



**REVISTA DE MEDICINA
SI FARMACIE
ORVOSI
ÉS GYÓGYSZERÉSZETI
SZEMLE**



sesiune





COLEGIUL DE REDACȚIE

Redactor șef: prof. dr. Ion Pascu

Redactori șefi

adjuncți: prof. dr. Simu George
prof. dr. Fazakas Béla

Secretar de redacție: Szllágyi Ludovic

REVISTA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE ORVOSI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI SZEMLE

PUBLICAȚIE A UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN
TÂRGU-MUREȘ

Redacția: 4300 Târgu-Mureș, str. Gh. Marinescu nr. 38, telefon: 15551, fax: 30804

1993, vol. 39

Nr. 1

IANUARIE-IUNIE

SUMAR

PROBLEME ACTUALE DE PATOLOGIE

<i>Hélène Pellet</i> : Apport pour le clinicien de la cytologie urinaire en contrast de phase	5
<i>J. Cousin, M.F. Croquette, B. Delobel, G. Vimu</i> : Intérêt du caryotype en haute résolution en neuro-pédiatrie	6
<i>S. Bologa, E. Neagoie, Fl. Nicula, D. Eniu</i> : Condițiile "chirurgiei conservatoare" în cancerul de sân	7
<i>I. Pascu, C. Enăchescu</i> : Model computerizat al poligonului Willis	
Nota II: Simularea stenozelor și a ocluziilor arterelor carotide interne și ale arterei bazilare în prezența unui poligon Willis „ideal”	8
Nota III: Simularea anomaliilor poligonului Willis	8
Nota IV: Simularea stenozelor și a ocluziilor arterelor carotide interne și ale arterei bazilare în prezența principalelor anomalii ale poligonului Willis	9
<i>L. Popoviciu, Daniela Delasi-Popoviciu, I. Bagathai</i> : Cercetări clinice polisomnografice și electroencefalografice computerizate în narcolepsia REM (Boala Gelineau)	10
<i>C. Duda, E. Mody, M. Ilca, Ligia Bancu, Simona Bătaș, Gina Suciu, Smaranda Demian, Corina Ureche, R. Macavei</i> : Rolul proceselor inflamatorii în cardiopatia ischemică și diabetul zaharat	11
<i>R. Deac</i> : Evoluții noi în fiziologia și chirurgia valvei cardiace mitrale	11
<i>D. Nicolescu, O. Golea, C. Cantâr, I. Negruș, R. Boja</i> : Rezecția transuretrală a tumorilor vezicale. (Videofilm VSH/PAL; durata 14 min.)	13

PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ

<i>M. Sabău, D. Dobreanu, Adriana Habor</i> : Valabilitatea criteriilor de voltaj în diagnosticul electrocardiologic al hipertrofiei ventriculare stângi	14
<i>S. Cotoi, D. Dobreanu, E. Carașca, Mirela Duca, Daniela Ciomog, E. Brânzaniuc</i> : Mecanismul "trigger" în aritmiile atriale, studiat intracavitar	15
<i>M. Birșan, R. Ionescu</i> : Rolul și rezultatele tratamentului chirurgical în patologia valvei mitrale	15

<i>C. Georgescu, M. Ștefănescu, Mihaela Opreș, A. Matei, Adriana Mitre, S. Micu, Libiana Bostan, C. Graur:</i> Abordul dublu electrografic intracavitar și transesofagian în diagnosticul căilor accesorii de ventricul stâng . . .	16
<i>C. Georgescu, Adriana Mitre, Mihaela Opreș, A. Matei, M. Dinesch, S. Micu, M. Mihăilă, Sorana Hila:</i> Conducerea retrogradă ventriculoatrială la bolnavii cu boala binodală și cardiostimulare permanentă VVI . . .	17
<i>E. Carașca, D. Dobreanu, Daniela Ciomoș, F. Orșan, S. Cotoi:</i> Electrostimularea transesofagiană în tratamentul tulburărilor de ritm supraventriculare	18
<i>D. Dobreanu, S. Cotoi, E. Carașca:</i> Teoria haosului în studiul fibrilației atriale	18
<i>Minodora Dobreanu, E. Carașca, D. Dobreanu, Dana Lupa:</i> Corelații între nivelurile serice ale magneziului și ale unor parametri ai metabolismului lipidic la bolnavii cu cardiopatie ischemică	19
<i>E. Eged-Zsigmond, G. Simu:</i> Prelucrarea matematică a leziunilor arteriale pulmonare la bolnavii cu malformații cardiace congenitale	20
<i>C. Șipoș, P. Kikeli, L. Toma:</i> Incidența leziunilor aterosclerotice ale arterelor carotide extracraniene la pacienții cu cardiopatie ischemică	21
<i>L. Hecșer, V. Hădăreanu:</i> Moartea subită și trombozele coronare: observații medico-legale și morfologice în 72 cazuri	21
<i>Gina Suciu, Z. Brassai, Gabriela Veleji, Smaranda Demian, Ligia Bancu, C. Dudea:</i> Studii clinico-angiografice în sindromul Raynaud	22
<i>Corina Ureche, Z. Brassai, Gabriela Veleji, Piroška György, Ligia Bancu, C. Dudea:</i> Investigații viscozimetrice la bolnavii cu sindrom Raynaud	23
<i>Piroška György, Z. Brassai, Emese Györi, Gina Suciu, Corina Ureche, A. Puskás, C. Dudea:</i> Studiul dismetabolismului lipidic și glucidic în arteriopatiile cronice obliterante ale membrilor	23
<i>C. Șipoș, V. Popa, H. Tunas:</i> Evaluarea parametrilor hemodinamici în malformațiile arteriovenoase cerebrale prin ultrasonografia Doppler transcranială	24
<i>C. Șipoș, V. Popa, L. Toma:</i> Boala Moyamoya - studiu ultrasonografic, arteriografic și computer tomografic	25
<i>A. Puskás, Z. Brassai, Emese Györi, Gina Suciu, Corina Ureche, C. Dudea:</i> Efectul hipolipemiant al unor medicamente hemoreologice	26
<i>Doina Podoleanu, D. Dobreanu, E. Carașca, Al. Incze, H. Popa, S. Cotoi:</i> Ketanserina în tratamentul hipertensiunii arteriale	26

PATOLOGIE TUMORALĂ CLINICĂ

<i>T. Georgescu, A. Boșianu, A. Dobre, C. Crăciun, V. Nistor, P. Ilnczky, A. Hinteș, F. Gomodreanu, A. Mureșan, D. Cozma, Anca Roșca, Susana Cstzer, B. Eneșel:</i> Considerații pe marginea a 602 cazuri operate de cancer gastric	28
<i>C. Copotoiu, V.E. Bancu, T. Grozescu, M. Baghiu, M. Eșianu, S. Bancu, T. Bara, V. Bud, M. Coroș, D. Marian, B. Pălrineanu:</i> Neoplasmul primar de bont gastric. Tratament chirurgical. Rezultate postoperatorii imediate și la distanță	28
<i>C. Copotoiu, V.E. Bancu, M.F. Coroș:</i> Ocluziile intestinale prin cancer colorectal	29

<i>D.Zamfir, M.Coroş, D.Florea, D.Száva:</i> Factori de risc și complicații postoperatorii precoce în tratamentul chirurgical al cancerului rectal	30
<i>S.Bancu, T.Bara, M.Coroş, D.Marian, E.V.Bancu:</i> Tromboza arterei hepatice în unele neoplasme gastrice și pancreatice cu adenopatii ale trunchiului celiac	31
<i>A.Boșianu, T.Georgescu, A.Hintea, D.Cozma, F.Gomofirceanu, A.Dobre, A.Mureșan, Susana Csizér, B.Eneșel, Daniela Nechifor:</i> Chirurgia metastazelor pulmonare de origine extrapulmonară	31
<i>Simona Bățaș, Ligia Bancu, C.Dudea, G.Oltean, Ana Bratu, Ilona Csídey, Corina Ureche:</i> Rolul endoscopiei digestive superioare în depistarea și monitorizarea leziunilor precanceroase gastrice	32
<i>G.Oltean, Smaranda Demian, Simona Bățaș:</i> Aspecte clinice și terapeutice în limfoamele mediastinale	33
<i>M. Buruian, L.Axente, V.Bud:</i> Valoarea puncției-biopsie percutanată sub ghidaj computer-tomografic în diagnosticul pozitiv al tumorilor toraco-mediastino-pulmonare	33
<i>M.Buruian:</i> Diagnosticul computer-tomografic în microadenoamele hipofizare	34
<i>M.Buruian:</i> Diagnosticul computer-tomografic al neurinoamelor acustice	34
<i>Smaranda Demian, G.Oltean, C.Dudea:</i> Aglomerarea neoplazică la bolnavii cu hemopatii maligne	35
<i>I.Benedek, P.Valics, Erzsébet Lázár, A.Nagy:</i> Leucemia acută plasmocitară	36
<i>I.Benedek, Erzsébet Lázár, L.Török, D.Bran:</i> Puncția-biopsie la măduva osoasă ca metodă de diagnostic și evaluare în boli hematologice și neoplazice	36

PATOLOGIE INFECȚIOASĂ ȘI IMUNOLOGICĂ

<i>J. Cousin, E. Dehecq, C. Spycquerelle; G. Vitu:</i> L'infection à haemophilus chez le nourrisson: actualité et prévention	38
<i>B.Fazakas, Enikő Barabás, Márta Korponay:</i> Unele aspecte clinice și epidemiologice ale himenolepidozei	38
<i>Rodica Pascu, Carmen Chiriac, Rodica Urcan, Paula Bakos, I. Csáki, Mihaela Șerban, Brîndușa Țileu:</i> Particularități clinice și epidemiologice ale infecției HIV/SIDA la copilul mic	39
<i>I. László, M. Péter, L. Domokos, B.Fazakas, D. Nicolescu, Sanda Piros, B. Sebe, Lilla Lőrinczi, Enikő Barabás, V. Filep:</i> Ameliorarea diagnosticului etiologic al uretroprostatitelor acute și cronice	40
<i>Cristina Golea, Monica Sabău, Monica Dănilă, Simona Stoiță, Aurelia Cojan, E. Szilcs, R. Czedula:</i> Hepatita virală acută AGHBs pozitivă în zona Reghin	41
<i>Ligia Bancu, Simona Bățaș, Ilona Csídey, Ana Bratu, C. Dudea, Anu Maria Stauder:</i> Studiu clinico-morfologic al gastritei cu <i>Helicobacter pylori</i>	41
<i>Ligia Bancu, Ilona Csídey, Simona Bățaș, Ana Bratu, Corina Ureche, Adriana Stăneș, C. Dudea:</i> Infecția cu <i>Helicobacter pylori</i> la bolnavii cu ulcer duodenal	42
<i>Daniela Dobru:</i> Implicarea infecției cu <i>Helicobacter pylori</i> evidențiată endoscopic, în sindromul dispeptic neulceros	43
<i>Carmen Chiriac, Rodica Pascu, Rodica Urcan, Brîndușa Țileu, Adrianu Achim, Éva Kiss:</i> Observații clinice pe marginea unui focar de trichineloză din municipiul Târgu-Mureș	44

<i>Ana Popescu, D. Georgescu: Rolul mediatorilor inflamației în stările septice</i>	44
<i>Enikő Pécs, I. Benedek, D. Bratu: Corelația între deficitul de fier al organismului și stări infecțioase</i>	45
<i>Ana Popescu, Éva Kiss, E. Moldovan: Prognosticul "quo ad vitam" la copilul cu purpură fulminans (considerații pe marginea a două observații clinice)</i>	46
<i>Monika Szabó, I. Benedek, D. Bratu: Autoimunitate, boli autoimune - considerații practice</i>	46
<i>Smaranda Demian, Z. Brassai, E. Módy, Andreea Buda-Mirzai, Gina Suciu: Studiul imunității celulare și umorale în arteriopatiile cronice obliterante periferice</i>	47
<i>G. Oltcar, C. Dulea: Modificări ale imunității umorale în anemiile prin deficit de fier</i>	48
<i>Lia Georgescu, Anca Cozoș, O. Bodea: Particularități clinice ale colagenozelor la bărbat</i>	48
<i>Lia Georgescu, Anca Cozoș, O. Bodea, Anamaria Nágó: Componenta fibromialgică în colagenozele majore, aspecte diagnostice și terapeutice</i>	49
<i>P. Valics, I. Benedek, I. Benedek: Purpura vasculară imuno-alergică la un bolnav cu valvulopatie mitro-aortică</i>	50
<i>Lia Georgescu, Anca Cozoș, O. Bodea: Durerea toracică - un simptom comun al spondilartritei anchilozante</i>	50
<i>I. Benedek, Erzsébet Lázár, Katalin Tompa, I. Jung, G. Simu: Adenopatii cu limfoproliferare monoclonală, importanța lor teoretică și practică</i>	51
<i>Csilla Todea: Considerații privind tratamentul cortizonic în astmul bronșic infantil</i>	51
<i>Ana Popescu: Perspective terapeutice în stările septice grave</i>	52

PROBLEME DE STOMATOLOGIE

<i>L. Rácz, Magda Seres Sturm, Iulia Husar, Daniela Vasilescu: Gnato-palatoschysis asociat cu heterotopia și heterodontia la un adult</i>	53
<i>Șt. Bocskay, Monica Monea: Actualități în terapia endodontică. Aspecte de la al II-lea Congres Mondial de Endodonție 25-27 iunie 1992, Paris</i>	53
<i>Stud. Cristina Capotă, anul V: Manifestări la nivelul cavității bucale asociate infecției cu HIV</i>	54
<i>A. Monea, Șt. Bocskay, Monica Monea, Ileana Roman, O. Manolache, M. Pop, stud. Delia Barb anul V: Starea de sănătate parodontală a adolescenților apreciată prin indicele CPITN</i>	54
<i>Stud. Cristina Mușat anul V: Unele aspecte ale iatrogeniei în tratamentul cariei simple</i>	55
<i>Monica Monea, AL Monea, Șt. Bocskay, M. Pop, stud. Claudia Andreescu anul IV: Cercetări in vitro asupra închiderii marginale a unor materiale composite auto- și fotopolimerizabile</i>	55
<i>Stud. Mihai Mărcăușeanu anul IV: Utilizarea laser-ului în odontologie</i>	56
<i>M. Pop, Șt. Bocskay, Monica Monea, stud. Livia Murgu, anul IV: Studii in vitro privind etanșeitatea închiderii apicale a diferitelor materiale de obturație radiculară</i>	56
<i>Î. Ieremia, I. Maștei, S. Popșor, Sorina Horga, Daniela Borda, Dorela Gabor: Cercetări geronto-gnatoprotetice referitoare la consecințele malnutriției</i>	57
<i>I. Maștei, L. Ieremia, S. Popșor, Mihaela Ionescu: Evaluarea diferențiată a protezelor parțiale mobilizabile</i>	57
<i>S. Popșor, L. Ieremia: Utilitatea și limitele examinării electromiografice în gnatoprotetică</i>	58

<i>Sorina Horga, L. Ieremia: Contribuții la elaborarea unui index anamnestic în scopul depistării bruxismului</i>	58
<i>L. Ieremia, I. Maftci, S. Popșor, stud. Ildikó Foka: Posibilități variate de supraprotezare</i>	59
<i>S. Popșor, C. Cîndea, Anda Călugăru: Aspecte ale determinării și înregistrării relațiilor intermaxilare prin metode de deprogramare anterioară</i>	59
<i>Sorina Horga, stud. Daniela Păuna: Aspecte clinice privind bruxismul. Statistica pe lotul studenților Facultății de Stomatologie a U.M.F. Târgu-Mureș</i>	60
<i>D. Kovács, R. Vărneanu, Gh. Naftali: Lichenul plan bucal ca leziune precanceroasă</i>	60
<i>Mariana Păcurar, G. Oltean: Valoarea manifestărilor bucale din afecțiuni hematologice în practica stomatologică</i>	61
<i>D. Kovács, R. Vărneanu, Gh. Naftali: Grefa de piele liberă totală în tratamentul defectelor faciale</i>	61
<i>D. Kovács, R. Vărneanu: Experiența noastră în tratamentul despicăturilor congenitale ale buzei prin metoda Le Mesurier</i>	62

PROBLEME DE FARMACIE

<i>C. Csedő, D. Manns, Maria Gáspár, Sigrid Eșianu, Mărioara Monea: Compuși sterinici din frunze de alun (Coryli folium)</i>	63
<i>Viorica Hodișan, M. Kory, Constanța Vlăduț-Vasilan: Acțiunea antiinflamatoare a unor extracte vegetale</i>	64
<i>I. Fűzi, L. Fülöp: Progrese în investigarea bryophyitelor pentru cunoașterea unor noi compuși organici cu o posibilă acțiune terapeutică</i>	64
<i>Z. Kisgyörgy: Contribuții la cunoașterea conținutului în ulei eteric al taxonului Origanum vulgare L.</i>	65
<i>Marioara Monea, C. Csedő: Echinacea purpurea - perspectiva utilizării extractelor totale în terapie. Studiu fitochimic</i>	66
<i>I. Formanek, Elisabeta Rácz-Kotilla: Cercetări privind valoarea terapeutică a unor forme farmaceutice din roibă (Rubia tinctorum L.)</i>	67
<i>Luminița Sumălan, Maria Neamțu, Mioara Coman: Combinații complexe ale Cu(II) și Pd(II) cu 2-N-acetil saliciliden-hidrazin-tiazolil 4-substituiți</i>	67
<i>Marioara Olariu, Adela Sărmbu: Evaluarea acțiunii catalitice a ionului de Cu^{2+} în sistemul redox albastru de toluidină - acid β-mercaptopropionic</i>	68
<i>B. Tókécs, Gabriela Suciu: Contribuții la polarografia compușilor carbonilici</i>	69
<i>Doina Sava, Elena Cărea, M. Bojță: Prepararea și caracterizarea polimerilor piroxicamului</i>	69
<i>Silvia Dușa, Daniela Muntean, Izabella Fóris: Aplicarea bipotențiometrici cu electrozi de platină pretratați la indicarea punctului de echivalență în titrarea nitritometrică a acidului sulfanilic</i>	70
<i>Felicia Loghin, I. Pașca: Evaluarea genotoxicității carbonatului de litiu</i>	71
<i>Mariana Palage, O. Horer, Enikő Virágh: Evaluarea concentrațiilor de benz-a-piren din ramuri industriale cu risc</i>	71
<i>Z. Ábrám, C. Bedő, Ramona Ureche, Jolán Kaszán: Studiul conținutului de vitamina C al unor alimente pe timp de iarnă</i>	72
<i>Z. Ábrám, E.S. Vizi, A. Dienes: Studiul comparativ al efectelor presinaptice și postsinaptice ale mercurului și zincului anorganic</i>	72
<i>Silvia Dușa, Maria Aftay, Ramona Ureche, L.Măthé, Izabella Fóris: Starca</i>	

calitativă a apei Mureșului între anii 1980-1992, pe tronsonul Glodeni-Cișău, limite analitice și legislative	73
<i>Adriana Popovici, I. Bughatai:</i> Determinarea gradului de iritație cutanată și oculară după aplicarea unor preparate vegetale	74
<i>A. Gyéresi, Judith Hohmann, Gy. Dombi:</i> Cercetarea spectrală a fotosensibilității unor derivați de 1,4-dihidropindină utilizați în medicația antianginoasă	74
<i>Gh. Feszt, Romanța Lupșa, Iren Bojje, Anca Alexandrescu:</i> Influența medicamentului nourop "piracetam" asupra efectului unor analgezice	75

ORTOPEDIE

<i>C. Ciugudean, L. Seres-Sturm, Ó. Nagy, M. Stoica, A. Bálint, T. Băga, S. Pop:</i> Rezultatele Clinicii de Ortopedie în tratamentul fracturilor diafizare de gambă	77
<i>L. Seres-Sturm, C. Ciugudean, C.A. Bálint, Ó. Nagy, Ileana Slavici-László, M. Stoica:</i> Prevenirea osificării heterotopice în artroplastii de șold, prin administrare de antiflogistice nesteroidice	78
<i>C. A. Bálint, C. Ciugudean, Ó. Nagy, Ileana Slavici-László, T. Băga:</i> Rezultatele tardive ale artroplastii de șold cu endoproteze la bolnavi cu coxartroză secundară la care în prealabil s-au efectuat osteotomii	78
<i>Ó. Nagy, C. Ciugudean, C.A. Bálint, Ileana Slavici-László, T. Băga:</i> Evaluarea rezultatelor postoperatorii tardive în luxația recidivantă de rotulă	79

O.R.L. ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

<i>C. Drașoveanu, Gh. Mulfay, V. Mulfay, Nicușa Măgureanu:</i> Contribuții la etiopatogenia, diagnosticul și tratamentul hipoacuziei brusce instalate	80
<i>C. Drașoveanu, Gh. Mulfay, S. Sabău, Nicușa Măgureanu:</i> Surse de eroare în rinoplastie	80
<i>M. Chiorean, Sanda Copotoiu, B. Chiorean, Daniela Chiorean, I. Viță:</i> Conceptul de "MSOF" în patologie	81
<i>Gh. Mulfay, S. Sabău:</i> Închiderea plăgii după amigdalectomie	82
<i>Gh. Mulfay, Karin Horváth:</i> Contribuții la utilizarea metodei FESS	82
<i>S. Sabău, Nicușa Măgureanu:</i> Modificări oto-rino-laringologice la muncitorii expuși cromului hexavalent	83
<i>B. Chiorean, I. Viță, Sanda Copotoiu:</i> Infecția la bolnavul cu insuficiență renală	83
<i>I. Viță, B. Chiorean, Sanda Copotoiu:</i> Hipertensiunea la bolnavul cu insuficiență renală cronică (Complicații și posibilități terapeutice)	84
<i>Daniela Chiorean, C. Copotoiu, V. Gliga, M. Chiorean:</i> Disfuncția hepatică la bolnavul chirurgical	84
<i>Ediț Gogolák-Oldh, M. Chiorean:</i> Asocierea ketaminei în anestezia peridurală cu benzodiazepine intravenoase	85
<i>Sanda Copotoiu, M. Chiorean:</i> Corelații Apache II, oprire cardiocirculatorie - moarte clinică - stare postresuscitare în evoluția bolnavilor critici	85
<i>Adriana Ciobanu, M. Chiorean:</i> Primele rezultate în monitorizarea bolnavilor critici cu ajutorul programului computerizat "INCA"	86
<i>B. Chiorean, S.P. Olaru:</i> Insuficiența sistemică-organică multiplă în obstetrică - ginecologie	87

PATOLOGIE TUMORALĂ EXPERIMENTALĂ

<i>Monica Crișan</i> : Tratamente imunostimulatoare în imunodeficiențele celulare	88
<i>Rodica Rîșca, S. Leucuța, Ioana Berindan, Monica Crișan, L. Madriz</i> : Chimioterapie ținută prin incorporarea citostaticelelor în microsferă biodegradabile .	88
<i>Marina Bârsu, Michaela Giurgiuman, A.M. Hanby</i> : Aportul reacțiilor imunohistochimice în depistarea originii metastazelor	89
<i>J. Jung</i> : Unele particularități imunohistochimice ale tumorilor duodeno-pancreatice	90
<i>Marina Bârsu</i> : Gradingul hiperplaziilor epiteliale mamare ca indicator al factorilor de risc predictiv în apariția și/sau dezvoltarea cancerului	90
<i>Otilia Bojan, Doina Daicovicu, Natalia Galatâr, Angela Rășinaru</i> : Nivelul catepsinei D în țesutul tumoral și țesutul normal al glandei mamare	91
<i>Carmen Stugren, Monica Crișan, L. Lazăr</i> : Studiul imunologic comparativ al melanoamelor maligne și altor tumori cutanate	91
<i>Adela Bara, Claudia Ordeanu</i> : Hormonii steroizi sexuali în cancer	92
<i>Camelia Bar, Adela Bara, Doina Piciu, Mariana Maniu, Z. Uray</i> : Tireoglobulina (TG) marker tumoral în evoluția cancerului tiroidian	92
<i>Doina Daicovicu, Natalia Galatâr, Otilia Bojan</i> : Studiul unor glicoconjugăți tisulari în cancerlele digestive	93
<i>I. D. Postescu, I. Mustea</i> : Evidențierea unor factori negativi ai creșterii tumorale	93
<i>Șoimța Suciu, Ioana Bucur, Doina Daicovicu, Carmen Ganea, Otilia Bojan</i> : Utilizarea fosfatazei alcaline și gama-glutamil transferazei în monitorizarea evoluției bolii canceroase	94
<i>Michaela Giurgiuman, Marina Bârsu, C.D. Olinici</i> : Utilizarea morfometriei în tumorile ovariene	95
<i>Lilla Lörinczi</i> : Contribuții la studiul sensibilității in vitro a tumorilor ovariene la citostatice	95
<i>Stud. C.D. Bârsu anul II</i> : Paralelism între fenomenul apoptoză-necroză . . .	96

STUDII EXPERIMENTALE

<i>L.Seres-Sturm, Clara Brînzaniuc, A.Böjte, F.Buțilcă, E.Fulóp, Z.Opriș, F.Orza, Z.Pávai, I.Țilea</i> : Dinamica osteogenezei periosto-endosteale în calusul fractural experimental	97
<i>L.Seres-Sturm, Clara Brînzaniuc, A.Böjte, F.Buțilcă, E.Fulóp, Z.Opriș, F.Orza, Z.Pávai, Magda Seres-Sturm, I.Țilea</i> : Formarea calusului osos la șobolanii maturi ovariectomizați	97
<i>O.Lakatos, Maria Lakatos, Edit Gogolák, J.Daróczy</i> : Studiul morfologic al segmentului superior al venei safene interne și al joncțiunii safeno-femorale (nota II)	98
<i>O.Lakatos, Carmen Gheorghie, Edit Gogolák, Maria Lakatos</i> : Contribuții la structura și arhitectonica vasculo-biliară perihepatică (nota III) .	99
<i>Edit Gogolák-Oláh, O.Lakatos</i> : Studiul comunicărilor nervoase ale plexului .	99

<i>C. Copotoiu, M. Baghii, Cl. Molnar, C. Molnar, A. Muresan, stud. Corina Popovici:</i> Sutura "bipian deghizata". Studiu clinic și experimental	100
<i>Sanda Piros, I. László, V. Filep:</i> Modificări de ultrastructură survenite la <i>Mycobacterium phlei</i> și la <i>Candida albicans</i> în cursul unor interacțiuni realizate pe culturi de celule	101
<i>G. Simon, I. Bakos, R. Boja, V. Oșan, D. Nicolescu:</i> Compoziția chimică a calculilor urinari în materialul Clinicii Urologice din Târgu-Mureș între anii 1983-1992	102
<i>C. Enculescu, A. Mihăilă:</i> Un caz de malformație congenitală vulvară: anusul vulvar	102
<i>Z. Lőrinczi, E.H. Buhl, Z.S. Han, K. Halasy:</i> Modularea funcției neuronilor granulari în girusul dentat la șobolan	103
<i>Stud. Ioana Jecan:</i> Studiu asupra unor afecțiuni alergice profesionale: astm bronșic profesional și bronșita cronică spastică	103
<i>Stud. S. Bucurescu:</i> Analogie între diviziunea celulară și fenomenul de formare de perechi	104

PATOLOGIE CHIRURGICALĂ

<i>E.V. Bancu, T. Bara, S. Bancu:</i> Megaduoden – rezolvare chirurgicală originală	105
<i>C. Copotoiu, T. Grozescu, M. Baghii, M. Eșianu, V. Bud, T. Bara, A. Strat, C. Borz, A. Lobonțiu, S. Butiurca, C. Molnar:</i> Ocluzii postoperatorii precoce (OPP). Dificultăți de diagnostic și factori de risc	105
<i>S. Bancu, E.V. Bancu, D. Marian:</i> Coborârea colonului transvers pe cale transmezenterică	106
<i>A. Boșianu, T. Georgescu, A. Hîntea, F. Gomotârceanu, D. Cozma, A. Dobre, A. Muresan, Susana Cstzer, B. Eneșel:</i> Considerații clinice, bacteriologice, radiologice și funcționale pe marginea a 15 cazuri de abcese pulmonare operate după procedeul prin "aplatizare-plicaturare, fără sutura fistulelor bronșice", brevet de invenție, OSIM, nr. 1000.135/1989	107
<i>A. Boșianu, T. Georgescu, A. Hîntea, D. Cozma, F. Gomotârceanu, A. Dobre, A. Muresan, Susana Cstzer, B. Eneșel, Daniela Nechifor:</i> Studiu critic pe 65 de decorticări pulmonare	108
<i>V. Bud, C. Copotoiu, M. Eșianu, A. Lobonțiu, S. Strat, S. Olteanu, S. Bancu, M. Baghii:</i> Modificări morfovasculare la nivelul pancreasului restant după rezecții pancreatice cu anastomoza pancreato-jejunală. Aspecte experimentale și critice	108
<i>V. Bud, C. Copotoiu, V.E. Bancu, T. Grozescu, M. Baghii, M. Eșianu, T. Bara, D. Florea, F. Coroș, D. Marian, D. Száva, A. Strat, A. Lobonțiu, D. Zamfir, C. Molnar, S. Butiurca, C. Borz:</i> Traumatismele toracice. Particularități evolutive și terapeutice	109
<i>M. Eșianu, C. Copotoiu, T. Grozescu, M. Baghii, V. Bud, T. Bara, D. Zamfir, F. Coroș, D. Marian, D. Florea, D. Száva, A. Lobonțiu:</i> Pancreatita acută. Tratament chirurgical. Rezultate postoperatorii imediate	110
<i>T. Bara, E.V. Bancu, C. Copotoiu, D. Száva, C. Molnar:</i> Aplicarea în urgență a seromiotomiei anterioare cu vagotomie tronculară posteroară (operația secundară Taylor) în tratamentul ulcerului duodenal complicat	111

<i>V. Bud:</i> Rolul bronhoscopiei în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor bronho-pulmonare	111
<i>D. Zamfir, V. Bud, D. Marian:</i> Cancerul inaparent al veziculei biliare	112

BOLI INTERNE ȘI SPECIALITĂȚI INRUDITE

<i>S. Rândașu, Codruța Gaița:</i> Aspecte clinice și terapeutice behavioriste în abordarea tulburărilor de dinamică sexuală	113
<i>O. Bușiu, S. Morariu:</i> Considerații privind dermatozele profesionale la bolnavii internați în Clinica de Dermatologie în perioada I I 1991 - 2 II 1992	113
<i>O. Bușiu, S. Morariu:</i> Tratamentul clinic și ambulator al psoriazisului	114
<i>G. Stanciu:</i> Hepatoscintigrafia în ciroze	115
<i>G. Stanciu:</i> Radioiodocaptarea: indicații, concordanțe și controverse față de scintigrafia tiroidiană	116
<i>Gh. Vasilescu, I. Gh. Totoianu:</i> Nivelul tiroglobulinei serice în gusa difuză și nodulară la pacienții din zone cu carență în iod	117
<i>L. Nüszl, Ana-Maria Palkó:</i> Observații privind patologia cutanată la sugari, copii și adolescenți	118
<i>Ana Bratu, Ligia Bancu, Simona Bășaga, Imola Török, C. Ducea:</i> Cauzele icterului obstructiv într-un lot de 200 bolnavi icterici	118
<i>Ana Bratu, Simona Bășaga, Smaranda Demian, Ligia Bancu, Imola Török, C. Ducea:</i> Cauzele discordanței între diagnosticul inițial și cel final de strictură coledociană benignă	119
<i>Ana Bratu, Imola Török, Smaranda Demian, Ligia Bancu, Simona Bășaga, C. Ducea:</i> Simptomele cu putere discriminatorie și cele cu importanță diagnostică în icterul acut medicamentos. Rezultanta statistică	120
<i>Ana Bratu:</i> Contribuția Clinicii Medicale nr. 1 în cadrul programului european de cercetare a icterului (Euricterus)	120
<i>G. Oltean, C. Ducea:</i> Perturbări ale hemostazei prin modificări ale fibrinogenului în hepatopatii cronice	121
<i>M. Buruian, A. Madaras, C. Stoica jr., L. Axenie:</i> Evaluarea computer-tomografică a aspectelor traumatice cranio-cerebrale imediate în T.C.C. acute	122
<i>C. Stoica jr., M. Buruian:</i> Considerații clinice și computer-tomografice asupra unui caz de hematom subdural cronic	122
<i>M. Buruian:</i> Considerații clinice și computer - tomografice privind malformația Arnold - Chiari	123
<i>O. Corfariu, Ioana Dulău:</i> Aplicarea clinică a analizei matematice în electroencefalografie. Prezentarea rezultatelor și dialogul cu clinicianul	123
<i>O. Corfariu:</i> Modificările intervalului în electroencefalografia stării de repaus, hiperventilație și activitate mintală (ecforare și utilizare)	124
<i>Simona Bășaga, G. Oltean, Ligia Bancu, Ana Bratu, Ilona Csídey, Corina Ureche, C. Ducea:</i> Valoarea simptomatologiei și a modificărilor endoscopice în diagnosticul gastroesofagian	125

UROLOGIE

<i>D. Nicolescu, I. Bakos, V. Oșan, I. Negruț:</i> Experiența noastră în rezecția transuretrală a tumorilor vezicale (TUR.V)	126
<i>D. Nicolescu, V. Oșan, I. Bakos, M. Imbăruș, I. Negruț:</i> Locul rezecției transuretrale în cancerul de prostată	127
<i>D. Nicolescu, I. Bakos, L. Schwartz, O. Golea:</i> Intervenții endoscopice particulare: diverticul vezical, calcul ureteral intramural, ureterocel și calcul, calcul vezical pe fir, injectare intraparietală de peroxinorm (Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)	127
<i>D. Nicolescu, L. Schwartz, I. Bakos, R. Boja:</i> Prelucrarea pe calculator a tehnicii TUR. P. (Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)	128
<i>D. Nicolescu, L. Schwartz, R. Boja, I. Negruț:</i> Litotriția vezicală. (Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)	128
<i>D. Nicolescu, I. Bakos, C. Catarig, S. Nedelcu:</i> Uretrotomia internă. (Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)	129
<i>D. Nicolescu, L. Schwartz, M. Imbăruș, V. Oșan:</i> Incizia transuretrală a prostatei (Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)	129
<i>D. Nicolescu, I. Bakos, V. Oșan, O. Golea, R. Boja:</i> Rezecția transuretrală a prostatei (TUR.P). (Videofilm VHS, durata 15 min.)	130
<i>D. Nicolescu, V. Oșan, Carmen Simion, R. Boja:</i> Litotriția extracorporeală în tratamentul litiazei reno-ureterale: indicații și principii terapeutice (ESWL)	130
<i>I. Bakos, V. Oșan, R. Boja, D. Nicolescu:</i> TUR.V diferențial. (Poster)	131
<i>R. Boja, C. Catarig, C. Cariuț, S. Nedelcu, D. Nicolescu:</i> Variante tehnice de rezolvare endoscopică a stricturilor uretrale	132
<i>V. Oșan, M. Imbăruș, C. Cariuț, O. Golea, D. Nicolescu:</i> Tratamentul endoscopic al sclerozei de col vezical după adenomectomia transvezicală și transuretrală	132
<i>O. Golea, R. Boja, S. Nedelcu, T. Tohani, D. Nicolescu:</i> Aportul ecografiei în diagnosticul cancerului renal	133

OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE

<i>P.S. Olariu, Rodica Mureșan, Rodica Făgărășan, L. Pușcașiu, C. Molnar, Minodora Dobreanu:</i> Epidemiologia patologiei obstructive a tractului genital în contextul tulburărilor de reproducere la femei	134
<i>C. Rădulescu, Carmen Rădulescu, Agneta Kovács, Cs. Keresztes:</i> Apoplexia utero-placentară din materialul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie nr.2 din Târgu-Mureș, pe un interval de 17 ani (1976-1992)	135
<i>C. Rădulescu, Caterina Gliga, Carmen Popa, stud. Z. Gál:</i> Incidența sindromului de amenoree-galactoree și sterilitate diagnosticat într-un serviciu ambulator	135
<i>Agneta Kovács, Carmen Cojocaru, Cs. Keresztes:</i> Operația cezariană în dezlipirea prematură a placentei normal inserate sau apoplexia uteroplacentară. Studiu clinic pe un interval de 10 ani	136
<i>Minodora Dobreanu, C. Molnar, S. P. Olariu:</i> Studiul clinic și statistic al complicațiilor după avort autorizat	137

<i>L. Nagy, Carmen Popa: Valoarea comparativă a cardiocografiei neinvazive și invazive în diagnosticul suferinței fetale</i>	138
<i>C. Rădulescu, Caterina Gliga, Carmen Rădulescu: Examenul citotumoral cervical la gravidele în primul trimestru de sarcină</i>	139
<i>C. Rădulescu, O. Corbeanu, M. Gliga: Impactul unui citoscreening sistematic asupra depistării precoce a cancerului de col uterin</i>	139
<i>C. Rădulescu, O. Corbeanu, M. Gliga: Verificarea prin LHCL a eradicării procesului malign în macrocarcinomul de col uterin după iradiere</i>	140
<i>Angela Borda: Sistemul Bethesda - o nouă modalitate de raportare a diagnosticului citopatologic cervicovaginal</i>	141
<i>Carmen Rădulescu, C. Rădulescu: Tipul histopatologic și gradul de malignitate, factori de evaluare prognostică în tumorile maligne de ovar</i>	142

PEDIATRIE

<i>Z. Pap, E. Vass, L. Barabás, Minodora Nistor: Probleme actuale privind hepatitele A, B, C, D, E și hepatitele cauzate de alte virusuri</i>	143
<i>Z. Pap, Doina Drașoveanu, Julieta Dunca, Adrienne Horváth: Eficacitatea Ceclor-ului administrat în clinică și ambulator</i>	143
<i>C. Rusnac, Lucia-Sanda Fetea, Emilia Cojocaru, Stela Popa: Considerații asupra bolii Hand-Schüller-Cristian</i>	144
<i>Despina Maria Baghiu, I. Munteanu: Câteva considerații clinice și hematologice asupra tratamentului leucemiei acute limfoblastice la copil</i>	145
<i>Doina Drașoveanu, Virginia Bodescu, E. Balint: Otomastoidita latentă a sugarului – o capcană pentru pediatri</i>	146
<i>Adrienne Horváth, Z. Pap: Actualități în imunopatogenia bolii celiace</i>	146
<i>Lucia-Sanda Fetea, C. Rusnac, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean, L. Neagoy: Considerații clinico-biologice privind suferința hepatică din lambliază, pe baza datelor din literatura de specialitate și a unor observații personale</i>	147
<i>Julieta Dunca, Minodora Nistor, Ildikó Bódizs, S.Daniel: Studiul hemoglobinei glicozilate la copiii cu diabet zaharat</i>	147
<i>Julieta Dunca, Z. Pap, E. Balint, Minodora Nistor, Ildikó Bódizs: Incidența diabetului zaharat la copii sub 4 ani aflați în evidența Clinicii de Pediatrie nr.2 din Târgu-Mureș</i>	148
<i>Stud. Oana Țigănescu, I. Munteanu, Virginia Bodescu: Despre factorii determinanți și favorizanți ai rahitismului carențial</i>	148

PROBLEME DE IGIENĂ

<i>C. Bedó, Rumona Ureche, Z. Ábrám, I. Domahldi, Gabriela Suci, Dana Micu, L. Bukaresti, I. Máthé, Anca Dărăbuz, Ibohya András, Márta Ajtay, Gyöngyi Duduz, M. Péter, L. Domokos, B. Fazakas, Ileana Bokor, Jolán Kosztán: Variațiile concentrațiilor unor poluanți în apa râului Mureș între anii 1988 - 1992 (Târgu-Mureș - Cipău)</i>	150
<i>I. Domahldi, Ileana Bokor: Cercetarea indicilor de poluare a apei râului Mureș (amoniac, nitriți) în amonte și în aval de municipiul Târgu-Mureș</i>	151

<i>Ramona Ureche, Éva Györfás, A. Suciu, L. Szekrényi, Jolán Koszán: Date comparative privind calitățile de potabilitate ale apei din surse de suprafață și subterane</i>	151
<i>L. Hecser, I. Ács, Ildikó Péter, Viorica Puskás: Observații medico-legale și toxicologie în intoxicații acute cu azotați</i>	152
<i>Evelyn Farkas, Ilona Görög, V. Nagy: Aplicarea testului "Jenkins" în examinările preventive de masă (screening)</i>	153
<i>Evelyn Farkas, V. Nagy, E. I. Farkas: Utilizarea unui model cibernetic la cercetarea incidenței îmbolnăvirilor în acțiunile de screening</i>	153



REVISTA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE ORVOSI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI SZEMLE

THE PUBLICATION OF THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND
PHARMACY, TÂRGU-MUREȘ

Editors Office: 4300 Târgu-Mureș, str. Gh. Marinescu nr. 38, tel.: 15551, fax: 30804
România

1993, vol. 39

Nr. 1

JANUARY-JUNE

SUMMARY

CURRENT ISSUES OF PATHOLOGY

- Hélène Peller*: Aid to the clinician of urinary cytology in phase contrast 5
- J. Cousin, M.F. Croquette, B. Delobel, G. Vitu*: Interest in karyotype in complete resolution in neuropediatrics 6
- S. Bologa, E. Neagoe, Fl. Nicula, D. Eniu*: Conditions of "preserving surgery" in cancer of the breast 7
- I. Pascu, C. Enăchescu*: Computerized model of Willis' circle
Note II: Simulating stenoses and occlusions of internal carotid arteries and basilar artery in the presence of an "ideal" Willis' circle 8
Nota III: Simulating anomalies of the Willis' circle 8
Nota IV: Simulating stenoses and occlusions of internal carotid arteries and basilar artery in the presence of the main anomalies of the Willis' circle 9
- L. Popoviciu, Daniela Delast-Popoviciu, I. Bogatha*: Computerized polysomnographic and electroencephalographic clinical investigations in narcolepsia REM (Gélineau's disease) 10
- C. Duda, E. Mody, M. Ilca, Ligia Bancu, Simona Bățaga, Gina Suciu, Smaranda Demian, Corina Ureche, R. Macavei*: Role of inflammatory processes in ischemic heart disease and diabetes mellitus 11
- R. Deac*: New developements in the physiology and surgery of the cardiac mitral valve 11
- D. Nicolescu, O. Golea, C. Cantâr, I. Negruț, R. Boja*: Transurethral resection of vesical tumours. (Videofilm VSH/PAL; 14 min.) 13

CARCIOVASCULAR PATHOLOGY

- M. Sabău, D. Dobreanu, Adriana Habor*: Effectiveness of the criteria of voltage in the electrocardiologic diagnosis of left ventricular hypertrophy 14
- S. Cotoi, D. Dobreanu, E. Carașca, Mirela Duca, Daniela Ciomog, E. Brăzbanic*: "Trigger" mechanisms in atrial arrhythmia studied intracavitarily 15

<i>M. Bîrsan, R. Ionescu: Role and result of surgical therapy in the pathology of mitral valve</i>	15
<i>C. Georgescu, M. Ștefănescu, Mihaela Opreș, A. Matei, Adriana Mitre, S. Micu, Liliana Bostan, C. Graur: Intracavitary and transoesophageal electrographic double approach in the diagnosis of left ventricular accessory ways</i>	16
<i>C. Georgescu, Adriana Mitre, Mihaela Opreș, A. Matei, M. Dinesch, S. Micu, M. Mihăilă, Sorana Hila: Ventriculo-atrial retrograde conduction in cases with binodal disease and permanent cardiostimulation VVI</i>	17
<i>E. Carașca, D. Dobreanu, Daniela Ciomos, F. Orșan, S. Cotoi: Transoesophageal electrostimulation in treating supraventricular arrhythmia</i>	18
<i>D. Dobreanu, S. Cotoi, E. Carașca: Theory of chaos in atrial fibrillation</i>	18
<i>Minodora Dobreanu, E. Carașca, D. Dobreanu, Dana Lupa: Correlations between the serum levels of magnesium and certain parameters of fat metabolism in cases of ischaemic heart diseases</i>	19
<i>E. Eged-Zsigmond, G. Simu: Mathematical processing of pulmonary arterial lesions in patients with congenital cardiac malformations</i>	20
<i>C. Șipoș, P. Kikeli, L. Toma: Incidence of atherosclerotic lesions of extracranial carotid arteries in patients with ischaemic heart disease</i>	21
<i>L. Hecser, V. Hădăreanu: Sudden death and coronary thrombosis: forensic and morphological observations in 72 cases</i>	21
<i>Gina Suciu, Z. Brassai, Gabriela Velejti, Smaranda Demian, Ligia Bancu, C. Duda: Clinical and angiographical studies in Raynaud's syndrome</i>	22
<i>Corina Ureche, Z. Brassai, Gabriela Velejti, Pirooska György, Ligia Bancu, C. Duda: Viscosimetrical investigations in Raynaud's syndrome cases</i>	23
<i>Pirooska György, Z. Brassai, Emese Györi, Gina Suciu, Corina Ureche, A. Puskás, C. Duda: Study on fat and sugar dysmetabolism in chronic obliterant arteriopathies of the limbs</i>	23
<i>C. Șipoș, V. Popa, H. Tunas: Evaluation of haemodynamic parameters in arteriovenous cerebral malformations by transcranial Doppler ultrasonography</i>	24
<i>C. Șipoș, V. Popa, L. Toma: Moyamoya disease - ultrasonographic, arteriographic and computer tomographic study</i>	25
<i>A. Puskás, Z. Brassai, Emese Györi, Gina Suciu, Corina Ureche, C. Duda: Hypolipemia-causing effect of some haemorrhologic drugs</i>	26
<i>Doina Podoleanu, D. Dobreanu, E. Carașca, Al. Incze, H. Popa, S. Cotoi: Ketanserin in the treatment of arterial hypertension</i>	26

CLINICAL TUMOURAL PATHOLOGY

<i>T. Georgescu, A. Boțianu, A. Dobre, C. Crăciun, V. Nistor, P. Ibriczyk, A. Hinteș, F. Gomoștreanu, A. Mureșan, D. Cozma, Anca Roșca, Susana Cstzér, B. Eneșel: Considerations on 602 cases operated on gastric cancer</i>	28
<i>C. Copotaru, V.E. Bancu, T. Grațescu, M. Băghiu, M. Esșaru, S. Bancu, T. Bara, V. Bud, M. Coroș, D. Marian, B. Păltreanu: Primary neoplasm of stomach stump. Surgical treatment. Immediate and postoperative results</i>	28

<i>C. Copotoiu, V.E.Bancu, M.F.Coroş</i> : Intestinal occlusions through colorectal cancer	29
<i>C. Copotoiu, V.E.Bancu, T.Grozescu, M.Baghiu, V.Bud, M.Esianu, T.Bara, D.Zamfir, M.Coroş, D.Florea, D.Száva</i> : Risk factors and early postoperative complications in the surgical treatment of rectal cancer	30
<i>S.Bancu, T.Bara, M.Coroş, D.Marian, E.V.Bancu</i> : Thrombosis of the hepatic artery in certain stomach and pancreas neoplasms with adenopathies of the coelic trunk	31
<i>A.Boşianu, T.Georgescu, A.Hintea, D.Cozma, F.Gomotiŕceanu, A.Dobre, A.Mureşan, Susana Csţér, B.Eneşel, Daniela Nechifor</i> : Surgery of pulmonary metastases of extrapulmonary origin	31
<i>Simona Bătaga, Ligia Bancu, C.Dudea, G.Oltean, Ana Bratu, Ilona Csıdey, Corina Ureche</i> : Role of superior digestive endoscopy in revealing and monitoring gastric precancerous lesions	32
<i>G.Oltean, Smaranda Demian, Simona Bătaga</i> : Clinical and therapeutical aspects in mediastinal lymphomas	33
<i>M. Buruian, L.Axente, V.Bud</i> : Value of percutaneous puncture-biopsy under computer- tomographic guidance in the positive diagnosis of thoraco- mediastino- pleuropulmonary tumours	33
<i>M.Buruian</i> : Computer- tomographic diagnosis in hypophysial microadenomas	34
<i>M.Buruian</i> : Computer- tomographic diagnosis of acoustic neurinomas	34
<i>Smaranda Demian, G.Oltean, C.Dudea</i> : Neoplastic agglomeration in malignant haemopathy cases	35
<i>F.Benedek, P.Valics, Erzsébet Lázár, A.Nagy</i> : Acute plasmocytic leukaemia . . .	36
<i>I.Benedek, Erzsébet Lázár, L.Török, D.Bratu</i> : Puncture-biopsy in the bone- marrow through the method of diagnosis and evaluation in haematological and neoplastic diseases	36

INFECTIOUS AND IMMUNOLOGICAL PATHOLOGY

<i>J. Cousin, E. Dehecq, C. Spyckerelle, G. Vitu</i> : Infection with haemophilus in the suckling: issue of the day and prevention	38
<i>B. Fazakas, Erikó Barabás, Mária Korponay</i> : Some clinical and epidemiological aspects of hymenolepidosis	38
<i>Rodica Pascu, Carmen Chiriac, Rodica Urcan, Paula Bakos, I. Csáki, Mihaela Şerban, Brînduşa Ţilea</i> : Clinical and epidemiological characteristics of HIV/AIDS infection in the infant	39
<i>I. László, M. Péter, L. Domokos, B. Fazakas, D. Nicolescu, Sanda Piros, B. Sebe, Lilla Lőrinczi, Erikó Barabás, V. Filep</i> : Amelioration of aetiologi- cal diagnosis in acute and chronic urethroprostatitis cases	40
<i>Cristina Golea, Monica Sabău, Monica Dănilă, Simona Stouř, Aurălia Cojan, E. Szics, R. Czéhula</i> : AGHBs- positive acute viral hepatitis round the town of Reghin	41
<i>Ligia Bancu, Simona Bătaga, Ilona Csıdey, Ana Bratu, C. Dudea, Ana Maria Stauder</i> : Clinical and morphological study on gastritis with <i>Helicobacter pylori</i>	41
<i>Ligia Bancu, Ilona Csıdey, Simona Bătaga, Ana Bratu, Corina Ureche, Adrianu Sărbău</i>	

<i>C. Duda: Infection with Helicobacter pylori in duodenal ulcer patiens</i>	42
<i>Daniela Dobru: Involvement of Helicobacter pylori infection revealed endoscopically in the non-ulcerous dyspeptic syndrome</i>	43
<i>Carmen Chiriac, Rodica Parcu, Rodica Urcan, Brîndușa Țilea, Adriana Achim, Eva Kiss: Clinical observation on the focus of trichinellosis in the town of Târgu-Mureș</i>	44
<i>Ana Popescu, D. Georgescu: Role of inflammation mediators in septic states</i>	44
<i>Eduard Pécsai, I. Benedek, D. Bratu: Correlation between iron deficiency in the body and infectious states</i>	45
<i>Ana Popescu, Eva Kiss, E. Moldovan: "Quo ad vitam" prognosis in the child with purpura fulminans (considerations on two clinical observations)</i>	46
<i>Monika Szabó, I. Benedek, D. Bratu: Autoimmunity, autoimmune diseases - practical considerations</i>	46
<i>Smaranda Demian, Z. Brassai, E. Mody, Andrea Buda-Mirzai, Gina Suciu: Study on cellular and humoral immunity</i>	47
<i>G. Obeur, C. Duda: Modifications of humoral immunity in iron deficiency anaemia</i>	48
<i>Lia Georgescu, Anca Cozoș, O. Bodea: Clinical characteristics of male collagenosis cases</i>	48
<i>Lia Georgescu, Anca Cozoș, O. Bodea, Anamaria Nágó: Fibromyalgic composition in major collagenoses, - diagnostic and therapeutical aspects</i>	49
<i>P. Valics, I. Benedek, I. Benedek: Immuno-allergic vascular purpura in a case of mitro-aortic valvulopathy</i>	50
<i>Lia Georgescu, Anca Cozoș, O. Bodea: Chest pain - a common symptom of ankylosing spondylarthritis</i>	50
<i>I. Benedek, Erzsébet Lázár, Katalin Tompa, I. Jung, G. Simu: Adenopathies with monoclonal lymphoproliferation, their theoretical and practical importance</i>	51
<i>Csilla Todea: Considerations regarding cortisone treatment in infantile bronchial asthma</i>	51
<i>Ana Popescu: Therapeutical prospects in severe septic states</i>	52

PROBLEMS OF DENTISTRY

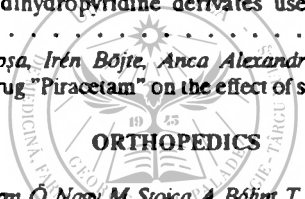
<i>L. Rácz, Magda Seres Szurm, Iulia Husar, Daniela Vasilescu: Gnato-palatoschysis associated with heterotopy and heterodontia in the adult</i>	53
<i>Șt. Bocskay, Monica Monea: Current issues in endodontic therapy. Aspects from the 2nd World Congress of endodontics, 25-27 June 1992, Paris</i>	53
<i>Szud. Cristina Capotâ: Manifestations at the level of mouth cavity associated with HIV infection</i>	54
<i>A. Monea, Șt. Bocskay, Monica Monea, Ileana Roman, O. Manolache, M. Pop, stud. Delia Barb: Parodontal condition of young people appreciated by CPITN indexes</i>	54
<i>Szud. Cristina Mușat: Certain aspects of iatrogeny in the therapy of simple caries</i>	55
<i>Monica Monea, Al. Monea, Șt. Bocskay, M. Pop, stud. Claudia Andreescu: In vitro</i>	

investigations on the marginal closure of certain auto- and photopolymerizable composite materials	55
<i>Stud. Mihai Mărcăuțeanu: Utilization of laser in odontology</i>	56
<i>M. Pop, Șt. Bocskay, Monica Monea, stud. Livia Murgu, anul IV: In vitro studies concerning the tightness of apical closure of various materials of radical obturation</i>	56
<i>L. Ieremia, I. Maștei, S. Popșor, Sorina Horga, Daniela Borda, Dorela Gabor: Gerontognatoprosthetic researches regarding the consequences of malnutrition</i>	57
<i>I. Maștei, L. Ieremia, S. Popșor, Mihaela Ionescu: Differentiated evaluation of movable partial dentures</i>	57
<i>S. Popșor, L. Ieremia: Utility and limits of electromyographic examination in gnatoprosthetics</i>	58
<i>Sorina Horga, L. Ieremia: Contributions to the formation of anamnesis index in order to detect bruxism</i>	58
<i>L. Ieremia, I. Maștei, S. Popșor, stud. Ildikó Fok: Various possibilities of overdenture</i>	59
<i>S. Popșor, C. Cindea, Anda Căbușaru: Aspects of determination and recording of intramaxillary relations by methods of disaccustoming</i>	59
<i>Sorina Horga, stud. Daniela Păuna: Clinical aspects concerning bruxism. Statistics of a group of students of the Faculty of Dentistry, UMPH, Târgu- Mureș</i>	60
<i>D. Kovács, R. Vărneanu, Gh. Naftali: Lichen planus in the mouth as precancerous lesion</i>	60
<i>Mariana Păcurar, G. Oltean: Value of buccal manifestations in haematological conditions in dental practice</i>	61
<i>D. Kovács, R. Vărneanu, Gh. Naftali: Total free skin graft in treating facial defects</i>	61
<i>D. Kovács, R. Vărneanu: Our experience in treating congenital cleft lips by Le Mesurier's method</i>	62

PROBLEMS OF PHARMACY

<i>C. Csedő, D. Manns, Maria Gáspár, Sigrid Eșianu, Mărioara Monea: Sterinic compounds from hazelnut leaves (Coryli folium)</i>	63
<i>Viorica Hodișan, M. Kory, Constanța Vlăduț-Vasilan: Anti-inflammatory action of certain vegetal extracts</i>	64
<i>I. Fülzi, L. Fülöp: Advances in investigating bryophytes in order to find out some new organic compounds as a possible therapeutical action</i>	64
<i>Z. Kisgyörgy: Contributions to evaluating the ethereal oil content of Origanum vulgare L.</i>	65
<i>Mărioara Monea, C. Csedő: Echinacea purpurea - Prospect of using total extracts in therapy. Phytochemical study</i>	66
<i>L. Formanek, Elisabeta Răcz-Koňilla: Researches on the therapeutical value of certain pharmaceutical forms of madder (Rubia tinctorum L.)</i>	67
<i>Lumunița Sumălan, Maria Neampu, Mioura Coman: Complex combinations of Cu(II) and Pd(II) with 2-N-acetyl salicyliden-hydrazin-thiazolyl 4-substitutes</i>	67
<i>Mărioara Olariu, Adela Sărbomă: Evaluation of the catalytic action of Cu²⁺ ion</i>	67

in the redox system of toluidine blue - β mercaptopropionic acid	68
<i>B. Tékés, Gabriela Sucu: Contributions to the polarography of carbonylic compounds</i>	69
<i>Dana Sava, Elma Cereș, M. Buză: Preparation and characterization of the polymorphs of paracetamol</i>	69
<i>Silvia Dușa, Daniela Muntean, Izabella Fóris: Using biopotentiometry with platinum electrodes previously treated at the indication of the equivalence point in the nitritometric titration of sulphanylic acid</i>	70
<i>Felicia Loștur, I. Pașca: Evaluating the genotoxicity of lithium carbonate</i>	71
<i>Mariana Pulage, O. Horer, Enikő Virágh: Evaluating of benz-a-pyrene in the perilous industrial branches</i>	71
<i>Z. Ábrám, C. Bedő, Ramona Ureche, Jolán Kosztán: Study of vitamin C content of some foods during winter</i>	72
<i>Z. Ábrám, E.S. Vizi, A. Dienes: Comparative study of the presynaptic and postsynaptic effects of inorganic mercury and zinc</i>	72
<i>Silvia Dușa, Maria Ajtay, Ramona Ureche, I. Máthé, Izabella Fóris: Qualitative state of the Mureș river's water in 1980-1992, in the area of Glodeni-Cișău, - analytical and legislative limits</i>	73
<i>Adriana Popovici, I. Baghatai: Determination of the degree of cutaneous and eye irritation after the administration of some vegetal preparations</i>	74
<i>A. Gyéresi, Judit Hohmann, Gy. Dornbi: Spectral research of the photosensitivity of some of 1,4 dihydropyridine derivates used in the antianginous medication</i>	74
<i>Gh. Feszy, Romanța Lupșa, Irén Bőjte, Anca Alexandrescu: Influence of the neurotropic drug "Piracetam" on the effect of some analgesics</i>	75



<i>C. Ciugudean, L. Seres-Sturm, Ó. Nagy, M. Stoica, A. Bálint, T. Bătaș, S. Pop: Results of the clinic of orthopedics in treating the diaphysal fractures of the shank</i>	77
<i>L. Seres-Sturm, C. Ciugudean, C.A. Bálint, Ó. Nagy, Ileana Slavici-László, M. Stoica: Prevention of heterotopic ossification in hip arthroplasty by administration of non-steroid antiphlogistics</i>	78
<i>C. A. Bálint, C. Ciugudean, Ó. Nagy, Ileana Slavici-László, T. Bătaș: Late results of hip arthroplasty with endoprotheses in patients with secondary coxarthrosis who had previously been subjects to osteotomy</i>	78
<i>Ó. Nagy, C. Ciugudean, C.A. Bálint, Ileana Slavici-László, T. Bătaș: Evaluation of late postsurgical results in recidivant luxation of the kneecap</i>	79

OTORHINOLARYNGOLOGY AND INTENSIVE THERAPY

<i>C. Drașoveanu, Gh. Mulfay, V. Mulfay, Nicuța Măgureanu: Contributions to the etiopathogenesis, diagnosis and treatment of sudden hypoacusia</i>	80
<i>C. Drașoveanu, Gh. Mulfay, S. Sabău, Nicuța Măgureanu: Sources of errors in rhinoplasty</i>	80
<i>M. Chiorean, Sanda Copotou, B. Chiorean, Daniela Chiorean, I. Viță: The</i>	

"MSOF" concept in pathology	81
<i>Gh. Mulfay, S. Sabău</i> : Healing of the wound after amigdaloidectomy	82
<i>Gh. Mulfay, Karin Horváth</i> : Contributions to the use of the FESS method	82
<i>S. Sabău, Nicuța Măgureanu</i> : Otorinolaryngologic modifications in workers exposed to hexavalent chrome	83
<i>B. Chiorean, I. Viță, Sanda Copotoiu</i> : Infections in patients with renal insufficiency	83
<i>I. Viță, B. Chiorean, Sanda Copotoiu</i> : Hypertension in patients with chronic renal insufficiency (complications and therapeutic possibilities)	84
<i>Daniela Chiorean, C. Copotoiu, V. Gliga, M. Chiorean</i> : Hepatic dysfunction in patients with surgical complaints	84
<i>Edit Gogolák-Oláh, M. Chiorean</i> : Association of khaetomin in peridural anesthesia with intravenous benzodiazepine	85
<i>Sanda Copotoiu, M. Chiorean</i> : Apache II correlations, cardiocirculatory stop-clinical death, postresuscitation state in the evolution of critical patients	85
<i>Adriana Ciobanu, M. Chiorean</i> : First results in monitoring of critical patients by means of the "INCA" computerized program	86
<i>B. Chiorean, S.P. Olariu</i> : Multiple systemic-organic insufficiency in obstetrics-gynecology	87
<i>L. Băilă, I. Viță, B. Chiorean, Sanda Copotoiu</i> : Nutrition in patients with renal insufficiency	87

EXPERIMENTAL TUMORAL PATHOLOGY

<i>Monica Crișan</i> : Immunostimulative treatments in cellular immunodeficiency	88
<i>Rodica Rîșca, S. Leucuta, Ioana Berindan, Monica Crișan, L. Madriz</i> : Targeted chemotherapy by incorporation of cytostatics in biodegradable microspheres	88
<i>Marina Bârsu, Michaela Giurgiușman, A.M. Hanby</i> : Contribution of immunohistochemical reactions in finding out the origin of metastases	89
<i>J. Jung</i> : Some immunohistochemical peculiarities of the pancreaticoduodenal tumours	90
<i>Marina Bârsu</i> : Grading of mammal epithelial hyperplasia as a predictive indicator of risk factors in the appearance and/or development of cancer	90
<i>Otilia Bojan, Doina Daicovicu, Natalia Galatâr, Angela Rășinaru</i> : Level of cathepsin D in the tumoral and normal tissue of the mammal gland	91
<i>Carmen Stugren, Monica Crișan, L. Lazăr</i> : Comparative immunologic study of malignant melanoma and other cutaneous tumours	91
<i>Adela Bara, Claudia Ordeanu</i> : Sexual steroid hormones in cancer	92
<i>Camelia Ban, Adela Bara, Doina Piciu, Mariana Maniu, Z. Uray</i> : Marker thyreoglobulin (TG) in the evolution of thyroid cancer	92
<i>Doina Daicovicu, Natalia Galatâr, Otilia Bojan</i> : Study of some tissular glycoconjugates in digestive cancers	93
<i>I. D. Postescu, I. Mustea</i> : Pointing out some negative factors in the tumoral growth	93
<i>Șoimîța Sucu, Ioana Bucur, Doina Daicovicu, Carmen Ganea, Otilia Bojan</i> : Use of the	

alkaline phosphatase and gamma-glutamyl transpherase in monitoring the evolution of cancerous disease	94
<i>Michaela Giurgiuaman, Marina Bârsu, C.D. Olinici: Use of morphometry in ovarian tumours</i>	95
<i>Lilla Lőrinczi: Contributions to the study of sensitivity in vitro of the ovarian tumours when treated with cytostatics</i>	95
<i>Stud. C.D. Bârsu: Parallelism between the phenomenon of apoptosis-necrosis</i>	96

EXPERIMENTAL STUDIES

<i>L.Seres-Sturm, Clara Brinzaniuc, A.Bôjte, F.Bușilcă, E.Fülöp, Z.Opriș, F.Orza, Z.Pávai, I.Țilea: Dynamics of the periosto-endosteal osteogenesis in experimental fractural callus</i>	97
<i>L.Seres-Sturm, Clara Brinzaniuc, A.Bôjte, F.Bușilcă, E.Fülöp, Z.Opriș, F.Orza, Z.Pávai, Magda Seres-Sturm, I.Țilea: Formation of osseous callus in adult ovariectomized rats</i>	97
<i>O.Lakatos, Maria Lakatos, Edit Gogolák, J.Daróczi: Morphologic study of the upper segment of internal saphena vena and of the sapheno-femoral junction</i>	98
<i>O.Lakatos, Carmen Gheorghe, Edit Gogolák, Maria Lakatos: Contributions to the perihepatic vasculo-biliary structure and architectonics (Note III)</i>	99
<i>Edit Gogolák-Oláh, O.Lakatos: Study of the nervous connections of the plexus</i>	99
<i>Ć.Copotou, M.Baghiu, Cl.Molnar, C.Molnar, A.Mureșan, stud. Corina Popovici: "Disguised" biplanar suture, clinical and experimental study</i>	100
<i>Sanda Piroș, I.László, V.Filip: Modifications in ultrastructure happened in Mycobacterium phlei and Candida albicans in the course of some interactions achieved on cell cultures</i>	101
<i>G. Simon, I. Bakos, R. Boja, V. Oșan, D. Nicolescu: Chemical composition of urinary calculus obtained by the Clinic of Urology of Târgu-Mureș between 1983-1992</i>	102
<i>C.Enculescu, A.Mihăilă: A case of congenital valvar malformation: the vulvar anus</i>	102
<i>Z. Lőrinczi, E.H.Buhl, Z.S. Han, K. Halasy: Modulation of granular neurons function in rats with dentate gyrus</i>	103
<i>Stud. Ioana Jecan: Study on some professional allergic affections: professional bronchial asthma and chronic spastic bronchitis</i>	103
<i>Stud. S. Bucurescu: Analogy between cellular division and the formation of pairs phenomenon</i>	104

SURGICAL PATHOLOGY

<i>E.V. Bancu, T. Bara, S. Bancu: Megaduodenum- original surgical solution</i>	105
<i>C.Copotou, T.Grozescu, M.Baghiu, M.Eșianu, V.Bud, T.Bara, A.Strat, C.Borș, A.Lobonțiu, S.Buzurca, C.Molnar: Precocious postsurgical occlusions (O.P.P.). Difficulties of diagnosis and risk factors</i>	105
<i>S.Bancu, E.V.Bancu, D.Marian: Lowering of transverse colon of trans-</i>	

mezenteric way	106
<i>A. Bopariu, T. Georgescu, A. Hinteá, F. Gomotárceanu, D. Cozma, A. Dobre, A. Mureşan, Susana Csztér, B. Eneşel:</i> Clinical, bacteriological, radiological and functional considerations in 15 cases with pulmonary abscesses operated by "flattening and plication" technique, without the suture of bronchial fistulae, patent, OSIM, no. 1000.135/1989	107
<i>A. Boşianu, T. Georgescu, A. Hinteá, D. Cozma, F. Gomotárceanu, A. Dobre, A. Mureşan, Susana Csztér, B. Eneşel, Daniela Nechifor:</i> Critical study on 65 pulmonary decortications	108
<i>V. Bud, C. Copotoiu, M. Eşianu, A. Lobonşiu, S. Strat, S. Olteanu, S. Bancu, M. Baghiu:</i> Morphovascular modifications at the level of the left pancreas after pancreatic resections with pancreato-jejunal anastomosis. Experimental and critical aspects	108
<i>V. Bud, C. Copotoiu, V.E. Bancu, T. Grozescu, M. Baghiu, M. Eşianu, T. Bara, D. Florea, F. Coroş, D. Marian, D. Száva, A. Strat, A. Lobonşiu, D. Zamfir, C. Molnar, S. Buturca, C. Borz:</i> Thorax traumatism. Evolutive and therapeutic peculiarities	109
<i>M. Eşianu, C. Copotoiu, T. Grozescu, M. Baghiu, V. Bud, T. Bara, D. Zamfir, F. Coroş, D. Marian, D. Florea, D. Száva, A. Lobonşiu:</i> Acute pancreatitis. Surgical treatment. Immediate post-operative results	110
<i>T. Bara, E.V. Bancu, C. Copotoiu, D. Száva, C. Molnar:</i> Application in case of emergency of anterior seromyotomy with posterior vagotomy (secondary Taylor operation) in the treatment of complicated gastric ulcer	111
<i>V. Bud:</i> Role of bronchoscopy in diagnosing and treating the bronchopulmonary diseases	111
<i>D. Zamfir, V. Bud, D. Marian:</i> False cancer of the gallbladder	112

INTERNAL DISEASES AND RELATED SPECIALITIES

<i>S. Rândaşu, Codruşa Gaiţa:</i> Clinical and behaviorist therapeutic aspects in approaching the sexual dynamics disturbances	113
<i>O. Butiu, S. Morariu:</i> Considerations regarding professional dermatoses in patients hospitalized in the clinic of dermatology between 1.1.1991-2.2.1992	113
<i>O. Butiu, S. Morariu:</i> Clinical and ambulatory treatment of psoriasis	114
<i>G. Stanciu:</i> Hepatoscintigraphia in cirrhosis cases	115
<i>G. Stanciu:</i> Radioiodocaptation: indications, agreement and controversy regarding thyroid scintigraphy	116
<i>Gh. Vasilescu, I. Gh. Totoianu:</i> Level of serous thyroglobulin in diffuse and nodular goiter in patients from districts that lack iodine	117
<i>L. Nüszl, Ana-Maria Palkó:</i> Observations regarding the cutaneous pathology in sucklings, children and teenagers	118
<i>Ana Bratu, Ligia Bancu, Simona Bâţaga, Imola Török, C. Dudea:</i> Causes of obstructive icterus in a lot of 200 icterus patients	118
<i>Ana Bratu, Simona Bâţaga, Smaranda Demian, Ligia Bancu, Imola Török, C. Dudea:</i> Causes of discordance between the initial and the final	

diagnosis of the benign choledochal stricture

119

<i>Ana Bratu, Imola Török, Smaranda Demian, Ligia Bancu, Simona Bătașaga, C. Ducea</i> : Symptoms with discriminating power and symptoms with importance in diagnosing the medicamentous acute icterus. Statistic results	120
<i>Ana Bratu</i> : Contributions of No. 1 Medical Clinic within the European research program on icterus (EURICTERUS)	120
<i>G. Oltean, C. Ducea</i> : Perturbations of the hemostasia through modifications of fibrinogen in chronic hepatic diseases	121
<i>M. Buruian, A. Madaras, C. Stoica jr., L. Axente</i> : Computer-tomographic evaluation of immediate cerebro-cranio-traumatic aspects in acute TCC	122
<i>C. Stoica jr., M. Buruian</i> : Clinical and computer-tomographic considerations on a case of chronic subdural hematoma	122
<i>M. Buruian</i> : Clinical and computer-tomographic considerations regarding the Arnold-Chiari malformation	123
<i>O. Corfariu, Ioana Dulău</i> : Clinical application of mathematical analysis in electroencephalography. Presentation of results and of a dialog with the clinician	123
<i>O. Corfariu</i> : Modifications of the interval in the electroencephalography of a state of rest, hyperventilation and mental activity (ekphorization and utilization)	124
<i>Simona Bătașaga, G. Oltean, Ligia Bancu, Ana Bratu, Ilona Csidey, Corina Ureche, C. Ducea</i> : Value of symptomatology and of endoscopic modifications in the gastroesophagian diagnosis	125
<i>D. Nicolescu, I. Bakos, V. Oșan, I. Negru</i> : Our experience in the transurethral resection of the vesical tumours	126
<i>D. Nicolescu, V. Oșan, I. Bakos, M. Imbăruș, I. Negru</i> : Place of transurethral resection in the prostatic cancer	127
<i>D. Nicolescu, I. Bakos, L. Schwartz, O. Golea</i> : Peculiar endoscopic interventions: vesical diverticulum, intramural ureteral calculus, ureterocele and calculus, vesical calculus on thr thread, intraparietal injection with peroxinorm. (Videofilm VHS/PAL, 8 min.)	127
<i>D. Nicolescu, L. Schwartz, I. Bakos, R. Boja</i> : Processing the new TUR technique on computer. (Videofilm VHS/PAL, 8 min.)	128
<i>D. Nicolescu, L. Schwartz, R. Boja, I. Negru</i> : Vesical lithotripsy. (Videofilm VHS/PAL, 8 min.)	128
<i>D. Nicolescu, I. Bakos, C. Catarig, S. Nedelcu</i> : Internal urethrotomy. (Videofilm VHS/PAL, 8 min.)	129
<i>D. Nicolescu, L. Schwartz, M. Imbăruș, V. Oșan</i> : Transurethral incision of the prostate. (Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)	129
<i>D. Nicolescu, I. Bakos, V. Oșan, O. Golea, R. Boja</i> : Transurethral resection of the prostate (TUR.P). (Videofilm VHS, 15 min.)	130

<i>D. Nicolescu, V. Oşan, Carmen Simion, R. Boja</i> : Extracorporeal lithotripsy in treating the reno-urethral lithiasis: indications and therapeutic principles (ESWL)	130
<i>I. Bakos, V. Oşan, R. Boja, D. Nicolescu</i> : TUR.V differential. (Poster)	131
<i>R. Boja, C. Catarig, C. Cantâr, S. Nedelcu, D. Nicolescu</i> : Technical variants of solving urethral strictures by means of endoscope	132
<i>V. Oşan, M. Imbârnuş, C. Cantâr, O. Golea, D. Nicolescu</i> : Endoscopic treatment of the vesical cervix sclerosis after transvesical and transurethral adenomectomy	132
<i>O. Golea, R. Boja, S. Nedelcu, T. Tohaci, D. Nicolescu</i> : Contribution of echography in diagnosing the renal cancer	133

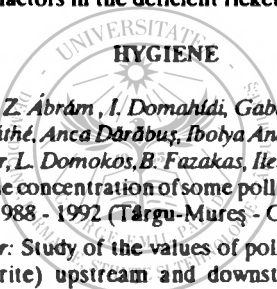
OBSTETRICS - GYNECOLOGY

<i>P.S. Olariu, Rodica Mureşan, Rodica Făgărăşan, L. Puşcaşiu, C. Molnar, Minodora Dobreanu</i> : Obstructive - pathologic epidemiology of the genital tract within the context of disturbances of reproduction in women	134
<i>C. Rădulescu, Carmen Rădulescu, Agneta Kovács, Cs. Keresztes</i> : Uteroplacental apoplexy registered at No. 2 Clinic of Obstetrics - Gynecology of Târgu-Mureş over a period of 17 years (1976-1992)	135
<i>C. Rădulescu, Caterina Gliga, Carmen Popa, sud, Z. Gál</i> : Incidence of amenorrhoea-galactorrhoea and sterility syndrome, diagnosed during an ambulatory service	135
<i>Agneta Kovács, Carmen Cojocaru, Cs. Keresztes</i> : Cesarean section in premature detachment of normal inserted placenta or uteroplacental apoplexy. Clinical study over a period of 10 years	136
<i>Minodora Dobreanu, C. Molnar, S. P. Olariu</i> : Clinical and statistical study of complications following an authorized abortion	137
<i>L. Nagy, Carmen Popa</i> : Comparative value of non-invasive and invasive cardiokography in diagnosing the fetal suffering	138
<i>C. Rădulescu, Caterina Gliga, Carmen Rădulescu</i> : Cervical cytotumoral examination in pregnant women in the first term of pregnancy	139
<i>C. Rădulescu, O. Corbeanu, M. Gliga</i> : The impact of a systematic cytoscreening on the precocious discovering of the uterine cervix cancer	139
<i>C. Rădulescu, O. Corbeanu, M. Gliga</i> : Verification by means of LHCL of elimination of malignant process in the macrocarcinoma of uterine cervix after irradiation	140
<i>Angela Borda</i> : Bethesda system - a new modality of reporting the cervixvaginal cytopathologic diagnosis	141
<i>Carmen Rădulescu, C. Rădulescu</i> : Histopathologic type and degree of malignancy, factors in the prognostic evaluation in malignant tumours of the ovary	142

PEDIATRICS

<i>Z. Pap, E. Vass, L. Barabás, Minodora Nistor</i> : Current problems regarding A, B, C, D hepatitis caused by other viruses	143
<i>Z. Pap, Doina Draşoveanu, Julieta Dunca, Adrienne Horváth</i> : Efficacy of Ceclor administered in clinics and for out-patients	143

<i>C. Rusnac, Lucia-Sanda Fetea, Emilia Cojocaru, Stela Popa: Considerations on Hand-Schuller-Cristian disease</i>	144
<i>Despina Maria Baghiu, I. Munteanu: A few clinical and haematologic considerations on the treatment of acute lymphoblastic leukemia in children</i>	145
<i>Doina Dragoveanu, Virginia Bodescu, E. Balint: Latent otomastoiditis of the suckling - a trap for the pediatrician</i>	146
<i>Adrienne Horváth, Z. Pap: Discoveries in the immunology of the coeliac disease</i>	146
<i>Lucia-Sanda Fetea, C. Rusnac, Maria Floristeanu, Marcela Sigmirean, L. Neagos: Clinical-biological considerations regarding the hepatic suffering in the lamblia-sis, based on data obtained from literature and on personal observations</i>	147
<i>Julieta Dunca, Minodora Nistor, Ildikó Bódizs, S.Dániel: Study on glycosylate haemoglobin in children with diabetic glycosuria</i>	147
<i>Julieta Dunca, Z. Pap, E. Balint, Minodora Nistor, Ildikó Bódizs: Incidence of diabetic glycosuria in children under the age of 4, from the registers of Nr. 2 Clinic of Pediatrics of Târgu-Mureş</i>	148
<i>Stud. Oana Ţigănescu, I. Munteanu, Virginia Bodescu: Determining and favorizing risk factors in the deficient rickets</i>	148



<i>C. Bedó, Ramona Ureche, Z. Ábrám, I. Domahldi, Gabriela Suciú, Dana Micu, L. Bukaresti, I. Máthé, Anca Dărăbuş, Ibohya András, Mária Ajtay, Gyöngyi Dudutz, M. Péter, L. Domokos, B. Fazakas, Ileana Bokor, Jolán Kosztán: Variations in the concentration of some pollution factors in the Mureş river between 1988 - 1992 (Târgu-Mureş - Cipău)</i>	150
<i>I. Domahldi, Ileana Bokor: Study of the values of pollution in the Mureş river (ammonia, nitrite) upstream and downstream from the town of Târgu-Mureş</i>	151
<i>Ramona Ureche, Éva Gyárfás, A. Suciú, L. Szekrényi, Jolán Kosztán: Comparative data regarding the qualities of drinking water from surface and underground sources</i>	151
<i>L. Hecser, I. Ács, Ildikó Péter, Viorica Puskás: Medico - legal and toxicologic studies in acute intoxications with nitrates</i>	152
<i>Evelyn Farkas, Ilona Görög, V. Nagy: Application of the "Jenkins" test in preventive screening</i>	153
<i>Evelyn Farkas, V. Nagy, E. I. Farkas: Use of a cybernetic model when studying the incidence of getting ill during screening actions</i>	153

**SESIUNEA ANUALĂ DE COMUNICĂRI
ȘTIINȚIFICE A CADRELOR DIDACTICE ȘI
STUDENTILOR
U. M. F. TÂRGU-MUREȘ**



**A III-A REUNIUNE MEDICALĂ FRANCO - ROMÂNĂ
A U.M.F. TÂRGU-MUREȘ**

**LA III-ÈME RÉUNION MÉDICALE FRANCO-ROUMAINE
DE L'U.M.F. TÂRGU-MUREȘ**

20-21 MAI 1993

GÂNDURI PENTRU CERCETĂTORII TINERI

Motto: "Cine își îmbogățesc știința,
își sporește și suferința"

Anonim

Cercetarea științifică este o profundă acțiune de investigație în vederea descoperirii și punerii în evidență a noi achiziții într-un ansamblu sistematic de cunoștințe. În esență, cercetarea științifică este căutarea unor adevăruri ce pot fi verificate. Dintr-un unghi personal, cercetarea științifică este o stare de spirit, ea neputând fi altceva.

Cercetarea științifică nu se poate desfășura fără respectarea unor minime și elementare condiții. Cercetătorul trebuie să aibă trăsături umane elevate și să se încadreze în normele de etică a cercetării științifice.

Cercetătorul trebuie, înainte de toate, să creadă în adevăr. Să nu ia drept realități produsele ideilor sale preconcepute. Să aibă încredere în forțele sale, să se înalte prin puterea fanteziei sale și să nu fie rodul prejudecăților și al reținerilor. Să nu imite și să nu repete ceea ce alții au făcut. Având vaste cunoștințe în domeniul său de cercetare să ducă mai departe ceea ce alții cred că au finalizat. Niciodată să nu poată spune că a ajuns la capăt și să nu considere că rezultatele sale sunt sfârșitul căutărilor. Nemulțumit de sine să tindă permanent pentru depășirea propriilor limite. Să iubească cu venerație munca și progresul. Totodată, să aibă capacitatea inepuizabilă de a suporta eșecurile.

Cercetătorul trebuie să lupte din răspuneri împotriva plafonării și pentru permanentă autodepășire și autoperfecționare. Aflându-se în marș, să aibă o orientare justă. Aceasta presupune crearea unui sistem eficient de lucru. Să aibă o voință de fier și încredere nețărmurită în forțele sale. Să fie dârz, ambițios și perseverent. Să poată renunța oricând la alte valențe ale vieții. Să se deosebească de alții mai ales prin inteligența de a lega lucruri dispersate. Interesul față de ceea ce inițiază ori desăvârșește să fie concret și nelimitat.

Cercetătorul trebuie să promoveze nelncetat schimbarea. Să fie modest și să creadă sincer în principiul "nu eu cu orice preț". Să dedice viitorului clanul și "focul sacru" al tinereții. Să creadă în valoarea intrinsecă a virtuților umane, fiind, mai presus de orice, OM.

ION PASCU Hi! Hi!

PROBLEME ACTUALE DE PATOLOGIE

A III-A REUNIUNE MEDICALĂ FRANCO-ROMÂNĂ A UNIVERSITĂȚII
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE TG.-MUREȘ
LA III-ÈME RÉUNION MÉDICALE FRANCO-ROUMAINE DE L' UMF
TG.-MUREȘ

APPORT POUR LE CLINICIEN DE LA CYTOLOGIE URINAIRE EN CONTRAST DE PHASE

Hélène Peller

Cytologue, Hôpital Claude Bernard
Faculté de Médecine Lyon Grange-Blanche, Lyon

Le microscope à contraste de phase permet l'observation de préparations non colorées. On peut ainsi observer le sédiment urinaire (SU) à l'état vivant, sans les altérations dues à la fixation ou à la coloration.

Les urines sont centrifugées 10 min à 1800 t/min, le surnageant est éliminé à l'exception d'un volume de 0,2 à 1,5 ml selon l'importance du culot, dans lequel le culot est remis en suspension. Une goutte de suspension est observée entre lame et lamelle aux objectifs 25 et 100 avec immersion.

En cas d'hématurie, la morphologie des globules rouges est différente s'ils sont d'origine glomérulaire ou s'ils proviennent d'une autre partie du tractus urinaire, ce qui permet d'orienter les investigations. L'hématurie dite physiologique est de type glomérulaire.

Les *glomérulopathies aiguës* se traduisent par une hématurie glomérulaire, parfois des cylindres (hématiques, granuleux ou granulo-hyalins) souvent une cytolipidurie (cellules ou cylindres lipidiques, gouttelettes libres) et dans quelques cas des lymphocytes et/ou monocytes.

Au contraire, dans les glomérulonéphrites chroniques, le SU est habituellement normal.

Dans les *tubulopathies aiguës* le SU contient des cellules tubulaires rénales, des cylindres granuleux, des débris de cellules et de cylindres.

L'établissement d'un score de 1 à 5 permet d'apprécier l'intensité de la tubulopathie.

Le SU des *néphrites interstitielles aiguës* comporte des cylindres et débris de cylindres aréolaires (formés de leucocytes) et parfois des leucocytes et/ou des lymphocytes/monocytes.

Les *atteintes tubulo-interstitielles* associent des signes tubulaires et interstitiels.

L'observation du SU après greffe de rein permet le diagnostic de rejet aigu (signes tubulaires, lympho-monocytaire).

L'examen du SU permet aussi le diagnostic d'infection urinaire (germes et leucocytes), de parasitoses (oeufs d'ascaris, trichomonas), de mycoses, de cristallurie importante ou anormale.

Les cellules néoplasiques peuvent aussi être mises en évidence, mais en ce cas l'examen en contraste de phase ne peut pas se substituer à la cytologie classique.

Cet examen est le premier indiqué en cas d'hématurie d'origine inconnue. Il permet la surveillance des reins greffés, le diagnostic et le suivi des atteintes rénales aiguës de diverses natures, y compris dans la maladie lupique et au cours des traitements néphrotoxiques. Il est souvent l'argument pour faire, ou non, une biopsie rénale. Il a l'avantage de l'innocuité, de la simplicité et de la rapidité. Il nécessite un observateur expérimenté et tire tout son intérêt d'une information réciproque étroite entre le clinicien et le cytologiste.

INTERET DU CARYOTYPE EN HAUTE RESOLUTION EN NEURO-PEDIATRIE

J. Cousin*, M.F. Croquette**, B. Delobel**, G. Vims*

*Service de Pédiatrie, Hôpital Saint Antoine Lille

**Laboratoire de Cytogénétique, Université Catholique de Lille

La technique d'établissement de caryotype sur prophases décrite par B. Dutrillaux permet d'individualiser trois fois plus de bandes que la méthode classique.

Cet examen est donc très intéressant pour détecter des *microdélétions* qui peuvent, soit confirmer un diagnostic (comme le S. de Willi Prader), soit expliquer certains tableaux polymalformatifs non étiquetés.

Dans certaines observations, en confrontation avec la clinique, cette méthode permet aussi de préciser l'origine de matériel chromosomique excédentaire, soit directement, soit en visualisant une translocation réciproque équilibrée parentale.

Cette technique est aussi plus sensible pour confirmer le caractère déséquilibré d'une translocation de novo.

Enfin, le caryotype en haute résolution permet parfois d'orienter la recherche en biologie moléculaire.

Ces différents points sont illustrés par onze observations personnelles qui montrent que cet examen est d'autant plus performant que la collaboration entre le cytogénéticien et le clinicien est étroite.

CONDIȚIILE "CHIRURGIEI CONSERVATOARE" ÎN CANCERUL DE SÂN

S. Bologa, E. Neagoe, Fl. Nicula, D. Eniu

Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricouță" Cluj-Napoca

În timp, rezultatele extirpării sectorale a cancerului mamar cu evidare axilară și iradiere mamară postoperatorie sunt superpozabile cu cele obținute prin mastectomie radicală Halsted, sau mastectomie radicală modificată (Patey sau Madden). Rezultatele estetice și funcționale ale intervenției conservatoare de organ sunt însă mult superioare. În experiența noastră sunt înregistrate un număr de 204 cazuri cancer de mamar operate conservativ, ceea ce reprezintă 10,4% dintr-un total de 1963 cancer de sân operate.

