



# GINEKOLOGIA PLASTYCZNA i REKONSTRUKCYJNA

LUTY Nr 3(1)/2019

POD AUSPICJAMI PTGPIR



ISSN 2545 – 2851 <http://www.e-ginekologia.pl>

## Episiorrhaphia

– prawidłowe zszycie krocza po porodzie

■ Zygmunt Jacek Nita

## Powrót do operacji Neugebauera-

-Le Forta i odwrót od operacji z użyciem siatek

■ Sławomir Jędrzejczyk, Katarzyna Lau

## *Szanowni Państwo!*

**O**ddajemy do Państwa rąk trzeci numer kwartalnika „Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna” mając świadomość, że to pierwszy na świecie periodyk skoncentrowany na ginekologii plastycznej - jesteśmy z tego faktu bardzo dumni.

Rok 2018 mamy już za sobą, ale chciałbym wrócić wspomnieniami do grudnia.

W grudniu dotarła do nas bardzo smutna wiadomość. Odszedł Pan Profesor Romuald Dębski. Wszyscy będziemy pamiętać, że był nie tylko wybitnym lekarzem i nauczycielem wielu ginekologów z całej Polski, ale przede wszystkim wyjątkowym człowiekiem.

Wielokrotnie byłem uczestnikiem kursów ultrasonografii w Piszku i szkoleń w szpitalu u Pana Profesora. Jego bezpośredniość, otwartość, życzliwość i dowcip były wyjątkowe, i niespotykane w środowisku ginekologii akademickiej. Będzie nam go brakowało.

W 2018 roku nasze Towarzystwo Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej wypłynęło na szerokie wody światowej ginekologii, estetycznej. W październiku 2018 r. w Istambule wykładowcami na II Międzynarodowym Kongresie Kosmetoginekologii byli Andrzej Barwijnuk i Rafał Kuźlik. Natomiast w lutym 2019 zaprezentowałem osobiście nasze doświadczenia z HIFU na kongresie IMCAS w Paryżu. W tym samym czasie Rafał Kuźlik prowadził wykłady na Kongresie ISC w Orlando.

Wracając jednak do 2018 roku, chciałbym również przypomnieć i podkreślić, że na początku minionego roku ukazała się książka autorstwa członków naszego towarzystwa pt. „Techniki małoinwazyjne w ginekologii plastycznej”. A w kwietniu ubiegłego roku zorganizowaliśmy w Józefowie k. Warszawy „II Kongres Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej” (trzecią edycję Kongresu planujemy na wiosnę 2020 r.). Wtedy też rozpoczęliśmy wydawanie kwartalnika naszego Towarzystwa, który trzymacie Państwo właśnie w swoich rękach.

Szanowni Państwo, jako Towarzystwo Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej realizujemy założone cele, czyli: aktywność na arenie międzynarodowej, publikacje, szkolenia dla lekarzy i rozpowszechnianie rzetelnej wiedzy o ginekologii plastycznej.

W 2018 r. ginekologia plastyczna stała się bardzo modna. Zaowocowało to pojawieniem się wielu międzynarodowych i narodowych organizacji oraz towarzystw zajmujących się tą dziedziną ginekologii. Niestety, wiele z nich ma charakter prywatnych firm, ukierunkowanych jedynie na zysk i marketing.

Na spotkaniu IMCAS, na którym reprezentowałem PTGPiR, pojawiła się inicjatywa „oddzielania ziarna od plew” i pewnej formy zjednoczenia towarzystw naukowych na gruncie europejskim. Celem takiej unifikacji ma być wypracowanie wspólnych standardów, opinii oraz prowadzenia szkoleń. PTGPiR zadeklarowało udział w tym projekcie i uważam, że jest to właściwy kierunek. Uczmy się zatem i nauczajmy, podnośmy kwalifikacje swoje i innych, temu służy również nasz periodyk, do lektury którego bardzo serdecznie zachęcam i zapraszam.



*Redaktor naczelny*  
*Dr n. med. Piotr Kolczewski*  
Wiceprezes Polskiego Towarzystwa  
Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej

**Wydawnictwo dostępne wyłącznie w prenumeracie.**

Magazyn jest kierowany do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu art. 52 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 6.01.2001 Prawo Farmaceutyczne.

**Cena prenumeraty za kolejne 4 numery: 120 zł (w tym VAT).**

Redakcja nie odpowiada za treść materiałów reklamowych oraz ma prawo odmówienia ich publikacji bez podania przyczyny. Redakcja zastrzega sobie prawo do zmian tytułów i skracania nadesłanych artykułów. Reprodukacja lub przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

#### **Jak zamówić prenumeratę Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna**

Periodyk „Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna” od 2019 roku, będzie wydawany regularnie w każdym kwartale roku. W roku 2018 przewidzieliśmy wydanie dwóch numerów. Dlatego jest możliwe zamówienie prenumeraty rocznej (obejmującej cztery kolejne wydania kwartalnika od momentu zamówienia reklamy) w cenie 120 zł (30 zł za zeszyt).

Na konto, podane poniżej, należy wpłacić 120 zł. Po dokonaniu płatności należy przesłać e-mailem potwierdzenie dokonania wpłaty wraz z adresem, na który gazeta ma być wysyłana. Osoby, które chcą otrzymać fakturę VAT, muszą przysłać wszystkie dane potrzebne do wystawienia faktury.

Faktury wystawiamy do 7 dni od daty wpłynięcia płatności na konto.

**Tel. 22 844 49 42, fax 22 398 78 85,  
e-mail: prenumerata@spsmedia.pl**

Możliwe jest przesłanie prenumeraty za zaliczeniem pocztowym. Zamówienie należy złożyć telefonicznie lub faxem. Do kosztów prenumeraty doliczamy 12 zł za usługę pobrania pocztowego. Pierwszy zamówiony numer wysyłany jest następnego dnia po złożeniu zamówienia.

#### **NUMER KONTA:**

BZ WBK 37 oddział w Warszawie  
nr 80 1500 1865 1218 6013 2651 0000,  
SPS, ul. J. Kaczmareckiego 67/4,  
02-679 Warszawa

#### **WARUNKI PRENUMERATY:**

- Prenumeratę przyjmujemy na kolejne 4 numery.
- Prenumeratę opłaca się w banku lub na poczcie.
- Koszty związane z dokonaniem wpłaty ponosi zamawiający.
- Koszty przesyłki na terenie kraju ponosi wydawca.

#### **RADA NAUKOWA MAGAZYNU Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna**

prof. dr hab. n. med. Dariusz Szpurek  
prof. nadzw. dr hab. n. med. Sławomir Jędrzejczyk  
dr med. Andrzej Barwójuk  
dr med. Rafał Kuźlik  
lek. med. Michał Barwójuk

#### **Jak zostać członkiem Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej?**

Jeśli chcesz zostać członkiem PTGPiR wypełnij formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej <http://ptgp.pl/czlonkostwo-ptgp/>. Jednym z przywilejów członka PTGPiR jest regularne otrzymywanie naszego Kwartalnika. Ale zalet bycia w Towarzystwie jest wiele.



**ISSN 2545 – 2851**

#### **Wydawca:**

Wydawnictwo SPS Media w imieniu:  
Polskiego Towarzystwa Ginekologii  
Plastycznej i Rekonstrukcyjnej

#### **Redaktor naczelny:**

Dr n. med. Piotr Kolczewski

#### **Dyrektor Działu Wydawnictw:**

Piotr Szymański  
602 785 007  
[piotrs@spsmedia.pl](mailto:piotrs@spsmedia.pl)

#### **Redakcja i korekta:**

Halina Szostkiewicz

#### **Reklama:**

Krzysztof Kowalczyk  
Tel. 882 066 990

#### **Prenumerata:**

Aleksandra Kowalińska  
Tel. 22 844 49 42  
Tel. 509 912 963  
[prenumerata@spsmedia.pl](mailto:prenumerata@spsmedia.pl)

#### **Projekt okładki:**

Ewelina Gościcka

#### **Skład i łamanie:**

Ewa Kopka-Nowakowska

**Nakład:** 1000 egz.

#### **Adres redakcji:**

J. Kaczmareckiego 67/4  
02-679 Warszawa  
Tel. 22 844 49 42  
[redakcja@spsmedia.pl](mailto:redakcja@spsmedia.pl)

- 2 Od redaktora naczelnego  
dr n. med. Piotr Kolczewski
- 5 Episiorrhaphia – prawidłowe zszycie krocza po porodzie  
lek. med. Zygmunt Jacek Nita
- 8 Zastosowanie peelingu TCA przebarwienia narządów płciowych  
dr n. med. Agnieszka Nalewczyńska
- 12 Powrót do operacji Neugebauera-Le Forta i odwrót od operacji z użyciem siatek  
prof. nadzw. dr hab. med. Sławomir Jędrzejczyk, dr n. med. Katarzyna Lau
- 15 Połączenie labioredukcji warg sromowych mniejszych z transferem tłuszczu autologicznego do warg sromowych większych  
dr n. med. Piotr Kolczewski
- 16 Zespół rozluźnienia pochwy  
lek. med. Tomasz Basta
- 18 Nowy standard laserowych zabiegów ginekologicznych  
dr n. med. Agnieszka Nalewczyńska
- 20 Radiofrequency - new solution for treatment of vaginal laxity, urinary incontinence and sexual disorders  
Dr n. med. Rafał Kuźlik Bartosz Kuźlik
- 24 Estetycznie i profilaktycznie  
Wywiad z dr. Zbigniewem Wróblem

# EPISIORRHAPHIA – PRAWIDŁOWE ZSZYCIE KROCZA PO PORODZIE



*lek med Zygmunt  
Jacek Nita*

## SŁOWA KLUCZOWE:

poporodowe zszycie krocza,  
episiorrhaphia,  
nacięcie krocza,  
technika szycia

**N**ajczęstszym zabiegiem chirurgicznym wykonywanym w oddziałach położnictwa jest poporodowe zszycie naciętego lub pękniętego krocza. Dziewięćdziesiąt dwa procent kobiet poddanych nacięciu krocza skarży się na ból krocza w okresie poporodowym, około 20% kobiet po trzech miesiącach wciąż narzeka na ból, 10% z nich odczuwa dolegliwości nawet do 18 miesięcy. Po chirurgicznej naprawie nacięcia krocza dolegliwości, takie jak ból i dyspaurenia, mogą wpływać na jakość codziennego życia kobiet.

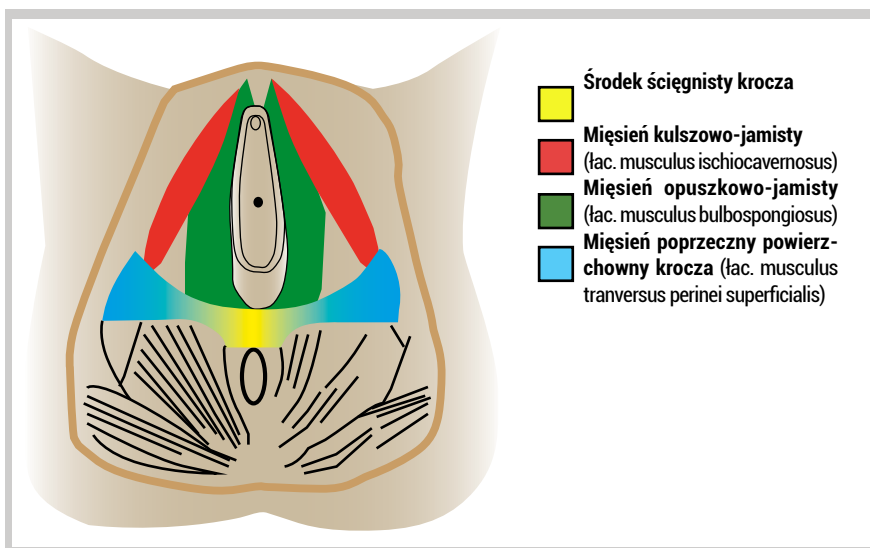
W Polsce brak jest dokładnych danych, jaka ilość episiorrhaphii jest wykonywana. Szacunkowo ocenia się, że nacięcie krocza przy pierwszym porodzie jest około 50%. Wartość ta waha się od 11% w Nowej Zelandii, 12% w Wielkiej Brytanii i Dani przez 33% w USA, aż do 97% w Szwecji. Według WHO 5 - 20% porodów wymaga nacięcia krocza. Jak duży jest to problem w Polsce? W 2017 roku odbyło się w Polsce około 403 tysięcy porodów. Odliczając 43% porodów

przez cięcie cesarskie i zakładając, że w co drugim porodzie doszło do episiorrhaphii, problem w roku 2017, dotyczył około 100 000 kobiet.

