

**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu”
din Republica Moldova**

**GHID DE SĂNĂTATE
ȘI FRUMUȘETE**

(sub redacția Boris Nedelciuc)

Chișinău – 2018

Sub redacția:

- Boris NEDELICIUC, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de dermatovenerologie, USMF “Nicolae Testemițanu”

Colectivul de autori:

- Boris NEDELICIUC, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de dermatovenerologie, USMF “Nicolae Testemițanu”
- Oleg LOZAN, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, USMF “Nicolae Testemițanu”
- Mircea BEȚIU, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de dermatovenerologie, USMF “Nicolae Testemițanu”
- Vladislav GOGU, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de dermatovenerologie, USMF “Nicolae Testemițanu”
- Vasile ȚĂBĂRNĂ, asistent universitar, Catedra de dermatovenerologie, USMF “Nicolae Testemițanu”
- Ghenadie CONȚU, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de chirurgie “Nicolae Anestiadi”, USMF “Nicolae Testemițanu”
- Ana NEDELICIUC, dermatolog-cosmetolog, Centrul Weyergans High Care Cosmetics, Moldova
- Ion DUMBRĂVEANU, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală, USMF “Nicolae Testemițanu”
- Corina CARDANIUC, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 1, USMF “Nicolae Testemițanu”

Recenziți:

- Gheorghe MUȘET, doctor habilitat în științe medicale, profesor consultant, Catedra de dermatovenerologie, USMF “Nicolae Testemițanu”
- Larisa SPINEI, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Catedra de management și psihologie, USMF “Nicolae Testemițanu”

Aprobat la ședința Consiliului de Management al Calității
al USMF “Nicolae Testemițanu”,
Proces verbal Nr. 5 din 4 iulie 2018

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții NEDELCIUC Boris

Ghid de sănătate și frumusețe / col. de aut.: Boris Nedelciuc, Oleg Lozan, Mircea Bețiu [et al.] ; sub red.: Boris Nedelciuc ; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” din Rep. Moldova. – Chișinău : S. n., 2018 (Tipogr. “Crio”). – 216 p.

Referințe bibliogr. la sfârșitul cap. – 500 ex.

ISBN 978-9975-3179-3-1.

616.5-089.844+613

G 49

Tipografia S.A. „CRIO” Criuleni

© Boris Nedelciuc, 2018

ISBN 978-9975-3179-3-1.

Cuprinsul:

Prefață	9
Capitolul 1	
Aspecte medicale, juridice și de management ale serviciilor de medicină estetică în RM	11
Generalități.....	11
Premize și oportunități	16
Cosmetica	17
Cosmetologia.....	18
Chirurgia estetică	21
Considerațiuni finale	23
Concluzii	25
Referințe	25
Capitolul 2	
Dermatologie estetică	31
Seboreea	31
Acneea vulgară.....	33
Rozaceea.....	43
Dermatita/eczema seboreică.....	45
Alopecia androgenică	53
Radiația solară și pielea	63
Capitolul 3	
Metamorfozele frumuseții: rafinament sau vulgaritate?	72
Introducere	72
Picioarele lotus versus încălțăminte cu tocuri	72
Corsetele versus silueta manechină.....	73
Farfuriile din lut la nivelul buzelor versus piercing-ul buzelor.....	73
Alungirea gâtului cu spirale versus lipoaspirația și/sau liftingul gâtului	74
Peruca Marie-Antoinette versus perucile contemporane	74
Discurile din lemn sau lut în lobii urechilor versus cerceii tip candelabru	75

Dinții de prădător versus bijuteriile dentare	75
Machiajul Geisha versus make-up – ul artistic	76
Oamenii roșii versus Chocolate Body Art	77
Tatuajul tribal versus Tattoo Art	77
Bronzul natural versus bronzul artificial	78
Post Scriptum	78
Capitolul 4	
Curiozități din lumea medicală și nu numai	80
Proiectul Genomul Uman	80
Sindromul Hugh Hefner	81
Sindromul Münchhausen	82
Copacul în care cresc capre	82
Dermatita indusă de laptop	83
Ceafa de bizon	84
Omul lup	85
Cine sunt lumbersexualii?	85
Omul copac	86
Domnitorul Moldovei și suferințele sale	87
Boala vikingilor	88
Copilul pește	89
Mănușile lui Casal	90
Boala vampirilor	91
Bărbatul gravid	92
Sanitarii vaginului	93
De ce a murit oița Dolly?	94
Icrele de Manciuaria	96
Copilul bătrân	97
Lumina inteligentă	98
Boala fluturașului	99
Apa termală Herculane	101
Untul de Shea	102
De ce unii oameni își rod unghiile?	103
Blugii columbieni	104
Premiile Nobel, dincolo de artificii	105

De ce bărbații nu fac celulită?	107
Boala petelor “cafea cu lapte”	108
Boala celiacă	109
Nasul “castravete”	110
Marele sigiliu sacru	111
Iarba tigrului	113
Arborele pielii	114
Boala “drumul mătăsii”	115
Miracolul apei	116
De ce înșală bărbații?	118
Boala băilor de soare și pajiște	119
Boala cu “o mie de fețe”	120
Cui datorăm succesul în viață?	121
Capitolul 5	
Investigații literar-artistice în dermatologie	124
Peter Paul Rubens	124
Giovanni Battista Moroni	125
Domenico Ghirlandaio	126
Leonardo da Vinci	126
Tutankhamon	127
Achilles	128
Ovidiu	129
Venus	129
Syphilus	130
Hervé Guibert	131
Capitolul 6	
Sănătate sexuală și reproductivă	133
Instigare la comunicare	133
Despre sex și sexualitate	136
Despre etapele dezvoltării sexuale	137
Despre motivația sexuală	139
Despre debutul vieții sexuale	141
Despre etapele răspunsului sexual	142
Despre comportamentul sexual	144

Despre compatibilitatea sexuală	145
Despre disfuncția erectilă	148
Despre ejacularea precoce	149
Despre infertilitate	151
Despre punctul G și “prostata femeilor”	153
Despre sindromul premenstrual	154
Despre durerea menstruală	157
Despre boala inflamatorie pelvină	161
Capitolul 7	
Secretele unei relații fericite	164
Despre priorități	164
Despre stres	165
Despre rosturi	166
Despre comunicare	167
Despre singurătate	168
Despre certuri	170
Despre afecțiuni	171
Despre durere	172
Despre gesturi	173
Despre scrisori	174
Despre cerințe	175
Despre supărări	177
Despre anotimpuri	178
Capitolul 8	
Viața în doi, o provocare continuă	180
Despre nevoia primordială	180
Despre rezervorul afectiv	181
Despre limbajele iubirii	182
Despre fenomenul îndrăgostirii	183
Despre importanța cuvintelor	184
Despre importanța timpului	186
Despre importanța darurilor	187
Despre importanța serviciilor	188
Despre contactul fizic	189

Despre cunoașterea reciprocă	190
Despre alegerea conștientă	192
Despre miracolul iubirii	193
Despre formula fericirii	194
Capitolul 9	
Gânduri care ne pun pe gânduri	196
Despre scris	196
Despre prețuri	196
Despre modernitate	197
Despre feminitate	198
Despre diferențe	199
Despre dragoste	200
Despre toleranță	200
Despre timp	201
Despre antonime	202
Despre vreme	203
Despre oameni	203
Despre cuvinte	204
Despre urme	204
Despre rădăcini	205
Despre anonim	205
Despre înălțimi	206
Despre percepții	207
Despre leacuri	208
Despre recunoștință	208
Despre viață	209
Despre diversitate	210
Despre noblețe	211

Acest ghid este editat cu suportul firmei Amofarm SRL,
distribuitor exclusiv al produselor Noreva Laboratoires (Franța)
și Sebamed (Germania) în Republica Moldova

Prefață

Prefixul “e-”, întâlnit tot mai frecvent în ultimii ani (e-guvernare, e-sănătate, e-educație etc.), descrie utilizarea comunicațiilor electronice și a tehnologiilor informaționale în diverse domenii ale activității umane – economie, știință, învățământ, cultură. În medicină, 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 unei noi abordări în relația medic-medic, dar mai ales medic-pacient (dermatologie) sau medic-client (cosmetologie). Potrivit studiilor, aproximativ 2/3 dintre vizitele la un spital sau la o clinică offline, pentru generarea unui diagnostic și/sau a unui plan de tratament, ar putea fi intermediare de Internet. Nu întâmplător, dacă ne uităm pe forumuri, observăm că numărul persoanelor care caută răspunsuri la probleme de sănătate este în continuă creștere.

În contextul celor expuse mai sus, acum 3 ani a fost lansat un nou proiect medical – Health & Beauty Online Journal. Prima piatră la temelia acestui proiect a fost pusă în data de 7 martie 2015. Peste 6 luni, perioadă în care site-ul a funcționat în regim limitat, pentru uz intern, ne-am lansat oficial în spațiul virtual, în lumea miraculoasă și infinită a internetului.

Pentru că, în sec. XXI, medicina are un caracter complex, interdisciplinar, ne-am propus o abordare oarecum nouă, integrativă pentru Republica Moldova: medicină estetică, medicină sexuală și medicină reproductivă. Iar pentru că sănătatea și frumusețea merg, de obicei, la braț, se potențează reciproc, ne-am ales și un nume pe potrivă: Revistă online de sănătate și frumusețe.

Adresa noastră: <http://e-dermatologie.md/>.

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.

Astfel, cititorii noștri au acces la informații de ultimă oră sub formă de rezumate, articole, ghiduri, protocoale etc. De asemenea, curiozități din lumea medicală, sfaturi pentru o relație fericită, gânduri care ne pun pe gânduri, reflecții despre cărți etc.

În altă ordine de idei, vizitatorii site-ului au posibilitatea să comenteze subiectele abordate, dar și să adreseze întrebări, respectiv să primească răspunsuri la problemele care îi frământă.

Pentru revista noastră, au fost 3 ani plini de zbulucium, dar și de realizări frumoase. Într-o lume în care tehnologiile informaționale sunt omniprezente, nu este ușor să te menții în top. Internetul este o rețea în continuă expansiune, iar anual apar zeci, sute și mii de site-uri. Prin eforturi comune, am reușit, totuși, să ne facem văzuți și auziți. Conform datelor Google Analytics, de la lansare și până în prezent, avem peste 50 mii de vizitatori unici, respectiv peste 125 mii de vizualizări. Iar meritul este al cititorilor noștri. Aprecierile, dar și criticile lor ne motivează să muncim mai bine, mai calitativ.

Ce înseamnă Health & Beauty Online Journal? O revistă online este o carte scrisă în văzul tuturor. Cu o anumită periodicitate (zilnic, săptămânal, lunar), apar noi pagini, noi capitole și – de ce nu!? – noi cititori. O revistă online este un spectacol jucat la scenă deschisă. Temele abordate, decorul, artificiile – toate sunt în mișcare, în perpetuă schimbare. Spectatorii vin și pleacă. Cei fideli revin întotdeauna. O revistă online este un foisor, un loc izolat, dar sigur, în care ne adăpostim intimitatea, ne răscolim amintirile, ne îmborsăvim cunoștințele.

La rugămintea mai multor internauți, am decis să edităm, în format clasic, pe suport de hârtie, o parte din publicațiile apărute pe site. Iar titlul nu s-a lăsat mult așteptat – Ghid de sănătate și frumusețe.

În speranța că atunci când veți răsfoi paginile acestei cărți nu veți uita să ne vizitați și online, vă urez, stimați cititori, lectură plăcută!

**Cu cele mai sincere considerațiuni,
Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc,
director Health & Beauty Online Journal**

Chișinău, Republica Moldova
E-mail: boris.nedelciuc@gmail.com

Capitolul 1

Aspecte medicale, juridice și de management ale serviciilor de medicină estetică în Republica Moldova

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc^{1,2}, Prof. univ. Dr. hab. Oleg Lozan¹,
Conf. univ. Dr. Mircea Bețiu², Conf. univ. Dr. Vladislav Gogu²,
Asist. univ. Vasile Țăbărnaș², Conf. univ. Dr. Ghenadie Conțu³

¹Școala de Management în Sănătate Publică,

²Catedra de dermatovenerologie,

³Catedra de chirurgie “Nicolae Anestiadi”

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Generalități

În ultima jumătate de secol, cultura noastră a devenit tot mai preocupată de imagine, de felul cum 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, spre sfârșitul sec. XX, în medicină s-a conturat o nouă tendință: apariția unor specializări din specialitățile deja existente [7]. Dermatologia nu a fost o excepție. Astfel, au prins viață domenii precum cosmetologia (știința despre frumusețe; ramură a dermatologiei, care studiază probleme de estetică biologică), tricologia (știința despre structura, funcțiile și bolile părului) și onicologia (știința despre structura, funcțiile și bolile unghiilor).

De asemenea, au luat naștere mai multe specializări cu caracter interdisciplinar, ancorate direct sau indirect pe 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.

În ultimii 15-20 de ani, se observă un interes sporit pentru medicina estetică. Chiar dacă, la un moment dat, au existat controverse privitor la etica acesteia [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 sau injectabile (acidul hialuronic, toxina botulinică etc.) și terapia cu laser [11; 12; 13].

Laserul sau lumina inteligentă a fost una dintre cele mai revoluționare descoperiri ale secolului XX. 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 sau IPL (Intense Pulsed Light) – 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 dermatolog [17].

În cazul unor diformități, moștenite sau dobândite, reale sau im-

aginare, se apelează tot mai des la intervenții invazive – plastia și/sau reconstrucția nasului, urechilor, sânilor, feselor, coapselor etc. [18; 19; 20; 21].

De-a lungul timpului, chirurgia estetică a trecut prin mai multe sincope, 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 chirurgiei estetice este foarte dinamic, 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, cancere cutanate [1].

Cu regret, lipsa de competență și experiență se soldează uneori cu efecte adverse, complicații regretabile [23; 24; 25]. O expertiză amplă asupra acestui fenomen nu există, sectorul în cauză fiind reglementat marginal, inclusiv în țările dezvoltate. Iată de ce o intervenție a statului, în scopul menținerii standardelor de siguranță, este absolut necesară [26].

Managementul calității, atât al instituțiilor medicale (prestatoare de servicii), cât și al celor educaționale (formatoare de specialiști), constituie o altă preocupare majoră [2; 27]. 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, relații publice, resurse umane, tehnologii informaționale [28; 29].

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) sau medic-client (cosmetologie) [30].

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 sau ESCAD (European Society of Cosmetic & Aesthetic Dermatology). Fiind o societate soră cu Academia Europeană de Dermatologie și Venerologie sau EADV (European Academy of Dermatology and Venereology), 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 (International Academy of Cosmetic Dermatology), sub auspiciile căreia apare Jurnalul de Dermatologie Cosmetică (Journal of Cosmetic Dermatology) [16]. Privitor la breasla chirurgilor esteticieni, există Societatea Internațională de Chirurgie Estetică Plastică sau ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery) și Confederația Internațională de Chirurgie Plastică, Reconstructivă și Estetică sau IPRAS (International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery).

În țara noastră, funcționează Societatea de Dermatologie din Republica Moldova (succesoare de drept a Asociației Dermato-Cosmed, fondată în anul 1994) și Asociația de Chirurgie Plastică, Reconstructivă și Estetică din Republica Moldova. Iar în anul 2015 a fost lansat un nou proiect medical – Health & Beauty Online Journal, revistă online de sănătate și frumusețe [31].

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 noștri 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 și până în prezent, avem peste 50 mii de vizitatori unici, respectiv peste 125 mii de vizualizări. Acest lucru 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 [30].

Premize și oportunități

Despre importanța acestei teme am vorbit și scris în repetate rânduri [32; 33; 34; 35]. La insistențele noastre, în scopul evaluării serviciilor de cosmetică și medicină estetică din Republica Moldova, Ministerul Sănătății a aprobat instituirea unui Grup de lucru [36]. În baza expertizei Grupului de lucru, respectiv în scopul reglementării activității serviciului de dermato-cosmetologie, Ministerul Sănătății a aprobat Planul de acțiuni în sectorul dat de activitate [37]. De asemenea, la sugestia grupului de lucru și în scopul reglementării activității cosmeticii, dermato-cosmetologiei, chirurgiei plastice, estetice și microchirurgiei reconstructive, Ministerul Sănătății a aprobat Algoritmul de diferențiere al competențelor profesionale în domeniile menționate mai sus [38].

Ulterior, Ministerul Sănătății a aprobat pașii Cu privire la organizarea evaluării corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermato-cosmetologiei. 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 [39].

Subiectul abordat este complex și delicat, cosmetica și cosmetologia fiind activități înrudite, dar diferite. Cu regret, multă lume le confundă, de unde și interpretările eronate vizavi de personalul care activează în aceste sectoare [33; 34; 38]. O retrospectivă asupra lor, ne ajută să sesizăm mai bine similitudinile și diferențele dintre ele:

1. Cosmetica

În înțelesul clasic, cosmetica este o ramură a industriei farmaceutice, care se ocupă cu fabricarea produselor cosmetice: produselor de îngrijire a pielii, părului și unghiilor [33; 40].

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 Republica Moldova, competențele în această sferă pot fi obținute în instituțiile de învățământ profesional-tehnic.

Meseria obținută: cosmetician sau tehnician cosmetică.

Instituții prestatoare: frizerii, cabinete de frumusețe, saloane de frumusețe, saloane de tatuaje, SPA saloane [38].

Activitatea în acest domeniu este reglementată de către următoarele acte și documente juridice [38]:

1) Nomenclatorul domeniilor de formare profesională al specialităților și calificărilor pentru învățământul profesional tehnic postsecundar și postsecundar non-terțiar din Republica Moldova, 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 [41];

2) Clasificatorul ocupațiilor din Republica Moldova, aprobat prin ordinul Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei 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) [42];

3) Regulamentul cu privire la formarea continuă a adulților din RM, aprobat prin Hotărâre de Guvern în anul 2017 [43];

4) Codul Educației al RM, aprobat de Parlament în anul 2014 [44].

Cele mai importante competențe profesionale ale cosmeticianului sunt [33; 34; 38; 40; 45]:

- 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) extensii (gene, păr, unghii);
- e) cabină de bronzat (solar);
- f) proceduri cu apă (SPA, băi termale, împachetări cu plante, aplicații cu alge și nămol etc.);
- g) masaj non-medical (de relaxare, de înviorare);
- h) diverse măști non-medicale (hidratante, emoliente, nutritive, calmante, tonice, cu argilă);
- i) găuri în urechi cu pistolul (pentru cercei);
- j) alte forme de piercing (corporal, oral, genital);
- k) epilare (cu creme depilatoare, cu ceară, cu zahăr);
- l) tatuaje temporare sau permanente (ornamentale, sexuale, religioase, culturale etc.);
- m) alte intervenții de îngrijire și înfrumusețare cu caracter non-medical.

2. Cosmetologia

Cosmetologia este o ramură a dermatologiei care are drept scop întreținerea corpului omenesc prin metode mini-invazive de înfrumusețare și tratament.

Studiile medicale superioare sunt obligatorii. În Republica Moldova, 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. Pentru absolvenții facultăților de medicină, fără internatură sau rezidențiat în dermatovenerologie, dar cu pregătire postuniversitară în alte specialități: a) studii în secundariat clinic (până în anul 2016), specializarea dermato-cosmetologie sau b) studii complementare pentru obținerea competențelor în dermato-cosmetologie (începând cu anul 2018).

Profesia obținută: dermatolog estetician sau dermato-cosmetolog.

Instituții prestatoare: cabinete medicale, centre medicale, spitale, clinici [33; 34; 38].

Activitatea în acest domeniu este reglementată de către următoarele acte și documente juridice [38]:

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 [46];

2) Codul Educației al Republicii Moldova, aprobat de Parlament în anul 2014: art.121 [44];

3) Clasificatorul ocupațiilor din Republica Moldova, aprobat prin ordinul Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei 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) [42];

4) Nomenclatorul specialităților pentru pregătirea postuniversitară prin studii de rezidențiat (specialitatea dermatovenerologie), aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova în anul 2015 [47];

5) Regulamentul cu privire la formarea continuă a adulților, aprobat prin Hotărâre de Guvern în anul 2017 [43];

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 Ministerului Sănătății [48], respectiv prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale în anul 2017 [49];

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

Cele mai importante competențe profesionale ale dermato-cosmetologului sunt:

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

b) curățarea mecanică a feței (extracția coșurilor/comedoanelor în acnee pre-inflamatorie);

c) alte forme de curățare a feței (galvanică, cu ultrasunete);

d) măști curative (de exfoliere, antiseboreice, antiacneice, anticu-perozice etc.);

e) epilarea (electro-, cu laser, cu IPL);

f) cure cu ultraviolete artificiale (PUVA-terapie);

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

h) peeling mecanic superficial (microdermabraziunea cu microcristale de oxid de aluminiu) și profund (dermabraziunea cu perie electrică, abrazivă sau cu microparticule de diamant);

i) cauterizarea (chimiocauterizare, diatermocauterizare, electrocauterizare, radiocauterizare, laserocauterizare);

j) criodistrucția (cu azot lichid, cu zăpadă carbonică);

k) mesoterapia (microinjecții cu substanțe homeopate sau vitamine în stratul mijlociu al pielii);

l) microneedling sau dermaroller (inducția de colagen);

m) fillere, injecții cu acid hialuronic, injecții cu toxină botulinică;

n) biorevitalizare, plazmolifting cutanat;

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) blefaroplastia fără bisturiu (non-ablativă, cu plasmă);

r) lipoliza non-chirurgicală (chimică, cu ultrasunete, oscilantă);

s) lifting-ul non-chirurgical (fără incizie – suspendat sau ancorat);

t) implantul de păr (metoda STRIP, metoda FUE);

u) alte intervenții mini-invazive medicale și/sau de înfrumusețare.

În funcție de circumstanțe, unele proceduri/manopere non-injectabile, respectiv non-invazive pot fi realizate/efectuate de către absolvenții Colegiilor de Medicină, la indicația și sub supravegherea strictă a medicului [33; 34; 38; 40; 45].

Așadar, calificarea “cosmetolog” poate fi atribuită doar unui specialist cu studii superioare în medicină, iar genul de activitate “cosmetologia” este admis 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 [38].

Apropo, sintagma “curs în domeniul cosmetologiei”, utilizată de către administrația școlilor din învățământul profesional-tehnic, este inoportună și abuzivă. Perfecționările de scurtă durată, în baza unor școli de meserii, permit obținerea calificării cosmetician (tehnician cosmetică). Această meserie nu permite, însă, accesul la practicarea unor manopere/proceduri de tratament, atribuțiile respective ținând, așa cum am menționat mai sus, de competența medicului dermato-cosmetolog.

După cum observăm, cosmetica înseamnă îngrijire și înfrumusețare, iar cosmetologia – înfrumusețare și tratare. 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”.

3. Chirurgia estetică

Dermatologia, însă, nu are “monopol” asupra esteticului, asupra frumosului. Există o sumedenie de alte specialități, derivate în marea lor parte din chirurgie, care de asemenea sunt preocupate de estetica biologică [33; 34].

Chirurgia estetică este un compartiment medical de activitate, care are drept scop acordarea unor servicii de înfrumusețare și tratament prin metode invazive.

Studiile medicale superioare sunt obligatorii. În Republica Moldova, competențele în acest sector pot fi obținute în USMF “Nicolae

Testemițanu”, facultatea de medicină (domeniul de formare profesională inițială Medicină generală) și/sau Stomatologie, apoi studii postuniversitare prin internatură (până în anul 1992) și rezidențiat (începând cu anul 1993). Pentru absolvenții facultăților de medicină, fără internatură sau rezidențiat în chirurgie și stomatologie, dar cu pregătire postuniversitară în alte specialități: a) secundariat clinic (până în anul 2016) în profil chirurgical – chirurgie generală, chirurgie plastică și reconstructivă, microchirurgie, chirurgie oro-maxilo-facială, chirurgie vasculară, oto-rino-laringologie, oftalmologie, oncologie, ortopedie și traumatologie, combustiologie sau b) studii complementare pentru obținerea competențelor în medicina estetică invazivă (Regulamentul este în curs de elaborare).

Profesia obținută: chirurg estetician sau chirurg plastician.

Instituții prestatoare: centre medicale, spitale, clinici [38].

Activitatea în acest domeniu este reglementată de către următoarele acte și documente juridice [38]:

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 [46];

2) Codul Educației al Republicii Moldova, aprobat de Parlament în anul 2014: art.121 [44];

3) Clasificatorul ocupațiilor din Republica Moldova, aprobat prin ordinul Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei 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) [42];

4) Nomenclatorul specialităților pentru pregătirea postuniversitară prin studii de rezidențiat (profil chirurgical), aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova în anul 2015 [47];

5) Regulamentul cu privire la formarea continuă a adulților, aprobat prin Hotărâre de Guvern în anul 2017 [43].

Cele mai importante competențe profesionale ale chirurgului estetician sunt [33; 34; 38]:

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, torso-plastia, 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 cutanate profunde (hipodermă, țesut muscular etc.);

i) reconstrucția degetelor (sindactilia, boala Dupuytren);

j) alte intervenții plastice și/sau de înfrumusețare.

Considerațiuni finale

Cele comentate mai sus ne demonstrează că medicina estetică nu este un mit, ci o realitate, un domeniu interdisciplinar vast, rentabil și atractiv atât pentru dermatologi, cât și pentru alți medici specialiști [2].

Uneori, din păcate, pot fi întâlniți și așa ziși cosmetologi fără studii superioare medicale sau cu studii superioare medicale, dar fără studii medicale postuniversitare și fără dovadă de activitate în domeniu. Drept confirmare este raportul Comisiei de evaluare a corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermato-cosmetologiei. Conform acestuia, în anul 2017 au fost depuse pentru expertiză 91 de dosare [51].

Modul de certificare al solicitanților a fost efectuat conform criteriilor aprobate prin Ordinul nr.129 P§5 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 [48].

Astfel, conform p.11-1 (unsprezece prim) al acestei anexe, s-a decis:

- certificare implicită – 50 persoane, dintre care 44 medici dermatovenerologi și 6 medici cu studii postuniversitare în domeniul de formare profesională 0912 Medicină, care dețin 300 și peste de credite EMC (educație medicală continuă) în dermato-cosmetologie;
- recomandat studii complementare pentru obținerea competențelor în dermato-cosmetologie, în volum de 508 ore – 26 medici cu studii postuniversitare în domeniul de formare profesională 0912 Medicină, care dețin mai puțin de 300 de credite EMC (educație medicală continuă) în dermato-cosmetologie;
- recomandat studii prin rezidențiat, pe bază de contract cu taxă de studii, în specialitatea Dermatovenerologie – 4 medici fără studii medicale postuniversitare, dar cu dovadă de activitate în domeniu;
- dosare respinse – 11 persoane, dintre care 2 subiecți fără studii superioare medicale, 3 – cu studii superioare medicale, dar fără studii medicale postuniversitare și fără dovadă de activitate în domeniu, 6 – cu studii superioare medicale și cu studii medicale postuniversitare (altele decât dermatovenerologia), dar fără dovadă de activitate în domeniu.

După cum observăm, în sistemul ocrotirii sănătății din Republica Moldova, medicina estetică nu are încă un statut cert. 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), persistența unui șir de probleme. Spre 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 în care activează pe post de dermato-cosmetologi: a) medici fără studii în internatură, rezidențiat sau secundariat; b) medici de alt profil (medicină de urgență, neurologie, medicină de familie) fără competențe în dermato-cosmetologie; c) specialiști fără studii medicale superioare (biologi, chimiști etc.);

3. Existența unor centre/clinici de estetică în care activează dermato-cosmetologi care nu sunt evaluați profesional, nu se prezintă niciodată în Comisia de atestare a Ministerului Sănătății.

Concluzii

În contextul celor comentate mai sus, considerăm oportună consolidarea eforturilor în vederea optimizării serviciilor de medicină estetică din Republica Moldova.

Fortificarea capacităților de management va fi un imbold pentru sporirea calității actului medical în cele două domenii de referință: medicina estetică mini-invazivă (dermato-cosmetologie) și medicina estetică invazivă (chirurgie estetică).

Referințe

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, 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. 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.
28. 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.

29. Kuechel M.C. Aesthetic Medicine: Practicing for Success. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, 382 p.

30. Nedelciuc B., Dumbrăveanu I., Cardaniuc C. Tehnologiile informaționale în medicină. Revista "Curierul Medical", Vol. 59, No 3, Iunie 2016, p. 27.

31. Health & Beauty Online Journal, revistă online de sănătate și frumusețe. Director editorial: Nedelciuc B., locație website: e-dermatologie.md.

32. Nedelciuc B. Postul Eu TV, Chișinău. Emisiunea 903 din 28.09.2009. Subiectul abordat: Sindromul seboreic. Locație: <https://www.youtube.com/watch?v=KA9clEfJaFU>.

33. 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.

34. Неделчук Б., Бещиу 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.

35. Nedelciuc B. Postul Realitatea TV, Chișinău. Emisiunea Realitatea azi din 11.04.2017. Subiectul abordat: Regulament pentru cosmetologi. Locație: <https://www.youtube.com/watch?v=V-LC3-dBoEf8>.

36. Dispoziția MS nr.48d din 31.01.2017 Cu privire la instituirea grupului de lucru privind evaluarea serviciului de cosmetică și medicină estetică.

37. Ordinul MS nr.477 din 15.06.2017 Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind reglementarea activității în domeniul dermatocosmetologiei.

38. 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, 14.07.2015.

39. Ordinul MS nr.608 din 20.07.2017 Cu privire la organizarea evaluării corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermatocosmetologiei.

40. Popovici A. Dermatofarmacie și cosmetologie, București, Editura medicală, 1982, 268 p.

41. 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.

42. 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.

43. 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.

44. 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.

45. Hârjău V., Lupuleasa D., Dumitrescu A.M. Dermocosmetologie, Iași, Editura Polirom, 1998, 206 p.

46. 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. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, Nr.101-103, art. nr.476, Chișinău, 29.07.2005.

47. 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.

48. 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.

49. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al RM 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 dermatocosmetologiei. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, Nr.411-420, art. nr.2041, Chișinău, 24.11.2017.

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. Procesul verbal nr.2 al ședinței Comisiei de evaluare a corespunderii competențelor profesionale ale personalului medical care activează în domeniul dermato-cosmetologiei, Raportul comisiei, Chișinău, 28.11.2017.

Capitolul 2

Dermatologie estetică

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc¹, Conf. univ. Dr. Mircea Bețiu¹,
Conf. univ. Dr. Vladislav Gogu¹, Asist. univ. Vasile Țâbârnă¹,
Dr. Ana Nedelciuc²

¹Catedra de dermatovenerologie,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae
Testemițanu” din Republica Moldova

²Centrul Weyergans High Care Cosmetics, Moldova

Seboreea

▪ Definiție

Seboreea (în traducere din limba greacă – scurgere de sebum) este o stare patologică a complexului pilo-sebaceu, caracteristica de bază a căreia este producția crescută de sebum și / sau evacuarea defectuoasă a acestuia la suprafața pielii.

▪ Etiopatogenie

Hipersecreția sebacee are la origine un dezechilibru hormonal. Androgenii secretați de testicule la bărbați (5-7 mg/24 ore) și de ovare la femei (0,08-0,1mg/24 ore), de corticosuprarenale la ambele sexe (0,25-0,5 mg/24 ore), au drept țintă glandele sebacee, care în majoritatea cazurilor își varsă excretul în infundibul. Până la pubertate glandele sebacee sunt prost diferențiate, cu excepția perioadei intranatale și postnatale, când activitatea și mărimea lor crește 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 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 autodezinfectie 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.

Tot aici 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.

- Simptomatologie

Seboreea se împarte în 2 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 / diminuată a acestuia la suprafața pielii. Și

acest lucru se datorează hiperkeratinizării 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 2 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 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 (mili-um) 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 hiperkeratinizarea zonei respective și asocierea de floră microbiană secundară duc la prefigurarea stadiului următor al sindromului seboreic – acneea vulgară.

Acneea vulgară

▪ Generalități

A vorbi despre acneea vulgară (AV) înseamnă a aborda problema sub 3 aspecte / 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.

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.

c) Juridică (cine trebuie să trateze AV și în ce condiții?). Acest aspect / această dimensiune rezultă din primele 2 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?

- 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 ani (așa zisa acnee fiziologică sau hiperandrogenism fiziologic).

- Etiopatogenie

La începutul sec. XX, AV era tratată unilateral, fiind considerată o formă superficială sau profundă de piodermie. Dar nu peste mult timp apărură 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 keratinizare la nivelul complexului pilo-sebaceu, iar în ultimii 10-20 de ani a fost demonstrată semnificația și importanța dereglărilor metabolice și imune în patogenia bolii.

Așadar, cele mai importante verigi etiopatogenice ale AV sunt:

1. Dezechilibrul endocrin. Cel mai important hormon proacneic este dihidrotestosteronul (DHT), care rezultă din acțiunea 5-a-reductazei asupra testosteronului. 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. Apropo, 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 plasmatice ale prolactinei și STH (HST). Intervenția factorului hormonal a fost sugerată și de agravarea premenstruală a acneei.

2. Hiperkeratoza foliculară. Retenția materialului keratinic în ductul sebaceu este prima modificare histologică și poartă denumirea de microcomedon. Clinic acest stadiu este invizibil. A doua modificare este înaintarea burbionului keratinic în infundibul. Apare prima leziune vizibilă – comedonul închis. Ulterior comedonul închis poate evolua pe 2 căi: 1) dezvoltarea unui comedon deschis; 2) rupturi intradermale însoțite de leziuni inflamatorii. În mod normal, procesul de keratinizare 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 keratină în geneza AV. Astfel, matricea comedonului este compusă din K6, K16 și K17.

3. Factorul microbial. Convențional, foliculul pilo-sebaceu poate fi împărțită în 2 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: *Propionbacterium acnes* (fost *Corynebacterium acnes*), *Pityrosporum ovale*. În patogenia AV mai intervin *St. aureus*, *St. haemolyticus*, 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 keratinic în exterior sub acțiunea bacteriilor de la suprafața pielii. Cu cât secerția sebacee este mai abundentă și gradul de keratinizare 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 consecință a hiperactivității complexului pilo-sebaceu. 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 (pustulizarea acneei) reacțiile de hipersensibilizare se accentuează. Mai târziu, în urma unui stimul antigenic îndelungat și invaziei ma-

sive 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 interleukine (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.

▪ Simptomatologie

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 2 grupe mari:

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 (acne fulminans); c) în funcție de vârstă: acnee neonatală (imediat după naștere), acnee infantilă (după primele săptămâni de viață), acnee copilăriei (după vârsta de 2 ani), acnee polimorfă juvenilă (la adolescenți), acnee adultului.

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, post traumatică 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 iatro-

geni: acnee cosmetică/peribucală; acnee la steroizi, tuberculostatice, antidepresante 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 2 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 (regiunea 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 patogenic 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 keratinic 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, acnea 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, osteomieliță 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:

a) Hormonale. Pot fi constatate următoarele modificări: creșterea titrului androgenilor serici sau plasmatici; creșterea raportului androgeni + progesteron versus estrogeni; creșterea excreției de 17-cetosteroidi; 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 pilo-sebaceu 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 (fracțiunile $\alpha 1$, $\alpha 2$, β , γ , proteine totale, albumina, globulina); testarea metabolismului lipidic (colesterol, trigliceride, acizi grași liberi, β lipoproteina, lipaza serică); testarea metabolismului glucidic (glucoza sanguină 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 intradermreașii (IDR) în scopul evidențierii unei eventuale hipersensibilizări la alergenii microbieni (stafilococi, streptococi 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 tubu-

lui 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).

- Tendințe contemporane în evoluția AV

Creșterea numărului de adresări primare la medicii de familie și în saloanele de frumusețe.

Adresabilitatea tot mai mare a băieților / bărbaților.

Creșterea numărului cazurilor de acnee tardivă, predominant în rândul fetelor / femeilor.

Creșterea numărului cazurilor cu mai multe asocieri morbide: acnee tardivă + alte manifestări de hiper-androgenism (hirsutism, alopecie androgenică).

Mărirea numărului de efecte adverse, în special după îngrijiri / manopere cosmetice.

Amplificarea retinoidofobiei în rândul pacienților, dar mai ales în rândul medicilor.

Creșterea numărului cazurilor de polipragmazie și, drept urmare, ineficiența tratamentelor sistemice.

Creșterea rolului dietei, regimului alimentar în complexul de măsuri antiacneice.

Creșterea numărului cazurilor de anxietate și depresie, în rândul femeilor cu acnee tardivă.

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:

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

b) Șampoane cu piritionat de zinc, ketoconazol, 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 prodeboreice & proacneice (dulciuri, paste făinoase, grăsimi animale, alimente picante) etc.
- Iar în AV, cele mai importante direcții terapeutice sunt:
- a) Combaterea hipersecreției sebacee – antiandrogenii majori (acetat de ciproteron + etinilestardiol) și minori (cimetidina, dexametazona, spironolactona); retinoizii (acidul 13-cis retinoic);
 - b) Combaterea hiperkeratozei foliculare – retinoizii (acidul 13-cis retinoic);
 - c) Combaterea florei microbiene și reducerea inflamației – ciclilinele (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);
 - 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 & dermatochirurgie – peeling, plasmolifting, dermabraziuni, excizii chirurgicale, injecții locale cu collagen, camuflaj cosmetic etc.

- Profilaxia seboreei și AV

Determinismul genetic cu expresie metabólico-hormonală impune prevenirea sau depistarea (anticiparea) manifestărilor seboreice / acneice în primii ani de pubertate. 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.

Rozaceea

- Definiție

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

- Etiopatogenie

Principalii factori, incriminați în declanșarea rozaceei, sunt:

a) neuro-vasculari (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 gastro-intestinală – 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 neuro-vascular existent) etc.

▪ Simptomatologie

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 inflamatorii 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.

▪ Diagnosticul

Diagnosticul clinic nu prezintă dificultăți. Uneori, sunt binevenite următoarele explorări: formula generală a sângelui, testele biochimice și imune, examenul microscopic la Demodex folliculorum, examenul bacteriologic (cu aprecierea sensibilității la antibiotice), explorări gastro-intestinale (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: a) antibiotice (ciclone și macrolide); b) antiparazitare (metronidazol, ivermect-

ină); c) retinoizi (isotretinoin); d) antitrombotice (sulodexide); e) anti-H2-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.

Dermatita / eczema seboreică

▪ Definiție

Dermatita seboreică (sinonime: eczema seboreică, dermatita ariilor sebacee, dermatita pityrosporică) 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.

▪ 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.

▪ Etiopatogenie

Factorul predispozant principal constă în complexul de anomalii structurale și funcționale care caracterizează statusul seboreic. 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, diskeratozic, 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 copii 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 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 keratinizării. La indivizi predispuși pusele 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 hipercornificare

sau hiperkeratinizare 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 coccică = 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 exudație 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.

- Simptomatologie

1. Dermatita / eczema seboreică a adultului.

Tabloul clinic diferă 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.

La inspecție, pielea este lucioasă, de 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

dilate. Prin palpare și ștergerea digitală a suprafețelor afectate, se evidențiază stratul grăos 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) Pityriasis capitis simplex, supranumit în popor și mătreață uscată. Clinic se manifestă prin descuamare furfuracee (albicioasă).

b) Pityriasis steatoid, supranumit în popor și mătreață grasă. Clinic se manifestă prin descuamare lamelară (onctuoasă / ceroasă).

c) Pityriasis amiantacea, supranumit în popor și mătreață în “depozite de azbest”. Clinic se manifestă prin descuamare 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 seboreica”), și la nivelul gâtului, și în pliul retroauricular sau preauricular, unde deseori pot apărea fisuri.

Cazurile grave sau cronice pot determina alopecie difuză, alo-

pecie 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, 3 dintre care sunt mai des întâlnite / confundate: 1) Mătreață = pityriazis capitis simplex (un singur semn clinic: descuamarea); 2) Dermatită / eczemă seboreică (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 ase-

mănătoare 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, ano-genital), leziunile mimează un intertrigo – eritem prost delimitat, umed, acoperit de scuame-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 acneea 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: hormonale, biochimice, imunologice, alergologice, bacteriologice etc. Alte explorări utile: testele generale (sânge, urină, coprologie), investigarea tubului digestiv, tricograma, testele psihologice etc.

- Tratamentul 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 sodiu, sulfat de magneziu, plasmol) și antihistaminicele (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), antipityrosporigice (itraconazol), antiprotozoice (metronidazol), antiandrogenice (acetat de ciproteron + etinilestradiol), remedii lipotrope (acid lipoic, metionină), vitamine (A, B6, C, E), minerale (zinc, sulf, magneziu, seleniu).

▪ Tratatamentul 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, tанинă, rivanol. Recent, se folosesc cu succes topicile antiexudative sub formă de spray: 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 keratolitic. În caz de necesitate, putem apela la produse combinate cu steroizi (Sulfocorton, Diprosalic) 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 2 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 (Keracnyl, cremă 0,5%; Sabal, șampon 2%) și tiosalicilatul de zinc (Kertyol, șampon 0,75%;

Triazol, șampon 0,2%); pirytionatul de zinc (Skin-Cap, cremă și aerosol 0,2%, șampon 1%; Freederm, șampon 2%); inhibitorii calcineurinei: tacrolimus, pimecrolimus (Elidel cremă 1%); sulfatul de seleniu (Selsun, Selegel, șampon Selsun Blu); 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 (Lithioderm) cu acțiune antiinflamatoare și probabil antibacteriană; preparate cu sulf, ihtiol, gudron; ketoconazolul (Ketoderm, Nizoral) rămâne un remediu de referință în tratamentul dermatitei / eczemei seboreice, fazele subacute și cronice.

Alopecia androgenică

▪ Generalități

Un atribut important al frumuseții este părul. Prin volum, culoare, calitate, strălucire și coafură omul modern încearcă să-l înnobleze, 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.

▪ 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 ani, uneori mai devreme.

▪ 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 cortico-hipofizo-gonadotrop, expresia acestei hiperactivități fiind surplusul de androgeni.

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 2 căi diferite în dependență de ordinea în care acționează 17-alfa-hidroxi-laza 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 activitatea 17-alfa-hidroxi-lazei 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 granulose se produce sub acțiunea FSH. În cursul transferului androgenilor din celulele tecale în cele granulose 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 3 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 hipertrofie.

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 enzimatică (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 hormonală 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.

▪ Simptomatologie

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 androgenică 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.