Rezultatele obținute: a) Din punct de vedere oncologic recurența locală a bolii a fost întâlnită de 6 ori (3%); b) Cele mai bune rezultate estetice și funcționale s-au obținut atunci când evidarea axilei a cuprins doar nivelele I și II, iar radioterapia postoperatorie a fost în doză de 50 Gy centrată doar pe sân, evitând axila; c) Ori de câte ori rezecția tumorii s-a făcut prin cadranectomie, rezultatele estetice au fost mai slabe, mai ales pe sânii mici; d) Incizia unică pentru extirparea tumorii din cadrantul supero-extern, situată însă mai central și pentru evidarea axilei, dă rezultate estetice mult inferioare prin crearea unui fund de sac mamar unde se poate acumula limfa scursă din axilă și suprainfecția supraadăugată adesea acesteia.

Condițiile operației sunt definite de câțiva parametri: a) Tumori de dimensiuni sub 4 cm diametru; b) Axila clinic neinvadată; c) Absența puseului evolutiv acut; d) Posibilitatea unui control periodic la 2-3 luni interval timp de mai mulți ani; e) Pot fi abordate de această manieră și tumorile cadranelor interne și din vecinătatea șantului submamar dacă axila nu este clinic invadată; f) Posibilitatea efectuării de secțiuni microscopice extemporanee din cele 4 puncte cardinale din țesutul restant după extirparea tumorii cu o margine de țesut aparent sănătos de 2 cm grosime în jur; g) Posibilitatea efectuării unui tratament adjuvant radiant centrat pe sân și eventual a unei chimioterapii adjuvante dictată de rezultatul histopatologic al piesei extirpate.

În caz de remanență tumorală se face recuperarea marginilor în țesutul restant, sau mastectomia radicală. Reexcizia după aceleași principii se aplică și recurențelor locale, sau mastectomia radicală.

MODEL COMPUTERIZAT AL POLIGONULUI WILLIS

L. Pascu*, C. Endrăchescu**

*Clinica de Neurologie, **Departamentul de Informatică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Nota II: Simularea stenozelor și a ocluziilor arterelor carotide interne și ale arterei bazilare în prezența unui poligon Willis "ideal"

Spectrul clinic al stenozelor și al ocluziilor arterelor prepoligon Willis (pre-PW) se întinde de la lipsa oricărui semn de leziune cerebrală până la prezența diferitelor tipuri de atacuri ischemice. PW perfect constituit (PW "ideal") oferă mari posibilități de redistribuire a debitului sangvin cerebral (DSC) în arterele post-PW în condițiile scăderii acestuia într-una sau mai multe artere pre-PW.

Reducerea DSC până la întreruperea sa completă într-una din cele două artere carotide interne (ACI) determină: a) redistribuirea simetrică a DSC intra- și post-PW; b) scăderi sau creșteri lineare ale DSC intra-PW și scăderi lineare post-PW; c) creșteri sau scăderi ale DSC prin arterele comunicante, proporționale cu calibrul lor; d) schimbări ale direcției DSC în unele componente ale PW; e) apariția fenomenului de diasthizie, în sensul reducerii DSC în teritoriile arteriale cerebrale colaterale, modificările cele mai mari fiind induse de stenozele ACI stg; f) apariția penumbrei ischemice (PI) în teritoriul arterei cerebrale mijlocii la o reducere cu 85% a DSC din ACI ipsilaterală; g) prezența PI în teritoriul arterei cerebrale ipsilaterale în momentul ocluzionării ACI stg.

Reducerea DSC până la întreruperea sa completă în artera bazilară induce: a) redistribuirea simetrică a DSC intra- și post-PW; b) scăderi sau creșteri lineare ale DSC intra-PW și scăderi lineare ale DSC post-PW; c) apariția PI în teritoriile celor două artere cerebrale posterioare la o reducere cu 95% a DSC.

Compensarea DSC între cele două sisteme carotidiene (SC) prin artera comunicantă anterioară este mai bună decât între SC și sistemul vertebro-bazilar (SVB) prin arterele comunicante posterioare. De asemenea, compensarea DSC este mai eficientă în direcția SC-SVB decât în direcția SVB-SC.

Nota III: Simularea anomaliilor poligonului Willis

Poligonul Willis (PW) este cel mai important sistem anastomotic al circulației arteriale cerebrale. Privit ca o structură unitară și indivizibilă, PW funcționează bine când este perfect constituit (PW "ideal"), astfel încât arterele pre-PW sunt interdependente. Funcționalitatea PW devine imprezvizibilă în raport cu anomaliile sale anatomice. Dacă una sau mai multe componente sunt hipoplazice sau

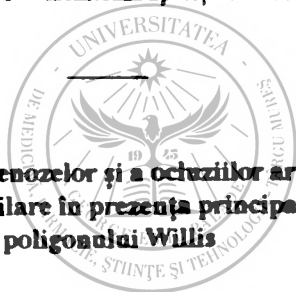
lipsească, atunci rolul de redistribuție sangvină al PW este precar sau imposibil, condiții în care arterele pre-PW devin independente.

Întrucât, în condiții standard, cu artere pre-PW normale, prin artera comunicantă anterioară (ACoA) curge 0,68%, prin artera comunicantă posterioară (ACoP) stg. 0,48%, iar prin ACoP dr. 0,30% din debitul sangvin cerebral (DSC) total, lipsa circulației sangvine printr-una sau prin toate arterele comunicante nu modifică semnificativ DSC post-PW.

În condițiile în care o arteră carotidă internă (ACI) anexează și artera cerebrală anterioară (ACA) de partea opusă printr-o ACoA bine dezvoltată, atunci DSC în cele două ACA scade cu 23-26% ipsilateral și cu 23-29% contralateral, iar în artera cerebrală mijlocie (ACM) scade cu 30-33% ipsilateral și crește cu 14-16% contralateral, în timp ce în cele două artere cerebrale posterioare (ACP) DSC crește cu 2-4%.

Dacă o ACI irigă și teritoriul ACP ipsilateral, printr-o ACoP bine dezvoltată, atunci DSC în artera anexată este cu 13-16% mai mic decât în situația în care ACP ar fi ramură terminală a arterei bazilare. Paralel se constată scăderea DSC cu 12% în ACM și cu 9% în ACA tributare aceleiași ACI, în timp ce contralateral DSC crește cu 62-63% în ACP și cu 2% în ACM, însă scade cu 2,5% în ACA.

Prezența anomaliilor PW facilitează apariția fenomenului de "furt sangvin" din unele artere post-PW.



Nota IV: Simularea stenozelor și a ocluziilor arterelor carotide interne și ale arterei bazilare în prezența principalelor anomalii ale poligonului Willis

1. *Una, două sau toate arterele comunicante (AC) sunt nefuncționale.* Stenozele și ocluziile singulare ale arterelor prepoligon Willis (pre-PW) induc penumbră ischemică (PI) sau necroză cerebrală (NC) la reduceri mai mici, aproximativ cu 5-25%, ale debitului sangvin cerebral (DSC), față de condițiile standard, în care toate AC sunt funcționale. În ordine de descrescătoare, cele mai importante reduceri ale DSC în arterele post-PW, sunt determinate de nefuncționalitatea arterei comunicante anterioare (ACoA), urmată, la distanță, de artera comunicantă posterioară (ACoP) stg. și de ACoP dr. Vulnerabilitatea țesutului cerebral față de stenozele și ocluziile arterelor pre-PW crește cu cât numărul AC nefuncționale este mai mare.

2. *O arteră carotidă internă (ACI) anexează artera cerebrală anterioară (ACA) contralaterală.* Stenoza ACI, care a anexat ACA de partea opusă, determină PI în teritoriile ACA bilateral la o scădere a DSC cu 50-55%, iar în teritoriile arterei cerebrale mijlocii (ACM) ipsilaterale cu 60%. NC apare la o reducere a DSC cu 80-85% în teritoriul ACA bilateral și cu 85% în teritoriul ACM ipsilateral. Stenoza

ACI, care a pierdut teritoriul ACA, induce PI la o scădere cu 80% și NC la o reducere cu 95% a DSC în ACM ipsilaterală.

3. O ACI anexează artera cerebrală posterioară (ACP) ipsilaterală. Stenoza acestei ACI determină PI în teritoriul ACA la o reducere a DSC cu 90-95%, în teritoriul ACM cu 75%, iar în teritoriul ACP cu 70%, toate ipsilateral. Stenoza ACI contralaterală induce PI în teritoriul ACM și ACA de aceeași parte cu ACI stenozată la o scădere cu 85%, respectiv cu 100% (ocluzie) a DSC.

4. Condiția a 2-a și a 3-a. Stenoza arterei bazilare (AB) determină PI bilateral sau contralateral numai în momentul ocluzionării sale.

CERCETĂRI CLINICE POLISOMNOGRAFICE ȘI ELECTROENCEFALOGRAFICE COMPUTERIZATE ÎN NARCOLEPSIA REM (BOALA GÉLINEAU)

L. Popoviciu, Daniela Delast-Popoviciu, I Bagathai

Academia de Științe Medicale - Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Târgu-Mureș,
Colectivul de neurologie

S-au efectuat investigații clinice și polisomnografice la 35 bolnavi cu narcolepsie REM-Boala Gélineau (primul grup), comparativ cu 45 de pacienți suferind de hipersomnii simptomatice în somn NREM (al doilea grup). Înregistrările polisomnografice s-au practicat prin: a) înregistrări continue timp de 24 ore; b) supunerea bolnavilor la testele de "Menținere a stărilor de veghe" (Maintenance of wakefulness tests-MWT) ale lui Mitler și colab., modificate de noi. La 20 narcoleptici și la 12 subiecți normali s-au efectuat hărți EEG computerizate (Cortical EEG mappings) în stare de veghe și în diferite stadii de somn. La bolnavii narcoleptici s-a constatat asocierea de atacuri de somn cu alte simptome de boală Gélineau. Înregistrările polisomnografice continue de 24 de ore au evidențiat relevante diferențe între primul și al doilea grup: astfel, pacienții cu narcolepsie REM (boala Gélineau) au prezentat cantități și procentaje crescute de somn REM și au manifestat mai multe perioade de "sleep-onset" REM; comparativ, bolnavii cu hipersomnii NREM au dormit cu predominanță în somn NREM, au prezentat procentaje normale de somn REM și au manifestat perioade de "sleep-onset" NREM. S-au găsit mari diferențe între cele două grupe prin MWT, în sensul că la primul grup valorile medii de somn REM au fost mai mari, latența REM și latența de somn au fost foarte scurte, fiind prezente multe debuturi ("sleep-onset") în REM. Hărțile EEG computerizate au evidențiat trasee mai ample și mai lente pe regiunile temporale posterioare și occipitale drepte (în special în cursul somnului REM), atât la pacienții normali cât și la narcoleptici. Aceste rezultate sugerează consistența unor date anterioare privitoare la diferențierea narcolepsiei adevărate REM (ca o entitate independentă) față de variatele forme frecvente de hipersomnii NREM.

ROLUL PROCESELOR INFLAMATORII ÎN CARDIOPATIA ISCHEMICĂ ȘI DIABETUL ZAHARAT

C. Duda*, E. Módy**, M. Ilca*, Ligia Bancu*, Simona Bătaș*, Gina Suciu*,
Smaranda Demian*, Corina Ureche*, R. Macavei*

*Clinica Medicală nr 1, **Disciplina de biochimie clinică și imunopatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

S-au studiat 30 de teste indicatoare de procese inflamatorii (pe lângă 7 teste de dislipidemie) la 103 bolnavi cu cardiopatie ischemică (subgrupați în trei loturi: CI formă miocardiopatică; CI cu infarct miocardic în urmă cu 6 săptămâni-6 luni; CI cu angină pectorală) și 24 bolnavi cu diabet zaharat fără CI manifestă.

S-a constatat că practic în toate cazurile, testele au indicat prezența unor procese inflamatoare (vasculare): proteinemia totală, fracția alfa-1 și alfa-2 globulinelor, ca și gamaglobulinele au crescut, în timp ce fracția albuminelor și raportul albumine/globuline a scăzut; fracțiile glucoproteinelor au suferit modificări asemănătoare, cu excepția GP - gamaglobulinelor, care au scăzut; hexozele totale legate de proteine și gamaglutamiltranspeptidaza au crescut, iar activitatea antiproteazică a serului a scăzut; au apărut în ser proteine specifice inflamației; proteina C reactivă și fibronectina; tipizarea glucoproteinelor din concentratul trombocitar, a arătat creșterea proporției celor trei tipuri, pe seama rezidului; sideremia a scăzut, iar cupremia a crescut; în ionogramă se constată o ușoară scădere a kaliemiei, calcemiei și a magnezemiei; fracția C₃ a complementului scade, ca și concentrația imunoglobulinelor, mai ales IgG.

În afara unor mici diferențieri între loturile corespunzătoare formelor clinice ale CI și ale deosebirilor între cele două sexe, cea mai semnificativă modificare s-a constatat față de lotul cu diabet zaharat, unde testele au prezentat cel mai exprimat grad de pozitivare. Se confirmă astfel de ce diabetul zaharat are un rol "favorizant" și "precipitant" pentru ateroscleroză în general, la care se mai adaugă și modificările proprii de microangiopatie.

EVOLUȚII NOI ÎN FIZIOLOGIA ȘI CHIRURGIA VALVEI CARDIACE MITRALE

R. Deac

Clinica de Chirurgie Cardiovasculară
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Înlocuirile valvulare mitrale cu valve cardiace artificiale care implică întreruperea continuității "inel fibros mitral - mușchi papilari" în cazurile cu performanță ventriculară stângă diminuată, produc rezultate clinice inferioare; de

asemenia, apariția insuficienței mitrale de origine ischemică în prezența unui aparat valvular mitral morfologic, aparent normal, au impus reevaluarea unor concepte de funcționare a valvei mitrale în condiții normale și patologice. Astfel este clar dovedită experimental și clinic importanța menținerii continuității inelului mitral cu mușchii papilari prin intermediul valvulelor și cordajelor tendinoase pentru contractilitatea și performanța ventriculară stângă. Valvele cardiace artificiale care nu reproduc modelul funcțional mitral natural - de altfel incomplet explicat și în prezent - produc rezultate clinice inferoare.

Cu scopul îmbunătățirii rezultatelor clinice imediate și mai ales tardive a înlocuirilor valvulare mitrale am produs și evaluat un nou tip de valvă mitrală de origine biologică cu următoarele avantaje:

- arie valvulară egală cu dimensiunile inelului mitral natural;
- lipsa unui suport valvular rigid;
- menținerea continuității inelului mitral cu mușchii papilari.

Valva artificială este confecționată intraoperator din pericard autolog stabilizat cu glutaraldehidă ameliorată cu proprietăți anticalcificare sau construită preoperator din pericard stabilizat în aceleași condiții.

Cu acest tip de valvă au fost efectuate 18 înlocuiri valvulare mitrale începând cu februarie 1989. Nu a avut loc nici un deces intraoperator. Postoperator imediat (<30 zile) au fost înregistrate 2 decese (mediastinită - 1 caz; insuficiență renală - 1 caz). În 2 cazuri a fost necesară reinlocuirea valvulară pentru o ruptură la nivelul unui mușchi papilar (1 caz - 3 luni postoperator) și o relaxare de sutură la același nivel (1 caz - 4 luni postoperator). Un caz de endocardită tardivă survenită la 1 an postoperator (extracție dentară fără profilaxie antibiotică) a necesitat reinlocuire valvulară (1 caz). Evaluarea postoperatorie tardivă efectuată clinic, ecocardiografic și hemodinamic de la 6 - 44 luni (>4 ani) postoperator indică o bună funcționalitate valvulară cu un orificiu efectiv neegalat de nici un alt înlocuitor valvular disponibil în literatura medicală. Utilizarea pericardului autolog stabilizat precum și proprietățile anticalcificare ale soluției de stabilizare sunt destinate reducerii incidenței complicațiilor prin calcificare ale valvelor biologice. Absența unui suport rigid în inelul mitral poate reduce stresul fizic implicat în uzura valvelor biologice. Evitarea tratamentului anticoagulant de rutină precum și costul de producție accesibil reprezintă avantaje importante în țările cu sisteme de sănătate a căror resurse financiare sunt limitate. Tehnicile descrise pot dezvolta un înlocuitor valvular mitral cu calitate și rezultate superioare celor utilizate în prezent.

REZECȚIA TRANSURETRALĂ A TUMORILOR VEZICALE

(Videofilm VSH/PAL. Durata 14 min.)

D. Nicolescu, O. Golea, C. Cantâr, I. Negruș, R. Boja

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Filmul prezintă aspecte tehnice ale rezecției transuretrale pentru tumori vezicale (TUR. V). Acestea sunt:

- rezecția tumorilor vezicale superficiale, cu biopsii de securitate pentru controlul histologic al radicalității;
- TUR. V în 2 ședințe pentru tumori voluminoase cu biopsii de securitate;
- aspecte tehnice particulare legate de: protecția orificiului ureteral și a ureterului submucos în cadrul TUR. V; ecografia intravezicală; prevenirea contarcției de adductor prin infiltrația anestezică a nervului obturator; TUR. V în diverticul; biopsii de cartografiere la rece;
- tehnica TUR. V hemostatic, paliativ-reducțional în tumorile vezicale infiltrative inoperabile.



PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ

VALABILITATEA CRITERIILOR DE VOLTAJ ÎN DIAGNOSTICUL ELECTROCARDIOLOGIC AL HIPERTROFIEI VENTRICULARE STÂNGI

M. Sabău, D. Dobreanu, Adriana Habor

Disciplina de fiziologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Diagnosticul electrocardiologic al hipertrofiilor ventriculare stângi, mai ales în stadiul incipient, ridică o serie de probleme pentru că, se cunoaște existența, chiar la sănătoși, a unor variații cu vârsta și sexul, ale amplitudinii undelor ECG. Astfel, o dată cu înaintarea în vârstă, mai ales la bărbații peste 40 ani, voltajul scade, în ciuda creșterii grosimii pereților ventriculării, mai vizibil în cazul ventriculului stâng.

Criteriile de diagnostic ECG pentru hipertrofie ventriculară stângă se bazează însă, în majoritatea cazurilor pe criterii de voltaj, valabile în general pentru situațiile cu hipertrofie severă, fără a se lua în considerare întotdeauna vârsta și sexul pacienților.

Pentru a constata valabilitatea criteriilor de voltaj pentru diagnosticul hipertrofiei ventriculare stângi, am urmărit următoarele măsurători, obținute din ECG ortogonală Frank, la 237 hipertensivi de ambele sexe, comparativ cu 195 sănătoși de aceeași vârstă și sex.

Rx B >1.9	Rx+Rz B >2.9	MQR _{Sz} B >1.9	MQR _{Syz} B >2.25
F >1.4	F >2.7	F >1.5	F >1.88

Mărimea ventriculului stâng a fost apreciată radiologic.

Toate aceste criterii s-au dovedit a avea o sensibilitate foarte scăzută (1-2% la bărbați și 5-7% la femei), ceea ce face discutabilă valoarea lor pentru diagnosticul hipertrofiei ventriculare stângi, mai ales în cazurile incipiente.

Se impune găsirea altor criterii mai sensibile și corelarea lor cu măsurători mai precise ale măririi ventriculului stâng, cum ar fi cele obținute cu ajutorul ecocardiografiei.

MECANISMUL "TRIGGER" ÎN ARITMIILE ATRIALE, STUDIAT INTRACAVITAR

S. Cotoi, D. Dobresanu, E. Carașca, Mirela Duca, Daniela Ciomog, E. Brârzărașcu

Clinica Medicală nr 3
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Tulburări în formarea impulsului și tulburări în conducerea lui, stau la baza producerii aritmiilor cardiace. În cadrul automatismului anormal, se constată activitatea de tip "trigger", care poate fi precoce sau întârziată. În lucrarea de față, ne-am propus să demonstrăm pe înregistrări intracavitare atriale, utilizând tehnica potențialului de acțiune monofazic, prezența celor două mecanisme "trigger" în producerea aritmiilor.

Am folosit tehnica potențialului de acțiune monofazic, obținut cu ajutorul unor sonde electrod bipolare de sucțiune, plasate intraatrial prin metoda cateterismului flotant. Prezentăm aritmii atriale produse prin mecanism "trigger", atât precoce (early afterdepolarisation), cât și tardiv (delayed afterdepolarisation).

Se discută modul de producere a mecanismului "trigger", ca un răspuns la introducerea unui stimul, atât în situația apariției precoce a fenomenului de postdepolarizare, cât și în situația apariției lui tardive. Ambele mecanisme "trigger" sunt demonstrate pe înregistrări de potențial de acțiune monofazic, iar într-o situație se observă și o combinație a celor două tipuri de aritmii la același bolnav. Se insistă asupra substratului electrofiziologic ce stă la baza acestor fenomene, asupra modului cum se produce acest tip de aritmii și posibilităților de tratament.

Studierea acestor mecanisme electrofiziologice care stau la baza unor tulburări de ritm, folosind tehnica potențialului de acțiune monofazic, are o reală importanță pentru înțelegerea, prevenirea și tratamentul acestor aritmii.

ROLUL ȘI REZULTATELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN PATOLOGIA VALVEI MITRALE

M. Bîrsan, R. Ionescu

Institutul Inimii, Clinica de Chirurgie Cardiovasculară
Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

1. Introducere: istoricul abordării chirurgicale a patologiei valvulare mitrale. Noțiuni de anatomie chirurgicală a cordului.
2. Probleme de etiologie a patologiei valvei mitrale.

3. Noțiuni de clinică în patologia valvei mitrale. Rolul semnelor clinice în stabilirea indicațiilor operatorii.
4. Rolul examinărilor paraclinice (ECG, radiologie, cateterism cardiac, ecografie) în stabilirea indicărilor operatorii.
5. Tehnici de corecție a valvei mitrale practicate în Clinica de Chirurgie Cardiovasculară - valvuloplastii, înlocuiri valvulare.
6. Îngrijirea postoperatorie a bolnavilor operați. Accidente apărute cu o frecvență mai mare.
7. Prezentarea cazuisticii și a rezultatelor obținute cu analiza lor.
8. Concluzii. Posibilități de ameliorare a tratamentului.

ABORDUL DUBLU ELECTROGRAFIC INTRACAVITAR ȘI TRANSESOFAGIAN ÎN DIAGNOSTICUL CĂILOR ACCESORII DE VENTRICUL STÂNG

C. Georgescu, M. Ștefănescu, Mihaela Oprea, A. Matei, Adriana Miure, S. Micu,
Liliana Bostan, C. Graur

Clinica Medicală nr. 1, Secția clinică de cardiologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Sindromul de preexcitare prin căi accesorii atrio-atrioventriculare localizate la nivelul ventriculului stâng prezintă dificultăți diagnostice privind inducția tahicardiilor de preexcitație și criteriile de localizare.

Explorarea electrofiziologică este impusă de prezența aritmiilor de preexcitație fiind necesară în selecția cazurilor drog- rezistente și localizarea fascicului accesoriu unic sau multiplu care se pretează la tratament chirurgical radical sau la ablație transcateter cu radiofrecvență. În 6 cazuri cu sindrom WPW, criteriile electrocardiografice (ECG) sugerând fascicul accesoriu posterior stâng, s-a utilizat abordul dublu intracavitar (atrial, ventricular drept, sinus coronarian) și transesofagian. Ambele căi de abord au fost utilizate atât pentru înregistrarea electrografică cât și pentru aplicarea protocolului de electrostimulare cu înregistrare pe cealaltă sondă de abord, concomitent cu ECG de suprafață. În 5 din cele 6 cazuri a fost posibilă inducția tahicardiilor de preexcitare paroxistice cu fenomen concertina prin stimularea transesofagiană. La 4 cazuri stimularea prin abordul intracavitar de sinus coronarian cu înregistrare transesofagiană a permis aprecierea zonei de depolarizare precoce, iar cea ventriculară dreaptă cu înregistrare transesofagiană-parametrii conducerii retrograde accesorii ventriculo-atriale.

Deși se elimină mappingul endocardic ventricular stâng ca metodă de maximă precizie pentru localizarea sediului căilor accesorii, varianta propusă

facilitează diagnosticul preexcitației ventriculare stânga și a caracterului inductibil sau noninductibil al tahicardiilor de preexcitație și permite o preselectie a cazurilor pentru tratamentul prin ablație transcatereter.

CONDUCEREA RETROGRADĂ VENTRICULOATRIALĂ LA BOLNAVII CU BOALA BINODALĂ ȘI CARDIOSTIMULARE PERMANENTĂ VVI

*C. Georgescu, Adriana Mire, Mihaela Oprea, A. Matei, M. Dinesch, S. Micu,
M. Mihăilă, Sorana Hila*

Clinica Medicală nr. 1, Secția clinică de cardiologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Disociația longitudinală funcțională a căii de conducere atrioventriculare (AV) este unanim acceptată, fie ca element funcțional fie ca având substrat anatomic cert.

Studiul are la bază observațiile electrocardiografice și clinice privind conducerea retrogradă ventriculoatrială (VA) la bolnavii cu cardiostimulație permanentă VVI pentru boală de nod sinuzal (BNS) sau boală binodală. Lotul studiat cuprinde 6 cazuri, din care 4 cu boală binodală și 2 cu BNS ce au impus cardiostimularea permanentă. Dispensarizate pe perioade lungi de timp (între 8 luni și 6 ani), aceste cazuri au prezentat în cursul ritmului artificial permanent conducere retrogradă VA permanentă sau intermitentă, competitiv cu ritmul spontan, evidențiată mai ales prin derivații precordial supraamplificate - Pescador. Conducerea VA a fost certificată înaintea cardiostimulării permanente la 2 cazuri ce au necesitat cardiostimulare temporară prealabilă. Menționăm că doar 2 cazuri au beneficiat de tratament antiaritmie pentru prevenirea tulburărilor de ritm supraventriculare (TRSV) paroxistice pe perioade limitate de timp (6 luni, 1 an) cu amiodaronă, respectiv verapamil. Deși se consideră că prezența conducerii VA reprezintă unul din mecanismele posibile ale apariției sindromului de adaptare la pace-maker sau al inducției TRSV prin mecanism extrasistolic, nici unul din cazuri nu a prezentat aceste manifestări, remarcându-se și stabilitatea hemodinamică, toleranța bună la efort și absența TRSV.

Se poate aprecia că menținerea depolarizării atriale prin conducere retrogradă VA are efect antiaritmie la nivel atrial și presupune apariția unor mecanisme de adaptare hemodinamică cu efect favorabil asupra funcției cardiace.

ELECTROSTIMULAREA TRANSESOFAGIANĂ ÎN TRATAMENTUL TULBURĂRILOR DE RITM SUPRAVENTRICULARE

E. Carașca, D. Dobreanu, Daniela Ciomoș, F. Orșan, S. Cotoi

Clinica Medicală nr. 3
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Electrostimularea transesofagiană este nu numai o metodă de diagnostic ci și o metodă terapeutică comparabilă cu cea intracavitară.

În cazuistica noastră figurează 32 de pacienți cu flutter atrial, dintre care 28 cu tipul comun și 4 cu formă rară la care s-a încercat conversia la ritm sinuzal prin electrostimulare transesofagiană cu frecvență joasă, ridicată și foarte ridicată. În 26 cazuri (81%) s-a convertit flutterul atrial la ritm sinuzal sau fibrilație atrială. Rezultatele au fost net superioare în cazul flutterului de tip comun (89%) față de tipul rar (25%).

Din cei 8 pacienți cu tahicardie atrială, într-un caz (27%) s-a obținut conversia la ritm sinuzal direct, iar în 5 cazuri prin fibrilație atrială (83%).

Eficiența sporită a electrostimulării în conversia flutterului atrial derivă din faptul că acestuia i se recunoaște unanim reintrarea ca mecanism de inițiere și întreținere. Rezultatele mai slabe ale electrostimulării în conversia tahicardiilor atriale se datorează mecanismelor mai diferite ce o inițiază, dintre care cele de origine focală sau apărute prin automatism crescut nu pot fi întrerupte prin electrostimulare.

TEORIA HAOSULUI ÎN STUDIUL FIBRILAȚIEI ATRIALE

D. Dobreanu, S. Cotoi, E. Carașca

Clinica Medicală nr. 3
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Studiind prin metode electrocardiografice intracavitare și în special prin înregistrarea potențialului de acțiune monofazic din atriu drept, modul cum se realizează trecerea de la fibrilația atrială (FA) la ritmul sinuzal (RS), am demonstrat existența a două căi:

a) o cale lungă, unde tranzițiile apar ca urmare a creșterii refractorității atriale și încetinirea microcirculațiilor, cu trecerea bruscă, în anumite puncte critice, de la FA la flutter atrial și apoi la RS.

b) o cale scurtă, unde se realizează o trecere bruscă de la FA la RS, ca urmare a scăderii refractorității miocardului, oprirea aritmiei producându-se la un punct critic, prin blocarea microreintrărilor de la nivel atrial.

Modul în care se produc aceste treceri de la FA la RS, schimbarea calitativă având loc la un punct critic în cursul modificării lente a refractorității miocardului atrial, poate fi explicată și înțeleasă prin intermediul teoriei haosului, unde se descriu comportamente similare. În cursul lucrării sunt detaliate aspecte privind fractaliile, teoria haosului, existența punctelor critice de bifurcare, aplicabile la studiul comportamentului tranzițiilor de la FA la RS.

Acest mod de abordare a fibrilației atriale, deschide noi perspective în explicarea mecanismelor ei de producere și oprire, cu repercusiuni importante în practica medicală.

CORELAȚII ÎNTRE NIVELURILE SERICE ALE MAGNEZIULUI ȘI ALE UNOR PARAMETRI AI METABOLISMULUI LIPIDIC LA BOLNAVI CU CARDIOPATIE ISCHEMICĂ

Minodora Dobreanu*, E. Carasca**, D. Dobreanu**, Dana Lupa**

* Disciplina de biochimie, ** Clinica Medicală nr.3
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În ultimii ani, numeroase studii au arătat că deficitul de magneziu (Mg) afectează metabolismul lipidic. S-a constatat asocierea hipomagneziciei cu hipercolesterolemia, cu scăderea clearance-ului plasmatic al trigliceridelor și creșterea raportului LDL+VLDL/HDL al lipoproteinelor plasmatică la bolnavi cu afecțiuni pe fond aterosclerotic. Mecanismul întin care stă la baza corelației, nu este însă cunoscut, acesta fiind probabil la nivel enzimatic.

Ne-am propus să studiem nivelurile serice ale Mg, colesterolului total (Ct), lipidelor totale (Lt), fracțiunile electroforetice ale lipoproteinelor plasmatică (HDL, VLDL și LDL), precum și activitatea plasmatică bazală a lipoprotein-lipazei (LPL) la bolnavi cu infarct miocardic acut (IMA) și diverse forme clinice de angină pectorală (AP), comparativ cu un lot martor.

Activitatea plasmatică bazală a LPL diferă semnificativ ($0,01 < p < 0,05$) la bolnavii cu cardiopatie ischemică (CI) comparativ cu persoanele sănătoase, precum și între loturile de bolnavi cu IMA și AP. Am observat de asemenea și o proporționalitate inversă între nivelurile serice ale Mg și cele ale Ct, Lt și raportului LDL+VLDL/HDL, precum și o proporționalitate directă între Mg seric și activitatea plasmatică bazală a LPL. Ultimul aspect ne-a determinat să verificăm influența administrării Mg asupra activității bazale și postheparinice a LPL la șobolani Wistar.

Rezultatele obținute ne conduc la concluzia că Mg ar putea influența în sens pozitiv valorile parametrilor metabolismului lipidic, facilitând activitatea LPL.

PRELUCRAREA MATEMATICĂ A LEZIUNILOR ARTERIALE PULMONARE LA BOLNAVI CU MALFORMAȚII CARDIACE CONGENITALE

E. Eged-Zsigmond, G. Simu

Disciplina de morfopatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

S-au examinat morfometric 20 cazuri de biopsii pulmonare ale bolnavilor pregătite pentru intervenții chirurgicale de corecție a malformației cardiace congenitale (MCC), precum și fragmente pulmonare de la 20 de cazuri patologice prelucrate, prezentând de asemenea MCC cu șunt stâng-drept. Pe baza datelor obținute, folosind formule matematice, s-au calculat valorile procentului grosimii mediei (PGI) și ale procentului grosimii întimei (PGI), valori care, cu ajutorul unui calculator IBM-PC-AT au fost reprezentate sub forma unor grafice, reflectând totodată și relația lor cu segmentele arteriale de diferite diametre. Rezultatele obținute demonstrează faptul că:

a) leziunile arteriale clasice (tipurile I-VI, Heath-Edwards, 1958) se pot caracteriza prin valorile PGM și ale PGI, valori ce se pot calcula din datele cifrice ale grosimii pereților arteriali și ale diametrelor arteriale.

b) principalele tipuri de leziuni arteriale se pot defini și prin curbe grafice caracteristice, obținute prin vizualizarea relației valorilor PGM și PGI cu modificările diametrului arterial: - tipul I se caracterizează prin curbe PGM și PGI disociate, cea de PGM fiind așezată în sistemul de coordonate pe deasupra curbei PGI;

- tipul II se distinge prin inversarea localizării celor două curbe, de asemenea disociate;

- tipul III se recunoaște prin distanțarea și mai pronunțată a curbelor;

- tipul IV și V prezintă un aspect neliniștit, cele două curbe întredându-se la nivelul mai multor segmente arteriale;

- tipul VI prin noua disociere a curbelor PGM și PGI, prezintă valori uniform crescute, dar cu oscilații segmentare importante.

Prin introducerea parametrului densității vasculare între metodele morfometrice (PDV = procentul densității vasculare), am reușit să punem în evidență o altă leziune pulmonară asociată cu MCC: - scăderea densității vasculare. Această modificare nu se pune în evidență printr-o examinare simplă, calitativă a plămînilor, prezența fenomenului devenind evidentă numai la morfometrie.

INCIDENȚA LEZIUNILOR ATEROSCLEROTICE ALE ARTERELOR CAROTIDE EXTRACRANIENE LA PACIENȚII CU CARDIOPATIE ISCHEMICĂ

C. Sipos*, P. Kikeli**, L. Toma*

* Clinica de Neurologie, ** Disciplina de medicină internă ambulatorie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Ateroscleroza cerebrală reprezintă cauza cea mai frecventă a accidentelor cerebrovasculare ischemice, determinate de stenoze, ocluzii și embolii arteriale. Prevalența bolii carotidiene asimptomatice a fost mai ridicată la pacienții cu claudicație intermitentă și la cei cu boala coronariană, în timp ce prevalența leziunilor obstructive ale arterelor carotide se corelează mai bine cu numărul arterelor coronare afectate.

Am efectuat un studiu ultrasonografic al hemodinamicii carotidiene la 74 de pacienți cu cardiopatie ischemică (CI) într-un interval de patru ani (1989-1992) după o prealabilă selecționare a acestora de către cardiolog.

Din cei 74 de pacienți doar 6 (8,1%) au prezentat semne de boală cerebrovasculară ischemică (BCVI) cu deficite motorii discrete. Restul pacienților (91,9%) au prezentat doar sufluri asimptomatice.

Pacienții cu tulburări hemodinamice semnificative la nivelul axelor carotidiene extracraniene au fost urmăriți în continuare prin metodologia duplex și măsurări oscilometrice la membrele inferioare.

S-a constatat că 45,94% din pacienți au prezentat stenoze la nivelul arterelor carotide externe (ACE) și doar la 21,62% la nivelul arterelor carotide interne (ACI). De asemenea la 25,67% s-au pus în evidență sindroame de ischemie periferică, iar 16,21% au prezentat leziuni stenotice multiple la nivelul trunchiului brahiocefalic, arterelor carotide comune și arterelor vertebrale. Un procentaj de 37,83% au fost etichetați fără leziuni hemodinamice semnificative.

Sunt discutate în continuare unele corelații privind localizarea și prevalența leziunilor aterosclerotice.

MOARTEA SUBITĂ ȘI TROMBOZELE CORONARE: OBSERVAȚII MEDICO-LEGALE ȘI MORFOLOGICE ÎN 72 CAZURI

L. Hecser, V. Hădăreanu

Disciplina de medicină legală
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Trombozele coronare apar in situ într-un teritoriu vascular sau mai rar, se formează cu embolii avându-și originea atât dinăuntrul, cât și dinafara circulației

coronare. În geneza trombozelor se înregistrează leziunile ateroscleroase ale vaselor, factorii hemodinamici ai circulației coronare, proprietățile trombogene ale sângelui.

Autorii au studiat 72 cazuri de tromboze coronare dintr-o cazuistică medico-legală de 2823 expertize pe cadavru (autopsii), având incidența de 2,55%. Incidența în cazuistica morților subite ($n=906$) este de 7,94%. S-a constatat predominanță evidentă a bărbaților (67 cazuri - 93,06%); 40 persoane (55,56%) au provenit din mediul urban. Vârsta medie a eșantionului este de $49,33 \pm 12,2$ ani. Greutatea medie a cordului a eșantionului este de $440 \pm 90,6$ g, cu o diferență statistic semnificativă față de lotul de referință ($356,9 \pm 69$ g; $q = 0,001, 3,37 \quad 6,56$). Gradul aterosclerozei coronare s-a calculat după Gore și Tejada (1957).

În 47 cazuri (65,27%) trombozele s-au găsit în artera coronară stg. ramura artero-descendentă; în 2 cazuri (2,76%) s-a constatat o embolizare coronară. Infarctul miocardic acut s-a confirmat histopatologic în 4 cazuri (5,55%), iar în 8 cazuri (11,11%) a existat un infarct vechi fibro-cicatricial miocardic. La 19 decedați (26,37%) alcoolemia a fost pozitivă.

Autorii discută unele aspecte de patogeneză ale trombozelor coronare, factorii implicativi posibili și corelația alcool-tromboză.

STUDII CLINICO- ANGIOGRAFICE ÎN SINDROMUL RAYNAUD

Gina Suciu, Z. Brassai, Gabriela Velejă, Smaranda Demian, Ligia Bancu, C. Dudea

Clinică Medicală nr.1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Studiile arteriografice întreprinse la bolnavii cu sindrom Raynaud sunt relativ puține și neconcludente. Totodată se știe că arteriopatiile membrilor superioare diferă de cele ale membrilor inferioare din punct de vedere structural, nosologic, patogenetic și prognostic.

Pre lucrând cazuistica angiologică a Clinicii Medicale nr.1, s-a constatat că din 2758 bolnavi arteriopăți dispensarizați, afectarea membrilor superioare era prezentă în 163 de cazuri (5,91%), dintre care la 92 de bolnavi s-a efectuat și arteriografia transaxilară. Coroborând datele clinice, ultrasonice și arteriografice ale acestora s-au desprins câteva concluzii:

-Arteriopatiile obliterante ale membrilor superioare reprezintă un procent de 5-7% din totalul arteriopatiilor periferice. Aproximativ în jumătatea cazurilor de arteriopatie a membrilor superioare sunt prezente simptomele clinice ale fenomenului Raynaud.

-Pe când sclerodermia și sindromul de ciocan al hipotenarului în toate cazurile sunt însoțite de fenomenul Raynaud, în tromboangeita obliterantă apare numai în 40% a cazurilor. În celelalte arteriopatii ale membrilor superioare (embolie, tromboze, ateroscleroză) sindromul Raynaud apare foarte rar.

-O formă specială a sindromului Raynaud posttraumatic o constituie sindromul de ciocan al hipotenuarului, care are la bază tromboza posttraumatică a arterei năzare în canalul Guyon cu ischemie și necroză digitală consecutivă. Prin datele anamnestice și clinice precum și prin prognosticul favorabil acest sindrom se diferențiază net de celelalte afecțiuni vasculare de sindrom Raynaud.

INVESTIGAȚII VISCOZIMETRICE LA BOLNAVII CU SINDROM RAYNAUD

Corina Ureche, Z. Brassai, Gabriela Veleji, Pirooska György, Ligia Bancu, C. Dudea

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Pentoxifilinoterapia a fost introdusă în ultimii ani în tratamentul sindromului Raynaud, sindrom în care modificarea viscozității sangvine are un rol patogenetic important. Autorii au studiat efectul pentoxifilinoterapiei asupra viscozității sangvine la 13 bolnavi suferind de sindrom Raynaud. În cadrul experimentului s-a controlat viscozitatea sangvină înainte și după o cură de 10 zile cu pentoxifilină (200 mg pentoxifilină i.v. perfuzie + 400mg pentoxifilină p.o./zi).

Rezultatele au evidențiat diminuarea viscozității sangvine în medie cu 8,25 cp după terapia cu pentoxifilină, de la $42,25 \pm 6,24$ la $34,0 \pm 4,25$. Această scădere este foarte semnificativă statistic (p sub 0,001).

Pe baza rezultatelor obținute se accentuează că pentoxifilina (Trental) pe lângă efectele bine cunoscute: creșterea elasticității eritrocitare și reglarea tonusului vascular, acționează și prin reducerea viscozității sangvine, mecanisme confirmate și în cadrul cercetărilor noastre.

STUDIUL DISMETABOLISMULUI LIPIDIC ȘI GLUCIDIC ÎN ARTERIOPATIILE CRONICE OBLITERANTE ALE MEMBRELOR

Pirooska György, Z. Brassai, Emese Györi, Gina Suciu, Corina Ureche, A. Pusztás,
C. Dudea

Clinica Medicală nr.1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Autorii au urmărit incidența și prevalența hiperlipoproteinemiei și frecvența diabetului zaharat latent și manifest pe o cazuistică largă de arteriopatii

obliterante periferice 922 cazuri, la care diagnosticul clinic a fost confirmat prin explorare serioangiografică.

Din totalul bolnavilor (ateroscleroză obliterantă: 593; trombangieită obliterantă: 208; arteriopatii obliterante mixte: 78; arteriopatie diabetică: 98; arteriospasm de diferite origini: 23 cazuri) lipidograma a fost patologică în 59,5% și s-a dovedit normală la 40,5%.

Tipurile cele mai frecvente de dislipidemie au fost: IIA-23,0%, IIB-19,4% și IV-16,3%. Defalcăt pe grupe de afecțiuni: în ateroscleroza obliterantă, lipidograma a fost patologică la 62,7%, cu tipurile dominante IIA-24,6%, IIB-21,0% și IV-16,5%. În trombangieita obliterantă, incidența hiperlipoproteinemiei a fost de 44,2% cu predominanța tipului IIA-24,5%, urmată de tipul IV-12,5% și IIB-6,7%. În arteriopatiile obliterante mixte, lipidograma a fost patologică la 61,6%, dominând tipurile IIA-23%, apoi IIB-20% și IV-18%. În arteriopatia obliterantă diabetică am constatat hiperlipoproteinemie la 75,5%, cu predominanța tipurilor caracterizate prin creșterea prebetalipoproteinelor: IIB-36,7%, IV-26,6%. La bolnavii cu arteriopatie funcțională, hiperlipoproteinemie s-a evidențiat la 39,3% cu subtipurile IIA-17,4% și IIB-17,4%.

Din totalitatea cazurilor 10,8% prezentau diabet manifest și 25,2% prezentau diabet zaharat biochimic.

Din acestea decurg indicațiile terapeutice și necesitatea depistării active a diabetului zaharat.



EVALUAREA PARAMETRIILOR HEMODINAMICI ÎN MALFORMAȚIILE ARTERIOVENOASE CEREBRALE PRIN ULTRASONOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANIALĂ

C. Șipoș, V. Popa, H. Tunas

Clinica de Neurologie

Universitatea de Medicină și Farmacie Târziu Mureș

Dată fiind incidența scăzută a malformațiilor arteriovenoase cerebrale (MAVC), cât și metodologia relativ recentă a ultrasonografiei Doppler transcraniale (USD-TC), studiul ultrasonografic al acestor leziuni este limitat în literatura de specialitate.

Noi am încercat să stabilim anumite corelații între "pattern"-ul parametrilor hemodinamici, evaluați prin USD-TC, pe de-o parte și timpul și dimensiunile MAVC - confirmate angiografic - pe de altă parte. Pentru aceasta s-au efectuat înregistrări ale parametrilor hemodinamici la 8 pacienți cu MAVC, utilizând metodologia USD-TC. Criteriul de selecție a pacienților pentru investigațiile

ultrasonografice l-a reprezentat modificările parametrilor de viteză în arterele magistrale cu destinație cerebrală. Modificările spectrului de frecvențe în arterele intracraniene au pus în evidență două situații distincte, strâns corelabile cu rezultatele angiografice, la toți pacienții studiați: tipul arterial de MAVC (*leeder*) de dimensiuni mari, care se corelează cu viteze sistolo-diastolice foarte crescute și tipul venos (*drainer*), de dimensiuni medii sau mici, care se corelează cu viteze sistolice relativ normale, dar raportul sistolo-diastolic este abia schițat.

În cazul în care cele două "pattern"-uri ultrasonografice vor fi observate pe un număr important de cazuri, această metodă va putea aproxima mărimea MAVC.

BOALA MOYAMOYA - STUDIUL ULTRASONOGRAFIC, ARTERIOGRAFIC ȘI COMPUTER TOMOGRAFIC

C. Șipoș, V. Popa, L. Toma

Clinica de Neurologie
Universitatea de Medicină și Farmacie "Târziu-Mureș"

Boala Moyamoya, descrisă pentru prima dată în 1957 de către Takaku și Shimizu la populația japoneză, constă din leziuni stenotice sau ocluzive ce se instalează progresiv în segmentele distale ale axelor carotidiene. Aceste leziuni ocluzive compromit circulația cerebrală și induc apariția treptată a variatelor tipuri de circulație colaterală.

S-au efectuat studii de ultrasonografie Doppler transcranială (USD-TC), arteriografice și Computer Tomografice (CT) la doi pacienți (1B; 1F) de 10 și respectiv de 15 ani, care au prezentat semne clinice de boală cerebrovasculară ischemică. Înregistrările ultrasonografice la cei doi pacienți au pus în evidență valori ale vitezelor diastolice foarte crescute și un raport sistolo-diastolic mic, atât în partea anterioară cât și în cea posterioară a poligonului Willis.

Acest model de debit a fost întâlnit la majoritatea arterelor intracraniene, ceea ce sugerează în mod surprinzător, o scădere globală (în ambele emisfere) a rezistenței circulatorii cerebrale.

Dacă rezultatele investigațiilor ultrasonografice au fost surprinzătoare, cele arteriografice și CT se dovedesc esențiale în stabilirea diagnosticului, confirmând terminologia de ischemie cronică progresivă atribuită de unii autori acestei boli. Întrucât nu am întâlnit în literatura de specialitate studii de USD-TC la astfel de pacienți, rămâne să verificăm prin studii ulterioare, dacă modelul întâlnit la această vârstă juvenilă este identic și la pacienții adulți cu boala Moyamoya.

EFFECTUL HIPOLIPEMIANȚ AL UNOR MEDICAMENTE HEMOROLOGICE

A. Puskás, Z. Brassai, Emese Györi, Gina Suciu, Corina Ureche, C. Dudea

Clinica Medicală nr.1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Autorii au studiat acțiunea dextranoterapiei și pentoxifilinoterapiei - medicamente - cunoscute ca având efecte hemoreologice - asupra lipidogramei bolnavilor arteriopați.

Pentru studiu s-a utilizat un lot de 16 bolnavi cu arteriopatie obliterantă a membrelor inferioare, stadiul II-IV. S-a studiat modificarea lipoproteinelor sangvine, înainte și după o cură de dextranoterapie de 10 zile (500 ml Dextran i.v. pe zi).

La un lot similar (18 bolnavi cu arterioscleroză obliterantă stadiul II-IV) s-a urmărit modificarea lipidogramei sangvine înainte și după o cură de pentoxifilină (200 mg i.v. + 400 mg per os-zilnic).

Rezultatele obținute evidențiază că în urma dextranoterapiei cresc lipoproteinele alfa (HDL), în medie de la 9,62% la 14% și totodată scade concentrația lipoproteinelor spre beta (VLDL) de la 11,62% la 10,62% și cea a lipoproteinelor beta (LDL) de la 78,78% la 75,31% ceea ce denotă ameliorarea indicelui aterogen.

Pentoxifilinoterapia nu a modificat semnificativ lipidograma bolnavilor supuși cercetării.

Pe baza rezultatelor se accentuează, că în timpul dextranoterapiei nu este necesară asocierea medicamentelor hipolipemiante, pe când în cazul pentoxifilinoterapiei se indică această combinație.

KETANSERINA ÎN TRATAMENTUL HIPERTENSIUNII ARTERIALE

Doina Podoleanu, D. Dobreanu, E. Carașca, Al. Ince, H. Popa, S. Cotoi

Clinica Medicală nr.3
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea reprezintă o continuare a preocupărilor noastre privind rolul și efectul medicației antiserotonergice în tratamentul hipertensiunii arteriale (HTA).

Se știe că HTA esențială este rezultanta implicării unui număr de factori patogenici, iar menținerea în limite normale a tensiunii arteriale (TA) este rezultatul unui mecanism de reglare extrem de complicat.

Pornind de la aceste constatări sunt și preocupările în introducerea în arsenalul terapeutic a unei medicații cât mai eficiente. În acest context a apărut noul preparat hipotensor Ketanserina, inhibitor de serotonină. Serotonina determinând creșterea TA prin creșterea rezistenței arteriolare periferice totale prin acțiune directă pe receptorii serotoninergici ai musculaturii netede, prin stimularea alfa-receptorilor postsinaptici via Noradrenalină și, se pare, prin stimularea secreției de endotelină.

Studiul s-a efectuat pe un lot de 20 bolnavi cu HTA esențială necomplicată în stadiul II sau asociată cu cardiopatie ischemică. Ketanserina s-a administrat în doză de 3x20 până la 3x40 mg/zi timp de 3 zile. Efectul acesteia s-a urmărit prin măsurarea TA anterior și după tratament, determinând în același timp rezistența arteriolară totală periferică prin metode neinvazive (formula Lilienstrand sau metoda ecografică).

Concluziile acestei cercetări vor fi redată în lucrare, concluzii care, bazate și pe observațiile expuse în lucrarea anterioară ne îndreptățesc să recomandăm utilitatea acestui preparat în special în HTA esențiale sau asociate cu cardiopatie ischemică, având în vedere calitatea cardioprotectivă a acestuia.



PATOLOGIE TUMORALĂ CLINICĂ

CONSIDERAȚII PE MARGINEA A 602 CAZURI OPERATE DE CANCER GASTRIC

*T.Georgescu, A.Boțianu, A.Dobre, C.Crăciun, V.Nistor, P.Ilniczky, A.Hintea,
F.Gomotrceanu, A.Mureșan, D.Cazma, Anca Roșca, Susana Csizér, B.Eneșel*

Clinica de Chirurgie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Autorii studiază 602 bolnavi operați pentru cancer gastric în Clinica Chirurgică nr.2 UMF Târgu-Mureș în perioada 1972-1992, și la care s-au practicat:
1. Decolare colo-epilică + rezecție gastrică cu anastomoză Pean-Billroth I, 187 cazuri;
2. Decolare colo-epilică + rezecție gastrică cu anastomoză Hoffmeister-Finsterer, 36 cazuri cu anastomoză Reichel-Polya, 32 cazuri;
3. Gastrectomii totale, 58 cazuri (din care cu refacerea continuității pe ansă jejunală în omega, 25 cazuri, pe ansă Roux, 20 cazuri și anastomoză esoduodenală, 3 cazuri);
4. Gastrectomie polară superioară, 24 cazuri; 5. Gastroentero- anastomoză, 45 cazuri;
6. Gastrostomii, 27 cazuri; 7. Jejunostomii, 10 cazuri; 8. Laparotomii, 153 cazuri;
9. Rezecții fără intenție de radicalitate, 40 cazuri.

NEOPLASMUL PRIMAR DE BONT GASTRIC. TRATAMENT CHIRURGICAL. REZULTATE POSTOPERATORII IMEDIATE ȘI LA DISTANȚĂ

*C.Copotoiu, V.E.Bancu, T.Grozescu, M.Baghiu, M.Eșianu, S.Bancu, T.Bara, V.Bud,
M.Coroș, D.Marian, B.Păltineanu*

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea de față își propune o analiză multilaterală a neoplasmului primar de bont gastric, problemă a cărei pondere a crescut progresiv în ultimii ani. Am luat în studiu numai acele cazuri care au corespuns criteriilor de autenticitate: clinic, cronologic, histopatologic și topografic. Pe o perioadă de 28 ani (I, I, 1964-31 XII, 1991) în clinica noastră au fost internați și operați pentru neoplasm primar al bontului gastric 54 bolnavi, din care 51 bărbați și 3 femei, cu vârste limite între 42 și 87 ani. În

25 cazuri operația inițială s-a practicat pentru ulcer gastric, iar la 29 bolnavi pentru ulcer duodenal. Procentual neoplasmul de bont gastric a reprezentat 3,5% din totalul gastrectomizaților pentru afecțiuni benigne, decadele 6 -7 de viață dând numărul cel mai mare de cazuri (74%). Intervalul mediu de timp între rezecția gastrică și apariția neoplasmului primar de bont a fost de 21 ani, cu limite între 5 și 51 ani. Datorită în special extensiei perigastrice, simptomatologia de debut este ștearsă, bolnavii prezentându-se în clinică în stadii avansate, de cele mai multe ori inoperabile (70%). Prinderea anturajului gastric a necesitat, pe lângă îndepărtarea tumorii, sacrificii pluriviscerale. S-au practicat 13 gastrectomii totale, 3 rezecții gastrice subtotale, 8 derivații gastrojejunale, 1 jejunostomie de alimentație și 28 laparotomii exploratorii.

Am înregistrat 9 complicații postoperatorii precoce și 3 la distanță, după cum urmează: -precoce: bronhopneumonii 3, șoc hemoragic 1, IRsA 1, peritonite generalizate prin fistulă de anastomoză 2, abces subfrenic 1, supurație plagă 1; -tardive: ocluzie intestinală 1, eventrație postoperatorie 1, icter 1. Mortalitatea postoperatorie a fost de 18%, 3 bolnavi decedând în cursul spitalizării iar 5 externându-se în stare gravă. Cauzele deceselor intraspitalicești au fost: șoc hemoragic într-un caz, șoc septic în 2 cazuri.

OCLUZIILE INTESTINALE PRIN CANCER COLORECTAL

C. Copotou, V.E. Bancu, M.F. Coroș

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Ocluzia intestinală, cea mai frecventă complicație a cancerului colorectal, maladie cu incidență crescută, este unul din cei mai importanți factori de pronostic negativ reflectat în principal prin mortalitatea postoperatorie crescută. Pornind de la constatarea că mortalitatea precoce în urgență datorată ocluziei, în cazuistica clinicii noastre atinge cote de 3 ori mai mari decât la cazurile operate electiv, autorii au efectuat un studiu retrospectiv pe perioada 1968-1991 ajungând la următoarele concluzii. În perioada sus-menționată incidența ocluziei a fost de 12% adică 163 cazuri din 1358 bolnavi cu cancer colorectal și se pare că acest procentaj se va menține atâta timp cât nu se aplică metode de diagnostic precoce în masă. În 15% din cazuri ocluzia a reprezentat prima manifestare a bolii. Vârsta reprezintă cel mai important factor de pronostic negativ asociat ocluziei. Complicația a apărut predominant la vârstele înaintate, dar nu a ocolit nici vârstele tinere. Peste 70% din decesele postoperatorii precoce au apărut la bolnavii de peste 60 ani. Pe lângă stigmatul vârstei și al impregnației neoplazice, acești bolnavi suferă în general de tare asociate, astfel încât echilibrul biologic fragil al individului este repede deteriorat de condiția de urgență, chiar dacă se practică intervenții limitate de tipul colostomiilor de degajare (13 decese din totalul de 59 colostomii- mortalitate 22%).

Pe lângă factorul vârstă, un rol important l-au jucat și alte complicații tumorale asociate celei ocluzive în 12 cazuri din cele 30 decese postoperatorii, astfel: perforație locală, 3, perforație diastatică, 2, penetrație în organele vecine, 3, carcinomatoză peritoneală, 4 cazuri. Analizând cauzele de deces postoperator precoce s-a considerat că din cele 30 decese, doar 4 s-au datorat parțial actului chirurgical, restul fiind datorate diverselor decompensări la bolnavii tratați.

FACTORI DE RISC ȘI COMPLICAȚII POSTOPERATORII PRECOCE ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CANCERULUI RECTAL

C. Copotoiu, V.E. Bancu, T. Grozescu, M. Baghiu, V. Bud, M. Eșianu, T. Bara,
D. Zamfir, M. Coroș, D. Florea, D. Száva

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea de față este un studiu retrospectiv ce cuprinde 549 bolnavi cu cancer rectal operați în clinica noastră pe parcursul a 24 ani. Pe perioada amintită au fost internați în clinică pentru cancer rectal aproape 700 bolnavi, din care am luat în studiu 549, aceștia având documentația clinică și paraclinică completă. 102 bolnavi au avut cancerul localizat în 1/3 superioară a rectului, 85 în 1/3 mijlocie și 328 în 1/3 inferioară și anus. În 34 cazuri distanța de la orificiul anal la tumoare nu a fost specificată. S-au practicat 104 rezecții abdominale joase, 177 rezecții abdomino-perineale, iar la 100 pacienți alte tipuri de intervenții chirurgicale. Am înregistrat 191 complicații postoperatorii cu 53 decese.

Chirurgia cancerului rectal este recunoscută ca o chirurgie grea, încărcată cu multe complicații precoce și tardive. Câteva au fost condițiile importante care cu adevărat au influențat apariția complicațiilor postoperatorii precoce:

- intervențiile chirurgicale efectuate în urgență, pe bolnavi a căror pregătire generală și locală a fost insuficientă, au avut o rată a mortalității de 23,31%;

- peste 50% din bolnavii cu cancer rectal au fost în vârstă, aparținând decadelor 7.8 și 9 de viață, cu una sau mai multe tare organice, având astfel și un mare risc anestezico-operator;

- ocluzia și hemoragia au constituit indicații chirurgicale de urgență, bolnavii fiind cu grave dezechilibre hidro-electrolitice;

- septicitatea recunoscută a colonului terminal;

- erori de diagnostic și de indicație chirurgicală;

- greșeli de tactică și de tehnică operatorie.

TROMBOZA ARTEREI HEPATICE ÎN UNELE NEOPLASME GASTRICE ȘI PANCREATICE CU ADENOPATII ALE TRUNCHIULUI CELIAC

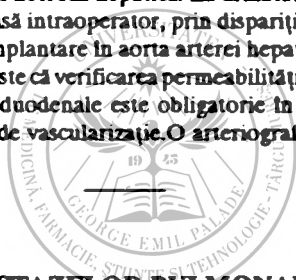
S.Bancu, T.Bara, M.Coroș, D.Marian, E.V.Bancu

Clinica de Chirurgie nr.1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

În unele neoplasme gastrice și pancreatice, cu adenopatii în jurul trunchiului celiac și pe traiectul arterei hepatice comune, poate surveni o trombozare a arterei hepatice în porțiunea ei inițială. În aceste condiții ficatul mai primește sânge arterial doar prin artera gastroduodenală. Dacă în cursul operațiilor de exereză se va ligatura sau se va secționa artera gastroduodenală, va urma o ischemie arterială hepatică, cu riscul necrozei de ficat.

Lucrarea noastră consemnează 5 asemenea cazuri, în care obstrucția arterei hepatice a fost o surpriză intraoperatorie. În primele două cazuri acest fapt a fost descoperit doar la autopsie, în urma decesului a doi bolnavi operați cu duodeno-pancreatctomie cefalică, prin necroza hepatică. La următorii trei bolnavi tromboza arterei hepatice a fost surprinsă intraoperator, prin dispariția pulsului arterial în hil, necesitând protezare sau reimplantare în aorta arterei hepatice.

Concluzia lucrării este că verificarea permeabilității arterei hepatice înainte de secționarea arterei gastroduodenale este obligatorie în cursul ablațiilor pentru neoplasme din această zonă de vascularizație. O arteriografie de trunchi celiac ar fi binevenită în acest sens.



CHIRURGIA METASTAZELOR PULMONARE DE ORIGINE EXTRAPULMONARĂ

*A.Boșianu, T.Georgescu, A.Hinșea, D.Cazma, F.Gomoștreanu, A.Dobre,
A.Mureșan, Susana Cstăz, B.Eneșel, Daniela Nechifor*

Clinica de Chirurgie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Chirurgia metastazelor pulmonare de origine extrapulmonară reprezintă un capitol modern și în plină structurare ca indicații și contraindicații de abord chirurgical. Importanța subiectului derivă din faptul că aproximativ 30% din bolnavii cu tumori maligne, au metastaze pulmonare, abordabile astăzi în contextul unui tratament complex al cancerului, în situații considerate incurabile în urmă cu 10 ani. Sunt prezentate 4 cazuri:

1. Triple metastaze pulmonare lob superior drept (lobectomie superioară dreaptă) plus polip antral malignizat (decolare coloepiploică cu rezecție gastrică subtotală) : supraviețuire 2 ani și 8 luni.

2. Sarcom al coapsei stângi (electrorezecție), urmat la doi ani de metastază pulmonară lob inferior stâng cu fistulă anteriobronșică și inundatie (lobectomie inferioară stângă) : bolnava în viață la un an de la rezecția pulmonară urmată de chimioterapie.

3. Metastaze bilaterale pleuropulmonare (pleurectomie parietală bilaterală și rezecție pulmonară stângă) pornite de la un cancer tiroidian (chimioterapie) : supraviețuire 3 luni.

4. Pleurezie neoplazică închistată stângă (decorticare Frazer-Gourd) după mastectomie radicală pentru neoplasm mamar stâng :supraviețuire un an și o lună.

La cazurile 1 și 3 s-a efectuat mai întâi intervenția toracică, iar după obținerea rezultatului histopatologic s-a căutat tumoarea primară.

ROLUL ENDOSCOPIEI DIGESTIVE SUPERIOARE ÎN DEPISTAREA ȘI MONITORIZAREA LEZIUNILOR PRECANCEROASE GASTRICE

Simona Băgaș, Ligia Bancu, C. Duda, G. Oltean, Ana Bratu, Iona Csidez, Corina Ureche

Clinica Medicală nr. 1

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În prezent se acordă o importanță mare în gastroenterologie depistării cancerului incipient și a leziunilor precanceroase gastrice pe cale endoscopică.

Studiul are la bază endoscoopiile efectuate în Clinica Medicală nr. 1 între anii 1988-1992 la un număr de 4332 de bolnavi. La 10,4% s-au depistat leziuni precanceroase, respectiv 66 de cazuri de gastrită atrofică (14,5%), 59 cazuri de polipi gastrici (13%), 57 de cazuri de metaplazie intestinală a mucoasei gastrice, apoi hiperplazie, displazie, polipoză gastrică, gastrită hipertrofică. În studiu am luat în considerare și 210 cazuri de ulcer gastric biopsiate, dintre care 41,72% au prezentat modificări ale mucoasei gastrice. Cazurile de stomac operat, în număr de 66, au prezentat modificări macroscopice și histologice în proporție de 63,64%. De remarcat ponderea netă a leziunilor precanceroase la sexul masculin între 51-70 de ani având cea mai mare incidență și amplificarea anuală a cazurilor.

La concluzie incidența crescută a leziunilor precanceroase impune monitorizarea endoscopică gastrică anuală la cei afectați, pentru a surprinde transformările maligne posibile.

ASPECTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE ÎN LIMFOAMELE MEDIASTINALE

G. Oltean, Smaranda Demian, Simona Bățașu

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Limfoamele maligne pot afecta mediastinul ca manifestare a diseminării bolii sau ca determinare primară de boală (debut mediastinal). Lucrarea a luat în studiu un număr de 17 cazuri prezentând adenopatii mediastinale voluminoase diagnosticate ca limfoame maligne, studiindu-se aspectele clinice și terapeutice. În urma studiului efectuat s-a ajuns la următoarele concluzii:

1. Limfoamele maligne cu debut mediastinal sunt relativ frecvente, în cele mai multe cazuri fiind vorba despre boala Hodgkin (52,92%) sau de limfoame nehodgkiniene cu celule mari și limfoame limfoblastice.

2. Diagnosticul este dificil în cazurile netoșite de adenopatii periferice, fiind nevoie de toracotomie pentru examenul histopatologic. Simptomatologia clinică de debut, prezintă în toate cazurile, cuprinde durerea toracică (82,35%), tusea (47,05%), dispneea (41,17%) precum și transpirațiile nocturne și subfebrilitățile prelungite. În 41,17% din cazuri este prezent sindromul de compresie a venei cave superioare, iar în 1/3 din cazuri adenopatie scalenică sau supraclaviculară.

3. Cu ajutorul polichimioterapiei (MOPP, CHOP, CHOP + Bleomicină) asociată în unele cazuri radioterapiei de consolidare se pot obține remisii complete în 70,58% din cazuri.

4. Supraviețuirea bolnavilor cu limfoame mediastinale atinge 74,16% din cazuri la 2 ani de zile și 66,19% la 4 ani. Procentul remisiiunilor complete este de 61,20% din cazuri la 1 an și de 44,70% la 4 ani de zile.

5. Localizarea mediastinală se constituie într-un factor de pronostic mai sever al limfoamelor maligne.

VALOAREA PUNȚIEI- BIOPSIE PERCUTANTĂ SUB GHIDAJ COMPUTER-TOMOGRAFIC ÎN DIAGNOSTICUL POZITIV AL TUMOTILOR TORACOMEDIASTINOPLEUROPULMONARE

M. Buruian*, L. Axente*, V. Bud**

*Clinica de Radiologie-Unitatea C.T.**Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Punția-biopsie percutantă sub ghidaj C.T. este o metodă rapidă și eficientă de diagnostic care permite abordarea unor leziuni toracice localizate și persistente

unde fibroscopia a fost negativă, în unele situații înlocuind toracotomia sau alte proceduri chirurgicale.

Metoda precizează dacă un proces expansiv intratoracic este neoplazic sau inflamator, dacă este sau nu metastatic, dacă este necrozat sau rezidual după radioterapie, contribuind direct la stabilirea stadiului de evoluție al leziunii, în vederea aplicării unui tratament adecvat.

În lucrare sunt prezentate indicațiile, contraindicațiile, tehnica, complicațiile posibile și rezultatele de început ale puncției- biopsie percutanată sub ghidaj C.T. practicate în unitatea C.T. în cursul acestui an, începând din luna ianuarie, având examinate un număr de 30 de cazuri de tumori toracomediastino-pleuro-pulmonare.

DIAGNOSTICUL COMPUTER-TOMOGRAFIC ÎN MICROADENOAMELE HIPOFIZARE

M. Burian

Clinica de Radiologie - Unitatea C.T.
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Microadenoamele hipofizare reprezintă o categorie de procese expansive intracerebrale, care din punct de vedere dimensional au sunt mai mari de 10 mm.

Examele radiografice standard arată în majoritatea cazurilor o șă turcească de dimensiuni normale.

Examele C.T. simple și cu substanță de contrast în incidențe axiale și coronale este singurul examen (exceptând RMI) care pune în evidență microadenoamele hipofizare.

În lucrare se prezintă diferențiat, pe baza unei bogate iconografii selecționate aspectele C.T. privind cazurile examinate în Unitatea C.T., de la punerea ei în funcțiune, în număr de 22, majoritatea provenind din cadrul Clinicii de Endocrinologie Tîrgu-Mureș, precum și din unitățile arondate.

DIAGNOSTICUL COMPUTER-TOMOGRAFIC AL NEURINOAMELOR ACUSTICE

M. Burian

Clinica de Radiologie - Unitatea C.T.
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Neurinoamele nervului acustic sunt formațiuni tumorale benigne localizate în unghiul postero-cerebelos ce produc modificări ale conductului auditiv intern (dacă

evoluția este intracanaliculară) și ale structurilor adiacente (prima compresie dacă evoluția este extracanaliculară).

Examenul C.T. simplu și cu substanță de contrast este examenul de bază care pune în evidență lărgire unilaterală a C.A.I., valori izo,hipo, sau hiperdense în raport cu țesutul nervos adiacent, idofilia intensă după administrarea de contrast i.v., hidrocefalia internă, compresia asupra structurilor nervoase de vecinătate (cerebel, punte, nervi cranieni).

Lucrarea prezintă în mod diferențiat, pe baza unei iconografii selecționate, problemele de diagnostic pozitiv și diferențial la cele 6 cazuri examinate în Unitatea C.T. de la punerea ei în funcțiune.

AGLOMERAREA NEOPLAZICĂ LA BOLNAVII CU HEMOPATII MALIGNE

Smaranda Demian, G.Olteanu, C.Dudea

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În literatura de specialitate este relatată prezența cu frecvență crescută a afecțiunilor neoplazice la persoane înrudite sau având un mod de viață asemănător.

Lucrarea și-a propus studiul aglomerării neoplazice la bolnavii cu hemopatii maligne, luând în studiu un număr de 89 de pacienți. Cele mai frecvente afecțiuni întâlnite au fost: leucemiile acute și cronice, limfoamele maligne și mielomul multiplu. La 36 de bolnavi (40,44%) a fost constatată existența aglomerării neoplazice în studiul a 2-3 generații, utilizând arborele genealogic. Incidența cea mai mare a fost constatată la bolnavii cu boală Hodgkin (35,7%), limfom malign nehodgkinian (43,7%), leucemie limfatică cronică (38,1%). În 11 (30,55%) din cele 36 de cazuri este vorba despre neoplazii hematologice, iar în celelalte cazuri (2 de boală Hodgkin și 1 caz de leucemie limfatică cronică) aceeași boală a fost întâlnită la 2 frați, respectiv la părinți și copii.

Studiul efectuat constituie un argument pentru considerarea ca netrimplătoare a aglomerării neoplazice la bolnavii cu hemopatii maligne, fapt explicat prin transmiterea predispoziției la boală în condiții similare de viață și de condiționare genetică.

LEUCEMIA ACUTĂ PLASMOCITARĂ

I. Benedek, P. Valics, Erzsébet Lázár, A. Nagy

Clinica Medicală nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Conform clasificării propuse de grupul F.A.B. leucemiile acute se împart în două grupe mari: leucemia acută nonlimfoblastică și leucemia acută limfoblastică.

În prima categorie aparțin acele forme de leucemii acute mieloblastice care sunt notate de la M1 până la M7.

Leucemiile acute limfoblastice se împart la rândul lor în trei subgrupe notate de la L1 până la L3. O formă de leucemie acută recent descrisă cu o frecvență extrem de rară este leucemia acută plasmocitară.

Autorii în continuare prezintă cazul bolnavului F.A., în vârstă de 66 ani internat în Clinica Medicală nr. 2 cu suspiciunea de mielom, în stare generală grav alterată, prezentând: un sindrom anemic (Ht 18%), hemoragiipar (epistaxis, purpuri și peteșii), infecțios, cu debut brusc în urmă cu două săptămâni. Examenle hematologice efectuate confirmă diagnosticul de leucemie plasmoblastică acută.

Evoluția bolii a fost fulminantă, în urma tratamentului aplicat, numărul leucocitelor a crescut rapid de la 18000 în câteva zile la 170000/mm³. Bolnavul decedează după zece zile de observație și tratament.

Prezentăm aspectul măduvei, al sângelui periferic, și radiografiile osoase ale bolnavului.

PUNCȚIA-BIOPSIE LA MĂDUVA OSOASĂ CA METODĂ DE DIAGNOSTIC ȘI EVALUARE ÎN BOLI HEMATOLOGICE ȘI NEOPLAZICE

I. Benedek, Erzsébet Lázár, L. Török, D. Branu

Clinica Medicală nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În diagnosticul histopatologic putem utiliza secțiuni de material biptic înglobat în parafină obținute prin biopsie de măduvă osoasă. Această metodă a devenit de rutină în diagnosticul histopatologic.

Materialul biptic este cu mult superior aspiratului de măduvă recoltat prin puncție medulară. Se poate aprecia mult mai corect celularitatea măduvei, existența unor infiltrate tumorale, tipul celular etc.

Biopsiile sunt importante mai ales în afecțiuni hematologice (limfoame, leucemii, anemii aplastice etc.) dar și în evaluarea extensiei medulare a unor boli neoplazice.

În Clinica Medicală nr. 2 din 1992 am introdus această metodă de examinare.

Autorii prezintă metoda de lucru și primele rezultate.



L'INFECTION A HAEMOPHILUS CHEZ LE NOURRISSON: ACTUALITE ET PREVENTION

J. Cousin *, E. Dehecq **, C. Spyckerelle *; G. Vitu *

* Service de Pédiatrie, Hôpital Saint Antoine, Lille

** Laboratoire de Microbiologie, Université Catholique de Lille

L'*Haemophilus influenzae* est responsable d'infections graves chez le nourrisson. Les méningites à *B. de Pfeiffer* ont une prévalence de 15/100000 enfants en France avec un taux de mortalité inférieur à 5% mais près de 15% de séquelles neurologiques et sensorielles.

Ce sont les souches capsulées (typables) et particulièrement le sérotype b qui sont responsables des manifestations invasives (méningites et épiglottites) alors que les infections néonatales, les localisations ORL et ostéo-articulaires sont le fait de souches non typables.

En une année, le laboratoire de microbiologie de notre Hôpital Pédiatrique a isolé 125 souches d'*Haemophilus influenzae* (97 non sérotypables et 29 capsulées); 12 méningites ont été observées en un an (sérotype l b). La résistance par production de Bêta-lactamase a été observée pour 10% des souches non sérotypables et chez 31% des souches capsulées. La sensibilité reste constante aux Aminosides, aux Céphalosporines de troisième génération (C3G) et à l'association AMOXI- CILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE.

La colonisation précoce des nourrissons, l'absence d'immunité naturelle et le risque de méningite pouvant entraîner des séquelles neurologiques incitent à promouvoir la vaccination dont l'efficacité a été démontrée.

UNELE ASPECTE CLINICE ȘI EPIDEMIOLOGICE ALE HIMENOLEPIDOZEI

B. Fazakas, Enikő Barabás, Márta Korponay

Disciplina de parazitologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Himenolepidoza în ultimii ani a înregistrat o creștere numerică. Această parazitoză este cauzată de două specii de cestode: *Hymenolepis nana* și *Hymenolepis diminuta*. Prima (*nana*) este un cestod specific uman, monoxen, helminții maturi

localizându-se în ileon, iar a doua specie (diminuta), este un parazit cosmopolit. Ambele specii au fost semnalate ca parazitoze rare, pentru că în prezent să le întâlnim frecvent. Deoarece în literatură sunt puține comunicări care tratează această problemă, ne-am propus să sintetizăm observațiile noastre privind himenolepidoza. La bolnavii internați am urmărit evoluția clinică, eficiența metodelor de diagnostic etiologic și eficacitatea tratamentului.

Între anii 1982-1992, la Serviciul clinic de boli parazitare, au fost internați 909 de bolnavi, având infecție cu *H. nana* sau *H. diminuta*.

Dintre cei 909 de bolnavi 61,79% au fost reprezentate de femei, iar 38,21% de bărbați. 91,18% au provenit din mediul urban, iar 8,82% din mediul rural. Dintre cei internați 16,44% au avut o infecție cauzată de *Hymenolepis nana*, 79,09% cu *Hymenolepis diminuta* și 4,47% au avut o infecție mixtă. 50,67% a cazurilor au avut o etate între 0-18 ani. Dintre semnele clinice subiective s-au găsit, în ordinea frecvenței: inapetența, dureri abdominale spontane difuze, grețuri, adinamie, cefalee, meteorism, balonări, amețeli și o stare de agitație. Pe lângă durerile abdominale semnalate la palparea abdomenului, relevăm semnele alergice și tulburarea tranzitului intestinal. Copiii au devenit capricioși, neliniștiți, neatenți. Diagnosticul etiologic s-a realizat prin evidențierea ouălor din materiile fecale, prin metoda Willis-Hung. Pentru tratament s-a utilizat, cu o eficiență de 78% Yomesan sau Niclosamid (Radewerm), combinat cu decoct din sămânță de dovleac, pregătit după metoda prof. V. Nitzulescu. Metoda combinată (trei zile Radewerm și trei zile decoct din sămânță de dovleac) a avut o eficacitate bună. La adulți, peste 90% a cazurilor, s-au vindecat după un ciclu de tratament, iar la copii am reușit în 75% să-i vindecăm după primul ciclu de tratament. A fost necesar să recurgem la al doilea ciclu de tratament la 25% din copii și la 10% din adulți.

PARTICULARITĂȚI CLINICE ȘI EPIDEMIOLOGICE ALE INFECȚIEI HIV/SIDA LA COPILUL MIC

Rodica Pascu, Carmen Chiriac, Rodica Urcan, Paula Bakos, I. Csiki, Mihaela Șerban, Brîndușa Țileu

Clinica de Boli Infecțioase
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

S-au studiat 81 copii de vârstă între 6 luni-5 ani, din care 65 cu "boală HIV simptomatică" și 18 cu "boală HIV avansată" internați în Clinica I de Boli Infecțioase în perioada martie 1990-iulie 1992.

Obiectivele studiului au fost de ordin *epidemiologic și clinic*. A reieșit că 54% din copiii infectați HIV erau născuți în 1989 și 1990. Contaminarea cu HIV a prevalat la copiii instituționalizați și polispitalizați în unități sanitare din Județul Mureș. Bolnavii au făcut parte din următoarele grupe de risc: Wasting syndrome

(87,65%), diaree treantă (95,06%), febră prelungită (98,76%), limfadenopatie generalizată (100%), hepatosplenomegalie (91,35%).

S-au înregistrat următoarele infecții oportuniste recurente: pulmonare (71,60%), digestive (70%), mucocutanate (100%), otice (32%), neuropsihice (35,80%), de etiologie bacteriană, virală, fungică, parazitată.

Decesul a 18 (22%) copii a fost determinat preponderent de pneumonie și Wasting syndrome.

AMELIORAREA DIAGNOSTICULUI ETIOLOGIC AL URETROPROSTATITELOR ACUTE ȘI CRONICE

I. László*, M. Péter*, L. Domokos*, B. Fazakas**, D. Nicolescu***, Sanda Piroș*, B. Sebe****, Lilla Lőrinczi*, Enikő Barabás**, V. Filep*

* Disciplina de microbiologie, ** Disciplina de parazitologie,
*** Clinica de Urologie, **** Disciplina de biologie-genetică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Scopul lucrării a fost evaluarea unor metode complexe de diagnostic bacteriologic și parazitologic în uretroprostatite (UP). Datele bibliografice recente subliniază justa orientare a colectivului de cercetare privind ameliorarea metodelor complexe folosite în diagnosticul infecțiilor sus amintite.

De la 252 de bolnavi cu UP s-a recoltat secreție prostatică și urină care au fost înălțate pe medii speciale pentru izolarea bacteriilor, respectiv pe celule HeLa pentru cultivarea paraziților și a chlamydiilor. Culturile de celule au fost examinate după colorarea cu Giemsa sau albastru de toluidină, urmărind prezența incluziilor caracteristice pentru chlamydia.

Incidența germeilor în produsele patologice ale bolnavilor a fost următoarea: *Staphylococcus aureus haemolyticus* coagulazo pozitiv 43,24%, *Staphylococcus aureus haemolyticus* coagulazo negativ 25,79%, *Escherichia coli* 21,03%, *Acinetobacter calcoaceticus* 11,51%, *Moraxella urethralis* 9,91%, germeni saprofiti 25,39%, chlamydia 39,68%, *Trichomonas* 8,33%, *Entamoeba urogenitalis* 59,52%, *Entamoeba urogenitalis* 59,52%, *Streptococcus faecalis* și *Str. viridans* 10,31%, *Candida albicans* 8,72%, *Proteus* 1,98%, *Klebsiella pneumoniae* 2,38%. Stafilococul coagulazo pozitiv ca singur factor etiologic a fost prezent în 7,53%, în asocieră cu *Entamoeba* în 15,87%, cu chlamydia în 6,76%, iar cu chlamydia și *Entamoeba* în 13,49%.

HEPATITA VIRALĂ ACUTĂ AGHB_s POZITIVĂ ÎN ZONA REGHIN

Cristina Golea*, Monica Sabău*, Monica Dănilă*, Simona Stoică*
Aurelia Cojan**, E. Szűcs**, R. Czédula***

* Disciplina de epidemiologie

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

** Centrul de Medicină Preventivă, Târgu-Mureș

*** Spitalul Ortopedec Reghin, Secția de boli infecțioase

Cu toate că hepatita virală B este universal răspândită, incidența ei are largă variații teritoriale, fiind direct condiționată de circulația virusului hepatitei B într-un anumit areal și întreținută endemic de numărul purtătorilor cronici de AGHBs.

În aprecierea ponderii hepatitei acute B din arealul Reghin, am testat prin tehnica ELISA 187 seruri provenite de la pacienți cu fenomene de suferință hepatică acută.

Cu toate că proporția hepatitei acute cu evidențe serice de AgHBs a fost de 31,5%, ponderea hepatitei acute B reale, în opinia noastră este însă mai mică. Portajul asimptomatic de AgHBs fiind destul de mare în arealul luat în studiu, este posibil ca o parte a bolnavilor studiați să fie purtători cronici de AgHBs la care se suprapune o infecție acută cu un alt virus hepatitic.

Curba de morbiditate AgHBs pozitive corelată cu vârsta pacienților a fost relativ constantă. Ponderea ridicată (29%) a hepatitei acute cu AgHBs din prima decadă de viață se explică între altele și prin posibilitățile multiple de transmitere orizontală existente în familie și în colectivitățile de copii. Ambele sexe au fost în măsură egală afectate, neexistând o diferență statistic semnificativă între ponderea hepatitei AgHBs pozitive la bărbați și femei și nici între frecvența ei în mediul urban și rural.

STUDIUL CLINICO-MORFOLOGIC AL GASTRITEI CU HELICOBACTER PYLORI

Ligia Bancu, Simona Bătaș, Dona Csídey, Ana Bratu, C. Ducea,
Ana Maria Stauder

Clinica Medicală nr. 1

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Congresul Internațional de Gastroenterologie de la Sydney, din 1991, a elaborat un nou sistem de clasificare al gastritelor în care un loc distinct îl ocupă gastrita cu *Helicobacter pylori*.

Am introdus în acest studiu un lot de 52 de bolnavi, care s-au supus endoscopiei digestive superioare pentru simptome de tip ulceros. Endoscopia a

infirmat prezența nișei ulceroase la toți acești pacienți, relevând în schimb modificări ale mucoasei antrale. Endoscopic am găsit mucoasa antrală hiperemică, eritematoasă uneori cu fine exudații. Din fragmentele endobiopice s-a pus diagnosticul infecției cu *Helicobacter pylori* la 34 bolnavi, reprezentând 65,74%.

Am obținut ameliorarea subiectivă evidența la pacienții care au fost tratați cu terapie antibacteriană asociată. În concluzie, gastritele cronice cu sindrom non ulceros dispeptic, pot fi abordate terapeutic cu rezultate bune, urmărind endoscopic eradicarea infecției și modificările la nivelul mucoasei gastrice.

INFECȚIA CU *HELICOBACTER PYLORI* LA BOLNAVI CU ULCER DUODENAL

*Ligia Bancu, Ileana Crudey, Simona Bățașu, Ana Bratu, Corina Ureche,
Adriana Stăneș, C. Ducea*

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Helicobacter pylori, bacterie gram-negativă descrisă de Warren și Marshall în 1983, are largi implicații în patologia tubului digestiv și constituie mobilul multor cercetări științifice în gastroenterologia modernă.

Diagnosticul infecției cu *Helicobacter pylori* se practică în serviciul de endoscopie digestivă al Clinicii Medicale nr. 1 din septembrie 1992. Am folosit o metodă rapidă de diagnostic calitativ bazată pe capacitatea germenului de a secreta urează; am introdus fragmentele de endobiopsie antrală într-o soluție conținând uree și un indicator de pH, care în prezența *H. pylori* își modifică culoarea. În paralel, am folosit diagnosticul histopatologic, cu ajutorul colorației Giemenes. Din 24 pacienți cu ulcer duodenal diagnosticat endoscopic, 20 dintre ei prezentau concomitent infecția cu *Helicobacter pylori*, reprezentând 83,33%.

Ne aflăm la începutul unor cercetări pe care le dorim extensive, cu urmărirea în timp a efectului eradicării infecției asupra ratei de reactivare a ulcerului.

IMPLICAREA INFECȚIEI CU *HELICOBACTER PYLORI* EVIDENȚIATĂ ENDOSCOPIC, ÎN SINDROMUL DISPEPTIC NEULCEROS

Daniela Dobru

Clinica Medicală nr. 3
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Din momentul descoperirii sale în 1983, *Helicobacter pylori* (H.P.) a fost subiectul unor cercetări intensive. La ora actuală se știe că este categoric incriminat în etiopatologia ulcerului gastric, a ulcerului duodenal și a gastritei atrofice antrale. Mai puțin se cunoaște legătura dintre infecția cu H.P. și sindromul dispeptic neulceros (S.D.N.U.) și ulterior implicațiile terapeutice.

Au fost incluși în studiu 57 de pacienți cu vârsta între 18-63 ani, selectați pe baza unui chestionar ce cuprinde principalele aspecte clinice și paraclinice ale S.D.N.U., în conformitate cu definiția acceptată pe plan mondial. Nu au fost incluși bolnavii cu patologii de colecist sau hepatită, cu intervenții chirurgicale din sfera digestivă și cu aspect endoscopic de leziune ulceroasă de focar sau boala de reflux gastro-esofagian. Bolnavii au fost endoscopizați pe nemâncate iar biopsiile au fost prelevate din regiunea antrală, prepiloric, atât pentru examen histopatologic, cât și pentru punerea în evidență a infestației H.P. prin testul rapid cu urează. Gastroscopul au fost dezinfectate înainte și după fiecare examinare cu soluție Totacide (Glutaraldehidă 2%) pentru a preveni infecția iatrogenă. Au fost urmărite și consemnate pentru fiecare pacient aspectul endoscopic, rezultatul examinării histopatologice și prezența infestației cu H.P.

Rezultate: din cei 57 pacienți 18 au fost H.P. - și 39 H.P. +. Dintre aceștia din urmă, majoritatea-31-prezentau S.D.N.U. acut cu debut de aproximativ 2 săptămâni și aspect endoscopic de gastrită superficială de tip B, iar 8 prezentau S.D.N.U. cr. cu aspect endoscopic de gastrită atrofică.

În concluzie, H.P. poate cauza fenomene dispeptice atunci când infecția este recentă cu corolendend endoscopic de gastrită acută. ceea ce este mai puțin sigur este dacă H.P. este sau nu responsabil de S.D.N.U. cronic.

OBSERVAȚII CLINICE PE MARGINEA UNUI FOCAR DE TRICHINELOZĂ DIN MUNICIPIUL TÂRGU-MUREȘ

Carmen Chiriac, Rodica Pascu, Rodica Urcan, Brîndușa Țilea,
Adriana Achim, Éva Kiss

Clinica de Boli Infecțioase
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În Clinica I Boli Infecțioase, în ianuarie-februarie 1993 au fost internați 19 bolnavi provenind dintr-un focar epidemic, după consumul de carne de la un porc infestat masiv cu *Trichinella spiralis*.

Formele clinice de boală au fost ușoare la 8 bolnavi, medii la 7 bolnavi și grave la 4 bolnavi.

