

Este de fapt conduita pe care o recomandăm, adică, efectuarea unei decompresii precoce, în primele 3 săptămâni de la debutul parezei post-traumatice, fapt recunoscut și de alți autori care au început să utilizeze electromiografia în studiul evoluției parezelor faciale posttraumatice.

Sosit la redacție: 11 octombrie 1976.

Bibliografie

1. *Albertini F.*: Ann. Oto-Laryng. (1962), 79, 1025; 2. *Aubry M., Pia-loux P.*: Progrès en oto-rhino-laryngologie. Ed. Flemarion, Paris, 1968; 3. *Gârbea S., Sandu I., Soroiu G., Iordache G.*: Oto-rino-laringologie (1969), 14, 289; 4. *Neuman H., Srafolenau D., Bogdan C., Stănescu C.*: Oto-rino-laringologie (1966), 11, 137.

Marosvásárhelyi 2. sz. Belgyógyászati Klinika (vezető: dr. Horváth Endre egyetemi tanár, docens-doktor), Orvostudományi Akadémia, Marosvásárhelyi Kutatóközpont (vezető: dr. Barbu Zeno egyetemi tanár, docens-doktor)

PERIFÉRIÁS VERŐÉRSZŰKÜLETBEN SZENVEDŐ BETEGEK ZSÍR ÉS SZENHIDRÁTANYAGCSERÉJÉNEK VIZSGÁLATA

Brassai Z., Kovalszki P., Buksa K.

Az epidemiológiai felmérések tanúsága szerint az obliteratív verő-érbetegségben szenvedők száma az elmúlt évtizedekben jelentősen emelkedett. A kísérletes és klinikai vizsgálatok adatai alapján bizonyítást nyert a kóroki tényezők sokrétősége, valamint az a szoros kapcsolat, amely a szénhidrát és lipoprotein anyagcsere zavarai és e betegségcsoport között fennáll (1, 4, 7, 8, 10 12).

Megfigyeléseink célja a perifériás verőérszűkületek, lehetőleg angiographiásan is igazolt eseteiben, a hyperlipoproteinaemia, illetve a latens vagy manifeszt cukorbetegség gyakoriságának vizsgálata volt.

Vizsgálati anyag és módszer

A marosvásárhelyi 2. sz. Belgyógyászati Klinika angiológiai részlegén az 1973—1976 közötti években a végtagok idült obliteratív arteriopathiája miatt kezelésben részesült 235 betegen végeztük a vizsgálatokat. A kóris-me felállításra a klinikai tünetek, a plethysmogram harmadlagos hullámai, az oscillogram, valamint 186 esetben az arteriographiás kép alapján történt. Minden betegnél ellenőriztük a vérzsírokat, a napszakos vércukrot, illetve az oralis cukorterhelési görbét, szükség esetén cortizon terheléssel is kiegészítve (20). A vizsgálatok a gyógyszeres kezelés megkezdése előtt, a felvételt követő első három napon történtek. A zsírtűkör vizsgálatánál a vérvétel 14 órás éhezést követően történt. A savóban meghatároztuk az össz-cholesterin és triglycerid szintet, ugyanakkor agarose gel elektroforesist, és esetenként ultracentrifugálást végeztünk (8). A hyperlipoproteinaemiák osztályozása a *Fredrickson* és munkatársai javasolta szempontok, illetve az EVSZ módosítása (mely a II. típust II/A és II/B-re osztja) alapján történt (7, 13).

Eredmények

Eseteink kórforma szerinti megoszlása a következő volt: atherosclerosis obliterans 161; thrombangiitis obliterans 50, kevert obliteratív arteriopathia 14, Raynaud kór 10. Az ischaemia súlyossága a Fontaine szerinti II—IV stádium között változott.

A vérsírvizsgálatok eredményeit, illetve a hyperlipoproteinaemia gyakoriságát és típusait a különböző betegségcsoportokban az alábbi táblázat foglalja össze:

1. táblázat

Diagnózis	Esetek száma	Normális zsírtűkőr (%)	Hyperlipoproteinaemia						
			I (%)	II/A (%)	II/B (%)	III (%)	IV (%)	V (%)	Össz. (%)
Atherosclerosis obliterans	161	47 (29,2)	—	38 (23,6)	44 (27,3)	3 (1,9)	27 (16,8)	2 (1,2)	114 (70,8)
Thrombangiitis obliterans	50	27 (54,0)	—	9 (18,0)	2 (4,0)	—	11 (22,0)	1 (2,0)	23 (46,0)
Kevert arteriopathia	14	4 (28,6)	—	4 (28,6)	2 (14,2)	—	4 (28,6)	—	10 (71,4)
Raynaud kór	10	4 (40,0)	—	2 (20,0)	2 (20,0)	—	2 (20,0)	—	6 (60,0)
Összesen	235	82 (34,8)	—	53 (22,6)	50 (21,3)	3 (1,3)	44 (18,7)	3 (1,3)	153 (65,2)

