

**SUKSESE NE LUFTEN KUNDER TUBERKULOZIT NE REPUBLIKEN  
POPULLORE SOCIALISTE TE SHQIPERISE PAS PLENUMIT TE XI  
te KQ te PPSH**

— Prof. SHEFFQET NDROQI —

(Klinika e Tuberkulozit dhe Instituti per Luften e TBC)

Në Plenumin e XI te KQ te PPSH (janar 1971) u shtruan një seri problemesh të rëndësishme mbi gjendjen dhe masat që duhenin marrë për të ngritur në një nivel më të lartë shërbimin shëndetësor, sidomos higjienën dhe profilaksinë. Aty u vunë në dukje sukseset që janë arritur kundra tuberkulozit në vendim tonë në sajë të përmirësimit të kushteve ekonomiko-shoqërore dhe të masave të gjithashme të marrura nga Partia dhe Qeveria.

Në raportin e mbajtur më këtë Plenum theksohet: «Sot janë të gjitha mundësitë për një ulje më të theksuar të tuberkulozit nëpërmyjet diagnostikimit në kohë të sëmundjes, të izolimit të formave të hapura dhe të zgjerimit të vaksinimit» (2).

Plenumi i XI i KQ te PPSH, duke parë mundësitë dhe duke vënë në dukje arrijet, kërkoi ti japse një shhytje të ne edhe luftës kundra tuberkulozit në vendin tonë.

Ajëhere organizimi i mirë i luftës kundra ikësaj sëmundje me një rrjetë të gjierë institucionesh antituberkulare dhe me kuadro të spesializara të mjafueshme (3) u bë një imbëshkje e forte për arritje të mëtejshme. Nga ana tjeter, pajisjet e dispanserive dhe e poliklinikave tonë me aparate radiologjike moderne, vëganërisht me ata fluorografikë kanë ndihmuar për diagnostikimin e hershëm të tuberkulozit.

Në këto kushte u bë e mundur të rritet numri dhe sidomos cilësia e gjurmimeve radiologjike. Gjithashtu numri i shtretërve për TBC ka qënë i mjafueshëm për të shtruar të gjithë të sëmurët me forma aktive të tuberkulozit të zbuluar dhe për të izoluar e kuruar të sëmurët me forma bacilare e kronike. Dubet të vemi në dukje se gjatë pesëvjeçarit 1971-1976, me pakësimin e theksuar të të sëmurëve me tuberkuloz, numri i shtretërve është ulur rrëth 60% ose 0,36 për 1000 banorë.

Duke përmirësuar diagnostikimin e hershëm dhe duke shtruar e kuruar të gjithë të sëmurët me forma aktive të hapura u arrit të kufizohet sa më shumë përshtapja e infekzionit tuberkular.

Në profilaksinë e tuberkulozit dhe që u përmënd në plenum, një masë me rendesi lka qënë vaksinimi me BCG. Ky vaksinim gjatë

pesevjeçarit që po bëjmë fjalë është ndjekur mirë dhe është aplikuar në kontigjentet e fëmijëve të caktuar qysm nga Lindja dhe deri 18 vjeç, duke ndihmuar kështu në mbyrojtjen e tyre kundra TBC. Për luftën kundra TBC kanë ndihmuar edhe një seri masash të tjera si ikonitoprofilaksia, edukata higjieno-sanitare etj. Por nje faktor me shumë rëndësi ka qenë permirësimi i vazhdueshëm i mirëqenies të të gjithë popullit.

Në një punim me rastin e 30 vjetorit të Çlirimtë të Atdheut është treguar rënia e konsiderueshme e tuberkulozit qysm nga Çlirimi e deri në vitin 1972, në sajë të përmirësimit të ikushteve ekonomiko-shoqërorë dhe të masave të gjithanshme të marrura nga Partia e Keverisë (5). Në këtë rast, në bazë të disa treguesve epidemiologjikë, janë theksuar rritmet e shpejtja të rënies së tuberkulozit në Republikën popullore socialiste të Shqipërisë në krahasim me ato të vendeve kapitaliste e revisioniste.

Tani le të shohim në mënyrë të përmblehdhur treguesit kryesorë epidemiologjikë të tuberkulozit në vendin tonë dhe dinamikën e tyre pas plenumit të XI.

### INFEKSIONITATI

Përcaktimi i përhapjes së infeksionit tuberkular është një tregues i rëndësishëm për studime epidemiologjike të TBC, por për ansye të aplikimit në masë të BCG, ky indeks ka humbur mjaft rëndësinë e tij. Prandaj në këto kushbu është vështrur të dallojmë allengjimë spontanë apo pas vaksinave. Megjithëkëtë, disa të dhëna të pësshme më provën e tuberkulitisë në fëmijët tregojnë se infeksioniziteti, në krahasim me të kaluarën, është ulur miraft (5).

### SEMUNDSHMERRIA OSE INCIDENCA (Shih grafikun nr. 1)

Nga të dhënat e dispanserive tona, që regjistrojnë të gjithë të sëmuriët me TBC në diagnostikuar, rezulton se nga viti 1971 deri në fund të vitit 1976, treguesit e incidencës paradesin një ulje të mirë konkretisht 41%, ndërsa në pese vjetet e mëparshëm, dmth nga vit 1967 deri në vitin 1971, treguesit i incidencës ka zbritur 29,5%. Zbritja është gjatë si për qytetarët ashtu edhe për fshatarët. Si pas të dhënavë statistikore për disa vende vërehet se ritimi mesatari zbritjes isë incidencës nga 1967 në 1971 për 30 vende të Evropës është 20% e lhe për 37 vende të Amerikës 8% (4). Kjo tregon se ritmet tonë të zbritjes së TBC janë shumë më të mira dhë gjithanë në shtrum.

Analiza e të dhënavëve për incidencën për qdo mërin gjatë viteve 1971-1976 tregon një prirje zbutitjeje të rrugëllës për qdo viti më të gjitha rrëthet, por në vitin 1976 vjenëhet se incidencia më e lartë është në rrëtjet e veriut (Pukë, Tropoje, Dibër, Kukës e Shkodër). Këtë shihet se kemi diferenca ndërmjet rrëtjeve me tregues më të lartë dhë atyre me tregues më të ulët, që duhet të tjerëqin më tepër vë mëndjen tonë.

Sipas moshës vërejmë se incidence tek fëmijët vazhdon të jetë gjithnjë më e ullet se ndër të rriturat dhe të ketë një rënje me rritje më të shpejta. Konkretisht tek fëmijët nga viti 1971-1976, incidence zloret 50% (më pak), kurse treguesi i incidence-s për gjithë moshat zloret 41,7%.

Nga ana epidemiologjike vlen të analizohet incidence sipas formave, pesha specifike të tyre si dhe gjatësia e formave gjatë kohës.

Pesha specifike e tuberkulozit pulmonar, në krahasim me atë të TBC ekstrapulmonar në vitin 1976, është përkatesisht 69% dhe 31%. Nga viti 1971 në vitin 1976, treguesi i TBC pulmonar zloret 45%; kurse ai i TBC ekstrapulmonar zloret 30%; ndërsa këta treguesi nga viti 1967 në vitin 1971 zloretin 32% për TBC pulmonar dhe 20% për TBC ekstrapulmonar, dritë se në pesëvjeçarëm e fundit kemi një zbritje më të theksuar. Megjithëkëtë, këu na tashq që vëmendjen faktit se në TBC pulmonar kemi gjithnjë një zbritje më të madhe (45%).

Duke studjuar format e ndryshme të TBC ekstrapulmonar vërejmë se lumenjtet periferike ngjyrës së peshës më të madhe – 55% ne krahasim me format e tjera të TBC ekstrapulmonar dhe 17% ne krahasim me të gjitha format e TBC. Duhet pasur paansysht se në rastet e diagnostikuara si TBC e gjendur rreth lumenjtës ka të ngjarë të kemi dhe raste hipertrofje, si psh raste me adenit banall dhe reaktiv, adenit viral, mikrobiem ose me etiologji tjetër, që janë regjistruar si adenit tuberkular aktiv.

Nga formaat më të rëndësishme epidemiologjike vlen të përmendet tuberkulozi fibrokavernoza kronik, i cili në vitin 1976 përbente 1,8% të të gjith të sëmurëve me forma të TBC pulmonar, kurse në vitin 1971 ishte 2,4%. Rastet me meningjit tuberkular sot janë bërë shumë të rralla. Në vitin 1976 shumica e rretheve nuk kanë pasur asnjë rast. Gjithashtu edhe pleuritet eksudative janë pakësuar shumë. Nga viti 1971 në vitin 1976 ato janë 49% më pak. Tuberkulozi primar, duke përfshirë kompleksin primar dhe adenopatianë trakeobronkiale nga viti 1971 në vitin 1976 është ulur 49%. Këtu duhet përmendur se gati gjysma e të sëmurëve me tuberkuloz primar janë mbi 14 vjeç, dritë se tuberkulozi primar ka prirje të zhvendoset në moshat më të rritura, si rrjedhur i pakësimit të burimeve të infeksionit.

## PREVALENCA OSE ENDEMICITETI

Sipas të dhëna të dispanserive tonë, prevalence ose kontigjenti i të sëmurëve me TBC aktiv në fund të çdo viti nga viti 1971 në 1976, ashtu si incidence, ka shkuar gjithnjë duke u ulur, por me një ritëm ende më të shpejtë, konkretisht nga viti 1971 në vitin 1976 treguesi ka zbritur 55%, ndërsa nga viti 1967 në 1971 zbritja ka qënë 31%, dritë se ulja në këtë pesëvjeçar ka qënë më e theksuar se në pesëvjeçar e mëparshem. Në këtë rast vërehet gjithashtu se në këtë pesëvjeçar prevallencia zloret më tepër sesa incidence (incidencë 40%) dhe prevalencia 55%). Kjo mund të shpjegohet me faktin se është

bëre një punë e mënyrë edhe nga ana kurative, duke dhënë preferencë kurës stacionare; shumë të sëmurdë kronikë janë shtruar e kuruar me medikamentet më të reja, duke janë përmirësuar. Nga ana tjetër, rastet e reja janë palkësuar dhe shënuar më shpejt.

Sipas formave, vlen të përmendet, në radhë të parë, tuberkulozi i kavernoz e fibroksaveroz kronik si burime kryesore në përhapjen e infeksionit specifik. Nga vitin 1971 në 1976 treguesi i kësaj forme zbrit 60%. Kjo zbulonjë është një treguese mjaff e favorshme nga ana epidemiologjike.

Në vitin 1976 pesha specifike e tuberkulozit pulmonar dhe ekstrapulmonar, në krahasim me shumën, është përkatesisht 73% dhe 27%.

Ashtriu si për incidentancën edhe për prevalencen, në tuberkulozin ekuivalentë verdin e përë e ze limfadeniti periferik (16.6%) në krahasim me të gjitha format.

Sipas rretheve, në vitin 1976 vërehet se ata me tregues më të lartë nga mesatarja e Republikës janë: Tropoja e Puka.

Për të njohur më mirë morbozietin (sëmundshmërinë) janë bërë zbulime fluorografike në masë në formë sondazhi. Nga disa depistime të pjeshtme që kemi bërë del se përqindja është mjaft e ulës, psh. në rremtin e Krujës në vitin 1976 midis 14.243 vëtëve kemi gjetur 0.077% me formë të reja aktive, por asnjë rast me kavemë dhe me BK pozitiv (6).

## VDEKSHMËRIA

Treguesit e vdekshmërisë nuk e kanë më rëndësinë e dikurshme për të vlerësuar gjendjen e tuberkulozit, për arsyen se me mundësitetë mjejkuese që kemi sot, kjo sëmundje praktikisht është bërë e shërueshme. Megjithëkëtë ka raste e kryesish tuberkulazi të vjetër të mbetur kronik, sidomos midis atyre që nuk kanë ndjekur mjejkimet në rregull, që nganjellin përfundojnë në vdekje, qoftë nga hemoptizia, qoftë nga insuficiencia kardiorespiratore. Në këto kushte mund të merrë parasysh dhe vdekshmëria me ecurinë e saj.

Kështu nga viti 1972 në vitin 1976, në këto pesë vjet, treguesi i vdekshmërisë nga tuberkulazi zbrit 22%.

## INVALIDITETI NGA TBC (suh grafiqun nr. 2).

Një tregues i vlefshëm për të parë gjendjen e tuberkulozit dinamikën e tij është edhe ai i invaliditetit nga kjo sëmundje, aq më tepër që te ne përfitojnë nga sigurimet shoqërore të gjithë punonjësit.

Nga të dhënat e Drejtorisë së sigurimeve shoqërore, që kemi konstatuar dhe studjuar, del se edhe invaliditeti nga tuberkulazi, sikurse edhe sëmundshmëria, ka zbritur më mënyrë të konsiderueshme në

pesëvjeçarin pas plenumit të XI të KQ të PPSH, konkretisht, nga viti 1972 në 1976 treguesi i invaliditetit zbulon 41,5% për të gjitha format. Për tuberkulozin pulmonar 46,6% dhe për tuberkulozin ekstrapulmonar 17%.

Sig shihet, në pesëvjeçarin që po studjojmë, treguesit e invaliditetit zbulonin në mënyrë të ngjashme me ata të sëmundhërisë, dhe me ritme më të shpejtë se në pesëvjeçarin e miëpanshëm (1967-1971), por janë për tu shënuar lëvizjet më të pakta të treguesve të tuberkulozit ekstrapulmonar, që mund të shpjegohet kryesisht nga karakteri krontik i kësaj forme, sidomos tuberkulozioni osteoartikular dhe nga shërimi difektiv jogjimone i plotë, që, në disa raste, shoqërohet me turbullime funksionale.

\* \* \*

— Pas plenumit të XI të KQ të PPSH të gjithë treguesit epidemiologjikë të tuberkulozit kanë pësuar një zbritje mjaft të kënaqshme. — Këto arritje shpjegohen me përmirësimin e kushteve ekonomiko-shoqërorë, me kujdesin për mirërritjen e fëmijve, me ngritjen e edukatës higjieno-sanitare, me pakeksimin e burimeve të infeksionit në qarkullim, me masat profilaktike si vaksinimi me BCG, kemioprofilaksia, depistimi etj., si dhe me shtrimin e myelimit racional të sëmurëve me tuberkuloz.

— Lëvizjet e favorshme të treguesve epidemiologjikë déshnojnë për rezultate të mira që janë arritur në luftën kundër tuberkulozit në vendin tonë qysh pas Qumimit dhe që mori një hov të vegantë pas plenumit të XI të KQ të PPSH. Ato flasin përviljan e drejtë të Partisë, për kujdesin atëror të saj në rruajtjen e shëndetit të popullit dhe në përmirësimin e mirëqenies së tij. «Kujdesi për përmirësimin e vazhdueshëm të kushtave të jetesës, të niveliut kulturor të mbarrë popullit ka qenë dhe imbetet në qendër të vëmendjes të të gjithë veprimtarisë së Partisë» — tha shoku Enver Hoxha në Kongresin e VII të PPSH (1). Kjo është një garanci për suksesin e mëtejshme në luftën kundër tuberkulozit në vendin tonë, të kësaj plague të trashëguar nga e kaluar.

Dorëzuar në redaksi më 20 dhjetor 1977.

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Enver Hoxha: Raport në Kongresin e VII të PPSH, Tiranë 1976, 72.
- 2) Adil Çarçani: Raport i Byrosë politike të KQ të PPSH mbajtur në mbledhjen e plenumit të XI të KQ të PPSH. Shendetësia Popullore 1971, 1, 14.
- 3) Ilhambi Ziqjisti: Plenumi i XI i KQ të PPSH — program i madh pune për punonjësit e shëndetësive. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1971, 1, 3.
- 4) Bulla A.: Thuberculoze: combien de malade? Chronique. OMS 1977, Vol. 31, 303.
- 5) Nakoqi Sh.: Tuberkulozi në Shqipëri pas 30 vjet Pushtet populor. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1974, 1, 40.
- 6) Nakoqi Sh., Gogoli H., Thaqi Sh.: Rezultat e depistimit fluorografik në një zone fshtare. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1977, 2, 29.

### Summary

## SUCCESSES IN THE CONTROL OF TUBERCULOSIS IN THE PEOPLES SOCIALIST REPUBLIC OF ALBANIA SINCE THE 11<sup>th</sup> [PLENUM OF THE ALBANIAN PARTY OF LABOUR.

The situation is reviewed of tbc and its control in the P.S.R. of Albania after the 11<sup>th</sup> Plenum of the C.C. of the P.L. of Albania (in 1971), in which important decisions were taken aiming at the further improvement of the standards of the health services, particularly in regard to hygiene and prophylaxis.

The paper mentions the measures that were taken and the results that were achieved following the decisions of the Plenum.

An illustration of those results is the improvement of the principal epidemiological indices of tuberculosis at rates much faster than in the past. Thus, the incidence of tbc of all forms from 1971 to 1976

- has fallen by 40 percent,
- of lung tbc by 45 percent,
- of extrapulmonary tbc by 30 percent.

The *death rate* from 1972 to 1976, for all forms of tuberculosis has fallen by 22 percent.

*Invalidity* from tbc, from 1972 to 1976 has fallen:

- for all the forms by 41.5 percent,
- for lung tbc by 46.6 percent,
- for extrapulmonary tbc by 17 percent.

### Résumé

## SUCCÈS À LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE DANS LA RÉPUBLIQUE POPULAIRE SOCIALISTE D'ALBANIE APRÈS LE XI-ème PLENUM DE COMITÉ CENTRAL DU PTA

Dans cet article, l'auteur revient l'état de la tuberculeuse et la lutte antituberculeuse dans la République Populaire Socialiste d'Albanie après le XI-ème Plenum de Comité Central du PTA (1971), où sont pris des décisions importantes pour élever de plus le service sanitaire surtout l'hygiène et la prophylaxie.

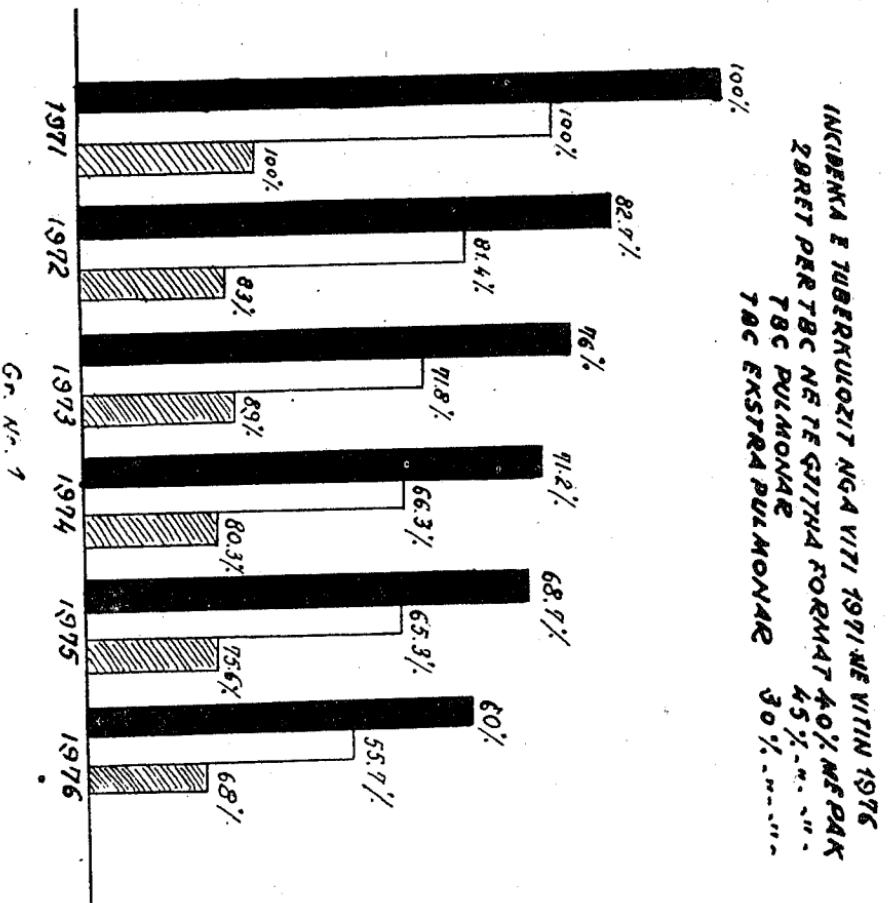
Dans cet article il montre les mesures qui sont pris et les succès arrivés après ce plenum.

Pour démontrer les succès, l'auteur analyse les principaux index épidémiologi-

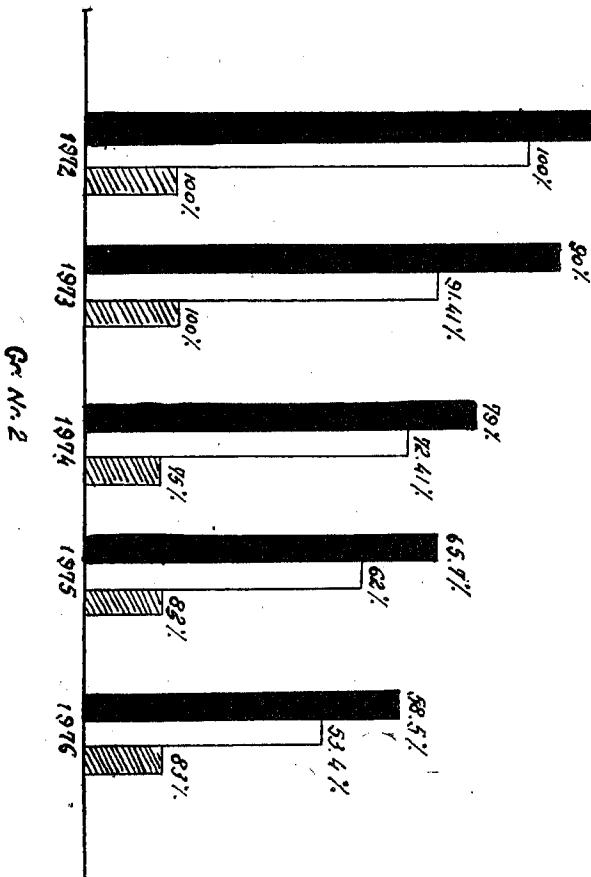
ques de tuberculeuse en montrant leur baisse dans ces cinq années avec des rythmes plus rapides que dans le passé.

Concrètement: de 1971 à la fin de 1976:

- L'incidence pour toutes les formes de tuberculeuse descend 41.7%; pour la TBC pulmonaire 45% et pour la TBC extrapulmonaire 30%.
- La mortalité de la tuberculeuse de l'année 1972 en 1976 descend 22%.
- L'invalidité de la tuberculeuse de 1972 en 1976 pour toutes les formes descend 41.5%; pour TBC pulmonaire 46.6% et pour TBC extrapulmonaire 17%.



INVALIDITETI NGA TUBERKULOSI NGA VENI 1972-1976 ZERRAT  
 PER TBC GJENÙ FORMAR 41.5%  
 TBC PULMONAR 46.6%  
 TBC ENZERAPULMONAR 17%



## GJENDJA E TENSIONIT ARTERIAL NË PUNONJËSIT E MINIERAVE TE VENDIT TONE

— Doc. HYSNI IRUSI — ELEZ SELIMI —

(Klinika e III e sëmundjeve të brendshme)

Të udhëhequr nga mësimet e Partisë, sipas të cilave profilaksia duhet të japë tonin në qdo rast dhe në qdo situatë të veprimitarisë së shëndetësore, për revolucionarizmin e thellë të mendimit mjekekësor në vendim "tonë, kolektivi i klinikës së III të sëmundjeve të brendshme, në bashkëpunim me mjekekët e rretheve, bëri një depistim në masë të kënj afëksioni në një sërë qendra pune, shkolla dhe fshatra në 84.000 persona. Qëllimi i këtij studimi ka qenë:

- njojja e shpeshtësisë së HTA në vendim tonë;
- marja e masave profilaktikë për të mënjanuar faktorët, që ndërhynin në shfaqjen e saj;
- futja në mjeqim të një numri sa më të madh hipertoniqësh, që deri tani ishin të pa njojur si të tillë;
- njësrimi i metodave të diagnostikimit dhe mjekimit.

Diket se në kohën e sotme, në sëmundshmërinë e përgjithshme, hipertensioni arterial ze një nga vendet e para si për shpeshtësinë e tij, që, në moshë të vdekjes, shfaqet në një të katërtë, madje dhe në një të tretë e populatës (7). Numri më i madhi i vdekjeve nga 10.10% (5) në 30% të vdekjeve të përgjithshme shkaktohet nga kjo sëmundje (7). Gjithashtu nga kjo sëmundje kemi një shum të pafësise në punë dhe shkurtimin e mesatares së jetës (6). Këto të dhëna dhen fakti që hipertensioni arterial, shpeshherë, për dhjetra vjet mund të zhvillohet në heshtje pa shkaktuar shqetësimë dhe pa u njojur nga i sënuri (14, 15), që sëmundja prek më shpesh moshat e mesme (1, 8, 9, 12), dmth kur rendimenti në punë është më i madh, bën të padiskutueshëm rëndësinë e njojjes së kësaj sëmundje sa më herët, për të parandaluar ndërekimet që ajo shikaton.

Punimi që po paraqesim është përgjenduar në studimin e TA të punonjësve të minierave dhe kryesisht të atyre që punojnë nën tokë, puna e të cilëve ka një sërë vëganti të ndryshme nga ajo e atyre që punojnë mbi tokë, si psh mungesa e ndriçimit natyral, ndriçimi i pakët artificial, punë me tension dhe, në mjaft raste, në pozicion të vështirë të trupit, zhurna me vibracione të theksuara nga mekanizmat e ndryshme, pluhuri, lagështia etj.

Në studim janë marrë 2376 punonjës të minierave Krabë, Mëzez, Myrqeta, Alarup, Gurë i Kug, Memalaj, Tug, Mbiorje-Drenovë dhe Thékér-Batër. Në përgjithësi metodika e punës ka qenë e njëjtë me atë që kemi përmendur edhe në punimet e mëparshme (14, 15).

Për përcaktimin e shifrave normale ose jo, jemi bazuar në përkufizimin e OBSH, sipas të cilit të rriturit, vlera maksimale e nor-

mës së TA është 140/90 mmHg. Hipertension arterial konsiderohen shifrat 160/95 e lart. Adulteret me TA midis këtyre dy shifrave duhet të mbahen si persona me TA kufti. Këta të fundit duhet të dispanzirizohen si dhe hipertonikët, pasi mendohet se HTA te këta zhvillohen më shpesh dhe se masat e marrura qysh në këtë fazë mund të parandalojnë shfaqjen e sëmundjes (11).

#### NDARJA E TË DEPISTUARVE SIPAS GRUP-MOSHËS DHE SEKSIT

Pasqyra nr. 1

NR	Minierat	GRUP						MOSHA						SHUMA	
		16–20		21–30		31–40		41–50		51–60		+ 60			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
1	KRAB—MËZEZ-	29	1	212	17	259	23	138	16	22	1	—	—	718	
2	ALARUP	1	1	84	—	58	4	13	—	—	—	—	—	244	
3	GURI KUQ	12	1	100	3	58	3	44	—	11	1	—	—	233	
4	MEMALIAJ	14	2	90	11	121	21	108	12	19	1	2	—	401	
5	TUÇ	21	6	24	4	20	2	12	2	10	1	—	—	102	
6	MBORJE-DRENOV	10	—	134	4	134	7	106	3	16	—	—	—	414	
7	THEKER-BATËR	39	1	127	53	4	29	—	7	—	2	—	—	264	
	SHUMA	126	12	771	41	128	60	495	37	98	4	4	—	2376	

Nga gjithë punonjësit e depistuar (2376), vendin e parë si numër e zenë punonjësit e minierave Krrabë, Mëzez, Myshqeta — 718 (30,2%), pastaj ata të Mbörje-Drenovës me 414 (17,4%). dhe të Memalialt 401 (16,8%). Meshkujt kanë qenë 2222 (93,5%) dhe Femra 154 (6,4%). Femrat kanë punuar mbi tokë si në administratë, lavanteri etj. dhe, meqë numri i tyre është shumë i pakët në krahasim me meshkujt, nuk do të bëjmë studim të vegantë për to.

Moshat e reja nën 40 vjeç kanë mbizotëruar në mënyrë të theksuar — 1738 punonjës (73,1%) dhe, në radhë të parë, moshat 31-40 vjeç — 788 (33,1%), të ndjekur nga grup-mosha 41-50 vjeç me 532 (22,3%). Me moshë 41-60 vjeç ishin 634 punonjës (26,6%).

