

Interiorul

CORPULUI

UMAN

NR. **3**



- **CHIRURGIA PLASTICĂ:** Asistă un lifting, pas cu pas
- **APARATUL REPRODUCĂTOR FEMININ:** Cum funcționează și ce probleme pot apărea
- **RAZELE X:** O privire înăuntrul toracelui
- **CUM CONTROLĂM GLICEMIA:** Urmărirea nivelului glucozei în sânge
- **MEDICINĂ REPRODUCTIVĂ:** Stadiul preembrionar, sau începutul formării organelor

GRATUIT
În acest număr
HARTA
CORPULUI
UMAN

DeAGOSTINI

ISSN 1791-6011



9 771791 601004 03

ACEST PRODUS NU ESTE DESTINAT COPILOR SUB 15 ANI.
CONȚINUTUL REVISTEI POATE FI CONSIDERAT NECORESPUNZĂTOR
SAU NERECOMANDAT COPILOR SUB 15 ANI.



Interiorul CORPULUI UMAN

NUMĂRUL 3 - CUPRINS

URGENȚE

PROCEDURI ÎN URGENȚĂ: Tehnici de suturare a plăgii
Toate tipurile de plăgi sunt tratate într-o secție de urgențe. Această parte arată cum procedează echipa medicală și urmărește pas cu pas două tipuri de suturi. De Theo Welch și Pippa Keech.

CHIRURGIE

CHIRURGIE PLASTICĂ ȘI REPARATORIE:

Informații generale

Un chirurg estetician explică domeniul chirurgiei plastice, evidențiind o parte din operațiile care pot îmbunătăți aspectul corpului. Numerele viitoare vor aborda mai pe larg unele aspecte menționate acum. De Dai Davies.

CHIRURGIE

CHIRURGIE PLASTICĂ ȘI REPARATORIE:

Liftingul facial pas cu pas

Liftingul facial este o operație standard în chirurgia plastică. Poate fi făcută la vârste diferite și cu extindere diferită. Un chirurg celebru din Harley Street descrie o operație standard, pas cu pas. De Dai Davies.

MEDICINA REPRODUCERII

APARATUL REPRODUCĂTOR FEMININ:

Informații generale. O privire asupra sistemului reproducător feminin și a modului cum funcționează. Plus un rezumat al articolelor următoare. De Carole Gillig-Smith.

Această publicație conține informații generale și nu înlocuiește niciun manual medical sau o publicație similară. Conținutul acestei publicații nu trebuie consultat în vederea stabilirii vreunui diagnostic sau tratament, indiferent de simptome. Dacă prezentați orice fel de simptome, consultați medicul curant. Autorii și editorii nu sunt responsabili pentru nici un fel de prejudicii suferite de orice persoană a cărei acțiune se bazează pe informațiile conținute de această publicație.

IMAGISTICĂ

RADIOLOGIE: O privire în interiorul toracelui

Radiografia de torace este un instrument de diagnosticare foarte important, cerut frecvent de medici; pot examina astfel o arie vastă de afecțiuni. De Jonathan Spratt.

ATLASUL CORPULUI

CALOTA ȘI BAZA CRANIULUI

Calota craniană este partea care protejează creierul. Baza craniului are un număr mare de orificii - foramen - pentru vasele de sânge, nervii cranieni și coloana vertebrală. De Barry Berkovitz.

FIZIOLOGIE

CUM SE CONTROLEAZĂ GLICEMIA

Nivelul glucozei în sânge este controlat de o serie de procese. Dacă nivelul este prea ridicat sau prea mic, poate indica o problemă medicală, cum ar fi diabetul zaharat. De Mark Lambert.

ETAPELE VIEȚII

PRIMA LUNĂ

Odată cu implantarea blastocistului în uter, embrionul începe să se formeze. Straturile de celule se dezvoltă rapid, formând fundamentul tuturor părților corpului. De Ricki Ostrov

CATALOG DE MEDICAMENTE - DE MONIQUE AURORA

COLABORATORI

EDITOR CONSULTANT

Professor Peter Abrahams MB, BS, FRCS(Ed), FRCR

Professor Peter Abrahams, MB, BS, FRCS (Ed), FRCR, Profesorul Abrahams este specialist în anatomie clinică, membru în Kigezi International School of Medicine, în cadrul Programului Internațional de Medicină din Cambridge, specialist în medicină generală, Membru al Colegiului Girton, Cambridge, examinator la Colegiul Regal al Chirurgilor din Edinburgh. A scris o serie de lucrări de referință în anatomie.

Theodor Welch MB, BS, FRCS

Dr. Welch predă de șapte ani chirurgia, în Thailanda. A fost timp de 18 ani consultant al Departamentului Urgențe și Accidente la Spitalul Northwick Park, Harrow. În prezent predă anatomie clinică la Cambridge.

Pippa Keech MBChB, MRCP, DRCOG

Dr Keech este medic generalist cu normă redusă în New Forest. Este, de asemenea, scriitoare și a publicat diverse lucrări în British Medical Journal, Medical Monitor și în Pulse.

Dai Davies FRCS

Mr Davies este consultant în chirurgie plastică la Charing Cross

Hospital, Londra. Lucrează, de asemenea, la Institute of Cosmetic and Reconstructive Plastic Surgery din cadrul Spitalului Stanford, Londra.

Carole Gillig-Smith MA, PhD, MRCOG

Dr Gillig-Smith este specialist în fertilitate asociat la Assisted Conception Unit din cadrul Spitalului Chelsea & Westminster. Ea efectuează cercetări în domeniul medicinei reproductive.

Jonathan D Spratt MB, BChir (Cantab), MA (Cantab), FRCS (Eng), FRCS (Glasg)

Dr Spratt este medic radiolog cu experiență îndelungată la Spitalul Newcastle General Hospital, Newcastle-upon-Tyne.

Barry Berkovitz PhD

Dr Berkovitz este conferențiar la Catedra de Anatomie și Biologie Umană de la King's College, Londra. Este specializat în anatomie facială.

Mark Lambert BSc

Mark Lambert este un experimentat documentarist și editor în domeniul medicinei și al biologiei umane.

Ricki Ostrov

Ricki Ostrov, de origine americană, stabilit în Marea Britanie, a publicat lucrări medicale și de sănătate timp de peste 10 ani. A scris o serie de cărți și a colaborat la numeroase publicații.

Paulette Pratt

Reputat scriitor și editor pe teme medicale, cu o experiență de peste 20 de ani, lucrările lui Paulette Pratt a apărut în numeroase reviste, cărți și enciclopedii din Marea Britanie și Statele Unite.

Monique Aurora MRCGP, DCH

Originară din Berna, Elveția, Dr. Aurora practică în prezent medicina la Londra. Este interesată de sănătatea femeii și a copilului.

Biblioraft

Nu ratați bibliografiile speciale în care puteți colecționa seria Interiorul Corpului Uman. Bibliografiile sunt disponibile la chioșcurile de ziare la prețul de 9,99 LEI/45 MDL. DeAgostini va anunța datele de publicare a bibliografiilor în seria de reviste.

EDIȚIE SĂPTĂMĂNALĂ

EDITURA: De AGOSTINI HELLAS SRL

EDITOR: Petros Kapnistos

MANAGER ECONOMIC: Fotis Fotiou

MANAGER DE REDACȚIE ȘI PRODUCȚIE: Virginia Koutroubas

ADRESA: Vuliagmenis 44-46, 166 73 Atena

MARKETING MANAGER: Michalis Koutsoukos

PRODUCT MANAGER: Nasita Kortesa

COORDONATOR DE PRODUCȚIE: Carolina Poulidou

MANAGER DISTRIBUȚIE: Evi Boza

MANAGER LOGISTICĂ ȘI OPERAȚII: Dimitris Pasakalidis

COORDONATOR LOGISTICĂ ȘI OPERAȚII: Antonis Lioumis

ADAPTARE PENTRU LIMBA ROMÂNĂ: LeVart Y Line SRL

TIPĂRIRE ȘI LEGARE: Niki Ekdotiki

DIRECTOR DE PRODUCȚIE TIPOGRAFIE: Stelios Kritsotakis

DTP: RAY

IMPORTATOR: Media Service Zawada S.R.L.

Country Manager: Mariana Mihălțan

Marketing Manager: Adina Bojică

Redactor: Gabriela Muntean

Consultant de specialitate: Dr. Simona Nanoveanu

Distribution Manager: Dan Iordache

ADRESA: str. Louis Pasteur nr. 38, et.1, ap.5, sector 5,

București, România

DISTRIBUITOR: Hiparion S.A.

© 2009 for DeAgostini Hellas

© 1998 Midsummer Books Ltd

ISSN 1791-6011

Prețul numerelor

Prețul primului număr: 2,90 LEI/9,90 MDL

Prețul celui de-al doilea număr și al tuturor celorlalte numere: 6,90 LEI/19,90 MDL

Drepturile tuturor textelor se află sub copyright. Este interzisă reproducerea, stocarea, transmiterea sau utilizarea comercială a materialelor, sub orice formă, fără acordul scris al editorului. Editorul își rezervă dreptul de a schimba ordinea publicării subiectelor sau înlocuirea lor.

Credite Foto:

Nr. Capitol./Nr.foaie./Fajă sau Spate

3/2/F & S: Theo Welch; 36/2/F: Phillip

Hayson/SPL; 36/2/S: CC&WMS; 36/3/F:

CC&WMS; 36/3/S: Shout, CC&WMS; 41/1/F:

Bubbles; 41/1/S: NMSB, WTML, NMSB; 56/1/F

& B: SPL; 68/2/F & S: John Watney Photo Library,

NMSB; 79/3/F Ralph T. Hutchings, NMSB; 79/3/S

Ralph T. Hutchings; 80/2/F & S: SPL; 81/3/F:

Petit/Format/Nestle/SPL, SPL; 81/3/B: SPL;

83/2/F NMSB, Dr Beer Gabel/CNRI/ SPL; 83/2/S

BA/SPL; 84/3/F BA, Eye of Science/SPL, NMSB;

84/3/S: SEM Unit, Royal Free Hospital School of

Medicine/WTML, NMSB.

Ilustrații:

41/1, 80/2: Sandie Hill

68/2: Amanda Williams

68/2, 81/3: Diane Kinton

83/2: Ann

Pentru o mai bună deservire solicitați întotdeauna publicația de la același punct de vânzare și informați vânzătorul asupra intenției de a cumpăra și aparițiile următoare.

Pentru orice informație, lămurire sau comenzi de numere apărute anterior, sunați-ne la tel.

România: (021) 40 10 888
Moldova: (0022) 93 07 42

Pe lângă prețul revistelor comandate va trebui să achitați ramburs și contravaloarea taxelor poștale.

ORAR DE SERVICIU Luni-Vineri, 10:00-18:00

Vizitați site-ul nostru la adresa

www.deagostini.ro

e-mail: info@deagostini.ro

Tehnici de suturare a plăgii

Diferitele tipuri de cusături chirurgicale au roluri diferite când e vorba de a trata o plagă, depinzând de natura rănirii și de localizarea ei.

Când cineva ajunge într-o unitate medicală cu o plagă adâncă, prima grijă a personalului este să oprească sângerarea. Odată făcut acest lucru, rana va fi cercetată pentru a stabili gravitatea leziunilor. Medicul va decide asupra conduitei terapeutice. Pentru plăgi ce necesită suturare (coasere), pacientului i se va face anestezie locală, pentru a amorți zona din jurul plăgii. Apoi plaga va fi cusută.

CERCETAREA PLĂGII

Când se cercetează o plagă, medicul are în vedere faptul că țesutul de dedesubt ar putea fi afectat. O tăietură pe obraz ar putea afecta canalul salivar al glandei parotide, ce conduce saliva în gură. Plăgile tăiate, de pe mâini, de exemplu din zona încheieturii, pot secționa frecvent și tendoanele din zonă, astfel că, înainte de a închide plaga, trebuie controlată mișcarea mâinii și a încheieturii ei. Pot fi secționate și terminațiile nervoase mici din zonă, de aceea, înainte de administrarea anestezicului, trebuie testată sensibilitatea zonei. Medicul va controla dacă zona și-a păstrat sensibilitatea și va lua o hotărâre rapidă privind vasele de sânge afectate. Acestea vor fi ligaturate, dacă irigarea pielii și a mușchilor din zonă este bună, iar dacă nu, ele vor trebui refăcute.

ACUL CORESPUNZĂTOR

Pentru a trata o suprafață tăiată, se folosește un ac curbat, ascuțit (triunghiular). Acele cu vârf mai puțin ascuțit (rotund) se folosesc pe țesuturi delicate, cum ar fi intestinalele.

Materialele folosite la suturi se împart în resorbabile (care se vor absorbi și vor dispărea) și neresorbabile. În general, cele neresorbabile se folosesc pentru piele și ele pot fi scoase după ce a trecut timpul necesar, lăsând cicatrici mai puțin vizibile. Zona feței se vindecă repede așa că firele se scot, de obicei, după patru sau cinci zile. Pentru plăgile de la nivelul piciorului, firele se țin și trei săptămâni.

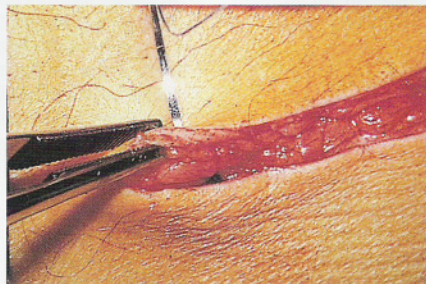


Tăietura lungă, provocată de o bucată de sticlă spartă, a fost curată. S-a închis cu 21 de suturi întrerupte (individuale).

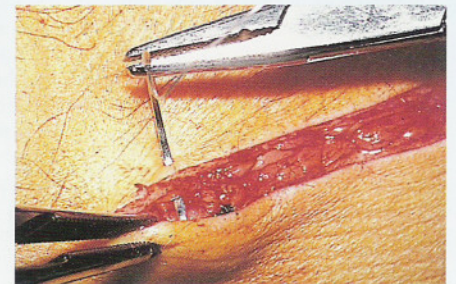


Un accident de muncă a cauzat două tipuri de leziuni. Tăietura de la nivelul încheieturii mâinii va fi curățată și suturată. Rana mai largă ar putea fi lăsată deschisă sau, ulterior, acoperită cu greaf de piele.

