



**REVISTA DE MEDICINA
SI FARMACIE
ORZOZI
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



★ 5 5 0 0 0 8 6 2 0 ★

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

1995, vol.41

Nr.1

IANUARIE-IUNIE

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

**ZIUA MEDICALĂ NORVEGIANO-ROMÂNĂ
NORSKE-RUMENSKE MEDISINSKE DAGER**

SIMPOZIONUL FITOTERAPIA CAVITĂȚII BUCALE

18-19 MAI 1995

SUMAR

SESIUNEA PLENARĂ

ZIUA MEDICALĂ NORVEGIANO-ROMÂNĂ
NORSKE-RUMENSKKE MEDISINSKE DAGER

<i>I.Pascu, G.Simu</i> : Direcții de cercetare în Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș	1
<i>H.R.Haanaes</i> : Tratamentul atrofiei severe de maxilar și mandibulă. Treatment of the severe atrophic maxilla and mandible	2
<i>C.Georgescu</i> : Sindromul de reperfuzie coronariană - marker al eficienței sau risc al tratamentului trombofibrinolitice în infarctul miocardic acut	3
<i>T.Georgescu</i> : Tratamentul actual în chirurgia tumorilor colorectale	5
<i>S.P.Olariu</i> : Cancerul mamar. Progrese și controverse în terapeutică hormonală	8
<i>Rodica Pascu, Carmen Chiriac</i> : Posibilități și limite ale tratamentului antiretroviral în infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) ...	9
<i>L.Rácz</i> : Contribuția lui Xavier Bichat la dezvoltarea anatomiei și patologiei moderne	10
<i>G.Stanciu</i> : 1995, anul centenar al descoperirii razelor X sau Röntgen	12
<i>C.Bratu, I.Tilea, E.Panfuru, Cristina Sandor, M.Drăgan, Monica Dungaciu, Márta Salló German</i> : Patologia protezelor tisulare (Film video; prezentat la cel de-al III-lea Simpozion Internațional România-Italia, București, 5-8 octombrie 1994)	14

FARMACIE

<i>G.Mezey</i> : Alimentația artificială. Asigurarea calității	15
<i>G.Mezey</i> : Posibilități de îmbunătățire a cooperării bolnavilor	16
<i>C.Csedő, L.Fülöp, Mária Gáspár, Sigrid Eşianu</i> : Obținerea polifenolatului de zinc din extractul semințelor de castan sălbatic (Hippocastani semen)	16
<i>Adriana Popoviciu</i> : Optimizarea tehnologiilor de extracție și a biodisponibilității principiilor active din produse vegetale	17
<i>L.Roman, Eugenia Florean, Simona Mirel, R.Săndulescu, R.Oprean, Pompilia Suci</i> : Preconcentrarea urmelor de metale în contextul asigurării calității analitice	18
<i>R.Săndulescu, Eugenia Florean, L.Roman, Simona Mirel, R.Oprean, Pompilia Suci</i> : Dozarea spectrofotometrică a fluorurilor din forme farmaceutice și produse stomatologice	18
<i>E.Módy, I.Füzi, L.Vulcu, Emilia Oprea</i> : Administrarea Bryoherp-gelului în tratamentul zona-zoster	19

<i>I.Füzi, E.Módy, L.Vulcu, Emilia Oprea, F.Jeney</i> : Studiul efectelor terapeutice ale administrării locale a unui produs farmaceutic obținut din specii de Bryophyte pe erupțiile cutanate ale bolnavilor cu Herpes simplex labial și genital	20
<i>B.Tőkés, Eszter Molnár</i> : Complexii de incluziune ai ciclodextrinelor cu substanțe medicamentoase. III. Studiul refractometric al unor sisteme binare.....	21
<i>A.Gyéresi, B.Tőkés, M.Kata</i> : Cercetarea interacțiunii nifedipinei cu ciclodextrine.....	21
<i>Daniela Micu, B.Tőkés, Gabriela Suciu</i> : Studiul stabilității acidului acetilsalicilic în faza solidă. Acțiunea umidității relative	22
<i>Marioara Monea, Doina Bilcă, C. Csedő</i> : Efectul antimicrobian al speciei <i>Eupatorium cannabinum</i> L. (Asteraceae)	23
<i>Maria T. Dogaru, G.Rácz</i> : Cercetări farmacologice privind acțiunea cardiovasculară a unor specii aparținătoare familiei Labiate	23
<i>Mária Kincses Ajtay, L.Ferencz, Gyöngyi Dudutz</i> : Analiza gazcromatografică a unor toxici volatili	24
<i>Z.Kisgyörgy, I.Máthé</i> : Contribuții la cunoașterea farmaco-botanică a produsului <i>Althaeae radix</i>	25
<i>Sigrid Eșianu, M.Tâmaș, C.Csedő</i> : Obținerea saponinei brute din <i>Grndeliae herba</i>	26
<i>L.Ferencz</i> : Determinarea gaz-cromatografică a alcoolilor inferiori în soluții apoase diluate. Relapi cantitative structură-timp de retenție.....	27
<i>L.Pokorny</i> : Dinamica evoluției conținutului de proantocianidine în specia <i>Crataegus monogyna</i> Jacq în perioada de vegetație.....	28
<i>Szidónia Kristó Tita, C.Csedő, Silvia Dușa</i> : Analiza izvorului de apă minerală carbogazoasă "Fontana" din Miercurea-Ciuc (Toplița).....	28

BOLI CARDIOVASCULARE

<i>E.Carașca, D.Dobreanu, D.Bratu, C.Suciu, D.Gavrilescu, Angela Marina</i> : Aspecte particulare în cardiopatii congenitale	29
<i>H.Pop, Doina Podoleanu, Alina Boeriu, S.Cotoi</i> : Aspecte particulare ale insuficienței cardiace la vârstnic	29
<i>D.Dobreanu, E.Carașca, S.Cotoi, C.Dușa</i> : Potențialul de acțiune monofazic în evaluarea clinică și experimentală a tulburărilor de ritm la nivel atrial.....	30
<i>A.Frigy, S.Incze, E.Brânzaniuc, R.Vass, S.Cotoi</i> : Fibrilația atrială cronică. Analiza statistică computerizată a ciclurilor ventriculare	31
<i>Mihaela Opriș, Liliana Bostan, A.Matei, S.Micu, C.Graur, Adriana Mitre, M.Dinesch, I.Vița, Mihaela Ispas, M.Clocoșan, M.Ganea, C.Georgescu</i> : Adenozintrifosfatul în diagnosticul diferențial al tahicardiilor cu complex QRS larg.....	31

<i>E.Panțuru, D.Fărcaș, Monica Dungaciu, Cristina Sandor, Corina Ijac, D.Bratu</i> : Evaluarea funcției ventriculului stâng prin wall - stresul meridional	32
<i>Minodora Dobreamu, J.Máthé, Ibolya András, Anca Dărăbuș, L.Bukaresti</i> : Studiul comparativ al concentrației acidului sialic din seromucoid, al alfa-1-antitripsinei serice și al activității lipoproteinlipazei plasmatice la bolnavi coronarieni	33
<i>I.Benedek, Rodica Togănel, Z.Galajdu, I.Samu, Ioana Dulău, Ilona Hejja, Teodora Hintea, Judit Seres, Ildikó Szatmári</i> : Fibrele miocardice din venele pulmonare cu rol posibil compensator în cardiomiopatia dilatativă	34
<i>Smaranda Demian, Z.Brassai, E.Módy, Piroska György, Corina Ureche, Gina Suciu, Claudia Pleșa</i> : Investigații imunologice în arteriopatiile obliterante	35
<i>Gina Suciu, Z.Brassai, C.Dudea, Piroska György, Corina Ureche, I.Macarie</i> : Arteriopatia diabetică. Studiu lipidologic și angiografic ..	36
<i>Corina Ureche, Z.Brassai, Gina Suciu, Piroska György, R.Onea</i> : Efectele comparative ale nicardipinei și ale asociației nicardipin-pentoxifilin asupra vâscozității sangvine	37
<i>Doina Podoleanu, S.Cotoi</i> : Studiu privind efectul ketanserinei în tratamentul hipertensiunii arteriale	37
<i>Ildikó Szatmári, I.Samu, Ioana Dulău, Ilona Hejja, Teodora Hintea, Judit Seres, C.Florea, I.Benedek</i> : Angioplastia transluminală pe vase mari (artere iliace) în experiența Clinicii Medicale nr.1	38

PATOLOGIE TUMORALĂ

<i>C.Rădulescu, Carmen Rădulescu, Viorica Lobonț</i> : Valoarea diagnostică și de monitorizare a determinării antigenului CA 125 în cancerul epitelial de ovar	40
<i>Carmen Rădulescu, Viorica Lobonț, C.Rădulescu</i> : Determinarea antigenului CA 125 în evaluarea vindecării după tratamentul chirurgical și citostatic în cancerul de ovar	41
<i>N.Turdeanu, D.Deac, T.Pop, Daciana Chirila, C.Ghivan</i> : Gastrectomie totală cu refacerea tranzitului prin interpoziție de ansă jejunală	41
<i>M.Buruian</i> : Explorarea computer-tomografică a fosei posterioare	42
<i>A.Boșianu, T.Georgescu, G.Simu, I.Pribac, V.Căreianu, A.Hintea, F.Gomotîrceanu, Anca Roșca, A.Mureșan</i> : Mezoteliom fibros al pleurei viscerale al lobului inferior drept	43
<i>I.Egyed-Zs., Emőke Horváth</i> : Importanța diferitelor modalități histopatologice de gradare a tumorilor maligne de glandă mamară	43

<i>Alexandra Crișu, N.Böhm, G.Simu</i> : Importanța metodelor imunohistochimice în diagnosticul leziunilor limfoproliferative	44
<i>Cristina Hajdu, Z. Szentirmay, F.Berger, J.Jung, G.Simu</i> : Importanța metodelor imunohistochimice în diagnosticul exact al tumorilor; confirmări și surprize	45
<i>Diana Pop Petre, Tereza Crăciun Mureșan, Rodica Rediș, D.Bratu</i> : Strategia diagnosticului precoce al cancerului rectosigmoidian	47
<i>G.Oltean, Smaranda Demian, C.Dudea</i> : Sindromul de liză tumorală la bolnavii cu leucemii acute și limfoame maligne ne Hodgkiniene	48
<i>I.Benedek, Erzsébet Benedek Lázár</i> : Interferonul în tratamentul hemopatiilor maligne	48
<i>Anikó Herczeg, I.Egyed-Zs.</i> : Carcinom de corticosuprarenală cu sindrom adreno-genital	49
<i>R.Horváth, I.Egyed-Zs.</i> : Tumorile pigmentare ale pielii capului și gâtului	50
<i>Gabriela Dumitrescu, Ștefania Logofătu, Lorica Gavrilă, N.Ianovici, H.Aldea, C.D.Laba</i> : Studiu asupra aspectelor topografice și morfologice ale neoplasmelor astrogiale cerebrale	51
<i>Momca Crăciun</i> : Importanța examenului mielografic în diagnosticul afecțiunilor medulare și ale coloanei vertebrale	51

BOLI INFECȚIOASE

<i>G.Simu, Carmen Carașca, Anca Sin, M.Turcu</i> : Aspecte anatomo-patologice particulare în organele limfoide ale copiilor infectați cu virusul imunodeficienței umane (VIH)	53
<i>Eva Nemeș, Mihaela Sava, Luminița Costea, Luminița Chiupă, Mihaela Cheie, Adriana Secu</i> : Studiul privind infecția HIV la copiii din județul Dolj în perioada 1990-1994	54
<i>Oana-Raluca Marinescu, D.Marinescu, Ruxandra Marinescu</i> : Considerații asupra comportamentului suicidal recurent și infecția cu virus HIV	55
<i>Cristina Golea, Monica Dănilă, Monica Sabău, Doina Bilca, Judith Farkas, Mihaela Boaru, A.Hompoth</i> : Gradul de participare a virusului hepatitei delta în cadrul hepatitelor virale acute AgHBs pozitive	56
<i>Mariana Pop, Anca Dinesch, I.Ghimis</i> : Aspecte actuale în hepatita posttransfuzională	56
<i>Liana Deac, Șt.Maximencu, Dana Fărăian, I.Munteanu, D.Deac, E.Lupu, Cristina Roman</i> : Infecția stafilococică, ca problemă de sănătate publică	57

<i>L.Domokos, M.Péter, Sanda Pîros, C.Copotu, V.Filep, Felicia Toma, Lilla Lőrinczi, B.Sebe, Erikő Barabás, T.Bara, M.Boghtu, M.Eşiamu: Studii microbiologice complexe efectuate pe fragmente de biopsie gastroduodenală (Notă preliminară).....</i>	58
<i>Felicia Toma: Studiul caracterelor tulpinilor bacteriene circulante în unități sanitare</i>	59
<i>Piroska Kelemen-Boni, Mónika Szabó, L.Ferencz, I.Gabor, Márta German Salló: Starea febrilă prelungită monosimptomatică - etiologii posibile.....</i>	59
<i>L.Băilă, Anna Csizér, I.Sass, M.Chiorean: Conduita terapeutică în formele grave de tetanos.....</i>	60
<i>Carmen Chiriac, Rodica Pascu, E.Carașca, Anca Văsieșu, Rodica Urcan, Brîndușa Tilea: Complicații cardiovasculare în trichineloză umană.....</i>	61
<i>Cristina Chirculescu, Marcela Sigmirean: Giardioza - manifestări bilio-digestive și generale.....</i>	61
<i>Mihaela Greab, Marcela Sigmirean: Giardioza - manifestări alergice și neuropsihice.....</i>	62

CERCETĂRI EXPERIMENTALE ȘI DE LABORATOR

A. PROBLEME FUNCȚIONALE

<i>M.Sabău, Gh.Bărbat, D.Dobreanu, Adriana Habor, Veronica Avrigeanu, T.Bătagă: Influența distensiei experimentale asupra activității electrice a inimii</i>	63
<i>Gh.Feszt, Romanța I.Lupșa, Monica I.Turdean: Interacțiunea antidepressivelor triciclice cu un blocant al canalelor calciului în analgezie</i>	64
<i>J.László: Geneza potențialului monofazic de leziune</i>	65
<i>J.László: Cercerarea acțiunii PGF 2 alfa asupra activității cordului</i>	65
<i>A.Șchiopu, I.Pascu, Eugenia Tătar: Aplicarea electrofocuserii geometrice în studiul disproteinorahiilor la bolnavii cu accidente vasculare cerebrale</i>	66
<i>N.T.Sándor, A.Brassai, A.Puskás, B.Lendvai: Rolul oxidului de azot în modularea eliberării de neurotransmițători din corpul striat de șobolan...</i>	67
<i>Monica Dungaciu, A.Șchiopu, D.Bran: Analiza prin electrofocuserie geometrică a proteinuriilor discrete.....</i>	67
<i>Adriana Martin, A.Șchiopu, I.Pascu, Simona Tătar: Proteinograma lichidului cefalorahidian normal obținută din probe neconcentrate prin electrofocuserie geometrică</i>	68
<i>Annamăria László, A.Șchiopu, Magdalena László: Studiul indicelui fagocitar pe un lot de donatori de sânge.....</i>	69

<i>Mihaela Dinca, M.Negulescu, F.Popescu, E.Georgescu, G.Florescu.</i> <i>Carmen Daja: Efecte metabolice ale blocantelor canalelor lente de calciu</i>	70
<i>S.Bucurescu: Curbe doză - efect cu aplicații în radioterapia medicală</i>	71
<i>Eugenia Tătar, Simona Tătar, A.Șchiopu: Produs-program pentru compararea statistică continuă a parametrilor din bazele de date interactive</i>	72
<i>Simona Tătar, Eugenia Tătar, A.Șchiopu: Produs-program pentru analiza statistică continuă a unor parametri de laborator</i>	73
<i>I.Macavei, D.Văstieșu, I.Pascu: Studiul unor parametri hemodinamici și de reactivitate vasculară cerebrală pe un lot de subiecți sănătoși prin ultrasonografia Doppler transcranială</i>	74

CERCETĂRI EXPERIMENTALE ȘI DE LABORATOR

B. PROBLEME STRUCTURALE

<i>O.Lakatos, I.Daróczi, Maria Lakatos, L.Vass, I.Járóssi: Arhitectonica fibro-conjunctivă și vasculară a sinusului renal la om</i>	76
<i>Edit Gogolák-Oláh: Cefalogeneza prin prisma elementelor descriptive ale osului sfenoid</i>	77
<i>D.Georgescu, Edit Gogolák-Oláh, A.Kovács, Mariana Mihăilă, Claudia Oprea, Șt.Gyulai-Korpos, V.Gherai, Camelia Bostan, L.Máthé: Morfogeneza nervilor periferici în viața fetală</i>	77
<i>J.Daróczi, O.Lakatos, I.Egyed-Zs., Maria Lakatos, Z.Pávai: Aspecte histopatologice în autotransplantul experimental de splină</i>	78
<i>T.Szilágyi, E.H.Buho: Proprietățile electrofiziologice ale interneuronilor din hipocampusul de șobolan identificați prin metode anatomice</i>	79
<i>Gh.Roșca, Stela Roșca, C.Csedő, Angela Borda, Simona Rotar, Eda Gliga, Camelia Gliga, R.Silvaș: Studiul cromozomilor la șobolanii albi tratați cu extract de Rubiae radix</i>	80
<i>Eugenia Moldovan, I.Pascu, C.Copotoiu, G.Simu: Importanța examinărilor anatomo-patologice la bolnavii cu myastenien gravis</i>	81
<i>Denis Miha, I.Egyed-Zs.: Studiul morfometric al modificărilor vasculare pulmonare la bolnavi cu malformații cardiace congenitale</i>	82
<i>Iládkó Vass, I. Egyed-Zs.: Studiul morfopatologic al malformațiilor extremități cefalice</i>	82

PEDIATRIE (I)

<i>Z. Pap, Doina Drașoveanu, Julieta Dunca, Adrienne Horváth, Virginia Bodescu, Katalin Lazsádi: Noi aspecte în alimentația sugarilor</i>	83
---	----

<i>C. Rusnac, Marcela Sigmirean, Lucia-Sanda Fetea, L. Neagoș, Anca Sglimbea, C. Bancoș, Carmen Necula: Vărsăturile ciclice cu acetonemie, mit sau realitate?</i>	83
<i>I. Munteanu, Oana Mărgineanu, Amalia Făgărdășan: Investigațiile imunologice în reumatismul articular acut</i>	84
<i>Csilla Todea, Zsuzsa Béres: Explorarea funcției respiratorii a plămânului în faza clinică asimptomatică a astmului bronșic la copil</i>	85
<i>Liliana Vilecanu: Bronșiolita acută. Considerații clinico-terapeutice asupra cazurilor internate în Clinica de Pediatrie Nr. 3 în 1994</i>	85
<i>Beatrice Gabor, Csilla Todea, Marinela Gabor, Amalia Făgărdășan, Éva Kiss: Tuberculoza la copil în patologia Clinicii de Pediatrie Nr. 1, Târgu-Mureș</i>	86
<i>Lucia-Sanda Fetea, C. Rusnac, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean, L. Neagoș, B. Voicu, Anca Sglimbea, C. Bancoș: Aspecte clinico-radiologice în unele vărsături ale sugarului</i>	87
<i>Marcela Sigmirean, C. Rusnac, Maria Florișteanu, L. Neagoș, Terezia Szöcs, Lucia-Sanda Fetea, Anca Sglimbea, B. Voicu: Sindromul hemoragic din boala diareică acută gravă a sugarului. Coagulopatie de consum sau de producție?</i>	87
<i>D. Georgescu, Ana Popescu, I. Munteanu, Monica Marton: Ulcerul de stres în patologia pediatrică</i>	88
<i>D. Bușiu, I. Muntean: Rădăcinismul în actualitate</i>	89
<i>Daniela Grebănaș: Cu privire la unele aspecte legate de terapia actuală a sindroamelor nefrotice la copil</i>	89
<i>Alina Grădinaru: Aspecte clinico-paraclinice ale glomerulonefritelor la copii</i>	90
<i>Éva Kiss, Daniela Corlăciu: Aspecte clinico-paraclinice ale reflexului vezico-ureteral la copii</i>	91

PEDIATRIE (II)

<i>Doina Drașoveanu, Z. Pap, E. Băltin, Cristina Orasan, Daniela Marcu, Virginia Bodescu: Locul și rolul malformațiilor congenitale și al anomaliilor de poziție ale tubului digestiv în producerea vărsăturilor la sugar</i>	92
<i>Mărta Grün, Rodica Togănel: Malformații congenitale cardiace în cadrul sindroamelor polimalformative cromozomiale în județul Mureș pe perioada 1985-1994</i>	92
<i>Rodica Togănel, Mărta Grün, I. Munteanu: Incidența sindromului Williams în cadrul sindroamelor polimalformative asociate cu malformații cardiace congenitale în evidența Clinicii de Pediatrie Nr. 1 Cardiologie</i>	93

<i>Julieta Dunca, P. Dărdău, J. Csidey: Un caz de sindrom Didmoad</i>	94
<i>Alina Dulău, C. Rusnac: Considerații etiopatogenice cu privire la 57</i> <i>cazuri de sindrom Down</i>	94
<i>Adrienne Horváth, Z.Pap, Doina Drașoveanu, Julieta Dunca,</i> <i>Georgeta Dudaș, Zsuzsa Ágoston, Katalin Lazsádi, K. Zilahi:</i> <i>Dilemele obezității, nutriția corectă la sugari cu privire mai ales la</i> <i>alimentația cu lipide, proteine și hidrați de carboni</i>	95
<i>Georgeta Dudaș, Z.Pap: Intoleranța față de fructoză. Copilul poate</i> <i>consuma fructe și rădăcinoase. În ce formă?</i>	96
<i>Despina Baghiu, Liliana Adamovici: Probleme de diagnostic privind</i> <i>adenopatia periferică la copil</i>	96
<i>Maria Florișteanu, Letiția Ciubucă, Virginia Bodescu, Anca</i> <i>Sglimbea, C.Bancoș, B. Voicu: Rolul magnezioterapiei în</i> <i>tratamentul anemiei feriprive</i>	97
<i>Dana Moldovan, Ana Popescu: Aportul hematologiei în infecțiile</i> <i>severe ale sugarului</i>	97
<i>Ana Popescu, G. Vittu: Studiul proteinei S a coagulării în reglarea</i> <i>hemostazei la nou-născut cu septicemie</i>	98
<i>D. Filip, Ana Popescu: Șocul septic în pediatrie</i>	99
<i>Liliana Pripas: Considerații generale cu privire la cazurile de</i> <i>septicemie internate în Clinicile de Pediatrie Nr. 2 și 3 în ultimii 10</i> <i>ani</i>	99
<i>Virginia Bodescu, Maria Florișteanu, Anca Sglimbea, C.Bancoș,</i> <i>B.Voicu: Considerații clinico-terapeutice asupra cazurilor de</i> <i>convulsii la copiii internați în Clinica de Pediatrie Nr. 3 în perioada</i> <i>1990-1994</i>	100
<i>Liliana Bodea, Ana Popescu: Intoxicații acute exogene cu substanțe</i> <i>corosive la copil</i>	101
<i>Amalia Făgărășan, Éva Kiss, Oana Mărginean: Rolul factorilor</i> <i>psihoeemoționali în durerea abdominală recurentă</i>	101
<i>Sorina Momeu, Maria Florișteanu: Giardioza - Studiu asupra unor</i> <i>aspecte imunologice și manifestări neuropsihice</i>	102
<i>Alexandrina Ioana Borza: Aspecte etiopatogenice în boala diareică</i> <i>acută a sugarului și copilului mic</i>	103
<i>Camelia Crișan, Simona Crișan, Adrienne Horváth, Katalin Lazsádi:</i> <i>Un caz de sindrom hemolitic uremic cu evoluție benignă</i>	104

MEDICINĂ INTERNĂ

<i>C.Dudea, Ligia Bancu: Actualități în etiopatogenia ulcerului gastric și</i> <i>duodenal</i>	105
<i>P.Ionesi, E.Vilher: Strongiloidoza gastrică mascată sub boala</i> <i>ulceroasă</i>	106

<i>Daniela Dobru, F.Boga, N.Seucea, P.Ilniczky:</i> Tratatamentul endoscopic prin alcoolizare a HDS de origine ulceroasă	107
<i>F.Boga, Daniela Dobru, A.Incze, S.Cotoi:</i> Gastropareza la bolnavii diabetici	107
<i>Ligia Bancu, Simona Bătagă, Ana Bratu, Imola Török, Ilona Csidey:</i> Afecțiuni asociate și factori favorizanți ai esofagitei de reflux.....	108
<i>Simona Bătagă, Ana Bratu, Ligia Bancu, Imola Török, Rodica Rediș, Cristina Hajdu, C.Dudea:</i> Duodenita cu exulcerații multiple asociată infestației cu <i>Giardia lamblia</i>	109
<i>Rodica Pop, Simona Bătagă, C.Dudea:</i> Aspecte ale hemoragiei digestive superioare la bolnavii cu ciroză hepatică	109
<i>Adriana Habor, Anca Sin, Bernadette Kantelip:</i> Expresia proteinelor de adeziune în ciroza hepatică	110
<i>G.Fodor:</i> Studiu ecografic asupra chisturilor hidatice hepatice	111
<i>L.Farkas, G.Fodor, Cs.Gaál:</i> Valorile colesterolului seric la bolnavii cu litiază biliară	111
<i>Tereza Crăciun Mureșan, Diana Pop Petre, Rodica Rediș, D.Bratu:</i> Este hipertensiunea portală din ciroza hepatică factor de risc al litiazei biliare?	112
<i>Ana Bratu, Imola Török:</i> Corelații ultrasonografice - histopatologice în colecistita acută litiazică și complicațiile sale.....	113
<i>Imola Török, Ana Bratu, Simona Bătagă, Ligia Bancu, C.Dudea:</i> Rolul malformațiilor colecistului în patogeniza litiazei biliare.....	114
<i>Lia Georgescu:</i> Lombaigia joasă - aspecte clinice și terapeutice	114
<i>H.Popovici, Lia Georgescu, Anca Cozoș, Mirela Dumbravă, O.Bodea:</i> Evaluarea factorilor de risc ai accidentelor gastrointestinale grave în poliartrita reumatoidă	115
<i>Mónika Szabó, Piroska Kelemen Boni, E.Veress, L.Ferencz, I.Gabor:</i> Greutatea scăzută la naștere ; risc pentru toleranța scăzută la glucide și diabetul zaharat tip II	116
<i>D.Moldovan, B.Koreh:</i> Set complex de investigații de fiziologie respiratorie aplicată pentru evaluarea efectelor unor noxe industriale inhalatorii.....	117
<i>Ruxandra Marinescu, D.Marinescu:</i> Efecte secundare psihoorganice ale medicației antidepresive și neuroleptice.....	118
<i>D.Marinescu, Ruxandra Marinescu:</i> Studiu catamnestice long-term a 200 de cazuri de sindroame depresive endogene	118

CHIRURGIE, ORTOPEDIE, GINECOLOGIE, TERAPIE INTENSIVĂ

<i>C.Copotoiu, P.Petropoulos, Sanda Copotoiu, V.Bud, M.Eșanu, L.Tomua, C.Molnar, Corina Popoviciu:</i> Experiența Clinicii de Chirurgie nr.1 Târgu-Mureș în colecistectomia laparoscopică	120
---	-----

<i>T.Georgescu, A.Boianu, G.Simu, I.Pribac, V.Căreianu, A.Dobre, A.Hintea, Anca Roșca, D.Coza, F.Gomotîrceanu: Sechestrare pulmonară stângă</i>	121
<i>D.Deac, Liana Deac, N.Turdeanu: Secvențe clinico-terapeutice privind atitudinea noastră în cazul apariției reacției de respingere a protezelor sintetice abdominale</i>	121
<i>A.Boianu, T.Georgescu, G.Simu, I.Pribac, V.Căreianu, Gabriela Jimboreanu A.Hintea, F.Gomotîrceanu, A.Dobre, Anca Roșca, A.Mureșan: Sindrom de lob mediu Brock prin tuberculoză atipică</i>	122
<i>L.Seres-Sturm, Ó.Nagy, A.Bálint, M.Stoica, S.Pop, A.Kovács, T.Băjagă: Deficiența acetabulară în artroplastia de revizie a șoldului</i>	122
<i>Magda Seres-Sturm, L.Seres-Sturm, C.Csedő, Adela Strîmbu: Experimentarea unui produs combinat fitoterapeutic în prevenirea osteoporozei postmenopauzale (Comunicare preliminară)</i>	123
<i>R.Chinezu, I.Pascu, O.Corfariu, Z.Opriș: Rolul potențialelor evocate somestezice în evaluarea leziunilor rădăcinilor nervoase spinale C₅-D₁ și ale plexului brahial după traumatisme ale coloanei cervicale și centurii scapulo-humerale</i>	124
<i>T.Băjagă, C.Ciugudean, L.Seres-Sturm, Ó.Nagy, A.Bálint, S.Pop: Rezultatele tratamentului cu Calcitonină în fracturile proximale de femur pe fond de osteoporoză</i>	125
<i>A.Bálint, C.Ciugudean, Ó.Nagy, L.Seres-Sturm, M.Stoica, S.Pop, T.Băjagă, A.Kovács: Experiența noastră în rolul osteotomiilor Supratuberozitare de tibie în tratamentul gonartrozelor unicompartmentale</i>	126
<i>Ó.Nagy, C.Ciugudean, L.Seres-Sturm, M.Stoica, A.Bálint, T.Băjagă: Artroplastia endoprotetică în gonartroză</i>	126
<i>C.Enculescu, H.Mândăianu, Jolanda Kusztos: Atitudinea chirurgicală și rezultatele tardive în prolapsul genital operat</i>	127
<i>M.Chioresan, R.Arafat, Sanda Copotoiu: Interrelații în asistența de urgență a bolnavilor critici. Serviciul mobil de urgență și reanimare - Compartimentul de urgență - Secția de anestezie-terapie intensivă - Secțiile convenționale</i>	128
<i>Sanda Copotoiu, M.Chioresan, I.Pascu, Dana Rusu: Patriculiarități A.T.I la bolnavii suferind de miastenia gravis, care au fost timectomizați</i>	128
<i>C.V.Molnar, C.Mărginean, S.P.Olariu: Studiul clinic și statistic al complicațiilor după avort autorizat</i>	129

STOMATOLOGIE

<i>H.R. Haanaes</i> : Bolile articulației temporo-mandibulare. Diagnostic și tratament	130
<i>L.Ieremia, Dorela Gabor, Mioara Chirilă</i> : Elaborarea unui index clinic de analiză a gnatosoniilor articulațiilor temporomandibulare (ATM).....	130
<i>S.Popșor, L.Ieremia, I.Bagathai</i> : Contribuții la aprecierea activității neuromusculare maseterne printr-un procedeu computerizat de electromiografie cantitativă.....	131
<i>Dorela Gabor, L.Ieremia, Mioara Chirilă, S.Popșor, Daniela Borda, Adriana Lobonțiu</i> : Investigații clinico-epidemiologice efectuate pentru depistarea disfuncției articulației temporomandibulare la un lot neomogen dentat, edentați parțial sau total, neprotezați sau protezați.....	131
<i>Șt.Bocskay, M.Pop, Emese Kopcsák</i> : Modificarea culorii coroanei dinților. Factori etiologici, posibilități terapeutice.....	132
<i>Ileana Roman, Luminița Lazăr, Maura Purcăroiu</i> : Obturația de durată din amalgam ca factor iatrogen	132
<i>L.Szász, A.Monea, L.Simó</i> : Aprecierea stării de sănătate odonto-parodontale a unui grup de studenți	133
<i>Mariana Păcurar</i> : Avantaje și inconveniențe în carioprofilaxia prin metoda sigilării	133
<i>R.Văneanu, Lenuța Marin</i> : Piodermite "maligne" ale feței.....	134
<i>D.Kovács, Gh.Naftali</i> : Plastia pavilionului urechii "în ansă"	134
<i>Gh.Naftali, D.Kovács, G.Simu, J.Jung, M.Buruian</i> : Problemele clinico-patologice legate de fibromul osifiant al maxilarului	134
<i>Cecilia Petrovan</i> : Evaluarea preoperatorie a situației molarilor de minte inferiori incluși prin interpretare radiografică; Corelarea dintre: forma anatomică, poziția intraosoasă a dintelui și dificultatea odontectomiei	135
<i>Zs.Ilyés, D.Kovács</i> : Corelația dintre anumite boli generale și nevralgia trigeminală esențială.....	135
<i>Imola Sárosi, D.Kovács</i> : Principii moderne de tratament al plăgii alveolare postextracționale la bolnavii hemofilici	136
<i>Melinda Székely, Simona Anca</i> : Căptușeala rezilientă a protezelor totale mandibulare	136
<i>Simona Anca, Melinda Székely, S.Popșor</i> : Biocompatibilitatea și efectele adverse ale unor materiale dentare.....	136

IGIENĂ - DERMATOLOGIE

<i>Monica Sabău, Cristina Golea, Monica Dănilă, Ingrid Welman, Cristina Zidariu, Ramona Irimie:</i> Rolul medicului și al studentului în medicină în combaterea și prevenirea tabagismului.....	137
<i>Ramona Ureche, Monica Dănilă, Alina Pașilea:</i> Methemoglobinemia toxică la sugari corelată cu consumul apei având un conținut crescut de azotați	137
<i>Evelyn Farkas, Liliiana Tătar, E.Cs. Joanovics:</i> Studiul evoluției morbidității cu incapacitate temporară de muncă în câteva întreprinderi din municipiul Târgu-Mureș între anii 1989-1993.....	138
<i>I.Domahidi:</i> Mortalitatea prin cancer în unele localități din județul Mureș în perioada 1951-1992 și corelația ei cu parametrii solului.....	139
<i>O.Fărcaș, Z. Ábrám, A. Șolea, Adriana Poenaru, Oana Călușeriu:</i> Urmărirea condițiilor de locuit și evaluarea factorilor de microclimat în orașul Târgu-Mureș.....	139
<i>Z.Ábrám, K.A.Fleming, Ch.J.Healey, R.W.Chapman:</i> Metode moderne de biologie moleculară folosite pentru detectarea unor virusuri.....	140
<i>O.V.Bușiu, Lia Maria Simu, I.P.Simu:</i> Studiul keratomicozelor determinate de microsporon minutissimum	141
<i>L. Nüszl:</i> Prevenirea melanomului malign între posibilitate și realitate... ..	141
<i>Andrea Kerezsi, L. Nüszl:</i> Etiopatogeneza și conduita de tratament în psoriazis.....	142
<i>S. Morariu:</i> Studiul etiologic, clinic, terapeutic și evolutiv al sindromului eritrodermic.....	143

UROLOGIE

<i>D.Nicolescu, R.Boja, V.Oșan, C.Cantâr:</i> Model propriu de endopielotom	144
<i>R.Boja, C.Cantâr, D.Nicolescu:</i> Endopielotomia în tratamentul endoscopic al sindromului de joncțiune pieloureterală.....	145
<i>V.Oșan, C.Catarig, M.Imbăruș, I.Negruț, D.Nicolescu:</i> Tratamentul endoscopic al complicațiilor precoce și tardive ale adenomectomiei deschise și transuretrale.....	145
<i>I.Bakos, D.Nicolescu, Orsolya Mártha:</i> Rata infecției urinare după adenomectomie deschisă, comparativ cu cea transuretrală	146
<i>Orsolya Mártha, I.Bakos, I.Dumbrăveanu, S.Nedelcu, D.Nicolescu:</i> Principiile tratamentului endoscopic radical al tumorilor vezicale superficiale	147
<i>O.Golea, D.Nicolescu, I.Dumbrăveanu, I.Negruț:</i> Rolul rezecției transuretrale paleative (TUR-Vp) în tumorile vezicale infiltrative.....	148

<i>I.Dumbrăveanu, O.Golea, C.Catarig, I.Negruș, D.Nicolescu:</i> Tratamentul endoscopic concomitent al tumorilor vezicale asociate cu alte afecțiuni ale aparatului urinar inferior	148
<i>L.Schwartz, V.Oșan, I.Negruș, D.Nicolescu:</i> Considerații pe marginea litiazei vezicale secundară operațiilor obstetrico-ginecologice	149
<i>Carmen Simion, V.Oșan, D.Nicolescu:</i> Manevre endoscopice ajutătoare în vederea lărgirii indicației și creșterii eficienței ESWL	150
<i>I.László, M.Péter, Sanda Piros, V.Filep, D.Nicolescu, B.Sebe:</i> Studiul factorilor etiologici și al atipiei celulare în uretropristatite	151
<i>Gr.Dogaru, Carmen Căldăraru:</i> Factorii etiopatogenetici și mijloacele de apărare ale organismului în infecțiile tractului urinar	152
<i>Mihaela Zafiu:</i> Relația dintre infecția urinară și litiaza urinară	153
<i>R.Boja, O.Golea, L.Schwartz, C.Cantâr, S.Nedelcu, D.Nicolescu:</i> Tratamentul percutanat al chisturilor renale solitare prin fenestrație.....	153

SIMPOZIONUL FITOTERAPIA CAVITĂȚII BUCALE

<i>A.Monea, Șt.Bocskay:</i> Bazele științifice ale tratamentului în parodontopatiile marginale cronice	155
<i>Em Grigorescu, Ursula Stănescu:</i> Posibilități de utilizare a produselor vegetale în tratamentul unor afecțiuni ale cavității bucale	155
<i>Viorica Hodișan, M.Tâmaș, H.Popescu, M.Kory:</i> Cercetări chujene asupra unor plante utilizate în afecțiuni ale cavității bucale.....	156
<i>C.Csedő, I.Füzi, M.Giurgiu:</i> Cercetări târgumureșene asupra unor plante medicinale utilizate în afecțiuni ale cavității bucale.....	157
<i>I.Füzi, M.Péter, Șt.Bocskay:</i> Medicamente de origine vegetală destinate tratamentului parodontopatiilor marginale cronice superficiale	158
<i>M.Tâmaș, Adina Aluș-Popa, Dorina Târnoveanu:</i> Identificarea și determinarea cantitativă a acidului benzoic din fructele de <i>Vaccinium vitis-idaea</i> L.....	159
<i>Adriana Popovici, I.Papp, A.Biró:</i> Conuri dentare cu acțiune locală în stomatologie.....	159
<i>Marioara Monea, C.Csedő, A.Monea, Csilla Balázs, Sigrđ Eșanu:</i> Acțiunea terapeutică a <i>Ulmaria-polifenolatului</i> de zinc în afecțiuni parodontale	160
<i>I.Füzi, F.Jeney, Emilia Oprea:</i> Studiul efectelor terapeutice al unui produs farmaceutic obținut din primulaceae în combaterea plăcilor dentare microbiene	161
<i>I.Füzi, I.Papp:</i> Prepararea conurilor alveolare cu extract biofilizat obținut din specii de <i>Lysimachia</i> L.....	161
<i>C.Csedő, G.Horváth, Csilla Balázs, Sigrđ Eșanu:</i> Acțiunea antibacteriană a apei de gură stomatologică pe bază de extract de frunze de alun (<i>Coryli folium</i>).....	162

<i>I.Füzi, L.Fülöp, M.Péter: Acțiunea antimicrobiană a liofilizatorilor și a polifenolaților metalici (Al, Bi, Zn) obținută din specii de Alchemilla L.</i>	163
<i>I.Füzi, M.Péter, F.Jeney: Cercetarea efectului antimicrobian a extractelor liofilizate obținute din specia Sanguisorba officinalis L.</i>	164
<i>C.Csedő, I.Máthé, M.Neugebauer, V.Miklossy, Sigrid Eșianu: Analiza gascromatografică a uleiului volatil de izmă bună soiul Mentha piperita - Superpiperita - Feldioara</i>	164
<i>F.Jeney, I.Füzi: Date privind aplicabilitatea unui gel obținut din specii de Bryophytae în tratamentul diferitelor afecțiuni ale cavității bucale</i>	165
<i>Maria Rogoșcă, M.Péter, Judit Brassai, T.Constantinescu: Cercetări în vederea obținerii unor ape de gură cu efect antimicrobian</i>	166
<i>Izabella Foris, Viorica Cornea, Silvia Dușa: Studiul cromatografic al conținutului în polifenoli al extractelor de Filipendula ulmaria</i>	167
<i>L.Pokorny: Dinamica evoluției conținutului de proantocianidine în specia Lysimachia punctata L. în perioada de vegetație</i>	167
<i>Z.Kisgyörgy, Mária H.Péter: Anteza și producția în ulei eteric al inflorescențelor heterotactice de Matricaria chamomilla L.</i>	168
<i>Anişoara Petrov: Formule de ape aromatice pentru fitoterapia cavității bucale</i>	169
<i>M.Giurgiu, O.Pleşa, Sára Ádám: Produs fitofarmaceutic pentru tratamentul alveolitei</i>	169
<i>M.Giurgiu, O.Pleşa, Sára Ádám: Produs fitoterapeutic de uz stomatologic</i>	170
<i>Adriana Pancu Andok: Fitoterapia cavității bucale în medicina populară</i>	170
<i>Ursula Stănescu, Maria Vataman, Liliana Costantin, Monica Hâncianu, Georgeta Grosu, Doina Popovici: Studiul clinic și bacteriologic comparativ al unor preparate vegetale de uz stomatologic</i>	171
<i>Monica Hâncianu, Anca Miron, V.Dorneanu, A.Spac, Diana Calapod, Em.Grigorescu, Ursula Stănescu: Studiul farmacognostic al speciilor Artemisia balchanorum și Ocimum basilicum</i>	171

**REVISTA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
ORVOSI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI SZEMLE**

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

**Editor's Office: 4300 Târgu-Mureș, str. Gh.Marinescu nr.38, telefon: 115551,
fax: 164407
România**

1995, vol.41

Nr.1

JANUARY-JUNE

**ANNUAL SESSION OF SCIENTIFIC REPORTS
OF THE TEACHING STAFF AND STUDENTS
UMPh, TÂRGU-MUREȘ**

**NORWEGIAN-ROMANIAN MEDICAL DAY
NORSKE-RUMENSKE MEDISINSKE DAGER**

**SYMPOSIUM: PHYTOTHERAPY OF THE ORAL
CAVITY**

18-19 MAY, 1995

CONTENTS

PLENARY SESSION

NORWEGIAN-ROMANIAN MEDICAL DAY NORSKE-RUMENSKE MEDISINSKE DAGER

<i>I.Pascu, G.Simur</i> : Directions in research work at the University of Medicine and Pharmacy, Târgu-Mureş	1
<i>H.R.Haanaes</i> : Treatment of the severe atrophic maxilla and mandible...	2
<i>C.Georgescu</i> : Syndrome of coronary reperfusion-marker of efficiency or risk of thrombofibrinolytic therapy in acute myocardial infarction.....	3
<i>T.Georgescu</i> : Current treatment in the surgery of colorectal tumours.....	5
<i>S.P.Olariu</i> : Breast cancer. Progress and controversy in hormonal therapy	8
<i>Rodica Pascu, Carmen Chiriac</i> : Probability and limits of antiretroviral therapy in HIV infections	9
<i>L.Rácz</i> : Xavier Bichat's contribution to the development of anatomy and modern pathology	10
<i>G.Stanciu</i> : 1995 - Centenary of the discover' of X- or Roentgen rays....	12
<i>D.Bratu, I.Tilea, E.Panțuru, Cristina Sandor, M.Drăgan, Monica Dungaciu, Márta Salló German</i> : Pathology of tissue prostheses (video film shown at the 3-rd International Symposium Romania-Italy, Bucharest, 5-8 Oct. 1994)	14

PHARMACY

<i>G.Mezey</i> : Artificial alimentation. Ensuring quality.....	15
<i>G.Mezey</i> : Possibilities of improving patient's cooperation	16
<i>C.Csedő, L.Fülöp, Mária Gáspár, Sigrid Eșianu</i> : Obtaining zinc polyphenolate from horse-chestnut seeds (Hippocastani semen).....	16
<i>Adriana Popoviciu</i> : Active principles from vegetal products	17
<i>L.Roman, Eugenia Florean, Simona Mirel, R. Săndulescu, R.Oprean, Pompilia Suci</i> : Pre-concentration of metal traces in ensuring analytical qualities	18
<i>R.Săndulescu, Eugenia Florean, L.Roman, Simona Mirel, R.Oprean, Pompilia Suci</i> : Spectrophotometric assaying of fluorine from pharmaceutical and dental products	18
<i>E.Módy, I.Fűzi, L.Vulcu, Emilia Oprea</i> : Administering Bryoherp-Gel in treating zona zoster.....	19
<i>I.Fűzi, E.Módy, L.Vulcu, Emilia Oprea, F.Jeney</i> : Study on the therapeutical effects of local administration of a pharmaceutical product obtained from the species Bryophyte upon the skin eruptions of patients with labial genital herpes zoster	20

<i>B.Tökés, Eszter Molnár</i> : Inclusion complexes of cyclodextrins with medicamentous substances. III. Refractometrical study of some binary systems	21
<i>Á.Gyéresi, B.Tökés, M.Kata</i> : Investigation of the interaction of nifedipine with cyclodextrins	21
<i>Daniela Micu, B.Tökés, Gabriela Suciur</i> : Study on the stability of acetylsalicylic acid in solid phase. Action of relative moisture	22
<i>Marioara Monea, Doina Bilcă, C. Csedő</i> : Antimicrobial effect of <i>Eupatorium cannabinum</i> L. (Asteraceae).....	23
<i>Maria T. Dogaru, G.Rácz</i> : Pharmacological investigations on the cardiovascular action of some species of Labiatae	23
<i>Mária Kincses Ajtay, L.Ferencz, Gyöngyi Dudutz</i> : Gas-chromatographical analysis of certain volatile toxic substances	24
<i>Z.Kisgyörgy, I.Máthé</i> : Contributions to the knowledge of the pharmaco-botanical product <i>Althaeae radix</i>	25
<i>Sigrid Eşianu, M.Tămaş, C.Csedő</i> : Preparation of gross saponin from <i>Grindeliae herba</i>	26
<i>L.Ferencz</i> : Gaschromatographical determination of inferior alcohols in diluted aqueous solutions. Quantitative structure - retention time relations	27
<i>L.Pokorny</i> : Dynamics of the evolution of proanthocyanidin content of <i>Crataegus monogyna</i> Jacq. in the period of vegetation.....	28
<i>Szidónia Kristó Tita, C.Csedő, Silvia Duşa</i> : Analysing the aerated mineral water spring "Fontana", Miercurea-Ciuc (Toplița).....	28

CARDIOVASCULAR DISEASES

<i>E.Caraşca, D.Dobreanu, D.Bratu, C.Suciu, D.Gavrilescu, Angela Marina</i> : Particular aspects in congenital cardiopathy cases	29
<i>H.Pop, Doina Podoleanu, Alina Boeriu, S.Cotoi</i> : Particular aspects of heart failure in the elderly	29
<i>D.Dobreanu, E.Caraşca, S.Cotoi, C.Duşa</i> : Monophasic action potential in evaluating arrhythmia clinically and experimentally at the level of the atrium.....	30
<i>A.Frigy, A.Incze, E.Brânzaniuc, R.Vass, S.Cotoi</i> : Chronic atrial fibrillation. Computerized statistic analysis of ventricular cycles	31
<i>Mihaela Opreş, Liliana Bostan, A.Matei, S.Micu, C.Graur, Adriana Mitre, M.Dinesch, I.Viţa, Mihaela Ispas, M.Clocojan, M.Ganea, C.Georgescu</i> : Adenosintriphosphate in the differential diagnosis of tachycardia with wide QRS complex	31
<i>E.Panţuru, D.Fărcaş, Monica Dungaciu, Cristina Sandor, Corina Ijac, D.Bratu</i> : Evaluating left ventricular functions by meridional wall-stress.....	32

<i>Minodora Dobreanu, J.Máthé, Ibolya András, Anca Dărăbuș, L.Bukaresti:</i> Comparative study of sialic acid concentration from seromucoid, of serum alpha-1-antitrypsin and of the activity of plasma lipoproteinlipase in coronary patients.....	33
<i>I.Benedek, Rodica Togănel, Z.Galajdu, I.Samu, Ioana Dulău, Ilona Hejja, Teodora Hintea, Judit Seres, Ildikó Szatmári:</i> Myocardial fibres in the pulmonary veins with a possible compensatory role in dilative cardiomyopathy	34
<i>Smaranda Demian, Z.Brassai, E.Módy, Piroska György, Corina Ureche, Gina Suciu, Claudia Pleșa:</i> Immunological investigations in obliterative arteriopathies.....	35
<i>Gina Suciu, Z.Brassai, C.Dudea, Piroska György, Corina Ureche, I.Macarie:</i> Diabetic arteriopathy. Lipidological and angiographical study	36
<i>Corina Ureche, Z.Brassai, Gina Suciu, Piroska György, R.Onea:</i> Comparative effects of nicardipine anf of nicardipine-pentoxifilin association upon blood viscosity.....	37
<i>Doina Podoleanu, S.Cotoi:</i> Study on the action of ketanserin in treating high arterial blood pressure.....	37
<i>Ildikó Szatmári, I.Samu, Ioana Dulău, Ilona Hejja, Teodora Hintea, Judit Seres, C.Florea, I.Benedek:</i> Transluminal angioplasty on the great vessels (iliac arteries) in the experience of Medical Clinic nr.1	38

TUMOURAL PATHOLOGY

<i>C.Rădulescu, Carmen Rădulescu, Viorica Lobonț:</i> Diagnostical and monitoring value of the determination of CA 125 antigen in epithelial ovary cancer	40
<i>Carmen Rădulescu, Viorica Lobonț, C.Rădulescu:</i> Determination of antigen CA 125 in evaluating recovery after surgical and cytostatical treatment in ovary cancer	41
<i>N.Turdeanu, D.Deac, T.Pop, Daciana Chirila, C.Ghivan:</i> Total gastrectomy with re-making the passage by interposing jejunal loop	41
<i>M.Buruiari:</i> Computer-tomographical exploration of the posterior fosse	42
<i>A.Boțianu, T.Georgescu, G.Simu, I.Pribac, V.Căreianu, A.Hiniea, F.Gomotișceanu, Anca Roșca, A.Mureșan:</i> Fibrous mesothelium of the visceral pleura of the right lower lobe.....	43
<i>I.Egyed-Zs., Emőke Horváth:</i> Importance of various histopathological gradation modalities of malignant tumours of the mammary gland....	43
<i>Alexandra Crișu, N.Bohm, G.Simu:</i> Importance of immunohistochemical methods in diagnosing lymphoproliferative lesions.....	44

<i>Cristina Hajdu, Z. Szentirmay, F. Berger, J. Jung, G. Simu</i> : Importance of immunohistochemical methods in the accurate diagnosis of tumours; confirmations and surprises	45
<i>Diana Pop Petre, Tereza Crăciun Mureșan, Rodica Rediș, D. Bratu</i> : Strategy of early diagnosis of rectosigmoidal cancer	47
<i>G. Oltean, Smaranda Demian, C. Dudea</i> : Tumoural lysis syndrome in patients with acute leukaemia and non-Hodgkin malignant lymphoma ...	48
<i>I. Benedek, Erzsébet Benedek Lázár</i> : Interferon in treating malignant haematopathies	48
<i>Anikó Herczeg, I. Egyed-Zs.</i> : Corticosuprarenal carcinoma with adreno-genital syndrome	49
<i>R. Horváth, I. Egyed-Zs.</i> : Pigmentary tumours of the skin of the head and neck	50
<i>Gabriela Dumitrescu, Ștefania Logofătu, Lorica Gavrilă, N. Ianovici, H. Aldea, C. D. Laba</i> : Study on the topographical and morphological aspects of cerebral astroglial neoplasms	51
<i>Monica Crăciun</i> : Importance of myelographical examination in diagnosing medullary and vertebral column affections	51

INFECTIOUS DISEASES

<i>G. Simu, Carmen Carașca, Anca Sin, M. Turcu</i> : Particular anatomopathological aspects in the lymphoid organs of children infected with HIV	53
<i>Eva Nemeș, Mihaela Sava, Luminița Costea, Luminița Chiușu, Mihaela Cheie, Adriana Secu</i> : Study on HIV infection in children in the district of Dolj between 1990-1994	54
<i>Oana-Raluca Marinescu, D. Marinescu, Ruxandra Marinescu</i> : Considerations upon recurrent suicidal behaviour and HIV infection	55
<i>Cristina Golea, Monica Dănilă, Monica Sabău, Doina Bilca, Judith Farkas, Mihaela Boaru, A. Hompoth</i> : Grade of participation of hepatitis virus delta in AgHBs positive acute viral hepatitis cases	56
<i>Mariana Pop, Anca Dinesch, I. Ghimiș</i> : Current aspects in post-transfusion hepatitis	56
<i>Liana Deac, Șt. Maximencu, Dana Fărăian, I. Munteanu, D. Deac, E. Lupu, Cristina Roman</i> : Staphylococcal infection - a problem of public hygiene	57
<i>L. Domokos, M. Péter, Sanda Piros, C. Copotioiu, V. Filep, Felicia Toma, Lilla Lőrinczi, B. Sebe, Enikő Barabás, T. Bara, M. Baghiu, M. Eșianu</i> : Complex microbiological studies carried out on gastroduodenal biopsy fragments (Preliminary note)	58
<i>Felicia Toma</i> : Study on the characteristics of bacterial strains found in sanitary units	59

<i>Piroska Kelemen-Boni, Mónika Szabó, L.Ferencz, I.Gabor, Mária German Salló: Monosymptomatic extended feverish condition - possible aetiologies</i>	59
<i>L.Băilă, Anna Csizér, I.Sass, M.Chioresan: Therapeutical approach in severe tetanus forms</i>	60
<i>Carmen Chiriac, Rodica Pascu, E.Caraşca, Anca Văsieşiu, Rodica Urcan, Brinduşa Tilea: Cardiovascular complications in human trichinelliasis</i>	61
<i>Cristina Chirculescu, Marcela Sigmirean: Giardiosis - bilio-digestive and general manifestations</i>	61
<i>Mihaela Greab, Marcela Sigmirean: Giardiosis - allergic and neuropsychical manifestations</i>	62

EXPERIMENTAL AND LABORATORY INVESTIGATIONS

A. FUNCTIONAL ISSUES

<i>M.Sabău, Gh.Bărbat, D.Dobreamu, Adriana Habor, Veronica Avrigeanu, T.Băţagă: Influence of experimental distention on the electrical activity of the heart</i>	63
<i>Gh.Feszt, Romanţa I.Lupşa, Monica I.Turdean: Interaction of tricyclic antidepressive drugs with a blocking of calcium canals in analgesics</i>	64
<i>J.László: Genesis of monophasic lesion potential</i>	65
<i>J.László: Investigation of the action of alpha 2PGF upon cardiac activity</i>	65
<i>A.Şchiopu, I.Pascu, Eugenia Tătar: Use of geometrical electrofocussing in studying dysproteinrachia cases with cerebrovascular accidents</i>	66
<i>N.T.Sándor, A.Brassai, A.Puskás, B.Lendvai: Role of sodium oxide in modulating the release of neurotransmitters from the striated body of the rat</i>	67
<i>Monica Dungaciu, A.Şchiopu, D.Bratu: Analysis of discrete proteinuria through geometrical electrofocussing</i>	67
<i>Adriana Martin, A.Şchiopu, I.Pascu, Simona Tătar: Proteinogram of the normal spinal fluid from unconcentrated samples through geometrical electrofocussing</i>	68
<i>Annamária László, A.Şchiopu, Magdalena László: Study of the fagocytic index in a group of blood donors</i>	69
<i>Mihaela Dinca, M.Negulescu, F.Popescu, E.Georgescu, G.Florescu, Carmen Daja: Metabolic effects of the blockings of slow calcium canals</i>	70
<i>S.Bucurescu: Dose-effect curves applied in medical radiotherapy</i>	71

<i>Eugenia Tătar, Simona Tătar, A.Şchiopu</i> : Program-product for continuous statistical analysis of the parameters from interactive data bases.....	72
<i>Simona Tătar, Eugenia Tătar, A.Şchiopu</i> : Program-product for continuous statistical analysis of certain laboratory parameters.....	73
<i>I.Macavei, D.Văsieşiu, I.Pascu</i> : Study of some haemodynamical and cerebrovascular reactivity parameters in a group of healthy individuals by transcranial Doppler ultrasonography.....	74

EXPERIMENTAL AND LABORATORY INVESTIGATIONS B. STRUCTURAL ISSUES

<i>O.Lakatos, J.Daróczi, Maria Lakatos, L.Vass, L.Járóssi</i> : Fibroconjunctival and vascular architectonics of the renal sinus in man	76
<i>Edit Gogolák-Oláh</i> : Cephalogenesis through the prism of the decriptive elements of the sphenoid bone	77
<i>D.Georgescu, Edit Gogolák-Oláh, A.Kovács, Mariana Mihăilă, Claudia Oprea, Şt.Gyulai-Korpos, V.Gherai, Camelia Bostan, L.Máthé</i> : Morphogenesis of the peripheral nerves in the foetus.....	77
<i>J.Daróczi, O.Lakatos, I.Egyed-Zs., Maria Lakatos, Z.Pávai</i> : Histo-pathological aspects in experimental autotransplant of the spleen	78
<i>T.Szilágyi, E.H.Buho</i> : Electrophysiological properties of interneurons from the rat hippocampus, identified through anatomical methods	79
<i>Gh.Raşca, Stela Raşca, C.Csedő, Angela Borda, Simona Rotar, Eda Gliga, Camelia Gliga, R.Silvas</i> : Study on chromosomes of white rats treated with extract of <i>Rubiae radix</i>	80
<i>Eugenia Moldovan, I.Pascu, C.Copotoin, G.Simu</i> : Importance of anatomo-pathological examinations of myasthenia gravis cases	81
<i>Denis Mihai, I.Egyed-Zs.</i> : Morphometrical study on the pulmonary vascular modifications in patients with congenital cardiac malformations.....	82
<i>Ildikó Vass, I. Egyed-Zs.</i> : Morphological study of the malformations of cephalic extremities.....	82

PAEDIATRICS (I)

<i>Z. Pap, Doina Drazoveanu, Julieta Dunca, Adrienne Horváth, Virginia Bodescu, Katalin Lazsádi</i> : New aspects in the alimentation of infants.....	83
<i>C. Rusnac, Marcela Sigmirean, Lucia-Sanda Fetea, L. Neagoş, Anca Sglimbea, C. Bancoş, Carmen Necula</i> : Cyclical vomiting with acetonaemia, myth or reality?.....	83
<i>I.Munteanu, Oana Mărgineanu, Amalia Făgăraşan</i> : Immunological investigations in acute articular rheumatism.....	84

<i>Csilla Todea, Zsuzsa Béres</i> : Exploring the respiratory function of the lungs in asymptomatic clinical stage of bronchial asthma in the child	85
<i>Liliana Vilecanu</i> : Acute bronchiolitis. Clinical and therapeutical considerations on cases admitted to the Clinic of Paediatrics Nr.3 in 1994	85
<i>Beatrice Gabos, Csilla Todea, Marinela Gabor, Amalia Făgărășan, Éva Kiss</i> : Tuberculosis of the child in the pathology of the Clinic of Paediatrics Nr.1, Târgu-Mureș.....	86
<i>Lucia-Sanda Fetea, C.Rusnac, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean, L.Neagoș, B.Voicu, Anca Sglimbea, C.Bancoș</i> : Clinical and radiological aspects of vomiting of the infant	87
<i>Marcela Sigmirean, C.Rusnac, Maria Florișteanu, L.Neagoș, Terezia Szöcs, Lucia-Sanda Fetea, Anca Sglimbea, B.Voicu</i> : Haemorrhagic syndrome of severe acute diarrhoea of the infant. Coagulation of consumption or of production?	87
<i>D.Georgescu, Ana Popescu, I.Munteanu, Monica Marton</i> : Stress ulcer in paediatric pathology	88
<i>D. Bușiu, I. Muntean</i> : Rickets as current issue	89
<i>Daniela Grebănaș</i> : Aspects connected with the current therapy of nephrotic syndromes in the child.....	89
<i>Alina Grădinaru</i> : Clinical and paraclinical aspects of glomerulonephritis in children.....	90
<i>Éva Kiss, Daniela Corlăciu</i> : Clinical and paraclinical aspects of the vesico-urinary reflex in children	91

PAEDIATRICS (II)

<i>Doina Drașoveanu, Z.Pap, E.Balint, Cristina Orasan, Daniela Marcu, Virginia Bodescu</i> : Place and role of congenital malformations and anomalies of the positions of the digestive tube in producing vomiting in infants.....	92
<i>Mărta Grün, Rodica Togănel</i> : Congenital heart malformations in chromosomal polymalformative syndromes in the Mureș District in 1985-1994.....	92
<i>Rodica Togănel, Mărta Grün, I. Munteanu</i> : Incidence of Williams syndrome in polymalformative syndromes associated with congenital heart malformations in the records of the Clinic of Paediatrics Nr. 1 Cardiology	93
<i>Julieta Dunca, P. Dărau, J. Csídey</i> : A Didmoad syndrome case.....	94
<i>Alina Dulău, C. Rusnac</i> : Aetiopathogenical considerations concerning 57 cases of Down syndrome	94
<i>Adrienne Horváth, Z.Pap, Doina Drașoveanu, Julieta Dunca, Georgeta Dudaș, Zsuzsa Ágoston, Katalin Lazsádi, K. Zilahi</i> :	

Dilemmas of obesity. Correct nutrition of infants chiefly as for lipid, protein and carbohydrate feeding	95
<i>Georgeta Dudaş, Z.Pap</i> : Intolerance to fructose. Can the child eat fruits and roots, and in what from?.....	96
<i>Despina Baghiu, Liliana Adamovici</i> : Diagnostical issues regarding peripheral adenopathy in the child	96
<i>Maria Florişteanu, Letiţia Ciubucă, Virginia Bodescu, Anca Sglimbea, C.Bancoş, B. Voicu</i> : Role of magnesium therapy in treating iron-deficiency anaemia	97
<i>Dana Moldovan, Ana Popescu</i> : Contributions of haematology in severe infections of the infant	97
<i>Ana Popescu, G. Viţu</i> : Study of protein S of coagulation in regulating heamostasis in the newborn with septicaemia	98
<i>D. Filip, Ana Popescu</i> : Septic shock in paediatrics	99
<i>Liliana Pripas</i> : General considerations concerning cases of septicaemia hospitalized at the Clinic of Paediatrics Nr. 2 and 3 in the last 10 years	99
<i>Virginia Bodescu, Maria Florişteanu, Anca Sglimbea, C.Bancoş, B.Voicu</i> : Clinical and therapeutical considerations concerning convulsion cases of children at the Clinic of Paediatrics Nr. 3 between 1990-1994	100
<i>Liliana Badea, Ana Popescu</i> : Acute exogenic intoxications with corrosive substances in the child	101
<i>Amalia Făgărăşan, Éva Kiss, Oana Mărginean</i> : Role of psycho-emotional factors in recurrent abdominal pain	101
<i>Sorina Momeu, Maria Florişteanu</i> : Study on some immunological aspects and neuropsychical manifestations	102
<i>Alexandrina Ioana Borza</i> : Aetiopathological aspects in acute diarrhoea of sucklings and infants	103
<i>Camelia Crişan, Simona Crişan, Adrienne Horváth, Katalin Lazsádi</i> : A case of uraemic haemolytic syndrome with benign evolution	104

INTERNAL MEDICINE

<i>C.Dudea, Ligia Bancu</i> : Current issues in the aetiopathogenesis of peptic ulcer	105
<i>P.Ionesi, E.Viliher</i> : Gastric strongyloidosis masked under the ulcerous disease	106
<i>Daniela Dobru, F.Boga, N.Seucea, P.Ilniczky</i> : Endoscopic treatment by alcoholizing HDS of ulcerous origin	107
<i>F.Boga, Daniela Dobru, A.Incze, S.Cotoi</i> : Gastroparesis in diabetics	107
<i>Ligia Bancu, Simona Băţagă, Ana Bratu, Imola Török, Ilona Csídey</i> : Associated conditions and favouring factors of reflux oesophagitis ...	108

<i>Simona Bătagă, Ana Bratu, Ligia Bancu, Imola Török, Rodica Rediş, Cristina Hajdu, C.Dudea:</i> Duodenitis with multiple exulcerations, associated with giardia lamblia infestation	109
<i>Rodica Pop, Simona Bătagă, C.Dudea:</i> Aspects of superior digestive haemorrhages in hepatic cirrhosis cases.....	109
<i>Adriana Habor, Anca Sin, Bernadette Kantelip:</i> Expression of adhesion proteins in hepatic cirrhosis	110
<i>G.Fodor:</i> Echographical study on hepatic hydatid cysts	111
<i>L.Farkas, G.Fodor, Cs.Gaál:</i> Values of serum cholesterol in biliary lithiasis cases	111
<i>Tereza Crăciun Mureşan, Diana Pop Petre, Rodica Rediş, D.Bratu:</i> Is portal hypertension in hepatic cirrhosis a risk factor of biliary lithiasis?.....	112
<i>Ana Bratu, Imola Török:</i> Ultrasonographical and histopathological correlations in lithiasic acute cholecystitis and its complications.....	113
<i>Imola Török, Ana Bratu, Simona Bătagă, Ligia Bancu, C.Dudea:</i> Role of malformations of cholecyst in the pathogenesis of biliary lithiasis.....	114
<i>Lia Georgescu:</i> Lower lumbalgia - clinical and therapeutical aspects ...	114
<i>H.Popovici, Lia Georgescu, Anca Cozoş, Mirela Dumbravă, O.Bodea:</i> Evaluating the risk factors of severe gastrointestinal accidents in rheumatoid polyarthritis	115
<i>Mónika Szabó, Piroška Kelemen Boni, E.Verés, L.Ferencz, I.Gabor:</i> Reduced weight at birth; risk of reduced tolerance to sugar and diabetes mellitus type II.....	116
<i>D.Moldovan, B.Koreh:</i> Complex series of investigations of applied respiratory physiology for evaluating the effects of some inhaled industrial noxae	117
<i>Ruxandra Marinescu, D.Marinescu:</i> Secondary psycho-organic effects of antidepressive and neuroleptical medication.....	118
<i>D.Marinescu, Ruxandra Marinescu:</i> Long-term catamnesis study of 200 cases of endogenic depressive syndrome	118

SURGERY, ORTHOPEDY, GYNAECOLOGY, INTENSIVE THERAPY

<i>C.Copotoiu, P.Petropoulos, Sanda Copotoiu, V.Bud, M.Eşianu, L.Toma, C.Molnar, Corina Popoviciu:</i> Experience of the Surgical Clinic Nr. 1, Tg-Mureş, in laparoscopic cholecystectomy	120
<i>T.Georgescu, A.Boşianu, G.Simu, I.Pribac, V.Căreianu, A.Dobre, A.Hirtea, Anca Raşca, D.Cazma, F.Gomotiŕceanu:</i> Left pulmonary sequestration	121

<i>D.Deac, Liana Deac, N.Turdeanu:</i> Clinical and therapeutical sequences regarding our approach in cases when synthetical abdominal prostheses are rejected.....	121
<i>A.Boșianu, T.Georgescu, G.Simu, I.Pribac, V.Căreianu, Gabriela Jimboreanu A.Hintea, F.Gomotirceanu, A.Dobre, Anca Roșca, A.Mureșan:</i> Syndrome of medium Brock lobe due to atypical tuberculosis.....	122
<i>L.Seres-Sturm, Ő.Nagy, A.Bălint, M.Stoica, S.Pop, A.Kovács, T.Bătagă:</i> Acetabular deficiency in revision arthroplasty of the hip ..	122
<i>Magda Seres-Sturm, L.Seres-Sturm, C.Csedő, Adela Strimbu:</i> Experimenting a combined phytotherapeutical product in preventing postmenopausal osteoporosis (Preliminary report)	123
<i>R.Chinezu, I.Pascu, O.Corfariu, Z.Opriș:</i> Role of evoked semesthetic potentials in evaluating the lesions of spinal nerve roots C ₅ -D ₁ and of the brachial plexus after traumatism of the cervical column and scapulo-humeral girdle.....	124
<i>T.Bătagă, C.Ciugudean, L.Seres-Sturm, Ő.Nagy, A.Bălint, S.Pop:</i> Results of calcitonine treatment in proximal fractures of the femur based on osteoporosis.....	125
<i>A.Bălint, C.Ciugudean, Ő.Nagy, L.Seres-Sturm, M.Stoica, S.Pop, T.Bătagă, A.Kovács:</i> Our experience in the role of osteotomy. Supratuberosity of tibia in treating unicompartmental gonarthrosis..	126
<i>Ő.Nagy, C.Ciugudean, L.Seres-Sturm, M.Stoica, A.Bălint, T.Bătagă:</i> Endoproteic arthroplasty in gonarthrosis	126
<i>C.Enciulescu, H.Mândăianu, Jolanda Kuszios:</i> Surgical approach and tardive results in operated genital prolapse.....	127
<i>M.Chiorean, R.Arafat, Sanda Copotoiu:</i> Interrelations in the emergency service of critical patients. Mobile emergency and reanimation service. Emergency compartment, section of anaesthesia - Intensive therapy - Conventional sections	128
<i>Sanda Copotoiu, M.Chiorean, I.Pascu, Dana Rusu:</i> A.T.I. peculiarities in patients, suffering from myasthenia gravis, after thymectomy	128
<i>C.V.Molnár, C.Mărginean, S.P.Olariu:</i> Clinical and statistical study of the complications after authorized abortions	129

DENTISTRY

<i>H.R. Huuhtes:</i> Diseases of the temporomandibular joint. Diagnosis and treatment.	130
<i>L.Ieremia, Dorela Gabor, Mioara Chirilă:</i> Elaborating a clinical index of analysis of gnatosonies of temporomandibular joints (TMJ).....	130

<i>S.Popșor, L.Ieremia, I.Bagathai</i> : Contributions to the appreciation of masseteric neuromuscular activity by a computerized procedure of quantitative electromyography.....	131
<i>Dorela Gabor, L.Ieremia, Mioara Chirilă, S.Popșor, Daniela Borda, Adriana Lobonțiu</i> : Clinical and epidemiological investigations carried out to detect the dysfunction of the temporomandibular joint in a group of individuals with full denture, partial edentation or totally without prosthesis or with prosthesis.....	131
<i>Șt.Bocskay, M.Pop, Emese Kopcsák</i> : Modification of the colour of tooth crowns. Aetiological factors, possibilities of treatment.....	132
<i>Ileana Roman, Luminița Lazăr, Maura Purcăroiu</i> : Long-lasting amalgam obstructions as a iatrogenic factor	132
<i>L.Szász, A.Monea, L.Simó</i> : Appreciating the state of health of a group students from an odonto-parodontal point of view.....	133
<i>Mariana Păcurar</i> : Advantages and inconveniences in carioprophyllaxis by a method of sealing.....	133
<i>R.Vămeanu, Lenuța Marin</i> : "Malignant" pyodermatitis of the face	134
<i>D.Kovács, Gh.Naftali</i> : "Looped" plastic surgery of the pavilion of the ear	134
<i>Gh.Naftali, D.Kovács, G.Simu, J.Jung, M.Buruiian</i> : Clinical and pathological problems regarding the ossifying fibroma of the jaw.....	134
<i>Cecilia Petrovan</i> : Postoperative evaluation of included lower wisdom teeth through radiological interpretation; correlation between anatomical shape, intraosseous position of the tooth and difficulty of odontectomy	135
<i>Zs.Ilyés, D.Kovács</i> : Correlation between certain general diseases and essential trigeminal neuralgia	135
<i>Imola Sárosi, D.Kovács</i> : Modern concepts of treating postextractional alveolar lesions in haemophilic patients	136
<i>Melinda Székely, Simona Anca</i> : Resilient lining of total mandibular dentures.....	136
<i>Simona Anca, Melinda Székely, S.Popșor</i> : Biocompatibility and antagonistic effects of some dental materials.....	136

HYGIENE - DERMATOLOGY

<i>Monica Sabău, Cristina Golea, Monica Dănilă, Ingrid Welman, Cristina Zidariu, Ramona Irimie</i> : The physician's and the medical student's role in preventing and fighting against smoking	137
<i>Ramona Ureche, Monica Dănilă, Alina Pașilea</i> : Toxic methaemoglobinaemia in sucklings correlated with consumption of water with high nitrate content.....	137

<i>Evelyn Farkas, Liliana Tătar, E.Cs. Joanovics: Study on the evolution of morbidity with temporary disability in some factories at Târgu-Mureş in 1989-1993.....</i>	138
<i>I. Domahidi: Mortality due to cancer in some places in the Mureş District in 1951-1992, and its relationship with the parameters of the soil</i>	139
<i>O.Fărcaş, Z. Ábrám, A. Şolea, Adriana Poenaru, Oana Căluşeriu: Studying the housing conditions and evaluating the microclimate factors in the town of Târgu-Mureş.....</i>	139
<i>Z.Ábrám, K.A.Fleming, Ch.J.Healey, R.W.Chapman: Up-to-date methods of cellular biology used in detecting certain viruses.....</i>	140
<i>O.V. Butiu, Lia Maria Simu, I.P.Simu: Study of keratomycosis due to Microsporon minutissimus</i>	141
<i>L. Nüszl: Preventing malignant melanoma - possibility and reality</i>	141
<i>Andrea Kerezi, L. Nüszl: Aetiopathogenesis and treatment in psoriasis</i>	142
<i>S. Morariu: Aetiological, clinical, therapeutical and evolutive study on erythrodermal syndrome.....</i>	143

UROLOGY

<i>D.Nicolescu, R.Boja, V.Oşan, C.Cantăr: Our own model of endopyelotomy</i>	144
<i>R.Boja, C.Cantăr, D.Nicolescu: Endopyelotomy in the endoscopical treatment of the syndrome of pyelourethral junction.....</i>	145
<i>V.Oşan, C.Catarig, M.Imbăruş, I.Negruţ, D.Nicolescu: Endoscopical treatment of the early and late complications of open and transurethral adenomectomy.....</i>	145
<i>I.Bakos, D.Nicolescu, Orsolya Mártha: Ratio of urinary infection after open adenomectomy as compared with transurethral adenomectomy</i>	146
<i>Orsolya Mártha, I.Bakos, I.Dumbrăveanu, S.Nedelcu, D.Nicolescu: Principles of radical endoscopical therapy of superficial vesical tumours</i>	147
<i>O.Golea, D.Nicolescu, I.Dumbrăveanu, I.Negruţ: Role of palliative transurethral resection (TUR-Vp) in infiltrating vesical tumours.....</i>	148
<i>I.Dumbrăveanu, O.Golea, C.Catarig, I.Negruţ, D.Nicolescu: Concomitant endoscopical therapy of vesical tumours associated with other affections of the lower urinary tract.....</i>	148
<i>L.Schwartz, V.Oşan, I.Negruţ, D.Nicolescu: Considerations concerning vesical lithiasis secondary to obstetrico-gynaecological operations.....</i>	149
<i>Carmen Simion, V.Oşan, D.Nicolescu: Helping endoscopical manoeuvres in order to increase efficiency and indication of ESWL ...</i>	150

<i>I.László, M.Péter, Sanda Piros, V.Filep, D.Nicolescu, B.Sebe:</i> Studying the aetiological factors and cellular atypias in urethrostomatitis	151
<i>Gr.Dogaru, Carmen Căldăraru:</i> Aetiopathogenic factors and the means of defending the body in urinary tract infections	152
<i>Mihaela Zafiu:</i> Relationship between urinary infection and urinary lithiasis.....	153
<i>R.Boja, O.Golea, L.Schwartz, C.Cantăr, S.Nedelcu, D.Nicolescu:</i> Percutaneous treatment of single renal cysts by fenestration.....	153

SYMPOSIUM: PHYTOTHERAPY OF THE ORAL CAVITY

<i>Al.Monea, Șt.Bocskay:</i> Scientific bases of the therapy in chronic marginal parodontopathy.....	155
<i>Em.Grigorescu, Ursula Stănescu:</i> Possibilities of utilization of vegetal products in treating certain affections of the mouth cavity	155
<i>Viorica Hodișan, M.Tămaș, H.Popescu, M.Kory:</i> Investigations at Cluj concerning some plants used in mouth cavity affections	156
<i>C.Csedő, I.Fűzi, M.Giurgiu:</i> Investigations at Tg.-Mureș on certain medicinal plants used in mouth cavity conditions.....	157
<i>I.Fűzi, M.Péter, Șt.Bocskay:</i> Drugs of vegetal origin in treating superficial chronic marginal parodontopathy.....	158
<i>M.Tămaș, Adina Aluș-Popa, Dorina Târnoveanu:</i> Identification and quantitative determination of benzoic acid in the fruit of <i>Vaccinium</i> <i>vitis-idaea</i> L.....	159
<i>Adriana Popovici, I.Papp, A.Biró:</i> Dental cones with local action in dentistry	159
<i>Marioara Monea, C.Csedő, A.Monea, Csilla Balázs, Sigríd Eșianu:</i> Therapeutical action of zinc Ulmaria-polyphenolate in parodontal affections	160
<i>I.Fűzi, F.Jeney, Emilia Oprea:</i> Studying the effects of a pharmaceutical product obtained from Primulaceae against microbial dental plaque	161
<i>I.Fűzi, I.Papp:</i> Preparing alveolar cones with lyophilic extract from <i>Lysimachia</i> L.....	161
<i>C.Csedő, G.Horváth, Csilla Balázs, Sigríd Eșianu:</i> Antibacterial action of odontological dentifrice based on extract of hazel leaves (<i>Coryli folium</i>).....	162
<i>I.Fűzi, L.Fülöp, M.Péter:</i> Antimicrobial action of lyophilizates and metallic (Al, Bi, Zn) polyphenolates from <i>Alchemilla</i> L	163
<i>I.Fűzi, M.Péter, F.Jeney:</i> Investigating the antimicrobial effect of the lyophilic extracts from <i>Sanguisorba officinalis</i> L	164

<i>C.Csedő, I.Máthé, M.Neugebauer, V.Miklossy, Sigrid Eşiamu:</i> Gaschromatographical analysis of the volatile oil of peppermint - <i>Mentha piperita</i> - Superpiperita - Feldioara	164
<i>F.Jeney, L.Füzi:</i> Data on the applicability of the gel from Bryophytae in treating various affections of the mouth cavity	165
<i>Maria Rogoşcă, M.Péter, Judit Brassai, T.Constantinescu:</i> Investigations with a view to obtain dentrifices with antimicrobial action	166
<i>Ecabella Foris, Viorica Cornea, Silvia Duşa:</i> Chromatographical study of the polyphenol content of <i>Filipendula ulmaria</i> extracts.....	167
<i>L.Pokorny:</i> Dynamics of evolution of proanthocyanidin content of <i>Lysimachia punctata</i> in the period of vegetation.....	167
<i>Z.Kisgyörgy, Mária H.Péter:</i> Anthesis and production of etereal oil of the heterotactical inflorescences of <i>Matricaria chamomilla</i> L.	168
<i>Anişoara Petrov:</i> Formulas of aromatic water for the phytotherapy of the oral cavity	169
<i>M.Giurgiu, O.Pleşa, Sára Ádám:</i> Phytopharmaceutical product for the treatment of alveolitis	169
<i>M.Giurgiu, O.Pleşa, Sára Ádám:</i> Phytotherapeutical product for odontological use.....	170
<i>Adriana Pancu Andok:</i> Phytotherapy of the mouth cavity in domestic medicine	170
<i>Ursula Stănescu, Maria Vataman, Liliana Costantin, Monica Hâncianu, Georgeta Grosu, Doina Popovici:</i> Comparative clinical and bacteriological study of some vegetal product for dental use	171
<i>Monica Hâncianu, Anca Miron, V.Dorneanu, A.Spac, Diana Calapod, Em.Grigorescu, Ursula Stănescu:</i> Pharmacognostical study of <i>Artemisia balchanorum</i> and <i>Ocimum basilicum</i>	171

SESIUNEA PLENARĂ ZIUA MEDICALĂ NORVEGIANĂ-ROMÂNĂ NORSKE-RUMENSKE MEDISINSKE DAGER

DIRECȚII DE CERCETARE ÎN UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN TÂRGU-MUREȘ

L.Pascu, G.Simu

În condițiile unei evidente ameliorări a calității cercetării științifice în ultimii ani, determinată în primul rând de intensificarea relațiilor directe ale cercetătorilor noștri cu clinici și institute de performanță din străinătate, ca și de posibilități incontestabil ameliorate de informare, această activitate s-a orientat spre problemele majore ale medicinei contemporane: a) bolile aparatului cardiovascular, b) tumorile maligne, c) boli infecțioase cu răspândire importantă și evoluție gravă, cu deosebire infecția cu HIV, d) noi posibilități de utilizare terapeutică a substanțelor vegetale.

Actuala sesiune reflectă prin lucrări de incontestabilă valoare și originalitate preocupări și rezultate în aceste direcții. Interesul tradițional al facultății noastre de farmacie pentru o mai largă utilizare terapeutică a substanțelor vegetale apare sub forma unui simpozion de fitoterapie a cavității bucale.

Ne bucură prezența din ce în ce mai activă a studenților la lucrările sesiunilor noastre anuale, premisă a relansării științei medicale românești în circuitul cercetării științifice internaționale.

De menționat ajutorul în mod generos conferit în ultimii ani de colegii din străinătate, legăturile preferențiale cu facultățile de medicină din Franța și din Norvegia, dar și din alte țări. Un aspect inedit al internaționalizării cercetării științifice din Universitatea noastră este și colaborarea fructuoasă cu Facultatea de Stomatologie a Universității din Oslo, a cărei expresie este premiura unei zile medicale româno-norvegiene în cadrul sesiunii noastre.

Salutând cu drag oaspeții, dorim din inimă succes participanților la sesiunea noastră.

TREATMENT OF THE SEVERE ATROPHIC MAXILLA AND MANDIBLE

TRATAMENTUL ATROFIEI SEVERE DE MAXILAR ȘI MANDIBULĂ

H.R. Haanaes

Dept. of Oral Surgery and Oral Medicine
Dental Faculty, University of Oslo

Treatment of the severe atrophic maxilla is still a challenge to both the surgeon and the prosthodontist. In contrast to the mandible, where most of the cases may be helped by endosseous implants, or in the most severe cases by the TMI (Bosker) implant, it is often necessary to rebuild the maxilla. This may be done by autologous bone transplants (iliac crest, rib, tibia, mandible or calvarium). The use of freeze-dried bone, hydroxyapatite alone or mixed with bone, has also been described, but is still controversial and not used at our Department. Additionally the use of membranes, elevation of the sinus and nasal floor and placement of implants into the pterygoid plate and splitting of the alveolar crest are all options we have available. Different methods using iliac crest in a sandwich technique has also been advocated.

In this presentation iliac crest and mandibular solid block taken in combination with genioplasties, the use of cylindrical plugs where the implants have been osseointegrated in the mandible before they are taken out by a trephine bur and placed in the maxilla, and membrane techniques will be discussed.

In few cases where both atrophy and destruction of the maxillary bone most often following earlier implant failures (subperiosteal and blade implants), we still find the Wallenius method which anchors the prosthesis by means of skin pockets in the base of the nasal cavity to be helpful.

SINDROMUL DE REPERFUZIE CORONARIANĂ - MARKER AL EFICIENȚEI SAU RISC AL TRATAMENTULUI TROMBOFIBRINOLITIC ÎN INFARCTUL MIOCARDIC ACUT

C. Georgescu

Clinica de Cardiologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Tratamentul trombofibrinolitic (TTFL) constituie în prezent metoda terapeutică cu cea mai mare eficiență dovedită în infarctul miocardic acut (IMA), prin reducerea mortalității globale cu 30%, limitarea zonei de necroză, preservarea funcției ventriculare și diminuarea complicațiilor tardive. Obiectivul major, respectiv reperfuzia cât mai precoce a vasului coronarian afectat de tromboză și salvarea miocardului aferent, poate fi realizat în 80-85% din cazuistică.

Studiile pilot de mare anvergură desfășurate pe plan internațional, ce includ mii de cazuri (TIMI, ISIS, GISSI, GUSTO, ASSET etc.) au demonstrat importanța momentului reperfuziei coronariene, impunând două noțiuni antagoniste și controversate, și anume, pe de o parte sindromul de reperfuzie coronariană (SRC) ca marker al eficienței TTFL, iar pe de altă parte noțiunea de leziune sau injurie de reperfuzie.

Dacă SRC a fost relativ bine definit în timp, cuprinzând elemente clinice, electrocardiografice (ECG) și paraclinice ce însoțesc momentul restabilirii fluxului coronarian în teritoriul afectat, în schimb noțiunea de leziune de reperfuzie a rămas controversată atât prin discordanțele dintre studiile experimentale și clinice, cât și prin dificultățile de abordare a domeniului celular și subcelular.

Leziunea de reperfuzie se referă la afectarea celulară determinată de reperfuzia în sine, spre deosebire de cele cauzate de ischemia precedentă.

Acest concept este strâns legat de stresul oxidativ determinat de radicalii liberi de oxigen generați de ischemia miocardică și în timpul reperfuziei. Acțiunea acestora asupra celulelor miocardice normale sau ischemice, în special asupra componentelor lipidice din membrana celulară, modifică permeabilitatea și funcțiile membranare, permițând un aflux crescut de calciu în miocite și la nivel microvascular.

Se acceptă patru tipuri de leziuni de reperfuzie

1. Leziunile de reperfuzie letale, definesc necroza celulelor miocardice cu leziuni ischemice reversibile, deci o extensie a necrozei preexistente.

2. Leziunile de reperfuzie micro- și macrovasculare, definesc imposibilitatea de perfuzie a țesutului postischemic "no reflow phenomenon" și reducerea rezervei fluxului coronarian, prin afectarea predominantă a microcirculației la nivel endotelial, infiltrarea neutrofililor și hemoragie secundară.

3. Disfuncția mecanică a miocitelor postischemic "stunned myocardium" considerată ca tulburare funcțională reversibilă.

4. Aritmiile de reperfuzie - aritmii predominant ventriculare ce apar în timpul și imediat după reperfuzie (5-15 min.), reprezentate de: ritmul idioventricular accelerat (RIVA), tahicardia ventriculară nesuținută (TVN), extrasistolia ventriculară (ExV), sindromul bradicardie-hipotensiune (SBhT).

Dintre aceste tipuri de leziuni de reperfuzie, o parte au echivalente clinice bine definite și relativ facil de evaluat cum ar fi aritmiile de reperfuzie și disfuncțiile mecanice ventriculare, în schimb extensia necrozei și leziunile microvasculare rămân dificil de apreciat.

Discordanțele semnificative între studiile experimentale și clinice sunt determinate de factori multipli, începând cu modelele experimentale, durata ischemiei, leziunile coronariene preexistente, intervenția spasmului coronarian, particularitățile substratului metabolic, existând însă și determinări indirecte care certifică la nivel clinic leziunile de reperfuzie, cum ar fi markerii enzimatici și derivații stresului oxidativ.

Corelațiile între aspectele coronarografice, testele radioizotopice de perfuzie miocardică și manifestările clinice ale SRC, incluzând leziunile de reperfuzie, rămân dificil de evaluat în absența unei cazuistici statistice semnificative, dar mai ales prin decalajul inevitabil în timp între aceste secvențe.

În cadrul aritmiilor de reperfuzie, aritmiile benigne ce includ ExV, RIVA, TVN și SBhT sunt considerate ca markeri relevanți ai reperfuziei, în timp ce aritmiile ventriculare maligne, respectiv TV susținută și fibrilația ventriculară (FV) sunt considerate ca elemente de gravitate ce reflectă extensia sau evoluția leziunilor ischemice și de necroză.

Dincolo de aceste controverse, SRC și leziunile de reperfuzie trebuie acceptate ca o realitate a unui act terapeutic care prin rezultatele finale și-a dovedit deja eficiența și care trebuie aplicat pe o scară mai largă.

Cunoașterea, evaluarea permanentă și intervenția terapeutică prin mijloace adjuvante ale TTFL, care se adresează acestor complicații, cum ar fi terapia antioxidantă, anticoagulantă, antiagregantă și antiaritmică ar permite atât limitarea efectelor indesezirabile, cât și ameliorarea rezultatelor finale.

TRATAMENTUL ACTUAL ÎN CHIRURGIA TUMORILOR COLORECTALE

T. Georgescu

Clinica de Chirurgie nr. 2
U.M.F. Târgu-Mureș

Nu credem că se poate vorbi de actualitate în chirurgia colorectală, ci doar de unele îmbunătățiri diagnostice și eventual terapeutice. Această idee se referă la un diagnostic precoce și un tratament competent efectuat în fazele foarte timpurii ale bolii. Cancerul rectal, între cancerele digestive, poate fi ușor abordabil și depistat prin screening-uri repetate. Acestea se impun datorită creșterii incidenței și mortalității prin boală, anual. În SUA, fără cu incidență crescută a cancerului rectal, se înregistrează 110000 noi cazuri, cu o mortalitate de 50000 cazuri în 1987. Tot în SUA, se constată o creștere a numărului de noi cazuri la 145000, cu o mortalitate anuală de 60000 cazuri (Mastromarino, 1987, citat de Lazar, 1992).

Alături de introducerea screening-urilor, un loc deosebit în depistarea precoce a cancerului colorectal îl ocupă educația sanitară a populației și nu în ultimul rând, creșterea nivelului de conștiințiozitate a consultului medical. Este regretabil că o boală ca și cancerul rectal, care poate fi diagnosticată în 50% din cazuri printr-un examen digital, este de fapt descoperită cu o întârziere de 6 luni, pentru că cel care a făcut prima examinare nu a practicat tușeul rectal. Sindromul rectal (scaun neterminat, corp străin în rect, scurgerile patologice anale, în care hemoragia este pe primul loc "glere sangiant"), ne atrage atenția asupra posibilității ambelor localizări, ceea ce impune o examinare amănunțită a colonului și rectului.