A latens* illetve manifeszt cukorbetegség előfordulását a következő táblázat szemlélteti:

2. táblázat

Diagnózis	Esetek száma	Normális glyucose tolerancia (%)	Diabetes mellitus		
			Latens (%)	Manifeszt (%)	Összesen (%)
Atherosclerosis obliterans	161	89 (55,3)	51 (31,7)	21 (13,0)	72 (44,7)
Thrombangiitis obliterans	50	41 (82,0)	7 (14,0)	2 (4,0)	9 (18,0)
Kevert arteriopathia	14	11 (79,0)	3 (21,0)	—	3 (21,0)
Raynaud kór	10	9 (90,0)	1 (10,0)	—	1 (10,0)
Összesen	235	150 (63,8)	62 (26,8)	23 (9,4)	85 (36,2)

* Latens diabeteses mi, a hazai gyakorlatnak megfelelően, az olyan eseteket értjük, akiknek kóros az orális cukorterhelési görbéje, de az éhomi vércukruk normális és a vizelettel cukrot nem ürítenek.

Megbeszélés

Vizsgálataink adatai azt mutatják, hogy atherosclerosis obliteransban a hyperlipoproteinaemia gyakori, s az esetek mindössze 29 %-ában észlelhető normális lipidogramm. A leggyakrabban előforduló típus a II. (51 %), amelyből a II.B 27 %-ot, a II.A 24 %-ot képvisel. A IV-es típus kevésbé gyakori (17 %). Thrombangiitis obliteransban a hyperlipoproteinaemia előfordulása 46 %, a IV-es típus 22 %-os dominanciájával.

Hyperlipoproteinaemia gyakoriságát atheroscleroticus eredetű verőérelzáródásban szenvedő betegeknél többen is vizsgálták, s a közötti adatok igen eltérők: *Kuo* 100 %, *Blankehorn* 90 %, *Avogaro* 72 %, *Rouffy* 71 %, *Heinle* 54 % (2, 3, 9, 13, 14). Eredményeink *Rouffy* francia, illetve *Avogaro* olaszországi felméréseivel mutatnak leginkább egyezést. Az egyes típusokat tekintve kiemelendő, hogy a II. típust, amely anyagunkban a leggyakoribb, mások ritkábbnak találták (*Dyerberg* 43 %, *Avogaro* 34 %, *Heinle* 29 %), míg a IV. típus aránya az általunk észlelteknél gyakoribb (*Blankehorn* 50 %, *Avogaro* 38 %, *Vyden* 28 %) (2, 3, 6, 9, 19). A thrombangiitis obliteransban végzett vérsírvizsgálati adatok általában alacsony serumcholesterin illetve triglycerid szintet jeleznek, hiányoznak viszont az ilyen irányú complex — a *Fredrickson* javasolta metodológiát követő — felmérések (10, 17). A hyperlipoproteinaemia viszonylag magas előfordulási aránya betegeinknél — tekintve, hogy kizárólag fiatalokról van szó — a kezelés szempontjából is meggondolkoztató. Az I., III. és V. típus ritka voltát, melyet többen is említenek, saját adataink is megerősítik (2, 10, 13, 14).

A latens (32%) és manifeszt diabetes (13%) gyakorisága az atherosclerosis obliteransban szenvedő betegek csoportjában, jelzi a szénhidrátanyagcsere zavarainak jelentőségét e körkép kialakulásában. Vizsgálati adataink *Stoianovich* eredményeihez állanak legközelebb (13,6 %), míg mások (*Mayerhofer*, *Siró*) hasonló beteganyagban 25—26 %-os arányról számolnak be (11, 16, 18). A latens diabetes előfordulási aránya 35 % (*Chilchik*) és 52 % (*Siró*) között változik (4, 16). Az a tény, hogy az arteroscleroticus eredetű peripheriás ischaemia miatt felvételre került betegeink közel felében sikerült kimutatnunk a latens vagy manifeszt cukorbetegséget, az ilyen irányú vizsgálatok gyakorlati fontosságát és terápiás jelentőségét jelzi.

