

Derma NEWS

Nr 05/2005 Biuletyn informacyjny dla lekarzy

Sprawozdanie z sympozjum naukowego „Zastosowanie laserów i IPL w dermatologii estetycznej”

STOWARZYSZENIE
LEKARZY
DERMATOLOGÓW
ESTETYCZNYCH

**Dermatoskopia
w praktyce lekarskiej**

O przyjaciółach SLDE

**Sprawozdanie
z Konferencji Anti-Aging**

**Teleangiektazje
okolicy twarzy**

**Jak zapobiegać starzeniu się skóry?
Prewencja, pielęgnacja i leczenie**

**Nawilżanie, powiększanie i korygowanie
kształtu ust za pomocą kwasu hialuronowego**

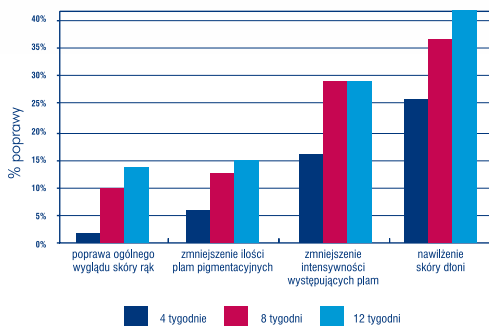
...aby dłonie nie zdradzały wieku!



Prezentujemy innowacyjne działanie Kremu do rąk: Neutrogena® Formuła Norweska przeciw starzeniu się skóry z Aktywną Soją - unikalne połączenie Aktywnej Soi i Formuły Norweskiej.

- 🇳🇴 Aktywna soja zapobiega powstawaniu i pomaga zmniejszyć istniejące przebarwienia i plamy pigmentacyjne
- 🇳🇴 Formuła Norweska nawilża, regeneruje i chroni skórę dłoni
- 🇳🇴 Filtr SPF 15 chroni przed szkodliwym działaniem promieniowania UV
- 🇳🇴 Dodatkowe działanie przeciwstarzeniowe
- 🇳🇴 Krem ma lekką konsystencję i doskonale się wchłania

Skuteczność potwierdzona klinicznie:



Ponad 40%
poprawa nawilżenia skóry dłoni

Blisko 30%
zmniejszenie intensywności
plam już w 8 tygodni

15%
zmniejszenie ilości plam pigmentacyjnych
w 12 tygodni

źródło: Scientific Affairs w Issy les Moulineaux; 39 kobiet w wieku 35-60 lat

Neutrogena®

STWORZONA WE WSPÓŁPRACY Z DERMATOLOGAMI

O przyjaciółach SLDE



W tym numerze DermaNews chcielibyśmy przedstawić firmę, z którymi jako Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych współpracujemy, organizujemy sympozja, konferencje, prowadzimy akcje reklamowe i badania naukowe. Sukces, jakim była konferencja Anti-Aging jest najlepszym dowodem, iż zawsze możemy liczyć na naszych przyjaciół.

Członkiem wspierającym i przyjacielem Stowarzyszenia jest firma **Johnson&Johnson** marka **Neutrogena**. Wspólne działania zaowocowały badaniami, które miały na celu wykazanie skuteczności i tolerancji kosmetyków Neutrogena Formuła Norweska. W badaniu wzięło udział pięć ośrodków dermatologii estetycznej na terenie kraju. Raport z przeprowadzonych badań został przedstawiony na konferencji Anti-Aging w marcu. Wysoka ocena jakości i skuteczności kosmetyków Neutrogena sprawiła, iż wiele gabinetów zgłosiło chęć dystrybucji tych preparatów. Jeżeli są Państwo zainteresowani urozmaiceniem swojej oferty sprzedaży prosimy o kontakt z firmą: Magdalena Tarsińska, tel. 0-22 668 00 11, e-mail: mtarasin@njpl.jnj.com.

Firma Johnson&Johnson jest aktywnym członkiem naszego Stowarzyszenia. Marka Neutrogena jest widoczna na niemal każdym naszym sympozjum. Formuła Norweska jest szeroko znana na świecie i polecana przez dermatologów, tym bardziej cieszy nas fakt współpracy. Chcielibyśmy również podkreślić znaczenie współpracy z firmą **L. E. A. Future** dystrybutorem preparatów **Juvéderm**, **Juvélift** oraz **Surgilips**. Znakomicie przygotowane stoisko, doskonała reklama preparatu Surgilips zwróciły uwagę wszystkich uczestników konferencji Anti-Aging. Bankiet zorganizowany przez firmę L.E.A. Futur pod hasłem „francuski pocałunek” przebiegał w szampańskiej atmosferze i na długo pozostanie w pamięci uczestników marcowej konferencji.

Preparaty kwasu hialuronowego Juvéderm, Juvélift są powszechnie stosowane w naszych gabinetach, łatwe do podawania i bezpieczne dla pacjenta. Wszystko to sprawia, iż chętnie sięgamy po te preparaty.

Od lat przebojem naszych gabinetów jest również preparat toksyny botulinowej **Botox**, który ma mocną pozycję na naszym rynku. Podobnie, jak i na całym świecie i u nas w kraju lekarze prowadzą badania mające na celu znalezienie nowych zastosowań dla toksyny botulinowej. Nowa technika **BotoxLift** będzie z pewnością hitem w naszych gabinetach w nadchodzącym czasie.

Wymieniając przyjaciół naszego Stowarzyszenia nie sposób pominąć firmy **Fenice**, która jest dystrybutorem preparatów i technik zabiegowych w dermatologii

i medycynie estetycznej. Nasza współpraca jest godna odnotowania choćby z tego względu, iż dzięki niej lekarze uczestniczący w naszych sympozjach mają stały dostęp do wszelkich nowości, które pojawiają się na rynku europejskim. Najnowsze peelings, które były tematem warsztatów na konferencji Anti-Aging już znalazły uznanie lekarzy i pacjentów. Peeling migdałowy, pirogronowy na stałe wchodzi do oferty naszych gabinetów. Mając na względzie nadchodzący sezon wakacyjny, coraz częściej nasi pacjenci myślą o tych częściach ciała, które zwykle szczelnie zakryte, już niebawem trzeba będzie odsłonić. W przygotowaniu do lata z pewnością pomocny będzie BodyPeel. Zastosowanie tego peelingu pomoże zniwelować niedoskonałości naszej skóry.

Mezoterapia, jako technika zabiegowa cieszy się coraz większym zainteresowaniem zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy wykonujących zabieg. Preparaty do zabiegów w swojej ofercie posiada firma **Fenice** i **BioProfil**. Z firmą BioProfil współpracujemy od lat, korzystając z bogatej oferty produktów **SVR**. Przy tej okazji warto wspomnieć o nowych peelingach, które już są dostępne na rynku. Nowa gama produktów tej firmy z pewnością znajdzie uznanie pacjentów i lekarzy. Prezentowany na konferencji **SaliPeel** pomoże naszym pacjentom w walce z trądzikiem i zniweluje niedoskonałości skóry. Mezoterapia skóry owosionej głowy przy użyciu **Biotyny**, której dystrybutorem jest Bio-Profil cieszyła się dużym zainteresowaniem wśród lekarzy uczestniczących w warsztatach na konferencji Anti-Aging.

Kończąc chciałabym wspomnieć o naszym platynowym sponsorze konferencji Anti-Aging – **Pierre Fabre Dermocosmétique**. Wachtlarz produktów tej firmy jest niezwykle szeroki. Znajdziemy tam preparaty pielęgnacyjne, przeciwmarszczkowe oraz linię preparatów przeciwślonecznych. Wszyscy dermatolodzy znają te preparaty z codziennej praktyki w gabinetach. Polecając kosmetyki **Avne** naszym pacjentom mamy świadomość, iż jakość, skuteczność i bezpieczeństwo tych preparatów są godne rekomendacji.

Rozwój dermatologii estetycznej i stale rosnąca jej popularność w prasie kobiecej jest efektem wspólnych działań naszego Stowarzyszenia oraz naszych przyjaciół – firm, bez których nie byłoby to możliwe. Podkreślając znaczenie naszej współpracy pragnę tym samym podziękować wszystkim firmom, nie tylko sponsorom Konferencji Anti-Aging, za zaangażowanie i pracę, której efektem jest podnoszenie jakości życia naszych pacjentów oraz nade wszystko rosnąca rola dermatologii estetycznej we współczesnej medycynie. ■



Tworzenie się przeciwciał przeciwko toksynie botulinowej typu A – konsekwencje terapii

Toksyna botulinowa

Z wyników leczenia schorzeń mięśniowych toksyną botulinową wynika, że u 3-5% pacjentów pojawiają się przeciwciała neutralizujące przeciwko toksynie, co prowadzi do oporności.