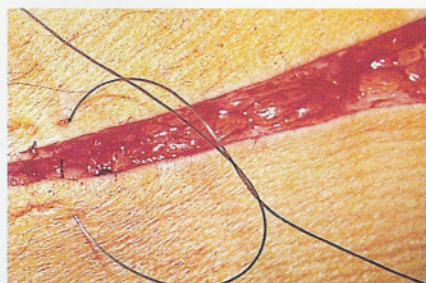
Sutura întreruptă



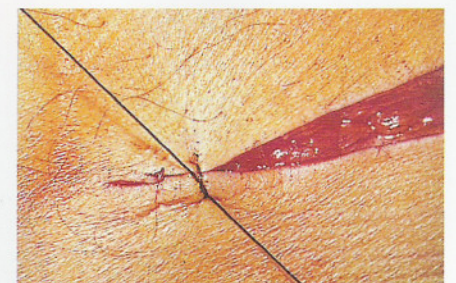
1 *Pensa ține pielea în timp ce acul este inserat cât mai aproape posibil de marginea plăgii, dar nu atât de aproape încât firul să taie pielea când este legat.*



2 *O împunsătură simetrică se face pe partea opusă a plăgii, ca să rezulte o cusătură cât mai curată, care să lase o cicatrice nedeformată.*



3 *Strângerea firului se va face astfel încât marginile să nu rămână neunite. Dacă, însă, este prea strânsă, ar putea secționa sau necroza țesuturile.*



4 *Nodul este plasat pe o parte a plăgii, ca să irite pielea cât mai puțin sau deloc. Odată ce rana s-a vindecat, fiecare fir va fi scos.*

SUTURA RĂNILOR

Diferitele tipuri de răni au nevoie de diferite tipuri de suturi (cusături). Rolul lor este întotdeauna de a opri sângerarea, de a închide rana, de a minimiza riscul infecției și de a reduce cicatricile.

Înainte de a coase o rană, aceasta trebuie să fie foarte bine curățată. Cusăturile separate, cunoscute ca și cusături întrerupte, sunt folosite numai pe o rană curată; ele închid foarte eficient rana. Când marginile unei răni sunt zdrențuite și conțin murdărie sau materii străine, ele trebuie îndreptate cu finețe și rana curățată, înainte de a o coase.

Dacă mușchii sau structurile de sub rană au suferit leziuni importante, ele vor putea fi refăcute cu fire rezorabile, care se dizolvă în timp.

O rană poate fi suturată fie cu multe cusături separate, fie cu o cusătură continuă, sub cel mai superficial strat al pielii. Acest ultim tip de cusătură se numește sutură continuă subcuticulară.

SUTURA ÎNTRERUPTĂ

La Urgență, metoda obișnuită de sutură este cea întreruptă, deoarece rănilor sunt frecvent contaminate și există risc de infecție. Dacă se întâmplă, din nefericire, acest lucru, una sau două dintre cusături sunt desfăcute pentru ca rana să se lărgească și să se elimine puroiul. Restul plăgii rămâne cusută, fără niciun risc, și poate fi lăsată să se vindece normal. Și pentru plăgile neregulate, cu margini zimțate, tot suturile întrerupte sunt mai bune.

SUTURA SUBCUTICULARĂ

Sutura subcuticulară continuă este folosită frecvent de chirurgi după operații, care sunt efectuate în condiții de sterilitate

absolută. Este o formă rapidă de sutură, ideală pentru a închide plăgile largi.

Alte trei tipuri de suturi pot fi folosite în situații particulare. Rănilor în formă de crăpătură, neregulate, pot fi închise cu sutura în „X” sau sutura în „U”, în timp ce perforațiile în structuri de tipul intestinelor, sunt frecvent închise cu un cerc de cusături, care se pot lega strâns. Firele pot fi rezorabile – de obicei, se folosește catgutul, făcut, în mod obișnuit, din intestin de porc – sau neresorabile, din mătase, nylon, diverși polimeri, sau din oțel inoxidabil.

RANA LĂSATĂ DESCHISĂ

Dacă leziunea pielii e mai veche de șase ore de la prezentarea la tratament, sau dacă a fost produsă prin mușcătură sau traumatism prin strivire, este mai bine să nu se încerce alipirea marginilor plăgii în nici un fel, ci să se lase rana deschisă.

Ca metodă de precauție, se începe tratamentul cu antibiotice, pentru a lupta împotriva infecțiilor, dar nimic nu poate înlocui curățarea atentă a plăgii și eliminarea restului de țesut mort (debridarea plăgii).

Cu excepția situației în care rana este prea mare și necesită greafă de piele, ea se va vindeca în cele din urmă, dar mult mai încet decât plăgile suturate. În plus, dacă o plagă nu este suturată, sunt șanse mari ca ea să ducă la formarea unei cicatrici mari, adesea cu încrețituri ale tegumentului.



Tăieturile cu lama pot fi destul de adânci ca să poată ajunge la mușchii de dedesubt. Întreaga zonă trebuie verificată pentru eventuale leziuni care

nu sunt aparente. Odată ce rana a fost curățată cu grijă, cusătura întreruptă ar fi cea mai indicată, căci marginile plăgii sunt drepte.

Cum se închide o plagă fără sutură

Marginile plăgii sunt apropiate între ele, pentru a reduce sângerarea, cicatricea și riscul de infecție, dar ele nu trebuie cusute în orice situație. Dacă rana este situată într-o zonă ce nu este supusă tracțiunilor – nu e o articulație, de exemplu – și este destul de superficială, atunci sunt alte modalități prin care se pot apropia marginile plăgii cu destulă precizie. Aceste metode sunt folosite în special în cazul copiilor, pentru a preveni trauma fizică și psihică inutilă.

■ Legarea marginilor plăgii scalpului cu fire de păr ce cresc de o parte și de alta a tăieturii este de multe ori o modalitate eficientă de a rezolva o tăietură superficială.

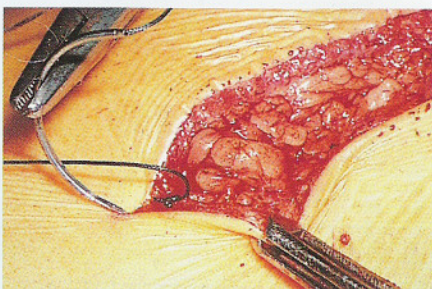
■ Bantelele adezive (numite și

steri-strip) sunt utile și ele și nu traumatizează pielea în nici un fel. Cicatricea rămasă va fi mai mică decât dacă ele nu s-ar fi aplicat.

■ Un „lipici” special, sub formă de spray, utilizat pentru acoperirea plăgilor cu o peliculă protectoare transparentă, este o altă soluție de a uni marginile unei plăgi superficiale. În afară de o ușoară usturime la aplicare, folosirea adezivului este mai puțin dureroasă și traumatizantă decât suturarea, în special la copii. Pelicula se dizolvă în câteva zile, odată cu vindecarea plăgii.

■ Agrafele de metal sunt o altă modalitate de a păstra marginile plăgii în contact, deși sunt mai puțin folosite în secțiunile de urgență ale spitalelor.

Sutura întreruptă



1 Se pornește de la un capăt al plăgii, acul este înfipt sub rană și iese pe partea superficială a tegumentului.



2 Același tip de fir este folosit pe toată lungimea rănii. Aceasta face ca afectarea rănii să fie minimă și cicatrizarea puțin evidentă.



3 Odată suturată plaga în întregime, se aplică benzi de steri-strip, pentru a păstra în contact marginile plăgii.

Pe scurt despre chirurgia plastică

În fiecare an, din ce în ce mai multe persoane apelează la chirurgia estetică. Pornind de la operația de reconstrucție a sânilor, trecând prin îndepărtarea alunițelor inestetice și terminând cu tratamentul chirurgical al cancerului de piele, chirurgia estetică este una dintre cele mai versatile ramuri ale medicinei.

Chirurgia plastică se referă, în principal, la chirurgia pielii. A fost denumită așa, la începutul secolului, de către un chirurg german, care vorbea despre schimbarea sau reconstrucția nasului unui pacient. El a numit-o rinoplastie (modelarea nasului). De la acest termen a derivat denumirea de „chirurgie plastică”, deși, în ultimul timp, există tendința de a vorbi despre această specializare ca fiind chirurgie reconstructivă.

Medicul plastician este interesat în aceeași măsură de ceea ce se întâmplă sub piele, ca și la suprafață. Aceștia sunt chirurșii cei mai specializați, capabili să creeze sâni, să recompună oasele și tendoanele în cadrul operațiilor mâinii, să refacă picioarele pacientului, în cazul unui accident de mașină și să re poziționeze mușchii, nervii și pielea. Există puține părți din corp pe care chirurgul plastician să nu poată lucra. Această supraspecializare a chirurgiei se dezvoltă cel mai rapid în SUA, având aproximativ 3 milioane de pacienți în fiecare an. Dar chirurgia plastică nu este folosită numai pentru a opri procesul de îmbătrânire; există mai multe domenii, după cum urmează:

- Tratamentul cancerelor (30%)
- Traumatismele precum loviturile și arsurile mâinilor (30%)
- Anomaliile congenitale cum ar fi „gura de lup” (40%)
- Chirurgia cosmetică (10%)

Înainte și după



Înainte: devenind excesiv de preocupată de forma nasului ei, această pacientă s-a decis pentru rinoplastie. Rinoplastia implică schimbarea formei nasului, prin interiorul nasului, astfel încât să nu rămână nici un fel de cicatrice la exterior. Chirurgii plasticieni utilizează programe complexe pe computer, pentru a arăta pacientului cum se va schimba nasul lui.



După: Forma nasului a rămas, în esență, la fel, dar nasul este semnificativ mai mic. După operație, se aplică plasturi sau apărători de plastic, care să imobilizeze oasele nasului, posibil fracturate. După aproximativ 10 zile se îndepărtează plasturile, dar efectul final (așa cum se vede în imagine) nu se va obține mai devreme de șase luni de la operație.

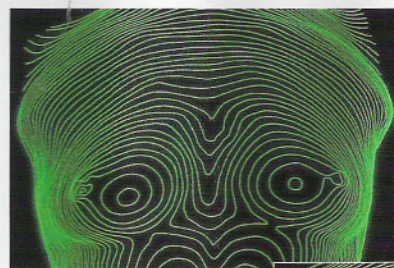
Cum se ajunge la un chirurg plastician



Sânii naturali mari pot cauza stres atât fizic (de exemplu, dureri de spate) cât și psihic. Chirurgical, li se pot reduce dimensiunile. Aceasta presupune mutarea mamelonului mai sus și eliminarea țesutului excedentar.

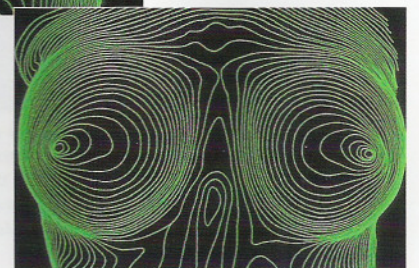
În România a crescut în ultimii ani numărul cabinetelor de chirurgie plastică și reparatorie.

O parte din spitale au secții de chirurgie plastică și reparatorie. În aceste secții se operează pacienții ce au nevoie de intervenții reparatorii în urma unor accidente sau malformații congenitale. Majoritatea cabinetelor private răspund însă solicitărilor personale ale pacienților, păstrând confidențialitatea, iar consultația și tratamentul sunt plătite de pacient. Acesta se adresează medicilor fie la recomandarea altui pacient fie după ce a obținut informații pe Internet privind cabinetul medical re-

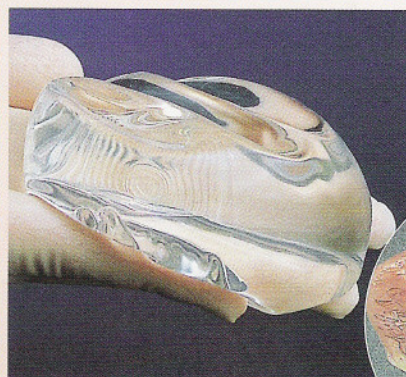


Imagina construită pe computer poate ajuta pacientul să vizualizeze rezultatul dorit înainte de efectuarea intervenției. Aceasta procedură se aplică în special în cazul operațiilor de sân sau al rinoplastiilor.

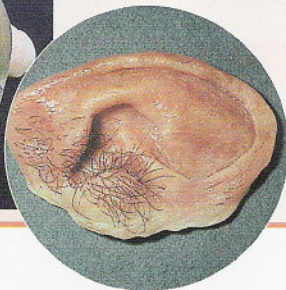
spectiv. Costurile operațiilor estetice sunt semnificative și depind de amploarea intervenției, dar sunt mai mici în România față de cele din țările occidentale, cu rezultate similare.



Rolul protezelor



Siliconul are aceeași consistență ca și grăsimea corpului uman, dar îngrijorarea privind siguranța utilizării lui i-a redus, din 1992, folosirea.



Protezarea reprezintă înlocuirea unei părți lipsă, sau cu deficiențe a corpului, cu un substitut artificial. Aproape orice parte a corpului poate fi protezată, existând numeroase tipuri de proteză:

■ Protezele de sân sunt formate din pungi de silicon, umplute cu gel, ser fiziologic sau uleiuri, și nu sunt folosite numai pentru femei;

Chirurgii plasticieni pot apropia urechile de cap sau le pot micșora, dar fac și operații de protezare a urechii, când aceasta a fost pierdută într-un accident.

bărbații cer și ei, uneori, mărirea de volum a pectoralilor.

■ Pungile de silicon se pun temporar și sub pielea capului, atunci când se urmează un tratament pentru alopecie (chelie).

■ Sfârcurile artificiale sunt purtate de pacienții care au fost supuși unei intervenții de reconstrucție a sânelui sau premergător unei intervenții de reconstrucție a mamelonului.

■ Implanturile peniene sunt făcute din proteze gonflabile, inserate în corpul cavernos ai penisului.

PROGRESE RECENTE

Dezvoltarea chirurgiei în ultimii ani a avut un efect spectaculos asupra chirurgiei reconstructive. Laparoscopia a intrat în practica chirurgiei estetice pentru a efectua operații de ștergere a ridurilor de pe frunte. Endoscopia, în înțelesul general, evită inciziile largi ale pielii.

Progresele în anestezie au permis operații mai lungi și, astfel, mai laborioase. Microchirurgia a permis dezvoltarea unei noi forme de chirurgie reconstructivă. În chirurgia maxilofacială, de exemplu, chirurgii pot mișca

din loc globii oculari, nasul și porțiuni de țesut. Părți de țesut, alături de pielea ce le învelește, pot fi revascularizate de o arteră sau venă nouă, introdusă prin microchirurgie vasculară.

O metodă nouă, importantă, este tratamentul cu laser. Câteodată, liftingul feței la femeile ce vor să scape de riduri nu este necesar, el putând fi înlocuit cu laserterapie, care îndepărtează ridurile și alte imperfecțiuni ale pielii.

REDUCEREA RISCURILOR

Riscul operator scade în fiecare an. În urmă cu câțiva ani, majoritatea pacienților aveau nevoie de anestezie generală, o perioadă lungă de spitalizare și, deseori, ședințe lungi și dureroase de recuperare. Circulau în presă povești înspăimântătoare despre implanturile cu silicon explodate, operații care au dat greș și chirurgi nepregătiți.