#### SHPERNDARJA E TË DEPISTUARVE SIMBAS VENDIT TË PUNËS DHE PROFESSIONIT

Pasqyra nr. 2

NR	MINIERAT	NËN TOKË		MBI TOKË		SHUMA
		PUNTORE	PUNTORE	NËPUNËS	NËPUNËS	
1	KRAB-MËZEZ.	303	379	36	718	
2	ALARUP	233	5	6	244	
3	GURI KUQ	214	8	11	233	
4	MEMALIAJ	354	47	—	401	
5	TUÇ	86	15	1	102	
6	MBORJE DRENOV	377	14	23	414	
7	THEKER-BATËR	257	7	—	264	
	SHUMA	1824	475	77	2376	
	%	76,7	19,9	3,2		

Sipas vendit të punës (pasqyra nr. 2) punonjës nën tokë kanë qënë 1824 (76,7%), punonjës mbi tokë 475 (19,9%) dhe nepunësa 77 (3,2%). Përgjindja më e madhe e punonjësve ishte me stazh pune (pasqyra nr. 3) 5-10 vjet (29,6%) e ndjekur nga ata me 1-2 vjet (18,1%); 11-15 vjet (14,4%).

### SHPERNDARJA E TË DEPISTUARVE SIMBAS STAZHIT NË PUNE NË VITE PASQYRA NR. 3

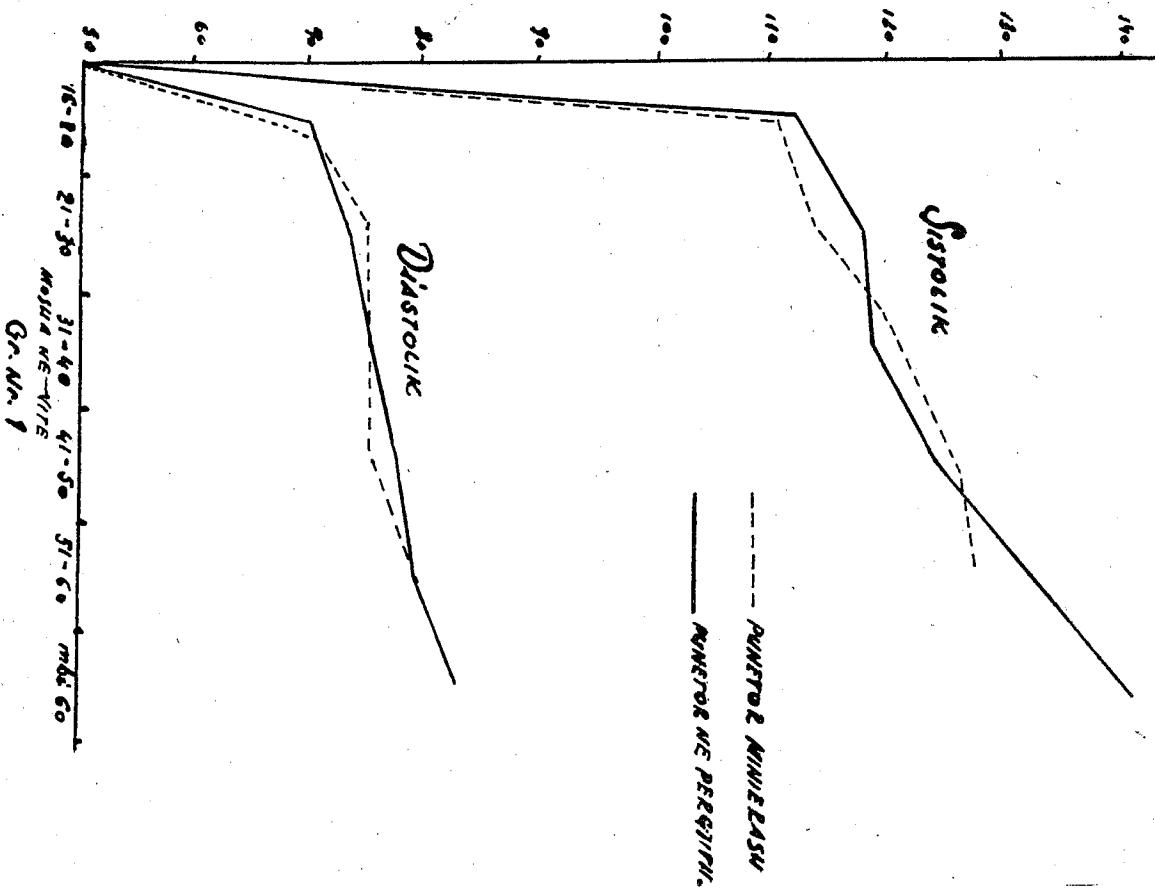
MINIERAT	-1	1-2	3-4	5-10	11-15	16-20	+21
KRAB-MËZEZ-MYSHQE	8	141	105	280	69	69	46
ALARUP	—	28	37	86	71	13	9
GURI I KUQ	2	89	21	59	33	23	6
MEMALIAJ	21	9	16	78	71	95	111
TUC	—	31	14	22	10	9	12
MBORJE DRENQOVË	—	92	44	97	80	72	29
THEKER - BATER	46	41	79	82	10	5	1
SHUMA	77	431	316	704	344	286	214

Gjatë depistimit rezultoi se 59 punonjës (2,4%) kishin në familje të dhëna për HTA (ndonjë nga pjesëtari është gradës së parë: baba, nëna, motra, vellai). Dukje parë TA të punonjësve të minierave (grafiku nr. 1), konstatojmë se TA sistolik mesatar shikon dukse u rritur pak a shumë: në mënyrë progressive deri në moshën 45 vjeç, pastaj ngritja është e paperillshme. TA diastolik deri në moshën 30 vjeç pëson një ngritje të shpejtë, pastaj kjo bëhet e paperillshme në punonjësit deri në 50 vjeç, për tu bërë përsëri e theksuar mbi këtë moshë.

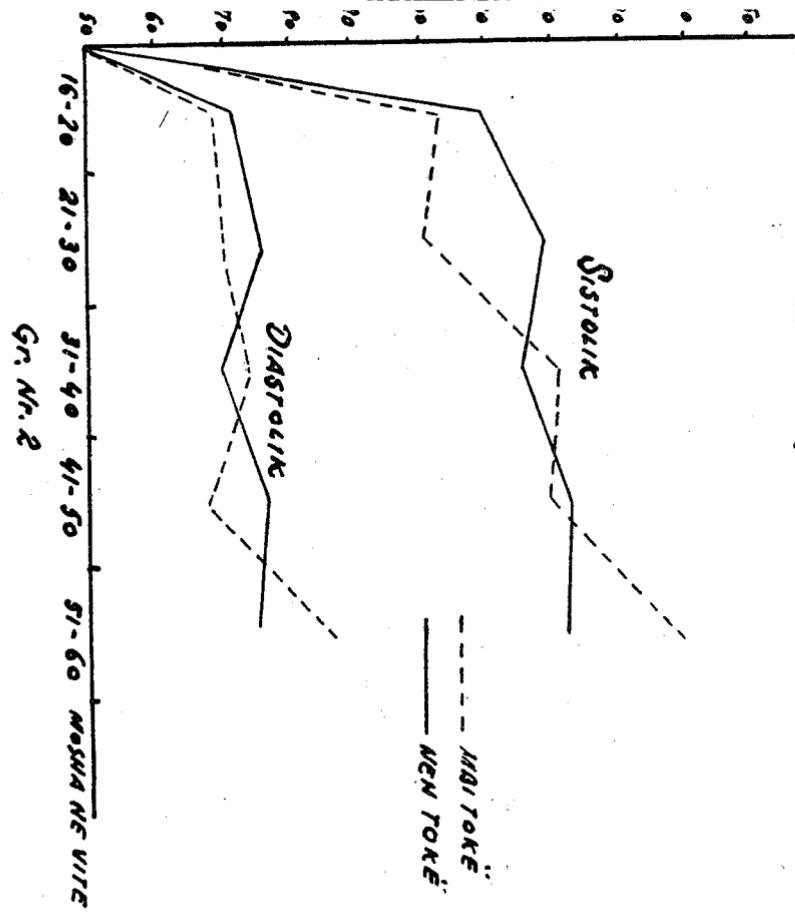
Krahasimi midis grafikut të TA mesatar të nxjerë nga punëtorët e minierave dhe atij të punëtorëve të ndryshëm të vendit tonë (grafiku nr. 1) nuk tregon ndryshime të mëdha midis tyre deri në moshën 45 vjeç, ndryshimi bëhet i dukshëm pas kësaj moshë, ku, si presioni mesatar sistolik ashtu dhe ai diastolik pësojnë një ngritje të theksuar në grafikun e punonjësve të Republikës. Një ngritje e theksuar e TA mesatar, si sistoliku ashtu dhe diastoliku, shihet pas moshës 45 vjeç edhe tek punëtorët që punojnë nën tokë, që nuk vërehet tek ata që punojnë mbi tokë (grafiku nr. 2).

Ky ndryshim i dy grafikëve pas moshës 41-50 vjeç, që duket si paradoksal, në mendojmë se mund të shpjegohet nga fakti se në grafikun e parë në grupin e punëtorëve të ndryshëm të Republikës bëjnë pjesë një numër i madh, femrat, që, sic ka rezultuar edhe nga punimet tona të mëparshme (14) dhe nga të dhënat e autorëve të tjerë (10), te ky seks pas moshës 50 vjeç vërehet një ngritje e TA mesatar sistolik dhe diastolik më e theksuar se tek seksi maskull. Në grafikun 2, ndryshimi i ngritisës së ikurbës, pas të njëjtës moshë, mund të shpjegohet me faktin se një pjesë e punëtorëve, që më përparrë shësin punuar nën tokë, pas ikësaj moshe kanë shfaqur hipertoni ose prehipertoni dhe janë sistemuar me punë mbi tokë.

"TENSIONI ARTERIALI MESSATE AL SISTOLEK DUE DIASTOLEK  
TE PUNTORER E NORISHEM TIP REPUBBLICHE,  
DHE TEK PUNTORER E MINISTREK."



**"TENSIONI ARTERIAL MESETAR SISTOLIK DHE DIASTOLIK  
TEK PUNTORETE NËN ROKË DHE ARO QË PUNORNE  
ME ROKË."**



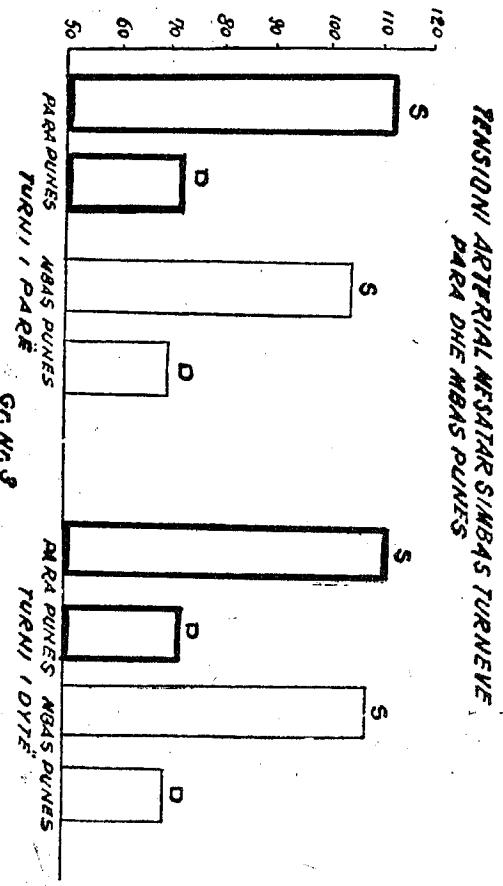
NDRYSHIMET E T. ARTERIAL PARA DHE MBAS PUNËS SIMBAS TURNIT

Pasqyra nr. 4

TURNI	Para punës		mbas punës		Diferencia	
	Sistol	Diastol	Sistol	Diastol	Sistol	Diastol
TURNI I	113.40	71.49	104.76	69.65	8.64	1.84
TURNI III	111.40	72.34	107.70	69.62	3.70	2.72

Matja e TA në turnin e parë dhe të tretë para dhe pas pune në 50 punëtorë të minierës së Mëzezit (pasqyra 4, grafiku nr. 3) dha këto rezultata: TA sistolik mesatar në turnin e parë para pune u gjjet 113.40 dhe ai diastolik 71.49 mmHg; ndërsa pas pune përkatësish 104.76 dhe 69.65 mmHg; pra një ulje mesatare prej 8.64 mmHg për

sistolikun dhe 1.84 për diastolikun. Tensioni arterial sistolik mesatar në turnin e tretë para pune, i imatur në 40 punëtorë të të njëjtët kontigjetë të turnit të parë, u gjet 111.40 mmHg dhe diastoliku 72.34, kurse pas punës përkatesisht 107.70 dhe 69.62 mmHg. Pra një ulje mesatare prej 3.70 për sistolikun dhe 2.72 për diastolikun.



Ulje e TA sistolik pas pune u vu re në 36 punëtorë (72%) me luhatje nga 5 deri 35 mmHg dhe ngritje në 3 (6%) me luhatje prej 5-10 mmHg, 11 (22%) veta nuk patën ndryshime. Ulje e TA diastolik pas punës u vu re në 28 punëtorë (56%) me luhatje nga 5-20 mmHg. Ngritje u konstatua në 4 (8%) prej 10 mmHg dhe pa ndryshime të TA në 4 (8%) veta. Shpeshtësi të përafërtë të uljes si të TA sistolik ashtu dhe të diastolik u gjetën edhe në turnin e tretë.

Gjatë uljes së presionit arterial sistolik dhe diastolik pas pune, në përqindjen më të madhe të minatoreve, një pjesë e të cilëve punonin në ambiente me zhurmë, na lejon të mendojmë se në personat e shëndoshë jo vetëm puna fizike, por edhe zhurma shkakton ulje të tensionit arterial. Në një studim të mëparshëm të bërë në 313 punëtore të tzegjatur, ku ambienti i punës është me shumë zhurmë, kemi vënë re të njëjtin fenomen (14). Kjo ulje është e përkohëshme dhe gjatë ditës normalizohet, gjë që e kemi konstatuar në kontrollin e punëtorëve, TA i të cilëve u mat rë fillim pas pune dhe të nesërmë para pune. Të tilla konstatime referojnë edhe autorë të tjera (2), të cilët duke studjuar gjendjen e sistemit nervor qëndror me anën e encefalografisë, plethysmografisë digitale etj, uljen e TA e shpërgojnë me faktin se korteksi cerebral, nën indikimin e zhurmës, kalon nga gjendja e eksitabilitetit nominal në një farë frenimi. Këtu duhet të

theksojmë se ka dhe autorë (11) që kanë arritur rezultate të ndryshme nga tonat. Nga anatjet që u bënë në turnin e parë punëtorëve me hipertoni dhe prehipertoni në minierat Mëzez-Mushqeta para dje pas pune, u konstatua një fenomen i kundërtë me ato të gjetur në punonjësit e shëndoshë. Tek punëtorët me hipertoni vërejtën rritjen e tensionit sistolik dhe diastolik pas pune mesatarisht 5 mmHg për të dy tensionet. Kurse tek ata me prehipertoni u vërejt një ulje shumë e vogël për sistolikum mesatarisht 0,36 mmHg dhe ngjite e diastolikut mesatarisht prej 3,57 mmHg. Ngjite të tensionit arterial pas pune në të sëmurrët me hipertoni, që punojnë në ambiente me zhurmë kemi gjetur edhe në qendra pune të tjera pjesërisht të publikuara në shtypin tonë (14).

Duke u bazuar në këto të dhëna dhe në faktin e konstatuar në praktikën e përditshme, që shpesherë shifrat e TA në të sëmurrët me hipertoni ulen me largimin e tyre nga një ambient me zhurmë në një ambient me qetësi, kemi arsyë të mendojmë se puna me zhurmë ndikon në ngritjen e TA te këta të sëmurrë.

Nga të 2376 punonjësit e depistuar me hypertension rezultuan 42 veta (1,76%) dje me prehipertoni 280 (11,78%). Përvec rasteve me hipertoni të pacqendrueshme (nga anamnezë), në këta të fundit janë përfshirë edhe ata me hipertoni kufi, pasi nga disa autorë (11) këta konsiderohen si gjendje hipertonike, ndërsa nga disa të tjere (7) si hipertoni të lëvizshme.

#### FORMAT E HTA. SIMBAS GRUP-MOSHËS DHE SEKSIT

Pasqyra nr. 5

FORMA E HT.A	GRUP – MOSHA										
	15–20		21–30		31–40		41–50		51–60		Shuma
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
HIPERTONI	1	—	A	—	7	—	18	A	11	—	42
PREHIPERTONI	8	—	65	2	84	4	86	9	21	1	280

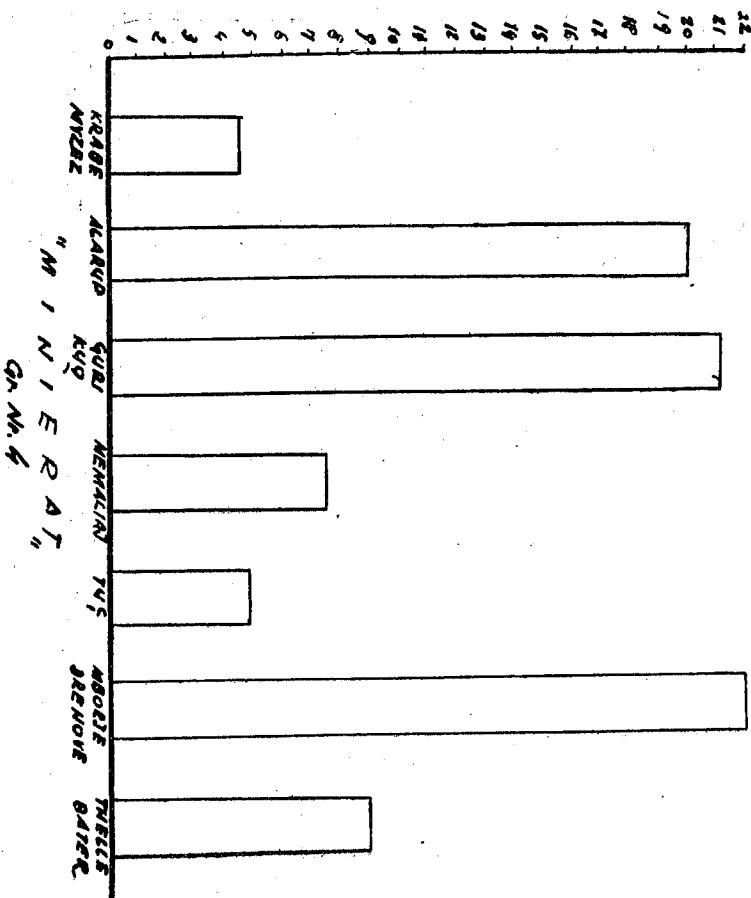
Shpeshtësia e shpërndarjes së HTA dje prehipertonisë, sipas grup-moshës dhe seksit (pasqyra nr. 5), na rezulton se vendin e parë e zë në grup-mosha 41–50 me 114 punonjës (4,7%), i ndjekur nga grup-mosha 31–40 me 95 (3,9%) dje 51–60 me 33 (1,3%) punonjës. Por duke pasur paraqysh numrin e përgjithshëm të punonjësve në grup-moshat e ndryshme, rezulton se punonjësit me TA mbi normën kanë qënë më të shumtë në grup-moshën 51–60 (32,3% e këtij grupi), i ndjekur nga 41–50 me 21,4% dhe 31–40 (12%). Këto të dhëna përpunën me të dhënat tona të mëparëshme (9, 15) dje të disa autorëve të tjere (4, 10).

## HIPERTONIA DHE PREHIPERTONIA SIMBAS MINIERAVE

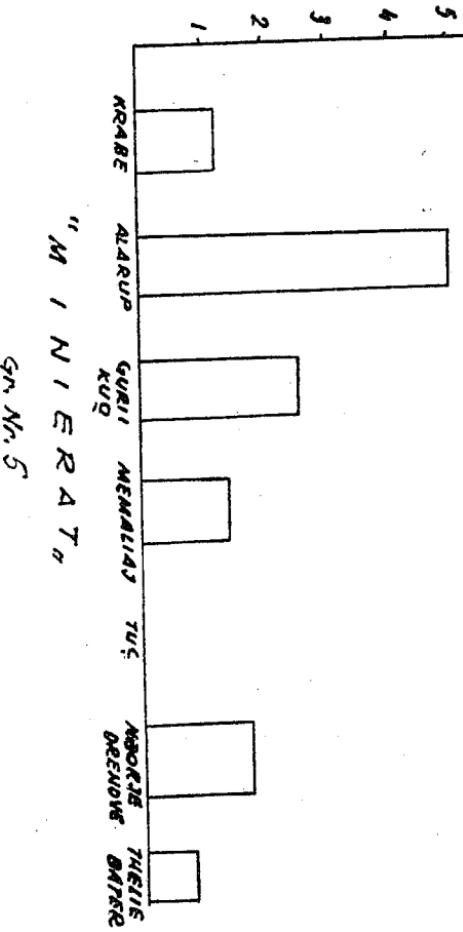
Pasqyrat nr. 6

NR	MINIERAT	NUMRI I DEPISHTU- ARVE	HIPERTONIA I PREHIPERTONIA			
			Nr	%	Nr	%
1	KRABË-MËEZË-MYSHQET	718	9	1.25	33	4.59
2	ALARUP	244	12	4.91	49	20.00
3	GUR I KUQ	233	6	2.57	49	21.00
4	MEMALIAJ	401	6	1.49	30	7.48
5	TUC	102	—	—	5	4.90
6	MBORE DRENQVË	414	7	1.69	91	21.98
7	THEKER BATER	264	2	0.75	23	8.71
S H U M A		2376	42	1.76	280	11.78

## HIPERTONI NE MINIERATE NORISHKE NË %



## HIPERTONIA NË MINIERATE NDRYSHME NE %



Gr. Nr. 5

Në pasqyren nr. 6 dhe në grafiket 4 e 5 shihet shpërndaria e rasteve me hipertoni dhe prehipertoni sipas minierave të ndryshme. Këtu shihjet qartë se hipertensioni arterial është gjetur më shpesh në punonjësit e minierës së Alarupit në 12 raste (4.91%), të ndjerë kur nga ata të Gurit të Kuq – 6 raste (2.57%) dhe të Mborje-Drenovës 7 raste (1.69%). Në të njëjtat miniera janë gjetur më shpesh edhe rastet me prehipertoni (Alarupi 20%, Guri i Kuq 21% dhe Mborje-Drenovë 21.98%). Meqenëse kushtet dhe natyra e punës janë të shumë të ngjashme me minierat e tjera të marrura në studim, mendojmë se pjesërisht në këta tregues ka ndikuar konigjentë i ndryshëm i moshave, pasi më të tri minierat e përmëndura, grup-thosha 41-60 vjeç zënë një vend të rëndësishëm në numrin e punonjëve të tyre.

Për të passur një ide të shpeshtësisë që ze hipertonia dhe prehipertonia në punonjësit e minierave me ata të ndërmarrjeve të tjera, që kane zhurmë, pluhura etj., po pasqyrojmë të dhënat e nxjerra nga depistimi i bërë në disa qendra pune të Tiranës:

Uzina «Enver» hipertoni 6.4%, prehipertoni 0.3%, gjithsej 6.7%; Uzina «Dinamo» hipertoni 5%, prehipertoni 1.6% gjithsej 6.6%; Uzina «Traktori» hipertoni 3.2%, prehipertoni 1.4%, gjithsej 4.6%; Kombinati i tekstileve «Stalin» hipertoni 3.1%, prehipertoni 2.3%, gjithsej 5.4%; minierat hipertoni 1.76%, prehipertoni 11.78%, gjithsej 13.54%. Nga të dhënat në këto qendra pune rezulton se hipertonia gjendet më rrallë në punonjësit e minierave sesa në ata të uzinave, ndërsa e kundërtë ndodh me prehipertominë; të dyja së bashku mbizotërojnë në punonjësit e minierave.

Autorë të ndryshëm venë më dukje se shpeshtësia e hipertoniës punëtorët e minierave të qymyr-gurit ka qënë shumë e ndryshme, që luhatet nga 20% në 10.5%, kurse prehipertonia dhe hipertonia së bashku, në një studim të bërë në 1231 punëtorë të minierave, janë gjetur nga 19.8% deri në 31.8% (cituar nga 11).

Shifrat tona, shumë më të ulta nga ato të gjetura nga autorët e ndryshëm, ndermjet të tjerave, mund të shpjegohen me kujdesin e madh që tregohet për punonjeshit e minierave tona, sigurimin e kushtave të mira të ambientit të punës, të gjodhjes, ushqimit, shërbimit mjekësor etj.

#### SHPERNDARJA E PREHIPERTONISË DHE HIPERTONISË SIMBAS VENDIT TË PUNËS

Pasqyra nr. 7

NR.	MINIERAT	NËN TOKË		MBI TOKË		NËNËPUNËS	
		PUNTORE	PREH- PERTON	PUNTOR E		PREH- PERTON	HIPER- TONI
				RREH- PERTON	HIPER- TONI		
1	KRAB-MËZEZ-MYSHQ	24	7	10	1	—	5
2	ALARUP	47	47	—	—	1	2
3	GURI KUQ	44	6	1	—	4	—
4	MEMALIAJ	22	5	8	1	—	—
5	TUC	4	—	—	—	1	—
6	MBORJE DRÈNOVË	84	6	2	—	5	1
7	THEKËR-BATËR	23	2	—	—	—	—
S H U M A		248	36	16	1	16	5

Nga pasqyra nr. 7 rezulton se në punëtorët e nëntokës, hipertonia dhe prehipertonia së bashku janë gjetur në 284 veta (15.5%), nga të cilët HTA në 36 (1.97%) dhe prehipertoni në 248 (13.5%); në puanëtorët që punojnë mbi tokë përkatesisht 17 (3.5%), 1 (0.21%) dhe 16 (3.3%); në katégorinë e nëpunsave 21 (27.2%), 5 (4.4%) dhe 16 (20.7%).

Duke studjuar anamnezat e punëtorëve të minierave Mëzez dbe Mushqeta, të dispanserizuar nga ne, konstatuan se në 73.6% të tyre, prehipertonia apo hipertonia zbuluar rastësisht dhe vejetë në 26.3% pas shqetësimësh të rendësishme. Predispozicioni familial, që mbahet si një faktor me rëndësi në gjenezen e hipertoniës (6), u gjet në 26.3% të të dispanserizuarve. Duke pasur parasysh se në të gjithë të depistuarit predispozicioni familial u gjet në 2.4% na bën të dystojmë se edhe në këtë kontigjent të sëmuresh, predispozicioni familial ka luajtur një farë rol. Ndër faktorët e tjere, që mendohet se ndikojnë më shfaqjen e HTA, kripa e përdorur me shumicë u gjet më shpesht, në 73.4% të rasteve. Në të vërtetë, ndikimi i kripës është një fakt i njohur dbe për këtë illasin shumë autorë (5). Përkundrazi, obeziteti, që, gjithashtu mbahet si një faktor i rendësishëm (3), në këtë kontigjent punëtoresh daket se nuk ka lojtur ndonjë rol me rëndësi, sepse ai u gjet vetëm në gradi të lehtë apo të mesëm në 26.3% të punëtorëve.

## P E R F U N D I M E

1) Në punonjësit e minierave, TA mesatar sistolik dhe diastolik rritet proporcionalisht deri në moshën 45 vjet, pastaj ngritja është e papërfillshme. Deri në moshën 45 vjet e njëjtë gjë ndodh edhe në punonjësit e tjere të Republikës, por pas kësaj moshe, te këta vërehet një ngritje më e theksuar.

2) Në personat pa hipertoni, puna në ambientet me zhurmë në përgjithësi shkakton ulje të TA. Kjo ulje normalizohet gjatë ditës. Tek ata me HTA, përkundrazi, puna me zhurmë e ngre tensionin.

3) Prehipertonia dhe HTA gjenden më shpesh në grup-moshat 51-60 vjeç (32.3% e këtij grupei), ndjekur nga ati 41-50 vjeç (21.4%) dhe 31-40 vjeç (12% e këtij grupei). HTA është më i shpeshtë në punonjësit e minierave së Alarupit (4.91%) dhe në ata të Gurit të Kuq (2.57%). Po në këto miniera gjendet më shpesh dhe prehipertonia.

4) HTA dhe prehipertonia së bashku gjenden më shpesh në punonjës mbi tokë (3.5%) dhe shumë më shpesh tek nëpunsit e minierave (27.2%).

5) Në punonjësit e minierave të marrë në tjerësi, HTA dhe prehipertonia u gjetëm në 13.5% të tyre. HTA u gjet vetëm në 1.76%.

6) Në shfaqjen e hipertonisë dhe prehipertonisë, ndërmjet faktorëve predispozues, rol të rëndësishëm lozin përdorimi i tepertë i kripës dhe predispozicioni familial, që u gjetën respektivisht në 73.4% dhe 26.3% të rastive të dispanzerizuar.