Formele grave au dezvoltat complicații, care au ridicat numeroase probleme de diagnostic diferențial, constând din: complicații cardio-vasculare (miocardită), respiratorii (sindrom Löfller și bronhopneumonie) și renale (glomerulonefrită).

Tratamentul a constat din Vermox sau Mintezol (în medie 5 zile) la toți bolnavii, pe lângă preparate de calciu, cortizon, administrate diferențiat ca durată, în funcție de evoluția clinică.

Autorii subliniază incidența încă ridicată a cazurilor de trichineloză care pot, în plan clinic, să ridice importante probleme de diagnostic pozitiv și diferențial, cu complicații severe, pluriorganice și evoluția trenantă.



ROLUL MEDIATORILOR INFLAMAȚIEI ÎN STĂRILE SEPTICE

Ana Popescu, D. Georgescu

Clinica de Pediatrie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Înțelegerea mecanismelor incriminate în stările septice grave, în particular în șocul septic, cunoaște progrese considerabile în ultimele decenii, dezvăluind extrema complexitate a acestor stări.

În această lucrare autorii prezintă cele mai recente achiziții din țară și străinătate privind rolul mediatorilor în declanșarea, propagarea și întreținerea răspunsului inflamator sistemic în prezența sepsisului.

Rolul inițiator capital în declanșarea eliberării mediatorilor inflamației îl joacă endotoxinele componente ale bacteriilor gramnegative. Până la un moment dat, acești mediatori, între care cytokinele, au efecte benefice în apărarea organismului.

dar producția lor în exces permite apariția lor în circulația generală și activarea cascadelor coagulării, complementului cu eliberare de substanțe chemoattractive, mediator și proteaze. Activarea celulelor fagocitare, urmată de degranularea mastocitelor cu o nouă eliberare de mediatori, precum și activarea celulelor endoteliale ca ultimă verigă a acestui cerc vicios, vor avea drept consecință creșterea permeabilității membranei vasculare. Aceste activări în cascadă, aceste extensii ale reacției inflamatorii prin mediatori și celulele activate, explică frecvența suferinței multiorganice în stările septicice grave, astfel ca și dificultatea unei terapii farmacologice adecvate.

CORELAȚIA ÎNTRE DEFICITUL DE FIER AL ORGANISMULUI ȘI STĂRI INFECȚIOASE

Enikő Pécsi, I. Benedek, D. Branu

Clinica Medicală nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În caz de infecții începe lupta dintre agentul patogen și capacitatea de apărare a organismului. Fierul existent în organism joacă un rol important în ambele mecanisme: pe de o parte agentul patogen - bacterii, virusuri, fungi - au nevoie de fier pentru dezvoltarea lor, procesele imunologice - fagocitoză - de asemenea.

La un lot de 268 de bolnavi - majoritatea femei - diagnosticate cu carență de fier (manifestat sau latent) s-a urmărit frecvența infecțiilor intercurrente, respectiv corelația între infecțiile intercurrente și anumite manifestări cronice ale anemiei feriprive sau a sideropeniei tisulare. Din cei 268 bolnavi 112 prezentau infecții intercurrente frecvente. Am urmărit de asemenea corelația între anumite simptome ale carenței de fier și infecții. Dintre cei 22 de parametri (simptome subiective și obiective) la 12 infecțiile intercurrente erau mai frecvente. Calculele statistice au fost efectuate conform schemei X^2 .

Din cercetările noastre reiese că infecțiile intercurrente sunt mult mai frecvente și au gravitate mai mare la cei cu carențe marțiale severe.

Pe baza acestor date putem trage concluzia că, carența de fier atinge mai mult capacitatea de apărare a organismului decât proliferarea agentului patogen.

PROGNOSTICUL "QUO AD VITAM" LA COPILUL CU PURPURĂ FULMINAS (CONSIDERAȚII PE MARGINEA A DOUĂ OBSERVAȚII CLINICE)

Ana Popescu, Éva Kiss, E. Moldovan

Clinica de Pediatrie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

În patologia copilului purpura fulminas este recunoscută de toți pediatrii ca una din cele mai mari urgențe. Cu toate progresele terapeutice mortalitatea rămâne ridicată.

Se fac considerații clinice, biologice și histopatologice pe marginea a două cazuri de purpură fulminas la care evoluția supraacută a împiedicat supraviețuirea bolnavului.

Prognosticul "quo ad vitam", rămâne sau nu în viață, este în funcție de mai multe condiții:

- observă anturajul la timp primele simptome de îmbolnăvire? apelează la medic la primele semne de îmbolnăvire observate?

- recunoaște gravitatea îmbolnăvirii primul medic care consultă copilul? trimite copilul la spital sau instituție primul tratament?

- primul medic de spital care ia copilul în primire, are el suficient "sânge rece" pentru a aplica cât mai rapid, energic și corect toate manevrele terapeutice?

Îmbinarea tuturor acestor situații pe lângă manevrele terapeutice cele mai eficiente vine să îmbunătățească prognosticul imediat al acestor bolnavi, cunoscându-se evoluția supraacută a acestui tip de îmbolnăvire.

AUTOIMUNITATE, BOLI AUTOIMUNE - CONSIDERAȚII PRACTICE

Monika Szabó, I. Benedek, D. Branu

Clinica Medicală nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Fenomenul autoimunității și bolile autoimune, atât prin implicarea lor patogenetică multiplă cât și prin creșterea frecvenței lor, ne sunt tot mai mult în centrul atenției.

Obiectul studiului este pe de o parte, prezentarea unei clasificări amănunțite, a câtorva aspecte generale și de tratament legate de cele mai noi cercetări ale bolilor autoimune și exemplificare printr-un caz clinic de dermatomiozită.

Vorbim de boli autoimune când sistemul imunitar produce mecanisme autoimune împotriva propriilor structuri antigenice, agresivitate ce se soldează cu manifestări clinice, funcționale și morfologice. În funcție de etiologie, bolile autoimune se împart în primare (idiopatice) și secundare, iar în funcție de atingerea de organ în polisistemice și cu specificitate de organ. Baza tratamentului bolilor autoimune o reprezintă terapia antiinflamatoare (corticoterapie 1-2 mg/kgcorp), imunosupresie nespecifică (citostatice, plasmafereza, gamaglobuline în doze mari etc.) și imunosupresie specifică (autoanticorpi pe sistem imunitar). Cazul clinic este reprezentat de o dermatomiozită la o femeie de 60 de ani, cu o afecțiune tiroidiană de trei ani (probabil tiroidita Hashimoto) cu erupție tegumentară de un an, tipică, cu instalarea polimiozitei progresive, cu evoluție favorabilă sub corticoterapie de 1 mg/kgcorp/zi.

STUDIUL IMUNITĂȚII CELULARE ȘI UMORALE ÎN ARTERIOPATIILE CRONICE OBLITERANTE PERIFERICE

Smaranda Demian, Z. Brassai, E. Mădy, Andrea Buda-Mirzaș, Gina Suciu

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie "Traian Vuia" Timișoara

Pornind de la considerentul că în etiopatogenia plurifactorială a arteriopatiilor obliterante periferice inflamația microvasculară hipersensitivă joacă un rol important, autorii au studiat câțiva parametri imunologici. Lotul supus cercetării era constituit din 20 de bolnavi cu diagnosticul de arteriopatie cronică obliterantă a membrilor, stadiul II-IV.

Pentru aprecierea imunității celulare, legată de activitatea limfocitelor T₈ citotoxice, s-a practicat proba intradermică/IDR/ cu 2 u PPD, care a fost pozitiv în 13 și negativ în 7 cazuri. Dintre cele 13 cazuri pozitive, la 3 bolnavi a apărut o reacție intens pozitivă, cu microrupții buloase cutanate, ceea ce poate pleda pentru o infecție cronică cu virusul herpetic.

Pentru aprecierea imunității umorale s-a efectuat determinarea imunoglobulinelor IgG, IgA și IgM din serul bolnavilor cu metoda imunoelectroforetică. S-a constatat creșterea semnificativă a imunoglobulinelor IgG /26,9±2,8 g/l și /2,1±0,3 g/l, pe când valoarea medie a IgA-lui a fost între limitele fiziologice /2,3±0,3 g/l.

Determinarea cantității complexelor imune circulante precipitabile din ser cu polietilenglicol, având masa moleculară de 6000 dalton - care au rol important în patogenia inflamațiilor vasculare - a evidențiat următoarele: valoarea medie a cantității complexelor imune circulante precipitabile a fost semnificativ crescută /108±42uPE Gm/ față de valoarea normală /sub 50 u PE Gm/. Această cantitate crescută, care se menține timp îndelungat, pledează pentru rolul patogenetic substanțial al complexelor imune circulante în producerea microvasculitelor.

Rezultatele obținute demonstrează că prin metode relativ simple, se pot obține informații valoroase atât pentru aprecierea gravității afecțiunii vasculare cât și în vederea stabilirii conduitei terapeutice.

MODIFICĂRI ALE IMUNITĂȚII UMORALE ÎN ANEMIILE PRIN DEFICIT DE FIER

G. Oltean, C. Dudea

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Fierul este esențial pentru dezvoltarea microorganismelor, iar deficitul de fier este relatat a fi asociat cu modificări imunologice ale organismului, precum și cu scăderea proliferării bacteriene. Relația dintre disponibilitatea de fier și susceptibilitatea la infecții este controversată în literatura de specialitate.

Autorii au studiat modificările imunității umorale la 34 de cazuri cu anemie feriprivă apărută pe fond de stomac operat, sângerări gastro-intestinale și sângerări genitale. Au fost constatate următoarele:

1. Fierul este un factor important în protecția organismului împotriva infecțiilor intercurrente, incidența acestora fiind mai crescută în cazul anemiilor feriprive.

Modificările imunității umorale se reflectă prin scăderea semnificativă a numărului total limfocitar și a clasei de imunoglobuline, în special a IgA (afectarea concomitentă și a componentei secretorii). Aceste aspecte sunt mai pronunțate atunci când deficitul de fier apare pe fondul unui stomac operat.

Tratamentul deficitului de fier duce, în majoritatea cazurilor, la corectarea perturbărilor imunologice constatate anterior.

Modificările funcției de apărare a organismului sunt mai complexe în cazul deficitului de fier, ele incluzând pe lângă afectarea imunității umorale și imunitatea celulară (legată în special de subpopulațiile limfocitare și de activitatea celulelor killer), ceea ce impune lărgirea cercetărilor în acest sens.

PARTICULARITĂȚI CLINICE ALE COLAGENOZELOR LA BĂRBAȚI

Lia Georgescu, Anca Czoș, O. Bodea

Clinica de Reumatologie și Reumatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș

Reumatismele inflamatorii și colagenozele prezintă frecvent un debut și o evoluție atipică la sexul masculin, studiind cazistica reumatologică la bolnavii bărbați de la clinica noastră între anii 1990-1993 se desprind următoarele aspecte clinice: poliartrita reumatoidă debutează la membrele inferioare, nu respectă simetria, iar aspectul de debut este mai degrabă algodistrofic decât exudativ. Deformitățile apar mult mai târziu, iar vasculita reumatoidă este o raritate.

Sclerodermia la bărbați nu apare ca o afecțiune de sine stătătoare, ca însoțite ciroza biliară sau carcinomul bronhoalveolar.

Panarterita nodosă (Boala Küssmaul-Mayer) afectează predominant sexul masculin, debutând ca o polinevrită simetrică care ulterior dezvoltă un sindrom subfebril-febril, modificări ale fundului de ochi și uneori infarct miocardic fără dureri semnificative. Față de bolnavele cu PAN, răspunsul terapeutic favorabil este deosebit de prompt la bărbați.

L.E.D. a fost decelat doar la 2 cazuri, fiind vorba de sindroame hipode induse verosimil medicamentos de xilină respectiv fenitoin. Evoluția acestor cazuri de lupus indus a fost favorabilă după sistarea medicației inductoare.

Colagenozele la bărbați impun investigații laborioase privind:

- 1) o eventuală asociere a unei neoplazii (la SA, PR)
- 2) o posibilă medicație inductoare
- 3) hepatită virală B în antecedentele bolnavilor cu panarterită nodosă.

COMPONENȚA FIBROMIALGICĂ ÎN COLAGENOZELE MAJORE, ASPECTE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

Lia Georgescu, Anca Cozas, O. Bodea, Anamaria Năgô

Clinica de Balneologie și Reumatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Fibromialgia secundară, o entitate clinică mai puțin cunoscută și de cele mai multe ori subdiagnosticată, frecvent se suprapune și/sau se confundă cu bolile inflamatorii și/sau colagenoze.

Într-un tablou clinic mixt, cu F.M. secundară coexistentă unei boli de colagen, se impune o diferențiere explicită a elementelor anamnestice și clinice specifice fibromialgiei secundare, utilizând criteriile Colegiului American de Reumatologie emise în 1990 și chestionarul fibromialgiei CAMPBELL.

Identificarea componenței fibromialgice este foarte importantă întrucât impune un tratament diferențiat, specific acestuia. Au fost studiate 2 loturi de bolnavi, în total 165 cazuri, cu boli reumatologice inflamatorii și colagenoze internate consecutiv în Spitalul Clinic Județean între 1988-1991 Secția Balneofizioterapie.

Prelucrarea asistată de calculator a datelor s-a realizat prin analiza comparată a celor 2 loturi, selectând criteriile ce au fost considerate ca variabile și semnificative în evoluția bolii.

În studiul comparativ al celor două loturi de bolnavi, ipoteza că pacienții cu FM sunt similari bolnavilor cu dureri cronice este susținută de rezultatele cercetării noastre, rezultând totodată și o serie de elemente fiziopatologice comune sindroamelor de: 1) durere cronică; 2) fatigabilitate cronică; 3) de stres și 4) fibromialgie secundară.

Considerentele Clinice și fiziopatologice rezultate prezintă importante aplicații de tratament: justificarea folosirii antidepresoarelor triciclice, a stimulării electrice nervoase transcutane (TENS) și câmpul magnetic de joasă frecvență, într-un plan terapeutic complex ce vizează majoritatea verigilor fiziopatologice ale durerii somatice.

PURPURA VASCULARĂ IMUNO-ALERGICĂ LA UN BOLNAV CU VALVULOPATIE MITRO-AORTICĂ

P. Valics*, I. Benedek*, I. Benedek**

* Clinica Medicală nr. 1, ** Clinica Medicală nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Se prezintă cazul unui bolnav în vârstă de 38 de ani cu valvulopatie mitro-aortică de etiologie reumatismală cunoscută la care în timpul observării apare o purpură vasculară severă, iar examinările clinice, hematologice și imunologice efectuate dovedesc că fiind de etiologie imuno-alergetică cu atingere pluriviscerală (renală, hepatică, miocardică etc).

La instituirea tratamentului imunosupresiv starea se ameliorează, ulterior însă apărând o infecție intercurrentă (bronhopneumonică), cu evoluție spre septicemie care duce la decesul bolnavului.

Autorii discută probleme de diagnostic, diagnostic diferențial și aspecte de tratament.

DUREREA TORACICĂ - UN SIMPTOM COMUN AL SPONDILARTRITEI ANCHILOZANTE

Lia Georgescu, Anca Cozoș, O. Bodea

Clinica de Balneologie și Reumatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Diagnosticul durerii toracice recurente la adultul tânăr are multiple fațete și întâmpină dificultăți. Desori, în ciuda unor investigații minuțioase clinice și paraclinice, pacientul se consideră suferind de o afecțiune gravă cardiacă, durerea toracică recidivantă având o serioasă amprentă pe calitatea vieții acestor bolnavi. Identificarea acestor surse non-cardiace și non-pulmonare ale durerii toracice are importante implicații în tratament. Au fost studiate 2 loturi de bolnavi a câte 14 cazuri, internați consecutiv în Spitalul Clinic Județean, Clinica de Balneologie și Reumatologie, din care 1 lot de bolnavi cu spondilartrită anchilozantă definită.

conform criteriilor New York de S.A., au fost excluse clinic și anamnetic hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică și afecțiunile inflamatorii pulmonare. Opt (8) din cei 14 bolnavi cu SA suferau de dureri toracice recurente înainte de debutul clinic și radiologic al afectării spinale cu oca. 2-6 luni, interval în care nici ampliația toracică expiratorie maximă nu a fost efectuată. Substratul morfologic al acestor dureri este entezita, inflamația inserțiilor tendinoase, ligamentare la nivelul joncțiunilor condrocosternale. Rezultatele cercetărilor noastre sugerează faptul că spondilitele care debutează cu dureri toracice au o alură evolutivă mai severă, față de cazurile de debut entezitic periferic, cu apariția relativ precoce a fibrozei apicale pulmonare ca o manifestare tardivă a bolii.

ADENOPATII CU LIMFOPROLIFERARE MONOCLONALĂ, IMPORTANȚA LOR TEORETICĂ ȘI PRACTICĂ

I. Benedek*, Erzsébet Lázár*, Katalin Tompa*, I. Jung**, G. Simu**

* Clinica Medicală nr. 2, ** Disciplina de morfopatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Punerea în evidență a unei disglobulinemii monoclonale în 20-30% semnaleză prezența unei proliferări maligne a celulelor plasmatice (plasmocitom), în restul cazurilor proliferarea este "reactivă", secundară apărută în cadrul unor boli de sistem (neoplazii, hemopatii maligne, boli autoimune), respectiv în cadrul unor infecții cronice (tbc, virale, bacteriene, parazitare etc).

Adenopatia cu infestare parazitată și o limfoproliferare monoclonală dovedită prin metode imunohistologice, poate fi o infestare secundară în cadrul unei limfoproliferări maligne cu imunodeficiență secundară sau proliferarea monoclonală este secundară cu potențial de transformare malignă.

Prezentăm cazul observat la Clinica Medicală nr. 2 din Târgu-Mureș. Examinările imunohistologice au fost efectuate la disciplina de morfopatologie.

CONSIDERAȚII PRIVIND TRATAMENTUL CORTIZONIC ÎN ASTMUL BRONȘIC INFANTIL

Csilla Todea

Clinica de Pediatrie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Administrarea glucocorticoizilor provoacă o ameliorare spectaculoasă clinică și a funcției pulmonare în crizele grave de astm și la bolnavii care nu răspund

la bronhodilatatoare, medicație care trebuie să reprezinte un mijloc terapeutic de rezervă, considerând riscul mare al reacțiilor adverse.

S-a atribuit spasmului un rol excesiv în patologia astmului, dar acum se știe că la baza hiperreactivității bronșice stă inflamația (edemul, hipersecreții și infiltrația celulară a mucoasei bronșice) consecutivă unui conflict imunoalergic. Combaterea inflamației prin realizarea protecției antialergice este primordială, dar în crize acute severe, corticoterapia rămâne medicația majoră. Glucocorticoizii acționează la mai multe niveluri, prin mecanisme diferite, efectul lor final fiind diminuarea edemului inflamator, eozinofiliei, împiedicarea distrugerii celulelor și a peretelui bronșic mucoas de mediatori, restabilirea sensibilității receptorilor beta-adrenergici. Călea de administrare, dozele se stabilesc în funcție de severitatea crizei. Durata totală a corticoterapiei însă trebuie să fie cât mai scurtă.

În formele grave de astm cu manifestări permanente sau paroxistice, care nu se pot controla eficient cu bronhodilatatoare și cromoglicat, se recurge la corticoterapie de întreținere în administrarea topică, inhalatorie. Astfel se evită efectele sistemice, singura complicație posibilă o constituie micozele bucofaringiene (rare în tratamentul copilului, dacă se respectă indicațiile de precauție).

PERSPECTIVE TERAPEUTICE ÎN STĂRILE SEPTICE GRAVE

Ana Popescu

Clinica de Pediatrie nr. 1

Universității de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Progresele importante obținute în ultimii ani în înțelegerea stărilor septice grave a permis orientarea numeroșilor cercetători spre descoperirea și aplicarea deja în practică a unor noi tratamente, complementare celor cu antibiotice și simptomatice.

Autorii fac o trecere în revistă sistematizată, a agenților terapeutici potențiali, cum sunt: *agenți antiendotoxina* (anticorpii mono sau policlonali, analogi ai lipidului A, B, P, I); *antycitokine* (anticorpi antycitokine, antagoniști ai receptorilor, interleukina I receptor solubil); *antimediatori ai inflamației* (A, LN, S, anti PAF, antiradicali liberi ai O₂); *agenți blocanți ai fixării polinuclearelor neutrofile* la suprafața celulelor endoteliale.

Multe din aceste produse sunt în ultimele stadii de experimentare, altele sunt deja comercializate și deci utilizate în stările septice grave.

Multitudinea mediatorilor și incertitudinile terapeutice justifică, pentru moment, cea mai mare prudență în utilizarea antiendotoxinelor și antimediatorilor, la care adăugăm și prețul de cost foarte ridicat. Tratamentele simptomatice și antibiotice sunt întotdeauna prioritare la bolnavii având o stare septică gravă.

PROBLEME DE STOMATOLOGIE

GNATO-PALATOSCHYSIS ASOCIAT CU HETEROTOPIA ȘI HETERODONȚIA LA UN ADULT

L.Rácz, Magda Seres Saum, Iulia Husar, Daniela Vasilescu

Disciplina de anatomie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În embrio-și în organogeneza sistemului cranio-dento-facial la om se evidențiază primele trei luni ale vieții intrauterine, perioadă în care embrionii prezintă momente de maximă sensibilitate. Orice intervenție în această perioadă, indiferent de calitatea ei, poate să provoace anomalii de dezvoltare. Există și o afinitate specifică a țesuturilor diferitelor organe și structuri față de anumiți agenți teratogeni. În etapele de dezvoltare a aparatului dentomaxilar pot interveni factori nocivi care distrug unele puncte de osificare ale hemimaxilarelor, declanșând malformații congenitale. Din cele cinci puncte de osificare în formarea hemimaxilarelor, un rol important îl are punctul nazal, incisiv și cel palatin. Fanta dintre centrul premaxilar și postmaxilar, umplută de un mezenchim este situată între mugurii dentari incisivi, laterali și canin.

Lama dentară se pare că este întreruptă de această fantă și că are tendința să se invagineze între lamele osoase care delimitează fanta. Această dispoziție tisulară oferă posibilitatea apariției unor anomalii dentare de formă, numerice sau de implantare în zona incisivo-canină, nivel unde predomină malformațiile dentomaxilare la cazul observat de noi.

ACTUALITĂȚI ÎN TERAPIA ENDODONTICĂ . ASPECTE DE LA AL II-LEA CONGRES MONDIAL DE ENDODONȚIE 25-27 Iunie 1992, PARIS

Șt.Bocskay, Monica Monea

Disciplina de odontologie și parodontologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Pe parcursul celor trei zile ale congresului, ce a reunit cercetători din Europa, America și Asia, s-au prezentat 69 de lucrări, interesul participanților fiind concentrat asupra următoarelor aspecte:

- materiale și tehnici actuale în terapia endodontică;
 - utilizarea Laser-ului;
 - aspecte microbiologice, utilizarea unor substanțe ca paramonoclorfenol și hidroxid de calciu în combaterea florei anaerobe de la nivelul canalului radicular;
 - metode de măsurare a lungimii canalului radicular;
 - probleme endoparodontale;
- Autorii au prezentat lucrarea: "*Aspecte histomorfologice comparative între populațiile celulare din fesutul de granulație apical și marginal*".

MANIFESTĂRI LA NIVELUL CAVITĂȚII BUCALE ASOCIATE INFECȚIEI CU HIV

Stud. Cristina Capotă, anul V
Îndrumător științific: A.Monea

Disciplina de odontologie și parodontologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea prezintă o clasificare a leziunilor asociate ce apar pe mucoasa orală în cazul infecției cu virusul imuno-deficienței umane /HIV/.

Leziunile pot fi clasificate în două subgrupe. În prima sunt incluse cele de origine fungică, bacteriană sau virală, iar în a doua tulburările neurologice, neoplazmele și leziuni de cauze necunoscute.

STAREA DE SĂNĂTATE PARODONTALĂ A ADOLESCENȚILOR APRECIATĂ PRIN INDICELE CPITN

A. Monea, Șt.Bocskay, Monica Monea, Ileana Roman, O. Manolache,
M. Pop, stud. Delia Barb anul V.

Disciplina de odontologie și parodontologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Scopul acestei investigații a constat în aprecierea stării de sănătate parodontală la o colectivitate de adolescenți, cu ajutorul indicelui CPITN / Indicele parodontal al nevoilor de tratament pentru colectivitate/.

Acest indice, conceput în 1977 și recunoscut de FDI și OMS, permite o nouă orientare calitativă în ceea ce privește prevenirea și combaterea bolii parodontale.

Datele preliminare ne relevă că din cei 50 subiecți examinați gingivita cu sau fără prezența tartrului dentar /CPITN scor = 2/, a reprezentat forma de afectare parodontală întâlnită la 26% din cazuri.

Prezența pungilor parodontale de 3-4 mm/CPTN scor = 3/6-a evidențiat în 2% din eșantionul examinat.

Suprimarea semnelor de inflamație din parodontiul de țevetiș se poate realiza prin implementarea unor măsuri de profilaxie parodontală primară, ce vizează combaterea acumulării de placă dentară microbiană și de tartraj ca netezirea de rădăcină /"scaling și root planning"/.

UNELE ASPECTE ALE IATROGENIEI ÎN TRATAMENTUL CARIEI SIMPLE

Stud. Cristina Mușat anul V

Îndrumător științific: Ileana Roman

Disciplina de odontologie și parodontologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Frecvența ridicată a îmbolnăvirilor prin carie impune un tratament corect pentru refacerea integrității morfofuncționale a dintelui.

Principalele surse de excitație în prepararea cavităților sunt: căldura, presiunea, vibrațiile în directă legătură cu numărul canalelor dentinare secționate, calitatea frezelor și durata intervenției. În funcție de acești factori apar modificări pulpare mai mult sau mai puțin importante, dintre care cea mai evidentă este deplasarea nucleilor odontoblastici în dentină.

Ca răspuns favorabil la trauma preparării cavității, pulpa răspunde prin formarea de dentină de iritație. Când intensitatea excitanților depășește anumite limite, există posibilitatea să apară modificări patologice pulpare, de aceea se impune o activitate susținută pe tărâmul profilaxiei.

CERCETĂRI IN VITRO ASUPRA ÎNCHIDERII MARGINALE A UNOR MATERIALE COMPOSITE AUTO- ȘI FOTOPOLIMERIZABILE

Monica Monea, Al. Monea, Șt. Bocskay, M. Pop, stud. Claudia Andreescu anul IV

Disciplina de odontologie și parodontologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Problema foarte frecvent discutată în literatura de specialitate este aceea a închiderii marginale, respectiv interrelația material de obturație - cavitate preparată. În majoritatea cazurilor, apariția cariei secundare se atribuie slabei

închideri marginale, deoarece materialul suferă modificări structurale atât din punct de vedere fizic, cât și biologic.

În prezenta lucrare, autorii au efectuat studii in vitro privind proprietățile unor materiale composite de diferite tipuri, astfel:

- materiale autopolimerizabile de tip: Concise, Silar, Stomadent, Evicrol;
- materiale fotopolimerizabile: Herculite, Kerr, Durafill, Kultzer.

După prepararea cavităților la dinți extrași, dinții au fost obturați cu materialele sus-amintite și imersate într-o soluție de albastru de metilen preparat cu ser fiziologic.

Rezultatele au fost studiate la microscopul cu lumina polarizată și stereomicroscopul. Închiderea marginală a fost superioară la materialele fotopolimerizabile.

UTILIZAREA LASER-ULUI ÎN ODONTOLGIE

Stud. Mihai Mărcăușeanu anul IV

Îndrumător științific: Șt. Bocskay

Disciplina de odontologie și parodontologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

După o analiză succintă, asupra proprietăților fizice ale LASER-ului prin CO₂, autorul prezintă efectele termice ale acestuia asupra cavității bucale și ale dinților. Sunt semnalate eventualele efecte termice ale LASER-ului, care pot provoca leziuni dentino-pulpare și mucogingivale. Efectul benefic al utilizării LASER-ului în odontologie se concretizează prin crearea unei bariere dentinare perfect etanșă în dreptul cavității preparate.

Literatura de specialitate nu semnalează leziuni ireversibile la nivelul țesutului pulpar în urma folosirii LASER-ului.

STUDII IN VITRO PRIVIND ETANȘITATEA ÎNCHIDERII APICALE A DIFERITELOR MATERIALE DE OBTURAȚIE RADICULARĂ

M. Pop, Șt. Bocskay, Monica Monea, stud. Livia Murgu, anul IV

Disciplina de odontologie și parodontologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Materialele de obturație radiculară au rolul de a închide etanș spațiul endodontic, împiedicând infecțarea sau reinfecțarea regiunii periapicale.

La ora actuală se folosește o gamă largă de materiale de obturație radiculară, majoritatea lor încălzându-se în apă - zincle cimenturi radiculare. Studiile recente privind condensarea verticală permit o schimbare radicală în tehnica obturației radiculare.

Autorii au efectuat cercetări *in vitro* la dinți extrași, comparând metodele clasice cu metoda condensării verticale a gutaperçii încălzite.

Cercetările au arătat superioritatea condensării verticale față de alte metode. .

CERCETĂRI GERONTO-GNATOPROTETICE REFERITOARE LA CONSECINȚELE MALNUTRIȚIEI

L. Ieremia, I. Maștei, S. Popșor, Sorina Horga, Daniela Borda, Dorela Gabor

Disciplina de protetică dentară
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Colectivul disciplinei și al Clinicii de Protetică Dentară a U.M.F. Târgu-Mureș a efectuat un studiu complex ce se referă la consecințele subnutriției asupra componentelor biosistemului orofacial, pe un lot de pacienți vârstnici, de la Căminul de bătrâni din Târgu-Mureș.

Parametrii urmăriți au fost cei morfologici, fiziopatologici, biologici, psihici și sociali, ținându-se cont în mod deosebit de formele variate ale edentației parțiale și starea câmpului protetic edentat total. Toate cele menționate mai sus au fost corelate de particularitățile afecțiunilor generale pe care le dețin, inclusiv tratamentele medicamentoase.

EVALUAREA DIFERENȚIATĂ A PROTEZELOR PARȚIALE MOBILIZABILE

L. Maștei, L. Ieremia, S. Popșor, Mihaela Ionescu

Disciplina de protetică dentară
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Tratamentul edentației prin lucrări protetice mobilizabile cu ancorare de tip rigid este o soluție modernă adoptată de marea majoritate a specialiștilor de prestigiu în acest domeniu.

În cadrul Clinicii de Protetică Dentară din Târgu-Mureș au fost rezolvate multiple cazuri de edentație parțială prin variate restaurări protetice cu caracter adjunct.

Pe baza observațiilor noastre putem afirma că sprijinul mixt de ancorare de tip rigid deține multiple avantaje față de celelalte forme de protezare mobilizabilă fiind în favoarea unei restabiliri funcționale individualizate cu pondere profilactică pentru structurile tisulare ca elemente suport ale câmpului protetic edentat parțial.

UTILITATEA ȘI LIMITELE EXAMINĂRII ELECTROMIOGRAFICE ÎN GNATOPROTETICĂ

S. Popșor, L. Ieremia

Disciplină de proză de dantari
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Analizând datele existente în literatura de specialitate referitoare la utilizarea examinării electromiografice ca mijloc de investigare paraclinică a sistemului neuromuscular orofacial, autorii evidențiază rezultatele contradictorii comunicate în decursul celor aproape trei decenii de când ea a fost introdusă în cercetarea și practica stomatologică.

Sunt prezentate aspectele legate de direcțiile principale în care electromiografia și-a dovedit utilitatea, precum și limitele acestei investigații la nivelul sistemului neuromuscular orofacial.

CONTRIBUȚII LA ELABORAREA UNUI INDEX ANAMNESTIC ÎN SCOPUL DEPISTĂRII BRUXISMULUI

Sorina Horga, L. Ieremia

Disciplină de proză de dantari
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Ținând cont de faptul că în literatura de specialitate anumite cercetări cu caracter epidemiologic au dovedit o frecvență ridicată a bruxismului, asociat cu sindromul disfuncțional dureros craniomandibular (S.D.D.C.M.), autorii au considerat că este necesar a se elabora un index anamnestic. Prin intermediul unui astfel de mijloc se asigură, în cadrul efectuării unor investigații de masă, decelarea unor variate forme de bruxism, apreciindu-se totodată gradul de evoluție a parafuncției prin folosirea unui cod.

POSSIBILITĂȚI VARIATE DE SUPRAPROTEZARE

L. Jeremia, I. Maștei, S. Popșor, stud. Ildikó Fokl

Disciplină de protetică dentară
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Colectivul mixt de cercetare prezintă variate posibilități de terapie protetică a unor forme de edentații parțiale, apelând la metoda supraprotezării, ținând cont de indicațiile clinice.

Numeroasele avantaje ale acestui procedeu se încadrează în concepția modernă gnatoprotetică de restabilire a funcțiilor esențiale proprii biosistemului orofacial, cu pondere profilactică ancorată în strategia de terapie protetică cu caracter individualizat.

ASPECTE ALE DETERMINĂRII ȘI ÎNREGISTRĂRII RELAȚIILOR INTERMAXILARE PRIN METODE DE DEPROGRAMARE ANTERIOARĂ

S. Popșor, C. Cindea, Anda Călugăru

Disciplină de protetică dentară
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Trecând în revistă diversele înțepetări existente în literatura medicală de specialitate referitoare la poziția condiliilor mandibulari în relație concentrică, autorii evidențiază actualitatea așa-numitei poziții condiliene A.U.M. (anterior-most, upper-most, middle-most) și a diferitelor procedee de înregistrare a relațiilor intermaxilare prin intermediul metodelor de deprogramare anterioară neuromusculară.

Sunt prezentate două modalități de deprogramare a reflexelor proprioceptive musculare masticatorii și totodată de înregistrare a relațiilor intermaxilare la dentat și în unele forme de edentație parțială (metodele Woelfel și Dupas), precum și modificările pe care autorii le-au adus acestora.

În urma studiului întreprins se trage concluzia că: 1. metodele prezentate permit realizarea plasării condiliilor în axa balama terminală prin acțiunea mușchilor indicatori ai mandibulei pacientului, sub ghidarea dispozitivului de deprogramare, relația obținută fiind una fiziologică; 2. ambele metode permit corecta identificare pe care modelele de gips a contactelor premature și a unor interferențe ocluzale, unul din procedee fiind util și programării eficiente a articulațiilor semiadaptabile; 3. utilizarea acestor metode permite, chiar în condițiile unei dotări materiale modeste,

realizarea unor înregistrări ocluzale care să contribuie la îndeplinirea dezideratului unor analize corecte și al concepției unor lucrări protetice cu relief ocluzal optim.

ASPECTE CLINICE PRIVIND BRUXISMUL. STATISTICA PE LOTUL STUDENȚILOR FACULTĂȚII DE STOMATOLOGIE A U.M.F. TÂRGU-MUREȘ

Sorina Horga, stud. Daniela Păuna

Disciplina de protecții dentară
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Sunt amintite principalele teorii etiopatogenice asupra parafuncției orale de tipul bruxismului, după care sunt descrise aspectele clinice caracteristice. Cu ajutorul unui index anamnetic s-au depistat cazurile cu bruxism în rândurile studenților Facultății de Stomatologie din Târgu-Mureș.

LICHENUL PLAN BUCAL CA LEZIUNE PRECANCEROASĂ

D.Kovács, R. Vărneanu, Gh. Naftali

Disciplina de chirurgie maxilofacială
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Autorii prezintă succint datele din literatura de specialitate privind etiologia îmbolnăvirilor, cu manifestări dermatologice iar uneori numai cu manifestări bucale sau precedând pe cele cutanate.

Importanța recunoașterii precoce a leziunilor specifice bolii constă în faptul că s-au descris cazuri de transformări maligne ale leziunilor.

Sunt prezentate variatele aspecte caracteristice ale leziunilor la nivelul mucoaselor bucale, ilustrate pe diapositive color. Este prezentat un caz clinic propriu de lichen plan bucal cu trei malignizări succesive.

În concluziile lucrării sunt subliniate unele principii de tratament ale leziunilor bucale ale lichenului plan.

VALOAREA MANIFESTĂRILOR BUCALE DIN AFECȚIUNI HEMATOLOGICE ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ

Mariana Păcurar *, G. Oltean**

*Disciplina de stomatologie infantilă, **Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Manifestările bucale sunt descrise a fi foarte frecvente în cursul afecțiunilor hematologice. Studiul efectuat pe 77 de cazuri cu diverse boli hematologice a condus la următoarele constatări:

1. Manifestările bucale sunt prezente în 56 din cele 77 de cazuri (72,72%). Ele sunt întâlnite în 100% din cazurile cu sindroame hemoragipare, în 90% din leucemiile acute și cronice și în 71,42% din sindroamele anemice. Incidența lor este mai redusă în limfoamele maligne (30,43%) și în mielomul multiplu (33,33%), apărând de regulă în stadiul avansat al bolii.

2. Debutul unei hemopatii maligne poate fi prin manifestări bucale (în 4 din 77 cazuri: 5,19%). Cel mai adesea (67,53%) este vorba însă de manifestări ce apar la un bolnav cunoscut cu suferință hematologică.

3. Cele mai frecvente manifestări bucale sunt reprezentate de modificări ale colorabilității sau troficității mucoasei bucale și linguale, de manifestări hemoragice gingivale (spontane sau la extracție, îndeosebi la hemofilici), de leziuni ulcerose sau gingivoinfiltrative (la leucemici).

4. Cunoașterea relațiilor de patogeneză între afecțiunile hematologice și manifestările bucale (chiar minime) permit un diagnostic clinic corect cât mai rapid, intervenția terapeutică corectă și evită erorile terapeutice (uneori grefate de riscuri majore) din partea medicului stomatolog.

GREFA DE PIELE LIBERĂ TOTALĂ ÎN TRATAMENTUL DEFECTELOR FACIALE

D. Kovács, R. Vărneanu, Gh. Naftali

Disciplina de chirurgie maxilofacială
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Refacerea plastică a defectelor faciale cutanate după extirparea diferitelor leziuni constituie o preocupare majoră a chirurgului plastician.

În literatura de specialitate sunt descrise variate metode de reconstituire, printre care și cea care folosește grefa de piele liberă totală.

Autorii prezintă particularitățile metodei în cazul aplicării ei în teritoriul maxilofacial, ținând cont de factorii anatomici specifici regiunii.

În concluzie, pe baza experienței proprii se afirmă oportunitatea aplicării metodei, ea conferind rezultate fizionomice superioare în anumite localizări și situații particulare. Lucrarea este ilustrată cu diapozitive și film video.

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL DESPICĂTURILOR CONGENITALE ALE BUZEI PRIN METODA LE MESURIER

D. Kovács, R. Vărneanu

Disciplina de chirurgie maxilofacială
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Problema pusă în discuția acestei lucrări își găsește importanța cuvenită prin frecvența relativ crescută pe care malformațiile congenitale ale feței și îndeosebi despicăturile labiomaxilopalatine o cunosc, precum și prin implicațiile pe care tratamentul acestora le conferă dezvoltării ulterioare a funcțiilor vorbirii, masticației și a fizionomiei.

În literatura de specialitate există o mulțime de metode chirurgicale de labioplastie, fiecare cu anumite avantaje și lipsuri în rezolvarea complexă a cazurilor.

Autorii prezintă experiența de peste 30 ani a Clinicii de Chirurgie Maxilofacială din Târgu-Mureș privind labioplastia prin metoda Le Mesurier.

După o succintă prezentare a principiilor de bază ce trebuie îndeplinite în cadrul unei labioplastii, este descrisă metoda Le Mesurier. Printre avantajele metodei este subliniată refacerea corectă a conturilor normale ale buzei superioare semănându-se și unele deficiențe nazale.

În continuare sunt prezente câteva cazuri, ilustrate pe diapozitive și film video.

PROBLEME DE FARMACIE

COMPUȘI STERINICI DIN FRUNZE DE ALUN (CORYLI FOLIUM)

C. Csédy, D. Manns, Maria Gáspár, Sigrid Epianus, Mărioara Monea

Disciplina de farmacognosie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În cercetări anterioare am constatat că frunzele de alun sunt o sursă valoroasă pentru obținerea fenoloidelor - compuși fenolici sub formă de complecși metalici. Acum ne-am propus izolarea sterinelor.

Din două kilograme de frunze de alun recoltate în 1991 în Munții Harghita s-au extras succesiv cu eter de petrol, benzen, acetat de etil, metanol și apă.

Din extractul cu eter de petrol s-au obținut după evaporarea solventului 22 g extract semifluid de culoare brună, cu miros particular. Acesta s-a dizolvat și s-a adus pe o coloană de Al_2O_3 (După Brockmann): Evaluarea s-a făcut cu eter de petrol, eter de petrol-benzen (70:30), eter de petrol-benzen (50:50), benzen, eter etilic, acetonă și metanol.

Fracțiunile cu eter de petrol s-au concentrat și apoi s-au dizolvat în acetat de etil. Substanța brută obținută după evaporarea acetatului de etil s-a purificat prin recristalizări din acetat de etil.

S-au obținut 10 mg dintr-o substanță cristalină cu punct de topire $63,5-63,7^{\circ}C$ și 50 mg substanță cu punct de topire $139,5-140,5^{\circ}C$, care în urma analizei cromatografice în strat subțire (pe Kieselgel) și a spectrelor IR s-au dovedit a fi n-nonacozana (= taraxerol), respectiv β -sitosterina.

Se constată că în partea nesaponificabilă a extractului total β -sitosterina se găsește într-o cantitate mai mare decât în fracțiunile cu eter de petrol. Continuăm cercetările cu celelalte fracțiuni.

Lucrarea a fost elaborată cu sprijinul Fundației Humboldt în anul 1991, căreia îi mulțumim și pe această cale pentru ajutorul acordat.

ACȚIUNEA ANTIINFLAMATOARE A UNOR EXTRACTE VEGETALE

Viorica Hodișan*, M. Kory**, Constanța Vlăduț-Vasilan**

* Disciplina de botanică, ** Disciplina de farmacodinamie
Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

În scopul valorificării florei medicale indigene prin introducerea în terapie și cosmetologie a unor plante cu tradiție în medicina populară, cărora li se atribuie o serie de efecte terapeutice din cele mai diverse, în facultatea noastră s-a inițiat un program de studiere, pe baze științifice, a unor extracte vegetale, dintre care, în lucrarea de față redăm rezultatele obținute în vederea evidențierii acțiunii antiinflamatorii.

Extractele s-au preparat din următoarele produse vegetale:

Gingo bilobae folium, *Geranii macrorrhizi herba*, *Cyani flos*, *Equiseti herba*, *Hedera helix folium*, *Juglandis folium*, *Millefolii flos*, *Robiniae pseudacacia flos*, *Siraeae wanhouttei flos* și *Stigmata maydis*.

Efectul antiinflamator a fost urmărit pletismometric, pe testul edemului lapei de șobolan indus prin kaolin (șobolani albi Wistar-Bratislava). Ca substanță de referință antiinflamatoare s-a utilizat fenilbutazona în doză de 50 mg/kg. Drept martor s-a folosit un lot injectat cu kaolin. Produsele experimentate, extractele vegetale, evaporate și reluate în aceeași cantitate de apă, s-au administrat prin gavaj gastric. Rezultatele, calculate statistic, reprezintă media a 2 serii de experimentări.

Dintre extractele experimentate pe acest model, efectele cele mai bune s-au obținut în cazul celor obținute din *Geranii macrorrhizi herba*, *Hedera helix folium* și *Millefolii flos*. Subliniem că extractul din *Gingo bilobae folium* prezintă proprietăți anti-edematoase și antiinflamatoare net superioare celorlalte extracte, fapt ce concordă cu datele din literatura de specialitate, referitoare la această specie.

PROGRESE ÎN INVESTIGAREA BRYOPHYTELOR PENTRU CUNOAȘTEREA UNOR NOI COMPUȘI ORGANICI CU O POSIBILĂ ACȚIUNE TERAPEUTICĂ

L. Făzi, L. Falóp

Disciplina de botanică farmaceutică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În ultimii ani se semnalează progrese rapide în cercetarea farmacobotanică și fitochimică a briofitelor în vederea cunoașterii unor compuși organici secundari cu activitate biologică semnificativă. Rezultatele obținute în acest domeniu se referă

Însă la numai 5% din totalul taxonilor încadrați în această încadrare, ce însumează circa 20000 de reprezentanți, și care - după cum se știe - ocupă o poziție intermediară între talofite și cromofite.

Cercetările efectuate în acest domeniu au condus la identificarea unor compuși mai rari cu structuri noi, prezența lor fiind neabătută la acești taxoni. Dintre cei mai importanți compuși identificați la speciile de briofibrite menționăm: sesquiterpenii ca: *tamariscol*, *gimnomitrol*, *virenot*, diterpenoide biciclice ca: *labdani* și derivați *labdanici*, diterpenoide triciclice ca: *dolabelani*, *gimnocotina*. Dintre compușii fenolici predomină flavonoidele, prezența lor fiind semnalată la 600 de specii aparținând mușchilor hepatici și la 300 de taxoni ce se încadrează în clasa mușchilor frunzoși. Dintre flavonoide se pot evidenția substanțele cu structură biflavonoidică ca: *brioflavone*, *heterobrioflavone*. S-au pus în evidență și substanțe cu structură bibenzilică și bis(bibenzilică) ca: *radulamina AF*, *perotetina EG*, *marchantina AC*, *ricardina BC*, *sphagnorubina AC*.

Privind utilizarea terapeutică a compușilor enumerați relevăm acțiunea *ciostatică* și *antibacteriană*. Testările spitalicești au confirmat acțiunea *antiinflamatoare*, *antivirală* (herpes labial și genital), *efectul epitelizant* și, respectiv, *rezultate bune în tratamentul arsurilor*.

CONTRIBUȚII LA CUNOAȘTEREA CONȚINUTULUI ÎN ULEI ETERIC AL TAXONULUI ORIGANUM VULGARE L.

Z. Kisgörgy

Disciplină de botanică farmaceutică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Pentru urmărirea variației conținutului în ulei eric al taxonului *Origanum vulgare* L., specia a fost cultivată în Grădina de plante medicinale și aromatice a U.M.F. Tg.Mureș, în dependență de caracterul și de mărimea spiculițelor de inflorescențe terminale. După cum reiese din literatura de specialitate, la varietatea *barcense* a taxonului (*Origanum vulgare* L. *varietas barcense* Simk) bracteele și caliciul florilor - în afară de nomofile - sunt prevăzute cu glande secretoare. Plantele aparținătoare acestei varietăți au fost cultivate în I-IX parcele (grupe) la care inflorescențele de spiculițe au variat de la caracterul *lax* până la *dens*, respectiv lungimea lor de la oca. 2-3 mm până la 25-28 mm.

Rezultate: S-a constatat că conținutul în ulei eric al inflorescențelor (florilor) oscilează între 0,33 și 1,00%, iar în cazul frunzelor între 0,27 și 0,72%.

Între caracterul, respectiv mărimea inflorescențelor de spiculițe și conținutul lor în ulei eric nu se află corelația directă presupusă. Oscilația conținutului în ulei eric al inflorescențelor este urmată relativ la fiecare serie de conținutul în ulei eric al frunzelor. Din aceste oscilații corelative rezultă că

conținutul în ulei eteric al serilor, respectiv indivizilor este determinat în primul rând de abundența, adică densitatea perilor glandulari dezvoltată pe epiderma frunzelor și florilor și nu de caracterul organografic, respectiv de mărimea inflorescențelor de spicalițe.

ECHINACEA PURPUREA - PERSPECTIVA UTILIZĂRII EXTRACTELOR TOTALE ÎN TERAPIE

Studiu fitochimic

Marioara Monea*, C. Csedó**

* Disciplina de farmacologie, ** Disciplina de farmacognozie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Speciile de *Echinacea* (Asteraceae) sunt originare din S.U.A. unde cresc pe soluri nisipoase la altitudini joase. În literatura de specialitate sunt menționate în principal trei specii: *E. angustifolia* D.C., *E. purpurea* (L.) și *E. pallida* Nutt.

În terapie se utilizează mai ales rădăcinile dar și părțile aeriene de la specia *E. angustifolia* (uneori și *E. purpurea*).

În medicina populară se utilizează în diverse scopuri, mai ales ca regenerador al țesuturilor, în plăgi infectate și răni (cu efect bactericid) furunculoze, panariții, arsuri și chiar erizipel.

Din punct de vedere chimic planta conține ulei volatil (în rădăcini) și fluorhidrocarburi alifatiche nesaturate (poliine și poliene) compuși fenolici (cel mai important este echinacozida) iar în fructe au fost evidențiate alcaloizii. Mai conține *ursenol* (acid ursolic), *materii tanante* și *betaine*.

Utilizarea modernă terapeutică în țări din vestul Europei se face pe bază de extract fluid, tinctură și extract moale în unguente, pomezi, iar intern se administrează tinctura și extractul fluid sub formă de picături.

Lucrarea se ocupă cu studiul compușilor o-dihidroxi fenolici (de tip echinacozidă), a compușilor fenolici din specii de *Echinacea* cultivate în grădina de plante medicinale, paralel cu studiul efectului antibacterian al extractului total obținut din părțile aeriene.

Rezultatul determinărilor cantitative al o-dihidroxi-fenolilor exprimați în ac. cafeic este de 3,0g% în rădăcini, 1,46g% în frunze, 0,54g% în flori și 0,12g% în talpi.

CERCETĂRI PRIVIND VALOAREA TERAPEUTICĂ A UNOR FORME FARMACEUTICE DIN ROIBĂ (RUBIA TINCTORUM L.)

I. Formanek, Elisabeta Răcz-Kotilla

Disciplina de organizare farmaceutică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În literatura de specialitate se găsesc unele date referitoare la obținerea medicamentelor din rădăcina de roibă. Numeroși autori au studiat acțiunea farmacologică a preparatelor de roibă, arătând proprietatea lor de acidifiere a urinei și de solvent al calculilor renali. După unii autori acțiunea drogului se datorește exclusiv glicozidelor cu conținut de derivați hidroximetilanttrachinonici. Azi drogul este întrebuințat în fitoterapie pentru eliminarea, respectiv prevenirea formării calculilor urinari. De asemenea, preparatele pe bază de roibă intensifică circulația renală, iar datorită acțiunii lor antispastice pot fi administrate și în colicile renale.

În vederea obținerii unui preparat cu acțiune diuretică și de prevenire a formării calculilor urinari cât mai pronunțată, am studiat metodele preparative descrise în literatura de specialitate. Dat fiind că analiza extractelor de rădăcină de roibă a confirmat prezența glicozidelor, am încercat să obținem preparate bogate în antraglicozide, ajungând la două extracte fracționate cu un conținut aproximativ egal în "total de antraglicozide", cu medie valorică de 53,16%. Ca rezultat al încercărilor de prelucrare a preparatelor de roibă în forme farmaceutice adecvate s-au obținut: *Extractum Rubiae siccum* ("total de antraglicozide"). Tiruco și Roibonof.

COMBINAȚII COMPLEXE ALE Cu(II) ȘI Pd(II) CU 2-N-ACETIL SALICILIDEN-HIDRAZIN-TIAZOLIL 4-SUBSTITUIȚI

Luminița Sumălan*, Maria Neamțu*, Mioara Coman**

* Disciplina de chimie anorganică, ** Disciplina de industrie medicamentului
Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

Au fost sintetizate, analizate și studiate fizico-chimic câteva noi combinații complexe ale Cu (II) și Pd (II) cu 2-N-saliciliden-hidrazin-4 substituie.

S-a lucrat cu clorură de Pd (II) și acetat de Cu (II) utilizând ca liganzi 2-N-acetil-saliciliden-hidrazino-4-clormetil tiazol (L₁) și esterul 2-N-acetil-saliciliden-hidrazino-4-tiazolil-acetic (L₂) în prezența anionilor Cl⁻, SCN⁻, C₂O₄²⁻ (X).

Din analizele efectuate rezultă că acești compuși au formula generală:

[Pd(L)X]

Au fost efectuate spectrele IR și de reflexie difuză; asupra complexilor de Cu(II) au fost efectuate determinări magnetice la temperatura de 293°K.

Atât complexii de Cu(II) cât și de Pd(II) sunt tetracoordinați în toți complexii, complexul de Cu(II) au simetrie tetraedrică iar cei de Pd(II), plan pătratică.

Atât L₁ cât și L₂ se leagă prin trei puncte coordinative în cazul clorurilor și tiocianatilor și cu două puncte coordinative în cazul oxalaților.

Au fost elaborate formulele de structură cele mai probabile.

EVALUAREA ACȚIUNII CATALITICE A IONULUI DE Cu²⁺ ÎN SISTEMUL REDOX ALBASTRU DE TOLUIDINĂ - ACID β-MERCAPTOPROPIONIC

Marioara Olariu, Adela Srâmbu

Disciplina de chimie anorganică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Prin determinări spectrofotometrice a fost evidențiată anterior acțiunea catalitică a ionului de Cu²⁺ asupra sistemului redox albastru de toluidină - acid β-mercaptopropionic. Sistemul redox se pretează pentru determinarea microcantităților ionului de Cu²⁺.

Pentru aprecierea cantitativă a activității catalitice a ionului de Cu²⁺ s-au determinat extincțiile unor soluții de concentrații convenabil alese, la λ = 600 și 650nm și la temperaturi variind între 20 și 40°C.

Măsurătorile experimentale au permis calcularea constantelor de viteză pentru sistemul redox albastru de toluidină - acid β - mercaptopropionic și a constantelor de viteză pentru același sistem în prezența ionilor de Cu²⁺. Din valorile medii ale constantelor de viteză s-au calculat energiile de activare.

Energiile de activare pentru reacția necatalizată sunt în jur de 120 kJ/molK, în timp ce valorile energiilor de activare a reacției catalizate sunt în jur de 30 kJ/molK ceea ce ilustrează acțiunea catalitică a ionului de Cu²⁺.

CONTRIBUȚII LA POLAROGRAFIA COMPUȘILOR CARBONILICI

B. Tókés, Gabriela Suciu

Disciplina de chimie fizică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În general reducerea polarografică a grupeii carbonil se face greu. De aceea, pentru determinarea acestor compuși se utilizează cel mai frecvent metode indirecte bazate fie pe transformarea adecvată a grupării carbonil, fie pe introducerea altor grupări funcționale polarografic active. În caz favorabil când molecula studiată conține și elemente structurale care înlesnesc acceptarea de electroni (substituenți activanți), reducerea se poate realiza direct, în cele mai multe cazuri prin reacții dielectronice.

Astfel, studiul polarografic al 2,6 dibenziliden ciclohexanonei și a derivaților ei este posibil datorită grupărilor $\text{C}=\text{O}$ și $-\text{C}=\text{C}-$ conjugate.

Determinările se efectuează într-o soluție de bază de NH_4Cl 0,1N și etanol 75%. Se obțin două trepte polarografice aproximativ monoelectronice la fel ca la 3-cetosteroidelor- $\Delta^{1,4}$ nesaturate. Urmărind influența diferiților factori (concentrație, temperatură, forță ionică, înălțimea coloanei de mercur) asupra curentului limită se constată că procesul determinant de curent este cel de difuziune dar cu o contribuție substanțială a fenomenului de adsorbție. Dependentele prezentate arată că moleculele depolarizantului sunt neutre iar procesul este ireversibil. Efectul substituentului asupra procesului de electrod este puțin pronunțat, deplasarea potențialului de semiundă al derivaților substituiți fiind mic.

PREPARAREA ȘI CARACTERIZAREA POLIMORFILOR PIROXICAMULUI

Doina Sava*, Elena Cureau**, M. Bojiță**

* Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Cluj-Napoca

** Disciplina de controlul analitic al medicamentelor
Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

Formele polimorfice și/sau pseudopolimorfice prezintă în general proprietăți fizico-chimice, spectrale și termice diferite. Polimorfismul substanței medicamentoase constituie nu numai o problemă de control analitic ci și de tehnologie a formelor farmaceutice, ale cărei implicații sunt pe larg sintetizate în literatura de specialitate.

Polimorfismul Piroxicamului a fost pus în evidență în ultimii ani, dar această problemă încă nu este pe deplin elucidată.

Piroxicamul (4-hidroxi-2 metil N(2 piridil) 4H, 1,2 benzotiazin 3-carboxamid 1,1-dioxid) se prezintă ca o pulbere alb-gălbui cristalină, practic insolubilă în apă, cu $pK_a=6,3$ cu efecte antiinflamatoare, analgezice și antipiretice.

Utilizând procedeele descrise în literatura farmaceutică, pentru prepararea modificărilor polimorfe și caracterizarea lor, s-au studiat formele cristaline și amorfe ale Piroxicamului indigen: (Terapia S.A.-Cluj-Napoca).

S-a urmărit influența polarității unei game de solvenți, a condițiilor de dizolvare și recristalizare asupra modificărilor obținute și s-au caracterizat prin tehnici analitice: aspectul, culoarea, p.t., proprietățile spectrale (UV, IR și X).

Datele obținute vor sta la baza unor concluzii privind solubilitatea și stabilitatea lor optimă în vederea obținerii unui anumit efect terapeutic.

APLICAREA BIPOTENȚIOMETRIEI CU ELECTROZI DE PLATINĂ PRETRATAȚI LA INDICAREA PUNCTULUI DE ECHIVALENȚĂ ÎN TITRAREA NITRITOMETRICĂ A ACIDULUI SULFANILIC

Silvia Dușă, Daniela Muntean, Izabella Fóris

Disciplina de chimie analitică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Metoda nitriometrică de dozare a aminelor primare aromatice este aplicată cu bune rezultate la dozarea substanțelor medicamentoase ce conțin o grupare $-NH_2$ liberă sau funcții capabile de a fi transformate în amine aromatice.

Prin această metodă au fost dozate cu bune rezultate sulfamidele. Pentru indicarea sfârșitului titrării se pot aplica metodele vizuale, cu indicatorii sau metode electrometrice, potențiometrice folosind electrozi de Pt față de E.S.C.

În cercetările noastre ne-am propus îmbunătățirea metodelor de indicare a punctului de echivalență prin folosirea electrozilor de Pt pretratați diferit, propunându-se metoda bipotențiometrică în curent nul. Au fost studiate mai multe cupluri de electrozi a căror suprafață a fost oxidată sau redusă chimic, comportarea acestor electrozi fiind urmărită la titrarea acidului sulfanilic cu azotit de sodiu în mediu acid.

Rezultatele practice obținute confirmă ipoteza de lucru, permițând sesizarea punctului de echivalență cu o bună exactitate.

EVALUAREA GENOTOXICITĂȚII CARBONATULUI DE LITU

Felicia Lophin*, I. Pașca**

* Disciplina de toxicologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca
** Universitatea de Științe Agricole Cluj-Napoca

Carbonatul de litiu este mult utilizat în profilaxia și tratamentul de lungă durată al bolii maniaco-depresive, motiv pentru care s-a urmărit evaluarea genotoxicității sale. În acest scop s-a utilizat testul micronucleilor, care s-a efectuat in vivo, pe măduva hematogenă de șoarece. Acest test se bazează pe evidențierea unor formațiuni citoplasmatic rotunde, asemănătoare ca formă, structură și proprietăți tinctoriale cu nucleul, având în vedere faptul că există o corelație strânsă între formarea micronucleilor și aberațiile cromozomiale.

S-a administrat la șoareci per oral carbonatul de litiu, în doza de 2mEq/kg corp și în fracțiunea de 1/5 din DL50, iar după 24 de ore s-au sacrificat animalele și s-a recoltat măduvă

EVALUAREA CONCENTRAȚIILOR DE BENZO-*a*-PIREN DIN RAMURI INDUSTRIALE CU RISC

Mariana Palage*, O. Hore**, Enikő Virág***

* Disciplina chimie farmaceutică
Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca
** Institutul de Virologie București
*** Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Cluj-Napoca

Studiile experimentale au demonstrat potențialul cancerigen al unor reprezentanți din cadrul hidrocarburilor policiclice aromatice. Un accent deosebit s-a acordat benzo-*a*-pirenului (B/a/P), care este utilizat ca marker al expunerii la această clasă de compuși.

Expunerea la B/a/P a fost evaluată prin metoda spectrofluorimetrică în diverse ramuri industriale cu risc (extracția și rafinarea petrolului, gazeificarea lignitului, fabricarea carburii de siliciu, a electrozilor siderurgici și pentru baterii, a cauciucului și în industria constructoare de mașini-turnătorii).

Rezultatele determinărilor momentane efectuate în dinamica pe parcursul a trei ani au demonstrat prezența B/a/P în atmosfera de muncă. Valorile înregistrate au un grad de dispersie foarte mare, chiar la același loc de muncă.

Concentrațiile de B/a/P au variat de la valori sub limita de detecție a metodei și până la câteva zeci de mii de ng/m³.

Valorile au fost raportate la C.M.A. - Rusia de 150 ag/m³.

STUDIUL CONȚINUTULUI DE VITAMINA C AL UNOR ALIMENTE PE TIMP DE IARNĂ

Z.Ábrám, C.Bedő, Ramona Ureche, Jolán Koszán

Disciplina de igienă
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Pentru a preveni hipovitaminoza C des întâlnită în timpul primăverii, în cursul iernii trebuie să se consume alimente relativ bogate în acid ascorbic.

S-a folosit metoda Tillmans la studiul conținutului de vitamină C al unor produse din legume și fructe. Determinările efectuate au urmărit conturarea alimentației "raționale" a omului în timpul iernii și al primăverii din punctul de vedere al introducerii necesarului de vitamină C.

Iată câteva date dintre rezultatele obținute în luna decembrie (în mg vitamină C/100g produs):

- zarzavatul depozitate: morcov 8,9; varză 24,1; cartof 9,7; pătrunjel 34,8;
- produse culinare din legume: morcov fiert 8,9, suc de varză 4,9; cartofi prăjiți 0,4; pătrunjel sărat 3,6;
- fructe crude: mere 6,6; lămâie 25,6; măceșe 52,8;
- fructe prelucrate: compot de agridese 2,6; suc Hellas 2,8; ceai de măceșe 1,1.

Analizând rezultatele primite ajungem la următoarele concluzii:

- datorită depozitării și proceselor culinare zarzavaturile și fructele pierd din conținutul lor de vitamină C;
- totuși se pot introduce în organism cantități minime, necesare de vitamină C cunoscând compoziția alimentelor, a produselor consumate.

STUDIUL COMPARATIV AL EFECTELOR PRESINAPTICE ȘI POSTSINAPTICE ALE MERCURULUI ȘI ZINCULUI ANORGANIC

Z.Ábrám*, E.S.Vizi**, A.Dienes*

* Disciplina de igienă
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș
** K.O.K.I. Budapest, Secția de Farmacologie

Experimentele efectuate au urmărit neurotransmisia pe un preparat al mușchilor longitudinali - plexul Auerbach din ileusul animalelor de experiență (cobai). S-au folosit două metode: 1. Înregistrarea contracțiilor musculare; 2. măsurarea acțiocolinei marcate prin folosirea izoopului hemicholinium-3.

Rezultatele arată efectul inhibitor al ambelor elemente: $IC_{50}(Hg) = 48 \pm 10,6$ uM, $IC(Zn) = 566,6 \pm 67,9$ uM. Folosind Na_2EDTA în soluția Tris aplicată, doza care a produs 50% inhibarea a crescut nesemnificativ (1,38) la mercur și semnificativ (6,88) la zinc. Atât acetatul de Hg cât și cloridul de Zn inhibă și receptorii muscarinici, deci au și un efect postsinaptic pe lângă cel presinaptic datorat inhibării canalelor de calciu.

Valoarea acetilcolinei eliberate "în condiții de repaus" (fractional resting release), raportul FRR_2/FRR_1 este foarte semnificativ după testul ANOVA ($p < 0,001$) la 100 uM acetat de mercur. Concluziile experiențelor efectuate arată următoarele: 1. Mercurul și zincul anorganic au efect inhibitor asupra neurotransmisiei presinaptice (11.8 x). 2. Efectul inhibitor postsinaptic al ambelor metale (23,7 x) subliniază efectul lor multiplu. 3. Mercurul este mai neurotoxic decât zincul, fără efect chelator.

STAREA CALITATIVĂ A APEI MUREȘULUI ÎNTRE ANII 1980-1992, PE TRONSONUL GLODENI-CIPĂU, LIMITE ANALITICE ȘI LEGISLATIVE

Silvia Dușa*, Maria Ajtay**, Ramona Ureche***, L.Máté****, Izabella Făris*

* Disciplina de chimie analitică, ** Disciplina de toxicologie,

*** Disciplina de igienă, **** Disciplina de biochimie

Universitatea de medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În lucrare sunt prezentate rezultatele cercetărilor privind prezența ionilor anorganici în apa râului Mureș pe un tronson de 131 km, între anii 1980-1992. Punctele de recoltare a probelor în număr de 7 (șapte) includ localități în amonte și în aval de municipiul Tg. Mureș între Brâncovenești și Chețani.

Scopul cercetărilor este controlarea și prevenirea creșterii gradului de poluare a apei râului Mureș cât și menținerea calității acestuia pentru a servi drept sursă de alimentare a populației orașului Târgu-Mureș și a localităților riverane.

Au fost urmăriți 35 de parametri fizico-chimici și micro-biologici; în lucrare fiind sintetizate rezultatele analizei ionilor: de NH_4^+ , NO_2^- , PO_4^{3-} , Cl^- , F^- .

DETERMINAREA GRADULUI DE IRITAȚIE CUTANATĂ ȘI OCULARĂ DUPĂ APLICAREA UNOR PREPARATE VEGETALE

Adriana Popovici*, L.Baghatai**

* Disciplina de tehnologie farmaceutică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

** Academia de Științe Medicale - Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Târgu-Mureș

S-a urmărit gradul de iritație cutanată (I.C.) și iritația oculară (I.O.) după aplicarea: 1.Extractului apos de Aloe (0,5 g/animal) pe pielea depilată a iepurilor (n=10) timp de 10 zile, deci la aplicație prelungită și aplicare unică, urmărită 1-72h. Iritația oculară s-a determinat pe același lot, prin instilarea zilnică timp de 10 zile în ambii ochi a 2 picături din extractul de Aloe. S-a utilizat metoda Draize, după depilare mecanică, urmărindu-se modificările care apar prin aplicarea preparatelor pe piele intactă (2x2 cm) și piele zgâriată cu ac de seringă, până la sângerare, pe partea dreaptă și stângă dorsală a animalelor. Reacția cutanată sau oculară observată (eritem, escare, edem) a fost notată și pe baza unui scor s-a calculat indicele de I.O. și I.C. Paralel s-au efectuat cercetări histopatologice pe piele și ochi, după sacrificarea animalelor, includerea pieselor în parafină și colorare cu H.E. cât și evaluarea factorului de acantoză după aplicarea preparatelor.

Din datele experimentale rezultă că extractul de Aloe are un indice de I.C.=0,66, de 0,60 pe piele intactă și 0,70 pe piele zgâriată, iar unguentul emolient cu 2% extract de Aloe este foarte bine suportat având I.C.=0,50. Reacțiile pe piele se manifestă la 80% din cazuri sub formă de eritem lejer care dispare după 2-3 zile de tratament sau fără eritem și la 20% din animale se observă edem slab sau escare. Indicele de I.O.=0,70.

Aprecierea statistică a rezultatelor obținute cu ajutorul testului epicutanat confirmă faptul că preparatele testate, având indicii urmăriți sub valoarea 0,90 pot fi considerate a fi fără pericol pentru aplicare pe pielea umană.

CERCETAREA SPECTRALĂ A FOTOSENSIBILITĂȚII UNOR DERIVAȚI DE 1,4-DIhidropiridină UTILIZAȚI ÎN MEDICAȚIA ANTIANGINOASĂ

A.Györesi*, Judith Hohmann**, Gy.Dombi***

* Disciplina de chimie farmaceutică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

** Disciplina de farmacognosie, *** Disciplina de chimie farmaceutică
Universitatea de Medicină "Szent-Györgyi Albert", Szeged (Republica Ungară)

În continuarea cercetărilor privind fotodegradarea celor doi biocanți de calciu din grupa derivaților de 1,4-dihidropiridină -nifedipină și nitrendipină-, s-au

efectuat analize spectrale în domeniul ultraviolet (UV) și de rezonanță magnetică nucleară (RMN).

Probele de analizat (sol. metanolice 0,1%) au fost expuse la acțiunea luminii de zi, respectiv U.V. S-a urmărit decurgerea fotodegradării în timp, în funcție de lungimea de undă și de structură chimică.

Spectrul în UV al nifedipinei se caracterizează prin două maxime de absorbție la 237 și 360 nm (caracteristic ciclului dihidropiridinic). În urma iradierii, aceste maxime au prezentat o tendință de scădere a valorilor, concomitent a apărut o nouă maximă de absorbție la 280 nm (caracteristică grupării nitrozo). Fotodegradarea are startul la 450 nm, atingând intensitatea respectiv viteza maximă în jurul valorii de 360 nm. Aceste rezultate argumentează decurgerea unei reacții redox intramoleculare în cadrul nifedipinei (o-nitro-fenil derivat, de culoare galbenă), prin formarea derivatului nitrozo-piridinic (verde), lipsit de acțiune. Nitrendipina - în comparație - prezintă o fotostabilitate relativ mare, ceea ce se poate explica prin situarea grupei nitro în poziția meta, în acest fel nefiind posibilă interacțiunea acestei grupe cu hidrogenul de la atomul de N din ciclul dihidropiridinic.

Rezultatele analizelor RMN (în mediu de CDCl_3 , la 400 MHz) au demonstrat faptul că în cazul nifedipinei - alături de reacția redox -, se produce parțial și hidroliza legăturii esterice. De asemenea, sunt argumente și pentru oxidarea grupărilor $-\text{CH}_3$ din pozițiile 2 și 6 ale heterociclului în $-\text{CH}_2\text{OH}$.

Rezultatele obținute reprezintă o contribuție la elucidarea proceselor de fotodegradare ale compușilor studiați.



INFLUENȚA MEDICAMENTULUI NOORTROP "PIRACETAM" ASUPRA EFECTULUI UNOR ANALGEZICE

Gh.Feșt, Romoanța Lupșa, Iren Bójze, Anca Alexandrescu

Disciplina de farmacologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târziu-Mureș

Cercetările de față au avut la bază unele considerente clinice precum și faptul că anumite medicamente central- excitante au și efect antinociceptiv (de ex. amfetamina) sau influențează favorabil efectul terapeutic al analgezicelor propriu-zise (de ex. cafeina).

Pornind de la aceste premise am cercetat în testul plăcii încălzite efectuat pe șoareci influența substanței nootrope "piracetam" asupra nocicepției și asupra efectului antinociceptiv a două medicamente analgezice: morfina și noramidopirina (Algocalmin). Substanțele studiate, în experiment acut, au fost administrate pe cale subcutanată, respectiv intraperitoneală.

Piracetamul în doză de 400 mg/kgc pe cale l.p. a exercitat un efect antinociceptiv slab, în limita semnificației statistice.

La doze mai mari (800 mg/kgc), efectul nu s-a intensificat, dimpotrivă, a scăzut la 60 min. după administrare. Efectul morfinei (7,5 mg/kgc s.c.) a scăzut prin asocierea cu piracetam în doză de 400 mg/kgc, scăderea nemaifiind semnificativă la doza de 800 mg/kgc a medicamentului nootrop. Piracetamul (400 mg/kgc i.c.) a antagonizat aproape complet efectul Algocalminului în doză de 100 mg/kgc s.c., antagonismul fiind mai slab la doza de 800 mg/kgc de piracetam. În cazul asocierii Algocalminului în doză de 150 mg/kgc cu piracetam, scăderea efectului nu a fost semnificativă.

Interacțiunea constatată se explică probabil prin creșterea eficienței metabolismului neuronal și a neurotransmisiei centrale (catecolaminergice și colinergice) sub efectul substanței nootrope. Se discută semnificația clinică a acestor rezultate experimentale relatate mai sus.



REZULTATELE CLINICII DE ORTOPEDIE ÎN TRATAMENTUL FRACTURILOR DIAFIZARE DE GAMBĂ

C. Ciugudean*, L. Seres-Sturm**, Ö. Nagy*, M. Stoica*, A. Bălinț*,
T. Băjaga*, S. Pop*

*Clinica de Ortopedie și Traumatologie. **Disciplina de anatomie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În lucrarea pe care o prezentăm ne-am propus o evaluare a rezultatelor tratamentului conservator în comparație cu cel sângerând sub aspectul timpului de spitalizare - vindecare și al complicațiilor, deoarece dispunem de puține statistici comparative pentru adoptarea unei conduite juste de tratament.

În ultimii zece ani au fost tratate 252 fracturi din care 37 (14,7%) au fost numai de tibie, iar 215 (85,2%) ale ambelor oase ale gambei; 169 (67,8%) din traumatizați au fost bărbați iar 83 (32,2%) femei.

Din cele 252 fracturi de gambă, 224 (88,8%) au fost tratate conservator și numai 28 (11,2%) chirurgical. Timpul mediu de spitalizare a fost cu 14 zile mai scurt la operați, însă timpul de recuperare al acestora, a fost cu 82 de zile mai lung decât la cei tratați conservator.

Frecvența pseudoartrozelor a fost de 14% la operați, față de 3,3% la cei tratați ortopedic.

În cazul fracturilor deschise, intervenția operatorie s-a limitat la transformarea acestora în fracturi închise, aplicându-se în continuare tratament conservator, iar în 7 cazuri s-a recurs la fixator extern.

Din cele arătate se poate trage concluzia că metodele conservative și cele chirurgicale minime fără abordarea focarului de fractură dau rezultate superioare tratamentului chirurgical și necesită o perioadă mult mai scurtă de vindecare și regenerare.

PREVENIREA OSIFICĂRII HETEROTOPICE ÎN ARTROPLASTIILE DE ȘOLD, PRIN ADMINISTRARE DE ANTIFLOGISTICE NESTEROIDE

L. Seres-Saurm*, C. Ciugudean**, A. Bălint**, Ô. Nagy**,
Ileana Slavici-László**, M. Stoica**

*Disciplina de anatomie, **Clinica de Ortopedie și Traumatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Incidența osificării ectopice perineoarticulare după artroplastia de șold este relativ ridicată (30%), existând o predispoziție crescută în coxartrozele bilaterale, cele osteofitice, în spondiloză anchilozantă, displazia congenitală a șoldului etc. Complicația determină o artroplastie simptomatică cu diminuarea cotației funcționale a șoldului, a mișcărilor de flexie și abducție.

Pentru prevenirea acestei complicații, am utilizat un tratament antiflogistic nesteroid din ziua operației, timp de trei săptămâni postoperator, după următoarea schemă: În prima săptămână aspirină, zilnic 1000 mg, în a doua și a treia săptămână indometacin sau diclofenac 100-150 mg/zi, în 2-3 doze.

Dintr-un număr de 370 operații care au beneficiat de această medicație, la controalele clinice și radiologice, efectuate la 3, 6, 12 luni s-au prezentat 314 bolnavi (204 femei și 110 bărbați). Osificări heterotopice minime au apărut la 27 operații (8,5%), toate fiind asimptomatice.

Considerăm eficientă profilaxia antiflogistică nesteroidă timpurie în prevenirea osificării ectopice după artroplastii, drogurile utilizate diminuează răspunsul inflamator caracteristic fazei inițiale de osteoformare ectopică, descreșc concentrația prostaglandinelor osteoactive și inhibă diferențierea celulelor osteogenetice.

REZULTATELE TARDIVE ALE ARTROPLASTIILOR DE ȘOLD CU ENDOPROTEZE LA BOLNAVI CU COXARTROZĂ SECUN- DARĂ LA CARE ÎN PREALABIL S-AU EFECTUAT OSTEOTOMII

C. A. Bălint, C. Ciugudean, Ô. Nagy, Ileana Slavici-László, T. Bătaș

Clinica de Ortopedie și Traumatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Coxartrozele secundare, pentru care s-au efectuat osteotomii inter- și subtrohanteriene de "flexie" sau de medializare, ridică probleme datorită angulației și devierii de ax femurale. Acest lucru face artroplastia cu endoproteză dificilă, iar

rezultatele tardive sunt nesatisfăcătoare datorită încălcării nejudicioase a componentelor, în contextul deficitului de arhitectură. Din acest motiv am ajuns la concluzia că osteotomia trebuie reluată artroplastice, devenind timpul doi al intervenției, compactând și tranșa de osteotomie. Componenta femurală, special concepută de colectiv, este necimentată, iar compactarea se realizează prin filetare. Am practicat osteotomii-artroplastice la un număr de 9 bolnavi. 6 dintre ei revia la control la 1 an, respectiv 2 ani.

Considerând rezultatele în cadrul unui "îcor" în care urmărim absența durerii, mobilitatea șoldului, mersul cu sau fără sprijin, vindecarea tranșei de osteotomie, cu calificative între foarte bine și nesatisfăcător, din cazistica 8 cazuri se încadrează cu foarte bine și unul cu bine. Nu am avut complicații postoperatorii. Efectuându-se un număr mare de osteotomii de flexie și medializare în țară în ultimii 5 ani, numărul coxartrozelor secundare fiind în creștere, considerăm că metoda are o indicație care se va lărgi în viitor.

EVALUAREA REZULTATELOR POSTOPERATORII TARDIVE ÎN LUXAȚIA RECIDIVANTĂ DE ROTULĂ

Ó. Nagy*, C. Ciugudean, C.A. Bălint, Ileana Slavici-Lăzăr, T. Băgaș

Clinica de Ortopedie și Traumatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În luxațiile recidivante de rotulă este alterat echilibrul funcțional de extensie a genunchiului. Etiologic contribuie următorii factori: hipoplazia condilului femural extern și aplazia buzei externe femurale, poziția mai externă a tuberozității tibiale anterioare, mărirea forței de solicitare externă a cvadricepsului, atrofia fibrelor inferioare a vastului intern și distensia secundară a capsulei. Intervențiile chirurgicale utilizate se adresează factorului musculo-aponevrotic, celui osos sau ambilor factori. Plastiile musculo - aponevrotice practic pot fi reduse la trei procedee: mioplastia Ali-Krogius (și variantele ei), mutarea inserției tendonului rotulian (operația Roux și variantele ei), dezinserția și coborârea cvadricepsului. Intervențiile chirurgicale pe os (în special tehnica Albee) sunt mai rar folosite. În Clinica de Ortopedie și Traumatologie Târgu-Mureș, în perioada 1982-1992, s-au efectuat 14 intervenții chirurgicale pentru luxația recidivantă de rotulă de diferite etiologii. Vârsta bolnavilor era între 12-30 ani, 8 pacienți de sex feminin și 6 de sex masculin. Rezultatele postoperatorii tardive în 6 cazuri au fost bune, iar în 8 cazuri foarte bune. 3 dintre pacienți și-au reluat activitatea sportivă de performanță. Autorii prezentei lucrări au ajuns la următoarele concluzii:

- pentru luxațiile recidivante stabilizate este indicată operația Ali-Krogius cu variantele ei (Lecone, Stavarache), tehnica Roux și operația P. Maquet la adulți.

- În luxațiile grave habituale sau permanente optăm pentru tehnica Fevre-Dupuis, combinat în anumite cazuri cu procedeele Albee, indicat în hipoplazia condilului femural extern.

CONTRIBUȚII LA ETIOPATOGENIA, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL HIPOACUZIEI BRUSC INSTALATE

C. Drășoveanu, Gh. Mulfay, V. Mulfay, Nicuța Măgureanu

Clinica O.R.L.

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Autorii arată creșterea susținută a incidenței cu care apar cazurile de hipoacuzii brusc instalate. Înșiră apoi afecțiunile acute și cronice care pot cauza, sau pot înlesni apariția acestor hipoacuzii, subliniind rolul preponderent etiologic al bolilor vasculare sangvine, a virozelor, a tulburărilor psihosomatice, a simpaticotoniei etc. Sunt prezentate succint particularitățile anatomiei funcționale complexe a vascularizației cochleare. Anastomozele sale multiple cu arterele carotide interne permit cochlei o circulație sangvină mai independentă, față de alte vase endocraniene. Artera labirintică se comportă clinic totuși ca arteră terminală, în urma unui pat capilar larg, pe care-l conține și care sub acțiunea unor factori (hipotensiunea arterială, creșterea vâscozității sângelui et.) poate acumula cantități însemnate de sânge, stagnarea cărora poate suspenda circulația sangvină, tocmai pe segmentul funcțional cel mai activ al oxigenării și alimentării celulelor senzoriale, al secreției și resorbției peri- și endolimfei etc. Sistarea acestui tampon capilar permanentizat, ridică probleme terapeutice spinoase. Pe lângă binecunoscutele perfuzii cu hidroclortizon hemisuccinat în doze de 150-250 mgr. zilnic, timp de 10 zile, autorii mai iau în considerare și tratamentul prin administrarea de oxigen, pentru perioade de timp variate, bolnavii fiind culcați în poziție "Trendelenburg". Se favorizează astfel circulația sangvină a labirintului, prin dilatarea internă a vaselor, prin creșterea tensiunii interne și în capilarele lipsite de alte posibilități dilatatoare.

SURSE DE EROARE ÎN RINOPLASTIE

C. Drășoveanu, Gh. Mulfay, S. Sabdu, Nicuța Măgureanu

Clinica O.R.L.

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Dezvoltarea în ultimele două decenii a intervențiilor în scop estetic la nivelul piramidei nazale a marcat pe lângă binecunoscutele succese și multiple eșecuri, fapt recunoscut de către toate centrele în care se practică aceste intervenții.

În principal eșecurile chirurgiei corectoare nazale interesează zona marginii anterioare osteo-cartilajinoase a piramidei și cea a vârfului nazalului. Se analizează în această ordine de idei: depresiunea supraapicală osoasă, creasta nazală largă sau cea îngustă pensată, depresiuni și asimetrii ale vârfului nazalului etc. Fiecare dintre aceste modificări, nedorite de către bolnav și de operator sunt consecința dificultăților de evaluare cât mai precisă atât a volumului exciziilor cât și a nivelului la care se practică unele incizii. Principiile generale operatorii ale rinoplastiei vor fi adaptate la particularitățile fiecărui caz.

Necesitatea remodelării mai precis a readaptării septului nazal la noua piramidă nazală favorizează postoperator nu numai un tranzit aerian normal ci în plus și o corectă poziționare a voletelor osteo-cartilajinoase nazale.

CONCEPTUL DE "MSOF" ÎN PATOLOGIE

M. Chiorean, Sanda Copotou, B. Chiorean, Daniela Chiorean, L. Vișă

Clinica A.T.I.
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În ultimii 20 ani, în procesul îngrijirii bolnavilor critici în unitățile de terapie intensivă, s-a constatat că pot să apară insuficiențe concomitent sau secvențial a mai multor organe/sisteme.

Acestea au fost grupate în final (BORZZOTA și POLK) de "multiple systemic organ failure" (MSOF).

În prezent conceptul de "MSOF" este bine stabilit în patologie, deși răspândirea curentă și corectă a noțiunii are limite regretabile.

Sub aport etiopatogenetic, cercetările mai ales din ultimii 5-7 ani au stabilit ca și cauze orice agresiune majoră însoțită de malnutriție, imunodepresie și infecție. Mecanismul rezidă într-o inflamație intravasculară generalizată malignă, de regulă ireversibilă.

Fiziopatologic, progresiv apar consecințele inflamației generalizate, cu fenomene de disfuncție, insuficiență a diferitelor funcții vitale: pulmonară, cardiacă, hepatică, renală, hematologică, metabolică și neuroendocrină.

Insuficiența simultană a peste 3 organe este de regulă mortală. MSOF-ul a fost denumit "procesul comun de a muri".

Simptomatologia și diagnosticul sunt simplu de stabilit, pe baza semnelor de insuficiență a diferitelor funcții; esențial rămâne dezideratul unui diagnostic cât mai precoce.

Sub raportul terapeutic se impun, pe lângă tratamentul etiopatogenetic de eradicare a agresiunii majore și antiinflamator pluralist, măsuri de "suport" a funcțiilor vitale.

Orice efort trebuie făcut în sens preventiv.

ÎNCHIDEREA PLĂGII DUPĂ AMIGDALECTOMIE

Gh. Mălfay, S. Sabău

Clinica O.R.L.

Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Amigdalectomia, una dintre cele mai frecvente intervenții chirurgicale determină apariția în lojele amigdalene a două plăgi deschise de aproximativ 3/3 cm, care generează o serie de inconveniente și complicații: hemoragii, invazie microbiană masivă a organismului prin plaga denudată, durere și halenă fetidă. Problema închiderii plăgii după amigdalectomie rămâne în actualitate datorită deficiențelor metodelor folosite, închiderea prin sutură nefiind posibilă din cauza țesutului muscular foarte mobil care elimină sutura în câteva ore.

Autorii prezintă experiența clinicii în acest domeniu. După numeroase încercări am introdus badijonarea plăgii cu acid tanic 30% care acționează ca hemostatic și astringent al vaselor și țesuturilor, formând și un strat fin de cheag.

Ulterior am introdus utilizarea soluției de perclorură de fier 30% care are un efect mai energetic și produce o coagulare superficială a sângelui și a lichidelor tisulare formând o peliculă subțire de cheag protector.

Folosirea acestor metode previne în mare măsură hemoragiile postoperatorii și invazia microbiană, reduce durerea și halena fetidă, scurtând timpul de vindecare.

CONTRIBUȚII LA UTILIZAREA METODEI FESS

Gh. Mălfay *, Karin Horváth **

*Clinica O.R.L. - ** Clinica de Oftalmologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Autorii prezintă, pe marginea a 5 cazuri cu complicații septice orbitale de etiologie rinosinuzală, metodele complexe de tratament aplicate, făcând o trecere în revistă a posibilităților terapeutice atât conservative, cât și radicale. De asemenea fac o dezbateră comparativă între tehnicile chirurgicale clasice și cele moderne, aducând argumente pentru utilizarea cu precădere a metodelor endoscopice, microchirurgicale care sunt și funcționale.

În condițiile unei dotări complete cu instrumentarul STORZ aferent procedurii FESS (funcțional endoscopic sinus surgery) sunt abordate noi domenii de aplicare ale metodei, cum este și cea de graniță cu oftalmologia și aceasta cu deosebit succes mai ales în categoria de bolnavi tineri.

MODIFICĂRI OTO-RINO-LARINGOLOGICE LA MUNCITORII EXPUȘI CROMULUI HEXAVALENT

S. Sabdu, Nicuța Măgureanu

Clinica O.R.L.
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Cromul în combinațiile sale hexavalente are un efect iritant asupra mucoaselor și tegumentelor, putând provoca ulceratii. În patogenia cărora atingerea peretelui vascular are un rol important.

Observațiile noastre au fost făcute la Combinatul Chimic Târnăveni, secția bicromat. Au fost examinați 68 de muncitori, din care 15 femei și 53 bărbați, cu vârsta cuprinsă între 24-50 de ani, iar vechimea în secția respectivă între 5-15 ani. S-a constatat că zona cel mai sever afectată este mucoasa nazală. În 36 cazuri (52,90%) constatându-se modificări la acest nivel: rinită cronică în 5 cazuri (7,30%), ulceratie septală în 16 cazuri (23,52%), perforație septală în 15 cazuri (22,05%). Dozarea cromului în urină s-a făcut în 17 cazuri din cele 36 cu modificări ORL, cromuria fiind crescută în 12 cazuri.

