

Оглавление

Предисловие	11	5.2	Медицинский и эстетический анамнез	81	
Благодарности	12	5.3	Осмотр кожи	81	
Введение	13	5.4	Отбор пациентов	89	
Список сокращений	15	5.5	Противопоказания	90	
1 Основы дерматологии	17	5.6	План лечения	92	
1.1	Строение и функции кожи	18	5.7	Предоставление информации и информированное согласие	92
1.2	Старение кожи	25	5.8	Документация	94
1.3	Повреждение и восстановление кожи	32	6 План лечения	97	
2 Химические основы пилинга	37	6.1	Основные положения	98	
2.1	Механизм действия	38	6.2	Требования, предъявляемые к врачу	98
2.2	Активные вещества	49	6.3	Схема лечения	99
3 Классические составы для пилинга и дополнительного ухода за кожей	57	7 Лечение	103		
3.1	Введение	58	7.1	Подготовка к лечению	104
3.2	α-Гидроксикислоты	59	7.2	Положение и освещение	104
3.3	Пировиноградная кислота	60	7.3	Материалы для работы	105
3.4	Салициловая кислота	60	7.4	Методы анестезии	108
3.5	Раствор Джесснера	62	7.5	Основные правила	111
3.6	Трихлоруксусная кислота	62	7.6	Техники нанесения	114
3.7	Фенол	65	7.7	Поверхностные пилинги	115
3.8	Комбинированные пилинги	65	7.8	Срединные пилинги	122
3.9	Составы для дополнительного ухода за кожей до и после лечения	67	7.9	Глубокие пилинги	129
3.10	Готовые составы для выполнения химических пилингов, а также пред- и постпилингового сопровождения	68	7.10	Осложнения и их лечение	136
4 Медицинская фотосъемка и документация	73	8 Руководство по пилингу	143		
4.1	Общие требования к медицинской фотосъемке	74	8.1	α-Гидроксикислоты	147
4.2	Ключевые аспекты фотодокументирования	74	8.2	Салициловая кислота	150
5 Консультация	79	8.3	Раствор Джесснера	153	
5.1	Выяснение ожиданий пациента	80	8.4	Трихлоруксусная кислота: лицо	153
			8.5	Трихлоруксусная кислота: шея	160
			8.6	Трихлоруксусная кислота: область декольте	163
			8.7	Трихлоруксусная кислота: кисти	165
			8.8	Фенол	167
		9 Показания	173		
		9.1	Экскориированные угри: лицо	174	
		9.2	Угри: рецидив	176	
		9.3	Папулопустулезные угри: лицо	178	

9.4	Рубцы после угрей: щеки, I тип кожи по Фицпатрику	180	10.2	Розовые угри: нос	234
9.5	Рубцы после угрей: виски и щеки, II тип кожи по Фицпатрику	182	10.3	Актинический кератоз: лоб	236
9.6	Рубцы после угрей: лицо, IV тип кожи по Фицпатрику	184	10.4	Актинический кератоз: кожа волосистой части головы	238
9.7	Рубец: щека	186	10.5	Поствоспалительная гиперпигментация: щеки	240
9.8	Мелазма: лоб, II тип кожи по Фицпатрику	188	10.6	Мелазма: щеки и верхняя губа	242
9.9	Мелазма: щеки, V тип кожи по Фицпатрику	190	10.7	Угри: лицо	244
9.10	Эластоз: лицо, II тип кожи по Фицпатрику	192	10.8	Рубцы после угрей: лицо	246
9.11	Эластоз: лицо и шея, II тип кожи по Фицпатрику	194	10.9	Фолликулит: ноги	248
9.12	Эластоз и лентиго: лицо, II тип кожи по Фицпатрику	196	10.10	Эластоз: шея	250
9.13	Эластоз: лицо, II–III типы кожи по Фицпатрику	198	10.11	Эластоз: щеки и периоральная зона	252
9.14	Эластоз: лицо, III тип кожи по Фицпатрику	200	10.12	Эластоз и пигментные пятна: область декольте	254
9.15	Эластоз: лицо, IV тип кожи по Фицпатрику	202	10.13	Фотостарение: шея и область декольте	256
9.16	Ранние проявления эласто́за: лицо	204	10.14	Эластоз в периоральной зоне: начальная стадия	258
9.17	Эластоз: периоральная зона	206	10.15	Эластоз: выраженный, на лице	260
9.18	Выраженный эластоз: периоральная зона	208	10.16	Эластоз: отдаленные результаты	262
9.19	Солнечный эластоз: лицо	210	11	Химические пилинги как часть комплексного лечения	265
9.20	Солнечный эластоз и пигментные пятна: верхняя и средняя зоны лица	212	11.1	Старение и красота — индивидуальный подход	266
9.21	Актинический кератоз: лоб	214	11.2	Многоуровневый глобальный, комплексный подход к лечению	266
9.22	Эластоз и лентиго: шея и область декольте	216	11.3	Обзор методов лечения	267
9.23	Умеренный эластоз: шея	218	11.4	Выводы	270
9.24	Эластоз и пигментные пятна: шея и область декольте, II тип кожи по Фицпатрику	220	12	Практические пособия	271
9.25	Эластоз и пигментные пятна: шея и область декольте, III тип кожи по Фицпатрику	222	12.1	Опросники для сбора анамнеза	272
9.26	Пигментные пятна: тыльная поверхность кистей	224	12.2	Информационные листки	274
9.27	Пойкилодермия и актинический кератоз: кожа волосистой части головы	226	12.3	Карта пациента для процедуры химического пилинга	281
9.28	Фолликулярный кератоз: рука	228	13	Приложения	287
10	Клинические случаи	231	13.1	Интернет-ресурс	288
10.1	Папулопустулезные розовые угри	232	13.2	Авторы иллюстраций	288
			13.3	Список литературы	288

Клинические признаки преждевременного старения кожи



Рис. 1.26 Солнечный эластоз шеи



Рис. 1.27 Глубокие морщины в периоральной зоне

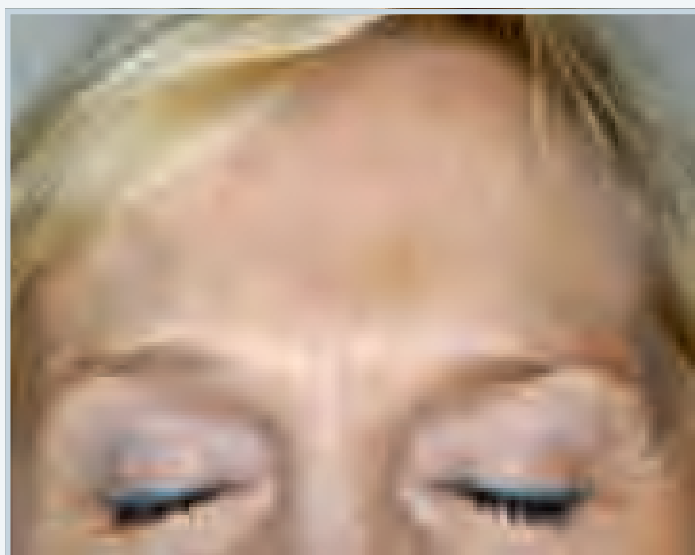


Рис. 1.28 Старческое лентиго и плоские себорейные бородавки (старческие бородавки) над левой бровью на коже II типа по Фицпатрику

