

ME PARTINË NË KRYE, ME BESIM TË PATUNDUR NË FORCAT TONA, NE DO TË ECIM GJITHMONË PËRPARA

Letra e KQ të PPSH dhe e Qeverisë së RPSSH drejtuar KQ të PK të Kinës dhe Qeverisë kineze, lidhur me vendimin e marrë nga ana e tyre për të ndërprerë ndihmën ekonomike dhe ushtarake për Shqipërinë dhe për të tënëqur specialistët e tyre ekonomikë dhe ushtarakë nga vendi ynë, përbën një dokument historik me vlerë të madhe teorike e praktike, që i shohet fondit të pasur të përvojës së lëvizjes komuniste botërore.

Këtë letër, fund e krye si një fill i kug, e përshkojnë idetë e pavdekshme marksiste-leniniste, fryma e internacionalizmit proletar, guximi dhe parimisia revolucionare, që kanë karakterizuar kurdoherë Partinë dhe Shtetin tonë socialist në tërë veprimtarinë dhe qëndrimet konkrete ndaj çfarëdo problemi dhe ndaj kujdo gofte.

Në këtë dokument edhe një herë gjen shprehjen më të kristalizuar qëndrimi i patundur dhe konsekuent i Partisë dhe i popullit tonë në pozitë e marksizem-leninizmit, në të spikët vendosmëria e tyre e përkullur për të mos u zmprapsur përballë presioneve e kërcënimeve, por për të marsnuar ballëllart e sypatrembur në rrugën e ndritur të socializmit e të komunizmit.

Deshmua më e qartë e unitetit monolit të popullit me Partinë dhe e bindjes së thellë që ai ka në drejtësinë e vijës së saj është mbështetja me tërë forcën që kjo letër gjeti në masat e gjëra punonjëse të gytetit dhe të fshatit. Dhe prova më bindëse e këtij miratimi unanëm janë jo vetëm letrat e panuarëta, që me këtë rast iu janë dërguar Komitetit Qëndror të Partisë sonë dhe Qeverisë nga ana e të gjithë kolektivave punonjëse, me të cilat ata shprehin njëzëri indinjatën e tyre të thellë për këtë akt të pabesë dhe kaq armiqësor të udhëheqjes kineze ndaj popullit tonë, por është edhe atmosfera e paparë revolucionare, që u krijua në të katër anët e vendit tonë pas botimit të letrës, është vrulli, që me një forcë të re, shpërthau në çdo front pune dhe që përfishin të madh e të vogël në Republikën tonë.

Në përgjigje të këtij veprimi të hapët antimarksisht dhe armiqësor të revizionistëve kinezë kundrejt Partisë dhe popullit tonë dhe si shprehje e një zotimi solemn e betimi lufarak para Partisë dhe shokut Enver Hoxha, nga të gjitha kolektivat punonjëse të mbarë vendit po mërrn zotime dhe iniciativa për të vënë në jetë një për një vendimë e Kongresit të 7-të të Partisë sonë, për të plotësuar dhe për ti shpënë më përpara detyrat e plantit të shtetit në të gjithë sektorët e prodhimit dhe në të gjitha fushat e aktivitetit shtetëror e shoqëror të vendit.

Këtë përgjigje e kanë marrë kurdoherë armiqit e Partisë dhe të popullit tonë sa herë që ata kanë guxuar të ngrenë dorën kundër neësh dhe kanë dashur të na gjunjëzojnë para forcës dhe diktatit të tyre.

Veprimi i ulët i revizionistëve kinezë, i bërë nga pozitat e shtetit të madh si në përmbytje ashtu dhe në formë, na kujton metodat e egër dhe shoviniste, që diça vjet më parë patën përdorur kundër nesh titistët e hrushovianët për të larguar Partinë tonë nga rruga e saj marksist-leniniste, për të sabotuar çështjen e revolucionit e të ndërtimit socialist në Shqipëri dhe për të rivendosur, në këtë mënyrë, rendin borgjez.

Në mënyrë të vegantë indinjuese janë orvajtjet e udhëheqjes kineze për të krijuar përshtypjen në opinionin publik të brendshëm e ndërkombëtar se gjoja sukseset e arritura në zhvillimin ekonomik, Shqipëria ia detyron ndihmës që ka pasur nga Kina. Propaganda kineze, mbi bazën e llogaritjeve arbitrare, të njëanshme e të shtrembëruar, arrin deri atje sa ta quajë «ndihma» për Shqipërinë edhe ato mallra që ajo i ka importuar nga Kina në rrugë tregëtare e në bazë pagesash me klering. Nga ana tjetër, udhëheqja kineze, me paturpësinë që karakterizon revizionistët, le në heshtje të plotë faktin se edhe Shqipëria e ka ndihmuar Kinën. Gjithashtu ajo nuk ze në gojë fare dëmet që i ka sjellë ekonomisë sonë duke zvarritur e shtyrë për diça vjete afatet e ndërtimit të shumtë objekteve të rëndësishme si edhe dëmet e shkaktuara me rrugë të tjera.

Dikur Hrushovi nuk pati lenë gjë pa kurditur e pa përdorur për të na nënshtuar dhe për të na lidhur pas karvanit të tij revizionist. Ai e filloi me manovrat më dilalëzore e puçiste dhe arriti deri tek presionet më brutale dhe kërcënimet e hapura.

Fjala që mbajti shoku Enver në mbledhjen e Moskës në nëntor 1960 na corri maskën Hrushovi dhe pasuesve të tij dhe nxorri sheshit para botës fytyrën e tyre të vërtetë prej renegatësh të zhytur kokë e këmbë në balakun revizionist.

Partia jonë, e ndriçuar si gjithnjë nga idetë dritëdhënëse të marksizëm-leninizmit e nga mësimet e shokut Enver Hoxha, nuk u friksua nga kërcënimet e shantazhet, por me gartësi largpamëse, me guxim e vendosmëri revolucionare, me besim në shpirtin luftarak e vitalitetin e pashtrëngim të popullit, vazhdoi pa asnjë ngurrim dhe pa asnjë lëkundje rrugën e saj të lavdishme dhe duke kapërcyer çdo pengesë e duke mposhtur çdo bllokadë, udhëhoqi popullin nga fitoria në fitore.

Nuk ka asnjë dëshim se fatin e "hrushovianëve" do ta kenë edhe revizionistët kinezë, autorët e teorisë së «tri botëve», që përbën thelbin e oportunitizmit kinez.

Duke propaganduar me bujë këtë teori famëkeqe kundërvolucionare e reaksionare del e gartë se udhëheqja kineze synon të vendosë hegjemoninë e Kinës mbi të ashtuquajturën «botë të trete» dhe të këmbëhet kështu në një superfuqi.

Dëshira e hegjemonisë dhe e ekspansionit që ka moltipsur udhëheqjen kineze e çoi atë deri aty sa të bashkoi me imperializmin amerikan dhe me monopolistët e Evropës, me fashistët e me racistët, me arboretit e me feudalët, me militaristët e me luftënxitësit më të çfrenuar, me revizionistët e të gjithë ngjyrave.

E gjithë strategjia dhe-voja politike e udhëheqjes së Partisë komuniste të Kinës dhe qeverisë kineze janë qeshur fare nga parimet e marksizëm-leninizmit. Në tërë politikën e saj, udhëheqja kineze udhëhoqet nga pozitat e shtetit të madh, nga interesat konjunkturale, nga qëllime pragmatiste dhe inferesa egoiste.

Duke nxjerrë në shesh rreñjet ideologjike, politike, ekonomiko-sho-fërore të teorisë së «tri botëve», duke gveshur qëllimin dhe rrezikshmë-inë e kësaj teorie si dhe duke zbuluar fjetet që e lidhin këtë teori me evizionizmin modern dhe me kapitalizmin botëror, shoku Enver Hoxha buloi dhe demaskoi botërisht edhe rrezikun e revizionizmit kinez.

Partia dhe populli ynë nuk janë zënë kurrë në befasi. Duke genë ë brumosur me ideologjinë marksiste-leniniste, Partia ka zbuluar qysh të fillim tradhëtnë e udhëheqjes kineze dhe është përgatitur për beteja ë ashpër klasore.

Partia jonë nuk do të lejojë që të merren nëpër këmbë dinjteti dhe të drejtat tona legjitime. Nuk do të lejojë asnjëherë që të bëhet trefjti me parimet e marksizëm-leninizmit, sepse këto parime përbëjnë hesarin më të shtrenjë për ne, ashtu sikurse edhe për të gjithë revolucionarët dhe marksistët lenivistët e vërtetë në të gjithë botën.

Mbi këto parime është ndërthar dhe lulëzon çdo ditë e më shumë eta jonë e re, është ngritur vepra madhështore e socializmit, themelet ; së cilës janë mburrur me kaq gjak e djersë.

Me këto parime lidhet ngushtë e sotmja dhe e nesërmyja e popu-lit tonë. Nuk ka dyshim se sukseset madhështore që kemi arritur në ë gjitha fushat mbajnë vullën e punës dhe të luftës vetëmohuese e rëmbëngulëse të popullit tonë punëtor nën udhëheqjen e Partisë me ;hokun Enver Hoxha në krye, e cila i është përmbajtur kundohërë pa-imit revolucionar marksist-leninist të mbështetjes në forcat e veta.

Këti parimi, Partia dhe populli ynë do të vazhdojnë t'i përmbahen ne besnikëri dhe vendosmëri edhe në të ardhmen.

Është pikërisht për këtë arsye që një vend i vogël, i rrethuar nga mperializmi e revizionizmi, siç është Shqipëria jonë socialiste, u ka çerë ballë si shkëmb granit të gjitha fortimeve e rrebesheve që janë jërplasur mbi të dhe qëndron kundohërë si kalla e pamposhtur e socia-izmit dhe e revolucionit, tribunë nga ku mesojnë dhe frymëzohen forcat ,evolucionare dhe popujt e botës në luftën e tyre kundër imperializmit, ,reaksionit dhe revizionizmit të çdo ngjyre.

Është pikërisht për këtë arsye që respekti dhe prestigji i Shqipërisë socialiste sa vjen e po rritet kaq shumë në arenën botërore.

Nurri i miqve dhe dashamirësve të singertë të vendit tonë në botë so shtohet dita ditës. Për këtë dëshmojnë qartë letrat e shumta që kanë ardhur Partisë dhe Qeverisë sonë nga marksistë-leninistë dhe rjerëz përparimtarë, të cilët dëmojnë rëndë qëndrimin armiqësor të rdhëheqjes revizioniste kineze dhe shprehin ndjenjat e respektit dhe dashurisë për Partinë e popullin tonë; ata mbështesin me gjithë zemër qëndrimin tonë në luftën parimore për mbrojtjen e të drejtave dhe lirisë së popujve, për mbrojtjen e socializmit dhe të marksizëm-leniniz- mit.

Por ashtu si na mesojnë Partia dhe shoku Enver Hoxha, sukseset e arritura në vend që të na krijojnë vetëkënaqësi, duhet të na sher-bejnë si një stimul i fuqishëm për të shtuar përpjekjet tona dhe për ta bërë ende më këmbëngulëse luftën tonë në drejtim të zbatimit sa më të plotë të vendimeve të Kongresit të 7-të të Partisë, të detyrave që shprejnë para nesh vendimet e plenumeve të fundit të KQ të PPSH dhe fjalimet shumë të rëndësishme të shokut Enver Hoxha.

Partia na porositi që çdo komunist, kuader e punonjës të jetojë aktivisht me situatat e krijuara. T'i kuptojë thellësisht ato, gjendjen e rrethimit dhe vështrësitë që na krijojnë ai dhe, me ndjenjën e lartë të përgjegjësisë për përballimin e kapërimitin e tyre, të mendojë, të punojë, të jetojë e të luftojë me të vërtetë si në rrethim. Kjo porosi e Partisë është ende më kuphimplote sot kur vendit tonë iu shuia edhe një armik tjetër: revizionizmi kinez.

Edhe ne, kolektivni punonjës e studentë të Fakultetit të mjekësisë, të frymëzuar nga hovi i ri revolucionar që ka ngjallur jehona e letrës së KQ të Partisë dhe Qeverisë drejtuar udhëheqjes kineze dhe, duke u ndriçuar si gjithnjë nga direktivat e Partisë e të shokut Enver, nxorëm një varg detyrash të rëndësishme që shtror para nesh stadi i sotshëm i zhvillimit të revolucionit tonë socialist.

Në fushën e edukimit ideopolitik të intensifikojmë pa rreshtur luftën për brumosjen tonë të vazhdueshme me ideologjinë e Partisë sonë, me tiparet e moralit proletar. Për këtë qëllim, në radhë të parë, duhet të përvetësojmë sa më mirë materialet e Partisë dhe veprat e shokut Enver Hoxha. Në planet dhe programet mësimore si dhe në leksionet tona të pasqyrohen sa më mirë sukseset e mjekësisë sonë dhe përvoja e grumbulluar në fushat e ndryshme të saj.

Në fushën e mësim-dhënies të luftojmë më shumë për harmonizimin sa më organik të tre përberësve të shkollës sonë, duke vënë kurdoherë në qendër të brekëndshit revolucionar boshin ideologjik marksist-leninist të Partisë sonë, tendenciozitejn klasor revolucionar, duke iu bërë një luftë të ashpër dhe parimore të gjitha teorive reaksionare, metafizike, idealiste, borgjezo-revizioniste.

Duke e konsideruar fushën e stërvitjes si fushë luftë, do të shtojmë përpjekjet për t'u përgatitur sa më mirë usharakisht dhe për t'u kalitur fizikisht që të bëhemi të zotët në kryerjen si duhet të çdo detyrë luftarake që do të na besohet.

Do të luftojmë sistematikisht për të rrengosur sa më thellë në masën e studentëve, pedagogëve dhe punonjësve tynën e disiplinës profesionale në veprimtarinë e gjithanshme të fakultetit tonë. Do të luftojmë për të ritur gjithnjë nivelin ideoshkencor të mësim-dhënies dhe për të përsosur më tej mjetet audivizive. Do të shtojmë dhe do të përsosim leksionet e shkruara, duke ngritur nivelin e tyre ideopolitik dhe teknikoshkencor. Do të ripunojmë tekstet mësimore duke i pasuruar më mirë me përvojën e vendit tonë në bazë të programeve mësimore të rishikuar në frymën e porosive dhe vendimeve të Kongresit të 7-të të PPSH.

Duke e kuptuar mirë përmbajtjen e gjithanshme të revolucionit tekniko-shkencor dhe duke e konsideruar fakultetin jo vetëm si shkojëllë për përgatitjen e mjekëve të rinj, por edhe si një qendër e rëndësishme e mendimit dhe e kërkimit shkencor në lëmin e mjekësisë dhe si bazë e kualifikimit pasuniversitar të kuadrove mjekësore, na del s' detyrë e dorës së parë që të nxisim dhe të thellojmë punën kërkimore shkencore si në drejtim të eksperimentit, ashtu dhe në atë të vëzhgimeve e studimeve klinike në bazë të tematikave dhe metodikave të hartuar nga katedrat.

Tematika studimore duhet t'u përgjigjet kërkesave të shërbimit mjekësor në vendin tonë dhe t'i shërbejë kështu drejtpërsëdrejti zgji

hijes së problemeve më shqetësuese të mjekësisë sonë në drejtim të tepristimit, diagnostikimit, mjekimit dhe parandalimit të sëmundjeve të ndryshme.

Brenda vitit 1980 do të likuohen provimet pasuniversitare të kualifikimit nga i gjithë kuadri pedagog.

Në periudhën 1978-1982 do të mbrohen 40 tema për shkallën e parë të kualifikimit. Gjatë kësaj kohe dhe në planet e punës së perspektivës të kanë dalë iniciativatë të guximshme në drejtim të rritjes së nivelit të shërbimit shëndetësor ndaj masave punonjëse të qytetit dhe të fshatit. Metoda të reja ekzaminimi dhe mjekimi janë kryer dhe do të kryhen me forcë e veta dhe duke praktikuar kooperimin ndërmjet katedrave. Gjithashtu do të rritet bashkëpunimi i fakultetit me institucionet shëndetësore të kryeqytetit dhe të rretheve si në drejtim të bashkërendimit sa më të mirë të planeve dhe tematikave studimore, ashtu dhe në drejtim të shfrytëzimit sa më racional të bazës materialo-tek-nike ekzistuese dhe të përgatitjes së kuadrit të ri.

Instituti i Higjienës dhe i Epidemiologjisë, ai i mjekësisë popullore, QSE, IKMU dhe labororet e qendrat kërkimore përbejnë baza shumë të pasura për zhvillimin me sukses të veprimtarisë kërkimore-shkencore për të gjithë mjekët e vendit tonë.

Laboratori eksperimental i fakultetit po zgjerohet dhe do të shfrytëzohet për studimet e planifikuar nga shumë katedra të disiplinave teoriko-eksperimentale dhe klinike në fushën e mjekësisë profilaktike e kurative.

Do të rritim më tepër numrin e artikujve dhe botimin e studimeve shkencore për problemet e ditës të mjekësisë sonë.

Do të shtojmë numrin e sesioneve dhe referimeve shkencore me karakter ideologjik e profesional në shkallë katedre, dege e fakulteti. Pranë çdo katedre do të aktivizohen më mirë rrethet shkencore të studentëve, duke u përfaqësuar në sesionet shkencore me tema eksperimentale dhe kliniko-statistikore.

Kolektivi i punonjësve dhe studentëve të fakultetit të mjekësisë, të bashkuar si një trup i vetëm rreth Partisë sonë të dashur me shokun Enver Hoxha në krye, do të luftojë me të gjitha forcat dhe energjitë që edhe në fushën e shëndetësisë sonë socialiste të bëhen hi e pluhur planet djallëzore të imperialistëve, socialimperialistëve dhe revizionistëve kinëzë.

S u m m a r y

UNDER THE LEADERSHIP OF THE PARTY AND WITH UNSHAKEN CONFIDENCE IN OUR FORCES, WE SHALL ALWAYS MARCH FORWARD

The employees and the students of the faculty of medicine of the Tirana University approved unanimously the letter addressed by the Central Committee of the Albanian Party of Labour and the Albanian Government to the Central committee of the Chinese Communist Party and the Chinese government. They stand united as a single body around the Party with comrade Enver Hoxha at

their head for the full construction of our socialist society. That letter is an important historic document imbued with the immortal ideals of marxism-leninism, with the spirit of proletarian internationalism, the courage, the unshaken and consequential attitude of the Party and the people and their determination to stand firm against the pressure and blackmail of the Chinese revisionists, to march always forward on the illuminating road of socialism and communism.

The paper points out that the base act of the Chinese revisionists, committed from the position of a big power, recalls the savage chauvinistic methods used some years ago by the Yugoslav and Chinese-revisionists, who attempted to lead astray the Party from the glorious road of marxism-leninism, to sabotage the revolution and the construction of socialism in our country.

By disclosing the ideological, political, and socio-economic roots of the counter-revolutionary theory of the «three worlds», by unveiling the links of that theory with modern revisionism and world capitalism, comrade Enver Hoxha unmasked and denounced to the eyes of the world the dangers of Chinese revisionism.

The collective body of the Faculty of Medicine, guided by the revolutionary principles of relying on our own forces, took a series of resolutions aimed at the intensification of the technical and scientific revolution as an integral part of the socialist revolution.

Résumé

AVEC LE PARTI EN TÊTE ET UNE CONFIANCE INÉBRANLABLE EN NOS FORCES, NOUS IRONS TOUJOURS DE L'AVANT

Les travailleurs et les étudiants de la faculté de Médecine près l'Université de Tirana ont unanimement approuvé la Lettre que le CC du PTA et le Gouvernement albanais ont adressée au Parti communiste et au Gouvernement chinois. Ils ont unis comme un seul homme autour du Parti, avec à sa tête le camarade Enver Hoxha, pour porter à terme l'édification de la société socialiste. Cette Lettre est un important document historique, imprégné des idées immortelles du marxisme-léninisme, de l'esprit d'internationalisme prolétarien, de l'audace, de l'attitude inébranlable et conséquente de notre Parti et de notre peuple, de leur détermination de ne pas fléchir face aux pressions et chantages des révisionnistes chinois, afin d'aller toujours de l'avant dans la voie lumineuse du socialisme et du communisme.

L'acte ignoble des révisionnistes chinois, accompli à partir des positions de grand Etat, rappelle les méthodes féroces chauvines entreprises il y a quelques années par les révisionnistes yougoslaves et soviétiques, qui se sont employés à écarter notre Parti de la voie glorieuse du marxisme-léninisme, à saper la révolution et l'édification du socialisme chez nous.

En découvrant les racines idéologiques, politiques, économiques et sociales de la théorie contre-révolutionnaire des «trois mondes», en dévoilant les fils qui rattachent cette théorie au révisionnisme moderne et au capitalisme mondial, le camarade Enver Hoxha a mis à nu et dénoncé publiquement le danger que représente le révisionnisme chinois.

Se guidant sur le principe révolutionnaire de l'appui sur ses propres forces, le collectif de la Faculté de Médecine a pris une série d'engagements afin d'approfondir la révolution technique et scientifique en tant que partie intégrante de la révolution socialiste.

KARAKTERISTIKAT KAPILAROSKOPIKE DHE OSHUOGRAFIKE NË DISA SËMUNDJE TË ENËVE TË GJAKUT DHE NË DIABET

— Doc. FIQIRI BASHA —

(Katedra e Anatomisë — Histologjisë)

Kujdesi i vazhdueshëm i Partisë për shëndetësinë ka krijuar mundësitë për përmirësimin e metodave të diagnostikës me aparate të vlefshme, ndër të cilët hyjnë kapilaroskopia dhe oshlografia.

Siqë dihet, kapilaroskopia është metoda e mikroskopimit të sipërfaqeve epiteliiale të epidermës, të endoteilit, të mukozës së njerëzve të gjallë, të kafshëve etj.

Metodika e ndriçimit të epidermës u propozua në vitin 1911 (cituar nga 3), kur për herë të parë u panë kapilarët e lëkurës në llozhën e thojit, pasi sheshohet fusha pamore, duke e lyer vendin me një pikë vajit, pasi sheshohet kapilarët e lëkurës me anë të kapilaroskopisë zmadhohen 20, 70 ose 100 herë, ata duken shumë më mirë vetëm në palën e lëkurës pranë thojit, sepse këtu shtrihen horizontalisht dhe paralelisht me lëkurën, e cila duhet të jetë e pa dëmtuar dhe e plotë.

Radha e parë e kapilarëve, menjëherë pas thojit, duket qartë, kurse radhët e tjera, megjë kalojnë nën një kënd të pjerrët, nuk duken aq mirë edhe për faktin se ato fillojnë tani më të shtrihen pothuajse vertikalisht ndaj sipërfaqes, kështu që ne shikojmë pika ose njëjlla që janë majat ose relievi i kapilarëve.

Kapilarët e radhës së parë të llozhës së thojit tek njeriu i shëndoshë duken si lege të zgjatura, të kuqe të ndritshme, në trajtë «karficësh» të rreshtuara mirë, me një fund më të ngushtë (shtylla arteriale) dhe me fundin tjetër më të gjerë (shtylla venoze), ndërsa vendi i përkulur i bashkimit të dy shtyllave është maja e lakut kapilar (fig. 1).

Kur lëkura është e hollë, përveç kapilarëve, nganjëherë duket edhe trijtë venoz subpapilar. Gjatësia e shtyllës arteriale është 160 mikron, kurse e shtyllës venoze është 220 mikron. Edhe diametri i shtyllës arteriale është më i ngushtë, rreth 10 mikron, kurse i shtyllës venoze rreth 15 mikron. Numri i kapilarëve, në gjithë fushën pamore, arin në 15-20 copë. Fryrma e gjakut është e pandëprerë dhe e njërtajshme, kurse sfondi, mbi të cilin duken kapilarët, është i verdhente-trendafi (fig. 2).

Ndryshimet e kapilarëve janë më të dukshme kur ka rregullime të garkullimit të gjakut. Këto ndryshime shkaktohen nga ndikimet e faktorëve me karakter funksional ose organik dhe, në radhë të parë, të enëve të gjakut, të gjymtyrëve të poshtme e të sipërme.

Kështu në Ëurozat vaskulare, që janë zakonisht angjiopati me grengullime funksionale, kapilarët kanë trajta të ndryshme, ndërrtojnë si numër, ndonëse më shpesh vërehet në fushën pamore se ato janë me

shumicë, sepse funksionojnë edhe rezervat, që në qetësi nuk punojnë për të përballuar iskemini indore. Prandaj kur punon ose ec, gjymtyra e ka të vështirë t'i përshatet iskemisë pa bërë disa ndalesa dhe pa e ulur diçka ritmin.

Shitimi i numrit të kapilarëve në angiopatitë është vënë re nga autorë të ndryshëm (3).

Gjatë vjetëve 1977-1978 ne kemi bërë 297 kapilaroskopi në persona me sëmundje të enëve të gjakut etj. sipas pasqyrës nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Kapilaroskopia në disa sëmundje të enëve të gjakut etj.

Moshë vjeç	Reno	angjio neuroz.	Arterit	Sëmundja hipertoni- ke	Akroeri- trochanoz	Endarterit	Insuficie- në kardio vaskulare							
	F. M. F.	M. F. M.	F. M. F.	M. F. M.	F. M. F.	M. F. M.	F. M. F.							
Deri 20	11	3	5	4	7	11	—	—	—	2	—	1		
21-30	6	13	6	9	9	15	1	1	1	3	—	9	1	1
31-40	10	2	2	6	4	13	2	2	—	1	—	6	—	6
41-50	6	2	5	11	1	11	3	2	1	—	—	3	1	3
51-60	—	1	—	5	—	3	2	4	4	—	—	6	4	2
61-70	—	—	2	2	—	4	7	6	3	—	—	9	3	7
Shuma	33	21	20	37	21	57	15	15	9	5	—	35	9	20
	54		57		78		30		14		35		29	

Në 57 angiioneurozat që ne pamë, kapilarët e gishtave të gjymtyrëve kishin prirje spastike, nuk mbusheshin mirë me gjak dhe pjesa venoze ishte më e trashë. Ato numëroheshin me vështrësi për shkak të ngjyrës së zbehë, që nuk bënte kontrast me sfondin trëndafil të fu-shës pamore (Fig. 3).

Në 35 të sëmurë me endarterit obliterans (1), ne kemi vënë re kapilarë të deformuar me ansa të zgjeruara e të përdredhura, ndonëse në shtyllën venoze kish pjesë normale, herë të ngushtuara, por maja ishte e zgjeruar dhe kish hemorragji. Përveç formave të shumëllojta edhe rryma e gjakut nuk ishte konstante, herë ndërprirëj ose ngadaltësohëj dhe herë shpejtohëj (Fig. 4, 5, 6, 7, 8).

Në rregullimet angioprofike të tipit të sëmundjes Reno, në 54 të sëmurë, tek të cilët procesi nuk kish arritur në ndryshime trofike, ne vumë re vetëm asfiksi lokale nga iskemia indore vazomotorë, por më shpesh kjo vhej re në duar sesa në gishtat e këmbëve. Ansat e kapilarëve

Luan të zgjerohen aty fill pas mbarimit të shtyllës arteriale, sidomos ajo dhe gjithë pjesa tjetër eferente kish stazë. Nganjëherë staza ishte përhapur edhe në shtyllën arteriale të kapilarit, por më shpesh këto fundit kishin ngushica në sektorë të shumtë, ish-in të holla si të tërëzura nga mungesa e gjakut dhe nuk dukeshin mirë, sidomos kur të imurët ishin në krizë. (fig. 9).

Në fazat e mëvonëshme të sëmundjes, kur fillojnë ndryshimet tro-ke, mavijosja e gishtave, përsëritet shpesh, sidomos kur mjedisi është ftohtë dhe kur të sëmurëve iu lagen gishtat. Përveç sektorëve spastikë i disa kapilarëve, këtu gjenden dhe kapilarë atomikë me përkujje dhe thesa të shumta zig-zake, me zgjerime të shtyllës venoze dhe arteriale he me rjetë mjaft të dendur enësh, në mes të të cilave shihen fryje neurizmatike dhe gjakrrjedhje (ekstravazate) (2). Edhe në të sëmurët anë me morbus Reno kemi konstatuar stazë kapilarësh dhe deformim të tyre (fig. 10).

Përgjithësisht kapilarët janë të ndjeshëm ndaj ngacmimeve, pava-ësisht nga gjendja e mirë e arterieve dhe arteriolave.

Kështu, ndërsa në hipereimitë e indeve, kapilarët janë të ngushtë, ë hollë e të drejtë, 7-8 në 1 mm, dmth në një numër normal, sepse dhe arteriet me arteriokat janë në gjendje të mirë, e kundërta ndodh në hipoksitë e indeve, ku ato janë edhe më shumë të ndjeshëm. Kur ipoksitë e indeve për shkak kryesor kanë trombangjithn obliterans, që a dëmtuar arteriet e mëdha deri në arteriokat, edhe këtu ka një farë kuqje të gishtave, ndonëse disa herë, kur është ftohtë, ato zbehen. Në këto raste skuqja vjen nga mobilizimi i kapilarëve rezervë, që aktivizohen ër të kompensuar mungesën e gjakut.

Këto kapilarë zgjerohen aty ku shtylla arteriale kalon në shtyllën renoze, aty ku gjaku lëviz me vështrësi ose shumë ngadalë.

Ky këmbim i reduktuar ndërmjet indeve pa gjak dhe kapilarëve va-et jo vetëm nga crregullimet morfologjike e funksionale, por edhe nga jëndja e ftohtë dhe e lagur e mjedisit, nga emocionet që shkaktojnë ngacnimin e kapilarëve me lëndë simpatikomimetike.

Për këtë arsye, ekzaminimet në i bëjmë vetëm në dhomë me tempe-aturë deri 20 gradë nxehtësi e në kushte të qeta.

Në 14 të sëmurë me akroeritrocianoza, kapilarët ishin të zgjeruar, por rryma e gjakut nuk ngadalësohej, kish ngjyrë blu-manushaqe ose pak më e kuqe dhe gjithë fusha pamore kish stond të zbehtë (fig. 11).

Në 78 të sëmurë me angjipati të llojit të arteritëve dhe të arterio-zave, që shkaktojnë prishjet kronike të qarkullimit të gjakut, tabloja kapilaroskopike varej nga forma dhe grada e sëmundjes. Në format e lehta, numri i kapilarëve shtohet, mbushja ishte pak a shumë e plotë, por rryma e gjakut ngadalësohej.

Në format e rënda të arteritëve, kapilarët ishin me pakicë, kishin formë të përthyer, të deformuar me zig-zake dhe, shumë rrallë, gjëftën ndonjë kapilar të plotë e të drejtë.

Në 29 të sëmurë kardiorespiratorë me leziona të zemrës në faza të ndryshme të insuficiencës, kapilarët ishin të shumtë, të zgjeruar me majë të shtyllës venoze të trashë, rryma e gjakut e ngadalësuar, ngjyra ishte më e errët, sidomos në pjesën venoze dhe shtyllat arteriale mbu-sheshin fare pak me gjak. (Fig. 12).

TABLOJA KAPILAROSKOPIKE NË TË SËMURËT ME DIABET NË GRADA TË NDRYSHME GLICEMIE SIPAS MOSHAVE

Pasqyra nr. 2

Mosha vjeç	Shuma Nr.	1 gr. Glicemil	2 gr. Glicemil	3 gr. Glicemi	1 Gr. glicemi	2 gr. Glic.	3 Gr Glicemil						
deri 20	23	Zgjerim i gjurit kapilar Krahu arterial i hollë	9	Zgjerim i gjurit Kapilarë të hollë	2	Zgjerim i gjurit. Kapilarë të hollë	—	Zgjerim i gjurit ven. Kapilarë të hollë	8	Krahu venoz i zgjeruar Kapilarë të hollë	3	Krahu venoz izgjeruar	1
21-30	21	Zgjerim i gjurit kapilar. Krahu arterial i hollë.	7	Zgjerim i gjurit. Kapilarë të hollë	1	Zgjerim i gjurit. Krahu arterial i hollë	3	Zgjerim i gjurit. Krahu arterial i hollë	5	Zgjerim i krahut venoz. Krahu arter. i hollë	3	Zgjerim i gjurit, krahu venoz i gjerë, krahu art. i hollë	2
31-40	25	Zgjerim i gjurit. 8-9 kapilarë me krahun art. të hollë	6	Zgjerim i krahut venoz Shumë kapilarë arteri	1	Zgjerim i krahut ven. Shumë kapilarë	1	Zgjerim i gjurit venoz. Shumë kapilarë	10	Zgjerim i krahut venoz, shumë kapilarë	6	Zgjerim i krahut venoz. Shumë kapilarë	1
41-50	24	Zgjerim i gjurit. Kapilarë të përthyer	3	Zgjerim i krahut venoz Shumë kapilarë të përthyer	5	Zgjerimi i gjurit, shumë kapilarë të përthyer	2	Zgjerim i krahut venoz. Mbi 16 kapilarë për mm	8	Zgjerim i krahut venoz Shumë kapilarë të vegjël	5	Zgjerim i krahut venoz. Mjaft kapilarë të deformuar	1
51-60	12	Zgjerim i krahut venoz. Kapilarë të përthyer	2	Zgjerim i krahut venoz. Kapilarë të cinguar	1	Zgjerim i krahut ven. Kapilarë të zgjeruar e të deformuar	1	Zgjerim i krahut venoz. Shumë kapilarë të përthyer	2	Zgjerim i krahut venoz. Kapilar të cinguar	4	Zgjerim i krahut venoz. Kapilar të cinguar me ngjyr kuqe portokall	2
61-70	1	Kapilarë të coptuar e të përthyer	1	Kapilarë si presje në sfond të errët	—	Kapilarë të coptuar	—	Kapilarë të shumtë si pika të kuqe të errëta	—	Kapilarë si pika e presje në sfond të errët	—	Pika me njolla të shumta të kuqe të errëta	

Në rastet më të rënda, numri i kapilarëve shtohet, shtylla venoze zgjerohet për së tepërmi dhe dukej pleksi venoz subpapilar me sfond të të errët.

Kur fillon dekompensimi, numri i kapilarëve pakësohet, tabloja rrbulllohet shumë, konturet ishin të paqarta, shtyllat ishin të holla dhe arkuillimi i gjakut ishte zakonisht shumë i ngadalhtë.

Në 30 të sëmurë hipertoniqë, ngushtimi i gjurit arterial të kapilarëve vërejt si në formën e zbehtë, ashtu dhe në formën e kuqërremtë të ipertonisë.

Në tipin e zbehtë, kapilarët pakësoheshin dhe nuk mbusheshin plotësisht, prandaj ishin të hollë, të gjatë, polimorfë me zig-zake e ndërrejje të zbehta, ndërsa gjuri venoz e shtylla eferente zgjeroheshin, rryma e gjakut ndërronte aty për aty në sy, ose disa herë pakësohej dhe mund të ndërpritej (fig. 13).

Kur hipertonia ishte e tipit të kuqërremtë të errët, numri i kapilarëve shtohet, ndonëse këto ishin të gjatë e me shumë trajta, madje dhe të zgjeruara; rryma e gjakut ishte e shpejtë dhe e qëndrueshme, e mbushje të madhe në pjesën venoze (fig. 14). Kur insuficienca e pjesës së djathtë të zemrës bashkoej edhe me hipertonië, rryma e gjakut ngadalësohej shumë. Në sëmundjen hipertoniqë, që vjen si rrjedhim i spazmë së arteriolave, të cilat ngushtohen, në shtyllën venozë kapilarët zgjerohen shumë, ose kur spazma është e madhe, shumica e gjakut kalon drejt e në anastomozat arteriovenoze (fig. 15).

Kur duart janë të zbehta, arteriolat zgjerohen dhe kapilarët ngushtohen. Kur duart ose këmbët janë të kuqërremta, arteriolat ngushtohen, por kapilarët zgjerohen (4).

Sig është paraqitur në pasqyrën nr. 2, në sëmundjen e diabetit të shqetrit, kapilarët e lëkurës e kanë më të zgjeruar majën e kalimit nga shtylla arteriale në shtyllën venoze, sepse, sig dihet, majës i takon më shumë punë në këmbimin ndërmjet gjakut dhe indeve, prandaj shumica dermuese e të sëmurëve tanë me glicemi të lartë e kishin më të zgjeruar majën dhe shtyllën venoze se ata me glicemi të ulur.

Diabetikët e pamjekuar me insulinë etj. majën e kanë të zgjeruar, kurse shtyllën venoze nuk e kanë të zgjeruar aq shumë, por për shkak të numrit të madh të kapilarëve, këmbëza venoze duket në trajtat më të ndryshme (fig. 16).

Karakteristika kapilaroskopike në diabetikët e moshës mbi 70 vjeç është dhënë në pasqyrën nr. 2 vetëm me një rast, pasi gjatë vitit që bëjmë këtë studim nuk ka pasur të tjerë përveç 106 të sëmurëve diabetikë. Por përpara këtyre, në kemi ekzaminuar të sëmurë të kësaj moshe me diabet, ku kapilaroskopia tregon kapilarë të coptuar, të pakët në numër dhe në sfond të errët nga ekstravazatet.

Megjithatë gjendja e kapilarëve, përveç faktorëve të tjerë, varet kryesisht nga gjendja morfologjike dhe funksionale e sistemit kardiovaskular, krahas kapilaroskopisë bëmë edhe oshlografinë, me qëllim që të studionim funksionimin e trungevë të mëdha arteriale.

Oshlografia arteriale na dha fakte bindëse për ndryshimet funksionale të arterieve të kërcirrit dhe të krahut, që u regjistruan në letrën e oshlografit, të cilat tregojnë sa milimetra zhivë është presioni i valës pulsive arteriale, gjë që jep një ide mbi regjimin e qarullimit të gjakut, i cili, sig dihet, rregullisht mbahet në shifra normale rreth

120 mmHg për maksimalen dhe 60 mmHg për minimalen.

Në oshlogramën arteriale i jepet rëndësi më shumë indeksit oshilator dhe, si i tillë, merret indeksi i amplitudës më të madhe. Ky varet nga kalibri i arterieve, nga gjendja e murit të tyre, nga madhësia e volumnit sistolik, nga viskoziteti i gjakut etj.

Të gjithë këta faktorë në i marrin parasysh kur vlerësojmë indeksin oshilator, i cili, më shumë se çdo ekzaminim tjetër, tregon tonusin e murit arterial, që është më i madh në kërcinjt dhe më i vogël në krah. Duke shfrytëzuar oshlografinë e gjymtyrëve, në patëm parasysh të vërtetojmë me të dhëna objektive se sa marrin pjesë enët e mëdha të gjakut në procesin e disa sëmundjeve të sipërmëndura. Oshlograma e marrë nga arteria normale paraqet një varg dhembëzash, të cilat në fillim janë të vogla, pastaj vijnë duke u zmadhuar ngadalë deri në një fazë maksimumi e rishitas zvogëlohen shkallë-shkallë (fig. 17).

Kur arteria e gjymtyrës shtypet nga manzheta aq sa nuk kalon më gjak (e tejkalon presionin maksimal), dhembëzat e oshlogramës zvogëlohen. Kur presioni në manshetë do të jetë baras ose më i ulët se tensioni maksimal, nën manshetë shpërthen vala pulsive e parë, që regjistrohet si dhëmb i parë i madh. Në rastet kur presioni në manshetë do të jetë aq sa është tensioni mesatar dinamik, dhembëzat zmadhohen. Kur presioni në manshetë ulët, dhembëzat zvogëlohen.

Në rast se pulsi arterial është i dobët, dhembëzat janë të vogla (fig. 18), kur pulsi mungon, dhembëzat zhduken dhe del e regjistruar një vijë e drejtë (fig. 19, 20). Për të gjykuar mbi gjendjen e murit arterial dhe të kalqeshmërisë së arteries, fakte më të rëndësishme jepen oshlografia e dyanshme, dmth e të dy kërcinjve apo e dy kraheve, sepse normalisht në një njëri ato kanë të njëjtin kalibër arterial dhe zakonisht japin oshlograma identike, përndryshe në goftë se njëra anë dhe oshlogramë me dhembëza më të vogla dhe tjetra më të mëdha, atëherë kemi të bëjmë me ndryshime funksionale ose organike të njërit anë.

Kështu në të sëmurët tanë me neuroza vaskulare funksionale, në nuk kemi gjëtur ndryshime oshlografike, ndërsa ndryshimet e kapilarëve paraqisnin polimorfizëm të theksuar dhe vërehej një numër mjaft i madh i tyre.

Në të sëmurët me endarterit obliterans, krahas ndryshimeve të kapilarëve, që u përmenden më lart (shih pasqyrën nr. 1), në 35 raste në kemi gjetur zvoglim të dhembëzave të amplitudës oshlografike, ndryshime më të vogla të formës trambangjilke dhe dhembëza shumë të vogla, që, të gjitha së bashku, japin një vijë të drejtë në formën sklerotike. Po këto ndryshime japin aneurizmat, embolitë e trombozat, komprimimi i arterieve, ligaturat, shtypje të tjera të tërthorta nga edemat pasflebitike, flebotrombozat dhe sindromat pasflebitike të përparura.

Në 57 të sëmurë me angioneuroza të njëanshme, në kemi gjetur ndryshime oshlografike dhe i kemi konsideruar si angiopati spastike, që në oshlogramë japin indekse oshilatore pak më të vogla se gjymtyra tjetër; por pas ekzaminimesh të përsëritura, krahas përmirësimit neurogjiljk, indeksi është barazuar në të dy gjymtyrët. Po kështu edhe nga urregullimet e njëanshme të sistemit nervor qëndror, nga traumat mekanike të gjymtyrëve, nga nxemja ose ftohja e njërit këmbë apo dorë, nga fizioterapia, nga puna me njërin këmbë ose dorë etj. shfaq-

gen angijoneuroza vibratorive funksionale, që vihen në dukje në oshlogramë me indeks të vogël, por me karakter të përkohshëm.

Nga analiza e 54 rasteve me sëmundje Reno, asimetria fiziologjike shkaktohet nga reaksionet normale ndaj ngacmuesve të ndryshëm dhe ndikohet nga impulset patologjike të vatrave të irritimit, që mdoohen në arterien karotide për rreth indeve të saj, në aparatet nervore të sistemit nervor qëndror e periferik, që rregullojnë garkullimin e gjakut.

Në fazën e parë të sëmundjes Reno, siç u përmend, vëreheshin kapilarë spastikë të hollë si fije dhe, në disa vende, me qafa të ngushta si copa të shkëputura; rryma e gjakut ishte e shpejtë, por në disa raste ajo nuk dukej, sepse sistemi i përgjithshëm i kapilarëve ngushtohet, kështu që e shtonte pengesën për lëvizjen normale të gjakut, foni ishte i zbehtë. Në këtë rast edhe gishatat ishin të ftohtë, mavi dhe tabloja kapilaroskopike e sinkopësë përpunthej plotësisht me simptomat klinike. Në këtë fazë, sohllacionet janë të mëdha nga 25-40 mm, tensioni arterial normal ose pak i ngritur 14/90 dhe gjymtyrët kanë asimetri ndërmjet tyre.

Në fazën e dytë të sëmundjes Reno në kapilaroskop vërehej stazë kapilarësh atomikë, në fon të zbehtë; nga edemat kapilarët ishin të zgjeruar si qeska të mbushura njelloj si për këmbëzën arteriale ashtu dhe venozen. Rryma e gjakut ishte tepër e ngadalësuar, por më shpesh nga staza krijoheshin edhe njëjlla të kuqe si presje të trasha që janë ekstravazate. Në shumë raste krijohej atoni kapilarësh nga shtimi i rritit të kapilarëve dhe nuk kish më pengesë për kalimin e gjakut të pakët, që e zvogëlonte valën pulsive. Prandaj në oshlografi, sidomos gjymtyra e sipërme paraqiste oshllacione të vogla nga 5-16 mm dhe kish asimetri indeksesh në rreth 50% të rasteve ndërmjet dorës së majtë e të djathtë. Kjo tregonte lidhjen e rregullimeve lokale me gjedjen e përgjithshme të organizmit.

Në eritralgjitë, ndonëse ka zgjerim kapilarësh, nuk vihen re ndryshime në amplitudën oshlografike.

Në 78 angjiopati me prishje kronike të garkullimit të gjakut, kur në kapilaroskop vëreheshin shumë kapilarë (në fazat e para), në oshlografi, amplitudat e dhëmbëzat pakësoheshin dhe, në fazat kronike, indeksi binte në një vijë të drejtë, ndërsa kapilarët ishin të pakët e të deformuar.

Në 29 të sëmurë kardioraskularë, oshlografia pasqyroi mirë jo vetëm gjendjen e arteries, por edhe të zemrës nga pikëpamja fonksionale, duke regjistruar njëkohësisht valën pulsive, ritmin e zemrës, tensionin e gjakut dhe shkallën e lezioneve morfologjike arteriale, që shpreheshin me dhëmbëza të vogla kur bashkohej edhe ateromatоза.

Përgjithësisht në të gjitha sëmundjet e enëve të gjakut, zmadhimi i amplitudës së indeksit oshlator dëshmonte për dobësi të murin enor (humbye tonusi, humbye elasticiteti, sklerozë etj.), kurse zvogëlimi i amplitudës oshlografike (po që se nuk ka ndryshime organike) flet për gjendje spastike. Vetëm sëmundja Reno bën përjashtim, sepse spazma këtu kap kapilarët. Kështu në kemi gjetur një amplitudë të madhe oshlografike në të gjithë të sëmurët me sëmundje hipertonike pa zënie arteriale. Në fazat e përparuara, kur bashkohen edhe fenomenet obliterative nga pllakat ateromatозе ose trombozat eventuale të ardhura nga erregullimet kardiake e të tjerë faktorë hemoneurohumoralë, amplituda e in-

deksit oshliator zbriste deri në një vijë të drejtë ose kish dhëmbëza fare të vogla, kish asimetri ndërmjet ames së majtë e të djathtë, ndonëse më shpesh dëmtimet ishin të dyanshme. Por megjithëkëto ndryshime të enëve të gjakut, gjymtyra nuk kish fare ndryshime trofike nga iskemia kronike, sepse ndryshimet morfologjike kanë ardhur graduarisht dhe kolateralet e enëve të vogla të gjakut kanë pasur kohë të zhvillohen. Ato nuk japin valë pulsive të regjistrueshme në aparatën oshliografik, por një farë relievi pak të dukshëm arteriografik (5).

Për të dhënë më të qartë karakteristikat e pamjeve kapilaroskopike dhe të indeksëve oshliografike, ekzaminimet po i paragesim në pasqyra të veganta, që përfshijnë moshat e të dy gjinive, shkallën e dëmtimeve në format e ndryshme të sëmundjeve kardiovaskulare, tiparet mikroangiopatike dhe makroangiopatike të të sëmurëve, të cilëve iu është bërë kapilaroskopia dhe oshliografia. Ndohëse vetëm me këto metoda nuk dihet diagnoza e përpiktë, prapë nëpërmjet tyre kërkohet të arrihet në një përcaktim më të diferencuar të diagnozës së sëmundjeve sistematike.

Të sëmurët e ekzaminuar janë dërguar për të konfirmuar kryesisht angiopatitë (aterosklerozën, endarteritin, arteriosklerozën, tromboembolinë, tromboangjitin), sindromat pasflebitike, sindromat neurovaskulare, spastike kalimtare, morbus Reno, eritralgjitë etj. sëmundje kardiovaskulare të kompensuara e të dekompensuara, hipertoni, diabetikë pa gangrenë ose me gangrenë; më pak janë vizituar me sëmundje venoze të dukshme, me elefantiazë, me ulqer trofike, me ulqer që nuk mbyllet për një kohë të gjatë, me neurit, artralgi, radikulisitajgji, parestezi, akroveritrocianoze, akridini, sklerodermi, kolagenoza etj.

Indikacionet për ekzaminim kanë qënë të pakufishëm, sepse me-toda është e lehtë dhe e padëshme për të sëmurët.

