
۱۱
11th NATIONAL CONGRESS OF DERMATOLOGY, LASER AND DERMATOSURGERY OF ISFAHAN
یازدهمین کنگره سراسری تازه های درماتولوژی، لیزر و جراحی پوست اصفهان
ایران / اصفهان
هتل تاریخی عباسی، سالن عباسی
Abbasi Hall , Abbasi Hotel
۱۳-۱۴- ۱۵ آبان ماه ۱۴۰۵
November 6 -5- 4 / 2026
برنامه علمی روزانه
Iranian Society of Dermatology
انجمن متخصصین پوست ایران
Mahnadco.ir

# GINAGEN

FOCUS ON DIFFERENCE




## کرم ترمیم‌کننده و ژل ترمیم‌کننده زخم باز ژیناژن

مراقبت از زخم، از مراحل ابتدایی ترمیم تا کمک به بهبود ظاهر زخم

- ترمیم بافت
- حمایت از سنتز کلاژن
- کاهش التهاب
- تسکین پوست
- تشکیل فیلم محافظ

instagram: ginagen.cosmetics | ginagen.com

مهر اشکار
MEHR ASHKAR

Asclepion
Laser Technologies

**Dermablate**
Er:YAG Laser

**PicoStar**
PicoSecond Laser

**QuadroStar**
Yellow Laser

**Monolith**
Twin Wave Laser




لیزر درمان ضایعات عروقی
(بدون مصرفی)

لیزر رفع موهای زائد،
وایتنینگ، تایتنینگ

لیزر اربیوم یگ
جوانسازی حرفه‌ای

اولین دستگاه
پیکوثانیه در ایران

+۹۸۲۱-۴۵۵۰۳
mehrashkar
www.mehrashkar.com

# APTOS

THREAD LIFTING METHODS

## نخ‌های لیفت و جوانسازی اپتوس



۸ بار برنده جایزه بهترین نخ لیفت
کنگره AMWC موناکو

خلاقیت و نوآوری در
نخ‌های لیفت و جوانسازی

بیش از ۳۰ مدل نخ تخصصی
برای نواحی مختلف صورت و بدن

تغییرات کاملا طبیعی
با ماندگاری بالا

+۹۸۲۱-۴۵۵۰۳

mehrashkar | aptos.iran

www.mehrashkar.com | www.aptos.ir

مهر اشکار
MEHR ASHKAR

Dermapenworld

مهرآشکار
MEHR ASHKAR

# Dermapen 4™

## اولین و برترین میکرونیدلینگ جهان

- درمان اسکار و استرج مارک
- رفع چین و چروک و خطوط ریز صورت
- درمان آکنه و منافذ باز پوست
- درمان آفتاب‌سوختگی و لکه‌های پوستی
- درمان ریزش مو




+۹۸۲۱-۴۵۵۰۳ | mehrashkar | www.mehrashkar.com

# face-up

مهرآشکار
MEHR ASHKAR

- میکرودرم پیشرفته با قابلیت جوانسازی
- دارای هدهای مختلف
- درمان پوست مرغی بازو و باسن
- رفع تیرگی‌های زانو، قوزک پا و آرنج
- لایه‌بردار حرفه‌ای با درجه سختی‌های متفاوت




GP
General Project

# SHAGA

## PROFESSIONAL AESTHETIC SOLUTIONS

اگزوزومهای گیاهی ، نسل جدید جوانسازی پوست




www.shagazome.com

PHONE
09009885091

WEBSITE
www.shagazome.com

BALE
@shagazome

TELEGRAM
@shagazome

INSTAGRAM
@shagazome

# SHAGA

## SKIN BRIGHTENING COCKTAIL
(3 SESSIONS- EVERY THREE WEEKS)




Reduced Hyperpigmented Skin Spots
Enhanced Skin Tone Uniformity
Improved Brightness and Radiance

## ANTI-AGING COCKTAIL
(3 SESSIONS- EVERY THREE WEEKS)




Minimized Appearance of Enlarged Pores
Improved Skin Uniformity

## BRIGHTENING SKIN BRIGHTENING COCKTAIL
(3 SESSIONS- EVERY THREE WEEKS)




Reduced Spots and Hyperpigmentation
Improved Skin Tone and Radiance
Refined and Smoother Skin Texture

## ANTI-AGING COCKTAIL
(3 SESSIONS- EVERY THREE WEEKS)




Visible Wrinkle Reduction through Collagen Stimulation
Skin Rejuvenation & Lifting Effect

www.shagazome.com

BALE
@shagazome

TELEGRAM
@shagazome

INSTAGRAM
@shagazome

PHONE
09009885091

WEBSITE
www.shagazome.com

## HAIR BOOSTER COCKTAIL
(3 SESSIONS EVERY MONTH)




Improved Hair Thickness
Reduced Visible Scalp
Increased Hair Fullness



بنام خدا

## اساتید ارجمند، پیشکسوتان گران‌قدر و همکاران فرهیخته جامعه درماتولوژی کشور

با سلام و ادای احترام

دانش پزشکی، همواره در پرتو جست‌وجوی مستمر، تبادل اندیشه و هم‌افزایی تجربه‌ها مسیر تعالی خود را پیموده است. در این میان، گردهمایی‌های علمی فرصتی ارزشمند برای بازاندیشی در دستاوردهای گذشته، شناخت افق‌های نو و هموار ساختن راه پیشرفت در عرصه تشخیص و درمان به شمار می‌روند برگزاری یازدهمین کنگره تازه‌های درماتولوژی اصفهان، بهانه‌ای مغتنم برای تجدید دیدار با اساتید و همکاران ارجمند و فرصتی برای هم‌اندیشی پیرامون تازه‌ترین تحولات علمی و بالینی در رشته درماتولوژی است؛ رشته‌ای که پویایی و پیشرفت آن، بیش از هر چیز، در گرو دانش روزآمد، نگاه نقادانه و بهره‌گیری از تجارب ارزشمند جامعه علمی است.

امید است این کنگره، فراتر از فرصتی برای ارائه و دریافت یافته‌های علمی، زمینه‌ای برای شکل‌گیری اندیشه‌های تازه، تعمیق تعاملات حرفه‌ای و گسترش همکاری‌های علمی میان همکاران فراهم آورد؛ چراکه حاصل چنین هم‌نشینی‌هایی، تنها در انتقال دانش خلاصه نمی‌شود، بلکه در پیوند تجربه‌ها، بالندگی اندیشه‌ها و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران نیز تجلی می‌یابد.

بر خود لازم می‌دانم از تلاش و همراهی صمیمانه اساتید، سخنرانان، اعضای کمیته‌های علمی و اجرایی و تمامی عزیزانی که با همت و تعهد خود در برگزاری این رویداد سهیم بوده‌اند، صمیمانه قدردانی کنم. بی‌تردید، حضور ارزشمند شما همکاران فرهیخته، مایه غنای علمی و اعتبار این گردهمایی خواهد بود امیدوارم روزهای برگزاری این کنگره، سرشار از گفت‌وگوهای علمی ثمربخش، دیدارهای ارزشمند و دستاوردهایی ماندگار باشد و حاصل آن، گامی دیگر در مسیر اعتلای دانش درماتولوژی و ارتقای سلامت جامعه قرار گیرد با آرزوی تندرستی، توفیق و سربلندی برای یکایک شما گرامیان.

**دکتر علی اصیلیان**

رئیس یازدهمین کنگره تازه‌های درماتولوژی اصفهان



بنام خدا

## اساتید و همکاران ارجمند، دستیاران گرامی

افتخاری است که میزبان قدوم شما عزیزان در « یازدهمین کنگره تازه های درماتولوژی و لیزر و جراحی پوست» در آبان ماه ۱۴۰۵، در شهر زیبا و تاریخی اصفهان هستیم. در این گردهمایی و محفل علمی که تقریبا دوسالانه برگزار می گردد، امیدواریم به یاری خدا از روزهای به یادماندنی با لحظاتی شیرین برای تجدید دیدارها به همراه تبادل اطلاعات و برگزاری پانل های علمی و کارگاه های عملی باشد.جا دارد از همکاران و اساتید محترم خود در شهر اصفهان و بخصوص اساتید بزرگواری که علیرغم گرفتاری های زیاد و دوری مسافت و... از استان های دیگر قبول زحمت نموده و گرمی بخش این محفل علمی شده اند، صمیمانه تشکر نمایم.امیدوارم حاصل تلاش چند ماهه تمام دوستان و همکاران در گروه پوست، مرکز تحقیقات بیماری های پوستی و سالک اصفهان، انجمن متخصصان پوست اصفهان و کشور و نیز دستیاران عزیزمان که یاریگر ما بوده اند و در قالب کمیته های علمی و اجرایی کمال همکاری را داشته اند، مورد قبول تمام شما عزیزان قرار گیرد. در این کنگره که شرائط و اوضاع جوّی و خطرات دیگری که کشور عزیزمان ایران را تهدید می کرد، همکاری و همدلی تمام اعضای انجمن متخصصین پوست کشوری و نیز آقای دکتر امامی زاده، سرکار خانم باقری و سرکار خانم کرمی و دیگر همکارانشان بسیار کارساز و امید بخش بود. ...و صد البته بخصوص در این شرایط خاص اقتصادی، اگر حضور تمام شرکت های تجهیزات پزشکی، داروئی، آرایشی بهداشتی که حامیان برگزاری چنین نشست هایی هستند را نداشتیم، بدون شک امکان برگزاری کنگره میسر نمی گردید! پیشاپیش بر خودم لازم می دانم که از بروز ناهماهنگی ها و کمبودهای احتمالی عذرخواهی نموده و امیدوار باشم که همکاران عزیز، نواقص احتمالی را به لطف و بزرگواری خود بر ما ببخشایند.

...تا چه قبول افتد و چه در نظر آید

**دکتر ذبیح الله شاهمرادی**

دبیر علمی کنگره



بنام خدا

با عرض سلام و احترام خدمت شما دوستان و سروران گرامی

با لطف و عنایت حق تعالی ، یازدهمین کنگره درماتولوژی اصفهان، با همت و تلاش جمعی از همکاران و در سایه عنایت اساتید محترم، پیشکسوتان و نخبگان رشته درماتولوژی کشور در سال جاری برگزار می گردد.

به عنوان دبیر اجرایی کنگره خوشحالم که بار دیگر فرصتی فراهم گردید تا با برنامه های متنوع و پربار از حضور برجسته‌ترین محققین و اساتید رشته درماتولوژی کشور بهره مند شده و جدیدترین دست آوردها و مطالب علمی و تخصصی را در حوزه های مختلف مرتبط با این رشته همراه با کارگاههای آموزشی و نمایشگاه تخصصی تجهیزات و ملزومات پزشکی ، آرایشی و بهداشتی با همکاران عزیزمان به اشتراک بگذاریم.

ضمن سپاس از زحمات کلیه عزیزان، دست‌اندرکاران و هیئت مدیره محترم انجمن متخصصین پوست کشور امید است توفیق یافته تا قدم موثری در ارتقاء دانش فرهیختگان این رشته و کسب رضایت آنها برداشته باشیم

**دکتر اکبر قلمکاری**

دبیر اجرایی کنگره



**دکتر علی ضامن مومنی** در سال ۱۳۲۸ در بروجن متولد شدند
تحصیلات پزشکی ایشان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده و در سال ۱۳۵۵ دکترای پزشکی گرفتند و در سال ۱۳۶۰ متخصص پوست از دانشگاه شیراز شدند

- از سال ۱۳۶۱ به مدت ۱۶ سال به عنوان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مشغول انجام وظیفه بودند
- ایشان از بنیانگذاران بخش پوست دانشگاه اصفهان می‌باشند و استاد راهنمای بیش از ۴۰ پایان نامه بوده‌اند..
- ۱۶ کار تحقیقاتی انجام داده اندکه مسئول سه کار تحقیقاتی who در ایران بودند
- دوره‌های تکمیلی آلرژی و ایمونولوژی و درماتولوژی در کشور اتریش

از ایشان ۹۸ مقاله علمی چاپ شده که ۳۸ مقاله به زبان انگلیسی بوده و در مجله‌های معتبر مثل- LANCET
Eu.j Dermatol – Int.j Dermatol و Arch of dermatology منتشر شده است.
ارجاع به مقالات ایشان تا به حال (Citation) 1879بار بوده است

**جوایز ایشان شامل:**

- جایزه بهترین پژوهشگر دانشگاه سال ۱۳۷۴
- جایزه ویژه مقاله نویسی سال ۱۳۷۵
- جایزه بهترین مقاله علمی سال ۱۳۷۶
- جایزه ویژه کتاب دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۸۶
- پزشک نمونه سال ۱۳۹۸ و ۱۴۰۲
- یشان در حال حاضر عضو دائم انجمن متخصصین پوست آمریکا (life member) و عضو هیئت تحریریه مجله Case report of dermatology هستند



**دکتر اکبر قلمکاری**، متولد اصفهان، از اساتید برجسته و نام‌آشنای این شهر هستند. زحمات بی‌شائبه و خدمات صادقانه ایشان طی قریب به ۴۳ سال فعالیت حرفه‌ای و خدمت‌رسانی در شهر اصفهان، همواره در اذهان مردم و جامعه پزشکی ماندگار خواهد بود.