Гистологические признаки преждевременного старения кожи

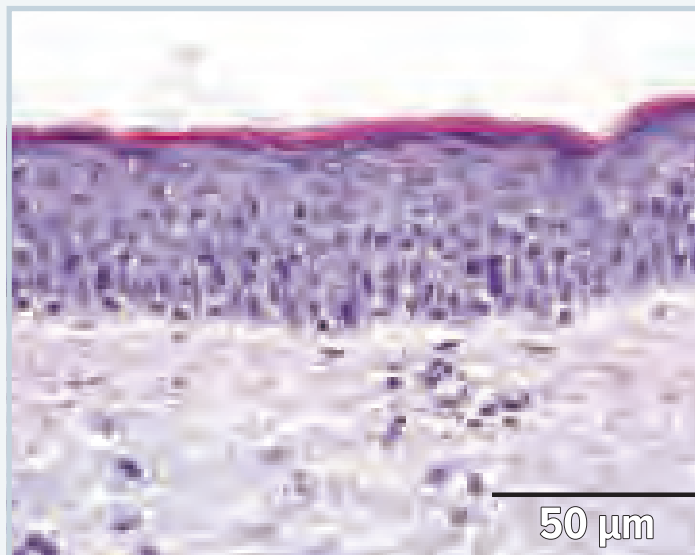


Рис. 1.29 [Paasch, Uwe] Атрофическое сглаживание сосочков дермы (гематоксилин и эозин)

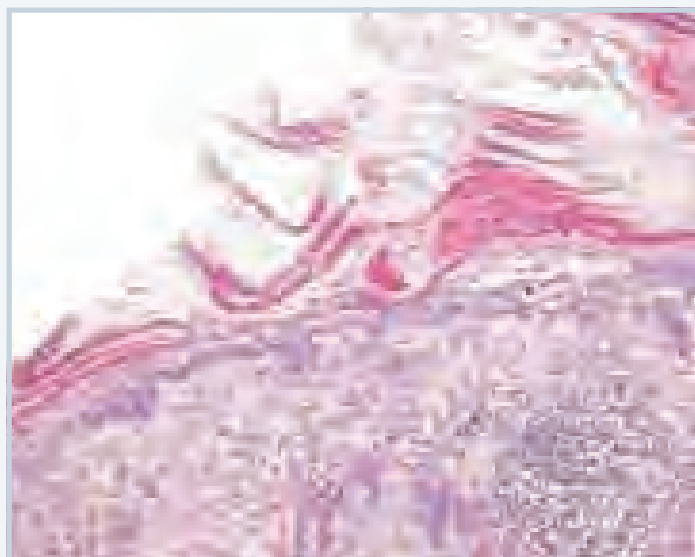


Рис. 1.30 [Paasch, Uwe] Актинический кератоз (гематоксилин и эозин)

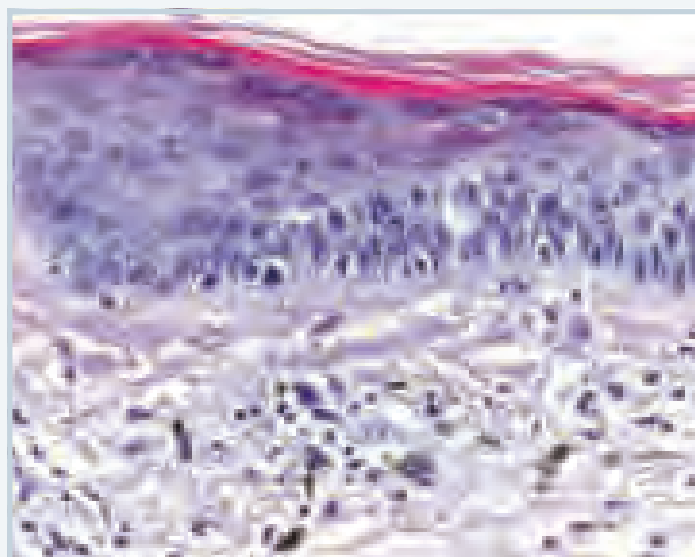


Рис. 1.31 [Paasch, Uwe] Сток пигмента в дерму (неудержание пигмента) и меланофаги (окраска по Массону—Фонтана)

Гистологические признаки преждевременного старения кожи

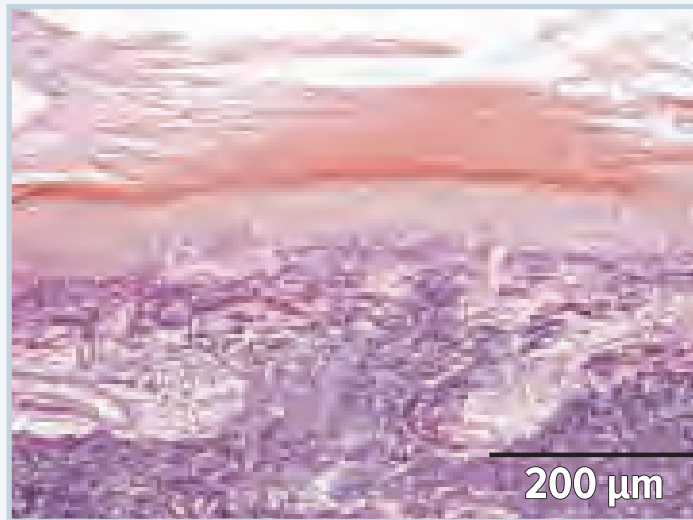


Рис. 1.32 [Paasch, Uwe] Эластоз
(окраска по Ван-Гизону)

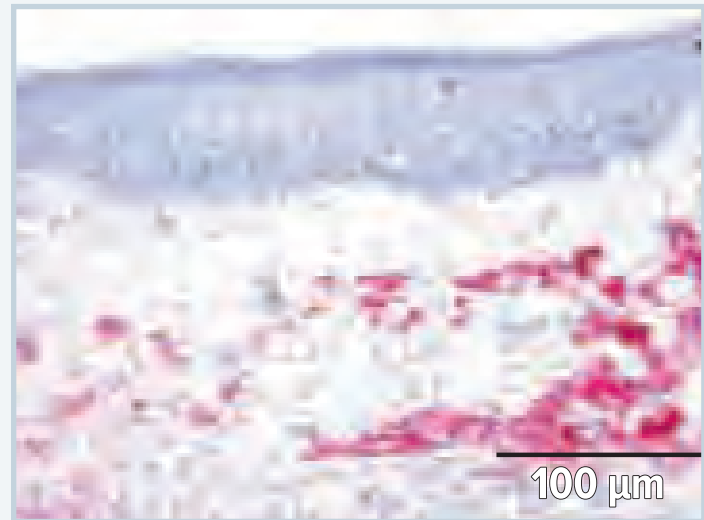


Рис. 1.33 [Paasch, Uwe] Эластоз
(иммуногистохимическая окраска, антиэластин)

При **актиническом эластозе** отмечаются УФ-индуцированные изменения в дерме, в первую очередь вызванные УФ-А-излучением. УФ-А-излучение активирует ММП, разрушающие коллагеновую сеть дермы. Потеря коллагеновых волокон приводит к исчезновению давления на прикрепленные к ним фибробласты и, как следствие, стимула для синтетической активности. В то же время структурное ремоделирование ведет к образованию микрорубцов. Эластические волокна замещаются аморфным веществом, и матрикс дермы постепенно теряет свою способность связывать воду. В результате преждевременно состаренная кожа теряет не только упругость и эластичность, но и гладкость. Повреждение сосудов проявляется расширением их просвета и увеличением проницаемости стенки. Кроме того, все чаще появляются телеангиэктазии (рис. 1.29, 1.33).