## NACIECIE NIE CHRONI PRZED NTM

Badania ankietowe Clementsa z 2001 roku wykazały, że aż 31% kobiet wolałoby

planowe cięcie cesarskie, bo 80% z nich obawia się uszkodzenia ciała w trakcie porodu pochwowego. Nacięcie krocza, jako zabieg w założeniu ułatwiający poród i zmniejszający urazy krocza, został wprowadzony już w XIX w. Przekonanie o protekcyjnym działaniu nacięcia krocza, w stosunku do zaburzeń statyki i nietrzymania moczu, utrzymywało się



do lat 80 XX wieku. Wtedy zbadano i udowodniono, że nacięcie krocza nie chroni przed obniżeniem narządu płciowego i wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Mimo to nadal, wśród dość dużej części położników i położnych panuje przekonanie o ochronnym działaniu nacięcia krocza. Obecnie uważa się, że nacięcie krocza ma sens tylko, gdy istnieje duże ryzyko pęknięcia krocza (duży płód, zabieg kleszczowy lub próżniociąg).

### ISTOTNE DOŚWIADCZENIE POŁOŻNEJ

Ograniczenie urazów okołoporodowych kanału rodnego i nacięcie krocza, zależne są od doświadczenia położnej i położnika prowadzącego poród. Metaanaliza opublikowana w bazie Cochrane w 2017 roku przez Aasheim V. i współpracowników analizująca 15181 przypadków wykazała, że ciągły masaż i okłady krocza zmniejszają liczbę pęknięć III i IV stopnia, zaś prawidłowa technika ochrony krocza zmniejsza również liczbę nacięć krocza.

Urazy i nacięcia krocza są nieuniknionym powikłaniem porodu i wpływają na dolegliwości bólowe po porodzie, szybkość powrotu do pełnej sprawności, szybkość rozpoczęcia współżycia i jego jakość. Jeżeli nie możemy radykalnie zmniejszyć ilości nacięć krocza i zaopatrzenia chirurgicznego rany, to powinniśmy skoncentrować się na sposobach takiego zszywania, które ograniczy dolegliwości i przyspieszy pełny powrót do sprawności kobiet po porodzie.

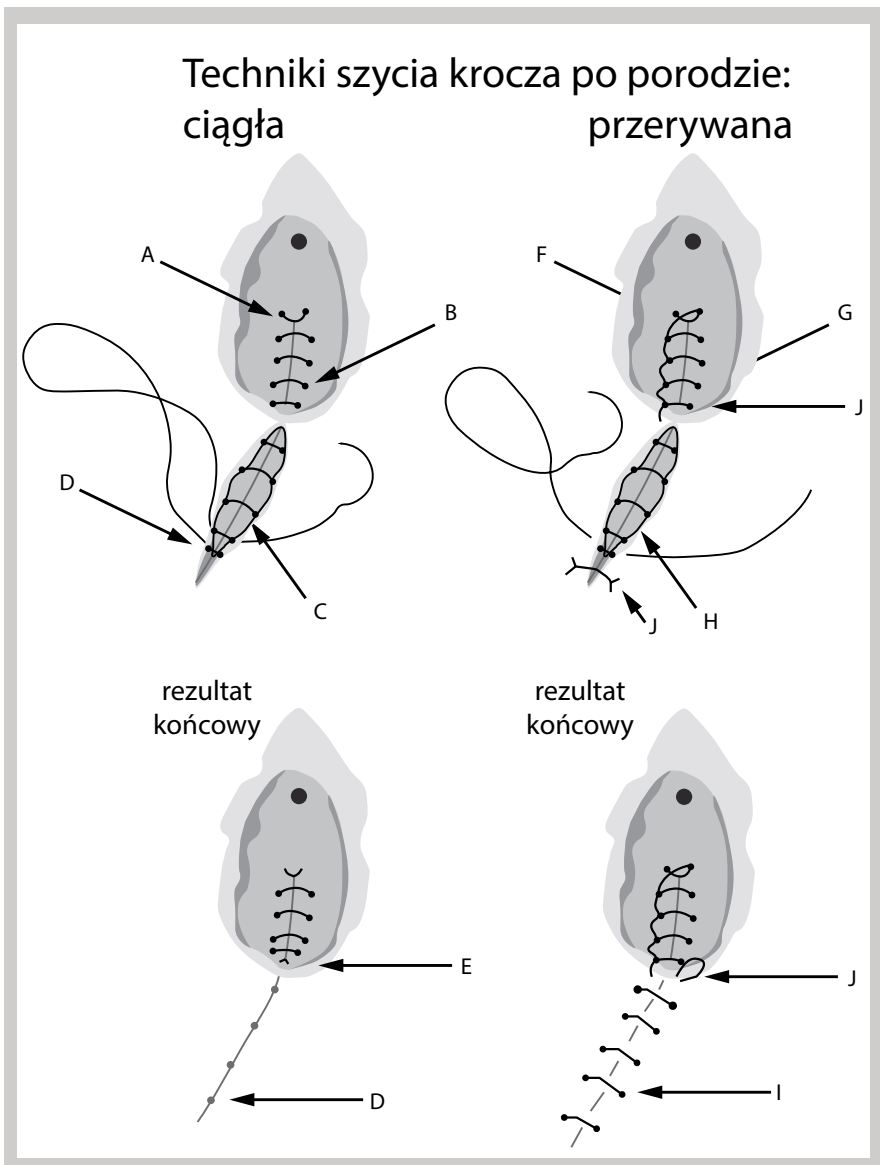
### BADANIA SPOSÓBÓW CIĘCIA I SZYCIA

Flanagan i Tortora G. w 1996 roku zdefiniowali gojenie rany jako procesy fizjologiczne, za pomocą których organizm zarówno zastępuje i przywraca funkcję uszkodzonym tkankom. Czynniki nasilającymi ból krocza po zszyciu są: stopień urazu, umiejętności operatora, technika naprawy, rodzaj zastosowanego materiału zszywającego. W pracy Adel S. i wsp. porównano sposób gojenia się naciętego krocza zależnie od kąta nacięcia 40 i 60 stopni. Przy kącie 40 stopni stwierdzono mniejszą bolesność, krótsze nacięcie, ale większe ryzyko rozdarcia krocza do stopnia III i IV. W nacięciu pod kątem 60 stopni obserwowano większy ból krótkotrwały, ale wyraźnie mniejsze ryzyko urazów. W badaniu MOVE z 2010 roku w Holandii oceniany był ból po 10 dniach i 3 miesiącach w zależności od użytego materiału szewnego. Porównano Monocryl® (poli-

glecaprone 25) versus Vicryl™ (poliglaktyna 910) u 250 pacjentek losowo przypisanych do śródskórnego szycia skóry. Pozostałe warstwy zszywano Vicrylem 2-0 i 1-0. Badanie nie wykazało różnic w odczuwaniu dolegliwości bólowych, różnica wystąpiła w ilości przypadków rozejścia się rany po użyciu nici Vicryl. W bazie Cochrane w pracy Anna E. Seijmonsbergen-Schermers i wsp. przeanalizowano 6 badań: 4 randomizowane i 2 pseudorandomizowane porównujące, jaki wpływ na ból ma sposób zaopatrzenia skóry. Badaniem objęto 2922 kobiet, porównując zaopatrzenie skóry przez zeszywanie w stosunku do klejenia skóry. Wykazano mniejszy ból krótko i długotrwały bez szycia skóry i przy klejeniu w porównaniu ze zszywaniem skóry kro-

cza. Dodatkową korzyścią klejenia jest brak konieczności zdejmowania szwów.

Randomizowane i kontrolowane badanie Christine Kettle i wsp. opublikowano w Lancet w 2002 roku: ciągła lub przerywana naprawa krocza z użyciem standardowych lub szybko wchłanianych szwów po samoistnym porodzie w badaniu tym porównano dwie równe grupy po 1542 kobiet zaopatrzonych szcikiem szwami pojedynczymi versus szcikiem szwem ciągłym, nićmi z poliglaktyny 910 o szybkim i standardowym wchłanianiu. Wniosek – szcikiem szwem ciągłym i szybko wchłanianym powoduje mniejszy ból po 10 dniach i dodatkowo szybko rozpuszczalny materiał eliminuje konieczność usuwania szwów.







### TECHNIKA SZYCIA KROCZA

Technika szycia jest klasyczna, tzn: rozpoczynamy szycie od szczytu pochwy, obejmując wszystkie warstwy szwem ciągłym, z przekładaniem lub bez, ściągaając do uzyskania hemostazy, od przedsionka pochwy zszywamy krocze bez przekładania, zbliżając skórę jak najbliżej, od szczytu nacięcia skóry, skórę szyjemy nadal szwem ciągłym podskórnym, zbliżając brzegi

skóry do siebie, zachowując prawidłowe stosunki anatomiczne. Szew kończymy w przedsionku pochwy na strzępkach błony dziewiczej, niewielki węzeł jest niewyczuwalny przez pacjentki i nie powoduje dolegliwości. Przez cały czas zwracamy uwagę na to, aby nie ściągać nadmiernie nici, tkanki mają być zbliżone bez nadmiernego napięcia, co zaburza ukrwienie, gojenie i jest źródłem dodatkowego bólu. Tak zszyta rana jest prawidłowo ukrwiona, elastyczna

i miękka. Goi się szybko i jest źródłem dobrze tolerowanych dolegliwości bólowych, najczęściej nie wymagających leczenia przeciwbólowego.

*Artykuł jest streszczeniem wykładu „Episiorrhaphia – prawidłowe zszycie krocza po porodzie” wygłoszonym na zjeździe PTGP w 2018 roku.*

# ZASTOSOWANIE PEELINGU TCA PRZEBARWIENIA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH



*dr n. med.  
Agnieszka  
Nalewczyńska*

## SŁOWA KLUCZOWE:

kwask tróchlorooctowy,  
przebarwienia narządów płciowych, laser Er-YAG

**P**rzebarwienia narządów płciowych to ściemnienie skóry wokół zewnętrznych narządów płciowych oraz odbytu. Są to zazwyczaj zmiany symetryczne, niepowodujące zaburzenia struktury skóry. Przyczyny ich powstawania są nieznane, ale wiadomo, że istnieją predyspozycje genetyczne i rasowe.

Czynnikami sprzyjającymi przebarwieniom mogą być:

- zmiany hormonalne,
- związane z porodem lub laktacją,
- antykoncepcja,
- nadwaga – na wewnętrznych częściach uda w wyniku tarcia mechanicznego
- przewlekłe podrażnienie skóry na skutek noszenia obcisłej lub syntetycznej bielizny,
- depilacja mechaniczna,
- starzenie się skóry [1].

Z uwagi na dostępność i popularność depilacji oraz epilacji laserowej – zwłaszcza wszystkich włosów tonowych (depilacja brazylijska), miejsca intymne zostały całkowicie odosłonięte i żądanie ich wybielenia jest coraz popularniejsze w gabinecie medycyny estetycznej. Natomiast leczenie ma różną skuteczność [2, 3].

## METODY WYBIELANIA SKÓRY

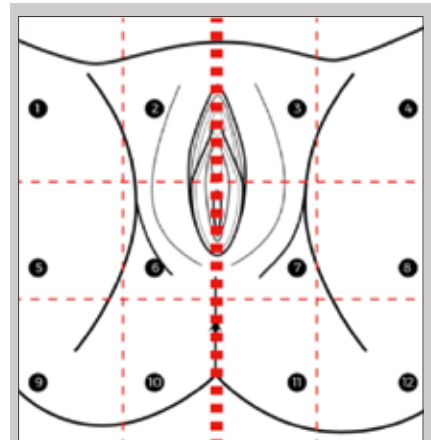
Nasze doświadczenia na tym polu czerpiemy z wieloletnich doświadczeń dermatologów. Najpopularniejszymi metodami leczenia przebarwień jest zastosowanie lasera Er-YAG o długości fali 2940 nm. Chromoforem dla niego jest woda wewnątrz- i pozakomórkowa, a poprzez wytwarzanie waporyzacji warstw skóry, może również wywoływać ablację tkanek oraz przebudowę kolagenu [4, 5]. Zastosowanie długości fali 1064 nm (Q-switch) pozwala na wnikięcie impulsu głęboko w skórę właściwą, a poprzez silne powinowactwo do melaniny i hemoglobiny, pozwala na leczenie zmian barwnikowych powierzchniowych [6, 7, 8, 9].