ضمن آرزوی سلامتی، تندرستی و طول عمر باعزت برای این استاد بی‌بدیل علم و اخلاق و آرزوی تداوم توفیق ایشان در خدمت‌رسانی به بیماران، در ادامه، شرح مختصری از زندگی، سوابق تحصیلی و فعالیت‌های پزشکی ایشان را از زبان خودشان می‌خوانیم:

سوابق تحصیلی و شغلی جناب آقای دکتر علی‌اکبر قلمکاری

**سوابق تحصیلی:**

- دکترای پزشکی عمومی از دانشگاه رم، ایتالیا؛
- اخذ دانشنامه تخصصی پوست، مو و زیبایی از دانشگاه رم، ایتالیا؛
- گذراندن دوره‌های تخصصی لیزرتراپی در چندین کشور اروپایی؛
- بنیان‌گذاری نخستین مرکز لیزرتراپی در شهر اصفهان.

**سوابق اجرایی و حرفه‌ای:**

- ۱۲ سال سابقه ریاست انجمن متخصصین پوست استان اصفهان؛
- عضویت در انجمن متخصصین پوست ایران؛
- دبیر اجرایی کنفرانس‌های درماتولوژی برگزارشده در دانشگاه اصفهان؛
- ارائه چندین مقاله در زمینه جراحی پوست در ایران.

**افتخارات:**

- انتخاب به‌عنوان پزشک برگزیده در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۶ از سوی سازمان نظام پزشکی استان اصفهان؛
- انتخاب به‌عنوان پزشک برگزیده در سال ۱۳۹۰ از سوی انجمن متخصصین پوست ایران.

**سایر فعالیت‌ها:**

- شرکت در کنفرانس‌ها و همایش‌های معتبر داخلی و خارجی.

# اعضای کمیته علمی

به ترتیب حروف الفبا

| | | |
|---|---|---|
| دکتر بهاره سادات ابطحی نائینی | دکتر مریم السادات ساداتی | دکتر مهدی قیصری |
| دکتر شهلا انشائیه | دکتر فرشته سالاروند | دکتر سمیرا کرباسیون |
| دکتر علی اصیلیان | دکتر مهرناز سقراطی | دکتر علیرضا کریمی |
| دکتر ایفا اعتصامی | دکتر الیاس سلیمی | دکتر اسدالله کیانی |
| دکتر رضوان امیری | دکتر سارا سمیعی | دکتر حمید گودرزی |
| دکتر فریبا ایرجی | دکتر ذبیح الله شاهمرادی | دکتر وحیده السادات لاجوردی |
| دکتر آرش ایوبی | دکتر نریمان شهبا | دکتر علیرضا محبی‌پور |
| دکتر کامران بلیغی | دکتر مهدی شیری | دکتر فاطمه محقق |
| دکتر نادر پازیار | دکتر مینا صابر | دکتر معصومه محمدی |
| دکتر نازیلا پوستیان | دکتر نسرین صاکی | دکتر فاطمه مختاری |
| دکتر کامران جزایری | دکتر علی عباسی | دکتر افشین مرتضوی |
| دکتر محمد جمشیدی | دکتر محمد عبدالاحد | دکتر نیکو مظفری |
| دکتر فریده جوکار | دکتر فهیمه عبداللهی مجد | دکتر فاطمه معین‌الدین |
| دکتر حمید جویا | دکتر ارغوان عزیزپور | دکتر مریم ملکی |
| دکتر زهرا حاج حیدری | دکتر فرحناز فاطمی | دکتر علی مومنی |
| دکتر علی خامسی‌پور | دکتر طناز فخیم | دکتر زهرا نادری |
| دکترمریم خلیلی | دکتر آیدا فرمانی | دکتر نیلوفر نجارنوبری |
| دکتر سحر دادخواه | دکتر گیتا فقیهی | دکتر مریم نسیمی |
| دکتر فرزانه دانش | دکتر شعله فلاحت‌پیشه | دکتر زهرا نیک‌یار |
| دکتر آزاده ذوالفغاری | دکتر علیرضا فیروز | دکتر محمدعلی نیلفروش‌زاده |
| دکتر قاسم رحمت‌پور رکنی | دکتر محمدرضا قاسمی | دکتر حمیدرضا هدایتی |
| دکتر مهدی رزم آرا | دکتر نرگس قانعی | دکتر اناهیتا والی |
| دکتر اسماعیل رفیعی | دکتر اکبر قلمکاری | |
| دکتر سونا زارع | دکتر مهدی قهارترس | |

| دکتر علی اصیلیان | دکتر ذبیح الله شاهمرادی | دکتر اکبر قلمکاری |
|---|---|---|
| رئیس کنگره | دبیر علمی کنگره | دبیر اجرایی کنگره |



## اعضای کمیته اجرایی

دکتر اکبر قلمکاری، دکتر سید جواد امامی زاده، سعیده جمالی
مرضیه کرمی، مهشید باقری، امید وطنی، شهرام دهقان، سمیه توکلی
الینا جعفری، محمدرضا سمیع‌اله، مریم آشوری شوری، عارفه وطنی
دکتر آرین کاظمی، مژده صباغی، دکتر آسیه حیدری، دکتر آزاده ذوالفقاری
دکتر هانیه شریفیان، مهسا باقری، امیر خیراندیش (طراح و گرافیست)

## برگزارکنندگان و همکاران:

- انجمن متخصصین پوست ایران
- گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- کلینیک تخصصی پوست شهرک سلامت
- انجمن متخصصین پوست اصفهان
- مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک
- کلینیک تخصصی لیزر اسپادانا

## دبیرخانه علمی:

- اصفهان، خیابان محتشم کاشانی، جنب کلینیک چشم پزشکی دیدآوران کلینیک تخصصی اسپادانا تلفن: ۳۶۲۷۷۲۷۶ -۰۳۱
- بیمارستان آموزشی، درمانی الزهرا اصفهان، گروه پوست دانشکده پزشکی


دبیرخانه اجرایی: مرکز همایش‌های مهناد
- نشانی: سعادت‌آباد، انتهای بلوار پاک‌نژاد شمال، نبش ورودی بزرگراه یادگار امام، ساختمان زند، پلاک ۳۷ واحد ۲۰۳
۰۲۱-۸۸۲۴۹۷۷۵ / هماهنگی نمایشگاه: ۰۹۱۲۳۳۳۱۰۴۷
Mahnadco.ir

# حامیان و اسپانسرها

# مقالات برتر



**مریم حکمت**
دانشگاه علوم پزشکی شیراز
Cutaneous Focal Mucinosis Successfully Treated WithSuperpulsed Carbon Dioxide Laser



**زهرا رفیعی وردنجانی**
دانشگاه علوم پزشکی مشهد
Stewart-Treves syndrome: A fatal complication of rheumatoid arthritis-associatedmassive lymphedem



**آذین محمد صالحی**
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
Cutaneous Focal Mucinosis Successfully Treated WithSuperpulsed Carbon Dioxide Laser



**علیرضا شلویری**
دانشگاه علوم پزشکی تهران
Spontaneous Remission of Cutaneous Rosai-Dorfman Disease in a 15Year-Old Female:
A Case Report



**علی شامخ**
دانشگاه علوم پزشکی ایران
Comparison of human monkeypox, chickenpox and smallpox: a comprehensive review of pathology and dermatological manifestations



**بهار صادقی**

دانشگاه علوم پزشکی تهران

Janus Kinase Inhibitors for the Treatment of PrurigoNodularis: A Systematic Review of 211 Patients



**پوریا عبدوس**

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Cryopreservation of Stem Cells in Tissue Engineering andRegenerative Medicine



**زهرا کاشفی**

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

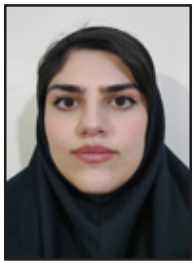
A Rare Case Report of Dermal Mucinosis Following Adalimumab Therapy forPsoriasis



**مهدی الحسینی**

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Intralesional -۵Fluorouracil in Nodular Basal CellCarcinoma: An Exploratory Prospective Pilot Study With-1Year



**زهرا میراحمدی**

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Clinical Improvement of Acquired Perforating Dermatosis Following Treatment With Oral Tofacitinib: A Case Report



**محمد شوشتری**

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Comparative Efficacy of Suction Blister and Micro Punch Grafting inTreating Stable Vitiligo: A Clinical Trial



# یازدهمین کنگره سراسری
# تازه های درماتولوژی، لیزر و جراحی پوست

## روز اول چهارشنبه ۱۳ آبان ۱۴۰۵

هتل عباسی

# روز اول



## چهارشنبه

۱۳ آبان ۱۴۰۵

| | | |
|---|---|---|
| ۸:۰۰–۸:۳۰ | **تلاوت قرآن، کلیپ کنگره سخنرانی افتتاحیه کنگره** | |
| ۸:۳۰–۱۰:۰۰ | **هیئت رئیسه: دکتر شهلا انشائیه، دکتر علی مومنی، دکتر علی خامسی پور، دکتر آناهیتا والی، دکتر نادر پازیار** | |
| ۸:۳۰–۸:۴۵ | Rare findings in cutaneous leishmaniasis | **دکتر علی مومنی:** متخصص پوست |
| ۸:۴۵–۹:۰۰ | Leishmaniasis:what's new in treatment & vaccination? | **دکتر علی خامسی پور:** متخصص پوست |
| ۹:۰۰–۹:۱۵ | Carboxy therapy in skin & hair disease | **دکتر آناهیتا والی:** متخصص پوست |
| ۹:۱۵–۹:۳۰ | Plexer role in rejuvinatio n and aesthetic medicine | **دکتر سمیرا کرباسیون:** متخصص پوست |
| ۹:۳۰–۹:۴۵ | Vitiligo: what's new treatments? | **دکتر نادر پازیار:** دانشیار دانشگاه |
| ۹:۴۵–۱۰:۰۰ | Radiofreqency | **دکتر نرگس قانعی:** استادیار دانشگاه |
| ۱۰:۰۰–۱۱:۰۰ | **پانل درماتولوژی اطفال**<br>**دکتر فریبا ایرجی، دکتر مریم خلیلی، دکتر زهرا نیک یار، دکتر بهاره سادات ابطحی** | |
| ۱۰:۰۰–۱۰:۱۵ | New treatments in: alopecia areata & atopic dermatitis | **دکتر فریبا ایرجی:** استاد دانشگاه |
| ۱۰:۱۵–۱۰:۳۰ | Red flags in pediatric dermatology | **دکتر مریم خلیلی:** دانشیار دانشگاه |
| ۱۰:۳۰–۱۰:۴۵ | Pediatric melanonychia: when to worry? | **دکتر بهاره سادات ابطحی نائینی:** استادیار دانشگاه |
| ۱۰:۴۵–۱۱:۰۰ | Update in infantile hemangioma | **دکتر زهرا نیک یار:** استادیار دانشگاه |
| ۱۱:۰۰–۱۱:۱۵ | **استراحت و پذیرایی** | |