1.2.4 Истинное старение кожи

Помимо преждевременного старения, в коже происходят возрастные изменения, не связанные с окружающей средой. Истинное старение кожи охватывает весь орган в одинаковой степени. В числе прочих ключевым факторам, определяющим выраженность процесса, относятся генетическая предрасположенность и активность половых гормонов. Связанное с возрастом снижение уровня гормонов ускоряет атрофию клеток. С возрастом снижается количество клеток кожи и теряются их функции. В этот процесс вовлекаются также придатки кожи. Волосы редуют, истончаются и теряют свой пигмент. Снижение



Рис. 1.34 Истинное старение кожи: левая подмышечная область, не подвергавшаяся ультрафиолетовому облучению. Состарившаяся кожа I–II типов по Фицпатрику напоминает пергаментную, реже тонкую папиросную бумагу

активности сальных и потовых желез приводит к старческому ксерозу (сухости кожи), сопровождающемуся зудом (старческий зуд) (рис. 1.34).

1.3 Повреждение и восстановление кожи

Повреждение кожи стимулирует процесс заживления. Цель этого процесса — восстановить кожу до ее первоначального состояния. Поврежденные и нефункционирующие

Восстановление кожи

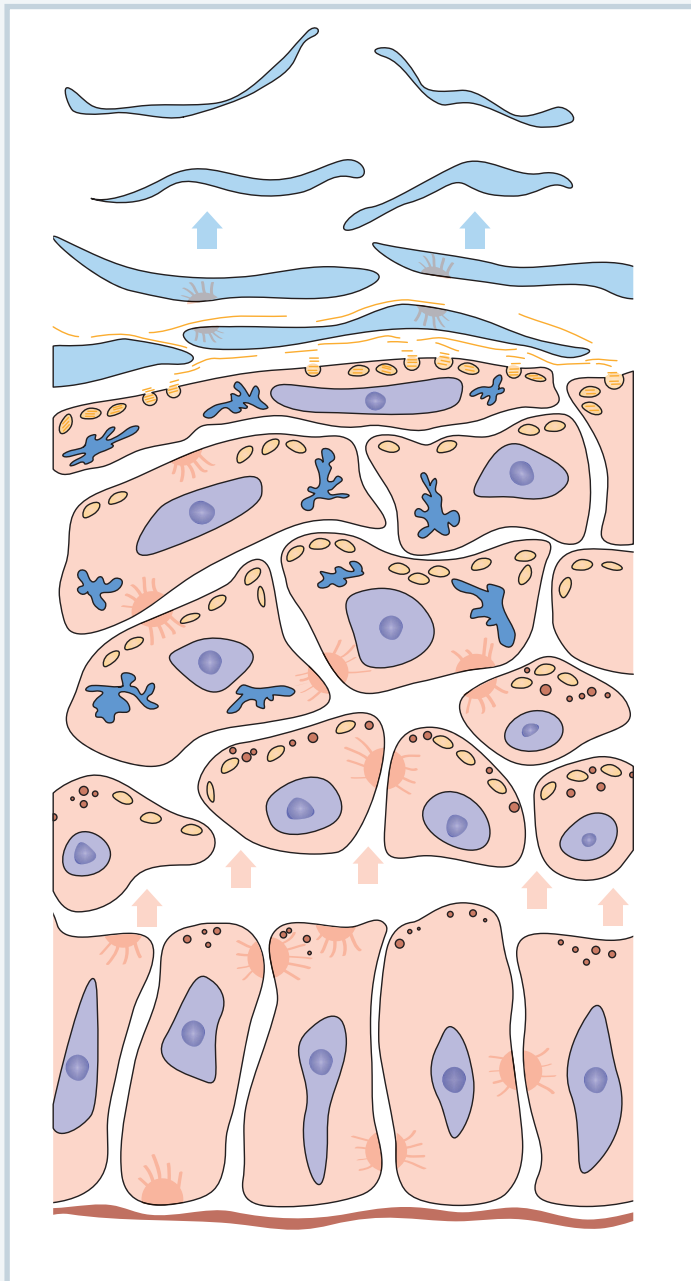


Рис. 1.35 Схематическое представление механизмов восстановления эпидермиса после поверхностного повреждения

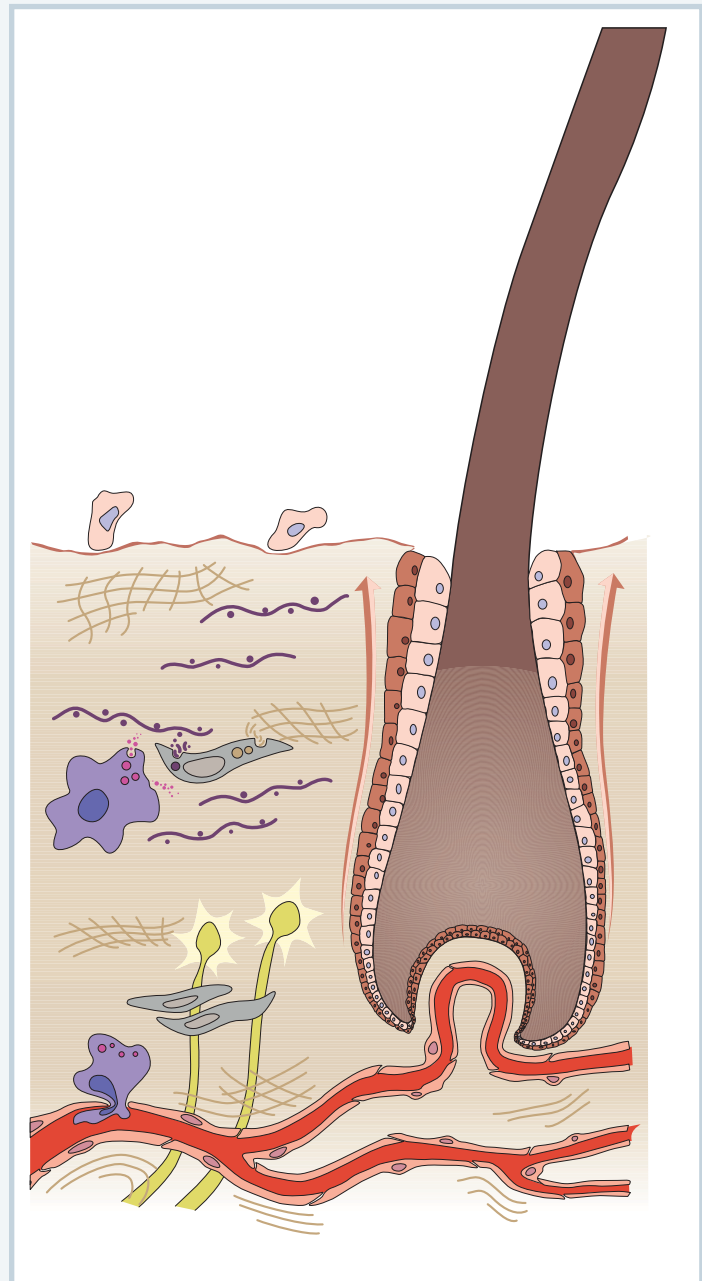


Рис. 1.36 Воспалительная реакция на полное разрушение эпидермиса с частичным вовлечением дермы

структуры разрушаются и замещаются новыми. Такое восстановление сопровождается улучшением внешнего вида кожи. Ятрогенное повреждение эпидермиса и/или дермы относится к одному из стандартных видов терапии в эстетической медицине.

Мы различаем два механизма восстановления тканей в зависимости от места повреждения: **восстановление эпидермиса** и **раневое заживление дермы** (рис. 1.35, 1.36).