Tablloja kapilaroskopike ndryshonte kur kish përmirësim klinik: rryma e gjakut shpejtohej, sfondi merre ngjyrë trëndafili, numri i kapilarëve punonjës shotohej, elementët e atonise dhe të spazmës pakësoheshin.

Të dhënat e oshliografisë gjithashtu ndryshonin kur kish përmirësim klinik, si p.sh. në disa prej tyre mund të vhej re zhdukja e asimetrisë së indeksëve oshliatore; raportet e oshilacioneve ndërmjet duarve dhe këmbëve afroheshin pak. Në të sëmurë me tension të lartë, pas mjekimit, krakas rënies së tensionit, zbrit dhe indeksi oshliator, i cili i afrohej më shumë normës. Kështu që afrohej edhe raporti i indeksëve ndërmjet duarve dhe këmbëve.

Nga viti 1962 deri në tremujorin e parë të vitit 1978 në spitalet dhe ambulancat tona janë ekzaminuar 1366 të sëmurë meshkuj dhe 208 femra (shih pasqyrën nr. 3). Për të diferencuar formën dhe shkallën e sëmundjes ose për të daluar në se janë dëmtuar enët e imta apo të mëdha, janë bërë 1705 oshliografi të përsëritura. Kur enët e imta dëmtohen, indeksi bie në të tretën e poshtme dhe ruhet në të tretën e sipërme të gjymtyrës.

Si përfundim mund të themi se vrojtimet tona treguan se kapilaroskopia dhe oshliografia e njëkohshme janë metoda ekzaminimi fizike fare të parrezikshme dhe fiziologjike dhe, për më tepër, shumë të lehta dhe të shpejta për t'u aplikuar në spital, në poliklinikë e kudo

PASOYRA E EGZAMINIMEVE Oshilografike SIPAS MOSHES DHE GRADES SE SEMUNDJES

Pasqyra Nr. 3

MOSHË / SEXI	G J Y M T Y R A												MAJTE		DIJATNTE		M.P. PERGJITHSHEM		
	E MAJTE						E DIJATNTE						PA NDORSHIME						
	GRADA						GRADA												
	I		II		III		I		II		III		E		M			F	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		F	M
DERI 20	3	12	1	5	2	4	1	6	1	5	1	1	15	36	18	31	142		
21-30	3	42	2	38	-	28	4	40	2	30	-	36	23	42	24	42	356		
31-40	6	34	2	58	-	32	7	44	4	30	1	40	25	48	23	48	402		
41-50	1	36	-	46	-	34	1	46	-	36	-	32	7	46	7	46	338		
51-60	1	38	3	20	3	30	3	28	1	36	-	18	6	28	6	28	249		
61-70	-	10	-	4	-	9	-	12	-	4	-	16	-	10	-	11	76		
Shuma	14	172	8	171	5	137	16	176	8	141	2	143	76	210	78	206	1563		

TABELA E KARAKTERISTIKËS KAPILAROSKOPIKE DHE OSHILOGRAFIKE NË TË SËMURË ME ANGIOPATI
TË NDRYSHME DHE DIABET

Diag. dërgimit	Gjendja e enëve të mëdha	Gjendja e enëve të vogla	Kapilaroskopia	Oshilografia
Neuroza vaskulare (akrocianoza)	Normale	Pak atoni	Shumë kapilarë	Normale
Endarterit	Reduktim i fluksit arterial	Normale	Spazëm	Ind. i ulur
Angiopati spastike	Preket puls i dobët, ka pakësim fluksi	Pak gjak arterial, zbeh-tësi	Spazëm	Ind. pak i ulur
Sëmundja Reno	Normale	Gjendje spastike atonike	Liçenjt hematikë	Normale
Eritralgi	Normale	Lulëzim i kuq	Kapilare të zgjeruara të errët	Normale
Angiopati kronike	Pak gjak, pa puls,	Liçenjt dhe lidhje intrakapilare	Reduktim i fluksit arterial dilatatim venulash si qese	Ind. i ulur ose vijë e drejtë
Sëm. Hipertionike	Preket puls i fortë edhe në enë të vogla	Pa ndryshime të dukshme	Kapilar të përthyer	Ind. i lartë oshilografik
Sklerodermi e kolagenoza	Pak ndryshime të dukshme në enët e mëdha ose pa ndryshime	Pa ndryshime	Pa ndryshime	Ind. Normal
Diabeti	Normale, rrallë të oblituruara	Spastiko atonike	Zgj. i gjurit venoz	Ind. normal rrallë i ulur

In addition to the oscillographic examination of the capillaries, the pulse waves of the magistral arteries were measured and presented detectable changes, particularly in endarteritis obliterans and some other chronic affection of the vessels, while in the Raynaud's disease the oscillatory index was reduced only in the advanced stages of the disease.

Capillaroscopy and oscillography are valuable and safe methods for the diagnosis of vascular diseases, but they can also be used in other conditions, such as diabetes, collagenosis etc., since they allow to do without other more risky methods such as arteriography, which must be restricted only to cases requiring plastic surgery or amputation.

Résumé

CARACTÉRISTIQUES CAPILLAROSCOPQUES ET OSCILLOGRAPHIQUES DANS CERTAINES MALADIES DES VAISSEAUX DU SANG ET DANS LE DIABÈTE

Les modifications capillaroscopiques relevées dans certaines maladies des vaisseaux sanguins et dans le diabète, ainsi que d'autres affections, sont analysées et confrontées aux données oscillographiques.

Une augmentation du nombre des capillaires est habituel dans les angiopathies. Dans les angioneurosis les anses veineuses des capillaires sont plus larges et semblent pâles. Dans les endartérites obliétrans, les anses des capillaires semblent déformées, sinuenses et peu nombreuses. Dans la maladie de Raynaud, les anses veineuses des capillaires s'élargissent au point de passage de la zone artérielle à celle veineuse et toute la partie éfèrentie présente une stase. La branche artérielle montre des segments contractés, notamment dans les phases avancées de la maladie, au cours desquelles l'on observe des flexions marquées et un réseau d'anastomoses plus développé, dus probablement à la stase, aux spasmes et à l'honte chronique.

Dans les cas d'artérites graves, on relève une diminution numérique des capillaires.

Dans la maladie du diabète, le passage artérielle à celle veineuse se dilate sensiblement.

A part l'examen oscillographique des capillaires, il a été procédé au mesurage des ondes de pulsation des artères principales qui ont montré des modifications, particulièrement dans les cas d'endartérites obliétrans et d'autres affections chroniques des vaisseaux; dans la maladie de Raynaud, par contre, l'indice d'oscillation ne diminue que dans la phase avancée de la maladie.

La capillaroscopie et l'oscillographie sont des méthodes efficaces et non dangereuses dans le diagnostic des affections vasculaires, mais elles sont indiquées aussi dans le cas d'autres maladies comme le diabète, les affections du collagène etc, du fait qu'elles évitent l'usage d'autres méthodes plus ou moins dangereuses pour le malade telle que l'artériographie qui ne doit être employée qu'en cas de chirurgie plastique ou d'amputation.



Fig. 1

Kapilarët e palës së thojit të gishtit të dorës së njeriut të shëndoshtë.

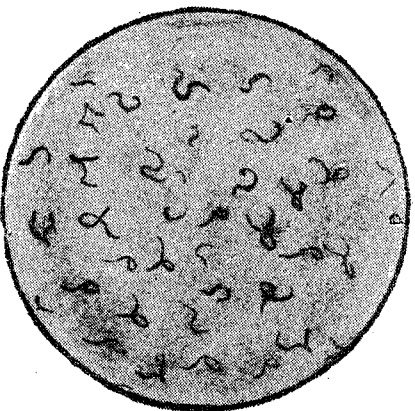


Fig. 2

Kapilarët e lëkurës së shpinës së këmbës të njeriut të shëndoshtë.



Fig. 3

Kapilarët e palës së thojit të gishtit të madh të këmbës në anghjionerrozat.

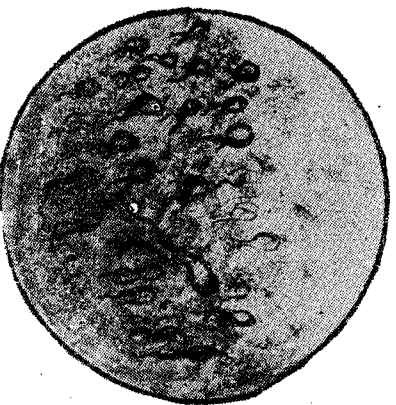


Fig. 4

Kapilarët e zgjeruar të palës së thojit të gishtit të parë të këmbës në endarteritin.

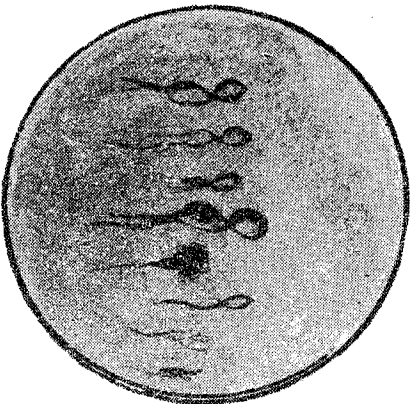


Fig. 5

Pamje kapilarësh në angjioneuro-zat endarteritike.

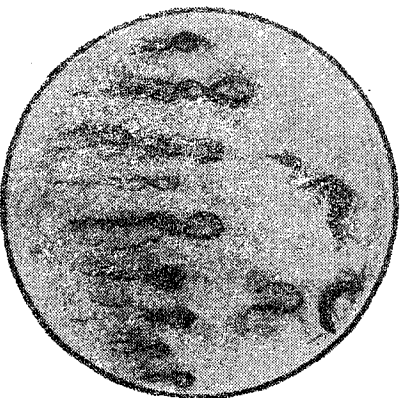


Fig. 6

Kapilarë polinorrë me edema dhe aneurizma të ndryshueshme me kupa hemorragjesh në endarteritim.

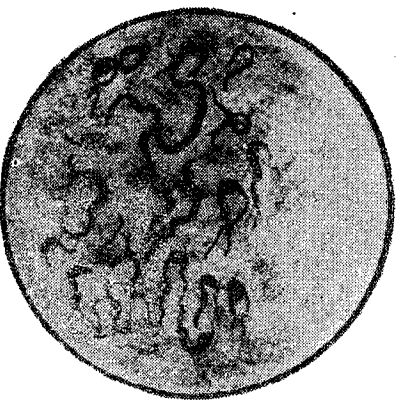


Fig. 7

Kapilarë të zgjeruar të palës së thojt të gishtit të madh të këmbës dhe pleksi venoz subkapilarë në endarteritin obliterans.

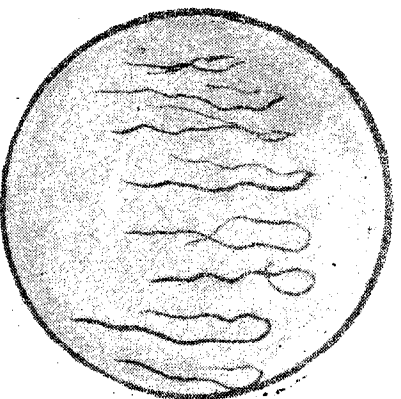


Fig. 8

Kapilarë të gishtit të madh të këmbës në angjiopatië spastike.



Fig. 9

Kapilarë mjaft të zgjeruar të pafundës së thojt të gishtit të dorës me rrymë gjaku të ngadalësuar, me trombe në morbus Renou. Përreth ka edemë dhe hemorragji me rrjetë të zhvilluar kompensatorë.

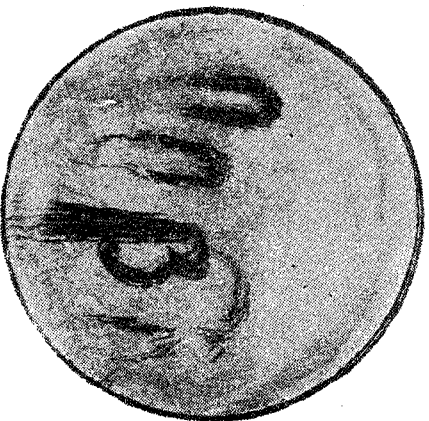


Fig. 10

Kapilarët në mikroangjiopatitë e avancuara me rekanalizim në sëmundjen Renou.

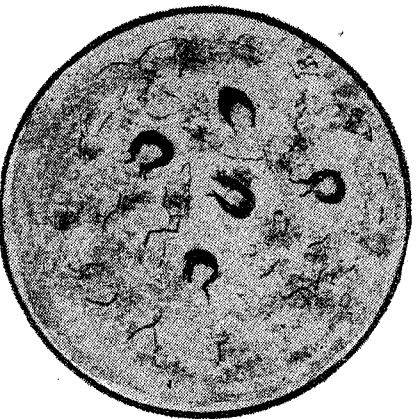


Fig. 11

Kapilarët e palës së thojt të gishtit të dorës në gjendje atonike në akroveritrocianoza.

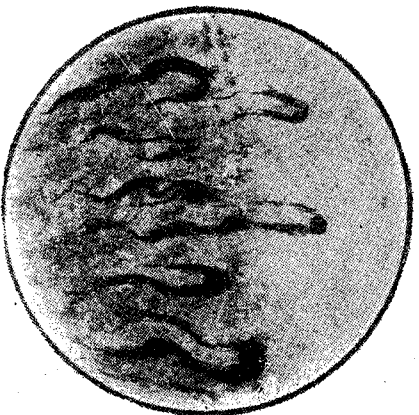


Fig. 12

Kapilarë atonikë në sëmundje kardiorespiratore.

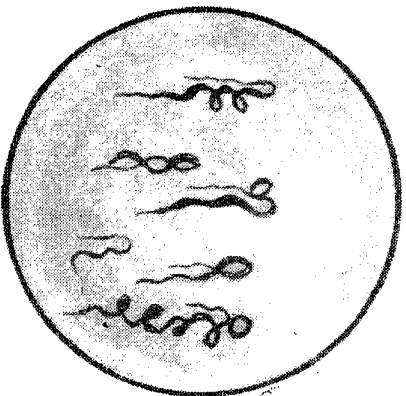


Fig. 13

Kapilarët e thojit në hipertonië e zbehitë.

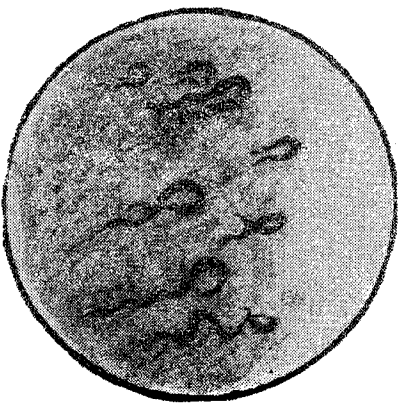


Fig. 14

Kapilarët e pallës së thojit në hipertonië e kugërreme.



Fig. 15

Kapilarë në gjendje spasitike dhe rekanalizime të tyre në hipertonië.

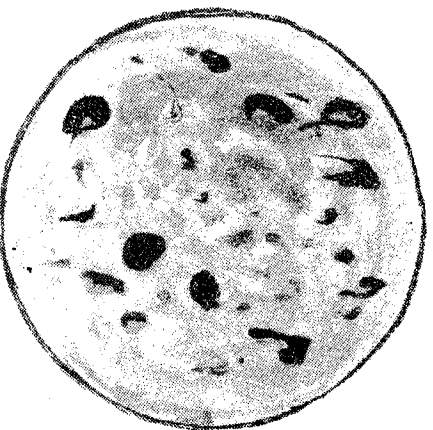


Fig. 16

Numur i madh kapilarësh në trajta të ndryshme me gjurmë e zgjeruar në diabetin.

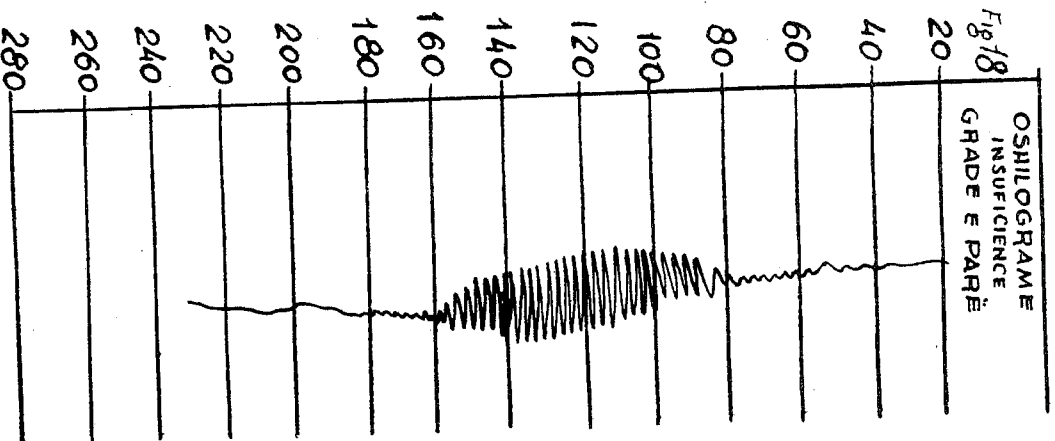
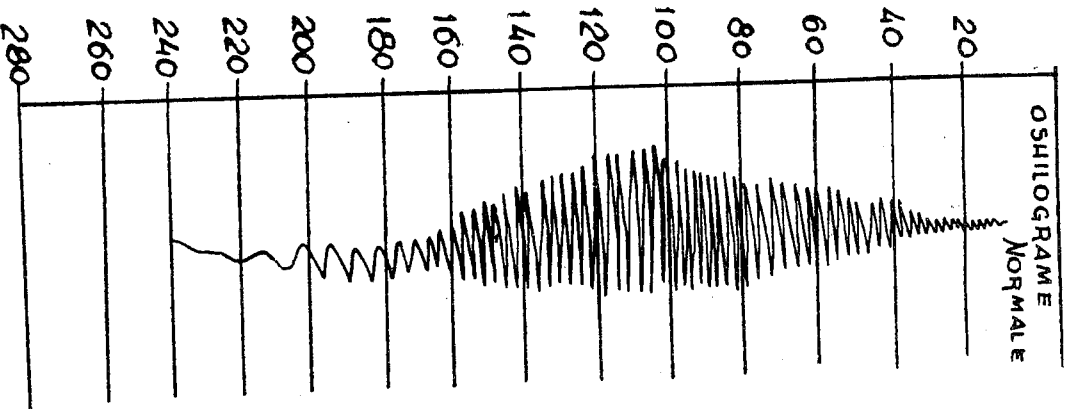
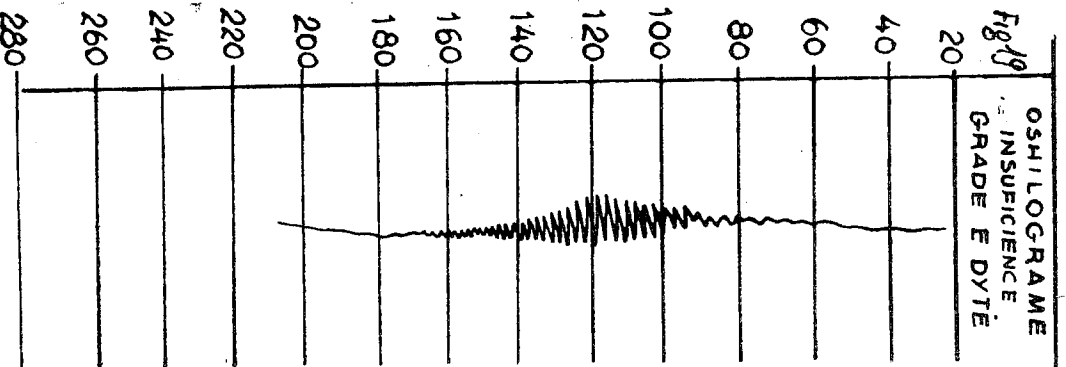
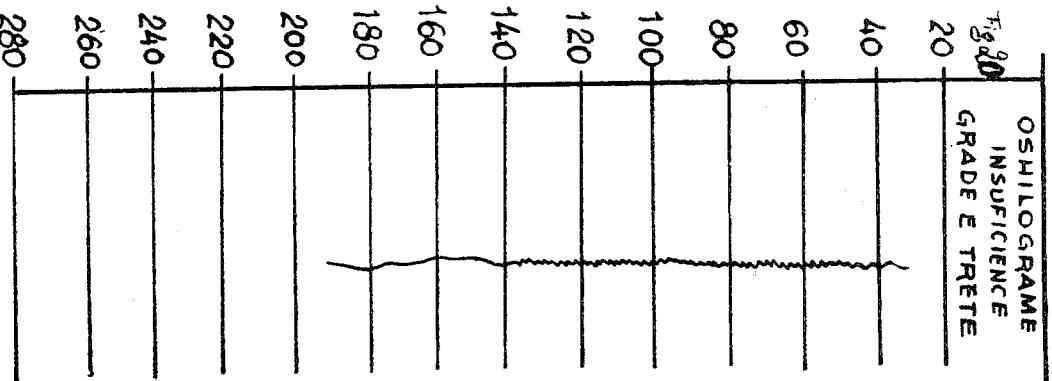


Fig 18

Oshlogramë në të sëmurë me insuficience vasikulare të gradës së parë.



Oshlogramë e regjistruar në të sëmurin me insuficiencë vaskulare të gradës së dytë.



Oshlogramë e regjistruar në të sëmurin me insuficiencë vaskulare të gradës së tretë.

elektrokardiografik, para dhe pas marrjes nga goja të bb, u krye edhe në pozicion ortostatik, ndërsa në 10 të tillë u krye edhe prova e Valsalves. Në 6 të sëmurë me SKZ dhe në 5 persona me simptomatologji funksionale, ku të dhënat kiniko-ekgrafike ishin të diskutueshme, u krye edhe prova ekgrafike me ngarkesë (pasqyra nr. 2).

Pasqyra nr. 1

Përdorimi i betabllokuesëve për diferencimin e rregullimeve ekgrafike të repolarizimit ventrikular në 71 persona

Grupi	Patologjia	Raste	F.		M.	Moshë
			M.	F.		
	Angina pectoris	17	14	3		
I	Infarkt akut miokardi (transmuraj)	1	—	1		30-70
	Infarkt akut miokardi (subendokardial)	2	2	—		
II	Simpptoma të astenisë n. cirkulatore ose ankësë jotipike për angina pectoris	41	38	3		26-54
III	Sindroma Wolf-Parkinson-White	5	4	1		
IV	Kardiomiopatia idiopatike kongjestive	3	3	—		
V	Hipertreozë	2	2	—		
Gjithsej		71	63	8		

Pasqyra nr. 2

Mënyrat e ekzaminimit ekgrafik në 71 persona që ju nënshtruan provës me betabllokues

EKG (ështëll, në mëngjes) fill para dhënies së bb dhe 2 orë më vonë	Lloji i ekzaminimit ekgrafik		Rastet
	EKG në pozicion ortostatik	Të sëmurë me SKZ	
EKG gjatë provës së Valsalvës	Të sëmurë me SKZ (angina pectoris)	7	6
	Persona me simptoma të astenisë n. cirkulatore	16	10
EKG me ngarkesë (prova me dy shkallë)	Të sëmurë me SKZ (angina pectoris)	6	6
	Persona me simptoma të astenisë n. cirkulatore	16	5

REZULTATET

1) Në grupin e të sëmurëve me SKZ (20 raste), pas marrjes së bb, në reperitin ekgrafik ndryshime të dukshme u vunë re vetëm në frekuencën e zemrës, ku pati një ulje të saj, ndërsa segmenti ST dhe vala T në 15 raste nuk ndryshuan fare, (Fig. 1 dhe 2), ose, siç u vu re në dy raste, përsuan pak ndryshime (pasqyra nr. 3).

Pasqyra nr. 3

Ndikimi i betabllokuesëve në frekuencën e zemrës, segmentin ST dhe valën T në 20 të sëmurë me sëmundje koronare të zemrës

Frekuenca mesatare e zemrës/min.	Para bb	pas bb	
<i>Segmenti ST</i> i deniveluar	15	pa ndryshim	12
i supraniveluar	3	pa ndryshim	3
në vijën bazë	2	pa ndryshim	2
<i>Vala T</i>	8	pa ndryshim	4
negative		tëjllim i negativitetit	2
		e sheshtë	1
		pozitive	1
pozitive	3	pa ndryshim	3
e ulur ose e sheshtë	8	pa ndryshim	5
		bifazike (— +)	3
bifazike (— +)	5	pa ndryshim	3
		negative	1
		normalizim	1

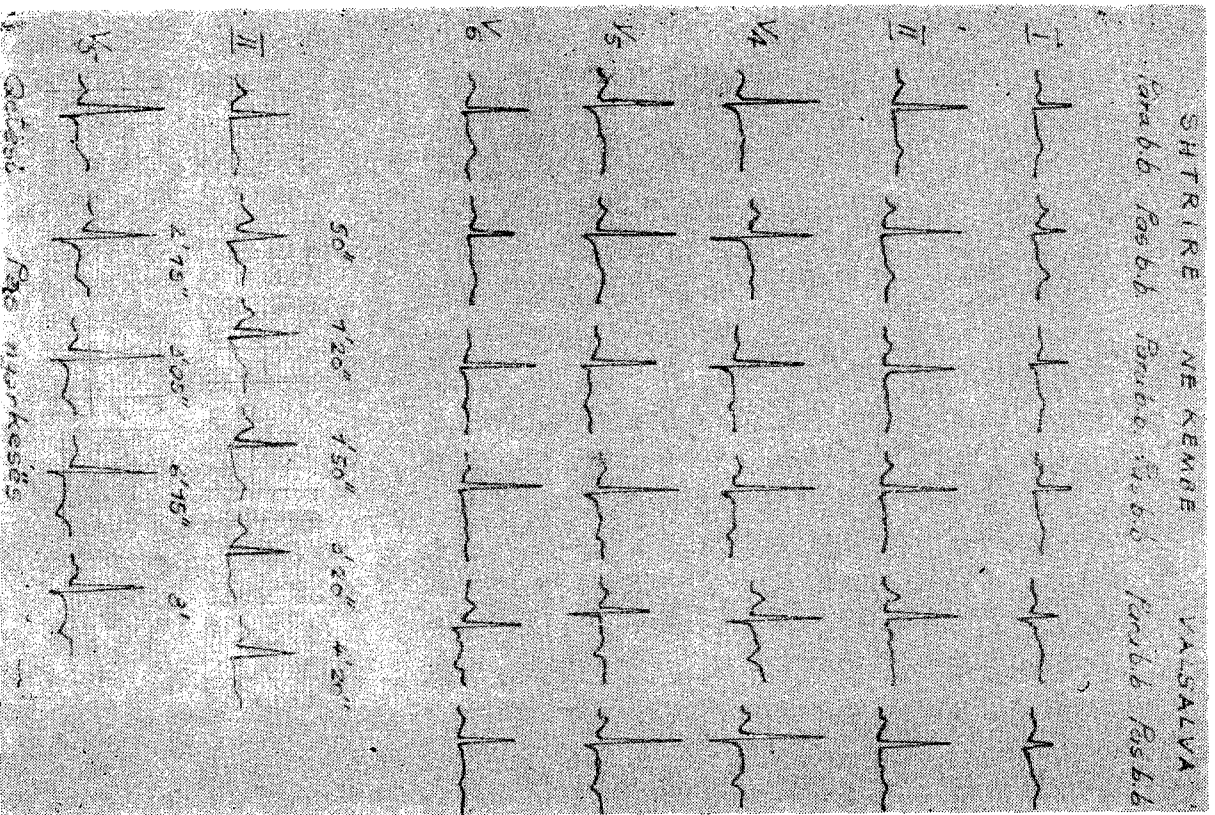


Fig. 2

Te kjo e sëmure, vjeç 43, me simptomatologji jotipike për **angina pectoris**, ku prova me ngarkesë rezultoi pozitive (denivelim i tipit iskenrik I segmentit ST, — i pjerrët nga lart poshtë — me pikën «J» të deniveluar), betablockuesi nuk ndikoi aspak në ndryshimet e segmentit ST dhe në valën T.

Kështu në shumicën dërmuese të të sëmurëve të grupit të I me SKZ, rregullimet e repolarizimit ose nuk u ndikuan fare nga përdorimi i bb ose, në ato pak raste ku u vu re një gjë e tillë, ndryshoi vetëm pjesa e tij fundore, pra vala T (fig. 3).

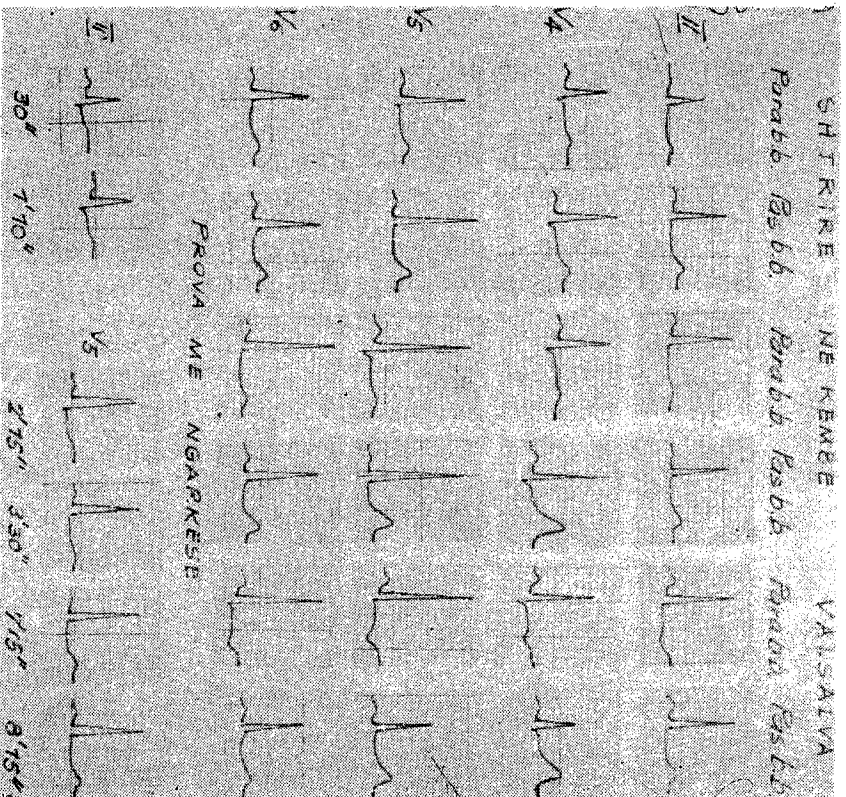


Fig. 3

Te kjo e sëmurë, vjeç 46, me dhembje të forta tipike për **angina pectoris**, por me ngarkesë të theksuar trashëgimore për sëmundje koronare dhe provën elektrokardiografike me ngarkesë pozitive (identivëlim iskemik vijëdrejtë i segmentit ST në V₅, nga 2' e 15'' deri në 7' e 15''), pas marrjes së betablockesit, vala T u normalizua plotësisht. Vlen të shënohet se ky rezultat u përfutua në mënyrë të qartë gjatë provës së Valsalvës, e cila para bb kishte rezultuar pozitive, ashtu siç ndodh te persona me asteni neurocirkulatore. (Shih tekstin).

Është për t'u shënuar se betablockuesit nuk rrihuan aspak në traktin ST-T gjatë fazës akute në 3 të sëmurë me infarkt akut miokardi (një në ditën e 21 të infarktit transmural të miokardit dhe dy të tjerë në javën e dytë të infarktit subendokardial).

2) Në *grupin e personave me rregullime funksionale të ap.k. vas-kular* (41 persona) nga përdorimi i bb u vu re jo vetëm një ndikim i

theksuar në frekuencën e zemrës, por edhe në segmentin ST e në valën T (pasqyra nr. 4).

Pasqyra nr. 4

Ndikimi i betabllokuesëve në frekuencën e zemrës, segmentin ST dhe valën T në 41 persona me simptoma të astenisë a. cirkulatore

Frekuenca mesatare e zemrës /min.	Para bb	Pas bb	
	78	54	
Segmenti ST interesuar	31 raste	normalizuar plotësisht ose pjesërisht në 27 raste	
deniveluar	29 raste	këhim në vijën bazë plotësisht pjesërisht	23 4
në vijën bazë	10 raste	pa ndryshim	2
tendosur	raste	zbutet pa ndryshim	1
Vala T e ndryshuar	36 raste	Normalizuar plotësisht ose pjesërisht 30 raste (45 lidhje)	
negative	5	normalizuar plotësisht normalizuar pjesërisht	2 2
e ulur	24	bifazike (— +) Normalizuar plotësisht Normalizuar pjesërisht	1 19 3
csheshë	14	pa ndryshim normalizuar plotësisht	12
pozitive	4	pa ndryshim (ose rritje e lehtë e amplitudës)	2 4
bifazike (— +)	8	normalizuar plotësisht pa ndryshim	7 1

Nga pasqyra nr. 4 del qartë se në të gjithë personat me çrregullime funksionale, që u morën në studim, vihet re një ndikim pozitiv i qartë në kuadrin ekggrafik pas përdorimit të bb, si përsa i përket segmentit ST ashtu dhe valës T (fig. 4, 5, 6, 7).

Po të krahasojmë rezultatet e përfuturara nga ndikimi i bb në çrregullimet e repolarizimit të persona që kishin patologji funksionale me ato

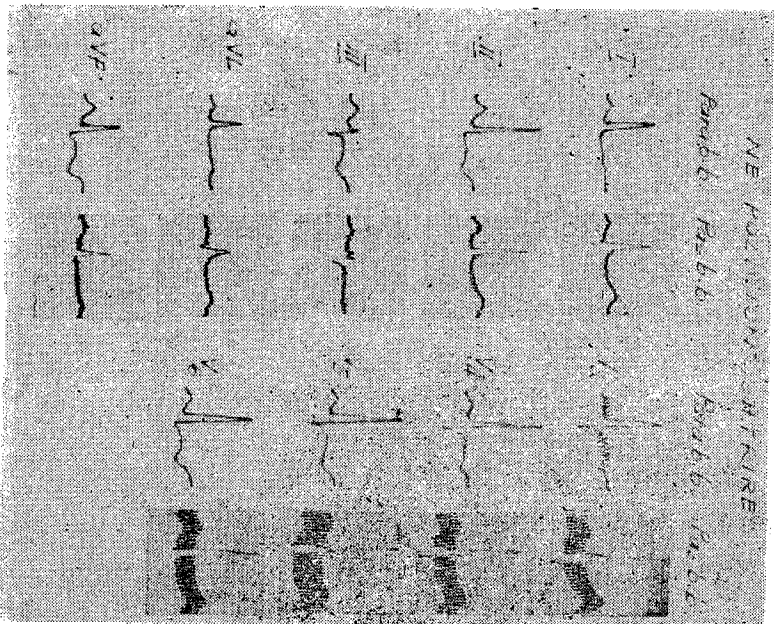


Fig. 4

Ky rezultat spektaktular pas marrjes së betablllokuesit u përtua tek një grua 46 vjeçe me simptonatologjinë e astenisë neurocirkulatore, e cila në EKG paraqiste ndryshime të segmentit ST dhe të valës T sugjestionuese për sëmundjen iskemike të zemrës.

që u përtuan në të sëmurë me SKZ, ndryshimi i rezultateve midis këtyre dy grupeve është i plukshëm.

3) *Në grupin e personave me sindromën Wolf-Parkinson-White* (5 raste) vetëm në një rast me ANC, pas përdorimit të bb, u vu re kthimi në vijën bazë i segmentit ST më parë të deniveluar, ndërsa në katër rastet e tjera këta agjentë nuk e ndikuan fare denivelimin e këtij segmenti.

4) *Në grupin e të sëmurëve me kardiomiopati idiopatike komshestive* (3 raste) bb nuk indikuan në asnjë rast ndryshimet e segmentit ST dhe të valës T.

5) *Në dy të sëmurë me hipertirozë* denivelimi i segmentit ST dhe ndryshimet e valës T u ndikuan në mënyrë të dukshme pas marrjes së bb.

Te personat që morën stobetinë, ajo ndikoi pozitivisht në segmentin ST në 60% të rasteve dhe në valën T në 69%, ndërsa te ata që morën trasikor, ndikimi pozitiv u vu re në 55% të rasteve si në segmentin ST ashtu dhe në valën T. Pra, me gjithë kufizimin që ka ky tregues për

arsye të numrit të vogël të personave që morën traktor, del se nuk ka ndonjë ndryshim të vegantë midis tyre përsa i përket ndikimit në segmentin ST dhe në valën T.

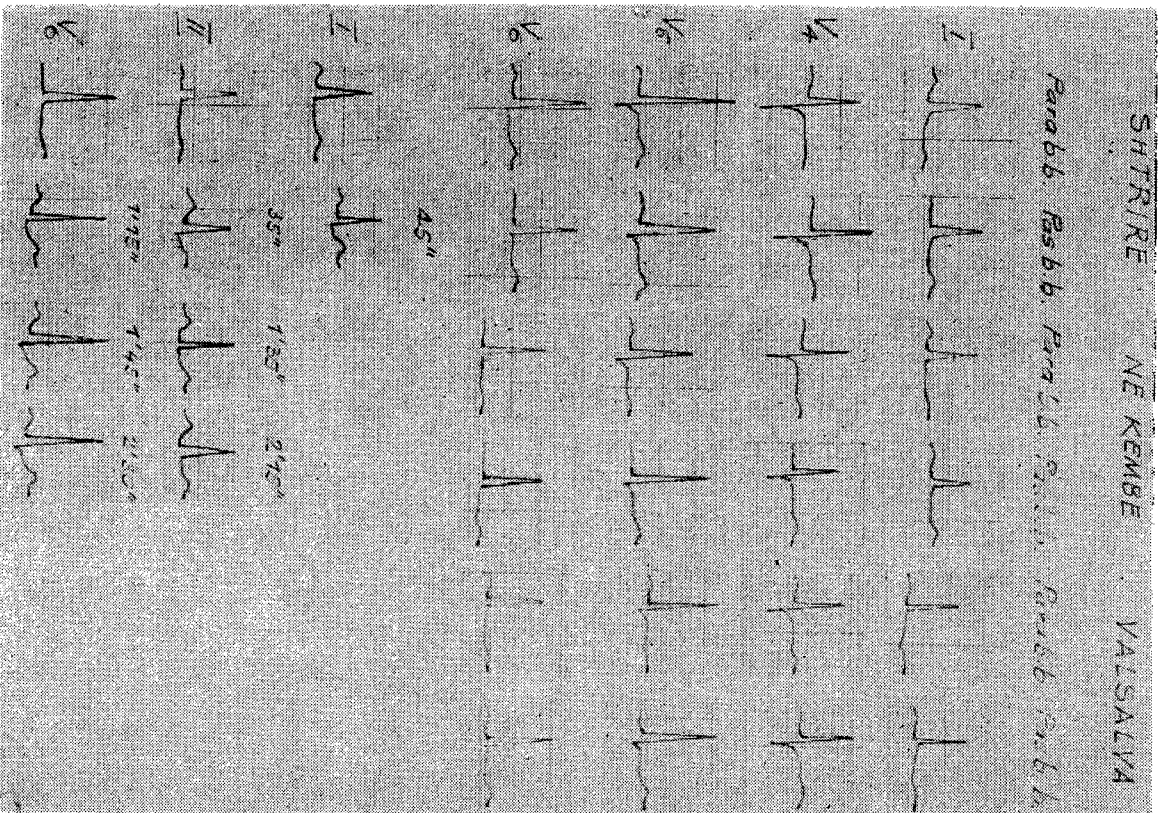


Fig. 5

Në këtë rast (e sëmurura 50 vjeçe) me asteni n. cirkulatore dhe provë me ngarkesë negative, betablokesi nuk ndikoi në repertin elektrokardiografik, që parqiste ndryshime të dymjimita të traktit ST-T.

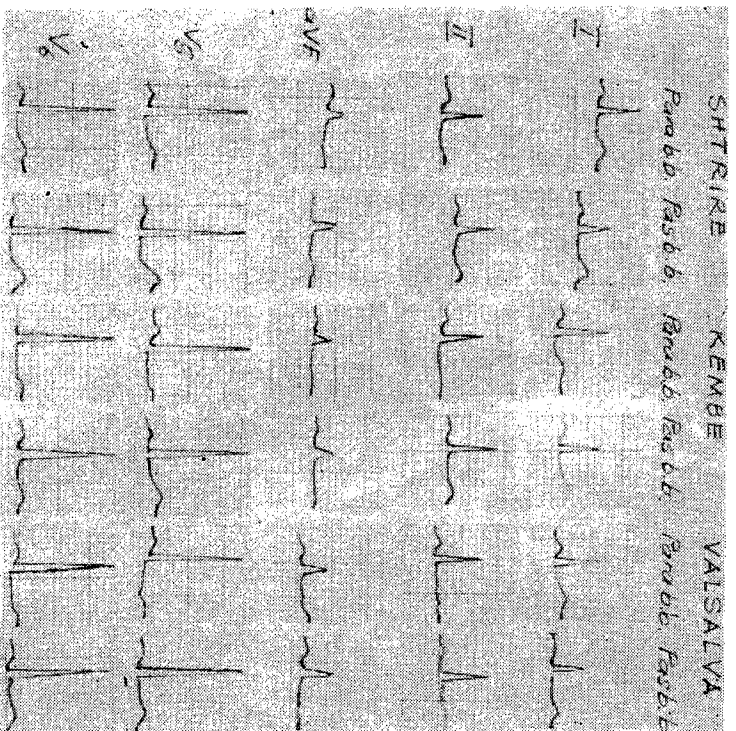


Fig. 6

Te kjo e sëmurë me simpmatologjinë e distonisë neurovegetative, që për një kohë ishte dyshuar për sëmundje koronare të zemrës, behablokuesi solli normalizimin e valës T. Prova elektrokardiografike me ngarkesë tregoi reperitin karakteristik të tipit të «ST së bashkimit» («Junction S-T^o»).

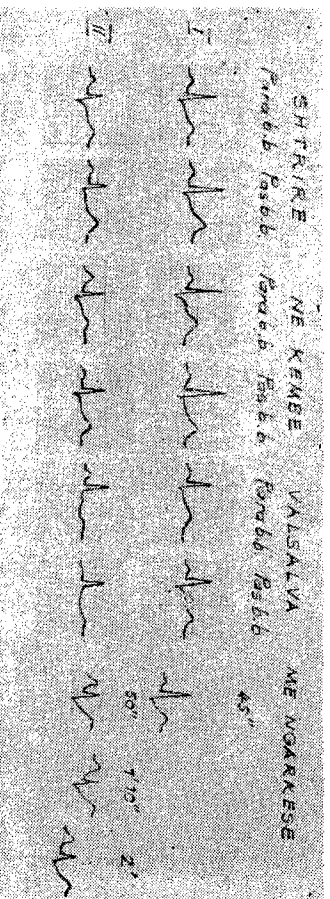


Fig. 7

Betabliokuesi ndikoi pozitivisht në normalizimin e valës T dhe në kthimin e segmentit ST në vijën bazë, te kjo e sëmurë 43 vjeçare me simpmat e astenisë n. cirkulatore.

DISKUTIM

Dihet se ndikimi i bb në receptorët beta të zemrës konsiston në mbrojtjen e miokardit nga veprimi i shkarkimit katekolaminik dhe për disa bb (oksprenololi), kjo varet nga niveli i tonusit simpattik (veprim intrinsek simpatomimetik): kur ai është i ulët bb ka veprim stimulues, ndërsa kur tonusi është i lartë betabliokues (1,8). Si rrjedhim, ulet frekuenca e zemrës, pakësohen fuqia tkurrëse, vëllimi në minutë, puna e zemrës dhe konsumi i oksigjenit. Katekolaminat rrisin rrjedhën koronare dhe shtojnë furnizimin e miokardit me oksigjen. Veprimi kompleks i katekolaminave zhvillohet në dy rrugë: nëpërmjet vazokonstriksionit nga stimulimi i alfareceptorëve, që maskohet nga vazodilatacioni, i cili është më i qëndrueshëm. Ky veprim i fundit kushtrëzohet nga stimulimi i beta-receptorëve të shtrairt vazal koronar dhe, në një fazë të dytë, nga stimulimi i betareceptorëve të mickardit, që bën të rrihet fuqia e tij tkurrëse dhe të shtohet rrjedha koronare. Duke frenuar betareceptorët me anën e bb, vegnerisht ata të miokardit, rrjedha koronare ulet. Megjithëse si rrjedhim i veprimit të bb, që pakëson punën e zemrës, furnizimi i miokardit ulet, pakësohen edhe nevojat e tij për O_2 , kështu që në totale, bilanci i O_2 mbetet pozitiv.

Te persona me rregullime funksionale të ap.k. vaskular nga mbizotërimi i komponentës adrenergjike, efektet kardiake konsistojnë kryesisht në shtimin e frekuencës së zemrës, si rrjedhim rregullohet repolarizimi ventrikular. Kjo gjë karakterizohet me ndryshime të segmentit ST dhe të valës T. Në persona të tillë, duke frenuar betareceptorët kardiale, pra duke ndryshuar adaptimin e zemrës me mbështetje adrenergjike, bb ndikojnë pozitivisht në procesin e repolarizimit dhe, si rrjedhim, bëjnë që të rikthehen ndryshimet e segmentit ST dhe të valës T(3). Këtu janë bazuar një sërë punimesh, që nxorën në pah ndikimin e favorshëm të bb në rregullimet e repolarizimit në persona me asteni n. cirkulatore ose gjatë një stresi emocional (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Në punimin tonë, ky veprim i bb u vërtetua në individë të tillë me asteni neurocirkulatore (ANC). Në 41 persona me simptoma tipike të ANC, segmenti ST ishte i deniveluar në 29 persona; nga këta në 27 veta ky segment u normalizua pas bb si në pozicionin shtrirë ashtu dhe në atë ortostatik. Vala T, e cila para përdorimit të bb u gjend e ndryshuar në 36 raste, ishte negative në 5 lidhje, e ulur në 25 lidhje, e sheshtë në 14 lidhje dhe bifazike në 8 lidhje, pra ishte ndryshuar në 52 lidhje. Pas marrjes së bb u normalizua si në pozicionin shtrirë ashtu edhe në atë ortostatik, në 30 raste (46 lidhje). Pra, shohim se ndikimi i bb në fazën e repolarizimit ventrikular te persona me simpomatologji funksionale, në shumicën dërmuese të rasteve, ishte i favorshëm (Fig. 4, 5, 6, 7).

Është treguar se në pozicionin ortostatik te persona me ANC, si pasojë e adaptimit të zemrës me mbështetje adrenergjike shqagen lehtë ndryshime të segmentit ST (denivelim) dhe të valës T (negativizim). Ky ndikim adrenergjik në elektrokardiogramë mund të parandalohet me marrjen e bb, gjë që e vunnë re në të 16 rastet tona me ANC dhe vetëm në dy nga shtatë raste me *angina pectoris*.

Në të sëmuret tanë me SKZ, ndikimi i bb në segmentin ST pothuajse nuk u vu në dukje. Kështu nga 18 raste me ndryshime të ST (e deniveluar në 15 dhe e supraniveluar në 3), vetëm në një rast u vu re kthimi

i plotë në vijën bazë i këtij segmenti. Po ashtu nuk u vu re ndonjë ndikim i dukshëm i bb në valën T të ndryshuar (në 21 lidhje): vetëm në dy prej tyre, vala T u normalizua pas marrjes së bb.

Ne provuam të studjojmë ndikimin e bb në segmentin St në tre të sëmure me infarkt akut miokardi. Në asnjë prej tyre nuk u vu re ndryshimi i segmentit ST pas marrjes së bb. Kjo është e kuptueshme, sepse ndryshimet e këtij segmenti nuk i detyrohen simpaticotomisë, por komponentës inflamatore të miokardit.