S-a constatat că perforația septală apare într-un procent mai mare la bărbați, dar aceștia au avut în general o expunere mai îndelungată, în locuri de muncă cu o concentrație mai mare a toxicului, decât în cazul femeilor. Perforația afectează numai porțiunea cartilajinoasă a septului.

Modificări trofice la nivelul mucoasei nazale apar de obicei în primele săptămâni de expunere la crom dacă există factori favorizanți ca: o sensibilitate crescută a mucoasei, gratajul digital, lipsa unor măsuri preventive minime. Apariția perforației după o perioadă de câțiva ani de expunere la crom este corelată cu valori ale toxicului în organism.

INFECȚIA LA BOLNAVUL CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ

B. Chiorean, I. Vișă, Sanda Copotoiu

Clinica A.T.I.
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Bolnavul cu insuficiență renală prezintă o imunodepresie (linia granulocitară și limfocitară) cu creșterea susceptibilității la infecții bacterice și virale. Acestea la bolnavul supus hemodializei pot deveni mai frecvente și mai grave; pe de o parte, datorită severității bolii, iar pe de altă parte, datorită procedurii terapeutice (fistule arterio-venozice, joncțiune de dializă etc.) La bolnavii cu dializă peritoneală, infecția peritoneală poate deveni realment

redutabilă. Autorii pe baza cazisticii Clinicii A.T.I. bolnavi cronici, acuti, 1 caz de dializă peritoneală, analizează aspecte diagnostice și terapeutice, cu accentul calculului dozelor la antibioticele nefrot toxice.

HIPERTENSIUNEA LA BOLNAVUL CU INSUFICIENTĂ RENALĂ CRONICĂ

(Complicații și posibilități terapeutice)

I. Viță, B. Chiorean, Sanda Copotou

Clinica A.T.I.
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Deși unii bolnavi cu insuficiență renală cronică evoluează fără hipertensiune arterială, mulți dintre aceștia prezintă hipertensiune arterială cu valori tensionale ridicate și cu complicații în consecință: insuficiență cardiacă, AVC-uri, disecția de aortă.

Autorii discută pe lângă fiziopatologie și evaluarea corectă a acestor complicații, posibilitățile terapeutice, cu accent pe alegerea antihipertensivelor, respectiv a combinațiilor celor mai adecvate.

DISFUNCTIA HEPATICĂ LA BOLNAVUL CHIRURGICAL

Daniela Chiorean*, C. Copotou**, V. Gliga***, M. Chiorean*

*Clinica A.T.I., **Clinica de Chirurgie nr. 1, ***Clinica de Chirurgie Pediatrică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Disfuncția/insuficiența hepatică la orice bolnav critic și cu atât mai mult la cel chirurgical, are o importanță prognostică majoră.

Autorii, pe baza datelor recente din literatură, cât și pe baza unei cazistici personale (30 de cazuri), prezintă conceptul revizuit de disfuncție/insuficiență hepatică la bolnavul critic chirurgical și anume: terminologie, etiopatogenie, fiziopatologie, aspecte diagnostice, terapeutice și prognostice.

ASOCIEREA KETAMINEI ÎN ANESTEZIA PERIDURALĂ CU BENZODIAZEPINE INTRAVENOASE

Edit Gogolák-Oldh, M. Chiorean

Clinica A.T.I.
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

92 de paciente au beneficiat cu ocazia operațiilor ginecologice (histerec-tomii abdominale și vaginale, plastii vaginale, salpingectomii etc.) de anestezie peridurală cu xilină 2%, asociată cu Ketamină (50 mg). În ultimii 25 de ani experiența clinică a definit minuțios avantajele și limitele analgeziei-anesteziei cu Ketamină. Cercetările recente au identificat receptorii tipici de N-metil-D-aspartat care ar fi suportul analgeziei și anesteziei. Legarea stereoscopică in vitro a Ketaminei de anumiți receptori opioizi ar fi răspunzătoare de inducția rapidă a anesteziei. Mai recent este un drog propus și pentru utilizare orală, rectală și intranasală.

Utilizarea clinică a benzodiazepinelor în microdoze completează anestezia ketaminică pe mai multe căi. Benzodiazepinele se metabolizează rapid, reduc efectul stimulatv cardiovascular, blocând canalele de calciu, suprimând automatismul cardiac ectopic. Anxietatea preoperatorie se reduce semnificativ. Anxioliza și sedarea se obține în 30 de minute de la 2 mg până la doza totală de 20 mg, ducând la o perfectă analgezie extinsă câteva ore în perioada postoperatorie. Hipotensiunea imediată se corectează prin creșterea preloadului, cu substanțe vagolitice și vasoconstrictoare. Se suspicionează acțiunea benzodiazepinelor pe receptorii "de tip periferic" din tractul genital feminin (ovare, tuba lui Fallopio) semnalati în timpul gestației.

CORELAȚII APACHE II, OPRIRE CARDIOCIRCULATORIE - MOARTE CLINICĂ - STARE POSTRESUSCITARE ÎN EVOLUȚIA BOLNAVILOR CRITICI

Sanda Copotou, M. Chiorean

Clinica A.T.I.
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Evaluarea gravității și prognosticului bolnavilor critici, constituie o direcție importantă a cercetărilor clinice contemporane. Scala de risc APACHE II, este curent folosită în serviciile cu pretenții; oferind aprecierea obiectivă a stării actuale a oricărui bolnav critic; siguranța pentru bolnav, dar și pentru medic, inclusiv din punct de vedere medico-legal.

În prezenta lucrare, autorii comunică primele observații privind corelațiile între APACHE II; opriri cardiocirculatorii cu moarte clinică și stările postresuscitare.

Se remarcă o strânsă legătură între punctajul scalei APACHE II, șansele de succes ale resuscitării și evoluția postresuscitare.

PRIMELE REZULTATE ÎN MONITORIZAREA BOLNAVILOR CRITICI CU AJUTORUL PROGRAMULUI COMPUTERIZAT "INCA"

Adriana Ciobanu*, M. Chiorean**

*Academia de Științe Medicale - Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Târgu-Mureș

**Clinica A.T.I.

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Bolnavii critici din secțiile de terapie intensivă necesită măsuri complexe de diagnostic, monitoring și tratament.

În acest proces apar o mulțime impresionantă de date, care trebuiesc gestionate, stocate și regăsite rapid în activitatea curentă de îngrijire.

Sistemele tradiționale, manuale de gestiune a acestor date sunt sărace, imprecise, lente, nestandardizate; cu o formă de prezentare variată, greoaie, consumatoare de timp și risipă de personal.

În contextul implementării computerelor în serviciile de îngrijire critice, în ultimii ani pe plan mondial și la noi în țară (Clinica A.T.I. Fundeni - G.Litarczek); ne-am străduit, nu fără dificultăți să preluăm și să introducem și noi în activitate un program computerizat.

Manipularea datelor se face manual de către un operator, sub supravegherea unui expert în informatică și a 2 consultanți medicali.

Autorii prezintă primele rezultate, cu acest nou sistem, din avantajele cărui sunt de reținut:

- datele clinice și paraclinice din structura programului sunt complete, permițând expirarea și monitorizarea oricărui bolnav critic.
- datele de obțin rapid, oferă acuratețe și siguranță;
- pot fi prezentate pe display, dar și înscrise prin imprimantă.

Pentru introducerea în rutină, autorii menționează măsurile de ordin organizatoric care se impun în interesul securității bolnavilor.

INSUFICIENȚA SISTEMIC-ORGANICĂ MULTIPLĂ ÎN OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

B. Chiorescu*, S.P. Olariu**

*Clinica A.T.I., ** Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Autorii după ce prezintă conceptul de MSOF în general, trec în revistă particularitățile acestui sindrom în obstetrică-ginecologie sub raport etiopatogenic, fiziopatologic, diagnostic și terapeutic. În afara datelor, de altfel citate din literatura medicală sunt prezentate cele 7 cazuri studiate cu avort toxico-septic care reprezintă un "pattern" de MSOF.

NUTRIȚIA LA BOLNAVUL CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ

L. Băilă, I. Vîză, B. Chiorescu, Săanda Copotoiu

Clinica A.T.I.
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Malnutriția bolnavului cu insuficiență renală cronică este regula cu consecințele; perturbări în vindecarea plăgilor, creșterea susceptibilității la infecții, astenie, slăbire progresivă. La bolnavii acuti, malnutriția diferă de la caz la caz. Autorii trec în revistă cauzele malnutriției, evaluarea acesteia cât și conduita terapeutică (regimul igienico-dietetic, cât și problemele mai delicate ale nutriției parenterale, ca calcularea nevoilor nutritive energetice, proteice și alte substanțe nutritive).

PATOLOGIE TUMORALĂ EXPERIMENTALĂ

TRATAMENTE IMUNOSTIMULATOARE ÎN IMUNODEFICIENȚELE CELULARE

Monica Crișan

Laboratorul de imunologie
Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca

Imunodeficiențele celulare, considerate în trecut ca fiind o problemă medicală extrem de rară, au intrat în centrul atenției în ultimii ani. Pe măsură ce se perfecționează metodele de investigare devine tot mai evident faptul că imunodeficiențele celulare au, de fapt, o incidență ridicată în populația generală. La bolnavii de cancere solide și malignități hematologice, prezența deficitelor imune se corelează cu gradul de progresie al bolii, dar mai ales cu intensitatea și durata tratamentelor citoreductive (citostatice și/sau iradiieri). Imunodeficiențe marcate au fost constatate și în: parazitoze, după iradiieri accidentale (Cernobîl), la persoanele în vârstă, în stres și mai ales la bolnavii de SIDA (AIDS).

În lucrare sunt trecute în revistă caracterile principale ale imunodeficiențelor celulare, metodele de depistare, consecințele pe termen scurt (infecții) și lung (cancere, boli autoimune), precum și principalele metode imunoterapeutice moderne: interferoni, hormoni timici, interleukine, factori de stimulare a coloniilor hematopoetice medulare, produse microbiene și medicamente chimic definite (levamisol, purine/pirimidine, polinucleotide sintetice etc). Sunt expuse rezultatele obținute în urma administrării unor imunomodulatori în scopul restaurării capacității imune a persoanelor cu imunodeficiențe celulare secundare, inclusiv pentru creșterea calității vieții la bolnavii canceroși.

CHIMIOTERAPIE ȚINTITĂ PRIN INCORPORAREA CITOSTATICELOR ÎN MICROSFERE BIODEGRADABILE

Rodica Rișca*, S. Leucuța**, Ioana Berindan*, Monica Crisan*, L. Madriz*

*Laboratorul de patologie experimentală, Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță", Cluj-Napoca

**Disciplina de tehnică farmaceutică, Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

S-a studiat dinamica distribuției vasculare, modificările histopatologice (din plămâni, ficat și miocard) precum și evoluția metastazelor experimentale de carcinom Walker 256, după injecție i.v. de epirubicină liberă sau încorporată în

microsfere de gelatină.

În plus, s-au analizat efectele epirubicinei libere în comparație cu cea încorporată în microsfere de gelatină asupra evoluției tumorii ascitice Ehrlich, la șoareci Swiss după administrare i.p.

Rezultatele noastre demonstrează că microsferile se acumulează predominant în plămân și ficat; biodegradarea lor începe după 24 de ore iar la 5 zile liza lor este completă. Intensitatea leziunilor distrofice induse prin epirubicina încorporată în microsfere este mai redusă și reversibilitatea lor este mai rapidă decât cea indusă prin epirubicina liberă. În plus, din lotul tratat cu epirubicină 14,3% din șobolani au succumbat cu boală citostatică.

Analiza evoluției metastazelor experimentale la epirubicina liberă (lot II) în comparație cu epirubicina încorporată în microsfere (lot III) demonstrează o incidență metastatică finală similară la ambele loturi tratate: 41% lot II și 41,5% lot III, incidență statistic semnificativ mai mică în comparație cu lotul martorilor (lot I) 70%.

Injectată i.p. epirubicina fie liberă fie încorporată în microsfere de gelatină inhibă dezvoltarea carcinomului ascitic Ehrlich. Efectele toxice generale însă sunt mult mai reduse prin încorporarea epirubicinei în microsfere decât după administrarea intratumorală de epirubicină liberă.

APORTUL REACȚIILOR IMUNOHISTOCHIMICE ÎN DEPISTAREA ORIGINII METASTAZELOR

Marina Bârsu*, Michaela Giurguman*, A.M. Hanby**

Laboratorul de anatomie patologică și Laboratorul de genetică

*Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiriacu" Cluj-Napoca

**Histopathology Unit - Imperial Cancer Research Fund-London

Determinarea prezenței sau absenței metastazei într-un limfoganglion nu este o problemă pentru patologist. Utilizând tehnicile histopatologice de rutină, coroborate cu tehnici histochemice (reacția PAS, impregnare argentică, reacția Van Gison), anatomopatologul reușește să diferențieze leziunea limfoganglionară malignă secundară de cea primară.

Dificultatea apare atunci când nu se cunoaște tumoarea primitivă, iar depistarea în timp util a originii metastazei ar fi salutară pentru bolnav.

Uneori metastaza își trădează singură originea, ex. metastaza de la un melanom malign cronic, de la un carcinom epidermoid keratinizant, de la un organ glandular secretant (stomac, intestin, glandă mamară, tiroidă).

Alteori metastaza are un caracter nediferențiat și atunci singura tehnică ce-i poate determina originea este imunomarcajul.

Autorii prezintă cazul unei paciente de 70 de ani la care tehnicile uzuale histologice nu au reușit să stabilească tipul de metastază. Aceasta s-a realizat prin imunomarcaje (reacția CAM 5.2 fiind pozitivă).

UNELE PARTICULARITĂȚI IMUNOHISTOCHIMICE ALE TUMORILOR DUODENO-PANCREATICE

J. Jung

Disciplina de morfopatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Am studiat 40 de tumori duodeno-pancreatice: 4 tumori și chisturi benigne ale pancreasului, 27 carcinoame și 2 tumori carcinoide de pancreas și 7 tumori duodenale.

Tumorile pancreasului exocrin sunt mult mai frecvente decât cele endocrine, iar tumorile maligne sunt de 7 ori mai frecvente față de cele benigne.

Tumorile benigne ale pancreasului (adenomul ductal, tumoarea cu celule acinoase, chistadenomul mucinos) apar la femei, carcinoamele însă sunt de 2 ori mai frecvente la bărbați.

Imunohistochimic am evidențiat în toate carcinoamele citocheratina și CEA, iar în 50% a cazurilor am găsit printre elementele tumorale și celule cromogranin- pozitive, cu proprietăți neuroendocrine. Dintre cele 2 tumori carcinoide, imunohistochimic, una corespunde unui vipom, cealaltă unui gastrinom. Prezența unor celule care conțin HCG poate fi considerată ca un element ce pledează pentru malignitate.

Dintre tumorile duodenale predomină carcinomul papilei Vater (6 cazuri), dar ca o raritate am întâlnit și un somatostatinom periamпуляр. Particularitățile imunohistochimice ale acestor tumori sunt detaliat descrise.

GRADINGUL HIPERPLAZIILOR EPITELIALE MAMARE CA INDICATOR AL FACTORILOR DE RISC PREDICTIV ÎN APARIȚIA ȘI/SAU DEZVOLTAREA CANCERULUI

Marina Bărsu

Laboratorul de anatomie patologică
Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiriacu" Cluj-Napoca

Foarte multe lucrări din literatura de specialitate (Page și colab. 1990, 1991, Rajdu și colab. 1990, Rosai 1991, Shousha 1992) sugerează existența unei continuități lezionale între hiperplaziile epiteliale mamare și carcinomul in situ și arată faptul că riscul de dezvoltare a carcinomului invaziv se corelează cu gradul de proliferare și stipe a hiperplaziilor.

Plecând de la aceste considerații autorul face un paralelism între diferitele

criterii de evaluare morfologică a hiperplaziilor epiteliale cu și fără atipii și ale cancerului mamar in situ.

Sunt prezentate avantajele și dezavantajele unui grading larg al leziunilor atipice și corelarea acestuia cu prezența focarelor de carcinom mamar în cazistica I.O.C.N.

Se insistă asupra faptului că gradingul hiperplaziilor atipice în clase multiple, deși deosebit de riguros, este mai dificil de făcut și determină diferențe mari în apreciere de la autor la autor.

NIVELUL CATEPSINEI D ÎN ȚESUTUL TUMORAL ȘI ȚESUTUL NORMAL AL GLANDEI MAMARE

Otilia Bojan, Doina Daicovicu, Natalia Galatâr, Angela Rășinaru

Laboratorul de biochimie-cercetări
Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiriacu" Cluj-Napoca

Catepsina D este o protează lizozomală a cărei concentrație crește semnificativ în unele țesuturi maligne, în special în tumorile mamare, ovariene și endometriale.

Numeroase studii au arătat că în cancerele mamare există o bună corelație între concentrațiile mari ale catepsinei D în citosolul obținut din tumoarea primară și apariția ulterioară a metastazelor.

În lucrare am dozat printr-o metodă biochimică concentrația catepsinei D în țesutul tumoral provenit de la 11 bolnave cu tumori de sân și în țesutul normal de la periferia tumorii.

Rezultatele au demonstrat că în fracția citosolică a tumorilor concentrația catepsinei D a fost în toate cazurile mai mare decât în țesutul normal peritumoral. Creșterea nivelului enzimei în țesutul tumoral a fost de la 1,5 ori până la 20 ori mai mare decât în țesutul normal.

Analiza datelor obținute sugerează că valorile crescute ale catepsinei D se corelează cu gradul de malignitate a tumorilor.

STUDIUL IMUNOLOGIC COMPARATIV AL MELANOAMELOR MALIGNE ȘI ALTOR TUMORI CUTANATE

Carmen Saugren, Monica Crișan, L. Lazăr

Laboratorul de imunologie și secția chirurgie
Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiriacu" Cluj-Napoca

Este bine cunoscut faptul că imunocompetența bolnavilor cu cancer scade progresiv pe măsura evoluției bolii. În lucrare sunt prezentate rezultatele obținute

prin studierea comparativă a statusului imun al bolnavilor cu melanom malign în diferite stadii evolutive. S-au investigat: procentajul și numărul absolut de limfocite T și B, al subpopulațiilor T helper/inductoare și T citotoxice/supresoare, raportul imun și nivelul imunoglobulinelor serice (IgG, IgA și IgM). Studiul a cuprins 76 de cazuri din care 28 în stadiul I, 23 în stadiul II și 25 în stadiul III-IV. La unii bolnavi parametrii imunologici au fost urmăriți pre- și postterapeutic. Comparativ au fost investigați și subiecți normali, sănătoși, precum și bolnavi cu alte tipuri de tumori cutanate atât benigne cât și maligne.

S-a constatat că, în general, pacienții cu melanom malign nu prezintă imunodeficiențe celulare în stadiile I, II și III comparativ cu subiecții sănătoși. Au fost semnalate uneori imunodeficiențe în stadiile avansate, preterminale și frecvent postterapeutic (după citostatice și/sau iradiere).

În concluzie s-a observat că tumorile maligne cutanate nu sunt acompaniate de o imunodepresie decelabilă prin testele imune utilizate.

HORMONII STEROIZI SEXUALI ÎN CANCER

Adela Bara, Claudia Ordeanu

Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca

În acest articol vom expune câteva date privind importanța statusului hormonal în diagnosticul, prognosticul și tratamentul unor cancere hormono-dependente. Datele clinice și experimentale susțin conceptul că hormonii steroizi sexuali pot juca un rol major în etiologia unor neoplazii umane.

Hormonii steroizi interacționează specific cu proteine de legare numite receptori, prin intermediul cărora hormonul își manifestă acțiunea fiziologică.

În cancerele mamare prezența receptorilor hormionali este semnificativ asociată cu răspuns la tratamentul hormonal, cu prognosticul și evoluția favorabilă.

Se discută importanța receptorilor hormionali și în cadrul altor localizări.

TIREOGLOBULINA (TG) MARKER TUMORAL ÎN EVOLUȚIA CANCERULUI TIROIDIAN

Camelia Ban, Adela Bara, Doina Picu, Mariana Maniu, Z. Uray

Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca

S-au determinat periodic valorile serice ale tireoglobulinei (TG) prin metoda RIA, la 38 de pacienți cu cancer tiroidian operat, confirmat histopatologic (34-carcinom folicular sau papilar, 3-carcinom medular, 1-carcinom anaplastic).

S-a constatat o valoare crescută peste limita normalului, la 29 din cele 38

de cazuri analizate. La 3 dintre bolnavii studiați, în cadrul determinărilor succesive, s-a observat o creștere semnificativă a tireoglobulinei, care a semnalat în avans apariția recidivei locale sau a metastazelor ganglionare și pulmonare, decelate ulterior prin alte metode de investigație.

Tireoglobulina a reprezentat un marker tumoral important și eficient în monitorizarea postterapeutică a bolnavilor cu cancer tiroidian diferențiat.

STUDIUL UNOR GLICOCONJUGAȚI TISULARI ÎN CANCERELE DIGESTIVE

Doina Daicoviciu, Natalia Galatâr, Otilia Bojan

Laboratorul de biochimie - cercetări
Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chircuță" Cluj-Napoca

În cancerele digestive sunt frecvent întâlnite alterări ale structurii lanțurilor oligozaharidice care intră în componența glicoproteinelor și mucinelor de pe suprafața mucoasei tractului digestiv. Acestea vizează în special monozaharidele terminale, fucoza și acidul sialic.

În lucrare am investigat prin metode biochimice nivelul fucozei din țesutul tumoral și normal peritumoral obținut de la 10 bolnavi cu cancer digestiv (9 cancere colorectale și 1 cancer gastric). Prin metode histochemice în aceleași țesuturi s-au evidențiat sialo- și sulfomucinele precum și receptori lectinici pentru Soy Bean Agglutinin.

S-a constatat că în majoritatea țesuturilor tumorale (6 din 10) concentrația fucozei în tumoarea primară și în ganglionii metastatici este mai mare decât în țesutul peritumoral normal sau în ganglionii nemetastatici. De asemenea s-a observat o creștere a conținutului de mucine sialilate și o creștere a legării lectinei asociate cu displazia morfologică agravată din polipii adenomatoși colorectali.

EVIDENȚIEREA UNOR FACTORI NEGATIVI AI CREȘTERII TUMORALE

I. D. Postescu, I. Mustea

Laboratorul de biochimie - cercetări
Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chircuță" Cluj-Napoca

Sunt prezentate contribuțiile noastre recente privind purificarea și caracterizarea unor factori endogeni negativi ai creșterii tumorale extrași din autolizatele celulelor carcinomului ascitic Ehrlich (CAE).

Prin cromatografia de difuzie-excludere (filtrare pe gel de Sephadex G-25) s-au fost obținute două fracțiuni (IX și X) cu un efect inhibitor semnificativ (65-90%), față de creșterea recurență a celulelor CAE.

În scopul elucidării componentelor conținute în aceste fracțiuni au fost efectuate analize fizico-chimice (spectroscopie UV și IR, HPLC, reacții de culoare) care au indicat prezența unor nucleotide/nucleozide și peptide cu greutate moleculară relativ mică (< 1000 daltoni).

Prin procedeul elaborat de noi privind izolarea și purificarea unor factori endogeni inhibitori din autolizate celulare s-au obținut de asemenea fracțiuni cu efect inhibitor și din țesuturi normale (ficat, splină), alte tumori (sarcom de metilcolantren, leucemie L 1210) precum și din unele culturi de micromicete (*Saccharomyces cerevisiae*, *Penicillium*), fiind înregistrate totodată și asemănări din punct de vedere al caracteristicilor fizico-chimice și al proprietăților biologice ale acestora.

UTILIZAREA FOSFATAZEI ALCALINE ȘI GAMA-GLUTAMIL TRANSFERAZEI ÎN MONITORIZAREA EVOLUȚIEI BOLII CANCEROASE

Șoimița Suciu, Ioana Bucur, Doina Daicoviciu, Carmen Ganea, Otilia Bojan

Laboratorul de biochimie - cercetări
Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiriac" Cluj-Napoca

Alături de examenul clinic și/sau examinările morfologice, dozarea enzimelor serice reprezintă o metodă complementară, relativ simplă și puțin costisitoare în aprecierea evoluției bolii canceroase.

Scopul acestei lucrări este de a aprecia valoarea dozărilor fosfatazei alcaline (FA) și gama-glutamil transferazei (GGT) în detectarea determinărilor secundare ale bolii canceroase. Am luat în studiu două loturi de subiecți: unul de 25 martori sănătoși proveniți de la Centrul de Transfuzii și unul de 50 de bolnavi cu melanom malign bronhopulmonar, la care dozarea serică a FA și GGT s-a făcut prin metode colorimetrice. Valoarea medie a enzimelor serice în grupul bolnavilor fără suspiciune clinică de evoluție (FA=32, 3U/l; GGT=19, 2U/l) se apropie de valoarea medie obținută pentru grupul martor (FA=30 U/l; GGT=15 U/l). Valoarea medie obținută pentru grupul bolnavilor cu suspiciune clinică de metastaze, dintre care confirmate radiologic și ecografic 4 cazuri, a fost distinct semnificativ mai mare față de bolnavii fără semne clinice de boală (FA=60, 01U/l; GGT=91, 2U/l).

UTILIZAREA MORFOMETRIEI ÎN TUMORILE OVARIENE

Michaela Giurgiușan*, Maria Bănuș*, C.D. Olinic**

*Laboratorul de genetică și Laboratorul de anatomie patologică

Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiriac" Cluj-Napoca

**Catedra de morfoloogie

Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

La 75 paciente cu tumori ovariene seroase s-a efectuat în paralel cu analiza histopatologică un studiu morfometric adresat dimensiunilor și formei nucleilor în scopul caracterizării mai complexe a acestor cazuri.

Au fost luați în studiu 4 parametri morfometrici: aria nucleară, axa nucleară lungă, axa nucleară scurtă și raportul axelor. Tumorile ovariene seroase au fost împărțite în trei categorii: benigne, "de limită" și maligne.

Între diferitele grupe de tumori au fost observate diferențe semnificative statistic. Prezența însă, a unei zone de suprapunere a valorilor limitează utilitatea practică a metodei și impune stabilirea unor "praguri". De asemenea, distribuția largă a valorilor individuale ale tumorilor aparținând aceleiași grupe, reflectă diferențe imperceptibile la examenul histopatologic clasic. Aceste diferențe ar putea fi corelate cu particularități ale comportamentului biologic.

CONTRIBUȚII LA STUDIUL SENSIBILITĂȚII IN VITRO A TUMORILOR OVARIENE LA CITOSTATICE

Lilla Lovinici

Disciplină de microbiologie

Universitatea de Medicină și Farmacie Tirgu-Mureș

Datele statistice din ultimii ani pun în evidență o creștere a numărului de îmbolnăviri prin cancer de ovar. Alegerea unui tratament adecvat pare posibilă, datele bibliografice evidențiind o corelare a sensibilității in vivo-in vitro față de agenții citostatici în 40-80%, iar a rezistenței în 90-100% a cazurilor.

În acest scop în 15 cazuri de tumori ovariene am studiat sensibilitatea in vitro, prin efectuarea oncobiogramei pe culturi de celule tumorale, obținute prin tripsinizare sau din lichidul ascitic. Până la prelucrare, fragmentele tumorale au fost ținute în soluția Hanks. Tripsinizarea s-a efectuat după metodele uzuale. Pentru cultivarea celulelor tumorale am folosit mediul M 199 (Institutul Cantacuzino) cu ser de vițel 10%. Citostaticele folosite: fluorafur, platidiam, adriblastin, vincristin, vinblastin, farmorubicin, bleomycin în concentrații apropiate de cele realizate in vivo. După incubare timp de 24 de ore la 37°C s-a controlat multiplicarea celulelor, iar

după 48 de ore viabilitatea lor prin colorare cu albastru de tripan.

Celulele rezistente la un anumit citostatic își păstrează viabilitatea, formând frecvent microcolonii similare martorului, iar cele care sunt sensibile nu se multiplică. Sensibilitatea celulelor față de citostaticele folosite a fost variată. Nu am constatat nici un caz de rezistență la adriblastin și farmorubicin. Numărul mic de cazuri nu permite tragerea unor concluzii apreciable, dar evidențiază oportunitatea efectuării oncobiogramei în fiecare caz, în scopul aplicării unei terapii individualizate.

PARALELISM ÎNTRE FENOMENUL APOPTOZĂ-NECROZĂ

stud. C.D. Bârsu anul II med.gen.

(îndrumător științific: Prof. dr. Maria Elena Gocan)

Disciplina de histologie

Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

Apoptoza este un proces de dezvoltare celulară, care apare în faza de preimplantare și implantare embrionară și în toate stadiile organogenezei, fiind evident în special în involuția mülleriană și wolffiană, în formarea lumenelor organelor (exemplu: cavitățile cordului etc).

Apoptoza contribuie în cursul vieții la atrofia țesutului mamar sub influența stimulilor endocrini (exemplu: atrofia fiziologică post lactație), la reducerea numărului limfocitelor T și B după dispariția stimulilor reacțiilor imunologice etc.

Patologic apare în atrofia parotidei după ligatura ductului principal Stenon.

Necroza apare în circumstanțe diferite, ca: hipoxie, modificarea temperaturii înconjurătoare cu atingerea extremităților, expunerea la toxine, infecții cu virusuri litice etc.

Autorul prezintă aspectele cardinale morfologice în care se recunoaște fenomenul de apoptoză, în comparație cu fenomenul necrotic.

Sunt trecute în revistă mecanismele de producere a apoptozei și de recunoaștere a celulelor apoptotice.

DINAMICA OSTEOGENEZEI PERIOSTO-ENDOSTEALE ÎN CALUSUL FRACTURAL EXPERIMENTAL

L. Seres-Saarn, Clara Brnzaniuc, A. Bôjje, F. Butică, E. Fălöp, Z. Opriş, F. Orza,
Z. Pávai, I. Ţilea

Disciplină de anatomie și embriologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureş

La șobolanii albi, coastele flotante au fost fracturate prin osteotomie. Piesele prelevate la diferite intervale între 2 și 10 săptămâni au fost decalcificate și prelucrate cu tehnici histologice uzuale. S-a urmărit structural și morfometric aria osteoidă, secvențele procesului de formare și remodelare a calusului osos. Procesul osteogenetic are loc concomitent peri- și endosteal. În săptămâna a doua formându-se un calus extern și unul medular. Formarea calusului în spațiul interfragmentar are loc mai târziu. Trabeculele osoase neformate sunt întrecute din a 4-a săptămână, iar în a 6-a săptămână calusul extern și intermediar dobândește o organizare lamelară. Remodelarea structurală a calusului se definitivează în săptămâna a 8-a.

FORMAREA CALUSULUI OSOS LA ȘOBOLANII MATURI OVARECTOMIZAȚI

L. Seres-Saarn, Clara Brnzaniuc, A. Bôjje, F. Butică, E. Fălöp, Z. Opriş, F. Orza,
Z. Pávai, Magda Seres-Saarn, I. Ţilea

Disciplină de anatomie și embriologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureş

În două loturi de animale bilateral ovarectomizate, simultan, respectiv cu o lună mai târziu s-au fracturat oasele flotante prin osteotomie. Fragmentele costale au fost prelevate la diferite intervale după operații și studiate histologic. S-a urmărit formarea și remodelarea calusului osos în condițiile deficienței de estrogeni.

Procesul osteogenetic periostal și interfragmentar la animalele ovarectomizate nu diferă de cel observat la martorii neovarectomizați. Organizarea

calusului medular este încă incertitudinată, cu trabecule osoase incomplete și discontinuu neformate. Nu s-au observat recrutații de osteoclaste și modificări numerice ale celulelor osteogenetice.

Deficiența de estrogeni modifică procesul de remodelare al calusului trabecular neformat, fără repercusiuni asupra organizării calusului periosteal.

STUDIUL MORFOLOGIC AL SEGMENTULUI SUPERIOR AL VENEI SAFENE INTERNE ȘI AL JONȚIUNII SAFENO-FEMURALE (NOTA II)

O. Lakatos, Maria Lakatos, Edit Gogolák, J. Daróczy

Disciplina de anatomie și embriologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Cunoașterea morfologică a joncțiunii safeno-femurale, a modului de deschidere a venei safene interne, precum și topografia afluenților venoși ai safenei în segmentul superior al acestuia ridică problema conduitei intervențiilor chirurgicale.

Bazați pe aceste considerente, autorii au studiat topografia, traiectul, modal de deschidere al venei safene interne și a afluenților săi superiori precum și aparatul valvular al acestora.

S-au efectuat 92 de disecții, descoperind planul superficial al regiunii sabinghinale Scarpa și venele tributare segmentului superior al venei safene interne (saphena magna). Au fost urmărite traiectele, modul de deschidere și structura sistemului valvular al venelor.

S-a măsurat unghiul de deschidere a crosii venei safene interne în vena femurală precum și așezarea spațială, forma și structura histologică a valvulelor venoase.

Materia studiată a fost clasificată pe baza variantelor anatomice și a anomaliilor vasculare în 5 categorii:

- tipul clasic (32,60%) cu deschiderea afluenților în crosa venei safene interne;
- deschiderea afluenților direct în vena femurală (9,78%);
- prezența trunchiului podendo-accesorie cu deschidere comună în vena femurală (22,82%);
- deschiderea directă a 1-2 vene în vena femurală (19,5%);
- deschiderea venelor tributare într-o ampulă safeno-femurală dilatată (14,13%).

Subliniem faptul că vena safenă internă și afluenții săi prezintă mari variațiuni de traiect și de deschidere, având repercusiuni directe asupra intervențiilor
98

chirurgicale de tipul safenectomiei. Anturajul fibroconjunctiv fascial la nivelul fosei ovale și relațiile intime cu crosa safenă internă poate avea un rol important activ, debit reglator.

CONTRIBUȚII LA STRUCTURA ȘI ARHITECTONICA VASCULO-BILIARĂ PERIHEPATICĂ (NOTA III)

O. Lakatos, Carmen Gheorghe, Edit Gogolák, Maria Lakatos

Disciplina de anatomie și embriologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Autorii au studiat mezoscopic și histologic pe 35 de cadavre (adult și copil) partea fixă a ficatului urmând arhitectonica vasculară și biliară a acestuia.

S-a constatat că la ficatul normal rețeaua vasculară este reprezentată de precapilare și capilare și în unele teritorii și de vase cu calibru mai mare. Fibrele conjunctive în jurul acestor vase formează un halou fără a respecta poziția vaselor.

Orientarea elementelor vasculare demonstrează o strânsă legătură cu vasele diafragmatice și vasele transcapsulare hepatice. Dacă la nivelul aparatului ligamentar elementele vasculare prezintă o așezare relativ uniformă, în profunzimea părții afixe nu există o legătură strânsă cu vasele diafragmatice. Acest teritoriu are o rețea fină de fibre colagne orientate aproape paralel cu suprafața ficatului, conținând puține vase sangvine.

În hepatitele cronice și în ciroză vasele devin mai abundente, transformându-se în arteriole și venule dilatate, înconjurate de un țesut conjunctiv mai rigid în special la nivelul zonei de joncțiune a ligamentelor coronare cu ligamentul falciform și la nivelul ligamentelor triangulare. Aceasta se datorește hipertensiunii postsinusoidale intrahepatice, ce va duce la ameliorarea circulației perihепaticе prin deschiderea și dilatarea vaselor din patul conjunctiv al capsulei Glisson și al ligamentelor delimitante părții afixe a ficatului.

STUDIUL COMUNICĂRILOR NERVOASE ALE PLEXULUI

Edit Gogolák-Oláh, O. Lakatos

Disciplina de anatomie și embriologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Am studiat variantele anatomice ale ansei cervicale la 15 feți umane, de diferite sexe (11 de sex masculin și 4 de sex feminin), între luna 5-7, avortoaie proveniți de la Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr. 1 Târgu-Mureș.

În urma disecției minuțioase după decolarea planului de acoperire a gâtului (piele, platysma, lama superficială a fasciei cervicale), se secționează capetele sternale și claviculare ale mușchiului sternocleidomastoidian. Astfel, s-au evidențiat trunchiul nervului hipoglos, al nervului vag, ansa cervicală, lanțul simpatic paravertebral, conținutul vasculonervos al triunghiului carotidian al regiunii laterale a gâtului.

Se remarcă prezența unor comunicații nervoase (plexarea multiplă) a nervului hipoglos, vag și a ramurilor ansei cervicale. Apar anse cervicale multiple din rețele multiloculare cu bucle nervoase în dreptul tendonului intermediar al omohioidului. Ramurile superioare și inferioare ale buclei nervoase simple sau complicate sunt destinate mușchilor infrahioidieni (m.omahioid, sternohioid, sternotiroid, tirohioid). Demn de remarcat ramurile comunicante între nervul vag, accesoriu și hipoglos, între nervul hipoglos și primii nervi cervicali precum și între nervii cervicali și eferențele ganglionului cervical superior.

SUTURA "BIPLAN DEGHIZATĂ". STUDIU CLINIC ȘI EXPERIMENTAL

C. Copotoiu, M. Baghiu, Cl. Molnar, C. Molnar, A. Mureșan, stud. Corina Popovici

Clinica de chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Sutura ideală în efectuarea unei anastomoză nu a fost descoperită încă, dar prin sutura imaginată de noi oferim o alternativă. Fistula sau dehiscența de anastomoză continuă și astăzi să rămână complicația majoră și de temut în chirurgia tractului alimentar în general și a colorectului în special. Rata crescută a morbidității și a mortalității postanastomoză a determinat pe chirurghi să imagineze noi tehnici de sutură mai simple în execuție și sigure în rezultate.

Am făcut un studiu comparativ între anastomoză tip Jourdan (cea mai frecvent folosită în anastomozele digestive) și sutura "biplan deghizată". Am testat rezistența celor două anastomoză prin creșterea presiunii intraluminală în zilele "critice" postoperator: a III-a, a V-a, a VII-a și a X-a. De asemenea am urmărit procesul de cicatrizare din punct de vedere histopatologic. Pentru aceasta am folosit câini de sex și generații diferite, fără rasă, care au o mai mare rezistență la traumatisme și regim auster.

Această tehnică a fost apoi aplicată și în chirurgia umană (100 de bolnavi) inițial pentru închiderea colostomiilor de protecție după Dixon, apoi în intervenții ce au necesitat rezecții de colon, fără ca acesta să fie pregătit mecanic sau microbian (operații în urgență, intervenții complexe cu rezecții multiviscerale ce includeau și colonul). Până în prezent nu am semnalat nici o fistulă sau dehiscență de anastomoză după această tehnică.

Sutura biplan deghizată este inversantă, are o tehnică simplă, permite o afrentare mai bună a mucoasei, mai rezistentă printr-o folosire dublă a submucoasei, evită spațiul mort din sutura biplan și nu îngustează lumenul intestinal.

MODIFICĂRI DE ULTRASTRUCTURĂ SURVENITE LA MYCOBACTERIUM PHLEI ȘI LA CANDIDA ALBICANS ÎN CURSUL UNOR INTERACȚIUNI REALIZATE PE CULTURI DE CELULE

Sanda Pîros*, LLászló*, V Filep**

*Disciplina de microbiologie

**Laboratorul de microscopie electronică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În literatura de specialitate este semnalat faptul că anumite forme grave de tuberculoză, rezistente la HIN, se datoresc unor tipuri de microbacterii socotite până atunci ca "saprofite".

Pornind de la aceste observații ne-am propus studierea în condiții experimentale a unor interacțiuni posibile între *M.phlei* și *Calbicans*. Pentru a micșora diferența dintre condițiile unei interacțiuni realizate in vivo față de cele asigurate in vitro, am recurs la cultivarea pe culturi de celule KB, grupate în 5 loturi și inoculate cu *M.phlei*, *Calbicans*, *M.phlei* concomitent cu *Calbicans*, respectiv *Calbicans* și acizi nucleici extrași din *M.phlei*. După apariția efectului citopatic, tulpinile au fost reizolate pe mediul Löwenstein-Jensen respectiv Sabouraud. Examinările electronmicroscopice atât în preparatele efectuate din culturile reizolate cât și în celulele din culturile cu efect citopatic-au pus în evidență, la ambele tulpini, modificări morfologice și de ultrastructură, care par a fi însoțite și de modificări de patogenitate deoarece, atât levura "oportunistă" cât și germenii "saprofiți" pătrund în celule.

Pe baza rezultatelor obținute se pare că interacțiunea cu *Calbicans* poate constitui o modalitate de apariție a unor tulpini de microbacterii "atipice", fapt ce trebuie avut în vedere la interpretarea dismicrobismului, în cursul diagnosticului de laborator al tuberculozei.

COMPOZIȚIA CHIMICĂ A CALCULILOR URINARI ÎN MATERIALUL CLINICII UROLOGICE DIN TÂRGU-MUREȘ ÎNTRE ANII 1983-1992

G.Simon, L.Bakos, R.Boja, V.Ōpan, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea are rolul de a arăta compoziția chimică a calculilor urinari cercetați în laboratorul nostru într-o perioadă de 10 ani (1983-1992). Prima parte a lucrării arată clasificarea calculilor urinari după nomenclatura internațională, care cuprinde denumirea chimică și mineralogică a acestora.

În partea a doua este descrisă metoda folosită (metoda Berenyi), bazată pe identificarea proprietăților fizico-chimice ale calculului.

Partea a treia cuprinde rezultatele obținute la cei peste 2000 de calculi urinari analizați.

Concluzia noastră este că majoritatea calculilor sunt constituiți din două sau trei componente și mai rar din una singură. Majoritatea calculilor au un conținut preponderent calcic, urmează cei cu compoziție urică (acid uric, urat de amoniu), procentajul cel mai mic a fost de Struvită, Xantină și Cistină.

Rezultatele acestor determinări reprezintă un mare ajutor pentru instituirea tratamentului profilactic al recidivelor litiazice.



UN CAZ DE MALFORMAȚIE CONGENITALĂ VULVARĂ: ANUSUL VULVAR

C.Enciulescu*, A.Mihăilă**

*Disciplina de anatomie și embriologie**Clinica de Obstetrical-Ginecologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Se prezintă un caz de malformație congenitală vulvară întâlnit la o parturientă de 18 ani, care prezintă un anus vulvar.

Deși malformația nu este foarte rară la naștere (1 caz la 10000 fete nou-născute), datorită frecvențelor malformații asociate, urinare, genitale, scheletice sau cardiace, supraviețuirea este adesea compromisă.

Femeile adulte, care au această malformație sunt mult mai rare. În Clinica de Obstetrical-Ginecologie nr. 1, în cei 10 ani de existență, nu s-a descris nici un caz. De aceea prezentarea acestui caz se consideră utilă.

MODULAREA FUNCȚIEI NEURONILOR GRANULARI ÎN GIRUSUL DENTAT LA ȘOBOLAN

Z.Lorinczi*, E.H.Buhl**, Z.S.Han**, K.Halasy**

*Disciplina de anatomie și embriologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș
**MRC Anatomical Neuropharmacology University of Oxford

Neuronul granular, primul din lanțul neuronilor principali hipocampali, are un rol primordial în stocarea memoriei de scurtă durată în condiții normale cât și în cazuri patologice și în generarea crizelor de epilepsie temporală. Reglarea funcției neuronilor granulari se produce prin intermediul circuitelor hipocampale intrinsece bazate pe prezența interneuronilor inhibitori. Disfuncția acestora duce la scăderea de sub control a aparatului hipocampal manifestându-se în hiper- sau hipofuncția acestuia. În cercetările noastre am identificat în hipocampusul de șobolan 5 interneuroni locali ai girusului dentat cu ajutorul microinjecțiilor cu biocitin. După prelucrarea țesutului cu metode citobiocimice am analizat proprietățile anatomice ale interneuronilor MOPP, HIPP, HICAP, basket și chandelier. Dispoziția stratificată a axonilor lor arată un înalt grad de specificitate al acestora privind alegerea țintelor postsinaptice din care rezultă diferențele funcționale dintre ele.

Prin investigațiile noastre electromicroscopice am demonstrat că acești interneuroni formează sinapse asimetrice de tip Gray I asociat funcției probabil inhibitorii. În terminalele interneuronilor am evidențiat prin metode imunocitochimice electromicroscopice prezența de GABA-neurotransmițător cunoscut cu acțiune inhibitorie.

STUDIU ASUPRA UNOR AFECȚIUNI ALERGICE PROFESIONALE: ASTM BRONȘIC PROFESIONAL ȘI BRONȘITA CRONICĂ SPASTICĂ

stud. Ioana Jecan

Disciplina de igienă
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea de față se constituie ca un studiu asupra incidenței unor afecțiuni alergice profesionale: astmul bronșic profesional și bronșita cronică spastică, la muncitori internați în Clinica de Boli Profesionale.

Astmul bronșic profesional are același mecanism imunologic ca și celelalte forme de astm extrinsec, dar deține specificitate imunologică, fiind declanșat de contactul cu alergenii de la locul de muncă.

În vederea evidențierii cazuisticii de afecțiuni alergice profesionale, am lucrat la Clinica de Boli Profesionale din Târgu-Mureș, unde am studiat foile de observație ale bolnavilor internați în anul 1990. Din datele statistice, am tras următoarele concluzii:

- predominanța bolnavilor cu astm bronșic față de cei cu bronșită cronică spastică;
- afectarea mai frecventă a sexului feminin;
- frecvența mai mare a astmului bronșic la grupa de vârstă : 40-50 ani, vârstă corelată cu vechimea în muncă a persoanelor studiate;
- agentul etiologic cel mai frecvent incriminat este praful vegetal-fâina, urmat de pulberile minerale, pulberi silicogene, fibre textile și mase plastice;
- simptomatologia este dominată de: tuse, dispneea paroxistică și de efort;
- se evidențiază astmul bronșic la persoanele expuse profesional cu alte afecțiuni datorate dezechilibrului neurovegetativ;
- vechimea simptomelor acuzate de bolnavi este relativ mică (sub cinci ani);
- antecedentele heredocolaterale nu indică apariția fenomenelor spastice bronhopulmonare mai frecvent la persoanele din familii cu afecțiuni respiratorii;
- rolul fumatului ca factor agravant în evoluția astmului bronșic profesional.

ANALOGIE ÎNTRE DIVIZIUNEA CELULARĂ ȘI FENOMENUL DE FORMARE DE PERECHI

Stud. S. Bucureșcu

Facultatea de Medicină Generală

Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

La o descriere sumară din punct de vedere microscopic, diviziunea celulară se împarte în mai multe etape: profaza, prometafaza, metafaza, anafaza, telofaza. Vom încerca să punem în evidență un fenomen fizic analog cu diviziunea celulară: este vorba de fenomenul de formare de perechi, sau așa numitul efect de materializare electron-positron, care apare ca urmare a interacțiunii dintre energia gama cu o energie de 1,022 MeV și câmpul nucleului. Această analogie se face ținând cont de conservarea unor mărimi fizice, conservare ce caracterizează ambele fenomene. Astfel, vom dovedi valabilitatea conservării masei energiei, sarcinii electrice și impulsului, legi de conservare valabile în ambele cazuri.

PATOLOGIE CHIRURGICALĂ

MEGADUODEN-REZOLVARE CHIRURGICALĂ ORIGINALĂ

E.V.Bancu, T.Bara, S.Bancu

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Megaduodenul este o boală congenitală gravă, cauzatoare de disfuncții digestive severe, ce se manifestă încă din anii copilăriei. În lipsa tratamentului, bolnavii ajung rar la vârsta adultă. Chirurgical, se pune problema delicată a reintegrării funcționale a duodenului în tubul digestiv superior.

Bolnava M.C. de 17 ani s-a internat la clinica noastră la data de 22.11.1989, cu diagnosticul de megaduoden gigant, prezentând grețuri și vărsături postprandiale, cefalei, vertij și adinamie, slăbire pronunțată în greutate. Diagnosticul a fost stabilit pe baza examenului baritat, care a relevat o dilatare enormă a duodenului în porțiunile D₁-D₂-D₃, transformate, practic, într-o cavitate unică, cu un calibru variind între 8 și 21 centimetri, din care bariul nu s-a evacuat complet nici după 24 de ore. Examinările de laborator au indicat anemie, deficit hidtoionic și proteic.

Operația s-a efectuat la 29.11.1989. După rezecție gastrică 2/3, s-a introdus degetul în duoden și s-a efectuat o recalibrare tubulară prin plicatură a organului, cu suturi întrerupte. Prima ansă jejunală s-a interpus în "omega" între bontul gastric și cel duodenal, realizându-se un montaj în tripla anastomoză: gastrojejunală T-L, duodeno-jejunală T-L, și jejuno-jejunală la piciorul ansei (Braun). Rezultat funcțional postoperator foarte bun.

Controalele efectuate la un an și la doi ani arată o evoluție fizică și funcțională foarte bună.

OCLUZII POSTOPERATORII PRECOCE (OPP). DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI FACTORI DE RISC

C.Copotoiu, T.Grozescu, M.Baghiu, M.Eșianu, V.Bud, T.Bara, A.Strat, C.Borz, A.Lobonțiu, S.Bumurca, C.Molnar

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea de față încununează activitatea colectivului nostru în dorința de a determina incidența OPP și factorii de risc legați de tipurile de intervenții practicate.

Au fost considerate OPP acele cazuri care au corespuns următoarelor criterii: 1. prezența semnelor și simptomelor de ocluzie intestinală confirmate și intraoperator, începând după două zile de la operația primară și până la 30 de zile postoperator; 2. iar pentru rezolvarea lor a fost necesară intervenția chirurgicală.

Acest studiu cuprinde 40 bolnavi cu limite de vârstă între 18 și 83 de ani, 15 fiind femei și 27 bărbați. Numărul cel mai mare al cazurilor l-a dat vârsta activă, vârstele extreme fiind în general cruțate de această complicație gravă, postoperatorie. Intervalul de timp scurs de la operația inițială până la oprirea tranzitului intestinal a fost în medie de 8,04 zile, în marea majoritate a cazurilor instalându-se în primele două săptămâni postoperator. Prelucrarea datelor statistice au arătat clar că intervențiile de urgență și cele din etajul abdominal submezocolic dau cel mai mare procentaj de ocluzii intestinale PP. Când operația se face electiv în etajul supramezocolic, fără a explora sau a face gesturi chirurgicale sub mezocolonul transvers, riscul de a face OPP este aproape "0". Simptomatologia clinică din OPP este estompată atât de drogurile administrate postoperator cât și de reactivitatea scăzută a bolnavilor, ei fiind la a doua lovitură. Manifestările clinice ale OPP pot fi mascate de durerile din incizie, distensia abdominală și prezența ileusului dinamic. Alteori distensia, constipația, durerile abdominale, vomismențele și lipsa zgomotelor intestinale sunt puse pe seama ileusului postoperator. Examenul radiologic este severan în confirmarea diagnosticului.

COBORÂREA COLONULUI TRANSVERS PE CALE TRANSMEZENTERICĂ

S. Bancu, E.V. Bancu, D. Marian

Clinica de Chirurgie nr. 1

Universitatea de Medicină și Farmacie "I. L. Caraculă" Tulcea

Coborârea colonului transvers pentru anastomozele joase colorectale sau pentru diferitele tipuri de telescopare a câștigat tot mai mult teren în ultima vreme. Necesitatea acestei manevre s-a impus din rațiuni de radicalitate oncologică, dar și datorită frecvențelor complicații apărute după varianta clasică a coborârii colonului sigmoidian după prelungirea ansei sigmoideene, prin ligaturi vasculare în fosta zonă de interes anatomo-chirurgical, Sudeck. Între 1970-1991 s-au efectuat 65 de hemicolectomii și rezecții de colon stâng, la care s-a folosit și tehnica coborârii colonului transvers la vederea anastomozei joase. Principala complicație funcțională postoperatorie a fost ocluzia înaltă prin compresia duodenului D₃ și a unghiului Treitz de către colonul transvers coborât. Au fost necesare 3 intervenții în care s-a procedat la o anastomoză L-L între D₃ și prima ansă jejunală, iar în alte două cazuri această anastomoză s-a făcut în mod preventiv, pentru a evita ocluzia și reintervenția. Neajunsurile descrise au fost înlăturate prin adoptarea tehnicii de coborâre a colonului transvers pe cale transmezenterică, ce s-a aplicat în 9 cazuri consecutive și

a dat deplină satisfacție, cu rezultate funcționale foarte bune. Pentru realizarea acestei manevre se ligaturează artera mezenterică inferioară, vena mezenterică inferioară la origine și ramura stângă a arterei colice medii. Se mobilizează unghiul hepatic al ileocolonului și se duce transmezenteric jumătatea dreaptă a colonului transvers pentru anastomoza colo-rectală. Avantajele coborării transmezenterice a colonului transvers rezidă din cel puțin două puncte de vedere: 1. posibilitatea disecțiilor și a limfadenctomiilor extensive, cu hemicolectomii lărgite la nevoie, fără teama obținerii de anse colice prea scurte în scopul anastomozei joase; 2. excluderea pericolului necrozei ansei coborâte și a ocluziei înalte prin compresia duodenului D₃ și a unghiului lui Treitz.

CONSIDERAȚII CLINICE, BACTERIOLOGICE, RADIOLOGICE ȘI FUNCȚIONALE PE MARGINEA A 15 CAZURI DE ABCESE PULMONARE OPERATE DUPĂ PROCEDEUL PRIN "APLATIZARE-PLICATURARE, FĂRĂ SUTURA FISTULELOR BRONȘICE", BREVET DE INVENȚIE, OSIM, Nr. 1000.135/1989

*A. Boțianu, T. Georgescu, A. Hîntea, F. Gomotârceanu, D. Cozma, A. Dobre,
A. Mureșan, Susana Csizér, B. Eneșel*

Clinica de Chirurgie nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Procedeeul nostru se adresează bolnavilor cu abces pulmonar cu fistulă bronșică permeabilă, aflați în stare critică și la care rezecția pulmonară este o contraindicație majoră. Prin "aplatizare" se înlătură strict parenchimul pulmonar bolnav irecuperabil anatomic și funcțional; prin "plicaturare" se întreprinde comunicarea cu marea cavitate pleurală, permițând reexpansiunea plămânului și evitând reinfectarea cavității plurale; prin "nesuturarea fistulelor bronșice" se drenează eventualele secreții purulente postoperatorii, pe cale naturală.

Procedeeul a fost utilizat la 15 cazuri, într-un interval de 8 ani.

Sunt analizate particularitățile clinice, bacteriologice, radiologice și funcționale precum și cele ale evoluției postoperatorii.

Se subliniază aspectele tehnice chirurgicale ale operațiilor pregătitoare, precum și a celor asociate sau de completare. Procedeeul se înscrie în seria procedeeelor "minore" sau de "depanare" care oferă o șansă în plus bolnavului și chirurgului. Am înregistrat un deces.

STUDIU CRITIC PE 65 DE DECORTICĂRI PULMONARE

*A.Boșianu, T.Georgescu, A.Hințea, D.Cozma, F.Gomolârceanu, A.Dobre,
A.Mureșan, Susana Cstăb, B.Eneșel, Daniela Nechifor*

Clinica de Chirurgie nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Au fost luate în studiu 65 de cazuri operate într-un interval de 8 ani: 60 de decorticări FRAZER-GOURD, 3 decorticări de lobi pulmonari rezanți după rezecție pulmonară, o decorticare BONNIOT și o decorticare WEINBERG.

Etiologia cavităților pleurale supurate a fost: supurație pleuropulmonară primară 27 cazuri, hidatică 12 cazuri, neoplazică 18 cazuri, pneumotorax recidivat 2 cazuri, tuberculoasă 3 cazuri, posttraumatică 3 cazuri.

Sunt analizate intervențiile chirurgicale pregătitoare, tactica seriei intervențiilor la cazurile critice, operațiile asociate și de completare, precum și unele particularități clinice, bacteriologice și recuperarea funcțională. S-au înregistrat 3 decese.



MODIFICĂRI MORFOVASCULARE LA NIVELUL PANCREASULUI RESTANT DUPĂ REZECȚII PANCREATICE CU ANASTOMOZA PANCREATO-JEJUNALĂ. ASPECTE EXPERIMENTALE ȘI CRITICE

V.Bud, C.Copotoiu, M.Eșianu, A.Lobonțiu, S.Strat, S.Olteanu, S.Bancu, M.Baghiu

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Autorii întreprind un studiu experimental și clinic urmărind modificările morfo-vasculare la nivelul bontului pancreatic restant după rezecții pancreatice cu anastomoze pancreatoenterice. Există puține studii în literatură care să analizeze tehnicile chirurgicale cele mai adecvate din punct de vedere funcțional, ținta principală fiind prevenirea fistulei pancreatice. În timp, aproape toate tipurile de anastomoză pancreato-enterică se obturează, iar la nivelul pancreasului restant se constată o remaniere accentuată conjunctivă a celulelor acinare cu păstrarea parțială a zonelor insulare. Pornind de la aceste constatări destul de pesimiste am întreprins un studiu experimental pe câini efectuând următoarele tipuri de anastomoză pancreato-enterică-după rezecția cefalică: T-L pe ansă omega, T-L pe ansă Roux-Y; ducto-pancreatică. Din analiza în diferite etape, la reintervenție, am constatat că toate aceste anastomoze au o caracteristică comună -desființarea treptată a anastomozei

atât funcțional cât și organic. Observând aceste modificări am preluat un procedeu de anastomoză pancreato-jejunală termino-laterală din literatură confecționând o anastomoză ducto-mucoasă pe "rub pierdut". În toate aceste încercări experimentale am căutat să găsim anastomoza cea mai eficientă iar pe de altă parte să stimulez funcționarea și regenerarea pancreasului restant, urmărind reducerea procesului de transformare conjunctivă la nivelul celulelor acinare și insulare. Criteriile de apreciere a funcționalității anastomozelor sunt: examenul clinic, greutate, examenul endoscopic și testele coprologice.

Și în studiul clinic preliminar reiese că anastomozele ducto-jejunale au funcționalitatea mai îndelungată în comparație cu celelalte.

TRAUMATISMELE TORACICE. PARTICULARITĂȚI EVOLUTIVE ȘI TERAPEUTICE

V.Bud, C.Copotoiu, V.E.Bancu, T.Grozescu, M.Baghiu, M.Eșianu, T.Bara, D.Florea,
F.Coroș, D.Marian, D.Száva, A.Straș, A.Lobonțiu, D.Zamfir, C.Molnar, S.Butiurca,

C.Borș

Clinica de Chirurgie nr. 1

Universitatea de Medicină și Farmacie "Târziu-Mureș"

În această lucrare autorii trec în revistă o serie de particularități evolutive terapeutice a traumatismelor toracice. În perioada 1.I.1987-30.XI.1992, în clinica noastră au fost internați și tratați un număr de 968 bolnavi, cu traumatisme toracice izolate sau asociate-politraumatisme. Din acest lot: 58% traumatisme toracice pure, iar 42% politraumatisme. În majoritatea traumatismelor toracice am constatat o asociere a leziunilor costo-musculo-parietale cu hemopneumotorax sau leziuni pulmonare. Elementul de temut, generator al marilor tulburări funcționale este pierderea rigidității parietale, care a fost găsit în peste 83% din cazuri. Diagnosticul în majoritatea cazurilor s-a pus pe metodologia clasică la care, începând cu 1.I.1992 selectiv, în funcție de simptomatologie, s-a adăugat tomografia computerizată și bronhoscopia. Dacă pentru majoritatea cazurilor tratamentul a fost conservator, punctii repetate sau drenaje pleurale, în politraumatisme, în speță cele cu pierderea integrității parietale, atitudinea terapeutică a fost mult mai avansată și uneori ajustându-se în evoluție. Complicațiile pulmonare frecvente mai ales la bolnavii intubați și comatoși de la introducerea în uzul curent în clinică a bronhoscopiei de aspirație; lavajului bronșic și antibiograma de aspirant este în scădere. În urma măsurilor terapeutice complexe se constată o reducere semnificativă a mortalității și morbidității.

Concluzii: 1. Atitudinea în cazul voletelor toracice să fie eclectică - nu se poate aplica o metodă standard. 2. Refacerea precoce a rigidității cutiei toracice

constituie una din obiectivele primordiale. 3. În cazul voletelor complexe cu deplasări costale mari-coraotomie de urgență+osteosinteză+ventilație mecanică. 4. Volete bilaterale: traheotomie+intubație+fixare. 5. În ventilația mecanică prelungită bronhoscopia de aspirație și toaleta bronșică obligatorie.

PANCREATITA ACUTĂ. TRATAMENT CHIRURGICAL. REZULTATE POSTOPERATORII IMEDIATE

M.Eșianu, C.Copotoiu, T.Grozescu, M.Baghiu, V.Bud, T.Bara, D.Zamfir, F.Coroș,
D.Marian, D.Florea, D.Száva, A.Lobonțiu

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea de față prezintă un studiu retrospectiv a 620 de bolnavi cu pancreatită acută (PA) internați și tratați în clinica noastră în intervalul 1970-1991. S-au luat în considerare cazurile de P.A. care au beneficiat de intervenții chirurgicale, respectiv 341 bolnavi. Limitele de vârstă la bolnavii studiați au fost între 19 și 85 de ani, cu incidență maximă în decadele 4 și 5. Definirea factorilor etiologici implicați în patogeniza P.A. este importantă pentru că permite o terapie specifică. La bărbați a predominat ca etiologie alcoolul și factorul biliar care împreună au reprezentat 67,69% din cauzele evidențiable clinic sau anamnestice ale declanșării P.A. Durerea a fost practic prezentă în toate cazurile, cu debut brusc și violent în 80% din cazuri iar iradierile "în bară" în 60% din cazuri. Simptomele au fost variabile în perioada de debut la internare în funcție de forma de PA. Greșurile și vărsăturile, meteorismul, apăsarea musculară, febra, hiperglicemia au fost întâlnite des. Creșterea amidazelor a dus la stabilirea diagnosticului în 72% din cazuri. Starea generală la interare și evoluția ulterioară a bolnavilor au impus intervenția chirurgicală în 341 de cazuri. Tratamente chirurgicale radicale pentru PANH la 33 bolnavi au fost următoarele: pancreatectomie 90-95%=6; splenopancreatectomie 90-95%=11; splenopancreatectomie corporeo-caudală=4; duodenopancreatectomie cefalică=1; necrectomie pancreatico-peripancreatică=10. Șase din cele 8 decese înregistrate au survenit în primele 48 ore în condițiile stării generale de șoc ale bolnavilor care nu au putut fi recuperați, 2 bolnavi au decedat cu complicații septice postoperator. Din cei 25 de supraviețuitori 4 au prezentat complicații postoperatorii, necesitând reintervenții pentru evacuarea unor colecții purulente. Diabetul postoperator s-a manifestat la 12 bolnavi, 11 rămânând insulino-dependenți.

APLICAREA ÎN URGENȚĂ A SEROMIOTOMIEI ANTERIOARE CU VAGOTOMIE TRONCULARĂ POSTERIOARĂ (OPERAȚIA SECUNDARĂ TAYLOR) ÎN TRATAMENTUL ULCERULUI DUODENAL COMPLICAT

T. Bara, E. V. Bancu, C. Copotoiu, D. Száva, C. Molnar

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Operația a fost introdusă pentru prima oară de Taylor ca o variantă a vagotomiei proximale selective. În clinica noastră, începând din anul 1992, metoda a fost introdusă pentru tratamentul ulcerelor perforate sau hemoragice.

Metoda constă în vagotomia tronculară posterioară, cu seromiotomie anterioară, care se efectuează pe peretele anterior al stomacului, de la limita superioară a antrului până la joncțiunea esogastrică și sutura sau excizia și sutura ulcerului. Operația are scopul denervării celulelor parietale și păstrarea inervației antrului.

Pe o perioadă de 1 an metoda s-a aplicat pe un lot de 10 bolnavi cu rezultate bune, fără complicații postoperatorii imediate. La 6 săptămâni postoperator cei 10 bolnavi nu au prezentat tulburări funcționale, controlul endoscopic a evidențiat ulcere vindecate, controlul prin pasaj baritat nu evidențiază tulburări de evacuare, iar testele secretorii evidențiază anaciditate sau hipocaciditate.

Față de vagotomia proximală selectivă, de rezecția gastrică, de vagotomia tronculară bilaterală cu antrectomie, operația secundară Taylor este mai simplă, cu durată mai scurtă, cu complicații și mortalitate postoperatorie minimă.

ROLUL BRONHOSCOPIEI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR BRONHOPULMONARE

V. Bud

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

În această lucrare, autorul prezintă rolul și locul bronhoscopiei în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor pulmonare, dar totodată pune în evidență rolul deosebit al examenului bronhoscopic în complicațiile pulmonare apărute după intervenții chirurgicale extrapulmonare.

Studiul se extinde pe o perioadă de 1 an -timp în care am efectuat 140 de bronhoscopii, din care 105 bronhoscopii de diagnostic ce cuprind: examinarea directă,

brasaj, examen biptic, lavaj bronșic; 35 de bronhoscopii s-au efectuat în scop terapeutic: 9 pentru aspirație la intubație sau postoperator; 5 pentru tratamentul complicațiilor survenite după intervenții pe tubul digestiv sau aparatul respirator.

Complicațiile frecvent întâlnite sunt: hemoptizia care se remite în câteva ore spontan; răgușeala pasageră, bronhospasm mai rar; 1 caz de deces care a survenit la 3 ore după examinare prin infarct miocardic.

Bronhoscopia-în special fibrobronhoscopia-permite un diagnostic precoce al leziunilor intrabronșice și în special al cancerului bronhopulmonar, dar trebuie precizat că această modalitate de investigație și tratament are anumite limite ce trebuie compensate prin alte metode moderne de diagnostic și tratament.

CANCERUL INAPARENT AL VEZICULEI BILIARE

D.Zarnfir, V.Bud, D.Marian

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Cancerul inaparent al vezicului biliar este definit ca acel carcinom la care diagnosticul inițial a fost colecistită (acută sau cronică) și la care intervenția practică a fost colecistectomia, examenul histopatologic al piesei precizând diagnosticul de carcinom al vezicului biliar. Datele din literatură sunt controversate cu privire la utilitatea și modul de realizare al reintervenției cu viteza de radicalitate. În această afecțiune, cu toate că există și studii care demonstrează utilitatea reintervenției. Lucrarea de față se bazează pe un caz de cancer inaparent al vezicului biliar la care s-a efectuat o intervenție cu vizi de radicalitate. Exerza a constat din rezecție cuneiformă a patului colecistului, la care am asociat abordul largit al confluentului biliar în hil după metoda recomandată de Champeau, rezecția coledocului în întregime și limfadenectomia stațiilor limfatice pericoledociene. Restabilirea s-a făcut prin colangi ducto-jejunoanastomoză în hil, în condiții de confort chirurgical realizat prin artificial menționat. Este de remarcat că autorii japonezi impun disecții limfatice mai ample în realizarea desideratului oncologic. Analiza cazului impune următoarele concluzii: 1.realizăm utilă reintervenția precoce în cancerul inaparent al vezicului biliar; 2.intervenția oncologică este de dorit în cazurile favorabile, cu toate că parametrii acesteia sunt diferit codificați; 3.asocierea unei rezecții hepatice este necesară atât din considerente oncologice cât și din motive tehnice, facilitând anastomoza bilio-jejunală; 4.limfadenectomia hepatică și celiacă nu este inclusă obligatoriu în parametrii intervenției oncologice, existând păreri care susțin că acești ganglioni nu sunt în conexiune cu drenajul limfatic al colecistului; 5.ocluzia postoperatorie la 5 luni de la intervenție, chiar în absența recidivei neoplazice, a fost restabilă, fistula intestinală apărută prin depolizarea unei anse jejunale ducând la decesul bolnavului.

BOLI INTERNE ȘI SPECIALITĂȚI INRUDITE

ASPECTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE BEHAVIORISTE ÎN ABORDAREA TULBURĂRILOR DE DINAMICĂ SEXUALĂ

S. Rândapu, Codruța Gaița

Clinica de Psihiatrie
Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

O zonă de o semnificativă vulnerabilitate în viața oamenilor este reprezentată de posibilitatea apariției disfuncțiilor sexuale. Marea problemă este că aceste tulburări dezvoltă o mare anxietate, cu o puternică amprentă bio-psiho-socială. Cel mai frecvent, pacienții cu tulburări de dinamică sexuală sunt tineri sau adulți de vârstă medie, care merită oportunitatea de a-și descătușa sexualitatea și viața psihică prin intermediul psihoterapiei. Sexualitatea pacientului devine centrul atenției terapeutului, dar considerată în cadrul dezvoltării și maturizării personalității în totalitatea ei. Esențială este problema unicității tulburărilor fiecărui pacient, a fiecărui cuplu în parte.

Plecând de la tehnica desensibilizării progresive a lui Masters și Johnson, terapia behavioristă actuală utilizează un set complet de tehnici adresate individului sau/și cuplului sexual. Înțelegerea naturii tulburării sexuale, schimbarea atitudinii pacientului și adaptarea procedurilor terapeutice fiecărei probleme specifice sunt date fundamentale.

Analiza cazurilor clinice pune în evidență o îmbunătățire substanțială a vieții sexuale a pacienților, însă nu potrivit unor expectanțe fantastice. Aplicată corect, behaviorterapia obține mai frecvent succese decât psihanaliza în abordarea terapeutică.

CONSIDERAȚII PRIVIND DERMATOZELE PROFESIONALE LA BOLNAVII INTERNAȚI ÎN CLINICA DE DERMATOLOGIE ÎN PERIOADA I I 1991 - 2 II 1992

O. Buziu, S. Morariu

Clinica de Dermatovenerologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Dermatozele profesionale sunt procese morbide cutanate care apar la unii muncitori în condițiile obișnuite de muncă, prin acțiunea directă și mai prelungită asupra pielii a unor factori nocivi.

În perioada 1.01.1991 - 2.02.1992 din cei 1965 de bolnavi internați în Clinica de Dermatologie, 129 de bolnavi au prezentat dermatoze profesionale, ceea ce reprezintă 6,5%. Dintre aceștia 47 au fost femei și 82 au fost bărbați.

Dermatita de contact "alergică", legată de sensibilizarea cutanată tardivă, a reprezentat 40% din totalul cazurilor studiate. Dermatita de contact "ortoergică", produsă de unele substanțe chimice denumite iritanți primari, a fost întâlnită în 25% a cazurilor. Dermita de contact prin mecanism mixt, ce recunoaște implicarea mai multor factori, a fost reprezentată de keratodermii palmo-plantare profesionale și a fost decelată în 11%. Infecțiile cutanate profesionale au fost întâlnite în 14% a cazurilor. Dermatozele profesionale ale glandelor sebacee, melanodermiile profesionale, keratoamele și cancerele cutanate au fost întâlnite în 10% a cazurilor.

Factorii favorizanți au fost reprezentați mai frecvent de: tegumentele subțiri, uscate sau umede, hipopigmentate, cu film hidrolipidic scăzut, cu alcalinitatea crescută, de terenul alergic cu antecedente heredo-colaterale și personale de alergii cutanată, pulmonară sau digestivă. Mai rar au fost incriminați ca factori favorizanți dezechilibrile neuro-psihice, existența unor focare de infecție cutanată, unele modificări hormonale etc.

Factorii declanșatori au fost reprezentați de cei mecanici - traumatisme, presiune, frecarea -, chimici - căldura, umezeala, raze ultraviolete, - microbieni, parazitari, chimici.

Dermatozele profesionale s-au localizat mai frecvent la nivelul extremităților, a feței și gâtului.

Complicațiile întâlnite mai frecvent în cursul evoluției dermatozelor profesionale studiate au fost: suprainfecția microbiană și micotică, lichenificarea și eritrodermia.

Bolnavii au beneficiat în medie de 20 de zile de spitalizare, cu recomandarea de încă 7 zile de concediu medical la externare și indicația schimbării locului de muncă în marea majoritate a cazurilor.

TRATAMENTUL CLINIC ȘI AMBULATOR AL PSORIAZISULUI

O. Bupu, S. Morariu

Clinica de Dermatovenerologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Sintetizând tratamentele aplicate la un număr de 109 cazuri de psoriazis din care (P. vulgar 47, P. diseminat 30, P. eritrodermic 12, P. artropatic S. B. palmoplantar 8, P. gutat 4) am obținut următoarele concluzii terapeutice ce impun ordinea importanței:

1. Tratamentul focarelor de infecție:

T. general: amigdalectomia, penicilinoterapie, endotoxină bacilară, Vit. A,

Vit. C;

2. Tratamentul keratolitic (decapant)

T.local; acid salicilic 3-5%, acid benzoic 5-5%, uree 3-5%, magnezia usta 5%;

3. T. Fotosensibilizant:

T. local: eozină 2%, mercurrocrom 2%, fuxină 2-5%, cristal violet 1%, alb metil 1%, ultraviolete, sol.meladinină faible. Sulfură de seleniu 2%,

T. general: psoralen, metoxalen, trisoralen, neosoralen, trimetil-psoralen, psoriazin (inhibă sinteza A.D.N. și a diviziunii celulare) vit.D2;

4. T.antiinflamator

T. local: oleu cadini 5-10%, pix liguida 5-10%, oleu rusci 10-20%, crisarobină, 0.25-3%, diatranol (obținut din crisarobină, cu succidaancele sale: antranol 5%, cignolină 0,25-1%). Tumenol 5-10%, tigenol 2-5%, ihtiol 5-110%, lig. carbonicus detergens, colatar (pix lithantracis 1-3%).

T. general:cortizon.

5. T. antiproliferativ

T.general: Vit.D₃, Liq.Fowler, ciclosporină 26 mg+Eritromicină (sau Doxiclină, Calcitriol, Vit. B₁₂, Vit. A.

6. T. antimicotic

T. general: Eretinat (Tigascon) modelează genele din epiderm.

T. local: Metotrexat, Carvolizină

7. T. sebopsoriazisului

T. local: pp.alb, alb, galben, cenușiu, Hg, calomel, glicerolat de sulf.

T. general: Vit. B₆, Vit. F.

8. T. ce stimulează sinteza atretinalului:

T. general: Vit. E, Vit. B₁₂ metionină, ulcostop, cistină, cisteină, folcisteină, acid folic.

HEPATOSCINTIGRAFIA ÎN CIROZE

G.Stanciu

Clinica de Radiologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Este metoda de investigație de mare utilitate mai ales în ciroze, prin perfuzarea sistemului reticuloendotelial și celulelor Kupffer de radionuclidul ¹⁸⁷Au Cl obținându-se relații morfologice și funcționale, putându-se astfel confrunta, sau să completeze celelalte date de laborator.

Importanța metodei constă și în faptul că se poate urmări în timp, prin repetarea ei, gradul de refacere sau de lezare a parenchimului hepatic.

Am avut cazuri chiar cu ascită dar cu suficient parenchim hepatic activ, perfuzarea fiind accentuată și în splină. Deci prin aspectul scintigrafic hepatic se poate

stabilii în ce măsură parenchimul dintr-o ciroză poate compensa funcțiile. hepatomegalia și splenomegalia ca reacții din stadiul I și II, printr-un tratament adecvat, se pot menține timp îndelungat ca neevolutive.

Hepatitele cronice, relativ frecvente, de asemenea beneficiază de această investigație, relațiile fiind morfofuncționale, iar dacă tot izotopul radioactiv cu tropism pentru parenchimul hepatic nu traversează decât limitat în splină/normal este de 7% avem un indicator favorabil.

Iradieră fiind un element gamma de penetrație medie, nu poate fi nocivă pentru bolnav, repetarea se poate face de câte ori se consideră că este necesar.

Probele hepatice, ecografia, puncția biptică etc. sunt completate sau confirmate de hepatoscintigrafie, opinia noastră fiind că nu pot s-o substituie.

Numărul de investigații, în medie a fost de 244 anual.

RADIOIODOCAPTAREA : INDICAȚII, CONCORDANȚE ȘI CONTROVERSE FAȚĂ DE SCINTIGRAFIA TIROIDIANĂ

G. Stanciu

Clinica de Radiologie

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

S-au împlinit deja 30 ani de activitate a Laboratorului de Medicină Nucleară din Târgu-Mureș, unul dintre cele mai vechi din România, având consecvență și utilitate mai ales prin radioiodocaptarea și scintigrafia tiroidiană. Astfel colaborarea în special cu medicii endocrinologi a fost cât se poate de bună.

Având cifrele etalon pentru radioiodocaptarea ¹³¹I na ale Institutului de Endocrinologie I.C. Parhon București, precum și cele stabilite pentru zona noastră geografică, apreciem prin detectare procentajele după 2h, 24 h și uneori de la 48 h de la administrarea radioizotopului respectiv.

Constatăm de cele mai multe ori o concordanță între cifrele care reprezintă procentajul captării și perfuzarea din scintigrafie. Sunt cazuri când între radioiodocaptare și scintigrafie nu este sincronism, dovedindu-se astfel că modificările biologice și distoniile neuro-vegetative, nu se pot intercala în legi fizice și biochimice întotdeauna, fapt pentru care se înclină a se recomanda ambele metode sau numai scintigrafia tiroidiană, apreciindu-se că numai radioiodocaptarea este insuficientă.

Scintigrafia este suverană în stabilirea localizărilor retrosternale, a tumorilor maligne, nodulilor calzi toxici și reci, respectiv a chistelor, altfel de mare utilitate atât în disfuncții cât și în afecțiuni chirurgicale.

Reprezintă investigații care nu pot lipsi din datele unei afecțiuni tiroidiene, care din 1940 când au fost efectuate pentru prima dată de Hamilton,

au rămas între tehnicile de vârf.

Numărul de investigație în medie anual este de : radioiodocaptări 2250 și
scientigrafii tiroidiene 1760

NIVELUL TIROGLOBULINEI SERICE ÎN GUȘA DIFUZĂ ȘI NODULARĂ LA PACIENȚII DIN ZONE CU CARENȚĂ ÎN IOD

Gh. Vasilescu, I.Gh. Totoianu

Clinica de Endocrinologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

În condiții fiziologice cantități reduse de tiroglobulină (Tg) "scapă" în circulația sistemică prin spațiile intercelulare ale foliculului tiroidian direct din celulă sau datorită modificărilor de la nivelul membranelor. Diverse procese patologice tiroidiene, care dezorganizează structurile celulare și/sau foliculare, pot conduce la creșterea nivelului Tg serice.

Tg a fost dozată RIA prin metoda de dublu anticorp (valori normale: 0-60 ng/ml) la 251 pacienți cu diverse tireopatii, precum și la 31 de subiecți considerați sănătoși (lotul martor).

Subiecții și pacienții cercetați provin din zone cu carență iodată. Rezultatele cercetării sunt prezentate în tabelul următor:

Grupa de pacienți	Nr. de cazuri	Vârsta medie (în ani)	Nivelul Tg (media în ng/ml)
Lotul martor	31	40,10	38,28
Nodul tiroidian "rece"	32	44,20	160,38
Gușă difuză	72	40,60	64,39
Tiroidită subacută	18	43,10	86,38
Boala Graves-Baseow	21	43,10	154,71
Adenom tiroidian toxic	37	43,90	115,40
Gușă multinodulară hipertirodiană	39	45,00	280,64
Gușă difuză hipertirodizată	32	54,10	118,79

Concentrațiile Tg serice la fiecare grupă de pacienți suferind de tireopatii au fost semnificativ crescute ($P < 0,01$) comparativ cu valorile constatate la lotul martor. Cercetările noastre demonstrează o creștere diferențiată a Tg serice la pacienții din zone cu carență iodată.

OBSERVAȚII PRIVIND PATOLOGIA CUTANATĂ LA SUGARI, COPII ȘI ADOLESCENȚI

L. Năzî, Ana-Maria Palkó

Clinica de Dermatovenerologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Dermatologia modernă corelațională consideră tegumentul cu toate manifestările sale ca fiind în strînsă dependență cu celelalte organe și cu mediul nostru înconjurător. Modificările pe care le suferă după naștere biologia copilului, de la an la an, explică în parte prezența exclusivă sau cu preponderență a unor afecțiuni cutanate, caracteristice pentru fiecare etapă. În cadrul consultațiilor de specialitate în perioada 1986-1990 (total consultații: 56.099) un număr de 5878 (10,47%) au fost sugari și tineri până la vârsta de 16 ani. Genodermatozele depistate (111 cazuri), reprezintă 1,88%. Piodermitele au reprezentat în primul rînd de streptococi 4,23% și stafilodermii 3,47%, totalizînd 7,70% din totalul consultațiilor. Un număr important de cazuri au provenit din categoria maladiilor cauzate de elementele criptogamice (10,56%), iar prezența scabiei a fost semnalată în 14,69%. În 2,10% s-a pus în evidență pediculoză. Virozele cutanate sunt o prezență destul de frecventă în patologia cutanată infantilă. Virozele hiperplazice (veruci vulgare, plantare, plane juvenile, vegetații veneriene) reprezintă 10,57% din cei consultați, urmează infecția herpetică cu 1,61%, *Molluscum contagiosum* cu 0,56% și zona zoster au fost mai frecvente la sexul feminin. Frecvența neobișnuită a zonei zoster la copii la vârsta de 4-8 ani, ridică o serie de aspecte patogenetice și de tratament. Algodermiile reprezintă prin numărul total de 2056 cazuri (35,48%), cele mai frecvente dermatoze fiind eczemele atopice și de contact, urticaria, prurigourile și eczematidele. În perioada la care se fac referiri, au fost luate în evidență 60 de cazuri de psoriazis, mai frecvent fiind întîlnit la băieții și debutînd la o vîrstă mult mai fragedă (3-4 ani), în comparație cu fetele (7-8 ani).

CAUZELE ICTERULUI OBSTRUCTIV ÎNTR-UN LOT DE 200 BOLNAVI ICTERICI

A. Bratu, Ligia Bancu, Simona Bățaș, Imola Török, C. Ducea

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Pe un număr de 200 de bolnavi icterici examinați în perioada mai 1989 oct. 1992, am analizat cauzele obstructive determinante ale acestui simptom

Datele bolnavilor au fost înregistrate după un set stabilit de societatea europeană de studiu al icterului, Euricterus și comparate cu întreaga sa bază de date.

Bolnavii cu icter au provenit din clinicile chirurgicale (40%), clinicile medicale (48%) și din ambulator (12%). Datorită provenienței bolnavilor în cazistica noastră icterul s-a datorat unor afecțiuni chirurgicale 43,02% și hepatitei virale 3%.

La bolnavii cu icter obstructiv s-a constatat că:

- 14,11% prezentau carcinom biliar sau pancreatic primar
- 24,45% boală litiazică
- 6,75 pancreatită acută și cronică
- 2,45 stricturi benigne ale căii biliare principale
- 6,13 alte cauze

Concluzii: boala litiazică reprezintă cauza chirurgicală cea mai frecventă a icterului obstructiv atât în cazistica noastră, cât și în baza de date a Euricterus. Procentajul ceva mai mare din cazistica noastră (24,45%) față de 16% în studiul general se explică prin proveniența bolnavilor.

O concluzie reală poate fi exprimată numai după prelucrarea cazisticii oferită de cât mai multe centre medicale.

CAUZELE DISCORDANȚEI ÎNTRE DIAGNOSTICUL ÎNȚIAL ȘI CEL FINAL DE STRICTURĂ COLEDOCIANĂ BENIGNĂ

Ana Bratu, Simona Bățaș, Smaranda Demian, Ligia Bancu, Imola Török, C. Dudaș

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Prin strictură benignă a căii biliare principale se înțelege o îngustare a coledocului, de origine benignă. Ea este definită prin tehnici colangiografice, laparotomie, histopatologie sau decelată la autopsie.

În această lucrare ne referim la un lot de 163 de bolnavi icterici, analizați după un set standard stabilit de Euricterus. Stenoza coledociană benignă a fost prezentă la 4 bolnavi (2,45%) între 64-80 de ani, 3 de sex masculin.

S-a înregistrat frecvența datelor clinice în ordine descrescândă (+1 la 0), puterea lor discriminatorie și importanța lor în diagnosticul de strictură benignă coledociană (+1 la -1).

Puterea discriminatorie (DP(d-r)/d) pentru această boală a fost atribuită următoarelor simptome: prodrom "gripal", icter care crește în intensitate, prurit, chirurgie biliară în antecedente, febră peste 38°C, stare generală alterată, laparotomie.

Importanța diagnostică (d(d-r) în ordine descrescândă s-a atribuit pruritului, gratajului, icterului care crește în intensitate, laparotomiei, histopatologiei.

Afecțiunile cu care s-a făcut confuzie în diagnosticul inițial au fost litiaza coledociană și cancerul capului de pancreas.

Concluzie: cauza confuziei rezidă în lipsa de specificitate atât a datelor clinice discriminatorii, cât și a celor de importanță diagnostică în această afecțiune.

SIMPTOMELE CU PUTERE DISCRIMINATORIE ȘI CELE CU IMPORTANȚĂ DIAGNOSTICĂ ÎN ICTERUL ACUT MEDICAMENTOS. REZULTANTA STATISTICĂ

Ana Bratu, Imola Török, Smaranda Demian, Ligia Bancu, Simona Bățaș, C. Duda

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Definiția icterului acut medicamentos acceptată de proiectul european al icterului este: "un istoric de expunere la un agent cunoscut sau suspectat a fi hepatotoxic a cărui îndepărtare duce la dispariția icterului. Dacă este posibilă obținerea unei biopsii hepatice, criteriile morfologice cuprind un spectru de modificări de la necroza acută, la steatoză, inflamații și leziuni celulare".

În studiul nostru, care cuprinde 200 de bolnavi icterici, am găsit un număr de 3 bolnavi care s-au încadrat în criteriile de mai sus. Drogurile incriminate au fost FELDEN (Piroxicam), RIFAMPICIN, PARACETAMOL.

Din analiza statistică a cazurilor noastre mixate cu 9014 cazuri din baza de date a Euricterus, aflăm că icterul acut medicamentos prezintă următoarele simptome cu putere discriminatorie: consum de hepatotoxice, caracterul descrescent al icterului, prurit prezent de 1-7 zile, aversiune la fumat, nu găsim consum de alcool. Următoarele simptome au importanță diagnostică: prezența de substanțe hepatotoxice, icterul cu caracter descrescând, prurit de 1-7 zile, aversiune la fumat, fără consum de alcool.

Statistic, reiese de asemenea că diagnosticul final în cazul icterului acut medicamentos rămâne doar o suspiciune, un diagnostic cu certitudine fiind imposibil de stabilit.

CONTRIBUȚIA CLINICII MEDICALE NR. 1 ÎN CADRUL PROGRAMULUI EUROPEAN DE CERCETARE A ICTERULUI (EURICTERUS)

Ana Bratu

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Scopul programului Euricterus constă în studierea la dimensiune europeană a bolilor asociate icterului și alcătuirea unui program de asistare computerizată a diagnosticului.

În cadrul Universității din Târgu-Mureș, colectarea cazurilor pentru baza

de date EURICTERUS a început în anul 1989, contribuind cu 200 de cazuri până în octombrie 1992.

