

DERMATOLOGY *REVIEW*

PRZEGLĄD DERMATOLOGICZNY

Official journal of the Polish Dermatological Society

Organ Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

termedia

wydawnictwa
medyczne

Established in 1906

1906 – 1913 REVIEW OF SKIN AND VENEREAL DISEASES
1914/18 – 1951 DERMATOLOGICAL REVIEW
1951 – 1958 REVIEW OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY
SINCE 1959 DERMATOLOGICAL REVIEW

Rok założenia czasopisma 1906

od roku 1906 do roku 1913 PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
od roku 1914/18 do roku 1951 PRZEGLĄD DERMATOLOGICZNY
od roku 1951 do roku 1958 PRZEGLĄD DERMATOLOGII I WENEROLOGII
od roku 1959 PRZEGLĄD DERMATOLOGICZNY

Editorial office/Zespół redakcyjny

Editor-in-Chief/Redaktor naczelny
prof. dr hab. med. Małgorzata Olszewska
Deputy Editors-in-Chief/Zastępcy redaktora
dr hab. med. Aleksandra Dańczak-Pazdrowska
dr hab. med. Wojciech Baran prof. UMW
Members of the Editorial Board/Członkowie Redakcji
dr n. med. Agnieszka Kalińska-Bienias
dr n. med. Mariusz Sikora

Address/Adres Redakcji

Klinika Dermatologiczna WUM
ul. Koszykowa 82 A
02-008 Warszawa
tel. +48 22 502 14 68
e-mail: dermatologyreview@termedia.pl

Editorial Board/Komitet Naukowy

Zygmunt Adamski (Poznań, Poland)
Giuseppe Argenziano (Naples, Italy)
Grażyna Broniarczyk-Dyła (Łódź, Poland)
Ligia Brzezińska-Wcisło (Katowice, Poland)
Paulo Cunha (Sao Paulo, Brazil)
Rafał Czajkowski (Bydgoszcz, Poland)
Iwona Flisiak (Białystok, Poland)
Uwe Gieler (Giessen, Germany)
Robert Gniadecki (Kopenhaga, Denmark)
Nasim Fazel (Sacramento, CA, USA)
Marek Haftek (Lyon, France)
Jana Hercegova (Praga, Czech Republic)
Mared Jonkman (Groningen, Netherlands)
Andrzej Kaszuba (Łódź, Poland)
Dorota Krasowska (Lublin, Poland)
Juergen F. Kreusch (Luebeck, Germany)
Camila Krysicka-Janninger (Newark, NJ, USA)
Oleksander Litus (Kijów, Ukraine)
Sławomir Majewski (Warsaw, Poland)
Romuald Maleszka (Szczecin, Poland)
Mariya Miteva (Miami, FL, USA)
Hoda Moneib (Cairo, Egypt)
Tomasz Mroczkowski (New Orleans, USA)
Dedee Murrell (Sydney, Australia)
Nir Nathansohn (Ramat Gan, Israel)
Milos Nikolic (Belgrad, Serbia) Roman Nowicki (Gdańsk, Poland)
Witold Owczarek (Warsaw, Poland)
Ketty Peris (Rome, Italy)
Waldemar Placek (Olsztyn, Poland)
Bianca Maria Piraccini (Bologna, Italy)
Bertrand Richert (Brussels, Belgium)
Lidia Rudnicka (Warsaw, Poland)
Robert A. Schwarz (Newark, NJ, USA)
Jerry Shapiro (Vancouver, Canada)
Sonja Stander (Minster, Germany)
Jacek Szepietowski (Wrocław, Poland)
Antonella Tosti (Bologna, Italy)
Shyam Verma (Vadodra, India)
Anna Wojas-Pelc (Kraków, Poland)
Uwe Wollina (Dersden, Germany)
Anna Woźniacka (Łódź, Poland)
Gil Yosipovitch (USA)

Honorary Scientific Board/Honorowy Komitet Naukowy

Eugeniusz Baran (Wrocław, Poland)
Maria Błaszczyk (Warsaw, Poland)
Grażyna Chodorowska (Lublin, Poland)
Bożena Chodyncka (Białystok, Poland)
Stefania Jabłońska (Warsaw, Poland)
Kazimierz Jakubowicz (Warsaw, Poland)
Barbara Lecewicz-Toruń (Lublin, Poland)
Adam Nowak (Szczecin, Poland)
Zofia Olszewska (Łódź, Poland)
Anastazy Omulecki (Łódź, Poland)
Jadwiga Roszkiewicz (Gdańsk, Poland)
Andrzej Stapiński (Warsaw, Poland)
Anna Sysa-Jędrzejowska (Łódź, Poland)
Henryk Szarmach (Gdańsk, Poland)
Hanna Wolska (Warsaw, Poland)
Stanisław Zabielski (Warsaw, Poland)

Publisher/Wydawca
Termedia Wydawnictwa Medyczne
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./fax +48 61 822 77 81
www.termedia.pl
e-mail: termedia@termedia.pl
Warsaw Office/Biurowo w Warszawie
Warsaw Financial Center
11 piętro, p. 1149
ul. Emilii Plater 53
00-113 Warszawa
tel./fax +48 22 827 75 14
e-mail: biuro.warszawa@termedia.pl

**Marketing and Advertising/
Dział Marketingu i Reklamy**
Agnieszka Mańkowska
tel. +48 61 822 77 81 ext. 404
e-mail: a.mankowska@termedia.pl
**Distribution and Subscriptions/
Dział Dystrybucji i Prenumeraty**
tel. +48 61 656 22 00

**Computer copy editing and
typesetting/Opracowanie
i skład komputerowy**
termedia
wydawnictwa
m e d y c z n e
Circulation up to 2,000 copies
Nakład: 2000 egz.

**President of the Management Board
of the Termedia Publishing House/
Prezes Zarządu Wydawnictwa Termedia**
Janusz Michalak
**Scientific Director of the Termedia Publishing House/
Dyrektor Naukowy Wydawnictwa Termedia**
Maciej Banach
Production Editor/Sekretarz Redakcji
Marzena Demska
e-mail: m.demska@termedia.pl
MNIŚW 12
Index Copernicus: 8,12 (107,97)
ISSN 0033-2526

The publishers and editorial staff are not liable for advertisement or announcement content. This publication is intended only for persons authorised to issue prescriptions and involved in trade in medicinal products within the meaning of the Pharmaceutical Law dated 6 September 2001 (Journal of Laws No. 125, item 1381, as amended and including further regulations).

Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń. Publikacja ta jest przeznaczona tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawa farmaceutycznego (DzU Nr 125, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Copyright: © 2017 Polish Dermatological Society. This is an Open Access journal, all articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

Copyright: © 2017 Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. To jest czasopismo Open Access, wszystkie artykuły są rozpowszechniane na warunkach licencji Creative Commons Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Na tych samych warunkach 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0) <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), dzięki czemu osoby trzecie mogą kopiować i rozpowszechniać materiał na dowolnym nośniku lub w formacie oraz przekształcać i czerpać z materiału, pod warunkiem że oryginalne dzieło jest prawidłowo cytowane i zachowuje warunki licencji.



**IX KONFERENCJA SEKCJI DERMATOLOGII ESTETYCZNEJ
POLSKIEGO TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGO**
Dermatologia estetyczna – nauka czy rzemiosło
GDYNIA, 22–24 czerwca 2017 r.

STRESZCZENIA



MIEJSCE

Hotel Nadmorski, ul. Juliana Ejsmonda 2, Gdynia

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

prof. Waldemar PLACEK

prof. Andrzej KASZUBA

ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową
i Immunologii Klinicznej Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie,

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej
i Onkologicznej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

PATRONAT

Sekcja Dermatologii Estetycznej
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego



BIURO ORGANIZACYJNE

Wydawnictwo Termedia

ul. Kleeberga 2

61-615 Poznań

tel./faks +48 61 822 77 81

Anatomia plastyczna twarzy oraz ręki (mięśnie, nerwy i naczynia) pod kątem przydatności do zabiegów estetycznych z wypełniaczami, toksyną botulinową i wolumetrii – pokaz 3D

Jerzy Gielecki

Katedra Anatomii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Brak streszczenia.