Marele public trebuie să știe că boala canceroasă și în special cea rectală poate fi prevenită în mare măsură, iar în multe cazuri se poate obține o supraviețuire de lungă durată, dacă este tratată în fazele de început. Există uneori o teamă de neconceput de a fi purtătorul unei colostomii sau a unui anus iliac definitiv. Cei care îngrijesc astfel de bolnavi, trebuie să le explice ca metodele de igienă locală sunt simple și bolnavul poate fi ușor integrat în societate.

De amintit că tratamentul bolii canceroase este pluridisciplinar, chirurgical sau tratamentul chirurgical singur, oricât de radical ar fi, nu poate controla în totalitate boala. Se impune astfel ca atât diagnosticul, cât și tratamentul să fie conduse de un grup de specialiști antrenați în probleme oncologice: medicul de medicină generală, specialistul din policlinică, chirurgul oncolog, anatomo-patologul, radioterapeutul, chimio- și imunoterapeutul.

Între tumorile maligne colonice și rectale (ale regiunii anale), intră în discuție, cu o frecvență variabilă, carcinomul bazal celular, boala Paget extramamară, boala Bowen (carcinomul epidermoid in situ), melanomul malign și carcinomul epidermoid invaziv.

Carcinomul bazal celular sau "ulcus rodens" al marginii anusului, este o tumoră bine conturată, cu o ulcerare centrală, fără a interesa structurile profunde și fără să producă metastaze. Este indicată excizia simplă.

Boala Paget perianală, descrisă de *Foraker* în 1949, apare ca o crustă palidă, gri, având caracter cartonos la atingere. Diagnosticul se confirmă histologic, invazia ganglionară inghinală fiind frecventă. Boala poate să nu fie însoțită de un cancer sub crusta respectivă. Tratatamentul este fie o simplă excizie, fie o amputație tip Miles, când este prezent carcinomul invaziv al regiunii, situație în care rezultatul este slab, chiar și cu tratament asociat.

Boala Bowen este un cancer cronic scuamos intraepidermoid, având aspectul unei plăci de nuanță roșiatică, cu caracter exematiform. Tratatamentul este excizia largă și înghețarea marginilor leziunii rezultată după excizie. Aplicarea locală de 5-fluorouracil dă rezultate bune.

Melanomul malign este cea mai malignă tumoră a regiunii anale din toate cancerele digestive inferioare. Semnul dominant al afecțiunii este corp străin anal. Tumoarea are caracter invaziv, se ulcerează și se pigmentează, ea poate să închidă orificiul anal. Într-un stadiu precoce, tumoră are aspect lamelar. Forma nodoasă aparține unui stadiu avansat. Culoarea tumorii melanice este de la gri la violet puternic. Diagnosticul cert se face histologic. Tratatamentul poate fi excizia simplă sau operații radicale cu evidenți ganglionare (operația Miles).

Carcinomul epidermoid este cea mai frecventă tumoră malignă anală. Ea are aspectul unei excrescențe verucoase a marginii anusului ce evoluează spre indurare și ulcerare putând deveni anulară în orificiul anal. Metastazele sunt nodulare, pe pielea scrotului și în regiunile inghinale. Tratatamentul se rezumă, când tumoră este mică, la excizie largă. Când tumoră este infiltrativă se efectuează operația Miles. Rezultatele la distanță sunt slabe când este infiltrat și vaginul care trebuie excizat.

Cancerele colonice sau colorectale se pot prezenta cu localizări plurifocale, acestea sunt cancerele simultane (sincrone), care apar concomitent, cu evoluție paralelă, care impun o responsabilitate aparte, legată de atitudinea terapeutică de urmat.

O altă formă de apariție sunt cancerele multiple succesive (metacrone), care trebuie să apară la cel puțin 2 ani de la operație și la distanță de gura de anastomoză.

Warren, Gate și Bagen stabilesc trei principii care definesc tumorile multiple ale colonului:

- fiecare tumoră să prezinte caractere de malignitate stabilite histopatologic;
- fiecare tumoră să aibă creștere și topografie distinctă față de alta;
- să se elimine posibilitatea ca una din tumori să fie metastaza alteia.

Tumorile rectocolonice nu se prezintă numai cu evoluția lor obișnuită, cronică, ci, destul de frecvent, sunt bolnavi care se internează de urgență pentru o complicație a tumorii, unii fiind la primul consult și prima internare. În această situație, diagnosticul etiologic s-a precizat intraoperator, iar soluția terapeutică a trebuit să rezolve atât complicația cât și afecțiunea de bază. Complicațiile întâlnite au fost: ocluzia intestinală, peritonita generalizată, hemoragia digestivă inferioară. Cauzele peritonitelor au fost perforațiile diastatice sau a celor de la nivelul tumorilor.

O ultimă problemă de discutat este aceea a polipozei difuze malignizate (4 cazuri în statistica noastră), care au necesitat colectomii totale (proctocolectomii totale) cu anastomoză ileorectală sau prin intermediul unui rezervor în "J", "U" sau "S".

În vederea tratamentului chirurgical care trebuie efectuat este necesară pregătirea intestinului care s-a făcut diferit de-a lungul anilor (purgative uleioase, saline, clisme evacuatorii). În 1973, *Hewitt* introduce curățirea mecanică (wash-out) cu lichid izotonic 7/15 l cantitate totală cu 12-14 ore preoperator. *Juvara* și colab. în 1979, utilizează soluția de manitol 10% cu 36-48 de ore preoperator într-un ritm de 150 ml în 10-15 minute până la 1500 ml în 90 de minute. Pentru scăderea septicității colonului se administrează în prezența operației Metronidazol și Micerină, câte un gram.

Tratamentul chirurgical în cancerul colonului respectă principiile oncologice. Explorarea cavității peritoneale se face fără atingerea tumorii, după principiul enunțat de *Turnbull*, 1967, de "no touch isolation".

Pentru cancerul cecului sau a ceco-ascendentului, operația de elecție este hemicolectomia dreaptă (se rezecă 20 cm din ileonul terminal pentru îndepărtarea limfaticelor, urmând vasele ileocecale, se leagă apoi artera ileocolică și ramul drept al arterei colice medii).

Cancerul flexurii hepatice presupune extinderea rezecției cu ligatura arterei colice medii la origine cu îndepărtarea întregului teritoriu limfatic drept și mediu.

Pentru cancerul situat la mijlocul colonului transvers se va lega artera colică medie la origine și arcada Riolan la nivelul unghiului splenic.

Tumorile pe flexura splenică și 1/2 stângă a colonului transvers au o mare tendință de invazie, ceca ce impune de regulă rezecții pluriviscerale ca, în cazul nostru, hemicolectomie stângă cu nefrectomie stângă, pancreatetectomie corporeo-caudală cu anastomoză transverso-sigmoidiană termino-terminală. Alteori, operația de elecție este hemicolectomia stângă, propusă de Roux.

Pentru cazurile inoperabile, ca și în urgențe, se pot face derivații interne, colostomii etc.

În prezent se practică mai multe tipuri de intervenții, astfel:

- în cancerele până la 7 cm, operația Miles;

- în cancerele la 7-8 cm, Chiricuță;

-în cancerele de peste 8 cm, rezecția anterioară Dixon.

Există tendința în ultimul timp, de a se face rezecții rectale unde tumorile sunt situate sub 5,5 cm de orificiul anal (Park's).

-rezecția urmată de telescoparea colonului prin rectul inferior fără suturi:

a) proctosigmoidectomie abdominoperianală Babcock-Bacon-Mandache, fără jupuirea mucoasei canalului anal;

b) rezecția anterioară cu telescoparea colonului prin canalul anal, rectul rezecându-se deasupra ridicătorilor anali (operația Chiricută).

CANCERUL MAMAR. PROGRESE ȘI CONTROVERSE ÎN TERAPEUTICA HORMONALĂ

S.P.Olariu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Sânul este un organ sexual, care reflectă în permanență stimularea hormonală la care fiziologic este supus. Morfologia sa este urmarea logică a evoluției embrio-fetale, umane până la un punct bisexual, preluată apoi de gonada existentă. Diferențierea sexuală fiind dictată de dispariția secreției testiculare, sub influența unor factori inhibitori va crea avantajul ca sânul femeii să rămână un organ endocrin dependent de secreția ovariană.

Rolul sânelui în fiziologia feminină este în prim plan cel al tuturor mamiferelor, adică acela al unui program natural: cel de a-și alăpta progenitura. În ultimii ani alăptarea la sân (naturală) a pierdut încetul cu încetul din importanța sa tradițională cu precădere în țările industrial dezvoltate. O lactație intermitentă nu este necesară pentru eutrofia mamară și nu are nici o influență agravantă sau preventivă asupra cancerului de sân uman. Rămâne deci obstetricianului să ia o atitudine în sensul importanței alăptării pentru spațializarea sarcinilor deoarece nu s-a răspuns prin studii aprofundate dacă anticoncepția hormonală în scopul amânării celei de a doua sarcini creează sau nu evoluția unor cancere de sân la femeile din țările dezvoltate.

Lucrarea de față vine să precizeze în această privință calea pe care clinicianul, ginecologul în primul rând, trebuie să o abordeze în privința diagnosticului și tratamentului profilactic mai ales că malignizarea mamară interesează în ultimul deceniu vârste din ce în ce mai tinere.

În legătură cu patologia neoplazică a sânelui teama exagerată de apariția unui cancer mamar mai ales la femeia în plină activitate sexuală, a convins pe chirurghi, că exereza este calea cea mai sigură a eradicării acestei

maladii. Se știe azi, fără tăgadă că neoplasmul de sân constituie exemplul cel mai elocvent al corelării între contracepția de receptori estrogenici în reușita unui tratament hormonal. A apărut astfel noțiunea de "mastopatie cu înalt risc". Amploarea unui asemenea risc depinde în afara naturii anatomo-patologice, de potențialul evolutiv al leziunii și de mai mulți factori de risc asociați care trebuie bine cunoscuți. Ca urmare, alternanța unui antiestrogen (cum e tamoxifenul) și a unui progestagen (dotat el însuși cu activitate anamitotică) poate constitui o premisă farmacologică în controlul cancerelor hormono-sensibile ale sânelui și ale endometrului. În această viziune, lucrarea tratează în continuare:

Patologia mamară benignă hormonal dependentă;

Rolul biologiei și al imunologiei în diagnosticul mastopatiilor benigne;

Studiile asupra oncogenelor în aceste mastopatii.

Depistarea clinică a patologiei benigne a sânelui este o problemă delicată, pe motivul lipsei unor teste dinamice precise ca și pentru multiplele sale relații cu o multitudine de factori predispozanți față de foarte săracele semne clinice concrete. Evoluția lentă și subclinică a procesului malign aparitia sa la vârste tot mai tinere, a creat o panică în medicina modernă și o nevroză anxioasă în sânul populației feminine.

POSSIBILITĂȚI ȘI LIMITE ALE TRATAMENTULUI ANTIRETROVIRAL ÎN INFECȚIA CU VIRUSUL IMUNODEFICIENȚEI UMANE (HIV)

Rodica Pascu, Carmen Chiriac

Clinica de Boli Infecțioase nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Strategia actuală a terapiei infecției HIV vizează în principal:

- terapia etiologică antivirală;
- terapia de redresare a funcției imune;
- terapia infecțiilor oportuniste (bacteriene, virale, fungice, parazitare);
- terapia antitumorală.

Preparatele antiretrovirale trebuie să acționeze selectiv la nivelul fiecărei secvențe a ciclului de replicare al HIV. Cele mai utilizate, până în prezent, sunt preparatele cu acțiune asupra reverstranscriptazei HIV ca monoterapie: Azidothymidina (AZT, Zidovudina) Dideoxycytidina (ddC) Zalcitodina, (HIVID) Dideoxynosina (ddT, Didanosine, Videx) 2F-ddC (Analog fluorurat de ddC) 3-Thiodoxycytidina (3TC) Tibol, Ro31-8959. Azi se preferă administrarea preparatelor antiretrovirale asociate ca: AZT + ddI,

AZT + ddC; AZT + THT gama 2; ATZ + interferon alpha (Zidon); AZT + interferon alpha 2B; ddC + interferon alpha 2A; AZT + GM-CSF (Granulocyte - stimulating colony factor); AZT + GM-CSF + interferon alpha; AZT + GM-CSF + eritropoetin.

Criteriile principale de apreciere ale eficienței terapiei sunt: creșterea numărului limfocitelor CD₄; scăderea antigenemiei p24; diminuarea incidenței infecțiilor oportuniste, încetinirea evoluției spre stadiul de SIDA.

Autorii prezintă posibilitățile de tratament a bolnavilor cu SIDA internați la Clinica de Boli Infecțioase Tg.-Mureș.

CONTRIBUȚIA LUI XAVIER BICHAT LA DEZVOLTAREA ANATOMIEI ȘI PATOLOGIEI MODERNE

L. Răcz

Disciplină de anatomie și embriologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Marie-François-Xavier Bichat este considerat ca una din gloriile medicinei franceze, care într-o scurtă existență (a murit la 30 de ani) a lăsat o prețioasă moștenire științifică.

Xavier Bichat a descris pentru prima dată unele formațiuni anatomice, sau a completat interpretările legate de unele structuri ale organismului uman. De aceea Istoricul Anatomiei Umane Universale păstrează un spațiu de onoare acestui ctitor al anatomiei moderne.

Xavier Bichat s-a născut în 11 noiembrie 1771 la Thoirrette, provincia Bresse din Franța. La școală a fost un elev eminent, în special la retorică și filozofie. Studiile medicale le începe la Lyon. După remarcabile studii anatomice, Bichat se lansează în practica chirurgiei, ce o desfășoară sub îndrumarea chirurgului Marc Antoine Petit la Hôtel-Dieu din Lyon. Foarte repede elevul a obținut toată încrederea profesională a maestrului său.

În 1793 îl găsim la Paris, lângă Pierre Desault, care recunoaște marea valoare a elevului său, care îl cooptează în toate activitățile sale profesionale. Începând din acest moment, Bichat desfășoară o activitate prodigioasă de cercetare, având în față împărțirea timpului între învățământ, coordonarea activității spitalicești, cercetare și publicarea valoroaselor sale lucrări științifice.

A publicat în mod succesiv: *Le traité des membranes*, *Le traité sur la vie et la mort*, *Anatomie générale appliquée à la Physiologie et à la Médecine*, *Traité d'Anatomie descriptive* și numeroase manuscrise în special pentru elevii săi.

Această strălucită carieră profesională a fost brutal întreruptă de moartea necruțătoare ce intervine la data de 22 iulie 1802, când avea vârsta de numai 30 de ani.

Istoria Medicinii Universale subliniază, că Xavier Bichat își trăia într-o continuă muncă ultimii ani de viață. "Ros de fizie, conștient de sfârșitul apropiat, el se află într-o adevărată întrecere cu timpul. În iarna dinaintea morții, a disecat peste 600 de cadavre umane și a redactat primele două volume din "Tratatul de anatomie descriptivă". În scurta sa viață, acest "Napoleon al medicinei", cum a fost supranumit Xavier Bichat, a creat o operă științifică de mare valoare. Este unul printre primii care a criticat sistemele preconceptuate, în care nu vede decât "teorii create în cabinet și nu la patul bolnavului...." El își propune să creeze un sistem medical bazat exclusiv pe fapte anatomice și fiziologice constatate obiectiv, subliniind importanța esențială a anatomiei patologice pentru clinică.

Studiind structura organelor prin metode personale, fără a folosi microscopul, a descris 21 varietăți de țesuturi. El utilizează pentru prima dată noțiunea de țesut (tissu). Lucrarea sa intitulată: *Anatomie générale appliquée à la Physiologie et Médecine*, este o lucrare fundamentală sistematică a arhitecturii organismului uman, a rolului, semnificației și patologiei specifice celor 21 de varietăți de țesuturi pe care le-a evidențiat. Elaborează o clasificare a lor precum și a organelor și aparatelor ca unități funcționale. Demonstrează, că boala se localizează la nivelul țesuturilor. "Dacă structura organelor este egală, atunci le este proprie aceeași funcție, aceleași boli, același sfârșit al bolii și același tratament" - accentuează Bichat. Orientarea sa clinică, anatomo-fiziologică, a exercitat o mare influență asupra progresului medicinei. Subliniază rolul proceselor fizico-chimice în organism și al mecanismelor lor fiziologice de compensare.

Xavier Bichat în cartea sa "*Traité d'Anatomie descriptive*" a abordat sistemul nervos vegetativ pe care l-a denumit "autonom". El a semnalat faptul că inervația viscerelor se află sub controlul unui dispozitiv nervos diferit de acela al vieții de relație, iar în anul 1807, anatomistul german J.Ch. Reil introduce termenul "vegetativ", pentru a diferenția componența aferentă viscerală a sistemului nervos de cea somatică. Deci, de la Bichat a rămas împărțirea sistemului nervos în sistem de relație și vegetativ. Introduce în fiziologie noțiunile de contractilitate, iritabilitate și tonicitate.

Ocupându-se intens cu anatomia capului, cu sistemul nervos central și periferic, inclusiv cu nervii cranieni, Bichat descrie "fanta cerebrală" (la fissure transversale du cerveau), ce-i poartă numele: Fente cérébral de Bichat. Descrie legăturile nervului milohioidian cu nervul lingual, (ale cărei variante anatomice a constituit o temă de cercetare și a noastră) Rezultă că prin spiritul său riguros analitic a creat opere de mare valoare în domeniul său preferat, neuroanatomia.

A descoperit și a descris bula grăsoasă a obrazului la feți (La boule graisseuse de la joue) ce-i poartă numele (La boule graisseuse de Bichat), subliniind integritatea acesteia și la cașectici, atribuindu-i un rol funcțional.

În scurta sa existență, Xavier Bichat, prin observațiile sale geniale și concrete, bazate pe numeroase disecții, creează bazele anatomiei și patologiei moderne. Dar observațiile sale trec limitele noțiunilor biologice în cele filozofice. Astfel, în opera sa "Le traité sur la vie et la mort", dă o splendidă definiție despre viață și despre moarte, spunând: "La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort". De aceea S. Jonas, biograful celor 100 medici ilustri (100 Portraits de Médecins Illustres), l-a caracterizat pe Bichat astfel: "Marque des stigmates d'une tuberculose floride, il est l'homme aux idées les plus originales qui soit apparu dans la médecine française". Dar cea mai valoroasă caracterizare i-a făcut-o T.R.M.H. Laennec într-o notă inedită pentru prefața Tratatului de anatomie patologică pe care îl pregătea, spunând că: Anatomia generală a lui Bichat este anatomia medicilor, este una din bazele anatomiei patologice. Este o lucrare căreie nu i se pot reproșa decât câteva lungimi și câteva obscurități de stil - efect necesar al grabei cu care a scris-o nemuritorul său autor, purtând pecetea genului".

Curtea facultății vechi de medicină îi găzduiește statuia, de asemenea, lângă figurile savanților nemuritori ai Franței, Bichat se află de asemenea prezent pe fresca, care ornamează frontispiciul Pantheonului din Paris.

1995, ANUL CENTENAR AL DESCOPERIRII RAZELOR X SAU RÖNTGEN

G. Stanciu

Clinica de Radiologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Wilhelm Conrad Röntgen a descoperit razele X, care-i poartă și numele, la data de 8 noiembrie 1895 în laboratorul de fizică al Universității din Würzburg, unde funcționa ca profesor. La 28 decembrie 1895 a prezentat societății de Fizică și Matematică, la care au participat și mulți medici, o comunicare intitulată "Despre un nou tip de radiații" precum și demonstrații actice. Această comunicare a avut următoarea introducere: "Dacă lăsăm treacă un curent printr-un tub cu vid tip Hittorf, Lenard sau Crook și-l operim cu un carton negru, pe un ecran de hârtie vopsit cu cianură de rou și platină, se observă luminiscenta acestuia, respectiv fluorescență, chiar distanța de 2 m ...".

Comemorările acestei mari descoperiri au început deja, printre care fiind și Congresul European de Radiologie de la Wiena din martie, urmând Congresul Academiei Regale din Londra în iunie, Congresul Național Francez și al Țărilor Francofone din septembrie, Congresul Român din octombrie etc.

La 5 ianuarie 1896, ziarul vienez "Die Presse", răspândește vestea descoperirii razelor X sub titlul "O descoperire senzațională". Întâmplarea face ca W.C. Röntgen, de altfel un om tăcut să acorde totuși la mari insistențe un scurt interviu unui ziarist în care prezintă cum a lucrat și să încerce să răspundă la întrebarea: "-Ce a fost aceasta? " "Pe baza cunoștințelor actuale efectul nu putea fi produs decât de o rază de lumină. Era exclus acest lucru deoarece lumina nu se putea propaga prin cartonul negru..."

A primit primul premiu Nobel, decernat pentru fizică în 1901 dar l-a donat Universității Würzburg. În aproximativ 2 ani s-au scris despre această descoperire 2000 de articole; primele radiografii efectuate care au fost mâna soției lui Röntgen și a profesorului de anatomie al Universității din Würzburg, au fost reproduse în numeroase reviste ale timpului printre care Nature din Londra.

I s-au decernat multiple titluri de "doctor honoris causa", "cetățean de onoare" al multor orașe etc., dar a rămas același om modest și sobru. A fost și un om de spirit, astfel, unul dintre biografiile săi îi reproduce ca moto, o maximă de a sa: "Posibilitatea de a confrunța rezultatele gândirii cu realitatea, dă cercetătorului siguranța necesară".

În timpul descoperirii razelor X, la Universitatea Sorbona, Paris, Facultatea de Fizică, era fizicianul român Dragomir Hurmuzescu care sub îndrumarea profesorului Benoit își pregătea teza de doctorat, dar împreună au confecționat prima instalație Röntgen din Franța și posibil a doua din lume. La acest aparat, Dragomir Hurmuzescu a efectuat multiple investigații, mai ales cazuri de acromegalie împreună cu Gheorghe Marinescu care era și el doctorand la Spitalul Salpêtrière-Pitié, cu profil de neuropsihiatrie

Întors acasă, Dragomir Hurmuzescu a lucrat la mai multe instituții de Röntgen: la laboratorul de fizică al Facultății Politehnice (Înalta școală de drumuri și poduri), Spitalul Colțea, Spitalul Militar din București și transferat la Iași ca profesor-director la Liceul Internat din Iași de asemenea a instalat aparate la laboratorul de fizică al Liceului Internat și la Clinica de Chirurgie a Spitalului Sf. Spiridon. Toate acestea se petreceau în anii 1896 și 1897, deci începuturile radiologiei din țara noastră au fost foarte bune.

Antoine Béclère care a inaugurat primul curs de radiologie din lume, la Paris, început la 6 noiembrie 1897 susținea următoarele, cu valabilitate și astăzi: "Razele Röntgen nu ne înșală niciodată. Suntem noi care ne înșelăm, interpretând uneori greșit limbajul lor sau le cerem mai mult decât ele pot da", sau "pentru a interpreta patologicul trebuie să cunoaștem bine anatomicalul"...

Prin munca entuziastă și abundentă de la început, s-a neglijat protecția nindcă nici riscurile nu se prea cunoșteau. Apărând victime în 1936, lângă Institutul de Radiologie din Hamburg - primul de acest fel din lume - a fost inaugurat "Momentul victimelor razelor X", cuvântul fiind al lui Antoine Béclère.

PATOLOGIA PROTEZEI TISULARE

(Film video; prezentat la cel de-al III-lea Simpozion Internațional România-Italia, București, 5-8 octombrie 1994)

D.Bratu, I.Tilea, E.Panțuru, Cristina Sandor, M.Drăgan, Monica Dungaciu, Marta Salló German

Clinica Medical nr. 2
U.M.F. Târgu-Mureș

Patologia protezelor tisulare cardiace constituie una dintre preocupările diagnostice de strictă actualitate în cardiologia chirurgicală modernă.

Filmul prezentat pe o durată de 14 minute, este structurat în două părți distincte: Patologia bioprotezelor tisulare, iar partea a II-a Patologia grefei mitrale libere.

Este trecută în revistă, succint și exemplificat ecocardiografic, prin abord clasic și transesofagian, în flux color, principala cazuistică prelucrată în ultimii 5 ani.

Concluzia filmului constă în: posibilitatea determinantă a diagnosticului în malformările protezelor tisulare prin examinarea ecocardiografică.

ALIMENTAȚIA ARTIFICIALĂ. ASIGURAREA CALITĂȚII

G. Mezey

Catedra de Chimie
Departamentul de Tehnologie Farmaceutică
Universitatea de Științe Konrad Lajos, Debrecen, Ungaria

Interesele sanitare și de piață au impus în mod prioritar apariția unei noi categorii, calitatea. În deceniile trecute, controlul calității a trecut printr-o dezvoltare uriașă.

Pe parcursul mai multor schimbări, în afară de controlul calității (Quality Control) a devenit necesară lărgirea sferei asupra controlului total al medicamentului (Total Quality Assurance).

În sistemul de asigurare a calității clinice, scopul principal este ca bolnavilor să li se elaboreze preparate cu acțiune terapeutică sigură, cu efect sigur și mod de utilizare optim.

Asigurarea calității reprezintă totalitatea acelor activități, care au fost realizate cu scopul de a avea un produs cu cerințele planificate pe parcursul utilizării.

Datorită faptului că preparatele sterile au un domeniu larg de aplicabilitate și aici aparțin perfuziile cu mare importanță în practica clinică (soluții pentru alimentația parenterală), autorul a găsit necesar să stabilească condiții de lucru ale fiecărei faze în parte, în vederea elaborării unui preparat de calitate corespunzătoare.

Prepararea soluțiilor perfuzabile este datoria farmacistului și elaborarea lor se face în farmaciile de spital.

În lucrare se fac cunoscute recomandările referitoare la aceste faze:

1. descrierea locului de preparare;
2. planul personalului;
3. principii generale și comportamentale;
4. metode de control al locului de preparare;
5. metode de igienizare;
6. metode de dezinfecție și asigurarea echipamentului de protecție;
7. descrierea procesului de producție;
8. perfecționarea continuă a cadrelor;
9. compoziția preparatelor

POSSIBILITĂȚI DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A COOPERĂRII BOLNAVILOR

G. Mezey

Catedra de Chimie
Departamentul de Tehnologie Farmaceutică
Universitatea de Științe Kossuth Lajos, Debrecen, Ungaria

În practică, comportamentul bolnavilor față de medicație este departe de a fi ideal. Influența necooperării (noncompliancei) asupra costului medicației este uriașă, din această cauză, la nivelul țării anual au loc mii de decese și zeci de mii de internări.

Noncompliancea solicită tot mai multe și noi obligații din partea medicului, farmacistului și personalului mediu sanitar, în aceeași măsură.

Lucrarea prezintă detaliat posibilitățile de stabilire a compliancei, arată cauzele principale ale noncompliancei și face cunoscute acele strategii cu care se pot dezvolta posibilitățile de cooperare ale bolnavilor cu terapia medicamentoasă. De asemenea, lucrarea se ocupă de importanța acordării sfaturilor (consiliere) necesare bolnavilor, în farmacii de circuit deschis și bolnavilor spitalizați.

Face cunoscute acele modalități prin care studenții farmaciști pot fi pregătiți pentru această latură a activității profesionale.



OBȚINEREA POLIFENOLATULUI DE ZINC DIN EXTRACTUL SEMINTELOR DE CASTAN SĂLBATIC (HIPPOCASTANI SEMEN)

C. Cséds, L. Fülöp, Mária Gáspár, Sigrid Eșianu

Disciplina de farmacognozie și fitoterapie
U.M.F. Târgu-Mureș

Preparatele obținute din castan sălbatic (*Aesculus hippocastanum*) sunt binecunoscute în tratamentul diferitelor boli, atât în terapia umană cât și în medicina veterinară. În cadrul disciplinei noastre studiem de peste 10 ani valorificarea superioară a semințelor, inflorescențelor și chiar a scoarței de castan.

În lucrarea de față ne-am propus valorificarea polifenolilor sub formă complexă cu ionul de zinc din extractul de semințe. Castanele conțin pe lângă saponine (6-20%) și polifenoli, dintre care mai importanți sunt glicozidele flavonice hidrofiele (0,2-0,3%) derivați de cvercetină și kemferol și proantocianidinele. Polifenolii de tip epicatechină sunt acumulate mai ales în tegumentul seminal.

Extractul hidroalcoolic de castane conține 5-6% saponine și 0,28-0,30% flavonoide. Produsul "Hippocastani-polifenolat de zinc" se obține prin extragerea polifenolilor cu alcool diluat. După îndepărtarea alcoolului extractul se tratează cu hidroxid de zinc, calculat la conținutul extractului în polifenoli. Amestecul se evaporă la siccitate și masa obținută se pulverizează. Produsul finai este o pulbere ușoară, de culoare galbenă, cu gust astringent, amar, fără miros particular, este parțial solubilă în apă și prin agitare se formează spumă abundentă și persistentă. Conținutul în zinc al produsului nostru variază între 45-55% iar cel în flavonoide între 0,75-0,8%. Produsul realizat este destinat obținerii unor forme farmaceutice utilizate în tratamentul maiadurilor vasculare (varice, flebite) și al afecțiunilor reumatice.

OPTIMIZAREA TEHNOLOGIILOR DE EXTRACȚIE ȘI A BIODISPONIBILITĂȚII PRINCIPILOR ACTIVE DIN PRODUSE VEGETALE

Adriana Popovici

Disciplină de tehnologie farmaceutică
U.M.F. Târgu-Mureș

În cercetările noastre, care au vizat creșterea randamentului de extracție, prin utilizarea diferitelor metode tehnologice, s-au obținut mărirea biodisponibilității și a cineticii de eliberare a principiilor active prin adaosul de agenți tensioactivi, utilizând metoda percolării, la preparatele extractive obținute din semințele de castan cu tegument (*Hippocastanae semen*, Fam. Hippocastanaceae) și din frunzele plantei *Aloe arborescens* (*Aloe flos*, Fam. Liliaceae).

Biodisponibilitatea maximă a flavonoidelor din semințele de castan, urmărită prin metoda dializei prin membrană semipermeabilă, s-a obținut din soluțiile extractive preparate prin percolare cu alcool etilic de 40°, în prezența agenților tensioactivi anionici (37,80%) folosind în concentrație de 1% și a agenților tensioactivi neionici (37%), comparativ cu percolarea efectuată în absența acestora (35%) sau cu alte metode (8-27%). Comparând eficacitatea celor două grupe de tensioactivi, se constată că cinetica de eliberare este mai promptă în prima etapă, în sistemele anionice (1,8749mg) față de cele neionice (1,5499 mg).

α -escina, componentul principal al semințelor, compus amfifil cu capacitate evidentă de autoasociere, este sensibilă și la variații de pH; la pH 3,0 își diminuează valoarea concentrației micelare critice (CMC) necesitând

cantități mai reduse de agent tensioactiv. Aditia compuşilor hidrotropici (uree, derivați de teofilină, nicotinamidă) mărește stabilitatea soluției.

Extracția aloinei din frunzele de *Aloe arborescens*, este de asemenea favorizată de prezența peste valoarea CMC a agenților tensioactivi neionici, în aceleași condiții de extracție cu a semințelor de castan, când biodisponibilitatea aloinei crește în soluții stabilizate cu 40%.

PRECONCENTRAREA URMELOR DE METALE ÎN CONTEXTUL ASIGURĂRII CALITĂȚII ANALITICE

*L. Roman, Eugenia Florean, Simona Mirel, R. Săndulescu, R. Oprean,
Pompilia Suctu*

*Catedra de Chimie Analitică
U.M.F. "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca*

Pentru preconcentrarea Pb(II), Cd(II), Cu(II) și Hg(II) din ape naturale și uzate s-a preparat un sort de silicagel impregnat cu 2-mercapto-5-fenilamino-1,3,4-tiadiazol care poate reține până la 1500 µg Pb(II), respectiv 1000 µg Cd(II)/g silicagel impregnat. S-au studiat condițiile optime de fixare (pH, timp, debit de scurgere etc) și de eluare a Pb(II), Cd(II), Cu(II) și Hg(II) de pe silicagelul impregnat utilizându-se mai mulți eluenți (HCl, HNO₃, EDTA disodic).

Procentul de regăsire al Pb(II) în urma eluării cu HNO₃ 4N este mai mare de 96% realizându-se o creștere a concentrației de aproximativ 20 de ori.

În cazul Cd(II) procentul de regăsire este 98,5%, dacă acesta se eluează cu HCl 1N sau HNO₃ 1N, iar pentru Cu(II) și Hg(II) s-au găsit valori de 97,95%, respectiv 99,16%.

DOZAREA SPECTROFOTOMETRICĂ A FLUORURILOR DIN FORME FARMACEUTICE ȘI PRODUSE STOMATOLOGICE

*R. Săndulescu, Eugenia Florean, L. Roman, Simona Mirel, R. Oprean,
Pompilia Suctu*

*Catedra de Chimie Analitică
U. M.F. "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca*

Rolul biologic și importanța fluorurilor, relevate prin studiile efectuate în ultimele decenii au determinat utilizarea acestora în terapia profilactică și

curativă (mai ales stomatologică) sub formă de preparate solide orale (comprimate, drajeuri etc.) sau paste de dinți și geluri cu aplicație locală.

Metoda de determinare elaborată de noi se bazează pe reacția ionilor fluorură cu complexul colorat al Fe(III) cu salicilatul de metil și formarea fluorocomplexului incolor $(\text{FeF}_6)^{3-}$ mai stabil. Spre deosebire de majoritatea metodelor spectrofotometrice, în cazul nostru intensitatea culorii scade pe măsură ce concentrația ionilor fluorură crește. S-au studiat condițiile de lucru (pH, timp, raport de combinare Fe(III) -salicilat de metil) și s-a obținut curba de etalonare pentru concentrații cuprinse între 0,01 - 0,08 mg NaF/ml la 525 nm.

Rezultatele calculului statistic indică o precizie satisfăcătoare ($A = 100,166 \pm 2,33\%$).

S-au studiat interferențele de reacție, respectiv influența unor anioni complexanți ai Fe(III) (acetat, oxalat, tartrat, citrat, fosfat, tiosulfat) precum și a unor cationi care formează complecși stabili cu ionul F^- (Al^{3+} , Ca^{2+} , Mg^{2+} etc.) stabilindu-se concentrațiile maxime permise. S-a studiat de asemenea interferența altor substanțe care sunt prezente în forme farmaceutice și produse stomatologice conținând fluoruri (stearat de magneziu, carbonat de calciu, carbonat de magneziu, bicarbonat de sodiu, oxid de magneziu etc.).

Metoda spectrofotometrică a fost aplicată la dozarea fluorurilor din comprimate (Concaden, Fluor-Vigantolletten, Osofluor), paste de dinți și geluri de uz stomatologic cu rezultate foarte bune.

ADMINISTRAREA BRYOHERP-GELULUI ÎN TRATAMENTUL ZONA-ZOSTER

E.Módy, I.Fúzi**, L.Vulcu***, Emilia Oprea*****

*Disciplina de biochimie clinică și de imunopatologie

**Disciplina de botanică-farmaceutică

U.M.F. Târgu-Mureș

***Institutul de Igienă, Sănătate Publică, Servicii de Sănătate și Conducere, București

****Farmacia "Ephedra" Târgu-Mureș

La o persoană cu apărare intactă, această infecție duce la dezvoltarea unei imunități împotriva VVZ pentru tot cursul vieții. În pofida acestei apărări specifice, VVZ persistă în organism sub formă latentă și în urma unei reactivări, produce zona zoster. Zona zoster nu prezintă nici o prevalență sezonală, nici manifestări epidemice. În SUA, incidența zonei zoster este în medie de 1,3 cazuri la 1000 de locuitori. Incidența crește considerabil cu înaintarea vârstei de peste 15 ani.

La bolnavii imunocompromiși, administrarea medicamentelor cu efecte antivirale este de o importanță deosebită. Această necesitate a dus la obținerea unei serii întregi de substanțe cu acțiune inhibitoare asupra replicării virusurilor.

Familia Herpesviridae, respectiv subfamilia Alphaherpesviridae și cunoscută din această subfamilie au însemnatate și prin faptul că reprezintă prima familie virală la care s-a reușit să se obțină pe cale sintetică substanța cu efecte antivirale, dintre care menționăm: arabinozidul de adenină care este un analogon purinic, acyclovirul un derivat al guaninei și interferonul alfa, beta și gama. Medicamentele antivirale pot fi administrate și local sub formă de pudre, unguente și geluri. Din această categorie face parte produsul farmaceutic Bryoherp-gel. În urma administrării unui lot de 50 pacienți, s-a putut constata că plăgile se vindecă mai rapid, durerea se reduce și se micșorează pericolul suprainfecțiunii buleilor deschise cu microbi purulenti. Această substanță administrată local reduce rata de replicare a virusurilor, astfel micșorează și șansa unei recurențe.

STUDIUL EFECTELOR TERAPEUTICE ALE ADMINISTRĂRII LOCALE A UNUI PRODUS FARMACEUTIC OBTINUT DIN SPECII DE BRYOPHYTE PE ERUPȚIILE CUTANATE ALE BOLNAVIILOR CU HERPES SIMPLEX LABIAL ȘI GENITAL

I. Füzı*, E. Mody**, L. Vulcu***, Emilia Oprea****, F. Jeney*****

*Disciplina de botanică-farmaceutică

**Disciplina de biochimie-clinică și de imunopatologie
U.M.F. Targu-Mureș

***Institutul de Igienă, Sănătate Publică, Serviciu de Sănătate și Conducere, București

****Farmacia "Ephedra" Targu-Mureș

*****Centrul Medical și de Servicii de Sănătate și Conducere, Sibiu

După cunoștințele pe care le detinem actual, briofitele nu sunt cercetate pe plan internațional și național sub aspectul utilizării terapeutice, sub formă de produse medicamentoase. Cercetările noastre se referă la reprezentanții Sphagnalelor, din care în flora biologică a României se cunosc 15 specii. Din produsul vegetal, după prelucrare se obține un liofilizat din care se prepară un produs medicamentos sub formă de gel cu denumirea provizorie "Bryoherp-gel" destinat pentru tratamentul pacienților cu herpes simplex labial și genital. Se estimează că în prezent aproximativ 60-95% din populația globului este infectată cu virusul herpes simplex tip I sau tip II. Infecția genitală cu virusul herpetic a atins, de asemenea, procente îngrijorătoare. La ora actuală se

apreciază că peste 20% din populația activă sexual pare a fi infectată. Proprietățile antivirale ale produsului Bryoherp-gel au fost comparate cu unguentele Zovirax și Hevizos. Aplicarea locală a produsului Bryoherp-gel s-a dovedit mult mai eficace față de cele două preparate menționate, prin faptul că prezintă efecte locale foarte bune.

Bryoherp-gelul și-a dovedit efectele antivirale la un lot de peste 200 de pacienți, la care aceste acțiuni s-au manifestat prin reducerea și dispariția simptomatologiei și prin scurtarea cu peste 50% a duratei evoluției.

COMPLECȘII DE INCLUZIUNE AI CICLODEXTRINELOR CU SUBSTANȚE MEDICAMENTOASE. III. STUDIUL REFRACTOMETRIC AL UNOR SISTEME BINARE

B.Tökés, Eszter Molnár

Disciplină de chimie fizică
U.M.F. Târgu-Mureș

S-au studiat posibilitățile metodei refractometrice în decelarea formării complexilor de incluziune ai ciclodextrinelor cu participarea unor compuși organici de importanță farmaceutică (derivați ai acidului benzoic ș.a.). S-a demonstrat că, deși incrementele indicilor de refracție în cadrul metodei variațiilor continue sunt relativ mici, din abaterile lor față de aditivitate pot fi trase concluzii cantitative în privința raportului de combinare și stabilității complexilor formați. Au fost calculate refracțiile molare ale acestor compuși, parametri care s-au dovedit a fi cei mai adecvați pentru caracterizarea particularităților structurale ale produsilor de interacțiune.

CERCETAREA INTERACȚIUNII NIFEDIPINEI CU CICLODEXTRINE

Á.Gyéresi, B.Tökés**, M.Kata****

*Disciplină de chimie farmaceutică

**Disciplină de chimie fizică
U.M.F. Târgu-Mureș

***Universitatea de Medicină "Szent-Györgyi Albert" Szeged, Ungaria

Nifedipina -un compus de bază în terapia antianginoasă - a fost recent oficializată în Farmacopeea Română ediția a X-a (1993). În procesul de

formulare a preparatelor farmaceutice pe bază de nifedipină constituie un mare impediment fotosensibilitatea accentuată și insolubilitatea în apă a acesteia

În vederea ameliorării acestei situații s-au efectuat cercetări în direcția asocierii nifedipinei cu diferite ciclodextrine (CD), fiind cunoscută utilizarea acestora pentru solubilitatea substanțelor medicamentoase. De asemenea, s-a presupus și un efect fotoprotector, în urma formării unui eventual complex de incluziune nifedipină-CD

Influența derivaților de CD asupra stabilității, respectiv, solubilității nifedipinei a fost cercetată prin metoda spectrofotometrică în UV și polarografic. Din modificarea parametrilor polarografici ai nifedipinei în prezența CD-ilor rezultă că stabilitatea complexilor de incluziune formați este relativ mică în cazul beta-ciclodextrinei, acțiunea fotoprotectoare fiind de asemenea redusă. În urma determinărilor spectrofotometrice, dintre derivații de CD utilizați dimetil-beta-CD și hidroxipropilbeta-CD au dat rezultate promițătoare.

STUDIUL STABILITĂȚII ACIDULUI ACETILSALICILIC ÎN FAZA SOLIDĂ. ACȚIUNEA UMIDITĂȚII RELATIVE

Daniela Micu, B. Tökés, Gabriela Suciu

Disciplina de chimie fizică
U.M.F. Târgu-Mureș

În cadrul cercetărilor privind elucidarea rolului factorilor care determină termenul de valabilitate a comprimatelor de acid acetilsalicilic, autorii au studiat acțiunea tensiunii parțiale a vaporilor de apă (umiditatea relativă) asupra stabilității (viteza de hidroliză) în fază solidă a acidului acetilsalicilic. Deoarece măsurătorile au fost efectuate la diverse tensiuni de vapor și temperaturi, a fost posibilă modelarea condițiilor reale de păstrare a medicamentelor. Parametri cinetici și termodinamici obținuți prin metoda "îmbătrânirii accelerate" sunt comparați cu cei referenți la dezvoltarea, respectiv hidroliza în soluție a acidului acetilsalicilic în aceleași condiții. Comparând valorile constantelor de viteză în cele două faze, solidă și lichidă, se constată o scădere a constantei de viteză în faza solidă cu un ordin de mărime față de cea lichidă.

EFFECTUL ANTIMICROBIAN AL SPECIEI EUPATORIUM CANNABINUM L. (ASTERACEAE)

Mănoara Monea*, Doina Bilcă***, C. Cséds**

*Disciplina de farmacologie

**Disciplina de farmacognoză și fitoterapie

U.M.F. Târgu-Mureș

***Spitalul Clinic Județean, Laboratorul de Bacteriologie

Eupatorium cannabinum L. este o specie vivace, crește spontan în întreaga Europă, extinzându-se până în Asia Centrală, Africa de Nord și Sud, atingând altitudinea de 1700 m.

Din punct de vedere al conținutului de principii active, literatura de specialitate menționează lactone sesquiterpenice, materii tanante, derivați cafeil-chinici, flavonoide, alcaloizi pirrolizidini, ulei volatil și polizaharide. În medicina populară se utilizează atât părțile subterane cât și cele aeriene, în diferite acțiuni ale ficatului, coleretic, purgativ, diuretic, febrifug și cicatrizant al rănilor. În homeopatie este utilizat pentru creșterea rezistenței organismului în infecțiile virale.

Testarea efectului antimicrobian al speciei *Eupatorium cannabinum* L., s-a efectuat pe un număr de 15 tulpini bacteriene din grupa germenilor gram + și gram -, folosind extracte totale din părțile aeriene. Aceste extracte au fost preparate prin macerarea drogului uscat la temperatura camerei, extractul apos a fost concentrat sub vid, la temperatura de 70°C, până la consistența de 0,5 g drog = 1 ml extract fluid. Cercetările au fost efectuate la Spitalul Clinic Județean Tg.-Mureș, utilizând metoda antibiogramelor și culturii de germeni din diverse probe biologice. Ca probe maror s-au utilizat: ser fiziologic și antibiotice și chimioterapice uzuale.

Efectul antibacterian cel mai evident se produce asupra următoarelor tulpini: *Staphylococcus aureus haemolyticus*, *Streptococcus pyogenes beta-hemolitic*, *Bacillus anthracoides* și *Staphylococcus epidermidis*.

CERCETĂRI FARMACOLOGICE PRIVIND ACȚIUNEA CARDIOVASCULARĂ A UNOR SPECII APARTINĂTOARE FAMILIEI LABIATE

Maria T. Dogaru, G. Răcz

Disciplina de farmacodinamie

U.M.F. Târgu-Mureș

Cercetările farmacologice efectuate asupra a trei specii de plante aparținătoare familiei Labiatae, sp. *Ballota nigra*, sp. *Calamintha clinopodium*, sp.

Leonurus villosus, au pus în evidență efectul sedativ și tranchilizant semnificativ al extractelor liofilizate obținute din cele trei specii.

Specia *Leonurus*, fiind utilizată în terapeutică datorită acțiunii sedative mai ales în acuze cardiace la nevrotici, am studiat acțiunea acestor extracte liofilizate asupra presiunii arteriale la șobolan, respectiv acțiunea cardiovasculară a produsului fitoterapeutic "M" obținut din cele trei specii de labiatee.

Extractele liofilizate obținute din *Ballota nigra*, *Calamintha clinopodium* și *Leonurus villosus* (fracțiunea iridoidică) au fost studiate separat, - urmărind scăderile tensionale înregistrate după administrarea fiecărui extract, în vena jugulară a șobolanului, în doze de 4, 8, 16 mg/kgc.

În urma administrării produsului fitoterapeutic "M", în aceleași doze, intravenos s-a observat o scădere marcată a presiunii arteriale, urmată de o bradicardie trecătoare, iar la administrarea imediată a Noradrenalinei, nu s-a înregistrat creșterea presiunii arteriale, ceea ce presupune că aceste extracte ar acționa printr-un mecanism alfa-blocant.

ANALIZA GAZCROMATOGRAFICĂ A UNOR TOXICI VOLATILI

Mária Kincses Ajtay*, L.Ferencz**, Gyöngyi Dudutz**

*Disciplina de toxicologie generală și industrială

**Disciplina de industrie medicamentului și biotehnologie

U.M.F. Târgo-Mureș

În lucrarea de față am studiat separarea, identificarea și dozarea alcoolului etilic, - metilic, acetaldehidei și a acetatului de etil din materiale biologice și din diferite băuturi alcoolice.

Materialele biologice (sânge și urină) au fost recoltate pe de o parte în cazuri de intoxicații acute cu alcool (cu ocazia autopsiei executate la Medicina Legală Tg.-Mureș), pe de altă parte de la alcoolici cronici tratați la Clinica de Psihiatrie Tg.-Mureș.

În cazurile studiate s-au determinat alcoolemia, alcooluria, respectiv, în unele probe și prezența acetaldehidei, ca metabolit al etanolului. Analiza băuturilor alcoolice a constatat din determinarea conținutului lor în etanol, metanol, acetaldehidă și acetat de etil.

Analizele au fost efectuate cu cromatograf CHROMATRON GCHF 18.3, folosind coloana inox 3m x 4 mm, umplută cu Porapak Q, gaz purtător azot, detector de ionizare în flacără. În toate cazurile s-au folosit câte 2 μl probe pentru determinări.

La analiza sângelui s-a efectuat o prealabilă deproteimizare cu soluție de acid trichloracetic 20%, respectiv cu soluția apoasă de sublimat 4%.

Metoda gascromatografică prezintă o serie de avantaje remarcabile față de metodele clasice, cum sunt: sensibilitate avansată (de ordinul nanogramelor), specificitate bună, care permite identificarea și separarea netă a etanolului, metanolului și acetaldehidei în amestec, respectiv, rapiditate ce indică folosirea ei la determinările în serii (10 minute/probă, față de 1-3 ore/probă la metode clasice).

CONTRIBUȚII LA CUNOAȘTEREA FARMACO-BOTANICĂ A PRODUSULUI ALTHAEAE RADIX

Z. Kisgörgy*, I. Máthé**

*Disciplina de botanică farmaceutică

**Disciplina de biochimie

U.M.F. Tg.-Mureș

În structura rădăcinii cărnoase de *Althaea officinalis* coarța - prin activitatea cambială - este mai dezvoltată față de lemn, decât în cazul altor rădăcini cărnoase, cum sunt de exemplu la *Belladonnae radix*, *Gentianae radix*, *Saponariae albae radix* etc. În cercetările noastre am urmărit cele două părți componente ale rădăcinii: scoarța și lemnul, de-a lungul axei longitudinale a organului. De la colet până la vârf am cercetat în șase nivele orizontale caracteristicile farmaco-botanice și farmacognostice ale scoarței și lemnului, după cum urmează:

- Grosimea scoarței față de lemn în organismul viu,
- Pondere procentuală a scoarței față de lemn în drogul *Althaeae radix*,
- Pondere procentuală a fibrelor liberice și a fibrelor lemnoase față de țesutul parenchimatic fundamental al rădăcinii,
- Viscozitatea extractelor de scoarță și lemn (conținutul în substanțe mucilaginoase).

Rezultatele sunt redată mai jos:

a)	Grosimea scoarței în mm	4,8	3,1	2,7	1,7	1,5	1,2
	Diametrul rădăcinii în mm	15,2	9,9	7,4	5,3	3,2	1,9

Concluzia. Grosimea scoarței reprezintă 1/3 din diametrul organului.

- Pondere procentuală a scoarței față de lemn în drog: *Althaeae radix*:

Scoarță	60,2	63,7	67,4	69,2	69,5	70,2
Lemn	39,8	36,3	32,6	30,8	30,5	29,8

Concluzia: În *Althaea radix* ponderea procentuală a scoarței față de lemn este cu oca 100% mai mare.

c) Ponderea procentuală a fibrelor față de parenchimul fundamental:

Fibre liberiene	29,7	30,9	25,8	23,8	26,9	20,4
Parenchim fundamental	72,3	69,1	74,2	76,2	73,1	79,6

Fibre lemnoase	41,5	42,4	43,7	21,6	28,5	28,7
Parenchim fundamental	58,5	57,6	56,3	78,4	71,5	71,3

Concluzia: Ponderea procentuală a fibrei față de parenchimul fundamental este mai mare în lemn.

d) Valorile viscozității extractelor (conținutul în substanțe mucilaginoase obținute după metoda F.R. VIII. (Viscozimetru Löffler, temperatura 25° C 1 g drog, 100 ml extract):

Scoarță	2,61	2,62	2,84	2,38	2,75	1,88
Lemn	2,89	2,90	3,82	3,65	3,98	1,99

Concluzia: Lemnul este mai bogat în substanțe mucilaginoase decât scoarța.

Rezultatele obținute merită să fie luate în considerare la determinarea conținutului cantitativ în substanțe mucilaginoase ale rădăcimilor exemplarelor de *Althaea officinalis* aflate în cultură sau în flora spontană.

OBȚINEREA SAPONINEI BRUTE DIN *GRINDELIAE HERBA*

Sigrid Egiaru*, M. Tămaș**, C. Csedő*

*Disciplină de farmacognosie și fitoterapie

U.M.F. Târgu-Mureș

**Disciplină de botanică

U.M.F. Cluj-Napoca

Părțile aeriene ale plantei *Grindelia robusta* NUTT conține pe lângă substanțe diterpenice de tip labdan, flavonoide, ulei volatil, acizi fenolcarboxilici, poline și saponine.

Prezența saponinelor este menționată și în lucrările lui Boiteau colab., Hoppe și colab., Kreutzer și colab.

În lucrarea de față ne-am propus obținerea saponinei brute din specimenele de *Grindelia robusta* acclimatizată în Tg.-Mureș.

S-a folosit drogul obținut din recolta iunie 1994. Părțile aeriene mărunțite (sita IV, FR X) s-au extras mai întâi cu cloroform pentru eliminarea clorofilei, carotenoidelor, rezinelor, sterinelor și lipidelor și apoi cu metanol. Extractul metanolic s-a concentrat sub presiune redusă iar saponinele s-au precipitat cu acetonă. După spălarea și uscarea precipitatului s-a obținut o pulbere albă (randament 1,3%) solubilă în apă, metanol și etanol diluat. Pentru caracterizarea saponinei brute s-a determinat indicele de hemoliză și de spumificare și s-a făcut analiza cromatografică în strat subțire.

DETERMINAREA GAZ-CROMATOGRAFICĂ A ALCOOLILOR INFERIORI ÎN SOLUȚII APOASE DILUATE. RELAȚII CANTITATIVE STRUCTURĂ-TIMP DE RETENȚIE

L.Ferencz

Disciplina de industrie medicamentelor
U.M.F. Târgu-Mureș

Separarea și dozarea gaz-cromatografică a alcoolilor inferiori din soluții apoase diluate este net avantajoasă față de metodele "clasice", din cauza selectivității, a sensibilității ridicate și datorită timpului redus, necesar analizei.

Utilizând un cromatograf CHROMATRON GCHF 18.3, o coloană inox 3m x 4mm, umplută cu Porapak Q 80/100 mesh (perle de polistiren), termostat la 220°C și azot ca gaz purtător cu debitul de 30 ml/min., timpii de retenție pentru apă, metanol, etanol, i-propanol, n-propanol, i-butanol, n-butanol și n-pentanol au fost după cum urmează: 5,4; 8,4; 12,7; 18,0; 22,5; 36,3; 41,4 și 78,9 minute.

În detectorul de ionizare în flacără (FID), din cauza ionizării reduse, apa generează un curent foarte slab și ca urmare nu deranjează determinarea nici la concentrații de peste 99%.

Răspunsul detectorului în domeniul de concentrații 50-3000 ppm (metanol și etanol) este excelent liniar ($r > 0,999$), iar sensibilitatea sa atinge 10^{-7} g.

S-a studiat în continuare efectul unor parametri fizico-chimici ca constantele de substituent, constantele sterice și constantele de hidrofobicitate asupra timpului de retenție. Relațiile liniare de energie liberă obținute (de tipul HANSCH) descriu excelent ($R > 0,9999$) interacțiunile eluat-fază staționară respectiv eluat-gaz purtător.

Asemenea relații se pot deduce și pentru alte serii omoloage și condiții diferite de separare și pot fi utilizate la identificarea unor compuși în lipsa etaloanelor standard, la modelarea transportului substanțelor bioactive în organism sau la clarificarea interacțiunii lor cu receptorul biologic.

DINAMICA EVOLUȚIEI CONȚINUTULUI DE PROANTOCIANIDINE ÎN SPECIE CRATAEGUS MONOGYNA JACQ ÎN PERIOADA DE VEGETAȚIE

L. Pokorny

Cămin Spital Brîncovenesti, jud. Mureș

Importanța farmaceutică a proantocianidinelor constă în special în acțiunea lor antihipertensivă și coronarodilatatoare.

Întrucât materiile prime farmaceutice obținute din păducel (*Crataegus* sp.) sunt larg întrebuințate în industria medicamentelor (Die Rote Liste 1994), a fost urmărită evoluția conținutului în proantocianidine de-a lungul perioadei de vegetație (23.04.-1.10.), în scopul optimizării recoltărilor. Probele constând din flori, funze și fructe, au fost recoltate la intervale egale de timp (29-30 zile), de pe aceleași exemplare, cu expoziție sudică, pe timp însoțit. Uscarea s-a executat în modul obișnuit, cunoscut. Conținutul în proantocianidine s-a determinat prin metoda spectrofotometrică, descrisă de Lebreton și colab. (1967) la lungimea de undă de 550 nm.

Din rezultatele obținute reiese că conținutul cel mai ridicat (866 mg%±12%) în principii active s-a identificat în amestecul de frunze cu flori (raport 7:3) în cursul lunii mai.

ANALIZA IZVORULUI DE APĂ MINERALĂ CARBOGAZOASĂ "FONTANA" DIN MIERCUREA-CIUC (TOPLIȚA)

Szidónia Kistó Tita, C.Csedő*, Silvia Dușa**

*Disciplina de farmacognozie și fitoterapie

**Disciplina de chimie analitică
U.M.F. Târgu-Mureș

Depresiunea Ciucului este bogată în izvoare de ape minerale. Datonită structurilor geologice variate și izvoarele au o compoziție chimică diferită.

Izvorul analizat după rezultatele analitice și microbiologice primare s-a dovedit a fi un izvor de apă minerală bună. Temperatura apei puțin mai ridicată decât cea obișnuită, 18,5°C, dă posibilitatea valorificării deosebite a acestora.

În studiul întreprins, lucrarea a avut în vedere structura geologică a solului, vegetația, rezultatele fiind comparate și cu celelalte izvoare de ape minerale din împrejurimi.

În conformitate cu compoziția se recomandă utilizarea acestei ape minerale în scop terapeutic.

BOLI CARDIOVASCULARE

ASPECTE PARTICULARE ÎN CARDIOPATII CONGENITALE

E.Carașca*, D.Dobreanu*, D.Branu**, C.Suciu***, D.Guvrilescu***

Angela Marina

*Clinica Medicală nr.3, **Clinica Medicală nr.2

***Clinica de Chirurgie Cardiovasculară

U.M.F. Târgu-Mureș

Sunt prezente 2 cazuri de cardiopatii congenitale care se disting printr-o evoluție particulară.

Diagnosticul a fost stabilit clinic, eco-doppler și explorare invazivă.

Primul caz este o femeie de 36 de ani cu boală Ebstein și defect septal interatrial tip ostium secundum care devine simptomatică abia după a 6-a naștere, toate fiind asistate, decurgând fiziologic și soldându-se cu fete vii. Copiii nu figurează cu suferințe cardiace, urmând a fi examinați medical ulterior.

Al 2-lea caz, un bărbat de 28 de ani cu un defect septal interatrial tip ostium primum (canal A-V incomplet) total asimptomatic.

Față de datele din literatura medicală care socotesc improbabilă și contraindică sarcina în primul caz particularitatea derivă din cele 6 nașteri duse la termen și bine suportate de mamă, o oarecare cianoză a mamei apărută la ultima naștere fiind cea care a atras atenția asupra suferinței mamei.

În cel de-al 2-lea caz subliniem dezvoltarea fizică normală a pacientului, absența oricăror acuze și nealterarea capacității de efort la un pacient cu DSA tip ostium primum diagnosticat întâmplător.

Ambele cazuri sunt în etapa preoperatorie.

ASPECTE PARTICULARE ALE INSUFICIENȚEI CARDIACE LA VÂRSTNIC

H.Pop, Doina Podoleanu, Alina Boeru, S.Cotoi

Clinica Medicală nr.3

U.M.F. Târgu-Mureș

La bolnavii în vârstă insuficiența cardiacă prezintă unele particularități. Ca urmare a scăderii funcției contractile a miocardului, a modificărilor în mecanismele de reglare neurohormonală și a scăderii metabolismului bazal se produce o diminuare a debitului cardiac.

Tratamentul insuficienței cardiace, luând în considerare aceste particularități, se realizează prin tratarea bolii de bază, corectarea unor factori agravanți extracardiaci și rezolvarea optimă a factorilor ce realizează performanța cardiacă prin reducerea pre- și postsarcinii cardiace și creșterea contractilității miocardice.

Studiul efectuat pe un lot de bolnavi în vârstă de peste 60 de ani cu insuficiență cardiacă, internați în Clinica Medicală nr.3 din Târgu-Mureș, în perioada 1993-1994 pune în evidență unele aspecte etiopatologice dar și terapeutice, prin administrarea unor asociații medicamentoase realizându-se îmbunătățirea performanței cardiace.

POTENȚIALUL DE ACȚIUNE MONOFAZIC ÎN EVALUAREA CLINICĂ ȘI EXPERIMENTALĂ A TULBURĂRILOR DE RITM LA NIVEL ATRIAL

D.Dobreanu, E.Carașca, S.Cotoi, C.Dușa

Clinica Medicală nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Potențialul de acțiune monofazic (PAM) reprezintă o înregistrare extracelulară a variațiilor de potențial electric produse simultan de activitatea mai multor celule. Deși nu reprezintă adevăratul potențial de acțiune celular, PAM reproduce în general cu fidelitate aspectul acestuia, fiind util în special în evaluarea duratei fazelor repolarizării miocardice. În electrofiziologia clinică PAM poate ajuta la studierea unor aspecte care nu pot fi evaluate în mod adecvat prin tehnicile electrofiziologice convenționale.

Înregistrarea PAM s-a făcut cu o sondă pentapolară de construcție specială, electrodul proximal și cel distal servind pentru recoltarea PAM bipolar, electrozii intermediari fiind folosiți pentru stimulare. Recoltarea PAM a permis demonstrarea mecanismului de trigger la nivel atrial ca stând la baza unor aritmii complexe. În fibrilația atrială s-a putut studia aspectul undelor de fibrilație și s-a putut demonstra cu deosebită acuratețe tranziția între diverse ritmuri atriale sub efectul medicației anuaritmice. Studiul efectului drogurilor antiaritmice s-a făcut și prin corelarea între durata PAM la 90% din amplitudinea maximă și durata fazei refractare relative, apreciată prin electrostimulare programată.

Având în vedere aceste multiple utilizări, apare necesară precizarea exactă a locului acestei tehnici în algoritmul de investigare al bolnavului cu tulburări de ritm.

FIBRILAȚIA ATRIALĂ CRONICĂ. ANALIZA STATISTICĂ COMPUTERIZATĂ A CICLURILOR VENTRICULARE

A.Frigy, A.Incze, E.Brânzaru, R.Vass, S.Cotoi

Clinica Medicală nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Utilizând un program computerizat original, am obținut curbele de distribuție ale distanțelor R-R (ciclurilor ventriculare) la pacienți cu fibrilație atrială cronică, înainte și după administrare de digoxină și verapamil. A mai fost urmărită frecvența medie ventriculară și deviația standard a distanțelor R-R.

Am observat aspectul spectral al curbelor de distribuție, unele distanțe R-R apar mult mai frecvent ("frecvențe de bază").

După digoxină administrată 7 zile, 0,25 mg/zi, pe lângă bradicardizare, lărgirea curbei de distribuție și creșterea iregularității ritmului (deviație standard crescută) am observat că aspectul spectral a devenit mai accentuat (frecvențe de bază mai joase și mai multe).

După verapamil 40 mg administrat sublingual, bradicardizarea s-a produs de asemenea, însă aspectul spectral a devenit mai puțin evident (frecvențe de bază mai joase și mai puține).

ADENOSINTRIFOSFATUL ÎN DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL TAHICARDIILOR CU COMPLEX QRS LARG

*Mihaela Opreș, Liliana Bostan, A.Matei, S.Micu, C.Graur, Adriana Mitre,
M.Dinesch, I.Vița, Mihaela Ispas, M.Clocoșan, M.Ganea, C.Georgescu*

Clinica Medicală nr.4
U.M.F. Târgu-Mureș

Adenosintrifosfatul (ATP) reprezintă în prezent drogul antiaritmie de primă elecție în tratamentul tahicardiilor paroxistice supraventriculare (TPSV). Prin efectul său puternic cronotrop și batmotrop negativ la nivelul nodului sinoatrial și atrioventricular, precum și datorită timpului de înjumătățire foarte scurt, cu efecte secundare tranzitorii, ATP poate fi utilizat atât în scop terapeutic cât și diagnostic în tahicardiile paroxistice (TP) cu complex QRS larg.

S-a analizat eficiența terapeutică și diagnostică a ATP, utilizat ca drog antiaritmie de primă elecție la 18 cazuri de TP cu QRS larg dintr-un lot de 78 cazuri de tahicardie paroxistică.

ATP a fost eficient oprind tahicardia la 10 cazuri, la 6 dintre acestea tranziția relevând aspect de preexcitare ventriculară tip WPW (intermitentă sau permanentă), celelalte 4 dovădindu-se TPSV cu bloc de ramură dependent de frecvență.

La 8 cazuri ATP nu a influențat TP cu QRS larg în pofida dozelor succesive de 10, 20, 30 mg utilizate, atât răspunsul terapeutic la xilină și mexilit i.v. cât și aspectul electrocardiografic complet sugerând diagnosticul de tahicardie paroxistică ventriculară monomorfă, forma susținută.

Deși se consideră că ATP poate fi eficient în tahicardiile ventriculare cu mecanism adrenergic, mai ales pe cord indemn numai 1 caz din cele menționate s-a dovedit adenozeninsenzitivă.

Explorarea electrofiziologică ulterioară a confirmat originea supraventriculară a TP și preexcitația ventriculară în 9 cazuri.

În concluzie ATP poate fi folosit ca drog de primă elecție în tratamentul TP cu complex QRS larg permițând diagnosticul diferențial între tahicardiile ventriculare, TPSV cu bloc de ramură, preexcitarea ventriculară precum și tahicardiile ventriculare adenozeninsenzitive.

EVALUAREA FUNCȚIEI VENTRICULULUI STÂNG PRIN WALL - STRESUL MERIDIONAL

*E.Panpuru, D.Fărcaș, Monica Durgaciu, Cristina Sandor, Corina Ijac,
D.Bratu*

*Clinica Medicină nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș*

Wall-Stresul meridional (Wsm) reprezintă tensiunea parietală a pereților inimii și a marilor vase, fiind un indicator sensibil în disfuncția ventriculului stâng (Vstg.) și în evoluția longitudinală a bolnavilor cardiovasculari.

Formele clasice de determinare ecocardiografică a Ws (formula Quinones) și Ws mediu spre deosebire de Wsm prezintă un grad de corelare scăzută (0,60) față de Ws determinat hemodinamic.

Determinarea Wsm și a fracției de ejeție regionale (Fe) pentru evaluarea performanței Vstg. la un lot de bolnavi cu cardiomiopatie ischemică și cardiomiopatie dilatativă primitivă.

30 de subiecți indemni cardiovascular (lotul A) și 60 de pacienți (lotul B) dintre care 55 bolnavi cu cardiomiopatie ischemică și 5 bolnavi cu cardiomiopatie dilatativă primitivă cu limită de vârstă între 40-60 de ani.

S-a efectuat un examen ecocardiografic bidimensional din secțiunea parasternală longitudinală V.S. la nivelul cordajelor tendinoase, proximal de pilierul postero-inferior și distal de acesta.

La nivelul celor trei zone de secțiune s-a determinat Fe regională și Wsm după formula: $Wsm = \frac{P \times D^2}{4h(D \times h)}$ în care P=sistolă în Kdyne/cm²;

D=diametrul antero-posterior al V stg., h=grosimea pp al V stg.

Lotul A

Apical	Proximal de pilierul posterior	Bazal
32,5±5	51,1	69,5

Kdyne/cm²

Lotul B

	Apical	Proximal de pilierul posterior	Bazal
Cardiomiopatie ischemică	88,62	96,4	119,48
Cardiomiopatie dilatativă	87,1	105,1	129,3

Kdyne/cm²

În concluzie, Wsm prezintă o creștere progresivă de la apex la bază atât la subiecții indemni cardiovasculari cât și la bolnavii cu C.I. și C.M.Dp.

Valorile obținute la lotul pacienților cu C.I. și C.M.Dp. depășesc de două ori valoarea lotului martor.

Valorile Wsm se găsesc într-un raport invers proporțional cu Fe regională a V stg.

"Mappingul" realizat prin Wsm reflectă modificarea precoce a complicației V stg.

STUDIUL COMPARATIV AL CONCENTRAȚIEI ACIDULUI SIALIC DIN SEROMUCOID, AL ALFA-1-ANTITRIPSINEI SERICE ȘI AL ACTIVITĂȚII LIPOPROTEINLIPAZEI PLASMATICE LA BOLNAVI CORONARIENI

Minodora Dobreamu, J.Máthé, Ibolya András, Anca Dărăbuș, L.Bukaresti

Disciplina de biochimie medicală
U.M.F. Târgu-Mureș

În studiul de față ne-am propus să urmărim comparativ dinamica unor parametri de fază acută (Alfa-1-antitripsina-A-1-AT- și acidul sialic din seromucoid -Ac S-) și a activității plasmatice a lipoproteinlipazei (LPL) la bolnavi cu infarct miocardic acut (IMA - 44 de persoane), angină pectorală instabilă (API - 20 de persoane), precum și la un lot de persoane sănătoase (M - 11 persoane donatoare ale CRCS Tg.-Mureș). Concentrația serică a A-1-AT pare a fi cel mai sensibil parametru (dintre cei studiați); crește semnificativ ($0,005 < p < 0,01$) mai ales la bolnavii IMA (tratați sau nu cu heparină), dar și

la bolnavii API, însă mai puțin semnificativ ($0,05 < p < 0,1$); acest parametru prezintă de asemenea o modificare dinamică semnificativă ($0,01 < p < 0,025$) la bolnavii IMA, la care scade progresiv după prima săptămână de la debutul accidentului vascular, deci este un parametru care pare să reflecte regresia fenomenului inflamator/distructiv acut. Concentrația serică a Ac S din seromucoid diferă semnificativ între lotul bolnavilor IMA și celelalte loturi (API și M), dar diferența este de sens invers față de cea indicată de sursele bibliografice; acest parametru nu prezintă modificare dinamică la nici unul dintre loturile studiate. Diferențele semnificative ale activității plasmatice a LPL, observate între loturile tratate cu heparină și cele netratate, certifică rolul eliberator pe care heparina îl are pentru LPL de pe endoteliul vascular. În ceea ce privește loturile de bolnavi tratate cu heparină, activitatea LPL este semnificativ scăzută ($p < 0,05$) la lotul IMA față de lotul API; activitatea LPL este de asemenea scăzută (relativ semnificativ însă: $0,05 < p < 0,1$) la lotul IMA netratat cu heparină, atât față de lotul API cât și față de lotul M. În primele zile după IMA activitatea LPL este foarte scăzută; revine după 7-12 zile la valori comparative cu cele obținute la bolnavii API; această evoluție ar explica faptul că în prima săptămână după IMA toți bolnavii au hiper-/dislipidemii de tip III, IV sau V, cu hipertrigliceridemie.

FIBRELE MIOCARDICE DIN VENELE PULMONARE CU ROL POSIBIL COMPENSATOR ÎN CARDIOMIOPATIA DILATATIVĂ

L.Benedek*, Rodica Togănel**, Z.Galajdu, I.Samu, Ioana Dulău, Ilona
Hejja, Teodora Hintea, Judit Seres, Ildikó Szatmári

*Clinica Medicală nr. I

**Clinica de Podiatrie nr. I
U.M.F. Târgu-Mureș

Se cunoaște din literatura de specialitate contribuția în diferite grade a jesutului miocardic la formarea structurii venelor pulmonare. După unii autori (*Beninghoff, Otterbach*), aceasta este ne semnificativă și rolul ei ar fi de menținere a tonusului peretelui venei pulmonare și de susținere a acestuia pentru a asigura rolul de conductă la care ar putea să se adauge contracția pereților, care ar înlocui lipsa sistemului valvular din acestea.

În cardiomiopatiile dilatative de diferite etiologii, caracterizate prin dilatația cavităților ventriculare și atriale asociate cu scăderea importantă a forței contractile și reducerea debitului cardiac în fazele avansate ale bolii, pentru menținerea debitului minim necesar pentru funcțiile vitale apar o serie de mecanisme compensatorii cunoscute și mai puțin cunoscute. Autorii

formulează ipoteza după care extinderea și creșterea cantitativă a țesutului contractil miocardic din venele pulmonare la bolnavii cu această suferință (cardiomiopatia dilatativă), ar putea să aibă un rol compensator de menținere a debitului cardiac necesar pentru funcțiile vitale. Acest țesut miocardic contractil din venele pulmonare ar putea contribui la generarea unei presiuni mai mari decât cea normală, care în diastolă, transpusă pe pereții ventriculului stâng, realizează o extindere musculară mai pronunțată, care apoi, în sistolă, să realizeze acel debit de bătaie minim necesar.

Pentru confirmarea sau infirmarea acestei funcții ipotetice a țesutului miocardic din venele pulmonare am studiat extinderea și cantitatea acestuia la 11 bolnavi decedați cu tabloul clinic al unei insuficiențe cardiace congestive. Concluzia studiului este: în marea majoritate a cazurilor țesutul miocardic este prezent într-o cantitate crescută, totodată se constată extinderea pronunțată a țesutului miocardic; adventicea este bogată în vase sangvine și pe alocuri se evidențiază ganglioni vegetativi. Unde nu apare în stratul miocardic, fibrele musculare netede sunt foarte numeroase formând un strat compact cu tendința de grupare și orientare spațială și extindere în medie. Bineînțeles s-a constatat și prezența unui proces fibrotic mai pronunțat.

Prin studii necrotice, histologice, autori constată hiperplazia în grade variabile a țesutului miocardic în venele pulmonare la bolnavii suferinzi de boli cardiace în faze avansate (insuficiență cardiacă, cardiomiopatie dilatativă). Rolul compensator ipotetic atribuit acestei hiperplazii după datele autorilor, pare să fie prezent, dar necesită în continuare studii complementare și randomizate.

INVESTIGAȚII IMUNOLOGICE ÎN ARTERIOPATIILE OBLITERANTE

Sîmaranda Demian, Z.Brassai, E.Módy, Pirooska György, Corina Ureche,
Gina Suciu, Claudia Pleșa

Clinica Medicală nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

În etiopatogenia multifactorială a aterosclerozei, inflamația microvasculară hipersenzitivă, produsă de factori imuni nespecfici și specfici, precum și de complexe imunocirculante de origini diferite poate juca un rol important. Autorii au studiat modificările unor parametri imunologici folosind un lot de pacienți suferind de arteriopatie cronică obliterantă a membrelor stadiile I-IV. Pentru studiul imunității celulare s-a efectuat proba IDR cu 2U PPD, pentru aprecierea imunității umorale s-a dozat proteinemia cu ajutorul refractometriei, s-a efectuat proteinoograma

standardizată în gel de agar și dozarea IgG, IgA și IgM. Pentru aprecierea procesului microvasculitic s-a dozat factorul C3 din ser, cantitatea complexelor imune circulante cu ajutorul precipitării cu polietilen-glicol 6000, stabilirea vitezei de migrare electroforetică și compoziției acestora, inclusiv conținutul de factor C3.

Proba intradermică a fost negativă în 7 cazuri, moderat pozitivă în 10 și intens pozitivă în 3 cazuri. Proteinemia a arătat valori crescute la toți pacienții, dintre clasele imunologice au fost crescute IgG și IgM. Factorul C3 al complementului a avut valoare scăzută față de normal, iar valoarea medie a complexelor imune circulante a fost semnificativ crescută, majoritatea migrând cu alfa 1 și alfa 2 globulinele cu predominanță IgM și apariția de complexe imune conținând IgA.

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

ARTERIOPATIA DIABETICĂ STUDIU LIPIDOLOGIC ȘI ANGIOGRAFIC

Gina Suciu, Z.Brassai, C.Dudea, Piroska György, Corina Ureche, I.Macarie

Clinica Medicală nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Studiile întreprinse în ultimii ani au dovedit că riscul complicațiilor vasculare este mult mai crescut la diabetici.

Autorii au studiat pe o cazistică de 423 de bolnavi cu arteriopatie periferică, dintre care 231 cu diabet zaharat tip II, 156 cu toleranță scăzută la glucoză și 36 cu diabet zaharat tip I, modificări lipidogramă. S-a constatat că la majoritatea pacienților există o hiperlipoproteinemie marcată, fiind reprezentată de fenotipul IIB (35,3%) și IV (40,3%); fenotipul IIA și V întâlnit într-un procentaj redus. Lipidograma normală a fost prezentă doar în 15,7% din cazuri. Corectarea dismetabolismului lipidic printr-o medicație adecvată (grupa fibrinoliților) constituie o problemă importantă în prevenirea angiopatiei diabetice.

Studiul serioarteriografic efectuat la 257 bolnavi a evidențiat următoarele:

1. Modificările stenozante și obliterative sunt mai difuze, multiple și distale față de ateroscleroza periferică a nediabeticilor, afectând preponderent artera tibială anterioară, posteroară și peronieră.

2. Medioscleroza Mönckenberg este prezentă în majoritatea cazurilor

3. Se constată osteoporoza mult mai marcată în comparație cu alte forme de arteriopatii - deseori fracturi spontane falangiene, fapt care se datorează compoziției microangiopatice.

4. Posibilitățile terapeutice sunt în primul rând medicale, cele chirurgicale (reconstructive) fiind limitate de localizarea distală a angiopatiei.

EPECTELE COMPARATIVE ALE NICARDIPINEI ȘI ALE ASOCIAȚIEI NICARDIPIN-PENTOXIFILIN ASUPRA VÂSCOZITĂȚII SANGVINE

Corina Ureche, Z.Brassai, Gina Suciu, Piroška György, R.Onea

Clinica Medicală nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Studiile pe plan mondial efectuate in vivo vizând influențarea proprietăților hemoreologice ale sângelui de către blocații de calciu sunt relativ sporadice, nu același lucru putându-se spune despre pentoxifilin pentru care rezultatele sunt concludente.

Studiul efectuat de autori a constatat în determinarea măsurii în care este influențată vâscozitatea sangvină, totală, în mod comparativ de cele 2 tipuri de tratament aplicate succesiv pe același lot de bolnavi: nicardipina singură, respectiv asocierea nicardipin-pentoxifilin. În cadrul experimentului s-a controlat vâscozitatea sângelui la un grup de 12 bolnavi înaintea tratamentului, la 2 zile după administrarea a 60 mg/zi nicardipin și la încă 2 zile după administrarea a 60 mg nicardipin/zi + 600 mg pentoxifilin/zi.

Rezultatele au arătat:

1. O scădere a vâscozității la nicardipin în toate cazurile între 0 și minus 9,3%, cu o medie de 3,5%, deviație standard 3,13;
2. O scădere a vâscozității după asocierea nicardipin-pentoxifilin: medie minus 9,6%, deviație standard 4,02;
3. Testul T aplicat pentru cele 2 trepte arată un grad de semnificație bun $\alpha < 0,02$ pentru primul caz și excelent ($\alpha < 6,15 \times 10^{-5}$) pentru al 2-lea caz.

STUDIUL PRIVIND EFECTUL KETANSERINEI ÎN TRATAMENTUL HIPERTENSIUNII ARTERIALE

Doina Podoleanu, S.Cotoi

Clinica Medicală nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Medicapa antiserotonergică reprezintă un progres în tratamentul hipertensiunii arteriale (HTA).

Ketanserina, ca reprezentant al acestei medicații, are, pe lângă un efect antihipertensiv și calități regresive asupra hipertrofiei ventriculare stângi (HVS) și de protecție vasculară, elemente deosebit de importante în HTA cât și în cardiopatia ischemică (CI) care o însoțește frecvent.

Scopul lucrării este acela de a prezenta rezultatele studiului privind efectul Ketanserinei în HTA izolată sau asociată cu CI și/sau cu HVS, în condiții de repaus și la efort, pe un lot de 80 de bolnavi, ca și modularea comportamentului de tip A prin acest tratament.

Analiza statistică a datelor a relevat o scădere semnificativă a valorilor tensionale sistolice și diastolice, în condiții de repaus sau activitate de autoîntreținere.

În condiții de efort relativ mare (100 W/sec.) nu s-a realizat o protecție a bolnavului hipertensiv privind valorile sistolice tensionale în timp ce valorile diastolice au fost stabile.

20% din bolnavii lotului studiat au prezentat o modificare în comportament de tip A, cunoscută fiind implicarea serotoninei în acest tip de comportament.

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINALĂ PE VASE MARI (ARTERE ILIACE) ÎN EXPERIENȚA CLINICII MEDICALE NR.1

**Idikó Szatmári, I.Samu, Ioana Dulău, Ilona Hejja, Teodora Hintea,
Judit Seres, C.Florea*, I.Benedek**

Clinica Medicală nr.1

*Clinica de Chirurgie nr.1

U.M.F. Târgu-Mureș

Rostul și rolul angioplastiei transluminale în tratamentul bolilor arterelor periferice, controversate la început, și-au dovedit utilitatea și limitele în ultima decadă. Această alternativă terapeutică își găsește din ce în ce mai frecvent locul în tratamentul bolilor arteriale mai ales datorită îmbunătățirii tehnice și a materialelor folosite, complicațiile mai reduse și neimportante de asemenea pledând pentru aceasta din urmă. Practicat la început pe arterele periferice, procedeul s-a extins și pe arterele mari (arterele iliace, aorta, ramurile arcului aortic). Abordabilitatea, riscul pentru complicații mari, care în marea majoritate a cazurilor apelează la chirurgie cardiovasculară, fac ca selecția acestor bolnavi să fie riguroasă și pregătirea cât mai minuoasă. Respectând indicațiile bine conturate în literatura de specialitate, procedeul terapeutic s-a dovedit a fi extrem de util prin procentajul mare de reușită primară a refacerii lumenului arterial și prin menținerea îndelungată a acestuia.

În cadrul Clinicii Medicale nr.1, departamentul boli cardiovasculare, procedeul a fost introdus din anul 1986 pe un număr de 10 cazuri, ceea ce ne-a permis să facem constatările noastre proprii asupra acestui procedeu. Respectând indicațiile cunoscute din literatura de specialitate s-a reușit repermeabilizarea totală într-un număr de 9 cazuri, iar într-unul din cazuri numai parțial.

Într-un număr de 6 cazuri am putut urmări efectul benefic îndelungat al acestui procedeu, toate rămânând permeabile pe parcursul evoluției. Celelalte 4 cazuri, din lipsă de compleanță a bolnavilor, nu au putut fi urmărite în evoluție. Ca și complicații am avut într-un singur caz: tromboză postangioplastie când am fost nevoiți să apelăm la intervenție chirurgicală pentru refacerea lumenului arterial. Datorită abordabilității vasului și lumenului mare, efectuarea angioplastiilor pe vasele mari a fost mai ușoară comparativ cu cele efectuate pe arterele periferice.

Numărul de cazuri redus nu ne va permite să tragem concluzii asupra procedurii, însă ne permite totuși să constatăm că respectarea criteriilor de angioplastie pe aceste vase mari demonstrează utilitatea, aplicabilitatea și efectul benefic, longiv al angioplastiei.



PATOLOGIE TUMORALĂ

VALOAREA DIAGNOSTICĂ ȘI DE MONITORIZARE A DETERMINĂRII ANTIGENULUI CA 125 ÎN CANCERELE EPITELIALE DE OVAR

C. Rădulescu, Carmen Rădulescu, Viorica Lobonț

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Cu ajutorul anticorpului monoclonal OC 125 se poate pune în evidență antigenul de suprafață CA 125 permițând astfel identificarea carcinoamelor epiteliale ovariene. Valori plasmatice de peste 35 U/ml sunt considerate pozitive.

Din 1993 Clinica de Obstetrică -Ginecologie nr.2 Tg.-Mureș a avut acces la testul Cobas Core CA 125 EIA furnizat de firma Roche pentru determinarea antigenului CA 125. Înainte de intervenția chirurgicală primară au fost efectuate determinări de CA 125 la 7 bolnave, valorile fiind situate între 700-249 U/ml plasmă. În timpul tratamentului citostatic au fost efectuate monitorizări ale acestuia, cu CA 125 la 12 bolnave. La sfârșitul tratamentului chirurgical primar au fost găsite valori crescute de CA la 7 bolnave. În timpul tratamentului citostatic valorile antigenului CA 125 au fost găsite în scădere până sub limitele superioare ale normalului la 9 bolnave. Valori pozitive ale antigenului CA 125 în timpul tratamentului citostatic au fost găsite la 3 bolnave. Second look s-a efectuat la 2 bolnave, chirurgie reductivă secundară la o bolnavă care a avut valori în creștere înaintea intervenției scăzând apoi după intervenție. În cazurile îndoielnice clinic, CA 125 ne-a permis dg. tumorii maligne, determinarea lui însă în formele avansate nu ne-a permis evaluarea metodei pentru un dg. precoce. În intervențiile suboptimale valorile de CA 125 după actul chirurgical sunt în relație directă cu masă tumorală restantă. Determinările de CA 125 după fiecare cură permite evaluarea eficacității și ineficacității tratamentului citostatic, în acest ultim caz valorile crescând între curele de citostatice. Supravegherea prin CA 125 permite identificarea precoce a apariției recidivelor chiar înaintea semnelor clinice și paraclinice și instituirea unor tratamente secundare: chirurgie reductivă secundară, altă schemă de chimioterapie eventual după o nouă oncobiogramă.

DETERMINAREA ANTIGENULUI CA 125 ÎN EVALUAREA VINDECĂRII DUPĂ TRATAMENTUL CHIRURGICAL ȘI CITOSTATIC ÎN CANCERUL DE OVAR

Carmen Rădulescu, Viorica Lobonț, C. Rădulescu

*Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș*

După efectuarea unui tratament chirurgical primar completat în formele avansate de cancer ovarian de polichimioterapie, evaluarea vindecărilor se face în general prin examen clinic, examene ecografice, CT, iar în unitățile cu aparatură accesibilă și cu RMN. Au fost identificați mai mulți antigeni tumorali de suprafață în cancerele epiteliale ovariene, dintre care cel mai "popular" este antigenul CA 125 care poate fi identificat cu anticorpii OC 125. Chimioterapeuții au standardizat evaluarea unei vindecări după tratamentul citostatic complet, prin efectuarea la 10-12 luni de la terminarea acestui tratament, în cazul în care examenele clinice și paraclinice sunt negative, a unei laparotomii largi, numită second look. Aceste laparotomii second look datorită aderențelor intestinale între ele, la perete, la peritoneul pelvian nu sunt lipsite de riscuri. De asemenea prelevarea de biopsii din toate zonele suspecte comportă riscul unor leziuni organice, inclusiv intestinale.

Din 1993 în Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2 Tg.-Mureș au fost urmărite un număr de 18 bolnave cu cancer de ovar; dintre acestea 2 erau în std.II, 5 în std. IIIA, 6 în std. IIIB, 5 în std.IIIC. 13 bolnave au valori negative de CA 125 după terminarea tratamentului complet, 3 au valori de CA 125 pozitive prezente în timpul tratamentului citostatic din care la una valorile crescute s-au menținut și după terminarea tratamentului citostatic. S-a făcut second look cu intenție de verificare la 2 bolnave și chirurgie reductivă secundară la o bolnavă la care valorile de CA 125 erau în creștere. Controlul ritmic al vindecărilor și identificarea precoce a recidivelor și evoluției acestora se poate face prin determinări repetate de CA 125. Sunt speranțe ca în viitor prin folosirea unor baterii de anticorpi prin antigenii de suprafață ai cancerului de ovar să facă intervenția second look să aibă numai o însemnătate istorică.

GASTRECTOMIE TOTALĂ CU REFACEREA TRANZITULUI PRIN INTERPOZIȚIE DE ANSĂ JEJUNALĂ

N.Turdeanu, D.Deac, T.Pop, Daciana Chirilă, C.Ghivon

*Clinica de Chirurgie nr.5
U.M.F. Cluj-Napoca*

Autorii discută gastrectomia totală de principiu și cea de necesitate, făcând apoi un studiu comparativ între diferitele modalități de refacere a

continuității digestive. Dacă până în urmă cu 8 ani eram de părere că gastrectomia totală trebuie făcută ca o alternativă a operațiilor paleative sau exploratorii, actualmente suntem pentru o gastrectomie totală cu intenție de curabilitate oncologic absolut curativă în care numărul R-ului trebuie să fie superior celui a N-ului.

Refacerea continuității tubului digestiv este timpul care creează principalele dificultăți de care depinde majoritatea complicațiilor postoperatorii. Anastomoza eso-jejunală pe ansa exclusă a fost preferată până în anul 1988, când s-a trecut la interpoziția de ansă jejunală (procedeu Henley și Longmire).

Este știut că gastrectomia totală antrenează o serie de tulburări ce realizează sindromul agastriei.

Analiza rezultatelor funcționale după gastrectomia totală întâmpină o serie de dificultăți prin faptul că nu sunt totdeauna amănunțit prezentate în diferite statistici, modele de explorare a funcției digestive și a diferitelor metabolisme nu sunt standardizate, astfel că rezultatele publicate sunt greu de comparat.

În lucrarea prezentată se face un studiu comparativ la bolnavii cu gastrectomie totală la care refacerea continuității s-a făcut cu interpoziție de ansă jejunală, față de bolnavii la care s-a făcut o eso-jejunostomie pe ansă exclusă.

În concluzie autorii sunt de părere că constituirea unei punți jejunale interpose eso-duodenal este cu mult mai benefică la bolnavii cu gastrectomie totală.

EXPLORAREA COMPUTER-TOMOGRAFICĂ A FOSEI POSTERIOARE

M. Burulan

Clinica de Radiologie-Unitatea CT
U.M.F. Tîrgu-Mureș

Tomografia axială computerizată reprezintă metoda de elecție pentru explorarea fosei posterioare cerebrale.

Caracterizată în principal printr-o mare cantitate de os și multiple artefacte în secundar, fosa posterioară este purtătoarea unei patologii complexe și diverse, reprezentată prin malformații cranioencefalice, tumori cerebrale (peste 70% la copii), traumatisme, afecțiuni vasculare, degenerative, infecțioase etc.