Cazistica noastră include toată gama afecțiunilor chirurgicale și medicale enumerate de EURICTERUS, hepatita virală fiind însă slab reprezentată. Proveniența bolnavilor explică acest lucru. Datele centrului nostru au fost prelucrate statistic, în contextul întregii baze de date de către echipa de cercetare din University College Hospital Galway Irlanda. S-a stabilit frecvența simptomelor în ordine descrescândă în fiecare boală (+1 la 0). S-a determinat impactul simptomului (puterea sa discriminatorie) în decizia diagnostică după formula: $DP(d-r)/d$ în care d =frecvența simptomului în boala cercetată iar r =frecvența simptomului în toate bolile puse laolaltă. Importanța diagnostică a datelor luate în studiu, per afecțiune (+1 la -1) s-a calculat după formula $d(d-r)$.

Utilizând baza noastră de date putem stabili frecvența diferitelor afecțiuni chirurgicale și medicale cauzatoare de icter în aria noastră geografică, dar nu ne putem referi la incidența hepatitei virale. De asemenea putem enumera parametrii cu impact diagnostic, separat cei cu importanță diagnostică în afecțiune cauzatoare de icter. Aceste date pot fi apoi folosite în asistarea computerizată a diagnosticului la bolnavul icteric.

PERTURBĂRI ALE HEMOSTAZEI PRIN MODIFICĂRI ALE FIBRINOGENULUI ÎN HEPATOPATII CRONICE

G. Oltean, C. Duda

Clinica Medicină nr.1

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Aprecierea riscului apariției unor tulburări ale hemostazei și fibrinolizei în hepatopatiile cronice impune cunoașterea mecanismelor implicate în aceste procese. Lucrarea și-a propus studiul modificărilor cantitative și calitative ale fibrinogenemiei în hepatite cronice și ciroze hepatice.

Pe un număr de 132 de cazuri au fost studiate posibilele perturbări ale hemostazei ca urmare a modificărilor fibrinogenemiei, utilizându-se cele mai importante teste de explorare a coagulării și fibrinolizei. În urma prelucrării datelor s-a ajuns la următoarele concluzii:

- Modificările fibrinogenului, atât sub aspect cantitativ, dar mai ales ca disfibrinogenemie, sunt întâlnite în 74,24% din cazuri.
- Disfibrinogenemia trebuie considerată reală în prezența unui timp de trombină prelungit și a valorilor normale ale fibrinogenemiei, timpului parțial de tromboplastină (PTT_a) și timpului de protrombină.
- Modificările fibrinogenului sunt mai frecvente în formele cu manifestări hemoragice prezente (73,91%), în cele decompensate vascular și/sau parenchimatose (52,94%) și atunci când boala este activă (73,97%).
- Contribuția modificărilor fibrinogenului la conturarea unor stări de

hipo- sau hipercoagulabilitate reiese din incidența crescută a deviațiilor cantitative sau a disfibrinogenemiei constatate în asociere cu teste modificate și relevante pentru fibrinoliză crescută sau hipercoagulabilitate (TARS, TMF, TLCE).

Depistarea modificărilor fibrinogenului ca și a celorlalți factori implicați în procesul de coagulare și fibrinoliză are importanță deosebită în monitorizarea evoluției clinice și a terapiei în hepatite cronice și ciroze hepatice.

EVALUAREA COMPUTER-TOMOGRAFICĂ A ASPECTELOR TRAUMATICE CRANIO-CEREBRALE IMEDIATE ÎN T.C.C. ACUTE

*M. Buruian**, *A. Madaras***, *C. Stoica jr.**, *L. Axente**

*Clinica de Radiologie - Unitatea C.T. **Clinica de Neurochirurgie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Tomografia axială computerizată constituie metoda ideală pentru evaluarea imediată a leziunilor traumatice cranio-cerebrale primare, în cazurile de T.C.C. acute, inclusiv la traumatizații al căror istoric ocupațional și medical nu este disponibil la ora efectuării investigației.

Examenul C.T. de urgență pune în evidență cu maximă precizie traiectele de fractură, hematoamele epidurale, subdurale, intraparenchimatoase, intraventriculare, precum și leziunile combinate.

Lucrarea prezintă pe baza unei iconografii selecționate, modalitățile de evaluare a C.T. a efectelor traumatice cranio-cerebrale imediate la traumatizații examinate în Unitatea C.T. de la punerea ei în funcție până în prezent.

CONSIDERAȚII CLINICE ȘI COMPUTER-TOMOGRAFICE ASUPRA UNUI CAZ DE HEMATOM SUBDURAL CRONIC

*C. Stoica jr.**, *M. Buruian***

*Clinica Neurochirurgică **Clinica de Radiologie - Unitatea C.T.
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea prezintă cazul unui bolnav vârstnic, bărbat, internat în Clinica Neurochirurgică Târgu-Mureș la care examinările clinice și paraclinice au pus în evidență un sindrom ECTORS, cu hematom subdural cronic, asociat cu tromboză, de arteră carotidă internă stângă ipsilateral, subliniindu-se particularitățile cazului și raritatea sa.

CONSIDERAȚII CLINICE ȘI COMPUTER - TOMOGRAFICE PRIVIND MALFORMAȚIA ARNOLD - CHIARI

M. Buruian

Clinica de Radiologie - Unitatea C.T.
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Malformația ARNOLD - CHIARI este caracterizată prin dislocarea, deplasarea și comprimarea caudală și dorso - medială a bulbului rahidian și măduvei cervicale superioare în canalul rahidian datorită hernierii amigdalelor cerebeloase prin foramen magnum.

În funcție de severitatea leziunilor se disting 4 tipuri de malformații.

Lucrarea prezintă în mod diferențiat problemele de diagnostic și C.T. privind cazuri examinate în Unitatea C.T., în care diagnosticul a fost stabilit pe baza examenului C.T.

APLICAREA CLINICĂ A ANALIZEI MATEMATICE ÎN ELECTROENCEFALOGRAFIE. PREZENTAREA REZULTATELOR ȘI DIALOGUL CU CLINICIANUL

O. Corfariu, Ioana Dulău

Clinica de Neurologie Târgu-Mureș

Autorii trec în revistă principalele momente în evoluția tratării automate a semnalului bioelectric cerebral și fac o enumerare exhaustivă a modelelor matematice folosite până în prezent.

Din totalul de metode, se insistă asupra valorii analizei spectrale, de frecvență și înrudirea acesteia cu metodele vizuale de interpretare a electroencefalogramelor. În primul caz, metodele automate folosesc benzile de frecvență înguste - narrow band- iar medicul electroencefalografist folosește benzile largi de frecvență "broad band".

Analiza vizuală folosește, pe lângă datele percepute imediat - frecvența, amplitudinea, forma și succesiunea undelor - și experiența verificată de clinică, examinările paraclinice și anatomopatologice ale clinicianului EEG-ist, pe care mașina automată nu le poate avea. Măsurătorile vizuale sunt aproximative și foarte săracăcioase, neputând fi folosite ca date de autocomparare. Metodele automate de analiză sunt precise, pot fi stocate și folosite oricând ca date de comparație.

Recunoașterea automată a undelor nu a dat rezultatele așteptate, pentru motivul că detectarea specifică a trăsăturilor undelor și clasificarea lor este nepus de grea.

Dacă se oferă cifre aride cu interpretări sofisticate, dialogul cu clinicianul este dificil. Acesta oferă verbalizarea rezultatelor, cu verdictul "normal" sau "patologic". El preferă descrierea cu înregistrare EEG "pe masă", și în locul descrierii amănunțite a valorilor amplitudinii, frecvenței și a reactivității semnalului bioelectric.

Cu toate acestea, rezultatele obținute prin metode automate sunt superioare celor obținute prin metode vizuale, dar nu sunt preferate de clinician. Metodele automate de analiză a semnalului bioelectric cerebral sunt preferate în cercetarea științifică pentru obiectivizarea fenomenului.

MODIFICĂRILE INTERVALULUI ÎN ELECTROENCEFALOGRAFIA STĂRII DE REPAUS, HIPERVENTILAȚIE ȘI ACTIVITATE MINTALĂ (ECFORARE ȘI UTILIZARE)



S-au făcut înregistrări electroencefalografice automate cu măsurarea variației intervalului (perioadelor) în stare de repaus, hiperventilație și activitate mentală (ecforare și utilizare), la 12 persoane sănătoase (din care pentru activitatea mentală un profesor universitar medic, un profesor, doi ingineri cercetători și 3 studenți).

S-a pus în evidență creșterea valorii perioadelor în timpul hiperventilației, dar mai ales creșterea dispersiei, arătându-se instabilitatea fenomenului bioelectric în timpul activării.

S-au calculat modificarea valorilor perioadelor produse de procesele mentale de ecforare și utilizare, arătându-se obiectiv, prin măsurători matematice, variația valorilor undelor bioelectrice cerebrale. Se face o primă evaluare a modificărilor puterilor în aceleași procese mentale.

VALOAREA SIMPTOMATOLOGIEI ȘI A MODIFICĂRILOR ENDOSCOPICE ÎN DIAGNOSTICUL GASTROESOFAGIAN

Simona Bățaș, G. Oltean, Ligia Bancu, Ana Bratu, Ilona Crădeț, Corina Ureche, C. Duda

Clinica Medicală nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Incidența refluxului gastro-esofagian este crescută în patologia medicală și ocupă primele locuri între acuzele bolnavilor digestivi.

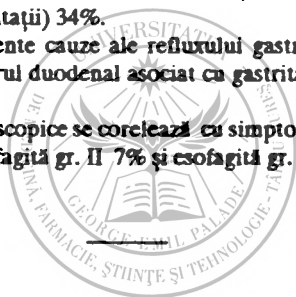
Studiul efectuat de autori pe perioada ultimilor doi ani pe un număr de 1109 de bolnavi a cercetat incidența și cauzele refluxului gastroesofagian, precum și corelația acestuia cu manifestările clinice și aspectele endoscopice. S-a ajuns la următoarele concluzii:

1. Refluxul gastroesofagian a fost depistat la un număr de 135 cazuri examinate endoscopic.

2. Cele mai frecvente manifestări clinice sunt reprezentate de: pirozis 56%, dureri epigastrice 93%, dureri retrosternale 43%, sindrom dispeptic (grefuri, vărsături, meteorism, regurgitații) 34%.

3. Cele mai frecvente cauze ale refluxului gastroesofagian sunt: ulcerul duodenal activ 26,66%, ulcerul duodenal asociat cu gastrită 19,76%, hernia hiatală, ulcerul gastric, altele.

4. Aspectele endoscopice se corelează cu simptomatologia existând leziuni de esofagită gr. I 88,8%, esofagită gr. II 7% și esofagită gr. III 4,2% din cazuri.



EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN REZEKȚIA TRANSURETRALĂ A TUMORILOR VEZICALE (TUR.V)

D. Nicolescu, I. Bakos, V. Oyar, I. Negruș

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrarea sintetizează experiența de 15 ani a autorilor legată de tratamentul transuretral al tumorilor vezicale (T.V.)

Sunt prezentate metode de explorare, indicațiile și limitele metodei. Se arată variantele tehnice de TUR.V raportate la localizarea și particularitățile morfologice ale tumorii, complicațiile intra- și postoperatorii cât și rezultatele obținute.

Concluziile majore ale studiului sunt:

- Orice tumoră vezicală reclamă inițial un examen în scop diagnostic, efectuat în anestezie (regională sau generală) în vederea definirii morfologiei sale, cu palpate bimanuală și biopsii vezicale pentru încadrarea sa clinică și histopatologică (pT și G) în sistemul TNM.

- În T.V. superficiale (T_0 , T_1) TUR.V reprezintă metoda primară de tratament; ea are un caracter curativ.

- În T.V. infiltrative, în funcție de anumite caracteristici ale acesteia, a vârstei și existenței unor țesuturi organice, TUR.V poate avea fie un obiectiv paliativ, fie unul curativ.

a) TUR.V paliativ. Se practică de necesitate, când operația deschisă radicală este contraindicată. Dezideratul TUR.V paliativ este ameliorarea acuzelor locale, dar și generale ale bolnavului (hematuria, disuria, infecția, starea de anemie). Rezekția endoscopică a unei tumori sângerânde, infectate și sfacelate poate realiza hemostaza, mărirea capacității vezicale, ameliorarea acuzelor micționale și infecției.

b) Tur V curativ. Se aplică în cazul T.V infiltrative (T_2 , T_3) (unice sau multiple) localizate în partea fixă a vezicii. Prin rezecții succesive, ce ajung până la perforație ținută, poate fi îndepărtat întregul țesut tumoral infiltrativ. Cele localizate în partea mobilă a vezicii reclamă o intervenție deschisă (pericol de perforație intraperitoneală).

LOCUL REZECȚIEI TRANSURETRALE ÎN CANCERUL DE PROSTATĂ

D. Nicolescu, V. Ojan, I. Bakos, M. Imbăndruș, I. Negruș

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Opiniile din literatura de specialitate asupra oportunității rezecției transuretrale a cancerului de prostată (CC.Prostată) nu sunt unanime.

Lucrarea este o analiză retrospectivă a cazisticii autorilor, care însumează un număr de 320 CC.P. operate transuretral. Pe baza studiului efectuat, se relevă caracterul paliativ al acestei intervenții. Indicația sa majoră este dezobstrucția cervicoprostatică în vederea reluării spontane sau ameliorării actului micțional; subsidiar operația poate avea și un scop hemostatic, în cancerele sîngerînde prin invadare uretrovezicală.

Deși dezobstrucția transuretrală a CC.P. este din punct de vedere tehnic asemănătoare cu TUR.P pentru adenom, ea prezintă față de aceasta următoarele particularități:

1. Pericol crescut de: a) perforație (prin dezvoltarea precară a capsulei chirurgicale și b) de incontinență (invazia tumorală a aperturii prostatice).
2. Necesitatea ablației cât mai complete a țesutului tumoral (rezecție tip lojă) pentru a crește intervalele dintre acțele rezecționale.

INTERVENȚII ENDOSCOPICE PARTICULARE: DIVERTICUL VEZICAL, CALCUL URETERAL INTRAMURAL, URETEROCEL ȘI CALCUL, CALCUL VEZICAL PE FIR, INJECTARE INTRAPARIETALĂ DE PEROXINORM (Videofilm VHS/PAL, durată 8 min.)

D. Nicolescu, I. Bakos, L. Schwartz, O. Golea

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Filmul prezintă o serie de operații particulare, efectuate pe cale transuretrală. Acestea sunt:

- tratamentul endoscopic al diverticului vezical după tehnica Chayman;
- meatotomia ureterală pentru calcul ureteral intramural;
- rezecția de ureterocel cu/fără calcul;
- litotriția unui calcul vezical format pe fir chirurgical necrescibil după

operație ginecologică;

- injectarea leziunilor vezicale radice cu Peroxinorm.

PRELUCRAREA PE CALCULATOR A TEHNICII TUR.P (Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)

D. Nicolescu, L. Schwartz, I. Bakos, R. Boja

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

TUR.P prezintă astăzi o tehnică unanim acceptată de adenomectomie.

Pentru a obține rezultate corespunzătoare, TUR.P trebuie să se efectueze în conformitate cu trei principii chirurgicale fundamentale: 1. al etajării, 2. sectorializării și 3. succesivității rezecției.

Etajarea rezecției. Traduce necesitatea subâmpărțirii adenomului în 2 sau 3 etaje, în raport de volumul său.

Sectorializarea rezecției. Prezintă subdivizarea țesutului adenomatos din cadrul aceluiași etaj în sectoare.

Succesivitatea rezecției. Etajele și sectoarele stabilite în prealabil vor fi rezecate în mod succesiv, într-o ordine bine stabilită.

Filmul prezintă, pe baza celor trei principii chirurgicale enunțate, principalele faze operatorii ale TUR.P, demonstrate pe un model de adenom simulat pe calculator.

LITOTRIȚIA VEZICALĂ (Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)

D. Nicolescu, L. Schwartz, R. Boja, I. Negruș

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Filmul redă diferite tehnici endoscopice de litotriție vezicală: clasică, Pouch, electrohidraulică și cu ultrasunete, discutând totodată indicațiile, contra-indicațiile, tactica și tehnica lor de execuție, precum și rezultatele lor.

Din tehnicile redate rezultă:

1. Litotriția vezicală comportă trei timpi de execuție: spargerea primară a calculului, prelucrarea fragmentelor și evacuarea acestora.

2. Litotriția Pouch este cea mai fiabilă tehnică de litotriție vezicală. Este

de execuție simplă, rapidă, sigură și ieftină, conferă marele avantaj de a realiza corect toți cei trei timpi ai litotriției vezicale.

3. În situații deosebite (calcul mare, dur și cu suprafață netedă) tehnica Punch poate fi combinată cu celelalte tehnici, acestea din urmă au scopul de a executa doar primul timp al litotriției, urmând ca ceilalți doi timpi operatori să fie realizați tot prin tehnica Punch.

URETROTOMIA INTERNĂ

(Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)

D. Nicolescu, I. Bakos, C. Catarig, S. Nedelcu

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Uretrotomia internă reprezintă astăzi tratamentul primar al stricturilor uretrale.

Filmul prezintă timpii operatori principali ai unei uretrotomii optice standard, cât și a unor variante tehnice, necesare de a fi aplicate pentru forme particulare de stricturi:

- uretrotomia optică ghidată, în care secționarea stricturii se efectuează sub protecția unei sonde ureterale sau conductor metallic (strictură lungă sau multiple);
- injectarea i.v. sau intravezicală percutantă de albastru de metilen, cu exprimarea sa uretrală anterogradă în vederea recunoașterii adevăratului orificiu al stricturii;
- în final sunt demonstrate două variante de uretrotomie de excepție, denumite de foraj, executate pe cale bifocală (uretrală și vezicală) în stricturile cu dispariția completă a lumenului uretral.

INCIZIA TRANSURETRALĂ A PROSTATEI

(Videofilm VHS/PAL, durata 8 min.)

D. Nicolescu, L. Schwartz, M. Imbăruș, V. Oșan

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Operația de elecție a adenomului de prostată mic este astăzi incizia transuretrală a prostatei (LT.U.P.).

Filmul demonstrează prin imagini înregistrate endoscopic, tehnica de

execuție a acestei intervenții endourologice.

Din cele ilustrate se desprind următoarele concluzii:

1. LT.U.P. este o tehnică simplă și rapidă; ea se adresează adenoamelor disectaziente de talie mică.
2. Rezultatele sale favorabile sunt cuprinse între 66-88%.
3. LT.U.P. poate fi efectuată concomitent cu alte operații transuretrale (uretrotomie, TUR.P etc.).
4. Adenomul mic, dar cu țesut adenomatos situat preponderent apical, constituie o cauză de eșec a intervenției.
5. În caz de eșec, LT.U.P. poate fi ulterior completată cu TUR.P.

REZECTIA TRANSURETRALĂ A PROSTATEI (TUR.P) (Videofilm VHS, durata 15 min.)

D. Nicolescu, I. Bakos, V. Oșan, O. Golea, R. Boja

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Rezecția transuretrală a prostatei (TUR.P) este o tehnică consacrată de tratament al adenomului de prostată.

TUR.P necesită un instrumentar adecvat și o experiență temeinică, dobândită prin instruire teoretică și antrenament îndelungat.

Filmul prezintă etapele principale ale operației, bazate pe respectarea celor trei principii chirurgicale fundamentale ale TUR.P: 1. etajarea, 2. sectorializarea și, 3. succesivitatea rezecției. El are un scop instructiv, reliefind metodologia secționării, hemostazei și evacuarii fragmentelor.

LITOTRIȚIA EXTRACORPOREALĂ ÎN TRATAMENTUL LITIAZEI RENO-URETERALE: INDICAȚII ȘI PRINCIPII TERAPEUTICE (ESWL)

D. Nicolescu, V. Oșan, Carmen Simion, R. Boja

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Apariția litotriției extracorporeale a revoluționat tratamentul litiazei reno-ureterale, fiind cea mai neinvazivă metodă terapeutică. Litotriția extracorporeală, poate fi aplicată în mod singular (monoterapie) sau în asociație cu alte

metode minime de tratament (percutanate sau endoscopice).

Tehnica dezvoltată în Germania este aplicată pe scară largă în toată lumea din 1980. Clinica noastră este dotată din anul 1991 cu un aparat Siemens-Lithostar - un litotritor de generația a II-a care funcționează pe principiul electromagnetic, cu sistem de localizare și focalizare biplană radiologică a calculilor.

Pe baza experienței acumulate (peste 500 tratamente la aproximativ 400 pacienți), lucrarea de față studiază indicațiile și contraindicațiile acestei tehnici precum și principiile terapeutice, în funcție de localizarea, numărul, mărimea calculilor, compoziția lor chimică și de starea morfofuncțională a căilor urinare. De asemenea sunt evaluate incidențele și complicațiile apărute ca urmare a tratamentului. Fiind o metodă neinvazivă de tratament, riscurile operatorii sunt mult reduse față de chirurgia deschisă sau percutanată. Durata de spitalizare este scăzută, tratamentul putând fi efectuat și ambulator. Cu toate avantajele pe care le prezintă, un inconvenient important este prețul de cost ridicat.

TUR.V DIFERENȚIAL

(Poster)

I. Bakos, V. Oșan, R. Boja, D. Nicolescu

Clinica de Urologie

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Rezeția transuretrală a tumorilor vezicale (TUR.V) are scopul de a îndepărta radical țesutul tumoral. Pentru a obține acest deziderat actul rezețional trebuie executat de tip diferențial. Aceasta constă în prelevarea biopsiilor de securitate la sfârșitul operației.

Scopul posterului este să prezinte tehnica de execuție a acestor biopsii și interpretarea lor.

Biopsiile se prelevă electric din cele 4 puncte cardinale ale circumferinței bazei rezecate și alta din centrul patului. În caz de pozitivitate, țesutul tumoral restant pretinde repetarea rezeției după o anumită schemă.

Prin aplicarea TUR.V diferențial, rezeția transuretrală a tumorilor vezicale devine o metodă mai obiectivă, oferind date sigure asupra radicalității actului chirurgical efectuat.

VARIANTE TEHNICE DE REZOLVARE ENDOSCOPICĂ A STRICTURILOR URETRALE

R. Boja, C. Catarg, C. Cantâr, S. Nedelcu, D. Nicolescu

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Tratamentul endoscopic este astăzi practicat pe scară largă în majoritatea stricturilor uretrale, ca metodă terapeutică primară, indiferent de etiologia acestora. Chirurgia deschisă - uretrotomia - este rezervată numai pentru un număr limitat de cazuri, în care uretrotomia internă nu poate fi aplicată, sau este urmată de recidive precoce, după una sau mai multe intervenții.

Lucrarea reprezintă o sinteză a experienței de un deceniu (1983-1992) a Clinicii de Urologie din Târgu-Mureș, în tratamentul endoscopic al stricturilor uretrale. Sunt prezentate numeroase variante tehnice folosite de autori în rezolvarea endoscopică a peste 900 de bolnavi cu stricturi uretrale în funcție de etiologie, sediu, număr, lungime și de particularitățile fiecărui caz.

Concluziile lucrării sunt:

1. Uretrotomia internă este procedeul primordial de tratament al stricturilor uretrale de orice etiologie.
2. Este o intervenție minim agresivă, fiabilă și repetabilă la intervale de timp variabile.
3. Nu exclude posibilitatea unei plastii ulterioare, sau poate constitui o modalitate de rezolvare a stricturii secundare unei uretrotomii eșuate.
4. Stricturile uretrale dificile se pot aborda cu succes bipolar prin diferite variante tehnice, folosind orificiul preexistent de cistostomie pentru: introducerea anterogradă a sondei de ghidaj, forajul zonei infrașisabile pe Benique sau incizia țesutului scleros prin transiluminarea acestuia - diafanoscopia -.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC AL SCLEROZEI DE COL VEZICAL DUPĂ ADENOMECTOMIA TRANSVEZICALĂ ȘI TRANSURETRALĂ

V. Oșan, M. Imbâruș, C. Cantâr, O. Golea, D. Nicolescu

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Scleroza colului vezical (S.C.V.) este o complicație sechelară după enuclearea sau rezecția transuretrală a adenomului de prostată.

Scopul studiului nostru, bazat pe analiza retrospectivă a 138 S.C.V. operate,

a fost de a releva incidența, etiologia, dar mai ales tratamentul acestei complicații.

- Incidența S.C.V. a survenit preponderent după adenomectomia transuretrală și mai rar după operația deschisă.

- Pentru factorii etiologici siguri s-a plasat electrozecția excesivă a sfincterului intern și coagularea exagerată a zonei; nu s-a putut identifica o corelație semnificativă cu vârsta, timpul de rezecție, durata drenajului transuretral și infecția urinară.

- Pentru a preveni rezecția abuzivă a sfincterului, mai ales dacă diametrul sfincterian este mic, se indică incizia prealabilă a colului pentru a recunoaște grosimea țesutului adenomatos ce acoperă sfincterul.

- Tratamentul optim al S.C.V. este incizia transuretrală (mecanică sau electrică) și nu rezecția colului cicatriceal.

- Calea transuretrală de tratament oferă multiple avantaje: execuție facilă, complicații reduse, rezultate bune și posibilitatea rezolvării simultane a altor afecțiuni concomitente sau complicații sechelare ale adenomectomiei (strictura uretrală, țesut adenomatos restant, litiază vezicală, tumoare vezicală etc.).

APORTUL ECOGRAFIEI ÎN DIAGNOSTICUL CANCERULUI RENAL

O. Golea, R. Boja, S. Nedelcu, T. Tohăț, D. Nicolescu

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Ecografia renală este o metodă modernă de screening în diagnosticul pozitiv al maselor renale, putând deosebi cu acuratețe tumorile solide (parenchimoase) de cele lichidiene (chistice). Are o acuratețe diagnostică apropiată de 90%, este neinvazivă, ușor repetabilă, fără o pregătire prealabilă a bolnavului.

Lucrarea este un studiu retrospectiv nerandomizat al cazuisticii Clinicii de Urologie din Târgu-Mureș pe un număr de 87 de bolnavi cu tumori renale, diagnosticați și operați în intervalul 1985-1992. El urmărește să evidențieze fiabilitatea și locul ecografiei în diagnosticul cancerului renal, comparativ cu investigațiile clasice (UTV, UPR, arteriografie, cavografie etc.) și moderne (tomografie computerizată).

Rezultatele obținute ne permit să afirmăm că ecografia este metoda ideală de "screening" pentru cancerul renal deoarece poate depista tumori mici, clinic asimptomatice și "inexpresive" la investigațiile paraclinice clasice. Eficiența ecografiei este comparabilă din punct de vedere al identificării tumorii cu tomografia computerizată, având avantajul de a nu iradia bolnavul. Nu comportă riscurile urografiei, cavografiei și arteriografiei renale, care o pot însă completa în cazurile incerte. Permite stadializarea tumorii și alegerea unei strategii și tactici operatorii adecvate.

EPIDEMIOLOGIA PATOLOGIEI OBSTRUCTIVE A TRACTULUI GENITAL ÎN CONTEXTUL TULBURĂRILOR DE REPRODUCERE LA FEMEI

P.S. Olariu*, Rodica Mureșan**, Rodica Făgărășan*, L.Pușcașiu*, C. Molnar*,
Minodora Dobreanu**

*Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.1

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

**Academia de Științe Medicale - Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Târgu-Mureș.
Colectivul de Cercetare sterilitate-infertilitate

Lucrarea se înscrie în "Planul de cercetare" pe anul 1993 și se bazează pe un material clinic de 3613 cupluri studiate între 1973-1992.

Deoarece frecvența leziunilor obstructive genitale nu a scăzut paralel cu progresele tehnicii medicale, am căutat să lărgim pe parcurs metodologia de investigație spre a elucida datele statistice anterioare în care "sterilitatea de cauză necunoscută" ocupă un procent de 18-28%. Aceste eforturi sunt corelate cu rezultatele terapeutice obținute. Abandonând metodele agresive (Rx, chiuretaje bioprice etc.) am aplicat cromato-probe, aspirația, ecografia și în viitor endoscopia, care vor ameliora cert prognosticul chirurgiei plastice. De asemenea bacteriologia, virusologia, imunologia și histopatologia ne-au elucidat problema bolilor veneriene ca și recentul fenomen de "ambalare" în stările precanceroase la femeia tânără.

Utilizarea dozărilor hormonale RIA pe de altă parte ne-au dat date asupra terenului hormonal, responsabil de extinderea leziunilor, dificil de recuperat. Corelând diferitele legislații sanitare în cele două decenii de studiu, și nivelul educativ socio-sexual al populației, lucrarea analizează pe segmente tractul genital urmând un protocol complex adaptat fiecărui cuplu în parte. Rezultatele sunt analizate pe calculator și reprezentate grafic în iconografie. Sunt utilizate 119 titluri bibliografice.

În concluzie, studiul nostru relevă obligativitatea efectuării unor investigații complexe în diagnosticul etiologic al sterilității ca tratamentul să fie țintit și cât mai puțin invaziv, deoarece patologia obstructivă genitală la femeie este în mare procent "iatrogenă".

APOPLEXIA UTERO-PLACENTARĂ DIN MATERIALUL CLINICII DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE NR.2 DIN TÂRGU-MUREȘ, PE UN INTERVAL DE 17 ANI (1976-1992)

C. Rădulescu, Carmen Rădulescu, Agneta Kovács, Cs. Keresztes

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

A fost studiată morbiditatea prin apoplexie utero-placentară pe un interval de 17 ani în Clinica de Obstetrică și Ginecologie nr. 2 din Târgu-Mureș.

La 55 750 nașteri au fost 96 de apoplexii utero-placentare. După clasificarea Page în raport cu gravitatea cazurilor au fost 30 apoplexii utero-placentare gr. I, 11 gr. II, 32 gr. IIIa și 27 cazuri gr. IIIb.

Dintre factorii etiologici s-a identificat o boală vasculorenală în sarcină (HTA indusă de sarcină și HTA asociată sarcinii) în 65 cazuri (67,57%), pielonefrită 4 (4,17%), traumatism abdominal 3 (3,12%), uter cicatricial 2 (2,08%), cardiopatii 2 (2,08%). La 20,98% nu a fost identificată nici o sație patologică în sarcină, accidentul apoplectic s-a produs imprevizibil.

La 3 gravide s-au efectuat examene ecografice și s-a identificat o decolare incipientă, care s-a amplificat în zilele următoare, impunând o operație cezariană preventivă.

Nașterea s-a produs pe căi naturale la 38 gravide (39,5%).

S-a produs un deces matern la o gravidă cu HTA malignă și AUP std. IIIb cu coagulopatie de consum. Mortalitatea perinatală a fost de 25% (24 de decese ante-, intra- și post-partum).

Apoplexia utero-placentară reprezintă și astăzi o cauză majoră de morbiditate și mortalitate maternă și perinatală.

INCIDENȚA SINDROMULUI DE AMENOREE-GALACTOREE ȘI STERILITATE DIAGNOSTICAT ÎNTR-UN SERVICIU AMBULATOR

C. Rădulescu, Caterina Gliga, Carmen Popa, stud. Z. Gál

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În perioada 1984-1992 au fost consultate într-un serviciu ambulator un număr de 5 054 femei în perioada fertilității (18-45 ani).

A fost identificată o galactoree asociată cu tulburări de ciclu menstrual prin

insuficiență (oligomenoree-amenoree) și sterilitate la un număr de 97 paciente (1,726%).

În urma datelor anamnestice și a examenului clinic, s-a identificat la 35 cazuri apariția sindromului de amenoree-galactoree și sterilitate după un consum prelungit (peste 3 ani) de contraceptive orale (37,111%). Sindromul de amenoree-galactoree a fost asociat cu un sindrom de ovare polichistice (SOP) la 4 cazuri (4,123%). La 11 cazuri s-au efectuat investigații mai complexe (determinarea câmpului vizual, radiografie de șa turcească, TC hipofizară), constatându-se prezența unor microadenoame hipofizare la 6 dintre acestea. Două paciente au prezentat un sindrom de amenoree-galactoree asociat cu hipotiroidism iar la restul cazurilor etiologia sindromului nu a fost precizată (2,062% respectiv 46,391%).

Lucrarea vrea să atragă atenția asupra creșterii incidenței sindromului amenoree-galactoree și sterilitate paralel cu creșterea consumului de contraceptive orale, substratul sindromului fiind dezvoltarea unui microadenom hipofizar.

Operația Cezariană în Dezlipirea Prematură a Placentei Normal Inseminate sau Apoplexia Uteroplacentară. Studiu Clinic pe un Interval de 10 Ani

Agnetta Kovács, Carmen Cojocaru, Cs. Keresztes

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

A fost studiată pe o perioadă de 10 ani (1983-1992) operația cezariană în dezlipirea prematură a placentei normal inserate (DPPNI) sau apoplexia uteroplacentară (AUP) din Clinica de Obstetrică și Ginecologie nr. II din Târgu-Mureș. În intervalul studiat la un total de 19696 nașteri s-au efectuat 1363 operații cezariene (6,92%) din care 28 pentru DPPNI sau AUP (2,05%). În 12 cazuri au fost extrași feți vii (42,5%), în 14 cazuri (50%) operația cezariană s-a efectuat în interes matern pe făt mort ante-partum, iar 2 feți (7,5%) au decedat intra-partum. S-a înregistrat un deces matern (3,57%). Clasificând DPPNI după Page (1954) în funcție de gravitate, am găsit grad I în 3 cazuri (10,7%), grad II în 9 cazuri (30,2%), gradul IIIa în 9 cazuri (30,2%) iar gradul IIIb în 7 cazuri (20,3%). În 22 de cazuri intervenția s-a limitat la operație cezariană, în 4 cazuri s-a efectuat histerectomie de necesitate după golirea conținutului iar în 2 cazuri (la primipare) a fost nevoie de relaparotomie, într-un caz intervenția limitându-se la evacuarea hematoamelor și drenaj iar în celălalt caz s-a efectuat histerectomie de hemostază, singurul caz soldat cu deces matern. 15 intervenții s-au efectuat în anestezie generală (53,5%) iar 13 în anestezie peridurală (46,5%).

În literatura de specialitate există controverse privind indicația operației cezariene în DPPNI sau AUP. Când accidental apoplectic este surprins în fază incipientă, operația cezariană efectuată din timp creșcă șansele de supraviețuire fetală. În cazurile în care fătul este mort și tulburările de coagulare maternă sunt prezente, indicația operației cezariene este controversată din cauza riscului operator major în cadrul coagulopatiei de consum.

STUDIUL CLINIC ȘI STATISTIC AL COMPLICAȚIILOR DUPĂ AVORT AUTORIZAT

Minodora Dobresanu, C. Molnar, S. P. Olariu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Dezvoltarea socio-economică a țărilor europene din ultimele decenii a condiționat recunoașterea dreptului femeilor de a-și controla singure fertilitatea.

Având în vedere liberalizarea avortului la cerere în țara noastră prin Decretul nr. 1/1989 și creșterea îngrijorătoare a numărului acestor intervenții, în lucrarea de față avem intenția, prin posibilități modeste să analizăm două probleme în cadrul acestei teme:

1. Complicațiile imediate ale avortului autorizat;
2. Influența avortului asupra evoluției demografice.

Lucrarea se referă la materialul clinic recoltat din rândul populației deservite de Clinica Obstetrică-Ginecologie nr. 1 din Tg. Mureș în perioada 1 I 1991-31 III 1992, precum și la materialul Serviciului de combatere a sterilității și fertilitate.

Din datele obținute pe lotul de paciente cu avort la cerere studiat, reiese în aparență un număr redus (5,32%) de paciente cu complicații imediate (cu variațiile intrinseci impuse de vârsta pacientelor, vârsta sarcinii, arvelui de instruire a pacientelor, gestație-paritate etc.). Aceasta nu justifică însă un optimism pentru viitorul funcției reproductive a acestor femei, deoarece studiind lotul aflat în evidența Serviciului de combatere a sterilității și fertilitate, reiese că 26,4% dintre aceste femei au în antecedente cel puțin un avort. Deci în raport cu funcția fertilă în general, complicațiile tardive ale avortului au un răsunet mult mai profund și mai greu de remediat.

VALOAREA COMPARATIVĂ A CARDIOTOCOGRAFIEI NEINVAZIVE ȘI INVAZIVE ÎN DIAGNOSTICUL SUFERINȚEI FETALE

L. Nagy, Carmen Popa

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Monitorizarea electronică a activității cardiace fetale în trimestrul III de sarcină și în travaliu permite aprecierea reală a stării fătului strict dependentă de schimburile materno-fetale.

Cardiotocografia neinvazivă bazată pe efectul Doppler se folosește cu precădere pentru depistarea stărilor de hipoxie fetală în cazuri de gestoză de ultim trimestru, suprapurtare cronologică, fetopatie din izoimunizările de grup sangvin și Rh, alte stări de disfuncție placentară progresivă.

Cardiotocografia invazivă se aplică numai în condiții de travaliu, cu membrane rupte și oglindește starea fătului în diferite momente ale travaliului normal sau patologic, de orice cauză.

Am analizat retrospectiv 30 de cazuri cu disfuncție placentară cronică progresivă: 22 cazuri de gestoză de ultim trimestru, forme de gravitate medie și preeclampsie, 8 cazuri de suprapurtare cronologică, sarcini între 41-43 săptămâni de gestație.

Aplicând monitorizarea neinvazivă în pretravaliu (NST, OST) și continuând monitorizarea invazivă în timpul travaliului s-a constatat o corelare a datelor obținute prin cele două metode într-o proporție de 82% în sensul că suferința fetală depistată prin metoda neinvazivă a fost confirmată prin metoda invazivă în timpul travaliului, obținându-se curbe de ritm cardiac fetal patologice sau modificări ale variabilității, bătaie cu bătaie. Rezultatele au fost concordante și în privința scorului APGAR și a stării anexelor fetale la naștere.

Cele două metode sunt indispensabile în obstetrica contemporană, cea neinvazivă în pretravaliu sau în timpul tramentului medicamentos a patologiei de ultim trimestru, iar cea invazivă este utilizabilă numai în travaliu, oferind date mai sigure și fiabile. Cele două metode de investigație se completează reciproc, datele obținute se interpretează în strictă relație cu tabloul clinic general obstetrical.

EXAMENUL CITOTUMORAL CERVICAL LA GRAVIDELE ÎN PRIMUL TRIMESTRU DE SARCINĂ

C. Rădulescu, Caterina Gliga, Carmen Rădulescu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

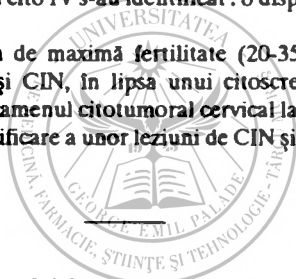
În perioada 1 I 1990 - 31 XII 1992 au fost efectuate 12371 avorturi la cerere în primul trimestru de sarcină. la 9215 gravide (74,488%) s-au recoltat înainte de intervenție examene citotumorale prin 2 frotiuri endo- și exocervicale.

Citirea și examinarea frotiurilor s-a făcut după Papanicolau (clasa I-V). Din grupul examinat 9027 (97,959%) au avut frotiuri normale (clasa I-II PAO), 184 (1,996%) au fost suspecte sau sugestive pentru un CIN și 4 cazuri (0,043%) au avut citologie pozitivă (PAP IV).

Reexaminările citologice, colposcopice și biopsice și tratamentele antiinflamatoare au modificat frotiurile din III în II la 125 cazuri, s-au identificat prin biopsii 7 displazii ușoare și medii iar restul nu s-au prezentat pentru reexaminare.

Din cele 4 cazuri cu cito IV s-au identificat: o displazie cervicală moderată, o displazie severă și un CIS.

Deoarece perioada de maximă fertilitate (20-35 ani) coincide cu cea a maximei incidențe de NIC și CIN, în lipsa unui citoscreening de masă la toată populația feminină cu risc, examenul citotumoral cervical la gravide poate constitui o metodă alternativă de identificare a unor leziuni de CIN și a cancerului preclinic de col uterin (std.IA).



IMPACTUL UNUI CITOSCREENING SISTEMATIC ASUPRA DEPISTĂRII PRECOCE A CANCERULUI DE COL UTERIN

C. Rădulescu, O. Corbeanu, M. Gliga

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În intervalul 1 I 1963 - 31 XII 1992 au fost internate în Clinica de Ginecologie nr. 2 un număr de 948 bolnave cu cancer de col uterin în toate stadiile (0- IV). Intervalul studiat a fost împărțit în 3 perioade de 10 ani. În prima perioadă (1963 - 1972) în care s-a făcut un screening sistematic prin examen citotumoral, incidența formelor preclinice de cancer (st. 0 - IA) a fost de 2,35%, a formelor curabile (st. IB - II) de 56,05% și a stadiilor avansate (III - IV) de 42%.

În perioada următoare (1973 - 1982) în care s-a efectuat un citoscreening sistematic la 3 ani, la aproape toate femeile cu risc din municipiul Tg.-Mureș și parțial

din județ, incidența formelor precilinice depistate și tratate a fost de 36,01%, a formelor curabile de 36,65% și a formelor avansate de 27,33%.

În a treia perioadă (1983-1992) în care examinările citotumorale de masă s-au efectuat mai puțin regulat și sistematic, mai ales în ultimii 3 ani, incidența formelor precilinice a fost de 24,04%, a formelor curabile de 56,66% și a formelor avansate de 26,76%.

Studiul nostru demonstrează importanța citoscreeningului în depistarea precoce a NIC, cancerului invaziv incipient și macrocarcinoamelor curabile.

VERIFICAREA PRIN LHCL A ERADICĂRII PROCESULUI MALIGN ÎN MACROCARCINOMUL DE COL UTERIN DUPĂ IRADIERE

C. Rădulescu, O. Corbeanu, M. Gliga

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Cu toate că în tratamentul cancerului de col uterin, clinic în st. Ib și II, opiniile actuale înclină pentru o terapie iradiantă (radioizotopi locali) în aplicație locală și iradiere profundă externă cu aparatură de megavoltaj (Betatron, mașină de cobalt) unii încă mai aplică un tratament chirurgical primar, justificat numai de lipsa aparatului moderne de iradiere și de tehnicieni, sau o asociere radiochirurgicală, atunci când dotarea cu aparatură pentru iradiere este incompletă sau depășită sau de asociere radiochirurgicală de principiu.

Serviciile oncologice de radioterapie cu vastă experiență și cu evaluări statistice pe loturi mari de macrocarcinoame de col uterin stadiile Ib, IIa și IIb comunică vindecări superioare față de alte scheme de tratament de principiu sau de necesitate în care se folosesc asociații radiochirurgicale.

În Clinica de Ginecologie nr. 2 din Tg.-Mureș în intervalul 1983-1992 au fost internate 30 de bolnave cu cancer de col uterin st. Ib, IIa și IIb care au primit un tratament iradiant în prealabil; la acestea s-a efectuat o LHCL de principiu și din buletinele histopatologice ale pieselor operatorii prelevate s-a găsit doar într-un singur caz (etichetat în st. II/IIb) țesut neoplazic restant după iradiere.

În condițiile unui tratament modern (cu radioizotopi locali și iradiere profundă externă cu aparatură modernă de megavoltaj) considerăm că asociația radiochirurgicală de principiu în tratamentul acestor stadii ale cancerului de col uterin, este o conduită depășită, tratamentul iradiant fiind suficient pentru asanarea focarului malign.

SISTEMUL BETHESDA - O NOUĂ MODALITATE DE RAPORTARE A DIAGNOSTICULUI CITOPATOLOGIC CERVICOVAGINAL

Angela Borda

Disciplina de histologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Sistemul Bethesda a fost elaborat în anul 1988, de un grup de specialiști citologi de la National Cancer Institute, la Bethesda, USA. Avîndu-se în vedere importanța și largă răspîndire a examenului citologic cervicovaginal, cu rezultate în scăderea semnificativă a ratei decesului prin cancer cervical, s-a urmărit elaborarea unui sistem mai adecvat de raportare a examenului citologic, care să reflecte concepția actuală asupra cancerului de col. Participanții la acest grup de lucru au aprobat în unanimitate următoarele:

1. Raportul citopatologic este o consultație medicală, care presupune pentru un diagnostic corect, o colaborare strînsă între clinician și citolog.

2. Clasificarea Papanicolau nu mai este acceptabilă în practica modernă citopatologică. Vechile clase Papanicolau nu reflectă concepția actuală asupra neoplaziei cervicovaginale pe de o parte, pe de altă parte, ele nu au echivalent în terminologia histopatologică. Mai mult, clasele Papanicolau nu prevăd diagnostic pentru entitățile necanceroase.

3. Sistemul Bethesda va fi folosit pentru raportarea diagnosticului citopatologic cervicovaginal. Acest sistem modern de raportare are avantajul de a da un diagnostic descriptiv amănunțit atât a modificărilor celulare benigne (infecții, modificări reactive și reparatorii) cât și a celor maligne ale celulelor pavimentoase și glandulare cervicale. Marele avantaj al acestui sistem este acela că furnizează clinicianului informații citopatologice concrete, în perfectă corelație cu terminologia histopatologică, utile în stabilirea conduitei terapeutice.

Folosirea terminologiei uniforme a acestui sistem, face posibilă elaborarea unor analize statistice naționale și internaționale.

TIPUL HISTOPATOLOGIC ȘI GRADUL DE MALIGNITATE, FACTORI DE EVALUARE PROGNOSTICĂ ÎN TUMORILE MALIGNE DE OVAR

Carmen Rădulescu, C. Rădulescu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În intervalul 1 I 1964 - 31 XII 1992 au fost internate în Clinica de Ginecologie Tg.-Mureș 464 tumori maligne de ovar. Dintre acestea la 434 a fost accesibil un examen histopatologic din tumoră și metastaze sau dintr-o biopsie în formele avansate. Tipul histologic, numărul și proporțiile acestor malignoame ovariene după tipizarea OMS a fost următoarea:

1. Tumori maligne epiteliale comune	393	90,53%
2. Tumori stromale gonadale	21	4,83%
3. Tumori provenite din celule germinale	14	3,22%
4. Tumori mezenchimale nespecifice	6	1,38%

Din evaluarea noastră statistică majoritatea tumorilor maligne de ovar au fost cancere epiteliale "comune" (90,53%), tipul seros fiind predominant. Tipizarea trebuie privită cu rezerve, formele mixte sau predominante necesitând examenul complet și minuțios al tumorii și metastazelor.

Pe cazistica studiată gradul de malignitate după clasificarea OMS a fost: gradul I 82 cazuri (18,83%), gradul II 154 cazuri (35,48%), gradul III 198 cazuri (45,62%). La stadii clinice egale și tratamente standardizate, gradul de malignitate nu a fost un indiciu de prognostic precis.

Datele noastre corespund cu cele din literatura medicală care investighează alte criterii de evaluare a agresivității tumorale prin M.E., durata ciclului celular, anomaliile cromozomiale și mai des concentrația ADN din tumoare și culturi prin studii de citoflowmetrie.

PEDIATRIE

PROBLEME ACTUALE PRIVIND HEPATITELE A, B, C, D, E ȘI HEPATITELE CAUZATE DE ALTE VIRUSURI

Z. Pap, E. Vass, L. Barabás, Minodora Nistor

Clinica de Pediatrie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Hepatitele acute și cronice sunt cauzate de diferite virusuri conform cărora distingem hepatita A, B, C, D, E și hepatitele cauzate de alți virusuri (mononucleoza infecțioasă, varicela, herpes zoster, HIV etc).

Hepatita A este cauzată de virusul tip A, ca mod de contaminare orală cu o incubajie de 15-45 de zile. Virusul nu este hepatotoxic dar boala este foarte răspândită, pe globul pământesc fiind cca 500 milioane de bolnavi. Hepatita B este destul de răspândită în lume, în Europa cca 2-4% a populației suferă de această boală, iar pe tot globul pământesc numărul bolnavilor atinge 200 milioane de bolnavi. Incubația variază între 42-140 zile. Cronicizarea hepatitei B are o frecvență de 8-10%. Din acest motiv pe plan mondial a fost acceptată vaccinarea antihepatitei B la vârsta de 1 an. La noi conform Schemei Programului Național de Vaccinare vom aplica în viitorul apropiat acest vaccin. Hepatitele de tip C, D, E au o mortalitate destul de mare cu o evoluție cronică. Mai amintim hepatitele cauzate de alte tipuri de virusuri, de ex. varicela, herpes zoster, HIV, citomegalia, ecovirusul, mononucleoza infecțioasă, care poate să provoace pe lângă hepatită și micropoliadenopatii cu transaminaza crescută și monocitoză ridicată.

Prevenirea acestei hepatite este obiectivul major prin respectarea igienei corporale, alimentării și vaccinarea preventivă în vederea scăderii posibilității de cronicizare sau apariția cirozei sau carcinomului hepatocelular.

EFICACITATEA CECLOR-ULUI ADMINISTRAT ÎN CLINICĂ ȘI AMBULATOR

Z. Pap, Doina Drașoveanu, Julieta Dunca, Adrienne Horváth

Clinica de Pediatrie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

CECLOR-ul este o cefalosporină din generația a II-a a cefalosporinelor din care am primit în 1993 pentru utilizare 40 flacoane. În aprilie 1990 am sosit prin

Asociația de Binefacere "Primăvara" din Marseille 130 flacoane de Alfatil care este identic cu Ceclor-ul, pe care l-am utilizat în clinică și policlinică.

Cefalosporinele sunt împărțite în 3 grupe, numite și generații și anume:

I. Cefalexin (Pyassan, Oracef)

II. Cefuroxim (Zinacef), Cefactor (Ceclor)

III. Cefotizid (Fortum, Claforan)

Cefalosporinele ca și penicilinele inhibă prin aderență formarea membranelor celulare a microbilor. Cefalosporinele din generația I acționează cel mai mult asupra Stafilococilor, iar cele din generația a II și a III asupra germeilor gramnegativi. Cefalosporinele sunt rezistente față de lactamază, produsă de stafilococ sau de microbi gramnegativi.

În timpul tratamentului nu am constatat efecte secundare, ca alergii, leucopenie, diaree etc. Observațiile noastre sunt prezentate în câteva diapozitive.

CONSIDERAȚII ASUPRA BOLII HAND-SCHÜLLER-CRISTIAN

C. Ruscac, Lucia-Sanda Fetea, Emilia Cojocaru, Stela Popa

Clinica de Pediatrie nr.3
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Histiocitoza X, din cadrul căreia face parte boala Hand-Schüller-Cristian, împreună cu granulomul eozinofil și boala Letterer-Siwe, are o incidență de 1/100000/an pentru sugar și 0,2/100000/an pentru copilul sub 15 ani. Boala Hand-Schüller-Cristian este forma cronică progresivă a histiocitozei X și ea întâlnește în majoritatea cazurilor la copilul între 1-3 ani. Boala se caracterizează prin triada simptomatică: exoftalmie, diabet insipid și leziuni litice osoase multiple.

În lucrarea de față, autorii prezintă un caz de boală Hand-Schüller-Cristian - afecțiune rară, fără caracter familial - copil în vârstă de 4,5 ani, dar la care primele semne de boală (poliurie, polidipsie) au apărut cu circa 1 an de zile înainte de internare. În momentul internării la noi erau prezente atât exoftalmia (unilaterală) cât și multiple leziuni litice, de mărimi diferite, la nivelul craniului osos (aspect de "hartă geografică"), orbitei drepte, bazinului osos. Măduva osoasă a evidențiat în frotiul executat din punctatul respectiv, o infiltrație cu 15% histiocite, care în absența biopsiei osoase de la nivelul leziunilor litice dar în coroborare cu acestea din urmă, plus exoftalmie, a permis precizarea diagnosticului de histiocitoză X și, respectiv, boala Hand-Schüller-Cristian.

CÂTEVA CONSIDERAȚII CLINICE ȘI HEMATOLOGICE ASUPRA TRATAMENTULUI LEUCEMIEI ACUTE LIMFOBLASTICE LA COPIL

Despina Maria Bogdan, I. Munteanu

Clinica Pediatrie nr.1
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Tratamentul leucemiei acute limfoblastice (LAL) cunoaște modificări și rezultate spectaculoase mai ales în ultimul deceniu.

Se apreciază că 70% din copiii cu LAL sunt în situația de a supraviețui peste 20 de ani. Se pare că, cel puțin în Europa protocolul terapeutic german BFM-90 conceput de prof. H. Riehm are în tratamentul LAL cele mai bune rezultate. Din 1992 clinica noastră a început să aplice tratamentul LAL după protocolul BFM-90 modificat. Acest protocol conține o combinație de 9 chimioterapice (vincristin, daunorubicin, L-asparaginază, ciclofosamidă, citosar, purinethol, methotrexat, adriblastină, 6-thioguanină) asociate cu prednison și dexametazonă. Noi am aplicat acest protocol la un număr de 5 cazuri de LAL care au fost internate în clinică în intervalul ian. 1992- febr. 1993.

Deși, referându-ne la un număr relativ de cazuri, câteva considerații clinice și hematologice se impun:

- în a 38-a zi de tratament, după administrarea de ciclofosamidă apare o aplazie medulară reversibilă ce necesită reanimarea hematologică.
- intervalul dintre zilele 38-64 de tratament sunt cele mai dificile prin administrarea de citosar pe o măduvă aplazică.
- cu toate dificultățile de mai sus, aplicarea exactă a protocolului a dus la:
 - reducerea hepatomegaliei în primele 7 zile de la instituirea tratamentului cu prednison.
 - la toate cazurile am obținut remisia hematologică (centrală și periferică) în a 2-a săptămână după aplicarea chimioterapiei.
 - toate cazurile sunt sub observația noastră și continuă tratamentul de întreținere.

OTOMASTOIDITA LATENTĂ A SUGARULUI - O CAPCANĂ PENTRU PEDIATRU

Doina Drăgoveanu, Virginia Bodescu, E. Balint

Clinica Pediatrie nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Antibioticoterapia a făcut să scadă frecvența mastoiditelor acute la sugari și la copii; actualmente, se întâlnesc mai ales mastoidite subacute, cu semne infecțioase mai puțin pregnante, luând aspectul unei otite trenante care prezintă complicații regionale severe, otomastoidite.

Otomastoiditele trenante sunt frecvent întâlnite la copii între 3 luni și 5 ani. Frecvența lor este atât de mare, mai ales în primele luni de viață, încât este suficient să legitimizezi examenul otologic sistematic la fiecare bolnav. Otita latentă "astenică", complicată printr-o antrită, este de obicei bilaterală, insidioasă, generatoare de accidente toxice. Nu în puține cazuri, o toxicoză neinfluențată de tratament, sau foarte puțin influențată este întreținută de un focar otomastoidian.

Autorii urmăresc să illustreze, la bolnavii internați în Clinicile de Pediatrie nr. 1 și 2 și antrotomizați între 1988 - 1992, că numai experiența clinică a medicului practician poate rezolva situația dramatică prin indicarea antrotomiei, în condițiile în care aici un examen clinic sau paraclinic nu indică afectarea otomastoidiană.

ACTUALITĂȚI ÎN IMUNOPATOGENIA BOLII CELIACE

Adrienne Horváth, Z. Pap

Clinica de Pediatrie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În ultimii ani, datele existente în literatura medicală de specialitate au contribuit substanțial la înțelegerea aspectelor imunologice legate de mucoasa intestinală în general și în particular de cele implicate în patologia bolii celiace.

Introducerea tehnicilor de biologie moleculară a permis elucidarea problemelor legate de componenta glutenică interesată în producerea bolii celiace, precum și cele privind importanța factorilor genetici.

În acest context, autorii realizează o trecere în revistă și o sistematizare a celor mai recente aspecte imunologice pe care le prezintă boala celiacă, evidențiuând importanța utilizării, ca metodă neinvazivă de diagnostic, a determinării markerilor serologici (anticorpii endomisiali, microglobulina beta2, anticorpii anti gliadină salivară IgA etc.) care este capabilă să contribuie la reducerea numărului de biopsii intestinale necesare confirmării diagnosticului de boală celiacă.

CONSIDERAȚII CLINICO-BIOLOGICE PRIVIND SUFERINȚA HEPATICĂ DIN LAMBLIAZĂ, PE BAZA DATELOR DIN LITERATURA DE SPECIALITATE ȘI A UNOR OBSERVAȚII PERSONALE

Lucia-Sanda Fetea, C. Ruznac, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean, L. Neagoș

Clinica de Pediatrie nr. 3
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Hepatopatie lambliazică este o realitate clinico-biologică de mult cunoscută (Goia și Halitză, 1931), dar încă discutată (Nitzulescu și Gherman, 1986). Profitând de faptul că anual se internează numai în clinica noastră în jur de 50 copii cu lambliază și pornind de la un simptom obiectiv frecvent întâlnit la acești copii (hepatomegalia), am inițiat un studiu privind investigarea funcțiilor hepatice pe baza unei baterii de teste: bilirubinemia, probleme de disproteinemie, transaminazele, proteinograma, imunoelectroforeza, timpul de protrombină, colesterolul seric, fosfatazele alcaline și viteza de sedimentare a hematiilor. A reieșit că la examenul clinic, hepatomegalia a fost prezentă la 55 copii din cei 93 constituind lotul de studiu (82%), iar din punct de vedere al laboratorului, sindromul hepatopriv s-a situat pe primul loc (hiposerinemia a fost găsită la 76% din bolnavi). A urmat sindromul inflamator, probleme de disproteinemie fiind alterate la 68% dintre copiii cu lambliază, iar gamaglobulinice crescute la 52% dintre aceștia. Sindromul hepatocitolitic s-a situat, ca frecvență, pe locul trei, transaminazele fiind crescute la 15% dintre copii în sfârșit, sindromul colestatic pe ultimul loc, colesterolul seric fiind scăzut la 10% dintre bolnavii noștri cu lambliază. Deși hepatopatia lambliazică este curabilă prin tratamentul lambliazei, autorii opinează, în concluzie, pentru evaluarea (sau reevaluarea) rolului lambliazei în determinismul hepatopatiilor la copil.

STUDIUL HEMOGLOBINEI GLICOZILATE LA COPIII CU DIABET ZAHARAT

Julieta Dunca, Minodora Nistor, Ildikó Bódizs, S. Daniel

Clinica de Pediatrie nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În prezent se află în curs un studiu, efectuat sub patronajul firmei Novo-Nordisk, pe un lot de 25 de copii cu diabet zaharat având vârsta între 6-18 ani.

Pe lângă ceilalți parametri clinici și biologici la acești copii se determină hemoglobina glicozilată, marker al echilibrului nivelelor glicemice. Este un studiu de

perspectivă , avându-se în vedere introducerea în tratamentul diabetului zaharat a unui nou tip de insulină umană, combinată, înalt purificată, Mixtard 30/70 oferită de firma NOVO, împreună cu seringile Novopen.

Se expun concluziile de etapă ale studiului respectiv.

INCIDENȚA DIABETULUI ZAHARAT LA COPII SUB 4 ANI AFLAȚI ÎN EVIDENȚA CLINICII DE PEDIATRIE NR.2 DIN TÂRGU-MUREȘ

Julietta Dunca, Z. Pap, E. Balint, Minodora Nistor, Ildikó Bódizs

Clinica de Pediatrie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În evidența Clinicii de Pediatrie nr. 2 din Târgu-Mureș se află în prezent 6 copii cu diabet zaharat având vârsta sub 4 ani. Dintre aceștia sunt 3 fete și 3 băieți.

Acești copii se află sub tratament combinat cu insulină rapidă (Actrapid) și intermediară (Monotard). Acestor pacienți li se determină periodic parametrii clinico-biologici, constatându-se că se află în stare de echilibru al diabetului zaharat.

Incidența infecțiilor este relativ mică.

Incidența diabetului zaharat sub vârsta de 4 ani este de 4,38% din totalul copiilor cu diabet zaharat aflați în evidența Clinicii de Pediatrie nr. 2 din Târgu-Mureș.

DESPRE FACTORII DETERMINANȚI ȘI FAVORIZANȚI AI RAHITISMULUI CARENȚIAL

Stud. Oana Țigănescu, I. Munteanu, Virginia Bodescu

Clinica de Pediatrie nr.1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Rahitismul vitamino-D-dependent este o afecțiune comună în clima temperată afectând mai ales sugarii și copiii mici care datorită sezonului rece nu pot fi scoși la soare.

Există și alți factori favorizanți, cum sunt tulburările de absorbție, diete necadecvate, medicamente, boli hepatice și renale etc.

Au fost luați în studiu 110 rahitici internați în Clinica de Pediatrie nr.1, Tg.-Mureș în anii 1990-1991 urmărindu-se în afara ponderii diverșilor factori, principalele forme clinice de manifestare și unele aspecte ale tratamentului profilactic și curativ.

Astfel, în peste 3/4 din cazuri manifestările osoase sunt la nivelul craniului și aproape 90% din rahitici sunt și anemici.

În 3/4 din cazuri se găsesc în etiologie între doi până la șase factori favorizanți ceea ce duce la concluzia că, numai profilaxia cu vitamina D nu este suficientă. De altfel, peste 1/3 din cazurile internate aveau profilaxia neefectuată sau efectuată incomplet.

Se discută necesitatea administrării calciului doar în tratament (nu și în profilaxie) și pe o durată scurtă de 2-3 zile (nu de 10 zile cum se făcea până în prezent). Această nouă concepție se datorează cunoașterii acțiunilor principiului metabolit al vitaminei D, respectiv 1,25-(OH)₂-vit.D₃. Dozele mari de calciu ar duce la slaba stimulare a hormonului (metabolitului), care s-a dovedit că are acțiune nu numai în homeostazia calciului și fosforului, existând receptori într-o largă varietate de celule (din sistemul endocrin, hematopoetic, fibroblaști).

Autorii atenționează asupra rahitismelor parțial-rezistente, unde tratamentul cu magneziu dă rezultate bune.



VARIAȚIILE CONCENTRAȚIILOR UNOR POLUANȚI ÎN APA RÂULUI MUREȘ ÎNTRE ANII 1988 - 1992 (TÂRGU-MUREȘ - CIPĂU)

C. Bedő *, Ramona Ureche *, Z. Ábrám *, I. Domahidi *,
Gabriela Suciu **, Dana Micu **, L. Bukaresti ***, I. Máthé ***, Anca
Dărăbuș ***, Iboya András ***, Mária Ajtay ****, Gyöngyi Dudutz ****,
M. Péter *****, L. Domokos *****, B. Fazakas *****, Ileana Bokor *,
Jolán Kosztán *

* Disciplina de igienă, ** Disciplina de chimie-fizică, *** Disciplina de biochimie,
**** Disciplina de toxicologie, ***** Disciplina de microbiologie,
***** Disciplina de parazitologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

La Târgu-Mureș dispunem de o singură sursă de apă de suprafață - Mureșul pe care-l cercetăm din anul 1975.

Rezultatele obținute referitoare la indicii unor poluanți în amonte de Târgu-Mureș (zâgaz), în aval de stația de epurare a apelor reziduale (Cristești) - Ungheni și Cipău, arată o ușoară creștere a temperaturii 0,5°C, reziduiului fix 59 mg/100 ml, clorurile 20,6 mg, azotatului organic 0,38 mg, în amonte de Târgu-Mureș și scăderi la turbiditate 8,96 grade, culoare 10,96; duritate totală 2,79 grade germane, detergenți 0,009 mg și fenoli 1,7 ug. La Ungheni și Cipău se semnalează diminuări la gradele de turbiditate de la -9,8 - 14,5; culoare -4,5; reziduu fix -41 - 16,9 mg, duritate totală 0,8 - 2,2 grade, detergenți -0,016 - 0,024 mg, fenoli -0,36 - 0,82 ug și azot organic -0,37 - 0,59 mg, în același timp creșteri în concentrația colorilor 8,42 - 0,27 mg, a COO-lui 7,9 - 11,77 și a O₂ dizolvat 3,8 - 5 mg. Prezența numerică a microorganismelor este în scădere în amonte de Târgu-Mureș și în aval de Cristești (stația de epurare) în anul 1992 față de 1988, iar numărul ouălor de paraziți intestinali stagnează la același nivel.

Concluzii: se observă în general ameliorarea unor date parametrice de calitate a apei Mureșului în urma tratării apelor reziduale la Cristești și concentrații mai mari al câtorva poluanți chimici (cloruri).

CERCETAREA INDICELOR DE POLUARE A APEI RĂULUI MUREȘ (AMONIAC, NITRIȚI) ÎN AMONTE ȘI ÎN AVAL DE MUNICIPIUL TÂRGU-MUREȘ

I. Domahádi, Beana Bokor

Disciplina de igienă
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Aprovizionarea cu apă de bună calitate asigură menținerea unui nivel crescut de sănătate și salubritate a colectivității. Poluarea apelor de suprafață este în creștere datorită dezvoltării industriei, urbanizării și folosirii pe scară tot mai largă a îngrășămintelor chimice.

În scopul de a menține în limite admise concentrația substanțelor poluante este necesară îmbunătățirea metodelor de epurare a apelor reziduale și eliminarea surselor neorganizate de poluare a apelor de suprafață.

Pentru cercetarea poluării râului Mureș în anii 1991 - 1992 în amonte și în aval de Municipiul Târgu-Mureș se recoltează periodic probe de apă din 6 puncte de recoltare, din care se determină valoarea concentrației amoniacului și nitriților.

În urma rezultatelor obținute din analiza celor doi parametri de poluare a apei râului Mureș se poate constata că: apa râului Mureș intră în categoria a II-a a apelor de suprafață (la intrarea râului în municipiu), stația de epurare Cristești a funcționat cu o eficacitate mai mică în anul 1992 față de anul 1991, capacitatea de autopurificare a râului Mureș este bună, Municipiul Târgu-Mureș prezintă o sursă neorganizată de poluare a râului Mureș.

Rezultatele de mai sus se interpretează în corelație cu valorile altor indicatori ai poluării apei râului Mureș.

DATE COMPARATIVE PRIVIND CALITĂȚILE DE POTABILITATE ALE APEI DIN SURSE DE SUPRAFAȚĂ ȘI SUBTERANE

Ramona Ureche *, Éva Györfás **, A. Suciu **, L. Szekrényi *, Jolán Kosztán *

* Disciplina de igienă
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș
** Centrul de Medicină Preventivă Târgu-Mureș

Lucrarea prezintă rezultatele determinărilor efectuate în anii 1991 - 1992, asupra unor caractere de potabilitate a apei din diferite surse.

Conform STAS-ului 1342/84, apa potabilă trebuie să îndeplinească anumite calități, pentru a fi considerată ca atare și dată în consum populației.

Autorii prezintă în paralel, rezultatele determinărilor din apa de robinet și apa de izvor la următorii indicatori: proprietăți organoleptice, turbiditate (proprietate fizică), pH (proprietate chimică), substanțe organice (indicator al poluării apei).

Probele de apă s-au recoltat lunar din apa de robinet în 15 puncte diferite ale orașului și din 9 izvoare.

Rezultatele indică o calitate mai bună a apelor de izvor mai ales sub aspect organoleptic, dar și la alți indicatori.

Menționăm că prezența azoților și azotaților în apele subterane, a constituit obiectul de studiu al unei alte lucrări.

OBSERVAȚII MEDICO-LEGALE ȘI TOXICOLOGIE ÎN INTOXICAȚII ACUTE CU AZOTAȚI

L. Hecser *, L. Ács **, Idikó Péter **, Viorica Puskás **

* Disciplina de medicină legală

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

** Institutul de Medicină Legală "Prof. dr. Mina Minovici", Laboratorul Exterior Târgu-Mureș

Intoxicațiile cu azotați, în marea majoritate a cazurilor, sunt cauzate de administrarea în special a KNO_3 în loc de sare de bucătărie, în loc de MgSO_4 sau prin consumul de mezcluri etc. tratate pentru păstrarea unei colorații roz-roșie (șuncă, creavuști) cu cantități prea mari de KNO_3 . Intoxicațiile acute voluntare suicidare sau avortive sunt excepționale.

DML este de 8 - 12 g, debutul clinic se caracterizează prin dureri epigastrice, diaree, hipotermie, convulsii, moartea se produce prin oprirea cordului. Prin reducerea parțială a azotatului de către bacterii intestinale, rezultă nitriți cu acțiune methemoglobinizantă, ce se traduce prin cianoză.

Autorii prezintă două intoxicații colective, care s-au datorat confuziei sării de bucătărie (NaCl) cu KNO_3 .

În primul caz, mâncarea pregătită cu KNO_3 a fost consumată de 5 persoane, din care un copil de 3 ani 7 luni, a decedat în decurs de 1 oră, cu o evoluție clinică fuldriantă. Două persoane intoxicate au necesitat internare în spital, iar alte două au prezentat o simptomatologie clinică minimă.

În al doilea caz, mâncarea pregătită cu KNO_3 a fost consumată de 3 persoane adulte, din care o persoană de 35 ani a decedat la 5 ore prezentând o simptomatologie digestivă acută și nervoasă (convulsii).

Se discută unele probleme de toxicocinetică și toxicodinamie, precum aspectele medico-legale și juridice în cazurile de intoxicații cu azotați.

APLICAREA TESTULUI "JENKINS" ÎN EXAMINĂRILE PREVENTIVE DE MASĂ (SCREENING)

Evelyn Farkas *, Ilona Görög **, V. Nagy ***

* Disciplina de Sănătate Publică,
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

** Grădinița Ajudătoare Târgu-Mureș,

*** Academie de Științe Medicale - Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Târgu-Mureș

Testul "Jenkins" se utilizează în țările dezvoltate cu scopul de a depista factorii de risc psihologici în anumite afecțiuni, cu preponderență la cele cardio-vasculare.

Autorii au presupus că testul "Jenkins" este adaptabil la condițiile psiho-sociale din țara noastră, iar evaluarea sa se poate realiza cu metodele informatice.

După traducerea și adaptarea conținutului testului "Jenkins" la specificul populației țării noastre s-a procedat la elaborarea unui program în limbaj Fox-Base necesar evaluării matematice a rezultatelor.

În urma aplicării testului "Jenkins" la un număr redus de persoane (40-50) s-a constatat că acesta se poate utiliza la un eșantion reprezentativ bazându-se, în scopul creșterii eficienței, pe prelucrarea automată a rezultatelor.

UTILIZAREA UNUI MODEL CIBERNETIC LA CERCETAREA INCIDENȚEI ÎMBOLNĂVIRILOR ÎN ACȚIUNILE DE SCREENING

Evelyn Farkas *, V. Nagy ** E. I. Farkas ***

* Disciplina de Sănătate Publică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

** Academia de Științe Medicale - Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Târgu-Mureș

Evaluarea incidenței îmbolnăvirilor în acțiunile de screening permite luarea unor măsuri de scădere a morbidității generale, specifice și cu incapacitate temporară de muncă.

Folosirea unui program de prelucrare automată a datelor privind incidența îmbolnăvirilor depistate la o examinare activă în masă, crește eficiența evaluării stării de sănătate a comunității.

Pe baza rezultatelor obținute la o acțiune de screening efectuată la întreprinderea ROMCEREAL Târgu-Mureș s-a elaborat un program de prelucrare automată a datelor obținute în limbaj Fox-Base, folosindu-se codificarea O.M.S. în

sistemul D 999.9 . Menționăm că examinările au fost efectuate de 2 cabinete de specialitate: medicina muncii și psihiatrie.

Aplicându-se programul s-au constatat următoarele :

La cabinetul de medicina muncii cele mai frecvente îmbolnăviri au fost:

1. Alte atingeri și fără precizare,
ale regiunilor planului dorsal..... 24,44%
2. Obezitatea și alte tulburări prin
exces de aport 13,33%
3. Tulburări nevrotice 11,11%

La cabinetul de psihiatrie cu cele mai mari incidențe au fost:

1. Tulburări nevrotice 13,63%
2. Tulburări de personalitate 6,82%
3. Sindromul dependenței alcoolice,
afecțiunile nervului facial 2,27%

În concluzie programul informatic de evaluarea incidenței îmbolnăvirilor este aplicabil în acțiunile de screening.



INDEX ALFABETIC DE AUTORI

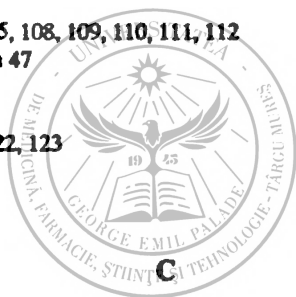
A

Achim, Adriana 44
Ajtay, Maria 73, 150
Alexandrescu, Anca 75
András, Ibolya 150
Andreescu, Claudia 55
Axente, L. 33, 122
Ábrám, Z. 72, 150
Ács, I. 152

B

Bagathai, I 10, 74
Baghiu, Despina Maria 145
Baghiu, M. 28, 30, 100, 105, 108, 109, 110
Bakos, I. 102, 126, 127, 128, 129, 130, 131
Bakos, Paula 39
Balint, E. 146, 148
Ban, Camelia 92
Bancu, Ligia 11, 22, 23, 32, 41, 42, 118, 119, 120, 125
Bancu, S. 28, 31, 105, 106, 108
Bancu, V.E. 28, 29, 30, 109, 31, 105, 106, 111
Bara, Adela 92
Bara, T. 28, 30, 31, 105, 109, 110, 111
Barabás, Enikő 38, 40
Barabás, L. 143
Barb, Delia 54
Bálint, C.A. 77, 78, 79
Băilă, L. 87
Bătașă, Simona 11, 32, 33, 41, 42, 118, 119, 120, 125
Bătașă, T. 77, 78, 79
Bârsu, C.D. 96
Bârsu, Marina 89, 90, 95
Bârsan, M. 15
Bedő, C. 72, 150
Benedek, I. 26, 36, 45, 46, 50
Benedek, I. 50, 51
Berindan, Ioana 88
Bocskay, Șt. 53, 54, 55, 56
Bodea, O. 48, 49, 50
Bodescu, Virginia 146, 148

Broja, R. 13, 102, 128, 130, 131, 132, 133
Bojan, Otilia 91, 93, 94
Bojița, M. 69
Bokor, Icana 150, 151
Bologa, S. 7
Borda, Angela 141
Borda, Daniela 57
Borz, C. 105, 109
Bostan, Liliana 16
Boțianu, A. 28, 31, 107, 108
Bódiș, Pálkó 147, 148
Bójte, A. 97
Bójte, Iren 75
Brassai, Z. 22, 23, 26, 47
Bratu, Ana 32, 41, 42, 118, 119, 120, 125
Bratu, D. 36, 45, 46
Brânzaniuc, Clara 97
Brânzaniuc, E. 15
Bucur, Ioana 94
Bucurescu, S. 104
Bud, V. 28, 30, 33, 105, 108, 109, 110, 111, 112
Buda-Mînzat, Andrea 47
Buhl, E.H. 103
Bukaresti, L. 150
Buruian, M. 33, 34, 122, 123
Butică, F. 97
Butiurca, S. 105, 109
Buțiu, O. 113, 114



Cantâr, C. 13, 132
Capotâ, Cristina 54
Carașca, E. 15, 18, 19, 26
Catarig, C. 129, 132
Călugăru, Anda 59
Cânda, C. 59
Chiorean, B. 81, 83, 84, 87
Chiorean, Daniela 81, 84
Chiorean, M. 81, 84, 85, 86
Chiriac, Carmen 39, 44
Ciobanu, Adriana 86
Ciomoș, Daniela 15, 18
Ciugudean, C. 77, 78, 79
Cojan, Aurelia 41
Cojocaru, Carmen 136
Cojocaru, Emilia 144

Coman, Mioara 67
Copotoiu, C. 28, 29, 30, 84, 100, 105, 108, 109, 110, 111
Copotoiu, Sanda 81, 83, 84, 85, 87
Corbeanu, O. 139, 140
Corfariu, O. 123, 124
Coroş, M.F. 28, 29, 30, 31, 109, 110
Cotoi, S. 15, 18, 26
Cousin, J. 6, 38
Cozma, D. 28, 31, 107, 108
Cozoş, Anca 48, 49, 50
Crăciun, C. 28
Crişan, Monica 88, 91
Croquette, M.F. 6
Csáki, I. 39
Csedó, C. 63, 66
Csidey, Ilona 32, 41, 42, 125
Cszézér, Susana 28, 31, 107, 108
Curea, Elena 69
Czédula, R. 41

D

Daicoviciu, Doina 91, 93, 94
Daróczy, J. 98
Dániel, S. 147
Dănilă, Monica 41
Dărăbuş, Anca 150
Deac, R. 11
Dehecq, E. 38
Delast-Popoviciu, Daniela 10
Delobel, B. 6
Demian, Smaranda 11, 22, 33, 35, 47, 119, 120
Dienes, A. 72
Dinesch, M. 17
Dobre, A. 28, 31, 107, 108
Dobreanu, D. 14, 15, 18, 19, 26
Dobreanu, Minodora 19, 134, 137
Dobru, Daniela 43
Domahídi, I. 150, 151
Dombi, Gy. 74
Domokos, L. 40, 150
Draşoveanu, C. 80
Draşoveanu, Doina 143, 146
Duşa, Silvia 70, 73
Duca, Mirela 15
Dudea, C. 11, 22, 23, 26, 32, 35, 41, 42, 48, 118, 119, 120, 121, 125
Dudutz, Gyöngyi 150



Dulău, Ioana 123
Dunca, Julieta 143, 147, 148

E

Egyed-Zsigmond, E. 20
Enăchescu, C. 8, 9
Enciulescu, C. 102
Enceşel, B. 28, 31, 107, 108
Enlu, D. 7
Eşianu, M. 28, 30, 105, 108, 109, 110
Eşianu, Sigrid 63

F

Farkas, E.L. 153
Farkas, Evelyn 153
Fazakas, B. 38, 40, 150
Făgărăşan, Rodica 134
Feszt, Gh. 75
Fetea, Lucia-Sanda 144, 147
Filep, V. 40, 101
Florea, D. 30, 109, 110
Florişteanu, Maria 147
Fokt, Ildikó 59
Formanek, I. 67
Fóris, Izabella 70, 73
Fülöp, E. 97
Fülöp, L. 64
Füzi, I. 64



Gabor, Dorela 57
Gaița, Codruța 113
Galatâr, Natalia 91, 93
Ganca, Carmen 94
Gál, Z. 135
Gáspár, Maria 63
Georgescu, C. 16, 17
Georgescu, D. 44
Georgescu, Lia 48, 49, 50
Georgescu, T. 28, 31, 107, 108
Gheorghe, Carmen 99
Giurgiuman, Michaela 89, 95
Gliga, Caterina 135, 139
Gliga, M. 139, 140
Gliga, V. 84
Gogolák-Oláh, Edit 85, 98, 99

Golea, Cristina 41
Golea, O. 13, 127, 130, 132, 133
Gomotârceanu, F. 28, 31, 107, 108
Görög, Iona 153
Graur, C. 16
Grozaescu, T. 28, 30, 105, 109, 110
Gyárfás, Éva 151
Gyéresi, A. 74
György, Piroska 23
Györi, Emese 23, 26

H

Habor, Adriana 14
Halasy, K. 103
Han, Z.S. 103
Hanby, A.M. 89
Hădăreanu, V. 21
Hecser, L. 21, 152
Hila, Sorana 17
Hintea, A. 28, 31, 107, 108
Hodişan, Viorica 64
Hohmann, Judith 74
Horer, O. 71
Horga, Sorina 57, 58, 60
Horváth, Adrienne 143, 146
Horváth, Karin 82
Husar, Iulia 53



Ieremia, L. 57, 58, 59
Iica, M. 11
Ilniczky, P. 28
Imbăruș, M. 127, 129, 132
Incze, Al. 26
Ionescu, Mihaela 57
Ionescu, R. 15

J

Jecan, Ioana 103
Jung, J. 51, 90

K

Keresztes, Cs. 135, 136
Kikeli, P. 21
Kisgyörgy, Z. 65

Kiss, Éva 44, 46
Korponay, Márta 38
Kory, M. 64
Kosztán, Jolán 72, 150, 151
Kovács, Agneta 135, 136
Kovács, D. 60, 61, 62

L

Lakatos, Maria 98, 99
Lakatos, O. 98, 99
Lazár, L. 91
László, I. 40, 101
Lázár, Erzsébet 36, 51
Leucuța, S. 88
Lobonțiu, A. 105, 108, 109, 110
Loghin, Felicia 71
Lőrinczi, Lilla 40, 95
Lőrinczi, Z. 103
Lupa, Dana 19
Lupșa, Romoana 75

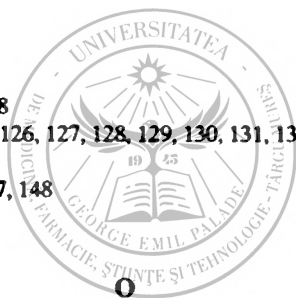
Macavei, R. 11
Madaras, A. 122
Madriz, L. 88
Maftci, I. 57, 59
Maniu, Mariana 92
Manna, D. 63
Manolache, O. 54
Marian, D. 28, 31, 106, 109, 110, 112
Matei, A. 16, 17
Máthé, I. 73, 150
Măgureanu, Nicuța 80, 83
Mărcuțeanu, Mihai 56
Mica, Dana 150
Mica, S. 16, 17
Mihăiță, A. 102
Mihăiță, M. 17
Mitre, Adriana 16, 17
Moldovan, E. 46
Molnar, C. 100, 105, 109, 111, 134, 137
Molnar, Cl. 100
Monca, Al. 54, 55
Monca, Mărioara 63, 66
Monca, Monica 53, 54, 55, 56
Moraria, S. 113, 114



Módy, E. 11, 47
Muntean, Daniela 70
Munteanu, I. 145, 148
Mureşan, A. 28, 31, 100, 107, 108
Mureşan, Rodica 134
Murgu, Livia 56
Mustea, I. 93
Muşat, Cristina 55
Mulfay, Gh. 80, 82
Mulfay, V. 80

N

Naftali, Gh. 60, 61
Nagy, A. 36
Nagy, L. 138
Nagy, Ó. 77, 78, 79
Nagy, V. 153
Nágó, Anamaria 49
Neagoş, L. 147
Neagoş, E. 7
Neamţu, Maria 67
Nechifor, Daniela 31, 108
Nedelcu, S. 129, 132, 133
Negruţ, I. 13, 126, 127, 128
Nicolescu, D. 13, 40, 102, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133
Nicula, Fl. 7
Nistor, Minodora 143, 147, 148
Nistor, V. 28
Nüszl, L. 118



O

Olaru, Marioara 68
Olaru, P.S. 87, 134, 137
Olinici, C.D. 95
Oltean, G. 32, 33, 35, 48, 61, 121, 125
Olteanu, S. 108
Opriş, Mihaela 16, 17
Opriş, Z. 97
Ordeanu, Claudia 92
Orţan, F. 18
Orza, F. 97
Oşan, V. 102, 126, 127, 129, 130, 131, 132

P

Palage, Mariana 71
Palkó, Ana-Maria 118

Pap, Z. 143, 146, 148
Pasca, I. 8, 9
Pasca, Rodica 39, 44
Pașca, I. 71
Pávai, Z. 97
Păcurar, Mariana 61
Păltineanu, B. 28
Păuna, Daniela 60
Pellet, Héléne 5
Pécsi, Enikő 45
Péter, Idikő 152
Péter, M. 40, 150
Piciu, Doina 92
Piroa, Sanda 40, 101
Podoleanu, Doina 26
Pop, M. 54, 55, 56
Pop, S. 77
Popa, Carmen 135, 138
Popa, H. 26
Popa, Stela 144
Popa, V. 24, 25
Popescu, Ana 44, 46, 52
Popovici, Adriana 74
Popovici, Corina 100
Popoviciu, L. 10
Popșor, S. 57, 58, 59
Posteasca, I.D. 93
Pușcașiu, L. 134
Puskás, A. 23, 26
Puskás, Viorica 152



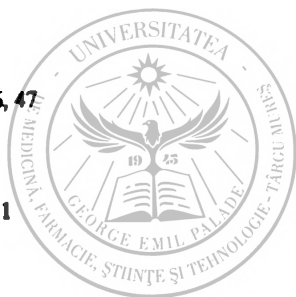
R

Rácz, L. 53
Rácz-Kotilla, Elisabeta 67
Rădulescu, C. 135, 139, 140, 142
Rădulescu, Carmen 135, 139, 142
Râșinaru, Angela 91
Rândașu, S. 113
Rișca, Rodica 88
Roșca, Anca 28
Roman, Ilcana 54
Rusnac, C. 144, 147

S

Sabău, M. 14
Sabău, Monica 41

Sabău, S. 80, 82, 83
Sava, Doina 69
Schwartz, L. 127, 128, 129
Sebe, B. 40
Seres-Sturm, L. 77, 78, 97
Seres-Sturm, Magda 53, 97
Sigmirean, Marcela 147
Simion, Carmen 130
Simon, G. 102
Simu, G. 20, 51
Slavici-László, Ileana 78, 79
Spyckerelle, C. 38
Stanciu, G. 115, 116
Stauder, Ana Maria 41
Stănea, Adriana 42
Stoica jr., C. 122
Stoica, M. 77, 78
Stoiță, Simona 41
Strat, A.S. 105, 108, 109
Strâmbu, Adela 68
Stugren, Carmen 91
Suciu, A. 151
Suciu, Gabriela 69, 150
Suciu, Gina 11, 22, 23, 26, 47
Suciu, Șoimița 94
Sumălan, Luminița 67
Szabó, Monika 46
Száva, D. 30, 109, 110, 111
Szekrényi, L. 151
Szűcs, E. 41



Ș

Șerban, Mihaela 39
Șipoș, C. 21, 24, 25
Ștefănescu, M. 16

T

Todea, Csilla 51
Tobati, T. 133
Toma, L. 21, 25
Tompă, Katalin 51
Totoianu, I.Gh. 117
Tőkés, B. 69
Török, Imola 118, 119, 120
Török, L. 36
Tunaa, H. 24

T

Țigănescu, Oana 148
Țilea, Brîndușa 39, 44
Țilea, I. 97

Uray, Z. 92
Urcan, Rodica 39, 44
Ureche, Corina 11, 23, 26, 32, 4
Ureche, Ramona 72, 73, 150, 151

V

Valics, P. 36, 50
Vasilescu, Daniela 53
Vasilescu, Gh. 117
Vass, E. 143
Vâlcănuș, R. 60, 61, 62
Văță, I. 81, 83, 84, 87
Velejti, Gabriela 22, 23
Virăgh, Enikő 71
Vittu, G. 6, 38
Vizi, E.S. 72
Vlăduț-Vasilan, Constanța 64

Zamfir, D. 30, 109, 110, 112



1993

Vol. 39

Nr. 2



**REVISTA DE MEDICINA
SI FARMACIE
ORVOSI
ÉS GYÓGYSZERÉSZETI
SZEMLE**





COLEGIUL DE REDACȚIE

Redactor șef: prof. dr. Ion Pascu
Redactori șefi adjuncți: prof. dr. George Simu
prof. dr. Fazakas Béla
Secretar de redacție: Szilágyi Ludovic

ISSN: 1221—2229

U.M.F. Târgu-Mureș



Biblioteca Centrală

REVISTA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE ORVOSI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI SZEMLE

PUBLICAȚIE A UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN
TÂRGU-MUREȘ

Redacția: 4300 Târgu-Mureș, str. Gh. Marinescu nr. 38, telefon: 115551, fax: 164407

1993, vol. 39

Nr. 2

IULIE-DECEMBRIE

SUMAR

Cuvântul Rectorului adresat absolvenților cu ocazia terminării studiilor, promoția 1993	5
--	---

REFERATE GENERALE

<i>L. Popoviciu, Maria Tudose-Goria, Daniela Popovici, I. Pantea</i> : Actualități în tratamentul epilepsiilor	7
<i>Angela Borda, G. Simu</i> : Actualități de biologie și patologice ale tumorilor vezicale	14
<i>D. Dobreanu, S. Cotoi, M. Sonea</i> : Dinamica neliniară și tulburările de ritm ale inimii	22
<i>M. Horga</i> : Sistem informațional perinatal computerizat pentru municipiul Târgu-Mureș	29

STUDII CLINICE

<i>C. Rusnac, Lucia-Sanda Fetea, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean, Z. Neșgoș</i> : Hepatopatia giardiazică la copil	42
<i>Bazsa S.</i> : Sülyös szülészeti és nőgyógyászati vérzések sebészeti kezelése érlekkö- tésekkel. Az arteria hypogastrica bilateralis ligaturája, "sui generis" műtét	47

STUDII EXPERIMENTALE

<i>Gh Feszt, Romania Lupșa, Irén Bőjte, Anikó Graef</i> : Interacțiunea metoclopram- idei cu unele analgezice	56
<i>Ramona Ureche, Z. Ábrám</i> : Indicatori indirecți ai poluării apelor de supra- față	64

PERFEECŢIONARE

<i>I. Pascu</i> : Ischemii în sistemul vertebrobazilar după manipulări chiropractice ale capului și coloanei vertebrale cervicale.....	68
<i>Éva Kiss, Csilla Todea</i> : Rolul endoteliului vascular în reactivitatea vasculară.....	73

PROBLEME MEDICALE ACTUALE

<i>Z. Ander</i> : Anxietățile bolnavului și umanizarea spitalului.....	77
<i>Evelyn Farkas</i> : Câteva considerații privind examinările medicale la angajare..	82

PROBLEME DE STOMATOLOGIE

<i>B. Popșor, C. Cîdea</i> : Aspecte ale determinării și înregistrării relațiilor intermaxilare prin metode de deprogramare anterioară	86
<i>M. Pop, Șt. Bocskay, Monica Monea, Livia Murgu</i> : Studii in vitro privind etanșeitatea închiderii apicale a diferitelor materiale de obturație radiculară	91

PROBLEME DE FARMACIE

<i>Silvia Dușa, Izabella Fóris, C. Cséds, C. Dușa</i> : Dozarea Zn^{2+} prin metoda polarografică cu unde rectangulare și prin metoda spectrofotometrică.....	94
<i>Dudutz Gyöngyi, Kincses Ajtay Mária</i> : Tetraciklin meghatározása 4-aminoantipirinnel.....	99

COMEMORĂRI

Vor 150 Jaren wurde Robert Koch geboren (11 Dezember 1843 - 27 Mai 1910) (<i>M. Péter</i>)	103
---	-----

MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE

Reuniunea anuală de științe fiziologice, Târgu-Mureș, 22-23 octombrie 1993 (<i>M. Sabău</i>)	104
---	-----

REVISTA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE ORVOSI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI SZEMLE

THE PUBLICATION OF UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY,
TÂRGU-MUREȘ

Editor's Office: 4300 Târgu-Mureș, str. Gh.Marinescu nr. 38, telefon:115551, fax:164407

1993, vol. 39

Nr. 2

JULY-DECEMBER

TABLE OF CONTENTS

Rector's speech addressed to the graduates on the occasion of the celebration in 1993	5
---	---

GENERAL REPORTS

<i>L. Popoviciu, Maria Tudosie-Goria, Daniela Popovici, I. Pantea</i> : Current issues in treating epilepsy.....	7
<i>Angela Borda, G. Simu</i> : Current problems of biology and pathology of vesical tumours	14
<i>D. Dobreanu, S. Cotoi, M. Sonea</i> : Non-linear dynamics and rhythmic disturbances of the heart.....	22
<i>M. Horga</i> : Computerized perinatal informational system for the town of Tg.-Mureș	29

CLINICAL STUDIES

<i>C. Rusnac, Lucia-Sanda Fetea, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean, L. Neagoș</i> : Giardiasis hepatopathy in children.....	42
<i>S. Bazsa</i> : Surgical treatment of severe obstetric and gynecologic haemorrhages with vascular ligations. Part I. Bilateral hypogastric artery ligation, a "sui generis" method.....	47

EXPERIMENTAL STUDIES

<i>Gh. Fesza, Romoana Lupșa, Irén Bőjte, Anikó Graef</i> : Interaction of metochlorpramide with some analgesics.....	56
<i>Ramona Ureche, Z. Ábrám</i> : Indirect indicators of surface water pollution.....	64

POSTGRADUATE STUDIES

<i>I. Pascu</i> : Ischaemia in the vertebro-basilar system after chiropractic manipulations of the head and the cervical vertebral column	68
<i>Éva Kiss, Csilla Todea</i> : The role of vascular endothelium in vascular reactivity	73

CURRENT MEDICAL ISSUES

<i>Z. Ander</i> : Patients' anxieties and humanization of hospitals	77
<i>Evelyn Farkas</i> : Some considerations concerning medical examinations before entering service	82

PROBLEMS OF DENTISTRY

<i>S. Popșor, C. Cindea</i> : Aspects of determining and recording the intermaxillary relations in the anterior deprogramation method	86
<i>M. Pop, Șt. Bocskay, Monica Monea, Livia Murgu</i> : Studies in vitro regarding the tightness of apical closing of different materials of radicular obturation	91

PROBLEMS OF PHARMACY

<i>Silvia Dușa, Izabella Főris, C. Csedő, C. Dușa</i> : Zn ²⁺ assaying by polarographic and spectrophotometric methods	94
<i>Győngyi Dudutz, Mária Kincses Ajtay</i> : Tetracycline determinations with 4-amino-antipyrine	99

COMMEMORATIONS

Robert Koch was born 150 years ago (11 Dezember 1843 - 27 Mai 1910) (<i>M. Péter</i>)	103
---	-----

SCIENTIFIC EVENTS

Annual meeting of physiology, Târgu-Mureș, 22-23 Oct. 1993 (<i>M. Sabău</i>)	104
--	-----

Dragi absolvenți,

Festivitatea de depunere a jurământului lui Hipocrate și de despărțire de "Alma Mater" are o semnificație și o încărcătură emoțională aparte, ea fiind menită să sublinieze solidaritatea unei generații care pășește în viață sub aceeași unitate de timp. În cetatea noastră academică s-a întărit, sper, legătura spirituală între toți studenții, aici a fost locul geometric al tinereții și desăvârșirii voastre profesionale.