1.3.1 Восстановление эпидермиса

В ответ на повреждение клеточных и межклеточных структур кератиноциты реагируют увеличением интенсивности митоза и синтеза с одновременным усилением процесса десквамации (см. рис. 1.35). Происходит упорядочивание циклов дифференцировки кератиноцитов от базального слоя по направлению вверх. Кератин и липиды,

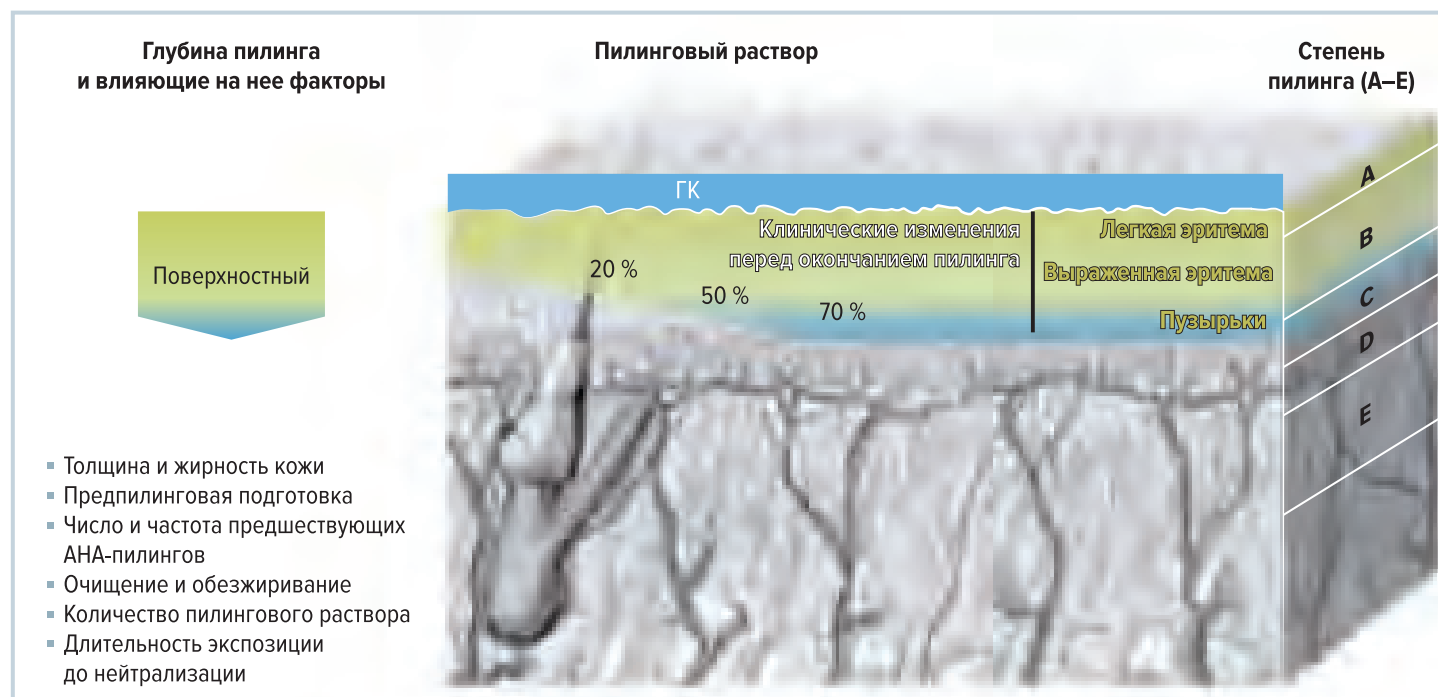


Рис. 7.15 Краткое описание поверхностных пилингов гликолевой кислотой

На иллюстрации приведены степени пенетрации пилингового состава в кожу и соответствующие им клинические результаты и факторы, влияющие на пенетрацию гликолевой кислоты. Пилинги гликолевой кислотой обычно проводят курсом в возрастающих концентрациях. Ожидается, что первый пилинг, например, с 20% гликолевой кислотой достигнет только поверхностных слоев эпидермиса (степень А–В). Нейтрализовать пилинговый раствор нужно после развития умеренной или выраженной эритемы. При использовании более высоких концентраций, например, 50–70%, в ходе последующих процедур (в зависимости от индивидуальной чувствительности пациента) можно достичь уровня В–С. Если пилинговый раствор достигает базальной мембраны, клинически на коже видны пузырьки. Указанные степени пилинга, клинические изменения и влияющие на пенетрацию пилингового состава в кожу факторы одинаковы для пилингов на основе других α -гидроксикислот и пировиноградной кислоты, обладающих сходными химическими свойствами

7

не менее следует помнить, что при применении кисточки тяжело создать давление на кожу, поэтому они подходят не для всех типов пилинга. Зону обработки поддерживают влажной на протяжении всего пилинга и не дают ей высыхать.

Врач оценивает развитие эритемы при ярком освещении и корректирует время экспозиции пилингового раствора на основании реакции кожи и субъективных ощущений пациента. Пилинговый раствор на чувствительные зоны наносится непосредственно перед окончанием процедуры.

ПРИМЕЧАНИЕ

При нанесении поверхностных пилинговых составов с АНА врачам обычно рекомендуют быть осторожными и избегать попадания раствора в глаза, на губы и крылья носа. Более того, следует защищать чувствительные зоны, нанося вазелин (например, периорбитальную зону, крылья носа и слизистые оболочки). Тем не менее авторы не согласны с применением вазелина, т. к. нанесение парафинсодержащих средств приводит к их «растеканию» вокруг зоны нанесения и может помешать абсорбции кислоты, снижая эффективность процедуры.

ПРАКТИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Рекомендации по проведению анестезии

Для ослабления умеренного жжения кожу во время пилинга можно охлаждать веером или вентилятором, а после него — хладопакетами и влажными салфетками.

Нейтрализация

Пилинг заканчивается нейтрализацией свободных кислот щелочью. Нейтрализацию следует проводить после развития эритемы или появления первых мелких пузырьков на поверхности кожи в зависимости от того, какой глубины пилинга хотели добиться — А, В или С (см. разд. 8.1.2 «Процедура»).

Нейтрализатор может быть в форме спрея, раствора, геля или крема. Нейтрализация спреем неприятна для многих пациентов и поэтому проводится от зоны к зоне: при проведении пилинга лица лучше начать нейтрализацию со лба и обработать половину лица, помня о том, что на необработанной половине пилинг продолжает действовать и проникнет глубже. Для этого слегка поверните голову пациента на одну сторону и равномерно распределите раствор, давая ему стекать.



Рис. 7.16 Важно тщательно **очищать и обезжировать** кожу перед нанесением пилинговых составов с α -гидроксикислотой и пировиноградной кислотой



Рис. 7.17 Пилинг с помощью **геля** особенно удобен и хорошо подходит для начинающих врачей. Риск осложнений от использования геля ниже, чем от раствора



Рис. 7.18 Изготовленные на заказ растворы α -гидроксикислоты или пировиноградной кислоты обычно наносят кистью. Кисть погружают в раствор, а затем прижимают к краю чашки для удаления излишков жидкости. Затем пилинговый раствор быстро и равномерно распределяют по поверхности кожи. Для лица используют маленькие веерные кисти, тогда как для остальных областей (например, шеи, области декольте, спины) лучше подходят крупные плоские кисти



По краю волосистой части головы нанесите раствор с помощью небольшого полотенца. После нанесения нейтрализатора на вторую половину лица обрабатывается шея. Затем нейтрализатор повторно распределяют по всему лицу, чтобы убедиться, что не осталось пропущенных зон. Для этого пациента предварительно предупреждают, а затем обильно обрабатывают лицо и шею еще раз. Небольшие участки с образованием пены — это не нейтрализованные области. Затем лицо промакивают полотенцем. Важно проводить нейтрализацию быстро, чтобы остановить действие пилингового состава в нужный момент. Если вместо спрея используется гель или крем, следить за реакцией нейтрализации пилингового состава на коже не так просто,

но эти лекарственные формы приятнее некоторым пациентам.