Toksyna botulinowa typu A

Toksyna botulinowa A należy do najsilniejszych biologicznych trucizn. Jest jedną z toksyn produkowanych przez szczepy *Clostridium botulinum*, które hamują neurotransmisję poprzez stabilizację błony presynaptycznej, co z kolei uniemożliwia wydzielanie acetylocholino.

Szczepy *Clostridium botulinum* produkują siedem rodzajów toksyn (A, B, C, D, E, F i G) różnych od siebie pod względem biochemicznym. Toksyna typu A charakteryzuje się największą masą cząsteczkową (150kDa), składa się z dwóch łańcuchów (lekkiego i ciężkiego) połączonych ze sobą mostkiem dwusiarczkowym. Zablockowanie egzocytozy ma charakter stały, jednak neurony posiadają duży potencjał regeneracyjny. Powrót do fizjologicznego działania jest możliwy dzięki wytwarzaniu przez neuron nowych zakończeń nerwowych, już sprawnie działających. Neurotoksyny produkowane przez gram-dodatnie beztlenowce – *Clostridium botulinum* są najsilniejszymi toksynami wywołującymi zatrucie jadem kiełbasianym. Opisano siedem różnych antygenów toksyn botulinowych (BTX-A, B, C, D, E, F i G) produkowanych przez różne szczepy. System nerwowy człowieka jest wrażliwy na 5 serotypów toksyny (BTX-A, B, E, F, G).

Szereg leków oddziałuje na połączenia nerwowo-mięśniowe i koliduje z efektem BTX. Działanie BTX może być wzmacniane przez antybiotyki aminoglikozydowe. Duże dawki aminoglikozydów takich jak: kanamycyna, streptomycyna i gentamycyna mogą zapobiegać uwalnianiu acetylocholino z zakończeń nerwowych i powodować kliniczny zespół podobny do zatrucia jadem kiełbasianym. Doniesiono, że cyklosporyna powoduje blokadę nerwowo-mięśniową charakteryzującą się osłabieniem mięśni i niewydolnością oddechową.

D-penicylamina może wyzwać powstawanie przeciwciał przeciw receptorom acetylocholino w immunologicznie predysponowanych osobnikach.

Chociaż dawki toksyny botulinowej A są generalnie niższe niż dawki stymulujące układ immunologiczny, specyficzne przeciwciała tworzą się u znacznej liczby pacjentów. Z reguły, narzuca to konieczność przerwania leczenia. Dlatego rzetelne oznaczenie specyficznych przeciwciał anti-BoNT/A jest bardzo pomocne. Wprowadzono w tym celu nowy analityczny test in-vitro. Surowice wszystkich osób leczonych z efektem zostały przetestowane pod kątem przeciwciał nieneutralizujących za pomocą testu ELISA. Występowanie przeciwciał nie miało konsekwencji dla sukcesu terapeutycznego. Próbkki krwi nie zawierały specyficznych przeciwciał, podczas gdy inne przeciwciała utrzymywały się uparcie przez ponad dziesięć lat u osób opornych na leczenie. Pacjenci którzy byli leczeni toksyną bez powodzenia mieli neutralizujące przeciwciała. Czy powstawanie przeciwciał zależało od ilości podanej toksyny? Efektywną dawkę toksyny można zredukować tak dalece, aby uczynić produkcję przeciwciał wysoce nieprawdopodobną. Badania wykazały, że neutralizujące przeciwciała były skierowane wyłącznie przeciwko neurotoksycznemu składnikowi kompleksu. Reakcja odpornościowa uwarunkowana jest prawie wyłącznie od zawartości białkowej preparatów. Utrata działania wynikała z utworzenia się antytoksyny. Przeprowadzono bardzo dokładny test neutralizacji in vitro w celu wykrycia i oznaczenia ilościowego przeciwciał powstałych u pacjentów podczas terapii botuliną A. Test jest około 300-krotnie bardziej czuły niż ELISA i może wykrywać małe ilości przeciwciał neutralizujących, które nie mają znaczenia dla terapii. Przeciwciała w ilości bliskiej dolnego limitu wykrywalności (0.0003 U/ml) odnaleziono w surowicy pacjentów, którzy reagowali na leczenie. Pacjenci z mianem wyższym niż 0.001 U/ml wykazywali oporność na lecznicze dawki botuliny A. Neutralizujące przeciwciała, jako przyczyna porażki terapeutycznej, zostały także zidentyfikowane przy pomocy testu neutralizacji toksyny in vivo przeprowadzonego na myszach. Wiedza na temat przeciwciał może być pomocna w określeniu sposobu działania w przypadkach braku reakcji na terapię.

Preparat nerwowo-mięśniowy wystawiony na działanie oczyszczonej neurotoksyny botulinowej A lub kompleksu toksyny botulinowej pozwalał na rozróżnienie

pomiędzy surowicami, które zawierały przeciwciała, skierowane przeciwko neurotoksynie i surowicami, które zawierały przeciwciała stabilizujących białek np. hemaglutyniny (stanowią przynajmniej 70% całowitej masy kompleksu utworzonego z toksyny i towarzyszących protein), które nie przyczyniają się do działania paraliżującego. Przeciwciała hemaglutyniny odkryto techniką ELISA u pacjentów, którzy reagowali na terapię. W przeciwieństwie do pacjentów z neutralizującymi przeciwciałami, pacjenci posiadający nieneutralizujące przeciwciała nadal reagują na terapię.

Przeprowadzono badanie, w którym badany pacjent od początku nie reagował na toksynę botulinową. W poszukiwaniu wyjaśnienia, ustalono, że mógł posiadać reagujące krzyżowo przeciwciała tężcowe, ponieważ obie toksyny wykazują 35% homologię w sekwencjach aminokwasów i w warunkach eksperymentalnych znaleziono neutralizujące przeciwciała w oparciu o wspólną determinantę antygenową. Przetestowano surowice w grupie ochotniczych dawców krwi, uodpornionych przeciwko tężcowi, pod kątem zdolności neutralizowania toksyny botulinowej. Żadna z tych surowic nie wykazała reaktywności anty-botulinowej, więc reakcja krzyżowa nie wyjaśniała oporności na terapię. Jest raczej mało prawdopodobne, aby pacjent nie reagujący na terapię mógł uzyskać oporność w drodze nie zdiagnozowanego zatrucia jadem kiebasianym. U człowieka istnieją 3 formy zatrucia jadem kiebasianym: przenoszone przez pokarm, botulinizm niemowląt i przyranny. Klasyczne lub przenoszone przez pokarm zatrucie jadem kiebasianym wynika ze spożycia produktów zawierających formy przetrwalnikowe neurotoksycznych typów A, B lub E. Botulinizm niemowląt jest wywołany przez spożycie zarodników i produkcję toksyn w przewodzie pokarmowym dziecka. Botulinizm przyranny powstaje w następstwie toksyn produkowanych w ranach zanieczyszczonych przez bakterie. Możliwe, że zareagował na małe wstępne dawki toksyny niezwykle szybką produkcją przeciwciał. Inicjacja tworzenia neutralizujących przeciwciał jest bardziej prawdopodobna, kiedy stosuje się duże ilości białka. Spośród pacjentów leczonych dużymi dawkami (>15ng) 10% uodporniło się na toksynę wytwarzając przeciwciała. Jest to dość powszechne u pacjentów neurologicznych leczonych z zastosowaniem toksyny w dawkach 100 do 200 jednostek w czasie jednej sesji (lub większych). Korelację dawek zaobserwowano dla przeciwciał towarzyszących białek kompleksu. Niepotrzebne przedawkowanie może spowodować znaczące szkody u pacjentów, ponieważ mogą być zmuszeni do przerwania leczenia z powodu powstania przeciwciał. Przeciwciała mogą utrzymywać się w surowicy przez ponad 10 lat, co wykazały testy u opornych na leczenie pacjentów. Pacjent, u którego wykształci się odporność, może całkowicie utracić możliwość dalszego leczenia. W oparciu o obecne doświadczenia, preparaty botulinowe powinny być oczyszczone z towarzyszących białek.