Kwas tróchlorooctowy (TCA) występuje naturalnie, jako bezbarwny kryształ. Jest stabilny w normalnych warunkach i nie jest światłoczuły [10, 11]. Raz rozpuszczony w zawiesinie wykazuje okres trwałości co najmniej 2 lata. Powoduje denaturację białka, co przy prawidłowo przeprowadzonym zabiegu daje obraz zbieleń naskórka nazywany „frostem”. Stopień jego penetracji w tkankę zależy od kilku czynników, w tym od stężenia zastosowanego TCA, przygotowania skóry i anatomicznego

uwarunkowania leczonego obszaru. Z uwagi na łatwość jego zastosowania oraz brak konieczności zakupu drogiego sprzętu jakim jest laser, jest to jeden z najpopularniejszych sposobów w leczeniu przebarwień.

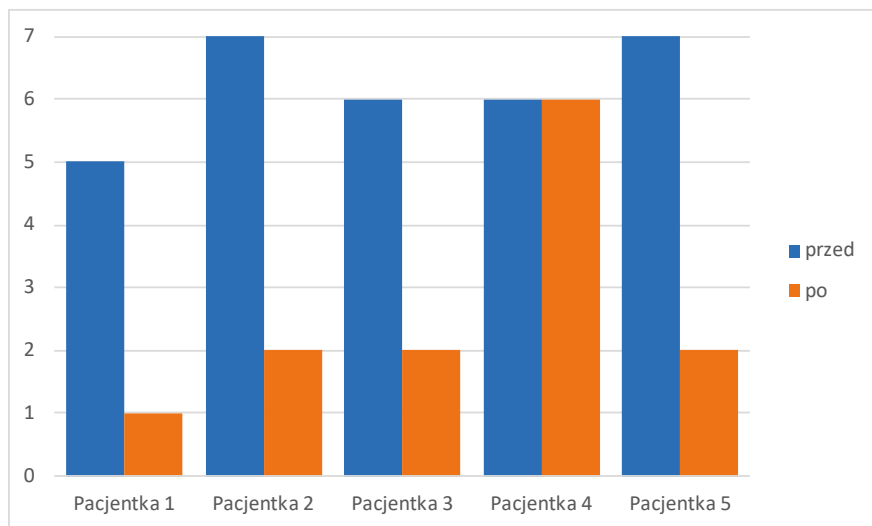
## ZABIEG PEELINGU TCA

Wskazania do zastosowania peelingu to przede wszystkim zmiany hiperpigmentacyjne na sromie, a także w pa-



*Ryc.1. Schemat podziału  
leczonego obszaru na  
kwadraty*





**Wykres 1. Szczegółowe przedstawienie skuteczności leczenia za pomocą peelingu (Skala VAS)**

chwinach, wewnętrznych stronach ud, a nawet w okolicy pochwowej.

- Protokół zastosowania peelingu obejmuje:
- właściwe zakwalifikowanie pacjentki,
- podpisanie świadomej zgody na zabieg przez pacjentkę,
- golenie na 1 dzień przed zabiegiem,
- ocena stanu skóry w dniu wykonania peelingu (dyskwalifikacja z zabiegu w przypadku infekcji lub w przypadku obecnych zmian typu przerzutowania ciągłości naskórka na sromie).

Zabieg jest prosty w przeprowadzeniu. Obejmuje zmieszanie dwóch fiolek, z której pierwsza zawiera kwas trójchlo-

wy aktywator. Po połączeniu substancji peeling jest gotowy do użycia. Po odkaleniu sromu i krocza, za pomocą gazika 4x4 cm złożonego na pół i namoczonego w preparacie okrężnymi ruchami pokrywa się peelingiem powierzchnię leczoną. Rycina 1 przedstawia schemat podziału na kwadraty leczonego obszaru.

Peeling można zastosować na skórę sromu lub także na okolicę analną, pachwiny oraz wewnątrz uda, jeśli zachodzi taka potrzeba. Po pokryciu całej leczonej okolicy za pomocą aktywnej substancji, należy poczekać do jej wyschnięcia i nałożyć drugą warstwę – aż do uzyskania „wyszronienia” – czyli zbliznienia (oznacza to dotarcie kwasu

trójchlo-rooctowego do warstwy brodawkowej skóry). Zabieg kończy się położeniem na leczony obszar kremu pozabiegowego, który pacjentka musi stosować 2 razy dziennie przez okres 7 dni.

Przeciwwskazaniami do zabiegu są: niewyrównana cukrzyca, łuszczyca, aktywna opryszczka lub brodawki narządów płciowych. Możliwe działania niepożądane to przewlekłe zaczerwienienie, przebarwienie pozapalne w przypadku niewłaściwej pielęgnacji pozabiegowej, pieczenie i podrażnienie.

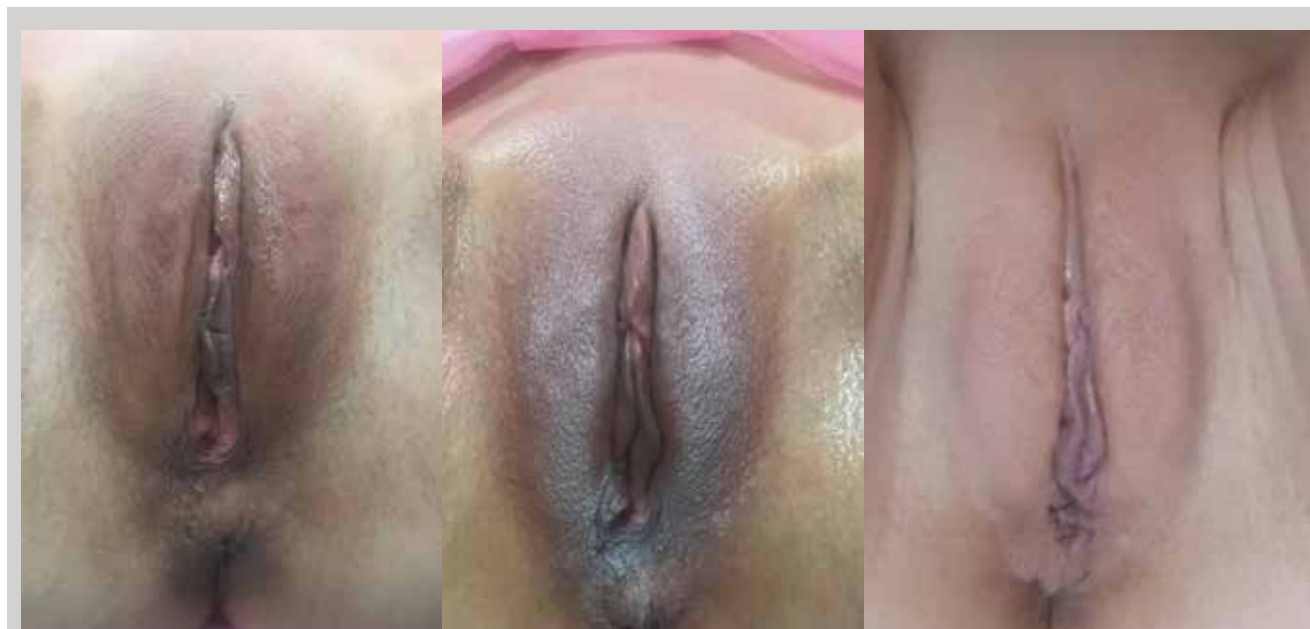
Zalecenia pozabiegowe obejmują zakaz opalania przez okres 7 dni, nie uczęszczanie na basen, nie stosowanie depilacji woskiem ani laserowej przez okres łuszczenia oraz noszenie luźnej bielizny.

Między trzecim, a ósmym dniem, skóra pacjenta będzie się intensywnie łuszczyła. Należy poinstruować pacjentkę, aby nie usuwała mechanicznie łuszczonego się naskórka.

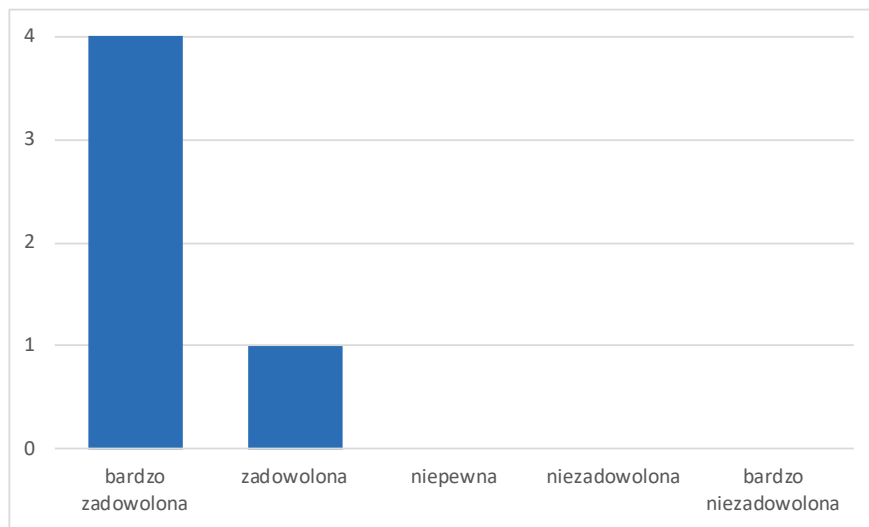
## WYNIKI

Pilotowe badanie przeprowadzono u pięciu pacjentek na obszarze sromu i krocza. Zastosowano peeling HAPPY intim® Brightening Treatment Vigorate Mix (Skintech, Barcelona, Hiszpania), a do postępowania pozabiegowego krem tej samej firmy Lightening cream.

Pacjentki proszono o ocenę na skali analogowej wizualnej (VAS) stopnia nasilenia przebarwień oraz ich zmniejszenie w 7 dniu po zastosowaniu leczenia. Średnio pacjentki oceniły stopień przebarwień przed zabiegiem na 6,2 na 10



**Ryc. 2 przed zabiegiem, w trakcie i po.**



*Wykres 2. Ocena stopnia zadowolenia z leczenia (skala Likerta)*

punktów. Natomiast po zabiegu na 1,8 pkt. Szczegółowe oceny skuteczności leczenia obrazuje wykres nr 1.

Poproszono również pacjentki o ocenę stopnia zadowolenia z zabiegu na 5 stopniowej skali Likerta. Cztery pacjentki były bardzo zadowolone, jedna była zadowolona (wykres 2).

Bezpośrednio po zabiegu poproszono pacjentki o ocenę dyskomfortu lub bolesności w trakcie zabiegu na skali wizualno analogowej. Badane oceniły dyskomfort średnio na 1,8 na 10 punktów w skali VAS.

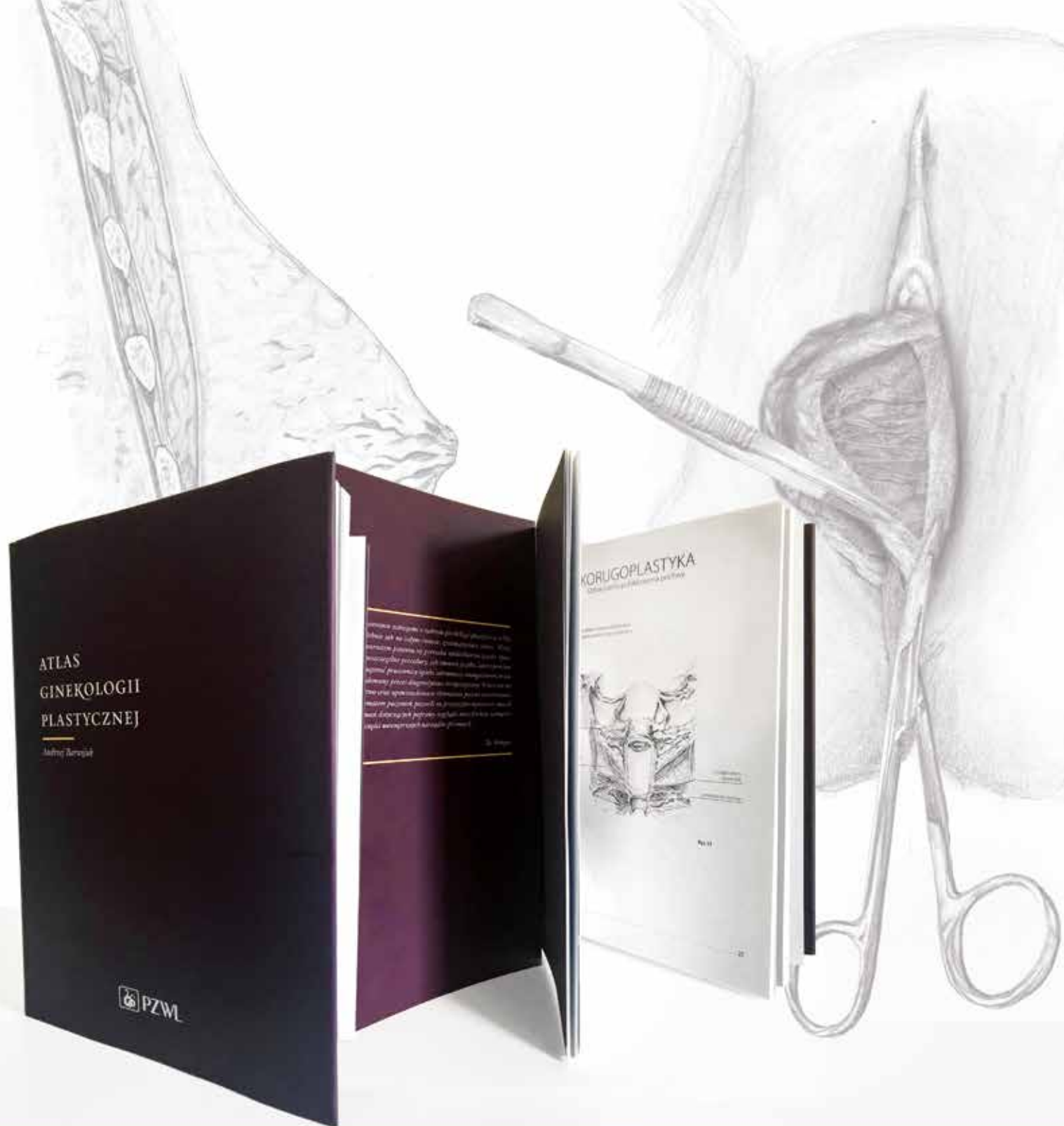
### WNIOSEK

Peeling TCA jest tanią i skuteczną alternatywą dla laserowego wybielania narządów płciowych.