ВНИМАНИЕ

До проведения пилинга убедитесь, что осталось достаточное количество нейтрализатора. Проверьте, сколько препарата осталось в контейнере, при необходимости очистите форсунку. В противном случае нарушение хода нейтрализации ухудшит результаты лечения. АНА- и ПК-пилинги без нейтрализации могут вызывать образование сливных пузырей и струпьев. В крайнем случае пилинговые составы можно разбавить и нейтрализовать большим количеством холодной воды.



Рис. 7.19 При **нейтрализации** с помощью спрея образование пены на коже продолжается до окончания реакции. Это позволяет врачу легче понять, когда закончится нейтрализация и, следовательно, завершится действие пилингового состава

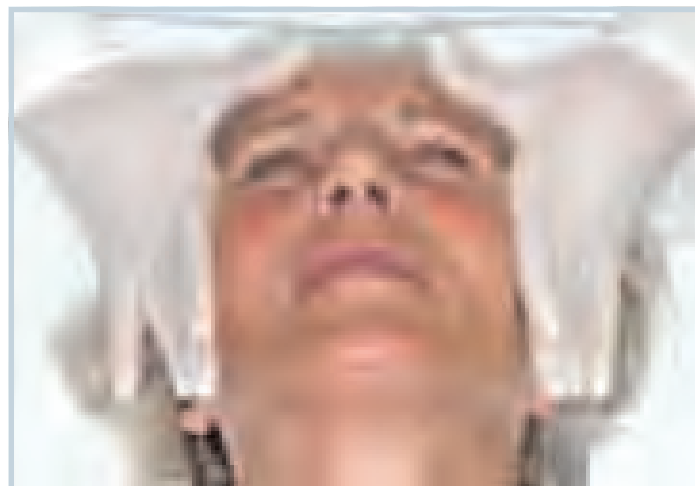


Рис. 7.20 После нейтрализации поверхность кожи тщательно высушивают и наносят **крем** с рН от 3,0 до 4,5. Это нормализует рН кожи, сдвинутый нейтрализацией в сильно щелочную сторону

ВНИМАНИЕ

Иногда производители составов для поверхностных пилингов рекомендуют проводить нейтрализацию после истечения определенного времени. Авторы не советуют так делать, т. к. невозможно предсказать индивидуальную реакцию на пилинговый состав. Таким образом, таймер не заменит тщательного наблюдения за реакцией кожи.

ПРАКТИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Для получения наилучшего результата авторы рекомендуют сначала провести от 3 до 5 пилингов с 2-недельным интервалом, а далее удлинять интервалы между процедурами.

Некоторым пациентам АНА-пилинги проводят каждые 4–6 нед. годами. Как долго будет продолжаться курс — зависит от эстетических и медицинских показаний и дисциплинированности пациента. Логично продолжать лечение до тех пор, пока пациенты продолжают видеть улучшение качества кожи. Тем не менее после достижения эффекта плато продолжение лечения прежними пилингами будет неправильным — следует рассмотреть другие составы и изменить тактику.

7.7.2 Пилинг салициловой кислотой

СК-пилинг также можно рассматривать как «пилинг обеденного перерыва», т. к. реабилитационный период практически отсутствует. В свою очередь, ожидаемый клинический эффект развивается только после проведения нескольких процедур и регулярного применения дополнительной наружной терапии. В сравнении

ПРИМЕЧАНИЕ

Пациентов с аллергией на аспирин следует предупреждать о риске развития аллергических реакций.

Чистая СК, разведенная в спирте, может иметь раздражающий эффект.

Данный пилинговый состав хорошо подходит для лечения акне на спине, где кожа толще и менее чувствительная. Тем не менее нужно учитывать чрескожную абсорбцию СК при нанесении раствора на большие площади тела. Имеются сведения о системной абсорбции в зависимости от концентрации пилингового раствора и размеров обрабатываемой поверхности. Возможно неблагоприятное воздействие на почки, если в крови определяется более 30 мкг/мл СК. Первый признак интоксикации СК может проявиться в форме головокружения и звона в ушах. При проведении СК-пилинга следует соблюдать следующие рекомендации:

- нанесите на спину пилинговый раствор СК концентрацией не более 15%;
- проводите обработку не более 20% поверхности тела за процедуру;
- проводить пилинг спины можно только у соматически здоровых молодых пациентов с акне без заболеваний почек;
- следует избегать приема ацетилсалициловой кислоты (в том числе аспирина) по крайней мере за неделю до пилинга, чтобы снизить риск отравления СК;
- рекомендуем пациенту пить как можно больше воды (по крайней мере 1,5 л в день) в день пилинга и день после (можно также дать ему выпить бутылку воды во время самой процедуры);
- рекомендуем пациентам немедленно проконсультироваться со врачом в случае развития системных побочных эффектов, таких как звон в ушах и головокружение.





Рис. 8.18 Результат нанесения раствора Джесснера при солнечном кератозе на лбу. Отдельные белые пятна на фоне покрасневшей кожи — характерный признак фрост-эффекта при применении этого состава



Рис. 8.19 Более равномерный прозрачный фрост-эффект с единичными выраженными белыми бляшками под действием раствора Джесснера на щеке



Рис. 8.20 Более крупные участки фроста на красном фоне после обработки раствором Джесснера щеки другой пациентки



Рис. 8.21 Характерный пятнистый фрост-эффект после нанесения раствора Джесснера в области декольте

- **Более выраженный, но еще прозрачный фрост-эффект (уровень II)** говорит о легком срединном пилинге степени С–D, который д-р Вист называет «пилингом выходного дня». Он вызывает клиническую постпилинговую реакцию, длящуюся несколько дней, и дает видимое улучшение цвета лица за очень короткий срок, не накладывая сильных ограничений на повседневную жизнь пациента. Для достижения пилинга степени В–С (фрост-эффект уровня I–II) ТСА используют в концентрации 10–25 % или в сочетании с другими препаратами.
- **Плотный фрост-эффект под действием ТСА (уровень III)** возникает при срединном пилинге степени D по достижении нижней границы сосочкового слоя дермы. Такой эффект дает ТСА

концентрацией 35 % или ТСА в сочетании с раствором Джесснера, ГК или ПК, как рекомендуют некоторые авторы. Для достижения этого результата могут использоваться различные методы — в зависимости от того, как врач сочетает количество препарата, давление на кожу и количество слоев.

8.4.2 Процедура

Если ТСА наносят после поверхностного предпилинга, кожа уже будет красной. Если же ТСА — первый нанесенный препарат, то возникнет покраснение, а затем — тонкий, как папиросная бумага, слой белого фроста. В зависимости от того, как гидрофильная ТСА проникает



через липидный барьер эпидермиса, фрост может быть или равномерным с самого начала, или в виде пятен неправильной формы (рис. 8.22, 8.23). Реакция кожи сразу после нанесения раствора ТСА зачастую напоминает прозрачный фрост-эффект. Если требуется лишь поверхностный эффект, препарат наносят на короткое время, давление при этом зависит от толщины кожи. Давление на кожу можно менять, ориентируясь на ее реакцию. Поверхностный пилинг прекращают при появлении прозрачного розового фрост-эффекта на красном фоне

(уровень I, рис. 8.24, 8.25). Если планируется более глубокий пилинг (до уровня дермы, степени C–D), количество слоев увеличивают, а давление подбирают так, чтобы получить плотный, но все еще отчасти прозрачный фрост-эффект (уровень II, рис. 8.26). Это даст более легкий, так называемый «пилинг выходного дня». Для достижения срединного пилинга степени D раствор наносят до тех пор, пока не возникнет равномерный непрозрачный фрост-эффект, напоминающий фарфор. Покраснение кожи при этом уже исчезнет (уровень III, рис. 8.27).