Znieczulenie miejscowe przy zabiegach z zakresu dermatologii estetycznej w obrębie twarzy

Piotr Malara¹, Beata Malara²

¹Institut Materiałów Inżynierskich i Biomedycznych, Politechnika Śląska w Gliwicach

²Wydział Medyczny, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. W. Korfańskiego w Katowicach

Skuteczne zapobieganie doznaniom bólowym ma pierwszorzędne znaczenie we współczesnej medycynie, szczególnie w zabiegach ze wskazań estetycznych. Odpowiednia kontrola bólu podczas zabiegów musi być zapewniona ze względu na spokój i bezpieczeństwo pacjenta oraz komfort pracy operatora. Możliwość zagwarantowania bezbolesności zabiegów może w dużym stopniu wpływać na decyzje pacjenta dotyczące poddania się określonym procedurom medycznym, co ma istotne znaczenie w przypadku terapii wymagającej wielokrotnego ich powtarzania. Brak bólu towarzyszącego procedurom medycznym buduje ponadto zaufanie pacjenta do lekarza oraz wpływa na kształtowanie pozytywnej opinii o operatorze w otoczeniu. Z medycznego punktu widzenia doznania bólowe prowadzą z kolei do nadmiernego stresu i wzrostu stężenia katecholamin z następstwami ze strony układu sercowo-naczyniowego, nerwowego i oddechowego, co wpływa na bezpieczeństwo wykonywanych procedur. Mimowolne ruchy pacjenta i grymasy twarzy pod wpływem doznań bólowych utrudniają ponadto pracę lekarza i zmniejszają precyzję skomplikowanych zabiegów estetycznych.

W pracy dokonano przeglądu aktualnych poglądów na temat anatomicznych podstaw unerwienia czuciowego obszaru części twarzowej czaszki oraz

technik znieczulania skóry twarzy, możliwych do wykonania ze względu na specyfikę zabiegów z zakresu dermatologii estetycznej. Szczegółowo omówiono techniki znieczulania nerwu nadoczodołowego i nadbłoczkowego, nerwu podoczodołowego, gałęzi nosowych zewnętrznych, nerwu bródkowego, gałęzi jarzmowo-skroniowej oraz nerwu uszno-skroniowego. Przedstawiono również miejscowe i ogólne powikłania znieczuleń przewodowych w obrębie twarzy oraz sposoby zapobiegania tym powikłaniom.

Stwierdzono, że najodpowiedniejszą techniką znieczuleń skóry twarzy przy zabiegach z zakresu dermatologii estetycznej są znieczulenia przewodowe poszczególnych odgałęzień nerwu trójdzielnego. Znieczulenie to pozwala na uzyskanie analgezji na stosunkowo dużym obszarze przy zastosowaniu niewielkich objętości środka znieczulającego. Rozległość znieczulonego obszaru jest tym większa, im bardziej dośrodkowo przerywa się farmakologicznie przewodnictwo nerwu. Efekt znieczulenia utrzymuje się długo (do kilku godzin), co nie jest bez znaczenia dla komfortu pacjenta w okresie pozabiegowym. Ze względu na możliwość uzyskania analgezji na stosunkowo dużym obszarze, minimalizację liczby wkłuc oraz brak zmian konfiguracji skóry spowodowanych objętością środka znieczulającego znieczulenia przewodowe są zalecane do szerokiego zakresu zabiegów dermatologii estetycznej w obrębie twarzy.

Rewitalizacja skóry twarzy i grzbietów rąk u mężczyzn

Waldemar Placek, Aleksandra Znajewska-Pander

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Anatomia twarzy męskiej różni się w kilku detalach od odpowiednika u płci pięknej. Budowa kości, takich jak obręczy oczodołowej, glabelli, kości policzkowych i żuchwy, jest bardziej wyraźna. Również mięśnie tych okolic są bardziej rozwinięte i uwidocznione.

Atrakcyjność twarzy jest wypadkową wielu różnych czynników. Uważa się, że osoby o atrakcyjnych twarzach mają więcej partnerów seksualnych, łatwiej zdobywają pracę, mają wyższe zarobki i szybciej wzbudzają sympatię i zaufania. Preferencje dla twarzy symetrycznych, o typowych proporcjach, widocznych cechach płciowych i zdrowo wyglądającej skóry ludzie przypuszczalnie odziedziczyli po swoich przodkach. U mężczyzn atrakcyjność twarzy

jest równie ważna jak budowa ciała. Ogólnie przyjmuje się, że w wielu aspektach życia atrakcyjność jest wprost proporcjonalna do sukcesu i osiągnięć.

Nadal zastanawiające jest, że pomimo rosnącego zainteresowania zabiegami dermatologii estetycznej wciąż marketing większości firm skoncentrowany jest głównie na problemach kobiet, a niewątpliwie jest to grupa pacjentów, która ciągle się powiększa.

Różnice w morfologii i fizjologii skóry twarzy kobiet i mężczyzn wynikają z różnych proporcji między stężeniem androgenów i estrogenów. Skóra mężczyzn jest grubsza, twardsza i bardziej szorstka, z mniejszą zawartością tkanki tłuszczowej. Dojrzałym mężczyźni mają zwykle ciemniejszy kolor skóry niż kobiety. Wyniki badań wykazały, że męska skóra jest mniej wrażliwa na temperaturę, dotyk czy klucie. Dowiedziono, że u mężczyzn występuje bardziej nasilone wydzielanie łoju niż u kobiet.

U mężczyzn większa i silniejsza struktura kostna i mięśniowa przy jednoczesnym deficycie objętości tkanki podskórnej powoduje powstawanie głębokich zmarszczek i bruzd. Zjawisko to potęgowane jest przez znacznie silniejszą niż u kobiet mimikę twarzy.

Wybór zabiegu obejmuje odpowiednią ocenę i poszanowanie różnic psychologicznych, anatomicznych i społecznych między mężczyznami a kobietami. Tak więc, jakie z dostępnych zabiegów są najbardziej popularne wśród panów?

Wśród mężczyzn najpopularniejszymi procedurami są zabiegi wygładzające zmarszczki oraz poprawiające owal twarzy. Dużo mniej są popularne pilingi i mezoterapia zarówno kwasem hialuronowym, jak i substancjami biostymulującymi, np. peptydami. Rzadziej też mężczyźni zgłaszają się na zabiegi laserowe odmładzające i wyrównujące strukturę skóry. Dlatego warto wspomnieć o rewitalizacji chociażby stabilizowanym kwasem hialuronowym, który jest szczególnie przydatny dla skóry mężczyzn zarówno na twarz, jak i grzbiety rąk. Restylane Skinboosters jest stabilizowanym kwasem hialuronowym pochodzenia niezwierzęcego otrzymanym techniką NASHA™. Naturalne wiązania kwasu hialuronowego zapewniają zachowanie struktury żelu. Duża liczba naturalnych wiązań kwasu hialuronowego warunkuje wysoką elastyczność i biokompatybilność żelu NASHA™ – zapewnia to długi okres utrzymywania się żelu w tkankach. Mała cząsteczka żelu sprzyja higroskopijności, nie zmieniając kształtu miejsca poddanego zabiegowi. W wyniku zabiegu uzyskuje się lepszą kondycję skóry dojrzałej, wygładza blizny potrądzikowe, skóra jest nawilżona, a na grzbietach rąk skóra wygładza się, pogrubia, jest lepiej nawilżona i prześwitujące wcześniej naczynia robią wrażenie zamaskowanych. Podsumowując – uzyskuje się poprawę jakości skóry u mężczyzn bez zmian rysów i zubożenia mimiki twarzy.

Czerniak bezbarwnikowy a laserowe usuwanie zmian skórnych

Jolanta Maciejewska^{1,2}

¹Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy

²LEKARZE Mostowa 4 w Bydgoszczy

Diagnostyka czerniaka bezbarwnikowego jest wyzwaniem dla lekarzy zajmujących się dermoskopią. Brakuje klasycznych kryteriów diagnostycznych dotyczących tego rodzaju czerniaka. Obraz kliniczny nie jest typowy, dlatego tak istotny jest wywiad przeprowadzony przez lekarza uzupełniony o badanie dermoskopowe. W ciągu ostatnich lat liczba wykonywanych zabiegów laserowych znacząco wzrasta. Prawidłowa kwalifikacja zmian skórnych, w tym również zmian bezbarwnikowych, może się przyczynić do unikania błędów lekarskich. W każdym przypadku zmiany, przy której nie mamy pewności co do jej charakteru, wskazane jest chirurgiczne usunięcie i badanie histopatologiczne. Ocena kliniczna zmian bezbarwnikowych kwalifikowanych do zabiegów laserowych powinna być zawsze uzupełniona o badanie dermoskopowe.

Jak zatem radzić sobie ze zmianami typu *pink lesion*? Czym się kierować i na co zwrócić uwagę? Na pewno *pink and think* – kiedy zobaczymy różową zmianę, pomyślmy, czy to nie czerniak bezbarwnikowy.

