

UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH
WE WROCŁAWIU



MGR MONIKA KUREK

**Ocena skuteczności leczenia twardziny ograniczonej mezoterapią igłową i
bezigłową**

ROZPRAWA NA STOPIEŃ NAUKOWY DOKTORA NAUK O ZDROWIU

Promotor:

Prof. dr hab. Joanna Maj

Recenzenci:

Prof. dr hab. Adam Reich

Dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk – Saczonek

WROCŁAW 2020

ŻYCIORYS

Monika Kurek

data i miejsce urodzenia: 08.04.1978r., Lubin

Wykształcenie:

2016 – 2017 Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław, Studia Podyplomowe - HR Business Partner,
2016 PROFI Coaching, Wrocław, Coach - ACSTH, kurs ACC,
2012 Uniwersytet Opolski : Ukończenie Kursu Doskonalenia w Zakresie Dydaktyki Szkoły Wyższej,
2002 – 2003 Dolnośląski Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli we Wrocławiu: Uzyskanie kwalifikacji pedadogicznych,
1997 - 2002 Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, kierunek: Fizjoterapia; tytuł magistra fizjoterapii,
1992 - 1997 I Liceum Ogólnokształcące w Głogowie.

Doświadczenie zawodowe:

Od 2002 - działalność gospodarcza związana z fizjoterapią i kosmetologią,
2002-2009 – asystent: Wyższa Szkoła Fizjoterapii we Wrocławiu,
2002-2008 – właściciel gabinetu odnowy biologicznej oraz kosmetologii we Wrocławiu,
2010 – 2013 zastępcy dyrektora Instytutu Kosmetologii Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu,
2010 – 2019 – opiekun roku w PMWSZ w Opolu,
2013 – 2016 – asystent w Instytucie Kosmetologii PMWSZ w Opolu,
2016 – 2017 – talent acquisition manager, Huuuge Games, Wrocław,
2016 – obecnie – instruktor w Wydziale Nauk o Zdrowiu PMWSZ w Opolu, kierunek: Kosmetologia,
2019 – HR Business Partner, Falcon V Systems, Wrocław.

Osiągnięcia:

1. Członkostwo w komisjach egzaminacyjnych w Wyższej Szkole Fizjoterapii we Wrocławiu,
2. Członkostwo w komisjach egzaminacyjnych i rekrutacyjnych na Wydziale Nauk o Zdrowiu w PMWSZ w Opolu,

3. Organizacja I Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Instytutu Kosmetologii PMWSZ w Opolu: „Zagrożenia we współczesnym gabinecie kosmetycznym”,
4. Organizacja II Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Instytutu Kosmetologii PMWSZ w Opolu: „Substancje czynne w walce ze starzeniem się skóry”,
5. Organizacja III Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Instytutu Kosmetologii PMWSZ w Opolu: „Pielęgnacja skóry kobiety w ciąży – okiem kosmetologa”,
6. Organizacja IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Instytutu Kosmetologii PMWSZ w Opolu: „Podologia wyzwaniem XXI wieku”,
7. Organizacja V Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Instytutu Kosmetologii PMWSZ w Opolu: „Kosmetyczne i chirurgiczne metody walki z otyłością”,
8. Założenie Koła Naukowego w PMWSZ w Opolu/Instytut Kosmetologii.

Aktywność naukowa/zawodowa oraz publikacje:

PMWSZ w Opolu, 21.01.2011, I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt.: “Zagrożenia we współczesnym gabinecie kosmetycznym”, temat pracy: “Główne zasady prawidłowego funkcjonowania gabinetu kosmetycznego”.

WSPiA w Poznaniu, 25.02.2012, Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. “Pielęgnacja skóry w teorii i praktyce”, temat pracy: “Wykorzystanie wypełniaczy tkankowych w celu opóźnienia procesu starzenia”.

PMWSZ w Opolu, 24.01.2012, II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. “Substancje czynne w walce ze starzeniem się skóry”, temat pracy: „Osocze bogatopłytkowe a starzenie się skóry”.

KWSPZ w Krakowie, 20-21.04.2012, Konferencja Naukowa pt.: „Promocja zdrowia wyzwaniem XXI wieku”, temat pracy: „Antyoksydanty w walce ze starzeniem się skóry”.

PMWSZ w Opolu, III Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. “Pielęgnacja skóry kobiety - okiem kosmetologa”, temat pracy: „Zmiany zachodzące w skórze w czasie ciąży”.

OSW w Olsztynie, II Ogólnopolska Konferencja Naukowa pt.: „Środowisko, odżywianie, kosmetyki a zdrowie i uroda”, temat pracy: „Wpływ antyoksydantów na prawidłowe funkcjonowanie organizmu”.

PMWSZ w Opolu, IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. “Podologia – wyzwaniem XXI wieku”, temat pracy: „Substancje czynne wstępujące w preparatach leczniczych do stóp”.