Există 7 tipuri de pierdere a părului, fiecare dintre ele având caracteristici unice, după cum urmează:

Tipul 1. Se manifestă printr-o pierdere minima 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 aceasta 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 imaginată 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 supra-viețuiește 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 2 tipuri mari de alopecie androgenică la femei:

Tipul I. Alopecie androgenică neînsoțită de modificări endocrine patente. Apare după vârsta de 25 ani și se accentuează după menopauză. În ansamblu, alopecia este de tip difuz. În context, Ludwig descrie 3 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 pozitiv

Deși diagnosticul clinic al AA nu comportă dificultăți, nu constituie o problemă pentru medicul dermatolog, uneori se impun totuși unele investigații paraclinice, destinate atât unei mai corecte descrieri etiopatogenice, cât mai ales unei orientări terapeutice eficiente. Astfel, 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-ketosteroizi;
- b) scăderea excreției de fenolsteroizi (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-glucoronidului, 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 prelungește faza de creștere a foliculului pilos. Posibile reacții adverse: eritem, descumare, 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 2 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 a foliculului pilos.

e) Piritionat de zinc șampon 1-2%. Este dovedit faptul că aceste șampoane pe lângă efectul antiseboreic și antifungic / anti-pitirosporum 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); ZnSO₄+vitamina B₆+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 94TM – 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 deter-

minând 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.

i) O 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 hrănitoare, neutralizează excesul de hormoni androgeni din jurul firelor de păr, reduce inflamația locală și stimulează circulația, adaptându-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 minute înainte se aplică o cremă anestezică, iar tratamentul durează aproximativ 30 min pentru toata suprafața scalpului.

Pentru rezultate rapide și persistente în timp sunt necesare cure de mezoterapie de 2-3 luni (2 ședințe pe lună). Mezoterapia este pe larg indicată după un transplant de păr, ținând cont de efectul antianrogen 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 2 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: cimetidina, spironolactona, dexametazona. 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 3 tipuri de incizii: sagital, cu sensibilitatea cutanată păstrată, cu dezavantajul că cictricia 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 permanente 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 transplantat cu nimic nu se deosebește de celelalte fire, va crește la fel ca părul din zona occipitală fără să mai cadă.

Radiația solară și pielea

▪ Generalități

Soarele este o stea, iar Universul este compus din miliarde de stele. Oamenii au venerat dintotdeauna Soarele. La egiptenii anti-ci, spre 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.

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 minute (latitudinea 41°, luna iunie, miezul zilei). În instituțiile medicale ca sursă de UVA sunt folosite tuburile fluorescente. Grație penetrării atât a epidermului, cât și a dermului, razele UVA produc, în doze optimale, 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. Deoarece mai mult de 90% din UVB sunt oprite de epiderm, dintre care 70% de stratul cornos, formarea keratozelor 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, spre 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 întrebuințate, 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.

Gradul de agresiune actinică depinde de fototipul pielii:

Fototipul 0 – Este reprezentat de albișori: 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, piele foarte deschisă la culoare, ochi albaștri. Aceștia se vor arde întotdeauna, se bronzează foarte greu și nu ajung la un pigment întunecat;

Fototipul 2 – Este reprezentat de persoanele șatene, cu piele deschisă la culoare, care au ochii verzi sau albaștri. Aceștia se bronzează, 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 bronza ușor;

Fototipul 4 – Este reprezentat de persoanele brunete, cu ochi căprui sau negri, care se bronzează 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.

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).

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

▪ Etiopatogenie

Bazaliomul sau epiteliomul bazocelular (EBC) provine din celulele germinative primitive (keratinoblaști) 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.

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 – Glutation-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 – albișorii, 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.

▪ Simptomatologie

EBC poate apărea în orice areal cutanat, exceptând mucoasele, palmele și plantele (deoarece pe aceste teritorii lipsesc foliculii pilo-sebacei). 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 (nevilor pigmentari giganți). Incidența crește după vârsta de 20 de ani, maximumul incidenței fiind între 40-60 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:

a) tegument sensibil la soare – piele, ochi și păr deschise la culoare (fototipul 0, 1 și 2);

b) determinism genetic – prezența a numeroase alunițe, antecedente medicale sau heredo-colaterale de tumori cutanate;

c) arsuri solare grave și repetate, în special înaintea vârstei de 15 ani;

d) obiceiul bronzării artificiale, la solar;

e) fumatul și consumul abuziv de alcool;

f) 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, citodiagnosticul, examenul histopatologic, dermatoscopia computerizată, SIAscopia (spectrofotometria intradermală), biomicroscopia fluorescentă de contact, examenul ultrasonor, microscopia cu laser,

cercetări imunohistochimice 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 este repetată în timpul inter-

venției. 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 a 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.

Un rol deloc neglijabil îl au produsele fotoprotectoare.

Din istoricul fotoprotecției:

1. Fotoprotecție arhaică sau empirică:
 - ▶ Din cele mai vechi timpuri – sec. XIX;
 - ▶ Remedii naturiste – plante, argilă etc.
2. Fotoprotecție clasică:
 - ▶ Sfârșitul sec. XIX – sec. XX;
 - ▶ Lanolină, vazelină, salol, chinină, oxid de zinc, dioxid de titan, acid para-amino-benzoic etc.
3. Fotoprotecție inteligentă:

- ▶ Sfârșitul sec. XX – prezent;
- ▶ Nanoparticule + ape termale.

Ce înseamnă fotoprotecție 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 nici într-un caz prelungirea timpului de expunere la soare!

Din alt punct de vedere, trebuie să ținem cont că există o sumedenie de agenți fotosensibilizanți, administrarea cărora, pe cale orală sau topică, poate fi responsabilă de declanșarea unor reacții de fotosensibilizare / fotoagresiune: antimitotice (Methotrexat); antimicotice (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.

Capitolul 3

Metamorfozele frumuseții: rafinament sau vulgaritate?

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc
Catedra de dermatovenerologie,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Introducere

Așa cum am menționat și în capitolul precedent, 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. În context, un atribut important al frumuseții îl constituie pielea, în special tegumentul vizibil, dar și o sumedenie de accesorii, respectiv ornamente, 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 în fața celor care ne înconjoară. A fost, dacă vreți, un fel de poziționare ierarhică în societățile acelor vremuri. Mai târziu, au apărut diverse alte motive – religioase, culturale, sexuale etc.

Picioarele lotus versus încălțăminte cu tocuri

Spre exemplu, în China, începând cu sec. X și până în sec. XX, erau în vogă picioarele lotus. Astfel, curbarea forțată a labelor picioarelor era considerată un etalon important al frumuseții și sexualității feminine. Este adevărat, prețul plătit pentru o asemenea plăcere era

mare: dislocarea articulațiilor, frângerea oaselor, alterări ale stării de sănătate psihică.

Începând cu jumătatea a doua a sec. XX, picioarele Lotus au pierdut din importanță, semnificație, frumusețea picioarelor fiind evidențiată de încălțăminte cu tocuri înalte. Obiceiul a devenit atât de popular, încât s-a răspândit repede pe tot mapamondul. De la 2-3 cm până la 15-20 cm, tocurele înalte au devenit un element indispensabil pentru femeia contemporană. Dincolo de eleganța și rafinamentul acestora, purtarea unei astfel de încălțăminte nu este lipsită de probleme: dureri de glezne și genunchi, înclinarea înainte a pelvisului, dereglări de ciclu menstrual, infertilitate, dureri cronice de spate și cap.

Corsetele versus silueta manechină

Un alt capriciu al frumuseții a fost silueta clepsidră, populară în Europa și America, din sec. XVI și până în prima jumătate a sec. XX. Purtarea corsetelor din os de balenă sau oțel era o plăcere scumpă, dar și periculoasă: deformarea sau chiar fisurarea coastelor, presiune periculoasă asupra abdomenului, funcție digestivă și respiratorie dereglată, probleme de sarcină, avorturi spontane.

În goana exagerată după forme ideale, astăzi s-a ajuns la silueta manechină. Vrând să imite marele vedete din lumea modei, tot mai multe tinere cad pradă acestui trend, deloc sănătos pentru femei, în special pentru o viitoare mamă: alimentație dezechilibrată, înfometare până la anorexie, grave dereglări metabolice și imune, fragilitatea dinților, părului și a unghiilor, crize de depresie, uneori până la suicid.

Farfuriile din lut la nivelul buzelor versus piercing-ul buzelor

De la picioare și siluetă să trecem la buze. Astfel, în Etiopia, din vremuri de demult și până în prezent, există o comunitate etnică, tribul Mursi, obiceiul cărora constă în fixarea, prin perforare, a unei farfurii din lut la nivelul buzei inferioare. Cu anii, diametrul farfuriei devine tot mai mare. Cu regret, există și inconveniențe, respectiv

riscuri: distrugerea dinților inferiori până la absența acestora, dificultăți de mișcare și exprimare verbală.

Spre deosebire de purtatul farfuriilor în buze, tinerii de astăzi, în special cei rebeli, non-conformiști, au găsit o altă soluție – piercing-ul buzelor. Realizată în condiții antiseptice, procedura poate avea numeroase riscuri: pericolul contractării unor virusuri (hepatită, SIDA), reacții alergice la metalele implantate, suprainfectări bacteriene. De asemenea, putem menționa unele dificultăți de îngrijire a cavității bucale, incomodități în timpul alimentării, sărutului etc.

Alungirea gâtului cu spirale versus lipoaspirația și/sau liftingul gâtului

Următorul “punct de destinație” îl constituie gâtul. Din vremuri de demult și până astăzi, în tribul Padaung din Tailanda se practică un obicei ciudat, care constă în alungirea gâtului cu spirale din alamă. Procedura începe în fragedă copilărie (5-7 ani), numărul inelelor fiind în creștere la fiecare 3-5 ani. În realitate, inelele nu lungesc gâtul. Totul nu este decât o iluzie din cauza deformării claviculelor și coastelor de sus. Frecvent, se constată atrofierea mușchilor gâtului, dificultăți de mișcare și vorbire.

Spre deosebire de femeile tribului Padaung, doamnele și domnișoarele zilelor noastre apelează la alte metode de punere în evidență a frumuseții gâtului. Una dintre ele este lipoaspirația și/sau liftingul gâtului. Intervenția necesită anestezie generală, existând evident și riscuri: infecții sau alergii secundare. În context, femeile trebuie să cunoască un lucru – procedurile cu incizie pot lăsa cicatrice, cele cu aspirație – nu. Apropo, operația nu modifică lungimea gâtului – totul nu este decât o iluzie din cauza îndepărtării grăsimii în exces (liposucție) și/sau pielii în exces, respectiv musculaturii hipotone (lifting).

Peruca Marie-Antoinette versus perucile contemporane

O altă preocupare majoră, în special pentru doamne, a fost podoba capilară. Spre exemplu, în Franța și Anglia sec. XVII-XIX era

foarte populară peruca Marie-Antoinette. Având înălțimi mari, până la 50-60 cm, cu bucle sofisticate și pietre prețioase, peruca “bigwig” era un semn de avuție și aristocrație. Dincolo de noblețea beneficiarilor, din cauza portului îndelungat, erau frecvente cazuri de infestare cu paraziți – păduchi și chiar șoareci.

Astăzi, o tendință asemănătoare se observă în rândul reprezentantelor din showbiz. Gama largă de păr uman și artificial, culori și lungimi au făcut ca perucile mari să fie în vogă pe toate continentele. Volumul conferă stil, înălțimea – monumentalitate. Uneori, se constată disconfort la purtare. Alteori, se observă reacții alergice la substanțele chimice folosite pentru colorare.

Discurile din lemn sau lut în lobii urechilor versus cerceii tip candelabru

Vorbind despre păr, nu putem trece cu vederea urechile. Astfel, din vremuri de demult și până în prezent, bărbații tribului Rikbaktsa din Brazilia, respectiv femeile tribului Surma din Etiopia practică un obicei care constă în fixarea, prin perforare, a unor discuri din lemn, respectiv din lut în lobii urechilor. Pentru amazonieni, ritualul marchează trecerea de la adolescență la maturitate. Pentru africani este un simbol al frumuseții și atracției sexuale. Realizată în condiții antiseptice, procedura poate deveni riscantă pentru sănătate.

Prin comparație, astăzi frumusețea urechilor este evidențiată prin alte accesorii: cerceii lungi, tip candelabru, respectiv piercing-ul urechilor. Cerceii reprezintă un accesoriu important în crearea unui stil unic și memorabil. Tradițional aceștia se fixează în lobii urechilor, riscul pentru sănătate fiind minim. Piercing-ul este o formă de exprimare a persoanelor rebele și/sau atipice. Tradițional, pentru realizarea acestuia se perforează cartilajul urechii. Iată de ce uneori pot exista riscuri. Ambele procedee dau expresie feței, evidențiază cultura sau incultura unei persoane, sustrag atenția de la unele defecte.

Dinții de prădător versus bijuteriile dentare

Un alt aspect al frumuseții feminine îl constituie dinții. Din vre-

muri străvechi și până la începutul sec. XX, a existat, în Filipine, la membrii tribului Bagobo, un obicei bizar care prevedea pilirea dinților cu instrumente rudimentare, având drept scop obținerea unor dinți ascuțiți, numiți și “dinți de prădător”. Fiind un act invaziv, dureros și îndelungat, existau numeroase riscuri: traumatisme dentare și maxilare, infecții în cavitatea bucală.

Mult mai simplă și inofensivă este procedura contemporană de înfrumusețare a dinților cu bijuterii dentare. Lipirea bijuteriilor se realizează cu ajutorul unui adeziv special. Marea varietate de pietre, prețioase și neprețioase, gama vastă de culori și mărimi au determinat popularitatea acestui procedeu în rândul tinerilor, în special în rândul fetelor. Oricum, un lucru nu trebuie uitat: igiena orală precară poate dăuna accesoriilor.

Machiajul Geisha versus make-up – ul artistic

Dar iată că am ajuns și la estetica feței. În context, putem menționa următoarele: începând cu sec. XVI-XVII și până în prezent, în Japonia, există o tradiție veche de albire a feței, numită machiajul Geisha. Specifică damelor de companie, machiajul Geisha era indispensabil ritualului preparării și servirii ceaiului, de asemenea în cadrul unor evenimente artistice – poezie, pictură, dans, cântec. Anonimatul, misterul și seducția erau punctele forte ale unei Geisha. Gheishele nu erau prostituate, însă existau și geishe de băi care practicau această meserie. În trecut, machiajul era foarte toxic, fiind compus din orez lipicios, plumb, mercur etc.

Începând cu jumătatea a doua a sec. XX, de un enorm succes, pe toate meridianele globului, se bucură white make-up – ul artistic. Este vorba despre o metodă contemporană de albire a feței, specifică persoanelor din domeniul artelor – circ, teatru, film etc. Se bucură de succes și în rândul tinerilor, în special cu ocazia unor petreceri, sărbători – revelion, Halloween. Machiajul transformă fața într-o pânză albă de tablou pe care poți desena și crea orice-ți pofteste imaginația. Cu regret, uneori, pot fi observate reacții alergice la substanțele componente – glicerină, ceară sintetică, dioxid de titan, amidon etc.

Oamenii roșii versus Chocolate Body Art

O altă metodă veche de înfrumusețare, practică din vremuri de demult și până astăzi, o reprezintă acoperirea pielii cu un amestec de grăsime animalieră și argilă roșie – ocru. “Oamenii roșii”, așa sunt numite femeile care practică acest exercițiu, locuiesc în Namibia, tribul Himba. Amestecul amintit mai sus protejează pielea de paraziți, dar și de radiația solară abundentă. Femeile Himba nu fac niciodată duș, iar pentru înlăturarea mirosurilor neplăcute se afumă cu ierburi aromatice.

Astăzi, o procedură oarecum similară poate fi considerată Chocolate Body Art. Este vorba despre o metodă modernă de îngrijire a pielii, care constă în acoperirea tegumentului cu un amestec de zahăr, apă, cacao, acid citric, unt de shea sau cocos, ulei de măsline, vanilie etc. Dar iată și beneficiile acestei proceduri – conferă pielii suplețe și elasticitate, combate ridurile și vergeturile. De asemenea, relaxează, combate stresul, unele rețete având și acțiune afrodisiacă.

Tatuajul tribal versus Tattoo Art

În continuare vom vorbi despre tatuajul tribal – una dintre cele mai vechi și mai răspândite metode de înfrumusețare a corpului omenesc, atât la bărbați, cât și la femei. Tradiția este întâlnită la multe popoare și grupuri etnice. Se presupune că primii care au adoptat această cultură au fost triburile din zona ecuatorială (Asia, Africa, America Latină). Ulterior, fenomenul s-a răspândit în tot mai multe țări. La început, acesta se realiza cu ajutorul unor ustensile din os, care aveau aspect de daltă zimțată, iar în calitate de tuș se utilizau coloranți naturali de origine vegetală, riscurile unor suprainfectări și / sau alergii secundare fiind mari.

Astăzi, vremurile s-au schimbat: permanente sau temporare, decorative sau medicale – tatuajele (Tattoo Art) sunt populare pe tot mapamondul, în special în rândul tinerilor, membrilor lumii interlope etc. Tatuajul profesionist amplasează tușul în derm, adică în stratul mijlociu al pielii. Înlăturarea acestuia este dificilă, dar nu imposibilă. Soluția salvatoare o constituie laserul. Uneori, însă, există

pericolul unor cicatrici vicioase inestetice. În cazul nerespectării normelor sanitar-igienice (ace nesterile etc.), cel mai periculos este riscul transmiterii unor infecții grave: hepatite virale (B și C), sifilis, HIV-SIDA etc.

Bronzul natural versus bronzul artificial

În fine, dar nu în cele din urmă, am ajuns la bronzul natural. Expunerea la razele solare este, probabil, una dintre cele mai vechi metode de revigorare și înfrumusețare a corpului omenesc. Din vremuri de demult și până în prezent, pe aproape toate meridianele globului, omul a căutat să profite de beneficiile naturii, bronzul natural al pielii fiind o descoperire firească a strămoșilor noștri. Fiind principala sursă de căldură, lumină și viață, oamenii au venerat dintotdeauna Soarele. La egiptenii antici, spre 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. Cu regret, uneori, din cauza expunerilor abuzive, necontrolate, acesta poate cauza numeroase suferințe, inclusiv dermatoze produse prin fotosensibilizare și/sau fotoagresiune.

Pentru că zilele însorite sunt limitate pe durata unui an calendaristic, a fost inventată cabina de bronzat, frecventarea solarului devenind pentru unii la fel de populară ca și frecventarea salonului de manichiură sau pedichiură. Razele ultraviolete artificiale pot însă fi la fel de periculoase ca și radiația solară naturală. Pentru prevenirea unor consecințe nefaste, se va ține cont de câteva reguli elementare: respectarea timpului de bronzare recomandat pentru fiecare tip de ten, purtarea obligatorie a ochelarilor de protecție, utilizarea, de la caz la caz, a unor produse suplimentare pentru hidratare și/sau foto-protecție.

Post Scriptum

Așadar, istoria nu stă locului. Vremurile se schimbă, năravurile – ba. De-a lungul a zeci, sute și mii de ani, tehnicile de înfrumusețare ale corpului omenesc au evoluat, au căpătat noi dimensiuni. Care

este limita dintre rafinament și vulgaritate este greu de stabilit. Probabil, totul depinde de cultura fiecărui individ, de valorile la care ne raportăm. Dincolo de varia interpretări, un lucru este cert: un etalon universal al frumuseții nu a existat, nu există și nu va exista niciodată. Frumusețea este percepută în limita cunoștințelor noastre, în limita educației noastre și, nu în ultimul rând, în limita unor particularități anatomo-fiziologice. Nu întâmplător, se spune că frumosul este rezultatul unui act senzorial. Ceea ce unuia îi place, altuia este posibil să nu-i placă. Vorba lui Umberto Eco: raportul dintre frumos și urât poate fi inversat, asta depinde de privitor. În ceea ce mă privește, convingerea mea este mai aproape de spusele lui Voltaire: frumusețea adevărată izvorăște din sublim și simplitate.

Capitolul 4

Curiozități din lumea medicală și nu numai

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc
Catedra de dermatovenerologie,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Proiectul Genomul Uman

Proiectul Genomul Uman (The Human Genome Project) a fost un proiect de cercetare științifică internațională [1990-2003], care a avut drept obiectiv principal determinarea secvențelor perechilor de baze chimice care alcătuiesc ADN-ul, respectiv identificarea celor aproximativ 25000 de gene din genomul uman atât fizic, cât și funcțional.

Drumul care a precedat acest proiect a fost lung și anevoios:

anul 1655 – englezul Robert Hooke a studiat în premieră celula la microscop;

anul 1882 – germanul Walther Flemming a descoperit în nucleul celulelor niște bastonașe, pe care le-a numit cromosomi;

anul 1908 – americanul Thomas Morgan a descoperit în interiorul cromosomilor niște particule mici, pe care le-a numit gene;

anul 1944 – americanul Oswald Theodore a demonstrat că toți cromosomii sunt formați din lanțuri ADN;

anul 1948 – americanul Edwin Chargraff a demonstrat că fiecare specie are un tip diferit de ADN;

anul 1952 – englezii J.D. Watson și F. Crick au descoperit că moleculele care formează lanțul ADN sunt aranjate în 2 spirale, care se întrepătrund;

anul 1966 – mai mulți savanți descoperă simultan codul genetic;
anul 1982 – primul hormon obținut genetic (insulina);
anul 1986 – primele experimente de clonare a oilor și vacilor în SUA și Anglia;
anul 1993 – producerea de furaje modificate genetic;
anul 1994 – primele roșii modificate genetic;
anul 1997 – clonarea primului mamifer (oița Dolly) în Anglia, clonarea primelor primare (maimuțe) în SUA;
anii 2001-2002 – primele încercări de clonare umană (Italia, SUA) pe voluntari.

Proiectul a fost finalizat în 2003 prin publicarea secvenței genomului uman. Secvența obținută este considerată ca un bun al întregii umanități și a fost depusă în baza de date Genbank a NCBI (U.S. National Center for Biotechnology Information), fiind liber disponibilă.

Dincolo de importanța științifică, Proiectul Genomul Uman deschide noi oportunități practice așa ca diagnosticarea și tratarea multor maladii – diabet, cancer, boala Parkinson, boala Alzheimer etc.

Sindromul Hugh Hefner

Care este secretul succesului? S-au scris, probabil, în ultimii 100 de ani, mii de pagini la acest capitol. Autori celebri, precum Dale Carnegie sau Napoleon Hill, și încă mulți alții, au tălmăcit, în cărțile lor, pașii pe care trebuie să-i facă un om pentru a cunoaște succesul. Până la urmă, o rețetă universală, unanim acceptată, în această privință, nu există.

Dintr-un punct de vedere, succesul înseamnă muncă, multă muncă. Și, evident, un pic de noroc. Apoi, succesul mai înseamnă răbdare (marile realizări niciodată nu vin peste noapte) și, indiscutabil, perseverență (pentru a-ți atinge scopul, trebuie să faci pași mici, dar siguri, în fiecare zi).

Viață, însă, e plină de surprize. Mai mulți specialiști, analizând comportamentul lui Hugh Hefner, fondator și redactor șef al revistei Playboy Enterprises, au identificat, mai în glumă, mai în serios, ur-

mătoarea formulă a popularității / celebrității.

Care e totuși, în viziunea acestora, secretul succesului? Nimic mai simplu: 1) Înconjurați-vă de persoane de același sex, dar mai puțin atractive / deștepte ca Dvs. Șansele de a ieși în evidență cresc substanțial; 2) Înconjurați-vă de persoane de sex opus de o frumusețe ieșită din comun. Șansele de a atrage atenția cresc spectaculos.

Sindromul Münchhausen

Cine nu a auzit de Münchhausen [1720-1797], baron, soldat și călător german, faimos pentru exagerările din povestirile sale? Drept “răsplată” pentru inventivitatea minciunilor sale, în medicină există o boală care îi poartă numele.

Sindromul Münchhausen (sinonim: patomimie) constă în provocarea, în mod conștient, a unor stări patologice (zgârieturi, răni, arsuri etc.), în urma cărora pacientul solicită consultație sau spitalizare în instituțiile medicale de specialitate. În schimb, atunci când este întrebat despre cele întâmplate, sunt invocate cele mai năstrușnice motive / cauze. Frecvent, implicarea specialiștilor auxiliari, de profil îngust (psihoterapeut sau chiar psihiatru) devine absolut necesară.

La stabilirea diagnosticului, se va ține cont de o altă patologie asemănătoare – delirul dermatozoic sau sindromul Ekbom. Acesta este o psihoză cu implicații cutanate, caracterizată prin afirmația bolnavului că este infestat cu paraziți, pe care îi simte cum se mișcă sub piele. Pacientul acuză parestezii și prurit, cu diverse localizări, în zonele respective existând numeroase leziuni produse prin grataj / scărpinat.

Deseori, pot fi observate semne de iritație cutanată (dermatită iatrogenă), produse de diferite substanțe antiparazitare sau dezinfectante. Uneori, pacienții pot prezenta idei delirante și halucinații tactile sau vizuale.

Copacul în care cresc capre

Arganul, supranumit și „copacul vieții” sau „aurul deșertului”, este un arbust care crește exclusiv în regiunile din sud-vestul Ma-

rocului, iată de ce unii l-au botezat și „măslinul Marocului”. Din semințele fructului de argan se extrage un lichid – celebrul „ulei de Argan”, utilizat din cele mai vechi timpuri de către berberi, băștinașii din arealul geografic respectiv, în diverse domenii – alimentație, cosmetică, tratamentul mai multor boli etc.

Cu timpul, uleiul de Argan a devenit popular pe toate meridienele globului, efectele lui miraculoase (antioxidant, antiinflamator, hidratant, energizant etc.) datorându-se conținutului impresionant de vitamina E și acizi grași esențiali (oleic, alfa-linoleic, palmitic, stearidonic, linoleic și miristic).

Din alt punct de vedere, arganului i se mai spune și „copacul în care cresc capre”. Deoarece vegetația din Maroc este sărăcăcioasă, caprele sunt nevoite să urce în copaci pentru a se alimenta cu frunze și fructe. Păstorii au obiceiul de a urmări cum caprele se mută din copac în copac. Și nu o fac pentru că ar fi curioși, ci din cu totul alte motive.

Așa cum am amintit mai sus, fructele de argan conțin sămburi, pe care însă caprele nu îi pot digera, așa ca îi scuipă. Păstorii stau la baza copacului, adună sămburii sau chiar fecalale caprelor, dacă acestea se încăpățânează să înghită tot fructul, apoi merg și spală “recolta”. După ce au fost curățați, sămburii se usucă, iar din ei se extrage prețiosul ulei de argan.

Dermatita indusă de laptop

Toasted Skin Syndrome (în română: sindromul pielii prăjite), numit de unii autori și Erythema ab igne, reprezintă o iritație roșie-maronie, apărută ca rezultat al expunerii prelungite la temperaturi ridicate, fără să existe o arsură propriu-zisă.

A fost observat, pentru prima dată, la persoanele care lucrează în apropierea unor surse de căldură extremă, precum coșurile locomotivelor, cuptoarele de lemn, sobele cu cărbuni etc., localizările de elecție fiind spatele și fesele.

De asemenea, a fost observat la persoanele care folosesc excesiv cearșafuri sau plapume electrice, iar în ultimii ani, din cauza contac-

tului îndelungat cu laptopul fierbinte (de unde și denumirea atribuită acestui proces – dermatită indusă de laptop), se constată tot mai frecvent la tineri, în special la nivelul regiunii anterioare a coapselor.

Pentru evitarea acestui sindrom, se recomandă întreruperea contactului cu sursa de căldură. În cazuri mai avansate, cu prezența de zone hiperpigmentate și / sau atrofice, tratamentul cu retinoizi topici sau laser poate îmbunătăți aspectul. Ignorarea semnelor clinice amintite mai sus poate avea consecințe nefaste – carcinom cu celule scuamoase, carcinom neuro-endocrin etc.

Ceafa de bizon

“Ceafa de bizon” (sinonime: sindromul Launois-Bensaude, boala Madelung) este o formă circumscrișă, benignă de lipomatoză, caracterizată prin: a) depuneri de grăsime la ceafă (poza din stânga) sau b) la ceafă, pe părțile laterale ale gâtului și sub bărbie (poza din dreapta), depunerile fiind, de obicei, simetrice. Câteodată se întâlnesc c) depuneri și pe partea superioară a toracelui, la rădăcina membrelor superioare.

Obezitatea generală este frecvent asociată. Boala se întâlnește la persoane între 30 și 50 de ani, predominant la bărbați. Factorii favorizanți: comorbidități metabolico-hormonale, neuropatii periferice, alcoolismul cronic etc.

Uneori, “ceafa de bizon” poate indica prezența hipercorticismului – stare patologică indusă de terapia îndelungată cu glucocorticoizi (cortizon, hidrocortizon, prednison, dexametazonă etc.), carcinomul suprarenalian, adenomul suprarenalian sau hipofizar (boala Cushing).

Frecvent, se asociază cu hirsutism (creșterea excesivă a părului), față cu aspect de “lună plină”, sindrom metabolic (obezitate truncală, hipertensiune arterială, diabet zaharat, dislipidemie), osteoporoză, schimbări de personalitate, amenoree sau oligomenoree la femei și impotență sexuală la bărbați.

De asemenea, au fost raportate cazuri de redistribuire a țesutului adipos subcutanat, cu acumularea în exces a grăsimii la nivelul ab-

domeniului și gâtului, după terapii combinate antiretrovirale. Spre exemplu, după utilizarea Indinavirului sau Lamivudinei.

Omul lup

Hipertricoza sau sindromul Ambras (în popor se mai numește și sindromul “omului lup” sau sindromul “vârcolacului”) este o boală genetică rară, manifestată prin creșterea anormală a părului pe zonele cutanate non-androgen dependente (semn important de diferențiere cu hirsutismul, care constă în creșterea anormală a părului pe zonele cutanate androgen dependente).

Cazuri documentate în toată lumea – 40-50, incidența probabilă – între 1 și 10 indivizi la 1 miliard de locuitori ai Terrei. În pofida progresului științific, cauza bolii nu este elucidată complet, la ora actuală luându-se în calcul mai multe ipoteze, cea mai importantă fiind teoria referitor la prezența unor mutații la nivelul cromozomului Xq24-q27.1. Defectul genetic se transmite pe cale autosomal dominantă, dar s-au observat și cazuri cu transmitere autosomal recesivă.

Sub aspect clinic, există a) forma generalizată, atunci când părul crește în exces pe întreg corpul, cu excepția palmelor și plantelor, și b) forma localizată sau circumscrisă, atunci când părul crește în exces doar pe un areal limitat. Formele congenitale se constată la naștere, dar sunt raportate și forme dobândite, mai des de origine medicamentoasă și / sau urmare a unor cancere, dezechilibre metabolico-hormonale etc.

O parte semnificativă a pacienților suferinzi de această patologie provin din zone sărace ale Indiei și Mexicului și nu își permit operații costisitoare cu laser. Unii dintre ei lucrează la circ, alții au primit donații și s-au operat, dar majoritatea spun că s-au resemnat și nu mai încearcă să înlăture părul.

Cine sunt lumbersexualii?

Termenul lumbersexual își are originea în cuvântul “lumberjack”, ceea ce în traducere înseamnă cherestegiu (lumber = cherestea, jack = bărbat). Este vorba despre tăietorii de lemne (în mare parte imi-

granți) din SUA, înainte de 1945, care foloseau, pentru a doborî copaci, doar unelte de mână – topoare, ferăstraie etc. Bărbații căliți într-un astfel de mediu au devenit, cu trecerea anilor, la nivel de cultură populară, un simbol al puterii, masculinității și rezistenței la modernizare.

Astăzi vremurile s-au schimbat, lumbersexualul profilându-se ca o replică la adresa metrosexualului, a bărbatului epilat și parfumat. Profesor sau avocat, doctor sau om de afaceri, broker sau student etc., lumbersexualul abordează un tip de neglijență calculată, principalele trăsături ale acestuia fiind puloverul sau cămășa groasă (în carouri), bocancii, aspectul ușor neîngrijit, tatuajele și desigur barba (pentru că “numai bărbații adevărați au bărbi adevărate”).

În altă ordine de idei, lumbersexualii sunt cei care “merg la război” cu ajutorul dronelor sau flirtează cu femeile prin intermediul rețelelor de socializare.

Și totuși ce este lumbersexualitatea? O nouă identitate culturală (“de criză”) a masculinității?! Se pare că da. O exteriorizare subtilă a laturii androgenice?! Probabil. O redefinire a standardelor de frumusețe bărbătească?! De ce nu? Parodiind aspectele extreme ale heterosexuality, lumbersexualul sugerează că trăsăturile masculine trebuie să-și găsească un loc binemeritat și în sec. XXI.

Din păcate, în goana după trendurile modei, un lucru nu vor să înțeleagă unii bărbați: acest port, această alură nu li se potrivește chiar tuturor.

Omul copac

Despre Dede Koswara, un bărbat din Indonezia, s-au scris și comentat multe. Supranumit “omul copac”, datorită formațiunilor cornoase asemănătoare cu scoarța de copac care cresc continuu pe corpul său, acesta a devenit protagonistul multor reportaje și emisiuni TV.

Totul a început în copilărie, când Dede a căzut în pădure și s-a zgâriat la un genunchi. Nimeni nu a dat atenție acelei zgârieturi. Dar rana nu s-a vindecat mult timp, iar când a început să treacă în locul ei

au apărut negi. Cu timpul, aceștia s-au înmulțit, acoperând tot corpul copilului.

Părinții lui Koswara erau săraci și nu aveau bani pentru a-l duce la medic. Pentru a-și întreține existența, Dede s-a angajat într-un circ ambulant. El trebuia doar să stea cu o tăbliță pe care scria “omul copac” și să atragă publicul. Ulterior, cazul a devenit cunoscut în toată țara, pacientul fiind consultat și operat de nenumărate ori. Dar boala nu a cedat, excrescențele cornoase revenind de fiecare dată.

Astăzi, prin noțiunea “omul copac” se subînțelege o formă severă de epidermodisplazie veruciformă, numită și boala Lewandowsky-Lutz. Este vorba despre un dezechilibru genetic (mutații la nivelul cromozomului 17, genele TMC6 și TMC8), transmis autosomal-recesiv, care predispune la o infecție cronică și persistentă cu HPV sau papilomavirus uman (mai des serotipurile 5, 8 și 14).

Leziunile sunt polimorfe, simetrice, de obicei veruciforme, în special pe zonele fotoexpuse (extremități, față, trunchi). Uneori erupția poate fi generalizată, precum este cazul lui Dede Koswara. Din păcate, la ora actuală un tratament definitiv nu există.

Domnitorul Moldovei și suferințele sale

Istoria medicinei românești, în particular cea din sec. XV-XVIII, este învăluită în mister. S-au păstrat, totuși, documente în care, direct sau indirect, se vorbește despre tratarea multor maladii. După cum relatează, în una dintre publicațiile lor, Șt. Olteanu și Rodica Olteanu, în Evul Mediu, tratarea bolilor cutanate era considerată ca atribuția vracilor (vraci = tămăduitor, medic din popor) și mai puțin a “doftorilor” de la orașe, considerați mai școliți, mai erudiți și, este adevărat, mai puțin accesibili.

De un interes deosebit, s-a bucurat și se bucură în rândul cercetătorilor, dar și al publicului larg, istoria suferințelor lui Ștefan cel Mare. Astfel, se cunoaște că, la curtea domnească de la Suceava, au fost invitați medici venețieni, printre care și bătrânul doctor Matteo Muriano, pentru a trata boala “Măriei Sale”.

Este vorba despre gută (podagră), acompaniată de o ulceratie

cronică post-traumatică, secundară unei răni la nivelul piciorului, căpătată în timpul asediul Chilieii, la 22 iunie 1462, când Ștefan cel Mare “a fost împușcat la glezna stângă cu o pușcă grea de cetate”. Se pare că ulcerarea cronică s-a complicat cu un proces de osteită, favorizat și de existența unui diabet zaharat.

Postelnicul Tudor, la 21 decembrie 1503, a dus o scrisoare de la Ștefan cel Mare dogelui Leonardo Lorendano, cerând alt medic, în care se spunea că “numai mâinile și picioarele nu le poate mișca, dar altfel nu are nimic”. Din descrierile tânărului doctor Hieronimo di Cesena, cel de-al doilea doctor trimis de dogele Veneției, aflăm că “starea sănătății lui Ștefan era critică” iar la 7 decembrie 1503, Leonardo Massari relatează că domnitorul “avea picioarele acoperite cu răni”.

În acea vreme, singurul tratament pentru astfel de leziuni era arderea cu fierul roșu (cauterizarea). Într-un final, cei trei, aflați la căpătâiul lui Ștefan cel Mare (Hieronimo da Cesena, chirurgul evreu al hanului Crimeii și un bărbier din Buda), au decis aplicarea acestuia. În urma procedurii, la aproximativ 2 zile, Ștefan cel Mare moare marți, 2 iulie 1504, la orele 8.30 dimineața.

Boala vikingilor

Boala vikingilor (sinonime: mâna celtică, fibromatoza palmară, contractura Dupuytren) este o afecțiune controversată, caracterizată printr-o hiperplazie fibromatoasă a aponevrozei palmare, urmată de retracția degetelor. Boala are, de obicei, un caracter unilateral.

Incidența globală, cu regret, nu este cunoscută. Conform unor date, numai în Marea Britanie există aproximativ 2 milioane de persoane cu această patologie. Apropo, se spune că printre cei care au suferit de această maladie au fost faimosul premier britanic Margaret Thatcher, dar și celebrul președinte american Ronald Reagan.

În declanșarea afecțiunii intervin mai mulți factori: 1) genetici (în circa 50% din cazuri există antecedente familiale); 2) mecanici (boala se întâlnește mai frecvent la persoanele care-și traumatizează frecvent palmele – fierari, cizmari, tâmplari, perforatori cu ciocan

pneumatic); 3) metabolici (8% din diabetici au această afecțiune) etc.

Debutul este insidios, sub forma unor noduli rotunzi sau fuziformi, fermi și nedureroși, situați pe aponevroza palmară, la baza degetelor IV și V. Progresiv, nodulii se măresc și formează câte o coardă dură dispusă longitudinal, uneori ușor proeminentă. Cele două coarde formate se unesc la jumătatea mâinii. Urmează retracția degetelor, astfel încât cu timpul prima falangă ajunge să atingă palma. Degetul III este și el interesat la aproape jumătate din cazuri, degetul II – numai în cazuri izolate, iar degetul mare nu este afectat niciodată.

Evoluția este cronică, cu agravare progresivă. Uneori, fibromatoza palmară poate fi acompaniată de fibromatoză plantară (sindrom Ledderhose) și / sau diverse alte tipuri de cheloizi (polifibromatoza Touraine).

Copilul pește

Anual, peste 16 mii de copii se nasc cu această afecțiune. Unul dintre ei, Pan Xianhang, un copil din provincia Wenling, estul Chinei, a devenit, în ultima vreme, protagonistul mai multor reportaje TV și online.

Este vorba despre ihtioză, afecțiune genetică caracterizată prin dezvoltarea la nivelul tegumentului a unor scuame uscate, suprapuse, ce amintesc de solzii de pește. Formarea scuamelor se produce pe următoarele căi: a) printr-un defect în formarea keratinei, urmat de creșterea adezivității celulelor stratului cornos (variante normokinetică) sau b) prin accelerarea epidermopoezei, iar în consecință un tranzit mai rapid al celulelor germinative, respectiv un strat cornos imatur (variante hiperkinetică).

Cea mai frecventă formă de ihtioză (aproximativ 95% dintre toate cazurile) se numește ihtioza vulgară. Studii recente evidențiază, în cadrul acesteia, prezența unor mutații genetice ale profilagrinei – precursor al filagrinei, proteină cu rol vital în combaterea pierderii transepidermice de apă (de aici, probabil, asemănarea dintre ihtioză și dermatita atopică).

Transmiterea se produce pe cale autosomal dominantă, iar fenomenele clinice își fac apariția între 1-2 și 4-5 ani. Boala interesează aproape întreaga suprafață cutanată, cu excepția pliurilor mari, palmelor și plantelor. Cu regret, există și forme severe, cu transmitere autosomal recesivă, evoluția fiind imprezizibilă, iar prognosticul rezervat – eritrodermia ihtioziformă, Harlequin Baby, Collodion Baby etc.

Deși la ora actuală nu există niciun tratament definitiv, unele remedii (retinoizii, keratoliticele și emolientele) pot ameliora semnificativ starea pacienților.

Mănușile lui Casal

Acidul nicotinic joacă un rol esențial în reacțiile de oxido-reducere, carența acestuia fiind responsabilă de numeroase simptome: oboseală, lipsa poftei de mâncare, tulburări digestive și psihice etc. Cele mai importante cantități de acid nicotinic se găsesc în carne, pește, ouă, cereale și ciuperci.

Una dintre cele mai cunoscute afecțiuni, cauzată de insuficiența în organism și alimente a acidului nicotinic (sinonime: vitamina B3, vitamina PP – acronim de la “pellagra preventer”), se numește pelagra. Boala se întâlnește în grupurile populaționale care consumă predominant porumb (mămăligă). În trecut (sec. XVIII-XIX, dar și în prima jumătate a sec. XX), maladia făcea adevărate ravagii în țările din sudul și sud-estul Europei – Portugalia, Spania, Italia, Grecia, Bulgaria, Valahia, Moldova etc.

Pelagra se caracterizează prin manifestări cutanate, gastro-intestinale și neuro-psihice, alcătuiind triada celor trei “D”: dermatită, diaree și demență. Unii autori remarcă al patrulea “D”: distrofia. Din fericire, în ultima vreme se constată un singur “D” – dermatită (eritem pelagroid sau pseudopelagră).

Alcoolismul și expunerile necontrolate la soare favorizează instalarea afecțiunii, iar ulterior agravările acesteia. Leziunile cutanate se manifestă prin erupții eritematoase, la început de culoare roșie, apoi roșie-albăstruie, iar în cele din urmă – de nuanță roșie-brună sau

cafeniu-închis. Uneori, arealul afectat este presărat cu puncte purpurice, bule, fisuri și cruste. În fazele avansate, pielea devine uscată, rugoasă, pigmentată și atrofică.

Datorită simetricității procesului cutanat și localizării lui pe părțile descoperite ale corpului (față, decolteu, dosul mâinilor și picioarelor), diferiți autori l-au numit masca lui Casal, colierul lui Casal, mănușile lui Casal, șosetele lui Casal (după numele autorului care a descris pentru prima dată această maladie).

La stabilirea diagnosticului vom ține cont de alte patologii cu topografie, respectiv morfologie asemănătoare: lupusul eritematos, porfirie cutanată tardivă, reticuloidul actinic etc.

Boala vampirilor

Dincolo de aspectele oculte, demonice, care au bântuit mințile oamenilor, vampirii au fost asociați, de-a lungul istoriei, cu diverse boli, suferințe. Spre exemplu, s-a vorbit, la un moment dat, despre o posibilă conexiune dintre vampirism și rabie. Cei afectați de rabie, numită în popor și turbare, sunt extrem de sensibili la lumină (fotofobie) și apă (hidrofobie). La fel ca și în cazul animalelor, bolnavul este agitat și agresiv, încercând să-i muște pe cei de lângă el.