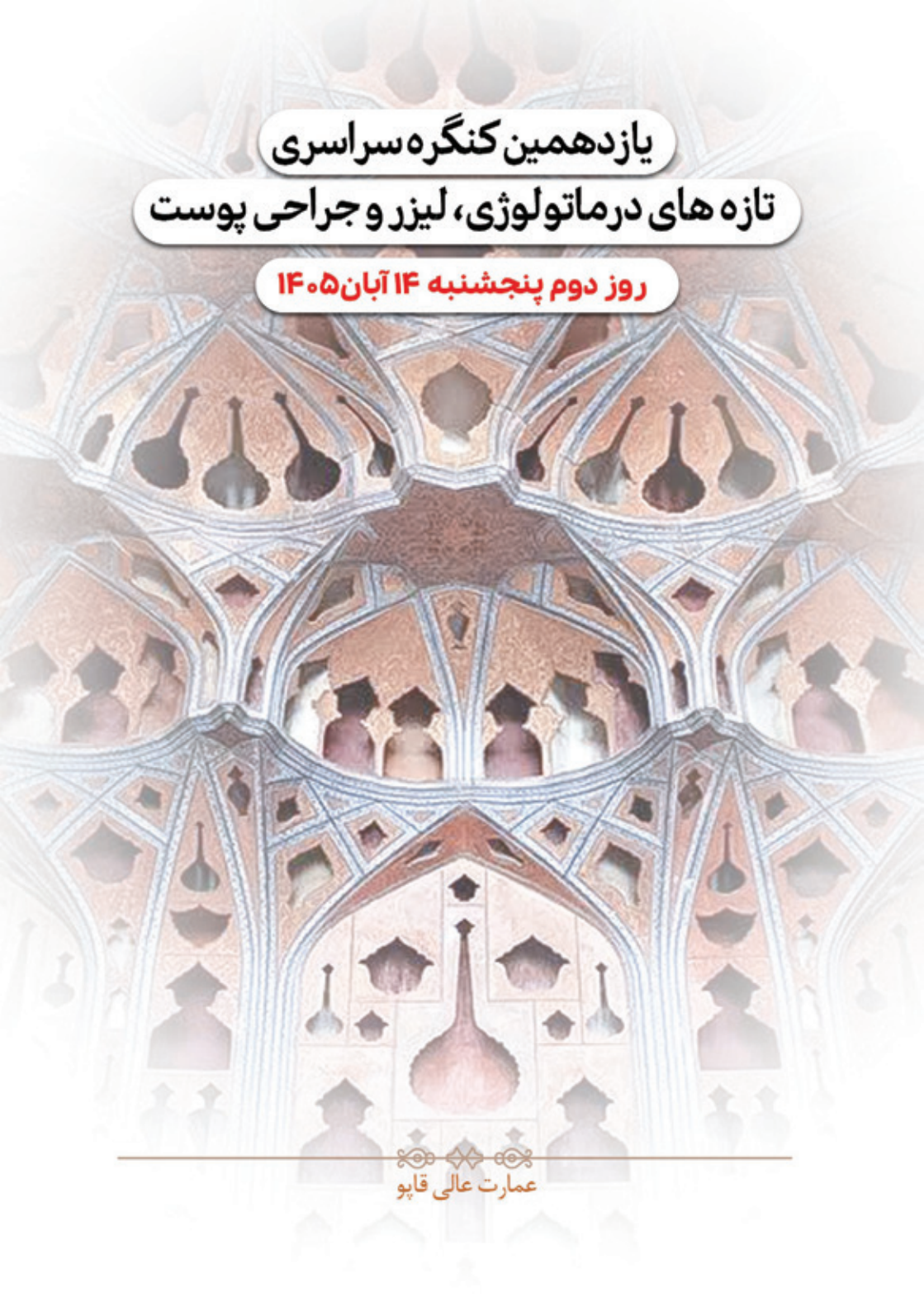
## روز اول چهارشنبه ۱۳ آبان ۱۴۰۵

| | | |
|---|---|---|
| ۱۱:۱۵–۱۲:۱۵ | **پانل اسکار:**<br>**دکتر گیتا فقیهی، دکتر نازیلا پوستیان، دکتر حمیدرضا هدایتی، دکتر زهرا نادری** | |
| ۱۱:۱۵–۱۱:۳۰ | Contemporary approaches to the management of acne scars | **دکتر نازیلا پوستیان:** استادیار دانشگاه |
| ۱۱:۳۰–۱۱:۴۵ | Advances in laser-based treatment of acne scars | **دکتر گیتا فقیهی:** استاد دانشگاه |
| ۱۱:۴۵–۱۲:۰۰ | Chemosurgery in acne & other cutaneous lesions | **دکتر حمیدرضا هدایتی:** متخصص پوست |
| ۱۲:۰۰–۱۲:۱۵ | Nanofat grafting in scar management | **دکتر زهرا نادری:** متخصص پوست |
| ۱۲:۱۵–۱۳:۰۰ | **پانل: بدخیمی های پوست MF**<br>**دکتر فرحناز فاطمی، فاطمه محقق، دکتر مینا صابر، دکتر ایفا اعتصامی، دکتر سارا سمیعی** | |
| ۱۲:۱۵–۱۲:۳۰ | Mycosis Fungoides: From misdiagnosis to treatment challenges. Lesson from clinical cases | **دکتر فاطمه محقق:** دانشیار دانشگاه |
| ۱۲:۳۰–۱۲:۴۵ | Recent updates in cutaneous T - cell lymphoma | **دکتر ایفا اعتصامی:** دانشیار دانشگاه |
| ۱۲:۴۵–۱۳:۰۰ | The pivotal role of radiation treatment in skin tumors management. From Lymphoma to BCC | **دکتر سارا سمیعی:** رادیو انکولوژیست |
| ۱۳:۰۰–۱۳:۳۰ | **ارائه مقالات منتخب دستیاری، سالن زرین** | |
| ۱۳:۳۰–۱۴:۰۰ | **نمـــازوناهـــار** | |
| ۱۴:۰۰–۱۵:۰۰ | **نحوه عملکرد دستگاه پلکسر در جوان سازی** | **دکتر سمیرا کرباسیون:** متخصص پوست |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **کـــارگـــاه** | | | |
| ۱۵:۰۰–۱۶:۳۰ | **بلفارو پلاستی** | دکترعلی اصیلیان | **شهرک سلامت** |
| ۱۵:۰۰–۱۶:۰۰ | **پلکسر در جوانسازی صورت** | دکترسمیرا کرباسیون | **تالارزرین هتل عباسی** |

# یازدهمین کنگره سراسری
# تازه های درماتولوژی، لیزر و جراحی پوست

**روز دوم پنجشنبه ۱۴ آبان ۱۴۰۵**



عمارت عالی قاپو

## روز دوم

## پنجشـــــنبه
## ۱۴ آبـــان ۱۴۰۵

| | | |
|---|---|---|
| ۷:۴۵–۸:۰۰ | **تلاوت قرآن و پخش کلیپ** | |
| **هیئت رئیسه: دکتر اکبر قلمکاری ، دکتر مهدی قیصری، ، دکتر اسدالله کیانی** | | |
| ۸:۰۰–۸:۱۵ | Low-dose naltrxone in dermatology | **دکتر اسدالله کیانی**: متخصص پوست |
| ۸:۱۵–۸:۳۰ | Novel oral therapies for psoriasis. Current evidence & future perspectives. | **دکتر مهدی قیصری**: استاد دانشگاه |
| ۸:۳۰–۱۰:۳۰ | **پانل جوانسازی پوست:** **دکتر فرحناز فاطمی، دکتر فریده جوکار، دکتر رضوان امیری، دکتر مریم سادات ساداتی، دکتر آیدا فرمانی** | |
| ۸:۳۰–۸:۴۵ | Injection lipolysis | **دکتر مریم سادات ساداتی**: دانشیار دانشگاه |
| ۸:۴۵–۹:۰۰ | Biostimulators: Plla, CaHA | **دکتر فریده جوکار**: استاد دانشگاه |
| ۹:۰۰–۹:۱۵ | Liqualift method in facial rejuvenation | **دکتر فرحناز فاطمی**:استاد دانشگاه |
| ۹:۱۵–۹:۳۰ | Endolift: The art of non- invasive lifting | **دکتر رضوان امیری**: دانشیار دانشگاه |
| ۹:۳۰–۹:۴۵ | Periorbital rejuvenation | **دکتر طناز فخیم**: متخصص پوست |
| ۹:۴۵–۱۰:۰۰ | Hand rejuvenation | **دکتر آیدا فرمانی** : استادیار دانشگاه |
| ۱۰:۰۰–۱۰:۱۵ | **استراحت و پذیرایی** | |



## روز دوم، پنجشنبه ۱۴ آبان ۱۴۰۵

| | | |
|---|---|---|
| ۱۰:۱۵–۱۱:۱۵ | **پانل: اعمال جراحی در بیماریهای خودایمن**<br>Cosmetic procedure in autoimmune disease<br>**دکتر مریم نسیمی- دکتر کامران بلیغی – دکتر کامران جزایری- دکتر وحیده السادات لاجوردی**<br>**دکتر ارغوان عزیزپور** | |
| ۱۰:۱۵–۱۰:۲۵ | From Patient Selection to Complication Management: Aesthetic Surgery in Inflammatory and Autoimmune Skin Diseases | **دکتر مریم نسیمی**: استاد دانشگاه |
| ۱۰:۲۵–۱۰:۳۵ | Injectable Aesthetic Procedures in Autoimmune Disease: Patient Selection and Risk Assessment | **دکتروحیده سادات لاجوردی**: استاد دانشگاه |
| ۱۰:۳۵–۱۰:۴۵ | Lasers in Autoimmune and Inflammatory Diseases: From Aesthetics to Safety | **دکتر ارغوان عزیز پور**: دانشیار |
| ۱۰:۴۵–۱۱:۰۰ | Fat injection in sclerodema and morphea | **دکتر کامران جزایری** |
| ۱۱:۰۰–۱۱:۱۵ | Botulinum toxin injection for cosmetic purposes in Autoimmune and inflammatory diseases | **دکتر کامران بلیغی** استاد دانشگاه |
| ۱۱:۱۵–۱۲:۱۵ | **پانل درمان کانسرهای پوست:**<br>**دکتر علی اصیلیان، دکتر نیکو مظفری، دکتر محمد جمشیدی، دکتر الیاس سلیمی** | |
| ۱۱:۱۵–۱۱:۳۰ | Facial subunit reconstruction, principles & general consideration | **دکتر محمد جمشیدی**: استادیار دانشگاه |
| ۱۱:۳۰–۱۱:۴۵ | Island pedicle flap | **دکتر علی اصیلیان**: استاد دانشگاه |
| ۱۱:۴۵–۱۲:۰۰ | Treatment of various types of scars with the mini – graft method | **دکتر الیاس سلیمی**: استادیار دانشگاه |
| ۱۲:۰۰–۱۲:۱۵ | Bleomycin and -5FU for skin malignancies: precision and promise. | **دکتر نیکو مظفری**: استاد دانشگاه |

## روز دوم، پنجشنبه ۱۴ آبان ۱۴۰۵

### پانل مو: درمانهای آلوپسی اندروژنتیک با تمرکز بر مینوکسیدیل و بیکالوتامید

دکتر علی عباسی – دکتر علیرضا محبی پور – دکتر علیرضا کریمی - دکتر نریمان شهبا – دکتر مهرناز سقراطی – دکتر شعله فلاحت پیشه

| | | |
|---|---|---|
| ۱۲:۱۵–۱۳:۱۵ | Therapeutic Advances in Androgenetic Alopecia : a Focus on Minixidil and Bicalutamide | دکتر علی عباسی |
| | | دکتر شعله فلاحت پیشه |
| | | دکتر علیرضا کریمی |
| | | دکتر مهرناز سقراطی |
| | | دکتر علیرضا محبی پور |
| | | دکتر نریمان شهبا |
| ۱۳:۱۵–۱۴:۳۰ | نمـــاز و نـــاهـــار | |
| ۱۴:۰۰–۱۵:۰۰ | CO2 Laser in acne scars | دکتر حمید گودرزی: متخصص پوست |
| ۱۵:۰۰–۱۶:۰۰ | Sub brow blepharoplasty | دکتر مهدی شیری: متخصص پوست |

### کـــارگـــاه

| | | | |
|---|---|---|---|
| ۱۵:۰۰–۱۷:۰۰ | کاشت ابرو | دکتر علی عباسی | شهرک سلامت |
| ۱۴:۰۰–۱۵:۰۰ | رفع تلانژکتازی و عروق واریسی با لیزر | دکتر اسماعیل رفیعی | تالار زرین، هتل عباسی (شرکت لوتوس لیزر) |
| ۱۵:۰۰–۱۶:۰۰ | درمان نوین سرطانهای پوستی الکتروکموتراپی | دکتر محمد عبدالاحد | تالار آیینه، هتل عباسی (شرکت پیشرو فناوران درمان پارس) |
| ۱۵:۰۰–۱۶:۰۰ | پرسش و پاسخ CO2 Fractional | دکتر حمید گودرزی | تالار زرین، هتل عباسی (شرکت دره صنعت) |
| ۱۶:۰۰–۱۷:۳۰ | درمان بیماری های پوست و مواز طریق سلول های بنیادی اتولوگ | دکتر ابوالفضل جویا<br>دکتر زهرا نادری | تالار آیینه، هتل عباسی (شرکت آترین طب) |
| ۱۶:۰۰–۱۷:۳۰ | اندولیفت در جوانسازی | دکتر حمید گودرزی | تالار زرین، هتل عباسی (شرکت شپکو) |