7) Gjetja e hipertonisë dhe prehipertonisë në punonjësit e minierave të vendit tonë në një numër shumë më të vogël se ato që vërehen në të dhenat e autoreve të huaj shpjegohen, në radhë të parë, me kujdesin e Pushkëtit popullor për përmirësimin e kushteve të punës, të jetesës dhe shërbimit sanitari.

Dorëzuar në redaksi më 5.IV.1978

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Adhami J.: Ndryshimet renale në të sëmurët me M. hypertonicus Shëndetësia popolare 1966, 1, 36.
- 2) Brähard B. et coll.: Recherches concernant l'influence du bruit et des vibrations sur l'organisme dans l'industrie. L'information médical Roumaine 1964, 2, 23.
- 3) Claud J. R.: Les relations entre la pression artérielle et divers paramètres biologiques du serum. Revue du praticien 1972, 16, 2573.
- 4) Cossé J. C.: Hypertension et milieu de travail. Archives des maladies professionnelles 1969, 3, 155.
- 5) Dahl L. K.: L'hypertension artérielle est-elle héréditaire ou acquise? L'Information médical Ciba 1961, 4, 90.
- 6) Feijar Z.: La prévention des maladies cardio-vasculaires. Médecine et hygiène 1972, 30, 513.
- 7) Gnedon J.: Formes étiopathogéniques de l'hypertension artérielle. Revue du praticien 1969, 2, 189.

- 8) Hoxha F.: Hipertensioni arterial. Shëndetësia popullore 1966, 4, 11.
- 9) Hoxha F., Rusi H.: Aspekte klinike të sëmundjes hipertone. Buletini i URT — seria shkencat mjekësore 1976, 1, 9.
- 10) Lelouch J. et coll.: La distribution de la pression artérielle d'un groupe professionnel. Revue du praticien 1972, 16, 2541.
- 11) Manzyk E. E.: Raprostranenost prehipertonia i hipertonia bolezni scredi shaherov. Monografi 1971.
- 12) Popa Y.: Ndryshimet e zemrës në të sëmurët me M. hypertonicus. Shëndetësia popullore 1966, 4, 40.
- 13) Rroku C.: Ndryshimet morfollojike në M. hypertonicus nxjerrë nga materiali autoptik 10 vjeçar (1955-1965) i shterbimit anatomo patologjik të spitalit të Tiranës. Shëndetësia popullore 1966, 1, 23.
- 14) Rusi H.: Gienda e HTA në punëtorët e kombinatit të tekstileve Stalin. Shëndetësia popullore 1974, 1, 24.
- 15) Rusi H.: Të dhëna mbi HTA të punëtorëve në disa qendra pune të rrëthit të Tiranës. Shëndetësia popullore 1975, 1, 67.

#### Summary

#### ARTERIAL PRESSURE IN MINE WORKERS IN ALBANIA

This study was carried out on 2376 surface and underground workers belonging to different shifts in some of our mines, whose arterial pressure (AP) was measured before, during, and after working hours.

The distinction between normal and abnormal values was based on the definition proposed by WHO. The following results were obtained:

1. In miners, the mean systolic and diastolic values of AP rise gradually with the age until the age of 45 years, after which the rise is negligible. The same changes are observed among workers of other enterprises having no connection with mining, but in the latter case the rise after the age of 45 is more pronounced.
2. In workers with normal AP; work in noisy surroundings usually causes a fall of the AP; this fall is compensated during the periods of rest. In workers with hypertension, on the contrary, work in noisy surroundings causes a further rise of AP.
3. Hypertension and pre-hypertension are observed more frequently among underground workers (15.5%) than among surface workers (3.5%), but more frequently still among the technical office staff (27.2%). Of the total number of workers (surface and underground), 1.76 resulted with hypertension and 11.78% with pre-hypertension.
4. Of the factor predisposing to hypertension, familial predisposition was recorded in 73.4% and excessive consumption of salt in 26.3% of the workers who presented hypertension and were held under special observation.
5. The fact that the incidence of hypertension and pre-hypertension among the miners of our country is lower than the figures published in the statistics of other countries can be explained first of all with the particular care of the Party and the people's government for the working and living conditions of the workers and for their health service.

## Résumé

### LA TENSION ARTÉRIELLE CHEZ LES TRAVAILLEURS DES MINES EN ALBANIE

Cette étude concerne 2376 mineurs travaillant en surface ou au fond dans certains mines du pays, dont la tension artérielle a été mesurée avant, durant et après les heures de travail. La distinction entre les valeurs normales et anormales a été établie selon les normes fixées par l'Organisation mondiale de la Santé.

Les résultats suivants ont été obtenus:

1. — Chez les travailleurs des mines, la tension artérielle moyenne, systolique et diastolique, augmente proportionnellement en fonction de l'âge jusqu'à 45 ans, puis cette augmentation est insignifiante. Il en est de même pour les ouvriers travaillant dans d'autres secteurs, mais après 45 ans chez ceux-ci l'augmentation de la TA moyenne est plus prononcée.
2. — Le travail dans les milieux où il y a du bruit provoque chez les ouvriers, ayant une TA normale, la baisse de la tension artérielle; toutefois, cette baisse redévient normale durant les heures de repos dans le courant de la journée même.

3) L'hypertension et la préhypertension artérielles sont plus fréquentes chez les mineurs travaillant au fond (15,5%) que chez les mineurs travaillant en surface (3,5%), et beaucoup plus fréquentes parmi les employés des mines (27,2%). Parmi tous les mineurs examinés, travaillant en surface ou au fond, l'hypertension a été constatée chez 17,6% d'entre eux et la préhypertension chez 11,78%.

4) Parmi les facteurs de prédisposition, la prédisposition familiale a été observée dans 73,4% des cas et l'usage exagéré du sel dans 26,3% des cas présentant une hypertension et examinés pour ce motif.

5) Le fait que l'incidence de l'hypertension et de la préhypertension parmi les mineurs de notre pays est plus basse que les chiffres publiés dans les statistiques des autres pays montre le grand soin consacré par notre Parti et notre gouvernement populaire aux conditions de travail et de vie de nos ouvriers et au service sanitaire.

**IKTERI KONGJENITAL JO HEMOLITIK ME BILIRUBINE DIREKTE  
DHE JO DIREKTE (HIPERBILIRUBINEMA IDIOPATIKE 'DIREKTE  
DHE INDIREKTE')**

— KOZMA TAVANXHI — LEFNER GUXHO —

(Spitali i rrështhit Elbasan)

Në punën tonë të përditshme në diferencimin e gjendjeve ikterike jo rrallë kemi takuar me inkterin kongjenital jo hemolitik me bilirubinem direkte dhe jo direkte.

Ikteri kongjenital jo hemolitik me mbizotërim të bilirubinës direkte përfaqësohet nga sindroma Dubin-Johnson (D-J) dhe sindroma Rotor (R) (1, 2, 3, 4, 8). Ndërsa kur mbizotëron fraksioni indirekt i bilirubinës kemi të bëjmë kryesish me sindromën Gilbert (2, 4, 5, 8).

Për të sgruar më mirë punimin tonë po pëershkrumë shkurtimisht metabolismin hepatik të bilirubinës. Tek nieri formohet qdo ditë 200-320 mg/r. bilirubinë e lirë (indirekte, jo e konjuguar) kryesisht me origjini e eritrocitare (rrëth 85%). Faza hepatike e metabolismit të bilirubinës përbëhet nga tre etapa:

a) Kapia e bilirubinës së lirë nga qeliza e mërgisë së zezë;

b) Lidhja e saj kryesisht me acidin glikuronik, që bëhet tek rrjetat endoplazmatike e butë e hepatocitit.

c) Nxjerja (eliminimi) i sajës në bilë në formën e lidhur nga poli biliar i hepatocitit.

Nga çregullimi i etapave të ndryshme të metabolismit hepatik të bilirubinës zhvillohet ikteri kongjenital jo hemolitik me mbizotërim të bilirubinës direkte dhe jo direkte (4).

Sindroma D-J dhe sindroma R vijnë si rezultat i dëmtimit funksional të transportimit të bilirubinës brenda qelizës së mërgisë dhe prej saj në kanalikulat biliare. Këto transmetohen në mënyrë trahiguese (1, 2, 3, 4, 8). Mendohet se shkaku i sindromës Gilbert është defekt i kapies së bilirubinës së lirë nga qelizat hepatike dhe nga dëmtimi i lidhjes së bilirubinës në hepar (1, 2, 4, 6, 8). Edhe kjo sindromë ka karakter familial.

**MATERIALI VNE DHE METODIKA E PUNES**

Menduan të paraqesim këtë material, pasi në shtypin tonë mjetësor është trajtuar pak dhe, disa herë, këto raste gabimisht trajtohen si hepatite virale apo dëmtime kronike të mërgisë. Materiali ynë përbëhet nga studimi i 13 rasteve. Tetë janë me ikter jo hemo-

litik me imbizotërim të fraksionit direkt të bilirubinës (sindroma D-J dhe sindroma R), ndërsa pëse të tjera me ikter kongjenital jo holotik me imbizotërim të fraksionit indirekt të bilirubinës (sindroma Gilbert).

Pesë nga të sëmurrët tanë janë shtruar në spital me diagnozën hepatiti viral sigurisht nga sindroma ikter që ka qenë e pranishme gjithmonë, ndërsa të tjera janë shtruar nga ne për tu studjuar më hollësishët dhe kanë dalë nga kontrolli i pjesëtarëve të familjes së këtyre të sëmurrëve. Nga historia e sëmundjes ka rezultuar se që të gjithë të sëmurrëtanë kanë qenë ikterike qysh në fëmiji. Në fillim kemi bërë ndarjen e hiperbilirubinës më direkte dhe indirekte, duke u bazuar nga fraksioni i bilirubinës, që imbizotëronte në serum. Kështu materialin tonë e kemi sistemuar në dy pjesë.

1) *Hiperbilirubinemja idiopatike direkte (sindroma D-J dhe sindroma R)*. Sigurisht që këto janë dy sindroma të ndryshme megjithqë ka mendime se sindroma Rotor është varianti i asaj Dubin-Johnson (2, 4, 8). Diagnostikimin e këtyre sindromave e kemi bërë duke u bazuar tek historia e sëmundjes, ekzaminimi klinik, analizat biologjike dhe aspektet morfollogjike të tyre. Të sëmurrëve iu është materiali i nivelit i bilirubinemisë totale në serum dhe dy fraksionet e saj, niveli i SGPT dhe SGOT, fosfataza alkaline, provat e labilitetit koloidal, elektroforograma etj. Me anë të këtyre ekzaminimeve kemi përashtuar hepatitin viral apo ndonjë dëmtim tjetër kronik të mëlgjise. Për të dalluar sindromën D-J nga ajo R., krahas analizave të mësiperme eshte përdorur testi BSP, kolecistografa, sepse në këto sindrome kemi një defekt funksional të eliminimit jo vetëm të bilirubinës nga qeliza e mëlgjise, por edhe të anioneve të ngjyrës të BSP dhenë lëndëve kolecistografike (1, 2, 4, 8). Janë studjuar dhe aspektet morfollogjike të këtyre sindromave me anë të materialeve bioprike të fituarar me punktion biopsji të mëlgjise. Aspekti i fundit është më i rëndësishëm në dallimin e tyre, pasi në sindromën D-J konstatohet një ngjyrë e errët në citoplazmën e qelizës së mëlgjise, që kon siderohet melaninë (1, 2, 4, 8). Ndërsa në sindromën R. ky pigment mungon. Në të dy sindromet, struktura e mëlgjise është e ruajtur. Përgjigja e materialit biopтик të të sëmurrit F.H. shkurtimisht është kjo: vena centrale në qendër të lobut hepatic e zgjeruar e mbushur me eritrocite. Hepatocitet me vendosje të rregulltë trubekulare. Në to vihen re disa kokrriza të ngjyrosura në ikaf, të shpërndara nëpër protoplazmat e qelizave hepatike, të cilat presistojnë në të gjitha ngjirimet. H.p.p. pa ndryshime. Përfundimi Sindromë Dubin-Johnson (nr. i biopsisë 519, ngjyrimet H.E., PAS, Trikrom, Gomori, Shmorl, Feulgen, Sudan, Perls).

Edhe maskropikisht, materialet bioprike të sindromës D-J kanë ngjyrë të errët të shndritëshme, që i dallon nga materialet bioprike të sindromës R., që nuk kanë ikter ngjyrë. Nga tetë rastet tonë, tre kanë qenë me sindromën Rotor nga një familje (dy motra, njëra 12 vjeç, tjetra 14 vjeç dhe vëllai i tyre 17 vjeç). Të tre kanë qënë ikterike qysh në fëmininë e hershme. Gjithashkunë materialin tonë kemi përfshirë dhe pesë raste me sindromën Dubin – Johnson (dy raste kanë qenë moier vëlla midis gjashë fëmijëve që kisite familja). Edhe tek rasti tjetër që përkruajmë në materialin tonë, kon-

trolli i familjarëve të saj zbuloi dy të tjera me rritje të fraksionit direkt të bilirubinës në serum. Këta u ekzaminuan hollësish nga ana e jone duke përdorur edhe punksion biopsinë e mërgisë. Këta rezultuan me sindromën D-J. Në pasqyrën nr. 1 po përbledhim shkurtimisht të dhënat e këtyre të sëmurreve, si dhe diferençimin midis sindromës D-J dhe sindromës Rotor.

## 2) Hiperbilirubinemja bëndirje indirekte (sindroma Gilbert)

Në studimin tonë janë përfshirë pesë të sénurë, dy nga këta janë motër vëlla tre rastet e tjere janë të veguar. Incidencia e kësaj forme të hiperbilirubinemisë illogaritet përafersisht 4-6% të populacionit (5). Në bazë të patogenezës së kësaj hiperbilirubinemje është dëmtimi i kapjes së bilirubinës së lirë nga ana e polit vaskular të hepatocitit. Rol të madh luajn dhe ulja e aktivitetit të glukuronil transferazës, ferment që transporton acidin glukoronik nga U.D.P.G.A. (Acidi uridino-difosfo-glukoronik) tek bilirubina. Duke u bazuar tek patogeneza dallohen dy tipe të sindromës Gilbert; tipi i parë me bilirubinemë jo shumë të rritura, që vjen nga defekti i kapjes së bilirubinës dihe tipi i dytë me bilirubinemë më të rritur, që vjen nga

### Pasqyra e rasteve të ekzaminuara

Rastet	Bilirubinemja mg.% <sub>0</sub>	Retensioni BSP	Injektimi kolicestes me sam-bobil	Pigmenti intrahepatik (biopsia mërgisë)	Nivel SGPT	Fosfataza alkaline	Provrat funksionale të heparit
1.A.K. s. Rotor 17 vjeç	BT 6,10 B. D.4,17 Bl 1,93	45-36%	jo	jo	40 UI	3,5	Normal
2.Xh.K. 14 vjeç s. Rotor	BT 4,54 BD 3,36 Bl 1,18	45-32,5%	jo	jo	36 UI	2,8	Normal
3.S.K. 12 vjeç s Rotor	BT 3,45 BD 2,55 Bl 0,90	45-31%	po	—	60 UI	3,0	Normal
4. I.H. 26 vjeç s. D-J	BT 3,5 BD 2,5 Bl 1,0	45,4%	po	Melaninë	35 UI	2,8	Normal
5.B.H. 12 vjeç s. D.J	BT 1,80 BD 1,40 Bl 0,40	45-10%	jo	—	36 UI	3,1	Normal
6.F.H. 21 vjeç s. D-J	BT 4,1 BD 3,1 Bl 1,0	45-17,64%	jo	Melaninë	32 UI	1,2	Normal
7.B.R. 15 vjeç s. D-J	BT 1,65 BD 1,50 Bl 0,15	45-10%	jo	Melaninë	35 UI	1,8	Normal
8.KR 17 vjeç s. D-J	BT 2,0 BD 1,65 Bl 0,35	45-5,5%	jo	Melaninë	40 UI	1,6	Normal

ulja e aftësissë lindhëse të acidit gjikuronik (5). Këta të sëmure, në përgjithësi, janë pa ankesa, mendohet se shenjat që paraqesin herë pas here vijnë nga preokupimi se e konsiderojnë veten të sëmure hepatikë (5). Edhe të sëmuret tanë, në përgjithësi, kanë qënë pa shenja, me përijashtim të rasteve, ku niveli i bilirubinësë është ngritur në serum. Ankesa kryesore e të sëmureve tanë ka qënë ngjyra e verdhë ne sy. Dihet se dallimi i sindromës Gilbert nga hiperbilirubinemia, që imbetet disa herë pas kalimit të hepatitit viral, zhduken veshtrirë. Sidomos vështrirësia shflohë kur ndrysimet morfollogjike, që konstatohen në periudhën pas kalimit të hepatitit viral, zhduken plotësisht (2, 8). Dallimin midis tyre ne e kemi bazuar duke u nisur kryesisht tek historia e sëmundjes. Të pestë rastet tona kanë qënë ikter qysh, në moshë të fëmijisë. Ndihi më na ka dhënë edhe punktion biopsia e mëlçisë. Në ato raste, që e kemi praktikuar, struktura e heparit ka rezultuar pa ndryshime (9). Të gjithë autoret e kon-sultuar nga ne në ekzaminimin mikroskopik të zakonishtëm, të materialit biopistik të mëlçisë nuk gjelje ndryshime (1, 2, 4, 5, 9). Ndërmë teper në membranën e polit vaskular të hepatocitit (2, 5). Për të përjashtuar një sindromë hemolitike gjatë punës sotë, kemi praktikuar këto analiza: rezistenca osmotike globulare, retikulocitet, elektroforeza e hemoglobines. Të gjitha këto kanë rezultuar në shifrat e normës. Gjithashtu kemi përjashtuar edhe mundësinë e një dëmtimi akut apo kronik të mëlçisë, duke u bazuar në ekzaminimin e nivelit të SGPT, provat funksionale të heparit, indeksin e protrombinës, elektroforerogramën. Ndihi më na ka dhënë dhe studimi morfoligjik i heparit, që ka rezultuar gjithmonë normal. Nivelin e dy fraksioneve të bilirubinës në serum, për rastet tona me sindromën Gilbert, po e paragjeshin në grafikun nr. 1.

**Mjekimi:** Të sëmurët tanë, përvog vitamino terapisë, janë mje-kuar dhe me luminal në doza 5 mg; për kg. pesë në ditë. Si rezultat i këtij mjekimi kemi rezultuar ulje të bilirubinës. Luminali është një substancë që stimulon aktivitetin enzimatik të nivelit të rrijetës endoplazmatike të butë të hepatocitit, duke ndikuar mbi metabolizmin hepatik të pigmenteve biliare. Viganërisht ky preparat aktivizohet konjugimin e bilirubinës si rezultat i rritjes së sintezës së glukoroniltransferazës (2, 4, 6, 7, 8).

## DISKUTIM

Raste me ikter kongjenital do hemolitik me bilirubinë direkte dhe indirekte janë ndjekur nga ana e jone për një kohë të gjatë, duke i studjuar nga ana klinike dhe biologjike. Punktioni biopsia e mëlçisë të të sëmuret tanë është pëndorur vetëm një herë. Nga të dhënat që kemi deri tanë, gjendja e të sëmureve është pothuaj e një-të me ulje të pëkët të bilirubinës, që ndoshta ka ardhur nga përdorimi i luminalit. Autorë të tjera që i kanë vëzhguar të sëmuret për kohë më të gjatë, duke përsëritur punktion biopsinë për herë të dytë pas disa vjetësh, nuk kanë konstatuar asnjë ndryshim (2, 4, 8). Për këto arsyet janë quajtur dhe hiperbilirubinemë beni-

nje. Sic u theksua më sipër, dallimi sindromës D-J nga sindroma R. disa herë është e vështirë. Ka autorë që sindromën R. e përshtkuajnë si një variant të sindromës D-J (4). Të tjerë thonë se ka mullësi që sindroma R. dhe sindroma D-J të janë stade të të njëjtës sëmundje (2, 8). Kryesisht këto sindrome dallohen njera nga tjetra nga prania e pigmentit të zi në qelizat e mëqisë që konstatohen në sindromën D-J. Nga përberja histokimike ky pigment disa herë është konsideruar si melaninë (1, 2, 3, 4, 8), nga ndonjëherë si lipofusinë (1, 3, 4, 8), të tjerë thonë se është bashkimi i lipofusinës me melaninën (4).

Karakteristika të tijera dalluese midis këtyre dy sindromave ka edhe përsa i përket eliminimit të lëndëve kolecistografike orale, substancës së BSP dhe koproporfirinës. Kështu në sindromënRotor, dhënia e substancës kolecistografike nga goja, si rregulli, duhet të shqoqerohet nga një imazh i mirë i kolecistës, ndërsa në sindromën Dubin – Johnson nuk duhet të kemi imazhë të kolecistës. Megjithatë kjo nuk është absolute për dallimin e tyre. Kështu në matematikalin tonë gjatë sindromës R. ne nuk kemi pasur gjithmonë imazhe të kolecistës, përkundrazi në sindromën D-J kemi pasur raste me imazhë të kolecistës. Këto të dhëna përkijnë edhe me ato të autoreve të tjerë (4). Përsa i përket retensionit të BSP në sindromën R., retensioni i ngjyrës pas 45 minuta kalon nga 25%, ndërsa në sindromën D-J retensioni i ngjyrës pas 45 minuta kalon nga 15% (4).

Duke u bazuar nga përvaja jonië dhe nga të dhënat e autorëve të tjerë mendojnë se këta të sëmëru mund të vazhdojnë punën "normalisht. Veprimi në rastet e acarimit (shtrimi të nivelit të bilirubinës në serum), që kryesisht vjen nga lodiha e tëpërtë, tensioni emocional, pirja e tepërt e alkoolit, infeksionet interkorente, kërkohet pushimi i shkurtër dhe injeksim.

Dorëzuar në redaksi më 15 maj 1978.

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Bitri P.: Patologjia morfoloژike. Tirane 1975 (botim i III), fq. 143.
- 2) Bondar J.: Hepatologjia klinike. 1970, fq. 235.
- 3) Cerga G. Gunja Sh.: Ndihma që jep punksion biopsia e heparit në differencimin e hiperbilirubinemisë indiopatike. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1977, 135, 2.
- 4) De Razzi, L'Abbate M., Pettinati G., Maggi D.: Itteri congeniti non emolitici a bilirubina diretta. II. Polidominco 1971, Vol. 64, 5, 169.
- 5) Lovisotto P., Giovocelli W., Actis G.C., Blaese V.: Gli itteri di Gilbert. Attuali aspetti clinico-nosografici, fisiopatologici e terapeutici. Nota I. Recent acquisizione sulle sindromi Gilbert. Minerva Medica 1976, Vol. 67, 35, 2253.
- 6) Lovisotto P., Giovocelli W., Actis G.C., Blaese V.: Gli itteri di Gilbert. Nota II. Attuali aspetti clinico-noso grafia fisiopatologici e terapeutici. Il fenomeno della induzione enzimattica a livello epatico. Minerva Medica 1976, vol. 67, 45, 2903.
- 7) Pridoni P. e bp.: Mjekimi i hiperbilirubinemive me luminal. Referat i mbajtur në session shkencor të klinikës infektive. 1974.
- 8) Schiff L.: Diseases of the liver. Philadelphia 1969, 238.
- 9) Tavankhi K., Guxho L.: Vlera e pënkujt bionpsie së mëqisë të kryera në spitalin e Elbasanit. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1977, 3, 30.

**Summary****CONGENITAL NON-HEMOLYTIC ICTERUS WITH  
DIRECT AND INDIRECT BLOOD BILIRUBIN**

In the course of the differential diagnosis of jaundices of different origin, congenital non-hemolytic icterus with direct bilirubin (Dubin-Johnson and Rotor's syndromes) and with indirect bilirubin (Gilbert's syndrome) can be encountered. These syndromes have a mainly familial character and are due to disorders of the bilirubin metabolism in the liver cells. The cases observed by the authors were mainly familial and were discovered during surveys carried out on the other family members. A description is given of the methods of examination used for the diagnosis and differentiation of the Dubin-Johnston and Rotor's syndromes, giving priority to the presence of dark pigment in the hepatocytes. The paper mentions the satisfactory results obtained by the treatment with luminal. The syndromes are generally benign, without damages of the liver normal structure and without interference with the normal life and occupation of the patients.

**Résumé****L'ICTÈRE CONGÉNITAL NON-HEMOLYTIQUE ACCOMPAGNÉ DE  
BILIRUBINE DIRECTE ET INDIRECTE**

Pendant le diagnostic différentiel des jaunisses d'origine différentes, l'ictère non-hémolytique congénital peut être accompagné de bilirubine directe (syndromes de Dubin-Johnson et de Rotor) et de bilirubine indirecte (syndrome de Gilbert). Ces syndromes ont surtout un caractère familial et sont dus au dérèglement du métabolisme de la bilirubine dans les cellules du foie. Les cas observés par les auteurs avaient surtout un caractère familial, du fait qu'ils ont relevé les mêmes constatations chez les autres membres de la famille. Ensuite les auteurs mentionnent les méthodes d'examen dont ils se sont servis pour le diagnostic et pour établir la différenciation entre le syndrome de Dubin-Johnson et celui de Rotor, en accordant la priorité à la présence du pigment noir dans les hépatocytes.

Le traitement au luminal a donné des résultats satisfaisants. Les syndromes sont en général bénignes, ils n'endommagent pas la structure du foie et les patients peuvent conduire une vie normale.

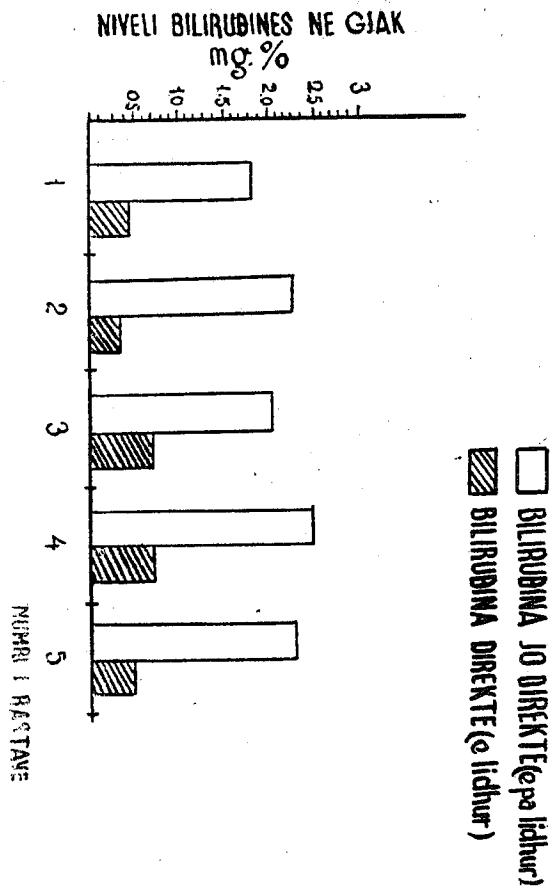


Fig. 1

Shikohet pigmenti me ngjyrë të zezë në qelizat e mëlgjse.

**TE DHËNA PARAPRAKE MBI PËRHAPJEN (INCIDENCËN) E  
DEFICITIT TE GLUKOZË 6 FOSFAT DEHYDROGENAZES  
ERTROCITARE NË DISA FSHATRA TË RRETHIT TË FIERIT**

— Doc. ALEKO VESHO — LEMANE MULAJ —

(Klinika e Propedeutikës)

Në sajë të sukseseve të arritura në biologjinë molekulare, në biokimini dhe në gjenetikë vitet e fundit është arriut të saktësohet patognomeza e një grupi sëmundjesh, të quajtura anemi hemolitike josfrocitare. Në këtë grup përfshihen edhe anemitë hemolitike të kushtëzuara nga rrungesa ose ulja e aktivitetit të fermenteve në eritrocite, pra anemitë hemolitike enzimopenike apo enzimopatitë eritrocitare. Në këtë grup tanë për tanë hyjnë: deficit i heksokinazës, glukozë-fosforomerasës, fosforuktokinazës, — 3 fosfoglicerat mutazës, piruvat kinazës, fosfoglicerat kinazës, 2, 3 difosfoglicerat mutazës, piruvat kinazës; si dhe deficiti i glukozë 6 fosfat dehidrogenazës, glutation-sintetazës, glutationreduktazës e glutation peroksidazës, të cilat ndikojnë në oksidimin e glukozës nëpërmjet rrugës pentoz-fosfat (rruga oksidative e drejtpejdrejtë ose e shuntit heksoz monofosfat).