Zabiegi dermatologii estetycznej w leczeniu trądziku różowatego

Ewa Chlebus

NZOZ Nova Derm w Warszawie

Leczenie trądziku różowatego łączy się często z trudnym, przewlekłym postępowaniem. Zastosowanie leczenia ogólnego lub zewnętrznego zależy od podtypu choroby lub objawów klinicznych. Od niedawna poza lekami doustnymi i miejscowym stosuje się inne metody służące poprawie struktury skóry i terapii zmian naczyniowych. Te nowe metody to przede wszystkim leczenie laserami oraz pilingi wykorzystywane w terapii podtrzymującej, po wygaszeniu aktywnej fazy choroby.

Leczenie trądziku różowatego retinoidami w kremach dawało dobre rezultaty, dlatego też zaczęto stosować pilingi z tymi substancjami w okresach remisji choroby. Koncepcja terapii pilingami retinoidowymi skóry skłonnej do trądziku różowatego nawiązuje do jednej z hipotez etiopatogenezy choroby. Według tej hipotezy trądzik różowaty jest skutkiem degeneracji tkanki łącznej.

W terapii trądziku różowatego najczęściej stosowane są pilingi złożone: połączenia kwasu retinowego z kwasem kojowym, kwasem azelainowym, witaminą C, a także z kwasem mlekowym. Wydaje się, że w pilingach naprawczych poza retinoidami szczególną rolę odgrywa kwas azelainowy, który ma działanie przeciwzapalne, antyoksydacyjne i przeciwbakteryjne.

W wyniku działania złożonych pilingów retinoidowych skóra staje się jaśniejsza, zmniejsza się skłonność do rumienia, dodatkową zaletą jest wyraźny efekt odmłodzenia. To powód do zadowolenia szczególnie dla tych pacjentek, które są zmęczone wieloletnią walką z chorobą.

W profilaktyce trądziku różowatego stosowane są również pilingi z kwasem glikolowym i migdałowym. Ich zadaniem jest naprawa bariery naskórkowej. Innym bardzo prostym, a zarazem skutecznym zabiegiem jest stosowanie małych dawek kwasu trójchlorooctowego w celu zmniejszenia przepuszczalności naczyń i rozjaśnienia skóry.

Zabiegi dermatologii estetycznej w leczeniu przebarwień

Ewa Chlebus

NZOZ Nova Derm w Warszawie

Leczenie przebarwień jest jednym z największych wyzwań dla lekarza zajmującego się dermatologią estetyczną. Powstają one na skórze twarzy w różnych okresach życia. Najczęściej mają podłoże hormonalne. Często powstawanie przebarwień obserwuje się w czasie słonecznego lata u osób przyjmujących różne leki o właściwościach fototoksycznych lub stosujących aktywne kosmetyki. Produkcję barwnika w skórze pobudzają promienie ultrafioletowe i światło widzialne. W części przypadków nie potrafimy jednak zidentyfikować czynnika wywołującego przebarwienia, co sugeruje istnienie specyficznej, osobniczej skłonności do ich powstawania.

Należy podkreślić, że leczenie przebarwień jest procesem długotrwałym. Aby rozjaśnić przebarwienia o typie naskórkowym, wystarczy 6–12 miesięcy leczenia. Głębiej umiejscowione przebarwienia skóry wymagają znacznie dłuższej terapii, ok. 2–4 lat.

Za najskuteczniejszą metodę leczenia przebarwień uznaje się pilingi chemiczne. Terapia polega na chemicznym uszkodzeniu naskórka, co prowadzi do oddzielenia wielu warstw komórek. Preparaty złuszczone uzupełniane są o związki hamujące produkcję melaniny. Złuszczana skóra lepiej reaguje na leki rozjaśniające. W ostatnich latach postuluje się, że jedną z przyczyn przebarwień jest uszkodzenie włókien kolagenowych. Poza preparatami usuwającymi melaninę i hamującymi produkcję tego barwnika zaleca się stosowanie substancji regenerujących uszkodzone włókna. To proces bardzo powolny, dlatego leczenie przebarwień wydłuża się nawet do kilku lat. W pilingach wykorzystuje się działanie bardzo wielu aktywnych substancji. Poza właściwym doбором zabiegów bardzo celowe wydaje się zaproponowanie skutecznego leczenia pomiędzy zabiegami.

Miejsce zabiegów estetycznych w leczeniu trądziku dorosłych

Marzena Perzanowska-Stefańska

Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska w Szczecinie

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w ostatnich latach wskazują wzrost częstości występowania trądziku w wieku dorosłym. Zmiany skórne istotnie

wpływają na jakość życia, a u wielu chorych bywają przyczyną poważnych zaburzeń psychicznych i izolacji. Nasilająca się w ostatnich latach moda na wiecznie młody i zdrowy wygląd wywołuje presję, która skłania wielu pacjentów do poddawania się zabiegom estetycznym.

Dermatologia estetyczna nieustannie się rozwija i proponuje pacjentom coraz to nowe możliwości, uzupełniając leczenie zachowawcze. Wraz z rozwojem wiedzy do zabiegów leczniczych włączono szereg nowoczesnych substancji oraz urządzeń. Pilingi, oprócz złuszczenia w celu rewitalizacji skóry, zaczęły być zalecane m.in. do usuwania blizn, przebarwień, leczenia aktywnych zmian zapalnych w trądziku i blizn potrądzikowych. Terapia blizn potrądzikowych, będąca niezwykle trudnym wyzwaniem lekarskim, obejmuje lasery frakcyjne czy mikronakłucia frakcyjne. W leczeniu bliznowców i przerostowych blizn potrądzikowych zaleca się iniekcje z triamcynolonu. Medycyna estetyczna pozwala także na niwelowanie powikłań choroby w postaci bliznowacenia z wykorzystaniem tzw. wypełniaczy, podawanych po wcześniejszym chirurgicznym podcięciu zaciągających blizn. W ostatnich kilku latach podejmuje się liczne próby wdrożenia laseroterapii i terapii fotodynamicznej w celu leczenia chorych na trądzik, a nie tylko do usuwania przebarwień i blizn będących powikłaniem choroby. Pomimo tak wielu metod terapeutycznych wykorzystujących znajomość patogenezы choroby terapia trądziku wciąż jest wyzwaniem. Dorośli pacjenci chorujący na trądzik często skarżą się na suchość skóry i skłonność do podrażnień. Wykorzystanie zabiegów estetycznych w trudnym i przewlekłym leczeniu dermatologicznym zwiększa szanse na sukces terapeutyczny.

Nowe możliwości technologii HIFU

Marcin Ambroziak

Klinika „Ambroziak” w Warszawie

Brak streszczenia.

Czy gestageny poprawiające wygląd skóry kobiet stosowane w terapii antykoncepcyjnej zwiększają ryzyko wystąpienia ZCHZZ?

Maciej Wilczak

Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Brak streszczenia.

Seksualność – co medycyna estetyczna może zmienić

Violetta Skrzypulec-Plinta

Katedra Zdrowia Kobiety, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Brak streszczenia.

Makijaż permanentny jako narzędzie wspomagające dermatologię estetyczną

Irena Walecka

Klinika Dermatologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

Makijaż trwały, zwany inaczej makijażem permanentnym lub biotatuażem, to technika zdobienia skóry z użyciem specjalnych barwników, której celem jest stworzenie trwałego *make-upu*, poprawienie i uwydatnienie linii rzęs, brwi lub ust. Zabieg stosowany jest także w celach medyczno-estetycznych u osób z łysieniem plackowatym, po chemioterapii, z rozstępami, z bielactwem, po urazach, po operacjach piersi oraz w celu maskowania defektów skóry. Mikropigmentację należy odróżnić od zabiegu pigmentacji, gdyż efektem zabiegu mikropigmentacji jest makijaż permanentny, natomiast efektem zabiegu pigmentacji jest tatuaż. Do wykonania zabiegu pigmentacji, czyli tatuażu, stosuje się inne pigmenty niż w zabiegach mikropigmentacji.

Podstawowymi wskazaniami medyczno-kosmetycznymi do wykonania makijażu permanentnego są: poprawa kształtu brwi, ust, oczu, kamuflaż

blizn, rozstępów, bielactwa, łysienia. Poprawa kształtu ust, brwi czy oczu polega najczęściej na wyrównaniu asymetrii, zmianie wielkości, wyrównaniu pigmentacji (np. w okolicach czerwieni wargowej po przebytej opryszczce), zmianie kształtu łuków brwiowych i linii brwi (zmienione po operacjach twarzy, np. po liftingu czoła), korekcie blizn po rozszczepie warg, po oparzeniach, po operacji piersi (głównie odtworzenie zabarwienia brodawki po mastektomii). Inną grupą wskazań są schorzenia dermatologiczne, którym towarzyszy wypadanie włosów, np. łysienie rozlane kobiet, męskie łysienie androgenowe, łysienie plackowate, łysienie po chemioterapii (w niektórych krajach zabiegi makijażu trwałego po leczeniu onkologicznym są refundowane i uznane za element terapii).