Wnioski

Neutralizujące przeciwciała były skierowane wyłącznie przeciwko neurotoksycznemu składnikowi kompleksu. Ponadto za pomocą techniki ELISA wszystkie surowice zawierające neutralizujące przeciwciała zostały przetestowane na obecność specyficznych przeciwciał neurotoksyny i na obecność nieneutralizujących przeciwciał. Specyficzne przeciwciała neurotoksyny zostały wykryte tylko w 43% surowic zawierających przeciwciała o mianie przeciwciał 0.01 U/ml lub wyższym. W surowicy pacjentów reagujących na terapię przeciwciała kompleksu były obecne, ale nie neutralizowały neurotoksyny. U osób które wykształciły przeciwciała, wstrzykiwanie toksyny nie daje rezultatów.

Preparat nerwowo-mięśniowy wystawiony na działanie oczyszczonej neurotoksyny botulinowej A lub kompleksu toksyny botulinowej pozwalał na rozróżnienie pomiędzy surowicami, które zawierały przeciwciała, skierowane przeciwko neurotoksynie i surowicami, które zawierały przeciwciała stabilizujących białek jak hemaglutyniny, które nie przyczyniają się do działania paraliżującego. Głównym powodem, dla którego zakończenia nerwowe utraciły czułość/wrażliwość na działanie toksyny, było wytwarzanie neutralizujących przeciwciał toksyny botulinowej. Ale, ponieważ używana toksyna nie jest oczyszczonej proteiną/białkiem, przeciwciała mogą być również skierowane do towarzyszących białek – hemaglutynin, które. Przeciwciała pojawiły się szczególnie u pacjentów, którzy otrzymali dawki wyższe, niż potrzebne dla potrzeb leczenia skurczu powiek lub skurczu mięśni twarzy, stąd zależność od dawki zdaje się wysoce prawdopodobna. Toksyny botulinowe mają wspólne sekwencje z toksyną tężcową, a poliklonowe przeciwciała neutralizują działanie obu toksyn przez rozpoznawanie wspólnej determinanty antygenowej. Może więc zachodzić reaktywność krzyżowa, a pacjenci uodpornieni przeciwko toksynie tężcowej mogą także być odporni na działanie botulinowe neurotoksyny A. ■



Dermatoskopia w praktyce lekarskiej

Coraz więcej pacjentów, zwłaszcza ze znamionami barwnikowymi, w obawie przed czerniakiem skóry zwraca się do dermatologa o poradę i pomoc. Również lekarze innych specjalności coraz częściej kierują do nas swoich pacjentów, kiedy zauważą u nich niepokojącą ich zmianę skórną, różniącą się kolorem od normalnego zabarwienia skóry. Wiadczą to o tym, że zarówno u pacjentów jak i u lekarzy wzrasta świadomość zagrożenia powstania nowotworu skóry. Ta świadomość jest zjawiskiem pociesającym, szczególnie jeżeli weźmie się pod uwagę, że częstość występowania czerniaka w populacji białej rosła dwukrotnie w ciągu ostatnich 15 lat we wszystkich częściach świata. W Polsce umieralność z powodu tego nowotworu ciągle wzrasta, gdyż zbyt mało uwagi przywiązują się do jego profilaktyki a badania diagnostyczne nie są powszechnie dostępne. Rozpoznanie czerniaka niekiedy nie jest łatwe. W różnicowaniu należy rozważyć ok. 40 różnych zmian skórnych. Trafność rozpoznania wczesnego stadium czerniaka zależy od doświadczenia i umiejętności dermatologa klinicysty. Szanse na wyleczenie są wysokie jeżeli rozpoznanie ustalili się odpowiednio wcześniej.

Bardzo pomocnym badaniem diagnostycznym w praktyce lekarza dermatologa stała się dermatoskopia. Jest to badanie które służy do rozpoznania zmian skórnych pochodzenia barwnikowego i naczyniowego oraz ich oceny. Dermatoskopia jest rodzajem mikroskopii powierzchniowej skóry. Ta nieinwazyjna metoda umożliwia ocenę i obserwację struktur barwnikowych na różnych poziomach skóry: naskórka, granicy skórnokórki, górnych warstw skóry właściwej. Badanie to stwarza możliwości: odróżnienia zmian skórnych pochodzenia melanocytowego od niemelanocytowych, lepszego różnicowania zmian barwnikowych, pozwala określić stopień atypowości znamion melanocytowych i tym samym prowadzić skuteczną profilaktykę czerniaka. Może być pomocna także w obserwacji zaburzeń naczyniowych wązków paznokciowych.

Dermatoskopia ułatwia rozpoznanie, pozwala na ocenę i obserwację następujących zmian melanocytowych: piegów, plam soczewicowatych, znamion melanocytowych, znamienia Spitz, znamienia błękitnego, czerniaka oraz zmian niemelanocytowych takich jak: brodawki łojotokowe, włókniaki, naczyniaki, naczyniaki rogowaciejące, raki podstawnokomórkowe, znamiona naskórkowe.

Technika badania jest bardzo prosta i polega na obserwacji zmiany skórnej pod powiększeniem

10-krotnym w świetle odbitym, padającym pod kątem 20°. Do badania najczęściej wykorzystuje się dermatoskop Delta 10 firmy Heine Optotechnik. Przed badaniem powierzchnię badanego wykwitu pokrywa się olejkim immersyjnym w celu wygładzenia powierzchni skóry i zwiększenia przepuszczalności warstwy rogowej naskórka.

Badanie dermatoskopowe składa się z 2 etapów. W pierwszym etapie ustala się, czy badana zmiana jest zmianą melanocytową i temu służy tzw. algorytm melanocytowy. W drugim etapie, lekarz badający powinien odpowiedzieć na pytanie czy badana zmiana jest: łagodna, podejrzana czy też złośliwa. Ocenę taką wykonuje się według tzw. zasad dermatoskopowych ABCD.

Algorytm melanocytowy do diagnostyki zmian barwnikowych został zaproponowany przez Kreusch'a i Rassner'a a następnie zmodyfikowany przez Brauno-Falco, Stolza i współautorów. Składa się on z 6 etapów, z których każdy służy rozpoznaniu określonej zmiany. Pozwalają one na identyfikację najbardziej charakterystycznych cech morfologicznych niektórych zmian skórnych (zmiana melanocytowa, znamię błękitne, brodawka łojotokowa, naczyniak, rak podstawnokomórkowy).

Zasady dermatoskopowe ABCD umożliwiają przeprowadzenie właściwej diagnostyki różnicowej oraz ocenę stopnia atypowości zmiany melanocytowej. Zasady te opierają się na ilościowym systemie obliczania, biorącym pod uwagę 4 kryteria:

- A. (asymmetry) asymetrii
- B. (border) charakterystyki obrzeża
- C. (colour) koloru
- D. (differential structure) struktur różnicujących.

Aby określić asymetrię zmiany musimy podzielić ją umownie względem dwóch prostopadłych do siebie osi. Jeżeli zmiana jest symetryczna względem obu osi, to wynik $A = 0$. Jeśli zmiana jest asymetryczna względem jednej lub dwóch osi to odpowiednio wynik A równa się 1 lub 2. Ważne jest, aby ocenić nie tylko kształt zmiany ale również rozmieszczenie poszczególnych kolorów i elementów struktur.

Aby ocenić obrzeże zmiany musimy ją podzielić domyślnie na 8 równych segmentów 4-oma osiami przecinającymi się w jednym punkcie. Ocenia się wówczas ostrość odgraniczenia obrzeża zmiany w poszczególnych segmentach w stosunku do pigmentacji skóry zdrowej. W przypadku, kiedy brzegi zmiany są niewyraźne, rozmyte, wynik $B = 0$. Jeżeli zaś, w którymś segmencie obserwuje się wyraźne, ostre odgraniczenie to wynik B

może wynosić od 1 do 8.

Kolejnym krokiem jest określenie ilości występujących w badanej zmianie któregoś z 6 podstawowych kolorów (biały, czerwony, jasno- i ciemnobrązowy, niebieskawy, czarny). Kolor zależy głównie od melaniny, która nakłada się na tło, złożone z melanocytów i warstwy rogowej. W zależności od głębokości położenia melaniny w skórze, można obserwować różne kolory od czarnego przez różne odcienie brązu po szaro-niebieski. W dermatoskopie normalny naskórek ma zabarwienie żółte. Kolor czerwony zaś jest spowodowany wzmożonym unaczynieniem. Wynik C może wahać się od 1 do 6.

