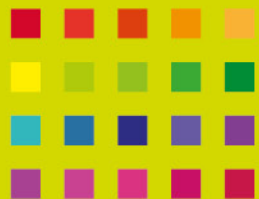


**Ki**<sup>®</sup>  
magazin



**KOSMETIK**  
I N T E R N A T I O N A L

2 | 2017

**Новое**

в коррекции рубцов

Осложнения  
после инъекций

Эстетика сосудов

Наш конкурс «Этикетка»

16+



## ХИМИЧЕСКИЕ ПИЛИНГИ *в коррекции рубцов*

Для того чтобы химический пилинг оказался достаточно эффективным в терапии рубцовой ткани, необходим тщательный отбор пациентов и строгое соблюдение протоколов. Какие рубцы поддаются коррекции? И почему отличаются составы пилинговых препаратов в зависимости от локализации рубцов?



### ТАТЬЯНА ТРОЦЕНКО,

дерматолог, косметолог,  
ведущий тренинг-менеджер компании «Астрей»  
Москва

**П**роцедуры химического пилинга проявляют наибольшую эффективность при атрофических и нормотрофических рубцах. Попытка корректировать с их помощью гипертрофические рубцы может привести к изоморфной реакции и ухудшить ситуацию. Поэтому здесь лучше применять лазеры (как процедуру выбора) и мезотерапию, а химические пилинги подключать в самом конце лечебного курса для эстетической «доработки». Замечу, что полностью удалить рубец нельзя никаким из существующих способов, но значительно улучшить его внешний вид вполне возможно.

### ПРЕДПИЛИНГОВАЯ ПОДГОТОВКА

Любой пилинг, используемый для разглаживания рубцовой ткани с помощью химического агента, требует специальной подготовки. Ее наилучший вариант — использование ретиноидов (ретинола, ретинальдегида, ретиноевой кислоты, ретиновых эфиров).

Самым сильным и эффективным ретиноидом считается ретиноевая кислота, однако она подходит далеко не всем пациентам. Например, при высоких

фототипах кожи (начиная с III) ретиноевая кислота может спровоцировать появление гиперпигментации. Для этих фототипов следует взять более мягкие средства, например, ретинол

залегания рубца: чем глубже рубец, тем дольше его необходимо готовить к последующему химическому воздействию. Кожа, подготовленная с помощью ретиноидов, лучше воспринимает



**«Старые» рубцы в верхней трети тела и на лице требуют чередования глубины воздействия от процедуры к процедуре. Поэтому действуют поочередно: в одной процедуре проводят дополненные мезотерапией поверхностные пилинги, в другой — срединные.**

или ретинальдегид. Если кожа склонна к гиперпигментации, то независимо от ее фототипа предпочтение отдадут ретиновым эфирам.

Но необходимо понимать, что чем мягче действие ретиноида, тем длительнее должна быть предпилингвая подготовка: для ретиноевой кислоты это время составляет 2–3 недели, для эфиров — до трех месяцев. С целью сокращения этого периода примерно в 2 раза помимо наружных средств домашнего ухода назначают прием аевита в течение месяца.

Продолжительность подготовки к пилингу зависит и от глубины

кислотные агенты пилингов и фенол: их проникновение становится более равномерным и глубоким.

Между процедурами пилинга, когда кожа уже восстановилась, в домашний уход снова необходимо включить препарат с ретиноидом. Его выбор и частота применения зависят от локализации рубца: для чувствительных участков кожи (лица, шеи, зоны декольте) предпочтительны слабые ретиноиды 1–2 раза в неделю, а для рубцов на теле можно назначить ретиноевую мазь через день. Ни в коем случае нельзя забывать о солнце-

защитных препаратах. Причем наносить их следует не только на зону, подвергшуюся химическому воздействию пилинга, но и захватывать 3–4 см окружающей ткани, чтобы уменьшить риск развития гиперпигментации.

### ВЫБОР ПИЛИНГА

При выборе пилинга ориентироваться следует в первую очередь на тип кожи. Например, для сухой подходят более слабые кислоты с меньшим раздражающим потенциалом. Кроме того, необходимо учитывать гендерный фактор. Замечено, что рубцовая ткань у мужчин требует более длительной коррекции, даже если кожа относительно тонкая (это связано с рядом ее физиологических особенностей).