Przeciwwskazaniami do wykonania makijażu permanentnego są m.in. choroby skóry (takie jak aktywna łuszczyca, liszaj płaski, atopowe zapalenie skóry, alergia), skłonność do keloidów, hemofilia, niewyrównana cukrzyca, choroba nowotworowa w trakcie leczenia, aktywne infekcje HSV, HCV, HBV, HIV, podwyższona temperatura ciała, miejscowe bakteryjne, wirusowe lub grzybicze stany zapalne skóry, znamiona w polu zabiegowym, ciąża i karmienie piersią. W przypadku przyjmowania leków steroidowych, przeciwkrzepliwych czy retinoidów wymagana jest opinia lekarza specjalisty.

Wykonanie zabiegu można podzielić na kilka etapów. Pierwszy etap powinien się składać z przygotowania pacjenta, tj. zebrania wywiadu, omówienia metodyki zabiegu, ustalenia kształtu i koloru pigmentacji, wykonania próby uczuleniowej, analizy cery, rysunku wstępnego i doboru odpowiedniej kolorystyki. Drugi etap to znieczulenie do zabiegu i wykonanie zabiegu. Trzeci etap stanowi zalecenie pielęgnacji skóry zaraz po zabiegu i w terminie późniejszym.

Po zabiegu mikropigmentacji mogą wystąpić powikłania, zarówno wczesne, jak i późne. Do powikłań natychmiastowych zalicza się krwawienie i obrzęk trwający do 2-3 dni, do wczesnych – infekcje wirusowe (HSV) i infekcje bakteryjne pojawiające się w ciągu 7 dni po zabiegu. Do powikłań późnych należą infekcje wirusowe (brodawki wirusowe, HCV, HBV, HIV), zakażenie kiłą, gruźlicą wynikające z nieprawidłowej sterylizacji, a także alergii kontaktowa na barwnik pojawiająca się do 6 tygodni po zabiegu, reakcje fototoksyczne (głównie na siarczan kadmu). Powikłaniem późnym jest także przemieszczanie się barwnika poza miejsce podania. Inne powikłania mogą wynikać ze złej jakości urządzenia i barwników użytych do zabiegu (gdy barwnik w skórze przyjmuje inny kolor, np. brwi – zielononiebieskie, kontur ust – fioletowy) lub z braku umiejętności i doświadczenia osoby wykonującej zabieg (nieprawidłowy kształt).

Efekt zabiegu utrzymuje się w zależności od typu i kolorystyki skóry od 1 do 5 lat, ale wymaga okresowego wzmacniania. Blednięcie koloru zależy od rodzaju użytego pigmentu, typu skóry (koloru, grubości, struktury), częstości ekspozycji na słońce, głębokości pigmentacji, liczby i rodzajów zabiegów kosmetycznych, jakim poddaje się osoba, u której wykonano makijaż, a także wieku i intensywności zmian związanych ze starzeniem się skóry. Skóra młoda, w której zachodzą prawidłowe procesy immunologiczne i regeneracyjne, szybciej eliminuje pigment niż skóra dojrzała, gdzie zaburzone są procesy obronne, struktura naskórka jest spłaszczona, zmniejsza się liczba warstw żywych naskórka (skóra cienka).

Usunięcie makijażu permanentnego jest bardzo trudne. Służą do tego specjalne preparaty rozpuszczające naskórek, peelingi, mikrodermabrazja oraz laser Q-switch, jednak nie jest to całkowity powrót do stanu sprzed zabiegu. Ponieważ decyzja o poddaniu się zabiegowi mikropigmentacji powinna być zawsze dobrze przemyślana, nie rekomenduje się wykonywania takich zabiegów u osób labilnych emocjonalnie i chorych psychicznie.

Łysienie bliznowaciejące – wybór terapii

Piotr Szlązak, Tomasz Iwanowski

Dermedica w Gdańsku

Łysienia bliznowaciejące to szczególna forma utraty włosów, gdzie wskutek zniszczenia mieszków włosowych dochodzi do zastąpienia ich tkanką włóknistą i nieodwracalnego wyłysienia. Klasyfikowane są one jako pierwotne lub wtórne. W przypadku pierwotnych łysień stan zapalny prowadzi do trwałego i nieodwracalnego zniszczenia mieszków włosowych. W przypadku wtórnych – uszkodzenie mieszków włosowych jest konsekwencją procesu chorobowego nieukierunkowanego bezpośrednio na mieszki włosowe, np. ciężkich zakażeń, oparzeń, działania promieniowania lub destrukcji spowodowanej nowotworami skóry.

Choć badanie przedmiotowe i trichoskopia mogą być pomocne w ustaleniu rozpoznania, nadal głównym narzędziem w różnicowaniu pomiędzy różnymi typami łysień bliznowaciejących jest badanie histopatologiczne. W zależności od typu komórek biorących udział i dominujących w procesie zapalnym limfocytów, neutrofilów czy z obecnością nacieków mieszanych zaleca się różne formy terapii. W przypadku łysień z dominującymi naciekami limfocytarnymi największą skuteczność obserwuje się po stosowaniu leków immunosupresyjnych czy immunomodulujących, z naciekami granulocytarnymi – sulfonów oraz antybiotyków o szerokim spektrum działania. Po zatrzymaniu aktywności choroby można także zaproponować pacjentom chirurgiczne i niechirurgiczne sposoby kamuflowania ognisk zbliznowaceń. Nie bez znaczenia jest też wsparcie psychologiczne samych pacjentów oraz osób z ich otoczenia.

Nie ma obecnie przyjętych konsensusów czy jasnych wytycznych dotyczących leczenia łysień bliznowaciejących. Proponowane terapie opierają się na rekomendacjach ekspertów, doniesieniach z piśmiennictwa czy na doświadczeniu własnym.

W związku z nieodwracalnością procesu chorobowego rolą lekarza jest szybkie postawienie właściwej diagnozy i wdrożenie leczenia, które zminimalizuje szkody powstające na skutek choroby.

Problem nadmiernego owłosienia – hipertrichoza i hirsutyzm

Grażyna Broniarczyk-Dyła^{1,2}

¹Gabinet Dermatologii Lekarskiej „Dermalar” w Łodzi

²Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Kierunek Kosmetologia

Problem nadmiernego owłosienia wiąże się ze wzrostem dłuższych i grubszych włosów w okolicach ciała, gdzie w warunkach fizjologicznych występuje meszek włosowy.

Występuje on w dwóch postaciach – nadmiernego owłosienia uogólnionego, tzw. hipertrichozy, oraz nadmiernego owłosienia ograniczonego, zwanego hirsutyzmem. Hipertrichoza może być uogólniona, czyli obejmować całą powierzchnię ciała, lub mieć charakter miejscowy, czyli występować tylko w niektórych okolicach. Bywa wrodzona, wtedy zauważalna jest bezpośrednio po urodzeniu. Zmiany umiejscawiają się na całej powierzchni ciała, obejmując także twarz. Drugą formą postaci uogólnionej jest owłosienie nabyte, występujące w wieku dojrzałym. Obie te postaci nie są związane z zaburzeniami hormonalnymi, dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn, u których pojawiają się znacznie częściej. Przyczyną hipertrichozy mogą być różnorodne czynniki – genetyczne oraz nabyte. Hipertrichoza może towarzyszyć chorobom wewnętrznym, przykładowo akromegalii. Mogą ją powodować także leki, chociażby glikokortykosteroidy.

Inną postacią nadmiernego owłosienia jest hirsutyzm. Jest to nadmierne owłosienie typu męskiego, występujące na skórze twarzy, klatki piersiowej, brzucha i okolicy sromu u kobiet, czasem u dzieci. W łagodnej formie najczęściej jest pochodzenia idiopatycznego, co wiąże się z nadmierną produkcją androgenów lub zwiększoną wrażliwością na nie mieszków włosowych. Hirsutyzm może występować rodzinnie, pojawić się w czasie ciąży, wskutek przestrojenia hormonalnego organizmu bądź być wywołany lekami hormonalnymi (androgenami, pochodnymi progesteronu, steroidami, ACTH, lekami przeciwzapalnymi, minoksydylem i danazolem). Hirsutyzm wtórny może być też następstwem chorób przysadki, podwzgórza, nadnerczy (zespół Cushinga, zespół nadnerczowo-płciowy, otyłość z cukrzycą typu 2) i jajników (guzy jajników wytwarzające androgeny lub zespół Steina-Leventhala). Objawom hirsutyzmu pochodzenia jajnikowego towarzyszą dodatkowo zaburzenia miesiączkowania, bezpłodność. U pacjentek z hirsutyzmem mogą występować inne objawy hiperandrogenizmu, takie jak łojotok, trądzik i łysienie androgenowe.