Astăzi însă, datorită folosirii pe scară largă a anesteziei locale și datorită simplificării procedurilor, care pot fi încheiate în câteva ore, tot mai multe persoane sunt tentate să

apeleze la chirurgia estetică.

Totuși, pentru că cele mai multe operații se fac în cabinete private, costurile pot limita adresabilitatea.

Cu titlu strict orientativ, iată câteva costuri medii:

- Lifting facial complet: 3000 euro
- Remodelarea nasului: 1000-1700 euro
- Mărirea sau micșorarea sânelor: 2500-4500 euro
- Lipoaspirație zona abdominalului: 800-1600 euro
- Lipoaspirație zona membrelor inferioare: până la 3000 euro

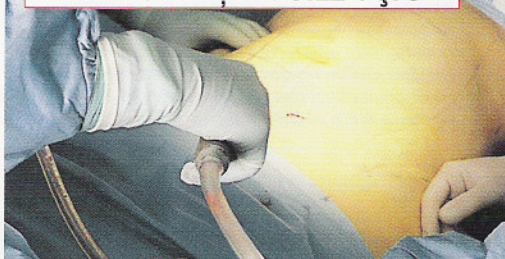
Despre chirurgia plastică

LIFTINGUL FEȚEI: FOILE 2 ȘI 3



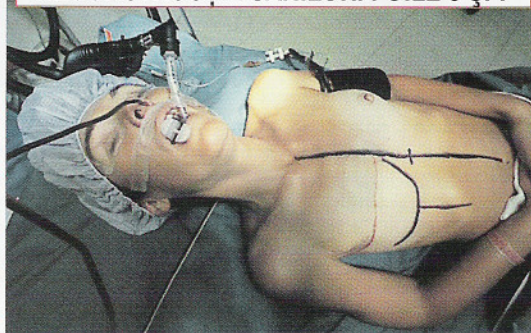
Liftingul feței implica de mult timp doar o disecție subcutanată și tracțiunea pielii. În prezent, anatomia feței a fost mai atent analizată și chirurgii plasticieni nu se uită doar la piele, ci și la țesuturile de sub ea. Un lifting facial este acum o procedură foarte complicată.

LIPOASPIRAȚIA: FOILE 4 ȘI 5



Aceasta este o operație nepretențioasă. Un tub de oțel este introdus în țesutul gras și celulele sunt zdrobite. Grăsimea din interior este aspirată; există și metode mai sofisticate de a efectua această operație, precum ultrasunetele, laserul și căldura.

RECONSTRUCȚIA SÂNILOR: FOILE 6 ȘI 7



Multe femei care au avut mastectomie doresc reconstrucția sânelui și tehnicile au devenit tot mai complexe. Unele femei nu acceptă nici un fel de material artificial pentru implant și atunci se folosește pielea și țesutul gras de pe abdomen. Această procedură dă o senzație mai naturală, dar presupune o operație mai complexă.

Liftingul facial pas cu pas

Soarele, fumatul, o dietă restrictivă și consumul constant de alcool, toate lasă semne, de-a lungul anilor, pe fața noastră, dar un lifting facial poate reduce o parte din efectele vizibile ale îmbătrânirii.

O operație de lifting facial reduce semnele de pe față ale procesului de înaintare în vârstă. Termenul cuprinde proceduri diverse, de la simple incizii și remodelarea pielii și a țesutului adipos, până la proceduri complexe cu laser, care pot îndepărta straturile de piele ridată. Operațiile de lifting facial au devenit frecvente în ultimii ani. Tot mai multe persoane apelează la operație din motive pur estetice, spre deosebire de cei care vor să corecteze o problemă medicală, de exemplu, paralizia facială. Acest fapt se poate datoră dorinței tot mai răspândite de a arăta cât mai „normal” cu putință. Tot mai multe persoane resimt presiunea de a arăta cât mai tinere posibil. Unele dintre ele nu pot face față acestei presiuni și atunci apelează la chirurgia estetică.

CE IMPLICĂ OPERAȚIA

Tipul de lifting facial depinde de ce dorește pacientul să corecteze. Operația poate implica porțiunea superioară sau inferioară a feței, sprâncenele, pleoapele, nasul, maxilarul inferior și gâtul. Poate fi operată toată fața sau numai părți din ea.

Odată cu schimbarea aspectului, operația poate crește încrederea în sine.

Acest chirurg efectuează unei femei o operație de lifting facial. Chirurgul din dreapta ține o lampă, care furnizează lumină concentrată pe zona pe care lucrează.



Ce înseamnă un lifting?

Aproximativ 90% din pacienți sunt femei, de obicei între 40–60 de ani, dar numărul de bărbați care se supun unui lifting facial este în creștere. Operația se poate face din numeroase motive:

- Încredere în sine, pentru pacienții ce au trecut printr-o criză existențială, poate un divorț sau o altă traumă.
- După o paralizie facială, cum ar

fi paralizia facială periferică Bell, urmare a afectării nervului periferic sau cea care poate urma unui atac cerebral.

- Stresul profesiei, cum ar fi la fotomodele, actrițe sau cei care au nevoie de un aspect facial nemodificat de trecerea timpului
- Pacienți în vârstă care vor să arate mai tineri, prin îndepărtarea „labei de gâscă” din jurul ochilor, sau prin întinderea obrajilor.

CONSULTAȚIA

În timpul primei consultații, medicul stă doar de vorbă cu pacientul și, de obicei, îi dă pliante, cărți și alte materiale informative, pe care acesta să le ia acasă. Pacientului i se va explica procedura în esență și rezultatele realiste la care se poate aștepta.

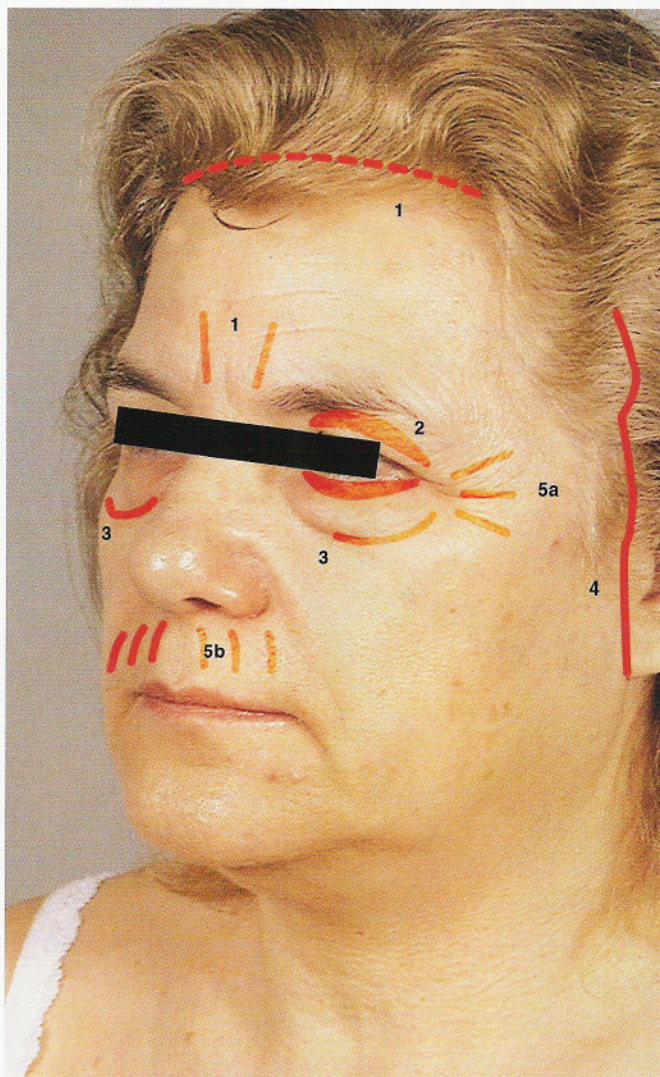
Cea mai importantă informație care va fi furnizată pacientului este că liftingul facial nu oprește procesul de îmbătrânire, el doar reduce unele din efectele vizibile ale acestuia. Mulți pacienți pot fi dezamăgiți de rezultate dacă nu sunt informați complet asupra procedurii. Înainte de a doua consultație, pacientului i se fac fotografii. După o lună, pacientul se prezintă iar la chirurg și i se arată pașii care vor fi urmați în cazul lui, la efectuarea intervenției. Până în acest moment, pacientul a avut timp să citească literatura indicată și să ia în considerare toate aspectele pe care le implică operația.

COMPLICAȚIILE

Pacientul va fi informat întotdeauna asupra complicațiilor posibile. Acestea includ:

- Cicatrici și umflături. Firele sunt scoase la 5-10 zile de la operație. Cicatricile sunt urâte și umflăturile dureroase. Și unele și celelalte se estompează câteva săptămâni mai târziu.
- Hematoamele. Se pot forma sub piele, necesitând drenaj sub anestezie.
- Afectarea nervilor. Zona obrazilor, cea din jurul urechilor sau alte zone, vor fi amorțite. Foarte rar pot fi afectați nervii motori din zona gurii sau a sprâncenelor.

Tehnici de lifting



1 Lifting în zona frunții și a sprâncenelor

O operație endoscopică în care pielea este ridicată și trasă în sus, spre cap. Aceasta face ca sprâncenele să fie ridicate și să se reducă încrețiturile, prin slăbirea contracției mușchilor. O variantă nechirurgicală se face prin injectarea de botox, o toxină ce cauzează paralizia mușchilor.

2 Se îndepărtează pielea în exces și depozitele de grăsime de pe pleoapa superioară. În pleoapa inferioară se face o incizie și se îndepărtează grăsimea în exces.

3 Liftingul subperiostal

Mai frecvent folosit la pacienții mai tineri, este o procedură endoscopică de ridicare a regiunii de mijloc a feței, prin ridicarea periostului oaselor feței din zonă.

4 Liftingul SMAS

Se eliberează pielea și mușchii subiacenți de pe ligamentele din profunzime. Pielea este ridicată și țesutul subiacent musculoaponevrotic re poziționat, pentru a da obrazilor o nouă formă.

5 Reducerea feței

a. se folosește tratamentul cu laser pentru îndepărta straturi foarte fine de piele;
b. grăsimea este îndepărtată prin incizii foarte mici în gură.

0 privire asupra procedurilor de lifting facial

Tehnica	Explicații	Aplicații	Procedura	Complicații
Lifting prin endoscopie (laparoscopie)	Pielea și mușchii se desprind de pe os cu un endoscop cu fibră optică și instrumente cu mâner lung.	De la gură în sus; sprâncene căzute (riduri de expresie), liniile de la gură la nas; recomandată pentru pacienții mai tineri.	Două incizii în piele; endoscopul și instrumentele trec prin ele. Periostul subiacent este ridicat.	Umflăturile durează până la opt săptămâni; se schimbă forma ochilor.
Blefaroplastie	Îndepărtarea excesului de piele și grăsime de pe zone mici.	Chirurgia pleoapei; pacienții orientali pot opta pentru o cută adăugată la pleoapa superioară, pentru un aspect occidental.	Se face o tăietură în cuta pleoapei superioare, iar pielea și grăsimea sunt îndepărtate. La fel pentru pleoapa inferioară.	Firele se scot după cinci zile; umflăturile și vânătăile rămân 10 zile; închiderea ochilor poate fi dificilă.
Chirurgia cu laser	Reconstrucția stratului superficial al pielii prin pulsuri intense de lumină.	Se pot îndepărta riduri, încrețituri, petele vasculare congenitale.	Impulsuri luminoase îndreptate spre piele (numai câteva celule în adâncime); lumina tonifică și țesutul conjunctiv.	Roșeața poate persista 2 sau 3 luni; rezultate diferite de la pacient la pacient; poate să apară hiper- sau hipopigmentare.
Lifting SMAS	Pielea și țesuturile subiacente (sistemul musculoaponevrotic) trase în sus.	Reduce liniile de la nas spre gură, gușa, obrazii și fâlcile căzute.	Se fac incizii adânci în piele și stratul musculoaponevrotic; ambele sunt apoi trase și re poziționate pe structurile de dedesubt.	Zone întinse de amorțeală persistentă; pe termen lung, rezultatele sunt foarte bune.

Operația propriu-zisă

ISTORIC DE CAZ

Există două tipuri principale de candidat pentru operația estetică de lifting facial. În primul rând sunt femeile (dar nu numai ele) care doresc modificări estetice. În general, ele știu exact ce doresc, ca rezultat final, și anume să arate mai tinere, mai sănătoase sau mai în formă. Potențialul pacient este bine informat asupra procedurilor pe care le implică operația, poate din experiența personală anterioară, și are așteptări realiste.

Al doilea tip de candidat este o persoană care are puține informații despre ce implică procedura și se bazează pe chirurg pentru informare și încredere. Și ea are convingerea că un lifting facial i-ar îmbunătăți calitatea vieții și i-ar crește încrederea în sine.

În acest caz, dna McAllister, o femeie de 52 de ani, director de companie, s-a gândit la operația de lifting de ceva vreme și, în sfârșit, încurajată de o prietenă, a apelat la un chirurg plastician particular, pe care aceasta i l-a recomandat. După o consultație completă la chirurg, dna McAllister s-a decis asupra unui lifting al sprâncenelor, blefaroplastie și liftingul obrajilor și al gâtului.



Înainte

După ce a văzut efectele chirurgiei plastice pe o prietenă, dna McAllister a decis să facă o vizită unui chirurg ca să discute posibilitatea de a face un lifting pentru obraji, sprâncene și gât.



După

Două luni mai târziu, după ce s-au retras umflăturile și vânătăile, dna McAllister este complet vindecată și foarte mulțumită de efectul operației.

9:00 a.m. Sosirea, marcajul și operația porțiunii superioare a feței



9:00 a.m. Sosirea, marcajul și operația porțiunii superioare a feței.

9:15 a.m. După ce a fost internată în spital, dna McAllister este pregătită pentru operație. Primul pas este marcarea unor linii pe față, pentru a indica ce incizii se vor face și ce zone vor fi corectate.

9:30 a.m. Se administrează intravenos anestezic general și, foarte repede, dna McAllister este inconștientă.

