



Medycyna estetyczna w Polsce rośnie w siłę

Rozmowa z doktorem Piotrem Sznelewskim, współorganizatorem XV Międzynarodowego Kongresu Medycyny Estetycznej i Anti-Aging

- **„Aesthetica”**: Jubileuszowy XV Międzynarodowy Kongres Medycyny Estetycznej i Anti-Aging PTMEiAA, który odbył się w Warszawie od 2 do 4 października 2015 roku, to jedna z lepszych okazji do podsumowania, co nowego pojawiło się w medycynie estetycznej w Polsce i na świecie. Co jest dla Pana Doktora największym odkryciem tego kongresu?
- **Dr Piotr Sznelewski**: Trudno mówić o jednym odkryciu na naszym kongresie. Międzynarodowy Kongres Medycyny Estetycznej i Anti-Aging PTMEiAA jest największym wydarzeniem, które dotyczy tego działu medycyny w Europie Środkowej i równocześnie jednym z czterech największych spotkań na starym kontynencie. Tegoroczny kongres w liczbach to: 2 sale wykładowe, 5 sal workshopowych, 20 sesji naukowych (w których przedstawiono 136 prezentacji), 8 sesji eksperckich, 30 pokazów firmowych, 88 wykładowców z 21 krajów świata oraz 77 wystawców. Zaprezentowano bardzo wiele nowości, między innymi: nowe rozwiązania w zakresie terapii opartych na materiałach autologicznych, takich jak masa bogatopłytkowa i tkanka tłuszczowa, nowy preparat hydroksypatytu wapnia oraz, powracający w nowej wersji do medycyny estetycznej, iniekcyny kolagen. Pierwszy raz zaprezentowano w Polsce laser frakcjonujący Q-Switch, będące nowością ostatniego roku sprzętowe systemy redukcji nadpotliwości oraz system diagnostyczny, pomagający diagnozować przyczyny łysienia.
- **A:** Podczas kongresu prezentowane są najnowsze urządzenia wykorzystywane w medycynie estetycznej. Czy możliwe jest prowadzenie praktyki medycyny estetycznej bez nowych zdobyczy techniki? Czy zaawansowana technika nie zmniejsza roli lekarza w całym procesie terapeutycznym?
- **P.S.:** Coraz trudniej praktykować medycynę estetyczną, używając jedynie igły ze strzykawką i pędzelka do peelingów. Współczesna medycyna estetyczna potrzebuje rozwiązań sprzętowych, zarówno w zakresie diagnostyki, jak i terapii. Przykładem urządzenia, które w ostatnich latach wpisało się na stałe do arsenału terapii medycyny estetycznej, jest ablacyjny laser frakcjonujący. Umożliwił on wykonywanie zabiegów, mających na celu poprawę jakości skóry, skutecznych jak głębokie peelingsi chemiczne, lecz z dużo krótszym okresem gojenia pozabiegowego i mniejszą ilością możliwych

powikłań. Musimy jednak pamiętać, że nawet najbardziej zaawansowane urządzenia, służące do terapii, są tylko nowocześniejszą wersją skalpela chirurgicznego i nie zwalniają nas od potrzeby posiadania dogłębnej wiedzy w zakresie kwalifikacji, prawidłowego przeprowadzenia zabiegu oraz odpowiedniej opieki pozabiegowej.

- **A:** Pan Doktor jest wiodącym specjalistą z zakresu laseroterapii w medycynie i fizjoterapii. Jest Pan również współtwórcą pierwszego polskiego lasera tulowego. Jakie nadzieje Pan z nim wiąże? W czym będzie on lepszy od dostępnych rozwiązań technologicznych? Czy możemy się jeszcze spodziewać w najbliższym czasie jakichś przełomowych wdrożeń w zakresie laseroterapii, np. odkrycia na miarę teorii wybiórczej fototermolizy?
- **P.S.:** Jestem członkiem zespołu, w skład którego wchodzi naukowcy z Wojskowej Akademii Technicznej z Warszawy i Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz inżynierowie z jednej z wiodących firm produkujących sprzęt medyczny w Polsce – Metrum Cryoflex. W ramach konsorcjum, które otrzymało grant z NC-BiR, przygotowujemy projekt chirurgicznego lasera tulowego 1940 μm . Dzięki unikalnej długości fali generowanej przez ten laser, warstwa koagulacji i ablacji tkanki będzie ograniczona do 100 μm , co umożliwi wykonywanie bardzo precyzyjnych zabiegów w zakresie wielu dziedzin medycyny: poczynając od neurochirurgii, poprzez laryngologię, torakochirurgię, laparoskopię gastroenterologiczną, ginekologiczną i urologiczną, kończąc na chirurgii plastycznej i naczyniowej. Urządzenie to będzie mogło wykorzystywać do zabiegów tanie, ogólnie dostępne światłowodowe kwarcowe, ale w średnicach 10 razy mniejszych niż w aktualnie wykorzystywanych laserach

chirurgicznych. Będzie można operować przy użyciu włókna laserowego o średnicy 25 μm (grubość ludzkiego włosa wynosi od 25 do 80 μm), co przesunie chirurgię małoinwazyjną, robotyczną i endoskopową na nowy etap rozwoju.