Следующий показатель, который важно принимать во внимание, — плотность кожи и ее придатков, количество сальных и потовых желез. Если в обра-

батываемой зоне много пор, то пилинговые агенты будут проникать главным образом через них. Перед врачом стоит достаточно непростая задача: с одной стороны, нужен сильный пилинг для воздействия на рубцовую ткань, с другой — нельзя допустить сильного повреждения придаточных структур кожи или блокирования их активности,

поскольку постпилинговая реабилитация происходит как раз за счет эпителия этих структур. Лучше всего на пористой коже проявляют себя многофазные пилинги, когда в одной процедуре делают несколько монопилингов один за другим.

Четкого деления химических пилингов на поверхностные, срединные и глубокие пока нет. Наиболее точной, с моей точки зрения, является классификация Стегмана, где автор демонстрирует гистологический анализ того, что происходит с кожей, ее различными участками и придатками под воздействием тех или иных химических агентов. В классификации важно то, что она учитывает не только глубину проникновения пилингового состава, но и скорость этого проникновения, и раздражающее действие химических агентов.

### Поверхностные пилинги

При проведении поверхностного пилинга глубина ожога охватывает зону от рогового до бле-

- Свободная гликолевая кислота с уровнем  $pH$  ниже 1 — самая сильная и подходит для коррекции рубцовой ткани.
- Частично нейтрализованная гликолевая кислота с  $pH$  2–2,5:
  - нейтрализованная щелочью (слабый пилинг, для коррекции рубцов не подходит);
  - нейтрализованная специально подобранными аминокислотами (подходит для рубцов, расположенных в чувствительных зонах (нижней трети лица, на подбородке, шее, зоне декольте).
- Эстерифицированная гликолевая кислота или эфирные формы гликолевой кислоты с  $pH$  выше 3,5 — это очень слабый пилинг, который не подходит для коррекции рубцовой ткани.

Если необходим чуть более глубокий пилинг, когда рубец располагается на глубине примерно 0,1 см, или при наличии стрий в зоне декольте, гликолевой кислоты оказывается недостаточно. В этом случае выбор падает на пировиноградную кислоту (40%), которую по завершении процедуры «запечатывают» ретиноевым пилингом (ретинол 5–10%).

При локализации стрий или нормотрофических рубцов на других участках тела алгоритм нанесения кислот таков:

- салициловый пилинг (от 10 до 40%) на основе спиртового раствора (пасту не используют, поскольку она не позволяет наблюдать за реакцией кожи) наносят несколькими слоями до появления легкого фроста, то есть до коагуляции эпидермального белка кератина. Салициловая кислота является прекрасным проводником, она разрушает корнеодесмосомы и позволяет следующим составам проникать равномерно;



**Наносить солнцезащитные препараты следует не только на зону, подвергшуюся химическому воздействию пилинга, но и захватывать 3–4 см окружающей ткани, чтобы уменьшить риск развития гиперпигментации.**

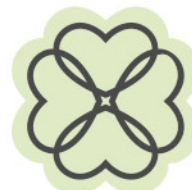
батываемой зоне много пор, то пилинговые агенты будут проникать главным образом через них. Перед врачом стоит достаточно непростая задача: с одной стороны, нужен сильный пилинг для воздействия на рубцовую ткань, с другой — нельзя допустить сильного повреждения придаточных структур кожи или блокирования их активности,

стящего слоя эпидермиса. Если рубец располагается на глубине менее 0,1 см, то этими пилингами и следует ограничиться. Чаще всего применяют альфа-гидроксикислоты, среди которых наилучший эффект демонстрирует гликолевая кислота 50–70%. Однако не любой пилинг с гликолевой кислотой позволяет воздействовать на рубцовую ткань.



# Всесезонные

## ХИМИЧЕСКИЕ ПИЛИНГИ



# Dermatime®



# HELIOCARE

## ФОТО ИММУНО ЗАЩИТА

# 360°



ФОРМИРУЕМ СЕТЬ ДИСТРИБЬЮТОРОВ

Эксклюзивный дистрибьютор:  
ООО «Астрей» • Тел.: +7 (495) 925-5162  
Собственное представительство в Республике Крым:  
ООО «Астрей Крым» • Тел.: +7 (978) 069-3440, 701-3046, 756-4327

ООО  
**Астрей**  
ВСЕ БРЕНДЫ, НОВИНКИ,  
РАСПИСАНИЕ СЕМИНАРОВ  
на нашем сайте

[www.acosm.ru](http://www.acosm.ru)



- **пировиноградный пилинг** (50%) усиливает фрост, вызывает гиперемию и отек;
- завершают процедуру **ретиновым пилингом** (ретиновая кислота 1% или ретинол 5–10%).