În lucrare se trece în revistă metodologia explorării CT a fosei posterioare, iconografia riguros selecționată fiind ilustrativă pentru principalele tipuri de leziuni de la acest nivel.

MEZOTELIOM FIBROS AL PLEUREI VISCERALE AL LOBULUI INFERIOR DREPT

A.Boțanu, T.Georgescu, G.Simu, I.Pribac, V.Căreianu, A.Hintea,
F.Gomotfirceanu, Anca Roșca, A.Mureșan

Clinica de Chirurgie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Autorii prezintă cazul bolnavului C.L. 60 ani, muncitor la Geromed Mediaș, trimis și internat în Clinica de Chirurgie nr.2 Tg.-Mureș, cu diagnosticul de: Chist hidatic pulmonar de lob inferior drept. Intraoperator se găsește o formațiune tumorală solidă, albicioasă, de 6 cm diametru, pediculată, ce aparține pleurei viscerale a lobului inferior drept. Examenul histopatologic: mezoteliom fibros (tumoare fibroasă solitară a pleurei).

Am prezentat acest caz datorită aspectului tipic anatomo-patologic al leziunii.

IMPORTANȚA DIFERITELEOR MODALITĂȚI HISTOPATOLOGICE DE GRADARE A TUMORILOR MALIGNE DE GLANDĂ MAMARĂ

I.Egyed-Zs., Emőke Horváth

Disciplina de morfopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

În cadrul unui studiu retroactiv efectuat pe materialul histopatologic al laboratorului de anatomie-patologică, revizuirea cazurilor în lumina noilor posibilități de diagnostic, a evidențiat necesitatea stringentă a introducerii în practica uzuală a laboratorului a unora dintre metodele moderne de histodiagnostic.

Materialul prelucrat a fost grupat corespunzător datelor bibliografice recente în:

- tumori cu prognostic relativ favorabil,
- tumori cu prognostic incert, sau intermediar,
- tumori cu prognostic rezervat (agresive).

Se încearcă prin recapitularea principalelor trăsături histopatologice caracterizarea acestor grupe, paralel cu prezentarea datelor statistice caracteristice populației tratate în unitățile noastre sanitare.

IMPORTANȚA METODELOR IMUNOHISTOCHIMICE ÎN DIAGNOSTICUL LEZIUNILOR LIMFOPROLIFERATIVE

Alexandra Crișu*, N.Böhm**, G.Simu***

*Disciplina de biologie celulară și anatomie patologică
Facultatea de Medicină Sibiu

**Institutul de Patologie Ludwig Aschoff din Freiburg i.Br.

***Disciplina de morfopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Posibilitatea transformării limfomatoase a unor hiperplazii limfoide aparent reactive a fost confirmată de numeroase observații clinice și anatomo-patologice din ultimii ani. Fenomenul se întâlnește în special la persoane suferind de imunodeficiențe congenitale sau câștigate sau cu alte tulburări de imunitate, în special cu boli autoimune.

În practica curentă a laboratorului de diagnostic histopatologic survin frecvent situații în care specialistul nu poate aprecia cu deplină siguranță, pe baza tehnicii microscopice convenționale, caracterul reactiv sau neoplazic al unei limfoproliferări exuberante.

Un ajutor valoros în aceste cazuri este furnizat de metodele imunohistochimice, care prin utilizarea anticorpilor monoclonali pot de multe ori diferenția caracterul reactiv sau neoplazic al leziunii limfoproliferative, prin aspectul policlonal sau monoclonal al acestora. În același timp, o hiperplazie limfoidă intensă încă policlonală dar cu tendință de a deveni monoclonală, sugerează iminența transformării limfomatoase.

Prin determinarea receptorilor CD₃, L₂₆, ca și a lanțurilor kappa sau lambda la nivelul celulelor limfoide, s-a putut aprecia caracterul reactiv al hiperplaziei limfoide din nodulii limfatici hipertrofiați ai 5 bolnavi, cu diverse localizări, ca și caracterul neoplazic al unei leziuni intestinale, permițând încadrarea sa în categoria maltoamelor.

În acest sens, metodele imunohistochimice actuale-aplicarea anticorpilor monoclonali, apar indispensabile unui laborator modern de histopatologie atât din punctul de vedere al diagnosticului cât și ca indiciu terapeutic adecvat și precoce.

IMPORTANȚA METODELOR IMUNOHISTOCHEMICE ÎN DIAGNOSTICUL EXACT AL TUMORILOR: CONFIRMĂRI ȘI SURPRIZE

Cristina Hajdu*, Z. Szentirmay**, F. Berger**, J. Jung*, G. Simu*

*Disciplina de morfopatologie

U.M.F. Târgu-Mureș

**Institutul Național de Oncologie Budapesta și Spitalul Edouard Herriot Lyon

Introducerea tehnicii imunohistochimice cu anticorpi monoclonali a constituit un progres esențial în activitatea de stabilire a unui diagnostic histopatologic exact în special în cazul tumorilor maligne. Astfel, se recunoaște natura malignă a unui țesut pe fragmente mici și uneori neconcludente în cazul unor preparate convenționale, prin punerea în evidență a unui indice structural caracteristic pentru unele tumori maligne. În același timp, în cazul unor tumori maligne a căror natură histologică nu poate fi totdeauna stabilită exact pe preparate obișnuite, în special în cazul carcinoamelor sau sarcoamelor nediferențiate și a limfoamelor polimorfe, aceeași tehnică permite diagnosticul exact, de mare importanță în formularea prognosticului și alegerea tratamentului. Ultimele remarcă este în special adevărată în cazul precizării naturii exacte a unui limfom și mai ales în diferențierea unei hiperplazii limfoide exprimate de un limfom constituit.

Următoarele 10 cazuri studiate în ultimul timp ilustrează afirmațiile precedente. Materialul biptic preparat conform tehnicilor convenționale de examen histopatologic, care n-a permis decât un diagnostic incluzând unele rezerve, a fost supus în continuare unor examene imunohistochimice în laboratoarele de anatomie patologică ale Institutului Național de Oncologie din Budapesta și ale Spitalului Edouard Herriot din Lyon.

Astfel, examenul imunohistochimic a confirmat diagnosticul anterior în cazul unui angiomiolipom renal, al unui mezoteliom peritoneal și al unei tumori neuroectodermice periferice maligne, a precizat diagnosticul rezervat asupra naturii histologice a două tumori sarcomatoase la copii, demonstrând că este vorba de rabdomiosarcome embrionare. În schimb, a infirmat un diagnostic de limfom imunoblastic pleomorf în sensul unui neurofibrosarcom epitelioid și cel de carcinom de glandă suprarenală în sensul de carcinom renal cu celule granulare. Deosebit de prețioasă a fost examinarea menționată în cazul unei hiperplazii angiofoliculare Castleman, lezune prezentând o anumită tendință de transformare limfomatoasă demonstrând prin aspectul policlonal al proliferării limfoide caracterul său benign. În schimb, în cazul unei hiperplazii limfoide cu caracter nodular sugerând un limfom cu celule mici s-a precizat că era vorba de un limfom Hodgkin tip predominanță limfocitară nodulară.

Cazurile expuse subliniază necesitatea executării tehnicilor imunohistochimice într-un laborator modern de diagnostic histopatologic.

Nr. crt.	Nr. lamei	Vârsta	Sex	Dg. clinic	Dg. histopatologic convențional	Dg. histopatologic imunohistochimic	Indici celulari
1.	475667	42	F	Tu renală stg.	Angiomioliom multifocal intra- și extrarenal, fără semne suspecte de malignitate	Angiomioliom	Vimentină +Citocheratină
2.	480661	62	M	Carcinomatoză peritoneală	Mezoteliom malign	Mezoteliom malign	Vimentină +Citocheratină+
3.	497780	69	M	Tu. inghinală dr.	Tu. neuroectodermică periferică malignă	Tu. neuroectodermică malignă	S100+ SNE+
4.	480846	—	M	Tu. pulmonară dreaptă	Celule atipice cu mitoze atipice, probabil cu evoluție malignă	Mezoteliom malign	Vimentină +Citocheratină+
5.	472509	57	F	Tu. suprarenală stg.	Cc. al glandei suprarenale	CC. cu celule renale de tip <u>granular</u>	Vimentină +Citocheratină+
6.	495344	5	M	Tu. antebraț stg.	Tu. mezenchimală toasă malignă, în parte invazivă, în parte încapsulată	Rabdomiosarcom embrionar	Vimentină +Desmină +
7.	497024	1	M	Tu. geniană	Tu. sarcomatoasă cu aspect de liposarcom pleomorf	Rabdomiosarcom embrionar	Vimentină +Desmină +
8.	493075	69	M	Tu. laterocervicală stg.	Limfom imunoblastic polimorf	Neurofibrosarcom epitelioid	S100+
9.	458739	66	F	Adenopatie cervicală	Hiperplazie angiofoliculară Castleman	Hipoerplazie limfoidă policlonală	CD3+ CD26+ IGK+ IGlambda+
10.	490350	16	M	Adenopatie	Limfom cu celule mici	Limfom H., predominant limfocitar, nodular	CD20+

STRATEGIA DIAGNOSTICULUI PRECOCE AL CANCERULUI RECTOSIGMOIDIAN

Diana Pop Petre, Tereza Crăciun Mureșan, Rodica Rediș, D.Bratu

Clinica Medicală nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

În ciuda numeroaselor progrese înregistrate în ultimele decenii, diagnosticul precoce al cancerului rectosigmoidian rămâne deficitar, răspunzător de temporizarea actului operator.

Strategia adoptată în prezent, devenind un standard operațional este supravegherea bolnavilor cu risc.

Scopul lucrării a fost de a evalua aplicarea acestei strategii în diagnosticul precoce al cancerului rectosigmoidian.

Pe o perioadă de 5 ani (1990-1994) un număr de 193 bolnavi (80 bărbați - 41,45% și 113 femei - 58,54%), cu vârsta medie de 51,21 ani au fost supuși tușeului rectal și examenului rectoscopic, precum și efectuarea reacției Gregerssen.

Din acești bolnavi 102 (58,84%) au fost incluși în lot pe baza datelor clinice sugestive (hemoragie digestivă inferioară, tulburări ale tranzitului intestinal), iar 91 (47,15%) au prezentat doar o reacție Gregerssen pozitivă.

Ritmul investigațiilor a fost de 3-6-12 luni la bolnavii cu risc înalt și de 1-2 ani dacă riscul a fost redus.

În caz de negativitate a endoscopiei inferioare s-a practicat irigoscopia cu dublu contrast și irigografia, iar suspiciunea unei localizări colonice a dus la efectuarea colonoscopiei.

Tușeul rectal a permis depistarea cancerului rectosigmoidian doar la 2 (1,03%) dintre bolnavii simptomatici examinați, iar efectuarea rectoscopiei cu biopsie și examen histopatologic a ridicat numărul de bolnavi la 10 (5,18%).

În concluzie, strategia modernă de diagnostic al cancerului rectosigmoidian este o strategie activă, bazată pe examinarea clinică și endoscopică a unor grupe populaționale cu risc crescut.

Diagnosticul precoce este un diagnostic de "vigilență oncologică", ce trece de la suspiciune la investigație și dispensarizare.

Examenul clinic minuțios, coroborat cu reacția Gregerssen și tușeul rectal rămân metodele de elecție în selecționarea bolnavilor pentru examinarea endoscopică inferioară în vederea tratamentului chirurgical în timp util.

SINDROMUL DE LIZĂ TUMORALĂ LA BOLNAVII CU LEUCEMII ACUTE ȘI LIMFOAME MALIGNNE NEHODGKINIENE

G.Oltean, Smaranda Demian, C.Dudea

Clinica Medicală nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Sindromul de liză tumorală (SLT), este o complicație ce apare la bolnavii cu hemopatii maligne și este produs ca urmare a lizei masei de celule tumorale. Frecvent STL este asociat cu perturbări electrolitice (hiperkaliemie, hiperuricemie, hiperfosfatemie și hipocalcemie) ce apar după polichimioterapie citostatică intensivă în leucemii acute și limfoame maligne.

Incidența și tratamentul STL au fost studiate la un număr de 53 bolnavi (17 leucemii acute și 36 limfoame maligne nehodgkiniene), tratați cu doze mari de citostatice. Conform sistemului de gradare a STL, au fost constatate 23 cazuri de liză tumorală: gradul I - 18 bolnavi, gradul II - 4 bolnavi, gradul III - 1 bolnav. Incidența STL este semnificativ mai crescută în leucemiile acute (îndeosebi în cele cu număr leucocitar crescut: 58,82%), față de limfoamele maligne nehodgkiniene, în formele mieloblastice (80%) comparativ cu cele limfoblastice (40%) ale leucemiilor acute, și în cazul limfoamelor cu grad înalt de malignitate (66,66%) comparativ cu cele cu grad de malignitate intermediară sau redusă (25,92%). Toți bolnavii cu STL au fost tratați cu soluții intravenoase (ser fiziologic, manitol, bicarbonat de sodiu, aminoacizi), antiacide pe bază de aluminiu, allopurinol și diuretice, evitându-se astfel în majoritatea cazurilor apariția unor complicații imediate severe.

Se concluzionează asupra incidenței crescute a STL la bolnavii cu leucemii acute și limfoame maligne nehodgkiniene supuși polichimioterapiei citostatice intensive. Întrucât STL se constituie într-un factor de prognostic nefavorabil foarte important, se insistă asupra unui tratament preventiv adecvat al STL la bolnavii cu risc major de apariție a acestuia (număr leucocitar crescut, masă tumorală mare, polichimioterapie agresivă).

INTERFERONUL ÎN TRATAMENTUL HEMOPATIILOR MALIGNNE

L.Benedek, Erzsébet Benedek Lázár

Clinica Medicală nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Interferonul a fost descris pentru prima dată în urmă cu 40 de ani de Isaacs și Lindermann ca o proteină cu efect antiviral. Ulterior s-au observat și

efectele antriturale și de imunomodulare ale acestor proteine. S-a reușit prin clonare pe culturi de bacterii producția pe scară largă a interferonului și astfel a devenit abordabilă clinicienilor.

Cunoaștem trei tipuri de bază de interferon: alfa, beta și gama. Interferonul alfa sunt proteine, iar cei beta și gama glicoproteine. În grupul interferonilor alfa se cunosc cel puțin 16 subtipuri diferite.

În anul 1984 s-a comunicat pentru prima dată tratamentul cu succes al leucemiei cu interferon. Azi, interferonul este larg utilizat în medicina modernă în tratamentul multor hemopatii maligne: mielom multiplu, limfoame cutanate, leucemie cu celule păroase, leucemie mieloidă cronică, limfoame maligne non-Hodgkin. Se administrează de asemenea cu succes în diferite afecțiuni oncologice: sarcom Kaposi, papilomatoza laringeală, cancerul vezicii urinare, carcinomul cu celule bazale, carcinomul colorectal, melanomul malign etc. În hepatologie s-a introdus cu rezultate bune tratamentul cu interferon la cazurile de hepatită B, C, delta cronică.

La Clinica Medicală nr.2 din Tg.-Mureș, printre primii din țară, am utilizat interferonul în tratamentul hemopatiilor maligne începând din anul 1988. Am folosit interferonul alfa-2 (Roferon, Intron A) în tratamentul a trei cazuri de mielom multiplu și două cazuri de leucemii mieloid cronice. În stadiul de față sunt descrise cazurile menționate de hemopatii maligne și rezultatele obținute prin tratamentul cu interferon combinat cu tratamentul citostatic.

Deși numărul cazurilor este mic, putem conchiziiona faptul că tratamentul mielomului multiplu și al leucemiei mieloid cronice cu interferon în asociere cu citostatice, pare a fi benefică și îmbunătățește semnificativ prognosticul acestor afecțiuni hematologice.

CARCINOM DE CORTICOSUPRARENALĂ CU SINDROM ADRENO-GENITAL

Anikó Herczeg, LEgyed-Zs.

Disciplina de morfolopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Manifestările patologice clinice de hiperfuncție corticosuprarenală sunt cel mai frecvent legate de hiperplazia sau transformarea tumorală benignă sau de prezența unei tumori maligne ale acestui organ. Această ultimă posibilitate este ilustrată de cazul unei fete de 4 ani, cu sindrom adreno-genital manifestat prin hirsutism, acnee, alopecie temporală, voce groasă, hipertrofia clitorisului.

Intervenția chirurgicală a pus în evidență o tumoră gigant, sferică, cu diametru de 17 cm, la nivelul glandei suprarenale stg., prezentând pe secțiuni extinse zone de necroză. Microscopic, tumoră apare formată din celule moderat mărite, cu margini celulare bine vizibile, dispuse în plaje compacte, sau mai laxe, uneori în cordoane, cu câteva elemente vasculare în parte dilatate, pline cu hematii și cu semne de invazie tumorală. Celulele tumorale se caracterizează printr-o eozinofilie marcată a citoplasmei, anizocarie moderată, anizocromazie nucleară, cu nuclei monstruoși și nucleoli mari eozinofili, precum și numeroase mitoze. Pe baza acestor caractere microscopice, precum și după asemănarea celulelor cu zona reticulară a corticalei suprarenale, ca și după manifestările clinice, s-a pus diagnosticul histopatologic de carcinom de corticosuprarenală.

TUMORILE PIGMENTARE ALE PIELII CAPULUI ȘI GÂTULUI

R. Horváth, I. Egred-Zs.

Disciplină de morfopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Pornind de la bazele structurale ale pielii, cu detalii microscopice sugestive privind prezența și importanța melanocitelor, pe baza unui material bogat histopatologic, provenit din laboratorul de anatomie-patologică din Târgu-Mureș dintre anii 1990-1994, sunt prezente principalele forme de apariție ale tumorilor pigmentare la nivelul capului și gâtului.

Sunt tratate tumorile benigne pigmentare, formele de tranziție, precum și melanoamele maligne din punct de vedere statistic și histopatologic.

În cazul melanoamelor se fac referiri la problematica atât de controversată a etiologiei, la posibilități evolutive și la importanța recunoașterii formelor timpurii, înaintea protrusiei dermale, adică încă în faza creșterii radiale, pentru îmbunătățirea prognosticului. Se subliniază importanța unei anamneze conștiincios conduse în vederea depistării eventualelor factori etiologici, între care a predispoziției familiale și a informării medicului histopatolog despre depistarea unor asemenea date.

STUDIU ASUPRA ASPECTELOR TOPOGRAFICE ȘI MORFOLOGICE ALE NEOPLASMELOR ASTROGLIALE CEREBRALE

Gabriela Dumitrescu, Ștefania Logofătu, Lorică Gavriluță, N. Ianovici,
H. Aldea, C.D. Laba

Clinica de Neurochirurgie
U.M.F. Iași

S-au analizat 270 neoplasme astrogliale cerebrale primare, diagnosticate clinic și confirmate histopatologic în Serviciul de anatomie patologică al Clinicii de Neurochirurgie Iași în perioada 1 ianuarie 1990-31 decembrie 1993.

Aceste tumori au fost ordonate și gradate conform Clasificării Internaționale a Tumorilor Cerebrale, O.M.S., 1979.

Neoplasmele astrocitare maligne au reprezentat mai mult de jumătate (53,3%) din totalul cazurilor cercetate.

În majoritate, localizarea tumorilor gliale de natură astrocitară a fost etajul supratentorial. Lobul cerebral de predilecție afectat a variat în funcție de gradul de malignitate: tumorile benigne și semibenigne au preferat lobul frontal, iar neoplasmele semimaligne și maligne s-au diagnosticat, îndeosebi, în lobul temporal. Emisferul stâng a fost mai frecvent implicat decât cel drept.

Corelațiile între vârstă și tipul histologic al neoplasmelor astrogliale au indicat următoarele: indiferent de gradul de malignitate, histotipul fibrilar a fost diagnosticat mai ales la copii și adulți tineri (< 40 ani), iar histotipul giganto-celular a afectat îndeosebi adulții și vârstnicii (40 - 70 ani).

IMPORTANȚA EXAMENULUI MIELOGRAFIC ÎN DIAGNOSTICUL AFECȚIUNILOR MEDULARE ȘI ALE COLOANEI VERTEBRALE

Monica Crăciun

Clinica de Radiologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Examinarea cu substanță de contrast administrată intratecal vine de cele mai multe ori, în ajutorul tehnicilor de investigație radiologică convențională și imagistică utilizate în diagnosticul afecțiunilor medulare, cu sau fără implicare osoasă, furnizând aspecte clare de compresie medulară sau de tip lezional, în funcție de patologia interesată.

Se pune însă problema caracterului invaziv al investigației, necesitatea folosirii substanțelor de contrast iodate (hidro- sau liposolubile) și a limitelor informațiilor suplimentare furnizate.

Studiul comparativ al aspectelor imagistice furnizate de examenul radiografic convențional al coloanei vertebrale, mielografie, computer-tomografie de coloană vertebrală și mielo-scanuri CT, scoate în evidență posibilitatea diagnosticului unor afecțiuni vertebro-medulare (traumatisme, hernii de disc, tumori) folosind mijloacele clasice, reducând numărul investigațiilor mielografice și CT. O serie de afecțiuni medulare rămân însă delectabile doar prin folosirea combinată a tehnicilor speciale de examinare-mielografie, cu scan-uri CT, RMN, oferind date importante, de mare definiție, încă destul de greu accesibile.



BOLI INFECȚIOASE

ASPECTE ANATOMO-PATOLOGICE PARTICULARE ÎN ORGANELE LIMFOIDE ALE COPIILOR INFECTAȚI CU VIRUSUL IMUNODEFICIENȚEI UMANE (VIH)

G.Simu, Carmen Carașca, Anca Sin, M.Turcu

Disciplina de morfopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Studiul anatomo-patologic în 43 cazuri de copii infectați cu VIH, în vârstă de 9 luni până la 6 ani, decedați prin complicații infecțioase, uneori cu caracter oportunist, a permis observarea unor aspecte particulare anatomo-patologice, care explică și particularitățile de istorie naturală a bolii la această vârstă. Existența infecției virale a fost confirmată prin reacțiile ELISA și Western-blot.

Toți copiii au prezentat diferite forme de pneumonie acută, interstițială sau lobulară, uneori abcedată, asociată cu alte leziuni infecțioase, enterocolite, otite, supurații cutanate, septicemii. În 6 cazuri existau și complicații infecțioase oportuniste, sub forma unei candidoze digestive. Nodulii limfatici apăreau ușor sau moderat hipertrofiați, timusul mai mult sau mai puțin atrofiat, splina de asemenea hipertrofiată prezenta de multe ori un aspect septic. Miocardul, ficatul, rinichii prezentau constant leziuni distrofice. Creierul avea un aspect hiperemic.

Secțiunile microscopice au permis evidențierea unor modificări caracteristice în organele limfoide. Astfel, în nodulii limfatici, în 3 cazuri, s-a întâlnit aspectul timpuriu al infecției cu VIH, sub forma unei marcate hiperplazii foliculare, cu hipertrofia centrilor germinali, amintind aspectul observat și în alte infecții virale, în special în mononucleoză infecțioasă. În majoritatea cazurilor, însă, la 37 din cei decedați, s-au observat diferitele etape ale procesului degenerativ ducând la dispariția foliculilor și a zonei paracorticale. Acest proces începe cu prezența de grămezi de celule foliculare interesate de exprimate fenomene de distrofie vacuolară sau hialină, ducând la dezintegrarea acestor structuri și apariția aspectului de foliculi mâncați de molii. Leziuni similare în zona paracorticală duc până la urmă la atrofia celor două structuri.

În 3 cazuri, în general copii mai mari, în vârstă de 5 și 6 ani, în nodulii limfatici de mici dimensiuni dar evidenți, se observa o proliferare de celule

limfoide asociată cu o hiperplazie de vase mici de calibrul și structura venulelor postcapilare, amintind aspectul limfadenopatiei angioimmunoblastice. Existau constant celule mai mari, cu nucleu mare, veziculoși, nucleolari, amintind celulele Hodgkin și sugerând iminența apariției unui limfom.

Aceleași leziuni degenerative, ducând la diminuarea progresivă a populației de celule limfoide s-a observat și în timusurile pe cale de atrofie, în care dispare progresiv diferența structurală dintre corticala celulară și medulară. Aspectul acesta este mai puțin evident în splină, din cauza congestiei organului.

Reproducând în general modificările întâlnite în țesuturile limfoide ale bolnavilor cu SIDA, observațiile descrise subliniază 2 particularități ale evoluției bolii la copiii mici: 1. evoluția severă și rapidă a bolii ducând de obicei la deznodământ fatal prin complicații infecțioase de multe ori prin germeni obișnuiți, infecțiile oportuniste fiind mai rare; 2. perioada scurtă de evoluție a bolii n-a permis, în cazurile studiate, apariția unor tumori oportuniste, cel puțin în 3 cazuri, însă, caracterul modificărilor microscopice limfonodulare sugerează iminența constituirii unui limfom.

STUDIUL PRIVIND INFECȚIA HIV LA COPIII DIN JUDEȚUL DOLJ ÎN PERIOADA 1990-1994

*Eva Nemeș, Mihaela Sava, Luminița Costea, Luminița Chiufu,
Mihaela Cheie, Adriana Secu*

Clinica de Pediatrie nr. 1
Facultatea de Medicină Craiova

Lucrarea abordează un subiect de o permanentă actualitate și urmărește în dinamică fenomenul HIV în județul Dolj, ridicând numeroase semne de întrebare la limita dintre certitudine și incertitudine, dintre știință și miracol și deschizând perspectiva unei corecte evaluări a impactului HIV în populația infanțului.

Istoria naturală, definiția și aspectul clinic variat al infecției HIV și bolii SIDA sunt gravate de aspecte particulare incomplet descrise la copil în comparație cu adultul.

În județul Dolj, în perioada 1990-1994 au fost testați un număr de 5582 copii, dintre care 326 copii între 0-14 ani au fost depistați infectați HIV, la aceștia fiind înregistrate un număr de 62 decese.

Depistarea s-a realizat în laboratorul de virusologie-imunologie al Spitalului Clinic nr. 1 Craiova, toate cazurile fiind ulterior confirmate de institutul de specialitate din București.

Printre aspectele epidemiologice abordate am urmărit incidența infecției HIV la populația infantilă a județului Dolj, copiii fiind expuși aceluiași factori de risc pe teritoriul județului, indiferent de apartenența socială, instituție sau familie.

Abordarea în dinamică a repartiției copiilor infectați HIV și SIDA în familie și în instituțiile județului Dolj (leagăne, cămine de handicapați preșcolari și școlari, spitale teritoriale și secții TBC), a repartiției cazurilor pe decade de vârstă și medii de reședință, alături de modalitățile posibile de transmitere a infecției și variatele aspecte clinice pe care le-am întâlnit în lucrare ne trasează obiective și urgențe majore în lupta contra infecției HIV-SIDA pentru viitor.

CONSIDERAȚII ASUPRA COMPORTAMENTULUI SUICIDAR RECURENT ȘI INFECȚIA CU VIRUS HIV

Oana-Raluca Marinescu, D. Marinescu, Ruxandra Marinescu

Clinica de Psihiatrie
Facultatea de Medicină Craiova

Autorii prezintă un model multifactorial în care vulnerabilitatea biochimică pentru comportamentul suicidar recurent este corelată cu nivelul scăzut al serotoninei. Din punct de vedere clinic deficitul de serotonină se exprimă sub forma depresiei ostile cu impulsivitate, auto- și heteroagresivitate, alcoolism precoce și consum de drog.

Deficitul de serotonină, puternic exprimat la nivelul neurotransmisiei are implicații majore în imunitate, punându-se în evidență nivelul markerilor imunologici pentru diagnosticul depresiei prin deficit de serotonină și al comportamentului suicidar recurent.

În opinia autorilor, pe baza argumentelor prezentate, comportamentul de risc pentru infecția HIV reprezintă o echivalență suicidară. Se evidențiază astfel, un set de măsuri profilactice ce prezintă o nouă perspectivă de abordare a luptei împotriva infecției HIV.

GRADUL DE PARTICIPARE A VIRUSULUI HEPATITEI DELTA ÎN CADRUL HEPATITELOR VIRALE ACUTE AgHBs POZITIVE

Cristina Golea, Monica Dănuță, Monica Sabău, Doina Bilcă, Judith Farkas**, Mihaela Boaru, A. Hompoth*

Disciplina de epidemiologie și medicină preventivă

*Clinica de Boli Infecțioase nr.2

U.M.F. Târgu-Mureș

**Spitalul Clinic Județean - Laboratorul Central

Hepatita cu virusul delta apare în urma coinfecției sau suprainfecției la persoane infectate cu virusul hepatitei B, datorită caracterului defectiv al agentului cauzal, care necesită pentru replicare prezența virusului hepatitei B ca virus helper.

Pentru aprecierea gradului de participare a virusului delta în cadrul morbidității prin hepatită acută s-a testat prin tehnici imunoenzimactice prezența markerilor infecției delta (AgHD și anti-HD) la persoane cu evidențe serice pentru AgHBs.

Intervenția virusului hepatitei delta la morbiditatea prin hepatită acută AgHBs pozitivă a fost de 10,6%.

Curba de morbiditate a infecției delta a crescut paralel cu vârsta, rata maximă apărând la grupa de vârstă 40-49 ani.

Se constată predominanța suprainfecției față de coinfecție (57,1% față de 42,8%).

Hepatita acută delta predomină la sexul masculin (85,7%).

Se constată o proporție crescută a cazurilor de hepatită acută delta la pacienții care provin din mediul urban (69,2%).

ASPECTE ACTUALE ÎN HEPATITA POSTTRANSFUZIONALĂ

Mariana Pop, Anca Dinesch**, I. Ghițăș*

*Clinica de Boli Infecțioase nr.2

U.M.F. Târgu-Mureș

**Spitalul Clinic Municipal, Târgu-Mureș

Studiul se referă la 4662 bolnavi suferind de hepatită acută virală dintre care 64 hepatite posttransfuzionale (HPT), cazuri internate și tratate la Clinica de Boli Infecțioase nr.2 în perioada 1988-1992.

Proportia HPT indică o scădere de la 2,1% între anii 1972-1983 la 1,37% în perioada studiată.

Incidența maximă a HPT a fost la bolnavii adulți între 25-70 ani.

Dintre cele 64 cazuri de HPT spitalizate 35,9% au fost de tip B, în 64,1% AgHBs nefiind decelat în ser.

Incubația a fost: scurtă (sub 30 de zile) în 14,1% din cazuri; medie (30-60 de zile) în 29,1%; lungă (2-6 luni) în 56,3%.

Privind formele clinice, constatăm o frecvență mai crescută a formelor medii și trenante în HPT de tip B, în timp ce la cazurile non-B a predominat forma medie de boală.

Letalitatea de 0,64% prin HPT a fost de 5 ori mai ridicată decât letalitatea globală (0,11%) în hepatita acută virală.

Sechelele posthepatitice au survenit mai frecvent (41,3%) la bolnavii fără AgHBs, în comparație cu cele din HPT de tip B (18,7%).

Se discută implicațiile profilactice: selectarea riguroasă a donatorilor de sânge, indicarea transfuziilor numai după o riguroasă ponderare a beneficiilor și a riscurilor imediate și tardive, perspectivele vaccinării în masă cu vaccinul hepatitic B.

INFECȚIA STAFILOCOCICĂ, CA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Liana Deac*, Șt. Maximencu*, Dana Fărdian*, I. Munteanu**, D. Deac***,
E. Lupu***, Cristina Roman****

*Centrul Medical de Servicii de Sănătate și de Conștientizare Cluj

**Policlinaica Județeană Cluj

***Spitalul Clinic de Întreprinderi Cluj

****Inspektoratul de Poliție Sanitară și Medicină Preventivă Bistrița-Năsăud

Infecțiile stafilococice sunt boli comune, caracterizate prin numeroase manifestări morbide diverse, de la infecții banale-simple la infecții grave-generalizate. Astăzi se vorbește tot mai des în spitale de epidemiologia acestora.

Pornind de la premisele prezentate, s-au evaluat infecțiile stafilococice din ultimii 10 ani, sub raport al morbidității ce o creează în diverse unități clinice și de ambulator. Pe lângă criteriile fenotipice, genetice ale genului *Staphylococcus*, s-au urmărit și caracterele transmiterii în raport de sursa de infecție și bolnavul receptiv cu nevoi de consultanță medicală extrem de variată. Studiul analizează 2165 infecții stafilococice cu manifestări diverse ale procesului infecțios.

Rezistența stafilococilor la antibiotice, incidența în creștere a infecțiilor prin acestea, luarea unor decizii riguroase de profilaxie intra- și extrasptalicească, conferă și susțin infecția stafilococică ca problemă de sănătate publică.

STUDII MICROBIOLOGICE COMPLEXE EFECTUATE PE FRAGMENTE DE BIOPSIE GASTRODUODENALĂ (Notă preliminară)

L.Domokos*, M.Péter*, Sanda Piros*, C.Copotoiu**, V.Filep*,
Felicia Toma*, Lilla Lőrinczi*, B.Sebe*, Enikő Barabás*, T.Bara**,
M.Baghiu**, M.Eșianu**

*Disciplina de microbiologie

**Clinica de Chirurgie nr.1

U.M.F. Târgu-Mureș

În cursul anului 1994, autorii au efectuat un studiu microbiologic complex (pentru germenii aerobi, anaerobi și fungi) pe biopsii gastroduodenale prelevate intraoperator de la 23 bolnavi (17 cazuri de ulcer gastroduodenal și 6 de cancer gastric).

Rezultatele examinărilor întreprinse au evidențiat:

-la biopsiile recoltate din cazurile de *ulcer gastroduodenal*:

-testul ureazei a fost pozitiv în 10 cazuri;

-în flora bacteriană au dominat bacteriile spirilate, gram-negative, corespunzătoare genului *Helicobacter* (H.) (în 13 cazuri din care 3 ureazo-negative);

-alte specii bacteriene izolate: specii *aerobe* din genul *Streptococcus* (grupul viridans), *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter aerogenes*, genul *Micrococcus*; specii *anaerobe* din genul *Veillonella* și *Peptostreptococcus*; dintre *fungi* s-a izolat *Candida albicans*, specii din genul *Penicillium* și *Aspergillus*;

-la biopsiile recoltate din cazurile de *cancer gastric*:

-testul ureazei a fost pozitiv în 4 cazuri; s-a izolat *H. pylori* (în 4 cazuri din care unul ureazo-negativ);

-alte specii bacteriene izolate: specii *aerobe* din genul *Streptococcus* (grupul viridans), *Pseudomonas aeruginosa*, genul *Micrococcus*; specii *anaerobe* din genul *Peptostreptococcus* și *Bacteroides*. Dintre *fungi* a dominat *Candida albicans*.

Rezultatele obținute impun continuarea investigațiilor microbiologice pentru confirmarea rolului etiologic al *H. pylori* și clarificarea rolului etiologic al speciilor anaerobe și al *C.albicans* în suprainfecțiile care pot să apară în cursul tratamentului antibacterian al ulcerului și pot participa și la suprapățile postoperatorii

STUDIUL CARACTERELOR TULPINILOR BACTERIENE CIRCULANTE ÎN UNITĂȚI SANITARE

Felicia Toma

Disciplina de microbiologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Prezența și vehicularea germenilor comensali și patogeni în spital este un risc permanent pentru cei internați, ținând cont de susceptibilitatea lor crescută la infecții. Este cunoscut de asemenea faptul că prin treceri repetate de la un organism la altul, germenii facultativ patogeni pot deveni agenți cauzali ai unor tablouri clinice grave, prin creșterea virulenței lor.

Lucrarea prezintă rezultatele supravegherii epidemiologice și bacteriologice efectuate în perioada 01.01.1994 - 27.10.1994, în unități spitalicești din Tg.-Mureș.

S-au recoltat și prelucrat 3873 probe de la personalul medico-sanitar, probe de sterilitate, aeromicrofloră, de pe suprafețe și inventar moale din diferite unități sanitare, precum: pediatrie, chirurgie, secția arsuri, ortopedic, obstetrică-ginecologie și nou-născuți, boli infecțioase etc.

Peste 95% din probele de aeromicrofloră depășesc limitele maxime admise, ceea ce, împreună cu contaminarea masivă a suprafețelor, dovedește circulația intensă a germenilor precum și deficiențe igienico-sanitare mari.

A fost depistat personal medico-sanitar purtător nazal de *Staphylococcus aureus* coagulazo-pozitiv, precum și prezența pe mână a *E.coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Dintre germenii cei mai frecvent izolați amintim: *E.coli* hemolitic, *Klebsiella*, *Staphylococcus aureus* coagulazo-pozitiv, *Pseudomonas*, *Proteus*.

S-au efectuat antibiograme pentru germenii izolați, evidențiindu-se un număr mare de tulpini rezistente la antibiotice.

STAREA FEBRILĂ PRELUNGITĂ MONOSIMPTOMATICĂ - ETIOLOGII POSIBILE

Piroska Kelemen-Boni, Mónika Szabó, L.Ferencz, I.Gabor,
Márta German Salló

Clinica Medicală nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Definiția stării febrile prelungite este o: -temperatură de peste 37,3 grade C (măsurată axilar) care persistă cel puțin 3 săptămâni și nu se poate clarifica diagnosticul după o săptămână de internare. Această stare constituie

o problemă de diagnostic și în zilele noastre mai ales la formele monosimptomatice. Cele mai frecvente grupe de boli incriminate în etiologie sunt infecțiile (mai ales cele virale și tuberculoza), malignoamele (mai ales limfoamele maligne), colagenozele, vasculitele și alte cauze mai rare (hipertiroza, distonia neurovegetativă etc.). În statisticile mondiale la formele monosimptomatice (deci care evoluează doar cu febră) se observă o creștere netă a prevalenței colagenozelor, limfoamelor maligne, pe lângă infecțiile virale.

Pentru explorarea împărțirii statistice a etiologiilor stărilor febrile prelungite am studiat un lot de bolnavi al Clinicii de Boli Cronice și al Clinicii Medicale nr.2 din 1990 până la sfârșitul anului 1994 cu stare febrilă prelungită (după criteriul de definiție de mai sus). În acest lot au fost cuprinși 32 de bolnavi, bărbați și femei. Împărțirea statistică a etiologiei a fost următoarea: infecții 65% (dintre care 15% tuberculoză), colagenoze 15%, distonie neurovegetativă 12% (confirmată prin proba Hollo), neoplasm 3,5%, alte boli 3,5%. Dintre aceste cazuri 8 au evoluat monosimptomatic, dintre acestea 50% infecții, 40% colagenoze, 10% neoplasm.

Se observă și în statisticile noastre creșterea incidenței colagenozelor în formele monosimptomatice, față de cele polisimptomatice.

CONDUITA TERAPEUTICĂ ÎN FORMELE GRAVE DE TETANOS

L.Băilă, Anna Csizér, I.Sass, M.Chioresan

Clinica de Terapie Intensivă
U.M.F. Târgu-Mureș

Lucrarea constituie o trecere în revistă a mijloacelor terapeutice clasice și moderne aplicabile bolnavului cu tetanos generalizat cu eficiență certă care au dus la scăderea mortalității în această afecțiune. Pe lângă metodele convenționale de tratament (tratamentului plăgii, antibioterapia, seroterapia), este prezentat aportul mijloacelor specifice terapiei intensive (curățare, sedare, ventilație mecanică, nutriție, combaterea perturbărilor vegetative, nursing etc.) și achiziții recente (utilizarea dantrolenului) cu exemplificări clinice (3 cazuri de tetanos generalizat internate în ultimii 3 ani în Clinica A.T.I., I Tg.-Mureș)

COMPLICAȚII CARDIOVASCULARE ÎN TRICHINELOZA UMANĂ

Carmen Chiriac*, Rodica Pascu*, E. Carașca**, Anca Văsieșu*,
Rodica Urcan*, Brîndușa Tilea*

*Clinica de Boli Infecțioase nr.1

**Clinica Medicală nr.3

U.M.F. Târgu-Mureș

Autorii au urmărit incidența complicațiilor cardiovasculare la un lot de bolnavi (159) de trichineloză internați la Clinica de Boli Infecțioase nr.1 Tg.-Mureș în perioada 1992-1995.

S-a constatat că cea mai frecventă complicație din partea aparatului cardiovascular a fost miocardita, cu sau fără exprimare clinică, diagnosticată (examen clinic, ECG) la 10 bolnavi. Toate cazurile de miocardită trichinelozică s-au corelat cu valori ale eozinofilelor de peste 20%. Autorii au remarcat în mod deosebit, cazul unei paciente în vârstă de 17 ani, masiv infectată cu *Trichinella spiralis*, care a prezentat aneozinofilie și o tromboflebită profundă a membrului inferior stâng.

Toate cazurile urmărite au evoluat favorabil, în faza acută, tratamentul constând din tratament antihelmintic (Mintezol, Vermox, Loxuran), corticoterapie, cardiotonice. Autorii subliniază polimorfismul clinic important al trichineloziei determinat de afectarea pluriorganică subliniind importanța și incidența complicațiilor cardiovasculare.

GIARDIOZA - MANIFESTĂRI BILIO-DIGESTIVE ȘI GENERALE

Cristina Chirculescu, Marcela Sigmurean

Clinica de Pediatrie nr.3

U.M.F. Târgu-Mureș

Între numeroasele controverse generate de prezența parazitului *Giardia lamblia* în organismul uman, localizarea parazitului în căile și vezicula biliară a fost problema cea mai viu discutată.

Dat fiind consecințele clinice și terapeutice pe care le implică această localizare la copii cu giardioză, am întreprins și noi o astfel de cercetare, ale cărei rezultate le prezentăm în lucrarea de față.

În scopul precizării manifestărilor bilio-digestive și generale întâlnite în giardioză, am selecționat un lot de 90 copii, 0-16 ani, internați în Clinica de Pediatrie nr.3 Tg.-Mureș, în cursul anilor 1990-1994

La acest lot de copii am studiat simptomatologia bilio-digestivă, aceasta fiind cea mai frecvent întâlnită, apoi simptomatologia generală, sub raportul: paloare, ochi încercânați, hipotrofie ponderală, fără a neglija simptomatologia neuropsihică și alergică.

Apoi am urmărit tabloul manifestărilor biumorale și anume: chimismul gastric, examenul bilei, probele de digestie ale scaunelor, probe de disproteinemic, transaminaze, electroforeza proteinelor, fără a neglija examenul coproparazitologic.

GIARDIOZA - MANIFESTĂRI ALERGICE ȘI NEUROPSIHICE

Mihaela Greab, Marcela Sigmirean

Clinica de Pediatrie nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Giardioza se întâlnește atât la adulți cât și la copii, la care proporțiile de infestare ating valori uneori de cele mai ridicate.

În scopul precizării manifestărilor clinice: alergice și neuropsihice întâlnite în giardioză, am selecționat un lot de 70 copii, 0-16 ani, internați în Clinica de Pediatrie nr.3 Tg.-Mureș, în cursul anilor 1990-1994.

În tabloul clinic al giardiozei reiese că, atât la adult cât și la copil, manifestările cutanate de tip urticarie, angioedem, eritem polimorf, prurigo, eczema etc., ocupă un loc redus ca frecvență, dar deloc neglijabil dacă luăm în considerare incidența crescută a giardiozei pe de o parte, și frecvența în creștere a fenomenelor alergice (cutanate sau de altă natură) pe de altă parte.

Un loc deloc neglijabil în studiul nostru îl ocupă simptomatologia nervoasă la copii; infectați cu giardia lamblia. Simptomatologia nervoasă în giardioză este frecventă și variată, ea poate coexista cu simptomatologia digestivă, dar poate lua și un caracter predominant, realizând tablouri clinice proprii unor afecțiuni neuropsihice.

CERCETĂRI EXPERIMENTALE ȘI DE LABORATOR

A. Probleme funcționale

INFLUENȚA DISTENSIEI EXPERIMENTALE ASUPRA ACTIVITĂȚII ELECTRICE A INIMII

M.Sabău, Gh.Bărbat, D.Dobreanu, Adriana Habor, Veronica Avrigeanu,
T.Băjașă

Disciplina de fiziologie
U.M.F. Târgo-Mureș

Dintre numeroasele efecte ale distensiei asupra activității electrice și mecanice a inimii, modificările electrofiziologice au o importanță deosebită. Aceste modificări sunt vizibile atât pe preparate izolate cât și în cazul inimii întregi, manifestându-se fie la nivelul miocardului contractil, fie la cel aparținând sistemului excito-conductor.

Ca urmare a întinderii are loc o depolarizare a membranei paralelă cu gradul întinderii și o modificare a potențialelor de acțiune, fenomene ce au la bază modificarea permeabilității membranei pentru Na^+ , K^+ sau Ca^{2+} . Aceasta poate duce la apariția unor bătăi ectopice sau chiar a unor aritmii, sau la reluarea activității automate a unui țesut aflat în repaus. Pe de altă parte, eventualele descărcări aritmice preexistente pot dispărea. La cordul întreg atât încărcarea de presiune cât și cea de volum modifică PA și refractoritatea, putând precipita apariția aritmiilor. Deci mecanica contracției poate influența proprietățile electrice ale miocardului ventricular, constituind un adevărat feed-back mecanoelectric.

Existența unor canale ionice mecanosensitive, permeabile mai ales pentru cationi, dar și pentru anioni, dependente de voltaj și gradul întinderii a putut fi confirmată prin metoda "patch clamp voltage". Aceste canale pot fi blocate cu ajutorul Gd^{3+} care reduce probabilitatea apariției aritmiilor induse prin distensie. Creșterea concentrației Ca^{2+} exterior potențează inițierea lor, ceea ce sugerează rolul Ca^{2+} în producerea aritmiilor.

Semnificația clinică a acestor aspecte ar putea fi deosebită. Astfel, anomaliile încărcării ventriculare și întinderea miocardică ce apare la pacienții cu diskinezie regională sau dilatații ventriculare globale îi pot predispune la apariția aritmiilor. Miocardul viabil din jurul unor leziuni ar putea fi supus unor forțe de întindere similare sau chiar mai mari decât cele realizate experimental. Din cauză că activarea miocardului lezui poate fi întârziată,

suprasolicitarea mecanică în sistolă poate produce o depolarizare a țesutului care se află încă în repaus electric, în timp ce zonele intacte se contractă. Aceasta ar putea produce un potențial de acțiune propagat, dacă conducerea din zona lezată este suficient de înceată pentru ca miocardul înconjurător să nu mai fie refractar.

INTERACȚIUNEA ANTIDEPRESIVELOR TRICICLICE CU UN BLOCANT AL CANALELOR CALCIULUI ÎN ANALGEZICE

Gh. Feszt, Romanța I. Lupșă, Monica I. Turdean

Disciplina de farmacologie
U.M.F. Târgu-Mureș

În ultimii ani mai multe medicamente blocante ale canalelor calciului (BCC) au fost investigate cu privire la o eventuală acțiune antialgică și capacitatea de a potența efectul analgezicelor opioide. Această interacțiune, pe lângă interesul teoretic, prezintă perspective serioase de valorificare în practica anesteziologică. Pe de altă parte, se cunoaște că o serie de antidepresive triciclice (ADTC) pot fi utilizate cu succes în tratamentul unor dureri - mai ales cronice - rezistente la opioide. În literatura de specialitate nu am găsit date referitoare la influența BCC asupra efectului antialgic al ADTC, deși au apărut referiri la interacțiunile lor cu unele medicamente ale SNC.

Pornind de la aceste premise și continuând cercetările noastre anterioare referitoare la implicațiile BCC în analgezie, ne-am propus să studiem în experiențe pe șoareci influența unui BCC - verapamilul - asupra acțiunii antinociceptive a trei ADTC: imipramina, amitriptilina, doxepina. Atât în testul de contorsionare cât și în testul plăcii încălzite, ADTC studiate au manifestat o acțiune antinociceptivă dependentă de doză. Verapamilul în testul de contorsionare a exercitat o acțiune antinociceptivă, nefiind însă activă în testul plăcii încălzite. În ambele teste, efectul antinociceptiv al ADTC a fost intensificat în măsură supraaditivă de verapamil, intensificarea fiind marcantă îndeosebi în testul plăcii încălzite.

Rezultatele de față pledează pentru importanța scăderii influxului de Ca^{2+} în mecanismul acțiunii antinociceptive/antialgice a ADTC, indicând rolul unui mecanism asemănător acțiunii opioidelor.

Precizarea valorii practice a interacțiunii BCC - ADTC în medicația antialgică se află în curs de cercetare.

GENEZA POTENȚIALULUI MONOFAZIC DE LEZIUNE

J. László

Disciplina de fiziologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Cercetarea experimentală a potențialului de leziune (PMFL) al miocardului a dus la concluzia că acesta este generat de curenți ionici transmembranici de moment în locul de așezare a electrodului de culegere. Traseele înregistrate reflectă global sensul curenților ionici locali prin membranele celulare. Sensul potențialului electric este pozitiv la fluxuri de sarcini pozitive (cationi) spre interior și invers dacă fluxurile se îndreaptă spre exterior. Schema electrică echivalentă constituită cu scop analitic fundamentează geneza PMFL drept cădere de potențial pe rezistențe de sarcină aflate între compartimentele extern și intern ale celulei, respectiv între cele două compartimente și modul comun. PMFL faptic nu este de leziune, el putând fi obținut exact la fel fără leziune. Toate afirmațiile principale sunt demonstrate prin trasee concrete.

CERCETAREA ACȚIUNII PGF 2 alfa ASUPRA ACTIVITĂȚII CORDULUI

J. László

Centrul de Sănătate Sângheorgiu de Pădure

Cercetările au fost efectuate pe șobolani și broaște adulte de ambele sexe cu cord expus in situ. S-au înregistrat potențialul monofazic de acțiune (PMFA) ventricular (V-PMFA) sau atrial (A-PMFA), mecanocardiograma ventriculară (V-MCG) și timpul de conducere atrioventricular (IAV).

Prostaglandina F2alfa (Enzaprost-Chimoin, Ungaria) a fost administrată intravenos (șobolani) sau intrahepatic (broaște) în doze de 50 micrograme pe 100/gcorp.

PGF 2 alfa a exercitat un efect pozitiv asupra tuturor parametrilor cercetați atât la șobolani cât și la broaște.

APLICAREA ELECTROFOCUSĂRII GEOMETRICE ÎN STUDIUL DISPROTEINORAHILOR LA BOLNAVI CU ACCIDENTE VASCULARE CEREBRALE

A.Șchiopu*, LPascu**, Eugenia Tătar***

Asistență tehnică: Laura Păcurar, Floarea Oancea

* Disciplina de fiziopatologie

** Clinica de Neurologie

*** Disciplina de informatică medicală
U.M.F. Târgu-Mureș

Determinarea concentrației fracțiunilor proteice din lichidul cefalorahidian la bolnavii cu accidente vasculare cerebrale constituie o metodă deosebit de utilă pentru configurarea terenului care a determinat accidentul vascular cerebral (disproteinozahii metabolice, procese autoimune, afectarea integrității barierei hematoencefalice etc.) sau a disproteinozahiiilor consecutive.

Am analizat proteinele din lichidul cefalorahidian neconcentrat prin metoda electrofocusării geometrice în gel de agaroză în tampon barbiturat - TRIS la pH 8,6, μ 0,05 (Șchiopu, Șchiopu jr., 1994) la un lot de 53 de subiecți cu proteinozahia normală (sub 45 mg/dl) și la 33 de bolnavi cu accidente vasculare cerebrale nehemoragice de vârste și sexe diferite.

Determinările noastre și interpretarea statistică a datelor obținute sunt prezentate în tabelul următor:

	Normal n=53 mg/dl	AVC * n=33 mg/dl	Decizia statistică p < 0,05	Normal n=53 %	AVC* n=33 %	Decizia statistică p < 0,05
Proteinozahie	37,32	65,45	semnificativ	100,00	100,00	nesemnificativ
Prealbumine	2,06	2,92	semnificativ	5,79	4,72	nesemnificativ
Albumină	20,81	37,53	semnificativ	55,22	57,18	nesemnificativ
α_2 -globulină	2,23	3,69	semnificativ	6,11	5,71	nesemnificativ
β_1 -globulină	4,41	8,37	semnificativ	11,96	12,34	nesemnificativ
β_2 -globulină	2,64	4,67	semnificativ	7,16	7,34	nesemnificativ
γ -globulină	5,17	8,27	semnificativ	13,76	12,71	nesemnificativ

*AVC = Accident vascular cerebral

Datele obținute atestă o creștere a tuturor fracțiunilor în accidentele vasculare cerebrale, ceea ce sugerează o afectare a permeabilității barierei hematoencefalice. Repartiția procentuală a fracțiunilor în cadrul proteinozahiei nu este semnificativ diferită la cele două loturi studiate.

ROLUL OXIDULUI DE AZOT ÎN MODULAREA ELIBERĂRII DE NEUROTRANSMIȚĂTORI DIN CORPUL STRIAT DE ȘOBOLAN

N.T.Sándor*, A.Brassai**, A.Puskás***, B.Lendvai*

*Institutul de Cercetări de Medicină Experimentală a Academiei de Științe Ungare, Budapesta

**Disciplina de farmacologie

***Clinica Medicală nr.1

U.M.F. Târgu-Mureș

S-a investigat în corpul striat de șobolan influența inhibării sintezei oxidului de azot (NO) prin N-nitro-L-arginin metil-ester (L-NAME), asupra eliberării bazale și stimulate de dopamină și acetilcolină (ACh). Experiențele au fost efectuate pe felii superfuzate de corp striat, încărcate cu (^3H)-dopamină sau (^3H)-colină.

L-NAME a redus eliberarea de dopamină prin stimulare electrică, enantiomerul D-NAME nefiind activ. În prezența precursorului oxidului de azot, L-arginină, L-NAME nu a influențat eliberarea de dopamină. Adăugarea de MK-801, un antagonist al receptorului de NMDA (N-metil-D-aspartat), a inversat complet efectul exercitat de L-NAME asupra eliberării de dopamină. În ce privește eliberarea de ACh, L-NAME în condițiile noastre experimentale nu a avut efect asupra eliberării sale bazale, nici asupra eliberării prin stimulare electrică.

Aceste date indică faptul că oxidul de azot endogen este implicat în modularea eliberării de dopamină din corpul striat, dar nu și în eliberarea de ACh. Se pare verosimil că acțiunea modulatorie a NO este legată de activarea receptorilor de NMDA, receptori localizați la nivelul terminațiilor nervoase dopaminergice din corpul striat.

ANALIZA PRIN ELECTROFOCUSARE GEOMETRICĂ A PROTEINURILOR DISCRETE

Monica Dungaciu*, A.Șchiopu**, D.Bratu*

Asistență tehnică: Laura Păcurar, Floarea Oancea

*Clinica Medicală nr.2

**Disciplina de fiziopatologie

U.M.F. Târgu-Mureș

În mod normal, cantitatea de proteine eliminate prin urină este de până la 150 mg/24 de ore la o diureză de 1500-1800 de ml. Dificultatea analizei electroforetice a urinei și prețul de cost ridicat au determinat excluderea din

analizele curente a urinelor cu un conținut proteic redus (proteinurii discrete) Procesul morbid care determină în final proteinuriile masive debutează prin proteinurii discrete care apar ca o etapă distinctă în evoluția bolilor renale Astfel, se pot identifica în stadii incipiente boli renale sau prerenale care determină proteinurii selective sau neselective.

Electroforeza proteinelor a fost realizată din 0,2 ml de urină neconcentrată, prin electrofoculare geometrică în gel de agaroză la un pH de 8,6, μ 0,05. Proteinele separate au fost fixate cu ATA 10% și colorate cu Coomassie Blue R 250.

Am identificat proteinurii neselective la bolnavi cu o proteinurie de sub 0,3 g/24 de ore, în urină evidențiindu-se toate fracțiunile serice în concentrații variind între 2 și 6 mg/dl.



Fig.nr.1: Proteinurie neselectivă (20mg/dl)

Proteinograma urinară poate constitui un test-screening în condițiile utilizării electrofoculării geometrice, datorită prețului de cost redus al metodei și posibilității prelucrării urinei neconcentrate, în condițiile asigurării unei sensibilități foarte bune de detecție.

PROTEINOGRAMA LICHIDULUI CEFALORAHIDIAN NORMAL OBTINUTĂ DIN PROBE NECONCENTRATE PRIN ELECTROFOCUSARE GEOMETRICĂ

Adriana Martin^{*}, A.Șchiopu^{*}, I.Pascu^{**}, Simona Tătar^{***}

Asistență tehnică: Laura Păcurar, Floarea Oancea

^{*} Disciplina de fiziopatologie

^{**} Clinica de Neurologie

^{***} Disciplina de informatică medicală

U.M.F. Târgu-Mureș

Dezvoltarea tehnicilor de analiză electroforetică a proteinelor din lichidul cefalorahidian a constituit de-a lungul timpului o preocupare constantă a cercetătorilor și clinicienilor neurologi, problema principală a acestei analize fiind legată de concentrarea probelor în condițiile păstrării identității lor fizico-chimice.

Am analizat proteinele din lichidul cefalorahidian neconcentrat prin metoda *electrofocării geometrice* în gel de agaroză în tampon barbiturat -TRIS la pH 8.6, μ 0,05 (Șchiopu, Șchiopu jr., 1994) la un lot de 53 de subiecți cu proteinorahia normală (sub 45 mg/dl) de vârste și sexe diferite.

Rezultatele determinărilor sunt sintetizate în tabelul de mai jos:

	Nr de cazuri	Media $\pm \sigma$ mg/dl	Media $\pm \sigma$ %
Proteinorahie	53	37,32 $\pm$ 5,31	100,00
Prealbumină	53	2,06 $\pm$ 0,71	5,79 $\pm$ 2,01
Albumină	53	20,81 $\pm$ 4,24	55,22 $\pm$ 6,51
α 2 globuline	53	2,23 $\pm$ 0,80	6,11 $\pm$ 2,03
β 1 globuline	53	4,41 $\pm$ 1,05	11,96 $\pm$ 2,74
β 2 globuline	53	2,64 $\pm$ 1,19	7,16 $\pm$ 2,88
γ globuline	53	5,17 $\pm$ 1,67	13,76 $\pm$ 3,92

Datele obținute de noi constituie o referință pentru separarea proteinelor din lichidul cefalorahidian prin electrofocare geometrică cu atât mai mult cu cât metoda fiind elaborată în 1994 necesită crearea unui lot de referință. Datele obținute prin metodele clasice nu pot fi utilizate ca referință deoarece aceste metode impun concentrarea lichidului cu modificări fizico-chimice consecutive ale probelor luate în analiză. Tabelul nu conține date referitoare la α 1 globuline, deoarece acestea nu le-am obținut în mod constant, acest fenomen constituind probabil o particularitate a lichidului.

STUDIUL INDICELUI FAGOCITAR PE UN LOT DE DONATORI DE SÂNGE

Annamária László, A.Șchiopu, Magdalena László

Disciplina de fizopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Fagocitoza este un fenomen natural complex întâlnit la aproape toate organismele cu organizare celulară a cărei rezultată constă din înglobarea în citoplasmă a unor particule și prelucrarea lor enzimatică ulterioară până la nivelul unor molecule care pot fi eliminate, reinglobate în noi structuri sau tezurizate. La om fagocitoza reprezintă un mecanism de apărare nespecifică deosebit de important cu atât mai mult cu cât el este strâns legat și de apărarea specifică de tip imun. O etapă esențială în aprecierea activității fagocitare a granulocitelor neutrofile (celule sangvine de origine medulară

specializate în fagocitoză), o reprezintă constituirea lotului de referință față de care pot fi interpretate toate variațiile patologice.

Am determinat indicele fagocitar prin testul NBT spontan pe un lot de 100 de donatori de sânge femei și bărbați de vârste diferite, datele lotului fiind prelucrate statistic cu ajutorul unui produs-program realizat în FOXPRO (Tătar, Tătar 1994), instalat pe un calculator IBM-PC 486, RAM 4Mo.

Rezultatele determinărilor indică o distribuție de 266 în jurul mediei de 27,45 cu σ de +/- 16,33, distribuția valorilor individuale fiind reprezentate în graficul alăturat.

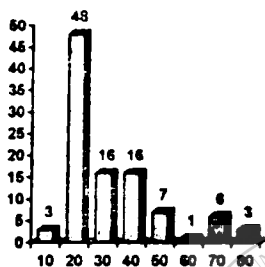


Fig nr 1 Distribuție indicelui fagocitar la donatori de sânge

Datele obținute indică faptul că printre donatorii de sânge există un număr relativ mare de cazuri cu un indice fagocitar granulocitar crescut, determinat probabil de către afecțiuni nemanifeste care ar putea fi transmise prin sângele donat, ceea ce sugerează necesitatea extinderii gamei de analize pentru înlăturarea sângelui netransfuzabil. În acest caz, determinarea indicelui fagocitar granulocitar poate fi o metodă suplimentară utilă.

EFECTE METABOLICE ALE BLOCANTELOR CANALELOR LENTE DE CALCIU

Mihaela Dinca, M.Negulescu, F.Popescu, E.Georgescu, G.Florescu, Carmen Daja

Clinica Medicală nr.2
Facultatea de Medicină Craiova

Hiperinsulinismul reprezintă o anomalie infraclinică precoce a patologiei cardiovasculare și metabolice, fiind responsabil de apariția obezității, dislipidemiilor, hipertensiunii arteriale, tulburărilor metabolismului glucidic; studiul metabolismului calcic la pacienții hiperinsulinemici a demonstrat și prezența hipocalcemiilor (de consum - secreția de insulină fiind mediată calcic).

Conturând sindromul hiperinsulinemic, prezent, în special la descendenții pacienților cu boli cardiovasculare și/sau metabolice (în special diabet zaharat), pot fi reținute următoarele elemente clinice și paraclinice:

obezitate tip android, hipertensiune arterială, hepatomegalie izolată, cu caracter de ficat steatotic, spasmofilie, hipoglicemie tardivă (la 3-4 ore) sau curba plată, la încărcarea orală cu glucoză, dislipidemie tip IV, scăderea calciului ionic. Ignorarea acestor etape, prezentă în special la tineri, va duce, în timp, la organizarea patologiei vasculare aterosclerotice și metabolice.

Studiul blocantelor canalelor lente de calciu-administrate în diferite etape ale anomaliilor metabolice (în special glucidice) a condus la formularea următoarelor concluzii:

- blocantele calcice, în special nifedipina, pot reprezenta un agent terapeutic al hiperinsulinismului, paralel cu mijloace nefarmacologice (restricție calorică și exercițiu fizic);

- ele pot fi, în același timp și un agent diabetogen la pacienții cu insuficiență secretorie pancreatică relativă sau pot dezechilibra glicemic (prin scăderea secreției de insulină) diabeticii insulinoindpendenți;

- este prohibită asocierea blocantelor calcice cu sulfamidele hipoglicemizante, prin asociere, blocantele calcice amulează efectul hipoglicemizant al sulfamidelor.

CURBE DOZĂ - EFECT CU APLICAȚII ÎN RADIOTERAPIA MEDICALĂ

S. București

U.M.F. Cluj-Napoca

În studiul unui efect produs de radiații asupra unui sistem biologic dat trebuie precizată în primul rând dependența de doză a efectului în cauză. Este vorba de relația care există între efectele fizice și efectele biologice produse de o doză absorbită dată de radiații ionizante.

S-a conturat un model simplu de relație doză-efect de tipul $I = \alpha D + \beta D^2$ unde I este incidența efectului studiat, D doza absorbită, α și β parametri care depind de condițiile radiobiologice specifice experimentului. Componenta αD descrie o interacțiune a radiației cu materialul biologic de tipul "totul sau nimic", efectul fiind produs în urma unei interacțiuni globale ireversibile care nu poate fi modificată. Componenta βD se poate interpreta ca reflectând faptul că pentru producerea efectului sunt necesare două evenimente active de interacțiune a radiației cu componenta sensibilă a sistemului biologic.

Probabilitatea de potențare a efectului produs de un singur element activ scadește cu timpul (proces înțeles în termeni generali ca refacere). Al doilea eveniment activ poate duce la producerea efectului numai dacă survine

Într-un interval de timp suficient de scurt după primul. Probabilitatea ca cel de-al doilea eveniment activ să fie eficace în producerea efectului crește cu doza și cu debitul dozei astfel încât la doze mici efectul va fi descris de componenta lineară αD .

Lucrarea prezintă utilizarea acestei relații în stabilirea dozei în cobaltoterapie, a timpului de expunere, a numărului de surse, distanța sursen față de țesutul tumoral, durata tratamentului în cazul tumorilor maligne radiosensibile.

PRODUS-PROGRAM PENTRU COMPARAREA STATISTICĂ CONTINUĂ A PARAMETRILOR DIN BAZELE DE DATE INTERACTIVE

Eugenia Tătar*, Simona Tătar*, A.Șchiopu**

* Disciplina de informatică medicală

** Disciplina de fiziopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Compararea statistică dintre o valoare individuală dată și un interval de referință (determinat pe un lot martor) sau compararea dintre două loturi diferite, constituie operațiuni curente care fac parte integral din domeniul standardizării în medicină și biologie. Problema pe care ne-am propus să o rezolvăm constă din crearea unei baze de date care să ofere posibilitatea de prelucrare reiterativă continuă având ca rezultat optimizarea proceselor decizionale în analize, diagnostic și tratament.

Programul realizat de către noi în limbajul de gestiune FOXPRO este funcțional pe calculatoare IBM-PC și permite: constituirea de baze de date din câmpuri numerice și alfanumerice în număr nelimitat (limitat doar de capacitatea calculatorului), constituirea de loturi prin predefinire, prelucrarea statistică a parametrilor fiecărui lot constituit, compararea statistică prin aplicarea testului Student a câte două loturi selecționate opțional și interpretarea rezultatului comparării prin luarea deciziei de semnificație la pragul de 0,05. Programul are o interfață care permite transferul rezultatelor obținute în Windows. Calculele se reactualizează după fiecare valoare introdusă în baza de date.

Exemplificăm mai jos datele obținute prin compararea a două loturi:

	Normal femei mg/dl	AVC* femei mg/dl	Decizia statistică $p < 0,05$	Normal femei %	AVC* femei %	Decizia statistică $p < 0,05$
Proteine	35,308	68,100	semnificativ	100,00	100,00	nesemnificativ
Prealbumină	1,963	2,936	semnificativ	5,61	4,60	nesemnificativ
Albumină	19,520	39,720	semnificativ	55,04	57,70	nesemnificativ
α_2 -globulină	2,180	3,469	semnificativ	6,27	5,50	nesemnificativ
β_1 -globulină	4,185	7,711	semnificativ	12,04	11,20	nesemnificativ
β_2 -globulină	2,608	5,186	semnificativ	7,35	7,90	nesemnificativ
γ -globulină	4,613	8,847	semnificativ	13,35	13,00	nesemnificativ

*AVC = Accident vascular cerebral

Analiza prezentată în tabel este relevantă în ce privește posibilitatea interpretării greșite a rezultatelor în cazul analizării distribuției procentuale și nu a concentrațiilor absolute.

PRODUS-PROGRAM PENTRU ANALIZA STATISTICĂ CONTINUĂ A UNOR PARAMETRI DE LABORATOR

Simona Tătar*, Eugenia Tătar*, A.Șchiopu**

* Disciplina de informatică medicală

** Disciplina de fiziopatologie

U.M.F. Târgu-Mureș

O problemă deosebit de importantă în standardizarea analizelor de laborator o reprezintă configurarea lotului de referință. Distribuția de tip Gauss modelează în general suficient de bine distribuția datelor obținute pe un anumit lot, dar numărul de cazuri trebuie stabilit în funcție de variabilitatea fiecărui parametru luat separat. În general se consideră satisfăcută condiția de standardizare în momentul în care variația abaterii standard tinde spre zero, ceea ce face necesară determinarea continuă a acestora pe parcursul măsurătorilor.

Programul realizat de către noi în limbajul de gestiune FOXPRO este funcțional pe calculatoare IBM-PC și permite crearea bazei de date interactive, selecționarea unui grup de valori corespunzătoare unui anumit parametru, constituirea unui lot identificabil prin parametrul selecționat și analiza statistică a acestuia. Parametrii statistici se recalculează în mod automat după fiecare valoare adăugată, astfel încât programul permite optimizarea procesului de standardizare prin actualizare. Programul este utilizat pe un calculator IBM-PC 486 RAM 4Mo.

Exemplificăm rezultatele analizei proteinogramelor pe un lot de 154 de bolnavi din al căror lichid cefalorahidian s-au obținut 7 fracțiuni proteice prin electrofoculare geometrică.

	n	media %	σ	ΣX_i	ΣX_i^2	$\Sigma (X_i - X)^2$	Disper- sia
Proteine	154	100%	+/- 21,94	8470,0	539970,0	74120,00	481,30
Prealbumine	154	5,05	+/- 1,97	777,0	4515,0	594,68	3,86
Albumine	154	56,64	+/- 6,40	8723,0	500395,0	6299,36	40,90
α_1 -globuline	17	4,00	+/- 1,37	68,0	304,0	32,00	1,88
α_2 -globuline	154	5,90	+/- 2,04	909,0	6007,0	641,54	4,17
β_1 -globuline	154	11,56	+/- 3,24	1780,0	22192,0	1617,97	10,51
β_2 -globuline	154	7,06	+/- 3,39	1087,0	9441,0	1768,47	11,48
γ -globuline	154	13,45	+/- 3,99	2072,0	30328,0	2450,18	15,91

Programul permite dimensionarea optimă a loturilor de referință în timpul prelucrărilor cu evitarea subdimensionărilor care pot determina erori sau asupra dimensionărilor cu consumuri suplimentare consecutive.

STUDIUL UNOR PARAMETRI HEMODINAMICI ȘI DE REACTIVITATE VASCULARĂ CEREBRALĂ PE UN LOT DE SUBIECȚI SĂNĂTOȘI PRIN ULTRASONOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANIALĂ

(Notă preliminară)

IMacaver*, D.Vășteștu, LPascu****

*Disciplina de fiziopatologie

**Clinica de Neurologie

U.M.F. Târgu-Mureș

Studiul ia în discuție răspunsul vasomotor cerebral față de bioxidul de carbon (reactivitatea CO_2) la un lot de 28 de subiecți sănătoși (15F și 13B) cu vârstă cuprinsă între 21-30 ani.

Reactivitatea CO_2 a fiecărui subiect a fost determinată cu un aparat MEDASONICS-CDS, care utilizează metoda ultrasonografică Doppler pentru a obține date asupra dinamicii vasculare. Măsurarea vitezei fluxului sanguin s-a efectuat prin metoda Doppler transcranian la nivelul arterelor cerebrale medii (ACM) la adâncimi de 48-58 mm transtemporal, în condiții de normocapnie (respirație în laborator), hipercapnie (apnee 30-60 sec.) și hipocapnie (hiperventilație 30-60 sec.).

Pentru fiecare subiect s-au notat următorii parametri hemodinamici: viteza sistolică (VS), viteza medie (VM), indicele pulsatil (IP), viteza medie în

hipercapnie (VM_1) și în hipocapnie (VM_2) și răspunsul vasomotor cerebral (RVM), separat pentru fiecare emisferă.

S-au calculat, în plus, doi indici care compară între ele cele două emisfere. Primul, indicele de asimetrie (IA), este cunoscut din literatura medicală și compară vitezele medii din cele două emisfere. Al doilea, introdus de noi sub numele de indice de asimetrie vasomotorie (IAV) compară prin analogie reactivitatea vasculară interemisferică conform formulei:

$$IAV = 2(RVM_d - RVM_s) / (RVM_d + RVM_s) \times 100 (\%)$$

De asemenea, s-a calculat valoarea medie și deviația standard (DS), pentru fiecare din parametrii de mai sus.

Concluziile care se desprind din acest studiu sunt următoarele:

1. Ultrasonografia TCD este o metodă neinvazivă care permite evaluarea reactivității vasomotorii a arterelor cerebrale și poate fi utilă pentru identificarea cazurilor în care aceasta este modificată.

2. Acțiunea vasodilatatoare a CO_2 este netă la persoanele sănătoase și denotă că sunt posesoare ale unui sistem vascular suplu și elastic.

3. Valorile găsite de noi sunt similare cu cele oferite de literatura de specialitate, cu excepția RVM, la care s-au obținut cifre mai scăzute datorită faptului că nu s-a folosit acetazolamida i.v. ca stimulent, ci doar simpla hipercapnie prin apnee de durată medie. În plus, nu s-au determinat presiunile parțiale ale CO_2 pentru a obiectiva rezultatul apneei.

4. S-a confirmat existența unei asimetrii acceptabile a vitezelor de circulație între cele două ACM ($IA=13\pm9\%$), IA comparabil cu cel din literatura medicală ($IA=7,2\pm6,4\%$).

5. S-a demonstrat existența unei asimetrii și în ceea ce privește reactivitatea CO_2 la sănătoși exprimate prin $IAV=11\pm8\%$. Reactivitatea mai bună a fost fie de partea dreaptă, fie de cea stângă la fel ca și debitul mai crescut, dar fără nici o legătură între ele.

6. Se constată dispersia mare a indicilor de asimetrie (IA, respectiv IAV) în jurul valorilor medii, fenomen cuantificat prin coeficientul de variabilitate $C_v=DS/IA \text{ mediu} \times 100 = 9/13 \times 100 = 69\%$ pentru IA și $C_v = DS/IAV \text{ mediu} \times 100 = 8/11 \times 100 = 73\%$ pentru IAV. Această constatare denotă faptul că regula de bază este asimetria de debit și reactivitatea stânga-dreapta. Gradul acestei asimetrii este însă redus și inhomogen, orice valori de până la 22% pentru IA, respectiv 19% pentru IAV putând fi considerate ca normale.

7. Concluziile de până acum sunt doar niște rezultate preliminare pe un lot sănătos de persoane aflate în decada a 3-a de vârstă. Urmăzând să extindem studiul asupra unor subiecți cu vârste și afecțiuni cerebrale diferite și utilizând urmărirea mai exactă a unor parametri respiratori și sanguini ($PaCO_2$, Astrup etc.).

CERCETĂRI EXPERIMENTALE ȘI DE LABORATOR

B. Probleme structurale

ARHITECTONICA FIBRO-CONJUNCTIVĂ ȘI VASCULARĂ A SINUSULUI RENAL LA OM

O. Lakatos, J. Daróczi, Maria Lakatos, L. Vass, L. Járóssi

Disciplina de anatomie și embriologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Sinusul renal, întins între hilul și parenchimul rinichiului este o zonă de joncțiune între sistemul excretor urinar superior, arborele caliceal și pielomul intrasinuzal, sistemul vascular renal și formațiunile conjunctivo-adipoase intrasinuzale.

Autorii au studiat pe rinichi uman, arhitectonica spațială a celor trei elemente și raporturile dintre formațiunile conjunctive intrasinuzale. Materialul provenit de la cadavre umane a fost studiat macro- și mezoscopic, precum și histologic, utilizând concomitent și metodele de coroziune și injectare a vaselor cu soluție PVC 5% și tuș de China cu gelatină 1%.

Cercetările au evidențiat faptul că, la nivelul sinusului renal capsula fibro-conjunctivă a rinichiului tapetează sinusul renal, dar o parte din fibrele conjunctive se desprind și formează fascicule fine sau condensate care se repartizează astfel:

- unele se ancorează la nivelul joncțiunii medulo-caliceal și în jurul fornixului caliceal,
- altele înconjoară joncțiunea pielo-caliceală ca un halou și se continuă cu peretele calicelor și a pielonului,
- o mică parte din fibre formează o textură laxă, ce înconjoară spiralați pereții vasculari pierzându-se în adventicea acestora.

În privința vaselor, se constată că, ramurile segmentare arteriale prepielice și cea retropielică, înainte de a pătrunde în parenchimul renal emit ramificații fine, ce vor forma plexurile arteriolare pericaliceale.

CEFALOGENEZA PRIN PRISMA ELEMENTELOR DESCRIPTIVE ALE OSULUI SFENOID

Ediț Gogolák-Oláh

Disciplina de anatomie și embriologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Observațiile s-au efectuat pe un material osteologic neselectat, pe 20 de cranii de om adult, de diferite vârste studiind analitic elementele descriptive ale osului sfenoid pe endo- și exobaza craniului.

S-au constatat o serie de orificii suplimentare, pe lângă cele clasice descrise, precum și pneumatizarea părților componente, variațiuni de formă și contur ce a suferit aripa mică a sfenoidului. Amputarea simetrică sau inegală a aripilor, prezența unor suturi transversale, transalare, duce la schimbarea volumului intracranian pe seama alisfenoidului, la adâncirea fosei craniene mijlocii.

Variabilitatea osului duce la schimbarea valorilor craniometrice, sfenoidul fiind aparținător oaselor de substituție, care ajută oaselor de acoperire la închiderea bolții craniene; se reperează și osișoare supranumerare perisfenoidale atașate diverselor regiuni ale osului.

La 8 cranii, simetric sau asimetric, în dreptul fontanelei sfenoidale sunt oase supranumerare independente, fiind centri separați prin osificare condrală nefuzionată de restul osului. Alte piese osoase se intercalează între aripa mare a sfenoidului și între osul malar la 4 cranii, respectiv se observă și prezența oaselor interalare la un singur craniu.

Piese osoase suplimentare în jurul sfenoidului probabil au avut rolul sincondrozelor, îndeplinindu-se rolul cartilajelor de creștere asigurând dezvoltarea neuroviscerocraniului.

MORFOGENEZA NERVILOR PERIFERICI ÎN VIAȚA FETALĂ

D. Georgescu, Ediț Gogolák-Oláh, A. Kovács, Mariana Mihăilă,
Claudia Oprea, Șt. Gyulai-Korpos, V. Gherai, Camelia Bostan, L. Máthé

Disciplina de anatomie și embriologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Nervii periferici care asigură inervația membrului superior și inferior se evidențiază la embrionii de 6 săptămâni prin alungirea prelunginilor nervoase derivate din creste, ulterior atașate de miotomii somitelor, de celulele coloanei hipaxiale a mezodermului paraaxial. Mioblaștii desprinși fuzionează în

agregate sințiale, alungite proximo-distal, în dreptul primordurilor membrelor, vor da naștere extensorilor apoi flexorilor

La 13 îpș umani, între 6-7 luni, de lungime variabilă între 30-41 cm, s-a efectuat disecția minușioasă a nervilor periferici, desprinși din plexul branhial și sacral. S-a urmărit traectul, varianiele anatomice și relațiile topografice ale nervilor: median, musculocutanat, cutanați brapulu, și antebrațului, ulnar, sciatric, sural.

S-a constatat maturitatea elementelor nervoase studiate și imaturitatea mușchilor membrelor, flexori și extensori sum puternic aderenți, nefiind despicăți și individualizați longitudinal și lamelar.

Arterele membrelor par să fie slab evoluate, fără de sistemul venos tributar, care se prezintă plexiform, posibil să nu fie finalizată încă calea preferențială a circulației venoase.

La un făt de 6 luni se remarcă un nerv median fenestrat de vena basilică sau de un plex venos periarterial (?).

Ramurile senzitive par să fie mai accesibile decât cele motori (hilul vasculonervos muscular).

Concluziile noastre nu sunt legate de vârsta feților, ei având o vârstă cronologică foarte apropiată. Maturitatea relativă a elementelor nervoase ar fi un fenomen finisat care nu ar fi dependent de miogenează, care pare să se definitiveze mai târziu.



ASPECTE HISTOPATOLOGICE ÎN AUTOTRANSPLANTUL EXPERIMENTAL DE SPLINĂ

J. Daróczi, O. Lakatos*, I. Egyed-Zs**, Maria Lakatos, Z. Pávai*

*Disciplina de anatomie și embriologie

**Disciplina de morfoloologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Autorii au efectuat experimental pe câini și șobolani albi, autotransplante de splină. Fragmentele de 3-5 mm au fost implantate în marele epiploon, retroperitoneal și între straturile peretelui abdominal

S-a urmărit prin metode histopatologice procesul de adaptare și de evoluție a grefelor de splină. Din cercetările autorilor rezultă că locul cel mai adecvat pentru transplant este epiploonul, organ bine vascularizat cu potențial biologic crescut

După 24-48 de ore de la implantarea grefonului, apar semne de necroză tisulară centrală din cauza hipoxiei, iar periferic se păstrează cordoane de țesut reticular splenic.

La un interval de 5-10 zile, după intervenția chirurgicală, partea periferică a grefonului este invadată de țesut conjunctiv, cu capilare neoformate ce asigură microvascularizarea grefonului. După 14-21 de zile aceste vase de neoformație vor constitui pulpa roșie, iar la 4-6 săptămâni apare și pulpa albă sub formă de teci perarteriale, la început periferic apoi se extind și central.

Autori au constatat că spațiul retroperitoneal și spațiile intramusculare ale peretelui abdominal din cauza microvascularizației reduse, nu sunt locuri favorabile pentru transplantarea fragmentelor de splină.

PROPRIETĂȚILE ELECTROFIZIOLOGICE ALE INTERNEURONILOR DIN HIPOCAMPUL DE ȘOBOLAN IDENTIFICAȚI PRIN METODE ANATOMICE

T. Szilagyi*, E.H. Buho**

*Disciplină de fiziologie
U.M.F. Târgu-Mureș

**MRC Anatomical Neuropharmacology Unit, Oxford

Circuitul neuronal excitator al hipocampului este controlat de inervația inhibitoare, care guvernează pragul de excitare, modul generării potențialului de acțiune și modifică puterea transmisiei sinaptice. Această inhibiție este mediată în mare măsură de neuroni de circuit local, eliberatori de GABA (γ -amino-butyric acid) care au potențiale de acțiune scurte și rapide.

Experimentele de înregistrare și marcare intracelulară împerecheată au arătat că există trei categorii de interneuroni GABA-ergici care provoacă potențiale postsinaptice inhibitorii în neuronii principali. Diferențe marcate apar în caracteristicile morfologice (arhitectura dendritică, distribuția axonală limitată spre un anumit domeniu al celulei postsinaptice, coalinieră precisă cu căi aferente excitatorii) și în cinetica efectului postsinaptic.

Scopul studiilor noastre este de a caracteriza electrofiziologic două tipuri de interneuroni identificați prin metode morfologice ("basket" și "bistratified") și de a elucida dacă există diferențe ale proprietăților intrinseci (potențial de repaus, rezistența și constanta de timp a membranei, proprietățile potențialului de acțiune etc.), sau dacă aceste diferențe se datorează în exclusivitate altor factori (segregația anatomică a sinapselor, proprietățile receptorilor GABA etc.)

Am efectuat experimente pe felii de hipocamp de șobolan în condiții *in vitro*. Măsurătorile electrofiziologice au fost realizate prin metoda cu microelectrozi intracelulari în modul "current clamp". Vârful electrodului a

fost umplut cu sol. biocitină injectată electroforetic în celulă. Morfologia neuronului înregistrat electrofiziologic a fost studiat - după prelucrarea imunohistochimică a materialului - prin microscopie optică și electronică.

Rezultatele noastre arată că între cele două grupe de interneuroni studiate nu există diferențe semnificative din punct de vedere al proprietăților electrofiziologice intrinseci. Caracterizarea electrofiziologică arată că interneuronii dintr-un grup omogen din punct de vedere morfologic pot avea comportament fiziologic foarte diferit. Unele celule au arătat caracteristici care de obicei sunt atribuite neuronilor principali, indicând necesitatea revizuirii conceptului de "interneuron clasic".

STUDIUL CROMOZOMILOR LA ȘOBOLANII ALBI TRATAȚI CU EXTRACT DE RUBIAE RADIX

Gh. Roșca, Stela Roșca, C. Csedő, Angela Borda, Simona Rotar, Eda Gliga,
Camelia Gliga, R. Silvaș

Disciplină de histologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Autorii și-au propus să testeze efectul extractului de *Rubiae radix* asupra cromozomilor de șobolani albi, proveniți de la biobaza U.M.F. Tg.-Mureș.

Studiile citogenetice s-au efectuat pe un număr de 30 șobolani tineri, femele și masculi, care conform ipotezei de lucru, au fost împărțiți în 3 loturi:

a. lotul martor "M"

b. lotul R-10, la care s-a administrat timp de o lună, zilnic, pe cale bucală, sol. 10% din extractul alcoolic de *Rubiae radix*, preparat la disciplina de farmacognozie și fitoterapie din cadrul Facultății de Farmacie.

c. lotul R-50, la care s-a administrat, în aceleași condiții ca la lotul R-10, extractul dar într-o concentrație de 50%.

Cercetările cariologice s-au efectuat pe celulele din măduva roșie hematogenă, prelevată din oasele femurale ale animalelor de experiență. Tehnica de prelucrare a avut la bază metodologia descrisă de Ford-Woollam. S-au urmărit aberațiile cromozomiale de număr sub forma aneuploidiei și aberațiile cromozomiale de structură sub forma: leziunilor acromatice, delețiilor, fracturilor cromatidice, fragmentelor acentrice etc.

Studiile comparative statistice și datele obținute la cele 3 loturi au arătat că extractul de *Rubiae radix* nu induce aberații cromozomiale de număr deoarece tipurile de aneuploidii (hipoploidii) și reprezentarea lor procentuală sunt foarte apropiate: lotul M=8, 31%, lotul R-10=10%, lotul R-50=8,57%.

Aberațiile cromozomiale de structură sunt ușor crescute față de lotul martor, mai ales la animalele lotului tratat cu extract de *Rubiae radix* în concentrație mai mare (R-50): lotul M=0,32%, lotul R-10=0,33%, lotul R-50=0,39%. Dintre tipurile aberațiilor de structură cele mai numeroase sunt leziunile acromatice: lotul M=0,1%, lotul R-10=0,1%, lotul R-50=0,17%.

IMPORTANȚA EXAMINĂRILOR ANATOMO-PATOLOGICE LA BOLNAVII CU MYASTENIE GRAVIS

Eugenia Moldovan*, I.Pascu**, C.Copotoiu***, G.Simar*

*Disciplina de morfopatologie

**Clinica de Neurologie

***Clinica de Chirurgie nr. I

U.M.F. Târgu-Mureș

Au fost studiate microscopic timusurile și biopsia musculară provenind de la 8 bolnavi cu myastenie gravis, 2 bărbați și 6 femei între 20 și 41 de ani.

La 5 bolnavi, în timusurile îndepărtate chirurgical, s-a pus în evidență o hiperplazie foliculară sub formă de foliculi limfatici asemănători celor din nodulii limfatici, cu tendință de interesare difuză a organului care apărea mărit în volum, corespunzător vârstei bolnavului, sau nu apărea macroscopic mărit. În 2 cazuri s-a constatat un timom limfoepitelial fără atipii.

Examenul microscopic convențional a pus în evidență în țesutul muscular al bolnavilor respectivi modificări necaracteristice sub forma unor mici infiltrate inflamatoare, înmulțirea moderată a țesutului conjunctiv interstițial și uneori, prezența de fibre musculare atrofici. Modificări microscopice caracteristice se pun în evidență prin metode imunohistochimice cu anticorpi monoclonali pentru receptori de acetilolină de la nivelul plăcii neuromusculare, care demonstrează o scădere semnificativă a numărului acestor receptori în myastenia gravis, spre deosebire de sindromul miastenic Lambert-Eaton caracteristic bolnavilor cu tumori maligne.

Rezultatele exprese, confirmând în general datele din literatura medicală cu privire la incidența predilectă a miasteniei grave la femei tinere, subliniază importanța examenului anatomo-patologic microscopic pentru stabilirea diagnosticului exact al bolii.

STUDIUL MORFOMETRIC AL MODIFICĂRILOR VASCULARE PULMONARE LA BOLNAVI CU MALFORMAȚII CARDIACE CONGENITALE

Denis Mihai, I.Egyed-Zs.

Disciplina de morfopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

După prezentarea principalelor tipuri de malformații cardiace congenitale cu hipertensiune în mica circulație, precum și a leziunilor histopatologice ale peretelui arterial pulmonar apărute în condițiile unei asemenea stări hemodinamice este prezentată metoda morfometrică, considerată ca o modalitate obiectivă de evaluare ale acestora.

Propusă de către *Haworth* în 1983, metoda se bazează pe recoltarea unor date referitoare la grosimea peretelui arterial, diametrul total și a lumenului, date care cu ajutorul unor formule matematice dau naștere unor valori, care exprimă cifric modificarea patologică.

Examinând aceste valori la diferitele segmente ale traseului arterial autorii au reușit ca prin prelucrarea lor computerizată să obțină curbe grafice caracteristice fiecărui tip lezional, determinând totodată și segmentul arterial cel mai afectat al arborelui arterial pulmonar.

STUDIUL MORFOPATOLOGIC AL MALFORMAȚIILOR EXTREMITĂȚII CEFALICE

Ildikó Vass, I.Egyed-Zs.

Disciplina de morfopatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Bazat pe studiul unui material necroptic de cinci ani sunt recapitulate principalele grupe de malformații ale capului, cu accent deosebit asupra patogenzei și etiologiei lor. Descrierea morfologică a principalelor forme, paralel cu cele mai importante semne clinice și paraclinice, constituie un ajutor important în recunoașterea lor. Datorită faptului că multe din malformațiile externe ale craniului facial și cerebral se asociază unor altor modificări patologice malformative interne, o dată cu descoperirea acestora se cere efectuarea tuturor examinărilor pentru obținerea imaginii de ansamblu a bolii malformative în vederea instituirii celor mai adecvate măsuri de tratament.

Lucrarea are și o importanță stomatologică deosebită vizând studiul morfologic al anomaliilor maxilofaciale, aducând astfel un aport deosebit în dezvoltarea posibilităților de diagnostic și de tratament.