O altă explicație a vampirismului a fost tuberculoza. Bolnavii de oftică au deseori ochii injectați, pielea palidă și rece, hemoptizia (expectorațiile cu sânge) sugerând celor sănătoși că singurul mod în care indivizii în cauză își puteau asigura lichidul vital era acela de a-l lua de la alții.

O ipoteza neobișnuită a fost lansată în 1985 de către biochimistul canadian David Dolphin. Potrivit acestuia, legendele despre vampiri au la bază o suferință ereditară – porfirie eritropoetică. Porfiriile sunt boli cauzate de dereglări în sinteza hemului (componenta neproteică a hemoglobinei), caracterizate prin acumularea în țesuturi a unor substanțe intermediare ale acestei sinteze, porfirinele.

Principalele simptome sunt anemia și fotosensibilitatea. O altă caracteristică bizară a acestei boli este eritrodonția – culoarea roșie fosforescentă a dinților. Totul se datorează însă aceluiași porfirie,

care se depozitează în fosfatul de calciu al smalțului dentar. Un bolnav de porfirie poate să manifeste dereglări neurologice puternice, inclusiv stare de leșin profund (catalepsie), asemănătoare cu moartea.

Se pare că, în trecut, au existat cazuri când pacienții s-au trezit în sicriu, participând la propria lor înmormantare. În Evul Mediu, rudele bolnavilor de porfirie, crezând că fac bine, le dădeau acestora să bea sânge de bovine sau porcine. Iar de la sângele animalelor și până la sângele oamenilor nu a fost, se pare, decât un singur pas.

Recent, o altă suferință genetică – displazia ectodermală hipohidrotică (HED) – a fost / este incriminată ca fiind responsabilă de aspectul “omului vampir”. Cei suferinzi de această maladie (spre exemplu, frații Simon și George Cullen din Sudbury, Anglia) au un număr redus de dinți, de obicei malformați, de formă ascuțită. Pielea pacienților este palidă, iar glandele sudoripare – absente sau în număr foarte mic, motiv pentru care nu pot transpira eficient, pentru a-și regla temperatura corpului.

Din păcate, maladia nu este vindecabilă, dar poate fi ținută sub control cu ajutorul remediilor fotoprotectoare, asigurând totodată o temperatură ambiantă rezonabilă, care să nu ducă la supraîncălzirea corpului.

Bărbatul gravid

Sanju Bhagat, un bărbat din orașul Nagpur, India, este cunoscut în țara sa de origine, dar și dincolo de hotarele ei. Ceea ce i s-a întâmplat acestuia, la vârsta de 36 de ani, a uimit toată lumea. Sanju era, de mic copil, cu burta mare, motiv pentru care cei care îl cunoșteau făceau glume pe seama lui, spunând că este însărcinat.

Într-o noapte din luna iunie, anul 1999, având serioase probleme de respirație, din cauza abdomenului uriaș care apăsa asupra diafragmei, el a fost supus unei intervenții chirurgicale de urgență. Medicii erau siguri că o tumoră gigantă este cauza tuturor simptomelor. Mare le-a fost mirarea, când din stomacul lui Sanju au extras nu o tumoră, ci corpul mutant al unui făt. Astfel, medicii au constatat

una dintre cele mai bizare afecțiuni din lume – fetus în fetus.

Este vorba despre o anomalie extrem de rară, care apare atunci când un fetus rămâne prins în interiorul fratelui său geamăn. Fătul rămas în interior poate supraviețui, chiar după naștere, prin formarea unei structuri asemănătoare cordonului ombilical, alimentându-se cu sânge până când crește atât de mare încât începe să dăuneze gazdei. Sub aspect medical, cazul comentat mai sus a reprezentat, probabil, un frate geamăn diamniotic-monozigotic (fiecare copil are placenta sa, dar împart niște vase), care a crescut în interiorul fratelui său.

În istoria medicinei au fost raportate circa 200 de cazuri de acest fel. Spre exemplu, acum câțiva ani, o istorie asemănătoare a fost documentată în Arabia Saudită. Este vorba despre o fetiță în vârstă de un an, intrată în vizorul medicilor datorită abdomenului umflat care creștea continuu. Testele tomografice au evidențiat incredibilul: unul dintre embrioni nu și-a găsit un loc în uterul mamei pentru a se dezvolta normal, ci s-a fixat pe embrionul celălalt. Fetița s-a născut în mod obișnuit, nimeni nebănuind că în interiorul uterului ei se află embrionul fratelui său care a început să se dezvolte odată cu nașterea surioarei.

Alteori, cum este cazul unei fetițe din Hong Kong, rămășițele a 2 embrioni (care s-au oprit din dezvoltare la vârsta de aproximativ 8 și, respectiv, 10 săptămâni de viață intrauterină) au fost extrase din spațiul care separă ficatul și rinichii acesteia.

Așadar, de cele mai multe ori, anomalia este depistată în timpul gravidității sau la puțin timp după naștere. Privitor la Sanju, este de-a dreptul fantastic cum fătul anormal a supraviețuit nașterii fratelui gazdă, dezvoltându-se lent, pe durata celor 36 de ani, fără ca cineva să suspecteze vreo problemă.

Sanitarii vaginului

Unele femei, în goana după o curățenie urogenitală ideală, fac băi frecvente, de multe ori cu săpunuri și geluri alcaline. Din păcate, acestea se soldează cu spălarea / înlăturarea florei normale a vaginului, iar în consecință instalarea unui teren favorabil dezvoltării ger-

menilor patogeni. Știut lucru, o mucoasă iritată devine vulnerabilă la microbi, protozoare, virusuri.

Este adevărat, vulvita (inflamația vulvei), vaginita (inflamația vaginului) sau cervicita (inflamația colului uterin), pot fi cauzate și de maladii cu transmitere sexuală – gonoree, trihomoniază, hlamidioză, micoplasmoză etc. În asemenea circumstanțe, un examen bacterioscopic (frotiu) sau bacteriologic (însămânțări pe medii de cultură) este mai mult decât binevenit, dar acesta este alt subiect de discuție.

Conținutul vaginal normal cuprinde: 1) celule descumate din stratul superficial; 2) mucus secretat de glandele endocervicale; 3) o floră formată din bacili Döderlein (“sanitarii vaginului”), ce realizează un pH acid (3,8-4,5) de protecție; 4) o floră patogenă – circa 5-15 specii (într-o cantitate mică) și 5) *Candida albicans* (saprofită).

Secreția vaginală este o prezență normală, dar nu trebuie să deranjeze (usturimi, mâncărimi, arsuri, mirosuri neplăcute). Albicioasă, ușor transparentă, cu discret miros acid, ea poate fi și mai abundentă cantitativ, dar calitativ, dacă este normală, nu se tratează.

Bacilul Döderlein (eponim de la Albert Döderlein [1860-1941], ginecolog și profesor german) este un microb gram-pozitiv, prezent în mod natural în intestine și vagin, fiind identificat de unii autori ca *Lactobacillus acidophilus*. Temperatura optimă de dezvoltare este de 37 grade Celsius.

Sanitarii vaginului produc peroxid de hidrogen, acid lactic și alte substanțe care creează un mediu acid, neprietenos pentru organismele dăunătoare. Iată de ce, cu cât cantitatea bacililor Döderlein este mai mare, cu atât șansele de a dezvolta infecții vaginale scade. Așadar, secreția vaginală nu este sterilă, sanitarii vaginului asigurând echilibrul dintre flora saprofită și cea patogenă.

De ce a murit oița Dolly?

Primul animal clonat din lume, oița Dolly, s-a născut la 5 iulie 1996, dar anunțul a fost făcut public abia în 1997, pentru a se vedea în ce măsură experimentul putea fi considerat reușit sau ba. Într-adevăr, nașterea oiței Dolly a fost precedată de multiple eșecuri.

Ulterior, au fost clonate și alte specii de animale – vaci, capre, cai, porci etc., dar multe dintre ele au murit înainte de a se naște ori s-au născut cu malformații grave.

Oile au, de obicei, o speranță de viață până la 10-12 ani. Din păcate, Dolly a fost eutanasiată la vârsta de aproape 7 ani din cauza unei artrite – boală degenerativă asociată bătrâneții. Totodată, ea suferea și de o maladie pulmonară progresivă. Chiar dacă până atunci nu dăduse semne de boală și născuse 4 miei sănătoși, concepuți, printre altele, pe cale naturală. Faptul că materialul genetic a fost prelevat de la o oaie care avea 6 ani explică, parțial, de ce a îmbătrânit atât de repede. O explicație exhaustivă, însă, nu a urmat.

Dincolo de progresele geneticii, tehnicile clonării ascund încă multe semne de întrebare. De aici, probabil, și disputele, controversate la acest capitol, atât în mediul academic, științific, cât mai ales în cel public. Legile multor țări permit clonarea în scop terapeutic, dar interzis clonarea în scop reproductiv. Embrionii clonați pot constitui surse substanțiale pentru celulele stem, care promet a avea un rol esențial în tratarea multor boli – diabet, cancer, boala Parkinson, boala Alzheimer etc.

Care însă sunt limitele acestor experimente? Până unde poate ajunge imaginația omului? Nu cumva aceste explorări sunt un atentat la creația lui Dumnezeu? Nu cumva aceste descoperiri vor însemna începutul sfârșitului civilizației noastre?

Evident, clonarea celulară și tisulară este deja o realitate, care salvează sute de vieți omenești. Cât privește clonarea propriu zisă a omului, sunt încă multe semne de întrebare. Este, cum s-ar spune, o problemă prea complexă, delicată – medicină, religie, filosofie, antropologie etc. – pentru a da un răspuns univoc. Apopo, ipoteza privind nașterea, în zorii acestui mileniu, a primei clone umane, Eva, într-un laborator secret americano-israelian, nu a fost confirmată sau infirmată până în prezent. De unde și speculațiile, respectiv valul de mister în jurul acestui subiect.

Icrele de Manciuria

Manciuria este o regiune în Nord-Estul Chinei, mărginită la nord cu Siberia rusă, la vest cu Mongolia, iar la sud cu Coreea de Nord. Icrele de Manciuria fac parte din cele mai scumpe și delicate produse alimentare. Au diferite dimensiuni (între 3-4 și 5-7 mm) și culori (de la roșu-oranj deschis până la roșu aprins) și se extrag din diferite specii de somon, care se găsesc în Oceanul Pacific, preponderent în zona peninsulei Kamchatka și insulei Sakhalin.

Au bobul mare, asemănător cu bobul de mazăre, sunt comestibile și gustoase, dar și extrem de hrănitoare, având un aport ridicat de vitamina A, acid folic, potasiu și fosfor. Un consum regulat de icre de Manciuria ajută la reducerea riscului de boli cardio-vasculare și cerebrale, afecțiuni neuropsihice, articulare, astm, cancer etc. Iar în sezonul rece, ajută la îmbunătățirea sistemului imunitar, păzindu-ne de răceli și viroze.

Dar nu despre delicatese culinare vom vorbi în continuare. În medicină, sintagma “icrele de Manciuria” este atribuită unor granulații intracitoplasmatică caracteristice eozinofilelor, care manifestă afinitate crescută pentru coloranții acizi, cum ar fi eozina, și care apar colorate roșu-strălucitor în microscopia optică (motiv pentru care au și căpătat această denumire “apetisantă”).

Eozinofilele sunt celule mobile, cu originea în măduva osoasă, urmând același model de proliferare, diferențiere, maturare și eliberare în sânge ca și granulocitele neutrofile. La indivizii sănătoși se găsesc în număr mic în sânge (maximum 5%), dar devin predominante în diferite boli alergice (dermatită atopică, rinită alergică, astm bronșic), parazitare (toxoplasmoză, ascaridoză) sau autoimune (bala Duhring-Brocq) etc.

Simptomele eozinofiliei sunt cele specifice afecțiunii de bază. Spre exemplu, eozinofilia datorată astmului este marcată de un simptom specific numit “respirație șuierătoare”, în timp ce infecțiile parazitare se pot manifesta prin durere abdominală, diaree și febră. Uneori, expresia clinică a eozinofiliei o reprezintă diverse senzații cutanate – pruritul, usturimea etc.

Mai rar, pot apărea următoarele semne: pierderea în greutate, transpirațiile nocturne, mărirea nodulilor limfatici. Tratamentul administrat de medic are drept scop reducerea simptomelor menționate mai sus, iar acest lucru devine posibil doar atunci când este identificată cauza eozinofiliei.

Copilul bătrân

Hayley Okines (3 decembrie 1997 – 2 aprilie 2015) a fost o fată din Marea Britanie, care a suferit de o boală rară, dar necruțătoare, numită progerie sau îmbătrânire prematură. Se estimează că incidența afecțiunii este de aproximativ 1 la 8 milioane de nașteri, iar actualmente, în lume, sunt raportate / documentate circa 100 de cazuri.

Chiar dacă speranța de viață a celor suferinzi de această maladie nu depășește 13-14 ani, micuța Hayley a întrecut așteptările medicilor, trăind până la vârsta de 17 ani. A fost și rămâne cunoscută în țara sa de origine, dar și dincolo de hotarele ei, datorită cărții autobiografice “Old Before My Time”, scrisă împreună cu mama ei Kerry Okines.

Progeria sau sindromul Hutchinson-Gilford este o displazie mezenchimală congenitală, caracterizată prin întârziere în dezvoltarea copilului și îmbătrânire precoce. La naștere copilul este normal. Cu toate acestea, în primul an de viață apare anorexia (lipsa poftei de mâncare), urmată de încetinirea creșterii în înălțime și greutate, căderea parțială sau totală a părului.

În jurul vârstei de 2 ani se instalează simptomatologia tipică a bolii: piele subțire, aproape transparentă, cu multiple cute (ca la oamenii bătrâni), pigmentații cutanate difuze, uneori cu aspect poikilodermic, hipoplazie facială cu craniu mare și bose frontale proeminente, dinți atrofici, plăci alopecice, hipoplazia genelor și sprâncenelor, degete hipocratice, unghii uscate și distrofice etc. După mai mulți ani de boală, se asociază leziuni vasculare de tip arteriosclerotic – tromboze coronariene, cerebrale, renale.

Ultimele descoperiri în domeniu au scos la iveală cauza progeriei – progerina, formă anormală a proteinei prelamin A, codificată

de către gena LMNA. S-a descoperit faptul că fiecare dintre noi are această proteina în corp, însă în cazul celor afectați de progerie, nivelul ei depășește limita normală. Pornind de la acest fapt, oamenii de știință lucrează, în prezent, la crearea unui medicament care să blocheze / anihileze această proteină.

În altă ordine de idei, există și progeria adultului (sinonim: sindromul Werner) – boală genetică a țesutului mezenchimal, caracterizată prin disfuncții ale fibroblaștilor, care reunește sclerodermie, cataractă congenitală, nanism și alte tulburări endocrine. Primele leziuni se observă în fragedă copilărie, dar sclerodermia propriu-zisă se instalează în jurul vârstei de 20 de ani. În formele avansate, cu afectarea țesutului adipos subcutanat, se dezvoltă manifestări tipice: “mâini de cadavru”, “cap de pasăre”, “cioc de papagal” etc. Prognosticul este rezervat din cauza complicațiilor viscerale, în special cele renale și cardiace.

Lumina inteligentă

Laserul sau lumina inteligentă a fost una dintre cele mai revoluționare descoperiri ale sec. XX. Noțiunea LASER provine de la acronimul englezesc “Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation”, ceea ce în română înseamnă “amplificarea luminii prin stimularea emisiei de radiații”.

Principiile de funcționare ale laserului au fost enunțate încă în 1916 de către celebrul Albert Einstein, printr-o evaluare a consecințelor legii radiației a lui Max Planck și introducerea conceptelor de emisie spontană și emisie stimulată. Aceste idei au fost, însă, uitate până după cel de-al doilea război mondial.

În 1953 fizicianul Charles Townes din SUA și, independent, Nikolai Basov și Aleksandr Prohorov din URSS au reușit să producă primul maser, un dispozitiv asemănător cu laserul, dar care emitea microunde în loc de radiație laser, rezultat pentru care cei trei au fost răsplătiți cu Premiul Nobel pentru Fizică în 1964.

Laserul reprezintă un dispozitiv optic care generează un fascicul coerent de lumină. Fasciculele laser au mai multe proprietăți care le

diferențiază de lumina incoerentă produsă de Soare sau de becul cu incandescență: 1) monocromaticitate – un spectru în general foarte îngust de lungimi de undă; 2) direcționalitate – proprietatea de a se propaga pe distanțe mari cu o divergență foarte mică și, ca urmare, capacitatea de a fi focalizate pe o arie foarte mică; 3) intensitate – unii laseri sunt suficient de puternici pentru a fi folosiți la tăierea metalelor.

Grație efectelor sale biologice (analgic, antiinflamator, cicatrizant, miorelaxant, antiflogistic, antiedematos, bactericid, antiviral, biostimulator etc.) laserele, în special cele terapeutice, cu semiconductori, au găsit o largă întrebuințare și în numeroase afecțiuni dermatologice: acnee, rozacee, herpes simplex, lichen plan, ulcer varicos, alopecii, hemangioame etc.

În ultimii ani, au apărut numeroase tehnologii înrudite cu laserul – lumina intens pulsată (IPL), de pildă. 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 căldura, ceea ce favorizează distrugerea structurilor ce conțin pigmenți, procesul purtând denumirea de fototermoliză selectivă. Tehnica IPL are multiple aplicații: epilare, tratarea leziunilor pigmentare sau vasculare, reîntinerirea pielii (Photorejuvenation) etc.

Boala fluturașului

Fluturaș cu aripi fine – lacrimi, sânge și suspine. Au pielea atât de vulnerabilă încât orice atingere le poate provoca răni dureroase. Boala de care suferă acești copii se numește sindromul copilului fluture sau boala copilului cu piele de cristal.

Este vorba despre epidermoliza buloasă (EB) – boală genetică rară, gravă și, din păcate, incurabilă. Statisticile spun că afectează, în medie, una din 100.000 de persoane. La nivel mondial se estimează că ar fi peste jumătate de milion de persoane diagnosticate cu această

maladie. Mulți dintre ei nu ajung, din păcate, la vârsta maturității.

Conform datelor statistice, în Republica Moldova sunt înregistrați aproximativ 50 de pacienți cu EB, 50% dintre aceștia având vârste până la 18 ani. Trupul celor care suferă de această boală este mai întotdeauna acoperit de răni. Acestea pot apărea chiar și la cea mai mică atingere, iar părinții depun eforturi supraomenești pentru a-i îngriji.

Sub aspect clinic, există 2 grupe mari de EB: necicatriceale (epidermolitice și joncționale) și cicatriceale (dermolitice). În cele epidermolitice (sau simple), cu transmitere autosomal-dominantă, se constată alterări ale genelor KRT5 și KRT14, responsabile de sinteza keratinei. În cele joncționale, cu transmitere autosomal-recesivă, există un defect la nivelul lamininelor, iar în cele dermolitice (sau distrofice), cu transmitere fie autosomal-dominantă, fie autosomal-recesivă, se constată mutații în cadrul genei COL7A1, care codifică colagenul VII.

O evoluție mai ușoară se observă în EB simple: bulele sunt superficiale și apar posttraumatic; nu lasă atrofii, cicatrici, distrofii unghiale sau de altă natură; starea generală este relativ bună sau satisfăcătoare. O evoluție mai severă se observă în EB distrofice: bulele sunt profunde și se dezvoltă atât posttraumatic, cât și spontan, lasând în urma lor cicatrici retractile, cheloidiene sau mutilante; starea generală este gravă, invalidantă.

Tratamentul pacienților necesită îngrijire zilnică, într-o manieră similară cu îngrijirea care li se acordă persoanelor care au suferit arsuri de gradul 2 sau 3, pe suprafețe întinse ale corpului. În ultimii ani, sub egida asociației non-guvernamentale Debra-Moldova, fondată de regretatul Eugen Brad și sprijinită de Ministerul Sănătății, a fost creat Registrul Național al genodermatozelor, pacienții în cauză beneficiind de numeroase gratuități: șervețele de tifon (Medicomp, Mesoft), soluție pentru curățarea rănilor (Prontosan), pansamente speciale atraumatice (Mepitel, Urgotul, Atrauman, Adaptic, Hidrotul, Branolind), unguente epitelizante (Sudokrem, Bepanten, Pantoderm) etc.

Din păcate, posibilități de vindecare completă, în acest moment, nu există. Sunt informații despre tratamente experimentale, cu celule stem, dar care încă nu au dovedit că reprezintă o cale către vindecarea completă a acestei afecțiuni.

Apa termală Herculane

Hercule (sau Hercules) este denumirea dată de romani lui Heracles – vestit erou grec, neîntrecut în forță și vitejie și care, după moarte, a fost primit în rândul zeilor, devenind nemuritor. Una dintre legendele antichității spune că Hercule și argonauții săi, aflați în căutarea lânii de aur, au ajuns la Cazanele Dunării. Ei nu au putut traversa cazanele cu barca și au încercat să găsească un alt drum, așa că au urcat pe Valea Cernei.

După ce s-a scăldat în miraculoasele izvoare termale, eroul mitic a căpătat puteri noi și a tăiat capul Hidrei, balaur monstruos a cărui răsuflare ucidea pe oricine îi simțea duhoarea. În memoria acelor vremuri glorioase, o sculptură care-l întruchipează pe Hercule tronează astăzi în stațiunea situată la 40 km de Drobeta – Turnu Severin, la o altitudine de 160 m.

Atestată documentar din anul 153 d.C., Băile Herculane este locuită încă din neolitic, fiind cel mai vechi așezământ balneo-climateric din Europa, cu funcționare neîntreruptă de aproape două milenii. În perioada civilizației romane, puterea tămăduitoare a izvoarelor termale a constituit un important punct de atracție pentru aristocrația Romei Antice, care a dezvoltat, cu acest prilej, un adevărat cult balnear.

Mult mai târziu (sfârșitul sec. XIX – începutul sec. XX), împăratul habsburgilor Franz Joseph spunea despre Băile Herculane că este cea mai frumoasă stațiune de pe continent, iar împărăteasa Elisabeta – îndrăgita Sissy – scria, în jurnalul ei intim, că locația din Valea Cernei este o prezență distinctă și încântătoare.

Considerată “apă vie”, apa termală Herculane este singura apă termală din România utilizată în medicină. Venind de la mare adâncime, apa este bacteriologic pură, ferită de orice poluare umană

sau industrială și este bogată în microelemente indispensabile pentru o piele sănătoasă: calciu, mangan, zinc, cupru, aluminiu, magneziu, fier etc.

În contextul celor comentate mai sus, în anul 2005 a fost lansată Ivatherm – prima companie românească de dermatocosmetice. Apa termală Herculane din produsele Ivatherm provine dintr-un izvor termo-salin, având un grad mediu de mineralizare (2500 mg/l), ideal utilizării în produsele pentru îngrijire și înfrumusețare.

Proprietățile ei sunt benefice tuturor tipurilor de piele: piele cu tendință acneică, piele cuperozică, piele sensibilă și reactivă, piele cu tendință atopică, piele fragilizată / deteriorată în urma unor factori / circumstanțe (expunere abuzivă la soare, tratamente inadecvate), piele cu leziuni etc.

Pentru mai multe detalii, adresați-vă medicului sau farmacistului. În Republica Moldova, produsele Ivatherm pot fi achiziționate în lanțul de farmacii “Farmacia Familiei”.

Untul de Shea

Un copac care crește în savanele din Africa de Vest ne oferă unul dintre cele mai apreciate bunuri din industria cosmetică. Este vorba despre untul de Shea (sinonim: untul de Karité), obținut din fructele arborelui Karité, care crește, în sălbăticie, în țări precum Burkina Faso, Mali, Nigeria, Coasta de Fildeș, Ghana, Togo, Benin și altele.

Copacul are o durată de viață de până la 3 secole. Începe să producă fructe după 15 ani, ajungând la maturitate în jurul vârstei de 25-30 de ani. Perioada de maximă productivitate este între 50-100 de ani.

De-a lungul istoriei au fost descoperite mai multe virtuți terapeutice ale acestui arbore: florile de culoare galben-verzuie permit producerea de miere; rădăcinile ajută în lupta împotriva durerilor de stomac, respectiv împotriva cancerului de ficat; frunzele sunt recomandate în caz de balonare sau de conjunctivită; scoarța este utilizată ca un excelent antitusiv etc.

De un succes enorm, însă, se bucură fructele, care constituie ma-

teria primă pentru obținerea untului de Shea. Dacă la început acesta era folosit pentru prepararea mesei și în scop terapeutic, astăzi untul de Karité este unul dintre cele mai râvnite ingrediente cosmetice. Conținutul său bogat în acizi grași (dintre care predomină acidul oleic, stearic și linoleic), fitosteroli, polifenoli și alantoină îi atribuie capacități extraordinare de hidratare, dar și de regenerare celulară. Drept urmare, untul de Shea a devenit popular pentru îngrijirea pielii, supusă factorilor neprielnici așa ca vântul puternic, gerul, insolația abundentă etc.

În contextul celor comentate mai sus, Compania Noreva Laboratoires (Franța) utilizează untul de Shea în diverse produse cosmetice: Xerodiane Plus cremă emolientă (pentru îngrijirea pielii uscate și atopice), Sensidiane cremă (pentru îngrijirea tenului uscat și sensibil din cuperoză / rozacee), Exfoliac cremă reparatorie (pentru restabilirea funcției de protecție a pielii după varia tratamente, inclusiv cele cu retinoizi), Psoriane șampon (pentru îngrijirea scalpului afectat de sebopsoriasis).

Grație efectelor excelente ale untului de Shea, produsele respective au câștigat un loc binemeritat în practica cotidiană a dermatologilor și cosmetologilor.

Pentru mai multe detalii, adresați-vă medicului sau farmacistului. În Republica Moldova, produsele Noreva pot fi achiziționate în lanțul de farmacii "Felicia".

De ce unii oameni își rod unghiile?

Onicofagia (sinonim: onicotilomania) este termenul medical folosit pentru a descrie obiceiul de roadere a unghiilor. Cel mai frecvent se manifestă la copii, dar și adulții pot avea această deprindere. Apropos, băieții sunt mai predispuși decât fetele, iar cele mai multe dintre cauzele care provoacă acest tic sunt legate de stres, anxietate, nervozitate.

De ce, totuși, unele persoane își rod unghiile? Unii o fac deoarece nu au nicio activitate. Pentru ei, roaderea unghiilor este o reacție naturală a organismului față de plictiseală. Alții o fac din cauza su-

prasolicitărilor, excesului de activități, ceea ce determină surmenajul și, în consecință, stresul.

Un alt factor psihologic care poate duce la roaderea unghiilor este autoculpabilizarea. Spre exemplu, un copil se simte vinovat din anumite motive, iar roaderea unghiilor este o autopedeapsă prin suferință.

Există și cazuri când roaderea unghiilor este un semn de fixație orală (nevoia cuiva de a ține mereu ceva în gură). Astfel de oameni își rod unghiile, în mod involuntar și inconștient, în timp ce privesc televizorul sau citesc o carte etc.

Unele persoane își rod unghiile chiar și în timpul somnului, ceea ce poate ascunde probleme mai severe de sănătate. De pildă, o depresie, o tulburare obsesiv-compulsivă etc.

Dacă durează o perioadă îndelungată de timp (luni sau ani), onicofagia poate duce la onicodistrofie (alterarea majoră a troficității unghiei) sau chiar anonichie (absența lamei unghiale). O altă complicație frecventă o constituie paronichia (inflamația repliului peri-unghial).

Ce-i de făcut? Din păcate, nu există un remediu care să garanteze izbăvirea rapidă și definitivă de acest obicei urât. Dacă este vorba despre un copil, nu trebuie să disperăm. Cu cât îi vom face mai multe reproșuri, cu atât acesta va fi mai nervos, mai stresat.

Un procedeu relativ simplu constă în utilizarea unei oje speciale incolore, care are un gust amar și, ori de câte ori va începe copilul să-și roadă unghiile, va fi nevoit să se oprească.

Atunci când acești pași nu dau niciun rezultat, putem consulta un psiholog sau psihoterapeut.

Blugii columbieni

Știut lucru, bărbații sunt atrași de femeile cu forme proeminente: piept generos, șolduri voluptoase, posterior bine conturat etc. Dacă până nu demult decolteul era în centrul atenției (Samantha Fox, Pamela Anderson, Mariah Carey, Scarlett Johansson etc.), în ultimii ani accentele s-au schimbat un pic, laudele îndreptându-se asupra

posteriorilor mari și apetisante (Jennifer Lopez, Shakira, Kim Kardashian, Beyonce și multe altele).

Ce să facă, însă, femeile pe care natura nu le-a înzestrat cu așa ceva? Există mai multe soluții. Cea mai radicală este “brazilian butt-lift”-ul – intervenție chirurgicală care constă într-un autoimplant: o anumită cantitate de grăsime, mai des din zona abdominală, este prelevată și transferată la nivelul feselor. Pionieratul acestei metode aparține celebrului chirurg plastician Ivo Pitanguy.

Din păcate, costurile ridicate ale operației, dar și perioada îndelungată de reabilitare sunt impedimente serioase pentru majoritatea femeilor. Iată de ce, opțiunile sexului frumos sunt îndreptate, tot mai frecvent, către programele de fitness, care includ exerciții special concepute pentru fese.

Ce-i de făcut, totuși, dacă nu ai timp să mergi la sală pentru a face sport? Există o alternativă – blugii columbieni. Supranumiți și blugii levanta cola (sinonime: push up jeans, latin jeans, sexy jeans), blugii adaugă posteriorului de la 2-3 până la 5 centimetri, bombându-l vizibil.

Efectul este datorat atât căptușelii / materialului stratificat strategic, cât și croielii. Talia ușor înaltă creează impresia că ai corpul în formă de clepsidră. Rezultatul nu se lasă mult așteptat: privirile bărbaților sunt garantate.

Are vreo importanță acest lucru? Desigur: posteriorul mare indică fertilitatea (capacitatea de a naște copii), iar bărbații aleg, involuntar, femei care să le asigure continuitatea neamului.

Există, apropo, și brâuri / centuri levanta cola, care se poartă sub blugi, având aceeași destinație – obținerea unui posterior mai proeminent. Atenție, însă, fetelor: purtarea acestora (atât a blugilor, cât și a centurilor), pentru o durată mai mare de 6-8 ore pe zi, poate avea consecințe nefaste asupra sănătății – perturbări în circulația sângelui, diminuarea tonusului muscular etc.

Premiile Nobel, dincolo de artificii

Anual (de obicei, toamna, începând cu luna octombrie), Academ-

ia Regală de Științe din Suedia decernează premiile Nobel. De-a lungul anilor, 6 savanți români / născuți în România / cu rădăcini românești (moldovenești) s-au învrednicit de aceste premii: 1974 – George Palade (SUA), premiul Nobel pentru fiziologie și medicină; 1978 – Petru Capița (Rusia), premiul Nobel pentru fizică; 1985 – Ioan Moraru (România, membru al organizației “International Physicians for the prevention of Nuclear War”), premiul Nobel pentru pace; 1986 – Elie Wiesel (Israel), premiul Nobel pentru pace; 2009 – Herta Müller (Germania), premiul Nobel pentru literatură; 2014 – Stefan Hell (Germania), premiul Nobel pentru chimie.

Indiscutabil, românii au meritat să primească mai multe premii Nobel. Spre exemplu, în domeniul medicinei, Victor Babeș trebuia să fie laureat în 1901, când premiul a fost acordat, pentru descoperirea imunității pasive, germanului Emil Adolf von Behring, descoperire pe care Babeș o publicase cu câțiva ani mai devreme. Un alt exemplu: Nicolae Paulescu publica, în anii 1920-1921, mai multe articole privitor la descoperirea insulinei. De ce nu a câștigat, totuși, Nobelul? Pentru că nu a fost propus printre nominalizați. Doi canadieni, Banting și MacLeod, i-au luat locul, ridicând premiul în 1923. Dar iată un exemplu mai recent: Gheorghe Benga descoperirea, în 1985, proteina canal a apei, numită în prezent aquaporină. În anul 2003, americanii Agre și MacKinnon luau Nobelul pentru chimie pentru aceeași descoperire, făcută mult mai târziu.

Au existat și alți conaționali (oameni de știință, scriitori etc.), care au ratat la mustață premiul Nobel. De ce se întâmplă acest lucru? Motive sunt mai multe. Iată doar trei dintre ele: 1) operele românilor nu au fost / nu sunt traduse la timp în limbi de circulație internațională; 2) subfinanțarea științei; 3) absența unui mecanism social de recunoaștere și promovare a valorilor.

Apropo, știți de ce nu se acordă Premiul Nobel pentru matematică? Se pare că totul se datorează unui fapt aparent banal: logodnica lui Alfred Nobel l-a înșelat pe acesta cu matematicianul Gösta Mittag-Leffler. Nobel a jurat că nici un matematician nu va primi un premiu cu numele său. Nu există dovezi istorice în această privință.

Se știe, însă, că Nobel, din motivele de mai sus, sau altele, nutrea o antipatie certă pentru Mittag-Leffler, care la vremea stabilirii testamentului era liderul matematicii suedeze și ar fi existat premize reale să devină laureat Nobel.

De ce bărbații nu fac celulită?

Hormonii, în special cei sexuali și tiroidieni, influențează considerabil viața femeilor: dispoziția generală, aspectul pielii, greutatea corporală, libidoul etc. Uneori, disfuncțiile endocrine pot avea ca efect îngrășarea. Și unde ați văzut kilograme în plus fără celulită?

Prin studii științifice, s-a demonstrat că estrogenii secretați în exces exercită o presiune asupra vaselor sanguine, împiedicând oxigenul să ajungă în țesuturi. Drept urmare, se formează depozite de grăsime. Celulita, însă, nu este provocată de grăsime, ci de hernierea acesteia – fenomen influențat de varia circumstanțe, inclusiv anumite particularități individuale (vârstă, sex, predispunere genetică) de structură a pielii.

De ce, totuși, reprezentantele sexului frumos sunt mai vulnerabile la acest capitol? Explicația constă în următoarele: a) la femei țesuturile conjunctive au forma unui fagure cu camere largi, dispuse vertical, ceea ce permite ieșirea grăsimii la suprafața pielii; b) la bărbați, camerele sunt dispuse orizontal, iar țesuturile adiacente sunt mai dure, mai rezistente. Bărbaților nu le trebuie o piele fină, ei neavând nevoie de elasticitate, așa cum au nevoie femeile (la naștere, spre exemplu).

Așadar, bărbații sunt ocoliți de această problemă. Cu mici excepții, desigur: la unii dintre ei, hormonii feminini, produși într-o cantitate mai mare decât în mod normal, pot fi responsabili de dezvoltarea celulitei. Apropo, nu trebuie să confundăm celulita non-infecțioasă sau estetică, despre care vorbim în acest rezumat, cu celulitele / paniculitele de altă natură (infectioase, autoimune etc.), care constituie un alt subiect de discuție.

Desigur, alimentația dezechilibrată, urmată de un exces în greutate este importantă, uneori chiar esențială în dezvoltarea celulitei.

Dar, pe lângă asta, există o sumedenie de alți factori (fumatul, abuzul de alcool, sedentarismul, stresul etc.) care favorizează slăbirea / deteriorarea țesutului conjunctiv și, în consecință, apariția “cojii de portocală”.

Din păcate, nu există un tratament minune în această privință. Chiar și cele mai contemporane metode (masajul anticelulitic, mezoterapia, lipoliza cu laser etc.) pot doar să diminueze problema, necum să o vindece. Referitor la lipoaspirație, procedeu chirurgical care constă în evacuarea / scoaterea excesului de grăsime din zonele cu probleme (coapse, fese, abdomen), părerile sunt împărțite. Uneori, pot persista deformări și / sau asimetrii mult mai inestetice decât celulita propriu-zisă.

Iată de ce, cel mai bun sfat pentru combaterea celulitei este adoptarea unui mod sănătos de viață: fără alcool, fără țigări, fără excese alimentare, cât mai multă mișcare, o hidratare suficientă a organismului și, desigur, gândire pozitivă.

Boala petelor “cafea cu lapte”

Boala Recklinghausen (sinonime: neurofibromatoza Recklinghausen, boala petelor “cafea cu lapte”) este o afecțiune genetică (polidiplazie neuroectodermică) din grupul facomatozelor, care interesează multiple organe, în principal pielea (macule “café au lait”) și sistemul nervos (aplazie medulară, tumoră hipofizară, gliom optic). Nu pot fi neglijate nici atingerile viscerale și osoase. La ora actuală, există mai multe tipuri / varietăți de neurofibromatoză. În practica dermatologică se întâlnește mai des tipul 1, care se transmite autosomal-dominant, gena responsabilă a maladiei localizându-se pe cromozomul 17.

Petele “cafea cu lapte” apar din primii ani de viață, neurofibroamele apar mai târziu. Cele din urmă au aspectul unor mici tumorete, de culoarea pielii, reliefate, sesile sau pediculate, de obicei moi. Numărul leziunilor (atât al petelor, cât și al neurofibroamelor) poate să fie de la câteva până la zeci și chiar sute, interesând, de multe ori, întreg tegumentul (fața, trunchiul, membrele). Majoritatea

pacienților prezintă macule pigmentate și la nivelul pliurilor mari (axilar, inghinal). Cu regret, în cazuri mai grave se asociază și alte modificări, în special osoase și oculare.

Diagnosticul final se stabilește în baza următoarelor criterii: a) prezența a cel puțin 6 pete “café au lait” cu diametrul între 0,5 și 1,5 cm; b) 2 sau mai multe neurinoame de același tip sau un neurofibrom plexiform; c) lentiginoză axilară sau inghinală (semnul Crowe); d) displazii osoase; e) gliom optic; f) 2 sau mai mulți noduli pe iris (nodulii Lisch). Evoluția este, în general, benignă, prognosticul fiind rezervat în cazul dezvoltării unor tumori hipofizare și / sau apariției neurofibrosarcoamelor.

Din păcate, pacienții cu forma tumorală a maladiei sunt frecvent stigmatizați, marginalizați, motivul principal fiind teama de molipsire. Ceea ce nu corespunde realității: aceștia nu sunt contagioși. Un exemplu de pioșenie și milostenie, în raport cu asemenea bolnavi, este gestul Papei Francisc, care în anul 2013, în cadrul unei audiențe desfășurată în Piața Sf. Petru din Vatican, l-a îmbrățișat și mângâiat pe Vinicio Riva, un italian care suferă de boala Recklinghausen.

Boala celiacă

Boala celiacă (sinonime: boala Gee, enteropatia glutenică) este o anomalie genetică, declanșată de ingestia glutenului – proteină de origine vegetală care se găsește în grâu, secară și orz. Deși ovăzul este tolerat de majoritatea pacienților celiaci, preparatele din ovăz nu sunt recomandate din cauza riscului de contaminare cu cereale care conțin gluten în cadrul proceselor de cultivare, transport sau morărit.

Leziunile provocate la nivelul tubului digestiv afectează absorbția normală a nutrienților, în special a grăsimilor, calciului și fosfaților, provocând sindromul de malabsorbție.

Manifestările bolii pot apărea la orice vârstă (în primul an de viață [odată cu introducerea făinoaselor], în adolescență sau la adult) și sunt foarte variate: oboseală inexplicabilă, depresie, afte bucale, eroziuni de smalț dentar, meteorism (balonare), dureri abdominale recurente, diaree cronică, scădere în greutate, statură mică, anemie,

rahitism, erupție cutanată (dermatită herpetiformă) etc.

Apropo, vorbind despre boala celiacă, trebuie să luăm în calcul patru categorii de persoane. Pe de o parte, există 1) indivizii sănătoși, care pot consuma toate tipurile de paste sau pâine, fără ca sănătatea lor să fie afectată. Pe de altă parte, sunt 2) cei suferinzi de boala celiacă, care nu pot tolera nici măcar cantități mici de gluten, cum ar fi o chiflă, o felie de pâine etc. În zona de mijloc, sunt cazurile de intoleranță la gluten, manifestate prin simptome sărace sau atipice, fără dezvoltarea unui răspuns imun specific, respectiv fără afectarea intestinală caracteristică. Aceasta condiție se numește 3) hipersensibilitate la gluten non-celiacă. În fine, celiachia nu trebuie confundată cu 4) alergiile la grâu sau gluten, care este o boală mult mai rară și care presupune mecanisme imune diferite.

Deoarece glutenul este întâlnit nu numai în alimente, dar și în medicamente, suplimente nutriționale sau cosmetice, se impune o atenție sporită din partea pacienților în evaluarea produselor pe care le cumpără pentru uzul cotidian.

Diagnosticul se stabilește în baza manifestărilor clinice, dar și a analizelor de laborator: testele serologice (anticorpii anti-transglutaminază, anti-endomisium, anti-gliadină etc.) și examenul histopatologic (biopsia intestinală).

Din păcate, un tratament minune nu există, unica soluție fiind excluderea glutenului din alimentație, dietă care trebuie respectată toată viața.

Nasul “castravete”

Rozaceea este o dermatoză inflamatorie a tegumentului feței, cu evoluție îndelungată, observată, de obicei, la persoane de vârstă medie (35-55 ani), mai frecvent la femei, și caracterizată printr-un polimorfism lezional vast.

Principali factori, incriminați în declanșarea bolii, sunt: neuro-vasculari, alimentari, digestivi, infecțioși (*Demodex folliculorum*, *Helicobacter pylori*), imuni și climatici. Sub aspect clinic, leziunea eruptivă primară este roșeața (eritemul), la început tranzitor, apoi

permanent, acompaniat sau nu de steluțe vasculare (teleangiectazii).

Ulterior, pe măsura agravării clinice, se dezvoltă leziuni inflamatorii majore – papule și pustule, iar în fazele tardive, în special la bărbați, sunt posibile manifestări de tip hiperplazic și hipertrofic, cea mai des întâlnită dintre ele fiind rinofima sau nasul “castravete” (imaginea atașată mai sus).

Apropo, rinofima este indusă nu atât de factorii vasculari și endocrini (ca la femei), cât de tulburări ale țesutului conjunctiv. În ultima vreme, ea este atribuită infecției cu *Klebsiella rhinoscleromatis* (microorganism gram-negativ, subspecie a bacteriei *Klebsiella pneumoniae*).

Clinic se manifestă prin nas voluminos, roșu, conopidiform, cu multiple iregularități. Uneori se formează adevărate tumori pediculate, de consistență moale. Alteori pielea este normală, dar cu porii dilatați prin care, la compresie, se elimină dopuri de sebum. Evoluția este cronică, progresivă, boala agravându-se, de obicei, la persoanele care fac abuz de alcool, tutun și produse / suplimente alimentare picante (sare, piper, ketchup, maioneză, adjică, hrean, ardei iute și altele).

