



Boris NEDELCIUC

Competențe profesionale:

- dermatologie, cosmetologie, venerologie
- medic categorie superioară
- doctor în științe medicale
- conferențiar universitar
- director Health & Beauty Online Journal
- expert în medicină estetică al MS din RM
- master în Managementul Sănătății Publice



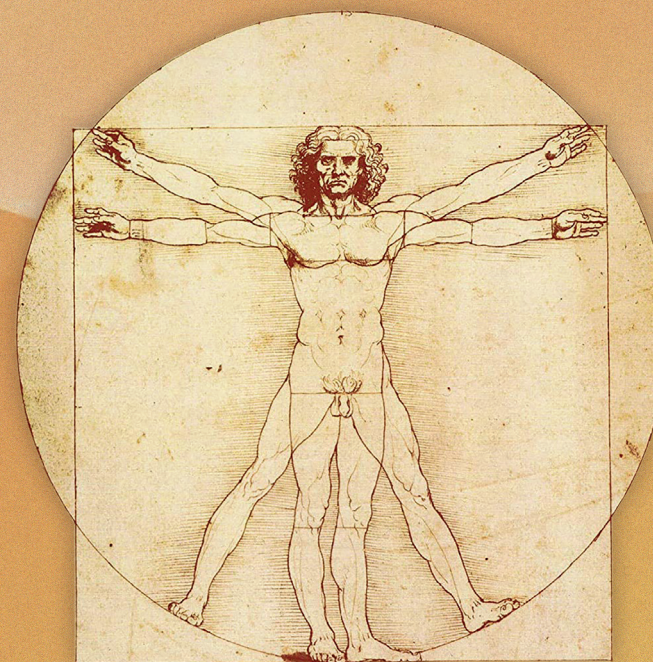
MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE MEDICINĂ ESTETICĂ:
PROBLEME, REALIZĂRI, PERSPECTIVE

Boris NEDELCIUC

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Boris NEDELCIUC

**MANAGEMENTUL SERVICIILOR
DE MEDICINĂ ESTETICĂ:
PROBLEME, REALIZĂRI, PERSPECTIVE**
(Monografie)



Chișinău • 2021

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Boris NEDELCIUC

**MANAGEMENTUL SERVICIILOR
DE MEDICINĂ ESTETICĂ:
PROBLEME, REALIZĂRI, PERSPECTIVE
(Monografie)**

Chișinău • 2021

CZU 616.5-089.844:614.2
N 36

Autor:

Boris NEDELCIUC, *doctor în științe medicale, conferențiar universitar,
Catedra de dermatovenerologie,
USMF "Nicolae Testemițanu"*

Recenzenți:

Oleg LOZAN, *doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar,
Director Școala de Management în Sănătate Publică,
USMF "Nicolae Testemițanu"*

Gheorghe MUȘET, *doctor habilitat în științe medicale, profesor consultant,
Catedra de dermatovenerologie,
USMF "Nicolae Testemițanu"*

Aprobat la ședința Consiliului de Management al Calității
al USMF "Nicolae Testemițanu",
Proces-verbal nr. 2 din 17 decembrie 2020

Editat cu sprijinul Companiei

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Nedelciuc, Boris.

Managementul serviciilor de medicină estetică: probleme, realizări, perspective:
(Monografie) / Boris Nedelciuc; Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al
Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae
Testemițanu" din Republica Moldova. – Chișinău: S.n., 2021 (ÎS FEP "Tipografia
Centrală"). – 216 p.: tab., diagr.

Referințe bibliogr.: p. 169-180 (116 tit.). – 250 ex.

ISBN 978-9975-3415-6-1.

616.5-089.844:614.2

N 36

Î. S. Firma Editorial-Poligrafică „Tipografia Centrală”,
MD-2068, Chișinău, str. Florilor, 1

Prefață

La nivel global, nu există unanimitate de opinii privitor la locul și rolul serviciilor de medicină estetică în structura generală a serviciilor de sănătate. În pofida acestui fapt, serviciile de medicină estetică reprezintă o realitate incontestabilă, un domeniu vast și dinamic, noile tehnologii și tendințele pieții dictând raportul dintre cerere și ofertă, mai ales în ultimii 20-30 de ani, când s-a produs o adevărată explozie în sfera serviciilor de îngrijire și înfrumusețare.

Cele mai populare sunt procedurile mini-invazive sau cosmetologice: peeling-ul, mezoterapia și biorevitalizarea, injectările cu toxină botulinică, plasmoliftingul, laseroterapia etc. În cazul unor diformități, moștenite sau dobândite, reale sau imaginare, se apelează tot mai des la proceduri invazive sau operații de chirurgie estetică: plastia și/sau reconstrucția nasului, urechilor, sânilor, feselor, coapselor etc.

O expertiză amplă asupra resurselor umane implicate în acordarea serviciilor de medicină estetică nu există, sectorul în cauză având reglementări contradictorii, inclusiv în țările dezvoltate. Iată de ce o intervenție a statului, în scopul menținerii standardelor de siguranță și îmbunătățirii calității serviciilor prestate, este absolut necesară.

În Republica Moldova, serviciile de medicină estetică nu au încă un statut cert. Situația poate fi explicată prin unele lacune în cadrul legal existent, dar și prin lipsa unor mecanisme coerente de control, iar din aceste considerente, dar și din multe altele (inclusiv miturile de percepție populară, cosmeticianul și cosmetologul fiind în

viziunea publicului larg una și aceeași persoană, ceea ce este absolut eronat), prezența mai multor abateri/derapaje de la buchia legii:

- a) pretinși cosmetologi fără studii medicale superioare;
- b) cosmetologi cu studii medicale superioare, dar fără studii medicale postuniversitare;
- c) cosmetologi cu studii medicale postuniversitare (altele decât dermatologia), dară fără competențe autorizate în dermatologie și cosmetologie;
- d) cosmetologi cu studii medicale postuniversitare și competențe autorizate în dermatologie și cosmetologie, dar care nu sunt niciodată evaluați/atestați profesional.

În contextul celor comentate mai sus, s-a considerat oportună efectuarea unei cercetări în această direcție. Rezultatele obținute, expuse și în cartea de față, vor constitui un imbold pentru optimizarea capacităților de management, respectiv pentru sporirea calității serviciilor prestate.

Astfel, îmi exprim speranța că autoritățile în domeniu (Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"; Societatea de Dermatologie din Republica Moldova etc.) vor avea o atitudine promptă și constructivă în vederea realizării următoarelor deziderate:

- 1) interzicerea practicării cosmetologiei de către cosmeticieni, adică de către persoanele fără studii medicale superioare;
- 2) interzicerea practicării cosmetologiei de către medicii fără studii postuniversitare în dermatologie (internatură, secundariat clinic, rezidențiat) sau cu studii postuniversitare în alte domenii clinice, dar fără credite autorizate și/sau studii complementare în cosmetologie;
- 3) creșterea cotei de atestare profesională a cosmetologilor, mai ales a celor care activează în sectorul privat, prin identificarea unor pârghii legale de încurajare și stimulare a medicilor, respectiv de sancționare a angajatorilor;

4) diminuarea supra- și subcompetențelor prin elaborarea unui mecanism eficient de control al instituțiilor care prestează servicii de cosmetică și cosmetologie;

5) standardizarea numărului de ore în domeniul cosmetologiei la toate etapele de instruire postuniversitară: rezidențiat, studii complementare, educație medicală continuă;

6) crearea unui Registru Național de evidență a medicilor cu competențe autorizate în domeniul cosmetologiei/dermatocosmetologiei;

7) elaborarea unei platforme on-line pentru promovarea, respectiv diseminarea informației despre serviciile de medicină estetică din țara noastră.

În altă ordine de idei, cunoașterea dermatologiei este esențială pentru activitatea în domeniul serviciilor de medicină estetică. Identificarea celor mai importante afecțiuni cutaneomucoase, descrierea și interpretarea acestora face parte din portofoliul de bază al cunoștințelor pe care trebuie să le posedे un cosmetolog sau dermato-cosmetolog.

Drept urmare, am introdus în prezenta lucrare și o expunere sumară, rezumativă (definiție, etiopatogenie, tablou clinic, diagnostic, tratament) a unui șir de patologii, întâlnite frecvent în practica cosmetică: seboreea, acneea, rozaceea, dermatita/eczema seboreică, eritemul polimorf, reacțiile cutanate postmedicamentoase, alopecia androgenică, alopecia areată, vitiligo, lupusul eritematos cutanat, morfeea și altele.

Sper, informația prezentată în această carte va fi utilă pentru cei care practică dermatologia estetică/cosmetologia sau, pur și simplu, sunt interesați de domeniul serviciilor de medicină estetică.

De asemenea, tind să cred că sugestiile Dvs., dragi cititori, vor constitui un îmbold important pentru îmbunătățirea și perfecționarea lucrării, eventual într-o altă ediție.

Cu respect, autorul

Capitolul 1. PRACTICI INTERNAȚIONALE ȘI NAȚIONALE REFERITOARE LA SERVICIILE DE MEDICINĂ ESTETICĂ

1.1. Premise și oportunități

În ultima jumătate de secol, cultura noastră a devenit tot mai ancorată pe imagine, pe felul în care arătăm în fața celor care ne înconjoară. Nu întâzdar, la angajare, între doi candidați cu CV-uri echivalente, aspectul exterior este, de multe ori, factorul hotărâtor [1; 2]. Ce-i face totuși pe oameni să creadă că imaginea contează atât de mult? Să fie asta o explicație a rolului pe care l-a avut dimensiunea artistică în dezvoltarea lui *Homo aestheticus* [3]? Dar ce este frumusețea? Care sunt limitele ei? Există sau nu există un etalon al acesteia? Iată doar câteva întrebări care au frământat mintea omenească din cele mai vechi timpuri și până în prezent [4].

Frumusețea este virtutea esențială a spiritului, un deziderat important al civilizației și progresului. Suntem așa cum ne exprimăm: prin grai, scris, înfățișare, ținută și comportament [5]. Din păcate (sau poate din fericire), un etalon universal în această privință nu a existat, nu există și, probabil, nu va exista niciodată. De ce? Pentru că frumusețea este percepută în limitele cunoștințelor noastre, în limitele educației noastre și, nu în ultimul rând, în limitele unor particularități anatomo-fiziologice [4]. Nu întâzdar se spune că frumosul este rezultatul unui act senzorial. Ceea ce unuia îi place, altuia e posibil să nu-i placă. Iar raportul dintre frumos și urât poate fi inversat. Asta depinde de privitor [6].

Un atribut important al frumuseții îl constituie pielea, în special tegumentul vizibil (fața, decolteul, mâinile), dar și o sumedenie

de ornamente, accesorii (tatuaje, cercei, brățări, inele), pe care le-au purtat strămoșii noștri, respectiv le purtăm noi, trăitorii zilelor noastre. De-a lungul timpului, milioane de oameni au încercat să schimbe aparențele, să fie văzuți altfel decât sunt în realitate. Fenomen recunoscut astăzi drept formă de poziționare ierarhică în societățile acelor vremuri. Mai târziu, au apărut diverse alte motive: religioase, culturale, sexuale etc. [4].

La un moment dat, preocuparea omului pentru frumusețe s-a intersectat (pe alocuri, chiar s-a contopit) cu actul medical. Drept urmare, în medicină s-a conturat o nouă tendință: apariția unor specializări din specialitățile deja existente [7]. Dermatologia nu a fost o excepție. Chirurgia la fel. Astfel, au prins viață domenii precum cosmetologia și chirurgia estetică. Prima este o ramură a dermatologiei, care soluționează problemele de sănătate și frumusețe prin abordări mini-invazive, iar cea de-a doua – o ramură a chirurgiei, care soluționează problemele de sănătate și frumusețe prin abordări invazive.

De asemenea, au luat naștere mai multe specializări cu caracter interdisciplinar, ancorate direct sau indirect pe cele două sfere de interese: sănătate și frumusețe. Iată câteva dintre ele: dermatologia chirurgicală (știința despre intervențiile invazive în dermatologie), dermatologia oncologică (știința despre tumorile cutanate), fotodermatologia (știința despre dermatozele induse prin fotosensibilizare și/sau fotoagresiune), dermatologia pediatrică (știința despre dermatozele infantile), dermatologia geriatrică (știința despre dermatozele senile) etc.

De-a lungul anilor, interesul pentru serviciile de medicină estetică, în general, și cele de cosmetologie, în particular, a crescut constant. Chiar dacă, la un moment dat, au existat controverse privind la etica acestora [1; 8; 9], legitimitatea unei abordări estetice în medicină nu mai este pusă la îndoială [10].

De un succes enorm se bucură procedurile mini-invazive: peeling-ul, mezoterapia și biorevitalizarea, plastia de contur, plazmoliftingul, laseroterapia etc. [11; 12; 13; 108; 109; 110].

Laserul sau lumina inteligentă a fost una dintre cele mai revoluționare descoperiri ale secolului al XX-lea. Grație efectelor sale biologice (analgezic, antiinflamator, cicatrizant, miorelaxant, antiflogistic, antiedematos, bactericid, antiviral, biostimulator etc.), laserele, în special cele terapeutice, cu semiconductori, au găsit o largă întrebuintare și în numeroase probleme dermato-cosmetice: acnee, rozacee, herpes simplex, alopecii, hemangioame etc. [14].

Recent, o tehnologie înrudită cu laserul – lumina intens pulsată (IPL) – se bucură de o utilizare tot mai mare [13]. Spre deosebire de laser, care folosește o singură lungime de undă (o singură culoare), tehnica IPL folosește o serie de filtre speciale, care selectează diferite lungimi de undă ale spectrului luminos.

Țintele care captează lumina poartă denumirea de cromofori. Absorbția luminii de către aceștia generează căldură, ceea ce favorizează distrugerea structurilor ce conțin pigmenți, procesul purtând denumirea de fototermoliză selectivă. Tehnica IPL are multiple aplicații: epilare, tratarea leziunilor pigmentare și vasculare, reîntinerirea pielii (Photorejuvenation) etc.

Dacă până nu demult industria frumuseții era, în mare parte, destinată femeilor, de la o vreme se constată o adresabilitate în ascensiune și din partea bărbaților [15]. De asemenea, se observă o creștere constantă a numărului de solicitanți din partea persoanelor de vârstă a treia [2]. Speranța de viață a crescut considerabil, iar oamenii au devenit mult mai preocupați de aspectul lor [16]. Fenomenul îmbătrânirii pielii (riduri, xeroză cutanată, keratoze senile etc.) este un motiv pentru vizitarea tot mai frecventă a medicului dermato-cosmetolog [17].

În cazul unor diformități, moștenite sau dobândite, reale sau imaginare, se apelează tot mai des la proceduri invazive sau operații de chirurgie estetică: plastia și/sau reconstrucția nasului, urechilor, sânilor, feselor, coapselor etc. [18; 19; 20; 21].

În ultimele decenii, chirurgia estetică a trecut prin mai multe sincop, crize de identitate [8]. Unele întrebări rămân și astăzi fără răspuns: chirurgia estetică este un domeniu medical sau un business, o industrie aducătoare de profit?

O părere unanimă la acest capitol nu există. Un lucru este cert: domeniul serviciilor de medicină estetică (în general) și cel al chirurgiei estetice (în particular) sunt foarte dinamice, noile tehnologii și tendințele pieții dictând raportul dintre cerere și ofertă [22].

Din fericire, medicina estetică înseamnă nu numai satisfacerea unor capricii de frumusețe. Progresele în chirurgia plastică și reconstructivă au revoluționat gestionarea pacienților care suferă de diverse anomalii congenitale, cicatrici postcombustionale, cancer cutanate [1].

Cu regret, lipsa de competență și experiență se soldează uneori cu efecte adverse, complicații regretabile [23; 24; 25]. O expertiză amplă în această privință nu există, sectorul în cauză fiind reglementat marginal, inclusiv în țările dezvoltate.

De asemenea, lipsește o expertiză profundă asupra resurselor umane, implicate în acordarea serviciilor de medicină estetică. Iată de ce o intervenție a statului, în scopul menținerii standardelor de siguranță și îmbunătățirii calității acestora, este absolut necesară [26; 27; 28].

La nivel global, nu există unanimitate de opinii privitoare la locul și rolul serviciilor de medicină estetică în structura generală a serviciilor de sănătate. În multe țări europene au fost totuși adoptate, în ultimii 10-15 ani, acte normative menite să reglementeze acest domeniu.

În Franța, de exemplu, nu există specialitățile dermatologie estetică și chirurgie estetică. Acestea sunt specializări derivate din dermatologie, respectiv din chirurgie. Iată de ce, pot practica medicina estetică doar dermatologii și chirurgii plasticieni.

Medicii generaliști nu au dreptul să presteze proceduri dermato-cosmetice (peeling, fillere, botox, plazmolifting, laser etc.). Unii, desigur, o fac pe riscul lor, fiind angajați în cabinete private, sub acoperirea unui dermatolog.

Din considerente lesne de înțeles, o statistică oficială în această privință lipsește. Problema însă persistă. Iată de ce Sindicatul Național al Dermatologilor francezi, care numără peste 3000 de aderenți, nu acceptă accesul altor specialiști la serviciile de dermatologie estetică.

Există, de asemenea, Ordinul Medicilor – organizație profesională din care fac parte peste 3500 de dermatologi (populația Franței fiind de 67 de milioane). Jumătate dintre aceștia activează în instituții private, restul – în instituții publice sau în ambele sectoare (atât public, cât și privat). Se consideră că serviciile de medicină estetică constituie aproximativ 30% din timpul de activitate al dermatologilor care muncesc în cabinetele private.

O particularitate importantă, observată nu numai în Franța, dar și în alte țări ale Uniunii Europene, constă în faptul că serviciile de dermatologie estetică nu sunt compensate de casele de asigurări de sănătate (publice sau private), astfel încât posibilele erori sunt acoperite de asigurările personale de malpraxis ale medicilor dermatologi. Apopo, un act de informare asupra prețului și eventualelor riscuri este semnat de fiecare client/pacient cu minimum două săptămâni înainte de orice procedură medicală.

Un alt exemplu îl reprezintă experiența Rusiei, care după prăbușirea Uniunii Sovietice a trecut prin numeroase incertitudini și dificultăți (juridice, organizatorice), dar care a adoptat în ultimii ani mai multe acte regulatorii în această privință.

Astfel, conform legislației din Federația Rusă [111; 112; 113], au dreptul la instruire profesională postuniversitară în cosmetologie doar medicii care dețin studii în internatură (1 an) sau secundariat clinic (2 ani), specialitatea dermatovenerologie, și au minimum cinci ani stagiu de muncă în acest domeniu. Durata instruirii în cosmetologie – 576 de ore.

Managementul calității, atât al instituțiilor medicale (prestatoare de servicii), cât și al celor educaționale (formatoare de specialiști), constituie o altă preocupare majoră [2; 29].

În medicina estetică, ca și în multe alte domenii, cheia succesului rezidă într-o gestionare eficientă a programelor de dezvoltare: planificare strategică, analiză financiară, politici de promovare/marketing, relații publice, resurse umane, tehnologii informaționale [30; 31; 114; 115].

Cu referință la tehnologiile informaționale, utilizarea datelor digitale (în scopuri clinice, educaționale și administrative) nu mai este o noutate. Drept urmare, asistența medicală tinde să devină mai accesibilă și mai eficientă. Totodată, saltul uriaș al progresului tehnico-științific a creat premise pentru apariția unor abordări noi în relația medic-medic, dar mai ales medic-pacient (dermatologie) și medic-client (cosmetologie) [32].

Multă vreme, medicina estetică era învățată prin ucenicie, participând la diverse workshop-uri, conferințe, congrese etc.

În anul 1997, a fost fondată Societatea Europeană de Dermatologie Cosmetică și Estetică (ESCAD). Fiind o societate soră cu Academia Europeană de Dermatologie și Venerologie (EADV), ESCAD întrunește cei mai versați experți în domeniu, oferind publicului larg o gamă vastă de oportunități [16].

Sub egida ESCAD, apare publicația trimestrială Cosmetic Medicine – varianta în limba engleză a jurnalului Kosmetische Medizin, fondat în anul 1951 și destinat inițial doar vorbitorilor de limbă

germană, dar care a devenit, între timp, un lider incontestabil în domeniul cosmetologiei.

La nivel mondial, avem Academia Internațională de Dermatologie Cosmetică sau IACD, sub auspiciile căreia apare Jurnalul de Dermatologie Cosmetică sau JCD [16]. IACD organizează anual diverse foruri practico-științifice: simpozioane, conferințe, congrese etc.

Privitor la breasla chirurgilor esteticieni, există Societatea Internațională de Chirurgie Estetică Plastică sau ISAPS și Confederația Internațională de Chirurgie Plastică, Reconstructivă și Estetică sau IPRAS.

În țara noastră, funcționează Societatea de Dermatologie din RM (succesoare de drept a Asociației Dermato-Cosmed, fondată în anul 1994 de către profesorul universitar, doctor habilitat Gheorghe Mușet) și Asociația de Chirurgie Plastică, Reconstructivă și Estetică din RM.

Iar în anul 2015 a fost lansat un nou proiect medical – Health & Beauty Online Journal, revistă online de sănătate și frumusețe [33]. Concepută într-un format modern, interactiv și prietenos, revista este destinată publicului larg, pacienților de toate vârstele, celor care învață sau activează deja în domeniu – studenți, rezidenți, medici. Cititorii revistei au acces la informații de ultimă oră despre maladiile cutanate – rezumate, articole, cazuri clinice. De asemenea, sunt abordate subiecte care vizează probleme de medicină estetică, sexuală și reproductivă – interviuri, comentarii, sfaturi practice etc.

Astfel, într-o perioadă relativ scurtă de timp, Health & Beauty Online Journal a devenit cel mai popular site de profil din republică. Conform datelor Google Analytics, de la lansare până în prezent, avem peste 125 mii de vizitatori unici, respectiv peste 260 mii de afișări.

Interesul sporit al internauților pentru problemele de sănătate și frumusețe ne demonstrează că, într-o lume în perpetuă mișcare/schimbare, comunicarea online la distanță este o realitate incontestabilă, un mijloc eficient de documentare și învățare [32].

1.2. Actualități și provocări

Despre importanța serviciilor de medicină estetică în RM s-a vorbit și scris în repetate rânduri [34; 35; 36; 116].

La insistențele noastre, în scopul evaluării serviciilor de cosmetică și medicină estetică din RM, MS a aprobat, în anul 2017, instituirea unui Grup de lucru [37].

În baza expertizei Grupului de lucru și în scopul reglementării activității serviciilor de dermato-cosmetologie, MS a aprobat Planul de acțiuni în sectorul dat de activitate [38].

De asemenea, la sugestia grupului de lucru și în scopul reglementării activității cosmeticii, dermato-cosmetologiei, chirurgiei plastice, estetice și microchirurgiei reconstructive, MS a aprobat Algoritmul de diferențiere al competențelor profesionale în domeniile menționate mai sus [39].

Ulterior, MS a aprobat pașii cu privire la organizarea evaluării corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermato-cosmetologiei [40].

Referitor la personalul medical care activează în domeniul chirurgiei estetice, un mecanism eficient de evaluare a corespunderii competențelor profesionale urmează a fi elaborat în viitor.

În RM, cea mai mare confuzie, dar și cele mai multe abateri/dezapaje de la buchia legii, se constată în contextul serviciilor mini-invasive sau cosmetologice, preluate abuziv de către cosmeticieni, preinși cosmetologi fără studii în medicină [27; 28].

Subiectul abordat este complex și delicat, cosmetica și cosmetologia fiind domenii înrudite, complementare, dar diferite. Din păcate, multă lume le confundă, de unde și interpretările eronate vizavi de personalul (cosmeticieni versus cosmetologi) care activează în aceste sectoare [34; 39; 116]. O retrospectivă asupra lor ne ajută să sesizăm mai bine similitudinile și diferențele dintre ele.

1.2.1. Cosmetica

În înțelesul clasic, cosmetica este o ramură a industriei farmaceutice, care se ocupă cu fabricarea produselor cosmetice: produsele de îngrijire a pielii, părului și unghiilor [34; 41].

Din alt punct de vedere, cosmetica este un domeniu non-medical de activitate, care are drept scop întreținerea corpului omenesc prin metode/manopere de îngrijire și înfrumusețare. Studiile medicale nu sunt obligatorii. În RM, competențele în această sferă pot fi obținute în instituțiile de învățământ profesional-tehnic (în școlile de meserii) [39].

Profesia obținută: cosmetician sau tehnician cosmetică.

Instituții prestatoare: frizerii, cabinete de frumusețe, saloane de frumusețe, saloane de tatuaje, SPA saloane.

Activitatea în domeniul cosmeticii este reglementată de către următoarele acte și documente juridice:

1) Nomenclatorul domeniilor de formare profesională al specialităților și calificărilor pentru învățământul profesional tehnic postsecundar și postsecundar non-terțiar din RM, aprobat prin Hotărâre de Guvern în anul 2015: domeniul general 10 (servicii), domeniul de educație 101 (servicii personale), domeniul de formare profesională 1012 (servicii de coafor și frumusețe), codul 101210 (specialitatea frizerie și cosmetică), calificarea tehnician cosmetică și frizerie [42];

2) Clasificatorul ocupațiilor din RM, aprobat prin ordinul MMPSF în anul 2014: grupa majoră 5 (lucrători în domeniul serviciilor și comerț), subgrupa majoră 51 (lucrători în domeniul serviciilor personale), grupa minoră 514 (coafori, cosmeticieni și asimilați) [43];

3) Regulamentul cu privire la formarea continuă a adulților din RM, aprobat prin Hotărâre de Guvern în anul 2017 [44];

4) Codul Educației al RM, aprobat de Parlament în anul 2014 [45].

Competențele profesionale de bază ale cosmeticianului sunt [34; 39; 41; 46; 116]:

- a) îngrijirea și înfrumusețarea părului (coafură – hair-styling);
- b) îngrijirea și înfrumusețarea unghiilor (manichiură, pedichiură);
- c) machiaj artistic (make-up artistic – de zi, de seară, corector);
- d) diverse extensii (gene, păr, unghii);
- e) cabina de bronzat (solarul);
- f) diverse proceduri cu apă (SPA, băi termale, împachetări cu plante, aplicații cu alge, aplicații cu nămol etc.);
- g) masaj non-medical (de relaxare, de înviorare);
- h) diverse măști non-medicale (hidratante, emoliente, nutritive, calmante, tonice, cu argilă);
- i) curățarea cosmetică a feței (scrub, gomaj);
- j) găuri în urechi cu pistolul (pentru cercei);
- k) alte forme de piercing (corporal, oral, genital);
- l) epilarea cu creme depilatoare, cu ceară, cu zahăr;
- m) tatuaje temporare sau permanente (ornamentale, sexuale, religioase, culturale etc.);
- n) alte intervenții de îngrijire și înfrumusețare cu caracter non-medical.

1.2.2. Cosmetologia

Cosmetologia este o ramură a dermatologiei care are drept scop întreținerea corpului omenesc prin metode de înfrumusețare și tratament cu caracter mini-invaziv [27; 28].

Studiile medicale superioare sunt obligatorii.

În RM, competențele în această arie pot fi obținute în USMF “Nicolae Testemițanu”, Facultatea de Medicină, domeniul de formare profesională inițială Medicină generală, apoi studii postuniversitare prin internatură (până în anul 1995) sau rezidențiat (începând cu anul 1996), specialitatea dermatovenerologie.

Profesia obținută: dermatolog estetician sau dermato-cosmetolog.

Instituții prestatoare: cabinete medicale, centre medicale, spitale, clinici [34; 39; 116].

Cu regret, modulul Cosmetologie (160 de ore) a fost introdus în Curricula/Programa de instruire postuniversitară prin rezidențiat, specialitatea dermatovenerologie, abia începând cu anul 2018. Din aceste considerente, mulți medici dermatologi, și nu numai, erau nevoiți, până nu demult (unii practică acest obicei și astăzi), să acumuleze ore de instruire în cosmetologie în diverse instituții de învățământ privat (atât din țară, cât și peste hotarele ei), multe dintre acestea având un statut juridic obscur/incert: fără dreptul de a acorda credite EMC, fără specialiști cu studii în dermatologie și psihopedagogie, fără bază tehnico-materială corespunzătoare etc.

Pentru absolvenții Facultăților de Medicină, fără internatură sau rezidențiat în dermatovenerologie, dar cu pregătire postuniversitară în alte specialități, competențele în cosmetologie puteau fi obținute, până în anul 2016, în secundariat clinic (durata studiilor – 2 ani), specializarea dermato-cosmetologie, iar, începând cu anul 2019, există o nouă oportunitate: studii complementare pentru obținerea competențelor în dermato-cosmetologie (durata studiilor – 4 luni). Sperăm, această oportunitate, oferită unui contingent concret de specialiști [47; 48; 49], este temporară. Or, din momentul includerii modulului Cosmetologie în Curricula/Programa de instruire postuniversitară prin rezidențiat, specialitatea dermatovenerologie [50], alte forme de obținere a competențelor în acest domeniu sunt inutile.

Activitatea în domeniul cosmetologiei este reglementată de către următoarele acte și documente juridice [27; 28; 39]:

1) Nomenclatorul domeniilor de formare profesională și al specialităților pentru pregătirea cadrelor în instituțiile de învățământ superior, ciclul I, aprobat de Parlament în anul 2005 [51];

2) Codul Educației al RM, aprobat de Parlament în anul 2014: art.121 [45];

3) Clasificatorul ocupațiilor din RM, aprobat prin ordinul MMPSF în anul 2014: grupa majoră 2 (specialiști în diverse domenii de activitate), subgrupa majoră 22 (specialiști în domeniul sănătății), grupa minoră 221 (medici), grupa de bază (medici specialiști, specialitatea dermatovenerologie) [43];

4) Nomenclatorul specialităților pentru pregătirea postuniversitară prin studii de rezidențiat (specialitatea dermatovenerologie, durata studiilor – 3 ani), aprobat prin ordinul MS al RM în anul 2015 [52];

5) Regulamentul cu privire la formarea continuă a adulților, aprobat prin Hotărâre de Guvern în anul 2017 [44];

6) Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei pentru evaluarea corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermato-cosmetologiei, aprobat prin ordinul MS [47], respectiv prin ordinul MSMPs în anul 2017 [48];

7) Programa analitică (Curriculum) de studii complementare pentru obținerea competențelor în dermato-cosmetologie, cu un total de 508 ore/credite (dermatologie – 348 de ore/credite și cosmetologie – 160 de ore/credite), aprobată la ședința Catedrei dermatovenerologie a USMF “Nicolae Testemițanu” în anul 2017 [50].

Competențe profesionale de bază ale dermato-cosmetologului sunt [34; 39; 41; 46; 116]:

a) diverse tehnici de masaj medical (manual, vacuum etc.);

b) curățarea cosmetologică a feței (galvanică, cu ultrasunete);

c) măști curative (de exfoliere, antiboreice, antiacneice, anticuperozice etc.);

d) epilarea electro-, cu laser, cu IPL;

e) cure cu ultraviolete artificiale (UVA, UVB, PUVA-terapie);

f) peeling chimic superficial (cu acid lactic, cu acid glicolic, cu acid tricloracetic etc.) și profund (cu acid carbolic, cu fenol etc.);

- g) peeling mecanic superficial (microdermabraziunea cu microcristale de oxid de aluminiu) și profund (dermabraziunea cu perie electrică, abrazivă sau cu microparticule de diamant);
 - h) diverse forme de cauterizare (chimiocauterizare, diatermocauterizare, electrocauterizare, radiocauterizare, laserocauterizare);
 - i) criodistrucție (cu azot lichid, cu zăpadă carbonică);
 - j) mesoterapie (microinjecții cu substanțe homeopate sau vitamine în stratul mijlociu al pielii) și biorevitalizare (microinjecții cu acid hialuronic, vitamine, peptide). În RM, de un succes enorm se bucură injectările cu acid hialuronic din gama Juvéderm Ultra;
 - k) microneedling sau dermaroller (inducția de colagen);
 - l) plastie de contur (fillere, fire de suspensie);
 - m) injecții cu toxină botulinică;
 - n) PRP-terapia sau Plasmolift CellReb PRP-terapia;
 - o) excizia și înlăturarea unor formațiuni cutanate superficiale (epidermă & dermă);
 - p) biopsia cutanată (de suprafață – shave biopsy, prin puncție – punch biopsy, aspirativă – cu ac fin, prin chiuretaj, incizională, excizională);
 - q) blefaroplastie non-chirurgicală sau fără bisturiu (non-ablative, cu plasmă). În context, în RM, și-a demonstrat eficacitatea incontestabilă dispozitivul Jett Plasma Lift Medical;
 - r) lipoliză non-chirurgicală (chimică, cu ultrasunete, oscilantă);
 - s) lifting non-chirurgical (fără incizie – suspendat sau ancorat);
 - t) implantul de păr (metoda FUT/Strip, metoda FUE);
 - u) alte intervenții mini-invasive medicale și/sau de înfrumusețare.
- În funcție de circumstanțe, unele proceduri/manopere non-injectabile, respectiv non-invasive pot fi realizate/efectuate de către absolvenții Colegiilor de Medicină, la indicația și sub supravegherea strictă a medicului [39].

În contextul celor invocate mai sus, calificarea “cosmetolog” poate fi atribuită doar unui specialist cu studii superioare în medicină, iar genul de activitate “cosmetologia” este permis doar atunci când organigrama unei instituții medicale, publice sau private, include posturi de medici dermato-cosmetologi, cu studii de rigoare în internatură, secundariat clinic, rezidențiat sau, mai nou, studii complementare în dermato-cosmetologie [27; 28; 39].

Apropo, sintagma “curs de calificare profesională în cosmetologie”, utilizată de către administrația școlilor din învățământul profesional-tehnic, este inoportună și abuzivă. Perfecționările de scurtă durată (4 luni), în baza unor școli de meserii, permit obținerea calificării cosmetician (tehnician cosmetică). Această meserie nu permite însă accesul la practicarea unor manopere/proceduri mini-invazive, atribuțiile respective fiind, așa cum am menționat mai sus, în aria de competențe a medicului cosmetolog sau dermato-cosmetolog [27; 28].

Așadar, cosmetica înseamnă îngrijire și înfrumusețare, iar cosmetologia – înfrumusețare și tratare, metodele de înfrumusețare având caracter mini-invaziv (Diagrama 1).

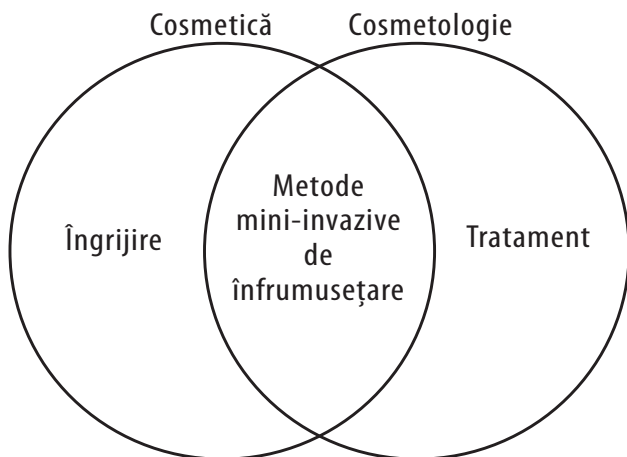


Diagrama 1: Raportul dintre cosmetică și cosmetologie

Prima este un domeniu non-medical, iar cea de-a doua – unul medical și anume o ramură a dermatologiei. Chiar dacă, în ultima vreme, tot mai multă lume preferă sintagma “dermatologie estetică”, noțiunea “cosmetologie” nu a fost abandonată, nu este scoasă din uz. Ca variantă de compromis, se utilizează, în egală măsură, și termenul “dermato-cosmetologie”.

Dermatologia însă nu are “monopol” asupra esteticului, asupra frumosului. Există o sumedenie de probleme/defecte cutanate, care pot fi soluționate/combătute doar prin intervenții chirurgicale [34; 116].

1.2.3. Chirurgia estetică

Chirurgia estetică este un compartiment medical de activitate, bazat pe acordarea unor servicii de tratament și înfrumusețare cu caracter invaziv: diverse plastii și/sau reconstrucții (Diagrama 2) [39].

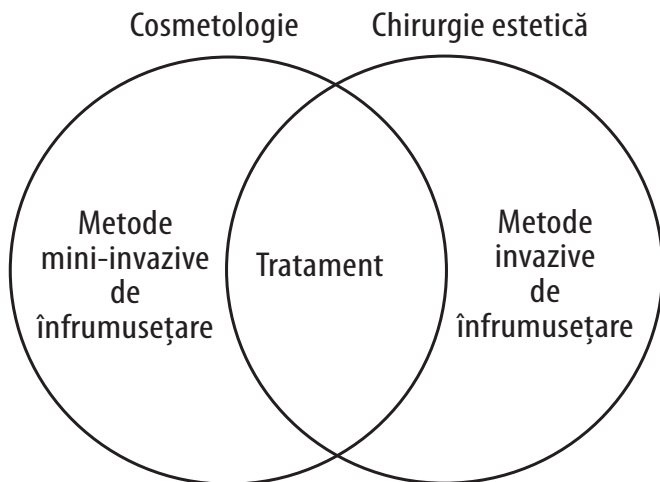


Diagrama 2: Raportul dintre cosmetologie și chirurgia estetică

Studiile medicale superioare sunt obligatorii. În RM, competențele în acest sector pot fi obținute în USMF “Nicolae Testemițanu”, Facultatea de Medicină (domeniul de formare profesională inițială Medicină generală), apoi studii postuniversitare prin internatură (până în anul 1992) sau rezidențiat (începând cu anul 1993), specialitatea chirurgie plastică și reconstructivă. Până în anul 2016, competențele în chirurgie estetică/plastică puteau fi obținute și în secundariat clinic. Profesia obținută – chirurg estetician sau chirurg plastician.

Instituții prestatoare: centre medicale, spitale, clinici.

Chiar dacă actualmente, conform Nomenclatorului specialităților pentru pregătirea postuniversitară prin studii de rezidențiat [52] și Clasificatorului ocupațiilor din RM [43], o singură categorie de specialiști (absolvenții rezidențiatului în chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, durata studiilor – 5 ani) sunt pregătiți în domeniul chirurgiei estetice, realitatea este cea care este: intervențiile chirurgicale cu tentă estetică au devenit ceva firesc/obișnuit în multe domenii invazive: chirurgie generală, chirurgie oromaxilofacială, otorinolaringologie, oftalmologie, ginecologie, oncologie, combustiologie etc.

O expertiză amplă în această privință, cu participarea specialiștilor din domeniile menționate mai sus, având drept obiectiv identificarea unui compromis rezonabil la capitolul servicii invazive de medicină estetică este mai mult decât bine venit.

Activitatea în domeniul chirurgiei estetice este reglementată de către următoarele acte și documente juridice [27; 28; 39]:

1) Nomenclatorul domeniilor de formare profesională și al specialităților pentru pregătirea cadrelor în instituțiile de învățământ superior, ciclul I, aprobat de Parlament în anul 2005 [51];

2) Codul Educației al RM, aprobat de Parlament în anul 2014: art.121 [45];

3) Clasificatorul ocupațiilor din RM, aprobat prin ordinul MMPSF în anul 2014: grupa majoră 2 (specialiști în diverse domenii de activitate), subgrupa majoră 22 (specialiști în domeniul sănătății), grupa minoră 221 (medici), grupa de bază (medici specialiști, profil chirurgical) [43];

4) Nomenclatorul specialităților pentru pregătirea postuniversitară prin studii de rezidențiat (profil chirurgical), aprobat prin ordinul MS al RM în anul 2015 [52];

5) Regulamentul cu privire la formarea continuă a adulților, aprobat prin Hotărâre de Guvern în anul 2017 [44].

Competențele profesionale de bază ale chirurgului estetician sunt [34; 39; 116]:

- a) operații chirurgicale în regiunea feței și scalpului: liftingul facial (ritidectomia, SMAS-liftingul, liftingul subperiostal, liftingul temporal și frontal, liftingul endoscopic), blefaroplastia, rinoplastia, otoplastia, mentoplastia, reducția scalpului, tehnica lambourilor, transplantul de păr (autogrefe, izogrefe, păr sintetic);
- b) operații de modelare a glandei mamare (mamoplastii): augmentația mamară, reducția mamară, mastopexia, reconstrucția mamară, mastectomia în ginecomastie, mastectomia profilactică (în colaborare cu mamologul);
- c) operații de modelare corporală: abdomenoplastia, liposucția, liftingul coapselor, liftingul corporal inferior, brahioplastia, torsoplastia, augmentația fesieră, augmentația gambieră;
- d) chirurgia varicelor primare: flebectomia, sclerozarea varicelor;
- e) corecția chirurgicală a cicatricelor;
- f) transplantul dermatologic (grefa de piele, autogrefe, alogrefe etc.);
- g) chirurgia estetică intimă (himenoplastie, faloplastie etc.);
- h) excizia și înlăturarea unor formațiuni profunde (hipodermă, țesut muscular etc.);

- i) reconstrucția degetelor (sindactilia, boala Dupuytren);
- j) alte intervenții plastice și/sau de înfrumusețare.

După cum observăm, serviciile de medicină estetică, în general, și cele de chirurgie estetică, în particular, reprezintă o realitate incontestabilă, un domeniu vast și dinamic, noile tehnologii și tendințele pieții dictând raportul dintre cerere și ofertă.

Cu regret, prestarea acestora scapă uneori din vizorul autorităților competente ale statului. Acest lucru poate fi explicat prin unele ambiguități în cadrul legal existent. Iar din aceste considerente, dar și din multe altele, inclusiv miturile de percepție populară (cosmetician = cosmetolog, ceea ce este absolut eronat), persistența unui șir de probleme [27; 28].

De exemplu:

1. Existența unor cabinete/saloane de frumusețe (de cosmetică), care au dreptul să acorde doar servicii non-medicale (de îngrijire și înfrumusețare), dar care acordă și servicii medicale (de înfrumusețare și tratament), fără a avea medici în statele de personal.

2. Existența unor centre/clinici de estetică, care au dreptul să acorde servicii medicale (de înfrumusețare și tratament), dar în care activează:

- a) preinși cosmetologi (asistenți medicali, biologi, chimiști etc.) fără studii medicale superioare;
- b) cosmetologi cu studii medicale superioare, dar fără studii medicale postuniversitare (internatură, rezidențiat sau secundariat clinic);
- c) cosmetologi cu studii medicale postuniversitare (altele decât dermatologia), dar fără competențe autorizate în cosmetologie;
- d) cosmetologi cu studii medicale postuniversitare și competențe autorizate în cosmetologie, dar care nu sunt evaluați/atestați profesional.

Capitolul 2. SPECTRUL SERVICIILOR DE MEDICINĂ ESTETICĂ ÎN CONTEXTUL CADRULUI NORMATIV AUTOHTON

2.1. Generalități

În ultimii 15-20 de ani s-a produs o adevărată explozie în industria beauty, cele mai mari investiții făcându-se în instituțiile private. Din considerentele respective, ne-am propus să investigăm anume acest sector. În segmentul dat de cercetare nu au fost incluse instituțiile medico-sanitare publice, care, în virtutea activității complexe, prestează și servicii de cosmetologie, respectiv de chirurgie estetică (chirurgie plastică, otorinolaringologie estetică, oftalmologie estetică, mamologie estetică etc.). De exemplu: Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile, Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, Institutul Oncologic, Spitalul Clinic de Ortopedie și Traumatologie, Institutul de Medicină Urgentă etc.

Asta însă nu înseamnă că am trecut cu vederea problemele existente în instituțiile publice. Din contra, acestea au fost constant pe agenda noastră de lucru. Astfel, în Capitolul 3, unde vom comenta profilul resurselor umane, implicate în prestarea serviciilor de medicină estetică, dar și în Capitolul 4, unde vom comenta opinia prestatorilor de servicii de cosmetologie cu privire la particularitățile muncii și barierele percepute, au fost incluși în cercetare subiecți/respondenți din ambele sectoare de activitate: atât public, cât și privat.

În conformitate cu scrisoarea nr.12/3 la nr.01/1906 din 21 august 2018, emisă de CSP Chișinău, din cadrul ANSP, la solicitarea Școlii de Management în Sănătate Publică, în capitala RM funcționează legal 167 de instituții private, prestatoare de servicii în do-

meniul cosmeticii și medicinei estetice. Pentru studierea spectrului serviciilor de medicină estetică, au fost distribuite 167 grile de evaluare. La final, au fost returnate 149 (rata de non-răspuns = 10,8%).

Referitor la instituțiile care nu posedă autorizație sanitară de funcționare și/sau certificat de acreditare, acestea nu au constituit obiectul nostru de cercetare.

Pentru îndeplinirea acestui obiectiv a fost realizat un studiu transversal, efectuat prin colectarea datelor primare despre gama serviciilor de medicină estetică în contextul cadrului normativ autohton.

Datele primare au fost colectate, utilizând următorul instrument de cercetare: “Grilă de evaluare pentru colectarea datelor primare despre gama serviciilor de cosmetică și medicină estetică”. Grila de evaluare a fost elaborată special pentru această lucrare (Anexa 1). Datele primare despre cadrul legal existent au fost colectate din Registrul de Stat al actelor juridice al RM [53]. Metode de cercetare: analiza matematică, comparativă, grafică.

2.2. Puncte de reper

Total instituții analizate – 149.

2.3. Repartiția instituțiilor conform spectrului de servicii prestate

Conform spectrului de servicii prestate, instituțiile s-au repartizat astfel (Anexa 4):

- a) servicii de cosmetologie și chirurgie estetică – 23 sau 15,4%:
 - doar servicii de cosmetologie (medicină estetică mini-invazivă) – 16 sau 69,6%;
 - servicii de cosmetologie (medicină estetică mini-invazivă) + servicii de chirurgie estetică (medicină estetică invazivă) – 7 sau 30,4%.
- b) servicii de cosmetică – 126 sau 84,6%:

- doar servicii de cosmetică clasică (coafură, manichiură, pedichiură) – 26 sau 20,6%;
- servicii de cosmetică clasică (coafură, manichiură, pedichiură) + servicii de cosmetică contemporană (diverse extensii, măști, masaj, piercing, tatuaje etc.) – 100 sau 79,4%.

O privire de ansamblu ne arată că în RM predomină instituțiile care prestează servicii de cosmetică (84,6%), cele prestatoare de servicii în domeniul cosmetologiei și chirurgiei estetice fiind într-o proporție mai redusă (15,4%).

În grupul instituțiilor care prestează servicii cu caracter medical (Anexa 5), prevalează semnificativ (69,6%) cele prestatoare de servicii mini-invazive sau cosmetologice. Situația creată poate fi explicată prin faptul că majoritatea clienților (în mare parte femei) solicită proceduri de înfrumusețare fără bisturiu: diverse forme de peeling (mecanic, chimic), diverse injecții (acid hialuronic, toxină botulinică) etc. Referitor la serviciile invazive sau chirurgicale (diverse plastii, reconstrucții, transplanturi etc.), cererea fiind mai mică și oferta este mai mică. Iată de ce instituțiile prestatoare de servicii mixte (atât mini-invazive, cât și invazive) sunt într-un număr mai redus (30,4%).

În grupul instituțiilor care prestează servicii cu caracter non-medical (Anexa 6), prevalează semnificativ (79,4%) cele care oferă servicii mixte (și cosmetică clasică, și cosmetică contemporană). Industria beauty este într-o dezvoltare continuă, iar saloanele de profil tind să cucerească publicul cu cele mai noi tendințe în materie de îngrijire, relaxare și înfrumusețare: make-up artistic, diverse forme de extensii (păr, gene, unghii), diverse măști (hidratante, calmante, tonice), diverse proceduri cu apă (SPA, jacuzzi, masaj subacvatic) etc. Iată de ce instituțiile care oferă doar servicii de cosmetică clasică (coafură, manichiură, pedichiură) sunt într-un număr mai mic (20,6%).

2.4. Repartiția instituțiilor conform cadrului juridic de activitate

Conform cadrului juridic de activitate, instituțiile s-au repartizat astfel (Anexa 7):

- a) instituții care prestează servicii de cosmetologie și chirurgie estetică (n=23):
 - patentă de întreprinzător – 1 sau 4,35%;
 - întreprindere individuală – 1 sau 4,35%;
 - societate cu răspundere limitată – 21 sau 91,3%.
- b) instituții care prestează servicii de cosmetică (n=126):
 - patentă de întreprinzător – 5 sau 4,0%;
 - întreprindere individuală – 33 sau 26,2%;
 - societate cu răspundere limitată – 88 sau 69,8%.
- c) total instituții (n=149):
 - patentă de întreprinzător – 6 sau 4,0%;
 - întreprindere individuală – 34 sau 22,8%;
 - societate cu răspundere limitată – 109 sau 73,2%.

După cum observăm, în grupul instituțiilor care prestează servicii cu caracter medical (cosmetologie și chirurgie estetică), se constată o predominare categorică (91,3%) a celor cu statut de societate cu răspundere limitată, restul formelor de organizare juridică fiind în inferioritate.

În grupul instituțiilor care prestează servicii cu caracter non-medical (cosmetică), avem de asemenea o predominare semnificativă (69,8%) a instituțiilor cu statut de societate cu răspundere limitată, după care urmează cele cu statut de întreprindere individuală (26,2%) și cele care activează în baza patentei de întreprinzător (4,0%).

Așadar, per ansamblu, aproape 3/4 din totalul instituțiilor au statut de societate cu răspundere limitată, fiecare a 5-a instituție are statut de întreprindere individuală, cele care activează în baza patentei de întreprinzător fiind în inferioritate (4,0%).

Sub aspect al cadrului normativ, situația existentă poate fi explicată astfel:

Conform Legii nr. 93 [54], desfășurarea activității în baza patentei de întreprinzător nu impune înregistrarea de stat a titularului acesteia și primirea licenței. Asupra titularului patentei nu se extind cerințele privind prezentarea dărilor de seamă financiare și statistice, ținerea evidenței contabile și financiare, efectuarea operațiilor de casă și a decontărilor (Art. 3, p. 3).

În pofida acestor facilități, numărul cosmeticienilor și cosmetologilor care activează în baza patentei de întreprinzător este mic ($n=6$), iar acest lucru poate fi explicat prin unele dezavantaje ale acestui tip de activitate. De exemplu:

- a) titularul patentei își poate desfășura activitatea în spații care au suprafața de până la 30 m² (Art. 3, punctul 6¹);
- b) titularul patentei nu este în drept să angajeze alți lucrători pentru desfășurarea activității specificate în patentă (Art. 3, p. 8, subpunctul „a”);
- c) mărfurile pasibile de comercializare în baza patentei de întreprinzător sunt limitate: articole de parfumerie și cosmetică neaccizate (Art. 18, p. 4, subpunctul „j”).

Referitor la activitatea în baza statutului de întreprindere individuală, conform Legii nr. 845 [55], întreprindere individuală este instituția care aparține cetățeanului, cu drept de proprietate privată sau membrilor familiei acestuia, cu drept de proprietate comună. Patrimoniul întreprinderii individuale se formează pe baza bunurilor cetățeanului (familiei) și altor surse care nu sunt interzise de legislație (Art. 14, p. 1). Lansarea unei afaceri cu statut de întreprindere individuală nu necesită un capital statutar, capitalul statutar fiind tot patrimoniul fondatorului. Întreprinderea individuală nu este persoană juridică și se prezintă în cadrul raporturilor de drept ca persoană fizică întreprinzător individual (Art. 14, p. 2).

Dincolo de aceste facilități, numărul relativ mic de instituții cu statut de întreprindere individuală (26,2% în cazul instituțiilor care prestează servicii cu caracter non-medical, respectiv 4,35% în cazul celor care prestează servicii cu caracter medical) poate fi explicat prin unele dezavantaje ale acestui tip de activitate. De exemplu:

- a) patrimoniul întreprinderii individuale este inseparabil de bunurile personale ale antreprenorului;
- b) antreprenorul-posesor al întreprinderii individuale poartă răspundere nelimitată pentru obligațiile acesteia cu întreg patrimoniul său;
- c) membrii familiei-posesori ai întreprinderii individuale poartă și ei răspundere nelimitată solidară pentru obligațiile acesteia cu întreg patrimoniul lor (Art. 14, p. 2).