PEDIATRIE (I)

NOI ASPECTE ÎN ALIMENTAȚIA SUGARILOR

Z. Pap, Doina Drașoveanu, Julieta Dunca, Adrienne Horváth,
Virginia Bodescu, Katalin Lazsádi

Clinica de Pediatrie nr. 2
U.M.F. Târgu-Mureș

În ultimii ani în alimentația sugarilor au survenit multe schimbări. Nou-născutul trebuie să fie pus la sân după naștere deja la 50-60 minute. După acest act copilul este alimentat la cerere, acesta fiind agitat. Nu se administrează ceai îndulcit sau soluție de glucoză, doar apă fiartă. Sugarul și mama din aceste motive trebuie să fie amplasați în același salon.

Se alăptează și în cursul nopții până când sugarul necesita aceasta. Este de preferat ca până la vârsta de 4-6 luni copilul să fie alimentat la sân.

Lapte integral sau lapte praf integral nu se administrează deloc până la vârsta de 6 luni. Nu admitem consumarea bananei și a roșiilor până la vârsta de 1 an, acestea fiind alergizante. Această alergie de obicei se manifestă în jurul vârstei de 4-5 ani în formă de astm bronșic sau dermatolalergie.

VĂRSĂTURILE CICLICE CU ACETONEMIE. MIT SAU REALITATE?

C. Rusnac, Marcela Sigmirean, Lucia-Sanda Fetea, L. Neagoș, Anca
Sglimbea, C. Bancoș, Carmen Necula

Clinica de Pediatrie nr. 3
U.M.F. Târgu-Mureș

Dat fiind faptul că de la descrierea primului caz de vărsături ciclice cu acetonemie (VCA) au trecut peste 110 ani (Gee, 1882), iar în Tratatul de Pediatrie, vol. 2, din anul 1984 nu li se acordă decât 5 rânduri (deși în practică se întâlnesc relativ frecvent), autorii au dorit să reactualizeze problema acestor vărsături studiind cele 71 cazuri internate în ultimii 3 ani în Clinicile de Pediatrie nr. 2 și 3. Criteriul de selecție a fost pe lângă prezența halenei cu miros de acetonă și a acetonuriei, existența a cel puțin 3 crize de astfel de vărsături în antecedente (după Royer și Lestrade, 1959). Vârsta

copiilor a variat între 4 și 12 ani, raportul fete/băieți fiind de 45/26. În ce privește anotimpul și lunile anului, cele mai multe cazuri s-au înregistrat la sfârșitul iernii și începutul primăverii (lunile februarie, martie și mai ales aprilie). În antecedentele acestor copii s-au găsit suferințe la naștere, convulsii febrile, alergii diverse, iar în familie: migrene, astm, obezitate, epilepsie. Factorii declanșatori ai crizelor de VAC au fost: stresul emoțional, obosala, schimbarea de mediu, răul de transport, greșelile alimentare și infecțiile faringoamigdalene. Toți copiii au prezentat cetoză (uneori severă) și chiar acidocetoză. Examenul neuropsihic a arătat că este vorba de copii labili emoțional, nervoși, sensibili, anxioși, cu stigme neurovegetative (crize de roșeață sau paloare, lipotimii, palpitații cardiace, colaps ortostatic).

Așa cum se consemnează și în literatura medicală, crizele de VAC au dispărut până la pubertate, iar tratamentul a constat din perfuzii cu soluții clorurosodice și glucozate, sub acoperire de antiemetice.

INVESTIGAȚIILE IMUNOLOGICE ÎN REUMATISMUL ARTICULAR ACUT

I. Munteanu, Oana Mărgineanu, Amalia Făgărășan

Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

Reumatismul articular acut (RAA) complicație a streptococului beta-hemolitic, la noi în țară a scăzut mult atât ca incidență cât și ca prevalență, din momentul instituirii obligației de depistare și asanare a purtătorilor de germeni precum și a tratamentului cu penicilină timp de 10 zile a faringitelor streptococice.

Rezultatele măsurilor de combatere a streptococilor a făcut ca în jud. Mureș numărul cazurilor absolute să scadă de la 36 în 1985 la un singur caz în 1994.

Pe un lot de 100 cazuri de RAA s-a urmărit evoluția principalelor investigații imunologice care se efectuează la acești bolnavi. Pentru precizarea diagnosticului în afara criteriilor majore și minore cunoscute este obligatorie dovada infecției streptococice. Astfel, titrul ASLO (N = 250 u Tedd) crește la 10-14 zile după infecție, ajunge maxim la o lună și apoi scade lent, până la 6-8 săptămâni, iar în câteva cazuri (4) timp de 3 luni. Dacă titrul ASLO rămâne crescut în pofida celorlalte semne clinice și biologice trebuie căutat un focar de infecție în sfera ORL sau stomatologică. În literatură străină se menționează că până la 20% din cazurile de RAA titrul ASLO poate fi negativ, motiv pentru care se practică testul la streptază (titrul putând fi pozitiv și pentru alte grupe de streptococi). În cele 64 de cazuri, titrul ASLO a fost întotdeauna pozitiv.

Scăderea complementului ($n=80-100$ u.i.) a fost precoce și a revenit la normal între 10 zile și 6 săptămâni

Neexistând simptome patognomonice de diagnostic pozitiv în RAA, afecțiune deja rară, este bine ca investigațiile imunologice să fie efectuate concomitent pentru trei afecțiuni: RAA, artrită cronică juvenilă și LES (factorul reumatoid, anticorpii antinucleari și celulele lupice).

EXPLORAREA FUNCȚIEI RESPIRATORII A PLĂMÂNULUI ÎN FAZA CLINICĂ ASIMPTOMATICĂ A ASTMULUI BRONȘIC LA COPIL

Csilla Todea, Zsuzsa Béres

Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

La copilul astmatic în perioada asimptomatică examenul funcțional pulmonar este necesar pentru evidențierea obstrucției bronșice neobservabile clinic, dar care necesită tratament bronhodilatator și/sau antiinflamator până la normalizarea stării funcționale.

Pe un lot de 30 bolnavi cu astm bronșic alergic am efectuat examene ale funcției respiratorii cu spirometru portabil MICROSPIRO HI-198, dotat și cu un sistem de tipărire a rezultatelor pe hârtie: CV, VEMS, indicele Tiffenau, PEF, FEF 25-50-75%. Bolnavii cu limita de vârstă între 6-16 ani, cu forme clinice moderate de astm alergic la praf de casă cu intricare infecțioasă, au beneficiat de un tratament complex pe o perioadă de 3 luni. Valorile spirometrice la bolnavii clinic aparent asimptomatic arătau un grad variabil de bronhoobstrucție, indicind necesitatea continuării tratamentului adecvat bronhodilatator și antiinflamator.

BRONȘIOLITA ACUTĂ. CONSIDERAȚII CLINICO- TERAPEUTICE ASUPRA CAZURILOR INTERNATE ÎN CLINICA DE PEDIATRIE NR. 3 ÎN 1994

Liliana Vilecanu

Clinica de Pediatrie nr. 3
U.M.F. Târgu-Mureș

Bronșiolita acută - boală respiratorie de etiologie virală- frecvent întâlnită la vârstele mici este o afecțiune potențial severă, cu risc mare de insuficiență respiratorie. Datorită acestui fapt, diagnosticul de formă clinică

de gravitate se impune a fi precizat cât mai precoce, pentru a se putea aplica - în funcție de aceasta - un tratament cât mai adecvat. În acest scop, am analizat 55 cazuri de bronșiolită acută internate în clinica de Pediatrie nr. 3 în cursul anului 1994. După forma clinică de gravitate, cele 53 cazuri s-au distribuit astfel: Forme ușoare (discrete) de boală, 12 cazuri; forme moderate, 22 cazuri; forme severe, 15 cazuri și foarte severe, 4 cazuri. În funcție de aceste 4 forme clinice de gravitate, stabilite pe baza unor criterii clinice în principal (ritmul respirator, gradul dispneei, al tirajului, al stării de hidratare, prezența sau absența cianozei, a crizelor de apnee și a stării de conștiință mai mult sau mai puțin afectată), recomandăm, în funcție de rezultatele obținute, 4 categorii de măsuri terapeutice, mergând de la îngrijiri la domiciliu (în cazurile ușoare de boală) și până la internarea în servicii de terapie intensivă fiind necesare intubație sau ventilație mecanică, administrarea de corticoizi i.v., antibiotice i.v., oxigen umidificat, bronhodilatatoare în aerosoli, teofilină i.v., adrenalină s.c. și, bineînțeles, monitorizare. În felul în care a fost concepută și realizată, lucrarea se constituie într-un ghid diagnostic și terapeutic, ușor reținut mai ales de medicii pediatri care asigură asistența primară a copiilor.

TUBERCULOZA LA COPIL ÎN PATOLOGIA CLINICII DE PEDIATRIE NR. 1, TÂRGU-MUREȘ

Beatrice Gabor, Csilla Todea, Marnela Gabor, Amalia Făgărășan, Eva Kiss

Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

Autori evaluează frecvența dificultăților de diagnostic pozitiv în diferite forme clinice ale infecției cu bacilul Koch la copil, studiind cazuistica Clinicii de Pediatrie nr. 1 Tg.-Mureș între anii 1990-1994.

Frecvența bolii în populația infantilă este în creștere. S-au depistat în 1990: 3; 1991: 2; 1992: 1; 1993: 10; 1994: 10 cazuri de tuberculoză infantilă în patologia Clinicii de Pediatrie nr. 1.

Dificultățile de diagnostic pozitiv derivă din faptul, că la copil prima infecție tuberculoasă poate fi asimptomatică sau prezintă simptome nespecifice, testul screening IDR la tuberculină deseori este echivoc, examenele de laborator sunt nespecifice, dacă leziunea primară este mică semnele radiologice pulmonare sunt greu detectabile, probele bacteriologice din aspiratul gastric și matinal și evidențierea bacilului din exudate și țesuturi rămânând cea mai directă metodă de diagnostic la copil.

ASPECTE CLINICO-RADIOLOGICE ÎN UNELE VÂRSĂTURI ALE SUGARULUI

Lucia-Sanda Fetea, C.Rusnac, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean,
L.Neagoș, B.Voicu, Anca Sglimbea, C.Bancoș

Clinica de Pediatrie nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

După cum se știe, în cursul primului an de viață, vărsăturile constituie un simptom sau sindrom frecvent întâlnit, atât în numeroase stări patologice, cât și în afara oricărui semn de boală. Datorită acestei frecvențe crescute, ele par la prima vedere manifestări banale, lipsite de o semnificație deosebită. În realitate există la sugar, începând cu perioada de nou-născut și spre deosebire de copilul mai mare, o serie de îmbolnăviri digestive sau extradigestive în care vărsăturile domină într-atât tabloul clinic, încât devin prin ele însele capabile să-i altereze profund starea de nutriție și de sănătate, punându-i în pericol chiar viața. În asemenea cazuri, numai diagnosticul precoce al afecțiunii sau circumstanțelor cauzatoare de vărsături și luarea imediată a unor măsuri energice poate împiedica evoluția lor malignă.

Din numărul mare al cazurilor de copii 0-1 an prezentând la internare vărsături ca simptom ce domină tabloul clinic, autorii au selecționat numai acele cazuri care s-au pretat la un diagnostic etiologic prin efectuarea unei radiografii esofago-gastrice după introducerea pe sondă a unei soluții de Odiston 75%. Astfel, autorii prezintă cazuri de atrezie de esofag, cazuri de stenoză hipertrofică de pilor sau numai spasm piloric, cazuri de plicatură gastrică și de reflux gastroesofagian, tot atâtea cauze de vărsături la vârsta de sugar mai mic sau mai mare. Aceasta, pentru a sublinia importanța examenului radiologic pentru precizarea diagnosticului etiologic al unei vărsături la această vârstă.

SINDROMUL HEMORAGIC DIN BOALA DIAREICĂ ACUTĂ GRAVĂ A SUGARULUI. COAGULOPATIE DE CONSUM SAU DE PRODUCȚIE?

Marcela Sigmirean, C.Rusnac, Maria Florișteanu, L.Neagoș,
Terezia Szöcs, Lucia-Sanda Fetea, Anca Sglimbea, B.Voicu

Clinica de Pediatrie nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Boala diareică acută gravă a sugarului poate asocia la tabloul clinic dominat de deshidratare severă și colaps, respectiv șoc hipovolemic, și manifestări hemoragice care întunecă prognosticul imediat al bolii. Cauza

acestor hemoragii este uneori greu de stabilit într-o afecțiune cu evoluție pe cât de severă pe atât de rapidă uneori, ceea ce ridică probleme dificile de conduită terapeutică. În ultimă instanță este vorba de o coagulopatie de producție sau de consum, aceasta este întrebarea pe care și-o pune medicul de salon la patul bolnavului. Pentru a răspunde la această întrebare, autorii au cercetat la un lot de 45 de sugari cu enterocolite acute grave câteva teste ale hemostazei, respectiv numărul trombocitelor, fibrinogenul plasmatic, timpul de protrombină, produșii de degradare ai fibrinei, aspectul frotiului de sânge periferic, dar și starea ficatului prin determinarea transaminazelor. S-a luat în considerare vârsta sugarilor, starea lor de nutriție, tipul de alimentație ca parametri de fond biologic și, bineînțeles, tipul și gradul de deshidratare. Astfel, afectarea hemostazei prin alterarea uneia sau a mai multor probe ale coagulării a fost decelată într-un număr mai mare de cazuri decât au arătat-o manifestările clinice hemoragice. Pe de altă parte, teste alterate ale coagulării martore ale prezenței unui sindrom de CDI, s-au întâlnit la mai puțini bolnavi (20%) decât la cei care sângerau având și o suferință hepatică tradusă prin valori ridicate ale TGP peste 50 u.i. (46,7%). Rezultă de aici că sindromul hemoragic din boala diareică acută gravă a sugarului pare să fie mai frecvent rezultatul unei coagulopatii de producție decât al uneia de consum.

ULCERUL DE STRES ÎN PATOLOGIA PEDIATRICĂ

D. Georgescu, Ana Popescu, I. Munteanu, Monica Marton

Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

Ulcerapiile de stres reprezintă leziuni multiple și majoritar superficiale ale tubului digestiv, apărute în strânsă legătură cu anumite condiții patologice foarte stresante pentru organism.

Deși mai rare în practica pediatrică, prevenirea, diagnosticarea și tratarea lor este de mare importanță în terapia stărilor critice a copilului.

Autorii, pe baza cazuisticii Clinicii de Pediatrie nr. 1 analizează stările patologice care au fost însoțite cel mai frecvent de asemenea leziuni, dintre care stările septice ocupă locul principal.

Manifestarea clinică cea mai importantă a fost hemoragia digestivă superioară, cu o severitate variabilă, care a influențat în multe cazuri evoluția bolii de bază, fiind un element de gravitate.

Sunt analizate elementele patogenetice esențiale ale ulcerelor de stres, principiile de diagnostic pozitiv și diferențial. Sunt prezentate efectele terapiei cu Cimetidină și antiacide, precum și aspecte ale prognosticului imediat și tardiv.

RAHITISMUL ÎN ACTUALITATE

D. Buțu, I. Muntean

Clinica de Pediatrie nr.1

U.M.F. Târgu-Mureș

Lucrarea este un studiu retrospectiv, statistico-matematic, care cuprinde 176 copii rahitici internați în Clinica de Pediatrie nr. 1 din Tg.-Mureș în anii 1992-1993-1994, studiu prin care s-a urmărit în principal ponderea pe care o dețin diverși factori etiologici în producerea rahitismului carențial la sugar și copilul mic.

Concomitent s-au urmărit principalele forme clinice de manifestare și unele aspecte ale tratamentului profilactic și curativ.

Din concluziile lucrării se desprinde faptul că manifestările osoase craniene sunt prezente în procentajul cel mai mare (66,47%) din totalul cazurilor. Anemia rahiticului a fost prezentă în proporție de aproximativ 70%.

În 88,67% din cazuri se găsesc implicați în etiologie între 2 și 6 factori favorizanți, ceea ce înseamnă că numai profilaxia cu vitamina D nu este suficientă.

Nici profilaxia cu vitamina D nu se efectuează corect. Astfel, 17,61% din pacienți nu au efectuat profilaxia cu vitamina D, iar în 22,37% din cazuri aceasta a fost incomplet efectuată. Una din metodele profilactice ar fi îmbogățirea sistematică a laptelui praf cu vitamina D. Acest mod de profilaxie utilizat în numeroase țări europene, în SUA și Canada, și-a dovedit eficacitatea, rahitismul carențial devenind foarte rar în aceste țări.

Lucrarea cuprinde și referințe clinice privitoare la rahitismul adolescentului, rahitismul hipomagnezemic, precum și unele aspecte terapeutice.

Prin incidența crescută, prin multitudinea de factori favorizanți implicați în etiologie, prin profilaxia cu vitamina D incomplet efectuată și existența unor forme cu hipomagnezie, rahitismul carențial vitamino-D-sensibil este o problemă de larg interes.

CU PRIVIRE LA UNELE ASPECTE LEGATE DE TERAPIA ACTUALĂ A SINDROAMELOR NEFROTICE LA COPIL

Daniela Grebănaș

Clinica de Pediatrie nr.3

U.M.F. Târgu-Mureș

Dat fiind faptul că nefrologia pediatrică a suferit în ultimele decenii mutații senozase în ceea ce privește frecvența și timpul nefropatiilor glomerulare (scăderea drastică a numărului glomerulonefritelor poststreptococice și creșterea

sindroamelor nefrotice, mai ales impure), am dorit să vedem în ce măsură aceste mutații au influențat și tratamentul actual al glomerulonefrozilor. Se constată mai întâi că vârsta de debut a sindroamelor nefrotice s-a deplasat cu mult peste 4 și mai ales 6 ani, un al doilea puseu de frecvență întâlnindu-se peste 10-12 ani. De asemenea, în antecedentele acestor copii nu am găsit decât foarte puține afecțiuni care să justifice apariția unui sindrom nefrotic impur (1 caz de LES, 1 caz de tuberculoză pulmonară și 2 cazuri de purpură Schönlein-Henoch), ceea ce înseamnă că cele mai multe cazuri de SN impur sunt așa-zis primitive cu leziuni de glomerulonefrită. De aici și mutații importante în ce privește tratamentul acestor forme de sindroame nefrotice, autoarea studiind cu precădere terapia corticoterapică și cea citostatică. Mai puține sindroame nefrotice, chiar pure la debut, au răspuns la corticoterapia aplicativă, vindecându-se după primul puseu, cele mai multe recidivând și necesitând (în cazul celor impure chiar de la început) introducerea și a citostaticelor. În final am analizat rezultatele obținute cu această din urmă terapie, făcând aprecieri asupra tipului de citostatic, folosit și a duratei administrării sale.

ASPECTE CLINICO-PARACLINICE ALE GLOMERULONEFRITELOR LA COPII

Alina Grădinaru

Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

Glomerulonefritele sunt afecțiuni renale de tip inflamator-proliferative cu localizare preponderantă la nivelul glomerulilor.

Autorii au studiat unele aspecte clinico-paraclinice ale glomerulonefritelor la copiii internați în Clinica de Pediatrie nr. 1 Tg.-Mureș și au constatat corelații între formele clinice, aspectele proteinuriei (cantitativă și calitativă) și evolutive.

În concluzie s-a demonstrat că glomerulonefritele acute primitive (poststreptococice, postinfecțioase) prezintă o proteinurie glomerulară moderată, inițial neselectivă sau parțial selectivă, care pe parcursul evoluției se transformă în fiziologică, în timp ce glomerulonefritele secundare (nefrite Schönlein-Henoch) prezintă o comportare diferențiată: glomerulară moderată, rar masivă și selectivă, și o evoluție favorabilă.

ASPECTE CLINICO-PARACLINICE ALE REFLUXULUI VEZICO-URETERAL LA COPII

Eva Kiss, Daniela Corlaci

Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

Refluxul vezico-ureteral poate să fie cauza sau consecința infecției tractului urinar. Nediagnosticat și netratat este una dintre cauzele sclerozării interstițului renal.

Autorii au studiat cazurile de reflux vezico-ureteral, internate în Clinica de Pediatrie nr. 1 Tg.-Mureș și au analizat aspectele clinico-paraclinice (biologice, urinare, imagistice), terapeutice și evolutive ale bolnavilor.

În concluzie s-a demonstrat că tratamentul medicamentos (profilaxia infecției tractului urinar) instituit precoce și susținut, asociat cu cel chirurgical (în gradele avansate) este modelul terapeutic cel mai adecvat.



PEDIATRIE (II)

LOCUL ȘI ROLUL MALFORMAȚIILOR CONGENITALE ȘI AL ANOMALIILOR DE POZIȚIE ALE TUBULUI DIGESTIV ÎN PRODUCEREA VĂRSĂTURILOR LA SUGAR

Doina Drașoveanu, Z.Pap, E.Balint, Cristina Orasan, Daniela Marcu, Virginia Bodescu

Clinica de Pediatrie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Între manifestările clinice pentru care un medic pediatru este cel mai adesea solicitat, vărsăturile reprezintă unul din simptomele cele mai frecvent întâlnite. Aceasta nu înseamnă ca vărsătura este un simptom banal, chiar dacă, așa cum afirmă Glazmann: "sugarul și copilul mic au o tendință fiziologică la vărsături". Vărsătura în patologia pediatrică reprezintă un semn de falsă banalitate prin consecințele ei și pentru că poate constitui semnalul unor afecțiuni severe, care potențial pun în pericol viața sugarului.

Lucrarea de față se vrea o reactualizare a unor cunoștințe legate de un simptom pe cât de frecvent, pe atât de important în practica pediatrică.

S-au luat în studiu cazurile de sugari cu malformații ale tubului digestiv, internate și diagnosticate în Clinica de Pediatrie nr 2 și 3 pe o perioadă de 10 ani, căutând să stabilim rolul lor în producerea vărsăturilor, în raport cu factorii favorizanți: alimentația, handicapuri biologice, prezența unor boli asociate.

MALFORMAȚII CONGENITALE CARDIACE ÎN CADRUL SINDROAMELOR POLIMALFORMATIVE CROMOZOMIALE ÎN JUDEȚUL MUREȘ PE PERIOADA 1985-1994

Márta Grün, Rodica Togănel***

*Policlina Județeană de Copii Târgu-Mureș, Cabinetul de Boli Genetice și Malformații Congenitale

**Clinica de Pediatrie nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Malformațiile cardiace congenitale se asociază frecvent sindroamelor polimalformative, prognosticul afecțiunii cardiace fiind semnificativ influențat de sindromul polimalformativ.

S-au analizat 189 de sindroame polimalformative în patologia județului Mureș, aflate în evidența Cabinetului de Boli Genetice și Malformații Congenitale pe perioada 1985-1994. Din aceste sindroame 46 au fost cromozomiale. La 73,9% din ele s-au întâlnit malformații congenitale cardiace (34 de cazuri). Analizând pe tipuri de sindroame cromozomiale, la sindromul Down, malformații cardiace s-au întâlnit la 76,3% din cazuri, la sindromul Edwards 100%, la sindromul Patau 50%. Se analizează de asemenea tipurile anatomo-patologice întâlnite și modul de asociere a malformațiilor cardiace cu alte malformații.

Recunoașterea și diagnosticul acestor asocieri este importantă în evaluarea prognosticului privind la dezvoltare, complicații imediate precum și evoluția bolii, sfat genetic.

INCIDENȚA SINDROMULUI WILLIAMS ÎN CADRUL SINDROAMELOR POLIMALFORMATIVE ASOCIATE CU MALFORMAȚII CARDIACE CONGENITALE ÎN EVIDENȚA CLINICII DE PEDIATRIE NR. 1 CARDIOLOGIE

Rodica Togănel*, Mărta Grun, I. Munteanu***

*Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

**Policlina Județeană de Copii Târgu-Mureș, Cabinetul de Boli Genetice și Malformații Congenitale

Malformațiile cardiace congenitale sunt frecvent asociate cu malformații extracardiace, în statistica noastră 34%. În cadrul asocierii malformațiilor extracardiace (maiore sau minore) trebuie avut în vedere un sindrom malformativ specific.

Sindromul Williams face parte din grupa sindroamelor polimalformative cu etiologie heterogenică, malformațiile cardiace fiind asociate într-un procent de 75%. Autorii prezintă cazurile de sindrom Williams asociate cu malformații cardiace congenitale (facies tipic, grad variabil de retard mintal, stenoză aortică supravalvulară), incidența sindromului fiind de 9% dintre sindroamele polimalformative și 0,3% din totalul de malformații cardiace congenitale dispensarizate de serviciul nostru; sunt detaliate etapele diagnosticului pozitiv, posibilitățile terapeutice și prognosticul bolii.

Diagnosticul sindroamelor polimalformative cu malformații cardiace sunt importante în aprecierea atitudinii terapeutice optime precum și în evaluarea prognosticului bolii.

UN CAZ DE SINDROM DIDMOAD

Julietta Dunca, P. Dărdău, J. Csidey

Clinica de Pediatrie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Sindromul *Didmoad* cunoscut și sub numele de *Wolfram* este un defect genetic rar, cu transmisie autosomal recesivă în care apar asociate diabetul insipid (DI), diabetul zaharat (DZ), atrofia optică (AO) și surditatea (D). În afara acestor manifestări subiecții pot prezenta și alte malformații. S-au înregistrat 98 de cazuri până în anul 1982 de către *Dreyer* și colab., sindromul rămânând o entitate clinică destul de rară.

În cazul prezentat de către noi (apărut la un băiat la vârsta de 2 ani și șapte luni), diabetul zaharat este insulino-dependent cu diabet insipid diagnosticat la 12 ani, dar cu debut mult mai timpuriu, posibil în jurul vârstei de 10 ani. Hipoacuzia de percepție a fost pusă în evidență prima dată la vârsta școlară, aceasta accentuându-se în timp la fel ca și tulburările de vedere a căror substrat îl reprezintă atrofia optică.

Datele prezentate indică faptul că ne aflăm în fața unui sindrom de *Didmoad*, având toate elementele caracteristice pentru a susține acest diagnostic.

CONSIDERAȚII ETIOPATOGENICE CU PRIVIRE LA 57 CAZURI DE SINDROM DOWN

Alina Dulău, C. Rusnac

Clinica de Pediatrie nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Deși originea genetică a sindromului Down este bine stabilită, se știe mai puțin despre factorii endogeni (alții decât cei genetici) și, mai ales, despre factorii exogeni (infecții, alcoolism cronic, endocrinopatii materne etc.) și în special, despre vârsta mamei, considerată multă vreme și în mod exclusiv, cel mai important factor de risc.

Au fost luate în studiu 57 de copii cu sindrom Down confirmat genetic, care au fost supuși unei anamneze amănunțite privind starea la naștere și antecedentele credocolaterale, cât și unui examen complet, clinic și paraclinic (ecocardiografie, ECG, radiografie toracică, EEG și hematologic).

S-a ajuns la următoarele concluzii:

1. La copiii studiați, curba de vârstă a mamelor a înregistrat un vârf de incidență crescută între 36 și 40 ani.

2. La 31 mame (54,5% din cazuri) am găsit o serie de factori care ar putea fi incriminați în favorizarea apariției acestei anomalii, pe lângă vârsta mamei, considerată ca cea mai importantă.

3. Malformațiile cardiace congenitale s-au întâlnit la 23 copii (40,4%); cei mai mulți au fost primii născuți, greutatea la naștere și sexul fiind mai puțin importante

DILEMELE OBEZITĂȚII, NUTRIȚIA CORECTĂ LA SUGARI CU PRIVIRE MAI ALES LA ALIMENTAȚIA CU LIPIDE, PROTEINE ȘI HIDRAȚI DE CARBONI

*Adrienne Horváth, Z. Pap, Doina Drașoveanu, Julieta Dunca,
Georgeta Dudaș, Zsuzsa Ágoston, Katalin Lazsádi, K. Zilahi*

*Clinica de Pediatrie nr. 2
U.M.F. Târgu-Mureș*

Obezitatea este o boală frecventă mai ales dacă ne gândim la asocierea de obezitate la hipertonie, diabet, arterioscleroză, hiperlipidemie. Deci avem o situație unde diagnosticul este ușor dar terapia ridică o sumedenie de probleme. Alimentația este funcția de bază a tuturor ființelor vii, care este influențată de factori genetici, hormonal, obiceiuri ~~psihice, culturale~~ religioase, etnice etc.

Sugarul își asigură nevoile energetice cu lipide în 50-55%, 7-16% cu proteine, 35-65% cu hidrați de carboni.

Ponderea cea mai mare în asigurarea lipidelor o constituie trigliceridele. Acestea sunt asigurate în exclusivitate prin laptele matern până la vârsta de 4-6 luni.

Proteinele în alimentația sugarului trebuie să fie prezente în 7-16%. Acestea ar trebui să le asigurăm în primele 5-6 luni de viață prin laptele de mamă, aceasta fiind o proteină de specie care se poate utiliza mai bine în organismul sugarului.

Hidrați de carbon constituie o proporție de 35-65% din necesarul de calorii al sugarului. Acesta este asigurat prin lactoză (lapte), fructoză (miere de albine) și glucoză (zahăr).

INTOLERANȚA FAȚĂ DE FRUCTOZĂ. COPILUL POATE CONSUMA FRUCTE ȘI RĂDĂCINOASE. ÎN CE FORMĂ?

Georgeta Dudaș, Z.Pap

Clinica de Pediatrie nr. 2

U.M.F. Târgu-Mureș

Intoleranța față de fructoză este foarte rară, cauzată de lipsa enzimei fructozei-1-fosfat-aldolazei. Introducerea zaharozei sau fructozei la bolnav provoacă stagnarea greutateii, vărsături, hepatomegalii, stări diareice. Diagnosticul îl putem preciza numai prin încărcarea per oară cu fructoză, respectiv, determinarea fructozaminei la 30, 60, 90, 120 minute. Copiii mai mari nu consumă cu plăcere fructe, respectiv rădăcinoase. În caz de intoleranță față de fructoză, blocajul de enzime împiedică funcțiunea enzimei fosfoglutaminozei care este necesară în transformarea glicogenului în glucoză.

Având în familie o fetiță cu intoleranță față de fructoză am studiat și am realizat o alimentație cu rădăcinoase și fructe care în prealabil sunt fermentate. În acest mod copilul poate consuma rădăcinoasele și fructele fără simptome patologice.

Diagnosticul de intoleranță față de fructoză a fost și este confirmat de 4 ani cu încărcare de fructoză, stări diareice la consumarea fructelor sau rădăcinoaselor, după consumarea fructelor sau rădăcinoaselor neprelucrate, fermentate.

PROBLEME DE DIAGNOSTIC PRIVIND ADENOPATIA PERIFERICĂ LA COPIL

Despina Baghiu, Liliana Adamovici

Clinica de Pediatrie nr. 1

U.M.F. Târgu-Mureș

Adenopatia periferică la copil este o observație clinică aparent banală. Creșterea în volum a ganglionilor limfatici periferici reprezintă de cele mai multe ori un răspuns tranzitoriu al unei infecții locale sau generale dar nu trebuie emis și posibilitatea unor afecțiuni severe. Diagnosticul etiologic al adenopatiei periferice la copii impune două probleme:

1. aprecierea caracterului patologic al adenopatiei și
2. necesitatea puncționării sau a biopsiei ganglionare.

Studiind cazuistica Clinicilor de Pediatrie nr. 1, 2 și 3 pe perioada anului 1994 ne-am permis alcătuirea unui algoritm diagnostic privind adenopatia periferică la copil.

ROLUL MAGNEZIOTERAPIEI ÎN TRATAMENTUL ANEMIEI FERIPRIVE

Maria Florișteanu, Letiția Ciubucă, Virginia Bodescu, Anca Sglimbea, C.Bancoș, B.Volcu

*Clinica de Pediatrie nr. 3
U.M.F. Târgu-Mureș*

Anemia feriprivă este cea mai frecventă dintre anemiile întâlnite la vârsta copilăriei (90%); este cauzată de carența de fier și proteine care determină o insuficiență a maturării eritroblastice.

Rolul deficitului de Mg în apariția și persistența anemiei feriprive după tratamentul marșal se poate explica prin strânsa corelație dintre nivelul Mg eritrocitar și sinteza de hemoglobină, cunoscând rolul ionului de Mg în activitatea unor sisteme enzimactice. Necesarul de Mg al organismului în perioada copilăriei e mai crescut, apărând astfel stări de hipomagneziemie cu repercusiuni asupra metabolismului protidic, glucidic și celular.

Autorii și-au propus, pe baza datelor din literatura de specialitate, să prezinte corelația dintre hipomagneziemie și scăderea sintezei de hemoglobină.

Studiul clinic și terapeutic a fost efectuat pe două loturi de copii cu anemie feriprivă, unul tratat cu sulfat feros (Ferrous sulphate BP a 40 mg Fe elementar/ tb a 200 mg) și al 2-lea tratat cu un preparat care conține sulfat feros și Mg rezultatele dovedindu-se net superioare în cazul celui de-al doilea lot.

APORTUL HEMATOLOGIEI ÎN INFECȚIILE SEVERE ALE SUGARULUI

Dana Moldovan, Ana Popescu

*Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș*

În absența semnelor clinice specifice, semnele hematologice, datorită relativei lor simplități și rapidități în execuție, reprezintă un aport esențial la diagnosticul precoce al infecției bacteriene la sugar.

Autorii fac o analiză a elementelor celor trei linii celulare granulocitară eritrocitară și megacariocitară atât periferic cât și central și prin aceasta o apreciere a valorii diagnostice a acestor parametri. Lotul luat în studiu a fost format din 30 sugari internați în Clinica de Pediatrie nr. 1 între 1 I 1994 - 1 III 1995.

S-a urmărit pe lângă stabilirea diagnosticului etiologic aspectele cuopatologice oferite de frotiurile medulare și s-au făcut corelații cu modificările găsite în sângele periferic.

Infecțiile severe soldate cu modificări ale elementelor sangvine, au fost în general stările septice de la pneumonie, meningită, la boala diareică.

Studiul a evidențiat în aceste infecții grave un număr de stigmatice posibile pe cele trei linii celulare periferic și central. Astfel, modificări pe linia granulocitară în sensul unei hiperleucocitoze cu deviere la stânga a formulei leucocitare, sau o leucopenie sub 4000 L/mm^3 cât și prezența anemiei și/sau trombocitopeniei sunt cele mai frecvent întâlnite.

Pe baza rezultatelor obținute la lotul studiat și a datelor găsite în literatura medicală ne-am permis să facem unele aprecieri asupra utilității practice a testelor menționate în special asocierea testelor uzuale cu punctia medulară pentru diagnosticul precoce al infecțiilor bacteriene severe la sugar, pentru obținerea precoce de elemente de prognostic și evoluție și unele direcții terapeutice.

STUDIUL PROTEINEI S A COAGULĂRII ÎN REGLAREA HEMOSTAZEI LA NOU-NĂSCUT CU SEPTICEMIE

Ana Popescu*, G. Vittu**

*Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

**Spitalul Saint-Antoine Lille, Franța

Dacă nu ar exista mecanisme reglatoare puternice de generare a trombinei, acest proces s-ar extinde din aproape în aproape pentru a duce la un efect coagulant exploziv, o adevărată "furtună enzimatică", care ar transforma tot fibrinogenul în fibrină.

Organismul dispune de un puternic mecanism de autoreglare, reprezentat de inhibitorii fiziologici ai coagulării din care cei mai importanți sunt antitrombina III, proteina C și proteina S a coagulării.

Autorii și-au propus, pe baza cazisticii selectate din secția de reanimare neonatală a Spitalului Saint-Antoine Lille-Franța, analiza proteinei S a coagulării, rolul ei în coagulare și relația ei cu sindromul hemoragic clinic și/sau biologic în septicemie la nou-născut.

Studiul efectuat pe un număr de 37 nou-născuți cu septicemie și comparativ cu un lot martor, a arătat că valorile scăzute ale proteinei S, semnificative din punct de vedere statistic ($p < 0,01$) atestă o activare a procesului de coagulare în septicemie la nou-născut.

ȘOCUL SEPTIC ÎN PEDIATRIE

D. Filip, Ana Popescu

Clinica de Pediatrie nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Șocul septic în patologia pediatrică, cu o frecvență paralelă cu incidența infecțiilor severe, ridică tot mai des probleme, atât pentru pacient, cât și pentru medicul curant.

Autorii fac un studiu clinico-statistic al pacienților internați în Clinica de Pediatrie nr.1 Tg.-Mureș pe o perioadă de 5 ani, studiu care scoate în evidență probleme de diagnostic, gravitatea șocului septic la copil și măsurile terapeutice rapid instituite, de multe ori salvatoare.

Studiul retrospectiv se bazează pe criterii clinice de diagnostic al șocului septic, la care s-au adăugat argumentele în favoarea existenței unui proces infecțios și efectuarea limitată a unor examene complementare strict indispensabile. S-a urmărit apoi evoluția șocului septic în funcție de precocitatea diagnosticului și instituirea rapidă a tratamentului adecvat.

Datorită subtilității manifestărilor clinice la copil, diagnosticul de șoc septic presupune un mare indice de suspiciune, datorat de obicei existenței unor condiții predispozante evidente: perioada neonatală sau de sugar mic, handicapuri biologice (anemie, rahitism, distrofie) și stările de imunosupresie. Când simptomatologia clinică devine ușor de recunoscut, copilul cu șoc septic se află deja într-un stadiu tardiv, iar mijloacele terapeutice rămân de multe ori ineficiente.

Progresele în tratamentul bolilor severe au ca rezultat un mare număr de pacienți cu risc de a dezvolta un șoc. Incidența șocului septic la copil a crescut în ultimii ani datorită pe de o parte creșterii numărului de pacienți imunodeprimați și pe de altă parte utilizării metodelor invazive de terapie intensivă.

Din nefericire, această incidență crescută nu a fost însoțită de scăderea mortalității: majoritatea pacienților cu șoc septic au sucombat, în ciuda terapiei agresive, dacă tratamentul nu a fost precoce instituit.

CONSIDERAȚII GENERALE CU PRIVIRE LA CAZURILE DE SEPTICEMIE INTERNATE ÎN CLINICILE DE PEDIATRIE NR. 2 ȘI 3 ÎN ULTIMII 10 ANI

Liliana Pripas

Clinica de Pediatrie nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Am studiat cazurile de septicemie, 0-16 ani, internate în Clinica de Pediatrie nr. 2 și 3 în ultimii 10 ani (1985-1994). Este vorba de 73 cazuri, a

căror distribuție pe anii calendaristici a arătat o medie de 7,3 cazuri pe an, cu două vârfuri de frecvență a câte 10 cazuri în 1987 și 1992. După vârstă, cele mai multe cazuri s-au întâlnit la sugari (43 cazuri), urmate de 15 cazuri la nou-născuți. În funcție de terenul biologic, cei mai mulți copii cu septicemie au fost distrofici (28 cazuri din 73), apoi rahitici, prematuri și cu malformații cardiace congenitale. Etiologia a fost dominată de germenii gram-negativi (48 cazuri), urmată de cea stafilococică și numai într-o mică măsură de germeni condiționat patogeni. Pe grupe de vârstă, etiologia a fost diferită: la nou-născuți au predominat germenii gram-negativi, în timp ce la sugari și copii peste 1 an, stafilococu s-au situat pe primul loc. După poarta de intrare, în cele mai multe cazuri ea a fost digestivă, apoi respiratorie și mai puțin cutanată, respectiv ombilicală la nou-născuți. Tabloul clinic a variat de asemenea după vârstă, febra lipsind uneori la nou-născuți, la care icterul a fost cel mai important semn clinic, alături de hepatosplenomegalie, hemoragii cutaneo-mucoase. Numărul leucocitelor a fost de asemenea scăzut în unele cazuri. Metastazele au fost cel mai frecvent pulmonare, respectiv pleuropulmonare. Antibioticoterapia s-a aplicat conform antibiogramelor, iar evoluția a fost de peste 3 săptămâni de zile în cele mai multe cazuri. Au decedat 11 copii din cei 73 cu septicemie (cei mai mulți fiind sugari).



CONSIDERAȚII CLINICO-TERAPEUTICE ASUPRA CAZURILOR DE CONVULSII LA COPII INTERNAȚI ÎN CLINICA DE PEDIATRIE NR. 3 ÎN PERIOADA 1990-1994

Virginia Bodescu, Anca Sglimbea, Maria Florișteanu, C.Bancoș, B.Voicu

*Clinica de Pediatrie nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș*

Sindromul convulsiv este reprezentat de crize paroxistice cerebrale, legate de o activitate excesivă și hypersincronă a neuronilor corticali și subcorticali și care se caracterizează prin contracții musculare involuntare tonice, clonice sau tonico-clonice, asociate sau nu cu manifestări neurovegetative, senzoriale sau psihice, tulburări ale conștiinței.

Caracterul controversat privind cadrul nosologic, atitudinea terapeutică, prognosticul imediat și îndepărtat și mai ales relațiile cu tulburările neuropsihice și dificultățile școlare subliniază importanța convulsiei în perioada copilăriei.

La acestea se adaugă frecvența mare și diversitatea condițiilor de apariție, care fac din acest capitol de patologie pediatrică o problemă vastă și dificil de investigat și tratat.

Lucrarea de față își propune studiul convulsiilor sub aspect clinic, paraclinic și al tratamentului la copiii internați în Clinica de Pediatrie nr. 3 în perioada 1990-1994.

Rezultatele obținute confirmă datele din literatura de specialitate și aduce în plus o serie de noi constatări, deschizătoare de noi posibilități în abordarea diagnostică și terapeutică a pacientului cu convulsii.

INTOXICAȚII ACUTE EXOGENE CU SUBSTANȚE COROSIVE LA COPIL

Liliana Badea, Ana Popescu

Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

În ultimele decenii, atât pe plan mondial, cât și în țara noastră, morbiditatea prin intoxicații acute exogene a crescut foarte mult, situându-se de multe ori pe primul loc în ceea ce privește asistența pediatrică de urgență.

Intoxicațiile cu substanțe corosive ocupă un loc special în acest grup de stări patologice, nu atât prin frecvență cât prin problemele de gravitate pe care le ridică în fața practicianului, dar mai ales prin sechelele pe care le produce.

Autorii și-au propus efectuarea unui studiu clinico-statistic asupra cazurilor de intoxicații acute exogene cu substanțe corosive internate în Clinica de Pediatrie nr. 1 pe o perioadă de 10 ani.

Studiul a evidențiat o frecvență de 10,9% din totalul intoxicațiilor acute exogene, cele mai frecvente fiind cele cu substanțe alcaline în special soda caustică, care a produs cele mai grave complicații dar și sechele de durată.

În concluzie, s-a demonstrat că prevenția este cea mai bună metodă de tratament, odată leziunea postcaustică produsă nici o metodă nu înlătură definitiv suferința micului pacient.

ROLUL FACTORILOR PSIHOMOȚIONALI ÎN DUREREA ABDOMINALĂ RECURENTĂ

Amalia Făgărășan, Éva Kiss, Oana Mărginean

Clinica de Pediatrie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

Durerea abdominală recurentă (DAR) este unul din simptomele cele mai frecvente din practica pediatrică. Multe afecțiuni digestive și

extradigestivă pot avea ca unică manifestare acest simptom. Este extrem de dificil de avaluat un copil cu durere abdominală, întrucât la apariția acesteia concură o multitudine de factori.

Într-un studiu prospectiv, cu o durată de doi ani (1.01.1993-1.01.1995) asupra unui lot de 179 de copii, cu vârsta cuprinsă între 4-16 ani, internați în Clinica de Pediatrie nr.1, Tg.-Mureș, pentru dureri recurente abdominale, am cercetat principalele cauze care au concurat la apariția durerii. S-a efectuat în fiecare caz examinarea clinică și investigații paraclinice în vederea decelării substratului organic. În cadrul studiului am aplicat planul lui Green, efectuându-se o atentă evaluare anamnestică a istoricului familial, în vederea obținerii principalelor probleme personale, de dezvoltare sau familiale și a stresurilor.

Rezultatele obținute de noi au relevat o incidență maximă a DAR la grupa de vârstă 10-13 ani, cu predominanță netă a sexului feminin 65,4%. Noi nu am putut stabili o corelație a incidenței DAR cu nivelul intelectual sau social. Frații și surorile acestor copii aveau istoric pozitiv de durere recurentă în 34% din cazuri. Cele mai frecvente simptome de acompaniament au fost cefalea, paloarea, grețurile, capriciile alimentare, ceea ce traduce disfuncția sistemului nervos vegetativ la copil, iar în 17% din cazuri DAR era asociată cu enurezisul nocturn psihogen. În practica curentă este extrem de dificil de a face o distincție netă între boala organică și contribuția factorilor psihoemoționali deoarece în studiul nostru 11 copii prezentau boală ulceroasă, ori în aceste situații ulcerul a furnizat sursa organică de durere și concomitent în toate cazurile s-a decelat stresul emoțional.

GIARDIOZA - STUDIU ASUPRA UNOR ASPECTE IMUNOLOGICE ȘI MANIFESTĂRI NEUROPSIHICE

Sorina Momeu, Maria Florișteanu

Clinica de Pediatrie nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Giardia lamblia este un parazit întâlnit cu o frecvență foarte ridicată în rândurile populației infantile cât și a celei adulte. Printre copii, infecția este facilitată, în special de vârstele mici, de rezistența nespecifică scăzută și de totală ignorare a regulilor de igienă personală.

Tabloul clinic întâlnit în această afecțiune este foarte variat, exprimându-se prin manifestări locale, dar și la distanță, acționând în diverse moduri asupra diferitelor organe și aparate. Alături de semne clinice, subiective și obiective, apar și cele neuropsihice: stare de agitație, somn agitat,

manifestări epileptiforme, bruxism, cefalee, somnolență, enurezis nocturn, ticsuri, amețeli, astenue, tulburări de memorie.

În scopul precizării acestor manifestări am selecționat un lot de 225 copii, 0-16 ani, internați în Clinica de Pediatrie nr.3 Tg.-Mureș, în cursul anilor 1989-1994. Într-un procent de 9,8% din bolnavii selecționați, manifestările neuropsihice au fost primul sau singurul semn de boală, etiologia parazitară fiind demonstrată de cedarea simptomelor la tratamentul anti giardiazic.

La un număr de 30 copii s-au determinat proteinele și Ig serice. S-a constatat o hipergamaglobulinemie, ceea ce poate fi considerată drept un semn indirect al existenței toxinelor giardiei. Această observație este subliniată și de valorile scăzute ale IgA, valori normale în ceea ce privește IgG și valori crescute la IgM.

ASPECTE ETIOPATOGENICE ÎN BOALA DIAREICĂ ACUTĂ A SUGARULUI ȘI COPILULUI MIC

Alexandrina Ioana Borza

Clinica de Pediatrie nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Pe un lot de aproape 500 sugari și copii mici, internați în Clinica de Pediatrie nr.1 Tg.-Mureș cu diagnosticul de boală diareică acută (BDA) s-a urmărit pe durata a doi ani principalele aspecte etiopatogenice ale bolii.

Deși în scădere, incidența BDA este încă crescută fiind prezentă în procentaj de 13,8% din totalul internărilor. Prevalența din mediul rural este mai mare (56,5%) și se explică prin slaba rețea de microcentrale pentru aprovizionare cu apă potabilă în mediul rural. BDA sunt mai frecvente la sugarii mici (31%) și la cei mari (43%). O frecvență mai mare se găsește la prematuri (19%) și la malnutriți (31%) datorită rezistenței mai scăzute la infecții și toleranței digestive scăzute, neexistând o diferență semnificativă în spectrul etiologic.

Dintre factorii determinanți cei mai importanți sunt cei infecțioși (42%) și alimentari (13%). Principalele carențe alimentare sunt alimentația artificială, greșeli în tehnica alimentației și a diversificării alimentației. Într-un număr mare de cazuri (43%) există un determinism mixt (infecțios și alimentar).

Factorii favorizanți existenței în procentaj de 45% constau în principal din condiții necorespunzătoare de locuință și microclimat.

Prin multitudinea de factori implicați în etiologie (determinanți, favorizanți, medicali, sociali) BDA rămâne și pentru viitor o problemă de sănătate publică.

UN CAZ DE SINDROM HEMOLITIC UREMIC CU EVOLUȚIE BENIGNĂ

Camelia Crișan, Simona Crișan, Adrienne Horváth, Katalin Lazsádi

Clinica de Pediatrie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Autorii prezintă rezultatul ultimelor cercetări privind etiologia, patogenезa și tratamentul SHU, pe marginea unui caz de SHU cu evoluție favorabilă. Noua clasificare etiopatogenetică a SHU deosebește următoarele 8 tipuri: 1. SHU endemic, 2. SHU asociat cu producere de neuraminidază, 3. SHU asociat cu infecție cu Shigella, 4. SHU în deficiență de prostaciclina, 5. SHU asociat cu prezența factorului de agregare plachetară, 6. SHU asociat cu prezența de toxine endoteliale, 7. SHU asociat cu hipocomplementemie, 8. Purpură trombotică trombocitopenică. Noile cercetări subliniază importanța dializei precoce și a tratamentului de substituție bine condus. Metodele de tratament eroice (plasmaferезa, adm. de plasmă proaspăt congelată, fibrinoliza, infuzia de prostaciclina) trebuie rezervate cazurilor cu evoluție gravă.



MEDICINĂ INTERNĂ

ACTUALITĂȚI ÎN ETIOPATOGENIA ULCERULUI GASTRIC ȘI DUODENAL

C.Dudea, Ligia Bancu

Clinica Medicală nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

În ciuda cercetărilor intensive, etiologia ulcerului peptic rămâne neclarificată în prezent. Având în vedere procesele multiple care controlează secreția acidului clorhidric și pepsinei precum și capacitatea de apărare și regenerare a mucoasei gastrice, cauza ulcerului pare să fie diferită de la individ la individ. Este dovedit faptul că în majoritatea cazurilor de ulcer gastric și într-un număr substanțial de ulcere duodenale nu avem de a face cu o creștere a secreției acide gastrice.

Cercetări recente s-au concentrat mai mult pe capacitatea de protecție și regenerare a mucoasei gastrice și duodenale. Antiinflamatoarele nesteroidice (AINS) constituie cauza unui număr semnificativ de ulcere gastrice și duodenale; acestea se datorează inhibiției producției de prostaglandine care au un rol protector al mucoasei. În absența AINS și a gastrinoamelor, se pare că majoritatea ulcerelor gastrice și toate ulcerele duodenale sunt cauzate de prezența bacteriei *Helicobacter pylori*. Există dovezi care atestă un rol similar al *H.pylori* cu acela al acidului și pepsinei. Nu se știe dacă bacteria în sine sau procesele inflamatoare de acompaniament sunt factorul cel mai important fiziopatologic.

Între ulcerul gastric și duodenal există deosebiri fiziopatologice. Ulcerul duodenal are ca verigi premergătoare *H.pylori*, duodenita, secreția insuficientă de bicarbonat, față în față cu creșterea moderată a acidului și pepsinei. Se sugerează următoarea ecuație patogenetică: creșterea secreției acide, asociată cu scăderea capacității de tamponare din duoden, induc leziuni duodenale și metaplazie gastrică în duoden. În prezența *H.pylori* din mucoasa antrală, aceasta va coloniza mucoasa metaplazică din duoden, producând inflamația locală. Inflamația sau infecția în sine, va duce la alterarea integrității mucoasei duodenale și la modificări în capacitatea de regenerare, rezultând ulcerarea. Un cerc vicios perpetuu de inflamație, lipsa de regenerare va induce ulcerul gastric.

Ulcerul gastric apare frecvent în lipsa secreției crescute de acid sau pepsină, sugerând importanța patogenică a factorilor de apărare a mucoasei. Combinația dintre inflamație, lipsa de protecție a mucoasei și cantități moderate de acid și pepsină sunt suficiente pentru a induce ulcerarea.

Rămân multe semne de întrebare în percepția corectă a etiopatogenei ulcerului gastric și duodenal. Fiziologia regenerării mucoasei gastrice și mecanismele prin care *H. pylori* și inflamația întrerup funcțiile normale ale mucoasei gastroduodenale, reprezintă domenii interesante ale unor investigații în viitor.

STRONGILOIDOZA GASTRICĂ MASCATĂ SUB BOALA ULCEROASĂ

P. Ionesi, E. Vilther

*Catedra de Morfopatologie
Universitatea de Medicină "N. Testemiracu", Chișinău*

E cunoscut faptul că în strongiloidoză (factor etiologic-*Strongiloides stercoralis*) pe prim plan se situează afectarea intestinului subțire, infecția fiind uneori și oportunistă în SIDA. În lucrare sunt prezentate 3 cazuri de strongiloidoză cu localizare gastrică rar întâlnită și insuficient cunoscută de medicii interniști. În aspect clinic maladia (2 cazuri) a fost eronat apreciată în calitate de ulcer cronic, pentru care s-a efectuat rezecție a 2/3 din stomac. Al treilea caz se caracterizează prin peritonită difuză pe fond de ulcer perforat, procese soldate cu decesul bolnavului.

La macroscopie în stomacurile examinate s-au constatat defecte ulceroase atingând straturile musculare, iar în al treilea și seroasa, cu diametrul aproximativ de 1,5 cm, marginile și fundul la palpare moi, elastice, suprafața rugoasă, culoarea cenușie-roză.

Examenul microscopic cu utilizarea de metode de rutină, pune în evidență structuri fragmentare de helminț precum și depuneri de ouă solitare sau în grupe. De menționat localizarea acestora în regiunea fundului marginilor ulcerărilor și țesuturilor adiacente. Microscopia relevă de asemenea reacție tisulară cauzată de parazit parcursă în două etape. La debutul maladii se dezvoltă un proces alterativ-necrotic acut, edem, hiperemie, necroză fibrinoidă în perețele vascular, eozinofilie și neutrofilie.

Treptat manifestările morfologice acute îmbracă un caracter sclero-proliferativ, apar celule gigante multinucleare tip corp străin, infiltrate limfoplasmocitare. Eozinofilia diminuată, persistă. Semne morfologice în favoarea bolii ulceroase nu s-au depistat.

Autoinfecția cronicizează procesul, din care cauză se atenționează efectuarea de diagnostic diferențial minuțios și aplicarea de tratament corespunzător. Endoscopia cu biopsia materialului recoltat din ulcerul gastric ar contribui la stabilirea diagnosticului veritabil.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC PRIN ALCOOLIZARE A HDS DE ORIGINE ULCEROASĂ

Daniela Dobru, F.Boga*, N.Seucea*, P.Ilniczky***

*Clinica Medicală nr.3

**Clinica de Chirurgie nr.2

U.M.F. Târgu-Mureș

Hemoragiile digestive superioare (HDS) de origine ulceroasă, preocupă asiduu pe toți cei confrunțați cu patologia medico-chirurgicală, ea grevând unitățile spitalicești de o morbiditate și mortalitate deloc neglijabile.

Achizițiile pe plan mondial din ultimele decade au lărgit de altfel posibilitățile de explorare și interpretare a HDS și au sporit gradul de eficiență a unor gesturi terapeutice.

În acest context, lucrarea de față prezintă cazuri de HDS de origine ulceroasă rezolvate prin injectare transendoscopică a unor agenți hemostatici, metoda și protocolul de operare fiind arătate mai pe larg în lucrare.

Importanța tehnicii rezidă în avantajele medicale și socio-economice oferite de metodă: costul redus, scăderea ratei de spitalizare, scăderea ratei de morbiditate și mortalitate, accesibilitate crescută.

GASTROPAREZA LA BOLNAVII DIABETICI

F.Boga, Daniela Dobru, A.Incze, S.Cotoi

Clinica Medicală nr.3

U.M.F. Târgu-Mureș

Studiile experimentale au demonstrat că un procent de 75% a bolnavilor diabetici prezintă simptome gastrointestinale.

Una din cele mai frecvente manifestări digestive la bolnavul diabetic este așa-numita gastropareză diabetică, expresia neuropatiei autonome.

Lucrarea de față analizează cazuri cu tulburări dispeptice de tip evacuare întârziată la care s-au exclus endoscopic și prin pasaj baritat alte patologii răspunzătoare de simptomatologia dispeptică

În studiu au fost incluși bolnavi diabetici atât insulinodependenți cât și noninsulinodependenți, selectați pe baza unui chestionar prezentat mai pe larg în lucrare.

Importanța lucrării rezidă din dificultatea echilibrării metabolismului glucidic a unui bolnav diabetic cu fenomene de gastropareză diabetică datorită tulburărilor de digestie-absorbție concomitente.

AFECTIUNI ASOCIATE ȘI FACTORI FAVORIZANȚI AI ESOFAGITEI DE REFLUX

Ligia Bancu, Simona Băgađă, Ana Bratu, Imola Török, Ilona Csidey

Clinica Medicală nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Esofagita de reflux este o afecțiune frecventă pe care o găsim asociată altor maladii care pot favoriza refluxul patologic gastroesofagian.

Scopul studiului nostru, constă în analiza bolilor asociate esofagitei de reflux în cazuistica serviciului nostru de endoscopie digestivă, pe o perioadă de trei ani (1992-1994).

Diagnosticul clinic de esofagită de reflux a fost urmat de examinarea endoscopică și biptică în toate cazurile. Pe baza examenului endoscopic s-a pus diagnosticul de reflux la un număr de 286 cazuri. Leziunile macroscopice au determinat clasificarea după criteriile Savary Miller în esofagita peptică gradul I, II, III.

Bolile asociate esofagitei de reflux în cazuistica noastră au fost: ulcer duodenal (30%), stomac operat (24%), ciroză hepatică cu ascită (20%), hernie hiatală (8%), cord pulmonar cronic (8%), colecistectomie (6%), gastropatie diabetică (4%).

Refluxul esofagian a fost favorizat de: fumat (33%), alcool (53%), droguri (40%), asocieri (53%).

Helicobacter pylori a fost prezent în 68% din cazuri.

În bolile asociate frecvent esofagitei de reflux, ca și în prezența factorilor favorizanți, mucoasa esofagiană trebuie examinată sistematic în scopul surprinderii leziunilor într-o fază precoce și evitării evoluției spre stadii avansate, după care, cum se știe reprezintă etapa premergătoare dezvoltării cancerului esofagian.

DUODENITA CU EXULCERAȚII MULTIPLE ASOCIATĂ INFESTAȚIEI CU GIARDIA LAMBLIA

*Simona Bătagă, Ana Bratu, Ligia Bancu, Imola Török, Rodica Rediș,
Cristina Hajdu, C.Dudea*

*Clinica Medicală nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș*

În ultimii ani infestația cu *Giardia lamblia* este din ce în ce mai frecventă, cu manifestări clinice polimorfe și o serie de modificări endoscopice. Scopul acestui studiu este de a corela modificările endoscopice cu aspectele clinice și histopatologice.

Endoscopia digestivă superioară efectuată în cadrul Clinicii Medicale nr. 1 a pus în evidență 17 pacienți cu aspect particular de duodenită: bulbul și a doua parte a duodenului prezentau exulcerații adânci, concentrice, cu o mucoasă palidă în jur. S-au efectuat biopsii din a doua parte a duodenului, din bulb și din antru. Simptomele clinice ale bolnavilor au fost: dureri epigastrice (88,8%), meteorism și flatulență (82,3%), acuze neuropsihice (64,7%), alergii (58,8%), greață (47,0%), scădere în greutate (41,1%), diaree (29,4%).

În biopsiile duodenale s-a pus în evidență un mare număr de *Giardia lamblia*, cu atrofie accentuată a vilozităților și o reacție inflamatorie, infiltrat cu neutrofile și eozinofile. În 4 cazuri din biopsia gastrică s-a pus în evidență *Helicobacter pylori*, iar în două cazuri *Giardia lamblia* pe zonele de metaplazie intestinală din antru. Aciditatea gastrică a fost normală sau scăzută. În urma tratamentului cu Metronidazol, Furazolidon și Fasigyn, simptomele și exulcerațiile vizualizate endoscopic au dispărut.

Se concluzionează că acest tip de duodenită se datorează unei infestații marcate cu *Giardia lamblia*.

ASPECTE ALE HEMORAGIEI DIGESTIVE SUPERIOARE LA BOLNAVII CU CIROZĂ HEPATICĂ

Rodica Pop, Simona Bătagă, C.Dudea

*Clinica Medicală nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș*

Ciroza hepatică este una dintre cele mai frecvente afecțiuni digestive, incidența sa fiind în continuă creștere. Una dintre complicațiile redutabile ale cirozei hepatice este hemoragia digestivă superioară. Lucrarea are ca scop urmărirea incidenței acesteia la bolnavii cu ciroză hepatică, etiologia ei, corelarea hemoragiei digestive superioare cu clasificarea *Child* a cirozei hepatice.

Au fost luați în studiu 658 bolnavi cu ciroză hepatică internaj în Clinica Medicală nr.1 între anii 1992-1994. Dintre aceștia, 144 (22,03%) au prezentat hemoragie digestivă superioară. În urma endoscopiei digestive superioare s-a stabilit sediul hemoragiei. În funcție de datele obiective și de laborator, bolnavii au fost clasificați în clasa Child A, B, C.

Din 144 pacienți cu ciroză hepatică 137 au prezentat la examenul endoscopic hemoragie din varice esofagiene (95,15%), 6 cazuri din ulcer (4,16%), 5 din ulcer duodenal și 1 caz din ulcer gastric, 1 caz de gastrită erozivă medicamentoasă (0,69%). 64 de bolnavi (44,44%) au fost încadrați în clasa Child C de ciroză hepatică. Au decedat prin hemoragie digestivă superioară 49 de pacienți (34,02%). Sexul preponderent a fost cel masculin (73,5%), iar categoria de vârstă mai frecventă a fost între 41-60 de ani.

Hemoragia digestivă superioară a fost prezentă la bolnavii studiați, în proporție de 22,03%, fiind o cauză frecventă de deces (34,02%). Bolnavii din clasa Child C prezintă riscul cel mai mare. Se impune, în perspectivă, sclerozarea varicelor esofagiene la bolnavii cu ciroză hepatică, cel puțin după prima manifestare de hemoragie digestivă superioară.



EXPRESIA PROTEINELOR DE ADEZIUNE ÎN CIROZA HEPATICĂ

Adriana Habor, Anca Sin**, Bernadette Kantelip****

**Disciplina de fiziologie*

***Disciplina de morfopatologie*

****CHRU - Besançon - Franța*

Dezvoltarea rapidă a tehnicilor de biologie celulară și moleculară a permis acumularea unor cantități considerabile de informații privitoare la structura și funcțiile proteinelor de adeziune (PA).

Studiul nostru caută să determine gama PA exprimate pe celulele endoteliale sinusoidale normale și să facă comparație între datele culese după prelevări din ficatul normal și din ciroze.

Expresia PA este studiată prin metoda indirectă cu imunoperoxidază, pe fragmente de țesut congelat, cu ajutorul anticorpilor monoclonali dirijați împotriva a 4 grupe de molecule: 1. componenți ai matricei extracelulare (colagen IV, fibronectină, laminină etc.); 2. integrine din subfamiliile $\beta_1, \beta_3, \beta_4$; 3. proteine de adeziune intercelulare PECAM; 4. markeri specifici ai celulelor endoteliale sinusoidale (CD4, CD14).

În ficatul cirotic procesul de capilarizare se însoțește de 3 modificări importante: 1. depozit de laminină în matricea perisinusoidală, 2. prezența de

integritate specifică laminei; 3. detectarea de PECAM, rar sub forma unui marcaj continuu, mai ales pe celule izolate.

Celulele endoteliale sinusoidale normale prezintă o gamă restrânsă de integritate și sunt lipsite de proteina PECAM, dar în cursul capilarizării depozitul de lamină din matricea perisinusoidală se însoțește de expresia receptorilor membranari corespunzători, deci lamina ar putea fi un factor inductor sau/și reglator al expresiei PA specializate pe celulele endoteliale.

STUDIUL ECOGRAFIC ASUPRA CHISTURILOR HIDATICE HEPATICE

G.Fodor

Clinica Medicală nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Studiul a fost efectuat în serviciul de ecografie abdominală a Clinicii Medicale nr.2 Tg.-Mureș. A fost utilizat un ecograf Shimadzu pe o caznistică prelucrată de 2000 bolnavi, diagnosticându-se 9 cazuri de chist hidatic.

Se atrage atenția asupra frecvenței mari între perioada relativ scurtă de timp a cazurilor de îmbolnăviri depistate ecografic - 9 cazuri/2000 bolnavi, incidența = 0,45%.

În 5 dintre cazurile depistate s-a confirmat chirurgical, 1 caz a fost laborator negativ, 2 cazuri pozitive, 2 cazuri ambulatorii nu au putut fi urmărite. Chisturile - 9 cazuri în total - erau localizate în lobul hepatic drept, fără complicații decelabile ecografic, existența chisturilor fiind documentată în 2 cazuri. Diametrul mediu al chisturilor hidatice a fost de 5,16/4,11 cm.

Se poate afirma o incidență alarmantă a cazurilor de parazitoză hepatică hidatică la o populație studiată, majoritar urbană, concentrând atenția asupra necesității elaborării unui program de prevenție și screening.

VALORILE COLESTEROLULUI SERIC LA BOLNAVII CU LITIAZĂ BILIARĂ

L.Farkas, G.Fodor, Cs.Gadl

Clinica Medicală nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Legat de relația stabilită de indicele Itogen, s-a urmărit existența colerației între colesterolul seric și incidența calculilor biliari. Indicele Itogen = colesterol/fosfolipid + săruri biliare. Majoritatea calculilor biliari 80% sunt

calculi de colesterol, calculi micși fiind reprezentați în proporție de 14%, iar cei de bilirubină în proporție de 6%.

Se analizează cazurile de litiază biliară diagnosticate ecografic la nivelul clinicii noastre în perioada iunie 1993-decembrie 1994. Pe o cazuistică de 2000 de bolnavi examinați, incidența litiazei biliare a fost de 170 cazuri. 8,5%, dintre care au fost cuprinși în studiu 120 bolnavi - 50 de bolnavi fiind ambulanți. Vârsta medie: femei = 55,6 ani, bărbați = 59,8 ani, ponderea litiazicilor: femei 76,5%, bărbați = 23,5%. Incidența litiazei a fost găsită crescută la grupa de vârstă de peste 60 de ani. Drept valori normale ale colesterolului seric se consideră acceptate: 150-250 mg% / 3,88-6,46 mmol / l / la grupa de vârstă sub 60 ani, 220-300 mg% / 5,68-7,80 mmol / l / la bolnavi peste 60 de ani. Tabelele și graficele lucrării relevă o majoritate covârșitoare a bolnavilor litiazici având nivele serice de colesterol în limite normale.

În cazuistica noastră nu se poate dovedi existența unei relații prin raport matematic formulat în indicele litogen, între colesterolul seric și incidența litiazei biliare. Considerăm necesară aprecierea modificărilor compoziției bilei ca și factor determinant în litogeneză.



ESTE HIPERTENSIUNEA PORTALĂ DIN CIROZA HEPATICĂ FACTOR DE RISC AL LITIAZEI BILIARE?

Tereza Crăciun Mureșan, Diana Pop Petre, Rodica Rediș, D. Bratu

Clinica Medicală nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Incidența crescută a litiazei biliare la bolnavii cu ciroză hepatică până la cel puțin de două ori față de populația generală a născut întrebarea unei relații etiologice între hipertensiunea portală și litogeneză.

Studiul a fost efectuat pe un lot de 250 bolnavi cu ciroză hepatică (195 bărbați - 78% și 55 femei - 22%), cu vârsta medie de 50,1 ani, internați în Clinica Medicală nr.2, în perioada ianuarie 1991 - decembrie 1994.

Bolnavii au fost selectați pe baza simptomatologiei, a examenului clinic și a examenului ecografic abdominal.

Diagnosticul hipertensiunii portale prin obstacol hepatic (ciroze) s-a enunțat utilizând o sumă de criterii clinice (circulație colaterală de tip portocav, ascită, splenomegalie) și ultrasonografice (dilatarea venei porte apreciata imediat după confluentul venos spleno-mezenteric (11 ± 2 mm), ascita, dilatarea venei splenice, splenomegalia, recanalizarea venei ombilicale, evidențierea scăderii sau dispariției calibrului venei porte în relație cu fazele

respirației, forma venei porte, posibilitatea urmării ramificațiilor venei porte spre periferie, precum și prezența trombilor în sistemul venos portosplenic.

Ca și lot martor am investigat 2485 bolnavi internați cu alte afecțiuni decât digestive

Din lotul de 250 bolnavi cu ciroză hepatică 46 (18,40%) au prezentat litiază biliară, iar 204 colecist nelocuit (81,60%).

Frecvența litiazei biliare în lotul martor a fost de 7,80% (194 cazuri).

În studiul nostru prevalența litiazei biliare a fost semnificativ mai mare la pacienți cu ciroză hepatică, comparativ cu lotul martor ($p=0,001$), corelată mai ales cu o perioadă mai îndelungată de evoluție a cirozei.

Hipertensiunea portală prin obstacol hepatic, pare să influențeze frecvența crescută a litiazei biliare în lotul de bolnavi cu ciroză hepatică.

CORELAȚII ULTRASONOGRAFICE - HISTOPATOLOGICE ÎN COLECISTITA ACUTĂ LITIAZICĂ ȘI COMPLICAȚIILE SALE

Ana Bratu, Imola Török

Clinica Medicală nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș



Pentru a investiga rolul ecografiei abdominale în aprecierea modificărilor histopatologice ale peretelui vezicii biliare în colecistita acută calculoasă și în complicațiile sale, am evaluat ultrasonografic, prospectiv, 201 pacienți, consecutiv, în perioada 1 ian. 1991 - 31 dec. 1993.

Diagnosticul ultrasonografic preoperator s-a comparat cu diagnosticul intraoperator și examenul histopatologic. Diagnosticul ecografic a fost confirmat chirurgical în 84,07% din cazuri, histopatologic la 82,58% din pacienți și n-a fost confirmat în 17,42% din cazuri. Cazurile neconfirmate pot fi explicate prin timpul care s-a scurs între examinarea ecografică și intervenția chirurgicală în hidrops și colecistita acută, precum și datorită dificultății diagnosticului ecografic în perforația veziculei biliare, carcinomul vezicular și sindromul Mirizzi.

În concluzie observăm că examinarea ultrasonografică poate detecta modificările histopatologice ale peretelui veziculei biliare cu o sensibilitate de 100%, specificitate de 99,59%, acuratețe de 99,60% și valoare pozitivă de 82,58%.

ROLUL MALFORMAȚIILOR COLECISTULUI ÎN PATOGENEZA LITIAZEI BILIARE

Imola Török, Ana Bratu, Simona Băjagă, Ligia Bancu, C. Duda

Clinica Medicală nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

Malformațiile vezicii biliare prezintă variate aspecte anatomice. Ecografia abdominală poate să aprecieze modificările de formă ale colecistului. Ca urmare a modificării anatomiei colecistului, contractilitatea și evacuarea conținutului biliar se schimbă, determinând stază biliară. Se știe că staza biliară favorizează cristalizarea și nucleerea colesterolului, urmat de formarea și creșterea calculilor de colesterol.

Scopul studiului nostru constă în stabilirea frecvenței cu care apare litiaza biliară la bolnavii cu colecist malformat.

În acest scop, pe un număr de 10000 bolnavi examinați ecografic în timp de trei ani (II 1991-XII 1994) am reținut cazurile cu malformații ale vezicii biliare, cu și fără calculi.

Astfel, din cei 10000 bolnavi examinați, am găsit malformații ale vezicii biliare la 1504 pacienți, reprezentând 15%. Cei 1504 bolnavi cu malformații ale colecistului au avut și litiază biliară într-un număr de 305 cazuri reprezentând 20,3% din totalul bolnavilor cu modificări anatomice ale colecistului.

În concluzie, malformațiile vezicii biliare:

- sunt prezente în proporție de 15% într-o populație generală examinată ecografic;
- sunt însoțite de calculi biliari în 20,3% din cazuri, ceea ce reprezintă o cifră statistic semnificativă ($p < 0,01$);
- pot fi considerate ca un factor favorizant important în patogenеза litiazei biliare, probabil în condițiile existente și a altor factori favorizanți.

LOMBALGIA JOASĂ - ASPECTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE

Lia Georgescu

Clinica de Reumatologie și Recuperare
U.M.F. Târgu-Mureș

Conform unor date statistice recente, lombalgia joasă reprezintă cel de-al doilea simptom ca frecvență - după acuze ale căilor respiratorii superioare - pentru care bolnavii consultă un cabinet de medicină generală și cea de-a șaptea cauză a consultațiilor dintr-un cabinet de specialitate de medicină

internă, reumatologie sau fizioterapie. Deși foarte frecventă, doar 2% din cazurile de durere lombară joasă necesită o sancțiune terapeutică chirurgicală. Nosologia diagnostică a lombalgiei joase include până în prezent câteva standardizări convenționale. Conform acestor standardizări, artroza lombară face parte din lombalgiile joase mecanice. Această entitate clinică - deși foarte frecventă și deseori invalidantă prin impactul asupra capacității de muncă și chiar a calității vieții bolnavilor - rămâne deseori subdiagnosticată în practica medicală. Studiile epidemiologice de amploare consideră că există o relație directă între modificările degenerative radiologice (și de tomografie computerizată) ale articulațiilor fațetare și simptomele de lombalgie joasă, iar evidențele CT pentru o asociere au o validitate certă. Deci pare rezonabil a se presupune că aceste articulații sinoviale - ca toate celelalte articulații diartrodiale sinoviale - pot deveni inflamate și dureroase. Artrozele articulare fațetare pot induce hipertrofii secundare ale ligamentului galben prin perturbarea biomecanicii între 2 vertebre, după cum ele pot fi consecința unor tulburări posturale necorectate: hiperlordoze, asimetri de bazin, coxopatii, picior plat, genu valgum sau miopatii. Evident aceste tulburări statice prin evoluție pot induce lombalgii joase prin micșorarea găurilor de conjugare aferente malpoziției segmentului lombar. Tratatamentul artrozei lombare prin mijloacele uzuale nu oferă rezultate satisfăcătoare prin lipsa de promptitudine a efectelor benefice.

EVALUAREA FACTORILOR DE RISC AI ACCIDENTELOR GASTROINTESTINALE GRAVE ÎN POLIARTRITA REUMATOIDĂ

Maropovici, Lia Georgescu, Anca Cozoș, Mirela Dumbravă, O. Bodea

*Clinica de Reumatologie și Recuperare
U.M.F. Târgu-Mureș*

Incidentele și accidentele gastrointestinale serioase sunt evenimente importante și recvente la bolnavii cu reumatisme inflamatorii supuși tratamentelor cu antiinflamatoare nesteroidiene. În acest studiu clinic au fost identificați și evaluați factorii de risc ai accidentelor gastrointestinale grave la bolnavii cu poliartrită reumatoidă, "posibilă" sau "definită" (clasică) după criteriile ARA.

S-a realizat un studiu clinic retrospectiv al factorilor care ar putea contribui la riscul producerii unor accidente gastrointestinale grave, supunând analizei un lot de 120 de bolnavi cu poliartrită reumatoidă "posibilă" sau "definită" internați consecutiv în Clinica de Reumatologie și Recuperare între

anii 1992-1994. Influența relativă a severității bolii, tratamentele de fond administrate, în special corticoterapia, anamneză de ulcer peptic, vârsta de debut a bolii și vechimea bolii au fost criteriile evaluate în acest studiu

Incidența accidentelor gastrointestinale la bolnavii studiați a fost de 4% în fiecare an. Studiul nostru reconfirmă faptul că vârsta de peste 60 de ani, anamneza de ulcer peptic și utilizarea corticoterapiei reprezintă factori de risc, însă rata cea mai mare a accidentelor gastrointestinale grave a fost evidențiată la bolnavii cu poliartrită reumatoidă cu manifestări extraarticulare: vasculita (argumentată biptic), neuropatia periferică, nefropatia, ulcerări cutanate, serozită, afectarea oculară, nodulii reumatoizi, crioglobulinemia, (11%). La această categorie de bolnavi riscul accidentelor gastrointestinale este independent de utilizarea în arsenalul terapeutic a corticosteroizilor.

GREUTATEA SCĂZUTĂ LA NAȘTERE ; RISC PENTRU TOLERANȚA SCĂZUTĂ LA GLUCIDE ȘI DIABETUL ZAHARAT TIP II

Mónika Szabó, Piroska Kelemen-Boni, E. Veres, L. Ferencz, I. Gabor

Clinica Medicală nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Date recente din studii din Marea Britanie și Statele Unite ne arată că adulții cu o greutate mică la naștere au un risc crescut față de cei cu greutate mare la naștere de a avea boli asociate cu rezistență la insulină (inclusiv hipertensiune, dislipidemie, obezitate, toleranță scăzută la glucide, diabet zaharat tip II). Am extins aceste observații asupra populației din Târgu-Mureș, folosind două metode:

Prin prima metodă am înregistrat greutatea la naștere a 76 de femei și bărbați cu diabet zaharat tip II, descriind și eventualele asocieri a condițiilor dependente de insulinorezistență, iar în grupa de control am urmărit aceleași date la 88 de femei și bărbați normoponderali, nediabetici. Cealaltă metodă a inclus 49 de femei și bărbați, nediabetici născuți între 1945-1955, la care am înregistrat greutatea la naștere, și la care s-au efectuat teste de toleranță la glucide. Am folosit registrele maternităților pentru a obține datele exacte referitoare la greutatea la naștere.

În primul studiu am găsit o incidență mai crescută a greutateilor mici la naștere la pacienții cu diabet zaharat, decât în grupa de control. Pe de altă parte valorile glicemiei la 2 ore în cadrul testului de toleranță au fost invers proporționale cu greutatea la naștere. Aceste observații confirmă faptul că aparent greutatea mică la naștere este un factor de risc în apariția condițiilor legate de insulinorezistență.

SET COMPLEX DE INVESTIGAȚII DE FIZIOLOGIE RESPIRATORIE APLICATĂ PENTRU EVALUAREA EFECTELOR UNOR NOXE INDUSTRIALE INHALATORII

D.Moldovan, B.Koreh***

*Clinica Medicală nr.3

U.M.F. Târgu-Mureș

**Centrul Medical și de Servicii de Sănătate și Conducere, Târgu-Mureș

Prin procedeul nitrofosfat Norks Hydro sunt produse anual în lume în jur de 10 milioane tone îngrășământ fosfatic. În România funcționează patru combinate chimice bazate pe acest procedeu. În cursul reacțiilor din procesul tehnologic se eliberează produși secundari cu efect poluant asupra mediului de muncă și exterior. Cei mai importanți sunt oxizii de azot, acidul azotic, amoniacul, fluorura de siliciu și pulberile fosfatice.

Cu scopul de a aprecia efectul acestor compuși asupra parametrilor respiratorii abordabili prin spirometrie au fost luați în studiu 40 de subiecți de la secția NPK a întreprinderii Azomureș. Fiecare subiect a fost supus determinărilor timp de 1-2 zile cu expunere la noxe măsurate toxicologic și 1-2 zile în condiții de izolare de noxe, după 4-21 zile de concediu. Determinările spirometrice au fost efectuate cu un aparat Jaeger Flowscreen, debitul expirator maxim de vârf cu dispozitive Clement-Clarke, iar provocarea bronșică cu histamină cu un aparat de construcție originală. S-au înregistrat următorii parametri: capacitatea vitală (CV), capacitatea vitală forțată (FVC), viteza expiratorie maximă în prima secundă (VEMS), debit expirator maxim de vârf (PEF), fluxul mediu expirator (MEF), reactivitatea cutanată la 10 alergeni comuni, număr de leucocite și eozinofile, methemoglobina serică. Fiecare subiect a completat un chestionar special adaptat, a fost examinat clinic și radiologic.

Fiecare subiect a servit drept propriu control. În zilele de expunere au fost determinați parametri de mai sus înainte și după expunere timp de o oră în mediul de lucru, cu monitorizarea concentrațiilor celor 5 noxe prezente. Măsurătorile debitului maxim de vârf au fost continuate și după ieșirea din mediu. Aceiași parametri au fost măsurati și în zilele de repaus.

Subiecții au fost grupați în loturi în funcție de vârstă, respectiv de vechime în muncă, testele cutanate, obiceiul de a fuma. Toți au fost bărbați.

Datele primare obținute au fost înregistrate în formulare special redactate, iar cele spirometrice tipărite direct pe o imprimantă.

În scopul prelucrării statistice a datelor a fost concepută o aplicație de stocare și analiză a datelor în program FoxPro. Prin acest procedeu datele devin ușor accesibile pentru orice tip de prelucrare.

Metodologia propusă de noi poate fi aplicată la studiul modificărilor induse asupra parametrilor spirometrici a oricărui tip de noxă de mediu interior sau exterior, cu condiția posibilității de determinare a factorilor de mediu implicai.

EFECTE SECUNDARE PSIHOORGANICE ALE MEDICAȚIEI ANTIDEPRESIVE ȘI NEUROLEPTICE

Ruxandra Marinescu, D Marinescu

Clinica de Psihiatrie
Facultatea de Medicină Craiova

Demonstrarea implicării unor factori lezionali psihoorganici, consecutiv utilizării medicației antidepresive și neuroleptice constituie un semnal de alarmă pentru etica medicală.

Se prezintă argumente teoretice, trecându-se în revistă un mare număr de date din literatura de specialitate: privind tulburările psihologice cauzate de medicația antidepresivă. Aceste tulburări sunt semnificativ corelate de implicarea sistemului colinergic.

La pacienți cu schizofrenie și evoluție prelungită anomalii lezionale-structurale psihoorganice se pot corela direct cu intensitatea și durata terapiei neuroleptice.

Acești indicatori biologici pot constitui factori de apreciere a evoluției și prognosticului schizofreniei, iar sindromul depresiv postneuroleptic este o consecință și un risc biologic al medicației neuroleptice prelungite.

Se evidențiază astfel o serie de indicatori biologici și biochimici ce constituie veritabili factori de predicție ai răspunsului terapeutic al sindroamelor depresive endogene și a schizofreniei la medicația antidepresivă și neuroleptică. Aceste noi date pun clinicianul în gardă asupra graniței ce nu trebuie depășită în cadrul utilizării medicației antidepresive și neuroleptice, graniță ce delimitează efectul terapeutic pozitiv de lezionalitatea psihoorganică ireversibilă indusă de aceste clase de medicamente.

STUDIU CATAMNESTIC LONG-TERM A 200 DE CAZURI DE SINDROAME DEPRESIVE ENDOGENE

D.Marinescu, Ruxandra Marinescu

Clinica de Psihiatrie
Facultatea de Medicină Craiova

În prima parte a lucrării, autori prezintă perspectivele actuale în etiopatogenia sindroamelor depresive. Se insistă asupra importanței teoriei vulnerabilității și mai ales asupra vulnerabilității biochimice.

Teoria actuală a sindroamelor depresive beneficiază de modalități complexe biologice, poziția centrală în cadrul acestor teorii fiind ocupată de

medicația antidepresivă extrem de diversificată. Cu toate acestea, speranțele de eficiență terapeutică prezintă limite din ce în ce mai evidente (Gelzer 1987).

În acest context, în opinia autorilor evoluția și prognosticul sindroamelor depresive sunt determinate de doi factori și anume vulnerabilitatea individuală și adecvanta terapeutică între mecanismul etiopatogenic și abordarea chimioterapică antidepresivă.

În scopul susținerii acestei ipoteze autorii prezintă ca caz pe termen lung a unui lot de 200 de cazuri de pacienți cu sindroame depresive endogene aflați în evidența Clinicii de Psihiatrie și L.S.M. Craiova.

Numărul mare de cazuri de suicid finalizat (29%), de decese (20,9%) din cadrul lotului nostru, a condus la identificarea unor factori de predilecție ai evoluției defavorabile și evidențierea unor factori de risc.



CHIRURGIE, ORTOPEDIE, GINECOLOGIE, TERAPIE INTENSIVĂ

EXPERIENȚA CLINICII CHIRURGICALE NR.1 TÂRGU- MUREȘ ÎN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ

*C.Copotoiu**, *P.Petropoulos***, *Sanda Copotoiu**, *V.Bud**, *M.Eșianu**,
*L.Toma**, *C.Molnar**, *Corina Popoviciu**

*Clinica de Chirurgie nr.1

U.M.F. Târgu-Mureș

**Spitalul Cantonal - Secția chirurgie

Fribourg-Elveția

Obiectivul major al acestei lucrări este de a arăta complicațiile intraoperatorii și rezultatele postoperatorii precoce în tratamentul colecistitelor litiaze sau nelitiaze, acute sau cronice, prin metoda laparoscopică.

În perioada iunie-decembrie 1994, am practicat 158 colecistectomii laparoscopice, raportul femeii/bărbați fiind de 4:1, cu limite de vârstă cuprinse între 22 și 77 ani, media fiind de 49,5 ani. Din totalul bolnavilor operați 3 au suferit intervenții chirurgicale în etajul supramezocolic și 58 în cel submezocolic. Complicațiile intraoperatorii, ca număr și gravitate au fost invers proporționale cu experiența chirurgilor, majoritatea survenind la primele 30 colecistectomii. Complicațiile intraoperatorii ce au necesitat convertirea la colecistectomia clasică au fost: hemoragia nestăpânită (n=1), leziuni parțiale de CBP (n=2), iar dintre situațiile intraoperatorii ce au impus colecistectomia clasică enumerăm: coledocolitiază (n=3), fistula colecisto-duodenală (n=1), fistula colecisto-coledociană (n=1), aderențe postoperatorii (n=1), bloc aderențial pericolecistic (n=3).

Postoperator precoce (ziua a 2-a) au fost necesare 2 reintervenții pentru peritonită biliară și am înregistrat un deces în ziua a 10-a postoperator prin bronhopneumonie de aspirație.

SECHESTRAȚIE PULMONARĂ STÂNGĂ

T. Georgescu, A. Boțianu, G. Simu, I. Pribac, V. Cărelanu, A. Dobrea,
A. Hîntea, Anca Roșca, D. Cozma, F. Gomotrcă

Clinica de Chirurgie nr.2
U.M.F. Tîrgu-Mureș

Sechestrația pulmonară este un teritoriu parenchimatous care nu a respirat niciodată, care este irigat de o arteră sistemică, de obicei ramură aortică și care se manifestă clinic ca o supurație pulmonară localizată.

Autorii prezintă cazul bolnavului V.P. de 44 ani, internat și operat în Clinica de Chirurgie nr.2 Tg.-Mureș, în luna aprilie 1994, la care intraoperator s-a găsit ramura arterială din aortă și s-a efectuat rezecția pulmonară corespunzătoare.

Reîncadrare în muncă la 2 luni de la operație. Leziunea este deosebit de rară, în țara noastră fiind comunicate până acum 5 cazuri de sechestrație pulmonară.



SECVENȚE CLINICO-TERAPEUTICE PRIVIND ATTITUDINEA NOASTRĂ ÎN CAZUL APARIȚIEI REACȚIEI DE RESPINGERE A PROTEZELOR SINTETICE ABDOMINALE

D. Deac, Liana Deac*, N. Turdeanu**

Spitalul Clinic de Întreprinderi Cluj

*I.S.P.C.M.- Laborator Epidemiologie, Cluj-Napoca

**Clinica de Chirurgie V, U.M.F. Cluj-Napoca

În ultimii 30 de ani utilizarea protezelor sintetice în chirurgia defectelor parietale abdominale a luat o mare amploare, aceasta datorându-se și dezvoltării industriei chimice, care furnizează materialul sintetic.

Cu toate perfecționările aduse în timp, atât în ceea ce privește materialul sintetic cât și tehnica utilizată, problema reacției de respingere a organismului față de materialul utilizat rămâne încă nerezolvată. Cu toate acestea, menținerea protezei este necesară.

Datorită acestor considerente, având o oarecare experiență în acest domeniu, am inițiat un studiu clinic și terapeutic menit să ducă în final la păstrarea protezei.

Am luat în studiu 12 cazuri cu reacție de respingere (3 de sex masculin și 9 de sex feminin cu vârsta varînd între 35-72 ani).

Se analizează în continuare manifestările locale și generale ale reacției de respingere și se fac referiri la procedeele operatorii și de terapie locală și generală aplicate, toate în scopul menținerii protezei.

Se descriu și 3 cazuri în care a fost necesară suprimarea protezei.

În concluzie, deși cazuistica este redusă, susținem faptul că proteza trebuie și poate fi păstrată, adoptând conduita noastră.

SINDROM DE LOB MEDIU BROCK PRIN TUBERCULOZĂ ATIPICĂ

A.Boțianu, T.Georgescu, G.Simu, L.Pribac, V.Căreianu, A.Hintea, Gabriela Jimboreanu, F.Gomotrceanu, A.Dobre, Anca Roșca, A.Mureșan

Clinica de Chirurgie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Sindromul de lob mediu Brock este o entitate radiologică rară, cu caracter sistematizat și retractil, dur cu bronhogramă aeriană prezentă, ceea ce îl încadrează într-o atelectazie incompletă.

Autorii prezintă cazul bolnavului C.I. 45 ani, vopsitor la IRUM Reghin transferat în Clinica Chirurgică nr.2 Tg.-Mureș din Clinica Ftiziologică, unde nu s-a reușit evidențierea B.K. timp de 4 luni. Se practică lobectomie medie, iar examenul histopatologic din piesa de rezecție precizează diagnosticul de tuberculoză. Vindecare.

Am prezentat cazul datorită imaginii radiologice.

DEFICIENȚA ACETABULARĂ ÎN ARTROPLASTIA DE REVIZIE A ȘOLDULUI

L.Seres-Sturm, Ó.Nagy, A.Bálint, M.Stoica, S.Pop, A.Kovács, T.Bátagá

Clinica de Ortopedia-Traumatologie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Eșecul suportului osos acetabular în artroplastile șoldului este o problemă dificilă a intervențiilor de revizie. Din 172 revizii efectuate între anii 1990-1994, un număr de 111 (64,5%) au fost făcute pentru complicații acetabulare (decementări, megrarea sau uzura cupei polietilenice), din care în 27 de cazuri (24,3) s-au asociat cu diferite tipuri de deficiențe ale cotilului, acestea necesitând o reconstrucție acetabulară particulară.