De-a lungul timpului, au existat mai multe personalități care au suferit de rinofima. Spre exemplu, John Pierpont Morgan (1837-1913), celebru bancher, speculant și mecenat american, care fuma zeci de trabucuri pe zi. Din cauza aspectului inestetic, majoritatea portretelor sale erau retușate. S-au păstrat, totuși, câteva fotografii, care-l reprezintă de-adevăratelea.

Oricum, putem afirma cu certitudine, forța caracterului său a fost peste urâtenia feței lui. Astfel, de-a lungul vieții, a fost un împătimit susținător al artelor, dar și al medicinei, având, spre exemplu, o contribuție majoră la dezvoltarea prestigioasei instituții de învățământ – Harvard Medical School.

Marele sigiliu sacru

Un eunuc este un bărbat castrat, de obicei la vârstă fragedă. De multe ori, aceștia erau castrați în scopul de a asigura paza unui har-

em. Dar au existat, evident, și alte pretexte. Spre exemplu, în cadrul curții imperiale a Bizanțului, activau mulți eunuci, angajați în funcții administrative și comerciale.

Se crede că obiceiul castrării bărbaților, în scopul de a-i transforma în eunuci, a fost inventat de către vechii sumerieni. Termenul “eunuc” provine, însă, din greaca antică și semnifica “păzitorul dormitorului”.

Istoria tumultoasă a omenirii cunoaște mai multe motive ale castrării: pedeapsă pentru viol, pedeapsă sau mutilare a dușmanilor în timpul războaielor sau după acestea, considerente religioase, automutilare din cauza unor boli psihice etc.

În linii generale, pot fi evidențiate 3 tipuri de castrare: a) înlăturarea doar a testiculelor; b) înlăturarea atât a testiculelor, cât și a penisului (denumită și “marele sigiliu sacru”); c) tăierea penisului și păstrarea testiculelor (sau extirparea unui singur testicul).

Castrarea înainte de pubertate previne schimbările din organism care îl transformă pe un băiat în bărbat, eunucii având o înfățișare asemănătoare femeilor: față fără păr, sâni proeminenți, șolduri late, voce subțire (de pildă, cea a celebrilor cântăreți italieni Carlo Broschi, supranumit Farinelli, și Alessandro Moreschi).

O altă particularitate interesantă a eunucilor este absența coșurilor (acneei) și a cheliei (alopeciei). Acneea vulgară este o afecțiune cu determinism genetic și expresie metabólico-hormonală, care debutează la pubertate (12-16 ani). Alopecia androgenică se instalează un pic mai târziu (20-22 de ani) și se întâlnește predominant la bărbați. Iată de ce, la femei, după pubertate, hotarul care separă fruntea de partea piloasă a capului rămâne în linie dreaptă, iar la bărbați – capătă aspectul literei W.

În ambele cazuri (și în acnee, și în alopecie), factorii determinanți sunt genetici și hormonalii. Referitor la factorul hormonal, rolul de bază îl au androgenii și în special testosteronul.

Androgenii, secretați de testicule la bărbați (5-7 mg / 24 ore) și, într-o măsură mult mai mică, de ovare la femei (0,08-0,1 mg / 24 ore), respectiv de corticosuprarenale la ambele sexe (0,25-0,5 mg /

24 ore), au drept țintă glanda sebacee și firul de păr. În consecință, apar, așa cum am menționat mai sus, coșurile (acneea) și / sau chelia (alopecia).

Persoanele care duc lipsă de testosteron, cum ar fi eunucii, nu dezvoltă asemenea manifestări.

Iarba tigrului

Centella Asiatica este o plantă, care crește în sălbăticie (în locuri umede, mlăștinoase și întunecoase), în țări precum India, Nepal, Bangladesh, Myanmar etc., dar și în numeroase insule tropicale, respectiv subtropicale din Oceanul Indian. În popor este supranumită și “iarba tigrului”, datorită faptului că tigrii Bengal au fost deseori observați că se rostogolesc în zonele unde crește planta, imediat după ce s-au rănit în lupte.

În Madagascar s-au făcut primele studii privind constituenții plantei și proprietățile ei curative. Astfel, s-a demonstrat că Centella Asiatica este bogată în compuși triterpenici (calendulozide), iar extractul sau maceratul acesteia aduce numeroase beneficii pielii: ameliorează circulația sângelui, stimulează sinteza de collagen, grăbește cicatrizarea țesuturilor (în special după răni de diverse origini, arsuri, crăpături) etc. Drept urmare, Centella Asiatica a devenit, în trecut, una dintre cele mai importante ierburi în medicina Ayurvedică, iar astăzi ocupă un loc binemeritat și în cosmetologie.

În contextul celor comentate mai sus, Compania Sebapharma (Germania) utilizează extractul de Centella Asiatica în Sebamed cremă dermatologică pentru față. Produsul este indicat pentru îngrijirea tenului uscat (sau normal, dar cu tendință la uscăre), acompaniat de simptome specifice pielii deshidratate: prurit, usturime, senzație de “piele care strânge” etc.

Grație extractului de Centella Asiatica, dar și celorlalte ingrediente active (uree 5%, panthenol, bisabolol), crema contribuie la refacerea echilibrului hidro-lipidic al tegumentului, previne exfolierea, potențează sinteza de fibroblaste. În consecință, pielea devine mai hidratată, mai netedă, mai sănătoasă. De asemenea, prin conținutul

bogat de antioxidanți, ajută la întârzierea îmbătrânirii pielii și reducerea ridurilor.

Pentru mai multe detalii, adresați-vă medicului sau farmacistului. În Republica Moldova, produsele Sebamed pot fi achiziționate în lanțul de farmacii “Felicita”.

Arborele pielii

Mimosa tenuiflora este un activ cosmetic, extras din scoarța copacului cu același nume, care crește în sălbăticie, în țări precum Mexic, Venezuela și Brazilia. În popor a fost supranumit și arborele pielii. Tradiția moștenită de la mayași spune că Mimosa tenuiflora are efecte magice asupra oamenilor și animalelor, fiind remediul natural perfect pentru îngrijirea și tratamentul celor mai diverse plăgi și arsuri.

Două evenimente majore au adus în lumină proprietățile terapeutice ale acestui copac: explozia unei sonde a unei companii petroliere (anul 1984) și cutremurul cu magnitudinea 8,1 pe scara Richter (anul 1985). În ambele situații, aplicarea directă, pe rănilor pacienților arși, a extractului din scoarța arborelui Mimosa tenuiflora a demonstrat facilitarea regenerării și repigmentării pielii. Vestea a fost răspândită de către presă, miraculosul copac intrând în atenția industriei farmaceutice și cosmetice.

În anii 1990-2000 au fost făcute numeroase studii care au demonstrat efectul analgezic, antiinflamator și antibacterian al Mimosei tenuiflora. Astfel, medicii din Mexic, dar și din alte țări, au confirmat proprietățile ei spectaculoase, cea mai importantă fiind epitelizarea completă a tegumentului în maximum 3-5 săptămâni din momentul începerii aplicării. Conform datelor statistice, 20% dintre pacienții cu arsuri grave nu supraviețuiesc, iar Crucea Roșie Mexicană declară că procentul coboară la 4% prin folosirea acestei substanțe.

În contextul celor comentate mai sus, Compania Ivatherm (România) utilizează Mimosa tenuiflora în Cicaderm cremă. Eficacitatea cremei se datorează celor două ingrediente active, cu puternice proprietăți antiinflamatoare și cicatrizante – Mimosa tenuiflora

(bogată în tanine, flavonoide, fitosteroli, arabinoglicani etc.) și Apa termală Herculană (bogată în oligoelemente așa ca zinc, cupru, magneziu, fier).

Grație efectelor sale excelente, crema Cicaderm este utilizată cu succes în următoarele situații clinice: plăgi / răni după epilare, după fototerapie, după arsuri, după intervenții chirurgicale etc. Mai mult, prin reglarea activității fibroblastelor produsul este binevenit și în ulcerele venoase cronice. De asemenea, în combaterea unor cicatrici cheloidiene.

Pentru mai multe detalii, adresați-vă medicului sau farmacistului. În Republica Moldova, produsele Ivatherm pot fi achiziționate în lanțul de farmacii “Farmacia Familiei”.

Boala “drumul mătăsii”

Drumul Mătăsii a fost o împletitură de rute de caravană, care legau bazinul Mării Mediterane cu estul Asiei – China și Japonia. Scopul principal al drumului era comerțul cu mătase, pietre prețioase și semiprețioase, porțelanuri, fildeș, diverse mirodenii, sticlă, coral etc.

Mai târziu, sec. XV-XVI, când în Europa apar primele puteri maritime, Portugalia și Spania, Drumul Mătăsii își pierde din importanță. În prezent, acesta devine din nou reactivat prin zăcămintele de țitei și gaze naturale, dar și datorită turismului.

Boala Behçet, descrisă de dermatologul și profesorul turc Hulusi Behçet [1889-1948], este o patologie interdisciplinară, multisistemică, de origine obscură, care apare mai frecvent în țările de pe traseul Drumului Mătăsii – Siria, Irak, Iran, Kârgâzstan, Turkmenistan, Kazakhstan, Uzbekistan, Afganistan, India, China, Coreea, Japonia.

Conform unor estimări, cea mai mare incidență se constată în Turcia – circa 420 de cazuri la 100.000 de locuitori. Bărbații suferă mai des decât femeile (5:1), iar vârsta medie de manifestare a bolii oscilează între 30 și 40 de ani.

Maladia se caracterizează prin afectare cutanată (papule și pustule), oculară (uveită și cecitate) și articulară (artrită). Uneori, pot

apărea alterării intestinale și neurologice. Manifestarea clinică majoră o reprezintă, totuși, aftele bucale recidivante (100% cazuri), urmate de ulcerații. În timp, se dezvoltă și afte genitale (75% cazuri), motiv pentru care boala mai este numita și aftoză bipolară.

Așa cum la baza ulcerațiilor stau endotelita trombozantă, venulară și arteriolară, în declanșarea căreia intervin, probabil, mai mulți factori (ereditari, virali, microbieni, imuni etc.), tot mai mulți autori sugerează încadrarea sindromului Behçet în rândul vasculitelor, respectiv în categoria dermatozelor neutrofile. Astfel, teoriile contemporane tind să scoată în evidență rolul mecanismelor imune și / sau autoimune, boala fiind declanșată de numeroși agenți infecțioși (virus herpes simplex, streptococi, stafilococi, Escherichia coli), care se regăsesc, de obicei, în cavitatea bucală.

O particularitate importantă a bolii Behçet este semnul patergic pozitiv. Acesta constă dintr-o indurație eritematoasă sau o pustulă cu conținut steril, care apar la locul înțepării pielii cu un ac (spre exemplu, după o recoltare de sânge sau după o injecție).

La stabilirea diagnosticului, vom ține cont de alte dermatoze cu morfologie, respectiv topografie asemănătoare: pemfigus, eritem polimorf, sifilis etc. Tratamentul, din păcate, este lung și anevoios, o vindecare definitivă fiind greu de obținut.

Miracolul apei

În Roma Antică, oamenii nu aveau de unde să știe despre existența microbilor, dar credeau în inamici invizibili aducători de boli și nenorociri, pe care le considerau a fi pedepse divine. Pentru a le evita, ei trebuiau să fie puri, iar locurile unde se puteau purifica erau băile publice. Astfel, romanii au dezvoltat un adevărat cult al apei, băile acestora fiind locuri perfecte pentru igienizare, respectiv pentru odihnă și socializare: piscine, saune, camere de masaj, biblioteci, săli pentru dezbateri etc. În unele orașe, termele (băile publice) erau amplasate lângă forumuri, unde aveau acces atât cei înstăriți (patricienii), cât și cei săraci (plebeii). Nu înzădar, plăcerile romanilor au dus la apariția sintagmei “imperiu de larg consum”.

Așadar, puterile tămăduitoare și purificatoare ale apei sunt cunoscute de multă vreme. Un rol esențial ocupă lichidul vieții și în diverse ritualuri religioase. Spre exemplu, în bisericile creștine botezul este făcut cu apă sfințită. La evrei, spălarea mâinilor înaintea rugăciunii de dimineață sau înainte de a mânca e legată, în mod indiscutabil, de amintirea Templului. În mitologia hindusă, se crede că scăldatul în apele râului Gange duce la iertarea păcatelor, iar în islamism cele cinci rugăciuni zilnice pot fi efectuate doar după spălarea cu apă curată (Wudhu).

În ultimii 30-40 de ani, tradiția utilizării externe a apei a renăscut, tot mai multe saloane de frumusețe oferind servicii SPA – o abreviere a expresiei latine “Sanitas Per Aquam!” (“Sănătate Prin Apă!”). Industria viitorului este industria timpului liber, spuneau înaintașii noștri. La aproape un secol distanță, le putem da dreptate, SPA devenind astăzi un mod popular de viață, care include mai multe practici, mai multe metode de îngrijire și tratament: hidroterapie, kinezoterapie, fitoterapie, arta nutriției, fitness, acupunctură, tehnici de meditație etc.

S-a observat că, la temperaturi și presiuni variabile, apa constituie un mijloc important pentru curățarea epidermei, detoxifierea organismului, accelerarea proceselor metabolice, îmbunătățirea capacității de mișcare și, mai ales, pentru obținerea unei stări de relaxare și confort psihic. Astfel, de un succes enorm în rândul femeilor, dar și al bărbaților, se bucură masajul subacvatic, măștile cu argilă, împachetările cu plante, aplicațiile cu alge și nămol etc.

Beneficiind de evoluția tehnologică surprinzătoare, civilizația modernă a redescoperit și pus în valoare bogăția de neprețuit a naturii – apa. Prin multitudinea de stimuli senzoriali (presio-, vibro-, termo-, aroma-, cromoterapie), respectiv prin efectele miraculoase asupra tuturor organelor și sistemelor, utilizarea înțeleaptă a apei ne readuce bucuriile și plăcerile vieții, reconectându-ne cu mediul natural, echilibrându-ne și energizându-ne.

De ce înșală bărbații?

Masculii mai multor specii adoră diversitatea feminină și sexuală. La începutul unei relații, se constată un număr mare de copulații, care apoi scad progresiv. Masculul, obosit de aceeași femele, pierde treptat libidoul. Dacă apare, însă, o nouă femele, interesul sexual se trezește din nou. Saturația sexuală a fost observată la aproape toate mamiferele și este considerată o măsură de protecție a organismului în fața epuizării sexuale. Astfel, după un contact intim cu o parteneră, nivelurile de dopamină din creier diminuează considerabil, reducând interesul și motivația pentru sex. Efectul de saturație oferă masculului posibilitatea de a-și reface rezervele de hormoni și neurotransmițători. Dacă, însă, ajuns la saturație sexuală, acestuia i se oferă o altă parteneră, nivelurile de dopamină cresc din nou, și, în ciuda epuizării, probabilitatea împerecherii crește. Conform unor teorii ale evoluției, acest fenomen apare ca o oportunitate de a avea urmași de la mai multe femele, existând deci o șansă mai mare de supraviețuire a genelor. Cu referință la specia umană, această tendință ar fi o explicație a adulterului, respectiv a poligamiei.

În biologie și psihologie, fenomenul în cauză este numit “efectul Coolidge”. Sintagma provine de la o glumă istorică, atribuită președintelui american Calvin Coolidge (1872-1933). Se povestește că președintele și soția sa vizitau într-o zi o fermă. Curând după sosire, au fost invitați separat să facă un tur. La un moment dat, Prima Doamnă și-a exprimat nedumerirea asupra modului cum proprietarul reușește să obțină atât de multe ouă cu un număr mic de cocoși. Atunci, proprietarul i-a răspuns că fiecare cocoș este capabil să-și facă datoria de mai multe ori pe zi. Reacția d-nei Coolidge a fost următoarea: “Te rog, spune asta și d-lui Președinte”. Când președintele a trecut prin fața găinilor și i s-a povestit despre cocoș și remarcă soției, acesta a întrebat: “Aceeași găină de fiecare dată?” Replica fermierului a fost pe măsură: “O, nu, d-le Președinte, o altă găină de fiecare dată”. Președintele a dat ușor din cap, zicând: “Spune-i asta d-nei Coolidge”.

Așadar, creierul bărbatului este într-o permanentă ispită și, din-

tr-un punct de vedere, ar trebui să ne împăcăm cu asta. Ce-i de făcut? Nimic mai simplu: dacă vrem o viață sexuală palpitantă, trebuie să combatem prin toate mijloacele rutina și predictibilitatea. Și nu vorbim aici doar despre sex, deși în dormitor noutatea contează foarte mult. Sexul e oglindirea interesului emoțional pentru celălalt. Indiscutabil, asta înseamnă efort. Efortul, însă, se merită. Atracția sexuală este un epifenomen al atracției emoționale. Dacă celălalt te face să îl descoperi zilnic, să îl admiri, cu siguranță îl vei dori mereu și nu-i vei căuta înlocuitor. Chiar dacă, în ultimii 10-20 de ani, divorțul a început să se banalizeze, familiile destrămându-se tot mai des din cauza incompatibilității de valori și caractere, infidelitatea bărbaților a fost și rămâne o cauză frecventă a despărțirii. Este adevărat, uneori / deseori, cele comentate mai sus pot fi atribuite și femeilor. Vorba aia: unii înșală din diversitate, alții – din răzbunare.

Boala băilor de soare și pajiște

Odată cu sosirea primăverii se îndesesc și plimbările în aer liber, la iarbă verde. Uneori, din păcate, apar și surprize mai puțin plăcute. Una dintre ele este boala băilor de soare și pajiște (sinonime: dermatoză buloasă a băilor de soare și pajiște, boala Oppenheim). Din punct de vedere medical, maladia reprezintă o reacție produsă prin acțiunea asupra pielii a unor plante ce conțin furocumarine (troscot, păpădie, volbură etc.), influența acestora fiind potențată de razele ultraviolete (mecanism fotodinamic / ortoergic).

Așadar, boala băilor de soare și pajiște este o fito-foto-dermatoză. Pentru declanșarea maladiiei sunt necesari patru factori: umiditatea pielii, microtraumatismele, contactul cu planta și expunerea la soare. Sub aspect clinic, la 12-24 de ore după îndeplinirea acestor condiții, pe locul de contact (mai des, pe mâini și picioare) apare un eritem întins, asociat cu edem. Leziunile sunt acompaniate de prurit și usturime, intensitatea cărora variază de la un caz la altul.

Deseori, erupția are un aspect bizar, cu linii ce se întretaie în unghiuri diferite și plăci cu contur neregulat, reproducând configurația unor frunze. În formele mai grave, pot apărea leziuni cu caracter

exudativ (vezicule și bule), unele profunde, cu necroză și ulceratie ce se vindecă greu. Cu regret, pe zona afectată persistă frecvent pete maro inestetice.

În funcție de circumstanțe (suprafața afectată, intensitatea semnelor subiective), se administrează antihistaminice, hiposensibilizante, antiseptice, dermatocorticosteroizi, emoliente. Indiscutabil, cea mai importantă măsură, atât preventivă, cât și curativă, este fotoprotecția zonelor afectate. În acest scop sunt folosite creme, care au la bază oxid de zinc, dioxid de titan, acid paraaminobenzoic etc.

De asemenea, este importantă evitarea medicamentelor cu acțiune fotosensibilizantă: tetraciclină, grizeofulvină, isotretinoin, metotrexat, peroxid de benzoil și altele. În același scop, unele cosmetice, așa ca uleiurile vegetale (de lavandă, de vanilie, de argan), vor fi utilizate doar seara, înainte de culcare. Persoanele predispuse la asemenea reacții (în special, blonzii și roșcații) trebuie să evite mersul desculț prin iarbă, pantalonii scurți și, desigur, expunerile îndelungate la soare.

Boala cu “o mie de fețe”

Boala Lyme (sinonime: borelioză, boala mușcăturii de căpușă, boala cu “o mie de fețe”) este o maladie infecțioasă, produsă de către spirochete (*Borrelia burgdorferi*, *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii*) și observată, mai des, în regiuni împădurite, cu multă faună. Vectorul principal al bolii îl constituie căpușele *Ixodes*. Trebuie, însă, de reținut un lucru: nu toate căpușele sunt din specia *Ixodes*, respectiv nu toate căpușele din specia *Ixodes* sunt infectate cu *Borrelia*. Iată de ce nu toate persoanele care au fost mușcate prezintă această maladie. Apropo, alte insecte “vampir” (cum ar fi țânțarii, puricii sau păduchii) nu sunt purtători ai bacteriei.

Conform unor studii de sănătate publică, s-a observat că *Ixodes dammini* și *Ixodes scapularis* sau *pacificus* sunt, de obicei, responsabile de transmiterea maladii în America de Nord, iar *Ixodes ricinus* – în Europa. Rezervor de căpușe pot fi căprioarele, câinii, iepurii, șoarecii, neverițele și chiar unele păsări. Agentul patogen este inocu-

lat de către căpușă, odată cu saliva, în timpul înțepăturii.

După o reacție cutanată locală, acesta migrează în alte organe și sisteme, producând alterări specifice. În forma europeană predomină manifestările patologice cutanate (eritemul migrator Afzelius-Lip-schütz, morfeea circumscrișă, acrodermatita cronică atrofiantă Pick-Herxheimer) și articulare, iar în forma americană – manifestările patologice articulare și meningiene. Din aceste considerente, boala intră în aria de preocupare a mai multor specialități: dermatologie, boli infecțioase, reumatologie, neurologie etc.

Există, de asemenea, riscul transmiterii maladiei prin transfuzii de sânge sau de la mamă la făt, în cazul femeilor însărcinate, care devin purtătoare ale bolii Lyme. În asemenea cazuri, dacă nu se intervine prompt (cu antibiotice), există chiar riscul morții fătului.

Deși căpușele există din cele mai vechi timpuri, boala cu “o mie de fețe” a intrat în nomenclatorul maladiilor relativ recent. Multă vreme, nu a fost considerată o afecțiune cu impact major și, poate, de aceea nu a fost suficient mediatizată. Pe de altă parte, din cauza aspectului “cameleonic”, cu o simptomatologie diversă și, de multe ori, cu rezultate de laborator neconcludente, boala a fost / este deseori diagnosticată greșit.

Cui datorăm succesul în viață?

Până nu demult, exista un singur mod de a măsura inteligența unei persoane – coeficientul de inteligență academică sau IQ. Acesta reprezintă un scor derivat din diferite teste standardizate prin care se măsoară capacitatea de gândire și raționament abstract, respectiv capacitatea de a învăța lucruri noi și abilitatea de a rezolva probleme.

Primul test de inteligență academică a fost conceput în anul 1905 de către psihologii francezi Alfred Binet și Théodore Simon. Testul inițial evalua inteligența copiilor, cerându-le să rezolve un anumit set de sarcini, alese în așa fel încât un copil obișnuit (dintr-un anumit grup de vârstă) să poată rezolva aproximativ 50% dintre ele. Astfel, pe baza numărului de sarcini pe care un copil le rezolva, i se stabilea vârsta mintală. Spre exemplu, dacă un copil de 6 ani era capabil să

rezolve 50% dintre probele destinate vârstei de 6 ani, i se stabilea o vârstă mintală de 6 ani. Dacă putea rezolva mai multe, i se stabilea o vârstă mintală superioară, spre exemplu de 7 sau 8 ani, ceea ce însemna că are o inteligență superioară față de medie. Dacă rezolva mai puțin de 50% din probe, avea o vârstă mintală mai mică de 6 ani, ceea ce însemna că are o întârziere în dezvoltarea intelectuală.

Ulterior, testul IQ a suferit numeroase revizuirii / completări (englezul John Raven, americanul Lewis Terman și alții). Testele moderne nu mai exprimă IQ-ul în funcție de vârsta mintală, ci atribuie performanțelor medii, obținute la un test, valoarea de 100, restul performanțelor – mai bune sau mai slabe – fiind exprimate în funcție de medie. Conform unor estimări, circa 60% din populație are un IQ între 90 și 110, cei înzestrați cu calități deosebite, geniale având un IQ peste 140.

Cu timpul, însă, oamenii s-au întrebat: de ce unele persoane, cu scoruri modeste la testele IQ, au performanțe excepționale, iar altele, cu IQ-uri mai mari, au performanțe scăzute? cum se explică faptul că olimpicul școlii a ajuns un inginer ordinar, iar colegul de clasă, care pe durata studiilor a avut doar note medii, a devenit un prosper om de afaceri, manager de succes?

Răspunsul nu a întârziat să apară. Howard Gardner (1983), Peter Salovey & John Mayer (1990), Daniel Goleman (1995) și alții au adus în discuție un nou concept. Studiile acestora, dar și ale altora care i-au urmat, au scos în evidență faptul că succesul depinde nu numai de anumite aptitudini intelectuale, ci și de modul în care reușim să ne gestionăm emoțiile. Astfel, a luat naștere sintagma “inteligență emoțională”.

Inteligența emoțională sau EQ are 5 componente:

1. Conștiința de sine (Self-Awareness). Este vorba despre recunoașterea emoției chiar în momentul în care o trăiești, conștientizarea acesteia fiind fundamentală pentru un om de succes;

2. Autogestiune (Self-Regulation). Odată ce ești conștient de emoția pe care o trăiești, următorul pas constă în controlul comportamentului. Control, desigur, nu înseamnă suprimarea emoțiilor. Con-

trol înseamnă “fac ce vreau, dar știu ce fac!”;

3. Automotivare (Motivation). Presupune pasiunea de a lucra din motive care vin din interior, cum ar fi bucuria de a face ceva, sentimentul curiozității în procesul de învățare. O persoană care se automotivează are dorința de a urmări obiectivele proprii cu mai multă energie, perseverență;

4. Empatie (Empathy). Este capacitatea de a înțelege emoțiile altor persoane. Persoanele empatiche posedă abilitatea de a interacționa cu alții în funcție de reacțiile emoționale ale acestora. Oamenii sunt atrași de persoanele empatiche pentru că sunt înțeleși;

5. Abilități sociale și de comunicare (Social skills). Reprezintă competența în gestionarea relațiilor, respectiv în construirea acestora. Prin crearea de relații puternice, un manager poate forma echipe, iar asta îl face lider. Liderul nu le cunoaște pe toate. În schimb, unii membri ai echipei ar putea fi și experți în anumite domenii. Sarcina liderului este de a identifica și folosi resursele din echipă.

Cele 5 componente se întrepătrund reciproc. Primele trei vizează capacitățile intrapersonale (relaționarea cu propriul eu), celelalte două se referă la capacitățile interpersonale (relaționarea cu alți indivizi). Așadar, pentru a reuși în viață, nu avem nevoie doar de cunoștințe, ci și de o modalitate practică de a gestiona emoțiile, de a canaliza energiile acestora într-o direcție pozitivă. Altfel spus: ai inteligență academică (IQ) – ai automobil, îți permite să pornești la drum; ai inteligență emoțională (EQ) – ai combustibil, îți permite să ajungi mai departe.

Capitolul 5

Investigații literar-artistice în dermatologie

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc
Catedra de dermatovenerologie,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Peter Paul Rubens

Peter Paul Rubens [1577-1640], cel mai renumit pictor flamand, capodoperele cărui se păstrează în prestigioase galerii de artă: Muzeul Luvru (Paris), National Gallery (Londra), Alte Pinakothek (München), Muzeul Ermitage (Sankt Petersburg) etc.

În cadrul picturii cu conținut mitologic, “Turmentatul Silen”, păstrată în vechea pinacotecă din München, maestrul scoate în evidență reprezentarea turmentatului Silen, educatorul zeului Dionisos, zeul vinului și al vegetației în mitologia greacă. Despre diagnosticul de insuficiență hepatică la abuz de alcool nu există nici un dubiu. La corpul lui Silen atrage atenția pielea caracteristică, pigmentată și lipsită de păr. Pielea fină a mâinilor contrastează evident cu constituția masivă. Tipul regiunii păroase genitale este feminin, ca urmare a tulburării hepatice și a unei producții reduse de androgeni. Alt simptom tipic al insuficienței hepatice este “capul de meduză”, adică chelia abdomenului cu ombilicul bombat și înconjurat de un desen venos.

Un alt argument că arta contează pentru istoria medicinei, este tabloul lui Rubens “Debarcarea Reginei la Marsilia”, păstrat în muzeul Luvru din Paris. Cele trei femei cu rotunjimi excesive sunt diagnosticate cu obezitate, varice, platfus și deformarea coloanei

vertebrale. Etichete nu tocmai onorante pentru niște modele de frumusețe. Spre șansa noastră, bolile de piele, tiroidele inflamate sau degetele deformate de reumatism au fost reproduse cu fidelitate și de alți pictori celebri.

Giovanni Battista Moroni

Giovanni Battista Moroni [1520-1578], pictor italian, capodoperele căruia pot fi admirate în galerii prestigioase precum: The National Gallery (Londra), Musée du Louvre (Paris), The Fine Arts Museums (San Francisco), The Hermitage Museum (Sankt Petersburg) etc.

În vestita sa pictură “Ritratto di Magistrata” / Portretul unui magistrat, păstrată astăzi în muzeul pinacotecii Tosio-Martinengo din Brescia, Italia, autorul a reușit să redea exact un aterom pe partea mediană a frunții magistratului. Este vorba despre o formațiune embrionară, epidermică și glandulară (epidermoidă) cu localizare preferențială pe pielea păroasă a capului, frunte, zona peri-orbitală și scrot.

Ateroamele pielii păroase sunt de obicei multiple, iar cele din regiunea frunții (precum este cel redat de Battista Moroni) apar mai des izolate. Ca diagnostic diferențial trebuie să ne gândim la: “falsele ateroame”, chistele foliculare sau sebacee, bazaliomul nevoid, siringomul, fibromul, chondromul, osteomul, lipomul, alte mixoame și leiomioame ce nu depășesc mărimea unui bob de fasole.

Domenico Ghirlandaio

Domenico Ghirlandaio [1449-1494], cel mai mare pictor florentin al secolului al XV-lea, fiul unui bijutier italian, preocupat de modelarea ghirlandelor. S-a remarcat prin frescele cu subiecte inspirate din viața oamenilor influenți din societatea în care trăia. Domenico Ghirlandaio a fost cel care l-a învățat pictura și sculptura pe Buonarroti Michelangelo [1475-1564], un alt mare creator din istoria artei.

În tabloul “Un batrân și nepotul sau”, care se găsește în muzeul Luvru din Paris, nasul roz și inflammat al unchiului este semnul unei

rinofime – angiectazie și fibroză a tegumentelor piramidei nazale, consecutivă acneei rozacee (rozaceea Vidal). Maladia se caracterizează prin hipertrofia tuturor straturilor constitutive, care dă nasului un aspect specific, voluminos, roșu, plurilobat, conopidiform, cu multiple iregularități și teleangiectazii. Boala este observată mai frecvent la marii băutori și la cei care fac abuzuri alimentare, de tutun și condimente. În ultima vreme, rinofima este atribuită infecției cu *Klebsiella rhinoscleromatis*. Evoluția este cronică, cu agravări progresive.

Un proces similar regăsim și în tabloul “Patricianul Ulrich Rohling”, portretul căruia, realizat de Mathias Krodel Jr., care a trăit în Schneeberg și a murit în 1618, se află la Muzeul Național Germanic Nürnberg. În cadrul picturii, nasul celui reprezentat are o dimensiune impresionantă, cu îngroșări neregulate perniforme, infiltrate roșii-albăstrui – rinofima lui Ulrich Rohling. Proximal de aripa nazală stângă se observă o bombare de culoare roșie închisă, rotundă, de mărimea unei boabe de fasole. Simptomatologia este atât de clară încât pare de prisos orice altă discuție legată de diagnosticul diferențial.

Astăzi știm că rinofima (nasul “castravete”) ca formă/variantă hipertrofică de rozacee este o îmbolnăvire a bărbaților și i-a naștere printr-o hiperplazie progresivă a țesutului conjunctiv, a glandelor sebacee și a unei ectazii vasculare.

Leonardo da Vinci

Gioconda sau Monna Lisa. Monna este prescurtarea cuvântului Madonna, ceea ce în română înseamnă Doamna mea. Lisa Gherardini era soția comerciantului Francesco Del Giocondo. Cei doi s-au căsătorit în 1495, iar portretul a fost comandat de comerciant pentru a marca sarcina soției, respectiv apropiata naștere a celui de-al 2 copil al lor, în decembrie 1502.

“Gioconda”, una dintre picturile cele mai faimoase din lume, realizată de celebrul pictor și om de știință italian Leonardo da Vinci [1452-1519], a fost și rămâne locul de atracție pentru cei aproxima-

tiv 7 milioane de turiști care vizitează anual Muzeul Luvru din Paris. Deși sarcina a fost una dintre explicațiile pentru zâmbetul ei misterios, specialiștii mai au și alte teorii: ciudatul zâmbet se datorează faptului că modelul urma un tratament cu mercur contra sifilisului, care i-ar fi înnegrit dinții (în schițele inițiale dinții erau vizibili); modelul ține buzele strânse pentru că îi lipsesc dinții din față; modelul suferea de o paralizie congenitală sau dobândită, care i-ar fi afectat partea stângă a feței, ceea ce explică de ce una dintre mâini este relaxată, iar cealaltă tensionată; faimosul zâmbet de pe chipul ei poate fi o iluzie optică creată deliberat de artist.

Un alt expert în picturile renascentiste și baroce, belgianul Jan Dequeker, ne atrage atenția asupra umflăturii la mâna dreaptă. Umflătura ar fi semnul clar al unei concentrații prea mari de grăsimi în sânge – hiperlipidemie, afecțiune care ar fi condus la insuficiență coronariană, posibilă cauză a morții Giocondei, la doar 37 de ani.

Tutankhamon

Tutankhamon [1342-1323 î. Hr.], faraon – rege egiptean. Blestemul lui Tutankhamon. Sinonim: blestemul faraonilor. Este vorba despre o legendă, care a circulat frecvent în anii 20-30 ai sec. XX, când au decedat subit și enigmatic mai mulți membri ai expediției din Valea Regilor, bazinul râului Nil: lordul George Edward Carnarvon, arheologul Howard Carter, colonelul Audrey Herbert, secretarul Richard Bethell etc.

Mai târziu, însă, lucru confirmat de egiptologii francezi André Pochan [1891-1975] și Jean-Philippe Lauer [1902-2001] în cărțile lor “Les énigmes de la Grande Pyramide” (Paris, 1971), respectiv “Le mystère des pyramides” (Paris, 1988), s-a constatat că aceștia au murit din cauza unor agenți fungici, în special, micromicete, numite în popor și mucegaiuri. Acestea posedă un metabolism excepțional – se hrănesc atât cu substanțe organice, cât și anorganice, ceea ce le permite să supraviețuiască, în condiții extremale, zeci, sute și chiar mii de ani. Micromicetele sintetizează toxine, care induc imunosupresie prin a) activarea sintezei de prostaglandine (PG) în celulele la care

au aderat sau prin b) influențarea directă a răspunsului imun celular. Pătrunzând în organismul uman, acestea atacă mai multe organe și sisteme, inclusiv plămâni, provocând forme grave de pneumonii combinate cu pleurezii: aspergiloză, histoplasmoză (boala Darling), criptococoză (boala Buschke) etc.

Achilles

Achilles sau Akhilleus (în română: Ahile), celebru erou din mitologia greacă, care a participat la războiul troian de partea grecilor. Cunoscut mai ales datorită epopeii homerice Iliada.

Tendonul lui Achilles este tendonul mușchilor gemeni care se inseră pe osul calcaneu. Are un rol foarte important în echilibru, lezările acestuia (tendinită, rupturi) ducând la modificări serioase de mers, alergare și sărituri.

În timpul războiului troian, eroul grec Achilles a fost omorât din cauza că o săgeată i-a atins acest tendon, unde exista singurul lui loc vulnerabil. Legenda spune că mama acestuia, Thetis, în dorința de a-și proteja copilul, l-a scufundat în râul Styx. Apele râului l-au făcut, într-adevăr, imun la săgețile oamenilor. Dar Thetis a uitat că pe durata scufundării ea îl ținea de călcâi, așa că această parte a corpului a rămas neprotejată.

În altă ordine de idei, Achilles Project este numele unui studiu european, realizat acum câțiva ani [1998-2003], care a avut drept scop elucidarea incidenței tinea pedis et unghium în rândul populației aparent sănătoase și a bolnavilor somatici. Conform acestui studiu, infecțiile mixte au crescut alarmant în ultimele decenii. Astfel, incidența acestora este maximă în Belgia – 85%, aproximativ egală în Grecia și Spania – 68% și respectiv 65%, puțin mai scăzută în Germania – 44%. În Republica Moldova, conform unui studiu retrospectiv, realizat în anii 2005-2006, infecțiile mixte (dermatofiti + levuri, dermatofiti + micromicete, levuri + micromicete, dermatofiti + levuri + micromicete) constituie aproximativ 31% din totalul micozelor plantare. Top agenți cauzali: *Trichophyton rubrum*, *Candida albicans*, *Aspergillus* (mai frecvent *fumigatus* și *niger*), *Trichophy-*

ton mentagr. var. interdig., Trichophyton mentagr. var. gypseum.

Ovidiu

Ovidiu [43 î. Hr.-17 d. Hr.], reprezentant de vază al culturii și civilizației latine antice. Moștenirea lăsată de Ovidiu este una de neprețuit, cele mai importante, dar și controversate lucrări ale lui fiind “Ars amandi” (Arta iubirii), “Remedia amoris” (Leacuri de dragoste) și “Ars cosmetica” (Arta cosmeticii).

În poemul “Ars amandi” pe un ton hazliu sunt parodiate sfaturile în materie de dragoste: unde și cum poate fi găsită iubita cea mai potrivită, cum trebuie cucerită și menținută dragostea etc. Al doilea poem, “Remedia amoris”, are de asemenea un ton hazliu și propune sfaturi utile pentru vindecarea de amor: practicarea agriculturii, participarea la treburile statului, efectuarea unor călătorii îndelungate etc. Cât privește “Ars cosmetica”, prin aceasta Ovidiu subînțelegea nu numai un cod de sfaturi, menit să ne facă mai frumoși la chip și la suflet, dar și abilitatea omului de a trăi în armonie cu sine însuși, cu lumea din jur și Cosmosul.

Curajul descrierilor au trezit însă indignări din partea autorităților Romei, autorul murind în exil la Tomis (astăzi Constanța, România).

Venus

Venus (sau Venera), zeița dragostei la romani, frumusețea căreia a inspirat numeroase creații artistice – Boticelli, Rafael, Tiziano, Rubens, Eminescu, Brâncuși etc.

În astronomie, Venus este a doua planetă din sistemul nostru solar (Luceafărul, în tradiția populară românească), situată la 108 milioane kilometri de Soare. Durata anului: 225 zile pământeste.

De la Venera provine termenul boli venerice (sinonim: boli cu transmitere sexuală) – grup de afecțiuni la care una dintre căile principale de transmitere o constituie raportul sexual. Până de curând erau considerate boli venerice numai sifilisul, gonoreea, șancrul moale (boala Ducrey) și limfogranulomatoza inghinală (boala Nicolas-Favre), denumite și boli venerice majore. Ulterior, s-a demonstrat

că mai există o serie de boli infecțioase și parazitare care, pe lângă modul clasic de contaminare, se pot transmite și pe cale veneriană. Acestea sunt denumite boli venerice minore: trichomonioza, chlamidioza, mycoplasmoza, condilomatoza, herpesul genital, moluscul contagios, candidoza uro-genitală, scabia, ftiriază pubiană.

În afară de aceste boli, mai există posibilitatea transmiterii pe cale sexuală pentru următoarele afecțiuni: hepatita B, giardioza, amebioza, shigeloză, infecțiile genitale cu streptococ β -hemolitic, infecția cu citomegalovirus (CMV) etc.

Syphilis

Syphilis – păstor legendar din “Metamorfozele” lui Ovidiu. În traducere din vechea greacă “σῦϕις” înseamnă porc / scroafă, iar “φίλος” – prieten. În anul 1530, poetul Girolamo Fracastoro [1478-1553] din Verona l-a preluat într-un poem, imaginându-și că acesta a fost îmbolnăvit de zeul Apollon, ca pedeapsă pentru păcatele sale (zoofilie). O altă operă de artă, “History of Syphilis”, a fost realizată, în sec. XVI, de gravorul flamand Jan Sadeler. Acesta a petrecut mai mulți ani în Verona, Veneția și Roma, fiind impresionat și influențat de scrierile lui Fracastoro.

Problematica în cauză a fost abordată, în operele lor, de numeroși alți artiști. De pildă, în “Portretul lui Gerard de Lairese”, realizat de Rembrandt în 1665, este vizibil un semn al sifilisului congenital tardiv – “nasul în formă de șă”. Un alt protagonist, preocupat de acest subiect, a fost Brunold Springer [1873-1931], notar și scriitor german. Inspirat din viața, opera și suferința marilor înaintași, acesta a publicat, în 1926, o carte pe cât de controversată, pe atât de scandalosă – “Die genialen Syphilitiker”. Chiar dacă nu toate informațiile prezentate de autor pot fi verificate, lucrarea prezintă un mare interes artistic și medical, autorul descriind, cu lux de amănunte, peste 30 “geniali sifilitici”, printre care menționăm: Papa Alexandru al VI, Benvenuto Cellini, Napoleon Bonaparte, Ludwig van Beethoven, August von Goethe, Nicolaus Lenau, Arthur Schopenhauer, Guy de Maupassant, Oscar Wilde, Vladimir Lenin etc.

Astăzi, prin noțiunea sifilis (sinonim: lues) subînțelegem o boală venerică majoră, foarte contagioasă, produsă de o bacterie în formă de spirală, *Treponema pallidum*, evidențiată în 1905 de sifilidologul Eric Hoffmann și zoologul Fritz Chaudinn. Se transmite predominant pe cale sexuală (90-95%). Alte modalități de contaminare: transfuzii de sânge, transplacentar de la mamă la făt, contactul direct cu secrețiile infectante. Până astăzi oamenii de știință nu s-au pus de acord în privința originii sifilisului. Boala ar fi fost adusă în Europa de 45 marinari, reveniți în 1492 din expediția lui Cristofor Columb în America. O altă teorie a originii sifilisului este cea africană, care spune ca boala ar fi existat în zona ecuatorială a Africii, fiind adusă în Europa și America prin comerțul cu sclavi. Ipoteza nu este, însă, recunoscută unanim, pentru că forma de sifilis de pe continentul african nu este venerică. Alți istorici susțin că sifilisul a existat dintotdeauna, în întreaga lume. Descoperiri arheologice, din necropole neolitice, relevă prezența unor leziuni specifice / asemănătoare bolii pe oseminte umane.