Következtetések

Idült obliteratív verőérbetegségekben a vérsírok ellenőrzését, valamint a vércukortherheléses vizsgálatot — kóriszmézési és kezelési szempontok alapján — rutinszerűen elvégzendőnek tartjuk.

Érbetegek hypervolaemizáló és oxyanabolikus kezelésének hypoli-paemizáló gyógyszerekkel való kiegészítése, csak dyslipidaemia eseteiben indokolt.

Az alkalmazott antiatherogen-antidiabetogen kezelési tervet nem sémászerűen, hanem az adott zsír- és szénhidrátanyagcsere-zavarok függvényében, egyénenként kell összeállítani.

A szerkesztőségbe érkezett: 1977. április 27-én.

1. Alexander J. K.: Triangle (1975), 14, 1, 1; 2. Avogaro P., Capri C., Cazzolato G.: Giorn. It. Card. (1972), 2, 1, 65; 3. Blankehorn D. H., Chin H. P., Lau F. Y.: Ann. Intern. Med. (1968), 69, 1, 21; 4. Chilchik M. W., Morris A. S.: Lancet (1971), II, 1227; 5. Csögör S. I.: Nature New Biology (1972), 238, 87, 287; 6. Dyerberg J., Bang H. O., Nielsen J. H.: Scand. J. Clin. Invest. Suppl. (1969), 110, 54; 7. Epstein F. H.: Triangle (1973), 12, 1, 3; 8. Fredrickson D. S., Levy R. I., Less R. S.: New Eng. J. Med. (1967), 276, 34., (1967), 276, 94., (1967), 276, 148., (1967), 276, 215., (1967), 276, 273; 9. Heinle R. A., Levy R. I., Fredrickson D. S., Gorlin L.: Amer. J. Cardiol. (1969), 24, 3, 178; 10. Horváth E., Brassai Z., Csögör S. I., Ferenccz L., Szász B.: III. Belgyógyász Kongr., Bukarest, 1974. X. 9—11., 173; 11. Mayerhofer E., Klieber M. M.: Wien. Klin. Wschr. (1972), 84, 853; 12. Popescu P. N., Idu S. M.: Medicina Int. (1971), 23, 3, 293; 13. Romics L., Szigeti A., Varsányi-Nagy M., Gerő S.: Orv. Hetil. (1975), 116, 43, 2527; Rouffy J., Tricot R.: Ann. Cardiol. Angéiol. (1968), 17, 2, 135; 15. Sandhofer F.: Med. Labor. (1975), 28, 12, 283; 16. Siró B., Gyurkó Gy., Gesztesi S., Molnár L.: Orv. Hetil. (1976), 117, 25, 151; 17. Stăncioiu N.: Medicina Internă (1971), 23, 12, 1415; 18. Stojanovich V. I. C., Vujadonovich B. V., Nedeljkovich D. M.: Cardiovasc. Surg. (1974), 15, 1, 51; 19. Vyden K. J., Thorner J., Nagasawa K., Takano T., Groseth Dittrich M. F., Perlow R., Swan H. J. C.: Amer. Heart. J. (1975), 90, 6, 703; 20. *** Metodele laboratorului clinic. Ed. Medicală, București, 1964, 130.

Disciplina de histologie (cond.: conf. dr. Gh. Roșca doctor în medicină)
a I.M.F. din Tîrgu-Mureș

CERCETĂRI CARIOLOGICE LA DOI FRAȚI CU DESPICĂTURĂ LABIO-MAXILO-PALATINĂ

dr. Stela Roșca, dr. Gh. Roșca

Fisurile buzei, ale maxilarelor și / sau ale palatului fac parte din malformațiile cele mai frecvente și mai importante clinic, cu o etiologie complexă, încă viu dezbătută și controversată.

Cercetările de citogenetică efectuate pînă în prezent, au evidențiat aspecte cariologice foarte diferite și ca aspect și ca mod de interpretare. Jakson și John; Groop și colab; Ford, Polani, Briggs, Bishop etc. au descris prezența unor fisuri velopalatine la unii pacienți cu aberațiuni cromozomiale. Soukup și Warkany; Murphy și Reiamann nu găsesc nici un fel de modificări cromozomiale la pacienții cu malformații ale cavității bucale, urmările de ei. Subrt, Cervenka și Krecek pe 18 pacienți, Surina și Tajmirova pe 18 pacienți cu astfel de malformații, nu au găsit nici un tip de aberațiuni cromozomiale de număr sau / și de structură. Numeroși autori susțin posibilitatea existenței unor modificări genice greu de demonstrat încă.