Suportul osos acetabular s-a refăcut prin schimbarea mărimii cupei acetabulare, utilizarea grefelor osoase (homogrefă, autogrefă iliacă), a suporturilor metalice accesorii (plasă tantal, inel Oh-Harris, restrictor Charnley) și a peticelor de ciment osos pentru obturarea perforațiilor.

Deficiența supero-laterală a peretelui acetabular (8 cazuri din care artroplastia primară s-a făcut în 6 cazuri pentru luxația sau displazia congenitală a șoldului) s-a soluționat prin medializarea și utilizarea unei cupe mai mici și la nevoie aplicarea unui grefon osos iliacal lateral. Se preferă protezarea acetabulului adevărat, în locul neocotilului, dacă acesta a fost utilizat la operația primară.

Deficiența postero-inferioară a peretelui cotilic (2 cazuri, asociate cu traumatisme severe directe ale șoldului protezat) complicație potențial dezastruoasă, necesită refacerea peretelui prin osteoplastie reconstructivă grefonală, stabilizarea inelului acetabular (suporturi metalice accesorii) și protectivitate locomotorie prelungită.

Deficiența planșeului acetabular (peretelui medial) cu subțierea sau găurirea tablei osoase, asociată cu protruzia acetabulară și intrapelvină a cimentului (17 cazuri, prin resorbție progresivă osoasă, apare la femeile aflate în menopauză), necesită o lateralizare a cupei acetabulare, cu dimensiuni mai largi, refacerea și întărirea planșeului prin barieră de ciment, os, sau metal.

Deficiențele acetabulare au apărut la 6-10 ani după artroplastii totale primare, prevenirea lor fiind posibilă și prin ameliorarea tehnicii operatorii (menajarea osului subcondral acetabular, poziționarea optimă a cupei polietilenice pe considerente biomecanice).

EXPERIMENTAREA UNUI PRODUS COMBINAT FITOTERAPEUTIC ÎN PREVENIREA OSTEOPOROZEI POSTMENOPAUALE (Comunicare preliminară)

Magda Seres-Sturm*, L.Seres-Sturm*, C.Csedő, Adela Sirimbu****

*Disciplina de anatomie

**Disciplina de fitoterapie
U.M.F. Târgu-Mureș

Menopauza prin diminuarea estrogenilor și deficit de calciu în osul trabecular și cortical prin hipomineralizare osteonală, determină pierderea masei osoase, osteoporoza postmenopauzală fiind cauza incidenței crescute la femei a fracturilor de șold, vertebre și antebraț, cu consecințe și implicații majore.

Deși patogeneza osteoporozei postmenopauzale este doar parțial cunoscută, tratamentul ei fiind dificil, o terapie preventivă este singura alternativă care poate diminua osteopenia și riscul fracturilor osteoporotice.

Pentru reducerea ratei pierderii masei osoase la femeile aflate în menopauză, am conceput și elaborat un produs cu acțiune combinativă preventivă a osteoporozei.

Preparatul, administrat pe cale orală sub formă de granule, conține extracte de *Liquiritiae*, *Levistici radices*, *Rhei*, complex ionic de calciu și magneziu și etilnestradiol, în cantități standardizate.

Testarea preparatului se face pe șobolani albi (Wistar), ovariectomizați bilateral, model experimental cu termen lung și baze excelente pentru evaluarea potențialului terapeutic al osteoporozelor.

ROLUL POTENȚIALELOR EVOCATE SOMESTEZICE ÎN EVALUAREA LEZIUNILOR RĂDĂCINILOR NERVOASE SPINALE C₅-D₁ ȘI ALE PLEXULUI BRAHIAL DUPĂ TRAUMATISME ALE COLOANEI CERVICALE ȘI CENTURII SCAPULO-HUMERALE

R.Chineză*, I.Pascu, O.Corfariu**, Z.Opriș***

*Clinica de Ortopedie-Traumatologie nr.1

**Clinica de Neurologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Autorii au analizat 73 cazuri cu paralizii ale plexului brahial. Acestea au fost asociate cu diferite leziuni traumatice osteoarticulare ale coloanei cervicale și ale centurii scapulo-humerale.

Pentru determinarea nivelului lezional pre- sau postganglionar și pentru precizarea indicațiilor medico-chirurgicale, autorii au efectuat înregistrări ale potențialelor evocate somestezice de latență scurtă (PESS): N₉-potențialul de plex, N₁₁-potențialul radicular, N₁₃-potențialul medular, N₁₄-potențialul lemnisc. Pentru stabilirea rădăcinilor nervoase afectate au fost culese PESS după stimularea nervului radial superficial (C₅-C₇), nervului median (C₆-D₁) și a nervului ulnar (C₈-D₁). Intensitatea curentului de stimulare în cazurile normale a fost de 5-15 mA, iar în cazurile patologice s-a ajuns până la 90 mA. Electrozii de culegere au fost plasați în derivațiile: Erb-Fz; Cv7/Cv2-Fz; Lar-Fz. PESS au fost studiate comparativ și la membrul sănătos, iar datele obținute au fost comparate cu cele înregistrate pe un lot de 50 sănătoși.

Au fost urmărite principalele caracteristici ale PESS: prezența, amplitudinea și latența undelor, plus diferența interpeak N₉-N₁₃. În funcție de

aceste caracteristici, corelate cu datele clinice și electrofizologice s-au putut face referințe prognostice și terapeutice. Astfel, în leziunile preganglionare, păstrarea undei N_9 asociată cu deficit motor major și deficit tactil și termic, prognosticul este sever, indicația terapeutică fiind ortopedico-chirurgicală (transpoziții musculare, artrodeze, amputații). În leziunile postganglionare în care unda N_9 poate fi absentă (avulsii tronculare) sau scăzută în amplitudine și/sau cu latență crescută se impune explorarea chirurgicală a plexului brahial (decompresie, neuroliză, neurorafie).

Autorii consideră creșterea diferenței interpeak N_9 - N_{13} peste 4,62 msec și scăderea amplitudinii undei N_{13} în raport cu N_9 ca o leziune incompletă, sugerând un tratament conservator.

Deci PES este o metodă noninvazivă de mare interes pentru diagnosticul, prognosticul și stabilirea conduitei terapeutice în leziunile de plex brahial.

REZULTATELE TRATAMENTULUI CU CALCITONINĂ ÎN FRACTURILE PROXIMALE DE FEMUR PE FOND DE OSTEOPOROZĂ

T.Bătagă, C.Ciugudean, L.Seres-Sturm, Ő.Nagy, A.Bălint, S.Pop

Clinica de Ortopedie-Traumatologie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Osteoporoza este una dintre cele mai comune cauze de fracturi proximale de femur apărute în special la sexul feminin, la menopauză. Sindromul osteoporotic se traduce printr-o reducere cantitativă a masei osoase (osteopenia) și modificări calitative privind microarhitectura osului. Din această cauză trebuie acordat un interes crescut acestor cazuri. În Clinica de Ortopedie-Traumatologie Tg.-Mureș în perioada 1992-1994 au fost 35 de cazuri ce au prezentat fracturi proximale de femur toate fiind tratate prin artroplastie cu endoproteze totale. Preoperator și timp de 7 zile postoperator am urmărit markerii biochimici ai osteoporozei (fosfataza alcalină și acidă, nivelul de calciu și fosfor seric și urinar, creatinina, hidroxiprolina) sub tratament cu Calcitonina administrată s.c. 100 u.i. de trei ori/săptămână, cu un aport zilnic de 500 grame de calciu. Valorile lor au fost crescute timp de 7 zile după care au început să revină la valorile normale. Prin administrarea Calcitoninei au scăzut și intensitatea durerilor, iar recuperarea funcțională a fost mai rapidă. 7 bolnave au prezentat modificări gastroenterologice ce au cedat la tratament simptomatic, iar 4 au prezentat flebite care au cedat și la întreruperea tratamentului. Nu s-a semnalat nici un caz de alergie

În concluzie putem afirma că tratamentul combinat medico-chirurgical al acestor tipuri de fracturi permite o recuperare funcțională mai rapidă, reducând semnificativ și posibilitatea apariției de noi fracturi care necesită un cost social ridicat.

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN ROLUL OSTEOTOMIILOR SUPRATUBEROZITARE DE TIBIE ÎN TRATAMENTUL GONARTROZELOR UNICOMPARTIMENTALE

**A. Bălint, C. Ciugudean, Ô. Nagy, L. Seres-Sturm, M. Stoica, S. Pop,
T. Bătagă, A. Kovács**

Clinica de Ortopedie-Traumatologie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

În gonartrozele genunchiului deformarea în var sau valg este un lucru obișnuit și duce la o încărcare anormală a compartimentului intern, respectiv extern al genunchiului ceea ce duce la accelerarea procesului degenerativ și accentuarea progresivă a deformității. În astfel de cazuri am recomandat tratament chirurgical după o tehnică asemănătoare cu cea a lui Coventry, deosebindu-se de aceasta prin faptul că nu rezeacă capul fibulei ci doar porțiunea medială a acestuia menajând inserția bicepsului femural și nervul fibular, precum și rezecția "ic"-ului fără peretele cortical posterior ce conferă o mai bună stabilitate tranșei de osteotomie. Deoarece în câteva cazuri am observat o insuficiență a aparatului extensor cu coborârea patellei, în ultimul timp am optat pentru reimplantarea "ic"-ului rezecat în partea opusă a tranșei realizând corecția fără scurtarea tibiei și a aparatului extensor - "osteotomie de deschidere". În perioada 1990-1994 am efectuat 34 de osteotomii supratuberozitare dintre care 24 de "închidere" și 10 de "deschidere". Pentru genu varum am efectuat 26 osteotomii, iar pentru genu valgum 8 osteotomii. Tranșa a fost minim osteosintetizată cu "scoabe în scară". Metoda ne-a dat satisfacție datorită consolidării rapide, recuperării precoce, ameliorarea durerii, încetinirea procesului artrodegenerativ, lipsa complicațiilor majore.

ARTROPLASTIA ENDOPROTETICĂ ÎN GONARTROZĂ

Ô. Nagy, C. Ciugudean, L. Seres-Sturm, M. Stoica, A. Bălint, T. Bătagă

Clinica de Ortopedie-Traumatologie nr.2
U.M.F. Târgu-Mureș

Gonartroza, ca afecțiune degenerativă cu o frecvență mult superioară celorlalte procese degenerative, creează probleme dificile și delicate

chirurgului ortoped în ceea ce privește momentul și varianta actului chirurgical. Ghidându-ne după clasificarea lui Collins, indicația artroplastiei cu endoprotetizare în gonartroze se admite în stadiile avansate (III-IV).

Colectivul Clinicii de Ortopedie-Traumatologie are o experiență relativ bogată în acest domeniu în perioada 1988-1994 au fost supuși intervenției chirurgicale prin artroplastie endoprotetică 23 de bolnavi cu diagnosticul de gonartroză stadiul III-IV. Vârsta acestor bolnavi varia între 50-70 de ani, din care 17 cazuri erau de sex feminin și 6 de sex masculin. Din cele 23 de cazuri operate, 14 erau gonartroze primitive, iar 9 secundare. Intervențiile chirurgicale s-au efectuat prin implantarea endoprotezelor totale cimentate tip Guepar, St-Georg, respectiv în ultimii ani model special conceput (Ciugudean) endoproteza de genunchi tip "Mureș". Rezultatele postoperatorii la distanță au fost mai mult decât mulțumitoare. Totuși consemnăm 2 cazuri de sepsis tardiv postoperator, unde am procedat la explantarea protezei și efectuarea unei artrodeze - osteoplastice de necesitate, iar în 8 cazuri am observat apariția precoce a osificărilor heterotopice și limitarea mișcărilor articulare. În 4 cazuri a survenit decimentarea aseptică timpurie pe fond de osteoporoză senilă și de inactivitate.

În concluzie, considerăm că indicația artroplastiei în gonartroza avansată este justă, mult superioară artrodezei, aceasta din urmă fiind etichetată ca una de necesitate.

ATTITUDINEA CHIRURGICALĂ ȘI REZULTATELE TARDIVE ÎN PROLAPSUL GENTAL OPERAT

C. Enciulescu, H. Mândăianu, Jolanda Kusztos

Clinica de Obstetrică și Ginecologie nr. 1
U.M.F. Târgu-Mureș

În perioada 1984-1993 în Clinica de Ginecologie nr. 1 s-au făcut 5532 operații ginecologice, din care 865 pentru prolaps genital, reprezentând 15,64%.

Pentru studierea și compararea rezultatelor a fost nevoie de o standardizare a multipleurilor denumiri, atât în cazul diagnosticului cât și în cazul operațiilor.

Operațiile au fost grupate în 8 categorii, cele mai frecvente fiind cele de tip: colporafie anterioară + colpoperineorafie reprezentând 64,85%.

Evaluarea rezultatelor s-a făcut cu ajutorul unui chestionar trimis tuturor celor 862 bolnave luate în calcul. Am primit 453 răspunsuri din care au putut fi utilizate 427 (49,59%).

Din cele 427 răspunsuri 373 paciente s-au simțit mai bine după operație, adică 87,35%. Rezultatele tardive arată însă că numai 273 dintre paciente nu mai au problemele pentru care s-au operat, adică 63,93%. Restul de 36,07% prezintă I.U.E. recidivantă la un interval în medie de 21 de luni.

INTERRELAȚII ÎN ASISTENȚA DE URGENȚĂ A BOLNAVILOR CRITICI SERVICIUL MOBIL DE URGENȚĂ ȘI REANIMARE - COMPARTIMENTUL DE URGENȚĂ - SECȚIA DE ANESTEZIE-TERAPIE INTENSIVĂ - SECȚIILE CONVENȚIONALE

M.Chioresan, R.Arafat, Sanda Copotou

*Clinica de Anestezie și Terapie Intensivă
U.M.F. Târgu-Mureș*

Experiența internațională managerială și profesională a ultimilor 30 de ani, a conturat conceptul unei asistențe interdisciplinare a bolnavului critic atât în spital cât și în spital, deservită de echipe bine organizate, bine pregătite și înalt tehnificate.

Astfel, bolnavul cu funcții vitale amenințate datorită accidentului/bolii de bază, trebuie asistat intensiv pe tot lanțul asistenței de urgență cu trei veniuri operative:

- Serviciul mobil de urgență și reanimare (SMUR),
- Compartimentul de urgență (CU/ED),
- Secția de anestezie-terapie intensivă/secții convenționale (ATI/SC).

Autorii prezintă o sinteză a "modelului Tg.-Mureș" în asistența de urgență a bolnavilor critici, în principal pe baza experienței din ultimii 4 ani, dar și cu referiri la modelele internaționale.

PATRICULARITĂȚI A.T.I. LA BOLNAVII SUFERIND DE MIASTENIA GRAVIS, CARE AU FOST TIMECTOMIZAȚI

Sanda Copotou, M.Chioresan, LPascu, Dana Rusu*

*Clinica de Anestezie și Terapie Intensivă
*Clinica de Neurologie
U.M.F. Târgu-Mureș*

Sunt luați în studiu opt pacienți timectomizați în ultimii 2 ani pentru miastenia gravis.

Particularități ale anesteziei pentru timectomie sunt detaliate, descriindu-se incidentele intra- și postanestezice.

Postoperator a fost necesară administrarea anticolinesterezicelor de sinteză injectabile numai 18 ore după care s-a trecut la terapia orală.

O singură pacientă a avut complicații respiratorii: bronhopneumome cu pleurezie. S-a citat un granulom de corzi vocale la o pacientă ventilată mecanic timp de 12 ore. Majoritatea pacienților au renunțat la corticoterapie dar și la terapia de întreținere sau și-au redus drastic dozele necesare.

Factorul vârstă pare a fi agravant atât pentru prognosticul imediat, cât și pe termen lung.

STUDIUL CLINIC ȘI STATISTIC AL COMPLICAȚIILOR DUPĂ AVORT AUTORIZAT

C.V.Molnar, C.Mărginean, S.P.Olaru

Clinica de Obstetrică și Ginecologie nr.1
U.M.F. Târgu-Mureș

Lucrarea efectuată pe perioada I-IV 1992 - 31 XII 1994 continuă studiul început între 1 I 1991 - 31 III 1992 și își propune să analizeze complicațiile imediate după avort la cerere apărute în materialul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie nr.1 Tg.-Mureș. Chiar dacă numărul acestor complicații pare redus în raport cu numărul mare de avorturi autorizate (8402 avorturi la cerere în perioada studiată), ele au un răsunet negativ asupra viitorului funcției de reproducere a femeilor. De aceea acest studiu este și un semnal de alarmă, având în vedere că raportul dintre avorturi la cerere și nașteri este încă în favoarea primelor. Putem concluda că principiul avorturilor la cerere ca mod de planificare familială este mult mai nociv decât restul metodelor contraceptive.

STOMATOLOGIE

BOLILE ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE. DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

H.R. Haanaes

Departamentul de chirurgie orală și medicină orală
Facultatea de Stomatologie, Universitatea din Oslo

ELABORAREA UNUI INDEX CLINIC DE ANALIZĂ A GNATOSONIILOR ARTICULAȚIILOR TEMPOROMANDIBULARE (ATM)

L.Jeremia, Dorela Gabor*, Mioara Chirilă***

*Disciplina de protetică dentară
U.M.F. Târgu-Mureș

**Policlinica de Stomatologie nr.2

Pentru a se putea valida sindromul disfuncțional dureros sau nu menisco-condilian al articulației temporomandibulare, în cadrul metodologiei de examinare clinică s-a elaborat un index obiectiv de analiză a zgomotelor articulare. Acesta deține următorii parametri semnificativi: 1. categorii de gnatosonii al ATM; 2. localizarea lor (uni- sau bilaterală); 3. varietatea cracmentelor, 4. momentul apariției, inclusiv sistematizarea lor, 5. vârsta și sexul la debutul, ori confirmarea existenței gnatosoniilor ATM; 6. multiplele evenimente cauzale neiatrogene sau iatrogene, corelate de polimorfismul anumitor forme de edentație parțială, traumatisme cefalice, anomalii dentomaxilare, inclusiv parafuncții și malpraxii.

CONTRIBUȚII LA APRECIEREA ACTIVITĂȚII NEUROMUSCULARE MASETERINE PRINTR-UN PROCEDEU COMPUTERIZAT DE ELECTROMIOGRAFIE CANTITATIVĂ

S.Popșor*, L.Jeremia*, I.Bagathai**

***Disciplina de protetică dentară**

U.M.F. Târgu-Mureș

**** Laboratorul de electroneurofiziologie al Spitalului Clinic Județean Târgu-Mureș**

Sunt prezentate rezultatele obținute de autori, prin aplicarea unui procedeu computerizat de concepție proprie privind culegerea, prelucrarea și interpretarea datelor electromiografice, în urma determinărilor efectuate pe un număr de 13 subiecți depistați cu patologie disfuncțională craniomandibulară. Selectarea cazurilor s-a făcut prin utilizarea indexelor anamnestice și clinice proprii Clinicii de Protetică Dentară din Târgu-Mureș.

Aprecierea electromiografică a stării disfuncționale relevate de indexele amintite s-a realizat prin folosirea unor indicatori specifici electromiografiei cantitative: spectrul de frecvențe și frecvența medie (FM), amplitudinea medie a semnelor electromiografice (AM) și indexul de asimetrie neuromusculară (IA) calculat pe baza amplitudinilor.

INVESTIGAȚII CLINICO-EPIDEMIOLOGICE EFECTUATE PENTRU DEPISTAREA DISFUNȚIEI ARTICULAȚIEI TEMPOROMANDIBULARE LA UN LOT NEOMOGEN DENTAT, EDENȚAȚI PARȚIAL SAU TOTAL NEPROTEZAȚI SAU PROTEZAȚI

Dorela Gabor*, L.Jeremia*, Mioara Chirilă, S.Popșor*,
Daniela Borda*, Adriana Lobonțiu***

***Disciplina de protetică dentară**

U.M.F. Târgu-Mureș

**** Policlinica de Stomatologie nr.2**

Pe baza unor indexe anamnestice și clinice de concepție proprie, au fost efectuate cercetări gnatoprotetice complexe în scopul depistării și a aprecierii variatelor forme de sindrom disfuncțional al articulației temporomandibulare.

Pe lotul neomogen investigat s-a ținut cont de anumite grupe de vârstă, sex, ierarhizarea procentuală pe simptome (inclusiv conexiunea lor), acuze și semne obiective locale (statusul dentoparodontal, mucoosos), regionale și la distanță de cavitatea bucală.

Analiza a fost corelată de factori de risc depistați cu potențial disfuncțional pentru sistemul orofacial (SOF). Un accent deosebit s-a pus pe controlul actelor terapeutice stomatologice iatrogene depistate, evaluând caracterul nociv și frecvența lor.

MODIFICAREA CULORII COROANEI DINȚILOR. FACTORI ETIOLOGICI, POSIBILITĂȚI TERAPEUTICE

Șt. Bocskay, M. Pop, Emese Kopcsák

Disciplina de odontologie și parodontologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Literatura de specialitate relevă o mare varietate de factori cauzali ai modificărilor de culoare a dinților, de aceea autorii propun clasificarea acestor defecte fizionomice din punct de vedere etiologic în modificări endogene și exogene. Cele endogene sunt produse de modificări metabolice sau de aportul unor substanțe pe cale generală în timpul formării dinților, cum ar fi colorarea cu tetraciclină și fluoroză. Pigmentările exogene sunt cauzate de substanțe alimentare, intervenții stomatologice etc.

Ilustrând cele de mai sus, autorii prezintă o cazuistică de 20 pacienți de diferite vârste și sexe. Procedeele terapeutice utilizate de autori au dat rezultate satisfăcătoare în cazul dinților devitali, și mai puțin în cazul decolorării cauzate de tetraciclină.

OBTURAȚIA DE DURATĂ DIN AMALGAM CA FACTOR IATROGEN

Ileana Roman, Luminița Lazăr, Maura Purcăroiu

Disciplina de odontologie și parodontologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Unul din principalele scopuri ale tratamentelor odontale este de a realiza lucrări care să refacă integritatea morfofuncțională a dinților. Dintre materialele de obturație de durată, amalgamul de Ag irtă cel mai puțin pulpa, este bine tolerat de dentină și parodonțiul marginal.

Autorii au examinat clinic 320 dinți premolari și molari, obturați cu amalgam, la persoane de vârstă între 20 - 50 ani. De asemenea, au fost examinați cu lupa 40 dinți premolari și molari cu obturații de amalgam extrași în serviciul de ambulanță al Policlinicii de Stomatologie nr 1.

Numărul mare de obturații de durată incorecte, cu urmările lor, cer ca în viitor să se dea o mai mare atenție modelării ocluzale și gingivale a obturațiilor.

APRECIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE ODONTO-PARODONTALE A UNUI GRUP DE STUDENȚI

L.Szász, A.Monea, L.Simó

Disciplina de odontologie și parodontologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Scopul investigației a constat în aprecierea afectării prin carie și parodontopatie a unui număr de 90 studenți.

Statusul parodontal s-a apreciat cu ajutorul indicelui CPITN (indicele parodontal al nevoilor de tratament pentru colectivitate). Codul 0 a fost apreciat pentru 32,94% din cazuri, codul 1 pentru 10,58% și codul 2 pentru 47,05%. Nici unul din subiecții examinați nu a prezentat codul 3 sau 4.

Indicele DMFT a permis obiectivizarea stării odontale. Valoarea acestui indice se cifrează la 12,31.

Rezultatele obținute accentuează importanța instituirii unor măsuri riguroase de combatere a plăcii dentare microbiene pentru suprimarea gingivitei, dar și acordarea unei atenții deosebite subiecților cu risc crescut la îmbolnăvire prin carie, atât din punct de vedere profilactic, cât și al motivației tratamentului leziunilor decelabile clinic.

AVANTAJE ȘI INCONVENIENȚE ÎN CARIOPROFILAXIA PRIN METODA SIGILĂRII

Mariana Păcurar

Disciplina de ortodonție-pedodonție
U.M.F. Târgu-Mureș

Alături de fluoroprofilaxie, siglarea este o metodă folosită tot mai frecvent în colectivitățile de copii, cu rezultate foarte bune.

Siglarea șanțurilor și a fosetelor molarilor de 6 ani s-a impus în ultimii ani în practica stomatologiei infantile prin multiplele sale avantaje: metodă nedureroasă, ușor de realizat, preț de cost acceptabil, conducând la o scădere semnificativă a incidenței cariei dentare.

În această lucrare se prezintă experiența disciplinei noastre din ultimii 3 ani în domeniul siglării pe un lot de 200 de copii cu vârsta între 6 și 8 ani

PIODERMITE "MALIGNÉ" ALE FETEI

R. Vămeanu, Lenuța Marin

Disciplina de chirurgie buco-maxilo-facială
U.M.F. Târgu-Mureș

Termenul de piodermita "malignă" folosit în dermatologie, cuprinde infecții stafilococice localizate la față, grave prin manifestările clinice dar mai ales prin riscul transportului septic spre sinusurile endocraniene.

Autorii, pe baza cazisticii conturează problemele actuale ale acestor infecții și principiile de conduită terapeutică.

PLASTIA PAVILIONULUI URECHII "ÎN ANSĂ"

D. Kovács, Gh. Naftali

Disciplina de chirurgie buco-maxilo-facială
U.M.F. Târgu-Mureș

După trecerea în revistă a diferitelor forme de anomalii ale pavilionului urechii și a conceptelor de tratament, autorii prezintă experiența lor în tratamentul chirurgical al urechii "în ansă".

Technica operatorie și rezultatele sunt ilustrate prin intermediul unui film video.

PROBLEME CLINICO-PATOLOGICE LEGATE DE FIBROMUL OSIFIANT AL MAXILARULUI

Gh. Naftali*, D. Kovács*, G. Simu, J. Jung**, M. Buruian*****

*Disciplina de chirurgie buco-maxilo-facială

**Disciplina de ortopedologie

***Clinica de Radiologie

U.M.F. Târgu-Mureș

Lucrarea de față analizează, pe baza literaturii de specialitate, două procese patologice, una neoplazică (fibromul osifiant) și cealaltă de dezvoltare (displazia fibroasă) a sistemului osos, cu localizare la nivelul masivului facial.

O problemă deosebită este diagnosticul diferențial al acestora, atât pe baza semnelor clinic cât și a celor histopatologice, tratamentul chirurgical fiind de asemenea diferențiat.

Elementele de analiză sunt completate cu prezentarea unui caz clinic, la o pacientă de 19 ani, care prezenta un fibrom osifiant al maxilarului stg. cu manifestări clinice evidente, rezolvat prin rezecție subtotală de maxilar și un osteom al maxilarului drept cu localizare intrasinuzală, fără semne clinice, evidențiat doar cu ajutorul C.T., tratat prin extirpare.

EVALUAREA PREOPERATORIE A SITUAȚIEI MOLARILOR DE MINTE INFERIORI INCLUȘI PRIN INTERPRETARE RADIOGRAFICĂ; CORELAREA DINTRE: FORMA ANATOMICĂ, POZIȚIA INTRAOSOASĂ A DINTELUI ȘI DIFICULTATEA ODONTECTOMIEI

Cecilia Petrovan

Disciplina de chirurgie buco-maxilo-facială
U.M.F. Târgu-Mureș

Lucrarea de față studiază dificultatea extracției molarilor de minte inferiori incluși în funcție de imaginea radiologică, cu ajutorul unor repere anatomice.

CORELAȚIA DINTRE ANUMITE BOLI GENERALE ȘI NEURALGIA TRIGEMINALĂ ESENȚIALĂ

Zs. Ilyés, D. Kovács

Disciplina de chirurgie buco-maxilo-facială
U.M.F. Târgu-Mureș

După trecerea în revistă a datelor din literatura de specialitate cu privire la anumite corelații etiopatogenice între nevralgia trigeminală și anumite boli generale, autorii prezintă observațiile proprii în acest domeniu, pe baza cazurilor din Clinici de Chirurgie Maxilo-facială Tg.-Mureș.

PRINCIPII MODERNE DE TRATAMENT AL PLĂGII ALVEOLARE POSTEXTRACTIONALE LA BOLNAVII HEMOFILICI

Imola Sárosi, D.Kovács

Disciplina de chirurgie buco-maxilo-facială
U.M.F. Târgu-Mureș

Autori trec în revistă rezultatele cercetărilor moderne în domeniul tratamentului plăgilor alveolare postextraționale la bolnavii hemofilici, arătând schimbările de concepție în direcția creșterii ponderii tratamentului local față de cel general. Este prezentată experiența Clinicii de Chirurgie Maxilo-facială în acest domeniu.

CĂPTUȘEALA REZILIENTĂ A PROTEZELOR TOTALE MANDIBULARE

Melinda Székely, Simona Anca

Disciplina de propedeutică stomatologică, materiale dentare
U.M.F. Târgu-Mureș

Câmpurile protetice deficitare nu pot prelua presiunile ocluzale transmise de șeile protezelor totale. Astfel protezele nu se integrează biologic, nu refac funcția masticatorie, provoacă durere și stomatită protetică.

Această comunicare prezintă rezolvarea acestor situații clinice prin proteze totale mandibulare cu șei reziliante în locul celor utilizate în mod curent cu șei rigide. Se prezintă proprietățile fizice și biologice ale materialelor căptușelii reziliante.

BIOCOMPATIBILITATEA ȘI EFECTELE ADVERSE ALE UNOR MATERIALE DENTARE

Simona Anca, Melinda Székely*, S.Popșor***

*Disciplina de propedeutică stomatologică, materiale dentare

**Disciplina de protetică dentară
U.M.F. Târgu-Mureș

Trecând în revistă informațiile științifice și opinii de actualitate din literatura de specialitate, autorii abordează sub forma unui referat general, conceptul de biocompatibilitate a materialelor dentare.

Sunt prezentate aspecte ale efectelor adverse ale unora dintre materialele dentare mai frecvent utilizate, cu implicații în practica stomatologică.

IGIENĂ - DERMATOLOGIE

ROLUL MEDICULUI ȘI AL STUDENTULUI ÎN MEDICINĂ ÎN COMBATAREA ȘI PREVENIREA TABAGISMULUI

Monica Sabău*, Cristina Golea*, Monica Dănilă**, Ingrid Welman,
Cristina Zidariu, Ramona Irimie

*Disciplina de epidemiologie și medicină preventivă

**Disciplina de igienă

U.M.F. Târgu-Mureș

Rezultatele sondajului efectuat între medici și studenții în medicină privind rolul acestora în combaterea și prevenirea tabagismului conduc la concluzia că ar trebui revizuită atitudinea cadrelor medicale față de pacienții fumători și ar fi necesară o implicare mai activă a acestora în campania antifumat.

Peste 75% din fumătorii actuali medici și studenți consideră că exemplul personal nu are nici o influență asupra comportamentului tabagic al pacienților.

Numai 30-50% din cei interogați admit că este responsabilitatea în primul rând al medicului de a convinge populația să nu fumeze, respectiv că este necesară o implicare mai activă a medicului în combaterea tabagismului, protecția nefumătorilor și inducerea unei motivații solide pentru renunțarea la fumat.

Remarcându-se lacune în pregătirea pentru munca prevențională, inclusiv pentru activitatea antifumat, doar 38% dintre medici și 19% dintre studenți admit că au suficiente cunoștințe în acest sens, considerăm necesară o modelare și îmbunătățire a programelor de învățământ medical pentru inițierea viitorilor medici în activitățile prevenționale.

METHEMOGLOBINEMIA TOXICĂ LA SUGARI CORELATĂ CU CONSUMUL APEI AVÂND UN CONȚINUT CRESCUT DE AZOTAȚI

Ramona Ureche, Monica Dănilă, Alina Pașilea

Disciplina de igienă

U.M.F. Târgu-Mureș

Lucrarea se înscrie în contextul cercetărilor de laborator corelate cu patologia clinică pediatrică.

Problema alimentației cu apă din sursă freatică în mediul rural și nu numai este asociată cu apariția cazurilor de methemoglobinemie toxică acută la sugari și fenomene de methemoglobinemie toxică cronică la copii.

Deoarece apa subterană este în general mai puternic mineralizată, iar în zona noastră geografică foarte bogată în azotați și azotiți, autorii își propun să realizeze un studiu corelativ asupra apariției methemoglobinemiei toxice la sugari și consumul apei cu un conținut crescut de azotați.

Perioada luată în studiu acoperă 10 ani și cazuistica de la Clinica de Pediatrie nr 1 din Tg.-Mureș unde s-au înregistrat în această perioadă internări de urgență cu diagnosticul de methemoglobinemie toxică acută la sugari (51 cazuri).

Afecțiunea este prevalentă în primele două luni de viață, iar numărul zilelor de spitalizare variază de la 2 zile la 30 de zile pentru sugarii cu afecțiuni asociate.

Majoritatea sugurilor intoxicați provin din mediul rural, unde apa de fântână are o concentrație de nitrați ce depășește valorile admise (45 mg/dm^3 apă).

STUDIUL EVOLUȚIEI MORBIDITĂȚII CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ ÎN CÂTEVA ÎNȚEPRINDERI DIN MUNICIPIUL TÂRGU-MUREȘ ÎNTRE ANII 1989-1993

Evelyn Farkas, Liliانا Tătar, E.Cs. Joanovics

Disciplina de sănătate publică
U.M.F. Târgu-Mureș

Morbiditatea de incapacitate temporară de muncă este un indicator important al stării de sănătate a angajaților din întreprinderi, fenomenul fiind influențat totodată de numeroși factori economico-sociali independenți de activitatea medico-sanitară propriu-zisă.

Evoluția indicatorilor morbidității cu incapacitate temporară de muncă în întreprinderile studiate prezintă o tendință de creștere continuă, indicii de gravitate depășind uneori valoarea de 2000 % sau chiar 3000 %, niveluri nemaiîntâlnite la noi în țară în ultimii 25 de ani.

Fenomenul denotă pe de o parte înrăutățirea stării de sănătate a angajaților, iar pe de altă parte influența majoră a condițiilor economico-sociale precare asupra morbidității cu incapacitate temporară de muncă.

Ținând seama de situația actuală, autorii oferă câteva soluții verificate în practică în vederea îmbunătățirii stării de sănătate a angajaților.

MORTALITATEA PRIN CANCER ÎN UNELE LOCALITĂȚI DIN JUDEȚUL MUREȘ ÎN PERIOADA 1951-1992 ȘI CORELAȚIA EI CU PARAMETRII SOLULUI

I. Domahidi

Disciplina de igienă
U.M.F. Târgu-Mureș

Lucrarea prezintă un studiu lărgit al incidenței mortalității prin cancer din 29 localități ale județului Mureș și corelația ei cu parametrii solului (pH, indice de azot, P și K).

Se parcurge o perioadă de 41 ani, din 1951-1991. Localitățile sunt așezate pe malul râului Mureș și au un număr total de 55551 locuitori.

S-au luat în studiu decesele prin cancerul aparatului digestiv, respirator, urinar, sistemul hematic, endocrin, osos și țesutul cutanat. Valoarea mortalității prin cancer toate localizările, găsită de noi, este de 121,32 ‰/an, ceea ce corespunde cu valoarea pe țară (121,0 ‰/an).

Mortalitatea prin cancer gastric este de 33,79 ‰/an, cifra găsită de noi este mult mai mare ca valoarea pe țară (23,3 ‰/an). Cancerul pulmonar are o incidență de 20,32 ‰/an, puțin peste valoarea pe țară (19,6 ‰/an). Anul de referență este 1981.

Prin urmărirea grafică a mortalității prin cancer pe localități se constată o descreștere a valorilor cu scăderea altitudinii geografice.

Urmărirea evoluției în timp a mortalității prin cancer arată că mortalitatea prin cancer, toate localizările, este în creștere, cancerul gastric este în scădere, iar decesele prin cancerul pulmonar arată o creștere în ultimii ani de studiu.

De asemenea am găsit o corelație directă între incidența mortalității prin cancer și conținutul de P și K al solului.

URMĂRIREA CONDIȚIILOR DE LOCUIT ȘI EVALUAREA FACTORILOR DE MICROCLIMAT ÎN ORAȘUL TÂRGU-MUREȘ

O. Fărcaș, Z. Ábrám*, A. Solea, Adriana Poenaru, Oana Călușeru

I.P.S.M.P. Mureș, Igiena mediului
*Disciplina de igienă,
U.M.F. Târgu-Mureș

Starea mediului în care locuim, condițiile de locuit și microclimatul, sunt parametri importanți pentru aprecierea calitativă a vieții. Dacă condițiile sunt necorespunzătoare, acestea pot constitui noxe cu efecte negative asupra sănătății.

Conform chestionarelor primite de la Institutul de Igienă și Sănătate Publică Cluj, în ianuarie-februarie 1995 s-au completat câte 30 de fișe de investigare a locatarului, fișe de investigare a locuinței și fișe de determinare a microclimatului.

După sintetizarea datelor primite și măsurate, urmează o parte din concluziile finale:

- Senzația termică ce predomină în locuințe în timp de iarnă, apreciată de către locatari era: plăcut (50%), răcoare (30%), calduș (10%), cald (6,66%), frig (3,33%).

- Membrii familiei au prezentat cel mai des următoarele simptome: (raportat la familie, nu la membri) - oboseală (80%), tuse și strănut (76,6%), dureri de cap (53,3%), răgușeală și gât uscat (43,3%), transpirații (36,6%), și următoarele îmbolnăviri: viroze (76,6%), rinite (20%), hipertensiune arterială (13,3%), cardiopatie ischemică (13,3%), reumatism cronic (13,3%), conjunctivite (10%), dermatite alergice (10%).

- Valorile determinărilor de microclimat se situează în zona de confort în majoritatea cazurilor: temperatura interioară medie = 18,4° C; viteza medie a curenților de aer = 0,11 m/s; umiditatea relativă medie = 44%.



METODE MODERNE DE BIOLOGIE MOLECULARĂ FOLOSITE PENTRU DETECTAREA UNOR VIRUSURI

Z.Ábrám*, K.A. Fleming**, Ch.J.Healey**, R.W.Chapman**

*Disciplina de igienă
U.M.F. Târgu-Mureș

**Oxford University, Dpt. of Gastroenterology and Nuffield Dpt. of Pathology

Metodele avansate de biologie moleculară au o aplicabilitate vastă în domeniul microbiologiei. Astfel se pot identifica unele virusuri și bacterii cauzatoare de îmbolnăviri infecțioase.

Prin lucrarea noastră prezentăm câteva metode ale tehnologiei de recombinare a ADN-ului: reacția de lanț a polimerazei (PCR), hibridizația in situ (ISH) și Southern blot. Se schițează principiile, etapele de bază, tipurile, protocoalele, instrumentele, utilizările acestor metode. Se arată folosirea lor în practică pentru detectarea unor virusuri: virusul hepatitei C și virusul papilomului uman.

STUDIUL KERATOMICOZELOR DETERMINATE DE MICROSPORON MINUTISSIMUN

O.V. Butu, Lia Maria Simu, I.P. Simu,

Clinica de Dermatovenerologie
U.M.F. Târgu-Mureș

În general se susține că eritrasma are o localizare inghinală sau inghino-scrotală. În observațiile noastre clinice și de laborator am constatat că această situație se remarcă numai într-un procent de 53,3% din totalul de 114 cazuri urmărite. În mod frecvent poziția acestor fungi se face în raport cu densitatea glandelor sudoripare apocrine prezente pe teritoriul dat.

După noi mai des afectat de microsporon minutissimum, în ordine descrescândă, ar fi teritoriul IV interdigital de la picioare 33 cazuri, interfesier în special la bărbați 28 cazuri, axilar 8 cazuri, submamar 5, ombilical 3, perivulvar 4 și în pliul ombilical 2.

Identificarea parazitului s-a făcut prin tratare a scoamelor cu potasă caustică 40% și colorații cu soluții de fuxină bazică 0,5%. Cultivările pe mediul Sabouraud, foarte greu de realizat, au fost în general sterile.

În nenumerate cazuri eritrasma a favorizat apariția unor suprainfecții cu epidermofiton cruris, trichophyton gypsum, trichophyton rubrum sau chiar trichophyton cerebriforme

S-au remarcat des modificări hiperponderale, terenuri de diabet latent, distonii neurovegetative cu dominantă vagotonică. Mai rar neurodermite și prurituri cronice lichenificate.

PREVENIREA MELANOMULUI MALIGN ÎN TRE POSIBILITATE ȘI REALITATE

L. Nusz

Clinica de Dermatovenerologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Terapia melanomului malign indiferent de procedeul ales, este și în zilele noastre decepționantă. Singurul factor care ar putea influența realmente prognosticul bolii îl poate constitui precocitatea depistării și distrugerii radicale. În Europa morbiditatea oscilează între 4-14‰. În ultimii ani asistăm la o creștere alarmantă a cazurilor de melanom malign. În 10% a cazurilor apare pe o piele aparent sănătoasă, în 20% prin transformarea lentigoului malign, în 30% se dezvoltă din nervii nevocelulari pigmentari, iar în restul cazurilor apar forme atipice (amelanotic, anorectal, conjunctival,

ocular, pseudobotriomicotic, subunghial etc.). Uneori toate previziunile prognostice sunt răsturnate, deoarece delimitarea stadială clinică nu concordă cu starea reală de malignitate. Autorul prezintă observațiile clinice din acest domeniu, concluzionând că pe lângă perfecționarea metodelor clinice și paraclinice, pe lângă progresele realizate în domeniul tratamentului, prevenirea melanomului este cea mai benefică armă din arseneul terapeutic. Autocontrolul are o importanță deosebită. Prevenirea înseamnă o conștientizare perfectă între pacient și medic. Se prevede ca persoanele cu o piele albă, cu pistrii, cu păr blond să nu se expună la soare. Riscul crescut la îmbolnăvire înseamnă: prezența melanomului în antecedente familiale, localizarea nevelui pe talpă, palmă, sau pe teritorii expuse microtraumatismelor, dacă după vârsta de 35 de ani apar formațiuni pigmentare noi. Momentul transformării maligne a unui nev (deci melanom în stadiul I) se poate recunoaște prin următoarele semne clinice și subiective: crește în dimensiune, își schimbă forma inițială, suprafața devine netedă și lucioasă, pigmentația se intensifică și devine neuniformă, apare un infiltrat la baza nevelui, poate să sângereze, se formează un chenar de culoare cenușie-surie, câteodată și eritematos, se semnalază de către bolnav o senzație de prurit, de tensiune locală, furnicături.

ETIOPATOGENEZA ȘI CONDUITA DE TRATAMENT ÎN PSORIAZIS

Andrea Kerezi, L. Nüzsi

Clinica de Dermatovenerologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Una dintre afecțiunile cutanate care continuă să suscite interesul cercetătorilor, atât în privința etiopatogenezei, cât și în privința metodologiei tratamentului, a rămas fără îndoială psoriazisul. În prezenta lucrare este relevată importanța și actualitatea problemei, aprecierile sunt făcute pe baza studiului clinic a 100 de cazuri de psoriazis. Majoritatea bolnavilor 74% au fost bărbați, 26% femei, vârsta medie a fost de 42 de ani la bărbați și 38 de ani la femei, frecvența maximă se constată între 21-60 de ani. S-a evidențiat frecvența cea mai mare (77%) a psoriazisului vulgar, formele mai deosebite au fost de o proporție mai mică: psoriazis pustulos (10%), psoriazis entrodermic (9%) și cel artropatic (4%). Durata medie de tratament a fost de 30 de zile. Sunt evaluate eficacitatea și oportunitatea unor metode de tratament.

În cadrul tratamentului general au fost folosite 8 categorii de medicamente (preparate cortizonice, antiinflamatoare nesteroidice, antibioterapie, vitaminoterapie, antihistaminice, hepatoprotectoare, sedative, retinoizii). Din arsenalul terapeutic local amintim preparatele cortizonice.

substanțele reductoare și antiinflamatoare, substanțe keratolitice, antiseptice, preparate combinate (reductoare + keratolitice + topice cortizonice), metode fizice (raze UV, tratament heliomineral, talasoterapie). Folosirea unor substanțe imunosupresoare (Ciclosporina -A) sau Vitamina D₃, respectiv analogele ei (Psorcutan, Daivonex), deschid noi perspective în tratamentul psoriazisului. Din păcate aceste noi achiziții au foarte multe contraindicații, motiv pentru care sunt indicate numai în acele cazuri grave la care terapia convențională este total inefficientă. Bazându-se pe o documentație medicală și experiență personală, autorul prezintă o schemă sinoptică privind modalitățile de tratament în psoriazis. Având în vedere faptul, că se tratează în primul rând omul bolnav, care suferă și de psoriazis, tratamentul ales trebuie cât mai bine adaptat omului suferind.

STUDIUL ETIOLOGIC, CLINIC, TERAPEUTIC ȘI EVOLUTIV AL SINDROMULUI ERITRODERMIC

S. Morariu

Clinica de Dermatovenerologie
U.M.F. Tîrgu-Mureș

Eritrodermia sau dermatita exfoliativă este o dermatoză de tip entematodescuamativ, ce interesează tegumentul în totalitate, sau în cea mai mare parte, fiind însoțită sau nu de manifestări din partea altor organe și sisteme, cu o etiologie extrem de variată, evoluție adesea cronică și un prognostic uneori rezervat.

În lucrarea de față am studiat 43 de cazuri de eritrodermii internate în Clinica de Dermatologie în perioada 1990-1994. Am utilizat date anamnestice și paraclinice, examinări clinice, rezultatele terapeutice, evoluția în timp a bolnavilor.

Am constatat o prevalență a eritrodermiilor de origine dermatologică și în special a celei psoriazice și infecțioase, urmate de cele prin afectuni de sistem - hematodermiile și de cele ale NN și sugarului, idiopatice și medicamentoase. Am înregistrat prezența recidivelor în special în hematodermii și eritrodermia psoriazică, existența cazurilor refractare la tratament în cele idiopatice și de sistem, a cronicizării eritrodermiilor psoriazice, prin afectuni de sistem și celor idiopatice. De asemenea am încercat să decelăm factorii favorizanți și declanșanți implicați în apariția eritrodermiilor și a recidivelor.

Dermatita exfoliativă constituie o foarte importantă dermatoză datorită dificultăților de stabilire a cauzelor unui număr relativ mare de forme idiopatice, a evoluției trenante, a numeroaselor recidive și a formelor refractare la tratament.

MODEL PROPRIU DE ENDOPIELOTOM

D.Niculescu, R.Boja, V.Oșan, C.Cantâr

Clinica de Urologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Endopielotomia reprezintă secționarea endoscopică a joncțiunii pieloureterale stenozate.

-*Descrierea endopielotomului (E.P.):* Pe oliva unui dilatator metalic 9F. tip Storz, este fixată o lamă de cuțit în formă de semilună (calibru total 10-12-14 F.) (fig.nr.1).

-*Tehnica:* nefrostomia percutanată cu/fără litotripie; se introduce prin nefroscop, sub control fluoroscopic, un conductor metallic din pelon până în vezică. E.P. este plasat pe conductor și introdus vizual până în joncțiune (fig.nr.2).

Secționarea joncțiunii se realizează prin E.P. sub control radiologic, până în aval de segmentul stricturat și retragerea sa în bazinet (fig.nr.3). Incizia este francă până în țesutul grăsos, în cadranul postero-lateral al stenozei. Îndepărtarea E.P. Pe conductorul rămas pe loc, se introduce un cateter ureteral tip "pig-tail", pentru o perioadă de 4-6 săptămâni. Extragerea conductorului. Nefrostomie temporară de 24-48 ore.

-*Cazuistică:* N 31

-*Rezultate:* - favorabile: N 29 -1 ședință E.P.: 27
-2 ședințe E.P.: 2
- eșec: N 2 (plastie deschisă)

-*Avantaje:* facilitare și siguranță atât în secționarea stenozei cât și în montarea sondei "pig-tail", manevrele efectuându-se în mod ghidat; instrument ieftin, evită intervenția operatorie deschisă, dar nu exclude execuția sa ulterioară.

ENDOPIELOTOMIA ÎN TRATAMENTUL ENDOSCOPIC AL SINDROMULUI DE JONCTIUNE PIELOURETERALĂ

R.Boja, C.Cantâr, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
U.M.F. Tîrgu-Mureş

Endopielotomia (E.P.T.) a fost descrisă pentru prima dată de către *Withfield* în anul 1993. De atunci E.P.T. a fost rapid adoptată şi acceptată ca o alternativă mai eficientă decât pieloplastia. Abordul endoscopic permite pe lângă E.P.T. şi rezolvarea simultană a litiazei renale.

Pe un total de 2475 de bolnavi cu intervenţii endoscopice renale în perioada 1986-1994, am efectuat începând din 1988, 134 de endopielotomii; dintre acestea 87 pentru stenoza congenitală a joncţiunii pieloureterale, în timp ce 47 au fost efectuate pentru sindrom de colet secundar, cu sau fără litiază asociată.

Traiectul de nefrostomie percutanată a fost de regulă realizat printr-un calice mijlociu, iar stenoza s-a sectionat cu un endopielotom de concepţie proprie, sau cu un endopielotom *Storz*. Sunt prezentate rezultatele obţinute la 114/134 bolnavi (85,07%), care au fost urmăriţi peste 12 luni postoperator.

Joncţiunea pieloureterală stenozată a fost protezată după secţionare timp de 6 săptămâni cu o endoproteză ureterală autostatică (*Rusch, Braun* sau *Cook*).

Se discută tehnica de endopielotomie, rezultatele obţinute şi cauzele de insucces, survenite la un număr de 9/114 pacienţi (7,89%), urmăriţi peste 12 luni.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC AL COMPLICAŢIILOR PRECOCE ŞI TARDIVE ALE ADENOMECTOMIEI DESCHISE ŞI TRANSURETRALE

V.Oşan, C.Catarig, M.Imbăruş, I.Negruş, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
U.M.F. Tîrgu-Mureş

Adenomectomia transuretrală şi transvezicală, reprezintă principalele modalităţi chirurgicale de tratament al adenomului.

Ambele sunt grevate de o serie de complicaţii binecunoscute, începând cu hemoragia imediată severă şi terminând cu multiplele sechele de tip obstructiv (strictura uretrală, scleroza de col, litiaza vezicală etc.).

Într-o perioadă de 15 ani (1979-1993) au fost operați pentru adenom de prostată un număr de 3216 bolnavi. Pe cale transuretrală au fost operați 2354 bolnavi, reprezentând 73,14%, iar deschis 826 bolnavi (26,80%). Lucrarea de față dorește să ilustreze posibilitățile pe care le oferă calea transuretrală în tratamentul acestor complicații.

Pentru complicații de postadenomectomie transuretrală și tranvezicală s-a intervenit la un număr de 354 (11%) bolnavi, la care s-a efectuat un număr de 393 de acte terapeutice transuretrale:

- hematurii imediate severe sau tamponadă vezicală prin cheaguri: hemostază trasuretrală pîntită;
- disurie marcată sau retenție după îndepărtarea cateterului prin lambou capsular sau țesut adenomatos restant: rezecție transuretrală;
- scleroză de col vezical: sfincterotomie internă;
- strictură uretrală: uretrotomie internă optică;
- litiază vezicală: litotripie transuretrală.

La 54 bolnavi s-au efectuat mai multe operații transuretrale simultane (ex. uretrotomie internă + litotripie).

În lucrare este analizată experiența acumulată și rezultatele obținute comparativ între cele 2 căi de abord, exceptând complicațiile de tip infecțios, sindromul TUR și complicații de tip general, calea transuretrală reprezentând tratamentul de elecție pentru complicațiile hemoragice și obstructive.

RATA INFECȚIEI URINARE DUPĂ ADENOMECTOMIE DESCHISĂ, COMPARATIV CU CEA TRANSURETRALĂ

LBabos, D.Nicolescu, Orsolya Mártha

Clinica de Urologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Prevenirea infecției urinare postoperatorii în adenomul de prostată are un interes deosebit în aprecierea succesului terapeutic. Ea este dependentă în primul rând de tehnica operatorie aplicată.

Scopul lucrării este să demonstreze avantajele rezecției transuretrale în prevenirea infecțiilor urinare postoperatorii.

La Clinica de Urologie din Tg.-Mureș între 01.1.1991 și 31.12.1993 s-au internat un număr de 954 bolnavi cu adenom de prostată, din care am selectat 2 loturi de câte 100 de bolnavi cu indicație operatorie și urocultură sterilă preoperator. Unul dintre loturi a fost operat deschis (transvezical), celălalt lot a fost rezecat transuretral. La ambele loturi a fost urmărită prezența infecției urinare în perioada postoperatorie imediată, până la un an.

La bolnavii operați transuretral s-a menținut sonda uretrală în medie de 2,5 zile, în schimb la cei operați deschis au avut un drenaj urinar reprezentat de cateterul uretrovezical în medie de 9 zile. Am constatat că infecția urinară este semnificativ mai mare la grupa a 2-a

Pe baza experienței personale autorii prezintă opiniile privind metodele de restrângere a incidenței infecției urinare postoperatorii în adenomul de prostată.

PRINCIPIILE TRATAMENTULUI ENDOSCOPIC RADICAL AL TUMORILOR VEZICALE SUPERFICIALE

Orsolya Mártha, I.Bakos, I.Dumbrăveanu, S.Nedelcu, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
U.M.F. Târgu-Mureș

În tratamentul tumorilor vezicale superficiale locul primordial îl ocupă tratamentul endoscopic, rezecția transuretrală a tumorii (TUR.V).

Rezecția în scop terapeutic, asociată cu biopsii Bressel și de cartografiere vezicală reușește, în majoritatea cazurilor de tumoare superficială vezicală, să atingă coeficientul de radicalitate.

Lucrarea de față trece în revistă noile aspecte în terapia endoscopică a tumorilor vezicale superficiale, bazându-se pe experiența clinicii de peste 15 ani (1979-1994).

În decurs de 2 ani, între 1993-1994, în Clinica de Urologie Târgu-Mureș s-au efectuat 518 rezecții transuretrale pentru tumori vezicale, dintre care 102 (19,72%) pentru tumori superficiale. Datele statistice arată o predominanță a apariției tumorilor vezicale superficiale la bărbați, mai ales în intervalul de vârstă cuprins între 50-60 ani

Prin această lucrare dorim să subliniem importanța rezecției transuretrale în una sau mai multe ședințe, asociate cu biopsii Bressel în tratamentul radical al tumorilor vezicale superficiale.

Concluziile lucrării sunt:

1. În tratamentul tumorilor vezicale TUR.V reprezintă placa turnantă pentru diferitele mijloace terapeutice, în funcție de agresivitatea tumorilor.

2. TUR.V reprezintă intervenția de elecție pentru tumorile vezicale superficiale pTa.

3. Multifocalitatea tumorii și displazia mucoasei cresc incidența recidivelor.

4. Fenomenul de progresie și de conversie este mai puțin frecvent în tumorile vezicale superficiale pTa decât în pT1.

ROLUL REZECȚIEI TRANSURETRALE PALEATIVE (TUR-Vp) ÎN TUMORILE VEZICALE INFILTRATIVE

O.Golea, D.Nicolescu, I.Dumbrăveanu, I.Negruț

Clinica de Urologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Autori își propun să studieze dacă, și în ce măsură TUR-Vp în tumorile vezicale infiltrative depășite chirurgical contribuie la ameliorarea stării clinice a bolnavilor și a speranței lor de viață.

Au fost studiați 127 bolnavi cu tumori vezicale, depășite oncologic, internați în Clinica de Urologie Tg.-Mureș în perioada 1990-1992, și urmăriți până în 1994.

Au fost încadrați astfel bolnavii cu tumori cu evoluție locală avansată (T₄); cu adenopatii metastatice și metastaze în diferite organe sau/și cu tare organice asociate care contraindică operațiile de anvergură. O altă categorie sunt bolnavii care au refuzat cistectomia totală, când aceasta a fost posibilă.

Ameliorarea calității vieții bolnavilor a fost analizată folosind criterii clinice și paraclinice specifice.

Concluziile acestui studiu sunt:

1. TUR-Vp are un impact psihologic pozitiv, iar bolnavul nu se va simți abandonat.

2. Ameliorează semnificativ calitatea vieții astfel: stopează hematuria, implicit anemia secundară; diminuează polakiuria crescând capacitatea vezicală; cedarea disunei prin deblocarea colului vezical infiltrat tumoral; scăderea ratei infecției urinare și ameliorarea sindromului cistic.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC CONCOMITENT AL TUMORILOR VEZICALE ASOCIATE CU ALTE AFECȚIUNI ALE APARATULUI URINAR INFERIOR

I.Dumbrăveanu, O.Golea, C.Catarig, I.Negruț, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Tumorile vezicale continuă să rămână cea mai frecventă boală în oncologia urologică. Într-un număr mare de cazuri ele sunt asociate cu alte afecțiuni urologice.

Până la apariția chirurgiei transuretrale tratamentul acestor maladii necesită efectuarea a 2 sau mai multe intervenții chirurgicale. Concepția

actuală a modificat esențial strategia terapeutică și a ameliorat mult prognosticul postoperator.

Lucrarea analizează modalitățile terapeutice și rezultatele obținute pe un lot de 49 pacienți cu tumori vezicale superficiale (11) și profunde (38), tratați în clinică în perioada 1993-1994, la care s-au diagnosticat și alte maladii asociate ale aparatului urinar inferior.

La 44 bolnavi s-au practicat 2, și la 5 bolnavi mai multe intervenții chirurgicale endoscopice în aceeași ședință terapeutică. Adică, litotritie Punch la 10 bolnavi (20%), meatotomie Otis la 12 (25%), sfincterotomie la 7 bolnavi (14%). Uretrotomie optică internă la 7 bolnavi (14%), TURP la 5 bolnavi (10%), ITUP la 5 bolnavi (10%).

Concluziile lucrării sunt:

1. Maladiile aparatului urinar inferior, asociate tumorilor vezicale, pot și este preferabil să fie rezolvate concomitent cu intervenția de bază, rezecția endoscopică a tumorii vezicale.

2. Tratamentul endoscopic concomitent este o modalitate terapeutică optimă pentru pacient, fiind o intervenție minim agresivă, este repetabilă, și în general bine tolerată.

3. Chirurgia transuretrală are și avantajul rentabilității economice, prin perioada scurtă de spitalizare, și reducerea costului tratamentului.

CONSIDERAȚII PE MARGINEA LITIAZEI VEZICALE SECUNDARĂ OPERAȚIILOR OBSTETRICO- GINECOLOGICE

L.Schwartz, V.Oșan, I.Negrui, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Din analiza cazuisticii de 10 ani (1985-1994) a Clinicii de Urologie din Târgu-Mureș, de litiază vezicală secundară la sexul feminin, se constată o incidență a sa de 46,43% la subiectele care au fost supuse unor operații obstetrico-ginecologice.

Lucrarea relevă drept factor etiologic al acestui tip de litiază vezicală, un corp străin intravezical, reprezentat de firele de sutură neresorbabile aplicate intempestiv trasvezical în cursul unor operații obstetrico-ginecologice.

Scopul lucrării noastre este de a sesiza specialiștii ginecologi asupra pericolului litogenetic al materialului de sutură neresorbabil aplicat trasvezical și a propune folosirea de suturi resorbabile în operațiile efectuate pe organele vecine vezicii urinare.

Se concluzionează că:

- Litiaza vezicală secundară la femei are drept cauză etiologică în peste 46% din cazuri firul de sutură neresorbabil aplicat intempestiv transvezical
- Diagnosticul pozitiv se stabilește pe baza unor semne caracteristice radiologice și ecografice: poziție neobișnuită și fixitatea concrementului.
- Tratamentul constă în litotriție transuretrală asociată cu extragerea endoscopică a firului de sutură.
- Profilaxia litiazei vezicale iatrogene constă în utilizarea de material de sutură resorbabil în toate operațiile din vecinătatea vezicii.

MANEVRE ENDOSCOPICE AJUTĂTOARE ÎN VEDEREA LĂRGIRII INDICAȚIEI ȘI CREȘTERII EFICIENȚEI ESWL

Carmen Simion, V.Oșan, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Litotriția extracorporeală (ESWL) ca monoterapie sau terapie asociată este una din modalitățile moderne de tratament a litiazei renoureterale. În Clinica de Urologie Tg.-Mureș, se practică litotriția extracorporeală din anul 1991, având în dotare un litotritor Siemens Lithostar. Din decembrie 1992 utilizăm pentru dezintegrare un tip nou, perfecționat de generator de unde de șoc ("Sistem C") motiv pentru care în această lucrare am analizat doar bolnavii tratați cu acest sistem.

Între 15XII1992-31XII1994 am practicat 1683 ședințe de ESWL la un număr de 1287 bolnavi (1,3 ședințe ESWL/bolnav). Am practicat de rutină o serie de metode adjuvante endoscopice, percutanate sau radiologice, în prealabil sau concomitent cu litotriția extracorporeală, în anumite situații cum ar fi: calculi voluminoși, litiază multiplă, litiază radiotransparentă sau în cazul prezenței unor complicații mecanice și infecțioase.

La 162 bolnavi (12,6%) am aplicat în prealabil sondă ureterală, proteză ureterală autostatică sau sondă extractoare Zeiss. Nefrostomia percutanată sau deschisă s-a practicat înaintea ESWL pentru hidronefroză infectată (20 bolnavi=1,55%), fie pentru calculi rezanți după NLP sau operație deschisă (12 bolnavi=0,93%). La 63 bolnavi (4,9%) am utilizat diverse metode radiologice diagnostice (UPR, PUD, UIV) pentru reperarea și focalizarea calculilor.

O altă categorie de manevre endoscopice sau minim invazive s-au efectuat ulterior tratamentului de dezintegrare, pentru complicații consecutive sau pentru lipsa dezintegrării. Astfel, la 42 bolnavi (3,3%) la care am constatat

absența dezintegrării, am efectuat următoarele manevre pentru tratamentul litiazei sondă extractoare Zeiss, meatotomie, ureteroscopie retrogradă, NLP și operație deschisă. Pentru complicații mecanice și infecțioase ulterioare, tratamentul de dezintegrare la 27 bolnavi (2,1%) s-a practicat N.P., meatotomie, NLP+URSA, operație deschisă. Aceste intervenții practicate prealabil sau ulterior litotriției extracorporeale au dus la extinderea indicației și eficacității dezintegrării calculilor. Din experiența noastră rezultă că litotriția extracorporeală trebuie să fie practică numai în servicii dotate cu posibilități multiple de abord al litiazei renoureterale.

STUDIUL FACTORILOR ETIOLOGICI ȘI AL ATIPILOR CELULARE ÎN URETROPROSTATITE

I.László, M.Péter, Sanda Piros, V.Filep, D.Nicolescu*, B.Sebe

Discipline de microbiologie

*Clinica de Urologie

U.M.F. Târgu-Mureș

În lucrările noastre anterioare privind etiologia uretroprostatitelor (UP) am arătat că pentru aplicarea unui tratament eficient este necesară stabilirea factorilor etiologici care iau parte în declanșarea și menținerea infecției.

În perioada anilor 1994 - martie 1995 de la bolnavi cu UP s-a recoltat secreție prostatică și urină (proba Stamey), care au fost prelucrate prin metode microbiologice complexe de diagnostic. Din tulpinile de bacterii izolate s-a efectuat antibiograma, iar în cazul levurilor fungigrama. În secreția prostatică au fost studiate și modificările celulare. În total au fost examinate 345 de persoane. La 231 de bolnavi s-a examinat secreția prostatică și urina și la 114 bolnavi cu UP numai urina.

Rezultatele sunt următoarele: chlamidii s-au găsit în 27,7%, Entamoeba urogenitalis în 27,2%, chlamidii + Entamoeba în 12,9%, Candida în 8,2%, Candida + Entamoeba în 2,59%, chlamidii + Candida în 0,86%, Staphylococcus aureus haemolyticus în 34,6%, Staphylococcus epidermidis + alte bacterii în 15,5%, Acinetobacter c. + alte specii bacteriene în 17,3%, Escherichia coli în 10,8%, alte specii bacteriene (corynebacterii, Micrococcus, klebsiile, Streptococcus faecalis, Neisserii saprofite) în 15,5%. Celule atipice din cele 231 de cazuri s-au decontat în 5,6%.

În urina a 114 bolnavi au fost prezente următoarele microorganisme: chlamidii în 21,9%, Entamoeba urogenitalis în 28%, chlamidii + Entamoeba în 5,2%, Candida în 1,7%, Candida + Entamoeba în 3,5%, Staphylococcus aureus haemolyticus în 26,4%, Staphylococcus epidermidis + bacterii diferite

în 24,5%, *Acinetobacter* c. + alte specii bacteriene în 14,9%, *Escherichia coli* în 14,9%.

După cum reiese din datele sus menționate, diferențe deosebite privind flora microbiană a secreției prostatice și a urinei (când a fost examinată numai urina proaspăt recoltată) nu am constatat.

Față de anii anteriori se poate observa incidența mai crescută a infecțiilor chlamidiene.

FACTORI ETIOPATOGENETICI ȘI MIJLOACELE DE APĂRARE ALE ORGANISMULUI ÎN INFECȚIILE TRACTULUI URINAR

Gr.Dogaru, Carmen Căldăraru

Clinica Medicală nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

În condiții normale, tractul urinar este rezistent la infecții: bacteriuria în sine, fără existența unor factori favorizanți de ordin local și/sau general, nu determină persistența infecției urinare. Echilibrul dintre mecanismele de apărare ale organismului și multiplicarea bacteriană poate fi alterat în prezența unor particularități receptive ce țin de rinichi, tractul urinar și de ordin general.

Studiind 387 bacteriurii semnificative confirmate în Clinica Medicală nr.3 Tg.-Mureș în perioada 01.01.1989 - 31.12.1994, autorii analizează corelația dintre factorii etiopatogenetici și mijloacele de apărare ale organismului. În 47,8% din cazuri se constată asocierea unor factori etiopatogenetici de ordin general, pe primul loc situându-se diabetul zaharat (în 18,09% a cazurilor). În 25,32% a bacteriuriilor confirmate se asociază factori favorizanți ce țin de particularitățile receptive ale rinichilor și ale tractului urinar, pe primul loc situându-se litiaza urinară (în 10,59% a cazurilor), urmată de staza urinară de diferite alte cauze decât litiaza (în 7,49% a cazurilor). În 26,87% din bacteriuriile confirmate nu s-a constatat prezența unor factori favorizanți de ordin local și/sau general.

Datele studiului confirmă valoarea relaptei dintre factorii etiopatogenetici și mijloacele de apărare ale organismului.

RELAȚIA DINTRE INFECȚIA URINARĂ ȘI LITIAZA URINARĂ

Mihaela Zafiu

Clinica de Pediatrie nr.3
U.M.F. Târgu-Mureș

Pornind de la observația clinică referitoare la incidența relativ crescută a cazurilor de infecție urinară asociată cu litiază renourinară și invers, litiază evoluând cu o infecție a tractului urinar la copii, am dorit să cunoaștem mai bine - și am studiat - relația dintre aceste două afecțiuni renourinare. Astfel, am constatat că în decursul a 10 ani (1985-1994) în Clinicile de Pediatrie nr.2 și 3 s-au internat 78 cazuri de litiază urinară, dintre care mai mult de 2/3 s-au asociat și cu infecție urinară. Vârsta acestor copii a fost cuprinsă între 9 luni și 16 ani, de unde rezultă că litiaza urinară se întâlnește la toate categoriile de vârstă, inclusiv la sugari. În cazul nostru, asocierea dintre litiază și infecția urinară a fost mai frecventă la copiii între 3 și 6 ani (42 cazuri); 8 cazuri sub vârsta de 3 ani și 28 peste 6 ani. Raportul dintre băieți și fete a fost aproape egal (35/43). Faptul că infecția urinară asociată litiazei evoluează cel mai adesea de o manieră recidivantă și rebelă la tratamentul medical, în plus cu alură de nefropatie obstructivă (pe fond de pielectazie, megaureter sau hidronefroza infectată), ridică probleme uneori dificile de diagnostic și tratament, intrând în discuție și alte afecțiuni care evoluează cu sindrom febril prelungit și stare generală mai mult sau mai puțin alterată. Este aspectul asupra căruia insistăm și ne oprim îndelung, scoțând în evidență rolul investigațiilor radio-urologice.

TRATAMENTUL PERCUTANAT AL CHISTURILOR RENALE SOLITARE PRIN FENESTRAȚIE

R.Boja, O.Golea, L.Schwartz, C.Cantâr, S.Nedelcu, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Film Video VSH

Incidența chisturilor renale solitare marchează o creștere aparentă în zilele noastre, datorită progreselor imagisticii. Astfel, ecografia poate identifica și localiza cu precizie existența unui proces expansiv renal și să-i precizeze caracterul solid sau lichidian. În plus, a devenit posibil diagnosticul

chisturilor malignizate, pe baza examenului ecografic, fluoroscopic (substanță de contrast injectată intrachistic) și a examenului citologic din lichidul aspirat.

Începând din anul 1985 punctia percutanată aspirativă ghidată ecografic urmată de sclerozarea pereților chistului a înlocuit cu succes abordul chirurgical deschis. Rata recidivelor acestei metode este relativ mare în cazul chisturilor voluminoase, motiv pentru care începând din octombrie 1994 am introdus pentru aceste chisturi un nou procedeu: fenestrația endoscopică a chisturilor.

Filmul prezintă prin imagini externe și endoscopice această nouă tehnică efectuată pentru prima dată în țară la Clinica de Urologie Târgu-Mureș. Experiența mică (8 cazuri până în prezent) nu ne permite să tragem concluzii ferme asupra eficienței acestei metode.



SIMPOZIONUL FITOTERAPIA CAVITĂȚII BUCALE

BAZELE ȘTIINȚIFICE ALE TRATAMENTULUI ÎN PARODONTOPATIILE MARGINALE CRONICE

A. Monea, Șt. Bocskay

Disciplina de odontologie și parodontologie
U.M.F. Târgu-Mureș

Autorii trec în revistă progresele înregistrate în tratamentul parodontopatiilor marginale cronice, având ca suport cunoștințele acumulate în etiologia și patogenia afecțiunii.

Date recente demonstrează că o atenție deosebită se cere acordată - și în continuare - rolului microorganismelor din placa dentară, precum și interacțiunii imunologice ale acestora cu organismul gazdă.

Acceptarea ideii conform căreia marea majoritate a îmbolnăvirilor cronice ale parodontiului marginal sunt de origine microbiană și că aparatul de susținere al dintelui reacționează prin semne de inflamație permite recurgerea la antibiotice, alți agenți antimicrobieni sau antiinflamatori, ca adjuvanți ai metodelor clasice de tratament chirurgical sau nechirurgical al afecțiunii.

POSIBILITĂȚI DE UTILIZARE A PRODUSELOR VEGETALE ÎN TRATAMENTUL UNOR AFECȚIUNI ALE CAVITĂȚII BUCALE

Em. Grigorescu, Ursula Stănescu

Facultatea de Farmacie
U.M.F. Iași

În medicina modernă, igiena mucoaselor ocupă un loc deosebit, deoarece se știe că de aceasta depinde în mare măsură sănătatea organismului; pe de altă parte, fiziologia mucoasei bucale este influențată de starea generală a organismului, diversele agresiuni patologice sau toxice putând avea repercusiuni și la acest nivel. Modificările ce survin în fiziologia mucoasei

bucale pot fi ameliorate prin luarea unor măsuri de igienă locală, preparatele obținute din plante sau alte produse naturale, putând constitui un mijloc eficient de tratament și profilaxie în abordarea unor afecțiuni ale cavității bucale.

Având în vedere că simptomele generale cele mai des întâlnite în afecțiunile cavității bucale sunt:

- prezența unei plăci microbiene abundente,
- sângerarea gingiei,
- inflamația locală,
- lezarea mucoasei gingivale sau bucale tradusă prin ulcerate,
- modificarea de tonus a gingiei,
- modificări de metabolism ale mucoasei,
- prezența unor toxine bacteriene. O serie de produse vegetale se oferă

parcă, de la sine, prin compoziția chimică și efectele lor biologice, ca mijloace eficiente de combatere a acestora.

Astfel, pentru îndepărtarea plăcii bacteriene se folosește sanguinarina, ca și extractele din *Sanguinaria officinalis* sau *Chelidonium majus*; propolisul, ca și o serie de uleiuri volatile sunt și ele cunoscute pentru acțiunea lor antiseptică.

Pentru reducerea inflamației bucale se folosesc în primul rând azulele, existente și în uleiul volatil de mușetel sau coada șoricelului, dar și extractul de propolis, liofilizat de patlagină, mușcata sau *Sedum*. Extractele de mușetel, propolis și *Echinacea* acționează cicantrizant, iar propolisul și fracțiunea lipofilă de obligeana dezvoltă efect anestezic local.

Pentru combaterea sângerării, se utilizează extractele de arnică și propolis, acidul ascorbic și derivații solubili de rutin, care stimulează circulația sangvină periferică, reducând permeabilitatea capilară.

Mușetelul, coada șoricelului și obligeana stimulează metabolismul mucoasei bucale, alterat, primele două crescând fosforilarea oxidativă, acțiune ce conduce la o regenerare mai rapidă a țesutului, azulele dezvoltând și un efect antitoxic.

CERCETĂRI CLUJENE ASUPRA UNOR PLANTE UTILIZATE ÎN AFECȚIUNI ALE CAVITĂȚII BUCALE

Viorica Hodișan, M. Tămaș, H. Popescu, M. Kory

Facultatea de Farmacie
U.M.F. Cluj-Napoca

Cercetări efectuate la Facultatea de Farmacie din Cluj-Napoca pentru obținerea de medicamente vegetale și preparate igienico-cosmetice destinate afecțiunilor cavității bucale s-au axat pe studiul următoarelor specii: *Rosa*

centifolia L. și R. rugosa Tunb. Urtica dioica L., Achillea millefolium L., Calendula officinalis L. Chrysanthemum balsamita L., Echinacea pallida Nutt. și E. purpurea (L.) Moench., Geranium macrorrhizum L., Ocimum basilicum L., Primula officinalis L., Salvia officinalis L., Tilia sp. și Vaccinium vitis-idaea L.

Aceste plante au fost selecționate după rezultatele obținute în urma cercetărilor efectuate asupra compoziției lor chimice (flavone, uleiuri volatile, taninuri, saponine, compuși fenil-propanici, saponine triterpenice ș.a.) și asupra proprietăților antimicrobiene și antifungice, antiinflamatoare și cicatrizante.

Ele se folosesc sub formă de extracte standardizate singure sau asociate pentru obținerea următoarelor preparate: Aftolizol, Aftogeranil Gerodentol, Novastum, ș.a. De asemenea se utilizează la obținerea unor ape de gură, paste de dinți, geluri, comprimate pentru supt și altor forme farmaceutice în curs de avizare pentru industrializare, respectiv experimentare clinică.

CERCETĂRI TÂRGUMUREȘENE ASUPRA UNOR PLANTE MEDICINALE UTILIZATE ÎN AFECȚIUNI ALE CAVITĂȚII BUCALE

C. Csedő, I. Fűzi, M. Giurgiu

Facultatea de Farmacie
U.M.F. Târgu-Mureș

Având în vedere că terapia afecțiunilor cavității bucale, pe plan mondial, sunt utilizate preparate pe bază de antibiotice cu inerentele lor dezavantaje, există motivația folosirii în tratamentul acestor afecțiuni a unor produse fitofarmaceutice. Utilitatea unor astfel de produse este confirmată și de datele epidemiologice ce ne arată o frecvență de 75-80% a parodontopatiilor la toate vârstele.

În scopul obținerii unor produse fitofarmaceutice destinate practicii stomatologice cu aplicații locale s-a efectuat un studiu fitochimic, microbiologic și clinic asupra următoarelor specii: Sphagnum magellanicum Brid., Sphagnum angustifolium Ehrh., Sphagnum centrale Jansen, Geum allepicum Jacq., Geum Borisi Keller, Geum jankae Sm., Geum rivale Pursch, Geum virginianum L., Geum var. Torr et Gray, Geum tirolense Kerm., Alchemilla monticola Rothm., Alchemilla bulgarica Opiz., Sanguisorba officinale L., Lysimachia nummularia L., Lysimachia nemorum L., Lysimachia thyrsoflora L., Lysimachia punctata L., Lysimachia vulgaris L., Lysimachia arvensis L., Lysimachia verticillaris Spreng., Lysimachia ephenerum, Lysimachia ciliata L., Corylus avellana L., Filipendula ulmaria L. Maxum, Salvia officinalis

În urma cercetărilor au rezultat mai multe produse fitoterapeutice de uz stomatologic și s-au obținut cinci brevete de invenție.

MEDICAMENT DE ORIGINE VEGETALĂ DESTINAT TRATAMENTULUI PARODONTOPATIILOR MARGINALE CRONICE SUPERFICIALE

I.Füzi*, M.Péter**, Șt.Bocskay***

*Disciplina de botanică farmaceutică

**Disciplina de microbiologie

***Disciplina de odontologie și parodontologie
U.M.F. Târgu-Mureș

În scopul obținerii unui produs fitofarmaceutic destinat practicii parodontale, s-a efectuat un studiu fitochimic, microbiologic și clinic asupra unor specii ale genului *Lysimachia* L., specii ce prezintă acțiune antimicrobiană pronunțată și antiinflamatoare.

În prezent este acceptat unanim rolul etiopatogenic al plăcii dentare microbiene în apariția parodontopatiilor marginale, motiv pentru care s-a testat acțiunea antimicrobiană a extractelor apoase liofilizate de *Lysimachia* asupra florei aerobe și anaerobe din cavitatea bucală. Pentru urmărirea acțiunii antimicrobiene s-au folosit următoarele tulpini: *Streptococcus viridans*, *Streptococcus salivarius* 80225, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria sicca* în concentrații de 3×10^8 germ/ml. *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* în concentrații de 3×10^{10} germ/ml precum și o floră anaerobă mixtă provenită de la 15 persoane aflate la începutul tratamentului. Acțiunea antibacteriană s-a înregistrat la toate tulpinile luate în lucru.

Constatând acțiunea antimicrobiană pronunțată a liofilizatului de *Lysimachia* asupra florei microbiene bucale ne-am propus testarea clinică a acestuia sub forma unui gel adecvat pentru terapia stomatologică. Evaluarea rezultatelor clinice s-a făcut pe baza indicilor I.P., I.T., I.G.

Cercetările clinice au dovedit eficacitatea gelului obținut din liofilizatul de *Lysimachia* în terapia parodontopatiilor. Pe baza rezultatelor clinice ne-am propus formularea definitivă a unui produs farmaceutic sub formă de gel destinat practicii parodontale cu acțiune terapeutică certă. Produsul a fost brevetat sub denumirea de Lysident-gel

IDENTIFICAREA ȘI DETERMINAREA CANTITATIVĂ A ACIDULUI BENZOIC DIN FRUCTELE DE VACCINIUM VITIS-IDAEA L.

M. Tămaș, Adina Aluș-Popa, Dorina Târnoaveanu

Facultatea de Farmacie
U.M.F. Cluj-Napoca

În fructele mature de merișor (*Vaccinium vitis idaea* L.) acidul benzoic (AB) este prezent numai sub formă legată cu glucoză (vaccinna) și poate fi pus în evidență numai după hidroliza acidă. Pe lângă AB am mai pus în evidență și acidul hidroxibenzoic. Identificarea acestora se poate face prin CSS de silicagel cu indicator de fluorescență, în lumină UV la 254 nm (fluorescență închisă).

Determinarea cantitativă am realizat-o printr-o tehnică spectrofotometrică în UV, după o separare prealabilă prin CSS preparativă. Extractul apos, alcoolic și sucule presat prezintă proprietăți antimicrobiene și antifungice cu perspective de utilizare în terapia cavității bucale.



CONURI DENTARE CU ACȚIUNE LOCALĂ ÎN STOMATOLOGIE

Adriana Popovici, LPapp, A. Biró*

Disciplina de tehnologie farmaceutică
U.M.F. Târgu-Mureș

*Dispensarul Policlinicii Militare Târgu-Mureș

Lipsa unor preparate farmaceutice solide, cu acțiune complexă, utile în tratamentul stomatologic local, ne-a determinat să elaborăm tehnologia de obținere a unor conuri dentare (Néocônes), pe bază de produse extractive vegetale, asociate cu substanțe active de sinteză astfel s-au realizat:

1. *Conuri alveolare*, conținând: sulfat de neomicină 0,003 g, clorhidrat de procaină 0,001 g, extract fluid din frunzele plantei *Salvia officinalis*, Familia Labiatae, 0,02g, excipienți q.s. ad 0,10

Se utilizează în tratamentul alveolitelor postextracționale având efect antibiotic, anestezic și antiinflamator. Se plasează 1-2 comprimate pe zi în spațiul alveolar.

2. *Conuri gingivale*, conținând extract moale din frunzele plantei *Hedera helix*, Familia Hederaceae, 0,020 g, extract moale din semințele de castan sălbatic (*Hippocastani semen* Familia Hippocastanaceae) 0,020 g.

extract uscat din frunze de Hamamelis, Familia Hamamelidaceae 0,050 g, excipienți q.s. ad 0,150 g.

Se utilizează în tratamentul gingivitelor, având acțiune astringentă, analgetică, antihemoragică și efect antibiotic asupra bacteriilor gram-pozitive.

Conurile aderă de mucoasa gingivală, se gelifică și se dezagregă treptat sub acțiunea lichidelor de exudație.

Cercetările preliminare de laborator și clinice sunt promițătoare și în curs de observație.

ACȚIUNEA TERAPEUTICĂ A ULMARIA-POLIFENOLATULUI DE ZINC ÎN AFECȚIUNI PARODONTALE

Marioara Monea, C.Csedő, A.Monea*, Csilla Balázs, Sigrid Eșianu

Facultatea de Farmacie
*Facultatea de Stomatologie
U.M.F. Târgu-Mureș

În practica curentă stomatologică sunt folosite destul de multe substanțe chimice antiplacă (clorhexidină, fluorură de sodiu atașată de ioni cationici sau anionici), dar lipsesc produsele de origine vegetală. Din această cauză am încercat obținerea unui produs realizat din părțile aeriene ale plantei *Filipendula ulmaria* (sin. *Spirea ulmaria*) care dispune de o acțiune antimicrobiană, antiinflamatoare, astringentă, epitelizantă și de favorizare a circulației sangvine a gingiei.

În cadrul cercetărilor am urmărit acțiunea antiplacă și asupra gingiei, a produsului *Ulmaria-Polifenilat de Zinc* încorporat în pastă de dinți, la un număr de 25 pacienți, instruiți în prealabil. Subiecții au fost solicitați să execute periajul dentar de cel puțin 2 ori pe zi timp de o lună, după tehnica lui Stillmann și într-o perioadă de timp standard de 3 minute. Starea de sănătate parodontală a fost apreciată la începutul și la sfârșitul perioadei de investigație, recurgându-se la indici de corelație mondiali (indicele de placă și indicele gingival Löw). La sfârșitul investigației s-a urmărit starea de sănătate a gingiei și s-a constatat o ameliorare apreciabilă: scăderea sângerării gingivale, dispariția edemului, scăderea secreției din pungi. În concluzie s-a stabilit că pasta de dinți cu *Ulmaria-Polifenolat de Zinc* poate inhiba acumularea de placă dentară microbiană, fără a cauza efecte secundare.

STUDIUL EFECTELOR TERAPEUTICE AL UNUI PRODUS FARMACEUTIC OBTINUT DIN PRIMULACEAE ÎN COMBATAREA PLĂCILOR DENTARE MICROBIENE

I. Fûzi*, F. Jeney**, Emilia Oprea***

*Disciplina de botanică farmaceutică
U.M.F. Târgu-Mureş

**Central Medical şi de Servicii de Sănătate şi Conducere, Sibiu

***Farmacia "Ephedra" Târgu-Mureş

Cunoscând acţiunea favorabilă a liofilizatului şi a gelului de *Lysimachia nummularia* (Lysident-gel) în tratamentul parodontopatiilor marginale cronice superficiale, în comunicarea de faţă ne-am propus cercetarea speciilor *Lysimachia punctata* L. şi *Lysimachia vulgaris* L. în terapia stomatologică.

S-a urmărit acţiunea antibacteriană a liofilizatului şi a gelului obţinut din speciile sus-menţionate asupra dezvoltării florei aérobe şi anaérobe din cavitatea bucală. Determinarea acţiunii antibacteriene se referă la următoarele tulpini: *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Flora anaerobă mixtă a provenit de la 10 persoane aflate la începutul tratamentului. Rezultatele au confirmat acţiunea antimicrobiană pronunţată a liofilizatului şi a gelului la toate tulpinile studiate. Produsul medicamentos sub formă de gel a fost utilizat la un număr de 50 pacienţi cu diagnosticul de parodontopatie marginală cronică superficială.

Constatările au fost evaluate pe baza indicelui de plagă ajungându-se la următoarele rezultate:

- înainte de tratament . = 1,12 - 4,26

- după tratament = 0,25 - 1,20

După 2-3 şedinţe de tratament s-a putut constata dispariţia pruritului local şi a senzaţiei de tensiune gingivală.

PREPARAREA CONURILOR ALVEOLARE CU EXTRACT LIOFILIZAT OBTINUT DIN SPECII DE *LYSIMACHIA* L.

I. Fûzi, L. Papp

Disciplina de botanică farmaceutică
Disciplina de tehnică farmaceutică
U.M.F. Târgu-Mureş

În tratamentul alveolitelor postextracţionale se urmăreşte combaterea durerilor violente de tip nevralgic, a infecţiei şi stimularea procesului de

regenerare tisulară. De aceea, conurile alveolare din import și cele indigene conțin în asociere mai multe antibiotice, antiprotozoare, antiinflamatoare și anestezice locale.

Cercetările noastre anterioare au demonstrat acțiunea antibacteriană puternică a extractelor de *Lysimachia* asupra florei microbiene aerobe și anaerobe din cavitatea bucală asociată și de o acțiune antiinflamatoare și cicatrizantă. Cercetările noastre au confirmat că pentru a obține o acțiune complexă comparabilă cu cea a liofilizatului de *Lysimachia* este nevoie de asocierea a cel puțin trei antibiotice diferite.

Extractul liofilizat de *Lysimachia* sp. combinat cu un anestezic local cu efect de lungă durată înglobat în conuri alveolare obținut prin comprimare, sisteză definitiv durerea supărătoare la circa 70% din cazuri după o singură ședință și la circa 25 - 30% din cazuri după 2-3 ședințe. Excipienții au fost astfel aleși încât conurile au o greutate de 50 mg. Cedează substanțele înglobate relativ lent; timpul de dezagregare fiind între 30-60 minute. Prepararea se face în condiții aseptice, examinând sterilitatea conurilor conform F.R.X. Preparatul este brevetat sub denumirea de Lysicon.



ACȚIUNEA ANTIBACTERIANĂ A APEI DE GURĂ STOMATOLOGICĂ PE BAZĂ DE EXTRACT DE FRUNZE DE ALUN (*CORYLI FOLIUM*)

C. Csedő, G. Horváth, Csilla Balázs, Sigrid Eșianu

Facultatea de Farmacie
U.M.F. Tîrgu-Mureș

Frunzele de alun (*Coryli folium*) conțin alături de sterine (taraxerol, beta-sitosterină, trihidroxistigmasterol), derivați polifenolici (2,0-4,5%), ulei volatil și substanțe minerale (6,6%), compuși care justifică cercetarea drogului în vederea obținerii unui produs fitoterapeutic de uz stomatologic.

S-a elaborat o apă de gură pe bază de extract de frunze de alun ce prezintă acțiune astringentă, antiinflamatoare și antibacteriană.

Cercetările microbiologice au evidențiat un efect antimicrobian energic asupra *Staphylococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* ATCC 6538, *Staphylococcus epidermalis*. Tulpinile de *Shigella boydii* și *Shigella flexner* 2A au fost ușor inhibitate.

Față de frotiul aftos recoltat din cavitatea bucală exercită o influență inhibantă medie. Inhibarea în procent de 50% a tulpinilor de *Candida albicans* este în concordanță cu datele din literatura de specialitate.

ACȚIUNEA ANTIMICROBIANĂ A LIOFILIZATELOR ȘI A POLIFENOLAȚILOR METALICI (Al, Bi, Zn) OBTINUTĂ DIN SPECII DE *ALCHEMILLA* L.

I. Fűzi, L. Fűlöp, M. Péter*

Disciplina de botanică farmaceutică

*Disciplina de microbiologie

U.M.F. Târgu-Mureș

Cercetările efectuate au urmărit testarea acțiunii antimicrobiene a liofilizatelor și a polifenolaților de Al, Bi și Zn obținute din specii de *Alchemilla monticola* și *Alchemilla bulgarica*.

Efectul antibacterian a fost urmărit asupra tulpinilor de *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Candida albicans*, *Geotrichum Rhodotorula*.

Liofilizatele obținute din părțile aeriene ale speciilor *Alchemilla monticola* și *Alchemilla bulgarica*, după dizolvare în ser fiziologic în diluție de 1,5 ml liofilizat adăugat la 13,5 ml agar-agar inhibă complet dezvoltarea tulpinilor de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa* și *Rhodotorula*. S-au dovedit mai puțin sensibile tulpinile *Klebsiella pneumoniae* și *Escherichia coli*.