Hervé Guibert

Nietzsche și nebunia, Dostoievski și epilepsia, Thomas Mann și tuberculoza, Baudelaire și sifilisul. Sau, mai aproape de noi, Hervé Guibert și SIDA. Se asociază adesea numele unor personalități marcante ale istoriei cu boala care îi macină, adevărul fiind că geniul pare să întrețină o legătură misterioasă cu distrugerea trupului. Privitor la SIDA, cele 3 cărți ale lui Guibert – “A l’ami qui ne m’a pas sauvé la vie” (1990), “Le protocole compassionnel” (1991), “L’homme au chapeau rouge” (1992) – au constituit, la vremea respectivă, o adevărată explozie în literatura autobiografică, trilogia respectivă bucurându-se de multiple comentarii și aprecieri. Lumea romanului lui Guibert este una a corpului, un corp care, deși bolnav, este tot al său, ba chiar acum îl simte cu adevărat al său, ba chiar acum începe să-l iubească. Este ca o metamorfoză, de data asta în sens invers, în care fluturele își pierde aripile și devine vierme, târâtor și beteag, dar al dracului de prezent. Și asupra acestui vierme, sufletul va trebui să

se aplece, va trebui să-i acorde atenție, va trebui să-i studieze geografia, să-i învețe râurile și întunecimile. În opinia autorului, SIDA este o maladie inexorabilă, dar nu fulgerătoare, o maladie în trepte, o scară foarte lungă ce duce cu siguranță la moarte, dar fiecare treaptă a ei prezintă o ucenicie fără pereche, o boală care îți dă timp să mori și care-i dă morții timp să trăiască.

Astăzi, prin noțiunea SIDA subînțelegem o boală transmisibilă pe cale sexuală și sanguină, provocată de virusul imunodeficienței umane (HIV), caracterizată prin distrugerea apărării imunitare a organismului – atacă limfocitele CD-4, care în mod obișnuit protejează împotriva infecțiilor. Prin termenul “SIDA” subînțelegem stadiul final al infecției, manifestat prin dezvoltarea maladiilor infecțioase severe, cu sfârșit letal, pe când “infecția HIV” se utilizează pentru conturarea întregii perioade de infectare, de la contaminare până la deces. Clinic deosebit: 1) infecție primară asimptomatică sau “portaj sănătos”; 2) infecție primară simptomatică, cu aspect de boală acută febrilă (angină, gripă, mononucleoză infecțioasă etc.) și diverse manifestări cutaneo-mucoase (exanteme, enanteme etc.); 3) limfadenopatie persistentă generalizată; 4) complexul asociat SIDA → ARC (AIDS Related Complex), cu stare generală agravată și leziuni caracteristice la nivelul pielii (dermatită seboreică, strepto- și stafilodermii, herpes zoster, leucoplazie albă păroasă etc.); 5) SIDA manifestă sau propriu zisă, cu dezvoltarea infecțiilor oportuniste, grave – candidoză, criptococoză, pneumocistoză, toxoplazmoză, alopecie, sarcom Kaposi etc.

Capitolul 6

Sănătate sexuală și reproductivă

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc¹,
Conf. univ. Dr. Ion Dumbrăveanu²,
Conf. univ. Dr. Corina Cardaniuc³

¹Catedra de dermatovenerologie,

²Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală,

³Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 1

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Instigare la comunicare

Omul este compus din 3 elemente distinctive, cardinale: vegetal, animal și spiritual. Sexualitatea, evident, ține de instinctul animalic al omului. Dar sexualitatea nu se rezumă doar la sex. Sexualitatea se compune din sex plus încă 1001 de mărunțișuri, atribute (pasiune, atracție, plăcere, respect, sinceritate, încredere etc.), care formează educația, cultura sexuală a individului. Sexul este un dar de la părinți, de la Dumnezeu. Pentru că noi toți ne naștem cu un anumit sex: masculin sau feminin. Iar sexualitatea, așa cum am atenționat mai sus, este ceva mai complex. Iată de ce nu trebuie să confundăm aceste două noțiuni.

Fiecare om trăiește după un anumit set de valori și principii. O parte din aceste valori și principii se moștenesc, altele se învață pe parcursul vieții, cu predilecție în primii 6-7 ani de acasă. Să nu uităm, însă, că viața în care trăim este pe cât de complexă, pe atât de dură, binele și răul, adevărul și minciuna, prietenia și dușmănia, fericirea și suferința, dragostea și ura intersectându-se adesea.

Lumea în care trăim este cea care este: sexul preconjugal și extra-conjugal sunt o realitate, alcoolismul și narcomania sunt o realitate, SIDA și alte vicii ale societății sunt realități pe care nu le putem omite. Haideti, așadar, să nu promovăm politica struțului, prefăcându-ne că totul este ok, este frumos și perfect. Copiii noștri merită și trebuie să fie informați despre toate aceste realități: cum trebuie să-și facă prieteni, până unde poate să meargă o distracție, când este mai oportun să înceapă viața sexuală, cum trebuie să se protejeze într-o eventuală relație etc. Sunt de acord, părinții, școala și în special mass-media nu trebuie să știrbească din farmecul și inocența unui copil, unui adolescent. Asta, însă, nu ne scutește de abordarea problemelor enunțate mai sus.

Generațiile în creștere trebuie educate în spiritul dragostei, altruismului, toleranței. Dar, în același timp, și despre asta se uită de multe ori, în spiritul competiției acerbe (muncă, ambiție, perseverență) într-o lume tot mai dinamică. Copiii trebuie să-și iubească părinții, să-i respecte pe profesori. Deci dragostea, respectul trebuie să steie în capul tuturor lucrurilor și nu frica. Pentru că frica generează incertitudine, iar incertitudinea – necunoaștere. Iată de ce nu înțeleg atitudinea ostilă, inchizitorie a unor părinți și chiar personalități publice (pedagogi, politicieni, fețe bisericești etc.) vizavi de problema în cauză.

Viața sexuală este un atribut al vieții omului ce nu poate fi neglijat. Pentru a trăi, însă, viața sexuală este nevoie de o anumită cultură, o anumită educație, o pregătire fizică și psihică adecvată. În caz contrar, consecințele pot fi regretabile. La adolescenți, tendințele sexuale sunt firești, fiziologice, dragostea platonică trecând treptat într-o dragoste fantezistă, iar dragostea fantezistă într-o dorință firească de a experimenta, de a-i imita pe cei maturi.

Este foarte important ca prima relație sexuală să se producă cu un partener față de care există ceva mai mult decât un sentiment de prietenie și admirație. Este foarte important ca prima relație sexuală să se producă într-un mediu, anturaj cât mai confortabil. Un act sexual abuziv, fără o maturizare completă, fizică și psihică, poate traumatiza

tânărul sau tânăra, formându-i o atitudine eronată despre viața sexuală. Un act sexual neprotejat (fără prezervativ și anticoncepționale) poate duce la o sarcină nedorită și, în consecință, la nașterea unui copil preconjugal, nedorit. De asemenea, există riscul unor infecții cu transmitere sexuală – sifilis, gonoree etc.

Un alt risc legat de viața sexuală precoce este fumatul, consumul de alcool și droguri – vicii care distrug nu numai sănătatea reproductivă, dar și sănătatea altor organe și sisteme (inima, plămâni, ficatul etc.). Iată de ce părinții și învățătorii trebuie să poarte un dialog sincer și deschis la acest capitol.

Viața sexuală este ceva primordial, este temelia biologică pe care se clădește familia. Tot familia trebuie să fie locul unde copiii capătă primele și cele mai importante cunoștințe despre sex. În context, educația sexuală trebuie începută din primii ani de viață, cu răspunsuri sincere și competente la întrebări de genul “De unde am apărut?”, “Cum se nasc copiii?” etc.

Contează foarte mult atmosfera în care crește copilul în sânul familiei: ostilitatea reciprocă, certurile, infidelitatea părinților sunt doar o parte din premisele dezvoltării unui copil cinic, brutal, frustrat și complexat, cu o concepție eronată despre dragoste, familie și sex.

Da, există un antagonism biologic, firesc între băieți și fete, bărbați și femei, pentru că suntem totuși diferiți în multe privințe. Sunt, însă, categoric împotriva șovinismului feminin și masculin. Expresiile de genul “Așa-s toți bărbații!” sau “Așa-s toate femeile!” sunt absolut dăunătoare, atât pentru părinți, cât mai ales pentru copii.

Să nu uităm aici și de comunicarea non-verbală. Nu înzădar, dragostea a fost supranumită “biochimia senzațiilor”. Iar într-o familie, comunicarea dintre părinți și chiar dintre părinți și copii se realizează, de multe ori, prin gesturi, subînțeleșuri.

Așadar, numai prin comunicare, prin abordarea temelor delicate despre dragoste și sexualitate vom avea o relație armonioasă și în consecință copii sănătoși, educați și deștepți.

Despre sex și sexualitate

Activitatea sexuală este o parte importantă și esențială în viața fiecărei persoane. Sexualitatea unui individ generează emoții și activități pozitive, ce contribuie nu doar la perpetuarea speciei umane, ci și la menținerea unei stări de confort și sănătate – fiziologică, psihemoțională, socială.

Sexualitatea este individuală. Fiecare persoană are propria sexualitate, noțiunea dată fiind înțeleasă / percepută prin prisma moștenirii genetice, a educației primite, dar și a experiențelor trăite. Sexualitatea nu este doar un instinct, respectiv o simplă necesitate biologică. Ea nu se reduce doar la actul sexual propriu zis, urmat de consecințele acestuia, asupra cărora se insistă foarte mult. Sexualitatea este, în primul rând, o relație interumană, care cuprinde un ansamblu de dorințe, atracții, fantasme și, doar în ultimul rând, practicile sexuale.

Cu toate că premisele sexualității sunt dependente genetic, această predispoziție trebuie (re)cunoscută și interpretată în ansamblu, nu doar în context. Toți își doresc o sexualitate armonioasă, dar puțini știu că ea nu este moștenită. O sexualitate armonioasă depinde de fiecare în parte, ea se dezvoltă pe parcursul vieții, conturându-se inițial cu implicarea directă a familiei, iar ulterior și a societății. Or, este bine știut, noțiunile de prietenie, afecțiune, iubire sunt întotdeauna premergătoare unei relații intime și sunt, de obicei, văzute, trăite și simțite mai întâi în familie, iar mai apoi și în mediul social.

În ultimii ani, interesul față de sexualitate a sporit simțitor, fapt datorat accesului mai mare la informație, dispariției tabieturilor religioase și a schimbării curenților tradiționaliste cu cele libertine. În context, curiozitatea adolescenților și a tinerilor față de activitatea sexuală este mai pronunțată comparativ cu interesul generațiilor precedente. Astfel, vârsta de debut a relațiilor sexuale este în descreștere – circa 46% dintre tinerii de 18 ani sunt deja inițiați în sex. În același timp, a crescut numărul tinerilor infectați cu diverse infecții cu transmitere sexuală – sifilis, gonoree, trihomoniază, hlamidioză, HIV/SIDA, iar rata avorturilor rămâne la un nivel alarmant.

Din păcate, consecințele vizibile, nedorite, ale activității sexuale precoce și dezordonate reprezintă doar vârful aisbergului, impactul psihoemoțional și social al dereglărilor de sexualitate fiind mult mai mare. Spre exemplu, este cunoscut faptul că rata divorțurilor în rândul tinerilor până la 35 de ani este de peste 50%. În altă ordine de idei, numărul persoanelor de vârstă sexual activă, reproductivă, care se adresează cu diverse afecțiuni, precum disfuncția erectilă sau ejacularea precoce (la sexul masculin), respectiv frigiditatea și anorgasmia (la sexul feminin), este în continuă creștere.

Prin urmare, ceva s-a omis, ceva s-a pierdut, s-a neglijat. Și, cel mai probabil, omisiunea a fost și este la nivel de educație (a se subînțelege lipsă de educație, mai ales în familie), pe de o parte, la nivel de informatizare (a se subînțelege informatizare excesivă, deseori incorectă, de obicei, în spațiul public – TV, Internet etc.), pe de altă parte, ambele aspecte / paliere dezvoltându-se pe fundalul unui ritm alert al vieții. O viață, apropo, lipsită de comunicare reală, de dragoste, răbdare și înțelegere. O viață în care ne raportăm, deseori, greșit față de oamenii dragi – părinți, frați, soți / soții, copii etc. Toți vor să fie iubiți, dar puțini sunt cei care știu să iubească. Iar unde dragoste nu e... nimic nu e...

Despre etapele dezvoltării sexuale

Orice individ, indiferent de sex sau orientare sexuală, parcurge câteva etape importante de dezvoltare. De dezvoltare sexuală, bineînțeles. Etape care au o trecere lentă de la una la alta și care, dacă sunt omise, pot avea repercursiuni profunde în viitor.

Prima etapă este cea embrio-fetală sau de stabilire a sexului genetic. Din punct de vedere embriologic, la primele etape ale dezvoltării sale, embrionul este de sex feminin. Ulterior, în rezultatul androgenizării fetale, sub acțiunea testosteronului, către săptămâna a 6 de viață intrauterină, în caz de prezență a cromozomului Y, începe dezvoltarea caracteristicilor masculine.

Etapă a doua este cuprinsă între naștere și debutul pubertății. Este perioada conștientizării propriului sex și a apariției curiozității

determinate de sex. Până la vârsta de 3-4 ani, copilul nu sesizează sexul la care aparține. Ulterior, însă, sub influența factorilor sociali, educaționali și de mediu apare așa zisa sexualizare psiho-afectivă, proprie doar individului uman, iar încercările maturilor de a-i atribui sexul opus poate întâmpina rezistență evidentă. La începutul acestei perioade, până la vârsta de 3 ani, este foarte necesară prezența mamei, respectiv atașamentul față de mamă, absența căreia determină ulterior reacții de fobie și agresivitate față de cei din jur. La sfârșitul acestei perioade, în mediu către vârsta de 10 ani, copilul cunoaște bine diferența dintre sexe – peste 50% au o informație detaliată despre organele de reproducere, iar peste 40% participă la diferite jocuri cu caracter sexual. De remarcat faptul că interesul pentru jocuri erotice la această vârstă nu este condiționat de libidoul propriu zis, ci are conotații social-educaționale. Este perioada când familia și societatea încep să atribuie sarcini diferite băieților și fetelor și are loc atașarea profundă, involuntară față de părintele de același sex. Familia, în general, are un impact esențial asupra sexualității. Comportamentul părinților are influențe majore asupra comportamentului sexual al copilului. Conștient sau nu, în viața matură copilul va face, în primul rând, ceea ce a văzut la părinți și apoi ceea ce a auzit din alte surse. Începe afirmarea personalității și individualității copilului.

Pubertatea începe din punct de vedere fiziologic odată cu creșterea secreției de hormon gonadotrop, urmată de creșterea gonadelor și a altor schimbări ale corpului – păr pubian, dezvoltarea glandelor mamare, lărgirea bazinului la fete, îngroșarea vocii la băieți etc. Este o perioadă care durează în medie 2-4 ani, iar la fete începe mai devreme cu circa 2 ani față de băieți. Din punct de vedere fiziologic, la fete aceasta etapă se finisează cu apariția menstruației, iar la băieți – a poluției (ejaculare involuntară nocturnă). Fiziologic începe perioada adolescenței.

Din punct de vedere psihologic, trecerea de la pubertate la adolescență nu este atât de evidentă. Transformările psihologice încep la pubertate nu doar sub influența factorilor fiziologici, în primul rând hormonal, ci și a celor sociali – școala, mass-media etc. Din mo-

mentul în care organele sexuale încep să funcționeze în mod deplin, foarte mulți confundă această etapă a dezvoltării sexuale cu activitatea sexuală. Apariția menstruației, la fete, și a poluției, la băieți, arată o stare de normalitate a organismului și este un indicator fiziologic important că organismul a început etapa sexualității mature, și nicidecum faptul că este pe deplin pregătit pentru activitatea sexuală propriu zisă. În această perioadă, tinerii au foarte multe întrebări, inclusiv ce țin de sexualitate, iar neavând răspunsuri adecvate și adevărate, din partea familiei sau a societății (școala, mass-media, prieteni, colegi etc.), încearcă să se exploreze pe ei înșiși sau lumea înconjurătoare. Pe de altă parte, unele răspunsuri greșite îi vor orienta pe piste false, cu urmări de multe ori ireversibile.

Următoarea etapă a dezvoltării sexuale, care poate coincide cu vârsta biologică a adolescenței, este etapa de tranziție, care pornește odată cu începutul vieții sexuale și durează până la instituirea unui ritm fiziologic regulat, dependent de constituția sexuală individuală, în condițiile unui parteneriat permanent. Este perioada exceselor sexuale, manifestate prin acte sexuale repetate în 24 de ore, finalizate cu ejaculare sau orgasm. Etapa de tranziție durează în mediu 4-6 ani și este urmată de etapa sexualității mature, caracterizată prin menținerea unui ritm sexual adecvat, dependent de constituția sexuală individuală a fiecăruia, în mediu 2-3 relații sexuale pe săptămână. Este cel mai adecvat ritm din punct de vedere fiziologic pentru apariția unei gravidități, deoarece maturizarea completă a spermatozoizilor are loc în 48-72 ore.

Din păcate, mulți tineri nu parcurg aceste etape în mod natural, ci încearcă să mențină un ritm sexual accelerat sau excesiv, încă de la începuturile unei relații, pentru o perioadă indefinită de timp. Este o practică nocivă, păguboasă. Nu este necesar ca ritmul relațiilor sexuale să fie același la toate vârstele, precum nu este necesară extenuarea, adeseori, artificială a organismului pentru a demonstra capacitatea de a fi super potent.

Despre motivația sexuală

Adolescența, iar adeseori și vârsta tânără, postpubertară, este o

etapă a vieții când se confundă două noțiuni importante – dragostea și sexul. Este o etapă când principala motivație sexuală este curiozitatea, condiționată sau nu de nivelul hormonal, când exprimarea necesităților sexuale este diferită la băieți și la fete.

Beneficiile sexului pentru organismul uman au fost studiate și sunt bine cunoscute, respectiv recomandate pentru persoanele maturizate atât fizic, cât și psihologic. Din punct de vedere sexologic, sunt 3 motive de bază ale activității sexuale: 1) biologic, cu scop de reproducere a speciei umane; 2) hedonic, în scopul obținerii plăcerii (hedonic provine de la hedonism – concepție care proclamă plăcerea drept binele suprem, iar dorința de a o obține – principiu de bază al comportamentului) și 3) relațional, care constă în oferirea și obținerea unor “dividende” reciproce – respect, încredere, toleranță, pasiune, dragoste, plăcere etc.

La vârsta adolescenței și a tinereții, realizarea primului motiv este mai degrabă o consecință nedorită decât un scop în sine al relațiilor sexuale. De asemenea, la vârsta respectivă dezvoltarea și maturitatea psihologică a organismului, mai ales a celui masculin, foarte rar corespunde realizării celui de-al 3 motiv, cel de a oferi, în primul rând, apoi de a obține ceva în urma unei relații intime. Or, conform ultimelor studii în materie de sexologie, relațiile intime sunt percepute ca cea mai superioară formă de comunicare interumană, iar realizarea acestui deziderat stă la baza unei relații trainice și a unui cuplu fericit.

Scopul hedonic, cel de a obține plăcere, este o motivație acceptabilă, unanim recunoscută și este dreptul fiecărei ființe umane de a beneficia de plăcere, dar... nu și unicul. Accentuarea, informatizarea și utilizarea excesivă doar a acestui motiv, în special la o vârstă incomplet matură, poate favoriza, la nivel de subconștient, producerea unor schimbări greu reversibile cu risc de amplificare a laturii date pe parcursul întregii vieți, în detrimentul altor motivații. Și mai grav este atunci când actul sexual are loc nu ca urmare a unui imbold interior, ci sub influența mediului social, din curiozitate sau prin constrângere. În atare situații, actul sexual nu este perceput ca ceva magic și sublim, ca o culminare a unei relații, ci ca o situație

potențial generatoare de plăceri, de obicei pentru sexul masculin, precum folosirea unei băuturi răcoritoare sau a gumei de mestecat. Iar la fete urmările pot fi și mai neplăcute, manifestate la vârsta maturității prin aversiune (respingere) față de actul sexual, frigiditate sau anorgasmie.

Despre debutul vieții sexuale

În adolescență se formează orientarea psiho-sexuală a individului, se pun premisele caracterului sexual ulterior, are loc trecerea de la faza de romantism a libidoului la cea erotică, apoi la cea sexuală. Este foarte important ca la această etapă să se respecte o anumită consecutivitate, respectiv continuitate: apariția dorinței, care are inițial un caracter difuz și confuz, urmată de căutarea și obținerea informației, faza de fantasme, adeseori concretizată cu începutul masturbării, urmată de căutarea și găsirea subiectului sexual. Alegerea sau selecția partenerului sexual nu trebuie lăsată întâmplării. Inițial ea se formează ca o imagine globală, care constă din mai multe secvențe parțiale obținute prin prisma educației, a cunoștințelor teoretice din cărți, filme etc. Urmează aprecierea corespunderii partenerului după principii morfologice (forma corpului, culoarea părului sau a ochilor etc.) și psihologice (caracter, cunoștințe generale etc.). Următoarea etapă este cea erotică, manifestată prin flirt, jocuri în doi, plimbări, săruturi etc. și doar apoi, după a anumită perioadă, cea sexuală, sau actul sexual propriu zis, care obligatoriu, indiferent de vârstă, va respecta preludiul, ca o componentă esențială.

Prezența fazei de îndrăgostire reciprocă, de extaz și stimă este foarte importantă, în special la începuturile unei relații intime, pentru a nivela posibilele erori sau greșeli tehnice, proprii fiecărei persoane. Chiar și în condițiile respectării tuturor etapelor sus-numite, nu toate actele sexuale vor fi de la bun început satisfăcătoare pentru ambii parteneri. Orice cuplu are nevoie de o anumită perioadă de adaptare, care poate dura luni de zile și care necesită, în primul, rând comunicare. Cu părere de rău, excesul de informație, pe de o parte, sau lipsa unei informații corecte, pe de alta, fac ca în cadrul relațiilor

dintre tineri să dispară etape întregi ale unui comportament sexual normal, în primul rând a fazei de erotism (întâlniri romantice, îmbrățișări, săruturi, mângâieri reciproce, petting). Se preferă trecerea directă la ultima fază, cea sexuală, dar și aici fără respectarea unor noțiuni elementare, precum preludiul.

De cele mai multe ori, tinerii sunt informați despre consecințele unui act sexual, precum infecțiile veneriene sau graviditatea și de puține ori sau deloc nu le vorbește nimeni despre etapele necesare unui comportament sexual. Urmările sunt evidente – răzbunarea naturii, manifestată prin lipsa interesului față de sex la vârsta matură, dispariția valorilor interumane, în special a comunicării, a respectului față de partener, a necunoașterii noțiunii de dragoste sau iubire și, în ultimă instanță, a dispariției valorilor familiare și a creșterii îngrijorătoare a ratei divorțurilor etc. Deseori, în cazul când unele componente ale comportamentului sexual au fost omise în tinerețe, ele sunt aplicate și trăite la vârsta adultă, când există deja alte griji sau valori. Și atunci apar situații de-a dreptul jenante, când bunelul încearcă să parcurgă aceiași “pași” ca și nepotul său. Iar uneori, și mai trist, împreună cu o “nepoțică”.

Despre etapele răspunsului sexual

Etapele răspunsului sexual au fost studiate pe parcursul timpului. La ora actuală, din punct de vedere sexologic sunt, cel puțin, 4 modele care descriu fenomenul. Primii, care au descris reacția organismului uman în timpul activității sexuale au fost savanții americani Masters și Johnson, în anul 1966. Ulterior, modelul descris de ei a fost completat de psihologul Kaplan. Conform modelului Masters-Johnson-Kaplan, răspunsul sexual uman are 4 faze, comune atât pentru bărbat, cât și pentru femeie.

Faza 1. Inițierea / excitarea.

Este urmare a stimulării psihologice, în prezența sau uneori absența obiectului iubirii, prin includerea diferitor fantezii, urmat sau precedat de acțiuni fiziologice precum sărut, mângâiere etc. La bărbat are loc erecția penisului, iar la femeie lubrefierea vaginală.

Faza de excitație poate dura de la câteva minute la câteva ore și fie că trece în faza a 2, cea de platou, fie că dispare. În această ultimă situație, uneori, îndeosebi la tineri, este urmată de dureri testiculare tranzitorii.

Faza 2. Platoul.

Stimularea poate continua cu faza de intromisie sau actul sexual propriu zis. La stimulare sexuală continuă, la bărbat pot crește în dimensiuni testiculele cu până la 50%, erecția devine mai puternică cu modificarea culorii glandului penian. La femeie pot crește în dimensiuni glandele mamare cu până la 25%, la nivel de vagin apare așa numita platformă orgasmică, iar clitorul se poate retrage spre pubis. Totodată, apar așa numitele reacții extragenitale, crește frecvența respirației, a bătăilor cordului și a tensiunii arteriale. Faza de platou poate dura de la 30 secunde până la câteva minute.

Faza 3. Orgasmul.

Este o senzație subiectivă de plăcere, asociată sau nu cu unele manifestări fiziologice, precum contracții musculare, care poate dura de la câteva la zeci de secunde. La bărbat, de obicei, este asociată cu ejacularea, care aproape inevitabil provoacă orgasmul. Fiziologic, ejacularea constă în emisia lichidului seminal prin uretră, în urma contracțiilor ritmice ale prostatei, veziculelor seminale și cordonului spermatic. La femeie, se produc contracții involuntare ale platformei orgasmice vaginale sau a musculaturii striate a corpului, uneori pot apărea grimase faciale involuntare. La ambele sexe, tensiunea arterială poate crește cu până la 50 mmHg, iar bătăile pulsului pot ajunge la 160 pe minut. Prin urmare, o condiție fizică sănătoasă este obligatorie pentru o activitate sexuală adecvată. Trebuie de reținut că pentru producerea orgasmului, de obicei, femeia necesită o stimulare sexuală mai îndelungată, care constă nu doar în stimularea organelor genitale, ci și a zonelor erogene. La începutul unei relații sexuale adeseori orgasmul lipsește, ceea ce este o variantă a normalității. Unele femei tinere, în genere, au primul orgasm abia după nașterea copilului.

Faza 4. Rezoluția sau faza refractară.

Constă în refluxul de sânge de la organele genitale, asociată cu o stare de relaxare. În cazul prezenței orgasmului, acest reflux durează câteva minute, în cazul absenței orgasmului poate dura ore, fiind însoțit de senzația de disconfort. În timpul fazei de rezoluție, comportamentul masculin este diferit de cel feminin. Bărbatul, de obicei, are o stare de moleșeală mai puternică și tendința de a adormi. Femeia, în schimb, simte necesitatea de a comunica, de a fi mângâiată, îmbrățișată, sărutată, ceea ce reprezintă o finalizare a actului sexual.

Despre comportamentul sexual

Comportamentul sexual uman este foarte complex și divers. El este dependent de starea de sănătate individuală, vârstă, educație, religie, dogme sau prejudecăți. Este foarte greu de stabilit anumite normative ale comportamentului sexual, poate chiar imposibil. În anumite circumstanțe, într-un anumit context, un comportament poate fi considerat normal, iar în altul – pervers.

În majoritatea situațiilor, conceptul de normalitate interferează foarte mult cu contextul cultural-religios al populației majoritare. Astfel, de-a lungul timpului, pentru populația băștinașă a Republicii Moldova este considerată ca normalitate relația sexuală monogamă (cu un singur partener / parteneră), heterosexuală (bărbat / femeie). Comportamentul sexual care nu se încadrează în aceste limite / principii este privit suspicios și adeseori intolerant. În același timp, există culturi care consideră normal și alt comportament sexual, cu condiția ca el să nu fie agresiv, distructiv sau violent.

Alte aspecte ale comportamentului sexual, care țin în special de particularitățile fiziologice, ar fi: vârsta de debut a relațiilor sexuale, frecvența relațiilor sexuale, practicarea diferitor forme de activitate sexuală, practicarea unor metode de stimulare a organelor sexuale, masturbarea etc. Desigur, comportamentul sexual este opțiunea fiecăruia dintre noi. Iar dincolo de alegerea făcută, este important ca ceea ce derivă din acest comportament să nu ducă la apariția sentimentului de vinovăție, frustrare, anxietate sau schimbări psihice.

Așadar, comportamentul sexual reprezintă maniera în care oame-

nii experimentează și își exprimă sexualitatea. În anumite culturi, activitatea sexuală este considerată acceptabilă doar dacă se întâmplă în cadrul căsătoriei, deși în general în lume relațiile sexuale premaritale sau în afara unei căsătorii sunt foarte răspândite. Anumite activități sexuale sunt considerate împotriva normelor sociale sau chiar ilegale. Spre exemplu, activitatea sexuală cu o persoană minoră sau violul sunt, în general, pedepsite în majoritatea statelor lumii.

Conform expertului și sexologului american Ian Kerner, există două tipuri de comportament sexual: 1) persoanele care caută confortul și 2) cele care simt nevoia de adrenalină. Persoanele care prefera confortul nu se sperie de rutină și nu fac prea multe schimbări în pat. Prin comparație, persoanele care simt nevoia de adrenalină nu sunt mulțumite până când nu fac ceva nou în pat de fiecare dată. Compatibilitatea sexuală este cea mai bună atunci când întâlnești o persoană care are același tip de comportament sexual ca și tine. În primă instanță, când pasiunea și noua relație se îmbină fericit, nu e o problema dacă o persoană, căreia îi place confortul, se întâlnește cu o persoană hiperactivă, care iubește adrenalina. Problemele pot apărea mai târziu. Acestea, însă, pot fi depășite, dacă cei doi își exprimă clar preferințele sexuale și sunt dispuși să facă eforturi pentru fericirea celuilalt.

Despre compatibilitatea sexuală

De ce unele familii se mențin împreună și sărbătoresc nunta de aur, iar altele se destramă la câteva zile după căsătorie? De ce unele persoane radiază de fericire, atunci când sunt împreună, iar de la altele adie a gheață? Oare cum va fi familia mea și ce trebuie să fac ca să fiu fericit în căsătorie? Ce înseamnă a fi compatibil? Cum se măsoară compatibilitatea? Sunt întrebări și întrebări, care au zeci de variante de răspunsuri. Conform DEX-ului, sinonimul cuvântului “compatibil” este “potrivit”, iar a fi compatibil înseamnă a putea exista împreună, a suporta prezența altuia. Este o definiție pur lingvistică, fiindcă sensul este mult mai larg, atunci când ne referim la ființele umane. O relație sănătoasă și armonioasă între 2

persoane are mai multe componente: psihologic, emoțional, afectiv și, nu în ultimul rând, sexual. În majoritatea situațiilor, când se vorbește de compatibilitate sexuală, primul lucru care apare în gând este mărimea și potrivirea anatomică a organelor genitale. Există în aceasta afirmație o doză de adevăr, dar nu exprimă nici pe departe adevărul absolut. Cu excepția cazurilor masculine de micropenis sau de penis uriaș, care se întâlnesc la mai puțin de 1-2% din populația masculină, organele copulative feminine au o capacitate foarte mare de adaptare, dacă sunt respectate și alte condiții ale unei activități sexuale adecvate. Există la medicii sexologi o afirmație care spune următoarele: atunci când relația “funcționează”, mărimea contează în proporție de 20%, când “nu funcționează” – contează 80%.

Foarte puține relații sunt ideale de la început. Chiar și cei foarte experimentați din punct de vedere sexual nu vor fi întotdeauna satisfăcuți de la primele relații intime. Pentru ca o relație să fie satisfăcătoare, este nevoie și de implicare emoțională, dragoste și comunicare. Cele expuse sunt strict necesare fazei de debut a unei relații. Însă de foarte multe ori, la un interval de câteva săptămâni, uneori luni de la începutul unei relații, partenerul sau partenera este de nerecunoscut, în special în activitatea sexuală, devine apatic, fără interes, apar diverse disfuncții sexuale etc. Dacă situația se întâmplă la cuplurile care au confundat dragostea și iubirea cu excitația și dorința sexuală de moment și nu au ajuns la faza de căsătorie, problema se rezolvă de la sine, prin despărțire, evident. Dar, din păcate, situația descrisă mai sus este frecventă și în cuplurile căsătorite din dragoste, adeseori cu copii, cu implicări psiho-emoționale profunde. De ce? În majoritatea cazurilor este vorba de temperamente sau constituții sexuale diferite. Temperamentul sexual al ființei umane exprimă modul în care este percepută și realizată necesitatea și activitatea intimă a unei persoane. Temperamentul sexual este înnăscut, deci se va schimba foarte puțin pe parcursul vieții, cu excepția situațiilor când, dintr-o cauză externă (educație strictă, viol, dominația psihologică a partenerului), devine inhibat, suprimat, iar persoana respectivă suferă în tăcere. Temperamentul sexual depinde de nivelul

hormonilor sexuali, textura creierului, evoluția sexuală, dar și satisfacerea necesităților sexuale pe parcursul timpului. Nu vom vorbi decât orientativ despre temperamentul sexual la o persoană tânără, care nu are un partener sexual permanent și care nu a intrat în așa-zisa perioadă a activității sexuale stabile (de obicei, după vârsta de 23-26 ani). Cu atât mai mult nu putem vorbi despre un temperamentul sexual la un adolescent.

Trebuie de reținut că temperamentul sexual nu este echivalent cu cel social. Din punct de vedere sexologic, există 3 tipuri de temperament sexual (sau constituție sexuală): slab (A), mediu (B) și puternic (C), fiecare din aceste 3 tipuri divizându-se încă în 3 subtipuri. Prin urmare, convențional vorbind, deosebim 9 tipuri de temperamente sexuale. În ultima perioadă, în literatură este descris și cel de-al 10: temperamentul asexual. Majoritatea persoanelor se încadrează în temperamentul sexual mediu (B), necesitățile sexuale ale cărora corespund ritmului fiziologic necesar instalării unei gravidități, în cadrul unei relații permanente. Pentru un temperament sexual slab, frecvența relațiilor intime este mai mică. Un tip cu o constituție sexuală slabă (A1) se simte satisfăcător dacă are relații intime de 4-5 ori pe an, iar o persoană asexuală nu simte necesitatea relațiilor intime. Prin opoziție, o persoană cu o constituție sexuală puternică (C2 sau C3) va simți un disconfort general dacă nu va avea relații intime zilnice. Dacă soarta a întâlnit 2 persoane care s-au îndrăgostit la prima vedere, dar au caractere sexuale situate la polii opuși, cu siguranță că ambii vor avea de suferit. Din fericire, frecvența extremelor este mică (nu mai mult de 10%). Cum putem aprecia temperamentul sexual al unei persoane? În primul rând prin comunicare, răbdare și aprecierea dorințelor partenerului. Comunicarea și cunoașterea necesită timp. Nu este corect, atunci când după 2-3 săptămâni de la prima întâlnire tinerii se opresc la oficiul stării civile. Nu este corect, când tinerii se căsătoresc până la maturizarea fiziologică și psihoemoțională a organismului. Compatibilitatea sexuală presupune și atitudini identice asupra activității sexuale, asupra fanteziilor sexuale, asupra necesităților de explorare sexuală reciprocă și, neapărat, respect față de partener și dorințele sale.

Despre disfuncția erectilă

Disfuncția erectilă este incapacitatea unui bărbat de a obține și a menține o erecție suficientă pentru realizarea unui act sexual satisfăcător. Disfuncția erectilă poate să apară la orice vârstă și are cauze psihologice și organice. Incidența globală a disfuncției erectile este de circa 50%, dar în mai puțin de 10% apare la vârsta sub 40 de ani. Prin urmare, la bărbatul vârstnic disfuncția erectilă are cauze organice / medicale (ateroscleroza, diabetul zaharat, obezitatea etc.). La tineri, majoritatea cazurilor de disfuncție erectilă sunt de cauză psihologică, în primul rând – frica sau teama de graviditate a partenerei, de infecții cu transmitere sexuală, frica de insucces (în special, la primele relații sexuale), frica de ejaculare precoce, de nesatisfacere a partenerei, frica de reproșuri. Alte cauze psihologice pot fi generate de condițiile neadecvate de realizare a actului sexual (în cămin, în apartamentul părinților, în automobil), nerespectarea igienei personale, neîncrederea în parteneră etc. Dacă condițiile psihologice continuă pe o durată mai mare de timp, vor provoca anxietate și inițierea unui cerc vicios, adeseori dificil de rupt, sau se pot asocia cu cele organice, precum hipogonadismul, inflamațiile prostatei etc. Totuși, uneori, chiar și la cei tineri, sunt prezente de la bun început cauze organice, mai des înăscute, precum hipogonadismul, anomaliile vasculare, sau dobândite, cauzate de modul de viață: fumatul, consumul de droguri, consumul de substanțe anabolizante etc.

O cauza frecventă a disfuncțiilor sexuale la tineri și, în special, la adolescenți, întâlnite în utimii ani, sunt cele provocate de necunoașterea elementară a fiziologiei sistemului reproductiv și o concentrare prea mare asupra activității sexuale în detrimentul altora. Chiar dacă organismul masculin este capabil de realizarea unui act sexual, este nevoie de un efort fizic și intelectual care, în cazul în care nu corespunde vârstei, pur și simplu, se epuizează. În asemenea situații, vorbim de o disfuncție erectilă situațională, care necesită o schimbare a stilului de viață și a comportamentului. Testul cel mai important pentru a deosebi o disfuncție erectilă organică de una psihologică este testul tumescenței nocturne. Un bărbat sănătos are, în

mediu, de la 3 la 6 erecții nocturne spontane cu o durată de la 1 la 10 minute. În disfuncțiile erectile organice, erecția nocturnă este absentă sau abia perceptibilă. În disfuncțiile erectile psihogene, erecția nocturnă este prezentă. Dacă disfuncția erectilă persistă pe parcursul câtorva relații sexuale sau tentative de a avea relații intime, este necesar de a se adresa la un medic specialist androlog. Nu este recomandat autotratamentul sau tratamentul conform sfaturilor prietenilor și nici schimbarea partenerului sexual (greșală foarte frecvent întâlnită). Nu există nici o garanție că măsurile întreprinse de unul singur vor fi eficiente, iar o nereușită ulterioară va duce la agravarea situației. Medicul va stabili cauza și gravitatea problemei și va recomanda un tratament adecvat situației. De reținut: disfuncția erectilă la tineri se tratează în 100% cazuri.

Despre ejacularea precoce

Ejacularea precoce este cea mai frecventă disfuncție sexuală masculină și la diferite etape ale vieții are o frecvență de la 30 până la 90%. Nu există o definiție unică și absolută a ejaculării precoce. Nu putem vorbi despre o ejaculare precoce, dacă nu vom da o definiție la durata actului sexual. Deci cât trebuie să dureze un act sexual? Răspunsul este mai mult filosofic: atât timp cât ambii parteneri se simt bine. Nu trebuie confundată durata actului sexual cu cea a intromisiei sau a timpului latent intravaginal. Actul sexual în sine are cel puțin 3 părți componente: preludiu, intromisie și postludiu. La persoanele tinere preludiul se rezumă la câteva secunde, mai rar minute. În mod normal, însă, durata preludiului trebuie să fie cel puțin de 2-3 ori mai mare ca cea a intromisiei.

Durata actului sexual, de obicei, este mai mică la persoanele tinere, fiind dependentă de durata de abțință. Conform definițiilor sexologice, ejacularea precoce se caracterizează prin apariția ejaculării la un interval de mai puțin de 2-3 minute de la intromisie sau minim 25-30 de fricții. Uneori, ejacularea survine până la intromisie și poartă denumirea de ejaculare ante portas. Ejacularea precoce poate fi accidentală, ocazională, de obicei urmare a unei emoții puternice sau invers – a unei neimplicări emoțional-afective față de

parteneră, grabă sau stres. Dacă ejacularea precoce survine după o perioadă de abținere poartă denumirea de fiziologică și de cele mai multe ori dispare pe parcursul a câtorva relații sexuale. Dacă ejacularea precoce persistă, indiferent de situație, este deja o tulburare de dinamică sexuală, care necesită a fi abordată mai serios.

Cauzele ejaculării precoce pot fi de ordin psihologic și organic / medical. Una dintre cele mai frecvente cauze psihogene ale ejaculării precoce este condiționată de absența unei educații la acest capitol și poate fi provocată de debutul timpuriu al activității sexuale, atunci când organismul nu este maturizat pe deplin, iar eliminarea mai rapidă a spermei este interpretată ca o izbăvire. Uneori, ejacularea precoce poate fi consecința unei situații nefavorabile, care poate marca psihicul pentru întreaga viață. Dacă asemenea practici continuă pe o durată îndelungată de timp, se instalează un anumit reflex și, în mintea bărbatului, acest lucru este perceput, pe de o parte, ca o stare de neputință, iar pe de alta – ca ceva firesc.

O altă cauză frecventă a ejaculării precoce este cea secundară, urmare a unor reproșuri din partea partenerii, adeseori mai experimentate, care poate duce la apariția fricii de insucces în relațiile ulterioare. Această frică ia amploare, îndeosebi dacă se repetă, inclusiv din cauza abținerei, și poate da naștere unor dereglări sexuale de o durată mai lungă. Uneori, ejacularea precoce poate să apară dacă partenera este gravidă, din frică de a nu cauza careva daune la făt sau mamă. Printre cauzele organice ale ejaculării precoce sunt: inflamațiile urogenitale provocate de infecții cu transmitere sexuală (sifilis, gonoree, trihomoniază etc.), de asemenea prostatita cronică sau anomaliile congenitale, precum frenul scurt sau fimoza. Este important de știut că ejacularea precoce nu trebuie dramatizată. Dacă este accidentală sau fiziologică, ea va dispărea de la sine. Dacă însă persistă, este necesar de a vă adresa la un medic androlog sau urolog, care va stabili cauza exactă a problemei și va prescrie un tratament adecvat. Spre exemplu, atunci când problema e provocată de un fren scurt sau o fimoză, soluția cea mai optimă este intervenția chirurgicală.

Despre infertilitate

Foarte multe persoane, utilizând diverse metode de contracepție, fac tot posibilul ca sa nu apară un copil. În același timp, mii de persoane ar da orice ca în familiile lor să apară un bebe. Cu părere de rău, circa 15% din cupluri nu pot procrea un copil, iar alte 15% au mai puțini copii decât își doresc. Un cuplu este infertil dacă timp de un an de viață conjugală, fără măsuri de contracepție, nu apare graviditatea. Conform datelor statistice, la 30% din cupluri concepția apare în prima lună de viață conjugală, la 60-80% în primul an, iar la 10% – pe parcursul anului doi. Până relativ nu demult, în societate persista ideea că infertilitatea are, în majoritatea cazurilor, cauză feminină. Este o idee falsă, deoarece “aportul” în cadrul cuplului infertil este al ambilor parteneri. Astfel, în circa 40% din situații cauza este femeia, în 25% – bărbatul, în 25% – ambii parteneri, iar în 10% din situații – cauza nu este clară. Din populația totală de bărbați căsătoriți se consideră că 10% sunt infertili.