Drept urmare, în cazul unor fraude sau derapaje de la buchia legii, organele abilitate ale statului pot confisca toate bunurile deținătorului de întreprindere individuală, inclusiv ale membrilor familiei acestuia (exceptând bunurile minorilor).

Din aceste considerente, majoritatea instituțiilor funcționează în baza statutului de societate cu răspundere limitată. Conform Legii Nr.845 [55], societatea cu răspundere limitată reprezintă o întreprindere fondată de două și mai multe persoane juridice și/ sau persoane fizice, care și-au asociat bunurile în scopul desfășurării în comun a unei activități de antreprenoriat, sub aceeași firmă, în baza contractului de constituire (de societate) și a statutului (Art. 17, p. 1). Societatea cu răspundere limitată este persoană juridică și poartă răspundere pentru obligațiile asumate cu întreg patrimoniul lor (Art. 17, p. 2).

Numărul mare de instituții cu statut de societate cu răspundere limitată (69,8% în cazul instituțiilor care prestează servicii cu caracter non-medical, respectiv 91,3% în cazul celor care prestează servicii cu caracter medical) poate fi explicat prin avantajele care le oferă acest tip de activitate. De exemplu:

- a) capitalul statutar este comparativ mic (5400 lei), existând posibilitatea utilizării acestuia din moment ce suma respectivă de bani a ajuns în cont;
- b) răspunderea administrativă și fiscală este fondul statutar, adică 0 (zero) lei în cazul în care fondul a fost epuizat;
- c) prin modificările la Legea nr. 845, societatea cu răspundere limitată poate fi fondată și de o singură persoană juridică sau fizică (Legea Nr.1167 [56]).

2.5. Repartiția instituțiilor conform distribuirii serviciilor prestate

Conform distribuirii serviciilor prestate, instituțiile s-au repartizat astfel:

2.5.1. Instituții care prestează servicii de cosmetologie și chirurgie estetică

1) Servicii sub limita competențelor sau servicii care nu ar trebui să se regăsească în lista serviciilor prestate de către instituțiile medicale (în ordine crescătoare):

- Extensii păr – 1 sau 4,3%;
- Cabina de bronzat / solarul – 1 sau 4,3%;
- Tatuaje permanente – 1 sau 4,3%;
- Coafură (hair-styling) – 3 sau 13,0%;
- Machiaj artistic (make-up artistic) – 3 sau 13,0%;
- Extensii unghii – 3 sau 13,0%;
- Diverse forme de piercing (buze, nas, pleoape, ombilic, genitale etc.) – 3 sau 13,0%;
- Extensii gene – 4 sau 17,4%;
- Diverse proceduri cu apă (SPA, jacuzzi, băi termale) – 4 sau 17,4%;
- Manichiură – 5 sau 21,7%;

- Pedichiură – 5 sau 21,7%;
- Tatuaje temporare – 7 sau 30,4%;
- Găuri în urechi pentru cercei – 8 sau 34,8%;
- Diverse împachetări și aplicații (cu plante, cu alge, cu nămol etc.) – 8 sau 34,8%;
- Epilare mecanică (cu lame, cu creme depilatoare, cu ceară, cu zahăr) – 13 sau 56,5%;
- Masaj non-medical (de înviorare, de relaxare etc.) – 14 sau 60,9%;
- Măști non-medicale (hidratante, calmante, tonice etc.) – 18 sau 78,3%;
- Curățare cosmetică mecanică (scrub, gomaj etc.) – 19 sau 82,6%.

2) Servicii în limitele competențelor sau servicii obișnuite pentru activitatea instituțiilor medicale (în ordine crescătoare):

- Raze ultraviolete în scop de tratament (terapie cu UVA sau UVB) – 1 sau 4,3%;
- Transplant de piele (autogrefe, alogrefe) – 1 sau 4,3%;
- Transplant de păr (tehnica lambourilor) – 1 sau 4,3%;
- Implant de păr (metoda FUT/Strip, metoda FUE) – 2 sau 8,7%;
- Reconstrucția degetelor (sindactilia, boala Dupuytren) – 4 sau 17,4%;
- Diverse plastii/reconstrucții (nas, urechi, sâni, coapse, fese etc.) – 5 sau 21,7%;
- Chirurgie estetică intimă – 5 sau 21,7%;
- Liposucție abdominală – 5 sau 21,7%;
- Lifting chirurgical (facial, al coapselor, corporal inferior etc.) – 6 sau 26,1%;
- Corecția chirurgicală a cicatricelor – 6 sau 26,1%;
- Chirurgie vasculară (flebectomia, sclerozarea varicelor) – 6 sau 26,1%;

- Epilare electrică – 7 sau 30,4%;
- Epilare cu laser/lumină intens pulsată (IPL) – 8 sau 34,8%;
- Plasma Pen – 9 sau 39,1%;
- Dermatoscopie computerizată – 10 sau 43,5%;
- Biopsie cutanată – 10 sau 43,5%;
- Excizia unor leziuni cutanate superficiale (nevi, melanoame, keratoacantoame, bazilioame etc.) – 11 sau 47,8%;
- Fire de suspensie (neresorabile, resorbabile) – 12 sau 52,2%;
- Laserodistrucție (distrucție cu Laser) – 13 sau 56,5%;
- Plasmolifting/PRP-terapia – 13 sau 56,5%;
- Mesoterapie fracționată (dermapen) – 14 sau 60,9%;
- Mesoterapie fracționată (microneedling/dermaroller) – 14 sau 60,9%;
- Radiodistrucție (radiocauterizare) – 14 sau 60,9%;
- Lifting non-chirurgical (cu radiofrecvență, cu ultrasunete, cu IPL etc.) – 14 sau 60,9%;
- Lipoliză non-chirurgicală (cu ultrasunete, cu laser, cu vacuum etc.) – 14 sau 60,9%;
- Masaj medical (manual, vacuum etc.) – 16 sau 69,6%;
- Criodistrucție (distrucție cu azot lichid) – 17 sau 73,9%;
- Injecții cu Botox/toxină botulinică tip A – 19 sau 82,6%;
- Electrodistruție (diatermocoagulare) – 19 sau 82,6%;
- Chimiodistrucție (acid acetic, hidroxid de potasiu, podofilină etc.) – 19 sau 82,6%;
- Curățare cosmetologică la aparate (galvanică, cu ultrasunete etc.) – 19 sau 82,6%;
- Mășți medicale (antiseboreice, antiacneice, anticuperozice etc.) – 20 sau 87,0%;
- Mesoterapie fără ace (electroporație) – 20 sau 87,0%;
- Biorevitalizare (acid hialuronic, vitamine, peptide) – 20 sau 87,0%;

- Fillere – 21 sau 91,3%;
- Mesoterapie injectabilă (acid hialuronic, substanțe homeopate) – 21 sau 91,3%;
- Peeling mecanic (microdermabraziune, dermabraziune) – 21 sau 91,3%;
- Peeling chimic (acid lactic, acid glicolic, acid tricloracetic, fenol etc.) = 21 sau 91,3%.

După cum observăm, un număr variabil de instituții (de la 4,3 până la 82,6%) oferă o gamă vastă de servicii sub limita competențelor: epilare mecanică, măști non-medicale, coafură, manichiură, pedichiură, piercing etc. În mod obișnuit, acestea nu ar trebui să se regăsească în lista serviciilor prestate de către instituțiile medicale (cabine medicale, centre medicale, clinici de medicină estetică), decât atunci când în cadrul acestora activează atât cosmetologi, cât și cosmeticieni. Le vom numi în continuare subcompetențe instituționale. În cosmetologie, acest fenomen este, probabil, o cale de a atrage mai mulți clienți/pacienți, redirecționându-i ulterior pentru manopere/proceduri mai complexe, mai invazive și mai costisitoare.

Referitor la serviciile în limitele competențelor instituțiilor medicale, pe care le vom numi în continuare normocompetențe instituționale, cele mai populare (de la 87,0 până la 91,3%) sunt serviciile cosmetologice sau manoperele mini-invazive: peeling-urile, fillere-le, mezoterapia și biorevitalizarea. Acestea sunt prestate de către medicii dermato-cosmetologi și/sau cosmetologi.

Un număr mult mai mic de instituții (de la 4,3 până la 26,1%) oferă normocompetențe cu caracter invaziv (transplant de piele și păr, implant de păr, diverse plastii/reconstrucții, liposucție, lifting), ceea ce corespunde datelor prezentate anterior (punctul 2.3, litera „a”, subpunctul al doilea). Acestea sunt prestate de către chirurgii plasticieni sau esteticieni.

Actele normative care reglementează acest sector (domeniul cosmetologie sau medicină estetică mini-invazivă și domeniul chirurgie estetică sau medicină estetică invazivă) sunt următoarele:

1) Nomenclatorul domeniilor de formare profesională și al specialităților pentru pregătirea cadrelor în instituțiile de învățământ superior, ciclul I, aprobat prin Legea nr.142 din 7 iulie 2005 și publicat în MO al RM, nr. 101-103, art. nr. 476 din 29 iulie 2005: domeniul fundamental al științei, culturii și tehnicii – codul 7, sănătate; domeniul general de studii – codul 71, medicină; domeniul de formare profesională inițială – codul 711, medicină generală; durata studiilor – 6 ani;

2) Nomenclatorul specialităților pentru pregătirea postuniversitară prin studii de rezidențiat, aprobat prin Ordinul MS al RM nr.175, PȘ2, din 23 decembrie 2015 și publicat în MO al RM, nr.2-8, art. nr.9 din 6 ianuarie 2017: domeniul fundamental – codul 09, sănătate; domeniul general de studii – codul 091, sănătate; domeniul de formare profesională – codul 0912, medicină; studii integrate – codul 0912.1, medicină; studii prin rezidențiat:

- codul 0912.1.13, specialitatea dermatovenerologie, durata studiilor – 3 ani;
- codul 0912.1.12, specialitatea chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, durata studiilor – 5 ani;

3) Clasificatorul ocupațiilor din RM (CORM – 006-14), aprobat prin Ordinul MMPSF al RM nr.22 din 3 martie 2014 și publicat în MO al RM, nr. 120-126, art. nr.670 din 23 mai 2014: grupa majoră 2 – specialiști în diverse domenii de activitate; subgrupa majoră 22 – specialiști în domeniul sănătății; grupa minoră 221 – medici; grupa de bază:

- medici specialiști – specialitatea dermatovenerologie;
- medici specialiști – specialitatea chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă;

4) Curriculum/Program de instruire postuniversitară prin rezidențiat la specialitatea dermatovenerologie: total – 4725 ore, inclusiv cosmetologie – 160 de ore. Proces-verbal nr.30 din 07.06.2018, Catedra dermatovenerologie; Proces-verbal nr.2 din 26.06.2018, Comisia metodică de profil Medicină internă; Proces-verbal nr.5 din 04.07.2018, Consiliul de management al calității; Aprobare 05.07.2018, rector USMF "Nicolae Testemițanu"; Coordonat 12.09.2018, MSMPS al RM;

5) Procesul-verbal nr.10 al ședinței Catedrei dermatovenerologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, Programa analitică (Curriculum) de studii complementare pentru obținerea competențelor în dermato-cosmetologie, cu un total de 508 ore/credite, inclusiv cosmetologie – 160 de ore/credite (sau 31,5% din toată programa), Chișinău, 30.11.2017;

6) Ordinul MS nr.478 din 15.06.2017 Cu privire la aprobarea Algoritmului de diferențiere al competențelor profesionale în domeniul cosmeticii, dermatocosmetologiei, chirurgiei plastice, estetice și microchirurgiei reconstructive. MO al RM, nr.244-251, art. nr.1258 din 14.07.2017.

2.5.2. Instituții care prestează servicii de cosmetică

1) Servicii în limitele competențelor sau servicii obișnuite pentru activitatea instituțiilor non-medicale (în ordine crescătoare):

- Tatuaje permanente – 14 sau 11,1%;
- Tatuaje temporare – 21 sau 16,7%;
- Diverse forme de piercing (buze, nas, pleoape, ombilic, genitale etc.) – 21 sau 16,7%;
- Diverse împachetări și aplicații (cu plante, cu alge, cu nămol etc.) – 24 sau 19,0%;
- Diverse proceduri cu apă (SPA, jacuzzi, băi termale) – 32 sau 25,4%;

- Extensii gene – 37 sau 29,4%;
- Raze ultraviolete în scop de înfrumusețare (cabina de bronzat/solarul) – 41 sau 32,5%;
- Extensii păr – 44 sau 34,9%;
- Epilare mecanică (cu lame, cu creme depilatoare, cu ceară, cu zahăr) – 53 sau 42,1%;
- Găuri în urechi pentru cercei – 59 sau 46,8%;
- Masaj non-medical (de înviorare, de relaxare etc.) – 63 sau 50,0%;
- Extensii unghii – 73 sau 57,9%;
- Curățare cosmetică mecanică (scrub, gomaj etc.) – 75 sau 59,5%;
- Mășți non-medicale (hidratante, calmante, tonice etc.) – 86 sau 68,3%;
- Pedichiură – 94 sau 74,6%;
- Machiaj artistic (make-up artistic) – 99 sau 78,6%;
- Manichiură – 116 sau 92,1%;
- Coafură (hair-styling) – 123 sau 97,6%.

2) Servicii peste limita competențelor sau servicii care nu ar trebui să se regăsească în lista serviciilor prestate de către instituțiile non-medicale (în ordine crescătoare):

- Criodistrucție (distrucție cu azot lichid) – 1 sau 0,8%;
- Electrodistrucție (diatermocoagulare) – 1 sau 0,8%;
- Chimiodistrucție (acid acetic, hidroxid de potasiu, podofilină etc.) – 1 sau 0,8%;
- Plasmolifting/PRP-terapia – 1 sau 0,8%;
- Plasma Pen – 2 sau 1,6%;
- Fire de suspensie (neresorbabile, resorbabile) – 2 sau 1,6%;
- Peeling mecanic (microdermabraziune, dermabraziune) – 2 sau 1,6%;
- Fillere – 3 sau 2,4%;

- Injecții cu Botox/toxină botulinică tip A – 3 sau 2,4%;
- Mesoterapie fracționată (microneedling/dermaroller) – 5 sau 4,0%;
- Mesoterapie injectabilă (acid hialuronic, substanțe homeopate) – 6 sau 4,8%;
- Mesoterapie fără ace (electroporație) – 8 sau 6,3%;
- Raze ultraviolete în scop de tratament (terapie cu UVA sau UVB) – 8 sau 6,3%;
- Epilare cu laser/lumină intens pulsată (IPL) – 8 sau 6,3%;
- Peeling chimic (cu acid lactic, cu acid glicolic, cu acid tricloracetic, cu fenol etc.) – 11 sau 8,7%;
- Masaj medical (manual, vacuum etc.) – 18 sau 14,3%;
- Măști medicale (antiseboreice, antiacneice, anticuperozice etc.) – 19 sau 15,1%;
- Curățare cosmetologică la aparate (galvanică, cu ultrasunete etc.) – 20 sau 15,9%;
- Epilare electrică – 21 sau 16,7%.

După cum observăm, un număr variabil de instituții (de la 0,8 până la 16,7%) oferă servicii peste limita competențelor: diverse forme de citodistrucție, peeling-uri, fillere, mezoterapie, biorevitalizare etc.

Acestea, în mod obișnuit, nu ar trebui să se regăsească în lista serviciilor prestate de către instituțiile non-medicale (saloane de frumusețe, frizerii, saloane de tatuaje etc.), chiar dacă în cadrul acestora activează persoane cu studii medicale superioare. Le vom numi în continuare supracompetențe instituționale. Fenomenul este moștenit din anii 2000-2015, când s-a produs o adevărată explozie în industria beauty, fără o reglementare legală adecvată.

Referitor la serviciile în limitele competențelor instituțiilor non-medicale, pe care le vom numi în continuare normocompetențe instituționale, cele mai populare (de la 74,6 până la 98,4%) sunt: coafura, machiajul, manichiura și pedichiura.

În ultimii ani, de un succes tot mai mare (de la 11,1% până la 68,3%) se bucură și alte metode de îngrijire, relaxare și înfrumusețare: diverse proceduri cu apă, diverse forme de tatuaje și piercing, de măști non-medicale, de masaj non-medical etc.

Așadar, majoritatea instituțiilor (83,3%) respectă cadrul legal existent. Actele normative care reglementează acest sector (domeniul cosmetică sau cel al serviciilor de îngrijire și înfrumusețare cu caracter non-medical) sunt următoarele:

1) Nomenclatorul specialităților și calificărilor pentru învățământul profesional tehnic postsecundar și postsecundar non-terțiar, aprobat prin Hotărârea Guvernului RM nr.853 din 14 decembrie 2015 și publicat în MO al RM, nr.340-346, art. nr.957 din 18 decembrie 2015:

- domeniul general – codul 10, servicii;
- domeniul de educație – codul 101, servicii personale;
- domeniul de formare profesională – codul 1012, servicii de coafor și frumusețe; codul 101210 – specialitatea frizerie și cosmetică;
- calificarea – tehnician cosmetică și frizerie;

2) Clasificatorul ocupațiilor din RM (CORM – 006-14), aprobat prin Ordinul MMPSF al RM nr.22 din 3 martie 2014 și publicat în MO al RM, nr.120-126, art. nr.670 din 23 mai 2014:

- grupa majoră 5 – lucrători în domeniul serviciilor și comerțului;
- subgrupa majoră 51 – lucrători în domeniul serviciilor personale;
- grupa minoră 514 – coafori, cosmeticieni și asimilați;

3) Ordinul MS nr.478 din 15.06.2017 Cu privire la aprobarea Algoritmului de diferențiere al competențelor profesionale în domeniul cosmeticii, dermatocosmetologiei, chirurgiei plastice, estetice și microchirurgiei reconstructive. MO al RM, nr.244-251, art. nr.1258 din 14.07.2017.

2.5.3. Spectrul comparativ al serviciilor prestate

Analizând spectrul serviciilor medicale și non-medicale prestate, ne-am propus o evaluare comparativă a acestora (Tabelele 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 și 8; Anexele 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 și 15).

Asocierea „ab” are semnificație statistică ($p < 0,05$), asocierea „aa” – fără semnificație statistică, iar combinația „a1” nu poate fi comparată.

Tabelul 1: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (A)

Spectrul serviciilor	Opțiune răspuns	Categoria instituțiilor				Semnificația statistică	Total instituții (n = 149)	
		Instituții medicale		Instituții non-medicale			Nr.	%
		Nr.	%	Nr.	%			
Coafură	Da	3 _a	13,0	123 _b	97,6	p<0,05	126	84,6
	Nu	20 _a	87,0	3 _b	2,4	p<0,05	23	15,4
Extensii păr	Da	1 _a	4,3	44 _b	34,9	p<0,05	45	30,2
	Nu	22 _a	95,7	82 _b	65,1	p<0,05	104	69,8
Extensii gene	Da	4 _a	17,4	37 _a	29,4	–	41	27,5
	Nu	19 _a	82,6	89 _a	70,6	–	108	72,5
Manichiură	Da	5 _a	21,7	116 _b	92,1	p<0,05	121	81,2
	Nu	18 _a	78,3	10 _b	7,9	p<0,05	28	18,8
Pedichiură	Da	5 _a	21,7	94 _b	74,6	p<0,05	99	66,4
	Nu	18 _a	78,3	32 _b	25,4	p<0,05	50	33,6
Extensii unghii	Da	3 _a	13,0	73 _b	57,9	p<0,05	76	51,0
	Nu	20 _a	87,0	53 _b	42,1	p<0,05	73	49,0
Machiaj artistic	Da	3 _a	13,0	99 _b	78,6	p<0,05	102	68,5
	Nu	20 _a	87,0	27 _b	21,4	p<0,05	47	31,5

Tabelul 2: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (B)

Spectrul serviciilor	Opțiune răspuns	Categoria instituțiilor				Semnificația statistică	Total instituții (n = 149)	
		Instituții medicale		Instituții non-medicale			Nr.	%
		Nr.	%	Nr.	%			
Curățare cosmetică	Da	19 _a	82,6	75 _b	59,5	p<0,05	94	63,1
	Nu	4 _a	17,4	51 _b	40,5	p<0,05	55	36,9
Curățare cosmetologică	Da	19 _a	82,6	20 _b	15,9	p<0,05	39	26,2
	Nu	4 _a	17,4	106 _b	84,1	p<0,05	110	73,8
Măști non-medicale	Da	18 _a	78,3	86 _a	68,3	–	104	69,8
	Nu	5 _a	21,7	40 _a	31,7	–	45	30,2
Măști medicale	Da	20 _a	87,0	19 _b	15,1	p<0,05	39	26,2
	Nu	3 _a	13,0	107 _b	84,9	p<0,05	110	73,8
Masaj non-medical	Da	14 _a	60,9	63 _a	50,0	–	77	51,7
	Nu	9 _a	39,1	63 _a	50,0	–	72	48,3
Masaj medical	Da	16 _a	69,6	18 _b	14,3	p<0,05	34	22,8
	Nu	7 _a	30,4	108 _b	85,7	p<0,05	115	77,2
Cabină de bronzat	Da	1 _a	4,3	41 _b	32,5	p<0,05	42	28,2
	Nu	22 _a	95,7	85 _b	67,5	p<0,05	107	71,8

Tabelul 3: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (C)

Spectrul serviciilor	Opțiune răspuns	Categoria instituțiilor				Semnificația statistică	Total instituții (n = 149)	
		Instituții medicale		Instituții non-medicale			Nr.	%
		Nr.	%	Nr.	%			
Terapie cu UVA/UVB	Da	1 _a	4,3	8 _a	6,3	–	9	6,0
	Nu	22 _a	95,7	118 _a	93,7	–	140	94,0
SPA, jacuzii, băi termale	Da	4 _a	17,4	32 _a	25,4	–	36	24,2
	Nu	19 _a	82,6	94 _a	74,6	–	113	75,8
Aplicații cu alge, nămol	Da	8 _a	34,8	24 _a	19,0	–	32	21,5
	Nu	15 _a	65,2	102 _a	81,0	–	117	78,5
Găuri în urechi	Da	8 _a	34,8	59 _a	46,8	–	67	45,0
	Nu	15 _a	65,2	67 _a	53,2	–	82	55,0
Alte forme de piercing	Da	3 _a	13,0	21 _a	16,7	–	24	16,1
	Nu	20 _a	87,0	105 _a	83,3	–	125	83,9
Tatuaje temporare	Da	7 _a	30,4	21 _a	16,7	–	28	18,8
	Nu	16 _a	69,6	105 _a	83,3	–	121	81,2
Tatuaje permanente	Da	1 _a	4,3	14 _a	11,1	–	15	10,1
	Nu	22 _a	95,7	112 _a	88,9	–	134	89,9

Tabelul 4: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (D)

Spectrul serviciilor	Opțiune răspuns	Categoria instituțiilor				Semnificația statistică	Total instituții (n = 149)	
		Instituții medicale		Instituții non-medicale			Nr.	%
		Nr.	%	Nr.	%			
Epilare mecanică	Da	13 _a	56,5	53 _a	42,1	–	66	44,3
	Nu	10 _a	43,5	73 _a	57,9	–	83	55,7
Epilare electrică	Da	7 _a	30,4	21 _a	16,7	–	28	18,8
	Nu	16 _a	69,6	105 _a	83,3	–	121	81,2
Epilare cu laser	Da	8 _a	34,8	8 _b	6,3	p<0,05	16	10,7
	Nu	15 _a	65,2	118 _b	93,7	p<0,05	133	89,3
Crio-distrucție	Da	17 _a	73,9	1 _b	0,8	p<0,05	18	12,1
	Nu	6 _a	26,1	125 _b	99,2	p<0,05	131	87,9
Electro-distrucție	Da	19 _a	82,6	1 _b	0,8	p<0,05	20	13,4
	Nu	4 _a	17,4	125 _b	99,2	p<0,05	129	86,6
Radio-distrucție	Da	14 _a	60,9	0 ¹	0	–	14	9,4
	Nu	9 _a	39,1	126 ¹	100	–	135	90,6
Chimio-distrucție	Da	19 _a	82,6	1 _b	0,8	p<0,05	20	13,4
	Nu	4 _a	17,4	125 _b	99,2	p<0,05	129	86,6

Tabelul 5: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (E)

Spectrul serviciilor	Opțiune răspuns	Categoria instituțiilor				Semnificația statistică	Total instituții (n = 149)	
		Instituții medicale		Instituții non-medicale			Nr.	%
		Nr.	%	Nr.	%			
Lasero-distrucție	Da	13 _a	56,5	0 ¹	0	–	13	8,7
	Nu	10 _a	43,5	126 ¹	100	–	136	91,3
Peeling chimic	Da	21 _a	91,3	11 _b	8,7	p<0,05	32	21,5
	Nu	2 _a	8,7	115 _b	91,3	p<0,05	117	78,5
Peeling mecanic	Da	21 _a	91,3	2 _b	1,6	p<0,05	23	15,4
	Nu	2 _a	8,7	124 _b	98,4	p<0,05	126	84,6
Electroporație	Da	20 _a	87,0	8 _b	6,3	p<0,05	28	18,8
	Nu	3 _a	13,0	118 _b	93,7	p<0,05	121	81,2
Microneedling	Da	14 _a	60,9	5 _b	4,0	p<0,05	19	12,8
	Nu	9 _a	39,1	121 _b	96,0	p<0,05	130	87,2
Dermapen	Da	14 _a	60,9	0 ¹	0	–	14	9,4
	Nu	9 _a	39,1	126 ¹	100	–	135	90,6
Mesoterapie injectabilă	Da	21 _a	91,3	6 _b	4,8	p<0,05	27	18,1
	Nu	2 _a	8,7	120 _b	95,2	p<0,05	122	81,9

Tabelul 6: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (F)

Spectrul serviciilor	Opțiune răspuns	Categoria instituțiilor				Semnificația statistică	Total instituții (n = 149)	
		Instituții medicale		Instituții non-medicale			Nr.	%
		Nr.	%	Nr.	%			
Biorevitalizare	Da	20 _a	87,0	0 ¹	0,0	–	20	13,4
	Nu	3 _a	13,0	126 ¹	100	–	129	86,6
Fillere	Da	21 _a	91,3	3 _b	2,4	p<0,05	24	16,1
	Nu	2 _a	8,7	123 _b	97,6	p<0,05	125	83,9
Fire de suspensie	Da	12 _a	52,2	2 _b	1,6	p<0,05	14	9,4
	Nu	11 _a	47,8	124 _b	98,4	p<0,05	135	90,6
Toxină botulinică	Da	19 _a	82,6	3 _b	2,4	p<0,05	22	14,8
	Nu	4 _a	17,4	123 _b	97,6	p<0,05	127	85,2
Plasma Pen	Da	9 _a	39,1	2 _b	1,6	p<0,05	11	7,4
	Nu	14 _a	60,9	124 _b	98,4	p<0,05	138	92,6
Plasmolifting	Da	13 _a	56,5	1 _b	0,8	p<0,05	14	9,4
	Nu	10 _a	43,5	125 _b	99,2	p<0,05	135	90,6
Dermatoscopie computerizată	Da	10 _a	43,5	0 ¹	0,0	–	10	6,7
	Nu	13 _a	56,5	126 ¹	100	–	139	93,3

Tabelul 7: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (G)

Spectrul serviciilor	Opțiune răspuns	Categoria instituțiilor				Semnificația statistică	Total instituții (n = 149)	
		Instituții medicale		Instituții non-medicale			Nr.	%
		Nr.	%	Nr.	%			
Biopsie cutanată	Da	10 _a	43,5	0 ¹	0,0	–	10	6,7
	Nu	13 _a	56,5	126 ¹	100	–	139	92,3
Diverse excizii	Da	11 _a	47,8	0 ¹	0,0	–	11	7,4
	Nu	12 _a	52,2	126 ¹	100	–	138	92,6
Lipoliză non-chirurgicală	Da	14 _a	60,9	0 ¹	0,0	–	14	9,4
	Nu	9 _a	39,1	126 ¹	100	–	135	90,6
Lifting non-chirurgical	Da	14 _a	60,9	0 ¹	0,0	–	14	9,4
	Nu	9 _a	39,1	126 ¹	100	–	135	90,6
Implant de păr	Da	2 _a	8,7	0 ¹	0,0	–	2	1,3
	Nu	21 _a	91,3	126 ¹	100	–	147	98,7
Transplant de păr	Da	1 _a	4,3	0 ¹	0,0	–	1	0,7
	Nu	22 _a	95,7	126 ¹	100	–	148	99,3
Transplant de piele	Da	1 _a	4,3	0 ¹	0,0	–	1	0,7
	Nu	22 _a	95,7	126 ¹	100	–	148	99,3

Tabelul 8: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (H)

Spectrul serviciilor	Opțiune răspuns	Categoria instituțiilor				Semnificația statistică	Total instituții (n = 149)	
		Instituții medicale		Instituții non-medicale			Nr.	%
		Nr.	%	Nr.	%			
Lifting chirurgical	Da	6 _a	26,1	0 ¹	0,0	–	6	4,0
	Nu	17 _a	73,9	126 ¹	100	–	143	96,0
Liposucție abdominală	Da	5 _a	21,7	0 ¹	0,0	–	5	3,4
	Nu	18 _a	78,3	126 ¹	100	–	144	96,6
Diverse plastii	Da	5 _a	21,7	0 ¹	0,0	–	5	3,4
	Nu	18 _a	78,3	126 ¹	100	–	144	96,6
Reconstrucție degete	Da	4 _a	17,4	0 ¹	0,0	–	4	2,7
	Nu	19 _a	82,6	126 ¹	100	–	145	97,3
Chirurgie vasculară	Da	6 _a	26,1	0 ¹	0,0	–	6	4,0
	Nu	17 _a	73,9	126 ¹	100	–	143	96,0
Corecție cicatrici	Da	6 _a	26,1	0 ¹	0,0	–	6	4,0
	Nu	17 _a	73,9	126 ¹	100	–	143	96,0
Chirurgie estetică intimă	Da	5 _a	21,7	0 ¹	0,0	–	5	3,4
	Nu	18 _a	78,3	126 ¹	100	–	144	96,6

Ulterior, ne-am întrebat? Cum totuși pot fi explicate cele două fenomene – supracompetențele și subcompetențele? Și cât de alarmante sunt ele? Am încercat să găsim răspuns la această întrebare, căutând o asociere/corelație dintre categoria instituțiilor (în funcție de spectrul serviciilor prestate) și statutul juridic al acestora (Tabelul 9).

Tabelul 9: Raportul dintre categoria instituțiilor și statutul juridic al acestora

Categorii instituțiilor	Statutul juridic al instituțiilor			Total
	Societate cu răspundere limitată	Întreprindere individuală	Patentă de întreprinzător	
Medicale	21	1	1	23
Non-medicale	88	33	5	126
Total	109	34	6	149

În acest sens, am calculat testul Pearson sau Chi-Square: $\chi^2=5,298$; $df=2$; $p=0,071$, unde „ χ^2 ” este coeficientul de corelație, „ df ” este gradul de libertate, iar „ p ” – semnificația statistică.

Analizând rezultatele obținute, putem conchide următoarele. Ipoteza nulă nu poate fi respinsă, dar putem menționa următoarea tendință: practic toate instituțiile medicale au statut de societate cu răspundere limitată, iar circa 1/3 din instituțiile non-medicale au statut de întreprindere individuală sau activează în baza patentei de întreprinzător.

Despre ce vorbește testul Pearson?

Nu este o problemă când instituțiile medicale oferă subcompetențe, deoarece, din punctul de vedere al statutului juridic, majoritatea instituțiilor din această categorie sunt societăți cu răspundere limitată, iar asta înseamnă că în cadrul acestora activează atât cosmetologi (medici), cât și cosmeticieni (inclusiv asistenți medicali).

În schimb, este o problemă când instituțiile non-medicale oferă supracompetențe, deoarece aproximativ 1/3 din aceste instituții au statut de întreprindere individuală sau activează în baza patentei, având în statele de personal doar cosmeticieni (de multe ori o singură persoană, un singur angajat), fără studii medicale superioare.

Capitolul 3. PROFILUL RESURSELOR UMANE IMPLICATE ÎN PRESTAREA SERVICIILOR DE MEDICINĂ ESTETICĂ

3.1. Generalități

În baza expertizei Grupului de lucru, creat prin Dispoziția MS nr.48d din 31.01.2017, cu privire la evaluarea serviciului de cosmetică și medicină estetică, MS a aprobat un Plan de acțiuni, iar mai apoi Algoritmul de diferențiere al competențelor profesionale în domeniul respectiv de activitate. Ulterior, în baza Ordinului MS nr.608 din 20.07.2017, MS a aprobat pașii cu privire la organizarea evaluării corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermato-cosmetologiei.

Drept urmare, în Comisia de evaluare au fost depuse 93 de dosare, pe care, în temeiul Scrisorii MSMPS nr.01-3739 din 19.07.2018, ne-am propus să le analizăm.

Pentru îndeplinirea acestui obiectiv a fost realizat un studiu descriptiv, selectiv, efectuat prin analiza unor trăsături ale resurselor umane, în baza celor 93 de dosare, posesorii cărora sunt implicați în acordarea serviciilor de cosmetologie.

Informația la acest capitol a fost obținută, utilizând următorul instrument de cercetare: “Grilă de evaluare pentru analiza dosarelor depuse în scopul expertizării competențelor profesionale în domeniul cosmetologiei”. Grila de evaluare a fost elaborată special pentru această lucrare (Anexa 2).

La procesarea informației s-a ținut cont, de asemenea, și de prevederile Legii nr.133 din 08.07.2011 “Cu privire la protecția datelor

cu caracter personal”. Astfel, rezultatele obținute sunt păstrate confidențial și sunt utilizate exclusiv în scopuri științifice.

Metode de cercetare: analiza istorică, matematică, comparativă, grafică.

3.2. Puncte de reper

Total dosare analizate – 93.

3.3. Repartiția dosarelor conform genului

Conform genului, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 16):

- masculin – 12 sau 12,9%;
- feminin – 81 sau 87,1%.

După cum observăm, reprezentantele genului feminin domină semnificativ (87,1%) prestarea serviciilor de cosmetologie. Astfel, cota femeilor este de 6,8 ori mai mare decât cea a bărbaților.

3.4. Repartiția dosarelor conform vârstei

Conform vârstei, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 17):

a) doar masculin:

- Până la 35 de ani – 1 sau 8,3%;
- 36 – 49 de ani – 6 sau 50,0%;
- 50 de ani plus – 5 sau 41,7%.

b) doar feminin:

- Până la 35 de ani – 18 sau 22,2%;
- 36 – 49 de ani – 50 sau 61,7%;
- 50 de ani plus – 13 sau 16,1%.

c) total (masculin și feminin):

- Până la 35 de ani – 19 sau 20,4%;
- 36 – 49 de ani – 56 sau 60,2%;
- 50 de ani plus – 18 sau 19,4%.

După cum observăm, vârsta medie este 42 de ani. Abaterea standard: ± 7 ani. La bărbați, predomină ultimele două categorii de vârstă (91,7%), iar la femei – primele două categorii de vârstă (83,9%).

Situația existentă poate fi explicată prin faptul că, în ultimii 15-20 de ani, studiile postuniversitare (rezidențiatul) în dermatologie sunt solicitate, de obicei, de către reprezentantele sexului feminin.

3.5. Repartiția dosarelor conform mediului de reședință

Conform mediului de reședință, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 18):

- urban – 85 sau 91,4%;
- rural – 8 sau 8,6% (au viză de reședință în mediul rural, dar muncesc/își desfășoară activitatea în mediul urban).

După cum observăm, serviciile de cosmetologie nu sunt solicitate/profitabile în mediul rural, toți 100% din posesorii dosarelor desfășurându-și activitatea în mediul urban.

3.6. Repartiția dosarelor conform studiilor în școala de meserii

Conform studiilor în școala de meserii (meseria cosmetician, durata studiilor 4 luni), dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 19):

- a) doar masculin:
 - a) au finalizat școala de meserii – 2 sau 16,7%;
 - b) nu au finalizat școala de meserii – 10 sau 83,3%.
- b) doar feminin:
 - a) au finalizat școala de meserii – 46 sau 56,8%;
 - b) nu au finalizat școala de meserii – 35 sau 43,2%.
- c) total (masculin și feminin):
 - a) au finalizat școala de meserii – 48 sau 51,6%;
 - b) nu au finalizat școala de meserii – 45 sau 48,4%.

După cum observăm, femeile sunt mai cointeresate în acest tip de competență. Apropo, cei 48 (100%) de posesori ai diplomei de cosmetician au finalizat cursul respectiv de calificare profesională după absolvirea facultății, iar unii chiar după absolvirea rezidențiatului.

Acest lucru se explică prin faptul că medicii care decid să practice cosmetologia resimt un vid/un gol la capitolul abilități practice. Or, modulul Cosmetologie a fost introdus, în Curricula/Programa de instruire postuniversitară prin rezidențiat, specialitatea dermato-venereologie, abia începând cu 12.09.2018.

3.7. Repartiția dosarelor conform studiilor în învățământul profesional tehnic

Conform studiilor în învățământul profesional tehnic, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 19):

- au finalizat Colegiul de Medicină – 5 sau 5,4%;
- nu au finalizat Colegiul de Medicină – 88 sau 94,6%.

Probabil, numărul real al asistenților medicali care practică cosmetologia (în mod individual sau asistându-i pe medicii cosmetologi) este mult mai mare. Pur și simplu, printre medicii care practică cosmetologia și care au depus dosarele pentru expertiză, rata celor care au absolvit ambele instituții (și facultatea, și colegiul) este mică (5,4%).

3.8. Repartiția dosarelor conform studiilor medicale superioare

Conform studiilor medicale superioare, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 20):

- a) posedă studii medicale superioare: 91 sau 97,9%:
 - Facultatea Medicină Generală, USMF “Nicolae Testemițanu” – 78 sau 85,7%;
 - Facultatea Medicină Generală, ULIM – 3 sau 3,3%;
 - Facultatea Medicină Generală, România – 3 sau 3,3%;
 - Facultatea Pediatrie, USMF “Nicolae Testemițanu” – 6 sau 6,6%;
 - Facultatea Medicină Preventivă, USMF “Nicolae Testemițanu” – 1 sau 1,1%.

- b) nu posedă studii medicale superioare: 2 sau 2,1%:
- este vorba despre două persoane, absolvente ale Facultății Biomedicină, ULIM.

După cum observăm, circa nouă din zece persoane au absolvit Facultatea de Medicină Generală. Totodată, printre cosmetologi există și absolvenți ai altor facultăți: pediatrie, medicină preventivă (ultima trezind nedumerire, deoarece facultatea respectivă nu pregătește clinicieni). Cu regret, 2,1% dintre solicitanții de evaluare a dosarelor nu posedă studii medicale superioare.

3.9. Repartiția dosarelor conform studiilor medicale postuniversitare

Cele 91 de dosare, posesorii cărora au studii medicale superioare, s-au repartizat, în funcție de studiile medicale postuniversitare, astfel (Anexa 21):

A. Posedă studii medicale postuniversitare – 84 sau 92,3%:

1) competențe în dermatologie – 42 sau 50%:

- rezidențiat – 32 sau 76,2%;
- internatură – 9 sau 21,4%;
- secundariat clinic – 1 sau 2,4%.

2) competențe în alte domenii – 42 sau 50%:

a) rezidențiat – 27 sau 64,3%:

- medicină de familie – 5;
- medicină internă – 3;
- obstetrică și ginecologie – 2;
- ortopedie și traumatologie – 1;
- otorinolaringologie – 1;
- chirurgie generală – 2;
- oncologie – 1;
- ftiziopulmonologie – 1;
- pediatrie – 2;

- imagistică – 2;
 - medicină de laborator – 2;
 - medicină de urgență – 1;
 - anestezie și terapie intensivă – 1;
 - reabilitare medicală – 1;
 - morfopatologie – 1;
 - medicină de familie + Ftiziopneumologie – 1.
- b) internatură – 13 sau 30,9%:
- medicină generală – 6;
 - medicină Internă – 1;
 - medicină de urgență – 1;
 - pediatrie – 1;
 - neurologie – 1;
 - anestezie și terapie intensivă – 1;
 - radiologie și radiodiagnostic – 1;
 - igienă și epidemiologie – 1.
- c) secundariat clinic – 2 sau 4,8%:
- pediatrie – 1;
 - neurologie – 1.

B. Nu posedă studii medicale postuniversitare – 7 sau 7,7%.

După cum observăm, majoritatea (92,3%) posedă studii medicale postuniversitare, însă numai jumătate (50%) dintre ei are pregătire în dermatologie, care este considerată specialitatea-cheie pentru obținerea competențelor ulterioare în cosmetologie. Restul medicilor (50%) au ales să practice această meserie, fiind inițial pregătiți în alte domenii: medicină de familie, medicină de laborator, obstetrică și ginecologie, chirurgie, oncologie, neurologie, pediatrie, morfopatologie, ftiziopulmonologie, radiologie și radiodiagnostic, igienă și epidemiologie etc.

După cum o să vedem în continuare, mulți dintre ei (45,1%) nu posedă numărul suficient de credite, care le-ar permite practicarea

legală a cosmetologiei. De asemenea, nu este clar în baza căror acte și-au perfectat dosarul, respectiv au fost acceptați în câmpul muncii, persoanele (7,7%) fără studii medicale postuniversitare.

3.10. Repartiția dosarelor conform studiilor de formare profesională continuă

Conform numărului de ore acumulate în cadrul studiilor de formare profesională continuă, avem următorul tablou (Anexa 22):

- a) total ore acumulate – 39.076:
 - media ore/persoană / 1 an – 40,8;
 - media ore/persoană / 5 ani – 204;
 - media ore/persoană (în total) – 420,2.
- b) în țară – 21.596 ore sau 55,3%:
 - FPC formală (EMC sub egida USMF “Nicolae Testemițanu”) – 16.094 ore sau 74,5%;
 - FPC non-formală (alte ore de instruire) – 5.502 ore sau 25,5%;
- c) peste hotarele țării – 17.480 de ore sau 44,7%:
 - FPC formală (EMC) – 4.079 de ore sau 23,3%.
 - FPC non-formală (alte ore de instruire) – 13.401 ore sau 76,7%.

După cum observăm, în țară, predomină orele din cadrul învățământului formal (EMC sub egida USMF “Nicolae Testemițanu”), iar peste hotarele țării – din cadrul învățământului non-formal (diverse instruirii de scurtă durată: cursuri, seminare, workshop-uri, training-uri, master-class-uri).

Cei din prima categorie de vârstă (< 35 de ani) și parțial din a doua (36-49 de ani) preferă perfecționarea cunoștințelor în România, Franța, Italia, Germania și alte țări europene, iar cei din a treia categorie de vârstă (50 de ani plus) și restul din categoria a doua (cu predilecție vorbitorii de limbă rusă) preferă perfecționarea cunoștințelor în Ucraina, Rusia, Belarus, Turcia.

Pentru a explica mai bine subtilitățile distribuirii orelor de formare profesională continuă, am decis să apelăm la statistica discriptivă (Tabelul 10):

Tabelul 10: Statistica discriptivă a orelor de instruire profesională

Tipul de instruire	Media (ore)	Abaterea standard (ore)	Mediana (ore)	Abaterea intercuartilă (ore)
EMC în țară	175	281	0	256
FPC non-formală în țară	58	76	36	60
EMC peste hotare	44	82	18	60
FPC non-formală peste hotare	143	88	132	72

a) EMC în țară. Statistica discriptivă (media – 175 de ore, abaterea standard – 281 de ore) ne impune să utilizăm mediana și abaterea intercuartilă. Mediana – 0, ceea ce înseamnă că cel puțin jumătate din respondenți nu frecventează cursurile de EMC în țară. În schimb, abaterea intercuartilă – 256 de ore, asta însemnând că o parte din respondenți consideră inutilă frecventarea acestor ore. În același timp, există o altă extremă care frecventează intensiv cursurile respective;

b) FPC non-formală în țară. Prin comparație, FPC non-formală în țară se bucură de un succes mai mare (mediana – 36 de ore, abaterea intercuartilă – 60 de ore). Diferența dintre cei care frecventează mai activ și mai puțin activ cursurile de FPC non-formală în țară nu este atât de mare ca în cazul cursurilor de EMC în țară;

c) EMC peste hotare (mediana – 18 ore, abaterea intercuartilă – 60 de ore) poate fi plasată, după gradul de solicitare, în aceeași categorie ca și FPC non-formală în țară;

d) FPC non-formală peste hotare. Cele mai populare sunt totuși cursurile de FPC non-formală peste hotarele țării (mediana – 132 de ore, abaterea intercuartilă – 72 de ore).

Din păcate, cu referință la numărul orelor de formare profesională continuă, actele normative naționale sunt contradictorii. Astfel, conform criteriilor aprobate prin Ordinul nr.129 PȘ5 din 02.11.2017 cu privire la completarea anexei nr.1 la Ordinul nr.608 din 20.07.2017 privind Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei pentru evaluarea corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermato-cosmetologiei, p.11¹ (unsprezece prim), certificarea implicită în cosmetologie este acordată medicilor dermatologi (sau altor categorii de medici, cu studii postuniversitare în domeniul de formare profesională 0912 Medicină) care dețin 300 și peste credite de EMC în dermato-cosmetologie.

În altă ordine de idei, conform Curriculumului/Programului de instruire postuniversitară prin rezidențiat la specialitatea dermatovenerologie, adoptat prin Procesul-verbal nr.30 din 07.06.2018 (la ședința Catedrei dermatovenerologie), Procesul-verbal nr.2 din 26.06.2018 (la ședința Comisiei metodice de profil Medicină internă) și Procesul-verbal nr.5 din 04.07.2018 (la ședința Consiliului de management al calității), iar ulterior aprobat de către rectorul USMF „Nicolae Testemițanu” (în data de 05.07.2018), respectiv coordonat de către MSMPS al RM (în data de 12.09.2018), dintr-un număr total de 4725 de ore, modulului cosmetologie îi revin doar 160 de ore de instruire.

Așadar, dacă luăm în calcul Ordinul nr.129 PȘ5 din 02.11.2017, baremul de certificare/atestare îl constituie 300 de ore/credite de instruire, iar dacă luăm în calcul Curricula/Programa de instruire postuniversitară prin rezidențiat, specialitatea dermatovenerologie, adoptată prin Procesul-verbal nr.30 din 07.06.2018, baremul de certificare/atestare îl constituie 160 de ore/credite de instruire.

Conform criteriilor invocate în Ordinul nr.129 PȘ5 din 02.11.2017, cele 93 de dosare s-au repartizat după cum urmează:

1) Dosare clasate – două persoane: medici cu studii medicale superioare și studii medicale postuniversitare (altele decât dermatologia), dar fără ore/credite de instruire în cosmetologie și, respectiv, fără confirmare de activitate în acest domeniu;

2) Certificare implicită – 50 de persoane: medici cu studii medicale superioare și studii medicale postuniversitare (dermatologie + alte specialități), care dețin 300 și peste credite de EMC în dermatocosmetologie și care au confirmare de activitate în acest domeniu;

3) Recomandat studii complementare în volum de 508 ore (dermatologie – 348 de ore, cosmetologie – 160 de ore!!!) sub egida USMF “Nicolae Testemițanu” – 26 de persoane: medici cu studii medicale superioare și studii medicale postuniversitare (altele decât dermatologia), care dețin mai puțin de 300 de credite EMC în dermato-cosmetologie, dar care au confirmare de activitate în acest domeniu;

4) Recomandat studii prin rezidențiat, pe bază de contract cu taxă de studii, în specialitatea Dermatovenerologie – patru persoane: medici fără studii medicale postuniversitare, dar cu dovadă de activitate în domeniul cosmetologiei (ceea ce este bizar și, dintr-un punct de vedere, ilegal, pentru că, fără studii medicale postuniversitare, aceștia nu ar fi trebuit să obțină statutul de angajat în câmpul muncii);

5) Dosare respinse – 11 persoane: doi subiecți fără studii superioare medicale; trei – cu studii medicale superioare, dar fără studii medicale postuniversitare și fără dovadă de activitate în acest domeniu; șase – cu studii medicale superioare și studii medicale postuniversitare (altele decât dermatologia), dar fără dovadă de activitate în acest domeniu.

Cu regret, Ordinul nr.129 PȘ5 din 02.11.2017 nu stipulează clar perioada de timp când trebuie să fie acumulate cele 300 de credite/ore de instruire: în ultimii cinci ani, în ultimii zece ani, pe toată perioada activității profesionale. Un asemenea detaliu este foarte

important. Or, conform altor prevederi (Ordinul MS nr.58-p §1 din 03.05.2011, Cu privire la cuantificarea creditelor pentru EMC), un medic trebuie să acumuleze, la fiecare cinci ani, minimum 325 de credite/ore de instruire, dintre care 250 de credite în cadrul furnizorilor de EMC și 75 de credite acordate pentru participare la (diverse alte) manifestări științifice.

Toate actele și documentele normative trebuie privite și aplicate în ansamblul lor. Lucru de care nu s-a ținut cont, iar de aici, după cum se vede, un șir de interpretări subiective.

3.11. Repartiția dosarelor conform gradului de calificare profesională

Conform gradului de calificare profesională (din totalul celor 91 de persoane care au studii medicale superioare), dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 23):

- fără grad de calificare profesională – 58 sau 63,7%;
- medic categoria a doua – 6 sau 6,6%;
- medic prima categorie – 15 sau 16,5%;
- medic categorie superioară – 12 sau 13,2%.

După cum observăm, cota medicilor care nu sunt evaluați profesional, care nu se prezintă niciodată în Comisia de atestare a MSMPS este foarte mare (63,7%). Astfel, se încalcă prevederile Ordinului MS nr.58-p § 1 din 03.05.2011, Cu privire la cuantificarea creditelor pentru educația medicală continuă, Anexa 1, Regulamentul cu privire la cuantificarea creditelor pentru educația medicală continuă, Capitolul 2, Criterii de creditare, punctul 9, unde se menționează explicit că “Evaluarea creditelor obținute de către medici/farmacisti și lucrătorii medicali cu studii medii de specialitate se face periodic, la un interval de 5 ani”.

Drept urmare, responsabilitatea privitor la competențele acestora rămâne, în mare parte, pe seama angajatorului. Luând însă în

considerație faptul că mulți dintre ei acordă servicii mixte (și de cosmetologie, și de dermatologie), o parte din responsabilitate este a întregului sistem de sănătate.

3.12. Repartiția dosarelor conform carnetului de muncă

Conform prezenței carnetului de muncă, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 24):

- cu carnet de muncă – 84 sau 90,3%;
- fără carnet de muncă – 9 sau 9,7%.

După cum observăm, majoritatea (90,3%) activează legal în câmpul muncii. Unii totuși (circa 1 din 10) nu au putut să-și justifice activitatea profesională.

3.13. Repartiția dosarelor conform confirmării de la CNAS

Conform prezenței confirmării de la CNAS, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 24):

- cu confirmare de la CNAS – 69 sau 74,2%;
- fără confirmare de la CNAS – 24 sau 25,8%.

După cum observăm, în aproximativ un sfert (25,8%) din dosarele depuse, lipsește confirmarea de la CNAS despre achitarea impozitelor: nouă subiecți nu au putut prezenta nici carnetul de muncă, nici confirmarea de la CNAS; ceilalți 15 și-au deschis carnet de muncă cu 2-3 săptămâni înainte de depunerea dosarului, motiv pentru care și lipsește confirmarea respectivă.