Ndërmjet këtyre, enzimopatia më e përhapur është deficiti i glukozë 6 fosfat dehidrogenazës (G. 6 F.D.). Sipas disa autoreve (7) mbi 100 milion njerëz në botë mund të kenë deficit të kësaj enzime. Deficiti i G. 6 F.D., sikundër dhe hemoglobinopatitë, nuk janë njelloj të përhapura në populësinë e globoit, ashtu si nuk është e mundur që edhe shpërndarja e tyre të jetë thjesht një rastësi. Tashmë është bërë e njohur se disa nga format më të zakonshme të tyre e marrin shpërndarjen gjatë seleksionimit natyral në gjirin e një vendi të caktuar (2, 8). Kështu ka vend të pranohet se tipari drepanocitar dhe anomali (2, 8). Kështu ka vend të pranohet se tipari takasemik në këto zona koniderohet si një faktor mbrojtës ndaj akidenteve të renda, të shkaktuara nga deficiti i glukozë 6 fosfat dehidrogenazës.

Glukozë 6 fosfat dehidrogenaza është një ferment që luan rolin kyç në hallkën oksidative të rrugës metabolike pentoz fosfat. Në eritrocitet e rrejëzve normalë dallohen dy forma kryesore molekulare të G. 6 F.D., të cilat janë tipi Gd (+) B që është më e shpeshtë dhe tipi Gd (-) A. Këto dy tipa kontrollohen nga faktorë gjenetikë dhe diferencohen me anën e elektronforezës.

Fenotipi i varianave të izoluar sipas vegerive të secilës prej tyre shënohet me Gd e shoqëruar kjo me një shenje arithmetike +, + ose B — sipas shkallës së aktivitetit dhe pastaj shënohen gërmat A ose B

për një nga dy variantët e përshtuar në fillim, ose emrin e qyqtetit, krahinës apo fshatit, ku janë zbuluar variantet e tjera (2, 3).

Personat me deficit më të shpeshtë të këtyre tipave shënohen tipi Mesdhetar dhe A- tipi afrikani. Përvec këtyre grupeve kryesore të deficitit, ekzistojnë edhe shumë variante të tjera biokimikë (rreth 100), të cilët kanë përhapje gjëografike të ndryshme. Disa nga këta variantë shqerohen me deficit të enzimes, ndërsa të tjera jo, kështu që edhe ulja e aktivitetit enzimatik shqerohet ose jo me shfaqje hematologjike.

Në praktikën klinike, të sëmurët me deficit të kësaj enzime mund të shfaqin "kuadrim" e një anemie hemolitike akute ose edhe të rrufeshnjë anemie hemolitike me ecuri kronike dhe me riakutizime të herë-pashershme në formë krisash hemolitike, ose të jetë e formës latente dhe pa manifestime klinike e hemoatologjike, të cilat zbulohen rastësish ose gjatë depistimeve në masë. Krisat hemolitike varen si nga lloji, ashtu dhe nga shkalla e aktivitetit të enzimes e përcaktuar gjennetikisht. Kështu (dallohen): a) variante me strukturë të modifikuar e mobilitetit elektroforetik të ndryshëm, por me aktivitet enzimatik normal ose gati normal, disa prej tyre janë miaft të përhapura, disa të tjera jo dhe nuk kanë asnjë efekt patologjik. b) Variantë me strukturë të modifikuar e aktivitet enzimatik të ulur e veçori kinetike të favorshme. Edhe në keto, sipas rasteve, janë më shumë ose më pak të përhapura dhe shqerohen me hemolizë periodike të rendë, të shkakitura nga patogjenë eksogjenë si medikamente, infeksione virale apo bakteriale si dhe nga përdorimi i bafhëve. c) Variantë me strukturë të modifikuar e aktivitet enzimatik shumë të reduktuar e veçori kinetike jo shumë të favorshme dhe që shqerohen me hemolizë kronike takohen rrallë dhe shkaktojnë anemi hemolitike trashëguese jo sfero-

Numi i medikamenteve që mund të shkaktojnë kriza hemolitike në të sëmurët me deficit të këtij fermenti sa vjen e rrjet vazhdimit. Po përmëndim disa prej tyre: preparatet antimalarikë, antipiretikë, analgezikët, sulfanilamidet, preparatet antibakteriale jo sulfonamidike, produkte naftole, vitamina K, kinina, kinidina, blu metilini etj. (2, 4, 6, 7, 10).

Në shkallën e hemolizës, që varet nga grada e uljes së aktivitetit të G. 6 F.D., përvet faktorëve gjenetikë, ndikojnë edhe faktorë jogjentikë. Në eritrocitet e vjetra, posh aktiviteti i G. 6 F.D. është më i ulur se në eritrocitet e reja, prandaj dhe kritaz hemolitike vëtexkufizohen sidomos në tipe A- (sepse eritrocitet e vjetra lizohen). Në shkallën e përmëndur, në varri nga tipi afrikan apo mesdhetar, pa dyshim ndikojnë edhe vgoritë kinike, doza e niveli i medikamentit në gjall, të cilat varen nga shkalla e katabolizmit dhe eliminimit të tyre nga organizmi. Këtu nuk përjashtohet edhe prekja apo dëmtimi i meiqisë dhe i veshkave, të cilat ritin përqendrimin në gjak të medikamenteve me veprim të caktuar toksik dhe kështu nga një substancë përkatësish pak e dëmshme, ajo kthehet dhe bëhet shumë hemolitike. Po ashtu dhe acidoza diabetike, si dhe qëdo çrrregullim tjetër elektrolitik, mund të ndryshojë ndjeshmérinë e eritrociteve për tu hemolizuar.

Duke ditur se vendi ynë bën pjesë në brezin hemoglobinozik, nuk

përjashtohet mundësia e bashkëekzistencës së tipave të ndryshëm të deficitit të G. 6 F.D. edhe në gjirin e populatës sónë. Veg asaj, sot njihet korelacioni midis gjenogeografisë së G. 6 F.D. dhe vatrave endemike të malarjes tropikale. Është pikërisht për këto, që krahë depistimit në masë të hemoglobinative, u fillua edhe depistimi i deficitit të G. 6 F.D., për të cilin deri më sot në vendin tonë nuk janë bërë studime (9).

Ndërkad, zbulimi dhe vënia në dukje e kësaj anomalië eritrocitare në gjirin e populatës sónë, nga njëra anë, do të bënte të arruhej me sukses jo vetëm mjekimi i këtyre sëmundjeve, por edhe dhënja e pajtëve të tjierë toksikë, shkaktarë të krizave hemolitike.

Duke vënë në jetë vendimet e plenumit të 8-të të KQ të FPSH dhe të Kongresit të 7-të të FPSH mbi shëndetësinë, të cilët na vënë si detyrë që në radhë të parë ti jejet përparesi profilaksisë dhe të arrjmë të bëjnë parandalimin e këtyre sëmundjeve nëpërmjet pagandimit e të shtrirjes në masë të një kulture të gjëre mjekësore, qoftë persa i përkët heqjes apo mënjanimit të këtyre barnave dhe konsumimit të bathëve, kryesisht në zonat ku shtrihet deficiti i glu-kozës 6 fosfat dehidrigjenazës, ashtu dhe për marjen e masave të tjera praktikë me karakter profilaktik.

Për përcaktimin e aktivitetit të G. 6 F.D. në eritrocitet u përdor metoda ciliçore Sass dhe Caruso, e cila është e thjeshtë dhe nuk kërkon reagentë deficitarë dhe mund të përdoret si në kuqshët e spitalit ashtu dhe të poliklinikës.

Në një tub hidhen dy pika heparinë dhe 3-4 ml. gjak venoz. Centrifugohet për 10 minuta me 1500 rrrotullime dhe hiqet plazma. Merren 0.4 ml. masë eritrocitare dhe i shihet 1.25 ml. solucion, që përbën 200 mgr. glukozë; 0.9 mgr. blu metilin të tretur deri në 100 ml. me solucion fiziologjik. Solucionet përzihen mirë dhe vihen për 30 minuta në temperaturën 23-26°C, duke bërë perzierje gdo 5 minuta. Pastaj centrifugohet me 1500-2000 rrrotullime për 5 minuta dhe shihet ngjyra e supernatantit. Ngjyra qelli ose qelli në jeshile e tij u quajt pozitiv dhe flet për deficit të G. 6 F.D.. Kur aktiviteti i fermentit është normal, gjithë blu metileni kthehet në një formë pa ngjyrë dhe supernatanti çngjyroset.

Deficiti i G. 6 F.D. në eritrocitet u studjuat në disa fshatra të rrethit të Fierit në një grup prej 1007 nxënësish (487 meshkuj dhe 520 femra) të moshës 8-15 vjeç. Rezultatet janë analizuar në dy drejtime: 1) shpeshtësia e këtij defekti sipas sekshit dhe 2) shtrirja e tij sipas fshatrave të depistuara (shih pasqyrën nr. 1 dhe 2).

#### Shpeshtësia sipas sekshit

Pasqyra nr. 1

Seksi	Nr. i nxënësve të studjuar	Nr. i nxënësve me deficit të G.6 F.D.	% e personave me deficit G.6 F.D. ndaj nr. të studjuar
Meskuj	487	91	18.8
Femra	520	49	9.9
Gjithsej	1007	140	13.9

Anomalia haset në përqindje më të lartë në fshatrat Seman — 36 raste (29.2%).) dhe Topojë — 33 raste (19.6%). Pasqyra nr. 2.

Pasqyra nr. 2

## Shtrirja sipas fshatrave

Fshatrat e depistuara	Nr. i rasteve të studjuara	Nr. i rasteve me deficit G.6 F.D.	% e deficitit G.6 F.D. numrit të studjuar
Topojë	168	33	19.6
Seman Libofsh, Fier i ri	123	36	29.2
Mbrostar etj.	716	71	9.9

Pra sig del nga pasqyra nr. 1 ajo diferençë e dukshme ndodh më shpesh në meshkujt, sepse deficiti i G. 6 F.D. në eritrocite është një anomali trashëguese e lidhur me kromozomën X. Meshkujt që kanë një X kromozomë mund të jenë ose të shëndoshë (X-Y), ose mund të kenë deficit enzimatik (X-Y) dhe ta shfaqin këtë defect. Në këtë rast ato kanë një populatë të vetme eritrocitare të gjitha enzimopenike. Midis femrave mund të hasen tre variane: ato mund të kenë dy X kromozome normale (homozigota normale përkohës) vegorit XX, ose të dyja X kromozomet Jonormale (homozogata Jonormale X-X-) dhe, së fundi, mund të kenë njëren X kromozomë normale dhe tjetrën Jonormale (heterozigota XX-). Femrat homozigote Jonormale kanë deficit të enzimës dhe e shfaqin këtë defect njësoj si dhe meshkujt, por rastet e deficitit të G. 6 F.D. në femrat homozigote Jonormale janë të rralla, sepse edhe incidence e vetë homozigosës është e rrallë.

Ndërmjet femrave, heterozigota ka një ndryshueshmëri të madhe në shfaqjen e deficitit. Disa prej tyre mund të kenë një aktivitet enzimatik normal ose afër normës, ndërsa disa të tjera kanë aktivitet shumë të ulur të saj. Këto ndryshime shpjegohen me heterogjenitet e populatës eritrocitare ose sipas hipotezës mozaikë kromozomike (1, 2). Në periuudhën e hershme të zhvillimit embrional, tek femrat njëri nga kromozomet seksuale bëhet i paaktivizueshëm. Kromozomi X i paaktivizuar në një qelizë mbetet i tillë në ndarjen e qelizës gjatë gjithë jetës së individit. Megjënëse në disa qeliza mund të inaktivizohet X i njës së në të tjera X i babës, femrat heterozigote parëqesin mozaik qelizash. Dista prej tyre kanë deficit të enzimës të G. 6 F.D., ndërsa të tjera tasi normale të saj. Aktiviteti i femrave deficit enzimatik.

## P E R F U N D I M E

Nga të dhënat e këtij punimi paraprak rezulton:

- 1) Shtrirja e deficitit të G. 6 F. D. në eritrocite në disa fshatra të rrethit të Fierit është e konsiderueshme (13,9%).
- 2) Shpeshtësia e këtij deficitit në të dy sekset nuk është e njëlojtë, ai haset më shpesht tek meshkujt.
- 3) Shpërndarja e këtij deficitit në fshatrat e ndryshme është i ndryshëm dhe luhatet nga 5-29,2%.
- 4) Nga këto del nevojë e domosdoshme, që krahas problemit të madh të depistimit në masë të hemoglobinopative, të inkudrohet edhe depistimi i deficitit të G. 6 F. D. në po ish zonat e brezit malarik (hemoglobinozik), ku këto nozologji jo vëtëm janë «gjëresisht të përpura», por bashkëjetojnë dhe, sipas rasteve, edhe bashkëveprojnë.

Dorëzuar në Redaksi më 15 mars 1978

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Blaiv M. N., Rodriges N., Persovani K.I.H.A.: Izuchenie častoty nositelstva deficita G. 6 F.D. eritrocetov u naseleniya provincii severnoe Oriente (Kuba), Problemi Genet. i Peril. Krovi 1973, 11, 26.
- 2) Boiron P.: Anémies hémolitiques [par déficit enzymatique érythrocytaire congénital]. Le sang reytus B. Paris 1975, 259.
- 3) Bulletin Wld Thelth Org. 1968, vol. 38, nr. 1. Nomenclature de la G. 6 F. D. humaine.
- 4) Cirkina A. S.: Nedostagost G. 6 F. D. adna iz form genoliticheskoi anemii. Laboratornoe delo 1973, nr. 4, 221.
- 5) Ernest Beutler: Glucose 6 ph dehydrogenase deficiency. British Jour. of haematology 1970, vol. 18, 2, 117.
- 6) Lamam Amin-Zaki, Soliman Taj El-Din Karamah Kubba: Glucose phosphate dehydrogenase deficiency among ethnic groups in Iraq. Bull. Wld Thelth Org. 1972, Vol. 47, nr. 1, 5.
- 7) Mareni I.: «Hematologia Clinica, Bucarest 1977, 291.
- 8) O.M.S. Traitemet des hemoglobinopathies et des troubles apparentés. Rapport dun groupe scientifique de l'OMS 1972, 509, 76.
- 9) Veslo A.E.; Isp.: Anemiet hemato siper materialit të klinikave të spitalit nr. 1. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1974, 1, 227.

## S u m m a r y

### PRELIMINARY DATA ON THE PREVALENCE OF ERYTHROCYTARY GLUCOSE-6-DEHYDROGENASE DEFICIENCY IN SOME VILLAGES OF THE FIERI DISTRICT

This survey of the frequency, sex distribution and regional prevalence of glucose-6-dehydrogenase deficiency or other erythrocytary enzymopathies was carried out among groups of school children of the formerly malaria infested Fieri district.

Of 1007 children aged between 8 and 15 years, 144 (13,3%), were found with deficiency of that enzyme, of whom 95 were male and 49 female.

The authors draw the conclusion that in the study of the big problem of «widespread» haemoglobinopathies should be included mass surveys of this deficiency in the former malaric regions of the country, where apparently these two conditions not only co-exist but are synergistic to each other.

### Résumé

#### DONNÉES PRÉLIMINAIRES SUR LE DIFFUSION DU DÉFICIT ERYTHROCYTAIRE DE LA GLUCOSE-6-DÉHYDROGÉNASE DANS LES VILLAGES DU DISTRICT DE FIER

Ce dépistage de la fréquence, de la répartition selon les sexes, et de la diffusion régionale du déficit de la Glucose-6-déhydrogénase, ou des enzymopathies erythrocytaires, a été mené parmi un groupe d'écoliers originaires des ex-villages malariques du district de Fier.

Sur un total de 1007 élèves, âgés de 8 à 15 ans, le déficit de cette enzyme a été constaté chez 144 d'entre eux (13,3%), dont 95 (68%) sont des garçons et 49 (31%) des filles.

Les auteurs concluent que l'étude de l'important problème qu'est la «large diffusion» des hémoglobinopathies exige le dépistage en masse de ce déficit dans les régions ex-malariaques du pays, où ces conditions non seulement coexistent, mais, dans certains cas, agissent aussi en commun.

## TRAJTIMI I PERLAVE TË ELSCHNIG-UT

— Doc. ANDREA ARONI —

Midis ndërkimeve të vonëshme, pas ekstraksionit ekstrakapsular të ikatarktit, bën pjesë edhe zhvillimi i perlave të Elschning-ut, të përshtkuara prej tij në vitin 1911, të cilat, kur grumbullohen në qendër të pupiles, ulin mprehtësinë e pamjes në shkallë të ndryshme.

Ndodh shpesht që qeliza të shtresës epiteliale subkapsulare të fryhen dhe të zgjaten duke u mbushur me vakuola (3). Formimi i këtyre qelizave globulare ka mundësi të jetë përpjekja e epitelit përfunduar fibra të reja. Perlat e Elschning-ut kanë formë sferike ose vezake dhe janë të tejdukshme si fluska sapuni. Mund të shihen të veçuara ose në grupe si vesh rrushi dhe, mundësish, mund të zenë gjithë hapësinë pupilar. Ekzaminimi histologjik tregon se këto kanë strukturë vezikulare dhe mur rrethues shumë të hollë.

Për trajtimin e tyre është propozuar disicizioni, rentgenoterapia, e cila, në persona me moshi të re, mund të jetë e prezrikshme për syrim dhe, vjetët e fundit, lavazhi i dhomës së përparëshme (4).

Gjatë praktikës sonë shumëvjeçare jemi ndeshur mjaft herë me praninë e këtyre trupave në rajonin pupilar në persona, që ankohen për ulje të theksuar të pamjes. Disa herë kemi vendosur t'i trajtojmë në mënyrë kirurgjikale, si katarakt sekondar (1), duke bërë desezionin në qendrën e pupiles. Por, sic përshtuhet edhe nga autorë të tjierë (2, 3, 4, 5), rezultati i ndërhyrjes nuk ka qënë i kënaqshëm. Perlat e Elschning-ut janë grumbulluar përsëri në vendin e disicizonit duke penguar pamjen.

Në vitin 1964 jemi detyruar të ndryshojmë qëndrim ndaj këtij ndërkimi, përpëra rastit që përshtkuajmë:

Pacienti L.M., vjeç 13, iparaqitet me ankesën se ka ulje të theksuar të pamjes së syrit të majtë, sa që nuk orientohet dot në hapësirë, duke qënë se syri i djathtë është i verbër (afaki dhe ablacion retinal total i paoperueshëm). Para disa vjet ka operuar syrin e majtë për katarakt traumatik dhe pas operacionit, deri disa ditë më parë, shikonte disi mirë. Ekzaminimi i syrit të majtë vuri në dukje: kornea e tejdjukshme, dhoma e përparrëshme e thelle, pupila e deformuar përshtikak të sinekive të gjera të pasme, në brengun pupilar të sippërmë, temporal dhe infero-nazal duken mbeturina kataraktale të bardha në formë shiritash. Në biomikroskop u vu re një grumbull i madh perlash të Elschning-ut, si një vesh rrushi, që mbulojnë pothuajse gjithë hapësinë popolare. Fundus oculi nuk dallohej dot, por nëpërmes pupiles vinte vetëm një refleks i kuq i dobët. Megjëse i sëmuri nuk dëshiron të operohet u përshtkuar një kurë më resorbuese dhe midrastikë. Pas një muaji, pacienti u paraqit i kënaqur për përmirësimin. Me anë të biomikroskopit u konstatua se me të vërtetë perlat e Elschning-ut

Ishin paksesuar në rajonin pupilar. I sëmuri vazhdoi pa ndërpereje dhe me skrupolozitet të madh kurën e dhënë dhe, pas disa muaj, konstatohet se rajoni pupilar ishte pastruar nga trupat e përmëndura, me përjashtim të një zone të rguqshët gjatë bregut të poshtëm pupilar. Fundus oçuti dallojesh mire është paraqiste degjeneracione makulare, që justifikonin uljen e parnies. Mprehensiona e pamjes 0,2 me koreksion. I sëmuri ishte i kënaqur me rezultatin sepse kish arritur të shohë si më parë. Gjatë shumë vjetëve vëzhgimi të rregulltë të kësij të sëmuri, tek ai keni konstatuar, me ndërprerje 2-3 vjeçare, edhe dy episode të tjera zhvillimi të perlave të Ehsching-ut, të ngjashme me atë të përshkruar.

je nukurajuar nga permiresimi i përskruar dhe duke gjetur mbështetje edhe në të dhënët e literaturës, prej vitit 1964 kemi trajtuar në mënyrë konservative 16 sy me perla të Eisinger-ut. Këto janë zhviluar pas kataraktit kongjenital në 3 sy, juvenilis 3 sy dhe pas kataraktit raktit traumatik në 10 sy. Pas ekstraksionit linear të kataraktit në 9 sy, pas riththjes në 5 sy dhe pas ekstraksionit ekstrakapsular në 2 sy. Mosha e pacientëve ka qënë prej 13 deri 37 vjeç.

sin e vittit 1977 paraqitet me ankesetë ulje të parët, pas që syrit të djahtë. Kjo kish afaki bilaterale pas thithjes së OD në vitin 1973, dhe në OS në vitin 1976. Mprehtësia e pamjes me koreksion ishte 0,3 në OD dhe 1,0 në OS. Me biomikroskop u vu re se në rajonin pupilar të syrit të djahtë ishim grumbulluar perla të Elschning-ut si një vesh rrushi. Të sëmurej iu përshtirua një kurë me resonbuese dhe midriatikë. Në rikontrollin e bëre pas 4 muajve, mprehtësia e syrit të djahtë ishte 1,0 me koreksion dhe nëpërmes të bires së këtij. Me anë të biomikroskopit u vunë re pak perla të Elschning-ut gjatë brengut pupilar të poshtëm.

u zhvillan perseri pas 2-4 vjet dñe kemi qënë të detyruar të përsërisim kurën (4).

<sup>mae</sup> gjuue rezultabet e kenaqsmje, ne dy te semuré, perlat e Elsching-ut nuk u thithen aspak pas mijekimut konservativ, te paktén brenda Pak rmajue qé i kemi věz̄hguar. Prandaj këto i kemi, operuar bipas shëmbullit qé paraqesim (4, 5).

E semura I. K., vjeç 18, ankokej pér ulje té theksuar té pamjes shimi i një kapsolle. Në OD eshtë kryer ekstraksi i linear i ikatarak- it dhe pas operacionit, e sëmura shihet shumë mirë me koreksion. Pas aksidentit, syri i njajtë eshtë verbuar. Tani ka disa muaj që kurohet ambulatorisht, por kohë ndjesh asnjë përmirësim té pamjes së syrit e djahet. Ekzaminimi objektiv: OD — kornea e tejdukësime. Dhoma përparrëshme e thellë; pupila në midriazë pas atropinës, e de- formuar nga ana nazale nga sinektë posteriore. Me anë té bi- mikroskopit u vu në dukje një grumbullim i madh perlash té Els- hing-ut, që mbulojnë gjithë qendrën pupillare njësoj si para fillimit të injezioni konservativ. Fundus oculi dallojë me rështësi nëpërmes të periferisë së pupillare. Visus 0.1 me koreksion. OS — kornea e ejdukësime. Dhoma e përparrëshme e thellë. Okkluzion-sekluzion muri-

lar. Visus zero. Operacioni: premedikacion 1 orë para ndëshyries me pechidin 50 mg. i.m.; fenergan 25 mg. i.m. dñe solucion 50% të glicerinës 150 ml. per os. Akinezi dhe anestezia retrobulbare nle novokainë në solucion 4% gjithsejt 6 ml. Suturë mbajtëse në *musculus rectus superior*, në lirib në orën 12 kryhet me lance incizioni i gjere 3-4 mm. Nëpërmes tij futenet në dhomën e përparrëshme një agj pa majë dhe bëhet lavazh me solucion fizilogjik. Dalohej qartë se si perlat e Elschning-ut shkëputeshin nga grumbulli pjesë-pjesë. Duke injektuar vazhdinist sol. fizilogjik, me kujdes që të mos cënohen dhoma e përparrëshme, afrojmë fundin e agit ne mbeturinat e pashtkollitura ende, duke i shtyrë këto me kujdes në drejtimë të ndryshme dhe derisa të shkolliten të gjitha dhe të eliminohen jashtë syrit bashkë me solucionin fizilogjik. Incizioni mbylljet me dy sutura konjunktivale. Pas operacionit, syri u trajtua me midriatikë dhe ditën e pëstë, vizus me koreksion dhe nëpërmes të bërës stenopeike ishte 1.0.

## KONKLUSIONE

- 1) Në rast zhvillimi të perlave të Elschning-ut në rajonin papilar, pas ekstraksionit ekstrakapsular të kataraktit, rekombandojmë mjekim konservativ me rezorbuës dhe midriatikë, që eventualisht mund të përsëritet pas recidivave.
- 2) Kur mijekimi konservativ imbetet pa efekt gjatë disa muajve, indikohet operacioni, siç e përskruam. I kryer me kujdes, operacioni eliminon pengesën për pamje dhe nuk rrrezikon çarjen e membranës haloidea.

Dorëzuar në redaksi mi 15 shkurt 1978

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Aroni A.: Parandalimi i komplikacioneve gjatë dhe pas ekstraksionit të kataraktit në bazë të materialit tonë. Buletini i UT — Seria shkencat mjekesore 1973, 1, 139.
- 2) Cepa GJ.: Komplikacionet e ekstraksionit të kataraktës dhe diskutimi i tyre në 300 pacientë të operuar. Buletini i UT — seria shkencat mjekesore 1972, 1, 107.
- 3) Duke-Elder S.: System of ophthalmology, vol. IX. St. Louis 1969, 235.
- 4) Gunterssen T.: Surgical management of Elschning's pearls. American Journal of Ophthalmology 1966, 61, 1124/184-1129/187.
- 5) Maislein B., Ferguson E.: Surgical treatment for Elschning's pearls. American Journal of ophthalmology 1972, 73, 14.

## Summary

### THE TREATMENT OF ELSCHING PEARLS

The paper discusses the conservative treatment of Elsching pearls of the eyes by miotic and resorbent drugs that was carried out on 16 patients aged between 13 and 37 years.

The treatment gave satisfactory results in most of the cases, but it had to be repeated several times on three patients. In two cases no improvement

was obtained by the conservative treatment and a surgical intervention became necessary.

The operation consisted in the removal of the Elsching pearls and the careful washing of the anterior chamber with saline. This intervention does not risk to injure the hyaloid membrane.

#### Résumé

### TRAITEMENT DES PERLES D'ELSCHING

Dans cet article il est question du traitement conservatif des perles d'Elsching, par des médicament mydratiques et à effet résorbant, chez 16 yeux chez les patients âgés de 13 à 37 ans.

Ce traitement a donné des résultats satisfaisants dans la plupart des cas, mais il a fallu le répéter plusieurs fois chez trois patients. Le traitement conservatif n'ayant pas apporté des améliorations dans deux de ces cas, il a fallu y intervenir par voie chirurgicale.

L'intervention consiste dans l'élimination des perles d'Elsching qui est suivie par le lavage attentif de la chambre antérieure de l'œil avec une solution physiologique. Selon l'auteur du présent article, l'intervention ne présente aucun risque pour la membrane hyaloïde.

## RETINOSKIZA E SHOQERUAR ME SHKOLITJE TË RETINËS

— SULEJMAN ZHUGLI — YLLI SHTVILLIA —

(Klinika e sëmundjeve të syve — Spitali nr. 1 — Tiranë)

Në praktikën mjekësore, krahas shkollitjes së retinës, vend të vëgantë ze dhe retinoskiza. Disa herë, retinoskiza mund të jetë shkak për zhvillimin e shkollitjes së retinës ose vetë ajo mund të zhvillohet mbi bazën e një shkolitje, megjithatë ato janë dy sëmundje me karakteristika klinike dhe etiologji të vëganta.

Retinoskiza paraqet një ndarje të elementeve nervore të retinës, që në përgjithësi ndodhen në shtresën pleksiforme të jashtme. Kjo ndarje, si enitet më veç, është përshtuar për herë të parë më 1933, kurse më 1935 u qojt Retinoskiz. Kuadri klinik i plotë është përshtuar më 1956.

Takohen tre lloj retinoskiza: 1) Retinoskiza kongjenitale apo juvenile, që është e rrallë dhe prek vëtëm meskujt e moshës fëmijore dhe të rinisë. 2) Retinoskiza e fituar apo degenerative, që njihet "dhe si formë presenile, cist retinale, retinocele, që është më e zakonshme. Ajo zhvillohet në adultët e gdo moshe, madje dhe në fëmijët. 3) Retinoskiza sekondare si në fibropellastin retrorentale, në sëmundjen Coats, angiomyotoren retinale dhe retinopatinë diabetike, koroiditet shumë akute etj.