Në dy të sëmure me *angina pectoris* ne vumë re se ndryshimet e segmentit ST dhe të valës T, që u shkaktuan nga ndryshimi i pozicionit të trupit nga shtrirë në atë ortostatik — pasqyrimi i veprimit adrenergjik — parandaloheshin me marrjen e bb (fig. 3). Në këtë rast, ndikimi i faktorshëm i bb, që shpjegohet qëllë këtu me veprimin e tyre bllokues në betareceptoret, ngjan me atë që përftohet te persona me ANC. Duke qënë se ky kriter diferencimi midis dy grupeve ka kufizimet e veta, ai duhet vlerësuar kudoherë me kujdes.

Ndikimi i favorshëm i bb në segmentin ST dhe në valën T u vu mirë në dukje në dy të sëmura me hipertireozë (fig. 8), diagnoza e të cilave ishte konfirmuar me J31. Dihet se në këta të sëmure ka një ndikim të fuqishëm të komponentes adrenergjike në fazën e repolarizimit ventrikular, gjë që në të dy rastet tona u parandalua duke marrë bb. (fig. 8).

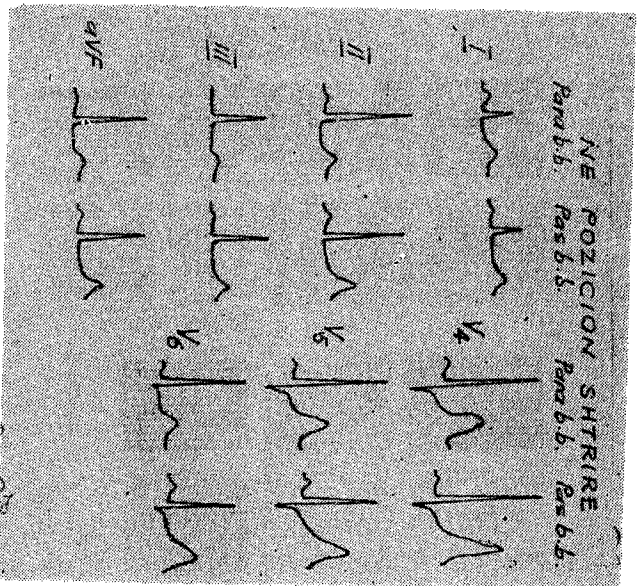


Fig. 8

Ndikimi pozitiv i betablokuesit, që shprehet në normalizimin e ndryshimeve të segmentit ST dhe të valës T, te kjo e sëmure 25 vjeçare me hipertireozë, është i dukshëm.

Në i përdorëm betablokeset edhe në 5 raste me sindromën Wolff-Parkinson-White si dhe në 3 të sëmurë me kardiomiopati idiopatike, por në asnjë prej tyre nuk u përfua rrikthim i ndryshimeve të segmentit ST dhe të valës T pas marrjes së bb. Kjo flet në favor të konceptit të mësipërmë se bb ndikojnë në mënyrë të favorshme kryesisht cregullimet e repolarizimit, që shfaqen si rryedhim i vepërimit adrenenergjik.

Ky punim do të ishte më i përpiktë po të bëhej një korelacion me të dhënat e koronarografisë.

PËRFUNDIME:

Nga ky punim rezulton se përdorimi i bb për diferencimin e cregullimeve të repolarizimit me natyrë funksionale nga ato organike, të shkaktuara nga sëmundja koronare e zemrës, vlen të provohet si një mënyrë e thjeshtë dhe praktike orientimi në këtë gështje.

Pavarësisht se, në tërësi, rezultatet tona në këtë drejtim duken të kënaqshme, shqyrtimi i rezultateve të përfutura me anën e kësaj prove (duhet bërë me shumë kujdes dhe në mënyrë kritike, duke i bashkërenditur kurdoherë ato me të dhënat e tjera të ekzaminimit subjektiv, objektiv dhe laboratorik.

Dorëzuar në redaksi më 25 qershor 1978. --

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Boissier J., Giudicelli J.:** Les bêta-bloquants, leurs variétés et leur action anti-arythmique. Nê: «Pharmacologie clinique des troubles du rythme et de la contraction cardiaque». Paris, 1971, 171.
- 2) **Friesinger G.:** Objektive Beurteilung der angina pectoris. Das Medizinische. Pritsma, 1972, 3, 18.
- 3) **Furberg C.:** Adrenergic beta-blockade and electrocardiographical ST-T changes. Acta med. Scand. 1967, 21, 181.
- 4) **Polak F.:** Ein Beitrag zur Diagnostik der durch Betablockade Beeinflussten ST-T Veränderungen im Elektrokardiogramm. Z. Kardiol. 1974, 63, 818.
- 5) **Somerville W., Taggart P., Carruthers M.:** Cardiovascular responses to public speaking and their modification by oxprenolol. Nê: Burley D. (red.) «New perspectives in betablockade.» Denmark 1972, 275.
- 6) **Taggart P., Carruthers M., Somerville W.:** Intense emotional Stress: effect of oxprenolol on the electrocardiogram, plasma catecholamins and lipids. Nê: Burley D. (red.) New perspectives in betablockade. Denmark 1972, 287.
- 7) **Wiecko W., Szabelski R.:** Blokada receptorow beta adrenenergicznych rozpoznawaniu znian zespolu ST-T elektrokardiogramu. Wiad. Lek., 1974, 27, 1245.
- 8) **Winchester J.:** Drug profile: Trasicor. J. Int. Med. Res. 1974, 2, 448.

Summary

THE VALUE OF BETA-BLOCKERS IN THE DIFFERENTIATION OF THE ELECTROCARDIOGRAPHIC DISORDERS OF VENTRICULAR REPOLARIZATION

The influence was studied of propranol and oxiprenolol (trasicor) on the ST segments and T waves in 17 patients with angina pectoris and 3 with acute myocardial infarction (Group I), in 41 patients with symptoms of neurocirculatory asthenia or complaints not typical of angina pectoris (Group II), in 5 cases with the Wolff-Parinson-White syndrome (Group III), in 3 patients with congestive myopathy (Group IV) and in 2 cases with hyperthyroidism. In group II predominated the females (38) aged between 26 and 54.

EKG was performed in all the cases in the morning before meals, in recumbent position and 2 hour after administration of beta-blockers. On 23 patients (7 of group I and 16 of group II) it was also performed in upright position, on 16 patients (6 of group I and 10 of group II) the Valsalva's maneuver was performed, and on 11 patients (6 of group I and 5 of group II) was performed the ECG exercise test (the two-step test).

In group I (20 cases) important detectable changes were observed only in regard to the frequency of the heartbeats, which was lowered, while the ST segment and the T wave remained unchanged in 15 cases and slightly altered in 2 cases. In group II (41 cases) a pronounced reduction of the frequency was noted in all the cases. In addition, in 27 out of 29 cases with depressed ST segment, it returned to the normal level after administration of bb and in 30 out of 36 cases with altered T wave (depressed, levelled, bi-phasic or negative) it returned to normal.

In group III (5 cases) only in one case the altered ST segment returned to its base line.

In group IV bb had no effect on the altered ST segments and T waves. On the contrary, in two cases with hyperthyroidism the alterations of the T wave disappeared completely after administration of bb.

No particular difference of effect was noted between stobetin and trasicor on the ET segment and T wave in 41 patients with symptoms of neurocirculatory asthenia or with complaints not typical for angina pectoris.

This study shows that the use of bb for the differentiation of the disorders of repolarisation of a functional nature from those with organic changes due to a coronary heart disease deserve to be adopted as a simple way of assessment of these pathologic conditions.

Although in general the results obtained with this test appear satisfactory, their interpretation must be very careful and critical, by confronting them with the subjective, objective and laboratory findings.

Résumé

LA VALEUR DES BÉTA-BLOQUANTS DANS LA DIFFÉRENTIATION DES DÉSORDRES ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUES DE LA RÉPOLARISATION VENTRICULAIRE

Les auteurs ont étudié l'influence du propranol et de l'oxiprenolol (trasicor) sur les segments ST et les ondes T chez 17 patients souffrant d'angine de poitrine et 3 autres d'infarctus du myocarde aigu (groupe I), chez 41 patients présentant des

symptômes d'asthénie neuro-circulation ou se plaignant de douleurs non typiques d'angine de poitrine (groupe II), chez cinq patients présentant le syndrome Wolff-Parkinson-White (groupe III), chez trois patients souffrant d'une myopathie congestive (groupe IV) et chez 2 patients présentant une hyperthyroïde. Dans le groupe II, on a relevé une prédominance du sexe féminin dont l'âge variait de 26 à 54 ans.

Dans tous les cas, l'E.C.G a été effectuée le matin avant le petit déjeuner, chez le sujet étendu et 2 heures après l'administration des béta-bloquants. Chez 23 patients (7 du groupe I et 16 du groupe II), elle a été faite dans la position orthostatique; 16 patients (6 du groupe I et 10 du groupe II) ont subi l'épreuve de Valsalva et chez 11 autres (6 du groupe I et 5 du groupe II) a été effectuée l'E.C.G à charge (le test à deux échelons).

Dans le groupe I (20 patients) ont été observées des modifications importantes seulement dans la fréquence des battements du coeur, qui avait diminué, alors que le segment S-T et l'onde T ne présentaient pas des modifications chez 15 patients et quelques altérations chez 2 autres.

Dans le groupe II (41 cas) on a relevé une réduction marquée de la fréquence dans tous les cas. En plus, 27 patients sur un total de 29 présentaient un décalage au segment S-T, mais celui-ci retourna au niveau normal à la suite de l'administration des bb et 30 patients sur un total de 36 montraient une onde T altérée (abaissée, nivelée, biphasique ou négative) qui se normalisa.

Dans le groupe III (5 cas), on enregistrera un seul cas de segment S-T altéré qui retourna à sa ligne de base.

Dans le groupe IV, les bb n'ont influé dans aucun cas sur les segments S-T et les ondes T altérés. Par contre, chez deux patients souffrant d'hyperthyroïdisme les altérations de l'onde T disparurent complètement après l'administration des bb.

En ce qui concerne l'effet de la stobétine et du trasilcor, on n'a relevé aucune différence de relief quant à leur influence sur le segment S-T et l'onde T chez 41 patients présentant des symptômes d'asthénie neuro-circulation et des douleurs non typiques d'angine de poitrine.

Cette étude montre que l'emploi des bb pour la différenciation des troubles de repolarisation de nature fonctionnelle de celles organiques provoquées par le syndrome de Bland-White-Garland constitue une méthode simple et pratique qu'il convient d'adopter pour l'appréciation de ces conditions pathologiques.

Bien qu'en général les résultats obtenus par cette méthode semblent satisfaisants, leur interprétation doit être faite d'une manière très attentive et critique en les confrontant avec les résultats objectifs, subjectifs et de laboratoire.

ASPEKTI KRAHASUES DHE ECURIA NË SËMUNDJEN HIPERTONIKË

- NAMIK SHEHU -

(Spitali i rrethit Berat)

Sëmundja hipertoniike është një afeksion i përhapur i patologjisë njerëzore dhe përbën një problem të rëndësishëm për mjekësinë e sotme (1). Ajo ze një shpeshësi përkrakisht të lartë nga 3,40% deri 20% (6, 9, 10, 17) të patologjisë së të rriturve dhe një sëmundshmëri 42% midis sëmundjeve të sistemit kardiovaskular (15). Kjo sëmundje prek moshën e pjekurisë deri në 92% (citaruar nga 8) dhe është një sëmundje kronike me ecuri në përparim, shogëtohet me pasoja të rënda, ka invaliditet të shprehur nga 40%/43% të të sëmurëve të sistemit kardiovaskular (8, 12, 14, 16) dhe bëhet shkak i një vdekshmërie të lartë deri në 30% të vdekshmërisë së përgjithshme (citaruar nga 3).

Nga pikëpamja klinike, sëmundja hipertoniike paraqet vështirësi studimi dhe ndjekje si në drejtimin e përcaktimit të stadeve të sëmundjes, të vlerësimit të shifrave të presionit të gjakut të parë në dinamikë, të ndikimit në organet e brendshme si dhe të ecurisë të vetë sëmundjes.

Për këtë arsye në këtë punim ne kemi bërë një studim krahasues të kriterëve të stadeve të sëmundjes dhe të ecursë së sajë, të parë në përiudha të ndryshme.

Metodika e punës

Në këtë punim në studim janë marrë 285 të sëmurë me sëmundje hipertoniike gjatë një periudhe 7 vjeçare për vitet 1971-1977, të ndjekur në dinamikë, të ndarë në tre periudha të ndryshme me ndërprerje kohe 1-2 vjeçare. Për periudhën e parë u studjuan 105 të sëmurë, për të dytën 95 dhe për të tretën 85. Për vlerësimin e studimit dhe për krahasim janë marrë si bazë katër kriterë kryesore (6): shifrat e presionit të gjakut sistolik dhe diastolik, ndryshimet elektrokardiografike dhe radiodiagnostike (për të vënë në pah hipertrofinë e ventrikullit të majtë) si dhe ndryshimet e konstatuara në fundin e syrit.

Të gjithë të sëmurët kanë kartela personale dhe janë të pajisur me të gjitha analizat plotësuese të nevojshme. Mesatarisht çdo i sëmurë ka kaluar në kontroll mjekësor 2-3 herë në vit, flike u trajtuar me terapi përkohëse.

Hipertrofinë e ventrikullit të majtë elektrokardiografikisht e kemi bazuar në kriteret e voltazhit (3, 6). Si bazë është marrë indeksi Sokolow-Lyon dhe R_{v5} R_{v4}. Në përcaktimin e ndryshimeve në fundin e syrit kemi pranuar ndarjen në 5 stade (3).

Në këtë punim do të përipiqemi të shfaqim mendime mbi nxjerrje e kritereve në përcaktimin e stadeve të sëmundjes hipertoniqe si dhe të vemë në dukje ecurinë e sëmundjes, të parë këto në aspektin krahasues me të kater kriteret e përmëndura.

I. — Për të vlerësuar nxjerrjen e kritereve në përcaktimin e stadeve të sëmundjes hipertoniqe janë studjuar 137 të sëmurë të stadeve të ndryshëm. Në stadin e parë u muarën 27 të sëmurë, në të dytën 75, në të tretën 34 dhe në stadin e katërtë një i sëmurë. Rezultatet e këtij punimi janë paraqitur në pasqyrat nr. 1, 2 e 3. Për stadin e parë të sëmundjes vihen në dukje ndryshime në fundin e syrit të llojit të stadt të parë në 74.30% Në vlerësimin e presionit të gjakut kanë përparësi për maksimalin shifre nën 200 mmHg 59.20% dhe për minimalin mbi 101 mmHg në 92.50%. Pë stadin e dytë u panë: hipertrofi e ventrikullit të majtë (H V S) në E K C 92%₀, H V S në radioskopi 77.30%₀; ndryshime në sy 97.30%₀. Në presionin e gjakut kanë përparësi për minimalin shifrat mbi 101 mmHg në 97.40%₀. Për stadin e tretë të sëmundjes u konstatua HVS në E K G në 94.10%₀. HVS në radioskopi 100%₀, ndryshime në fundin e syve 100%₀ dhe dëmtime në përparësi të sëmundjes koronare të zemrës në 100%₀ të rasteve. Në stadin e katërtë ose forma malinje, ishin të pranishëm H V S në E K G dhe në radioskopi, stadi i katërtë në fundin e syrit dhe sëmundje koronare e zemrës me insuficiencë të ventrikullit të majtë.

II. — Në studimin tonë, ecuria e sëmundjes hipertoniqe është bazuar dhe krahasuar në vlerësimin e rezultateve të ndara në tre periudha të mbështetura në katër kriteret e përmëndura.

Në periudhën e parë të studimit kanë qenë për stadin e parë të sëmundjes 25.80%₀ të rasteve, për stadin e dytë 71.50%₀ dhe për stadin e tretë 2.70%₀. Në periudhën e dytë kanë mbetur në stadin e parë 3.20%₀, në stadin e dytë 67.30%₀ dhe në stadin e tretë u arrit në 29.50%₀ të rasteve. Në periudhën e tretë u konstatuan për stadin e parë 2.40%₀, për stadin e dytë 56.50%₀, për stadin e tretë 40%₀ dhe për stadin e katërtë 1.10%₀ (pasqyra nr. 2).

Si konstatime të përgjithshme mund të përmëndim këto të dhëna për secilin stad për të tre periudhat:

Për stadin e parë të periudhës së parë vihen në dukje ndryshime në fundin e syve të stadt të parë në 74.30%₀, me mbizotërim të vlerave të shifrave të presionit të gjakut për maksimalen nën 200 mmHg, për minimalen mbi 101 mmHg. Për të dy periudhat e tjera, të dhënat nuk paraqesin interes komentimi. Për stadin e dytë të periudhës së parë H V S në E K G u konstatua 92%₀, në periudhën e dytë 84.40%₀ dhe në periudhën e tretë 91.70%₀. H V S në radioskopi në periudhën e parë 77.30%₀, në të dytën 89.10%₀ dhe në të tretën 95.90%₀. Ndryshimet në sy në periudhën e parë kanë qenë 97.30%₀, në periudhën e dytë 100%₀ dhe në periudhën e tretë 100%₀. Shifrat e presionit të gjakut për maksimalin në periudhën e parë kanë vlera të barabarta si nën dhe mbi 200 mmHg. Në periudhën e dytë kanë përparësi shifrat mbi 200 mmHg në 60.90%₀, kurse në periudhën e tretë këto arrinë në 62.60%₀. Për minimalin, shifrat mbi 101 kanë përparësi për periudhën e parë në 97.40%₀, për të dytën 90.50%₀ dhe për të tretën 87.40%₀. Për stadin e tretë të periudhës së parë janë të dhëna të pakta për t'u interpretuar. Në periudhën e dytë, H V S në E K G është 100%₀, në radioskopi është 100%₀ dhe ndryshimet në fundin e syrit janë 100%₀ dhe prania e dëmtimit me përparësi të sëmundjes koronare

të zemrës është në 100%/₀ të rasteve. Në periudhën e tretë, H V S në E K G u vu re në 94.1%/₀, H V S në radioskopi në 100%/₀, ndryshimet në fundin e syrit në 100%/₀ dhe prania e dëmtimit me përparësi të sëmundjes koronare të zemrës në 100%/₀. Stadi i katërtë i sëmundjes u paraqit vetëm në periudhën e tretë me praninë e H V S në E K G dhe në radioskopi, të stadi të katërtë në fundin e syrit dhe me sëmundje koronare të zemrës dhe insuficiencë të ventrikullit të majtë.

III. — Raporti që zenë tri kriteret e marrura në studim në përpunim dhe me njëra tjetrën, në vartësi nga stadiet e sëmundjes është paraqitur në pasqyrën nr. 3. Duke iu referuar këtyre të dhënave del se në stadin e dytë ka përparësi kombinimi i H V S në E K G dhe në radioskopi, në stadin e dytë në fundin e syrit në 54.6%/₀ dhe H V S në E K G dhe stadi i dytë në fundin e syrit në 22.7%/₀, dmth H V S në stadin e dytë dhe të tretë në fundin e syrit zenë 81.3%/₀. Në stadin e tretë mbizotëron kombiminimi i katër indekseve si i H V S në E K G dhe në radioskopi, stadi i tretë në fundin e syrit dhe sëmundja koronare e zemrës në 58.8%/₀, ndërsa në stadin e dytë në fundin e syrit në 35.3%/₀, dmth H V S me lezion dhe me stad të tretë dhe të dytë në fundin e syrit zenë 94.1%/₀.

KOMENTIMI I RASTEVE

Stadeti dhe rëndimi i sëmundjes hipertoniqe nuk përçaktohen vetëm nga vlerat e shifrave të presionit të gjakut, por kryesisht nga shkalla e shtrirjes së dëmtimeve vaskulare dhe nga dëmtimi i organit dhe i sistemit. Për këtë arsye, me qëllim që të kemi përfundime sa më të përpikta duhet të merren në studim për interpretim në përcaktimin e stadeve dhe të rëndimit të sëmundjes të katër kriteret e gërbëtarara së bashku.

Në stadin e parë të sëmundjes, vlerat e hipertensionit arterial, siç domos të minimalit në shifrat mbi 101 mmHg, nuk mund të qëndrojnë indiferente ndaj sistemit vaskular, megjithëse këto kanë karakter funksional dhe gjëjnë shprehjen e tyre kryesisht në ndryshimet në fundin e syrit të karakterit angiopatik, ndonjëherë edhe me ndryshime angiiosklerotike dhe madje reïnopatikë me prirje rikthyesë, sikundër përshkruhet tike dhe nga disa autorë (2, 5) dhe siç del nga rastet tona (shih pasqyrën nr. 2).

Dukuria e ndryshimeve në fundin e syrit të stadi të parë jthe më rrallë të stadi të dytë dhe të tretë në të sëmurët tanë si dhe thellimi i ndryshimeve të mëtejshëm në sy dhe në zemër dhe kalimi i shumicës së këtyre të sëmurëve në stadin e dytë dhe të tretë duhet t'i shpjegojmë më pratinë e përparësisë së vlerave të presionit të gjakut minimal mbi shifrat 101 mmHg, pas një ndikimi të një periudhe kohe përkrrahësisht të gjatë, pa përjashtuar ndikimin e faktorit moshë, që është marrë në konsideratë edhe për stadiet dhe periudhat e tjera. Në stadin e dytë të sëmundjes, si rregull, kishte ndikime në organet e ndryshme të organizmit sidomos në zemër dhe në sy, që vësheshin në dukje nëpërmjet ekzaminimeve. Nga të dhënat e studimit tonë del se në këtë stad, si dhe në ecurinë e këtij stadi, dhënat e studimit tonë del se në këtë stad, si dhe në ecurinë e këtij stadi, në të tre periudhat e tij zotërojnë vlerat e larta të presionit të gjakut minimal mbi shifrat 101 mmHg për një kohë përkrrahësisht të gjatë dhe të vazhdueshme si dhe H V S në E K G dhe në radioskopi dhe ndryshimet në fundin e syrit të stadi të dytë. Duket mirë ekzistenca e një paralelizmi në avancim midis këtyre katër kriteve, duke sjellë si pasojë rëndimin e gjendjes së sëmundjes. Gjetja e ndryshimeve të stadi të tretë

në fundin e syrit nuk përbën domosdoshmëri për të vënë sëmundjen hipertoniqe në stadium e tretë në se nuk shfaqërohet edhe me dëmtimet e organit, ashtu siç nuk është thënë që në stadium e dytë të sëmundjes të kemi pa fletër ndryshime në fundin e syve të stadiit të dytë për të vlerësuar sëmundjen në këtë stad (2), cituar nga 4) (shih pasqyrën nr. 2). Duke u nisur nga këto rezultate mendohet se në përcaktimin e stadiit të dytë (tek një i sëmurë me hipertoni) ti jepet rëndësi vlerësimit të paktën të dy kritereve, ndryshimeve në E K G me evidencim të H V S dhe të ndryshimeve në fundin e syrit të tipit angjiosklerotik, me përparësi në E K G.

Ka autorë që venë në dukje se në stadium e tretë të sëmundjes mund të mos gjejmë H V S në E K G (10), ose ndryshime të fundit të syrit të karakterit retinopati (cituar nga 4) (shih pasqyrën nr. 2). Gjetja e ndryshimeve në retinë paraqitet si patologji, që sugjeron rolin e rëndësishëm që luan hipertensioni si shkak i saj pavarësisht nga mosha (2). Në stadium e tretë të sëmundjes takohen ndryshime të dukshme në organ, të cilat shprehen në formë dëmtimi si në zemër me sëmundje koronare të zëmrës, insuficiencë e ventrikullit të majtë etj., në tru me insultë, në sy me retinopati etj. Në studimin tonë, në stadium e tretë si dhe në ecurinë e tij vihet në dukje më së miri krasisimi dhe gënia e një paralelizmi të drejtë midis të katër kritereve ku ekspozohet një theksim dhe përparim i tyre dhe mendohet se ndikojnë vlerat e larta të presionit të gjakut minimal në një periudhë kohë të gjatë dhe të vazhdueshme, pa përjashtuar dhe ndikimin e moshës. Në bazë të këtyre rezultateve mund të shfaqim pikëpamjen se në përcaktimin e stadiit të tretë të sëmundjes hipertoniqe duhet të mbështetemi të paktën në tre kriteret kryesore, (në H V S të vënë në dukje në E K G dhe ose H V S në radioskopi), në ndryshimet e fundit të syrit të stadiit të tretë dhe konstatimit të dëmtimit në një organ, që në rastin tonë ka përparësi sëmundja koronare e zemrës.

PËRFUNDIME

1) Në vlerësimin e sëmundjes hipertoniqe duhet të mbështetemi në katër kriteret kryesore, të marrura në kompleks me njëri tjetrin.

2) Në përcaktimin e stadeve të sëmundjes hipertoniqe, me përfundojmë:

a) Në stadium e parë konstatohen ndryshime të stadiit të parë në fundin e syrit, që në punimin tonë zenë 74.30%.

b) Për vlerësimin e stadiit të dytë duhet të kemi të pranishëm të paktën dy kritere, H V S në E K G (në rastin tonë 92%/o) (dhe/ose H V S në radioskopi si tek ne në 95.90%/o) dhe ndryshimet në sy të stadiit të dytë ose të tretë nga 97.30%/o — 100%/o, me përparësi të ndryshimeve në E K G.

c) Në përcaktimin e stadiit të tretë, si rregull, duhet të jenë të pranishëm të paktën tre kritere kryesore. Evidentimi i H V S në E K G, që tek ne u takua në 94.10%/o — 100%/o (dhe/ose H V S në radioskopi tek ne në 100%/o), ndryshimet në fundin e syrit të stadiit të tretë ose të dytë, që tek ne u takua në 100%/o dhe dëmtimi i një organi, që në studimin tonë ka përparësi sëmundja koronare, që u takua në 94.20%/o dhe insulta cerebrale dhe dëmtimi në sy në 5.80%/o.

3) Nga studimi ynë del se sëmundja hipertoniqe ka ecuri, që përparon dhe ka zhvillim përkrahësish të shpejtë, që shprehet me evolucionin e stadeve nga 25,80% të stadi të parë, mbetet në 2,70% në periudhën e tretë të po këtij stadi, kurse nga 2,40% e stadi të tretë në periudhën e parë arrihet në 40% të stadi të tretë në periudhën e tretë.

4) Të sëmurët me sëmundje hipertoniqe duhet të bëjnë kontrolle të shpeshta mjekësore. Të vazhdojnë mjekimin në mënyrë sistematike dhe pandërprerje në varësi nga gjendja e sëmundjes me porosi nga mjeku.

Dorëzuar në Redaksi më 5 prill 1978

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Hoxha F., Rusi H.:** Aspekte klinike të sëmundjes hipertoniqe. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore, 1976, 1, 9.
- 2) **Hofman O., Komancova E., Kolai M. e coll.:** Significance of the differences in the prevalence of certain ophthalmoscopic findings between normotensive and hypertensive subjects. Acta Universitatis Carolinae, 1973, Vol. 19, nr. 7/8, 635.
- 3) **Froment A., Froment R.:** L'hypertension artérielle permanente: données statistiques, évolution, complications et pronostic. Revue du praticien 1969, 207, 27.
- 4) **Friedberg CH.:** Diseases of the heart, 1966, 1475.
- 5) **Masnikov A. L.:** Gipertonikeskaja boljez i ateroskleroza. Medicina 1965.
- 6) **O B SH.:** Hypertension artérielle et cardiopathies ischémiques. Organisation mondiale de la santé - série de rapports techniques. Genève 1962, 231, 3.
- 7) **O B SH.:** Prévenir et traiter les maladies cardio-vasculaires - 2 -, 1974, Vol. 28, 129.
- 8) **Pickering G.:** Essential hypertension clinical Features. High blood pressure 1968, 316.
- 9) **Rusi H.:** Të dhëna mbi hipertoniinë arteriale të punëkorëve, në disa gendra pune të rrethit të Tiranës. Shëndetësia popullore 1975, 1, 67.
- 10) **Rusi H., Selimaj E., Islami V.:** Aspekte klinike elektrokardiografike të komplikacioneve kardiovaskulare në hipertoniinë esenciale. Punime mbi sëmundjet e brendshme, 1976, 1, 5.
- 11) **Rusi H.:** Gjendja e hipertensionit arterial në punëtorët e kombinatit të tekstilëve «Shalini». Shëndetësia popullore 1974, 1, 24.
- 12) **Rusi H., Hasani R., Kacani T.:** Të dhëna mbi aftësinë për punë dhe prognozin në 341 invalidë me hipertension arterial. Punime mbi sëmundjet e brendshme, 1976, 1, 61.
- 13) **Shehu N.:** Vlerat normale të presionit arterial sistolik e diastolik dhe shpeshtësia e hipertensionit arterial në 10,000 raste të depistuar në rrethin e Beratit. Shëndetësia popullore 1976, 2, 39.
- 14) **Shehu N.:** Roli i hipertensionit arterial në invaliditet dhe krizeret e Beratit. Referuar në konferencën e parë mjekësore në rrethin e Beratit. - 1977 (Materiali i pa botuar).
- 15) **Shehu N.:** Sëmundshmëria e hipertensionit arterial në rrethin e Beratit. Referuar në simpoziumin e V në rrethin e Beratit - 1976 (materiali i pa botuar).
- 16) **Vesho P.:** Sëmundjet e zorrës, ekspertimi e trajtimi i tyre. - Referuar në sesionin e ekspertizës mjekësore të drejtorisë së përgjithshme të sigurimeve shpëtojësore. Tiranë 1972 (materiali i pa botuar).
- 17) **Wilber J. A., Barrow J.G.:** Hypertension A Community problem. Hypertension Manual. J.H. Larragh. New York 1974, 711.

A COMPARATIVE STUDY OF THE STAGES OF THE HYPERTENSIVE DISEASE

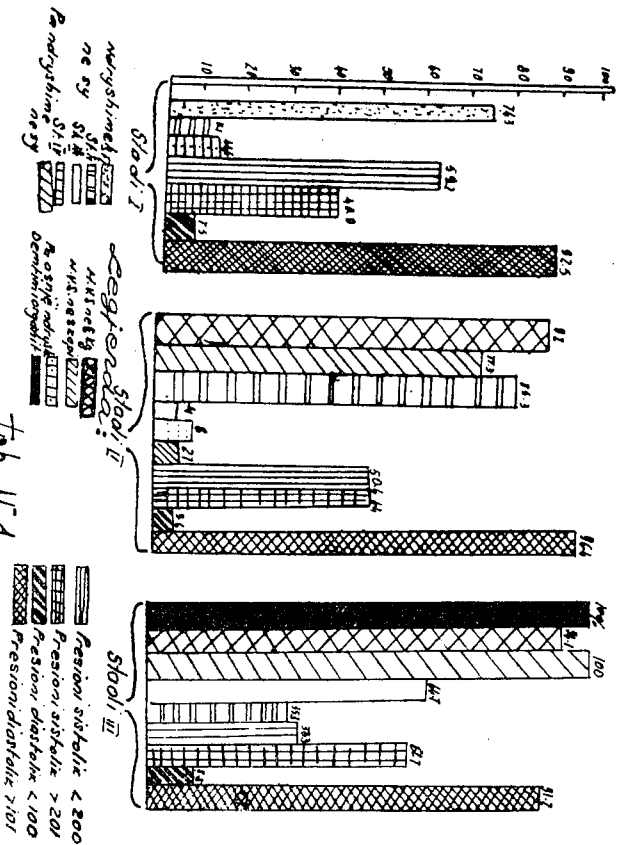
Summary

A series of 285 patients with hypertension was studied over a period of seven years (1971-1977). The course of the illness and the criteria serving for dividing it into three stages of 1-2 years each were taken into consideration.

The first stage is characterized by changes in fundus oculi which occurred in 74.3% of the cases.

In the second stage, apart from the changes in fundus oculi, which the author has observed in 97% of the cases, VHS on ECG was characteristic. VHS on ECG was found in 92% and VHS on radiocopi was found in 95.9% of the cases.

For the third stage are characteristic three criteria: HVS on ECG (observed in 94.1 to 100%), changes in fundus oculi (in 100%), and changes on the organ (coronary lesions of the heart, found in 100% of the cases).



Résumé

ÉTUDE COMPARATIVE DES DIFFÉRENTES PHASES DE LA MALADIE DE L'HYPERTENSION

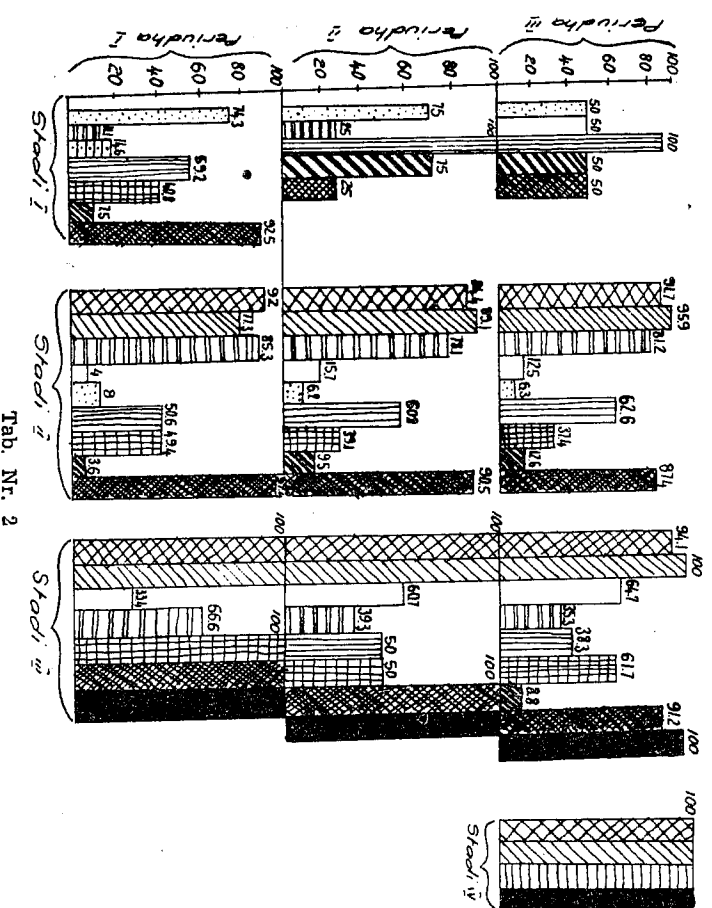
Une série de 285 patients souffrant d'hypertension a été examinée pendant une période de sept ans (1971-1977). C'est à cette fin qu'ont été pris en considération le décours de la maladie et les critères qui ont servi à sa répartition en trois phases de 1 à 2 ans.

La première phase est caractérisée par des modifications concernant le fundus oculi (74,3% des cas).

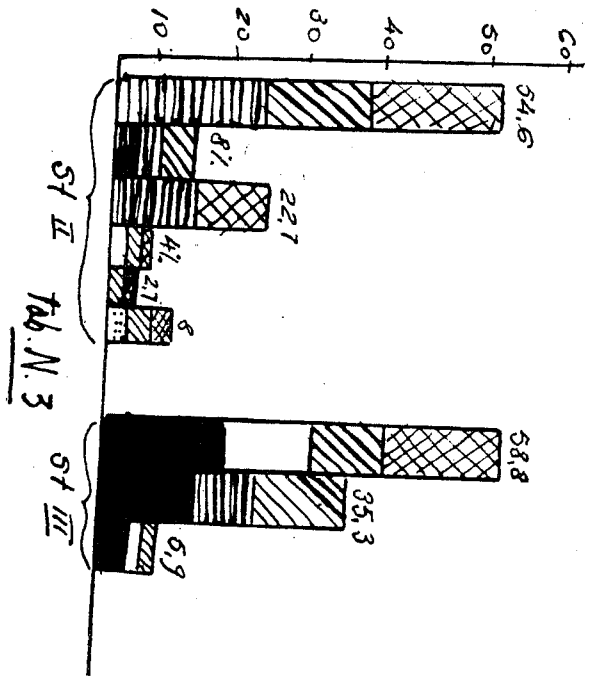
La seconde phase, à part les modifications du fundus oculi que l'auteur a relevés dans 97% des cas, se caractérise par le V H S dans 1'E C G. Le V H S dans l'ECC a été relevé dans 92% des cas et dans la radioscopie dans 95,9% des cas.

En ce qui concerne la troisième phase, elle se caractérise par les trois critères suivants: le V H S dans l'E C G (de 94,1 à 100%), les modifications du fundus oculi (dans 100% des cas) et les modifications de l'organe concerné (lésions coronaires du coeur observées dans 100% des cas).

KONSTATIMI I KRITEREVE SIMBAS STADEVE
DHE PERIODHAVE NE SËMUNDJEN HIPERTONIKË



Kombinimi i Kriterëve
 Simbas Stadere në
 Semundjen Apektorike.



NDRYSHIMET RADIOLOGJIKE NË ARRITJIN REUMATOID

— KOÇO PORO, VANGJEL ANGJEL, KRISTAQ MORCKA —

(Klinika e II e Sëmundjeve të brendshme)

Të dhënat radiologjike gjatë arritit reumatoid (A R) kanë një vlerë të rëndësishme në kriteret e diagnozës si dhe për të përcaktuar stadin dhe shkallën e dëmtimeve që ka shkaktuar sëmundja.

Ndryshimet radiologjike në arritjin reumatoid hasen në të gjitha kyçet, por më shpesh gjenden në ato të duarve, si në kyçet metakarpofalangeale, në interfalangeale proksimale të duarve dhe të këmbëve, në karpet, radiokarpet, në kyçet e gjunjëve, bërrylit, temporo-mandibularin, talokruaralin, koksosfemoralin etj. Në shtyllën kurrizore preket kryesisht pjesa cervikale, ndërsa sakroileiti është i rrallë, me përjashtim të formës juvenile. Ndryshimet radiologjike të A R varen jo vetëm nga stadi dhe forma e sëmundjes, por dhe nga lloji i kyçit të prekur nga kjo sëmundje. Kështu në kyçet e duarve vërehen më shpesh: 1) osteoporozë e epifizave artikulare, në veganti në kyçet metakarpofalangeale dhe interfalangeale proksimale është shenjë e hershme e ndryshimeve radiologjike (fig. 1).

2) Gërryerjet kockore, errozionet subkondrale (fig. 2). Gërryerjet kockore të kyçeve të dorës ndahen në katër forma (1): a) gërryerje margjinale; b) gërryerje apo errozione shtypëse. Këto gërryerje dukën si copëza kocke të shkëputura nga ana e artiklacionit (si të kafshuarat e munt); c) geodet janë rezorblime apo thithje kockore të lokalizuara me përmasa të vogla, me kufi të paqartë; d) pseudokistet shfaqen si erozione margjinale dhe nuk kanë lqihje me buzën artikulare. Ato dukën si zbrazësira kockore, të rrethuara nga një reaktion i lehtë osteosklerozë.

3) Ngushitimi i hapësirës artikulare. Kjo i dehyrohet shkaktërrimit të kartilagos artikulare.

4) Dëmtime të vonëshme, por karakteristike, janë shmangjet në drejtim ulnar. Kjo u dehyrohet dezaksimave.

5) Shmangje boshlore të ndryshme. Gishtat marrin formën e qafës së mjelmës, të gëlcit etj.

6) Liza e karpëve. Kjo ndodh kur dëmtimet e karpëve janë të thella. Kockat karpale dukën si të shktrira. Hapësira artikulare ngushohet shumë (fig. 3, 4).

7) Reaksioni periostal takohet në mjaft raste qysh në statet e herëshme krahas osteoporozës, veganërisht, në artiklacionet interfalangeale proksimale.

8) Anklloza kockore është e rrallë, por mund të vërehet sidomos në artiklacionin interdigtal proksimal.

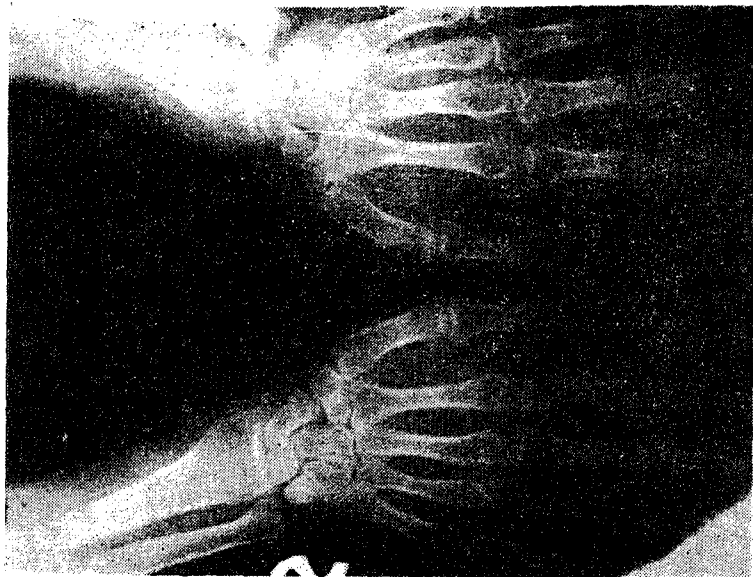


Foto 1

Osteoporozë në formë shiriti

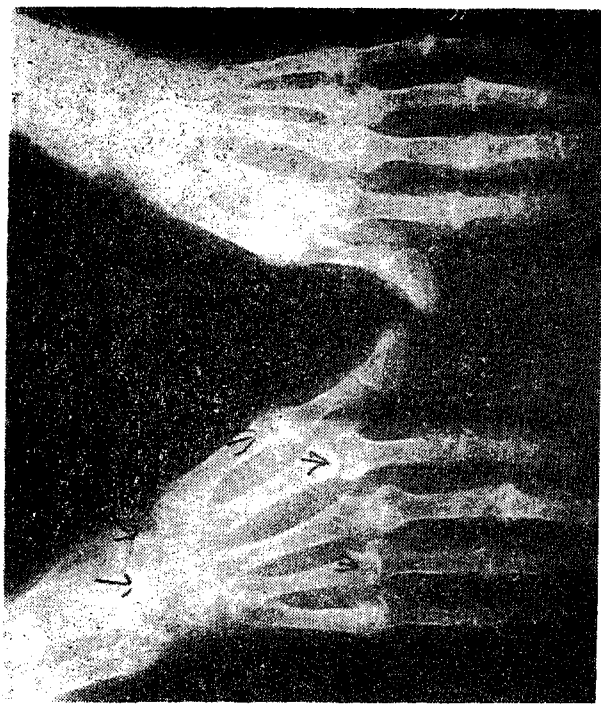


Foto 2

Erozione subkondrale



Foto 3
Geode të karpeve



Foto 4
Lizë e kockave të karpeve



Foto 5

Gërryerje anësore të tibia's

Dëmtimet e këmbës janë të ngjashme me ato të dorës. Në gjunjë, ndryshimi i parë dhe që nuk mungon pothuajse kurrë është osteoporozja periartikulare. Mjaft herë ka theksim të indeve të buta dhe zgjerim të hapësirës artikulare (Kur ka Iku)(4). Shenja kryesore e artritit reumatoid medialë, laterale dhe rethopatelare, (ngushtim i hapësirës dhe osteoporozat shfaqet më tepër në planin median). Erozionet subkondrale janë më të rralla, por mund të gjenden në pjesët marginale anash në pjesën e brendshme të tibia's (fig. 5). Këto shenja në i kemi hasur edhe në stadet e hershme (4).

Në artikulacionet koksofemorale, ndryshimet e A R cilësohen nga një ngushtim i njëtrajshëm i hapësirës artikulare (3). Ndryshimet e artikulacionit sakroiliak janë të rralla më tepër të njëanëshme dhe vërehen më shpesh në artritin reumatoid juvenil.

Për të parë lidhjet e dëmtimeve artikulare dhe të dhënat radiologjike në të sëmurët tanë, kemi marrë në studim 100 raste më 279 artikulacione të identuara dhe të radiografuara. Nga të 100 rastet, 70 kanë qënë femra dhe 30 meshkuj. Zgjedhja e të sëmurëve është bërë e rastësishme dhe u takojnë këtyre moshave: 15-25 vjeçare -30 raste, 26-35 vjeçare -5 raste 36-45 vjeçare -24 raste dhe mbi 46 vjeç -41 raste. Radio-graftitë e artikulacioneve për të 100 rastet kanë qënë: 80 karpë, 81 falange të dorës, 50 gjuri, 15 koksofemurali, 16 talokrurali, 16 të këmbëve tarso-metarset, 8 të bërrylit, 3 skapulohumeral dhe 10 sakroiliaket.

Nga të 279 të marrura në studim, kemi hasur më tepër këto dëmtime: osteoporosis -254, reaksion periostal -97, ngushtim hapësirë-189, geode -209, kiste kockore -114, gërryerje subkondrale -75, gërryerje anësore -78, dezaksim -36, ankllozë -51, liz e karpave -21 dhe theksim të inderës artikulare janë ndryshimet më të shpeshta, që shoqërojnë artritin reumatoid në gjithë ecurinë e tij. Osteoporozën e kemi hasur pothuaj në gjithë artikulationet. Ngushtimi i hapësirës artikulare është gjetur më shpesh në interdigjtalet, gjunjët, koksofemorale të bërrylt. Gërryerjet kockore (kistet apo gode) u gjetën më tepër në artikulationet e dorës në shumicën dërrmuese të rasteve, më pak në koksofemorale dhe talokrurale, ndërsa në gjunjët vetëm gërryerje anësore. Reaksioni periostal u gjend më tepër në interdigjtalet proksimalë dhe më pak në koksofemorale. Dezaksimet ishin kryesisht në kyçet e duarve dhe të këmbëve, shumë pak mbi gjunjët dhe koksofemorale.

Në studimin e lidhjes ndërmjet moshave të të sëmurëve dhe dëmtimeve radiologjike të pëhënat rezultojnë siç tregohet në pasqyrën nr. 1. Siç duket nga kjo pasqyrë, dëmtimet radiologjike më të shumta dhe më të thella kanë qënë në dy grup-moshat 15 deri 25 dhe 46 vjeçarë e lart. Nga këto të dhëna mund të konkludojmë se kur artriti reumatoid fillon në moshat e reja (forma juvenile), dëmtimet e kyçeve bëhen më shpejt dhe janë të shprehura. Vënia në dukje e dëmtimeve në moshat mbi 46 vjeç do të thotë se në AR e të rriturit, dëmtimet bëhen mëngadalë dhe thellimi i tyre kërkon disa vjet apo dekada vjetësh. Sigurisht që në këto të dhëna ndikon dhe numri i lartë i të sëmurëve në këto moshë, por jo kryesisht. Lidhja e dëmtimeve të kyçeve sipas seksëve na ka shprehur rezultuar siç shihet në pasqyrën nr. 2, se në gratë mbizotërojnë dëmtimet më të shumta dhe më të rënda. Këto të dhëna tejkalojnë ndikimin që ka shumica e rasteve të marrura në gra. Kështu në rastet të marrura në studim nga ana e jonë, siç përmëndëm më sipër, ishin 30 burra dhe 70 gra, pra afësisht 1:2.5. Por po të marrim psh lizën e kockave karpale, ishin vetëm dy në burra dhe 15 në gra. Pra afësisht 1 në 7. Apo kistet 17 në burrat dhe 55 në gratë, më tepër se 1/3 gërryerjet anësore, 9 me 40 në gratë, pra afësisht 1 në 4.5. Të dhëna interesante kemi marrë në lidhje me dëmtimet radiologjike të AR dhe moshë e sëmundjes (shih pasqyra nr. 3).

Kjo pasqyrë ve në dukje se dëmtimet më të shumta janë në të sëmurët me stazh sëmundje 4 deri 7 vjet. Me kalimin e vjetëve, proceset destruktive zhduken dhe fillon rigjenimi i artikulationit apo mbishitohen proceset e artrozës dhe kështu në të sëmurët me stazh sëmundje mbi 13 vjet ka vetëm 8 raste me osteoporozë, ndërsa në moshat e sëmundjes 4 deri 7 vjet ka 30 osteoporozë dhe 22 dezaksime, që nuk justifikohet më incidencën më të madhe të kësaj sëmundje në të sëmurët me 4 deri 7 vjet ecuri.