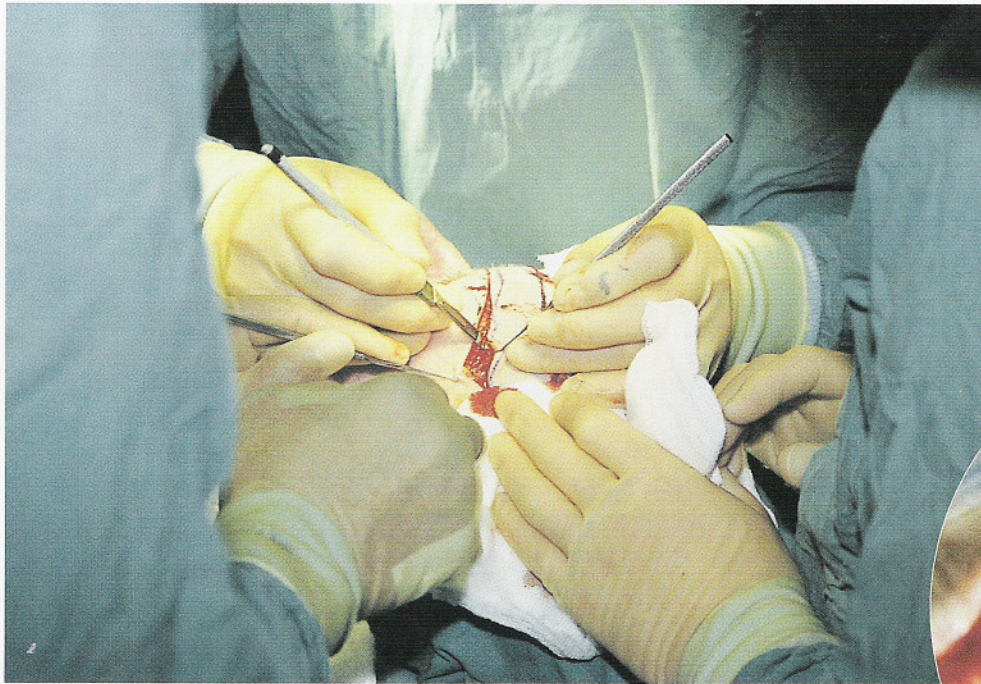
9:40 a.m. Se fac primele incizii pe piele. Administrarea de clonidină reduce tensiunea și scade durerea. Se administrează și un anestezic local, injectabil, pentru a ajuta recuperarea postoperatorie, iar adrenalina administrată reduce sângerarea și permite incizii precise.

9:50 a.m. Prima procedură este ridicarea sprâncenelor, prin endoscopie, care durează în jur de 45 de minute.

10:35 a.m. Chirurgul începe să lucreze pe zona ochilor, îndepărtând grăsimea și pielea în exces de pe pleopă.

După ce s-au trasat liniile pe față, chirurgul îndepărtează părul de pe fața pacientei și îi injectează un anestezic local la nivelul feței.

11:40 a.m. Liftingul feței și al gâtului



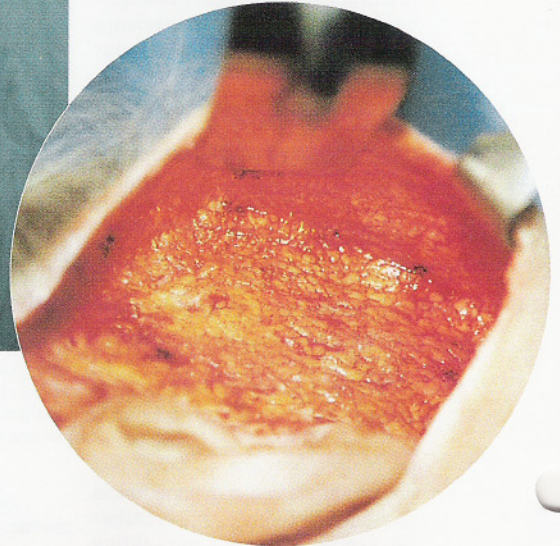
După ce a operat o oră la nivelul pleoapelor, chirurgul trece acum la gât.

11:40 a.m. El face o incizie prin piele, care îi permite accesul către mușchiul pielos al gâtului (platisma), care se întinde de la claviculă, până la unghiul mandibular.

11:50 a.m. Platisma este „agățat” în spatele urechilor, de ambele părți, pentru a strânge pielea gâtului și a diminua aspectul de bărbie dublă

Chirurgul disecă cu grijă pielea gâtului. După aceasta mușchiul platisma va fi întins și reatașat.

Aici se vede disecția inițială subcutanată și ridicarea pielii obrazului descoperă straturile musculoaponevrotice de dedesubt.

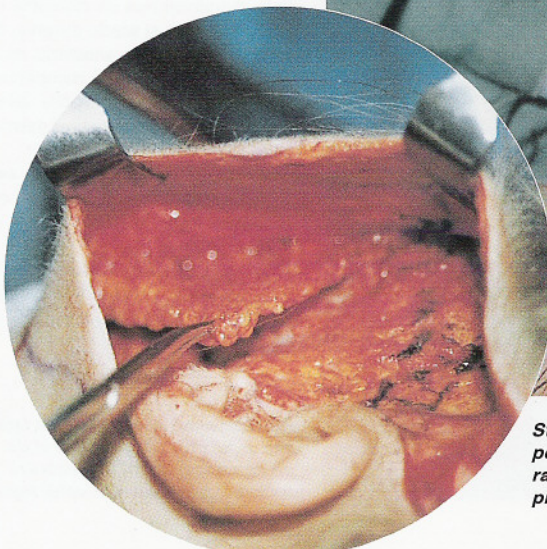
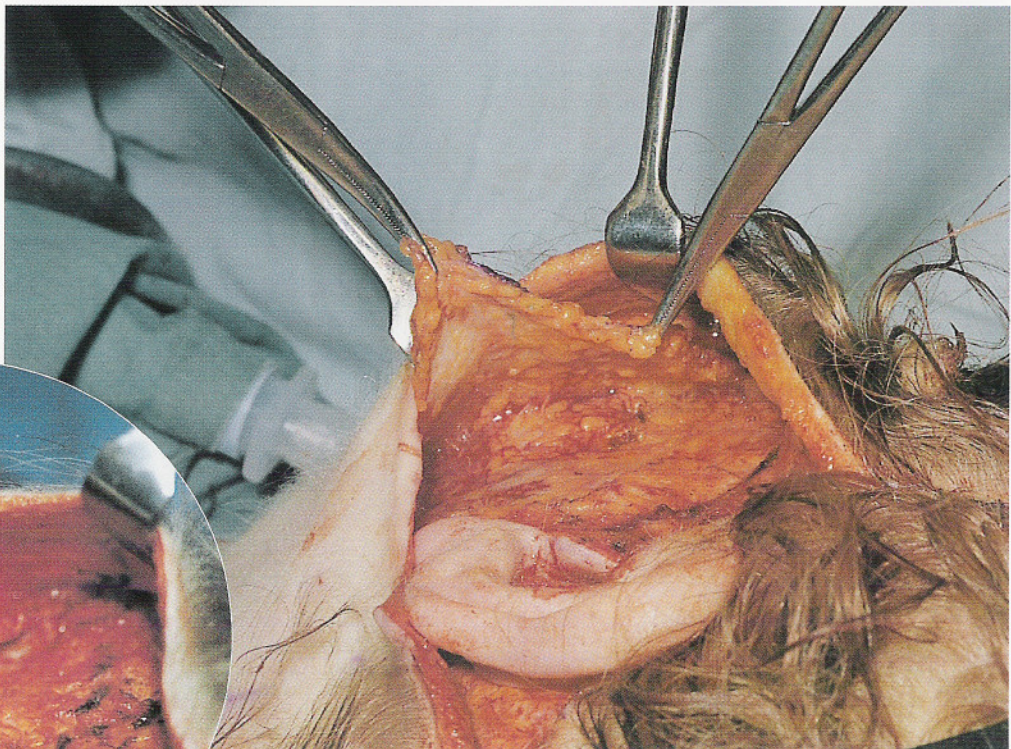


12:05 p.m. Liftingul obrazului și re poziționarea țesutului adipos

După ce a modificat gâtul, chirurgul operează pe zona obrazilor. Pornind dintr-o parte, face o incizie în jos, în fața urechii iar grăsimea este mutată mai sus, pe oasele pomeților. Fiecare parte durează cam o oră.

2:05 p.m.

Odată operația încheiată, dna McAllister este mutată în salonul de recuperare. Ea va rămâne în spital pentru cel puțin o noapte, eventual mai multe.



Straturile SMAS sunt disecate de pe glanda parotidă din fața urechii, ramificațiile nervului facial sunt protejate în straturile mai profunde.

Țesuturile SMAS mobilizate sunt trase în sus, pentru re poziționare și vor fi atașate de os. Aceasta este procedura cea mai directă de a remodela fața.

Informații generale

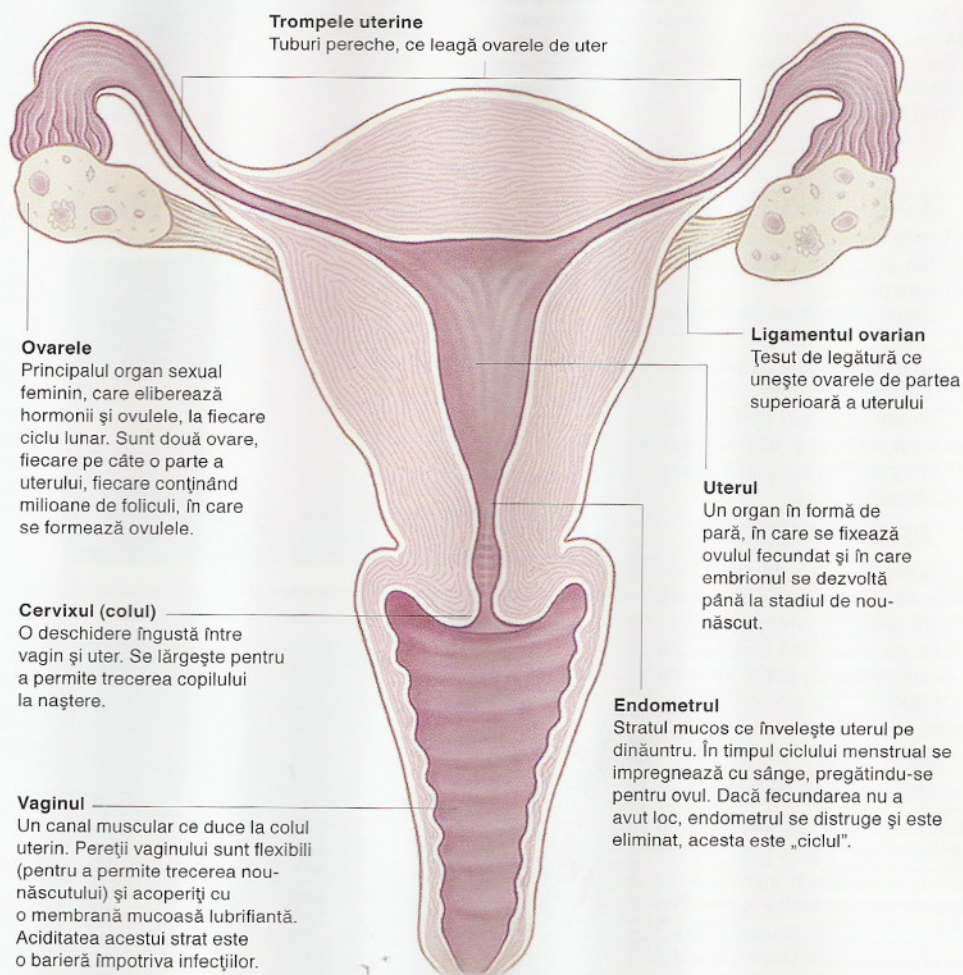
Corpul femeii suferă multe schimbări de-a lungul vieții. Sistemul suferă transformări hormonale și fizice majore în fiecare lună, fiind complet modificat de sarcină și apoi de menopauză, ce survine la vârsta mijlocie.

Cele mai importante organe sexuale din corpul femeii sunt ovarele. Alături de trompele uterine (tuburile falopiene), uterul, colul uterin și vaginul alcătuiesc organele sexuale feminine, prezente încă de la naștere. Ovarele sunt responsabile de secreția hormonilor sexuali – în particular estrogen – care duce la dezvoltarea caracterelor sexuale feminine secundare, în timpul pubertății. Acestea cuprind modificările formei corpului, mărirea sânilor și apariția ciclului menstrual.

CICLUL MENSTRUAL

În fiecare lună, ovarele eliberează un ovul, care străbate trompa uterină în jos spre uter, gata de a fi fecundat de spermatozoid. Rezerva de ovule este prezentă în ovare, într-o formă imatură – de ovocite – încă de la naștere. Ciclul menstrual este procesul prin care ovocitul se maturează, formând ovulul și, în același timp, cuprinde modificările fiziologice ale uterului, în care mucoasa se congestionează, prin vascularizare, pentru a găzdui embrionul. Acest proces are loc cu aproximație în fiecare lună (variind de la femeie la femeie), începând cu menarha, sau prima menstruație, între vârsta de 11 și 13 ani.

Organele reproducătoare feminine



Rolul ginecologului



Ginecologul este specializat în bolile legate de sistemul de reproducere pe care le fac numai fetele și femeile.

Deși problemele uzuale pot fi tratate și de medicul de familie, ginecologul este acela care va acorda ajutor și tratament

După ce discută cu pacienta, pentru a afla cum se simte aceasta și când apar simptomele, ginecologul palpează abdomenul, pentru a controla zonele dureoase. Apoi urmează examinarea internă sau un număr de alte teste.

specific. Atunci când consideră că pacienta are nevoie de tehnici specifice de investigare, medicul de familie o trimite la ginecolog. Ginecologul sau un membru al echipei de medici specialiști din spital, va indica investigațiile adecvate și va urma un plan terapeutic, inclusiv intervenția chirurgicală, dacă se impune.

Odată tratamentul făcut, pacienta va fi trimisă la medicul de familie, pentru a fi luată în evidență, sau va fi menținută sub observație de medicul ginecolog.

Instrumentar specific

Tehnicile de investigație și tratament al bolilor specifice aparatului reproductiv feminin avansează rapid și specialiștii au la dispoziție o gamă largă de metode și tehnologii.

■ Examinarea cu ultrasunete a regiunii pelviene

O investigație care evaluează țesuturile din pelvis (cum ar fi fibromul uterin) și diagnostichează chisturile și tumorile.

■ Colposcopul

Un instrument cu lentile ce măresc imaginea, pentru a controla învelișul vaginal și al colului uterin.

■ Laparoscopul

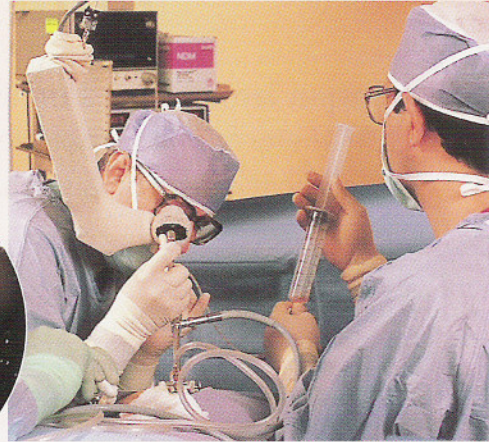
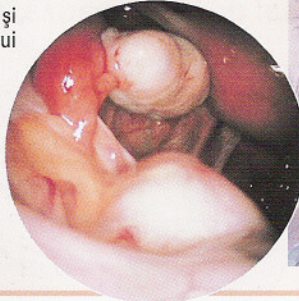
Un endoscop conceput pentru a vizualiza cavitatea pelviană, printr-o mică incizie în abdomen.