Polifenolații au fost obținuți din extracte apoase liofilizate cu ioni de Al^{+++} , Bi^{+++} și Zn^{++} . Polifenolatul de Al-*Alchemilla* manifestă o acțiune pronunțată asupra dezvoltării tulpinilor de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* și *Pseudomonas aeruginosa*. Polifenolatul Zn-*Alchemilla* în diluție de 2,5 ml liofilizat adăugat la 12,5 ml agar-agar prezintă un efect antimicrobian pronunțat asupra dezvoltării tulpinilor de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* și *Pseudomonas aeruginosa*.

Acțiunea antimicrobiană a polifenolatului de Bi-*Alchemilla* este neînsemnată.

Testarea acțiunii antimicrobiene a liofilizatelor și a polifenolaților de *Alchemilla* confirmă posibilitatea obținerii unor produse fitofarmaceutice pentru uz stomatologic.

CERCETAREA EFECTULUI ANTIMICROBIAN A EXTRACTELOR LIOFILIZATE OBTINUTE DIN SPECIA SANGUISORBA OFFICINALIS L.

I. Fűzi*, M. Péter**, F. Jeney***

*Disciplina de botanică farmaceutică

**Disciplina de microbiologie

U.M.F. Târgu-Mureș

***Centrul Medical și de Servicii de Sănătate și Conducere, Sibiu

Bazându-ne pe rezultatele cercetărilor fitochimice, semnalate într-o altă lucrare, în comunicarea de față ne-am propus să prezentăm efectul antimicrobian al unor extracte liofilizate obținute din organele subterane și aeriene ale speciei *Sanguisorba officinalis*.

Acțiunea antimicrobiană a extractelor liofilizate obținute din rădăcini și herba a fost urmărită asupra următoarelor tulpini bacteriene: *Staphylococcus aureus* A.T.C.C., *Streptococcus pyogenes* I, *Streptococcus pyogenes* II, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Pentru testarea acțiunii antimicrobiene s-a utilizat metoda diluțiilor în medii agar-agar încălzit în diferite concentrații. În cutiile Petri s-a turnat 13,5, 14,0, 14,5 și 14,75 agar-agar la care s-a adăugat 1,5, 1,0, 0,5 și respectiv 0,25 ml de liofilizat obținut din rădăcină și herba. Acțiunea antimicrobiană este foarte pronunțată în cazul liofilizatelor de rădăcină unde 0,5 ml inhibă complet dezvoltarea tulpinilor de *Staphylococcus aureus* A.T.C.C., *Streptococcus pyogenes* I, *Streptococcus pyogenes* II, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Testarea acțiunii antimicrobiene a liofilizatelor de *Sanguisorba officinalis* confirmă posibilitatea obținerii unui produs fitofarmaceutic pentru utilizarea în tratamentul infecțiilor cavității bucale.

ANALIZA GAZCROMATOGRAFICĂ A ULEIULUI VOLATIL DE IZMĂ BUNĂ

SOIUL MENTHA PIPERITA - SUPERPIPERITA - FELDIOARA

C. Csedő*, I. Máthé**, M. Neugebauer***, V. Miklossy**, Sigrid Eșianu*

*Facultatea de Farmacie

U.M.F. Târgu-Mureș

**Institutul de Botanică al Academiei de Științe Ungare, Vácrátót

***Facultatea de Farmacie din Bonn

În România se depune o muncă asiduă pentru obținerea unui soi de izmă bună cu un conținut ridicat în ulei volatil, cu o compoziție chimică

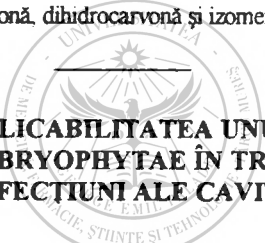
favorabilă utilizării farmaceutice, un soi rezistent față de dăunători vegetali și animali, față de condițiile pedoclimatice din țara noastră.

În Țara Bârsei cultura de izmă bună are o tradiție de aproape 100 de ani. De această muncă importantă este legată și activitatea de selecționare a D-lui M. Konka din Feldioara (Brașov), care până în prezent a obținut mai multe soiuri omologate și neomologate.

Uleiul volatil primit spre a fi analizat, a fost obținut de la autorul sus-amintit dintr-un soi foarte bine dezvoltat și sănătos față de matori.

Compoziția chimică a uleiului volatil a fost determinată la un gazcromatograf cuplat cu un spectrometru de masă computerizat și se prezintă astfel: alfa- și beta pinen, mircen, 3-heptanol-6-metil, cineol, linalool, mentonă, izomentonă dihidrocarvonă, pulegonă, izomerul dihidroarvonei, carvonă, piperitonă, timol, carvacrol, beta-cariofilen.

Din analiza efectuată rezultă că uleiul volatil de izmă bună, soiul *Mentha piperita* - superpiperita - Feldioara nu conține mentol, compoziția chimică fiind asemănătoare cu cea a uleiului volatil de *Mentha crispa* în privința conținutului în carvonă, dihidrocarvonă și izomer de dihidrocarvonă.



DATE PRIVIND APLICABILITATEA UNUI GEL OBTINUT DIN SPECII DE BRYOPHYTAE ÎN TRATAMENTUL DIFERITELOR AFECȚIUNI ALE CAVITĂȚII BUCALE

F. Jeney*, I. Füzî**

*Centrul Medical și de Servicii de Sănătate și Conducere, Sibiu

**Disciplina de botanică farmaceutică

U.M.F. Târgu-Mureș

În ultimii ani se semnalează progrese rapide în cercetarea farmacobotanică și fitochimică a briofitelor în vederea cunoașterii unor componenți organici secundari cu activitate biologică semnificativă. Rezultatele obținute în acest domeniu se referă însă la numai 5% din totalul taxonilor încadrați în această încrengătură ce înseamnă circa 20000 de reprezentanți.

Dintre cei mai importanți compuși identificați la speciile de briofite menționăm: sesquiterpenii, diterpenoidele biciclice, diterpenoidele triciclice, compuși fenolici și flavonoide.

Dintre flavonoide se pot evidenția substanțele cu structură biflavonoidică ca brioflavone, heterobrioflavone.

Din unele specii de *Sphagnum* (încrengătura Bryophyta) s-a preparat un produs farmaceutic sub formă de gel cu un pronunțat efect asupra stării inflamatoare a mucoasei gingivale.

În urma utilizării acestui produs (Sphagnodent-gel) în tratamentul parodontozii, parodontitei și a gingivitei, la 239 de subiecți se constată următoarele:

- Parodontoză - pozitive 62 dintr-un total de 80 subiecți;
- Parodontită - pozitive 95 dintr-un total de 111 subiecți;
- Gingivită - pozitive 45 dintr-un total de 48 subiecți.

CERCETĂRI ÎN VEDEREA OBTÎNERII UNOR APE DE GURĂ CU EFECT ANTIMICROBIAN

Maria Rogoșcă, M.Péter*, Judit Brassai, T.Constantinescu**

Disciplina de farmacie clinică

*Disciplina de microbiologie

U.M.F. Târgu-Mureș

**Academia Română, Centrul de Chimie-Fizică, București

În vederea diversificării și îmbunătățirii efectului antiseptic al apelor de gură, am luat în studiu 3 formule a 3 variante, conținând substanțe cu efect de curățare, răcoritor și dezinfectant.

Cercetări anterioare au demonstrat efectul antimicrobian și antifungic al *maltolului*, derivat - pironic, pus la dispoziție de Centrul de Chimie-Fizică al Academiei Române, ceea ce ne-a determinat să-l includem în formule de ape de gură, alături de: hidrogen carbonat de sodiu, clorură de zinc, glicerină, mentol, salol, tetraborat de sodiu, ulei volatil de mentă - în vehicul hidroalcoolic și edulcorant, zaharina sodică.

Efectul antimicrobian al apelor de gură a fost testat asupra unui număr de 5 bacterii și 3 tulpini de fungi:

1. *Staphylococcus aureus* ATCC,
 2. *Staphylococcus salivarius*,
 3. *Streptococcus pneumoniae*,
 4. *Streptococcus pyogenes*.
 5. *Neisseria sicca*,
 6. *Candida albicans*,
 7. *Geotrichum candidum*,
 8. *Rhodotorula rubra*
-

STUDIUL CROMATOGRAFIC AL CONȚINUTULUI ÎN POLIFENOLI AL EXTRACTELOR DE FILIPENDULA ULMARIA

Izabella Foris, Vionica Cornea, Silvia Dușa

Discipline de chimie analitică
U.M.F. Târgo-Mureș

Filipendula Ulmaria (L.) Maxim, aparține familiei Rosaceae, ordinul Rosales. Este o plantă perenă, înaltă de 120-150 cm, cu rizom îngroșat. Tulpina glabra este acoperită cu frunze, care au 3-5 perechi de foliole mari aspre. Florile sunt mici albe-crem, cu miros plăcut. Se folosesc părțile aeriene ale plantei.

Drogul are miros caracteristic plăcut, gust astringent. Are proprietăți astringente diuretice, antispasmodice, stomachice, sedative.

Datorită flavonoidelor este eficientă în tratamentul afecțiunilor cardiace, mai ales ale celor circulatorii prin capacitatea lor de a micșora permeabilitatea și rigiditatea capilarelor.

În ceea ce privește compoziția chimică a plantei, conform literaturii de specialitate (1-3) conține 0,5% flavonoide, derivați ai kampferolului, glicozide fenolice, derivați fenolici și materii tanante 10-15% de tip pirogalol și acid galic.

În lucrarea de față sunt prezentate rezultatele obținute la analiza cromatografică pe strat subțire a extractelor hidroalcoolice ale acestei specii.

- S-au studiat:
- condițiile optime de extracție (solvent, timp de extracție);
 - tipuri de dezvoltanți;
 - condițiile optime de cromatografiere;
 - stabilitatea soluțiilor extrase;
 - reactivi de identificare.

DINAMICA EVOLUȚIEI CONȚINUTULUI DE PROANTOCIANIDINE ÎN SPECIA *LYSIMACHIA* *PUNCTATA* L. ÎN PERIOADA DE VEGETAȚIE

L. Pokorny

Cămin Școală Brăncovenesci, jud. Mureș

Prin conținutul ridicat în proantocianidine și ușurința introducerii în cultură, gălbășoara (*Lysimachia* sp.) se poate considera o plantă cu perspective de utilizare în industria farmaceutică.

Extracțele sunt cunoscute, în special, pentru acțiunea lor benefică în tratamentul parodontopatiilor. Efectele (certe) antihipertensive și coronarodilatatoare au fost puțin studiate.

A fost urmărită dinamica evoluției conținutului de proantocianidine a speciei *Lysimachia punctata* în perioada de vegetație (25.04.-10.10.). Probele (iarba) pentru analiză s-au recoltat la intervale egale de timp (29-31 zile) pe vreme însoțită, cuprinzând partea superioară a plantei (aprox. 30 cm de vârf). Uscarea produsului s-a realizat în mod uzual, cunoscut. Determinarea conținutului în proantocianidine a fost executată prin metoda spectrofotometrică descrisă de *Lebreton* și colab. (1967) la lungimea de undă de 550 nm.

Conținutul cel mai ridicat în principii active s-a determinat în luna iunie (986 mg% $\pm$ 12%).

ANTEZA ȘI PRODUCȚIA ÎN ULEI ETERIC AL INFLORESCENȚELOR HETEROTACTICE DE MATRICARIA CHAMOMILLA L.

Z. Kisgyörgy, Mária H. Péter

Disciplina de botanică farmaceutică
U.M.F. Târgu-Mureș

Autorii au studiat mersul înfloririi inflorescenței heterotactice de *Matricaria chamomilla* și producția în ulei eteric în dependență de aceasta. S-a stabilit că:

Mersul înfloririi se realizează:

- după tipul racemos în cazul inflorescențelor simple (calandii);
- după tipul cimos în cazul inflorescenței compuse (heterotactice).

Producția în ulei eteric al inflorescențelor de calandii este:

- 0,689 g% la calandiile așezate pe axele primare (I) și secundare (II);
- 0,427 g% la calandiile așezate pe axele terțare (III) și cuaternare (IV).

Producția în ulei eteric al florilor:

- florile marginale: 0,342 g% /conț. în azulene 24,85%.
- florile tubulare: 0,774 g% /conț. în azulene 121,14%;
- receptacule: 0,403 g% /conț. în azulene -

Rezultatele cercetătorilor furnizează date farmaco-botanice parțial
necesare la cunoașterea mai amplă a speciei medicinale *Matricaria chamomilla*.

FORMULE DE APE AROMATICE PENTRU FITOTERAPIA CAVITĂȚII BUCALE

Anușoara Petrov

R.A. Plafar - Filiala Brașov

Utilizarea apelor aromatice de gură este indicată în diverse afecțiuni ale cavității bucale (gingivite, stomatite, afte, abcese dentare, parodontoză etc.), sau pentru înlăturarea mirosului neplăcut din gură (din cauza fumatului sau alte cauze). Formulele fitoterapeutice prezentate în lucrare reprezintă diverse combinații de tincturi, îmbogățite cu uleiuri volatile, din care se pot prepara apele de gură de către pacient prin simpla amestecare cu apa (eventual suspendare). Plantele utilizate la obținerea tincturilor (*Chamomillae flos*, *Lavandulae flores*, *Juglandis folium*, *Salviae folium*, *Agrimoniae herba*, *Anserinae herba*, *Basilici herba*, *Geii urbani herba*, *Serpylli herba*, *Gei rhizoma*, *Iridis rhizoma*, *Quercus cortex* și *Eugenia caryophyllata*) au fie un bogat conținut în taninuri, cu efect astringent, antiseptic și hemostatic, fie un conținut de uleiuri volatile, derivați fenolici sau sesquiterpene, cu acțiune antiseptică, dezinfectantă și aromatizantă. Formulele fitoterapeutice prezentate se pot prescrie în rețete fie ca atare (sub formă de badijonaje, comprese), fie suspendate în apă (sub formă de spălături bucale, gargare etc.).

PRODUS FITOFARMACEUTIC PENTRU TRATAMENTUL ALVEOLITEI

M. Giurgiu, O. Pleșa*, Sára Ádám

Disciplina de tehnologie farmaceutică

U.M.F. Târgu-Mureș

*Centrul de Invenții Târgu-Mureș

Produsul de față lărgeste gama preparatelor farmaceutice utilizate în practica stomatologică. Conține un amestec de extracte obținute din speciile de plante *Salvia officinalis*, *Juglandis regia*, *Timus vulgaris*, *Geum urbanum* și se caracterizează printr-un aspect limpede, culoare verde, miros plăcut aromat, gust amărui. Preparatul are un efect bun antiseptic, antiinflamator, analgetic și hemostatic, conducând la scurtarea timpului de refacere a țesutului parodontal.

Preparatul a fost brevetat la Oficiul de Stat pentru Invenții și Mărci cu numărul 83870.

PRODUS FITOTERAPEUTIC DE UZ STOMATOLOGIC

M.Giurgiu, O.Pleşa*, Sára Adam

Disciplină de tehnologie farmaceutică

U.M.F. Târgu-Mureş

*Centrul de Invenţii Târgu-Mureş

Produsul de faţă reprezintă un preparat nou de uz stomatologic.

Conţine un extract din speciile de plante *Salvia officinalis*, *Symphytum officinalis*, *Geum urbanum*. Este un lichid brun roşcat cu gust puternic astringent, cu efect epitelizant, hemostatic, antiinflamator şi troficizant, fiind bine tolerat, fără efecte secundare.

Preparatul a fost brevetat la Oficiul de Stat pentru Invenţii şi Mărci cu numărul 83869.

FITOTERAPIA CAVITĂȚII BUCALE ÎN MEDICINA POPULARĂ

Adriana Pancu Andok

Disciplină de botanică farmaceutică

U.M.F. Târgu-Mureş

Medicina populară, bogată în tradiţii şi experienţă empirică în ceea ce priveşte folosirea plantelor ca remedii naturale a atras întotdeauna atenţia cercetătorilor. Se cunosc numeroase plante (de pildă, *Quercus robur* L., *Polygonum aviculare* L., *Artemisia Absinthium* L., *Juniperus communis* L., *Chenopodium ambrosioides* L., *Lysimachia nummularia* L. şi altele) folosite la început empiric în tratamentul unor afecţiuni ale cavităţii bucale şi care dau rezultate certe sau pot constitui punctul de plecare pentru noi cercetări. Scopul acestei lucrări este de a reuni unele date referitoare la tratamentul afecţiunilor cavităţii bucale în medicina populară.

STUDIUL CLINIC ȘI BACTERIOLOGIC COMPARATIV AL UNOR PREPARATE VEGETALE DE UZ STOMATOLOGIC

Ursula Stănescu, Maria Vataman, Liliana Costantin, Monica Hâncianu, Georgeta Grosu, Doina Popovici

Facultatea de Farmacie
Facultatea de Stomatologie
U.M.F. Iași

Testarea clinică, în cadrul Clinicii Stomatologice Universitare din Iași a unor concentrate de tip extrasol pentru baie bucală (realizate din părțile aeriene ale speciilor *Artemisia balchanorum* și *Ocimum basilicum*) pe un număr de câte 15 voluntari prezentând o serie de leziuni preparodontopatie, a demonstrat pe de o parte buna toleranță a acestor preparate, iar pe de altă parte, dispariția modificărilor de culoare, volum și formă a gingiilor, precum și a gingivoragiilor (ceea ce indică capacitatea acestora de a diminua valoarea indicelui de sângerare).

Un efect salutar s-a înregistrat în cazul tratării candidozelor bucale, asocierea medicației specifice cu spălarea cavității bucale cu *Artemisia*-extrasol grăbind vindecarea și prevenind apariția unor complicații inflamatorii secundare.

Pentru pacienții cu herpes simplex care au beneficiat de tratamente cu aceste extracte, s-a constatat lipsa recidivelor.

De asemeni, în cadrul studiului, pentru pacienții urmăriți s-a înregistrat încărcătura microbiană și fungică înainte și după aplicarea tratamentului. Rezultatele sunt redată pe larg în lucrare.

STUDIUL FARMACOGNOSTIC AL SPECIILOR ARTEMISIA BALCHANORUM ȘI OCIMUM BASILICUM

Monica Hâncianu, Anca Miron, V. Dorneanu, A. Spac, Diana Calapod, Em. Grigorescu, Ursula Stănescu

Facultatea de Farmacie
U.M.F. Iași

Părțile aeriene înflorite ale speciilor *Artemisia balchanorum* (Asteraceae) și *Ocimum basilicum* (Lamiaceae) au fost supuse unui studiu farmacognostic macro- și microscopic (stabilindu-se elementele caracteristice pentru pulberile celor două produse vegetale), urmat de o analiză chimică calitativă și cantitativă.

În ambele plante, pe lângă ulei volatil, s-a pus în evidență prezența unor fitosteroli și terpenene pentaciclice, a derivaților flavonici, a acizilor polifenolcarboxilici, a taninurilor catehice și a ozelor, la care se adaugă, pentru *Artemisia balchanorum*, compuși sescviterpenici.

În ceea ce privește conținutul în flavonoide și polifenoli de tip catehic, partea aeriană de *Artemisia balchanorum* s-a dovedit a fi mai bogată decât materialul constituit din *Basilici herba*.

Studiul gazeromatografic al uleiurilor volatile obținute prin distilare cu vapori de apă a arătat că în *Aetheroleum Artemisiae* predomină linalolul (63,89%), alături de care, în cantități apreciabile se identifică citral (9,56%), 2,4-hexadienal (8,44%), lavandulol (3,83%) și numeroase alte componente, dintre care se remarcă cis-jasmona, cu calități olfactive deosebite.

Uleiul volatil de busuioc, cu o compoziție chimică la fel de complexă, conține în proporție de 31,85% α -terpinolen și 25,17% linalol drept principale componente, alături de care se mai remarcă nerolul, 1,8-cineolul și α -guaien.



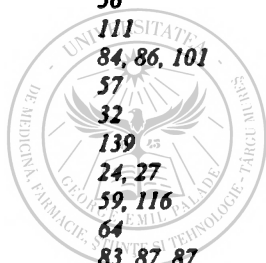
INDEX

Adamovici Liliana	96
Aldea H.	51
Aluaş-Popa Adina	159
Anca Simona	136, 136
András Ibolya	33
Arafat R.	128
Avrigeanu Veronica	63
Ábrám Z.	139, 140
Ádám Sára	169, 170
Ágoston Zsuzsa	95
Badea Liliana	101
Bagathai I.	131
Baghiu Despina	96
Baghiu M.	58
Bakos I.	146, 147
Balázs Csilla	160, 162
Balint E.	92
Bancoş C.	83, 87, 97, 100,
Bancu Ligia	105, 108, 109, 114
Bara T.	58
Barabás Enikő	58
Bálint A.	122, 125, 126, 126
Băilă L.	60
Bărbat Gh.	63
Bătagă Simona	108, 109, 109, 114,
Bătagă T.	63, 122, 125, 126, 126
Benedek I.	34, 38, 48
Benedek Lázár Erzsébet	48
Berger F.	45
Béres Zsuzsa	85
Bilcă Doina	23, 56
Biró A.	159
Boaru Mihaela	56
Bocskay Şt.	132, 155, 158
Bodea O.	115
Bodescu Virginia	83, 92, 97, 100
Boeriu Alina	29
Boga F.	107, 107
Boja R.	144, 145, 153
Borda Angela	80

Borda Daniela	131
Borza Alexandrina Ioana	103
Bostan Camelia	77
Bostan Liliana	31
Boțianu A.	43, 121, 122
Böhm N.	44
Brassai A.	67
Brassai Judit	166
Brassai Z.	35, 36, 37
Bratu Ana	108, 109, 113, 114
Bratu D.	14, 29, 32, 47, 67, 112
Brânzaniuc E.	31
Bucurescu S.	71
Bud V.	120
Buho E.H.	79
Bukaresti L.	33
Buruian M.	42, 134
Bușu D.	89
Bușu O.V.	141
Calapod Diana	171
Cantâr C.	144, 145, 153
Caracșa Carmen	53
Caracșa E.	29, 30, 61
Catarig C.	145, 148
Căldărăru Carmen	152
Călușeriu Oana	139
Cărcianu V.	43, 121, 122
Chapman R.W.	140
Cheie Mihaela	54
Chinezu R.	124
Chiorean M.	60, 128, 128
Chirculescu Cristina	61
Chiriac Carmen	9, 61
Chirila Daciana	41
Chirilă Mioara	130, 131
Chiușu Luminița	54
Ciubucă Letiția	97
Ciugudean C.	125, 126, 126
Clocoșan M.	31
Constantinescu T.	166
Copotoiu C.	58, 81, 120
Copotoiu Sanda	120, 128, 128

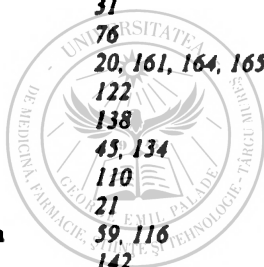
Corfariu O.	124
Corlaci Daniela	91
Cornea Viorica	167
Costantin Liliana	171
Costea Luminița	54
Cotoi S.	29, 30, 31, 37, 107
Cozma D.	121
Cozoș Anca	115
Crăciun Monica	51
Crăciun Mureșan Tereza	47, 112
Crișan Camelia	104
Crișan Simona	104
Crișu Alexandra	44
Csedő C.	16, 23, 26, 28, 80, 123, 157, 160, 162, 164
Csiley Ilona	108
Csiley J.	94
Csizér Anna	60
Daja Carmen	70
Daróczy J.	76, 78
Dănilă Monica	56, 137, 137
Dărăbuș Anca	33
Dărau P.	94
Deac D.	41, 57, 121
Deac Liana	57, 121
Demian Smaranda	35, 48
Denis Mihai	82
Dinca Mihaela	70
Dinesch Anca	56
Dinesch M.	31
Dobre A.	121, 122
Dobreanu D.	29, 30, 63
Dobreanu Minodora	33
Dobru Daniela	107, 107
Dogaru Gr.	152
Dogaru T. Maria	23
Domahidi I.	139
Domokos L.	58
Dorneanu V.	171
Drașoveanu Doina	83, 92, 95
Drăgan M.	14
Dușa C.	30

Dușa Silvia	28, 167
Dudaș Georgeta	95, 96
Dudea C.	36, 48, 105, 109, 109, 114
Dudutz Gyöngyi	24
Dulău Alina	94
Dulău Ioana	34, 38
Dumbravă Mirela	115
Dumbrăveanu L.	147, 148, 148
Dumitrescu Gabriela	51
Dunca Iulieta	83, 94, 95
Dungăciu Monica	14, 32, 67
Egyed-Zs. L.	43, 49, 50, 78, 82, 82
Enciulescu C.	127
Eșianu M.	58, 120
Eșianu Sigrid	16, 26, 160, 162, 164
Farkas Evelyn	138
Farkas Judith	56
Farkas L.	111
Făgărășan Amalia	84, 86, 101
Fărkan Dana	57
Fărcaș D.	32
Fărcaș O.	139
Ferencz L.	24, 27
Ferencz L.	59, 116
Feszt Gh.	64
Fetea Lucia-Sanda	83, 87, 87
Filep V.	58, 151
Filip D.	99
Fleming K.A.	140
Florea C.	38,
Florea Eugenia	18, 18
Florescu G.	70
Floristeanu Maria	87, 87, 97, 100, 102
Fodor G.	111, 111
Foris Izabella	167
Frigy A.	31
Fülöp L.	16, 163
Füzi L.	19, 20, 157, 158, 161, 161, 163, 164, 165
Gaál Cs.	111
Gabor Dorela	130, 131
Gabor I.	59, 116



Gabor Marinela	86
Gabor Beatrice	86
Galajdu Z.	34
Ganea M.	31
Gavrilescu D.	29
Gavriliță Lorică	51
Gáspár Mária	16
Georgescu C.	3, 31
Georgescu D.	77, 88
Georgescu E.	70
Georgescu Lia	114, 115
Georgescu T.	5, 43, 121, 122
Gherai V.	77
German Salló Márta	14, 59
Ghimiş I.	56
Ghivan C.	41
Giurgiu M.	157, 169, 170
Gliga Camelia	80
Gliga Eda	80
Gogolák-Oláh Edit	77, 77
Golea Cristina	56, 137
Golea O.	148, 148, 153
Gomotirceanu F.	43, 121, 122
Grădinaru Alina	90
Graur C.	31
Greab Mihaela	62
Grebănaş Daniela	89
Grigorescu Em.	155, 171
Grosu Georgeta	171
Grün Márta	92, 93
Gyéresi Á.	21
György Piroška	35, 36, 37
Gyulai-Korpos Şt.	77
H.Péter Mária	168
Haanaes H.R.	2, 130
Habor Adriana	63, 110
Hajdu Cristina	45, 109
Hâncianu Monica	171, 171
Healey Ch.J.	140
Hejja Ilona	34, 38
Herczeg Anikó	49
Hintea A.	43, 121, 122

Hintea Teodora	34, 38
Hodişan Viorica	156
Hompoth A.	56
Horváth Adrienne	83, 95, 104
Horváth Emőke	43
Horváth G.	162
Horváth R.	50
LLupşa Romanţa	64
Ianovici N.	51
Ieremia L.	130, 131, 131
Ijac Corina	32
Ilniczky P.	107
Ilyés Zs.	135
Imbăruş M.	145
Incze A.	31, 107
Ionesi P.	106
Irimie Ramona	137
Ispas Mihaela	31
Járossi L.	76
Jeney F.	20, 161, 164, 165
Jimboeanu Gabriela	122
Joanovics E.Cs.	138
Jung J.	45, 134
Kantelip Bernadette	110
Kata M.	21
Kelemen-Boni Piroška	59, 116
Kerezsi Andrea	142
Kincses Ajtay Mária	24
Kisgyörgy Z.	25, 168
Kiss Éva	86, 91, 101
Kristó Tita Szidónia	28
Kopcsák Emese	132
Koréh B.	117
Kory M.	156
Kovács A.	77, 122, 126
Kovács D.	134, 134, 135, 136
Kusztos Jolanda	127
Laba C.D.	51
Lakatos O.	76, 78
Lakatos Mária	76, 78
Lazăr Luminiţa	132
Lazsádi Katalin	83, 95, 104

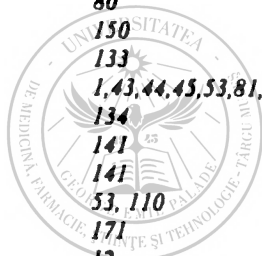


László Annamária	69
László I.	151
László J.	65, 65
László Magdalena	69
Lendvai B.	67
Lobonț Viorica	40, 41
Lobonțiu Adriana	131
Logofătu Ștefania	51
Lőrinczi Lilla	58
Lupu E.	57
Macarie I.	36
Macavei I.	74
Marcu Daniela	92
Marin Lenuta	134
Marina Angela	29
Marinescu D.	55, 118, 118
Marinescu Oana-Raluca	55
Marinescu Ruxandra	55, 118, 118
Maximencu Șt.	57
Martin Adriana	68
Marton Monica	88
Matei A.	31
Mărginean C.	129
Mărgineanu Oana	84, 101
Mártha Orsolya	146, 147
Máthé I.	25, 164
Máthé J.	33
Máthe L.	77
Mândărianu H.	127
Mezey G.	15, 16
Micu Daniela	22
Micu S.	31
Mihăilă Mariana	77
Miklossy V.	164
Mirel Simona	18, 18
Miron Anca	171
Mitre Adriana	31
Módy E.	19, 20, 35
Moldovan D.	117
Moldovan Dana	97
Moldovan Eugenia	81
Molnar C.	120

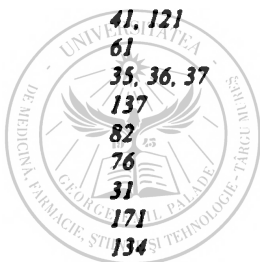
Molnár C.V.	129
Molnár Eszter	21
Momeu Sorina	102
Monca A.	133, 155, 160
Monca Marioara	23, 160
Morariu S.	143
Munteanu I.	57, 84, 88, 89, 93
Mureşan A.	43, 122
Naftali Gh.	134, 134
Nagy Ö.	122, 125, 126, 126
Neagoş L.	83, 87, 87
Necula Carmen	83
Nedelcu S.	147, 153
Negrui I.	145, 148, 148, 149
Negulescu M.	70
Nemeş Eva	54
Neugebauer M.	164
Nicolescu D.	144, 145, 145, 146, 147, 148, 148, 149, 150, 151, 153
Nüszl L.	141, 142
Oşan V.	144, 145, 149, 150
Olariu S.P.	8, 129
Oltean G.	48
Onea R.	37
Oprea Claudia	77
Oprea Emilia	19, 20, 161
Oprean R.	18, 18
Opriş Mihaela	31
Opriş Z.	124
Orasan Cristina	92
Pancu Andok Adriana	170
Panţuru E.	14, 32
Pap Z.	83, 92, 95, 96
Papp I.	159, 161
Pascu Rodica	9, 61
Pascu I.	1, 66, 68, 74, 81, 124, 128 —
Paţilea Alina	137
Păcurar Mariana	133
Pávai Z.	78
Péter M.	58, 151, 158, 163, 164, 166
Petropoulos P.	120
Petrov Anișoara	169

Petrovan Cecilia	135
Piros Sanda	58, 151
Pleșa Claudia	35
Pleșa O.	169, 170
Podoleanu Doina	29, 37
Poenaru Adriana	139
Pokorny L.	28, 167
Pop H.	29
Pop M.	132
Pop Mariana	56
Pop Petre Diana	47, 112
Pop Rodica	109
Pop S.	122, 125, 126
Pop T.	41
Popșor S.	131, 131, 136
Popescu Ana	88, 97, 98, 99, 101
Popescu F.	70
Popescu H.	156
Popovici Adriana	17, 159
Popovici Doina	171
Popovici H.	115
Popoviciu Corina	120
Pribac I.	43, 121, 122
Pripas Liliana	99
Purcăroiu Maura	132
Puskás A.	67
Rácz G.	23
Rácz L.	10
Rădulescu C.	40, 41
Rădulescu Carmen	40, 41
Rediș Rodica	47, 109, 112
Roșca Anca	43, 121, 122
Roșca Gh.	80
Roșca Stela	80
Rogoșcă Maria	166
Roman Cristina	57
Roman Ileana	132
Roman L.	18, 18
Rotar Simona	80
Rusnac C.	83, 87, 87, 94
Rusu Dana	128
Sabău M.	63

Sabău Monica	56, 137
Samu I.	34, 38
Sandor Cristina	14, 32
Sass I.	60
Sava Mihaela	54
Săndulescu R.	18, 18
Sándor N.T.	67
Sárosi Imola	136
Schwartz L.	149
Sebe B.	58
Secu Adriana	54
Seres Judit	34, 38
Seres-Sturm L.	122, 123, 125, 126, 126
Seres-Sturm Magda	123
Seucea N.	107
Sglimbea Anca	83, 87, 87, 97, 100
Sigmirean Marcela	61, 62, 83, 87, 87
Silvaş R.	80
Simion Carmen	150
Simó L.	133
Simu G.	1, 43, 44, 45, 53, 81, 121, 122.
Simu I.P.	134
Simu Lia Maria	141
Sin Anca	141
Spac A.	53, 110
Stanciu G.	171
Stănescu Ursula	12
Stoica M.	155, 171, 171
Strimbu Adela	122, 126, 126
Suciu C.	123
Suciu Gabriela	29
Suciu Gina	22
Suciu Pompilia	35, 36, 37
Szabó Mónika	18, 18
Szatmári Ildikó	59, 116
Szász L.	34, 38
Szentirmay Z.	133
Székel Melinda	45
Szilágyi T.	136, 136
Szőcs Terezia	79
Schiopu A.	87
	66, 67, 68, 69, 72, 73

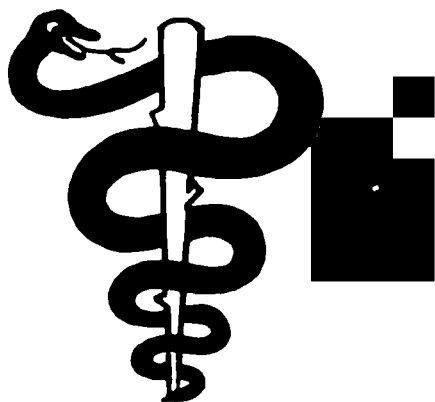


Șolea A.	139
Târnăș M.	26, 156, 159
Tătar Eugenia	66, 72, 73
Tătar Liliana	138
Tătar Simona	68, 72, 73
Târnoaveanu Dorina	159
Tilea Brindusa	61
Tilea I.	14
Toșea Csilla	85, 86
Togănel Rodica	34, 92, 93
Toma Felicia	58, 59
Toma L.	120
Tőkés B.	21, 21, 22
Török Imola	108, 109, 113, 114
Turcu M.	53
Turdean I. Monica	64
Turdeanu N.	41, 121
Urcan Rodica	61
Ureche Corina	35, 36, 37
Ureche Ramona	137
Vass Ildikó	82
Vass L.	76
Vass R.	31
Vataman Maria	171
Vămeanu R.	134
Văsieșiu Anca	61
Văsieșiu D.	74
Veres E.	116
Vilecanu Liliana	85
Viliher E.	106
Vittu G.	98
Vișă I.	31
Voicu B.	87, 87, 97, 100
Vulcu L.	19, 20
Welman Ingrid	137
Zăfciu Mihaela	153
Zidariu Cristina	137
Zilahi K.	95





**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



★ 5 5 0 0 0 8 6 1 9 ★

Biblioteca Centrală

REVISTA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE ORVOSI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI SZEMLE

PUBLICATIE A UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN
TÂRGU-MUREȘ

Redacția: 4300 Târgu-Mureș, str. Gh. Marinescu nr. 38, telefon: 115551, fax: 164407

1995, vol.41

Nr.2

IULIE-DECEMBRIE

SUMAR

REFERATE GENERALE

- Livia Chiorean*: Terapia genică în patologia umană 5
M. Pereanu, I. Pascu: Aspecte clinice în polineuropatia uremică 16
M. Pereanu, I. Pascu: Studii electrofiziologice în neuropatia uremică 23

STUDII CLINICE

- G. Oltean, Smaranda Demian, Simona Bălagă*: Aspecte clinice și terapeutice în limfoamele maligne mediastinale 32
Incze S., Frigy A., Vass R., Brânzaniuc E., Cotoi S.: Az atrio-ventrikuláris átvezetés vizsgálatá pitvari fibrillációban, digoxin adagolása után 36
Imola Török, Ana Bratu, C. Duda: Tabloul clinic, factorii favorizanți, concordanța între diagnosticul ecografic și cel chirurgical în boala litiazică 40
C. Cotta, S. Cotoi: Corelația dintre potențarea postextrasistolă și ischemia miocardică 43
Lucia-Sanda Fetea, C. Rusnac, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean, L. Neagoș, Elisabeta Racoș: Reactualizarea unor aspecte clinice și de laborator în giardioza copiilor 46
S. Bancu, E. V. Bancu: Coborârea colonului transvers pe cale transmezenterică pentru anastomozele joase colorectale 51
D. Nicolescu, V. Oșan, I. Bakos, M. Imbăruș, O. Golea, Orsolya Mártha, C. Căniâr, I. Dumbrăveanu: Quelques considérations sur la

strategie des résections transurétrales (rtu) des tumeurs vésicales superficielles (tvs).....	55
<i>R.Boja, C.Catarig, C.Cantiâr, S.Nedelcu, D.Nicolescu:</i> Variante tehnice de rezolvare endoscopică a stricturilor uretrale.....	59

STUDII EXPERIMENTALE ȘI DE LABORATOR

<i>L.Hecser, V.Hădăreanu, Sabina Elena Marcu:</i> Modificări morfopatologice ale ficatului în intoxicațiile acute letale cu etanol. Nota I.....	68
---	----

PROBLEME DE STOMATOLOGIE

<i>Melinda Székely, Simona Anca:</i> Căptușeala rezilientă a protezelor totale mandibulare.....	80
--	----

PROBLEME DE FARMACIE

<i>Dudutz Gyöngyi, K. Ajtay Mária:</i> Bioanorganikus elemek — Mg^{2+} és Zn^{2+} — és tetraciklin kölcsönhatásának fizikai-kémiai vizsgálata.....	85
--	----

DIN ISTORIA MEDICINEI

<i>A. Cojocaru:</i> Medici iluștri în "Biographisches Lexikon" de I.Fischer.....	90
---	----

MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE - RECENZII

Zilele franco-române de pediatrie. Lille, 4-6 septembrie 1995 (<i>G.Simu</i>).....	95
Prof.dr. Gh.Dănilă: Medicamente moderne de sinteză (vol.I) (<i>Á. Gyéresi</i>).....	96

REVISTA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE ORVOSI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI SZEMLE

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

Editor's Office: 4300 Târgu-Mureș, str. Gh. Marinescu nr.38, tel.:115551, fax:164407
Romania

1995, vol. 41

Nr.2

JULY-DECEMBER

SUMMARY

GENERAL REPORTS

- Livia Chiorean*: Gene therapy in human pathology 5
M. Pereanu, I. Pascu: Clinical aspects of uraemic polyneuropathy 16
M. Pereanu, I. Pascu: Electrophysiological studies in uraemic neuro-
pathy..... 23

CLINICAL STUDIES

- G. Oltean, Smaranda Demian, Simona Bătagă*: Clinical and
therapeutical aspects in mediastinal lymphomas 32
S. Incze, A. Frigy, R. Vass, E. Brânzaniuc, S. Cotoi: The computerized
study of atrio-ventricular conduction in atrial fibrillation:
the effects of Digoxin..... 36
Imola Török, Ana Bratu, C. Dudea: Clinical manifestations,
predisposing factors, concordance between ultrasonographic
and surgical diagnosis in gallstone disease. Retrospectiv
study 40
C. Cotta, S. Cotoi: Correlation between postextrasystolic potentia-
lization and myocardial ischaemia 43
*Lucia-Sanda Fetea, C. Rusnac, Maria Florișteanu, Marcela
Sigmirean, L. Neagoș, Elisabeta Racoș*: Certain clinical and
laboratory aspects of children's giardiasis as recurrent topic
of the day 46

<i>S.Bancu, E.V. Bancu</i> : Transmesenteric descent of the transverse colon for colorectal anastomosis.....	51
<i>D.Nicolescu, V.Oșan, I.Bakos, M.Imbăruș, O.Golea, Orsolya Mártha, C.Cantâr, I.Dumbrăveanu</i> : Quelques considérations sur la stratégie des résections transurétrales (rtu) des tumeurs vésicales superficielles (tvs).....	55
<i>R.Boja, C.Catarig, C.Cantâr, S.Nedelcu, D.Nicolescu</i> : Technical options for internal optical urethrotomy as endoscopic surgical treatment of urethral strictures.....	59

EXPERIMENTAL STUDIES

<i>L.Hecser, V.Hădăreanu, Sabina Elena Marcu</i> : Morphopathological modifications of the liver in lethal acute intoxications with ethanol. I.....	68
---	----

PROBLEMS OF DENTISTRY

<i>Melinda Székely, Simona Anca</i> : Soft-lining of mandibular complete dentures.....	80
--	----

PROBLEMS OF PHARMACY

<i>Dudutz Gyöngyi, K.Ajtay Mária</i> : Physico-chemical study of tetracycline and bioelements (Mg^{2+} and Zn^{2+}) interactions.....	85
---	----

HISTORY OF MEDICINE

<i>A. Cojocaru</i> : Famous doctors in "Biographisches Lexikon" by I.Fischer.....	90
---	----

SCIENTIFIC EVENTS — BOOK-REVIEWS

French-Romanian days of paediatrics. Lille, 4-6 Sept., 1995 (<i>G.Simu</i>).....	95
Prof.dr. Gh. Dănilă: Modern synthetic medicines (1 st volume) (<i>Á.Gyéresi</i>).....	95

REFERATE GENERALE

TERAPIA GENICĂ ÎN PATOLOGIA UMANĂ

Livia Chiorean

Disciplina de genetică
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Terapia genică este o nouă metodologie terapeutică în studiu, rezultată din posibilitățile aproape nelimitate de clonare a genelor sănătoase funcțional normale, în celulele somatice, germinale, embrioni, sau în stadii incipiente de dezvoltare. Aceste celule vor fi transferate în organismul indivizilor care au moștenit o copie anormală a aceleiași gene (1, 2, 3, 8, 9, 13, 17, 18).

Posibilitatea tratării bolilor umane și a celor mai importante tulburări genetice fundamentale, a fost de mult timp visul clinicienilor. Existența a peste 4000 de boli genetice distincte, multe debilitante sau mortale, majoritatea incurabile prin metode terapeutice obișnuite, justifică îndreptățite speranțe în aplicarea terapiei genice (22).

Aplicarea terapiei genice este justificată în următoarele condiții când:

1. Se poate demonstra că riscurile aplicării sale sunt mici;
2. Față de alte mijloace terapeutice, terapia genică este mai valoroasă;
3. Pacienții nu pot beneficia de alte alternative terapeutice.

Inițial cercetările au urmărit obținerea unor metode de tratament prin reinserție genică normală, interesând diferite celule somatice, dar foarte recent s-au utilizat și celulele seriei germinale (5, 11, 12).

Inserția genică în celulele germinale

O preocupare foarte actuală a terapiei genice o constituie selecționarea și modificarea prin reinserție genică a liniilor de celule germinale. Opiniile europene în acest sens sunt fie pesimiste, justificate de pericolele alunecării spre practicile eugenice, fie optimiste, bazate pe avantajele reale terapeutice care domină considerentele de ordin etic.

Se apreciază chiar că obligația normală a profesiei medicale, este aceea de a face utilizabile și publice unele tehnologii, capabile de a trata sau preveni mutații, cauzatoare de variate îmbolnăviri sau moarte, atât pentru generațiile prezente cât și cele viitoare (8, 24).

Deoarece metodele de screening prenatal sau embrionar precoce nu pot preveni decât o mică parte din tulburările genetice cunoscute, intervenția genetică directă asupra celulei ou este unica posibilitate pentru exercitarea drepturilor legale reproductive ale unor cupluri conjugale stigmatizate genetic (heterozigoți) (24).

O premieră genetică mondială (aprilie 1993) s-a înregistrat în cazul fibrozei chistice a pancreasului (mucoviscidoza). Astfel, după aplicarea tehnologiei de fertilizare in vitro a gameților de analiză computerizată a ADN-ului uneia din blastomere, dublată de transferul intrauterin al blastomerei gemene normale, s-a putut naște o fetiță normală într-o familie de heterozigoți pentru această mutație și cu primul copil bolnav de mucoviscidoză (11).

Această tehnologie anglo-americană a putut fi aplicată și în cazul altor boli determinate monogenic, la care produsul de sinteză al genei normale este cunoscut (hemofilie și unele miopatii) (11).

Ca urmare a acestui succes, în cazul mucoviscidozei, beneficiem deja de un program de diagnostic în faza de preimplantare pentru embrionii umani fecundați in vitro.

Insertia genică în celule somatice

Utilizarea în scop terapeutic a celulelor somatice manipulate genetic, poate avea efecte deosebite în caz de deficit și deficiențe proteice determinate monogenic, pentru gene care au fost deja și clonate, având șanse mari de terapie genică, față de bolile determinate poligenic. De asemenea ele pot fi aplicate în monosomii (pierderea unui cromozom întreg) sau trisomii (prezența unui cromozom suplimentar).

Condițiile pentru o terapie ideală au fost enunțate în 1990 de Verma (14), ele fiind următoarele:

- să asigure o vindecare pe viață a bolii;
- inserția genei să nu prezinte efecte secundare;
- gena să poată fi inserată în locusul său normal (recombinare omologă) în celulele gazdei;
- gena sănătoasă să substituie specific copia genei anormale;
- gena inserată să nu activeze oncogene latente sau să inactiveze o antioncogenă activă;
- cunoașterea bolilor care se pretează la terapie genică;
- cunoașterea posibilităților de control corespunzător a expresiei genei transferate.

Tehnicile de bază mai utilizate în transferul de gene normale în celulele somatice ale pacienților sunt: microinjecția de ADN normal purificat direct în celule; transfecția, preluarea de către celule în timpul cultivării a ADN-ului normal administrat; fuziunea protoplastelor bacteriene sau liposomilor conținând ADN cu membrana plasmatică a celulelor țintă;

- electroporația, o metodă prin care un șoc electric punctic face permeabilă membrana celulelor țintă pentru ADN-ul extracelular liber administrat;

- introducerea unor "vectori retrovirali" manipulați genetic, în celulele infectate, care convertesc ARN-ul lor în ADN, integrându-l într-un cromozom. Utilizarea cu preponderență a vectorilor virali, pentru introducerea de gene normale în ADN-ul celulelor afectate, a permis constatarea că numai anumite celule "țintă" pot fi utilizate în transferul genic, ele trebuind a fi: suficient de rezistente pentru a suporta manipularea; să poată fi ușor recoltate din corp și reintroduse; să aibă o durată lungă de viață, luni, ani sau toată viața.

Celule țintă

Cele mai utilizate celule și țesuturi, apte pentru a fi manipulate genetic prin transfer genic sunt:

A. Celule medulare

1. *Culturi de celule stem*, optimizate ca număr, corectate genetic prin inserția genei normale, asociate concomitent cu administrarea unor factori de creștere celulară ca interleukina 1, 3, 6 și factorul de creștere a coloniilor de macrofage pentru stimularea proliferării acestor celule la receptori (12).

2. *Culturi de celule medulare* cu reinsertia de gene normale, eficiente atât în transferul genetic normal, cât și în exprimarea genelor transferate în aceste celule (12, 18, 19).

3. *Transfer genic în culturi de limfocite T*, autologe corectate prin reinsertie genică, pentru diferite gene normale umane readministrate bolnavilor în injecții lunare. Recent National Institute of Health (NIH), a aprobat aplicarea clinică curentă a acestei metode, în tratamentul cancerului și al unor imunodeficiențe ale enzimei adenzin-deaminaza, reprezentând începutul unei noi ere în medicina moleculară (6, 22).

În cazul adenzin-deaminazei (ADA), după reinjectarea celulelor la bolnavi, gena normală ADA a fost capabilă a exprima enzima normală restaurând potențial funcția imună (5).

Sindromul SCID (imunodeficiența combinată severă), are următoarele caracteristici principale:

- deficitul ADA este cauza a 1/4 din cazurile SCID,
- nu se deosebește clinic de alte cauze SCID,
- din copilărie apar frecvente infecții oportuniste,
- se moștenește autozomal recesiv,
- are o frecvență rară de 1/100 000 nașteri,
- netratat are o evoluție fatală în primul an de viață,
- acumularea metaboliților deoxiadenosinei, în special dATP, conferă o toxicitate selectivă pentru limfocite.

Pe lângă tratamentul SCID (3) celulele medulare au făcut posibilă corectarea și tratarea talasemiei (prin inserția genelor pentru alfa și beta globină normală) (2, 21).

4. *Transplant de măduvă osoasă alogenă, de la un donor HLA compatibil* (19). A fost eficace în 60% din defectele congenitale imune, ca tratament precoce în osteopetroză, teaurizmoze congenitale mucopolizaharidoza Hurler sau Gaucher.

5. *Transplant de măduvă osoasă sărăcită în celulele T de la unul din părinți, haploidentică* (19).

B. *Culturi de celule somatice nehematopoietice (fibroblaști, celule endoteliale, cheratinocite etc.)*, corectate prin reinserție genică, obișnuit folosite în terapia de suplimentare, atât în tulburări ereditare, cât și în variate alte boli (infecțioase și cancerul).

1. *Implante de celule epiteliale*

Scopul acestor implante de celule epiteliale manipulate genetic este de a asigura sinteza și secreția unor proteine, produse normal în anumite celule și deversate în plasma sangvină, care să poată fi utilizate și de alte tipuri celulare.

Posibilitățile de tratament în acest caz includ: hemofilia, boli prin deficit hormonal, STH, boli prin deficit proteic.

2. *Implante de fibroblaste*

Sunt celule preferate, accesibile, rezistente, capabile de cultivare și de manipulare genică prin vectori virali, pot secreta substanțe în sânge, ar putea fi ușor de înlăturat la nevoie, posedă un mare potențial terapeutic.

Au fost create fibroblaste manipulate genic pentru factorul VIII și IX a coagulării (deși normal nu-l produc), pentru a sintetiza proteine diferite ca STH, NGF-factorul de creștere a nervilor, levodopa.

Verificarea experimentală a eficacității terapeutice in vivo pe șoareci și șobolani a demonstrat următoarele posibilități:

a) Gena umană pentru factorul VIII a fost inserată în ADN-ul celulelor ovariene de hamster în cultură. Globulina antihemofilică astfel sintetizată se aplică în tratamentul hemofiliei, din anul 1987, produsul fiind perfect tolerat de pacienți fără efecte secundare, sau risc de contaminare virală.

b) În cazul factorului IX uman al coagulării a fost realizată injectarea la șoareci a vectorului viral cu inserția genei pentru factorul IX uman. S-a evidențiat sinteza acestuia timp de 15 zile, șoarecii reacționând imun împotriva proteinei străine umane.

Au fost deja verificate în modele experimentale animale următoarele implante:

1. *Implante intracerebrale de fibroblaste manipulate genetic cu scopul de a corecta afectarea neuronilor*, permite depășirea barierei hematoencefalice pentru producții genelor inserate (clonate); permite

programarea fibroblastelor pentru diferite proteine care să difuzeze în celulele nervoase.

2. *Implante de fibroblaste manipulate genetic pentru a secreta factorul de creștere a nervilor (NGF).* Au stimulat creșterea neuronilor la șobolan, iar la om regenerarea neuronilor al căror deficit se asociază cu pierderea memoriei în boala Alzheimer (deși rolul NGF în determinismul bolii nu a fost evidențiat).

3. *Implante de fibroblaste programate pentru sinteza de Levodopa*

Au fost verificate în modele animale create pentru boala Parkinson, a cărei cauză nu este precis cunoscută.

4. *Celule hepatice manipulate genetic*

Au fost create în vederea unei terapii genice în hepatopatiile prin deficit, hipercolesterolemie familială sau cu deficit de receptori LDL, fiind verificate experimental la iepuri.

Hepatocite recoltate de la iepurii din linia Watanabe, o linie cu deficit genetic de receptori LDL (low density lipoprotein), după inserarea genei normale în ADN-ul celular, celulele au sintetizat un receptor LDL biologic activ. Acest model extrapolat la om ar permite utilizarea sa în cazuri de hipercolesterolemie familială sau cu deficit de receptor LDL.

Injectarea directă a iepurilor Watanabe cu gene pentru receptori LDL, a permis detectarea tranzitorie în corpul lor a acestor proteine.

5. *Implante de celule endoteliale umane manipulate genetic prin vectori retrovirali*

Aceste celule manipulate genetic, pot insera gene pentru producția de secreție în celulele endotelului care mărginește vasele sangvine, eliberând mai repede producția, oferind un contact mai intim cu sângele decât fibroblastele.

6. *Mușchii*

Terapia degenerescenței musculare Duchenne, beneficiază de rezultatele cercetărilor de inginerie genetică (16).

S-a demonstrat că copiii suferinzi de această boală le lipsește o proteină numită distrofină. Gena care codifică această proteină este prea mare pentru a putea fi inserată într-un vector retroviral. Severitatea simptomelor poate fi mult ameliorată prin înlocuirea doar a unei jumătăți a genei absente sau anormale. Verificarea eficienței terapeutice s-a făcut la șoareci cu distrofie musculară prin injectarea intramusculară directă de ADN normal crud sau numai a genei normale pentru sinteza distrofinei. Administrarea a dus la ameliorarea simptomatologiei cu sinteza produsului timp de câteva luni. În mod similar, alte gene injectate direct în mușchii unor animale de experiență au dus la o creștere a cantității proteinelor codificate de acestea timp de câteva luni, chiar dacă ADN-ul injectat nu s-a integrat în cromozomi.

În prezent se fac cercetări pentru găsirea unui vehicul potrivit, care prin administrarea in vivo sau in vitro în culturi de celule deficitare să **insezeze** gena în ADN-ul propriu, celulele urmând a fi reinjectate bolnavului în **tesutul** țintă (16).

7. Plămânul

Se preconizează în cazul tratamentului fibrozei chistice a pancreasului, inhalarea de spray sau aerosoli conținând vectori retrovirali, cu gene normale umane inserate.

Terapia genică anticanceroasă

Orice celulă modificată genetic în sens malign, v-a prezenta una din următoarele modificări care interesează:

- factorii de creștere celulară sau receptori pentru factorii de creștere și diferențiere celulară;

- căile lor pentru transducerea semnalelor nucleare și citoplasmatic;

- creșterea rezistenței la factorii citotoxici;

- alterarea comunicării intercelulare între celulele învecinate (4, 7, 10).

În măsura descifrării mecanismelor genice și biochimice de cancerizare, scopul terapiei genice în afecțiunile maligne urmărește:

- identificarea indivizilor cu antioncogene defecte moștenite sau câștigate (gene supresoare ale tumorilor);

- identificarea modificărilor precursorale ale cancerizării;

- caracterizarea gradului de progresie a unei tumori nedagnosticabile;

- formarea de anticorpi antimembranari ai celulelor tumorale;

- sinteza de substanțe imune variate, care să transporte citotoxine sau izotopi radioactivi în anumite populații celulare;

- folosirea semnalelor celulare pentru a modifica proliferarea tumorală (15).

Strategiile genetice ale supresiei tumorale prin terapie genică se bazează pe următoarele considerente:

- clonarea și caracterizarea genelor supresoare ale tumorilor, descoperite până acum;

- constatarea prezenței aceleiași gene supresoare (antioncogenă) sau oncogenă în mai multe tipuri tumorale;

- prezența în aceeași tumoare a mai multor tipuri de oncogene sau antioncogene;

- tipuri de gene supresoare și oncogene, caracteristic alterate în tipuri tumorale specifice;

- observarea că antioncogenele au ca funcție controlul activității celulelor normale în special proliferarea, diferențierea și senescența;

- identificarea genelor implicate în învingerea senescenței (ele duc la **imortalitate** având un potențial de proliferare nelimitat);

- utilizarea vectorilor retrovirali în scopuri terapeutice prin terapie genică.

Vectorii retrovirali după *Sincovics* (20) posedă următoarele avantaje:

1. rup și transduc oncogene celulare;

2. pot introduce în ADN-ul celulelor maligne antioncogene (gena Rb), pentru a le transforma în celule revertante normale urmând a fi reinjectate intratumoral după cultivarea lor in vitro;

3. virusurile oncolitice lizează celulele tumorale.

Parvovirusurile se replică numai în celulele în curs de diviziune pe care le lizează, exercitând astfel un efect selectiv antitumoral, fără a afecta celulele normale aflate în repaus mitotic.

- infecția cu mixovirusuri și paramixovirusuri asigură creșterea capacității de răspuns a antigenelor de suprafață celulară și stimularea capacității de apărare a gazdei, acționând și asupra altor celule de același tip, neinfectate cu virus, fiind denumită *imunitate antitumorală postoncolitică*.

4. Virusurile, celulele infectate viral și celulele tumorale, induc sinteza de limfokine, citochine și a factorului de necroză a tumorilor (TNF), care activează celulele NK (natural killer) și T (celulele T citotoxice), împotriva celulelor infectate viral și a celulelor tumorale.

5. Virusul rujeolei poate activa direct sau indirect celulele supresoare, cauzând remisia limfopatiilor și hematopatiilor maligne. Activarea directă are loc prin infectarea celulelor de limfom cu virusul rujeolei, iar activarea indirectă se realizează prin inducerea mediatorilor moleculari ai celulelor mononucleare supresoare, față de proliferarea celulelor tumorale în limfo- și hematopatiile maligne, cauzând remisiunea lor.

6. Vectorii retrovirali pot introduce în celulele tumorale antioncogene (gene supresoare tumorale normale) sau alte gene virale (herpes) ce codifică noi antigene de suprafață, sau proteine specifice normale, crescând astfel antigenitatea celulelor tumorale, care devin mai vulnerabile în reacția de rejecție a gazdei împotriva tumorii. Vectorii ca retrovirusurile au următoarele avantaje:

a) În celulele infectate, retrovirusurile convertesc ARN-ul propriu în ADN, integrându-l într-un cromozom (dar numai în celulele care se divid).

b) Pot include mai mult material genetic străin pentru vehiculare decât virusurile ADN.

c) Pot infecta o gamă largă de specii și tipuri celulare.

d) Retrovirusul modificat în vector retroviral nu conține genele proprii pentru sinteza proteinelor virale și ca urmare el nu se va reproduce în organism, decât gena străină inclusă în genomul său.

e) În transferul genic se utilizează numai anumite "celule țintă" suficient de rezistente pentru a suporta manipularea genică (celule medulare, limfocite, fibroblaste etc.). Celulele țintă trebuie să poată fi recoltate ușor de la pacienți și reintroduse în organism cu ușurință: să aibă o durată de viață

lungă (luni sau ani); în celule expresia genei terapeutice inserate în vector să imite exact pe aceea a genei normale.

Metode de terapie genică anticanceroasă

1. Metoda TIL (limfocite T care infiltrază tumorile).

A fost creată și utilizată cu mare succes de *Rozenberg*, în terapia antineoplazică umană. Constă în prelevarea din țesutul tumoral de limfocite T care se cultivă in vitro în prezența interleukinei.

În urma cultivării, limfocitele devin ucigăse numite și celule LAK (limphokine activated killers). Reinjectarea intratumorală a acestor limfocite a dus la dispariția tumorilor și metastazelor la zeci de pacienți.

2. *Transfecția* (preluarea directă de gene normale sau de mici fragmente de ADN normal) in vivo sau in vitro urmată de reinjectarea celulelor.

Această tehnică terapeutică a fost verificată în culturi de celule tumorale din retinoblastom, transfectate cu gena Rb normală sau cu celule dintr-o tumoră mamară sau prostatică, transfectate cu ADN normal.

Reinjectarea celulelor transfectate la bolnavi a prevenit dezvoltarea tumorilor primare, prin apariția fenomenului de revertanță (transformarea celei cancerose în celulă normală) (7, 27).

3. *Imunomodularea* genetică prin introducerea în celulele cancerose sau limfocite a genelor pentru citokine, acizi nucleici antisens, ribozimi (molecule circulare mici intronice care funcționează ca gene mobile) sau gene pentru diferiți factori de creștere sau necroză a tumorilor (12).

Inserția factorului de necroză al tumorilor (TNF) în limfocitele LAK extrase din tumori, cultivate în prezența interleukinei este o tehnică terapeutică în lucru, determinând stimularea capacității antitumorale a limfocitelor LAK.

4. *Utilizarea de vectori virali cu afinități tisulare specifice* (herpes, hepatită B) special construiți, pentru replasarea țintită a unor gene.

Virusul herpes modificat a putut insera în ADN-ul celulelor tumorale în cultură o genă care le conferă sensibilitate la distrugerea prin ganciclovir, medicament antiviral. Administrarea de ganciclovir cobailor sau bolnavilor la o săptămână de la reinjectarea intratumorală a celulelor cultivate a determinat regresia tumorilor. Ca urmare National Institute of Health a solicitat autorizarea aplicării metodei la pacienții fără șanse de supraviețuire.

5. Transfer de gene mediat de cromozomi în celulele transfectate

Se realizează izolarea cromozomilor metafazici printr-o tehnică specială, care vor interacționa cu o suspensie de celule tumorale ($2 \cdot 10^6$) cultivate inițial pe un mediu neselectiv, apoi pe un mediu selectiv, permițând proliferarea doar a celulelor transfectante, în care a pătruns cromozomul străin administrat.

În cazul tumorilor renale s-a realizat în cultură replasarea în celule tumorale a unui cromozom 11 normal. Reinjectarea celulelor la bolnavi a

suprimat dezvoltarea tumorii (Stanbridge citat de 7). Cromozomul 11 conține diferite oncogene dintre care amintim: HRAS 1 (sarcom de șobolan tip Harvey 1); TCL2 (leucemie/limfom cu celule T); MEN (neoplazii endocrine multiple); SEA (eritroblastoză aviară S 13); BCL 1 (leucemie cu celule B); ANC (carcinom de canal anal-2); CBL 2 (secvență retrovirală transformantă); antioncogenul ST 3 (genă supresoare a tumorigenității-3) (Mc Kusick. Mendelian Inheritance in Man. Ed. 9-a.1993).

În acest caz, suprimarea dezvoltării tumorale a fost indusă de antioncogenul ST3 normală, existentă pe cromozomul 11, transfectat în celulele tumorale.

6. Metode specifice de imunoterapie

a) Utilizarea terapeutică a anticorpilor monoclonali (25).

Administrarea anticorpilor monoclonali în carcinoame de glandă mamară (antigen pozitiv) împotriva oncogenei neu/Her-2, exercită un efect direct de inhibare a dezvoltării tumorale (25).

b) *Imunoterapia* antitumorală bazată pe manipularea genelor pentru sinteza antigenelor tumorale specifice. Schema cea mai actuală și eficientă de imunoterapie specifică se bazează pe descoperirea că limfocitele T citolitice, izolate de la unii pacienți canceroși pot fi induse a reacționa cu un complex molecular numit antigen E (o moleculă specifică HLA-A1 și o peptidă derivată dintr-o proteină MAGE-1).

MAGE-1 este prezentă la peste 30% din melanoame la peste 15% din tumorile mamare și pulmonare. Metoda nu e aplicată decât la pacienții cu alele HLA-A₁ (26% albi și 17% negri). Se caută variante tehnice pentru aplicarea schemei la pacienții care au moștenit alte tipuri de alele HLA.

Redăm după Boon Thierry (29) schema etapelor de imunizare.

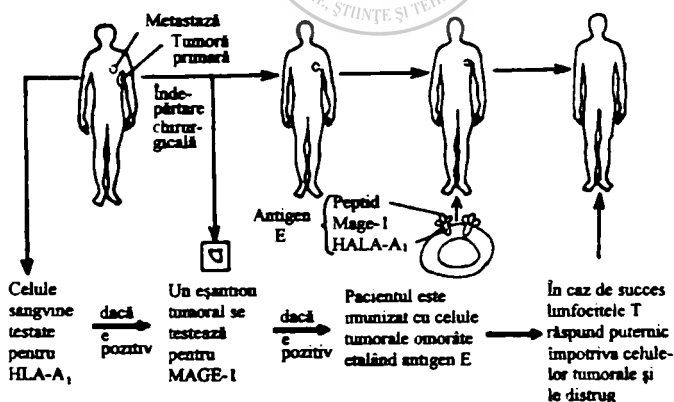


Fig. nr. 1: Terapia genetică a bolii SIDA

O terapie eficace a bolii SIDA este dificil de realizat ținând cont de existența genelor suprapuse în genomul viral. În principiu se urmărește creșterea rezistenței limfocitelor față de atacul virusului HIV (SIDA).

Ipoteza de lucru vizează două obiective și așuri:

- manipularea genică a limfocitelor recoltate de la bolnavii de SIDA, prin inserția în ADN-ul celulelor a unor gene care să împiedice pătrunderea virusului SIDA în celule și diseminarea sa în organism;

- obținerea unor celule de diferite tipuri programate a sintetiza o proteină de înveliș (CD₄) găsită pe limfocitele T, de care se fixează virusul. Se speră că lansarea în circulație a unor celule programate pentru sinteza proteinei CD₄ ar deveni o capcană de fixare a virusului salvând limfocitele T, care și-ar menține capacitatea de apărare antivirală (26).

Bibliografie selectivă

1.Akhurst R.J.: Prospects for gene therapy now and in the future.J. Inherited Metab.Dis. 1989, 12 Suppl. 191-201;

2.Bank A., Markowitz D., Lerner N.: Gene therapy transfer. Apotential aproach to gene therapy for sickle cell disease. Ann N.J., Acad. Sci. 1989, 564, 37-43;

3.Blaese R.M.: Progress toward gene therapy. Clin.Immunol. Immunopathol. 1991, 61, 547-555;

4.Cerruti P.A.: Response modification in carcinogenesis. Environ Health Perspect. 1989, 81, 39-43;

5.Coenetta K., Wieder R., Anderson W.: Gene transfer into primates and prospects for gene therapy in humans. Prog.Nucleic Acid. Res.Mol.Biol. 1989, 36, 311-322;

6.Culver K.W., Anderson W.F., Blaese R.M.: Lymphocyte gene therapy.Hum. gene ther., 1991, 2, 107-109;

7.Darling D., Tarin D.: The spread of cancer in the human body. New Scientist, 1990, 426, 50-53;

8.Fawler G., Juengst E.I., Zimmerman B.K.: Germ line gene therapy and the clinical ethos of medical genetics. Theor.Med. 1989, 10, 151-165;

9.Friedman I.: Progress toward human gene therapy. Science, 1989, 244, 1275-1281;

10.Gutierrez A.A., Lemoine N.R., Sikura K.: Gene therapy for cancer. Lancet, 1992, 339, 715-721;

11.Handyside A.H. et al.: Birth of a normal girl after in vitro fertilization and preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis. The New Engel.J. of Med. 1992, 327, 905-909;

12.Hosderfer C. et al.: Somatic gene therapy. Hematol. Oncol. Clin. North Am.J. 1991, 5, 423-432;

13. *Hughes P.F. et al.*: High efficiency gene transfer to human hematopoietic cells maintained in long-term marrow culture. *Blood*, 1989, 1/4, 1915-1922;
14. *Inder Verma*: Gene therapy, *Sci. Am.* 1990, 34-41;
15. *Jarbo J.W.*: The new biology of cancer future clinical applications *Semin. Oncol.* 1989, 16, 254-259;
16. *Kingman Sharon*: Gene therapy inches closer. *New Scientist*, 1990, 20 jan.31;
17. *Lim B. et al.*: Long-term expression of human adenosine deaminase in mice transplanted with retrovirus-infected hematopoietic stem cells. *Proc.Natl.Acad.Sci.USA* 1989, 86, 8892-8896;
18. *Mayer M.P.*: Human cells models for genetic engineering. *Med. Prog.Technol.* 1989, 15, 83-100;
19. *Schiason G., Bardigoni P., Leverger G.*: Bone Marrow transplation for genetic and metabolic disorders. *Nouv.Rev.Fr.Hematol.* 1989, 31, 119-123;
20. *Sincovics J.*: Oncogenes-antioncogenes and virus therapy of cancer. *Anticancer Res*, 1989, 9, 1281-1290;
21. *Talbot D. et al.*: A dominant control region from the human betaglobin locus conferring integration site independent gene expression. *Nature*, 1989, 338, 252-355;
22. *Uzama K.*: Recent advances in gene therapy and future prospects *Hum. cell.* 1991, 4, 13-17;
23. *Watts Susan*: Surprise succes for genetic jabs. *New Scientist*, 1990, 1713, 31;
24. *Zimmerman B.K.*: Human germ-line therapy: the case for its development and use. *J.Med. Philos.* 1991, 16, 593-612;
25. *Hellstrom K.E., Hellstrom I.*: Oncogene-associated tumor antigens as targets for immunotherapy. *Faseb J.* 1989, Apr. 3, 1715-1722;
26. *Coghlan A.*: Engineering the therapies of tomorrow. *New. Scientist*, 1993, 1870, 26-36;
27. *Kohn D.B., French W.A., Blaese R.M.*: Gene therapy for Genetic Diseases. *Cancer invest.* 1989, 1, 179-192;
28. *Boon T.*: Teaching the Immune system to fight cancer. *Sci.Amer.* 1993 March, 32-39.

GENE THERAPY IN HUMAN PATHOLOGY

Livia Chiorean

Gene therapy is a new therapeutic methodology under study, resulting from the almost limitless possibilities of cloning healthy, normally functioning genes in the somatic, germinal cells, or embryos or in initial development stages. After inserting the gene in the patient's cells, they will be retransferred in the body of the individuals who inherited an abnormal copy of the same gene. The conditions of

application of gene therapy, as well as the technologies of gene insertion in germinal and somatic cells are specified.

The transfer of normal genes into the somatic genes of patients is achieved through: direct microinjection of normal purified DNA into the cells: transfection (the taking over of normal DNA during cell culturing); the fusion of bacterial protoplasts or DNA containing liposomes (artificial phospholipidic vesicles in bimolecular layer) with the plasmatic membrane of the target-cells; electroporation, the permeation of target-cell membrane by means of a strong electric shock for free extracellular DNA; the use of retroviral vectors, genetically manipulated etc.

This study analyzes different target-cells used for genetic reinsertion in different diseases, cancer therapy included.

Sosit la redacție: 20.06.1994

ASPECTE CLINICE IN POLINEUROPATIA UREMICĂ

M. Pereanu, I. Pascu*

Spitalul Clinic Județean Sibiu

*Clinica de Neurologie, Spitalul Clinic Județean Mureș
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Polineuropatia constituie una dintre cele mai frecvente complicații ale insuficienței renale cronice (I.R.C.) ajunsă în stadiul uremic ireversibil (1).

Afectarea sistemului nervos periferic (S.N.P.) la bolnavii uremici a atras atenția clinicienilor destul de târziu, începând din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, prima utilizare a termenului de polineuropatie uremică fiind atribuită lui *Lancereaux* (1884).

De menționat faptul paradoxal că în decursul primei jumătăți a secolului al XX-lea neuropatia periferică din cadrul I.R.C. nu mai apare pomenită în tratatele medicale de specialitate (30).

Urmare articolului original publicat de *Asbury, Victor și Adams* (4) a apărut în mod clar că o polineuropatie mixtă senzitivomotorie poate apărea frecvent la pacienții uremici ca rezultat al I.R.C.

Interesul asupra manifestărilor nervoase periferice din I.R.C. a crescut în special după aplicarea metodelor moderne de *dializă artificială cronică* și mai ales după efectuarea cu succes a *transplantului renal* (21). Aceste două evenimente cruciale au stimulat interesul asupra studierii neuropatiei uremice atât din punct de vedere clinic cât și al modificărilor paraclinice (în special neurofiziologice).

Incidența polineuropatiei este practic necunoscută, materialele publicate până în prezent relevând variații considerabile (30), cuprinse în general între 25% și 85% din bolnavii cu I.R.C. (40).

În toate studiile, cu excepția celui al lui *Thomas* (40) predominanța masculină a afecțiunii este netă, natura nefropatiei nepărând să aibă influență asupra dezvoltării afecțiunii neurologice (32).

Manifestări ale neuropatiei periferice constituie parte integrantă din tabloul clinic al sindromului uremic terminal. La pacienții examinați riguros, semnele de neuropatie lipsesc în general atât timp cât clearance-ul la creatinină depășește 6 ml/min. (22).

Tabloul clinic al polineuropatiei uremice este nespecific, fapt ce îl face greu de delimitat de alte neuropatii metabolice sau carențiale în care simptomele senzitive sunt predominante, cel puțin în stadiile incipiente ale afecțiunilor (24). Ulterior, o dată cu involuția axonală progresivă, apare evidentă o disfuncție senzitivă și motorie ascendentă.

A. Simptomele subiective constau în:

- *Parestezii* sub formă de furnicături, înțepături, amorțeli în repaus sau prurit difuz (15,26) și constituie de obicei primele acuze ale bolnavilor. Acestea pot să apară cu aceeași frecvență în degetele de la mâini și de la picioare, spre deosebire de alte semne neurologice care se manifestă mai pregnant la nivelul regiunilor distale ale membrului inferior (30). Pruritul, cel mai adesea generalizat, se datorează involuției și reducerii numărului total al terminațiilor senzoriale cutanate ca o consecință a polineuropatiei uremice (17).

- *Sindromul de arsuri în picioare* "burning feet syndrome" apare doar la o mică parte din numărul bolnavilor. Trebuie menționat că acest sindrom și-a pierdut din importanța diagnostică pentru polineuropatia uremică, el fiind mai des întâlnit în neuropatiile: diabetică, alcoolică, arsenicală, prin carența de vitamina B1 și de acid pantotenic (26).

- *Durerea*, simptom adesea absent în stadiile primitive ale polineuropatiei, poate fi proeminent în neuropatia avansată, manifestându-se sub formă de dureri lancinante de-a lungul nervilor (22).

- *Crampele musculare* apar descrise de o minoritate a pacienților seara sau târziu în noapte.

- *Sindromul de picioare neliniștite* "restless legs syndrome" descris de *Ekbom* (16), a fost raportat ulterior de către *Nielsen* (30) la 70% din pacienți. Apare în special seara la culcare și este descris ca o necesitate stringentă de a mișca picioarele și de a face câțiva pași în cameră (10, 23). Unii autori descriu acest sindrom ca și cel mai timpuriu semn de neuropatie clinică uremică. Tratamentul de elecție îl constituie clonazepamul 0.5 mg seara la culcare (22). După *Nielsen* însă, sindromul apare și independent de

neuropatia uremică, el fiind descris adesea și în alte neuropatii (diabetică, prin avitaminoze, paraneoplazică s.a.) (30).

B. Semnele obiective

- *Scăderea percepției vibratorii și diminuarea sau abolirea reflexelor ostendinoase* (R.O.T.) *achiliene* apar cel mai timpuriu și constituie inițial unicele semne clinice obiective ale neuropatiei periferice (8, 18, 22, 29). Afectarea sensibilității vibratorii este mai importantă la nivelul halucelui decât la nivelul maleolei interne, argument clinic esențial în încadrarea uremiei în afecțiunile de tip "dying-back" (38).

- *Diminuarea sensibilității profunde* și în primul rând al sensibilității vibratorii, care apare mai afectată decât cea mioartrokinetică, cu păstrarea relativ nealterată a sensibilității termoalgice (25) duc la apariția tabloului clinic de "pseudotabes nefrogen" (26).

Determinarea *pragului de sensibilitate vibratorie* cu ajutorul unui vibrator electromagnetic a relevat decelarea unei scăderi a valorilor sale la bolnavii la care neuropatia uremică s-a ameliorat după instituirea hemodializei cronice, în timp ce conductibilitatea nervoasă scăzută poate să mai persiste luni de zile (37, 38). O scădere și mai marcată a pragului de sensibilitate vibratorie a fost observată după transplantul renal (7, 30, 45).

Măsurarea *sensibilității termice* la 20 pacienți cu I.R.C. terminală a evidențiat anomalii doar la 6 pacienți. Rezultatele obținute dovedesc o disfuncție nesemnificativă a fibrelor aferente mici, care conduc sensibilitatea termoalgică. Când aceste modificări totuși apar, ele nu se corelează cu aspectele clinice relevate în polineuropatia uremică (3, 13).

Trebuie menționat că semnele clinice apar de obicei la nivelul membrelor inferioare și au un caracter ectromelic, prezența lor la nivelul membrelor superioare constatându-se doar în cazuri severe (22).

- *Afectarea tuturor modalităților senzitive* mergând până la *anestezie* cu distribuție "în șosetă", precum și *deficitul motor* și *atrofia musculară* distală începând cu mușchii mici ai piciorului, reprezintă semne tardive în evoluția neuropatiei uremice. Apariția lor constituie o dovadă de mare gravitate, recuperarea completă a funcției motorii odată afectată nu mai poate fi atinsă nici după inițierea unui program de dializă eficient (23, 31).

S-au citat cazuri de instalare precoce a amiotrofiilor cu atingerea mușchiului pedios, apoi a mușchilor gambieri, ai coapsei și extrem de rar ai mușchilor antebrăului și brațului, cu tendință la generalizarea amiotrofiilor. Se poate afirma că atingerea musculară nu se datorează exclusiv afectării *nervoase periferice*, o amiotrofie difuză dominând uneori tabloul clinic, în timp ce R.O.T. și sensibilitatea obiectivă sunt conservate (22). Tulburările *nutriționale* și *reducerea activității musculare* în cadrul uremiei par a fi *principalele cauze* ale afectării musculare; nu poate fi însă exclusă nici *ipoteza prezenței unei miopatii uremice* la această categorie de bolnavi (28).

După *Sobh* și colab. (35) amiotrofia la nivelul mușchilor proximali ca și în mușchii lojii anterioare ai gambei și ai mușchilor mici ai picioarelor conduc la o stare de oboseală timpurie caracteristică uremiei. Cauzele sunt complexe, nu sunt în întregime cunoscute și ele cuprind, printre altele, deficiența de carnitină, malnutriția, neuropatia, miopatia uremică și excesul de parathormon.

Haider și colab. (19) descriu apariția unei *neuropatii optice* în I.R.C. Urmărind incidența acestei afecțiuni timp de 24 de luni la 60 de pacienți aflați în hemodializă, autorii au constatat apariția la 4 pacienți a unei neuropatii optice acute tipice. Au fost descrise și alte cazuri de neuropatie optică severă în cursul hemodializei cronice (20, 33).

Rezultatele obținute în urma efectuării audiogramei și a înregistrării potențialelor evocate auditive din trunchiul cerebral la bolnavi uremici evidențiază o diminuare a acuității auditive și o alungire a undelor I-III. Rezultatele reflectă o *afectare subclinică a nervului acustic* ca o parte a neuropatiei uremice axonale generalizate.

Dintre factorii patogenici agravanți ai polineuropatiei uremice, cei mai semnificativi par să fie reprezentați de gradul insuficienței renale, exprimat cel mai bine prin rata filtrării glomerulare, precum și de durata de la instalarea I.R.C. până la efectuarea măsurărilor electrofiziologice (6, 31). Nu s-a constatat nici o corelație între severitatea neuropatiei și gradul azotemiei rezultat din determinările serice ale ureei și ale creatininei (30).

Vârsta pare să constituie o importanță deosebită în special la bărbați și într-o mai mică măsură la sexul feminin. Trebuie menționat că și în mod fiziologic s-a constatat o relație invers proporțională între scăderea V.C.N. și vârsta cazurilor examinate (41).

S-a constatat de asemenea o vulnerabilitate crescută a nervilor periferici la pacienții uremici, manifestări clinice constatându-se la leziuni nervoase minime. De asemenea efectul medicamentelor cu acțiune neurotoxică dovedită apare mai pregnant în cursul polineuropatiei uremice, fapt ce obligă la urmărirea atentă a concentrațiilor serice pentru aceste substanțe la bolnavii cu I.R.C. (2, 11, 34).

Prezentarea tuturor acestor date confirmă afirmația lui *Tenckhoff* (39), rămasă încă valabilă, care susține că fiecare pacient cu I.R.C. avansată trebuie obligatoriu examinat pentru a evalua existența sau absența neuropatiei.

C. Neuropatia autonomă uremică

O serie de cercetători au demonstrat anomalii în funcționarea sistemului nervos autonom la pacienții uremici, atât la cei aflați în hemodializa cronică, cât și la cei care nu au început acest tratament. Printre anomaliile puse în evidență au fost raportate: transpirații profuze, răspunsuri anormale la manevra Valsalva, afectarea funcției baroreceptoare, hipotensiunea ortostatică, variația intervalului R-R pe electrocardiogramă s.a. (9, 23, 44).

După Vita și colab. (42, 43) la pacienții hemodializați există o mare variabilitate în evoluția funcției nervoase autonome, cu îmbunătățire la o serie de subiecți și deteriorare la alții. Dintre pacienții cu uremie și funcție autonomă normală la începutul studiului, o deteriorare a sistemului nervos vegetativ a fost observată la 33-35% din pacienții urmăriți pe o perioadă de 18 luni și la 62,5% dintre cei urmăriți timp de 56 de luni.

Deși Mallamaci și colab. (27), Ausserwinkler și colab. (5) au notat o afectare continuă a neuropatiei autonome la pacienții uremici tratați prin hemodializă cronică intermitentă, Zoccali și colab. (46) au constatat faptul că tratamentul hemodialitic oprește progresiunea afectării parasimpatice la bolnavii cu I.R.C.

Frecvența anomaliilor sistemului nervos autonom la bolnavii uremici este totuși mult mai mică decât neuropatia senzitivomotorie (12).

Rezultă din cele expuse faptul că patogeniza neuropatiei uremice autonome rămâne încă necunoscută, unele dintre mecanismele patogenetice fiind doar presupuse. Rezultatele contradictorii asupra afectării sistemului nervos autonom au fost raportate atât după hemodializa cronică intermitentă, cât și după dializa peritoneală ambulatorie continuă sau transplantul renal (14, 43).

Bibliografie

1. Adams R.D., Victor M.: Principles of Neurology. Mc Graw-Hill Book Company, 1981, 906;
2. Albertazzi A. et al.: The natural history of uremic neuropathy. Contrib.Nephrol. 1988, 65, 130-137;
3. Angus-Leppan H., Burke D.: The function of large and small nerve fibers in renal failure. Muscle and Nerve, 1992, 15, 288-294;
4. Asbury A.K., Victor M., Adams R.D.: Uremic polyneuropathy. Arch.Neurol. 1963, 8, 113;
5. Ausserwinkler M. et al.: Kardiovaskular Reflexprüfungen zur Beurteilung der autonomen Neuropathie bei chronischen Dialysepatienten. Wien. Klin. Wochenschr. 1986, 98, 78-82;
6. De Beaufort C.E. et al.: Perypheral Nerve Function in Children with End-stage Renal Function Failure. Pediatr. Nephrol. 1989, 3, 5-8;
7. Bolton C.F.: Electrophysiologic changes in uremic neuropathy after successful renal transplantation. Neurology 1976, 152, 126-161;
8. Bolton C.F.: Peripheral neuropathies associated with chronic renal failure. Can.J. Neurol.Sci. 1980, 7, 89-93;
9. Bondia A. et al.: Autonomie nervous system in hemodialysis. Nephrol.Dial.Transplant. 1988, 3, 174-180;
10. Callagan N.: Restless legs syndrome in uremic neuropathy. Neurology. 1966, 16, 359-362;

11. *De Deyn P.P. et al.*: Clinical and pathophysiological aspects of neurological complications in renal failure. *Acta. Neurol. Belg.* 1992, 92, 191-206;
12. *Dellantonio R. et al.*: Sympathetic skin response in chronic renal failure and correlation with sensorimotor neuropathy. *Funct. Neurol.* 1989, 4, 173-175;
13. *Denys E.H.*: The Influence of Temperature in Clinical Neurophysiology Muscle and Nerve, 1991, 14, 795-811;
14. *Dobblesstein H.*: Die Urämische Neuropathie in Abhängigkeit von Dialysedauer und Dialysegerät. *Klin. Wschr.* 1972, 50, 533;
15. *Dulău E., Asgian B.*: Polineuropatia nefrogenă. In: *Asgian B., Stamatoiu I.* eds. București. Editura Medicală. 1984, 304-314;
16. *Ekbom K.A.*: Restless legs syndrome. *Neurology*, 1960, 10, 752-758;
17. *Fantini F. et al.*: Cutaneous innervation in chronic renal failure patients. A immunohistochemical study. *Acta Derm. Venerol* 1992, 72, 102-105;
18. *Frazer C.L., Arieff A.I.*: Nervous system complications in uremia. *Ann. Intern. Med.* 1988, 109, 143-153;
19. *Haider S., Astbury N.J., Hamilton D.V.*: Optic neuropathy in uremic patients on dialysis. *Eye (Engl.)* 1993, 7, 148-151;
20. *Hamed L.M. et al.*: Optic neuropathy in uremia. *Am.J.Ophthalmol.* 1989, 108, 30-35;
21. *Ibrahim M.M.*: Changes in nerve conduction after renal transplantation. *Electroencephal. Clin. Neurophysiol.* 1973, 34, 30-35;
22. *Jennekens F.G., Jennekens-Schinkel A.*: Neurological aspects of dialysed patients. In: *Maher J.F.* ed. Replacement of renal function by dialysis. Kluwer Academic Publishers. 1989, 978-985;
23. *Kiley J.E.*: Neurological aspects of dialysis. In: *Nissenson A.R., Fine A.R., Gentile G.E.* eds. Clinical Dialysis. Prentice Hall International Inc. 1990, 544-586;
24. *Languey A., Ellie A.H.*: Neuropathies sensitives. *Rev. Prat.* 1992, 42, 38-42,
25. *Lindblom U., Tegner R.*: Thermal sensitivity in uremic neuropathy. *Acta. Neurol. Scand.* 1985, 71, 290-295;
26. *Macovei-Patrice M.*: Manifestări neurologice în afecțiunile renale. In: *Arseni C.* ed. Tratat de neurologie. Vol.2. part.2. București. Editura Medicală, 1980, 734-744;
27. *Mallamaci F. et al.*: Autonomic function in uremic patients treated by hemodialysis or CAPD and in transplant patients. *Clin. Nephrol.* 1986, 25, 175-180;
28. *Moore G.E. et al.*: Uremic Myopathy Limits Aerobic Capacity in Hemodialysis Patients. *Amer. J. of Kindney Disease.* 1993, 22, 277-287;

29. *Mumenthaler M.*: Polyneuropathie bei Urämie. In: Neurologie. Auflage 9. Georg Thieme Verlag, 1990, 326;
30. *Nielsen V.K.*: The Peripheral Nerve Function. In: Chronic Renal Failure: A Survey. Copenhagen. 1974, 7-26;
31. *Pereanu M.* et al.: Studiul vitezelor de conducere ale nervului sciatic popliteu extern la bolnavi dializați cronic. Sibiul Medical, 1992, 4, 37-43;
32. *Said G.*: Neuropathies metaboliques acquises: insuffisance renale, hypothyroïdie et hypoglicémie. Rev. Neurol. 1987, 143, 785-790;
33. *Saini J.S.* et al.: Uremic optic neuropathy. J. Clin. Neurol. Ophthalmol. 1989, 9, 131-133;
34. *Shahani B.T.*: The Utility of Proximal Nerve Conduction in Radiculopathies. Electroencephal. Clin. Neurophysiol. 1991, 78, 168-170;
35. *Sobh M.A.* et al.: Effect of treatment of anaemia with erythropoietin a long term haemodialysis. Scand. J. Urol. Nephrol. 1992, 26, 65-69;
36. *Tattersall J.E.* et al.: Rapid high-flux dialysis can cure uraemic peripheral neuropathy. Nephrol. Dial. Transplant. 1992, 7, 539-540;
37. *Tegner R., Lindholm B.*: Uremic polyneuropathy: different effects of hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. Acta. Med. Scand. 1985, 218, 409-416;
38. *Tegner R., Lindholm B.*: Vibratory perception threshold compared with nerve conduction velocity in the evaluation of uremic polyneuropathy. Acta Neurol. Scand. 1985, 71, 284-289;
39. *Tenckhoff H.A.* et al.: Polyneuropathy in chronic renal insufficiency. J.A.M.A. 1965, 192, 1121-1124;
40. *Thomas P.K.*: Screening for peripheral neuropathy in patients treated by chronic hemodialysis. Muscle and Nerve, 1978, 1, 396-405;
41. *Vasilescu C.*: Electromiografia și electroneurografia în neuropatii, axonopatii și mielinopatii. In: Stamatoiu I., Asgian B., Vasilescu C. eds. Electromiografie clinică. Editura Medicală, București. 1981, 150-192;
42. *Vita G.* et al.: Comparative analysis of autonomic and somatic dysfunction in chronic uraemia. Eur. Neurol. 1988, 28, 335-340;
43. *Vita G.* et al.: Uraemic autonomic neuropathy. J. Auton. N. Syst. 1990, 30, Suppl. 179-184;
44. *Vita G., Bellingheri G., Messina C.*: The course of autonomic neural function in chronic uraemic patients during haemodialysis treatment Nephrol. Dial. Transplant. 1992, 7, 1022-1025;
45. *Werneck L.C., Mulinari A.S., Laffitte A.*: Uremic polyneuropathy: a study of vibratory perception threshold in 19 patients. Arq. Neuropsychiatry, 1984, 42, 215-220;
46. *Zoccali C.* et al.: Parasympathetic function in haemodialysed patients. Nephron. 1986, 44, 351-354.