Në këtë punim ne do të paraqitim dy raste me retinoskizë të fituar, të ndërliruar me ablation të retinës dhe të mijekuar me sukzes së klinikin tonë.  
**Rasti i parë.** — E sëmura V.S., vjeç 24, interiore, e shtruar në spital me diagnosten për dyshim *Ablatio Retinae* më 14.IX.1976 me nr. kartelle 7202. E sëmura ankonë për ulje të theksuar të të parit në syrin e majtë. Sëmundjen e ka diktuar para një muaji, që vë re disa turbullime të levizshme me ngjyrë të zezë, si miza para syve. Më vonë, gradualisht këto u shftuan, duke e penguar gjatë shikimit. Pas nje javë e sëmura ndjen një perde në pjesën e sipërme të syrit që dalëngadalë i ze gjithë pamjen e syrit. Me këto ankesa vizitorët tek mjeti dhe shfrohet në spital. E sëmura ika lidur dhe është zhvilluar normalisht, nuk ka kaluar ndonje sëmundje me rëndësi. Në familje dhe në rrëthinë familjar nuk ika njeri të sëmure nga sytë. Në ekzaminimin e parë konstatohet: pjesët rrëthuese të orbitës, kapakët, konjunktivat normale, kornea e pastër, transparente. Irisi me konfiguracione të ruajtura, pupila e rrumbullakët, reagon mirë në drithë. Kristalimi transparent. Në *corpus vitreum* duken turbullime të holla që notojnë në të.

Në pjesën inferotemporale, retina paraqiste një ngritje të theksuar, që prominentë në *corpus vitreum* rrefthet + 15D dhe arrinte të

mbulonte 1/4 e poshitme dhe temporale të pupilës. Retina paraqiteshe shumë e hollë, me ngjyrë të kuqe të zhene. Nga ana e sipërme e ngritjes maksimale, ngjitur me të, dukej një ngriti tjetër mi e vogël në formë të rrumbullakët me kufi të qarta. Nga kufiri i pasën, këto ngriti vazhdonin me një ngriti të sheshtë të retinës, që arrinin deri në nivelin e paplës së nervit optik dhe regjionit mokular, i cili paraqitej i ngritur. Në dy ngritet retinale (ciste retinale) në shtresat e breshkime të tyre konstatohenin tre të çara, nga të cilat dy ishin në trajtë vezake dhe një e rrumbullakët. Në periferi të ekstremitës pranë ora seundes ora 6 dukej një e garë e madhe rreth 1 (2 D.P. — skema nr. 1). Në 1/2 e sipërme të fundusit, retina paraqitej kudo e mbështetur. Mprehtësia e pamjes në këtë sy 0.08, kurse syri i djathë ishte normal me pamje 10/10. Në ekzaminimin me oftalmoskopinë indirekte dhe me shtypje sklerale nuk vilje re asnjë shenjë patologjike. Më 17.8.1976 kryhet ndërryra kirurgjikale. Në fillim bëmë rrëthimin e bulbit me fije mersilini, duke e vendosur 13 mm larg limboit. Pastaj formuan një xhep të sklerës, duke e ndarë sklerën në 2/3 e trashës së saj që nga ora 7 deri në orën 5.30 me një gjëriësi prej 4 mm. Bëmë diatermokauagulimin e gjithë xhepit skleral me 18 m/a. Punktioni i kryem në orën 5 rrëthi 2 mm nën rrëthimin. Nga ky veprim dolli shumë likuq i trashë me ngjyrë gri, i ngjashëm me trupin vitros, që është karakteristik për retinoskizën. Pas kësaj kontrolluan fundin e syrit, ku e gjithë retina dukej e ulur, por imbetet një ngriti e kufizuar në drejtim të orës 5.30, për të cilën u detyruam të bëjmë një punksion të dytë po në këtë orë, nga doli përsëri likuid.

Në fund të operacionit, retina dukej kudo e mbështetur. Hodhëm atropinë, pomad tetraciklin në të dy sytë. Pas operacionit, e sëmura mjekohet me antibiotikë, kortizonikë nga goja dhe lokalish. Ecuria e sëmundjes kaloi mirë. Hemoza e konjunktivës, që u shfaq dy ditë pas operacionit, u zhduk pas një javë. Gjatë ekzaminimit oftalmoskopik, fundusi dukej i qartë. Retina ishte e mbështetur, me përjashtim të kuadratit infero-temporal afër orës 5, ku vilje re një ngriti e paket në forme trekëndishi me majë nga ana e polit të pasën. Identacioni i rrathimit, shenjat e diatermokauagulimeve dhe vendi i punksioneve dukeshin qartë. Për të parandaluar përhapjen e ngritetës që imbeti në drejtim të polit të pasën, bëmë rrëthimin e të gjithë kësaj zone me fotokoagulum gjatë disa secavave, duke krijuar një barriere mbrojtëse, cikatriciale në 3 rjeshta paralele me rreth 180 graditë.

E sëmura del nga spitali me pamje 7/10. Në rikontrollet e mëvonshme, gjendja e fundusit ishte e njëjtë me atë të daljes. Ngriti cistike e periferisë së orës 5 dukej mjftë e mirë, e kufizuar nga fotoagulacionet. Në shtresën e jashtme të cistës me lentinë e kontakt dukej një vrimë e rrumbullakët rreth 1/4 e D.P. Pas një viti e gjysëm, gjendja dukej plotësisht e stabilizuar, e sëmura me syza cilindrike + 0.75 D. arrin pamjen 10/10.

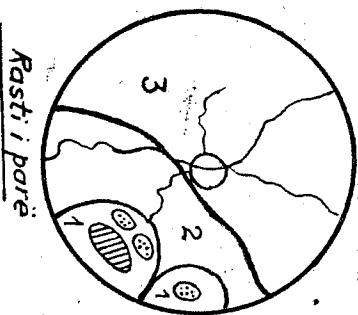
*Rasti i dytë.* I sëmuri P.M. vjet 14, shtruar në klinikë më datën 3.VI.1977 me numër kartele 6222, me diagnozë *Albinio Retinaze*. Referoi se 20 ditë para se të shtrrohet, duke ecur rrugës, vë re turbullime të pamjes në syrin e djathtë. Pas vizitës, i sëmuri rekombinohet për shtrim në spital. Gjithashtu referoi se para dy muajsh ka qënë go-

ditur në renjë të hundës nga një cifër kapsolleje, për këtë i është qepur plaga ambulatorish.

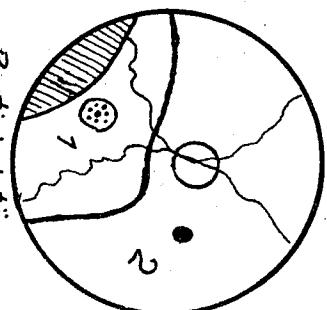
Në ekzaminimin objektiv u vu re se pjesët rrrethuese të orbitës ishin normale. Në renjë të hundës dukej një cikatrice linjare horizontale. Palpebrat, konjunktivat-kornea, sklera-normale. Pupila e rru mbullakët reagonë mirë në dritë. Në trupin vitreum dukeshin disa turbullime mjaft të holla e të lëvizshme. Papila e nervit optik dukej me konture të qarta. Regioni makular nuk paraqiste ndryshime patologjike me rendësi. Në kuadratin inferotemporal dukej një ngritje e retinës rrreth + 10 D, që kalon ekuatorin dhe arrin deri në afersitë të papilës së nervit optik dhë 3-4 mm në regionin makular. Retina dukej me ngjyrë të bardhë në gri, kurse sipërfaqja e saj dukej e vijëzuar në formë rjete nga palosje shumë të holla të cipës së brendshme të retinës. Në regjionin e ora seratës në kuadratin infero-temporal prej orës 6 deri në orën 8.30 vijet re dializë e retinës, buza e së cilës prominentë mjaft në korpusin vitros. Poshtë saj dukej një brimë në flitet e jashtme të retinës. O. S. normal. I sëmuri i nënshtrohet ndërhyrjes kirurgjikale. Edhe në këtë rast kryem dia termokoagulacionin me intensitet 18 m/a të xhepit skleral, të formuar më parë nga ora 14.30 deri në orën 18.30 së bashku me rrëthimin e bulbit me fije mersileni 13 mm larg lumbit. Punktioni e kryem në orën 7, 1 mm nën rrëthimin nga ku në filium doli lëng i hollë dhe në fund lëng i trashë si korpusi vitros karakteristik për retinoskizën. Në fund të operacionit retina dukej plotësisht e mbështetur, gjithashtu dukeshin shenjat e diatermokoagulacionit. Pas operacionit mjetohet me antibiotikë e kortizonikë, syri-qëndronte i qetë pa hemoz. Në rikontroll konstatohet: retina kudo e mbështetur, identacioni i rrezimit shihet qartë. Buzët e dializës dhe të vrjmës retinale duken plotësisht të aderuar nga diatermokoagulacionet. Nga vendi i punksionit deri afér papilës së nervit optik një hemorrhagi e madhe subretinale rrreth 2-3 D. P. Për këtë arsyë në terapi u shtuan edhe solucion gluukoze 40% me vitamininë C në venë. I sëmuri del nga spitali me visus 5/10. Në rikontrollin e bëre pas tre muajsh, fundi i syrit dukej i qartë. Retina qëndronte e mbështetur. Dializa dhe vrima retinale të myllura, hemorrhagja plotësisht e absorbuar visus pa koreksion 8/10.

Në të dy rastet e përskrura e është verifikuar retinoskiza e fituar e tipit të degjenerimit cistoi në rastin e parë dhe e degjenerimit retikular në rastin e dytë. Gjithashtu në të dy rastet është vënë, re ablacioni i retinës, që është zhvilluar për shkak të carjes së retinës në të dy shtresat (rasti i parë) dhe të dializës retinale (rasti i dytë). Të dy të sémurët i janë nënshtruar ekzaminimit me oftalmoskopinë direkte, indirekte me shnytpje sklerale si edhe me lentinë e kontaktit të Goldmanit. Në të dy rastet, retinoskoza ka qënë e lokalizuar në kuadratin infero-temporal, që është lokalizimi më tipik i kësaj sëmundje (2, 3, 4). Si shkak për një lokalizim të tillë, një autor (2) consideron këta faktorë: a) vaskularizimi jo i mirë i periferisë së retinës; b) lidhja e dobët e korpusit vitros me retinën në këtë kuadrat; c) mbështetja e dobët e vitrosit mbi retinë, si pasojë e hollimit të shtresës së fibrave nervore në periferinë retinale, veçanërisht në zonën inferotemporale. Zhvillimi i shkollitjes mund të vijë ose për

1. RETINOSKIZA
2. ABLACIONI I RETINES
3. RETINA E MBESHTETUR



- ÇARJE NE SHTRESEN E JASHTME  
 ÇARJE NE SHTRESEN E BRENDESUME  
 DIALZA E RETINES



Rasti i parë

1. RETINOSKIZA DHE ABLACIONI
2. RETINA E MBESHTETUR

- ÇARJE NE SHTRESEN E JASHTME  
 DIALZA E RETINES

shkak të çarjes spontane të cistës (4) në të dy shpresat si në rastin tonë të parë, ose për shkak të ndonjë traume të lehtë, e cila bën të mundur çarijen në shtresën e brendshme të cistit retinal ose shkalljen në ora serata, sic u zhvillua në rastin tonë të dytë. Sipas disa autorëve (cituar nga 3), shkollitja e retinës është zhvilluar në 25 raste nga 85 sy ose 29,30%, kurse autorë të tjere (cituar nga 3) referojnë se nga 178 sy shkollitja është zhvilluar në 60%. Retinoskiza mund të mbetet pa ndryshime për një kohë miaft të gjatë, mund të përparrjojë ngadalë ose të zhvillohet shpejt. Në lidhje me këto ndryshime të zhvillimit klinik ndryshoja e dhe rekondicionimet terapeutike, që kemi ndeshur në literaturën që kemi mundur të konsultojmë. Disa janë të mendimit se kur retinoskiza nuk kalon ekuatorin më i mirë është trajtimi konservativ. Disa të tjere mendojnë se trajtimi i retinoskizës duhet të fillojë kur shfaqen brimat në të dy shpresat e retinës, kurse disa të tjere themojnë trajtimin e saj edhe kur retinoskiza është para ekuatorit dhe kur ka brimë vetëm në një shtrëse. Në rastet të shqëruara me shkollitje të retinës, të gjithë autorët rekomandojnë ndërhyrjen kirurgjikale, e cila duhet ti përshtatet me përpikmeri karakteristikave specifike të çdo rasti.

Duke u nisur nga përvaja e jone, ne mendojmë se rastet e retinoskizës së kufizuar vetëm me brimë në shtresën e jashtme është mirë-

të trajtohen konservatorisht, duke krijuar një rrëthim të mirë me fotokoagulim. Cisti në periferi tek i sëmuri ynë, pasi u kuifizua me fotokoagulim, qëndron në gjendje të njëjtë, duke mos dhënë asnjë shqetësim në pamje. Ndërhyrjet kirurgjikale më të përdorur janë fotokoagulimi, diathermokoagulimi, krioplakimi, rezekzionet e sklerës dhe vendosja e plombazheve me materiale sintetike. Në rastet tona, rezultate të mira ne i kemi pasur nga kombinimi i vepimeve në sklera, me rrëthimin e bulbit së bashku me diathermokoagulimin me fotokoagulimin.

Dorëzuar në Redaksi më 10 prill 1978

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Aroni A.: Një rast i rrallë ablacioni retinal me të gara të mëdha e multiple të retinës. Buletini i UT — seria shkencait mjekësore 1961, 1, 155.
- 2) Brondiev R., Stroakasma and Robert Ross: Typical and Reticular degenerative Retinoscysis. American Journal ophthalm. 1973, 75, 501.
- 3) Elkington A. R. and coll.: Retinoschisis — Its, significance and management. Brit. Jour. Ophthalm. 1973, 57, 563.
- 4) Richardson I.: Juvenile retinoschisis, anterior retinal dialysis and retinal Detachment. Brit. Jour. ophthalm. 1973, 57, 34.
- 5) Hager H., Valk I.: Retinoskizis i jeho kliničeskoe otnoshanie k otslomke setçaliku. Vjesn. ophthalmologii 1975, 4, 51.
- 6) Sorsby A.: Modern ophthalmology 1972, vol. 4, 1147.

## S u m m a r y

### RETINOSCHISIS ASSOCIATED WITH RETINAL ABLATION.

Two cases are presented of acquired retinoschisis associated with retinal ablation which were successfully treated by combining diathermocoagulation with encirclement of the eyeball and, in one case, by preceding these procedures by prophylactic photocoagulation of the residual cystis.

## R é s u m é

### LA RETINOSCHISE ACCOMPAGNÉE D'UNE ABLATION DE LA RETINE

Les auteurs présentent deux cas de rétinoschise acquis, accompagnés d'une ablation de rétine, qui furent traités avec succès en combinant la coagulation diathermique à l'enferclement du bulbe dans le premier cas et en effectuant en plus la photocoagulation prophylactique autour du kyste résiduel dans le deuxième cas.

# HIGJENE DHE EPIDEMIOLOGJI

## STERILIZIMI I BARTËSVE TË DIFTERISE

— VIESEL CİKA — INVAC SARACI — GZEM LUZI —

(Instituti i Higjienës dhe Epidemiologjisë)

Nën udhëheqjen e drejtë dhe largpamëse të Partisë së sonë, si në të gjitha fushat e jetës edhe në sektorin e shëndetësisë dhe, vega-nërisht në atë të profilaksës, janë arritur rezultate shumë të mira. Punonjësit e shëndetësisë, duke vënë në jetë vendimet e plenumit të XI të KQ të PPSH arriën që difteria, kjo plagë e rendë e trashë-guar nga e kaluara, të zbrsë në raste të tralla.

Morboziteti i kësaj sëmundje ka pësuar një rënje të vazhdueshme e të pandërprerë nga vitit 1959. Sot në vendin tonë regjistrohen vetëm 0.24 raste për 100 mijë banorë, nga 36 raste për 100 mijë banorë që takoheshin në vitin 1959.

Ky sukses është rezultat i punës dhe masave komplekse që janë marrë në vendin tonë gjatë gjithë këtyre vjetëve si vaksinimi sistematik i gjithë kontigjentit receptiv, studimit të gjendjes imunitare të popullatës fëminore, depistimi profilaktik dhe me indikacione epidemiologjike të bartësve të differisë, sterilizimi i kontrolluar i bartësve, si një rrezik potencial i mbajtjes së morbozitetit në shifra përkrahështë të larta etj.

Në këtë material ne do të trajtojmë vetëm njërin nga aspektet e punës që është bërë për luftimin e differisë, atë të sterilizimit të bartësve të zbuluar nga reparti aerogen (të infekzionit të ajrit të Instituutit të Higjénës dhe Epidemiologjisë dhe mjekuar në bashkë-punim me institucionet shëndetësore të disa rretheve).

Qëllimi i këtij materiali është të ndihmohen epidemiologët e DHE-ve dhe infekzionistët e rretheve për zbatimin e dispozitiveve në fuqi lidhur me trajimin e bartësve të sëmundjeve ngjittëse.

Pa dysnim, vaksinimi i rregulltë kundër differisë, i zbatuar në të gjitha hallkat sipas skemës së aprovar, lot një rol të madh në uljen e rasteve me différi, por në të mëjëtën kohë edhe zbulimi dhe sterilizimi i bartësve, vecanërisht i atyre të zbuluar në vratat e infeksionit dhe në kolektiva fëmijsh, është kërkesë e domosdoshme për parandalimin e sëmundjes.

Përvoja, e këtyre viteve na ka vërtetuar se zbulimi i bartësve të differisë dhe sterilizimi i tyre, krasas masave të tjera antiepidemike, kanë bërë që të shuhën vatrat e infekzionit.

Vetëkënaqësia nga rezultatet e arritura dhe ulja e vigilencës ndaj differisë shoqërohet me pasoja të rrezikshme. Kudo që ka ndodhur kjo ka pasur ringjallje të infekzionit me vdekshmëri të lartë si në SHBA, Kanada, Gjermani, Kili etj. (7, 8, 14), e cila tek ata i atribuohet kryesisht rendit të egër shfrytëzues kapitalist në fuqi.

### MATERIALI DHE METODA

Në këtë punim trajtojmë mjeckimin dhe sterilizimin e 575 bartësve të differisë të zbuluar në katër rrjetë të vendit: Tiranë, Durres, Lezhë, Shkodër (1, 2, 3, 4, 8, 9).

Për këtë qëllim u depistuan 4667 persona kryesisht të moshave 1-12 vjeç.

Në vatra u depistuan 2867 persona dhe u zbuluan 475 bartës ose 10.1% e tyre, kurse në kolektiva fëmijësh u depistuan 1800 persona dhe u gjetën 100 bartës ose 5.5% e tyre.

Për çdo person u prelevua material njëkohësisht nga gryka dhe sipas metodës së njohur (4, 12, 13). Inkubimi i parë u bë në terrenin OCST pastaj kalimi në terrenin Clauberg i dytë, kultura e pastër u vegua në terrenin Löffler dhe u kontrollua mikroskopiksh. Kurse tipizimi i shfameve u bë duke u bazuar në venitë e tyre biokimike (në radhën e sheqernave) dhe të metabolizmit në terrenin Tisu për zhvillimin e acidit sulfidik dhe në terrenin Kristzenen për zhëritimin e urese. Prova e toksicitetit është bërë në terrenin Elek.

Gjatë trajtimit, të sëmurët u kontrolluan çdo ditë (grykë e hundë). U konksiderua i sterilizuar ai pacient (bartës), që për tre ditë me radhë, gjatë mjekimit si dhe gjatë tri analize të tjera me interval 3-5 ditësh pas mjekimit, nuk rezultoi më asnjëherë pozitiv në kulturë. Në këtë rast ne menduam ta konsiderojmë bartësin të sterilizuar, kurse edhe në qoftë se nuk e kishim të kultivuar mikrobin në 3 apo 4 kontrollot e para dhe ai na delte pozitiv, më vonë ne e konsideruam bartësin si të pasterilizuar. Për interes studimi, bartësit tanë ne i kemi ndarë sipas prejardhjes së tyre.

Nga vatra si dhe në depistime profilaktike, sipas tipit dhe lokilitimit të infeksionit, Krahasimi i rezultateve të arriitura paraqet interes në aplikimin të urdhëresë përkatëse të Ministrisë së Shëndetësisë, sepse atje përcaktohet shprehimisti, se bartësit e tipit gravis duhen sterilizuar në ikushte spitali me eritromicinë, ndërsa tipat e tjere, mnë pak të prezantohen, mund të myjejohen edhe ambulatorisht.

Në trajtimin e bartësve kemi përdorur tri skema mjekimi: E para vetëm me bijepencilinë injekcion 400 mijë njësi 1 flakon në çdo 12 orë për shtatë ditë rjesht.

E dyta vetëm me eritromicinë nga goja 40 mg/kg peshë në ditë, 7 ditë rjesht.

E treta gjëshëtar (erythromycine nga goja 40 mg/kg. peshë në ditë për tre ditë rjesht + bijepencilinë injekcion 400 mijë njësi një flakon qdo 12 orë për 6 ditë rjesht.

### REZULTATET E STUDIMIT

I. — Shpërndaria e tipave të korinebakterit të differisë në kongjentin e bartësve të marrë në studim është bërë veçmas për 475 bartësit e vatrave dhe për 100 bartësit e depistimeve profilaktike. Rezultatet jepen në pasqyrën nr. 1.

## Sterilizimi i bartësve të difterisë

Pasqyra nr. 1

Kontigjenti i bartësve të marrë në studim

Preardhja	Corynebacterium diphtheriae					
	Tip gravis	Tip mitis	Tip intermedius	Gjithsej	Nr.	%
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Bartës të izoluar nga vatrati e difterisë	295	62,1	26	5,47	154	32,63
Bartës të izoluar nga depistime profilaktike	12	12	4	4	84	84
Gjithsej	307		30		238	
					100	
					575	

II. — Klasifikimi i bartësve është bërë edhe sipas vendit të lokalizimit të korinobakterit të difterisë. Nga tërësia e 575 bartësve të marrë në studim rezultoi se ishin: 1) bartës të grykës 390 persona ose 47,82% e tyre; 2) bartës të hundës 79 persona ose 13,73% e tyre; 3) bartës të grykës dhe të hundës njëkohësisht 106 persona ose 18,43% e tyre.

## III. MJEKIMI I BARTËSVE TË DIFTERISË

Bartësit e difterisë që u morrën në këtë studim u mjekuan duke ndarë në dy grupe: 74,5% e tyre u mjekuan në spital, ndërsa 25,5% u mjekuan ambulatorisht, duke përdorur injeksion Bipencicilinë, eritromicinë nga goja dhe dy antibiotikë të gërshtëtar së bashku (pasqyra 2).

Pasqyra nr. 2

Antibiotiku i përdorur	Në spital	Ambulatorisht	Shuma
Me bipenicilinë injekzion	87	38	125
Me erythromicinë nga goja	322	109	431
Me bipeniciliinë – eritromicinë	19	—	19
Gjithsej	428	147	575

Për të parë se cili nga antibiotikët jepte rezultate më të mira në sterilizimin e bartësve të shtruar në spital, në përdorëm 3 skema injekimi për të tre tipat e Corynebacterium diphtheriae. (Pasqyra nr. 3, 4, 5).

## 1. — MIKIMI I BARTESVE NE SPITAL:

Pasqyra nr. 3

## a) Me injeksione bipeniciline 400.000 njësi një flakon qdo 12 orë

Afati i sterilizimit	Corynobakterium diphtheriae					
	Tip gravis		Tip intermedius		Tip mitis	
Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	
Ditën e 3—të	8	17.68%	9	23.07	—	—
Ditën e 4—të	12	25	10	25.64	—	—
Ditën e 5—të	9	18.75	12	30.76	—	—
Ditën e 6—të	4	8.33	5	12.8	—	—
Ditën e 7—të	6	12.5	3	7.59	—	—
Ditën e 10—të	3	6.25	—	—	—	—
Ditën e 14—të	2	4.16	—	—	—	—
Persistuar bartës	4	8.33	—	—	—	—
Shuma	48		39			

Deri në ditën e 7-të të mjekimit u sterilizuau bartës të tipit gravis 39 persona ose 81.3% e tyre, kurse bartës të tipit intermedius sterilizuau 100% në ditën e 7-të.

Pasqyra nr. 4

## b) Me eritromicina nga goja 40 mg/kg peshë në ditë

Afati i sterilizimit	Corynobacterium diphtheriae					
	Tip gravis		Tip intermedius		Tip mitis	
Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	
Ditën e 3—të	94	41.4	26	32.91	8	1.50
Ditën e 4—të	76	35.24%	10	12.65	3	18.75
Ditën e 5—të	20	8.81	13	16.45	5	3.12
Ditën e 6—të	17	7.48	14	17.71	—	—
Ditën e 7—të	15	6.6	9	11.38	—	—
Ditën e 10—të	4	1.76	4	5.06	—	—
Ditën e 14—të	1	0.44	3	3.8	—	—
Gjithsej	227		79		16	

Deri në ditën e shtatë të mjekimit, bartës të tipit gravis u sterilizuan 222 persona ose 97.9% e tyre, kurse nga tipi intermedius u sterilizuan 72 bartës ose 90.6% e tyre.

#### Pasqyra nr. 5

Me injektim të gërshtuar Eritromicinë 3 ditë 40 mg/kg + 400.000 njësi injekcion bipenicilinë qdo 12 orë për 6 ditë.

Afat i sterilizimit	C.	Diphtheriae
	tip	gravis
Ditën e tretë	12	ose 63.15%
Ditën e katërtë	6	ose 31.57%
Ditën e pestë	1	ose 5.26%
Gjithsejt	19	

Sig shihet nga pasqyra nr. 5, me këtë skemë mjekimi ditën e pestë arrihet 100% sterilizimi i bartësve të C. diphtheriae tip gravis, kurse qysh në ditën e tretë u sterilizuan 63.1% e tyre.

#### 2. — MIKIMI AMBULATOR I BARTËSVE

Për mjekimin ambulator të bartësve të differisë për të tre tipat u përdorën të njëjtët antibiotikë me rezultatet që paraqiten në pasqyrat nr. 6 e 7.

#### Pasqyra nr. 6

##### Injekstione me Bipenicilinë 400.000 njësi qdo 12 orë

Afat i sterilizimit	Corynebacterium diphtheriae			
	Tip	intermedius	Tip	mitis
	Nr.	%	Nr.	%
Ditën e tretë	10	29.44	2	50
Ditën e katërtë	13	38.23	1	25
Ditën e pestë	7	20.55	1	25
Dita e gjashtë	4	11.76	—	—
Gjithsejt	34	100%	4	ose 100%

Me këtë skemë mjekimi arrihet sterilizimi i plotë 100% i bartësve C. diphtheriae tip mitis qysh në ditën e pestë të mjekimit dhe i atyre të C. diphtheriae tip intermedius deri në ditën e gjashtë të mjekimit.

## Pasqyra nr. 7

## Me eritromicine nga goja 40 mg/ në ditë

Afati i sterilizimit	Corinebacterium diphtheriae					
	Nr.	Tip gravis	%	Nr.	Tip intermedius	%
Ditën e trete	2	16.66	12	12.37		
Ditën e katërtë	1	8.33	16	16.47		
Ditën e peste	3	25	20	20.61		
Ditën e gjashës	2	16.6	37	38.14		
Ditën e shtatë	—	—	10	10.3		
Ditën e dhjetë	—	—	2	2.06		
Ditën e katërmë vëdhjetë	4	33.33	—	—	—	—
Gjithsej	12		97			

Deri ditën e shtatë të mijekimit u sterilizuan 8 bartës të tipit gravis ose 66.6% e tyre, kurse nga bartësit tip intermedius u sterilizuan 95 persona ose 97.9% e tyre. Me skemën e gërshtuar rezultoi si në spital. Thëksojmë se personat apo fëmijt që persistuan mbarës gjatë të Gjitha mënyrave të mijekimit, pas cilësit të zakonshëm prej 7 ditësh, sterilizoheshin pastaj me skemën e mijekimit të gërshtuar.

Nga përvaja e punës epidemiologjike lidhur me këtë infeksion kemi konstatuar se bartësit e humdesë pastrohen më me vështirësi se bartësit e grykës.

IV. Aspekti i fundit që ne studjuam ishte dhe ditëqëndrimi në spital i bartësve të differisë. Nga 428 bartësit që u mijekuan në kushtet e spitalit, na rezultojnë se ata mesatarisht qëndruan të shtruar 16-22 ditë, por pati edhe raste të rralla (bartës të C. diphtheriae tip gravis), që qëndruan edhe më gjatë. Kështu psh bartësit që u mijekuan në spitalin nr. 3 të Tiranës, D.B.P. 2 vjeç ndenji 32 ditë, A. S. SH., me moshë 15 muaj, ndenji 54 ditë. Edhe në literaturë përmendet për bartës konvaleshente, që persistojnë edhe për 2-3 muaj, pa zënë në gjosë rastet e vecantia, që mbeten bakteriobartës kronikë me vite (7, 9). Gjatë praktikës sonë kemi takuar dy bartës së moshës së rritur, V.K. 24 vjeç dhe A.V. 58 vjeç, që persistuan vite me radhë bartës differitie, madje edhe pas tonsilektomisë.

