

**PËR NJË ORGANIZIM DHE DREJTIM MË TË MIRË TË PUNËS
KËRKIMORE-SHKENCORE DHE TË KUALIFIKIMIT TE KUADRIT
MJEKËSOR**

– ULVI VEHRIU – ANESTI BOÇKA – HEKTOR ÇOCOLI –

Në kushtet e zhvillimit të sotëm të vendit tonë, problemet e drejtimit dhe të organizimit të punës kërkimore-shkencore dhe të kualifikimit e fëmijëve përfshinë rëndësi të kuadrit, ashtu siç theksion plenumi i 7-të i KQ të PPSH, Enver Hoxha tha: «Çështjet e drejtimit dhe të organizimit përbëjnë tani një hallkë nga më vendimtarët, pas së cilës duhet kapur fort për ti çuar më përparrë të gjitha punët në ekonomi, kulturë, shkencë, shëndetësi, në të gjitha fushat e ndërtimit socialist e të mbrojtjes së vendit».

Për të vënë në jetë detyrat që kanë të bëjnë me rrithjen e cilësisë së gjithë punës sone edukative, mësimore e shkencore, të kualifikimit e specializimit të kuadrit, kërkohet që katedrat, këshilli shkencor i fakultetit dhe dekanati të udhëheqin me zgjuarësi, shkaktitësi dhe operativitet; dhe të luftojnë me këmbëngulje për të vënë në jetë vendimet që merren.

Në etapën e tanishme janë krijuar kushte të përshtatshme, me kuadro e bazë materiale, për studime shkencore më të thella e sistematike, për kualifikimin dhe specializimin e kuadrit.

Vitet e fundit, nën udhëheqjen e organizatës së Partisë, është bërë një hap përparrë jo vetëm sasijor, por edhe cilësor në tërë veprimitarë kërkimore-shkencore të fakultetit të mjekësisë në procesin e punës për kualifikimin e pedagogëve dhe për specializimin e kualifikimin e kuadrove të larta mjekësore të rrëtheve të ndryshme të vendit tonë.

Si rezultat i një punë të kujdeashme të katedrave dhe të dekanatit po realizohen në mënyrë pak a shumë ritmike të 73 fëmrat kërkimore-shkencore, 13 nga të cilat të nonmenklatures së Këshillit të Ministrave. Të gjithë pedagogët e fakultetit të mjekësisë janë të angazhuar me punë studimore-shkencore dhe të përfshirë në sistemin e kualifikimit. Gjatë periudhës 1974-1979 në Këshillin shkencor të fakultetit u mbrojtën 19 disertacione të shkallës së parë të kualifikimit. Po jepen ritmikisht provimet e ndryshme me program pasuniversitar. Të gjithë pedagogët, pa përfshirë, kanë dhënë provimin e filozofisë markiste-leniniste. Pedagogët me tituj e grada shkencore udhëheqin 1 ose 2 veta për shkallën e parë të kualifikimit, duke futur këtu edhe mijëkë të institucioneve shëndetësore të vendit.

Cdo vit në fakultetin e mjekësisë specializohen e kualifikohen rrëth 300 kuadro të larta mjekësore në 35 specialitetet e nënspecialitetë të ndryshme.

Është rritur veprimitaria botuese e pedagogëve në formë teksteve, monografish, punimesh përbledhëse, artikujsh etj. Redaksia e Buletinit

të shkencave mjekësore ka lufuar për pëmriresimin e cilësisë së arbotuar në të.

Vitin e kaluar, katedrat e ndryshme të fakultetit organizuan sione shkencore, në të cilat u mbajtën 108 referate, që i vleinë prsë përditshme mjekësore.

Duke e analizuar punën tonë në dritën e vendimeve të rëndë plenumit të 7-të të KQ të PPSH del se në çështjen e studimeve more-shkencore dhe atë të specializimit e kualifikimit të kuadrit n edhe të meta e boshlliqe, që, në radhë të parë, lidhen me dobësit nës drejtuese dhe organizuese të katedrave.

Disa mosrealizime në tematikën shkencore gjatë vitit 1979 burimin në masat e dobëta organizative, në mosndjekjen hap pëfshirjeve, në punën e pamjafueshme, që duhej bërë me peda vegantë nga ana e katedrave, dekanatit etj.