Кроме того, салициловую кислоту можно применять в начале процедуры у пациентов с чувствительной кожей, у больных сахарным диабетом, со склонностью к медленному заживлению ран. Она уменьшает фоточувствительность кожи, поэтому в некоторых случаях после нее допустимо применение пировиноградных составов. Однако при высоких фототипах пировиноградную кислоту лучше заменить миндальной.

Если нужно добиться эффекта размягчения рубцовой ткани (часто это бывает при множе-



*Выраженность коагуляционного фроста зависит от концентрации ТСА-пилинга и уровня рН.*

ки может вызвать болезненные ощущения, да и внешне кожа будет выглядеть непривлека-

ющей. оценивает эффективность коррекции и назначает дальнейшие процедуры в зависимости от динамики терапии.

Для достижения выраженного эффекта к поверхностным пилингам можно присоединять мезотерапию, инъекционное введение кортикостероидов (например, кеналого), гиалуронидазы, фоно- и ультрафонофорез. Причем делать это следует в одной процедуре.

Важный нюанс: чем меньше площадь рубца, тем выше может быть процент используемой кислоты.

### **Поверхностно-срединные пилинги**

Поверхностно-срединные пилинги назначают, если необходимо добиться глубины ожога до базальной мембраны. Алгоритм проведения такого пилинга следующий:

- Полусухим (отжатым) ватным диском (если рубчик маленький, то ватной палочкой) наносят раствор Джесснера (14% молочной кислоты, 14% резорцина и 14% салициловой кислоты). Делают это в не-



**Противопоказанием к процедуре химического пилинга является склонность к образованию келоидных рубцов. То есть прежде, чем назначить процедуру, врач должен убедиться в отсутствии келоидной ткани на лице и теле пациента. Например, если необходимо корректировать стрии или рубчики поставке на лице, а на другом участке тела обнаружен келоид, пилинг делать не стоит.**

ственных рубцах поставке), то в конце процедуры ретиновый пилинг закрывают пленкой, которую оставляют на длительное время — до суток. Снимать пленку следует в косметологическом кабинете, поскольку под ней образуется коагуляционный субстрат, который необходимо удалить ложечкой, а обработанную зону промыть перекисью водорода или мирамистином и присыпать субгаллатом висмута. Нужно предупредить пациента о том, что нанесение присып-

тельно: желтая корка, состоящая из смеси экссудата и порошка. Дома в течение недели ее протирают хлоргексидином, умываются средством для чувствительной кожи, рекомендуется 5% уксус с целью профилактики инфицирования и присыпают снова субгаллатом висмута.

Курс процедур поверхностного пилинга определяют, исходя из локализации рубца и его размера. Обычно после 5–6-го сеанса врач выполняет замер рубца,

# HELIOCARE

## ФОТО ИММУНО ЗАЩИТА

# 360°

ЕЖЕДНЕВНАЯ ПОЛНАЯ  
защита от всех видов  
излучения –  
UVB, UVA, IR-A,  
ВИДИМЫЙ СВЕТ

## Fernblock®

Технология фотоиммузащиты

Уникальный экстракт  
Флебодиума золотистого  
(*Polypodium Leucotomos*)

- ✓ Антиоксидантная защита
- ✓ Иммунологическая защита
- ✓ Восстановление и защита ДНК
- ✓ Предотвращение старения



ifc

ENDOCARE  
CELLPRO  
HELIOCARE  
NEORETIN  
BIRETIX

Эксклюзивный дистрибьютор:

ООО «Астрейя» • Тел.: +7 (495) 925-5162

Собственное представительство в Республике Крым:

ООО «Астрейя Крым» • Тел.: +7 (978) 756-4327

Астрейя

ВСЕ БРЕНДЫ, НОВИНКИ,  
РАСПИСАНИЕ СЕМИНАРОВ  
на нашем сайте



[www.acosm.ru](http://www.acosm.ru)