W rozpoznaniu hirsutyzmu ważne jest oznaczenie stężenia testosteronu, dehydroepiandrosteronu oraz androstendionu, co pozwala odróżnić go od hipertrichozy, która występuje na obszarach skóry niezależnych od androgenów.

W pracy omówiono również metody usuwania nadmiernego owłosienia.

Skóra wrażliwa

Barbara Zegarska, Katarzyna Nowacka, Dominika Ragin

Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Nie ma jednej, ustalonej definicji skóry wrażliwej. Termin ten jest powszechnie używany do opisu wielu nieprzyjemnych doznań o różnym natężeniu, które mają charakter przemijający. Określenie *skóra wrażliwa* pojawiło się wiele lat temu. Było stosowane sporadycznie w opracowaniach naukowych, a zdecydowanie częściej w pismach popularnonaukowych. Dopiero kilka lat temu pojawiło się w literaturze naukowej. Spotyka się różne synonimy, takie jak skóra reaktywna lub nadreaktywna, podrażniona lub nietolerancyjna. Najczęściej skórę wrażliwą określa się jako reagującą nieprawidłowo na różne czynniki, zwłaszcza zewnętrzne, które są zwykle dobrze tolerowane przez innych. Cechuje ją dyskomfort (świąd, uczucie pieczenia, ściągania, napięcia, klucia, a niekiedy także ból) i podrażnienie (rumień, suchość skóry oraz złuszczenie naskórka). Objawy mogą być różnie nasilone – od ledwie odczuwalnych do bardzo silnych. Skóra wrażliwa może się pojawić u osób w każdym wieku, zwykle u kobiet. W 85% dotyczy twarzy, dlatego też często mówi się o tzw. cerze wrażliwej.

Alergia kontaktowa na kosmetyki i substancje używane w zabiegach dermatologii estetycznej

Beata Kręcisz

Klinika Dermatologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kosmetyki jako produkty do higieny i pielęgnacji skóry są powszechnie stosowane. Około 95% kobiet i 70% mężczyzn deklaruje codzienne używanie

kosmetyków. Przeciętna kobieta używa ok. 12 tych produktów dziennie, a mężczyzna 6. Zawierają one odpowiednio 160 i 80 różnego rodzaju substancji chemicznych. Reakcje niepożądane na kosmetyki sięgają od kilku do kilkunastu procent. Najczęściej obserwuje się kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry oraz reakcje fotokontaktowe i pokrzywkę. Opisywane są również przypadki uszkodzenia płytek paznokciowych o charakterze zmian łuszcycowych spowodowane uczuleniem na utwardzacz do paznokci. Do najczęstszych czynników alergizujących należą substancje zapachowe, środki konserwujące oraz barwniki, głównie parafenylenodiamina, która znajduje się również w preparatach do czasowych tatuaży. Rosnąca popularność różnego rodzaju zabiegów z zakresu dermatologii estetycznej niesie również zwiększone ryzyko występowania reakcji niepożądanych. Najwięcej opisów działań niepożądanych dotyczy wypełniaczy. Występują one jako powikłania wczesne (do kilku dni po podaniu) – obrzęk i wysiewy bąbli pokrzywkowych, zamknięcie światła naczyń – martwica skóry, przebarwienia skóry, infekcje. Wśród powikłań późnych (tygodnie do kilku lat po podaniu) wyróżnia się obrzęki okolicy jarzmowej, utrwalone przebarwienia skóry, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, ziarniniaki typu ciała obcego, przemieszczenie preparatu. Warto podkreślić, że czasami ta sama substancja występuje w bardzo różnych produktach, np. akrylany (kleje do sztucznych rzęs, produkty do manicure, wypełniacze). U osób uczulonych może być przyczyną reakcji niepożądanych po przeprowadzeniu różnych zabiegów z wykorzystaniem tej substancji.

Analiza kliniczna leczenia trądziku u dorosłych kobiet

Krystyna Romańska-Gocka

Zakład Kosmetologii, Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Analizę przeprowadzono w grupie 450 pacjentek z trądzikiem powyżej 20. roku życia, leczonych we własnej praktyce lekarskiej w latach 2014–2016.

Analizę wykonano na podstawie szczegółowego wywiadu, w którym uwzględniono czynniki zastraszające i choroby współistniejące, oraz efektów leczenia trądziku w przeszłości z punktu widzenia pacjentek i lekarza. U 64 pacjentek zbadano lipidogram. Oceniono także stopień klinicznego nasilenia trądziku. Pacjentki z trądzikiem w wieku od 25. roku

życia stanowiły 60,5% grupy, natomiast pozostałe chorujące na trądzik, w wieku 20–24 lat – 39,5% grupy. Najczęściej trądzik miał przebieg łagodny (56,8%) i umiarkowany (40,4%). Przebieg ciężki dotyczył tylko 2,6% pacjentek. Czas trwania trądziku wynosił od kilku miesięcy do kilkunastu lat. Choroba przebiegała z okresami zaostrzeń i remisji, będąc nawet w przypadkach łagodnych źródłem frustracji pacjentek. W obrazie klinicznym zwrócono uwagę na bardzo częste wysuszenie i podrażnienie skóry twarzy, wynikające z nieumiejętnego stosowania leków miejscowych, nadużywania kosmetyków złuszczących i odtłuszczających skórę. Charakterystyczne były też bolesne guzki zapalne w strefie U, różnego stopnia przebarwienia i blizny. Szczególnie często guzkowe zmiany zapalne na policzkach dotyczyły kobiet spożywających duże ilości słodyczy i/lub mających podwyższone stężenie cholesterolu. Najczęstszą przyczyną nasilenia trądziku po okresie remisji oraz u kobiet w przedziale wiekowym 20–24 lata było odstawienie hormonalnej antykoncepcji, następnie stres. U 85% pacjentek zmian trądzikowych przybywało przed miesiączką. Aż 96% pacjentek stosowało co najmniej raz miejscowy lek przeciwtrądzikowy, 40% wymagało tylko miejscowej terapii. Najwyżej ocenianą przez pacjentki skutecznością cechowały się preparaty miejscowe złożone, przy systematycznym stosowaniu i w połączeniu z nawilżaniem skóry. Spośród badanych 38,6% pacjentek zażywało co najmniej raz antybiotyk doustny z powodu trądziku, przy czym większość podawała, że po jego odstawieniu doszło do szybkiego nawrotu. Antybiotyk doustny przynosił dobry efekt tylko w połączeniu z preparatem miejscowym, który był stosowany przez wiele miesięcy. Terapię izotretynoiną przeżyło 21% pacjentek, u części z nich doszło do nawrotu trądziku mimo wysokiej skuteczności leczenia. Pacjentki boją się leczenia tą metodą, większość z nich nie dopuszcza też możliwości stosowania przewlekłej terapii hormonalnej. Ewentualnie są gotowe stosować leczenie przez kilka miesięcy, oczekując przy tym od dermatologa gwarancji trwałego efektu. Duża grupa pacjentek kwalifikuje się do połączenia leczenia miejscowego z pilingami w celu rozjaśnienia przebarwień i wygładzenia blizn. Połączenie to jest wysoce skuteczne i chętnie akceptowane przez większość pacjentek. Niechętnie akceptowane są natomiast zalecenia dietetyczne, dotyczące przede wszystkim radykalnego ograniczenia spożycia słodyczy, mleka i tłuszczów zwierzęcych. Zaobserwowano, że u pacjentek, które zaakceptowały te ograniczenia, ustępowanie trądziku było znacznie szybsze, a leczenie skuteczniejsze.