■ Citoscopul

Un endoscop cu lentile telescopice pentru diagnosticul și tratamentul bolilor tractului urinar.

Prin laparoscop se văd ovarele sănătoase și trompa uterină. Ovarale sunt sferice rotunde, de culoare albă sus și jos. Trompa uterină este țesutul

Chirurgii folosesc un laparoscop introdus prin peretele abdominal, pentru a recolta un ovul.



CE SE POATE ÎNTÂMPLA

O femeie poate ajunge la ginecolog, din proprie inițiativă sau cu trimitere pentru:

- Durere abdominală sau pelviană
- Cicluri dureroase, cu sângerare mare sau neregulate
- Fibroame (tumori benigne ale țesutului muscular uterin), cauzând frecvent durere și sângerare menstruală masivă.

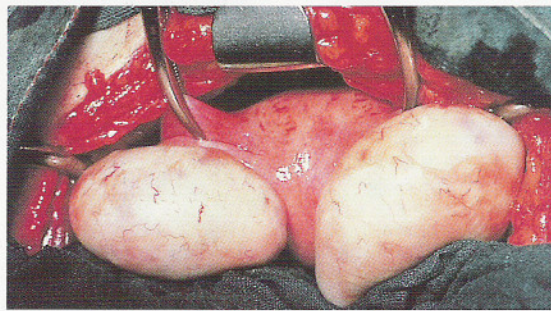
TIPURI DE AFECȚIUNI

Cel puțin zece la sută din solicitările de consultație se datorează durerii pelviene intense. Investigațiile nu determină întotdeauna o cauză specifică, astfel încât nu întotdeauna este prescris tratament.

PROBLEMELE CE POT FI REZOLVATE INCLUD:

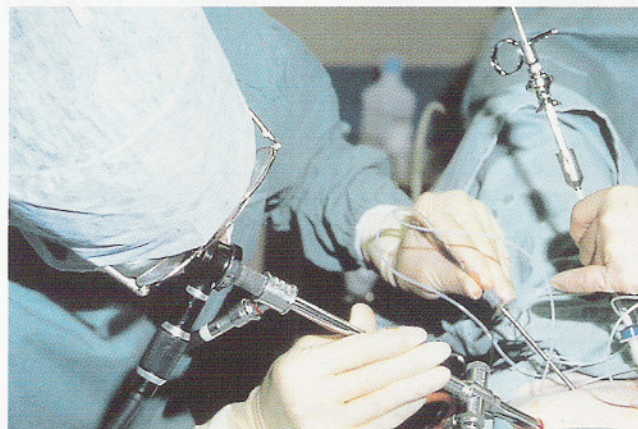
- Endometrita. O afecțiune în care mici depozite de țesut similar cu cel al mucoasei uterine – endometru, se dezvoltă în ovare, în trompele uterine, sau oriunde altundeva în pelvis. Dezvoltarea lui poate duce la dismenoree (menstruație dureroasă), dar poate fi tratată cu medicamente sau chirurgical.
- Sindromul ovarelor polichistice. Una din cinci femei care sunt examinate cu ultrasunete la nivelul pelvisului, suferă de această disfuncție hormonală a ovarelor. Poate duce la probleme ale ciclului menstrual sau la infertilitate, cu apariția acneei, a pilozității corporale excesive și a obezității.
- Cancerul de col uterin. Programele de depistare constau într-un test simplu (Babeș-Papanicolau) a cărui efectuare e gratuită cu trimitere la ginecolog de către medicul de familie. Dacă se suspectează apariția celulelor canceroase se fac investigații suplimentare.

În numerele viitoare:



CAUZELE INFERTILITĂȚII: FOAIA 2

Sindromul ovarelor polichistice, în care ovarele sunt afectate de dezechilibrul hormonal, poate duce la infertilitate. Aceasta se întâmplă din cauza tulburării ovulației normale. Secțiunea de față va arăta unele aspecte ale bolii și ale altor afecțiuni care pot împiedica o femeie să rămână însărcinată.



FOILE 3 ȘI 4

Infertilitatea la femeie poate avea numeroase cauze. Dacă sunt tratabile, există o serie de modalități prin care femeia poate rămâne gravidă. Recoltarea ovulelor, prin laparoscopie, este o procedură chirurgicală care scoate ovulele din ovar, pentru a fi fertilizate in vitro (în afara corpului), în situațiile în care fecundarea naturală nu este posibilă.



INFECȚIILE PELVIENE: FOAIA 10

Histerosalpingografia este o procedură de investigație radiografică (imagini cu raze X) pentru examinarea uterului și a trompelor uterine. Este o metodă recomandată când se suspectează anumite afecțiuni în această zonă.

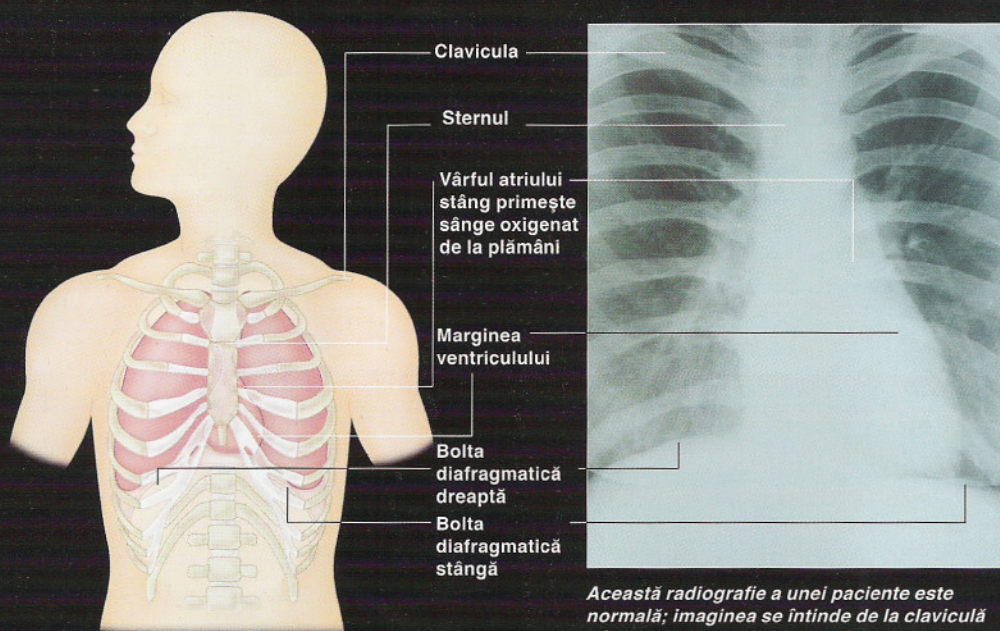
O privire în interiorul toracelui

O simplă radiografie toracică acoperă aproape toate organele importante din corp, în special inima și plămânii, și poate furniza informații importante legate de un număr mare de afecțiuni.

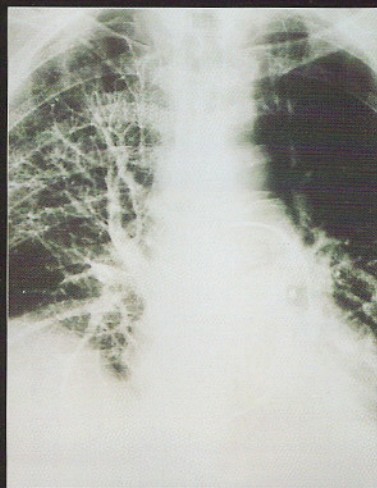
Radiografia toracică este una dintre investigațiile cele mai solicitate de către medicii din spitale, fiind o metodă bună de diagnosticare. Poate furniza informații importante despre bolile toracelui și ale inimii și, în circumstanțe potrivite, despre cavitatea abdominală.

Este o investigație relativ ieftină și disponibilă; puține alte analize oferă atât de mult pentru un preț atât de mic. De multe ori, radiografia toracelui oferă informații vitale, care vor duce la un diagnostic corect, permițând tratamentul adecvat.

Radiografia toracică este examinată într-o manieră sistematică: țesuturile moi, oasele, plămânii, hilul (părțile centrale ale plămânilor), inima și vasele principale, diafragul și căile respiratorii sunt analizate separat. Acestea pot furniza aspecte ce pot fi cruciale pentru diagnostic și tratament.

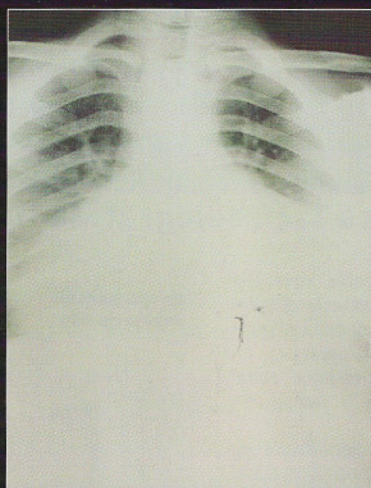


Această radiografie a unei paciente este normală; imaginea se întinde de la claviculă până la diafragm, la baza grilajului costal. Partea stângă a inimii este clar vizibilă.



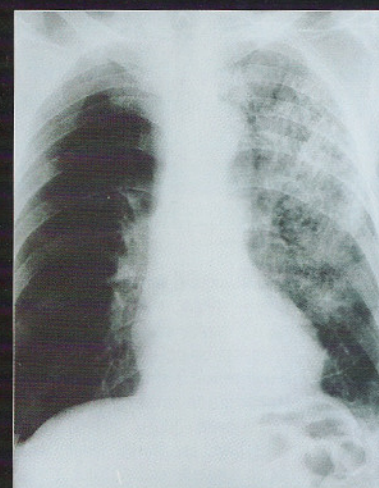
Embolia pulmonară

Embolia pulmonară este dată de obstrucția arterei pulmonare (care transportă sângele de la inimă la plămâni, unde este oxigenat). Această obstrucție e datorată de obicei trombozei - un cheag de sânge care a fost transportat de la locul de formare, de obicei la nivelul piciorului. Emboliile pulmonare mari pot duce la insuficiență cardiacă sau moarte subită. În această radiografie un cheag de sânge blochează ramurile arterei pulmonare în partea superioară stângă.



Revărsatul pericardic

În revărsatul pericardic, se acumulează lichid între foițele pericardului - membrana din jurul inimii - de obicei din cauza unei inflamații (pericardită). Lichidul creează presiune asupra inimii, reducând cantitatea de sânge care trece prin ea - o afecțiune gravă, numită tamponament cardiac. Inima globuloasă, mărită în volum, poate fi văzută în dreapta imaginii.



Pneumotoraxul

Este cauzat de aerul ce intră în cavitatea pleurală (spațiul dintre plămân și peretele toracic) - de obicei, din plămân, și produce colabarea plămânului. Acest fapt se poate întâmpla fără vreo cauză aparentă (pneumotorax spontan), din cauza unui traumatism toracic (pneumotorax traumatic) sau când o gaură în plămân face ca expirația să nu mai fie posibilă (pneumotorax în tensiune). În această radiografie se vede aerul existent între ficat (în dreapta) și diafragmă.

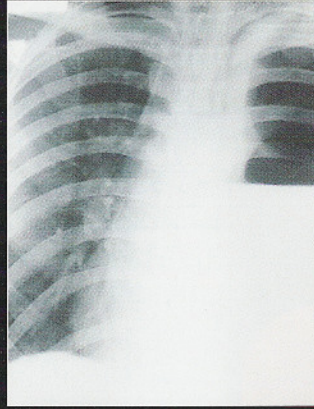
Examinarea afecțiunilor pulmonare

O gamă largă de probleme pulmonare pot fi identificate și cercetate prin studierea unei simple radiografii toracice. Acestea sunt instrumente vitale de diagnostic.



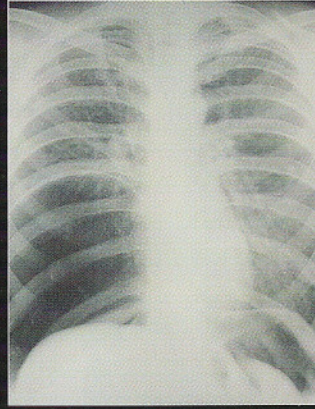
Azbestoza

Radiografia de mai sus arată rezultatul unei expuneri îndelungate la fibrele de azbest. Învelișul plămânului (pleura) s-a îngroșat prin iritația cronică cauzată de inhalarea fibrelor minuscule și depunerea secundară de depozite din derivați de calciu. Azbestoza este frecventă printre foștii fabricanți de cazane, lucrătorii din șantierele navale, cei din industria textilă, din construcții, și cei care fac garnituri de frână. Fumătorii care au fost expuși la azbest au un risc mai mare cu 90% de a face cancer pulmonar.



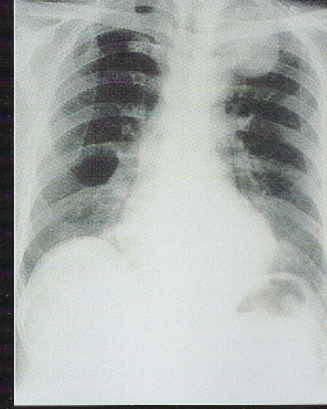
Revărsatul pleural

Plămânii și interiorul toracelui sunt înveliși de pleură - membrane umede ce alunecă ușor unele peste altele în timpul respirației. În revărsatul pulmonar lichidul, puroii sau sânge, se poate aduna între cele două straturi. Cancerul pulmonar, infecția sau insuficiența cardiacă pot fi alte cauze. Revărsatul pleural face ca lichidul să se acumuleze în jurul plămânilor. Aceasta duce la dificultate în respirație și durere în piept la inspirație. Nivelul de lichid este vizibil clar în partea dreaptă.



Pneumonia

În acest caz, pneumonia a fost cauzată de bacteria Pseudomonas. Micii săculeți cu aer (alveolele) din plămân s-au umplut cu lichid, transformându-se într-o masă compactă, numită condensare pulmonară. Când toracele este percutat, aceste zone produc un sunet înfundat. În imagine, ca o consecință a infecției din plămânul stâng, aerul a fost înlocuit de lichid, cauzând inflamația întinsă care se vede.



Carcinomul bronșic

Carcinomul bronșic (cancerul pulmonar) este vizibil la vârful plămânului stâng în această radiografie. O astfel de tumoră poate să se răspândească spre coastele superioare, ducând la apariția unor simptome precum slăbiciunea și durerea în braț. Zona bine definită, circulară în partea de sus, dreapta, din imagine (vârful plămânului stâng), arată celulele canceroase ce înlocuiesc spațiile aeriene.