Рис. 8.22 Фрост-эффект при нанесении 15% трихлоруксусной кислоты после раствора Джесснера. Вид фроста сразу после нанесения трихлоруксусной кислоты зависит от предшествующей обработки, загрязнения кожи, техники нанесения и может быть очень разным. Лоб пациента слева: фрост-эффект уровня I. Лоб пациента справа: фрост-эффект уровня II



Рис. 8.23 Неравномерное и более интенсивное проявление фрост-эффекта (уровень I–II) на щеке другого пациента сразу после нанесения 25% трихлоруксусной кислоты на кожу, предварительно обработанную раствором Джесснера

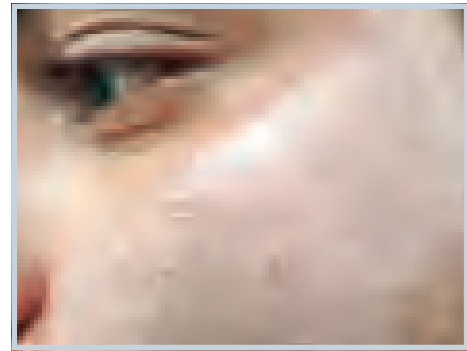


Рис. 8.24 Равномерный фрост-эффект (уровень I) на фоне покраснения кожи после поверхностного пилинга 20% трихлоруксусной кислотой. Фрост распространяется по щеке от медиальной ее части; у верхнего края видна покрасневшая кожа



Рис. 8.25 Результат пилинга 25% трихлоруксусной кислотой (уровень I). Фрост равномерный и прозрачный



Рис. 8.26 Результат пилинга 25% трихлоруксусной кислотой (уровень II). Тонкий равномерный слой фроста указывает на то, что пилинговый раствор достиг верхней границы сосочкового слоя дермы

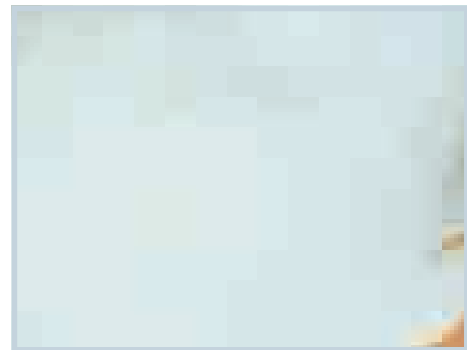


Рис. 8.27 Для сравнения: плотный фрост цвета фарфора (уровень III) после срединного пилинга степени D 35% трихлоруксусной кислотой в сочетании с раствором Джесснера

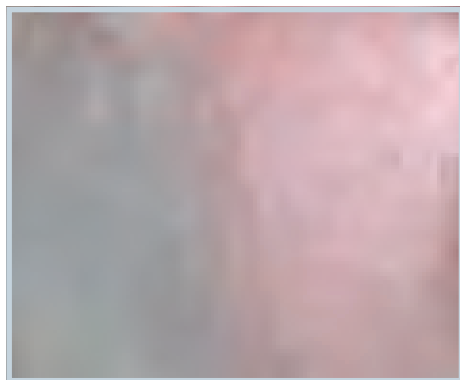


Рис. 8.28 Сразу после лечения. Фрост-эффект начинает исчезать через несколько минут после нанесения 15% трихлоруксусной кислоты поверх раствора Джесснера (уровень II)

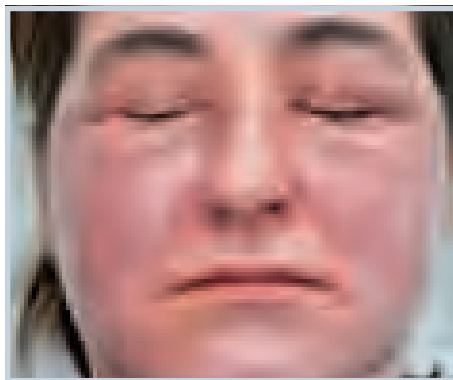


Рис. 8.29 Примерно через час после пилинга уровня II путем нанесения раствора Джесснера и 15% трихлоруксусной кислоты. Фрост уже исчез, а лицо сильно покраснело и начинает отекать

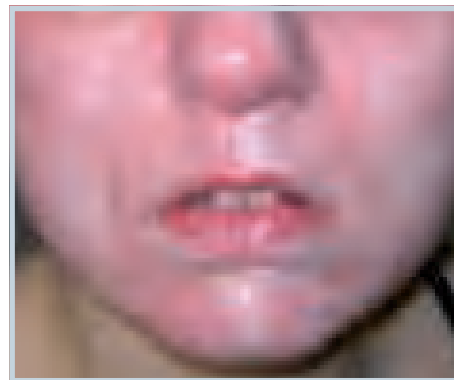


Рис. 8.30 Примерно через час после комбинированного пилинга раствором Джесснера и 20% трихлоруксусной кислотой (уровень II). Сразу после процедуры срединного пилинга на покрасневшую кожу можно нанести увлажняющий крем

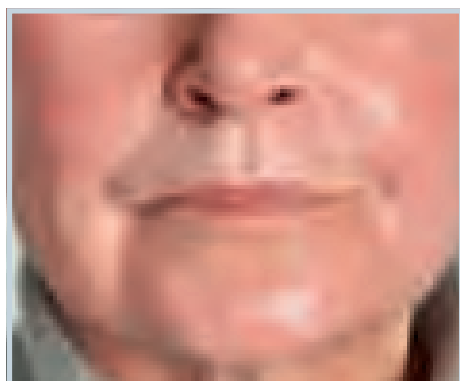


Рис. 8.31 Через сутки после «легкого–срединного» пилинга уровня II раствором Джесснера и 25% трихлоруксусной кислотой без предварительной обработки кожи. У данной пациентки в данный момент времени реакция кожи выражена слабо

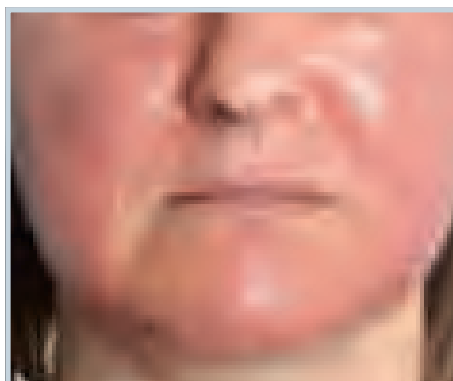


Рис. 8.32 Через 2 сут после пилинга уровня II раствором Джесснера и 15% трихлоруксусной кислотой без предварительной обработки кожи. Кожа приобрела красно-коричневый оттенок и стала более натянутой. Такая реакция обычно наблюдается на 2-е сутки после пилинга трихлоруксусной кислотой уровня II. Несмотря на меньшую концентрацию препарата, здесь реакция кожи более выраженная, чем на рис. 8.24. Отсутствие предварительной обработки кожи на фотографии слева объясняет заметно худший результат пилинга трихлоруксусной кислотой



