

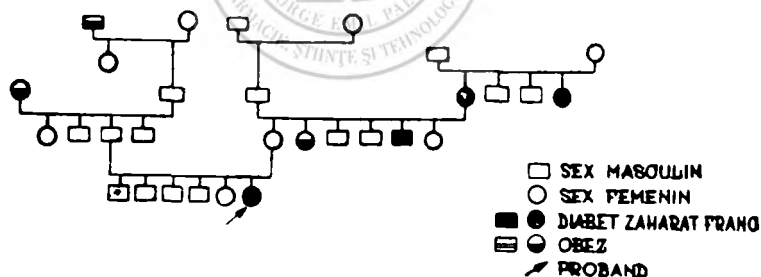
REMISIUNI ÎN DIABETUL ZAHARAT LA COPIL CU DEBUT DE HEPATITĂ INFECȚIOASĂ

dr. Gh. Puskás, dr. Bianca Indig, dr. Olga B. Metz, dr. Ecaterina Ajtai-Puskás

Remisiunea în diabetul zaharat (d. z.) la copil este rară și se întâlnește numai în perioada de debut al bolii. Prolungirea remisiunii cel puțin pînă după pubertate ar însemna un progres esențial în evoluția d. z. la copil.

Trebuie diferențiată „remisiunea completă” de „remisiunea parțială precoce”. În accepțiunea precisă „remisiunea completă” include retrocedarea completă a simptomatologiei clinice a bolii și normalizarea toleranței la glucoză, deci reducerea d. z. clinic la prediabet sau cel puțin la „diabet latent”. Remisiunea parțială precoce „corespunde stării binecunoscute de ameliorare clinică temporară a d. z. la copil de la debutul bolii, consecutivă terapiei specifice, cînd necesarul de insulină scade semnificativ, dar toleranța la glucoză nu revine la normal. În majoritatea cazurilor remisiunea este de 2—4 luni, foarte rar de 2 ani. Prezentăm unele aspecte ale remisiunii și ale factorilor de risc în legătură cu 2 cazuri cu remisiune de 817 respectiv 134 zile, purtînd interes și pentru agregarea factorilor de risc diabetic și debutul bolii sub 12 ani.

Observația 1. Sz. A. fetiță, în vîrstă de 12 ani (f. o. 1862-1970). Antecedente familiale: se remarcă agregarea d. z. pe linia maternă (fig. nr. 1).



ARBORELE GENEALOGIC AL COPILULUI SzA

Fig. nr. 1

Antecedente personale: alimentație anarhică cu abuz de HC, varicelă, tuse convulsivă, parotidită epidemică în mica copilărie. Hepatita epidemică cu evoluție trenantă este boala declanșatoare a diabetului. În a 40-a zi de internare apar poliurie, polidispie, hiperglicemie (pînă la 350 mgⁿo) și acetonurie. Se începe tratamentul insulinic. Avînd în vedere evoluția ne-

favorabilă a hepatitei și eventuala coafectare a pancreasului se administrează Prednison 1 mg/kg corp/zi timp de 3 săptămâni și se obține o ameliorare netă atât a hepatitei cât și a diabetului. Necesarul de insulină scade treptat și se instalează o remisiune totală de 817 zile perioadă în care testele de toleranță la glucoză, lipemie, concentrația serică a AGL sînt normale (fig. nr. 2). Recăderea este declanșată de sedentarism, abuz de

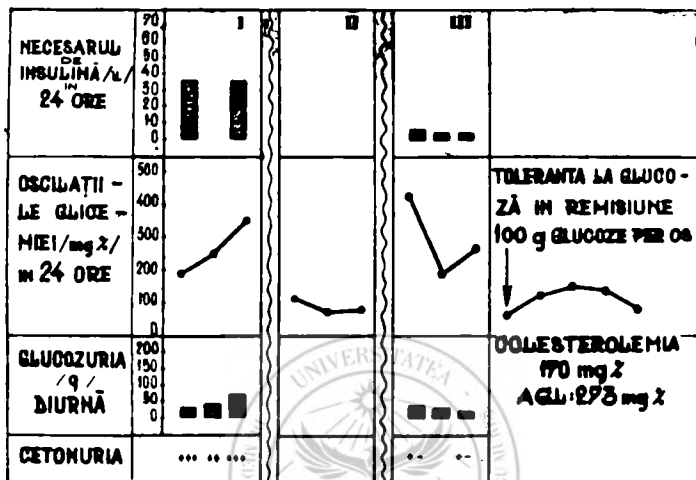


Fig. nr. 2

HC și un puternic stress psihic în legătură cu pregătirea pentru examenul de admitere. După o terapie cu doze mici de insulină și dietă se re-instalează o remisiune parțială, de 90 de zile, după care diabetul reapare cu simptomatologie plină și cu necesar de insulină crescînd progresiv.