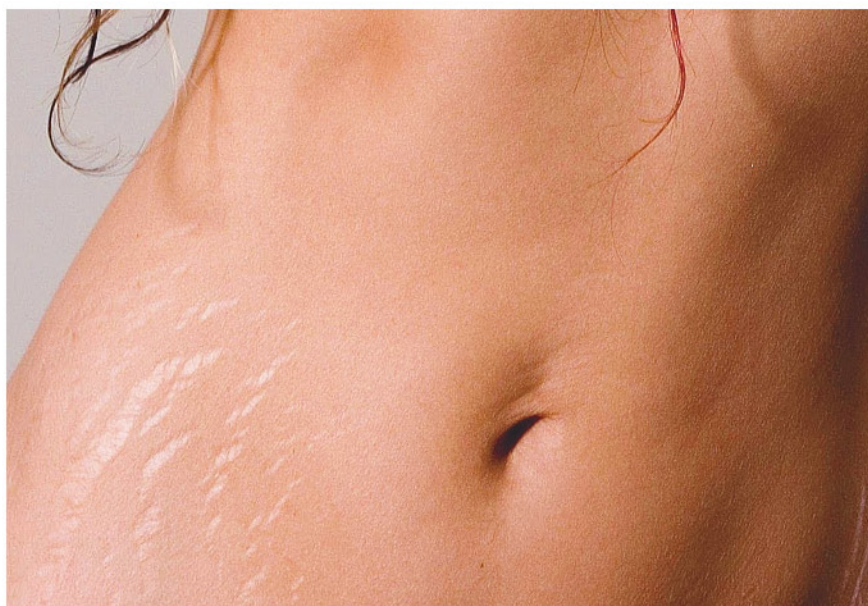
сколько слоев, добиваясь интенсивной гиперемии и отека в зоне рубца.

- Наносят пилинг с трихлоруксусной кислотой (15–35%) до появления интенсивного фроста. Количество слоев зависит от концентрации кислоты.

«Старые» рубцы в верхней трети тела и на лице требуют чередования глубины воздействия от процедуры к процедуре. Поэтому действуют поочередно: в одной процедуре проводят дополненные мезотерапией поверхностные пилинги, в другой — срединные.

### Срединные пилинги

Срединные пилинги проникают на всю глубину дермы и могут приводить к ее деструкции вплоть до середины сетчатого слоя. Чаще других в качестве химического агента применяют трихлоруксусную кислоту (ТСА). Заметим, что срединные пилинги нельзя назначать пациентам с высокими фототипами кожи,



*При локализации стрий на животе можно использовать следующую схему нанесения пилинговых составов: салициловый пилинг — пировиноградный пилинг — ретиноевый пилинг.*

значит, что пилинговый состав работает в зоне эпидермиса. Плотный фrost, под которым видна гиперемированная кожа, говорит о том, что мы получили срединный пилинг. Если гиперемии уже не видно, и фrost стал бело-серым, то мы дошли до нижней зоны сетчатого слоя

Хочется напомнить, что первый слой ТСА-пилинга после микродермабразии, выполненной с помощью абразивного крема, достаточно болезненный, поэтому требуется вентилятор или хладопакеты для уменьшения выраженности неприятных ощущений. А после аппаратной дермабразии и вовсе сначала нужно положить на обработанную зону салфетку с лидокаином и адреналином (на 5 минут) и лишь потом наносить пилинг с трихлоруксусной кислотой. Завершают процедуру ретиноевым пилингом. На лице рубцы закрывают пленкой на 10–15 минут, а на теле — на 2–3 часа. За это время коагуляционный субстрат не успевает образоваться, поэтому удалять пленку пациент может самостоятельно. Кожу желательно не мочить совсем или минимизировать контакт с водой вплоть до формирования пленочки (в зависимости от пилинга и регенераторных способностей кожи это время составляет от 1 до 3 суток). После образования пленки на нее следует наносить размягчающие средства с целью предотвращения вторичного рубцевания и инфицирования



**Если нужно добиться эффекта размягчения рубцовой ткани (часто это бывает при множественных рубцах постакне), то в конце процедуры ретиноевый пилинг закрывают пленкой, которую оставляют на длительное время (до суток).**

даже если теоретически они могут быть крайне эффективными. 50% ТСА наносят только на зоны, размер которых меньше 5-рублевой монеты.