Рис. 8.33 Начиная со 2–3-х суток после пилинга трихлоруксусной кислотой уровня II (в данном случае использовался раствор Джесснера и 15% трихлоруксусная кислота) обесцвеченная, потерявшая эластичность кожа начинает шелушиться; процесс продолжается около недели. Молодая кожа, открывшаяся после отшелушивания, очень чувствительна

9.15 Эластоз: лицо, IV тип кожи по Фицпатрику



9

Клинические данные

Возраст и пол	Женщина, 53 года		
Жалобы пациента и пожелания по улучшению внешнего вида	<i>Состояние кожи</i>	<i>Анамнез</i>	<i>Пожелания пациента</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Общее старение лица в постменопаузе. Сухая кожа с морщинами. Отдельные телеангиэктазии 	Регулярно в течение 3 лет проводит лечение ботулотоксином типа А и дермальными филлерами (гиалуроновой кислотой)	<ul style="list-style-type: none"> Сгладить небольшие морщины, особенно в периорбитальной зоне. Из-за работы не может позволить себе длительный отпуск для восстановления
Результаты осмотра специалистом	<i>Тип кожи по Фицпатрику</i>	<i>Тип по Глогау</i>	<i>Тщательный осмотр кожи</i>
	IV	II	<ul style="list-style-type: none"> В покое и при движениях: умеренные морщины на лбу, переносице, «гусиные лапки». Блефарохалазия сверху. Умеренная дряблость кожи под глазами и западение нижней части щеки. Умеренно выраженные носогубные складки и «линии марионетки»

План лечения		
Варианты пилинга	С учетом того, что пациентка просила обратить внимание на кожу в периорбитальной зоне и при этом не хочет, чтобы восстановительный период после лечения занял много времени, ей можно предложить мозаичный пилинг. В периорбитальной зоне лучше выполнить срединный пилинг степени D раствором Джесснера + 35% ТСА. На остальном лице можно провести более легкий срединный пилинг степени С, например, 70% ГК с раствором Джесснера, который улучшит внешний вид, но не вызовет сильного воспаления кожи. Могут подойти также более щадящие варианты, например комбинированный пилинг на все лицо степени С–D раствором Джесснера + 25% ТСА или повторные АНА-пилинги степени В–С (от 5 до 10 процедур с интервалом 2–4 нед.). В данном случае, при IV типе кожи по Фицпатрику, для профилактики поствоспалительной гиперпигментации показано лечение до и после пилинга средствами, содержащими 4% гидрохинон	
Выбранный план лечения		
Пилинг	Мозаичный пилинг на все лицо: срединный комбинированный пилинг на периорбитальную зону и очень легкий срединный пилинг на остальное лицо	
Область воздействия	Периорбитальная зона	Остальное лицо
Состав раствора	Раствор Джесснера + 35% ТСА	70% ГК + раствор Джесснера
Желаемая глубина пилинга	D	C
Техника нанесения	Пометьте периорбитальную зону, на которой будет проведен более глубокий пилинг. На тщательно очищенную кожу при помощи ватной палочки нанесите раствор Джесснера, пока не появится пестрый фрост-эффект на фоне эритемы. Затем ватной палочкой немедленно нанесите раствор ТСА. Проследите за тем, чтобы пилинговый раствор проник вглубь тонких морщин в периорбитальной зоне, но ни в коем случае не попал в глаза. Старайтесь наносить раствор равномерно и начните с незначительного давления и количества слоев. Продолжайте наносить ТСА, адаптируя способ нанесения в зависимости от реакции кожи, до тех пор, пока не появится однородный белый фрост-эффект (см. гл. 7 и 8)	На остальное лицо после тщательной очистки нанесите при помощи кисточки раствор ГК. Наносите его равномерно и в количестве, достаточном для того, чтобы кожа оставалась увлажненной. После появления выраженной эритемы нейтрализуйте раствор. Затем при помощи ватной палочки или ватного шарика равномерно нанесите раствор Джесснера до появления пестрого фрост-эффекта на фоне эритемы (см. также гл. 7 и 8)
Ожидаемые изменения на коже	<ul style="list-style-type: none"> ■ Раствор Джесснера: пестрый фрост-эффект на фоне эритемы. ■ 35% ТСА: фрост-эффект III уровня (фарфорово-белый) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 70% ГК: эритема. ■ Раствор Джесснера: пестрый фрост-эффект на фоне эритемы
Наблюдение	До реэпителизации рекомендуется каждые 1–2 дня посещать врача для контроля и при необходимости коррекции ухода за кожей. По желанию пациента и врача можно провести профессиональную очистку раны (см. гл. 7). Если решено провести очистку, следует быть осторожным, поскольку периорбитальная зона особенно склонна к отеку. После восстановления поверхности кожи и до полного заживления посещения врача можно сократить до 1–2 раз в неделю. Поскольку ремоделирование дермы требует длительного времени, вам следует периодически наблюдать пациента как минимум в течение 6 мес.	
Предварительный уход за кожей	<i>Активные вещества</i>	<i>Длительность лечения и частота нанесения</i>
	Средства для местного применения, содержащие 4% гидрохинон и 0,01% третиноин	2 раза в день не менее 4 нед.
Последующий уход за кожей	<i>Активные вещества</i>	<i>Длительность лечения и частота нанесения</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Системную профилактику герпетической инфекции начинают в день процедуры и продолжают в течение 5 дней. ■ Режим лечения согласуется со стадией заживления, например, наносят масляно-водные или водно-масляные эмульсии с антибиотиками или без них. ■ В первые дни после пилинга рекомендовано применение компрессов с физиологическим раствором для увлажнения и с вазелином для защиты воспаленной кожи. ■ После реэпителизации показаны местные средства, содержащие гидрохинон (3–4%) и третиноин (0,01%) с pH 4,0, а также постоянное увлажнение кожи. Ежедневно следует наносить местные средства с высоким фактором защиты широкого спектра от УФ-А- и УФ-В-излучения 	Длительность и частота нанесения должны быть согласованы со стадией заживления, в зависимости от которой отдается предпочтение масляно-водным или водно-масляным эмульсиям. Необходимо контролировать состояние кожи и местное лечение как минимум в течение нескольких месяцев. Для дополнительной информации см. гл. 7 и 8
Длительность лечения и частота процедур	<ul style="list-style-type: none"> ■ Однократная процедура. ■ Пилинг сам по себе занимает 45–60 мин, однако следует учесть необходимость последующих визитов для ухода за раной, очистки от омертвевших остатков и психологической поддержки 	
Долгосрочные рекомендации	Обязательно постоянное использование средств для местного применения с высоким фактором защиты от солнца широкого спектра (рекомендованное количество: 2 мг/см ²)	
Обсуждение	Был выбран мозаичный пилинг, включающий раствор Джесснера + 35% ТСА и 70% ГК + раствор Джесснера. Выбор обусловлен тем, что имеющееся на восстановление время ограничено, а видимый эффект появится быстрее, чем при повторных АНА-пилингах степени В–С. У пациентки с IV типом кожи по Фицпатрику вероятность появления поствоспалительной гиперпигментации выше, чем при II типе. Поэтому очень важен домашний уход за кожей с применением средств с гидрохиноном в концентрации 3–4% и/или другими ингибиторами тирозиназы. Предварительное лечение ботулотоксином типа А закрепит полученный клинический результат. Кроме того, общий внешний вид может улучшиться после хирургической коррекции блефарохлазии и умеренной аугментации запавшей нижней части щеки	

