

12+

Людмила Дробышева

**Энциклопедия
бровиста**



Людмила Дробышева

Энциклопедия бровиста

«Издательские решения»

Дробышева Л.

Энциклопедия бровиста / Л. Дробышева — «Издательские решения»,

Исчерпывающее руководство для начинающих и опытных мастеров. От строения волосяного фолликула до юридической защиты и прибыльного бизнеса. Внутри — пошаговые протоколы, цветовой круг, разбор противопоказаний, а также готовые чек-листы, анкеты клиентов и памятки по уходу.

Содержание

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПАТОЛОГИИ	9
3. АРХИТЕКТОНИКА ЛИЦА И БРОВЕЙ: ПРОДВИНУТАЯ ГЕОМЕТРИЯ	11
Конец ознакомительного фрагмента.	12

Энциклопедия бровиста

Людмила Дробышева

© Людмила Дробышева, 2026

ISBN 978-5-0070-8858-9

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

1. ДЕРМАТОЛОГИЯ И ТРИХОЛОГИЯ: ФУНДАМЕНТ, БЕЗ КОТОРОГО ВЫ ЛИШЬ ОПЕРАТОР ПИНЦЕТА

1.1. Анатомия волосяного фолликула брови

Фолликул брови — сложный мини-орган, располагающийся на границе дермы и подкожно-жировой клетчатки. В отличие от волос скальпа, он имеет меньший размер, угол наклона к поверхности кожи около 30—45 градусов и более короткий цикл роста. Знание каждой структуры критически важно для прогнозирования результата и предотвращения необратимых повреждений.

Воронка (infundibulum). Это верхняя часть фолликула от устья до впадения сальной железы. Здесь происходит слушивание корнеоцитов и выделение себума. При гиперкератозе или неправильном уходе (тяжёлые масла, воск) устье закупоривается, формируя закрытые и открытые комедоны прямо в бровях. Мастер обязан визуально оценивать состояние устьев перед любой процедурой: расширенные, с пробками — риск постакне после окрашивания.

Перешеек (isthmus). Расположен между устьем сальной железы и зоной прикрепления мышцы-поднимателя. В этой области внутреннее корневое влагалище ороговеет и распадается, высвобождая стержень. Сальная железа открывается именно сюда; при использовании нестерильного пинцета или воска бактерии (*Staphylococcus aureus*, *Propionibacterium acnes*) проникают в перешеек, вызывая инфекционный фолликулит — гнойничок у основания волоса.

Зона bulge (выпуклость). Здесь расположены стволовые клетки фолликула, отвечающие за регенерацию в начале каждого цикла анагена. Крепится мышца-подниматель. Многократное выдёргивание волос воском с корнем травмирует сигнальное микроокружение bulge, что со временем приводит к уменьшению количества стволовых клеток и необратимому истончению или полной потере волос. Вот почему после многих лет агрессивной эпиляции брови перестают восстанавливаться.

Луковица (bulb) и дермальный сосочек (papilla). Сосочек — это скопление фибробластов и капиллярная сеть, питающая матрикс. Клетки матрикса — самые быстро делящиеся клетки организма в фазе анагена. Здесь синтезируются кератины и меланин. При перманентном макияже, если игла проникает в сосочковый слой дермы (глубже 0,8 мм в зоне бровей), фибробласты погибают, капилляры облитерируются — формируется рубец. Волос на этом месте не вырастет никогда. Поэтому техника «волосков» в татуаже требует ювелирного ощущения «дна» — лёгкого упора в сосочковый слой без его разрушения.

Мышца, поднимающая волос. Вплетена в дерму. При коррекции неправильно выщипанный на изломе волос может изменить направление и торчать перпендикулярно коже.

1.2. Волосяной цикл: математика роста и выпадения

Бровь живёт по своим часам. Полный цикл значительно короче, чем на голове.

Анаген (фаза активного синтеза). Длится всего 4—7 недель. В этой фазе волосяной сосочек максимально увеличен, луковица тёмная, пигментированная, сочная, глубоко погружена в дерму. При пинцетном удалении анагенового волоса вы неизбежно травмируете сосочек, вызывая микрорывотечение (капелька крови в устье). Это сигнал стресса для фолликула: следующий цикл может начаться с задержкой или сформировать более тонкий, слабый стержень. Клиентам с и без того редкими бровями следует избегать выдёргивания волос в анагене — лучше дождаться телогена.

Катаген (инволюция). Длится 2—3 недели. Деление клеток прекращается, луковица ороговеет, съёживается и отделяется от сосочка, но волос ещё удерживается в фолликуле ороговевшим внутренним влагалищем. Луковица становится светлой, «стеклянной». Волос ещё можно удалить, но он выходит легче, чем в анагене.