Infertilitatea masculină este provocată de scăderea producerii sau calității spermei. Componenta ejaculatului este foarte complexă și doar 1% conține spermatozoizi produși în testicule, restul este compus din: a) produsul veziculelor seminale, cu conținut bogat în fructoză, enzime, aminoacizi, prostaglandine (68%), b) produsul prostatei, bogat în zinc, enzime proteolitice, fosfataze acide (circa 30%) și c) produsul glandelor bulbouretrale (1%). Spermatogeneza la nivel de testicul durează circa 72 de zile, maturizarea spermatozoidului în epididim durează circa 72 de ore. Dacă are loc ejacularea, în căile genitale feminine spermatozoidul poate trăi circa 72 de ore. Pe parcursul ultimului secol, fertilitatea masculină are o tendință netă de scădere. Astfel, dacă conform primelor normative descrise la nivel mondial de către Hull în 1891, numărul optim de spermatozoizi într-un ml era de 80 mln., la mijlocul secolului XX acest număr era de 40 mln., în anii 1970-1980 – circa 30 mln, în anul 2000 – aproximativ 20 mln, iar în 2015 Organizația Mondială a Sănătății face referire la 15 mln.

Cauzele infertilității masculine sunt de ordin general sau com-

portamental și local, datorat unor condiții medicale. Cauzele comportamentale sau de mediu, în faza inițială pot fi reversibile. Se va lua în considerație subnutriția, aportul insuficient de proteine, minerale, pe fondul unui aport crescut de glucide, grăsimi sintetice etc., ceea ce provoacă obezitatea de diverse grade. Stresul poate provoca scăderea producerii principalului hormon masculin – testosteronul, dar și alte dereglări hormonale. Abuzul de alcool, droguri și în special fumatul cauzează schimbări ireversibile ale spermatogenezei. În ultimii ani, tot mai multe studii științifice arată rolul negativ al utilizării laptopurilor, telefonelor mobile etc. asupra producerii de spermă. Cauzele medicale ale infertilității masculine sunt de ordin inflamator și infecțios. Astfel oreonul sau parotidita endemică, o boală virală, care afectează îndeosebi adolescenții poate provoca infertilitate la circa 90% dintre cei infectați. Infecțiile cu transmitere sexuală, precum cele cauzate de hlamidii sau trihomonade, pot duce la obstrucții ale ducturilor ejaculatori și dispariția spermatozoizilor din ejaculat. O altă maladie foarte răspândită la tineri este varicoceleul, dilatarea venelor testiculare, care provoacă infertilitate la circa 25% dintre cei care au maladia. Alte cauze, relativ mai rar întâlnite, ale infertilității masculine sunt criptorhidia (necoborârea testicului în scrot), hipogonadismul (scăderea nivelului de testosteron), traumatismele testiculelor, fibroza chistică etc.

Cauzele infertilității feminine. Cauzele de ordin general ale infertilității feminine sunt: fluctuațiile de greutate, supra- sau subponderabilitatea, stilul de viață sedentar, fumatul, consumul de alcool, anumite medicamente, stresul. Stilul de viață sexuală, schimbarea frecventă a partenerilor sexuali sau amânarea deciziei de a concepe un copil pentru o vârstă mai înaintată provoacă tot mai frecvent probleme de fertilitate. Cauzele de ordin medical vor fi condiționate de obstrucții ale trompelor uterine, provocate de unele anomalii congenitale sau dobândite, inflamații ale trompelor uterine, urmare a unor infecții cu transmitere sexuală sau a bolii inflamatorii pelvine, cicatrice sau aderențe postoperatorii, anomalii uterine, precum uterul septat, uterul bicorn, anomalii de poziție a uterului, fibromul uterin.

Cauzele hormonale vor duce la tulburări ale ovulației. De exemplu, boala polichistică ovariană, maladiile glandei tiroide, excesul de prolactină, menopauza prematură etc. Alte cauze care afectează fertilitatea feminină sunt avorturile anterioare, disfuncțiile sexuale, dispareunia, vaginita, disfuncția erectilă a partenerului, maladiile cardiace, maladiile autoimune, unele maladii renale.

Ce trebuie să facă un cuplu care nu are copii? În primul rând, să nu panicheze și să nu se învinuiască reciproc. Este o problemă comună și necesită a fi rezolvată în comun. Apoi, să se adreseze la medic, ambii. Vor urma investigații precum spermograma, pentru a aprecia din start capacitatea fertilă a bărbatului. Următoarele investigații vor include analizele hormonale, la unul sau la ambii parteneri, examinări complexe pentru eventualele infecții cu transmitere sexuală, examinări ecografice etc. Dacă cauza infertilității a fost stabilită, împreună cu medicul ginecolog sau androlog, iar uneori și cu aportul medicului dermatovenerolog, se va determina tactica și durata tratamentului. Tratamentul poate include administrarea de medicamente pentru stimularea ovulației sau spermatogenezei, sau tratamentul inflamațiilor pelvine, sau tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală, sau anumite intervenții chirurgicale. Trebuie de reținut faptul că tratamentul medicamentos al infertilității poate dura ani de zile și necesită răbdare și perseverență, atât din partea cuplului, cât și din partea medicilor implicați în proces. Dacă rezultatele tratamentului sunt nesatisfăcătoare, se va apela la ajutorul metodelor de reproducere asistată, fertilizarea in vitro sau fecundare cu spermă de la donator.

Despre punctul G și “prostata femeilor”

Punctul G este o zonă erogenă sensibilă, de mărimea unui bob de fasole, situată în interiorul vaginului, în spatele osului pubian. De la descoperirea sa, în 1950, punctul G a fost și rămâne centrul unor interminabile dezbateri între oamenii de știință. Rolul acestuia în producerea orgasmului vaginal și/sau clitoridian, de asemenea, rămâne controversat, discutabil. Nici interconexiunea cu glandele

parauretrale Skene nu a fost demonstrată. Un lucru e cert: ejacularea feminină există, fluidul ejaculat fiind un amestec de natură urinară, calciu și feromoni. Evident, cantitatea și calitatea acestui lichid diferă de la caz la caz, precum și forța jetului care părăsește corpul feminin. Dacă îl putem numi jet. Căci unele femei produc doar câteva picături.

Glandele Skene, supranumite glandele parauretrale sau “prostata femeilor”, sunt localizate pe peretele anterior al vaginului, în jurul extremității inferioare a uretrei, drenându-și secreția în uretră, mai precis în jurul deschiderii orificiului uretral. Glandele Skene sunt înconjurate de un țesut comun cu cel care înconjoară partea intravaginală a clitorisului, țesut care se congestionează în momentul excitației sexuale. Nervii din jurul glandelor produc un orgasm diferit de cel produs prin stimularea clitorisului. Există păreri conform cărora glandele Skene ar reprezenta sursa ejaculării feminine și a orgasmului în punctul G. Glandele Skene prezintă anatomie variabilă pentru fiecare femeie, în cazuri extreme pot fi absente. Lichidul de secreție al glandelor Skene, în timpul orgasmului, are o compoziție similară lichidului produs la bărbați de glanda prostatică. Infecția glandelor Skene se numește skenită.

Despre sindromul premenstrual

Sindromul premenstrual reprezintă un complex de simptome care debutează cu o săptămână sau două înainte de menstruație. Majoritatea femeilor prezintă cel puțin unele simptome ale sindromului premenstrual, care dispar odată cu începutul perioadei menstruale. Simptomele au o tendință de a se repeta într-o modalitate previzibilă. În același timp, dereglările fizice și emoționale pe care le experimentează femeile pot varia de la ușoare până la severe, fiind diferite de la o femeie la alta și chiar de la un ciclu menstrual la altul. La unele femei, simptomele sunt suficient de severe și interferează cu activitățile zilnice. Această varietate poartă denumirea de dereglare disforică premenstruală.

Lista potențialelor semne și simptome caracteristice pentru sin-

dromul premenstrual este lungă (peste 200), dar cele mai frecvente includ:

a) Manifestări emoționale și de comportament: anxietate, stare depresivă, modificări ale dispoziției, iritabilitate, dereglări de somn, insomnie, modificarea apetitului, pofta alimentară, diminuarea capacității de concentrare.

b) Manifestări fizice: cefalee, oboseală, balonare, dureri musculare și articulare, sensibilitatea sânilor, adaos ponderal (legat de rețenția de lichide), acnee, diaree sau constipații.

Cauzele exacte ale sindromului premenstrual nu sunt cunoscute, dar dereglările hormonale sunt cele care declanșează simptomele. Intensitatea manifestărilor sindromului premenstrual se modifică odată cu fluctuațiile hormonale și dispar odată cu survenirea sarcinii sau instalarea menopauzei. Modificările chimice la nivelul creierului sunt și ele implicate. Fluctuațiile nivelului de serotonină, neurotransmițător cerebral, considerată a juca un rol crucial în stările de dispoziție, ar putea declanșa simptomele sindromului premenstrual. Nivelele insuficiente de serotonină pot contribui la depresia premenstruală, insomnie și oboseală. Anumiți factori legați de stilul de viață pot, de asemenea, agrava simptomele sindromului premenstrual: lipsa exercițiilor fizice și supraponderabilitatea, stresul, excesul de sare, alcoolul și cafeina.

Nu există semne fizice unice sau teste de laborator certe pentru diagnosticul sindromului premenstrual. Elementele cheie sunt:

a) Plângerea principală a femeii, care include unul sau mai multe dintre manifestările emoționale asociate cu sindromul premenstrual (cel mai frecvent iritabilitate, tensiune sau nefericire). Sindromul premenstrual se exclude dacă femeia prezintă doar simptome fizice (de tip crampe sau balonare).

b) Simptomele apar predictibil și cu regularitate în timpul fazei luteale a ciclului menstrual (premenstrual), se micșorează sau dispar în mod previzibil cu puțin timp înainte sau în timpul menstruației, și nu sunt prezente în timpul fazei foliculare a ciclului sau înainte de ovulație.

Pentru stabilirea unui model premenstrual, medicul poate să solicite femeii să înregistreze semnele și simptomele pe un calendar timp de cel puțin două cicluri menstruale, cu menționarea zilei în care apar primele simptome, precum și a zilei în care acestea dispar. Alte afecțiuni, care pot fi amplificate de menstruație și explică simptomele, trebuie să fie excluse. La afecțiunile care se intensifică premenstrual și pot fi confundate cu sindromul premenstrual se referă: migrena, dereglările afective, convulsiile, astmul bronșic, alergiile etc. Problemele tractului reproductiv feminin ca dismenoreea, endometrioza, perimenopauza trebuie de asemenea să fie excluse.

Nu există un tratament unic, absolut eficient pentru sindromul premenstrual. Cu toate acestea, nu trebuie de admis ca această problemă să controleze viața femeii. Modificarea stilului de viață poate ajuta la diminuarea simptomelor sindromului premenstrual: alimentația sănătoasă cu diminuarea sării de bucătărie, alcoolului și a cofeinei, exerciții fizice regulate / fitness, diminuarea stresului și echilibrarea somnului. Reducerea sării, cofeinei și a stresului, împreună cu intensificarea exercițiilor fizice sunt, de obicei, suficiente pentru femeile cu simptome ușoare. Suplimentarea cu Calciu și vitamina D pot fi utile și eficiente în unele cazuri. Antiinflamatoarele nesteroidiene, ca Ibuprofenul, Paracetamolul, Aspirina sau Naproxenul, administrate înainte de debutul menstruației, favorizează micșorarea crampelor, cefaleei și a disconfortului mamar.

Pentru femeile cu simptome semnificative și severe, sunt recomandate pilulele contraceptive hormonale combinate sau adezivele hormonale contraceptive. Remediile hormonale micșorează intensitatea simptomelor fizice la femeile cu sindrom premenstrual, dar nu și simptomele emoționale. Pilulele contraceptive combinate noi, care au și o componentă progesterică, cum ar fi Yasmin, s-au dovedit a fi eficiente pentru tratarea unor simptome premenstruale, poate chiar eficiente pentru ameliorarea simptomelor dereglării disforice premenstruale. Preparatele de progesteron solitar nu sunt eficiente. Antidepresivele – inhibitorii selectivi ai serotoninei – ca fluoxetina / paroxetina, pot fi folosiți pentru tratamentul simptomelor severe,

fiind considerate tratament de primă linie la femeile cu dereglare disforică premenstruală. Efectele adverse ca greața și slăbiciunea sunt frecvente.

Este discutată și eficacitatea metodelor alternative de tratament a simptomelor sindromului premenstrual, ca administrarea Calciului, Magneziului, vitaminei E, acupunctura. Oricum, nu există dovezi în favoarea eficacității acestor metode. Femeile care prezintă simptome psihologice ca depresia sau labilitatea emoțională, pot cere ajutorul profesional al unui psiholog. Terapia comportamentală cognitivă este termenul folosit pentru tratamentele în grup, orientate spre rezolvarea problemelor ca anxietatea sau depresia. Chiar și fără tratament, simptomele sindromului premenstrual se micșorează odată cu atingerea vârstei perimenopauzale.

Despre durerea menstruală

Menstruația are o semnificație dublă pentru femeie. Pe de o parte, ea definește începutul și sfârșitul potențialului reproductiv al acesteia. Pe de altă parte, ea reflectă afirmația feminității. Simptomele legate de ciclul menstrual sunt asociate cu fluctuațiile hormonale intrinseci lunare. Aceste simptome pot fi fizice, comportamentale sau emoționale și includ astfel de entități ca dismenoreea, sindromul premenstrual și dereglările premenstruale disforice.

Dismenoreea, sau menstruația dureroasă, afectează 40-95% dintre femeile care menstruează și cauzează probleme extensive de sănătate personală și publică, un grad înalt de absentare de la serviciu și pierderi economice severe. Există două tipuri de dismenoree: primară și secundară.

Dismenoreea primară este caracterizată prin crampe menstruale dureroase, fără o patologie organică pelvină depistabilă macroscopic. De obicei, debutează în adolescență, la scurt timp după menarhă și este caracterizată prin durere pelvină sub formă de crampe, care apare imediat înainte sau o dată cu debutul menstruelor și care durează de la 48 până la 72 de ore, fiind mai severă în prima și a doua zi a menstruației.

Circa 50% dintre femeile postpubertare suferă de dismenoree primară, iar 10% sunt private de capacitatea de muncă de la una până la trei zile lunar. Aproximativ 15% dintre adolescente raportează dismenoree severă, aceasta fiind cauza principală a absentării școlare recurente de scurtă durată.

În dismenoreea secundară este prezentă o leziune vizibilă în structurile pelviene, care explică durerea. Aceasta poate fi cauzată de endometrioză, boala inflamatorie pelvină, dispozitivele intrauterine, cicluri neregulate sau probleme legate cu infertilitatea, chisturi ovariene, adenomioză, mioame sau polipi uterini, sinechii intrauterine sau stenoză cervicală. Durerea în dismenoreea secundară începe, de obicei, cu câteva zile înainte de debutul menstruației și durează mai mult timp pe parcursul ciclului menstrual.

Până nu demult, atitudinile medicale și sociale față de dismenoree erau mascate de profiluri folclorice, psihoanalitice sau baze psihosomatice. Se cunoaște, însă, că factorii psihologici nu cauzează dismenoreea, ci numai se asociază componentei reactive a durerii.

Astăzi este clar că, la numeroase femei cu dismenoree primară, fiziopatologia este datorată activității uterine crescute și/sau anormale, din cauza producției și eliberării excesive de prostaglandine uterine. Prostaglandinele sunt substanțe care joacă rolul de mediator în activitatea celulelor și în cursul a numeroase procese precum contractia uterului, secreția gastrică, circulația sanguină cerebrală sau motilitatea tubului digestiv. Acțiunea lor vasculară este, în primul rând, de vasoconstricție. Nivelul crescut de prostaglandine induce o hiperactivitate descoordonată a mușchiului uterin, care rezultă în ischemie uterină și durere.

Prostaglandinele nu reprezintă, însă, întotdeauna cauza durerilor, la unele femei fiind implicate, probabil, și alte substanțe. Nivelurile crescute de leucotriene – substanțe implicate în inflamație – pot juca, de asemenea, un rol în apariția crampelor musculare uterine. Vasopresina, la fel, poate juca un rol în apariția menstruelor dureroase, prin creșterea contractilității uterine, cauzând durere ischemică ca rezultat al vasoconstricției. O expresie mai mică a genei receptorilor

oxitocinei la mijlocul ciclului menstrual ar putea să fie implicată în etiologia dismenoreei primare.

Factorii de risc pentru dismenoreea primară includ vârsta tânără și nuliparitatea. Factorii comportamentali de risc prezintă interes, din cauza potențialului de a interveni. Este constatată asocierea dintre fumat și dismenoree. La femeile cu vârsta între 14 și 20 de ani, tentativele de pierdere în greutate sunt asociate cu o durere menstruală crescută, independent de indexul masei corporale. Depresia, anxietatea și subminarea rețelelor de suport social au fost asociate cu durerea menstruală. O asociere între sănătatea generală precară și dismenoree a fost notată, însă statutul socio-economic nu este în relație directă constantă cu dismenoreea.

Dismenoreea primară este astăzi diagnosticată mai mult pe baza aspectelor sale clinice, decât pe excluderea altor dereglări, cum era anterior. În marea majoritate a cazurilor, un diagnostic prezumptiv de dismenoree primară poate fi stabilit pe baza unui istoric tipic de durere hipogastrică sau pelviană joasă, care, debutată în adolescență, coincide cu începutul menstruelor și care durează 1-3 zile, în prezența unui examen fizic negativ. Un istoric neconsistent sau depistarea la examen fizic a unei mase pelviene, eliminărilor vaginale anormale, sau durere pelvină care nu este limitată la perioada menstruală, sugerează diagnosticul de dismenoree secundară.

Atunci când anamneza și examenul fizic sugerează altă patologie pelviană, evaluarea ar trebui să urmeze în consecință, de obicei cu USG pelvină ca test diagnostic inițial pentru a exclude leziunile anatomice, cum ar fi procesele tumorale. La pacientele cu dismenoree severă, care nu răspund la tratament inițial, USG este utilă pentru a detecta chisturi ovariene și endometrioză. Testul standard de referință pentru diagnosticul și stadializarea endometriozei este laparoscopia sau laparotomia cu biopsie consecutivă. Acestea trebuie să fie luate în considerație, atunci când tratamentele de primă linie sunt ineficiente și dismenoreea cauzează o deteriorare funcțională severă.

Tratamentul empiric pentru dismenoreea primară poate fi inițiat fără testări diagnostice. Acesta poate fi prescris o dată cu diagnos-

ticul prezumptiv de dismenoree primară, bazat pe istoricul tipic de durere pelviană anterioară joasă, care debutează în adolescență și este asociată specific cu perioada menstruelor.

Opțiunile curente de tratament includ antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), contraceptive orale, schimbarea stilului de viață, inhibitori selectivi ai reabsorbției de serotonină și supresia farmacologică a ciclului menstrual.

AINS reprezintă tratamentul inițial de elecție pentru dismenoreea primară. Acestea au un efect analgezic direct prin inhibarea sintezei de prostaglandine și, în același timp, micșorează volumul fluxului sanguin menstrual.

Deoarece pacientele pot obține o reducere eficientă a dismenoreei primare în urma administrării AINS, acest fapt are un impact semnificativ asupra productivității muncii, absentării, pierderilor economice, ajustării sociale și atitudinea pacientei față de menstruație. Totuși, 15-20% dintre paciente nu răspund adecvat la tratamentul cu AINS.

Contraceptivele orale combinate, în special în caz de utilizare extinsă sau continuă, pot trata eficient dismenoreea și pot reduce semnificativ incidența simptomelor legate de ciclul menstrual. Hormonii sintetici din pilulele contraceptive orale combinate acționează prin suprimarea ovulației și diminuarea stratului endometrial al uterului. De aceea, volumul fluxului menstrual descrește, o dată cu diminuarea nivelului de prostaglandine produse, reducând eficient dismenoreea prin descreșterea motilității uterine. O modalitate nouă de tratament este administrarea intravaginală a pilulelor contraceptive orale standard. Un contraceptiv intravaginal este mai eficient și este asociat cu efecte adverse mai puține decât același agent în formă orală. Dispozitivul intrauterin care conține levonorgestrel este utilizat în managementul dismenoreei primare și secundare. Dispozitivul intrauterin reduce fluxul menstrual și exercită o eficacitate contraceptivă similară cu cea a steriletelor disponibile curent. În cazuri rare, un tratament chirurgical poate fi luat în considerație la femeile cu dismenoree severă, refractară la tratament.

Influențele culturale, ca statutul social, etapa vieții, religia, educația și ocupația, determină dacă femeia solicită ajutorul medical pentru problemele menstruale, cât și semnificația personală a dismenoreei. Evaluarea pacientelor implică aprecierea durerii, simptomelor asociate, efectul asupra modului de viață și activităților zilnice, evaluarea psihosocială și culturală. Managementul implică tratamentul specific al patologiei de bază, suportul psihosocial și tratamentul individualizat în corespundere cu impactul durerii, simptomele asociate, etapa reproductivă, costul, valorile personale și atitudinile femeii.

Despre boala inflamatorie pelvină

Boala inflamatorie pelvină (BIP) reprezintă o infecție serioasă a organelor reproductive feminine, cu o rată înacceptabil de înaltă printre adolescente și femeile tinere, fiind una dintre cele mai severe complicații ale maladiilor cu transmitere sexuală. BIP este denumirea atribuită infecțiilor acute, subacute, cronice sau recurente care interesează tractul genital feminin în porțiunea lui supracervicală: uterul, trompele, ovarele, parametrele și peritoneul pelvin. Netratată, BIP poate evolua către dezvoltarea complicațiilor și sechelelor, cu constituirea formațiunilor tubo-ovariene inflamatorii purulente. Cu cât tratamentul este mai mult timp amânat, cu atât crește probabilitatea dezvoltării unei afectări definitive.

Piosalpinxul (pýon – puroi și sálpinx – trompă) reprezintă inflamația purulentă a trompei uterine, cu obliterarea lumenului și transformarea acesteia într-o cavitate plină cu puroi. Un piosalpinx este consecința unei salpingite nediagnosticată sau tratată prea târziu. Se manifestă prin dureri pelviene importante, ceea ce face examenul ginecologic dificil. Tratamentul constă în drenarea puroiului și în reparația trompei sau a trompelor eventual deteriorate, chiar în retragerea lor pe cale chirurgicală (salpingectomie).

Pioovarul (pýon – puroi și ovarium – ou) reprezintă abcesul ovarului și se dezvoltă, de obicei, în cazul extinderii procesului purulent de la trompele uterine. Abcesul tubo-ovarian reprezintă un stadiu

final în evoluția BIP acute. Se declanșează ca o consecință a salpingitei acute cu colecție de puroi într-un spațiu anatomic creat de aderențele structurilor care implică trompele falopiene, ovarele, uterul și uneori intestinele. Abcesul tubo-ovarian determină frecvent distrucție ovariană și tubară ireversibilă și astfel pune în pericol fertilitatea femeii.

Factorii de risc care pot duce la dezvoltarea BIP sunt debutul precoce al vieții sexuale, partenerii sexuali multipli, folosirea în exces a tampoanelor vaginale, igiena necorस्पunzătoare, dușurile vaginale, îmbrăcămintea strâmtă, manevrele intrauterine etc. Femeile tinere și adolescentele active sexual au riscul cel mai mare de a dezvolta o infecție cu transmitere sexuală și BIP, în special din cauza contactelor sexuale neprotejate.

Etiopatogenie. Deși inițierea se face, de obicei, cu gonococi (*Neisseria gonorrhoeae*) sau hlamidii (*Chlamydia trachomatis*), în dezvoltarea BIP există o etiologie microbiană multifactorială, fiind implicate multiple microorganisme, cum ar fi cele aerobe și anaerobe endogene. Cea mai importantă cale de diseminare a microorganismelor în infecțiile pelvine este cea ascendentă: flora vaginală colonizează endometrul și ulterior mucoasa salpingeală. Infecția se întinde la musculara tubară și la seroasă. Apoi se extinde direct la cavitatea abdominală prin capătul fimbrilar al trompei.

Simptomele BIP pot varia de la moderate la severe și includ: durere în regiunea inferioară a abdomenului, disconfort sau durere în timpul raportului sexual, durere la micțiune, durere mensurală, secreție vaginală sau cervicală anormală purulentă, febră, greață sau vomă, sângerări menstruale neregulate etc.

Tratament. Pentru tratarea BIP avem la dispoziție un tratament medicamentos și un tratament chirurgical, ultimul fiind folosit doar în momentul în care nu avem răspuns la tratamentul medicamentos sau atunci când avem BIP complicată. Luând în considerație faptul că practic nici un preparat antibacterian nu este activ împotriva tuturor agenților infecțioși ai BIP-ului, principiul alegerii medicamentului se bazează pe o combinație de antibiotice în scopul acoperirii

întregului spectru de agenți infecțioși. Tratamentul de primă intenție a fost comutat de la tratamentul chirurgical la tratamentul antimicrobian, intervenția chirurgicală fiind rezervată pentru pacienții cu suspiciune de abces tubovarian rupt sau care au un răspuns rezervat la antibiotice. Tratamentul chirurgical este în dependență de forma BIP și de complicații. Laparoscopia este o tehnică eficientă și benefică de tratare a BIP și a abcesului anexial. Ea permite vizualizarea leziunilor și prelevarea exsudatelor, un tratament complet și suficient de sigur, incluzând chirurgia reconstructivă tubară, cu avantaje deosebite pentru prognosticul de fertilitate și pentru calitatea vieții pacientei.

Profilaxia sau prevenirea BIP este posibilă prin limitarea partenerilor sexuali, practicarea raporturilor sexuale protejate (utilizarea prezervativului), evitarea contactelor sexuale cu persoanele care prezintă simptome ale infecțiilor sexuale, evitarea dușurilor vaginale și respectarea regulilor de igienă. La apariția simptomelor care ar putea indica o posibilă BIP, orice femeie trebuie să se adreseze de urgență la medicul de familie sau la medicul ginecolog. Un tratament precoce, inițiat în primele 72 ore de la debut, poate preveni dezvoltarea complicațiilor.

Capitolul 7

Secretele unei relații fericite

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc,
Director Health & Beauty Online Journal
Dr. Ana Nedelciuc, Centrul Weyergans High Care Cosmetics,
Moldova
(adaptare după John Gray)

Despre priorități

Bărbații prețuiesc puterea, competența și realizările. Ei fac tot timpul ceva pentru a se afirma sau a-și dezvolta forța și îndemânarea. Conștiința de sine a unui bărbat se definește prin capacitatea de a obține rezultate. Pe bărbați îi interesează mai mult obiectele și lucrurile decât oamenii și sentimentele. În timp ce femeile visează la dragoste și familie, ei visează la job-uri bine plătite, automobile și calculatoare performante.

Atingerea scopurilor este foarte importantă pentru un bărbat, deoarece este un mod de a-și demonstra competența. Bărbații se mândresc să-și rezolve problemele ei înșiși, autonomia fiind un simbol al eficienței și puterii. A oferi unui bărbat sfaturi, pe care nu le-a cerut, înseamnă să presupui că el nu știe ce are de făcut sau că nu se descurcă singur.

Femeile au alte priorități. Ele prețuiesc dragostea și comunicarea. Conștiința de sine a unei femei se definește prin sentimente și calitatea relației în care este implicată. Pentru ea, bunătatea, dragostea și grija sunt mai importante decât munca și tehnologia. Din acest punct de vedere, lumea femeilor se află la antipod cu cea a bărbaților.

Femeile sunt orientate spre legături, nu spre atingerea unor scopuri. Ele se mândresc că țin seama de nevoile și sentimentele celorlalți, un semn de mare afecțiune fiind oferirea unor sfaturi.

Bărbatul, însă, se poate simți jignit dacă femeia îi oferă sfaturi pe care el nu le-a solicitat. Ea nu realizează că încercările ei atente de a-l ajuta îl pot umili. În consecință, disputele dintre bărbat (domnul Rezolvă-tot) și femeie (doamna Oferă-sfaturi) se pot agrava.

Nu, nu vreau să spun că totul este greșit în această ecuație. Și bărbații, și femeile au, în egală măsură, dreptate. Problema constă în alegerea greșită a momentului sau a modalității de abordare. O femeie este dispusă să cedeze, să facă compromisuri atunci când partenerul îi oferă grijă și respect. La fel, un bărbat este dispus să cedeze, să facă compromisuri atunci când partenera îi oferă încredere și admirație.

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a felului cum ne definim prioritățile în viață. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre stres

Când un bărbat este supus stresului, el se retrage în vizuina gândurilor sale, frământându-se să găsească soluții la problemele care îl deranjează. Dacă nu poate găsi o soluție, face ceva pentru a uita de necazuri. Spre exemplu, citește o carte, privește televizorul sau pleacă la un meci de fotbal. În asemenea momente, bărbatul este incapabil să acorde unei femei atenția și sentimentele pe care aceasta le merită. Ea își dă seama de acest lucru, dar presupune, în mod greșit, că este ignorată.

Altfel stau lucrurile în cazul sexului frumos. Când o femeie este supusă stresului, ea caută să discute cu partenerul de viață problemele ei. Vorbind despre grijile care o copleșesc, ea se simte dintr-o dată mai bine. O femeie are nevoie de un soț afectuos, căruia să-i poată destăinui sentimentele, în măsura în care un bărbat are nevoie de o soție afectuoasă, care să-i accepte retragerile în intimitate, pentru a-și rezolva singur problemele.

Este nerealist să te aștepti de la un bărbat, care s-a izolat, să devină brusc deschis și comunicativ. La fel, cum este nerealist să te aștepti de la o femeie, care s-a enervat, să se calmeze imediat și să devină înțeleaptă.

O femeie stresată nu este preocupată neapărat de găsirea unor soluții la problemele ei, ci caută mai degrabă să se descarce, să fie înțeleasă. Pentru a se simți mai bine, femeile vorbesc despre diferite probleme: trecute, viitoare, ipotetice etc. Uneori, pentru a uita propriile dureri, femeile se pot implica sufletește și în problemele altora. Cu cât vorbesc și comentează mai mult, cu atât au impresia că se simt mai bine.

A pretinde altceva înseamnă să interzici unei femei normalitatea sentimentelor. Așa cum bărbatul, retras în bârlogul său, are nevoie de mici pauze pentru a-și aduna gândurile, tot așa o femeie, care simte că nu este ascultată, are nevoie să discute cu cineva pentru a se descărca. Iată de ce, într-un cuplu, bărbatul trebuie să fie un bun confident, iar femeia – să manifeste mai multă încredere.

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a felului cum gestionăm stresul din viața noastră. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre rosturi

Bărbații au o filozofie de tip câștig / pierdere: vreau să câștig și nu-mi pasă dacă tu pierzi. Cât timp este singur, această formulă funcționează perfect. Îndrăgostindu-se, însă, în mintea bărbatului se produce o schimbare: dorește ca femeia de lângă el să fie și ea câștigătoare. Drept urmare, pentru un bărbat, a dăruii constituie sursa principală de satisfacție.

Femeile sunt diametral opuse. Ele au o filozofie de tip pierdere / câștig: fac totul ca tu să te simți bine. Mentalitate, apropo, esențială pentru o mamă. Dar, după o perioadă de timp, femeile obosesc să dăruiască. Ele vor un răgaz, o pauză în care să aibă grijă și de propriile necesități, au nevoie de cineva care să le ofere sprijin sufletesc,

de cineva care să le ofere protecție. Maturizându-se, femeia înțelege că merită să primească mai mult.

Când un bărbat nu se simte util în cadrul unei relații, el devine pasiv și apatic. În schimb, când i se acordă încredere și i se apreciază eforturile, altruismul îl caracterizează din plin. La celălalt pol, dacă nu simte atenția partenerului, femeia se epuizează și nu mai are chef să dăruiască. Când soțul o copleșește cu atenție și respect, ea renaște, prinde aripi și poate oferi tot ce are mai bun.

Cea mai profundă teamă a bărbatului este că nu-i destul de competent. Când realizările lui trec neobservate, are convingerea eronată că-i lipsit de valoare. În consecință, temându-se să nu fie respins, criticat sau dezaprobat, încetează să-și mai surprindă soția.

Cea mai profundă teamă a femeii este convingerea negativă și falsă că nu merită să fie iubită. Ascuns în subconștient, sentimentul lipsei de valoare generează frica de a avea încredere în omul drag. Consecințele sunt inevitabile – bărbații se tem să dăruiască, femeile se tem să primească.

Așadar, bărbatul își găsește rostul vieții în sentimentul de a fi necesar, iar femeia – în sentimentul de a fi apreciată. Revenind la cele 2 tipuri de filozofii (câștig / pierdere și pierdere / câștig), formula potrivită este atunci când nimeni nu pierde.

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a felului cum ne identificăm rosturile în viață. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre comunicare

Chiar dacă folosesc aceleași cuvinte, rareori bărbații și femeile se gândesc la același lucru. Pentru a-și exprima pe deplin sentimentele, femeile utilizează tot felul de superlative, metafore și generalizări. O traducere ad litteram a spuselor ei poate să-l inducă în eroare pe bărbat, care este obișnuit să folosească limbajul ca mijloc de a transmite numai acțiuni și informații.

Când bărbații și femeile sunt pe cale să se certe, înseamnă, de

obicei, că se înțeleg greșit unul pe altul. În asemenea momente este important să reconsiderare sau să-și traducă ceea ce au auzit. Dramatizările femeii nu trebuie înțelese mot a mot. Ele sunt doar o modalitate prin care reprezentantele sexului frumos își exprimă mai pregnant zbuciumul sufletesc.

O femeie descoperă ceea ce vrea să spună în procesul vorbirii. Bărbații, înainte de a vorbi sau a răspunde, “rumegă” în tăcere și reflectează la ceea ce au auzit. Răspunsul îl formulează mai întâi în gând, apoi îl rostesc. Atunci când un bărbat tace, el zice de fapt: “nu știu încă ce să spun, dar mă mai gândesc”. În schimb, ceea ce aud ele este: “nu-ți răspund fiindcă nu-mi pasă de tine”.

Femeile au multe de învățat despre bărbați. De pildă, bărbații chiar au nevoie de izolare și liniște atunci când sunt supărați. Izolarea durează cu atât mai mult cu cât femeia insistă să-l facă să vorbească sau să iasă din izolare mai repede. Când un bărbat se retrage în izolare, el este, de obicei, rănit sau încordat și încearcă să-și rezolve singur problemele. Sfaturile sunt binevenite numai dacă el le-a cerut în mod direct. Iar femeia trebuie să aibă încredere că el poate face față momentelor grele. Această încredere este foarte importantă pentru onoarea, mândria și respectul de sine al bărbatului.

Pentru o femeie, lucrurile sunt diametral opuse: a avea pe cineva în preajmă, a avea o relație care să îi ofere comunicare și sprijin, constituie motivul ei de mândrie. În concluzie, bărbații trebuie să găsească modalități de a arăta că le pasă, în timp ce femeile trebuie să găsească modalități de a arăta că au încredere.

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a felului cum comunicăm unii cu alții. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre singurătate

Bărbații se retrag în singurătate fără niciun motiv. Pentru că așa este natura lor. Femeile se retrag în singurătate când au o problemă – supărare, jignire, trădare etc. Desigur, și bărbații se pot îndepărta

din aceste motive, dar o fac, de multe ori, fără vreo cauză aparentă.

Bărbații seamănă cu elasticul. Când se îndepărtează, pot ajunge doar până într-un punct, apoi revin la loc. Elasticul este o metaforă perfectă pentru a înțelege ciclul intimității la bărbat: apropierea, îndepărtarea și din nou apropierea. De ce procedează astfel? Pentru a-și satisface nevoia de independență, autonomie.

După o supărare, bărbații revin la starea inițială fără reacomodare. Prin comparație, femeile au nevoie de o perioadă de adaptare pentru a redeveni deschise și iubitoare. Bărbații, nerăbdători din fire, nu înțeleg acest lucru, fiind responsabili de numeroase conflicte într-o relație. Pe de altă parte, dacă bărbatul nu are ocazia să se izoleze, nu va simți niciodată dorința puternică de apropiere.

Iată de ce o femeie înțeleaptă nu trebuie să obstrucționeze acest proces. Din păcate, deseori, ea trage concluzia falsă că el nu vrea să-i vorbească, că el n-o iubește. Îl asaltează cu sute de întrebări și reproșuri. Drept urmare, cu cât femeia este mai insistentă, cu atât bărbatul va tinde să se îndepărteze mai mult.

Așa cum nu noi hotărâm să ne fie foame, nu bărbatul hotărăște să se retragă. Este o nevoie instinctivă. Îndepărtarea îi permite să-și restabilească granițele identității proprii, să-și satisfacă nevoia de a se simți independent. Bărbatul nu suportă decât un anumit grad de apropiere. Dacă acesta este depășit, i se declanșează alarma care-i spune că este momentul să se retragă, să se izoleze.

Când un bărbat se îndepărtează, nu este momentul să i se vorbească ori să se încerce apropierea de el. Lăsați-l să se retragă. După un timp, se va întoarce. Va reveni iubitor și apropiat și se va purta ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat. Acesta este momentul pentru discuții (nu ce spune femeia declanșează îndepărtarea lui, ci momentul ales de ea!).

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a felului cum percepem izolarea / singurătatea celuilalt. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre certuri

Probabil, ați auzit despre cupluri care nu s-au certat niciodată și brusc, spre surpriza tuturor, se hotărăsc să divorțeze. În multe dintre aceste cupluri, femeia și-a suprimat sentimentele negative pentru a evita disputele. Ca urmare, ea se închistează și devine incapabilă să iubească. Odată cu suprimarea sentimentelor negative, sunt refulate și cele pozitive, iar dragostea moare.

Evitarea certurilor este, deseori, sănătoasă, dar nu și suprimarea sentimentelor. A-i spune unei femei că n-ar trebui să se supere, respectiv să sufere din cauza unor discuții aprinse, contradictorii, este poate cel mai grav lucru pe care-l poate face un bărbat. E ca un băț răsucit într-o rană deschisă.

De ce se întâmplă acest lucru? Bărbații își dispută dreptul de a fi liberi, iar femeile cel de a fi supărate. Bărbații vor spațiu, femeile vor înțelegere. Apropo, femeile care se opun mișcării naturale, ondulatorii a sentimentelor lor suferă, mai des decât alte femei, de diferite boli: sindrom premenstrual, migrene, depresii.

Când femeia e iubită de un bărbat, ea începe să strălucească de dragoste și de împlinire. Cei mai mulți bărbați se așteaptă, cu naivitate, ca această strălucire să dureze la nesfârșit. Dar a te aștepta ca natura afectuoasă a femeii să fie constantă e ca și cum ai vrea să crezi că vremea nu se va schimba niciodată, iar soarele va străluci mereu pe cer.

Viața este plină de ritmuri – zi și noapte, căldură și frig, vară și iarnă etc. La fel și într-o căsnicie, bărbații și femeile au propriile ritmuri, cicluri. Bărbații se retrag și apoi revin (fenomenul elasticului, despre care am vorbit în postarea precedentă), în timp ce capacitatea femeilor de a se iubi pe sine și pe alții crește și descrește.

Femeia este precum un val. Când se simte iubită, va atinge un maxim, dar apoi dispoziția i se poate schimba și valul ei coboară în jos. Greșeala pe care o fac, de obicei, bărbații constă în încercarea de a o salva, trăgând-o în sus și reproșându-i, desigur, că n-ar trebui să fie supărată, deprimată. În asemenea momente, singurul lucru pe

care trebuie să-l facă bărbatul este s-o asculte cu multă grijă și căldură.

Așadar, indiferent de bogăție, statut, privilegii sau diverse alte circumstanțe, o femeie are nevoie să i se permită să fie indispusă, să fie trasă de val în jos. Valul, adică femeia, are capacitatea de a se ridica singur / singură după ce a atins limita de jos. Bărbatul nu trebuie să-i rezolve problemele, ci trebuie doar să-i acorde toată dragostea și răbdarea lui.

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a felului cum reacționăm noi la certuri și supărări. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre afecțiune

O femeie crede că este drăgostoasă când adresează o mulțime de întrebări sau își exprimă îngrijorarea. Acest lucru poate fi stânjenitor pentru un bărbat. El poate să se simtă sub papuc și începe să-și dorească libertatea. Ea este nedumerită, fiindcă dacă ei i s-ar fi oferit un asemenea sprijin, l-ar fi apreciat. Eforturile femeii de a fi afectuoasă sunt, în cel mai bun caz, ignorate, dacă nu chiar supărătoare.

Și bărbații cred că sunt iubitori, dar felul în care-și exprimă dragostea o poate face pe femeie să simtă că este dezaprobată sau lăsată fără sprijin. Spre exemplu, când o femeie este supărată, el crede că este afectuos, făcând comentarii prin care minimalizează importanța problemelor ei. Ceea ce crede el că este un ajutor, o face să se simtă desconsiderată, lipsită de înțelegere și dragoste.

Așadar, într-o relație, bărbații tind să ofere ceea ce ar vrea ei să primească, iar femeile – să dea ceea ce-și doresc ele să obțină. Fiecare presupune, în mod greșit, că celălalt are aceleași nevoi și dorințe. În consecință, ambii sfârșesc prin a fi nemulțumiți și supărați.

Care este soluția? Bărbații și femeile au necesități afective diferite: ea are nevoie de grijă, el – de încredere; ea are nevoie de înțelegere, el – de acceptare; ea are nevoie de respect, el – de apreciere; ea are nevoie de devotament, el – de admirație; ea are nevoie de

recunoaștere, el – de aprobare; ea are nevoie de asigurări, el – de încurajări.

Relațiile devin mai simple dacă înțelegem necesitățile fundamentale ale partenerei / partenerului. Fără a da mult, ci dând ceea ce trebuie, nu ne epuizăm din punct de vedere afectiv.

Femeile trebuie să conștientizeze un lucru: pentru a mobiliza un bărbat nu încercați niciodată schimbarea sau perfecționarea lui. Acordați încredere, nu sfaturi. Schimbarea va veni de la sine.

În contextul celor comentate mai sus, există 2 tipuri de bărbați: unii devin, din start, defensivi și încăpățânați când o femeie încearcă să-i schimbe, alții sunt de acord, dar mai târziu redevin ceea ce au fost / sunt dintodeauna – defensivi și încăpățânați. De ce se întâmplă astfel? Răspunsul este cât se poate de simplu: bărbații ori se opun activ, ori se opun pasiv. A treia cale nu există.

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a tipurilor fundamentale de afecțiune. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre durere

Sunt dureroase nu atât disputele și dezacordurile (inevitabile, de altfel, de multe ori), cât modul în care le exprimăm. Cele mai multe cupluri încep să se certe în legătură cu un anumit subiect și, după aproximativ 5 minute, ajung să se certe în legătură cu modul în care decurge cearta.