# یازدهمین کنگره سراسری
# تازه های درماتولوژی، لیزر و جراحی پوست

**روز سوم جمعـــه ۱۵ آبان ۱۴۰۵**



کاخ چهل ستون

## روز سوم



## جمعه

۱۵ آبان ۱۴۰۵

| | | |
|---|---|---|
| ۸:۰۰–۸:۱۵ | **تلاوت قرآن و پخش کلیپ** | |
| ۸:۱۵–۱۰:۰۰ | **پانل تازه‌های درمانی در ماتولوژی:**<br>**دکتر محمدعلی نیلفروش زاده، دکتر قاسم رحمت پور رکنی، دکتر علیرضا فیروز، دکتر فهیمه عبداللهی مجد، دکتر مهدی قهار ترس، دکتر سحر دادخواه، دکتر زهرا حاج حیدری** | |
| ۸:۳۰–۸:۴۵ | New treatments in Hidradenitis Suppurativa | **دکتر مهدی قهار ترس:** دانشیار دانشگاه |
| ۸:۴۵–۹:۰۰ | Adverse cutaneous & hair effects of sport- supplement: a clinical review | **دکتر فاطمه معین الدین:** متخصص پوست |
| ۹:۰۰–۹:۱۵ | GLP1- agonists in dermatology | **دکتر فهیمه عبداللهی مجد:** استاد دانشگاه |
| ۹:۱۵–۹:۳۰ | Scarring Alopecia: new targets, new hopes | **دکتر سحر دادخواه:** دانشیار دانشگاه |
| ۹:۳۰–۹:۴۵ | CO2 laser in recalcitrant fungal infections. | **دکتر زهرا حاج حیدری:** استاد دانشگاه |
| ۹:۴۵–۱۰:۰۰ | Exosomes in dermatology: From theory to clinical evidence | **دکتر علیرضا فیروز:** استاد دانشگاه |

## روز سوم، جمعه ۱۵ آبان ۱۴۰۵

| | | |
|---|---|---|
| ۱۰:۰۰–۱۱:۰۰ | **پانل ناخن:**<br>**دکتر ذبیح الله شاهمرادی، دکتر نسرین صاکی. دکتر محمدرضا قاسمی. دکتر مینا صابر** | |
| ۱۰:۰۰–۱۰:۱۵ | New therapies for inflammatory nail disease | **دکتر نسرین صاکی:** استاد دانشگاه |
| ۱۰:۱۵–۱۰:۳۰ | Onychoscopy: key to diagnosis | **دکتر مینا صابر:** دانشیار دانشگاه |
| ۱۰:۳۰–۱۰:۴۵ | Nail biopsy: Design matters | **دکتر ذبیح الله شاهمرادی:** استاد دانشگاه |
| ۱۰:۴۵–۱۱:۰۰ | Ingrown toenail: current treatment approaches | **دکتر محمدرضا قاسمی:** دانشیار دانشگاه |
| ۱۰:۴۵–۱۱:۰۰ | **استراحت و پذیرایی** | |
| ۱۱:۰۰–۱۲:۰۰ | **پانل جراحی:**<br>**دکتر مهدی رزم آرا، دکتر مهدی شیری، دکتر افشین مرتضوی، دکتر اسماعیل رفیعی** | |
| ۱۱:۰۰–۱۱:۱۵ | Subbrow lift: indications & techniques | **دکتر مهدی رزم آرا:** دانشیار |
| ۱۱:۱۵–۱۱:۳۰ | The art of dermabrasion in scar management | **دکتر مهدی شیری:** متخصص پوست |
| ۱۱:۳۰–۱۱:۴۵ | Fat transfer: pearls & pitfalls | **دکتر افشین مرتضوی:** متخصص پوست |
| ۱۱:۴۵–۱۲:۰۰ | Blepharoplasty : pearls & pitfalls | **دکتر اسماعیل رفیعی:** متخصص پوست |

## روز سوم، جمعه ۱۵ آبان ۱۴۰۵

| | | |
|---|---|---|
| ۱۲:۰۰–۱۳:۱۵ | **پانل تازه‌های درماتولوژی بازساختی:**<br>**دکتر فاطمه مختاری، دکتر نیلوفر نجار نوبری، دکتر آزاده ذوالفقاری، دکتر سونا زارع** | |
| ۱۲:۰۰–۱۲:۱۵ | Preparation & standardization of blood - drived products in dermatology | **دکتر آزاده ذوالفقاری:**<br>دکترای تخصصی میکروبیولوژی |
| ۱۲:۱۵–۱۲:۳۰ | Applications of autologus cell- derived products in dermatological practice | **دکتر سونا زارع:** دکترای تخصصی سلولی و مولکولی |
| ۱۲:۳۰–۱۲:۴۵ | PRF in regenerative dermatology: current evidence and clinical applications | **دکتر فاطمه مختاری:** دانشیار دانشگاه |
| ۱۲:۴۵–۱۳:۰۰ | Beyond anti- aging: Can regenerativemedicine restore youthful tissue function? | **دکتر نیلوفر نجار نوبری:** متخصص پوست |
| ۱۳:۰۰–۱۳:۱۵ | Healthy aging of the skin : The role of role of fat transfer | **دکتر مریم ملکی:** متخصص پوست |
| ۱۳:۱۵–۱۳:۳۰ | **مراسم اختتامیه** | |
| ۱۳:۳۰–۱۴:۳۰ | **نماز و ناهار** | |

## کارگاه

| | | | |
|---|---|---|---|
| ۱۰:۰۰–۱۱:۳۰ | **PLLA** | دکتر ابوالفضل جویا<br>دکتر آرش ایوبی | **تالار آیینه، هتل عباسی**<br>(شرکت تابش گستر) |
| ۱۱:۳۰–۱۳:۳۰ | **ApyxoneRenuvion** | دکتر طناز فخیم<br>دکتر معصومه محمدی<br>دکتر فرشته سالاروند | **تالار زرین، هتل عباسی**<br>(شرکت آفا) |

## برنامه کـــــارگـــــاه های کنگره

### چهارشـــنبه ۱۳ آبـــان ۱۴۰۵

| ساعت | عنوان ورکشاپ | مدرس | محل برگزاری | اسپانسر |
|---|---|---|---|---|
| ۱۵:۰۰–۱۶:۳۰ | بلفاروپلاستی | دکتر علی اصیلیان | شهرک سلامت | |
| ۱۵:۰۰–۱۶:۰۰ | پلکسر در جوانسازی صورت | دکتر سمیرا کرباسیون | تالار زرین هتل عباسی | |

### پنجشـــــنبه ۱۴ آبـــان ۱۴۰۵

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ۱۵:۰۰–۱۷:۰۰ | کاشت ابرو | دکتر علی عباسی | شهرک سلامت | |
| ۱۴:۰۰–۱۵:۰۰ | رفع تلانژکتازی و عروق واریسی با لیزر | دکتر اسماعیل رفیعی | تالار زرین، هتل عباسی | شرکت لوتوس لیزر |
| ۱۵:۰۰–۱۶:۰۰ | درمان نوین سرطانهای پوستی الکترو کموتراپی | دکتر محمدعبدالاحد | تالار آیینه، هتل عباسی | شرکت پیشرو فناوران درمان پارس |
| ۱۵:۰۰–۱۶:۰۰ | پرسش و پاسخ CO2 Fractional | دکتر حمید گودرزی | تالار زرین، هتل عباسی | شرکت دره صنعت |
| ۱۶:۰۰–۱۷:۳۰ | درمان بیماری های پوست و مواز طریق سلول های بنیادی اتولوگ | دکتر ابوالفضل جویا<br>دکتر زهرا نادری | تالار آیینه، هتل عباسی | شرکت آترین طب |
| ۱۶:۰۰–۱۷:۳۰ | اندولیفت در جوانسازی | دکتر حمید گودرزی | تالار زرین، هتل عباسی | شرکت شپکو |

### جمعـــــه ۱۵ آبـــان ۱۴۰۵

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ۱۰:۰۰–۱۱:۳۰ | PLLA | دکتر ابوالفضل جویا<br>دکتر آرش ایوبی | تالار آیینه، هتل عباسی | شرکت تابش گستر |
| ۱۱:۳۰–۱۳:۳۰ | Apyx one Renuvion | دکتر طناز فخیم<br>دکتر معصومه محمدی<br>دکتر فرشته سالاروند | تالار زرین، هتل عباسی | شرکت آفـــا |


Ablative tx
آبلاتیو فرکشنال لیزر تهاجمی
RF pen
آندوراف-سایسرژن
آرایش برخورد آکنه
Non ablative tx
نان آبلاتیو فرکشنال ریدال
V1
هندپیس نانوکلادیکاسیون
تخصصی جاهوازی نوپرراکسی و وایتنینگ
DAOL MED
RF FRACTIONAL
CELLINA
کامل‌ترین پلتفرم آر-اف در دنیا
KFDA
IMED
CE


HYPERSONIC
Yess!
Lubri Gel
ژل سونوگرافی
هایپرسونیک
ژل لوبریکانت
یـــس


بازرگانی ام.بی
پرتو پزشکی ایرانیان
۰۲۱-۴۴۰۶۴۲۰۳
۰۹۲۰۹۰۰۱۸۱۷
MBMED.CO
◆ دارای ۲ کارتریج
با عمق ۲ و ۴.۵ میلیمتر
◆ تاثیر عالی
با ماندگاری بالا
◆ ساخت کشور
کـــره جـــنوبی

# Element TL

## لیزر لانگ پالس المنت

تنها لیزر

ND yag | KTP | Alexandrite

لانگ پالس




حاصل ۴۰ سال تحقیق و توسعه

مرگ سلولی با ایجاد رزونانس

## دستگاه لاغری

# MR991

ساخت کمپانی منتیس ایتالیا




## Bluecore IRIS Q-Switched

Nd;Yag laser (fractional)

قدرتمندترین لیزر کیوسوییچ فرکشنال دنیا

15 Hertz High Speed

سرعت بالا تا ۱۵ هرتز

ایمنی بالا به واسطه دقت عملکردی و فیلتراسیون تخصصی دستگاه

FDA KFDA CE

IRIS Q-SWITCHED



پرتو پزشکی ایرانیان

بازرگانی MB

MBMED.CO

۰۲۱-۴۴۰۶۴۲۰۳

۰۹۲۰۹۰۰۱۸۱۷




# SCAR
# GEL

**30 ml**
1.0 fl.oz

**FA** ژل **ترمیم کننده (اسکار) روژل** **ام دی ژل**

ژل اسکار روژل **ام دی ژل** ترمیم کننده و بازسازی کننده بافتهای آسیب دیده پوست از قبیل جای زخم، سوختگی، بریدگی و بخیه می باشد، علاوه بر آن مانع از تشکیل بافت اسکار جدید شده و بهبود رنگ و بافت پوست را تسریع می کند.

**مواد موثره:** عصاره پیاز(Allium-Cepa)، CM-Glucan، آلانتوئین،کالاندولا، آلوئه ورا

**طریقه مصرف:** ۲-۳ بار در روز به آرامی روی جای زخم ماساژ دهید تا کاملا جذب شود.

**هشدار:** مصرف این ژل برروی جراحات و زخم های باز توصیه نمی شود.

**AR**

- إزالة الندوب (الندوب الناتجة عن الحروق، الجروح، الغرز والعمليات الجراحية)
- مضاد للالتهابات
- يمنع تكوّن الجدرة (Keloids) في موقع الجرح

**المواد الفعّالة:** مستخلص البصل (Allium Cepa)، CM-Glucan، ألانطوين، القطيفة (Calendula)، الألوفيرا.

**طريقة الاستعمال:** ضع الجل مرتين إلى ثلاث مرات يومياً على الندبة، ودلّك بلطف حتى يتم امتصاصه.




- Helps to remove scars
  [scars caused by burns. cuts.stitches & surgery]
- Anti-Inflammatory
- Preventing the formation of keloids at the wound site.