PMWSZ w Opolu, IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. “Otyłość jako problem medyczny i kosmetyczny”, temat pracy : „Zmiany skórne w otyłości”.

Artykuł w PULSIE UCZELNI 2012,6,1:11-13 pt. “Osocze bogatopłytkowe, a proces starzenia się skóry”.

Zmiany skórne w endokrynopatiach / Joanna Maj, Alina Jankowska-Konsur, Joanna Gruber, Monika Kurek, Małgorzata Tupikowska // Family Medicine & Primary Care Review. - 2013, Vol 15, No 3, s. 458-461

Choroby pęcherzowe u dzieci-objawy kliniczne, leczenie, różnicowanie / Joanna Maj, Monika Kurek, Małgorzata Tupikowska// W: Problemy pediatrii w ujęciu interdyscyplinarnym. Widzę, słyszę, czuję...ale nie zawsze - zaburzenia w funkcjonowaniu narządów zmysłów u dzieci / pod red. L. Sochockiej, A. Wojtyłko. Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu; Studio IMPRESO Przemysław Biliczak, 2013; s. 59-66

Prąd małej częstotliwości - Ionto Skin Regulator / Karolina Chilicka-Jasionowska, Monika Kurek, Lidia Wesołowska //W: Aparatura kosmetyczna i metodyka zabiegów / pod red. Izabelii Wróblewskiej, Joanny Maj, Karoliny Chilickiej-Jasionowskiej. Opole: Wydawnictwo Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu; Studio Impreso Przemysław Biliczak, 2013; s. 37-43

Prąd zmienny wielkiej częstotliwości-prądy d'Arsonvala / Karolina Chilicka-Jasionowska, Monika Kurek // W: Aparatura kosmetyczna i metodyka zabiegów / pod red. Izabelii Wróblewskiej, Joanny Maj, Karoliny Chilickiej-Jasionowskiej. Opole: Wydawnictwo Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu; Studio Impreso Przemysław Biliczak, 2013; s. 11-17

Streszczenie:

Wprowadzenie:

Twardzina ograniczona (*morphea, localized scleroderma, LoSc*) jest przewlekłą, zapalną chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym. Obserwuje się dwa szczyty zachorowań między 7-11 r.ż u dzieci oraz między 40 a 50 rż u dorosłych, znacznie częściej u kobiet (2,6 – 6x częściej). Około 15% chorych stanowią dzieci poniżej 10 r.ż. Szacuje się, iż zapadalność na LoSc wynosi 0,4 – 2,7 / 100 000 osób/rok.

Obraz kliniczny twardziny ograniczonej jest zróżnicowany i zależy od rozległości, głębokości, ewolucji i aktywności zmian chorobowych. Zmiany aktywne cechuje obecność centralnej blaszki stwardnienia skóry w kolorze woskowym lub porcelanowo białym, otoczonej rumieniową obwódką, tzw *lilias ring.*, której mogą towarzyszyć objawy subiektywne pod postacią bolesności i/lub świądu.

Cele i założenia pracy:

Przed przystąpieniem do eksperymentu medycznego założono, że mezoterapia bezigłowa może być podobnie jak mezoterapia igłowa skutecznym zabiegiem terapeutycznym w leczeniu ognisk twardziny ograniczonej.

Celem badania było porównanie skuteczności obu metod leczenia.

Dodatkowo, poddano ocenie dolegliwości subiektywne zgłaszane przez pacjentów chorujących na twardzinę ograniczoną oraz wpływ zmian chorobowych na jakość życia.

Postanowiono także w przedstawionym badaniu zastosować do oceny twardziny ograniczonej, grubości blaszek, stanu zapalnego, nowoczesną technikę pomiaru, jaką można wykonać przy pomocy USG-APLIO 500 firmy Toshiba i głowicy liniowej wysokiej częstotliwości.

Materiał i metody:

Grupę badawczą stanowiło 40 chorych leczonych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Diagnozę postawiono na podstawie obrazu klinicznego i badań dodatkowych, w tym w przypadkach wątpliwych klinicznie na podstawie obrazu histologicznego. W analizie uwzględniono: wiek, płeć, czas trwania choroby, wywiad rodzinny, lokalizację i liczbę zmian skórnych, objawy towarzyszące, okresy remisji, choroby współistniejące.

Chorzy klasyfikowani byli na podstawie liczby zmian i ich lokalizacji. W trakcie trwania eksperymentu medycznego nie otrzymywali żadnego leczenia ogólnego ani

miejscowego. Do zabiegów byli kwalifikowani pacjenci, u których czas trwania choroby wynosił od 0 do 10 lat. Niemniej podstawą doboru materiału badawczego były blaszki w fazie zapalnej.

Głównym założeniem doboru grupy badawczej były przynajmniej cztery zmiany chorobowe. Chorzy do poszczególnych metod terapii byli kwalifikowani losowo.