### PIŚMIENNICTWO:

1. Grimes PE. Melasma: etiologic and therapeutic considerations. Arch Dermatol 1995;131:1453–7.
2. Yoshimura K, Sato K, AibaKojima E, et al. Repeated treatment protocols for melasma and acquired dermal melanocytosis. Dermatol Surg 2006;32:365–71.
3. Gupta AK, Gover MD, Nouri K, Taylor S. The treatment of melasma: a review of clinical trials. J Am Acad Dermatol 2006;55:1048–65.
4. T.C. Spoor, R.L. Moy, Facial Rejuvenation, Martin Dunitz Ltd. 2001, pp. 105-148.
5. Pozner JN, Roberts TL 3rd. Variable-pulse width ER:YAG laser resurfacing. Clin Plast Surg. Apr 2000;27(2):263-71.
6. M. Lukac, T. Sult, R. Sult, New Options and Treatment Strategies with the VSP Er:YAG Aesthetic Lasers, J. Laser and Health Academy, 2007/1.
7. Z. Vizintin, M. Lukac, M. Kazic and M. Tettamanti. Erbium laser in gynecology. CLIMACTERIC 2015;18(Suppl 1):4–8.
8. Beltram, M.; Zivin, M.; Drnovsek, B.: Collagen synthesis after laser skin resurfacing of the periorcular skin, Zdrav.Vestn.79, pp 111- 116, 2010.
9. Chan NPY, Ho SGY, Shek SYN, Yeung CK, Chan HH (2010) A case series of facial depigmentation associated with low fluence Q-switched 1,064 nm Nd:YAG laser for skin rejuvenation and melasma. Lasers in surgery and medicine 42: 712– 719.
10. Sacchidanand S, Shetty AB, Leelavathy B Efficacy of 15% trichloroacetic Acid and 50% glycolic Acid peel in the treatment of frictional melanosis: a comparative study. J Cutan Aesthet Surg. 2015 Jan-Mar;8(1):37-41.
11. Puri N. Comparative study of 15% TCA peel versus 35% glycolic acid peel for the treatment of melasma. Indian Dermatol Online J. 2012 May;3(2):109-13.

*Agnieszka Nalewczyńska* - Ginekolog, specjalista położnik. Ukończyła Akademię Medyczną w Warszawie oraz studia doktoranckie z wyróżnieniem. Uczestniczyła w wielu szkoleniach z zakresu medycyny estetycznej, poznając najnowsze techniki i trendy w dziedzinie Anti-Aging. <http://www.estebelle.com.pl/>



# ATLAS GINEKOLOGII PLASTYCZNEJ

Andrzej Barwijk

Zainteresowanie zabiegami z zakresu ginekologii plastycznej w Polsce, podobnie jak na całym świecie, systematycznie rośnie. Wraz z tym wzrostem pojawia się potrzeba ujednolicenia języka opisującego poszczególne procedury, jak również języka, jakim powinni się posługiwać pracownicy opieki zdrowotnej zaangażowani w ten skomplikowany proces diagnostyczno-terapeutyczny. Właściwe nazewnictwo oraz upowszechnienie słownictwa pośród zainteresowanych tematem pacjentek pozwoli na precyzyjne wyrażenie swoich oczekiwań dotyczących poprawy wyglądu oraz funkcji zewnętrznych i części wewnętrznych narządów płciowych.

Ze Wstępu

# POWRÓT DO OPERACJI NEUGEBAUERA-LE FORTA I ODWRÓT OD OPERACJI Z UŻYCIEM SIATEK



*Prof. nadzw. dr  
hab. med. Sławomir  
Jędrzejczyk*

*Dr n. med.  
Katarzyna  
Lau*

## SŁOWA KLUCZOWE:

operacja Neugebauera-Le Forta,  
zamknięcie ścian pochwy,  
zaburzenia statyki narządów  
płciowych

**O**peracja sposobem Neugebauera-Le Forta stosowana jest od końca XIX wieku jako zabieg całkowitego zamknięcia pochwy u kobiet w podeszłym wieku lub z przeciwwskazaniami do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu

ogólnym. W ostatnich latach był rzadziej wykonywany w związku z rozpowszechnieniem zabiegów operacyjnych z wykorzystaniem materiałów sztucznych [1].

Wydaje się jednak, że duży odsetek powikłań i erozji po operacjach z uży-

ciem siatek oraz zmiana stanowiska FDA dotycząca ich stosowania zwiększyły w znaczny sposób zainteresowanie operacjami klasycznymi i spowodowały rozwój licznych modyfikacji, pozwalających na lepsze dostosowanie efektów operacyjnych do oczekiwań pacjentek [2].



Fot. 1



Fot. 2



Fot. 3



Klasyczną operację zamknięcia ścian pochwy wykonał i opisał w 1877 roku Leon Le Fort, chociaż 10 lat wcześniej, bo w 1867, wykonał ją polski ginekolog, profesor Ludwik Neugebauer, który jednak opisał ją dopiero w 1881 roku.

W wersji klasycznej operacja Neugebauera-Le Forta polega na wycięciu prostokątnych obszarów przedniej i tylnej ściany pochwy z następowym zszyciem bocznych fragmentów pochwy oraz zamknięciem pośrodkowym poprzecznym przedsionka pochwy [3, 4]. Tak wykonany zabieg powoduje całkowite zamknięcie pochwy, z wytworzeniem wąskich bocznych kanałów, pozwalających na odpływ śluzowej wydzieliny z szyjki i z jamy macicy. Zabieg ten charakteryzuje się niewielkim obciążeniem pacjentki, niskim odsetkiem powikłań pooperacyjnych i brakiem nawrotów defektu, ocenianym przez większość autorów na poziomie przekraczającym 90% [1, 5, 6].

Po klasycznym zabiegu pochwa zamknięta jest na poziomie szpary sromowej z możliwością niewielkiego uwypuklenia się. Niedogodnością jest brak możliwości współżycia drogą pochwową, a jedynym praktycznie występującym powikłaniem może być pojawienie się lub nasilenie problemów z trzymaniem moczu.

Efekt kosmetyczny po klasycznej operacji jest nie najlepszy, gdyż z reguły widoczne jest uwypuklenie się zamkniętej pochwy do szpary sromowej, przy poszerzonym lub rozwartym kroczu.

Autorzy pracy proponują łączenie operacji zamknięcia pochwy sposo-

### KWALIFIKACJA CHORYCH DO OPERACJI:

1. Badanie kliniczne z oceną stopnia nasilenia defektu i oceną możliwości i zakresu wykonania zabiegu operacyjnego.
2. Badanie ultrasonograficzne narządów rodnych – przy podejrzeniu patologii endometrium abrazja lub histeroskopia.
3. Konsultacja anestezjologiczna i wybór optymalnego dla danej pacjentki znieczulenia [miejscowe z premedykacją, ogólne dożylnie lub zewnątrzoponowe].
4. Rozmowa kwalifikacyjna – omówienie zagrożeń i możliwych powikłań leczenia operacyjnego z propozycją przedoperacyjnej pessaroaterapii.
5. Uświadomienie pacjentce brak możliwości współżycia drogą pochwową.
6. Omówienie dalszej profilaktyki ginekologicznej po zabiegu operacyjnym – brak możliwości pobrania cytologii, konieczność okresowych badań ultrasonograficznych narządów rodnych przez odbytnicę.

### ETAPY OPERACJI:

- a. Klasyczna operacja zamknięcia pochwy sposobem Neugebauera-Le Forta (fot. 4 - stan przed operacją, fot. 2 - stan po zamknięciu pochwy).
- b. Rozpreparowanie i wycięcie tylnej ściany pochwy od ok. 1 cm poniżej szwu zamykającego pochwę w formie trójkąta, którego podstawą są dolne zakończenia warg sromowych mniejszych.
- c. Rozpreparowanie i wycięcie skóry krocza od wysokości ok. 1 cm od brzegu odbytu w formie trójkąta, którego podstawą są również dolne zakończenia warg sromowych mniejszych.
- d. Zbliżenie i zszywanie mięśni dźwigaczy odbytu.
- e. Zszywanie tylnej ściany pochwy i wytworzenie dolnego spoidła warg sromowych mniejszych.
- f. Rekonstrukcja i zszywanie krocza 9 fot. 3 - stan po rekonstrukcji tylnej ściany pochwy i krocza0.

bem Neugebauera-Le Forta z jednoczasowym wykonaniem tylnej plastyki, z dystalnym podszyciem mięśni dźwigaczy odbytu i wysokim zszyciem krocza [7]. Tak wykonana operacja poza wzmocnieniem krocza i odtworzeniem anatomicznych warunków wejścia do pochwy, powoduje również (w zależności od stopnia wypadania i istniejących warunków anatomicz-

nych, spowodowanych obrażeniami poporodowymi) wytworzenie zachyłka pochwy długości od ok 5 do ok. 8 cm. Szerokość wytworzonej pochwy powinna zależeć od deklaracji pacjentki, dotyczącej ewentualnej próby podjęcia współżycia drogą pochwową w przyszłości. Efekt estetyczny tak wykonanej procedury jest zdecydowanie lepszy (fot. 1,2,3).



Fot. 4



Fot. 5



Fot. 6



Oczywiście przed operacją każda pacjentka informowana jest, że po zabiegu współżycie w większości przypadków nie będzie możliwe, jednakże w przypadku kobiet w miarę wczesnym okresie pomenopauzalnym, możliwe jest wytworzenie takiego zachyłka pochwy, który umożliwi częściową penetrację.

### PODSUMOWANIE

Zaburzenia statyki narządów płciowych wymagają od operatora dużej elastyczności w wyborze operacyjnej procedury naprawczej, która uzależniona jest od rodzaju defektu, wieku i stanu ogólnego pacjentki oraz jej oczekiwań dotyczących wyniku operacji.

Pacjentki relatywnie młode, aktywne zawodowo i seksualnie będą oczekiwały innych rozwiązań operacyjnych, niż pacjentki starsze, dla których najważniejsze jest zlikwidowanie defektu.

Operacja Neugebauera-Le Forta z rekonstrukcją tylnej ściany pochwy i krocza może stanowić bezpieczne i skuteczne rozwiązanie w obu grupach pacjentek z całkowitym wypadaniem narządów płciowych, w przypadkach współistnienia obciążeń innymi chorobami, stanowiącymi względne lub

### PIŚMIENNICTWO:

1. Szczesniowska A., Szpakowski M., Władziński J., Stetkiewicz T., Wilczyński J.R.; (Nie) Zapomniana operacja Neugebauera-Le Forta. Pośredkowe zamknięcie pochwy – bezpieczna i skuteczna procedura zabiegowego leczenia wypadania narządu płciowego u starszych kobiet, *Ginekolog Pol.* 2015, 86, 198-202.
2. <https://www.federalregister.gov/documents/2016/01/05/2015-33165/obstetrical-and-gynecological-devices-reclassification-of-surgical-mesh-for-transvaginal-pelvic>.
3. Le Fort L., Nouveau procede pour la guerison du prolapsus uterin. *Bull Gen Therap*, 1877, 92, 337-346.
4. Neugebauer J.A.; Einige Worte Uber die mediana Vaginalnaht als Mittel zur Beseitigung des Gebarmuttervorfalles. *Zentralbl Gynaekol*, 1881, 5, 3-8, 25-33
5. Goldman J., Ovadia J., Feldberg D., The Neugebauer-Le Fort operation: A Review of 118 Partial Colpocleisis, *Europ. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol.*, 1981, 12, 31-35.
6. Hanson, G.E. and Keettel, C.W.: The Neugebauer-Le Fort operation. A review of 288 colpocleisis. *Obstet. Gynec*, 1969, 34, 352-357.
7. Karram M, Evans J; Step by step: Obliterating the vaginal canal to correct pelvic organ prolapse, *OBG Management* 2012, 24, 2, 30-40.

bezwzględne przeciwwskazania do rozległych operacji rekonstrukcyjnych narządów płciowych.