Si përfundim, nga të dhënat tona, paraprakisht mund të mendojmë se: 1) në vija të përgjithshme, ndryshimet radiologjike janë më të shprehura në gratë sesa në burrat.

2) Dëmtimet e kyçeve zhvillohet më shpejt dhe janë më të thella në artritet reumatoidë, që fillojnë në moshat e reja 15 deri 25 vjeçarë.

3) Artriti reumatoid dëntonon më tepër kyçet e karpëve, falangjeve, gjurit, talokruralit, gishtave të këmbëve, koksofemoralit dhe pasfaq kyçet e tjera.

4) Sipas stazhit të sëmundjes, dëmtimet më të shumta dhe më të thella janë në kontigjentin 4 deri 7 vjeç.

Dorëzuar në redaksi më 20 qershor 1978

BIBLIOGRAFIA

- 1) Boyle A. : Clinical rheumatology. Edimburg 1971, 235.
- 2) Greenfield G. : Radiology of bone diseases. Philadelphia 1975, 534
- 3) Murray R. : The radiology of skeletal disorders. London 1971, 432.
- 4) Porro K., Adhami J. : Reumatologjia. Fakulteti i mjekësisë. Tiranë 1977.

Pasqyra nr. 1

Shpeshësia e dëmtimeve radiologjike në grup-moshat e pacientëve

Nguishtimi hapesire	Geode	kiste	gërryerje subkon- dritale	gërryerje arësore	Deza- kaim	ankiloz	liz e kar- peve	Shumta
15-25 vj	25	26	22	18	14	15	10	4
26-35	4	4	3	1	1	2	1	1
36-45	20	21	15	10	12	9	6	4
46 e lart	39	40	32	24	22	24	15	8
Shumta	88	91	72	53	49	50	32	17
								134
								17
								97
								204

Pasqyra nr. 2

Shpeshësia e ndryshime e radiologjike sipas seksit

	Nguishtimi hapesire	Geode	Kiste	Gërryerje subkon- dritale	Gërryerje arësore	Dezaksimë	Liz e kar- peve	Shumta
M	23	26	17	15	9	15	2	107
F	65	67	55	38	40	35	15	315
Shumta	88	93	72	53	49	50	17	

Dentimnet radiologjike sipas kohës së fillimit të sëmundjes

	Osteo- porosis	Reaksioni peritostal	Ngushtrim hapesire	Geode	Kisite	Gërryerje Subkon- drate	Gërryerje anësore	Deza- kstim	Shuma
7-12 muaj	7	5	7	7	4	5	5	4	44
1-3 vjeç	17	10	18	17	11	7	6	7	93
4-7 vjeç	30	22	27	29	21	17	14	22	182
nbi 13 vjeç	8	6	9	11	10	6	6	4	60

Summary

RADIOLOGICAL CHANGES IN RHEUMATOID ARTHRITIS

The value is assessed of the radiological findings for the diagnosis of rheumatoid arthritis and the prognosis of its evolution. The study of 100 cases of rheumatoid arthritis allows to draw the following conclusions:

1. Among patients of equal age and ancientness of the illness the radiological changes are more pronounced in females than in males.
2. The radiological changes in the articulations begin earlier and are more pronounced in the cases when rheumatoid arthritis appears at an early age, between 15 and 25 years.
3. Rheumatoid arthritis attacks more frequently the articulations of the carpus, the phalanges, the knees, the talocrurals and coxo-femorals joints than the others.
4. The lesions are more pronounced and more numerous in the cases when the illness has been in course for over 4-7 years.

Résumé

MODIFICATIONS RADIOLOGIQUES DANS LES ARTHRITES RHUMATOÏDE

Les auteurs de cet article mettent en relief l'importance des données radiologiques dans le diagnostic de l'arthrite rhumatoïde et la prognoze de l'évolution de celle-ci. Après avoir examiné 100 cas d'arthrite rhumatoïde, ils aboutissent aux conclusions suivantes:

- 1) Parmi les patients de même âge et avec la même durée de la maladie identique, les modifications radiologiques sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes.
- 2) Les modifications radiologiques concernant les articulations se manifestent plus tôt et sont plus prononcées dans les cas où l'arthrite rhumatoïde apparaît pendant la jeunesse, entre les 15 et 25 ans.
- 3) L'arthrite rhumatoïde attaque plus fréquemment les articulations de la poignet, des phalanges, des genoux et des jointures talocrurals et coxo-femorals que les autres articulations.
- 4) Les lésions sont plus prononcées et plus nombreuses dans les cas où la maladie existe depuis 4-7 ans.

PËRDORIMI I APLIKATOREVE RADIOAKTIVË ME FOSFOR — 32 PËR MJEKIMIN E DISA SËMUNDJEVE TË LËKURËS

— SAKYRI BASHA — SKËNDER MALJA —

(Polihinika Gëndrore — Tiranë, Instituti i Fizikës Bërthamore — Tiranë)

Përdorimi i rrezatimit beta për shërimin e shumë sëmundjeve të lëkurës, syve etj. sot është pranuar si metodë shumë e suksesshme dhe përdoret në shkallë të gjërë në shumë klinika.

Përdorimi i rrezatimit për qëllime kurimi, ose, siç thuhet në praktikë, beta-terapia kryhet në dy mënyra: nëpërmjet përdorimit të rrezatimit brenda organizimit, duke futur izotopët radioaktivë në organizëm ose nga jashtë. Për rastin e dytë është e nevojshme të përgatiten burime radioaktive ose aparate të veçantë, që prohojnë rrezatim beta dhe këto të vihen në kontakt nga jashtë me pjesën e dëmtuar ose ta rrezatojnë atë në distancë.

Beta-terapia ka epërsi ndaj gama-terapisë në rastet kur kërkohet që rrezatimi i vatrës të bëhet nga jashtë dhe kur vatra është në sipërfaqe sepse, në rastë të tilla, është e mundur të rrezatohet vetëm vatra e sëmurë dhe të ruhen nga rrezatimi gelizat e shëndosha. Gjithashtu për shkak të thellësisë përkrahësisht të vogël të depërimit, indet e shëndoshë, që ndodhen nën vatrën e sëmurë, praktikisht nuk rrezatohen. Në pasqyrën nr. 1 jepet doza që krijojnë në thellësi të ndryshme burimi rrezatues me P-32, që përdoret gjërësisht dhe që prej vitësh ka gjetur zbatim në vendin tonë.

Pasqyra nr. 1

Thellësia e depërimit m/m	0	0.50	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0
Doza që krijohet në krahasin me si- përfaqen %	100	—	28	11.4	4.6	1.9	0.9

Përdorimi i rrezatimit beta për qëllime terapeutike bazohet në aftësinë e bashkëveprimit të rrezatimit me elementët e molekulave, që përbëjnë indet e gjalla. Në themel të këtij bashkëveprimi qëndron transmetimi i energjisë së grimcave në molekulat e atomet e mjedisit në të cilin ato depërtojnë. Rruga që përshkojnë grimcat beta është proporcionale me energjinë e tyre.

Mekanizmi i bashkëveprimit të grimcave beta me substancën (gelizën) shpjegohet me teorinë e «përplasjeve joelastike». Si rezultat i këtij bashkëveprimi formohen jone, molekula e atome të eksituar, të cilët në krakasim me atomet e molekulat normale, kanë tepricë energjie. Energjia e tepërt (e jonizimit dhe e eksitimit të molekulës) mund të kalojë në energji termike (shkruhet objekti që rrezatohet), në energji rrezatimi, që lëshohet nga molekulat e eksituara (lumineshencë) dhe në energji të reaksioneve kimike, si rezultat i të cilëve formohen të ashtuquajturit radikale të lirë dhe produkte të tjerë kimike.

Proceset kimike që ndodhin në gelizë, nën veprimin e rrezatimit jonizues, janë mjaft të ndërlikuar dhe nuk janë studjuar plotësisht. Mëqenëse geliza ka përbërëjtë të lartë uji, shpjegimet e sotme lidhen me radikalizën e ujit (6).

Veprimin e tij, rrezatimi jonizues e shteg si rezultat i bashkëveprimit të drejtpërdrejtë ose të tërthortë. Në rastin e parë, ndryshimet në molekule ndodhin për shkak të veprimit të drejtpërdrejtë të rrezatimit jonizues, ndërsa në rastin e dytë, si rezultat i marrjes së energjisë nga një grimcë e dytë. Në objektet biologjike, efekti i rrezatimit lidhet me veprimin të tërthortë të tij, që kryhet nëpërmjet radikaleve të ndryshëm të radikalizës së ujit.

Si rezultat i veprimit të rrezatimit në indet e gjalla mund të ndodhin efekte të ndryshëm biologjikë si denaturimi i proteinave (D 10⁶ rajl), prishja e një ose disa funksioneve të gelizës (p.sh. mungesë e aftësisë për ndarje etj.), prishje e kromozomeve dhe prishje e strukturës gelizore, inaktivizimi i fermenteve e viruseve, frenimi i sintezës së D R N e R N, polimerizimi i D R N etj. Ndryshimet që ndodhin në gelizë, nën veprimin e rrezatimit, mund të jenë të kthyeshme ose të pakthyeshme.

Siç shihet edhe nga pasqyrra 1, gjatë rrezatimit me burim me P-32, dozë të madhe do të marrë mblëktura (epidermi) dhe zona në të cilën ndodhen fundet e lira të nervave. Epidermi përmban kryesisht substanca proteinike të pasura në cistein, tirozin dhe histidinë. Shtresa e qelqitë transparente përmban eleidinë. Këto substanca, siç dihet, kanë veti të absorbojnë spektrin ultraviolet të dritës. Si rrjedhim, i gjithë rrezatimi ultraviolet, që shkaktohet gjatë jonizimit, do të absorbohet me precdence në shtresat e mësipërme. Gjatë veprimit të rrezatimit mbi aminocidet ndodh kryesisht deaminimi e dekarboksilimi, duke formuar aldeide e jlsa produkte të tjera.

Rrezatimi mbi acidet nukleinik e nukleoproteinat vepron duke i depolimerizuar. Ky proces mund të vazhdojë edhe disa orë pas ndërprerjes së rrezatimit.

Fermentët që gjenden të pastër janë shumë të ndjeshëm ndaj rrezatimit, ndërsa duke u ndodhur në lëngun gelizor, atyre u rritet qëndrueshmëria ndaj rrezatimit për shkak të efektit mbrojtës të substancave të tjera që gjenden aty.

PERGATITJA E BURIMIT

Në beta-terapi sipërfaqësore rekomandohen shumë izotopë rajlio-aktive për përgatitjen e burimeve (aplikatorëve). Izotopë beta-rrezatues të pastër, që kanë hyrë në praktikën klinike janë: 90y, 32p, 204Tl, 142Pm.

Përveç dy grupeve të mësipërme, me aplikatorë me fosfor-32 kemi kuruar edhe dhjetë raste me angjiomë të sheshtë. Në këto raste, kemi përdorur një dozë ditore prej 200 R gjatë dhjetë ditëve rradhazi, siç kanë bërë edhe autorë të tjerë (2, 3, 4).

Gjatë përdorimit të aplikatorëve me fosfor-32, të sëmurët nuk ndiejnë asnjë lloj shqetësimi. Vetëm një i sëmurë, nga 121 rastet që kemi pasur, ka deklaruar se gjatë kohës që përdorej aplikatori ndiente një mpirje të lehtë në dhembë. Ky rasi duhet shpjeguar me ndonjë vegori psikologjike të të sëmurit ose me radiosensibilitet të lartë të tij.

Rezultatet e arritura në kurimin e llojeve të mësipërme të dermatomave, duke përdorur izotopin radioaktiv të fosforit, si burim rrezatimi, janë përmbledhur në pasqyrën nr. 3.

Siç shihet nga kjo pasqyrë, gjatë kësaj periudhe janë kuruar 121 pacientë, që mund të përmbildheshin në tre grupe. Në grupin e parë përmbilthen ata të ekzemave, neurodermitëve dhe dermatitëve prurizivë. Këta përfaqësojnë 104 pacientë ose 85,90% të numrit të pacientëve dhe pothuajse të gjithë janë të rritur, me përjashtim të dy vëllezërve me moshën nën 10 vjeç. Meshkujt përfaqësojnë 58,60%, ndërsa femrat 41,40%.

Këta të sëmurë përbejnë numrin më të madh të tyre. Ndjekja e efektit të kurimit është kryer ambulatorisht çdo 2 — 3 muaj. Rezultatet kanë qenë të kënaqshme sepse pas 3-4 dhe deri 6 vjet mjekimi, është konstatuar shërim në këtë mënyrë: në 86% të neurodermitëve në 76% të ekzemave kronikë prurizivë, në 72% të ekzemave atopike efi. Rezultatet e arritura mund të konsiderohen të kënaqshme atopike një-deri-pënjindje të tillë shërimi (që duhet konsideruar e lartë), shqetësimi kryesor, të kroiturit, është zhdukur krejtësisht dhe indi është kthyer në normë.

Për këtë grup është interesant të përmendet rasti i Jy vëllezërve (P. D.), të ardhur nga fshatrat e Lushnjes, me *eczema atopicum* dhe me moshë 7 dhe 8 vjeç. Dermatoma ishte shfaqur në regjionet poplite, në abdomen, me papula të forta, të mëdha sa një kokërr gjilpërë dhe me të kroitur të theksuar. Ishte një simptomë që i shqetësonte jashtë masës fëmijët, ditën dhe natën, duke i penguar seriozisht në mbarëvajtjen e mësimere. Prindrit gjithashtu ishin të shqetësuar, sepse, pas shumë mjekimesh qetësuese dhe desensibilizuese, fëmijët nuk patën përmirësim. Pas një kurimi gjastë ditore me aplikatorë me fosfor-32, duke u dhënë dozë 100 R në çdo seancë, të kroiturit u zhduk së bashku me papulat dhe në vatrë e prekura, lëkura u kthye në gjendje normale.

Nga janari i vitit 1976 kemi filluar të mjekojmë me aplikatorë me fosfor radioaktiv sëmumditet e kapilaritetit të gjakut, angjiomat e shetra të kugë-vere të sheshta ose pak të ngritura, me madhësi të ndryshme që shkojnë nga Ø 10-15 mm deri në më tepër se Ø 300 mm, të cilat mund të shfaqen në çdo pjesë të lëkurës. Ndonjëherë ato zhduken vetvetiu pak kohë pas shfaqjes, por, në më të shumtën e rasteve, qëndrojnë dhe vijnë duke u zmadhuar. Megjithëse nuk japin ndonjë dhembje, ato shkaktojnë shqetësimë estetike në pjesët e dukshme të trupit, si në fytyrë dhe sidomos në vajza.

Rastet me angjioma janë 10, të gjithë të moshës së rritur, 2 meshkuj dhe 8 femra. Një i sëmurë e ndërprenë kurën, kurse tjetri (A. P.) me angjiomë të rumbullakët, jo shumë të ngritur, në madhësi sa një bizele,

Pasqyra nr. 3

Nr.	Lloji i sëmundjes	Mosha 1-10 vjeç	Mosha 11 vjeç e lart	S e k s		Doza e përdorur R	Shëruar	Përmirësuar	Pa ndryshim	Përqindja e shërimit
				M	F					
1	Neurodermitis	—	29	19	10	600	25	4	—	86
2	Eczema chronicum pruriginosum	—	58	32	26	600	41	10	7	76
3	Eczema atopicum	2	9	7	4	600	8	2	1	72
4	Dermatitis papulo pruriginosa	—	6	3	3	600	4	2	—	60
5	Angioma	—	10	2	8	2000	2	8	—	20
6	Naevus linearis pruriginosus	1	—	—	1	600	—	1	—	—
7	Acne nuchae	—	3	3	—	600	2	1	—	66
8	Keloid	2	—	1	1	1500	—	—	2	—
9	Granuloma anulare	—	1	1	—	600	—	—	1	—
Gjithsej		5	116	68	53		82	28	11	

e vendosur në pjesën e sipërme e të mesme të buzës së poshtme, u shërhoi me gjo. Angjijoma e zhdokur, pas dy vjetëve kontrolli të kohëpas i plotë.

Në rastet e femrave, njëra 20 vjeçare (A. Sh.), nga Fieri, kishte hequr mangjoni të përhapur nga gjysma proksimale e regjionit metakarpa e gjymtyrës së sipërme të djathtë. Deri në atë kohë, e sëmurura ishte timi i gjithë sipërfaqes ka qënë i pamundur për shkak të sipërfaqes së thellimi të përkohshëm të eritemës angjijomatoze, u zbeh. Rezultatet e para të përfuara, në këtë rast të papërfunduar, duhet të konsiderohen të kënaqshme dhe optimiste për të ardhmen.

Shtatë të sëmurëve të tjerë, me moshë të rritur, angjijoma iu është shfaqur pak muaj pas lindjes ose në dy vjetët e para të jetës, në një anë të fytyrës. Përgjithësisht kjo ka ngjyrë të kuqe-vere, në formë të rrumbullakët të parregulltë dhe me një diametër nga 5 deri në 10-15 cm. Karakteristikë e këtyre angjijomave është se përkthim pothuajse gjithnjë kapakun e poshtëm të syrit dhe janë të shfaqura vetëm në një anë.

Në këta shtatë të sëmurë, vetëm një (A. N.), 23 vjeç, ka mbaruar kurimin, duke rrezatuar gdo vjetër dy herë (një herë në 6 muaj me 200 R dhe indi ishte kthyer në ngjyrën normale të tij. Mendojmë se ky rast mund të vlerësohet me rezultat paraprak të mirë.

Gjashtë të sëmurët e tjerë kanë kryer rrezatimin e parë, duke u dhënë një dozë prej 2000 R. (me procedurë të lartë) dhe kanë përmirësimit të shprehur në paktësimin e eritemës. Mendojmë se edhe këto rezultate paraprake të mëkimit të angjijomave të sheshta mund të vlerësohen të mira.

Mund të konkluzohet se përdorimi i aplikatorëve radioaktivë të fosfo-rit -32 me dozat e treguara, ka dhënë rezultate të kënaqshme në 76% të ekzemeve, në 86% të neurodermitëve dhe në 72% të ekzemeve atopike. Në keloidet dhe granuloma anulare nuk kemi pasur rezultate, ndërsa në angjijomat e sheshta, rezultatet e arritura janë optimiste për të ardhmen. Këto rezultate ndryshojnë pak nga ato të literaturës. Në literaturë, përqindja e shërimit për ekzemat jepet 85%, ndërsa në neurodermitet 75%.

Doza e përdorur nga ne, për kurimin e neurodermitëve është 20-30%/më e vogël sesa ajo që rekomandohet në literaturë (3), ndërsa përqindja e shërimit e arritur tek ne është 11% më e lartë.

Mendojmë se rezultatet e arritura deri më sot duhen të pasurohen akoma me raste të tjera si për sëmundjet në fjalë, për të gjetur ligjshmëri në statistikorë, ashtu dhe për t'u shtrirë në lloje të tjera sëmundjesh.

Dorëzuar në Redaksi më 20 maj 1978.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Basha Sh. e bp. : Përgatitja e aplikatorëve dhe rezultatet paraprake të përdorimit të tyre në disa semundje të lekures. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1971, 2, 89.
- 2) Dorothy V. Whipple : Dynamics of development. *Ethnic pediatric*. 1968, 303.
- 3) Haltsinsky M. : Jadernaja himija i jeje priloženija. 1961, 426.
- 4) Schomfeld N. : Lehrbuch der Haut und Geschleches — Krankheiten, Stuttgart 1959, 386.
- 5) Sokolov V. A. : Istočniki beta izlugaenija v medicine. *Atomizdat*. 1966, 81.
- 6) Zawahry M. El. : Text Book of common Skin diseases. *Carrio* 1971, 41.

Summary**THE USE OF PHOSPHORUS-32 RADIOACTIVE APPLICATORS
IN THE TREATMENT OF SOME SKIN DISEASES**

The use of phosphorus applicators (radioactive) has become a well established method of treatment of a number of skin diseases in which the usual methods fail to give satisfactory results.

For the treatment of various diseases of the skin and the blood capillaries P₃₂ applicators were prepared in doses up to 3600 r/cm²/hour. Beta-therapy has given good results in 86% of the neurodermites, in 76% of the cases with chronic pruriginous eczema and in 60% of the cases with pruriginous dermatitis. In plane angiomata the up to date results have proved satisfactory in the cases in which the treatment was completed. In Granuloma annulare and cheloids beta-therapy has proved ineffective, whereas in acne mucrae and pruriginous naevi the symptom of pruritus was relieved.

Résumé**USAGE DES APPLICATEURS RADIOACTIFS DU PHOSPHORE-32
DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES MALADIES DE LA PEAU**

L'emploi des applicateurs radioactifs du phosphore s'est désormais affirmé comme une méthode efficace dans le traitement de beaucoup de maladies de la peau, du fait même que les méthodes habituelles ne donnent pas des résultats satisfaisants.

Pour le traitement de diverses maladies de la peau et des capillaires du sang ont été préparés des applicateurs P₃₂ dans des doses allant jusqu'à 3600 r/cm²/heure. La bêta-thérapie a donné de bons résultats dans 86% des cas de neurodermite, dans 76% des cas d'eczéma prurigineux chronique et dans 60% des cas de dermatite prurigineux. Si le traitement est conduit à terme, les résultats sont satisfaisants même dans les angéliomes plates. En ce qui concerne les granulomes annulaires et les chéloïdes, la bêta-thérapie s'est montrée inefficace; dans les cas d'acne mucrae et de venus prurigineusum, au contraire, cette même thérapie a fait disparaître provisoirement le prurit.

PËRCAKTIMI I KREATININËS ME MIKROMETODË NË GJAKUN KAPILAR

— Srit Leskoviku —

(Laboratori Gëndror biokimik — Spitali nr. 1 Tiranë)

Në vazhdim të studimit tonë për aplikimin e mikrometodave në gjakun kapilar, në këtë punim po paraqitëm një mikrometodë për përcaktimin e kreatininemisë.

Kreatinina është një produkt endogjen i metabolizmit muskular (cituar nga 10). Si organ i jashtëqitjes, veshka rregullon përgëndritimin e kreatininës në gjak. Niveli i kreatininës së serumit zakonisht është përkrahësisht i qëndrueshëm për çdo individ dhe varret drejtpërdrejt nga masa muskulare e trupit.

Metoda që përdoret zakonisht për përcaktimin e kreatininemisë është ajo e reaksionit Jaffe (4). Ky reaksion nuk është specifik për kreatininën; në gjak dhe sidomos në rruzat e krude ka edhe substanca të tjera si trupat ketonikë, acidi askarbik, piruvati dhe glukozja, që japin reaksion ngjyrues jo specifik (6, 7, 11). Për këtë arsye, përcaktimi duhet bërë në serum apo në plazmë.

Metoda me acidin dinitrobenzolk (cituar nga 6) jep vlera që afrohen shumë me përgëndritimin efektiv të kreatininës, por ka si të metë pagëndrueshmërinë e ngjyrës.

Krahmas metodave të lanpërmëndura ekzistojnë edhe metoda kinetike dhe automatische të përcaktimit të kreatininës, që bazohen në reaksionin Joffe (3, 5).

QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i këtij punimi është përcaktimi i kreatininës me mikrometodë në gjakun kapilar në çdo laborator me pajisje të zakonshme, pa qënë nevoja për pajisje dhe mjete speciale.

Nga literatura e huaj që kemi mundur të konsultojmë nuk kemi gjetur ndonjë mikrometodë me gjak kapilar për kreatininën që kërkon pajisjet e zakonshme të një laborator biokimik. Kështu një autor (6) përdor 100 mikrolitra serum, por rekomandon dhe ultramikropajisje speciale.

Në përstatëtim dhe aplikuan metodën që përshkruan një autor tjetër (3), që kërkon 1 ml. plazmë ose serum. Si rezultat i këtij modifikimi duhen vetëm 200 mikrolitra plazëm dhe sasi reagentësh më të pakët.

Parimi i mikrometodës sonë bazohet në precipitimin e proteinaeve plazmatike sipas Folin — Wu dhe në reaksionin ngjyrues të kreatinines me pikrofin alkaline, si rezultat i të cilit formohet një bashkëdyzim me ngjyrë tulle që ka maksimumin e absorbimit në filtrin e 500 nm.

MATERIALI I STUDJUAR

Për të eksperimentuar dhe provuar përpikërinë e mikrometodës kemi bërë 489 dozime të kreatininisë, nga të cilat 40 për të studjuar riprodhueshmërinë e metodës, 10 për rekovertin, 200 për lidhjen statistikore dhe analizën regressive, 200 për vlerat normale dhe 39 për raste patologjike.

REAKTIVAT DHE TEKNIKA E MIKROMETODËS

Reaktivat

- 1) Tretësirë N/12 acid sulfurik
- 2) Tretësirë 100% volframot natrimumi
- 3) Tretësirë 1.170% acid pikrik
- 4) Tretësirë 100% hidroksid natrimumi
- 5) Pikrat alkalin : 1 veillin tretësirë 10 % hidroksid natrimumi + veillime acid pikrik 1.170%. Përgatitet para analizës.

TEKNIKA

Nga gisht merret 0.5 — 0.6 ml. gjak dhe hidhet në një mikrocuprue të heparinizuar me përmasa 35 x 8 mm. Heparinizimi është bërë duke i shpëlarë mikrocupruevat me një tretësirë që përmban 1 ml. hepevine 5000 U.I. në 70 ml. ujë të distiluar; pasta e epruvevat janë tharë për dy orë në dollap tharës në temperaturën rreth 100°C.

Përmbajtja e mikrocupruevës përzihet që gjaku të mos koagulojë dhe centrifugohet në mikrocentrifugë. Merrren 200 mikrolitra plazmë dhe një mikropipetë të graduar tip Pastër dhe hidhen në një epruvetë të zakonshme centrifuge. Shtohet 1.6 ml. tretësirë N/12 acid sulfurik dhe 0.2 ml. tretësirë 100% volframot natrimumi. Përzihet dhe centrifugohet. Centrifugati që është rreth 1.5 ml. derdhet në një epruvetë tjetër dhe aty shtohet 1 ml. pikrat alkalin. Lihet 10 minuta në qetësi dhe fotomtrohet në FEK me filtrin 500 nm me kyvetë 0.5 cm. kundrejt ujit të distuar.

Blanku i reagentëve punohet një lloj si analiza, veçse në vend 200 mikrolitra plazmë merret 200 mikrolitra ujë i distiluar.

REZULTATET E EKSPERIMENTIT DHE DISKUTIMI I TYRE

1 — *Kalibrimi i analizës.* — U përgatit një tretësirë standard mën me përqëndrim 100 mg⁰/₀ duke tretur 100 mg. kreatininë në 100 l. tretësirë 0.1 N HCl. Prej kësaj tretësire u përgatitën 8 etalone me pë

gëndrime 2; 4; 6; 8; 10; 12; 14; 16; 18 dhe 20 mg⁰/₀ kreatininë duke bërë hollimet me ujë të distiluar.

Secili etalon u punua një lloj si analiza duke filluar nga faza e parë e saj, veçse në vend të 200 mikrolitra plazëm merret 200 mikrolitra prej secilit etalon. Kurba e kalibrimit që u ndërthra me ekstinksonet e fituara rezultoi vijë e drejtë deri në përqendrimin 20 mg⁰/₀ kreatininë. Të dhënat e fituara janë paraqitur në pasqyrën nr. 1. Nga të dhënat e paraqitura në këtë pasqyrë është zbritur vlera e blankut të reagentëve (O D = 0.085).

Pasqyra nr. 1

Etaloni kreatininë në mg%	Ekstinksoni i secilit etalon
2	0.035
4	0.070
6	0.115
8	0.135
10	0.160
12	0.195
14	0.230
16	0.255
18	0.285
20	0.320

Në dozimet e përditshme për efekt llogaritjeje të përdoret vetëm etaloni 2 mg⁰/₀ dhe llogaritja e sasisë së kreatinensë duhet bërë me formulën e mëposhtme:

$$\text{mg}^0/0 \text{ kreatininë} = \frac{\text{(Ekstinksjon i analizës - Ekstinksjon i blankut)}}{\text{(Ekstinksjon i standardit - Ekstinksjon i blankut)}} \times 2$$

Kufirin drejtvizor të kurbës të kalibrimit një autor (8) e ka gjetur deri në përqendrimin 15 mg⁰/₀, kurse një tjetër (3) deri në 20 mg⁰/₀ kreatininë.

2. — **SPEKTRI MAKSIMAL I ABSORBIMIT** — Kjo hallkë eksperimentale u provua për blankun e reagentëve dhe standardet me përqendrimit 2 dhe 4 mg⁰/₀ kreatininë. Rezultatet e këtij eksperimenti paraqiten në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Filtri	42	44	48	50	53	55	59
Mositra							
Blanku	1.5	0.97	0.155	0.095	0.015	0.040	0.000
2 mg%	1.8	1.05	0.195	0.130	0.030	0.060	0.000
4 mg%	1.8	1.10	0.220	0.155	0.050	0.060	0.000

Për të përcaktuar filtrin e përshatshëm u gjykua sipas ndryshimit të ekstinkcionit të dy etaloneve me përqëndrime të ndryshme kreatinin dhe u pa se ky ndryshim ishte më i madh për filtrin 48 dhe 50. Por me qënëse filtri 48 jep një blank më të lartë se filtri 50 (0.155 kundrejt 0.095) ne preferuam filtrin 50. Një autor (3) ka gjetur si absorbim maksimal gjatësinë e valës 490 nm, një tjetër (6) 550 nm, kurse një autor tjetër (5) e bën matjen fotometrike në 555 nm. Kjo diferencë e vogël në gjatësinë e valës së fotometritit, midis të dhënave të autorëve të ndryshëm, shpjegohet me tipat e ndryshëm të fotokolorimetrave dhe spektrofotometrave, që janë përdorur për matje.

3) **RIPRODHUESHMËRIA E METODËS.** — Rezultatet e eksperimentit të riprodhueshmërisë së mikrometodës së kreatinemiisë të provuara për rastet normale dhe patologjike janë paraqitur në pasqyrën nr. 3.

Pasqyra nr. 3

Riprodhueshmëria e rezultateve në seri nr. 20	
Për rastet	
Normale	Patologjike
X (mg%)	4.77
S (mg%)	0.215
V (%)	4.3

Nga të dhënat e paraqitura në pasqyrën nr. 3 rezulton se riprodhueshmëria e rezultateve në seri për rastet patologjike është brenda kufirit të lejueshëm ($V = 4.3\%$), ndërsa për rastet normale ($V = 11.3\%$) kalon pak kufirin e lejueshëm. Mendojmë se kjo shpjegohet me faktin se një ekstinsion prej 0.01% i përkon 0.33 mg% kreatininë, meqënëse mostra e gjakut të analizuar është përkrahësisht e vogël. Megjithatë k nuk ul vlerën e metodës për përdorim në praktikën e përditshme laboratorike.

4. **REKOVERI I ANALIZËS.** — Për të eksperimentuar rekovertin mikrometodës përdorën standardin me përqëndrim 20 mg% kreatinin Shuam 10 përqëndrime të ndryshme prej tij në të njëjtën mostër plazmes së gjakut. Sasitë e kreatinmës të situara, të zbuluara dhe përqindja e rekovertit të fituar janë paraqitur në pasqyrën nr. 4.

Pasqyra nr. 4

ml standart kreatinë 20 mg %	Kreatinë e shuar në mg	Kreatinë e zbuluar në mg	Rekoveri %
0.10	0.020	0.020	100
0.11	0.022	0.020	90
0.12	0.024	0.020	91
0.13	0.026	0.025	96
0.14	0.028	0.026	93
0.15	0.030	0.025	83
0.16	0.032	0.030	93
0.17	0.034	0.031	91
0.18	0.036	0.032	84
0.19	0.038	0.036	93
0.20	0.040	0.038	93

Rekoveri mesatar = $92 \pm 4.9\%$

Sikurse shihet edhe nga pasqyra nr. 4, rekoveri mesatar është $92 \pm 4.9\%$ dmth brenda kufirit të lejueshëm.

5. — **KRAHASIMI I MIKROMETODËS ME METODË REFERENTE.** — Mikrometodën e përcaktimit të kreatinës në gjakun kapilar e krahasuar me një metodë referente. Si të tillë përdorëm metodën që është nënësuar në laboratorët kliniko-biokimike të vendit tonë (1, 9), e cila kërkon serum ose plazëm të fituar nga gjaku venoz.

Përpunimi statistikor i të dhënave krahasuese të dy metodave është bërë në Qendrën e Matematikës Llogaritëse të Akademisë së Shkencave të RPS të Shqipërisë. Si prag i pranueshmërisë së probabilitetit është marrë kufiri $P = 0.05$.

Rezultatet e krahasimit të dy metodave janë paraqitur në pasqyrën nr. 5.

Pasqyra nr. 5

Metoda	N	t-testi	r
Mikrometoda	100	0.049	0.988
Metoda referente	100		> 0.05

Parametrat statistikorë të paraqitur në pasqyrën nr. 5 tregojnë për një lidhje të ngushtë statistikore ndërmjet mikrometodës dhe metodës referente, gjë që duket nga koeficienti i korelacionit $r = 0.988$.

Analiza regresive e rezultateve paraqitet në figurën nr. 1. Ekuacioni i regresionit është $Y = 0.045 + 0.896 X$. Koeficienti i regresionit është 0.896.

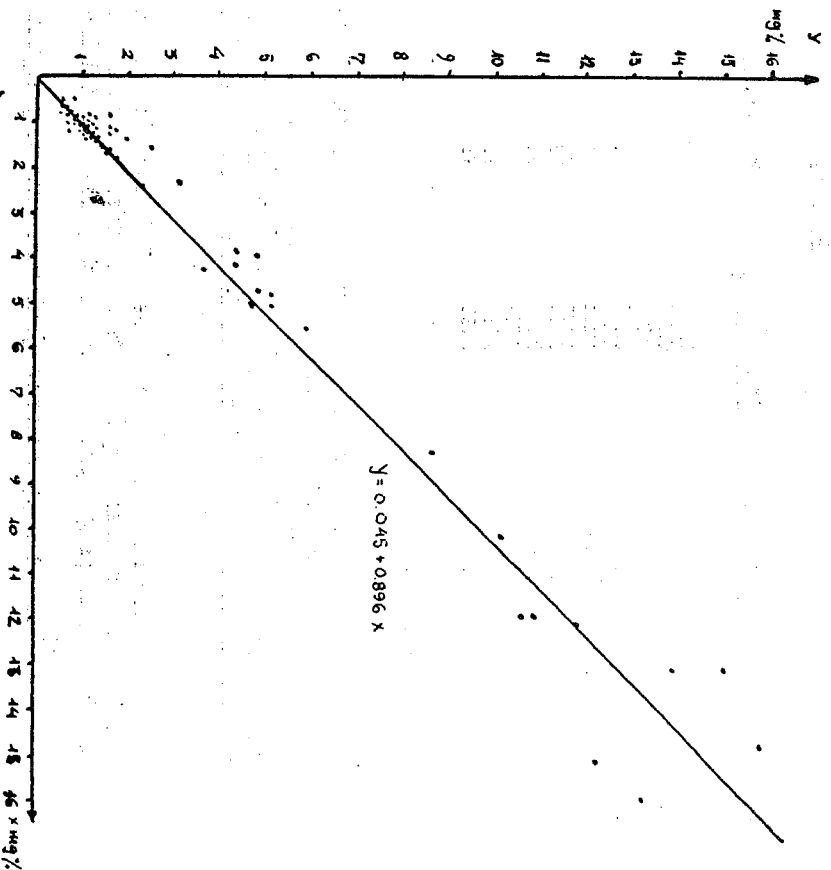


Figura Nr. 1 ANALLIZA REGRESIVE E MIKROMETODES KREATININEMISE
 X = REZULTATET E METODES REFERENTE
 Y = REZULTATET E MIKROMETODES

Përgjithësisht duke iu referuar llogaritjeve statistikore që kemi paraqitur në këtë punim mund të themi se rezultatet e marrura me mikrometodë kanë vërtetësi shkencore.

6. — *Vlerat normale të mikrometodës.* — Përcaktimi i vlerave normale të mikrometodës së kreatinimisë në gjakun kapilar u bë duke bërë dozimin në 200 njerëz të shëndoshë. Përpunimi statistikor tregoi për një shpërndarje normale të rezultateve. Si vlerë normale rezultoi $X \pm 2S = 0,35 - 1,81$ mg⁰%. Të dhënat tona, të krahasuara me ato të autoreve të tjerë përputhen, me hdyryshme pak a shumë të vogla, që mendojmë se i detyrohen mikrossisë së gjakut që përdorim ne. Kështu një autor (3) kreatiniminë e ka gjetur normalisht në shifrat 0,8 — 1,5 mg⁰%. Autorë të tjerë e kanë gjetur prej 0,5-1,2 (8), 0,9-1,4 mg⁰ (4), 0,6-1,5 mg⁰ (11).

7. — *Dozimi i kreatinimisë me mikrometodë në rastet patologjike.*

Mikrometodën e kreatininemisë e provuam për saktësi edhe përputhshmëri edhe me diagnozën klinike. Për këtë bëmë dozimin e kreatininsë në plazmën e gjakut kapilar në 39 të sëmurë me insuficiencë renale.

Nga përpunimi statistikor rezultoi se vlera mesatare dhe devijimi standard i kreatininemisë për 39 të sëmurë për insuficiencë renale ishte $7.9 \pm 5.65 \text{ mg}\%_0$ kundrejt $1.084 \pm 0.365 \text{ mg}\%_0$, që ishte vlera e gjetur në njerëzit e shëndoshë. Pra rezultatet e marrura për rezultatet patologjike i përgjigjen mirë klinikës.

PËRFUNDIME

- 1) Mikrometoda e kreatininemisë paraget riprodhueshmëri të mirë të rezultateve, rekovert brenda kufirit të lejueshëm dhe një kurbë kalibrimi, që është drejtvizore deri në përqëndrimin $20 \text{ mg}\%_0$ kreatinine.
- 2) Mikrometoda është e shpejtë, e përpiktë dhe jep rezultate të përafërta me metodën referente ($r = 0.988$; $P > 0.05$).
- 3) Analiza regressive tregon lidhje të ngushtë të mikrometodës me metodën referente.
- 4) Vlera normale e kreatininemisë me mikrometodë është $0.35-1.81 \text{ mg}\%_0$.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Brykbasht V., Leskoviku S.** : Manual i ekzaminimeve kliniko-biokimike. Tirane 1970, pjesa e dytë.
- 2) **Fahmy D. L., Ershinghausen G.** : Autometed reaction method for determination of serum creatinine with the centrif. — chem. Clinical Chemistry 1971, 17, 696.
- 3) **Faulkner R., Willard, John W. King** : Manual of clinical laboratory procedures. 1970, 38.
- 4) **Henry R.** : Clinical chemistry. New York 1964, 287.
- 5) **Jack A. Lusgarten, Robert E. Wenk** : Simple rapid kinetic method for serum creatinine measurement. Chical shemistry 1975, 11, 1419.
- 6) **Mattenheimer N.** : Mikrometodi biochimici e chimico clinici. Padova 1971, 72.
- 7) **Mercik E.** : Chical laboratory. 11-th edition of medico-chemical investigation method. Darnstadt 1970, 218.
- 8) **Spondrio L.** : Analisi biochimico-cliniche. Padova 1972, 68.
- 9) **Shehu E.** : Studim eksperimental për unifikimin në shkallë Republikë të metodave të kreatininemisë. Nëntor 1976 (material i pa botuar).
- 10) **Shiteto K.** : Biokimia në praktikën klinike. Tiranë 1975, 341.
- 11) **Valente D. e bp.** : Il laboratorio clinico Milano 1967, 144.

Summary

A MICROMETHOD FOR THE DETERMINATION OF CREATININ IN CAPILLARY BLOOD

A micromethod is presented for the determination of creatinin in capillary blood. It requires 200 microliters of blood plasma and is an adaptation of the classical Joffe method, based on a colour reaction.

The micromethod gives a good reproducibility of the results and a recovery within the permissible limits, as well as a straight-line calibration curv up to a

concentration of 20 mg/100 ml. The micromethod is rapidly performed, precise and gives results comparable to those of the reference method used by the author ($r = 0.988$; $p < 0.05$). The precision of the method was tested by a regressive analysis ($y = 0.945 + 0.896 x$).

The micromethod was also tested on normal subjects and the values found ranged between 0.35 and 1.81 mg/100 ml.

Résumé

UNE MICROMÉTHODE POUR LA DÉTERMINATION DE LA CRÉATININE DANS LE SANG CAPILLAIRE

Cette méthode a été mise au point pour déterminer la créatinine dans le sang capillaire, et cela à partir de la méthode classique de Joffe, qui se fonde sur réaction de la couleur. A cette fin, il importe d'avoir 200 microlitres de plasma sanguin.

Elle garantit une bonne reproduction des résultats, une recovery dans les limites permises et une courbe de calibrage allant du linéaire à une concentration de 20 mg/100 ml. Cette microméthode est appliquée rapidement, elle est précise fournit des résultats comparables à ceux obtenus par la méthode de référence employée par l'auteur ($r = 0.988$; $P < 0.05$). Sa précision a été mise à l'épreuve par l'analyse régressive ($y = 0.945 + 0.896 x$).

Cette méthode a été également appliquée à des sujets normaux et les valeurs obtenues variaient de 0.35 à 1.81 mg/100 ml.

NJË STUDIM KLINIKO-HISTOPATOLOGJIK I LEUKOPLAKISË SË GOJËS

— XHAVIT ULQINI — GOJART CERGA — FLAMUR REXHA —

(Katedra e Terapisë stomatologjike, Katedra e patologjisë së përgjithshme,
Poliklinika Qëndrore stomatologjike — Tiranë)

Leukoplakia është një sëmundje kronike, që prek kryesisht membranën mukozë të fagëve, të buzëve, të gjuhës etj.

Etiopatogjeneza. — Etiopatogjeneza është e paqartë, por ngacnimet kronike, goftë këto lokale apo të përgjithshme, ndihmojnë lindjen e sëmundjes. Këtu mund të përmendim duhanin, alkoolin, elektrogalvanizimin, sëmundjet e sistemit gastrointestinal, sëmundjet specifike, avitaminozat, çrregullimet hormonale, sëmundjet kronike të veshkave etj. Rëndësi ka dhe higjiena e hapësirës së gojës (1, 2, 4, 6).

Sëmundja shfaqet me pllaka të bardha me shkëlqimin e sidefit, të cilat mund të jenë të sheshta, të ulçeruara, verrukozë.

Nga ana histopatologjike, sëmundja paraqet një ntrashje të epitelit të membranës mukozë, e cila mund të paraqesë fenomenet e hiperkeratozës, parakeratozës, ekantozës etj. Në shtresën subepiteliale vërehet infiltrim limfo-bukocitar (2, 3, 4, 11).

Në këtë material ne kemi bërë një studim kliniko-histopatologjik të 39 të sëmurëve me leukoplaki të ndjekur qysh nga viti 1972. Nga të sëmurët të paraqitur për mjekim, këto raste përbëjnë 1,30%, gjë që përputhet edhe me të dhënat e autorëve të tjerë (1, 6, 7). Sëmundjen e kemi hasur më shpesh në meshkujt (33) sesa në femrat (6) (raporti meshkuj : femra 5,6 : 1). Kjo përputhet me të dhënat e shumë autorëve (1, 4, 5, 7, 10). Të ndarë sipas grup-moshave, të sëmurët tanë i paraqitim në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1.

Grup-moshë 20—29	Grup-moshë 30—39	Grup-moshë 40—49	Grup-moshë 50—59	Grup-moshë 60—69	Gjithsej					
M	F	M	F	M	F					
2	2	5	—	10	3	10	—	6	1	M+F
4		5		13		10		7		39

Mosha mesatare e të sëmurëve rezulton 45 vjeç, më i riu 23 vjeç, më i moshuari 70 vjeç.

Nga pasqyra nr. 2 rezulton se tek të sëmurët tanë, faktorët më të shpeshtë, që ndihmojnë lindjen e leukoplaksisë janë: duhani, alkooli, traumat mekanike, hepatiti kronik, gastritet dhe ulçerat e stomakut, gregullimet nervore.

Pasqyra nr. 2

Faktorët favorizues të leukoplaksisë	nr i të sëmurëve
Pijnë duhan (20—50 cigare në ditë)	34
Pijnë alkool me shumicë	6
Me dëmtime traumatike kronike të mukozës	5
Elektrogalvanizim 200 M A	1
Vuajtje nga hepatiti kronik	6
Vuajtje nga TBC i shqetëruar me Cor pulmonar	1
Vuajtje nga gastrit, kolit, ulçer	5
Distoni neurovegetative, neurozë	6
Rrezatim i tepërtë djellor	1
Kolesterolmeni e rritur	1

Lokalizimin më të shpeshtë të sëmundjes e kemi hasur në fage, në buzë, në procesin alveolar. Në fage ka gënë e dyanëshme në shtatë të sëmurë. Sig shihet nga pasqyra nr. 3, forma më e përhapur e leukoplaksisë, në rastet tona, ka gënë forma e sheshtë — 17 të sëmurë, erozi-vo-ulçerative 11, verrukoze 9 dhe Tappenier 2.

Pasqyra nr. 3

Lokalizimi	Gjithsej	E sheshtë	Erozi- Ulcervative	Verrukoze
Në fage (7 nga të cilët në këndim e buzës)	14	5	6	3
Në buzë	4	1	2	1
Në procesin alveolar	9	3	3	3
Në trigonum retromolare	2	—	—	2
E gjeneralizuar	3	—	—	2
Në palatum	2	—	—	—
Në gjuhë	3	3	—	—
Në gingivë	3	1	—	—
Në harget palatine	1	1	—	—

22 të sëmurëve u kemi bërë ekzaminim histopatologjik. Në shumicën e rasteve, diagnoza histopatologjike ka vërtetuar atë klinike.

Nga studimi histopatologjik i rasteve rezulton se leukoplakia është shqetëruar nga keratoza, hiperkeratoza, akantoza, diskeratoza, parokeratoza. Në rastet e ekzaminuara diku kemi të shprehur njërën diku tjetrën,

të dyja ose të tëra së bashku. Gjatë ekzaminimit kemi hasur atipi qelizore si: polimorfizëm, vakuolizim, devijime strukturale dhe kromatike të bërhames si deformim, zmadhim, piknozë, hiperkromi. Kufiri i shtresës bazale me subepitelin ka qënë e dukshëm dhe ndonjëherë kemi hasur bashkërendim jo të rregulltë të qelizave të keratinizuara në formacione koncentrike (perle corne), në formën e luspave të qepës, prirje proliferative të epitelit për në thellësi të submukozës (akantozë), shumezim të theksuar të qelizave epiteliale në shtresën bazale. Kjo përputhet me të dhënat e shumë autoreëve të tjerë (1, 3, 4, 8, 9).

Mjekimi është bërë pas një studimi të hollësishtëm etologjik, klinik, histopatologjik. Pasi janë mënjeluar faktorët lokalë dhe pasi është bërë mjekimi i sëmundjes favorizuese, kemi përdorur këto mënyra kurrimi. *Mjekimi terapeutik*: me vitaminë A. 50.000 U.I. 10 ampula një ditë po një ditë jo intramuskular, vitaminë B₁ një ampulë 2 ml. çdo 48 orë (10 ampula), C 0,1 gr. në ampulë 2 ml. (20 ampula). Me këtë terapi kemi pasur rezultate të mira në frenimin e procesit leukoplakik. Këtë terapi e kemi përdorur në format e gjeneralizuara të paoperueshme, në format e sheshta dhe të fsuruar të leukoplakisë. Terapia është përsëritur çdo tre muaj gjër në shtërimin apo përmirësimin e të sëmurit.

Mjekimi kirurgjik me heqjen e plakës leukoplakike deri në fund të shëndoshë (në format e lokalizuara të sëmundjes) në të gjitha rastet me leukoplaki verrukoze. Deri në punimin e këtij materiali kemi pasur vetëm një recidivë.