Во время процедуры обязательно нужно добиваться появления коагуляционного фроста: его выраженность зависит от концентрации кислоты и уровня *pH* пилинга. Если врач наблюдает фrost в виде легкого облака, это

дермы, дальше опускаться нельзя, поскольку наступят необратимые изменения структуры кожи.

Срединные пилинги можно сочетать с дермабразией или микродермабразией, которые проводятся посредством шлифовальных кремов с оксидом алюминия или магния. Сначала выполняют абразивную процедуру, затем наносят пилинг ТСА (30–35%) или Джесснера.



раны: вазелин или так называемые силиконовые препараты, в состав которых входит кремний.

Фотодокументирование для оценки результата делают после первых трех процедур и затем назначают необходимое количество сеансов для достижения желаемого эффекта, но общее число срединных ТСА-пилингов не должно превышать 10 процедур в год.

Интересную схему терапии рубцов верхней трети тела с помощью срединных пилингов представляет собой **пилинг Коулмана**. Она заключается в комбинации 70% свободной гликолевой кислоты с *pH* не выше 2 и ТСА 35%. Гликолевую кислоту (свободную) наносят на 10–15 минут, в результате чего развивается легкая воспалительная реакция. Затем гликолевую кислоту смывают, на сухую кожу наносят трихлоуксусную кислоту. Эта схема прекрасно работает на так называемых «сколотых» рубцах, имеющих небольшой диаметр, неровные края и возникающих как следствие акне. Можно наносить составы металлической лопаткой, но это не очень приветствуется, поскольку так или

иначе происходит взаимодействие кислоты с металлом. Поэтому лучше всего пользоваться обыкновенной зубочисткой и спичкой. Алгоритм проведения процедуры таков:

- выполняют микродермабразию с помощью крема;
- обезжиривают кожу 70% спиртом;
- кончиком зубочистки тщательно обрабатывают и сколотый край рубца, и дно, из-за чего получают микроцарапины (до капелек крови лучше не доводить);
- спичкой наносят гликолевую кислоту, прорабатывая стенки и дно рубца;
- наносят ТСА-пилинг, выходя за края рубцовой ткани.

Такая техника позволяет выровнять и сгладить стенки рубцов.

Самый выраженный эффект реструктуризации дермы при коррекции глубокой рубцовой ткани дает **феноловый пилинг**. Однако нужно принимать во внимание, что за 1–2 процедуры даже фенол не может справиться с рубцами. Обычно требуется 4–5 сеансов. С учетом крайней токсичности фенола мы рискуем оказать негативное воздействие на печень. Поэтому про-

водить процедуры фенолового пилинга следует, только имея анализ крови на печеночные пробы и убедившись, что эти показатели соответствуют норме. Фенол опасен еще и токсическим действием в отношении меланоцитов: он нарушает их работу или даже приводит к гибели, что чревато гипопигментацией. По моим наблюдениям, это осложнение встречается особенно часто, когда обрабатываются небольшие площади рубцовой ткани.

Глубина проникновения фенола зависит от скорости его пентрации:

- быстрее и глубже проникает фенол, если в препарате присутствует кротоновое масло;
- быстрее и глубже проникает фенол, в состав которого входит деионизированная вода, а ионизированная – наоборот, замедляет этот процесс.

## Глубокие пилинги

Глубокий пилинг (например, **пилинг Крулига**) приводит к запрограммированному ожогу с последующей отслойкой эпидермиса и дермы вплоть до верхнего отдела сетчатого слоя. Важно понимать, если пилинг травмирует ретикулярную дерму, то чаще всего структура кожи уже не восстанавливается и формируется рубцовая ткань. Такие пилинги для коррекции рубцов не применяют.

Противопоказанием к процедуре химического пилинга является склонность к образованию келоидных рубцов. То есть прежде, чем назначить процедуру, врач должен убедиться в отсутствии келоидной ткани на лице и теле пациента. Например, если необходимо корректировать стрии или рубчики постакне на лице, а на другом участке тела обнаружен келоид, пилинг делать не стоит. **К**



Кончиком зубочистки слегка «царапают» мелкие рубцы с неровными краями, чтобы улучшить пентрацию кислоты, наносимой после этого.