Dużą zaletą tak wykonanej operacji jest również dobry efekt kosmetyczny dający odtworzenie przedsionka pochwy i krocza. Wydaje się, że obecnie,

gdy rola materiałów syntezy jest szeroko dyskutowana, powrót do operacji pośredkowego zeszczenia pochwy oraz jego modyfikacje są ciekawym i bezpiecznym wyborem w leczeniu zaawansowanych zaburzeń statyki narządu rodnego.

---

*Prof. nadzw. dr hab. med. Sławomir Jędrzejczyk* – Od 2006 roku Kierownik Oddziału Ginekologii Operacyjnej Miejskiego Centrum Medycznego im. dr K. Jonschera w Łodzi. Wcześniej Kierownik Kliniki Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Docent w Klinice Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Zainteresowania zawodowe to ginekologia operacyjna, diagnostyka ultrasonograficzna i ginekologia plastyczna i rekonstrukcyjna.

---

*Dr n. med. Katarzyna Lau* – Specjalista ginekologii i położnictwa, od 2017 roku Zastępca Kierownika Oddziału Ginekologii Operacyjnej Miejskiego Centrum Medycznego im. dr K. Jonschera w Łodzi. Zainteresowania zawodowe to ginekologia operacyjna, uroginekologia i ginekologia plastyczna i laseroterapia w ginekologii

# POŁĄCZENIE LABIOREDUKCJI WARG SROMOWYCH MNIEJSZYCH Z TRANSFEREM TŁUSZCZU AUTOLOGICZNEGO DO WARG SROMOWYCH WIĘKSZYCH



*Dr n. med. Piotr Koleczewski*

## SŁOWA KLUCZOWE:

labioplastyka,  
transfer tłuszczu autologicznego

**W** 2018 roku na łamach „Ann Plastic Surgery” ukazał się artykuł B. Hersant i wsp. prezentujący ciekawą kombinowaną technikę połączenia klasycznej labioplastyki typu „inferior flap resection” z transferem tłuszczu autologicznego do warg sromowych większych, w celu nie tylko ich powiększenia, ale i zbliżenia do siebie.

Czy takie łączenie procedur komplikuje sytuację? Moim zdaniem nie, ale oczywiście wszystko zależy od oczekiwań i podejścia pacjentki.

W przypadku labioplastyki warg sromowych mniejszych około 80% zabiegów wykonywanych jest w połączeniu z redukcją fałdów okołowargowych i /lub redukcją napletka łechtaczki, nie wspominając o technice złożonej labioplastyki m. Gressa. Dodatkowe procedury nie tylko wydłużają sam zabieg, ale komplikują go w kategoriach zwiększonej ilości możliwych powikłań, większego bólu pooperacyjnego, krwawienia obrzęku, itd.

Uzyskanie doskonałego efektu estetycznego nie zawsze jest możliwe. Wargi rzadko są idealnie symetryczne, fałdy nie zawsze występują obustronnie, a asymetria zarówno naturalna, jak i pooperacyjna, są w tej okolicy charakterystyczne.

## PIŚMIENNICTWO:

Hersant B, Jabbour S, Noel W, Benadiba L, La Padula S, SidAhmed-Mezi M, Menin-gaud JP. – Labia Majora Augmentation Combined With Minimal Labia Minora Resection: A Safe and Global Approach to the External Female Genitalia. *phic vaginitis and dyspareunia. J Minim Invasive Gynecol* 22:S226, 2015

Wydaje się zatem, że u wybranych pacjentek połączenie dwóch prostych procedur, zamiast jednej złożonej, może być uzasadnione, co pokazuje doskonały efekt kosmetyczny po 6 miesiącach.

*Dr n. med. Piotr Koleczewski* - asystent Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej, współpracownik kliniki Medifem w Warszawie i kliniki Artmedicalcenter w Szczecinie. W latach 2010-2013 był ordynatorem oddziału Ginekologii i Położnictwa 109. Szpitala Wojskowego w Szczecinie. Od ponad 20 lat zajmuje się leczeniem operacyjnym w zakresie szeroko pojętej ginekologii operacyjnej, głównie z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy, uroginekologii, ginekologii onkologicznej i ginekologii plastycznej. Jest członkiem międzynarodowych towarzystw naukowych tematycznie związanych z operacjami rekonstrukcyjnymi i plastycznymi w ginekologii i uroginekologii (International Urogynecological Association, International Continence Society). Wykładowca na polskich i międzynarodowych kongresach poświęconych tematycznie ginekologii plastycznej

*Problem tysięcy Polek, który łatwo pokonać*

# ZESPÓŁ ROZŁUŻNIENIA POCHWY



*Lek. med.  
Tomasz Basta*

## SŁOWA KLUCZOWE:

zespół rozluźnienia pochwy,  
radiofrekwencja,  
ujędrnianie pochwy

**Z**espół rozluźnienia pochwy (VRS) to dolegliwość, która może wystąpić u kobiet w każdym wieku. Na skutek zmian, które zachodzą w obrębie narządów rodnych, dochodzi do rozciągnięcia więzadeł, powięzi oraz mięśni dna miednicy i poluzowania mięśni pochwy. Pojawia się wtedy charakterystyczne uczucie "luzu", szczególnie odczuwalne podczas współżycia (także przez partnera).

Jednak VRS wpływa nie tylko na doznania płynące ze zbliżeń, ale także zwiększa ryzyko i częstotliwość występowania infekcji intymnych.

Szczególnie narażone na wystąpienie zespołu rozluźnienia pochwy są kobiety, które rodziły siłami natury. Nietypowe ułożenie dziecka (np. pośladkowe, odgięciowe), czy duża waga urodzeniowa (powyżej 4 kg) są czynnikami, które mogą spowodować nadmierne poszerzenie się pochwy. Jednak z oceną



FOT. CHROMA STOCK

stanu miejsc intymnych należy poczekać kilka miesięcy po porodzie.

W okresie poporodowym, do czasu pojawienia się miesiączki, kobieta może odczuwać luźność i suchość pochwy. Kiedy organizm wróci do równowagi hormonalnej, a poziom estrogenu, który odpowiada, m.in., za jędrność śluzówek, ustabilizuje się. Nieprzyjemne odczucia mogą czasem samoistnie zniknąć. Dlatego radzę wstrzymać się z wszelkimi diagnozami w tym kierunku, aż kobieta skończy karmić.

Za jędrność tkanek odpowiadają nie tylko hormony, ale także kolagen, który tracimy wraz z wiekiem (ubywa go o ok. 1 proc. rocznie). Duży ubytek kolagenu i spadek produkcji estrogenu sprawiają, że objawy VRS pojawiają się także u kobiet w okresie premenopauzalnym (nawet, jeśli nie rodziły) – pochwa staje się "luźniejsza", a jej śluzówka cienka i sucha, może pojawić się nawet atrofia.

### ZABIEGI, KTÓRE PRZYNOSZĄ ULGĘ

Objawów VRS nie należy bagatelizować, ponieważ z czasem problem może się nasilać. W zaawansowanym stadium dolegliwościom fizycznym towarzyszą krępujące odgłosy (przypominające oddawanie gazów), a w skrajnych przypadkach możliwe jest wypadnięcie pochwy. Wiele kobiet nie szuka pomocy w obawie przed długotrwałym, bolesnym leczeniem i przedłużającą się rekonwalescencją. Bywa również, że nie są świadome możliwości, jakie daje obecnie nowoczesna ginekologia. Tymczasem zabiegi wykonywane laserami ginekologicznymi (CO<sub>2</sub> i Er-Yag) czy przy wykorzystaniu radiofrekwencji nie wymagają hospitalizacji i przynoszą niemal natychmiastowe rezultaty. Ich działanie polega na obkurczeniu śluzówki pochwy i tkanek łącznych otaczających pochwę.

Zabieg wykonywany radiofrekwencji polega na mocnym przegrzaniu wewnętrznych warstw tkanki, które powoduje znaczne skrócenie helisy kolagenowej. W efekcie następuje skrócenie, nawet o 75 proc. i pogrubienie włó-

kien kolagenowych, a pochwa obkurcza się. Zabiegi wykonywane przy pomocy laserów powodują nie tylko kurczenie się włókien, ale także dodatkowo rozpoczęcie produkcji nowego kolagenu, przez to że powodują frakcjonowanie śluzówki, czyli kontrolowane odparowanie mikrokanałików na całej długości i na całym obwodzie pochwy. Wtedy do mózgu dociera sygnał informujący o tym, że w pochwie powstała potężna rana. To oczywiście nieprawda, ale tak "oszukany" organizm kumuluje siły regeneracyjne organizmu w miejscu mikrouszkodzeń. Dochodzi do regeneracji śluzówki, tkanki podśluzówkowej, powięzi i więzadeł. W wyniku neokolagenezy rozpoczyna się proces produkcji nowego kolagenu, który wbudowuje się w tkanki. Wszystko to sprawia, że pochwa obkurcza się, staje się bardziej jędrna i elastyczna.

### MENOPAUA TO NIE PROBLEM

Obkurczenie i ujędrnienie pochwy to nie jedyne zalety zabiegów. Podczas procedury dochodzi bowiem także do obkurczenia więzadeł okołocewkowych i powięzi, które stabilizują cewkę moczową. Efekt? Ustąpienie objawów wysiłkowego nietrzymania moczu pierwszego i drugiego stopnia.

Zabiegi mające na celu obkurczenie pochwy rzeczywiście można traktować jako profilaktykę nietrzymania moczu. Poza tym użycie lasera powoduje także odnowienie śluzówki pochwy i stymuluje produkcję glikogenu, który odpowiada za jej nawilżenie. Dzięki temu dolegliwości związane z atrofią pochwy (suchość, uczucie pieczenia i swędzenia, ból podczas stosunków, częste infekcje intymne) mijają.

### PRZED ZABIEGIEM

Podczas wizyty kwalifikacyjnej lekarz wykona badanie ginekologiczne, żeby ocenić stan pochwy i wykluczyć istnienie wad anatomicznych lub uszkodzeń (otarcia śluzówki, rany, aktywne krwa-

wienie), które są przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu. Jeśli pacjentka zdecyduje się na użycie lasera, konieczne będzie wykonanie wymazu z pochwy, aby wykluczyć infekcję (jeśli podczas zabiegu wykorzystana zostanie radiofrekwencja lub HIFU nie ma takiej potrzeby, ponieważ nie dojdzie do powstania mikrouszkodzeń).

### SZYBKO I BEZBOLEŚNIE

Zabieg obkurczania pochwy trwa ok. 30 minut, jest niemal bezbolesny (w okolicach przedsionka pochwy może pojawić się delikatne pieczenie lub kłucie, które szybko ustępują), a na efekty nie trzeba długo czekać. Jeśli został użyty laser, mogą pojawić się nieobfite upławy, które ustępują po ok. 3-4 dniach. Przez tydzień po zabiegu nie należy współżyć, należy także unikać kąpieli w wannie czy basenie, podczas których do pochwy mogłaby dostać się woda. Przez miesiąc warto również stosować dopochwowe preparaty z kwasem hialuronowym lub wzbogacić o niego dietę.

Jeśli zajdzie potrzeba, można poprawić efekty pierwszego zabiegu, jednak należy odczekać 6 – 8 tygodni. Po 12 miesiącach można również wykonać zabieg przypominający.

Zabiegi obkurczania pochwy są całkowicie bezpieczne, jednak jeśli wykonuje je niewykwalifikowana osoba, może dojść do poparzenia śluzówki pochwy lub odwrotnie – niedogrzana i niedostatecznie sfrakcjonowana nie da zamierzonego efektu.

### NIE MA POWODU DO WSTYDU

Jeszcze kilkanaście lat temu to, jak pordy czy przekwitanie wpływają na stan narządów rodnych, było tematem tabu. Brak odpowiednich metod sprawiał, że kobiety musiały pogodzić się z pogorszeniem się życia seksualnego i nawracającymi infekcjami. Dziś, dzięki rozwojowi medycyny, mogą szybko i bezboleśnie pozbyć się dolegliwości związanych z zespołem rozluźnienia pochwy.