Телоген (покой). Продолжительность 3—4 месяца. Волос представляет собой «колбу» — ороговевший мешочек на конце стержня, сидящий высоко в устье. Выдёргивается практически без боли, луковица выглядит как крошечное белое зёрнышко. Это идеальная фаза для пинцетной коррекции: сосочек уже не связан с волосом, травмы нет. Профессиональный мастер тактильно различает телогеновый волос: при захвате пинцетом он подаётся легко, без сопротивления.

Экзоген (выпадение). Активное выталкивание телогеновых стержней новыми анагеновыми. Сезонные пики приходятся на весну и осень. Жалоба клиента «после коррекции брови посыпались» — в 90% случаев это совпадение с фазой экзогена. Мастер должен объяснить это, показав на фото «до» телогеновые волоски, которые и так должны были выпасть.

В норме в бровях одновременно находятся: около 70% в анагене, 15% в катагене и 15% в телогене. Любое вмешательство, сдвигающее этот баланс (гормональные нарушения, жёсткая диета, стресс), вызывает телогеновую алопецию — массовое выпадение через 2—3 месяца после провоцирующего фактора.

1.3. Особенности кожи периорбитальной зоны

Кожа век и надбровных дуг — одна из самых тонких в организме: толщина эпидермиса 0,04—0,06 мм (для сравнения, на ладонях — до 1,5 мм). Дерма содержит мало коллагеновых и эластиновых волокон крупного пучкового строения, подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует.

Сосудистая система. Капиллярная сеть очень поверхностна и хрупка. Любое агрессивное натяжение при восковой депиляции или нити вызывает разрыв микрососудов и образование петехий (точечных кровоизлияний). Лимфатические капилляры не имеют клапанов, поэтому даже незначительный отёк после процедуры может сохраняться несколько дней, особенно утром.

Иннервация. Плотность нервных окончаний крайне высока, поэтому болевой порог в этой зоне ниже. Аппликационная анестезия кремами на основе лидокаина/прилокаина (Эмла) на надбровных дугах опасна: из-за тонкой кожи увеличивается системная абсорбция, возможны токсические эффекты (особенно у пациентов с почечной недостаточностью, детей). Кроме того, крем легко мигрирует в конъюнктивальную полость, вызывая ожог роговицы. Разрешены только сертифицированные охлаждающие спреи на спиртовой основе с кратковременным действием и точечным нанесением.

Сальные и потовые железы. Сальных желёз мало, поэтому кожа склонна к сухости. После воска часто наблюдается шелушение, которое клиенты принимают за аллергию. На деле это удаление поверхностного слоя корнеоцитов вместе с липидной мантией. Обязательно постпроцедурное восстановление: декспантенол, керамиды.

1.4. Трихология кожи головы для бровиста

Состояние бровей часто — зеркало процессов на скальпе. Понимание этой связи делает мастера настоящим диагностом, способным вовремя заметить проблему и направить к врачу.

Андрогенетическая алопеция (АГА). Вызвана чувствительностью фолликулов к дигидротестостерону. У женщин проявляется диффузным поредением в зоне центрального пробора, у мужчин — залысинами. В бровях может наблюдаться истончение латеральной трети (симптом Хертога, часто при гипотиреозе, но и при АГА). Волос становится тоньше, короче, хуже поддаётся укладке. Клиенту с АГА не стоит обещать «густые брови от природы» — у него генетически заложено истончение. Рекомендуются деликатно объяснить, что домашний уход может поддержать, но не изменить генетику.

Телогеновая алопеция (диффузная). Возникает через 2—3 месяца после стресса, родов, операции, жёсткой диеты, высокой температуры. На скальпе — равномерное поредение, положительный тест натяжения. В бровях — массовый переход в телоген, временное, но заметное выпадение. Мастер может подтвердить: при аккуратном проведении пальцами по брови остаётся много волосков. Рекомендация: отменить агрессивные процедуры, направить к трихологу для поиска причины, добавить пептидные сыворотки и коррекцию питания.

Рубцовая алопеция (красный плоский лишай, лобная фиброзирующая алопеция). В зоне бровей — очаги с покраснением, фолликулярным гиперкератозом, затем гладкая атрофичная кожа без устьев. Волосы не восстанавливаются. Работать можно только на сохранившихся участках, без травмирования. Татуаж противопоказан из-за феномена Кёбнера.

Очаговая алопеция (гнездная). Аутоиммунное поражение волосяных фолликулов с округлыми очагами и «волосами восклицательного знака» по периферии. При универсальной форме (выпадение всех волос на теле) брови исчезают полностью. Мастер может предложить временное протезирование (накладные брови) или архитектурный татуаж, но только после консультации с дерматологом.