Mjekimin me azot të lëngët e përdorur në të sëmurë me leukoplaki të formave irreversible (i paktyeshëm). Rezultatet kanë qënë të mira. *Mjekimi i gërshëtuar terapeutiko-kirurgjik* është përdorur në format e përgjithësuara të leukoplakisë, ku gërshëtohen format e sheshta, erozivo-ulcerative dhe verrukoze dhe në leukoplakinë Tappenier, kur ka qënë e shoqëruar me leukoplaki të faqes apo të procesit alveolar.

Për formën irreversible kemi bërë ekcizion dhe pastaj kemi dhënë vit. A, vitaminin të grupit B dhe vit. C me dozat e lartpërmëndura për mjekimin e vatrave të tjera reversibile (të gradës së I dhe të II).

Mjekimi rontgenoterapeutik e kemi aplikuar në ato raste kur ekzakzimimi histopatologjik ka dhënë fenomene atipie.

Mjekim të gërshëtuar kirurgjikalo-rontgenoterapeutik nuk kemi përdorur.

Për ta bërë sa më të qartë sa më lart, po përshkruajmë katër nga të sëmurët tanë.

Rasti i parë: i sëmurë M. P., vjeç 53, nr. kartele 1001, nr. i biopsisë 1338. Ankonte për djegie të qelizës ku herë pas here i formoheshin disa qeska të vogla të mbushura me lëng, që plasin. Duhanin e pin qysh nga viti 1937, nga 50 cigare të dredhura ditë-natë.

Objektivisht në qelizë paraqet pllakëza në formë unazash të bardha mbi nivelin e mukozës, në mes të të cilave dalin dukuset e gjëndrave salivare palatine. Herë pas here ato mbvllan duke dhënë mikrokriste retensionale (foto 1). *Diagnoza klinike*: Leukoplakia duhanike Tappenier. *Diagnoza histopatologjike*: seksione nga materiali i veshur me epitel planocelular shumë shtresor. Shtresa bazale me prirje rritjeje akantotike në disa fusha. Në njëraf zona kjo fushë paraqitet hiperkromatike dhe më atipizëm të lehtë. Shpesh ka dhe ndonjë mitozë. Shtresa spinocelulare vërehen urrat shtresore me edemë të saj. Ndërmjet qelizave spinocelulare vërehen urrat

protoplazmike. Në këtë shtresë ka qeliza paratipike (bërthamë e madhe nukleolet proeminente). Shtresa granulare shumë e shprehur me shpërndarje të kromatinës në mënyrë të gregullitë. Hiperkeratoza shumë e shprehur me trashësi, që kalon atë të epitelit. Në këtë zonë vërehen fusha të vendosjes së keratinës, që të japin përshtypjen e luspave koncentrike si ato të qepës (foto 2).

Submukoza fibrotike me infiltrat rotundo-celularë të bollshëm. Në një fushë kemi një zhytje të shtresës granulare në thellësi të shtresës keratinike.

Leukoplaki e gradës së tretë (foto, 1, 2, 3). Mjekimi është bërë i kombinuar terapeutiko-kirurgjikal. Të sëmurit i është dhënë Vit. A 50.000 U.I., 10 ampula në injeksione dy ditore. Vit. B₂ në tableta 3x 1 në 24 orë. Vit. C. Pomadë prednizolon 0,50/0 për lyerjen e pllakëzave leukoplaktike para gjumit. Në mënyrë kirurgjikale iu hzog pllakëza leukoplaktike në procesin alveolar pa dhembë në nofullën e sipërme (djathtas). Fillimisht të sëmurit iu ndërpre duhani, alkooli dhe iu rivendos higjiena e gojës. Gjatë katër vjetëve, sëmundja paraqet një stabilizim të procesit leukoplazik.



Fig. 1.

Pamje klinike të të sëmurit makroskopike (njolla e bardhë)

Rasti i dytë: M.B. 40 vjeç, nr. i kartelës 105, nr. i biopsisë 1519. Diagnostikohet rastësisht. I sëmurit ankonte se proteza e pjesshme skeletike, me bazament çeliku të paoksjitueshëm dhe e mbështetur me kroshë elastike, i lëvis. Nga ana e qiellzës, proteza kish gurza. Objektivisht i sëmurit paraqiste pllakëza leukoplaktike, që lokalizohen në mukozen e fages ilhe në mukozen e procesit alveolar, pikërisht aty ku vendoset pllaka metalike e protezës së skeletuar. Përmasat e pllakëzave leukoplaktike në këndin e buzëve ishin 2 x 0,8 cm. Ngjyra e bardhë blu me shkëlqimin e sedelit. Në procesin alveolar paraqiste leukoplakti verrukoze me ngjyrë të bardhë si dëbora me përmasa 2 x 2 cm. I sëmurit vuante nga *parodont-*



Fig. 2

Pamje mikroskopike e të njëjtit të sëmurë

1) Ferre corne; 2) Kufiri i hiperkeratozës në ind të shëndoshtë.



Fig. 3

Pamje mikroskopike e të njëjtit të sëmurë:

1) Zhytje epiteliale në shtresën granulare.

2) Urrëzat qëllimore në shtresën granulare.

topathia mixta, kish shumë procese kariozë dhe gurza (foto nr. 4). *Diagnoza klinike*: leukoplakia oris. Diagnoza histopatologjike: material i veshur me epitel planocelular shumështrësor mjaft të trashë. Qelizat e shtresës bazale me vendosje të rregulltë. Shtresa spinocelulare shumë e trashë me



Fig. 4

Pamje makroskopike me ragade e këndit të buzës. Leukoplakia e gradës së II.

fenomene keratinizimi të shprehura. Shtrësa granulare me degjenerim granular të bërtanës dhe vakuolizim të pjesshem të tyre. Paraqiten disa shtresash (foto 5, 6). Hiperkeratoza mjaft e shprehur. Paraqitej si shtresë homogjene, ngjyrë rozë të kuge. Shtresa subepiteliale edematoze me infiltrate të shumta rotundo celulare. Leukoplaki e gradës së II.

Mjekimi: në fillim u bë sanimi i gojës. U hoq proteza skeletike, u hqen rrejtet e mbetura dhe u mjekuan proceset karioze. Pas eliminimit të shkatarrëve favorizues dhe rivendosjes së plotë të higjienës së gojës u bë mjekimi i kombinuar terapeutiko-kirurgjikal. Për leukoplakinë e këndeve të buzëve u dha Vit. A, dhe vitamina të grupit B, vitamina C (me dozat e larhtërmëndura). Në këtë terapi, leukoplakia e këndeve të buzëve u zhduk plotësisht pas 3-5 vjetësh. Në mënyrë kirurgjikale u hoq vatra leukoplaktike vërrukoze në procesin alveolar pa dhëmbë dhe u vendos protezë totale me rezinë transparente. Deri në ditët e punimit të këtij materiali, i sëmuri nuk ka pasur recidivë.

Rasti i tretë: M. S. 65 vjeç, nr. kartele 2767, nr. i biopsisë 2886. Vuan nga një TBC kronik qysh nga viti 1956, i shogëruar me *cor pulmonar* dhe nefrit. I sëmuri merr gjithë gamën antituberkulare. Ankonte për mungesë shije dhe gojë të ashpërsuar. U diagnostikua rastësisht. Objektivi paraqishte pllakëza leukoplaktike, ngjyrë të bardhë në blu, që përfshinin pjesët bucale majtas dhe djathtas. Pllakëzat vazhdonin në formikset posteriore, kapnin harqet palatine dhe përfundonin në trigonum

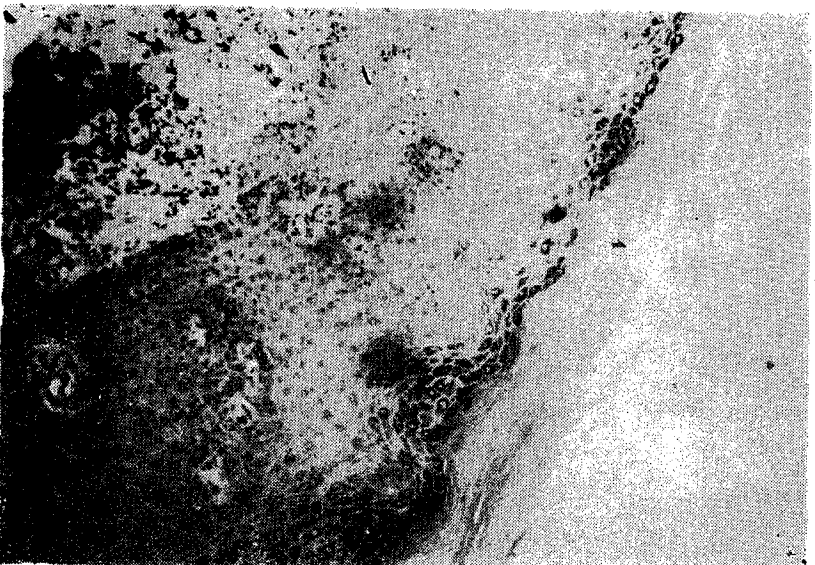


Fig. 5

Pamje mikroskopike e të njëjtit rast.

1) Shtresa hiperkeratofike. Leukoplakti e gr. II.

retromolare. Në gojë i sëmundur mbante protezë totale lart dhe poshtë me rezinë ngjyrë trëndafili. *Diagnoza klinike*: leukoplakti e mukozës së gojës. Nga ana histopatologjike paraqiste epitel planocelular shumëshresor. Shtresa bazale me kufi të prerë me shtresën subepiteliale. Në shtresën bazale vëreheshin 2-3 radhë qelizash bazale, vendosja e të cilave nuk ishte aq e rregulltë. Aty-këtu vëreheshë ndonjë mitozë si dhe hiperkromazi e bërthamës. Në shtresën spinoze vëreheshin qeliza me keratinizim të protoplazmës (he bërthamë piknotike (perle korne) (foto 7, 8, 9). Shtresa granulare pak e shprehur. Keratinizimi i shprehur. Vëreheshin qeliza që kishin ruajtje të bërthamës në shtresën superficiale të epitelit (parakeratoze). Shtresa subepiteliale kish infiltrate të dendura elementesh limfoplazmociarë si dhe reaksion fibroblastik të shprehur. Në këtë zonë, në afërsi me shtresën bazale, vëreheshin qeliza vezake me protoplazmë të ngarkuar me pigment ngjyrë kate-florini (melaninë). *Diagnozë histopatologjike*: Leukoplakti e grades së II (foto 9, 10).

Mjekimi i të sëmundur u bë në bashkëpunim me fiziatrin. Megë i sëmundur ishte tuberuloz i dekompensuar u përdor mënyra e heqjes ki-

rurgjikale të pllakës leukoplazike të faqeve. Pas tre vjetësh, i sëmundi pati recidivë. Në bashkëpunim me fiziatrën iu dha Vit. A, vitamina të grupit B, vitamina C, iu zëvendësuan disa nga medikamentet antituberkulare me pasojë në membranat mukoze. Gjatë kësaj periudhe, i sëmundi ka pasur një farë stabiliteti të sëmundjes. Ai u mjekua duke qënë i shtruar në spital.

Rasti i katërtë: L. H., vjeç 63, me nr. karteles 786, nr. i biopsisë 665. Paraqitet për mjekimin e dhëmbëve. Në buzën e poshtme në sektorin e dhëmbëve frontalë poshtë (të cilët kishin shumë pigmente duhani),

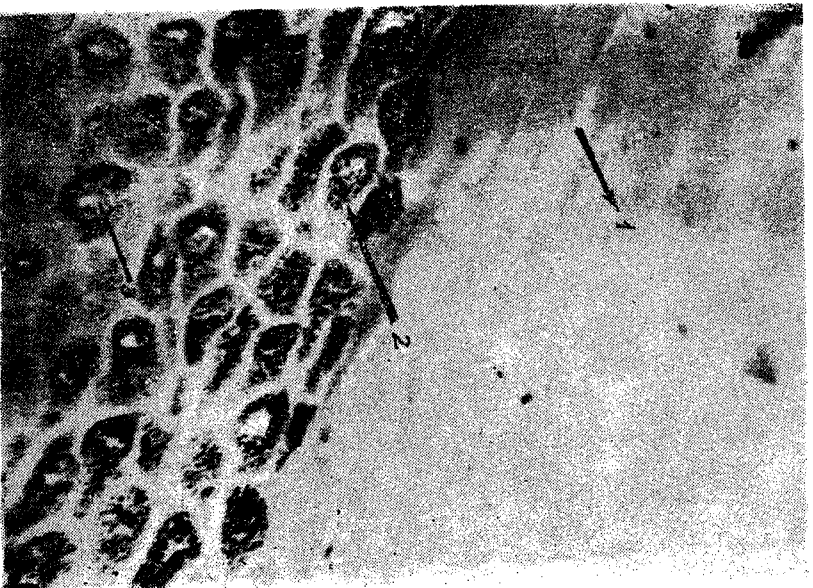


Fig. 6

Pamje mikroskopike e të njëjtit rast.

- 1) Shtrresa korneale (hiperkeratotike); 1) Qeliza me granula të aleidines dhe keratinës;
- 3) Vakulolizim i pjesshem i berthanes dhe qelizë polimorfe.

gë lëviznin dhe kishin shumë gurza, rastësisht u zbuluan pllakëza leukoplakike me ngjyrë të bardhë në gry, me përmasa 1 x 0,5 cm. dhe paksa mbi nivelin e mukozës. Formimi i pllakëzave leukoplakike përkonte me vençdën ku i sëmundi vendoste cigaren gjatë pirjes.



Fig. 7
Pamje makroskopike e rasti. Leukoplaki e faqes e shogëruar me fi-
sura.



Fig. 8
Pamje mikroskopike e të njëjtit rast. Leukoplakia e gr. II. 1) Perle
korne; 2) Qeliza me protoplazmë të vakuolizuar.

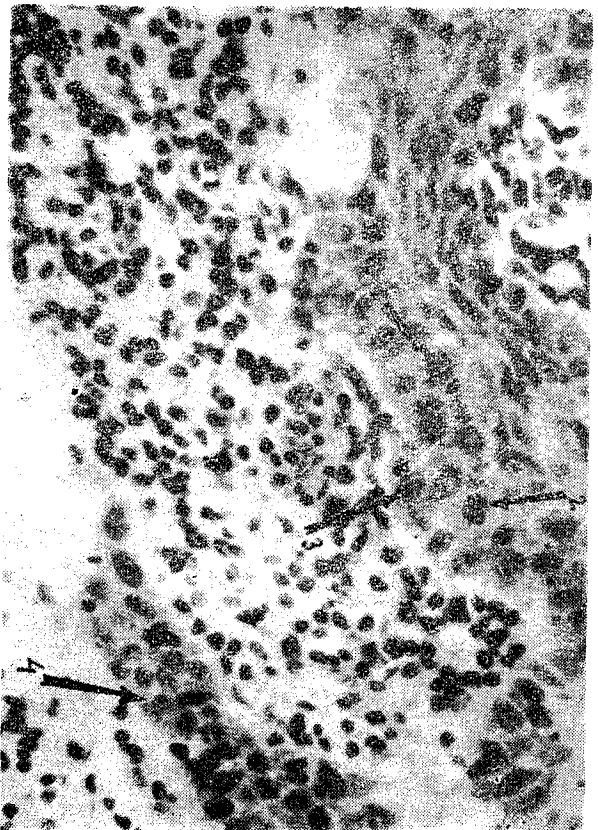


Fig. 9

Pamje e të njëjtit rast. 1 dhe 2 Mitoz; 3) Bërthamë e madhe dhe hiperkromatike; 4) Zhytje epiteliale në indin subepitelial me qeliza me vendosje jo shumë të rregullt.

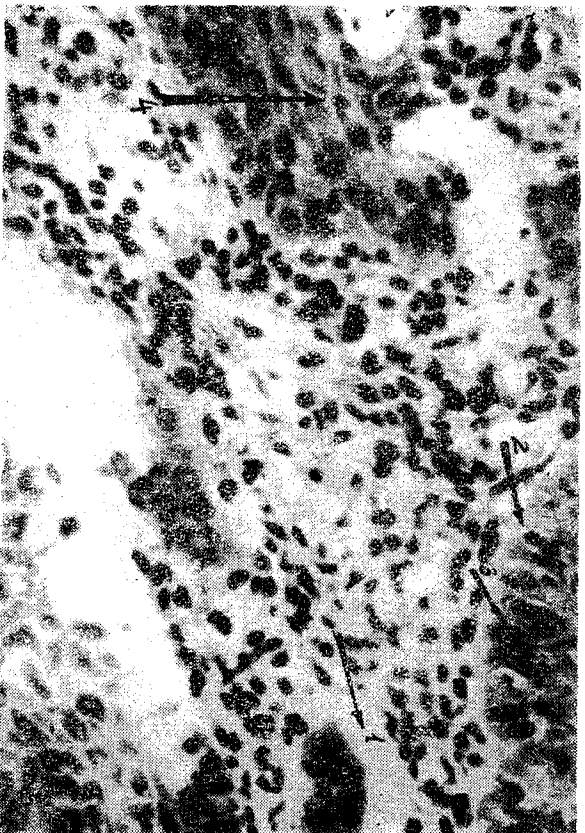


Fig. 10

I njëjti rast. 1) Qelizë me pigment melanik; 2) Vendosje jo e rregulltë e qelizave të shtresës bazale; 3) Qeliza me bërthamë të madhe dhe hiperkromatike; 4) Duken urëzat ndërqelizore.

Diagnoza klinike: leukoplakia duhanike e buzës.

Në ekzaminimin histopatologjik paragjiste material të veshur me epiteloocelular shumështrësor. Membrana bazale e ruajtur mirë. Qelizat barocelulare me vendosje të rregulltë 1-2 shtresore. Shtresa spinocelulare mjaft e trashë, disashtresore. Në qelizat e kësaj shtrese vërehet vakuolizim fokal i protoplazmës. Shtresa granulare e pakët me fenomene keratinizimi të shprehur, ndërsa ajo sipërfaqësore me keratinizim mjaft të shprehur dhe vetëm në disa fusha kish hiperkeratozë. Leukoplakia e gradës së I (foto 11).

Pasi u pastruan gurtat, cipat duhanike të dhëmbëve, u rekomandua lënia e duhant. Gjatë biopsisë u bë ekcizion kirurgjikal i pllakëzës leukoplakike, pasi lokalizimi ishte i vogël 1 x 0,5 cm. Pas dy vjetësh i sëmuri nuk ka pasur recidivë.

Leukoplakia është një sëmundje, që klinikisht shfaqet si njolla të bardha, të kufizuara mirë. Duhet theksuar se nuk është leukoplaki çdo njollë e bardhë në mukozën e gojës. Për mendimin tonë, diagnoza e

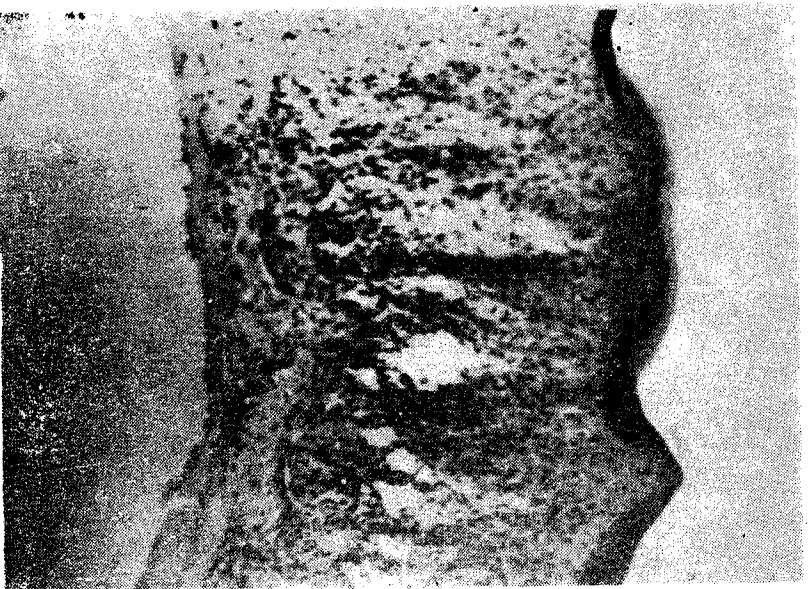


Fig. 11

Pamje mikroskopike e rasitit.

leukoplakisë është një diagnozë kliniko-morfologjike, nga e cila varet dhe mjekimi.

Një faktor i rëndësishëm, për lindjen e leukoplakisë është sifilizi që citohet gjithnjë e më shumë në studimet për leukoplakinë.

Në sajë të masave që mori Partia dhe Qeveria, në sajë të punës këmbëngulëse të mjekësisë në përgjithësi dhe të dermatologjisë në veçanti, tek ne ky faktor ka mbetur dhe do të mbetet në arkivat mjekësore të viteve të para të Çlirimit dhe të viteve të para pas Çlirimit.

Leukoplakia mund të lokalizohet në çdo pjesë të membranës mukoze të hapësirës së gojës, por më shpesh haset në faqe, në këndin e buzëve dhe në rralle në qelzë, gingivë etj. (foto 12).

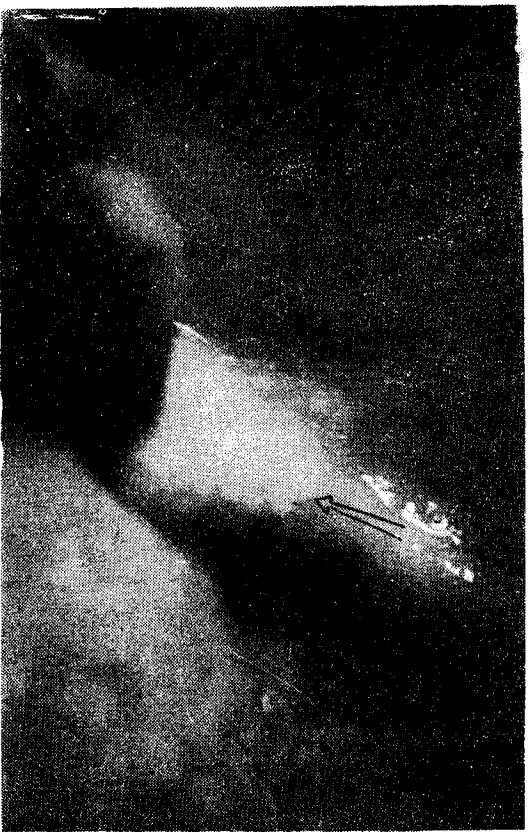


Fig. 12

Leukoplakia verrukoze e trigonum retromolare.

Që të bëhet një mjekim sa më efektiv i leukoplakisë, paraprakisht duhet të mënjanohen të gjithë faktorët favorizues të saj dhe pastaj të bëhet mjekimi. Kurimi në mënyrë të gërsëhtuar është më efektiv në leukoplakinë e gjeneralizuara.

PËRFUNDIME

1) Gjatë depistimeve të sëmundjeve të ndryshme, mjekët stomatologë, një rëndësi të veçantë, duhet t'i japin leukoplakisë, sepse në fazat e para diagnostikohet rastësisht dhe nuk paraqet shenja subjektive.

2) Për vënien e diagnozës dhe përcaktimin e mjekimit pa tjetër duhet të bëhet ekzaminimi kliniko-morfologjik. Aspekti histopatologjik iu përgjigjet, deri diku, gradave të formave klinike.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Asllani Xh. : Terapia stomatologjike. Tiranë, 1974, 575.
- 2) Anderson W. A. D. : White lesions of mucosa. Pathology. Saint Louis, 1971, 1072.
- 3) Briaseo G., Jonata J. e bp. : Le precancerosi della cavita orale. Saluzzo, 1962.
- 4) Baroneelli G., Quesia L. : Il problema terapeutico delle leucoplasie del cavo orale. Rivista Italiana di stomatologia 1965, vol. 20, 10, 1290.
- 5) Frey L., Rudge Ch. : Pathologie de la bouche et des dents. Paris 1931, 485.
- 6) Kéyghu K. : Dermatologjia dhe venerologjia. Tiranë, 1973.
- 7) Lever F. W. : Leukoplakia, histopathology of the skin. Philadelphia — Toronto 1967, 500.
- 8) Lebourg L. : Kératoses, hyperkératoses, parakératoses et dyskératoses de la muqueuse buccale. Actualités odontostomatologiques 1964, 67, 273.
- 9) Lewin J. : Neoplasia. Internal medicine based on mechanism of disease. Saint Louis 1968.
- 10) Orceç L. : Les kératoses et parakératoses buccales. Actualités odontostomatologiques 1964, 67, 261.
- 11) Subashi Sh. : Morfologjia patologjike. Tiranë, 1975, 333.

Summary

A CLINICO-HISTOPATHOLOGICAL STUDY OF LEUKOPLAKIA OF THE MOUTH

The paper analyses the clinical and morphological aspects of mouth leukoplakia as observed in 39 cases. The number represents 1.3% of the patients applying for treatment during the same period.

The affection was more frequent among males than females (33 and 6 of the cases respectively). The average age of the patients was 47. The sites more frequently involved were the mouth mucosa, the lips and the gums. The histopathological study indicated that leukoplakia is often associated with hyperkeratosis, acanthosis, dyskeratosis and parakeratosis. The atypical changes of the cells observed during the examination included polymorphism, vacuolization and structural alterations of the nuclei and chromatin such as excessive growth, deformation, micronosis and hyperchromy.

Clinically, leukoplakia is characterized by the appearance of white, well delimited patches, but not all the white patches that appear on the mouth mucosa are leukoplakia. The diagnosis ought to take into account both the clinical signs and the morphological findings.

Résumé

ÉTUDE CLINIQUE-HISTOPATHOLOGIQUE DE LA LEUCOPLASIE DE LA BOUCHE

Les auteurs analysent les aspects cliniques et morphologiques de la leucoplasie de la bouche dans les 39 cas examinés. C'est à 1,3% des malades qui suivraient un traitement au cours de cette même période.

Cette affection est plus fréquente chez les hommes (33) que chez les femmes (6). L'âge moyen des malades est de 45 ans. La localisation plus fréquente de l'affection se situe dans la muqueuse buccale, les lèvres et les joues. L'étude histopathologique a montré que la leucoplasie s'associe fréquemment à la hyperkératose, à l'acanthose, à la dyskératose et à la parakératose. Les modifications atypiques de cellules observées pendant l'examen se rapportent au polymorphisme, à la vacuolisation ainsi qu'à des altérations structurales du noyau et de la chromatine telles que déformation, accroissement, picnose et hyperchromia.

Du point de vue clinique, la leucoplasie se caractérise par la manifestation de taches blanches bien délimitées; toutefois, non chaque tache blanche qui apparaît sur la muqueuse buccale est une leucoplasie. Le diagnostic de la leucoplasie, à l'avis des auteurs, est un diagnostic clinique-morphologique.

DISA TË DHËNA STATISTIKORE MBI SËMUNDJET E APARATIT URINAR NË FËMIJËT E SHTRUAR

— MINELLA NINI —

(Spitali i rrehtit — Sarandë)

Në materialin që po paragesim kemi nxjerrë disa të dhëna për sëmundjet e aparatit urinar në fëmijët, të kurrar në spitalin e Sarandës për periudhën qershor 1972 — qershor 1974. Gjatë kësaj periudhe janë kurrar 1.955 fëmijë me sëmundje të ndryshme të moshës gjer në 14 vjeç. Nga këta 115 fëmijë në kartela figuronin me diagnozë kryesore për sëmundje renale, pra 5.8 për qind e të gjithë fëmijëve të shtruar. Përveç këtyre 115 fëmijëve me sëmundje kryesore renale, në kartela bëhej fjale për patologji të aparatit urinar si diagnozë shoqëruese edhe në 34 fëmijë të tjerë. Kështu shifra e përgjithshme arrin në 149 (7.6 për qind) fëmijë të sëmurë.

Shumë herë pohohet se infeksionet e rrugëve urinare janë të shpeshta e të rëndësishme në patologjinë pediatrike (1,4). Ka autorë (5) që venë në dukje se 5 për qind të fëmijëve të sëmurë të shtruar në spital dhe poliklinikë vuajnë nga sëmundje renale. Po ashtu një autor tjetër (3) referon se në vitin 1962 nga gjithë fëmijët e shtruar 1,4 për qind vuanin nga sëmundje të sistemit urinar, ndërsa në vitin 1976 vuanin 5.1 për qind e fëmijëve të shtruar.

Rastet sipas diagnozave

Pasqyra nr. 1

Diagnoza	Pielocistiti akut	Pielocistiti kronik riar-kutizuar	Cistiti hemoragjik	Pielonefriti kronik riar-kutizuar	Glomerulonefriti akut	Glomerulonefriti kronik riar-kutizuar	Kalikulozë
Raste	66	22	2	3	4	1	17
%	57.4	19.1	1.8	2.6	3.4	0.8	14.9

Rastet me kalkula kanë qënë: vezikale — 3, ureterale të majtë — 2, të djathtë — 1, renale të majtë — 5, të djathtë — 6, kalkula të shoqëruara me hidronefrozë — 2.

Nga sa më sipër bie në sy se përqindjen më të madhe në sëmundjet renale të kurrar e zenë infeksionet e vija ve urinare dhe sidomos infeksionet akute. Gjithashtu bie në sy se përgjithësisht është përdorur termi pielocistit, pa ndarë veç pielite, cistite e cistopielite. Kjo vjen nga vështrësia për ti ndarë këto në klinikë, gjë që vihet në dukje edhe nga autorë të tjerë (1).

Nga të dhënat tona, infeksionet renale të marra veç kanë zënë 4.6 për qind të sëmundjeve të fëmijëve.

Nga materiali ynë del se në një përqindje jo të vogël, e krahësuar me sëmundjet e aparatit urinar të kurrar, është hasur dhe urolitiazza, e cila është gjetur më e shprehur në veshkë sesa në vija urinare apo vezikale. Duke nxjerrë përqindjen në raport me gjithë fëmijët e shtruar në spital gjatë periudhës në studim (1.955 fëmijë) rezultoi se 0.85 për qind të të gjithë të shtruarve në spital kanë rezultuar me urolitiazë. Një autor (cituar nga 5) referon se në 22.000 fëmijë të sëmurë, të vizituar në poliklinikë, si diagnozë primare, nefrolitiazza është vendosur në 0.06 për qind të rasteve, në të njëjtën kohë nga 2010 autopsi u gjetën gurë në 7.9 për qind të rasteve, gjë që tregon për vështrësinë e diagnostikimit klinik të urolitiazës në fëmijë edhe kur shoqërohet me radiografi direkte, sepse me një klishe mund të mos kapet kalkula (2).

Të ndarë sipas tremujorëve, të dhënat i paraqesim në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Fëmijë të kurrar sipas tremujorëve

Tremujori	I	II	III	IV
Raste	22	37	33	23
Përqindja	19.2	32.2	28.7	20.0

Nga kjo pasqyrë vërehet se sëmundjet renale kanë qënë më të shprehura në tremujorin e dytë dhe të tretë të vitit. Në pasqyrën nr. 3 paraqesim të dhënat sipas moshave të fëmijëve me sëmundje renale.

Pasqyra nr. 3

Grup — moshat	0 — 1 vjeç	2—3	4—7	8—14
Raste	10	17	47	41
Përqindja	8.7	14.8	40.8	35.7

Në pasqyrën e mësipërme, fëmijët latentë paraqiten me përqindje të ulët. Por po të kemi parasysh 34 rastet e përmëndura më lart, tek të cilët patologjia renale është gjykuar si diagnozë shoqëruese (shumica q të cilëve i përksin fëmijërisë së parë dhe infeksionit të vijave urinare) ka një përputhje të dhënash me autorin që referon se «infeksionet e rru-gëve urinare në fëmijët janë të shpeshta në mënyrë të veçantë në mo-shën e latantit» (1).

Sipas seksit rezultoiin 33 meshkuj (28.7 për qind) dhe 82 femra (71.3 për qind), pra vërehet një mbizotërim i sëmundjeve renale e krye-sisht i infeksioneve renale në femrat.

Fëmijët e kuruar kanë gënë 72 (62.6 për qind) qytetarë dhe 43 (37.4 përqind) fshatarë. Në përfundim të trajtimit, fëmijët janë përshkruar me këtë dekurs: shërim 70, përmirësim 25 dhe gjendje e pandryshueshme 20 raste.

Përsa u përket klinikës dhe ekzaminimeve të bëra në fëmijë, në këtë punim ne nuk i vumë për detyrë vetes të thellohem, por megjithatë ne nxorrem disa të dhëna, nga të cilat dalin edhe disa konkluzione, që na vlejné në vijim të punës sonë.

Nga simptomat e vlerësuarra në shumë, në 115 karrelat përshkru-heshin fenomenet dizurike (polakiuri, djegie gjatë urinimit etj.), dhe- mbjet e kokës, të vjellat, marrje mëndsh dhe qëllmat siç paraqiten në pasqyrën nr. 4.

Pasqyra nr. 4

Simptomat në raport me 115 fëmijët me sëmundje të sistemit urinar

Simptomat	Fenomenë dizurike	Dhembje koke	Të vjella	Marrje mëndsh	Edema
Raste	85	35	25	18	10
Përqindja	74.0	30.4	21.7	15.7	8.7

Pra tek fëmijët e shtruar me sëmundje të ndryshme urinare, simpto- mat më të shprehura kanë gënë fenomenet dizurike dhe dhembja e kokës.

Përsa u përket ekzaminimeve, që kanë lidhje me aparatën urinare, nxorrem të dhëna për urinhën komplet, provën e Addis dhe Zimnicki, Azotemi, urokulturën, kulturën nga gryka për kokë dhe ekzaminimet radiologjike. U vërejt se në të gjitha rastet rezultonte se urina komplet ishte bërë disa herë në çdo fëmijë dhe në sediment, përveç elementëve të bardhë, në 22 raste kishim të bënim me hematuri makro apo mikroskopslike. Azotemia u ishte marrë 34 fëmijëve dhe në jly raste rezultonte mbi shifrat normale.

Nga 90 rastet e kërkitimit të kokeve në grykë, vetëm në tre raste përgjigja kishte ardhur pozitive (në dy raste stafilokokë dhe në një rast streptokokë), ndërsa në rastet e tjera, përgjigja ishte negative.

Përsa i përket ekzaminimit radiologjik, në 72 fëmijë janë bërë radiografi direkte e sistemit urinar dhe në 17 prej tyre rezultoni me kalkula. Rasteve që kanë rezultuar me kalkula removezikalet në radiografinë direkte u është bërë edhe pielografia dhe në dy raste është konstatuar hidronefroze.

Tregjimi bazë, sipas diagnozave. — Përsa i përket trajtimit të fëmijëve me sëmundje renale u nxorën disa të dhëna për numrimin e anti-biotikëve të përdorur, për mënyrën jshë shpeshësisinë e përdorimit të tyre dhe të dezinfektantëve urinare, të cilat paraqiten në pasqyrën nr. 5.

Pasqyra nr. 5

Numri i anti-biotikëve të përdorur	Rastet sipas diagnozave						Numri i përba-shkët i rasteve.
	Pielocistit akut	Pielocistit kronik riakutizuar	Cistit hemoragjik	Kalkuloza (infeks ionet e tyre)	Piellonefrit kronik i riakutizuar	Glomerulo nefrit akut	
1	36	7	1	3	1	1	50
2	18	12	—	7	2	—	39
Mbi 2	12	3	—	7	—	3	25

Nga të dhënat e paraqitura në pasqyrën nr. 5 vërejmë se në 50 raste (për të gjitha diagnozat) është përdorur vetëm një antibiotik për arrijtjen e përmirësimit apo shërimit të të sëmundit, ndërsa në të njëjtën kohë, në 64 raste është dëshur të përdoreshin dy a më shumë antibiotikë në mënyrë ciklike që të arrihej rezultati, megjithëse në vërejtjen nëpër kartelat se në disa raste përdorimin e antibiotikëve të tjerë e kanë diktuar dhe infeksione të tjera që kanë shoqëruar fëmijën gjatë qëndrimit në spital. Megjithatë, edhe në këtë rast ne nxjerrim konkluzionin se duhet thelluar më shumë në medikamentin që do të përdorim në fillim, duke u udhëhequr sidomos nga kërkitimet bakteriolgjike.

Të dhënat reth antibiotikëve kryesorë të përdorur, të klasifikuar sipas diagnozave, paraqiten në pasqyrën nr. 6.

Pasqyra nr. 6

Medikamenti	Numri i rasteve sipas diagnozave							Nr. përbashkët i rasteve
	Pielocistit akut	Pielocistit kronik ria- kutizuar	Cistit hemo- ragjik	Kalkuloza (infeksionet e tyre)	Piellonefrit kronik ria- kutizuar	Glomerulo- nefrit akut	Glomerulo- nefrit kronik riakutizuar	
a	1	2	3	4	5	6	8	9
Chloramfenikol	50	12	—	11	2	3	1	79
Tetracyclinë	13	5	—	4	—	1	—	23
Nitrofurazolidinë	20	8	—	12	1	1	—	42
Streptomicinë	8	—	—	—	—	—	—	8
Bipencilinë	10	5	1	4	—	4	—	24
Eritromicinë	9	3	—	2	—	2	—	16
Coporeks	—	—	—	—	1	—	—	1
Negram	—	—	—	—	1	—	—	1

Nga të dhënat e paraqitura në pasqyrën e mësipërme vërehet se përdorim më të gjërë ka pasur kloramfenikoli me 79 raste, në vend të dytë është përdorur nitrofurazolidina, pastaj bipencilina e tetraciklina. Në 64 raste të infeksioneve renale apo 56.7 për qind të tyre, trajtimi është iilluar me kloramfenikol. Nga këto të dhëna, si dhe nga arritja e rezultateve të mira nga përdorimi i vetëm një antibiotiku mund të nxjerrim një farë konkluzioni se në infeksionet e vijave urinare, kloramfenikoli ka efektin më të mirë.

PËRFUNDIME

- 1) Patologjia urinare ze një vend të rëndësishëm në moshën pediatrike. Në spitalin tonë ajo përbën 5.8 për qind të të shtruarve. Vetëm infeksionet renale kanë zënë shifrën 4.6 për qind të të gjithë fëmijëve të shtruar.
- 2) Sëmundjet e aparatit urinar kanë qënë më të shprehura në tre-nujorin e dytë e të tretë të vitit si jshhe në moshën 4-7 vjeç.
- 3) Fenomenet dizurike në sëmundjet e aparatit urinar edhe në fëmijë janë të shprehura dhe zenë vendin e parë në shenjat kryesore 74.0 për qind të rasteve).
- 4) Në 56.7 për qind të rasteve ka qënë e nevojshme përdorimi i më shumë se një antibiotiku, kryesisht për sëmundjen e aparatit urinar në formë ciklike.

5) Antibiotiku më i preferuar ka gënë kloramfenikoli, si në pëctimin total të tij, ashtu dhe në fillimin e kurimit të infeksioneve u narë.

Dorëzuar në redaksi më 15 maj 19

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bektoshi S. : Pediatra. Tiranë, 1974, vëll. II.
- 2) Fatorusso V. : Vademekum mjekësor. Tiranë 1970, 261.
- 3) Ignatovo M. S., Vajshhev E. : Sovremennje- prjedstovljenije o nozologii zabolev nija poçiek u djetfej. Pediatra 1978, 3.
- 4) Kelle W., Wiskof A. : Trattato di pediatria. 1970, vëll. II, 1384.
- 5) Safenko F.N. e bp. : Zabolevanie poçiek u djetfej. 1972, 3.

Summary

STATISTICAL DATA ON URINARY AFFECTIONS IN HOSPITALIZED CHILDREN

Some statistical figures are presented of urinary diseases in children admitted to the hospital of Saranda during the period between 1972 and 1974. The affectic occurred in 5,8 to 7,6 percent of all the children aged from 0 to 14 years, while the urinary infections constituted 4,8 percent of the cases.

Females and town children predominated. Chloramphenicol gave the best therapeutic results in the infection of the urinary system.

Most of the children with urinary infections were aged between 4 and 7 year

Résumé

DONNÉES STATISTIQUES SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE CHEZ DES ENFANTS HOSPITALISÉS

L'auteur de cet article présente des données statistiques relatives aux affections observées chez des enfants hospitalisés à Saranda pendant les années 1972-1974. Cette affection concerne de 5,8 à 7,6 pour cent de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans; tandis que les infections urinaires ne couvrent que 4,8 pour cent des cas.

On relève une fréquence plus grande de la maladie chez le sexe féminin e surtout parmi les enfants des centres urbains.

Dans l'infection du système urinaire, les meilleurs résultats thérapeutiques ont été obtenus avec le Chloramphenicol.

La plupart des enfants, ayant une infection urinaire, étaient âgés de 4 à 7 ans

HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

MBI DIFERENCIMIN BIOKIMIK TË SHIGELAVE PREJ GJINIVE TË AFËRTA NË PUNËN E PËRDITSHME

— Essal Duraku —

(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ushtrake)

Në qoftë se në fushën e kërkimeve shkencore, metodika të shumta biokimike kanë gjetur një përdorim të gjerë për identifikimin e Enterobacteriaceve, në laboratorët e zakonshëm të bakteriologjisë klinike, të baktieriar nga një punë voluminoze, ato përfloren rrallë ose pjesërisht. Edhe sot e kësaj dite vazhdojnë përplekjet për hartimin e skemave identifikuese sa më të përshtatshme, duke përdorur vetëm disa teste biokimike kryesore, që kanë një vlerë të vegantë konfirmuese ose përshtuese. Shpesh për të lehtësuar ngarkesën përdoren terrenet e gërshtuara si Hajna, Kliger, ure-indoli, manit-levizja etj.

Zgjedhja ose zbatimi i një skeme diagnostikuese nuk bëhet lehtë sepse jo vetëm që autorët të ndryshëm propozojnë skema të ndryshme (3, 4, 5, 6, 8, 9, 10), por edhe për arsye se kushtet e laboratoreve të veganta nuk janë të njëllojta.

Pas një pune shumëvjeçare në lëmin e identifikimit të shigelave dhe në bazë të përvojës së fituar nga gabimet diagnostike (1, 2, 3), ne hartuam dhe eksperimentuam një skemë që na u duk e përshtatshme për këtë qëllim. Ajo përbëhet nga 9 teste biokimike dhe nga prova e lëvizjes. Në zgjedhjen e këtyre testeve u nisëm kryesisht nga nevoja e diferencimit të atyre gjinive të familjes së Enterobacteriaceve, të cilat, në terrenet Hajna ose Kliger, mund të kenë pamjen e shigelave dhe mund të aglutinojnë me serumet antishigela.

Qëllimi i këtij punimi është që në bazë të analizës të një materiali të gjërë, të nxirret vlera e kësaj skeme në identifikimin e shigelave dhe në dallimin e tyre prej gjinive të afërta. Analiza do të përqëndrohet kryesisht në shtamet që aglutinuan me serumet antishigela, por që u pënjastuan nga gjinia e shigelave për sjelljen e tyre biokimike.

MATERIALI DHE METODAT

Gjatë vjetëve 1974-1977, në bazë të skemës së lartpërmëndur, kemi ekzaminuar 1.546 shamë, të cilët, në terrenin Kliger, kanë pasur pamjen e shigelave dhe kanë aglutinuar me serumet antishigela. Janë përdorur të njëjtat teknika biokimike që janë përshtuar në punimet tona të mëparshme (2, 3); vrojtimi për fermentimin e sheqernave ka zgjatuar vetëm dy javë.

REZULTATET

Nga 1.546 shtame të ekzaminuar si të dyshimté për shigela, 1.471 (95.50%) patën një sjellje biokimike karakteristike për shigelat. Rezultatet jepen në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Pasqyra Nr.1: Sjellja biokimike e 1476 shtameve Shigella në bazë të 40 testeve.

Nëngrupet shigelave	Numri i shtameve ekzamin. në 5 prova	Rezultatet								
		Laktoza	Maniti	Dulciti	Ksiloza	Salicini	Indoli	Fenil- alanina	Lizina	Lëvizja
Sh. flexneri	1243 (84,2%)	-	+	-	-	-	1/2-	-	-	-
Sh. sonnei	142 (7,6%)	-	(+)	+	-	-	-	-	-	-
Sh. schmitzi	90 (6,1%)	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Sh. boydi	31 (2,1%)	-	+	+	1/2-	-	1/2-	-	-	-

Legjenda: + rezultat pozitiv brenda ditës; - rezultat negativ

1. (+) rezultat pozitiv me vonesë; 1/2 Shumica pozitive
x. vetëm 3 shtame Boyd fermentuan dulcitrin me vonesë

Asnjë prej 1.476 shtameve nuk prodhoi gaz nga fermentimi i glukozës, nuk zbrëthou salicinin, nuk dekarboksiloi lizinën dhe nuk dezaminoi fenilalaninën; laktoza u fermentua me vonesë, zakonisht nga dita e 6-të deri në të 9-tën, vetëm nga Sh. sonnei; të 90-t shtamet e Sh. schmitzi e fermentuan manitrin brenda ditës; dulciti u fermentua me vonesë të tjerë e fermentuan manitrin brenda ditës; dulciti u fermentua me vonesë nga 3 shtame të Sh. boydi; ksiloza u fermentua brenda ditës vetëm nga 19 shtame boydi; shumica e shtameve Flexner dhe Byod dhe të gjithë shtamet Schmitz prodhuan indol, ndërsa asnjë shtam e nëngrupit Sonne nuk qe i aftë për një gjë të tillë. Kjo sjellje biokimike është karakteristike për nëngrupet përkatës të shigelave, prandaj këto shtame u konsideruan shigela.

70 shtame (4.50%), në bazë të njërit ose disa testeve, u përjashtuan nga gjimia e shigelave pararesisht nga afërsia e tyre serologjike me shigelat. Rezultatet biokimike të fituara janë përmbledhur në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra Nr.2: Sjelja biokimike e 70 shtameve që aglutinuan

në serumet antishigela, por që u përjashtuan nga gjinia e shigelave.

	Gaz nga glukosa		Laktosa	Maniti	Dulciti	Ksiloxa	Salicini	Indoli	Fenilalanina	Lizina	Lëvizja
	+	-									
52	+	-	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
18	+	(+)	-	(+)	-	(+)	-	+	-	(+)	-
4	26	40	59	0	14	13	6	51	51	1	18
	17	6	47	30	40	43	57	27	18	25	39
											31

Sikur të analizojmë vetëm rezultatet e fituara pas një inkubimi prej 24 orësh del se 39 shtame genë të lëvizshëm, 13 dezaminuan fenilalaninën, 27 — dekarboksiluan lizinën; fermentuan salicinin 17 shtame, laktozën — 4, dulcitin — 13 dhe ksilozën 51; 52 shtame e zbrëthyen glukozën duke prodhuar gaz.

Në skemat e mëposhtme del më mirë në pah gërshtëmi i këtyre testeve ndërmjet tyre si dhe vlera përjashtuese e testeve të veçantë. Për bazë janë marrë vetëm rezultatet pas 24 orëve inkubimi.

Shih Skemat I—VI

Rezultatet e pasqyruara në këto skema tregojnë se vetëm 2 shtame prej të 70-ve janë përjashtuar nga gjinia e Shigelave, duke u bazuar në një test të vetëm: në dezaminimin e fenilalaninës ose në fermentimin e salicinit; të 68 shtamet e tjerë janë përjashtuar nga gjinia e Shigelave, duke u mbështetur në rezultatet e 2 ose më shumë prova.

Gjithashtu vërehet se 62 shtame prej të 70-ve, pra afër 90% e tyre, do të mund të përjashtoheshin nga shigelat, pas 24 orëve inkubimi, vetëm në bazë të provave të lëvizjes, lizinës, fenilalaninës dhe salicinit; 5 shtame të tjerë u përjashtuan si shtame gazogjene që fermentonin laktozën, ksilozën, manitin ose prodhonin indol; 3 shtamet e fundit u përjashtuan nga gjinia e Shigelave si shtame që aglutinonin me serumin për Sh. schmitzi, por që fermentonin manitin dhe ksilozën.