**Lek. med. Tomasz Basta** - Absolwent Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, posiadający specjalizację z ginekologii i położnictwa. Wykładowca Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej (PTGP) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej. Autor wielu badań i publikacji naukowych w tych dziedzinach.

Założyciel krakowskiej Intima Clinic ([www.intimaclinic.pl](http://www.intimaclinic.pl)) zajmujące się w holistyczny sposób zdrowiem intymnym kobiet. Zespół wykwalifikowanych i doświadczonych specjalistów w holistyczny sposób dba o zdrowie i życie intymne swoich pacjentek. Miejsce oferuje ponad 50 zabiegów i konsultacji z zakresu ginekologii i położnictwa, ginekologii plastycznej, ginekologii estetycznej, laseroterapii, chirurgii naczyniowej i ogólnej, endokrynologii, diabetologii, hipertensjologii, angiologii, dietetyki, psychologii i seksuologii. Klinka wyposażona jest w najnowszą generację sprzętu medycznego (jako jedyna w Polsce dysponuje wszystkimi rodzajami laserów do leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu i obkurczania pochwy, i jako jedna z trzech w naszym kraju posiada wysoko wyspecjalizowane urządzenie HIFU).

[www.intimaclinic.pl](http://www.intimaclinic.pl) tel. 570 052 055, kontakt@intimaclinic.pl, ul. Grzegórzecka 67C/U11, 31-559 Kraków



# NOWY STANDARD LASEROWYCH ZABIEGÓW GINEKOLOGICZNYCH



*dr n. med.  
Agnieszka  
Nalewczyńska*

## SŁOWA KLUCZOWE:

wybielanie narządów płciowych,  
labioplastyka, ablacja, laser CO<sub>2</sub>,  
wysiłkowe NTM

**W** ciągu ostatnich kilku lat rośnie zainteresowanie wśród kobiet ich zdrowiem intymnym. Z pewnością przyczyniło się do tego odświeżenie miejsc intymnych (wzrost popularności depilacji brazylijskiej) a także świadomość, że niektóre schorzenia lub objawy można z powodzeniem leczyć.

Niemniej jednak nie jest to tylko kwestia mody. Rehabilitacja po porodzie (nietrzymanie moczu, bolesna blizna po nacięciu krocza, suchość pochwy), a także wszelkie objawy związane ze starzeniem się organizmu możemy już skutecznie modyfikować. Zarówno ze względów kosmetycznych, jak i medycznych, kobiety starają się wzmocnić elastyczność ścian pochwy oraz nawilżenie błony śluzowej pochwy.

Ze względu na fakt, że żyjemy szybko, rekonwalescencja pozabiegowa powinna być jak najkrótsza. Dlatego zależy nam na zastosowaniu procedur nie- lub mało inwazyjnych. A najskuteczniejszym narzędziem, który może służyć do prawie każdego powyższego wskazania jest laser CO<sub>2</sub> [1].

Spektrum zastosowania lasera CO<sub>2</sub> jest wyjątkowo szerokie – od ogólnie pojętych procedur estetycznych (choćby wybielanie sromu) do chirurgicznych (np. labioplastyka). Możemy również uzyskiwać efekt termiczny jak i ablacyjny, a dodatkową zaletą jest możliwość cięcia i koagulacji [2].



*Labioplastyka z wykorzystaniem lasera Femilift*

FOT. AGNIESZKA NALEWCZYŃSKA

Minimalnie ablacyjna frakcyjna terapia laserowa zyskała akceptację jako bezpieczna, precyzyjna i skuteczna metoda odnawiania i rekonstrukcji skóry, szczególnie w dziedzinie chirurgii plastycznej i dermatologii. Naskórek lub błona śluzowa podawane energii frakcyjnej, wywołuje kaskadę gojenia się rany z późniejszym tworzeniem nowych włókien kolagenowych i elastynowych, co przekłada się na grubsza oraz zdrowszą skórę [3].

Za pomocą lesera jesteśmy również w stanie zmniejszać objawy wysiłkowego nietrzymania moczu. Nie ma do tej pory dużych randomizowanych badań potwierdzających skuteczność, niemniej jednak leczenie przynosi korzyści pacjentkom.

Zazwyczaj leczenie trwa od kilku do 20 minut i nie jest wymagane żadne znieczulenie. Większość pacjentów nie odczuwa prawie żadnego dyskomfortu poza uczuciem ciepła lub niewielkiego pieczenia. Leczenie nie wymaga ograniczeń w codziennym życiu, a do współżycia można powrócić po 7 dniach.

Podsumowując urządzenie jest przeznaczone do leczenia zanikowego zapalenia pochwy, zespołu szerokiej pochwy, nietrzymania moczu lub innych problemów seksualnych związanych z połogiem lub porodem. Został również wykorzystany jako pomocniczy instrument w chirurgii żeńskich narządów płciowych (labioplastyka, vaginoplastyka), zapewniając, że operacja jest skuteczna i bezpieczna, a także zmniejsza dyskomfort pooperacyjny.

## PIŚMIENICTWO:

1. (R.N. Pauls, A.N. Fellner, G.W. Davila Vaginal laxity: a poorly understood quality of life problem; a survey of physician members of the International Urogynecological Association (IUGA) Int Urogynecol J, 23 (10) (2012), pp. 1435-1448).
2. (D. Kent, M.A. Pelosi Vaginal rejuvenation: an in-depth look at the history and technical procedure AJCS, 29 (2) (2012), pp. 89-96; M.P. Goodman, O.J. Placik, D.L. Matlock, A.F. Simopoulos, T.A. Dalton, D. Veale, et al. Evaluation of body image and sexual satisfaction in women undergoing female genital plastic/cosmetic surgery [e-pub ahead of print]).
3. (Ross i wsp., 1996, Sandel and Perkins, 2008). (Gambacciani i Levancini, 2015, Gambacciani i wsp., 2015a, Gambacciani i wsp., 2015b, Hutchinson-Colas i Segal, 2015).



*Wybielanie laserem Femilift  
- stan przed zabiegiem - stan po zabiegu*

FOT. AGNIESZKA NALEWCZYŃSKA



*Zabieg Femitight z wykorzystaniem technologii Femilift  
- stan przed zabiegiem - stan po zabiegu*

FOT. AGNIESZKA NALEWCZYŃSKA

**Agnieszka Nalewczyńska** - Ginekolog, specjalista położnik. Ukończyła Akademię Medyczną w Warszawie oraz studia doktoranckie z wyróżnieniem. Uczestniczyła w wielu szkoleniach z zakresu medycyny estetycznej, poznając najnowsze techniki i trendy w dziedzinie Anti-Aging. <http://www.estebelle.com.pl/>

# RADIOFREQUENCY

## - NEW SOLUTION FOR TREATMENT OF VAGINAL LAXITY, URINARY INCONTINENCE AND SEXUAL DISORDERS



*Dr n. med.  
Rafał Kuźlik*



*Bartosz Kuźlik*

### ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the safety and efficacy of transcutaneous temperature controlled radiofrequency (TTCRF) on vulvovaginal tissue for vaginal laxity, urinary incontinence and sexual disorders.

**Materials and Methods:** Study subjects included 53 sexually active women, ages 30-70, reported vaginal laxity, urinary incontinence and sexual disorders. Each patient received two sessions at interval of four weeks. Treatment was performed with radiofrequency emitter localised on the surface of the probe and lasted 30 minutes on average. No anaesthesia was required. Tissue temperature was elevated to 47°C and maintained between 45°C and 47°C. Internal (vaginal) part of the treatment was concentrated on the anterior wall and also covered right and left side of the vagina. External part covered labia majora and minora, perineal body and clitoral hood. After treatment there were no exclusions of normal activity including sex.

**Results:** All 53 patients referred improvement of quality of life (QOL). Significant effect was achieved in vaginal tightening (38,1%), reduction of urinary incontinence (33,2%) and frequency of feeling urgent (54,6%), improvement of sexual satisfaction (27,2%) and the ability to achieve orgasm (25%).

**Conclusion:** TTCRF is an effective and safe treatment of vaginal laxity, urinary incontinence and sexual disorders. This method helps women to improve self-confidence. This is non-surgical treatment and no side effects were detected.

### INTRODUCTION

Many women among those who have given birth vaginally complain of stretching of their vaginal tissue. The majority of them refer urinary incontinence. All of these symptoms can cause longterm physical and psychological consequences, including loss of sensation and sexual dissatisfaction, what, on the other hand, can lead to reduction in self-esteem and significantly affect their quality of life (QOL).

About 3 mln of women in Poland suffer because of urinary incontinence. 25% of female in reproductive age and over 50% of post-menopausal patients. This illness is observed also among younger group- about 65% of pregnant women and 30% of women during first year after delivery. The majority of this group it is stress urinary incontinence (SUI) [1].

### KEYWORDS:

Vaginal laxity, Sexual disorders, TTCRF, Urinary incontinence.

Female sexual dysfunction (FSD) is a common problem, estimated to occur in about 40% of women in the United States. Only about 30% of them seek help from professionals, and only 6% declare a visit to discuss their sexual problem [2]. The main factor for women's sexual dissatisfaction includes physical changes to the vagina, referred as „vaginal laxity” in literature. They cause opening of the introitus (patients refer to see interior of the vagina), and vaginal opening to feel looser to the woman and her sexual partner



during intercourse. The association of patient-reported vaginal laxity with distressing sexual function is reported in the literature by both doctors and by patients themselves. A recent study showed, that 80% of porous women concerning about vaginal laxity, failed to discuss their problem with their gynecologist [3].

Another study showed vaginal laxity negatively impacts patients' QOL. It reduces sexual satisfaction and relationship happiness. Such women identified the vaginal introitus as the main location of laxity. Symptoms arising from changes of both muscle and vaginal tissue [4].

The fact is, that presently there is no reliable objective instrument to accurately measure, diagnose or classify vaginal laxity, especially to correlate vaginal size with sexual function [5-11].

Non-invasive or minimally invasive radiofrequency (RF) energy is well-studied and popular alternative among energy-based therapies for rejuvenation of the skin in aesthetic medicine [12]. Nowadays this skin rejuvenation modality has been used for rejuvenation of the vaginal tissue in treatment of vulvovaginal laxity and urinary incontinence. Orgasmic dysfunction, like anorgasmia or increased time to achieve orgasm is one of the associated symptom [13]. RF energy has a long history of use in mucosal tissue in the vagina and skin [14-18]. By creating heat via impedance as electric current is conducted through vaginal tissue, stimulation of fibroblasts occurs, and the therapeutic outcome is achieved [19]. The target tissue temperature range lies between 40°C and 47°C. Vaginal wall tissue is similar to that of skin, and this character makes it an obvious candidate for such treatment. RF effectiveness on naturally moist was demonstrated in histological study of RF in sheep vaginal tissue [20]. RF was also shown effective for vulvovaginal rejuvenation in 2010 by Millheiser et al. [21]. The study of introital/transvaginal monopolar RF (with cryogen cooling) for vaginal laxity after natural childbirth reported significant improvement in vaginal laxity in 87% of patients. Sekiguchi et al. presented their study with low-energy RF for vaginal introital laxity in premenopausal women [22]. They reported improvements in both vaginal laxity and sexual function. Effects maintained through 12-months follow-up. No adverse events were reported.

Main goal of this pilot study was to evaluate the safety and clinical efficacy of transcutaneous temperature controlled radiofrequency (TTCRF) on vulvovaginal tissue for vaginal laxity, urinary incontinence and sexual dysfunction.

## MATERIALS AND METHODS

Study subjects (= 53, age range 30-70 years, mean age 42,5 years) included sexually active women. All of them reported vaginal laxity, urinary incontinence and connected with these symptoms sexual dysfunction. None of them was anorgasmic. All patients reported having normal sexual relations before vaginal childbirth. Exclusion criteria included pregnancy, vaginal width more than 3 fingers, severity of SUI greater than II grade, abnormal Papanicolaou test results, vaginal bleeding, presence of vulvar lesions or disease.

Each patient received two sessions at intervals of 4 weeks. All of them filled the questionnaire 3 times- before first session (preliminary), 1 month after the first and 1 month after the second treatment (Figure 1). Following parameters were assessed: sexual satisfaction, the ability to achieve orgasm, reduction of vaginal laxity, vaginal moisture during intercourse, controlling urinary continence during coughing, controlling urine stream (start/stop) and reduction of frequency of feeling urgent. Parameters were evaluated in range 1 to 5, where 1 meant the worse and 5- the best.

Figure 2 shows the device and probe.