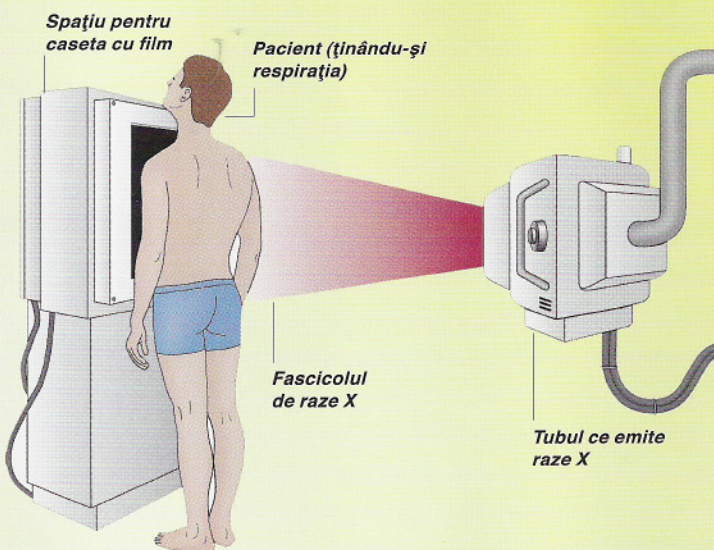
Cum se fac radiografiile toracice

Radiografia standard este posterioară (PA), ceea ce înseamnă că razele pătrund din spate, cu caseta ce conține filmul în fața pacientului. Totuși, multe radiografii făcute în urgență sunt anteroposterioare (AP), razele intrând din față, iar filmul fiind poziționat în spatele pacientului. O radiografie AP poate fi făcută cu pacientul în poziția șezând sau culcat, dar rezultatele pot varia de la caz la caz.

Acesta este doar unul din aspectele pe care clinicianul sau radiologul trebuie să le ia în considerare când citește filmul. Alte aspecte includ timpul cât pacientul a putut să își țină respirația, orientarea pacientului și intensitatea razelor X folosite. Variația oricărui aspect menționat poate

face ca radiografia aceluiași pacient să aibă aspecte diferite. Este sarcina radiologului să poziționeze pacientul, caseta cu filmul și tubul aparatului, astfel încât să rezulte o radiografie optimă.

Se folosește și radiografia toracică laterală, cu razele pătrunzând din lateral, de obicei în situații care nu reprezintă urgențe, când se urmărește poziționarea exactă a unei umbre anormale, sau când o zonă a plămânului trebuie vizualizată în căutarea unui cancer, la pacienții cu simptome cum ar fi hemoptizia (expectorație cu sânge). Acest lucru este necesar deoarece imaginea standard (PA) nu vizualizează sfertul inferior al câmpurilor pulmonare, situate în spatele diafragmului.



Calota și baza craniului

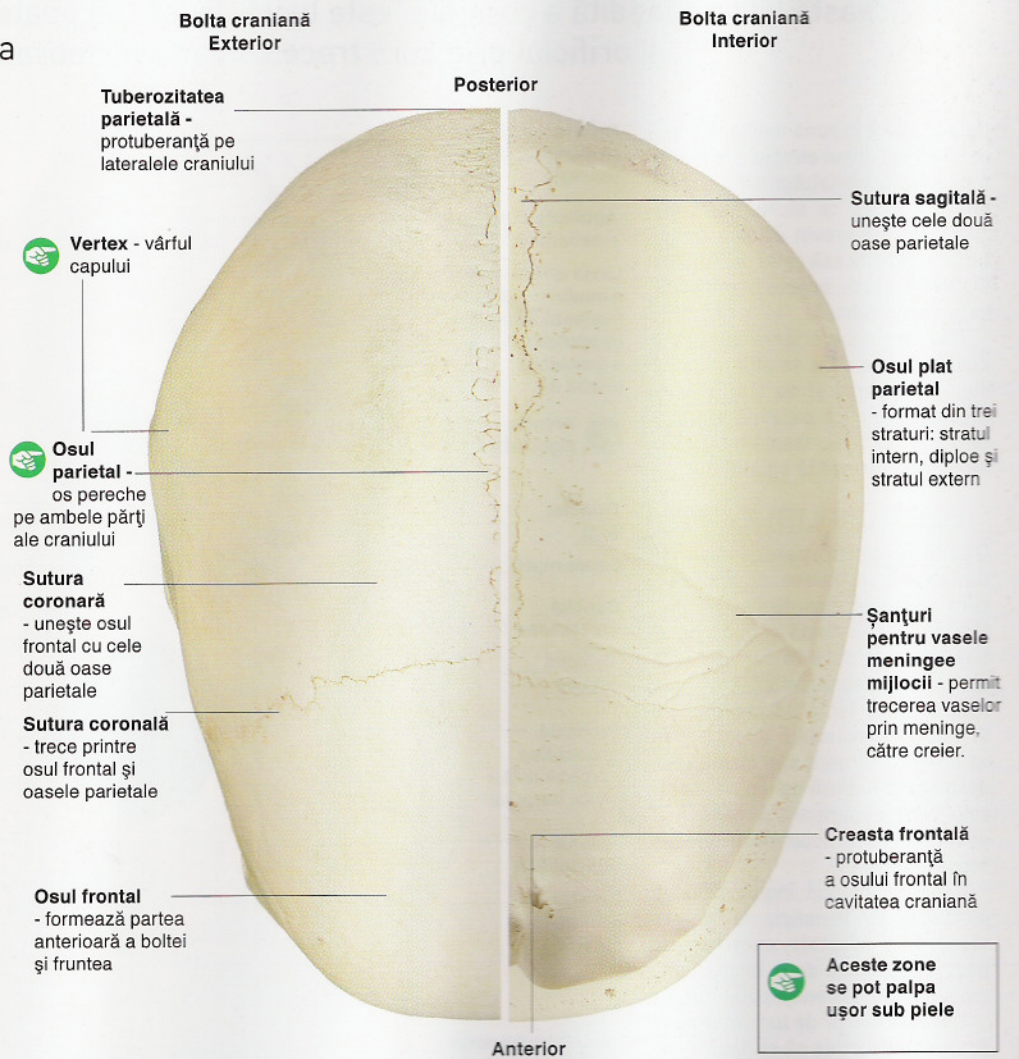
Calota sau bolta craniană este porțiunea superioară a craniului, ce înconjură și protejează creierul.

Cele patru oase ce formează calota sunt: osul frontal, cele două oase parietale și o porțiune din osul occipital.

Aceste oase sunt formate printr-un proces în care membranele de țesut conjunctiv, inițial moale, se osifică (se întăresc) și formează substanța osoasă, fără a trece prin stadiul intermediar de cartilaj, așa cum se întâmplă cu celelalte oase ale craniului.

Punctele de interes ale calotei sunt:

- sutura sagitală, ce se întinde longitudinal de la sutura lambdoidă de la spatele capului, către sutura coronară
- vertexul (punctul cel mai înalt) craniului; zona centrală cea mai ridicată de pe sutura sagitală
- distanța dintre cele două tuberozități parietale este partea cea mai lată a craniului
- natura complexă prin care oasele se articulează, care permite o mărire substanțială a craniului, în perioada de creștere, furnizând în același timp rezistență și stabilitate craniului adultului.



Defectele craniului

Din cauza modului unic în care se dezvoltă oasele craniului - creierul în creștere forțează suturile și distanțează oasele - orice defect, fie în structura oaselor, fie în modul în care se articulează, poate duce la modificări dramatice ale formei capului și ale aspectului copilului.

Cazurile rare în care suturile se sudează prematur (articulațiile devin fixe și închid craniul înainte de a se opri creșterea creierului), se numesc cranio-stenoze. Acest fapt reduce drastic capacitatea creierului de a se extinde în direcțiile permise, în mod normal, de suturi.

Cu toate acestea, creierul continuă să crească, în orice direcție posibilă, modificând forma normală a capului, în funcție de ce sutură este afectată:

■ Scafocefalia este o formă alungită, în formă de barcă, a

craniului, rezultată din stenoza (închiderea prematură) a suturii sagitale

■ Brahicefalia duce la formarea unui craniu scurt, spatele capului este plat, cauzat de stenoza bilaterală a suturii coronale

■ Plagiocefalia, în care capul are aspect distorsionat, asimetric, este cauzată de stenoza unei singure suturi coronale

■ Oxicefalia produce modificări prin alungirea craniului, cu proiecție înainte, în general datorată fuziunii premature a suturilor coronale și sagitale.

Tulburările în formarea osoasă pot duce și ele la deformarea craniului. Acondroplastia (nanism al întregului corp) duce la afectarea cartilajului osos. Aceasta face ca oasele de la baza craniului să fie scurtate, în timp ce bolta se dezvoltă normal (oasele late nefiind afectate).



Un copil cu oxicefalie prezintă circumferința craniană proeminentă în față și subdezvoltată în spate. Malformația poate afecta vederea.



Acest bărbat prezintă semne clare de brahicefalie - un cap mare, țuguiat, cu ochi exoftalmici, proeminenți - ca urmare a suturii coronale

Hidrocefalia (prezența de lichid la nivelul creierului) este o boală gravă, cauzată de producția în exces a lichidului cefalorahidian ce înconjură creierul

și măduva. Acest fapt duce la mărirea craniului din interior, prin presiunea intracraniană mare, exercitată și asupra creierului.

Baza craniului

Această vedere inedită a craniului este luată de jos. Se poate vedea mandibula și orificiul prin care trece coloana vertebrală.

Oasele aflate în zona mediană a bazei craniului (osul etmoid, sfenoid și o parte a occipitalului) se dezvoltă diferit de cele ce alcătuiesc bolta craniană. Ele provin dintr-o structură cartilaginoasă ce se dezvoltă în stadiile precoce, proces numit osificare endocondrală.

Maxilarele superioare sunt cele două oase pe care se află dinții de sus, de o parte și de alta a liniei mediane. Apofiza palatină a maxilarului și părțile orizontale ale osului palatin formează palatul dur.

DEFECTELE BOLTEI PALATINE

O boltă despăcată apare când structurile ce-o alcătuiesc nu se unesc, cum ar trebui, înainte de naștere, formându-se o fantă în bolta palatină. Aceasta duce la comunicarea dintre cavitatea bucală și cavitățile nazale. Dacă fanta se prelungește la nivelul maxilarului superior, ea va deveni aparentă sub forma unei despăcături în buză de iepure, la nivelul buzei superioare. Acest defect poate fi însă corectat chirurgical în mod semnificativ.

Copiii cu palatul îngust și dinții încâlecați pot beneficia de proteze ortodontice adaptate, care măresc treptat tensiunea de-a lungul liniei longitudinal mediane a palatului.

După un număr de luni, marginile suturii sunt forțate să se depărteze, ceea ce permite creșterea de os nou și producerea unui spațiu suplimentar pentru creșterea dinților.

Fosa incisivă - prin ea se ajunge la rădăcina caninului.

Apofiza palatină a maxilarului

Lama orizontală a osului palatin - formează, împreună cu apofiza palatină a maxilarului, palatul dur.

Arcada zigomatică

Orificiul oval

Gaura ruptă

Canalul carotidian

Orificiul jugular

Procesul mastoidian - proeminență a osului temporal

Șanțul mastoidian

Creasta occipitală externă

Protuberanța occipitală externă

Sutura palatină mediană - unește cele două apofize palatine ale maxilarelor.

Osul zigomatic

Vomerul - desparte cavitățile nazale

Osul sfenoid

Orificiul spinoasă

Tuberculul faringian - pe care se inseră mușchii faringelui

Orificiul stilomastoidian

Orificiul occipital - prin care măduva spinării se unește cu creierul

Orificiul mastoidian

Aceste zone se pot palpa ușor sub piele

Foramene - Canalele craniului



Foramene este pluralul cuvântului foramen, care înseamnă gaură, orificiu, sau deschidere.

Aceste deschideri formează numeroase canale prin oasele craniului, care permit arterelor și celor 24 de nervi (12 perechi) să intre și să iasă din cavitatea craniană.

Alte canale mai mici și mai puțin regulate leagă venele externe ale craniului cu cele interne. Ele se numesc vene emisare. Aceste căi de trecere pot permite răspândirea unei infecții de la exteriorul craniului către interior, ceea ce agravează infecția.

Această fotografie de detaliu arată jumătatea stângă a fosei craniene mediane (una dintre cele trei depresiuni ale suprafeței cavității craniene), de la interior, și patru foramene: 1. foramen spinosum, 2. foramen ovale, 3. foramen lacerum, 4. foramen magnum.

Cele mai importante orificii ale craniului sunt:

- Foramen magnum - orificiul occipital mare, prin care măduva se unește cu creierul
- Foramen lacerum - orificiul rupt, între stânca temporalului și osul sfenoid
- Foramen ovale - orificiul oval (pe una sau amândouă părțile), pentru ramura mandibulară a trigemenului.
- Foramen spinosum - orificiul spinos permite arterei meningei mijlocii să intre în cutia craniană
- Foramen stilomastoid - orificiul stilomastoid, prin care trece al șaptelea nerv cranian
- Jugular foramen - orificiul jugular, deschidere pentru sinusul sigmoid, sinusul pietros inferior și trei dintre nervii cranieni
- Canalul carotidian - pasaj pentru artera carotidă (principala arteră a gâtului) și fibrele nervoase asociate.

Cum se controlează glicemia

Zahărul reprezintă o importantă sursă de energie pentru organism; el există în mod natural în sânge, sub formă de glucoză. Echilibrul corect al nivelurilor de glucoză în sânge este vital și el este reglat de hormonii secretați de pancreas.

Glucoza este un glucid simplu, vital pentru funcția creierului și o importantă sursă de energie pentru restul organismului. Glucoza este depozitată în organism sub formă de glicogen – lanțuri lungi de molecule de glucoză, ce se găsesc în ficat și în mușchi – care este transportat în organism prin sânge.

Există un nivel natural al glucozei în organism, dar când mâncăm sau când nu mâncăm destul, acest nivel se modifică. Nivelul acestor modificări este reglat în pancreas de hormoni.

PANCREASUL

Pancreasul este o glandă alungită, albicioasă, cu lungime de aproximativ 20–25 cm, care se află în spatele porțiunii inferioare a stomacului și este conectată la duoden. Produce enzime care se varsă în duoden printr-un canal și contribuie la digestia alimentelor. Dar acesta nu este singurul lui rol.

Porțiunea digestivă a pancreasului reprezintă aproximativ 90% din pancreas. În jur de cinci la sută sunt celule care produc hormoni care reglează nivelul glucozei în sânge: insulina și glucagonul.

Aceste celule „endocrine”, cunoscute și ca „insule”, sunt adunate în grupuri, în interiorul pancreasului. Spre deosebire de majoritatea secrețiilor pancreasului, hormonii nu intră în canalul ce se varsă în duoden, ele trec direct în fluxul sanguin.