Sipas tërësisë së vetive biokimike që kanë paraqitur këta 70 shtame, 60 pre tyre (85.70%) ka qenë e mundur të inkudroheshin në disa nga gjinitë e tjera të familjes së Enterobacteriaceae, ndërsa për 10 të tjerët (14.30%), përcaktimi i pozitës taksonomike ishte i pamundur.

Shpërndarja e këtyre 70 shtameve sipas llojit dhe shkallës së aglutinimit me serumet antishigela jepet në pasqyrën nr. 4.

Kjo pasqyrë tregon se shumica e shtameve (74.30%) kanë aglutinuar me serumin polivalent për Sh. flexneri, ndërsa vetëm një pakicë e tyre (5.70%) — me serumin për Sh. Sonnei; aglutinimet me serumet për Sh. Schmitzi dhe Sh. boydi janë hasur përkatësisht në 8.60% dhe 11.40% të

Pasqyra Nr 3: Shpërndarja e 70 shtameve sipas gjinive të ndryshme të familjes së Enterobacteriaceae

Escherichia coli	Numri i shtameve	Gaz nga glukoza									
		Laktoza	Maniti	Dulciti	Ksiloza	Salicini	Indoli	Fenilalanina	Lizina	Lëvizja	
47 (24,3%)		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkalescens-Dispar	6 (8,6%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hafnia- Enterobacter	24 (34,3%)	½	+	-	+	+	-	-	+	+	½
Providencia-Morganella	13 (18,5%)	½	-	-	-	-	-	-	-	+	+
Të pa identifikuar	10 (14,3%)										

Legjenda: V = +, (+) dhe -
½ = shumica pozitive

Pasqyra Nr 4: Shpërndarja e 70 shtameve sipas llojit dhe shkallës së aglutinimit

Numri i shtameve	Aglutinuan me serumet anti:				Shkalla e aglutinimit në xham
	Fleqner (1-6)	Sonne (SR)	Schmitz	Boyd (1-12)	
70	52 (74,3%)	4 (5,7%)	6 (8,6%)	8 (11,4%)	25 (35,7%)
					35 (50%)
					10 (14,3%)

Legjenda: (+++) - aglutinim i plotë e i shpejtë
(++) - aglutinim i mirë, me pak vonesë
(+) - aglutinim i dobët, me vonesë

rasteve. Shkalla e aglutinimit në xham ka qënë e mirë në shumicën e rasteve; vetëm 10 shtame (14,3%) aglutinuan dobët dhe me vonesë.

DISKUTIM

Përcaktimi i familjes së Enterobacteriaceae dhe i gjinive të saj mbështetet vetëm në kriteret metabolike, ndërsa përcaktimi i serotipave brenda gjinisë bazohet në përberjen antigjenike të tyre (4, 7, 9, 10). Vlerë të theksohet se ndërmjet serotipave të një gjinie, madje dhe ndërmje serotipave që u përkasin gjinive të ndryshme, ekzistojnë lidhje të shumta serologjike (4, 7, 9).

Ky studim tregon se frekuenca e shtameve që kanë afërsi antigjenike me shigelat, por që u përkasin gjinive të tjera, është përkatësisht jo e lartë; në 1546 shtame që në Kligler patën pamjen e shigëlave dhe që aglutinuan me serumet antishigela, vetëm 4.50% e tyre nuk genë të tilla. Në një studim të mëparshëm të bërë prej nesh gjatë periudhës 1965-1970, kjo shpeshësi ka rezultuar ende më e ulët — 1.80% (3). Disa autorë (5), pasi ekraminuan 2.420 shtame të diagnostikuara si shigela, vërejtën se 170 prej tyre (7.10%) nuk genë të tilla.

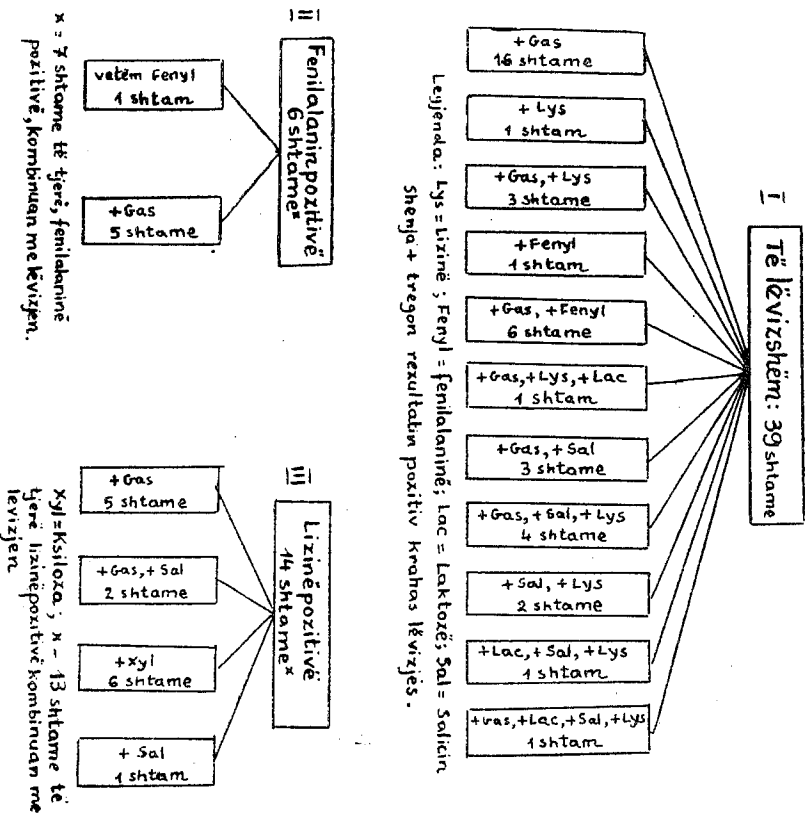
Lidhje më të theksuara serologjike me shigelat ka gjinia *Escherichia coli* dhe sidomos biotipat anaerogjene të palëvizshëm të *Escherichia coli*, që i përkasin *Alkalescens-Dispar* (4, 7). Këto janë lidhjet që njihen dhe që janë pëshkruar më me hollësi. Lidhje serologjike me shigelat kanë dhe gjini të tjera të familjes së *Enterobacteriaceae* si *Hafnia* dhe *Providencia* (5, 6, 7, 8). Materiali ynë (pasqyra nr. 3) tregon si më të shpeshtë në këtë drejtim shtamet *Hafnia-Enterobacter* (34.30%), por ky rezultat duhet marrë me rezervë, sepse 14 shtame nga 24 janë izoluar gjatë një shpërthimi epidemik në persona me çrregullime intestinale akute; në vend të dytë për nga shpeshësia renditet *Escherichia coli* që së bashku me *Alkalescens-Dispar* përbëjnë 32.90% të këtyre shtameve; një peshë jo të vogël kanë dhe shtamet *Providencia-Morganella* (18.50%). Duhet theksuar se ky kompleks prej 10 testesh nuk lejon diferencimin e *Hafnia* nga *Enterobacter* dhe as të *Providencia* nga *Morganella*; po ashtu ky kompleks që i parratfueshëm për përcaktimin e pozitës taksonomike të 10 shtameve të tillë (14.30%).

Pikësynimi i këtij studimi, siç u tha më lart, ka qenë vlerësimi i këtij kompleksi prej 10 testesh në identifikimin e shigëlave dhe në diferencimin e tyre prej gjinive të afërta. Po të analizohen rezultatet e paracitura në skemat 1-6 del në pah se 62 shtame prej të 70-ve, pra afro 90% e tyre, do të mund të përfashtoheshin nga shigelat pas 24 orëve inkubimi, vetëm në bazë të 4 provave: lëvizjes, lizines, fentilalainiës dhe salicinit.

Në një studim të bërë prej nesh gjatë periudhës 1965-1970 mbi 616 shtame shigëlash (2) vetëm njëri prej tyre prodhoi gaz: po ashtu, asnjë nga 1.476 shtamet që u provuan në këto 10 teste dhe që u sollën si shigela tipike nuk prodhoi gaz. Kjo gjë tregon se shtamet gazogjenë të *Sh. flexneri* serotip 6, që është i veçmë që mund të prodhojë gaz, janë jashtëzakonisht të rrallë në vendin tonë. Në rast se do të bazoheshim në provat e rëndësishme të laripërmëndura dhe në prodhimin e gazit nga glukozja nga 70 shtamet do të ishin përfashthar 67 dhe mundësia e gabimeve diagnostike do të reduktohej në 0.20% të rasteve: vetëm 3 shtame në 1.546 do të ishin konsideruar gabimisht si shigela. Mendoj se këto pesë teste mund të konsiderohen si të mjaftueshëm për qëllime diagnostike në laboratorët e ngarkuar me një punë voluminoze të përditshme që përballohet me vështirësi.

Pesë testet e tjerë që përfshihen në këtë kompleks patën rëndësi për dallimin e nëngrupeve dhe të serotipave të shigëlave ndërmjet tyre; deri në një farë mase ato ndihmuan gjithashtu në përcaktimin e pozitës taksonomike të shtameve që kishin ngjashmëri biokimike dhe afërsi antigjenike me shigelat.

Skemat I-VI : Rezultatet e kombinimit të disa testeve që kanë një rëndësi të veçantë në përyshkrimin e shigëlave, pas një inkubimi prej 24 orësh.



Man = Manniti ; x - 4 shtame të tjerë salkimpozitive kombinuan me lëvizjen dhe lizinën ; xx - shtam që aglutinoi me serum anti Sh. schmitzi

Ind = Indol ; x - 4 shtame të tjerë gazgjene kombinuan me lëvizjen fenilalaninë, lizinën e salicinën ; xx - shtam që aglutinoi me serum anti Sh. boydi polyvalent.

KONKLUZIONE:

1. — Kompleksi prej 10 testesh i propozuar nga autori është i vlefshëm për identifikimin e shigelave dhe për dallimin e tyre prej gjinjve që kanë afërsi antijenike me to.
2. — Testet e gazit nga glukroza, të lëvizjes, të lizinës, fenilalaninës dhe të salcilit janë testet kryesore për përijashtimin e shtameve që kanë afërsi antijenike me shigelat. Ky kompleks prej 5 testesh mund të konsiderohet si i mjaftueshëm në laboratorët e ngarkuar me një punë voluminoze të përditshme.
3. — Shpeshësia e shtameve, që në Klügler kanë pamjen e shigelave, që aglutinojnë me serumet antishigela, por që nuk janë shigela, është përkrahësit e ulët (4.5%/₀); 3/4 e këtyre shtameve aglutinuan me serumin polivalent të Sh. flexneri.
4. — Nga të 70-të shtamet që paraqitën afërsi antijenike me shigelat, u përcaktuan si *Escherichia coli* — 24.3%/₀, si *Alkalescens-Dispar* — 8.6%/₀, si *Hafnia-Enterobacter* — 34.3%/₀, si *Providencia-Morgella* — 18.5%/₀ dhe si të pa identifikuar — 14.3%/₀.

Dorëzuar në Redaksi më 25.VII.1978

BIBLIOGRAFIA

- 1) Duraku E. : Mbi diferencimin e gjinisë së shigelave. Buletini i Mjekësisë Ushtarake 1970, 1, 56.
- 2) Duraku E. : Studim mbi shigelat gjatë periudhës 1965-1970. II. Veçoritë biokimike të 616 shtameve shigela. Buletini i UË — Seria shkencat Mjekësore 1974, 2, 73.
- 3) Duraku E. : Një studim mbi shigelat dhe disa të dhëna kliniko-epidemiologjike mbi shigelozat (1965-1970). Dizertacion i paraqitur për marrjen e gradës shkencore të Kandidatit të shkencave. Tiranë 1976.
- 4) Edwards P. R., Ewing W. H. : Identification of Enterobacteriaceae: 2-nd ed. Minnesota 1962.
- 5) Femejanov P. I. : Racionalizacia shemi identifikacii shigell. Zhurnal Mikrobiol. 1974, 2, 44.
- 6) Homenko N. A., Kisileva B. S. : Diagnostičeskija oshibki pri bakteriollogičeskom issledovanii disenterii. Zhurnal Mikrobiol. 1971, 1, 31.
- 7) Kaufman F. : Enterobacteriaceae. E. Munksgaard. Copenhagen 1954. (Botim rusisht 1959).
- 8) Krjukov J.M. dhe bp. : O biohimigeskoj identifikacii bakterij semejsstva Kishëç-nih. Soobshçenije I: Identifi, acia tek nazivačejamih atipičnih kultur shigell. Labor. Dello 1974, 2, 92.
- 9) Le Minor L. : Le diagnostic de laboratoire des Enterobactéries 3-ème Edit. de la Tournelle 1969.
- 10) Martin W. J. : «Enterobacteriaceae»: Nè manual of Clinical Microbiology» të American Society for Microbiology, Bethesda md. 1970, 151.

Summary

BIOCHEMICAL DIFFERENTIATION OF SHIGELLAE FROM OTHER RELATED GENERA IN THE ROUTINE LABORATORY PRACTICE

A set of 10 tests was studied with the purpose of assessing its value in the routine identification of shigellae and their differentiation from other related genera. The tests were tried on 1546 strains which on the Klügler medium had the aspect

of shigellae and agglutinated with shigella antiserums. Of these, 1476 (95.5%) reacted biochemically as shigellae and were identified as such, while 70 (4.5%) were excluded from the genus on the grounds of their behaviour in one or more of these tests.

The analysis of these 70 strains and their reactions after 24 hours of incubation indicated that of the complete set of 10 tests 5 were essential to confirm a strain as shigella or to exclude it from the genus; the tests were: motility, phenylalanine deamination, lysin decarboxylation, fermentation of salisin and production of gas from glucose.

The remaining five tests are useful for the differentiation of the shigella sub-groups among them. They also help, to a certain extent, to determine the taxonomic position of strains that appear similar to shigellae, but not to distinguish Hafnia from Enterobacter. Providencia from Morganella.

Of the 70 strains that had antigenic relationships with the shigellae but were excluded from the genus, 24.3% were identified as *Escherichia coli*, 8.6% as *Alkaliscens-Dispar*, 34.3% as *Hafnia-Enterobacter*, and 18.5% as *Providencia-Morganella*; 14.3% could not be identified. Most of these strains (74.4%) agglutinated with Flexner polyvalent shigella antiserum.

Résumé

DIFFERENTIATION BIOCHIMIQUE DES SHIGELLAE DES AUTRES GENRES PROCHES DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Un complexe de dix tests ont été étudiés afin de déterminer leur valeur dans la pratique courante d'identification des Shigellae et leur différenciation des genres, qui leur sont proches. Les tests ont été expérimentés sur 1546 souches, qui, dans un milieu Kligler, ont revêtu l'aspect de Shigellae et se sont agglutinées avec les antisérums Shigellae. De leur nombre, 1476 (95.5%) présentaient une réaction biochimique caractéristique aux Shigellae, tandis que 70 (4.5%) d'entre eux furent exclus du genre en raison de leur comportement dans un ou plusieurs tests.

L'analyse des 70 souches, et leur réaction après 24 heures d'incubation, ont indiqué que 5 tests seulement furent en mesure d'attribuer la qualité de Shigellae à une souche ou de déterminer son exclusion du genre. A cette fin furent employés les tests de motilité, de déamination de la phénylalanine, de décarboxylation de la lysine, de fermentation de la salicine et de production de gaz du glucose.

Quant aux autres cinq tests, ils sont utiles pour différencier entre eux les sous-groupements de Shigellae. Ils servent aussi, jusqu'à un certain point, à déterminer la position taxonomique des souches qui ressemblent à des Shigellae, mais non pas à distinguer Hafnia de Enterobacter et Providencia de Morganella.

Des 70 souches ayant des rapports antigéniques avec les Shigellae, mais qui furent exclus du genre, 24.3% ont été identifiés comme *Escherichia coli*, 0.6% comme *Askalescens-Dispar*, 34.3% comme *Hafnia-Enterobacter* et 18.5% comme *Providencia-Morganella*. 14.3% d'entre eux ne furent pas identifiés. La plupart des souches (74.4%) ont agglutinées avec l'antiserum polyvalent Flexner (1 — 6).

K U M T E S A

NJË RAST ME HIPERPARATROIDIZËM PRIMAR

— FATOS HARITO, RIFAT SHAHI, ALI A. SULA —

(Institucionet e mjekimit të rrethit Durrës)

Hiperparatroidizëm quhet prodhimi i tepërt i hormonit paratroidian (HPT), që pasohet me rregullim të metabolismit të kalciumit dhe fosforit dhe demineralizim të kockave. HPT është një polipeptid me 3 vepri-me kryesore: së pari, në kockat fuqizon rezorbimin lakunar, duke çirruar kalciumin, fosfatet etj.; së dyti, në tubulat e veshkave, ku shkakton rritjen e ekskretimit të potasit, natriumit e fosfateve dhe uljen e ekskretimit të kalciumit, magnezit dhe joneve të hidrogjenit (1, 4); së treti, në mukozën e zorrës, duke shtuar thithjen e kalciumit dhe fosforit (10). Për pasojë rritet përqëndrimi i kalciumit në plazëm (hiperkalcemi) dhe shtohet eliminimi i tij në urinë (hiperkalciuri). Kjo e fundit mund të shohet gjithashtu me kalçifkime në veshka (nefrokalcinozë) dhe në organe të tjera, me gurë në aparatit urinar etj.

Sipas mbizotërimit të dëntimeve dhe simptomave dallohen këto forma kryesore: forma litiazike, osteotike, digjestive, hipertensive, artikulare, e përzjerë, asimptomatike etj. (8).

Po parqesim një rast hipertroidizmi primar, të shkaktuar nga adenoma e paratroides. Në kemi diagnostikuar histopatologjikisht edhe një rast tjetër me adenomë të paratroides gjatë një biopsie të marrë tek një grua e shtruar në klinikën I të spitalit nr. 2 Tiranë, e cila parakalciuria e saj shkaktohet nga një fraktura të shumta të kockave.

Paragjithja e rastit

I sëmundi S. S., vjeç 17, me profesion murator, u shtrua në repartin e patologjisë të spitalit të Durrësit më 19.XI.1975 me kartelë klinike nr. 9211. Në shtim paraqiste këto ankesa: dobësi, mungesë oreksi, të vjella, etje, dhembje barku, konstipacion, dhembje trupi dhe koke prej disa muajsh. Objektivisht subfebril, me nutricion mesatar por i zbehtë, mjaft adinamik dhe psikikisht i deprimuar. Të ecurit e tij ishte i vërshtësuar jo vetëm nga dobësia e përgjithshme, por edhe nga dhembjet kockore në anësi dhe trung. Klinikisht nuk vëreheshin ndryshime të aparatit të qarkullimit dhe të frymëmarrjes. Në të dy lozhat renale gjendej Giordano-Pasternacki i lehtë. Artikulacionet ishin të lira. Presioni mbi eshtrat acaronte dhembjet. Gjyha ish e thatë, barku i butë. Nga ana paraklinikë, të dhënat urinare nuk ishin të pasura (gjurmë albumine dhe

disa elemente eritro-leukocitare në sediment). Diureza ishte disi e shtuar (1600 ml. në 24 orë me hipostenuri), azotemia 1 gr ^{0/100}, kreatinemia 2.6 mgr^{0/100}, fosfatataza alkaline 8.6 ut. Kalcemia pa ndryshime (9.8 mgr^{0/100}). Fundus i syrit pa ndryshime. Duke marrë për bazë këto të dhëna, kuadri i të sëmurit u vlerësua si një hiperparatiroidizëm, por nuk u zbuluan ndryshime patologjike të dukshme ose të prekshme në regjionin e përparshëm të gafës. Per këtë arsye u kerkuan të dhëna të tjera ndihmëse, si kontrolli radiologjik i skeletit dhe ekuilibrimi i plotë elektrolitik. Në ditën e pestë, i sëmurri vdes me shenjat e një insuficiencë të mprehët kardiovaskulare. Nga të dhënat e kerkuara u arrit të plotësohen kra-niografia, ku rezultoi osteoporozë e përhapur, si dhe radiografia e rrugëve urinare, ku vihej në dukje një hije e vogël radio-opake në ureterin e majtë.

I sëmurri përcillet në nekrotomi me diagnozë «Pielonefrit kronik sekondar. Hiperparatiroidizëm. *Insuficiencë kardio-cirkulatore, edemë akute pulmonare*».

Nga shqyrtimi i karteles klinike të një shtrimi të mëparshëm u mblodhen këto të dhëna laboratorike: kalcemi e rritur (12 mgr^{0/100}) në tre analizat e para dhe normalizim i mëtejshëm; fosfatataza alkaline vazhdimisht e rritur (9,7-12 ut), fosforemia pak e ulur (2,4 mgr^{0/100}), elimnimi urinar i kalciumit i shtuar (5,2 gr/24 orë), natruria e potasuria pak të rritura, fosforurua në normë. Elektrolitet e tjerë, lipidograma, kreatinemia, aldolaza e glicemia në vlera normale. Në radiografitë e kockave të gjata nuk u zbuluan dëmtime kockore.

Në nekrotomi (protokoll nr. 206/75) u konstatua: kafa simetrike, gjatë prerjes, të bën përshtypje, se sharrohet mjaft lehtë. Trashësia e kockave 0,4-0,7 cm, substanca kompakte parqitjet mjaft e hollë, ndërsa substanca spongioze e gjërë. Kockat e kafkës priteshin lehtësisht me gërshtë, ndërsa në prekje mund të lakoheshin ose të shlypeshin. Edhe brinjët e klavikula ishin mjaft të brishta dhe, nën një presion mjaft të vogël, thyeshin. Mushkëritë ishin edematoze. Paratiroidja e poshtme e majtë ishte e zmadhuar sa një koker qershije e rrumbullakët, e kufizuar. Në seksion kish ngjyrë bezhë homogjene; në prekje parqitjet e fortë, kurse në qendër ishte si e qullët. Paratiroidet e tjera pa ndryshime. Zëmra me përmasa dhe formë të zakonshme, hapësirat e majta pak të zgjeruara, endokardi parietal në arriumin e majtë ishte i trashur dhe kish ngjyrë të bardhë. Miokardi i ventrikullit të majtë kish trashësi 1.5 cm, në të dukeshin pika dhe vija të vogla me ngjyrë të verdhë në të bardhë, sidomos në septumin ventrikular dhe murin e përparshëm. Arteriet koronare dhe aorta nuk kishin ndryshime. Veshkat paraqiteshin pak të zmadhuara, të buta, dekapuloheshin me lehtësi, sipërfaqja ishte e lëmuar, me ngjyrë kafe të zbehtë, me disa nolla të kuqe të vogla. Në prerje, shtresa kortikale ishte e zbehtë, ndërsa piramidet mjaft hiperemike. Shiheshin vijëzime të shumta dhe pikëzua fare të vogla, vecanërisht në shqyllat e Bertinut. Në kalicet renale kish disa hemorragji të vogla në formë pikash. Në ureterin e majtë gjendej një gur me madhësinë e një kokre misri, me ngjyrë gri të gelët, me sipërfaqe të lëmuar. Organet e tjera nuk kishin ndryshime të rëndësishme.

Në ekzaminimin histopatologjik u panë këto dëmtime: zëmra me strukturë histologjike të latëruar, fibrat muskulare parqasinin distrofi

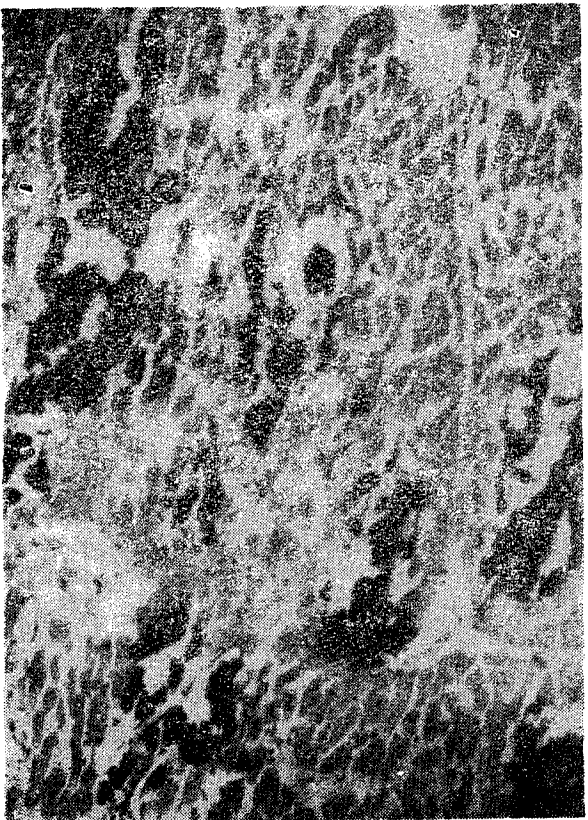


Foto 1



Foto 2



Foto 3

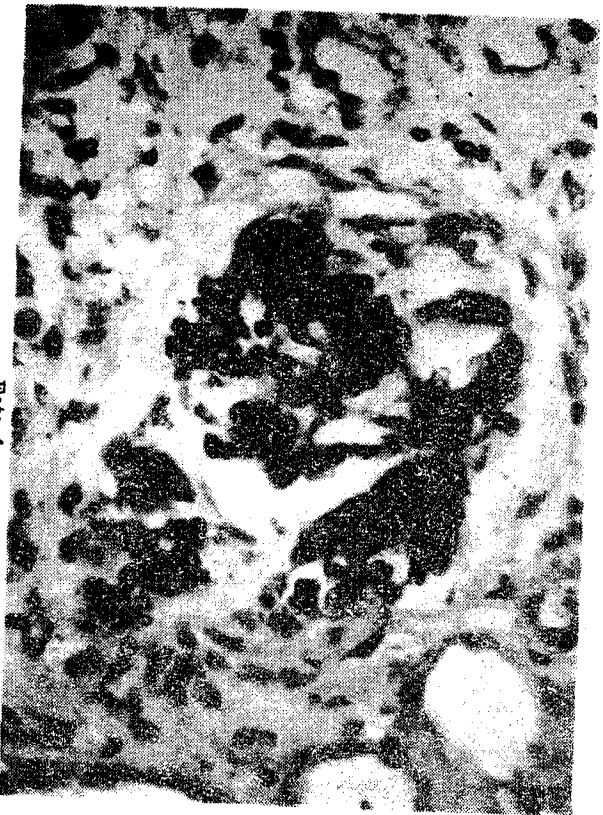


Foto 4

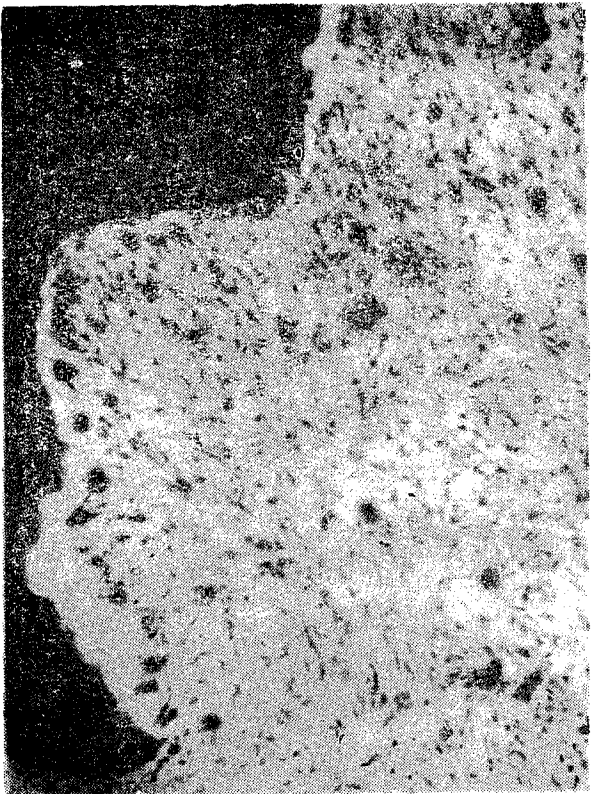


Foto 5

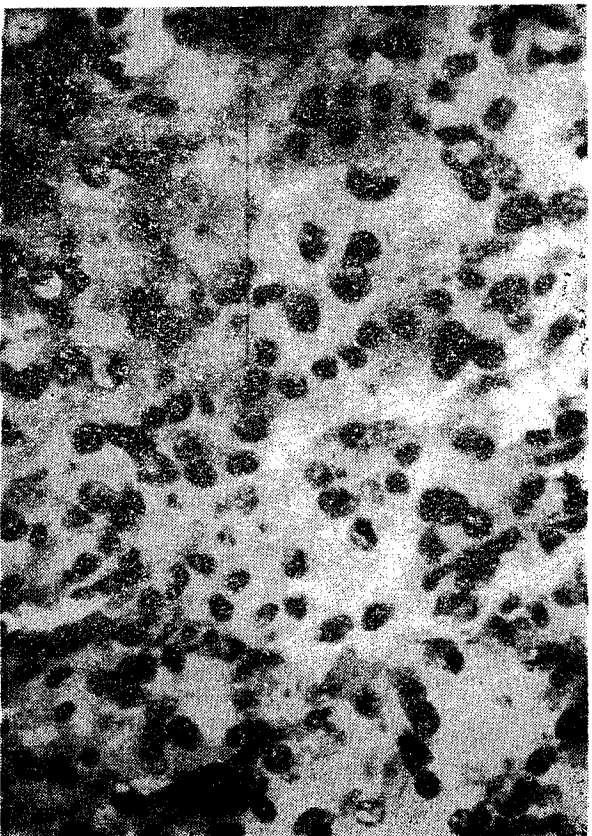


Foto 6

granulare e në shumë vende ndërprisnin vazhdimësinë e tyre, duke u zëvendësuar nga fusha indi lidhor të shkriфт. Në këto fusha kish pllaka të vogla bazofile, me ngjyrë vullçë në blu, të cilat kishin formën e fi-brave muskulare, por nuk kishin bërthama dhe paraqisnin ndërtim ho-mogjen ose mikrogramular. Vërehej një prirje e tyre për t'u vendosur në po atë drejtim si dhe tufat muskulare (fig. 1). Në disa prej këtyre plla-kave, ngjyra ishte shumë e thellë dhe në to shihej pluhur i imët bazofil. Në ndonjë prej këtyre vatrave kish enë gjaku, në parietet e të cilave gjendeshin depozitime të imta bazofile granulare, por jo me atë dendësi si në fijeт muskulare. Stroma ishte edematoze, me celularizim të za-konshëm, në të shijet distrofi mukoidë e indit lidhor dhe e enëve të gja-kut. Endokardi ishte i trashur, në të vëreheshin gjithashtu depozitime të shumta bazofile dhe vendosje subendoteliale, sidomos në atriumin e majtë (fig 2). Në mushkëri, alveolat ishin të mbushura pjesërisht ose tërësisht me lëng oksifil homogjen, qeliza epiteliale të deskamuara, makrofage dhe pak eritrocite e leukocite polimorfonukleare. Bronket me mukozë të deskamuar. Septet paraqiteshin hiperemike, me depozitime të imta kokrizore bazofile, veganërisht në parietet bronkiale (fig. 3). Në veshkat, glomerulat ishin pjesërisht të lira, por disa prej tyre ishin të zvogëluara dhe me sklerohilanozë të plotë ose sklerozë periglomeru-lare. Në gendër të tyre vëreheshin depozitime bazofile, por nganjëherë ato ishin krejtësisht të kalçifikuara (fig. 4). Në këto zona, ku glomerulat ishin të demtuara, stroma paraqitej fibroze dhe kish infiltrate të dendura limfocitare, monocitare dhe plazmocitare. Kanallet renale kishin hapë-sirë të lirë ose të mbushur me masa mikrogramulare oksifile. Në shumë prej tyre kish masa amorfe bazofile, mikrogramulare ose në formë kon-glomeratesh të vegjël, ndërsa epiteli kish distrofi të shprehur granulare ose ishte i zhdukur. Shpesh depozitimet kalceike të lartpërmendura kishin vendosje karakteristike në formë umaze.

Në kocka (pjesë nga kafka dhe brinjat), struktura histologjike ishte shumë e alterruar. Binte në sy pakësimi dhe zvogëlimi i pllakave kocko-re si dhe shtimi i indit osteoid, i cili ngjante shumë me indin lidhor të shkriфт. Në këtë ind të shkriфт dhe në afërsi me pllakat kockore shi-heshin qeliza të mëdha, me shumë bërthama, që të kujtojnë osteoklastet (fig. 5). Në këto qeliza, bërthama vendoset në grup, më tepër në qendër të citoplazmës së tyre. Në paratroiden e majtë të poshtme, struktura histologjike paraqitej e alterruar, shiheshin qeliza të dendura, të vendo-sura në grupe ose shiritra, me citoplazmë në përgjithësi oksifile, me vakuola të pakta në të, pa kufij të qartë me njëra tjetrën. Bërthama ishin të rrumbullakta, të ngjyrosura mirë, me kromatinë të imët. Rrallë qelizat ishin vendosur në formë të tillë që të kujtojnë gjendrat. Rrëth qelizave kish disa sinusoidë të mbushura me gjak. Në një sektor, qeliza paraqisnin fenomene anizokarize dhe hiperkromazie, por mitozat isht shumë të rralla (fig. 6). Stroma ishte fare e pakët dhe përtochej ngj-shiritra të hollë. Në organet e tjera nuk u panë ndryshime të rëndësi-shme.

Diagnoza anatomicopatologjike: Adenoma e gjendrës paratiroide. Hi-perparatroidizëm primar. Osteodistrofi fibroze e gjeneralizuar. Nefro kalçinozë me pielonefrit kronik sekondar. Kalkuli i ureterit të majtë kalçinozë e miokardit dhe pulmoneve. Bronkopneumonia katarrale bi-laterale.

D i s k u t i m

Dallohen katër forma hiperparatiroidizmi:

1) Hiperparatiroidizmi primar shkaktohet më shpesh nga adenomat paratirodiane (60-70%)⁶). Ato mund të jenë të vetme ose të shumta, imh të gjenden më shumë se një adenomë, në disa prej paratiroideve poliadenomato). Shpeshësia e poliadenomave lëkundet shumë në autorë e ndryshëm nga 3-60% (7) në 60% (8). Në gjatën vetëm një adenomë e paratiroiden e majtë të poshtme. Ka të dhena se hiperplazitë e paratiroideve janë shtuar kohët e fundit dhe përbëjnë afro 50% të rasteve (8). Karcinomat janë më të rralla dhe zenë një përqindje nga 0.7%⁶ në 5%⁶.

2) Hiperparatiroidizmi sekondar takohet gjatë insuficiencës kronike renale ose malabsorbimeve, që çojnë në hipokalcemi. Hipokalcemia ngacnon gjendrrat paratiroide dhe sjell hiperplazinë e tyre, për pasojë, rirëndoset niveli i kalciumit në gjak (1, 2, 5, 6).

3) Hiperitiroidizmi i tretë (terciar) është shndërrimi i hiperparatiroidizmit sekondar në një hiperparatiroidizëm të pavarur, si pasojë e funksionit të shtuar dhe të qëndrueshëm paratiroidian (4, 9).

4) Hiperparatiroidizmi kraternar (apo pseudohiperparatiroidizmi) vjen nga tumore jo të paratiroides, më shpesh nga karcinoma bronkiale, të cilat prodhojnë një substancë mjaft të ngjashme me HPT (4, 6, 9).

Diagnoza e hiperparatiroidizmit u shtrua klinikisht jo vetëm mbi bazën e dëmtimeve osteoporotike dhe infiltrimeve kalcike të përhapura në organet, por edhe nga prania e adenomës në njërin nga gjendrrat paratiroide. Gjeftja e tumorit nga ana klinike është e vështirë dhe shumë e rrallë dhe kjo është një nga shkaqet kryesore që vështirëson diagnozën (10). Edhe në rastin e paraqitur, me gjithë orientimin e ltrajtë klinik nga prania e shenjave kockore dhe renale, si dhe ndryshimet biokimike, tu-mori nuk u zbulua klinikisht. Nga pikëpamja biologjike paraget interes forma normokalcemike, e cila e vështirëson diagnozën dhe shton probleme fitopatologjike ende të pazgjidhura (7). Rast yrnë ka pasur vlefia hipokalcemike, që më vonë u normalizuan, si dhe pasojat e kësaj ngjar- kесе kalcike: nefrokalcinozën, urolitiazën dhe pielonefritin. U gjendën dhe trazime digjestive, por ato mund të vihen në lidhje edhe me gjend- djen azotemike, së paku në ditët e fundit. Në rastin tonë, mungon hiper- tonia arteriale, që haset në rreth gjysmën e rasteve si dhe ulçera e sto- makut që takohet nga 10 në 27%⁶ (8, 9, 10).

Nga pikëpamja diagnostike është e rëndësishme të dallohet klini- kisht karakteri primar ose sekondar i sëmundjes. Në këtë drejtim kanë vlerë disa kritere orientuese: së pari, rëndësia dhe herëshmëria e she- njave kockore flet për hiperparatiroidizëm primar (si në rastin tonë). Një anamnezë e gjatë kolkash renale ose vuaifetje renale do të anonte drejt hiperparatiroidizmit sekondar. Së dyti, kalcemia mund të jetë nor- male ose e rritur në hiperparatiroidizmin primar edhe kur azotemia është diasi e rritur (si në rastin tonë). Në rastet e sëmundjeve renale kronike zakonisht ka hipokalcemi pranë një azotemie shumë të rritur (4, 6, 10).

Hiperparatiroidizmi është sëmundja më e shpeshtë e paratiroideve dhe duhet kërkuar në shumë gjendje patologjike si urolitiazë, sëmundja ul- ceroze, hipertonia etj. Kështu kalkulozat renale hasen shpesh, në 60%

të rasteve me hiperparathroidizëm. Në çdo llojëzë renale, sidomos në rrahë recidivuese, duhet të përcaktohet ekuilibri i kalciumit dhe fosforit i kërkinim e një etologjie parathroidiane, që ka rezultat e tillë në lëndë të gjithë personave me gurë në veshka (9). Veç nefrolitiazës mund ndërlikohet me nefrokalcinozë në 50% të rasteve dhe me pielonefrite 120%. Këto dëmtime mund të jenë të shoqëruara me njëra tjetrën. Më trallë mund të gjenden gurë në qesken e tëmtit ose në rrugët tija (3). Dëmtimet kockore në formë të osteodistrofisë fibroze të gjerë ralizuar hasen në një përqindje që lëkundet nga 450% në 600% (9).

Dorëzuar në Redaksi më 15 qershor 1978.

BIBLIOGRAFIJA

- 1) Abraham E. P.: Pathological calcification. Në librin e Florey I. «General Pathology», Philadelphia and London 1970, 435.
- 2) Birt P.: Patologjia morfologjike. Tiranë 1966, 618.
- 3) Brunner H, Rohmund M.: Primarer hyperparathyreoidismus, Pancreatitis in Cholelithiasis. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Stuttgart 1973, 98, 9, 48 D.G.
- 4) Chamberlain M. J.: Calcium metabolism. Në librin e Curran R.C. dhe Harnde D.G. «Pathological Basis of Medicine, London 1972, 535.
- 5) Dogi S.: Traktati i sëmundjeve të brendshme, Tiranë 1974, vol. II, 489.
- 6) Dustin P.: Troubles de métabolisme du calcium. Në librin «Leçons d'Anatomie Pathologique générale», Bruxelles 1969, 307.
- 7) Hecht A. dhe bp.: Primary hyperparathyroidism. Laboratory and clinical. Data in 73 cases. JAMA 1975, 233, 6, 519.
- 8) Linqwette M. e bp.: Formes insolites de l'hyperparathyroïdisme primaire. Revue Française Endocr. Clin. 1975, 16, 2-3, 177.
- 9) Oertel J. E., Anderson W.A.D.: Parathyroid glands. Në librin e Anderson W.A.I «Pathology», St. Louis 1971, 1452.
- 10) Williams R.: Textbook of Endocrinology. Philadelphia 1972, Vol. II, 934.

Summary

A CASE OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

A case is presented of primary hyperparathyroidism in a boy aged 17, which characteristically combined the bone and the kidney form with typical electrolytic changes (but with incipient hypercalcaemia) and radiologic bone signs (osteoporosis).

The necropsy revealed an adenoma of the left lower parathyroid gland and a pronounced softening of the bones, with changes characteristic for a fibrous osteodystrophy. The microscopic examination showed nephrocalcinosis and deposits of calcium in the myocardium, endocardium and the lungs.

Résumé

UN CAS D'HYPERPARATHYROÏDE PRIMAIRE

Cet article traite d'un cas d'hyperparathyroïde primaire chez un jeune homme de 17 ans, se présentant dans sa forme osseuse et avec des modifications électrolytiques (mais avec une hypercalcémie non persistante) et des signes radiologiques indiquant une ostéoporose. La nécropsie a montré un adénome de la glande parathyroïdienne inférieure gauche et un amollissement des os, le tout accompagné par des modifications caractéristiques de l'ostéodystrophie fibreuse. L'examen microscopique a indiqué une néphro-calcinose et des dépôts de calcium dans le myocarde, l'endocarde et les pounnon.

NËJE RAST I IDENTIFIKIMIT TË PERSONIT ME ANËN E ESHTRAVE TË SKELETIT

— BARDHYL ÇIPI — ESTREF MYFTARI —

(Katedra e Anatomisë Normale)

Njohia e bazave shkencore të metodave të identifikimit kriminalistik ka rëndësi praktikë për organet e hetuesisë dhe të gjykatës në luftën kundër kriminalitetit. Ndërmjet këtyre metodave bën pjesë edhe identifikimi i personave me anën e eshtrave të gjetura si prova materiale për të vlerësuar sa më drejt rezultatet e ekzaminimit të tyre në lidhje me përcaktimin e identitetit të një personi të dhënë.

Rasti që po paraqesim tregon përdorimin e metodave të identifikimit me anën e eshtrave të gjetura të skeletit të një personi të zhdukur disa vjet më parë.

Më 4.IX.197. në B. të M. në një përrua të ndodhur në vendin e anajtur M. u gjetën të mbuluar në tokë shumica e eshtrave të një skeleti njeri njeriu të rritur. të cilat, sipas pohimit të të pandehurit A.B. nga fshati R. i rrethit të D., dëshohet se i përkasin qytetarit R. SH. i datë-lindjes 1933. edhe kv nga fshati R. i rrethit D. Nga të dhënat paraaprake ditë se viktima në fjalë ishte parë për herë të fundit në gusht të vitit 197. në B. të rrethit M. ku kish shkuar për të punuar dhe qysh atëherë ishte zhdukur pa lënë gjurmë. Përkëmbësish në atë kohë, kv duhet të ishte vranë për motive të dobta nga i pandehuri A.B., i cili, siç e pranoi dhe vetë më pas, pasi e kishte vranë, kufomën e tij e kishte shpënë në përruin atje afër, duke e mbuluar me gurë dhe trumçie drurësh.

Në vendin e gjetjes, në shumicën e tyre, eshtrat ishin pa inde të buta dhe të ndara njëra nga tjetra, kurse disa ishin të bashkuara midis tyre dhe ruanin pjesërisht inde të buta shumë të qullëta, që hiqeshin me lehtësi nga vendet e tyre.

Eshtrat u kontrolluan me kujdes që të sigurohej marrja e tyre sa më e plotë. Për më tepër u bënë kërkime edhe në zonën përreth vendit ku u gjetën eshtrat, sidomos në të dy kahet e rrjedhjes së përroit.

Pas gjithë këtyre veprimëve u grumbulluan eshtrat e një skeleti të një personi të rritur (të kafkës, të trungut, të gjymtyrëve të sipërmë dhe të gjymtyrës së poshme të diahtë), por nuk u gjetën ato të kotshës dhe të kërcirrit të matë si dhe disa të tiera nga ato të vogëlat, kryesisht të duarve dhe të këmbëve (fig. 1 — Eshtrat e gjetura në vendin e ngjarjes).

Që në shikim të parë të binte në sy se kafka kishte dëmtime të mëdha kryesisht në gjysmën e saj të majtë në trajtë thyerjesh, plasjesh dhe copimesh kockore të çrregullta, kurse gjithë eshtrat e tjera ishin krejt të paprekura.

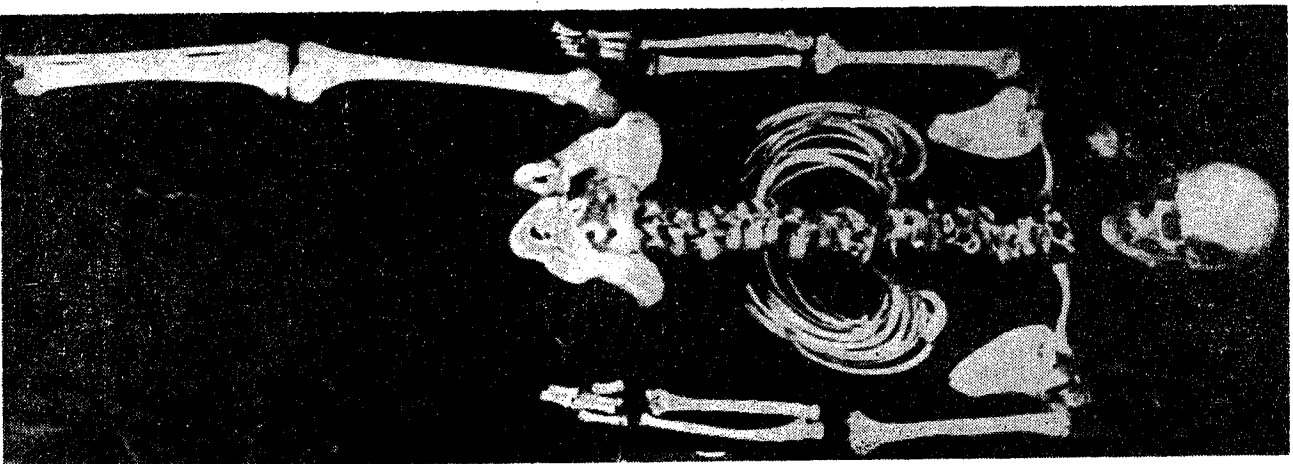


Fig. 1 Eshtirat e gjekura në vendin e mgarjes

Gjithë eshtrat u transportuan në laboratorin qendror të krimina-
listikës për ekzaminimet mjekoligjore e kriminalistike të rasisit.

Në lidhje me këtë ngjarje, prokuroria e rrethit D. kërkoi kryerjen
e ekspertimit kompleks mjeko-ligjor e kriminalistik të eshtrave me që-
llim që të përcaktoheshin raca, seksi, moshë dhe shtati i personit që i
takonin këto eshtra; të përcaktohej në se mund të vëreheshin dëmtime
në këto eshtra dhe në rast se po, lloji i mjetit me të cilin ishin shkak-
tuar dhe karakteri i tyre vdekje-prurës ose jo; të përcaktohej koha e
vdekjes së personit që i përkisnin këto eshtra dhe, në në fund, në se
kafka e skeletit të gjetur i takonte personit të zhdukur R. Sh.

Nga prokuroria e rrethit D u dërgua një relacion mbi ngjarjen ba-
shkë me gjeneraletet dhe fotografinë e viktims për të pasur mundësi
përcaktimi të identitetit në mënyrë sa më të plotë të personit të zhdukur.