Gjithashtu kemi vënë re se bartësit e rritur sterilizohen me vështirësi më të madhe sesa të vegjilët.

Si përfundim ne mendojmë se në kushtet e tanishme, sterilizimi i bartësve dhe i atyre të tipit gravis tokssik, mund të bëhet fare mirë ambulatorish, me përjashtim të rasteve të rralla, kur bartësia persiston edhe pas ciklevë ndryshme të mijekimit.

Rëndësi ka që trajimi ambulator duhet të bëhet gjithnjë nën mbikqyrjen e mjekut epidemiolog duke duke u kontrolluar efekti i mjekimit me anë të analizave bacteriologjike. E themi këtë sepse edhe në studimin tonë, mjekimin nga goja me eritromicinë ambulatorish, që ne ikemi ibërë në njërin prej rretheve, ka dhënë rezultat mjejkues jo aq të mirë, ndërsa në spital ka ndodhur e kundërtat. Kjo u shpjegua me mungesën e ndjekjes së përditshme të mijekimit.

## KONKLUZIONE

1) Koha e eliminimit të bartësisë të 428 bartësve të mjekuar në kushtet spitali, me 3 mënyrat e mjekimit rezultoi si vijon: me bipenicilinë 400 miqë njësi qdo 12 orë ditën e shtatë të mjekimit, nga tipi gravis u sterilizuan 81% e tyre, kurse nga tipi intermedius 100%; me eritromicinë nga goja 40 mg/kg/peshë në ditë, ditën e shtatë të mjekimit u sterilizuan nga tipi gravis 97.9% e tyre dhe nga tipi intermedius 90.6%; me mjekimin e gërshtuar të gjithë bartësit u sterilizuan brenda ditës së pestë të mjekimit, kurse qysh në ditën e tretë u sterilizuan 61.3% e tyre.

2) Koha e eliminimit të bartësisë të 147 bartësve të mjekuar ambulatorish me tre mënyrat e mjekimit rezultoi: me bipenicilinë si më sipër, bartësít e tipit mitis u sterilizuan 100% ditën e pestë, ndërsa tipi intermedius ditën e shtatë; kurse me eritromicinë tipi gravis ditën e shtatë 66.6% dhe tipi intermedius 97.9% e tyre. Me mjekum të gërshtuar ke rezultate rijaft më të shpejta dhe më të plota.

3) Tipi mitis dhe intermedius sterilizohen me të gjitha mënyrat e mjekimit.

4) Koha e qëndrimit mesatar në spital të bartësve është 16-22 ditë.

5) Ne mendojmë se tanë të gjithë bartësjet mund të mjekohen ambulatorisht, me përfjashtim të atyre që persistojnë.

Dorëzuar në redaksi më 15 dhjetor 1977. —

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Cika V., Saraj I., Lukoçi I., Mastori E., Luzi G.: Aspekte epidemiologjike të differisë në vendin tonë. Buletini i Institutit të Higjienës dhe epidemiologjisë 1974, 1.
- 2) Cika V., Saraj I., Luzi G.: Porosia e Partisë u bë realitet. Difteria zhorri në raste të rralla. Buletini i Institutit të Higjienës dhe epidemiologjisë 1976, 1.
- 3) Cika V., Roshi Dh., Saraj I.: Të dhëna mbi differinë në rrëthin e Tiranës 1969 (pranë IHE).
- 4) Cika V., Saraj I., Luzi G.: Lutkimi i differisë në vratat e infeksionit. Buletini i IHE, 1977, 2.
- 5) Devis R.: Microbiology — Corynebacteria. New Cork 1974.
- 6) Grillo V.: Difteri toksite, format klinike, komplikacionet dhe trajtimi. Shëndetësia popullore 1976, 4.
- 7) Mazzoni V., Cika V., Mbora K., Hyshmeri K., Nushi L., Luzi G., Qosja J.: Difteria në rrëthin e Elbasanit, kryesisht në zonën e Durrësit (1964-1974) ndaj differisë në rrëthin e Durrësit (pranë IHE).
- 8) Plani L., Krupa P., Cika V., Saraj I.: Difteria në rrëthin e Shkodrës (gjatë viteve 1965-1975) 1975 (pranë IHE).
- 9) Picari M., Muksa M., Tonuzi M.: Bacilembartishtëria dhe gjendja imunitare ndaj differisë në rrëthin e Durrësit (pranë IHE).
- 10) O M S: Weekly Epidemiological Record — Diphtheria surveillance, 1971, 12 maj 1978, 19.

- 12) National Communicable Diseases Center U.S. Report nr. 9. Summary. March 24, 1969.
- 13) Topley and Wilson's: Principles of Bacteriology and Immunity. Baltimore 1964, 583-1668.
- 14) Vildyfrh, G.: Medicinische Mikrobiologie und Epidemiologie. Gruppe der Corynebacterium. Leipzig 1964, 536.
- 15) Vindorfer A.: Difteria — Gelbe Hoffe — Behring 1976, 3.

### Summary

### STERILIZATION OF DIPHTHERIA CARRIERS

The paper discusses the detection and treatment of diphtheria carriers among contacts and children's communities, carried out for several years in four districts of the country.

The carriers of the mitis and intermedium types received mainly ambulatory treatment with bipenicillin 400,000 units every 12 hours for seven days; those of the gravis type were treated mainly in hospital with bipenicillin as above or with erythromycin 40 mg/kg daily for 5 days, or received a combined treatment.

The carriers were considered sterilized when 3 examinations carried out at intervals of 3-5 days after the treatment resulted negative.

Of those treated in hospital with penicillin were sterilized 8.81% of the gravis type and 100% of the intermedium type; with erythromycin 97.9% of the gravis and 90.6% of the intermedium type.

Of those who received out-patient treatment with bipenicillin were sterilized 100% of the mitis and intermedium types; with erythromycin 66.6% of the gravis and 97.9% of the intermedium type.

The combined treatment gave more rapid and full results.  
It is suggested that at present the treatment of the carriers can begin ambulatorily, while hospital treatment should be reserved only to persistent carriers and should be combined.

### Résumé

### LA STÉRILISATION DES PORTEURS DE GERMES DE LA DIPHTÉRIE

Dans cet article il est question du dépistage et du traitement des porteurs des germes de la diphtérie dans les foyers d'infection et dans des collectifs d'enfants, dépistage et traitement qui ont été effectués au cours de ces dernières années dans quatre districts du pays.

Les porteurs du type mitis et intermedium ont été traités principalement dans les ambulances avec de la bipénicilline, 400,000 unités chaque 12 heures pendant 7 jours; en ce qui concerne les porteurs du type gravis, ils furent principalement traités dans des hôpitaux avec de la bipénicilline comme plus haut ou avec de l'érythromycine 40 mg/kg par jour pendant 5 jours, ou on leur administra un traitement combiné.

Les porteurs des germes furent considérés comme stérilisés quand trois examens effectués dans des intervalles de 3 à 5 jours après le traitement résultèrent négatifs.

Du nombre des porteurs de germes hospitalisés et traités avec de la pénicilline, 81% des porteurs du type gravis et 100% des porteurs du type intermédiaires furent stérilisés; quant à l'erythromycine, il a donné les résultats suivants: la stérilisation a été obtenue dans 97,9% des porteurs du type gravis et dans 90,6% des porteurs du type intermédiaires.

En ce qui concerne la stérilisation des patients traités dans des ambulances avec de la bipénicilline, les résultats ont été satisfaisants au 100% pour les porteurs de types mitis et intermédiaires; le traitement avec de l'erythromycine, dans les mêmes conditions, a conduit à la stérilisation de 66,6% des porteurs du type gravis et de 87,9% des porteurs du type intermédiaires.

Le traitement combiné donne des résultats plus rapides et plus radicaux.

Le traitement des porteurs des germes doit commencer en général dans des ambulances, mais en cas de porteurs persistants il faut les hospitaliser et leur appliquer un traitement combiné.

## NJE RAST I DISENTERISE BAKTERIALE AKUTE FLEXNERI, QE SIMULOI NË FILIM NJE GJENDJE GRIPALE TË ZGJATUR

### — JAHJA PULO — DHIMITER KRAA —

(Klinika e sëmundjeve ngjitëse)

Disenteria bakteriale akute, në formën e saj klinike, përbëhet nga dy sindrome kryesore:

a) toksiko-infektiv, i përgjithshëm, që shprehet me temperaturë, dhembje kokë, dhembje të muskujve dhe kockave, ikëputje, ulje të oreksit etj;

b) disenterik, lokal, që shprehet me meteorizëm, dhembje barkut, të kuifizuar apo të përgjithshme; «të prera» në fund të barkut; tenezmat, diareja e përbërë nga fece të paformuara e të përzjera në mukus e gjalk.

Këto dy sindrome mund të jenë pak apo shumë të shprehur dhe të gërrshëtohen në mënyra të ndryshme, duke përcaktuar këshfu format e shumta klinike të Shigelozave. Kjo varet nga virulencia e entrobakterit dhe nga ruqia mbrojtëse e organizmit.

*Paraqja e rastit.* — Minatorit S. F., vjeç 45, banues në Krabë, papritur iu shfaqën të dridhura e pastaj temperature deri në 40.5°C, me djerxitje të theksura, dhembje koke e fortë, dhembje të muskujve dhe të kockave, marrje mëndsh, ulje të oreksit. Për këto shqetësimë vizitoritet të nesërën tek mjeku. Mendohet për grip dhe merr mjekim me penicilinë dhe vitamine. Meqë gjendja nuk u përmirësua, i sëmuri përdori aspirinë. Kështu vazhdoi për gjashëtë ditë. U rivizuita, mjejkimi iu shtrua streptomicina, të cilën i sëmuri nuk e përdori, nuk përdori më gjithashtu dhe aspirinë sepse vuante nga ulcerus duodenii qysh prej tetë vjetesh.

Pas ditës së pestë, të sëmurit iu shfaqën gorgullima në zorrë; që u pasuan nga dy defekime me fece të quilla në ngjyrë të verdhë-kafe dhe pastaj defekime hematike qdo 10 minuta. Kjo u pasua nga një gjende lipotimie. Kështu i sëmuri dërgohet urgjentishët në kirurgji, sepse u mendua se i sëmuri mund të kishte përfocim të ulcerit dhe hemorrhagji. Nga ndihma që iu dha u përashtua patologjia kirurgjikale. Leukocitet 15.200. Skopia abdominale nuk tregoi nivele hidroajrore apo ajër të lirë, por shumë gazra në zorrë. Nëpër sistemet dhe infeksionistin, i sëmuri e tjera asgjë për tu shënuar. Pas konsultimit me infeksionistin, i sëmuri shtrrohet në spitalin e sëmundjeve infektive.

Rektosigmoidoskopja vuri në dukje se mukoza nga 2 gjier në 10 cm. ishte shumë hiperemike, me shumë ulceracione sa një kokë orizi nga ku rridhët gjak i kuq. Më tej mukoza paraqitej krejt normale.

Me përjashtim të lekuocitozës, të gjitha analizat ishin në normë. Mjekimi me tetraciklinë, vitamina, serumë caci klorat, regjim shtratin dhe dietë biënë që gjendja të vinte duke u përmirësuar deri në shërbim të plotë. Enterorragjia iu ndërpre ditën e dytë pas shtimit. Kopskultura rezultoi me *Shigella flexner* (e kryer në laboratorin bakteriologjik të spitaleve).

*Diskutimi i rastit.* — Nga përshtkrimi i rastit kuptohet se kishim të bënim me një disenteri bakteriale atipike, prandaj na del si detyrë të përjashtojmë edhe klinikisht disa gjendje patologjike, që mund të ngatërronin diagnozën.

1) Një gjendje gripale e bashkuar rastësisht me një disenteri mund të përjashtohet në sajë të mungesës të të dhënave epidemiologjike, mungesës së shenjave të «*mucositisë*», pranisë së një lidhjeje të qfarëdoshme, tek një bartës i shigelave të *«mungesës»*, bazë të repertit rekompanoskopik karakteristik për disenterinë, koagulogramës normale, veprimit të plotë shëruar të ushtuar nga tetraçiklina, e cila, në bazë të antiogramës, që shumë e efektshme.

Duke dashur të shpjegojmë vegantinë e kësaj disenterie, i drejtoheni shikurimi i patogjenezës së kësaj sëmundje. Pas gëlltijes, një pjesë e shigelave, gjatë këlimit të *«mungesës»*, gastrike, shkatërrrohen (9, 10). Ato që shpëtojnë gjatë këlimit të jejunum e ileum e pastaj në colon, nga njëra anë i nënshtronhen pastrimit mekanik prej peristaltikës normale dhe lëvizjet së vleve si dhe veprimit konkurrues së mikroflorës së zorrës (2, 10, 11), ndërsa nga ana tjeter mundohen të shumëzohen e të zhvillohen (4, 5, 11). Këto të fundit nëse shhami është virulent, ushqirjojnë ruqinë e tyre invaduese, që do të çojë në formimin e ulceracioneve të mukozës. Kjo fuqi invaduese përcaktohet nga tre faktorë (10, 11).

1) Ngjitimëria në mukozën e zorrës;

2) aftësia penetruese (per interaktionem me organulet citoplazmatike (10) dhe aftësia për t'u shumëzuar në qelizat epiteliale të mukozës si dhe invadimi i lamina propria-s;

3) rezistencë ndaj fagocitozës të ushqruar nga polimorfonuklearët dhe makrofagët. Këtu futen dhe ndikimi i faktorëve të mbrojtjes speifikë (imunitare).

Patogjeneza e sindromës toksikoinfektive lidhet me çlirimin e pjesës hidrofobe (lipidit A) të makromolekulës lipopolisakaride të endosimës dhe sidomos të acidit beta-hidroxi — miristik (3) (fig. 1). Kjo ndodh gjatë shkallërrimit të shigelave (8), ashtu edhe gjatë shumëzimit të tyre në epitelin e mukozës dhe kontestin e saj (5). Gjithashtu në shfaqjen e sindromës toksiko-infektive ndërhyr dhei çlirim i metaboliteve indore e bakteriale (5, 11) (fig. 2). Toksina vepron me mekanizmin e drejtپerdrejtë në nivelin e qelizave «shenjë» (teoria nervore apo hipotalamike me stimulim simpatiko-parasimpatik në organet e ndryshme; teoria metaboliqe me fenomenet e vuajtjes së fyrnëmarrjes qelizore e subcelizore etj. (3).

Tëk rasti ynë, sindroma toksiko-infektive që shumë e shprehur dhe zgjati 6 ditë. Zakonisht kjo zgjat 1-3 ditë (9, 10), por edhe më

tepër – 7 ditë (4, 7) apo 10 ditë (1). Ka prirje për zgjatje më të madhe kur shkaktohet nga shigela flexneri, si ish rasti ynë.

Sindroma disenterike ish atipike sepsë: a) të sëmurit i mungo-nin të «prerat» në fund të bëarkut. Kjo ndoshta mund të lidhet me lokalizimin shumë të poshtëm të alteracioneve anatomicke (2-10 cm. nga anus); b). defekimi ish thjesht hematik, qëka baset vërem në formata e rënda të sëmundjes (10). c) Dhe, qëka është thellësore, kjo sindromë u shfaq difën e 6 të sëmundjes. Zallkonisht ajo shfaqet pak kohë pas apo njekohësisht me atë toksiko-infektive (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Madje edhe në formata e rënda ajo mund të shfaqet shpejt (4). Në disa raste të rrufeshme ajo mund të mungojë, por ka raste kur kjo shfaqet me vonesë (4). Raste ku kjo sindromë është shfaqur me një vonesë 2-3 ditore janë hasur në epideminië hidrike të Cérrikut (9).

Rasti ynë ndryshon sepse është sporadic dhe sepse ka një vonesë shumë të madhe të sindromës disenterike. Lind pyetja: përsë kjo sindromë u shfaq me vonesë?

Thamë se sindroma disenterike ëka në bazë të patogjenizës së saj fuqinë invaduese të enterobakterit. Për derisa ulcerat u formuan, madje të konsiderueshme dhe u shfaqen me diare hematike, kjo tregon se faktori i dytë, që përcaktojn fuqinë invaduese të shigelës, ishte i pranishtë. Gjithashtu përjashtohet që për vonesën të ketë qënë përgjegjës faktori i tretë, rezistencë e dobët ndaj fagocitozës, sepse është demonstruar se mungon një «killing» fagocitar për *Shigella flexneri* (11). Kështu që përgjegjës për vonesën mbetet ngjithshëmëria e shigelës me murin e zorrës. Shigelat kanë pasur veprimin kundershtues të mbrojtjes lokale pa arritur ngjitet me murin e zorrës, duke kushtëzuar ikështu qëndrueshmërinë e sindromës toksiko-infektive pa shfaqjen e atij disenterik. Arritja e «largësisë kritike» nga muri i zorrës, që do të niste procesin e invazionit, mesa duket, ndodhi vetëm në fund të zorrës së trashë. Kjo për arsy që nuk dihen sepse edhe vetë ngjithshëmëria e shigelave ende nuk njihet (11). Ndoshja ka ndikuar dhe lëvizshmëria e pakët e zorrës në këtë zonë. Nuk përjashtohet mundësia e kalmimit të një shigeloze flexneri subliknike, kohë më parë tek subjekti në fjale, që të mos ketë prekur pilkërisht këtë zonë. Kjo sepse eshtë demonstruar (citar nga 10) që epiteli i infektuar një herë fiton një rezistencë ndaj reinfektionit si pasojë e krijimit të një mbrojtje imunitare qelizore, ndoshja nëpërmjet të pranisë se IgA.

Duhet theksuar fakti se disenteria e përshtkuar pati një ecuri të zgjatur dhe dihet se sa më e shpejtë të jetë ecuria (si përshtëmbell sindroma e Elikrit), aq më lart vendosen edhe lezionet anatomicë dhe anasjelltas.

## PERUNDIME

Mendojmë se rasti paraqitet mjaft instruktiv, sepse na mëson se:

- 1) Sindroma toksiko-infektive e pa shoqëruar nga ajo disenterike mund të zjatatë edhe 5-6 ditë, qëka duhet pasur parasysh në diagnozën diferençiale të gjendjeve febrile.
- 2) Në lokalizimin e poshtëm të lezioneve mund të mungojnë «të

prerat» në fund të barkut, që janë karakteristike për disenterinë bakteriale.

3) Në një defektim hematik, të shqëruar me gjendje kolapsi kardiovaskular duhet pasur parasysh edhe disenteria bakteriale, qoftë kjo e shfaquar tek një subjekt ulceroz, që ka përdorur aspirina.

Dorëzur në Redaksi më 27.III.1978. —

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Abrahams A.: Stati febili. Indice di diagnostica differenziale di H. French. Padova 1969, 471.
- 2) Alteucci P.: Inquadramento e classificazione delle enteropatie batteriche acute. Minerva Medica 1977, Vol. 68, 255.
- 3) Andreoni O.: Sull'interazione in vitro tra siero umano e complessi endotossici. Giornale di malattie infettive e parassitarie 1973, Vol. 25, 503.
- 4) Bekkesni S.: Enteriti nga shigela. Pediatra, Tirane 1974, Vol. I, 344.
- 5) Cascio G.: Aspetti clinico-epidemiologici delle enteriti. Giornale di malattie infettive e parassitarie 1977, Vol. 29, 490.
- 6) D'Alessandro G.: Le enteriti acute infettive. Minerva Medica 1974, Vol. 65, 3.
- 7) De Ritis: Disenteria bacillare. Manuale di patologia medica. Campanacci D. Torino 1971, Vol. II, 334.
- 8) Duraku E.: Gjinia shigela. Mikrobiologjia rrejkësore. Tirane 1972, Vol. II, 362.
- 9) Dushniku N.: Disenteria. Sëmundjet infektive. Tirane 1976, Vol. II, 3.
- 10) Giannucco G.: Le Shigellosi. Giornale di malattie infettive e parassitarie 1974, Vol. 26, 21.
- 11) Rottni G.: Enterobacteriaceae: protëre invasivo. Giornale di malattie infettive e parassitarie 1977, Vol. 29, 461.

## S u m m a r y

### A CASE OF ACUTE BACTERIAL DYSENTERY SIMULATING A PROTRACTED STATE OF INFLUENZA

An atypical case of acute bacterial dysentery caused by *Shigella flexneri* and presenting an atypical course is described.

The illness developed with two distinct syndromes, the one characterized by a general toxic-infection, the other was like a local dysentery. The first was fairly severe and lasted six days without local manifestations, the second began on the fifth day like a hemocolitis that led to a state of collapse.

The peculiarities of this case are discussed on the basis of the pathogenesis of the disease, which can be modified according to the predominant role played by each of the three factors that determine the invasive power of the pathogenic agent.

This atypical case of bacterial dysentery presents a particular interest from the viewpoint of the differential diagnosis of such acute febrile states and those of enterorrhagia leading to a state of collapse even without the characteristic dysenteric «tenesmus».

The rectomanic examination showed that the bowel lesions were located only in the rectum, from 2 to 10 cm above the anus, while the mucosa of the upper 30 cm of the sigmoid colon appeared entirely normal.

**Résumé****'UN CAS DE DYSENTERIE BACILLAIRE AIGUE FLEXNER SIMULANT AU COMMENCEMENT UN ETAT GRIPPAL PROLONGÉ'**

Les auteurs décrivent un état atypique de dysenterie bacillaire aiguë provoquée par le bacille de Flexner.

La maladie se développa avec deux syndromes particuliers, dont l'un caractérisé par une infection toxique générale et l'autre se présentant comme une dysenterie locale. Le premier se manifesta sous une forme grave pendant six jours de suite, sans être accompagné cependant de manifestations locales; le deuxième commença le sixième jour comme une hémocolite conduisant à un état de collapsus.

Les auteurs prennent en examen les traits particuliers de ce cas sur la base de la pathogénèse de la maladie, qui peut se modifier en fonction du rôle prédominant accompli par chacun des trois facteurs qui déterminent la puissance d'envahissement de l'agent pathogénique.

L'importance de ce cas atypique de dysenterie bacillaire consiste dans le fait que cette maladie doit être prise en considération tant dans le diagnostic différentiel des états fébriles aigus que dans celui des entéropathies accompagnées de collapsus, même en l'absence de ténèesse.

A la rectoscopie ont été observés des lésions morphologiques localisées au rectum, de 2 à 10 cm. au-dessus de l'anus; tandis que plus haut, jusqu'à 30 cm., la mucose se présentait entièrement normale.

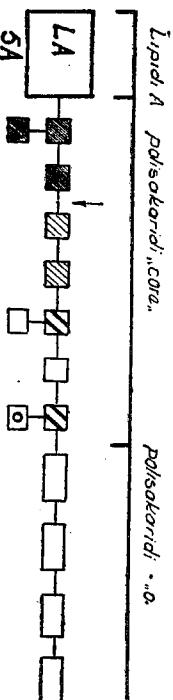


Fig. 1. Pseudomonas aeruginosa a lipopolysaccharidet S (Morré 1960, Galanos C-Z. Imm. Forsch 149, 214, 1975).

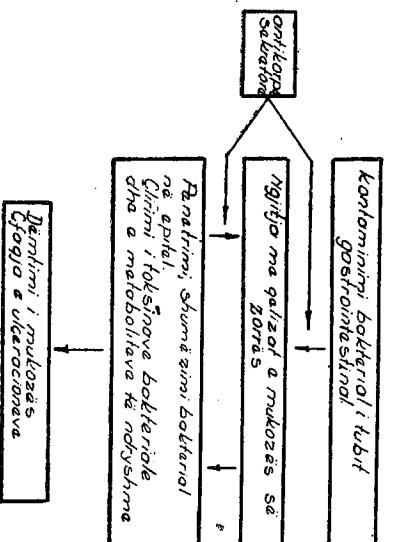


Fig. 2. Naidartvijo e joktoreve vimmunita na infekcionim e lokotilivim na mukozu dho patogenesa e enteritit e bakteriova (Morré 1960, Gibbons R.J. e modifikvor - Adv. exp. Med. Biol. 435, 305, 1974).

## NJE RAST KISTI EKINOKOK I SHPRETKES I VNE NE DUKJE GJATE SPLENOPORTOGRAFISE

— KASTRIOT BINAJ — Prof. JOSIF E. ADHAMU —

(Klinika e dyte e Sëmundjeve të brendshme)

Ekinokokoza është një sëmundje e përhapur në gjithë botën. Ajo bën pjesë në patologjinë racionale të vendeve të Ballkanit dhe atyre të pelqut të Mesdheut. Pëmirsësimi i kushteve të jetesës pas Qirimit të Atolheut dhe fitores së Revolucionit populor, ngritja e nivelit të kulturës sanitare si dhe masat profilaktike dhe kurative kanë bërë që në vendin tonë kjo sëmundje të ulet nga viti në vit. Kështu duke analizuar epidemiologjinë e ekinokokozës në vendin tonë (3) konstatohet se shtrimet në spital për këtë sëmundje nga 3,7 për 100.000 banorë që ishin gjatë viteve 1960-1970 u ulen më 2,1 për 100.000 banorë më 1971-1975, shifër kjo që është më e ulët nga gjithë vendet e pellgut të Mesdheut e të Balkanit. Kështu Greqia e ka 7,5, Jugosllavia 3,7 dhe Bullgaria 3,2 për 100.000 banorë (3). Për një pakësim të ekinokokut në vendin tonë flasin dhe autorë të tjerë (1, 5).

Në krahasin me lokalizimet e tjera, veçanërisht me atë të mëlgisë dhe musikërse, ekinokoku i shpretekës është i rrallë, por edhe të dhënat statistikore ndryshojnë sipas vendeve dhe autoreve. Kështu ka autorë (4), që e kanë gjetur në 5,4% të rasteve me ekinokok të organeve të ndryshme, të tjerë (6) 0,8% ose 3-8% (2), megjithëse këta të fundit, gjatë praktikës së tyre, kanë gjetur vetëm një rast me ekinokok të këtij organi.

Basti që ne do të përsikruajmë ishte një kisti ekinokok gjigand, i cili e kishte zmadhuar shpretekën në mënyrë të njërajtshme dhe me shenja perispleniti, që penguan vënien e diagnozës jo vetëm klinikët, por edhe në laparoskop. Diagnoza e vërtetë u përcaktua vetëm gjatë splenoportografisë, kur kisti u punktua, iu zbras likudi dhe u mbush me kontrast.

E sëmura Bice B., vjetë 47, u shtrua në kliniken tonë më 8 mars 1978 e dërguar nga spitali i Shkodrës për përcaktim diagnoze, pasi paraqiste një *splenomegalia*.

E konsideron veten të sëmurë që para 20 vjetësh kur kaloi hepatitë viral dhe u mjejkua ambulatorish me barna popullore. Pas kësaj i mbeti një dobësi e përgjithshme dhe nëlgia e zmadhuar. Tre

vjet më parë iu shfagën hemorroide me rektoragi të përsëritura edhe gjatë qëndrimit në klinikë. Para një viti filloj të ketë dhembje mijti të forta në hipokondrin e majtë, dobësi të përgjithshme, lodihe të shpejtë; vizitohet dhe iu tha se e kishte shpretekën të zmadhuar. Më 16 dhjetor 1977 shtrohet në spitalin e Shkodrës me diagozën simptomatike: *splenomegalji*. Atje u konstatua se mëlgia e kalonte hankun brinjor rrëth 3-4 cm., por provat e flokulacionit, transaminazat, dhe elektroforeza qenë pa ndryshime. Shpretkë ishte shumë e zmadhuar, e regjultë, e ndjesme gjatë palpimit, me konsistencë pak të shtuar, por pa fenomene hipersplenizmi. Kur u shtrua në klinikën tonë, mëlgia prekej 3 cm., më tepër lobë i majtë, kurse shpretkë e kalonte harkun brinjor rrëth 10 cm.

Të dhënët e laboratori: Eritrocite 5.880.000/mm<sup>3</sup>, Hb 80%, leukocitet 5800; formula: segmente 70%, E 20%, B 0%, shkopinj 0%, limfocite 26%, M<sup>+</sup> 20%, eritrosedimenti 30 mm/1 orë. Trombocitet 269.000/mm<sup>3</sup>. Kombinohemorragjje 30 sekonda, ajo e koagulimit një minutë. Bilirubinemia, provat e flokulacionit dhe transaminazat ishin brenda kufijve të normës. Proteinat totale 7.8 gr%, prej të cilave albumina 4.3%, globulinë 3.5%. Elektroforeza e proteinave: Albumina 56%, alfa-1-globulinat 5%, alfa -2-globulinat 10%, betaglobulinat 12% dhe gammaglobulinat 17%. Niveli i protrombinës 87.7%. Lipidograma brenda normës, fosfataza alkaline 1 U, aldolaza 2.8 U, LDH 6.8 milimol/ml. Fibrogjeni 560 mg%. Retencioni i BSF 4% (norma deri 5%). Antigjeni Australia (+). Radioskopja e kraharorit pa ndryshime të vlefshme për t'u vënë në dukje. Radioskopja dhe grafia e ezofagut për varice ishte normale; po ashtu skopia gastrointestinale.