S-a observat, apropo, cu referință la cele menționate mai sus, următorul fenomen: cu cât suntem mai apropiați de cineva, cu atât ne este mai greu să ascultăm cu obiectivitate punctul de vedere al celeilalte persoane. Altfel spus, pe cei dragi tindem să-i jignim mai repede și mai dur decât pe cei străini. Paradoxal, dar asta este realitatea.

Pentru a evita să ne rănim în timpul disputelor, oamenii, de obicei, adoptă una dintre următoarele atitudini: 1) lupta – cea mai bună apărare este atacul, intimidarea partenerei / partenerului (din păcate,

intimidarea slăbește întotdeauna încrederea); 2) retragerea – autoizolarea, refuzul de a comunica cu omul drag (din păcate, lipsa de comunicare favorizează apariția resentimentelor); 3) simularea – abordarea / afișarea unei false mulțumiri față de viața de familie (din păcate, mai devreme sau mai târziu, nemulțumirile izbucnesc totuși la suprafață); 4) încovoierea – asumarea vinei pentru toate problemele existente (din păcate, cu trecerea timpului, acest sacrificiu se soldează cu pierderea identității).

Unele cupluri se ceartă mereu și, treptat, dragostea lor se stinge. Altele, crezând că fac bine, ocolesc comunicarea. În consecință, sunt evitate nu doar certurile, ci și sentimentele lor adevărate. Cuplurile din prima categorie duc un război fierbinte, cele din a doua – un război rece. Ambele procedează greșit. Certurile sunt dureroase, tăcerea – la fel. O fi tăcerea de aur, dar nu într-un cuplu, într-o relație unde totul se bazează pe afecțiune, iar afecțiunea – pe ceea ce simțim, dar și pe ceea ce spunem.

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a faptului că durerea poate fi evitată și / sau vindecată prin comunicare – o comunicare calmă, liniștită, bazată pe ascultarea și acceptarea mai multor puncte de vedere asupra problemelor existente. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre gesturi

Dacă un bărbat își folosește timpul și energia pentru a face lucruri mari, neglijând totalmente lucrurile mici, zădarnic îi este efortul. Atunci când femeia ține o socoteală, o evidență, nu contează cât de mare sau mic este un gest afectuos. Fiecare înseamnă un punct, fiecare are o valoare egală. Bărbații, de obicei, înțeleg acest fenomen. Dar, dintr-un instinct misterios, încep să-și concentreze atenția, în exclusivitate sau aproape în exclusivitate, asupra unor fapte mărețe, de anvergură.

Femeia, în schimb, pentru a se simți bine, are nevoie și de mărunțișuri: un compliment, o declarație de dragoste, un buchet de

flori etc. Nu înzădar, se spune că femeia are un rezervor al afecțiunii similar cu rezervorul de combustibil al unui automobil. Trebuie umplut mereu și mereu. Pentru a menține plin rezervorul femeii, e nevoie să facem cu regularitate mici gesturi de atenție. Femeia se simte iubită când rezervorul ei este plin. Sau aproape plin.

Dar bărbații? Cum stau lucrurile de partea cealaltă a “baricadei”? Și bărbații au nevoie de gesturi mărunte. Dragostea este un carusel: dăruiești-primești, dăruiești-primești. Dacă nu dăruiești, nu primești. Este adevărat, combustibilul bărbaților are, de multe ori, o altă “formulă chimică”: încredere, acceptare, apreciere, admirație, aprobare, încurajare.

În context, unui bărbat trebuie să-i acordați tipul de afecțiune de care duce lipsă: dacă simte neîncredere, acordați-i încredere; dacă simte că nu-i apreciat, apreciați-l; dacă nu este băgat în seamă, admirați-l; dacă se simte dezaprobat, oferiți-i aprobarea de care are nevoie și pe care o merită; dacă se simte criticat, încurajați-l. Așadar, fetelor / femeilor, pentru a satisface așteptările unui bărbat, exprimați-vă prin atitudine, nu neapărat prin fapte.

Secretul unei relații fericite constă în înțelegerea și acceptarea de către ambii parteneri a faptului că, într-o relație, gesturile (atât cele mari, cât și cele mici) sunt importante în egală măsură, iar felul cum le exprimăm este, probabil, și mai important. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre scrisori

Când suntem supărați, dezamăgiți sau frustrați, ne este greu să comunicăm cu afecțiune. Spre exemplu, când simte că o copleșesc sentimentele negative, femeia întâmpină dificultăți în a-i vorbi partenerului cu încredere, acceptare și apreciere. În situații asemănătoare, bărbatului îi este deosebit de greu să manifeste grijă, înțelegere și respect. În asemenea momente, discuțiile nu-și au locul, dar nici rostul.

Din fericire, există o alternativă: în loc să vă exprimați verbal sentimentele, scrieți-i partenerului / partenerei o scrisoare. Scriind, bărbații devin mai atenți, mai înțelegători și mai respectuoși, iar fe-

meile – mai încrezătoare, mai tolerante și mai generoase. În plus, scriind, intensitatea supărării se poate reduce, lăsând din nou loc sentimentelor mai bune.

Metoda scrisorii este foarte flexibilă. Iată, de pildă, câteva recomandări: 1) găsiți un colț liniștit și scrieți-i partenerului / partenerei; 2) închipuiți-vă că el / ea vă ascultă cu dragoste și înțelegere; 3) începeți cu supărarea (nu-mi place..., mă irită..., sunt deranjat / deranjată... etc.), continuați cu tristețea (mă doare..., sunt dezamăgit / dezamăgită..., aș fi vrut... etc.), apoi cu teama (mi-e frică..., sunt îngrijorat / îngrijorată..., am nevoie... etc.) și regretul (n-am vrut..., îmi pare rău..., îmi este rușine... etc.), iar la final – cu dragostea (îmi place..., vreau..., înțeleg..., te iert..., apreciez..., îți mulțumesc..., te iubesc... etc.). Dacă gândurile sunt formulate laconic, durează cam 15-20 de minute pentru a întocmi o scrisoare.

Compunerea unei scrisori de răspuns este, uneori, al doilea pas important. După ce v-ați exprimat sentimentele (negative și pozitive), poate fi util să mai consumați câteva minute, scriindu-vă un răspuns, ca și cum ar fi din partea celuilalt. În această scrisoare veți formula ceea ce așteptați să auziți sau să citiți de la partener / parteneară: îți mulțumesc..., te înțeleg..., îmi pare rău..., tu meriți..., aș vrea..., te iubesc... etc. Împărtășirea scrisorii și a răspunsului este, în mod firesc, următorul pas important, care impulsionează reînceperea dialogului, resetarea comunicării în cuplu.

Rezumând cele comentate mai sus, putem spune următoarele: societatea noastră abundă în posibilități de distracție, care ne ajută să uităm suferințele. Scrisorile de dragoste vă ajută, însă, să vă priviți suferința, să o simțiți, iar apoi să o vindecați.

Secretul unei relații fericite constă în capacitatea bărbatului de a asculta cu afecțiune și respect sentimentele femeii, respectiv în capacitatea femeii de a și le exprima într-un mod iubitor și respectuos. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre cerințe

A cere afecțiune și sprijin este un act esențial pentru orice relație.

Dacă vrei să obțineți, trebuie să cereți. Atât bărbații, cât și femeile au dificultăți la acest capitol. Femeile, totuși, au tendința să considere mult mai frustrantă experiența de a cere ajutorul, în comparație cu bărbații.

Când o femeie este îndrăgostită, își oferă instinctiv dragostea. Cu cât iubește mai mult, cu atât este mai absorbită să-și ofere afecțiunea. Nu înzădar, lozinca femeilor sună cam așa: dragostea nu trebuie niciodată să ceară. Bărbații, din păcate, nu au impulsul instinctiv de a-și oferi sprijinul. Lor trebuie să li se ceară.

Dacă femeia nu cere, bărbatul presupune că dă suficient. A cere, însă, este o artă, iar femeile trebuie să țină cont de următorii trei pași:

1) Formularea corectă a cererilor pentru ceea ce primiți deja (dusul gunoiiului, curățarea încălțămintei, spălatul vaselor). În context, există câteva secrete pentru a putea formula corect o cerere către un bărbat: alege momentul potrivit, afișează o atitudine lipsită de pretenții, fii concisă, fii directă, alege cuvintele adecvate. Apoi răsplătești-l cu multă apreciere și recunoștință. Dacă se simte iubit și apreciat, el va deveni treptat mai dispus să-și ofere ajutorul fără să i se ceară;

2) Formularea unor cereri suplimentare, chiar dacă știți că el va spune “nu”. Acceptați, însă, refuzul lui. Țineți cont că bărbații sunt mult mai dornici să spună “da” când au libertatea de a refuza. În asemenea situații, pregătiți-vă să răspundeți: în regulă, nicio problemă. Când cereți sprijinul unui bărbat și nu-l respingeți pentru că a refuzat, el va ține minte, și data viitoare va fi mult mai dispus să vă ajute;

3) Formularea unor solicitări insistente. Arta solicitărilor insistente constă în a rămâne tăcută după ce ați cerut ceva. Așteptați de la el să geamă, să mormăie, să se strâmbe. Sunt gesturi firești pentru un bărbat. Mormăielile sunt un semn că el tocmai reflectează asupra cererii. Dacă nu s-ar gândi la cele solicitate, ar spune, cu mult calm, un categoric “nu”. De obicei, la scurt timp după momentele respective, urmează multașteptatul “da”.

Secretul unei relații fericite constă în abilitatea de a ne exprima corect cerințele / solicitările față de persoana iubită. Dragostea este

un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre supărări

Există perechi care se iubesc nebunește, apoi brusc, într-o zi, încep să se urască sau să se certe la cuțite. Dacă nu înțelegem cauza producerii acestor schimbări, metamorfoze, putem trage concluzia greșită că dragostea lor s-a stins. Din fericire, nu-i așa, iar explicația este următoarea.

Toți, fără excepție, purtăm în spate o povară a sentimentelor nerezolvate, a rănilor din trecut, care zac amorțite până ce vine momentul în care simțim că suntem iubiți. Dragostea dezgheață sentimentele reprimite și treptat acestea ne invadează, pun stăpânire pe conștiința noastră.

Paradoxal, dar cu cât ne simțim mai iubiți, mai în siguranță într-o relație, cu atât temerile care zac în profunzime au posibilitatea să iasă mai repede la suprafață. Noi, din păcate, le proiectăm asupra partenerei / partenerului de viață, cele mai frecvente forme de proiectare fiind acuzațiile, reproșurile, criticile.

Criticile sunt dureroase, iar oamenii, în general, sunt vulnerabili la ele. Ne dor mult, fiindcă în copilărie am fost adeseori criticați. Criticile iubitei / iubitului dor și mai mult, deoarece declanșează durerile din trecut. Când suntem indispuși, aproximativ 90% din supărare este în legătură cu trecutul nostru și nu are nimic a face cu ceea ce credem că ne deranjează. De obicei, doar vreo 10% din supărare este în legătură cu situația de moment.

Ce-i de făcut? Dacă sunteți supărat pe ea / el, luați o pauză, un răgaz. Dacă nu aveți timp pentru reflecții, descrieți-vă în scris sentimentele care vă copleșesc. Pe parcursul formulării în scris, negativismul se va diminua sau chiar va dispărea, iar durerile trecutului vor fi vindecate. Astfel, veți dezvolta mai multă afecțiune și înțelegere față de persoana iubită.

Scriind, s-ar putea să constatați că, de fapt, sunteți supărat nu pe soția / soțul dumneavoastră, ci pe altcineva – tatăl sau mama, fratele sau sora, fostul sau fosta etc. Nu uitați: supărările mari sunt, de multe

ori, în legătură cu trecutul nostru, refulat / suprimat de-a lungul anilor. Ținut în frâu, acesta devine o bombă cu efect întârziat – mai devreme sau mai târziu explodează.

Secretul unei relații fericite constă în iscusința de a ne tolera supărările, în special cele alimentate de suferințele și eșecurile din trecut. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Despre anotimpuri

O relație este ca o grădină. Pentru a prospera trebuie udată regulat. Trebuie luate precauții deosebite, ținând seama de anotimp, de vremea schimbătoare. Trebuie puse semințe noi, iar buruienile smulse. La fel, pentru a menține viu farmecul dragostei, trebuie să-i înțelegem anotimpurile și să-i satisfacem nevoile.

Momentul când ne îndrăgostim seamănă cu primăvara. Ne simțim ca și cum vom fi mereu fericiți. N-am putea concepe să nu ne mai iubim partenera / partenerul. Este perioada inocenței. Dragostea pare eternă. Din păcate, realitățile sunt un pic diferite.

Nu peste mult timp, vine vara – anotimpul când ne dăm seama că persoana de lângă noi nu-i chiar așa perfectă cum ne-am închipuit și că trebuie să avem grijă de relația noastră. Apar frustrările și dezamăgirile. Buruienile trebuie smulse, iar florile au nevoie de mai multă apă sub soarele dogoritor. Descoperim că nu întotdeauna suntem mulțumiți și afectuoși. Nu așa ne-am imaginat dragostea. Unii, din păcate, nu rezistă și se despart. Alții, mai răbdători, mai responsabili, trec cu bine peste aceste momente.

După ce ne-am îngrijit grădina în timpul verii, putem să culegem roadele eforturilor noastre – sosește toamna, un anotimp bogat și plăcut. Am ajuns la o dragoste mai matură, care acceptă și înțelege imperfecțiunile partenerului ca și pe cele proprii. Este momentul recunoștinței și al comunicării.

Apoi vremea se schimbă din nou și vine iarna. În cursul lunilor reci și pustii de iarnă, toată natura se retrage în sine. Este timpul odihnei, al reflecțiilor și al înnoirilor. Este perioada când în relațiile

noastre luăm contact cu durerile nevindecate sau cu eul nostru ascuns. Atunci se deschide o supapă și durerile răbufnesc. Este vremea când căutăm afecțiune și satisfacție mai mult în noi înșine decât în cea / cel care ne este alături.

După ce ne-am vindecat singuri, mai des prin meditații, primăvara revine inevitabil. Din nou simțim binecuvântarea speranței de iubire, deschizându-ni-se noi orizonturi, noi oportunități.

Secretul unei relații fericite constă în efortul de a menține viu farmecul iubirii, în funcție de schimbările inevitabile ale “anotimpurilor”. Dragostea este un miracol și poate dura dacă ținem cont de diferențele dintre noi.

Capitolul 8

Viața în doi, o provocare continuă

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc,
Director Health & Beauty Online Journal
Dr. Ana Nedelciuc, Centrul Weyergans High Care Cosmetics,
Moldova
(adaptare după Gary Chapman)

Despre nevoia primordială

Nevoia de afecțiune este o nevoie umană primară. Orice copil, în cazul în care ne dorim să fie echilibrat din punct de vedere emoțional, are anumite necesități afective fundamentale. Dintre acestea, cea mai importantă este nevoia de iubire, de a simți că este acceptat și dorit. Așadar, iubirea începe sau ar trebui să înceapă de acasă, iar bunurile materiale nu o pot înlocui.

Evident, și persoanele care nu prea au fost iubite în copilărie pot ajunge să fie, în cele din urmă, iubite de cineva și să-și exprime iubirea. Dar pentru asta trebuie să se străduiască mai mult decât oamenii care au crescut într-un mediu sănătos, într-un anturaj dominat de atenție și afecțiune.

Nevoia de iubire nu este totuși un fenomen care apare doar la cei mici. Ea ne însoțește până târziu, când suntem adulți și ne căsătorim. Experiența “îndrăgostirii” satisface temporar această necesitate. Dar, evident, nu este decât un “remediu de moment”, are o durată limitată și previzibilă. După ce ne trezim din această “beție”, nevoia de iubire iese din nou la suprafață, pentru că este o trăsătură fundamentală a naturii umane. Ea stă la baza dorințelor noastre afective, la baza dorinței de a ne căsători.

Căsnicia ar trebui să satisfacă nevoia de intimitate și de iubire a partenerilor. De aceea, în vechile scrieri biblice se vorbește despre soțul și soția care trebuie să devină “un trup”. Asta nu înseamnă că indivizii trebuie să-și piardă identitatea, ci doar că trebuie să pătrundă în viața celuilalt cât mai profund și mai intim.

De-a lungul istoriei, generații succesive de poeți, scriitori, pictori, sculptori și compozitori au glorificat această trăire, acest amalgam de emoții și sentimente. Iubirea ne dă curaj să escaladăm munți, să traversăm mări și oceane, să înfruntăm nisipurile deșertului și să îndurăm chinuri de neimagineat.

Apostolul Pavel a ridicat-o în slăvi, spunând că orice reușită omenească nemotivată prin iubire este, în cele din urmă, zadarnică. În ultimul act al dramei umane, spunea el, rămân doar 3 trăsături: credința, nădejdea și dragostea. Iar mai mare dintre acestea este dragostea.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre rezervorul afectiv

Fiecare copil are în sinea lui un “rezervor afectiv” care de-abia așteaptă să fie umplut cu iubire. Atunci când un copil se simte cu adevărat iubit, se dezvoltă normal. Iar atunci când rezervorul din sufletul lui este gol, copilul se poartă urât. În fond, la baza acestui comportament stă dorința lui arzătoare de a umple “rezervorul afectiv”, purtarea necuviincioasă însemnând, de fapt, o căutare greșită a iubirii de care duce lipsă.

Adulții, asemenea copiilor, au și ei “rezervoare afective”. Oare undeva, în sufletul lor, partenerii răniți au un “rezervor afectiv” invizibil, care s-a golit între timp? Oare comportamentul urât, însingurarea, vorbele grele și comentariile răutăcioase apar din cauza golirii acestui rezervor? Dacă am găsi o modalitate de a-l umple, oare căsnicia ar renaște? Dacă ar avea rezervorul plin, ar fi oare cuplurile în stare să creeze fondul afectiv necesar pentru discutarea neînțelegerilor și rezolvarea conflictelor? Să fie acest rezervor cheia unei căsnicii fericite?

Dacă răspunsurile la aceste întrebări sunt afirmative, atunci a menține plin rezervorul afectiv este la fel de important, pentru căsnicie, ca menținerea nivelului corect al uleiului de motor la automobil. Să încerci să mergi mai departe în căsnicie cu un “rezervor afectiv” gol poate fi chiar mai rău decât să încerci să mergi cu o mașină fără ulei.

Iubirea este importantă, dar și fragilă. Iată de ce, tot mai multă lume se întreabă: unde a dispărut iubirea? ce ne împiedică să fim mai buni, mai toleranți, mai iubitori unii cu alții? de ce există atât de multe divorțuri în lume? Unii discută despre aceste probleme cu prietenii, alții cu preoții. Din păcate, există și dintre cei care, din jenă sau din frică, nu discută cu nimeni. Uneori, răspunsurile sunt date în argoul psihologilor, deci de neînțeles. Alteori, răspunsurile sunt comice sau constau în vorbe din popor. Multe glume sau zicale au un sâmbure de adevăr în ele, dar a-i răspunde cuiva în acest mod e la fel de inutil ca a-i da o aspirină unuia care suferă de cancer.

Și totuși, dorința de a avea un mariaj bazat pe dragoste rămâne visul tuturor.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre limbajele iubirii

Diferențele lingvistice sunt o parte componentă a culturii umane. Dacă dorim să comunicăm eficient dincolo de granițele culturale, trebuie să învățăm limba celor cu care dorim să interacționăm. La fel este și în iubire. Limbajele prin care tu și partenera ta / partenerul tău vă exprimați iubirea pot fi tot atât de diferite precum chineza de engleză.

Așadar, nu este suficient să fim sinceri. Dacă dorim să ne comunicăm dragostea așa cum trebuie, este necesar să învățăm limbajul primar prin care persoana de lângă noi percepe iubirea.

În context, există 5 limbaje fundamentale ale iubirii, 5 moduri de a ne exprima dragostea: cuvintele, timpul, darurile, serviciile și contactul fizic. Soția ta / soțul tău recepționează un limbaj primar al iubirii. Dacă îți exprimi dragostea folosind același limbaj, ea / el o să

se simtă iubită / iubit. Dacă te exprimi altfel, nevoia ei / lui de iubire nu va fi satisfăcută și fericirea din cuplu o să se stingă.

În domeniul lingvistic, o limbă poate avea mai multe dialecte. La fel, și cele 5 limbaje ale iubirii prezintă nenumărate dialecte, variante. Diversitatea modalităților de exprimare a iubirii, prin intermediul unui singur limbaj, este nelimitată atunci când ai imaginație. Cel mai important e ca tu și partenera ta / partenerul tău să vorbiți același limbaj al iubirii.

Din păcate, se întâmplă rareori ca soțul și soția să fie pe aceeași lungime de undă, să aibă același limbaj primar al iubirii. În general, ne exprimăm în limbajul moștenit de la părinți, din familia unde ne-am născut și crescut, fiind frecvent contrariați atunci când partenera / partenerul nu înțelege ceea ce-i comunicăm. Explicația este cât se poate de simplă: soția / soțul a crescut într-o altă familie, într-un mediu cu alte obiceiuri și viziuni, cu un alt limbaj primar al iubirii. Noi ne exprimăm iubirea, dar ea / el nu recepționează mesajul. Și asta pentru că folosim un limbaj străin ei / lui.

Iată de ce, pentru a menține viu focul dragostei, cei mai mulți dintre noi trebuie să facă efortul de a învăța limbajul de iubire al partenerei / partenerului, un limbaj care, pentru noi, poate fi secundar. Nu ne putem bizui pe limbajul nostru matern / patern, dacă soția / soțul nu-l înțelege.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre fenomenul îndrăgostirii

Cei mai mulți dintre noi ajung la căsnicie pe calea experienței îndrăgostirii. Uneori, amețeala dispare după prima întâlnire. Alteori, intensitatea sentimentului crește în asemenea măsură, încât ne trezim spunând ca ne-am îndrăgostit. Când sentimentul este reciproc, iar pe lângă toate acestea mai avem și vârsta potrivită, începem să vorbim despre căsătorie.

La apogeul îndrăgostirii, experiența devine de-a dreptul euforică. Suntem obsedați afectiv unul de celălalt. Tânjim să fim împreună, iar

momentele petrecute în doi sunt un fel de anticameră a paradisului. Persoana îndrăgostită trăiește cu iluzia că alesul / aleasa este perfect / perfectă. Părinții celui îndrăgostit pot vedea defectele celuilalt, dar el nu.

Din păcate, experiența îndrăgostirii eterne este pur ficțională, nicidecum reală. În final, cu toții coborâm iarăși cu picioarele pe pământ. Și atunci deschidem ochii și descoperim lipsurile celuilalt. Bun venit în lumea reală a căsniciei! O lume în care întotdeauna sunt fire de păr în chiuvetă și urme de degete pe oglindă, o lume în care pantofii nu se pun singuri în dulap, iar sertarele nu se închid de la sine. În această lume chiar și o simplă privire poate jigni, iar un cuvânt poate distruge totul. Nici nu e de mirare că atât de mulți blestemă căsnicia și pe partenerul / partenera pe care l-au iubit / au iubit-o cândva.

De ce se întâmplă acest lucru? Problema a fost / este una de informare defectuoasă. Informația greșită a fost aceea că îndrăgostirea durează la nesfârșit. Noi, oamenii, suntem egoiști din fire. Lumea se învârte în jurul nostru. Nimeni nu este total altruist. Doar că euforia îndrăgostirii ne dă această iluzie. De îndată ce starea de îndrăgostire trece și reluăm cursul firesc al lucrurilor, începem să ne cerem drepturile, să ne impunem în fața celuilalt.

Drept urmare, apar primele certuri, iar de la scânteie și până la foc nu este decât un singur pas. Ulterior, relația poate evolua: a) fie pe calea divorțului (în căutarea unor noi experiențe, călcând din păcate, de mai multe ori, pe aceeași greblă), b) fie pe calea toleranței și compromisului reciproc (învățând cum să ne iubim în afara experienței euforice a îndrăgostirii).

În concluzie, îndrăgostirea este o obsesie, iar dragostea, prin comparație – un act de voință și disciplină. Nu întâzdar, se spune că dragostea adevărată începe abia după ce îndrăgostirea ajunge la final.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre importanța cuvintelor

Cuvintele sunt unul dintre cele 5 limbaje fundamentale ale iubirii.

Din păcate, multă lume subestimează puterea extraordinară a acestora. Solomon, autorul unei înțelepte scrieri ebraice vechi, spunea: “moartea și viața sunt în puterea limbii”.

Felul cum ne exprimăm prin cuvinte (de mulțumire, de laudă, de încurajare etc.) este important, uneori chiar esențial.

Un bărbat, care asigură cheltuielile de bază ale familiei (servicii comunale, taxe de școlarizare, aprovizionarea cu produse alimentare etc.), își pierde din valoare / autoritate dacă uită de un aspect “elementar” – cuvintele.

La fel, prin similitudine, o femeie, care face o mie și una de activități cotidiene (gătit, spălat, călcat etc.), își taie “craca de sub picioare” dacă neglijează puterea miraculoasă a cuvintelor. Iată de ce, putem spune că vorbele / cuvintele, rostite la locul, dar și la timpul potrivit, impulsionează dragostea, dau farmec unei relații.

Limbajul cuvintelor este vast. Spre exemplu, un dialect al acestuia îl reprezintă cuvintele de laudă. Știut lucru, complimentele sunt mai motivaționale decât vorbele de ocară. Ce poate fi mai plăcut decât o remarcă de flatare și grațitudine?

Un alt dialect îl reprezintă încurajările. Încurajările îi pot da soției tale / soțului tău imboldul necesar pentru a face primul pas înspre valorificarea potențialului ei / lui.

Iubirea înseamnă bunătate. Aceeași propoziție poate avea două înțelesuri diferite, în funcție de felul în care o spunem. Uneori, când este spusă cu bunătate și tandrețe, poate fi o expresie a iubirii. Alteleori, cuvintele spun una, iar tonul exprimă contrariul – furie, dispreț, ură.

Iubirea înseamnă iertare. În dragoste nu trebuie să ținem evidența greșelilor din trecut. Invocarea, readucerea în discuție a greșelilor din trecut, ne prelungește frustrarea și, în consecință, nefericirea. Desigur, nu putem șterge trecutul cu un burete. Putem, în schimb, să recunoaștem că am greșit și să ne cerem iertare. Iertând, la rândul nostru, pe cel / cea de lângă noi. Iertarea este un fel de a iubi. Iertarea nu este un sentiment, ci o formă de implicare. Este alegerea de a arăta îngăduință și de a nu-i purta pică celui care te-a jignit.

În dragoste cerem lucruri, dar nu poruncim. Prin urmare, o rugămintă poate fi o expresie a iubirii, pe când o poruncă nu.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre importanța timpului

Timpul petrecut împreună constituie al doilea limbaj fundamental al iubirii. La fel cum nu există un singur leac pentru toate bolile, tot așa nu există o singură soluție pentru toate problemele dintr-o relație. Unii pun preț pe cuvinte (despre care am vorbit în postarea precedentă), alții – pe timpul petrecut împreună. Asta nu înseamnă, însă, să stai alături de ea / el, pe canapea, și să te uiți la televizor. A petrece timp împreună cu persoana iubită înseamnă să stați pe canapea, cu televizorul închis, să vă priviți unul pe celălalt și să vorbiți, acordându-vă reciproc o atenție totală. Mai înseamnă să faceți o plimbare doar voi doi sau să aveți o ieșire în oraș etc.

Așadar, prezența fizică este insuficientă. Doi oameni care stau în aceeași încăpere sunt aproape unul de celălalt, dar asta nu înseamnă neapărat că și petrec timp împreună. Mulți bărbați însurați și multe femei măritate cred că petrec timp împreună cu partenera sau cu partenerul de viață, când, de fapt, ei nu fac decât să trăiască unul în preajma celuilalt.

Limbajul timpului petrecut împreună are mai multe dialecte. Unul dintre ele este acela de a purta o discuție serioasă, neapărat pașnică, echilibrată și prietenoasă. Când facem declarații, contează ceea ce spunem. Când purtăm o discuție serioasă, contează ceea ce auzim. Într-o relație, trebuie să-ți ascuți partenera / partenerul și să te arăți înțelegător față de sentimentele și dorințele celuilalt. A învăța să ascuți poate fi la fel de greu ca a învăța o limbă străină, dar dacă vrei să-ți exprimi corect iubirea trebuie să faci acest lucru.

Privitor la arta ascultării, există nenumărate sfaturi. Iată câteva dintre ele: a) menține contactul vizual atunci când partenera / partenerul vorbește cu tine; b) nu face nimic altceva în timp ce-ți ascuți iubita / iubitul; c) ascultă cu atenție ceea ce-ți spune, confirmând prin limbajul non-verbal (mimică, gesturi) grija și atenția față de cele

povestite; d) nu întrerupe discuția, încearcă să ascuți și să înțelege gândurile persoanei de lângă tine.

Un alt limbaj al timpului petrecut împreună îl reprezintă activitățile comune. Acestea pot fi din orice arie de interes a unuia dintre parteneri sau a amândurora. Nu contează ceea ce faceți, ci motivul pentru care faceți lucrul respectiv. Asta este dragostea, iar pentru unii, chiar expresia supremă a dragostei.

Mai pe scurt, timpul petrecut împreună este un mod de a ne exprima iubirea, un fel de a menține viu “focul” dragostei.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre importanța darurilor

Un alt limbaj fundamental al iubirii îl constituie darurile. A face daruri este, probabil, o expresie a iubirii la toate popoarele lumii. Cadourile sunt simboluri vizuale, iar simbolurile au o încărcătură afectivă foarte puternică. De pildă, în timpul cununiei religioase mirii își dăruiesc și primesc verighete – simboluri clare și vizibile ale două inimi îndrăgostite. Desigur, aceste simboluri au o importanță diferită de la un om la altul. Unii nu-și scot verigheta niciodată după nuntă, alții o poartă episodic sau n-o poartă deloc.

Darurile pot fi cumpărate, găsite sau făcute. Unele pot fi costisitoare (un inel, o brățară, un colier), altele – ieftine (un buchet de flori, un deodorant, un ruj pentru buze) sau chiar gratuite (o poezie, o inimioară cu inscripția “Te iubesc!”, decupată dintr-o hârtie care nu ne mai trebuie). Până la urmă, nu contează valoarea acestora, ci gestul în sine. Pentru că atunci când iubești, orice cadou oferit sau primit este valoros.

Dacă darurile sunt limbajul primar de iubire al soției tale / al soțului tău, cea mai inteligentă mișcare pe care o poți face este să-i cumperi daruri. În acest fel, investești în relația de cuplu, umplând rezervorul afectiv al partenerei / partenerului. În consecință, ea / el îți va răspunde cu aceeași afecțiune în limbajul tău de iubire: declarații de dragoste, timp petrecut împreună etc.

Totodată, există un dar care nu este palpabil, care însă uneori este

mai relevant decât orice alt dar. Este vorba despre dăruirea propriei persoane, despre prezența ta alături de parteneră / partener. În momentele grele, prezența fizică este cel mai important dar pe care-l poți face, dacă limbajul ei / lui primar de iubire constă în daruri. Trupul tău devine simbolul iubirii tale. În absența acestui simbol, iubirea dispare, se stinge.

Există, indiscutabil, și partea cealaltă a monedei. Uneori, un cadou de neuitat poate fi oferirea unor ore de intimitate absolută, în care ea / el să-și petreacă ziua singură / singur, după bunul plac.

Toate cele cinci limbaje ale iubirii (până acum am vorbit despre trei) pleacă de la ideea că trebuie să oferim ceva partenerii / partenerului. Pentru unii darurile sunt cele mai convingătoare. Așadar, dăruiește și nu vei regreta. Investiția în cuplu este o investiție în acțiuni sigure.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre importanța serviciilor

După ce am vorbit despre importanța cuvintelor, timpului și a darurilor, vom lua în dezbateră un alt limbaj fundamental al iubirii – serviciile. Prin capacitatea de a face servicii, subînțelegem lucrurile pe care ar vrea partenera / partenerul să le facem într-o relație. Gătitul, spălatul vaselor, datul cu aspiratorul, ștersul prafului, dusul gunoiului – acestea și multe altele, planificate din timp sau ba, presupun grijă, timp și efort. Executate în spirit pozitiv, ele devin o expresie reală a iubirii.

Gestul, prin care Iisus Hristos le-a spălat picioarele ucenicilor săi, ilustrează simplu și, totodată, profund ideea de exprimare a dragostei prin efectuarea unui serviciu. După ce și-a exprimat în acest fel iubirea, El i-a încurajat pe ucenici să-i urmeze exemplul. Apostolul Pavel a rezumat această filozofie, spunând următoarele: “Sluiți-vă unii altora în dragoste!”.

Nimănui nu-i place să facă ceva din obligație. Iubirea se oferă

întotdeauna gratuit. Dragoste cu forța nu există! Îl putem ruga pe el / o putem ruga pe ea să facă diverse lucruri, dar nu putem să-i poruncim. Rugămintele direcționează iubirea, poruncile – o stăvilesc. Câtă vreme ne tratăm partenerii ca pe niște slujitori, anulăm posibilitatea iubirii. Manipularea prin insuflarea sentimentului de vinovăție (“Dacă ai fi fost o soție bună, ai fi făcut asta pentru mine!”) nu este sub nicio formă o expresie a iubirii. Constrângerea indusă prin frică (“Dacă ești un bărbat adevărat, vei face asta, că, dacă nu, o să regreți amarnic!”) este, de asemenea, incompatibilă cu iubirea.

Ceea ce facem unul pentru celălalt înainte de căsătorie nu este, neapărat, și ceea ce vom face după nuntă. Înainte – suntem purtați de obsesia îndrăgostirii, după – redevenim cei care am fost înainte de a ne căsători. De obicei, acțiunile noastre sunt influențate de modelele împrumutate de la părinți (care, din păcate, nu sunt întotdeauna și cele mai bune), de propria personalitate, de felul în care percepem lumea, de emoțiile, nevoile și dorințele noastre. Iată de ce comportamentul nostru nu are cum să fie același ca atunci când eram îndrăgostiți. Cu puțin efort, însă, ne putem schimba. Uneori, chiar trebuie să ne schimbăm. Dacă vrem să salvăm dragostea, respectiv familia.

Așadar, serviciile acordate omului drag sunt esențiale pentru păstrarea unui climat afectiv sănătos. Simplu? Da. Ușor? Nu.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre contactul fizic

Pentru că suntem diferiți, iubirea poate fi exprimată în diferite feluri: cuvinte (declarații de dragoste), timp petrecut împreună, daruri, servicii. În fine, dar nu în cele din urmă, există oameni pentru care atingerea fizică constituie limbajul fundamental de exprimare a sentimentelor de afecțiune.

Contactul fizic este o formă esențială de afirmare a iubirii conjugale. Dialectele acestuia (atingerile spontane, ținutul de mână,

sărutările, îmbrățișările, mângâierile și, desigur, raportul sexual) reprezintă modalități prin care putem transmite partenerei / partenerului gândurile noastre.

Contactul fizic poate întări sau poate distruge o relație. Imediat ce-ți dai seama că limbajul primar de iubire al soției / soțului este contactul fizic, ești liber să-ți exprimi iubirea în cele mai diferite moduri: o atingere subtilă când te așezi pe canapea, o îmbrățișare scurtă când te întorci acasă, un sărut dulce când torni ceaiul de dimineață etc.

O femeie care nu este îmbrățișată, mângâiată, sărutată se simte neadmirată, neiubită. Prin similitudine, un bărbat care nu este îmbrățișat, mângâiat, sărutat se simte respins, subapreciat. Cui, în asemenea circumstanțe, trebuie să aparțină inițiativa? Amândurora. Dacă ea este istovită, lipsită de vlagă, bărbatul trebuie să facă primul pas. Dacă el este abătut, derutat, femeia trebuie să-i acorde prima atingere.

Fiecare parte din noi se găsește în corpurile noastre. Atingeți-vă corpurile și veți fi mai aproape unul de celălalt. Când te distanțezi de fizicul ei / lui, te distanțezi automat și de sentimentele ei / lui. Iar de la o banală distanțare și până la golirea rezervorului afectiv nu este decât un singur pas. Dacă rezervorul afectiv rămâne mult timp gol, acesta explodează, se găurește. Și atunci nimeni, respectiv nimic nu-l mai poate salva.

Așadar, o mână trecută prin părul omului drag, o îmbrățișare plină de tandrețe, un act sexual scaldat în sărutări – acestea și multe altele reprezintă ancora emoțională a oamenilor pentru care contactul fizic este limbajul fundamental într-o relație.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre cunoașterea reciprocă

Așadar, în linii generale, există cinci limbaje ale iubirii: cuvintele (declarațiile), timpul, darurile, serviciile și contactul fizic. Dintre acestea, care este limbajul tău de iubire? Ce te face să simți că ai

rezervorul afectiv plin, că ești iubită / iubit? Ce-ți dorești mai presus de toate? Cu referință la persoana de lângă tine, din tot ceea ce face sau spune ori din tot ceea ce nu face și nu spune, ce te deranjează cel mai mult?

Dacă ești foarte afectat atunci când ea / el te critică sau te judecă, înseamnă că limbajul tău primar de iubire constă în cuvinte, respectiv în declarații. Dacă cea mai mare suferință a ta e că partenera / partenerul petrece prea puțin timp cu tine, înseamnă că limbajul tău primar de iubire îl reprezintă timpul petrecut împreună. Dacă te mâhnește profund că ea / el îți face cadouri rar, înseamnă că limbajul tău primar de iubire este cel al darurilor. Dacă soția ta / soțul tău nu te ajută suficient în treburile familiei / casei, înseamnă că limbajul tău primar de iubire îl constituie serviciile. Dacă îți lipsesc foarte mult atingerile spontane, îmbrățișările și, desigur, raporturile sexuale, atunci limbajul tău primar de iubire este cel al contactului fizic.

Desigur, există cazuri între cazuri. În situația în care ți se pare că ești receptiv la două limbaje, ambele fiind la fel de importante, adică au același efect asupra ta, e posibil să fii bilingv. În asemenea circumstanțe, partenerii / partenerului îi este mai ușor să comunice cu tine, pentru că are la îndemână două modalități, două formule de acces, fiecare constituind un mijloc la fel de puternic de exprimare a iubirii.

Simplificând lucrurile, există trei căi prin care putem să ne descoperim propriul limbaj al iubirii: 1) Dintre toate lucrurile pe care le face sau nu partenera ta / partenerul tău, care te doare cel mai tare? Opusul aceluși lucru reprezintă, probabil, limbajul tău de iubire; 2) Ce ai rugat-o cel mai des pe soția ta? Ce l-ai rugat cel mai des pe soțul tău? Rugămintea respectivă constituie, probabil, lucrul care te-ar face să te simți iubită / iubit; 3) Cum îți exprimi, de obicei, dragostea față de ea / el? Modalitatea în cauză poate fi un indiciu cu privire la limbajul tău de iubire.

După ce ai parcurs cele trei căi ale autocunoașterii, discută cu partenera / partenerul despre limbajul tău, dar și al ei / lui de iubire. Împărtășiți-vă reciproc gândurile care vă frământă. Dragoste fără comunicare nu există.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre alegerea conștientă

Suntem ființe care au posibilitatea să alegă. Asta înseamnă, evident, că avem și capacitatea să alegem prost, ceea ce ni s-a întâmplat tuturor: am făcut reproșuri, am jignit, am pus la îndoială vorbele și faptele oamenilor dragi etc. Drept urmare, ne-am ales cu dezamăgiri. Dacă am făcut alegeri proaste în trecut, nu înseamnă că trebuie să le repetăm în viitor. Iubirea nu poate șterge trecutul cu buretele, dar poate schimba viitorul.

De ce se întâmplă acest lucru? Răspunsul e foarte simplu. Ne căsătorim în plină “îndrăgostire”, dar aceasta nu durează la nesfârșit. Experiența îndrăgostirii se produce la nivel de instinct. Nu este premeditată. Ea ne satisface temporar nevoia de iubire. Ne dă sentimentul că cineva ține la noi, ne admiră și ne apreciază. Viața în doi este, însă, un drum întortocheat, cu multe urcușuri și coborâșuri. La un moment dat, ne trezim din această “beție”, revenind cu picioarele pe pământ. Dacă, între timp, nu reușim să învățăm limbajul celuilalt de iubire (vezi postările anterioare), rezervorul afectiv se golește, iar familia se poate destrăma.

Ce-i de făcut? Iubirea adevărată și de lungă durată este o alegere. Ea poate renaște dacă soția și soțul învață să-și exprime corect sentimentele. Mai pe scurt, spre deosebire de îndrăgostire, care este involuntară, dragostea este o alegere conștientă, voluntară. Satisfacerea nevoii de iubire a soției tale reprezintă a alegere pe care o faci zilnic. În cazul în care cunoști limbajul ei primar de iubire și te hotărăști să-l vorbești, nevoile ei sunt satisfăcute și ea se simte iubită. Dacă și ea procedează la fel, nevoile tale afective sunt satisfăcute și amândoi aveți rezervoarele pline.

Uneori, limbajul ei / lui constă în ceva ce ție ți se pare plictisitor și / sau nefiresc. Cum procedăm în asemenea situații? Alegerea îți aparține. Unele lucruri le faci nu pentru că-ți par naturale, ci pentru că iubești. Iar atunci când iubești o faci nu pentru tine, ci pentru celălalt. Când faci un lucru care nu-ți aduce mare plăcere, gestul tău

constituie cea mai mare dovadă de iubire. Așadar, dragostea este un act de voință și disciplină, fiecare dintre noi fiind liberi să facem sau nu această alegere.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre miracolul iubirii

Nevoia de iubire nu este unica noastră nevoie afectivă. Iubirea, însă, le influențează pe toate celelalte. Printre alte nevoi fundamentale ale omului, menționăm următoarele: 1) Securitatea. Dacă simt că sunt iubit / iubită, mă relaxez, pentru că știu că el / ea n-o să-mi facă niciun rău. Oricâte probleme aș avea, alături de partenerul meu / partenera mea mă simt întotdeauna în siguranță; 2) Respectul de sine. Faptul că cineva mă iubește înseamnă că merit să fiu iubit / iubită. Dragostea lui / ei mă ajută să am o părere bună despre mine, iar acest lucru contează foarte mult; 3) Însemnătatea. Viața este mânăta de dorința de reușită. Când suntem iubiți, șansele de a ne atinge scopurile cresc, iar sentimentul de importanță se consolidează.

Dacă nu ne simțim iubiți, neînțelegerile din cuplu se multiplică. Ajungem să ne socotim unul pe celălalt o amenințare la adresa propriei fericiri. Depunem eforturi să ne păstrăm siguranța, respectul de sine și însemnătatea, dar căsnicia, în loc să fie un paradis, devine un câmp de luptă. Desigur, uneori, conflictele sunt inevitabile. Dar ele pot fi rezolvate / depășite. Doi oameni diferiți pot învăța să trăiască în armonie. Pentru asta, trebuie să ne învățăm a descoperi tot ce e mai bun în celălalt. Aseasta este, de fapt, adevărata răsplată a iubirii.