Uważa się, że w zmianach pochodzenia melanocytowego występuje zawsze co najmniej 1 z 5 niżej wymienionych głównych komponentów strukturalnych (D, differential structure):

1. Siatka barwnikowa (pigment network) – powstaje wskutek nagromadzenia melaniny w keratynocytach, zlokalizowanych w obrębie sople naskórkowych i ma wygląd regularnych „plastrów miodu”.
2. Smugi gałązkowate (radial streaming) powstają na skutek uszkodzenia siatki barwnikowej
3. Globule lub ciątka barwnikowe (brown globules) – gniazda melanocytów o średnicy $> 0,1$ mm
4. Kropki barwnikowe (black dots) – gniazda melanocytów o średnicy $< 0,1$ mm.
5. Obszary o zatartej strukturze – obserwujemy wówczas, gdy sople naskórkowe są krótsze lub słabiej wybarwione.

Należy zaznaczyć, że siatka barwnikowa nie zawsze może być widoczna przy 10-krotnym powiększeniu, a np. kropki barwnikowe oprócz zmian melanocytowych możemy stwierdzić w raku podstawnokomórkowym barwnikowym i brodawce łojotokowej barwnikowej. W czasie badania ustala się liczbę występujących struktur różnicujących. Wynik D może wynosić od 1 do 5.

Badanie dermatoskopowe umożliwia obserwację struktur, których nie zawsze można dostrzec nieuzbrojonym okiem. Są to: teleangiektazje, fragmenty rogowaciejącego naskórka oraz różne konfiguracje barwnika. W obrazach dermatoskopowych umieszczone są one w centrum wykwit lub na jego obrzeżu. Oprócz 5 głównych składowych strukturalnych różni się i inne komponenty strukturalne: pseudowypustki, pseudocysty rogowe, ujścia pseudomieszków, wzory naczyń, struktury typu liścia klonu, obszary barwy stalowo-błękitnej. Każda badana zmiana skórna ma swój charakterystyczny obraz zarówno kliniczny jak i dermatoskopowy.

W wyniku badania dermatoskopowego wyznacza się tzw. wskaźnik TDS (Total Dermatoscopy Score). Służy on do określenia stopnia potencjalnej złośliwości badanej zmiany. TDS jest sumą liczb otrzymanych przez pomnożenie wyników (A, B, C, D) przez odpowiednie współczynniki. $TDS = A \times 1,3 + B \times 0,1 + C \times 0,5 + D \times 0,5$.

Wynik ten pozwala zakwalifikować badaną zmianę do jednej z 3 grup i określić dalsze postępowanie.

1. Zmiana łagodna – jeżeli $TDS = 1,0 - 4,75$. W tym przypadku nie ma potrzeby usuwania zmiany, należy jedynie obserwować ją co 3-6 miesięcy.

2. Zmiana podejrzana – jeżeli $TDS = 4,75 - 5,45$. Wymaga częstszej obserwacji a najlepiej profilaktycznego usunięcia chirurgicznego i badania histopatologicznego.

3. Zmiana złośliwa – $TDS > 5,45$. Należy podejrzewać czerniaka. Wymaga natychmiastowego usunięcia chirurgicznego z badaniem histopatologicznym.

Należy pamiętać jednak, że diagnostyka każdej zmiany skóry powinna polegać na zebraniu dokładnego wywiadu, całościowej ocenie zmiany (kształt, kolor, brzegi, symetria, obecność włosów, guzków itd.) oraz dermatoskopowej ocenie poszczególnych jej elementów.

Dermatoskopia jak i każde inne badanie ma swoje zalety i ograniczenia. Badanie to jest:

- nieinwazyjne (in vivo)
- nieuciążliwe dla pacjenta
- pozwala na wczesną diagnostykę czerniaka
- pozwala zidentyfikować zmiany barwnikowe niemelanocytowe imitujące czerniaka i tym samym uspokoić pacjenta, chroniąc go przed zbędnym stresem
- zwiększa trafność diagnostyczną, kiedy obraz kliniczny zmiany jest nietypowy
- uzupełnia obserwację kliniczną znamion melanocytowych
- umożliwia identyfikację znamion wymagających profilaktycznego usunięcia (szczególnie w przypadkach pacjentów z zespołem znamion atypowych ZZA).

Metoda ta ma jednak swoje ograniczenia:

- wydłuża czas konsultacji
- wymaga doświadczenia lekarza
- kolejne badania powinna wykonywać ta sama osoba
- nie różnicuje w 100%: znamię melanocytowe łagodne i atypowe; czerniaka i znamię melanocytowe.
- Stwarza trudności w różnicowaniu: BCC pigmentosum, angioma thrombose, verruca seborrhoica, MM amelanotikum.
- Lokalizacja niektórych zmian może utrudniać lub niekiedy uniemożliwiać badanie dermatoskopowe.

Pomimo tego, że badanie dermatoskopowe nie zawsze jest badaniem rozstrzygającym to jednak w znacznym stopniu poszerza możliwości rozpoznania klinicznego oraz ułatwia różnicowanie barwnikowych zmian skórnych. Rozpoznawalność np. czerniaka skóry za pomocą dermatoskopu wynosi ok. 75-90%. Jest to znaczący postępem w stosunku do rozpoznawalności poprzez samo badanie kliniczne.

Nowe możliwości daje obecnie wprowadzenie w praktykę lekarską wideodermatoskopii, która pozwala na wizualizację obrazu na monitorze komputera oraz jego zapisu. Metoda ta umożliwia badanie zmian pod większym powiększeniem (20-krotnym) oraz tworzenia banku danych dla każdego pacjenta, co ułatwia obserwacje dynamiki zmian. ■



Sprawozdanie z Konferencji Anti-Aging

5-6.03.2005 Warszawa

Centrum Hotelowo- Kongresowe Gromada, ul. 17 Stycznia 32

W dniach 5-6.03.2005 r. odbyła w Warszawie się interdyscyplinarna Konferencja Anti-Aging zorganizowana przez Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych przy współdziałaniu Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego Oddziału Dolnośląskiego, Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy, Fundacji Medycyny Estetycznej oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Anti-Aging. Konferencja poświęcona była nowemu, szybko rozwijającemu się zakresowi działań lekarskich zmierzających do spowalniania i optymalizowania przebiegu procesów starzenia organizmu oraz zapobiegania jego skutkom. Najwięcej uwagi poświęcono starzeniu skóry, możliwościom zapobiegania lub jego spowalniania. Wykładowcami było wielu uznanych specjalistów krajowych i zagranicznych, nie tylko z dziedziny dermatologii, ale również ginekologii, endokrynologii, farmakologii i innych. Bogatemu programowi wykładów konferencji towarzyszyła ciekawa wystawa firm zajmujących się dermatologią, dermatologia estetyczną, a w drugim dniu konferencji warsztaty z dziedziny peelingów, mezoterapii, stosowania toksyny botulinowej i wypełniaczy.

Wiele wykładów dotyczyło, jak wspomniano, innych dziedzin medycyny, co pozwoliło nam spojrzeć na proces starzenia w sposób holistyczny. Endokrynolog Prof. Andrzej Milewicz omówił „Rolę czynnika endokrynnego w procesie starzenia organizmu”. Wymienił działanie biologiczne tzw. hormonów „juwenilnych”: dehydroepiandrosteronu (DHEA), hormonu wzrostu, hormonów płciowych oraz melatoniny, które osiągają maksymalne stężenie w okresie dojrzewania i których ilość w przebiegu starzenia systematycznie spada, ograniczając funkcjonowanie wielu narządów. Przedstawił próby substytucji hormonalnej w celu hamowania starzenia, dawki i grupy pacjentów, którym były już podawane w celu przywrócenia młodości. Autor wspomniat, DHEA, obecny na rynku ma zbyt niską dawkę 5-10 mg, aby wywierać działanie biologiczne. Zalecane przez endokrynologów dawki DHEA to 25 mg dla kobiet oraz 50 mg dla mężczyzn, po ustaleniu wyjściowych stężeń hormonu przed rozpoczęciem kuracji. Hormon wzrostu wywiera bardzo korzystne działanie na dojrzałych mężczyzn, choć ciągle istnieją kontrowersje odnośnie bezpieczeństwa jego stosowania (doniesienia o możliwości wywoływania raka jelita grubego i inne). Podobnie nie ma zgodnej opinii, co do zastosowania hormonu wzrostu u kobiet. Najwięcej doświadczeń klinicznych i najmniej wątpliwości budzi