1.5. Генетика и этнические особенности бровей

Генетический код определяет форму, густоту, текстуру и даже реакцию на процедуры.

Монобровь (синофриз). Ген PAX3. Густые, часто жёсткие волосы в межбровье. При коррекции — только пинцет или нить, никаких восков на толстой коже, но с большой осторожностью, чтобы не вызвать врастание. Оставляем 1—2 мм пушка для естественности, иначе у мужчин будет «женский» вид.

Азиатский тип волос. Толстый стержень, круглая в сечении кутикула, плотно упакованные чешуйки. Очень устойчив к химии: для ламинирования часто нужен тиогликолат с pH 9+, время выдержки увеличено. Но при этом волос прямой и жёсткий, его сложно уложить в дугу — форма должна оставаться почти горизонтальной, иначе будет выглядеть неестественно. Окрашивание: фон осветления даёт выраженный красно-оранжевый, нужно много синего микстона.

Африканский тип волос. Спиральная завивка, уплощённый стержень, склонность к сухости и ломкости. Крайне склонен к псевдофолликулиту — врастанию. Коррекция только пинцетом с предварительным распариванием или масляным компрессом для размягчения. Категорически запрещены воск и нить. Окрашивание — щадящее, безаммиачное, с обязательным увлажнением после. Ламинирование может дать непредсказуемый результат: волос может не раскрыться или, наоборот, сильно повредиться.

Рыжий фенотип (варианты гена MC1R). Феомеланин вместо эумеланина. Волосы часто тоньше, более чувствительны к боли (пониженный порог). Склонность к покраснению, аллергическим реакциям. Требуется обязательный патч-тест за 48 часов. Окрашивание: натуральный рыжий трудно перекрыть холодными оттенками без предварительной нейтрализации зелёным микстоном.

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПАТОЛОГИИ

2.1. Абсолютные противопоказания (процедуру не проводить)

Острые инфекции глаз и век.

- Конъюнктивит (вирусный, бактериальный, аллергический): гиперемия конъюнктивы, отделяемое. При натяжении века вы рискуете механически травмировать воспалённую слизистую, а также перенести инфекцию на другой глаз.

- Ячмень (гордеолум) и халазион: острое гнойное воспаление волосяного мешочка ресницы или мейбомиевой железы. Тепло и давление при окрашивании, ламинировании способствуют прорыву гноя в орбитальную клетчатку (флегмона орбиты — жизнеугрожающее состояние).

- Герпес (Herpes simplex, Zoster): пузырьки с серозным содержимым, даже если расположены не прямо на брови, а на виске или щеке. Вирус распространяется по нервным ганглиям, и любая травма может спровоцировать диссеминацию. Процедура возможна не ранее чем через 2 недели после полного заживления корочек.

Новообразования в зоне обработки.

- Невусы (родинки): пигментные, папилломатозные, голубые. Травматизация пинцетом, воском, нитью — это, по сути, биопсия. Риск малигнизации невелик, но существует. Правило «2 мм»: не трогаем волоски на самой родинке и в радиусе 2 мм вокруг неё. Для удаления длинных волосков с поверхности невуса используем только ножницы, аккуратно подрезая.

- Папилломы, кератомы, бородавки: образования на ножке или широком основании. Срезание нитью вызывает кровотечение и обсеменение вирусом папилломы человека (ВПЧ) окружающей кожи. Если папиллома мешает обзору, аккуратно прижмите её шпателем, но не травмируйте.

Нарушение целостности кожных покровов. Свежий татуаж (менее 4 недель), лазерная шлифовка, микродермабразия, химический пилинг, блефаропластика (до 6 месяцев), лазерная коррекция зрения (до 1—6 месяцев в зависимости от метода; запрет на тепло и трение).

2.2. Трихопатии бровей: дифференциальная диагностика и действия мастера

Себорейный дерматит. Этиология: гриб *Malassezia globosa*, расщепляющий кожное сало до свободных жирных кислот, вызывающих воспаление. Клиника: жёлтые, жирные чешуйки на гиперемированной коже, зуд. Ошибка мастера: наносить краску прямо на чешуйки. Пигмент впитывается неравномерно, а аммиак вызовет обострение. Тактика: за час до процедуры клиент наносит 2% кетоконазол (шампунь или крем) на зону бровей; вы смываете, работаете только пинцетом, без распаривания. Окрашивание — исключительно стержней волос, избегая кожи. Хна на себорейных очагах даёт ярко-жёлтый оттенок из-за кислой реакции среды.