3.14. Repartiția dosarelor conform stagiului de muncă

Conform stagiului de muncă, avem următorul tablou:

- stagiul de muncă în domeniul serviciilor de cosmetologie variază între două săptămâni și 28 de ani;
- stagiul mediu per persoană – 10,3 ani.

După cum observăm, predomină cosmetologii cu un stagiu mediu de muncă (10,3 ani), ceea ce corespunde repartiției pe categorii de vârstă, peste jumătate dintre ei având (60,2%) între 36 și 49 de ani.

3.15. Repartiția dosarelor conform sectorului de activitate

Conform sectorului de activitate, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 25):

- activează în sectorul public – 6 sau 6,5%;
- activează în sectorul privat – 80 sau 86,0%;
- activează atât în sectorul public, cât și în cel privat = 7 sau 7,5%.

Așadar, numărul cosmetologilor care activează în sectorul privat este de aproximativ 13 ori mai mare, comparativ cu numărul celor care activează în sectorul public. Situația creată poate fi explicată prin oportunitățile mai mari ale sectorului privat. Or, este știut lucru, cheltuielile pentru serviciile de cosmetologie și chirurgie estetică (exceptând anomaliile congenitale, unele plastii/reconstrucții după operații oncologice etc.) nu sunt acoperite de către fondurile CNAM.

3.16. Repartiția dosarelor conform denumirii instituției

Conform denumirii instituției, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 26):

- salon de frumusețe – 13 sau 13,9%;
- cabinet medical – 36 sau 38,7%;
- centru medical – 22 sau 23,7%;
- clinică de medicină estetică – 9 sau 9,7%;
- spital – 6 sau 6,5%;
- spital + altceva – 7 sau 7,5%:
 - spital + cabinet medical – 3;
 - spital + centru medical – 2;
 - spital + clinică de medicină estetică – 2.

După cum observăm, majoritatea (86,1%) activează în instituții medicale, cei mai mulți dintre aceștia preferând cabinetele și centrele medicale. Pentru un număr mai mic, dar alarmant de cosmetologi (13,9%), putem vorbi despre: a) subcompetențe personale, pentru că au ales să muncească în saloane de frumusețe, unde prin definiție ar trebui să-și desfășoare activitatea numai cosmeticieni (fără studii medicale superioare) sau b) supracompetențe instituționale (despre care am vorbit în capitolul precedent), pentru că acești medici acordă servicii cosmetologice (pe care ei, în fond, au dreptul să le practice), dar într-o instituție unde asemenea servicii n-ar trebui să fie acordate.

3.17. Repartiția dosarelor conform cadrului juridic de activitate

Conform cadrului juridic de activitate, dosarele s-au repartizat astfel (Anexa 27):

- patentă de întreprinzător – 13 sau 14,0%;
- întreprindere individuală – 18 sau 19,4%;
- societate cu răspundere limitată – 49 sau 52,7%;
- instituție medico-sanitară publică – 6 sau 6,4%;
- întreprindere individuală + instituție medico-sanitară publică – 1 sau 1,1%;
- societate cu răspundere limitată + instituție medico-sanitară publică – 6 sau 6,4%.

După cum observăm, aproape 60% dintre toți cosmetologii (52,7 + 6,4 = 59,1%) activează în instituții medico-sanitare private cu statut de societate cu răspundere limitată. Fiecare al cincilea (19,4 + 1,1 = 20,5%) activează într-o întreprindere individuală, iar 13,9% dintre ei muncesc într-o instituție medico-sanitară publică. Un număr mai mic, dar îngrijorător (n=13), au ales să muncească în baza patentei de întreprinzător, care este, de obicei, solicitată de cosmeticieni (angajații saloanelor de frumusețe, fără studii medicale superioare).

Capitolul 4. OPINIA PRESTATORILOR DE SERVICII DE MEDICINĂ ESTETICĂ CU PRIVIRE LA PARTICULARITĂȚILE MUNCII ȘI BARIERELE PERCEPUTE

4.1. Generalități

Conform unor informații oficiale (Anexa nr.2 la Ord. MSMPS nr.797 din 25.06.2018), în RM sunt înregistrați 143 de medici dermatologi. Din păcate, nu cunoaștem cu exactitate câți dintre aceștia sunt angajați de facto în câmpul muncii, dar, conform datelor Societății de Dermatologie din RM, această cifră este de aproximativ 120, dintre care doar 1/3 dețin și competențe în cosmetologie. În acest sens, ne-am propus să realizăm o cercetare pe un lot de 40 de medici care activează în domeniul cosmetologiei. Astfel, pentru studierea opiniei prestatorilor de servicii cosmetologice cu privire la particularitățile muncii și barierele percepute, au fost distribuite 40 de chestionare anonime. La final, au fost returnate 36 (rata de non-răspuns = 10%).

Pentru îndeplinirea acestui obiectiv a fost realizat un studiu cantitativ, prospectiv, efectuat prin studierea opiniei prestatorilor de servicii de medicină estetică cu privire la particularitățile muncii și barierele percepute.

Informația la acest capitol a fost obținută, utilizând următorul instrument de cercetare: “Chestionar anonim pentru studierea opiniei prestatorilor de servicii de medicină estetică cu privire la particularitățile muncii și barierele percepute”. Chestionarul a fost elaborat special pentru acest studiu (Anexa 3). Timpul mediu pentru a răspunde la întrebări a fost de aproximativ 10-15 min.

La procesarea informației obținute s-a ținut cont, de asemenea, și de prevederile Legii nr.133 din 08.07.2011 “Cu privire la protecția datelor cu caracter personal”. Astfel, rezultatele obținute sunt păstrate confidențial și sunt utilizate exclusiv în scopuri științifice.

Metode de cercetare: analiza istorică, analiza matematică, analiza comparativă, analiza grafică.

4.2. Puncte de reper

Total chestionare analizate – 36.

4.3. Repartiția respondenților conform genului

Conform genului, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 28):

- masculin – 3 sau 8,3%;
- feminin – 33 sau 91,7%.

Așa cum am menționat și în capitolul precedent, femeile domină semnificativ (91,7%) prestarea serviciilor de cosmetologie.

4.4. Repartiția respondenților conform vârstei

Conform vârstei, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 29):

- până la 35 de ani – 12 sau 33,3%;
- 36 – 49 de ani – 22 sau 61,1%;
- 50 de ani plus – 2 sau 5,6%.

După cum observăm, predomină primele două categorii de vârstă (33,3% + 61,1% = 94,4%), ceea ce corelează cu rezultatele comentate în capitolul precedent. Situația, așa cum am afirmat anterior, se explică prin faptul că, în ultimii 15-20 de ani, studiile postuniversitare (rezidențiatul) în dermatologie sunt solicitate, de obicei, de către reprezentantele genului feminin.

4.5. Repartiția respondenților conform studiilor medicale superioare

Conform studiilor medicale superioare, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 30):

- Facultatea Medicină Generală – 34 sau 94,4%;
- Facultatea Pediatrie – 2 sau 5,6%.

Așadar, majoritatea celor chestionați (94,4%) au finalizat Facultatea Medicină Generală, care constituie baza pentru obținerea competențelor postuniversitare în dermatologie și cosmetologie.

4.6. Repartiția respondenților conform studiilor medicale postuniversitare

Conform studiilor medicale postuniversitare, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 31):

- A. Competențe în dermatologie – 25 sau 69,4%:
 - a) rezidențiat – 22 sau 88,0%;
 - b) secundariat clinic – 3 sau 12,0%.
- B. Competențe în alte domenii – 11 sau 30,6%:
 - a) rezidențiat – 7 sau 63,6%:
 - medicină de familie – 3;
 - medicină internă – 2;
 - medicină de urgență – 1;
 - pediatrie – 1.
 - b) secundariat clinic – 1 sau 9,1%:
 - medicină internă – 1.
 - c) internatură – 3 sau 27,3%:
 - medicină generală – 3.

Așadar, majoritatea (69,4%) posedă studii medicale postuniversitare în dermatologie, care este specialitatea-cheie din care derivă cosmetologia.

În același timp, nu putem trece cu vederea cei aproape 1/3 medici (30,6%) care practică cosmetologia după ce anterior au fost pregătiți pentru alte domenii de activitate: medicină de familie, medicină internă, medicină de urgență, pediatrie etc.

Cu regret, așa cum s-a văzut și în capitolul precedent, mulți dintre aceștia nu au credite suficiente pentru a activa legal în domeniul cosmetologiei sau au credite suficiente (din punct de vedere numeric/cantitativ), dar obținute predominant în instituții de învățământ non-formal (care nu au dreptul să emită ore de EMC).

Iată de ce evaluarea și atestarea cosmetologilor respectivi în Comisia de profil a MSMPS sunt imposibile, iar afilierea acestora la Societatea de Dermatologie din RM rămâne un obiectiv dificil de realizat.

4.7. Repartiția respondenților conform gradului de calificare profesională

Conform gradului de calificare profesională, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 32):

- fără grad de calificare profesională – 15 sau 41,7%;
- medic categoria a doua – 5 sau 13,9%;
- medic prima categorie – 9 sau 25,0%;
- medic categorie superioară – 7 sau 19,4%.

După cum observăm, în comparație cu capitolul precedent, rata medicilor care nu sunt evaluați/atestați profesional este mai mică, dar rămâne oricum alarmantă (41,7%).

4.8. Repartiția respondenților conform contractului individual de muncă

Conform prezenței contractului individual de muncă, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 33):

- cu contract de muncă la angajare – 28 sau 77,8%;
- fără contract de muncă la angajare – 8 sau 22,2%.

Așadar, majoritatea (77,8%) au semnat contract de muncă la angajare. Pentru ceilalți aproximativ 1/5 (22,2%) persoane chestionate, un asemenea contract lipsește, astfel încât nu este clar în baza căruia temei juridic își desfășoară aceștia activitatea profesională.

4.9. Repartiția respondenților conform stagiului de muncă

Conform stagiului de muncă, avem următorul tablou:

- stagiul de muncă în domeniul serviciilor de cosmetologie variază între 1 an și 22 de ani;
- stagiul mediu per persoană – 11,7 ani.

Prin urmare, predomină cosmetologii cu un stagiul mediu de muncă (11,7 ani), ceea ce corespunde repartiției pe categorii de vârstă, unde mai bine de jumătate dintre ei (61,1%) se încadrează în diapazonul 36-49 de ani.

4.10. Repartiția respondenților conform sectorului de activitate

Conform sectorului de activitate, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 34):

- activează în sectorul public – 5 sau 13,9%;
- activează în sectorul privat – 27 sau 75,0%;
- activează atât în sectorul public, cât și în cel privat – 4 sau 11,1%.

Deci, ca și în capitolul precedent, predomină (75,0%) cosmetologii care activează în sectorul privat, instituțiile medico-sanitare publice fiind mai puțin cointeresate în competențele acestora. Totodată, 11,1% dintre cei chestionați îmbină activitatea publică cu cea privată.

4.11. Repartiția respondenților conform denumirii instituției

Conform denumirii instituției, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 35):

- salon de frumusețe – 4 sau 11,1%;
- cabinet medical – 6 sau 16,7%;
- centru medical – 8 sau 22,2%;
- clinică de medicină estetică – 9 sau 25,0%;
- spital – 5 sau 13,9%;
- spital + altceva – 4 sau 11,1%:
 - spital + cabinet medical – 1;
 - spital + centru medical – 2;
 - spital + clinică de medicină estetică – 1.

După cum observăm, majoritatea (88,9%) activează în instituții medicale, cei mai mulți dintre aceștia preferând clinicile de medicină estetică și centrele medicale, pe de o parte, dar și spitalele publice, pe de altă parte.

În 11,1% din cazuri, putem vorbi, ca și în capitolul precedent, despre: a) subcompetențe personale, pentru că în saloanele de frumusețe ar trebui, prin definiție, să-și desfășoare activitatea numai cosmeticieni (persoane fără studii medicale superioare) sau b) supracompetențe instituționale, pentru că acești medici acordă servicii cosmetologice (pe care ei, în fond, au dreptul să le presteze), dar într-o instituție unde asemenea servicii n-ar trebui să fie acordate.

4.12. Repartiția respondenților conform cadrului juridic de activitate

Conform cadrului juridic de activitate, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 36):

- întreprindere individuală – 4 sau 11,1%;
- societate cu răspundere limitată – 23 sau 63,9%;

- instituție medico-sanitară publică – 5 sau 13,8%;
- întreprindere individuală + instituție medico-sanitară publică – 2 sau 5,6%;
- societate cu răspundere limitată + instituție medico-sanitară publică – 2 sau 5,6%.

Așadar, majoritatea celor chestionați (63,9%) activează în instituții medico-sanitare private cu statut de societate cu răspundere limitată.

Printre cei tineri (<35 de ani), care tind să acumuleze mai multă experiență, este răspândit fenomenul angajării în două locuri de muncă: Instituție Medico-Sanitară Publică + Societate cu Răspundere Limitată sau Întreprindere Individuală.

4.13. Repartiția respondenților conform importanței profesiei prestate

Conform opiniei privind importanța profesiei prestate, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 37):

- cosmetologia este o meserie/profesie ca oricare alta – 2 sau 5,6%;
- cosmetologia este o meserie/profesie importantă – 12 sau 33,3%;
- cosmetologia este o meserie/profesie foarte importantă și prestigioasă – 22 sau 61,1%.

După cum observăm, majoritatea celor chestionați (33,3% + 61,1% = 94,4%) consideră cosmetologia o meserie importantă și foarte importantă. Acest lucru reprezintă, indiscutabil, o motivație profesională grăitoare.

4.14. Repartiția respondenților conform tipului de satisfacție

Conform opiniei privind tipul de satisfacție la locul de muncă, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 38):

- contează, în primul rând, satisfacția morală – 5 sau 13,9%;
- contează, în primul rând, satisfacția materială – 1 sau 2,8%;
- ambele tipuri de satisfacții contează – 30 sau 83,3%.

După cum observăm, pentru majoritatea dintre cei chestionați (83,3%) contează ambele tipuri de satisfacții: și cea morală, și cea materială. Surprinzător, dar pentru 13,9% medici mai presus de toate contează satisfacția morală, ceea ce constituie un imbold uriaș în activitatea lor cotidiană.

4.15. Repartiția respondenților conform condițiilor de muncă

Conform opiniei privind percepția condițiilor de muncă, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 39):

- condițiile de muncă sunt satisfăcătoare – 3 sau 8,3%;
- condițiile de muncă sunt bune – 18 sau 50,0%;
- condițiile de muncă sunt foarte bune – 15 sau 41,7%.

Așadar, un număr semnificativ de persoane chestionate (50,0% + 41,7% = 91,7%) declară ca fiind bune și foarte bune condițiile lor de muncă. Acest lucru poate fi explicat prin faptul că majoritatea dintre ei activează în sectorul privat/și în sectorul privat, unde investițiile în domeniul serviciilor de medicină estetică au crescut simțitor în ultimii 15-20 de ani.

4.16. Repartiția respondenților conform programului de muncă

Conform opiniei privind programul de muncă, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 40):

- program zilnic de muncă = 24 sau 66,7%;
- program de muncă peste o zi = 7 sau 19,4%;
- program flexibil de muncă/în funcție de solicitări = 5 sau 13,9%.

Deci, majoritatea celor chestionați (66,7%) activează conform unui program zilnic de muncă, cei care activează peste o zi sau în funcție de solicitări fiind în minoritate.

4.17. Repartiția respondenților conform barierelor percepute

Conform opiniei privind barierele percepute în activitatea profesională (în ordine crescătoare), respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 41):

- întâmpină bariere/probleme organizatorice, de comunicare cu alți colegi – 2 sau 5,6%;
- întâmpină bariere/probleme etice/morale (bârfe, zvonuri) – 5 sau 13,9%;
- întâmpină bariere/probleme organizatorice, de comunicare cu administrația, cu subalternii – 6 sau 16,7%;
- întâmpină bariere/probleme financiare (calcularea salariului, calcularea primelor la salariu etc.) – 7 sau 19,4%;
- întâmpină bariere/probleme de tip competiție neloială cu alte saloane/clinici de frumusețe – 14 sau 38,9%;
- întâmpină bariere/probleme din cauza ambiguității legislației din țara noastră – 20 sau 55,6%.

Prin urmare, cele mai acute probleme/dificultăți, invocate de persoanele chestionate, sunt 1) ambiguitatea legislației din țara noastră (55,6%) și 2) competiția neloială cu alte instituții (38,9%). Pe locul 3 s-au situat problemele de natură financiară, iar pe 4 – dificultățile organizatorice (de comunicare cu administrația și/sau subalternii). La coada clasamentului se situează problemele etice/morale și cele de comunicare cu alți colegi.

4.18. Repartiția respondenților conform cheltuielilor de instruire

Conform opiniei privind distribuția cheltuielilor de participare la diverse cursuri de instruire (în ordine crescătoare), în țară și peste hotarele ei, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 42):

- cheltuielile sunt suportate atât de mine, cât și de terțe părți (sponsori) – 1 sau 2,8%;
- cheltuielile sunt suportate de terțe părți (sponsori) – 2 sau 5,6%;
- cheltuielile sunt suportate de angajator/administrație – 3 sau 8,3%;
- cheltuielile sunt suportate atât de mine, cât și de angajator/administrație – 9 sau 25,0%;
- cheltuielile sunt suportate de mine – 21 sau 58,3%.

După cum observăm, cele mai multe persoane (58,3%) își achită din propriile resurse participarea la diverse cursuri de instruire: ore de EMC, conferințe, congrese, simpozioane, master-class-uri etc. În 25,0% din cazuri, cheltuielile sunt suportate atât de medic, cât și de angajator.

4.19. Repartiția respondenților conform accesibilității serviciilor prestate

Conform opiniei privind accesibilitatea pentru beneficiari a serviciilor prestate, respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 43):

- serviciile prestate sunt accesibile – 23 sau 63,8%;
- serviciile prestate sunt costisitoare – 11 sau 30,6%;
- serviciile prestate sunt foarte costisitoare – 2 sau 5,6%.

După cum observăm, majoritatea medicilor (63,8%) chestionați consideră că serviciile pe care le prestează sunt accesibile pentru beneficiari. Totodată, nu putem trece cu vederea faptul că peste 1/3 dintre ei (36,2%) le consideră totuși costisitoare și foarte costisitoare.

Pigmentbio Ser concentrat cu Vitamina C

TRATAMENT DE ÎNALTĂ SIGURANȚĂ CU
VITAMINA C, PENTRU CORECTAREA
INTENSĂ A PIGMENTĂRII



2%: Vitamin C proaspătă și stabilă

2%: Acid salicilic

8%: Acid glicolic



TEHNOLOGIA
LUMIREVEAL™

INDICAȚII

- Pielea predispusă la tulburări de pigmentare (pete brune, melasmă, HIP)
- Pregătirea pielii: înainte și după tratamentele dermatologice

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUES



1 Flacon cu pompă 40 ml

Pigmentbio Cremă de zi SPF50+

ILUMINEAZĂ INSTANT ȘI PROTEJEAZĂ.
TEN STRĂLUCITOR ȘI NETED PE TERMEN LUNG

- Tehnologie LumiReveal™: corectează petele pigmentare
- Vitamina PP: hidratează pe termen lung

Textură perlată
pentru un efect
instant de strălucire

BIOLOGIA ÎN SPRIJINUL DERMATOLOGIEI

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Sensibio H2O

CALMEAZĂ ȘI ELIBEREAZĂ
PIELEA ÎNCĂRCATĂ DE
MACHIAJ ȘI POLUARE



ELIMINĂ

99%

DIN MACHIAJ

ÎNDEPĂRTEAZĂ

98%

DIN PARTICULELE FINE PM2,5-1 DE
LA SUPRAFAȚĂ ȘI ÎN PROFUNZIME

CURĂȚĂ

78%

DIN METALELE GRELE PREZENTE
ÎN POLUAREA URBANĂ

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Sensibio
H2O

Solution micellaire démaquillante

Nettoie et apaise

Peaux sensibles - Visage et yeux

Make-up removing micelle solution

Cleanses and soothes

Sensitive skin - Face and eyes

TESTE DERMATOLOGIQUES/DERMATOLOGICALLY TESTED

Core first N A O S

500 ml e 16.7 FL.OZ.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Sensibio AR

ÎNGRIJIRE ANTI-ROȘEAȚĂ, RECONFORTANTĂ,
PE TERMEN LUNG

- Diminuează și previne roșeața
- Hidratează
- Calmează
- Toleranță excelentă

BIOLOGIA ÎN SPRIJINUL DERMATOLOGIEI

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Photoderm

M SPF 50+

FOTOPROTECȚIE FOARTE ÎNALTĂ CE
MINIMIZEAZĂ RISCUL DE PIGMENTARE ȘI
ESTOMPEAZĂ PETELE

- PROTECȚIE UNICĂ ÎMPOTRIVA LUMINII ALBASTRE (415 nm)
- ANTI-PIGMENTARE
- CULOARE UNIVERSALĂ

EFICACITATE DOVEDITĂ ÎN CONDIȚII REALE
Studiu clinic* pe perioada sezonului estival

5X mai puțin
modificări MASI

LOGICIA ÎN SPRIJINUL DERMATOLOGIEI

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Photoderm NUDE Touch SPF 50+

PROTECȚIE SOLARĂ INVIZIBILĂ.
EFECT ULTRA-MAT, ANTI-IMPERECȚIUNI



LIQUID TO POWDER
TECHNOLOGY



PROTECȚIE MINERALĂ
SIGURĂ



PENTRU O PIELE
PERFECTĂ, NATURALĂ



CONTROL AL SEBUMULUI
EFECT ULTRA-MAT, NATURAL



MAI PUȚINE
IMPERECȚIUNI

BIOLOGIA ÎN SPRIJINUL DERMATOLOGIEI

BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Cicabio SPF 50+

CREMĂ REPARATOARE 2 IN 1,
REPARĂ ȘI LIMITEAZĂ APARIȚIA
SEMNELOR DE CICATRIZARE



Repară

Resveratrol + Centella asiatica + Cupru



Calmează

Anti - algic, Anti - prurit

Antalgicine™



Previne hiperpigmentarea

Protecție solară foarte înaltă: SPF 50+



Purifică

Cupru + Zinc



Hidratează

Glicerină + Acid hialuronic

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Sebium Night peel Ser

SER PURIFIANT CU EFECT DE PEELING,
MINIMIZEAZĂ IMPERECȚIUNILE ȘI
ELIBEREAZĂ TENUL

EFICACITATE

- ▶ Acid glicolic: în concentrație de 15%
- ▶ BREVET FLUIDACTIV™: reface biologic calitatea și cantitatea sebumului

TOLERANȚĂ

- ▶ D-Panthenol: efect de calmare

BIOLOGIA ÎN SPRIJINUL DERMATOLOGIEI

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

4.20. Repartiția respondenților conform aspectelor care contează la locul de muncă

Conform opiniei privind aspectele care contează la locul de muncă (în ordine crescătoare), respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 44):

- la locul de muncă, cel mai mult contează unele facilități/gratuități (Wi-Fi, TV, apă potabilă, ceai, cafea, dulciuri etc.) – 15 sau 41,7%;
- la locul de muncă, cel mai mult contează conlucrarea cu alte servicii (de diagnostic, de tratament etc.) – 20 sau 55,6%;
- la locul de muncă, cel mai mult contează atmosfera generală (confortul, amabilitatea, susținerea reciprocă etc.) – 26 sau 72,2%.

Prin urmare, majoritatea celor chestionați (72,2%) consideră că la locul de muncă cel mai mult contează atmosfera generală din colectiv. În cosmetologie, ca și în dermatologie, contează, de asemenea, conlucrarea cu alte servicii, acest aspect fiind invocat de peste 1/2 (55,6%) dintre medici. Pentru că majoritatea dintre ei activează în sectorul privat, este destul de mare (41,7%) și cota celor care apreciază unele facilități/gratuități la locul de muncă.

4.21. Repartiția respondenților conform gradului de satisfacție profesională

Conform opiniei privind gradul de satisfacție pentru muncă prestată (în ordine crescătoare), respondenții s-au repartizat astfel (Anexa 45):

- foarte mulțumit/mulțumită – 5 sau 13,9%;
- parțial mulțumit/mulțumită – 8 sau 22,2%;
- mulțumit/mulțumită – 23 sau 63,9%.

După cum observăm, cei mai mulți medici (63,9%) se declară mulțumiți de munca prestată, circa 1/5 dintre ei (22,2%) – parțial mulțumiți, iar aproximativ fiecare a șaptea persoană (13,9%) – foarte mulțumită.

Capitolul 5. AFECȚIUNI CUTANEO-MUCOASE ÎN PRACTICA COSMETOLOGICĂ

5.1. Seboreea

Definiție

Seboreea (în traducere din limba greacă – scurgere de sebum) este o stare patologică a complexului pilosebaceu, caracteristica de bază a căreia este producția crescută de sebum și/sau evacuarea defectuoasă a acestuia la suprafața pielii [33; 57].

Etiopatogenie

Hipersecreția sebacee are la origine un dezechilibru hormonal. Androgenii secretați de testicule la bărbați (5-7 mg/24 de ore) și de ovare la femei (0,08-0,1mg/24 de ore), de corticosuprarenale la ambele sexe (0,25-0,5 mg/24 de ore), au drept țintă glandele sebacee, care în majoritatea cazurilor își varsă excretul în infundibul (treimea superioară a foliculului pilos). Până la pubertate, glandele sebacee sunt prost diferențiate, cu excepția perioadei intranatale și postnatale, când activitatea și mărimea lor cresc temporar (acne neonatorum). În această perioadă, dirijarea activității glandelor sebacee este de natură adrenergică. După vârsta de 7-8 ani, începe dirijarea androgenică. La un individ sănătos, în 24 de ore se elimină la suprafața pielii 1-2 g de sebum. Intensitatea secreției variază în funcție de sex, vârstă, temperatura corporală etc. De obicei, seboreea debutează la pubertate (10-12 ani), evoluând ascendent pe toată perioada adolescenței. După menopauză și andropauză, se constată o descreștere semnificativă până la adânci bătrânețe. În zonele seboreice, pH-ul pielii are tendință spre alcalinizare, micșorând capacitatea de autodezinfecție a filmului hidrolipidic.

Așadar, “în spatele” unei seborei se află întotdeauna o hipersecreție sebacee. “În spatele” hipersecreției sebacee însă nu întotdeauna se află un hiperandrogenism. De exemplu, devierea tenului de la normal spre gras se observă la persoanele suferinde de prolactinom, boala Parkinson, la indivizii care fac abuz de dulciuri, paste făinoase, grăsimi animaliere etc. Și invers, persoanele care suferă de insuficiență renală cronică, care se subalimentează, nu primesc doze optime de proteine, vitamine și substanțe minerale, cei care sunt la dieta zero sau la cure îndelungate de slăbire sunt susceptibili pentru un ten uscat.

De asemenea, putem menționa: valorile termice prea ridicate sau prea joase, vântul puternic, umezeala, expunerile necontrolate și abuzive la soare, consumul îndelungat de medicamente (anticoncepționale, citostatice, retinoizi), băile prea frecvente – circumstanțe care determină modificarea tenului normal fie spre unul gras, fie spre unul uscat.

După cum observăm, modificarea tenului de la normal spre gras sau uscat poate fi sesizată la orice vârstă și nu depinde direct de statutul hormonal, ci de o multitudine de alți factori, externi și/sau interni, iar seboreea propriu-zisă se atestă, tradițional, la adolescent și adultul tânăr și are întotdeauna un determinism androgenic [33; 58; 59].

Tabloul clinic

Seboreea se împarte în două forme distinctive: seboree oleosa și seboree sicca. Seboreea grasă sau oleosa este o secreție abundentă de sebum + evacuarea accelerată a acestuia la suprafața pielii, pe când seboreea uscată sau sicca este o secreție abundentă de sebum + evacuarea încetinită sau diminuată a acestuia la suprafața pielii. Și acest lucru se datorează hipercheratinizării infundibulare, care constituie cea mai importantă barieră în evacuarea sebumului la suprafața pielii. Iată de ce seboreea grasă este întotdeauna premergătoare celei uscate.

În seboreea grasă, consistența sebumului este semifluidă, iar pielea lucioasă, scuamoasă, firele de păr aglutinându-se difuz. Manifestările respective sunt însoțite de prurit supărător. Există două subvariante de seboree grasă – fluidă și consistentă. Forma fluidă debutează odată cu pubertatea (12-14 ani) și este mai frecventă la fete. La băieți, această formă precede frecvent o alopecie androgenică prematură (20-24 de ani). Forma consistentă este mai frecventă la băieți și se manifestă către vârsta de 17-20 ani. Sebumul, fiind mai consistent, se elimină mai greu, pielea fiind abundentă în comedoane albe (miliu) și ateroame. Părul devine fragil. Această subvariantă de seboree este favorabilă dezvoltării formelor abcedante și indurative de acnee.

În seboreea uscată, sebumul este mai consistent, iar pielea – uscată, pruriginoasă, cu descumare abundentă la rădăcina părului.

Cât privește formele mixte de seboree, debutul este, de obicei, pentru seboreea grasă, ca mai apoi anumite zone anatomice (scalpul, regiunea retroauriculară) să sufere modificări în favoarea unei forme uscate, cauzele fiind multiple – absența sau aplicarea unui tratament inadecvat, dereglările endocrine etc. Așadar, la unul și același pacient pot fi două forme de seboree, care evolutiv se transformă una în alta.

S-a observat, de asemenea, că seboreea grasă predispune mai des la acnee, iar seboreea uscată – la dermatită seboreică.

La unii indivizi, seboreea persistă în calitate de unic simptom pe parcursul întregii vieți. La alții, se produce o retenție infundibulară a sebumului, care, în combinație cu hipercheratinizarea zonei respective și asocierea de floră microbiană secundară, duc la prefigurarea stadiului următor al sindromului seboreic – acneea vulgară [33; 60; 61].

5.2. Acneea vulgară

Generalități

A vorbi despre acneea vulgară (AV) înseamnă a aborda problema sub trei aspecte sau trei dimensiuni:

a) medicală (clinică și paraclinică). AV este o afecțiune cu determinism genetic și expresie metabólico-hormonală, observată de obicei la adolescenți și adulții tineri, cu implicarea ariilor cutanate bogate în glande sebacee și foliculi piloși, clinic manifestându-se printr-un polimorfism lezional vast, iar uneori – printr-un puternic handicap fizic, psihic și social [33; 57].

b) estetică (latura estetică prevalează, de multe ori, asupra celei medicale). AV reprezintă, dincolo de toate (sau înainte de toate!?), o problemă de frumusețe/și o problemă de frumusețe. Iar frumusețea (frumusețea exterioară, bineînțeles) ocupă un rol esențial pentru o domnișoară/doamnă. Chit că și bărbații au devenit, de la o vreme încoace, preocupați de acest aspect [33; 59].

c) juridică (cine trebuie să trateze AV și în ce condiții?). Acest aspect/această dimensiune rezultă din primele două și vine cu următoarele întrebări (retorice, evident): AV este o problemă de sănătate sau o chestiune de business, de interes comercial? Cei suferinzi de acnee sunt pacienți sau clienți? Pentru prestatorii acestor servicii, studiile medicale sunt obligatorii sau ba? [33].

Epidemiologie

Incidența afecțiunii în rândul adolescenților este mare – de la 30% până la 90%, raportul băieți/fete fiind 1,3-1,6 la 1,0. Adresabilitatea este totuși mai mare la fete. Latura pozitivă rezidă în faptul că doar 15-20% din cei afectați au nevoie de tratament medicamentos, în restul cazurilor producându-se o autoinvoluție către 20-22 de ani (așa-zisa acnee fiziologică sau hiperandrogenism fiziologic) [58; 59; 62; 63].

Etiopatogenie

La începutul sec. al XX-lea, AV era tratată unilateral, fiind considerată o formă superficială sau profundă de piodermie. Dar nu peste mult timp apăru întrebarea firească: de ce această piodermie se localizează preponderent pe față, partea superioară a trunchiului? Răspunsul a fost prompt: AV interesează zonele cutanate androgen-dependente. Următorul pas a fost argumentarea dereglărilor de cheratinizare la nivelul complexului pilosebaceu, iar în ultimii 20-30 de ani au fost demonstrate semnificația și importanța dereglărilor metabolice și imune în patogenia bolii [33; 59; 62; 64].

Așadar, cele mai importante verigi etiopatogenice ale AV sunt:

1. Dezechilibrul endocrin. Cel mai important hormon proacneic este dihidrotestosteronul (DHT), care rezultă din acțiunea a 5- α reductazei asupra testosteronului (T). Estrogenii inhibă secreția sebacee și, implicit, dezvoltarea acneei, iar androgenii și progesteronul favorizează instalarea unui status seboreic. La unele femei, seboreea și, în consecință, AV se datorează nu atât unui surplus de androgeni, cât unui deficit de estrogeni. Apropos, eunucii (bărbații castrați) nu prezintă niciodată acnee, ceea ce confirmă o dată în plus importanța androgenilor în dezvoltarea bolii. Paralel cu titrul înalt al androgenilor, studii recente indică posibilitatea creșterii valorilor plasmatiche ale prolactinei și STH (HST). Intervenția factorului hormonal a fost sugerată și de agravarea premenstruală a acneei.

2. Hipercheratoza foliculară. Retenția materialului cheratinic în ductul sebaceu este prima modificare histologică și poartă denumirea de microcomedon. Clinic, acest stadiu este invizibil. A doua modificare este înaintarea burbionului cheratinic în infundibul. Apare prima leziune vizibilă – comedonul închis. Ulterior, comedonul închis poate evolua pe două căi: 1) dezvoltarea unui comedon deschis; 2) rupturi intradermale însoțite de leziuni inflamatorii. În mod normal, procesul de cheratinizare foliculară este reglat de un

acid gras esențial – linoleat, care provine din celulele bazale ale glandelor sebacee. Hiperproducția de sebum induce o deficiență a linoleatului în canalul folicular, peretele căruia devine penetrabil pentru agenții inflamatori. Prin tehnici imunofluorescente s-a confirmat rolul unor tipuri de cheratină în geneza AV. Astfel, matricea comedonului este compusă din K6, K16 și K17.

3. Factorul microbial. Convențional, foliculul pilosebaceu poate fi împărțit în două zone, aerobă și anaerobă. Zona aerobă, ostiul folicular, este populată de stafilococi, preponderent *St. epidermidis*, iar zona anaerobă, partea profundă a foliculului – de anaerobii facultativi: *Propionibacterium acnes* (fost *Corynebacterium acnes*), *Pityrosporum ovale*. În patogenia AV mai intervin *St. aureus*, *St. haemoliticus*, alte varietăți de coci (*Peptostreptococcus* spp.), de asemenea *Demodex folliculorum*, iar, mai recent, despre posibilitatea rolului *Helicobacter pylori* se discută tot mai intens. Este dovedit faptul că la originea inflamației stau enzimele bacteriene (lipaze, fosfotaze, esteraze), sub acțiunea cărora crește cantitatea de acizi grași liberi (AGL), proveniți din trigliceride, respectiv digliceride și monogliceride. Astfel, lipazele scindează sebumul în AGL proinflamatori în proporție de 60%↑ la un bolnav și 20%↓ la un subiect non-acneic. Prima degradare enzimatică a sebumului are loc în momentul trecerii din ductul sebaceu în infundibul. A doua degradare – în momentul expulzării dopului cheratinic în exterior sub acțiunea bacteriilor de la suprafața pielii. Cu cât secreția sebacee este mai abundentă și gradul de cheratinizare mai mare, cu atât enzimele bacteriene favorizează o cantitate mai mare de AGL și procesul inflamator este mai persistent.

4. Factorul dismetabolic. Caracterul dismetabolic al AV constă în tendința de majorare cantitativă a colesterolului și trigliceridelor serice în debutul maladiei, ca o consecință a hiperactivității complexului pilosebaceu. Pe măsura agravării clinice și atrofierii

glandelor sebacee, parametrii respectivi sunt în descreștere, paralel cu diminuarea constantă a coeficientului albumino-globulinic, tendința spre hipo- β -globulinemie și hiper- γ -globulinemie.

5. Factorul disimunitar. Cât privește dereglările imune, acestea sunt de ordin general și local. La prima etapă, degradarea enzimatică a sebumului, diminuarea funcției de barieră a peretelui folicular cu penetrarea unor produși proinflamatori favorizează dezvoltarea unui infiltrat perifolicular și periglandular compus din limfocite, neutrofile, eozinofile. Totodată, stimulul antigenic primar (*P. acnes*) determină o hipersensibilizare de tip întârziat, urmată de creșterea cantității anticorpilor circulanți. Cu cât gradul inflamației este mai mare, cu atât hipersensibilizarea este mai intensă. Studiarea profilului imun confirmă natura alergo-disimunitară a leziunilor acneice în această fază – valori crescute ale IgE și PGE₂. Atunci când patogenitatea bacilului acneic scade, iar agresivitatea florei oportuniste crește (pus-tulizarea acneei), reacțiile de hipersensibilizare se accentuează. Mai târziu, în urma unui stimul antigenic îndelungat și invaziei masive de strepto-stafilococi (în special *St. aureus* și/sau haemoliticus), se produce o extenuare imunologică, un deficit imun secundar. Existența unor focare cronice de infecție, satelit sau la distanță, amplifică deficitul imun deja instalat. Modificările serice înregistrate – micșorarea fracțiunii C₃ a complementului seric, scăderea numerică a limfocitelor T-helperi, valori crescute CIC – confirmă aceste dereglări.

6. Cercetări recente evidențiază și alte perturbări: a) rolul asocierilor genice (GWAS); b) rolul factorilor proinflamatori – activarea receptorilor toll-like (TLR-2), eliberarea de interleuchine (IL-1-alfa, IL-6, IL-8, IL-12, TNF-alfa), exprimarea moleculelor de adeziune intercelulară (ICAM-1), activarea inflamazomului (NLRP-3), rolul metaloproteinazelor (MMP-9) în degradarea fibrelor de colagen (în special în formele severe, conglobate de AV); c) rolul stresului, dereglărilor vegetative; d) rolul hormonilor tiroidieni; e) rolul insulinei; f) rolul dietei, factorului alimentar.

Tabloul clinic

Nu există o clasificare unanim acceptată a AV. În funcție de circumstanțe, se descriu mai multe forme clinice. Astfel, toate formele de acnee pot fi împărțite în două grupe mari [33; 57; 60]:

1. Acneele endogene sau primitive (androgen-dependente): a) în funcție de tipul leziunilor: acnee comedoniană, acnee papuloasă, acnee papulo-pustuloasă, acnee nodulară, acnee nodulo-chistică, acnee conglobată, acnee cicatriceală; b) în funcție de gravitatea erupțiilor: ușoară, medie, gravă, foarte gravă (acne fulminans); c) în funcție de vârstă: acnee neonatală (imediat după naștere), acnee infantilă (după primele săptămâni de viață), acneea copilăriei (după vârsta de 2 ani), acnee polimorfă juvenilă (la adolescenți), acneea adultului sau acneea tardivă.

2. Acneele exogene sau secundare (non-androgen-dependente): a) în funcție de factorii fizici: acne aestivalis sau de Mallorca, după PUVA terapie, după radiații ionizante, mecanică (excoriată la tinerele fete, posttraumatică la violoniști), elastoidoza cu chiste și comedoane periorbitare Favre-Racouchot; b) în funcție de factorii chimici: acnee la clor, iod, brom etc.; c) în funcție de factorii iatrogeni: acnee cosmetică/peribucală; acnee la steroizi, tuberculostatice, antidepressante triciclice, anabolizante etc.

Tradițional, AV debutează la 12-14 ani, odată cu pubertatea genitală masculină sau feminină, iată de ce se mai numește acnee polimorfă juvenilă. Așadar, AV este consecința directă a stării seboreice juvenile, aceasta însă nu exclude posibilitatea ca erupțiile acneice să apară concomitent cu seboreea.

Până nu demult, se considera că în AV leziunea eruptivă primară, *preinflamatorie*, este comedonul. Conform unor concepții contemporane, comedonul este expresia unei inflamații, dar a unei *inflamații precoce*, nesemnificative (a se vedea subpunctul "b", p. 6 din etiopatogenie). Iată de ce putem conchide că seboreea (cu un

conținut redus de AGL proinflamatori) este, de fapt, manifestarea preinflamatorie în acnee.

Sub aspect clinic, comedonul este un dop sebaceu (2-4 mm în diametru), îmbibat cu celule cornoase care țâșnește din orificiul folicular sub acțiunea presiunii mecanice laterale. Există două varietăți ale acestuia – comedoane închise și deschise. Comedoanele închise (“punctele albe”) nu comunică cu mediul ambiant și se mai numesc microchisturi. Odată expulzat în exterior, comedonul devine deschis (“puncte negre”), culoarea neagră datorându-se nu atât melaninei, cât reacțiilor de oxidare. Numărul comedoanelor variază de la un individ la altul. Cele mai mari aglomerări se constată la nivelul zonei T – piramida nazală, obraji, frunte, regiunea temporo-zigomatică (spre deosebire de acneea tardivă, care se localizează preferențial la nivelul zonei U – arcul mandibular). Concomitent sau ceva mai târziu (peste 3-6 luni), apar leziuni comedoniene și pe spate (regiunile scapulară și interscapulară), piept (presternal).

Următoarea etapă este dezvoltarea de *leziuni inflamatorii moderate*, constituite din papule și pustule. Este stadiul cel mai caracteristic din punct de vedere evolutiv. Dacă papula reprezintă o inflamație aseptică a ostiului folicular, atunci pustula exprimă o inflamație septică a infundibulului. Pustulizarea se datorează florei cocice (*Peptostreptococcus* spp., *St. epidermidis*, *St. aureus*, *St. haemoliticus* etc.), care este mai agresivă din punct de vedere patogen decât bacilul acneic (*P. acnes* sau *C. acnes*). Spargerea pustulelor, spontană sau provocată, duce la evacuarea unui lichid sero-purulent, urmat de formarea unei cruste galben-verzui, care se vindecă prin cicatrice punctiformă moderată.

Atunci când forța de expulzie a dopului cheratinic este insuficientă, se produc rupturi intradermale cu dezvoltarea de *leziuni inflamatorii severe*: noduli, chisturi, abcese subcutane, brăzdate sau

nu de numeroase traiecte fistuloase. Astfel, se instalează o acnee nodulo-chistică sau conglobată. Uneori, leziunile au aspect furunculoid, sunt supurative, congestive, confluând în placarde difuze flegmonoase. Puroiul care se elimină la suprafață are frecvent un caracter sero-sanguinolent, iar crustele ce se formează sunt masive, galben-cenușii. Se întâlnește mai frecvent la sexul masculin, vindecarea producându-se prin formarea de *leziuni postinflamatorii* inestetice – cicatrici dure, varioliforme sau cheloidiene.

În altă ordine de idei, acneea nodulo-chistică sau conglobată poate fi un simptom, o manifestare a unor stări morbide complexe precum sunt: 1) sindromul PAPA – acnee chistică, piodermie gangrenoasă, artrită sterilă; 2) sindromul SAPHO – acnee severă, sinovită, hiperostoză, osteomielită a sternului, pustuloză palmară; 3) triada foliculară Pillsbury – acnee conglobată + hidrosadenită cronică supurativă axilară și perineofesieră sau boala Verneuil + perifoliculita capitis abcedantă Hoffmann sau acnee cheloidiană nucală; 4) boala Dowling-Degos – acnee nodulo-chistică a feței și toracelui + pigmentația reticulară a pliurilor.

Diagnosticul seboreei și AV

Deși diagnosticul clinic al seboreei și AV nu constituie o problemă pentru medicul dermatolog, de un real folos pot fi următoarele explorări [33; 63; 64]:

a) hormonale. Pot fi constatate următoarele modificări: creșterea titrului androgenilor serici sau plasmatici; creșterea raportului androgeni + progesteron versus estrogeni; creșterea excreției de 17-ketosteroizi; creșterea excreției de DHEA și androsteronului; scăderea excreției de fenol-steroidi. Totodată, trebuie să ținem cont de faptul că putem avea titruri plasmatiche normale de androgeni, manifestările clinice fiind expresia unei receptivități crescute a complexului pilosebaceu față de acești hormoni.

b) biochimice. Modificările respective sunt în general utile la pacienții cu forme severe, rebele la tratamentele uzuale sau în cazurile când afecțiunea evoluează pe un fond dismetabolic pronunțat. Probele recomandate sunt: testarea metabolismului proteic (fracțiile α_1 , α_2 , β , γ , proteine totale, albumina, globulina); testarea metabolismului lipidic (colesterol, trigliceride, acizi grași liberi, β lipoproteina, lipaza serică); testarea metabolismului glucidic (glucoza sangvină și urinară).

c) imune. Luând în considerare faptul că în fazele precoce ale AV avem o hipersensibilizare specifică primară, iar în fazele tardive se dezvoltă o hiporeactivitate nespecifică secundară, vom recomanda următoarele teste: parametrii imunității celulare (limfocite T totale, limfocite T active, limfocite T-TFR, limfocite T-TFS și limfocite B); parametrii imunității umorale (Ig M, G, A, E).

d) alergologice. Se practică intradermoreacții (IDR) în scopul evidențierii unei eventuale hipersensibilizări la alergenii microbieni (stafilococici, streptococici etc.). În ultimii ani s-a constatat că hipersensibilizarea primară în AV se datorează alergenilor P. acnes sau C. acnes. Rezultatele sunt inconstante, dar atunci când se evidențiază o hipersensibilizare, aceasta poate servi ca argument pentru o terapie hiposensibilizantă specifică sau nespecifică.

e) bacteriologice. Deși se cunoaște importanța patogenică primordială a anaerobilor facultativi (Corinebacterii sau Propionbacterii, Pityrosporum ovale), aceștia din urmă nu întotdeauna pot fi puși în evidență din cauza tehnicilor de colectare, dar și unor dificultăți anatomice. Iată de ce, de cele mai multe ori, testele bacteriologice evidențiază aerobii clasici (Staphilococul aureus / hemoliticus / epidermidis / intermedius etc.). Câteodată (25-30%), poate fi depistat și parazitul D. folliculorum.

f) alte explorări: teste generale (sânge, urină); investigarea tubului digestiv (pH gastric, examenul coprologic); tricograma (în caz

de asociere cu alopecia androgenică); teste psihologice pentru pacienții cu devieri de comportament, cu dificultăți de integrare în micromediu (familie) și macromediu (societate).

Tendențe contemporane în evoluția AV

1. Creșterea numărului de adresări primare la medicii de familie și, mai ales, în saloanele de frumusețe.
2. Adresabilitatea tot mai mare a băieților/bărbaților.
3. Creșterea numărului cazurilor de acnee tardivă, predominant în rândul fetelor/femeilor.
4. Creșterea numărului cazurilor cu mai multe asocieri morbide: acnee tardivă + alte manifestări de hiper-androgenism (hirsutism, alopecie androgenică).
5. Mărirea numărului de efecte adverse, în special după îngrijiri/manopere cosmetice.
6. Amplificarea retinoidofobiei în rândul pacienților, dar și în rândul medicilor.
7. Creșterea numărului cazurilor de polipragmazie și, drept urmare, ineficiența tratamentelor sistemice.
8. Creșterea rolului dietei, regimului alimentar în complexul de măsuri antiacneice.
9. Creșterea numărului cazurilor de anxietate și depresie, cu precădere în rândul femeilor cu acnee tardivă.
10. Sporirea rolului remediilor de uz topic și, în particular, a intervențiilor mini-invazive dermato-cosmetice.

Tratamentul seboreei și AV

În stările seboreice, accentul este pus pe următoarele abordări terapeutice [33; 59]:

- a) antiseboreice clasice – soluții alcoolice și degresante cu acid salicilic 2-3%, rezorcină 3-5%, sulf 6-10%;

- b) șampoane cu piritionat de zinc, chetoconazol, ciclopirox olamină, sulfat de seleniu;
 - c) vitamine (A, E, grupul B și în primul rând B₆) și microelemente (sulfatul de zinc, gluconatul de zinc);
 - d) lipotrope (acid lipoic, metionină);
 - e) remedii/îngrijiri naturiste: ape termale, drojdie de bere, rădăcină de brusture etc.
 - f) regim igienic și dietetic – excluderea spălărilor prea frecvente, evitarea produselor prea alcaline, diminuarea consumului de alimente proaspete și proacneice (dulciuri, paste făinoase, grăsimi animale, alimente picante) etc.
- În AV, cele mai importante direcții terapeutice sunt [63; 65; 66]:
- a) combaterea hipersecreției sebacee – antiandrogenii majori (acetat de ciproteron + etinilestadiol) și minori (cimetidină, dexametazonă, spironolactonă); retinoizii (acidul 13-cis retinoic);
 - b) combaterea hipercheratozei foliculare – retinoizii (acidul 13-cis retinoic);
 - c) combaterea florei microbiene și reducerea inflamației – clinele (tetraciclina, doxiciclina) și macrolidele (claritromicina, azitromicina); sulfamidele (cotrimoxazol) în cazul apariției foliculitei cu germeni gram-negativi;
 - d) creme, loțiuni sau geluri cu acid azelaic, acetat de zinc, peroxid de benzoil, clindamicină, hialuronat de zinc, acid glicirizinic, acid boswellic, acid retinoic/tretinoin, adapalene etc.;
 - e) vitamine (A, E, gr. B) și microelemente (sulfatul de zinc, gluconatul de zinc);
 - f) imunoterapie specifică (autovaccin, anatoxin, antifagin, bacteriofag, vaccin *Corinebacterium parvum*) și nespecifică (autohemoterapie, levamisol, metyluracil, pyrogenal, licopid, imunofan), fără o unanimitate de opinie în această privință;

- g) antiinflamatoare nesteroidice (ibuprofen, nimesil);
- h) glucocorticoizi (prednisolon, dexametazon) și/sau sulfone (dapsona) în formele grave, non-responzive la tratamentele enunțate mai sus;
- i) fizioterapie – RUV, electroforeză sau fonoforeză cu decapante (ihtiol), antibiotice (eritromicină), microelemente (sulf, zinc), magnetolaseroterapie;
- k) dermatocosmetologie și dermatochirurgie – peeling, plasmolifting, dermabraziuni, excizii chirurgicale, injecții locale cu collagen, camuflaj cosmetic etc.

Profilaxia seboreei și AV

Determinismul genetic cu expresie metabolico-hormonală impune prevenirea sau depistarea (anticiparea) manifestărilor seboreice/acneice în primii ani de pubertate [33; 59].

Profilaxia premorbidă (la subiecții cu status seboreic sau părinți acneici în anamneză) constă în evitarea expunerii la valori termice prea ridicate sau prea joase; respectarea unui regim alimentar bogat în proteine, vitamine și substanțe minerale; evitarea contactului cu hidrocarburi, halogeni, gudroane etc.

În fazele precoce, măsurile profilactice prevăd instituirea unui tratament cosmetic adecvat (extragerea comedoanelor, deschiderea microchisturilor, criomasajul, vibromasajul, peeling-ul); evitarea autoîntreținerii leziunilor prin manevre nesterile; ședințe de helioterapie maritimă (vara) sau expunere la RUV artificiale (iarna).

În fazele avansate, profilaxia AV este axată pe eșalonarea în timp a tratamentului medicamentos, cosmetic, fizioterapic și chirurgical; evitarea formelor clinice grave, invalidante. Internări repetate pentru pacienții cu forme moderate și severe de acnee, supravegherea bolilor asociate.

5.3. Rozaceea

Definiție

Rozaceea este o dermatoză inflamatorie a tegumentului feței, cu evoluție îndelungată, cronică, observată, de obicei, la persoane de vârstă medie (30-50 de ani), mai frecvent la femei, și caracterizată printr-un polimorfism lezional vast [33; 59; 60].