substytucja hormonów płciowych u kobiet w okresie menopauzy (HTZ) i po owariotomii oraz substytucja androgenów u mężczyzn w tzw. andropauzie. Melatonina wg autora ma znacznie mniejszy wpływ na organizm niż się powszechnie uważa, i pozostaje dobrym środkiem dla osób z problemem snu. Prof. Maciej Kurpiz: „Molekularne podłoże starzenia” przedstawił molekularne mechanizmy starzenia; wiele poglądów na zapobieganie starzeniu organizmu znajduje wytłumaczenie na poziomie regulacji genów, jak choćby teoria restrykcyj kalorycznej (zablokowanie podaży węglowodanów uruchamia mechanizm chrońnię chromatynę), a spowolnienie tempa metabolizmu komórkowego na poziomie komórek nisko zorganizowanych organizmów wydłuża ich życie — dylematem pozostaje: stawiać na długość czy jakość? Wykład ginekologa-położnika Prof. Romualda Dębskiego' Terapia hormonalna — za i przeciw' dotyczył najczęstszych wskazań do jej stosowania: premenopauzy, menopauzy i zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Premenopauza, nie tak powszechnie znana jak menopauza, może ją poprzedzać o kilka-kilkanaście lat, począwszy nawet od 35 r. ż. Dominującym objawem są zaburzenia cyklu miesiączkowego, którym mogą towarzyszyć pojawienie się trądziku, hirsutyzmu, objawów wypadowych i innych, a jedynym skutecznym sposobem leczenia jest substytucja estrogenowa (tabletki antykoncepcyjna lub wkładka wewnątrzmaciczna). Terapia ta zmniejsza ryzyko raka jajnika i endometrium oraz ma korzystny wpływ na trądzik osób dojrzałych, ale głównym działaniem niepożądanym jest ostuda. Najwięcej uwagi autor poświęcił hormonalnej terapii zastępczej (HTZ). Przedstawił korzyści z niej płynące: zmniejszenie utraty masy kostnej, eliminację objawów wypadowych, poprawę jakości życia i aktywności seksualnej, zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia, raka jelita grubego oraz złamań i oczywiście spowolnienie tempa starzenia skóry i płynąca z tego poprawę jej wyglądu. Wśród możliwych działań niepożądanych wymienił: wzrost ryzyka raka piersi, choroby zatorowo-zakrzepowej i udaru mózgu oraz chorób układu krążenia. Terapia ta wymaga stałej kontroli lekarskiej polegającej m. in. na wykonywaniu kontrolnej mammografii. Z kolei ginekolog Dr Katarzyna Skórzewska omówiła wpływ hormonów płciowych na skórę. Dr Anna Modelska-Ziółkiewicz w wykładzie: 'Medycyna anti-aging we współczesnym świecie medycznym' przedstawiła zakres działań lekarskich w ramach

tw. medycyny anti-aging. Pacjent poddawany jest rozszerzonemu badaniu internistycznemu z określeniem tzw. wieku biologicznego (często odbiegającego od wieku metrykalnego) zależnego od uwarunkowań genetycznych, stylu życia, wpływu środowiska i innych. Służą do tego szczegółowy wywiad i jego analiza za pomocą programu komputerowego. Kolejnym etapem jest ocena innych parametrów wieku biologicznego (pamięci, kojarzenia siły mięśni etc). Następnie analizuje podlegają parametry laboratoryjne (min. testy biochemiczne krwi, markery nowotworowe i wiele innych), które mogą być rozszerzone o inne badania diagnostyczne. Na podstawie analizy wszystkich badań wydawane są konkretne zalecenia modyfikacji stylu życia, odżywiania, aktywności fizycznej i/lub zdrowia pacjenta przy pomocy odpowiedniej farmakoterapii. Dr Antoine Lorczy (Francja), przewodniczący Europejskiego Towarzystwa Medycyny Anti-Aging omówił: *Testy biologiczne w medycynie anti-aging, leczenie hormonalne i niehormonalne*. Autor przedstawił schematy podawania najczęściej stosowanych w medycynie przeciwstarzeniowych preparatów hormonalnych i niehormonalnych (pregnenolonu, DHEA, DHEAS, 7ketoDHEA, melatonin, hormonu wzrostu, hormonów płciowych, hormonów tarczycy, anty-oksydantów, witamin, oligoelementów, probiotyków i innych). Omówił również mechanizm ich działania wykorzystywany w medycynie przeciwstarzeniowej, a także możliwe działania uboczne ze wzrostem ryzyka nowotworów (np. prostaty, piersi, trzustki w przypadku stosowania DHEA). Dr Marcin Ambroziak w wykładzie *Alopecia androgenetica- podsumowanie leczenia* mówił przede wszystkim o leczeniu finasterydem, na podstawie doświadczeń własnych i literatury światowej. Dr Luc Dewantre (USA) przedstawił nowości z dziedziny mezoterapii dotyczące min. podawania fosfatydylocholiny, kolagenozy i hialuronidazy w celu redukcji tkanki tłuszczowej. Nowością na świecie jest również rozszerzenie listy substancji wstrzykiwanych i pojawienie się na niej kwasu retinowego, glikolowego i DMAE. Kolejne dwa wykłady zaproszonych z Francji – Dr Georges Bes i Brazylii – Dr Maurice de Maio dotyczyły technik korekty defektów kosmetycznych i oznak starzenia przy pomocy wypełniaczy i toksyny botulinowej. Dr Barbara Bień w wykładzie: *Czy starzenie można modyfikować? Aspekty biologiczne i psychospołeczne* zwróciła uwagę na to, iż poza czynnikami zdrowotnymi na długowieczność wpływa pozytywna samoocena dotycząca m. in. własnej pracy i zdrowia oraz brak chorób przewlekłych wywołujących przewlekły psycho-fizyczny stres. Bardzo ciekawe były wykłady chirurgów: 'Miejsce chirurgii estetycznej w medycynie anti-aging'- Dr Jerzego Kolańskiego oraz 'Rola zabiegów lipoplastycznych w korygowaniu dysproporcji budowy ciała' Dr Małgorzaty Kolenda. Przedstawiły spektrum możliwości chirurgicznych w korekcji defektów urody m. in. transplantację włosów, korekcję biustu, korekcję sylwetki (liposukcję, abdominoplastykę, plastykę skóry ramion i inne).

Dr n. farm. Tadeusz Bąbelek w wykładzie: *Anti-Aging – podstawy i wybrane przykłady suplementacji*

w przeciwdziałaniu procesowi starzenia się dokonał bardzo szerokiego przeglądu obecnych w aptekach preparatów wykorzystywanych w medycynie przeciwstarzeniowej, uwzględniając przy tym zalecenia odpowiednie dla danego przedmiotu wiekowego. Poza powszechnie znanymi pierwiastkami śladowymi, antyoksydantami, witaminami, preparatami hormonalnymi (DHEA, pregnenolon, melatonina, hormony płciowe i inne) wymienione zostały również substancje wpływające na układ nerwowy, nastrój, sferę psychiczną, stosowane w zaburzeniach pamięci i koncentracji, a także te stosowane w chorobach reumatycznych i wiele innych. Dr Sławomir Urbanowski omówił *Możliwości i rezultaty laserowych zabiegów nieablacyjnych*. Dr Aleksandra Gołębiowska w bogato ilustrowanym klinicznie wykładzie: *Znamiona barwnikowe jako markery zwiększonego ryzyka rozwoju czerniaka. Czy istnieje ładne znamię barwnikowe?* dowodziła, iż każde znamię barwnikowe może być niebezpieczne, a usuwanie chirurgiczne z badaniem histopatologicznym pozostaje metodą leczenia z wyboru. Konferencję zamykał wykład dr Barbary Walkiewicz-Cyrańskiej przedstawiający *Techniki zabiegowe stosowane w photo-aging w dermatologii estetycznej – doświadczenia własne* oraz możliwości ich łączenia.

Podczas konferencji po raz pierwszy zaprezentowano *Wyniki przeprowadzonego w Polsce badania skuteczności i tolerancji kosmetyków firmy Neutrogena*. Było to pierwsze tego rodzaju badanie przeprowadzone przez Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych. Badanie poza oceną lekarską i własną pacjenta skuteczności preparatów Neutrogena Formuła Norweska do pielęgnacji twarzy, rąk i ciała, dostarczyło wielu ciekawych informacji odnośnie nawyków kosmetycznych (mycia, stosowania preparatów pielęgnacyjnych) oraz czynników wywołujących i nasilających suchą skórę w naszej strefie klimatycznej. Kosmetyki te zostały bardzo wysoko ocenione przez dermatologów i samych pacjentów, wśród których odsetek zadowolonych i bardzo zadowolonych z działania testowanych preparatów wynosił aż ponad 90%.