CLINICAL ASPECTS OF URAEMIC POLYNEUROPATHY

M.Pereanu, I.Pascu

After the first description of the uraemic polyneuropathy as one of the most frequent complications of the chronic renal failure, the application of modern methods as the chronic artificial dialysis and the successful performing of the renal transplant, have stimulated the scientists' interest about this affection. In this essay the most important signs and symptoms that commonly appear in the uraemic polyneuropathy are presented. There are briefly presented the autonomous nervous system abnormalities which, although less frequent than the sensorymotor ones, have aroused an increasing interest lately.

Sosit la redacție: 15.12.1994

STUDII ELECTROFIZIOLOGICE ÎN NEUROPATIA UREMICĂ

M.Pereanu, I.Pascu*

Spitalul Clinic Județean Sibiu

*Clinica de Neurologie, Spitalul Clinic Județean Mureș
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Examinarea electrodiagnostică a evoluat destul de rapid într-o metodă paraclinică de o importanță deosebită în evaluarea polineuropatiei suspectă sau stabilită clinic, după ce *Adrian și Bronk* (1929) au obținut primele electromiograme umane, *Denny Brown și Pennibacker* (1928) au distins potențialele de fibrilație de cele de fasciculație și *Dawson și Scott* (1949) au înregistrat potențiale de acțiune nervoasă cu electrozi de suprafață (1).

Stabilită pe fundamente neurofiziologice, investigația electrodiagnostică completează examinarea neurologică. Cele mai multe examinări electrofiziologice sunt sensibile în special la disfuncția fibrelor cu diametrul mare.

Există puține aspecte specifice pentru o anumită afecțiune. Totuși leziunile caracterizate prin degenerare axonală senzitivă și/sau motorie pot fi în mod clar distinse de cele cu demielinizare segmentală uniformă.

Studiile de conducere nervoasă sunt neinvazive și utile nu numai în evaluarea diagnostică, dar prin examinări seriate, se poate urmări progresia sau răspunsul la terapie (1).

Semnalate încă din 1964 (*Funk-Brentano, Preswick, Jeremy s.a.*) anomaliile conducerii nervoase din polineuropatiile uremice au fost ulterior confirmate de numeroase studii (23).

Determinările electrofiziologice au devenit în ultima perioadă cele mai importante metode de evidențiere ale neuropatiei într-un stadiu precoce, subclinic, când indică semnele obiective (adesea chiar și cele subiective) lipsesc din manifestările clinice ale polineuropatiei uremice; pe de altă parte, aceste metode sunt necesare, așa cum am mai arătat, pentru urmărirea evoluției neuropatiei o dată diagnosticată (4, 12, 14, 19, 27).

A. *Studiile electromiografice* (E.M.G.) utilizează ca electrozi de culegere fie ace concentrice, fie electrozi de suprafață.

Neumdörfer și colab. (17) au evaluat datele E.M.G. înregistrate pe mușchiul oponent al policelui și extensor scurt al degetelor la bolnavi cu I.R.C. După criteriile stabilite de *Buchthal*, "paternul" neurogen ce indică o afectare nervoasă periferică necesită prezența a cel puțin una din următoarele modificări:

- activitate spontană patologică: fibrilații sau unde lente pozitive,
- traseu simplu sau intermediar la contracția musculară maximă,
- creșterea frecvenței undelor polifazice ($> 12\%$).

Rezultatele obținute pe cei 80 de pacienți cu I.R.C. examinați au relevat modificări neurogene la 8 pacienți (10%) în mușchiul scurt extensor al degetelor și la 4 pacienți (5%) în mușchiul opozant al policelui. Aceste date sunt cu atât mai relevante cu cât clinic nu apăreau semne de deficit motor (17).

Liberson și colab. (13) au comparat rezultatele înregistrate electromiografic cu datele privind V.C.N. la 21 de pacienți cu I.R.C. Potențiale de fibrilație au fost înregistrate la 10 din 19 pacienți; aceștia prezentau de asemenea valori scăzute ale V.C.N.

În studiul publicat de *Bolton* (7) toți bolnavii cu neuropatie uremică investigați cu electrozi coaxiali prezentau semne E.M.G. de denervare în mușchii distali ai piciorului; potențiale de fibrilație, reducerea numărului total al potențialelor de unitate motorie la contracția musculară voluntară, creșterea incidenței potențialelor polifazice, unele dintre ele fiind anormal de lungi. După efectuarea transplantului renal s-a observat o îmbunătățire parțială a acestor anomalii, potențialele de fibrilație au dispărut și s-a observat o creștere a frecvenței potențialelor motorii la contracția musculară maximă.

Înregistrarea E.M.G. la contracția musculară voluntară din mușchiul scurt al policelui efectuată la 29 de pacienți uremici de către *Nielsen* (16) releva un traseu de interferență la 25 și o reducere a interferenței cu amplitudine normală la 3 pacienți. Aceasta indică faptul că blocul de conducere apare rar în fibrele motorii ale nervului median, în timp ce V.C.M. era adesea scăzută. Invers, la aceiași 29 de pacienți înregistrarea E.M.G. la contracția voluntară maximă din mușchiul scurt extensor al degetelor releva adesea o scădere a unităților motorii (traseu de interferență

sărac la 12 pacienți) fapt datorat de către autor unui bloc de conducere motorie pe nervul sciatic popliteu extern.

Ameliorările spectaculoase care se constată în urma dializei și mai ales a transplantului renal se datoresc în mare parte refacerii mediului umoral, restabilindu-se condițiile electrochimice necesare unei activități normale a unităților motorii și senzitive (1, 17).

B. *Determinarea vitezei de conducere nervoasă (V.C.N.) atât motorie (V.C.M.) cât și senzitivă (V.C.S.)* este considerată de majoritatea autorilor ca fiind cel mai sensibil indicator al afectării celulei nervoase în uremie. Descrisă inițial de către cercetători la pacienții cu neuropatie clinică manifestă, scăderea V.C.N. a fost observată ulterior și la pacienți ce nu prezentau semnele clinice de atingere nervoasă (21).

Înțelegerea efectivă a mecanismelor de producere ale neuropatiei periferice uremice necesită studii electrofiziologice ale nervilor periferici, în particular la nivelul extremităților inferioare, fapt ce reflectă tendința generală a acestor neuropatii metabolice de a fi mai pronunțată în nervii mai lungi. Examinări atente ale latentelor distale la nivelul fibrelor motorii și ale caracterului potențialului de acțiune musculară obținut au o importanță deosebită, în special dacă se ține seama de faptul că majoritatea fibrelor nervoase sunt serios afectate anterior apariției valorilor scăzute ale V.C.N. (10).

În ciuda diferitelor tehnici de dializă există totuși un consens general asupra efectului metodei în neuropatia periferică: hemodializa adecvată previne deteriorarea neuropatiei și poate chiar induce o ușoară îmbunătățire (10, 26).

După zeci de ani de investigații s-a ajuns la următoarele concluzii cu privire la determinarea V.C.N. în neuropatia uremică:

1. Scăderea V.C.N. are loc precoce, înaintea atingerii altor parametri ai sistemului nervos periferic manifestări obiectiv (stadiul de neuropatie subclinică). Măsurători ale V.C.S., deși mai dificil de realizat, ar indica existența încă și mai timpurie a anomaliilor (11).

2. Afectarea V.C.N. este aproape egală la nivelul membrelor inferioare și al celor superioare, fapt ce sugerează că I.R.C. este însoțită de o scădere generală a propagării influxului nervos (16).

3. V.C.N. este mai scăzută distal decât proximal la examinarea aceluiași trunchi nervos ("dying-back neuropathy"). Kiley (11) subliniază importanța studiilor electrofiziologice ale nervilor periferici, în particular acelea efectuate la nivelul membrelor inferioare, fapt rezultat din tendința generală a acestei neuropatii metabolice de a fi mai pronunțată la nervii mai lungi.

4. De menționat că la nivelul membrelor superioare sunt decelate frecvent modificări unilaterale ale V.C.N., în special pe nervul median, datorate îndeosebi tulburărilor hemodinamice secundare efectuării fistulelor arteriovenoase Cimmino-Brescia (15).

Cel mai standardizat studiu electrofiziologic îl constituie cel al V.C.M. pe nervul sciaticul popliteu extern (S.P.E.), deoarece acesta reprezintă de obicei primul semn electrofiziologic ce devine anormal, el reflectând cel mai adecvat severitatea neuropatiei (11, 19). În aceeași ordine de idei determinarea V.C.M. pe nervul median este mai puțin satisfăcătoare, dar este vitală în neuropatia uremică severă, mai ales când decelarea V.C.N. pe S.P.E. nu se poate efectua din cauză că mușchiul scurt extensor al degetelor este total degenerat în afecțiunile avansate (4).

Bicknell și colab. (2) au studiat V.C.N. pe nervii mediani, ulnari și peroneali la 46 de pacienți aflați în dializă peritoneală sau hemodializă. Doar 6 pacienți prezentau rezultate normale, 37 având polineuropatie periferică, 16 mononeuropatie mediană subclinică, iar 9 sindrom de tunel carpian. Anomaliile V.C.N. erau la fel de frecvente atât în dializa peritoneală cât și în hemodializă. Disfuncția nervoasă era independentă de afecțiunea cauzală a I.R.C., locul de acces al șuntului, prezența sau absența osteodistrofiei. Pacienții dializați necesită studii V.C.N. frecvente, cel puțin pentru a identifica timpuriu sindromul de tunel carpian și de a preveni astfel leziuni nervoase ireversibile.

Examinări atente ale latențelor distale (L.D.) în fibrele nervoase și al caracterului potențialului de acțiune musculară obținut oferă date noi pentru o mai bună înțelegere a mecanismelor patogenetice. Aceasta cu atât mai mult cu cât majoritatea fibrelor nervoase sunt afectate serios înainte de a se evidenția încetinirea semnificativă a V.C.M. demonstrată printr-o singură măsurătoare (1).

Albers (1), *Kominami* și colab. (12) atrag atenția asupra faptului că determinările obișnuite ale V.C.N. dau informații asupra fibrelor cu conducere rapidă, care au diametrul cel mai mare. Starea fibrelor mielinizate subțiri, cu conducere lentă, rămâne cvasi-necunoscută.

După *Nielsen* (16) V.C.N. în I.R.C. pare să fie mai sever afectate la bărbați decât la femei. Diferența a fost statistic semnificativă în privința V.C.M. pe nervul S.P.E. în timp ce la nervul median diferența era între 5-10%. Acest fapt sugerează în opinia lui *Bolton* (4) faptul că funcția nervoasă poate fi influențată de factori biologici încă necunoscuți.

În studiile recente efectul benefic al *hemodializei cronice intermitente* corect efectuate asupra V.C.N. este în mod clar dovedit și de aceea se consideră astăzi că este de preferat inițierea tratamentului hemodialitic încă din stadiul preclinic al neuropatiei. Scăderea progresivă a V.C.N. apare mai relevantă la cazurile în care inițierea hemodializei este făcută precoce. Sunt prezentate totuși de către diverși autori și cazuri în care o remisiune a V.C.N. nu este observată nici după mai multe luni de hemodializă adecvată (10).

În perioadele de la începutul introducerii hemodializei cronice ca metodă terapeutică mulți pacienți prezentau o neuropatie invalidantă (20). Aceasta se datora în primul rând faptului că ședințele de hemodializă se

efectuau săptămânal (22). Este în mod unanim acceptat astăzi că această complicație poate fi diminuată sau prevenită prin ședințe mai frecvente de hemodializă (2 x 6 ore sau 3 x 4 ore pe săptămână). Totuși, odată neuropatia apărută, ea necesită peste 1 an de dializă susținută pentru a deveni clinic reversibilă. Reiese de aici că prevenirea apariției neuropatiei clinic manifeste constituie una dintre principalele îndatoriri ale instituirii precoce a hemodializei (12, 22).

Din cauza utilizării sale pe scară largă, precizia măsurătorilor V.C.N. au o importanță deosebită în urmărirea eficienței hemodializei. Unele studii au arătat că există o marje largă de variație a V.C.N. normale și că pot exista modificări de la zi la zi chiar la același individ, astfel că orice interpretare a V.C.N. la un pacient trebuie făcută cu multă circumspecție (21).

Astăzi în unitățile de dializă se studiază curent de maniera periodică V.C.M. și V.C.S. la bolnavii aflați în tratament în primul rând pentru a se urmări calitatea și deci eficiența hemodializei (20, 23).

Dacă supravegherea neurologică s-ar limita doar la aceste măsurători, ar exista riscul de a lăsa să evolueze o neuropatie pur axonală, care să nu scadă V.C.N. decât puțin sau deloc. Măsurarea V.C.N. permite aprecierea esențială a calității mielinizării sau a demielinizărilor ce apar în polineuropatia uremică, afecțiuni ce se însoțesc totdeauna de o atingere axonală. Teoretic această atingere axonală poate fi chiar predominantă, dar ea să nu modifice V.C.N. chiar și când neuropatia este severă, dacă mielina se păstrează intactă. Rezultă că pentru a supraveghea și depista o polineuropatie axonală de orice origine trebuie asociat examenul clinic periodic cu măsurători ale V.C.N., determinări repetate ale potențialelor de acțiune ale nervilor și amplitudinea răspunsului "M". Măsurătorile acestor ultimi doi parametri dau o relație aproximativă cu privire la activitatea fibrelor mielinizate ce au rămas funcționale (1, 23).

În prezent se pune problema utilizării aparatelor de dializă cu flux înalt în vederea scurtării timpului de hemodializă/ședință. *Tattersall* și colab. (26) raportează efecte benefice ale metodei asupra neuropatiei clinice severe după numai 10 luni de tratament. Acest fapt ridică însă cu o mai mare acuitate problema duratei ședințelor de hemodializă și a periodicității optime de repetare a lor pentru a obține un efect benefic maxim, reflectat cel mai fidel prin normalizarea V.C.N.

Cu privire la importanța *transplantului renal*, aceasta este cu atât mai mare cu cât se crează astfel premisa unică de a se elimina efectiv pe cale fiziologică substanțele toxice acumulate, după câteva zile sau săptămâni chiar de la efectuarea cu succes a operației (3).

Transplantul renal îmbunătățește indiscutabil V.C.N. la nivelul tuturor nervilor periferici. Procesul de recuperare pare să prezinte trei caracteristici fundamentale (10):

- creșterea V.C.N. este bifazică, cu o fază rapidă și timpurie ce începe după câteva zile și o alta tardivă și lentă care apare mai târziu și durează câteva luni,

- evoluția este aproape paralelă la toți pacienții, indiferent de gradul de încetinire a V.C.N. preoperator,

- modul de recuperare este uniform la diferiți nervi și segmente nervoase, deși recuperarea finală este mai puțin completă la membrele inferioare decât la cele superioare.

Recuperarea clinică totală este obținută la cei mai mulți pacienți, iar V.C.N. poate atinge valori normale. Sechele nervoase pot persista la cei cu neuropatie foarte severă anterioară transplantului. Nu există disfuncție autonomă la bolnavii transplantați (3, 10).

C. Alte studii electrofiziologice în neuropatia uremică

Numeroși autori au studiat *latența undelor "F"* a căror alungire precoce semnaleză anomalii ale conducerii nervoase proximale. Creșterea sa nuanțează rezultatele obținute prin determinarea clasică a V.C.N., având în vedere distanța lungă a porțiunii de nerv studiată (1, 5, 14, 18). Relația între latențele "F" și "M", într-un punct de stimulare dat, reprezintă unul dintre cei mai sensibili indicatori ai afectării proximale sau distale ale nervului (25).

Reflexul "H", un reflex monosinaptic al măduvei spinării analog reflexului achilian, măsoară de asemenea V.C.N. pe segmente lungi ale nervului (1, 24).

Shahani (25) susține că anomaliile reflexului "H" și ale unde "F", deși sunt specifice patologiei proximale, radiculare, pot fi detectate în afecțiunile S.N.P. într-un stadiu timpuriu, mult înainte de apariția semnelor de denervare la electromiografia convențională.

Gafter și colab. (8) au corelat *răspunsurile evocate auditive* ale *trunchiului cerebral* la bolnavi cu I.R.C. înainte și după începerea dializei. Ambele grupe de pacienți prezentau o întârziere a latențelor undelor 3 și 5. Nu s-a constatat o corelație semnificativă între latența undelor, uremie, creatininemie, parathormon și durata tratamentului hemodialitic cronic. *Yu* și colab. (28) consideră că potențialele evocate auditive ale trunchiului cerebral sunt în general normale și neafectate după transplantul renal.

Gambara și colab. (9) au studiat corelația dintre modificările V.C.M. și *potențialele evocate vizuale* la 31 de pacienți cu I.R.C. aflați în hemodializă. Rezultatele indică ușoare afectări ale S.N.C., ca de exemplu întârzierea unde P₁₀₀ chiar în absența semnelor clinice ca și existența unei polineuropatii senzitivo-motorii distale. Gradul de afectare a S.N.P. se corelează cu durata dializei și cu o serie de constante sangvine, dar nu cu parametrii potențialelor evocate auditive. Autorii concluzionează că nu există corelație între afectarea S.N.P. și a S.N.C. fapt ce s-ar datora unei

diferențe în mecanismul patogenetic de producere a lor. După Yu și colab. (28) determinarea potențialelor evocate vizuale în I.R.C. evidențiază cel mai adesea o afectare subclinică, care nu se îmbunătățește după transplantul renal.

Determinarea latențelor *potențialelor evocate somatosenzitive* la nivelul punctului ERB, spinal și cortical relevă importanța acestei metode diagnostice în polineuropatii, în special când localizarea leziunilor nervoase este proximală (6). Potențialele evocate somatosenzitive relevă un deficit de conducere periferic adesea subclinic, paralel cu diminuarea V.C.N., ambele determinări fiind substanțial îmbunătățite după transplantul renal (28).

Bibliografie

1. *Albers J.W.*: Clinical Neurophysiology of Generalized Polyneuropathy. J. of Clin. Neurophysiol. 1993, 10, 149-166;

2. *Bicknell J.M.* et al.: Carpal tunnel syndrome, subclinical median mononeuropathy and peripheral polyneuropathy: common early complications of chronic peritoneal dialysis and hemodialysis. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1991, 72, 378-381;

3. *Bolton C.F.*: Electrophysiologic changes in uremic neuropathy after successful renal transplantation. Neurology, 1976, 152, 126-161;

4. *Bolton C.F.*: Peripheral neuropathies associates with chronic renal failure. Can. J. Neurol. Sci. 1980, 7, 89-93;

5. *Bombaro P.*: F-waves in evaluating uremic polyneuropathy: a long term study after the application of continous peritoneal dialysis. Funct. Neurol. 1987, 2, 195-205;

6. *Constantinovici A.*: The diagnostic value of somatosensory evoked potentials in the diseasis of peripheral nervous system. Neurol. Psychiatr. 1989, 27, 111-125;

7. *Dulău E, Asgian B.*: Polineuropatia nefrogena. In: Asgian B, Stamatoiu I. eds. Editura Medicală. București, 1984, 306-314;

8. *Gafter U.* et al.: Brainstem auditory evoked response in chronic renal failure and the effect of hemodialysis. Nephron. 1989, 53, 2-5;

9. *Gambaro P.*: Central and peripheral involvement in hemodialysed subjects: neurophysiological and nephrological relationship. Ital. J. Nurol. 1987, 8, 31-33;

10. *Jennekens F.G., Jennekens-Schinkel A.*: Neurological aspects of dialysed patients. In: Maher JF. ed. Replacement of renal function by dialysis. Kluwer Academic Publischers, 1989, 978-985;

11. *Kiley J.E.*: Neurological aspects of dialysis. In: Nissenson AR, Fine AR, Gentile GE. eds. Clinical Dialysis. Prentice Hall International Inc. 1990, 544-586;

12. *Kominami N. et al.*: Variations in Nerve Conduction Velocity in Normal and Uremic Patients. *Arch. of Int. Med.* 1971, 128, 235-239;
13. *Liberson W., Grazer M., Zalis A.W.*: Electrodiagnostic indices in patients with renal dialysis. *Electroencephal. Clin. Neurophysiol.* 1969, 27, 724-728;
14. *Ludin H.P.*: Electromyography in practice. Georg-Thieme Verlag, 1980, 31-47;
15. *Murase T., Kawai H.*: Carpal-tunnel syndrome in hemodialysis. *Acta. Ortop. Scand.* 1993, 64, 475-478;
16. *Nielsen V.K.*: The Peripheral Nerve Function in Chronic Renal Failure: A Survey. Copenhagen. 1974, 7-26;
17. *Neundörfer B. et al.*: Peripheral nerve disturbance. *J.Neurol.* 1976, 211, 263-274;
18. *Peioğlu Harmoussi S. et al.*: F-waves in evaluating uremic polyneuropathy: a long term study after the application of continous ambulatory peritoneal dialysis. *Funct. Neurol.* 1987, 2, 195-205;
19. *Pereanu M. et al.*: Studiul vitezelor de conducere ale nervului sciatic popliteu extern la bolnavi dializați cronic. *Sibiu Medical*, 1992, 4, 37-43;
20. *Phillips L.H., Williams F.H.*: Are nerve conduction studies useful to monitoring the adequacy of renal dialysis? *Muscle and Nerve*, 1993, 16, 970-974,
21. *Raskin N.H., Fishmann R.A.*: Neurologic disorders in renal failure. *New Engl.J.Med.* 1976, 294, 143-148;
22. *Robbles N.R. et al.*: Hemodialysis with Cuprophane or Polysulphone: Effects on Uremic Polyneuropathy. *Am J. of Kidney Dis.* 1993, 21, 282-287;
23. *Said G.*: Neuropathies metaboliques acquises: insuffisance renale, hypothyroïdie et hypoglycémie. *Rev.Neurol.* 1987, 143, 785-790;
24. *Sperschneider H. et al.*: Die Bedeutung des Hindex in der Frühdiagnostik der uremischen Polyneuropathie. *Z. Urol. Nephrol.* 1988, 81, 387-393;
25. *Shahani B.T.*: The Utility of Proximal Nerve Conduction in Radiculopathies. *Electroencephal. Clin. Neurophysiol.* 1991, 78, 164-170;
26. *Tattersall J.E. et al.*: Rapid high-flux dialysis can cure uraemic peripheral neuropathy. *Nephrol. Dial. Transplant.* 1992, 7, 539-540;
27. *Thomas P.K.*: Screening for peripheral neuropathy in patients treated by chronic hemodialysis. *Muscle and Nerve*, 1978, 1, 396-405;
28. *Yu Y.L. et al.*: A multimodal neurophysiological assesment in terminal renal failure. *Acta Neurol. Scand.* 1991, 83, 89-95.

ELECTROPHYSIOLOGICAL STUDIES IN URAEMIC NEUROPATHY

M.Pereanu, I.Pascu

Based on neurophysiological foundations, the electrodiagnostical investigations are complementing the neurological clinical examination. The nerve conduction velocity studies are noninvasive and useful not only in the diagnostical evaluation but, through repeated measurements, one can pursue the progression of the disease and the response to therapy. The electrophysiological determinations have become lately the most important methods to point out the neuropathy in an early stage, subclinically, when the neurological symptoms and signs are missing from the clinical manifestations of the uraemic polyneuropathy. The improvement of the electrophysiological parameters after the beginning of the chronic intermittent dialysis and, again, after the successful renal transplantation, represents arguments of great importance in the demonstration of the reversible character of the uraemic polyneuropathy after the elimination of the causal factors.

Sosit la redacție: 15.12.1994



STUDII CLINICE

ASPECTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE ÎN LIMFOAMELE MALIGNE MEDIASTINALE

G.Oltean, Smaranda Demian, Simona Bătagă

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) (3). În literatura de specialitate au apărut numeroase lucrări care evidențiază faptul că cel mai frecvent limfom cu localizare mediastinală este limfomul Hodgkin, urmat de limfomul nehodgkinian cu celule mari (1, 2, 4). De asemenea, localizările mediastinale, îndeosebi cele primare, crează serioase probleme de investigare și tratament, începând cu dificultăți în precizarea diagnosticului și urmărirea evoluției bolii după terapia citostatică sau/și radioterapie (5).

Lucrarea și-a propus un studiu asupra aspectelor clinice și terapeutice ale limfoamelor maligne cu debut mediastinal sau a celor cu determinări mediastinale pronunțate.

Material și metodă

Studiul a fost efectuat în perioada 1988-1993 pe un număr de 17 cazuri internate în Clinica Medicală nr. 1 din Târgu-Mureș, fiind vorba despre 11 femei și 6 bărbați, în vârstă de 17-51 de ani și la care s-a depistat existența unei formațiuni (adenopatii) voluminoase mediastinale, în 4 dintre cazuri fără alte determinări ganglionare.

Diagnosticul a fost precizat prin biopsie ganglionară, în 2 dintre cazuri, aceasta obținându-se în urma toracotomiei. În majoritatea cazurilor biopsia a fost efectuată din adenopatia însoțitoare cu localizare supraclaviculară. Stadializarea bolii s-a făcut după criteriile Ann Arbor, pe baza examenului fizic, a testelor de laborator de rutină, studiul măduvei osoase, examinarea radiologică toracică, examenul ecografic sau tomografic abdominal.

S-a studiat evoluția clinică postterapeutică, remisiunea completă fiind definită prin dispariția tuturor manifestărilor de boală pe o durată de cel

puțin 3 luni de zile, iar remisiunea parțială prin reducerea cu cel puțin 50% a masei tumorale. Au fost studiați următorii parametri:

- manifestările clinice în momentul diagnosticului;
- tipul și incidența limfoamelor cu determinări mediastinale;
- mijloacele terapeutice utilizate și eficiența acestora;
- evoluția și supraviețuirea bolnavilor.

Datele au fost prelucrate statistic.

Rezultate obținute

1. Tabelul nr.1 prezintă *manifestările clinice* în momentul diagnosticului. Se observă că toți bolnavii s-au prezentat cu simptome atribuibile unei dezvoltări rapide a masei mediastinale (durere toracică, tuse, dispnee) și cu simptome nespecifice (subfebrilități, astenie).

Tabelul nr. 1
Manifestări clinice (N=17 cazuri)

Simptome și semne fizice	Nr. (%)
Dureri toracice	14 (82,35)
Tuse	8 (47,05)
Dispnee	7 (41,17)
Transpirații nocturne	7 (41,17)
Subfebrilități	6 (35,29)
Disfagia	2 (11,76)
Prurit	2 (11,76)
S. de venă cavă superioară	7 (41,17)
Adenopatia scalenică/supraclaviculară	6 (35,29)
Reacția pleurală	2 (11,76)
Brahialgii	2 (11,76)

Dintre semnele fizice se constată prezența în 41,17% din cazuri a unui sindrom de cavă superioară și în 35,29% din cazuri a unei adenopatii scalenice sau supraclaviculare (considerate, de regulă, în contiguitate directă cu tumoarea) în câte 2 cazuri fiind prezente reacții pleurale și brahialgii. În 3 cazuri am constatat adenopatie generalizată, dar cu caracter de micropoliadenopatie (D sub 2 cm), pe prim plan trecând formațiunea ganglionară mediastinală (în 4 cazuri având diametrul de peste 10 cm).

2. Tabelul nr.2 prezintă *tipurile de limfoame* existente în studiul nostru. Se observă că cele mai multe cazuri (9 cazuri: 52,94%) sunt reprezentate de boala Hodgkin, urmată de limfomul cu celule mari și apoi de limfomul limfoblastic și cel cu celule mici și mari, aspecte în concordanță cu datele existente și în alte studii din literatura de specialitate.

Tabelul nr. 2
Tipul de limfoame (N=17 cazuri)

Limfomul	Nr.	%
1. Boala Hodgkin	9	52,94
2. Limfom cu celule mari	4	23,52
3. Limfom cu celule mici și mari	2	11,76
4. Limfom limfoblastic	2	11,76
Total	17	100,00

3. *Mijloacele terapeutice utilizate și eficiența acestora* sunt redată în tabelul nr.3. Pentru tratamentul bolii Hodgkin am utilizat cel mai adesea cura MOPP, în 2 cazuri combinată cu radioterapie de consolidare. Pentru limfoamele nehođgkiniene cura cea mai utilizată a fost CHOP, în 2 cazuri cu adăugare de Bleomicină și într-un caz asociată radioterapiei de consolidare.

Tabelul nr.3
Mijloace terapeutice și eficiența lor

Miloulc terapeulic	Nr. caz.	RC	RP
MOPP (6-8 cicluri)	7	5	2
MOPP(6 cicluri)+radioterapie consolid.	2	2	-
CHOP (6 cicluri)	5	3	2
CHOP+Bleo. (6 cicluri)	2	1	1
CHOP(6 cicluri)+radioterapie consolid.	1	1	-
Total	17 (100%)	12 (70,58%)	5 (29,41%)

(MOPP=mecloretamin+oncorin+procarbazin+prednison;

CHOP=ciclofosfamidă+farmarubicin+oncovin+prednison;

Bleo=bleomicină; RC=remisiune completă; RP=remisiune parțială).

În 12 cazuri (70,58%) am obținut remisiune completă și în 5 cazuri (29,41%) remisiune parțială, după utilizarea a cel puțin 6 cure de chimioterapie. În 2 cazuri masa tumorală mediastinală a dispărut complet după o singură cură CHOP: continuarea curelor a menținut bolnavul în remisiune completă timp de 9 luni după care au apărut complicații neurologice majore (paralizii de nervi cranieni și periferici, atrofii musculare), fără apariția de adenopatii.

4. În figura nr.1 este redată *supraviețuirea* bolnavilor precum și procentul celor aflați în remisiune completă. După 6 luni de tratament remisia completă se menține în 70,58% din cazuri, la 1 an în 61,20% din cazuri, la 3 ani în 44,70% a acestora, procentul menținându-se și la 4 ani de zile. În privința *supraviețuirii*, la 1 an erau în viață 92% din bolnavi, la 2 ani 74,16%

dintre aceștia, la 4 ani 66,19% dintre bolnavi. Procentul este similar cazurilor tratate cu același tip de cure și în alte studii, supraviețuirea fiind însă mai redusă, fapt explicat prin prognosticul mai sever al determinărilor mediastinale.

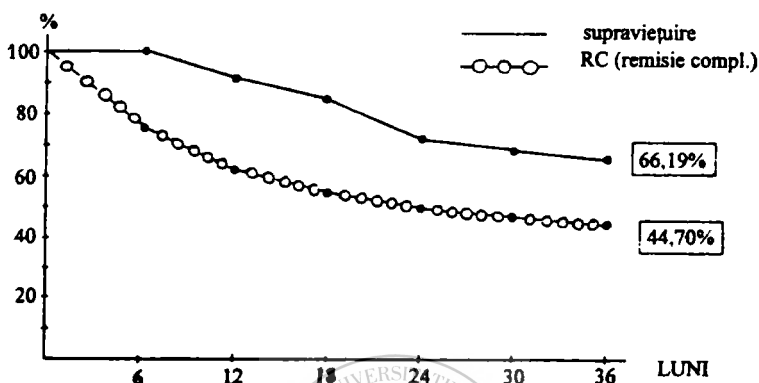


Fig. 1: Limfoame mediastinale

Concluzii

1. Limfoamele cu debut mediastinal sunt relativ frecvente, în cele mai multe cazuri fiind vorba despre boala Hodgkin (52,94%) sau de limfoame nehodgkiniene cu celule mari și limfoame limfoblastice.

2. Diagnosticul este dificil în cazurile neînsoțite 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 peste 1/3 din cazuri adenopatie scalenică/supraclaviculară.

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

4. Supraviețuirea bolnavilor în limfoamele mediastinale atinge 74,16% din cazuri la 2 ani de zile și 66,19% la 4 ani. Procentul remisiilor 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 prognostic mai sever al limfoamelor maligne.

Bibliografie

1. *Jacobson J.O. et al.*: Mediastinal Large Cell Lymphoma. An Uncommon Subset of Adult Lymphoma Curable With Combined Modality Therapy. *Cancer*, 1988, 62, 1893-1898;

2. *Leopold K.A. et al.*: Stage IA-II B Hodgkin's Disease: Staging and Treatment of Patients With Large Mediastinal Adenopathy. *J. Clin. Oncol.* 1989, 7, 1059-1065;

3. *Strickler J.G., Kurtin P.J.*: Mediastinal Lymphoma. *Seminars in Diagnostic Pathology*, 1991, 8, 2-13;

4. *Todeschini G. et al.*: Mediastinal Large B-Cell Lymphoma With Sclerosis: A Clinical Study of 21 Patients. *J. Clin. Oncol.* 1990, 8, 804-808;

5. *Wurtz A. et al.*: Le Lymphome à Grandes Cellules B du Médiastin Six Observations. *Ann. Chir.: Chir thorac cardiovasc.* 1989, 43, 165-170.

CLINICAL AND THERAPEUTICAL ASPECTS IN MEDIASTINAL LYMPHOMAS

G. Oltean, Smaranda Demian, Simona Hăpăgi

The study made on 17 cases suffering from large mediastinal adenopathy reveals a relative high frequency of malignant lymphomas with mediastinal start, the most frequently found disease being the Hodgkin's disease (in 52.92% of the cases) or lymphomas with large cells or lymphoblastic lymphomas. The diagnosis is difficult in the cases unaccompanied by peripheric adenopathy. In 41.17% of the cases signs of mediastinal compression are found. The polychemotherapy (MOPP, CHOP, CHOP+Bleomycine) associated in some of the cases with radiotherapy leads to complete remission in 70.58% of the cases. The survival after four years is 66.19 per cent, and the complete remission is 44.70%. The mediastinal location seems to be a more severe prognostical factor in malignant lymphomas.

Sosit la redacție: 01.11.1993

AZ ATRIO-VENTRIKULÁRIS ÁTVEZETÉS VIZSGÁLATA PITVARI FIBRILLÁCIÓBAN, DIGOXIN ADAGOLÁSA UTÁN

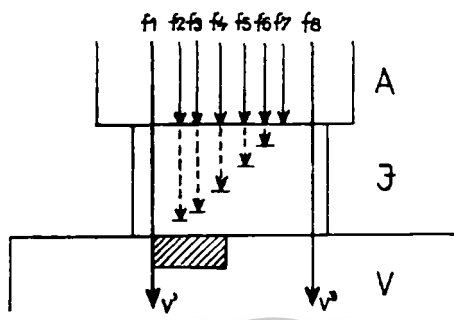
Incze S., Frigy A., Vass R., Brânzaniuc E., Cotoi S.

Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem
III sz. Belgyógyászati Klinika

A pitvari fibrilláció a mindennapi orvosi gyakorlatban leggyakrabban előforduló ritmuszavar, melyben a kezelés egyik fő célja egy hemodinamikai szempontból gazdaságos kamrai ritmus elérése.

Komputer segítségével felvázoltuk a kamrai ciklusok eloszlási görbéit, ami a ritmus gyors, pontos és árnyalt megközelítést lehetővé tette. Ily módon — közvetett úton — összefoglaló képet kaptunk az atrio-ventrikuláris átvezetésről és annak alakulásáról Digoxin hatására.

A kamrai elektromos válasz pitvari fibrillációban szabálytalan kamrai ritmusban, abszolút arrythmiában nyilvánul meg, és kialakulása az atrio-ventrikuláris rejtett vezetésén alapszik (3,4), (1. ábra).



1. ábra: Rejtett vezetés az atrio-ventrikuláris zónában, pitvari fibrillációban;
 f_1, f_8 = átvezetett pitvari impulzusok; f_2-f_7 = az atrio-ventrikuláris zónában
 különböző mélységeken blokkolt impulzusok; J = atrio-ventrikuláris junctió;
 A = pitvar; V = kamra; V', V'' = kamrai komplexusok

A rejtett vezetést meghatározó tényezők a következők: a pitvar-junctió határra jutó impulzusok frekvenciája és sorrendjének szabálytalansága, valamint az AV csomó refrakter periódusa (1,2,5).

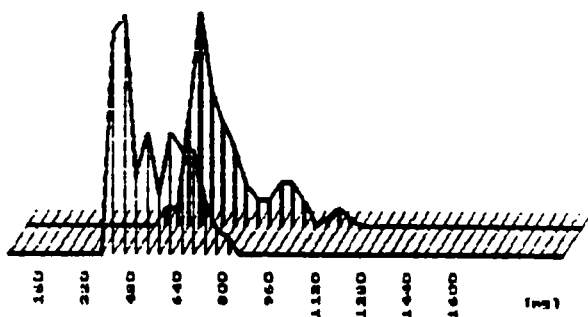
Anyag és módszer

12, pitvari fibrillációban szenvedő betegen végeztünk komputeres ritmusanalízist. A betegek átlagéletkora 68 év volt. Az alapbetegség szempontjából a megoszlás a következő: 1 mitrál sztenózis, 11 ischaemiás szívbetegség. A tanulmányt megelőzően a betegek legalább egy hétig nem kaptak kardiotonikumot vagy más, az atrio-ventrikuláris átvezetésre ható szert. A Digoxin adagolása 0,25 mg/nap volt.

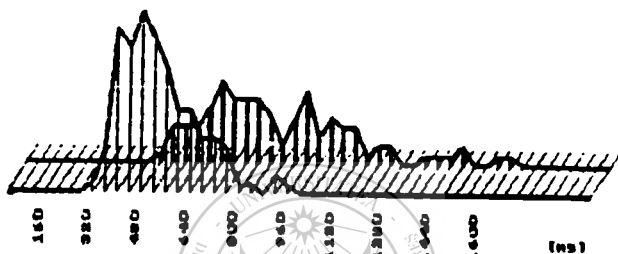
A ritmusanalízist Digoxin adagolása előtt, illetve a kezelés 7. napján végeztük, legkevesebb 200 kamrai ciklus feldolgozásával.

Eredmények

A Digoxin a bradikardizálással parhuzamosan növelte az R-R távolságok irregularitását, valamint szóródási spektrumát, az R-R minimum és maximum közötti különbséget.



2. ábra: R-R távolságok spektrális megoszlása Digoxin előtt (alsó vonal) és 7 nap, 1 tbl. Digoxin/nap kezelés után (felső vonal); komputeres feldolgozás.



3. ábra: Extrém bradikardia Digoxin túladagolás után. Komputeres spektrális feldolgozás (alsó vonal kezelés előtt, felső vonal kezelés után).

Egy esetben extrém bradikardia következett be Digoxin túladagolás következtében, egy másik esetben pedig nagy fokú frekvencia növekedés lépett fel, feltehetően meglévő preexcitációs szindróma miatt.

Megbeszélés

A kamrai ciklusok eloszlási görbéi igen hasznosnak bizonyultak a kamrai elektromos válasz megítélésében. Nagy előnye a komputeres spektrális feldolgozásnak, hogy összképet nyújt egy olyan időben lezajló jelenségről, mint amilyen a pitvari fibrilláció. A görbéket elemezve a következőket tapasztaltuk: nem követik a gauszi eloszlást; a kamrai ciklusok eloszlása spektrális: bizonyos R-R távolság-értékek gyakrabban fordulnak elő (alapfrekvenciák), s ez a görbén csúcsok formájában jelentkezik. A Digoxin a bradikardizálással párhuzamosan fokozta az R-R távolságok szóródási spektrumát, az eloszlási görbe spektrális jellegét.

Elért eredményeinket egy tanulmány bevezető részének tekintjük.

További célunk az R-R távolságok eloszlási görbéinek (spektrális ábrák) bevezetése pitvari fibrillációs betegek folyamatos monitorizálásába, EKG-komputer interface felhasználásával.

A módszer a különböző időpontokban (pl. kezelés előtt és után) felvett görbék elemzésén és összehasonlításán alapulna.

Irodalom

1. *Chung E.K.*: Principles of cardiac arrhythmias. Williams and Wilkins, 1988;

2. *Cotoi S., Georgescu G.*: Electrophysiologic Approach to Atrial Fibrillation. Rev. Rom. Med. Int. 1979, 4, 17;

3. *Langendorf R., Pick A.*: Ventricular response in atrial fibrillation, role of concealed conduction in the AV junction. Circul. 1965, 32, 69;

4. *Watanabe I., Dreifus L.S.*: Electroфизиologic effects of digitals on AV transmission. Am. J. Phys. 1966, 211, 1461;

5. *Zdrenghea D.*: Disritmiile cardiace. Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1991.

THE COMPUTERIZED STUDY OF ATRIO-VENTRICULAR CONDUCTION IN ATRIAL FIBRILLATION: THE EFFECTS OF DIGOXIN

Incze S., Frigy A., Voss R., Brănzaniuc E., Cotoi S.

Applying a computerized program to a group of 12 patients suffering from atrial fibrillation, the distribution spectrum of the distances R-R was achieved.

The electrocardiographic signal was processed by an interface with the role of turning the values of distances into digital signal.

On thus obtained images, some R-R distances appear more often in the form of peaks.

The following changes occurred due to the action of Digoxin: bradycardia increased, the distribution curve of the R-R distances widened and the spectral character of the image became more evident.

Overlapping the spectral images of the R-R distances (before and after treatment), the general changes produced can be shown very clearly.

The obtained track may become an important parameter in evaluating and following the therapeutic efficiency of the atrial fibrillation.

A szerkesztőségbe érkezett: 1994. február 9.-én.

TABLOUL CLINIC, FACTORII FAVORIZANȚI, CONCORDANȚA ÎNTRE DIAGNOSTICUL ECOGRAFIC ȘI CEL CHIRURGICAL ÎN BOALA LITIAZICĂ

Studiu retrospectiv

Imola Török, Ana Bratu, C.Dudea

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

Datorită ultrasonografiei diagnosticul de litiază biliară se pune astăzi mult mai frecvent. Ea poate fi descoperită fie cu ocazia ecografiei efectuate pentru o altă afecțiune, fie ca urmare a simptomatologiei tipice bolii litiazice (1, 5, 7)

Scopul studiului nostru retrospectiv constă în analiza tabloului clinic, a factorilor favorizanți ai litiazei biliare, precum și a concordanței între diagnosticul ecografic și cel chirurgical (4, 6).

Material și metodă

Studiu s-a făcut pe bolnavii cu litiază biliară diagnosticați ecografic în cursul anului 1993 în Clinica Medicală nr. I Târgu-Mureș.

Pacienții au fost grupați pe baza tabloului clinic și al factorilor favorizanți ai litiazei biliare prezente la lotul nostru de bolnavi. Prin urmărirea rezultatului intervenției chirurgicale și a examenului histopatologic am putut stabili concordanța între diagnosticul ecografic și cel chirurgical.

Rezultate

Din totalul de 2573 de bolnavi examinați ecografic în clinica noastră, 292 au prezentat litiază biliară.

Din grupul asimptomatic au făcut parte bolnavii cu litiază biliară, fără colică, icter, colecistită acută, pancreatită acută. Acest grup cuprinde 154 pacienți, reprezentând 56,16% din totalul cazurilor diagnosticate ca având litiază biliară.

În cel de al doilea grup, litiaza biliară a fost de asemenea asimptomatică. Ea s-a descoperit incidental în timpul examinărilor ecografice la bolnavi cu hepatită cronică, ciroză hepatică, diabet zaharat, obezitate, rectocolită ulcero-hemoragică, tumori ale tractului digestiv, cu metastaze hepatice și boala Hodgkin. Grupul este format din 73 de bolnavi, reprezentând 25%.

Dacă pacienților cu litiază biliară asimptomatică le adăugăm pe cei examinați pentru simptomele altor boli, observăm că în cazuistica noastră,

din 100 de persoane cu litiază biliară, 81,16% sunt asimptomatici. Cu această cifră ne situăm la limita superioară a datelor din literatura de specialitate care spun că din 100 de persoane cu litiază biliară, 60-80% sunt asimptomatice (2, 3).

În cea de a treia grupă am încadrat bolnavii la care litiaza biliară a fost însoțită de colică, icter, colecistită acută, pancreatită acută. Observăm deci că litiază biliară simptomatică reprezintă doar 22,16% din totalul pacienților cu litiază biliară diagnosticată în decurs de un an.

Ca factori favorizanți ai litiazei biliare, pe primul loc se situează afecțiunile hepatice (hepatita cronică și ciroza hepatică) reprezentând împreună 42,96%, adăugând și metastazele hepatice prezente la 3,12% din cazurile examinate, acest procentaj crește la 46,08%. Al doilea loc revine obezității prezentă într-un procentaj de 35,15%. Consumul de anticoncepționale și diabetul zaharat apar ambele ca factori favorizanți la 7% din bolnavi. Rectocolita ulcero-hemoragică este asociată cu un procentaj de 0,78%. Această cifră poate fi explicată și prin numărul mic al bolnavilor cu acest diagnostic, examinați în decurs de un an. Boala Hodgkin prezentă la 4 bolnavi cu litiază biliară poate fi o afecțiune concomitentă. Rămâne de urmărit frecvența cu care apare această asocieră.

Din totalul de 292 de bolnavi cu litiază biliară numai în 128 (43,83%) de cazuri am găsit asocieri cu factori pe care i-am considerat favorizanți ai formării calculilor biliari. În restul situațiilor și anume la 164 (56,17%) pacienți cu litiază biliară nu am găsit cauza favorizantă.

Din studiul nostru reiese o concordanță de 97,70% între diagnosticul ecografic al litiazei biliare și complicațiilor sale, cu diagnosticul stabilit intraoperator și histopatologic ($p < 0,04$ semnificativ statistic). În cazul icterului prin obstrucție în porțiunea distală a coledocului rămâne o posibilitate de eroare de 2,30%. Această cifră reprezintă diagnosticul fals pozitiv, prin considerarea al altor cauze de obstrucție datorându-se litiazei, ca strictura coledociană, pancreatita cronică, tumori etc.

Din totalul de 77 bolnavi operați, 65 au fost simptomatici pe când 12 au fost asimptomatici.

Motivele intervenției chirurgicale la aceștia din urmă rezidă din faptul că litiaza biliară a fost însoțită de afecțiuni și condiții care impuneau intervenția în scop preventiv, și anume femei tinere din cauza complicațiilor posibile în timpul sarcinilor; vezica biliară atrofică din cauza posibilității de evenimente severe în 6% din cazuri; bolnav tânăr cu diabet zaharat întrucât riscul operator crește cu vârsta; vezica biliară de porțelan (20-60% se complică cu cancerul de vezică biliară); calculi descoperiți cu ocazia altor intervenții (la 70% din bolnavi, neîndepărtarea duce la simptome majore în 6 luni-2 ani). Decizia bolnavului a fost luată în considerare în 3 cazuri.

Concluzii

1. Din totalul de 292 bolnavi diagnosticați în decurs de un an ca având litiază biliară 81,16% au fost asimptomatici încadrându-se în datele din literatura medicală și numai 22,26% au prezentat simptomatologia litiazei biliare.

2. Afecțiunile hepatice reprezintă principalii factori favorizanți ai litiazei biliare fiind prezente la 46,08% din cazuri (hepatita cronică, ciroza hepatică, metastaze hepatice). Obezitatea reprezintă 35,15%, consumul de anticoncepționale și diabetul zaharat în medie de 7% fiecare. Bolile intestinale doar 0,78%. Boala Hodgkin prezintă în 3,12% din cazuri este o afecțiune concomitentă sau un factor favorizant.

3. Concordanța între diagnosticul ecografic și cel chirurgical a fost de 97,70%. Diagnostic fals pozitiv de 2,30% s-a înregistrat în calculul coledocian localizat distal. Litiaza biliară asimptomatică a beneficiat de intervenție chirurgicală în cazurile cu risc de complicații în viitor sau în urma deciziei bolnavului.

Bibliografie

1. *Thepcherukgs A.*: Chronic calculous cholecystitis complicated by choledocolithiasis, mechanical jaundise, liver-gallbladder and gallbladder-large intestin fistulae. *Vestn.Khir.* 1992, 148, 62-63;

2. *Dubois F.*: Treatment of cholelithiasis. *Conclusion.J.Chir.Paris*, 1992, 129, 511;

3. *Gomez N., Leon C., Ortiz O.*: Ultrasuond in the diagnosis of roundworms in gallbladder and comon bile duct. *Surg. Endosc.* 1993, 7, 339-342;

4. *Rathgaber S., Rex D.*: Right upper quadrant abdominal pain. Diagnosis in patients without evident gallstones. *Postgrad. Med.* 1993, 94, 153-156;

5. *Thijs C., Knipschild P.*: Oral contraceptives and the risc of gallbladder disease - a meta analis. *Am.J. Public Health*, 1993, 83, 1113-1120;

6. *Watkins J., Blatt C.*: Gallstones-choosing the right therapy despite vague clinical clues. *Geriatrics*, 1993, 48, 48-54;

7. *Wemke W.*: Ultrasonic diagnosis of bile duct calculi. A retrospectiv study regarding the effects and the obiective and subiective factors on accuracy in choledocholithiasis. *Ultraschall Med.* 1992, 13, 246-256.

CLINICAL MANIFESTATIONS, PREDISPOSING FACTORS, CONCORDANCE BETWEEN ULTRASONOGRAPHIC AND SURGICAL DIAGNOSIS IN GALLSTONE DISEASE

Retrospective study

Imola Török, Ana Branu, C.Dudea

By ultrasonography, the diagnosis of gallstone is more frequently made today. The gallstone could be found during examination for another disease or for typical symptoms of gallstone disease.

We make a retrospective study of clinical manifestations, predisposing factors for gallstone formation and also, the concordance between ultrasonographic and surgical diagnosis.

The patients have been grouped according to the clinical manifestations such as: asymptomatics, with another disease symptoms and symptomatics. We found that from 100 patients with gallstone only 22.26% had symptoms.

As predisposing factors we found liver diseases (chronic hepatitis, cirrhosis, hepatic metastasis), obesity, oral contraceptives, diabetes mellitus, intestinal diseases and Hodgkin's disease.

The concordance between ultrasonographic and surgical diagnosis is 97.70%.

Sosit la redacție: 30.05.1994

CORELAȚIA DINTRE POTENȚAREA POSTEXTRASISTOLICĂ ȘI ISCHEMIA MIOCARDICĂ

C. Cotta, S. Cotoi

Clinica Medicală nr.3

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Potențarea postextrasistolică (PPES) este un fenomen care, deși cunoscut încă de *Eindhoven*, a fost mai puțin studiat până acum. PPES constă în apariția unei contracții miocardice mai puternice după o extrasistolă (3, 5, 6).

Acest fenomen a fost explicat prin faptul că după extrasistolă urmează o diastolă mai lungă, numită pauză compensatorie, pe parcursul căreia ventriculul este destins suplimentar față de o diastolă normală printr-un aport suplimentar de sânge, ceea ce duce la o creștere a presarcinii. Aceasta, conform legii Frank-Starling, duce la creșterea forței de contracție (1, 2, 5, 6, 9).

Studii recente ecografice și experimentale au demonstrat că PPES pe miocard ischemic e mai puternică decât pe un miocard normal (8, 11).

În lucrări anterioare s-a putut demonstra apariția unei T negative numai în complexul ce urmează extrasistola ventriculară, la bolnavi cu cardiomiopatie ischemică (5, 7).

Corelația dintre PPES și ischemia miocardică fiind mai puțin studiată din punct de vedere teoretic, pentru a o explica pot fi elaborate două ipoteze:

a) prima ia în considerare faptul că pe parcursul pauzei compensatorii tensiunea intramiocardică este scăzută, ceea ce duce la o scădere a tensiunii în ramurile intramiocardice ale arterelor coronare, astfel că perfuzia miocardică va fi mult îmbunătățită față de condițiile unei diastole normale. Această creștere a aportului de oxigen are drept rezultat o sporire a contractilității miocardului, care în sistola ce urmează pauzei compensatorii se contractă mai puternic, ceea ce are ca rezultat un consum de oxigen crescut și, ca urmare, o accentuare ușoară a ischemiei preexistente (2, 5, 7).

b) o a doua ipoteză se bazează pe faptul că în miocardul ischemic sau insuficient se acumulează ioni de Ca^{2+} pe baza unei inhibări datorită hipoxiei, a pompei de $\text{Ca}^{2+} - \text{Na}^+$. Astfel, dacă fibra musculară în interiorul căreia există o cantitate mai mare de Ca^{2+} conținută în sistemul tuburilor în T este alungită suplimentar printr-o pauză compensatorie ce duce la creșterea presarcinii, la următorul stimul are loc o creștere a descărcărilor intrasarcoplasmice de Ca^{2+} , ceea ce duce la o creștere a numărului de miofilamente de actină și miozină ce se cuplează, crescând astfel forța și durata contracției (9, 10). Datorită faptului că hipoxia miocardică se accentuează printr-un consum sporit de ATP în timpul cuplării actină-miozină, reintroducerea Ca^{2+} în sistemul tuburilor în T este încetinită, procesul desfășurându-se cu un consum energetic prin hidroliza ATP, ceea ce face ca relaxarea să fie mai lentă. Conform acestei ipoteze se accentuează hipoxia miocardică ca urmare a cuplării unui număr crescut de miofilamente actinice și miozinice (2, 5, 7, 10).

În sprijinul acestor două ipoteze vine și constatarea că pe unele trasee ECG ce nu prezintă modificări care să ne indice o eventuală ischemie miocardică, apariția unei extrasistole este urmată după pauza compensatorie de un complex ECG cu o undă T negativă, care pare să ne indice prezența unei ischemii (5, 7). Suspiciunea unei ischemii latente ce devine manifestă în urma PPES este întărită și de observația că un tratament cu isosorbid dinitrat duce la dispariția fenomenului de negativare a undelor T negative postextrasistolice demascând o ischemie miocardică silențioasă (fig.nr.1).

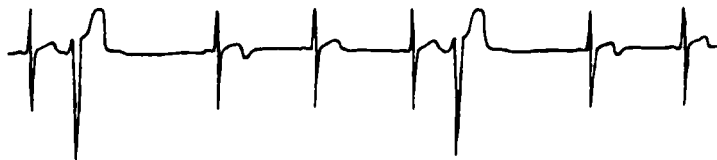


Fig.nr. 1: Înregistrarea ECG în derivația V3, cu viteza de 25 mm/sec. Complexul 2 și 6 sunt extrasistole ventriculare, urmate de pauză compensatorie și inversarea undei T în complexul extrasistolic.

Actualmente, PPES este folosită la explorarea rezervei contractile miocardice în special după infarctele miocardice și la diferențierea dintre așa-numitul "stunned myocardium" și "hibernating myocardium", grade diferite de afectare a miocardului în urma unor accidente ischemice (4, 6, 7, 8).

Sunt în curs de efectuare pe plan mondial o serie de studii clinice, experimentale și eco-Doppler, studii ce se speră să furnizeze clinicienilor o nouă metodă de investigare a rezervei contractile miocardice și de diagnosticare precoce a cardiopatiei ischemice, ca și o explicație satisfăcătoare și pe deplin acceptată a fenomenelor ce constituie substratul corelației dintre PPES și cardiopatia ischemică (1, 3, 4, 5, 8, 10).

Bibliografie

1. *Bjeregaard P., Sorensen K., Molgaard H.*: Predictive value of ventricular premature beats for subsequent ischaemic heart disease in apparently healthy subjects. *European Heart Journal*, 1991, 12, 597;

2. *Braunwald E., Sormenblick E.H., Ross J.*: Mechanisms of cardiac contraction and relaxation. In *Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine* (E. Braunwald ed.) W.B. Saunders Comp. Philadelphia - London - Toronto - Montreal - Sydney - Tokyo, 1992;

3. *Cohn P.F.*: Evaluation of inotropic contractile reserve in ischemic heart disease using postextrasystolic potentiation. *Circulation*, 1980, 61, 1071;

4. *Cooper M.V.* et al.: Electrocardiography and postextrasystolic potentiation: utilisation of the two methods to predict postrevascularisation segmental myocardial function. *Clinical Cardiology*. 1991, 14, 243;

5. *Cotoi S., Carașca E., Podoleanu D.*: Postextrasystolic ischemic T wave, a possible silent ischemia. *Rev. Roum., Med. Int.* 1993, 3, 173;

6. *Cotoi S., Podoleanu D.*: The residual myocardial contractile reserve in the rational use of digitalis. *Rev. Roum. Med. Int.* 1987, 3, 241;

7. *Cotta C.*: Potențarea postextrasistolă și cardiopatia ischemică latentă. *Lucrare de diplomă*, U.M.F. Tg.-Mureș. 1994;

8. *Hanada H.* et al.: Estimation on left ventricular diastolic characteristics in patients with myocardial ischemia by pulsed Doppler echocardiography: transmural blood flow in postextrasystolic heart beats. *J. Cardiol.* 1990, 20, 465;

9. *Schouten V.J.* et al.: Paradox of enhanced contractility in postischemic rat hearts with depressed function. *Am. J. Physiol.* 1991, 260 (pt.2), 1189;

10. *Schouten V.J., Schipperheem J.J., van Rijk Zwikker Gliswjer R.*: Calcium metabolism and depressed contractility in isolated and porcine heart muscle. *Basic. Res. Cardiol.* 1990, 85, 563;

11. *Yamazoe M. et al.*: Evaluation of left ventricular residual function using postextrasystolic potentiation. Relation between systolic time intervals and angiographic study. *Jpn. Heart. J.* 1988, 27, 797.

CORRELATION BETWEEN POSTEXTRASYSTOLIC POTENTIALIZATION AND MYOCARDIAL ISCHAEMIA

C. Cotta, S. Cotoi

As a consequence of certain clinico-electrocardiographic findings of our own, which indicate the postextrasystolic occurrence of a complex with ischaemic T wave, we made an attempt to give an explanation for this behaviour. Based on the latest data in literature, there may be described two theories meant to account for the phenomenon and the correlation between extrasystolic potentialization and myocardial ischaemia: one based on the decrease of the perfusion of the myocardium, and the other on the increased energy consumption in conditions of myocardial ischaemia.

Sosit la redacție: 22.06.1994



REACTUALIZAREA UNOR ASPECTE CLINICE ȘI DE LABORATOR ÎN GIARDIOZA COPIILOR

*Lucia-Sanda Fetea, C. Rusnac, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean,
L. Neagoș, Elisabeta Racoș*

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

Giardia (lamblia) a devenit în ultima vreme mult mai frecventă, atât printre adulți, cât și, mai ales, printre copii (4, 6, 8, 10). O serie de studii epidemiologice subliniază receptivitatea crescută a copiilor în general și a celor mici (inclusiv sugari) în special, pentru Giardia-lamblia, precum și agresivitatea crescută a parazitului la vârstele mici (6, 12). Acest lucru a pus problema unui "status imunologic aparte" al copiilor, care ar favoriza prezența și agresivitatea parazitului, pe lângă nivelul scăzut al deprinderilor igienice și aglomerarea în colectivități, obișnuite la această vârstă (1, 11).

Dacă, la această frecvență crescută adăugăm și lipsa unei simptomatologii caracteristice, dar care imită foarte multe îmbolnăviri digestive sau extradigestive, atunci înțelegem de ce, în practică, se fac adeseori greșeli, fie neglijând o boală majoră pe temeiul nejustificat al unei giardioze imaginare, fie văzând în orice indispoziție nesemnificativă a copilului o giardioză și apelând la cure repetate de tratament antiparazitar.

Pornind tocmai de la aceste aspecte, nu rar întâlnite și în practica pediatrică, spitalicească sau de ambulator, am dorit prin studiul de față să readucem în discuție o serie de date clinice și de laborator privind giardioza copilului, în scopul reactualizării unor probleme de simptomatologie și diagnostic ale acestei parazitoze larg răspândite și în țara noastră.

Material și metode

Studiul nostru se referă la 216 copii cu vârsta cuprinsă între 9 luni și 16 ani (125 fete și 91 băieți) internați în Clinica de Pediatrie nr.3 în cursul a 4 ani (1989-1992). Nu toți acești copii au fost trimiși în clinică cu diagnosticul de lambliază, la cei mai mulți investigațiile pentru această parazitoză au fost dictate de o simptomatologie presupus a fi declanșată sau întreținută de o giardioză, care în clinică s-a confirmat prin examene coproparazitologice (prezența de chisturi de Giardia) sau prin tubaj duodenal (existența de forme vegetative ale parazitului). Pe lângă examenul clinic, acestor copii li s-au efectuat și diferite examene de laborator: hemograme, frotiu sangvin, VSH, probe de disproteinemie, proteinogramă, imunoelectroforeză, chimism gastric, examen macro- și microscopic al bilei, bilicultură, probe de digestie ale materiilor fecale și chiar un examen electroencefalografic. Aceste investigații paraclinice, au fost efectuate, cu metodele uzuale, în laboratorul Clinicilor de Pediatrie nr.2 și 3. în laboratorul Central al Spitalului Clinicii Municipale și în laboratorul de imunologie al U.M.F. Tg.-Mureș.

Bineînțeles, au fost excluși din lotul de studiu, copiii cu suferințe digestive, hepatobiliare, alergice, nervoase etc., de altă origine decât parazitară, respectiv prin giardioză.

Rezultate

Redăm în continuare - sub formă de tabel - simptomatologia prezentată de copiii noștri, pe categorii de semne clinice și pe grupe de vârstă.

Tabel nr. 1
Semnele clinice întâlnite la copiii cu giardioză

Grupele de vârstă și numărul de cazuri	0-1 an (9 cazuri) %	1-3 ani (36 cazuri) %	4-8 ani (102 cazuri) %	9-16 ani (69 cazuri) %
1.Semne digestive				
Dureri abdominale	22,3	58,3	87,3	82,6
Grefuri/vărsături	77,8	36,1	40,2	42,1
Diaree/constipație	88,9	41,7	26,5	13,1
Balonări postprandiale	-	25,0	37,3	60,8
Halenă fetidă	-	19,4	31,4	42,1
Gură amară	-	-	25,5	44,9
Hepatomegalie	66,7	75,0	80,4	85,5
2.Semne nervoase				
Neliniste/agitație	77,8	44,4	34,3	21,7
Somn agitat/insomnie	55,6	72,2	43,2	37,7
Somnolență/adinamie	-	25,0	28,4	69,6
Cefalee/amețeli	-	-	16,7	39,2
Tulburări de atenție și memorie	-	-	2,9	43,5
Astenie nervoasă /randament școlar redus	-	-	15,7	42,1
Crize tetanice /spasmofilie	22,3	36,1	43,2	44,9
3.Semne alergice				
Urticarie	-	5,6	26,5	36,3
Alte manifestări alergice (prurit cutanat, nazal sau anal; eritem exudativ polimorf; alergii respiratorie, digestivă etc.)	-	33,3	28,4	20,3
Dureri articulare	-	-	15,7	18,8
4.Semne generale				
Paloare	55,6	80,6	81,4	71,1
Ochi încercânați	-	22,2	24,5	21,7
Hipotrofie ponderală	77,8	33,3	28,4	14,5
Subfebrilități	23,3	19,4	9,8	17,4

Din datele hemogramei semnalăm: anemie moderată la 62,5% din cazuri și mai accentuată la 25,9% (vârstele mici fiind mai afectate); leucocitoză moderată la 34,7% și eozinofilie moderată (cel mult 10-12%) la 39,4% din cazurile de giardioză. VSH a fost moderat accelerată la 30,1%, iar probele de disproteinemie (discret sau moderat alterate) la 61,1% dintre bolnavi. Proteinograma a arătat scăderea albuminelor serice în 55,6% din

cazuri, în schimb dozarea imunoglobulinelor nu a arătat o scădere semnificativă a IgA care să indice o eventuală scădere și a IgA secretorii intestinale, așa cum pretind unii autori (12). Calcemia a fost scăzută la 41,7% dintre copii, clinic o parte dintre aceștia prezentând și manifestări de tetanie, ceilalți numai semnul Chwostek pozitiv. Chimismul gastric a fost găsit normal la 28,7% din cazuri, crescut la 9,7% și scăzut (hipoaciditate) la 61,6%. De asemenea, examenul microscopic al bilei a fost normal la mai puțin de o treime dintre bolnavi și modificat patologic (prezența de leucocite, hematii, mucus, elemente micotice, celule epiteliale, bacterii etc.), la 63,4% dintre copii. Bilicultura nu s-a efectuat de rutină, dar în cazurile pozitive s-au găsit în preponderență enterococi și stafilococi. Proba de digestie, la examenul microscopic al materiilor fecale a arătat, în principal, o digestie insuficientă a grăsimilor și glucidelor, dar și a proteinelor, modificări întâlnite la 53,3% dintre copiii testați. În sfârșit, EEG efectuat chiar și la bolnavii fără manifestări convulsivante, a relevat în 44,9% din cazurile de giardioză trasee disritmice, lente, ample și chiar iritativ-lezionale (unde lente sinusoidale, unde delta polimorfe, unde lente în pantă abruptă).

Discuția rezultatelor

Din datele prezentate de noi, în concordanță și cu datele din literatura medicală (3, 5, 7, 9), rezultă că în materie de simptomatologie clinică preponderente sunt tulburările digestive, iar în cadrul acestora, ceea ce se întâlnește mai frecvent (fără să fie obligatoriu) este durerea abdominală. Urmează tulburările de tranzit și, în special, diareea trenantă, recidivantă la copiii mici, grețurile matinale, senzația de "gură amară" și balonările postprandiale, la cei mari. Dintre semnele clinice generale, scăderea în greutate este cea mai des întâlnită, iar dintre fenomenele alergice - frecvente și foarte variate - pruritul nazal sau anal și erupțiile cutanate de tip urticarian. Tulburările neuropsihice (neliniște, agitație la cei mici și stare de oboseală, cefalee difuză la cei mari) întregesc tabloul clinic. Încă din 1949, *Gaehlinger* (cit. de 12) a denumit *Giardia* ca "parazitul asteniei și al stărilor anxioase", iar din 1984, *Aşgian* și colab. (2) au demonstrat că acest parazit stă la baza multor manifestări paroxistice nocturne și/sau diurne, ca și a unor convulsii epileptice sau neepileptice, care nu răspund decât la tratament antiparazitar. Astfel, dacă la suferințele clinice de mai sus, adăugăm din punct de vedere al laboratorului anemie secundară, eozinofilie moderată, disproteinemie, hipocalcemie și hipoaciditate gastrică, iar mai nou modificările EEG descrise, atunci diagnosticul de giardioză se impune și face necesară precizarea lui prin examene coproparazitologice sau tubaj duodenal. Dar, până la confirmarea acestui diagnostic, trebuie excluse o

serie de suferințe hepatobiliare, digestive, nervoase, alergice, cu atât mai mult cu cât ele figurează, de obicei, în antecedentele "încărcate" ale acestor bolnavi, după cum foarte corect atrag atenția unii cercetători și clinicieni cu autoritate în materie de parazitologie, precum profesorii *Fazakas* în 1989 (4) și *Gherman* în 1990 (10).

Concluzii

1. Studiul de față se referă la 216 copii cu giardioză, internați în clinică în decursul a 4 ani, la care s-au exclus suferințe digestive, alergice, hepatobiliare și/sau nervoase de altă origine decât cea parazitară.

2. Din punct de vedere al simptomatologiei clinice, manifestările digestive ale giardiozei s-au situat pe primul loc, durerea abdominală recurentă fiind simptomul cel mai frecvent întâlnit, semnele generale, alergice și nervoase urmând în această ordine descrescătoare celor digestive.

3. Laboratorul a arătat pe lângă anemie moderată, hipoalbuminemie discretă, probe de disproteinemie ușor alterate, calcemie ușor scăzută și modificări EEG (disritmie lentă și chiar focare iritativ-lezionale), uneori în absența unor manifestări convulsivante sau neconvulsive paroxistice, nocturne și/sau diurne.

4. Se poate deduce de aici că giardioza - cea mai frecventă parazitoză la ora actuală - poate imita din punct de vedere clinic și paraclinic o paletă foarte largă de afecțiuni de care trebuie să ținem seama în stabilirea diagnosticului și a terapiei giardiozei.

Bibliografie

1. *Ament M.E., Rubin C.E.*: Relation of Giardiasis to abnormal Intestinal Structure and Function in Gastrointestinal Immunodeficiency Syndromes. *Gastroenterology*, 1972, 62, 2-5;

2. *Așgian B., Corfariu C.*: Epilepsia și convulsiile la copil. Editura Medicală, București, 1984, 119-145;

3. *Donoiu I., Dicu Lidia*: Disfuncții duodeno-biliare în lambliază. *Viața med.*, 1984, 9, 399-400;

4. *Fazakas B.*: Probleme actuale ale giardiozei. *Rev. med.*, 1989, 1, 90-96;

5. *Gendrel D. et al.*: Interêt de l'examen parasitologique du liquide duodenal. *Arch.Fr.Pediatr.* 1984, 41, 224-227;

6. *Geormăneanu M.*: Tratat de pediatrie, vol.2, Editura Medicală, București, 1984, 521-537;

7. *Gherman I. et al.*: Manifestări colecistobiliare în unele boli parazitare. *Med. int.* 1981, 4, 405-409;

8. *Gherman I.*: Giardioza (lambliaza) "mit" sau "realitate". *Viața med.* 1984, 12, 569-571;
9. *Gherman I.*: Giardioza (lambliaza). *Viața med.*, 1990, 33, 3;
10. *Hoskins L.C.*: Clinical Giardiasis and Intestinal Malabsorption. *Gastroenterology*, 1967, 53, 265-269;
11. *Nitzulescu V., Gherman I.*: Parazitologie clinică. Editura Medicală, București, 1986, 139-165;
12. *Stănescu Maria*: Giardioza. In: Boli diareice cronice la copil (Constanța Iacob, Georgeta Palicari, Maria Stănescu), Editura Medicală, București, 1987, 323-330.

CERTAIN CLINICAL AND LABORATORY ASPECTS OF CHILDREN'S GIARDIOSIS AS RECURRENT TOPIC OF THE DAY

Lucia-Sanda Fetea, C. Ruscac, Maria Florișteanu, Marcela Sigmirean, L. Neagoș,
Elisabeta Racoș

As, on the one hand, giardiosis is widespread and apparently it seems to be increasing, and on the other hand the errors and especially the exaggerations in the medical practice, concerning the diagnosis and therapy of this parasitosis, the authors have studied a group of 216 children with such an infestation, aged between 9 months and 16 years, in order to refresh the knowledge regarding clinical and laboratory symptomatology encountered in these children. The preponderance of digestive manifestations should be remarked, but those of general character, neuropsychic or allergic, as well as the existence of some laboratory data leading to the diagnosis of this parasitosis are frequently occurring, but at the same time this accounts for the confusion connected with a series of gastro-intestinal, hepato-biliary, neuropsychic and allergic conditions of other aetiology than that of giardiosis.

Sosit la redacție: 17.05.1993

COBORÂREA COLONULUI TRANSVERS PE CALE TRANSMEZENTERICĂ PENTRU ANASTOMOZELE JOASE COLORECTALE

S. Bancu, E. V. Bancu

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

Coborârea colonului transvers pentru anastomozele joase colorectale, sau pentru diferitele tipuri de telescopare a câștigat tot mai mult teren în

ultima vreme (2, 4). Necesitatea acestei manevre s-a impus din rațiuni de radicalitate oncologică, dar și datorită frecvențelor complicații apărute după alungirea ansei sigmoidiene, prin ligaturi vasculare în fosta zonă de interes anatomo-chirurgical, Sudeck.

Material, metodă și rezultate

Între 1970-1991 s-au efectuat în clinica noastră 65 hemicolectomii și rezecții de colon stâng lărgite, la care s-a folosit și tehnica coborării colonului transvers în 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 reintervenții în care s-au efectuat anastomoze L-L între D₃ și prima ansă jejunală. În alte două cazuri această anastomoză s-a făcut preventiv pentru a evita eventuala ocluzie și reintervenția.

Neajunsurile descrise au fost înlăturate prin adoptarea tehnicii de coborâre a colonului transvers pe cale transmezenterică, care s-a aplicat în 9 cazuri consecutive, dând satisfacție deplină, cu rezultate funcționale foarte bune. Nu s-a recurs la nici o colostomie de protecție.

Tehnica operatorie

Rezecția sigmoidiană limitată în cadrul operației Dixon (rezecția anterioară a rectului) lasă neatinsă jumătatea superioară a mezocolonului sigmoidian (5). În același timp sacrificarea la promontoriu a pediculului mezenteric inferior prin secționarea arterei, pune regiunea rectosigmoidiană în situația unui aport scăzut de sânge dinspre teritoriul aortic de deasupra. În astfel de condiții trebuie să mergem cât mai jos cu rezecția rectului pentru a avea un bont rectal bine vascularizat și să nu sacrificăm pediculii hemoroidali mijlocii în timpul decolării rectului (6, 7).

- Când tumoarea se găsește pe colonul descendent sau pe partea superioară a buclei sigmoidiene mobilizarea și coborârea transversului devine obligatorie pentru a ajunge la anastomoza retroperitoneală cu bontul rectal (7).

Dacă în mezocolonul stâng sau paraaortic găsim ganglioni sau dacă mezocolonul este retractat spre aortă mai ales de-a lungul arterei mezenterice inferioare, coborârea transversului și evidarea largă paraaortică cu extirparea în bloc a mezocolonului stâng devine obligatorie din rațiuni oncologice.

În astfel de situații, uneori, este necesară și extirparea unghiului splenic al colonului în partea stângă a transversului, coborând colonul rămas spre pelvis transmezenteric prin aria avasculară ileocecală (7).

Coborârea colonului transvers presupune următoarele manevre:

- Mobilizarea colonului descendent: planul bun de clivaj se găsește înăuntru ureterului, unde nu riscăm să lezăm vasele mezocolonului descendent. Ducem decolarea până la polul inferior al rinichiului stâng și apoi trecem la mobilizarea transversului;

- Mobilizarea colonului transvers: întinzând colonul transvers cu mâna stângă și încredințând stomacul celui de al doilea ajutor, se practică o decolare coloepiploică completă, atacându-se bursa omentală în mijlocul său într-o zonă unde ea este liberă. Mergem la început către fundul de sac drept, până la artera gastroduodenală, apoi urmăm decolarea spre unghiul stâng în contact cu colonul care trebuie să fie fără epiploon.

- Mobilizarea unghiului stâng: aceasta este foarte ușoară și fără hemoragie dacă epiploonul a fost complet detașat. Unghiul stâng detașat, trebuie să urmărim decolarea până la linia mediană. Trebuie să urmărim în sus marginea inferioară a pancreasului și să atingem aorta, când vom vedea vena mezenterică inferioară - sub marginea inferioară a pancreasului, unde o înconjoară ansa duodeno-jejunală înainte de a se vărsa în vena splenică.

- Ligaturile de coborâre: pentru a coborî colonul transvers nu ne rămâne decât să legăm 2 pediculi după ce i-am izolat perfect: artera mezenterică inferioară, pe care o secționăm la origine, deci deasupra colicei stângi; vena mezenterică inferioară pe care o vom secționa singură. Această secțiune detașează imediat în bloc colonul transvers, a cărui derulare nu mai este limitată decât de porțiunea avasculară a mezocolonului (1) (fig.nr.1).



Fig.nr.1

În practică, datorită coborârii colonului transvers este absolut inutil de a ne preocupa de dispoziția vasculară a sigmei care este totdeauna îndepărtată în masă, ca și o mare parte sau totalitatea descendentului, uneori a unghiului splenic și a unei părți a transversului. În cazul chirurgiei oncologice se îndepărtează în bloc nu numai tumoarea ci de asemenea căile limfatice și ganglionii evantaiului sigmoidian și a trunchiului mezenteric inferior.

Există o alternativă a unui procedeu operator pentru cancerul localizat în vecinătatea joncțiunii colonului sigmoid și descendent sau când vrem neapărat să ne convingem că coborârea colonului prin dreapta nu mai are riscul ocluziei intestinale înalte (la Treitz). În timp ce acest cancer este tehnic un cancer sigmoidian, întregul colon sigmoid și colonul descendent, incluzând flexura splenică trebuie să fie îndepărtate. Detaliile acestui procedeu operator devin interesante prin ligaturile vasculare complementare: ramura stângă a colicei medii sau ambele ramuri, vascularizația segmentului colic rămas din transvers făcându-se retrograd prin a.colică dreaptă și a.ileocecolică. Colonul transvers rămas este coborât prin spațiul avascular mezenteric dintre a.mezenterică superioară și a.ileocolică, pentru a fi dus la anastomoza T-T cu bontul rectal. Aceasta este o metodă superioară de reconstrucție a colorectului.

Se asigură o lungime confortabilă a colonului pentru anastomoză. Posibilitatea îndepărtării oncologice a colonului stâng permite anastomoze colorectale folosind colonul transvers sau chiar ascendent, care este mai puțin septic și mai bine pregătit.

Metoda este uneori mai laborioasă, dar mult mai sigură decât coborârea clasică a colonului transvers.

Bibliografie

1.*Bancu E.V.* et al.: The Necessity of Removing a Segment of the Colon in Extracolonic Tomorous Affections. Akad. Kiadó, Budapest, 1972, 323;

2.*Chiricuță I.*: Rezenția fiziologică a rectului canceros pe cale exclusiv abdominală. Chirurgie. București, 1974, 23, 501;

3.*Cameron M.C., Verdenheimer M.C., Callan J.A.*: Colorectal Carcinoma: a decade's experience at the Lahey Clinic. Am. Colon Rectum 22, 4777-4779;

4.*Dukes C.E.*: Discussion on major surgery on carcinoma of the rectum, with or without colostomy, excluding the anal canal and including the rectosigmoid. Proc. Roy. Soc. Med. 1957, 50, 1031-1035;

5.*Heberer G., Denedre H., DERNINEL W.*: Procedures in the management of rectal cancer. World J. Surg. 1987, 11, 499-503;

6.*Toupet A.*: La technique de la resection du rectum par voie abdomino-transanale, sans anus préalable, avec la descense systematique du colon transvers. J. de Chir. 1950, 1;

7.*Wilson S.M., Searlers O.H.*: The curative treatment of carcinoma of the sigmoid, rectosigmoid and rectum. Ann. Surg. 1976, 183, 556-565.

TRANSMESENTERIC DESCENT OF THE TRANSVERSE COLON FOR COLORECTAL ANASTOMOSIS

S.Bancu, E.V. Bancu

The descent of the transverse colon for a colorectal anastomosis, after a left hemicolectomy for cancer, may cause a compression on the third segment of the duodenum (D₃) and on the duodenojejunal angle. We observed this functional complication in 5 patients (among 65 patients operated in our service between 1970-1991, with left hemicolectomies and enlarged left colectomies) being necessary three reinterventions with one death, and two preventive anastomoses of the duodenojejunal angle loops. In order to avoid the danger of compression and to provide a more comfortable length of the descended colon for colorectal anastomosis, we used the descent by transmesenteric way, in 9 consecutive patients. This procedure permits a more complete resection of the primary lesion, together with all mesentery that contains lymph nodes to which the tumor is likely to spread, without the risk of the shortness of the transverse colon loop. No proximal colostomy was used. There were no postoperative complications.

Sosit la redacție: 2.11.1993

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA STRATÉGIE DES RÉSECTIONS TRANSURÉTHRALES (RTU) DES TUMEURS VÉSICALES SUPERFICIELLES (TVS)

D.Nicolescu, V.Ōșan, I.Bakos, M.Imbăruș, O.Golea, Orsolya Mártha, C.Cantăr, I.Dumbrăveanu

Clinique Urologique
Université de Médecine et de Pharmacie Târgu-Mureș

De nos jours le traitement initial des tumeurs vésicales superficielles est la résection transurétrale (RTU) avec ou sans utilisation de cytostatiques ou BCG par voie locale (5). Les données bibliographiques font état d'un taux élevé de récides après ce type de traitement (1).

Dans les travaux plus anciens, l'incidence des récides est d'environ 70% alors que dans les travaux plus récents ce taux descend à environ 30% (3).

Les principales raisons d'une différence aussi significative semblent être:

1. L'amélioration de la stratégie et de la technique de RTU;

2. Une possibilité accrue de distinguer une récurrence d'une tumeur résiduelle (2, 8). Dans le but de confirmer ces données et d'améliorer nos résultats, nous avons procédé à une rétrospective comprenant 200 cas de tumeurs superficielles, séparées en 2 groupes de 100. Ces 2 groupes ont bénéficié d'une technique différente:

1. - Une résection standard pour le groupe nr.1;
2. - Une résection de type différentiel pour le groupe nr.2 (tab.I).

Tab.I

Groupe 1:	TRU standard
Groupe 2:	RTU de type différentiel

Après 1 à 3 mois tous les patients ont subi une RTU itérative.

Aujourd'hui il est acquis que seul l'examen histologique rigoureux est capable de définir les 2 éléments capitaux de l'évolution de la tumeur: la modalité et le degré d'extension.

Les principales modalités de l'extension tumorale sont (2): 1. de type "compact" (fig.nr.1); 2. de type "tentaculaire" (fig.nr.2). Pour cette raison la RTU standard qui tient compte uniquement de l'examen anatomo-pathologique d'ensemble, présente le risque d'une résection incomplète, donc d'une tumeur résiduelle.



Fig.nr.1 Extension tumorale
"compacte"

Fig.nr.2 Extension tumorale
"tentaculaire"

Par contre, la RTU de type différentiel, comporte des examens biopsiques distincts dans des zones bien définies:

1. La partie exophytique
2. Le lit tumoral (base de la tumeur)
3. La région peritumorale

Ces prélèvements multiples offrent la chance d'une extirpation radicale de la tumeur (4, 8).

Quelle est la technique de la RTU de type différentiel (fig.nr.3, 4) (1, 2).



Fig.nr.3, 4: La technique de la RTU de type différentiel: 1-partie exophytique;
2-5 -biopsies peritumorales; 6-biopsie dans le lit tumoral.

- On résèque initialement la partie exophytique de la tumeur (Prélèvement nr.1), qui va préciser le "grading" de la tumeur;
- Ensuite on réalise les 4 biopsies peritumorales (Prélèvements 2 à 5): Elles vont définir l'extension tentaculaire.
- La dernière biopsie, dans le lit tumoral, est effectuée dans le centre de la base tumorale (Prélèvements nr.6); elle permet de définir l'infiltration compacte. Les 6 prélèvements vont bénéficier d'un examen histologique distinct. En cas de tissu tumoral restant, la résection va se répéter suivant la même technique.

- Pourquoi et comment s'effectue la résection itérative?

Elle permet de vérifier la totalité de l'ablation tumorale et d'enlever une éventuelle tumeur résiduelle après la résection antérieure. Elle sera effectuée 1 à 3 mois après la RTU initiale. Elle sera aussi une résection de type différentiel (3, 7, 9).

Resultats

Dans les 2 groupes opérés par les 2 techniques différentes on a analysé les 2 paramètres suivants:

1. L'incidence des tumeurs résiduelles;
2. L'incidence des récives.
1. L'incidence des tumeurs résiduelles.

L'examen histologique de la résection itérative montre les résultats suivants. Dans le groupe ayant subi une RTU standard: l'incidence des tumeurs résiduelles est de 57%, alors que dans le groupe nr.2 ayant subi une RTU de type différentiel, cette incidence descend à 31% (tab.II).

Tab.II

L'incidence des tumeurs résiduelles	
Groupe 1 (RTU standard):	57%
Groupe 2 (RTU différentiel):	31%

II. L'incidence des tumeurs récidivantes. Le contrôle périodique, effectué jusqu'à 3 ans, relève des résultats différents également en ce qui concerne le taux des récidives tumorales. Celui-ci est respectivement de 46% dans le groupe nr.1 et de 21% dans le groupe nr.2 (tab.III).

Tab.III

L'incidence des tumeurs récidivantes (3 ans)	
Groupe 1:	46%
Groupe 2:	21%

Discussions

Le pronostic des TVS dépend d'une multitude de facteurs parmi lesquels les plus importants sont (3):

- La dimension, le nombre et le "grading" tumoral, le carcinome "in situ" et l'aneuploidie. Plus récemment, surtout après les études de *Klän* (1992) (4) et de *Alken* (1994) (1) on attribue un rôle de plus en plus important à la qualité de l'exécution de la résection et à l'impérativité de sa répétition précoce (R. itérative) (2).

De cette façon *Kolozsi* (6) a réussi à réduire le taux des tumeurs résiduelles de 61% à 21,5%, *Klän* (4) de 48,8% à 34,5 et nous de 57% à 34%.

La nouvelle stratégie diminue implicitement le taux de récurrence tumorale. Celui-ci est seulement 23% dans l'étude de *Köhrmann* (5) et de 21% dans notre étude. L'analyse synthétique des données précédentes permet de tirer plusieurs conclusions:

1. La nécessité d'abandonner la technique de la RTU standard;
2. L'obligation de pratiquer une RTU de type différentiel, associée à une RTU itérative;
3. La nouvelle stratégie résectionnelle permet de réduire de façon significative le taux des tumeurs résiduelles et aussi des récidives tumorales.
4. Jusqu'à 1 à 3 mois après une RTU, une tumeur décelée endoscopiquement n'est pas une récurrence mais une tumeur résiduelle ou une tumeur non dépistée lors de la résection antérieure.
5. La RTU des TVS est un acte thérapeutique de grande responsabilité, elle demande une stratégie et une technique opératoire rigoureuse.

Bibliographie

1. *Alken P.*: The essentials of transurethral resection of bladder tumors (TUR.B). EBU Symposion on Urology-Timișoara, 22-23 January 1994;

2. *Bressel M., Kemper K., Stadler F.*: Vorbedingungen und Technik der transurethralen Elektroresektion des Harnblasenkarzinoms. Urologe A (1969), 81, 73-80;

3. *Hassler H., Bandhauer K.*: Lokalrezidiv oder neutumor indikation für Prognose und Therapie beim oberflächlicher Blasencarcinom. Der Urologe A Suppl. (1992), 59, 58-61;

4. *Klän R., Huland H.*: Residualtumor nach Resektion oberflächlicher Blasentumoren - eine wesentliche Ursache für "Frührezidive". Der Urologe A. Suppl. (1990), 59, 62-65;

5. *Köhrman K.U. et al.*: Die transurethrale Nachresektion. Notwendig beim oberflächlicher Harnblasen-Carcinom? Der Urologe A Suppl. (1992), 59, 72-74;

6. *Kolozsy Z.*: Histopathological "self control" in transurethral resection of bladder tumours. Br.J.Urol. (1991), 57, 162-164;

7. *Kranz A. et al.*: Stellenwert der transurethralen Nachresektion bei Behandlung von Blasentumoren. Der Urologe A Suppl. (1990), 59, 75-79;

8. *Nicolescu D. et al.*: Locul diagnostic și terapeutic al rezecției transuretrale a tumorilor vezicale superficiale. Comunicare la Sesiunea Academiei Târgu-Mureș, Mai 1986;

9. *Vögeli T.A., Marx G., Ackermann R.*: Zur Notwendigkeit der Nachresektion beim Urothelialen Blasenkarzinom als Kontrolle der Erstresektion. Der Urologe A Suppl. (1992), 59, 78-84.

Arrivé à la rédaction le 4.11.1994

VARIANTE TEHNICE DE REZOLVARE ENDOSCOPICĂ A STRICTURILOR URETRALE

R.Boja, C.Căpârig, C.Cantâr, S.Nedelcu, D.Nicolescu

Clinica de Urologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Uretrotomia internă (U.I.), metodă terapeutică veche, a fost reactualizată datorită uretrotomului optic Sachse (1974), cu care se secționează strictura la vedere. Uretrotomia internă optică (U.I.O.) a

revoluționat tratamentul stricturilor uretrale. Indiferent de etiologie, orice strictură se abordează în primul rând endoscopic (1, 2, 3, 4).

U.I. nu exclude însă chirurgia deschisă - uretroplastia - care este rezervată astăzi doar unui număr limitat de cazuri fiind în același timp tratamentul de elecție al stricturilor recidivate după uretroplastie.

Lucrarea își propune o prezentare a multiplelor modalități actuale de rezolvare endoscopică a stricturilor uretrale în funcție de sediu, număr, etiologie etc. și o analiză a rezultatelor după U.I.

Cazuistică

Am efectuat un studiu retrospectiv, nerandomizat, a cazuisticii clinicii noastre, pe o perioadă de 10 ani (1982-1991). În intervalul de timp amintit au fost internați 921 de bolnavi cu stricturi uretrale. Intervalul de vârstă al bolnavilor a fost de 20-84 ani. S-au practicat 1124 de U.I. Diferența dintre numărul bolnavilor și cel al intervențiilor rezidă din efectuarea la un număr de 147 bolnavi a 2 sau 3 U.I. (Tabelul nr.1).

Tabelul nr.1

Nr. bolnavi	Nr. intervenții	Nr. U.I.
774	1	774
91	2	182
56	3	168
921		1124

Incidența stricturilor uretrale în funcție de etiologie este redată în tabelul nr.2.

Tabelul nr.2

Etiologie	Nr. bolnavi	%
Congenitale	14	1,52
Posttraumatice	109	11,83
Inflamatorii	477	51,80
Iatrogene	278	30,18
Necunoașcută	43	4,16
Total	921	99,49

Ponderea o dețin stricturile uretrale inflamatorii și cele iatrogene (775 bolnavi-81,98%), după intervenții chirurgicale deschise sau transuretrale, pe vezică și prostată.

778 (84,74%) bolnavi au avut stricturi unice.

Localizarea la nivelul uretrei anterioare pendulante s-a întâlnit la un număr de 207 (22,47%) bolnavi, în timp ce 395 (42,88%) bolnavi au avut stricturi cu localizare bulbară. 571 (61,99%) dintre bolnavi au avut stricturi localizate strict la nivelul uretrei posterioare, iar 143 (15,52%) bolnavi au avut stricturi multiple localizate la nivelul uretrei anterioare și posterioare (Tabelul nr.3).

Tabelul nr.3

Localizare	Nr.	%
Meat uretral	68	7,38
Uretra pendulantă	139	15,10
Uretra bulbară	395	42,88
Uretra membranoasă	176	19,11
Anterioară/bulbară	20	2,17
Anterioară/posterioară	123	13,35
Total	921	99,99

La 562 (61,02%) dintre bolnavi strictura uretrală a fost o afecțiune singulară, în schimb 359 (48,98%) bolnavi au avut și alte afecțiuni urinare, asociate stricturii care s-au rezolvat endoscopic în aceeași sau în alte ședințe (Tabelul nr.4).