Sentimental uman de adevărată conștiință de sine a fost trezit de primii gânditori eleni care au cristalizat și apoi au dăltuit în piatră, pe frontispiciul templului lui Apollo din Delfi, cuvintele: "Cunoaște-te pe tine însuși" ("Gnothi seauton"). Începea miracolul introspecției, căruia omul îi datorează măsura valorii sale. Pentru istoria umanității, actul - revelație a autocunoașterii a constituit de fapt doar o premisă. Omul are nevoie permanentă de certitudinea progresului său. Cerința pe care o exprimă spiritul vremii noastre ar fi mai curând "Formează-te pe tine însuși". O aspirație care tinde tot mai mult spre omul - arhitect de sine. În esență "Omul este opera omului", el nu este numai rezultatul extrinsec al eforturilor dascălilor, ci și al construirii perpetue de sine.

Perfectibilitatea rezidă prin excelență în orientarea conștiință spre absolut. Descoperirea "Dascălului interior" echivalează cu găsirea vocației, cu drumul spre împlinirea propriei personalități. Piatra de temelie a personalității voastre s-a așezat în perioada cât ați fost sub cupola "Almei Mater", dar lucrarea se va încheia mai târziu și desăvârșirea rămâne pentru totdeauna făgăduință.

Fundamental rămâne relația dintre "ego" și "alter ego", dintre forțele centripete ale individualității umane, indispensabile pentru definirea și conservarea ei și forțele centrifuge care vă cheamă spre ființa socială. Această relație trebuie înțeleasă în flexibilitatea și pluricondiționarea ei.

Morbul cel mai dăunător al construirii de sine este fără îndoială blazarea și scepticismul, ceea ce mă îndeamnă să vă adresez: "Încredeți-vă în voi înșivă". Periplul lui Ulise nu este un exemplu al rătăcirilor la care a fost condamnat de forțe dușmănoase, ci mai curând proba capacității omului de a depăși orice greutate prin intensitatea scopului urmărit. "Per aspera ad astra".

Nu trebuie să uităm că în concepția latinilor "Alma Mater" însemna patria. Suntem contemporanii unei epoci și aparținem unei patrii, numai dacă timpul nostru interior coincide cu cel al istoriei noastre. El nu se măsoară cu orgolii, ci cu ritmul și durata specifică a existenței noastre creatoare, în armonie cu problematica necesară a vremii din care nu poate rămâne afară nimeni care se consideră pe deplin format. Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș trebuie să însemne pentru d-estră, în sensul larg și generos al noțiunii de "Alma Mater", un loc de două ori privilegiat, de intrare în viață și de permanentă întoarcere. Este demn de laudă câștigul, când este rodul înmulțit al germenilor sădiți cu inima curată de noi în sufletul tinereții voastre. "Alma Mater Târgu-Murensis" nu v-a hrănit numai în anii petrecuți sub scut; ea își va întinde cupola spirituală peste întreaga voastră viață.

Duceți mai departe aspirația largă de umanitate și știință, fiți credincioși "Almei Mater" în primul rând fiind "Credincioși vouă înșivă", cultivând într-o permanentă succesiune ceea ce dascălii voștri v-au învățat cel mai bine: dragostea și încrederea în oameni, acolo oriunde veți fi...

17 iulie 1993

Prof.dr. Ion Pascu

REFERATE GENERALE

ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL EPILEPSIILOR

L. Popoviciu, Maria Tudosie-Goria, Daniela Popovici, I. Panteu

Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Târgu-Mureș

Cel mai mare accent în *prepararea medicamentelor* în ultimii câțiva ani s-a pus pe *creșterea funcției GABA-ergice*, care inhibă activitatea receptoare NMDA (N-metil-D-aspartat) precum și eliberarea de gama-hidroxitiriat (*Vayer și colab., 1987*). Se încearcă din ce în ce mai mult (*Butler și colab., 1987*) administrarea de gama-vinyl-GABA (GVG), preparatul cel mai bine cunoscut fiind *Vigabatrin* (*Tartara și colab., 1989*). *Ben-Menachem și colab. (1989)*, *Löscher (1989)*, *Meldrum (1989)*, *Mumford și Dulac (1991)*, *Richens (1991)*, *Chapman și colab. (1992)* și alții au arătat că există o strânsă legătură între neurotransmisia GABA-ergică și producerea efectelor antiepileptice. Se știe că GABA este sintetizată din glutamat în neuronul preterminal via "șhunt"-ului GABA. Odată sintetizată, ea este fie metabolizată de către GABA-transaminază (GABA-T) în semialdehidă succinică și apoi convertită prin ciclul acidului tricarboxilic înapoi în glutamat, fie este eliberată în "crăpătura" sinaptică, acționând prin receptorul GABA asupra neuronului postsinaptic (fiind preluată de către neuroni). De asemenea este preluată de către celulele gliale, unde este metabolizată prin aceleași căi descrise anterior (până la succinat și gama-hidroxitiriat). Ca atare, așa cum am relatat anterior, o creștere a concentrațiilor GABA poate fi obținută pe mai multe căi, cele mai importante fiind: a) blocarea re-uptake-ului; b) inhibiția metabolismului său. Medicamentul *Vigabatrin* previne metabolizarea GABA prin legarea de GABA-T și inactivarea acestuia. GABA exercită efecte directe și indirecte asupra neurotransmisiei. Efectele directe se traduc prin inhibarea aprinderii ("firing") neuronului postsinaptic. Efectele indirecte sunt mult mai complicate și constau în interacțiunile care apar între toate sistemele de "transmiteri", cele mai bine studiate fiind activarea reciprocă a neuronilor dopaminergici și a neuronilor GABA-ergici. *Preparatele de Vigabatrin (inclusiv medicamentul Sabril)* sunt deosebit de eficiente, crescând rapid nivelele GABA și făcând ca neuronii GABA-ergici să joace un rol de pivot în bucla inhibitorie (*Chapman și colab. 1992*). După *Chapman și*

colab.(1992) și alții, preparatele de Vigabatrin s-au dovedit a fi inhibitori selectivi deosebit de potenți, cu acțiune lungă și fără toxicitate, prin legarea ireversibilă de GABA-T. În schimb alți neurotransmiteri, ca dopamina, noradrenalina și serotoniana nu sunt afectați decât prin administrare de lungă durată a preparatelor de Vigabatrin (*Chapman* și colab. 1992, *Ben-Menachem* și colab.1992). Preparatele de Vigabatrin sunt rapid absorbite din tractul gastrointestinal, atingând vârfuri de concentrații serice în decurs de două ore cu un half-life de 6 ore, cu eliminare aproape totală după 24 ore, fără acțiune toxică asupra enzimelor hepatice și cu o bună trecere prin bariera hematocerebrală. Recent, *Ben-Menachem* (1992), confirmând unele cercetări ale sale din 1989 și 1991, a arătat efectele benefice ale medicamentului Sabril, care este un preparat de Vigabatrin. Tolerabilitatea acestor preparate de Vigabatrin (și ale variantelor acestuia) este deosebit de bună chiar în administrări de lungă durată (*Ben-Menachem* și colab., 1989, 1991; *Dam*, 1991; *Richens* și colab., 1992). Aceste preparate de Vigabatrin și-au dovedit o particulară eficacitate îndeosebi în crizele primar generalizate atât la adulți, cât mai ales la copii (*Livingston* și colab., 1989; *Michelucci* și *Tassinari*, 1989; *Uldall* și colab., 1991; *Gram* și colab., 1992), în spasmele infantile (boală West) refractare la alte tratamente (*Chiron* și colab., 1991; *Richens* și colab., 1992), dar mai ales în crizele parțiale complexe, îndeosebi în cele cu anomalii EEG unifocale (*Michelucci* și *Tassinari*, 1989; *Appleton* și colab., 1992; *Gram* și colab., 1992). După *Dam* (1991) și *Gram* și colab., (1992), eficacitatea acestor preparate este în medie de 73% (cu variații între 45 și 100%) în tratamente cronice de lungă durată. Ceea ce este interesant este faptul că nu există relație strictă între dozele administrate și răspunsul la tratament, rezultate bune fiind observate și la doze mai mici (în jur de 2 g pe zi), atât la adulți, cât și la copii (*Uldall* și colab., 1991). S-a arătat (*Uldall* și colab., 1991; *Appleton* și colab., 1992) că dozele eficiente și bine tolerate la copii variază între 40 și 80 mg/kg/zi. Tot autorii citați mai sus au arătat că în epilepsia infantilă necontrolată terapeutic prin alte medicamente, eficacitatea preparatelor de Vigabatrin (până la eliminarea crizelor) variază între 38 și 80% din pacienți. Nu s-au semnalat de obicei efecte adverse, cu excepția apariției la aproximativ 13-20% din cazuri de copii a unor stări de hiperexcitabilitate, de hipotonie și/sau de somnolență (*Chiron* și colab., 1991) și rareori oarecari ameteți și stări de confuzie. Funcțiile cognitive nu au fost alterate, ba dimpotrivă la unele cazuri au fost ameliorate (*Richens* și colab., 1992). S-a introdus în practică și preparatul *MK-801*, care este un inhibitor al NMDA și al phencyclidinei (*Loo* și colab., 1987). Descoperirea acestor medicamente noi anticonvulsivante a deschis o eră de evaluare bazată pe mecanismele fiziologice incriminate în ultimii ani. Cercetări asupra GVG au fost continuate de *Meldrum* (1986), *Ben-Menachem* și colab. (1988), *Tassinari* și

colab. (1987) și *Sivenius* și colab. (1987), citați de *Löscher* 1989. Acest medicament este o enzimă care activează ireversibil inhibitorul transaminazei GABA și reduce mult frecvența critică în crizele parțiale complexe intratabile. *Flunarizina*, care acționează la nivel central ca un agent blocant al canalelor de calciu, este actualmente în evaluarea clinică a multor centre antiepileptice și s-au raportat acțiuni antiepileptice (*Fröscher* și colab., 1988; *Caers* și colab., 1987, citați de *Löscher*, 1989). S-a studiat de asemenea, recent (*Ghilain* și colab., 1988) efectul *Midazolamului* în tratamentul epilepsiei. Se știe că *Midazolamul* este o benzodiazepină folosită ca premedicație și inducere în anestezie generală. Are un nucleu diazepinic contopit cu un nucleu imidazolic, care are un azot bazic în poziția 2, ce permite formarea unei soluții saturate, în aceasta constând efectul antiepileptic al *Midazolamului*.

Autorii indică folosirea *Midazolamului*, mai ales în crizele epileptice repetate, cu atât mai mult cu cât poate fi administrat intramuscular. *Midazolamul* a dat rezultate excepționale în tratamentul crizelor de pavor nocturn și al unor crize psihomotorii morfeice (*Popoviciu* și *Corfariu*, 1983).

Studii colaborative multicentrice în dublu-orb încrucișat (*Kolpen* și colab., 1987, citați de *Löscher*, 1989), au raportat utilitatea *preparatelor de Clobazam* la bolnavii rezistenți la alte terapii. *Inhibitorii* de NMDA, inclusiv MK-801 și alți antagoniști ai NMDA, ca de pilda *Gabapentin*, sunt mult studiate în ultimii ani. *Gabapentin-ul* a fost introdus inițial ca un posibil drog GABA-ergic și se pare că modul său de acțiune este acela al unui antagonist al aminoacizilor excitatori.

În ultimii ani s-au ivit noi posibilități de preparare a unor medicamente antiepileptice datorită studiului aprofundat al bazelor moleculare și celulare ale epilepsiei. Astfel, s-au adus noi suporturi experimentale asupra următoarelor ipoteze (*Meldrum*, 1991):

a) un defect în membrana neuronală, fie în transportul de ioni, fie în proprietățile canalelor ionice; b) un defect în mecanismele inhibitorii, constând în special într-o lipsă a funcției inhibiției recurente GABA-mediate; c) un defect în sistemele excitatorii, implicând un exces de excitație; d) unele deficiențe ale sistemelor modulatorii care guvernează funcția excitatorie și inhibitorie. Astfel, se știe că *transmitter-ul* excitator rapid principal în creier este glutamatul, deși pot de asemenea să joace rol de neurotransmitteri și acidul aspartic și analogii sulfonici și sulfonici ai acizilor dicarboxilici. Glutamatul induce excitația prin trei tipuri diferite de receptori postsinaptici, denumiți după agoniștii lor preferați: receptorii de NMDA (N-metil-D-aspartat), de *Kamat* și de AMPA (d-amino-3-hidroxi-5-metil-izoxazolopropionat-originar din quisqualat). Efectele glutamatului (sau a analogilor săi) asupra diferitelor subtipuri de receptori variază în mod evident. În hipocamp, cortex sau striat, activarea receptorilor de NMDA

(prin glutamat, NMDA, aspartat sau quinolinat) produce un pattern de bufee de aprindere intermitentă asociată cu un "shift" paroxistic de depolarizare a potențialului de membrană. Acest pattern de activitate este similar cu cel observat într-un focar ictal sau într-un preparat de secțiune in vitro când s-au indus descărcări epileptiforme prin agenți convulsivi (*Dinggedin* și colab., 1986, citați de *Meldrum*, 1991). Glutamatul, atunci când acționează în alte locuri de receptori (de AMPA sau de Kainat), induce o depolarizare susținută. O serie de autori (citați de *Meldrum*, 1991) au prezentat evidențe clare de alterări ale receptorilor de aminoacizi excitatori prin studii autoradiografice și electrofiziologice. Creșterea sensibilității funcționale a sistemului receptor NMDA a fost dovedită și prin studii de *Kindling* la șoareci (*Módy* și colab., 1988; *Nadler* și colab., 1990, citați de *Meldrum*, 1991). Și strategiile farmacologice au furnizat argumente pentru creșterea activității excitatorii în lobi temporali în unele epilepsii rezistente la tratamente. S-au experimentat droguri care descresc sinteza de glutamat din glutamină, unii dintre agenții folosiți acționând presinaptic și scăzând eliberarea de glutamat. Adenozina (sau analogii stabili metabolic de adenozină) acționează la nivelul receptorilor A₁ adenozină și reduc eliberarea de glutamat. Agoniștii de adenozină sunt agenți anticonvulsivanți (*Dragunow*, 1988). Există și alți agenți farmacologici care scad transmisia excitatorie a aminoacizilor, respectiv a glutamatului (grupați într-un tabel de *Meldrum*, 1991). Printre aceștia se plasează și *baclofenul*, care acționează pe receptorii GABA-B. Medicamentul *Lamotrigine* (LTG) descresce eliberarea stimulată de glutamat (*Leach* și colab., 1991). Există droguri care pot acționa și postsinaptic pentru a bloca excitația dată de glutamat, locurile de acțiune fiind la diverse nivele ale complexului receptor NMDA, de pildă la nivelul glicemiei. S-au descoperit astfel mai mulți antagoniști competitivi și necompetitivi de NMDA cu acțiune anticonvulsivă la diverse animale.

Lamotrigine (LTG) este 3,5-diamino-6(2,3-diclor-phenyl)-1,2,4-triazine, un nou drog antiepileptic, chimic nelegat de drogurile curente. LTG este similar ca și profil farmacologic anticonvulsivant cu fenitoinul și cu carbamazepina. Are efecte în toate formele de epilepsie (tonico-clonică, absențe și crize focale parțiale). LTG inhibă eliberarea de glutamat endogen și de asemenea blochează eliberarea de aspartat (*Leach* și colab., 1991). Cercetări ale multor autori, inclusiv ale lui *Peck* (1991) au arătat bunele proprietăți farmacocinetice ale LTG și un înalt index terapeutic, fără efecte defavorabile farmacodinamice. *Richens* și *Yuen* (1991), *Betts* și colab. (1991) și alții au arătat eficacitatea LTG în crizele tonico-clonice și în crizele parțiale, cu bună tolerabilitate, cu efecte secundare la grupe reduse de bolnavi (amețeli, diplopie, somnolență, cefalee, ataxie, astenie la 10-14% din bolnavii tratați în diverse centre, în special din Anglia).

Se mai studiază unele variante ale vechilor medicamente, ca de pildă *Oxcarbazepina*, care este o posibilă alternativă la *Carbamazepină* și care ar putea îndepărta unele efecte secundare nedorite, ce se datoresc formării de metaboliți epoxid (*Houtkooper* și colab., 1987).

Noi informații continuă să fie generate de cercetări asupra rolului *valproatului* în tratamentul epilepsiilor și asupra unor efecte hepatotoxice ale *valproatului*. Astfel, *Dreifuss* și colab. (1989), au remarcat că riscul de hepatotoxicitate descrește mult cu vârsta (neraportându-se cazuri fatale sub vârsta de 10 ani în monoterapie) și că riscul de hepatotoxicitate este de 1 la 6600 în politerapie, scăzând la 1 la 37600 în monoterapie. La fel, *Scheffner* și colab. (1988, citați de *Dreifuss* și colab., 1989) au arătat că nu există riscuri fatale la un grup de copii sub 10 ani în monoterapie. S-a mai arătat că *valproatul* continuă să joace un rol major în tratamentul epilepsiilor primar generalizate (*Bourgeois* și colab., 1987; *Popoviciu* și colab., 1988) și că acesta poate să aibă un rol semnificativ și în tratamentul crizelor parțiale (*Chadwick*, 1987; *Popoviciu* și colab., 1988). Atât *clobazamul*, cât și *valproatul* au fost recomandate ca terapie adjuvantă în epilepsia rezistentă la terapia convențională (*Callaghan* și *Goggin*, 1988, citați de *Dreifuss* și colab., 1989).

Largi studii cooperative din ultimii ani (*Smith* și colab., 1987) au confirmat faptul că, într-adevăr, *carbamazepina* și *fenitoina* sunt mai bine tolerate decât *primidonul* și *fenobarbitalul*, îndeosebi în crizele parțiale. În crizele parțiale secundar generalizate, la *carbamazepină* și *fenitoină* se poate asocia *valproat* sau *primidon* (*Smith* și colab., 1987; *Popoviciu* și colab., 1988). S-au studiat mai bine și efectele nefavorabile cognitive și comportamentale, îndeosebi la copii, ale unor antiepileptice, ajungându-se la concluzia că *fenobarbitalul*, *fenitoina* și *clonazepamul* pot avea efecte dăunătoare, preferându-se *carbamazepina* și *valproatul* (*Vining* și colab., 1987; *Trimble*, 1988, citat de *Dreifuss* și colab., 1989).

În tratamentul *status-ului epileptic grand mal*, *Peters* și colab. (1992) au propus următoarea schemă terapeutică:

a) Inițial 1-2 mg *Clonazepam* (*Rivotril*) i.v. încet.

b) Dacă *status-ul* nu se oprește se trece la o perfuzie cu următoarea compoziție: *Clonazepam* (*Rivotril*) 10 mg cu 300 ml *Glucoză* 5%. Se administrează timp de 25 de minute.

c) Dacă după 25 minute nu cedează convulsiile, se mai administrează în continuare *Rivotril* 1 mg pe oră, fără să se depășească 16 mg pe zi.

d) Dacă *status-ul* nu se cupează în 24 de ore, se administrează 250 mg *Fenitoin* în infuzie lentă i.v. tot la 15 minute 100-175 mg.

e) Dacă nici după această ultimă tentativă nu se cupează convulsiile, se administrează *Thiopental* i.v., lent 200 mg.

Unele progrese s-au făcut și în ce privește *tratatamentul chirurgical al epilepsiei*. S-a ajuns la concluzia (susținută de multă vreme de noi, Popoviciu și colab., 1983, 1984) că sofisticatele investigații stereo-EEG sunt de multe ori dăunătoare (Dreifuss, 1989). Ca atare, pentru viitor s-a propus extinderea metodelor de *magnetoencefalografie* (Sutherland și colab., 1987, citați de Papo și colab., 1989). Continuă să câștige popularitate *intervențiile de corpus calosotomie* (Spencer și colab., 1988; Sass și colab., 1988, citați de Dreifuss și colab., 1989), cu toată scepticitatea unor autori (Dreifuss și colab., 1989), în formele intratabile de epilepsii "nonfocale". Se pare că cea mai mare eficacitate a calosotomiei este în crizele atonice. Crizele tonico-clonice pot beneficia și ele de această intervenție neurochirurgicală în cazurile netrababile. Nu se pretează la această intervenție crizele parțiale (Papo și colab., 1989).

Bibliografie

1. *Appleton R., Dulac O., Chiron C.* : Sabril in children. Epilog. 1992, 1, 8-10;
2. *Ben-Menachem E., et al.*: The effect of different vigabatrin treatment regimens on CFS biochemistry and seizure control in epileptic patients. Br. J. Clin. Pharmac. 1989, 27, S1, 795;
3. *Ben-Menachem E., et al.*: Effect of long-term, Vigabatrin therapy on selected neurotransmitter concentrations in cerebrospinal fluid. J. Child. Neurol. 1991, 6, S2, 2S11-2S16;
4. *Betts T. et al.*: Human Safety of Lamotrigine. Epilepsia, 1991, 32, S17-S21;
5. *Butler W.H., Ford G.P., Newberne J.W.*: A study of the effects of vigabatrin on the central nervous system and retina of Sprague Dawley and Lister-Hooded rats. Toxicol. Pathol. 1987, 15, 143-148;
6. *Chadwick D.W.*: Valproate monotherapy in the management of generalized and partial seizures. Epilepsia, 1987, 28, S3, 912-917;
7. *Chapman A. et al.*: Sabril: a rational design. Epilog. 1992, 1, 2-4;
8. *Chiron C. et al.*: Therapeutic trial of Vigabatrin in refractory infantile spasmus. J. Child Neurol. 1991, 6, S2, 2S52;
9. *Dam M.*: Vigabatrin in refractory epilepsy in adults and its application in children. J. Child Neurol. 1991, 6, 2S, 2S25-2S29;
10. *Dragunov M.*: Purinergic mechanisms in epilepsy. Prog. Neurobiol. 1988, 31, 85-108;
11. *Dreifuss F.E. et al.*: Valproic acid hepatic fatalities. II. US experience since 1984. Neurology, 1989, 39, 201-207;

12. Fröscher W., et al.: Double-blind placebo-controlled trial with flunarizine in therapy-resistant epileptic patients. *Clin. Neuropharmacol.* 1988, *11*, 232-240;
13. Ghilain S., et al.: Midazolam in the treatment of epileptic seizures. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 1988, *51*, 732;
14. Gram L., et al.: Sabril in adults. *Epilog.* 1992, *1*, 5-7;
15. Houtkooper M.A., et al.: Oxacarbazepine (GP 47680): a possible alternative to carbamazepine? *Epilepsia*, 1987, *28*, 693-698;
16. Leach M.J., Baxter M.G., Critchley M.A.E.: Neurochemical and Behavioural Aspects of Lamotrigine. *Epilepsia*, 1991, *32*, S2, S4-S8;
17. Löscher W.: GABA and epilepsies. Experimental and clinical considerations. In: Bomery M.G., Nistico G. (Eds.), *GABA: Basic Research and Clinical Applications*. Pythagora Press, Rome-Milan, 1989, 260-300;
18. Livingston J.H., et al.: Vigabatrin in the treatment of epilepsy in children. *Br. J. Clin. Pharmac.* 1989, *27*, S1, 1098-112S;
19. Loo P.A., et al.: The novel anticonvulsant MK - 801 interacts with central phenacclidine recognition sites in rat brain. *Eur. J. Pharmacol.*, 1987, *135*, 261-263;
20. Meldrum B.S.: GABA-ergic mechanisms in the pathogenesis and treatment of epilepsy. *Br. J. Clin. Pharmac.* 1989, *27*, S1, 3S-12S;
21. Meldrum B.S.: Excitatory Amino Acid Transmitters in Epilepsy. *Epilepsia*, 1991, *32*, S2, S1-S3;
22. Michelucci R., Tassinari C.A.: Response to vigabatrin in relation to seizure type. *Br. J. Clin. Pharmac.* 1989, *27*, S1, 119S-124S;
23. Mumford J., Dulac O.: Vigabatrin: A new antiepileptic medication. *J. Child. Neurol.* 1991, *6*, S2, 253-256;
24. Papo I., et al.: Callosotomy for the management of intractable non-focal epilepsy: a preliminary personal assessment. *Acta Neurochir.* 1989, *96*, 46-53;
25. Peck A. W.: Clinical Pharmacology of Lamotrigine. *Epilepsia*, 1991, *32*, S2, S9-S12;
26. Peters U.H., Neundörfer R., Heinrich K.: Klinische Symptomatologie und Therapie der Status epileptici. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1992, *60*, 181-205;
27. Popoviciu L., Corfariu O.: Efficacy and safety of midazolam in the treatment of night terrors in children. *Br. J. Clin. Pharmac.* 1983, *16*, 97S-102S;
28. Popoviciu L., et al.: Fiziopatologia crizelor epileptice. In: Arseni C., Popoviciu L. (Eds.), *Epilepsiile*, Ed. St. și Encicl., București, 1984, 409-444;
29. Popoviciu L., et al.: Critical review of the epileptic absences. A new electroclinical systematization of the absences (petit mal and "false" absences). *Rev. roum. Méd.-Neurol. Psychiat.* 1988, *26*, 99-111;

30. *Richens A.*: Pharmacology and clinical pharmacology of Vigabatrin. *J. Child. Neurol.* 1991, 6, S2, 2S7-2S10;
31. *Richens A., Yuen A.W.C.*: Overview of the Clinical Efficacy of Lamotrigine. *Epilepsia*, 1991, 32, S2, S13-S16;
32. *Richens A., Chauvel P., Trimble M.*: Tolerability of Sabril. *Epilog.* 1992, 1, 11-13;
33. *Smith D.B., et al.*: Results of nationwide veterans administration cooperative study comparing the efficacy and toxicity of carbamazepine, phenobarbital, phenytoin and primidone. *Epilepsia*, 1987, 28, S3, 950-958;
34. *Tartara A., et al.*: Vigabatrin in the treatment of epilepsy: a lay-term follow-up study. *J. Neurol, Neurosurg. Psychiat.* 1989, 52, 467-471;
35. *Uldall P. et al.*: Vigabatrin in pediatric epilepsy -An open study. *J. Child Neurol.* 1991, 6, S2, 2S38-2S44;
36. *Vaver P., et al.*: Effect of anticonvulsant drugs on gamma-hydroxy-butyrate release from hippocampal slices: inhibition by valproate and ethosuccimide. *J. Neurochem.* 1987, 49, 1022-1024;
37. *Vining E.P.C., et al.*: Psychologic and behavioural effects of antiepileptic drugs in children a double-blind comparison between phenobarbital and valproic acid. *Pediatric.* 1987, 80, 165-174.

Sosit la redacție: 20 decembrie 1992



ACTUALITĂȚI DE BIOLOGIE ȘI PATOLOGIE ALE TUMORILOR VEZICALE

Angela Borda, G. Simu

Disciplina de morfopatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Tumorile vezicale, în marea lor majoritate carcinoame uroteliale sau cu celule tranziționale, se caracterizează printr-un potențial biologic heterogen, adică o evoluție diferită pentru tumori similare din punct de vedere etiopatogenic și structural (6). Astfel, unele au un comportament benign, în timp ce altele sunt extrem de agresive producând rapid metastaze și moarte. Aceste variații în aprecierea comportamentului cancerelor vezicale, duc la numeroase controverse în gradarea-stadializarea tumorală și deci în aplicarea unei atitudini terapeutice adecvate pentru fiecare formă

particulară în parte (18). După ultimele date din literatura de specialitate se cunosc puține lucruri în legătură cu factorii biologici și de mediu care influențează evoluția tumorii. De asemenea sunt încă în curs de evaluare markerii agresivității tumorale prin evidențierea profilului antigenic al acestor tumori cu ajutorul anticorpilor monoclonali specifici. Toată atenția specialiștilor este focalizată pe acele caracteristici tumorale care se pot corela cu forme particulare (10).

Cancerul vezical este în mod caracteristic o boală multifocală, existând dovezi certe care sprijină ideea unei origini monoclonale pentru fiecare tumoare, la fiecare loc nou de apariție în uroteliu (9). Tumoriile deja detectabile clinic, sunt agregări a mai multor mii de celule, care în mod colectiv au proprietatea de creștere autonomă, toate dezvoltându-se dintr-o singură celulă, modificată cândva, în trecut, de un factor carcinogen la nivelul celular. Creșterea ulterioară a tumorii, care se produce la un oarecare interval de timp, până când tumoarea ajunge la o mărime sau complexitate suficientă pentru a produce simptome clinice poate fi modificată de numeroși factori, care nu sunt carcinogeni ei înșiși. Această teorie a carcinogenezei multistadiale, a fost elaborată de *Berenblum* și colab. (8, 9), urmărind reacțiile pielii de șoarece. Sunt multe dovezi în prezent care demonstrează procesul multistadial al carcinogenezei la ficat, coion, plămân și de asemenea la vezica urinară (8, 9). Transformarea neoplazică în concepția multistadială a evoluției, reflectă deci interacțiunea dintre doi factori: cel de inițiere și cel de promovare.

Inițierea este procesul în urma căruia se produc leziuni biochimice la nivelul ADN-ului nuclear sau la nivelul altor macromolecule celulare, convertind celulele normale în celule tumorale latente sau adormite. Cu toate că acest proces se poate produce rapid, el necesită cel puțin un ciclu celular pentru a apărea modificări ireversibile. În acest fel, orice proces care scade capacitatea celulară de a-și reface ADN-ul nuclear sau accelerează replicarea celulară, poate intensifica creșterea tumorală prin stabilizarea modificărilor genomului celular. Acest fenomen explică în parte efectele cumulative ale variatelor tipuri de carcinogeni implicați în geneza tumorilor vezicale (8, 9).

Promovarea este procesul în urma căruia stimularea selectivă a celulelor inițiate, transformate malign, determină proliferarea lor. Procesul de promovare nu produce de la sine decât proliferare și hiperplazie. Numai dacă procesul de inițiere a avut loc, promovarea poate duce la dezvoltarea tumorii (8, 9, 11).

Cei mai probabili inițiatori ai cancerului vezical sunt diferite substanțe chimice din mediul înconjurător, la care suntem expuși ca rezultat al dietei noastre, a unor obiceiuri sociale sau condiții de muncă (2, 7, 17, 21, 22). Proprietățile carcinogenetice ale câtorva substanțe chimice industriale

cunoscute sub numele generic de amine aromatice (2-naftilamina, benzidina, 4-aminodifenil) sunt atât de bine cunoscute, încât cancerul vezical este privit frecvent ca o boală profesională.

Aceste substanțe sunt considerate carcinogeni totali, întrucât au atât efect de inițiere cât și de promovare. Oricât de agresive ar fi acestea, numai o foarte mică proporție a populației este expusă la ele, așa încât tumorile vezicale ca boală profesională, nu reprezintă decât 1% din totalul tumorile vezicale.

Alte substanțe se consideră a fi carcinogeni parțiali, deoarece ei au numai efect de promovare a creșterii tumorale pe epiteliul deja inițiat, nefiind carcinogeni prin ei înșiși. Astfel, studii epidemiologice retrospective au demonstrat o corelație pozitivă între fumatul de țigarete și cancerul vezical (1, 15), cu o perioadă de latență în dezvoltare semnificativ mai lungă decât în cancerul pulmonar. Se ridică suspiciuni, pentru unii autori chiar certitudini, în legătură cu potențialul probabil al alcoolului (17), cafelei, ceaiului, edulcoranților artificiali ca zaharina și ciclamatul. Cauza unei mici proporții de cancere vezicale este iatrogenică, la bolnavii ce primesc terapie citostatică pentru alte afecțiuni maligne (9). Prezența calculilor vezicali, a infestației cu *Schistosoma haematobium* în unele părți ale Africii, prin iritația cronică pe care o produc asupra uroteliului, accelerează creșterea tumorală la animale de experiență expuse în prealabil la agenți carcinogeni de inițiere. Dar cele mai multe cazuri de cancer vezical la om sunt înregistrate ca spontane și pot fi interpretate ca având o etiologie necunoscută (7).

Pentru procesul de inițiere al carcinogenezei, este necesară doar o scurtă și singură aplicare a unui carcinogen sau al ultimului său metabolit asupra ADN-ului celulei țintă. Pentru promovare, este necesar un tratament prelungit sau repetat cu agentul promotor pentru a determina celulele devenite celule tumorale latente în urma inițierii, să se dividă și să dea naștere la mici focare tumorale. Dacă agentul de promovare este întrerupt prea repede, hiperplazia care a fost provocată va regresa, indicând că stadiile precoce de promovare sunt reversibile. După un timp mai îndelungat de aplicare, dezvoltarea tumorală devine ireversibilă și continuă chiar în lipsa promovării ulterioare (8, 9).

Incidența carcinomului vezical, ca și a altor carcinoame, este aproximativ proporțională cu doza de substanță carcinogenă la care organismul a fost expus, dar relația strictă doză-efect este modificată de toxicitatea carcinogenului. Cu cât doza de inițiere este mai mare, efectul letal asupra celulelor e mai mare și mai puține celule supraviețuiesc pentru promovarea ulterioară. Dacă doza carcinogenă este fracționată și este administrată pe o perioadă mai lungă de timp, relația doză-efect este păstrată și incidența tumorii este proporțională cu doza totală. Aceste experiențe

demonstrează că există un hazard carcinogenetic mai mare la efectul cumulativ al expunerilor repetate la doze scăzute, decât la o doză masivă (8, 9).

În concluzie, se poate afirma că în momentul în care bolnavul prezintă simptome care permit punerea diagnosticului de cancer vezical, boala este deja într-un stadiu avansat din punct de vedere al evoluției biologice și tehnicile de ablație chirurgicală, chemoterapie și / sau iradiere sunt necesare pentru îmbunătățirea condițiilor imediate. Dar după cum știe fiecare urolog, carcinomul vezical este o boală multifocală și individul cu cel mai mare risc de a dezvolta o tumoare vezicală este acela care a avut deja o tumoare, chiar tratată cu succes (5).

Marele risc de recidivă, sau mai corect de dezvoltare a unor noi tumori primare, reflectă existența mai multor celule inițiate cu mulți ani înainte și răspândite în uroteliu. Celulele afectate, pot fi deja promovate spre focare mici, nedetectabile de tumori latente, răspândite în mucoasă, dar rata lor de dezvoltare ulterioară până la tumori simptomatice, poate fi modificată de o serie de factori.

Dacă pacientul are o predispoziție înăscută pentru cancer sau rezistență împotriva dezvoltării unui cancer, dacă factorii de mediu atât cei de inițiere cât și cei de promovare joacă vreun rol în tipul de cancer pe care-l determină, sau de ce chiar în prezența acestor factori cancerul nu apare deloc, sunt întrebări care pentru nivelul actual de cunoștințe rămân deocamdată fără răspuns (10). În urma acțiunii combinate inițiator-promotor proliferarea celulară poate duce la forme benigne de boală. Capacitatea de invazie apare doar într-un număr mic de cazuri și se pare că rol important în dezvoltarea acestei capacități ar avea factorii endogeni, ce țin de organismul însuși. În contrast, faptul că mulți pacienți, fără expunere cunoscută la agenți carcinogeni au fost găsiți cu forme agresive de boală și fără antecedente de tumori vezicale superficiale, indică posibilitatea unei acțiuni combinate între factori necunoscuți endogeni și factori de inițiere, în geneza formelor mai agresive de boală.

Se știe că numai o mică proporție din numărul bolnavilor cu cancer urotelial va evolua spre forme agresive de boală, spre invazie. Mai mult, majoritatea pacienților cu cancer invaziv se prezintă la medic în acest stadiu avansat, fără antecedente de tumori vezicale superficiale. Se pare deci că cele mai agresive tumori își arată malignitatea chiar de la început, în timp ce cele mai puțin agresive, dezvoltă această capacitate mai rar (6). Această categorie de tumori este cea la care aprecierea corectă a gradului de malignitate este de o deosebită importanță, deoarece de ea depinde stabilirea unei conduite terapeutice adecvate, cât și evoluția ulterioară a bolnavului. Aprecierea gradului de malignitate se face în mod clasic pe baza unor criterii microscopice. Aplicarea acestor criterii microscopice este valabilă numai

pentru carcinoamele uroteliale (sau cu celule tranziționale), de departe cele mai frecvente tumori ale vezicii urinare.

Se obișnuiește să se împartă tumorile vezicale în trei grupuri majore (13). Primul, care cuprinde cele mai numeroase tumori, sunt carcinoamele uroteliale. Cel de-al doilea grup cuprinde tumorile epidermoide, care imită structura epitelului scuamos. Acest tip de carcinom este rar întâlnit în Europa și frecvent întâlnit în Africa unde infestația cu *Schistosoma haematobium* este endemică. Este frecvent însoțit de metaplasie pavimentoasă a uroteliului (19). Al treilea grup cuprinde tumorile glandulare, care imită epitelul de tip intestinal. Adenocarcinomul vezical poate să apară în oricare zonă a vezicii, poate fi însoțit de cistită chistică și are aspectul histologic al oricărui adenocarcinom.

Criteriile microscopice de apreciere a malignității se aplică doar pentru prima categorie, cea a carcinoamelor uroteliale, de departe cele mai frecvente tumori ale vezicii urinare. Ca și la alte categorii de tumori, diagnosticul de malignitate se bazează pe gradul de anaplazie celulară, invazia în stratul subiacent și / sau metastaze la distanță.

Metastazarea este un fenomen tardiv în carcinoamele uroteliale. Invazia stratului muscular este rapid recunoscută. O problemă dificilă de diagnostic rămâne recunoașterea invaziei în lamina propria (corion), cu ruperea membranei bazale. Aceasta datorită faptului că membrana bazală nu este distinctă în microscopia optică ci numai la microscopia electronică. În plus, de cele mai multe ori corionul vezicii urinare nu este prezent în materialul biptic, iar atunci când este prezent, invazia propriu-zisă este greu de diferențiat de invaginarea epitelului în corion ce apare și în condiții de benignitate, exemplu insulele von Brunn. Diagnosticul și gradul de malignitate al carcinomului urotelial depinde deci în ultimă instanță de gradul de anaplazie celulară. Anomaliile celulare luate în considerație ca dovadă de malignitate sunt: creșterea numărului de rânduri celulare (în mod normal uroteliul este format din 3-6 rânduri celulare), alterarea polarității celulare, lipsă de diferențiere de la bază spre suprafață, polimorfism, neregularități de mărime celulară, alterarea cromatinei nucleare, numărul de mitoze anormale, celule gigante (3, 4, 24).

În funcție de modul de creștere, gradul de anaplazie celulară și capacitatea infiltrativă, carcinoamele uroteliale se pot împărți în patru mari categorii:

1. Carcinoame papilare, cuprind tumori ce cresc în lumenul vezicii urinare și cuprind papiloamele și carcinoamele uroteliale de gradul 1-3, în funcție de gradul de anaplazie celulară. Aproximativ 80% din tumorile vezicale descoperite pentru prima dată sunt de tip papilar. Cele delimitate de un uroteliu normal, sunt clasificate ca papiloame. Carcinoamele papilare gr.1, sunt acoperite de un uroteliu cu o grosime crescută, deci hiperplazic,

dar foarte asemănător cu cel normal: este stratificat și prezintă tendință de maturare spre suprafață cu formare chiar de celule superficiale mari, multinucleate, celulele umbeliforme. Papiloamele, leziuni benigne sunt incluse în această categorie deoarece este bine cunoscut faptul că o proporție semnificativă a lor au un comportament malign, în ciuda aspectului histologic benign. Tumorile papilare de grad scăzut nu prezintă atipii nucleare, raportul nucleu-citoplasmatic este păstrat, mitozele sunt excepționale. În ceea ce privește evoluția acestor tumori, se poate afirma că deși ele pot recidiva după tratament, duc rar la carcinom invaziv.

Carcinoamele papilare gr.3, sunt caracterizate prin anomalii marcate ale celulelor uroteliale: variații importante de mărime nucleară, hiperchromazie nucleară, nucleol prominent, mitoze numeroase, deseori atipice.

Carcinoamele papilare gr.2, prezintă caracteristici intermediare între cele două categorii. Atât tumorile de gradul 2 cât și cele de gradul 3, prezintă capacitate variabilă de invazie.

2. Tumorile infiltrative, în care creșterea tumorii se produce în interiorul peretelui vezical. Și aceste tumori prezintă grade de malignitate cuprinse între 1 și 3, în funcție de gradul de anaplazie celulară (23).

3. Tumori papilare și infiltrative - combinație între cele două posibilități enumerate mai sus.

4. Tumori nepapilare și neinfiltrative sau carcinomul in situ. Acest termen este folosit pentru leziunile în care apare o anaplazie a epitelului de suprafață a vezicii urinare, fără formare de structuri papilare și fără semne de infiltrație. Spre deosebire de carcinoamele papilare care pot prezenta diferite grade de anaplazie celulară, carcinomul in situ prezintă totdeauna anaplazie celulară marcată. Diagnosticul acestui tip de leziune este de multe ori dificil, datorită faptului că stratul neoplazic se detașează cu ușurință în timpul preparării histologice, lăsând doar o ulceratie. Dacă mai adăugăm că de multe ori carcinomul in situ nu poate fi identificat cistoscopic ca o leziune malignă (bolnavii prezintă doar o mucoasă roșie sau modificări ce corespund unor leziuni inflamatorii), este de înțeles de ce diagnosticul acestei leziuni se pune pe baza examenului citologic al urinei emise spontan. Aceasta cu atât mai mult cu cât celulele provenite din aceste zone sunt extrem de atipice și ușor de recunoscut (13).

Leziunea a fost descrisă pentru prima dată de *Melicov* în 1952 (6, 13) în piesele de cistectomie, el susținând că reprezintă stadiul inițial al cancerului vezical. În ultimii ani atenția specialiștilor s-a îndreptat din nou asupra acestei leziuni nepapilare. Ea se observă în epiteliul adiacent unei tumori papilare vizibile. Mai recent s-a identificat această leziune și în absența unor tumori vizibile, deci ca leziune de sine stătătoare. Concepția actuală asupra carcinomului in situ s-a cristalizat prin urmărirea citologică a bolnavilor, precum procedee de cartografiere a pieselor de cistectomie. Se

consideră în prezent că această leziune este mult mai frecventă decât s-a crezut până acum, având un prognostic deosebit de nefavorabil. Studii recente demonstrează că aproximativ 80% din carcinoamele in situ progresează spre un carcinom invaziv în decurs de 5 ani de la descoperire, restul de 20% rămânând localizate strict la mucoasa vezicală mai mulți ani, sau chiar dispărând spontan (6, 13, 24).

În ultimii ani s-au pus la punct o serie de metode moderne de investigație, necesare atât urmăririi bolnavilor deja tratați, cât mai ales pentru stabilirea mai corectă de la început a gradului de agresivitate tumorală și deci a prognosticului bolnavului. Merită menționate două dintre acestea: măsurarea cantității de ADN prin metoda flow-cytometry și determinarea profilului antigenic al tumorilor cu ajutorul tehnicilor de imunohistochimie.

S-a dovedit statistic că există o corelație strânsă între cantitatea ADN-ului nuclear și gradul de malignitate al tumorilor vezicale (12). Astfel, în timp ce tumorile de grad scăzut de malignitate sunt diploide sau diploid-tetraploide, tumorile cu grad înalt de malignitate sunt aneuploide. Tehnica flow-cytometry este deosebit de utilă în monitorizarea bolnavilor cu tumori deja tratate, prin măsurarea cantității de ADN din celulele uroteliale din urina emisă spontan. Avantajul constă în posibilitatea detectării prin această metodă a tumorilor vezicale de grad scăzut, care prin examinarea citologică clasică nu se pot diagnostica. Iar urmărirea unui asemenea bolnav prin examinări citologice este esențială, știut fiind că orice manevră endoscopică (iritație), poate promova dezvoltarea unor noi tumori din celulele deja inițiate. Cea de-a doua metodă se referă la determinarea antigenelor asociate tumorii cu ajutorul anticorpilor monoclonali (5, 16). Cu ajutorul acestei metode de mare finețe, se pot detecta modificări imunohistochimice, ce se pot corela cu progresia tumorală, deci cu gradul de agresivitate tumorală. Aceste antigene de suprafață ale vezicii urinare umane au fost clasificate în trei categorii:

a) Antigene panuroteliale - prezente în uroteliul normal;

b) Antigene asociate cu carcinoamele uroteliale de grad scăzut
Recent au fost descrise două antigene asociate cu tumori uroteliale de grad scăzut, M344 și 19A211 cu valoare prognostică în aprecierea acestor tumori, știut fiind că o parte din aceste tumori prezintă totuși capacitate de invazie. În același timp cu ajutorul acestor două antigene se poate aprecia și comportamentul ulterior al carcinomului in situ spre invazie sau spre vindecare spontană.

c) Antigene asociate cu carcinoamele uroteliale cu grad ridicat de malignitate. În această categorie se pot aminti antigenele MAbs, T43, T138 și Ki67 precum și izoantigenele de grup sangvin ABH, corelate cu o evoluție agresivă a tumorilor.

Folosirea combinată a celor două metode este de o deosebită importanță atât în depistarea precoce a tumorilor vezicale, cât mai ales în stabilirea gradului de agresivitate tumorală.

Bibliografie

1. *Avarzo B. et al.*: Cigarette smoking and bladder cancer. *Eur. J. Cancer*, 1990, 26, 4, 714-718;
2. *Bethwaite P.B., Pearce N., Fraser J.*: Cancer risks in painters: Study based on the New Zealand Cancer Registry. *Br. J. Ind. Med.* 1990, 47, 742-746;
3. *Carbin Bengt-E. et al.*: Grading of human urothelial carcinoma based on nuclear atypia and mitotic frequency. I. Histological description. *J. of Urology*, 1991, 145, 968-971;
4. *Carbin Bengt-E. et al.*: Grading of human urothelial Carcinoma based on nuclear atypia and mitotic frequency. II. Prognostic importance. *J. of Urology*, 1991, 145, 972-976;
5. *Cordon-Cardo C. et al.*: Immunopathologic analysis of human urinary bladder cancer. Characterization of two new antigens associated with low-grade superficial bladder tumors. *Am. J. of Pathology*, 1992, 140, 375-385;
6. *Droller M.J.*: Bladder cancer. *Urologic Oncology*, Raven Press, New York, 1986, 293-321;
7. *Hartage P. et al.*: Unexplained excess risk of bladder cancer in men. *J. Natl. Cancer Inst.* 1990, 82, 1636-1640;
8. *Hicks R.M.*: Multistage carcinogenesis in the urinary bladder. *British Med. Bull.* 1980, 36, 39-46;
9. *Hicks R.M.*: The development of bladder cancer. *Scientific foundation of urology*, W.Heinemann medical books LTD, London, 1982, 711-722;
10. *Iazaki H.*: Cancer of the urinary bladder: current concepts and future. *Nippon Hiniokika Gakkai Zasshi.* 1989, 80, 145-150;
11. *Ito N., Fukushima S.*: Promotion of urinary bladder carcinogenesis in experimental animals. *Exp.pathology*, 1989, 36, 1-15;
12. *Koss L.G. et al.*: Predictive value of DNA measurement in bladder washings-Comparison of flow-cytometry, image cytophotometry and cytology in patients with a past history of urotelial tumors. *Cancer.* 1989, 64, 916-924;
13. *Koss L.G.*: Urinary tract cytology. *Compendium on diagnostic cytology. Tutorials of cytology*, Chicago, 1992, 298-302;
14. *Kotake T.*: Clinical problems in patients who were exposed to carcinogens. *Hinyokika Kijo*, 1989, 35, 2063-2067;

15. *Martha L.* et al.: Smoking and bladder cancer. *Cancer*, 1988, *61*, 402-408;
16. *Mellon K.* et al.: Cell cycling in bladder carcinoma determined by monoclonal antibody Ki67. *Br. J. of Urology*, 1990, *63*, 281-285;
17. *Nomura A., Kolonel L.N., Yohizawa C.N.*: Smoking, alcohol, occupation, and hair dye use in cancer of the lower urinary tract. *Am. J. Epidemiol.*, 1989, *130*, 1156-1163;
18. *Reuter V.E.*: Pathology of bladder cancer: assesment of prognostic variables and response to therapy. *Semin Oncol.* 1990, *17*, 524-532;
19. *Sakamoto N., Tsuneyoshi M., Enjoji M.*: Urinary bladder carcinoma with a neoplastic squamous component: a mapping study of 31 cases. *Histopathology*, 1992, *21*, 135-141;
20. *Silverman D.T. et al.*: Occupational risks of bladder cancer in the United States: I. Nonwhite men. *J. Natl. Cancer Inst.* 1989, *81*, 1480-1483;
21. *Silverman D.T. et al.*: Occupational risks of bladder cancer in the United States: II. White men. *J. Natl. Cancer Inst.* 1989, *81*, 1472-1480;
22. *Steineck G.* et al.: Urothelial cancer and some industry-related chemicals: an evaluation of the epidemiologic literature. *Am. J. Ind. Med.* 1990, *1*, 371-391;
23. *Sonya Kaubisch, et al.*: Stage T1 bladder cancer: Grade is the primary determinant for risks of muscle invasion. *The Journal of Urology*, 1991, *146*, 28-31;
24. World Health Organization: Histological typing of urinary bladder tumors. International histological classification of tumors, Geneva, WHO, 1973.

Sosit la redacție: 2 martie 1993

DINAMICA NELINIARĂ ȘI TULBURĂRILE DE RITM ALE INIMII

D. Dobreamu *, S. Cotoi **, M. Sonea**

*Disciplina de fiziologie

**Clinica Medicală nr. 3

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Știința haosului, cunoscută și ca dinamică neliniară, este o tehnică de modelare matematică, folosită pentru reprezentarea unor stări complexe ale sistemelor cu buclă de reacție (feed-back), de la inima umană până la sistemele vremii, de la interacțiile dintre neuroni, până la mișcarea

planetelor. Aplicarea ei în biologie a deschis posibilități nebănuite în studiul comportamentului cordului și mai ales în descrierea tulburărilor de ritm.

I. Definierea noțiunilor de haos și fractal prin prisma dinamicii neliniare

Fractaliile, definite pentru prima dată de Mandelbrot, de la IBM T.J. Research Center, reprezintă forme geometrice care rezultă prin evoluarea repetată a unei funcții matematice simple, pentru a produce o structură complexă, cu nivel de detaliu infinit (14, 20). Altfel spus, un fractal reprezintă o structură care apare similară la diferite scări de mărime; dacă se mărește o porțiune din această structură, ea seamănă cu structura întreagă (fig. nr. 1).



Fig nr 1: Aspectul circulației într-un anumit teritoriu este de tip fractal.
La orice scară de mărime, aspectul realizat este asemănător.

Descrisă de un matematician, tehnica fractaliilor s-a dovedit extrem de utilă în construcția pe calculator a imaginilor obiectelor naturale, cu detalii și texte ciudate. Pornind de la o formă inițială și respectând anumite reguli matematice, se pot genera imagini, incredibil de asemănătoare cu obiectul adevărat. Astfel, un obiect extrem de detaliat, poate fi înglobat într-un volum mic de informație (20).

În științele biologice metodele fractale sunt utile pentru descrierea dinamicii sistemelor neliniare. Astfel, asemănător fractaliilor, sistemele L , descrise la *Lindenmayer* în 1968, reprezintă un model matematic al creșterii plantelor, pe baza unor secvențe repetate de transformări ale unei forme inițiale (20).

Haosul, în terminologia uzuală, desemnează un comportament total neregulat, aleator. În contrast cu aceasta, în limbaj matematic haosul este un sistem determinist, care la un anumit moment dat prezintă o aparență de dezordine și complexitate (11).

Anumite funcții matematice simple, pot prezenta uneori o comportare "bizară", scăpând la un moment dat de sub controlul matematic și părând că un factor aleator a intervenit în sistemul generat de acea lege matematică (fig. nr. 2). În cazul acestora, se poate constata că o mică modificare a unui parametru, poate produce o schimbare importantă în structura sistemului; astfel de puncte de modificări abrupte sunt desemnate cu termenul de *bifurcații* (14, 17). După un număr de bifurcații, comportamentul pare să devină aleator, dezordonat, deși în realitate, el este guvernat de aceeași lege matematică. Structura sistemului la orice nivel de detaliu este practic similară cu cea a sistemului ca întreg, el realizând un aspect fractal.

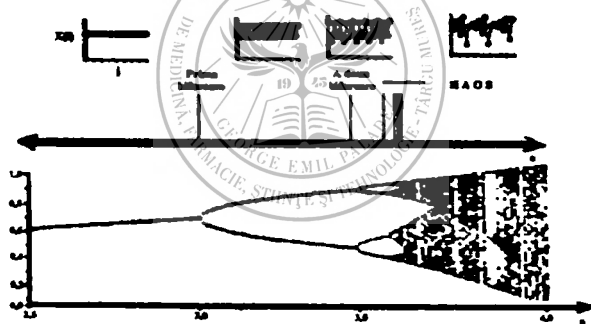


Fig. nr. 2: Diagrama funcției $x_{i+1} = ax_i(1-x_i)$ în funcție de diferite valori ale parametrului "a", pe domeniul de variație a lui x între 0 și 1. Se observă că pentru un mic domeniu al lui "a", cuprins între 3,7 și 4, funcția iese de sub control, această ieșire fiindu-se printr-o succesiune de puncte critice, numite *bifurcații*.

Pentru analiza unei mișcări haotice, sunt utilizate reprezentările grafice sub forma diagramelor de evoluție în timp a unui parametru caracterizând sistemul. Pe baza acestora se poate calcula spectrul Fourier al evoluției în timp, care în cazul sistemelor deterministe relevă prezența componentelor periodice (14).

Mai sugestive sunt însă, reprezentările grafice sub forma diagramelor planare, redând valoarea parametrului X_i în funcție de X_{i-1} , așa-numitele "return maps". În cazul sistemelor deterministe, se poate observa cum, cu o anumită periodicitate, valorile reprezentate în diagramele planare încep să se suprapună (fig. nr. 3). Aspectul este ca și cum o anumită regiune din plan ar atrage curba; astfel de regiuni poartă numele de *atractori* (14, 15). În opoziție, în cazul sistemelor aleatorii, astfel de atractori lipsesc, aspectul diagramei planare fiind total neregulat.

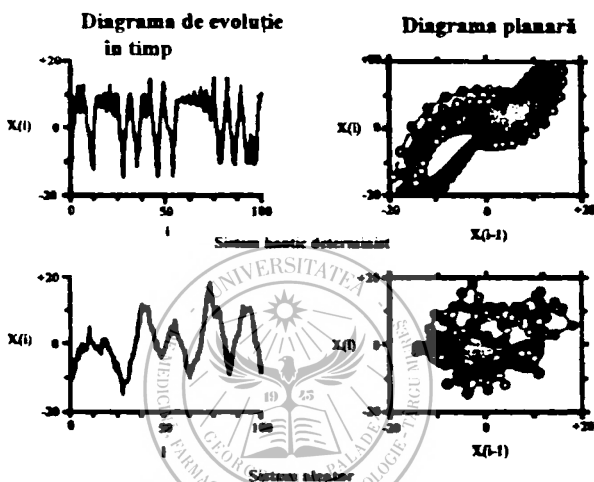


Fig. nr. 3: Diagrama de evoluție în timp și cea planară ("return maps") în cazul unui sistem haotic determinist și a unui aleator. Se observă că, în ciuda aspectului asemănător al diagramelor de evoluție în timp, în cazul diagramei planare, pentru sistemul determinist, valorile se suprapun cu o anumită periodicitate.

II. Fractaliile și dinamica neliniară în electrofiziologia cardiacă

Dinamica neliniară s-a dovedit a fi un model foarte atractiv pentru studierea comportamentului electrofiziologic al inimii, din mai multe puncte de vedere. În primul rând, pentru că, așa cum s-a văzut, în cazul sistemelor neliniare, o ecuație matematică simplă poate genera un comportament complicat: din punct de vedere practic, este mult mai comod a se analiza comportamentul unui sistem pe baza unor formule matematice simple.

De asemenea, dinamica neliniară poate furniza noi metode analitice și grafice, pentru ca, pe baza datelor experimentale să se construiască mecanisme plauzibile ale fenomenelor electrice cardiace. Însăși structura histologică a sistemului de conducere a impulsului în inimă (atât sistemul Hiss-Purkinje, cât și miocardul contractil) sunt exemple tipice de structuri fractale.

Studii referitoare la proprietățile electrofiziologice ale țesutului miocardic au evidențiat experimental tipuri de comportament, explicate pe baza dinamicii neliniare. Modele matematice relativ simple, au reușit să descrie destul de exact acest comportament (2, 13, 16).

Identificarea fără ambiguități a teoriei haosului în tulburările de ritm ale inimii, este însă dificilă, datorită greutății de-a efectua experimentele în care un parametru este schimbat progresiv și astfel să apară fenomenul de bifurcare. Nu totdeauna este ușor a găsi o formulă matematică simplă, care să descrie cu exactitate comportamentul electrofiziologic al inimii, cu atât mai mult cu cât datele experimentale, recoltate prin înregistrări electrofiziologice, se referă mai ales la fenomene locale, în timp ce, la nivelul cordului întreg fenomenele pot avea o complexitate mult mai mare. În plus, foarte probabil, multe dintre procesele electrice cardiace au un comportament aleatoriu și nu determinist (8).

Un exemplu de aplicabilitate a teoriei haosului la studiul tulburările de ritm, îl constituie *fibrilația*, aritmie în care activările sunt foarte frecvente (400-500/min) și complet neregulate ca amplitudine și succesiune în timp. Se pune întrebarea, dacă această neregularitate este haos, în sensul determinist al cuvântului, sau o mișcare total dezordonată, aleatorie.

Studii electrofiziologice efectuate în condițiile unei monitorizări continue, au arătat că debutul fibrilației este totdeauna declanșat de o extrasistolă, urmată de o serie de unde rapide, regulate, cu o frecvență de 300-350/min, și apoi de activitatea rapidă și neregulată (400-450/min), caracteristică fibrilației (1, 11, 12). Un asemenea comportament, susține punctul de vedere conform căruia, fibrilația este rezultatul final al unei secvențe de bifurcații, până la un nivel la care se creează aparența de dezordine.

Astfel s-ar explica apariția fibrilației atriale, la pacienți cu cord aparent indemn, legat de modificarea dimensiunilor fractale ale sistemului de conducere intraatrială a excitației. Aceste dimensiuni sunt determinate de proprietățile electrofiziologice ale miocardului atrial și îndeosebi de viteza de conducere a impulsului și durata fazei refractare (9, 19).

Înregistrarea cu electrozi de sucțiune a potențialului de acțiune monofazic din atriul drept (RAMAP), a permis o corelație între durata RAMAP și frecvența atrială, investigată prin electrocardiogramă intracavitară (3, 5, 10, 11).

Aceasta sugerează că, probabil aceeași lege matematică ar descrie propagarea impulsului în atri, în variate condiții clinice. Numai că în cazul unei durate mari a RAMAP, corespunzând unei faze refractare lungi, se creează aparența de ordine, caracteristică ritmului sinuzal, în timp ce în condițiile unei faze refractare scurte, mișcarea capătă aparența de dezordine, rezultând haosul fibrilației atriale. Tranziția între cele două stări se face prin puncte de bifurcație succesivă, corespunzând unor variante cunoscute clinic

de aritmii, care se pot transforma cu ușurință una în alta: ritm sinuzal—tahicardie atrială cu bloc—flutter atrial—fibrilație atrială (fig. nr. 4). Durata RAMAP a putut fi corelată și cu stabilitatea ritmului sinuzal după defibrilare (6, 7).

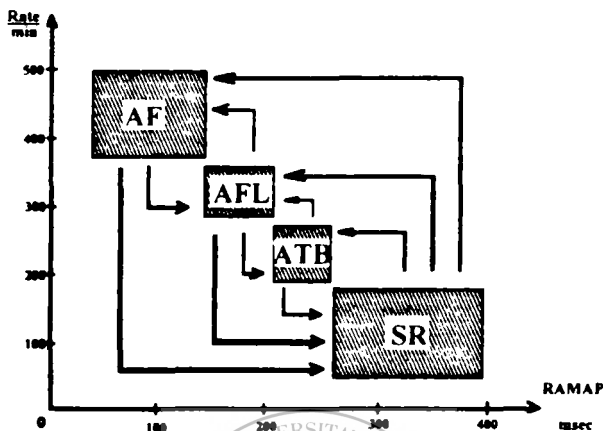


Fig nr. 4: Valoarea frecvenței atriale, în funcție de durata RAMAP, înregistrat cu electrozi de sucțiune. RAMAP = potențialul de acțiune monofazic din atriul drept; AF = fibrilație atrială; AFL = flutter atrial; ATB = tahicardia atrială cu bloc; SR = ritm sinuzal.

Administrarea de droguri care modifică durata RAMAP, va influența structura sistemului, în sensul organizării, sau dimpotrivă, al dezorganizării sale aparente, ducând la trecerea cu ușurință a unei forme de aritmie atrială în alta (fig. nr. 5).

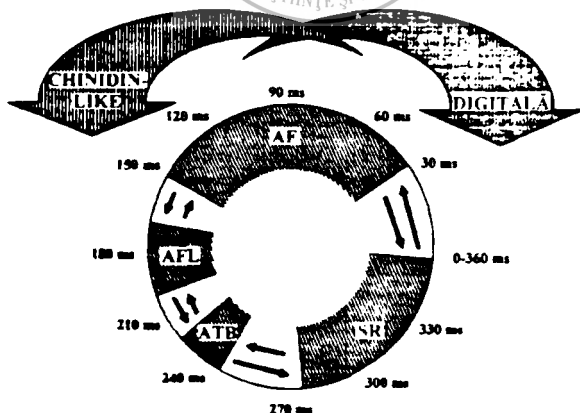


Fig. nr. 5: Tranzițiile între diverse tipuri de aritmii atriale, sub efectul diferitelor droguri, în funcție de durata RAMAP.

Conversia fibrilației atriale la ritmul sinuzal, prin administrarea de droguri chinidin-like, care măresc durata RAMAP, ar fi un model de tranziție pe o "cale lungă", prin mai multe puncte critice de bifurcație, corespunzând electrofiziologic scăderii numărului circuitelor de reintrare și ciclic succesiunii cunoscute, fibrilație atrială—flutter atrial—tahicardie atrială cu bloc—ritm sinuzal (19).

Dimpotrivă, digitala, scurtând durata RAMAP, ar favoriza succesiunea inversă, fiind cunoscut efectul ei aritmogen (18). Administrată însă în condițiile fibrilației atriale, ea crește numărul circuitelor de microreintrare, cu dispoziție, viteze și mărimi total aleatorii, accentuând gradul de dezordine al sistemului și tocmai prin aceasta, trecând printr-un punct critic, ducând la reorganizarea lui, adică la restabilirea ritmului sinuzal (4).

Abordarea mecanismelor ce stau la baza tranzițiilor între fibrilația atrială și ritmul sinuzal, prin prisma teoriei haosului, deschide perspective noi în înțelegerea fenomenelor observate clinic și certificate prin studii electrofiziologice. Această nouă viziune ar putea aduce date noi în evaluarea unor situații patologice, precum și în cunoașterea mai aprofundată a mecanismelor ce par a le governa.

Bibliografie

1. Bennet R., Pentecost B.: The pattern onset and spontaneous cessation of atrial fibrillation in man. *Circulation*, 1970, 41, 981;
2. Chiavolo DR., Gilmour Jr. EF., Jalife J.: Low dimensional chaos in cardiac tissue. *Nature*, 1990, 343-653;
3. Cotoi S.: Duration of the right atrial monophasic action potential and the transitions between atrial arrhythmias and sinus rhythm. *Rev. Roum. Med. Int.* 1980, 18, 83-93;
4. Cotoi S., Carașca E.: Digitalis, a defibrillatory drug. *Rev. Roum. Med. Int.* 1988, 40, 319;
5. Cotoi S., Carașca E., Georgescu C.: Two varieties of the atrial fibrillation studied by monophasic potential recording. *Jap. Heart. J.* 1978, 19, 479;
6. Cotoi S., Gavrilescu S., Pop T.: The prognostic value of right atrium monophasic action potential after conversion of atrial fibrillation. *Europ. J. Clin. Investig.* 1972, 2, 472;
7. Cotoi S., Georgescu C., Kifor I.: Aprecierea stabilității ritmului sinuzal după defibrilație. *Rev. med.* 1978, 24, 138;
8. Denton AT., et al.: Fascinating rhythm: A primer on chaos theory and its application to cardiology. *Am. Heart J.* 1990, 120, 1419;
9. Frame LH., Simonson MB: Oscillations of conduction, action potential duration, and refractoriness. A mechanism for spontaneous termination of reentrant tachycardias. *Circulation*, 1988, 78, 1277;

10. *Gavrilesco S., Cotoi S., Pop T.*: Monophasic action potential of the right human atrium. A simple bedside suction technique, and the first results in atrial arrhythmias. *Cardiology*, 1972, 57, 200;
11. *Gavrilesco S., Cotoi S., Pop T.*: Monophasic action potential of the right atrium in paroxysmal atrial and fibrillation. *Brit. Heart J.* 1973, 35, 585;
12. *Gavrilesco S., et al.*: Fibrilația atrială experimentală la câine. Modul de declanșare și oprire spontană a fibrilației atriale. *Fiziologia normală și patologică*, 1973, 19, 521;
13. *Glass LM.*: Is cardiac chaos normal or abnormal? *J. Cardiovasc. Electrophysiol*, 1990, 1, 481;
14. *Glodberger AL., Rigney DR., West BJ.*: Chaos and Fractals in Human Physiology, *Scientific American*, 1990, 2, 35;
15. *Grassberger P., Procaccia I.*: Characterization of strange attractors. *Phys. Rev. Lett*, 1983, 50, 346;
16. *Guevara MR., Glass LM.*: Phase locking, period-doubling bifurcations, and irregular dynamics in periodically stimulated cardiac cells. *Science*, 1982, 214, 1350;
17. *Kaplan DT., Goldberger AL.*: Chaos in Cardiology. *J. Cardiovasc. Electrophysiol*, 1991, 2, 342;
18. *Repique LJ., Shah SN., Marais GE.*: Atrial fibrillation 1992. Management strategies in flux. *Chest*. 1992, 101, 1095;
19. The task forces of the working group on arrhythmias of the european society of cardiology: The "Sicilian Gambit": a new approach to the classification of antiarrhythmics drugs based on their actions on arrhythmogenic mechanism. *Europ. Heart. J.* 1991, 12, 1112;
20. *Valdes R.*: What is Bio Computing? *Dr. Dobb's Journal*, 1991, 175, 46.

Sosit la redacție: 3 martie 1993

SISTEM INFORMAȚIONAL PERINATAL COMPUTERIZAT PENTRU MUNICIPIUL TÂRGU-MUREȘ

M. Horga

Institutul de Sănătate Publică și Cercetări Medicale Târgu-Mureș

Obstetrica este un domeniu al medicinei în care aportul informaticii a fost recunoscut de mult timp însă progresele au fost și sunt încete, parțial datorită complexității aspectelor medicale implicate și lipsei unor specialiști

în domeniul de graniță al informaticii medicale, parțial datorită rezistenței personalului medical. Cu toate acestea, multiplele avantaje pe care le poate oferi informatica și acestui domeniu, au condus în ultimul deceniu la alocarea unui mare volum de muncă și la realizări complexe, cu repercusiune directă în planul îmbunătățirii standardului de asistență al femeii gravide.

Unul dintre domeniile prioritare de aplicație a informaticii în obstetrică este reprezentat de sistemele perinatale. Obstetricienii au recunoscut dintotdeauna necesitatea unui sistem informațional eficient care să facă legătura între cele trei segmente ale continuumului perinatal (etapele prenatală, intranatală și postnatală), sistemul actual de evidențe medicale manuale nestructurate fiind incomplet și nestandardizat. Pe măsură ce cerințele adresate asistenței perinatale au devenit mai complexe și clinicienii au resimțit nevoia corelării evenimentelor din cele trei etape în scopul evaluării evoluției sarcinii, definirii și cuantificării stărilor de risc și luării prompte a deciziilor profilactice sau terapeutice corecte, utilitatea potențială a sistemelor computerizate a fost din ce în ce mai mult recunoscută. Un alt factor care a contribuit la această recunoaștere a fost conceptul de regionalizare a asistenței perinatale, concept care are ca o componentă majoră introducerea și utilizarea evidențelor obstetricale și neonatale uniforme computerizate.

În prezent, sistemele perinatale regionale computerizate au căpătat o răspândire relativ mare, oferind echipei medicale accesul rapid la baze de date ample conținând date despre sarcină, naștere, lăuzie și nou-născut și permițând analize și prelucrări complexe. Obiectivul lucrării de față a fost de a elabora structura și componentele de bază ale unui astfel de sistem perinatal destinat centrului nostru, în scopul îmbunătățirii asistenței perinatale și delimitării mai bune a sarcinilor cu risc crescut.

I. Obiectivele sistemului

Un sistem perinatal computerizat trebuie să răspundă în principal la două scopuri majore:

1. să contribuie la îmbunătățirea directă a calității asistenței perinatale;
2. să permită analiza imediată sau retrospectivă a diferitelor aspecte a asistenței perinatale.

Obiectivele care trebuie atinse în vederea realizării acestor scopuri sunt:

1. asigurarea comunicării și coordonării eforturilor tuturor celor care contribuie la bunul mers al sarcinii;
2. furnizarea unui mecanism unitar și standardizat de culegere a datelor relevante medicale și socio-demografice;

3. permiterea gestionării moderne a datelor medicale și a unei metode de identificare și prezentare clară a problemelor care pot afecta bunăstarea mamei sau a fătului și pe baza acestora oferirea posibilității delimitării sarcinilor cu risc;

4. consemnarea derulării pașilor diagnostici și păstrarea astfel a logicii aplicate în luarea deciziilor în cazul acestor probleme, furnizarea de rapoarte la cerere;

5. urmărirea tuturor parametrilor importanți ai sarcinii normale sau cu risc (simptome, semne, date paraclinice și de laborator) și consemnarea progresului survenit în rezolvarea problemelor;

6. ghidarea conduitei și acțiunilor și educarea cadrelor medicale care răspund de urmărirea și îngrijirea gravidei;

7. permiterea ușoară și coerentă a culegerii de date pentru cercetări medicale retrospective sau prospective, precum și pentru evaluarea calității asistenței medicale acordate.

II. Structurarea elementelor culese

Având în vedere cele trei etape distincte ale continuumului perinatal și specificul informațiilor medicale implicate în fiecare din aceste perioade, datele care trebuie culese în cadrul sistemului au fost structurate în trei secțiuni:

A. Date referitoare la gravidă în perioada prenatală;

B. Date referitoare la gravidă în perioada intra- și postnatală;

C. Date referitoare la nou-născut.

Pentru fiecare etapă de mai sus au fost realizate evidențe specifice adecvate computerizării și echivalentul lor în planul bazei de date. Elementele de informație culese se adresează unor scopuri multiple, de la necesitățile administrative la cele medicale diagnostice, terapeutice și la identificarea factorilor de risc. Conceptul de bază care a ghidat structurarea acestor evidențe a fost cel al orientării pe problemă.

Evoluția spectaculoasă a tehnicilor informatice și penetrarea lor tot mai puternică în domeniul medicinei a condus la schimbarea radicală a opticii clasice referitoare la evidențele medicale. Având în vedere structura relativ fixă a fișelor obstetricale și neonatale, intervalul limitat de timp al unei sarcini și numărul relativ redus de finalizări posibile, se consideră actualmente că teoria sistemelor orientate pe problemă și reflectarea ei în planul evidențelor obstetricale - fișa orientată pe problemă - poate constitui baza teoretică și respectiv instrumentul fundamental prin care se pot îndeplini obiectivele enumerate mai sus (cap. I). Pe scurt, în limbajul unui sistem orientat pe problemă, obstetricianul utilizează o listă completă de probleme, compilată de el sau de altcineva, derivată dintr-o bază de date specifică oricărui caz, pentru a formula un plan de acțiune concret pentru

fiecare problemă. Problemele care ies din competența sa sunt identificate pentru îndrumarea gravidei spre o asistență de specialitate. Pentru toate problemele sunt consemnate coerent și accesibil măsurile luate și evoluția.

O evidență medicală orientată pe problemă reprezintă o metodă de organizare a informației medicale referitoare la gravidă, bazată pe interacțiunea dintre cele patru faze ale gândirii medicale:

1. Baza de date - definită explicit și utilizată întotdeauna;
2. Lista de probleme - actualizată permanent;
3. Planurile inițiale de acțiune - clare și specifice fiecărei probleme active, etichetate pentru o urmărire clară.

Aceste faze sunt bine cunoscute și în general aplicate de noi, respectiv în orice problemă medicală urmărim mai mult sau mai puțin conștient aceste etape de strângere de informații, identificare a problemelor, stabilirea conduitei terapeutice și urmărire a evoluției sub tratament. Ceea ce nu se face și ceea ce sistemul propus impune este colectarea și organizarea acestui material familiar într-un mod standardizat, complet, ușor accesibil și de încredere.

Prima evidență realizată este fișa de urmărire a gravidei, care cuprinde 203 elemente de informație, grupate în următoarele capitole: date generale gravidă, date generale soț, condiții de muncă și viață, antecedente menstruale, antecedente obstetricale, examen fizic general, examen ginecologic, examene ecografice, examen colposcopic, examene de laborator, consultații prenatale, internări în spital, centralizator factori de risc anamnestici, la luarea în evidență, apăruti în cursul sarcinii.

A doua evidență realizată este foaia de observație clinică obstetricală, care cuprinde 97 elemente de informație, grupate conform structurii clasice a unei foi de observație. Nu au fost incluse în structură elementele examinărilor obiective și de laborator care au stat la baza diagnosticelor înregistrate, deoarece sistemul nu a fost conceput ca un sistem expert de asistare a diagnosticului, ci doar ca un sistem de gestiune a unor baze de date perinatale.

A treia evidență realizată este foaia de observație clinică a nou-născutului, care cuprinde 146 elemente de informație grupate în următoarele capitole: date generale nou-născut, antecedente părinți, probleme în cursul sarcinii și nașterii prezente, starea nou-născutului după naștere, investigații, vaccinare și vitaminizări, starea nou-născutului la externare.

III. Caracteristicile sistemului de achiziție a datelor

Introducerea datelor în calculator este un proces susceptibil de greșeală atât datorită medicului cât și operatorului. Pentru evitarea acestor greșeli, sistemul de achiziție a datelor a fost prevăzut cu următoarele măsuri de siguranță:

- obligativitatea de a introduce date în anumite câmpuri (în acest caz valorile lipsă sau neintroducerea datelor în câmpuri importante sunt împiedicate);

- interdicția de a introduce date în anumite câmpuri (în acest caz acele câmpuri sunt sărite automat la introducere și nu acceptă nici o valoare de la tastatură);

- acceptarea numai a anumitor valori în anumite câmpuri (în acest caz valorile diferite de cele definite ca fiind legale nu sunt admise);

- acceptarea doar a valorilor cuprinse între anumite limite minime și maxime;

- salturi condiționate de anumite valori;

- codificarea automată a anumitor răspunsuri;

- afișarea la cerere a unei liste de coduri cu semnificațiile lor.

În ceea ce privește modalitatea practică de introducere a datelor în rețea, cea mai simplă și probabil ieftină abordare o reprezintă prelucrarea off-line a datelor prenatale, intrapartum și neonatale. Problema care se ridică în acest caz este decalajul în timp și necesitatea programării complexe în fiecare caz de analiză sau cercetare. Un sistem mai sofisticat este cel interactiv on-line care utilizează un calculator dedicat clinicii și teritoriului deservit de aceasta, care ar furniza nenumărate opțiuni, incluzând introduceri și prelucrări on-line, având însă dezavantajul evident al costului mult mai mare.

Din cele de mai sus se observă că există două metode de culegere computerizată a datelor, cea prosectivă și cea retrospectivă. În prima variantă, datele sunt introduse on-line, pe măsură ce sunt culese, în a doua datele sunt introduse off-line, după ce au fost culese.

1. Culegerea retrospectivă a datelor. Aceasta poate fi făcută după externare, după naștere sau după fiecare consultație prenatală.

Sunt raportate în literatura medicală numeroase sisteme de introducere a datelor după externarea gravidei, în toate informația fiind transferată de la foile de observație scrise de mână la computer prin intermediul unor formulare de codificare care pot fi completate de personalul medical sau de secretare. Tipurile de formulare utilizate sunt retrospective și ca urmare suferă de importantul dezavantaj al imposibilității de a obține informații complete sau corecte după externare în cazul unor omisiuni, erori sau date ilizibile în evidențele inițiale. În consecință, în acest caz acuratețea sistemului computerizat este limitată de calitatea evidențelor scrise de mână, de erorile în transferarea informației în coduri și de erori în introducerea datelor în calculator. Datele introduse în acest mod retrospectiv s-au dovedit a avea valoare limitată în asistența clinică a gravidelor.

Culegerea datelor după naștere a fost facilitată prin introducerea microcalculatoarelor care pot fi utilizate de personalul medical de la sala de

naștere și a programelor incorporând rutine de verificare și alertare asupra erorilor. Acest tip de programe au îmbunătățit evident acuritatea datelor introduse și aceasta este abordarea pe care o propunem pentru sistemul descris.

Introducerea datelor după fiecare consultație prenatală extinde principiul retrospectiv la toate evenimentele perioadei, necesitând însă o mare cantitate de muncă și un personal numeros. Sisteme de acest tip sunt utilizate pe scară largă în Statele Unite ale Americii.

2. Culegerea prospectivă a datelor. În acest caz, datele sunt introduse direct în calculator, on-line, fără a fi în prealabil scrise pe hârtie, iar copia fizică, tipărită pe hârtie (hard copy) este produsă ulterior de către calculator.

Această metodă poate fi utilizată pentru a culege mai ales datele anamnestică și are nenumărate avantaje: oferă variante nelimitate, furnizează o anamneză complexă în scop clinic și elimină erorile de codificare. Modificarea simplă a programelor pentru a schimba anumite aspecte ale bazei de date este mult mai ieftină și mai rapidă decât retipărirea documentelor, însă este nevoie de restructurarea întregii rețele și de educarea personalului medical pentru introducerea datelor. Având în vedere mutațiile profunde pe care le implică această variantă în structura și funcționarea rețelei perinatale tradiționale, precum și costul ridicat pe care îl presupune, această abordare este deocamdată nerealizată în condițiile noastre.

IV. Sistemul de gestiune a bazei de date

Sistemul propus pentru gestionarea bazei de date perinatale constă din programe independente nelegate de date concrete, destinate achiziționării, memorării, regăsirii și analizării datelor. Organizarea logică și fizică a datelor sunt separate. Prin utilizarea comenzilor, utilizatorul definește operația logică dorită asupra datelor, sistemul efectuând traducerea comenzilor în proceduri fizice efective, furnizând rezultate.

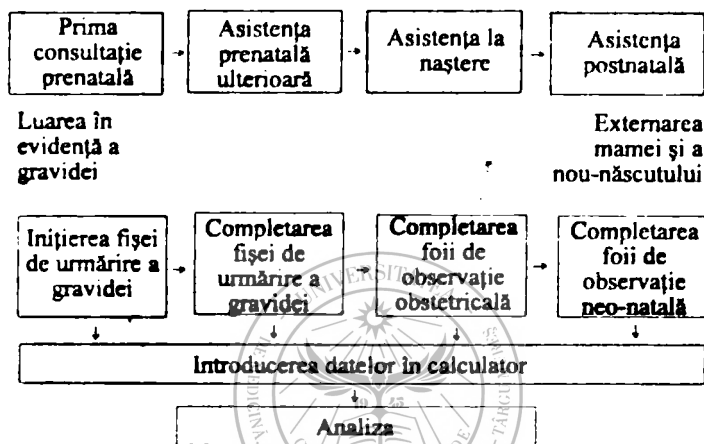
După o inițiere scurtă, utilizatorii pot învăța folosirea comenzilor fără a mai fi nevoie să cunoască modul în care datele sunt realmente înmagazinate și prelucrate sau modul în care sistemul funcționează de fapt. Această abordare oferă un număr de avantaje, cum ar fi:

- utilizarea sistemului este ușoară și poate fi învățată rapid;
- baza de date poate fi restructurată din mers pe măsură ce necesitățile clinice sau de cercetare o cer;
- introducerea datelor se poate face controlat cu ajutorul programelor de validare a formatelor, limitelor, valorilor legale etc., ceea ce reduce rata erorilor;
- confidențialitatea datelor poate fi asigurată la diferite nivele prin alocarea codurilor și parolilor sau prin separarea fișierului conținând numele și datele personale ale pacienților de restul datelor.