**Active Ingredients:**
**Allium-Cepa,CM-Glucan,Allantonin,Calendula,Aloe Vera,Heparin Sodium**

www.**rogelcosmetics**.com

طوبی نگین
Tuba Negin

# SINCE 1998

## Laser Manufacturer in Korea



FDA Approved




# FINEXEL

## Co2 Fractional Laser

021-91 00 54 55

ariyan med
medical engineering group

## A Unique Treatment for Pigmented Lesions, Vascular Lesions, and Skin Rejuvenation






# Finebeam Dual

Q-Switched & Long-Pulsed
Nd:YAG Laser

endolift

# راز جوانی با ظرافت ایتالیایی




Instagram: ENDOLIFT.IRAN.OFFICIAL

www.ENDOLIFT.ir

EUFOTON
medical lasers

SHEPCo BME

شپکو نماینده انحصاری اندولیفت محصول یوفوتون ایتالیا

سونوگرافی پرتابل هندهلد
برای متخصصان پوست و زیبایی

# LeSONO

FDA
CE 0598
TAIWAN EXCELLENCE
SGS

سالن دو غرفه A۱۳

ارزیابی پوست و بافت نرم
Elastography
Vascular Mapping
ارزیابی فیلر و عوارض تزریق
ارزیابی چربی زیرپوستی
تزریق تحت گاید سونوگرافی







www.SHEPCO-BME.com
Instagram: SHEPCO-BME
۰۲۱-۸۸۵۵۹۱۷۵

SHEPCo BME
SINCE 2003

MobinTeb
A Medical Tech company

**مبین طب پیشرو؛**
پیشگام در توسعه فناوری‌های نوین پزشکی، با تمرکز بر دقت درمان، اثربخشی و کاهش عوارض جانبی.

# NitroPen

PRECISION CRYOSURGERY DEVICE

## دقیق، اثربخش، کم عارضه




**درمان هدفمند ضایعات پوستی**
Targeted Treatment of Skin Lesions

**نفوذ موثر سرما به عمق بافت هدف**
Effective Cryogenic Penetration into Target Tissue

**حداقل عوارض جانبی**
Minimal Side Effects

MOBINTEB
INNOVATION | PRECISION | CARE

# FARAMY

A DROP FOR TREATMENT

## محصولات برند فارامای

**در شرکت پخش بامداد کیمیا نفیس**

بامداد کیمیا نفیس




kimiya_nafis | www.kimiyanafis.com

پارس مدیکیو
PARS MEDEQ



ONCOPORE®

# الکتروکموتراپی برای تومورهای پوستی

## فناوری ایرانی در مسیر درمان

آشنایی با سامانه و پروب‌های پوستی
در غرفهٔ پارس مدیکو



کنگره سراسری تازه‌های درماتولوژی،
لیزر و جراحی پوست اصفهان

**سالن نمایشگاه ۲** | **غرفه A33**




# گـــــرناهـــــیر

پریمیوم

## the Melody of Growth

کاهش چشمگیر ریزش مو

افزایش رشد و استحکام مو و ناخن

Gernahair

چهارراه آپادانا، ابتدای آپادانا دوم

« پس از خلق زیبایی
نوبت تجربه‌ی طعم‌های اصیل است »



Telephone:
**03136410116**

# CINERÉ

SCIENCE OF NATURE

New Genetation Of Skincare
Advanced Products




www.cinere.ir / @cinerecosmetics

PERIL'AX cure

DERMATOLOGICAL LABORATORY

# YOUR HAIR REBORN.

## YOUR CONFIDENCE RENEWED.

**محصولات مراقبتی مو**

**حاوی مینوکسیدیل**

کمک کننده به پرپشتی ریش و سبیل در آقایان
تقویت کننده و افزایش دهنده تراکم موهای سر
و کمک به درمان ریزش‌های سکه‌ای




## پریلاکس کیور

**تولد دوباره موهای شما**

**مورد تایید انجمن متخصصین پوست و مو**

تولید شده در **شرکت مفید دارو سلامت**

انجمن متخصصین پوست ایران

Iranian Society of Dermatology

# کنگره سالیانه بیست و چهارمین

# 24th ANNUAL CONGRESS IRANIAN SOCIETY OF DERMATOLOGY

فراخوان مقاله

ثبت نام کنگره

۲ لغایت ۴ دی‌ماه ۱۴۰۵
تهران، هتل اسپیناس پالاس

23 to 25 Desember 2026
Tehran, Espinas Palace

**بزرگترین نمایشگاه تخصصی**
**در حوزه درماتولوژی**
**همراه با کارگاه‌های تخصصی**


دبیرخانه علمی:
خیابان گاندی شمالی، خیابان برادران شریفی
پلاک ۱۴ واحد ۴-۱ ، انجمن متخصصین پوست ایران
تلفن: ۸۸۲۰۲۹۱۵ ۸۸۷۸۳۷۶۰-۶۱
www.irsod.net




www.mahnadco.ir

# مرکز همایش‌های مهناد

## برگزار کننده تخصصی رویدادهای علمی و کنفرانس‌های داخلی و بین‌المللی

**دبیرخانه یازدهمین کنگره سراسری تازه‌های درماتولوژی، لیزر و جراحی پوست اصفهان**

۰۲۱-۸۸۲۴۹۷۷۵

۰۹۱۲۷۱۴۹۳۵۶

دبیرخانه اجرایی و هماهنگی نمایشگاه : مرکز همایش های مهناد

تهران ، شهرک قدس، بلوار پاکنژاد، نبش ورودی یادگار شمال، ساختمان زند، واحد ۲۰۳

تهران، بزرگراه جلال آل احمد، روبروی شهرآرا، خیابان چهارم، شماره ۹، واحد ۶

# خلاصه سخنرانی‌ها
# و مـقـــــالات

**Title**

Mycosis Fungoides: Diagnostic Pitfalls and Therapeutic Challenges Through Clinical Cases

**Authors**

Fatemeh Mohaghegh , Dermatologist and Dermatopathologist , Associated professor of Esfahan medical school

**Affiliation**

Department of Dermatology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Background:**

Mycosis fungoides (MF) may mimic benign inflammatory dermatoses, resulting in diagnostic delays and inappropriate treatment. Atypical clinical presentations and overlapping histopathological features, particularly in folliculotropic and hypopigmented variants, pose significant diagnostic challenges.

**Objective:**

To highlight diagnostic pitfalls and therapeutic challenges in MF through selected cases from our clinical practice and identify key lessons to prevent misdiagnosis and inappropriate treatment.

**Case Presentations:**

We present challenging cases of MF initially misdiagnosed as lichenoid dermatitis, parapsoriasis, and other inflammatory dermatoses. Several patients experienced significant disease progression following cyclosporine therapy. Histopathological pitfalls included lichenoid reaction patterns, follicular mucinosis, and subtle or absent epidermotropism. Additional cases illustrate the diverse presentations of folliculotropic MF, mimicking acne, comedones, keratosis pilaris, and nonscarring or patchy alopecia, as well as hypopigmented MF mimicking vitiligo. Coexisting psoriasis or lichen planus may further obscure the diagnosis of subsequently developing MF.

**Conclusion:**

MF should be considered in persistent, atypical, or treatment-refractory dermatoses. Lichenoid histology or absent epidermotropism does not exclude MF, and follicular mucinosis may provide an important diagnostic clue. Careful clinicopathological correlation, repeated biopsies when necessary, and avoidance of premature systemic immunosuppressive therapy are essential to minimize diagnostic errors and treatment-related disease progression.

**Sub brow Lift: Indications and Techniques**

Mahdi Razmara, MD

Assistant Professor of Dermatology

Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

**Abstract**

**Background:** Sub brow lift is a surgical technique for upper eyelid rejuvenation, particularly in patients with lateral hooding and localized skin redundancy beneath the eyebrow.

**Indications:** The main indications include lateral upper eyelid hooding, localized dermatochalasis, and redundant sub brow skin, particularly in patients with a relatively stable brow position. Careful preoperative assessment is essential to distinguish excess eyelid skin from true brow ptosis and to determine whether an isolated sub brow lift or an alternative or combined procedure is appropriate.

**Techniques:** The procedure involves carefully planned, conservative excision of redundant sub brow skin. Selective pre septal fat reduction may be considered in patients with clinically significant upper eyelid fullness. In selected cases, additional support and contour refinement may be achieved by fixation of the orbicularis oculi muscle to the supraorbital periosteum or the inferior fibers of the frontalis muscle. The surgical approach should be tailored to individual anatomy, brow position, and desired outcomes. Precise incision placement, meticulous tissue handling, and appropriate wound closure are essential to minimize visible scarring and preserve a natural eyelid contour.

**Conclusion:** Sub brow lift offers an individualized approach to upper eyelid rejuvenation, particularly for lateral hooding associated with localized skin redundancy. Careful patient selection, conservative tissue excision, selective fat reduction, and appropriate muscle fixation may help optimize eyelid contour while maintaining a natural appearance.

**Keywords:** Sub brow lift; lateral hooding; Dermatochalasis; Pre septal fat reduction; Orbicularis fixation.

**Keywords:** Platelet-rich plasma; Platelet-rich fibrin; Regenerative dermatology; Androgenetic alopecia; Skin rejuvenation; Wound healing.

**References**

1. Dashore S, Chouhan K, Nanda S, Sharma A. Preparation of platelet-rich plasma: National IADVL PRP Taskforce recommendations. Indian Dermatol Online J. 2021;12(Suppl 1):S12-S23. doi:10.4103/idoj.IDOJ_269_21.

2. Anitua E, Tierno R, Alkhraisat MH. Platelet-rich plasma in the management of alopecia: a systematic review and meta-analysis of clinical evidence. Dermatol Ther (Heidelb). 2025;15(11):3213-3252. doi:10.1007/s13555-025-01542-8.

3. Zhang X, Zhang X, Wang L, et al. Best evidence summary for platelet-rich plasma treatment of chronic wounds. Regen Ther. 2026;31:101053. doi:10.1016/j.reth.2025.101053.

4. Qin N, Kochheiser M, Akosman I, et al. Systematic review of platelet-rich plasma and platelet-rich fibrin in facial rejuvenation. Ann Plast Surg. 2025;94(4S Suppl 2):S376-S389. doi:10.1097/SAP.0000000000004267.

5. Cruciani M, Masiello F, Pati I, Pupella S, De Angelis V. Platelet rich plasma use for treatment of acne scars: an overview of systematic reviews. Blood Transfus. 2024;22(3):226-238. doi:10.2450/BloodTransfus.536.

6. Feng X, Jiang S, Zou X, Deng Y, Xie J. Efficacy and safety of combined platelet-rich plasma with fractional laser for adult patients with vitiligo: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Cosmet Dermatol. 2025;24(5):e70245. doi:10.1111/jocd.70245.

7. Ma C, Wang Q, Zhang L. The efficacy and safety of platelet-rich plasma in the treatment of melasma: a systematic review and meta-analysis. Aesthetic Plast Surg. 2026;50(13):5445-5457. doi:10.1007/s00266-026-05946-5.

8. Mohale SA, Thakare PV, Gaurkar SS, Bharadia G, Acharya S. Effectiveness of injectable platelet-rich fibrin therapy in alopecia and facial rejuvenation: a systematic review. Cureus. 2024;16(6):e62198. doi:10.7759/cureus.62198.

**Platelet-Rich Plasma in Dermatology: Preparation, Clinical Applications, and Emerging Evidence**

Dr. Azadeh Zolfaghari

PhD of Microbiology

Skin Diseases and Leishmaniasis Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Platelet-rich plasma (PRP) has emerged as a promising regenerative approach in dermatology, offering potential therapeutic benefits through the release of platelet-derived growth factors and bioactive mediators involved in tissue repair, angiogenesis, collagen synthesis, and cellular regeneration. Despite its growing clinical application, considerable variability in preparation techniques, platelet concentrations, leukocyte content, activation methods, and administration protocols continues to challenge treatment standardization and reproducibility (1).

This presentation provides an updated overview of the biological mechanisms, preparation principles, and clinical applications of PRP, highlighting recent evidence from 2024 to 2026. Particular attention is given to its use in androgenetic alopecia, skin rejuvenation, chronic wound healing, acne scars, vitiligo, and melasma. Current evidence suggests favorable outcomes in androgenetic alopecia, particularly regarding hair density (2), and supports the potential role of PRP as an adjunctive treatment in selected chronic wounds (3). In aesthetic dermatology, PRP may improve certain aspects of skin quality (4) and enhance the outcomes of procedures such as microneedling and fractional laser therapy, especially for acne scars, although the certainty of evidence remains low (5). Promising results have also been reported for vitiligo when PRP is combined with fractional laser treatment (6), whereas recent evidence has not established a significant advantage over control treatments for melasma (7).

Emerging regenerative approaches, including platelet-rich fibrin (PRF), platelet-derived extracellular vesicles, and advanced delivery systems, are also discussed as potential future directions. Although preliminary findings for injectable PRF are encouraging, larger controlled studies are needed to establish its clinical efficacy and optimal preparation protocols (8).

Ultimately, while PRP represents a valuable and evolving tool in regenerative dermatology, its clinical effectiveness cannot be assumed solely from platelet enrichment. The final results directly depend on the quality of the preparation, technical details and delivery approaches.