Vorbele grele pe care ni le aruncăm uneori dau naștere la multă suferință și, ulterior, la mânie. Iar mânia reprimată se transformă în ură. Iată de ce, la un moment dat, ni se pare că dragostea moare / a murit. Deoarece nevoia de iubire este foarte puternică, lipsa ei produce cea mai mare suferință afectivă posibilă. Din fericire, întotdeauna există o soluție: dacă el / ea începe să vorbească limbajul tău de iubire, sentimentele tale pozitive față de soț / soție vor reveni și, cu timpul, căsnicia are șanse să renască.

Vorbiți-vă unul altuia când aveți ceva pe suflet. Cuvintele sunt punți de legătură într-un mariaj. Faceți cât mai multe lucruri în comun – curățenie în casă, distracții, călătorii, vacanțe etc. Timpul petrecut împreună nu are preț. Oferiți-vă reciproc mici atenții, cadouri. Darurile sunt desertul într-o relație. Nu ezitați să surprindeți partenerul / partenera prin diferite gesturi, activități, munci cotidiene. Serviciile oferite omului drag sunt o manifestare importantă a dragostei. Dăruiți-vă unul altuia în pat. Contopirea sexuală este expresia supremă a cumuniunii conjugale.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Despre formula fericirii

Fiecare dintre noi intrăm în căsnicie cu o personalitate diferită și cu un trecut propriu. Aducem un bagaj afectiv în relația noastră maritală. Avem diverse speranțe și modalități de a aborda lucrurile, precum și diverse opinii în legătură cu aspectele importante ale vieții.

Un lucru firesc, de altfel, dacă ținem cont de faptul că venim din familii diferite, cu obârșii și tradiții la fel de diferite. De aici, probabil, și explicația multor contradicții, neînțelegeri. Nu este, însă, neapărată nevoie să ne înțelegem în absolut toate privințele. Trebuie, în schimb, să găsim o cale de a rezolva disensiunile, astfel încât acestea să nu aibă consecințe negative mai târziu.

Dacă au rezervoarele afective goale, partenerii au tendința să se certe și să se izoleze, unii dintre ei acționând chiar violent. Și invers, atunci când rezervoarele afective sunt pline, climatul din familie devine prietenos, iar noi suntem dispuși să acceptăm diferențele și să negociem problemele.

Din păcate, realitățile sunt cele care sunt. Rata crescută a divorțurilor dovedește că mii de cupluri au trăit / trăiesc cu un rezervor afectiv gol. Ce-i de făcut? Nu este niciodată prea târziu să-ți exprimi iubirea. Când soțul și soția încep să-și vorbească unul altuia în limbajul adecvat, climatul afectiv din casă se îmbunătățește simțitor. Așadar, pentru a reaprinde focul dragostei, trebuie să învățăm a vorbi limba-

jul primar de iubire al partenerei / partenerului de viață.

Cele 5 limbaje ale iubirii (cuvintele, timpul, darurile, serviciile și contactul fizic) sunt, de fapt, 5 tipuri de “combustibil” care asigură, într-o proporție sau alta (diferită de la un individ la altul), buna funcționare a “motoarelor” (a rezervoarelor afective). Declarațiile de dragoste pot face minuni, timpul petrecut împreună – le multiplică, darurile oferite din suflet – le înfrumusețează, serviciile acordate omului drag – le cimentează, iar contactul fizic – le înaripează.

Rezumând lucrurile, putem spune următoarele: nu există o formulă universală a fericirii, ci o formulă a fiecăruia. Pentru că, pe lângă cele 5 limbaje fundamentale ale iubirii, mai există o mie și una de “ingrediente” care determină trăinicia, respectiv longevitatea unei relații.

Este o adevărată provocare să întreții iubirea în cuplu. Efortul, însă, se merită. Să iubești și să fii iubit – ce poate fi mai important?

Capitolul 9

Gânduri care ne pun pe gânduri

Conf. univ. Dr. Boris Nedelciuc,
Director Health & Beauty Online Journal

Despre scris

Pentru unii, scrisul este o ocupație banală, plictisitoare. Pentru alții – un hobby, o pasiune fără de care viața nu are sens. Desigur, pentru a da expresie cuvintelor trebuie să avem “combustibil în rezervor”, trebuie să citim ce-au scris și alții (până la noi) despre un subiect sau altul. Vorba aia: decât un scriitor prost, mai bine un cititor bun.

Scrisul este un instrument al cunoașterii. Dar această cunoaștere presupune și o doză de discernământ – nu toate cuvintele merită a fi citite, nu toate care ne trec prin cap merită a fi înșiruite pe hârtie.

Scrisul este un drog. Cu cât scrii mai mult (și asta îți aduce plăcere, satisfacție), cu atât vrei să scrii și mai mult. Oricum, contează până la urmă nu cantitatea, ci calitatea celor scrise. Un comentariu laconic, incitant valorează mai mult decât un text lung, dar plictisitor.

Scrisul este un act de altruism, un fel de a dăruia fără a pretinde nimic în schimb. Cei afectați de morbul scrisului (în sensul bun, pozitiv al cuvântului) cunosc acest lucru.

Și, desigur, scrisul este o investiție, un mod de a depozita gândurile care ne frământă, ne răscolesc sufletul. Când scriem, părți din viețile noastre rămân în viitor.

Despre prețuri

Toate în viață au un preț. Sau aproape toate. Și implicarea, și

nepăsarea. Și victoriile, și înfrângerile. Și prietenii, și neprietenii.

Prețul plătit este diferit. Unii achită un preț mai mare, alții – unul mai mic. Unora le este oferit totul de-a gata, altora – după ani de zbu-cium și sacrificii. Unii învață din cărți, alții – joacă în cărți. Unora le este dat să-și încordeze mușchii, altora – neuronii. Unii trăiesc cu ziua de azi, alții – se gândesc și la ziua de mâine. Unora le pasă de ce-o să zică lumea, altora – le este în cot de ea.

Toate în viață au un preț. Sau aproape toate. Cu o singură excepție: bunul simț. Pe acesta ori îl ai, ori nu-l ai. Fără bunul simț, toate celelalte – și titlurile, și funcțiile, și averile – sunt lipsite de importanță.

Despre modernitate

Omul modern are epoca de piatră în oase. Am fost făcuți să alergăm, nu să ședem ore întregi la birou, în fața televizorului și/sau a calculatorului. Iată și consecințele: obezitate, hipertensiune, migrene, infarcte, ictusuri, probleme de coloană vertebrală etc. Am fost programați să ne alimentăm cu rădăcinoase, semințe, fructe, pește, carne, nu cu maioneză, ketchup, pizza, conserve, produse semifabricate, dulciuri în exces. Ce avem, drept urmare? Constipații, gastrite, pancreatite, diabet, diverse neoplazii etc.

Strămoșii noștri trăiau în armonie cu natura, cu microbii și paraziții. Astăzi, sistemul nostru imunitar nu mai funcționează corect. Consumul necontrolat de medicamente (antibiotice, antiinflamatoare, imunomodulatoare etc.), abuzul de îngrijiri / manopere cosmetice (diverse măști, peeling-uri, aplicații cu azot lichid etc.) îndepărtează tot mai mult saprofitii (microorganismele „care fac bine”) din organismul uman, de pe suprafața pielii. Consecințele, cu regret, sunt dezastruoase: crește vertiginos numărul suferinzilor de alergii, boli cutanate, astm bronșic etc.

Mai pe scurt, nu ne-am adaptat încă lumii în care trăim. La scară universală, 10-20 și chiar 50 de mii de ani sunt o perioadă prea scurtă de timp pentru a schimba mecanismele determinate genetic. Iată de ce progresul tehnico-științific este o sabie cu două tăișuri. Cum pro-

cedam mai departe: mergem înainte, spre o civilizație prosperă, dar bolnavă sau ne reîntoarcem la origini? Nici una, nici alta. Adevărul, probabil, este undeva la mijloc: mergem înainte, dar ținem cont de trecut, de potențialul nostru biologic și, mai ales, de moștenirea noastră antropogenetică.

Despre feminitate

Frumusețe, mister, feminitate. Uneori, involuntar, punem semnul egalității între aceste cuvinte, aceste sensuri. Mai mult, frumusețea este asociată frecvent cu armonia, sensibilitatea, dragostea. Din păcate (sau poate din fericire), de-a lungul timpului n-a existat (și nu există încă) un etalon universal al frumuseții. Stabilirea unor măsurători, la acest capitol, este dificilă.

Din motive lesne de înțeles, frumusețea feminină este asociată frecvent cu nudul feminin. În context, printre cele mai vechi nuduri se numără și Venus din Willendorf (mai multe detalii – anexa 1). Sculptura are niște trăsături voluptoase, simbolizând probabil fertilitatea (Zeița Mamă) – calitate esențială pentru continuitatea neamului / tribului. Sau poate a fost o formă de manifestare a erotismului preistoric!?

Un alt nud feminin, Afrodita sau Venus din Milo, a apărut mult mai târziu (mai multe detalii – anexa 2). Grație, eleganță, gingășie – iată doar câteva epitete la care te duce gândul, admirând această operă.

Nu, nu este o contradicție, cum s-ar părea la prima vedere, dintre splendoare și diformitate. Ambele capodopere, chiar dacă au semnificație estetică diferită, relevă subtilitatea și varietatea simțului artistic. Ambele sunt valoroase într-un fel sau altul. În oricare dintre ipostazele lor (fecioară, soție, mamă, bunică; cu sau fără forme bine conturate), femeile sunt frumoase. Ele nu pot fi uniformizate, omogenizate. Dacă, dintr-o eroare, s-ar întâmpla acest lucru, ar dispărea esențialul: și frumusețea, și misterul, și feminitatea.

Anexa 1

Venus din Willendorf

Autorul: necunoscut.

Perioada când a fost creată: 30-20 mii ani î. Hr.

Anul și locul unde a fost identificată: 1908, Willendorf (Aggsbach), Austria.

Persoana care a descoperit sculptura: arheologul

Josef Szombathy.

Înălțimea sculpturii: 11 cm.

Materialul utilizat: calcar.

Locație actuală: Naturhistorisches Museum, Viena, Austria.

Anexa 2

Venus din Milo

Autorul: Alexandros de Antioch.

Perioada când a fost creată: a. 130-100 î. Hr.

Anul și locul unde a fost identificată: 1820, insula Milo, Marea Egee.

Persoana care a descoperit sculptura: țăranul Yorgos Kentrotas.

Înălțimea sculpturii: 203 cm.

Materialul utilizat: marmură.

Locație actuală: Musée du Louvre, Paris, Franța.

Despre diferențe

Indiscutabil, bărbații și femeile se deosebesc în multe privințe. Bărbații sunt dominați de androgeni, femeile – de estrogeni. La bărbați predomină logica, la femei – intuiția. Bărbații vorbesc la subiect, femeile – la predicat. Bărbații visează cu ochii închiși, femeile – cu ochii deschiși. Bărbații se orientează mai bine în spațiu, femeile – mai bine în timp. Bărbații iubesc cu ochii, femeile – cu urechile.

Mai pe scurt, suntem făcuți din același aluat, dar gândim, simțim și reacționăm, de multe ori, absolut diferit. De ce se întâmplă acest lucru? Pentru că așa a vrut Creatorul. Suntem diferiți pentru a ne completa unii pe alții. Suntem diferiți pentru a ne tolera unii pe alții.

Mai ales acum, când vremurile sunt tulburi, când nu există un hotar cert între bine și rău, moral și imoral.

Poate părea straniu, dar viața este o competiție interminabilă. În goana după averi, bărbații pierd, de multe ori, bunul simț și onoarea. În goana după frumusețe, femeile pierd, de multe ori, simplitatea și misterul.

Ce-i de făcut? Cu regret, o rețetă universală, unanim acceptată, nu există. Salvarea totuși rezidă în noi: în curajul de a iubi, în înțelepciunea de a ierta, în puterea de a merge înainte.

Despre dragoste

Prima dragoste este întotdeauna (sau aproape întotdeauna) efemeră, de scurtă durată. Precum prima zăpadă. Vine pe neprins de veste, ne răscolește, ne fascinează. Apoi dispare, se topește.

De ce se întâmplă acest lucru? În primul rând, pentru că la 16-18 și chiar la 20 de ani gusturile sunt nestatornice, iar tinerii, în general, au tendința de a experimenta, de a explora noi orizonturi. În al doilea rând, prima dragoste nu este, de fapt, dragoste, ci îndrăgostire.

Care sunt diferențele? Îndrăgostirea este involuntară, dragostea este voluntară. Prima se produce, de cele mai multe ori, instantaneu, fără ca noi să ne dăm seama de asta. Cealaltă trece prin conștiință, este un act de voință și disciplină. Îndrăgostirea este scânteia. Dragostea este focul. Mulți se îndrăgostesc. Puțini iubesc. Și mai puțini sunt cei care știu să mențină focul dragostei. Așadar, dragostea adevărată durează, are continuitate.

Desigur, într-un cuplu, de-a lungul timpului, dragostea capătă noi valențe, noi dimensiuni. Copiii, spre exemplu, dau farmec într-o relație, o cimentează. Banii, la rândul lor, sunt garanția confortului. Dar nu și a fericirii. Pentru că fericirea constă în a te bucura de ceea ce ai, nu de ceea ce ai vrea să ai.

Despre toleranță

Toleranța este respectul unui alt punct de vedere, unui alt mod de gândire. Oamenii, însă, nu întotdeauna sunt toleranți. Iar intoleranța

nu-i un rău. Sau, mai bine zis, nu-i cel mai mare rău.

Din contra, în unele domenii (știință, cultură, politică etc.) lipsa de indulgență, de acceptare deschisă sau tacită a inepțiilor unor pseudosavanți, a unor preținși lideri, respectiv formatori de opinie este un rău necesar, poate chiar o calitate, o virtute.

Istoria, drept confirmare, ne oferă mai multe exemple. Scepticismul, motorul civilizației antice și medievale, a fost o formă de intoleranță? A fost. Păcat că unii, pentru ideile lor, au fost exterminați, au fost arși pe rug.

Iluminismul, motorul civilizației renaștentiste, a fost de asemenea o formă de intoleranță. Lucrurile învechite, rigide pot fi combătute prin contestarea acestora. Cu argumente, desigur.

Modernismul, motorul civilizației contemporane, a fost, probabil, o altă treaptă a intoleranței umane. Iar de aici și până la postmodernism, apărut ca o necesitate de a înlocui “evul mediu actual”, nu a fost decât un singur pas.

Contează nu dezacordul cu ceva sau cineva, ci felul cum ne manifestăm acest dezacord, maniera (gesturile verbale și non-verbale) în care ne exprimăm.

Oamenii, în general, sunt toleranți. Dar intoleranța este, uneori, firească. Și suportabilă. Insuportabilă este aroganța care, din păcate, o însoțește de multe ori.

Despre timp

A mai trecut un an. Unul ca mulți alții. Cu bune și cu rele, cu bucurii și cu tristeți, cu împliniri și cu deziluzii. Oamenii, în general, se raportează diferit asupra timpului. Unii trăiesc din amintiri, alții sunt visători incurabili. Cei mai mulți, totuși, duc pe umeri povara prezentului.

Un an este un cerc în scoarța unui copac, o verigă într-un lanț succesiv de secole și milenii. Pentru cineva care-și așteaptă omul drag (mama sau tata, fiul sau fiica, nepotul sau nepoțica, iubitul sau iubita), un an este o veșnicie. În același timp, raportat la scară universală, un an este atât de efemer, o fracțiune din infinit. Unul, Creatorul, cunoaște adevărata lui dimensiune.

A mai trecut un an. Timpul nu are astâmpăr. Dar ce este, până la urmă, timpul? Un perpetuum mobile dezlănțuit în două ipostaze care se întrepătrund reciproc – grandoare și mister. Grandoarea izvorăște din eternitate, misterul – din variabilitate.

Uneori, volens nolens, născocim grade de comparație: anii sunt precum norii (unii aduc ploii răcoritoare, alții – furtuni devastatoare), anii sunt precum banii (unii aduc bucurii, alții – necazuri), anii sunt precum stelele (unele-s strălucitoare, altele – abia pot fi deslușite). În fine, anii sunt precum anii: vremelnici, nestatornici, imprevizibili.

A mai trecut un an. Următorul bate la ușă. De felul cum va fi, liniștit sau zbuciumat, roditor sau neroditor, depinde în mare parte de noi. Pentru că adevăratele miracole pornesc din interior, din atitudinea noastră față de lume. Pentru că adevăratele comori sălășluiesc în noi înșine, în puterea de a iubi, a ierta, a merge înainte. Pentru că fericirea și nefericirea persistă concomitent în mințile noastre. De felul cum gândim, depinde care dintre ele ne guvernează viața.

Despre antonime

Adevăratele bogății sălășluiesc în noi înșine, în puterea de a iubi, a ierta, a merge înainte. Dar antonimul sărăciei nu este bogăția, ci inventivitatea, abilitatea de a găsi soluții în cele mai imprevizibile situații. Coerența cu care luăm în stăpânire un eșec este mai importantă decât eșecul propriu zis.

Adevăratele speranțe sunt precum păsările. Doar moartea le poate opri din zbor. Dar antonimul deznădejdei nu este nădejdea / speranța, ci credința. De-a lungul mileniilor, omul a fost mereu în căutarea credinței, în căutarea echilibrului dintre lumea interioară și cea exterioară.

Adevărata fericire nu are margini. Ne inundă, ne copleșește, ne descătușează. Dar antonimul nefericirii nu este fericirea, ci vitalitatea, forța de a gândi pozitiv, de a învinge fricile și anxietățile care ne dau târcoale. Calitatea vieții noastre depinde de calitatea gândurilor noastre. De acolo, din profunzimea gândurilor, izvorăsc toate: și bogățiile, și speranțele, și fericirea.

Despre vreme

Vremea de afară a luat-o razna, metamorfozele naturii fiind tot mai frecvente: ploi în toiul iernii, ninsori în săptămâna patimilor, furtuni în luna lui cuptor. Oare ce s-o fi întâmplat în acest colț de Univers? Nu cumva planetele și-au schimbat traiectoria în jurul Soarelui? Sau poate noi, oamenii, suntem responsabili de schimbările amintite mai sus?

Uneori, am impresia, s-au adunat prea multe păcate pe acest pământ: dezechilibrul demografic, distrugerea mediului natural, competiția umană acerbă, atrofierea simțurilor, degradarea genetică, ruptura de tradiție, receptivitatea la îndoctrinare, cursa înarmărilor.

Vremea de afară a luat-o razna. Și totuși, în calendar, a venit primăvara – anotimpul care nu trebuie să ne părăsească niciodată sufletele. De ce? Pentru că viața este o provocare. Cea mai frumoasă provocare. Iar cine pierde speranța – pierde totul. Și atunci nicio vreme, niciun anotimp nu ne mai poate salva.

Despre oameni

Și lumina, și întunericul provin de la o singură sursă – oamenii. Modalitatea de emisie este diferită: prin gândurile care ne frământă, prin vorbele care le spunem, prin faptele care le săvârșim.

Lumina are mai multe culori: amabilitatea, respectul, încrederea, altruismul, dragostea etc. Și întunericul are mai multe culori: invidia, ura, răzbunarea, nepăsarea, trădarea etc. De obicei, oamenii care emană lumină sunt naturali, dezinvolți, lipsiți de complexe și inhibiții. Prin contrast, cei care emană întuneric sunt falși, încordați, marcați de frustrări și resentimente.

Așa sau altfel, viața este un amalgam de culori, nuanțele și intensitatea cărora se schimbă de la o săptămână la alta, de la o zi la alta și chiar de la o oră la alta.

Există oameni care-și trăiesc viața în culori vii, luminoase. Este un noroc să ai în preajmă asemenea persoane. Și există oameni care-și trăiesc viața în culori obscure, întunecoase. Este alegerea lor. Ni-meni și nimic nu-i poate schimba. Pentru că adevăratele schimbări izvorăsc din interior, din conștiința noastră.

Despre cuvinte

La început a fost cuvântul. Apoi au urmat toate celelalte: binele și răul, adevărul și minciuna, dragostea și ura etc.

Oamenii sunt diferiți. Unii vorbesc puțin, dar spun multe. Alții vorbesc mult, dar nu spun nimic. Explicația e banală: cuvintele sunt expresia gândirii, iar gândirea este un atribut al intelectului, al cărților citite în copilărie, al experiențelor care ne marchează viața.

Și cuvintele sunt diferite. Există cuvinte care mobilizează și cuvinte care inhibă. Există cuvinte care vindecă și cuvinte care rănesc. Există cuvinte care mișcă stele pe cer și cuvinte de la care nici frunzele nu se clatină.

De ce se întâmplă acest lucru? Nu există, probabil, un răspuns unanim. Un adevăr, totuși, nu poate fi contestat: cuvintele sunt mai frumoase, mai cu sens dacă sunt rostite și / sau scrise corect, armonios, la locul potrivit și la timpul potrivit.

La început a fost cuvântul. Apoi au urmat toate celelalte. Inclusiv tăcerea. Uneori, necuvintele sunt mai dureroase decât cuvintele.

Despre urme

Nu există vremuri grele și vremuri ușoare, generații privilegiate (binecuvântate) și generații neprivilegiate (bătute de soartă). Timpul are, în egală măsură, și bune, și rele, și ascensiune, și declin, fiecare generație ducând pe umeri povara vremurilor prin care ne este sortit să trecem: războaie, cataclisme naturale, crize politice și economice, frământări sociale imprevizibile etc.

Indiscutabil, în viață, contează la cine ne raportăm: părinți, frați, dascăli. Generațiile premergătoare sunt, de obicei, modele pentru cei care vin, care bat la ușa viitorului, iar atunci când în preajmă avem exemple demne de urmat, involuntar, ne aliniem (sau tindem să ne aliniem) la standardele acestora.

De asemenea, în viață, contează la ce ne raportăm: convingeri, principii, paradigme. Toate realizările au la bază o idee, un vis. Toate sunt rodul minții, creației omenești. Și, desigur, toate au un preț, o valoare. Vremurile vin și pleacă, valorile rămân.

Iar ceea ce rămâne în urma noastră – un copil, un copac, o fântână,

o casă, o carte etc. – contează, probabil, cel mai mult.

Despre rădăcini

Casa părintească este locul de unde pornim în lume, este cuibul în care, revenind peste ani, ne încălzim sufletele, ne oblojim amintirile, ne alimentăm speranțele. Locul în care am crescut și copilărit are o importanță mare. Atmosfera în care am crescut și copilărit are o importanță și mai mare.

Copiii sunt amprenta unor tipare genetice, sunt expresia stărilor noastre emoționale. Zilele lor de naștere sunt, într-un fel, și zilele noastre de naștere. Prin ei, ne-am renăscut pe acest pământ, dând continuitate vieții și neamului. De felul cum interacționăm cu dânșii, contează multe. De felul ce, cum și cât investim în dânșii, contează și mai multe. Investițiile în copii sunt niște investiții pe termen lung. Din fericire, părinții sunt niște investitori răbdători.

Dacă în familie se plămădesc destine și caractere, atunci în școală, la facultate se modelează destine și caractere, se prefigurează personalități. Însă nici școala, nici facultatea nu valorează nimic dacă lipsește temelia – cei șapte ani de acasă.

Familia este locul de unde pornim în lume. Este de datoria noastră să ne cunoaștem rădăcinile, slobozind în același timp rădăcini pentru alții.

Despre anonim

Nu știi cine sunt protagoniștii din imagine. Dar sunt extraordinari, iar mesajul este unul sublim, cutremurător.

Răsturnată pe un platou de lemn, o mămăligă aburindă, mare cât un soare – simbol al belșugului într-o familie cu mulți copii. O masă veche, cu colțurile jerpelite, în jurul căreia stau 5 guri flămânde, o bucurie sinceră, halucinantă plutind parcă în aer.

Fetița cu mâna dusă la gură, a testat-o, probabil, cu degețelul. Scuzele sunt de prisos. Nerăbdarea copiilor este o formă de inocență. Băiețelul în vestă, cu capul discret dat pe spate, a închis involuntar ochii – semn de mare plăcere, satisfacție. Ceilalți trei, par a fi hipnotizați și ei de splendoarea mămăligii.

Un dulap modest, acoperit cu peliculă, pe partea stângă. Altul, de perete, posibil un blidar, pe partea dreaptă. Iar în spate – un pat, jerpelit și el de ani și necazuri. Un geam mic, cu perdeluță transparentă, scăldat în partea de jos de un păretar, țesut la război în nopțile lungi de iarnă.

Tot pe dreapta, în norul de aburi, se deslușește, abia vizibil, o mână. Și un fragment din ceaunul în care a fost pregătită mămăliga. Probabil, e mâna mamei. Ea a preferat anonimatul, oferind copiilor șansa de a rămâne în istorie.

Nu știu cine sunt protagoniștii din imagine. Mesajul, însă, este unul sublim, cutremurător. Într-un muzeu al istoriei neamului, această poză ar merita, cu siguranță, un loc de cinste.

P.S. Rândurile de mai sus au fost inspirate de către poza “Mămăliga”, realizată de cunoscutul fotograf Andrei Mardari, membru al Uniunii Artiștilor Fotografi din Moldova.

Despre înălțimi

Oamenii sunt ca și păsările. Unele ne fascinează privirea, altele – auzul. Există păsări anoste și păsări care te cuceresc din prima. Spre exemplu, vulturii. Liberi și independenți, puternici și suverani, stăpânesc înălțimile cerului precum Zeus – culmile Olimpului.

Chiar dacă văd totul de sus, nu sunt aroganți. Au, desigur, și ei ierarhii. Presupun, însă, în habitatele acestora nu există o prăpastie atât de mare între săraci și bogați, între slabi și robuști. Ah, da, sunt răpitori iscusiți. Vânează alte păsări, animale. Este vreo problemă? Nu cred. Noi, oamenii, am făcut din asta un sport. Mai mult, uneori ne vânam reciproc, prefăcându-ne că totul e firesc, că așa trebuie să fie.

Vulturii nu cunosc ce-i aia tranziție interminabilă, manipulare politică sau mediatică. Înfruntă, în schimb, zilnic capriciile naturii: soare fierbinte, vânt puternic, ploi torențiale etc. Nimic, însă, dar absolut nimic, nu le știrbește din demnitate, din setea, respectiv in-

stinctul de a zbura în continuare. Nu-i așa că-s minunați?

Oamenii sunt ca și păsările. Zboară la înălțimi diferite, văd lumea în mod diferit. Unele se ridică până în bolta cerului, altele abia se dezlipesc de la firul ierbii.

Despre percepții

Dintr-un punct de vedere, suntem cu toții niște captivi. Timpul nu iartă pe nimeni. Viteza cu care trecem prin viață afectează percepția oamenilor. Iar percepția este, de multe ori, mai puternică decât realitatea percepției.

Uneori, am impresia, trăim într-o lume alertă, grăbită. Permanent ceva ne lipsește, ceva nu ne ajunge: curaj, bani, experiență, sănătate, răbdare etc. Copii fiind, vrem să ne facem mari. Ajunși adulți, tindem spre noi trepte, noi orizonturi. Și tot așa, într-un maraton continuu, alergăm de la o extremă la cealaltă a vieții. Fără răgaz, fără pauze de odihnă.

Uneori, am impresia, viața este un labirint. Când ne dăm seama pe ce lume trăim, suntem deja în mrejele întortocheate ale acestuia. Cale înapoi nu există. Pentru că alegerea de a fi prezenți în această “construcție” nu ne aparține. Ne aparține, în schimb, complexitatea traseului / drumului pe care-l avem de parcurs. Și, parțial, ieșirea. De asta nimeni nu scapă.

Uneori, am impresia, avem o percepție greșită asupra timpului. Spunem frecvent: a mai trecut o zi, a mai trecut o lună, a mai trecut un an. Se pare, însă, nu timpul trece, ci noi ne trecem prin el, viteza de deplasare fiind diferită de la o etapă la alta a vieții.

Cât suntem mici, ne mișcăm lent, pentru ca avem o singură axă de coordonate – prezentul. În adolescență, ne facem planuri mari – la orizont apare viitorul. Drept urmare, viteza sporește un pic. Pe măsură ce ne maturizăm, ne copleșesc gândurile din trei părți: nostalgia trecutului, grijile prezentului, speranțele viitorului.

Iată de ce, după o anumită vârstă, avem senzația că pierdem controlul timpului. Sau poate timpul ne pierde pe noi?

Despre leacuri

Trăim vremuri tulburi, întortocheate. Un lucru obișnuit, de altfel, dacă analizăm istoria omenirii în ultimii, cel puțin, două mii de ani. Aidoma fluxului și refluxului mărilor, viața este o alternanță continuă dintre dezvoltare și stagnare (uneori chiar involuție), ordine și dezordine (în special politică, socială), bunăstare și sărăcie (nu neapărat fizică, materială).

Într-o lume antagonizată, relativistă și materialistă, într-o lume în care democrația tinde să fie înlocuită de iluzia democrației, competiția valorilor – de cea a non-valorilor, iar unica certitudine este incertitudinea zilei de mâine, într-o asemenea lume cea mai gravă boală este boala deznădejdei.

Lipsa speranței, lipsa încrederii în forțele proprii se manifestă în diferite feluri: indiferență, furie, anxietate, depresie etc. Amplituda acestora variază de la un caz la altul, esența însă rămâne aceeași: indiferența este reacția oamenilor care au cedat, care nu mai au nicio atitudine (sau care nu vor să mai aibă vreo atitudine); furia este reacția oamenilor care doresc să-i controleze pe alții, dar nu sunt în stare să se controleze pe ei înșiși; anxietatea este reacția la o pierdere imaginară, din viitor; iar depresia – la o pierdere consumată, din trecut.

Care-i soluția? Leacul deznădejdei este credința, este convingerea că verbul “a fi” stă înaintea celorlalte verbe, “a fi” însemnând mai mult decât înseamnă la prima vedere: “a merge” înainte, “a acționa” în funcție de complexitatea problemelor, “a găsi” soluții în cele mai imprevizibile situații etc.

Cine trăiește din amintiri, nu are prezent. Cine ratează prezentul, nu are viitor. Iar ceea ce contează, în ultimă instanță, este relația nevăzută dintre sufletul omului și rostul lucrurilor.

Despre recunoștință

Există oameni cărora nu le datorăm nimic. Sau aproape nimic. Depinde cum privim lucrurile. Nici ei nu ne datorează ceva anume. Se întâmplă, nici măcar nu ne cunoaștem îndeajuns, pentru a spune ceva de bine sau de rău. Despre unii, putem vorbi la trecut. Despre

alții – la prezent. Chiar dacă ne întâlnim episodic, ei fac parte din viața noastră, din universul nostru cotidian. Iată de ce, lăsarea unei porțițe deschise pentru dialog, pentru un prilej de “bună ziua”, este absolut firească.

Din alt punct de vedere, există oameni cărora le datorăm multe. Sau relativ multe. Unora, spre exemplu, le suntem recunoscători pentru o vorbă de încurajare. Sau – de ce nu!? – pentru o critică obiectivă și constructivă. Știut lucru, o minciună dulce ne trimite în lumea basmelor, un adevăr amar ne trezește la realitate. Altora, le suntem recunoscători pentru ceea ce au făcut sau fac pentru noi. Prietenul la nevoie se cunoaște, iar o mână de ajutor valorează, câteodată, mai mult decât o mie de sfaturi.

În fine, dar nu în cele din urmă, există oameni cărora le datorăm foarte multe. Poate chiar mai multe decât ne imaginăm. Unii, din păcate, ne-au părăsit. Temporar sau pentru totdeauna. Deși nu mai sunt alături, invocarea acestora, în glas sau în gând, ne face să tresărim, să avem fiori. Uneori chiar regrete: că i-am supărat, că nu i-am înțeles corect, că am cerut prea mult, că le-am dat prea puțin. Gândul la dâșii, ne face să privim cu alți ochi trecutul. Pentru asta, ei au un loc aparte în inimile noastre. Fără aportul lor, noi nu am fi existat. Sau am fi avut o altă cale, un alt destin. Pe alții, din fericire, îi mai avem în preajmă. Păcat că, de multe ori, nu știm să-i prețuim, să le acordăm atenția și afecțiunea pe care o merită. Grație lor, lumea este mai frumoasă, mai plină de substanță. Iar viața are valoare și sens.

Despre viață

Explozia vieții a fost, indiscutabil, un moment de cotitură în istoria Pământului. Iar ceea ce a urmat (multitudinea formelor de viață, variabilitatea acestora etc.) a întrecut, probabil, așteptările tuturor, inclusiv ale Creatorului.

În context, un loc aparte îl ocupă omul, viața căruia are trei dimensiuni, trei ipostaze: nenăscută, născută și renăscută. Viața nenăscută sau intrauterină este cea mai inocentă formă de existență a ființei umane. Păcat că, uneori, această poveste se întrerupe / este întreruptă pe nedrept.

Următoarea este viața de după naștere. Ce poate fi mai sublim decât o viață care dă naștere altei vieți? Ce poate fi mai răscolitor decât un copil la sânul mamei, respectiv în brațele tatălui? Când venim pe lume, suntem fragili și neputincioși. Devenim stăpâni ai propriilor vieți relativ târziu – către 20-30 de ani. Iar adevăratele provocări abia urmează. Pentru că viața este o continuă provocare.

Într-un final, vine viața renăscută. Unii, mai spirituali, o întâlnesc aici, pe pământ. De obicei, după o revelație, o cumpănă sau o suferință majoră. Alții, o întâlnesc în ceruri. Sau poate într-o altă lume, într-un alt Univers.

Ce este, totuși, până la urmă viața? Un miracol divin, un dar de la părinți, un tribut plătit evoluției, un gest nepereche al creației?! Dintr-un punct de vedere, răspunsul la această întrebare este mai puțin relevant. Contează, în schimb, rostul vieții – faptele pe care le săvârșim, viețile care rămân după noi.

Despre diversitate

Fascinația naturii constă în diversitatea ei. Spre exemplu, piersicii înfloresc primăvara devreme, merii – un pic mai târziu; vișinii rodesc vara, iar nucii – de obicei, toamna. Unele specii pomicele rodesc anual, altele (din varia considerente) – o dată la câțiva ani.

Oamenii sunt ca și pomii fructiferi: unii înfloresc (se maturizează) la 20 de ani, alții – la 30 de ani; unii își conturează fructele (realizările) către 35-40 de ani, alții – către 45-50 de ani. Roadele unora sunt, la prima vedere, mai arătoase (case mai mari, mașini mai scumpe, funcții mai înalte), ale altora – mai modeste (dar, dintr-un punct de vedere, la fel de importante, poate chiar mai prețioase). Din fericire, un etalon de comparație în această privință nu există. Uneori, roadele cele mai de preț (copiii) își găsesc rostul acasă. Alteori – merg “la export”, în afara țării. Un fenomen, din păcate, tot mai des întâlnit în ultima vreme.

Aidoma pomilor, oamenii au și ei slăbiciunile lor: sunt sensibili la calamități (crize politice și economice), sunt vulnerabili la dăunători (minciună, ură, trădare). Unii au crescut / cresc în livezi (țări) bine îngrijite (conduse), cu tradiții în utilizarea fertilizanților (banilor

publici, investițiilor). Alții, mai puțin norocoși, dar plini de ardoare și demnitate, își înalță semeț crengile (speranțele) spre albastrul infinit al cerului (spre un trai mai bun).

Fascinația naturii constă în diversitatea ei, iar omul nu-i o excepție. Conștientizarea acestei diversități ne ajută să privim lumea din unghiuri diferite, să avem o percepție realistă asupra propriei valori, dar și a valorilor sociumului din care facem parte. De asta, în ultimă instanță, depinde caracterul armonic sau dizarmonic al existenței noastre.

Despre noblețe

Ce este noblețea: un cod transmis din generație în generație? un rang social? un titlu de anvergură? o însușire morală superioară? Se pare, un răspuns exhaustiv în această privință nu există. Avem, totuși, un subiect prea sensibil. Și prea delicat. O retrospectivă istorică ne arată că au existat dintotdeauna oameni nevoiași de o noblețe sufletească rară, la fel cum au existat dintotdeauna oameni avuți de o vulgaritate / indecență reprobabilă.

Noblețea nu înseamnă averi, ci valori care dăinuiesc peste ani. Desigur, percepția valorilor este diferită de la o societate la alta, respectiv de la un individ la altul. Unii pun accentul pe valorile materiale (efemere, de multe ori), alții – pe cele spirituale (de obicei, mai durabile, mai statornice). Valorile unora sunt impunătoare ca volum, dar mici ca importanță, ale altora – modeste ca format, dar mari ca însemnătate.

Noblețea nu înseamnă titluri sonore, ci calități morale perene. Adevăratele virtuți (curajul, perseverența, demnitatea) nu au nevoie de medalii, certificate sau diplome. Unele persoane își afișează distincțiile în locuri cât mai vizibile, altele – le poartă sub haină, sau le păstrează în sertare. Noblețea înseamnă discreție, sobrietate, moderație, cumpătare, toate celelalte trăsături – grandoarea, aroganța, belșugul exagerat etc. – neavând nimic în comun cu ea.

Noi nu moștenim noblețea, ci amprenta ei. O genă în această privință nu există, iar noblețea strămoșilor nu trebuie să fie un motiv de

fală, ci de reflecție. Dacă vrem să fim modele pentru cei care vin după noi (copii, nepoți, strănepoți), nu-i suficient să ne bazuim pe bunurile moștenite. Trebuie să producem și propriile bunuri, propriile valori. Pentru că adevărata noblețe înseamnă muncă. Multă muncă. Presărată, desigur, cu rafinament și eleganță.

GAMA TRIO®

EFFECTIV ÎN TOATE TIPURILE DE HIPERPIGENTAȚII

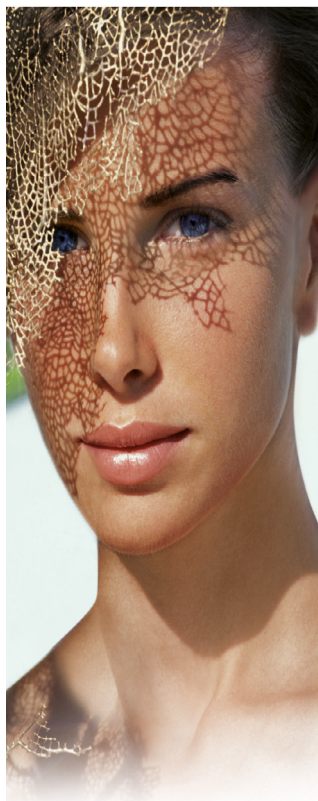
- lentigo senil
- lentigo actinic
- melasma/cloasma
- fotodermatoze

GAMA TRIO® INSTRUCȚIA PENTRU FOLOSIRE

	DIMINEAȚA	SEARA	MOD DE APLICARE
Pete noi	TRIO A'	TRIO A'	Durata tratamentului 1- 2 luni
Pete persistente	TRIO A'		Durata tratamentului 1-2 luni
Culoarea tenului neregulată Peeling		TRIO D'	Durata tratamentului 1 lună
Profilaxia hiperpigmențațiilor Tratament în perioada solară a anului	TRIO S'	TRIO A'	TRIO S' se aplică pe toată fața înainte de expunerea solară. În caz de insolație puternică se recomandă reaplicarea la fiecare 2 ore. Seara se aplică emulsia TRIO A'

TRIO®

PRIMA GAMĂ
COMPLETĂ
CARE
CONȚINE O
CONCENTRAȚIE
ÎNALTĂ A
GLABRIDINEI
(reglează
producerea
pigmentului).



PREVENIREA ȘI
TRATAMENTUL
TUTUROR
TIPURILOR DE
HIPERPIGENTAȚII

FORMULA DERMATOLOGICĂ

noreva
LABORATOIRES

Distribuitor exclusiv "Amofarm" SRL
Tel. +373 22 311108

www.noreva-laboratoires.com

noreva
LABORATOIRES



tub 30 ml

TRIO®



flacon cu dozator
30 ml



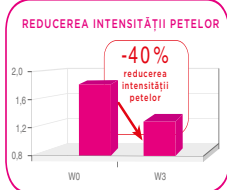
tub 50 ml

— ACȚIUNE RAPIDĂ —

— ÎNĂLBIRE —

— FOTOPROTECȚIE: —

TRIO® A



0,1% licorice
(*extract de glabridina*)

- Inhibă tirozinaza

AHA 9%

- Acțiune cheratolitică
- Elimină excesul de melanină

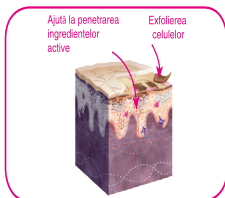
2% filtru solar mineral

- Fotoprotecție

Mod de aplicare :

se aplica dimineața
și/sau seara pe pielea curată și
uscată pe zonele
hiperpigmentate.

TRIO® D



0,05% licorice
(*extract de glabridina*)

- Inhibă tirozinaza

AHA 12%

- Acțiune cheratolitică /
cheratoregulatorie
- Elimină excesul de melanină

1% Vitamina C

- Efect înălbitor, inhibă tirozinaza

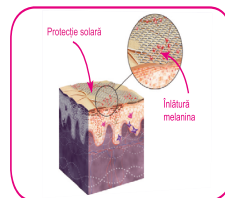
2% filtru solar mineral

- Fotoprotecție

Mod de aplicare :

se aplică seara pe pielea curată
și uscată pe zonele
hiperpigmentate.

TRIO® S



Protecția solară SPF50
(*octocrylene, methoxycinnamate,
titanium dioxide*)

- Protecție înaltă
- Anti UVA și UVB

4% absorbenți de melanină

- Înlăturarea mecanică a
melaninei din suprafața
tenului

Mod de aplicare :

se aplică pe pielea uscată și curată.
Se recomandă reaplicarea peste
fiecare 2 ore.

Capileov®

FORTIFIANT



COMPONENȚA:

- **L-metionină / L-cisteină** – nutrienți constituenți care restaurează părul din interior
- **Zinc** – menține vitalitatea unghiilor
- **Extracte vegetale** care aduc strălucire și putere părului: ulei de porumb / ulei de oenothera / ulei de germeni de grâu / extract de rodie
- **Extract de brusture/ Vit.E** – calmează scalpul

INDICAȚII:

- Se recomandă pentru păstrarea vitalității și stimularea creșterii părului și a unghiilor.

MOD DE ADMINISTRARE:

Se recomandă câte 1 capsulă / zi timp de min 30 de zile. Pentru obținerea efectului dorit se recomandă o cură de 3 luni.

nutreov
LABORATOIRES
PHYSIENCE



Bun pentru tipar 09.07.2018. Formatul 60x84^{1/8}
Hârtie ofset. Coli de tipar 13,5
Tirajul 500 ex. Comanda nr. 188

Tipografia **SA “CRIO”**
4801, or. Criuleni, bd. Biruinței, 14,
tel/fax (248) 22-7-01