Glucoza din sânge

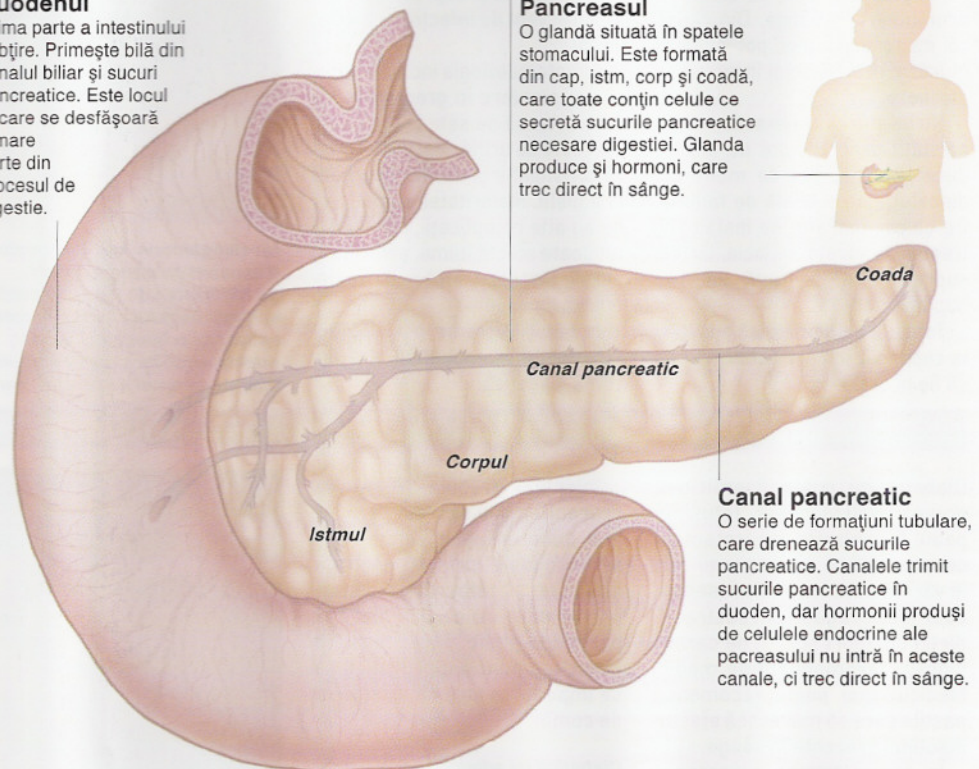
Nivelul ideal al glicemiei este între 70–110 mg/100ml. După masă este normal ca glicemia să crească pentru câteva ore, dar nu ar trebui să fie mai mare de 180 mg. Orice depășire a acestei valori se numește hiperglicemie. Orice scădere a valorii sub 70 este descrisă ca hipoglicemie.

Duodenul

Prima parte a intestinului subțire. Primește bila din canalul biliar și sucuri pancreatice. Este locul în care se desfășoară o mare parte din procesul de digestie.

Pancreasul

O glandă situată în spatele stomacului. Este formată din cap, istm, corp și coadă, care toate conțin celule ce secretă sucurile pancreatice necesare digestiei. Glanda produce și hormoni, care trec direct în sânge.



Canal pancreatic

O serie de formațiuni tubulare, care drenează sucurile pancreatice. Canalele trimit sucurile pancreatice în duoden, dar hormonii produși de celulele endocrine ale pancreasului nu intră în aceste canale, ci trec direct în sânge.

INSULINA

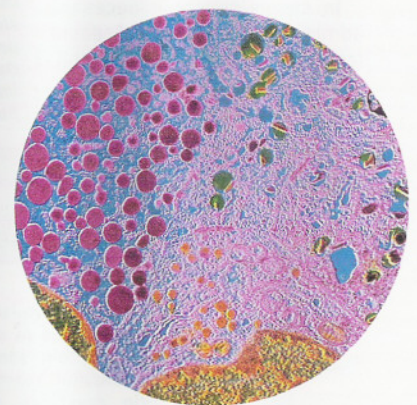
Există tipuri diferite de celule pancreatice, fiecare fiind responsabilă de producerea unui hormon diferit. Insulina este secretată de celulele beta din insulele pancreatice. Un nivel scăzut al secreției există permanent, dar dacă crește nivelul glucozei în sânge, celulele sunt stimulate și produc mai multă insulină. Dacă nivelul glucozei scade, producția de insulină scade și ea.

Insulina acționează asupra anumitor celule din organism, printre care celulele musculare, hematiile și celulele adipoase. Când nivelul insulinei crește, aceste celule sunt obligate să absoarbă mai multă glucoză din sânge, pe care o folosesc pentru a produce energie.

Producția de insulină mai este controlată de un alt hormon, somatostatina. Acesta este secretat ca răspuns la nivelurile crescute ale altor hormoni și acționează prin încetinirea producției de insulină.

GLUCAGONUL

Glucagonul este secretat de celulele alfa ale insulelor pancreatice. Aceste celule sunt stimulate de nivelurile scăzute de glucoză din sânge. Hormonul determină conversia glicogenului, în special a celui din ficat, în glucoză, care este eliberată în sânge. Determină ficatul, mușchii și alte celule din organism să producă glucoză din alți compuși din organism, cum ar fi proteinele.



Sub microscop, celulele endocrine seamănă cu niște insule, de unde și denumirea de insule pancreatice. Sunt cunoscute și sub numele de „insulele Langerhans”, după numele medicului german Paul Langerhans. Aceste celule produc hormoni insulină și glucagon.

Valori anormale ale glicemiei

Pentru menținerea sănătății este necesar un echilibru al glicemiei. O scădere a valorii glucozei în sânge poate duce la transpirații profuze, confuzie și chiar comă. O creștere duce la boala numită diabet.

Diabetul

Incapacitatea pancreasului de a secreta insulină suficientă duce la diabet zaharat. Lipsa insulinei face ca celulele să nu poată absorbi glucoza, care, ca efect, se acumulează în sânge. Din cauză că mușchii nu mai pot absorbi glucoza, ei slăbesc și încep să se atrofieze.

Nu se știe cauza exactă a incapacității pancreasului de a produce insulină, dar de multe ori diabetul este o boală de familie. De obicei, diabetul se instalează treptat, la vârsta mijlocie, iar cei supraponderali prezintă un risc suplimentar.

Totuși, boala poate să apară și la copii, caz în care debutul tinde să fie brusc.

La persoanele cu predispoziție, diabetul poate fi declanșat de o serie de factori, cum ar fi expunerea la frig și umezeală, suprasolicitatea și depresia, dar cel mai frecvent de infecții, în special virale.

Simptomatologia include slăbiciune, pierdere în greutate, senzație intensă de sete și producție crescută de urină. Mai pot să apară constipație și uscăciunea gurii și a pielii. Majoritatea pacienților nu au alte complicații, dar diabetul poate afecta inima, arterele și nervii; diabeticii sunt mai predispuși la cataractă.

În cazuri extreme, pacienții pot face pneumonie tuberculoasă sau comă diabetică.



Nivelul glucozei în sânge poate fi măsurat cu o trusă simplă. Se folosește un dispozitiv pentru a înțepa degetul și sângele este aplicat pe o bandetă de test, numită strip. La capătul stripului sunt două tipuri de reactivi, care

își schimbă culoarea, de la galben, la negru și de la alb, la albastru închis, în funcție de cantitatea de glucoză din sânge. În acest caz, nivelul este normal. Nivelurile crescute pot indica diabet.

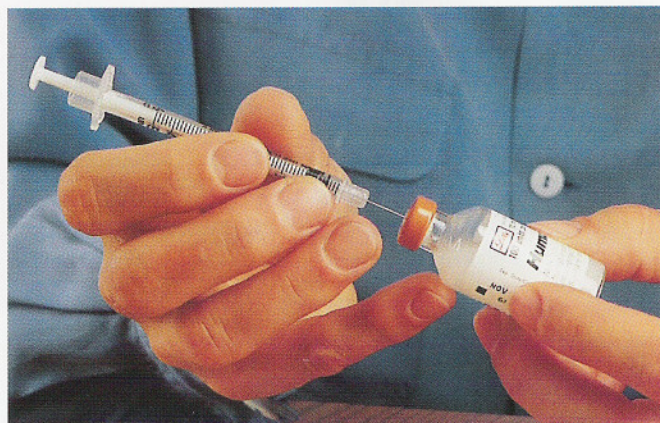
Controlul diabetului

Diabetul nu poate fi anticipat, prevenit sau vindecat. Totuși, el poate fi controlat, cu tratament corespunzător. La pacienții mai în vârstă aceasta poate însemna doar mese regulate și păstrarea dietei cu aport scăzut de carbohidrați, recomandată de medic. Medicul mai poate recomanda pastile care să mărească efectul insulinei prezente în sânge.

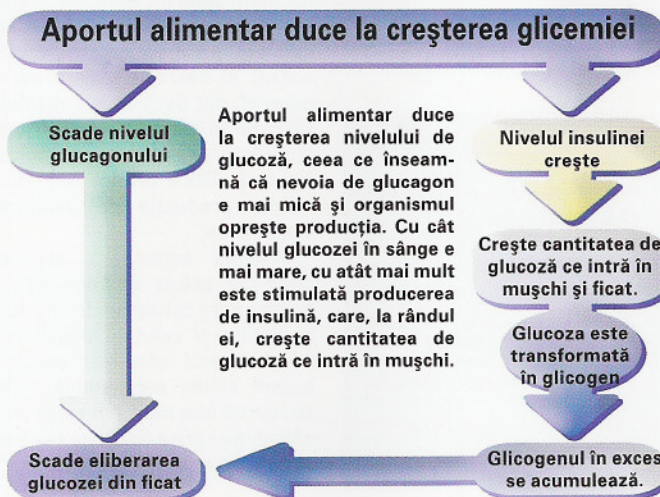
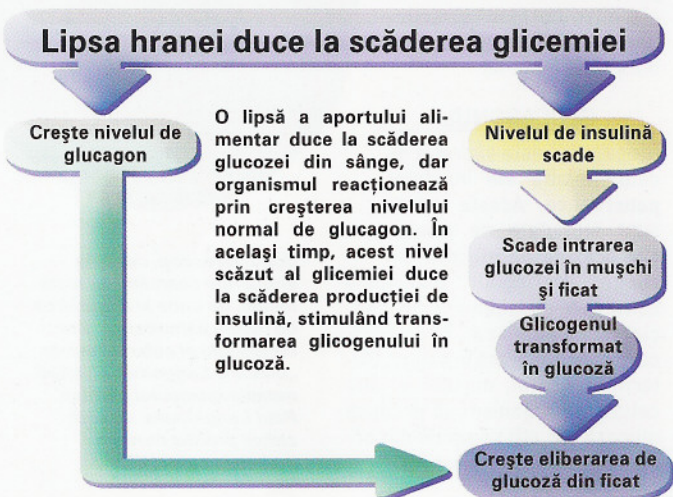
În cazuri severe e necesară administrarea insulinei. Aceasta trebuie administrată injectabil, o dată sau de două ori pe zi, căci administrată oral se distruge.

Injectările trebuie făcute cu precauție, căci excesul de insulină duce la hipoglicemie, care se manifestă prin transpirații, neliniște și tulburări de comportament. În cazuri extreme pacientul poate părea beat; în acest moment ajutorul medical se impune, pentru că există risc de comă.

Diabeticii își administrează singuri insulina, intramuscular, pentru a regla nivelul glicemiei. Dacă există deficit de insulină se impune administrarea ei regulată pentru a evita coma și decesul.



Variația naturală a glicemiei



Prima lună

Odată ce blastocistul se fixează ferm în peretele uterin, începe stadiul preembrionar și încep să se dezvolte toate sistemele majore ale corpului uman. În luna a patra, schimbările rapide, duc la formarea unui embrion ce poate fi recunoscut.



Primele patru săptămâni după fecundare reprezintă o perioadă de dezvoltare rapidă, când toate organele majore și sistemele organismului încep să se formeze. Organele complexe ce vor susține creșterea în timpul sarcinii – incluzând placenta, cordonul ombilical și sacul amniotic – se formează și ele acum.

CELULELE GERMINALE

În timpul stadiilor precoce ale implantării, se dezvoltă trei tipuri de celule (celule germinale). Acestea vor forma, în final, embrionul.

■ Ectodermul va forma țesuturile și organele sistemului nervos, inclusiv creierul, precum și țesuturile de pe suprafața corpului, precum pielea și părul.

■ Din endoderm se dezvoltă mucoasa tractului gastrointestinal, ficatul, pancreasul, glanda tiroidă, precum și mucoasa aparatului respirator, vezica și uretra.

Capul este la stânga acestui embrion în vârstă de 28 de săptămâni. Majoritatea organelor și sistemelor s-au format deja, iar inima a început să bată. Viitoarea măduvă se îngroașă în stratul interior.

■ Mezodermul va duce la formarea scheletului, a țesutului conjunctiv, a sistemului circulator, a sistemului urogenital, și majorității mușchilor scheletici și netezi.

Ectodermul și endodermul se dezvoltă în timpul în care blastocistul se implantează în peretele uterin. Mezodermul apare mai târziu, în săptămâna a treia.

Inițial, celulele germinale nu iau o formă care să indice în ce parte va fi capul.

SĂPTĂMÂNA A TREIA

În timpul săptămânii a treia (zilele 15-21), o parte din celulele ectodermice, în zona ce va deveni partea din spate a corpului, își modifică forma și poziția. Ele

trec în centrul grupului de celule. În timp ce se multiplică, ele se grupează formând linia primitivă, sau primul ax al trupului.

Odată cu formarea liniei primitive din celulele ectodermice, acestea își modifică forma, devenind mai rotunde și se împrăștie înaintea, formând celulele mezodermice.

O parte din aceste celule vor forma, la final, sisteme vitale, precum sistemul muscular și sângele. Altele formează coarda dorsală, un grup de celule care se dezvoltă de-a lungul părții posterioare a embrionului, ca o tija centrală de susținere. În dezvoltarea firească, aceasta va forma măduva spinării.

Tot în timpul săptămânii a treia, masa de celule rotunjită,



Această secțiune arată un embrion de 28 de zile, înconjurat de corion - membrana ce îl învelește de la implantare și care, mai târziu, va forma placenta. Vilozitățile care ancorează corionul de peretele uterin sunt vizibile în jur.

capătă o forma mai lunguiață, de pară. Capul embrionului va fi format în partea mai largă, iar partea inferioară a coloanei vertebrale spre polul mai ascuțit.

Săptămâna 4: dezvoltarea embrionului

Cellulele trec prin modificări rapide în a patra săptămână de la fecundare. Acesta este începutul perioadei embrionare. La sfârșitul săptămânii, embrionul poate fi recunoscut

22 de zile
(vedere din spate)

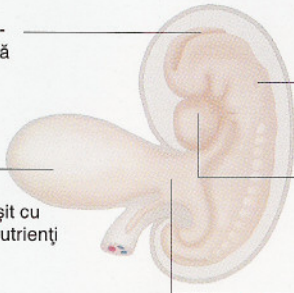


Neuroporul rostral
- Capăt cranial neînchis al tubului neural, din care se va forma capul

Somite - grupuri de celule pe ambele părți ale corzii dorsale (șirei spinării)

Neuroporul caudal
- Capăt caudal neînchis al tubului neural la "coada" embrionului.