**Low Dose Naltrexone in Dermatology**

Dr. Kiani, Dermatologist

Abstract

**Background**

Low-dose naltrexone (LDN), typically compounded at 1–5 mg/day, is a long-acting opioid receptor antagonist that paradoxically exerts immunomodulatory and anti-inflammatory effects through transient receptor blockade, upregulation of endogenous opioids (including opioid growth factor), and antagonism of toll-like receptor 4. Over the past decade, its off-label use has expanded into dermatology, particularly for inflammatory and autoimmune skin conditions and scarring alopecias.

**Objective**

To synthesize the current evidence on the efficacy, tolerability, and safety of LDN in skin and hair diseases.

**Methods**

Evidence was drawn from systematic reviews and clinical reviews published between 2018 and 2026. Key sources include a systematic review of 20 studies (205 patients) evaluating LDN for pruritus in dermatologic disease, a systematic review of 6 studies (129 patients) focused on lichen planopilaris (LPP) and frontal fibrosing alopecia (FFA), and a comprehensive clinical review of LDN across dermatologic conditions.

**Results**

LDN has shown the most consistent benefit in Hailey-Hailey disease (HHD), with one systematic review reporting complete pruritus resolution in 45.5% and partial improvement in 38.6% of patients. In LPP, LDN (2.5–4.5 mg/day) produced reductions in disease activity, pruritus, pain, and scalp erythema over a mean of 23–40 weeks; 65% of patients on 2.5–4.5 mg and all patients on 3 mg reported improvement in one synthesis. In FFA, 75% of patients (24/32) reported improvement after a mean of 8 weeks, particularly decreased perifollicular erythema and pruritus. LDN has also been described as beneficial in Darier disease, psoriasis, dermatomyositis, lichen planus, and hidradenitis suppurativa, though evidence for these indications is more variable. Adverse effects are generally mild and transient (e.g., vivid dreams, insomnia), and LDN is considered a low-cost, well-tolerated option, especially for recalcitrant cases.

**Conclusions**

LDN represents a promising off-label therapy for several inflammatory and autoimmune skin and hair diseases, with the strongest evidence in HHD, LPP, and FFA. However, most available data come from small, uncontrolled studies; larger prospective trials are needed to establish optimal dosing, durability of response, and long-term safety.

**The Role of Dermoscopy in the Diagnosis of Nail Disorders**

Dermoscopy, also known as onychoscopy when applied to the nails, is a valuable, non-invasive tool for the diagnosis and differentiation of nail disorders, particularly inflammatory nail diseases such as psoriasis and lichen planus. It enables detailed visualization of the nail plate, nail bed, and periungual changes, revealing characteristic features such as pitting, oil-drop or salmon patches, splinter hemorrhages, longitudinal ridging, and dorsal pterygium. Recognition of these patterns can facilitate differential diagnosis and improve clinical assessment.

Furthermore, dermoscopy can help distinguish inflammatory nail disorders from onychomycosis, guide the selection of appropriate sites for nail biopsy, and potentially reduce unnecessary invasive procedures. However, dermoscopic findings should be interpreted in conjunction with clinical examination and, when indicated, mycological testing and histopathological evaluation. These aspects will be explored in greater detail during the congress presentation.

**Dorsal Hand Rejuvenation: Treatments and Clinical Challenges**

Youthful-looking hands are defined by uniform skin pigmentation, minimal visibility of veins and tendons, and harmonious proportions of the dorsal hand.

Rejuvenation of the dorsal hands requires a multimodal, anatomically guided approach that addresses age-related changes through multiple tissue layers, including superficial dyspigmentation, solar lentigines, rhytides, dermal thinning, and progressive loss of subcutaneous fat.

Hand aging rejuvenation should be individualized to the predominant clinical findings and the patient's goals. Pigmentary changes can be managed with photoprotection, topical agents, chemical peels, and energy-based devices. Rhytides and textural abnormalities may benefit from resurfacing or collagen-stimulating treatments. Poly-L-lactic acid (PLLA) may promote gradual collagen formation and improve skin quality.

Injectable fillers or autologous fat transfer can address volume loss. The injection technique depends on product characteristics, the severity of volume loss, and the patient's anatomy.

Restoring adequate volume while maintaining natural contours, avoiding overcorrection, and minimizing complications is challenging. Objective assessment using validated scales, such as the Merz Hand Grading Scale and the Allergan Hand Volume Deficit Scale, can support treatment planning.

Overall, nonsurgical hand rejuvenation procedures generally have favorable safety profiles, with most reported adverse events being mild and transient.

Careful patient selection, thorough anatomical knowledge, appropriate technique, and post-treatment monitoring are therefore essential to optimize outcomes and minimize risks.

**Aida Farmani, MD, Assistant Professor of Dermatology, Isfahan University of Medical Sciences**

esmaiel rafiee <esmail.rafiee@gmail.com>

Sun, Oct 25, 11:05 PM (13 hours ago)

to me

**Title: Pearls and Pitfalls of Blepharoplasty: Practical Strategies to Optimize Outcomes and Prevent Complications**

Successful blepharoplasty begins with a thorough preoperative assessment and precise surgical planning. This presentation will highlight the importance of accurate skin marking, appropriate patient selection, and careful evaluation of eyelid anatomy to achieve optimal functional and aesthetic outcomes. Particular attention will be given to the conservative and appropriate removal of excess skin, fat, and orbicularis oculi muscle while preserving essential anatomical structures. Special emphasis will be placed on identifying and protecting the lacrimal gland to prevent inadvertent excision. In addition, the importance of recognizing and preserving orbital blood vessels and achieving meticulous hemostasis will be discussed to minimize the risk of retrobulbar hemorrhage, a rare but potentially vision-threatening complication. Common surgical pitfalls, including excessive tissue removal, eyelid asymmetry, hollowing, lagophthalmos, and lower eyelid retraction, will also be addressed. The aim is to provide practical surgical pearls that improve patient safety, minimize complications, and enhance both functional and aesthetic outcomes.

**Treatment of various types of scars with the mini-graft method with fixation in place:**

**Dr. Elyas Salimi,**

**Assistant Professor, Kermanshah University of Medical Sciences**

Deep atrophic scars including ice-pick and boxcar scars resulting from acne, trauma, or viral infections represent one of the most challenging issues in aesthetic dermatology and plastic surgery; because they involve full-thickness defects within the dermis, they do not respond well to non-invasive or device-based treatments (such as fractional lasers and microneedling).

In this context, the punch minigrafting technique an invasive yet definitive surgical approach plays a key role in anatomical reconstruction and the filling of skin defects by replacing fibrotic tissue with healthy autologous tissue. Despite its proven efficacy, the aesthetic outcomes of this technique are frequently overshadowed by technical complications, necessitating a revaluation of the methodology used for graft fixation.

In conventional methods, the graft is placed at the site and secured solely through the use of tissue adhesives, adhesive strips, or a pressure dressing (without sutures). This lack of active fixation exposes the graft to shearing forces and micro-movements resulting from the activity of the underlying muscles.

Securing a minigraft with sutures by neutralizing tension vectors and providing mechanical stability supports theories centered on improving dermo-epidermal alignment. Suturing prevents secondary wound contraction at the margins and maximizes the graft's survival rate by facilitating early vascular connection (inosculation). However, many surgeons avoid this technique due to the time required, the high level of surgical skill demanded, and the concern regarding potential suture marks.

**New treatments in atopic dematitis and alopecia areata**

F.Iraji

Isfahan university of medical sciencies

This evaluates the efficacy and safety of novel and emerging topical and systemic therapies for atopic dermatitis across pediatric and adult populations with an emphasis on recent advancements and future directions. Several new agents have received Food and Drug Administration approval, expanding therapeutic options for patients. Nonsteroidal topical treatments, such as roflumilast and tapinarof creams, are approved for adults and for children down to 6 and 2 years, respectively. Topical Janus kinase (JAK) inhibitors, including ruxolitinib, leverage inhibition of the JAK1 pathway with low concern for toxicity. The use of biologics targeting the interleukin (IL)-4/IL-13 pathway has expanded; dupilumab is approved for patients aged 6 months and older, and tralokinumab and lebrikizumab are approved for those aged 12 years and older. Most recently, nemolizumab, targeting the IL-31 receptor, which mediates nonhistaminergic itch, has been approved for patients 12 years and older. Although baricitinib is approved in Europe and Japan, upadacitinib and abrocitinib remain the only oral JAK inhibitors approved for patients 12 years .Promising investigational therapies, particularly through topically altering the microbiome (bacteriotherapy) and systemic agents targeting the OX40/OX40L pathway and multispecific antibodies, are in development. These innovations represent a shift toward personalized atopic dermatitis management.

Alopecia areata (AA) is an autoimmune condition characterized by non-scarring hair loss on the scalp, face, and body, affecting approximately 2% of the global population. Current treatments, including topical corticosteroids, topical immunotherapies, and systemic immunosuppressants, often demonstrate inconsistent efficacy and raise concerns about long-term safety, emphasizing the need for safer and more effective therapies. Janus kinase (JAK) inhibitors have emerged as a promising treatment option, offering a targeted approach by addressing the immune-mediated

**Unusual clinical picture of old world cutaneous leishmaniasis**

Ali Z. Momeni MD

Arman Dermatology Center, Isfahan Iran

Cutaneous leishmaniasis (CL) is endemic in Iran. The disease first appears as an erythematous papule that eventually forms an ulcer. The indolent ulcer usually heals within six to eight months, leaving a depressed scar. The disease has a widely variable clinical presentation, that is dependent on various factors, including the immune response of the host, the Leishmania species, and inoculation size of the organisms or unknown causes. During my 20 years' experience, we have seen many unusual clinical presentation of CL and in this lecture we will present some of them. The disease may appear as a flat plaque that mimics psoriasis or mycosis fungoidis, or as subcutaneous nodule that resemble abscesses. It may also manifest as cyst, lupoid type which resembles lupus vulgaris, or as hyperkeratotic like cutaneous horns, and also as multiple satellite papules around the main lesion which occasionally these papules may have a linear distribution and resemble herpes zoster. We have also noticed eczematous lesions in which case the patient usually complains of pruritus. Warty lesions like verruca have also been documented. The lesions may appear as diffuse erythematous patches over the central face and nose that resemble SLE or erysipelas (this clinical picture is mostly seen in middle aged women). Other clinical pictures include multiple subcutaneous nodules, 1-2 cm in diameter resembling sporotrichosis which are arranged in linear fashion extending from the ulcerated lesion and many other unusual presentations.

Conclusions: cutaneous leishmaniasis skin lesions may mimic many skin lesions and it must be considered in differential diagnosis of many skin lesions in endemic areas.

Dr. Zabihollah Shahmoradi

Dermatologist, Professor, Isfahan University of Medical Sciences

Biopsy methods from the nail and its surroundings:

A biopsy of the nail and surrounding tissue involves 4 sites.

Lateral nail fold

Proximal nail fold

Nail matrix

Nail bed

1) Biopsy of the lateral nail folds: which can be done from

Shave, Elliptical, Punch

Based on the type of lesion, use.

2) Biopsy from the proximal nail fold: Three methods can be used here:

Punch, Shave, Crescent-shape excision

1) Punch method: Punches larger than 3mm should not be used! Also, pay enough attention to maintaining the distal margin.

2) Shave method: which is very useful for this area and hemostasis can be achieved with aluminum chloride solution.

3) Crescent incision method: When a larger sample is needed, for example in collagen diseases, a crescent incision with a maximum width of 2-3 mm can be used. This incision should be 3-4 mm away from the lanula.

3) Nail bed biopsy:

Indications for performing this biopsy include: onycholysis, subungual hyperkeratosis, or tumors.

If onycholysis is not present, a total or partial avulsion will be required.

There are 4 methods for taking a nail bed sample:

1) Incisional biopsy

Which is either punch or excisional.

2) Double punch

3) Elliptical

4) Trap door

In the punch method: We go down the punch to 4mm to the level of the periosteum of the bone. Up to this size (maximum 3-4mm), healing is usually achieved without sutures and with secondary repair and without destruction.

In the double punch method: First, we pierce the nail plate with a 6 mm punch and then we take a sample from the nail bed with a 4 mm punch.

Then, we put the nail piece back on the removed part and bandage it.

If we use the elliptical method, and sometimes for punch biopsy, we need at least a partial removal of the nail plate.

We suture the defect created in the nail bed with 0-6 absorbable suture.

In the Double Punch method: There is no need to remove the nail plate.

With a larger punch (such as number 5 or 6), we pierce the nail plate and remove the nail piece with a scalpel.