V. Structura generală a sistemului

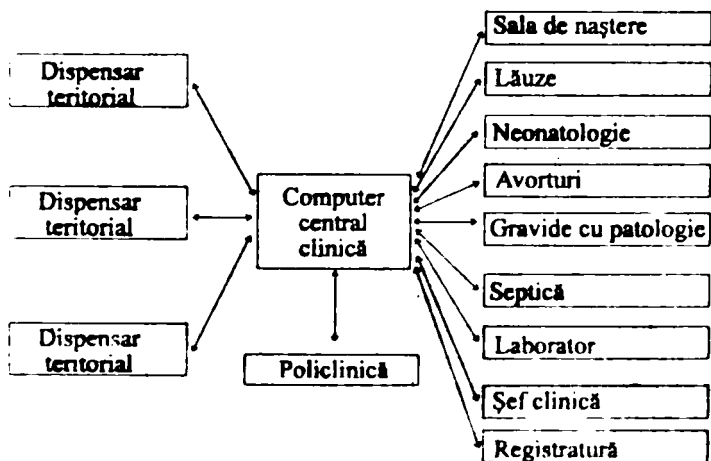
Fluxul de informații în sistemul computerizat se poate suprapune peste schema rețelei de asistență perinatală în modul următor:

Rețeaua de asistență perinatală



Sistemul informațional perinatal computerizat

Localizarea terminalelor în cadrul rețelei ar trebui să fie următoarea:



VI. Analiza datelor

Folosind facilitățile de analiză ale Epi Info se pot efectua asupra datelor introduse numeroase prelucrări, ca de exemplu: listări, frecvențe, medii și deviații standard, tabelări, statistici diverse (diferențe semnificative, corelații și regresii) etc. Selectarea datelor de analizat și a analizei dorite se face, așa cum am mai menționat, într-un mod interactiv prietenos, fără a fi nevoie de cunoștințe de programare.

Rezultatul analizelor poate fi reprezentat și sub o formă grafică (diagrame din coloane, histograme, diagrame structurale în cerc, diagrame în linie, diagrame de dispersie) prin afișare de display sau imprimare.

VII. Hardware și software

Sistemul a fost conceput pe un calculator personal compatibil IBM-AT rulând la 12 MHz, cu o memorie RAM de 1 MB, unitate de disc flexibil de 5,25", unitate de disc dur de 40 MB, placă grafică și monitor color EGA, sub sistemul de operare MS-DOS 3.1.

Dacă pentru volume reduse de date, introduse retrospectiv, acest calculator s-a dovedit a fi suficient, în cazul implementării sistemului în rețea, cu terminale multiple conform structurii generale propuse în capitolul II, capacitatea, viteza și facilitățile lui sunt depășite, fiind nevoie de un calculator mult mai performant și bineînțeles de terminale (stații de lucru) proprii fiecărei locații stabilite.

Software-ul utilizat pentru realizarea aplicației de față a fost Epi Info versiunea 5, un sistem complex elaborat de Centrul de Control al Bolilor din Atlanta, Georgia, SUA în colaborare cu Organizația Mondială a Sănătății în 1990. Acest software conține un procesor de texte, un sistem de gestiune a bazelor de date, un sistem de analiză statistică și un sistem de prezentare grafică a rezultatelor prelucrărilor.

VIII. Discuții și concluzii

Avantajele introducerii în practică a acestui sistem sunt multiple și documentate extensiv de experiența numeroaselor centre medicale care îl utilizează.

În primul rând, utilizarea lui poate conduce la o îmbunătățire netă a calității asistenței prenatale, prin punerea la dispoziția medicului a unui volum mare de date sistematizate logic și ușor accesibile, care permit identificare mai bună și precoce a problemelor care pot afecta sarcina, luarea unor decizii prompte și urmărirea eficienței lor. Totodată, aceasta joacă un puternic rol educativ adresat membrilor rețelei obstetricale.

Acest sistem standardizat permite aplicarea unor metode de identificare precoce și dinamică a sarcinilor cu risc, bazate pe parametri obiectivi și nu pe impresii și aprecieri subiective și prin aceasta conduce la dirijarea mai bună a asistenței specializate specifice și la îmbunătățirea spectaculoasă a evoluției și prognosticului acestei categorii de sarcini. Prin corelarea fișei prenatale cu fișele intra- și postnatale se pot determina greutatea specifice ale factorilor de risc în determinismul diferitelor stări patologice neonatale. Stabilirea acestor greutăți specifice ale factorilor de risc pe o populație dată face posibilă inițierea unor studii prospective deosebit de importante care să urmărească modificarea lor sub influența diferitelor practici profilactice sau terapeutice, validând sau infirmând conduite bazate până acum doar pe "bunul-simț" clinic sau propuse pe baza unor cercetări experimentale.

Unul dintre marile avantaje legate de introducerea sistemului este însă posibilitatea computerizării asistenței prenatale, ca un pas important pe calea construirii unei rețele perinatale regionale moderne. Acest obiectiv este perfect realizabil în condițiile noastre cu o investiție rezonabilă și cost-eficientă și ar conduce la crearea unei baze de date complete, asupra căreia ar putea fi aplicați oricând (așa cum se procedează curent în alte centre) algoritmi de căutare, selectare, calcul statistic, precum și logici de tip expert pentru asistarea activității de asistență medicală, cercetare și învățământ. Ușurarea accesului la date complexe și actualizate dinamic, reduce încărcarea memoriei și timpul medicului, oferindu-i condiții mai bune pentru decizii optime și creație originală.

Programele descrise au fost realizate și testate pe un singur calculator. Având în vedere structura actuală a rețelei perinatale din Târgu-Mureș și modalitățile efective posibile de culegere și introducere a datelor, se propune următoarea strategie de introducere a acestui sistem în practică:

1. Computerizarea clinicii de obstetrică și ginecologie. Primul pas trebuie să fie instalarea unui calculator în clinică, pentru început personalul necesar fiind reprezentat doar de o operatoare introducere date. Prin introducerea retrospectivă a datelor fie după naștere, fie după externare, s-ar crea o bază de date proprie a clinicii și s-ar putea genera automat toată formulistica utilizată curent, de la certificatele de naștere la biletele de ieșire.

Într-o etapă următoare se vor instala terminale în sala de naștere și în secția de lăuze, care, în condițiile instruirii și antrenării personalului medical și ale ajustării programelor de introducere a datelor la cerințele acestuia, va permite introducerea mai rapidă și standardizată a datelor.

În a treia etapă terminalele vor fi instalate la nivelul subsecțiilor care se ocupă de patologia obstetricală (avorturi, gravide cu patologie, septică), volumul de date crescând prin introducerea lor în cursul sau după fiecare internare.

2. Computerizarea dispensarelor teritoriale din punct de vedere al asistenței perinatale. Pornind de la câteva dispensare pilot, se pot instala terminale sau stații de lucru în cabinetele de consultație obstetricală, iar medicii de medicină generală și asistentele de obstetrică se pot instrui în utilizarea calculatorului, specific referitor la fișierele de urmărire a gravidei pe care le vor cunoaște deja prin utilizare manuală. Aceste dispensare vor fi punctele cheie de culegere și introducere a tuturor informațiilor referitoare la gravidele din teritoriul lor, programele ghidând acest proces și ajutând la evitarea omisiunilor, erorilor și duplicărilor. Pe lângă datele memorate vor fi generate copii tipărite ale carnetelor de gravidă, care vor fi purtate asupra gravidelor și vor permite consemnarea unor date medicale și în afara dispensarului, urmând ca aceste date să fie introduse periodic în calculator la acest nivel.

3. Extensia sistemului și legătura cu dispensarele teritoriale. Prin instituirea unui sistem de legătură între dispensare și clinică (inițial prin trimiterea periodică de dischete conținând actualizările survenite în bazele de date și ulterior prin legarea prin intermediul modemurilor a calculatoarelor de la nivelul dispensarului cu calculatorul central situat în clinică) se va realiza transferul continuu de date către baza centrală. Astfel se va putea ști în orice moment care este situația gravidelor din teren, iar în cazul prezentării unor gravide la clinică pentru consultații sau internare, o mare parte a informațiilor vor fi deja culese și accesibile, ajutând la punerea diagnosticului, la estimarea riscului și la instituirea măsurilor terapeutice. Potențialul maxim al calculatorului de a ajuta echipa medicală în asistența femeii gravide va fi realizat cu adevărat atunci când subsistemele create pentru diferite etape și localizări vor fi integrate.

Tranziția de la sistemul clasic la cel computerizat nu este atât de dificilă precum ar părea. Pentru început, trebuie ajuns la un consens privind conținutul, formatul și modul de completare a documentelor și stabilite liniile fundamentale de organizare și funcționare ale rețelei perinatale bazate pe noile tipuri de evidențe. Toți participanții la asistența prenatală trebuie luați în considerare în acest consens, redactându-se în final un document de principiu care să includă o descriere detaliată a documentelor în forma finală, date privind protocolul exact de completare a lor, modalitățile exacte în care ele pot fi modificate în viitor, responsabilitățile pentru completarea fiecărei porțiuni a lor, detalii privind păstrarea și circulația lor, legăturile între nivelele rețelei perinatale, precum și alte principii de bază necesare funcționării noului tip de rețea. Acest document de principiu devine astfel un standard care permite aprecierea comportării și contribuției tuturor celor implicați în realizarea unei asistențe prenatale moderne.

După realizarea consensului și a documentului de principiu, devine esențială organizarea unor sesiuni de instruire a personalului medical implicat în utilizarea sistemului. Acest lucru se poate dovedi dificil datorită

rezistenței la schimbare a cadrelor implicate și necesită organizarea și autoritatea conducerii rețelei obstetricale. În scopul testării corectitudinii și eficienței utilizării sistemului, depistării și corectării deficiențelor, se începe prin aplicarea lui într-o zonă pilot cu populație omogenă.

Bibliografie

1. *Abdella T.N.* et al.: Development of the perinatal data project. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 1982, 109, 60-62;
2. *Agronow S.J.* et al.: Maintenance of a genetic data set on multiple data base and statistical analysis systems. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 1982, 109, 34-35;
3. *Anderson G.* et al.: Practical Application of Computer-Assisted Decision-Making in an Antenatal Clinic - A Feasibility Study. Meth. Inform. Med. 1976, 15, 224-229;
4. *Barron S.L., Macfarlane A.J.*: Collection and use of routine maternity data. Bailliere's Clin. Obstet. Gynaecol. 1990, 4, 681-697;
5. *Brownbridge G., Lilford R.J., Tindale-Biscoe S.*: Use of a Computer to Take Booking Histories in a Hospital Antenatal Clinic. Med. Care. 1988, 26, 474-487;
6. *Catanzarite V.A., Jelovsek F.R.*: Computer application in obstetrics. Am. J. Obstet. Gynecol. 1987, 156, 1049-1053;
7. *Chik L.* et al.: Perinatal Database Management System. Meth. Inform. Med. 1981, 20, 133-141;
8. *Davidson E.C.Jr., Gore J., Umbdenstock L.*: Different regional users. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 1982, 109, 22-25;
9. *Davis H.C.* et al.: Computer report generating system for perinatal data in a tertiary hospital. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 1982, 109, 45-48;
10. *Dean A.G.* et al.: Epi Info, Version 5: a word processing, data base, and statistics program for epidemiology on microcomputers. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, USA, 1990;
11. *Diaz J.* et al.: Preliminary experiment with computerized anamnesis in gynecology and reproductive health. Int. J. Gynaecol. Obstet. 1986, 24, 285-290;
12. *Fawdry R.*: The development and evaluation of a computerised antenatal questionnaire. Int. J. Gynecol. Obstet. 1989, 28, 229-235;
13. *Finer N.N., Fraser A.J.*: Neonatal Data Base and Automated Discharge Summary Using a Personal Computer and Proprietary Software. Pediatrics, 1985, 76, 269-273;
14. *Gibbons P.S.* et al.: The OBFIL perinatal database. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 1982, 109, 63;

15. *Glass R., Humphrey M.*: Summary of Labour and Obstetric Audit by Microcomputer. *Aust. NZ. J. Obstet. Gynaecol.* 1987, 27, 46-49;
16. *Gonzalez F.A., Fox H.E.*: The development and implementation of a computerized on-line obstetric record. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1989, 96, 1323-1327;
17. *Grover J.W. et al.*: A centralized, computer-based perinatal data retrieval system for thirteen metropolitan hospitals. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, 109, 37-39;
18. *Guthrie K.A., Kelly M., Lilford R.J.*: Information systems and audit in antenatal care. *Bailliere's Clin. Obstet. Gynaecol.* 1990, 4, 207-229;
19. *Hammond W.E. et al.*: A perinatal database management system for ambulatory care. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, 109, 40-41;
20. *Herbert W.N.P. et al.*: Development of a multicenter computerized obstetrical record abstract. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, 109, 35-36;
21. *Jelovsek F.R. et al.*: Information Management Needs of the Obstetrician-Gynecologist - A Survey. *Obstet. Gynecol.* 1989, 73, 395-399;
22. *Jennett R.J., Warford H.S.*: A computerized perinatal data system. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, 109, 11-16;
23. *Lilford R.J. et al.*: The Development of On-Line Taking Systems in Antenatal Care. *Meth. Inform. Med.* 1983, 22, 189-197;
24. *Lilford R.J., Chard T.*: Computers in Obstetrics: A Review. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1983, 38, 125-137;
25. *Lumb M., Fawdry R.*: Linking and integrating computers for maternity care. *Bailliere's Clin. Obstet. Gynaecol.* 1990, 4, 743-769;
26. *Maresh M.*: Data collection for an obstetric department. *Bailliere's Clin. Obstet. Gynaecol.* 1990, 4, 699-709;
27. *Maresh M. et al.*: Selection of an obstetric data base for a microcomputer and its use for on-line production of birth notification forms, discharge summaries and perinatal audit. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1983, 90, 227-231;
28. *Maresh M., Dawson A.M., Beard R.W.*: Assessment of an on-line computerized perinatal data collection and information system. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1986, 93, 1239-1245;
29. *Merkatz I.R., Stephan P., Dickinson W.*: The Cleveland regional perinatal network's computerized information system. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, 109, 17-21;
30. *Michel Y., Miller M.C., Levkoff A.H.*: The South Carolina statewide perinatal information system. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, 109, 26-28;
31. *Neches N.M., Sherline D.M., Strassner H.T.*: Costar - computer stored ambulatory record *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, 109, 61;

32. *Quaak M.J., Westerman R.F., VanBemmel J.H.*: Comparison between written and computerised patient histories. *Br. Med. J.* 1987, *295*, 184-190;
33. *Smith L.P. et al.*: A research - oriented system for MCGILL obstetrical neonatal data (MOND). *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, *109*, 49-50;
34. *Smith R.P., Holzman G.B.*: The application of a computer data base system to the generation of hospital discharge summaries. *Obstet. Gynecol.* 1989, *73*, 803-807;
35. *Sokol R.J., Chik L.*: A perinatal database system for research and clinical care. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, *109*, 57-59;
36. *Stead W.W. et al.*: A computerized obstetric medical record. *Obstet. and Gynecol.* 1977, *49*, 502-509;
37. *Umbdenstock L.*: Auditing records in automated data systems. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, *109*, 64;
38. *Winegar A. et al.*: A system to monitor patient care in a perinatal region. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1983, *145*, 39-43;
39. *Wirtschaftler D.D. et al.*: Obstetrical automated medical record system. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, *109*, 29;
40. *Wirtschaftler D.D., Blackwell W., Sumner J.*: Alabama perinatal registry information utility for health services evaluation. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, *109*, 30-31;
41. *Work B.A. Jr, Kriewel T.J.*: Maternal-perinatal data system. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1982, *109*, 32-33.

Sosit la redacție: 28 octombrie 1992

STUDII CLINICE

HEPATOPATIA GIARDIAZICĂ LA COPIL

C. Rusnac, Lucia-Sanda Fetea, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean,
L. Neagoș

Clinica de Pediatrie nr.3
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Suferința hepatică din cursul giardiazii este relativ frecvent menționată în literatura de specialitate și străină, atât la adulți cât și la copii (1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 19, 20). Sub termenul de hepatopatie giardiazică se descrie un context morbid definit de elemente clinice (hepatomegalie plus semne digestive), biologice (alterarea unor parametri funcționali hepatici) și histologice (diverse grade de distrofie hepatocelulară, aspecte de hepatită reacțională și excepțional de hepatită cronică (3).

Luând în considerare frecvența în creștere a giardiazii subliniată de unii autori (6, 10, 21), pe de o parte, iar pe de altă parte relația dintre această parazitoză și ficat, menționată și de alți autori pe lângă cei mai sus menționați (12, 15, 17), dar și de o serie de observații personale privind existența unei hepatomegalii și a unor teste funcționale hepatice alterate la copiii cu giardiază, am dorit să reactualizăm o problemă care, de fapt, a stat tot timpul în atenția clinicienilor și a cercetătorilor.

Material și metodă

Dintr-un număr de 93 copii cu giardiază (diagnostic stabilit pe baza prezenței chisturilor în materiile fecale sau a formelor vegetative ale parazitului în sedimentele de bilă, obținută prin tubaj duodenal) a fost selecționat un lot de 67 bolnavi fără antecedente de hepatită epidemică, fără antigenemie HBs și fără context clinico-biologic de hepatită virală. Vârsta acestor bolnavi (38 fete și 29 băieți) a fost cuprinsă între 9 luni și 16 ani. Pe lângă un examen clinic atent, acestor bolnavi li s-au efectuat următoarele investigații paraclinice: bilirubinemie, teste de disproteinemie, transaminaze, proteinogramă, imunoelectroforeză, timp de protrombină, colesterol seric și fosfataze alcaline*.

* Investigațiile au fost efectuate cu metodele obișnuite în laboratorul Clinicilor de Pediatrie nr.2 și 3 și laboratorul disciplinei de fiziopatologie al U.M.F. Târgu-Mureș.

Rezultate și discuții

Redăm sub formă de tabel simptomatologia clinică și de laborator prezentată de copiii noștri.

Tabelul nr. 1
Semnele clinice

Semnele/simptomele	Nr. cazuri	%
Greturi și/sau vărsături	27	40,3
Meteorism abdominal	19	28,3
Senzația de "gură amară"	21	31,4
Astenie, somnolență postprandială	10	14,9
Dureri în hipocondrul drept	33	49,3
Hepatomegalie, din care:	55	82,1
- până la 1 cm	23	34,3
- până la 2 cm	20	29,8
- peste 2 cm	12	17,9

Așa cum se poate constata, nici unul dintre copii nu a prezentat icter sau subicter, iar în ce privește hepatomegalia, ea a fost însoțită de sensibilitate la presiune și, uneori, de consistență ușor crescută, doar în cazurile cu ficat depășind rebordul costal cu 2 cm sau mai mult. La 9 copii a fost prezentă și o splenomegalie (în 4 cazuri asociată hepatomegaliei), dar fără legătură cu suferința hepatică și, respectiv, cu giardiaza.

Tabelul nr. 2

Rezultatele investigațiilor paraclinice

Sindroamele hepatice	Valori normale		Valori patologice	
	Nr.caz	%	Nr.caz.	%
Sindromul inflamator:				
Probe de disproteinemie	21	31,4	46	68,6
Imunoglobuline serice	32	47,7	35	52,3
Sindromul hepatocitolitic				
Transaminaze (TGP și TGO)	57	85,1	10	14,9
Sindromul hepatopriv:				
Albumine serice	16	23,9	51	76,1
Timpul Quick	29	43,3	38	56,7
Sindromul colestatic:				
Bilirubina serică	67	100,0	—	—
Colesterolemia	60	89,5	7	10,5
Fosfatazele alcaline	67	100,0	—	—

Așa cum se poate observa, suferința hepatică la copiii noștri cu giardiază s-a exprimat biologic, în primul rând prin teste patologice ale sindromului hepatopriv (scăderea albuminelor serice la peste 75% și prelungirea timpului de protrombină la peste 50% dintre bolnavi). Pe locul doi ca frecvență s-a situat sindromul inflamator, reprezentat prin teste patologice de disproteinemie la peste 65% dintre bolnavi și imunoglobuline crescute la peste 50%. Urmează sindromul hepato-citolic, la mare distanță de primele două sindroame, transaminazele fiind crescute doar la 15% dintre bolnavi. Ultimul este sindromul colestatic, scăderea colesterolului seric întâlnindu-se numai la 10% dintre copiii cu giardiază. Menționăm însă că valorile patologice constatate de noi, fie ele scăzute sau crescute, au fost slab sau cel mult moderat pozitive sau negative, probe intens alterate fiind găsite la unii copii care semnalau și alte îmbolnăviri cu *Giardia lamblia* în antecedente. În plus, în acord și cu datele din literatura medicală (16, 18), și noi am întâlnit sugari cu giardiază având probe de disproteinemie și transaminaze normale. În sfârșit, la controlul efectuat la 3 și 6 luni după tratamentul giardiazii, tratament la care am asociat și o terapie hepatoprotectoare (Mecopar, Silimarină și/sau Liv.52), am constatat normalizarea testelor funcționale hepatice anterior alterate.

Comentarii

Făcând abstracție de observațiile privind participarea hepatică în giardiază adultului (1, 2, 4, 8, 9, 10, 11), trebuie să amintim că observații nu mai puțin semnificative s-au făcut în rândul copiilor parazițați cu *Giardia lamblia*. Astfel, menționăm pe *Săbăduș-Barnea* și colab. (cit. de 10) care au întâlnit hepatomegalii la 62% din 102 copii cu giardiază, iar probe de disproteinemie pozitive la 31%. Hepatomegalie de stază consemnează și *Fazakas* (6) la 50% dintre copiii cu giardiază, iar *Otilia Lucian* și colab. (14) la 25% până la 56% (în funcție de vârstă), pe lângă probe de disproteinemie și transaminaze crescute la 30% și respectiv 5% (colesterol seric scăzut la 5%). Rezultate asemănătoare comunică și *Valeria Constantinescu* și colab. (3), care întâlnesc de asemenea hepatomegalii de diferite dimensiuni la copiii cu giardiază, reacție timol moderat crescută, TGP atingând valori de 2-3 ori peste cele normale și hiposerinemie cu creșterea fracțiunilor alfa 2 și, în special, a gamaglobulinelor. În funcție de aspectul histopatologic al ficatului obținut prin biopuncție hepatică, acești autori identifică două forme de hepatopatie giardiazică care ar putea reprezenta și stadiile secvențiale ale bolii: forma distrofică și hepatita reacțională giardiazică. Prima formă, în corelație strânsă cu malabsorbția intestinală - așa cum subliniază și *Hoskins* (cit. de 15) și *Maria Stănescu* (21) - are tabloul clinic dominat de: anorexie, accelerarea tranzitului sau scaune moi, semilichide, stagnare sau pierdere în

greutate, ficat mărit cu consistență normală, iar din punct de vedere biologic hiposerinemie și creșterea tuturor fracțiunilor globulinice, TGP nemodificat, reacția timol moderat crescută. Histologic, se întâlnesc leziuni de distrofie hidroprotidică și, în mai mică măsură, distrofie grasă; spațiile porte sunt normale. În forma de hepatită reaccională, în care masivitatea și durata infestației pare să joace un rol important, simptomatologia digestivă generală este mai atenuată, în timp ce durerile în hipocondrul drept, astenia și anorexia sunt mai pronunțate. Ficatul, uneori cu consistență crescută, depășește falsele coaste cu 2-4 cm și este sensibil la palpare. În sânge sunt crescute transaminazele (de 2-3 ori peste valorile normale), există hiposerinemie cu creșterea fracțiunilor alfa și, în special, gama, iar reacția timol și VSH sunt crescute. Histologic, la distrofia hepatocitului se adaugă o infiltrație moderată cu celule mononucleare a spațiilor porte și la periferia lobului hepatic și discretă reacție kupfferiană (3). Observații asemănătoare au făcut la noi *Rusnac* și colab., observații pe care le-au comunicat în anul 1977 la Conștiuirea pe țară de parazitologic, ținută la Târgu-Mureș.

Concluzii

1. La cei 67 bolnavi cu giardiază (copii între 9 luni și 16 ani), semnele clinice de suferință hepatică s-au întâlnit în proporții diferite, variind între 28,3% (meteorism abdominal postprandial) și 82,1% (hepatomegalie de diferite grade).

2. Din punct de vedere biologic, pe primul plan al suferinței hepatice s-a situat sindromul hepatopriv, urmat imediat de cel inflamator și la distanță mare s-au exprimat sindroamele hepatocitolitic și colestatic.

3. Rezultă că hepatopatia giardiazică este o realitate clinică și biologică de care trebuie să ținem seamă la patul bolnavului, cu atât mai mult cu cât giardiaza este în creștere ca frecvență, mai ales la copii. În aceste condiții rolul acestei parazitoze în producerea suferinței hepatice trebuie reevaluat și precizat prin noi investigații biologice, dar mai ales, histopatologice.

Bibliografie

1. *Andor T., Bottger E.*: Unele aspecte ale lambliazei în asistența ambulatorie. *Viața med.* 1965, 20, 1397-1400;

2. *Chautriot P.*: Un cas de hepatite aigle primitive a *Lambliia*, avec menace d'abcès. *Arch. Mal. Appar. dig.* 1931, 21, 236-237;

3. *Constantinescu Valeria, Scumpu Gh., Gavaza Gh.*: Hepatopatia lambliazică. În volumul conștiuirii cu tema: "Aspecte teoretice și practice ale hepatopatiilor cronice la copil". Onești, 25 IX 1976, 145-146;

4. *Dobryjanska Alina, Sadlak Maria*: Zachowanie su Transaminaza GOT a GTP w surowich krwi dzieci zaragnonych *Lamblia intestinalis*. Wlad. Parazytol 1964, 5-4, 458-460;
5. *Dubarry Y.J. et al.*: Les formes clinique de la lambliaze. Clinique, 1962, 574, 411-417;
6. *Fazakas B.*: Probleme actuale ale giardiozei. Rev. med. 1989, 35, 90-96;
7. *Finelli L., Rotoli B.*: Sulla localizzazione epatico-colecistica della *Lamblia*. Acta med. ital. 1963, 18, 227-260;
8. *Gaehlinger H.*: La lambliaze dans les maladies du foie et des voies biliaires. Arch. Mal. Appar. diges. 1938, 28, 352-254;
9. *Gherman I.*: Hepatita parazitară. În: "Parazitologie digestive în patologie" de Nitzulescu V. Gherman I., Editura Medicală. București, 1968, 468-497;
10. *Gherman I.*: Giardioza. În: "Parazitologie clinică" de Nitzulescu V., Gherman I., Editura Medicală București, 1986, 139-197;
11. *Goia I., Halitza M.*: Considerations sur trois cas de lambliaze intestinale évoluant avec des lésions hépato-biliaires; cyrose hépatique et cholecystite. Ann. Mal. Appar. dig. 1931, 41, 271-276;
12. *Hurmuzache E. et al.*: Contribuții la studiul lambliazei la copil. Rev. med. chir., 1964, 4, 851-856;
13. *Iancu A., Dăhnoviu V.*: Parazitologie intestinală la copii. Diagnostic clinic și de laborator. Pediatria, 1964, 13, 115-120,
14. *Lucian Otilia et al.*: Aspecte clinice și de laborator în lambliaza copiilor. Pediatria, 1966, 15, 421-428;
15. *Lucian Otilia*: Lambliaza. Editura Academică R.S.R. București 1971, 47-84;
16. *Nitzulescu V., Gherman I.*: Considerații asupra infestației parazitare la copii sub 1 an. Rev. med. chir. Iași, 1965, 2, 417-421;
17. *Părvu C. et al.*: Infestația cu lamblia giardia, factor de cronicizare a unor hepatite acute virale la copil. În volumul consfătuirii cu tema. "Aspecte teoretice și practice ale hepatopatiilor cronice la copil", Onești. 25 IX 1976, 81-82;
18. *Roman E., Matta K.*: Sur quelques cas de Lambliaze chez le tout jeune enfant. Pédiatrie, 1965, 20, 453-455;
19. *Rusescu A. et al.*: Aspecte clinice ale lambliazei. Pediatria, 1962, 11, 385-394;
20. *Savrik M.E., Stoliarova N.*: Hepato-colangitele lambliazice la copii și urmările lor îndepărtate. Anal. rom.-sov., Pediatrie, 1951-1952. 89-90;
21. *Stănescu Maria*: Giardioza În: "Boli diareice cronice la copil" de Iacob Constanța, Georgeta Palicari, Maria Stănescu, Editura Medicală. București, 1987, 323-331.

GIARDIASIS HEPATOPATHY IN CHILDREN

C. Rurnac, Lucia-Sanda Fetea, Maria Florișteanu, Marcela Sigmurean, L. Neagoș

The authors have investigated 67 children with giardiasis as to their liver sufferings, and besides a careful clinical examination they also carried out a series of laboratory tests. Hepatomegaly was found in 82% of children, associated with other subjective and objective clinical signs, thus liver damage being proved. Biologically, hypoalbuminaemia was present in 72% of the patients, prolonged time of prothrombin in 52%, alteration of dysproteinemia tests in 68%, increased transaminases and decreased cholesterol in 15% and 10%, respectively. It should be recalled that the above test values were especially slightly or moderately positive, the strongly positive reactions occurring in children with other infection with *Giardia lamblia* in their history.

Sosit la redactie: 17 mai 1993

SÚLYOS SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI VÉRZÉSEK SEBÉSZI KEZELÉSE ÉRLEKÖTÉSEKKEL

I. Az arteria hypogastrica bilaterális ligatúrája, "sui generis" műtét

Bazsa S.

Szent Pantaleon Kórház, Dunaujváros, Magyarország

Az erek lektésével ürítható szülészeti és nőgyógyászati vérzések kezelésével kevés hazai szerző rendelkezik saját tapasztalatokkal. Szó szerint idézve Papp Z (1989) szavait: "a nőgyógyásznak felkészültnek kell lennie, hogy indokolt esetben az arteria hypogastrica ligatúráját el tudja végezni". Mivel hazánkban az utóbbi 10 évben az elvérzésből származó anyai halálozások közel 50%-át teszik ki az összes halálokoknak, az életveszélyes szülési vérzések csillapítására alkalmazott érligatúrák népszerűsítése aktuális kérdésnek látszik.

Az utolsó 10 év alatt szerzett tapasztalat alapján az az álláspont alakult ki, hogy az arteria hypogastrica bilaterális ligatúrája (AHBL) 42-65%-ban hatásos vérzéscsillapítási módszer és — ha vele nem érünk el eredményt — a HH még mindig elvégezhető (4, 5, 7).

Nem utolsó szempont, hogy AHBL-val elállított post-partum vérzések után több szerző fogant és kiviselt terhességről számolt be (9, 10, 26, 29, 30). Alig elképzelhető ennél meggyőzőbb biológiai próba, hogy az AHBL-ja a fogamzási és nemzetségi képességet nem befolyásolja károsan.

A két AH lektetésének nincsenek káros következményei és a medence körüli lagyreszek kivételesen ritkán észlelt trofikus zavarai is inkább a collaterális keringés elégtelenségének rovására írhatók.

Az AHBL-jának javallata

Jelenlegi ismereteink szerint mindkét AH lekötésének javallatai két nagy csoportba oszthatók:

1. Ha rosszindulatú daganatok miatt végzett radikális méheltávolítás (Wertheim-Meigs-műtét), vagy supravaginalis amputáció (Chrobak-műtét) kapcsán fellépő és más módszerekkel (pl. az arteria uterina lekötésével) nem uralható vérzések lépnek fel. Bizonyos esetekben helyes a műtét kezdetén mindkét AH-át lekötni a vérzés hatásos megelőzése érdekében. Ilyen ok: a sugárkezelés utáni méheltávolítás és az exenteratio pelvis totalis (17).

2. Szülés alatti vagy utáni sajátos helyzetek, melyek közül első helyen áll: az uterus-atonia, a cervix-ruptura, a művi abortus, a császármetszések kapcsán fellépő kiadós vérzések illetve a placenta previa accreta és percreta (12). Kevésbé gyakori ok a DIC-el járó nekrotizált myoma, az a. epigastrica inferior sérülése (pl. császármetszések kapcsán), ritkábban az uterus hátsó falán levő varixos vénák rupturája (11), és az atoniára hajlamosító nagy uterusdiverticulumok (30). Az AHBL kevésbé terheli meg a beteget, mint a túlzott óvatosság miatt elnyújtott és sokszor eredménytelen szubsztitúciós kezelés, amely a ligatura alatt és után is elvégezhető.

A radikális megoldás esélyeinek mérlegelésekor a méhet és függelékeit ellátó erek lekötsése, illetve a HH között kell választanunk. Utóbbi eljárást csak végső esetben alkalmazzuk, ha másképpen nem menthetjük meg az anya életét (1, 3, 8, 14, 15, 24, 25, 27, 28).

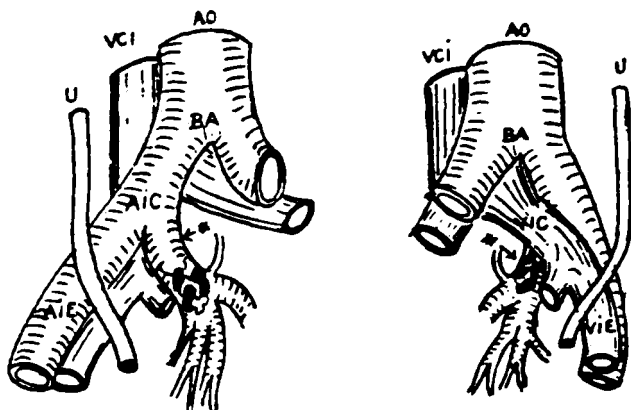
Az AHBL egyes gyakorlati anatómiai kérdései

Az AH (arteria iliaca interna) a közös csípőverőér (arteria iliaca communis) hegyesszögű elágazásából származó 4-6 cm hosszú ér, melynek eredési helye a promontoriumtól lateralisán a kereszt, csípőizülettől medialisán található. Az esetek 3-5%-ában, ha a bifurcatio aortae az L₄ csigolya magasságában fekszik, az AH eredése is feljebb tolódik és az ér a musc. psoas elé kerül. Hossza fordítottan aránylik az aa. iliacae comm. hosszához, néha 2 cm-nél is rövidebb (18), s ilyenkor az AH felszabádítása és lekötsése nehézségekkel jár.

Etől függetlenül, az AH mindig ferdén-hátrafelé halad a sacrum mellő felszínén, a musc. psoas majortól medialisán, topográfiai viszonyai eltérnek jobb és bal oldalon.

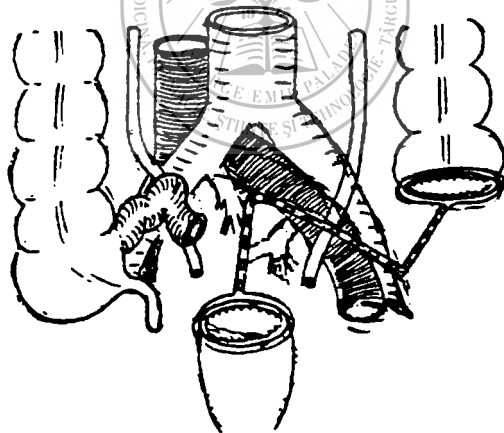
A jobb AH könnyebben elérhető; a v. iliaca comm. előtt felszínesen fekszik, medialisán a v. hypogastricától. Közvetlenül előtte halad az ureter.

A bal AH-at takarja a v. iliaca comm. sin., viszont az ureter lateralisabban keresztezi a csípőereket (1. ábra).



1. ábra: Az AH jobb oldalon (bal vázlat) szabadon fekszik, könnyebben elérhető. Baloldalon (jobb vázlat) fedi a vena iliaca communis. VCI = vena cava inf. AO = aorta; BA = bifurcatio aortae; AIC = a. iliaca comm.; AIE = a. iliaca ext.; VIE = vena iliaca ext.; U = ureter.

Ehhez még hozzájárul az a tény, hogy bal oldalon a mososigmoideum "Z"-alakú tapadási vonalának összekötő szára a csipőereket ferdén hidalja át (2. ábra).



2. ábra: Az AH topográfiai viszonyai jobb és bal oldalon (a mesosigmoideum "Z"-alakú tapadása ferdén keresztezi a bal uretert és az iliacalis ereket).

Mindkét oldalon az erek körüli nyirokcsomók (nodi lymphatici iliaci interni) a még egységes hypogastricus érpár terminalis része körül csoportosulnak, s így nem nehezítik az AH izolálását és lekötését (20). A

nervus obturatorius szimmetrikusan halad az AH-tól oldalt, ugyanúgy a többi ér és ideg.

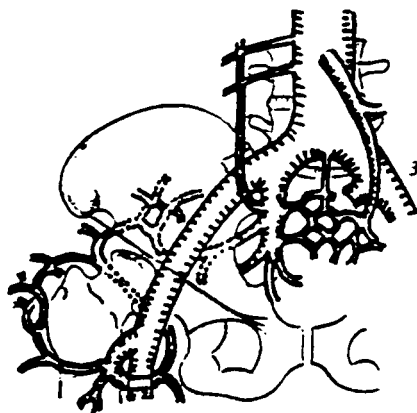
Az AH egységes törzse két (elülső és hátsó) törzsökre válik, amelyek fali és zsigeri ágakra oszlanak. A fali ágak a medence belső felszínét, a gatat és az alsó végtag tövéhez tartozó külső medencei tájakokat táplálják. A zsigeri ágakat illetően érdemes megemlíteni, hogy kevés olyan érterület ismeretes, ahol oly gyakoriak az eredési és lefutási változatok, mint az AH visceralis ágainál (19). Kivételt képez az arteria uterina amely az AH legkonstansabb ága.

Az AH kapcsolatai más érterületekkel elsőrendű és másodrendű anastomosisokra oszthatók.

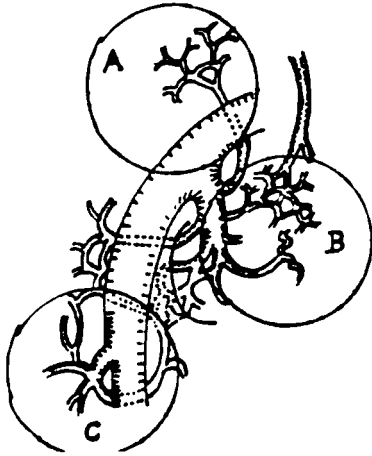
Az elsőrendű anastomosisok felépítésében az AH fali és terminalis ágai vesznek részt: a. iliolumbalis, a. sacralis lateralis, a. glutea superior et inferior, a. obturatoria és a. pudenda interna.

Ezek az erek két fő áramlási irányba terelik a vért: (1). A hasi aorta segmentális ágai (aa. lumbales), illetve az aorta folytatásába eső a. sacralis media felé. A zsigeri ágak közül nagyobb jelentőségű az a. hemorrhoidalis media, amely a végbél dús érhalózata révén az a. mesenterica felé téríti a keringést (2). Az alsó végtag irányába terjedelmes collateralis kört alakít ki az a. glutea inferior. Ebbe a hálózatba kapcsolódik be az a. obturatoria is (3. és 4. ábra).

A másodrendű — de funkcionális szempontból nem elhanyagolható — összeköttetések létrehozásában a kisebb kaliberű arteriákból származó ágak (a. circumflexa ilei profunda et superficialis, az a. obturatoria és iliolumbalis mellékágai, feltehetően az a. epigastrica inferior) jöhetnek számításba, melyek főleg a peripelvicus tájakok felé irányítják a vért.



3. ábra. Áttekintő kép az a. hypogastrica fontosabb anastomosisairól.



4. ábra. Részletes vázlat az a. hypogastrica három fő anastomotikus területéről. A – AH a. iliolumbalis aa. lumbales aorta abdominalis; B = AH a. rectalis sup. et media a. mesenterica mf. aorta abdominalis; C = AH a. profunda femoris a. circumflex fem. lat. et med. révén.

A másodrendű — de funkcionális szempontból nem elhanyagolható — összeköttetések létrehozásában a kisebb kaliberű arteriákból származó ágak (a. circumflexa ilei profunda et superficialis, az a. obturatoria és iliolumbalis mellékágai, feltehetően az a. epigastrica inferior) jöhetnek számításba, melyek főleg a peripelvicus tájékok felé irányítják a vért.

Az AHBL technikája

A transperitonealis ligatura előnye, hogy könnyen megvalósítható, gyors és teljes áttekintést nyújt a kismedencei szervek állapotáról. Lehetővé teszi a vérzés pontos anatómiai lokalizációját (pl. méhruptura vagy perforáció esetén), egyetlen lehetséges megoldás az uterus körüli zónákból származó vérzés elállítására, vagy az uterus saját érkocsányának manuális kompressziójával, vagy a méh körkörös strangulációjával a ligatura elvégzése alatt. Kisebb megterhelést jelent mint a HH (21, 22).

A hasüreg feltárása (alsó medián laparotomiával) és a vékonybelek, illetve a sigma elhárítása után, a hátsófal peritoneumot a linea terminalis magasságában behasítjuk, hogy elérjük a közös csípőverőér oszlását.

Az anatómiai vonatkozásoknál megemlített sajátos helyzet miatt, a bal ureter felkeresése és elhárítása céljából a hátsófal peritoneum metszési vonalát a mesosigmoideum "Z"-alakú tapadása mentén meghosszabbítjuk, s így tompa preparálással a bal ureter és a csípőerek a látótérbe kerülnek (*Proust-Maurer*-technika, 6). A jobb ureter felkeresése sokkal egyszerűbb, mivel körvonala világosan kirajzolódik.

A leköttést az AH eredése alatt legalább 4-5 mm-rel lejjebb kell elvégezni, a két törzsök elágazása felett. Egyes szerzők (17) az a. glutea inferior elágazása alatt kötik le az AH-át.

A ligatura hagyományos technikája (Deschamps-eszközbe fűzött kétnullás selyemfonállal) némileg módosult, ui. a műszer vége a v. hypogastrica sérülését okozhatja (6, 17). Ezért egyszerűbb és kevésbé veszélyes, ha az AH dissectióját hosszú, legömbölyített végű görbe Peannal végezzük, majd két érfogó felhelyezése után kötjük a nem átvágott eret (6). Ez a technika saját gyakorlatunkban is kitűnően bevált.

A műtéti terület peritonizálása előtt célszerű tapintással ellenőrizni az a. femoralis és a. dorsalis pedis pulzálását, ui. előfordulhat, hogy a túl magasan vagy tévesen az a. iliaca comm-ra vagy az a. iliaca ext-ra elhelyezett leköttés az alsó végtag keringését felfüggeszti. A "vakon" történő manipulációk további vérzéshez, idővesztességhez és jóvátételten következményekhez vezetnek (17, 22).

Az *extraperitonealis ligatura* hátránya, hogy nincs lehetőségünk felfedni és közvetlenül ellátni a vérzés forrását, esetleges szervi károsodásokat sem. A műtét célzottan az AH leköttésére irányul, legfeljebb tumoros eredetű vérzések megelőzésére vagy csillapítására alkalmas.

Ezt a technikát *Orthner* alkalmazta először 1923-ban (22), kivitelezése megegyezik az irodalomban "extraperitonealis iliaca lymphadenectomia" néven ismert eljárással (22).

Az AHBL határai és szövődményei

Az AHBL-ja indokolatlan, ha az anya nem óhajt több gyereket szülni, vagy a fragilis-oedemás medencei szövetek (esteleleg korábbi műtétek utáni kiterjedt összenövések) miatt az AH leköttése lehetetlen vagy nagy kockázattal jár (pl. ureterleköttés veszélye), illetve ha a terhesség olyan elváltozásokkal társul, amelyek célszerűtlenné teszi a méh megőrzésére irányuló törekvést (pl. diffúz leiomyomatosis, 13). A túl későre halasztott műtét progresszív shockos állapothoz vezet.

Jól megtervezett műtét esetén a húgyvezetékek leköttése gyakorlatilag lehetetlen, hiszen az ureterek azonosítása és elhárítása kötelező lépés az AH leköttése előtt.

Az AH-tól lateralisán futó ritkán észlelt n. obturatorius sértése érzéskiesést okoz a comb medialis felső bőrterületén. A túl magasan vagy tévesen (más erekre) elhelyezett ligatura esetén még a peritonizálás előtt fel kell szabadítani a leköttött eret és újabb ligaturát helyezünk a biztosan azonosított AH-ra.

Az AHBL-ja után fellépő trofikus zavarok (körülírt fekélyesedés a glutealis tájék bőrén), illetve paraesthesiák a n. ischiadicus vérrellátási zavara miatt, igen ritkán észlelhető késői szövődmények.

Végezetül hangsúlyozni szeretnénk, hogy az AHBL-ja alapos anatómiai ismereteket, jó technikai felkészülést és kellő sebészti tapasztalatot, nem utolsó sorban lélekjelenlétet igénylő műtét, amely egy gyakorlott szülész-nőgyógyász számára könnyen elsajátítható értékes módszer nagyvérzéssel járó veszélyhelyzetek uralására.

Irodalom

1. *Al-Sibai M.H. és mtsai*: Emergency hysterectomy in obstetrics - a review of 117 cases. Aust. N.Z.J. Obstet. Gynaecol. 1987, 27, 180-184;
2. *Andriole G.L., Sugarbaker B.H.*: Perineal and bladdernecrosis following bilateral internal iliac artery ligation. Dis. Colon Rectum, 1985, 28, 183-184;
3. *Ashton P. és mtsai*: Return to theatreexperience at the Mercy Maternity Hospital, Melbourne 1972-1982. Aust. N.Z.J. Obstet. Gynaecol. 1985, 25, 159-169;
4. *Boisselier P. és mtsai*: L'hysterectomie d'hémostase en obstetrique Y-a-t-il encore des indications dans post-partum immédiat ? J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris) 1981, 10, 501-512;
5. *Chattopadhyay S.K., Deb Roy B., Endees Y.B.*: Surgical control of obstetric hemorrhage: hypogastric artery ligation or hysterectomy. Int. J. Gynaecol. Obstet. 1990, 32, 345-351;
6. *Chiricuță A.*: Arteria hypogastrica ligatura. In: Sirbu P.: Chirurgia ginecologică. Editura Academiei Române, București, 1980, 870-873.
7. *Clark S.L. és mtsai*: Hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage. Obstet. Gynecol. 1985, 66, 353-356;
8. *Colombo F. és mtsai*: Emorragia tartiva quale insolita complicanza di placenta increta. Caso clinico. Ann. Obstet. Ginecol. Med. Perinat. 1990, 111. 202-204;
9. *Fernandez H. és mtsai*: Internal iliac artery ligation in post-partum hemorrhage. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1988; 28, 213-220;
10. *Given F.T.*: Pregnancy following bilateral ligation of the internal iliac (hypogastric) arteries. Am.J.Obstet. Gynecol. 1964, 89, 1078-1079;
11. *Gliniski S.*: Krwawienie z pekniatego zylata tylnej sciany macicy w koncowym okresie ciazy. Gynecol.Pol. 1971, 42, 1053-1055;
12. *Grioble R.K., Fitz Simmons J.M.*: Placenta previa percreta with fetal survival. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985, 153, 314-316;
13. *Grignon D.J. és mtsai*: Diffuse uterine leiomyomatosis. a case study with pregnancy complicated by intrapartum hemorrhage. Obstet. gynecol. 1987, 69, 477-480;
14. *Hill D.J., Beischer N.A.*: Hysterectomy in obstetric practice. Aust. N.Z.J. Obstet. Gynecol. 1980, 20, 151-153;

15. *Hsu T.Y. és mtsai*: Emergency Obstetric hysterectomy: report of fifteen cases. *Chang Keng I Hsueh* 1991, 14, 111-116;

16. *Konczwald L., Károvi J., Gáti I.*: A szüléssel kapcsolatos anyai halálesetek vizsgálata. Magyar Nőorvos Társaság XXIV. Nagygyűlése. Budapest, 1991 nov.

17. *Lampé L.*: Szülészeti-nőgyógyászati műtét. *Medicina*. Budapest, 1987, (II.kt., 568-672).

18. *Maros T., Lázár L.*: Anomalies of development in the arterial system encountered in material comprising 150 cadavers. *Acta Morphol. Hung.* 1957, 7, 407-422;

19. *Maros T., Lázár L., Seres-Sturm L.*: Az emberi test leírás és tájanatómiája (Embriológiai adatokkal és gyakorlati vonatkozásokkal). IV.kt. Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem jegyzetkiadója, 1977, 200-204, 259-268.

20. *Maros T., Seres-Sturm L.*: Anatomie practică-aplicativă. II kt., Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem jegyzetkiadója. 1987, 192-201, 212-214;

21. *Negura A.*: Études sur les ligatures hémostatiques obstétricales des artères utérines (LBAU) et des artères hypogastriques (LBHA). *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.* 1988, 83, 271-279.

22. *Negura A.*: Sindroame hemoragice în obstetrică, diagnostic și conduită. Editura Academiei Române. București, 1991, 214-233;

23. *Papp Z. és mtsai*: Cervix carcinomából eredő vérzés életmentő csillapítása az arteria hypogastrica lekötésével. *Orv. Hetil.* 1980, 130, 1715-1717;

24. *Punnonen R. és mtsai*: Subtotal hysterectomy in emergency obstetrics. *Ann. Chir. Gynaecol.* 1984, 73, 293-295;

25. *Rachagan S.P., Sivanesaratnam V.*: Caesarean hysterectomy - a review of 21 cases in the University Hospital Kuala Lumpur. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1984, 16, 321-326;

26. *Shinagawa S., Nomura Y., Kudoh S.*: Full-term deliveries after ligation of bilateral internal iliac arteries and infundibulo-pelvic ligaments. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1981, 60, 439-440;

27. *Sturdee D.W., Rushton D.I.*: Caesarean and post-partum hysterectomy 1968-1983. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1986, 93, 270-274;

28. *Thonet R.G.*: Obstetric hysterectomy - an 11-year experience. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1986, 93, 794-798;

29. *Wolcott H.D.*: Successful pregnancy after previous conservative treatment of an advanced cervical pregnancy. *Obstet. Gynaecol.* 1988, 71, 1023;

30. *Yamashita T. és mtsai*: Case report of pregnancy and delivery after extraperitoneal ligation of the internal iliac artery. *Sanfujinka No Jissai*. 1970, 19, 427-428.

SURGICAL TREATMENT OF SEVERE OBSTETRIC AND GYNECOLOGIC HEMORRHAGIES WITH VASCULAR LIGATIONS. PART I. BILATERAL HYPOGASTRIC ARTERY LIGATION, A "SUI GENERIS" METHOD

Bacsa S.

Bilateral hypogastric artery ligation has proved to be a potentially life-saving measure in most instances to overcome uncontrollable obstetric and gynecologic bleedings. Relevant aspects regarding the relations and anastomosing branches of the internal iliac artery (AI) with arteries derived from various sources are largely discussed and illustrated. Principal indications and specific recommendations for use of the BHAL to control intractable hemorrhages in emergency cases are also featured. This technique allows the conservation of reproductive functions. Presence of an experienced obstetrician is important to perform a technically demanding operation.

A szerkesztőségbe érkezett: 1993. július 7.-én



STUDII EXPERIMENTALE

INTERACȚIUNEA METOCLOPRAMIDEI CU UNELE ANALGEZICE

Gh. Feszt, Romoana Lupșa, Irén Bőjte, Anikó Graef

Disciplina de farmacologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În cadrul medicației antialgice, analgezicele propriu-zise se asociază deseori cu alte medicamente în vederea potențării efectului terapeutic respectiv pentru atenuarea unor efecte secundare nedorite (Wall și Melzack, 1989, Embey-Isztin, 1990, Sandu 1991). Sub acest aspect, metoclopramida este indicată în scopul de a contracara greața și vomă provocate de opioide la o parte importantă a bolnavilor, mai ales la cancerosi, la care citostaticele pot declanșa și ele vărsături (W.H.O. 1986, Telekes 1991).

Metoclopramida, un medicament antiemetic și stimulator al motilității gastrointestinale, are apreciable proprietăți antidopaminergice centrale și periferice. Ea poate acționa sinergic cu neuroleptice de exemplu în producerea unor tulburări motorii extrapiramidale; iar neurolepticele dotate cu o marcantă activitate antidopaminergică, printre alte efecte, potențează acțiunea analgezicelor. Se cunoaște că dintre analgezice opioidele exercită o influență modulatorie asupra neurotransmisiei monoaminergice inclusiv asupra celei dopaminergice (Pert 1987, Celsea și Kuschinsky 1974, Garcia-Sevilla și colab. 1978).

Pornind de la aceste considerente ni s-a părut interesant de a studia experimental interacțiunile metoclopramidei cu unele analgezice, urmărind comparativ influența asupra efectului antinociceptiv al morfinei și al noramidopirinei (Algoalmin). De asemenea am cercetat interacțiunea cu morfină la nivelul motilității gastrointestinale, nivel la care opioidele au o acțiune inhibitoare marcată. Având în vedere interesul practic al problemei, am studiat influența metoclopramidei și asupra toxicității morfinei, determinând în experiment acut DL₅₀.

Material și metode

1. Efectul antinociceptiv al substanțelor studiate s-a cercetat pe 350 șoareci albi, masculi, de 20-35 g greutate corporală, repartizați în loturi de câte 20-40 animale. S-a utilizat testul plăcii încălzite (Woolfe și MacDonald

1944, Knoll 1962, Simionovici și colab. 1983) practicat într-o variantă adoptată la disciplina noastră (Feszt și colab. 1988). S-a determinat prelungirea timpului de reacție la un stimul nociceptiv caloric reprezentat de așezarea animalului pe o suprafață cu temperatura de 53°C (lingerea labei), repetându-se testarea la 30 și 60 de minute după administrarea medicațiilor studiate. La exprimarea procentuală a efectului antinociceptiv am considerat după Kramer și colab. (1989) ca analgezie completă de 100% prelungirea timpului de reacție la 75 de secunde. Evaluarea statistică a rezultatelor s-a efectuat cu testul *t* Student.

Substanțele cercetate au fost injectate subcutanat, toate într-un volum de 0,1 ml/10 gcorp, în următoarele doze: metoclopramidă (Metoclopramid fiole, Terapia) 10 mg/kgcorp, morfină clorhidrică (dizolvată în ser fiziologic) 5-10-20 mg/kgc, noramidopirină (Algocalmin fiole, U.M.B.) 100 mg/kgc, iar ca placebo s-a administrat ser fiziologic 10 ml/kgc (tabelele nr. 1 și nr. 2).

2. Influențarea tranzitului gastrointestinal s-a studiat pe 97 șoareci cu metoda lui Shah, Dikshit și Mansuri (1987): la 20 de minute după un gavaj cu o suspensie de cărbune medicinal 5% stabilizată (0,5 ml/animal), se sacrifică animalele, se ligaturează pilorul și se măsoară lungimea porțiunii intestinale parcursă de conținutul colorat. Rezultatul se exprimă procentual raportând porțiunea tranzitată la distanța între pilor și cec (lungimea totală a intestinului subțire). Animalele ținute la post timp de 24 ore au primit placebo, respectiv tratament medicamentos cu 15 minute înaintea gavajului administrându-li-se subcutanat: metoclopramidă în doză de 10 și 15 mg/kgc, morfină clorhidrică 5 și 10 mg/kgc, precum și metoclopramidă + morfină (tabelul nr. 4). Evaluarea statistică a rezultatelor s-a făcut cu testul *t* Student.

3. DL₅₀ a morfinei în asociere cu placebo precum și cu metoclopramidă 10 mg/kgc, s-a determinat la șoareci, prin administrare s.c. cu metoda aritmetică a lui Behrens-Kärber, consemnându-se mortalitatea la 6 ore după administrare (Gyermek 1957).

Rezultate

1. Rezultatele experiențelor de analgezimetrie sunt trecute în tabelele nr 1-3. Valorile normale ale timpului de reacție variază între 15,0±0,3 și 17,4±0,3 sec, iar efectul placebo duce la oarecare prelungire a timpului de reacție, mimând un efect antinociceptiv de 11,1% la 30 de min. și 16,3% la 60 de min. după administrare. Metoclopramidă în doză de 10 mg/kgc a prelungit cam în aceeași măsură timpul de reacție, neavând efect antinociceptiv în comparație cu placebo.

1.1. *Morfina*, la toate cele 3 doze, a prelungit semnificativ timpul de reacție la 30 de min., în măsură dependentă de doză, realizând efect

Tabelul nr. 1
Influența metoclopramidei asupra efectului antinociceptiv al morfinei

Grupa	Tratament	N	Timp de reacție (sec.)			Diferența (sec.)		Semnificația diferențelor la	
			Inițial	După tratament 30 min.	După tratament 60 min.	după 30 min.	după 60 min.	30 min.(P)	60 min.(P)
1.	Ser fiziologic 10 ml/kgc	30	15,4±0,3	22,3±0,8	25,5±0,8	6,6±0,5	9,7±0,7		
2.	Metoclopramida 10 mg/kgc	30	15,0±0,3	20,3±0,5	25,4±0,8	5,3±0,5	10,3±0,8	NS	NS
3.	Morfina 5 mg/kgc	40	16,9±0,2	24,5±0,3	22,1±0,3	8,1±0,5	5,2±0,3	0,05	NS
4.	Morfina 10 mg/kgc	80	15,7±0,1	32,4±0,6	29,9±0,6	17,7±0,6	13,9±0,6	0,001	0,001
5.	Morfina 20 mg/kgc	20	14,6±0,2	59,8±1,5	54,1±1,5	45,0±1,3	39,5±1,6	0,001	0,001
6.	Metoclopramida 10 mg/kgc +Morfina 5 mg/kgc	30	17,4±0,3	32,2±0,8	34,0±1,1	14,7±0,8	16,5±1,0	0,001	0,001
7.	Metoclopramida 10 mg/kgc +Morfina 10 mg/kgc	50	16,5±0,2	37,8±0,8	39,0±0,8	21,2±0,8	17,7±0,7	0,001	0,001
8.	Metoclopramida 10 mg/kgc +Morfina 20 mg/kgc	30	15,9±0,6	63,3±1,0	54,0±1,3	47,4±0,1	36,3±1,4	NS	NS

Tabelul nr. 2

Influența metoclopramidei asupra efectului antinociceptiv al noramidopirinei (Algocalmin)

Grupa	Tratament	N	Timp de reacție (sec.)			Diferența (sec.)		Semnificația diferențelor la	
			Inițial	După tratament		după 30 min.	după 60 min.	30 min.(P)	60 min.(P)
				30 min.	60 min.				
1.	Ser fiziologic 10 ml/kgc	30	15,4±0,3	22,3±0,8	25,5±0,8	6,6±0,5	9,7±0,7		
2.	Metoclopramida 10 mg/kgc	30	15,0±0,3	20,3±0,5	25,4±0,8	5,3±0,5	10,3±0,8	NS	NS
3.	Algocalmin 100mg/kgc	40	16,3±0,7	29,1±2,3	30,9±2,2	12,8±2,1	14,7±2,0	0,01	0,05
4.	Metoclopramida 10 mg/kgc +Algocalmin 100 mg/kgc	40	17,0±0,8	33,3±2,5	31,6±2,6	16,3±2,5	14,6±2,7	NS	NS

antinociceptiv de 13,9-29,4-74,5%. La 60 de min. după administrare numai dozele de 10 și 20 mg/kgc și-au menținut efectul care manifestă o scădere la 23,4, respectiv 65,4%.

Tabelul nr. 3.

Efectul antinociceptiv procentual după administrarea de placebo, metoclopramidă, morfină, noramidopirină (Algocalmin) și a asocierii acestora

Lot	N	Tratament	Efect antinociceptiv (%) după		
			30 min.	60 min.	
I.	30	Ser fiziologic	10 ml/kgc	11,1	16,3
II.	30	Metoclopramida	10 mg/kgc	8,8	17,2
III.	40	Morfina	5 mg/kgc	13,9	8,9
IV.	80	Idem	10 mg/kgc	29,4	23,4
V.	20	Idem	20 mg/kgc	74,5	65,4
VI.	30	Metoclopramida	10 mg/kgc	25,5	28,6
		+Morfina	5 mg/kgc		
VII.	50	Metoclopramida	10 mg/kgc	36,2	30,3
		+ Morfina	10 mg/kgc		
VIII.	30	Metoclopramida	10 mg/kgc	80,2	61,4
		+Morfina	20 mg/kgc		
IX.	40	Algocalmin	100 mg/kgc	21,8	24,9
X.	40	Metoclopramida	10 mg/kgc	28,1	25,2
		+Algocalmin	100 mg/kgc		

Efectul antinociceptiv al morfinei în doză de 5 mg/kgc a fost potențat și prelungit în urma asocierii cu metoclopramidă, prelungirea timpului de reacție devenind foarte semnificativă și la 60 de min. ($p < 0,001$); efectul combinației se cifrează la 25,5 respectiv 28,6% deci la o valoare supraaditivă. De asemenea metoclopramida a intensificat semnificativ efectul morfinei în doză de 10 mg/kgc ($p < 0,001$) combinația realizând o antinocicepție de 36,2 respectiv 30,3%. În schimb, efectul antinociceptiv al dozei de 20 mg/kgc de morfină a fost practic neinfluențat de asocierea cu metoclopramidă, prezentând oarecare creștere doar la 30 de minute (80,2%), dar nesemnificativă statistic.

1.2. *Algocalminul* în doza utilizată a prelungit semnificativ timpul de reacție ($p < 0,05$) dând un efect antinociceptiv de 21,8 respectiv 24,9%. Acest efect s-a intensificat puțin, modificându-se nesemnificativ la valori de 28,1 și 25,2% în urma asocierii cu metoclopramidă.

2. *Tranzitul gastrointestinal* a fost stimulat de metoclopramidă în funcție de doză, atingând cifra de $65,6 \pm 3,8\%$ după doza de 15 mg/kgc față de valoarea normală de $44,5 \pm 8,4\%$.

Morfina a diminuat semnificativ tranzitul: la $20,6 \pm 3,7\%$ după doza de 5 mg/kgc ($< 0,05$) și la $19,0 \pm 3,6\%$ ($< 0,01$) după doza de 10 mg/kgc (tabelul nr. 4).

Tabelul nr. 4

Interacțiunea metoclopramidei și a morfinei asupra tranzitului gastrointestinal

Lot	N	Tratament	Lungimea relativă a porțiunii intestinale colorate (%) ($\bar{x} \pm ES$)
I.	10	Ser fiziologic 10 mg/kgc	$44,5 \pm 8,4$
II.	4	Metoclopramidă 10 mg/kgc	$43,1 \pm 12,4$
III.	5	Idem 15 mg/kgc	$65,6 \pm 3,8$
IV.	10	Morfină 5 mg/kgc	$20,6 \pm 3,7$
V.	23	Idem 10 mg/kgc	$19,0 \pm 3,6$
VI.	9	Metoclopramida 10 mg/kgc + Morfină 5 mg/kgc	$27,5 \pm 5,2$
VII.	9	Metoclopramidă 15 mg/kgc + Morfină 5 mg/kgc	$29,5 \pm 6,0$
VIII.	10	Metoclopramida 10 mg/kgc + Morfină 10 mg/kgc	$10,4 \pm 2,7$
IX.	9	Metoclopramidă 15 mg/kgc + Morfină 10 mg/kgc	$24,6 \pm 3,7$

Metoclopramida în doza de 15 mg/kgc a diminuat efectul inhibitor al ambelor doze de morfină, în doza de 10 mg/kgc a redus doar efectul dozei mici de morfină (5 mg/kgc). Aceste modificări însă nu au fost statistice semnificative în raport cu acțiunea morfinei.

3. DL_{50} a morfinei pe cale s.c. s-a cifrat la valoarea de 435,7 mg/kgc, prezentând o ușoară scădere în urma asocierii metoclopramidei (364,3 mg/kgc) în proporție de 16,3% (tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5

Influența metoclopramidei asupra toxicității morfinei (DL_{50})

Lot	Tratament	DL_{50} a morfinei (mg/kgc)
I.	Morfină, în asociere cu ser fiziologic 10 ml/kgc	435,7
II.	Morfină, în asociere cu metoclopramidă 10 mg/kgc	364,3

Discuții și concluzii

Din relatarea experiențelor reiese clar caracterul potențializator al influenței metoclopramidei asupra efectului antinociceptiv al morfinei în doză de 5 mg/kgc ca și intensificarea semnificativă a efectului dozei de 10

mg/kgc. în timp ce metoclopramida în aceeași doză practic nu a influențat efectul Algocalminului. În schimb, inhibarea tranzitului gastrointestinal prin morfină a fost atenuată de metoclopramid.

În producerea fenomenelor observate pot fi implicate interacțiuni de natură farmacodinamică și farmacocinetică (Dobrescu 1971, Knoll 1957, Pop și colab. 1977) în funcție de proprietățile medicamentelor asociate. În acest context remarcăm că principalele efecte (antiemetic, prokinetic, gastrointestinal, hiperprolactinemic, antihipotensiv etc.) ale metoclopramidei se produc prin mecanisme antidopaminergice, blocându-se receptorii dopaminici centrali și periferici, și prin acțiune colinergică datorită creșterii eliberării de acetilcolină și sensibilizării celulelor efectoare față de această substanță (Schulze-Delrieu 1981, Albibi și McCallum 1983, Stanciu 1985, DiPalma 1990, Kuchel și colab. 1980, Tischendorf 1986, Varró 1982). Ambele proprietăți ale substanței - antidopaminergică și colinergică - ar putea fi implicate în producerea sinergismului cu analgezicele opioide.

Astfel, interacțiunea cea mai semnificativă constatată - intensificarea efectului antinociceptiv al dozelor mici de morfină prin asocierea cu metoclopramidă - s-ar putea datora unei interacțiuni farmacodinamice la nivelul neurotransmisiei centrale dopaminergice și colinergice. În acest sens pledează datele cu privire la intervenția opioidelor în turnoverul dopaminei cerebrale (Celsen și Kuschinsky 1974, Garcia-Sevilla și colab. 1978, Pert 1987), precum și acțiunea antinociceptivă a substanțelor colinergice (Pert 1987). Un alt argument indirect în favoarea acestei interpretări ne furnizează experiențele cu Algocalmin: efectul antinociceptiv al acestui medicament, neimplicat în neurotransmisia dopaminergică și colinergică centrală, nu a fost intensificat prin metoclopramidă.

Întrucât intensificarea efectului antinociceptiv prin metoclopramidă s-a constatat în cazul asocierii cu dozele mici de morfină, nu se poate ignora nici posibilitatea unei interacțiuni farmacocinetice care ar duce la modificarea distribuției morfinei în organism în favoarea nevraxului, prin deplasarea ei de către metoclopramidă de la nivelul unor locuri de fixare din țesuturile periferice. O interacțiune de acest gen a fost pusă în evidență între neostigmină și morfină de Knoll și colab. (1953).

Un alt argument în favoarea interacțiunii centrale între metoclopramidă și morfină în privința antinocicepției îl reprezintă constatarea că un efect periferic de tip opioid - întârzierea tranzitului gastrointestinal - nu a fost intensificat ci dimpotrivă a fost moderat de metoclopramidă. Acest antagonism are un caracter funcțional, metoclopramida și morfina exercitând efecte opuse la nivelul motilității gastrointestinale prin mecanisme de acțiune deosebite.

Accentuarea prin metoclopramidă a efectului antinociceptiv al dozelor mici de morfină nu se pare un fenomen terapeutic util, putând permite creșterea eficienței terapeutice cu un risc toxic mai scăzut. În acest sens este

remarcabilă proporția diferită în care s-a modificat eficacitatea respectiv toxicitatea morfinei în urma asocierii. DL_{50} ca expresie a toxicității acute a morfinei a manifestat o accentuare cu 16,3% în prezența metoclopramidei. În timp ce intensificarea efectului antinociceptiv al dozelor mici de morfină s-a cifrat între 83,4-221,3% la doza de 5 mg/kgc respectiv între 23,1 și 29,5% la doza de 10 mg/kgc. Astfel, accentuarea toxicității a fost de o proporție mult mai mică decât intensificarea efectului antinociceptiv. Totodată, interacțiunea antagonistă asupra motilității gastrointestinale completează favorabil din punct de vedere practic sinergismul constatat la nivel central.

În *concluzie*, asocierea opioidelor cu metoclopramidă se pare a fi utilă în anesteziologie nu numai în scopul de a contracara efectul emetizant, ci și pentru a valorifica interacțiunile puse în evidență în experiențele de față.

Bibliografie

1. Albibi R., McCallum R.W.: Metoclopramide: pharmacology and clinical application. Ann. Intern. Med. 1983, 98, 86-95;
2. Celsen B., Kuschinsky K.: Effects of morphine on kinetics of ^{14}C -dopamine in rat striatal slices. Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol. 1974, 284, 159-165;
3. Dobrescu D.: Asocierea medicamentelor. Editura Medicală București, 1971;
4. Feszt Gh., Kun I., Lupșa R.I., Főrika M.: Îndrumător de lucrări practice de farmacologie. I.M.F. Târgu-Mureș 1988;
5. Garcia-Sevilla I.A., Athie L., Magnusson T., Carlsson A.: Opiate-receptor mediated changes in monoamine synthesis in rat brain. J. Pharm. Pharmacol. 1978, 30, 613-621;
6. Gyermek L.: Toxicitási vizsgálatok. In: A kísérleti orvostudomány vizsgáló módszerei. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1957, vol. III, 854-938;
7. Knoll J., Komlós E., Tardos L.: Über die Rolle der Eiweissbindung in Synergismus der Analgetica und Parasympatho-mimetica. Acta Physiol. Hung. 1953, 4, 131-139;
8. Embej-Isztin D.: Malignus betegségekét kísérő és egyéb eredetű súlyos, tartós fájdalmak csillapítása. Gyógyszereink, 1990, 40, 225-232;
9. Knoll J.: A fájdalomcsillapító hatás vizsgálatának módszerei. In: A kísérleti orvostudomány vizsgáló módszerei (ed. Kovách A.), Akad. Kiadó, Budapest, 1962, vol. VI, 210-244;
10. Kuchel O. et al.: Treatment of severe orthostatic hypotension by metoclopramide. Ann. Intern. Med. 1980, 93, 841-843;
11. Pert A.: Cholinergic and catecholaminergic modulation of nociceptive reactions. Interactions with opiates. In: Neurotransmitters and pain control (H. Akil, J.W. Lewis, eds). Karger, Basel, 1987, 1-63;

12. *Pop S.* et al.: Receptorii farmacologici. Editura Dacia, Cluj, 1977;
13. *Shah M.H., Dikshit R.K., Mansuri S.M.*: The calcium channel antagonist, verapamil, potentiates the inhibitory action of morphine on intestinal and biliary motility. *J. Pharm. Pharmacol.* 1987, 39, 1037-1039;
14. *Sandru L.*: Cum tratăm durerea. Editura Medicală București, 1991;
15. *Schulze-Delrieu K.*: Metoclopramide. *New Engl. J. Med.* 1981, 305, 28-33;
16. *Simionovici M., Cîrstea Al., Vlădescu C.*: Cercetarea farmacologică și prospectarea medicamentelor. Editura Medicală București, 1983;
17. *Stanciu C.*: Metoclopramida. *Produse farmaceutice* 1985, 59-60;
18. *Stroescu V.*: Bazele farmacologice ale practicii medicale. Editura Medicală București, 1988;
19. *Telekes A.*: A daganatos betegék fájdalomcsillapítása. OMIKK, Budapest, 1991;
20. *Tischendorf D.*: Die Wirkung von Metoclopramid (Cerucal) auf die Laktation. *Medicamentum*, 1986, 79, 16;
21. *Varró V.*: Comment sert nous le Cerucal (métoclopramide) en médecine interne? *Medicamentum*, 1986, 79, 20-21;
22. *Wall P.D., Melzack R.* (eds): Textbook of pain. 2nd edition, Churchill Livingstone, Edinburgh-London, 1989;
23. *W.H.O.*: Cancer pain relief. Geneva, 1986.

INTERACTION OF METOCHLORPRAMIDE WITH SOME ANALGESICS

Gh.Feszt, Romoňa Lușă, Irén Bóje, Anikó Graef

By carrying out experimental studies on mice, the authors have pointed out that metochlorpramide associated with analgesic drugs may be effective not only to counteract the emetic effect of opioids, but also to intensify the antialgic effect of the small doses of morphine, as well as to diminish the slowing-down of gastrointestinal passage caused by opioids. The pharmacodynamic mechanisms of these interactions are discussed.

Sosit la redacție: 21 septembrie 1992

INDICATORI INDIRECTI AI POLUĂRII APELOR DE SUPRAFAȚĂ

Ramona Ureche, Z. Ábrám

Disciplina de igienă
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Calitatea apei de suprafață, utilizată ca sursă principală în prelucrarea apei potabile este de o importanță deosebită atât din punct de vedere ecologic, cât și din punct de vedere economic.

În orașul Târgu-Mureș aprovizionarea centrală cu apă potabilă se realizează din apa râului Mureș, care corespunde primului deziderat ce se impune în alegerea unei surse de apă potabilă pentru o colectivitate - cantitatea de apă, deci debitul suficient în orice anotimp, prospectat în perspectiva creșterii proporționale pe următorii 30 de ani.

Dintre cei 48 de parametri legiferăți de STAS-ul 4706/1974 privind caracteristicile de calitate a apelor de suprafață ce urmează a fi prelucrate și aduse la normele de posibilitate, prezentăm în această lucrare oxigenul în apă exprimat în mg/dm^3 minimum și consumul biochimic de oxigen în mg/dm^3 maximum. Motivația alegerii acestor doi parametri este legată de faptul că nivelul oxigenului din apă constituie un foarte sensibil indicator al poluării. Nivelul său este invers proporțional cu cel al substanțelor organice din apă, oxigenul fiind consumat pentru a converti materia organică în săruri anorganice. Această "cerere biologică de oxigen" (CBO) este deci un mijloc ce ne permite să măsurăm intensitatea poluării organice a apei.

Material și metodă

Determinarea oxigenului dizolvat în apă s-a făcut cu metoda Winkler. Consumul biochimic de oxigen s-a determinat după aceeași metodă cu mențiunea că probele de apă au fost ținute timp de 5 zile la întuneric și 20°C condiții optime în care oxigenul descompune substanțele organice conținute în apă.

Rezultate

Rezultatele privind concentrația oxigenului în mg/dm^3 și consumul biochimic de oxigen în mg/dm^3 au fost comparate cu cerințele STAS-ului 4706/1974 ($6 \text{ mg}/\text{dm}^3 \text{ O}_2$ minimum, respectiv CBO maximum $5 \text{ mg}/\text{dm}^3$) pentru apele din categoria I-a, destinate prelucrării pentru a fi date în consum ca apă potabilă.

Determinările s-au efectuat din apa râului Mureș recoltată lunar din 6 puncte de recoltare: 1. Târgu-Mureș, 2. Mureș în amonte de Cristești, 3. Cristești I, 4. Cristești II, 5. Ungheni, 6. Cipău, în anii 1988-1991.

Discuții și concluzii

Rezultatele determinărilor conduc la următoarele concluzii:

În general cantitatea de oxigen scade în paralel cu creșterea consumului biochimic de oxigen în aval de orașul Tg.-Mureș după deversarea în râu a apelor reziduale fecaloid-menajere și industriale intens poluate cu substanțe organice.

În anul 1988 se observă scăderea masivă a oxigenului dizolvat în toate anotimpurile pentru probele de apă provenind din localitățile Ungheni și Cipău unde au loc deversări de ape reziduale provenind de la crescătoriile de păsări (Ungheni), respectiv porci (Cipău) precum și de la termocentrala Cuci. În ceea ce privește nivelul consumului biochimic de oxigen acesta este foarte ridicat în toate probele recoltate din Cipău.

Pentru anul 1989 valoarea oxigenului este foarte scăzută în punctele de recoltare Cristești I și II (locul de deversare a apelor reziduale fecaloid-menajere și industriale a orașului Tg.-Mureș) menținându-se scăzută și în Ungheni și Cipău. Valori foarte mari ale consumului biochimic de oxigen apar în punctele de recoltare Cristești I și II deci la locul de deversare a apelor reziduale orășenești.

În anul 1990 apare în plus o scădere masivă a valorii oxigenului în toate probele de apă iarna din cauza podului de gheață ce a privat apa de posibilitatea de dizolvare a oxigenului atmosferic. În aceeași iarnă toate probele arată o valoare ridicată a consumului biochimic de oxigen.

În 1991 toate probele de apă din Cristești I (canalul colector de ape reziduale) indică valori foarte scăzute ale oxigenului. În același an după intrarea în funcțiune a treptei de epurare biologică de la stația de tratare a apelor reziduale (Mureșeni) situația consumului biochimic de oxigen se prezintă în limite normale.

Este evident că problema luată în discuție prezintă un complex de parametri și că nu se poate absolutiza relația cauză-efect, decât în contextul unui număr mare de factori: debitul râului, temperatura aerului și a apei, volumul deversărilor reziduale, compoziția acestora, fenomenele meteorologice ca ploii torențiale, topirea zăpezii, compoziția solului riveran (eventuala prezență de îngrășăminte artificiale sau pesticide) deversările neorganizate de ape reziduale în localitățile fără canalizare.

Tabelul nr. 1

Media anuală a conținutului de oxigen în mg/dm^3 în apa râului Mureș

Puncte de recoltare	Anii			
	1988	1989	1990	1991
Târgu-Mureș-zăgaz	9,74	9,59	9,01	11,79
Mureș în amonte de Cristești	10,64	8,16	8,34	12,08
Cristești I	7,54	3,62	4,49	2,24
Cristești II	5,86	6,83	5,83	7,64
Ungheni	2,27	6,45	6,21	11,23
Cipău	2,78	5,72	6,21	10,35

Tabelul nr. 2

Media anuală a consumului biochimic de oxigen în mg/dm^3 în apa râului Mureș

Puncte de recoltare	Anii			
	1988	1989	1990	1991
Târgu-Mureș-zăgaz	1,78	1,57	6,30	2,95
Mureș în amonte de Cristești	2,44	2,98	3,78	3,37
Cristești I	2,39	125,32	4,48	-
Cristești II	1,53	86,29	2,85	2,44
Uigheni	2,00	4,78	6,32	6,36
Cipău	41,00	3,22	0,45	3,76

Bibliografie

1. *Commoner B.*: Cercul care se închide (Natura, omul și tehnica). Editura Politică, București, 1980;
2. *Mănescu S.*: Igiena mediului. Editura Medicală, București, 1981;
3. *Mănescu S.*: Tratat de igienă. Editura Medicală, București, 1985;
4. STAS 4706/1974: Caracteristici de calitate a apelor de suprafață.
5. STAS 1342/1984: Apă potabilă - condiții tehnice de calitate.

INDIRECT INDICATORS OF SURFACE WATER POLLUTION

Ramona Ureche, Z. Abram

In STAS 4706/1974 there are 48 parameters about the characteristics of surface water quality which will be drinking water after special processes, but in this paper we present only two factors: oxygen dissolved in water given in mg/dm^3 minimum and consumption of biochemical oxygen in mg/dm^3 maximum.

We chose these parameters because the oxygen level of water is a very sensitive indicator of pollution. Its level is inversely proportional to the level of organic substances of water, the oxygen being consumed to convert organic matter into inorganic salts.

The determinations were made from the Mureș river water monthly between 1988 and 1991 from 6 gathering places: upstream and downstream of Târgu-Mureș, Cristești I, Cristești II, Uigheni and Cipău

The results of determinations show the following conclusions: generally the quantity of oxygen decrease parallel with CBO increase subg Târgu-Mureș after pouring into the river residual faeces waters and those from industry, which are highly polluted with organic substances.

Sosit la redacție: 11 martie 1993

PERFEECȚIONARE

ICHEMII ÎN SISTEMUL VERTEBROBAZILAR DUPĂ MANIPULĂRI CHIROPRACTICE ALE CAPULUI ȘI COLOANEI VERTEBRALE CERVICALE

I.Pascu

Clinica de Neurologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Arterele vertebrale (AV) ale omului străbat, în traiectul lor extracranian, un canal fibrosos format din găurile transversale suprapuse ale primelor 6 vertebre cervicale. "Buclele de rezervă" pe care AV le face la nivelul articulației atlantooccipitale îi permit, între anumite limite, să se adapteze cu eficiență în timpul mișcărilor de rotație, de extensie, de flexie și de înclinare a capului și gâtului. Cu toate marile posibilități de adaptare ale AV, au fost totuși descrise tulburări în circulația sistemului vertebrobazilar (SVB) ca rezultat al mișcărilor, de cele mai multe ori bruște, ale capului și coloanei vertebrale cervicale (CVC). Mișcările obișnuite de hiperextensie și de rotație, dar mai ales manipulările chiropractice ale capului și CVC pot determina ischemii în SVB (1-3, 8-10, 15-17, 20, 21, 24, 25, 30-34).

Chiropracticienii consideră că ischemiile cerebrale (IC) se pot instala după manipulări ale gâtului, numai la pacienții cu leziuni predispozante fie ale AV (ateroscleroză, displazie fibromusculară, anomalii de calibru sau traiect, vasculite etc.), fie ale CVC sau cutiei craniene (uncodiscartroză, osteofitoză, impresiune bazilară, spina bifida etc.). Medicii din contră, subliniază faptul că IC pot apărea, după manipulări chiropractice, și la persoanele fără factori de risc (7, 16, 11, 26, 28, 32, 35).

Analiza a 39 cazuri din literatura de specialitate, cu ischemii în SVB, apărute după manipulări chiropractice, a dezvăluit aspecte clinice, patogenice și paraclinice interesante. Media de vârstă a lotului a fost de 39,3+8,7 ani, iar raportul bărbați/femei a fost de 1,04. Simptomele de debut au fost adeseaacompaniate de dureri cervicale sau craniene, ipsilateral față de localizarea IC. La 53% din bolnavi simptomele sau instalat în timpul primei ședințe, în timp ce la restul ele au apărut după 2 sau mai multe ședințe chiropractice. De notat faptul că la 56% din cazuri, fenomenele cerebrale au apărut la un interval liber de una sau mai multe ore după exercițiile chiropractice. La 3 cazuri au fost descrise atacuri ischemice

tranzitorii înainte instalării semnelor neurologice definitive, după cea de a doua ședință chiropractică (4, 7, 9, 10, 16, 17, 20, 21, 23).

Sindroamele clinice întâlnite au fost: a) 5% de lob occipital; b) 8% cerebelare; c) 8% de tip "locked-in"; d) 28% de tip Wallenberg; e) 49% nesistematizate de trunchi cerebral (rareori cu semne bilaterale); f) 2% neclasificabile. Un număr de 7 cazuri au fost investigate prin rezonanță magnetică, din care la 5 cazuri leziunea ischemică era singulară în zona laterală a bulbului, la 1 caz ischemiile erau bilaterale în punte, iar la un caz s-a evidențiat o hemoragie cerebrală. Decesul a fost înregistrat la 8 cazuri, toate datorită leziunilor de trunchi cerebral. La cele 3 cazuri "locked-in syndrome" starea s-a menținut gravă timp de 2,5-10 luni de la debut (4-10, 13-17, 20-23, 28, 30).

Rotația capului este adesea urmată de întreruperea asimptomatică a debitului sangvin în una sau ambele AV la nivelul articulației atlantoaxonale. La acest nivel AV, trecând prin foramina atlasului, realizează un kinking abrupt înainte intrării în triunghiul occipital. În momentul în care capul este rotat, mai mult de jumătate din rotație se realizează la nivelul articulației atlantoaxonale, înainte ca orice altă rotație să fie detectată la nivelul segmentelor inferioare ale CVC. S-a putut constata că rotația capului induce IC mai ales în condițiile în care există hipoplazia uneia din cele două AV (2, 3, 24-26, 32-34).

La 82% din cazurile analizate au putut fi evidențiate anevrisme disecante, stenoze, ocluzii, hemoragii intramurale sau chiar perforații ale AV. Prezența AV normale la restul cazurilor atrage atenția asupra unor întreruperi hemodinamice ale debitului sangvin. La 89% din cele 18 cazuri la care arteriografia a demonstrat disecția AV, sediul primordial al leziunilor a fost la nivelul vertebrelor C₁ și C₂. Inegalitatea AV a fost raportată la 35% din cazuri. La 8% din cazuri s-a evidențiat anomalia arterială, în care o AV s-a continuat direct cu artera cerebelară posteroinferioară ipsilaterală (2, 4-7, 12, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 25, 31, 33). De notat faptul că Pascu și colab. (27) au demonstrat, într-un studiu anatomoclinic pe 139 cazuri, că frecvența atacurilor ischemice în SVB a fost semnificativ mai mare la cazurile cu hipoplazii sau anomalii funcționale ale AV și/sau ale uneia sau a mai multor componente ale poligonului Willis.

La 30.6% din cazuri au fost notați diferiți factori de risc generali pentru boli vasculare: hipertensiune arterială, diabet zaharat, tabagism, anticoncepționale orale etc. Surprinzător, semne radiologice de osteoartrită sau osteofitoză a CVC au fost depistate numai la 10% din cazurile analizate. Laxitatea ligamentelor CVC poate constitui un factor predispozant, însă nu a putut fi demonstrat la nici un caz analizat (7, 9, 10, 20, 23, 32).

Mecanismele patogenice ale ischemiilor în SVB după manipulări chiropractice pot fi rezumate și esalonate în următoarele etape succesive: a)

leziuni ale tunicii interne și/sau medii ale uneia sau ambelor AV, care pot rămâne subclinice sau pot să progreseze spre celelalte faze: b) semne neurologice apărute imediat când manipularea determină disecarea AV cu obliterarea lumenului; c) semne neurologice progresive sau cu apariție după un interval liber când disecția este lentă sau se formează un tromb care se propagă în artera bazilară, oclude artera cerebelară posteroinferioară sau determină embolii în arterele cerebrale posterioare.

În concluzie, înainte de recomandarea unor manipulări chiropractice, trebuie să se aibă în vedere următoarele.

- a) dificultatea identificării apriorice a factorilor de risc;
- b) evaluarea cu mare atenție a raportului risc/beneficiu;
- c) stoparea continuării oricărei manipulări chiropractice la apariția celui mai minor semn neurologic.