- **A:** Jednym z nowych, wiodących trendów medycyny, jest medycyna personalizowana. Co Pan Doktor myśli o rozwoju medycyny estetycznej w tym kierunku?
- **P.S.:** Medycyna estetyczna, praktykowana w prawidłowy sposób, od zawsze była medycyną personalizowaną. Po pierwsze, powinniśmy przeprowadzić badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta (włącznie z badaniami poziomów hormonów), następnie dokonać oceny defektów estetycznych (także z użyciem rozwiązań sprzętowych, takich jak lampa Lampa Wooda, wideodermatoskopia, USG wysokiej częstotliwości), zaproponować program prewencyjny i w ostatnim etapie omówić strategię terapeutyczną. Pojedyncze zabiegi mają niską skuteczność. W przypadku każdego pacjenta powinno zaproponować się, opartą na prawidłowym i dogłębnym procesie diagnostycznym, wieloetapową procedurę terapeutyczną, wykorzystującą efekt synergii kolejnych zabiegów. Przykładem technik łączonych są np. iniekcje z autologicznej masy bogatopłytkowej, połączone z zabiegiem przy użyciu ablacyjnego lasera frakcjonującego.
- **A:** Zabiegi medycyny estetycznej, niekiedy nawet stosunkowo inwazyjne, są często wykonywane nie przez lekarzy. Jak odnosi się Pan Doktor do uszczegółowienia prawa w tym zakresie? Jak problem ten wygląda w Polsce na tle innych krajów europejskich? Czy dyplom lekarza uzasadnia wykonywanie procedur medycyny estetycznej przez wszystkich, którzy taki dyplom posiadają?

– **P.S.:** W naszym kraju mamy do czynienia z przecenianiem pojęcia wolności gospodarczej. Wielu osobom wydaje się, że jeżeli dane działania i usługi nie są w bezpośredni sposób opisane w prawie z podaniem, kto może nimi się zajmować, każdy może je wykonywać. Jest to błędne myślenie, któremu brak ważnego elementu w postaci „wyobraźni konsekwencji”. Mamy w Polsce całe pokolenie ofiar pseudo-edukacji w postaci absolwentów prywatnych uczelni, produkujących masowo np. magistrów marketingu i zarządzana, którzy, przy pewnej dawce szczęścia, zarządzają zmywakiem w londyńskiej restauracji. Niestety, podobnie jest w przypadku edukacji dotyczącej usług kosmetycznych, gdzie pseudo-szkoleniowcy zarabiają na naiwnych, nie mówiąc ani słowa o „wyobraźni konsekwencji”. Wszystkie osoby, wykonujące usługi dotyczące ludzkiego ciała, muszą być świadome, czym będą skutkowały błędy ich działań. Ja, jako lekarz niebędący neurochirurgiem, nie podejmę się operacji guza mózgu, choć nie ma przepisów, które w bezpośredni sposób mi tego zakazują. Przenosząc tę zasadę na medycynę estetyczną należy stwierdzić, że dana procedura może być wykonywana jedynie przez osoby, która potrafią leczyć jej powikłania. W przypadku światłoterapii wysokoenergetycznej typowym powikłaniem jest poparzenie termiczne. W przypadku iniekcji z wypełniaczy typowymi powikłaniami są infekcja lub zamknięcie tętnicy, skutkujące martwicą tkanek. W każdym z tych przypadków leczenie powikłań musi być wdrożone w trybie *ex tempore*, bez zwłoki. Spodziewam się, że w najbliższym czasie dojdzie do uszczegółowienia prawa w tym zakresie – kto może wykonywać procedury medycyny estetycznej. Duża ilość pozwów, dotyczących powikłań po procedurach medycyny estetycznej wykonywanych przez nie-lekarzy, które pojawiły się

w polskich sądach, powinna zwiększyć zainteresowanie tą tematyką ze strony Komisji Zdrowia Polskiego Sejmu oraz Ministerstwa Zdrowia. W różnych krajach europejskich występują różne przepisy, ale praktyka pokazuje, że w starych krajach Wspólnoty Europejskiej istnieje wysoka świadomość „wyobraźni konsekwencji”. Procedury iniekcyjne we wszystkich krajach europejskich zarezerwowane są jedynie dla medyków: mogą je wykonywać lekarze lub pielęgniarki na polecenie lekarza. Kilka lat temu w Wielkiej Brytanii kosmetyczki próbowały wykonywać iniekcje z wypełniaczy, tłumacząc, że nie są to środki farmaceutyczne. Po serii powikłań po wykonanych przez nich zabiegach, władze zakazały tych praktyk. Każdy lekarz, posiadający prawo wykonywania zawodu po 6 latach studiów i stażu podyplomowym, posiada wiedzę teoretyczną i praktyczną, która rozwija w nim podnoszoną wyżej wielokrotnie „wyobraźnię konsekwencji”. Ta wyobraźnia powoduje, że lekarz w czasie swojej praktyki ciągle się uczy (obowiązek ciągłego samokształcenia). Wydaje się zasadnym, że lekarze, chcący praktykować medycynę estetyczną, powinni ukończyć studia podyplomowe w tej dziedzinie. Aktualnie w kraju jest 5 ośrodków, które prowadzą tego typu kształcenie.

Reasumując, lekarze medycyny estetycznej i kosmetyczki to fachowcy, którzy nie powinni ze sobą konkurować, lecz współpracować. Procedury medycyny estetycznej są wykonywane raz na 6-9-12 miesięcy. W międzyczasie skóra i ciało pacjenta potrzebuje profesjonalnej pielęgnacji. W każdym, znanym mi, działającym z sukcesem ośrodku medycyny estetycznej poza lekarzem pracują wykwalifikowani kosmetyczki.

– **A:** Dziękujemy za rozmowę.