Disa herë janë marrë vendime që katedrat klinike punën shkencore ta lidhin më ngushtë me eksperimentin. Disa katedra e sëmundjeve të brendshme, kirurgjisë së përgjithshme etj. e kanizuar më mirë këtë punë, ndërsa të tjerat ende janë prapa. La ynë eksperimental ka një bazë me aparatura e kafshë, që mund të tëzohen edhe nga pedagogët e katedrave klinike për qëllime kërashkencore. Por ky problem duhet shqyrtuar me seriozitetin e shëm në katedra për çdo pedagog në veganti, duke caktuar dety krete dhe të realizueshme për secilin. Këtu nuk ka vend për just Rutina e përditshme mjekësore për pedagogët duhet kapërcyer, duhet të jetë pengesë për vënien në jetë të planeve të punës si dhe të kualifikimit të kuadrit.

Me përpjekjet që do të bëhen në të ardhmen, laboratori ynë mental do të zgjerohet me kuadër dhe mjetet e nevojshme. Ksidomos ato klinike, duhet të miratojnë qyshtani plane pune për ato në këtë laborator.

Në sistemin e kualifikimit të pedagogëve është e nevojshme sotet më tej puna drejtuese dhe organizuese e katedrave dhe e tit. Del si detyrë që të merren masat përkatëse për të ecur me nemi të shpejtë në mbrojtjen e disertacioneve të shkallës së parë lifikasi mit nga shoqet pedagoge, duke krijuar për to kushte të shme pune.

Deri në fund të vitiit 1982 janë planifikuar të mbrohen një i madh disertacionesh për gradën e kandidatit të shkencave m. Për përfundimin e tyre me sukses edhe këtu është e nevojshme merren një varg masash organizative, të zbatohet një stil e me ne revolucionare, i papajtueshëm me shfajësimet e zvarritjet zuara. Megjithëse nga ana e katedrave janë marrë disa masa, mësështë e domosdoshme që dekanati, në bashkëpunim me to, tojë një plan pune konkret dhe të realizueshëm, për një shfproportionale të mbrojtjeve të disertacioneve të shkallës së parë lifikasi mit. Grafiku i mbrojtjeve duhet fiksuar mirë që tani në më qdo katedër e pedagog të angazhohet seriozisht për plotësimin, e caktuar të detyruar të ngarkuara.

Nuk mund të shpjegohet ndryshe vegse me dobësi të punës dhe organizuese fakti që në disa specialitete klinike, si p.sh. në kirurgji, sëmundje të brendshme, obstetrike-gjinjekologji etj. k

mbetje në mbrojjet e disertacioneve të shkallës së parë të kualifikimit, kur dihet se në këto disiplina klinike, ku studjojen shkencërisht një varg temash të rëndësishme, ka pedagogë të aftë për të përfunduar me sukses disertacionet e kandidatit të shkencave mjetësore.

Katedrat e fakultetit tonë i kanë të gjitha mundësitë që të udhëheqin më shumë se deri tanë për shkallen e parë të kualifikimit kadro, që punojnë në institucionet shëndetësore të vendit tonë. Është pozitiv fakti rrëtheve që kanë mbaruar fakultetin me rezultate shumë të mira ose të mira. Një pjesë prej tyre janë përfshirë edhe në tematikën shkencore të katedrave. Megjithatë, në të ardhmen duhet bërë më shumë punë, duke zgjeruar numrin e bashkëpunëtorëve të jashtëm me kadro të afita, që më vone të mbrojnë edhe disertacionet për gradën e kandidatit të shkenkës dhe ndonjë tjeter e kanë organizuar mirë udhëheqjen e disertacioneve të mjejkëve të rrëtheve të ndryshme të vendit tonë. Në shëmbulin e tyre duhet të ecin edhe të tjerat, sepse kudo ka forca që mund të kontribuojnë në përhapjen e sistemit të shkallës së parë të kualifikimit edhe jashtë mureve të katedrës. Për këtë nevojitet një organizim më i mirë i punës, drejtim më i studjuar i saj.

Duke përsosur më tej shthin dhe metodën e punës drejtuese që organizuese do të arrihet gjithash tu në trijet e cilësisë së mbrojtjes së disertacioneve si në katedra ashtu dhe në këshillin shkencor të fakultetit. Në katedra duhet të zhvillohen debate të vërteta dhe konstruktive sadodisertantit dëmton punën dhe cilësinë e mbrojtjes. Që të ketë mbrojtje të vërteta është e domosdoshme që si në katedër, ashtu edhe në këshillin shkencor të fakultetit, disertantët të mos konformohen me lehtësi me vërejtjet që u bëjnë recenzentët ose opONENTËT dhe ta mbyllin diskutimin me një falënderim në adresë të tyre, por të debatojnë me ta, të argumentojnë me fakte bindëse tezat që shtjellohen në punimin e tyre. Në këtë mënyrë do të arrihet në përfundimë më të piekura dhe më të drejta. Në të gjitha rastet është katedra ajo që vendos më fund çfarë duhet të heqë ose të shfojë disertanti, se çfarë duhet të sqarojë ai më mirë ose në ç'drejtum duhet të thellohet para se ta mbrojë temën në këshillin shkencor të fakultetit.