1. - PËRSHKRIMI I ESHTRAVE DHE MATJET E TYRE

Së bashku me nofullën e poshtme, kafka ishte e thyer, e plasur dhe
e copthar, kryesisht në pjesën anësore të majtë (në vendin e eshtrave
maksilare, zigomatike, temporale, sfenoidale dhe parietale të kësaj ane)
dhe pak në pjesën anësore të djathtë (në eshtrën parietale ku vazhdonte
një plasje që vjen nga parietalja e majtë). Në qendër të këtyre dëmtime-
ve, në përshtatje me skuamën temporale dhe pjesërisht parietale të majtë
ndodhej një mungesë indit kockor me formë shumëkëndshi të rregulltë,
me buzë të dhëmbzuarra dhe me përmasa 6 x 5,5 cm. Për shkak të këtij
deformimi, matja e diametruve ka qënë pak e vështirë. Në të dy nofu-
llat ndodheshin në vendet e tyre 27 dhëmbë dhe dhëmballë (pas vdekjes
kanë rënë: preçesi anësor i majtë i nofullës së sipërme dhe të dy preno-
larët e majtë të nofullës së sipërme). Në dhëmbët e dhëmballët ekzistue-
ri i dytë i majtë i nofullës së sipërme). Në dhëmbët e dhëmballët ekzistue-
se, sipërfaqet përtpjëse ishin pak të ngrëna dhe afër rrënjëve, sidomos
nga anët e brendshme kish mjaft depozitime gurë dhëmbësh.

Nga eshtrat e gjymtyrëve të sipërme ishin të plota: të dy klavikulat,
të dy shpatullat, të dy humnuset, të dy radiuset, të dy ulnat dhe disa
metakarpe dhe falangje.

Nga eshtrat e gjymtyrëve të poshtme ishin të plota: femuri tibia
dhe fibula të anës së djathtë, si dhe disa metatarse, ndërsa eshtrat e kof-
shës dhe të kërcirit të majtë mungonin.

Shtylla kurriore përmbante: nga pjesa cervikale vertebrale e parë,
të dytë dhe katër të tjera (një vertebër cervikale mungonte); nga pjesa
torakale të 12 vertebërat, nga pjesa lumbare katër vertebra (mungonte
njëra).

Brinjëti ishin 11 gifte të plota dhe një teke (mungonte një brinjë),
ndodhej pjesa e sipërme e sternumit dhe eshtrat hioide.

Eshtrat e legenit (pelvis) ishin të plota së bashku me sakrumin. Me
përijashtim të kalfkës, në eshtrat e tjera nuk viteshin re dëmtime. Për
kryerjen e identifikimit grupor në fillim u bënë matjet antropometrike
të eshtrave të skeletit.

Pasqyva nr. 1

MATJET E ESHTRAVE TË GIATA

E s h t r a t	E djahhtë	E majtë
Humerusi	310	mm. 309
Radusi	231	mm. 230
Ulna	234	mm. 250
Femuri	456	mm. mungon
Tibia	368	mm. mungon
Fibula	361	mm. mungon

K R A N I O M E T R I A

Diametri transvers maksimal	147	mm.
Diametri antero-posterior maksimal	175	mm.
Lartësia e kafkës	137	mm.
Lartësia e hundës	56	mm.
Gjërësia e hundës	25	mm.
Lartësia nazo-alveolare	70	mm.
Diametri bizigomatik	128	mm.
Gjërësia e orbitës	35	mm.
Lartësia e orbitës	36	mm.

Indekset kraniale dhe faciale

Indeksi kranial horizontal

$$\frac{\text{Diametri transvers maksimal}}{\text{Diametri ant. posterior maksim}} \times 100 = \frac{147 \times 100}{175} = 84$$

Kafka ishte brakikrane

Indeksi kranial vertikal

$$\frac{\text{Lartësia e kafkës}}{\text{Diametri antero-posterior maksimal}} \times 100 = \frac{137 \times 100}{175} = 78,28$$

Kafka ishte hipsikrane

Indeksi kranial transversal

$$\frac{\text{Lartësia e kafkës}}{\text{Diametri trans.maksimal}} \times 100 = \frac{137 \times 100}{147} = 93,2$$

Kafka ishte metriokrane

Indeksi facial superior:

$$\frac{\text{Lartësia nazo-alveolare}}{\text{Diametri bizigomatik maks.}} \times 100 = \frac{70 \times 100}{122} = 57,45$$

Fytyra ishte e ngushtë, leptene

Indeksi nazal:

$$\frac{\text{Gjërësia e hundës}}{\text{Lartësia e hundës}} \times 100 = \frac{25 \times 100}{56} = 44,64$$

Hunda ishte e ngushtë leptorine.

Indeksi orbital:

$$\frac{\text{Lartësia e orbitës}}{\text{Gjërësia e orbitës}} \times 100 = \frac{36 \times 100}{35} = 102,8$$

Orbitat ishin të larta ose megazeme.

II. - IDENTIFIKIMI GRUPOR

a) *Përcaktimi racor*

Në bazë të rezultateve të llogaritjeve të indekseve, kafka e ekzaminuar ishte: brakrikane, hipsikrane, metriokrane, leptene, leptorine dhe megazeme, karakteristikat këto që takohen në racat e bardha evropiane, ku bën pjesë dhe populli ynë. Këtë gjë e vërteton edhe fakti se këto të dhëna përkohje me ato të punimit të kryera në kafka shqiptare (9, 10).

b) *Përcaktimi i seksit*

Në bazë të studimit të eshtrave të legenit, personi të cilit i takojnë eshtrat e gjetura ka gënë i seksit mashkull sepse (6).

Indeksi i hapjes së *incisura ischiatica major* ishte 25

$$\frac{\text{CP}}{\text{CO}} \times 100 = \frac{10}{40} \times 100 = 25$$

(mesatarja për meshkuj është 20,8, kurse për femra është 35,4).

— Këndi subpubik është i ngushtë 67° (65° — 70° tek meshkujt, 110° tek femrat).

— Vrima abturatore është vezake (tek gratë është më e gjërë dhe trekëndshje).

— Diametri e acetabulit është 55 mm (tek femrat është më i ngushtë — 46 mm).

— Brzda preaurikulare është pak e shprehur (tek femrat e gjërë dhe e thellë).

Ejbe kafka zotëron gjithashtu karakteristikat mashkullore: balli i pjerrët, këndi frontonazal i shprehur, buzët orbitale të trasha, proceset mastoide të zhvilluara, nofulla e poshtme e trashë me ashpërsitë e karpjes së muskujve të shprehura (9).

c) *Përcaktimi i shtatit*

Bazohet në ekzistencën e një raporti konstant ndërmjet gjatësisë së eshtrave të gjata dhe shtatit. Kështu nga pasqyrrat e ndryshme antropo-

metrike, në këtë rast, u përdorën dy nga më të njohurat të Rollet dhe Manouvrier, në bazë të të cilave u arritën këto rezultate:

Pasqyra nr. 2

Përcaktimi i shtatit

Eshtrat e gjata	Gjatësia	Shtati sipas	
		Rollet	Manouvrier
Pemuri i djathtë	456 mm.	1.66 m.	1.68 m.
Fibula e djathtë	361 mm.	1.64 m.	1.66 m.
Tibia e djathtë	354 mm.	1.61 m.	1.64 m.
Humerusi i djathtë	310 mm.	1.58 m.	1.62 m.
Humerusi i majtë	309 mm.	1.58 m.	1.62 m.
Radusi i djathtë	231 mm.	1.60 m.	1.63 m.
Radusi i majtë	230 mm.	1.60 m.	1.63 m.
Ulna e djathtë	254 mm.	1.62 m.	1.65 m.
Ulna e majtë	250 mm.	1.60 m.	1.64 m.
Gjatë sia mesatare		1.61 m.	1.64 m.
		1.625 m.	

Rriedhimisht, gjatësia e shtatit të personit, të cilit i takojnë eshtrat e gjatura ka gënë afërsisht 1,625 m. (4).

d) Përcaktimi i moshës

Kockëzimi i plotë i eshtrave dhe gjatësia e shtatit të subjektit flasin për moshë të rritur. Për një moshë të tillë dëshmojnë edhe këndi i nofullës së poshtme prej 110°, vendosja e foramen mentale në pozicion mesatar, dalja e të gjithë dhëmbëve dhe dhëmballave (duke përfshirë edhe ato të pjekurisë) me sipërfaqet përypëse pak të ngjëna dhe me njëaft depozitime gurdhëmbësh.

Studimi i shkallës së sinostozës (ngjifjes) të suturave ekzokranike të kapakut dha këto rezultate:

<i>Sutura koronare</i>		<i>Sutura sagitale</i>		<i>Sutura lambdoitale</i>	
Segmenti $C_1 = 0$	Segmenti $S_1 = 0$	Segmenti $L_1 = 1$	Segmenti $L_1 = 1$	Segmenti $L_1 = 1$	Segmenti $L_1 = 1$
» $C_2 = 0$	» $S_2 = 3$	» $S_3 = 3$	» $S_3 = 3$	» $L_2 = 2$	» $L_2 = 2$
» $C_3 = 0$	» $S_4 = 2$	» $S_4 = 2$	» $S_4 = 2$	» $L_3 = 0$	» $L_3 = 0$

Shitrat shprehin shkallën e sinostozës për çdo segment të suturave

- 0 — Sutura e hapur
 1 — sinostozë fillestare
 2 — sinostozë e më pak se gjysmës së suturës
 3 — sinostozë e më shumë se gjysmës së suturës
 4 — sinostozë plotnajsë e plotë

Në bazë të pasqyrës këtyre të dhënave u përkon moshë rreth 35 vjeç (3, 8).

III. — IDENTIFIKIMI INDIVIDUAL ME ANËN E SUPERPOZIMIT FOTOGRAFIK

Rrethanat e çështjes në shqyrtim e bëjnë të nevojshëm identifikimin plotë të personit të zhdukur me anën e eshtrave të gjetura.

Për këtë qëllim u përdor metoda e njohur e superpozimit fotografik, që, siç dihet, bazohet në krahasimin e një kafkë të dhënë me fotografinë e personit që dyshohet, duke shfrytëzuar ato shenja të veçanta që e individualizojnë kafkën dhe që shprehin konfiguracionin e jashtëm të kës (1, 2, 7).

Për aplikimin e kësaj metode, në rastin tonë, nga të dy fotografitë e të zhdukurit R. Sh. që na u dërguan për krahasim, u zgjodh ajo më e përshatshmja, ku vikuma e prezumuar paraqitet në mes të një grupi personash të fotografuar në natyrë.

Kjo fotografi është realizuar në distancë mbi 5 m. dhe në përgjithësi paraqitet e qartë. Personat në të janë të fokusuar mirë.

Teknikisht u veprua si vijon:

Nga fotografia që disponohej në fillim u nxuarr një negativ me format 9 x 12 cm., ku pasqyrohej vetëm fytyra e R.Sh. Me kontakt direkt nga ky negativ u bënë disa pozitiva po të formatit 9 x 12 cm. dhe nga njëri prej tyre në një copë celuloidi transparent u shënuan pikat dhe vijat kryesore anatomo-topografike orientuese.

Në fazën e dytë, kafka u vendos mbi mbajtësen e lëvizshme të një stativi me një boshq të hyn në mënyrë të puthitur në vrimën e madhe oksipitale dhe që lejon për ti dhënë kafkës pozicionin e duhur për fotografim. Pas kësaj, kafka u ndriçua me anën e tri llampave, dy anash dhe një sipër për të qartësuar konturet e saj dhe për ti bërë të errëta gropat e syve.

Në një stativ të dytë përpara, majtas kafkës u vendos aparatit fotografik, në xhamin mat të të cilit ish vënë copa e celuloidit me shenjat e bëra më parë të indeksëve anatomo-topografike. Aparati fotografuar u vu në mënyrë të tillë që nga largësia dhe pozicioni i tij, kafka të fotografohet jo në atë rakturë që ka qënë fotografuar fytyra e personit që identifikohet.

Pasi u korrigjua pozicioni i kafkës në hapësirë, derisa pikat dhe vijat orientuese të saj u përputhën në përgjithësi me ato të fytyrës të fiksuara në copën e celuloidit, u kalua në ekzaminimin krahasues.

Fig. 2 Fotografia e gjetëtarit R. Sh.

Fig. 3 Fotografia e kafkës e gjendur në vendin e ngjarjes

Fig. 4 Superpozimi fotografik: kafka e gjetur në vendin e ngjarjes

Fig. 4. Superpozimi fotografik: kafka e gjetur në vendin e ngjarjes përputhet me fotografinë e R. Sh. Pra kjo kafkë i takon gjetëtarit R. Sh.

Në këtë fazë të fundit, u krahasuan pikat dhe vijat anatomo-topografike të shënjuara në copën e celuloidit me ato të kafkës të pasqyruara

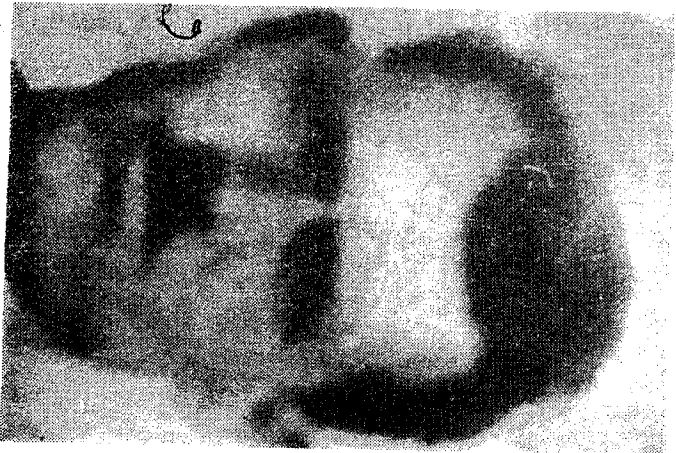
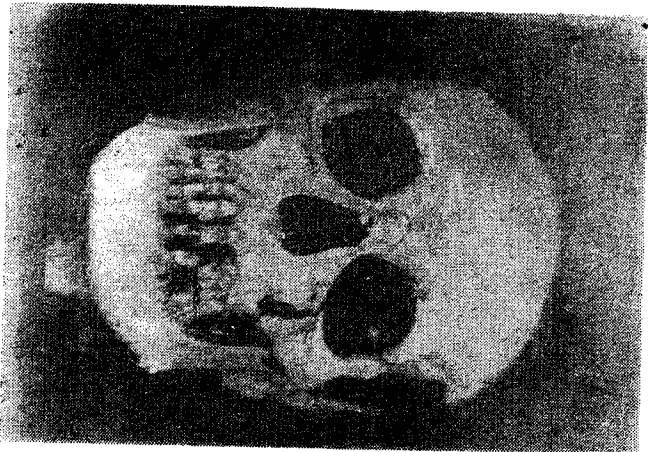


Fig. 2
Fotografia e qytetarit R. Sh.

Fig. 3
Fotografia e karkës e gjendur në vendin
e ngjarjes.

Fig. 4

Superpozimi fotografik (karka e gjetur
në vendin e ngjarjes përputhet me foto-
grafinë e R. Sh.



në xhamin mat të aparatit fotografik dhe vumë re kështu një sërë përputhesh. Për fiksimin e rezultateve, kafka i fotografuara në pozicionin e arritur në pllakë me format 9 x 12 cm. si të fotografisë së vegantë të R. Sh. Negativi i kafkës i bërë në këtë mënyrë dhe ai i fotografisë së zmadhuar të këtij të fundit i bashkuan dhe u ekspozuan njëkohësisht, duke nxjerrë kështu një pozitiv të përbashkët të kafkës dhe të fytyrës. Duke ekzaminuar këtë pozitiv u vu re se përfytyrimi fotografik i fytyrës së R. Sh. përputhej me pjesën më të madhe me pikat dhe vijat orientuese të kafkës objekti eksperimenti, gjë që tregon se kjo kafkë duhet ti ta kjojë personit në fjalë (5).

KONKLUZIONE

— Identifikimi i personit me anën e eshtrave të skeletit jep rezultate të përpikta. Ky lloj identifikimi është një ekspertim kompleks mjekor-lijgor dhe kriminalistik, që kërkon një kujdes të vegantë, sepse kemi të bëjmë me metoda ekzaminimi të vështira dhe delikate.

— Nga paraqitja e rasisht del se për kryerjen e këtyre ekspertimeve në fillim bëhet përcaktimi i shenjave grupore të racës, seksit, moshës, shtetit dhe më pas arrihet në identifikimin individual me anën e metodës së superpozimit fotografik.

Dorëzuar në redaksi më 20 maj 1978

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Gjipi S., Tozaj N.:** Përcaktimi i identitetit të personit. Në Shënbin të Popullit 1972, 5, 30.
- 2) **Chubert B.:** Mjekësia ligjore. Tiranë 1975, 252.
- 3) **Eliakis G., Emm Eliakis, Jordanidis P.:** Détermination de l'âge par l'étude du degré de l'oblitération des sutures crâniennes. Revue Internationale de police criminelle, 1968, 238.
- 4) **Pashkova V. I.:** Oçerki sudobno-medicinskoj osteologj. Medgiz 1963, 18, 51, 118.
- 5) **Pogari F.:** Identifikimi i personave (kufomave) në bazë të kafkës. Policia poullore 1962, 26, 25.
- 6) **Simoin G.:** Médecine légale judiciaire. Paris 1962, 791.
- 7) **Sivaram S.:** Identification d'un squelette. Revue internationale de police criminelle, Mai 1977, 159.
- 8) **Xhii A., Gjipi B.:** Përcaktimi i moshës në bazë të studimit të sutturave ekzokraniale. Buletini i UT-seria shkencat mjekësore 1973, 2, 21.
- 9) **Xhii A., Gjipi B.:** Përcaktimi i seksit me anë të kafkës. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1975, 1, 45.
- 10) **Xhii A.:** Disa të dhëna kranionetrike. Tiranë, 1975, 141.

Summary

IDENTIFICATION OF THE PERSON BY THE BONES OF THE SKELETON,

A case of identification of the person by the bones is discussed as an example of medico-legal and criminalistic expertise. In this case the signs related to the race, sex, height and age were first taken into account, then the photographs of the skull of the dead person were confronted with photographs of the presumed dead person.

All these data gave positive results.

Résumé

**UN CAS D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PAR LES OS
DU SQUELETTE**

Dans cette étude les auteurs décrivent le cas d'identification d'un homme à par l'examen des os du squelette. Il s'agit d'une expertise complexe médico-légale et criminalistique. En l'occurrence, sur la base des os trouvés et des mensurations anthropométriques effectuées il a été possible au commencement de déterminer les signes relatifs à la race, le sexe, la taille et l'âge, qui correspondaient à eux de la personne disparue. Puis la méthode de superposition photographique, qui consiste dans la confrontation de la photographie du crâne de la personne disparue avec celle de son visage, a donné des résultats positifs.

NJË RAST I RRALLË NË MËNYRËN E DALJES SE TRUNCUS COELIACUS

— KLEMENTINA LIANGA — DRITA OSMANILLI —

(Katedra e Anatomisë)

Në normë, *Truncus coeliacus* është një trung i trashë dhe i shkurtër, që lind nga aorta e barkut në murin e përparshëm të saj në nivelin e vertebrës XII torakale ose të I lumbele, prej të cilit (alin: *a. gastrica sinistra*, *a. hepatica communis* dhe *a. lienalis*.

Variacionet e këtij trungu janë të shumta. Trungu mund të mungojë dhe të tri degët të dalin drejtpërdrejt nga aorta ose trungu të ndahet vetëm në dy degë: në *a. gastrica sinistra* dhe *a. lienalis* (1).

Në 30 kufoma të ekzaminuar kemi hasur vetëm një rast të rrallë në mënyrën e ndarjes së truncus coeliacus. Në kufomën e seksit mashkull, vjeç 69, në nivelin e vertebrës XII torakale nga muri i përparshëm i aortës së barkut del vetëm një degë, që është *a. lienalis*. Arteria drejtohet majtas sipër trupit të pankreasit. Në një distancë prej 3 mm prej saj dalin dy degë të holla që drejtohen njëra sipër dhe majtas për në *curvatura minor ventriculi* dhe që është *a. gastrica sinistra* dhe tjetra që drejtohet djathtas nëpër buzën e sipërme të pankreasit dhe që është *a. hepatica communis*.

A. lienalis me lumen 1.6 cm. kalon nëpër buzën e sipërme të trupit të pankreasit, duke formuar 5 përdredhje të mëdha dhe 5 cm para se të arrijë në *nihilus lienaris* jep një degë me lumen 5 mm. që drejtohet në mesocolon transversum që nga *flexura coli sinistra* deri në mesin e colon transversum, të cilën e vaskularizon dhe që është *a. colica media*.

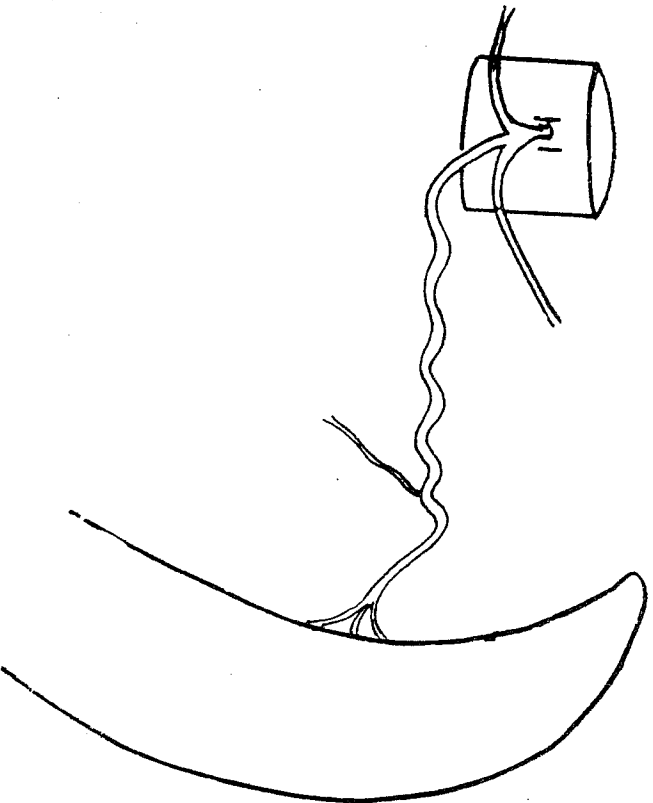
Një variant të tillë kanë përshkruar dhe autorët të tjerë (1), por në këto raste mungon *a. colica media* si degë e *a. mesenterica superior*, kurse në rastin tonë, *a. colica media* del dhe nga *a. mesenterica superior*, por si një degë shumë e hollë.

Mendojmë se përshkrimi i një varianti të tillë është shumë i nevojshëm kryesisht për kirurgët gjatë ndërhyrjeve në zonën transversale.

Dorëzuar në redaksi më 2.IV.1978

BIBLIOGRAFIA

- 1) Chiarugi G. : Istituzioni di anatomia dell'uomo A. Axillaris, Milano 1965. 451.



Summary

A RARE SITE OF EMERGENCE OF TRUNCUS COELIACUS

A case is described in which truncus coeliacus emerged from the abdominal aorta at the level of the 12th thoracic vertebra with only one of its branches (instead of the usual three), the splenic artery, which was directed to the hilus of the spleen. Along its way it gave out two thin branches of which the one goes to curvatura minor ventriculi and is the left gastric artery, and the other goes to the liver and is arteria hepatis communis. In its length the main branch describes a number of sinuosities, and 5 cm before entering the spleen gives out another thin branch with internal diameter 5 mm, which goes to mesocolon transversum and vascularizes it. This branch is the equivalent of a colica media.

Résumé

UN CAS RARE D'ÉMERGENCE DU TRUNCUS COELIACUS

Les auteurs du présent article exposent un cas rare d'émergence du truncus coeliacus. De l'aorte abdominale, au niveau de la XII vertèbre thoracique du cadavre, sort une seule branche (au lieu des trois habituelles) de l'artère splénique, qui se dirige vers le hile de la rate. Chemin faisant sortent deux branches fines, dont l'une se dirige vers la curvaturé minor ventriculi et constitue l'artère gastrique gauche, tandis que l'autre se dirige vers la foie et constitue l'artère hepatica communis. Le long de son parcours, la branche principale décrit des sinuosités et à 5 cm. de la rate, avant d'y pénétrer, elle forme une autre branche d'un diamètre inférieur de 5 mm, qui se dirige vers le mesocolon transversum et procède à sa vascularisation. Cette branche est un équivalent de l'arteria colica media.

APLIKIMI I INTESTINOPALOSJES SIPAS CHILDS-PHILLIPS NE NJË RAST ME ILEUS ADERENCIAL TË PËRSËRTUR

— BASHKIM HABIBI —

(Spitali i rrehtit të Durrësit)

Ileusi aderencial është sot një nga format më të shpeshta të ileusit akut. Kryesisht ndodh pas operationeve të përsëritura të barkut. Prallë zhvillohet pas traumave të rënda të mbyllura të barkut. Më rrallë akoma vërehen pas infeksioneve specifike, si TBC që tashmë është pakësuar shumë në vendin tonë, si pasojë e masave të marrura nga Partia dhe Qeveria kundër kësaj sëmundjeje.

Duke qenë para një sëmundje të tillë të rëndë, që përsëritet, është menduar vazhdimisht edhe për kurimin e saj, kryesisht për intestinopalosjen.

Mendimi i parë për fiksimin e ansave (lageve) të zorrëve është dhënë në vitin 1937, ku u përdor qepja e laqeve të zorrëve në shtresën sero-seroze me glatësi të tyre 30-40 cm. Por kjo mendim nuk u përkrah shumë më vonë, sepse jepte mjaft ndërlikime. U deshën disa vjet që të përmirohej kjo metodë dhe më 1960, Childs e Phillips komunikuuan intestinopalosjen mezenteriale në zonat pa enë gjaku, me qepje në formë «U». Laqet e zorrëve ndahen në 2 ose 3 paketa, duke lënë të lirë 30-40 cm. nga plika e Trajcit dhe po kaq nga këndi ileocekal. Kjo metodë u përkrah dhe u përdor nga shumë autorë. Edhe në vendin tonë janë botuar raste me këtë lloj ndërhyrje (1).

Më poshtë po paraqesim rastin:

I sëmundi B. M., 40 vjeç, nga fshati Pat-Milot, rrethi i Durrësit, u shtrua në spital më 21.V.1971, me numër kartele 7009, me diagnozë *Ileus aderencial*. Në shtirim kishte këto ankesa: dhembje të forta barku me intervale q-tësie të shkurtra, të vjella, nuk kishte defekuar prej dy ditësh, kish fryrje barku. Sipas të dhënave të anamnezës, i sëmundi është operuar për herë të parë më 1965 për appendicit akut. Më 1967 është operuar për ileus aderencial, i është bërë vetëm lirimi i aderencave.

Objektivisht paraqiste: gjendja e përgjithshme e të sëmundit e rëndë, tip astenik, i zbehë, me tipare të mprenhta (nga humbja e lëngjeve), gjuha e thatë e veshur. Tonet e zemrës të garta ritmike, puls i mbyturshje të vogël i shpeshtë rreth 120 në minutë, TA maksimali 90-100 mmHg. Në mushkëri asgjë me rëndësi. Gjatë vizitës, i sëmundi vllite vazhdimisht, në fillim përmbajtje të stomakut, pastaj me erë të rëndë fekaloidë. Barku mbi nivelin e kraxhorit, mjaft i fryrë, me tingull timpanik. Kish lokoçitje, pa fenomene peritoneale. Ampula rektale e zbratur. Në skopinë e barkut vëreheshin nivele hidroajrike të shumta. Diagnoza: *Ileus aderencial*.

Operacioni u krye nën anestezinë e përgjithshme. Nga zgavra e barkut dilte sasi e madhe lëngu seroz. Gjithë zorra e hollë e ngjitur njëra me tjetrën në mënyrë të crregulltë dhe pjesërisht e ngjitur me murin e përparshëm të barkut, duke penguar kalueshmërinë në zorrë. Zorrët shumë të mbushura, me mure të trashura dhe të plagosëshme lehtë. Behet lirim i aderencave. Për lehtësi veprimi u bë enterostomia e përkohshme zbrazëse.

Për të mënjeluar një ileus aderencial të ardhshëm u vendos të bëhet intestinopalozia sipas Childs — Phillips në tre paketa (shih figura 1). Për shkak të gjendjes së rëndë fillestare të të sëmurit, periudha pas operacionit nuk qe e lehtë, megjithatë në satë të masave reanimuese gjendja u zotërua. Plaga u mbyll *per primam*. Doli nga spitali në gjendje të mirë.

Në rastin e dhënë u vendos të bëhet intestinopalozia për të parandaluar një përsëritje të sëmundjes. Preferohet modifikimi i Childs-Phillips për arsye se:

1) Teknikisht paracitet më i lehtë dhe ka më pak ndërlikime sesa operacioni Nobel (për të mënjeluar muqlesinë e mikroporforacioneve imediate në vendin e qepjeve sero-seroze).

2) Duke bërë paketa njëra pas tjetrës nuk është nevoja për nxjerrjen e gjithë zorrëve përjasha.

3) Rivendosja e lagëve në zgavrën e barkut është e lehtë. Në këtë lloj operacioni rekomandohet që të mos bëhet enterostomi zbrazëse.

Deri në ditën e punimit të këtij materiali, i sëmurit ka gëzuar shëndet të plotë dhe nuk ka pasur asnjë lloj ankese.

U dorëzua në redaksi më 15 maj 1978

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Haffzi R.** : Intestinoplíkimi sipas Noble dhe Childs — Phillips në ileusin adheziv, Buletini i UT Seria shkencat mjekësore, 1969, 2, 41.

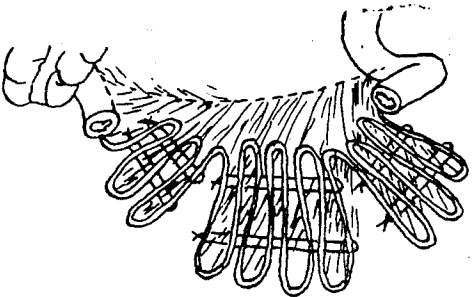


Fig. 1

Summary

THE CHILDS-PHILLIPS METHOD OF INTESTINOPICATION IN A CASE OF RECURRENT ADHERENTIAL ILEUS

A case is described of recurrent adherential ileus on which the operation of intestinopication was performed in its Childs-Phillips's modification.

The author recommends that this kind of operation should not be accompanied by evacuating enterostomy. The results of the operation was satisfactory.

Résumé

LA MÉTHODE DE L'APPLICATION D'INTESTINS DE CHILDS-PHILLIPS DANS UN CAS D'ILEUS ADHÉRENT RÉCURRENT

L'auteur du présent article décrit un cas d'ileus adhérent récurrent qui a été traité par l'application d'intestins selon la modification de Childs — Phillips.

Il relève que ce genre d'intervention ne doit pas être accompagné par l'évacuation des intestins et de l'estomac. L'opération a donné des résultats satisfaisants.

NJE RAST I BRALLE I ANODONTISË SË PJESSHME TEK TË DY SISTEMET I SHOQËRUAR ME POLIDAKTILI

— HAKI BILAGA —

(Klinika Stomatologjike — Durrës)

Anodontia bën pjesë në anomalitë e lindura të numrit të dhëmbëve. Ajo është e plotë kur mungojnë si dhëmbët e gumbëshit, ashtu dhe folikulat e dhëmbëve të përsheshëm (7). Kjo formë e anomalisë është shumë e rrallë. Më e përhapur është anodontia e pjesshme, kur dhëmbët që mungojnë janë vetëm dhëmbë qumbëshi (forma e parë), mungojnë njëmbët permanentë (forma e dytë) dhe forma e tretë, kur mungojnë si dhëmbët e gumbëshit, ashtu dhe folikulat përkatëse të dhëmbëve permanentë, ose folikulat e dhëmbëve të tjerë jo përkatës.

Anodontia duhet dalluar nga retensionimi, me të cilin kuptojnë mungesën e dhëmbëve në gojë, por këta ekzistojnë mbyllur diku në nofull. Diagnoza diferenciale ndërmjet anodontisë dhe retensionit zgjidhet përfundimisht pas interpretimit radiologjik të regjionit ku dyshohet nëse ekziston ose jo embrioni i dhëmbit.

Disa autorë (3, 5, 6) nuk e quajnë aspak patologjike mungesën e lateraleve sipër, tetave ose premolareve të flytë të nofullës së poshtme, për kundrazë e trajtojnë si fenomen normal të reduktimit filogjenetik të numrit të dhëmbëve për t'u përgjigjur reduktimit funksional që ato kryejnë në mënyrën e të ushqyerit sot. Kjo shpjegon edhe perspektivën e dhëmbëve në gojë nga 32 dhëmbët:

3 2 1 2	2 1 2 3	2 2 1 1	1 1 2 2	(8)
3 2 1 2	2 1 2 3	në 26 dhëmbë	2 2 1 2 2 1 2 2	

Mungesa e dhëmbëve të tjerë çon në anodontinë e vërtetë (2), e cila trajtohet si patologji e mbarë organizmit, sepse ulja e numrit të dhëmbëve shqetëson ndonjë sëmundje ose sindromë të organeve ose organoideve, që marrin fillim nga shtresa primare ektodermale në zhvillimin filogjenetik të embrioneve.

Rasti që po përshkruajmë është ndjekur prej nesh gysht nga viti 1973 gjatë vizitës në shkollë. Pacientja A. E. N., lindur më 1965, vazhdon shkollën fillore Durrës, me nr. kartele 1/1977. Fëmija është lindur me peshë 2.800 gr. Në muajin e katërt të barrës, gjatë një udhëtimi, nëna e saj ka rënë nga kali. Në cast nuk pati ndonjë shqetësim, barrën e goi deri në fund duke lindur këtë fëmijë me polidaktili (gjashtë gishta në këmbë dhe gjashtë gishta në duar) (foto 1, 2), kurse në gojë dy prethberanca papilare në regjionin ingjizive poshtë, që ekzistojnë edhe sot.

Fëmija është ushqyer në gji deri në muajin e gjashtë, mandej ka kaluar me ushqim artificial me luge. Në muajin e shtatë pas lindjes, në vendin e ingjizimit sipër del një dhemb binjak, kurse poshtë nuk del një i dhëmb qumështi në front. Në moshën tre vjeç, fëmija sëmurët me hepatit viral dhe po në spital kalon pertusin. Në moshën 4 vjeç operon dy gishtat e dorës, kurse në moshën 7 vjeç dy gishtat e këmbës. Vese nuk ka pasur, vetëm se edhe sot shpesh përsërit refleksin e thithjes, duke mbledhur buzët. Nga hunda merr frymë lirish. Në moshën 8 vjeç i del dhëmbi i parë i përhershëm në formën e shishes (6) (foto 3). Dhëmbë të tjerë permanentë në front nuk i kanë dalë edhe sot.

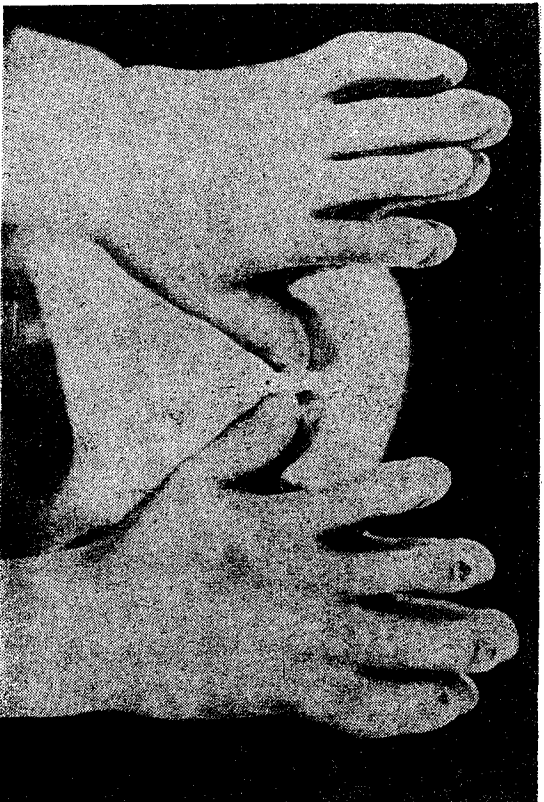


Foto 1

Prindrit të shëndoshë. Si fëmijë ka ardhur vazhdimisht e dobët, e imët, fytyrë e vogël, e mbuluar me pigmentacione (dermoidale, veshulla të holla, floku i hollë dhe i rrallë, një ekzoftalmi e lehtë, qerpikë të hollë dhe të rralla, lëkura e hollë dhe e thatë, gishtat e duarve dhe të këmbëve të deformuara, thonjtë të mbuluar me deskamacione dermoidale; nga intelekti nxënëse mesatare, e vëmendshme, orientohet mirë në hapësirë dhe kohë, e urtë, e pastër, bën përpjekje për të ecur përpara, qëndron disi e shmangur dhe e veçuar. Sistemi kardiovaskular dhe respirator pa patologji, abdominali normal, shpesh bën konstipacion primar.

Në kontrollin e parë, në shkurt të vitit 1973, paraget këtë formacion dentar:

V2	IV2	111	2X	1	11	111	IV2	V2
V	IV	111	XX	X	X	111	IV	V
4	4						2	4

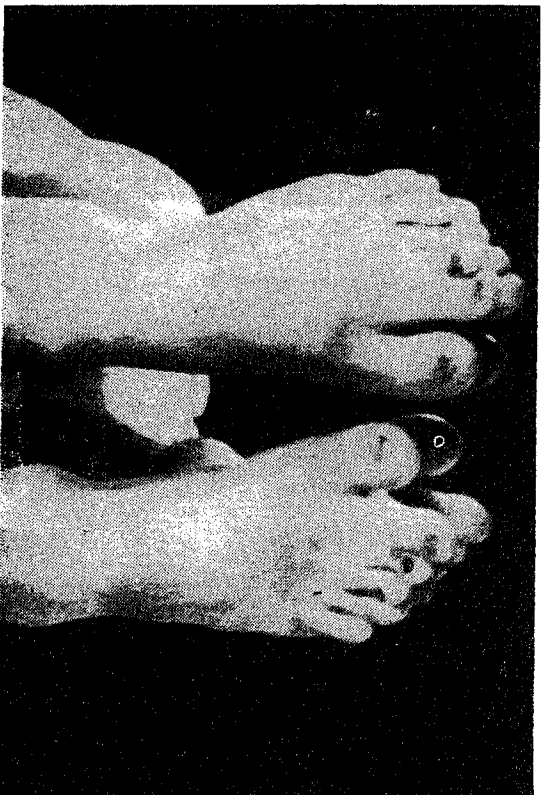


Foto 2

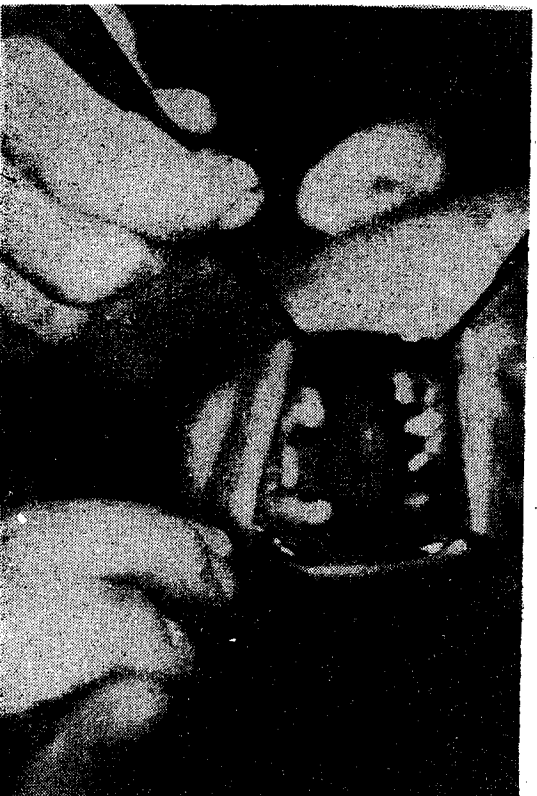


Foto 3

Siç shihet karioziteti mbulon molaret e qumështit. Gjashtat mungojnë në gojë. Më 1974 in bënë radiografitë dhe nga interpretimi radiologjik doji se mungojnë katër prerësit e përherëshëm, pra 22% e dhëmbëve. mungojnë, kurse 6.25% e tyre gjenden të reënuar (kaninët poshtë). Një dhëmb në formë dalje ose shishe në regjionin e kaninit të sipërmë, pra

siç shihet një kompleks i terë patologjik në zgavrën e gojës. Sot ajo paraget këtë formulë dentare:

6 5 4 3 2 X \ X X 111 4 5 6
6 5 4 111 XX \ X X 111 4 5 6

Duke analizuar rastin që paraqitëm theksojmë se ka mundësi që trauma që ka pësuar fetusi në muajt e parë të shtatzënisë ka çuar në ndryshime cilësore të tilla në këtë fëmijë, duke paraqitur kështu të gjitha simptomat e anodontisë, të cilat përputhen edhe me të dhënat e autorëve të huaj si hipohidroze, sindromë Siemenës (6), shtrëmbërime të proceseve alveolare (4). Këto shtrëmbërime kanë ardhur si rezultat i mungesës së impulseve të neuroreceptorëve të dhëmbëve që mungojnë, të cilat lozin rol të drejtpërdrejtë në formimin e proceseve alveolare (4). Këto difekte të shkaktuara nga anodontia në mastikacion zenë 6,30% të të gjitha difekteve, duke lënë para vetes vetëm kariesin me 57,60% dhe traummat 32,60% (1). Kjo trauma që ka pësuar fetusi në muajin e katërt të shtatzënisë ka sjellur ndryshime cilësore dhe në organet dhe organoidet e tjera që e marrin zanafillën nga shtresa ektodermale, pra rjedhimisht edhe polidaktilinë. Krahas traumas e organjzmit, se ka ndikuar edhe sëmundshmëria e herëpashershme e organjzmit, nga verdhëza, varicela dhe dobësia e përgjithshme me të cilën shpjegohet edhe reteni i ekzistues i kanthëve.

Detyra jonë kryesore ishte që fëmijës t'i rikthenim gëzimin e jetës, sepse ajo rrinte vazhdimisht e ndarë nga shokët dhe shoqet për shkak të difektit. Krahas restaurimit të estetikës, ne do të stabilizojmë edhe funksionin përtypës. Në këtë mënyrë do të ndërprisim atë cikël marrëdhëniesh të formuara gjatë kësaj kohe në shkollë, që vazhdimisht dërrmohet në fëmijën.

Këtë fëmijë e protezuam me dy proteza të pjesshme (foto 4), duke pasur parasysh parimin bazë të mjekimit të anodontisë në moshën fëmijë, ndryshimin e herëpashershëm që marr sistemet dhëmbë-nofull gjatë zhvillimit të tij në raport me zhvillimin e sistemit kokë-tytyrë në përgjithësi. Vecoria e këtij protezimi qëndron në faktin që proteza të mbështetet në ekuatorin e dhëmbëve, për të mos penguar këto të fungjtit të arrinjnë rrafshin horizontal drejt normo-okluzionit, sepse vetëm kështu ndihmojmë formimin normal të artikulacionit temporo-mandibular.

PËRMBLEDHJE

1) Anodontia paraqitet si anomali e lindur e numrit të dhëmbëve, e shoqëruar me të gjitha simptomat e patologjisë ektodermale, duke përfshirë edhe polidaktilinë, siç është rasti ynë i përsëkruar.

2) Protezimi i pjesshëm është mënyra më e efektshme për rindërtimin e funksionit përtypës, estetikës dhe formimin e plotë të sistemit kranio-facial.

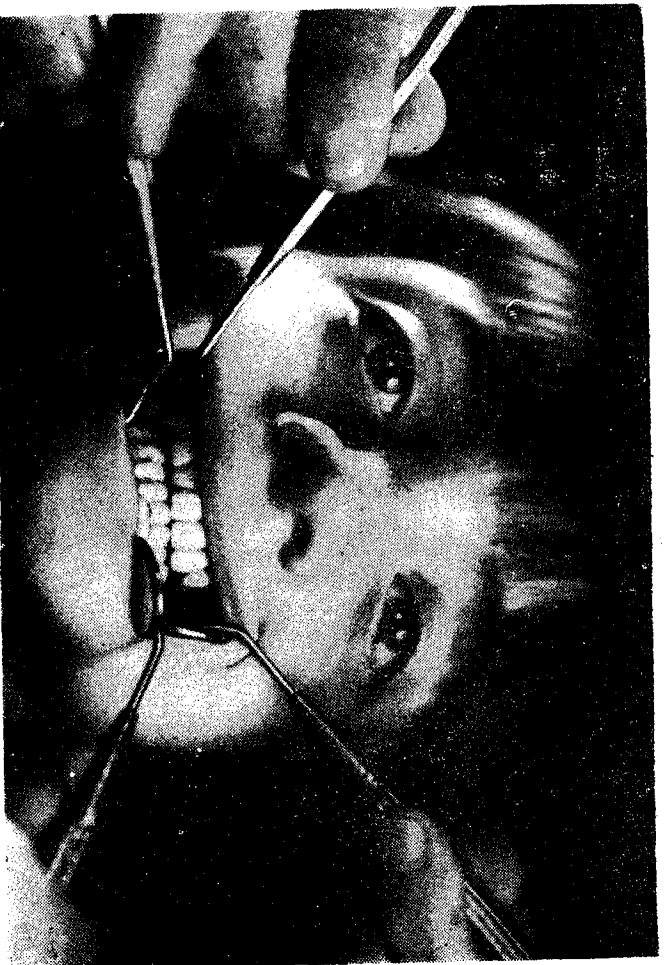


Foto 4

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Betelman A. J. e bp.** : Anomaliqishlazubov. Ortopediqeskaja Stomatologija detkovo vozrast. 1972, 67.
- 2) **Blaca H.** : Një rast i rralë i anodontisë me polidaktili në të dy sistemet. Referat i mbajtur në sesionin shkencor në Elbasan 1976, — dorëshkrim pranë autorit.
- 3) **Hina-Markosian** : Anodontia. Zëdhjo gelljstno pretezhranë pridedcata. 1956. 37.
- 4) **Lara Dh.** : Anomali në numrin e dhëmbëve. Ortodontia. Tiranë, 1972, 214.
- 5) **Peqeshiev J.** : Edin Shlucaj S. Anodontia inkompleta v mlecne i postojane sëzëbie. Stomatologija 1966, 2, 265.
- 6) **Podhrstov K.** : Projavi v ustata na njakoi i nevustni bolesti. Bolesni nagavilliga-vica na ustata 1958, 267.
- 7) **Ribakov A. J.** : Anodontija — spravogcnik po stomatologii 1966, 248.
- 8) **Syrakov D.** : Anomali v broja na zëbite. Terapevtiqeska. Stomatologija 1958, 66.
- 9) **Sranski D.** : Hypodontija terapevtiqeskaja stomatologija detskovo vëzrat 1956, 93.

Summary

A RARE CASE OF PARTIAL ANODONTIA OF THE TWO SYSTEMS ASSOCIATED WITH POLYDACTILY

The paper discusses anodontia as a congenital anomaly of the number of teeth. It describes a case of that anomaly of both dental systems associated with polydactily. This anomaly of the teeth is frequently accompanied by a number of symptoms

characteristic of some diseases or syndromes which originate from changes occurring in the embryonic ectoderm. The case presented by the author has polydactyly as associated anomaly, which is encountered extremely rarely.

The presumed cause in this case was a trauma received in the early months of pregnancy of the mother. The paper indicates the way prosthesis should be applied, pointing out that the general rules of prosthesis should be modified and adapted according to the peculiarities of each separate case.

Résumé

UN CAS RARE D'ANODONTIE PARTIELLE DES DEUX SYSTEMES ACCOMPAGNÉE DE POLYDACTYLIE

L'auteur examine l'anodontie en tant qu'anomalie congénitale du nombre des dents. Il décrit un cas de cette anomalie, dans les deux système dentaires, accompagnée de polydactylie.

Cette anomalie des dents est fréquemment accompagnée par des symptômes caractéristiques à certaines maladies ou syndromes, qui sont un résultat des modifications survenues dans l'ectoderme embryonnaire. Le cas que décrit l'auteur de cet article est vraiment rare du fait qu'il se caractérise de la polydactylie en tant qu'anomalie d'association.

L'anomalie en question a été provoquée par un trauma durant les premiers mois de la grossesse. En ce qui concerne le mode d'application de la prothèse, tout en respectant les règles générales il importe d'y apporter des modifications, selon les conditions concrètes de chaque cas particulier.