Then, with a number 3 punch, we remove the sample from the nail bed.
We reattach the detached nail piece and bandage it.
In the Elliptical method: It is performed when a larger sample is desired (for example, in tumors). Here we have to remove the nail plate and then take the sample with a spindle cut.
We repair the defect with 6-0 absorbable sutures and, if necessary, undermine the area around it.
Biopsy of Nail matrix:
There are 4 methods for biopsy of the matrix.
1) punch
2) Elliptical (longitudinal)
3) Crescent
4) Tangential
Which is especially important in longitudinal melanonychia:
If the pigment in the nail plate is from the distal matrix, which causes the ventral formation of the nail plate, the likelihood of developing nail dystrophy is very low.
But if the pigment originates from the proximal matrix (dorsal surface of the nail: upper one-third of the nail plate), we are most likely to have nail plate dystrophy.
Based on the shape and width of the melanocytic band, in any case, it should first be
Nail lift
Separate the nail plate from the PNF and make two cuts at a 45-degree angle on the lateral side of the nail. Then cut 1/3 of the nail plate and file it in the following way:
Sardine tin
We push it aside, so that the entire matrix and the majority of the proximal nail bed are visible.
1) Punch biopsy: If the pigment band is less than 3 mm wide and originates from the distal matrix, punch biopsy is best.
We use a punch to go down vertically to the periosteum of the bone, remove the sample, replace the nail plate, and suture it.
2) Longitudinal section:
In cases where the lesion is longitudinal, we remove it with a spindle incision and sew it with 5 or 6 zero Vicryl thread. We turn the nail plate over and suture it, and we also suture the lateral sides of the nails.
3) Crescent cutting method: Crescent
If the lesion is horizontal, the incision must be crescent-shaped and we sew the lower edge closer together. If the pigmented lesion is benign, this procedure is fine; otherwise, further surgery will be required.
4) Tangential method
When the lesion is more than 6 mm wide, a horizontal saw-like slice is helpful. The thickness of this slice should not exceed half a millimeter.
This method provides the pathologist with a good and sufficient sample of the entire pigmented area, but of course it requires great delicacy to perform.

samira karbasioun

Title: The Role of Plexr Plasma Technology in Skin Rejuvenation and Aesthetic Dermatology: A Narrative Review

Background and Objective: Plasma exeresis using Plexr is a minimally invasive aesthetic technique that utilizes localized plasma energy to induce superficial tissue sublimation and skin contraction. This review aims to summarize its applications in skin rejuvenation and aesthetic dermatology.

Review: Clinical studies suggest potential benefits in periorbital rejuvenation, mild eyelid laxity, and wrinkle reduction. Despite its advantages as a nonsurgical approach, treatment outcomes depend on patient selection and operator expertise. Adverse effects may include erythema, edema, crusting, post-inflammatory hyperpigmentation, and scarring.

Conclusion: Plexr plasma technology is a promising option for selected aesthetic indications. However, further controlled studies are needed to establish its long-term efficacy, safety, and comparative benefits.

Keywords: Plexr, plasma exeresis, skin rejuvenation, aesthetic dermatology.

Dr.m.jamshidi

Facial subunit reconstruction,principles and general consideration

ABSTRACT

Facial reconstruction is a complex surgical process that requires a comprehensive understanding of facial anatomy, tissue biomechanics, vascular supply, and aesthetic principles. Its primary objectives are to restore facial function and natural appearance, preserve important anatomical landmarks, and minimize visible scarring and postoperative distortion. Local flaps are particularly valuable in facial reconstruction because they provide well-vascularized tissue with color, texture, and thickness similar to those of the surrounding region. Unlike skin grafts, local flaps maintain an intrinsic blood supply, making them suitable for a wide range of facial defects.

Successful reconstruction begins with systematic assessment of the defect, including its size, depth, location, tissue composition, and relationship to facial aesthetic units and free margins. The surgeon must identify all missing tissue layers, including the internal lining, structural support, and external covering when relevant. The principle of "replace like with like" guides tissue selection and helps restore both function and contour. Preservation of vulnerable free margins, such as the eyelids, nasal ala, lips, and helical rim, is a major priority because even minor displacement may cause functional impairment or visible asymmetry. Scar placement along aesthetic subunit boundaries and relaxed skin tension lines (RSTLs) can further improve cosmetic outcomes, although preservation of facial landmarks takes precedence.

An understanding of facial vascular anatomy is essential for flap survival. Random-pattern flaps depend on the dermal and subdermal vascular plexuses, whereas axial-pattern flaps are supplied by a specific named artery, as exemplified by the paramedian forehead flap based on the supratrochlear artery. Flaps may also be classified by location, tissue composition, and method of transfer. According to their movement, the principal local flap categories include pivotal, advancement, and hinge flaps. Pivotal flaps encompass rotation, transposition, interpolation, and selected island designs. Advancement flaps move tissue directly toward the defect, while hinge flaps are turned inward to provide internal lining in selected full-thickness defects.

The biomechanical properties of facial skin—including extensibility, lines of maximum extensibility, RSTLs, tissue creep, and the effects of undermining—strongly influence flap design and wound closure. Different techniques distribute tension differently: linear closure and sliding flaps concentrate tension near the primary defect, whereas transposition and interpolation flaps can transfer a greater proportion of tension to a more distant donor site. Careful planning must therefore account for both the primary and secondary defects and avoid traction on nearby anatomical structures.

The choice of reconstruction should be individualized according to defect characteristics, available donor tissue, vascular reliability, and patient-related risk factors such as previous radiation, diabetes, immunocompromise, and tobacco use. Options range from healing by secondary intention and primary closure to skin grafting, local or regional flaps, and free tissue transfer. The optimal technique is not necessarily the most complex; it is the method that reliably restores function and facial contour while minimizing tension, distortion, and conspicuous scarring. A systematic approach integrating defect analysis, anatomical preservation, vascular knowledge, and sound flap design is therefore fundamental to achieving favorable functional and aesthetic outcomes.

Keywords: Facial reconstruction; local flaps; flap classification; flap design; facial aesthetic units; tissue biomechanics; vascular supply.

**ChemosurgeryExosomes in dermatology: from theory to clinical evidence.**

Dr. Alireza Firouz

Professor and Director of the Center for Education and Research on Skin Diseases and Leprosy, Tehran University of Medical Sciences

Exosomes are extracellular nanovesicles that originate from various sources and contain bioactive substances such as DNA, RNA, proteins, growth factors, and other compounds. These vesicles play an important role in communication between cells.

In recent years, exosomes have attracted much attention in the fields of medical and cosmetic dermatology. In this article, the available evidence on the pathogenic mechanisms, safety and efficacy of exosomes, as well as the limitations of their application, will be reviewed and discussed.

Exosomes in dermatology: From theory to clinical evidence

Exosomes are extracellular nanovesicles derived from various sources, containing bio active substances such as DNA, RNA, proteins, growth factors, etc. They have an important role in cell to cell communication. Recently they have gained a lot of interest in

medical and aesthetic dermatology. The current evidence on the pathomechanisms and safety and efficacy of exosomes and their limitations will be reviewed and discussed.

Alireza Firooz, MD

Professor of Dermatology,

Director, Center for Research and Training in Skin Diseases and Leprosy,

Tehran University of Medical Sciences

--

Alireza Firooz, MD

Prof. of Dermatology

Director, Center for Research & Training in Skin Diseases & Leprosy (CRTSDL)

Founder & Ex-Director, Clinical Trial Center (CTC)

Tehran University of Medical Sciences (TUMS)

Tehran, Iran

1 cm × 1 cm

grid over the marked treatment zone.

**Dosage:** Typically

0.1–0.2 mL

per injection site (total volume depends on target surface area and product concentration).

**Treatment Interval:** 2–4 sessions spaced 4–6 weeks apart to allow resolution of inflammation.

4. **Safety Profile & Complications**

**Expected Reactions:** Pronounced acute edema (peaking at 24–48 hours), erythema, localized heat/pain, ecchymosis, and transient subcutaneous induration/nodules (inflammatory reaction).

**Adverse Events & Prevention:**

**Skin Necrosis/Ulceration:** Caused by superficial intradermal injection or intravascular administration.

**Nerve Injury:** Risk to the marginal mandibular nerve during submental treatment (leading to facial asymmetry or asymmetric smile). Prevention: Maintain a safety margin of at least

1.5–2 cm

below the inferior border of the mandible.

**Contour Irregularities:** Caused by uneven dosing grid layout or non-uniform depth execution.

5. **Contraindications**

Pregnancy and lactation

Active infection, inflammation, or compromised skin integrity at the target site

Severe skin laxity or platysmal bands without significant subcutaneous fat burden

Bleeding disorders or active anticoagulant therapy

History of keloids or hypertrophic scarring

دکتر مریم سادات ساداتی

متخصص پوست و مو

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز

Injection lipolysis

**Clinical Overview: Injection Lipolysis (Adipocytolysis)**

**1. Mechanism of Action**

Injection lipolysis induces targeted **adipocytolysis** (direct fat cell necrosis) rather than simple intracellular lipid mobilization:

**Deoxycholate (DCA):** A secondary bile acid that acts as a detergent, disrupting the phospholipid bilayer of adipocyte membranes to cause cell lysis.

**Phosphatidylcholine (PPC):** Often combined with DCA to emulsify released triglycerides, facilitating lymphatic clearance and hepatic metabolism.

**Inflammatory Cascade:** Membrane disruption triggers a controlled macrophage-mediated inflammatory response that clears cellular debris and stimulates fibroblast activity, contributing to mild neocollagenesis and subtle skin tightening.

2. **Indications & Target Zones**

Designed exclusively for localized, diet-resistant subcutaneous fat deposits in patients with a normal or near-normal BMI:

**FDA-Approved:** Submental fat (fullness under the chin).

**Off-Label (Protocol-Dependent):** Bra fat, love handles (flanks), inner thighs, pre-patellar/above-knee fat pads, and small abdominal bulges.

3. **Technique & Protocol**

**Target Layer:** Subcutaneous fat tissue (avoid intradermal and intravascular layers).

**Needle & Depth:** 30G needle, 4–6 mm length (inserted at

90°

to reach middle subcutaneous depth).

**Grid Pattern:** Mark injection points in a

Title:

**Contemporary approaches to the management of acne scars**

Speaker:

Nazila Poostiyan,

Assistant Professor of Dermatology,

Isfahan university of medical sciences

Abstract:

Acne scarring is one of the most significant sequelae of acne, with a considerable impact on patients' appearance and psychological well-being.

Acne scars are broadly classified into two categories: hypertrophic and atrophic scars. Atrophic acne scars are further subdivided into three main morphological types:

ice pick, rolling, and boxcar scars.

The management of atrophic acne scars remains a therapeutic challenge. Treatment strategies should be tailored to the specific scar morphology and its underlying pathophysiology. As most patients present with a combination of scar types, a multimodal, individualized treatment approach is often required to achieve optimal clinical outcomes.

This presentation will focus on targeted, subtype-specific therapeutic approaches for each of the three major types of atrophic acne scars, with an emphasis on their clinical application in dermatologic practice.

Fatemeh Moeinedeen

**Adverse Cutaneous and Hair Effects of Sports Supplements: A Clinical Review**

Fatemeh Moeineddin, MD

Dermatologist, Tehran, Iran

Background:

The increasing use of sports supplements among athletes and recreational bodybuilders has raised concerns regarding their potential dermatologic adverse effects. These products range from protein supplements, creatine, vitamins, and performance-enhancing formulations to substances containing undeclared anabolic or hormonal agents.

Objective:

To review the available clinical evidence regarding the effects of commonly used sports supplements and bodybuilding-related substances on skin and hair, with particular emphasis on acne, androgenetic alopecia, and other cutaneous manifestations.

Methods:

A narrative clinical review of published studies, including clinical trials, observational studies, and relevant reviews, focusing on dermatologic adverse effects and proposed biological mechanisms.

Results:

Whey protein has been implicated in acne development through insulin/IGF-1 and mTORC1 signaling; however, clinical findings remain inconsistent. Although creatine has been suspected of contributing to androgenetic alopecia through changes in dihydrotestosterone levels, recent controlled evidence has not demonstrated a significant adverse effect on hair parameters. Anabolic-androgenic steroids are more clearly associated with acne, seborrhea, androgenetic alopecia, hirsutism, and virilization. Excessive intake of certain micronutrients, including vitamins B6, B12, vitamin A, iodine, and selenium, may produce acneiform eruptions, alopecia, or nail abnormalities. Pre-workout ingredients such as niacin and beta-alanine may also cause transient cutaneous symptoms.