9.16 Ранние проявления эластоза: лицо



9

Клинические данные

Возраст и пол	Женщина, 54 года		
Жалобы пациента и пожелания по улучшению внешнего вида	<i>Состояние кожи</i>	<i>Анамнез</i>	<i>Пожелания пациента</i>
	Эластоз кожи в периоральной зоне, потеря эластичности кожи, солнечное лентиго на обеих щеках	<ul style="list-style-type: none"> Несколько раз выполняла курс инъекций ботулотоксина типа А в переносицу, периорбитальную и периоральную зоны. Щеки: 1 раз в 2 мес. выполняет инъекции полимолочной кислоты (PLLA) 	<ul style="list-style-type: none"> Уменьшение морщин в периоральной зоне. Не желает тратить много времени на восстановление после процедуры. Боится, что после аугментации у нее увеличатся губы
Результаты осмотра специалистом	<i>Тип кожи по Фицпатрику</i>	<i>Тип по Глоагу</i>	<i>Тщательный осмотр кожи</i>
	II	III	Умеренные носогубные складки (увеличились после инъекций PLLA), умеренные морщины вокруг губ и «линии марионетки»

План лечения		
Варианты пилинга	Сгладить умеренные морщины в периоральной зоне можно с помощью локального срединного пилинга степени D раствором Джесснера + 35% ТСА. Лучшего результата можно было бы добиться при помощи глубокого фенолового пилинга, однако пациентка хочет менее инвазивную процедуру. Для того чтобы сгладить демаркационные линии от срединного пилинга в периоральной зоне, врач может предложить мозаичный пилинг, заключающийся в нанесении раствора Джесснера + 35% ТСА на проблемную зону и раствора Джесснера с 15–25% ТСА на прилегающую область щек. У данной пациентки со II типом кожи по Фицпатрику для профилактики поствоспалительной пигментации показано лечение до и после пилинга средствами, содержащими 2% гидрохинон	
Выбранный план лечения		
Пилинг	Мозаичный пилинг на среднюю и нижнюю зоны лица: срединный комбинированный пилинг раствором Джесснера + 35% ТСА на периоральную зону и раствор Джесснера + 15–25% ТСА на щеки	
Область воздействия	Периоральная зона	Щеки
Состав раствора	Раствор Джесснера + 35% ТСА	Раствор Джесснера + 15–25% ТСА
Желаемая глубина пилинга	D	C
Техника нанесения	На тщательно очищенную кожу наносите раствор Джесснера, пока не появится пестрый фрост-эффект на фоне эритемы. После этого сразу нанесите раствор ТСА и при помощи ватной палочки проработайте все морщинки в периоральной зоне. Начинайте с небольшого давления и количества слоев и, корректируя технику нанесения в зависимости от индивидуальной реакции кожи, продолжайте до тех пор, пока не появится однородный белый фрост-эффект (см. гл. 7 и 8)	Сразу после получения ожидаемых изменений на коже от раствора Джесснера при помощи ватной палочки или ватного шарика нанесите ТСА, стараясь попасть во все тонкие морщинки. Наблюдайте за реакцией кожи на пилинг в периоральной зоне и корректируйте технику нанесения. Остановитесь, когда появится однородный прозрачный фрост-эффект (см. гл. 7 и 8)
Ожидаемые изменения на коже	<ul style="list-style-type: none"> ■ Раствор Джесснера: пестрый фрост-эффект на фоне эритемы. ■ 35% ТСА: фрост-эффект III уровня (фарфорово-белый) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Раствор Джесснера: пестрый фрост-эффект на фоне эритемы. ■ 15–25% ТСА: фрост-эффект I–II уровня (тонкий, прозрачный белый)
Наблюдение	В стадии воспаления и реэпителизации рекомендованы осмотр каждые 1–2 дня, контроль заживления раны и при необходимости коррекция местного лечения. По желанию врача и пациента во время посещения можно провести профессиональную очистку раны (см. гл. 7). После восстановления эпителия посещения клиники продолжаются 1–2 раза в неделю до полного заживления. Помните, что даже после полной реэпителизации ремоделирование дермы и синтез коллагена только начинаются. Поэтому врач должен наблюдать пациента периодически в течение 6 мес. после лечения	
Предварительный уход за кожей	<i>Активные вещества</i>	<i>Длительность лечения и частота нанесения</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Средства для местного применения, содержащие 2% гидрохинон и 0,01% третиноин. ■ Инъекция ботулотоксина типа А в верхнюю губу за 2 нед. перед пилингом 	2 раза в день в течение 3–4 нед.
Последующий уход за кожей	<i>Активные вещества</i>	<i>Длительность лечения и частота нанесения</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Системную профилактику герпетической инфекции начинают в день процедуры и продолжают в течение 5 дней. ■ Режим лечения согласуется со стадией заживления, например, наносят масляно-водные или водно-масляные эмульсии с антибиотиками или без них. ■ В первые дни после пилинга рекомендовано применение компрессов с физиологическим раствором для увлажнения и с вазелином для защиты воспаленной кожи. ■ После реэпителизации показаны местные средства, содержащие гидрохинон (2%) и третиноин (0,01%). Ежедневно следует наносить местные средства с высоким фактором защиты широкого спектра от УФ-А- и УФ-В-излучения 	Длительность и частота нанесения должны быть согласованы со стадией заживления, в зависимости от которой отдается предпочтение масляно-водным или водно-масляным эмульсиям. Необходимо контролировать состояние кожи и местное лечение как минимум в течение нескольких месяцев. Для дополнительной информации см. гл. 7 и 8
Длительность лечения и частота процедур	<ul style="list-style-type: none"> ■ Однократная процедура. ■ Пилинг сам по себе занимает 60 мин, однако следует учесть необходимость последующих визитов для ухода за раной, очистки от омертвевших остатков и психологической поддержки 	
Долгосрочные рекомендации	Необходимо постоянное использование местных средств с высоким фактором защиты широкого спектра (рекомендованное количество: 2 мг/см ²)	
Обсуждение	Мозаичный пилинг был выбран из-за желания пациентки улучшить состояние периоральной зоны, при этом максимально сократив время восстановления после процедуры. Введение ботулотоксина типа А в периоральную зону перед пилингом позволит улучшить общие результаты лечения. Если бы пациентка хотела получить максимальный положительный результат для своего состояния, наилучшим вариантом лечения был бы глубокий феноловый пилинг участка, предварительно денервированного ботулотоксином типа А. Если бы целью лечения было улучшение общего внешнего вида кожи, то можно провести срединный комбинированный пилинг всего лица. Альтернативой глубокому и срединному пилингу служат лазерная шлифовка и мезороллерная терапия в сочетании с другими методами омоложения	

9.17 Эластоз: периоральная зона



9

Клинические данные			
Возраст и пол	Женщина, 55 лет		
Жалобы пациента и пожелания по улучшению внешнего вида	Состояние кожи	Анамнез	Пожелания пациента
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Эластоз в периоральной зоне, умеренно выраженные носогубные складки, морщины на губах и «линии марионетки». ■ Жирная кожа с расширенными порами на лице 	<ul style="list-style-type: none"> ■ До настоящего момента омолаживающих процедур не выполняла. ■ В анамнезе рецидивирующая герпетическая инфекция 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Уменьшить морщины и эластоз в периоральной зоне. ■ Не может себе позволить много времени на восстановление. ■ Переживает, что после аугментации увеличатся губы
Результаты осмотра специалистом	Тип кожи по Фицпатрику	Тип по Глогау	Тщательный осмотр кожи
	II	III	Умеренные и тяжелые носогубные складки, морщины на губах и «линии марионетки»