Konferencja ze względu na swój interdyscyplinarny charakter bardzo rozszerzyła wiedzę dermatologów na proces starzenia skóry. ■



Na zdjęciu: dr Antoine Lorczy - gość honorowy konferencji.

Jak zapobiegać starzeniu się skóry? Prewencja, pielęgnacja i leczenie

Na proces starzenia się skóry ma wpływ wiele czynników. Na niektóre z nich nie mamy wpływu, bo o szybkości starzenia decyduje wewnętrzny zegar biologiczny sterowany genami, hormonami, białkami cyklu komórkowego oraz antyoksydantami prowadząc do tzw. starzenia fizjologicznego. Z czynników egzogennych największy wpływ na starzenie skóry niewątpliwie wywiera promieniowanie ultrafioletowe zakresu UVA i UVB, które powoduje tzw. fotostarzenie skóry i przyspiesza starzenie fizjologiczne. Do innych czynników zewnętrznych mających niekorzystny wpływ na skórę należy m. in. zanieczyszczenie środowiska, wysoka temperatura, stres i obecność w otoczeniu szkodliwych substancji chemicznych.

Zmiany będące efektem starzenia i fotostarzenia obejmują naskórek i skórę właściwą. Skóra z upływem czasu starzeje się i wizualnie jest nierównomiernie pomarszczona, wiotka, mało sprężysta, a w dotyku sucha i łuszcząca się. Na poziomie tkankowym stwierdza się odpowiednio zmniejszenie ilości włókien kolagenowych, elastynowych i spadek zawartości glikozaminoglikanów w skórze właściwej, zmniejszone uwodnienie, zanik naskórka i spłaszczenie granicy skórno-naskórkowej. Dla fotostarzenia charakterystyczne są zaburzenia barwnikowe i nacyniowe, elastozą (odkładanie się pofragmentowanych włókien elastynowych), oraz obecność zmarszczek i grubych bruzd. Odległym powikłaniem przewlekłych i intensywnych ekspozycji na UV jest transformacja nowotworowa prowadząca do stanów przednowotworowych i raków skóry.

Przeciwdziałanie starzeniu skóry jest kompleksowe i obejmuje strategie prewencyjne, pielęgnacyjne i lecznicze. Prewencja ma na celu zapobieganie nieodwracalnym skutkom starzenia i przeciwdziałanie natychmiastowym i odległym powikłaniom po ekspozycjach słonecznych, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów skóry. W prewencji najważniejszą rolę przypisuje się ochronie przeciwslonecznej. Ochrona przeciwsloneczna to szerokie pojęcie, obejmujące wyrobienie racjonalnego stylu zachowań, który ma na celu zminimalizowanie niekorzystnego wpływu słońca na skórę, poprzez unikanie ekspozycji w godzinach największego nasłonecznienia, sposobie ubierania się i korzystania z odzieży ochronnej, oraz stosowania preparatów przeciwslonecznych chroniących zarówno przed UVB jak i UVA. Strategia ta powinna być wdrażana już w dzieciństwie i utrzymywana przez całe życie. Rola kremów przeciwslonecznych w zapobieganiu oparzeniom słonecznym, fotostarzeniu i powstawaniu nowotworów skóry została udowodniona, w związku z tym ich stosowanie ma solidne podstawy naukowe. Filtry zawarte w preparatach

przeciwslonecznych dzielimy na fizyczne (mineralne), chemiczne i organiczne. Najlepszą ochronę, tzw. ochronę szerokopasmową chroniącą przed zakresem promieniowania UVA i UVB zapewniają preparaty będące ich mieszaniną. Dla przykładu firma Avène oferuje preparaty o szerokopasmowej ochronie, o różnych współczynnikach ochrony od niskiej do bardzo (SPF 40 i 50) i ultra wysokiej (SPF 50+). Preparaty te zawierają ekrany mineralne i organiczne, a dzięki znanomizowaniu wielkości cząstek filtrów fizycznych (MPI – tlenek cynku i dwutlenek tytanu) oraz stworzeniu mikronizowanego ekranu organicznego (tinosorb) zapewniają skuteczną fotoprotekcję oraz charakteryzują się korzystnymi walorami kosmetycznymi. Gama tych preparatów jest szeroka i można je odpowiednio dobrać w zależności od potrzeb i wrażliwości skóry, wieku oraz fototypu pacjenta.

W związku z tym, że wolne rodniki tlenowe odgrywają znaczącą rolę w procesach fizjologicznego starzenia i fotostarzenia, zastosowane dla przeciwwagi antyoksydanty pełnią istotną rolę prewencyjną i ochronną. Do antyoksydantów zalicza się m. in. witaminę C i E, genistein, polifenole zawarte w zielonej herbacie, bioflawonoidy i selen. Obecnie wiadomo, że ich miejscowe lub ogólne stosowanie istotnie spowalnia starzenie się skóry i organizmu, jak również chroni przed transformacją nowotworową. Zabiegi pielęgnacyjne mają na celu utrzymanie dobrej kondycji skóry i polegają na zapewnieniu prawidłowego jej nawilżenia, natłuszczenia i napięcia przy użyciu preparatów zewnętrznych i zabiegów dermatokosmetycznych.

Leczenie już zaistniałych zmian w starzejącej się skórze należy dostosować do stanu ich zaawansowania. Proponuje się pochodne witaminy A (retinoidy, retinaldehyd, retinol) w formie kremów lub emulsji, alfa-hydroksykwasy i kwas trójchloroocetowy w formie preparatów zewnętrznych lub zabiegów reowitalizujących i złuszczeniowych.

Do codziennej terapii domowej starzejącej się skóry zaleca się pochodne witaminy A. Udokumentowano, że pochodne witaminy A (kwas retinowy, retinoidy) powodują przerosć naskórka, prowadzą do zwiększenia spistości warstwy brodawkowatej skóry oraz do odkładania substancji podobnej do glikozaminoglikanów. Co więcej regenerują kolagen, zmniejszają jego degradację i przywracają prawidłowe różnicowanie komórek naskórka. Wskazaniem dla ich stosowania jest starzejąca się skóra i skóra ze zmianami postłonecznymi. Komercyjnie dostępny preparat firmy Avène o nazwie Ystheal+ zawierający w swoim składzie retinaldehyd w stężeniu 0,05% oraz prekursor witaminy E – pretokoferyl zapewnia regenerację komórek naskórka, odbudowę skóry właściwej oraz przeciwdziałanie

uszkodzeniom komórkowym indukowanym stresem oksydacyjnym i wolnymi rodnikami. Retinaldehyd przenika do komórek naskórka i skóry, gdzie enzymatycznie przekształcany jest do kwasu retinowego, którego korzystny wpływ na skórę właściwą i naskórek został wykazany w badaniach *in vitro* i *in vivo*. W okresie 6-miesięcznej obserwacji, miejscowo stosowany Ystheal+ powoduje wyraźny wzrost napięcia skóry, wygładzenie zmarszczek i pogrubienie naskórka. W związku z rozjaśniającym efektem retinaldehyd można stosować na skórze z posłonecznymi zabu-

zzeniami barwnikowymi dla poprawy jej kolorytu.

W celu wypełnienia głębszych zmarszczek i bruzd, oraz uwodnienia skóry stosuje się śródskórne podania kwasu hialuronowego, który posiada silne właściwości higroskopijne. Dla lepszego efektu zabiegi złuszczające często kojarzy się z iniekcjami kwasu hialuronowego lub toksyny botulinowej celem większego wygładzenia skóry i korekcji defektów mimicznych. Bardziej zaawansowane techniki odmładzania obejmują zabiegi laserowe i zabiegi chirurgii plastycznej. ■

Dr n. med. Beata Matuschke-Kuczyńska

Teleangiektazje okolicy twarzy

Teleangiektazje okolicy twarzy są częstym defektem kosmetycznym. Dotyczy on około 10 milionów ludzi na świecie. Teleangiektazje są to trwale rozszerzone powierzchowne naczynia skóry o średnicy od 0,1 do 1,0 mm. Tworzą je naczynia włosowate oraz drobne tętnice i żyły. Teleangiektazje pochodzące z części tętniczej, są drobne i czerwone, podczas gdy te pochodzące z żyłnej części układu naczyń włosowatych są większe i mają kolor fioletowo-niebieski. Na podstawie wyglądu można je podzielić na cztery typy: linijne, drzewkowate, pajęczakowate i guzkowe. ciście przylegające do siebie teleangiektazje w dużej ilości mogą dać obraz tzw. teleangiectatic erythema. Teleangiektazje występujące w okolicy policzków i nosa najczęściej są pochodzenia tętniczego: linijne lub drzewkowate. Histologicznie są to rozszerzone naczynia włosowate skóry należące do powierzchownego spłotu brodawkowego.