Observația 2. T. P. băiat de 3 1/2 ani (f. o. 2721 1970). Antecedente familiale: tatăl copilului bolnav de d. z. de la vîrsta de 17 ani, antecedentele familiale ale tatălui sînt necunoscute. O mătușă a mamei are d. z. (fig. nr. 3). Antecedente personale: rușeolă la 1 1/2 ani, varicelă la 2 ani,

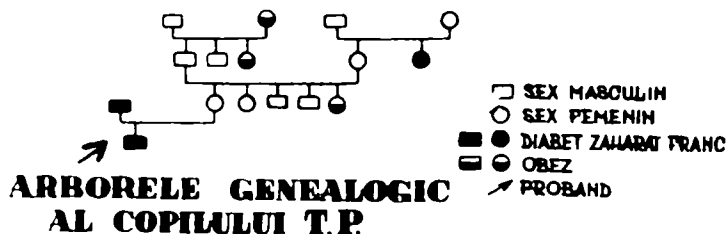


Fig. nr. 3

ar explica capacitatea de remisiune după agresiunile grave suferite de bolnavii studiați.

III. Hepatita infecțioasă. A trebuit să aibă rol decisiv în antepoziția manifestării bolii. Afecțiunile hepatice cresc frecvența apariției diabetului și prin leziunea parenchimului hepatic. *Gauer* din 30 bolnavi de diabet steroid a observat evoluția d. z. la 15 bolnavi cu hepatită infecțioasă. Din cazuistica lui *Schubert* reiese că în caz de corticoterapie bolnavii cei mai susceptibili de d. z. sînt cei cu hepatopatii. Rolul corticoterapiei ca factor de risc diabetic în transformarea prediabetului într-o formă stadială mai avansată, în prezent este binecunoscut. Tratamentul cu Prednison, în primul caz observat de noi, îl considerăm salutar, deoarece în cursul acestui tratament s-a ameliorat atît hepatita cît și dismetabolia diabetică. Presupunem că acest tratament a contribuit și la menținerea activității celulelor beta-insulare.

IV. Tratamentul în remisiune și perspectivele profilaxiei recăderii. Diabetul la copil nu poate fi vindecat, evoluția diabetului total este o regulă. În caz de remisiune scopul tratamentului este amînarea manifestării diabetului pe o durată de timp cît mai lungă. Evitarea factorilor de risc împreună cu respectarea unui regim alimentar normal controlat și activitatea fizică sistematică sînt măsurile de tratament curativ și profilactic. Acesta este însă aproape imposibil de realizat la copil. Un obiect de discuție constituie administrarea medicamentelor care cresc sensibilitatea periferică la insulină ca biguanidele, unii autori au încercat tratamentul profilactic și cu sulfonilurea. *Loubatiere* a arătat prin cercetări electromicroscopice că în prezența unui procent de 10—30% din insulele Langerhans, sulfamidoterapia are un efect de hiperplazie a celulelor beta și „polinezie insulară“. În cazurile noastre, terapia a fost de maximă cruțare. Noi nu am administrat medicamente hipoglicemizante luînd în considerare atingerea hepatică.

Recăderea nu a putut fi oprită în nici un caz de diabet juvenil după cum reiese din literatura de specialitate. Într-o serie de cazuri nu s-a putut decela vreun factor de risc care să fi determinat recăderea, cel mai important factor de risc pare a fi hepatita infecțioasă.

Sosit la redacție: 17 mai 1977.

Disciplina de farmacologie (cond.: prof. dr. Gh. Feszt, doctor în medicină)
și Disciplina de farmacognozie (cond.: prof. dr. G. Răcz, doctor farmacist)
ale I.M.F. din Tîrgu-Mureș

ACȚIUNEA EXTRACTULUI DE CORYLUS ASUPRA EDEMULUI INFLAMATOR

dr. Gh. Feszt, Margareta Fórika, dr. C. Csedő

Alunul (*Corylus avellana*) face parte dintre plantele medicinale încă puțin studiate. În unele tratate (*Berger* 1950, *Augustin* și colab. 1948, *Perrot* și *Paris* 1974, *Rápóti* și *Romváry* 1974) se menționează că drogul *Folium Coryli* poate fi utilizat ca medicament topic în ulcerele varicoase,