DEMTIMET NERVORE NË GLOMERULONEPHRITIS ACTUA

— IHSAN ÇABEJ — IZET ÇULLI —

(Spitali i rrethit — Tepelenë)

Glomerulonefriti akut, siç dihet, shkakton shumë ndërlikime në organe dhe sisteme të ndryshme të organizmit. Në sistemin nervor, ndërlikimi më i rëndë i tij është eklampsia, e cila ngjan me krizën epileptike (7). Ajo është një sindromë ekrute, që shfaqet me cefale, nauze, të vjella, konfuzion, konvulsione, stupor dhe koma, veç shenjave fokolare neurologjike (1). Gjithashtu, përveç shimit të dhembjes së kokës, dhe të vjellave, zakonisht krizës epileptike i paraprin rritja suplementare e T_A, trullozja e përgjithshme ose gjendja e eksitimit psikik, nganjëherë shfaqja e Babinski, rigjideiteti të gafës, skotomës, amaurozës, gjendje delirante, hemiplegjia, hemiparëza, koma etj. (5, 9, 11).

Në glomerulonefritin akut, sindroma cerebrale shfaqet me krampe dhe konvulsione me ose pa humbje të vetëdijes, sidomos në të rinjtë dhe të mijët (4, 9). Kjo sindromë ose *pseudourtemia eclampica* ose më drejt *encephalopathia hypertensiva* mund të vihet re në çdo gast të ecurisë së sëmundjes, por veçanërisht shihet në periudhën e zhvillimit ose të regresionit të edemave, zakonisht pas 24-48 orëve, në se nuk mjekohet. Një autor tjetër (6) preferon termin *encephalopathia angiospastica*, që zhvillohet në një formë aoplektike të shfaqur me paraliza, errësim të pamjes etj.

Në glomerulonefritet ekrute, demtimet nervore mund të simulojnë shumë sëmundje të rënda si hemorragjinë dhe trombozën cerebrale, encefalopatinë saturnike e tumorin cerebral (6). Shpesh diagnoza është e rëshkët dhe praktikohet edhe arteriografia karotidiane. Tek i porsalindur i dhe të mjetit shfaqet me shenjat e edemës cerebromeningjeale, me të vjella, dhembje koke, përgjumësi e konvulsione ose me shenjat e një demie pulmonare ekrute apo me edemë të glotisit. Më rallë mund të illojë si një apendicit akut (4, 11). Gjithashtu nuk duhen harruar «fililinet kirurgjike» të glomerulonefriteve ekrute dhe, në veganti formatseudopendikulare (11). Por ekzaminimi i kujdesshëm i urinës (7, 8), u ve në dukje praninë e eritrociteve, nuk duhet nënvlefësuar asnjëherë.

Klinika e glomerulonefritit akut është shumë e pasur (9), me formë e nënforma të ndryshme, që dalin nga kufijt e kërij punimi për t'u rëmëndur. Në këtë sëmundje, konvulsionet dhe koma janë të rralla. 4, 11), ndaj rasti ynë, i parë në këtë aspekt, paraqet interes. (Pas gati 0 vjetësh në spitalin e Memallajit ne mundëm të observojmë një të sëmurë tjetër të tillë).

Tek e sëmurura jonë me glomerulonefrit akut në fillim mbizotëruar konvulsionet e përgjithshme toniko-klonike dhe hipertonia arteriale. Kjc e sëmurë V. D., vjeç 16, me nr. karteje 1242, dërgohet urgjent në spital më 12.XI.1967 në gjendje konvulsivësh tonike-klonike (më tepër tonike), të karakterit epileptik difuz, tip subinçant, me vetëdije të humbur, temperaturë të lartë (39°C) si dhe me T A 190/100 mmHg. Sipas të dhënave të kartelës klinike të mjekut të zonës, mësojmë se ajo u sëmur para katër ditësh dhe kishte temperaturë 39.5°C, dhembje fyti dhe kollë. Tek ajo u vu re edhe një anginë katarale. Pas fillimit të mjekimit me bipencilinë e streptomicinë, gjendja u përmirësua disi, por ditën e pestë, papritur, në orën 2 të natës (datë 12.XI.1967), të sëmurës iu shfaqën krizat e shprehura e të përgjithshme konvulsive. Këto u interpretuan për atake epileptike grand-mal, të cilat meqë nuk u mblëprenë nga mjekimi simptomatik, mjeku e transferoi të sëmurën në spitalin e rrehtit.

Në hyrje ajo paraqitej me një gjendje të përgjithshme të rëndë, me fytyrë të skuqur, sy të mbyllur dhe brigmus (kërcëllitje dhëmbësh në gjumë) herë pas here, që theksoheshin edhe përi ngacimeve më të vogla të mjedisit dhe ato prej nesh. Tegumentat ishin pastozë, pa edemë. Në anamnezën e jetës dhe atë familjare nuk kish të dhëna të rëndësishme për sëmundje të ndryshme qofitë edhe për epilepsi.

Gjendja neurologjike ishte e tillë: gafa e lirë, ndërgjegjja shumë e errësuar, gjendje komatoze, nuk mund të komunikohet fare me të, pupilat ishin izokorike, miotike, ndaj jritës refleksi ishte i pranishëm, por i ngathët. Nervat kraniale (të mundshmit që ekzaminoheshin) ishin të padëmtuar. Ndjeshmëria e sipërfaqshme dhe e thellë nuk provokohet dot për shtak të komës që paraqiste. Refleksët osteotendinozë ishin të pranishëm por të ulur D = S. Nga refleksët piramidale kishte Oppenheim e Schaffer në të djathtë dhe prirje e tyre në të majtë. Gjithashtu ajo kishte një hipotomi të përgjithshme muskulare, që më vonë kaloi në hipertoni. U vërejt edhe inkontinencë e sfinkteve. Vihet re se krizat konvulsive fillonin në dorën e parakrahun herë të djathtë e herë të majtë dhe pastaj shpërndaheshin në të gjithë pjesët e tjera të trupit. Shenja meningeale nuk paraqiste, kurse sfera cerebelare nuk mund të ekzaminohej. Gjyha e njomë e veshur me shenja të dukshme plagësh kafshimi. Oro-farinksi dhe tonsilat ishin hiperemike. Nga sistemet e tjera nuk u pa ndonjë gjë me rëndësi. Funtjusi i syrit doji normal.

Përpara kësaj gjendje serioze menjeherë u ndërhy për ta qetësuar pacienten me sol. lumnial natrri, magnesi sulfuriçi 25%/₀, 10 ml., sol klor-promazia e calci *gluconici*, vit. B₆ etj. U arrit një qetësim relativ, me konvulsione më të rralla e T A më të ulur (8 orë pas uljes në spital), i cili nga 190/100 arriti në 140/80 mmHg, që, duke u bazuar në moshën e saj ishte përsëri përkrasëisht i lartë.

Analizat laboratorike: urina komplet paraqitej me ngjyrë të kuqe të errët, eritrocite me shumicë, leukocite 15-20 për fushë, densiteti 1020, albumina 2,64%/₀; gjaku komplet. E. 4.030.000, L. 36.300, (neutrofile 86%/₀, limfocite 14%/₀), shpejtësia e eritrosedimentit 30 mm/orë. Likuori cerebrospinal përmbante: Pandi negativ, albuminorachia 0,490%/₀, citoza 15 mm³, glutorachia 0,930/00, cloruret 130/00. Azotemia ishte 40 mg%/₀, glicemia 140 mg%/₀, sekrecioni faringeal pa florë patogjene. E K G nuk dha ndryshime të miokardit dhe as çrregulime të ekulhbrit elektrolitik.

Ndonëse në drejtim të sistemit nervor qëndror klinika dilte më në ah në krhasim me prekjen e sistemeve të tjerë të organizmit, duke mbështetur në të dhënat anamnestike, klinike dhe laboratorike, përja- atohej mundësia e një encefaliti infeksioz ose e një sëmundjeje tjetër rimare cerebrale. Encefalopatia dukej se ishte sekundare prej një glo- verulonefriti akut. Si e tillë u trajtua me kortizonikë, antibiotikë të ombinuar, vitaminoterapi dhe fenotiazinikë e barbiturikë të ndryshëm në dietë e para të konvulsioneve dhe të ekstacionit psikomotor). Gjith- shtu nuk u la mënjantë edhe rëkulibriimi elektrolitik dhe dieta përka- she e regjimit i shtrairi.

Në fakt, zhvillimi klinik i sëmundjes vërtetoi diagnozën e vendosur. E të ndjekim disa ditë ecurrën e sëmundjes: më 13.XI.1967 konvulsionet pushuan, ishte përkrasesisht më e qetë, pa temperaturë të lartë dhe rrentohej më mirë në vetëvete dhe në mjedisin për rreth. Për ngjarjet zhvilluara ajo kishte harrësë. Të vijellat e shumta iu ndërpreën, sfin- terët i kontrollonte pjesërisht. R O T të gjalla: D = S, kurse kutano- bdominalet provokoheshin të ulur D = S. Refleksët patologjike nuk hiheshin më. Urina mbeti njëllor e ngarkuar, leukocitoza persistoi. Res- iracioni dëgjohet i ashpër vezikular me një kongjestion në fushën e latë të mushkërisë. T A arriti 130/90 mmHg. Pas dy ditësh të tjera, jendja pothuajse e njëjtë, me vetëdije të errësuar dhe kthjellime të akurta të saj, urinimi ende i pavullneshëm, T A 130/80 mmHg, leuko- itoza serish e rritur, urina disi e koncentruar (1023) dhe mbeti e ngar- uar me albuminë dhe elementë të figuruar të gjakut. E sëmurë erdhi azhdimisht duke u përmirësuar. T A dalëngadalë arriti në kufijt e nor- rës (nga fundi i javës së katërtë të mjekimit), duke mos u vërejtur e shtuqajtura hipertoni reziduale, përbërësja e kuajrit klinik, që tërhiqet në së fundi. Mushkëritë u pastruan në javën e tretë, kurse ngarkesa atologjike e urinës çdo herë e më shumë u lehtësua. Pas një muaji më 12.XII.1967 mjekimi energjik e kompleks me hipnotikë antialer- jik, antibakterialë, vitaminoterapi, qetësi të plotë dhe dietë pa kripë, lbumunuria mbeti fare e lehtë, kurse eritrocitet 3-4, leukocitet 5-6 dhe pitelet 5 për fushë. Në dalje (23.XII.1967), urina parqijet me albumi- në gjurmë, 1.5 dhe epitelet 2-3 për fushë, eritrocite nuk pati. Kleransat nuk u kërkuan.

Nga pikepamja klinike vlen të shënohet se në dalje, e sëmurë dukej njëjtë e dobësuar dhe kishte humbur shumë në peshë. Tegumentet ishin o pasioze dhe me elasticitet normal. Fytyra e gjallë dhe e geshur, që- idrimi dhe sjellja e saj ishin normale. Në asnjë nga sistemet dhe aparatet : tjerë nuk u pa patologji e vegantë, prandaj edhe nuk bëmë ndonjë rëshkrim të tyre. Ajo vazhdohte vetëm me një *enuresis nocturna*, të ilen muntj ta kish pasur edhe përpara sëmundjes kryesore.

Në kuadrin e glomerulonefritit akut, ndërsa disa shenja dukën i: pa lidhje midis tyre, disa të tjera sikur e kushhtëzojnë njëra tjetrën, të jaklën pjesërisht, përsëmbëll cefalea, hipertensiojnë rethnal, zgjerimi i ëmarrës, staza pulmonare e hepatitë shpesh janë rjedhim i një ngriçjeje ë menjëhershme të T A. Por ky kushtëzim nuk është i domosdoshëm the rasti ynë e vërtetoi këtë gjë. Këto shenja nuk u gjeten të plota.

Encefalopatia hipertensive nga glomerulonefriti akut dhe konvulsio- net shpesh i detyrohen edemës cerebrale, por mund të jenë edhe si rje- thim i spazmave arteriale (encephalopathia angiospastica) (6), që për-

caktojnë hipertonië. Sidogoftë, ndonëse pak, ato marrin pjesë në kuadrin klinik të sëmundjes. Po në të sëmurën tonë, hipertonia arteriale ishte e konsiderueshme dhe kuadri i encefalopatisë i qarë dhe i përparuar sa që në shikimin e parë, siç e përmëndëm edhe më lart, mund të interpretohej për një encefalit, meningjit apo tumor cerebral. Gjithashtu gjatë konvulsioneve epileptiforme, diagnoza diferenciale duhet bërë edhe me epilepsinë, me disa lloj helmimesh, me cregullimet e furnizimit të trurit me gjak, me uremië azotemike të vërtetë, me krizën hipertoniqe, me komën eklampitike dhe komën nga hemorragjia në tru, me disa sëmundje të zemrës dhe, nganjëherë, duhet përfashtuar edhe kriza hysterike.

Tek e sëmura jonë nuk u konstatuan fenomenet e insuficiencës kardiake (4, 8) jthe veprimtaria e miokardit, që shihen në rreth një të tretën e rasteve. Fenomenet bronkoalveolare të fushës së majtë nuk ishin të tipit stazik, por inflamator, ndoshta nga gëlltitja, prej gjendjes konvulsivante të zgjatur që ajo pati. Të sëmurën tonë e shqetësoi vetëm kolla e thatë e pa sputum për më se dy javë, por pa ankesa të tjera të këtij sistemi.

Tabloja klinike e kësaj encefalopatie është shumëformëshe. Ajo karakterizohet nga shfaqja e cefalese, përgjumësisë, vjelljeve, konvulsioneve toniko-klinike dhe gjendjes komatoze (2, 3), shenja që u panë edhe tek e sëmura jonë.

Për disa muaj rrijesh, të sëmurën tonë ne e vëzhguam dhe e trajtuam ambulatorisht dhe nuk pati ndonjë shqetësim, ankesë tjetër apo keqësim e përsëritje të sëmundjes. Por nuk duhet bërë fjalë për glomerulonefrit të shëruar pa kaluar të paktën një vit (4). Ai shërohet brenda një viti (11). Ndajkja e vazhdueshme si klinikisht ashtu dhe nga ana laboratorike e këtyre të sëmurëve, parandalimi dhe mjekimi në kohë i anginave, faringjiteve, abscesit dentar, sinuzitëve, impetigos, erizipelës etj. dhe sidomos kur kanë pasur ndërlikime edhe në organe dhe sisteme të tjera të organizmit mërr një rëndësi të veçantë për jetën dhe aftësinë në punë të tyre.

Si përfundim, mund të theksojmë se në përcaktimin e diagnozës duhet të tërheqë vëmëndjen diagnoza diferenciale midis encefalopatisë glomerulonefritike (eklampisë) me llojet e shumta si të inflamacionit të trurit e të zbulimeve të tij, ashtu dhe në sëmundjet e ndryshme cerebrale apo patologjinë tjetër, që përmëndëm më lart. Në lëndimet encefalike gjatë glomerulonefritit, kjo duhet bërë sa më parë që të jetë e mundur për një mjekim të menjëhershëm, të plotë dhe efikas.

Dorëzuar në Redaksi më 15 qershor 1978.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Babogji H.** : Sëmundjet nervore. Encefalopatia hipertensive. Tiranë, 1971, 236.
- 2) **Bekeshi S.** : Glomerulonefriti akut në fëmijët. Shëndetësia popullore 1968, 4, 23.
- 3) **Bekeshi S.** : Pediatria. Format klinike të glomerulonefritit akut. Tiranë, 1974, vëll. II, 412.
- 4) **Conte J., Mignon Conte M.** : Glomerulonefritet akute (përktimim i buletinit të lehtësisë së huaj mjekësore 1971, nr. 1, fq. 1, 4, 9, 15).
- 5) **Frank A. F.** : Encefalopatia hipertensive. Në «American heart journal» 1968, 4, (Nga Shëndetësia popullore 1968, 3, 61).
- 6) **Hatlegano J.** : Clinica si patologje medicala. Bucurest 1955, 716.

- 1) **Hoxha F.** : Traktati i sëmundjeve të brendshme. Démintnet në sistemin nervor nga glomerulonefriti akut. Tiranë 1974, vol. II, 270.
- 2) **Lupu N. Gh.** : Medicina interna. Bucurest 1957, vol. V, 286.
- 3) **Moga A., Bruckner I.** : Medicina interna. Bucurest 1967, vol. I, botim i II, 463.
- 4) **Reubi F.** : Nephrologie clinique. Paris 1961, 155.
- 5) **Rictel G., Filashte J. P.** : Nefropatitë glomerulare akute. Evolucionet e njohurive. La revue du praticien (përkthim i Buletinit të mjekësisë ushtarake 1970, nr. 2-3 fq. 16, 18, 21, 26).

Summary

NERVOUS LESIONS IN ACUTE GLOMERULONEPHRITIS

A case of acute glomerulonephritis is described in a 16 year old patient who also presented various nervous disturbances such as head ache, nausea, vomiting, confusion, tonico-clonic epileptic convulsions and the pyramidal signs of Oppenheim and Schaffer on the right side, a comatous state etc.

The nervous symptoms were brought to light by the anamnesis, the clinical and laboratory findings, and the evolution of the illness and suggested a hypertensive nephritis due to acute glomerulonephritis.

The treatment was conducted with combined antibiotics, corticosteroids, hypertonic solutions and barbiturics. The patient was released almost completely recovered.

The differential diagnosis of this ecephalopathy was made with thrombosis and aneurysm of the brain vessels, brain tumour, epilepsy, various kinds of intoxication, hypertensive crisis, eclamptic coma, hysteric attack, heart diseases etc.

Résumé

LÉSIONS NERVEUSES DANS LA GLOMERULO-NÉPHRITE AIGÜE

Les auteurs du présent article décrivent le cas d'une jeune fille âgée de 16 ans, souffrant d'une glomérulo-néphrite aiguë accompagnée aussi de dérangements nerveux comme mal de tête, nausée, vomissement, confusion tonico-clonique, invulsions épileptiques ainsi que des symptômes pyramidaux d'Oppenheim et Schaffer sur le côté droit, d'un état comateux, etc.

Les symptômes nerveux mis en évidence par l'anamnèse et les données cliniques et de laboratoire ainsi que l'évolution même de la maladie indiquaient une néphalopathie hypertensive due à une glomérulo-néphrite aiguë.

Le traitement de la malade consista dans l'administration combinée d'antibiotiques, de corticostéroïdes, de solutions hypertoniques et de barbituriques.

Le diagnostic différentiel de cette encéphalopathie fut faite avec la thrombose ; l'hémorragie des vaisseaux cérébraux, les tumeurs cérébrales, l'épilepsie, les formes inverses de l'intoxication, les crises hypertensives, le coma éclamptique, les atiques d'hystérie, les diverses maladies du coeur, etc.

DISA TË DHËNA MBI HIPERTONINË DHE KURËN E SAJ

— SEZAI AGALLI —

Sipas udhëzimeve të OBSH për personat me moshë 25-65 vjeç, vlerë e tensionit arterial quhen normale deri 160 mmHg për maksimalen e 95 mmHg për minimalen. Ngritja më lart e njërit ose e të dy shifrave mërr karakter patologjik (15).

Matja e tensionit bëhet duke qënë personi shtirë në shpinë në pun prej 10 minutash në krahun e xhveshur (8).

Pjesa e poshtme e brassardit vendoset 2 cm. mbi palën e bërnyllit, rja bëhet në mënyrë graduale derisa të tejkalohet 2-3 cm. Hg pika hdukjes së zhurmës të arteries dhe pastaj shfryrja bëhet e lthe më me adalë në masën 2-3 mmHg për çdo rrahje të zemrës.

Stetoskopi mbeshetet në arterien radiale nën palën e bërnyllit dhe imi i dëgjim'it të zhurmës së arteries është presioni maksimal dhe iukja e dëgjimit është minimal.

Percaktimi i hipertonsisë për të parën herë bëhet duke matur presionin tri herë në një seancë dhe në tri ditë të ndryshme.

Kjo sëmundje është shumë e përhapur kaq sa vihet re në një të tën e personave në moshën mbi 40 vjeç dhe në gjysmën e personave moshë mbi 50 vjeç (13).

Në shfaqjen e kësaj sëmundje ndikojnë emocionet e forta, nega-a, konsumimi i kripës së gjellës si dhe predispozicioni familjar etj. (16). dy seksat preken pothuaj në mënyrë të barabartë.

Sa më e lartë të jetë hipertonia aq më të shumtë janë rreziqet për norragji cerebrale, për lëndime të enëve koronare, retinike dhe ale.

Një i sëmurë me tension 180 mmHg ka tetë herë më shumë mundësi infarkt të miokardit nga ai me 120 mmHg. (14).

Fakti që kjo sëmundje haset dhe në vendin tonë shumë autorë kanë të studime interesante në këtë drejtim. Është konstatuar se nga ertonia preken më shpesh punëtorët e ndërmarrjeve industriale se të minierave dhe ambientit i punës me nxehtësi, obeziteti, nikotina kojne në shfaqjen e kësaj sëmundje dhe se vendet e punës me zhurmë e tensionin në kundërshtim me konstatimet e disa studjuesve (21, 22).

Në hipertoniqet në përqindje të mirë është gjetur ritja e kolesterin- i, e yndyrnave dhe e triglicerideve në gjak dhe në urinë janë vërejtur mente patologjike (3). Studime të tjera kanë provuar ndryshime elektro- diografike (19, 26, 27).

Autorë të tjerë kanë përshkruar me kujdes shqetësimet subjektive të sëmurë me hipertoni si dhembje koke, vjellje, ndjenjë nxehtësie fytyrë, dhembje sapatulle dhe prekordiale (12).

Kurimi i hipertensionisë duhet të bëhet sapo të diktohet, sepse rezultatet e kurës janë shumë më të mira kur kura fillon në stadin e parë të saj. Në rastet e vjetëruara është më vështirë të arrihet normalizimi i tensiionit. (10).

Në këtë punim ne do të bëjmë fjalë vetëm për hipertensionin primitiv ose esencial, që hasen në 90% të rasteve (10) dhe do të lihen mënjanë hipertonia kirurgjikale, labiale, sekundare nga dëmtimet e veshkave dhe ajo e moshës mbi 65 vjeç.

Me anë të azotemisë, kreatinemisë jhe analizës së urinës merren të dhëna mbi gjendjen e veshkave dhe të rrugëve urinare (15).

Azotemia nuk e pasqyron drejt gjendjen e veshkave, sepse ajo mund të jetë normale dhe, kur dëmtimi i veshkave është 50%/o, mund të arrijë 0.80%/ tek një person që konsumon më pak se 500 cc ujë në ditë dhe ushqehet kryesisht me lëndë proteike.

Kreatinemia është një e dhënë e përpiktë, mirëpo kryerja e saj në laborator është më e vështirë dhe delkate.

Me matjen e natriumit dhe të kaliumit mund të përjashtohet sindroma e Conn, ose hiperaldosteronizmi, që karakterizohet nga një hipokalemia dhe natriumi herë të lartë herë të ulët.

Marrja e gjakut për kalium kërkun që llastiku i krahut të mos jetë shumë i shtrënguar dhe i sëmuri të mos bëjë lëvizje, për ndryshe vlerat e kaliumit ngrihen lehtë.

Glicemia dhe glukosuria venë në dukje diabetin dhe hipertonia e shogëruar me diabet kërkun terapi të veçantë.

Në infeksionet e aparatit urinar është e nevojshme për një terapi medikamentoze ose një ndërhyrje kirurgjikale.

Rritja e lipemisë, e kolesterolit dhe e triglicerideve shton rrezikun e ndërlikimeve të hipertensionisë, prandaj do të synohet në normalizimin e tyre krahas kurës së hipertensionisë.

Radioskopia e zerrës, fundusi i syrit dhe elektrokardiograma, deri diku, pasqyrojnë dëmtimet që shkakton hipertonia dhe janë elemente të nevojshme për një terapi të përshatshme.

Në hipertensionin më aktivitet të rritur të reninës plasmatike përdorin të mirë gjejnë beta-blokuesit (24).

Tek një hipertoniik me puls mbi 80 në pushim, me takkardi, me djersë të shpeshta, hipotension ortostatik, emotivitet të theksuar, dhe-mblje paroksistike prekororiale, këshillohet dhe dozimi i acidit vanil-mandhlik dhe i katekolaminave dhe, më vonë, eventualisht kërkimet zgjerohen për të zbuluar ndonjë feokromocitomë.

Medikamentet që përdoren për hipertensionin janë (2):

1) Diuretike;

2) Antihipertensivët e vërtetë

Në terapinë e hipertensionisë, diuretikët zenë një vend me rëndësi, sepse në vetëveke ata kanë efekt antihipertensiv dhe e fuqizojnë veprimin e antihipertensivëve të vërtetë (1, 2).

Diuretikët ndahen në dy grupe: në grupin e parë bëjnë pjesë ata me veprim të ngatalsëm dhe të zgjatur dhe, në të dytën, ata me veprim të vullshëm dhe të shkurtër.

Në terapinë e hipertensionisë zakonisht përdoren diuretikët me veprim të ngadalshëm si hidroklorotiazidi dhe benzotiazidi, ndërsa lasiks dhe acidi etakriniik me veprim të vullshëm rezervohen në hipertensioninë e

shoqëruar me edemë pulmonare, në hipertonië malinje me filtrat glomerular nën 1/4. Terapia me diuretikë të vullshëm bëhet me ndërprerje, zakonisht dy herë në javë, ndërsa me diuretikët e tjerë vazhdohet çdo ditë pa ndërprerje.

Diuretikët tiazidikë kanë anë negative humbjen e kaliumit me anën e urinës, ngritjen e sasisë së acidit urik në gjak me shfaqje të atakeve të podagres dhe në personat e predispozuar në shtaqjen e diabetit mellitus. Edhe diuretikët me efekt të vullshëm ngrehin acidin urik në gjak (2).

Mënjanimi i humbjes së kaliumit bëhet duke shoqëruar tiazidikët me Triamteren (20), ose me amlozide (23), ose me indopamidin (11), të cilët kanë aftësi të rihithin kaliumin në pjesën distale të nefronit (20, 23).

Për uljen e acidit urik në gjak përdoren urikozurikët.

Në përgjithësi, diuretikët janë të padëmshëm dhe arrijnë vetëm të normalizojnë hipertoninë në 30% të rasteve.

Antihipertensivët e vërtetë janë: rezerpiniqë, hidralazina, alfa metil lopa, klonidina, guanetidina (Ismelin) dhe dy derivatet e saj Guanoxan dhe Betamidin, beta bllokueset dhe më në fund Prezosin hidroklorid, minoxidil dhe Sq/14225.

Rezerpina përdoret në masën mg. 0,1 ose mg. 0,25 dy tri herë në ditë. Efekti i saj është i mirë dhe i ngadalshëm. Nuk indikohet në personat alergjikë me rinite vazomotorë, me astmë bronkiale, me bronkite kronike, me depresion psikik dhe me ulcera gastro-duodenale.

Disa autorë kanë mendimin se rezerpina është favorizuese e shfaqjes së kancerit të gjirit dhe të mushkërisë, prandaj fluhet të hiqet nga përdorimi, por ky mendim është pa bazë dhe kështu ky produkt meriton të ketë ende vendim me rëndësi në kurën e hipertonisë (4, 5). Hidralazina me dozën 25 mg dy tri herë në ditë është një antihipertensiv i mirë dhe njëkohësisht ka veprimtari vazodilatatore. Kjo cilësi shfrytëzohet në kurimin e hipertonisë me insuficiencë renale dhe për të mënjannuar efektet vazokonstriktore periferike të klonidines dhe të beta-bllokuesve. Kundra indikohet në hipertonië me takikardi jthe stenokardi (9).

Alfa metil dopa përdoret në masën 0,25 gr dy-tri herë në ditë, e ul tensionin në mënyrë graduale dhe efekti i saj zgjatat disa ditë pas ndërprerjes së medikamentit.

Si fenomen anësor shënohen gjumësi, hipotension ortostatik, tharje e gojës, ulje të fuqisë seksuale në 30% të meshkujve dhe, në raste të rralla, hepatite toksike, që regredon me ndërprerjen e medikamentit (17). Klonidina është një produkt relativisht i ri dhe shumë i fuqishëm.

Doza mesatare është 450-1200 mikrogram. Rrallë shkakton hipotension ortostatik. Gjatë përdorimit të saj, të sëmuret njëfjnjë tharje të gojës, që nganjëherë bëhet shumë e bezdisshme, porse me kalimin e kohës mëshen dhe e durojnë.

Kundraindikohet në sindromën e Raynaut.

Me guanetidinen në dozën mg 10-20, tensioni pëson ulje të ndjeshme, porse vërehet pak hipotension ortostatik. Pakëson fluksin e gjakut në veshkat dhe kundraindikohet në hipertonië me insuficiencë renale. Guanetidina rrallë shkakton turbullime gastrointestinale, po kështu dhe derivatit i saj (Guanoxan), kurse derivati tjetër beta midine nuk ka efekte në stomak.

Beta bllokueset kanë hyrë në terapinë e hipertensionisë prej afro 10 vjet më parë (18). Doza mesatare është mg 10-40, (40-220 Propranolol). Shumica e autorëve nuk e këshillojnë tejkalimin e kësaj doze, megjithëse në fjalë raste është përdorur dhe doza 1200 mg. Në fillim përdorimi i beta-bllokuesve ka qenë i kufizuar, por tani është përhapur shumë.

Për efektet anësore shumë të pakta, beta-bllokueset preferohen më shumë në krahasim me diuretikut. Ka disa autorë që i rekomandojnë në të gjithë hipertonicitet nën moshën 50 vjeç si kurë fillestare (cituar nga 28).

Të gjithë antihipertensivët kanë edhe aftësinë të përmbajnë në gjak natriumin dhe, për këtë arsye, kanë nevojë të bashkohen me një diuretik për të arritur qëllimin në kushte sa më të mira. Beta-bllokuesit nuk e përmbajnë natriumin dhe, si pasojë, kanë mundësi të veprojnë edhe pa u shoqëruar me diuretikë. Në rastet kur monoterapia nuk vepron, bashkimi i beta-bllokuesve me një tjetër medikament është i domosdoshëm. Veganerisht ekziston një sinergjizëm i mirë midis diuretikëve dhe beta-bllokuesve, meqënëse këta të fundit pengojnë njëkohësisht rritjen e reninës dhe të aldosteronit, sepse nga ana e tyre, diuretikët e rritin reninën.

Hidratizina përbën një bashkim me vend me beta-bllokuesit, sepse ky bashkim shton efektin hipotensiv dhe neutralizon takikardinë re-fleksë dhe ngritjen e konsumimit të oksigjenit nga ana e miokardit. Ky efekt prodhohet nga Hidratizina.

Alfa mehl-dopa dhe Guanetidina e shtojnë efektin e beta-bllokuesve dhe shpesh bashkimi i tyre bëhet i dobishëm. Beta-bllokuesit kundra-indikohen në astmën bronkiale, në bronkitin kronik obstruktiv, në turbullimet e konduccionit atrioventrikular, në turbullimet e gjumit, në sindromën Raynaud, në insuficiencën kardiakë, në diabetin në kurë me hipoglicemiantë ose me insulinë, në gratë shtatzëna, në personat që kurohen me rezervinë dhe që kanë ulçera gastroduodenale (28). Në rast se hipertonia nuk normalizohet, mund të përdoret Prazosin hidro-klorid, që është një derivat i kinozolinës. Ky medikament kryen efektin me anë të zvogëlimit të rezistencave periferike (13). Përdoret vetëm ose i shoqëruar me një diuretik, ose me një diuretik të bashkuar me një tjetër antihipertensiv. Doza mesatare është mg. 5-20. Në dhënien e këtij medikamenti duhet pasur parasysh një efekt anësor, që quhet fenomeni i dozës së parë dhe që shfaqet 30-90 minuta pas marrjes së medikamentit dhe që konsiston në dobësi, nauze, të vjella, diarre, nganjëherë takikardi dhe dhembje krahavori. Ndonjë i sëmurë rralë ka pasur komplikape të menjëhershme me humbje të ndërgjegjes. Kjo situatë vazhdon rreth një orë dhe pastaj i sëmurë normalizohet.

Ka pasur edhe kolapse të përfundara me vdekje. Për të parandaluar këtë fenomen këshillohet që doza fillestare të mos kalojë 1 mg, dhe të merret kur i sëmurë qëndron në shtat. Shtimi i dozës të bëhet në përmasa të vogla dhe me shumë kujdes (13).

Një tjetër medikament që ka gjatë periudorim në hipertensionet e rënda, që nuk janë mposhtur me beta-bllokuesit është Minoxidil (7). Ky medikament e ul vazodilacionin me anë të vazodilatacionit periferik.

Doza mesatare e tij shkon nga 2.5 mg deri në 60 mg. Përdorimi i këtij

antihipertensivi do të bëhet si zakonisht në mënyrë graduale dhe progresive.

Minoksidili vepron më mirë kur shoqërohet me një diuretik vetëm së bashku me beta-blokuues.

Antihipertensivi Sq/14225, i marrë nga goja në dozën 1 mg, në ditë mesatarisht, ul tensionin në mënyrë të kënaqshme për një kohë të gjatë.

Ky preparat është ende në provë.

Për të kuruar hipertensionë, kohët e fundit po vihen gjithnjë e më tepër në përdorim alfa-blokuuesit dhe Labetolol. Ky i fundit baskkon në vetëvetë cilësitë e alfa dhe beta-blokuuesit.

Për fenomenet anësore të shpeshta si hipertension ortostatik të theksuar, paralizë intestinale dhe veshkave, ganglioplegjikët kufizohen në të sëmuret të shtruar në spital dhe që janë nën mbikqyrjen e mjekut specialist (25).

Para një të sëmuri me hipertoni na kundërinjtkime të vecanta, mjeku mund të fillojë kurën me diuretikët ose me beta-blokuuesit. Por cilin nga këto të dy do të preferojë? Të dy produktët nuk kanë veprim toksik. Efekti i terapisë me beta-blokuuesit vihet në pah pas 48 orësh, kurse me diuretikët pas tre javësh.

Në një studim mbi efektin në përgjithësi të hipertonisë flet më mirë për beta-blokuuesit, ndërsa në një studim tjetër po ky autor vë re se efektet si me beta-blokuuesit ashtu edhe me diuretikët janë të barabartë, porse shton se tiazidët duhen shoqëruar me produkte të tjerë për të penguar humbjen e kaliumit.

Për beta-blokuuesit, kundërinjtkimet nxirren me anë të konstatimeve klinike dhe efektet anësore të diuretikëve vihen në dukje me anë të ekzaminimeve laboratorike. Kjo gjë përbën një avantazh për beta-blokuuesit.

Përveç sa u tha më lart, diuretikët shtojnë urenë jhe kolesterolin në gjak dhe vetëm në gratë rritin urenë dhe kaliumin.

Si përfundim mund të themi se beta-blokuuesit veprojnë më shpejt dhe tolerohen më mirë nga të sëmuret, kurse diuretikët kanë avantazhin se merrën nga goja dhe me një dozë të pandryshueshme ditore.

Një autor (cituar nga 26) mendon se sot për sot të kufizohen kërkimet paraklinike për të vlerësuar rëndësinë dhe përatarësisht natyrën e hipertonisë në fundin e syrit, EKG, kreatinininë plazmatike dhe proteinurinë e 24 orëve. Në vija të trasha, hipertensionë arteriale ai e konsideron si një situatë, në të cilën gjaku nuk i përshatet sistemit arterial, sepse mund të ndodhë që sektori arterial të jetë shumë i vogël, për faktin e një vazokonstriksioni, ndërsa volumi i gjakut të jetë normal, ose volumi i gjakut të jetë i rritur, duke qënë sistemi vaskular në përmasat normale.

Në rastin e parë, që haset në pjesën më të madhe të hipertensionio-neve arteriozë dhe që shoqërohen me reinitë plazmatike të rritur, me dikamentet më të përshatshëm në beta-blokuueset, që shkaktojnë vazogjerimin dhe, si pasojë, një paket të debilitë kardiak. Në rastin e dytë, diuretikët dhe reglin,

ngjimeve pa kripë arrin qëllimin më të mirë. Ka edhe disa autorë që (16, 28), të cilët para se të fillojnë kurën me diuretikë i keshillojnë të sëmuret të kufizojnë kripën në maksim-

mum për dy-tri javë. Ndodh që vetëm me këtë masë, në disa raste, tensio-
net e mesme të normalizohen pa qënë nevoja të përdoret diuretiku (28).

Duke u nisur nga këto premisa, një autor (citaruar nga 28), këshillon
të fillohet kura me beta-blokues me doza të përshatshme. Po të arri-
het normalizimi i tensionit, kura vazhdohet vetëm me këta. Kur hiper-
tonia nuk normalizohet me këtë teknikë, atëherë shtohet një diuretik,
që mund të jetë një diazidik ose spirinolakton, kur i sëmuri vuan edhe
nga diabeti ose uricemia. Në qoftë se ky shtim është i efektiv, më
vonë bëhet orvajtje për të ndaluar beta-blokuesit, gjithmonë shka-
llë-shkallë. Duke veçuar në këtë mënyrë, ky autor ka arritur të norma-
lizojë tensionin në 1 asën 85/0. Duke përdorur këtë procedurë nuk është
nevoja të përcaktohet tek çdo hipertonic vlera e reninës plasmatike, me-
todë e vështirë dhe e pamundur për t'u kryer si rutinë.

Objektivi kryesor i kurës është normalizimi i tensionit nën 140-90
mmHg dhe objektiv i kënaqshëm kur tensioni arin nën 160-95 mmHg.
Kura që nuk e ul tensionin nën këto shifra konsiderohet e padobishme.

Terapia hipertensive, praktikisht, ka efekt absolut në parandalimin
e insuficiencës cardiake të aneurizmit disekat të aortës, të demtimit të
funksionit të veshkave, të trurit dhe të syve. Në një person të kuruar
mirë, ndërlikimet koronare janë të pakta.

Aktiviteti i medikamenteve antihipertensive nuk mungon të parashi-
kohet dhe, rrjedhimisht, nuk ekziston një posologji standarte. Vetëm
për diuretikut ekziston një posologji, kështu hidroklortiazidi jepet 25 mg,
spirinolaktini 100 mg, Triantereni 50 mg, amilozide 5 mg, Indopamidi
2,5 mg, në ditë (11).

Kura fillohet me hidroklortiazidë 25 mg + Triantere 50 mg. (ose
hidroklortiazid + amiloksidi hidroklortiazid + indopamidi). Njëkohësisht
rekomandohet pakësimi i kripës së gjellës. Kur hipertoni i është një-
kohësisht shlabenik, në vend të hidroklortiazidit do të jepet spirinolaktin
100 mg. Spirinolaktantët nuk kanë nevojë të shoqërohen me Triante-
reni ose amiloridë.

Si anë negative spirinolaktantët kanë uljen në masën 20-30% të
aftësisë seksuale dhe shkaktojnë gjinekomashti (6).

Pas tri javësh, i sëmuri duhet të vizitohet dhe në qoftë se tensioni
ka arritur shifrat normale, kura duhet të vazhdohet po me atë dozë ditore
dhe pa ndërprerje. Po që se tensioni ende është i lartë, shtohet një anti-
hipertensiv tjetër në masën 1 ose 0,5 tablete çdo 5-10 ditë. Përdoret një
tablete kur tensioni është ende i lartë dhe 0,5 kur është afër normales.
Ky veprim shkallë-shkallë do të vazhdojë deri në normalizimin e ten-
sionit.

Ka raste që pas përdorimit të diuretikut të nevojitet të përfloret një
ose dy antihipertensivë të tjerë. Me të arritur normalizimi, i sëmuri du-
het të këshillohet të vazhdojë terapinë pa ndryshuar dozat dhe pa i ndër-
prerë, sepse me ndërprerjen e barnave, tensioni ngrihet në shifra pato-
logjike dhe, nganjëherë, edhe më lart nga sa ishte para terapisë.

Rifilimi i terapisë është shumë i vështirë dhe shumë herë rezultatet
nuk janë të kënaqshme (10).

Duhet pasur parasysh se në vendosjen e terapisë nuk mjafton vetëm
matja e tensionit në pozicion shtrirë, por edhe në kushte ortostatike dhe,
në qoftë se në këtë pozicion, tensioni ka arritur 140 mmHg, kur në të
njëjtën kohë në pozicion shtrirë tensioni mund të jetë i lartë, nuk është

arsyeshme shtimi i dozës së antihipertensivëve, sepse mund të ndodhin shqetësime nga hipotensioni ortostatik.

Tensioni ortostatik matet duke pasur të sëmurin më këmbë dhe të paktën pas dy minutash që të ketë qëndruar në këtë pozicion.

Ka raste kur mjeku dehyrhet të ndryshojë një antihipertensiv kur ky nuk vepron ose nuk tolerohet nga i sëmurri. Ndoth që edhe pas një fare kohe një tension i normalizuar, nën terapinë e rregulltë, të ngrihet. Në këtë rast, dozat e medikamenteve duhet të shtohen.

Në hipertoni të rënda vepron mirë bashkimi i hidrokortiazidit me 0.025 gr + spirinolaktton me 0.100 gr.

Kur një hipertoni nuk arihet të normalizohet me gjithë vendosjen e një terapie sipas rregullave të përgjithshme, mjeku duhet të kënaqet të paktën me një tension 160-95 mmHg në pozicion ortostatik. Mjehrsht ka edhe hipertoni që i reziston çdo terapi dhe kjo ndryshon shpejtë dhe rralë. Është detyrë e mjekut që i sëmurri me hipertoni të bindet se terapia e hipertonisë është e vazhdueshme gjatë gjithë jetës ashtu si e bën edhe diabetiku.

Pas një viti kure është e këshillueshme të përsëriten analizat e azotemisë, kreatinemisë, të natrimit dhe kaliumit në gjak, EKG dhe raxdiostkopia e krashtrorit. Në kurë me trazitkët, kalemia deri në 2,6 mEq konsiderohet normale (10).

Krahës terapisë me medikamente, i sëmurri duhet të ulë peshën trupore kur ajo është mbi normë, në përgjithësi të bëjë jetë higjienike, të ndalojë duhanin, të mënjanojë shqetësimet psikike në ambientin familja dhe në punë.

Vendosja e një terapie të përshtatshme antihipertensive kërkon që mjeku të ketë dijeni të mira, zbatim të përpiktë të rregullave në përgjithësi, kontroll të shpeshtë të tensionit dhe, njëkohsisht, të bashkëpunojë ngushtë me të sëmurin.

I sëmurri duhet të udhëzohet hollësisht se terapia antihipertensive është e vazhdueshme dhe, nganjëherë, sjell edhe fenomene anësore të padeshrueshme, por prapë jthuhet bërë, sepse dëmet e hipertensionit janë shumë më të rënda.

* * *

1) Diuretikut zenë një vend me rëndësi në kurën e hipertonisë, sepse në veçevetë kanë efekt antihipertensiv dhe fuqizojnë veprimin e antihipertensivëve të tjerë.

2) Beta-blokuesit janë duke gjetur përdorim gjithnjë e më të gjërë në terapinë e hipertonisë.

3) Për antihipertensivët nuk ka një dozë standarte dhe vendosja e terapisë bëhet shkallë-shkallë, në varësi të presionit arterial të matur në pozicion jo vetëm shtrirë, por edhe më këmbë.

Objektivi optimal i kurës është ulja e tensionit nën 140-90 mmHg dhe i kënaqshëm nën 160-95 mmHg.

4) Kur tensioni në pozicion më këmbë arrin në 140 mmHg nuk këshillohet shtimi i dozës së antihipertensivëve.

5) Kura e hipertonsë bëhet pa ndërprerje dhe duhet të vazhdojë gjithë jetën.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhamsi J. : Diuretikutë e ri: përdorimi në klinikë dhe manifestimet anësore. Shëndetësia Popullore 1965, 3, 20.
- 2) Alexander J. M. e bp. : Pharmacologie des substances antihypertensives La revue du praticien, 1973, 9, 651.
- 3) Elçykbashii V. e bp. : Aspektë të ndryshme biokimike në sëmundjen e hipertensisë sipas materialit të klinikës hospitaliere. Shëndetësia popullore 1975, 4, 67.
- 4) Chironne E. : Rautwolfe e cancio della mammella. Il polichinco sezione pratica 1975, Vol. 82-IV-14, 5600.
- 5) Christofa I. X. e bp. : Rautwolfa derivatives and breast cancer. The Lancet 1977, 6, Carvoli P. e bp. : Effets sexuels secondaires des spirolactones. La nouvelle Presse medicale 1976, 11, 695.
- 7) Denne B. L. e bp. : Minoxidil for severe hypertension after failure of other hypotenseur drugs. British Medical Journal 1977, 667.
- 8) Elçishii J. : La mesure de la pression arterielle. La revue du praticien 1972, Tom XXII, 2533.
- 9) Faturusso V., Riffer O. : Vademecum clinique du medecin praticien 5-ème Edition 1961, 599.
- 10) Froment H. et Milon H. : Le traitement médical de l'hypertension arterielle de l'adulte. La revue du praticien 1973, Tome XXIII, 769.
- 11) Gurganai G. e bp. : L'azione antihipertensiva dell' indopemide. Minerva Medica 1977, Vol. 68, 17, 749.
- 12) Horxia F., Ruzi H. : Aspektë klinike të sëmundjes hipertoniqe. Buletini i UT; Seria shkencat mjekësore 1976, 1, 9.
- 13) Lenevre J. : Introduction. La revue du praticien 1972, Tome XXII, 16, 2503.
- 14) Mary Ellen, Kosiman Ph. D. : Evolution of a new antihypertensive agent Prazosin Hydrochlorid. Janne July 1977, 11, 137.
- 15) Mihlez P. e bp. : Comment pratiquer les examens complementaires d'un bilan et d'une surveillance d'hypertension arterielle. La revue du praticien 1973, Tome XXIII, 9, 647.
- 16) Paccoironi E. : L'ipertensione arteriosa quale malattia medico-sociale. Attuali aspetti etiopatologici e possibilità terapeutiche. Minerva Medica 1977, Vol. 68, 1, 249.
- 17) Perasio L. : Leparite da alfa metildopo. Il polichinco sezione pratica 1977, vol. 68, 10, 401.
- 18) Ploven P. F. e bp. : Les alpha et les beta bloquants dans le traitement de l'hypertension arterielle. Choix et modalités d'administration. La nouvelle Presse Medicale 1977, 8, 229.
- 19) Popa Y. : Frequenca e fibrozës së septumit interventrikular në të sëmurët me hipertension - sipas të dhënave të elektrokardiogramës. Buletini i UT - seria shkencat mjekësore 1968, 2, 43.
- 20) Rocchecchia S. : Il triamterene-nuovo diuretico. Bullettino chimico farmacologico 1963, 103, 698.
- 21) Ruzi H. : Gjendja e hipertensionit arterioz në punëtorët e Kombinattit Stajin. Shëndetësia popullore 1974, 1, 24.
- 22) Ruzi H. : Të dhëna mbi hipertensionin arterioz të punëtorëve në disa qendra të urretit të Tiranës. Shëndetësia popullore 1975, 1, 67.
- 23) Leocak L. e bp. : L'étude d'effet de l'amloride sur la fuite potassique provoquée par l'hydrochlorothiazide. La nouvelle Presse Médicale 1974, 1953.
- 24) Sonkad S. e bp. : Effet de la bête receptors blocking agent visken i blood pressure of hypertensive patients on plasmie renin activity and electrolyte. The rapia Ungaria 1976, Vol. 2, 24, 2, 60.
- 25) Stazi C. : I - rrischi della terapia antipertensiva nell'età senile. Il Polichinco 1978, Vol. 85, 447.
- 26) Shehu N. : Karakteristikat elektrokardiografike në sëmundjen hipertoniqe 1976, 1, 21.
- 27) Shyti H. : Ndryshimet elektrokardiografike në stadin e parë të sëmundjes hipertensive. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1967, 1, 21.
- 28) Teherakoeff Ph. : Hypertension arterielle. Médecine et Hygiène 1978, 1268, 55,