Występowanie teleangiektazji może być z jednej strony uwarunkowane genetycznie, tzw. teleangiektazje pierwotne, czyli samoistne, np. choroba Rendu-Oslera. Z drugiej strony mogą być wynikiem działania czynników zewnątrzpochodnych, ogólnoustrojowych czy też chorób skóry – tzw. teleangiektazje wtórne, czyli nabyte. Spośród zewnętrznych czynników odpowiedzialnych za powstanie teleangiektazji należy wymienić: przewlekłą ekspozycję słoneczną, niekorzystne warunki atmosferyczne typu wiatr, duże wahania temperatury, niską jak i wysoką temperaturę, promieniowanie RTG, oraz długotrwale miejscowe stosowanie sterydów – szczególnie fluorowanych. Spośród czynników ogólnoustrojowych wywołujących teleangiektazje najważniejszymi są: nadciśnienie tętnicze, uszkodzenie wątroby oraz zaburzenia hormonalne (estrogeny, sterydy). Choroby skóry, którym towarzyszą teleangiektazje, to m. in. trądzik różowaty, choroby tkanki łącznej (twardzina, toczeń rumieniowaty). Rozpoznanie teleangiektazji nie stwarza problemu, gdyż są one widoczne gołym okiem. Dokładny wywiad, badanie pacjenta, a w niektórych

przypadkach badanie serologiczne umożliwiają stwierdzenie przyczyny teleangiektazji wtórnych.

Metody terapeutyczne stosowane do tej pory w leczeniu teleangiektazji: elektrokoagulacja, krioterapia, skleroterapia nie dawały satysfakcjonujących efektów kosmetycznych. Wzrost efektywności terapii tego typu zmian spowodowało dopiero wprowadzenie urządzeń laserowych. W ciągu ostatnich 20 lat nastąpił znaczny postęp w leczeniu zmian naczyniowych przy zastosowaniu różnych urządzeń laserowych. Pierwszymi laserami stosowanymi w leczeniu teleangiektazji były: laser argonowy (488 i 514nm), laser CO₂ (10,600nm) i Nd-YAG (1064nm). Ograniczenie ich stosowania wynika z często występujących powikłań typu blizn jak i hypo- i hiperpigmentacji. Wynika to z nieselektywnej absorpcji energii przez naczynia, która także jest pochłaniana przez otaczające tkanki. Teoria selektywnej fototermolizy (termicznie uwarunkowanego zniszczenia struktur docelowych) przyczyniła się do pojawienia nowych urządzeń laserowych służących do leczenia zmian naczyniowych. Są to m. in.: laser barwnikowy o świetle pulsującym (585nm), miedzowy (511nm), kryptonowy (568nm), Nd-YAG (532nm). Zjawisko selektywnej fototermolizy jest też podstawą działania urządzenia wytwarzającego tzw. intensywne źródło światła IPL – które nie jest typowym laserem. Efekty terapeutyczne przy zastosowaniu poszczególnych urządzeń są bardzo zbliżone i polegają na fotokoagulacji drobnych naczyń krwionośnych. Energia emitowana przez obecnie stosowane urządzenia jest kumulowana w obrębie naczyń krwionośnych i w minimalnym stopniu pochłaniana przez otaczający naskórek. Zmniejsza to dyskomfort pacjenta podczas zabiegu i chroni naskórek przed uszkodzeniem termicznym. Wiąże się to ze znacznym zmniejszeniem ryzyka powikłań. Zadawalające efekty kliniczne, łatwość używania jak i krótki czas trwania zabiegu czynią laseroterapię metodą z wyboru w przypadku leczenia teleangiektazji. ■



Zastosowanie laserów i IPL w dermatologii estetycznej

- sprawozdanie z sympozjum naukowego zorganizowanego przez SLDE

Warszawa 15.01.2005 r., Międzynarodowe Centrum Biocybernetyki PAN

Tegorocznego, czwarte już, styczniowe sympozjum laserowe, organizowane przez Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych różniło się od poprzednich tym, że było poświęcone wyłącznie jednemu zagadnieniu z dziedziny – depilacji laserowej. Zapoczątkowało tym samym cykl laserowych spotkań tematycznych, który będzie kontynuowany w kolejnych latach. Rozpoczął mgr inż. Marek Mindak, który w wykładzie pt „Depilacja laserowa, a efektywność różnych urządzeń laserowych i IPL” szczegółowo przedstawił wszystkie obecnie dostępne techniki depilacji laserowej i intensywnym źródłem światła (IPL) porównując ich skuteczność. Metodami przyszłości wg autora mogą być lasery półprzewodnikowe z prądem (RF) i urządzenia zwane LED-ami. Dr Dorota Prandecka omówiła depilację laserem aleksandrytowym o długości fali 755nm. Laser aleksandrytowy osiąga skuteczność ok. 80% po serii 4-6 zabiegów, przy czym skuteczność pojedynczego zabiegu oceniana jest na ok. 20-30%. Skuteczność depilacji, podobnie jak w przypadku innych laserów, może być znacznie niższa, co podkreślała autorka, w przypadkach nie leczonego hirsutyzmu, włosów jasnych i ciemnej karnacji oraz niewłaściwego przygotowania do zabiegu. Dr Barbara Walkiewicz-Cyrańska przedstawiła depilację laserem diodowym o długości fali 810 nm. Laser ma skuteczność porównywalną z aleksandrytowym i zasady przygotowania do zabiegu nie odbiegają od ogólnie przyjętych w depilacji laserowej. Ważną rzeczą jest przeprowadzenie bardzo wnikliwego wywiadu z pacjentem przed zabiegiem w celu ustalenia czy nie przyjmuje leków bądź środków ziołowych fotouczulających, które mogą być przyczyną poparzeń podczas zabiegu laserowego. Dr Katarzyna Kwarecka-Zajac omówiła zasadę działania lasera Nd-Yag o długości fali 1064 nm. Fala ta jest pochłaniana przez hemoglobinę niszcząc naczynia brodawki włosa. Dr Ewa Kaniowska omówiła metodę depilacji laserem rubinowym o długości fali 694 nm. Kolejne wystąpienie dr Doroty Prandeckiej dotyczyło działania urządzenia IPL. Intensywne źródło światła (IPL) emituje rozproszone, niekoherentne promieniowanie o długości fal od 515-1200 nm, przy czym długość fali może być regulowana przez odpowiednie filtry. Depilacja laserowa zachodzi przy użyciu fal o długości 645 nm. Dr Prandecka porównała 2 systemy depilacji: IPL i laser aleksandrytowy. Skuteczność obu jest porównywalna, chociaż szybkość przeprowadzenia zabiegu i możliwość użycia końcówek do skomplikowanych powierzchni, zdaniem autorki

przemawiają na korzyść lasera aleksandrytowego. Dr n. med. Maria Noszczyk przedstawiła technikę depilacji urządzeniem IPL z prądem (RF). Dołączenie prądu do źródła światła powoduje znacznie szybsze dogrzanie tkanek i umożliwia redukcję dawki światła i tym samym zmniejszenie ryzyka powikłań i bolesności zabiegu. Atutem metody wynikającym z obecności prądu jest możliwość działania na włosy rude i jasne. Dr Krystyna Pawelczyk-Pala przedstawiła laser diodowy o długości fali 810nm ze skanerem i systemem chłodzenia, który emituje super długi puls i pozwala przez to na zwiększenie dawki energii. Dr Elżbieta Baczevska-Staszak omówiła laser diodowy o długości fali 800nm. Ta długość fali ma niską absorpcję w melaninie naskórka i głęboką penetrację co korzystnie wpływa na bezpieczeństwo i skuteczność depilacji. Prezentacja dr n. med. Joanny Czuwara-Ładykowskiej 'Depilacja laserowa – przegląd piśmiennictwa światowego' była podsumowaniem wygłoszonych na sympozjum wykładów. Autorka zwróciła uwagę na to, że istnieją ograniczenia do używania poszczególnych laserów. Laser rubinowy z powodu najpłytszej penetracji fali daje wyższe ryzyko powikłań naskórkowych i nie nadaje się do stosowania przy ciemnych fototypach skóry. Laser Nd-Yag przez bardzo niską absorpcję w melaninie wykazuje niższą skuteczność niż pozostałe lasery-odrost włosów jest niestety częsty. Do skomplikowanej depilacji jaką jest depilacja u osoby z ciemnym fototypem najlepiej nadaje się laser diodowy i IPL. Na zakończenie dr n. med. Sławomir Urbanowski przedstawił zasady postępowania w depilacji laserowej zalecane przez Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych.