Nga ana e dekanatit, në mbrojjet e disertacioneve që janë bërë në specialistë nga rrëtjet e ndryshme të vendit tonë, të cilët kanë marrë pjesë edhe në diskutime. Në të ardhmen është e nevojshme që ky bashkëpunim të zgjerohet dhe të forcohet më tej.

Në këshillin shkencor gjithashu duhet të ketë më shumë diskutime kritike dhe jo vetëm lavdërime. Kjo do të arrihet atëherë kur disertacionet dhe autoreferatet të studjojen me kuides jo vetëm nga anëtarët e katedrës dhe specialistët përkatës, por sidomos nga pjesëtarët e këshillit shkencor.

Edhe prapambetja relative që vihet re në sistemin e shkallës së dytë të kualifikimit e ka burimin në faktorë subjektivë, në dobësinë e masave drejtuese dhe organizuese, në pengesat që nxjerr për disa kadro të përgatitura rutina e përditshme. Organizatat bazë të Partisë fakultet kanë marrë në analizë problemin e mbrojtjes së doktoran-

turës dhe kanë caktuar edhe detyra konkrete. Kjo çështje është tur edhe në këshillin shkencor të fakultetit. Por katedrat janë pratur edhe në rrugë të drejtë të shkallës së dytë të kualifikimit. Në vjenien në rrugë ka një varg pedagogësh me tituj e grada shkencore të tjetrin tonë ka një varg pedagogësh me tituj e grada shkencave më shumë nga ana e katedrave. Nuk njoftojnë përdorjen ndihmuar më shumë nga ana e katedrave. Duben marre edhe masa praktikë kritikat që puna të ecë përpara. Duben marre edhe masa praktikë organizative. Me këta pedagogë, katedrat duhet të shtrohen këmbimi mënyrë që në bashkëpunim edhe me dekanatin ose me Rektoren të kapërcehen vështirësitet që pengojnë çuarjen përpara të mbrojtë shkallës së dytë të kualifikimit.

Fakulteti i mjekësisë përballon një vëllim shumë të madh për specializimin dhe kualifikimin e kuadrove të larta mjekësore të theve të ndryshme të vendit tonë. Çdo vit rreth 150 kuadro bëjnë cilalizime 1-2 dhe 3 vjegare në disiplinat e ndryshme klinike të fakës po aq kalojnë në kurse kualifikimi 2-3 mujore. Duke e parë këtë punë në fryshtë e vendimeve të plenumit të 7-të të KQ të mendojmë se në të ardhmen na bie detyra e marries së disa mas natyrës organizuese dhe drejtuese, që do t'i vlefjan irritjes së cilës punës që bëhet për kualifikimin dhe specializimin e kuadrit.

Tashmë çdo katedër ka programet e specializimit dhe të kujndit. Ka vend që në to të bëhen përmirësimë persa i përket literaturën e programeve, në përputhje me specifikën e lëndëve të shme, duhet të zënë vendin që meritojnë literatura marksiste-ler vendimet e ndryshme të Partisë dhe të Qeverisë përmirësim e shëndetësinë etj. Krahas punimeve të autorëve të huaj, në grafinë e programeve duhet të jenë pasqyruar edhe tekstet, monografiat referatet dhe artikujt shkencorë të pedagogëve të fakultetit dhe të drove të larja mjekësore të vendit tonë.

Ka ardhur koha që katedrat të mendojnë për hartimin e traktatës ndryshme, që do të jenë një bazë e fugishme mbështetëse pëcializimin dhe kualifikimin e mjekëve. Ekzistonjë gjithash tu muqiqë leksionet të zhvillohen në një nivel më të lartë shkencor dhe të analizohen dhe të miratohen në katedër.

Duhan bërë përpjekje të mëtejshme që me specializimin dhe fikimin e kuadrit të merren kryesisht pedagogët më të mirë, ata që grumbulluar një përvojë të madhe teorike dhe klinike, profesorët docentët dhe kandidatët e shkencave mjekësore. Është detyri e kuvave dhe e dekanatit që ta organizojnë më mirë punën dhe ta kontrollojnë sistematikisht, duke marre masat përkate të që kuadrot më të fikuara të fakultetit të merren me probleme kyçë, që kanë të bëj udhëheqjen dhe organizimin e punës kërkimore shkencore, të kumat të pedagogëve, të specializimit dhe kualifikimit të mjekëve të veve, të mësim-dhënieve, të diagnostimit dhe të kurimit të të sëmurit, të ngushtë me klinikën, me të sëmurët, me laboratorin.