Etiopatogenie

Principalii factori, incriminați în declanșarea rozaceei, sunt [59; 63; 67]:

- a) neurovasculari (reactivitatea accentuată a plexului nervos facial versus reglajul defectuos al circulației venoase faciale, ultimul fiind determinat de disfuncția endoteliului vascular [creșterea FPEV – factorul de proliferare endotelială vasculară] + unele dereglări în sistemul de coagulare a sângelui [creșterea FCF – factorul de creștere a fibroblaștilor]);
- b) alimentari și digestivi (declanșarea/agravarea maladiei după consumul de alimente picante, fierbinți; asocierea frecventă cu patologia gastrointestinală – gastrite, duodenite, colecistite, pancreatite etc.);
- c) infecțioși (Demodex folliculorum, Helicobacter pylori, flora stafilococică, Klebsiella rhinoscleromatis);
- d) imuni (acumularea/depozitarea de imunoglobuline și complement la joncțiunea dermo-epidermică);
- e) climatici (temperaturile prea ridicate sau prea joase amplifică dezechilibrul neurovascular existent) etc.

Tabloul clinic

Sub aspect clinic, leziunea eruptivă primară este eritemul, la început tranzitor, apoi permanent, acompaniat sau nu de teleangiectazii. Ulterior, pe măsura agravării clinice, se dezvoltă leziuni infla-

matorii majore – papule și pustule, iar în fazele tardive, în special la bărbați, sunt posibile manifestări de tip hipertrofic – rinofima, otofima, gnatofima.

O altă formă, mai rar întâlnită, observată doar la femei, se numește Rosacea fulminans sau Pyoderma faciale și are o evoluție acută, extrem de gravă.

Privitor la dermatita peribucală/periorală, numită în popor “boala stewardeselor” și considerată până nu demult o formă particulară de rozacee, chiar dacă se întâlnește, de asemenea, mai des la femei (dar și la copii), în prezent este acceptat faptul că sunt două entități distincte, deși aspectul clinic poate fi similar [33; 57; 58].

Diagnosticul

Diagnosticul clinic nu prezintă dificultăți. Uneori, sunt bine venite următoarele explorări [57; 63]: formula generală a sângelui, testele biochimice și imune, examenul microscopic la Demodex folliculorum, examenul bacteriologic (cu aprecierea sensibilității la antibiotice), explorări gastrointestinale (inclusiv testul la Helicobacter pylori) etc. În situații incerte, se recomandă biopsia – diferențierea de lupus eritematos, sarcoidoză etc.

Tratamentul

Tratamentul rozaceei este complex și îndelungat [33; 59; 68; 69; 70]: a) antibiotice (ciline și macrolide); b) antiparazitare (metronidazol, ivermectină); c) retinoizi (isotretinoin); d) antitrombotice (sulodexide); e) anti- H_2 -histaminice (famotidină); f) inhibitori ai pompei de protoni (omeprazol); g) fermenți digestivi (pancreatină). Se administrează, de asemenea, topice cu sulf, zinc, rezorcină, ihtiol, clindamicină, permetrină, acid azelaic etc. O medicație promițătoare reprezintă alfa-2-adrenomimeticii, în special brimonidina (uz topic), eficiența căreia se datorează efectului anticongestiv și vasoconstrictor. Alte opțiuni: manoperele fizioterapice, laserul.

5.4. Dermatita/eczema seboreică

Definiție

Dermatita seboreică (sinonime: eczema seboreică, dermatita ariilor sebacee, dermatita pityrosporică, boala Unna) este o afecțiune cutanată cu evoluție acută, subacută sau cronică, ce afectează nou-născuții, sugarii și adulții, cu localizare preferențială la nivelul ariilor cutanate bogate în glande sebacee, clinic manifestându-se prin leziuni eritematoase, bine delimitate, acoperite de scuame grăsoase, galben-brune [59; 71].

Epidemiologie

Incidența și prevalența afecțiunii nu sunt cunoscute exact, dar se pare că este mai frecventă decât psoriazisul, afectând cel puțin 1-3% din populația generală sau 3-5% din adulții tineri. Prevalența ei crește la bolnavii infectați HIV (40-80%). Afecțiunea este întâlnită la ambele sexe, cu o ușoară predominanță la bărbați. S-au observat două maxime ale incidenței: primul – în primele trei luni de viață, iar cel de-al doilea – în decadele 4-7 de viață. Dermatita/eczema seboreică este mai des întâlnită în sezonul rece [33; 72].

Etiopatogenie

Factorul predispozant principal constă în complexul de anomalii structurale și funcționale care caracterizează statusul seboreic [33; 57; 60; 72]. Acesta este determinat genetic, modul de transmitere fiind autosomal-dominant. Ulterior, ca și în cazul altor afecțiuni înrudite (acnee, alopecie androgenică etc.), intervin numeroși factori precipitanți/agravanți: endocrin, discheratozic, microbial, dismetabolic, disimunitar etc.

În etiopatogenia bolii, factorul cel mai plauzibil incriminat este seboreea, corelându-se debutul dermatitei/eczemei seboreice, în perioada postnatală, cu intrarea în activitate a glandelor sebacee

și stimularea activității acestora de către hormonii androgeni (de origine endogenă sau transferați transplacentar de la mamă). Ameliorarea leziunilor odată cu scăderea producției de sebum până la pubertate, când glandele sebacee se reactivează, pledează, de asemenea, în favoarea statusului seboreic ca factor principal al dermatitei/eczemei seboreice infantile.

O serie de autori au considerat că dermatita/eczema seboreică este, de fapt, o formă clinică a dermatitei atopice și nu o entitate separată. Incidența crescută a dermatitei atopice presupune că o mare parte din copiii cu dermatită/eczemă seboreică vor dezvolta o dermatită atopică. Totuși lipsa existenței unei asocieri între eczema seboreică infantilă și statusul atopic la sugari și observația unei ameliorări sau vindecări premature a eczemei seboreice fac ca cele două entități să fie considerate distincte.

Dermatita seboreică este rară înainte de pubertate, frecvența ei fiind maximă între 18 și 40 de ani, îndeosebi la bărbați. Deși există o corelație între incidența dermatitei seboreice și perioadele vieții în care activitatea glandelor sebacee este maximă, aceasta nu constituie decât unul dintre factorii implicați. Astfel, anomaliile lipidelor de suprafață pot să se datoreze și unor defecte ale cheratinizării. La indivizii predispuși, puseele de dermatită/eczemă seboreică, care survin mai frecvent în anotimpul rece, sunt favorizate de oboseală, infecții, factori emoționali, alimentari (aport insuficient de zinc), de alcoolism. Rolul factorilor externi este greu de stabilit. Există, fără îndoială, o susceptibilitate crescută a tegumentului seboreic față de infecții microbiene, levurice și față de agresiuni chimice și fizice. S-a constatat, de asemenea, frecvența crescută a dermatitei/eczemei seboreice în condițiile unei igiene deficitare.

Matematic vorbind: seboree oleosa + hipercornificare infundibulară = seboree sicca, iar seboree sicca + P. ovale sau Malassezia furfur = dermatită seboreică. Așadar, cu cât nivelul de hipercorni-

ficare sau hipercheratinizare infundibulară este mai mare, cu atât gradul de retenție al sebumului este mai accentuat, cu atât seboreea sicca se instalează mai repede, iar ciupercile levuriforme *P. ovale* găsesc teren prielnic pentru multiplicare. În consecință, cu atât mai repede se instalează o dermatită seboreică.

În eczema seboreică, "ecuația" este tridimensională: seboree sicca + *P. ovale* sau *Malassezia furfur* + flora cocică = eczemă seboreică. Și când vorbim de coci, subînțelegem în primul rând streptococii, pentru că aceștia sunt responsabili de veziculație – semnul major, patognomonic pentru o eczemă: piele inflamată, congestionată, cu zone de exsudație și cruste aderente, cu sau fără leziuni eritemato-congestive la distanță (eczematide sau seboreide), însoțite de prurit obsedant, irascibilitate.

După cum observăm, statusul seboreic se asociază adesea cu o susceptibilitate crescută față de infecțiile piogenice, ce au un rol important în apariția eczemei seboreice prin hipersensibilizările pe care le produc. Așadar, dermatita și eczema seboreică sunt părți componente ale unuia și aceluiași proces, dar în faze diferite de evoluție: o dermatită seboreică se poate agrava, în anumite circumstanțe, cu o eczemă, iar eczema seboreică poate trece, în procesul involuției, și prin stadiul de dermatită.

Tabloul clinic

1. Dermatita/eczema seboreică a adultului.

Tabloul clinic variază din punct de vedere morfologic și evolutiv în funcție de diferitele localizări: scalp, față, regiunea presternală și interscapulară, pliuri. Sindromul de fond constă în leziuni eritemato-scuamoase, bine delimitate, acoperite de scuamo-cruste gălbui-brune sau roșietice, destul de ușor detașabile, ce par impregnate cu grăsime, ceea ce le dă un aspect particular ușor de recunoscut (onctuoase). Leziunile sunt în general bilaterale și aproape întotdeauna simetrice [33; 57; 59].

La inspecție, pielea este lucioasă, cu aspect uniform uleios. Aplicarea pe suprafața pielii a unei foițe de țigară degresate cu eter arată o rapidă impregnare a acesteia cu material lipidic de suprafață. Atât cu ochiul liber, dar mai ales cu lupa, se observă orificiile foliculare dilatate. Prin palpare și ștergerea digitală a suprafețelor afectate, se evidențiază stratul grăsos ca o peliculă continuă de consistența uleiului de parafină. Subiectiv, în cazul localizărilor pe scalp și în pliurile axilare sau genitale, este prezent un prurit în general discret sau moderat, iar, la nivelul pielii glabre, pruritul este discret sau absent. Nu se poate identifica o dependență certă a “stării seboreice” de factorii psiho-emoționali, de temperatura mediului ambiant, de alimentație (glucide, lipide, condimente, alcool), sau de perioadele ciclului menstrual, deși numeroase observații în acest sens atestă asemenea corelații. Statutul seboreic se asociază frecvent cu hiperproducția sudorală (hiperhidroză), fie în aceleași teritorii cutanate, fie o hiperhidroză a altor regiuni: palmară, palmo-plantară, axilară sau chiar difuză. În seboreea nasului, la exprimarea energetică laterală a piramidei nazale, se evacuează sebumul sub forma unor picături de grăsime. În seboreea pielii capului, dilatația orificiilor foliculare este mai evidentă. Seboreea cu această localizare se însoțește frecvent de un prurit de intensitate medie.

➤ La nivelul scalpului, dermatita/eczema seboreică îmbracă mai multe forme:

- a) pityriazis capitis simplex, supranumit în popor și mătreață uscată. Clinic, se manifestă prin descumare furfuracee (albicioasă).
- b) pityriazis capitis steatoid, supranumit în popor și mătreață grasă. Clinic, se manifestă prin descumare lamelară (onctuoasă / ceroasă).
- c) pityriazis capitis amiantacea, supranumit în popor și mătreață în “depozite de azbest”. Clinic, se manifestă prin descumare specifică pluristratificată.

d) dermatita seboreică propriu-zisă sau clasică. Clinic se manifestă prin zone eritemato-scuamoase, leziunile conflând în plăci și/sau placarde, cuprinzând scalpul parțial sau în totalitate.

Uneori, leziunile se pot extinde și la nivelul frunții (formând un cordon eritemato-scuamos, denumit “corona seboreică”), și la nivelul gâtului, și în pliul retroauricular sau preauricular, unde deseori pot apărea fisuri.

Cazurile grave sau cronice pot determina alopecie difuză, alopecie seboreică (calviție hipocratică), reversibilă odată cu remiterea inflamației. Nu există totuși dovezi certe dacă eczema seboreică a scalpului accentuează sau nu alopecia androgenică a bărbaților.

Așadar, descuamarea este un simptom comun pentru mai multe dermatoze ale scalpului, trei dintre care sunt mai des întâlnite și, din păcate, confundate: 1) mătreță = pityriasis capitis (un singur semn clinic: descuamarea); 2) dermatită/eczemă seboreică propriu-zisă (două semne clinice: eritem + descuamare); 3) sebopsoriazis sau psoriazis al scalpului (trei semne clinice: eritem + infiltrație + descuamare).

➤ La nivelul feței:

Leziunile se caracterizează prin plăci eritematoase, bine delimitate, acoperite de scuame îmbibate cu sebum, localizate în principal median – frunte, regiunea intersprâncenoasă, șanțurile nazogeniene, luând frecvent un aspect “în fluture”. Uneori, leziunile pot interesa întreaga regiune peribucală. Expunerea la soare poate agrava erupția. De cele mai multe ori, localizarea la nivelul feței o însoțește pe cea de la nivelul scalpului. La nivelul bărbiei, leziunile pot fi de tipul unei foliculite superficiale, persistente, sau a unui eritem difuz cu scuame grăsoase, care dispar după bărbierit, fără vreun mijloc terapeutic. Uneori, se pot adăuga abcese foliculare ce duc la distrugerea foliculilor piloși și cicatrizări. La

tinerele femei, poate apare în șanțurile nazogeniene un eritem asociat, cu tendință la îmbujorare, nu întotdeauna putându-se face diferențierea de rozaceea. Eczema seboreică a feței se poate asocia cu otită externă, rebelă la tratament, și cu blefarită eritemato-scuamoasă pityrosporică.

➤ La nivelul toracelui, leziunile se pot prezenta sub mai multe forme:

- a) forma “petaloidă”. Este mai frecventă la bărbați, pe fața anterioară a toracelui și regiunea interscapulară. Inițial apar mici papule foliculare roșii-brune, acoperite de scuame groase ce se pot extinde și conflua, dând leziunilor un aspect inelar, policiclic, cu centrul scuamos și margini active, extensive;
- b) forma “pityriaziformă”. Este mai rar întâlnită. Pe trunchi și membre apare o erupție generalizată eritemato-scuamoasă, asemănătoare cu cea din pityriazisul rozat Gibert, dar mult mai extinsă (depășește suprafața păroasă a toracelui anterior). Leziunile sunt rotunde sau ovalare, de culoare roz-gălbui, acoperite de scuame fine;
- c) unele leziuni de pe trunchi pot câștiga un aspect “psoriaziform”, uneori fiind foarte dificilă diferențierea clinică între cele două afecțiuni.

➤ La nivelul flexurilor:

La acest nivel (axile, pliuri submamare, periombilical, anogenital), leziunile mimează un intertrigo – eritem prost delimitat, umed, acoperit de scuamo-cruste grase, uneori cu fisuri zemuinde. Prezența fisurilor favorizează suprainfecția, ceea ce duce la extinderea leziunilor, cu depășirea pliurilor. Leziunile peri-genitale, la ambele sexe, constau de la eritem minim cu scuame fine până la leziuni eritemato-violacee cu scuame abundente, luând un aspect “psoriaziform” (psoriazis invertat).

2. Dermatita/eczema seboreică a sugarului.

Afecțiunea debutează între săptămâna a doua și luna a șasea de viață, cu un vârf al incidenței între săptămânile 3-8, în cadrul crizei seboreice a nou-născutului, fiind uneori asociată cu acnea neonatală (starea de hiperandrogenism neonatal).

Leziunile pot debuta: a) la nivelul scalpului, sub forma “crustelor de lapte”; începe printr-o erupție eritematoasă, acoperită de scuame grase, onctuoase, cu extindere spre față, frunte, urechi și regiunea cervicală – forma cefalică. Sunt cazuri când pielea capului este interesată în întregime – “calota seboreică”; b) sau debutează perianal, perigenital cu extindere spre fese, fața internă a coapselor, spate și regiunea ombilicală – forma fesieră.

De multe ori apar leziuni simultan la nivelul scalpului (vertex), feței (frunte, pleoape, regiunea sprâncenoasă și pliurile nazolabiale) și zonei scutecelor. Trunchiul și, mai ales, zona periombilicală, pot fi de asemenea implicate.

Leziunile sunt dispuse în plăci sau placarde, relativ simetrice, cu contur slab delimitat, de tip eritematos, discret zemuinde. Zonele afectate sunt acoperite de cruste gălbui-brune, onctuoase, lamelare sau chiar în lambouri, destul de ușor detașabile (la nivelul scalpului). Pe unele zone, crustele pot fi mai mici, albicioase și mai uscate. Pruritul, dacă este prezent, este discret în toate cazurile.

Diagnosticul

Stabilirea unui diagnostic de dermatită/eczemă seboreică este destul de ușor atunci când semnele clinice sunt clasice: leziuni simetrice, bine delimitate, eritematoase, cu cruste onctuoase, gălbui-brune, discret pruriginoase cu localizare la nivelul ariilor bogate în glande sebacee. Sindromul seboreic, în general, și seboreea, respectiv dermatita/eczema seboreică, în particular, nu pun probleme de diagnostic. Uneori totuși, pot fi utile următoarele explorări [33; 58; 59; 60]: hormonale, biochimice, imunologice, alergologice,

bacteriologice etc. Alte explorări utile: testele generale (sânge, urină, coprologie), investigarea tubului digestiv, tricograma, testele psihologice etc.

Tratamentul

A) Sistemic

Chiar dacă dermatita/eczema seboreică, ca expresie a sindromului seboreic, este o manifestare cu caracter dishormonal, dismetabolic și disimunitar, tratamentul de bază, în fazele inițiale, va fi unul cât se poate de limitat, scopul fiind diminuarea reacției de hipersensibilizare, reducerea inflamației, diminuarea pruritului. Medicamentele de predilecție, în această fază, sunt: hiposensibilizantele (thyosulfat de natriu, sulfat de magneziu, plasmol) și anti-histaminicele (loratadina, desloratadina, ebastina, ceterizina, levocetirizina, astemizol) etc.

În cazurile mai grave, când hipersensibilizarea este foarte accentuată, cu risc de dezvoltare a unor reacții imuno-alergice severe, se administrează perfuzii cu ser fiziologic + dexametazonă sau vitamina C. De asemenea, diuretice, produse pe bază de caliu. Ulterior, după reducerea inflamației și exudației, vom suplimenta tratamentul cu antibiotice (doxiciclină, claritromicină), antipityrosporige (itraconazol), antiprotozoice (metronidazol), antiandrogenice (acetat de ciproteron + etinilestradiol), remedii lipotrope (acid lipoic, metionină), vitamine (A, B₆, C, E), minerale (zinc, sulf, magneziu, seleniu) [33; 68; 73; 74].

B) Topic

Indiferent de formulele utilizate, medicațiile se aplică inițial seara, prin masaj lejer local cu spălarea relativ frecventă a regiunii, cu un săpun medicinal, preferabil săpunul de gudron sau săpunul de ichtiol. Pentru tegumentul iritabil se recomandă săpunul de borax sau săpunul de glicerină. În fazele acute de dermatită/eczemă

seboreică, vom lua în considerație regula de aur a dermatologiei: umed se tratează cu umed, uscat cu uscat. Pentru stoparea inflamației și exudației, se recomandă comprese umede cu furacilină, tainină, rivanol. Recent, se folosesc cu succes topicele antiexsudative sub formă de spray-uri: Olazol, Pantenol, Polcortolon, Oxicort.

În următoarea fază a dermatitei/eczemei seboreice, se vor administra produse pe bază de oxid de zinc și acid salicilic (pasta Lassar) cu efect emolient, astringent, antiinflamator și cheratolitic. În caz de necesitate, putem apela la produse combinate cu steroizi (Sulfocorton, Diprosalic, Momesalic) pentru perioade scurte de timp.

De o eficiență remarcabilă în dermatita/eczema seboreică se bucură următoarele remedii: Fluocinolon acetonid – cremă, Pivalat de flumetazon – cremă și unguent, Locacorten – unguent, Ultralan – unguent. Aceste preparate, ca indicație generală, se aplică în strat foarte subțire și masaj lejer digital, de aproximativ 3-4 ori pe zi.

În formele localizate pe torace sau pe față, Fluocinolon-N cremă dă rezultate bune, dar aplicația nu trebuie să depășească două săptămâni (dă atrofie locală cu eritem, cu aspect de dermatită periorală).

Pentru pielea capului, în cazurile cu cruste groase se recomandă vaselina salicilică 1-2%, urmată de baie. Când depozitele crustoase sunt groase, se aplică o pomadă cu Calomel 5% sau cu oleu cadini 10%, cu masaj prelungit. După baie, fricții cu loțiuni cu acid salicilic și rezorcină sau cu licoare Hoffman (acetonă, eter și alcool). Pomada se aplică inițial în fiecare zi, apoi la 2-3 zile, iar după aceea o dată pe săptămână, în funcție de rezultate.

Alte tratamente eficiente: salicilatul și tiosalicilatul de zinc; pirytionatul de zinc; inhibitorii calcineurinei: tacrolimus, pimecrolimus; sulfatul de seleniu; uleiul de ricin care intră în compoziția loțiunilor/emulsiilor; acidul γ linoleic 2%; rezorcina în asociere cu acidul salicilic, în loțiuni alcoolice și emulsii; acidul acetic, acidul

lactic și acidul tartric, de obicei în combinație cu diverse alte produse, alți factori medicamentoși; litiu, gel cu acțiune antiinflamatoare și, probabil, antibacteriană; preparate cu sulf, ihtioli, gudron; chetoconazolul rămâne un remediu de referință în tratamentul dermatitei/eczemei seboreice, fazele subacute și cronice [33; 57; 64].

5.5. Alte dermatite și eczeme

Definiție

Dermatitele/eczemele reprezintă un complex eterogen de manifestări cutanate, de natură imuno-alergică, induse de numeroși factori endo- și/sau exogeni, cu tablou clinic polimorf și evoluție acută, subacută sau cronică. Noțiunile dermatită și eczemă reflectă, în esență, unul și același proces, dar aflat în faze diferite de dezvoltare: dermatită – pentru fazele uscate, eczemă – pentru fazele umede sau exsudative [33; 59; 75].

Etiopatogenie

În unele dermatite/eczeme (seboreică, atopică), determinismul genetic este esențial. În altele (microbiană, paratraumatică), rolul acestuia este mai mic sau absent. Oricum, indiferent de circumstanțe, în declanșarea acestora intervin numeroși factori [33; 57; 59]. Convențional, aceștia pot fi împărțiți în două categorii mari:

a) endogeni – diverse dereglări (metabolice, hormonale, digestive, neuropsihice), diverse carențe (de vitamine, de minerale), metaboliți și toxine microbiene sau fungice (provenite din focarele de infecție cronică), alergeni alimentari (produși/dezvoltați în condițiile unor deficite enzimatic) etc.;

b) exogeni – factori de mediu (temperatura, umiditatea), produse de cosmetică și igienă (coloranți, aromatizanți, detergenți), agenți chimici (acizi, baze, solvenți, săruri de nichel, cobalt, bicromați, cauciucuri), agenți infecțioși (bacterii, fungi) etc.

Din alt punct de vedere, substanțele cu risc sporit de sensibilizare pot fi împărțite astfel: alergeni de contact (chimici, biologici, medicamentoși), trofoalergeni (sau alergeni perorali), pneumoa-
lergeni (sau alergeni aerieni) și bioalergeni (microbieni, micotici, parazitari).

Dermatita de contact iritativă (DCI) se dezvoltă prin acțiunea unor substanțe care vin în contact nemijlocit cu pielea. Sensibilizarea prealabilă la alergeni nu este necesară.

Dermatita de contact alergică (DCA) se dezvoltă prin acțiunea indirectă a unor agenți sensibilizanți asupra tegumentului, fiind expresia unei reacții de tip tardiv, celular (tipul IV după Gell și Coombs).

Alergenii de contact sunt captați de către celulele Langerhans, care au rolul de a transforma haptenele în antigene complete. Informația antigenică este transmisă limfocitelor T, care prin intermediul vaselor limfatice o raportează către nodulii limfatici regionali. Ulterior, limfocitele T se înmulțesc, dând naștere unor clone limfocitare cu memorie antigenică specifică, ceea ce corespunde fazei de sensibilizare primară, cu o durată de 7-21 de zile. La un contact repetat cu alergenul, limfocitele sensibilizate ajung din nou în piele, determinând instalarea leziunilor de dermatită. În cazul unei sensibilizări prealabile sau când limfocitele cu memorie antigenică sunt deja prezente în tegument, faza latentă durează mai puțin – 2-3 zile.

Un rol cheie în dezvoltarea atât a DCI, cât și a DCA îl au citokinele proinflamatorii IL-1, IL-6, IL-8, TNF-alfa, GM-CSF.

Cât privește dermatita atopică (DA), aceasta se dezvoltă prin mecanism mixt, celular și umoral (tipurile I și IV după Gell și Coombs). În stadiul acut/subacut, răspunsul inflamator este mediat de limfocitele Th2, care produc citokine proinflamatorii IL-4, IL-5, IL-10, IL-12, IL-13 și GM-CSF, responsabile de creșterea producerii de IgE. În stadiul cronic, caracterizat prin infiltrate cu eozinofile și monocite/

macrofage, se constată trecerea la un răspuns imun mediat de limfocitele Th1, urmat de creșterea nivelului de IL-12 și INF-gama. Altfel spus, în forma extrinsecă de atopie, cascada patogenetică este dinamizată de hiperproducerea IgE, iar în forma intrinsecă nivelul IgE este în limitele normei, dar sensibilitatea receptorilor pentru acest tip de imunoglobuline este crescută, paralel cu deficitul profilagrinei/filagrinei epidermice și compromiterea funcției de barieră a pielii.

O sumedenie de alți factori (deregările de sudorație, circulația venoasă defectuoasă etc.) intervin, direct sau indirect, în numeroase alte dermatite/eczeme – dishidroică, gravitațională/de stază etc.

Tabloul clinic

În DCI (80% din cazuri), tabloul clinic se dezvoltă în câteva minute sau ore de la începutul expunerii: a) iritații foarte puternici pot dezvolta din start arsuri, ulcerații, necroze; b) iritații puternici produc, de obicei, dermatite/eczeme acute, cu leziuni eritemato-papulo-veziculoase, iar c) iritații mai slabi sunt responsabili de dezvoltarea dermatitelor subacute sau cronice, cu leziuni eritemato-scuamoase și/sau hipercheratozice. Erupțiile nu depășesc locul de contact cu produsul/substanța iritantă [33; 59; 60; 64].

În DCA (20% din cazuri), tabloul clinic se dezvoltă în câteva zile sau săptămâni de la contactul cu substanța alergizantă. Sub aspect evolutiv, poate fi acută, subacută sau cronică, iar leziunile cutanate se extind dincolo de locul de contact cu produsul sensibilizant [33; 59; 60; 64].

Referitor la DA, în funcție de vârstă, deosebim [33; 57; 76; 77]:

- 1) DA infantilă – până la 2 ani;
- 2) DA a copilăriei – de la 2 până la 13 ani;
- 3) DA a adolescentului și adultului – de la 14 ani, supranumită deseori și neurodermită.

Sub aspect clinic, pentru stabilirea diagnosticului este necesar un quantum din minimum 3 criterii majore (pruritul fiind obligator) și 3 criterii minore.

Criteriile majore includ: prurit intens; localizare tipică, facială și/sau extensorie, cu caracter exsudativ (la sugari și copiii sub 2 ani), respectiv localizare flexorie, mai des în pliurile mari, cu lichenificări (la adolescenți și adulți); evoluție cronică, recidivantă; istoric personal sau familial de atopie (dermatită atopică, rinită alergică, conjunctivită alergică, astm bronșic).

Criteriile minore includ: xeroză cutanată; tegumente palide; cheratoză pilară; pliu suplimentar la pleopa inferioară – semnul Dennie-Morgan; cheilită fisurată – șanțurile pseudo-Parrot; păr uscat și mat; lichen simplex facialis (pitiriazis alb al feței); dermografism alb; pigmentare peri-orbitală; cherato-conjunctivită și cherato-conus (miopie); cataractă subcapsulară anterioară – semnul Andogsky; predispunere la dishidroză; crize de hiperhidroză; hiperlinearitate palmară; dermatită cronică a mâinilor și picioarelor; predispunere la infecții secundare; fisuri periauriculare; interlinie păroasă a frunții jos situată; creșterea titrului de IgE și eozinofile în serul sangvin.

Alte dermatite/eczeme au morfologie asemănătoare dermatitelor/eczemelor comentate mai sus, cu evoluție acută și subacută (eritem, vezicule, exudație) sau cronică (crustificare, descumare, lichenificare), diferențele observându-se, în mare parte, sub aspect topografic [33; 57; 59]: palme și plante (eczema dishidrozică), gambe (eczema gravitațională/de stază), față, scalp și partea superioară a trunchiului (eczema seboreică) etc. Uneori, procesul eczematos poate perpetua prin alterarea unor structuri epidermice din zonele inflamate. Autosensibilizarea la acești endoalergeni este responsabilă de apariția unor leziuni secundare, la distanță de focarul inițial, numite convențional alergide sau eczematide.

Diagnosticul

Diagnosticul dermatitelor/eczemelor include, de obicei, două direcții principale [33; 57; 59; 75]: a) teste de ordin general – hemo-leucogramă, proteinogramă, lipidogramă, coprologie, bacteriologie, radiografie, ultrasonografie etc. și b) teste specifice – *in vitro* (determinarea parametrilor imunității celulare și umorale) și *in vivo* (patch test, scratch test, prick test, intradermoreacții). În cazuri incerte, se recomandă biopsia cutanată, având drept scop confirmarea sau infirmarea modificărilor sugestive pentru o dermatită/eczemă (acută, subacută sau cronică): spongioză, acantoză, hipercheratoză, papilomatoză etc.

Tratamentul

Arsenalul terapeutic trebuie să urmărească [33; 57; 61; 68; 73]:

1) îndepărtarea factorilor trigger: a) eliminarea/excluderea eventualelor alergeni, b) asanarea focarelor de infecție cronică, c) regim igienic și alimentar adecvat etc.;

2) medicația generală: a) antihistaminice, b) hiposensibilizante, c) AINS, d) glucocorticosteroizi (de obicei, în cazuri grave, foarte prudent, pentru perioade scurte de timp), e) diuretice (în cazul unor edeme accentuate), f) sorbenți (cărbune activat, enterosgel), g) metilxantine (teofilină, eufilină, papaverină), h) antioxidanți (vitaminele E și C), i) antibiotice, antimicotice sau antivirale (în cazuri de suprainfecție, prudent), j) imunodepresanți minori (de exemplu, plaquenil, de obicei, în eczemele cronice, rebele la tratamentele amintite mai sus), k) inhibitori de leucotriene (montelukast, de pildă, în DA acompaniată de astm bronșic) etc.;

3) medicația topică: a) în stadiul de zemuire – comprese/badijonări umede și reci cu antiseptice (etacridină, furacilină, taniină) sau spray-uri (olasol, panthenol, polcortolon); b) în stadiul de crustificare – soluții apoase de coloranți anilnici (mai des, albastru de

metilen), suspensii uleioase sau paste cu oxid de zinc, creme cu dermatocorticosteroizi de potență mică sau medie (mometasonă, metilprednisolonă); c) în stadiul de descuamare și lichenificare – unguente cu dermatocorticosteroizi de potență mare (betametasonă, clobetasol), cheratoplastice, reductoare și cheratolitice (naftalan, ihtiol, gudron, sulf, acid salicilic); d) inhibitorii de calcineurină (tacrolimus, pimecrolimus, de obicei în DA), iar e) în caz de suprainfecție bacteriană sau levurică – mupirocină, bacitracină, baneocină, acid fusidic, natamicină, clotrimazol, bifonazol etc.; f) tot în tratamentul DA, de obicei în stadiul de remisie, de un succes enorm se bucură, în ultimii ani, emolientele (în special, cele pe bază de uree, AHA, glicerină, unt de shea) etc.

5.6. Eritemul polimorf

Definiție

Eritemul polimorf (EP) este un sindrom multifactorial, autolimitat, caracterizat printr-o erupție tipică în formă de țintă/iris, debutul fiind acut, dar cu evoluție mai des cronică, recurentă, de obicei sezonieră (primăvara și toamna) [33; 57; 59].

Etiopatogenie

Chiar dacă se insistă asupra unui teren genetic predispozant – HLA-A33, HLA-B35, HLA-B62, HLA-DQ3 și HLA-DR53 pentru EP minor, respectiv HLA-B12 pentru sindromul Stevens-Johnson (SSJ), cauza principală a bolii o constituie totuși agenții infecțioși [33; 64; 78]. Astfel, EP minor Hebra (fără afectarea mucoaselor) este indus, în aproape 100% din cazuri, de virusul herpesului simplex (HSV) și / sau *Mycoplasma pneumoniae*. O etiologie infecțioasă este, de asemenea, invocată și pentru aproximativ 55% din cazuri de EP major (leziuni cutanate + implicarea moderată a mucoaselor).

Privitor la SSJ (leziuni cutanate + implicarea severă a mucoaselor), acesta este indus, în 60-75% din cazuri, de medicamente: antibiotice, antipiretice, anticonvulsive etc. Chiar dacă EP major și SSJ se manifestă prin leziuni cutaneo-mucoase asemănătoare, factorii precipitanți și pattern-urile clinice sunt diferite. Disputele însă nu s-au epuizat: SSJ este o formă gravă de EP sau o formă ușoară a sindromului Lyell (SL)? Răspunsul, probabil, nu poate fi univoc. Atunci când medicamentul declanșator rămâne o enigmă, iar simptomele toxico-alergice se suprapun peste o reacție premergătoare infecto-alergică, putem vorbi despre SSJ ca formă gravă a EP. Și viceversa: atunci când terenul infecto-alergic lipsește, iar medicamentul declanșator este o certitudine, putem vorbi despre SSJ ca formă ușoară a SL [33; 59; 79; 80].

Sub aspect patogenic, în dezvoltarea EP sunt implicate reacțiile imune de tipul III (de tip vasculitic, mediate de CIC), dar și reacțiile imune de tipul IV (de tip celular, mediate de limfocite). Celulele CD4+ sunt incriminate în dezvoltarea EP minor, iar celulele CD8+ – în dezvoltarea EP major, respectiv a SSJ. Numeroase citokine (INF-gama, TNF-alfa, IL-2) potențează apoptoza difuză a cheratinocitelor + necroza celulară satelit, indusă de limfocitele T citotoxice. Totodată, studii recente sugerează prezența anticorpilor din clasa IgG (Ac anti-desmoplakina 1 și 2) în serul pacienților cu EP, în special în faza activă a bolii.

Tabloul clinic

În EP minor, semnele prodromale sunt ușoare sau absente. Erupțiile apar brusc, cu predilecție pe extremități, partea distală a membrelor superioare (mai des) și inferioare (mai rar).

Varietăți [33; 57; 81]:

Forma maculo-papuloasă – leziuni rotund-ovalare, bine delimitate, de la câțiva milimetri până la 1-2 cm, centrul fiind cianotic sau

purpuric, ușor deprimat (“în cocardă”), iar marginile proeminente, de culoare roz-roșietică. Mucoasa bucală nu este afectată. Starea generală – satisfăcătoare. Uneori, leziuni similare pot fi observate și la nivelul trunchiului;

Forma veziculo-buloasă – leziuni asemănătoare celor din forma precedentă, dar cu bulă centrală și inel periferic din vezicule (“herpes iris”). Mucoasa bucală este afectată în 25-60% din cazuri. Starea generală – relativ satisfăcătoare. Conform unor păreri, forma veziculo-buloasă a EP, acompaniată de implicarea moderată a mucoasei bucale + stare generală alterată, dar stabilă, se în cadrează în EP major, ceea ce nu-i totuna cu SSJ.

Astfel, în SSJ leziunile cutanate au tendință spre extindere/di-seminare + afectarea severă a mucoaselor orală (100% din cazuri), oculară (90% din cazuri) și genitală (50% din cazuri), iar uneori (în situații excepționale) și cu afectarea altor mucoase (arborele traheo-bronhial, esofagul, colonul) + stare generală gravă (asemănătoare stării din SL).

Deosebirile dintre SSJ și SL au fost, o perioadă lungă de timp, incerte/neclare. Chiar dacă au factori precipitanți și pattern-uri clinice similare, diferențele sunt semnificative. După lungi dezbateri, s-a ajuns la următoarea formulă de compromis: termenul de SSJ este utilizat când procesul patologic afectează mai puțin de 10% din suprafața tegumentului, iar noțiunea de SL este utilizată când sunt afectate mai mult de 30% din toată aria cutanată. Pacienții cu afectarea a 10-30% din suprafața corporală totală sunt considerați a avea SSJ / SL “overlap”.

Diagnosticul

Nu există teste de laborator specifice pentru EP. Oricum, unele explorări pot fi utile în anumite circumstanțe [33; 61; 73]. De exemplu: hemoleucograma (VSH crescut, leucocitoză moderată) și parametrii biochimici (indicatorii hepatici, nivelul electroliților) etc.

Uneori, pentru confirmarea sau infirmarea infecției virale, se recomandă testele imune la HSV. În caz de SSJ, următoarele devieri, cu prognostic nefavorabil, sunt frecvent constatate: limfopenia, neutropenia, trombocitopenia, anemia și azotemia.

Tratamentul

În EP minor se administrează [33; 60; 64]: a) antivirale sau antibiotice (în dependență de natura infecției); b) antihistaminice; c) hiposensibilizante; d) AINS; e) vitamine epidermotrope și antioxidante (A, E, C); f) steroizi topici. Dacă factorul declanșator este un medicament (EP major), acesta trebuie imediat suspendat, pacienții fiind supuși următorului algoritm de tratament: a) GCS în doze moderate (0,5 mg/kg/corp/zi); b) terapie simptomatică (analgezice, diuretice etc.); c) topice conform stadiului.

O abordare mult mai complexă necesită tratamentul pacienților cu SSJ [33; 59; 79]: a) suspendarea tuturor medicamentelor potențial provocatoare; b) perfuzii cu ser fiziologic + GCS în doze mari (1,0-1,5 mg/kg/corp/zi) sau foarte mari (puls terapia); c) terapie simptomatică (foarte prudent); d) toaletă adecvată a pielii și mucoaselor – excluderea materialelor adezive și ocluzive, badijoni calde cu antiseptice, spray-uri cu acțiune antiinflamatorie și antibacteriană, coloranți anilinici etc.

5.7. Reacțiile cutanate postmedicamentoase

Definiție

Reacțiile cutanate postmedicamentoase (RCPM), numite uneori și toxicodermii postmedicamentoase, sunt de obicei manifestări imuno-alergice, care se dezvoltă după administrarea unui drog/medicament, debutul fiind brusc, tabloul clinic – polimorf, iar evoluția – variabilă, de la un caz la altul [33; 57; 82].

Etiopatogenie

Natura/esența medicamentului este determinantă în dezvoltarea RCMP. Astfel, medicamentele cu masă moleculară mare (enzime, hormoni, seruri imune, vaccinuri etc.) acționează ca alergene complete, inducând sensibilizare la toți indivizii, iar medicamentele cu masă moleculară mică (beta-lactamine, barbiturice, săruri ale unor metale etc.) acționează ca alergene incomplete (haptene), sensibilizarea fiind influențată de capacitatea acestora de a se cupla cu proteinele serice sau tisulare pentru a forma antigene complete [33; 59; 73].

Numeroși alți factori influențează dezvoltarea RCMP: modalitatea de administrare, durata de acțiune, maladiile de fond și/sau intercurente etc.

Convențional, RCMP pot fi împărțite în două grupe mari: imune și non-imune.

Reacțiile imune se încadrează în cele 4 tipuri din clasificarea lui Gell și Coombs: tipul 1 – reacții de tip anafilactic, mediate de IgE (exemple clinice – șocul anafilactic, urticaria acută, angioedemul Quincke); tipul 2 – reacții de tip citolitic-citotoxic, mediate de IgM și IgG (exemple clinice – purpura alergică); tipul 3 – reacții de tip fenomenul Arthus, mediate de CIC (exemple clinice – boala serului, vasculitele alergice, eritemul nodos etc.); tipul 4 – reacții de tip întârziat, mediate celular (exemple clinice – exantemele, reacțiile exematiforme, sindromul Stevens-Johnson, sindromul Lyell, sindromul DRESS).

Referitor la reacțiile non-imune, acestea se pot dezvolta pe una din următoarele căi: activarea neimunologică a unor căi efectoare, supradozaj, efecte secundare directe sau indirecte, interacțiuni medicamentoase, idiosincrazia.

Tabloul clinic

Spectrul manifestărilor cutanate postmedicamentoase este foarte vast [33; 57; 82]: a) eriteme – eritemul fix după consumul de sulfamide, barbiturice, AINS etc.; b) exanteme – morbiliform, scar-

latiniform, rubeoliform etc.; factorii cauzali – antibiotice, sulfamide, AINS, barbiturice, antihipertenzive etc.; erupțiile apar între a 7-a și a 9-a, maximum a 14-a zi de la începutul administrării medicamentului: rash eritematos sau eritemato-papulos, placarde solitare sau multiple, de obicei simetrice, cu tendință la extindere, generalizare; în lipsa tratamentului, erupțiile pot evolua spre eritrodermie; c) eritrodermii (de tip exsudativ, edemato-veziculos [mai des] sau de tip non-exsudativ, eritemato-scuamos [mai rar]); d) de asemenea, sunt constatate frecvent diverse alte erupții: de tip acneiform, de tip lichenoid, de tip eritem polimorf, de tip pityriaziform, de tip psoriaziform, de tip pemfigoid, de tip pigmentar, de tip vegetant etc.; e) uneori, se pot dezvolta forme grave/severe de RCPM așa ca: sindromul Stevens-Johnson, sindromul Lyell, sindromul DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms).

Așa cum am menționat anterior, termenul de sindrom Stevens-Johnson (SSJ) este utilizat când procesul patologic afectează mai puțin de 10% din suprafața tegumentului, iar noțiunea de sindrom Lyell (SL) este utilizată când sunt afectate mai mult de 30% din toată aria cutanată. Pacienții cu afectarea a 10-30% din suprafața corporală totală sunt considerați a avea SSJ / SL “overlap” [33; 79; 80; 82].

Privitor la sindromul DRESS, acesta este o toxicodermie severă idiosincrazică, care debutează cu manifestări pseudo-gripale (cefalee, febră, astenie), exantem maculo-papulos, ulterior dezvoltându-se o eritrodermie descuamativă și edematoasă, afectări orale (cheilită și stomatită hemoragică), modificări hematice (eozinofilie, hipo- γ -globulinemie, limfocite circulante atipice), iar în cazuri foarte grave – poliadenopatie, citoliză hepatică. Chiar dacă este indus de aceleași medicamente ca și necroliza toxică epidermică, în sindromul DRESS lipsesc leziunile cutanate veziculo-buloase (de tip dermatită combustiformă) și afectarea mucoasei bronho-pulmonare, edemul pulmonar fiind principala cauză de deces a pacienților cu

sindrom Lyell. Comun pentru sindromul DRESS și sindromul Lyell este reacția hiperergică de sensibilizare la medicamente. Factorul infecțios acompaniază mecanismul toxico-alergic după cum urmează: HHV-6 și virusul Epstein-Barr în sindromul DRESS, cocii (toxinele stafilococului auriu) în sindromul Lyell.

Diagnosticul

În primul rând, se iau în calcul două aspecte/momente: tabloul clinic specific și anamneza riguroasă. Ulterior, în dependență de circumstanțe, pot fi efectuate diverse explorări: biochimice, imune (IgE specifice) etc. Uneori, sunt bine venite testele *in vivo* (de tip patch test, scarificare și intradermoreacție) sau *in vitro* (în scopul determinării sensibilității la medicamentul suspectat) [33; 79].

Tratamentul

Tratamentul RCPM prevede următorii pași [33; 68; 73; 80]: a) suprimarea administrării medicamentului incriminat sau suspectat; b) favorizarea blocării, respectiv eliminării acestuia din organism – antihistaminice, hiposensibilizante, perfuzii cu ser fiziologic + GCS în doze moderate (pentru formele ușoare), mari sau foarte mari (pentru formele severe), diuretice etc.; c) profilaxia infecțiilor secundare sau recurente – antibiotice, antivirale; d) terapie simptomatică – analgezice, antihipertenzive, antacide etc.; e) topice conform stadiului – antiseptice, coloranți anilnici, spray-uri cu steroizi și antibiotice, linimente sau paste moi, creme calmante etc. Uneori, în situații excepționale, se recurge la plasmafereză.

5.8. Alopecia androgenică

Generalități

Un atribut important al frumuseții este părul. Prin volum, culoare, calitate, strălucire și coafură, omul modern încearcă să-l înobileze, să-l sincronizeze cât mai reușit cu celelalte trăsături ale

frumuseții. Părul a fost și constituie una din podoabele naturale cele mai prețioase, iată de ce este normal să ne îngrijorăm atunci când începem să-l pierdem [28; 33].

Epidemiologie

Cea mai frecventă pierdere de păr este alopecia seboreică, supranumită și alopecie androgenică (AA). Ea constituie 95% din alopecii. Se întâlnește predominant la bărbați, dar poate afecta și femeile. Debutul se produce în jurul vârstei de 20-22 de ani, uneori mai devreme [28; 33; 59; 83].

Etiopatogenie

Factorii determinanți sunt genetici și hormonal. Caracterul familial, reprezentat prin terenul seboreic moștenit, este cunoscut de mult timp. Modalitatea de transmitere este autosomal-dominantă, cu o penetranță variabilă. Intervenția factorului genetic este confirmată de numeroase cercetări. Mai mulți autori au dovedit prin pedigree-urile studiate o hiperactivitate importantă a axului corticohipofizo-gonadotrop, expresia acestei hiperactivități fiind surplusul de androgeni [61; 73; 83].

Așadar, factorul endocrin este esențial în lanțul/cascada de verigi etiopatogenice. Dar iată care sunt principalele etape în metabolismul hormonilor androgeni:

1) producția glandulară: a) Testicul. Sinteza testosteronului se desfășoară la nivelul celulelor interstițiale Leydig (95%) și Sertoli (5%). Prin scindarea catenei laterale de colesterol se formează pregnenolonul, a cărui transformare în testosteron se produce pe două căi diferite, în dependență de ordinea în care acționează 17-alfa-hidroxilaza și 3-beta-hidroxisteroid-dehidrogenaza; b) Corticosuprarenală. La acest nivel, secreția androgenilor este limitată și constă în DHEA (dihidroepiandrosteron), androstendion și testosteron, concentrația acestora fiind în concordanță directă cu ac-

tivitatea 17-alfa-hidroxiilazei și 17, 20-desmolazei; c) Ovar. Sinteza androgenilor, în special androstendion, are loc în celulele tecale ale foliculilor ovarieni sub acțiunea LH. Convertirea lor în estrogeni la nivelul celulelor granuloase se produce sub acțiunea FSH. În cursul transferului androgenilor din celulele tecale în cele granuloase, o mică parte a acestora ajunge în circulația sistemică.

2) producția extraglandulară. Conversia androgenilor cu acțiune slabă (DHEA, androstendion) în forme cu activitate androgenică puternică (testosteron și DHT) în organele-țintă (piele, foliculul pilos, glanda sebacee).

3) transportul. Transportul androgenilor se face sub trei forme: a) liber; b) legat de albumină; c) legat de globulină / SHBG (Sex Hormon Binding Globulin) – factor important pentru metabolismul androgenic, deoarece acționează ca un “burete” pentru testosteronul circulant, limitându-i concentrația.

4) metabolismul la nivelul celulei țintă și răspunsul celulei-țintă la androgeni. Androgenii biodisponibili din circulație intră în celula-țintă prin difuziune pasivă. După intrarea în celula-țintă androgenii slabi se convertesc în citoplasmă în androgeni mai puternici. Acești hormoni se leagă de receptorul mobil androgenic și trec în nucleu sub forma unui complex DHT-receptor. În continuare se leagă de o non-histonă, deblocând catena ADN și permițând ARN polimerazei să acționeze și să formeze ARN mesager cu inițierea sintezei proteice. Aceste mecanisme explică efectul hormonilor androgeni asupra țesuturilor manifestat prin creșterea metabolismului și hipertrofiere.

Totodată, creșterea hormonilor androgeni poate fi determinată de multiple alte cauze:

1. Tumori ectopice androgen-secretante: a) tumori ovariene (arenoblastomul); b) tumori suprarenale (adenoame sau carcinoame corticale); c) tumori hipofizare (nu produc androgeni direct, ci prin eliberare excesivă de ACTH).

2. Hiperplazie suprarenală congenitală cu debut tardiv. Boală cauzată de unul sau mai multe deficite enzimaticе (21-hidroxilază, 11-beta-hidroxilază, 3-beta-hidroxi-steroid-dehidrogenază), care alterează producția de cortizol. Se creează un blocaj enzimatic cu hiperproducție de produși intermediari ce converg spre DHEA și androstendion.

3. Sindromul ovarelor polichistice (sindromul Stein-Leventhal). Disfuncție ovariană non-tumorală cu hipersecreție de androgeni (LH dependentă) de către celulele tecale și stromale hiperplazice. Simptomatologie: anovulație, infertilitate, hirsutism, alopecie, obezitate, ovare polichistice bilaterale.

4. Alterarea transportului androgenilor. Creșterea sau descreșterea nivelului SHBG, globulină care leagă hormonii sexuali. Poate fi primară sau secundară altor afecțiuni glandulare.

5. Hiperandrogenism, rezistență la insulină și acantosis nigricans (Sindromul HAIR-AN). Unii autori au conchis asupra faptului că hiperinsulinemia secundară insulino-rezistenței se asociază cu hiperandrogenism. Hiperinsulinemia stimulează funcția ovariană prin receptorii pentru insulină și IGF (Insulin-Growth Factor).

6. Activitatea crescută a celulelor țintă: a) prin activitate enzimatică crescută; b) prin activitate crescută a receptorilor hormonalі intracelulari.

7. Hiperandrogenismul etnic sau familial. Există grupuri etnice, respectiv familii, mai ales în Europa de Sud, care au expresie androgenică exagerată. Această situație nu exclude însă posibilitatea existenței reale a unei afecțiuni hormonale sau de altă natură.

Tabloul clinic

Fazele care preced AA sunt, în majoritatea cazurilor, o seboree importantă, un pityriasis steatoid sau eczematidele seboreice. Tegumentul este de obicei neted, întins și lucios. Firele de păr se

smulg ușor. În locul firului normal crește un păr subțire, decolorat, de tip “vellus”, iar după o perioadă dispare și acesta.

La bărbați, calviția debutează simetric în zonele fronto-parietale, la marginea regiunii piloase, pătrunzând în unghi ascuțit spre vertex. Păstrarea pentru o perioadă a pilozității din regiunea centro-frontală conferă lizierei de la acest nivel un aspect de “W”. Alteori, alopecia androgenică debutează în vertex, extinzându-se excentric sub forma unui placard oval cu diametrul de la 5 până la 10 cm. Mult mai rar, alopecia androgenica poate avea din start un caracter difuz. Uneori pe parcursul a numai 5-6 ani se instalează o importantă alopecie neinflamatorie și ireversibilă, așa zisa calviție precoce sau alopecie hipocratică.

Clasificarea calviției:

Nu există un cadru clinic unanim acceptat, mai mulți autori abordând problema în mod diferit. Ghidul cel mai frecvent utilizat pentru bărbați a fost dezvoltat de Hamilton și ulterior modificat de Norwood, rezultând așa-numita scară Norwood-Hamilton [28; 57].

Există șapte tipuri de pierdere a părului, fiecare dintre ele având caracteristici unice, după cum urmează:

Tipul 1. Se manifestă printr-o pierdere minimă de-a lungul liniei frontale a părului sau a unghiurilor fronto-temporale.

Tipul 2. Exprimă pierderea părului sub forma unor suprafețe triunghiulare (M) simetrice de la nivelul zonelor fronto-temporale sau pierderea totală a părului din partea anterioară a scalpului până la nivelul unei linii imaginare trase cu 2 cm în fața urechilor. În această etapă, semnele de chelie devin evidente.

Tipul 3. Persoanele care se încadrează în această categorie sunt bărbații care descriu o pierdere a părului în regiunile fronto-temporale sau în întreaga treime anterioară a scalpului, pe o suprafață care se extinde posterior de linia imaginară trasată cu 2 cm în fața urechilor. De asemenea, întâlnim pierderea părului la

nivelul vertexului (zona “coroanei”) cu sau fără pierderea acestuia în porțiunile anterioare descrise mai sus.