Patients were placed in the standard, gynaecological position on the treatment chair with a neutral return pad underneath the buttocks. A gel lubricant is required. Treatment technique consists of putting the probe into vagina and making slow passing back

**Patient's questionnaire**

Please, assess laxity of your vagina

|                  |   |   |   |   |   |                   |
|------------------|---|---|---|---|---|-------------------|
| <b>very wide</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <b>very tight</b> |
|------------------|---|---|---|---|---|-------------------|

Please, assess your satisfaction of sexual intercourses

|                    |   |   |   |   |   |                       |
|--------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| <b>unsatisfied</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <b>very satisfied</b> |
|--------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|

Please, assess your ability to achieve orgasm

|              |   |   |   |   |   |               |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| <b>never</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <b>always</b> |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

Please, assess the moisture of your vagina during sexual activity

|                 |   |   |   |   |   |                 |
|-----------------|---|---|---|---|---|-----------------|
| <b>very dry</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <b>very wet</b> |
|-----------------|---|---|---|---|---|-----------------|

How do you assess the ability to control urinary continence during coughing

|                   |   |   |   |   |   |                     |
|-------------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| <b>no control</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <b>full control</b> |
|-------------------|---|---|---|---|---|---------------------|

How do you assess the ability to control urinary stream (start/stop)

|                   |   |   |   |   |   |                     |
|-------------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| <b>no control</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <b>full control</b> |
|-------------------|---|---|---|---|---|---------------------|

How often do You feel urgent (you have to go to toilet immediately) ?

|                   |   |   |   |   |   |                  |
|-------------------|---|---|---|---|---|------------------|
| <b>very often</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <b>very rare</b> |
|-------------------|---|---|---|---|---|------------------|

*Figure 1. TTCRF for vaginal use requires special probe. It is 10 cm long and thin like a finger.*



*Figure 2. The TTCRF device (ThermiVa, ThermiAesthetics, Southlake, TX) with probe and foot switch. Photos courtesy of ThermiAesthetics.*

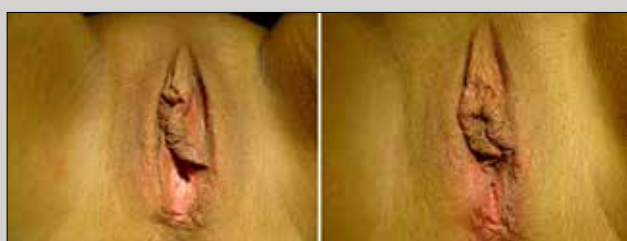
and forth over each treatment zone of the vagina- frontal, back, left and right. The same probe is used for vulva, causing gradual heating to tighten the skin, mucosa and fascia as well as stimulate neocollagenesis. This device for vaginal use is non-invasive and painless, so it doesn't require any anaesthesia. There is also no smell and smog. Normal activities and intercourse are encouraged without a waiting period. Figures 3 and 4 show before and after pictures of the vulva and vaginal introitus respectively.

External treatments cover labia majora and minora, perineal body, clitoral hood and clitoris. RF application was concentrated on each region (in vagina and on vulva) for 5 minutes on average. In the vagina treatment was concentrated on the anterior wall, specifically the first 5-6 cm in and on the pubocervical fascia proximal and lateral to the urethra. Treatment of the vaginal canal region took 15 minutes overall. Depending on patient feedback and physician examination, location of the „G-spot” was performed. This region of anterior vaginal wall received additional attention during treatment (3 minutes on average). This area was located using patient-guided manual digital examination.

All patients identified a region of highest sensitivity about 5 cm into the vagina at the anterior wall in some variations to the left or right side of the urethra. Treatment of the vulva took 15 minutes



*Figure 3: Vulva before (left) and after two procedures (right) with TTCRF. Photos courtesy of Rafal Kuzlik, M.D., Ph.D.*



*Figure 4: Vulva and vaginal introitus opening before (left) and after two treatments with TTCRF. Photos courtesy of Rafal Kuzlik, M.D., Ph.D.*

overall. Both labia majora and minora for 5 minutes and clitoral hood and clitoris for 5 minutes. Temperature was set on 45°C for vulva and vaginal introitus, and 47°C for vaginal part. Total treatment time was approximately 30 minutes without any anaesthesia. After procedure patients resumed normal activities, including intercourses.

## RESULTS

All treated patient completed study and no side effects were reported or observed. All 53 patient were taken under the consideration as one group. Whole group referred improvement of quality of life (QOL). Regarding the questionnaire, significant effect was achieved in vaginal tightening (38,1%) and urinary problems- controlling urinary continence during coughing and urine stream increased accordingly by 33,2% and 31,9%. It turned out however, that this therapy was the most effective in reducing frequency of feeling urgent.

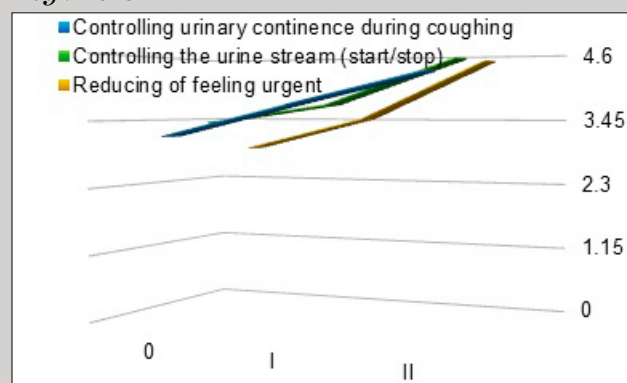
This symptom was reduced by 54,6%. Thanks to all of these sexual satisfaction was improved in 27,2%. Individually the ability to achieve orgasm increased by 25%. The full results are delineated in Figures 5-7.

## DISCUSSION

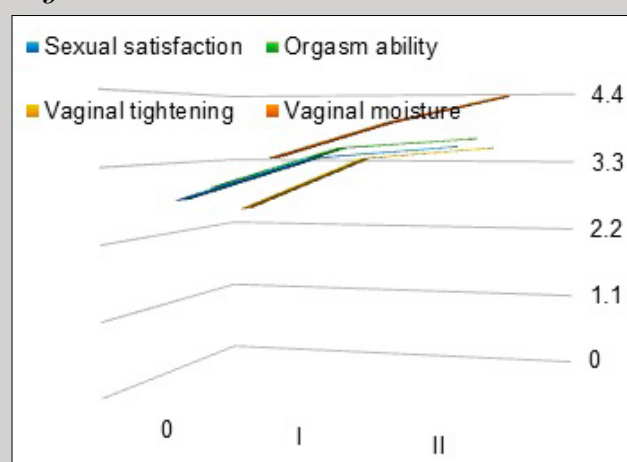
The main goal of this pilot study was to assess the usefulness of TTCRF in treatment of vaginal laxity, urinary incontinence and sexual disorders. It was conducted in response to patient feedback after RF therapy for vulvovaginal rejuvenation. This particular study assessed only early effects after two treatments, but we know from Alinsod's study, that treatment outcomes persist for 9-12 months, but yearly maintenance treatment may be sufficient to preserve outcomes [13]. It should be noted, that while Alinsod reported improvement in orgasmic function in some women undergoing TTCRF, who had previously orgasmic

| Description                                    | 0- preliminary | After 1 treatment | After 2 treatment | Rise % |
|------------------------------------------------|----------------|-------------------|-------------------|--------|
| Sexual satisfaction                            | 2.83           | 3.44              | 3.60              | 27.2   |
| The ability to achieve orgasm                  | 2.96           | 3.56              | 3.70              | 25     |
| Vaginal tightening                             | 2.57           | 3.36              | 3.55              | 38.1   |
| Vaginal moisture during intercourse            | 3.35           | 3.93              | 4.36              | 30.1   |
| Controlling urinary continence during coughing | 3.19           | 3.73              | 4.25              | 33.2   |
| Controlling the urine stream (start/stop)      | 3.41           | 3.73              | 4.50              | 31.9   |
| Frequency of feeling urgent                    | 2.91           | 3.47              | 4.50              | 54.6   |
| p                                              |                | < 0.001           | < 0.001           | p.001  |

*Figure 5*



*Figure 6*



*Figure 7*

dysfunction, in this study it was presented improvement in sexual sensation among patient without orgasmic disorders. It is worth to remember that patients were not treated to achieve orgasms, because all of them weren't anorgasmic. This effect was only complementary to whole therapy, but to assess the final result of improvement of sexual function, this aspect had to be examined.

The wide age range was chosen to allow examination of this treatment in women of all ages, who reported vaginal laxity and urinary incontinence. The majority of subjects were in their 40s and 50s, with only 3 women in 30s and 1 woman in her 70s. All of them were sexual active. It should be considered to refine range of age and demographics in future, more comprehensive study.

While the results of this pilot study suggest an alternative therapy for women with vaginal laxity and urinary incontinence, there are some limitations to consider. Primary is the lack of standardisa-



tion of treatment technique. The treatment protocol of this study was designed to treat all areas with the same way in the same time. Nevertheless, further study among a larger cohort with a control group would be beneficial.

Sexually sensitive areas of the vulva and vagina, in contrast to Alinsod's study, were not treated with concentration on this region, but during normal procedure of treatment vaginal laxity and urinary incontinence.

## CONCLUSION

TTCRF is a non-hormonal and non-surgical method of treatment. It may be recommended for women suffering of vaginal laxity, urinary incontinence and sexual disorders. This therapy is safe, effective and free of side effects. Further study with control placebo group would be valuable to present stronger conclusions about the use of TTCRF for women with vaginal laxity, urinary incontinence and sexual disorders.

## REFERENCES:

1. Kwolek A, Rzucidło S, Zwolińska J, et al. Conservative treatment of urinary stress incontinence in women Przegl. Med. Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów. 2006; 3: 227-233.
2. Krychman M, Rowan CG, Allan BB, et al. Effect of Single-Session, Cryogen-Cooled Monopolar Radiofrequency Therapy on Sexual Function in Women with Vaginal Laxity: The VIVEVE I Trial J Womens health (Larchmt). 2018; 27: 297-304.
3. Millheiser L, Kingsberg S, Chen B, et al. Cross-sectional survey of sexual health and vaginal laxity following vaginal delivery. J Sex Med. 2010; 7: 239.
4. Pauls RN, Fellner AN, Davila GW. Vaginal laxity: A poorly understood quality of life problem; a survey of physician members of the International Urogynecological Association (IUGA). Int Urogynecol J. 2012; 23: 1435-1448.
5. DeRogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, et al. Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. J Sex Med. 2008; 5: 357-364.
6. Millheiser LS, Pauls RN, Herbst SJ, et al. Radiofrequency treatment of vaginal laxity after vaginal delivery: Nonsurgical vaginal tightening. J Sex Med. 2010; 7: 3088-3095.
7. Sekiguchi Y, Utsugisawa Y, Azekosi Y, et al. Laxity of the vaginal introitus after childbirth: Nonsurgical outpatient procedure for vaginal tissue restoration and improved sexual satisfaction using low-energy radiofrequency thermal therapy. J Womens Health (Larchmt). 2013; 22: 775-781.
8. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000; 26: 191-208.
9. Occhino JA, Trabuco EC, Heisler CA, et al. Changes in vaginal anatomy and sexual function after vaginal surgery. Int Urogynecol J. 2011; 22: 799-804.
10. Schimpf MO, Harvie HS, Omotosho TB, et al. Society of gynecologic surgeons fellows' pelvic research network. Does vaginal size impact sexual activity and function? Int Urogynecol J. 2010; 21: 447-452.
11. Weber AM, Walters MD, Schover LR, et al. Vaginal anatomy and sexual function. Obstet Gynecol. 1995; 86: 946-949.
12. Mulholland RS. Radio frequency energy for non-invasive and minimally invasive skin tightening. Clin Plast Surg. 2011; 38:437-448.
13. Alinsod RM. Transcutaneous temperature controlled radiofrequency for orgasmic dysfunction. Lasers Surg Med. 2016; 48: 641-645.
14. Elser DM, Mitchell GK, Miklos JR, et al. Nonsurgical transurethral collagen denaturation for stress urinary incontinence in women: 18-month results from a prospective long-term study. Neurourol Urodyn. 2010; 29: 1424-1428.
15. Elser DM, Mitchell GK, Miklos JR, et al. Nonsurgical transurethral collagen denaturation for stress urinary incontinence in women: 12-month results from a prospective long-term study. J Minim Invasive Gynecol. 2009; 16: 56-62.
16. Dillon B, Dmochowski R. Radiofrequency for the treatment of stress urinary incontinence in women. Curr Urol Rep. 2009; 10: 369-374.
17. Hodgkinson DJ. Clinical applications of radiofrequency: Nonsurgical skin tightening (Thermage). Clin Plast Surg. 2009; 36: 261-268.
18. Elsaie ML. Cutaneous remodeling and photorejuvenation using radiofrequency devices. Indian J Dermatol. 2009; 54: 201-205.
19. Dunbar SW, Goldberg DJ. Radiofrequency in cosmetic dermatology: An update. J Drugs Dermatol. 2015; 14: 1229-1238.
20. Coad JE, Vos JA, Curtis A, et al. Safety and mechanisms of action supporting nonablative radiofrequency thermal therapy for vaginal introitus laxity occurring in women after childbirth: Histological study in the sheep vaginal model. J Sex Med. 2013; 10: 175.
21. Millheiser LS, Pauls RN, Herbst SJ, et al. Radiofrequency treatment of vaginal laxity after vaginal delivery: Nonsurgical vaginal tightening. J Sex Med. 2010; 7: 3088-3095.
22. Sekiguchi Y, Utsugisawa Y, Azekosi Y, et al. Laxity of the vaginal introitus after childbirth: Nonsurgical outpatient procedure for vaginal tissue restoration and improved sexual satisfaction using low- energy radiofrequency thermal therapy. J Womens Health (Larchmt). 2013; 22: 775-781.