Bibliografie

1. *Barnett H.J.M. et al.*: Stroke, Churchill Livingstone, New York, 1986, 549-619, 775-788;
2. *Barton J.W., Margolis M.T.*: Rotational obstruction of the vertebral artery at the atlantoaxonal joint. *Neuroradiol.* 1975, *9*, 117-120;
3. *Berguer R., Bauer R.B.*: Vertebrobasilar Arterial Occlusive Disease. Raven Press, New York, 1984, 45-71;
4. *Cellerier P., Georget A.*: Dessection des artères vertébrales après manipulation du rachis cervical: à propos d'un cas. *J.Radiol.* 1984, *65*, 191-196;
5. *Caplan L. et al.*: Spontaneous dissection of the extracranial vertebral arteries. *Stroke*, 1985, *16*, 1030-1038;
6. *Davidson K.C. et al.*: Traumatic vertebral artery pseudoaneurysm following chiropractic manipulation. *Radiology*, 1975, *115*, 651-652;
7. *Dunne J.W. et al.*: Dissecting aneurysms of the vertebral arteries following cervical manipulation: A case report. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 1987, *50*, 349-353;
8. *Easton J., Sherman D.*: Cervical manipulation and stroke. *Stroke*. 1977, *8*, 594-597;
9. *Frisoni G.B., Anzola G.P.*: Vertebrobasilar ischemia after neck motion. *Stroke*. 1991, *22*, 1452-1460;
10. *Frumkin L.R., Baloh R.W.*: Wallenberg's syndrome following neck manipulation. *Neurology*, 1990, *40*, 611-615;
11. *Haldeman S.*: Modern developments in the principles and practice of chiropractic. Appleton-Century-Crofts, New York, 1980, 359-384.
12. *Hart R.*: Vertebral artery dissection. *Neurology*, 1988, *38*, 987-989;
13. *Horn S.H.*: The "locked-in" syndrome following chiropractic manipulation of cervical spine. *Ann. Emerg. Med.* 1983, *12*, 648-650;

14. *Katirji M. et al.*: Stroke due to vertebral artery injury. Arch. Neurol. 1985, 42, 242-248;
15. *Kleya R.A. et al.*: Lateral medullary syndrome in a child: Arteriographic confirmation of vertebral artery occlusion. JAMA, 1978, 235, 940-941;
16. *Krueger B., Okazaki H.*: Vertebral - basilar distribution infarction following chiropractic cervical manipulation. Mayo. Clin. Proc. 1980, 55, 322-332;
17. *Lyness S.S., Wagman A.D.*: Neurological deficit following cervical manipulation. Surg. Neurol. 1974, 2, 121-124;
18. *Mas S. et al.*: Extracranial vertebral artery dissection: a review of 13 cases. Stroke, 1987, 18, 1037-1047;
19. *Mas S. et al.*: Dissecting aneurysm of the vertebral artery and cervical manipulation: a case report with autopsy. Neurology, 1989, 39, 512-515;
20. *Mehalic T., Farhat S.M.*: Vertebral artery injury from chiropractic manipulation of the neck. Surg. Neurol. 1974, 2, 125-129;
21. *Miller R.G., Burton R.*: Stroke following chiropractic manipulation of the spine. JAMA, 1974, 229, 189-190;
22. *Mokri B. et al.*: Spontaneous dissections of the vertebral arteries. Neurology, 1988, 38, 880-885;
23. *Mueller S., Saks A.L.*: Brainstem dysfunction related to cervical manipulation: Report of three cases. Neurology, 1976, 26, 547-550;
24. *Nagler W.*: Vertebral artery obstruction by hyperextension of the neck: Report of three cases. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1973, 54, 237-240;
25. *Okawara S., Nibbelink D.*: Vertebral artery occlusion following hyperextension and rotation of the head. Stroke. 1974, 5, 640-642;
26. *Ouchi H., Ohara I.*: Extracranial abnormalities of the vertebral artery detected by selective arteriography. J. Cardiosurg. 1973, 18, 250-261;
27. *Pascu I. et al.*: The role of the anomalies affecting the circle of Willis and those of the vertebral arteries in the appearance of the ischemic vertebrobasilar attacks. Rev. Roum. Neurol. Psychiat. 1973, 11, 151-159;
28. *Poulsen V.J. et al.*: Locked-in syndrome following cervical manipulation. Acta Neurol. Scand. 1987, 76, 486-488;
29. *Ringel S. et al.*: Fibromuscular dysphasia: multiple "spontaneous" dissecting aneurysms of the major cerebral arteries. Ann. Neurol. 1977, 1, 301-304;
30. *Schellhas K.P. et al.*: Vertebrobasilar injuries following cervical manipulation. JAMA. 1980, 244, 1450-1453;
31. *Schmitt H.P.*: Rupturen und Thrombosen der Arteria vertebralis nach gedeckten mechanischen Insulten. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 1976. 119, 363-379;

32. *Sherman D.G. et al.*: Abrupt change in head position and cerebral infarction. *Stroke*, 1981, 12, 2-6;

33. *Sherman M. et al.*: Pathogenesis of vertebral artery occlusion following cervical spine manipulation. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1987, 111, 851-853;

34. *Toole J.F.*: *Cerebrovascular Disorders*. Raven Press, New York, 1984, 79-100;

35. *Vernon H.*: *Upper cervical syndrome: Chiropractic diagnosis and treatment*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1988, 194-222.

ISCHAEMIA IN THE VERTEBRO-BASILAR SYSTEM AFTER CHIROPRACTIC MANIPULATIONS OF THE HEAD AND THE CERVICAL VERTEBRAL COLUMN

I. Pasca

The vertebral arteries (VA) of man pass extracranially through a fibro-osseous canal formed by the transversal holes situated above the first 6 cervical vertebrae. The "reserve curls" formed by VA at the level of the atlanto-occipital joint allow, within certain limits, to be efficiently adjusted to the movements of rotation, extension, flexion and inclination of the head and neck. For all the great possibilities of adaptation of VA, there are reports on the disorders in the circulation of the vertebral-basilar system (VBS), due to the movements, most frequently sudden ones, of the head and the cervical vertebral column (CVC). Sometimes, the usual movements of hyperextension and rotation, mainly the chiropractic manipulations of the head and CVC may determine even ischaemia in the area of VBS.

On analysing 39 cases of ischaemia in VBS in special literature, occurring after chiropractic manipulations, we have revealed interesting clinical, pathogenic and paraclinical aspects. The average age of the group was 39,3±8.7 years, and the male/female ratio was 1.04. In 53% of the cases the symptoms appeared during the first sitting, whereas in the others they found them after 2 or more chiropractic sittings. The clinical syndromes found are as follows: a) 5% of occipital lobe; b) 8% cerebellar; c) 8% "locked-in" type; d) 28% of Wallenberg type; e) 49% non-systematized of the brain stem (rarely with bilateral signs); f) 2% unclassified. Seven cases were investigated by magnetic resonance, of which 5 cases showed a single ischaemic lesion in the lateral zone of the medulla, in 1 case the ischaemic zones were bilateral and bridge-like, and also 1 case showed cerebellar haemorrhage. There were 8 deaths, all due to the lesions of the brain-stem. In 82% of the cases, we revealed dissecting aneurysms, stenoses, occlusions, intramural haemorrhages or even perforations of VA. The primordial site of VA lesions was at the level of vertebrae C1 and C2. The presence of normal VA in the other cases drew the attention upon certain haemodynamic interruptions of blood-flow in VA. In 30.6% of the cases there were various general risk factors for vascular diseases: arterial hypertension, diabetes mellitus, smoking, oral anticonceptual pills etc. Radiological signs of osteoarthritis or osteophytosis of CVC were found only in 10% of cases.

The pathogenic mechanisms of ischaemia in VBS, after chiropractic manipulations, can be summarized and arranged in the following successive stages: a) lesions of the internal and/or middle tunic of one or both VA, which can remain subclinical or progress towards the other stages; b) neurological signs occurring immediately when the manipulation determines the dissection of the artery with lumen obliteration; c) progressive neurological signs or when they appear after a free interval if the dissection is slow or a thrombus is formed, which spreads in the basilar artery, occludes the posterior inferior cerebellar artery, or brings about embolisms in the posterior cerebral arteries.

Sosit la redactie: 2 aprilie 1993

ROLUL ENDOTELIULUI VASCULAR ÎN REACTIVITATEA VASCULARĂ

Éva Kiss, Csilla Todea

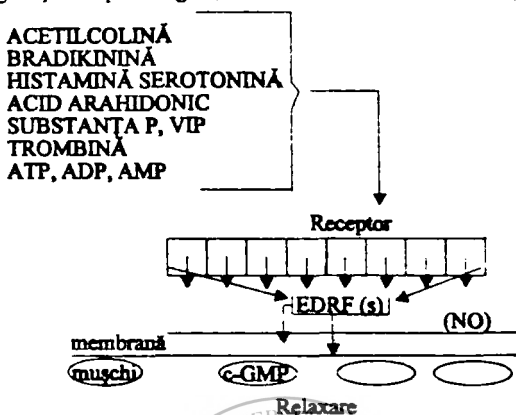
Clinica de Pediatrie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Endoteliul, partea cea mai importantă a patului vascular, este considerat astăzi ca organ biologic activ și chiar ca organ endocrin.

Endoteliul vascular este format din celule epiteliale diferențiate dispuse unistratificat pe fața internă a întregului arbore vascular, realizând o suprafață de contact de aproximativ 7000 mp și o greutate de peste 1 kg la omul adult. Endoteliul vascular asigură transportul transendotelial al substanțelor organice și celulelor din țesuturi și în țesuturi, previne tromboza intravasculară și este locul intim al mecanismelor de reglare a tonusului vasomotor. Activitatea metabolică endotelială controlează degradarea numeroaselor substanțe vasoactive (noradrenalină, serotonină, bradikinină) și transformă prin conversie enzimatică precursorii inactivi în metaboliți activi (angiotensina I în angiotensină II). Are și o activitate de sinteză prin care celula endotelială produce numeroase substanțe vasoactive, dintre care unele sunt deja cunoscute de mulți ani, cum sunt prostaciclina și altele necunoscute până în prezent, cum sunt factorii derivați din endoteliu cu acțiune relaxantă și contractantă asupra musculaturii netede vasculare (Denumite: endothelium - derived relaxing factor = EDRF și endothelium - derived contracting factor = EDCF).

Fenomenul de relaxare produs de acetilcolină pe inele de aortă de iepure precontractați cu noradrenalină nu se mai produce după îndepărtarea endoteliului, prin simpla răzuire mecanică sau distrugere cu colagenază (observație făcută de *Furchgott* și *Zawadzki* în 1980). Această observație a fost semnalată și în cazul arterelor și venelor recoltate de la diferite animale și om. Devenind evidentă dependența efectelor relaxante nu numai a acetilcolinei ci și a altor substanțe vasoactive (serotonina, substanța P, histamina, bradikinină, ATP, trombina, peptidul derivat din gena calcitoninei, ionoforul de calciu A 23187 etc.), de integritatea morfofuncțională a endoteliului vascular, s-a presupus existența unui factor endotelial de relaxare denumit EDRF (*Furchgott* 1988). Eliberarea de EDRF este calciu dependentă. Relaxarea dependentă de endoteliu a fost pusă mai întâi pe seama prostaciclinei I-2 sau a altui derivat prostaglandinic rezultat din metabolizarea acidului arahidonic pe calea ciclooxigenazei (*Vane*, 1976). Inițial *Furchgott* și *Zawadzki* au demonstrat rolul receptorilor endoteliali muscarinici, care prin acetilcolină au dus la formarea de hidroperoxizi și alți radicali liberi, dintre care oxidul de azot ocupă primul

loc. Apoi au fost identificați alți receptori membranari cum ar fi: receptori de trombină, purinergice (P_1), histaminoergice (H_1), serotoninergice (S_1), alfa-2andrenergice și vasopresoergice, cu rol în eliberarea de EDRF (vezi schema).



Cercetările lui *Moncada* și colab. (1988) din ultimii ani, au precizat că EDRF este de fapt oxid de azot (NO) sintetizat de către celulele endoteliale din azotul terminal al argininei (care de fapt este precursorul NO) și că aceasta activează guanilatciclaza determinând creșterea GMP ciclic (*Palmer* și colab. 1988) ale cărui acțiuni asupra canalelor ionice de K^+ și miorelaxante sunt cunoscute. Relaxarea produsă de acetilcolină a inelelor de aortă precontractate se însoțește de această creștere (de 5-7 ori) a GMP-ciclic vascular numai în cazul endotelului intact. Creșterea GMP-ciclic este rapidă și durează aproximativ 3 minute. Atât creșterea conținutului GMP-ciclic cât și relaxarea musculaturii netede dependente de endoteliu sunt diminuate, chiar inhibitate de către albastru de metilen, hemoglobină, anion superoxid și substanțe reductoare prin inhibarea guanilatciclazei (*Kwan* și colab., 1988).

Distensia provocată de creșterea fluxului sanguin determină modificări vasculare structurale și funcționale datorită eliberării de EDRF de către celulele endoteliale (*Bassenge* și colab., 1988). Distrugerea mecanică și chimică a celulelor endoteliale este urmată de suprimarea răspunsului vasomotor și în această situație.

EDRF-ul are rol și în modularea funcției plachetare, astfel:

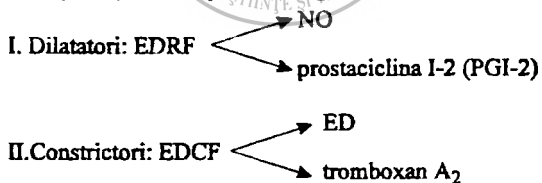
1. Inhibă agregarea plachetară indusă de acid arahidonic și de collagen.
2. Favorizează liza colțului plachetar format sub influența collagenului sau a unui derivat sintetic de tromboxan și
3. Inhibă adeziunea plachetară de peretele vascular.

Deja în 1982 s-a suspectat existența unor factori endoteliali, care provoacă vasoconstricție. *De Mey* și *Vanhaute* au observat la vasele izolate ale câinilor că vena pulmonară în contrast cu artera pulmonară este contractată de acid arahidonic și de trombină dar numai în prezența endoteliului. *Vanhaute* descrie producția unei substanțe vasoconstrictoare de către celulele endoteliale sub efectul hipoxiei, anoxiei, serotoninei și efectului mecanic.

Yanagisawa și colab. au identificat un polipeptid format din 21 aminoacizi, denumit endotelinel-(ED). El se găsește în plasmă și în țesuturi sub trei forme: ED₁ - ED₂ - ED₃. Sunt cele mai vasoconstrictoare substanțe cunoscute până în prezent (sunt similare în acțiune cu angiotensina dar de 10 ori mai puternice ca angiotensina II) și de 5 ori mai puternice ca neuropeptidul Y (*Pernow* și colab. 1989). Mecanismul de acțiune pare să fie prin calmodulină și proteinkinază C, ca urmare a activării ciclului fosfatidil inozitol și deschiderii canalelor de calciu. Există receptori specifici pentru ED (ET_A și ET_B). Frigul și anoxia stimulează eliberarea de ED în plasmă, denumit și EDCF. Recent *Pernow* și colab. (1989) atribuie ED rol în patogeneza aterosclerozei, hipertensiunii arteriale și ischemiei cardiace.

Efectele vasoconstrictoare sunt dublate de bronhoconstricție variabilă. La nivelul rinichilor ED acționează în sens natriuretic inhibând transportul activ de Na în tubii proximali și distali, scade filtrația glomerulară, inhibă renina și crește eliberarea peptidului arterial natriuretic. Acțiunea vasoconstrictoare și ulcerogenă a fost constatată de *Wallace* și colab. (1989), la nivelul mucoasei gastrice de șobolani.

În final reglarea tonusului vascular de către endoteliul vascular după *Suzuki* și colab. (1989) se face prin 2 categorii de factori endoteliali:



Se crede că există un dezechilibru între cele două sisteme în cele mai frecvente afecțiuni cardiovasculare, ori o defecțiune în sistemul vasorelaxant, EDRF dependent, ori o creștere a vasoconstricției EDCF - dependent.

Concluzii

În etapa actuală puține lucruri sunt bine cunoscute și puse la punct în legătură cu rolul EDRF și EDCF în fiziologia și patologia umană (acționează asupra musculaturii netede vasculare ori ca dilatatoare ori ca și constrictoare). Cele mai vasoconstrictoare substanțe sunt endotelinele.

Rolul acestor factori derivați din endotelium în principalele afecțiuni cardiovasculare trebuie să constituie obiectivul unor cercetări viitoare.

Bibliografie

1. *Bernhard K. et al.*: Endothelins. Myocardial actions of a New class of cytokines. *Circulation*, 1992, 85, 350-354;
2. *Ding Xuan A.T., Lockhar A.*: Facteurs non prostanoides dérivés de l'endothélium. Roles physiologique et implications possibles en pathologie cardiovasculaire. *Thérapie*, 1990, 45, 111-118;
3. *Hăulică I.*: Date actuale de fiziologie cardiovasculară. *Revista Fiziologia. Official Journal of the Roumanian Society of Physiological Sciences*. Timișoara, 1991, 1, 9-15;
4. *Houdas Yvon*: Les facteurs humoraux. *Physiologie cardiovasculaire*. Editione Vigot. Paris, 1990, 266-277;
5. *Masaki Tomoh et al.*: Molecular and cellular mechanisms of Endothelium regulation. Implications for vascular function. *Circulation*. 1991, 84, 1457-1465.

Sosii la redacție: 2 aprilie 1993



PROBLEME MEDICALE ACTUALE

ANXIETĂȚILE BOLNAVULUI ȘI UMANIZAREA SPITALULUI

Z. Ander

Este îndeobște cunoscut că *nici medicul nu poate evita boala* întrucât nu se cunosc cauza și prevenirea tuturor îmbolnăvirilor. Chiar pe lângă viața cea mai rațională există factori de risc ascunși, agenți patogeni nedescoperiți.

Vechiul dicton: "Medica, cura te ipsum" nu este întotdeauna eficient. *Particularitățile omenеști personale ale medicului pot frâna vindecarea*, ca la oricare alt om ajuns în aceeași situație. Pentru majoritatea oamenilor le vine greu să renunțe la fumat, să se abțină de la băutură, să facă o cură de slăbire, să respecte un regim dietetic, să-și schimbe modul de viață sedentară etc. și nici medicul nu constituie o excepție.

Pe baza cunoștințelor sale medicale și experiența sanitară, medicul nu este un pacient bun, ci *unul dificil*. Știe prea multe despre boală, complicațiile posibile, despre munca din spital, riscurile tratamentului și marea varietate și calitate a comportamentului medico-sanitar. Desigur este vorba nu numai de *cunoștințe și experiență*, dar și de situația legată de constituție, temperament și personalitate din care derivă *atitudinea sa față de propria boală și suferință*. Se găsesc și între medici persoane cu tendințe spre manifestări extreme: pe de o parte hipochondrii, care se îngrijorează în mod exagerat, pe de altă parte persoane care ascund simptomele, disimulează - mai ales acuzele subiective - păstrând tăcere asupra anxietăților.

Am fost bolnav timp de două luni și am trecut peste o operație de gravitate mijlocie, într-o clinică excepțional de bine organizată și condusă, unde pot să afirm - că tot personalul, fără excepție, de la profesor până la femeia de serviciu, au servit interesul bolnavilor. Și din alte motive am beneficiat de o îngrijire deosebit de atentă. Și ei au fost mulțumiți de mine, întrucât starea mea biologică și comportamentul meu a servit de asemenea vindecarea cât mai rapidă.

Prezentul material nu este o cazuistică, nici un dosar al foii de observație, ci rezultatul *reflecțiilor subiective* ale unui *medic bolnav*. Scopul meu este de a insufla optimism și speranță bolnavilor, îndemn pentru o colaborare, cooperare, acceptarea conștientă a unor neplăceri în interesul

vindecării. Experiența personală ca bolnav mi-a întărit convingerea, că dacă omul se pregătește în mod corespunzător și acceptă conștient neplăcerile legate de diagnostic, intervenție, tratament, îngrijire, se bucură de orice pas pozitiv pe lungul drum al vindecării. Am grupat experiența mea în jurul a trei evenimente pe care le consider esențiale.

1. *Tensiunile bolnavului și cauzele care le întretin*

Dacă nu chiar în egală măsură, în caz de boală se dezvoltă în fiecare om o *stare de tensiune*. Fiind vorba de viața, soarta și propria sa dispoziție, atenția se concentrează asupra acestora și așteaptă cu oarecare îngrijorare, ce se întâmplă, la ce se poate aștepta, ce urmează, care este diagnosticul, rezultate de laborator etc. Potrivit evoluției bolii și a circumstanțelor tensiunea - deși oscilantă - poate crește până la anxietate și frică în cursul unui șir de evenimente sau întâmplări. Este cunoscut că *frica* este consecința psihică firească a unui pericol adevărat, real, în legătură cu un anumit risc, eșec (insucces, nereușită), durere, complicație sau altă întâmplare nefavorabilă. *Anxietatea* se definește ca o frică fără cauză obiectivă, concretă. Ambele fenomene psihice pot însoți starea de boală și pot fi considerate normale. Dacă nu ating intensități excesive (cum este de exemplu starea de panică) atunci pot fi considerate stări psihologice mai curând pozitive, care mobilizează în mod global forțele naturale de vindecare. Întrucât anxietatea persistă până ce bolnavul nu se convinge de începutul vindecării (intervenție reușită, restabilirea unor funcții fiziologice, cedarea durerii, îmbunătățirea stării generale), este bine ca bolnavul să aibă, cum am ales și eu, un *medic de încredere* (intim, familiar) care, în mod sincer, deschis, pe înțeles, în mod detaliat, fără a ține în secret momentele neplăcute, explică mersul diagnosticului, al intervenției, tratamentului ș.a.m.d. Eu am citit și din cărți de specialitate despre boala mea și tratamentul ei, dar m-am ferit să mă adâncesc în detaliile complicațiilor. Am avut o mai mare încredere în cuvintele colegiale și prietenești și aceasta mi-a ajutat pas cu pas să înfrunt greutățile. Desigur, și interesul și îngrijorarea familiei și a prietenilor a constituit, de asemenea, un factor permanent de suport, de ajutor moral.

În ultimii zeci de ani specialiștii s-au preocupat în mod intens de problema *umanizării spitalului*. Într-adevăr *pentru cei neinițiați* spitalul și activitatea acestuia pare *înfricoșătoare*, nu numai din cauza multitudinii instrumentelor și a aparatelor cu destinație necunoscută, dar și prin mirosurile străine precum și din cauza atmosferei din spital existente în primul rând prin comportamentul personalului medical, sanitar și administrativ.

Amintesc doar câteva dintre *condițiile obiective* (materiale) ale umanizării: liniște, ordine, aer plăcut, ventilație bună, temperatură de confort, inscripții, indicatoare potrivite, măsuri de securitate pentru

prevenirea accidentelor spitalicești, regulament de ordine interioară, posibilitatea de a comunica cu familia și prietenii (prin acordarea timpului de vizită, informare, telefon). *Benedek István* denumește "îngeri din spitale" pe acele femei tinere care însoțesc și sprijină bolnavii în labirintul spitalului și care pot reduce anxietatea acestora din timpul internării. Știm de asemenea că nici chiar culoarea pereților, a sălii de operație și tratament, a culoarelor, eventualele decorații nu sunt indiferente. Azi persoane specializate, designerii se ocupă de aceasta. Sunt bolnavi pe care-i deranjează mult mirosurile; alții sunt afectați de gălăgie (zgomotele), vederea sângelui, a secrețiilor biologice, a instrumentelor sau altor scene legate de tratament.

Condițiile subiective sunt poate și mai greu de realizat întrucât țin de comportamentul personalului spitalicesc. Până la urmă aceasta determină atmosfera și climatul specific locului de muncă. Amintesc numai trei cerințe legate de umanizarea spitalului:

- Bolnavul trebuie privit ca un *om suferind* și nicidecum ca un *obiect*, un caz. Se întâmplă să se greșească față de această regulă deontologică. Astfel, adresarea prea familiară poate deranja pe mulți bolnavi. Este de-a dreptul jignitoare expresia "Trimiți în sala de operație pe cel cu apendicită".

- Toată activitatea spitalicească trebuie să *servească interesele bolnavului*, adică vindecarea.

- Personalul medical, sanitar și administrativ *nu poate aduce în spital probleme străine de munca profesională* cu caracter personal, politic, național, religios, care pot tulbura activitatea pusă în slujba vindecării.

În afară de principală tensiune pe care am analizat-o până acum, există în viața de zi cu zi a spitalului o serie de *momente inevitabile*, care pot fi efectuate - ca și orice activitate - cu tact (bun simț) și fără tact. Fără a intra în detalii, voi enumera "evenimentele" care *pot deranja* odihna, liniștea bolnavului, mai ales dacă el stă culcat, dormitează. Acestea cresc sau declanșează tensiunea prin excitațiile în esență negative, care se repetă și au un efect nevrotizant. Astfel:

- În zorii zilei apare - nu o dată în mod gălăgios, cu zăngănituri - femeia de serviciu. Face curent, aduce și lasă mirosul și te trezește.

- La plecare lasă eventual ușa deschisă sau o trăneste; uită să închidă robinetul și lumina; papucii sunt "lansați" adânc sub pat; varsă urina adunată cu grijă timp de 24 ore.

- Urmează luarea - desigur necesară - a *temperaturii*, cel puțin de două ori pe zi. Am fost bucuros că, în starea mea de buimăceală nu am spart decât un singur termometru.

- *Injectia intramusculară* este de asemenea aplicată în mod frecvent. Oricât de iscusite sunt asistentele, regiunea fesieră devine în curând ca o sită, cu numeroase noduri subcutanate.

- Inevitabile sunt și *medicamentele* luate per os, combinate eventual cu aplicarea de supozitoare. Dacă sunt prea multe, confuzia lor este posibilă, și ceea ce e posibil se și întâmplă.

- Intervențiile chirurgicale sunt precedate de *clismă* sau de altă "premedicație"; nu o dată ești ras în regiunile cele mai sensibile ale corpului.

- Operația este urmată de pansamente, reînoite periodic. Această manoperă este însoțită de mici neplăceri: mâncărimi, arsuri, acțiunea iritantă a mastizolului, "chinuirea" pielii și a pilozității.

- Desigur și *necesitățile fiziologice zilnice* constituie un adevărat "eveniment", chiar dacă are la dispoziție o cameră de baie, lavabou, WC (nu o dată cu mici defecțiuni tehnice). În cazul în care renunți la oala de noapte, este deosebit de greu să te descurci când ai tuburi de dren în plagă, cu perfuzia fixată în venele plicii cotului. S-a întâmplat să car cu mine și stativul de metal în asemenea condiții, împreună cu flaconul conținând soluția de perfuzie.

- În anumite faze ale bolii nu-ți poți face singur nici *igiena corporală*, și nici să te alimentezi. Te ajută membrii familiei și personalul sanitar. Din cauza secrețiilor și excrețiilor care te inundă prin sonde și tuburile de dren, inclusiv mirosurile care le însoțesc, se creează sentimentul de impuritate care te poate necăji până la deprimare. Rezolvarea și de data aceasta este de obicei familială.

- Distribuirea *mâncării* dimineața, la prânz și seara, este de asemenea un moment de agitație, zgomot și noi senzații olfactive. Dacă nu te grăbești - mai ales în timpul iernii - mâncarea se răcește și este sleită. Dacă mâncarea produce plăcere, înseamnă că ești pe calea vindecării.

- *Examinările complementare* planificate sau făcute prin surprindere (recoltări de sânge, urocultură, urografie, sonografie, radiografie etc.) înseamnă așteptări - uneori în frig - în poziții obositoare, mici dureri. Aceste neplăceri sunt diminuate prin comportamentul politicos, cuvintele de încurajare ale celor care le execută.

- În sfârșit, *vizite neplanificate*, vizitele medicale calculabile, dar după un program inconstant, pot contribui la menținerea tensiunii bolnavului.

2. *Seria de intervenții*

Este normal ca în spitalele cu caracter chirurgical, *intervențiile* să se afle în centrul activității. În acest scop bolnavul trebuie pregătit din punctul de vedere al stării generale, al metabolismului său, al tensiunii arteriale și al funcției cardiovasculare. Trebuie aleasă metoda operativă cea mai potrivită, modul anesteziei, cât și momentul cel mai potrivit. În cazul meu, *particularitățile speciale* au făcut ca indicația pentru intervenție să fie pusă încă în ultimele zile ale anului trecut, dar operația s-a făcut numai după 40 de zile. Timp de 2 săptămâni am fost pregătit de interniști. Din acest motiv au început mici explorări și intervenții în parte dureroase, în parte doar

nepiăcute, cu mult înainte de operație, dar continuând și după aceasta, potrivit specificului bolii. Fără a reproduce istoricul bolii, voi aminti cele mai importante intervenții: 3 puncții făcute în anestezie locală; *microsondă permanentă* menținută timp de o lună, după 4-5 încercări de sondaj pe cale naturală; *operație de câteva ore* - inclusiv reintervenția pentru hemoragie - și hemostază prin tamponare. Aceste intervenții au continuat postoperator cu altele făcute zilnic sau la intervale: așezarea și scoaterea drenajelor, a sondelor; îndepărtarea tamponamentului în două reprize; combaterea "umezirii" prin prelingerea excrețiilor din plagă; perfuzii de durată în primele zile la ambele brațe; injecții intramusculare; așezarea, apoi îndepărtarea după o săptămână a sondei permanente.

Grație îngrijirii minuțioase, a explicațiilor competente, a sprijinului moral, inclusiv al ajutorului neobosit al familiei, rudelor și cercului de prieteni, am ieșit progresiv din starea de deprimare de scurtă durată.

3. Consecințele anesteziilor

În cursul celor 2 luni de boală am primit *anestezice cu 8 ocazii*. Dintre acestea două au fost anestezii cu intubație, două anestezii intravenoase și 4 anestezii locale. Trăirile subiective legate de acestea nu pot fi separate de intervențiile generatoare de tensiuni și de tratamentul spitalicesc. Totuși menționez în mod special că *efectul anesteziilor a durat cca o lună*. Am ajuns într-o stare de buimăceală, conștiința de sine îmi era neclară, tulburată. Îmi lipsea capacitatea clară de gândire. La 8 zile după anesteziile generale am încercat să fac un efort psihic și să-mi descriu trăirile. Nu a ieșit nimic inteligibil; am fost amețit, slab, sleit de puteri, cu o permanentă scădere a capacității de concentrare - nu mă interesa nimic.

Am căutat explicația acestei stări și prin identificarea cauzelor să deschid perspectivele speranței în vindecare. Pe lângă cele amintite nu este greu să rezum cauzele obiective ale situației:

Zile întregi *abia am mâncat ceva*; lichidele indispensabile au fost asigurate prin perfuzia permanentă. Starea aceasta a continuat cu o *lipsă de apetit* de lungă durată. Au fost zile când am consumat numai lichide.

- Consecința naturală a fost *pierderea în greutate*. În esență, este un rezultat favorabil, întrucât cu un an înainte am avut un plus de 20% în kilograme și acum numai de 5%. În mod trecător mușchii au slăbit.

- Cauza principală a buimăcelii și a *stării generale alterate* trebuie căutată în acumularea și eliminarea lentă a substanțelor anestezice, analgezice, somnifere și sedative. Această eliminare necesită timp. O împrejurare favorabilă a fost că am dormit relativ mult, chiar și în timpul zilei, deci s-a modificat puțin și ritmul meu biologic - mă trezeam în zori. Somnul mi-a fost deranjat mai ales prin faptul că suturile plăgii, sondele și tuburile de dren nu mi-au permis decubitul lateral, fiind obligat să mă odihnesc și să dorm exclusiv pe spate. Încă și în prezent mai persistă reflexul

de apărare, ca nu cumva, printr-o mișcare bruscă, să smulg tuburile cu care am fost "împănât".

- Am încercat să scap cât mai curând de medicație și să mă preocup de ziare, reviste, cărți, corespondență, luare de notițe, vizionarea programului TV. Am fost sprijinit de vizitele zilnice ale familiei, cât și de cele ocazionale și neașteptate ale prietenilor, cunoștințelor. Chiar între bolnavii spitalizați am întâlnit cunoștințe vechi. Unii vizitatori au venit atunci când examenul histologic a exclus malignitatea țesutului îndepărtat. În ultima perioadă a internării conversațiile au influențat în bine starea mea generală. În cursul celor 2 luni am fost vizitat de 23 persoane (unii de mai multe ori) dintre care 6 rude, 17 cunoștințe, vecini, prieteni sau colegi.

În sfârșit încă un rezultat neașteptat: bronșita mea cronică s-a vindecat, probabil din cauza tratamentului prelungit cu antibiotice.

Învățămintele

Ca și în alte domenii ale vieții, trebuie să ne pregătim și pentru boală, operație și tratament. Pe baza cunoștințelor este necesară elaborarea unei atitudini de colaborare cu instituția spitalicească. Sprijinul moral al familiei, al medicilor, al personalului sanitar este indispensabil și este deosebit de profitabil, să ai un mentor (un prieten sfătuitor și priceput) care să te ajute în perioadele critice. Încrederea în știința medicală, mobilizarea rezervelor biologice și psihice și lupta pentru viață și sănătate, precum și reluarea zilnică a eforturilor îndreaptă șansele spre vindecare.

Sosit la redacție: 24 iunie 1992

CÂTEVA CONSIDERAȚII PRIVIND EXAMINĂRILE MEDICALE LA ANGAJARE

Evelyn Farkas

Disciplina de sănătate publică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Are nevoie știința conducerii de psihologie? Este necesară psihologia pentru desemnarea în funcții de conducere?

Starea de sănătate a unei comunități este influențată de personalitatea conducătorului? Este răspunzător medicul de întreprindere sau de instituție pentru starea de sănătate a colectivității umane deservite?

Dacă la întrebările de mai sus răspundem afirmativ se ridică o problemă: cine să poarte responsabilitatea pentru angajarea unei persoane în funcții de conducere?

Problema este complexă și necesită analiza mai multor componente:

1. Profilul psihologic al personalului de conducere;
2. Pregătirea personalului angajat în funcții de conducere;
3. Cadrul legislativ al examinărilor la angajare;
4. Nivelul de pregătire a personalului care execută examinările la angajare.

1. Profilul psihologic al personalului de conducere

Conducătorul se caracterizează prin asumarea responsabilității, vigoare și perseverență în atingerea scopului propus, originalitate în rezolvarea problemelor, acapararea inițiativei în situații "sociale", încredere în sine și evaluarea corectă a propriei identități, clarviziune privind consecințele deciziilor și acțiunilor sale, capacitatea de a înlătura situațiile interpersonale stresante, puterea de a tolera frustrația, abilitatea de a influența comportamentul altor persoane și capacitatea de a supraveghea structura sistemului de interacțiuni sociale, în vederea atingerii scopului propus (Feldman, 4).

În manuale sau cărți pe tema științei conducerii nu se prea insistă asupra acelor trăsături ale personalității conducătorului, care ar putea dăuna personalului din subordine; se fac aprecieri mai ales asupra stilului de conducere ("democratic", laissez-faire-laissez-passer" sau "autoritar), și asupra relațiilor interpersonale din cadrul grupului, neglijându-se atât trăsăturile personalității celor conduși și ale conducătorului, cât și efectele psihosociale imediate și de perspectivă ale acțiunilor mai mult sau mai puțin justificate ale acestuia (1, 2, 3, 5, 7, 8, 12).

Or, decizii incorecte, concretizate prin acțiuni neadecvate, pot determina frustrații repetate la nivelul grupului condus și ca urmare creșterea agresivității grupului, cu consecințe imprevizibile în cazul unor comunități mari. Sănătatea comunității depinde printre altele și de măsurile care se adoptă pentru conducerea ei (6, 14).

2. Pregătirea personalului angajat în funcții de conducere

În orice sector de activitate, personalul de conducere trebuie pregătit în prealabil. Prin această pregătire, cu durată variabilă în funcție de necesități, anumite trăsături ale personalității celui care va ocupa funcții de conducere, se pot "educa", astfel încât o parte din manifestările spontane neadecvate, la prima vedere "patologice", văzute astfel mai mult de laici decât de medici, pot fi înlăturate prin acumularea unor cunoștințe aprofundate din domeniul științei conducerii.

3. Cadrul legislativ al examinărilor la angajare

În condițiile legislației actuale, medicul de întreprindere sau instituție este acela care efectuează examinările la angajare, împreună cu medici din diferite specialități din policlinicile teritoriale. Scopul examinărilor la angajare este de a aprecia starea de sănătate a persoanei nou angajate și de a depista stări morbide contraindicate la locul de muncă respectiv (13).

Prin urmare medicul de întreprindere sau instituție are dreptul să respingă din punct de vedere medical persoanele cu afecțiuni contraindicate la anumite locuri de muncă.

În orice întreprindere sau instituție, angajările în funcțiile de conducere ar trebui să fie condiționate și de unele criterii medicale. Din păcate nu există actualmente o legislație sanitară care să aibă în vedere acest obiect.

Forma actuală a fișei medicale de angajare ("Fișa de control medical la încadrarea în muncă") presupune și efectuarea unui consult neuropsihiatric, care, din păcate este de multe ori doar formală, trecând cu vederea afecțiuni care se depistează ulterior, prin examinări medicale active sau pasive, combinate cu psihoteste aplicabile la angajații din anumite locuri de muncă, cu ocazia accidentelor de muncă etc. (9, 10, 11).

În concluzie, cadrul legislativ actual nu prevede efectuarea unor examinări psihomentele complexe la personalul din funcții de conducere, nici la angajare și nici cu ocazia controalelor periodice.

4. Nivelul de pregătire a personalului care execută examinările la angajare

Cine execută examinările la angajare? Medicul de întreprindere sau instituție, în colaborare cu specialiști din policlinicile teritoriale (interne, O.R.L., oftalmologie, neuropsihiatrie, dermatovenerologie, ginecologie etc.).

Examenul neuropsihiatric de rutină la angajare nu presupune utilizarea unor psihoteste la nici o categorie de angajați. De fapt, nici medicul neurolog sau psihiatrul, nici medicul de întreprindere nu posedă în general cunoștințe de psihologie privind aplicarea unor psihoteste la anumite categorii de angajați, respectiv evaluarea rezultatelor acestor psihoteste.

Din această cauză, la efectuarea examinărilor la angajare este nevoie și de participarea unui psiholog, inclus fie în organigrama cabinetului LSM, fie în organigrama personalului medico-sanitar din marile întreprinderi sau instituții.

Concluzii și propuneri

1. Cadrul legislativ și calitatea examinărilor la angajare să fie îmbunătățite iar examinările să devină obligatorii pentru toți angajații, indiferent de locul de muncă la care își desfășoară activitatea.

2. Cooptarea unor psihologi la examinările ce se efectuează cu ocazia angajării, care să facă parte fie din team-ul cabinetului LSM, fie din organigrama personalului medical al întreprinderii sau instituției.

3. Personalul din funcțiile de conducere să beneficieze de pregătire, cu durată variabilă, în management (știința conducerii), în vederea adoptării unui comportament conștient, în strânsă legătură cu scopul propus. În acest fel se pot înlătura manifestări sau decizii eronate care pun în pericol sănătatea psihosocială a grupului sau comunității de care răspunde, creând situații de frustrare a personalului condus și extinderea agresivității în sânul colectivității.

Bibliografie

1. *Coroi V., Gorgos C.*: Medicina Socială, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1980;
2. *Farkas I.J., Farkas Evelyn*: Curs de medicină socială, I.M.F. Târgu-Mureș, 1988;
3. *Farkas I.J., Farkas Evelyn*: Vademecum medici generalis, U.S.S.M., Filiala Mureș, 1987;
4. *Feldman S.R.*: Social Psychology, Mc Graw-Hill Book Company New-York, 1985;
5. *Israel J.*: Sozialpsychologie, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1976;
6. *Kazmier J.L.*: Principles of Management, Mc Graw-Hill Book Company, New-York, 1969;
7. *Lüth P.*: Beiträge zur Sozial-medizin, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975;
8. *Ferdinand N., Ursoniu S.*: Medicina Socială, U.M.F. Timișoara, 1993;
9. *Manu P., Niculescu T.*: Practica Medicinii Muncii, Editura Medicală, București, 1978;
10. *Rózsahegyí I.*: A munkaköri alkalmasság orvosi elbírálásának irányelvei, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1969;
11. *Valentin H. et al.*: Arbeitsmedizin Band 1-2, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1979;
12. *Willi J., Heim E.*: Psychosoziale Medizin Band I-II, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 1986;
13. xxx : Norme tehnice privind examenul medical al persoanelor ce urmează a fi încadrate în muncă și controlul medical periodic, Buletin M.S. 3/1982;
14. xxx : Clasificația Internațională a Maladiilor, Revizia a 10-a O.M.S., vol. I-II, Editura Medicală, București, 1993.

Sosit la redacție: 23 august 1993

PROBLEME DE STOMATOLOGIE

ASPECTE ALE DETERMINĂRII ȘI ÎNREGISTRĂRII RELAȚIILOR INTERMAXILARE PRIN METODE DE DEPROGRAMARE ANTERIOARĂ

S. Popșor, C. Cîndea

Disciplina de protetică dentară
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Poziția tradițională de relație centrică (RC) a condiliilor mandibulari în cavitățile glenoide a cunoscut în timp interpretări variate (*Lauritzen*, 1974; *Dawson*, 1977; *Guichet*, 1982), propunându-se diferite metode de poziționare a mandibulei, atât unimanuale cât și bimanuale. Aceste manopere specifice de ghidare creează practicantului dificultăți mai mult din punctul de vedere al dexterității, fiind deseori eronate. Manipularea manuală a mandibulei este dependentă în mare măsură de antrenamentul operatorului, starea fizică și psihică a pacientului, abilitatea pacientului de a-și relaxa mușchii mobilizatori ai mandibulei în suficientă măsură pentru a permite medicului să poziționeze mandibula în arcul retrudat sau axa balama terminală (ABT). În plus, ca surse generatoare de greșeli, pot interveni poziția capului și a fotoliului dentar, poziția operatorului și capacitatea acestuia de a exercita forțe egal direcționate cu ambele mâini (în cazul conducerii bimanuale). Unii autori, precum *Hobo* și colab. (1990) au atras atenția asupra influenței pe care o pot exercita în determinarea ABT componentele biologice ale articulației temporomandibulare (AMT) cum ar fi: lichidul sinovial, elasticitatea ansamblului menisc-condil și existența unui spațiu tampon de 0,2-0,3 mm esențial menținerii stării de sănătate a ATM. Nu trebuie omise nici fenomenele de remodelare articulară care au loc la nivelul ATM și care pot influența poziția de RC a condiliilor mandibulari (*Jeremia*, 1985; *Jeremia* și *Dociu*, 1987). Confuziile existente și interpretările eronate ale problemei au făcut ca vechiul concept al RC să fie azi abandonat în mare măsură (*Mohl* și colab., 1988).

Pentru obținerea RC cu posibilitatea efectuării rotației condiliene pure, se recunoaște necesitatea unui anumit grad de relaxare musculară. Capacitatea relațiilor ocluzale de a programa funcția musculară mobilizatoare a mandibulei prin intermediul impulsurilor proprioceptive a

fost etichetată drept "acțiune reflexă nefavorabilă" (Kornfeld, 1974), "programare ocluzală" (Guichet, 1977), "engramă musculară" (Okeson, 1989) și "sistemul engramei proprioceptive" (Dawson, 1990).

S-au sugerat în timp numeroase metode de îndepărtare a influenței acestei engrame musculare asupra poziționării mandibulei în ABT, între acestea numărându-se și cele având ca fundament conceptul deprogramării anterioare (Lucia, 1964; Ene și Ilie, 1978; Ene și colab., 1984; Grave, 1987; Chu și Woelfel, 1989; Dupas și colab., 1990; Woelfel, 1991; Lee și Woelfel, 1991). Scopul final al acestor metode de deprogramare este acela de a aduce porțiunea superioară a capetelor condiliene în contact cu porțiunea centrală avasculară a meniscului articular, iar complexul condil-menisc să fie poziționat într-o poziție antero-superioară pe pantele posterioare ale emințelor articulare, așa-numita poziție A.U.M. (anterior-most, upper-most, middle-most) descrisă de R.W. Phillips și colab. (1985) și propusă de fapt încă din 1977 de Societatea Americană de Echilibrare ocluzală ca fiind "o poziție de referință acceptabilă pentru tratament". Susținătorii metodei (Speich, Woelfel, Dawson) arată că de fapt meniscul este o structură necomprimabilă, în sensul că porțiunea centrală meniscală este foarte subțire, asemănătoare cu o foaie de țigară, astfel încât contactul capului condilian cu cavitatea glenoidă este practic de "os la os". Promotorii procedeelelor menționate consideră că plasarea adecvată a condiliilor, mandibula fiind limitată la rotația condiliană pură, permite practicantului obținerea unor înregistrări de precizie, reproductibile, care pot fi transferate în articular sau ocludator. După un interval de deprogramare care poate varia în limite foarte largi (30 minute-12 ore), aceste poziții condiliene se obțin cu ajutorul mușchilor ridicători ai mandibulei pacientului, sub ghidarea dispozitivului de deprogramare. Relația astfel obținută este una fiziologică, neforțată, efect al activării sistemului neuromuscular al pacientului, spre deosebire de alte metode și mai ales cele care folosesc ghidarea manuală, care determină toate o poziție forțată, mult prea retrudată a mandibulei.

Material și metodă

Noi am utilizat în cadrul Clinicii de Protetică Dentară din Târgu-Mureș la dentat și în unele forme de edentație parțială cu prezența frontalilor sau cel puțin a câte doi incisivi antagoniști, două procedee menite să realizeze concomitent atât deprogramarea neuromusculară cât și înregistrarea relațiilor intermaxilare. Primul procedeu este inspirat din cel propus de Woelfel (1991) și care permite înregistrarea doar a ocluziei în relație centrică, al doilea procedeu având ca principiu utilizarea "jigului universal" propus de Dupas și colab. (1990) permițând și înregistrarea

relațiilor intermaxilare în poziții excentrice ale mandibulei. Fără a intra în amănunte de ordin tehnic, prezentăm pe scurt modalitățile de lucru.

1. Neavând la dispoziție ca suport de înregistrare "pișcotul filă" conceput de *Woelfel*, am confecționat astfel de dispozitive dintr-o hârtie specială, rezistentă mecanic și la umiditate, dar suficient de subțire, reprezentată de suportul foto utilizat în tehnica fotografică. După ce a fost croit în mod corespunzător și perforat pentru a asigura retenția materialului de înregistrare s-a trecut la crearea fantei necesare plasării dispozitivului de deprogramare, în cazul nostru dispozitivul lui *J. Long*. Acesta are menirea de a stabili și menține o dimensiune verticală selectată și de a ghida neuromuscular mandibula spre relația centrică. Ca material de înregistrare s-a utilizat pasta de eugenat de zinc (*Repin*). Este evident că după montarea în ocludator sau articulador, după îndepărtarea ansamblului de înregistrare și cunoscând în milimetri gradul de separare interdentală, această metodă permite în egală măsură și detectarea și evidențierea contactelor premature în arcul de închidere. După anihilarea acestora prin șlefuire selectivă pe model, putem avea o imagine a relațiilor ocluzale obținute, în care va trebui să se înscrie și o eventuală lucrare protetică ulterioară.

2. Pornind de la lucrări relativ recente ale lui *Dupas* și colab. (1990, 1991) și a realității că de fapt jigul clasic imaginat de *Lucia* rămâne o metodă rațională de poziționare a mandibulei înainte de înregistrări ocluzale ale pozițiilor mandibulare, am confecționat așa-zisul "jig universal", aplicabil pe incisivii centrali maxilari, prefabricat și conservând conformația dinților susținători (*Grave*, 1987). Scopul pentru care am utilizat acest jig universal din rășină autopolimerizabilă a fost acela de a obține pe de o parte deprogramarea mandibulei, iar pe de altă parte înregistrarea diferitelor poziții mandibulare. După confecționarea machetei din ceară a jigului, cu o lățime de 0,8 cm, aceasta se ambalează în vederea realizării unui tipar. După realizarea tiparului, în acesta se stupește rășina acrilică autopolimerizabilă: se assemblează cele două jumătăți ale tiparului iar după polimerizare jigul este gata. Fierberea pentru câteva minute va spori duritatea acestuia și îi va reduce porozitatea. În final jigul este prelucrat și lustruit pentru a obține o suprafață netedă. Forma spațială a jigului universal permite adaptarea lui intraorală la o mare varietate de cazuri clinice. Pentru un pacient cu overbite accentuat, jigul este plasat mai înainte. Din contră, dacă gradul de supraacoperire frontală este minim, poate fi adoptată o poziție mai retrudată. Aceste mișcări de poziționare se fac încât să se asigure în regiunile posterioare ale arcadelor un spațiu minim interocluzal, înlăturând interferențele dento-dentare pe parcursul manipulării mandibulei. După localizarea exactă a locului de plasare a jigului, acesta va fi fixat la incisivii superiori prin intermediul gipsului sau al stentsului. Pentru înregistrare noi am folosit pasta de eugenat de zinc tip *Repin*, pe suport de hârtie asemănător celui

folosit anterior. Cercetările lui *Dupas* și colab. (1985) au demonstrat posibilitatea programării cu ajutorul jigului universal a articuloarelor semiadaptabile, prin utilizarea ipsosului ca material de înregistrare. Pornind de la aceste date noi am realizat înregistrarea ocluziei în poziții excentrice ale mandibulei tot cu ajutorul jigului universal dar prin intermediul pastei de oxid de zinc-eugenol aplicată pe suport de hârtie.

Rezultate și concluzii

În urma studiului întreprins, considerăm că 1. metodele prezentate permit realizarea plasării condililor în axa balama terminală prin acțiunea mușchilor ridicători ai mandibulei pacientului, sub ghidarea dispozitivului de deprogramare, relația obținută fiind una fiziologică, efect al activității sistemului neuromuscular al pacientului; 2. ambele metode permit corecta identificare pe modelele de gips a contactelor premature în arcul de închidere și a unor interferențe ocluzale, unul din procedee fiind util programării eficiente a articuloarelor semiadaptabile; 3. utilizarea acestor metode relativ simple permite, chiar în condițiile unei dotări materiale modeste, realizarea unor înregistrări ocluzale care să contribuie la îndeplinirea dezideratului unor analize ocluzale corecte și a conceperii unor lucrări protetice cu relief ocluzal optim.

Bibliografie

1. *Chu C.J., Woelfel J.B.*: An easy way to take centric relation record correctly. *Dentist Bridge*. 1989, 5, 58-62;
2. *Dawson P.E.*: Les problemes d'occlusion: evaluation, diagnostic et traitement. Ed. Prelat. Paris. 1977;
3. *Dawson P.E.*: Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. 2nd ed., St. Louis, Mosby Year Book, 1990;
4. ***Diskussion um Diskus Kompression. Wie ist die Gelenk-scheibe beschaffen und wie verhält sie sich bei der achsbezüglichen Kieferrelationsbestimmung? *Kontakte Ausgabe*, 1992, 2, 202;
5. *Dupas P.H et al.*: Centric relation and programming semiadjustable articulators with the universal jig. Part I. *Tehnicue. J. Prosthet. Dent.* 1990, 64, 134-138.
6. *Dupas P.H et al.*: Centric relation and programming semiadjustable articulators with the universal jig. Part II. Experiments. *J. Prosthet. Dent.* 1991, 65, 86-89.
7. *Ene L., Ilie C.*: Metode de înregistrare a raporturilor intermaxilare în relație centrică la dentat și edentat parțial. *Stomatologia*, 1978, 25, 281-293;

8. *Ene L., Constantinescu M.V., Trăistaru T.*: Conceptul neuromuscular. Considerații asupra poziției mandibulare neuromusculare. *Stomatologia*, 1984, 32, 89-95;
9. *Grave V.*: *Le jig universel*, University of Lille, 1987;
10. *Guichet N.F.*: *Occlusion - a teaching manual*, 2nd ed., Anaheim, California, The Denar Corporation, 1977;
11. *Guichet N.F.*: *Clinical management of orofacial pain and TMJ dysfunction*, Anaheim, California, 1982;
12. *Hobo S., Ichida E., Garcia L.*: *Osseointegration and occlusal rehabilitation*. Quintessence Co, 1990;
13. *Ieremia L.*: Posibilități de modelare și remodelare a articulațiilor temporo-mandibulare condiționate de către funcția și disfuncția ocluzală, Comunicare USSM Târgu-Mureș din 7 martie 1985;
14. *Ieremia L., Dociu I.*: *Funcția și disfuncția ocluzală*, Editura Medicală, București, 1987;
15. *Lauritzen A.*: *Atlas of occlusal analysis*, Chicago HAH Publications, 1974;
16. *Lee S.H., Woelfel J.B.*: Suggested modifications for the leaf wafer system, *J.A.D.* 1991, 65, 287-289;
17. *Lucia V.O.*: A technique for recording centric relation, *J. Prosthet Dent.* 1964, 14, 442-505;
18. *Okeson J.P.*: *Fundamentals of occlusion and temporomandibular disorders*, 2nd ed., St. Louis. C.V. Mosby, 1989;
19. *Woelfel J.B.*: Sliding and Guiding the Mandible into the Retruded Arc Without Pushing, *Compend Contin Educ Dent*, 1991, 12, 614-624.

ASPECTS OF DETERMINING AND RECORDING THE INTERMAXILLARY RELATIONS IN THE ANTERIOR DEPROGRAMATION METHOD

S. Popșor, C. Cindea

Surveying different interpretations present in medical studies regarding the position of mandibular condyles in centric relation, the author points out the authenticity of the so-called "condylar position" A.U.M. (anterior-most, upper-most, middle-most) and of different procedures of recording it by means of neuromuscular anterior deprogramming.

There are two methods Woelfel and Dupas presented, both of them having been used by the authors.

They are methods of deprogramming of masticatory muscular proprioceptive reflexes and at the same time of recording of intermaxillary relations in cases of complete dentition and in some forms of partial edentation, as well as the changes they brought about, their advantages and practical utility.

Sosit la redacție: 14 iunie 1993

STUDII IN VITRO PRIVIND ETANȘITATEA ÎNCHIDERII APICALE A DIFERITELOR MATERIALE DE OBTURAȚIE RADICULARĂ

M. Pop, Șt. Bocskay, Monica Monea, stud. Livia Murgu

Disciplina de odontologie și parodontologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Una din funcțiile obturațiilor radiculare este de a împiedica infectarea sau reinfectarea regiunii periapicale cu microbi rămași în canaliculele dentinare (2). În acest scop, obturația radiculară trebuie să realizeze o închidere perfectă a apexului (4). Acest studiu in vitro își propune să studieze modul în care diferite tehnici și materiale de obturație reușesc să îndeplinească acest deziderat.

Material și metodă

S-au folosit 25 dinți extrași, dintre care 14 monoradiculari și 11 molari. În cazul molarilor am obturat doar canalul cel mai voluminos, respectiv palatinal la superiori și distal la inferiori.

Tratamentul biomecanic s-a efectuat manual cu ace Kerr, burghiu și pilă de mărime 15-110. Am acordat o mare atenție realizării unui stop apical cu acul 25 sau mai mare, în funcție de mărimea canalului.

14 canale au fost obturate cu câte un singur con de gutapercă și cu câte una din următoarele patru paste de obturație radiculară: eugenat iodoformat, Endomethasone, AH26 și Diaket. Restul canalelor au fost obturate cu gutapercă condensată vertical, după ce, în prealabil, s-a introdus în treimea apicală a canalului câte una din pastele de obturație radiculară mai sus menționate.

Tehnica folosită pentru condensarea verticală a fost descrisă de Schilder (citată de 2) și parcurge următoarele etape: se alege un con de gutapercă, astfel, încât să se oprească la aproximativ 1 mm de apexul dintelui. Se introduce în canal puțină pastă de obturație radiculară, apoi conul de gutapercă. Porțiunea coronară a conului se îndepărtează cu un excavator încălzit. În continuare se folosesc condensatoare speciale concepute în acest scop de către Schilder. În lipsa lor noi am folosit așa-numitele "finger pluggere". Acestea sunt ace endodontice rotunde pe secțiune, netede pe toată lungimea și boante la vârf, standardizate după sistemul folosit la acele de dilatare. Cu un fringer plugger încălzit la roșu se înmoaie conul din canal, apoi cu un finger plugger rece pudrat în ciment se

condensează gutaperca spre apex. Se verifică radiografic, apoi se introduc noi fragmente de gutapercă ce se încălzesc și se condensează succesiv până la umplerea canalului. Se obține astfel o obturație radiculară compactă și densă. Datorită presiunii din timpul condensării, există posibilitatea ca pasta de obturație radiculară să pătrundă în canalele laterale, obturându-le.

După realizarea tuturor obturațiilor radiculare, am sigilat cu ceară capătul coronar al obturației radiculare și am păstrat dinții timp de o săptămână în albastru de metil 1% pentru ca, în final, să realizăm secțiuni prin șlefuire. Secțiunile au fost studiate cu lupa stereoscopică pentru a evalua prin măsurarea cu hârtie milimetrică, gradul în care colorantul a pătruns în canal.

Rezultate și discuții

În general gradul de penetrare a fost mic, cuprinzând valori între 0-2,5 mm, conform tabelului de mai jos:

	Eug. iod	Endo.	AH26	Diaket	Media	
Obt. simplă	1,3	1,5	1,6	1,75	1,5	(14 dinți)
Cond. vert.	1,4	2	0,5	0,75	1,22	(11 dinți)

Dacă comparăm cele două tehnici de obturație, putem constata o etanșeitate ceva mai bună în cazul condensării verticale față de obturația simplă cu un singur con, respectiv o pătrundere a colorantului în canalul de 1,22 față de 1,5 mm.

Deși numărul dinților folosiți este statistic nesemnificativ, o comparație a diferitelor paste de obturație în cadrul aceleiași tehnici de obturație se prezintă în felul următor: etanșeitatea obturației cu un singur con descrește după cum urmează: eugenat iodoformat, Endomethasone. AH26, Diaket, fără diferențe semnificative. În cazul condensării verticale ordinea etanșeității este următoarea: AH26, Diaket, eugenat, Endomethasone. De această dată se observă că materialele de obturație pe bază de rășini asigură o etanșeitate net superioară față de materialele pe bază de ZnO - eugenol, diferența fiind de chiar 1,5 mm.

Metoda condensării verticale este laborioasă și necesită mai multe controale radiografice pentru a evita supraobturările. În cazul unei condensări prea zeloase rădăcinile se fracturează (1). Condensarea verticală este indicată (3) în cazul dinților cu:

- granuloame determinate de canalele laterale,
- granulom intern și
- canale foarte largi (ex. dinți tineri traumatizați dar cu procesul de apexificare încheiat).

Concluzii

Obturația radiculară are ca scop închiderea etanșă a canalului radicular pentru a preveni complicațiile infecțioase periapicale.

Studiile in vitro, neputând evalua proprietățile biologice ale materialelor de obturație radiculară, se limitează la studiul în care obturația radiculară reușește să se opună pătrunderii diferiților agenți fizici (coloranți, izotopi radioactivi etc.) în canalul radicular.

Folosind o tehnică proprie, am efectuat un studiu in vitro la 25 dinți extrași, comparând obturația radiculară simplă cu obturația realizată prin condensare verticală.

Din studiul efectuat a reieșit o etanșeitate mai bună a obturațiilor cu condensarea gutaperchiei, iar în cadrul acestei din urmă tehnici, rezultate mai bune s-au obținut când pasta folosită alături de gutapercă era pe bază de rășini epoxi (AH26 și Diaket) și nu pe bază de ZnO - eugenol (Endomethasone și eugenat iodoformat).

Bibliografie

1. Cohen S., Burns R.: Pathways of the Pulp. Sec. Edition, The C.V. Mosby Co. 1980, 162;
2. Gașar M., Andreescu C.: Odontologie și Parodontologie, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1983, 188;
3. Guldener P., Langeland A.: Endodontologie Diagnostik und Therapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1987, 281;
4. Weine F.: Endodontic Therapy. The G.V. Mosby Co. St. Louis, 1982.

STUDIES IN VITRO REGARDING THE TIGHTNESS OF APICAL CLOSING OF DIFFERENT MATERIALS OF RADICULAR OBTURATION

M.Pop, Șt. Bocskay, Monica Monea, stud. Livia Murgu

The aim of radicular obturations is to isolate the apical parodontium from the septic medium of the oral cavity when the content of the radicular canal had to be removed for a therapeutic or prosthetic purpose.

The authors have carried out studies in vitro, comparing the marginal closing of radicular obturations by means of measuring the degree of penetration of a colouring substance through the apex and along the radicular obturation

11 of the 25 canals included in the study were obturated, applying the vertical condensation of guttapercha method, and the rest of canals were obturated using a simple technique, without the condensation of guttapercha.

The results show a better closing in the case of the condensation of guttapercha. In this technique, the sealing of the apex was tighter when the obturation paste resulted from epoxy resins.

Sosit la redacția: 8 octombrie 1993

PROBLEME DE FARMACIE

DOZAREA Zn^{2+} PRIN METODA POLAROGRAFICĂ CU UNDE RECTANGULARE ȘI PRIN METODA SPECTROFOTOMETRICĂ

Silvia Dușa, Izabella Fóris, C. Csedő, C. Dușa

Disciplina de chimie analitică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Polifenolații de Zn^{2+} izolați din extracte vegetale au acțiune antimicrobiană și sunt utilizați la prepararea unor medicamente dermatologice și preparate cosmetice. Extractele vegetale cu conținut de polifenoli au fost izolate la facultatea noastră și apoi predate fabricilor de produse cosmetice indigene.

Scopul cercetării noastre a fost găsirea unor metode adecvate de dozare cantitativă a Zn^{2+} din extractul vegetal și din produsul cosmetic elaborat.

Aparatura și reactivi

Pentru determinări s-a folosit un polarograf cu unde rectangulare RADELKIS OH-104.

Ca electrod indicator s-a folosit un electrod picurător de mercur cu reglarea automată a timpului de picurare, ca anod folosindu-se mercurul de pe fundul vasului de polarografie. Înregistrarea polarogramelor s-a făcut automat.

Pentru întocmirea curbei de etalonare s-a folosit o soluție de bază de Zn^{2+} având o concentrație de 1mg ion/ml, corespunzând unei concentrații de $15 \cdot 10^{-3}$ M Zn^{2+} preparată din $ZnSO_4 \cdot 7H_2O$ folosind apa bidistilată. Ca electrolit de bază s-a folosit o soluție de KCl 1% și gelatină 1%; dar s-a adăugat și câte 1 ml amoniac concentrat pentru a realiza mediul amoniacal necesar polarografierii Zn^{2+} . Seria etalon și probele s-au preparat identic

Rezultate și discuții

Înregistrând polarogramele s-au obținut curbe polarografice cu picuri. Unda pentru ionul Zn^{2+} apare între -1,34 și -1,38 V.

Valorile curenților înregistrați sunt redată în tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 1

Valorile de curent i_p în μA înregistrate pentru curba de etalonare

Nr.crt.	Concentrația (mm l)	i_p (μA)
1.	0,14	12
2.	0,6	50
3.	1,0	141
4.	2,0	300
5.	3,0	430
6.	4,0	584
7.	5,0	680

Din tabel se constată o creștere a curentului cu concentrația, în conformitate cu ecuația lui Ilkovič. Calculând parametrii dreptei celei mai probabile din media curenților înregistrați, coeficientul de corelație indică o corelație excelentă între concentrație și curentul înregistrat pentru concentrații până la 5-6 mm/l, peste aceste valori se observă o abatere de la liniaritate.

Ecuația dreptei obținute este redată prin expresia:

$$C_{Zn^{2+}} = (7,28 \cdot 10^{-3} \pm 2,04 \cdot 10^{-4}) \cdot i_p + (0,02805 \pm 0,2748)$$

$$n = 7$$

$$r = 0,9975 \quad S_0 = \pm 0,1638 \cdot 10^{-3}$$

Prin verificarea preciziei și exactității metodei de dozare polarografică a Zn^{2+} , concluzia care se desprinde este că există o eroare relativă cuprinsă între 1-7%, admisă la această concentrație. Din calculul statistic reiese că apar doar erori întâmplătoare și nu sistematice.

Metoda spectrofotometrică de determinare se bazează pe formarea unor complecși colorați în roșu, fotometrabili, între Zn^{2+} - Ditizona (Difenil-tio-carbazonă), (1-5), respectiv Zn^{2+} - PAN (Piridil-azo-naftol) (5,10,7).

Pentru determinări s-a folosit un spectrofotometru SPECOL 10.

Complecșii Zn-Ditizona și Zn-PAN având lungimi de undă caracteristice, metoda se folosește atât la identificarea cât și la dozarea cantitativă a Zn^{2+} .

În tabelul nr.2 sunt redați parametrii mai importanți pentru acești complecși:

Tabelul nr.2

Parametrii	Ditizona	PAN
pH	5,1-5,5	6,5
λ_{max} ligand	435; 618	480
λ_{max} complex	535	520-570
λ_{max} optim	535	565
tmp de stabilitate complex	120'	15'

Dificultate a prezentat stabilirea condițiilor optime de lucru pentru a avea o abatere minimă de la liniaritate, având în vedere factorul deranjant al multor ioni metalici: Fe^{2+} , Cu^{2+} , Pb^{2+} , Mn^{2+} etc.

Pentru construirea curbei de etalonare, folosind ca reactiv de complexare ditazona, am încercat mai multe metode de lucru.

O metodă care a dat rezultate a fost cea în care s-a folosit o soluție de $6 \cdot 10^{-4}$ mg/ml Zn^{2+} în soluție de HNO_3 0,001 M, în mediu de tampon acetat cu soluție de ditazonă 0,025 mg/ml în tetraclorură de carbon, excesul de ditazonă a fost spălat cu o soluție de hidroxilamină. Prin fotometrarea față de martor la lungimea de undă de 560 nm am obținut următoarele rezultate (fig.nr.1).

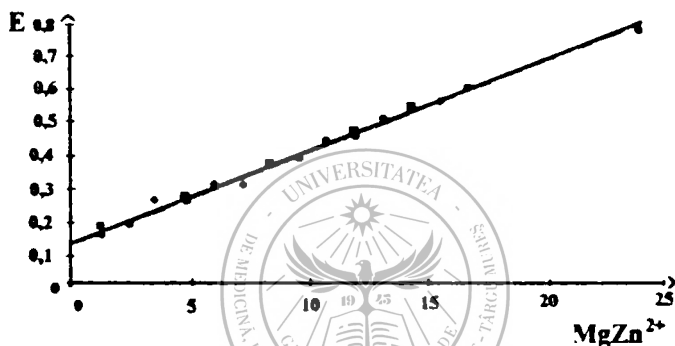


Fig. nr. 1: Curba de etalonare Zn-Ditazona

Din datele experimentale reiese că extincția variază proporțional cu concentrația, pentru domeniul de concentrații ales; însă verificând precizia și exactitatea metodei, se obțin erori mari, metoda nefiind reproductibilă. Erorile sunt sistematice și se datorează în primul rând faptului că este o metodă de extracție, necesitând multe spălări ale stratului organic, micșorând exactitatea metodei. Un alt factor care duce la erori este stabilitatea mare a reacției ditzonei cu alți ioni metalici prezenți chiar și în urme, (Pb^{2+} , Cu^{2+} , Fe^{3+} , Mn^{2+}), de exemplu limita de recunoaștere pentru reacția Pb-Ditazonă este $L_T = 0,04 \mu\text{g}$, iar pentru reacția Zn-Ditazonă $L_T = 0,025 - 0,02 \mu\text{g}$. Deși sunt prevăzute în metodele abordate și complexarea ionilor jenanți, cu KCN sau $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ înlăturarea totală a acestora este greu de realizat.

Metoda spectrofotometrică de dozare a Zn^{2+} cu ditazonă este laborioasă și puțin reproductibilă, de aceea am abordat în continuare metode de dozare cu PAN, indicator complexonometric pentru Cd^{2+} , Co^{2+} , Cu^{2+} , Ni^{2+} , Zn^{2+} la pH = 5 - 6. Pentru Zn^{2+} pH-ul optim este 6,1 - 6,5, când se

obține un complex cu absorbție maximă de 565 nm. Construind curbe de etalonare cu acest indicator se obțin extincții proporționale cu concentrația, valorile obținute fiind redade prin curba din fig. nr.2.

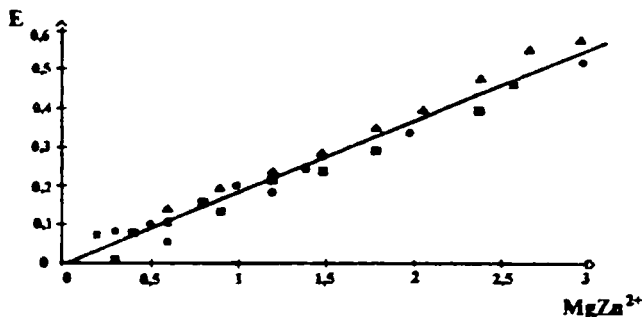


Fig. nr.2: Curba de etalonare Zn-PAN

Calculând ecuația dreptei celei mai probabile din datele experimentale, cât și a coeficientului de corelație se constată o bună liniaritate între concentrație și extincție pe domeniul de concentrații între 2-30 $\mu\text{g/ml}$ Zn^{2+} , ecuația ce redă concentrația în funcție de extincție este:

$$C\% \text{Zn}^{2+} = (5,383 \pm 0,431)E + (-0,046 \pm 0,159)$$

$n=10$
 $S_0=0,168$
 $r=0,997$

Am aplicat în continuare metoda la dozarea Zn^{2+} din polifenolații preparați la Facultatea de Farmacie: polifenolat de Morus, polifenolat de Ulmaria și polifenolat de Coryl. Cântărind din fiecare șarjă câte 3 probe, am dezagregat cu HNO_3 și HCl conc. evaporând la sec pe baia de apă; reziduu format a fost reluat cu apă bidistilată și adus cantitativ la 100 ml. Operațiile de dezagregare acidă s-au repetat până la obținerea unui reziduu alb.

Concentrațiile procentuale în Zn^{2+} ale probelor analizate sunt redade în tabelul nr. 3.

Rezultatele obținute prin această metodă sunt reproductibile, cantitatea de Zn^{2+} găsită fiind în concordanță cu conținutul teoretic de Zn^{2+} al soluțiilor de polifenolați preparate în laboratoarele facultății. Rezultatele sunt cuprinse în domeniul de siguranță ales, ceea ce demonstrează că în determinările efectuate au existat numai erori accidentale.

Dozarea spectrofotometrică a Zn^{2+} cu PAN poate fi aplicată cu rezultate bune la determinarea Zn^{2+} din polifenolați.

Tabelul nr. 3.

Conținutul în Zn^{2+} al polifenolaților de Zn^{2+} obținuți din diferite plante

Polifenolanul	g probă	Cantitatea de Zn^{2+} mg%
MORUS		0,460
	4,6398	0,456
		0,448
		0,446
	4,6859	0,450
		0,445
		0,458
	4,6587	0,450
	0,448	
$\bar{x} = 9$	$S_x = 0,005$ P = 95% t = 2,36	A = $0,451 \pm 2,36 \cdot 0,005$
ULMARIA		0,443
	4,6875	0,438
		0,424
		0,425
	4,6833	0,443
		0,441
		0,441
	4,6990	0,439
	0,426	
$\bar{x} = 9$	$S_x = 0,007$ P = 95% t = 2,36	A = $0,435 \pm 2,36 \cdot 0,007$
CORYL		0,862
	4,7261	0,862
		0,848
		0,872
	4,7285	0,858
		0,846
		0,877
	4,7324	0,878
	0,866	
$\bar{x} = 9$	$S_x = 0,011$ P = 95% t = 2,36	A = $0,863 \pm 2,36 \cdot 0,011$

Bibliografie

1. Cotrău M., Proca M.: Toxicologie analitică, Editura Medicală, București, 1988, 135;
2. Charlot G.: Les Methodes de la Chimie Analytique, Masson et Cie Ed. Paris, 1966, 978;

3. *Morait Gh., Roman L.*: Chimie analitică, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1983;

4. *Morait Gh.*: Controlul analitic al medicamentelor, Editura Medicala, București, 1977, 401;

5. *Baloescu C., Stenescu M.*: Metode spectrofotometrice de absorbție aplicate la controlul medicamentelor, Editura Medicală, București, 1975, 35;

6. *Meites L.*: Handbook of analytical chemistry. Mc. Graw Hill Book Company, New York, 1963;

7. *Csedő C. et al.*: Date referitoare la stabilitatea polifenolatului de zinc de origine vegetală. Ses. cadrelor didactice I.M.F. Tg.-Mureș 29 noi. 1986.

ZN²⁺ ASSAYING BY POLAROGRAPHIC AND SPECTROPHOTOMETRIC METHODS

Silvia Dușa, Izabella Fóris, C. Csedő, C. Dușa

Metal polyphenolates of vegetal origin can be used increasingly more widespread in the industry of cosmetics, too. Zinc polyphenolate obtained from a vegetal extract is a brown solution with a characteristic smell, meant to revitalize the epidermis, as according to the latest investigations it is one of the factors applied in acrodermatitis.

Several methods of assaying were made such as: rightangle wave polarographic method, by which the relative errors were 1-7%, spectrophotometric method of assaying with organic reagents such as dithizone and PAN. However, these methods (the first is also a method of extraction) are laborious and less reproducible, the relative errors being 1-10% in case of dithizone, and 1-7% when PAN is used.

Comparing the two methods studied, practical results cause us to recommend the use of the colorimetric method of assaying Zn.

Sosit la redacție: 17 februarie 1993

TETRACIKLIN MEGHATÁROZÁSA 4-AMINOANTIPIRINNEL

Duduz Gyöngyi, Kincses Ajtay Mária***

Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem
Gyógyszeripar Tanszék*, Toxikológia Tanszék **

A 4-aminoantipirint széleskörben használják a fenolszármazékok meghatározására az Emerson által felfedezett indofenol reakció (2, 5, 6) alapján.

A vizsgált fenolos hidroxilt tartalmazó vegyület és a 4-aminoantipirin közötti reakció oxidálószer jelenlétében jól meghatározott pH-n megy végbe, miközben kloroformban kioldódó színes termékek keletkeznek. A kloroformos kivonás növeli a módszer érzékenységét és szelektivitását

A módszer reprodukibilitása valamint a keletkezett termékek színének az intenzitása függ az oldat pH-jától és a kondenzációs termékek képződési állandójától.

Az irodalmi adatok szerint (2, 6) a 4-aminoantipirin és a káliumhexacianoferrát (III) - (a leggyakrabban használt oxidálószer) mennyisége csak kismértékben befolyásolja a színintenzitást, a pH értéke viszont meghatározó.

Jelen dolgozatban a tetraciklin-4-aminoantipirin reakció fizikai-kémiai vizsgálatával kapcsolatos eredményeinket foglaltuk össze, valamint ez alapján a tetraciklin mennyiségi meghatározására kidolgozott módszerünket ismertetjük.

Anyag és módszer

- Tetracikliniumklorid (Fabrica de Antibiotice Iași)
- Nátrium hidroxid p.a. (Reactiv București)
- Kálium-hexacianoferrát (III) p.a. (Merck)
- Káliumklorid ch. p. (Reactiv București)
- Kloroform p.a. (Reactiv București)
- 4-aminoantipirin (a Gyógyszeripar Tanszéken szintetizált, benzolból átkristályosított reagens)
- Spekol
- Acetát tompító oldat Walpole szerint (1)
- Radelkis Universal pH-méter (Type OP-204/1).

Mértük a 10^{-3} M tetracikliniumklorid (T) oldat pH változását 10^{-3} M káliumhexacianoferrát (III) és 10^{-2} M káliumklorid jelenlétében 10^{-3} M nátriumhidroxid oldat hozzáadására.

A méréseket megismételtük 10^{-4} valamint $2 \cdot 10^{-4}$ M-aminoantipirin (AA) jelenlétében is. Az így nyert adatok segítségével a különböző összetételű kondenzációs termékek lépcsőzetes keletkezésének a feltételéből kiindulva (3, 4), kiszámoltuk és megrajzoltuk a kondenzációs termékek képződési görbéjét.

A tetraciklin-4-aminoantipirin rendszer fizikai-kémiai vizsgálata által szolgáltatott adatok segítségével rátértünk a mennyiségi meghatározás körülményeinek a megállapítására:

Próbaként 0,5-3 mg tetraciklint oldottunk 2,5 ml vízben; hozzáadtunk 1 ml 5%-os káliumhexacianoferrát (III) oldatot, 3 ml acetát-tompító oldatot (5,5 pH) és 5 ml 0,4%-os 4-aminoantipirin oldatot. Párhuzamosan vakpróbát is készítettünk. A próbákat azonnal kiráztuk 2-2-1 ml kloroformmal.

Az egyesített kloroformos oldatok extinkcióját 1 cm-es küvettában Spekol típusú spektrofotométeren 475 nm hullámhosszon mértük.

Eredmények

A kondenzált termékek képződési görbéjéről leolvastuk a vizsgált pH tartományban a vegyülési mólarányt és a képződési állandók értékeit (1. táblázat).

1. Táblázat

Sorszám	Képződési molarány	pH-tartomány	LgK	K
1.	1 T: 2 A - A	3,5 - 4,5	18,9	$7,9 \cdot 10^{18}$
2.	1 T: 3 A - A	4,5 - 6,5	13,65	$4,4 \cdot 10^{13}$

A továbbiakban a mennyiségi meghatározás során a mért adatok segítségével kiszámítottuk az extinkciós koefficienst, amelynek statisztikai kiértékelését a 2. táblázatban foglaltuk össze:

2. Táblázat

Sorszám	$\epsilon = \frac{E - E_0}{c \cdot d}^*$	Statisztikai kiértékelés
1.	0,160	$\bar{x} = 0,170$
2.	0,180	$S = \frac{\sum_{i=1}^n (\bar{x} - x_i)^2}{n - 1} = 0,006603$
3.	0,167	
4.	0,170	
5.	0,172	$S_{\bar{x}} = \frac{\sum_{i=1}^n (\bar{x} - x_i)^2}{n \cdot (n - 1)} = 0,0027$
6.	0,171	$\alpha = 0,9 \quad t_{\alpha} = 2,015$ $A = \bar{x} \pm t_{\alpha} \cdot S_{\bar{x}} = 0,170 \pm 0,0054$
		Variációs koefficiens: $= \frac{S \cdot 100}{\bar{x}} = 3,9\%$

* ϵ = extinkciós koefficiens; E_0 = a vakpróba extinkciója; E = a próba extinkciója; d = 1 cm; c = a bemért tetraciklin mg-ban.

Következtetések

1. A tetraciklin-4-aminoantipirin rendszerben híg vizes oldatokban, oxidálószer jelenlétében, 3-7 pH között liposzolubilis kondenzációs termékek keletkeznek.

2. A kondenzációs termékek molaránya 1T: 2 AA, illetve 1T: 3 AA.

3. A liposzolubilis kondenzációs termékek képződési állandója $7,9 \cdot 10^{18}$ (pH 3,5 - 4,5) és $4,4 \cdot 10^{13}$ (pH 4,5 - 6,5) következképpen nagy stabilitású vegyületekről van szó.

4. Az 1T: 3AA termék kloroformos oldatának extinkciómérésén alapuló spektrofotometriás mennyiségi meghatározás jól reprodukálható módszer, amely gyógyszeres készítmények, biológiai anyagok tetraciklin tartalmának a meghatározására is alkalmas.

5. A tetraciklin-4-aminoantipirin termék színe vizes oldatban instabil ezért a próbákat azonnal ki kell rázni kloroformmal.

6. A kísérletek során a kivonás optimális pH értékét 5,5-nek találtuk, amely éppen a szerves oldószerben legjobban oldódó 1T - 3 AA termék képződésének felel meg. Ezt az optimális pH-t az acetát tompító oldat segítségével biztosítottuk.

Irodalom

1. *Erdey L. és mtsai*: Analitikai zsebkönyv, Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 1960, 330;

2. *Greco I., Curea Elena*: Identificarea substanțelor medicamentoase. Ed. Dacia, Cluj, 1980, 55;

3. *Greco I., Dudutz Gyöngyi*: Studiul fizico-chimic al interacțiunii dintre acidul boric și unele antibiotice, Farmacia, 1977, XXV, 81-88;

4. *Inczédy J*: Komplex egyensúlyok analitikai alkalmazása, Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 1970;

5. *Ionescu T.D. și colab.*: Analiza apelor. Ed. Tehnică, București, 1968, 151;

6. *Vejdelek Z.J., Kakác B.*: Farbreaktionen in der spektrofotometrischer Analyse organischer Verbindungen. Vol.I. Veb G. Fischer Verlag, Jena, 1980, 448-555.

TETRACYCLINE DETERMINATION WITH 4-AMINO-ANTIPYRINE

Dudutz Gyöngyi, Kincses Ajtay Mária

We have studied with physical and chemical methods of the reaction between 4-amino-antipyrine and tetracycline in the presence of $K_3[(CN)_6]$. The molar ratios in the liposoluble condensed product are 1 T: 2 AA and 1 T: 3 AA, the stability constants are $7.9 \cdot 10^{18}$ (pH 3.5 - 4.5) and $4.4 \cdot 10^{13}$ (pH 4.5 - 6.5).

For the quantitative determination of tetracycline we have worked out a spectrophotometrical method based on measuring the extinctions of the chloroform solution extracted at pH 5.5 of the condensed product, with molar ratio 1:3, that dissolves best in organic solvents.

A szerkesztőségbe érkezett: 1993. március 25.-én.

COMEMORĂRI

VOR 150 JAHREN WURDE ROBERT KOCH GEBOREN (11 Dezember 1843 - 27 Mai 1910)

KOCH ist einer der Gründer der modernen Bakteriologie. Er begann seine Tätigkeit als Landarzt. Beschrieb die Sporenbildung des *Bacillus anthracis*, legte die Grundsätze der in der Bakteriologie angewandten Tierversuche nieder, hat das Verfahren der Färbung der Bakterien in mikroskopischen Präparaten und deren Fotografierung ausgearbeitet. Seine bedeutendste technische Verwirklichung war die Einführung von festen Nährböden die das Erhalten von Reinkulturen ermöglichte. Er entdeckte den Erreger der Tuberkulose und Cholera. Hat viele bedeutende Nachfolger erzogen. Im Jahre 1905 wurde er mit dem Nobelpreis ausgezeichnet.

Obwohl seine wissenschaftlichen Verdienste unvergänglich sind, kann doch die Frage gestellt werden, ob die Nachwelt ihm gegenüber genügend dankbar ist? In der Beurteilung dieser Angelegenheit gehen wir - natürlich als persönliche Stellungnahme - aus folgenden aus. In der *Revista Medicală* (Târgu-Mureș, 1979, vol. XXV, No. 1-2, 76-79), haben wir eine Arbeit veröffentlicht, aus der unter anderen hervorgeht, dass aus den systematischen Einheiten die im Bande *Bergey's Manual* 8. Auflage (1974) vorkommen, 171 Personennamen tragen. Hierher gehören: 1 Ordnung, 8 Familien, 42 Gattungen und 120 Arten. Diese Taxa wurden zu Ehren von 146 Personen benannt. Mit Unverständnis und Bedauern haben wir feststellen können, dass nicht ein einziges Taxon den Namen KOCHS trägt. Diese Arbeit, die in abgekürzter Form in der obengenannten Zeitschrift erschien, wurde im Jahre 1978 in der Heimat Robert KOCHS nicht veröffentlicht.

Wir möchten diesen kurzen Nachruf mit den Worten G. GAFFKYS schliessen: "Ausgestattet mit klarem Verstande und kritischem Sinn, besass KOCH eine wunderbare Beobachtungs- und Auffassungsgabe, die ihn stets den Kern der Dinge schnell erfassen und nicht übersehen liess. Zu seinen Hauptcharakterzügen gehörte fester, stetiger Wille und zähe Ausdauer. Vor einer Arbeitskraft und Arbeitsfreudigkeit ohnegleichen, stellte er an andere hohe Anforderungen, die höchsten stets an sich selbst. Robert KOCH gehörte und diente der Welt".

Prof.dr. M. Péter

MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE

REUNIUNEA ANUALĂ DE ȘTIINȚE FIZIOLOGICE TÂRGU-MUREȘ, 22-23 OCTOMBRIE 1993

În zilele de 22-23 octombrie 1993 a avut loc la Târgu-Mureș, Reuniunea Anuală de Științe Fiziologice organizată de Societatea Română de Științe Fiziologice în colaborare cu Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș.

Au participat cadre didactice și cercetători din centrele universitare București, Chișinău, Cluj-Napoca, Craiova, Iași, Timișoara și Târgu-Mureș.

În ședința de deschidere, președintele comitetului de organizare, prof. dr. M. Sabău, a salutat pe cei prezenți, subliniind faptul că este pentru prima oară când o astfel de manifestare are loc la Târgu-Mureș. S-a omagiat cu acest prilej scurgerea a 30 de ani de când și-a început activitatea la disciplina de fiziologie a universității noastre profesorul Gheorghe Arsenescu și 6 ani de la dispariția sa. Profesorul Arsenescu a fost unul dintre pionierii electrofiziologiei experimentale miocardice și ai vectocardiografiei la noi în țară.

Programul s-a desfășurat în continuare în cadrul celor 6 secții:

1. Fiziologie și farmacologie experimentală (18 lucrări),
2. Electrofiziologie miocardică (16 lucrări),
3. Explorări funcționale (16 lucrări),
4. Probleme de imunologie (9 lucrări),
5. Fiziologie nervoasă și musculară (8 lucrări),
6. Poster (14 lucrări).

Au fost prezentate mai multe referate și lucrări care oglindesc preocupările actuale ale fiziologilor români: Hipoxia - demon sau demiurg (R. Cărnăciu - București), Metabolismul cloruro-sodic la șobolanul susceptibil la convulsii audiogene (M. Uluitu - București), Funcția electromecanică a miocardului în situații de stres (A. Saulea - Chișinău), Rolul fiziologic al nucleilor amigdalieni (M. Dorofteiu - Cluj-Napoca), Influența rezistenței extravasculare asupra circulației coronariene (V. Neșțianu - Craiova), Factorii endoteliali modulatori ai reactivității vasculare (I. Hăulică - Iași), Mecanismele contracției mușchiului neted vascular (D. Brănișteanu - Iași), Rolul celularității căilor aeriare în bronhomotricitate (Fr. Schneider - Timișoara), Consecințele supraîncărcării hemodinamice experimentale a inimii de șobolan asupra fenomenelor electrofiziologice celulare (M. Sabău -

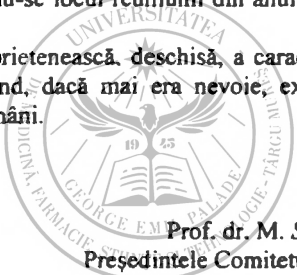
Târgu-Mureș), Sinteza locală a proteinelor plasmatice în mucoasa arborelui bronșic (I. Szabó - Târgu-Mureș), Geneza fibrilației ventriculare (J. László - Târgu - Mureș).

De un interes deosebit s-au bucurat lucrările experimentale și clinice prezentate în cadrul secțiunii de electrofiziologie miocardică, care a reunit fiziologi și cardiologi, colaborarea dintre aceștia fiind apreciată ca un mijloc de apropiere în scopul progresului cunoștințelor teoretice și practice în acest domeniu.

Participanții au avut la dispoziție pentru a-și prezenta rezultatele, cele mai noi metode audio-vizuale, inclusiv calculatoare, beneficiind de sprijinul tehnic al ing. Gheorghe Pișcu. Sunt demne de remarcat încercările catedrelor de Explorări Funcționale din Iași și de Fiziologie din Târgu-Mureș de-a introduce pregătirea asistată de calculator a studenților, folosind metode de screenshow.

Cu prilejul reuniunii s-a ținut și ședința Comitetului de Conducere al Societății, prilej cu care s-au discutat probleme ale învățământului de fiziologie, ale cercetării experimentale și clinice, ca și probleme organizatorice, stabilindu-se locul reuniunii din anul 1994, care va avea loc la Cluj-Napoca.

O atmosferă prietenească, deschisă, a caracterizat cele două zile ale reuniunii, confirmând, dacă mai era nevoie, existența unei adevărate familii a fiziologilor români.



Prof. dr. M. Sabău
Președintele Comitetului de organizare
Târgu-Mureș