Tipul 4. În acest tip, regresia părului în regiunile fronto-temporale sau în întreaga porțiune anterioară a scalpului este mai accentuată decât cea descrisă în tipul 3, la care se adaugă și o pierdere marcată în zona vertexului (coroanei). Cele două zone de chelie, cea anterioară și coroana, sunt separate de o suprafață de păr cu densitate moderată.

Tipul 5. Arată o pierdere extinsă a părului, atât în jumătatea anterioară a scalpului, cât și în zona vertexului, cele două suprafețe de chelie fiind despărțite de o punte de păr subțire și îngustă.

Tipul 6. “Podul” despărțitor format din păr dispăre în această etapă, iar zonele de chelie din jumătatea anterioară a scalpului și zona vertexului se unesc. La aceasta se adaugă pierderea părului în porțiunile laterale și posterioare ale scalpului.

Tipul 7. Reprezintă cel mai sever grad de calviție, în care supraviețuiește doar o porțiune îngustă de păr în formă de potcoavă pe părțile laterale și în regiunea occipitală. Părul rămas este mai rar și mai fin decât în etapele anterioare.

La femei, debutul alopeciei este mai tardiv. Clinic, se manifestă printr-un efluviu telogenic difuz sau o rarefacție mai accentuată în vertex, linia de implantare frontală menținându-se. Pentru o mai bună interpretare atât teoretică, cât și practică au fost separate două tipuri mari de alopecie androgenică la femei:

Tipul I. Alopecie androgenică neînsoțită de modificări endocrine patente. Apare după vârsta de 25 de ani și se accentuează după menopauză. În ansamblu, alopecia este de tip difuz. În context, Ludwig descrie trei grade de alopecie androgenică: gradul 1 – alopecie frontală; gradul 2 – alopecie fronto-parietală; gradul 3 – alopecie fronto-parieto-occipitală.

Tipul II. Alopecie androgenică asociată cu modificări endocrine. Este o alopecie francă și severă de tip masculin, care se dezvoltă la femei cu sindrom de virilizare foarte accentuat (alopecie, acnee, hirsutism, amenoree primară sau secundară, libidou crescut, creșterea masei musculare, îngroșarea vocii, diminuarea țesutului mamar, hipertrofia clitorisului, infertilitate).

Diagnosticul

Deși diagnosticul clinic al AA nu comportă dificultăți, nu constituie o problemă pentru medicul dermatolog/cosmetolog, uneori se impun totuși unele investigații paraclinice, destinate atât unei mai corecte descifrări etiopatogenice, cât mai ales unei orientări terapeutice eficiente [28; 59; 61]. De un real folos sunt:

1. Trichograma. Firele recoltate (cel puțin 50) sunt tăiate la 2 cm deasupra rădăcinii, se depun între lamă și lamelă după acoperirea lor cu soluție de ser fiziologic și se examinează în microscopie optică, cu obiectivul 10. Particularități: scăderea numărului foliculilor în anagen și creșterea celor aflați în telogen. Raportul normal anagen/catagen/telogen este 85/1/14. În alopecia androgenică, acest raport poate ajunge până la 65/2/33, după 60-65 ani constatându-se doar 40-45% fire de păr în anagen.

2. Examenul histopatologic. În fazele precoce are loc o degenerescență bazofilă focală în 1/3 inferioară a tecii foliculilor aflați în anagen. Ulterior apare un infiltrat limfo-histiocitar perifolicular, foliculii piloși fiind mici și imaturi, cu localizare superioară a bulbului pilos. Glandele sebacee și sudoripare nu prezintă modificări importante. Tardiv, epidermul se subțiază, iar joncțiunea dermo-epidermică se orizontalizează, atestând procesul final de atrofie.

3. Explorările hormonale. Frecvent, pentru evaluarea funcției sistemului endocrin este necesară implicarea medicului endocrinolog. Se pot constata următoarele modificări:

- a) creșterea excreției de 17-ketosteroidi;
- b) scăderea excreției de fenolsteroidi (date inconstante);
- c) creșterea titrului androgenilor serici (date inconstante);
Identificarea testosteronului liber, nelegat de SHBG, este un test mai sensibil al hiperandrogenismului decât testosteronul total, dar mai scump și dificil de realizat tehnic, datorită concentrațiilor sale foarte mici (1-2%). De asemenea, poate fi estimată concentrația androsteron-gluconidului, marker important al metabolismului periferic testosteronic;
- d) funcția ovariană poate fi evaluată și prin determinarea raportului FSH / LH;
- e) funcția corticosuprarenală va fi evaluată prin determinarea nivelului seric de ACTH, DHEA-S și 17-alfa-progesteron;
- f) funcția tiroidiană necesită măsurarea nivelului plasmatic de T3, T4 și TSH;
- g) estimarea funcției axului hipotalamo-hipofizar se va realiza prin determinarea principalilor produși de secreție hipofizară și, în primul rând, al prolactinei.

Tratamentul

1. Topic:

a) Minoxidil soluție 2% sau 5% în aplicări bicotidiene. Minoxidilul este un vazodilatator puternic, derivat de piperidino-pirimidină, care era utilizat inițial, per os, în tratamentul hipertensiunii arteriale (1976). În timp, s-a observat, la pacienții tratați mai mult de un an, efectul advers: hipertricoza. Ulterior a fost găsită formula reușită pentru uz topic. Astăzi, minoxidilul este considerat unul dintre cele mai eficiente medicații. Rezultate bune și foarte bune se obțin după minimum 6 luni de aplicații, dar uneori tratamentul poate dura până la 2 ani. Minoxidilul stabil, inactiv, pătrunde în piele unde în prezența sulfonil-transferazei este convertit în minoxidil sulfat activ. Acesta activează canalele de potasiu în celule, inducând

o rată crescută de creștere a sintezei ADN la nivelul papilei dermice și al celulelor germinative foliculare. Astfel se prelungeste faza de creștere a foliculului pilos. Posibile reacții adverse: eritem, descuamare, senzație de arsură, prurit, iar uneori hipertricoză la distanță.

b) Tretinoin cremă, soluție sau gel. Celulele papilei dermice au receptori pentru acidul retinoic, acesta din urmă participând nemijlocit la toate etapele de proliferare, creștere și diferențiere a celulelor epiteliale. Posibile reacții adverse: fotosensibilizare, alterarea pigmentării cutanate.

c) Ciclosporină, în soluție uleioasă 5%, aplicată de două ori pe zi, timp de 6 luni, cu rezultate favorabile în 50-60% cazuri.

d) Acid azelaic, sub formă de cremă 20%, are efect antiandrogenic, prin blocarea activității 5-alfa-reductazei, nu numai la nivelul glandei sebacee, dar și al foliculului pilos.

e) Piritoniat de zinc, șampon 1-2%. Este dovedit faptul că aceste șampoane, pe lângă efectele antiseboreic și antifungic/anti-pityrosporum, au și o puternică acțiune antiandrogenică.

f) Tratamente combinate: soluție cu 0,025% tretinoin și 0,5% minoxidil (se presupune că tretinoinul crește absorbția minoxidilului la nivelul scalpului); $ZnSO_4$ +vitamina B_6 +acid azelaic (cu această combinație s-a obținut, in vitro, o inhibiție de 90% a 5-alfa-reductazei); diverse antiseboreice și revulsive (acid salicilic 1-2%, rezorcină 2-3%, sulf 5-6%, pilocarpină 1%, tinctură capsici 8-10% etc.).

g) Aminexil + SP 94™ – un complex molecular nou pentru fixarea rădăcinii părului și stimularea creșterii lui.

h) În ultimii ani, de un succes mare se bucură plasmolifting-ul (sinonime: autoplasmoterapie, PRP-terapie). PRP-ul este termenul folosit pentru "platelet rich plasma", adică plasma îmbogățită cu trombocite. În cursul vieții umane există doar două organe care au o evoluție ciclică, și anume: a) mucoasa uterină; b) foliculul de păr, care are o fază de creștere (faza anagen), o fază de stagnare a

creșterii (faza catagen) și faza de cădere (faza telogen), aceasta din urmă fiind succedată de reinițierea ciclului de creștere. Datorită acestei evoluții ciclice, are loc o reînnoire continuă a firelor de păr de pe tot corpul, fără a exista însă zone vizibile de rărire a părului.

Trombocitele conținute în PRP eliberează o mare cantitate de factori de creștere, și anume: factori de creștere plachetari (PDGF); factori de creștere transformatori beta (TGF beta 1 și 2); factor de creștere epidermal (EGF); factor de creștere vasculo-endotelial (VEGF). Acești factori de creștere sunt direct implicați în ciclul de regenerare a părului, controlând creșterea firelor de păr și determinând activarea celulelor stem din regiunea de înmugurire a bulbilor acestora.

Preparatele injectabile cu plasmă bogată în plachete (PRP) au fost utilizate și studiate în ultimii 20 de ani. Utilizarea acestora a devenit mai extinsă în ultimii ani datorită aplicațiilor din chirurgia plastică și estetică. PRP-ul a început să fie folosit în mai multe domenii, printre care și transplantul de păr și combaterea alopeciei, atât la bărbați, cât și la femei.

Un alt procedeu contemporan, utilizat pe larg în saloanele și clinicile de frumusețe este mezoterapia – metodă mini-invazivă de introducere la nivelul scalpului, la nivelul dermului, în jurul rădăcinilor firelor de păr a unor nutrienți vitali pentru un păr sănătos și strălucitor. Podoaba capilară are permanent nevoie de vitamine, minerale, aminoacizi, acizi nucleici, antioxidanți și coenzime, accelerarea circulației de la nivelul scalpului pentru a avea rezistență și o durată cât mai lungă de viață. Cu ajutorul acestui tratament efectuat periodic, părul își recapătă densitatea, fenomenul de cădere diminuează în intensitate, firele își refac structura și recapătă grosimea.

Mezoterapia personalizată aduce exact necesarul de substanțe hrănitore, neutralizează excesul de hormoni androgeni din jurul firelor de păr, reduce inflamația locală și stimulează circulația, adap-

tându-se necesităților părului. Pe lângă beneficiile substanțelor introduse, manevra de microinjectare determină și stimularea regenerării fibrelor de colagen și elastină.

Ca modalități de administrare, se folosesc sisteme tip roller cu microace sau microinjectii cu ace extrem de fine, care vor plasa substanțele exact în dermul mijlociu. Procedura este nedureroasă, cu 45 de minute înainte, se aplică o cremă anestezică, iar tratamentul durează aproximativ 30 min. pentru toată suprafața scalpului.

Pentru rezultate rapide și persistente în timp sunt necesare cure de mezoterapie de 2-3 luni (2 ședinte pe lună). Mezoterapia este pe larg indicată după un transplant de păr, ținând cont de efectul, antiandrogen pe care îl are. În combinație cu PRP, accelerează semnificativ procesele de regenerare post-transplant.

2. Sistemic:

- a) Finasteridă în pastile, câte 1 mg/zi. Este contraindicat la femei și se folosește cu precauție la unii bărbații. Inhibă activitatea 5-alfa-reductazei, îmbunătățește morfologia foliculară în anagen.
- b) Acetat de ciproteronă cu puternică acțiune antiandrogenică, datorită blocării, prin competiție, a receptorilor citoplasmatici ai DHT. Se administrează oral, inclusiv la femei, câte 50 mg de două ori/zi.
- c) Femeile mai pot beneficia și de combinația “antiandrogen + estrogen”, respectiv acetat de ciproteronă 2 mg + etinilestradiol 0,035 mg, durata minimă de tratament fiind 1 an.
- d) Antiandrogeni minori: cimetidină, spironolactonă, dexametazonă. Vor fi administrați cu precauție, ținând cont de multitudinea reacțiilor adverse.
- e) Tratamente în studiu:

Ciclosporină în doză de 6 mg/kg/corp/zi, după o cură de 6 luni, dă rezultate bune la 50% pacienți. Există studii care arată o reducere a activității 5-alfa-reductazei la o doză de 1 mg/kg/corp/zi.

Un alt remediu, Tacrolimus, inhibă limfocitele T CD4+, promovând creșterea părului prin prelungirea fazei de anagen.

Referitor la Fenitoin, utilizat în tratamentul epilepsiei, are ca reacții adverse hipertricoza. Se pare că acționează la nivelul terminațiilor nervoase din jurul foliculilor piloși.

Citocrom P-450 aromataza. Femeile au de 6 ori mai mult această enzimă în jurul foliculilor piloși decât bărbații. Aromataza metabolizează androgenii în estrogeni, de unde și utilitatea ei în tratamentul alopeciei androgenice.

Terapia genică. Se referă la gene modificate introduse în jurul foliculilor piloși cu ajutorul liposomilor.

3. Chirurgical:

În trecut, se utilizau pe scară largă:

a) Reducția scalpului. Constă în excizia scalpului alopecic, efectuându-se debridare de 10 cm de o parte și de alta a inciziei. Se fac mai multe ședințe la interval de 3 luni. Există trei tipuri de incizii: sagital, cu sensibilitatea cutanată păstrată, cu dezavantajul că cicatricea centrală este greu de acoperit; în „Y”, sensibilitatea scalpului păstrată, nu lasă cicatrice centrală; în „U” (laterală), cu pierderea sensibilității scalpului;

b) Tehnica lambourilor. Constă în înlocuirea scalpului alopecic cu scalp care are păr cu densitate normală. În context, există mai multe lambouri de transpoziție: temporo-parieto-occipital (metoda Juri), temporo-parietal (metoda Elliott), metoda triplu romboidal și de rotație, microlambouri libere.

Mai nou, de un succes enorm se bucură transplantul de păr, care constă în redistribuirea părului existent:

a) Tehnica FUE. Este o tehnică de transplant de păr, care este pe deplin dezvoltată și creată doar pentru un singur scop: de a evita la maxim urmele permamente lăsate în zona occipitală și constă în extragerea unităților foliculare individuale, fie din 1 sau chiar

5 fire (cu ajutorul micro-punch-urilor de până la 1mm în diametru), cu toate componentele sale anatomice. Ulterior, unitățile foliculare vor fi implantate în zonele alopecice.

b) Tehnica STRIP. Spre deosebire de tehnica FUE, reprezintă o altă modalitate de obținere a unităților foliculare. De la nivelul zonei donatoare/occipitale, se va exciza un lambou de piele care ulterior, cu ajutorul unui stereo-microscop, va fi tăiat și împărțit în aceleași unități foliculare obținute prin tehnica FUE. Plaga este închisă cu suturi, care sunt îndepărtate la 7-12 zile după operație. Uneori, sunt folosite fire resorbabile care nu necesită să fie îndepărtate. Modalitatea de implantare a unităților foliculare în zona recipientă este la fel ca și în tehnica FUE.

Părul transplatat cu nimic nu se deosebește de celelalte fire, va crește la fel ca părul din zona occipitală, fără să mai cadă.

5.9. Alopecia areată

Definiție

Alopecia areată (sinonime: pelada, area Celsi) este o afecțiune cronică, multifactorială, întâlnită la toate vârstele, dar mai des la copii, cu o incidență aproximativ egală la ambele sexe, clinic manifestându-se printr-o pierdere focală, multifocală, subtotală, totală sau universală a părului [28; 57; 84].

Etiopatogenie

În declanșarea afecțiunii intervin mai mulți factori: a) genetici (HLA-DR4, HLA-DR5, HLA-DQ3 etc.); b) endocrini (afecțiuni tiroidiene, anomalii testiculare); c) infecțioși (focare de infecție cronică, bacteriană și/sau virală); d) neuro-psihiici (stresul cronic, surmenajul psiho-emoțional, tensiunea intracraniană crescută); e) imuni/autoimuni (asocierea frecventă cu boli autoimune – lupus eritematos, sclerodermie, anemie pernicioasă, tiroidită autoimună etc.); f) vasculari (tulburări de microcirculație – alterări ale intimei vaselor,

microtrombi atașați stratului endotelial); g) metabolici (dezechilibrul unor microelemente și, în special, deficitul latent de zinc).

Cercetări recente au demonstrat prezența, în stadiul anagen, a infiltratului inflamator cu localizare atât perifoliculară (în jurul foliculului pilos), cât și intrafoliculară (în jurul bulbului și papilei firului de păr). Infiltratul perifolicular este compus din macrofage, celule Langerhans, limfocite T helper/T citotoxice (într-un raport variabil, de la 2/1 până la 8/1), imunoglobuline (IgM, IgG) și complement (C₃). Inflamația lipsește în jurul istmului, locul unde se află celulele stem. Infiltratul inflamator intrafolicular este acompaniat de o expresie crescută a moleculelor de histocompatibilitate de tip I și II aberante și a moleculelor de adeziune ICAM-1, care se presupune a fi rezultatul eliberării de citokine din limfocitul T. În urma acestui proces inflamator, ciclul de viață al firului de păr este perturbat. Are loc o trecere prematură din stadiul anagen, în care nu este posibilă sinteza unui fir de păr normal, direct în stadiul telogen. În lipsa tratamentului, acest ciclu incomplet se repetă pe toată perioada de activitate a bolii [28; 59].

Tabloul clinic

Debutul este insidios, fără semne subiective locale, afecțiunea fiind descoperită întâmplător [28; 33]. Se observă una sau mai multe plăci lipsite în întregime de păr, bine delimitate, rotunde, fără eritem sau descuamare. Uneori, se observă o hipotonie marcată a pielii (fenomenul Jacquet). La marginea focarului se găsesc “peri peladici” (scurți, subțiri și decolorați, cu vârful normal și bulbul plin, luând aspectul “semnului de exclamare”). Perii normali se detașează ușor la tracțiune. Evoluția este imprevizibilă, uneori cu remisie spontană, alteori cu extindere rapidă spre o peladă subtotală, totală sau chiar universală, cu dispariția genelor, sprâncenelor, părului din axile și regiunea pubiană. Topografie: a) în 50-80% din cazuri, focarele sunt situate pe scalp; b) în 7-25% din cazuri – la periferia

scalpului – ceafă, tâmples, frunte (alopecia ofiazică); acest tip de pedadă se asociază frecvent cu atopia, prognosticul fiind nefavorabil; c) în 3-12% din cazuri – în regiunea bărbii.

Alopecia areată este, de obicei, reversibilă, părul în focar restabilindu-se complet, chiar dacă o perioadă variabilă de timp poate să rămână depigmentat. În aproximativ 10% din cazuri, boala este acompaniată de modificări unghiale: depresiuni punctiforme, striuri transversale și/sau longitudinale, koilonichie, leuconichie etc., manifestări care, apropo, pot persista și după dispariția alopeciei.

Diagnosticul

Examenul clinic obiectiv este, de cele mai multe ori, suficient pentru stabilirea diagnosticului. Uneori, în scopul evidențierii unor dereglări intercurrente, sunt necesare explorări biochimice și imune. Un test util și informativ este tricograma. De asemenea, în cazuri incerte se recomandă examenul histopatologic: a) în faza acută, progresivă, infiltratul inflamator este accentuat, bulbul pilos este păstrat; b) în faza cronică, persistentă, infiltratul inflamator diminuează în intensitate, bulbul pilos tinde spre atrofiere.

Tratamentul

Tratamentul general presupune: a) asanarea focarelor de infecție cronică (antibiotice, antivirale); b) terapie antistres – sedative, neuroleptice, tranchilizante (de preferință, conform prescripțiilor neurologului); studii recente recomandă blocați ai receptorului pentru CRF-astressin-B; c) terapie antiinflamatorie și/sau imunosupresivă, respectiv imunomodulatoare – glucocorticosteroizi, ciclofosfan, ciclosporină, cicloferon, isoprinosină etc.; d) vitamino- și mineraloterapie – acid nicotinic, vitamina B₆, sulfat de zinc etc.

Tratamentul topic, bine venit doar atunci când căderea părului s-a stopat, include următoarele opțiuni: a) remedii cu acțiune iritantă și vasodilatantă – tinctura capsici, tinctura zingiberis, tinctura cantha-

ridis, cignolină (antralină/ditranol), aminexil, minoxidil, diphenylcyclopropenone, azot lichid; b) dermatocorticosteroizi (mometazonă, metilprednizolon, betametazonă); c) în ultimii ani, s-au obținut rezultate promițătoare în urma utilizării combinate de statine (simvastatin și ezetimibe) + corticoterapie intralezională; d) de asemenea, sunt utilizate cu succes diverse manopere fizioterapice: curenți de înaltă frecvență (d'Arsonval), acupunctură, PUVA terapie etc.

5.10. Vitiligo

Definiție

Vitiligo, numit în popor și boala petelor albe, este o anomalie progresivă a pielii, caracterizată prin depigmentări bine delimitate, solitare sau multiple, de dimensiuni variabile, din cauza pierderii de melanină în celulele stratului bazal al epidermei [28; 33; 85].

Etiopatogenie

Cauzele bolii nu sunt cunoscute definitiv. Oricum, la ora actuală, cinci teorii etiopatogenice pot fi luate în considerație [28; 33; 59; 85]:

1) Teoria ereditară. Această teorie se bazează pe frecvența cazurilor familiale în circa 30-50% din cazuri. De asemenea, evidențierea unor antigene de grup tisular – HLA-B12, HLA-B13 și HLA-BQ4;

2) Teoria autoimună. Boala este considerată autoimună datorită asocierii cu alte boli autoimune: tiroidită autoimună, anemie pernicioasă, alopecie areată, lupus eritematos, sclerodermie etc. În unele cazuri au fost izolați autoanticorpi antimelanocitari, dar datele obținute sunt discutabile;

3) Teoria neurologică. Se presupune că prin terminațiunile nervoase ale tegumentului se eliberează niște substanțe care inhibă melanogeneza datorită efectului toxic asupra melanocitelor. Această ipoteză este susținută și de repartiția pe dermatoame a zonelor depigmentate;

4) Teoria autocitotoxică. Precursorii melanosomilor, secretați de melanocit, sunt toxici pentru acesta și îi inhibă multiplicarea prin creșterea H_2O_2 și scăderea catalazelor;

5) Recent, prin cercetări imunohistochemice, în zonele cutanate depigmentate, dar și în arealul tegumentar perifocal, s-au evidențiat valori crescute ale celulelor dendritice, imature (CD1a+) și mature (CD83+), pe de o parte, dar și ale limfocitelor CD4+ și CD8+, pe de altă parte, de unde probabilitatea rolului pe care îl au celulele respective în inițierea răspunsului imun celular. Prevalența, în zonele de vitiligo, a fagocitelor mononucleare versus leucocitele polimorfonucleare, paralel cu dezechilibrul unor citokine (valori crescute IL-18, valori scăzute IL-10), confirmă rolul major al macrofagelor în patogenia bolii.

Tabloul clinic

Maladia debutează lent, mai rar acut. Apar macule mici, depigmentate, alb-sidefii, bine delimitate – configurație neregulată, polilobară, uneori rotund-ovalară. Se pot localiza oriunde, la început pe zonele fotoexpuse (dosul mâinilor, articulația pumnului, antebrațe, periorbital, peribucal, gât), apoi și pe cele non-fotoexpuse (trunchi, organele genitale). De obicei, pe ambele părți ale corpului, în aproximativ același loc. Mărimea lor variază de la 2-3 mm până la câțiva cm în diametru. Nu sunt dureroase sau pruriginoase, poate să apară fenomenul Koebner. La periferia leziunilor se dezvoltă un halou hiperpigmentat. Părul din zonele afectate poate deveni cu timpul amelanotic. Evoluția este cronică, focarele mărindu-se treptat, pe alocuri confluează.

Există forme clinice localizate (focală, segmentară) și diseminate (vulgară, acrală, semiuniversală, universală). O formă particulară reprezintă nevul Sutton sau nevul cu halou. Acesta este un nev pigmentar, brun, rotund ovalar, ușor proeminent, 3-6 mm, solitar sau, de cele mai multe ori, multiplu, înconjurat de o zonă depigmentată,

alb-sidefie, bine delimitată, considerată un vitiligo perinevic. Se deosebește de vitiligo-ul clasic prin absența periferiei hiperpigmentate. Evoluția este benignă, iar conduita – expectativă [28; 33; 65; 73].

Diagnosticul

Aspectul topografic și clinic, de obicei, nu prezintă dificultăți. Totuși, la ora actuală există metode citoenzimaticе (DOPA reacții) care permit evidențierea capacității melanocitelor de a sintetiza melanină. Astfel, conform acestor reacții, există trei tipuri de vitiligo: 1) DOPA-negativ (unde nu se întâlnesc melanocite); 2) DOPA-pozitiv, tipul I (în care melanocitele sunt normale ca număr, dar slab pozitive) și 3) DOPA-pozitiv, tipul II (în care melanocitele sunt reduse ca număr, dar cu reacție pozitivă).

Tratamentul

Tratamentul este îndelungat și, frecvent, nesatisfăcător. Repigmentarea completă și permanentă este rareori posibilă. În formele recente se poate de apelat la un camuflaj cosmetic. În formele avansate se recomandă tratament sistemic: a) PUVA-terapie (administrarea sistemică de psoraleni și expunerea ulterioară la soare sau UVA; terapia durează până la 6 luni și mai mult); b) vitamine și minerale (de elecție sunt vitaminele A, C, E, grupul B, sulful, cuprul, zincul etc.); c) antibiotice și/sau antivirale (asanarea focarelor de infecție); d) isoprinosine, levamisol/decaris (imunomodulare, dehelmintizare); e) psihoterapie.

De asemenea, sunt bine venite următoarele remedii topice: a) dermatocorticoizi potenți (betametazon valerat, clobetazol propionat); b) furocumarine (meladinină); c) biostimulatori (melagenină – extract din placentă umană); d) inhibitori de calcineurină (pimecrolimus); e) derivați de vitamina D (calcipotriol); f) fizioprocеduri (ionoforeză, fonoforeză).

Pentru formele localizate s-a încercat cu succes tratamentul chirurgical cu minigrefe de tip Thiersch. Există și posibilitatea tratamentului local de decolorare a periferiei ariilor depigmentate cu unguente pe bază de hidrochinonă.

În ultimii ani au apărut produse noi, obținute din pepene galben (zămos), cu conținut bogat în antioxidanți (SOD și catalază), vitamine (C, E, B₉, B₁₂) și minerale (Se, Cu, Zn), care acționează în sensul scăderii hidrogen-peroxidului (H₂O₂) și creșterii nivelului catalazelor – mecanism dovedit eficient, în urma recentelor descoperiri conform cărora melanocitele sunt încă prezente în epidermul pacienților cu vitiligo, chiar după 25 ani de boală, și își reiau funcționalitatea *in vivo* și *in vitro* după îndepărtarea H₂O₂ [28; 64; 68; 85].

5.11. Lupusul eritematos

Definiție

Lupusul eritematos (LE) este o maladie multifactorială, multisistemică și interdisciplinară, cu mecanism patogenic autoimun și evoluție acută, subacută sau cronică, tabloul clinic fiind variat, polimorf – modificări cutanate, viscerale, hematice și imune. O caracteristică importantă a bolii este combinația “leziuni de colagenoză + leziuni vasculare” [59].

Etiopatogenie

Pe un teren genetic predispozant (HLA-DRw2 și HLA-DRw3), sub acțiunea unor factori declanșatori: a) infecțioși (streptococi, virusuri); b) medicamentoși (anticonvulsivante, antiaritmice, seruri, vaccinuri etc.); c) de mediu (RUV); d) varia (dereglări metabolice, hormonale etc.), se formează auto-Ag, de obicei nucleoproteine alterate, împotriva cărora se secretă trei grupe mari de auto-Ac: 1) antifosfolipidici sau antimembranari (antimembrana bazală, anti-cardiolipinici); 2) anticitoplasmatici (antileucocite, antieritrocite, antitrombocite etc.) și 3) antinucleari (ANA, anti-ADN nativ, antihistone, anti-SSA, antinucleosomi) [33; 59; 86; 87].

De asemenea, în LE se constată creșterea sau tendința spre creșterea a celulelor CD3+, CD4+ și CD19+, paralel cu micșorarea sau tendința spre micșorare a celulelor CD16+/CD56+, CD4+/CD25+ și CD8+. Studii recente evidențiază rolul unor citokine (IL-6, IL-10, IL-2, IFN-tip 1, TNF-alfa, TGF-beta etc.) în calitate de mediatori importanți ai imunității, inflamației, proliferării și diferențierii celulare [33; 59].

Într-un final, LE se manifestă printr-un sindrom complex de autoagresiune care implică, în mare parte, reacții imune de tipul III (mediate de CIC), dar și reacții de tipul II, de tip citolitic-citotoxic (mediate de IgM, IgA și, în special, de IgG).

Tabloul clinic

LE cronic are, în mod obișnuit, un caracter benign, circumscris (doar la nivel cutanat), cele mai importante forme clinice fiind: a) LEC discoidal sau fix; b) LEC superficial sau centrifug Biett; c) LEC profund Kaposi-Irgang sau paniculita lupică și d) LEC diseminat.

Tabloul clinic clasic (forma discoidală) cuprinde 3 semne cardinale (eritemul, scuama/hipercheratoza foliculară, atrofia), 3 semne secundare (teleangiectaziile, dereglările de pigmentație, indurația bazală) și 4 semne suplimentare (simptomul Besnier-Meshchersky, simptomul “tocului dezbinat”, simptomul “coajei de portocală”, simptomul Hachyaturyan).

Forme clinice atipice: a) LEC punctat sau Vidal; b) LEC edematos sau tumidus Gougerot; c) LEC hipetrofic sau cretaceu Devergie; d) LEC agravat de frig sau “chilblain lupus” Hutchinsonson; e) LEC bulos sau pemfigoid; f) LEC ulcero-hemoragic.

Diagnosticul

În formele cronice de LE, o perioadă îndelungată de timp, devierile hematice (sau de altă natură) pot să lipsească. Ulterior, pe măsura avansării bolii, se observă tendința spre: anemie, leucopenie, trombocitopenie, VSH accelerat, hiper- γ -globulinemie, creșterea

CIC, scăderea nivelului complementului total și ale unora din fracțiunile acestuia (C_2, C_3, C_4), identificarea auto-Ac menționați anterior, prezența celulelor LE, prezența factorului reumatoid (Waalser-Rose). Uneori, pot fi constatate reacții serologice fals pozitive la sifilis.

Tratamentul

Pentru uz sistemic sunt bine venite: a) antimalaricele sau anti-paludicele albe de sinteză (clorochină, hidroxiclorochină); b) AINS (indometacină, meloxicam, diclofenac); c) vitamino- și mineraloterapie (A, E, C, grupul B și în primul rând B_3 sau acid nicotinic, zinc, magneziu, seleniu). Terapia de rezervă include: a) steroizi (prednison) în doze medii; b) retinoizi (acitretin, isotretinoin); c) citostatice (metotrexat, azatioprină); d) terapie biologică (rituximab, belimumab, atacicept) etc. Pentru uz local: fotoprotectoare (oxid de zinc, dioxid de titan, acid paraaminobenzoic), unguente / creme cu steroizi și keratolitice [33; 61; 68].

5.12. Morfeea

Definiție

Sclerodermia este o maladie de origine necunoscută, produsă prin mecanisme autoimune, cu evoluție progresivă sau lentă, caracterizată printr-o fibroză pronunțată a dermei și atrofie epidermică, asociată sau nu cu atingeri viscerale. O caracteristică importantă a bolii este combinația “modificări imune+alterări vasculare+perturbări în metabolismul colagenului” [33].

Etiopatogenie

Pe un teren genetic predispozant (în special pentru cazurile pansclerotice), sub influența unor factori declanșatori/triggeri: a) infecții microbiene (mai des *Borrelia burgdorferi*) și virale; b) dereglări metabolice și hormonale; c) traumatisme fizice și psihice; d) factori medicamentoși, profesionali și de mediu etc. se produc

modificări imune, atât umorale (producerea de auto-Ac specifici și nespecifici), cât și celulare (creșterea nivelului LT helper în zonele procesului autoimun), acompaniate de alterări vasculare (endotelită non-inflamatorie) și perivasculare (infiltrat inflamator, alcătuit din limfocite și monocite), soldate, într-un final, cu perturbări în metabolismul colagenului (limfocitele și monocitele, producând limfokine și monokine, stimulează proliferarea fibroblaștilor, care produc în exces colagen – fibronectină și proteoglicani) [33; 59; 61].

Cercetări recente evidențiază rolul unor mediatori proinflamatori (IL-1, IL-2, TNF-alfa, TGF-beta, PDGF, EGF, proteazele citolitice eliberate de LT CD8+) în dezvoltarea dereglărilor de microcirculație și a ischemiei locale.

Tabloul clinic

Sclerodermia circumscrisă se mai numește morfee. Sub aspect clinic, există două varietăți principale: a) morfeea în plăci, care se întâlnește mai frecvent la adulți și evoluează în 3 stadii succesive: eritemato-edematos, indurativ-scleros și atrofic. Localizările de predilecție sunt trunchiul și partea proximală a membrelor; b) morfeea liniară sau “în bandă”, care se întâlnește mai frecvent la copii/adolescenți, prezentând aceleași caractere clinice ca și sclerodermia în plăci. Localizările de predilecție sunt fruntea (morfeea “în lovitură de sabie”), trunchiul (morfeea “zosteriformă”) și, ocazional, la nivelul membrelor, cu aspect circular (morfeea “inelară”); c) o altă formă clinică, morfeea “în picături”, întâlnită mult mai rar, se constată, de obicei, la femeile tinere, manifestându-se prin leziuni mici, lenticulare, grupate sau izolate, de culoare alb-sidefie, strălucitoare, localizate predominant pe flancurile laterale ale trunchiului; d) forme clinice mai rar întâlnite: profundă, generalizată, pansclerotică, lichenul scleroatrofic, atrofodermia Pasini-Pierini [33; 57; 59].

Diagnosticul

Tabloul clinic face ca diagnosticul de laborator să-și piardă din importanță. Uneori, totuși (în special atunci când se suspectează o sclerodermie sistemică), pot fi utile următoarele teste: biopsia cutanată, pletismografia digitală, capilaroscopia periungțială, testele imune – creșteri variabile ale Ig și CIC, Ac antinucleari (de obicei anti-ADN monocatenar), Ac anticentromer (cu semnificație prognostică favorabilă), Ac antitopoizomerază (indică un prognostic mai grav), Ac anticolagen, Ac antiendotelium vascular etc. Alte teste utile – explorări radiologice pentru esofag, colon, plămâni, articulații; ECG și ecografie cardiacă; tomografie computerizată etc.

Tratamentul

Tratamentul general presupune administrarea de: antibiotice, antipaludice albe de sinteză, vitaminoterapie, vasodilatatoare, antiagregante plachetare, anticoagulante, antifibroze, AINS, GCS în doze mici sau medii, imunosupresive, angioprotectori, statine. Pentru tratamentul local sunt bine venite infiltrațiile intralezionale cu hidrocortizonă, triamcinolonă, pomezi cu nitroglicerină, clobetasol, progesteron, ionizări cu fermenți (hialuronidază, tripsină, himotripsină), PUVA-terapie, Vacuum-terapie etc. Uneori, în cazuri mai grave, când remediile menționate mai sus se dovedesc a fi ineficiente, se apelează la plasmafereză [59; 61; 88].

5.13. Piodermitele

Definiție

Piodermitele sau dermatozele de origine bacteriană sunt infecții cutanate, produse de agenți bacterieni, mai frecvent flora gram-pozitivă (stafilococi și streptococi), mai rar flora gram-negativă (Escherichia, Enterobacter, Klebsiela, Proteus, Pseudomonas), cu evolu-

ție acută, subacută sau cronică și simptomatologie variabilă – leziuni primare sau secundare, alterări superficiale sau profunde, localizare circumscrișă sau diseminată [33; 60; 89].

Etiopatogenie

O importanță deosebită în producerea piodermitelor prezintă următorii factori: cantitatea de germeni microbieni, gradul lor de patogenitate (toxinele, echipamentul enzimatic), terenul gazdei (hipovitaminoze, anemii, dereglări metabolice și hormonale, devieri imune), dar și numeroși factori de ordin general – microtraumatismele, igiena precară, vestimentația sintetică etc. Un rol esențial în declanșarea, respectiv întreținerea piodermitelor, îl au, de asemenea, următoarele circumstanțe: deshidratarea excesivă a pielii (consumul insuficient de lichide, dușurile/băile prea frecvente) și, în consecință, modificarea pH-lui cutanat ("mantaua acidă" sau filmul hidro-lipidic de suprafață al pielii având, în mod obișnuit, un rol protector), termoreglarea defectuoasă etc.

Tabloul clinic

A. Infecțiile cutanate produse de stafilococi. Sub aspect clinic, în stafilocociile/stafilodermiile pielii glabre predomină: a) bulele – impetigo-ul bulos stafilococic, sindromul Lyell infantil; b) leziunile eritemato-scuamoase – eritrodermia exfoliativă Ritter von Rittersheim sau c) pseudotumorale – granulomul piogenic; în stafilocociile glandelor sudoripare: d) nodulii – pseudofurunculoza, hidrosadenita supurativă; iar în stafilocociile pilo-sebacee: e) leziunile pustuloase sau papulo-pustuloase – foliculita superficială, foliculita profundă, furunculul, carbunculul.

B. Infecțiile cutanate produse de streptococi. Referitor la streptococii/streptodermii, acestea respectă foliculul pilos. Sub aspect morfologic, predomină erupțiile: a) eritematoase – erizipelul; b) buloase sau veziculo-buloase, numite și flictene – impetigo-ul

contagios, cheilita angulară, turniola; c) eritemato-scuamoase – pityriazisul alb al feței; d) eroziunile și ulcerațiile – intertrigo-ul, ectima.

C. Infecțiile cutanate severe. Unele piodermite pot depăși limitele pielii, ajungând până la mușchi și fascii. Astfel, gangrena gazoasă, produsă de *Clostridium perfringens*, și fasciita necrozantă, produsă de *Streptococcus pyogenes*, sunt infecții profunde, cu simptomatologie severă și potențial letal mare.

Diagnosticul

Diagnosticul clinic nu prezintă dificultăți. Uneori, pot fi utile următoarele explorări: hormonale, biochimice, imune etc. În piodermitele cronice, recidivante se recomandă însămânțări la flora bacteriană cu aprecierea sensibilității la antibiotice [73; 90].

Tratamentul

Combaterea piodermitelor include medicația sistemică și topică [64; 68; 90]. Cea sistemică cuprinde: a) tratamentul etiotrop – peniciline în streptodermii, respectiv ciline, macrolide, cefalosporine, chinolone etc. în stafilodermii; b) tratamentul patogenic – imunoterapie specifică (vaccin, autovaccin, anatoxin, antifagin, bacteriofag, imunoglobulină, gamaglobulină) și nespecifică (autohemoterapie, pyrogenal, licopid, imunofan) și c) tratamentul adjuvant – vitamine (A, E, C, grupul B), substanțe minerale (zinc, magneziu, seleniu) etc. De menționat că imunoterapia este bine venită doar în piodermitele cronice, recidivante, sub un control minuțios al parametrilor imunității celulare și umorale.

Medicația topică prevede administrarea următoarelor produse: a) antiseptice (lactat de etacridină, digluconat de clorhexidină); b) coloranți anilnici (albastru de metilen, verde de briliant, violet de gențiană); c) antibiotice (acid fusidic, mupirocină, baneocină, bacitracină) etc. În piodermitele supurative sunt întrebuițate și d) remedii cu acțiune decapantă, spre exemplu ihtiolumul, iar în unele cazuri (furuncul, carbuncul) se practică e) intervenții mini-chirurgicale.

5.14. Herpesul simplex

Definiție

Herpesul simplex este o viroză cutaneo-mucoasă, provocată de virusul herpetic uman (HHV), numit și Herpes Simplex Virus (HSV), care afectează predominant zona orofacială (tipul 1), respectiv zona urogenitală (tipul 2), având o evoluție cronică, persistentă, cu multiple reactivări și remisii de-a lungul vieții [33; 57; 91].

Etiopatogenie

Contaminarea cu acest virus se poate produce într-un diapazon mare de vârstă: a) începând cu luna a 5-a sau a 6-a de viață (când copilul pierde anticorpii materni) pentru HSV-tipul 1; b) începând cu debutul vieții sexuale (istoric pozitiv pentru boli venerice, număr mare de parteneri sexuali) pentru HSV-tipul 2. După primoinfecție, care mai des derulează asimptomatic, virusul se cantonează în ganglionii senzitivi regionali, unde rămâne în stare latentă. Sub influența unor factori favorizanți, acesta se reactivează, producându-se o replicare virală, urmată de recurență. Infecțiile virale sunt un barometru al sănătății, în general, și al sistemului imun, în particular, recurențele herpesului simplex semnalizând, de obicei, prezența altor afecțiuni intercurrente sau dereglări de fond [59; 61].

Tabloul clinic

Sub aspect clinic, există un polimorfism lezional: eritem, vezicule grupate, cruste seroase, eroziuni policiclice, iar în formele mai grave, în special la imunocompromiși – ulcerații, cruste masive, limfadenopatie regională. Semnele subiective principale: senzația de arsură, prurit și durere locală. Uneori, evoluția poate fi discretă, infraclinică. Cele mai importante forme clinice sunt: herpesul orofacial (labialis, bucalis, nasalis, facialis, ophthalmicus) și herpesul genital (la femei: mucoasa labiilor mari și mici, mucoasa vaginului;

la bărbați: glandul penian și foița internă a prepuțului). La nivelul degetelor, virusul herpetic poate determina panarițiu. De obicei, acesta este o complicație a herpesului primar, oral sau genital. Abordarea chirurgicală este contraindicată, pentru ca poate favoriza diseminarea virusului și exacerbarea bolii.

La atopici, virusul poate determina suprainfectări herpetice, cu tablou clinic manifest și stare generală alterată, iar la nou-născuți poate fi observat herpesul neonatal intrapartum (la trecerea fătului prin canalul cervical). Cele mai grave complicații: encefalita herpetică și sepsisul.

Diagnosticul

Diagnosticul herpesului simplex se bazează pe tabloul clinic specific plus, la necesitate, diverse investigații: a) virusologice (evidențierea particulelor virale prin microscopie electronică, evidențierea virusului în culturi celulare, evidențierea Ag virale cu Ac monoclonali, evidențierea ADN prin hibridare moleculară); b) serologice (evidențierea Ac IgM și IgG prin reacții specifice și nespecifice); c) histopatologice sau citodiagnosticul.

Tratamentul

Scopul unui tratament antiviral constă nu atât în eradicarea infecției, cât în limitarea acesteia, prevenirea complicațiilor și minimalizarea recidivelor [33; 64; 68]. Tratamentul herpesului simplex cuprinde: a) medicația etiotropă (binevenită atât în formele acute, cât și în cele cronice de boală, de preferință în faza de replicare a virusului – începând cu primele 24-48 ore de la debutul erupției) – antivirale (aciclovir, valaciclovir, famciclovir, foscarnet); b) medicația patogenică (doar în formele cronice, în recurențe) – imunoterapie specifică (imunoglobuline antiherpetice, vaccinuri antiherpetice) și nespecifică (cicloferon, viferon, imunofan); c) medicația topică – coloranți anilini, antiseptice, antivirale (în caz de herpes ophthalmicus), imunomodulatoare (acid glicirizinic, enoxolonă) etc.

5.15. Herpesul Zoster

Definiție

Herpesul zoster este o dermatoză virală, provocată de virusul herpetic uman, tipul 3 (HHV-3), numit și Varicella Zoster Virus (VZV), observat, de obicei, la adulți și caracterizat prin leziuni în bandă, dispuse dermatomal, de-a lungul nervilor senzitivi afectați, mai des cervico-toracal (C2-L2) și facial (perechile V și VII ale nervilor cranieni) [33; 60; 67].

Etiopatogenie

Contaminarea cu VZV se produce, de cele mai multe ori, în copilărie. După primo-infecție, varicelă, virusul se cantonează în ganglionii senzitivi cranieni sau rădăcina posterioară a nervilor rahidieni, unde rămâne în stare latentă un timp indefinit. Sub influența unor factori/circumstanțe, acesta se reactivează, producând erupții pe traiectul nervilor amintiți mai sus. Rareori, infecția primară poate fi dobândită intrauterin, de la mama care face varicelă sau herpes zoster în timpul sarcinii.

Tabloul clinic

Sub aspect clinic, evoluția herpesului zoster poate fi divizată în 3 etape: preeruptivă, eruptivă și posteruptivă. Subiectiv: la prima etapă se constată următoarele semne – prurit, arsură, parestezii, durere moderată; la etapa a doua durerea devine accentuată, uneori insuportabilă; în fine, la etapa a treia, nevralgia postzosteriană se manifestă prin arsură, parestezii, durere de intensitate variabilă. Obiectiv: leziuni unilaterale, în bandă, veziculoase (sau veziculo-buloase), care în 2-3 zile se pot transforma în pustule, grupate în buchete, dispuse dermatomal. De exemplu, de-a lungul nervului trigemen, respectiv intercostal. Ulterior pot apărea cruste, eroziuni. Forme clinice rare: buloasă, hemoragică, necrotică, gangrenoasă, generalizată. O altă formă, rar întâlnită, este herpes zoster oticus – infecție virală a

urechii externe, medii și interne, manifestată prin otalgie severă, erupție specifică la nivelul canalului auditiv extern și tragus. Asocieră cu paralizia facială se numește sindromul Ramsay Hunt. La persoanele în etate, herpesul zoster poate avea un caracter paraneoplazic, iar la imunocompromiși (HIV-SIDA) – pierde caracterul unilateral, afectează mai multe dermatoame, are tendință de recidivare [33; 57].

Diagnosticul

Diagnosticul herpesului zoster are la bază tabloul clinic specific. Teste de laborator recomandate: citodiagnosticul Tzanck (celule multinucleate gigante), diverse investigații auxiliare (imune, biochimice, radiologice, ultrasonografice, tomografice etc.) care corespund, în mare parte, maladiilor de fond sau asociate/intercurente [73; 92].

Tratamentul

Tratamentul herpesului zoster cuprinde [33; 59; 68]: a) medicația antivirală, de preferință în faza de replicare a virusului – începând cu primele 24-48 ore de la debutul erupției (aciclovir, valaciclovir, famciclovir, brivudină); b) medicația analgezică (analgină, tempalgină, baralgină); c) medicația antiinflamatorie (AINS). Opțional, poate fi recomandată d) medicația anticonvulsivă, mai des carbamazepina sau finlepsina și e) medicația antidepresivă, mai des amitriptilina (în special la pacienții cu nevralgie postzosteriană rebelă). Medicația topică – coloranți anilinici, antiseptice, antivirale (în caz de zona ophthalmicus), metode fizice (curenți de înaltă frecvență, raze ultraviolete, acupunctură) etc.

5.16. Infecția cu virusul papiloma uman

Definiție

Virozele cutaneo-mucoase, provocate de diverse tipuri ale virusului papiloma uman sau Human Papilloma Virus (HPV), sunt niște afecțiuni cu caracter hiperplazic-hiperproliferativ, observate atât la

copii, cât și la adulți, cu evoluție îndelungată și morfologie, respectiv topografie variabilă [33; 57; 93].

Etiopatogenie

Contaminarea se produce prin contact direct, indirect sau prin autoinoculare. Transmiterea verticală, de la mamă la făt, în timpul nașterii, este posibilă, dar foarte rară. Tipurile 2 și 7 produc veruci comune sau vulgare; 1, 2, 4 și 63 – veruci plantare; 3, 8 și 10 – veruci plane; 6 și 11 – veruci filiforme (= papiloame) și condilomatoză gigantă; iar tipurile 3, 5, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19 și 23 predispun la o infecție cronică și persistentă cu HPV, numită epidermodisplazie veruciformă. Tipurile 6, 11, 42 și 44 produc condiloame genitale, iar tipurile 6, 16, 18, 31, 53 și 58 – condiloame anale. Unele tipuri (16, 18, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 și 82), cu transmitere sexuală, sunt potențial oncogene, fiind incriminate în dezvoltarea neoplazilor intraepiteliale cervicale (cancerul de col uterin), peniene (cancerul de penis) și anale (cancerul anal) [33; 64; 94].

Există, de asemenea, varietăți ale HPV, responsabile de leziuni în cavitatea bucală: 6, 7, 11, 16 și 32 – papiloame orale; 16 – cancer orofaringian; 6 și 11 – papilomatoză laringiană. Factorii favorizanți: microtraumatismele și hiperhidroza pentru veruci, coexistența cu alte infecții urogenitale (trichomoniază, chlamidioză, micoplazmoză) pentru condiloame, compromiterea sistemului imun (tuberculoză, HIV-SIDA, transplant de organe, chimioterapie îndelungată etc.) pentru tipurile oncogene ale HPV.

Tabloul clinic

Sub aspect clinic, leziuni papuloase, non-inflamatorii, de mărimi variabile (1-2 mm până la 1 cm), rotund-ovalare, bine conturate, rugoase (veruci vulgare) sau turtite (veruci plane), pediculate (veruci filiforme) sau vegetante (condiloame genitale și anale), solitare sau multiple, de obicei asimptomatice. Un tablou clinic oarecum mai

zgomotos prezintă condilomatoza gigantă Buschke-Löwenstein și epidermodisplazia veruciformă Lutz-Lewandowsky. Prima se manifestă prin multiple excrescențe de tip condilomatos-tumoral, cu localizare ano-genitală, iar cealaltă – prin leziuni veruciforme, de dimensiuni variabile (uneori mari sau chiar foarte mari – “omul copac”), simetrice, cu localizare pe tegumentul fotoexpus (extremități și față) [33; 61].

Diagnosticul

Diagnosticul clinic al verucilor și condiloamelor nu prezintă dificultăți. În cazuri incerte, se recomandă biopsia, cele mai importante modificări fiind hipercheratoza, paracheratoza, acantoza (prezența variabilă a koilocitelor în stratul spinos) și papilomatoza. Uneori, la femei, sunt bine venite următoarele investigații: testul Papanicolau și testul ADN (Digene HPV test).

Tratamentul

Verucile și condiloamele acuminatate se tratează prin metode distructive [33; 68; 73]: a) chimice (acid acetic, acid lactic, acid azotic, podofilină, podofilotoxină, 5-fluorouracil); b) fizice (electrocoagulare, crioterapie, laser CO₂); c) imunoterapie (interferon, imiquimod).

Sunt utilizate, de asemenea, diverse antiseptice și coloranți anilini, iar, în tratamentul condilomatozei gigante și epidermodisplaziei veruciforme, opțiunea de bază este extirparea chirurgicală.

Pentru prevenirea cancerului de col uterin, se recomandă vaccinurile Gardasil și Cervarix, eficacitatea cărora însă este discutabilă.

5.17. Moluscul contagios

Definiție

Moluscul contagios este o dermatoză de origine virală, produsă de un poxvirus, numit și Molluscipoxvirus sau Molluscum Contagiosum Virus (MCV), observat atât la copii (tipul 1), cât și la adulți (tipul 2), cu evoluție, în general, îndelungată, dar benignă [33; 59; 95].

Etiopatogenie

Afecțiunea este o dermatoză virală, contagioasă (pot fi observate epidemii în instituțiile școlare și preșcolare), molipsirea producându-se, de obicei, prin heteroinoculare sau autoinoculare (la copii), respectiv prin contact sexual (la adulți). Apropos, prezervativul nu oferă protecție totală împotriva infectării, deoarece virusul poate pătrunde prin ariile neacoperite de prezervativ. Igiena precară și deficitul imun favorizează contaminarea. Perioada de incubație variază între 2 și 6 săptămâni, uneori și mai mult [57; 61].

Tabloul clinic

Sub aspect clinic, papule perlate, alb-rozate, de dimensiuni variabile (1-7 mm), solitare sau multiple, emisferice, ombilicate central, asimptomatice, cu localizare specifică pe față și gât la copii, genital și perigenital la adulți. La comprimarea manuală se evidențiază un conținut albicios, grăuncios. Sub aspect cantitativ, moluscul contagios poate avea 3 forme de manifestare: ușoară (până la 10 elemente), moderată (10-50 elemente) și severă (peste 50 elemente).