*Laparoskopja:* vuri në dukje një vaskularizm të lidhësës së rrumbullaktë; mëlgja paraqiste një fibrozë të mesme, me konsistencë pak të shtuar, sipërfaqe të rrafshët, margot e të dy lobeve qenë të imprenta. Vezika biliare pak e inflamuar. Shpretkë është e zmadhuar, shenja të lehta fibrotike në pjesën mediale, aderenca të gjëra në polin e poshtëm dhe shenja perispleniti të shprehura në pjesën e mesme dhe lateralistik.

Duke marrë parasysh se provat funksionale të mëlcisë qenë normale, fibroza hepatike që u pa në laparoskopji nuk justifikonte vaskularizimin e lidhësës së rrumbullaktë dhe varriet hemorroide, prandaj u vendos të bëhet një splenoportografija për të parë përshtukueshmë.

Më 21 mars 1978 u vendos të bëhet splenoportografija. Punksioni splenik transkutan u bë rrëth 2 cm. Nënen harkun brinjor të majtë në vijen aksilare të përparsësme; pas heqjes së mandrenës, filloj të dalë një likud i kulluar si një gezmë. U hqoën rrëth 450 ml. (deri sa nga gjilpëra nuk delte më likuid) dhe u shtimë rrëth 40 ml. verografimi. Seriografia tregoi se kishim të bënim me një formacion kistroz në formë të një dardhe, me konture të lëmuar, densitet të njëtrajshëm dhe përmasa 15 më 9 cm. Në kavitetin abdominal nuk vërehet kontrast (fig. 1, 2).

Një ditë më parë të sëmurës i që bëre skopia gastrointestinale, prandaj në grafi vërehet imazzi i kolonit që nga cekumi deri në

*flexxura coli liemalis*, ku duket sikur lidhet me formacionin kistik të shpretkës.

Pas përfundimit të seriografive u têrhoqën edhe 450 ml. të tiera likuid derisa kisti u zbras plotësish. Gjatë seriografisë nuk u vu re dalje e likuidit të opacifikuar nga verografina, që të pikojë jashtë mureve të kistit në kavitetin abdominal. Gjatë gjithë manipulimit, e sëmura nuk pati prurit as ndryshime kardiovaskulare. Lieni u reductua plotësisht dhe hyri në brendësi të harkut brinjor. Megjithëse të dhënat anamnestike të pacientes tregonin se nuk kishte pasur qen në shtëpinë e saj dhe pavaresisht se ajo nuk pati shenja anaflaktike, u mendua për një kist ekinokoku dhe u shpju menjëherë në sallën e operacionit të klinikes së III të kirurgjisë. Ndërhyria kirurgjikale (H. Heta), vuri në dukje një kist ekinokoku gjigand, që zinte pjesën latero-postero-inferiore dhe qëndrave të shpretkës. Të sëmurës iu bë splenektomia dhe u muarr material për biopsia mëlcja. Biopsia jepte të dhëna për një *hepatit klonik persistent*. E sëmura u bë fare mirë dhe pas 7 ditësh doli nga klinika. Në kontrollin e bërë pas dy muajsh, gjendja ishte fare e mirë. Kistet ekinokoksike të shpretkës zakonisht janë të vëtmuara dhe mund të vendosen në qender të organit ose në zonën marginale. Kur ato vendosen në qender janë të rrëthuara me ind splenik në të gjitha anët. Kiste të tillë të mbështetella nga parenkima splenike mund të arrjnë përmasa të konsiderueshme dhe të mos zbulohen vegce gjatë sekcionimit të organit (4).

Nga të dhënat e këtij rasti del qartë se para një manipulimi të tillë, siç eshtë splenoportografia ose edhe punksioni i thjeshtë splenik, të sëmuriut eshtë mirë t'i bëhet reaksiuni. Casoni ose më mirë testi i hemaglutinimit indirekt ose imunofluoreshencë, edhe në ato raste kur të sëmuriut nuk paraqit të dhëna anamnestike, eozinofili ose ndryshime laparoskopike të dyshimita për një sëmundje të tillë. Interesant është edhe fakti që i sëmuri ka kaluar hepatit viral para 20 vjetësh dhe ka antigenin Australia pozitiv. Megjithatë eshtë vështirë të thuhet në se antigeni ka persistuar për kohë kad që gjatë në organizëm, apo eshtë një rinfeksion.

Dorëzuar në Redaksi më 15 qershor 1978

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Elezi B.: Ekinokokoza e mushkërive. Rezultatet e largta të mjejkimit. Tirana 1974.
- 2) Grozdov D.M., Paciora M.D.: Hirurgjia zaboljevanjji sistemi krovë. 1962.
- 3) Papajani R.: Epidemiologjia e ekinokokozës në vendin tonë. Kuntësë mbajtur në sëzonin shkencor të Institutit të Lartë Bujqësor, shtator 1976, me rastin e XXV vjetorit të themelimit të tij.
- 4) Pop A, Nana A, Adam E.: Spina si bolile sângelui. Sibiu 1945.
- 5) Selenica P.: Ekinokoku i mushkërive dhe diagnostica diferencale rentgenologjike e tij me formacionet e tjera të rrumbullakta të mushkërive. Tirana 1977.
- 6) Sharmanian S. S.: Ehinokokkova zaboljevanja po materiallum hirurgjicësikëm klinik g. Erevana. Trudi IV Zakavkazko sjezda hirurgjor 1949.

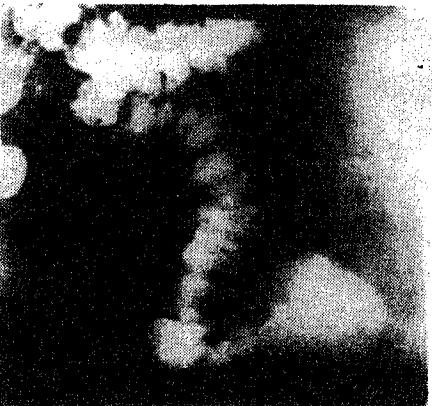


Fig. 1

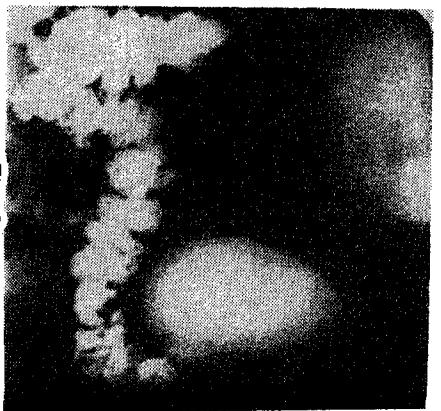


Fig. 2

### Summary

### A HYDATID CYST DISCOVERED DURING SPLENOPORTOGRAPHY

A case is presented of a 47 year old woman who 20 years ago had suffered from viral hepatitis and now presents splenomegaly, hemorrhoids and a positive test for the Australia antigen. The laparotomy showed vascularization of ligamentum rotundum, liver fibrosis, and signs of perisplenitis. These changes were not sufficient to explain the vascularization of the ligament and the hemorrhoids, so it was decided to investigate the permeability of the porta vein.

A cyst was discovered measuring 15x9 cm, from which the puncture drew about 900 ml of a limpid liquid. The patient suffered no allergic reaction and was immediately sent to be submitted to a surgical intervention. The cyst occupied the latero-posterior and central part of the spleen. The liver biopsy showed evidence of a persistent chronic hepatitis.

### Résumé

### UN CAS DE KYSTE HYDATIDIQUE DE LA RATE RELEVÉE PENDANT LA SPLENO-PORTOGRAPHIE

Les auteurs décrivent le cas d'une femme de 47 ans, qui il y a 20 ans avait souffert d'une hépatite à virus et qui présentait à l'examen une splénomégalie, des hémorroïdes et un test positif à l'antigène Australia. La laparotomie a mis en évidence la vascularisation du ligamentum rotundum, une fibrose diffuse et des signes de périsplénite. Ces modifications n'étant pas suffisantes à expliquer la vascularisation du ligament et le présence des hémorroïdes, il fut d'examiner la perméabilité de la veine porte.

C'est ainsi que fut découvert un kyste de dimension 15 x 9 cm., dont on a prélevé par ponction 900 ml. d'un liquide limpide. La malade ne souffrant pas de réactions allergiques, elle fut immédiatement opérée. Les kyste occupait la partie latérale-postérieure et centrale de la rate. A biopsie du foie a montré une hépatite chronique persistante.

## PËRVOJA JONE NË MJEKIMIN E DEFEKTEVE TË LINDURA TË QIELLZËS

**- DHORI POJANI – SAMEDIN GJINI – AGO SHAMETAJ**

(Katedra e Kirurgjisë stomatologjike)

Mjekimi kirurgjikal i defekteve të lindura të qielzës ka tërhequr vazhdimisht mendimin e shumë autorëve. Për mjekimin e tyre diskutohet edhe në ditët tona dhe ka botime të shumta (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Në vendin tonë, me gjithëse janë operuar raste të veganta, nuk kemi botime të tillë. Ky problem është vënë në diskutim në vitin 1972 (6). Këto diskutime linden si pasojë e problemeve të shunta që kanë mbetur ende pa u zgjidhur përfundimisht në lidhje me mjekimin të defekteve të lindura të qielzës, siç është krijimi i një qielzë të butë me gjatësi, të mjaftueshme dhe të lëvizshme për të siguruar të folur normal të fëmijës.

Diskutime ka gjithashtu edhe për metodat e mjekimit kirurgjikal, format klinike etj. (3, 4, 8, 10).

Për mbylljen plastike të defekteve të lindura të qielzës përdoren metodat tona, nje pjesë e të cilave janë modifikime të njëra tjetërs.

Në këto defekte, qëllimi i operacionit është që të vendosë formën anatomike të qielzës, të mbyllë komunikimin midis hundës dhe gojës, të korigojojë të folurit dhe funksionin përtypës dhe të lejojë zhvillimin fizik e psikik të fëmijës etj.

Pavarësisht nga metodat e shumta që përdoren në mjekimin e defekteve të qielzës, asnjëra prej tyre nuk mund të pranohet si e vetme për të gjitha format e defekteve, sepse nuk arrin të rivendosë plotësisht dhenjëherë funksionin e të folurit.

Për korigjimin e të folurit ka rendësi jo vetëm metoda kirurgjikale, por edhe mosha në të cilën operohet fëmija si dhe kujdesi për një kohë të gjatë për fëmijën pas operacionit.

Lidhur me moshën kur duhet operuar fëmija ka mendime të ndryshme. Shumica e autorëve, që kemi mundur të konsultojmë të përmëndur në bibliografinë tonë, me të cilët bashkohemi edhe ne, thonë se mosha më e përshtatshme për operim është 2-6 vjeç, kohë në të cilën fëmija fillon të flasë. Duke u operuar fëmija në këtë moshë nuk do të krijohen reflekse të pakorigjueshme në të folur siç ndodh tek të paoperuarit ose të operuarit me vonesë.

## MATERIALI DHE METODIKA

Gjatë periudhës 1969-1975 në klinikën tonë janë paraqitur 140 raste me defekte të lindura të qellzës, të kombinuara ose jo me buzën. Prej tyre, 50 raste (36%) ishin me defekt të qellzës, të kombinuar me procesin alveolar nga njëra ose të dy anët dhe 90 raste (64%) me defekt të pjeseshëm ose të plotë të qellzës. 81 (58%) ishin meskuj dhe 59 (42%) ishin femra.

Për herë të parë janë operuar 94 raste (67%) dhe për herë të dytë ose të tretë 10 raste, kurse 36 raste (25.7%) nuk janë operuar. Në materialin tonë ne do të marrim në studim 94 rastet e operuar për herë të parë.

Mosha e të operuararve ka qenë si vijon: 2-4 vjeç — 28 raste (30%), 5-7 vjeç — 32 raste (34%), 8-10 vjeç — 10 raste (10%), 11-15 vjeç — 17 raste (18%), 16-20 vjeç — 3 raste dhe mbi 20 vjeç — 4 raste.

Nga të dhënat e mësipërmre del se 60 fëmijë (64%) janë operuar në moshën 2-7 vjeç, në periudhën kur fëmija fillon të flasë dhe kur shkon në shkollë. Të sëmurët e tjerë janë operuar mbi 7 vjeç, sepse janë parqitur me vonesë.

Nga të 50 rastet me defekte të kombinuara buzë — proces alveolar — qielzë janë operuar 14 raste — 10%. Fëmijët e tjerë, 36 raste (26%) nuk u operuan, sepse kanë qenë nën moshën 2-3 vjeç dhe janë paraqitur për korigimin e buzës. Në këta fëmijë, ndërryrja plastike në qielzë është lënë në një etapë të dytë.

Gjatë praktikës sonë për mbylljen plastike të formave të ndryshme të defekteve të lindura të qellzës kemi përdorur uranoplastikën bipedikulare në 72 raste (76.5%), uranoplastikën unipedikulare në 22 raste (23%), faringoplastikën në 4 raste dhe nga të 22 rastet e operuar me uranoplastikë unipedikulare 12 janë operuar sipas modifikimit të Deler.

Duke u nisur nga fakti se metoda e uranoplastikës bipedikulare ka mjaft anë të mira si edhe nga rekondimi që i bëjnë asaj shumë autorë (7, 8, 9) sidomos kur përdoret në fëmijë të moshës 2-5 vjeç, kemi filluar ta përdorim qysh nga viti 1969. Në mbylljen anatomike të defektit, rezultatet kanë qenë të mira, por jo shumë të kënaqshme në funksionin e të folurit. Në uranoplastikën bipedikulare kemi vënë re se nuk mund të arrihet retrotranspozicioni dhe mezofaringokonstrukioni i kënaqshëm i qielzës së butë në rastet kur indet e buta të saj, në anën e defektit, kanë qenë të pashvilluara mrrë, dmth. kur qielza e butë ka qenë e shkurtër si dhe kur kjo metodë është përdorur në fëmijë mbi moshën 7 vjeç ose në të rritur. Retrotranspozicioni i parnjaftheseshmë i qielzës, pas uranoplastikës bipedikulare, ndikon në të folurit jo normal të fëmijës (4, 5, 6, 8).

Duke pasur parasysh të metat e uranoplastikës bipedikulare përfunkcionin e të folurit në rastet e operuar nga ne, kohët e fundit filluan të përdorim dhe metodën unipedikulare. Kjo metodë është përdorur në 22 raste me defekte të pjeseshme ose të plotë të qellzës (pa procesin alveolar) mbi moshën 7-8 vjeç dhe kur qielza e butë ka qenë e shkurtër.

Për të përf mezoferingokonstruktioni më të mirë, në 12 raste kemi përdorur modifikimin e Delerit dhe, në disa raste, incizione anësore në regjionin retromolar në formë trekëndshi. Modifikimi i Delerit konsiston

në freskimin dhe suturimin e dy harqeve faringopalatin prapa uvulës (2). Faringoplastikën ne e kemi përdorur në katër raste. Në tre raste faringoplastika u përdor në fëmijë me qielzë të shkurtër në të njëjtën etapë me uranoplastikën unipedikulare, kurse në një rast u përdor në një të rritur, që ishte operuar prej kohësh, por qiliza ishte e shkurtër, me folur hundor dhe të pakuptueshmë.

Në 10 raste është bërë rioperim i defektit, dy prej të cilëve janë operuar jo nga ne, kanë pasur hapje të plotë, kurse tetë të tjerë kanë pasur defekt të pjesshëm.

## DISKUTIMI I RASTEVE

Nga të 94 e të operuarve, në 84 raste (89.3%) kemi pasur mbyllje të plotë të qielzës. Ky rezultat është i përafërtë me të dhënat e disa autorëve të bibliografisë sone (4, 8, 9). Sipas disa autorëve të tjerë (cituar nga 3, 9) këto suksese i kanë pasur në rrith 23%. Në 10 raste (7%) ne kemi pasur hapje të pjesshme në formë fistule me dimisione 3-4 mm në pjesën e përparme të qielzës ose në kufirin midis qielzës së fortë e të butë. Në një rast me defekt të plotë të dyanshme, me dimisione të konsiderueshme, në pjesën e përparshme të defektit patëm nekrozë të pjesshme të dy lambove dhe mbeti defekt  $5 \times 4$  mm diametër. Në të dy rastet plaga u hap në pjesën e prapme të qielzës së butë. Në një rast defekti u hap në mezin e qielzës në ditën e pestë pas operacionit (fëmija filloj të përdorë ushqime të fonta).

Mungesën e suksesit ne e shpjegojmë me traksionin (tërheqjen e indeve të buta) nga moslirim i plotë i muskujve të qielzës, moszhvillimi i tyre i plotë si dhe gabimet teknike gjatë operacionit, traumatizim i lumbave, lacerim i tyre dhe infeksioni i plagës.

Mungesën e suksesit e shpjegojmë edhe me ndërryjet e pakujdeshme dhe të parakohshme në pastrimin e gojës dhe të plagës dhe heqjen para kohe të tamponeve komprimuese anësore. Kështu ndodhi në një rast me faringoplastikë gjati të trajtimit të shpejtuar e jo e përpiktë – lumbuja faringeale u këput.

Si ndërlikime të përgjithshme kemi pasur bronkopneumoni në 5 raste (3.5%), të cilat u zotëruan me antibiotikë. Nuk kemi pasur raste vdekje.

Në periudhën pas operacionit, për rreth 7-10 ditë ne i lëmë fëmijës prindin për kujdes të vegantë, kështu që fëmija është më i getë, nuk qan dhe plagës i krijohet qetësi e plotë. Këtë e rekomandojmë dhe autorët e bibliografisë sone.

Për suksesin e operacionit në këto defekte, diskutime të shumta ka për ruajtjen ose këputjen e arteries palatinale. Gjatë praktikës sone ne u bindëm se në uranoplastikën bipedikulare, këputja e kësaj arterie nuk ndikon në suksesin e operacionit. Kujdes duhet pasur në uranoplastikën unipedikulare që ajo të mos këputet. Në mendojmë se dëmtimi i arteries palatinale nuk është fatalë, sepse lampaaja ushqehet nga artere të vogla kollaterale. Këtë na e ka vërtetuar praktika e jone. Këtë mendim e kanë edhe autorët e bibliografisë sone.

Problemi kryesor që ka preokupuar në të kaluarën dhe sot shumë autorë ka qënë riaftësimi i të folurit pas operacionit në fëmijë me de-

fekte të hindura të qielzës. Të dhënrat në këtë drejtim nuk janë fort të kënaçshme. Rritja e aftësimit të fëmijës për të folur sa më normal varet së butë dhe lëvizshmëria e saj, ngushtimi sa më i plotë i plesës së mesme të faringut, puna këmbëngulëse e prindit të fëmijës, arsimtarëve dhe mjekut për të mësuar fëmijen të bëjë ushtime të vazdueshme në të folur me zë të lartë e pandrojte për një kohë të gjatë për gërmat, rrojet që fjalët që fëmija nuk i shqipon mirë. Duhet të punohet shumë sidomos për gërmat qielzore dhe grykore.

Në punën tonë, ne kemi pasur parasysh faktorët e mësipërme, që ndikojnë në përmirësimin dhe korrigjimin e të folurit normal. Për këtë mëson të flasë mirë kemi bërë modifikime të ndryshme të uranoplastikës për të bërë një retrotranspozicion dhe mezofaringokonstruksion sa parimin e lambove të qielzës së butë, sepse këshu formohet sa më pak butë. Me këmbëngulje kemi punuar gjithashtu, duke i mësuar fëmijët fëmija pas operacionit. Konstatimet tona lidhur me funksionin e të folurit janë të tillë: në ata fëmije tek të cilët janë pasur më shumë parasysh kushtet që ndikojnë në të folur si gjatë operacionit dhe pas tij, pasur lëvizshmëri të mirë të qielzës së butë dhe përmirësimin të mëtejshëm në të folur.

Lidhur me rezultatet e vonëshme, ne kemi mundur të kontrollojmë nga 1-7 vjet 22 fëmijë. Tek këta ne kemi konstatuar se nga viti në vitin re ndryshime të theksuara në normalizimin e të folurit. Në disa prej tyre, ku është bërë punë më këmbëngulëse si nga fëmija ashtu dhe



Foto 1



Foto 2

Raste me defekt



Foto 3

Pas operacionit

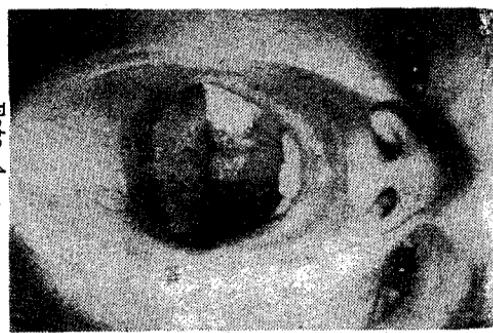


Foto 4

Pas operacionit

nga prindi ose arsimtarët, të folurit pothuajse është normalizuar. Përmirësime të kënaqshme kemi pasur me një herë pas operacionit në fëmijët me defekte të pjesëshme të qielzës ku muskulatura ka qënë e zhvilluar mirë. Përmirësim të ndjeshëm kemi vënë re gjithashtu në tre rastet, tek të cilat ishte përdorur faringoplastika, metodë që në të ardhmen mendojmë ta përdorim në gjëreshësit. Të ndjeshëm janë përmirësimet në të folur tek fëmijët e operuar në moshën 2-4 vjeç. Per ilustrim po jepim në foto dy raste para dhe pas operacionit.

## P E R F U N D I M E

1) Defektet e qielzës të kombinuar me buzën dhe procesin alveolar përbëjnë rrëth 36% të defekteve të qielzës, kurse 64% të tyre janë të vetime ose të shqoqëruara vetëm me defekt të buzës.

2) Mosha më e përshtatshme për ndëryrje, ku arrihen rezultate më të mira funksionale dhe mbyllje anatomike më të plotë është ato 2-7 vjeç. Në materialin tonë kjo mosha përbën 64% të rasteve të operuar.

3) Uranoplastika bipedikulare për anët e mira që ka duhet të përdoret në fëmijë me moshë 2-6 vjeç, sidomos në defektet e qielzës së butë dhe kur indet e buta, të saj janë të zhvilluara mirë. Uranoplastika unipedikulare duhet të përdoret në fëmijë mbi 6 vjeç në raste me defekt të plotë të qielzës dhe me zhvillim të pamjaftueshëm të indeve të buta.

4). Me metodat kirurgjikale të përdorura nga ne, mbyllje të plotë të defektit kemi pasur në 89.3% të rasteve dhe 10.7% kemi pasur hapje të pjesëshme.

- 5) Këputja e arteries palatinalë gjatë operacionit nuk ndikon në suksesin e operacionit sidomos në uranoplastikën bipedikulare.  
 6) Britja e aftësisë funksionale e të folurit të fëmijës varet jo vetëm nga teknika operatore, metoda e përdorur, mosha e fëmijës, por edhe nga ushtrimet logopedike të vazhdueshme nga ana e fëmijës.

Dorëzuar në Redaksi më 15 tetor 1977

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bernadski Ju. I. : Metodi leçenje vrashdeni defektor neba s prednamerene perecencëtë sositov tvrdovo neba. Stomatologja 1958, 3, 60.
- 2) Donnirageva A., Dopolnenie K. : Radikalnoj uranoplastika. Stomatologja 1964, 5, 46.
- 3) Duhov D. : Vrozhdeni rashtelini njoha. Moskva 1960.
- 4) Kovrakirov V. : Vrednité cepnatini na ustata. Sofie 1961, 105.
- 5) Pojani Dh. e bp. : Kirurgjia stomatologjike. Tirane 1971, 395.
- 6) Pojani Dh., Gjini S. : Njofitme paraprake mbi mijekimin e defekteve të lindura të qielzës. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1972, 1, 167.
- 7) Popescu V. : Probleme de baza in clinica si terapeutica malformatilor congenitaile ale fetici. Stomat. 1965, 3, 193.
- 8) Setean M. : Aspekte practice de chirurgie plastica. Bucarest 1963, 363.
- 9) Semenjanik G. S. : Verhi nai blagoprijatite vërzastovi sroki za kirurgjieno vëstanovjavane vrodenite cepki na ustnite i nebeto. Stomat. 1971, 6, 75.
- 10) Zaussev V. J. : Objektivniy analiz ostavshchisa deformaci neba posle predheshtruvavskih kirurgjicskikh vmeshatelstvo i ocenka rezultatov uranostatioplasti. Stomat. 1972, 2, 51.

## Summary

### OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF CONGENITAL DEFECTS OF THE PALATE

An analysis is presented of 140 cases of congenital defects of the palate observed during the period 1969-1975, in 104 of which surgical interventions were performed. The age between 2 and 7 years is considered the most appropriate for intervention in these cases. 64% of the patients were within these age limits when operated. The plastic repair of the palate defects was achieved by bipendicular uroplastic in 76.5%, by monopedicular uroplastic in 23% of the cases, while in four cases pharyngoplastics was used.

In 89.5% of the patients a complete closure of the defect was obtained, in 10.7% the closure was partial, leaving small fistular openings.

Satisfactory results as regards the function of speech were obtained when the operation was performed in the pre-school age, particularly among children on whom logopedic treatment was applied regularly.

### Résumé

## NOTRE EXPÉRIENCE DANS LE TRAITEMENT DES DÉFAUTS CONGÉNITAUX DU PALAIS

Les auteurs analysent 140 cas de défauts congénitaux du palais observés dans la période 1969-1975, dont 104 ont été traités par des interventions chirurgicales. L'âge de 2 à 7 ans est le plus approprié en ces cas pour l'intervention chirurgicale. 64 pour cent des patients furent opérés dans les limites d'âge indiquées plus haut. La réparation plastique des défauts du palais a été réalisée par des interventions uroplastiques bipédonculaires dans 76,5% des cas, par des interventions monopédonculaires uroplastiques dans 23% des cas et par la pharyngoplastique dans 4 cas seulement.

Résultats: fermeture complète du défaut chez 89,5% des patients, fermeture partielle avec une petite ouverture fistulaire chez 10,7% d'entre eux.

En ce qui concerne la fonction du parler, les résultats de l'intervention furent satisfaisants chez les enfants d'âge préscolaire, en particulier parmi ceux ayant été soumis à un traitement logopédique régulier.

## SHTEGTIMI I DHËMBËVE TË RETINUAR, NDËRLIKIMET DHE MJEKIMI I TYRE

— ABDULLA BILALI — FEJZULLA ULOQINAKU —

(Klinika Stomatologjike — Shkodër)

Në praktikën tonë të përdishime nuk janë të pakta rastet, që paraqiten me patologji nga më të ndryshmet, si pasoje e vendsosjes jo të rregulltë ose shtegtimit të dhëmbëve të retinuar.

Për ilustrim paraqesim disa nga vrojtimet tona:  
**Rasti i parë:** P.P., vjet, 28, mashkull, nga fshatrat e rrëthit të Shkodrës, shtrohet në spital në repartin e kirurgjisë më datë 18.XI.1974 me nr. kartele 6112 dhe diagnozë «*dens retinens i molarit të tretë në sinus maxillaris decrta et osteomielitis chronica maxillae dextra*». Nga anamneza rezultoi se i sëmuri kish disa muaj që ankomte për dhembje dhe ejte të ragjonit facial të djathë, për të cilën është drejtuar për ndihme stomatologjike dhe i është bërë heqja e rrënjeve të molarit të pare të asaj anë, shoqëruar me antibiotikë. Për një periudhë prej dy muajsh, gjindja u stabilizua, megjithatë shqetësimet u rishtaqen kur në regionin ndërmjet molairit të dytë dhe të tretë u shfaq, një fistul me rrjetësi qelbi, që pashaj kaloi në abces me shenjat e veta.

Radiografiat e sinusit maksilar treguan se kishim të bënim me molarin e tretë të retinuar në kavitetin e sinusit maksilar të djathë, që ishte njëkohësisht shkaku i osteomielitit.

Më 19.XI.1974 nën anestezinë infiltrative me novokainë u bë hapja e sinusit maksilar, brenda të cilit u gjuend i retinuar molari i tretë. U hoq dhëmbi dhe paraset kockore të demtuarra nga procesi osteomielistik. Mjekimi u shoqërua me antibiotikë dhe analgjezikë për disa ditë. Plaga u shërua *per primam* dhe më 27.XI.1974 i sëmuri doli nga spitali.  
**Rasti i dytë:** R. P., vjet 34, mashkull, nga fshatrat e rrëthit të Shkodrës, shtrohet në repartin e kirurgjisë më 7.VI.1972 me nr. kartele 3590 me diagnozë: «*Osteomielitis chronica corpus mandibulae sinister et dens retinens*». I sëmuri tregoi se para disa muajsh në këndin e majtë të nöfullës së poshtme është ejtur disa herë. Për këtë është mjekuar me antibiotikë, ndonëse pa ndonjë rezultat. Kjo i është persëritur herë pas here, duke i shkaktuar fistul brenda të goje. Radiografia e nöfullës së poshtme tregonë për osteoporozë të mandibulës në atë region dhe molatin e tretë të asaj anë të retinuar në pozicion horizontal. Nën mbrojtjen e antibiotikëve, më 8.VII.1972, me anestezzi mandibulare iu krye heqja e molairit të tretë *per primam* dhe i sëmuri doli nga spitali më 14.XI.1972.