Powikłania po zabiegach z zakresu estetyki medycznej wykonywanych przez osoby niebędące lekarzami

Piotr Szelewski¹, Krzysztof Łuksza²

¹Klinika Dermatologii, CSK MSWiA w Warszawie

²BIOGENICA w Poznaniu

Wszystkie osoby pracujące z ludzkim ciałem, m.in. lekarze, fizjoterapeuci, masażyści, podolodzy, kosmetyczki, kosmetolodzy, linergistki, tatuażyści, niezależnie od przepisów definiujących wolność prowadzenia działalności gospodarczej oraz szczegółowych przepisów opisujących daną dziedzinę lub ich braku, mają obowiązek kierować się wyobraźnią i przewidywać konsekwencje własnych działań względem konsumenta lub pacjenta. Konstytucja RP w Rozdziale II – Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela, art. 68, stwierdza, że każdy obywatel RP ma prawo do ochrony zdrowia. Z tego fundamentalnego założenia wynika kolejny zapis Konstytucji mówiący o tym, że konsumenci są chronieni przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu. Na rynku edukacji skierowanej do kosmetologów pojawili się pseudoszkoleniowcy oferujący kursy procedur, które powinny być wykonywane jedynie przez lekarzy. Uznając za nadrzędne zabezpieczenie zdrowia pacjenta, należy założyć, że dany zabieg powinien być wykonywany jedynie przez osobę, która potrafi i jest upoważniona do leczenia powikłań tego zabiegu, czyli lekarza. W wypadku mniej inwazyjnych procedur (np. depilacji laserowej) zabieg może być wykonywany przez odpowiednio przeszkoloną osobę pod stałym nadzorem lekarza. Procedury iniekcyjne z powodu zagrożeń, jakie mogą powodować, powinny być zarezerwowane jedynie dla medyków – lekarza lub pielęgniarek wykonujących iniekcje na polecenie lekarza. W pracy przedstawiono przykłady powikłań po zabiegach iniekcji wypełniaczy i światłoterapii wysokoenergetycznej wykonywanych przez osoby niebędące lekarzami. Powikłania te wymagały długotrwałego leczenia i w znacznej części zakończyły się pozostawieniem trwałych śladów na ciele i w psychice pacjentów.

Powikłania po zabiegach wykonanych przez lekarzy

Krzysztof Łuksza

BIOGENICA w Poznaniu

Brak streszczenia.

Zastosowanie hialuronidazy w medycynie estetycznej

Wioletta Barańska-Rybak

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

Zastosowanie hialuronidazy w medycynie estetycznej to procedura *off-label* zatwierdzona przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA). Hialuronidaza jest otrzymywana komercyjnie z jąder owczych lub bydłych. Istnieje zatem ryzyko przeniesienia choroby prionowej, zwłaszcza gdy hialuronidaza pochodzi z niewiadomego źródła. Jest ona enzymem działającym w miejscu podania i powodującym hydrolizę kwasu hialuronowego. Hialuronidaza ma masę cząsteczkową 60 000 Da, nie przenika bariery krew-mózg i jest szeroko stosowana w medycynie od wielu lat. Po podaniu hialuronidazy zachodzi jej natychmiastowa dyspersja, ale stosunkowo szybko następuje powrót do stanu wyjściowego. Czas działania hialuronidazy zależy od miejsca podania. Działanie natychmiastowe występuje już po kontakcie z substratem, a czas aktywności w skórze wynosi średnio 24–48 godzin, natomiast w okolicy oka 60–112 godzin. Po dożylnym podaniu dochodzi do natychmiastowej dezaktywacji hialuronidazy, a mechanizm dezaktywacji jest nieznan. Brakuje dużych badań randomizowanych dotyczących leczenia przy użyciu hialuronidazy powikłań w medycynie estetycznej, a zasady jej stosowania są oparte na przeglądzie piśmiennictwa oraz praktycznych wskazówkach autorów.

Powikłania zabiegu liposukcji, zapobieganie i leczenie

Andrzej Przyłipiak

Samodzielna Pracownia Medycyny Estetycznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Liposukcja, jak każdy inny zabieg chirurgii dermatologicznej, obarczona jest ryzykiem wystąpienia komplikacji i zjawisk niepożądanych. Dzielimy je na komplikacje estetyczne, medyczne oraz komplikacje znieczulenia miejscowego tumescencyjnego. Ze względu na to, że liposukcja jest zabiegiem elektywnym, powikłania estetyczne mają większe znaczenie niż przy innych zabiegach medycznych. Podczas wykładu zostaną omówione główne rodzaje powikłań, a także sposoby zapobiegania im i ich leczenia na przykładach z praktyki własnej oraz z piśmiennictwa.

Polskie prawo medyczne w dermatologii estetycznej zgodnie z kodeksem cywilnym

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zgodnie z polskim prawem umowa o leczenie należy do kategorii umów nienazwanych. Oznacza to, że w kodeksie cywilnym nie istnieją „specjalne” przepisy odnoszące się np. do zakresu odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne za negatywne skutki udzielonych świadczeń zdrowotnych. Z tego względu do udzielania świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy odnoszące się do umowy zlecenia lub umowy o dzieło.

Wykonywanie czynności estetycznych i kosmetycznych identyfikowane jest w polskim prawie z umową o dzieło, czyli umową rezultatu.

Lekarz wykonujący świadczenie z zakresu medycyny estetycznej zobowiązany jest zarówno do dołożenia należytej staranności, jak i do osiągnięcia rezultatu, którego oczekuje pacjent. Podstawą wyeliminowania potencjalnej odpowiedzialności odszkodowawczej za brak efektu oczekiwanego przez pacjenta jest pobranie przez lekarza odpowiednio skonstruowanej zgody na udzielenie świadczenia. W treści zgody powinna zostać zawarta między innymi informacja, jaki efekt może zostać osiągnięty, uwzględniając wiek pacjenta, stan jego zdrowia, a także przebyte i trwające leczenie. Ogromne znaczenie ma również konieczność utrwalenia wizerunku pacjenta przed wykonaniem i po wykonaniu zabiegu, co stanowi ważny element dowodowy w procesie dochodzenia zadośćuczynienia i odszkodowania majątkowego. Należy zaznaczyć, że zdjęcia wykonane podczas wizyty lekarskiej muszą zostać dołączone do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta i być archiwizowane przez 20 lat. Nie ma przy tym znaczenia, czy dokumentacja prowadzona jest w formie elektronicznej czy też klasycznej (papierowej).

Kolejnym elementem istotnym z punktu widzenia prawa cywilnego jest odpowiedzialność majątkowa lekarzy za negatywne skutki wykonanych świadczeń. Z punktu widzenia prawa należy je podzielić na negatywne efekty stanowiące element ryzyka związanego z wykonywaniem czynności danego rodzaju (tzw. niepowodzenie w leczeniu, które może mieć miejsce mimo prawidłowego wykonania świadczenia), jak również negatywne efekty będące wynikiem działania niezgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej (tzw. skutki błędów w sztuce). Kwalifikacja negatywnego następstwa udzielonych świadczeń

ma istotny wpływ na samo zaistnienie oraz zakres odpowiedzialności majątkowej lekarza.

W związku z ciągłym rozwojem prawa medycznego należy podkreślić, że aktualne regulacje zezwalają na wykonanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Należy przy tym podkreślić, że chociaż przepisy prawa pozwalają lekarzowi na ocenę stanu zdrowia pacjenta z pominięciem osobistego kontaktu, jednak nie przewidują złagodzonej odpowiedzialności za negatywne skutki podjętych przez lekarza czynności.

Jak zasygnalizowano wyżej, dokumentacja medyczna jest bardzo istotnym elementem w procesie dochodzenia roszczeń cywilnych. Oprócz dokumentacji medycznej potencjalnym dowodem w sprawie może być nagranie wizyty lekarskiej przedstawione przez pacjenta. Powstaje jednak pytanie, czy utrwalanie fonii i wizji w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych jest zgodne z prawem.

Polskie prawo medyczne w dermatologii estetycznej zgodne z kodeksem karnym

Rafał Kubiak

Zakład Prawa Medycznego, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Przeprowadzanie zabiegów dermatologii estetycznej łączy się z naruszeniem nietykalności cieleśnej, a w przypadku bardziej inwazyjnych procedur może godzić w zdrowie pacjenta lub klienta. To drugie następstwo może mieć miejsce, gdy zabieg się nie powiedzie i dojdzie do uszczerbku na zdrowiu, a w skrajnym przypadku nawet do śmierci osoby, która mu się poddała. Wówczas może nastąpić wyczerpanie znamion czynu zabronionego i po zrealizowaniu pozostałych elementów struktury przestępstwa (winy, karalności i karygodności) może powstać odpowiedzialność karna. Przedmiotem wystąpienia będzie określenie granic dopuszczalności interwencji z zakresu dermatologii estetycznej w zależności od ich celu: czynności lecznicze i nieterapeutyczne. Ponadto zostaną omówione przesłanki odpowiedzialności karnej za popełnienie czynu nieumyślnego, który może być następstwem tzw. błędu medycznego. W tym kontekście będą przedstawione szczególne wymogi dotyczące reguł ostrożności, których przestrzeganie warunkuje legalność zabiegu i brak odpowiedzialności nawet wówczas, gdy pacjent lub klient dozna uszczerbku na zdrowiu. Dla

zilustrowania prezentowanych tez zostaną omówione wybrane przykłady spraw, w których doszło do błędu medycznego i odpowiedzialności karnej wykonawcy zabiegu. Skrótowo zostanie również wspomniany problem odpowiedzialności karnej w sytuacji wykonania interwencji z zakresu dermatologii estetycznej bez skutecznej prawnie zgody osoby, która się jej poddała.