Псориаз. Хроническое аутоиммунное заболевание с ускоренным делением кератиноцитов. Характерны серебристые чешуйки на инфильтрированном основании. При поскабливании (проба Граттана) последовательно выявляются: феномен стеаринового пятна (чешуйки крошатся), терминальной плёнки (влажная поверхность), кровавой росы (точечное кровотечение из сосочков дермы). В стадии обострения процедуры запрещены. В ремиссии на «дежур-

ных бляшках» можно работать только пинцетом, не задевая кожу. Воск и нить категорически исключены.

Гнёздная алопеция (очаговая). Аутоиммунное поражение волосяных фолликулов. Очаги полного облысения округлой формы, кожа гладкая, цвета слоновой кости, устья сохранены. По периферии — «волосы восклицательного знака» (дистрофичные, сужающиеся к корню). Мастер может выполнять коррекцию оставшихся волос для визуальной маскировки очага, но ни в коем случае не травмировать кожу в надежде «стимулировать рост». Это бесполезно и может усугубить аутоиммунный процесс. Любое внутрикожное воздействие (татуаж) в зоне очага противопоказано из-за феномена Кёбнера (провокация нового очага на месте травмы).

Трихотилломания. Психогенное выдёргивание собственных волос. В бровях видны обломанные стержни разной длины, участки поредения неправильной формы. Кожа без воспаления. Мастеру важно деликатно выяснить, не является ли это следствием стресса, но не пытаться «лечить». Предлагается щадящая коррекция, возможно, окрашивание для создания иллюзии густоты, но без резких изменений, которые могут усилить тревожность.

Демодекоз. Клещ *Demodex folliculorum*, обитающий в устьях фолликулов. Симптомы: муфты (белесоватые чехлики) у корней волос, «песочная» текстура кожи, вечерний и ночной зуд. При ламинировании (тепло, окклюзия) клещи активизируются, вызывая острый блефарит с отёком век. При подозрении — отправить к дерматологу или офтальмологу. До подтверждения ремиссии никаких процедур, особенно с разогревом и маслами.

2.3. Лекарственная настороженность (полный список)

Системные ретиноиды (Изотретиноин, Ацитретин). Вызывают истончение эпидермиса, атрофию сальных желёз, снижение выработки коллагена и эластина. Кожа становится похожа на папиросную бумагу. Эпиляция воском/нитью/сахаром приводит к лоскутным срывам эпидермиса (рана, как после ожога), длительному заживлению и рубцеванию. Запрет на любые травматичные процедуры — минимум 6—12 месяцев после окончания курса (зависит от кумулятивной дозы). Пинцетная коррекция возможна с крайней осторожностью и хорошей фиксацией кожи.

Топические ретиноиды (Третиноин, Адапален, Тазаротен, ретиноевая мазь). Даже при нанесении на другие зоны лица, они мигрируют. Отменить за 4 недели до воска/нити.

Антикоагулянты и дезагреганты (Варфарин, Ривароксабан, Клопидогрел, Аспирин в дозах > 75 мг/сут, НПВС, Омега-3 в высоких дозах, Гинкго билоба). Повышают ломкость капилляров и время кровотечения. Даже аккуратная пинцетная коррекция может вызвать обширную подкожную гематому. Работаем минимально, без натяжения, после процедуры — немедленный холод.

Химиотерапевтические препараты (Циклофосфамид, Доксорубицин, Таксаны). Вызывают острый апоптоз матрикса фолликула. Волосы истончаются у корня (симптом Pohl-Pinkus), становятся ломкими. Любое натяжение приводит к обламыванию или выдёргиванию целых пучков. Только стрижка триммером и мягкое тонирование без аммиака; пинцет — исключительно единичные, явно телогеновые волосы.

3. АРХИТЕКТОНИКА ЛИЦА И БРОВЕЙ: ПРОДВИНУТАЯ ГЕОМЕТРИЯ

3.1. Анализ костной структуры

Форма брови должна гармонизировать с костным каркасом, а не противоречить ему.

- Глабелла (надпереносье). Выступающая глабелла требует визуального смягчения: начало брови делаем более широким, чуть растушёванным, чтобы «запаковать» объём. Плоская глабелла позволяет сделать графичную, сближенную головку.

- Надбровные дуги (arcus superciliaris). Их рельеф диктует изгиб. У мужчин они выступают сильнее, поэтому бровь идёт почти по прямой. Попытка создать дугу на выраженной дуге выглядит как «вторая арка» и нарушает анатомию. У женщин с низкими дугами форма может быть более изогнутой, но всегда в пределах верхнего края дуги — нельзя «задирать» бровь на лоб.

- Орбитальный край и скуловой контрфорс. Хвост брови никогда не должен опускаться ниже уровня головки. Проведите воображаемую горизонталь от нижней точки головки к хвосту: в идеале хвост находится на этом уровне или чуть выше. Опущенный хвост создаёт «печальное» выражение и эффект птоза.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.