25 de zile



Neuroporul rostral - începe să se închidă

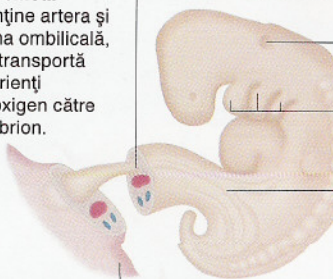
Sac Yolk
- sacul vitelin, sac mezodermic, căptușit cu endoderm. Aduce nutrienți la embrion.

Placoda otică - din care se va forma urechea.

Primordiul cordului
- Partea proeminentă din care se va forma inima.

Mezodermul
- Partea de mijloc din care se vor forma intestinale

27 de zile



Cordonul ombilical - conține artera și vena ombilicală, ce transportă nutrienți și oxigen către embrion.

Foseta otică - dezvoltată din placoda otică.

Arcurile branhiale - țesut care va forma structurile capului și ale gâtului

Sacul vitelin - treptat este încorporat în corpul embrionului.

Placenta - se lipește de peretele uterin, și se leagă de embrion prin cordonul ombilical.

Dezvoltarea anexelor embrionare

Sacul amniotic, membrana protectoare din jurul embrionului, începe să se formeze. Deși este extrem de mică în acest stadiu, mai târziu se va umple cu lichid amniotic și va adăposti copilul și placenta. Țesutul corionic, care se va transforma în placenta se dezvoltă și el. Stratul corionic este cel mai superficial strat de celule ale blastocistului. Se atașează ferm de mucoasa uterină prin vilozități, mici proiecții care se adâncesc în țesutul ce formează peretele uterin. Vilozitățile sunt înconjurate de sânge matern și ajută la schimbul de oxigen, nutrienți și produse de excreție.

Tot în această etapă se dezvoltă și cordonul ombilical, dintr-un mugur.

SĂPTĂMÂNA A PATRA

În timpul celei de-a patra săptămâni (zilele 22-28) embrionul dezvoltă grupuri segmentate de celule mezenhimale, numite somite. Acestea sunt perechi, de fiecare parte a corzii dorsale, grup de celule ce vor forma șira spinării. Somitele se vor transforma în cartilaje, celule nervoase, oase și mușchi.

SCHIMBĂRILE CORZII DORSALE

Coarda dorsală suferă schimbări, astfel încât anumite zone de celule ectodermice vor forma în cele din urmă sistemul nervos. Celulele din această zonă încep să formeze o adâncitură, numită

șanț neural. Marginile șanțului, crestele neurale se apropie una de alta și se unesc. Formând tubul neural. Tubul neural merge către capul embrionului, unde un pliu larg, vizibil, va crește, formând creierul. Creșterea se face și spre înapoi, unde se va forma măduva spinării.

BĂTĂILE INIMII

Ca rezultat al curbării ce duce la formarea unui cap și a unei cozi, o inimă rudimentară, de formă tubulară, se dezvoltă în a patra săptămână. Curbarea aduce grupurile de celule mezodermice, ce inițial erau poziționate anterior, către o poziție internă, ce corespunde pieptului embrionului. În timpul celei de-a patra săptămâni, aceste celule se unesc la mijloc, acolo unde se formează intestinalele. Ele formează un spațiu circular, care devine apoi un tub.

În timp ce arcurile branhiale - pliuri de țesut ce vor forma maxilarele și alte structuri ale capului și gâtului - se dezvoltă, tubul este împins în jos, în piept. Acesta formează o protuberanță evidentă în partea internă a embrionului: cordul primitiv. Începe să funcționeze aproape imediat, împingând celulele sanguine nou formate de-a lungul embrionului, care este încă îngropat în peretele uterin.

ALTE MODIFICĂRI

Încep să se formeze vasele de sânge în afara embrionului. Unele formează o rețea vastă în peretele sacului vitelin, care asigură hrănirea embrionului în stadiile inițiale. Altele formează vena și artera ombilicală din cordonul ombilical, care unește embrionul de placenta. Ambele vase sunt căi esențiale pentru nutriției și oxigenul care vor asigura creșterea rapidă a embrionului.

Cât este de mare?

Din a patra săptămână de dezvoltare, embrionul se măsoară în lungime. Dacă este măsurat de la un capăt la altul, dimensiunile sunt:

■ Prima săptămână după fecundare: stadiul preembrionar: 0,15 mm lungime

■ A doua săptămână: stadiul preembrionar: 0,36-1 mm lungime.

■ A treia săptămână: stadiul preembrionar: 1,25-1,50mm lungime.

■ Sfârșitul celei de-a patra săptămâni: embrionul are în jur de 4-5 mm lungime.



În această imagine microscopică a embrionului, la 31 de zile, începe să se formeze ochiul, și mugurii membrilor încep să apară.

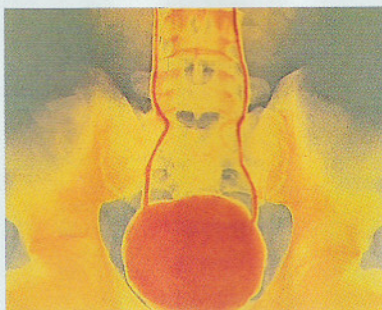
Acid nalidixic

Date generale

Acidul nalidixic aparține chinolonelor, familie de antibiotice. A fost prima chinolonă sintetizată. A doua generație de chinolone, de tip II, sunt fluorchinolonele, și acționează într-un spectru mai larg, în special asupra *Pseudomonas aeruginosa*.

Acțiune

Acidul nalidixic este un bactericid și acționează prin inhibarea sintezei ADN-ului microbial.



Acidul nalidixic este un antibiotic. Se folosește frecvent pentru tratarea infecțiilor ușoare ale tractului urinar inferior.

Efecte secundare

Obișnuite

- Senzații de greață, vărsături
- Diaree
- Spuzeală
- Molicione
- Icter

Mai puțin obișnuite

- Sensibilitate la lumină
- Dureri de cap
- Reacții psihotice, de exemplu depresii

Interacționează cu:

- Wafarina – administrarea concomitentă poate crește riscul de hemoragie
- Antacid – poate reduce absorbția acidului nalidixic

Precauții

- Convulsii – pot apărea busc;
- Copii – nu li se administrează celor cu vârste mai mici de trei luni;
- Afecțiuni hepatice – nu se administrează celor diagnosticați cu porfirie;
- Analize de sânge – dacă se administrează pe o durată mai lungă de două săptămâni, se recomandă analize de sânge pentru că pot scădea anumite valori;
- Sarcină – se poate administra medicamentul doar în al doilea și al treilea trimestru de sarcină, nu în primul;

DENUMIRI UZUALE

Mictral, Negram, Uriben

TIP DE MEDICAMENT

Antiacid

TIPUL MEDICAMENTULUI

Antibiotic

DISPONIBIL SUB FORMA DE:

Granule, tablete, suspensie lichidă

SE ELIBEREAZĂ DOAR CU PRESCRIȚIE MEDICALĂ



Utilizări frecvente

- Infecțiile tractului urinar – acidul nalidixic se administrează pentru tratarea infecțiilor ușoare ale tractului urinar. Nu este un antibiotic de linia întâi, din cauza posibilelor sale reacții toxice, în special în cazul administrării de lungă durată. Acum există medicamente mai puțin nocive, pentru infecții mai complicate.
- În plus, un procent de doi până la 14 la sută dintre pacienți dezvoltă în timpul tratamentului organisme rezistente la acid nalidixic.

Allopurinol

NUME ORIGINAL

Zyloric

TIP DE MEDICAMENT

Inhibitor enzimatic

PREZENTARE

Tablete

NUMAI CU REȚETĂ



Mod de întrebuințare

Allopurinolul se administrează oral pentru a reduce nivelul de acid uric în sânge și în țesuturi. Administrarea medicamentului poate precipita un atac de gută, așa că la începutul tratamentului este indicată folosirea unui antiinflamator (cum ar fi Naproxen), care se va continua pe parcursul a trei luni. Allopurinolul se administrează frecvent pacienților cu afecțiuni renale sau pietre la rinichi (din acid uric). Doza standard este de o tabletă pe zi.

Date generale

Allopurinolul inhibă formarea de acid uric, un produs de degradare din rinichi, excretat prin urină. Nivelurile constant crescute ale acidului uric duc la complicații precum pietrele la rinichi și guta (depunere de cristale de acid uric în țesuturile moi și în articulații).

Un atac acut de gută se manifestă printr-o articulație roșie, caldă, umflată (așa cum apare degetul arătat în imagine). Se întâmplă cel mai frecvent la degetul mare de la picior.



Cum funcționează

Allopurinolul este un produs de sinteză care inhibă enzimele (proteine care accelerează reacțiile din organism) responsabile de producția de acid uric.

Efecte secundare

- Iritații (dacă acestea apar, se întrerupe tratamentul)
- Tulburări gastrointestinale

Precauții

- Asigurarea unui aport adecvat de lichide.
- Prudență în administrarea allopurinolului la pacienții cu leziuni de ficat sau rinichi.
- Allopurinolul nu este un tratament pentru atacurile de gută, dar trebuie continuat dacă apare un atac în timpul tratamentului.
- Atacurile acute de gută trebuie tratate cu medicație adițională, antiinflamatorie.

Amiodarona

NUME ORIGINAL

Cordarone X

TIP DE MEDICAMENT

Antiaritmic

PREZENTARE

Tablete, soluție intravenoasă

NUMAI CU REȚETĂ



Întrebuintări uzuale

Amiodarona este folosită în primul rând pentru tratamentul tahicardiei (bătăi cardiace rapide), în special în sindromul Wolff-Parkinson-White. Aceasta este o afecțiune congenitală a cordului, cauzată de un defect al transmiterii impulsurilor electrice ale inimii, ce duce la tulburări în contracția miocardului.

Amiodarona poate fi folosită și în tratamentul bătăilor neregulate ale inimii (cu originea în diferite părți ale inimii), în cazul în care alte medicamente nu sunt eficiente. Oricum, tratamentul nu se inițiază decât la indicația medicului specialist.

Avantajul amiodaronei este că nu reduce contractilitatea mușchilor inimii.

Utilizare

Medicația antiaritmică este folosită pentru a trata pacienții cu ritm neregulat, prin controlul sau corectarea unui ritm cardiac anormal, de exemplu în cazul bolilor de inimă.

Mod de acțiune

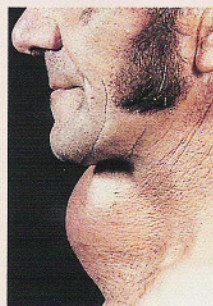
Amiodarona acționează asupra potențialelor electrice ale sistemului de conducere al inimii, modificând ritmul și regularizând contracția musculară.

Precauții

- Vârstnicii, cei cu istoric de insuficiență cardiacă, afectare renală sau anumite boli de sânge ar trebui să folosească cu prudență amiodarona.
- Administrarea intravenoasă poate cauza o scădere moderată și temporară a tensiunii arteriale.
- Este contraindicată la gravide și la mamele care alăptează, la pacienții cu sensibilitate la iod și cei ce suferă de disfuncții tiroidiene.
- Nu este recomandat în cazurile în care conducerea electrică în inimă este blocată.
- Se recomandă efectuarea de teste hepatice și tiroidiene în tratamentele de lungă durată.

Efecte secundare

- Amiodarona duce uneori la producerea de microdepozite în corneea, care sunt însă reversibile la întreruperea tratamentului. Aceste depozite afectează rar vederea, dar șoferii pot fi orbiți de luminile farurilor noaptea.
- Există posibilitatea unor reacții toxice la nivelul pielii, dacă pacienții ce iau amiodaronă se expun la soare. Ei sunt sfătuiți să prevină expunerea și să folosească creme cu protecție solară.
- Amiodarona conține iod și poate produce disfuncții tiroidiene. Disfuncția poate fi atât în plus cât și în minus față de normal și necesită tratament special.
- Amiodarona poate produce o reacție inflamatorie în plămân, cu tuse și scurtarea respirației.



Gușă - umflătură a gâtului cauzată de o hiperfuncție tiroidiană. Tratamentul poate fi chirurgical sau medicamentos.

Amitriptilina

NUME ORIGINAL

Lentizol, tryptizol

TIP DE MEDICAMENT

Antidepresiv

PREZENTARE

Tablete, formă lichidă, injecții

NUMAI CU REȚETĂ



Efecte secundare

- Pot să apară tulburări de ritm cardiac și blocaje în conducerea impulsului electric la nivelul inimii, în special la pacienții cu afecțiuni cardiace preexistente.
- Somnolență, uscăciunea gurii, vedere în ceață, constipație și retenție urinară sunt câteva din problemele care pot să apară.
- Întreruperea bruscă a antidepresivelor poate produce simptome gastrointestinale, amețea, anxietate și neliniște. Tratamentul ar trebui oprit treptat, într-un interval de patru săptămâni.

Date generale

Amitriptilina este un antidepresiv triciclic cu un efect tranchilizant blând, folosit ocazional și pentru nevralgii (de exemplu după zona zoster) și în tratamentul incontinenței urinare la copii.

Mod de acțiune

Crește nivelul anumitor neurotransmițători (hormoni din creier). Nu este înțeles exact mecanismul prin care această creștere este convertită apoi în efect antidepresiv.

Utilizări frecvente

Amitriptilina este folosită de obicei în tratamentul depresiei, în special în cazurile care necesită sedare. Alte antidepresive triciclice au efect sedativ mai redus. Pacienții agitați și anxioși tind să răspundă mai bine la compușii cu efect sedativ, în timp ce cei apatici și retrași răspund mai bine la antidepresivele cu efect sedativ redus.

Antidepresivele triciclice, precum amitriptilina, sunt eficiente în tratamentul bolii depresive, forma severă și medie, în special când se asociază cu tulburări psihomotorii și fiziologice, precum pierderea apetitului și tulburări de somn. Unele preparate triciclice sunt eficiente și în tratamentul „atacurilor de panică”.

Precauții

- Starea pacientului trebuie atent monitorizată pentru a depista orice tendință de suicid.
- Se prescrie doza minimă, căci există pericolul de supradozaj.
- O ameliorare a simptomatologiei este așteptată după cel puțin două săptămâni de tratament. Tratamentul trebuie continuat cel puțin 4-6 luni după dispariția simptomelor. Dacă tratamentul este întrerupt prea devreme, e probabil ca simptomatologia să reapară. În cazul recurențelor, terapia trebuie continuată.
- O atenție suplimentară se va acorda celor cu afecțiuni cardiace, epilepsie, afectarea ficatului, boală tiroidiană, glaucom și la femeile însărcinate sau cele care alăptează, precum și la persoanele în vârstă.