Dolna część twarzy – objawy, defekty i możliwości ich korekty

Joanna Czuwara^{1,2}

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna, Uniwersytet Medyczny w Warszawie

²Viva Derm, Centrum Dermatologii Estetycznej i Laserowej w Warszawie

Defekty i starzenie dolnej części twarzy związane są z wiotkością skóry, grawitacją, atrofią tkanek oraz napięciem mięśni obniżaczy. Z punktu widzenia możliwości estetycznych jest to obszar trudny i wymagający skojarzonych zabiegów. Dodatkowymi elementami mającymi wpływ na wygląd dolnej części twarzy są defekty uwarunkowane genetycznie lub osobniczo, do których należy podwójny podbródek, rozbudowane i napięte żwacze oraz mimika okolicy ust i ich kształt. W prezentacji zostaną omówione realne możliwości technik zabiegowych w defektach dolnej części twarzy, obejmujących toksynę botulinową, wypełniacze z kwasem hialuronowym, lipolizę iniekcyjną, nici, ultradźwięki i prądy wysokich częstotliwości. W przypadku tych zabiegów istotna jest właściwa kwalifikacja pacjenta oraz określenie dominującego defektu w celu jego korekcji. Warto pamiętać, że nie bez powodu zabiegi w dolnej części twarzy określa się jako „korekcyjne” w przeciwieństwie do zabiegów w górnej części twarzy, określanych jako „prewencyjne”.

Ograniczenia techniczne zastosowania toksyny botulinowej

Ewa Pierzchała

Katedra Kosmetologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Toksyna botulinowa ma swoje miejsce w medycynie estetycznej. Stosujemy ją od wielu lat i dzięki temu znane są dłuższe obserwacje dotyczące jej działania i odległych skutków. Spowodowało to modyfikacje poglądów dotyczących jej stosowania.

Sama toksyna w laboratoriach też zmieniła się w porównaniu ze swą pierwotną formą. Jest coraz bardziej oczyszczona i pozbawiona dodatkowych białek i jednocześnie patrząc na rekomendowane dawki jej siłą działania wydaje się być też słabsza.

Coraz częściej zwracam też uwagę na skutki odległe – zarówno pozytywne, jak i negatywne, m.in. jej wpływ na emocje, stan psychiczny oraz siłę mięs-

ni i budowę tkanki mięśniowej ostrzykiwanego, a co za tym idzie – czasami również funkcje układu kostnego.

Mezoterapia znana i nieznana. Mezolift

Izabela Tilszer

NZOZ Lecznica Specjalistyczna Medycyny Estetycznej w Warszawie

Mezoterapia to prosta koncepcja terapeutyczna, która łączy miejsce patologii z miejscem terapii. Jako technika medyczna narodziła się we Francji w latach 50. ubiegłego wieku, ale jako technika medyczna lub estetyczna pojawiła się dopiero w latach 70. ubiegłego wieku i od tego czasu techniki mezoterapii ewoluują, pojawiają się nowe procedury, ale i one hołdują zasadzie priorytetu działania igły, a następnie leków.

Mezolift to sprawdzone procedury obejmujące specjalną technikę wykonywaną w wybranych miejscach twarzy, okolicy podżuchwowej i szyi, a także specjalne receptury o działaniu nawilżająco-odżywczo-liftingującym. Śródskórne iniekcje stymulują fibroblasty do produkcji kolagenu i elastyny, zwiększają metabolizm komórkowy i poprawiają mikrokrążenie w skórze właściwej i tkance podskórnej. Dodatkowym atutem tych zabiegów jest brak konieczności pozostania w domu, bo mezoterapia jest metodą stosunkowo mało inwazyjną, a mimo to dającą zauważalne rezultaty.

Zabiegi dermatologii estetycznej a schorzenia dermatologiczne

Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Droga Płciową i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Zabiegi dermatologii estetycznej mogą stanowić formę terapii w przypadku schorzeń dermatologicznych. Zaprezentowano przypadek pacjentki ze sklerodermią układową i towarzyszącą mikrosto- mią oraz *microcheilia*, u której dokonano korekcji ust z wykorzystaniem toksyny botulinowej i kwasu hialuronowego. Do tej pory choroby autoimmunologiczne były przeciwwskazaniem do stosowania wypełniaczy. Powyższe doświadczenia mogą zmienić

to podejście, otworzyć nowe perspektywy pomocy pacjentom chorym na sklerodermię i zmienić postępowanie terapeutyczne w tej chorobie w odniesieniu nie tylko do uzyskania poprawy klinicznej, lecz także spojrzenia na tę jednostkę chorobową od strony estetycznej.

Zabiegi z wykorzystaniem osocza bogatopłytkowego – produktu autologicznego, biokompatybilnego – uznawane są powszechnie za bezpieczne i rzadko wywołujące objawy niepożądane. Zwykle są one podobne jak po wykonaniu mezoterapii: zasinienia, zaczerwienienie, bolesność, delikatny obrzęk. Są one związane z iniekcją i mają charakter przejściowy – ustępują samoistnie w ciągu kilku dni.

Przedstawiono przypadek pacjentki z odczynem rumieniowo-obrzękowym typu III w miejscach iniekcji, który pojawił się po 3 tygodniach od wykonania trzeciego w serii zabiegu z towarzyszącymi objawami ogólnymi (gorączka, bóle stawów).

Mezoterapia kolagenowa – przełom w odmładzaniu skóry, doświadczenia własne

Aleksandra Lesiak

Katedra i Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej
i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Brak streszczenia.

Nowa era kosmetyki – kremy szyte na miarę

Wioletta Barańska-Rybak

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

Brak streszczenia.

Rola akwaporyn naskórka w zabiegach dermatologii estetycznej

Cezary Kowalewski

Klinika Dermatologiczna, Uniwersytet Medyczny w Warszawie

Brak streszczenia.

Skóra wrażliwa – naprawa bariery naskórkowej po zabiegach laserowych

Barbara Pytrus

Gabinet Dermatologii Leczniczej i Laserowej PLATINIUM we Wrocławiu

Obecnie obserwuje się znaczący wzrost problemów związanych z utrzymaniem prawidłowego stanu bariery naskórkowej. Objawy, na jakie skarżą się pacjenci, takie jak sucha i łuszcząca się skóra, pieczenie, mrowienie oraz zaczerwienienie, mogą powodować wzrost wrażliwości skóry. Naskórek odgrywa bardzo ważną rolę bariery fizykochemicznej, polegającą na ochronie skóry przed działaniem czynników zewnętrznych oraz przed utratą wody z jego powierzchni.

Proces ten wiąże się z ciągłością naskórka, fizjologicznym złuszczeniem jego powierzchniowych warstw, płaszczem lipidowym i kwaśnym pH skóry, a także prawidłowym stopniem jej nawilżenia i wartością TEWL. Funkcję podstawowej bariery fizykochemicznej w naskórku pełni zwłaszcza jego warstwa rogowa. Ta ostateczna bariera naskórkowa zostaje wytworzona w prawidłowym procesie keratynizacji i różni się składem biochemicznym oraz cechami od pozostałych warstw naskórka. Parametry cechujące skórę mogą się zmieniać pod wpływem czynników

zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Czynniki zewnętrznymi, które wpływają na naruszenie naturalnej bariery naskórkowej, są: warunki klimatyczne, przyjmowane leki (np. izotretinoina), dieta, używki, nieprawidłowa pielęgnacja skóry.