Complicații posibile: impetiginizare, eczematizare, cicatrici inestetice, atingeri oculare (conjunctivită, cheratită). La imunocompromiși, leziunile sunt profuze, voluminoase, cu aspect pseudotumoral.

Diagnosticul

Diagnosticul clinic al moluscului contagios nu prezintă dificultăți. În cazuri incerte, se recomandă biopsia, cele mai importante modificări fiind prezența suprabazală a celulelor epiteliale, ovoide, degenerate, cu incluziuni citoplasmice (corpusulii Henderson-Patterson) și nucleu mic, deplasat spre periferie.

Tratamentul

Cele mai multe cazuri se vindecă spontan, în 6-9 luni. În unele cazuri, nediagnosticate, boala poate evolua până la 3-5 ani. Iată de

ce se recomandă o abordare terapeutică promptă a moluscului contagios, care constă în chiuretarea leziunilor plus diverse metode citodistructive: acid acetic, acid lactic, acid azotic, criodistrucție. În ultimii ani, de un succes binemeritat se bucură hidroxidul de potasiu, soluție 5%. Sunt utilizate, de asemenea, diverse antiseptice și coloranți aniliniici. În formele generalizate, se recomandă tratament sistemic cu antibiotice și sulfamide, iar la imunodeprimați – antivirale/imunomodulatoare (isoprinosine, interferon) [33].

5.18. Cheratomicozele

Definiție

În dermatologie, noțiunea “cheratomicoză” este atribuită pityriazisului verzicolor – micoză superficială, neinflamatorie, cu limitarea procesului patologic la nivelul stratului cornos al epidermei. În oftalmologie, noțiunea “cheratomicoză” este atribuită cheratitei de origine fungică [33; 59].

Etiopatogenie

Ciupercile levuriforme *Pityrosporum ovale* (sau *Pityrosporum orbiculare*, respectiv *Malassezia furfur*) saprofitează pielea la aproximativ 85% din populație. În anumite circumstanțe (transpirație abundentă, temperatură ridicată, scăderea capacității de apărare a organismului) și pe un teren predispozant (absența din secreția sebacee a unor acizi grași polinesaturați), germenii respectivi trec de la saprofitism la parazitism, producând o epidermomicoză, numită “pityriazis versicolor” [59; 96].

Tabloul clinic

Afecțiunea se caracterizează prin: a) macule mici, izolate, acoperite cu scuame fine, galben-maronii – forma punctiformă; b) macule mari, confluate, acoperite cu scuame brun-cafenii – forma în plăci; c) macule albe, pseudovilitiginoase – forma acromică.

Localizarea de predilecție este trunchiul superior, gâtul și umerii. Pruritul este discret sau absent. În absența tratamentului, evoluția este îndelungată, dar benignă.

Diagnosticul

Pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului se iau în calcul [33; 60; 97]: a) tabloul clinic specific; b) semnul talajului – la gratajul pielii se constată o descumare fină, furfuracee, asemănătoare surcelelor rămase de la rânda; c) fluorescența galben-verzuie la lampa Wood; d) Proba Balzer – la aplicarea pe suprafața pielii a unei soluții/tincturi alcoolice de iod (de 2-3%), porțiunile de piele afectată, unde stratul cornos este rămolit din cauza agentului patogen cheratofag, se colorează mai intens decât ariile cutanate intacte; e) examenul micologic – în scuame sunt evidențiați spori rotunzi și filamente scurte.

Tratamentul

În formele ușoare se poate produce autovindecarea. Uneori, pentru calmarea pruritelui se recomandă cure scurte (5-7 zile) cu antihistaminice (desloratadină, levocetirizină).

Pentru uz topic se folosesc geluri, creme, soluții sau șamponuri cu chetoconazol, clotrimazol, bifonazol, natamicină, naftifină, sulfid de seleniu etc., iar în formele extinse, cu evoluție cronică, recidivantă se administrează obligatoriu antifungice/antipityrosporice sistemice (terbinafină, fluconazol, itraconazol).

În ultimii ani, de un succes enorm se bucură topicele cu piroctone olamine și ciclopirox olamine [33; 65; 68; 97].

5.19. Dermatomicozele

Definiție

Dermatomicozele sunt afecțiuni produse de dermatofiți (fungi cu o patogenitate sporită atât la om, cât și la animale), care atacă

pielea (epidermomicoze), părul (pilomicoze) și unghiile (onicomicoze) [33; 59; 96; 98; 99].

Epidemiologie

Microsporia și tricofiția. Contaminarea se produce: a) prin contact direct sau indirect (jucării, piepteni, instrumente de frizerie, obiecte de bărbierit, basmale, pălării, cușme, lenjerie) de la o persoană bolnavă (*M. ferrugineum*, *M. audouinii*, *T. violaceum*, *T. tonsurans*); b) prin contact direct sau indirect de la o persoană bolnavă sau de la diferite animale – pisici și câini (*M. canis*), bovine (*T. verrucosum*), șoareci și alte rozătoare (*T. gypsum*); c) direct din sol (*M. gypsum*).

Epidermofiția și rubromicoza. Contaminarea se produce, în exclusivitate, prin contact direct sau indirect (șosete, încălțăminte, mănuși, prosoape, instrumente de manichiură sau pedichiură, lenjerie) de la o persoană bolnavă (*E. floccosum*, *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*, *T. rubrum*).

Favusul. Sursa de infectare o constituie omul bolnav (*T. schoenleinii*). Comparativ cu micozele comentate mai sus, boala este mai puțin contagioasă, molipsirea producându-se din cauza igienei deficitare, subalimentației, stărilor de imunodeficiență. Din fericire, în Republica Moldova, începând cu anii '70 ai sec. al XX-lea, favusul practic nu se înregistrează.

Factorii favorizanți ai micozelor – fizici (temperaturile ridicate, umiditatea crescută), chimici (vestimentația și/sau încălțăminte din materiale sintetice, detergenții, coloranții), individuali (hiperhidroza, circulația periferică deficitară, obezitatea, diabetul zaharat), sociali (frecventarea unor utilități publice – băi, bazine de înot, săli de sport, hoteluri, campinguri) etc.

Tabloul clinic

Tinea corporis (microsporie, tricofiție, rubromicoză). Plăci eritemato-scuamoase, solitare sau multiple, rotund-ovalare, bine delimitate.

tate, circinate la periferie (unde pot fi evidențiate vezicule, papule, cruste), cu tendință la extindere/diseminare. Uneori, pot fi observate leziuni “în țintă” (iris). Apropo, micozele produse de fungii zoofili se manifestă prin reacții inflamatorii mai severe. Localizările de elecție – fața, gâtul, partea superioară a pieptului, membrele superioare și inferioare.

Tinea cruris (epidermofitie, rubromicoză). Plăci eritematoase, policiclice, supranivelate la periferie, uneori acoperite cu microvezicule, papule, pustule și scuame. Din cauza pruritului supărător, pot apărea leziuni de grataj – fisuri. Localizările de elecție – plicile inghinală, interfesieră și infraabdominală (mai des *E. floccosum*), plicile submamară și axilară (mai des *T. rubrum*).

Tinea pedis (rubromicoză, epidermofitie).

Forma intertriginoasă. Afectarea spațiilor interdigitale 1 și 4 (*T. mentagrophytes* var. *interdigitale* și *E. floccosum*) sau a tuturor spațiilor interdigitale (*T. rubrum*). Epidermul afectat este albicios și macerat, ulterior dezvoltându-se zone eritematoase, cu eroziuni și fisuri. Uneori, la periferie se constată microvezicule. Leziunile sunt intens pruriginoase.

Forma dishidroxică. Mai des *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*, predomină erupțiile eritemato-veziculoase, dispuse în plăci și placarde, evoluția fiind excentrică, iar marginile policiclice. Uneori, leziunile sunt discrete (descuamări nesemnificative cu sau fără fisuri), altele – cu aspect inflamator violent (edem, bule, incapacitate funcțională a piciorului). Localizările de elecție – spațiile interdigitale, marginile antero-laterale, bolta plantară.

Forma uscată sau scuamoasă. Evoluție predominant cronică, placarde discret eritematoase, hipercheratozice și fisuri dureroase. Descuamarea mărunță, furfuracee sau făinoasă, este tipică pentru micoza produsă de *T. rubrum*. Localizările de elecție – punctele de sprijin ale tălpii (călcâiul, marginile laterale, capul metatarsienilor).

Tinea manum (rubromicoză, mai des; epidermofitție, mai rar). Forma uscată se manifestă prin placarde de exfoliere semicirculare; forma exsudativă – prin plăci mici, veziculoase, cu caracter circumscris; iar forma hipercheratozică – prin leziuni descuamative, mai des unilaterale, la nivelul palmelor și degetelor, dar cu tendință de extindere pe fața dorsală a mâinii.

Tinea unguium (rubromicoză, mai des; epidermofitție, mai rar). Se constată, de obicei, la membrele inferioare. Ulterior însă, se pot afecta și unghiile de la mâini. Unii dermatofiți (*T. mentagrophytes* var. *interdigitale*) afectează unghiile degetelor 1 și 5, iar alții (*T. rubrum*) – toate unghiile. Procesul debutează de la extremitatea distală sau de la marginea laterală a unghiei, la început sub forma unei pete alb-gălbui (mată, lipsită de luciu) sau cenușii, fără modificări trofice (forma normotrofică). Ulterior, lama unghială devine groasă și friabilă, cu depozite hipercheratozice subunghiale (forma hipertrofică). Cu timpul, unghia se distruge, rămânând rămășițele ei (forma atrofică).

Tinea capitis (microsporie, tricofitție).

Microsporia zooantropofilă (*M. canis*). Se manifestă prin 1-2 focare mari, bine delimitate, eritemato-scuamoase, cu o hipercheratoză accentuată. Firele de păr sunt lipsite de luciu, rupându-se uniform, la 5-8 mm de emergență.

Microsporia antropofilă (*M. ferrugineum*, *M. audoini*). Se caracterizează prin focare multiple de dimensiuni mici, cu contur discret, dispuse frecvent la periferia scalpului. Firele de păr se rup parțial și neuniform, la 5-8 mm de emergență.

Tricoftizia antropofilă (*T. violaceum*, *T. tonsurans*), numită și tricoftizie superficială sau uscată. Se manifestă prin plăci discret eritematoase, acoperite cu scuame furfuracee, de dimensiuni mici (0,5-2 cm), dar numeroase, cu margini neregulate. Firele de păr se rup la 1-3 mm de emergență, având aspect răsucit, asemănător unor litere. Tot din

această subgrupă face parte și tricoifiția cronică a adultului – afecțiune caracterizată prin “puncte negre” (fire de păr rupte la nivelul tegumentului), izolate sau grupate în focare rotunde, eritemato-scuamoase. Uneori, în stadiile mai avansate, se pot dezvolta plăcuțe atrofo-cicatriceale.

Tricoifiția zooantropofilă (*T. verrucosum*, *T. gypseum*). Evoluază în 3 stadii – eritematos, infiltrativ, abces folicular. În stadiul 3 se constată un focar infiltrativ-purulent, masiv, pseudotumoral (conglomerat de foliculi piloși) cu aspect de “fagure de miere” (Kerion Celsi), cu eliminarea puroiului și a firelor de păr. În evoluție leziunile se acoperă cu cruste. Este însoțit frecvent de adenopatie regională. În cazurile netratate la timp, vindecarea se produce prin dezvoltarea de alopecie cicatriceală.

Diagnosticul

Pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului se iau în calcul: a) tabloul clinic specific; b) examenul microscopic direct (vizualizarea de filamente miceliene, hife și artrospori); c) însămânțări pe mediul Sabouraud (evidențierea speciei agentului cauzal). În ambele cazuri (microscopie și cultură), substratul de cercetare îl constituie materialul recoltat din focar – scuame, fire de păr, fragmente de unghii, secreții etc.; d) examenul cu lampa Wood. Majoritatea fungilor produc fluorescență, cu o culoare care variază în funcție de specie: microsporia antropofilă – verde vie, microsporia zooantropofilă – verde pală, tricoifiția – lipsește.

Tratamentul

Combaterea micozelor include medicația sistemică și topică [33; 57; 61]. Cea sistemică cuprinde: a) tratamentul etiotrop – grizeofulvină, terbinafină, fluconazol, itraconazol; b) tratamentul simptomatic – antihistaminice, hiposensibilizante, hepatoprotectoare, vitamine epidermotrope și antioxidante (A, E, C) etc.

Medicația topică prevede administrarea următoarelor produse: a) antiseptice (lactat de etacridină, digluconat de clorhexidină); b) alcool iodat și/sau coloranți anilinici (soluția Castellani, albastru de metilen); c) antifungice/antiparazitare de uz local (clotrimazol, miconazol, isoconazol, bifonazol, ketoconazol, naftifină, amorolfină, sulf precipitat); d) cheratolitice (acid salicilic, uree); e) cheratoplastice (ihtiol, gudron); f) îndepărtarea firelor de păr afectat (extragerea cu o pensetă, raderea sau tunderea). În unele cazuri se practică g) intervenții mini-chirurgicale (înlăturarea unghiei/unghiilor afectate).

5.20. Candidozele cutaneomucoase

Generalități

Candidozele cutaneo-mucoase (CCM) sunt afecțiuni micotice acute, subacute sau cronice ale tegumentelor și mucoaselor, provocate de levuri, genul *Candida*. Un rol deosebit îl are *C. albicans*, specia cea mai frecvent identificată la om (80-95% cazuri). În situații mai grave, infecția candidozică poate interesa și organele interne: septicemii, endocardite, meningite etc. În altă ordine de idei, există și manifestări alergice prin sensibilizare la *C. albicans* [33; 96; 100].

Epidemiologie

Spectrul epidemiologic actual al CCM nu este cunoscut până la capăt. Incidența pe glob – aproximativ 25% din totalul infecțiilor micotice. La femei se întâlnesc mai frecvent decât la bărbați, iar în mediul urban mai des decât în cel rural. S-a observat că, în perioada caldă a anului (primăvara, vara), incidența CCM crește simțitor. Persoanele tinere, sexual-active, reproductive (19-35 de ani) și vârstnicii (după 55-60 de ani) constituie până la 75% din toți bolnavii cu CCM. Onicomicozele levurice se întâlnesc la 16% din psoriazici, la 12% din diabetici și 59% din bolnavii cu insuficiență venoasă cronică

a membrilor inferioare. Cât privește SIDA, incidența infecțiilor candidozice a crescut dramatic (în proporție de 207%) în ultimii 20 de ani și asta în primul rând datorită creșterii ratei de supraviețuire a pacienților respectivi.

Microbiologie și imunologie

Levurile sunt organisme unicelulare, eucariote, cu un bogat echipament enzimatic. Se înmulțesc prin înmugurire (mugurele → celula fică sau blastosporul, prin alungirea căreia se formează pseudo-filamente sau pseudohife). Se dezvoltă în mediu aerob, umed, pH neutru și $t=20^{\circ}-37^{\circ}\text{C}$ (distrucția celulară începe de la 50°C). Au forme variate, mai frecvent sferică sau ovoidă și dimensiuni de la 6-10 μ până la 50 μ .

Genul *Candida* utilizează ca substrat nutritiv orice hidrocarbonat (zaharuri), inclusiv glicogenul din tegument și mucoase. Deoarece la nivelul mucoaselor glicogenul este mai ușor accesibil, candidozele mucoaselor sunt mai frecvente decât cele ale tegumentului. Specia *C. albicans* este un saprofit exclusiv al mucoaselor, stabilind un echilibru ecologic cu alte microorganisme. Se găsește în intestine la 50-80% din indivizii sănătoși, în cavitatea bucală – până la 30-80%, iar în vagin – până la 70% din cazuri. Apariția CCM este determinată de un complex de circumstanțe așa ca reactivitatea gazdei, existența unor factori favorizanți și predispozanți etc. Apropo, circa 75% din femei prezintă cel puțin un episod de candidoză vaginală pe parcursul vieții, 40-50% având pusee repetate.

Funcția de protecție a organismului uman împotriva fungilor, respectiv candidelor, este una complexă, fiind îndeplinită de următoarele mecanisme imune: răspuns imun celular (specific și nespecific) > răspuns imun umoral. Apropo, răspunsul nespecific > răspunsul specific. Veriga celulară nespecifică este reprezentată de polimorfonucleare, macrofage, celulele NK și K. Polimorfonuclearele

sunt principalele celule în protecția Candida. Macrofagele, prin mecanisme citotoxice, distrug fungii (acțiunea lor este amplificată de IL-3 și interferonul γ). Celulele NK și K provoacă o reacție de citotoxicitate pronunțată. Veriga celulară specifică este reprezentată de LyT citotoxice. Răspunsul imun umoral nu îndeplinește funcția de protecție, dar numai de indicator “de prezență”. Anticorpul de tipul IgA, IgM și IgG, mediați de limfocite, monocite și/sau neutrofile reprezintă un factor important în limitarea creșterii unor specii de fungi, prin urmare, împiedică diseminarea infecției fungice, dar nu au eficiență în controlul candidozelor sistemice.

Spre deosebire de dermatofii, care sunt fungi de suprafață și provoacă numai reacții de hipersensibilitate (prin inducerea sintezei de IgE), levurile (alături de micromicete) induc imunosupresie (prin activarea sintezei de PG în celulele la care au aderat sau prin influențarea directă a răspunsului imun celular). Deoarece patogenitatea fungilor este determinată de încărcătura enzimatică, toxinele sintetizate și produsul metabolismului fungic (care posedă o antigenitate marcată cu posibilitatea declanșării proceselor alergice), levurile și mucegaiurile sunt mai agresive decât dermatofii, deoarece produc atât procese patologice localizate, cât și sistemice.

Factorii favorizanți

Factorii endogeni: a) fiziologici – vârsta fragedă sau senilă, pubertatea, graviditatea, menopauza, andropauza; b) patologici – diabetul zaharat, boala Cushing, boala Addison, SIDA, anemia, hipovitaminozele, malnutriția, neutropenia, cancerul etc.;

Factorii exogeni: a) medicamentoși sau iatrogeni – antibioticoterapia în doze mari, corticoterapia generală și locală, consumul de anticoncepționale, tratamentul imunosupresiv, ședințele de radioterapie, heroinomania; b) non-medicamentoși – intervențiile chirurgicale majore, transplantul de organe, hemodializa, cateterele intravenoase, proteza dentară, traumatismele, umiditatea, căldura excesivă etc.

Tabloul clinic

Candidoza mucoaselor: a) stomatită (mărgăritărelul): afectează mai ales nou-născuții și sugarii, vârstnicii; senzație de arsură, uscăciune bucală, urmată de eritemul limbii (limba lăcuită); depozite alb-gălbui, cremoase pe orice zonă a mucoasei bucale (linguală, jugală, palatină), eventual eroziuni; mucoasă hiperemiată, sângerândă la detașarea depozitelor albicioase; alimentație și deglutiție dificile; b) limbă neagră vilooasă: în caz de cronicizare a stomatitei candidozice are loc hipertrofia și alungirea papilelor linguale, care dau aspectul de limbă păroasă, inițial albă, ulterior neagră (prin oxidarea keratinei); se caută o disbacterioză intestinală; c) cheilită angulară (perleșul): fisură dureroasă, uni- sau bilaterală, cu depuneri albicioase, la nivelul comisurii bucale; poate fi secundară unei candidoze bucale; d) cheilită propriu-zisă: eritem, edem, descumare a buzelor însoțite de senzație de tensiune și arsură; e) vulvovaginită: leucoree albă, cremoasă, urât mirositoare; prurit sau arsură, uneori durere la contactul sexual; enantem marcat al mucoasei vulvei și vaginului; microvezicule și/sau micropustule; transformare ulterioară în eroziuni; f) balanită și/sau balano-postită: depozite alb-gălbui, cremoase, abundente și detașabile; prurit sau arsură, uneori durere la contactul sexual; eritem al mucoasei glandului penian și/sau prepuțului; microvezicule și/sau micropustule; uneori fisuri, eroziuni sau chiar ulcerații.

Candidoza cutanată: a) intertrigo: localizare în pliurile inghinale, submamare, axilare, interfesier și cele mici (de obicei la mâini, mai rar la picioare); placarde roșietice cu margini festonate, mici papule eritematoase la periferie; depozite albicioase, fisuri, eritem, macerație; prurit, senzație de arsură; b) onixis și perionixis: mai des la nivelul mâinilor; burelet inflamator periunghial, eritematos, dureros cu evoluție lentă spre afectarea lamei unghiale; hiperkeratoză subunghială, friabilitate, desprinderea lamei unghiale;

uneori leziunile iau aspect de panarițiu periunghial, dureros, cu eliminări purulente la presiune; c) granulom: afectează mai des copiii; leziuni hiperkeratozice, circumscrise; unghii distrofice, fărâncioase; alopecie parțială în zonele cu leziuni ale scalpului; leziuni orale și vaginale; poate include displazie dentară, hipofuncția glandelor paratiroide, tiroide sau suprarenale, defecte ale funcției T-limfocitelor.

Diagnosticul

Tabloul clinic specific;

Examenul micologic direct (frotiu nativ sau colorat Gram) – pune în evidență blastospori, pseudomicelii sau pseudohife;

Cultură pe mediu Sabouraud (după 24-48 de ore, apar colonii albicioase, cremoase, 1-2 mm în diametru);

Alte investigații utile: hemoleucograma, glicemia, dozările hormonale, antifungigrama (în formele cronice), testul la sarcină, testul HIV, imunograma, R_x pulmonară etc.

Tratamentul

Topic: a) comprese cu antiseptice (Borax 3%); b) badijonări cu Albastru de metylen 1% sau Violet de geșiană 1%; c) creme, unguente, pudre, ovule vaginale cu econazol, isoconazol, butoconazol, fenticonazol etc.

Sistemic: a) poliene (Amphotericina B, Stamicina sau Nistatina, Natamicina sau Pimafucina); b) imidazoli (Ketoconazol, din anul 2013 administrarea acestuia a fost stopată); c) triazoli (Fluconazol, Itraconazol).

Triazolii ocupă un loc de frunte în combaterea CCM. Substituirea inelului imidazolic cu cel triazolic potențează efectul antifungic și crește spectrul de acțiune – levuri, dermatofiți, micromicete. Cu referință la fluconazol, mecanismul de acțiune constă în inhibarea enzimelor care asigură conversia lanosterolului în dimetil-lanosterol.

Astfel, se inhibă formarea ergosterolului – component structural vital al membranei celulare fungice.

Fluconazolul este hidrosolubil și se absoarbe bine după ingestie. Biodisponibilitatea constituie 90% și nu este influențată de aportul de alimente sau de aciditatea gastrică. Este distribuit în țesuturi și fluidele organismului, inclusiv în lichidul cefalo-rahidian. În epidermă (stratul cornos), dermă și glandele sudoripare se obțin concentrații superioare celor serice. Din piele se elimină mai lent decât din plasmă, de unde și eficacitatea terapeutică prelungită, chiar și după întreruperea tratamentului. Așadar, după cum comentează mai mulți autori, actualmente fluconazolul este standardul de aur în tratamentul candidozelor.

Doza zilnică de fluconazol și durata tratamentului se stabilesc individual, ținând cont de o multitudine de circumstanțe: vârsta și sexul pacientului, masa corporală, forma clinică, severitatea infecției candidozice etc. În general, tratamentul durează de la 1-2 săptămâni până la 3-6 luni, uneori și mai mult:

Candidoza orală – uzual 150 mg într-o singură priză sau 50 mg o dată în zi timp de 14 zile, administrată concomitent cu măsuri de antisepsie ale protezei dentare (stomatidină, orasept);

Candidoza vaginală – se administrează 150 mg fluconazol doză unică. În formele cronice recidivante – 100 mg în zi pe parcursul a 14 zile. În infecția persistentă, durata se stabilește individual și oscilează de obicei între 4 și 12 luni;

Balanita candidozică – 150 mg fluconazol într-o singură priză. Pentru prevenirea recurențelor – 50-100 mg fluconazol o dată în zi, 7-14 zile;

Intertrigoul candidozic – dozajul recomandat este de 150 mg o dată în săptămână (nr. 2) sau 50 mg o dată în zi pe o durată de timp cuprinsă între 2 și 4 săptămâni;

Onixisul și perionixisul candidozic – 150 mg, fiecare 5 zile (nr. 4) sau 50 mg în zi pentru o perioadă de la 3 până la 6 săptămâni.

Tratamentul CCM se va continua până când parametrii clinici și testele de laborator vor arăta că infecția fungică a dispărut. O perioadă inadecvată/insuficientă de tratament poate conduce la recurențe.

Profilaxia

Totodată, nu trebuie să uităm nici de profilaxia CCM: înlăturarea factorilor declanșatori/favorizanți (obezitatea, diabetul zaharat, administrarea îndelungată și necontrolată de anticoncepționale, antibiotice, steroizi, imunosupresive/citostatice etc.), diminuarea consumului de glucide, încurajarea consumului de iaurt nepasteurizat (*Lactobacillus acidophilus*), a uleiului din arbore de ceai, toaleta cavității bucale, inclusiv menținerea igienei dentare, toaleta vaginală, evitarea umezelii și “ventilarea” pliurilor, purtarea îmbrăcăminte din fire și fibre naturale, prezentarea la medic (diagnostic corect și la timp), tratamentul afecțiunilor favorizante și al patologiilor asociate.

Rezistența la anticandidozice

Cu toate progresele obținute, în ultimii ani se constată o rezistență tot mai crescută la medicația anticandidozică [33]. Rezistența medicamentoasă reprezintă persistența sau progresia infecției în pofida unei terapii adecvate. Semnalată încă din 1980, relativ rară acum 20 de ani, rezistența la medicația anticandidozică a devenit o importantă problemă de terapie, în special la pacienții HIV infectați, dar și la bolnavii cu serioase afecțiuni/dermatoze cronice (obezitate, diabet zaharat, pemfigus, insuficiență venoasă cronică, cancer etc.). Folosirea în exces a tratamentului cu azoli (în special, fluconazol) în terapia candidozei urogenitale, și nu numai, a dus la apariția rezistenței la acest preparat. Astfel, 33% din bolnavii cu

SIDA, în stadii avansate, au tulpini de *C. albicans* rezistente la medicația anticandidozică și în special la fluconazol.

Rezistența la anticandidozice poate fi: naturală (primară), datorată caracterului speciei (de exemplu: *C. krusei* și fluconazolul); achiziționată (secundară), indusă de înlocuirea unor tulpini, mutația și supraexpresia unor gene; stabilă; tranzitorie. Cauzele rezistenței: folosirea abuzivă și incorectă a medicației anticandidozice în scop profilactic și terapeutic; interacțiunea cu alte medicamente; selecția de noi tulpini. Mecanismele rezistenței: blocarea prin mutație a căilor de biosinteză a ergosterolului; înlocuirea ergosterolului cu alți steroli; mutația sau supraexpresia genei ce codifică complexul glucan sintază; activarea pompei de eflux etc.

Din aceste motive, noile achiziții terapeutice au drept scop îmbunătățirea medicației anticandidozice:

1) astfel, noua generație de azoli (voriconazolul, posaconazolul, ravuconazolul) demonstrează activitate fungicidă atât asupra *C. albicans*, cât și asupra speciilor de *Aspergillus* și *Fusarium*; Acționează prin inhibarea biosintezei ergosterolului, component structural al membranei fungice. Cu regret, noii azoli interacționează cu numeroase subtipuri de citocrom P_{450} hepatic și intestinal, ce intervin în metabolizarea altor agenți terapeutici: citostatice, antihistaminice, antibiotice, antiretrovirale, steroizi, anticoncepționale, psihotrope etc.;

2) altă clasă, echinocandinele (caspofungin, micafungin, anidulafungin), inhibă sinteza celulară de glucani din peretele fungic; posedă activitate fungicidă împotriva mai multor specii de fungi, inclusiv *C. albicans* și acțiune fungistatică asupra speciilor de *Aspergillus*, mai puțin împotriva speciilor de *Fusarium*, *Cryptococcus*, *Zygomycetes*; interacționează neesențial cu citocromul P_{450} , prin urmare, au mai puține interacțiuni cu alte medicamente.

Așadar, în condiții normale *C. albicans* stabilește un echilibru ecologic cu alte microorganisme, apariția CCM fiind determinată de un complex de circumstanțe așa ca reactivitatea gazdei + numeroși factori favorizanți și predispozanți (endogeni sau exogeni). Nu există predilecție geografică, rasială, de vârstă sau sex, chiar dacă femeile sunt expuse unui risc mai mare de a dezvolta CCM.

La copii CCM sunt determinate de mecanismele de protecție slab dezvoltate, la adulți – de perioada sexual activă, reproductivă, iar la vârstnici – de menopauză, andropauză, incidența mai crescută a unor afecțiuni/dermatoze de fond (intercurente, predispozante, favorizante). Pacienții cu vârste cuprinse între 18-35 de ani dezvoltă mai des candidoze cu localizare urogenitală (în special femeile), iar la copii și subiecții cu vârste peste 60 de ani – prevalează candidozele cu localizare bucală și tegumentară.

Pentru siguranța unui tratament etiologic, corect și complex, este necesar examenul micotic direct și cultural. Întrucât rezistența la anticandidozice crește vertiginos, în formele cronice este obligatorie și antifungigrama. Din cauza utilizării excesive, deseori incorecte și abuzive (perioade indefinite de timp, doze necorespunzătoare) a azolilor în tratamentul, dar și în profilaxia CCM, se înregistrează o rezistență tot mai crescută la aceste preparate, ceea ce creează dificultăți serioase în alegerea unei formule reușite de tratament. În context, azolii de ultimă generație și echinocandinele constituie o alternativă promițătoare în arsenalul terapeutic anticandidozic.

5.21. Fotodermatozele

Generalități

Soarele este o stea, iar Universul este compus din miliarde de stele. Oamenii au venerat dintotdeauna Soarele. La egiptenii antici, de exemplu, cel mai puternic zeu era Zeul-Soare (Ra). Aztecii, la rândul lor, sacrificau numeroase vieți omenești pentru ca el să

reapară a doua zi. Pentru Pământ, Soarele este principala sursă de căldură, lumină și viață. Uneori însă, acesta poate deveni sursă de disconfort, suferință și boală [28; 33; 101].

Nu toată energia solară ajunge la suprafața Pământului. Atmosfera terestră și stratul de ozon ne protejează de radiația solară nocivă. Există spectrul vizibil (unde fiecare lungime de undă corespunde unei culori – violet, indigo, albastru, verde, galben, portocaliu, roșu) și partea ascunsă sau invizibilă a radiației solare (razele X, γ , undele radio).

Razele ultraviolete sunt radiațiile cu cele mai scurte lungimi de undă. Există 3 tipuri/varietăți ale acestora: UVA, UVB și UVC.

1. Razele UVA, lungimile de undă ale cărora sunt cuprinse între 320 și 400 nm, constituie 9,9% din radiația solară care ajunge la suprafața pământului. Doza eritematoasă pentru un individ alb este de aproximativ 20 de minute (latitudinea 41°, luna iunie, miezul zilei). În instituțiile medicale ca sursă de UVA sunt folosite tuburile fluorescente. Grație penetrării atât a epidermei, cât și a dermei, razele UVA produc, în doze optime, importante efecte biologice: stimularea producției de melanină, collagen și elastină, ameliorarea circulației sanguine și limfatice, grăbirea vindecării plăgilor, combaterea rahitismului (carenței vitaminei D) și depresiilor etc., motiv pentru care sunt folosite cu succes în tratamentul multor afecțiuni dermatologice: acnee, psoriazis, lichen plan etc. Atunci când expunerea la soare este abuzivă, razele UVA sunt responsabile de deshidratarea pielii, diminuarea percepției senzoriale și termice, iar uneori, în interacțiune cu UVB, pot induce modificări ale ADN-lui cu rol major în procesul cancerizării.

2. Razele UVB, lungimile de undă ale cărora sunt cuprinse între 290 și 320 nm, constituie 0,1% din radiația solară care ajunge la suprafața pământului. Stratul de ozon este principalul obstacol în

fața acestor raze. Dacă însă expunerea la soare este îndelungată, “bombardamentul” acestora poate fi suficient de puternic pentru a diminua capacitatea de apărare a pielii, antrenând cancerizarea celulelor [33; 102]. Deoarece mai mult de 90% din UVB sunt oprite de epidermă, dintre care 70% de stratul cornos, formarea cheratozelor constituie consecința cea mai precoce și cea mai frecventă a acțiunii lor. Opoziția clasică între razele “bune” UVA și “rele” UVB nu are însă nici un argument științific. Din contra, psoriazisul, de exemplu, reprezintă boala de elecție pentru tratamentul cu UVB, în acest scop fiind folosite atât tuburile fluorescente cu spectru continuu, cât și cele cu spectru discontinuu.

3. Chiar dacă razele UVC, lungimile de undă ale cărora variază între 200 și 290 nm, sunt oprite de stratul de ozon al atmosferei și nu ajung la suprafața pământului, ele pot fi obținute pe cale artificială cu ajutorul lămpilor germicide cu cuarț rece. Doza care provoacă eritem are o durată de 30 de secunde, la 25 cm distanță. Pielea însă nu se pigmentează după expunerea la UVC. Arsurile severe, de asemenea, lipsesc. În schimb, după câteva secunde de acțiune directă pot provoca o conjunctivită dureroasă. Iată de ce trebuie de evitat privitul direct în lampă. Lămpile germicide cu cuarț rece sunt întrebuițate, de obicei, în sălile de operații, alte încăperi medicale.

La celălalt pol al spectrului solar se află razele infraroșii. Acestea sunt radiațiile cu cele mai mari lungimi de undă. Beneficiul acestora: produc căldură.

Fototipurile pielii

Gradul de agresiune actinică depinde de fototipul pielii:

Fototipul 0 este reprezentat de albișori, care au părul alb, nu au deloc melanină și se ard extrem de ușor;

Fototipul 1 este reprezentat de nordici, persoane cu părul roșcat și/sau blond, pielea foarte deschisă la culoare, ochi albaștri. Aceștia se vor arde întotdeauna, se bronzază foarte greu și nu ajung la un pigment întunecat;

Fototipul 2 este reprezentat de persoanele șatene, cu pielea deschisă la culoare, care au ochii verzi sau albaștri. Aceștia se bronzază, dar nu ating o culoare prea întunecată, se fac mai mult bej și se ard;

Fototipul 3 este reprezentat de persoanele șatene, cu ochi căprui și cu pielea puțin mai întunecată. Aceștia se vor arde la începutul expunerii la soare, dar se vor bronză ușor;

Fototipul 4 este reprezentat de persoanele brunete, cu ochi căprui sau negri, care se bronzază întotdeauna și se ard foarte rar;

Fototipul 5 este reprezentat de persoanele de tip mediteranean, de asiatici și de persoanele mulatre;

Fototipul 6 este reprezentat de rasa neagră.

Clasificarea fotodermatozelor

Cele mai importante afecțiuni cutanate, produse prin fotoagresiune și/sau fotosensibilizare, pot fi împărțite în 5 grupe mari:

Grupa 1 – dermatoze fototraumatice (arsurile solare de gradul 1 și 2);

Grupa 2 – dermatoze fotoalergice (eczema solară, urticaria solară, prurigo-ul solar);

Grupa 3 – dermatoze fotodinamice (pelagra, porfirie cutanată tardivă);

Grupa 4 – dermatoze cu fotobiotropism (efelidele, lupusul eritematos);

Grupa 5 – neoplazii cutanate (melanomul, epiteliomul bazocelular și spinocelular etc.).

Cel mai mare risc îl reprezintă tumorile epiteliale și neuro-blastice: bazaliomul, spinaliomul și melanomul.

Produsele fotoprotectoare

Din istoricul fotoprotectiei:

1. Fotoprotectie arhaică sau empirică:
 - Din cele mai vechi timpuri – sec. al XIX-lea;
 - Remedii naturiste – plante, argilă etc.
2. Fotoprotectie clasică:
 - Sfârșitul sec. al XIX-lea – sec. al XX-lea;
 - Lanolină, vazelină, salol, chinină, oxid de zinc, dioxid de titan, acid paraaminobenzoic etc.
3. Fotoprotectie inteligentă:
 - Sfârșitul sec. al XX-lea – prezent;
 - Nanoparticule + ape termale.

Ce înseamnă fotoprotectie inteligentă?

- a) Produsul administrat nu lasă urme, este transparent;
- b) Produsul administrat nu incomodează, este nelipicios;
- c) Produsul administrat nu se spală, este insolubil.

Nota bene! Folosirea cremelor fotoprotectoare nu presupune în niciun caz prelungirea timpului de expunere la soare.

Din alt punct de vedere, trebuie să ținem cont că există o su-medenie de agenți fotosensibilizanți, administrarea cărora, pe cale orală sau topică, poate fi responsabilă de declanșarea unor reacții de fotosensibilizare/fotoagresiune: antimitotice (Methotrexat); antitumorale (Grizeofulvină); antibiotice (Tetraciclină); AINS (Indometacină); antihipertensive (Bisoprolol); retinoizi (Isotretinoin, acid retinoic); diuretice (Furosemid); antiacneice (peroxid de benzoil); coloranți (eozină, fluorescină, roz Bengal); uleiuri vegetale (de lavandă, de vanilie) etc.

Așadar, fotodermatozele constituie un grup eterogen de afecțiuni, de natură complexă, interdisciplinară, numitorul comun pentru majoritatea dintre ele fiind hipersensibilizarea și/sau injuria tisulară actinică, cu evoluție acută, subacută sau cronică și tablou clinic

polimorf – modificări cutaneo-mucoase, viscerale, hematice, metabolice, imune etc. Remarcăm, totodată, caracterul mixt, atât medical, cât și social al problemei în cauză.

5.22. Tumorile cutanate epiteliale și neuroblastice

Definiție

Tumorile cutanate epiteliale și neuroblastice (TCEN) sunt neoplazii multifactoriale, genetic determinate, cu evoluție, de obicei, cronică, benignă sau malignă, și tablou clinic polimorf [28; 33; 64].

Etiopatogenie

Bazaliomul sau epiteliomul bazocelular (EBC) provine din celulele germinative primitive (cheratinoblaști) ale epitelului și, mai cu seamă, ale anexelor pielii (se dezvoltă exclusiv pe pielea unde sunt foliculii piloși), iar spinaliomul sau epiteliomul spinocelular (ESC) – din celulele malpighiene (celule germinative aflate într-un stadiu mai avansat de diferențiere). Privitor la melanomul malign (MM), acesta se dezvoltă din melanocite – celule stelate cu origine în creasta neurală [33; 57; 103; 104; 105].

Sub aspect etiopatogenic, sunt incriminați mai mulți factori:

- a) determinismul genetic – transmitere, de obicei, autosomal-dominantă, cu mutații ale genelor PTCH și CYP2D6 (bazaliom, spinaliom), respectiv BRAF, NRAS și KIT (melanom);
- b) rolul factorilor proinflamatori – IL-8, Proteina S₁₀₀ (în special atunci când vorbim de MM);
- c) dereglarea activității unor enzime – Glutathion-S-Transferaza (GST) și matrix-metaloproteinaza 2 (MMP-2);
- d) radiația solară – expuneri abuzive la ultraviolete naturale (dar și la cele artificiale – solarul), scăderea concentrației de ozon în straturile superioare ale atmosferei;
- e) rasa/fototipul pielii – blonzii și roșcații fiind mai predispuși decât alții;

- f) radiațiile ionizante – razele X în scop de diagnostic și tratament, aflarea în zone cu risc sporit (Chernobyl, Fucushima);
- g) statutul profesional – agricultorii, drumarii, constructorii, pescarii, lucrătorii din industria petrolieră etc.;
- h) diverse traumatisme (bărbieritul, epilarea) și cicatrici cronice (după arsuri, furunculi, carbunculi);
- i) dereglările imune, inclusiv terapia îndelungată cu citostatice, GCS, retinoizi etc.;
- j) infecțiile virale și, în special, unele subtipuri ale HPV;
- k) unele deprinderi vicioase – tabagismul, alcoolismul etc.

Tabloul clinic

EBC poate apărea în orice areal cutanat, exceptând mucoasele, palmele și plantele (deoarece pe aceste teritorii lipsesc foliculii pilosebacei). Sediul preferențial – fața și urechile – aproximativ 90% din totalul cazurilor. Mai rar – gât, trunchi și membre. Cele mai importante forme clinice sunt: EBC plan cicatriceal, EBC ulceros (“ulcus rodens”), EBC nodular sau multinodular, EBC vegetant, EBC superficial/pagetoid, EBC sclerodermiform, EBC pigmentat, EBC multiplu.

ESC poate interesa atât pielea, cât și semimucoasele, respectiv mucoasele. Localizările de elecție: extremitatea cefalică – 80% din cazuri (buza inferioară – 32%, obraji – 30%, nas – 15%, tâmples, frunte și zona periorbitală – 3% din cazuri), dincolo de extremitatea cefalică – 20% din cazuri. Cele mai importante forme clinice sunt: ESC ulcero-vegetant, ESC nodular, ESC vegetant gigant, ESC keratozic, ESC ulceros, ESC al mucoaselor/semimucoaselor (buza inferioară, limbă, vulvă, penis). Particularități evolutive – caracter accelerat, distructiv, invaziv și imprevizibil.

MM constituie 1-2% din totalul tumorilor maligne sau 2-7% din totalul cancerelor cutanate. În copilărie, până la pubertate, apare în 1-2% din cazuri, de regulă pe fondul unor alunițe mari (nevi

pigmentari giganți). Incidența crește după vârsta de 20 de ani, maximumul incidenței fiind între 40-60 de ani. Femeile sunt mai predispuse decât bărbații – 60/40. Localizările de elecție: membre inferioare – 27-40%, cap și gât – 22-28%, trunchi – 19-24%, membre superioare – 10%. Cele mai importante forme clinice sunt: MM superficial extensiv, MM nodular, MM dezvoltat pe lentigo malign, MM acral (inclusiv al unghiei), MM “de novo” (apare pe pielea aparent intactă), MM al mucoaselor.

Dintre toate leziunile enunțate mai sus, cea mai periculoasă rămâne a fi melanomul. Vârsta medie pentru apariția unui melanom este de 45-50 de ani. Din păcate, în ultimii 20 de ani, se constată tot mai des și la tineri (30-45 de ani). Este întâlnit mai des la sexul feminin decât la sexul masculin. Zonele în care melanomul se manifestă cel mai frecvent sunt gambele la femei și toracele posterior la bărbați.

Oricine poate să dezvolte un melanom cutanat, dar riscul este mai mare dacă se îndeplinesc următoarele condiții:

- 1) tegument sensibil la soare – piele, ochi și păr deschise la culoare (fototipul 0, 1 și 2);
- 2) determinism genetic – prezența a numeroase alunițe, antecedente medicale sau heredo-colaterale de tumori cutanate;
- 3) arsuri solare grave și repetate, în special înaintea vârstei de 15 ani;
- 4) obiceiul bronzării artificiale, la solar;
- 5) fumatul și consumul abuziv de alcool;
- 6) traumatismele cronice ale tegumentului, inclusiv epilarea cu lame, cu zahăr, cu ceară.

Diagnosticul

Diagnosticul tumorilor cutanate epiteliale și neuroblastice include: anamneza, Primary Care Scoring Algorithm (PCSA), termografia sau termoviziunea tumorii, conductivitatea electrică, citodia-

gnosticul, examenul histopatologic, dermatoscopia computerizată, SIAscopia (spectrofotometria intradermală), biomicroscopia fluorescentă de contact, examenul ultrasonor, microscopia cu laser, cercetări imunohistochemice de angiogeneză cu utilizarea Ac monoclonali CD31 și CD34 etc.

Cea mai simplă și accesibilă formulă de evaluare a melanomului este metoda ABCDE. Metoda constă în următoarele modificări: leziunea se transformă din simetrică în una asimetrică (A), non-circulară; bordura (B) sau marginile devin iregulate sau prost delimitate; culoarea (C) omogenă trece în una non-omogenă sau multicoloră (negru, albastru, maro, roșu, alb); dimensiunile erupției depășesc 5 mm, diametrul (D) fiind în continuă creștere, iar evoluția (E) schimbătoare într-un interval scurt de timp. Prezența uneia sau mai multor modificări enunțate mai sus constituie un semnal de alertă pentru medic și pacient.

Metoda ABCDE se corelează adeseori cu indicele Breslow și nivelul de invazie Clark.

Indicele Breslow, propus de autor în 1970, reprezintă grosimea maximă a melanomului, exprimată în milimetri (mm) și măsurată de la nivelul stratului granulos până în partea ei cea mai profundă. Cu cât grosimea tumorii este mai mare, cu atât rata de supraviețuire, la 5 ani, este mai mică: sub 0,76 mm – 96%; 0,76-1,49 mm – 87%; 1,50-2,49 mm – 75%; 2,50-3,99 mm – 66%; peste 4 mm – 47%.

Nivelul de invazie Clark, propus de autor în 1969, clasifică extensia în profunzime a melanomului în cinci stadii: stadiul I – invazie exclusiv epidermică; stadiul II – invazie discontinuă a dermului papilar; stadiul III – invazie continuă a dermului papilar; stadiul IV – invazia dermului reticular; stadiul V – invazia hipodermului. Cu cât nivelul de invazie este mai mare, cu atât rata de supraviețuire, la 5 ani, este mai mică: II – 95%; III – 82%; IV – 71%; V – 49%.

Tratamentul

Abordările terapeutice prevăd: excizia chirurgicală clasică, chirurgia Mohs.

Chirurgia Mohs a fost propusă în anii 1930-1950 și constă în înlăturarea cu meticulozitate a mici părți din tumoare, care sunt examinate la microscop în timpul operației. Extirparea micilor părți din tumoare și examinarea microscopică sunt repetate în timpul intervenției. Astfel, poate fi identificată cu exactitate zona invadată de celulele canceroase, iar medicul nu trebuie să estimeze sau să ghicească dimensiunile tumorii. Această metodă presupune înlăturarea unei părți foarte mici din țesuturile sănătoase, iar rata vindecării este de 98-99%. Intervenția micrografică Mohs este indicată în cazul tumorilor mari, în cazul celor care vin după un tratament anterior sau care au leziuni ce afectează părți ale corpului unde, din experiență, se știe că recidivarea este foarte posibilă după tratarea prin alte metode. Asemenea părți ale corpului sunt: scalpul, fruntea, urechea și nasul. În aceste cazuri trebuie înlăturate cantități mai mari de țesuturi, iar chirurgia Mohs oferă cele mai frumoase aspecte post-chirurgicale. Cu regret, costul intervenției, dar și unele aspecte tehnice, constituie impedimente atât pentru pacienți, cât și pentru doctori.

Alte metode utilizate: radioterapia, electrocauterizarea, crioterapia, crio-electrochirurgia, laseroterapia, terapia fotodinamică, chimiochirurgia, chimioterapia sistemică (Bleomicina, Cisplatina), imunoterapia (vaccin *Corynebacterium parvum*). În ultimii 10 ani s-au făcut tentative de tratament al MM cu inhibitori ai genelor mutante BRAF, NRAS și KIT (Sorafenib, Imatinib, Nilotinib), rezultatele obținute fiind promițătoare, dar neconcludente. Recent, Comisia Europeană a dat undă verde unui nou preparat pentru tratamentul cancerului cutanat. Acesta se numește Odomzo și este destinat persoanelor adulte care suferă de EBC și care nu pot fi supuse intervenției chirurgicale sau radioterapiei.

5.23. Tumorile cutanate limfo- și angioproliferative

Definiție

Tumorile cutanate limfoproliferative și angioproliferative (TCLA) sunt neoplazii multifactoriale, benigne sau maligne, caracterizate prin alterări inflamatorii, atât de tip tisular (respectiv celular), cât și vascular, cu sau fără atingeri hematice, viscerale, evoluția fiind, de obicei, îndelungată, lentă sau progresivă [28; 33; 59; 106; 107].

Etiopatogenie

Etiopatogenia limfoamelor cutanate rămâne încă neelucidată, la ora actuală considerându-se că în determinismul lor intervin o serie de factori, cei mai importanți fiind factorii genetici, infecțioși și fizico-chimici. Prin mecanisme complexe, aceștia determină mai multe modificări. Astfel: a) în epiderma pacienților cu limfom cutanat se produce o creștere semnificativă a celulelor CD3+ (23%, față de 1% la cei sănătoși) și Foxp3+ (21%, față de 1% la cei sănătoși); b) în derma pacienților cu limfom cutanat se produce o acumulare excesivă de celule dendritice mature CD83 (74%, față de 49% la cei sănătoși) și imature CD207 (34%, față de 7% la cei sănătoși).

Referitor la sarcomul Kaposi, acesta reprezintă o hiperproliferație mixtă, conjunctivă și vasculară, de geneză necunoscută, dar care este, pare-se, favorizată de infecțiile virale: virusul herpetic uman tip 8 (HHV-8), virusul citomegalic (CMV), virusul Epstein-Bar (EBV), virusul imunodeficienței umane dobândite (HIV/SIDA). În consecință, la pacienții cu sarcom Kaposi, în endoteliul vaselor, se remarcă următoarele devieri: expresia monomorfă CD34 pe membrana celulelor, pierderea expresiei CD31. De asemenea, se remarcă expresia intensă a markerului proliferației Ki-67 de către nucleele miofibroblaștilor etc.

Tabloul clinic

Tumorile cutanate limfoproliferative.

Cele mai întâlnite, în practica medicală, sunt limfoamele cutanate epidermotrope: micozisul fungoid (MF) sau limfomul cutanat cu celule T și sindromul Sezary. Privitor la MF, există trei forme ale acestuia: 1) comună sau MF Alibert-Bazin (cu cele trei stadii evolutive – eritematos, infiltrativ, tumoral), 2) eritrodermică sau MF Hallopeau-Besnier și 3) tumorală sau MF Vidal-Brocq. Varianta leucemică a limfomului cutanat cu celule T se numește sindromul Sezary. Afecțează ambele sexe, dar mai frecvent bărbații. Debutează prin prurit intens și rebel, pielea fiind uscată, scuamoasă, în timp dezvoltându-se și alte semne: eritrodermie, poichilodermie, cheratodermie, onico-distrofie, alopecie, adenopatie, hepatosplenomegalie etc.

Tumorile cutanate angioproliferative.

Sarcomul Kaposi este o neoplazie multifocală, cu atingere prevalent cutanată, dar care poate interesa și organele interne. Sunt descrise 4 forme clinice: europeană, africană, iatrogenă și sidatică. Cu referință la prima formă, europeană sau idiopatică, menționăm următoarele particularități: debut după vârsta de 50-60 de ani, predominant la bărbați, localizare acrală, de regulă, pe porțiunile distale ale membrilor (mai rar pe față). Evoluția este, în general, indefinită, benignă. Obiectiv: noduli dermo-hipodermici sau plăci infiltrative roșii-brune, discret edematoase. În timp, se pot produce următoarele modificări: extinderea în dimensiuni a plăcilor, exulcerarea nodulilor, tendința spre diseminare (de la distal spre proximal), dezvoltarea elefantiazisului caposian, iar în cazuri mai grave – atingeri somatice, pulmonii și ficatul fiind ținta principală [33; 107].

Diagnosticul

Diagnosticul tumorilor cutanate limfoproliferative și angioproliferative include: anamneza, examenul obiectiv, examenul histopatologic (microabcese Pautrier, celule Sezary-Lutzner), puncția

sternală etc. În ultimii 10-15 ani, de un succes enorm se bucură imunofenotipizarea (IFT). De exemplu, în MF se aplică IFT cu Ac monoclonali la langerină, CD3+, CD4+, CD20+, CD45+ etc., iar în sarcomul Kaposi – IFT cu Ac monoclonali la vimentină, CD31, CD34 și D2-40.