Tabelul nr.4

Boli asociate	Nr.
Adenom de prostată (A.P.)	124
Cancer de prostată (C.P.)	6
Litiază vezicală (L.V.)	117
L.V.+A.P.	37
L.V.+C.P.	5
T.V.	16
L.renală (N.L.P.)	37
L.ureter lombar (U.R.S.A.)	11
L.ureter pelvin (U.R.S.R.)	6
Total	359/921 (38,97%)

Variante tehnice de rezolvare

Dintr-un total de 350/921 (38%) din bolnavii cu stricturi ale uretrei anterioare și/sau stenoze de meat uretral, la un număr de 345 intervenția a constat în U.I. Otis, la o calibrare de 20-22 Ch. Secționarea s-a efectuat totdeauna la ora 12, în scopul de a preveni lezarea corpului spongios al uretrei și a corpurilor cavernoși. Se cunoaște că la nivelul uretrei pendulante,

corpul spongios este despărțit de corpii cavernoși doar printr-o lamă de țesut conjunctiv relativ subțire (septul penian). De regulă, acești bolnavi au avut stricturi inflamatorii unice sau multiple, supraetajate, scurte.

La 5/350 bolnavi cu stricturi strânse, care nu au permis introducerea uretrotomului Otis, s-a efectuat U.I.O. cu ajutorul miniscopului. Instrumentul permite vizualizarea și secționarea strict la ora 12, în deplină siguranță, chiar și a stricturilor etajate.

Bolnavii cu stricturi ale uretrei anterioare și bulbare, sau posterioare (143/921-15,52%) au fost rezolvați într-o singură ședință. După uretrotomia internă Otis (strictura uretrei anterioare), cu uretrotomul optic Sachse s-a rezolvat apoi cea de a doua strictură (bulbară).

359/921 (42,88%) din bolnavi au avut stricturi cu localizare bulbară, în timp ce 319/921 (34,63%) au avut stricturi localizate la nivelul uretrei posterioare.

Introducerea uretrotomului optic permite localizarea precisă a stricturii în segmentul bulbar, membranos sau prostatic al uretrei, în timp ce vizualizarea aspectului endoscopic al stricturii permite identificarea orificiului, care se cateterizează cu o sondă ureterală (4-5 Ch), în scop de ghidaj.

La 491/921 bolnavi cu stricturi ale uretrei bulbare și ale uretrei posterioare, secționarea endoscopică a stricturii s-a realizat de-a lungul sondei ureterale în scopul evitării perforației uretrei. Strictura este secționată pas cu pas, prin mișcări de avansare și de retragere a cuțitului, atunci când strictura este lungă și strânsă, sau de avansare și retragere a uretrotomului cu cuțitul avansat, în poziție fixă, la care se asociază și o ușoară mișcare în sens cranial, în cazul stricturilor scurte și strânse.

La 24/395 bolnavi cu stricturi bulbare s-a practicat uretrotomie internă Maisonneuve. Majoritatea bolnavilor sunt pacienți la vârste avansate, cu vechi stricturi scleroase, etajate, recidivate după U.I.O., la care uretroplastia este contraindicată.

În anumite circumstanțe (când false după tentative nereușite de cateterism uretral) este imposibilă identificarea orificiului stricturii. Administrarea de indigocarmin i.v., pe sonde de cistostomie clasică sau a minima, permite identificarea endoscopică a orificiului stricturii, în momentul evacuării colorantului, după o compresiune manuală a regiunii suprapubiene.

18 bolnavi au avut stricturi fibroase scurte, de 0,4-0,6 cm, care s-au rezolvat printr-o incizie în stea a diafragmului scleros, urmată în aceeași ședință de rezecția țesutului fibros flotant în lumenul uretrei, pe 2/3 din circumferința uretrei.

O situație deosebită este reprezentată de 38 bolnavi cu stricturi uretrale posttraumatice, sau cu stricturi inflamatorii, recidivate după

uretroplastie, care au dezvoltat zone întinse de fibroză cicatricială periuretrală, asociată cu calusuri fibroase stenozante perineale.

La acești bolnavi U.I.O. s-a efectuat numai prin abord bipolar. La 22 dintre bolnavi s-a reușit cateterismul anterograd al uretrei prin introducerea cistoscopului sau a uretrotomului optic în uretra posterioară, prin plaga de cistostomie până la nivelul stricturii. Acest abord permite cateterismul anterograd, la vedere, a uretrei cu o sondă ureterală introdusă prin cistoscop sau ureteroscop. După depășirea stricturii, sonda ajunsă în uretra anterioară este identificată cu ajutorul uretrotomului care secționează ghidat strictura uretrală.

La restul de 16 bolnavi cu rupturi de uretră deplasarea bonturilor uretrale și calusurile fibroscleroase dezvoltate au obstruat complet lumenul uretral; în aceste cazuri abordul bipolar a fost salutar. Am folosit două modalități. Prima constă în transiluminarea diafragmului scleros cu ajutorul ureteroscopului introdus în uretra posterioară prin orificiul preexistent de cistostomie - diafanoscopia -. Uretrotomul optic se introduce până la strictură suprimând sursa de lumină a uretrotomului, se identifică prin diafragmul scleros lumina ureteroscopului. Acesta se incizează progresiv, până când uretrotomul pătrunde în uretra posterioară.

O altă modalitate constă în introducerea unui dilatator Beniqué prin orificiul de cistostomie până la nivelul stricturii. Cu uretrotomul optic se vizualizează centrul zonei care proemină în lumenul uretrei sănătoase și mișcă sincron cu mișcarea Beniqué-ului. La acest nivel se incizează progresiv pas cu pas țesutul fibros, până când dilatatorul Beniqué menținut în tensiune apare la nivelul zonei incizate. Țesutul scleros se incizează în continuare la ora 12, până când uretrotomul poate pătrunde ușor în vezică.

Postoperator, drenajul urinelor s-a realizat pe sondă uretro-vezicală, în scop de calibrare a zonei secționate. Durata menținerii cateterului uretro-vezical a fost de 3-6 săptămâni.

Rezultate

Aprecierea rezultatelor după U.I. s-a făcut pe baza următorilor parametri: fluxul urinar mediu; existența sau nu a reziduului determinat ecografic; ex. urină și urocultura; existența sau nu a acuzelor subiective. Examenul radiologic: Rgf. reno-vezicală și U.I.V., uretrocistografia retrogradă și micțională s-au efectuat doar la bolnavii cu recidive la intervale scurte de timp după U.I. și acuze urinare joase importante.

Am obținut rezultate excelente și bune la 81% din cazuri (Tabelul nr.5), în timp ce 19% din bolnavi au avut rezultate rele.

Tabelul nr.5

Rezultat	Nr.	%
Excelent	313	34
Bun	433	47
Rău	175	19
Total	921	100

Cele mai slabe rezultate după U.I. s-au înregistrat în general la bolnavii cu stricturi posttraumatice, în special la cei cu recidive după uretroplastie pentru stricturi inflamatorii recidivate, scleroase și în număr mai mic, după U.I. pentru stricturi iatrogene.

În funcție de lungimea stricturii, rezultatele comparative cele mai bune s-au obținut după U.I. pentru stricturi scurte (0,5-1 cm) (Tabelul nr.6). Rezultate mai slabe s-au obținut la bolnavii cu stricturi lungi situate în segmentul bulbar și membranos al uretrei.

Tabelul nr.6

Lungimea stricturii	Excelent	Bun	Rău	Total
0,5-1cm	254	232	24	510
1-1,5cm	49	167	54	270
1,5cm	10	34	97	141
Total	313	433	175	921

Analizate în funcție de localizarea stricturii (Tabelul nr.7), cele mai bune rezultate după U.I. s-au obținut la bolnavii cu stricturi scurte, situate la nivelul uretrei bulbare.

Tabelul nr.7

Localizare	Excelent	Bun	Rău	Total
Meat uretral	15	37	16	68
U.pendulantă	26	68	45	139
U.bulbară	208	140	47	395
U.membranoasă	64	188	67	319
Total	313	433	175	921

Contrar unor rezultate bune și foarte bune semnalate de unii autori după îndepărtarea rapidă a cateterului uretral, am fost și suntem în continuare adepții menținerii acestuia cel puțin 3 săptămâni, exceptând bolnavii cu stricturi scurte și largi. La bolnavii cu stricturi lungi, asociate sau nu de calusuri fibroase importante, cateterul uretrovezical a fost menținut 4-6 săptămâni. Suprimarea sa mai rapidă, la 3-7 zile nu a fost urmată de îmbunătățirea rezultatelor, chiar la bolnavii cu stricturi scurte.

Discuții

U.I. este astăzi metoda terapeutică princeps în tratamentul stricturilor uretrale, indiferent de etiologie. După unii autori ea are o fiabilitate de 85-95% (1, 2, 4, 5). Pentru bolnav este o intervenție mai scurtă și incomparabil mai puțin agresivă față de uretroplastie, care pretinde o internare de durată, se efectuează în mai mulți timpi și are rezultate incerte (6, 7). În caz de restenozare a uretrei, U.I. poate fi repetată de mai multe ori, iar în cazurile unde recidivele apar la intervale foarte scurte de timp după U.I., se poate efectua cu succes uretroplastia (8, 9).

Stricturile uretrale, mai ales cele posttraumatice, sunt consecința țesutului fibroscleros cicatriceal, care apare în focarul traumatic, în urma vindecării leziunilor. În acest țesut restricturarea rapidă după uretroplastie este destul de frecventă. U.I. este în acest caz un tratament de elecție, fiind o intervenție minim agresivă, precisă, cu un coeficient mare de fiabilitate.

Secționarea stricturilor se face în condiții de securitate, folosind drept ghid sonda ureterală cu care se cateterizează în prealabil strictura. Incizia se efectuează întotdeauna la ora 12 și urmează traiectul sondei ureterale pentru a preveni perforarea corpului spongios și a corpilor cavernoși. În cazul stricturilor largi și scurte, U.I.O. se poate efectua fără sonda ureterală de ghidaj (1, 2, 3, 4, 10).

Când cateterismul retrograd cu sonda ureterală poate fi efectuat, se impune abordul bipolar. Ureteroscopul introdus anterograd în uretra posterioară, prin orificiul de cistostomie, permite cateterizarea anterogradă a stricturii. Dacă nici această manevră nu reușește, transiluminarea diafragmului scleros cu ajutorul ureteroscopului permite secționarea stricturii la vedere. Alături, secționarea țesutului fibroscleros cicatriceal se efectuează cu succes pe un Beniqué introdus în uretra posterioară, prin orificiul de cistostomie (4, 11).

Incidența recidivelor după U.I. este legată de mai mulți factori: localizare, număr, lungime, dar mai ales de prezența țesutului scleros cicatriceal. De aceea, rezultatele U.I.O. sunt mai modeste în stricturile uretrale posttraumatice, iar indicația de U.I. pentru această categorie de bolnavi trebuie foarte corect stabilită. Țesutul fibros cicatriceal în exces poate fi nu numai secționat, ci chiar rezecat endoscopic. O alternativă relativ recentă este liza acestui țesut prin laser. Incidența recidivelor după U.I. este mult redusă, mai ales în stricturile posttraumatice, prin aplicarea unor proteze uretrale "Wall-stent".

Indicațiile plastiilor de uretră sunt în prezent mai restrânse, nu atât pentru rezultatele mai slabe față de U.I.O., cât mai ales pentru că majoritatea stricturilor se încadrează în grupul celor care au indicație de uretrotomie internă. Astfel U.I. și operațiile plastice sunt modalități terapeutice care nu

se exclud, ci se completează reciproc. De alegerea judicioasă a uneia dintre ele sau de combinarea lor depind rezultatele favorabile în tratamentul stricturilor uretrale, mai ales în cele posttraumatice (1, 2, 3, 4, 10, 11).

Concluzii

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 unei stricturi secundare, după o uretroplastie eșuată.
4. Stricturile uretrale dificile se abordează cu succes bipolar prin diferite variante tehnice, folosind orificiul preexistent de cistostomie pentru: introducerea anterogradă a sondei de ghidaj, secționarea zonei infranșisabile pe Beniqué sau incizia țesutului scleros prin transiluminarea acestuia - diafanoscopia -.

Bibliografie

1. *Sachse H.*: Zur Behandlung der Harnröhren striktur die transurethrale Schlitzung under Sicht mit scharfem Schnitt. Fortsch. Med. 1974, 92, 12;
2. *Sachse H.*: Die Sichturethrotomie mit scharfem Schnitt. Indication, Technik, Ergebnisse. Urologe A. 1978, 17, 177-181;
3. *Devine C.J.*: Urethral strictures. J. urol. 1980, 123, 506;
4. *Matouschek E.*: Urologic endoscopic surgery. Ed. Schattaner Verlag-Stuttgart, 1987;
5. *Sacknoff E.J., Kerr W.S.*: Direct vision Cold Knife urethrotomy. J.Urol. 1982, 124, 375;
6. *Waterhouse K., Lungani C., Patil C.*: Surgical repair of membranous urethral strictures. Experience with 105 consecutive cases. J. Urol. 1980, 123, 500;
7. *Yelderman J.J., Weaver R.G.*: Behavior and treatment of urethral strictures. J. Urol. 1967, 97, 1040;
8. *Joanid P.C.*: Chirurgia uretrei. Editura Medicală, București, 1981;
9. *Proca E.*: Tratat de patologie chirurgicală. Editura Medicală, București, 1985;
10. *Valther P.C., Parsons C.L., Schmidt J.D.*: Direct vision internal urethrotomy in the management of urethral strictures. J. Urol. 1980, 123, 497;

11. *Nicolescu D. et al.*: Locul uretrotomiei interne optice (U.I.O.) în tratamentul stricturilor uretrale posttraumatice. Al II-lea Congres al Soc. Naț. de Urologie, 1992, Iași, 1-3 oct. 1992;

12. *Williams G.*: Stents in the Lower Urinary Tract. Eur. Broad of Urology. 1992, 11, 82.

TECHNICAL OPTIONS FOR INTERNAL OPTICAL URETHROTOMY AS ENDOSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF URETHRAL STRICTURES

Boja R., Catarg C., Caniâr C., Nedelcu S., Nicolescu D.

The endoscopic surgical treatment in almost all cases of urethral strictures are nowadays the internal optical urethrotomy. The urethroplasty is reserved only for a few numbers of cases, where the internal optical urethrotomy cannot be applied or is followed by early recurrence after one or more interventions. Our study represents a synthesis of the Urological Clinic of Târgu-Mureș in 1983-1992 about the endoscopic surgical treatment of urethral strictures.

Here are presented many technical options used by the authors in the endoscopic surgical treatment of more than 900 patients with urethral strictures related to the aetiology, placement, number, length of strictures and particularities of each case.

Conclusions

1. The internal urethrotomy is the first choice treatment of urethral strictures of any aetiology;

2. It is a safe surgical treatment with low aggressiveness and it can be repeated when necessary. In time, after this procedure, it is possible to perform a urethroplasty if necessary. It is a way of treatment after failed urethroplasty.

3. The management of urethral strictures with high degree of treatment difficulty, could be the two directions endoscopically approach. These methods are using the preexisting percutaneous cystostomy as follows:

1.-antegrade placement of ureteral catheter, through the stricture which will serve as guide of urethrotomy.

2.-for interrupted urethra, the internal optical urethrotomy, can be performed using the light of cystoscope placed antegrade in prostate urethra as a guide of urethrotomy, by transillumination.

3.-sometimes, through cystostomy, we placed in prostate urethra a curved Beniqué; its movements will guide the internal urethrotomy.

Sosit la redacție: 15.11.1993

STUDII EXPERIMENTALE ȘI DE LABORATOR

MODIFICĂRI MORFOPATOLOGICE ALE FICATULUI ÎN INTOXICAȚIILE ACUTE LETALE CU ETANOL. Nota I

L.Hecser, V.Hădăreanu, Sabina Elena Marcu

Disciplina de medicină legală

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Institutul de Medicină Legală "Prof.dr. Mina Minovici"-Laboratorul exterior Târgu-Mureș

Pe plan mondial, consumul de alcool are o tendință de creștere progresivă: în Franța în perioada 1910-1971 consumul inițial de 5,1 l pe cap de locuitor a crescut la 16,7 l, sau în Italia - tot în perioada respectivă - s-a ajuns de la 5,1 l la 13,9 l (4), în același timp semnalându-se creșterea mortalității și morbidității prin intoxicații cu alcool etilic.

Corelația dintre tulburările hepatice (reflectate prin icter) și consumul excesiv de alcool a fost semnalată încă în manuscrisele vechi indiene de medicină Ayurveda (45). În sec. al XVI-lea *Vesalius* aduce argumente morfologice în această privință. *Heberden* în 1802 descrie ficatul cirotic (17) și precizează, că "la originea acestuia se găsește foarte frecvent un consum excesiv de băuturi spirtoase, care atacă specific ficatul". Legătura dintre alcoolism și steatoza hepatică este stabilită de *Addison* în 1836 (1). După această perioadă - cu toate că a existat o reținere privind cauzalitatea determinantă - asociația între consumul abuziv de alcool și atingerea hepatică s-a acceptat larg și termenul de "ciroză" a devenit sinonim cu alcoolismul în limbajul medical curent (29).

În ce privește atingerea hepatică corelată cu alcoolul, există o succesiune cronologic gradată de la ficatul gras, hepatită alcoolică, până la ciroza hepatică.

Steatoza hepatică și hiperlipemia sunt cele două manifestări bine-cunoscute ale etilismului. În termeni medicali, descrierea detaliată a steatozei se datorește lui *Magnus Huss* (1849), (18) și lui *Rokitansky* (1849), (46). S-au angajat discuții pasionante pentru a lămuri dacă alcoolul etilic exercită sau nu un efect hepatotoxic direct și dacă modificările morfopatologice hepatice rezultă în urma efectului alcoolului și/sau al regimului alimentar dezechilibrat.

Ficatul gras - stadiul inițial al "hepatopatiei alcoolice" - se întâlnește foarte frecvent: studiile de biopsie hepatică în cazul alcoolicilor arată prezența acestuia în 90% (12). În ultima perioadă, incidența steatozei hepatice a crescut atât în SUA (22), cât și în Europa (6), cu sporirea mortalității prin alcoolism. Morfologic, ficatul gras alcoolic și ciroza hepatică de origine etilică nu pot fi diferențiate de aceleași afecțiuni de altă etiologie (29), epitetul de "alcoolic" se folosește în cazul afecțiunilor ce se întâlnesc în cazul unui consum important de alcool și când nu există alte cauze care să explice boala (29). S-a preconizat că determinarea unor markeri de tipul VEM-ului și gama-GTP (39,9) pot susține obiectiv etiologia lor etilică.

La rozătoare, regimul alimentar grav carențat însuși induce sau poate întreține - în absența alcoolului - leziuni hepatice. Aceste rezultate extrapolate la om, ar pleda pentru faptul că leziunile hepatice la alcoolici nu se datoresc alcoolului, ci exclusiv carențelor alimentare (29). Datele statistice din Franța (40) și Germania (20) arată însă că incidența hepatopatiei este în funcție de cantitatea consumată de alcool și nu în raport cu carența alimentară. Problema pare a fi rezolvată în urma modificării administrării experimentale de alcool, știut fiind faptul că animalele au o aversiune pentru concentrații mari de alcool pe care-l ingeră ad libitum (27). Administrarea "forțată" de alcool induce steatoză hepatică (10) și maimuțele babuini devin alcool-dependenti și simptomatologia de sevraj se manifestă prin convulsii (28).

În forma sa moderată, steatoza hepatică alcoolică se caracterizează prin acumulare de grăsimi în hepatocite ("ficatul gras") de obicei benignă și reversibilă, dar s-au descris recent un număr de decese inexplicabile (morți subite) la alcoolici, la care autopsia a evidențiat doar o steatoză hepatică masivă (22, 44).

După stabilirea rolului alcoolului în etiopatogeneza steatozei experimentale, rămâne de clarificat importanța acestuia în patologia umană. În condițiile de control strict, de diferite regimuri alimentare, cu sau fără alcool, s-a putut constata, că la toți voluntarii, alcoolul antrenează o steatoză hepatică atât la examenul histopatologic, cât și după determinarea concentrației de lipide din biopsia hepatică, care a relevat sporirea trigliceridelor de 25 ori față de valorile normale (29, 30).

În lucrarea de față ne referim la morfopatologia ficatului la persoanele decedate în urma intoxicației acute cu etanol, într-o cazuistică medico-legală neselectată, pe o perioadă de 10 ani.

Material, metode, rezultate

În perioada 1980-1989 în cadrul Institutului de Medicină Legală "Prof.dr. Mina Minovici" - Laboratorul exterior Târgu-Mureș s-au efectuat

6476 expertize pe cadavru (autopsii). În 775 cazuri (11,9%) s-a concluzionat în sensul unei intoxicații acute, din care 200 cazuri cu alcool etilic. Aceasta reprezintă o incidență de 3,08% din cazuistica generală și 25,9% din cazuistica intoxicațiilor acute.

În ce privește mediul de proveniență, 126 cazuri (63,0%) s-au înregistrat în mediul rural, iar 74 cazuri (37,0%) în mediul urban. Cazuistica a cuprins 156 bărbați (78,0%) și 44 femei (22,0%).

Vârsta intoxicaților a fost de 19-74 ani (vârsta medie $46,1 \pm 14,3$ ani).

Determinarea alcoolului s-a efectuat în 67 cazuri (33,5%) din sânge - în lipsa urinii - și în 133 cazuri (66,5%) atât din sânge cât și din urină.

Valorile alcoolemiei au predominat la nivelul de 3,01-4,5 g‰ (133 cazuri - 66,5%). Este de subliniat că valorile mari ale alcoolemiei s-au constatat mai ales la femei (6,8%) în comparație cu bărbații (3,8%), diferențele nefiind însă statistic semnificative ($t=1,25 < 1,96$).

Încercările noastre de a preciza dacă persoanele decedate în antecedente erau sau nu consumatoare de băuturi alcoolice (perioada, ritmul, doza, felul băuturii etc.) s-au soldat cu eșec parțial: investigațiile paralele sau încrucișate primite de la membrii de familie, colegii de muncă au fost contradictorii, neevaluabile științific. Trebuie totuși să subliniem că datele primite indicau în majoritatea cazurilor un consum susținut și prelungit de alcool, predominant sub forma spirtoaselor tari (țuică).

Analiza histopatologică s-a efectuat pe fragmente de organe prelevate cu ocazia autopsiei, după fixări și prelucrări uzuale, ulterior secțiunile s-au reexaminat pentru gradualizare și prelucrări speciale (selectiv).

Histopatologia ficatului s-a evaluat în 170 cazuri (86,1% din cazuistică) din care 136 bărbați (85,9% din totalul intoxicațiilor la acest sex) și 34 femei (77,3% din această categorie). Incidența cazuisticii în funcție de categoriile de vârstă și valorile alcoolemiilor se prezintă în tabelul nr. 1 și 2.

Tabelul nr. 1

Vârsta ani	Total cazuri	%	Bărbați	% *	Femei	% *
20-29	9	5,3	9	6,7	0	0
30-39	29	17,0	23	17,1	6	16,7
40-49	59	34,7	47	35,0	12	33,3
50-59	56	32,9	38	28,3	18	50,0
60-69	16	9,4	16	9,4	0	0
70-79	1	0,6	1	0,7	0	0
	170		134		36	

* din eșantionul de sex

Se poate constata predominanța cazurilor la categoria de vârstă 40-59 ani la bărbați și de 50-59 ani la femei. Tendința incidenței în raport cu vârsta

este de regresie ($Y_1=32,76$; $Y_6=23,91$; $b=-1,77$). Această regresie este mai accentuată la bărbați ($Y_1=27,3$; $Y_6=19,3$; $b=-2,0$), față de femei ($Y_1=6,86$; $Y_6=5,16$; $b=-0,34$).

Tabelul nr.2

Alcoolemie g‰	Nr. cazuri cu ex.histopat. hepatic	%
sub 2,5	8	4,7
2,51-3,0	28	16,5
3,01-3,5	47	27,5
3,51-4,0	37	21,8
4,01-4,5	28	16,5
4,51-5,0	13	7,6
5,01-5,5	8	4,7
5,51-6,0	1	0,6
	170	100,0

Din tabelul prezent rezultă predominanța cazurilor la valori de 3,01-3,5 g‰ de alcoolemie. Incidența cazurilor în funcție de valorile alcoolemiei arată o tendință de regresie ($Y_1=16,24$; $Y_6=8,82$; $b=-1,06$).

Modificările morfopatologice hepatice se prezintă cum urmează (tabelul nr.3).

Tabelul nr.3

Modificări histopatologice hepatice	Nr. cazuri
Distrofie adipoasă hepatocelulară	99
-microvacuolară	17
-micro-macrovacuolară	29
-macrovacuolară	53
gr. I	15
gr. II	13
gr. III	8
gr. IV	17
Distrofie adipoasă + hidroprotidică	20
Sideroză hepatică	2
Corpi Mallory	3
Citoliză hepatică	4
Hepatită alcoolică	2
Hepatită cronică activă (agresivă)	2
Ciroză hepatică	7

Ne propunem analiza unor modificări lezionale pe care le considerăm induse mult probabil de alcool, celelalte tipuri de modificări fiind prezente, fără semnificație, în cazuistica medico-legală generală de autopsii.

În 119 cazuri (70,0%) s-au găsit modificări distrofice adipoase hepatocelulare de diferite tipuri. În această categorie predomină forma macrovacuolară a distrofiei (steatoza hepatică difuză) relativ caracteristică acțiunii etanolice, care a fost prezentă în 53 cazuri (31,2%). Steatoza hepatică s-a apreciat de la gr.I la gr. IV în funcție de gravitatea (severitatea) extinderii procesului distrofic: sub 25% din hepatocite gr.I, peste 75% gr.IV (42).

Incidența distrofiilor adipoase este la eșantionul de bărbați de 74,5% (100 cazuri), la femei de 52,8% (19 cazuri), diferențele nefiind semnificative statistic. Pe cazuistica investigată histopatologic, în raport cu categoriile de vârstă, incidența distrofiilor adipoase hepatice este proporțională, mai ales la categoriile 20-39 ani și de 60-69 ani.

Incidența distrofiei adipoase hepatice în funcție de vârstă și sex, arată valori sporite la 40-44 ani (21,0%) la bărbați și 50-59 ani (31,6%) femei (tabelul nr.4).

Tabelul nr.4

Vârsta ani	Nr.cazuri bărbați n=100	%*	Nr.cazuri femei n=17	%*
20-24	3	3,0	0	0
25-29	3	3,0	0	0
30-34	4	4,0	1	5,3
35-39	16	16,0	0	0
40-44	21	21,0	3	15,8
45-49	14	14,0	4	21,0
50-54	13	13,0	5	26,3
55-59	16	16,0	6	31,6
60-64	8	8,0	0	0
65-69	2	2,0	0	0

* din categoria celor cu examen histopatologic hepatic, pe sexe

Tendința incidenței distrofiei cu vârsta este de progresie pozitivă atât la bărbați, cât și la femei. Rezultatele se referă la incidența procentuală, rezultând o progresie mai accentuată la femei.

Studiul steatozei hepatice pe categorii de vârstă și departajare pe sexe decelează, că la categoria de vârstă 45-59 ani există o diferență evidentă privind incidența acestui proces distrofic la cele două categorii. La bărbați din 100 de cazuri la această categorie de vârstă s-au găsit 43 cazuri (43,0%), la femei din 19 cazuri s-au diagnosticat 15 cazuri (78,9%), diferențele fiind statistic semnificative ($t=2,45 < 1,96$; $q=0,05$, $p<0,2$, tabelul nr.4).

În timp ce la categoria 20-44 ani la bărbați incidența distrofiei adipoase hepatice este de 47,0%, la femei - tot la această categorie de vârstă - este de 21,1%, diferențele fiind statistic semnificative ($t=2,18 < 1,98$; $q < 0,05$, tabelul nr.4).

Datele prezentate sunt demonstrative în sensul decalajului de vârstă, ce pledează fie pentru un consum de alcool mai accentuat și susținut la vârstele mai înaintate la femei cu receptivitate vătămătoare hepatică sporită a alcoolului la acest sex (poate la un consum moderat sau ocazional, eventual de loc în tinerețe), fie pentru o "rezistență" care culminează doar în timp la o vârstă dată, după un consum obișnuit în anteperioadă. Am mai subliniat, că datele obținute, ce se referă la obișnuința consumului de alcool nu sunt de încredere științifică și la femei ele au fost și mai aproximative.

În raport cu valorile alcoolemiilor, incidența este mai mare la valorile de 3,51-4,0 g‰ și de 4,01-4,5 g‰ (89,2%, respectiv 82,1 față de numărul cazurilor din categoriile respective; tabelul nr.5).

Tabelul nr.5

Alcoolemie g‰	Bărbați	Femei	Total	%*	Nr.intoxicați cu etanol
sub 2,5	6	0	6	75,0	8
2,51-3,0	12	5	17	60,7	28
3,01-3,5	24	2	26	55,3	47
3,51-4,0	27	6	33	89,2	37
4,01-4,5	22	1	23	82,1	28
4,51-5,0	6	3	9	69,2	13
5,01-5,5	2	2	4	50,0	8
5,51-6,0	1	0	1	100,0	1
	100	19	119		170

* în raport cu numărul cazurilor de alcoolemii din cazistica generală pe categorii

Tendința incidenței este de progresie negativă pe eșantionul studiat atât la femei, cât și la bărbați.

Analiza detaliată a cazurilor cu steatoză hepatică gravă (gr. III-IV) depistate în 25 cazuri (14,7%) arată că această formă de distrofie are o incidență de 16,4% la bărbați (22 cazuri) și de 8,3% la femei (3 cazuri), diferențele deși evidente cifric, nu sunt semnificative statistic ($t=1,51 < 1,96$). La bărbați, din 100 cazuri cu distrofie adipoasă hepatică cele 22 cazuri cu distrofie gravă reprezintă o incidență de 22,0% (din categoria respectivă), la femei din 19 distrofii adipoase hepatice, forma gravă are o incidență de 15,8% (3 cazuri).

Comparând incidența vârstelor, se constată că vârsta medie la bărbați cu distrofie adipoasă hepatică gravă este de $44,4 \pm 10$ ani (27-63 ani) cu un coeficient de variație de $\pm 22,5\%$. La femei, vârsta medie a eșantionului general este de $47 \pm 9,1$ ani (51-57 ani), iar cea cu distrofie adipoasă hepatică gravă, de $53,7 \pm 2,5$ ani (coeficientul de variație $\pm 4,6\%$). Din date rezultă o inomogenitate mai mare a eșantionului la bărbați și faptul, că această formă

de leziune hepatică apare mai repede la bărbați în comparație cu femeii. Constatarea poate fi explicată prin consumul mai precoce și mai masiv al spirtoaselor la bărbați, față de femeii

Credem că nu este lipsită de importanță observația noastră în 6 cazuri (3,5%) cu alcoolemii relativ reduse - sub 2,5 g‰ - prezența steatozei hepatice masive, fără alte modificări morfologice macro-microscopice cert tanatogeneratoare. În această situație există posibilitatea ca substrat, perturbarea metabolică complexă și gravă indusă de alcool, decât intoxicația acută etilică propriu-zisă.

Discuții

Majoritatea persoanelor care consumă cantități relativ reduse de alcool (20-40 ml pe zi) au, probabil, o steatoză hepatică (41). În statistica lui Mezey și Santora (36) din 55 alcoolici cronici 56% au avut o încărcare grasă hepatică în absența simptomatologiei clinice și biochimice a acesteia. Diagnosticul clinic al atingerii hepatice se stabilește întâmplător (42) în prezența unei hepatomegalii, eventual cu subicter sau icter. Mai rar, bolnavii cu steatoză hepatică gravă (gr. IV) sau colestază severă (clinică și morfologică) decedează brusc după o comă hepatică (43). Steatoza hepatică gravă, dacă consumul de alcool este susținut, evoluează în 92% a cazurilor spre o hepatită alcolică (33) cu sindrom biochimic evident. În cazuistica noastră, față de 25 cazuri de steatoză hepatică gravă, hepatita alcolică s-a diagnosticat doar în două cazuri.

Steatoza hepatică - în condițiile unei abstenențe totale de alcool, la un regim alimentar adecvat - dispare în 4-6 săptămâni și în general este o boală benignă (24) și nu predispune la ciroză (37). În cazuistica noastră, cele 7 cazuri de ciroză diagnosticate, au avut și o steatoză hepatică gravă, element morfologic cu siguranță nu întâmplător.

Pe de altă parte, studiile consacrate evoluției spontane a acestei distrofii arată că la majoritatea persoanelor care abuzează de alcool, nu se constată steatoză hepatică, fie că încărcarea adipoasă hepatocelulară dispare, deși pacienții continuă să consume băuturi alcoolice. Din contră, 80% dintre bolnavi, care au hepatită alcolică și continuă să consume alcool, fac ciroză hepatică. Ea nu constituie o etapă intermediară care să ducă de la ficatul normal morfofuncțional la faza inițială a cirozei (25).

Atât la om (32), cât și la șobolan (2) administrarea alcoolului întreține o hiperlipemie moderată, ce interesează în special lipoproteinele cu densitate foarte mică.

Consumul de alcool stimulează activitatea L-alfa-glicerofosfat-acetil-transferazei hepatice (19). Mecanismul acestei stimulări nu este încă elucidat, ea poate fi direct dependentă de faptul că alcoolul este oxidat cu

siguranță la nivelul microsomal (29). Alcoolul poate induce de asemenea indirect, sporirea producției hepatice de lipoproteine având la dispoziție o mare cantitate de acizi grași, oxidarea lor fiind redusă sau sinteza crescută. S-a observat în același timp, in vivo, creșterea producției de glicerolipide (35), a activității glicosil-transferazei în aparatul Golgi (15), a sintezei fracțiunii protidice din lipoproteine (2). După Bode și colab. (5), rata sintezei acizilor grași este redusă la șobolani.

Un răspuns foarte puternic după consumul de alcool se constată la persoanele care au și o anomalie metabolică la nivel lipidic sau glucidic, și anume: hiperlipemie esențială (16, 32, 34), pancreatită (-1), diabet zaharat sau prediabet (8,32), hipersensibilitate esențială la etanol însuși (23) sau regim alimentar foarte bogat în grăsimi (3, 7, 23, 50, 52).

După o doză unică masivă de alcool, țara plasmatică a acizilor grași liberi este sporită. *Esler* și *Ammond* (13) presupun că sporirea importantă a acizilor grași plasmatici este secundară eliberării de catecolamine, care sunt activatoare puternice a lipolizei tisulare. Într-adevăr, administrarea de beta-blocante (Dibenzamina, Fenoxibenzamina, Ergotamina) previne apariția unei steatoze hepatice de origine etilică. Suprarenalectomia împiedică acumularea de trigliceride (5). Pondere oxidării alcoolului este neschimbată la animalele suprarenalectomizate și la șobolanii tratați cu beta-blocante. Se poate deduce prin urmare că acumularea de trigliceride după ingestie de alcool, nu pare indusă - probabil - de catabolismul alcoolului, ci se datorește mai degrabă acțiunii farmacologice a moleculei de alcool (14).

Se poate admite că degradarea etanolului în organism duce la creșterea cetonemiei. În cursul metabolizării alcoolului, se formează cantități importante de acetat și s-a stabilit că acetatul poate fi acumulat în ficat sub formă de corpi cetonici (20, 31). Pe de altă parte, ciclul acidului citric este blocat și se poate aștepta la o supraproducție de acetyl-CoA ce provine din beta-oxidarea acizilor grași. Dar lucrurile nu stau așa: din contră, etanolul este un anticetogen. S-a demonstrat că alcoolul diminuează cantitatea de corpi cetonici urinari la diabetici (38), injecția i.v. de alcool reduce cetoza de foame, care revine la valorile inițiale după oprirea perfuziei alcoolice (51). Numai blocarea beta-oxidării acizilor grași poate explica lipsa de formare a corpiilor cetonici.

O parte din carbonul provenit din oxidarea alcoolului se regăsește în acizii grași din ficat și în alte organe, principalul acid gras fiind acidul palmitic (48), dar rezultatele experimentale tind a demonstra că alcoolul fie mărește gineza lor, fie diminuează aceasta. Problema rămâne însă contradictorie.

O doză unică, masivă de alcool poate însăși antrena infiltrația adiposă a ficatului. *DiLuzio* (11) a administrat la șobolani, à jeun o doză toxică de alcool și a notat apariția concentrației anormale de trigliceride în ficat. Aceasta a revenit la normal în decurs de 6-12 ore. Este însă greu de

imaginat că steatoza masivă macrovacuolară - în care vacuolele mari de grăsimi deplasează nucleul hepatocitar la periferie, mai ales în zonele pericentrolobulare (43, 49) - să apară în decurs de ore.

După *Lieber* și colab. (27) lipidele care se acumulează în ficat după consumul de alcool, pot proveni din alimente. Autorii constată că la un regim alimentar bine echilibrat, dar cu un consum important de alcool - cel puțin în condiții experimentale - se constituie steatoză hepatică, care depinde însă de cantitatea alcoolului consumat. Aceasta înseamnă că există un "prag" peste care alcoolul este susceptibil de a provoca steatoza.

S-a afirmat că alcoolul blochează eliberarea de trigliceride din ficat (47). Totuși, *Baraona* și *Lieber* (2) au constatat că ingestia cronică de alcool nu diminuează, din contră, mărește formarea de lipoproteine hepatice. Întrebarea, dacă "eliberarea" de lipoproteine în circulație este consecutivă hiperlipemiei, ce se notează după ingestie masivă de alcool, rămâne deschisă.

Bibliografie

1. *Addison T.*: Observation on fatty degeneration of the liver. *Guy Hosp. Rep.* 1936, 1, 476;

2. *Baraona E., Lieber C.S.*: Effects of chronic ethanol feeding on serum lipoprotein metabolism in the rat. *J. Clin. Invest.* 1970, 49, 769;

3. *Barboriak J.J., Meade R.C.*: Enhancement of alimentary lipemia by preprandial alcohol. *Am. J. Med. Sci.* 1968, 255, 245;

4. *Beliș V.*: Aspecte toxicologice, clinice și medico-legale în etilism. Editura Medicală, București, 1988, 7-30;

5. *Bode Ch. et al.*: On the independence of the ethanol-induced triglyceride accumulation in the liver from metabolic changes due to the oxidation of ethanol in the liver. În: *Martini G.A., Bode Ch.*: Metabolic changes induced by alcohol. Springer-Verlag, Berlin, 1971, 133;

6. *Böhle E., Erb W., Siede W.*: Alkohol und Fettleber. *Internist*, 1968, 9, 247;

7. *Brewster A.C. et al.*: Ethanol and metabolic study of alcoholic hyperlipidaemia. *Lancet*, 1972, 2, 62;

8. *Chait A. et al.*: Clinical and metabolic study of alcoholic hyperlipidaemia. *Am. J. Clin. Nutr.* 1966, 19, 255;

9. *Chick J., Kreitman N., Plant M.*: Mean cell volume and gamma-glutamyl-transpeptidase as markers of drinking in working man. *Lancet*, 1981, 1, 1249;

10. *DeCarli I.M., Lieber C.S.*: Fatty liver in the rat after prolonged intake of ethanol with a nutritionally adequate new liquid diet. *J. Nutr.* 1967, 91, 331;

11. *DiLuzio N.R.*: Effect of acute ethanol intoxication on liver and plasma lipid fractions of the rat. *Am. J. Physiol.* 1958, 194, 453;

12. *Edmondson H.A. et al.*: The early stage of liver injury in the alcoholic. *Medicine*, 1967, 46, 119;

13. *Estler C.J., Ammon H.P.T.*: The influence of beta-adrenergic blockad on the ethanol-induced derangement of lipid transport. *Arch. Int. Pharmacodyn.* 1967, 166, 333;

14. *Forsander O.A.*: *Biochimie de l'alcool*. *Med. Prisma*, 1974, 3, 1;

15. *Gang H., Lieber C.S., Rubin E.*: Ethanol increases glycosyl-transferase activity in the hepatic Golgi apparatus. *Nature*, (New Biology), 1973, 243, 123;

16. *Ginsberg H. et al.*: Moderate alcohol ingestion and plasma triglyceride levels. *Ann. Intern. Med.* 1974, 80, 143;

17. *Heberden W.* In: *Commentaries on the history and cure of diseases* (London) T. Payne, 1802, 253, 115-116;

18. *Huss M.*: *Alkoholismus chronicus eller chroniks alkoholssjukdom* J. Beckman, Stockholm, 1849 (cit. 30);

19. *Joly J.G. et al.*: Effect of chronic ethanol feeding on hepatic microsomal glycerophosphate acyltransferase activity. *J. Lipid Res.* 1973, 14, 337;

20. *Jowett M., Quastel J.H.*: Studies in fat metabolism. II. The oxidation of normal saturated fatty acids in the presence of liver slices. *Biochem. J.* 1935, 29, 2159;

21. *Kessler J.I. et al.*: Hyperlipemia in acute pancreatitis. Metabolic studies in a patient and demonstration of a abnormal lipoprotein-triglyceride complexes resistant to the action of lipoprotein lipase. *Am. J. Med.* 1967, 42, 968;

22. *Kramer K., Kuller L., Fisher R.*: The increasing mortality attributed to cirrhosis and fatty liver in Baltimore (1957-1966). *Ann. Intern. Med.* 1968, 69, 273;

23. *Kudzmá D.J., Schonfeld G.*: Alcoholic hyperlipemia: induction by alcohol but not by carbohydrate. *J. Lab. Clin. Med.* 1971, 77, 384;

24. *Leevy C.M.*: Clinical diagnosis, evolution and treatment of liver disease in alcoholics. *Fed. Proc.* 1967, 26, 1474;

25. *Leevy C.M.*: La cirrhose alcoolique. *Med. Prisma*, 1976, 4, 1;

26. *Lelbach W.K.*: Leberschaden bei chronischen Alkoholismus. *Acta Hepatosplen.* 1967, 14, 9;

27. *Lieber C.S., Jones D.P., DiCarli L.M.*: Effects of prolonged methanol intake: Production of fatty liver despite adequate diets. *J. Clin. Invest.* 1965, 44, 1000;

28. *Lieber C.S., DiCarli L.M.*: Ethanol dependence and tolerance: A nutritionally controlled experimental model in the rat. *Res. Commun. Pathol. Pharmacol.* 1973, 6, 983;

29. *Lieber C.S.*: Le foie et l'alcool. *Med. Prisma*, 1976, 4, 1.

30. *Lieber C.S.*: Metabolism and metabolic effects of alcohol. *Med. Clin. N. Am.* 1984, 68, 3;
31. *Loeb A.*: Über das Verhalten der Essigsäure bei künstlicher Durchblutung der Leber. *Biochem. Z.* 1912, 47, 118;
32. *Losowsky M.S.* et al.: Studies of alcoholic hyperlipemia and its mechanism. *Am. J. Med.* 1963, 35, 794;
33. *Maier K.P.* et al.: Verlaufstformen alkoholischer Lebererkrankungen. *Klin. Wschr.* 1979, 57, 311;
34. *Mendelson J.H., Mello N.K.*: Alcohol-induced hyperlipemia and beta lipoproteins. *Science*, 1973, 180, 1372;
35. *Mendenhall C.I., Bradford R.H., Furman R.*: Effect of ethanol on glycerolipid metabolism in rat liver. *Biochem. Biophys. Acta*, 1969, 187, 501;
36. *Mezey E., Santorana B.B.*: Liver abnormalities in alcoholism: Alcohol consumption and nutrition. In: *Gastineau CF, Darby WJ, Turner TB* (eds). *Fermented Food Beverages in Nutrition*. Academic Press, New York, 1979, 303-315;
37. *Mezey E.*: Alcoholic Liver Disease. In: *Popper H., Fenton S.* (eds). *Progress in Liver Diseases*. vol. VII. Grune and Stratton, New York, 1982;
38. *Neubauer O.*: Über die Wirkung des Alkohols auf die Ausscheidung der Azetonkörper. *Münch. med. Wschr.* 1906, 53, 791;
39. *Papoz I.* et al.: Gamma-glutamyl-transferase as marker of alcoholic liver disease. *JAMA*, 1981, 245, 1748;
40. *Pequignot G.*: Die Rolle des Alkohols bei der Ätiologie von Lebercirrhosen in Frankreich. *Münch. med. Wschr.* 1962, 103, 1464;
41. *Pequignot G., Tuyns A.J.*: Compared toxicity of ethanol on various organs. In: *Stock C., Sarles H.* (eds). *Alcohol and the Gastrointestinal Tract*. Inserm, Paris, 1980, 17-32;
42. *Pimstone N.R., French S.W.*: Alcoholic Liver Disease. *Med. Clin. N. Am.* 1984, 68, 39;
43. *Popper H., Thung S.N., Gerber M.A.*: Pathology of alcoholic liver diseases. *Semin. Liver Dis.* 1981, 1, 203;
44. *Randall B.*: Fatty liver and sudden death. A review. *Human Pathol.* 1980, 2, 147;
45. *Ravi-Varma L.A.*: Alcoholism in Ayurveda. *Quart. J. Stud. Alcohol*, 1950, 11, 484;
46. *Rokitansky K.*: Manual of pathologic anatomy. vol.2, Sydenham Society, London, 1849 (cit. 30);
47. *Schapiro R.H.* et al.: Studies on the pathogenesis of the ethanol-induced fatty liver. *J. Clin. Invest.* 1964, 43, 1338;
48. *Scheig R.*: Lipid synthesis from ethanol in liver. *Gastroenterology*, 1971, 60, 751;

49. *Scheuer P.J.*: The morphology of alcoholic liver disease. *Br.med. Bull.* 1982, 38, 63.

50. *Verdy M, Gattereau A.*: Ethanol, lipase activity and serum lipid level. *Am.J. Clin. Nutr.* 1967, 20, 997;

51. *Warming-Larsen A.*: The influence of alcohol on ketone metabolism. *Acta Med. Scand.* 1949, 132, 458;

52. *Wilson D.E. et al.*: The enhancement of alimentary lipemia by ethanol in man. *Lab. Clin. Med.* 1970, 75, 264.

MORPHOPATHOLOGICAL MODIFICATIONS OF THE LIVER IN LETHAL ACUTE INTOXICATIONS WITH ETHANOL. I

L.Hecser, V.Hădăreanu, Sabina Elena Marcu

In 1980-1989 at the Institute of Forensic Medicine "Prof.dr. Mina Minovici" - Provincial Branch Laboratory of Tg.-Mureș, 200 medico-legal expertises were carried out on cadavers, because of acute ethanol intoxications, which represents a 3.08% incidence of the general casuistics of autopsies.

The authors have studied the morphopathological modifications of the liver in 170 autopsy cases. In 119 cases (70.0%) hepatocellular adipose dystrophic modifications of various types and grades of intensity were found. Hepatocytic macrovacuolar dystrophy was identified in 54 cases (31.2%). Mixed (hydroproteidic and adipose) dystrophies were revealed in 20 cases, and Mallory bodies in 3 cases. In the first part of the paper the casuistics of hepatocellular dystrophic lesions have been analysed. The incidence of dystrophies shows a positive progression with the age, both in males and females.

The data of medical investigation indicate that the great majority of individuals with hepatocellular adipose dystrophy were chronic alcohol addicts, consuming mainly hard drinks.

Sosit la redacție: 25.12.1994

PROBLEME DE STOMATOLOGIE

CĂPTUȘEALE REZILIENTĂ A PROTEZELOR TOTALE MANDIBULARE

Melinda Székely, Simona Anca

Disciplina de propedeutică stomatologică, Materiale dentare
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În edentația totală mandibulară câmpurile protetice sunt frecvent deficitare, având o slabă capacitate de suport, nu pot prelua presiunile ocluzale transmise uniform, neechilibrat de către șeile protetice rigide. Se produce o strivire a fibromucoasei câmpului protetic între două suprafețe dure: șeile protetice confecționate din acrilat rigid și suportul osteoperiostal redus, insuficient ca volum și nefavorabil ca formă (4). Protezele nu realizează integrarea biologică, manifestată clinic prin dureri, leziuni de decubit, masticatie foarte dificilă afectând și psihic pacienții. Utilizarea protezelor totale confecționate în mod curent prin metoda clasică cu șei rigide, în cazul câmpurilor protetice mandibulare deficitare constituie iatrogenie.

Rezolvarea protetică a acestor situații clinice sunt protezele totale cu șei reziliante. Șeile acestor proteze cuprind pe fața mucozală o căptușeală de consistență moale, elastică, care împovărată în ritmul masticației se comprimă, apoi revine la forma inițială corespunzător elasticității materialului. Căptușeala rezilientă se va deforma corespunzător fiecărui relief în parte, atenuând presiunile ocluzale pe care le transmite echilibrat către întreaga suprafață a câmpului protetic deficitar. Plotnick (9) susține că utilizarea căptușelii reziliante poate reduce forțele transmise de către proteză de la 20% la 60%. Protezele cu șei reziliante pot fi confecționate ca atare, sau realizate prin căptușirea cu materiale elastice a protezelor cu șei rigide pe cale directă sau indirectă.

Protezele totale cu căptușeală rezilientă sunt indicate în următoarele situații clinice:

1. câmpuri protetice cu: a) mucoasă subțire, sensibilă sau hiperemiată, mobilă ce nu suportă presiunile ocluzale; b) creste alveolare atrofiate sau intens resorbite unde astfel se obține închiderea marginală; c) creste alveolare sau tuberozități retentive bilateral, evitând astfel intervenția chirurgicală.

2. la pacienții care nu tolerează suprafețe rigide de sprijin;
3. defecte orale congenitale sau dobândite care necesită proteză cu obturator;

4. arcada artificială are ca antagonist dinți naturali;

5. bruxism;

6. xerestomie.

Acrilații plasticizați, cauciucurile vinilice și siliconice reprezintă cele trei grupe principale utilizați ca materiale de căptușire permanent moi (3). Materialele au compoziție chimică diferită, unele sunt termopolimerizabile, altele autopolimerizabile și aderă la șeile protetice prin compoziția chimică asemănătoare sau prin intermediul unui adeziv special. În Tg.-Mureș la Clinica de Protetică dentară s-a practicat rebazarea protezelor cu materiale doar temporar moi din grupa copolimerilor acrilici, produsul Hydro-Cast (7). În București ca materiale de căptușire permanent moi s-au utilizat produsele Soft-Oryl din grupa siliconilor (10) și Superacryl plasticizat cu Salol (4). Acrilatele elastice au o compoziție chimică asemănătoare celor de consistență rigidă, dar conțin un plastifiant.

Aceste materiale reziliente folosite pentru căptușirea protezelor dentare prezintă următoarele deficiențe:

1. rezistență redusă la abrazi;

2. rezistență redusă la rupere;

3. absorbția apei;

4. își pierde elasticitatea în timp;

5. între suprafața bazei și căptușeală apar soluții de continuitate în care se infiltrează saliva, resturi alimentare și se dezvoltă colonii de Candida albicans, având consecințe nefavorabile pentru igiena bucală;

6. desprindere de suprafața bazei protezei, aderența fiind temporară, de câteva luni;

7. rezistență redusă în timp datorită modificărilor fizico-chimice de îmbătrânire.

Utilizarea materialelor reziliente a fost restrânsă de îmbătrânirea lor în timp relativ scurt, între 4-24 luni, ce duce la pierderea în mare parte a elasticității și la un aspect dezagreabil.

Recent au apărut materiale elastice noi: cauciucul poliuretan, cauciucul poliofosfazin, rășina fluoropolimer, fluor elastomerul polifosfazin, polimeri sau copolimeri elastici, siliconi auto- și termopolimerizabili.

Noile materiale prezintă următoarele avantaje:

1. se adaptează perfect la câmpul protetic deficitar;

2. au o adeziune foarte bună la baza protezei;

3. nu își pierde elasticitatea în timp datorită presiunilor ocluzale sau substanțelor de dezinfecție și curățire;

4. rezistență bună la abrazi;

5. biocompatibilitate;
6. sunt hidrofile;
7. își păstrează culoarea în timp;
8. nu au gust sau miros.

Utilizând aceste materiale, protezele cu căptușeală rezilientă nu mai sunt rezolvări protetice cu caracter provizoriu, ci de lungă durată.

În literatura de specialitate mondială se prezintă multe succese obținute în utilizarea protezelor cu șei reziliente. Cea mai lungă perioadă de testare a fost de 6 ani, dar au apărut observațiile lui *Wright* (1994), prezentând cazuri clinice în care pacienții au purtat proteze totale mandibulare cu căptușeală de silicon termopolimerizabil Molloplast B până la 9 ani.

Unii autori susțin că în timpul masticației nu apar șocuri, dar alții au arătat existența lor. *Kawano* și colab. (1994) au studiat funcția de amortizare a șocurilor masticatorii a patru materiale reziliente de căptușeală a protezelor. Materialele testate au fost: Super Soft (SS) acrilat elastic, Kurepeet-Dough (KD) fluoropolimer, Molteno Soft (MS) poliuretan și Molloplast B (MB) silicon termopolimerizabil. Primele două materiale distribuie mai echilibrat presiunile ocluzale transmise către câmpul protetic, iar ultimele două prezintă amortizare de șoc mai semnificativă. Amortizarea șocului depinde de compoziția chimică a materialelor și valoarea ei scade cu timpul. Nu s-au observat diferențe semnificative, când grosimea materialelor de căptușeală era de 1,2 sau 2,4 mm. *Bascom* (1) relatează că pacienții au senzația "minge de cauciuc" în timpul masticației când materialele elastice ca siliconul sunt utilizate într-o grosime mai mare de 1,5 mm. Astfel, căptușeala rezilientă a protezei care atenuează excelent presiunile ocluzale, poate avea efect asupra forțelor de masticație. Cu timpul elasticitatea scade la toate materialele, făcând excepție Molloplast B, devenind mai elastic. Materialele reziliente care sunt polimeri devin mai rigide, cauza fiind probabil continuarea procesului de polimerizare. Absorbția apei este mai scăzută la materialele mai reziliente (MS, MB). MB prezintă cea mai scăzută absorbție de apă, pentru că nu conține plastifiant în compoziția sa.

Dootz și colab. (1992, 1993) au efectuat cercetări asupra a 11 materiale de căptușeală rezilientă a protezelor. S-au testat 3 tipuri de materiale: 1. polimeri sau copolimeri elastici (Durasoft, Coe Super, Pro Tech, Justi Soft, Verno-Soft, Velvsoft, Soft-Pak, Flexor); 2. siliconi (Prolastic, Molloplast B); 3. fluorelastomer polifosfazen (Novus). S-a măsurat rezistența la rupere și tracțiune, procentul de elongație și duritatea materialelor. Datele obținute asigură informații utile pentru medicii stomatologi în alegerea materialului cel mai corespunzător fiecărei situații clinice.

Firmele producătoare de materiale dentare livrează o mare varietate de materiale elastice și își diversifică în continuu gama produselor. De

exemplu firma VOCO din Germania produce pentru rebazarea protezelor cu căptușeală rezilientă 3 tipuri de materiale elastice: 1. Ufi Gel (temporar) în cazuri de urgență pentru o perioadă scurtă de timp. Este un material plastic, transparent, poli- și dimetacrilat, care se prezintă sub formă de pulbere și lichid; 2. Ufi Gel P (permanent); 3. Ufi Gel L sunt materiale cu caracter de lungă durată. Ufi Gel P este silicon autopolimerizabil, sistem pastă-pastă și Ufi Gel L este silicon termopolimerizabil monofazic.

Protezele totale mandibulare având căptușeală rezilientă menajează mucoasa sensibilă, dureroasă sau ulcerată în urma traumatismelor cauzate de purtarea protezelor cu șei rigide. Căptușeala elastică a protezei poate reduce resorbția osoasă a creștelor alveolare prin amortizarea și repartizarea judicioasă a presiunilor ocluzale, asigurând și umezirea suprafeței.

Protezele cu șei reziliente obțin integrarea biologică în scurt timp, fapt ce poate fi demonstrat obiectiv și subiectiv. Obiectiv, nu apar leziunile specifice stomatitei protetice, probele funcționale și testele de electromiografie, tensiometrie electrică rezistivă și tahometrie (4), indică eficiență masticatorie curând după inserarea protezei având șeile reziliente. Subiectiv, pacienții se acomodează cu aceste proteze în scurt timp, menținerea și stabilitatea lor fiind foarte bună, masticatia este eficientă, asigurând confort pacientului.

Bibliografie

1. *Bascom P.W.*: Resilient denture base materials. J. Prosthet. Dent. 1966, 16, 646-649;
2. *Bergman B., Carlsson G.E.*: Clinical long-term study of complete denture wearers. J. Prosthet. Dent. 1985, 53, 56-61;
3. *Bratu D.* et al.: Materiale dentare. Materiale utilizate în laboratorul de tehnică dentară. Vol. III. Editura Helicon, Timișoara, 1994, 430-437;
4. *Donciu V.* et al.: Proteza totală. Editura Didactică și Pedagogică, București, 1994, 165-168;
5. *Dootz E.R., Koran A., Craig R.G.*: Comparison of physical properties of 11 soft denture liners. J. Prosthet. Dent. 1992, 67, 707-712;
6. *Dootz E.R., Koran A., Craig R.G.*: Physical property comparison of 11 soft denture lining materials as a function of accelerated aging. J. Prosthet. Dent. 1993, 69, 114-119;
7. *Jeremia L., Mocanu-Bardac Venera, Cseh Z.*: Tehnici dentare speciale de protezare totală. Editura Medicală, București, 1981, 73-74;
8. *Kawano F.* et al.: Influence of soft lining materials on pressure distribution. J. Prosthet. Dent. 1991, 65, 567-575;
9. *Kawano F.* et al.: Shock-absorbing behaviour of four processed soft denture liners. J. Prosthet. Dent. 1994, 72, 599-605;

10. *Rindaşu I.*: Proteze dentare vol. II. Editura Medicală, Bucureşti. 1993, 344-345;

11. *Wright P.S.*: Composition and properties of soft lining materials for acrylic dentures. J. Dent. 1981, 9, 210-223;

12. *Wright P.S.*: The success and failure of denture soft-lining materials in clinical use. J. Dent. 1984, 12, 319-327;

13. *Wright P.S.*: Observations on long-term use of a soft-lining material for mandibular complete dentures. J. Prosthet. Dent. 1994, 72, 385-392.

SOFT-LINING OF MANDIBULAR COMPLETE DENTURES

Melinda Székely, Simona Anca

The most common reason reported for the need of a soft-lined mandibular denture is difficulty of chewing, chronic supporting tissue soreness, persistent pain or traumatic ulceration under a conventional denture with hard denture base. Soft denture liners eliminate or reduce the pain or discomfort of denture wearers. During function the soft denture liners distribute pressure under dentures more evenly, reduce the impact force transmitted to the supporting structures and act as damping materials.

The authors, based on the data obtained from the special literature, present the soft denture lining materials, their physical and biological properties. This information should be useful to clinicians when they select materials for their patients with prosthetic problems.

Sosit la redacţie: 25.05.1995

PROBLEME DE FARMACIE

BIOANORGANIKUS ELEMELK — Mg^{2+} ÉS Zn^{2+} — ÉS TETRACIKLIN KÖLCSÖNHATÁSÁNAK FIZIKAI-KÉMIAI VIZSGÁLATA

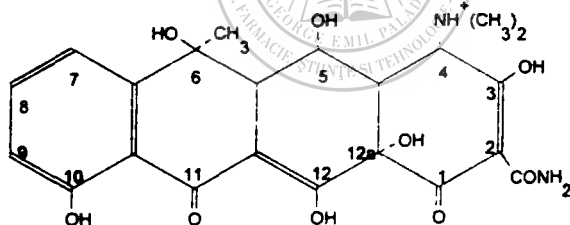
Dudutz Gyöngyi*, K. Ajtay Mária** Ferecz L.

Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem

* Gyógyszerpar és Biotechnológia Tanszék. ** Toxikológia Tanszék

A tetraciklinek különböző *Sterptomyces* fajok termelte naftacén-karboxamid lineárisan anellált négy gyűrűs szerkezetű antibiotikumok.

Komplexxképző hajlamuk következtében az egyes fémek ionjaival (Ca, Mg, Cu, Fe, Zn stb.) különböző arányban reagálnak a környezet pH-jától, valamint a gyűrűs rendszerhez kapcsolódó szubsztituensektől (pl. 7-klórtetraciklin, 5-oxitetraciklin, 6-demetiltetraciklin, 6-demetil-7-klórtetraciklin) függően (1,2,3).



A komplexképzés befolyásolja az antibiotikum felszívódását, ezért ellenjavallt a kalciumban gazdag tej és tejtermékek fogyasztása, illetve Ca^{2+} , Mg^{2+} és Al^{3+} ionokat tartalmazó antacid szerek egyidejű alkalmazása a tetraciklinnel kezelt betegeknek.

A tetraciklinek komplexképző hajlama szerepet játszik egyes fémionok katalizálta enzimatisus folyamatok hatásmechanizmusának módosításában, és a tetraciklinek és egyes biopolimérek között fémionok közvetítésével kialakuló kötések létrejöttében is (pl. tetraciklinek kötődése albuminokhoz, DNS-hez) (4, 11).

A tetraciklinek biodisponibilitása nagymértékben függ a proteinhez kötött és a szabad forma arányától, illetve a kalcium és magnézium ionokkal alkotott semleges komplexek plazma koncentrációjától (5, 6).

A vér kalcium és magnézium molkoncentrációja több nagyságrenddel nagyobb, mint a tetraciklin megszokott terápiás szintje. Így a mono-, di- illetve trinukleáris komplexek képződésének lehetősége is adott. Ezen vegyületek kialakulásában a $C_{10}C_{11}$, $C_{12}C_1$, C_2C_3 valamint a C_{12a} és N helyzetek vesznek részt. A gyűrűkhöz kapcsolódó elektronvonzó csoportok csökkentik a komplexképző helyzetek elektronsűrűségét (pl. a C_7 helyzetű klór) (6).

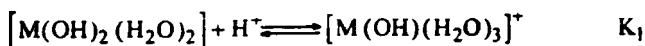
A fenti adatok ismeretében vizsgáltuk a tetraciklin kölcsönhatását magnézium és cink ionokkal potenciometriás módszer segítségével. A Mg^{2+} koncentráció a vizsgált próbákban megegyezett a vérérum magnéziumion koncentrációjával.

Anyag és módszer

A Mg^{2+} és Zn^{2+} tetraciklinklórhidráttal való kölcsönhatása eredményeként keletkező komplex vegyületek stabilitási állandójának meghatározása céljából mértük a $10^{-3}M$ koncentrációjú fémion (Mg^{2+} , Zn^{2+}) és $10^{-3}M$ NaOH együttes oldarának pH változását $10^{-3}M$ koncentrációjú sósav oldat hozzáadására. A méréseket tetraciklin jelenlétében megismételtük 1 tetraciklin: 10 fémion, illetve 1 tetraciklin: 5 fémion mól-arány mellett. A próbák állandó ionerősségét $10^{-2}M$ koncentrációjú KCl biztosította.

Eredmények és megbeszélés

A stabilitási állandókat a lépcsőzetes komplexképződés elve alapján (9) a titrálási görbék szolgáltatott adatok felhasználásával határoztuk meg. A szabad fémion koncentráció kiszámításánál - mivel a komplexképző fémion főleg jelenlétében végeztük a méréseket - figyelembe vettük a magnézium, illetve a cink akvakomplexeinek képződési állandóit a vizsgált pH tartományban (pH 3-6). Ezeket az értékeket a bázisok protonálódási állandójának meghatározására szolgáló módszer szerint az alábbi egyensúly alapján számoltuk:



Az eredményeket az 1. táblázat tartalmazza.

1. Táblázat.
A Mg^{2+} és Zn^{2+} akvakomplexeinek képződési állandói

Rendszer	$\lg K_1$	K_1	$\lg K_2$	K_2
$Mg^{2+} - H_2O$	4,20	$1,60 \cdot 10^4$	3,45	$2,82 \cdot 10^3$
$Zn^{2+} - H_2O$	4,00	$1,00 \cdot 10^4$	3,40	$2,52 \cdot 10^3$

A ligandum nélkül, illetve a ligandum jelenlétében végzett titrálások esetében az adott pH-n mért sósavfogyások különbsége (n_{HCl}) éppen a komplexben kötött fémionok molszámának felel meg. Ezt elosztva az oldatban jelenlevő, ligandumok molszámával (n_T) magkaptuk az $\bar{n}$ értékét (a komplexben az egy ligandum által kötött fémionok átlagos molszámát).

$$\bar{n} = \frac{n_{HCl}}{n_T} \quad (1)$$

A szabad fémion koncentrációt, $[M^{2+}]$, a (2) összefüggés segítségével számítottuk ki:

$$[M^{2+}] = \frac{([M^{2+}]_{\text{össz}} - n_{HCl}) \cdot 1000}{(K_1 K_2 [H^+]^2 + K_1 [H^+] + 1) \cdot (V + \Delta V)} \quad (2)$$

ahol $(V + \Delta V)$ az oldat össztérfogata.

Az $\bar{n}$ értékét a szabad fémion koncentráció negatív logaritmusának ($-\lg [M^{2+}]$) függvényében ábrázolva a képződési görbéket nyertük, amelyekről az $\bar{n}=1,5$, illetve $\bar{n}=2,5$ értékénél a stabilitási állandók logaritmusai a megfelelő pH tartományban közvetlenül leolvashatók.

A kapott értékeket a 2. táblázatban foglaltuk össze.

2. Táblázat
A $Mg^{2+} - T$ és $Zn^{2+} - T$ komplex stabilitási állandói

Rendszer	pH tartomány	Képződési arány	Stabilitási állandó
$Mg^{2+} - T$	3,25 - 7,00	3 : 1	$6,17 \cdot 10^3$
$Zn^{2+} - T$	3,50 - 6,80	2 : 1	$1,91 \cdot 10^3$

Következtetések

1. Vizsgálataink igazolták a Mg^{2+} illetve Zn^{2+} kölcsönhatását tetraciklinnel.

2. A Mg^{2+} -tetraciklin rendszer potenciometriás vizsgálatával 3,25-7,00 pH között egy 3:1 arányú komplexet mutattunk ki, amelynek stabilitási állandója $6,17 \cdot 10^3$.

3. A Zn^{2+} - tetraciklin rendszer ugyanazon potenciometriás vizsgálata során egy 2:1 arányú komplexet találtunk a 3,50-6,80 pH tartományban, amelynek stabilitási állandója $1,91 \cdot 10^3$.

4. A vizsgált körülmények között, hig vizes oldatban, pH=4 körül az észlelt többmagvú komplexek stabilitási állandóinak 10^3 nagyságrendje gyenge kölcsönhatásra és a tetraciklin - fémion - víz vegyes komplexek keletkezésének valószínűségére utal, amelyeknek nincs lényeges szerepük a tetraciklin biodisponibilitásának módosításában.

Irodalom

1. Szász Gy.: Gyógyszerési kémia, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1983, 695-664;

2. Smith R.M., Martell A.K.: Critical Stability Constants, Plenum Press. New-York, London, 1985, 370-371;

3. Cionga E.G., Avram L.C.: Medicamente chimioterapice, Dacia, Cluj, 1978, 248-273;

4. Kiss T., Sóvágó I., Gergely A.: Critical Survey of Stability Constants of Complexes of Glycine, Pure and Appl. Chem., 1991, 63, 597-638;

5. Jogun K.H., Stezowski J.J.: Chemical-Structural Properties of Tetracycline derivatives. 2. Coordination and Conformational Aspects of Oxytetracycline Metal Ion Complexation, J.Am. Chem. Soc., 1976, 98, 6018-6026;

6. Lambs L., Brion M., Berthon G.: Metal Ion- Tetracycline Interactions in Biological Fluids, Part. 4. Potential influence of Ca^{2+} and Mg^{2+} Ions on the Bioavailability of Chlortetracycline and Demethylchlortetracycline as Expected from Their Computer - Simulated Distributions in Blood Plasma, Inorg. Chim. Acta, 1985, 106, 151-158;

7. Goodman L., Gilman A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics, 6. ed., Mc. Millan Publishing Company, New York, 1985, 1170-1179.

8. Popescu E.A.: Corespondență cu cititorii, Produse farmaceutice, 1985, 57-66;

9. Beck M.T., Nagypál L.: Chemistry of Complex Equilibria, Ellis Horwood, Chichester, 1990.

10. *Inczédy J.*: Komplex egyensúlyok alkalmazása, Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 1970, 25-27, 81-92;

11. *Rácz I.*: Gyógyszerformulálás, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1984, 224-225.

PHYSICO-CHEMICAL STUDY OF TETRACYCLINE AND BIOELEMENTS (Mg^{2+} AND Zn^{2+}) INTERACTIONS

Gyöngyi Dudutz, Mária Kincses-Ajtay, L. Ferencz

The study of the optimization of therapeutical effects of pharmaceutical substances by their dosage form design (adequate bioavailability and reasonable administration according to their physico-chemical and pharmaceutical properties) plays a special role in the present stage of pharmaceutical research.

We have studied the pharmacon - bioanorganical substance interaction. We followed the interaction between Tetracycline and some bioelements (Zn and Mg). The result of this reaction is a complex formation in molar ratios 2:1 for Zn^{2+} - Tetracycline and 3:1 for Mg^{2+} - Tetracycline, respectively.

We studied complex-formation with potentiometrical methods. To characterize these interactions we calculated stability constants. The obtained values for K_2 and K_3 are $1.91 \cdot 10^3$ and $6.17 \cdot 10^3$, respectively.

According to the stability constants' order we suppose that the observed interactions do not influence the therapeutical effects of Tetracycline.

A szerkesztőségbe érkezett: 1994. április 11.-én.

MEDICI ILUȘTRI ÎN "BIOGRAPHISCHES LEXIKON" DE I.FISCHER

A. Cojocaru

Disciplina de istoria medicinei
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Lucrare de referință, "*Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre*" (3) înmănușează datele biobibliografice ale celor mai renumiți medici de la sfârșitul veacului trecut și începutul secolului nostru (1880-1930).

Lexiconul lui Fischer, totalizând 1741 pagini, rezultanta unor ample studii și consultări (printre care și ale profesorilor Valeriu Lucian Bologa și Gheorghe Zaharia Petrescu) reprezintă continuarea celebrului "*Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker*" apărut sub redacția lui A. Wernich (vol.I) și E.Gurlt (vol. II-VI) între anii 1884-1888 (6).

Sunt incluși aici reprezentanți de marcă ai *morfologiei, fiziologiei și medicinei universale*: Abderhalden, d'Arsonval, Aschoff, Banting, von Behring, Binet, Cushing, Du Bois-Reymond, Ehrlich, Einthoven, Freud, Fulton, Heymans, Kitasato, Koch, Landsteiner, Langerhans, Leriche, Latarjet, Meciniov, Meyerhof, Pavlov, Ramon y Cajal, Recklinghausen, Richet, Röntgen, Rouvière, Schweitzer, Sigerist, Starling, Vaquez, Wassermann, Wenckebach, Yersin, Zondek, pentru a cita doar câteva din cele mai celebre nume asupra cărora cititorul poate fi informat prin succintele "monografii" ale lexiconului.

Selecția vienezului Fischer este desigur opțiunea sa. Ludwig Fleck (1896-1961), microbiolog polonez și teoretician al științei, care a traversat cu demnitate ororile fascismului face remarcă că: "Das Denken des Einzelnen... ist bestimmt durch den Denkstil, der sich in einer bestimmten kulturhistorischen Situation im sozialen Interaktionsfeld eines Denkkollektion entwickelt" (citat de Josef Neumann) (4).

Este interesant ca atare pentru noi de văzut în ce măsură cărturarul vienez a considerat demne de a fi reținute contribuțiile medicilor din spațiul geografic românesc la spiritualitatea europeană (1, 2), dat fiind că lexiconul lui Fischer acoperă un vast palmares de personalități medicale.

Din domeniul *științelor biologice fundamentale* sunt menționați: dintre morfologi, anatomistul Victor Papilian (Cluj), remarcabil om de cultură, István Apáthy, profesor de zoologie și anatomie comparată (Cluj), poet și nuvelist și anatomopatologul Titu Vasiliu (Cluj), fără a fi omiși precursori ai învățământului anatomic modern ca Nicolae Kretzulescu, autorul primului manual didactic românesc, "Manual de anatomie descriptivă" (București, 1843) și Leo Davida (Cluj); dintre fiziologi, Ioan Athanasiu (București), Nándor Klug (Cluj), László Udránszky (Cluj) și Ioan I. Nițescu (București și Cluj); dintre microbiologi, virusologi și imunologi, Ion Cantacuzino (profesor de medicină experimentală la București, directorul Institutului ce-i poartă astăzi numele), Alexandru Slătineanu (Iași), Constantin Levaditi (savant format la școala lui Victor Babeș, microbiolog, virusolog, imunolog și sifiligraf stabilit la Paris, "wo er eine ausgedehnte wissenschaftliche Tätigkeit entfaltet" (3) și profesor la Cluj unde a predat pentru o scurtă perioadă de timp cunoștințele unei noi științe în epocă, pe care a fondat-o împreună cu alți cercetători-inframicrobiologia); dintre farmacologi, Nicolae Măldărescu (București), unul din creatorii Farmacopeei Române din 1893, Sándor Ajtai (Cluj), profesor de patologie generală și farmacologie și Zaharia Petrescu (profesor de terapie și materia medica la București); dintre parazitologi, Nicolae Gh. Leon (Iași); dintre patologi, József Lőte (profesor de patologie generală și experimentală la Cluj); dintre chimiști, Constantin I. Istrate (profesor de chimie organică la București) și Aurel Babeș, fratele lui Victor Babeș - căruia lexiconul lui Wernich și Gurlt (6) îi consacră o substanțială monografie - profesor la Școala superioară de medicină veterinară din București.

Clinica și patologia medicală este amplu reprezentată în lexiconul lui Fischer de personalități din domeniul medicinei interne, neurologiei, psihiatriei, endocrinologiei, dermatologiei, balneologiei, pediatriei.

Dintre interniști figurează Nicolae Kalinderu (București), Constantin Bacaloglu (București), Daniel Danielopolu (savantul care a fondat mai târziu Institutul de fiziologie normală și patologică din București ce-i poartă numele), Miklós Jancsó (Cluj), Dimitrie Ionescu (București), inițial profesor de farmacologie, Emanoil Riegler (profesor de terapeutică la Iași), Zsigmond Purjesz (Cluj), fondator de școală animat de o gândire clinică modernă, autorul unui valoros tratat de boli interne și Iuliu Hațieganu, celebrul profesor clujean, care făcând o veritabilă sinteză a cunoștințelor de patologie internă ale maestrului său Purjesz, a școlii medicale vieneze, a clinicii franceze și a tradițiilor clinice românești, a imprimat Școlii de clinică medicală din Cluj pe care a creat-o, inconfundabila sa personalitate.

Neurologia și psihiatria sunt ilustrate de savantul Gheorghe Marinescu (București), fondatorul Școlii românești de neurologie, Christea Ștefan Buicliu (neuropsihiatru și medicul șef al Spitalului Brâncovenesc din București), reputatul neuropsihiatru Károly Lechner (Cluj), Ioan Minea,

elevul lui Gheorghe Marinescu, Alexandru Obregia (București), mentorul Școlii psihiatrice românești (inițial profesor de histologie) și maestrul lui Constantin Urechia care a condus Catedra de psihiatrie a Facultății de medicină din Cluj, menționat de asemenea de Fischer în lucrarea sa.

Nu lipsesc din "Biographisches Lexikon" savantul Constantin Parhon (Iași și București), fondatorul endocrinologiei românești, dermatologul Mihail Petrini - Galatz (București), Gheorghe Zaharia Petrescu (București), dermatolog și iatroistoriograf de marcă, dermatologul Tamás (Thomas von Csépanfalva) Marschalkó (Cluj), balneologul Marius Sturza (Cluj).

Dintre profesorii de pediatrie Fischer îi include pe Gusztáv Geisersich (Cluj), Titu Gane (Cluj), Mihail Manicard (București) și Gheorghe Popoviciu cu formație științifică de fiziolog (Cluj).

Un palmares larg de personalități medicale din spațiul carpatodanubiano-pontic ne sunt oferite în "Biographisches Lexikon" de *clinica și patologia chirurgicală*.

Dintre chirurghi, I. Fischer îi menționează pe Constantin Severeanu Dumitrescu (București), promotorul radiologiei medicale în România și iatroistoriograf, George Assaky (București), reputat anatomist și chirurg, directorul Institutului de Chirurgie și ulterior al celui de ginecologie, Constantin Anghelescu (București), fost și ministru al Instrucțiunii publice în perioada interbelică, Atanase Demosthen (București), medic militar, general, chirurg, șef al Spitalului Militar și fondatorul periodicului "Revista sanitară militară", Thoma Ionescu (București), anatomist și eminent chirurg, creatorul Școlii românești de chirurgie modernă, Dimitrie Gerota (București), elevul lui Thoma Ionescu, profesor de anatomie topografică și chirurgie experimentală, Iacob Iacobovici (Cluj), unul din cei mai de seamă discipoli ai lui Thoma Ionescu, el însuși maestrul multor chirurghi eminenți din Transilvania și Banat. Un spațiu notabil este rezervat lui Victor Gomoiu (București), doctor docent, chirurg de excepție și fondatorul "Societății Române de Istoria Medicinii" (1929).

Dintre medicii consacrați ca obstetricieni și ginecologi Fischer îi include în lexiconul său pe Constantin Daniel, director al Institutului de Ginecologie de la Spitalul Colțea, Dénes Szabó (Cluj), Eugen von Konrad (Oradea) și Fritz Süssmann (Sibiu).

Dintre oftalmologi figurează Gheorghe Crăiniceanu (Iași), originar din Banat, promovat "Oberstabsarzt der rumänischen Armee" (3), igienist și bibliograf, Nicolae Manolescu (București), fondatorul oftalmologiei științifice moderne, Vilmos (Wilhelm) Schulek, Károly Hoor (Karl von Horocz) și József Imre, profesori de oftalmologie la Cluj înainte de toamna anului 1919 când au fost inaugurate cursurile în limba română la Universitatea din Cluj, August Fabritius (Brașov), Gheorghe Stănculeanu (București) și Dumitru Michail (București și Cluj), elev al lui Stănculeanu.

Lexiconul lui Fischer ilustrează de asemenea perioada istorică menționată cu personalități marcante din domeniul *igienei, medicinei legale și istoriei medicinei*.

Dintre igieniști sunt incluși: savantul Iuliu Moldovan (Cluj), fondatorul Institutului de igienă, Vasile Sion (Iași și București), József Fodor (Joseph von Fodor), reputat igienist, care a predat la Cluj medicina socială, Eduard Gusbeth, medic practician brașovean, autorul unor valoroase lucrări printre care "Zur Geschichte der Sanitätsverhältnisse in Kronstadt" (Brașov, 1884) și Charles Laugier, născut la Craiova, cu studii de igienă făcute la Paris care revine în orașul natal unde funcționează ca profesor și director al școlii sanitare din localitate.

Dintre legiști sunt menționați Mina Minovici (București), fondatorul Școlii românești de medicină legală, Gheorghe Bogdan (Iași), Sándor Ajtai (Cluj), cu formație de patolog general și farmacolog și Balázs Kenyeres (Cluj).

Din domeniul istoriei medicinei, informații amănunțite găsim despre profesorul lyonez Jules Guiart "acest mare prieten al țării noastre" (2) care între anii 1921-1930 a ținut prelegeri de istoria medicinei la Cluj și despre Valeriu L. Bologa (Cluj), discipolul lui Jules Guiart, care continuând opera generoasă a maestrului său, prin personalitatea sa inconfundabilă și impresionanta sa cultură își va pune definitiv amprenta asupra evoluției iatroistoriografiei românești. Valeriu Bologa are printre altele meritul de a fi revigorat peste veacuri tradiția umanistilor Renașterii, știut fiind că "umanismul renescentist și-a fixat drept obiectiv o cunoaștere atotcuprinzătoare și, în zelul său enciclopedic, nu o dată a depășit barierele ce despărțeau diferitele zone ale cunoașterii" (5).

Parcursul datelor biobibliografice ale medicilor români și de alte naționalități aparținând fecunde perioade investigate de Fischer (1880-1930) atestă că medicina românească a avut în perioada istorică consemnată de autor, incontestabil, o pregnantă *vocație europeană*, care s-a menținut cu toate vicisitudinile istoriei, constantă până astăzi.

Marea majoritate a medicilor menționați de iatroistoriograful vienez și-au făcut studiile în prestigioase universități europene cu măști iluștri ai căror colaboratori au fost, devenind la rândul lor în propria patrie șefi de școală.

Mulți dintre medicii ale căror biobibliografii le consemnează Fischer n-au fost numai mesageri ai științei din patria lor ci și autentici savanți de prestigiu european. Constantin Levaditi, de pildă, savantul căruia Fischer îi consacră în cartea sa un spațiu notabil, a contribuit prin remarcabilele sale descoperiri făcute la Institutul Pasteur din Paris, nu numai la formarea științifică a tinerilor medici români dar și la progresul științei franceze.

În medicina europeană s-a integrat astfel organic de-a lungul secolelor, păstrându-și identitatea culturală și lingvistică, contribuția deloc neglijabilă a medicilor români și de alte naționalități din spațiul geografic

românesc, în pofida tranzațiilor teritoriale caduce ale marilor imperii, așezate rând pe rând de curgerea implacabilă a Timpului, cu solitudine dar fără regrete, în "muzeul de antichități" al istoriei universale.

În fine, "Biographisches Lexikon" al lui *Fischer* reliefează cu o mare forță expresivă pentru cititorul avizat, utilitatea cooperării pentru progresul medicinei între savanți de naționalități diferite, necesitatea cunoașterii reciproce a culturilor, justetea neohipocratismului și noblețea umanismului ca orientare axiologică a omului de știință.

Bibliografie

1. *Bologa V.L.* et al.: Istoria medicinei universale, Editura Medicală, București, 1970;

2. *Bologa V.L.* et al.: Istoria medicinei românești, Editura Medicală, București, 1972;

3. *Fischer I.*: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre, Band I-II, Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 1962;

4. *Neumann J.*: Der historisch-soziale Ansatz medizinischer Wissenschaftstheorie von Ludwig Fleck (1896-1961), Sudhoffs Archiv, 1989, Band 73, Heft 1, S. 12-25;

5. *Spielmann J.*: Restituiri istorico-medicale, Editura Kriterion, București, 1980, 12;

6. *Wernich A., Gurlt E.*: Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker, Band I-VI, Urban & Schwarzenberg, Wien-Leipzig, 1884-1888.

FAMOUS DOCTORS IN "BIOGRAPHISCHES LEXIKON" BY I.FISCHER

A. Cojocaru

In "BI" published by I.Fischer in 1962, the author investigates the way in which the lexicon reflects the major contributions to the promotion of the European medicine of doctors belonging to the Romanian geographic area, between 1880-1930.

Personalities of the medical life are recorded in the lexicon. Their scientific and didactic contributions marked the progress of different medical fields and afferent academic teaching, such as: fundamental biologic sciences, internal medicine, neurology, psychiatry, balneology, endocrinology, dermatology, pediatrics, surgery, hygiene, forensic medicine and history of medicine.

The article underlines the European vocation of the Romanian medicine, the importance of collaboration among scientists of different nationalities and the necessity of a mutual knowledge of cultures. These ideas pervade both volumes of the Viennese historiographer's lexicon.

Sosit la redacție: 25.05.1994

MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE - RECENZII

ZILELE FRANCO-ROMÂNE DE PEDIATRIE. LILLE, 4-6 SEPTEMBRIE 1995

În zilele de 4-6 septembrie 1995 au avut loc la Facultatea de Medicină a Universității Catolice din Lille (Franța) *Zilele Franco-Române de Pediatrie*, în organizarea menționatei facultăți și a Universității de Medicină și Farmacie din Tg.-Mureș. Reuniunea s-a situat pe linia colaborării dintre facultățile de medicină de expresie franceză (la două din cele patru reuniuni franco-române organizate la Tg.-Mureș au participat și colegi din Lille).

Programul dens al reuniunii a fost susținut în special de personalul școlii de pediatrie a profesorului Jacques Cousin de la Spitalul Saint Antoine. Profesorul Cousin și-a prezentat experiența în legătură cu sindromul de fragilitate a cromozomului X (Xqfra), cea mai frecventă cauză de retardare mintală ereditară. Boala se caracterizează cariotipic prin fragilitatea extremității distale a brațului lung al cromozomului X în urma unei mutații constând din expansiunea progresivă a trei nucleotide CGG; modificarea poate fi pusă în evidență printr-o metodă PCR rapidă. Malformația se întâlnește o dată la 1500 băieți și la 2500 fete, confirmând existența retardării mintale la sexul masculin, observată încă din secolul trecut. Se caracterizează clinic prin dismorfie facială (frunte înaltă, bărbie proeminentă, macrostomie cu macroglosie, urechi clăpăuge), encefalopatie manifestată prin întârzierea vorbirii, tulburări de comportament și macrorhidie. În lipsa unei terapii eficiente de inginerie genetică, se aplică, în funcție de importanța tulburărilor psihice, un tratament sedativ. Se impune însă executarea prenatală a PCR în familiile în care a mai fost întâlnită boala.

Profesorul G. Vittu a prezentat câteva aspecte particulare și subtile ale examenului clinic al noului născut; examenul neurologic a fost prezentat sub formă de film.

Alte subiecte de actualitate au fost boala cu membrane hialine (E. Kohen), cașexia diencefalică (F. Dusol), sindromul Solomon și sindromul Bourneville (S. Sukno), principii de alimentare parenterală la prematur (A. Bourlet), prevenția infecțiilor nosocomiale în spitalul de pediatrie (E. Oosterlinck). Au fost interesante și comunicările scurte cu privire la un neuroblastom manifestat prin sindrom Claude-Horner (A. Vic), metodă

rapidă de identificare și antibiogramă a germenilor izolați prin hemocultură (S. Goffart), corpi străini intrabronșici (M. Scalbert), boală Willebrand cu expresie neonatală (J.L. Demory), ruptură hiperprematură de membrane (E. Kauffmann).

Participanții români (3 medici și 7 studenți) au prezentat lucrările: Modificări microscopice în organele limfoide ale copiilor infectați cu HIV (G. Simu); Studiul proteinei S a coagulării în infecțiile neonatale (Ana Popescu); Semnificația modificării proteinelor din lichidul cefalorahidian în meningitele acute (Domnica Butiurcă); Intoxicații acute cu agenți corosivi la copii (Monica Marton); Valvele uretrei posterioare, cauză a insuficienței renale cronice (A. Popescu).

Reuniunea a inclus și o întâlnire a unității de diagnostic antenatal a Spitalului Saint Philibert (secția de ginecologie - obstetrică a profesorului Houze de l'Aulnoit) care se ocupă cu depistarea ecografică antenatală a malformațiilor. S-au prezentat cazuri de lipom intrarahidian, sindrom Meckel (encefalită occipitală, rinichi polichistici, polidactilie), situs inversus izolat al stomacului, rinichi hiperecogeni. Profesorul B. Cadore a prezentat o expunere despre experiența facultății libere de medicină din Lille asupra învățământului eticii într-o facultate de medicină, care a impresionat printr-o înaltă erudiție și toleranță.

La propunerea colegilor francezi, reuniunea s-a încheiat printr-o conferință asupra istoriei și culturii dacilor (G. Simu).

De asemenea, participanții au vizitat lactariumul de pe lângă Spitalul Calmette, unde se colectează și se conservă surplusul de lapte matern pentru necesitățile unităților de pediatrie și puericultură.

G.Simu

Prof. dr. Gh. Dănilă:
MEDICAMENTE MODERNE DE SINTEZĂ (vol. I)

Editura ALL - București, 1994
ISBN 973-9156-43-6

Cartea profesorului Gh. Dănilă (Facultatea de Farmacie Iași) reprezintă o lucrare mult așteptată de către specialiștii din domeniul medicamentului. Lucrarea se adresează îndeosebi acelor care au preocupări în domeniul de sinteză a medicamentului.

Sunt cuprinse un număr de peste o sută de substanțe medicamentoase - în majoritate introduse în ultimul timp în terapeutică.

Substanțele medicamentoase incluse în lucrarea valoroasă a prof. dr. Gh. Dănilă aparțin unor grupe terapeutice importante ca: **chimioterapice** (sulfonamide, antibiotice, antituberculoase, **antimalarice**, **antitrichomonazice**, antivirolice, antimicotice, antihelmintice, **citostatice**), numeroase grupe de medicamente simptomatice (medicația: sistemului nervos central, sistemului cardiovascular, aparatului respirator, digestiv, analgezice, antiinflamatoare nesteroidiene, hipolipemiante, antihistaminice H_1 , H_2 etc.). Autorul la fiecare substanță prezintă datele cele mai importante privind nomenclatura (IUPAC), structura, proprietățile fizice, acțiunea - acordând o prioritate descrierii sintezei, pe baza unei bibliografii alese cu mult discernământ.

Această culegere constituie un ghid practic foarte util specialiștilor din domeniul de cercetare, producție și învățământ universitar farmaceutic.

Remarcăm, de asemenea forma foarte îngrijită, estetică a cărții, cu formule chimice corect redată. La sfârșitul lucrării, pentru orientarea mai bună a specialiștilor, autorul pune la dispoziție și un index alfabetic al intermediarilor chimici, care apar în cadrul schemelor de sinteză.

Ă. Gyéresi