© 2018 Rafal Kuzlik & Bartosz Kuzlik. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

*Dr n. med. Rafal Kuźlik* - SaskaMed Clinic, Warsaw, Poland. Correspondence: E-mail: rafal.kuzlik@gmail.com.

*Bartosz Kuźlik* - Medical Student, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland.

# ESTETYCZNIE I PROFILAKTYCZNIE

rozmawiała:

Monika

Mikołajczak

**O** ginekologii estetycznej i rosnącym zainteresowaniu zabiegami, przy jednocześnie malejącej profilaktyce raka szyjki macicy. O liszaju twardzinowym i jego leczeniu. O urzędzeniu, które okazało się doskonałym narzędziem do obrazowania, porównywania i archiwizacji obrazów przed, w trakcie i po zabiegach oraz do walki z rakiem – rozmawiamy ze Zbigniewem Wróblem, ginekologiem kierującym Poradnią Ginekologiczno-Położniczą Medi-Lab w Świdnicy.

**MONIKA MIKOŁAJCZAK:** Na rynku pojawia się coraz więcej wydarzeń z zakresu ginekologii estetycznej. Uczestniczył lub weźmie Pan udział w którymś z nich? Gdzie warto być?

**ZBIGNIEW WRÓBEL:** Okres przedwakacyjny obfitował w zjazdy i konferencje z zakresu ginekologii plastycznej i estetycznej. W czerwcu odbyły się dwa ważne spotkania: III Międzynarodowy Kongres Ginekologii Plastycznej i Estetycznej oraz II Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej. Przedstawiono nowe metody i praktyki, które szczegółowo wykładane są na kursach podstawowych i doskonalących, prowadzonych przez doświadczonych specjalistów, a jest ich jeszcze niewielu. Zapewne dlatego, że ginekologia estetyczna i rekonstrukcyjna jest młodą dziedziną medycyny. Tym bardziej warto i trzeba być.

**M.M.:** Jakie zabiegi w ginekologii estetycznej są najczęściej stosowane? Kieruje Pan Poradnią Ginekologiczno-Położniczą, która oferuje bogatą ofertę usług, także w tym zakresie. Czy można mówić w tym obszarze medycyny o sukcesach, efektach?

**Z.W.:** Do pierwszych zabiegów z pogranicza klasycznej ginekologii zabiegowej i rekonstrukcyjnej należy leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu. W latach 2002 – 2006 wykonywaliśmy zabiegi TVT z użyciem taśm prolenowych, a następnie – wraz z rozwojem tej metody – operacje z wykorzystaniem siatek. Nieustannie pojawiają się nowe procedury leczenia, takie jak: lasery, radiofrekwencja, ultradźwięki czy elektrostymulacja. Są one łączone z farmakoterapią, zabiegami wypełniania kwasem hialuronowym, botuliną, osoczem bogatopłytkowym, komórkami macierzystymi, uzupełniane ćwiczeniami z fizjoterapeutą. Poza tym, jest jeszcze wiele innych, rzadziej stosowanych. Oczywiście efekty są mniej lub bardziej zadowalające, ale cały czas trwa poszukiwanie skutecznej metody leczenia. W działalności naszej poradni posługujemy się prawie wszystkimi z tych technik, a ich efekty są coraz lepsze, a tym samym zachęcające do dalszych poszukiwań.

**M.M.:** Wysiłkowe nietrzymanie moczu nie jest jedynym uciążliwym schorzeniem, jakie dotyczy kobiet.

**Z.W.:** Na pewno należy zaliczyć do nich jeszcze liszaj twardzinowy zanikowy sromu.

Od roku podejmujemy z sukcesem próby leczenia zmian dystroficznych sromu. Najczęstszym objawem liszaja twardzinowego – choroby autoimmunologicznej o nieznaanej etiologii – jest uporczywy świąd sromu. Zmiany przede wszystkim dotyczą skóry i błon śluzowych okolic płciowych oraz zazwyczaj współistnieją z innymi chorobami autoimmunologicznymi. Liszaj twardzinowy zanikowy, choć z reguły objawia się silnym świądem, może mieć też przebieg bezobjawowy. Jednakże choroba ta wiąże się z przewlekłym zapaleniem skóry, powstawaniem licznych nadżerek, pęknięć, bliznowaceń, przetok skórnych oraz zaniku skóry. Często efektem jest również zanik warg sromowych mniejszych i atrofia błony śluzowej przedsionka pochwy. To z kolei powoduje zaciąganie, zniekształcanie warg sromowych mniejszych, przesunięcie tektaczki i zmiany zapalne skóry, co nierzadko prowadzi do interwencji chirurgicznej.

**M.M.:** Zatem są choroby będące na pograniczu dolegliwości estetycznych i medycznych ze wskazaniami do leczenia.

**Z.W.:** Rozpoznanie liszaja twardzinowego wymaga weryfikacji histopatologicznej, poprzez pobranie wycinka fragmentu skóry sromu. Takie działanie jest niezbędne przed leczeniem, aby zidentyfikować pacjentki ze stanem przedrakowym, określanym jako neoplazja wewnątrz nabłonkowa LSIL (dawne VIN-1), HSIL (dawne VIN 2/3)



*Specjalista ginekolog-położnik Zbigniew Wróbel*

i rakiem płaskonabłonkowym. Na podstawie przeprowadzonych w ciągu ostatniego roku zabiegów połączonych z użyciem osocza bogatopłytkowego i lasera mogę powiedzieć, że mamy w tym temacie bogate doświadczenie. Z pewnością jest to schorzenie, które potrafi być bardzo uciążliwe dla utrzymania codziennego komfortu życia kobiet. Oczywiście, zajmujemy się także zabiegami korekcyjnymi w zakresie okolic intymnych z użyciem lasera, kwasów, osocza i innych wypełniaczy, ale już w mniejszym stopniu.

**M.M.:** Z jednej strony mówi się o braku świadomości wśród kobiet w kwestii konieczności wykonywania badań cytologicznych, nie mówiąc o kolposkopowych. Z drugiej strony rośnie zakres usług i liczba pacjentek poddających się zabiegom ginekologii estetycznej. To prawda?

**Z.W.:** Patrząc na wzrastającą świadomość kobiet w zakresie możliwości medycyny estetycznej, jak i ginekologii estetycznej, mocno zastanawia malejąca liczba tych, które zgłaszają się na badania profilaktyczne np. raka szyjki macicy czy raka sutka. Tymczasem w mediach na co dzień można oglądać liczne, a w niektórych przypadkach wręcz cykliczne programy pokazujące, co można osiągnąć za pomocą medycyny estetycznej. Niestety programów traktujących o profilaktyce raka szyjki macicy czy gruczołu piersiowego jest niewiele. Forma imiennych zaproszeń wysyłanych bezpo-

średnio do kobiet z informacją o możliwości skorzystania ze świadczeń, realizowanych w ramach programów profilaktycznych, od 2015 roku nie jest kontynuowana. Tymczasem, co roku około 3500 Polek słyszy diagnozę – nowotwór! Połowa z nich nigdy nie wyzdrowieje, ponieważ zgłosiła się do lekarza zbyt późno. Oznacza to, że na 10 kobiet, u których codziennie wykrywa się w Polsce raka szyjki macicy, 5 umiera. Część z nich nie zdążyła po prostu wykonać badania cytologicznego. Zgłaszalność do programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy wynosi 22% i zmalała w ostatnich latach o około 6 – 7%.

Istnieje ogromna konieczność wypracowania nowoczesnych metod, posługując się równie nowoczesnym sprzętem, jak docierać z informacją oraz z dedykowanymi programami do kobiet, aby skutecznie walczyć z rakiem.

**M.M.:** A propos nowoczesnego sprzętu, który pomaga w osiągnięciu sukcesów. Testował Pan i użytkuje na co dzień najnowsze urządzenie - kolposkop mobilny EVA 3.0 PLUS. Jaką rolę spełnił w Pana gabinecie?

**Z.W.:** Wszystkie zabiegi archiwizowane są przy pomocy kolposkopów, zarówno stacjonarnego, jak i mobilnego EVA System. Pozytskane obrazy, zapisywane w formie cyfrowej z okresu przed leczeniem, w trakcie i po leczeniu, to doskonałe rozwiązanie.

**M.M.:** Wykorzystuje Pan mobilny kolposkop EVA System zarówno przy zabiegach w ginekologii estetycznej, jak i w badaniach kolposkopowych. Co w EVIE przykuło Pana szczególną uwagę?

**Z.W.:** Zalet jest kilka. Każda z nich powoduje, że w codziennej pracy posługuję się najnowszą wersją urządzenia EVA 3.0 PLUS. W pierwszej kolejności jest łatwość obsługi. Nie bez znaczenia jest też dobry portal, elektroniczna karta pacjentki, obrazowanie i wspomniana już archiwizacja. Ponadto istotna jest również sama mobilność urządzenia. Wszystkie swoje obrazy mam ze sobą wszędzie tam, gdzie jest zasięg sieci. Patrząc na coraz większe znaczenie archiwizacji obrazów - i to zarówno dla pacjenta, jak i dla celów własnych - warto zainwestować w technologię, jaką oferuje EVA System. Tym bardziej, że pozwala ona na wykonywanie kolposkopii mniej doświadczonym lekarzom czy asystentom i umożliwia przesyłanie wyników do oceny ekspertem w tej dziedzinie. To z kolei, w połączeniu z cytologią płynną, obecnością p-16, oznaczaniem obecności DNA wirusa HPV, w dniu dzisiejszym powinno stanowić podstawę skryningu raka szyjki macicy.

Uważam, że System EVA może być zaczątkiem urządzeń nowej generacji walki z rakiem.

**Dziękuję za rozmowę.**  
Monika Mikołajczak

## LECZENIE LISZAJA TWARDZINOWEGO SROMU Z WYKORZYSTANIEM KOLPOSKOPU EVA 3.0 PLUS



*Fot. 1. Liszaj twardzinowy potwierdzony badaniem histopatologicznym przed leczeniem*



*Fot. 2. Stan po użyciu lasera CO<sub>2</sub>*



*Fot. 3. Stan po leczeniu osoczem bogatopłytkowym*



*Fot. 4. Stan po 5. tygodniach od rozpoczęcia leczenia*



# EVA WELL

## NOWA WIZJA KOBIECEGO ZDROWIA

EVA WELL jest niezbędnym narzędziem do badań ginekologicznych, usprawniającym obrazowanie i dokumentującym ich skuteczność oraz zapewniającym bezpieczeństwo. EVA WELL jest przyjaznym dla użytkownika, przenośnym narzędziem do wizualizacji cyfrowej, służącym do badań pochwy, sromu i szyjki macicy.



### Obrazuj i rejestruj

Uzyskaj wysokiej jakości zdjęcia i wideo dzięki 16-krotnemu powiększeniu optycznemu.



### Zwiększ bezpieczeństwo i skuteczność

Dokumentuj wszelkie nieprawidłowości, uzupełniaj obrazy o notatki i lokalizację oraz monitoruj postępy.



### Współpracuj na odległość

Konsultuj się ze współpracownikami lub zewnętrznymi ekspertami za pośrednictwem bezpiecznego czatu na portalu EVA SYSTEM, z możliwością udostępniania wideo na żywo.



### Informuj i wspieraj swoich pacjentów

Udostępniaj swoim pacjentkom zdjęcia zarejestrowane podczas badań. Polepsz komunikację z pacjentkami i przepływ informacji o ich stanie zdrowia oraz przebiegu diagnostyki i leczenia.



Partner:  
Polskie Towarzystwo Kolposkopii  
i Patofizjologii Szyjki Macicy

Mobile SCANMED Systems  
t. +48 512 354 354  
office@mobilescanmed.pl

REKLAMA ITP.