Tratamentul

Referitor la limfomul cutanat cu celule T [33; 106], cele mai importante abordări terapeutice prevăd: radioterapia, chimioterapia sau polichimioterapia, PUVA terapia, retinoizii, Re-PUVA terapia, interferonii α și γ , laser-ul, fotoforeza – fotochimioterapia extracorporală, Ac monoclonali anti-CD20, radioimunoterapia – Ac monoclonali cuplați cu izotopi radioactivi. De asemenea, sunt bine veniți steroidii topici, diverse chimioterapice locale etc.

Cât privește sarcomul Kaposi, în trecut, în prima linie erau AINS și citostaticele de generație veche (prospidină, vinblastină, ciclofosfan), de asemenea, radioterapia. Astăzi, în topul preferințelor sunt citostaticele de generație mai nouă (doxorubicina și, în special, doxorubicina liposomală), iar în cazul confirmării rolului HHV-8, respectiv HIV – preparate antivirale sau antiretrovirale. De asemenea, se indică crioterapia, excizia chirurgicală a nodulilor, distrucția cu laser [28; 33; 61; 68].

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Mousavi S.R. The Ethics of Aesthetic Surgery. Journal of cutaneous and aesthetic surgery, Medknow Publications, 2010, Volume 3, Issue 1, p. 38-40.
2. Beylot C. Place de la cosmétologie et de l'esthétique en dermatologie. Les Nouvelles dermatologiques, 1998, Volume 17, Issue 4, p. 244-248.
3. Dissanayake E. Homo Aestheticus. Where Art Comes From and Why. Seattle University of Washington Press, 1995, 320 p.
4. Nedelciuc B. Metamorfozele frumuseții între rafinament și vulgaritate. Materialele Conferinței de Dermatologie „Zilele Gh. Năstase”. Iași, România, 2014, p. 46-47.
5. Popovici C. Dialog cu frumusețea și sănătatea. Chișinău, Editura Universitas, 1992, 187 p.
6. Eco U. Istoria frumuseții. București, Grupul editorial Rao, 2012, 440 p.
7. Mușet Gh., Nedelciuc B., Valuța A. Dermatologia încotro? sau dermatologia încotro! Materialele Conferinței “Zilele Gh. Năstase”, Iași, România, 2010, p. 19-20.
8. Atiyeh B.S., Rubeiz M.T., Hayek S.N. Aesthetic/Cosmetic Surgery and Ethical Challenges. Aesthetic plastic surgery, 2008, Vol. 32 Issue 6, p. 829-839.
9. Wiesing U. Ethical Aspects of Aesthetic Medicine. Aesthetic Medicine. Springer Berlin Heidelberg, 2012, p. 7-11.
10. Edmonds A. Can Medicine Be Aesthetic? Medical anthropology quarterly, 2013, Vol. 27, Issue 2, p. 233-252.
11. Goisis M. Injections in Aesthetic Medicine: Atlas of Full-face and Full-body Treatment. Springer-Verlag Mailand, 2014, 297 p.
12. De Maio M., Rzany B. Injectable Fillers in Aesthetic Medicine. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2014, 174 p.

13. Steiner R., Raulin C., Karsai S. Laser and IPL Technology in Dermatology and Aesthetic Medicine, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2011, 419 p.
14. Nedelciuc B., Dermatovenerologie eponimică, toponimică și acronimică, ISBN 978-9975-78-870-0. Chișinău, Tipografia Centrală, 2010, 210 p.
15. De Maio M., Rzany B. The Male Patient in Aesthetic Medicine, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2009, 239 p.
16. André P., Payne C.R. The origins of European Society of Cosmetic & Aesthetic Dermatology and Journal of Cosmetic Dermatology. Journal of Cosmetic Dermatology, 2002, Volume 1, Issue 1, p. 4-7.
17. Evenou P. Gestione globale dell'invecchiamento cutaneo: rispettive indicazioni della cosmetologia e delle diverse tecniche. EMC-Cosmetologia Medica e Medicina degli Inestetismi Cutanei, 2007, Volume 4, Issue 1, p. 1-7.
18. Klassen A., Jenkinson C., Fitzpatrick R., Goodacre T. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. British journal of plastic surgery, 1996, Volume 49, Issue 7, p. 433-438.
19. Ching S., Thoma A., McCabe R.E., Antony M.M. Measuring Outcomes in Aesthetic Surgery: A Comprehensive Review of the Literature. Plastic and reconstructive surgery, 2003, Volume 111, Issue 1, p. 469-482.
20. Moss T.P., Harris D.L. Psychological change after aesthetic plastic surgery: A prospective controlled outcome study. Psychology, health & medicine, 2009, Volume 14, Issue 5, p. 567-572.
21. Hodgkinson D.J. Identifying the Body-Dysmorphic Patient in Aesthetic Surgery. Aesthetic plastic surgery, 2005, Volume 29, Issue 6, p. 503-509.
22. Smith S.P., Williams E.F. The Delivery of Aesthetic Medicine: Illegal or Not? Facial plastic surgery clinics of North America, 2007, Volume 15, Issue 2, p. 265-271.

23. Levy L.L., Emer J.J. Complications of Minimally Invasive Cosmetic Procedures: Prevention and Management. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 2012, Vol. 5, Issue 2, p. 121–132.
24. Wollina U., Goldman A., Naoum C. Side effects in aesthetic medicine. Spectrum, management and avoidance. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 2013, Vol. 64, Issue 3, p. 155-162.
25. Raulin C., Karsai S., Schmitt L. Complications in Laser Surgery and IPL Treatment. *Book Laser and IPL Technology in Dermatology and Aesthetic Medicine*, Springer Berlin Heidelberg, 2011, p. 333-344.
26. Boon Harold Tan K. Aesthetic medicine: a health regulator's perspective. *Clinical Governance: An International Journal*, 2007, Vol. 12, Issue 1, p. 13-25.
27. Nedelciuc B.; Lozan O; Bețiu M. et all. Management of the aesthetic medicine services in the Republic of Moldova. *The Moldovan Medical Journal*, ISSN 2537-6373. Chisinau, 2018, Vol. 61, No 1, pag. 49-54.
28. Nedelciuc B.; Lozan O.; Bețiu M. și alții. Ghid de sănătate și frumusețe (sub red. Boris Nedelciuc), ISBN 978-9975-3179-3-1. Chișinău, Tipografia Crio, 2018, 216 pag.
29. Metelmann H.R., Waite P.D., Hammes S. *Quality Standards in Aesthetic Medicine. Laser and IPL technology in dermatology and aesthetic medicine*. Springer Berlin Heidelberg, 2011, p. 377-381.
30. Wagener D.L. *Dermatology practice management assures practice development and efficiency. Seminars in cutaneous medicine and surgery*, 2000, Volume 19, Issue 3, p. 170-172.
31. Kuechel M.C. *Aesthetic Medicine: Practicing for Success*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, 382 p.
32. Nedelciuc B., Dumbrăveanu I., Cardaniuc C. Tehnologiile informaționale în medicină. *Revista "Curierul Medical"*, Vol. 59, nr. 3, Iunie 2016, p. 27.

33. Health & Beauty Online Journal, revistă online de sănătate și frumusețe (director editorial: Boris Nedelciuc). [online]. [accesat 28 iulie 2020]; Disponibil la: URL: <https://www.e-dermatologie.md>.
34. Nedelciuc B., Conțu Gh. Medicina estetică și componentele ei: similitudini, diferențe, oportunități. Materialele Congresului IV Național de Dermatovenerologie și Cosmetologie cu participare internațională, Chișinău, 2010, p. 55-57.
35. Nedelciuc B. Postul Eu TV, Chișinău. Emisiunea 903 din 28.09.2009. Subiectul abordat: Sindromul seboreic. [online]. [accesat 28 iulie 2020]; Disponibil la: URL: <https://www.youtube.com/watch?v=KA9cEFJaFU>.
36. Nedelciuc B. Postul de televiziune Realitatea TV, Chișinău. Emisiunea Realitatea azi din 11.04.2017. Subiectul abordat: Regulament pentru cosmetologi. [online]. [accesat 28 iulie 2020]; Disponibil la: URL: <https://www.youtube.com/watch?v=VLC3-dBoEf8>.
37. Dispoziția MS nr.48d din 31.01.2017 Cu privire la instituirea grupului de lucru privind evaluarea serviciului de cosmetică și medicină estetică.
38. Ordinul MS nr.477 din 15.06.2017 Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind reglementarea activității în domeniul dermatocosmetologiei.
39. Ordinul MS nr.478 din 15.06.2017 Cu privire la aprobarea Algoritmului de diferențiere al competențelor profesionale în domeniul cosmeticii, dermatocosmetologiei, chirurgiei plastice, estetice și microchirurgiei reconstructive. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 244-251, art. nr.1258, Chișinău, 14.07.2017.
40. Ordinul MS nr.608 din 20.07.2017 Cu privire la organizarea evaluării corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermatocosmetologiei.
41. Popovici A. Dermatofarmacie și cosmetologie, București, Editura medicală, 1982, 268 p.

42. Hotărârea Guvernului RM nr.853 din 14.12.2015, Nomenclatorul domeniilor de formare profesională al specialităților și calificărilor pentru învățământul profesional tehnic postsecundar și postsecundar non-terțiar. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 340-346, art. nr.957, Chișinău, 18.12.2015.
43. Ordinul Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei al RM nr. 22 din 03.03.2014, Clasificatorul ocupațiilor din Republica Moldova (CORM – 006-14). Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr.120-126, art. nr.670, Chișinău, 23.05.2014.
44. Hotărârea Guvernului RM nr.193 din 24.03.2017, Regulamentul cu privire la formarea continuă a adulților. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr.92-102, art. nr.266, Chișinău, 31.03.2017.
45. Codul Educației al RM nr. 152 din 17.07.2014. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 319-324, art. nr. 634, Chișinău, 24.10.2014.
46. Hârjău V., Lupuleasa D., Dumitrescu A.M. Dermocosmetologie, Iași, Editura Polirom, 1998, 206 p.
47. Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.608 din 20.07.2017, Organizarea evaluării corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermatocosmetologiei, Anexa nr.1 – Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei pentru evaluarea corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermatocosmetologiei. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 277-288, art. nr.1449, Chișinău, 04.08.2017.
48. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al RM nr.129 PȘ5 din 02.11.2017 Cu privire la completarea anexe nr.1 la Ordinul nr.608 din 20.07.2017 privind Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei pentru evaluarea corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermatocosmetologiei. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 411-420, art. nr. 2041, Chișinău, 24.11.2017.

49. Procesul-verbal nr.2 al ședinței Comisiei de evaluare a corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermatocosmetologiei, Raportul comisiei, Chișinău, 28.11.2017.
50. Procesul-verbal nr.10 al ședinței Catedrei dermatovenerologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, Programa analitică (Curriculum) de studii complementare pentru obținerea competențelor în dermatocosmetologie, Chișinău, 30.11.2017.
51. Legea nr.142 din 07.07.2005, Nomenclatorul domeniilor de formare profesională și al specialităților pentru pregătirea cadrelor în instituțiile de învățământ superior, ciclul I. MO al RM, nr. 101-103, art. nr.476, Chișinău, 29.07.2005.
52. Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.175, PȘ2, din 23.12.2015, Nomenclatorul specialităților pentru pregătirea postuniversitară prin studii de rezidențiat. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 2-8, art. nr.9, Chișinău, 06.01.2017.
53. Registrul de Stat al actelor juridice al RM. [online]. [accesat 28 iulie 2020]; Disponibil la: URL: <http://www.lex.justice.md/> și <http://www.legis.md/>.
54. Legea nr. 93 din 15.07.1998, Legea cu privire la patenta de întreprinzător. MO al RM, nr. 72-73/485 din 06.08.1998.
55. Legea nr. 845 din 03.01.1992, Legea cu privire la antreprenoriat și întreprinderi. MO al RM, nr. 2/33 din 28.02.1994.
56. Legea nr. 1167 din 30.04.97, Cu privire la unele modificări ale Legii nr. 845 cu privire la antreprenoriat și întreprinderi. MO al RM, nr. 63 din 25.09.97.
57. Bucur Gh., Opreș D. A. Boli dermatovenerice - enciclopedie. Editura Medicală Națională, ediția a II-a, București, 2002, 928 pag.
58. Maier N., Cosgarea R., Tătaru A. și al. Patologie cutanată (sub redacția Nicolae Maier), volumul 3. Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 1999, 280 pag.

59. Bețiu M., Mușet Gh., Gogu V. și al. Dermatovenerologie, Manual pentru studenți (sub redacția Mircea Bețiu). Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2013. 275 pag.
60. Țolea I. Dermatovenerologie clinică, ediția a II-a. Editura Medicală Universitară, Craiova, 2002, 539 pag.
61. Kang S., Amagai M., Bruckner A. et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. McGraw-Hill Education / Medical; 9th Edition, ISBN: 9780071837798, 2019, 1866 pag.
62. Shalita A. R., Del Rosso J. Q., Webster G.. Acne Vulgaris. ISBN: 978-1138117846. CRC Press; 1st Edition, 2011, 240 pag.
63. Goldberg D., Berlin A. Acne and Rosacea: Epidemiology, Diagnosis and Treatment. ISBN: 978-1840761504. CRC Press; 1st Edition, 2011, 96 pag.
64. Rassner G., Steinert U., Schlagenhauff B., Dermatologie - manuel et atlas. Les édition Maloine, Paris, 2006, 502 pag.
65. Habif T.P. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. Saunders, 6th Edition, ISBN: 9780323261838, 2015, 1064 pag.
66. Habeshian K. A., Cohen B. A. Current Issues in the Treatment of Acne Vulgaris. Pediatrics. 2020 May;145(Suppl. 2):S225-S230.
67. Mann Margaret W., Berk David R., Popkin Daniel L. et al. Handbook of Dermatology: A Practical Manual. Blackwell Publishing, ISBN: 9781444357127, 2011, 320 pag.
68. Diaconu J.-D., Coman O. A., Benea V. Tratat de terapeutică dermatovenerologică. Editura Viața Medicală Românească, București, 2002, 855 pag.
69. Engin B., Özkoca D., Kutlubay Z., Serdaroğlu S. Conventional and Novel Treatment Modalities in Rosacea. Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. 2020; 13: 179–186.
70. Del Rosso J. Q., Tanghetti E., Webster G. et al. Update on the Management of Rosacea from the American Acne & Rosacea Society (AARS). J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2019 Jun; 12(6): 17–24.

71. Grosshans E., Bressieux A. Seborrheic eczema (pityriasisporosis), [Article in French]. Ann. Dermatol. Venereol., 1988;115(1):79-86.
72. Borda L. J., Wikramanayake T. C. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. J. Clin. Investig. Dermatol. 2015 Dec.; 3(2): 10.13188/2373-1044.1000019.
73. Richards J. Essentials Of Dermatology: Guide To Diagnosis And Therapy. Independently Published, 2020, ISBN: 9798615815430, 48 pag.
74. Gloor M. Therapeutic aspects of seborrhea oleosa and pityriasis simplex capillitii, [Article in German]. Hautarzt., 1979 May;30(5):236-41.
75. Maier N., Cosgarea R., Tătaru A. și al. Patologie cutanată (sub redacția Nicolae Maier), volumul 2. Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 1999, 306 pag.
76. Ring J. Atopic Dermatitis - Eczema. ISBN: 978-3-319-22243-1. Springer International Publishing, 2016, 224 pag.
77. Williams H. C. Atopic Dermatitis: The Epidemiology, Causes and Prevention of Atopic Eczema. ISBN: 978-0521570756. Cambridge University Press; 1st Edition, 2000, 285 pag.
78. Magri F., Chello C., Pranteda G. et al. Erythema multiforme: Differences between HSV-1 and HSV-2 and management of the disease-A case report and mini review. Dermatol. Ther. 2019 May;32(3):e12847.
79. Leaute-Labreze C., Lamireau T., Chawki D. et al. Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome. Arch. Dis. Child. 2000 Oct; 83(4): 347–352.
80. Lissia M., Mulas P., Bulla A. et al. Toxic epidermal necrolysis (Lyell's disease). Burns. 2010 Mar;36(2):152-63.
81. Paulino L., Hamblin D.J., Osondu N. et al. Variants of Erythema Multiforme: A Case Report and Literature Review. Cureus. 2018 Oct 16;10(10):e3459.

82. Duong T.A., Valeyrie-Allanore L., Wolkenstein P. et al. Severe cutaneous adverse reactions to drugs. *Lancet*. 2017;390:1996–2011.
83. Inaba M., Inaba Y. *Androgenetic Alopecia: Modern Concepts of Pathogenesis and Treatment*. Springer; Softcover reprint of the original 1st ed. 1996 Edition (2013), ISBN: 978-4431670407, 346 pag.
84. Thompson W., Shapiro J. *Alopecia Areata: Understanding and Coping with Hair Loss*. The Johns Hopkins University Press, 1st Edition, ISBN: 978-0801864728, 2000, 212 pag.
85. Sunderland St. *The complete Vitiligo Book. Vitiligo causes, remedies, costs and treatment all included*. IMB Publishing, ISBN: 9781910410844, 2014, 144 pag.
86. Kuhn A., Lehmann P. M., Ruzicka Th. *Cutaneous Lupus Erythematosus*. ISBN: 978-3540442660. Springer; 1st Edition, 2004, 452 pag.
87. Okon L. G., Werth V. P. *Cutaneous Lupus Erythematosus: Diagnosis and treatment*. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol*. 2013 Jun; 27(3): 391–404.
88. Mayes M. D. *The Scleroderma Book: A Guide for Patients and Families*. Oxford University Press; 2nd Edition, ISBN: 978-0195169409, 2005, 224 pag.
89. Perry J. *Skin Infections: A Pathophysiological Approach*. ISBN: 978-1632426185. Foster Academics, 2019, 216 pag.
90. Hall B. J., Hall J. C. *Skin Infections: Diagnosis and Treatment*. ISBN: 978-0521897297. Cambridge University Press; Illustrated Edition, 2009, 360 pag.
91. Kness R. *Herpes Simplex Virus: Managing HSV Holistically*. CreateSpace Independent Publishing Platform, ISBN: 978-1717384645, 2018, 40 pag.

92. Gross G., Doerr H.W. Herpes Zoster: Recent Aspects of Diagnosis and Control (Monographs in Virology, Vol. 26). S. Karger, ISBN: 978-3805579827, 2006, 194 pag.
93. Gross G., von Krogh G. Human Papillomavirus Infections in Dermatovenereology. ISBN: 978-0849373565. CRC Press, 1st Edition, 1997, 464 pag.
94. Jenkins D., Bosch X. Human Papillomavirus: Proving and Using a Viral Cause for Cancer. ISBN: 978-0128144572. Academic Press, 1st Edition, 2019, 460 pag.
95. Callaghan R. The Ultimate Guide To Molluscum Contagiosum: How You Can Beat The Bumps. Roscara Books, 2014, 69 pag.
96. Maier N., Cosgarea R., Tătaru A. și al. Patologie cutanată (sub redacția Nicolae Maier), volumul 1. Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 1998, 388 pag.
97. Müller S.-D. Diagnostik und Therapie der Pityriasis versicolor (German Edition). ISBN: 978-3656974741. GRIN Publishing, 2015, 16 pag.
98. Elewski B. E. Cutaneous Fungal Infections (Topics in Clinical Dermatology). ISBN: 978-0896402195. Igaku-Shoin Medical Pub, Illustrated edition, 1992, 255 pag.
99. Archana S., Chander G. Superficial Fungal Infections of the Skin. ISBN: 978-9388958561. Jaypee Brothers Medical Pub, 1st Edition, 2019, 118 pag.
100. Nayira S.S. Candida Albicans: Symptoms, Diagnosis and Treatment. ISBN: 978-1536155600. Nova Science Pub Inc., 2019, 130 pag.
101. Giacomoni P. U., Hader D.-P., Jori G. Biophysical and Physiological Effects of Solar Radiation on Human Skin. ISBN: 978-0854042890. Royal Society of Chemistry, 1st Edition, 2007, 341 pag.
102. Altmeyer P., Hoffmann K., Stücker M. et al. Skin Cancer and UV Radiation. ISBN: 978-3540627234. Springer; 1st Edition, 1997, 1331 pag.

103. Cameron M.C., Lee E., Hibler B.P. et al. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2019 Feb;80(2):303-317.
104. Alam M., Armstrong A., Baum C. et al. Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2018;78(3):560-578.
105. Swetter S. M., Tsoo H., Bichakjian C. K. Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2019 Jan;80(1):208-250.
106. Trautinger F., Eder J., Assaf C. et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome - Update 2017. *Eur. J. Cancer.* 2017;77:57-74.
107. Kemény L., Gyulai R., Kiss M. et al. Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus/human herpesvirus-8: a new virus in human pathology. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1997 Jul;37(1):107-13.
108. Бауманн Л. (пер. с англ., под ред. Н. Н. Потекаева). Косметическая дерматология. Принципы и практика. Москва, Мед-пресс – информ, 2012, 688 стр.
109. Зоммер Б.; Заттлер, Г. Филлеры в эстетической медицине. Атлас. Издательство Практическая медицина, Москва, 2012, 178 стр.
110. Йост В.; Валериус, К.-П. (пер. Е. Ханина). Иллюстрированный атлас инъекционного использования ботулинического токсина. Дозировка. Локализация. Применение. Издательство Квинтэссенция, Россия, 2011, 263 стр.
111. Позднякова М.А., Красильникова О.Н., Жильцова Е.Е. Медико-социальные и юридические аспекты косметологической помощи. Наука молодых (Eruditio Juvenium). Россия, г. Рязань, 2017 г., Т.5, №4, стр. 509-519.

112. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 апреля 2012 г. №381н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология» (зарегистрирован в Минюсте России 17 мая 2012 г. №24196). [online]. [accesat 28 iulie 2020]; Disponibil la: URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102159609>.
113. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 Nr. 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 г. Nr. 39438): Специальность «Косметология». [online]. [accesat 28 iulie 2020]; Disponibil la: URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=297389>.
114. Олейникова Ю.В. Управление качеством терапевтической косметологической помощи на региональном уровне в современных условиях. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Россия, г. Иркутск, 2004 г., 214 стр.
115. Петрова Н. Г., Борисевич И. В. Маркетинговые подходы при оказании косметологических услуг населению. Журнал «Экология человека». Россия, г. Архангельск, 2006 г., Nr. 6, стр. 56-58.
116. Неделчук Б., Бециу М., Гогу В., Емец Ю. Косметика и косметология: грани соприкосновения и отличия. Медицинские и юридические аспекты. Сборник тезисов 1-го Конгресса Евразийской Ассоциации дерматовенерологов. Киев, Украина, 2011, стр. 58.

ANEXE

Anexa 1

Grilă de evaluare pentru colectarea datelor primare despre gama serviciilor de cosmetică și medicină estetică

Nr. crt	Descrierea caracteristicii	Variabilele caracteristicii	Codul
1	Statutul instituției: instituție medicală	Da Nu	1 2
	Statutul instituției: instituție non-medicală	Da Nu	1 2
2	Cadrul juridic de activitate: patentă de întreprinzător	Da Nu	1 2
	Cadrul juridic de activitate: întreprindere individuală	Da Nu	1 2
	Cadrul juridic de activitate: societate cu răspundere limitată	Da Nu	1 2
3	Îngrijirea și înfrumusețarea părului: coafură (hair-styling)	Da Nu	1 2
	Îngrijirea și înfrumusețarea părului: extensii păr	Da Nu	1 2
	Îngrijirea și înfrumusețarea părului: extensii gene	Da Nu	1 2
4	Îngrijirea și înfrumusețarea unghiilor: manichiură	Da Nu	1 2
	Îngrijirea și înfrumusețarea unghiilor: pedichiură	Da Nu	1 2
	Îngrijirea și înfrumusețarea unghiilor: extensii unghii	Da Nu	1 2

5	Îngrijirea și înfrumusețarea tenului: machiaj artistic (make-up artistic)	Da Nu	1 2
	Îngrijirea și înfrumusețarea tenului: curățare cosmetică (scrub, gomaj etc.)	Da Nu	1 2
	Îngrijirea și înfrumusețarea tenului: curățare cosmetologică (galvanică, cu ultrasunete etc.)	Da Nu	1 2
6	Măști non-medicale (hidratante, calmante, tonice etc.)	Da Nu	1 2
	Măști medicale (antiseboreice, antiacneice, anticuperozice etc.)	Da Nu	1 2
7	Masaj non-medical (de înviorare, de relaxare etc.)	Da Nu	1 2
	Masaj medical (manual, vacuum etc.)	Da Nu	1 2
8	Raze ultraviolete în scop de înfrumusețare (cabina de bronzat / solarul)	Da Nu	1 2
	Raze ultraviolete în scop de tratare (terapie cu UVA / UVB)	Da Nu	1 2
9	Proceduri cu apă: SPA, jacuzzi, băi termale etc.	Da Nu	1 2
	Proceduri cu apă: împachetări cu plante, aplicații cu alge, cu nămol etc.	Da Nu	1 2

10	Piercing: găuri în urechi pentru cercei	Da Nu	1 2
	Alte forme de piercing: buze, nas, pleoape, ombilic, genitale etc.	Da Nu	1 2
11	Tatuaje temporare	Da Nu	1 2
	Tatuaje permanente	Da Nu	1 2
12	Epilare mecanică: cu lame, cu creme depilatoare, cu ceară, cu zahăr	Da Nu	1 2
	Epilare electrică	Da Nu	1 2
	Epilare cu laser / lumină intens pulsată (IPL)	Da Nu	1 2
13	Criodistrucție (distrucție cu azot lichid)	Da Nu	1 2
	Electrodistrucție (diatermocoagulare)	Da Nu	1 2
	Radiodistrucție (radiocauterizare)	Da Nu	1 2
	Chimiodistrucție (acid acetic, hidroxid de potasiu, podofilină etc.)	Da Nu	1 2
	Laserodistrucție (distrucție cu Laser)	Da Nu	1 2

14	Peeling chimic (acid lactic, acid glicolic, acid tricloracetic, fenol etc.)	Da Nu	1 2
	Peeling mecanic (microdermabraziune, dermabraziune)	Da Nu	1 2
15	Mesoterapie fără ace (electroporație)	Da Nu	1 2
	Mesoterapie fracțională (microneedling / dermaroller)	Da Nu	1 2
	Mesoterapie fracțională (dermapen)	Da Nu	1 2
	Mesoterapie injectabilă (acid hialuronic, substanțe homeopate)	Da Nu	1 2
	Biorevitalizare (acid hialuronic, vitamine, peptide etc.)	Da Nu	1 2
16	Plastie de contur: fillere	Da Nu	1 2
	Plastie de contur: fire de suspensie (neresorbabile, resorbabile)	Da Nu	1 2
17	Injectții cu Botox / toxină botulinică tip A	Da Nu	1 2
	Plasma Pen	Da Nu	1 2
	Plasmolifting / PRP-terapia	Da Nu	1 2

18	Dermatoscopie computerizată	Da Nu	1 2
	Biopsie cutanată	Da Nu	1 2
	Excizia unor leziuni (nevi, melanoame, keratoacantoame etc.)	Da Nu	1 2
19	Lipoliză non-chirurgicală	Da Nu	1 2
	Lifting non-chirurgical	Da Nu	1 2
20	Implant de păr (metoda FUT / Strip, metoda FUE)	Da Nu	1 2
	Transplant de păr (tehnica lambourilor)	Da Nu	1 2
	Transplant de piele (autogrefe, alogrefe etc.)	Da Nu	1 2
21	Lifting chirurgical (facial, al coapselor, corporal inferior etc.)	Da Nu	1 2
	Liposucție abdominală	Da Nu	1 2
	Diverse plastii / reconstrucții (nas, urechi, sâni, coapse, fese etc.)	Da Nu	1 2
	Reconstrucția degetelor (sindactilia, boala Dupuytren)	Da Nu	1 2
22	Chirurgie vasculară (flebectomia, sclerozarea varicelor)	Da Nu	1 2
	Corecția chirurgicală a cicatricelor	Da Nu	1 2
	Chirurgie estetică intimă (himenoplastie, faloplastie)	Da Nu	1 2

**Grilă de evaluare pentru analiza dosarelor
depusse în scopul expertizării competențelor profesionale
în domeniul cosmetologiei**

Nr. crt	Descrierea caracteristicii	Variabilele caracteristicii	Codul
1	Vârsta (în ani)		
2	Sexul	Masculin Feminin	1 2
3	Viză de reședință	Urban Rural	1 2
4	Studii în școala de meserii (meseria cosmetician, 4 luni)	Da Nu	1 2
5	Studii în colegiul de medicină	Da Nu	1 2
6	Studii medicale superioare (facultatea: _____)	Da Nu	1 2
7	Studii superioare non-medicale (facultatea: _____)	Da Nu	1 2
8	Studii medicale postuniversitare: internatură (specialitatea: _____)	Da Nu	1 2
	Studii medicale postuniversitare: secundariat clinic (specialitatea: _____)	Da Nu	1 2
	Studii medicale postuniversitare: rezidențiat (specialitatea: _____)	Da Nu	1 2
	Fără studii medicale postuniversitare	Da Nu	1 2

9	Ore de Formare Profesională Continuă Formală (EMC sub egida USMF “Nicolae Testemițanu”)		
	Ore de Formare Profesională Continuă Non-Formală (instruire sub egida altor instituții din RM)		
	Ore de Formare Profesională Continuă Formală (EMC sub egida instituțiilor din afara țării)		
	Ore de Formare Profesională Continuă Non-Formală (instruire sub egida altor instituții din afara țării)		
10	Fără grad de calificare profesională	Da Nu	1 2
	Medic categoria 2	Da Nu	1 2
	Medic categoria 1	Da Nu	1 2
	Medic categorie superioară	Da Nu	1 2
11	Angajat în sectorul public	Da Nu	1 2
	Angajat în sectorul privat	Da Nu	1 2

12	Cu carte de muncă	Da Nu	1 2
	Cu confirmare de la CNAS	Da Nu	1 2
13	Stagiu de muncă în cosmetologie (în ani)		
14	Activitate într-un salon de frumusețe	Da Nu	1 2
	Activitate într-un cabinet medical	Da Nu	1 2
	Activitate într-un centru medical	Da Nu	1 2
	Activitate într-o clinică de medicină estetică	Da Nu	1 2
	Activitate într-un spital	Da Nu	1 2
15	Cadrul juridic de activitate: patentă de întreprinzător	Da Nu	1 2
	Cadrul juridic de activitate: întreprindere individuală	Da Nu	1 2
	Cadrul juridic de activitate: societate cu răspundere limitată	Da Nu	1 2
	Cadrul juridic de activitate: instituție medico-sanitară publică	Da Nu	1 2

**Chestionar anonim pentru studierea opiniei prestatorilor
de servicii de medicină estetică cu privire
la particularitățile muncii și barierele percepute**

Nr. crt	Descrierea caracteristicii	Variabilele caracteristicii	Codul
1	Vârsta (în ani)		
2	Sexul	Masculin Feminin	1 2
3	Studii medicale superioare (facultatea _____)	Da Nu	1 2
4	Studii medicale postuniversitare: internatură (specialitatea _____)	Da Nu	1 2
	Studii medicale postuniversitare: secundariat clinic (specialitatea _____)	Da Nu	1 2
	Studii medicale postuniversitare: rezidențiat (specialitatea _____)	Da Nu	1 2
5	Fără grad de calificare profesională	Da Nu	1 2
	Medic categoria 2	Da Nu	1 2
	Medic categoria 1	Da Nu	1 2
	Medic categorie superioară	Da Nu	1 2
6	Am semnat contract individual de muncă la angajare	Da Nu	1 2

7	Stagiul de muncă în sfera serviciilor de medicină estetică (în ani)		
8	Activez în sectorul public	Da Nu	1 2
	Activez în sectorul privat	Da Nu	1 2
9	Activez într-un salon de frumusețe	Da Nu	1 2
	Activez într-un cabinet medical	Da Nu	1 2
	Activez într-un centru medical	Da Nu	1 2
	Activez într-o clinică de medicină estetică	Da Nu	1 2
	Activez într-un spital	Da Nu	1 2
10	Activez într-o întreprindere individuală	Da Nu	1 2
	Activez într-o societate cu răspundere limitată	Da Nu	1 2
	Activez într-o instituție medico-sanitară publică	Da Nu	1 2
11	Cosmetologia este o meserie/profesie ca oricare alta	Da Nu	1 2
	Cosmetologia este o meserie/profesie importantă	Da Nu	1 2
	Cosmetologia este o meserie/profesie foarte importantă și prestigioasă	Da Nu	1 2
12	La locul de muncă contează satisfacția morală	Da Nu	1 2
	La locul de muncă contează satisfacția materială	Da Nu	1 2

13	Condițiile de muncă sunt satisfăcătoare	Da Nu	1 2
	Condițiile de muncă sunt bune	Da Nu	1 2
	Condițiile de muncă sunt foarte bune	Da Nu	1 2
14	Am un program zilnic de muncă	Da Nu	1 2
	Activez peste o zi	Da Nu	1 2
	Am un program flexibil de muncă/ în funcție de solicitări	Da Nu	1 2
15	În procesul muncii, întâmpin dificultăți organizatorice (de comunicare cu alți colegi)	Da Nu	1 2
	În procesul muncii, întâmpin dificultăți organizatorice (de comunicare cu administrația, cu subalternii)	Da Nu	1 2
	În procesul muncii, întâmpin dificultăți financiare (calcularea salariului, calcularea primelor la salariu etc.)	Da Nu	1 2
	În procesul muncii, întâmpin dificultăți etice/morale (bârfe, zvonuri)	Da Nu	1 2
	În procesul muncii, întâmpin dificultăți de ordin juridic (ambiguitatea legislației din țara noastră)	Da Nu	1 2
	În procesul muncii, întâmpin dificultăți de ordin juridic (competiție neloială cu alte saloane/clinici de frumusețe)	Da Nu	1 2

16	Participând la diverse instruirii profesionale, cheltuielile sunt suportate de mine	Da Nu	1 2
	Participând la diverse instruirii profesionale, cheltuielile sunt suportate de angajator/administrație	Da Nu	1 2
	Participând la diverse instruirii profesionale, cheltuielile sunt suportate de terțe părți (sponsorii)	Da Nu	1 2
17	Pentru populație, serviciile prestate de mine sunt accesibile	Da Nu	1 2
	Pentru populație, serviciile prestate de mine sunt costisitoare	Da Nu	1 2
	Pentru populație, serviciile prestate de mine sunt foarte costisitoare	Da Nu	1 2
18	La locul de muncă contează atmosfera generală (confortul, amabilitatea, susținerea reciprocă etc.)	Da Nu	1 2
	La locul de muncă contează conlucrarea cu alte servicii (de diagnostic, de tratament etc.)	Da Nu	1 2
	La locul de muncă contează unele facilități/gratuități (Wi-Fi, TV, apă potabilă, ceai, cafea, dulciuri etc.)	Da Nu	1 2
19	Sunt parțial mulțumit/mulțumită de munca prestată	Da Nu	1 2
	Sunt mulțumit/mulțumită de munca prestată	Da Nu	1 2
	Sunt foarte mulțumit/mulțumită de munca prestată	Da Nu	1 2

Anexa 4

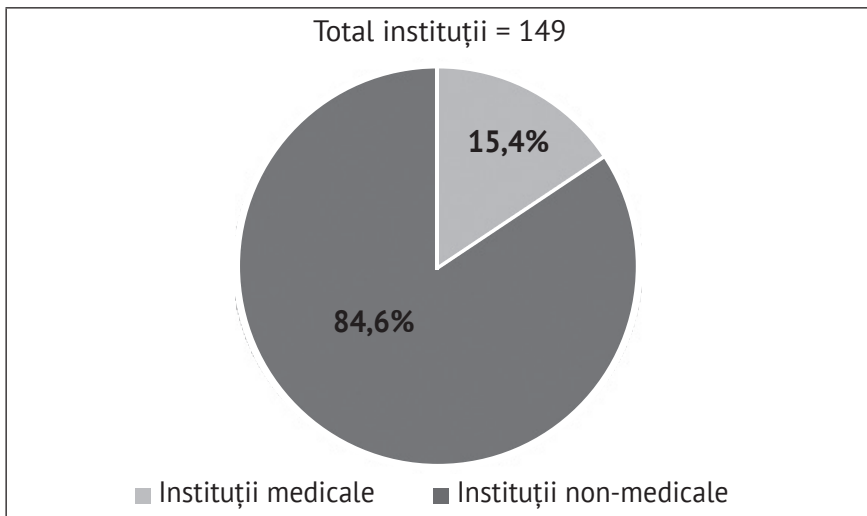


Diagrama 1: Distribuția generală a instituțiilor

Anexa 5

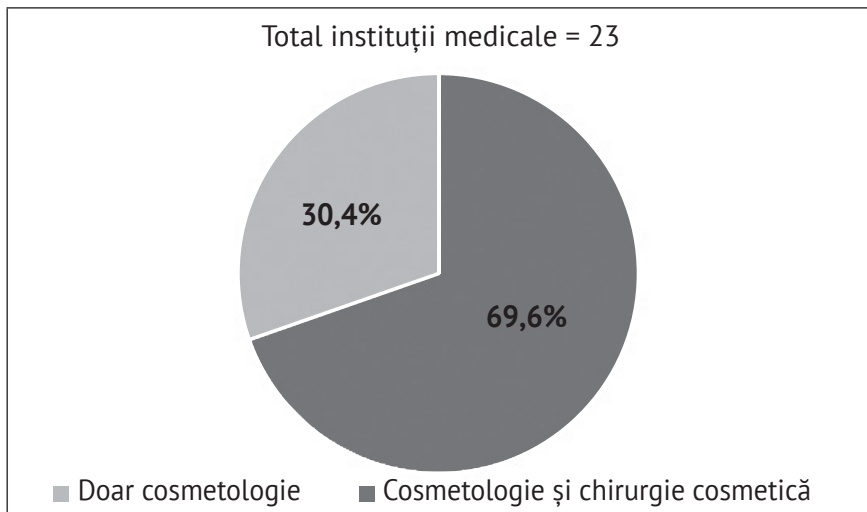


Diagrama 2: Distribuția instituțiilor medicale conform serviciilor prestate

Anexa 6

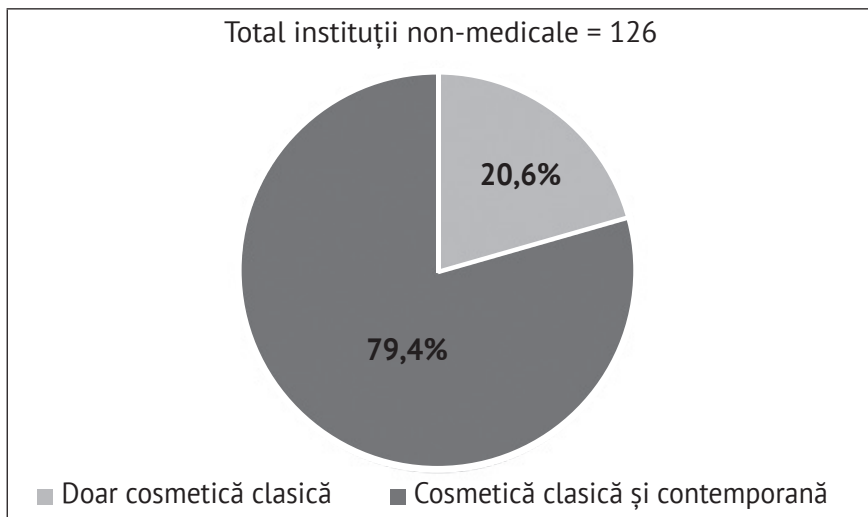


Diagrama 3: Distribuția instituțiilor non-medicale conform serviciilor prestate

Anexa 7

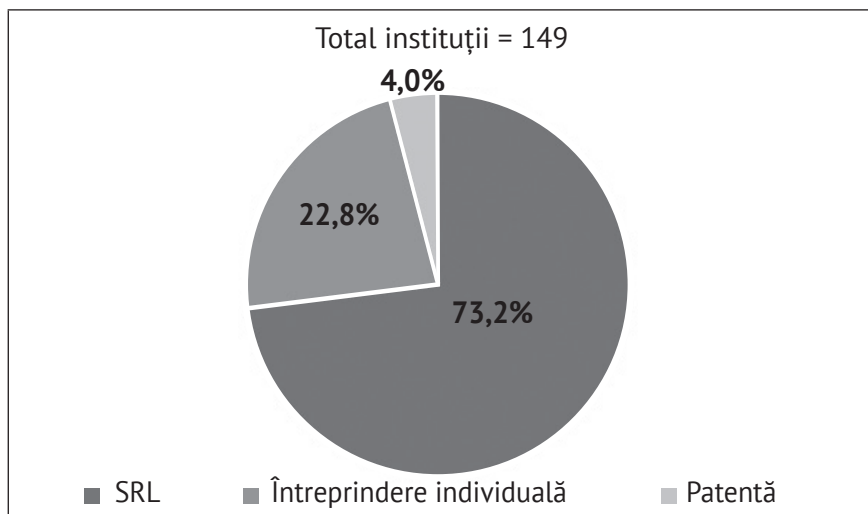


Diagrama 4: Distribuția instituțiilor conform cadrului juridic de activitate

Anexa 8

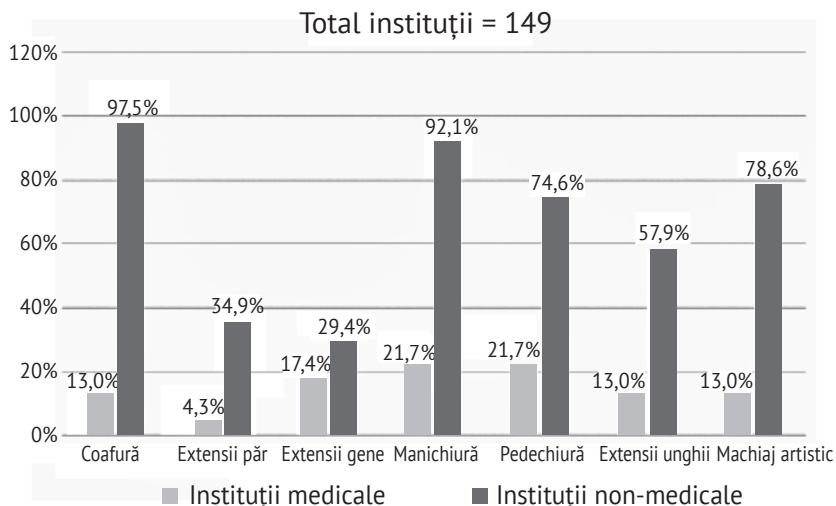


Figura 1: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (A)

Anexa 9

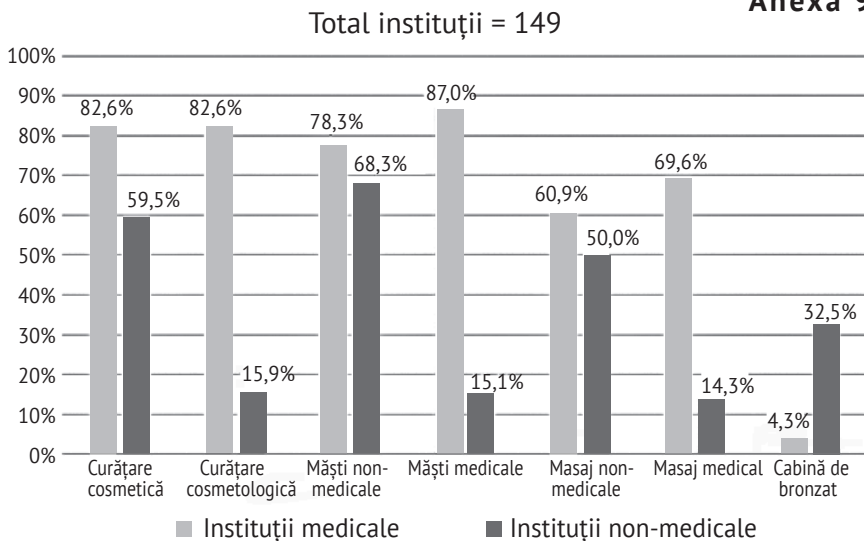


Figura 2: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (B)

Anexa 10

Total instituții = 149

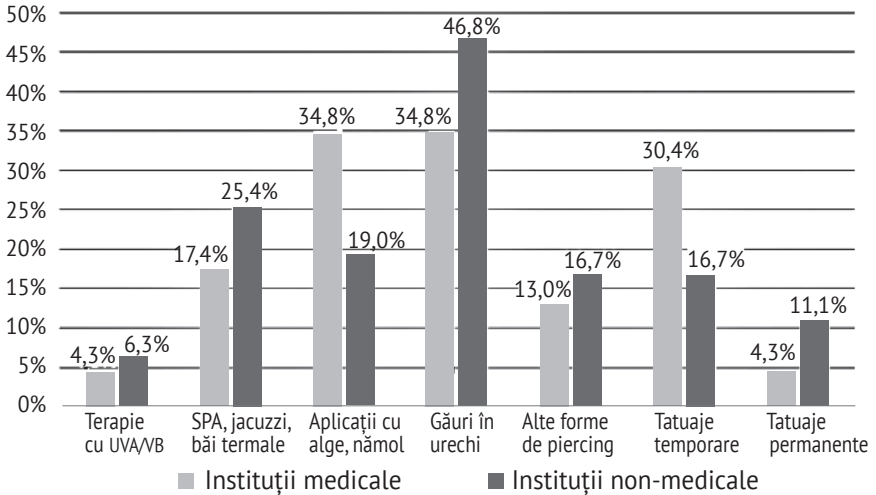


Figura 3: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (C)

Anexa 11

Total instituții = 149

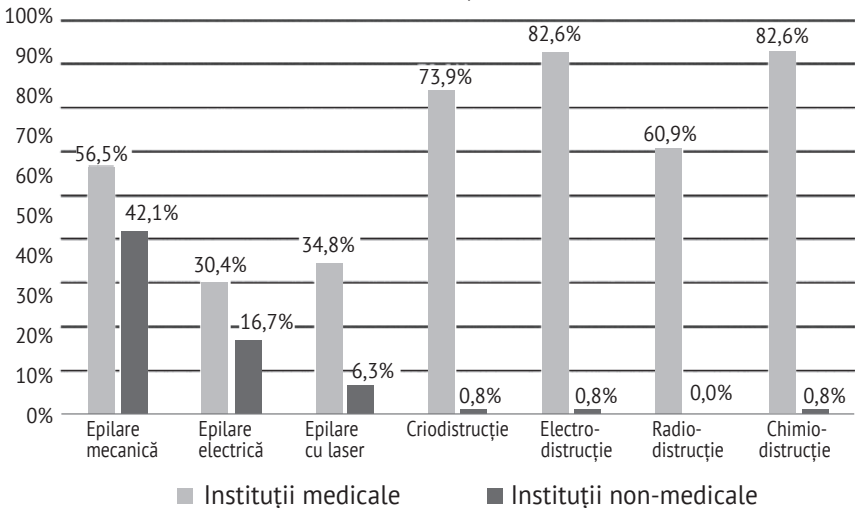


Figura 4: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (D)

Anexa 12

Total instituții = 149

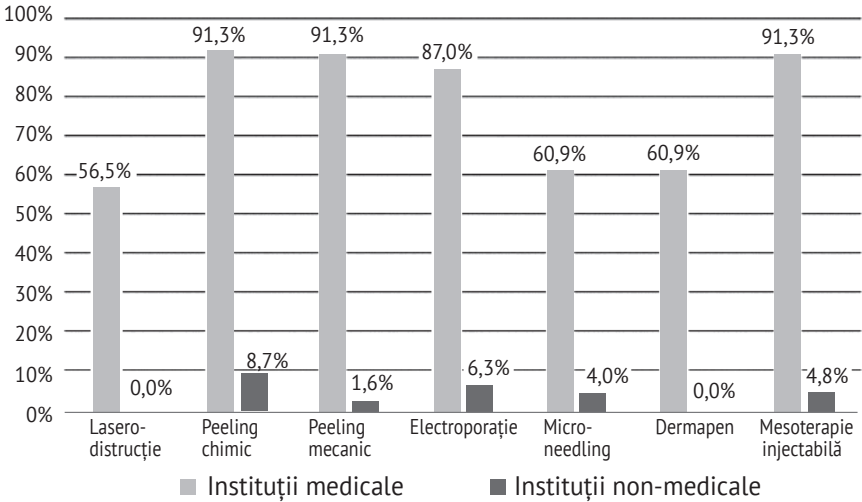


Figura 5: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (E)

Anexa 13

Total instituții = 149

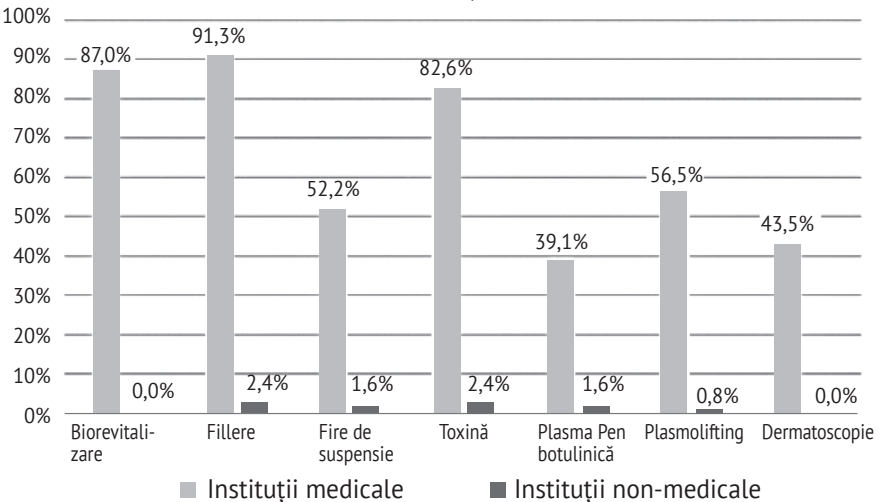


Figura 6: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (F)

Anexa 14

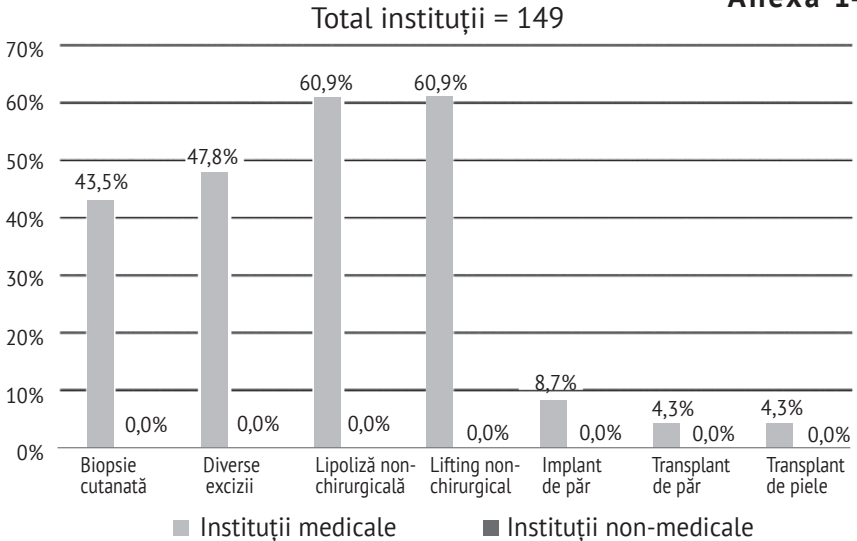


Figura 7: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (G)