Zabiegi dermatologiczne z zastosowaniem laseroterapii również w sposób kontrolowany powodują zaburzenie funkcji bariery fizykochemicznej, jaką pełni naskórek. Dotyczy to szczególnie zabiegów wykorzystujących metodę laseroterapii ablacyjnej, gdyż proces uszkodzenia naskórka jest nieodłącznym elementem tego typu zabiegów. Bardzo istotne jest podjęcie prawidłowych działań przywracających prawidłowe funkcjonowanie bariery naskórkowej. Ważne jest, aby po zabiegu laserowym umieć zminimalizować niekiedy rutynowo występujące objawy niepożądane, takie jak rumień, obrzęk czy zasinienie. Pielęgnacja po zabiegu stanowi nierzadko dużo większe wyzwanie niż zabieg laserowy. Niekiedy zabiegi laserowe wymagają dłuższej rekonwalescencji, dlatego bardzo ważne jest włączenie do pielęgnacji preparatów, które spowodują skrócenie tego procesu. Obecnie dostępnych jest wiele substancji wspierających regenerację pozabiegową i przywracających funkcje bariery fizykochemicznej naskórka. Pacjenci chcą uzyskać jak najlepsze efekty zabiegów laserowych przy jak najmniejszej inwazyjności i jak najszybciej powrócić do codziennych czynności. Lekarz po zabiegu laserowym powinien zapewnić pacjentowi taką pielęgnację, która przywróci naturalne funkcje naskórka. Odpowiednia i konsekwentna pielęgnacja nie tylko zmniejszy dolegliwości, lecz także poprawi jakość skóry. Zastosowanie preparatów nawilżających, łagodzących i regenerujących powinno skutkować odbudową bariery lipidowej i zmniejszeniem wrażliwości skóry.

Rola dermatoskopii w diagnostyce zmian patologicznych leczonych technikami stosowanymi w dermatologii estetycznej

Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach

Dermatoskopia jest aktualnie niezbędnym narzędziem w rękach lekarza praktyka i zaliczana jest do metod stanowiących złoty standard różnicowania zmian melanocytowych. Ze względu na możliwość porównawczej analizy obrazów większości schorzeń dermatoonkologicznych porównywana jest ze stetoskopem, dzięki któremu lekarze rozpoznają w szyb-

ki sposób większość schorzeń dermatologicznych, nie tylko z grupy zmian melanocytowych i niemelanocytowych, lecz także dermatoz zapalnych, polekowych toksyczności skórnych, chorób autoimmunologicznych oraz infekcji pasożytniczych.

Wybór właściwej procedury estetycznej zależy od prawidłowej kwalifikacji zmian skórnych, dlatego też dermatoskopia znajduje zastosowanie w diagnostyce różnicowej wielu jednostek dermatologicznych wymienionych poniżej:

- znamię melanocytarne skórne, włókniak miękki lub twardy czy brodawka łojotokowa,
- rak podstawnokomórkowy czy naczynek gwiaździsty, czy przerost gruczołów łojowych,
- rogowacenie słoneczne czy rak kolczystokomórkowy,
- różowe guzki spełniające kryterium EFG, wypukłe, spoiste oraz rosnące w krótkim czasie (do 1 miesiąca), nigdy nie powinny być niszczone za pomocą metod uniemożliwiających ich weryfikację histopatologiczną,
- złośliwa plama soczewicowata czy barwnikowa postać rogowacenia słonecznego,
- czerniak czy symulator czerniaka.

W prezentacji omówiono ponadto podstawowe pomocnicze testy dermatoskopowe, takie jak test ze zdrapania, test plastra, test z atramentem, test poruszania, test z uciskiem itd. Przedstawiono aktualne zalecenia dotyczące przeprowadzenia badania dermatoskopowego, w tym konieczności użycia dermatoskopów ze światłem spolaryzowanym, oraz aktualne tendencje w ocenie dermatoskopowej wybranych zmian melanocytowych.

we syntezie kolagenu, żeby dowiedzieć się, jak etanol prowadzi do zaburzenia jego syntezy.

Wpływ nikotyny, kofeiny i etanolu na biosyntezę kolagenu w fibroblastach skóry ludzkiej

Andrzej Przyłipiak, Magdalena Donejko

Samodzielna Pracownia Medycyny Estetycznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Skóra ludzka poddawana jest działaniu licznych czynników obniżających jej jakość. Praktyka kliniczna wskazuje jednoznacznie, że korzystanie z używek jest jednym z ważniejszych powodów pogorszenia jakości skóry. W prezentowanych badaniach podjęto próbę oceny wpływu kofeiny, nikotyny i etanolu na metabolizm kolagenu w hodowanych fibroblastach skóry ludzkiej. Wykazano, że synteza kolagenu ulegała hamowaniu pod wpływem badanych środków. Badano także wewnątrzkomórkowe drogi sygnało-

Co nowego w terapii laserowej

Rafał Bartkowiak

Specjalistyczne Gabinety Lekarskie „DERMED” w Łodzi

Brak streszczenia.

Obiektywna ocena skuteczności lasera KTP 532 nm o dużej plamce w leczeniu malformacji naczyńwowych na twarzy z użyciem trójwymiarowej analizy obrazu

Bartłomiej Kwiek^{1,2}, Michał Rożański²,
Katarzyna Osipowicz^{1,2}, Cezary Kowalewski¹,
Marcin Ambroziak²

¹Klinika Dermatologii i Immunodermatologii,
Uniwersytet Medyczny w Warszawie

²Klinika Ambroziak w Warszawie

Wprowadzenie. Laseroterapia jest leczeniem w wyboru malformacji kapilarnych (MK) na twarzy. Ostatnio dostępne są urządzenia wykorzystujące laser KTP 532 nm o plamce zabiegowej większej niż 6 mm (6–12 mm) przy zachowaniu dużej gęstości energii i skutecznych systemach chłodzenia naskórka.

Cel pracy. Obiektywne określenie skuteczności leczenia MK skóry twarzy z wykorzystaniem terapii laserem KTP 532 nm o dużej plamce u pacjentów wcześniej leczonych i nigdy nieleczonych.

Materiał i metodyka. Retrospektywnie oceniono 87 pacjentów z MK na twarzy dotychczas nieleczonych lub po wcześniejszym leczeniu innymi metodami (lasery argonowe, PDL), intensywnym źródłem światła, krioterapią. Pacjenci zostali poddani 5–12 zabiegom laseroterapii z wykorzystaniem lasera KTP, wiązką światła o średnicy 6–9 mm, o gęstości energii 8–11 J/cm² i czasie trwania impulsu 4–9 ms, chłodzeniu skóry 5°C. Przed leczeniem i po leczeniu wykonywano fotografie w technice 3D. Oceniano średni kolor zmian (L*a*b*) w porównaniu ze skórą zdrową, powierzchnię zmiany oraz zmianę koloru i powierzchni po leczeniu w odniesieniu do wartości wyjściowych za pomocą procentowego współczynnika całkowitej poprawy (WCP).

Wyniki. Uzyskano poprawę średnio o 70,4% u pacjentów wcześniej nieleczonych (WCP = 60,71% po 5–12 sesji) i 59,1% u pacjentów uprzednio leczonych innymi metodami.

Wnioski. Leczenie laserem KTP o dużej plamce jest skuteczną metodą, co wykazano za pomocą obiektywnej oceny koloru i powierzchni z wykorzystaniem fotografii 3D.

Zastosowanie pilingu chemicznego TCA i pilingu laserowego CO₂ w korekcji defektów skóry

Dorota Roguś-Skorupska

NZOZ NOVITA w Lublinie

W ostatnich latach obserwuje się wyraźny wzrost popularności zabiegów złuszczenia skóry, których celem jest poprawa jej wyglądu. Dotyczy to zwłaszcza odnowy skóry starzejącej się, leczenia zmian barwnikowych, blizn po trądziku i niekorzystnych efektów działania promieni słonecznych. Dobrze udokumentowany profil bezpieczeństwa i skuteczność złuszczenia kwasem trójchlorooctowym (TCA) i pilingiem laserem CO₂ przyczyniły się do dużej popularności wymienionych technik. Wybór zabiegu odpowiedniego dla pacjenta zależy od typu defektu skóry. Przebieg procesu gojenia po pilingu i zabiegu laserowym jest taki sam, mimo że TCA uszkadza chemicznie skórę, wywołując jej martwicę, natomiast ciepło emitowane przez laser CO₂ powoduje koagulację i mechaniczne uszkodzenie tkanek. Istnieją wiele różnic w oddziaływaniu tych zabiegów na naskórek i skórę właściwą, w utrzymywaniu się obrzęku, wysięku lub rumienia. Ostatecznie jednak zabiegi te przynoszą podobne efekty kosmetyczne – uzyskuje się poprawę wyglądu skóry wyrażającą się jej wzmoczoną elastycznością, ustąpieniem przebarwień i spłyceniem blizn.

Od laserów ablacyjnych do pikosekundowych w leczeniu zmian hiperpigmentacyjnych

Bartłomiej Kwiek^{1,2}

¹Klinika Dermatologii i Immunodermatologii,
Uniwersytet Medyczny w Warszawie

²Klinika Ambroziak w Warszawie

Brak streszczenia.