Rasti i tretë: P. S., vjeç 23, maskull, nga fshatrat e Shkodrës, shtrohet në spital në repartin e kirurgjisë më 19.X.1974 me nr. kartelle 5560 dhe diagnozë: «*Phlegmon i regjionit submandibular dextër*»; I sëmuri tregoi se para 3-4 ditësh i kishin filluar dhembtjet në këndin e djahtë të mandibulës, që janë pasuar me ejtje të theksuara të atij regjionin, me gjithë trajtimin konservativ (një flakon penicilinë në ditë) që ka bërë. Prosesi inflamator i ka vazhduar më gjatë, i eshtë ngjitur temperatura dhe ka pasur trizmus të grades së II. Me tu shtruar në spital iu bë incizimi ekstra oral në këndin e djathit të mandibules, nga ku i doli qelb. Eshte injekuar me antibiotikë, analgjezikë dhe antipiretikë për 10 ditë. Radiografia e nofullës tregon retinum të molarit të tretë në pozicion horizontal, që me kuroren e tij fshilej nën molarin e dytë. Nën anestezji mandibulare u bë hedqia e molarit të dytë, që kishte proces të përparruar karioz dhe ndryshime inflamatore në kockën për rreth. Pas kësaj u bë hedja e molarit të tretë, shoqëruar me mijekim antibiotikësh për disa ditë. I sëmuri doli i shëruar më 5.XI.1974.

**Diskutimi.** — Midis shtegtimeve të dhëmbëve dallojmë:

- 1) inkluzioni — kur dhëmbi eshtë vendosur në afersi të vend-daljes normale (erupsion jo i plotë).
- 2) Ektopia — kur dhëmbi eshtë vendosur larg hargeve dentare.

3) Heteropia — kur dhëmbi vendoset në regjione anatomike të tjera (kavitetin sinusal, orbital, parete kockore) etj.

- 4) Transpozicion — kur dhëmbët ndrojnë vendet me njëri tjetrin në nofullat.

Në përvojën tonë, gjatë viteve 1960-1976 jemi ndeshur me 333 të së-murësh dhëmbësh të refiuar të operuar ambulatorish ose në spital. Shpërndarja e të sëmureve sipas grup-moshës ka qenë: Deri më 10 vjeç — nje rast (0.3%), 11-20 vjeç — 78 raste (23.4%), 21-30 vjeç — 146 rastë (43.8%), 31-40 vjeç — 64 (19.2%), 41-50 vjeç — 28 raste (8.4%), 51-60 vjeç — 13 raste (3.9%), 61-70 vjeç — 3 raste (0.9%).

Sipas seksit: moshët 196 (58.85%), femra 137 (41.15%).

Sipas lokalizimit: në nofullën e sipërme 121 (36.3%), në nofullën e poshtme 212 (63.65%).

#### Sipas dhëmbëve:

Central sipër djathas 1 rast 0.3%, majtas 6 — 1.8%  
 Lateral sipër djathas 4 raste 1.2%, majtas 2 — 0.6%

Kanin sipër djathas 48 raste 14.4%, majtas 48 — 14.4%

Premolari i parë djathas

Premolari i dytë djathas 1 rast 0.3%, majtas 2-0.6%

Molari i parë djathas 1 rast 0.3%, majtas

#### Të ndarë në grup-dhëmbësh:

Central e lateral	13 raste	3.9%
Kaninë	104 raste	31.2%
Premolari	18 raste	4.8%
Molarë të I e II	4 raste	1.2%
Molarë të tretë	194 raste	58.2%

Nërsa po të krahasohen molarët e tretë të nöfullës së poshtme me ato të sipërme rezulton si më poshtë:

Molarë të tretë poshtë 187 raste – 56.1%

Molarë të tretë sipër 7 raste – 2.1%

Lidhur me etiologjinë dhe patogjenezën e retensionit të dhëmbëve dhe ektopinë e tyre ka shumë mendime dhe teori (3, 7), që fillojnë nga proceset inflamatore, që pengojnë daljen e dhëmbëve, nga pozicioni i thelle i vetë folikulit të dhëmbit të pjekurisë, nga ndërtimi anatomic jo normal i dhëmbit në tërësi ose kurores dhe rrënjeve në vëganti, nga mungesat që mund të shkaktohen nga indet ose organet për rrëth (tumore, cista etj.), nga faktorë të përgjithshëm (rakit, hipovitaminoza, hidrofunkcion të throides, intoksikacione kronike) dhe, së fundi, nga disproporcioni i zhvillimit të trupit të nöfullës me atë të procesit alveolar, duke sjellë si pasoje mungesën e vendit për molarin e tretë, sidomos për nöfullën e poshtme. Kjo argumentohet nga mjaft autorë (1, 4, 2, 5) me ndryshimet antropometrike që kanë konstatuar si në hapësirën retro-molare, që në nöfulla me dhëmbë është 22.4 mm nga 29 mm që është teknikato normalët. Po kështu edhe në ndryshimet që ka pësuar nöfulla e poshtme në gjëresinë e harkut dentar nga 50 – 58 mm. që ishte, në 46 mm që ka arritur tanë.

Lidhur me pozicionin dhe shtegësimin e dhëmbëve, ashtu sic ilustruan në rastet tonë, ato janë nga më të ndryshmet dhe, në vartësi nga këto, ato shkaktojnë patologjitet akute ose kronike të regjionit ku ndodhen, duke kërcënuar nganjëherë seriozish organizmin. Kështu gjatë përvjës sone, kemi ndeshur me: osteomielite akute dhe kronike, cista folikulare, infeksione fokale me pasoja në sy, veshkat, riakutizime të polaritriteve, procese inflamatore (flegmone abcese) të rënda, të shqëruar me trizmus etj. Ne kemi konstatuar raste të vendosjes së dhëmbëve të retinuar me pozicione të ndryshme në mandibulë, ramusin e saj, sinus maksilar deri në harkun orbital.

Për mjejkimin e ndëlikimeve nga dhëmbët e retinuar jemi nisur kryesisht për të eliminuar shkakun, kur ky ka qënë i mundur. Kështu në rastet e përshtkuara nga ne, raste këto me ndërkime, është bërë ndërryja kirurgjikale (heqja e dhëmbit të retinuar). Vetëm kur kjo nuk ka qënë i mundur, është bërë më parë mjejkimi konservativ i ndërkimeve dhe heqja e dhëmbit është lënë në etapën e dyte.

Duke pasur parasysh se dhëmbët kaninë zënë një vend të rëndësishëm ndërmjet dhëmbëve të retinuar, nga materiali ymë (104 raste 31.20%), atje ku kanë lejuar kushtet, kemi bërë edhe transplantimin e tyre, që e kemi aplikuar në 15.7% të tyre si dhe të dhëmbëve frontale. Këtë metodë transplantimi e kemi aplikuar në 16 raste kaninash, dy raste centralesh dhe në rje rast moli të tretë, që ishte vendosur në vendin e molarit të dyte.

## KONKLUSIONE

- 1) Nga 333 raste dhëmbësh të retinuar, 196 (58.85%) ishin në mesnjë dhe 137 (41.15%) në femra, duke mbizotëruar mosha 21-30 vjeç me 140 raste (43.8%).

2) Dhëmbët e retinuar ndeshen më shumë në nofullën e poshtme 212 raste (63.6%); në vendin e parë qëndrojnë molarët e tretë me 194 raste (58.2%). Ndërsa cilët ato të nofullës së poshtme me 187 raste (56.1%). Pas tyre vinë me radhë kaninet me 104 raste (31.2%), nga të cilët të nofullës së sipërme 96 raste (28.8%).

3) Lidhur me lokalizimin e këtyre dhëmbëve nuk vërehet ndonjë ndryshim i dukshëm ndërmjet anës së majtë dhe anës së djathtë.

Dorëzuar në redaksi më 5 prill 1978. —

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bernadski Ju. S. : Osnovi Hirurgjëskoi Stomatologji 140.
- 2) Evdokimov A. I. e bp. : Hirurgjëskaja Stomatologja 1964, 181.
- 3) Lalanne J. L. : Dents migratrices ou ectopiques. Revue de stomatologie 1975, 8, 673.
- 4) Parant M. : Kyste biloculaire de la mandibule et dent de sagesse héhérotopique. Revue française d'onto-stomatologie 1958, 3, 313.
- 5) Petz R. e bp. : Über Komplikationen bei der Behandlung von Weisheitszähnen und ihre Verhutung. Deutsche Stomatologie 1967, 6, 431.
- 6) Poda H. : 53 raste me dhëmbë të retinuar dhe shtaqjet nervore të shkaktuara prej tyre. Buletini Stomatologjik 1977, 1, 37.
- 7) Pojani Dh. e bp. : Kirurgjia stomatologjike. Tirane 1974, 103.
- 8) Pojani Dh. : Mbi etiopatogjenezen dhe format klinike të patologjisë të molarit; fshatrat mandibular. Buletini stomatologjik 1974, 2, 31.
- 9) Rudenko A. T. : Patologija prorezivania zubov mundrosti. Leningrad 1961.



Foto 1



Foto 2  
Dhëmbi i retinuar-molari i III në pozicion horizontal në ramus mandibuli.

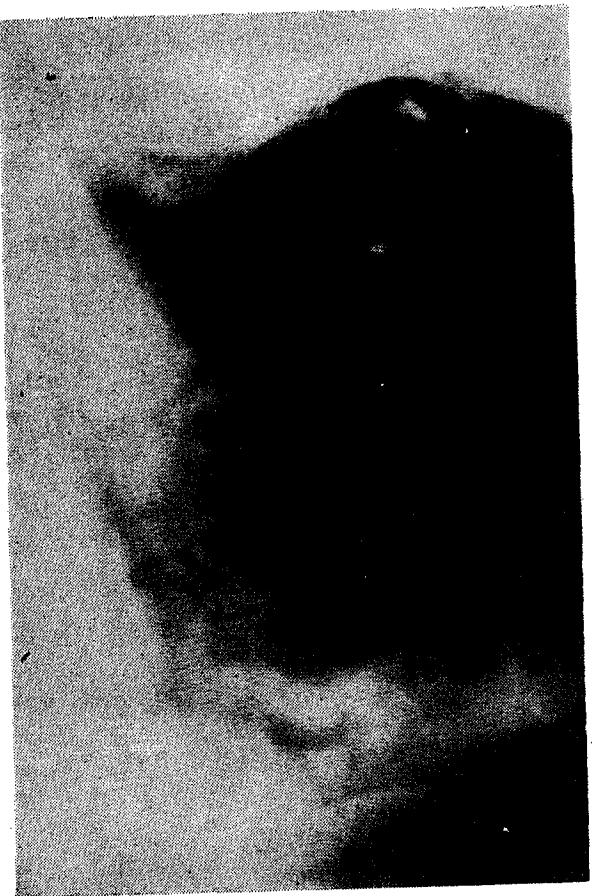


Foto 3  
Dhëmbi i retinuar në mandibulë në pozicion horizontal.



Foto 4 Dhëmbi i retinuar-kanini i nöfullës

së sipërme



Foto 5 Vendosja e dhëmbit të retinuar pas ekstrakzionit të tij në arkadën dentare.



Foto 6 Dhëmbë të retinuar në nöfullën e sipërme centrali dhe kanini.

### Summary

## STRAYING OF RETAINED TEETH: COMPLICATIONS AND TREATMENT.

The paper describes 333 cases of straying of retained teeth which were distributed as follows: sex distribution – 196 (58.85%) males and 137 (41.15%) females; according to the location: 212 (63.6%) on the lower jaw and 121 (36.4%) on the upper jaw; in most cases the third molars are involved – 194 (58.2%).

The paper mentions also some complications observed during their practice and give the detailed description of three of them.

### Résumé

## TRANSMIGRATION DES DENTS RETENUES, LEURS COMPLICATIONS ET LEUR TRAITEMENT

Les auteurs décrivent 333 cas de transmigration de dents retenues répartis selon le sexe: 196 hommes (58.85%) et 137 femmes (41.15%) et selon la localisation: 212 (63.6%) à la mâchoire inférieure et 121 (36.4%) à la mâchoire supérieure; dans la plupart des cas ce sont les troisième molaires qui sont concernées – 194 (58.2%).

Il y est aussi question de certaines complications observées dans la pratique quotidienne, dont trois cas de ce genre sont décrits minutieusement.

## MBAJTJA E PROTEZAVE TË DHËMBËVE DHE PROSESET E ADAPTIMIT GJATË QENDRIMIT TË TYRE NË GOJE

— AFËRDITA BASHA —

(Katedra e Ortopedisë stomatologjike)

Protezat e ndryshme të levizëshme, sipas topografisë së defektit në bojën e të sëmurit, janë në formë dhe madhësi të ndryshme. Këto proteza në fillim konsiderohen si trupa të huaj pavarësisht se nëpërmjet tyre rimëkëmbet jo vetëm ana funksionale, por dhe ajo fonetike dhe estetike, që, për disa të sëmurë kanë rendësi të madhe. Për të rimëkëmbur këto funksione dhe për të lehtësuar të sëmuret me këto proteza rendësi ka jo veçm zbatimi me përpikmëri i proceseve të ndryshme nga ana e mjekut dhe laborantit, por sidomos rrugulli i mbajtjes së këtyre protezave nga ana e të sëmurit në drejtim të respektimit të këshillave të mjekut dhe vullnetit të të sëmurit, qëllim, të cilin në patëm parasysh në trajimin e këtij materiali. Këto proteza, që në momentet e para ndihen si trupa të huaj dhe si ngacmues jo të zakonshëm, me kalimin e kohës, ato bëhen të domosdoshme për të sëmurin.

Zhudukja e ndijimit të protezës si trupi i huaj, pas një farë kohe duhet të shikohet edhe si shfaqje e frenimit të kushtëzar. Nga vetë mekanizmi, ky frenim ka karakterin e një frenimi të brendshëm ose të krijuar. Tek mbajtësit e protezave, frenimi në fjalë zhvillohet si shprehje e ligjit të përgjithshëm, në bazë të të cilit qdo ngacmin shubet në rast përdorimi të vazhdueshëm të tij për një kohe të gjatë dhe bëhet agjent frenues me pjesëmarrje të defyrueshme të kores së trurit (2).

Nga kjo pikëpamje, proteza e porshë vënë është një ngacmues aktiv i mbatesave nervore të gojës dhe do të jetë i tillë deri në krijimin e frenimit të kushtëzar. Ngacmini i receptorëve në gojë nga proteza shprehet nga shtrimi i prodhimit të pështymës dhe çregullimi i të folurit. Në rast eksitimi të madh reflektiv vërehen shenjat e ndjenjës për vjeille dhe nganjëherë dhe vjellje. Për të konkretizuar këto fenomene, ne kemi marrë në studim 40 të sëmurë me procese alveolare të ndryshme, nga të cilët 15 kishin proteza të plota dhe 25 proteza të pjesësme. Nga këta të sëmure, 8 ishin femra të moshuara, 17 meshkuj të moshuar, 8 të rinj dhe 7 të reja. Duke u nisur nga fakti se të mësuarit me proteza të lëvizshme është individual dhe, para së gjithash, varet nga temperamenti dhe reaktiviteti i sistemit nervor qëndror, vëmëndjen kryesore të punës sësonë e përqëndruam edhe në kësillat sistematike në dobi të të mësuarit me proteza për t'i mbajtur ato në rregull qyshtës së fillimin e punës sësonë

me përgatitjen e të sëmurrir se të mësuarit me proteza është i lehtë dhe se ai varet jo vetëm nga respektimi i teknikës sonë, por edhe nga vullneti i tyre pér t'i zbatuar ato.

Gjatë punës sonë me këta të sëmurrë kemi pasur këto rezultate: procesin e fremit e kemi hasur kudo, por më vonë atë e gjetëm në të sëmurrë me procese alveolare atrofike. Koha e të mësuarit ka qënë e ndryshme, sepse jo të gjithë të sëmurrët i mbajtën protezat sipas këshillave tona. Në meshkuj të mësuarit me këto proteza ka qënë më i lehtë dhe më i shpejtë se tek femrat. Tek të rinjtë ky proces ka qënë më i lehtë se tek të moshuarit. Tek femrat ka rezultuar e kundërtë. Në të sëmurrë me temperament të getë të mësuarit ka qënë shumë më i shpejtë.

Për ilustrim të punës sone, përshtkuajmë rastin e një pensioniste E. R. Vléc 59, me nr. kartele 1679 dhe regjistri 645. E sëmura u paraqit në klinikën e ortopedisë stomatologjike më 8.7.5 pér vénie protezash meqenëse dhembët i kish hequr para disa vitesh dhe nuk i vinte sepse dyshonte në qëndrimin e tyre. Në ekzaminimin objektiv jashtë gojës u konstatua se një e treta e poshtme e fytyrës ishte shkurtuar, mjekra ishte spostuar përparrë, palat hundëbzë dhe buzë-mjekër ishin theksuar duke i dhënë në përgjithësi fytyrës pamje mjaft të implakur. Në ekzaminimin objektiv brenda gojës u konstatua atrofi e procesit alveolar, sidomos në poshtën e poshtme. Duke u nisur nga refuzimi i të sëmurrës pér të bërë ndërhyrje kirurgjikkale në dobi të pëmirësimt të procesit alveolar, që do të mbante protezat, u morrën masa dhe u përgatitën protetazat sipas lugëve individuale. Gjatë proceseve të ndryshme të punës, tek e sëmura vlefjet re një pesimizëm i theksuar. Ajo interesohet pér qdo punë, pavarësisht se ato ajo nuk i kuptonte. Në diën e aplikimit të protezave, ajo ishte e emocionuar, nguronte të fliste dhe t'i mbante ato në gojë. Pas vënies së tyre, të nesërmen ajo u paraqit në klinikë me një regim më të theksuar dhe me protezat në dorë. Në kontrollin tonë brenda gojës nuk konstatuan asnjë shenjë dekubitusi dhe kjo, sepse e sëmura nuk i kishte mbajtur fare ato, duke menduar se protezat ishin të mëdha, e vrissnin i lëviznin etj. Me bindjen dhe përsëritjen e këshillave rreth mbajtjes së protezave dhe sidomos pér rastin konkret, ku kishim atrofi të procesit alveolar, ajo pranoi pér të provuar edhe një herë mbajtjen e tyre në gojë. Të nesërmen e sëmura u paraqit përsëri po me ato ankesa, por me protezat në gojë. Në vizitën tonë vërejtjmë aty-këtu shenja të lehta dekubitusi, per të cilat bëmë shkurtimin dhe. Ilustrimin e asaj pjese të protezës dhe përsëri ato i vume në gojë, duke e siguruar të sëmurën se në ditët e mëvonëshme, dhembjet dhe ankesat do të jenë më të lehta dhe se këto dhembje do t'i kalojnë aq më snipejt sa më shumë t'i mbante ato ditët e para sipas këshillave tona. Në vizitën tjetër, pas katër ditësh, ajo erdhë më e jetë, dekubituse pothuaj nuk kishte fare, por gjatë këtyre ditëve ajo i kishte hequr ato natën dhe disa herë gjatë të grënët. Edhe këtë herë bëmë punën tonë të bindjes pér t'i mbajtur ato jo vetëm dijnë, por edhe natën dhe sidomos gjatë të grënët. Kështu në vizitën tjetër, ajo erdhë fare e getë dhe aprovoi jetë se të mbajtur e vazhdueshmë të protezës bëri që ajo të mësoset më shpejt. Një frenim i tilë mund të zhdukjet me anë të veprimit të një ngacmuesi tjetër më të fortë si p.sh. kur gjatë të të mbajturit të protezës lindin stomatit apo dekubituse të tiera. Në këto raste afati i të mësuarit natyrishët do të zgjatet. Kjo rrjedh sepse proteza në këto raste ka një karakter ngac-

mues në rritje dhe si rezultat i saj nuk kriohet frenimi i brendshem reflektiv, pra proteza vazhdon të ndjehet si një trup i huaj (3). Frenimi lind vettëm pasi të hiqen të gjithë ngacmuesit plotësues. Kështu mekanizmi përshtatës, si shprehje e veprimitarë kompensatore të hemisferave të mëdha të trurit, shprehet me rimbëkëmbjen graduale të akteve motorike në apparatin digjestiv të rajonit dhëmbë-nofulla. Kështu p.sh. aktet e kafshimit dhe të përtypjes së ushqimit, akti i gjelltës etj. kohë para pas përdorimit të protezës nuk janë të kordinuara dhe për kryerjen e tyre kërkohen forcë e madhe vulnëti dhe përpjekje muskulare edhe për rastet kur proteza është pergatiatur në rrugull (1, 3). Pas një farë kohe, këto akte kryen në mënyrë të kordinuar dhe automatiksh (1), gjë që shpjegohet me zëvendësimin e eksitimt me frenim në koren e trurit. Pra, ngacmimet janë aq më të shumta sa më shumë defekte të paraqesë proteza dhe, rrjedhimisht, aq më vonë ndodh dhe frenimi.

Lindja e veprimitarise se konservon e tjetër gjatëzim  
pjese në përpunimin e ushqimit në gojë, kur kemi të bëjmë me raste  
mbajtje protezash, është rezultat i rolit kordinues të sistemit nervor  
qëndror, i cili është i aftë të rregullojë funksionet dhe të formojë raporte  
të reja (1).

protezës nuk e ndien atë si trup të huaj, përkundrazi ai nuk mund të rrije pa të, vihet re një përshtatje e plotë e aparatit muskular ndaj kafshës së tij. Në kryeshmë, fuqia funksionale rimëkëmbet. Frenimi ka karakter të kthyeshmë, dmth në kushtë të aktuara, eksituesi i frenuar përsëri fiton aktivitet. Kështu kur i sémuri provon heqjen e protezave natën, në mëngjes ai ve re se duhet të kalojë një fare kohë para se të rimëkëmbet të folurit dhe të zhdukët ndjimi i pranisë së protezës në gojë, dmth kohët e para, proteza përsëri është një ngacmues jo i zakonshëm. Por në këtë rast, veprimi ngacmues i protezës zgjat shumë pak. Kjo shpjegohet me faktin se frenimi i lindur ose i krijuar një herë ndihmon në krijimin e reflekseve të kushtëzuara. Ky është reagimi tipik i qënieve të gjallë. Ndaj ngacmuesit një farë kohe pas ndërpriesë së veprimit të tij.

## PERFUNDIME

- 1) Të mësuarit me proteza të ndryshme të lëvizshme është individuale dhe varet nga tipi i sistemit nervor qëndror.
- 2) Përvog zbatimit të teknologjisë së tyre nga ana e mjekut dhe laborantit, të mësuarit me proteza varet dhe nga formacionet anatomike të nofullave dhe sidomos nga vulneti i të sémurit për t'i mbajtur ato sipas këshillave përkatëse.
- 3) Ngacmimi lind për të gjitha protezat e lëvizshme dhe është aq më i madh sa më pak e përpiktë të jetë përgatitur proteza.

Dorëzuar në redaksi më 15 prill 1978

## BIBLIOGRAFIJA

- 1) Dibra H., Preza B. : Sëmundjet nervore. Tiranë, 1971, 37.
- 2) Kurljandski B. J. : Órtopedicskaia stomatologija. Moskva 1969, 347.
- 3) Kurijski V. : Orthopedic stomatology. Moskow 1971, 404.
- 4) Hoxha O. Problemi i përcaktimit të drejtë të lartësisë së kafshimit. Buletui stomatologjik 1973, 1.

**FAZAT E ADAPTIMIT TË PROTEZAVE TË LËVIZSHME**

Numri i përgjithshëm	Faza e parë e ngacmimit	Faza e II e frenimit të pjesëshëm	Faza e III e frenimit të plotë
Gjithsej të rinj 8	Prot. totale negative 1 = ditën e parë deri ditën e pestë	Ditën e parë deri në ditën e fundit të javës së dytë	Javën e dytë deri në javën e pestë
	Prot. totale pozitive 3 = ditën e parë dhe të dytë	Ditën e dytë deri në ditën e gjash-të	Javën e parë deri në javën e tretë
	Proteza parciiale ne-negative 2 = ditën e parë	Ditën e parë deri në ditën e pestë	Ditën e gjashtë deri në javën e dytë
	Proteza parciiale pozitive 2 = ditën e parë	Ditën e parë deri në ditën e tretë	Ditën e tretë deri në fundin e ditës së dhjetë
Gjithsej të moshuar 17	Prot. totale negative 7 = ditën e parë deri në ditën e shtatë	Ditën e shtatë deri në javën e tretë	Javën e tretë deri në javën e shtatë
	Proteza totale pozitive 5 = ditën e parë deri në ditën e tretë	Ditën e katërtë deri në ditën e tetë	Ditën e tetë deri në javën e katërtë
	Protezë parciiale 5 = ditën e parë	Ditën e parë deri në ditën e pestë	Ditën e pestë deri në javën e dytë
	Protezë totale pozitive 3 = ditën e parë deri në ditën e dhjetë	Ditën e parë deri në javën e tretë	Javën e tretë deri në javën e pestë
Gjithsej të reja 7	Protezë parciiale pozitive 4 = ditën e parë deri në ditën e tretë	Ditën e parë deri në ditën e tetë	Ditën e tretë deri në javën e dytë
	Prot. totale negative 1 = ditën e parë deri në ditën e pesëmbëdhjetë	Ditën e dhjetë deri në javën e pestë	Ditën e dhjetë deri në javën e dhjetë
	Protezë totale pozitive 2 = ditën e parë deri në ditën e pestë	Ditën e katërbëdhjetë deri në javën e katërtë	Ditën e pesëmbëdhjetë deri në javën e tetë
	Protezë parciiale pozitive 5 = ditën e parë deri në ditën e katërtë	Ditën e parë deri në ditën e pestë	Ditën e pestë deri në javën e tretë
Gjithsej të moshuar e mesatare 8			

lla ekonomiko-shqiptore që i bëri të mundura këto suksese, ndodhet vula e marrëdhënive sociale në prodhim, që Partia i ndertoj me kaq përpjekje dhe lufte. Arrijet dhe në fushën e shëndetësisë tregojnë në mënyrë bindëse pjeturinë dhe largpamësinë e Partisë së sone të Punes me në krye shokun Enver Hoxha.

Nën udhëheqjen e Partisë, shëndetësia janë e shëtë ngritur dhe zhvillohet mbi themellet e filozofisë marksiste-leniniste dhe mbi bazat e shkencës së përparuar.

Shkencëa jonë mjekësore, nga viti në vit, ka grumbulluar një pervojë të gjëre që materializohet në monografi, në tekster mësimore, se-sione e simpoziume e të tjera si dhe në qindra artikuj të botuar, një pjesë e të cilave edhe në Buletinin e Universitetit të Tiranës – Seria shkencat mjekësore.

Në këto punime del qartë parimi i profilaksisë, si bazë mbi të cilan sot për nënën dhe fëmijën, masivizmi i punës shkencore në shëndetësi etj. Me studimet dhe punimet e tyre shkencore, punonjeshi e shëndetësisë janë përpjekur dhe përpilen të zgjidhin probleme që i dalin praktikës mjekësore për kushtet e vendit tonë, duke dhënë kontributin e tyre në këtë drejtim.

Për tu ardhur në ndihmë lëxuesve dhe autorëve, bashkëpunëtorë të Buletinit tonë, në këtë numër po batojmë një pasqyrë të të gjithë artikujuve të botuar në serinë e Shkencave të Natyrës për periudhën 1947–1960 si dhe ato që janë botuar në «Serinë e Shkencave Mjekësore» për periudhën 1961–1977 nga autorët tanë.

Artikuj radhien sipas alfabetit. Botimet e periudhës së dytë (1961–1977), për lehtësi manovrimi në gjetjen e tyre, janë klasifikuar në 11 rubrika që vijnë:

- I) Ideopolitike, jubilare, organizative, historike.
- II) Higjienë dhe Epidemiologji.
- III) Sëmundje të brendshme, pediatri, radiologji.
- IV) Kirurgjji, obstetrikë-gjinekologji, onkologji.
- V) Eksperimentale, laboratorike, farmakologji, biologji, farmaci.
- VI) Neurologji e psikiatri.
- VII) Anatomi e përgjithshme dhe patologjike, histologji, mjekësia ligjore, toksikologji.
- VIII) Okulistikë dhe Otorinolaringologji.
- IX) Dermatologji.
- X) Stomatologji.
- XI) Reçensione të librave tona.