Po wykładach z zagadnienia depilacji uczestnicy dodatkowo wysłuchali prezentacji mgr inż. Krzysztofa Makarskiego dotyczącej kombinacji światła i prądu jako nowego systemu do bezinwazyjnego usuwania zmarszczek. System Polaris WR™. Z kolei mgr inż. Olav Balle-Petersen (Dania) przedstawił możliwości systemów laserowych firmy ASAH MEDICO. Na zakończenie mec. Grażyna Dykowska omówiła zagadnienia prawne dotyczące praw pacjentów i zasad prawidłowego wypełniania kart pacjentów.

Każdy wykład tegorocznego sympozjum laserowego poparty był prezentacją zabiegu na video. Przesłaniem sympozjum pozostanie to, iż depilacja laserowa jest metodą depilacji niezwykle skuteczną, bezpieczną i na tyle powszechną, że prawdopodobnie w przyszłości wyprze wszystkie dotychczasowe. ■

SYSTEMY LASEROWE

MedArt®

I. WIELOFUNKCYJNY, PRZENOŚNY LASER PÓŁPRZEWODNIKOWY **MedArt 435**

DEPILACJA OWŁOSIENIA ■ LECZENIE ZMIAN NACZYNIOWYCH ■ USUWANIE PRZEBARWIEŃ SKÓRY
■ ZABIEG ILVO – WEWNĄTRZ ŻYLNEJ OBLITERACJI ■

■ SKUTECZNOŚĆ

(Super Długi Puls)

■ WIĘKSZA GRUPA PACJENTÓW

Możliwość wykonania zabiegu depilacji u pacjentów opalonych lub z ciemniejszą karnacją (Super Długi Puls)

■ WIĘKSZA EFEKTYWNOŚĆ – KRÓTSZY CZAS ZABIEGU DEPILACJI

(wielkość plamki 5,7 cm²)

■ BEZPIECZEŃSTWO I ZADOWOLENIE PACJENTÓW

(zintegrowany system chłodzenia skóry przez cały czas w czasie i po zabiegu minimalizujący ból oraz ryzyko efektów ubocznych)



II. **MedArt 470** – PRZENOŚNY LASER KTP, 5 W

Leczenie powierzchniowych zmian naczyniowych i barwnikowych ■ Skaner, końcówki zabiegowe

III. **MedArt 610** – PRZENOŚNY LASER CO₂

Drobna chirurgia dermatologiczna ■ Skaner do fotoodmładzania metodą inwazyjną

PROWADZIMY JUŻ WYNAJEM LASERÓW !

Wyłączny Dystrybutor w Polsce:

EFmed®

EFmed Sp. z o.o. ul. Marynarki Polskiej 100, 80-557 Gdańsk
Tel. +058 / 52 00 206, 52 00 130, tel.kom.0 607 451 799, Fax + 58 / 342 21 33, e-mail: efmed@efmed.pl



Nawilżanie, powiększanie i korygowanie kształtu ust za pomocą kwasu hialuronowego

Ostatnio wiele kobiet zgłasza się do gabinetu lekarskiego celem poprawy wyglądu ust. Usta to jeden z najważniejszych elementów wyglądu twarzy. Ich kształt, nawilżenie i objętość są niezwykle istotne. W wielu wypadkach mniejsza warga górna, słabo zarysowany kontur, opadające kąciaki, tzw. „zaciśnięte usta” mogą stanowić zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn dyskomfort. Efekt prawidłowo wykonanego zabiegu nie powinien być zauważalny, usta powinny zachować naturalny wygląd. Zabieg ten powinien być jedynie modelowaniem.

Wykonujemy go bez względu na wiek pacjenta. U młodych kobiet, a także mężczyzn, korekta dotyczy przeważnie zbyt mało wykształconej wargi górnej lub dolnej. W późniejszym wieku dokonujemy głównie korekty konturu warg i zmian wynikających z postępującego procesu starzenia ust związanego z odwodnieniem czerwieni wargowej.

Proces starzenia przebiega w ściśle określonej kolejności. Starzenie ust rozpoczyna się od wargi czerwonej. Odwodnienie pociąga za sobą utratę jej objętości i jędrności. W miarę nasilania się tego procesu warga czerwona traci kolor, a brzegi ust ulegają zwiotczeniu, co z kolei prowadzi do promieniście układających się zmarszczek wokół ust, tzw. „zmarszczek palaczy”. Ponieważ woda jest niezbędna dla utrzymania jędrności skóry, a kwas hialuronowy jest najsilniejszą dziś substancją nawilżającą ze względu na swoje właściwości zatrzymywania wody, stąd jego użycie do ponownego ukształtowania ust jest uzasadnione.

Z szerokiej gamy produktów kwasu hialuronowego chciałabym przedstawić Państwu preparaty Juvéderm, a zwłaszcza ostatnio wprowadzony na rynek preparat SurgiLips.

SurgiLips jest to sterylny, fizjologiczny, nie wywołujący gorączki żel stabilizowanego kwasu hialuronowego pochodzenia nie zwierzęcego. Żel występuje w wyskalowanych strzykawkach do jednorazowego zastosowania.

Wskazania:

- zwiększenie objętości ust
 - modelowanie kształtu warg
 - wypełnienie zmarszczek promienistych wokół ust
- Przeciwwskazania:

- pacjenci z tendencją do blizn przerostowych
- pacjenci, u których występowały wcześniej choroby wywołane przez paciorkowce
- pacjenci z nadwrażliwością na kwas hialuronowy
- kobiety w ciąży i karmiące piersią
- dzieci
- pacjenci ze zmianami infekcyjnymi typu wirusowego i bakteryjnego
- choroby układu immunologicznego i immunoterapia

Preparat SurgiLips nie powinien być stosowany w bezpośrednim połączeniu z leczeniem laserowym, głębokim peelingiem chemicznym lub peelingiem mechanicznym (dermabrazja). W przypadku peelingu powierzchniowego, nie stosować jeżeli wystąpiła silna reakcja zapalna na skórze.

Środki ostrożności

SurgiLips stosować należy tylko śródskórną i do błony śluzowej ust. Na razie brak jest odpowiednich danych klinicznych dotyczących tolerancji na preparat SurgiLips w miejscach, w których już wcześniej stosowano inne produkty wypełniające. Brak również jest danych o stosowaniu tego preparatu u pacjentów, u których występowały choroby układu immunologicznego. W każdym indywidualnym przypadku lekarz powinien podjąć decyzję o możliwości zastosowania kuracji i szczególnym nadzorze nad pacjentem. Zaleca się też przeprowadzenie wcześniejszego podwójnego testu. W przypadku rozwijającej się choroby należy odstąpić od zabiegu.

Preparat SurgiLips podaje się techniką liniową, wycofującą lub wielopunktową z uprzednim zastosowaniem znieczulenia miejscowego (krem) lub znieczulenia przewodowego.



przed zastosowaniem preparatu SURGILIPS®



po zastosowaniu preparatu SURGILIPS®



Po zabiegu może wystąpić reakcja zapalna w postaci zaczerwienienia, obrzęku lub rumienia. Towarzyszyć może temu świąd lub ból przy dotyku, utrzymujący się nawet do tygodnia.

Nowy preparat SurgiLips przygotowany specjalnie do stosowania w korekcji warg zapewnia bardzo dobre rezultaty. Jego konsystencja zapewnia łatwiejsze, równomierne rozprowadzenie, a możliwość użycia cienkiej igły zmniejsza ryzyko krwiaków. ■

Derma NEWS

WYDAWCA: STOWARZYSZENIE LEKARZY DERMATOLOGÓW ESTETYCZNYCH

ul. Domaniewska 47, 02-672 Warszawa
tel.: (0-22) 853 39 70, fax: (0-22) 847 69 33, tel. kom.: 0-605 332 776
e-mail: stowarzyszenie@dermatologia-estetyczna.pl
www.dermatologia-estetyczna.pl