Wyniki:

W przedstawionej pracy założono, że mezoterapia bezigłowa mogłaby być metodą wspomagającą w leczeniu twardziny ograniczonej. Nieiwalizujące metody i zabiegi fizyoterapeutyczne polegające między innymi na masażu skóry prowadzą do zmniejszenia stwardnień skóry. Natomiast badania nad zastosowaniem mezoterapii igłowej znacznie zintensyfikowano. Obecnie istnieje wiele wskazań medycznych do zastosowania mezoterapii igłowej, m.in: urazy sportowe, leczenie przeciwbólowe, choroby degeneracyjne, leczenie przeciwbólowe w stanach nadmiernego napięcia mięśniowego oraz nerwobólów. Mezoterapię igłową stosuje się też w przypadku takich chorób jak twardzina plackowata, liszaj twardzinowy czy obumieraniu kolagenu (*necrobiosis lipoidica*).

Oceniając wyniki leczenia wzięto pod uwagę oceny pacjentów i badacza, następnie porównano obie te oceny. Subiektywne średnie oceny pacjentów były wyższe po leczeniu niż przed i wzrost ten dotyczył obu sposobów terapii. Jednocześnie należy zauważyć, że większy wzrost odnotowano w przypadku mezoterapii bezigłowej. W konsekwencji, mimo że pacjenci podobnie oceniali zmiany przed obiema rodzajami mezoterapii bezigłową i mezoterapią igłową zabiegów, to oceny po leczeniu były istotnie statystycznie wyższe po zastosowaniu mezoterapii bezigłowej niż igłowej ($p < 0,001$)

Natomiast w ocenie badacza, na podstawie analizy statystycznej nie wykazano, aby uzyskany efekt kliniczny istotnie różnił się w zależności od zastosowanej metody mezoterapii. Także dokonując oceny stopienia zwłóknienia, nie odnotowano żadnych różnic w przeciętnym ASQ w wyniku leczenia mezoterapią bezigłową oraz igłową. Kolejnym ocenianym parametrem był stopień twardości. Po przeprowadzonych analizach okazało się, że różnica między mezoterapią bezigłową i igłową przed leczeniem była nieistotna statystycznie ($p = 1,000$); co może świadczyć o porównywalnych, dobrze dobranych grupach badawczych, natomiast po zabiegach niższy odsetek IV stopnia twardości występował w grupie dla mezoterapii bezigłowej ($p = 0,049$). Tym niemniej istotną statystycznie zmianę w wyniku leczenia zaobserwowano zarówno po zastosowaniu metody bezigłowej, $p < 0,001$, jak i igłowej, chociaż w przypadku tej ostatniej tylko na poziomie tendencji statystycznej $p = 0,065$.

Kolejnym ocenianym parametrem było unaczynienie. Po zabiegach metody bezigłowej odsetek unaczynienia był niższy niż po leczeniu igłowym ($p = 0,031$). Tym

niemniej nie odnotowano istotnej statystycznie zmiany w wyniku leczenia zarówno po zastosowaniu metody bezigłowej ($p = 0,375$), jak i igłowej ($p = 0,508$). Na wyniki stosowania mezoterapii bezigłowej, jak wykazało powyższe badanie, miał także wpływ czas trwania choroby. Stwierdzono bowiem, że im dłuższy był czas trwania choroby tym występowało większe prawdopodobieństwo braku poprawy po leczeniu mezoterapią bezigłową.

Porównując proponowane przez różnych autorów skale służące do oceny klinicznej twardziny ograniczonej na podstawie przeprowadzonych badań można zauważyć, iż użycie do takiej oceny metody USG jest badaniem obiektywnym; dającym wgląd w wiele parametrów jak między innymi stopień twardości blaszki twardzinowej, unaczynienie, stan zapalny.

Wnioski:

Na podstawie uzyskanych wyników, ustalono, że kontynuowanie badań nad zastosowaniem nowoczesnych aplikacji USG w ocenie zmian skórnych m.in. w twardzinie ograniczonej to obiecujący kierunek. Metoda jest nieinwazyjna, powtarzalna, bezbolesna, pozbawiona powikłań i przede wszystkim akceptowana przez pacjentów.

Dodatkowo USG jest aparaturą ciągle się rozwijającą, stąd możliwości diagnostyczne i zakres wskazań do badań będzie nadal rósł. Największą korzyścią terapii nad którą trwały badania w niniejszej pracy była poprawa kliniczna i zmniejszenie dyskomfortu wywołanego na skórze przez blaszki twardzinowe (tj. uczucia ściągnięcia skóry, zmniejszenie grubości blaszek twardzinowych oraz zmianę ich koloru). Natomiast zastosowanie USG jako metody diagnostycznej w twardzinie ograniczonej wymaga kontynuowania badań.