Conclusion:

Dermatologic risks vary substantially across bodybuilding-related products. Distinguishing conventional nutritional supplements from anabolic agents, experimental performance-enhancing substances, and adulterated products is essential. Careful supplement history-taking and evidence-based patient counseling can improve the recognition and management of associated skin and hair disorders.

Keywords: Sports Supplements; Bodybuilding; Acne; Androgenetic Alopecia; Creatine; Whey Protein; Anabolic Steroids; Cutaneous Adverse Effects.

**Applications of Autologous Cell Derived Products in Dermatological Practice**

**Sona Zare**

Skin and Stem Cell Research Center, Tehran University of Medical Sciences

Founder of Pars Fundamental Bio Structure Company

dr.sonazare@gmail.com

Regenerative dermatology increasingly investigates how cellular activity and intercellular communication can be harnessed to support skin repair, improve tissue quality, and restore follicular function. Within this field, autologous cells and their derivatives offer a patient-specific framework, but their clinical interpretation requires clear differentiation from products originating from other human donors. This review examines applications of autologous cell-derived products in dermatological practice through three interconnected categories: ۱) cell-based interventions as the biological foundation, ۲) human cell-derived conditioned medium, and ۳) extracellular vesicles, including exosomes.

Allogeneic approaches are incorporated as explicitly identified comparators and complementary strategies, rather than being classified as autologous treatments. Autologous denotes a shared identity between the cellular donor and the recipient, whereas allogeneic denotes a genetically distinct human donor; therefore, human origin alone does not establish autologous status. The review integrates selected clinical and preclinical evidence, emphasizing product composition, cellular provenance, treatment indication, co-interventions, and the distinction between mechanistic plausibility and demonstrated clinical benefit.

The first category considers cellular approaches, including autologous scalp-derived micrografts, as a starting point for understanding the transition from administering cells to using their secreted products. Mesenchymal stromal cells and fibroblasts are relevant sources within this framework, although findings from different cell populations cannot be assumed to be interchangeable.

The second category addresses conditioned medium, a culture-derived preparation containing soluble growth factors, cytokines, proteins, metabolites, and potentially extracellular vesicles. Its composition depends on the source cells, culture environment, collection procedures, and downstream processing; consequently, conditioned medium is neither a single active substance nor synonymous with purified exosomes. Human conditioned medium remains directly relevant to cell-derived therapies, with its autologous or allogeneic designation determined by the relationship between the source-cell donor and the intended recipient.

The third category focuses on extracellular vesicles as membrane-enclosed carriers of biologically active molecules. In accordance with international methodological recommendations, the term exosome should be reserved for vesicles with demonstrated endosomal origin, rather than assigned solely on particle size or selected surface markers.

These distinctions provide a clinically oriented framework for assessing potential applications in skin rejuvenation, androgenetic alopecia, wound repair, scar modulation, and selected inflammatory dermatoses. Proposed activities include modulation of inflammation, extracellular matrix remodeling, support of epithelial repair, and alteration of the follicular microenvironment. However, such biological effects must be interpreted within the experimental system in which they were observed, without equating molecular changes or improvements in animal models with established therapeutic efficacy in patients.

Available human studies report preliminary improvements in selected measures of skin texture, hydration, elasticity, wrinkle severity, hair density, and hair shaft characteristics after treatment with specific conditioned-medium or vesicle-containing preparations. These observations suggest therapeutic potential but do not establish a uniform effect across products or demonstrate superiority over established interventions.

Across all three categories, major limitations include heterogeneous cellular sources, incomplete product characterization, inconsistent dosing and delivery methods, small study populations, inadequate controls, concurrent procedures, and limited follow-up. These weaknesses restrict conclusions concerning durability, comparative effectiveness, and uncommon or delayed adverse effects. Autologous origin should not be treated as a guarantee of safety, and an acellular preparation should not be assumed to be biologically inert. Evaluation must therefore address sterility, contamination, residual culture components, product stability, reproducibility, and functional potency, alongside the route of administration and the condition of the skin barrier.

Comparisons between autologous and allogeneic strategies should remain product-specific and should not presume that either origin is intrinsically superior. Future research should prioritize well-characterized preparations, standardized outcome measures, appropriately controlled trials, blinded assessment, and sufficiently prolonged safety monitoring. Studies separating whole conditioned medium, vesicle-enriched fractions, and vesicle-depleted fractions are particularly important for identifying active components and distinguishing independent effects from interactions.

Overall, autologous cell-derived products represent a promising but heterogeneous research direction in dermatology. Their responsible translation into practice requires maintaining clear boundaries between living cells and secreted products, between conditioned medium and extracellular vesicles, and between autologous evidence and allogeneic comparators. Clinical adoption should ultimately depend on reproducible, indication-specific evidence rather than biological origin or the exosome label alone.

Keywords: Autologous; allogeneic; cell-derived products; Conditioned Medium; Extracellular Vesicles; Exosomes; Regenerative Dermatology.

**Platelet-Rich Fibrin (PRF) in Regenerative Dermatology: Current Evidence and Clinical Applications**

**Fatemeh Mokhtari, Associate Professor of Dermatology, Department of Dermatology, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran**

**Abstract**

Platelet-rich fibrin (PRF) is an autologous platelet concentrate that has gained increasing attention in regenerative dermatology because of its fibrin-based matrix and sustained release of growth factors and other bioactive mediators. These properties may support cellular activity, extracellular matrix remodeling, and tissue regeneration. This presentation reviews the current evidence and clinical applications of PRF in hair restoration, atrophic acne scars, facial rejuvenation, and selected combination therapies in dermatology.

In androgenetic alopecia, preliminary clinical studies suggest that injectable PRF may improve hair growth and density, although variations in preparation methods and treatment protocols limit comparisons between studies. In atrophic acne scars, early comparative evidence indicates that fluid PRF may improve scar appearance, with some studies reporting better clinical responses than platelet-rich plasma (PRP). Combining platelet concentrates with microneedling may further enhance treatment outcomes. PRF has also shown promise in facial rejuvenation, with reported improvements in skin texture, elasticity, and fine wrinkles. Its potential role in combination with laser and other energy-based procedures warrants further investigation. Emerging applications in pigmentary disorders, including vitiligo, are also of interest, although the available evidence remains limited.

Despite encouraging findings, current studies are constrained by small sample sizes, heterogeneous study designs, variations in preparation protocols, and limited long-term follow-up. Further well-designed controlled trials are needed to standardize preparation methods, optimize treatment protocols, and clarify the efficacy and safety of PRF across different dermatological indications.

PRF represents a promising autologous approach in regenerative dermatology, particularly for hair restoration, acne scar management, and skin rejuvenation. Its clinical applications should be guided by critical appraisal of the available evidence and further high-quality research.

Fractional CO۲ laser in the management of Recalcitrant Dermatophyte Infection

Zohreh Hajheydari , Professor of Dermatology , Mazandaran University of Medical Sciences
Nasim Gholizadeh, Assistant Professor of Dermatoology ,Mazandaran University of Medical Sciences
Ensieh Yousefi Abdolmaleki, Dermatologist

The increase in incidence of superficial fungal infections combined with the emergence of antifungal resistance represents both a global health challenge and a considerable economic bur den. Recently, dermatophytes, the main culprit causing superficial fungal infections, have started to exhibit antifungal resistance.

Numerous factors may contribute to treatment failure of superficial fungal infections (SFIs) including misdiagnosis, inappropriate use of antifungals, and the development of antifungal resistance. These conditions may be referred to as recalcitrant dermatophytosis. Recurrent chronic dermatophytosis may result from intra-familial infection, prior history of inappropriate corticosteroid use, low treatment compliance, or premature treatment termination. Poor hygiene practices such as infrequent bathing, changing of undergarments, and washing of clothing are potential contributing factors to persistent infection. Asymptomatic carriers may transmit infection as well. Recently, there has been an increasing emergence of antifungal-resistant dermatophyte infections across the globe . This resistance was initially noted in India but has also now been reported in parts of Europe, Iran, Japan, China and United States. Moving forward, these growing trends of resistance must be adequately addressed through innovative research with the development of new pharmacologic treatments or alternative therapies.

Alternative treatments for SFIs are included laser, cold plasma, Photodynamic therapy (PDT), Iontophoresis, Ultrasound, Micro-drilling and Microwaves.

However, laser therapy overall has not been shown to be as effective as traditional topical or oral treatments. While they have fungicidal effects, lasers have lower cure rates and require a long duration of treatment with multiple sessions.

**دکتر علی اصیلیان متخصص پوست و مو و فلوشیپ جراحی پوست،لیزر و زیبایی**

دکتر علی اصیلیان متخصص پوست و مو و فلوشیپ جراحی پوست،لیزر و زیبایی Island pedicle flap این فلپ های زیر جلدی باعث حرکت قابل توجه حرکت نسج می شود.این کار با قطع ارتباط اتصال نسج از اطراف و عمق به صورت دقیق و حساب شده انجام می شود باید تعادلی بین میزان آزاد سازی و عروق موجود ایجاد شود تا زنده ماندن فلپ تضمین شوددر طراحی یک فلپ ایلند جزیره ای از پوست را جدا که متکی به پایه چربی پر عروق یا طبقه عضلانی یا یک لایه چربی طرفی یا یک قطعه عضلانی یا عروق واضح اکسیال متکی است اندازه پایه فلپ هم در حرکت و هم در تغذیه عروقی نقش داردحرکت اولیه فلپ هم می تواند ادونسمنت و یا ترانس پوزیشن باشد فلپ ایلند می تواند گاهی اوقات پیچیده باشد و نیاز به توجه دقیق در طراحی آن دارد. نوع شایع این فلپ به نام ایلند پدیکل ادونسمنت فلپ است ولی می تواند بکطرفه یا دو طرفه باشد . سه نوع ایلند پدیکل فلپ داریم ۱-یک فلپ منفرد با پدیکل عمقی ۲-یا یک پدیکل طرفی منفرد و ۳-پدیکل دوبل طرفی حرکت فلپ بر حسب ناحیه آنانومیک فرق می کند برای مثال در پیشانی و شقیقه حرکت نسبتا محدود و در لب فوقانی و مدیال گونه حرکت خیلی خوب است محل مناسب برای این فلپ بالای ابروها کناره آلای بینی و در خط نازولبیال ، دورسال بینی و قسمت میانی لب بالا می باشد

## درمان‌های جدید ریزش مو اندروژنی

ریزش مو از دیر باز یکی از مراجعه افراد به پزشکان و طبیبان قدیم بوده و هست
ریزش موی آندروژنی یا هورمونی در مردان و بخصوص در زنان یک معضل زیبایی از قدیم بوده و از همان زمان داروها و روش‌های خاصی برای هر دوره برای پیشگیری و درمان ریزش مو محسوب می‌شده است.
داروهای گیاهی موضعی و خوراکی در قدیم و داروهای به اصطلاح شیمیایی اخیرا مورد توجه پزشکان و طبیبان در رفع این معضل تا حدودی کارگشا بوده است.
روشهای درمانی دیگر مانند میکرو نیدلینگ، پی آر پی، مزو تراپی با انواع داروها ، المنتها و ویتامین ها و همچنین کاشت مو در این موارد کمک حال پزشکان در درمان این بیماران بکار رفته است.
درمان ریزش مو اندروژنی در گذشته بیشتر با داروهایی بود که ضد هورمون محسوب می‌شد و باعث جلوگیری تبدیل تستوسترون به دی هیدرو تستوسترون و یا تولید خود تستوسترون و یا تحریک رشد مو با افزایش خونرسانی میشد. ولی اخیرا درمان‌ها به داروهای ضد گیرنده بصورت بلاک گیرنده با تخریب گیرنده معطوف شده است.
این مقاله در مو د دو داروی تحریکی مانیوکسیدیل خوراکی و داروی ضد گیرنده بیکلوتامید میباشد.

Teb X
طب ایکس

# مطب شما چقدر هوشمنده؟

با دستیارهای هوش مصنوعی طب ایکس، مدیریت مطب رو متحول کنید.



کنجکاوید بیشتر بدونید؟
qr رو اسکن کنید

tebxapp.ir

تلفن تماس : ۰۲۱۸۲۸۰۵۸۳۸
۰۹۱۲۸۵۷۱۹۹۸

# After X

افترایکس

دستیار هوشمند عکاسی پزشکی

## هوش مصنوعی چگونه می‌تواند دستیار عکاسی پزشکی شما باشد؟



کنجکاوید بیشتر بدونید؟
qr رو اسکن کنید

afterx.ir

تلفن تماس : ۰۲۱۸۲۸۰۵۸۳۸
۰۹۱۲۸۵۷۱۹۹۸