Anexa 15

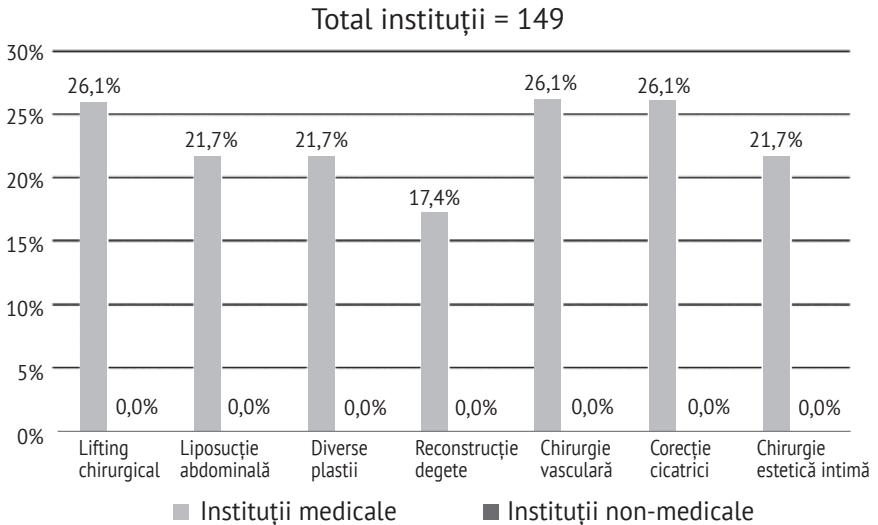
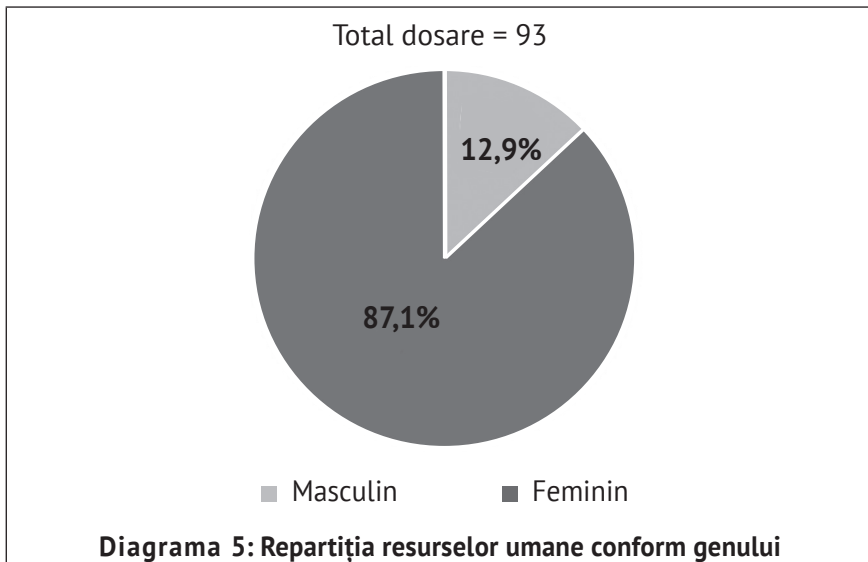
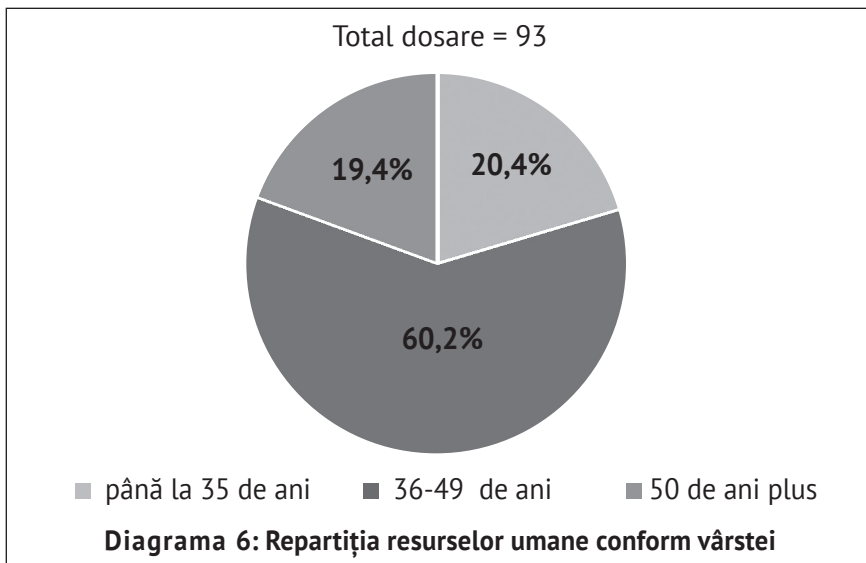


Figura 8: Spectrul comparativ al serviciilor prestate (H)

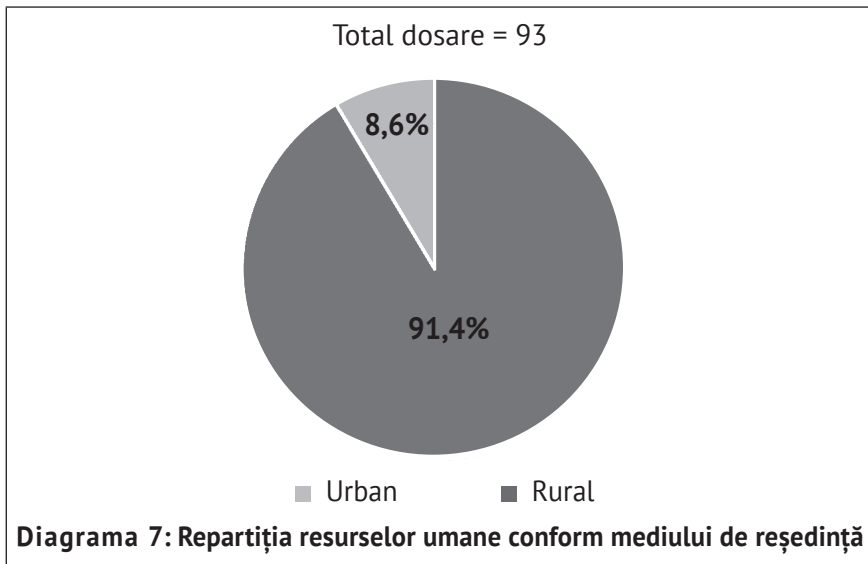
Anexa 16



Anexa 17



Anexa 18



Anexa 19

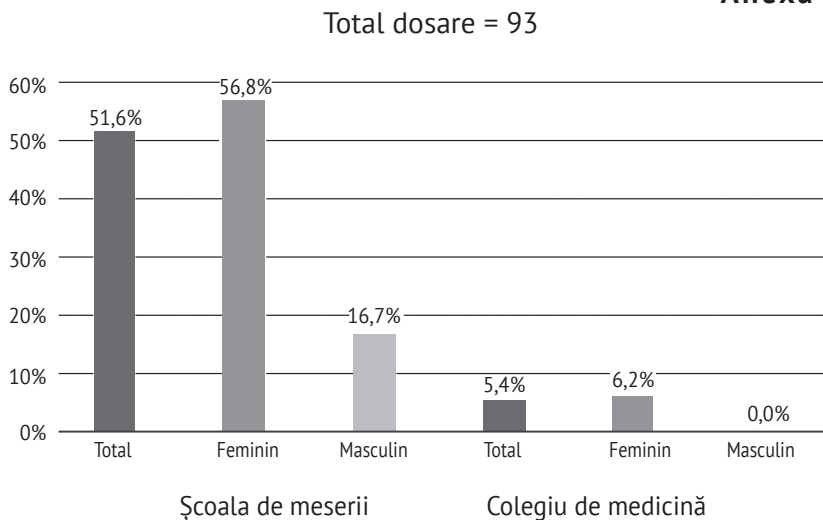


Figura 9: Repartiția resurselor umane conform studiilor non-universitare

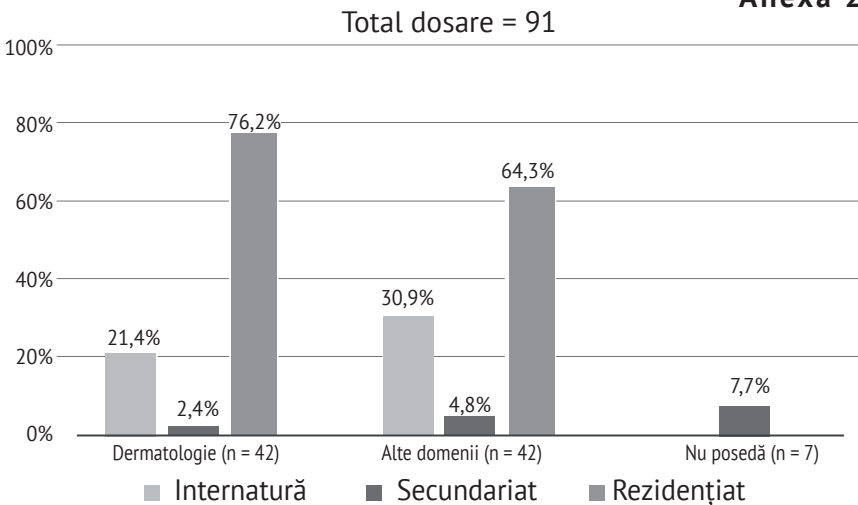
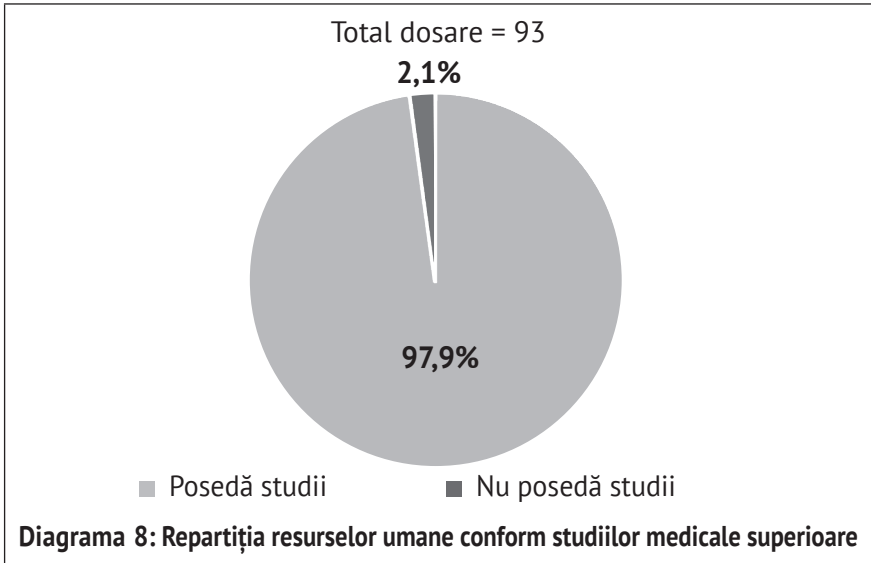


Figura 10: Repartiția resurselor umane conform studiilor medicale postuniversitare

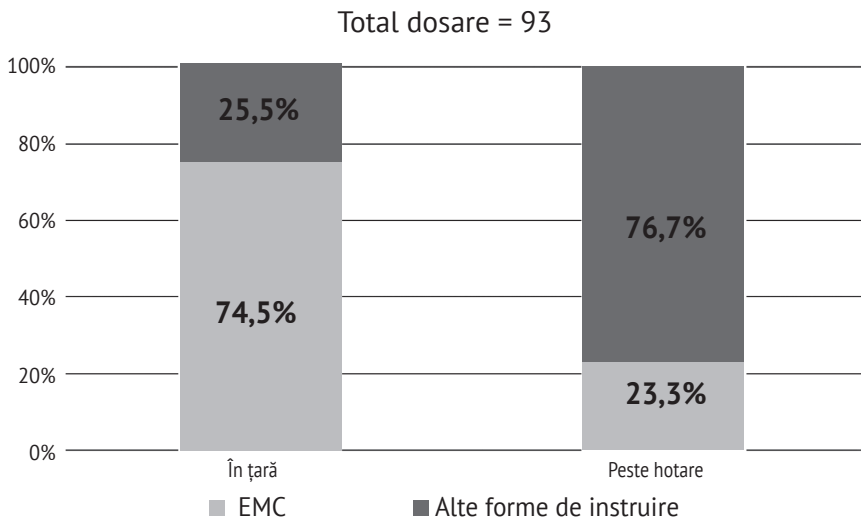
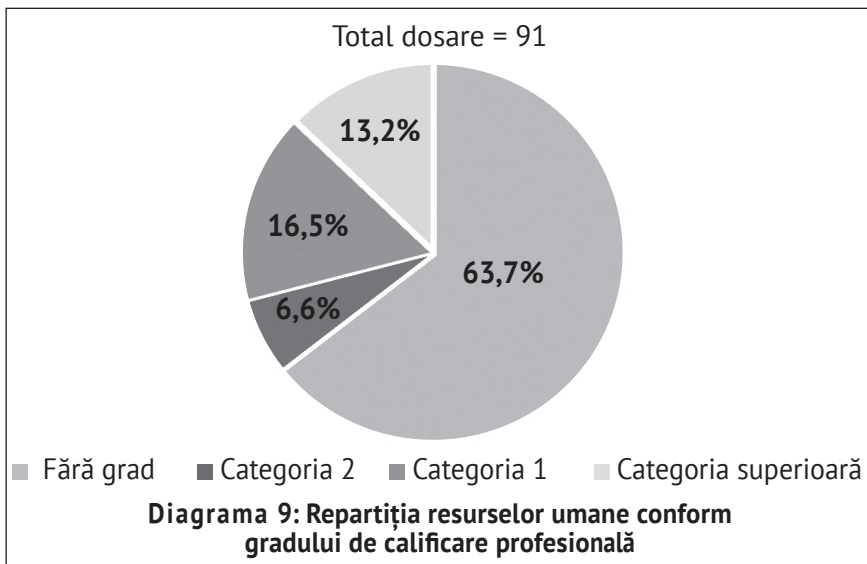


Figura 11: Repartiția resurselor umane conform orelor de formare profesională continuă



Anexa 24

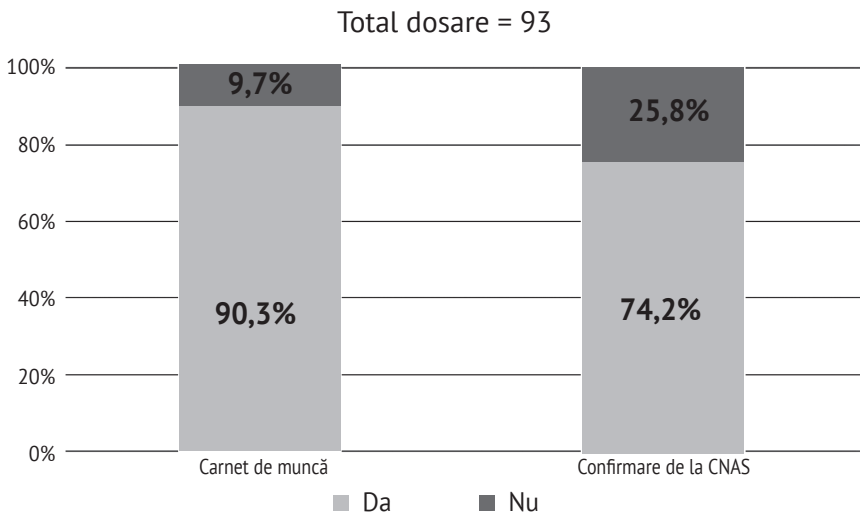


Figura 12: Repartiția resurselor umane conform unor dovezi juridice

Anexa 25

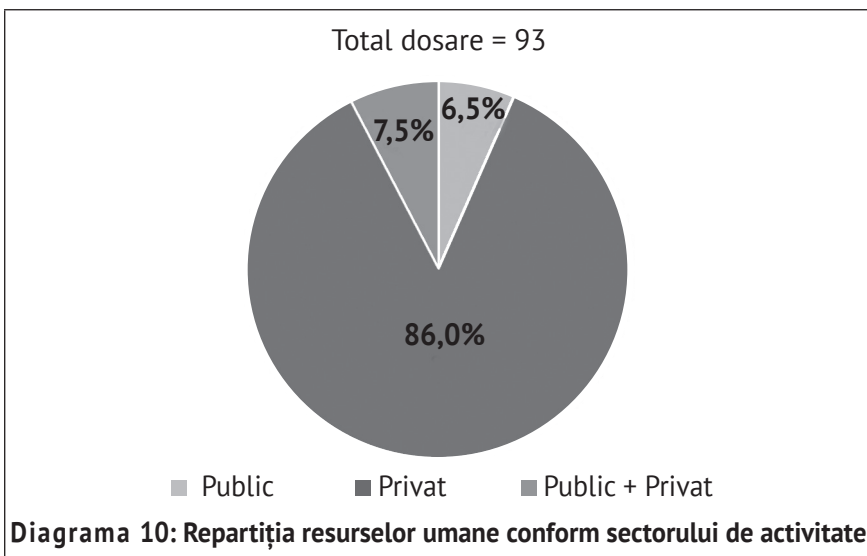
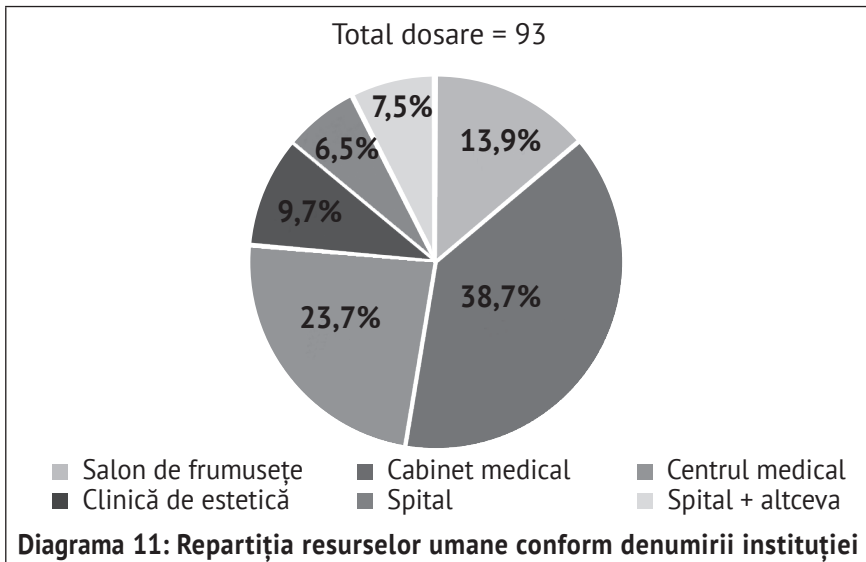
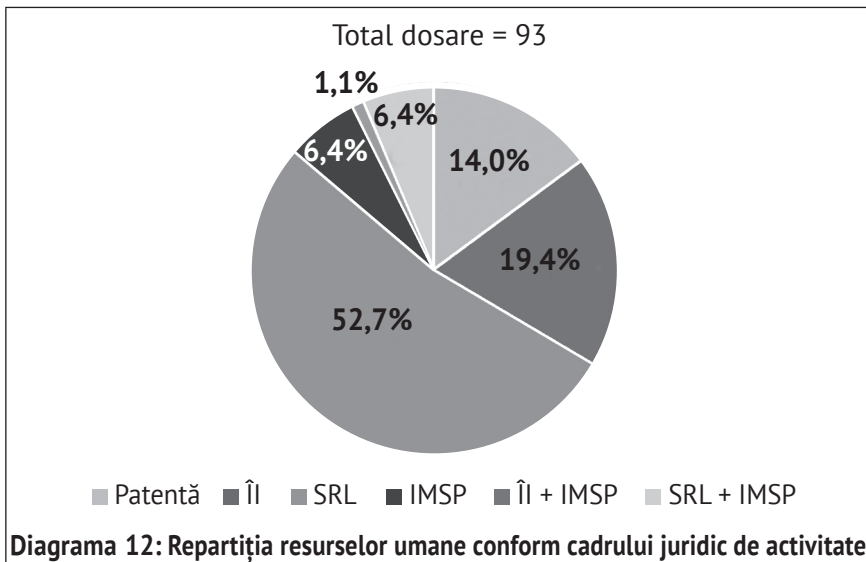


Diagrama 10: Repartiția resurselor umane conform sectorului de activitate

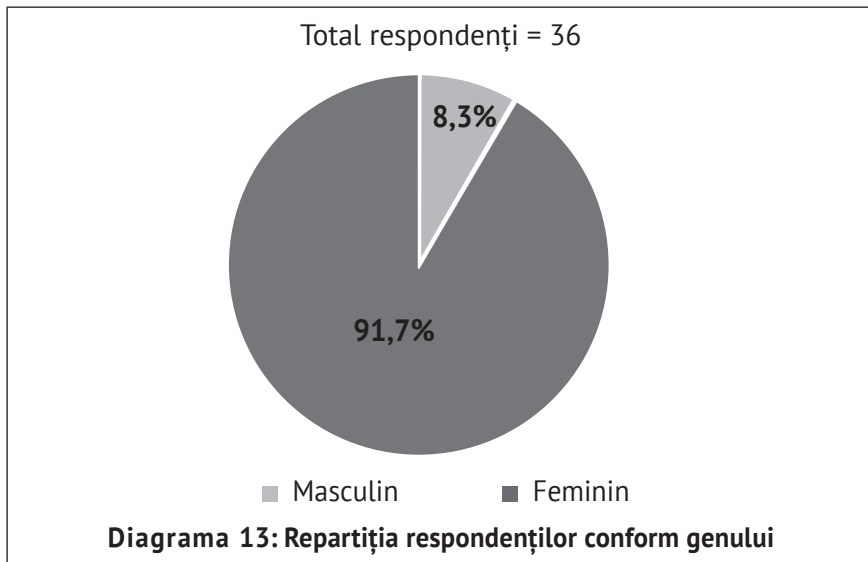
Anexa 26



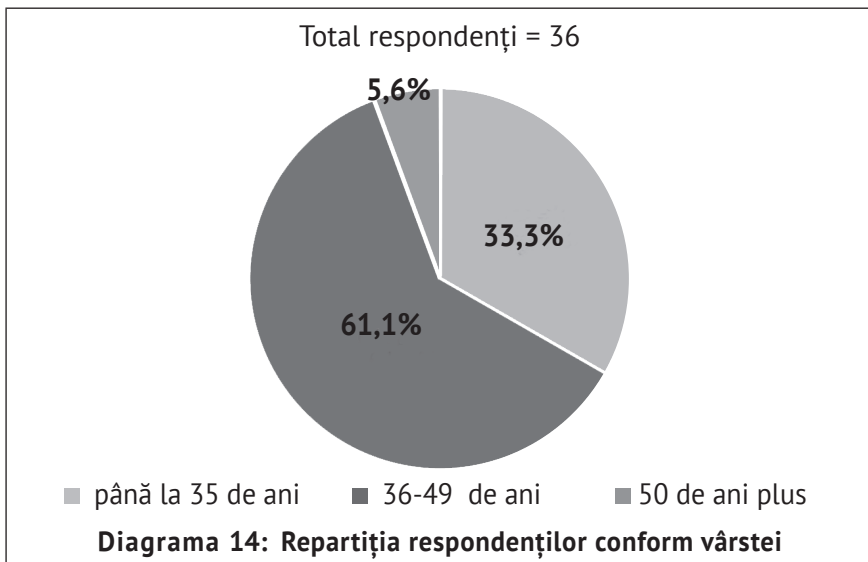
Anexa 27



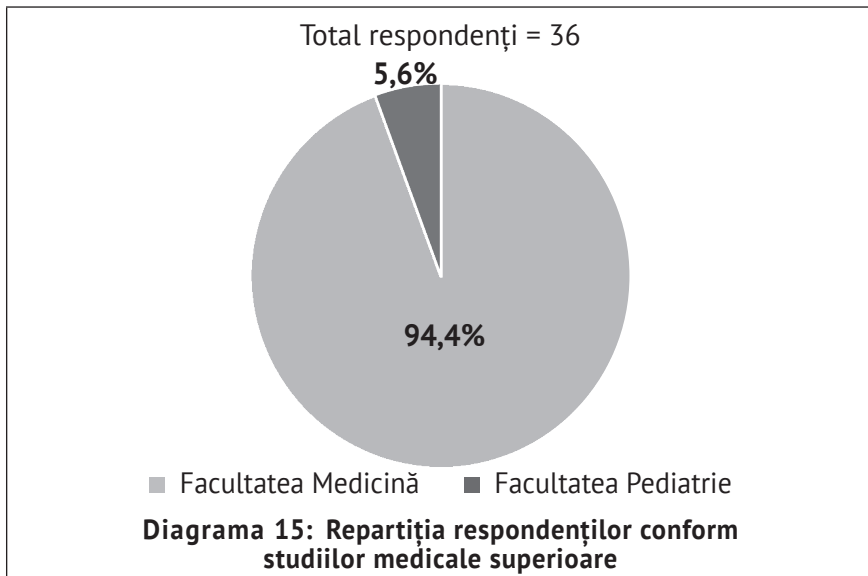
Anexa 28



Anexa 29



Anexa 30



Anexa 31

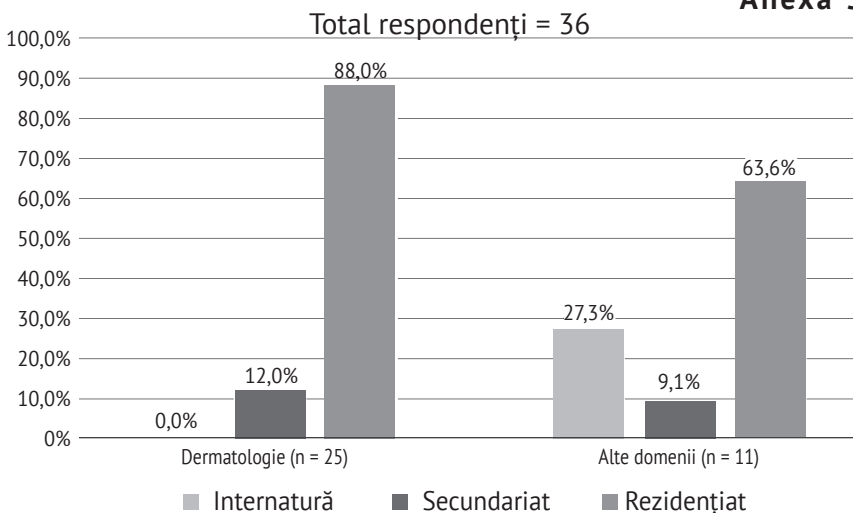
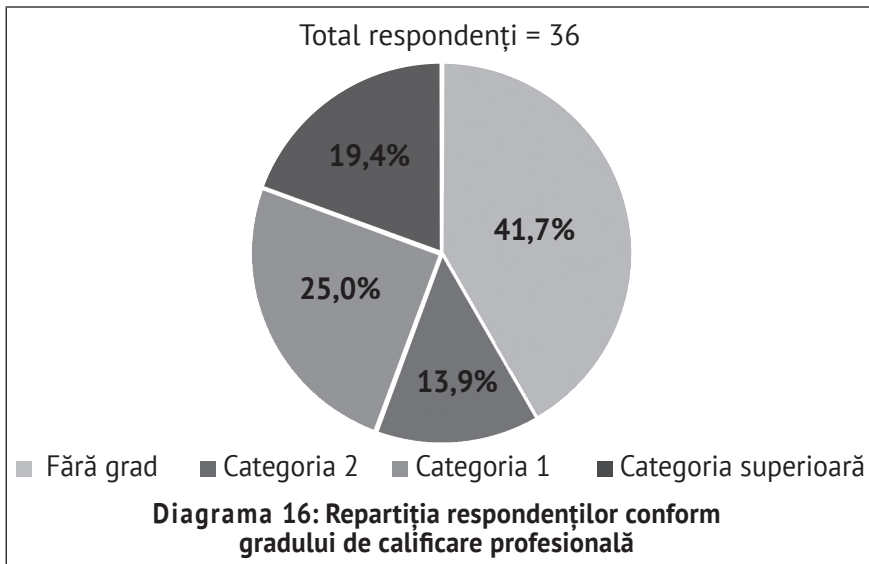


Figura 13: Repartiția respondenților conform studiilor medicale postuniversitare

Anexa 32



Anexa 33

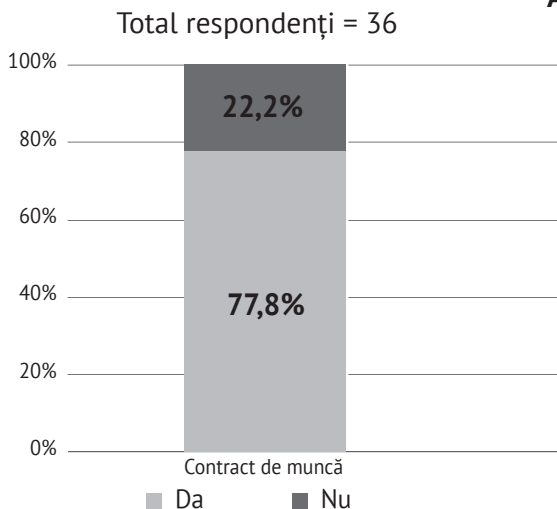
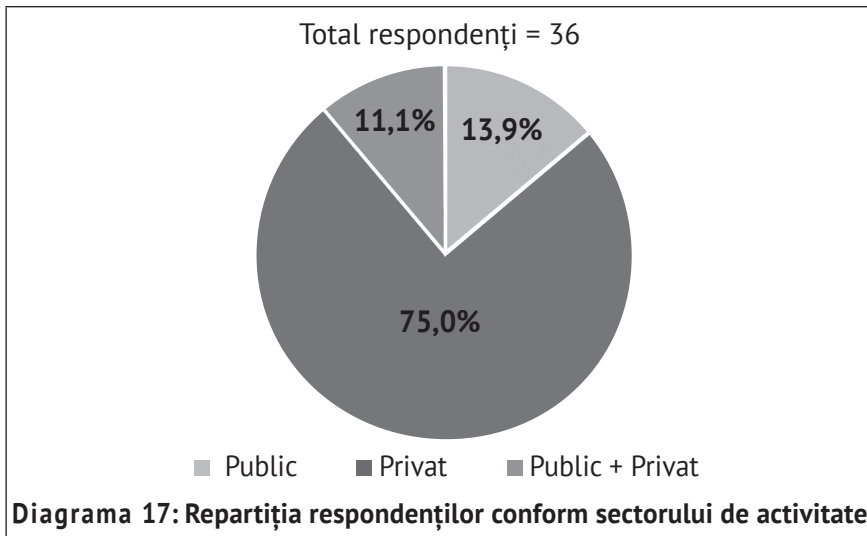
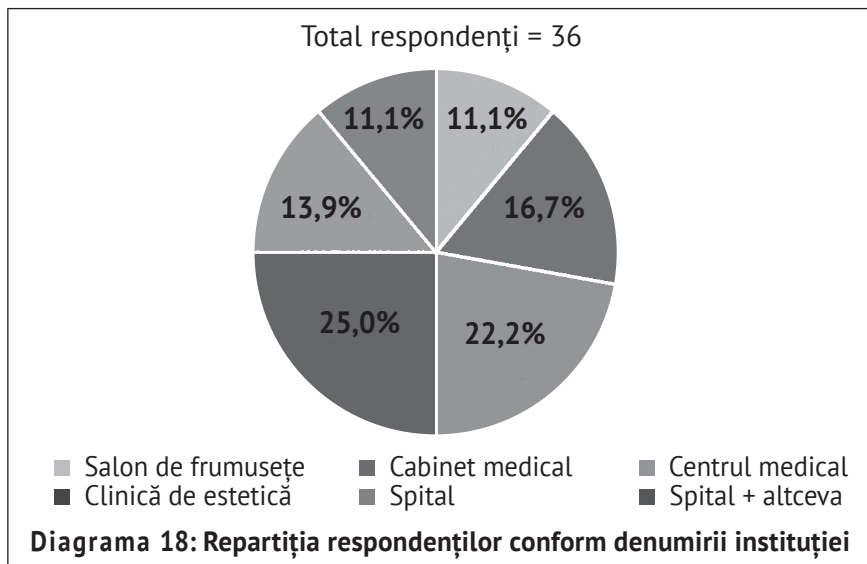


Figura 14: Repartiția respondenților conform contractului individual de muncă

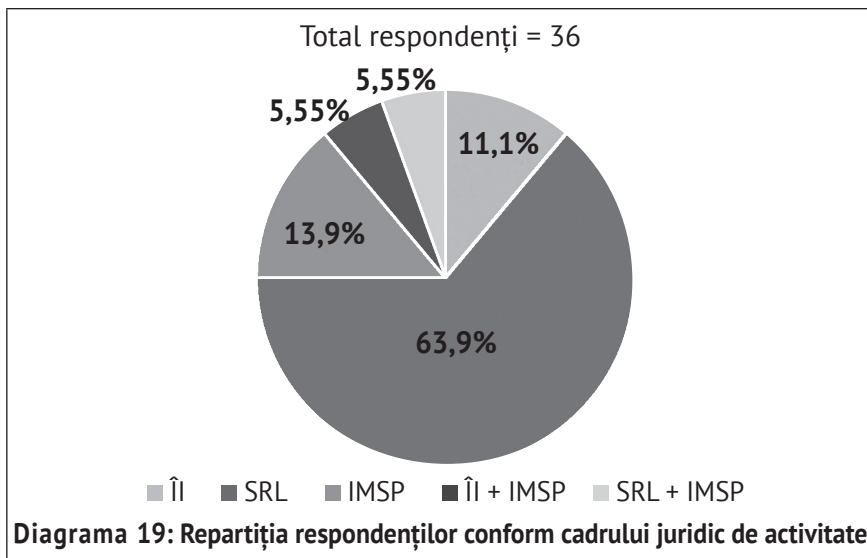
Anexa 34



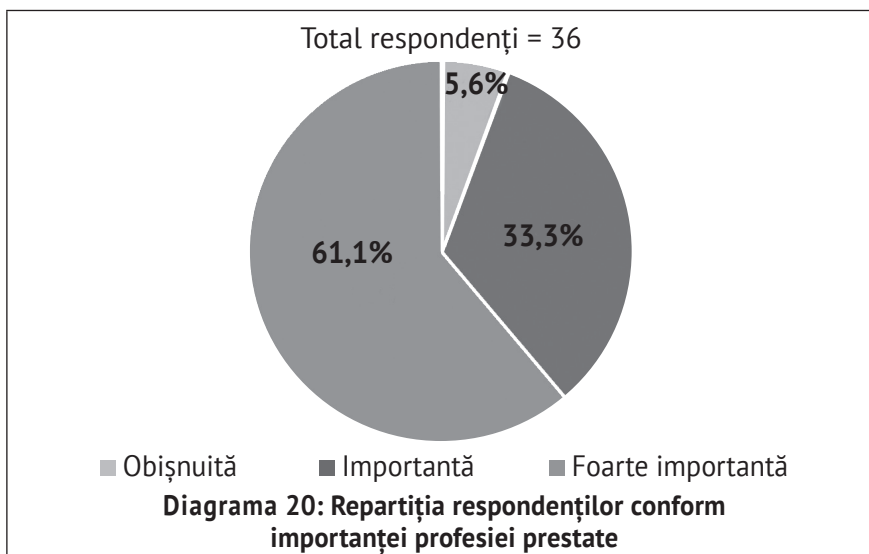
Anexa 35

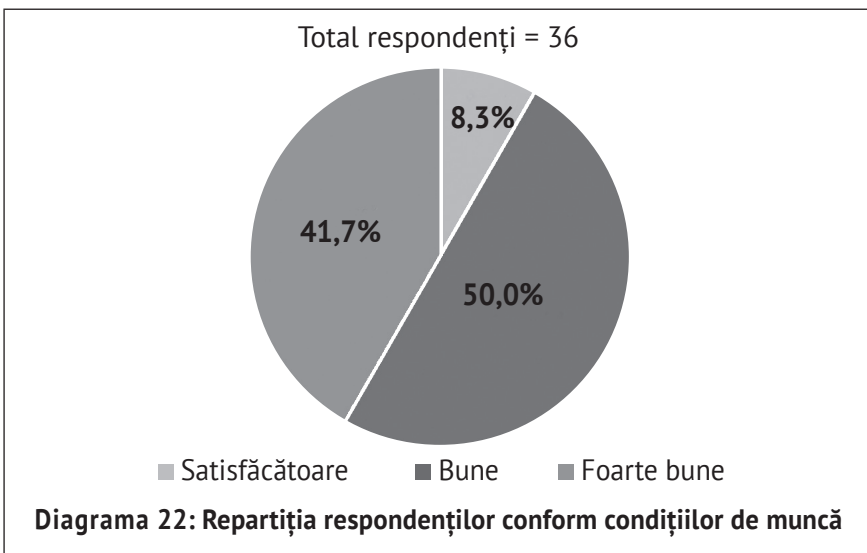
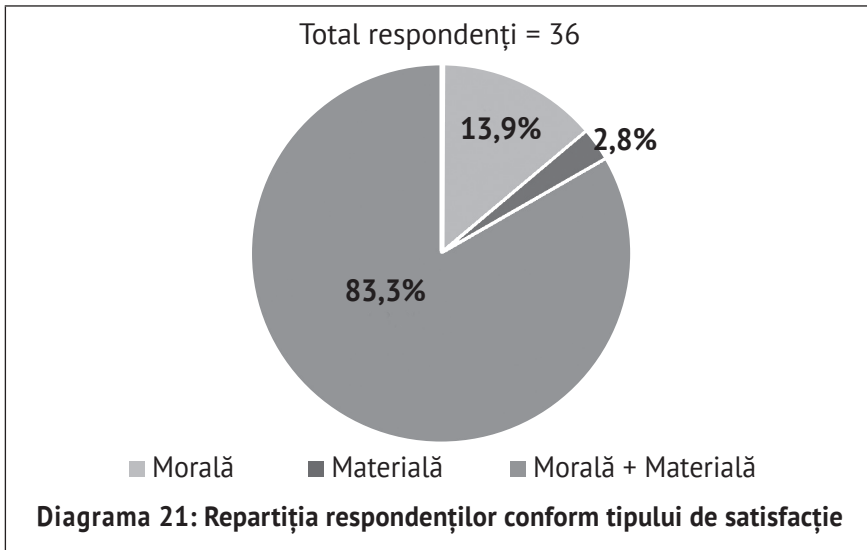


Anexa 36

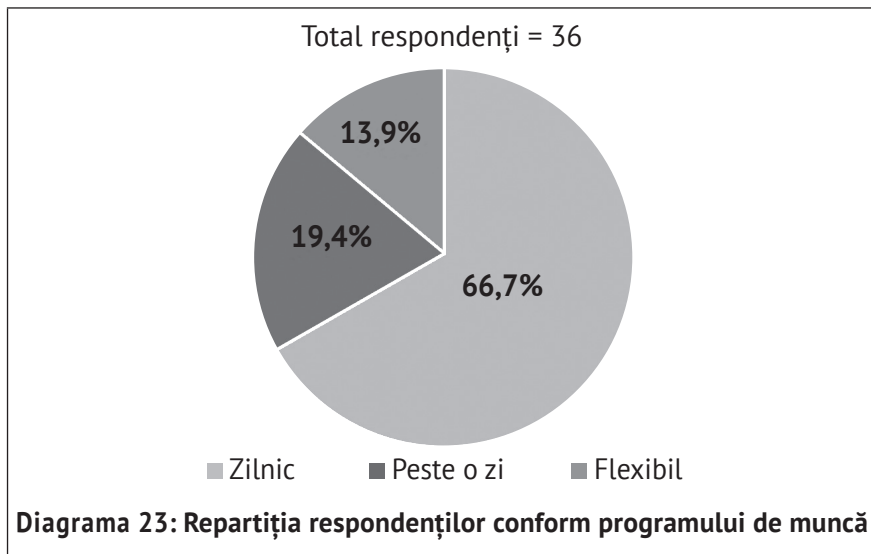


Anexa 37





Anexa 40



Anexa 41

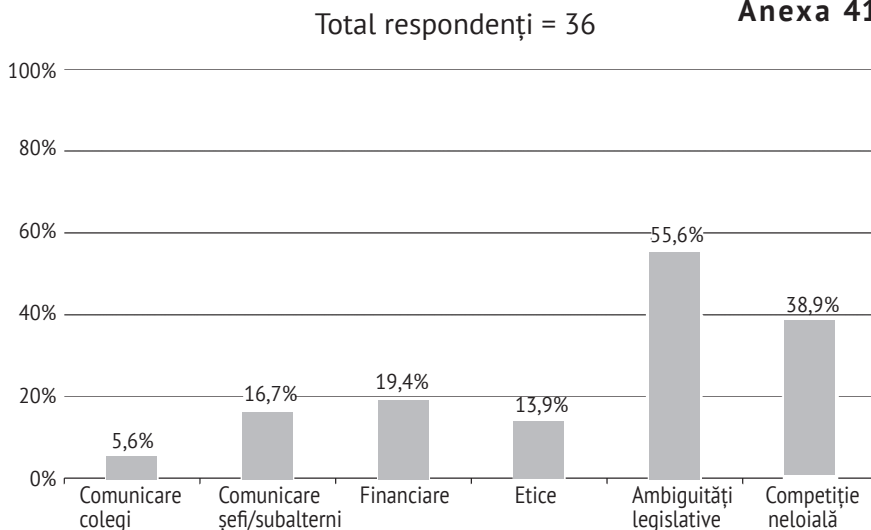
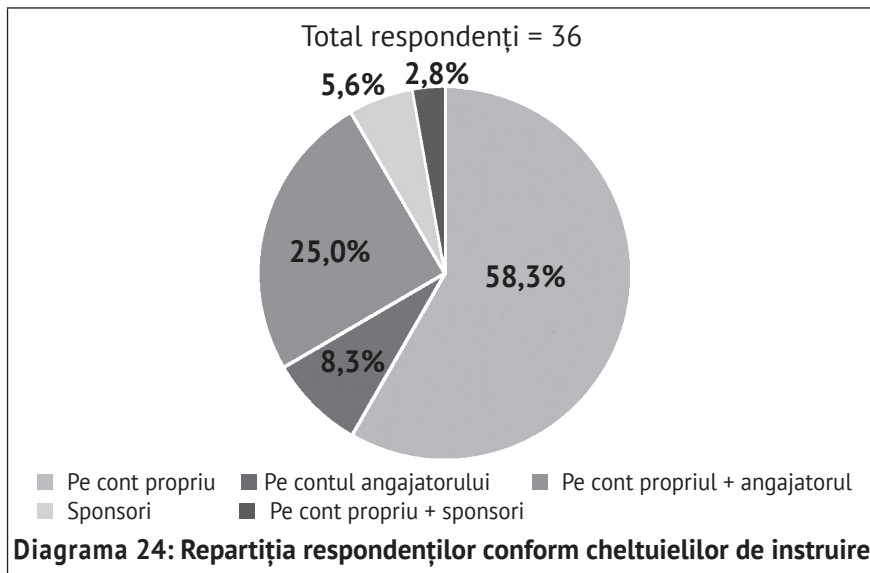
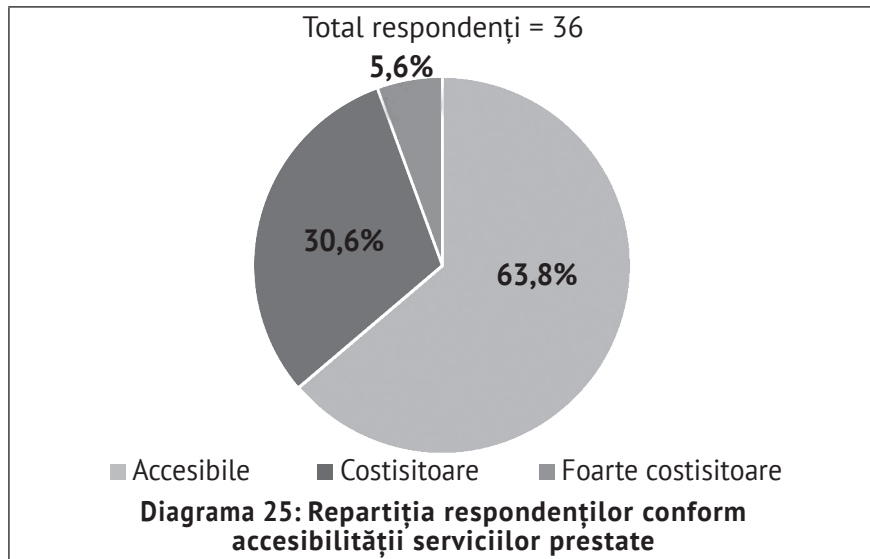


Figura 15: Repartiția respondenților conform barierelor percepute

Anexa 42



Anexa 43



Total respondenți = 36

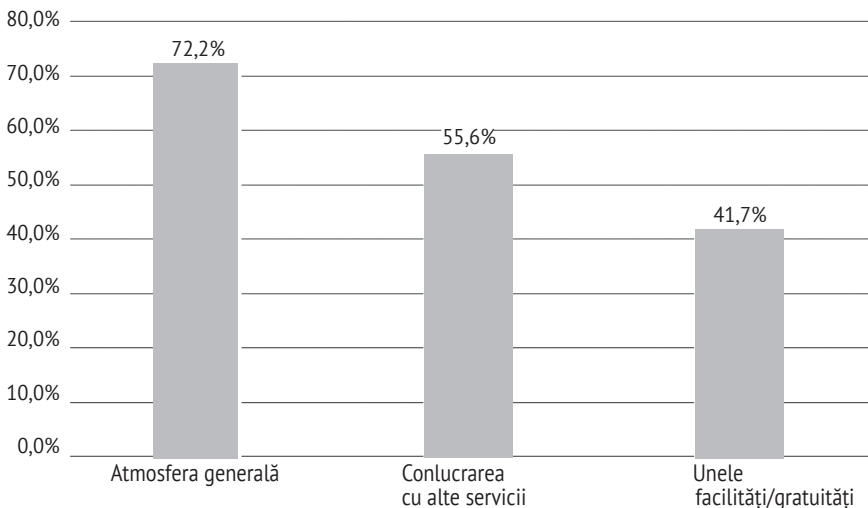


Figura 16: Repartiția respondenților conform aspectelor care contează la locul de muncă

Total respondenți = 36

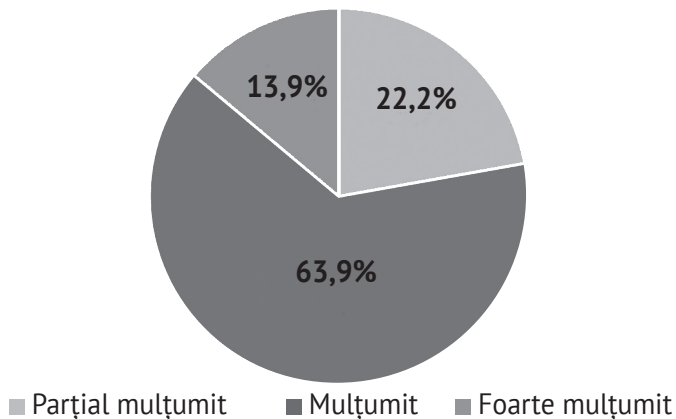


Diagrama 25: Repartiția respondenților conform gradului de satisfacție profesională

Cuprins

Prefață	3
CAPITOLUL 1	
PRACTICI INTERNAȚIONALE ȘI NAȚIONALE REFERITOARE LA SERVICIILE DE MEDICINĂ ESTETICĂ	7
1.1. Premize și oportunități	7
1.2. Actualități și provocări	14
1.2.1. Cosmetica	15
1.2.2. Cosmetologia	16
1.2.3. Chirurgia estetică	21
CAPITOLUL 2	
SPECTRUL SERVICIILOR DE MEDICINĂ ESTETICĂ ÎN CONTEXTUL CADRULUI NORMATIV AUTOHTON	25
2.1. Generalități	25
2.2. Puncte de reper	26
2.3. Repartiția instituțiilor conform spectrului de servicii prestate	26
2.4. Repartiția instituțiilor conform cadrului juridic de activitate	28
2.5. Repartiția instituțiilor conform distribuirii serviciilor prestate.....	31
2.5.1. Instituții care prestează servicii de cosmetologie și chirurgie estetică	31
2.5.2. Instituții care prestează servicii de cosmetică	36
2.5.3. Spectrul comparativ al serviciilor prestate	40
CAPITOLUL 3	
PROFILUL RESURSELOR UMANE IMPLICATE ÎN PRESTAREA SERVICIILOR DE MEDICINĂ ESTETICĂ	49
3.1. Generalități	49
3.2. Puncte de reper	50
3.3. Repartiția dosarelor conform genului.....	50
3.5. Repartiția dosarelor conform mediului de reședință.....	51
3.6. Repartiția dosarelor conform studiilor în școala de meserii	51
3.7. Repartiția dosarelor conform studiilor în învățământul profesional tehnic	52
3.8. Repartiția dosarelor conform studiilor medicale superioare	52

3.9. Repartiția dosarelor conform studiilor medicale postuniversitare	53
3.10. Repartiția dosarelor conform studiilor de formare profesională continuă ..	55
3.11. Repartiția dosarelor conform gradului de calificare profesională	59
3.12. Repartiția dosarelor conform carnetului de muncă.....	60
3.13. Repartiția dosarelor conform confirmării de la CNAS	60
3.14. Repartiția dosarelor conform stagiului de muncă	60
3.15. Repartiția dosarelor conform sectorului de activitate.....	61
3.16. Repartiția dosarelor conform denumirii instituției	61
3.17. Repartiția dosarelor conform cadrului juridic de activitate	62

CAPITOLUL 4

OPINIA PRESTATORILOR DE SERVICII DE MEDICINĂ ESTETICĂ CU PRIVIRE LA PARTICULARITĂȚILE MUNCII

ȘI BARIERELE PERCEPUTE	63
4.1. Generalități	63
4.2. Puncte de reper	64
4.3. Repartiția respondenților conform genului	64
4.4. Repartiția respondenților conform vârstei	64
4.5. Repartiția respondenților conform studiilor medicale superioare.....	65
4.6. Repartiția respondenților conform studiilor medicale postuniversitare.....	65
4.7. Repartiția respondenților conform gradului de calificare profesională	66
4.8. Repartiția respondenților conform contractului individual de muncă.....	66
4.9. Repartiția respondenților conform stagiului de muncă	67
4.10. Repartiția respondenților conform sectorului de activitate	67
4.11. Repartiția respondenților conform denumirii instituției.....	68
4.12. Repartiția respondenților conform cadrului juridic de activitate	68
4.13. Repartiția respondenților conform importanței profesiei prestate	69
4.14. Repartiția respondenților conform tipului de satisfacție	69
4.15. Repartiția respondenților conform condițiilor de muncă.....	70
4.16. Repartiția respondenților conform programului de muncă	70
4.17. Repartiția respondenților conform barierelor percepute.....	71
4.18. Repartiția respondenților conform cheltuielilor de instruire	72
4.19. Repartiția respondenților conform accesibilității serviciilor prestate ...	72

4.20. Repartiția respondenților conform aspectelor care contează la locul de muncă	73
4.21. Repartiția respondenților conform gradului de satisfacție profesională	73

CAPITOLUL 5

AFEȚIUNI CUTANEOMUCOASE ÎN PRACTICA COSMETOLOGICĂ	74
5.1. Seboreea	74
5.2. Acneea vulgară	77
5.3. Rozaceea	88
5.4. Dermatita/eczema seboreică	90
5.5. Alte dermatite și eczeme	99
5.6. Eritemul polimorf	104
5.7. Reacțiile cutanate postmedicamentoase	107
5.8. Alopecia androgenică	110
5.9. Alopecia areată	122
5.10. Vitiligo	125
5.11. Lupusul eritematos	128
5.12. Morfeea	130
5.13. Piodermitele	132
5.14. Herpesul simplex	135
5.15. Herpesul Zoster	137
5.16. Infecția cu virusul papiloma uman	138
5.17. Moluscul contagios	140
5.18. Cheratomicozele	142
5.19. Dermatomicozele	143
5.20. Candidozele cutaneo-mucoase	148
5.21. Fotodermatozele	156
5.22. Tumorile cutanate epiteliale și neuroblastice	161
5.23. Tumorile cutanate limfo- și angioproliferative	166
Bibliografie selectivă	169
Anexe	181