Dekanati i fakultetit të mjekësisë, në bashkëpunim edhe me ratin, duhet të marrin masat përkatëse që të vendosen në baza

drejta marrëdhëniet midis spitaletave klinikë dhe fakultetit, që të përcaktohen më mirë dehydrat e shfave të klinikave në vëganti dhe të pedagogëve klinicistë në përgjithësi.

Një studim dhe një vlerësim më i mirë i ngarkesës pedagogjike që ka të bëjë me specializimin dhe kualifikimin e kuadrit do të ndkontë drejtëpersëdrejtë në rrjetin e nivelit të cilësisë së leksioneve, të konsultimeve, praktikave klinike dhe të formave të tjera, që shrrytenzohën përafësimin e kuadrove të larta mijekësore të rrethive të ndryshme të vendit tonë. Nga ana tjetër, zgjedhja më e mirë e kontigjenit të mijekëve që dërgohen për specializim (mosha relativisht e re, mesatarja e murë e notave në fakultet, përvetësimi i gjuhëve të huaja) do të ishtë në dobى të punës.

Nuk mund të shpjegohet ndryshe veçse me dobësi të punës drejtuese dhe organizues fakti që në fakultetin tonë ende ka lëndë klinike që nuk kanë ngritur rrëtihet shkencore të studentëve. Në radhë të parë është detyra e shefave të katedrave, e profesorëve dhë e docentëve që të udhëheqin studentët më të aftë në vepritarinë kërkimore-shkencore, duke i inkluduar ata në temën studimore të katedrës. Kjo praktikë pune do të shërbejë edhe për përcaktimin më të drejtë të kandidatëve që do të mbrojnë diploma. Nuk mjafton vetëm një njofitim ose një thirje e thjeshtë për pjesëmarrje në rrëtihet shkencore. Detyra jone është që ti tjerëqim studentët në punën shkencore, të ngjallim ne ta kureshtje dhe pasion për probleme të caktuara mijekësore. Pra me studentët duhet punuar nga afër, individualist, për ti aktivizuar në veprimtarit shkencore. Zgjedhja e këtij problemi kërkon rje angazhim më serioz nga ana e katedrave, një kontroll më sistematik nga dekanati.

Në stadin e sotën të zhvillimit të vendit tonë, kur Partia dhe masat kanë marrë përsipër detyra të mëdha e të guximshme, me një besim të patundur e të bazuar në forcat e veta, në kuşthet e rrëthimit e të blokades, së egër, të krizës së gjithanshme që ka mbështyer në grykë botën kapitalisto-revisioniste, nuk mund të punohet me të njëjnat ritme e forma si disa vjet më parë. Duhet të shkundet gdo sifaqje rutine, që përbën armikun numër rje të metodës e stilit revolucionar në punë duke goditur fort qëndrimet liberale e zvarritjet burokratike.

Partia porosit që duhet të rriten kërkesat ndaj punës që bëjnë kuan-docentët dhe kandidatët e shkencave mijekësore luajnë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shkencës dhe në rrjetin e nivelit të cilësisë së diagnostikimit dhe të mjekimit të të sëmurëve, në udhëheqjen e kuadrit të ri etj. Më tepër duhet të bëjnë ata për krijimin e një fushe të qëndrueshme të këskimit shkencor në dobi të ngritisës së nivelit të prcesit mësimor e shkencor dhe të praktikkës së përditshme mijekësore. Më mirë duhet të organizohet puna në katedër për transmetimin dhe pasurimin e përvojës pozitive, që dëjët të kalojnë në kuadrot e rindj. Në këtë çështje, një rol të rëndësishëm luajnë edhe botimet e teksteve, monografiave, punimeve përbledhëse, referateve, artikujive shkencore etj. Në katedra duhet t'i kushtohet më tepër kujdes organizimit të veprimitarise botuese të pedagogëve, sidomos të atyre me tituj e grada shkencore, nga të cilët pritet më shumë. Është grumbulluar një përvojë e pasur e punës klinike, e cila duhet të përgjithësohet nëpërmjet botimeve, që do t'i vlefje jo vetëm rrjetës së cilësisë së mësimdhënies, por edhe zgjidhjet

së problemeve të praktikës së përditishme mjekësore. Nga ana e del tit dhe e katedrave, pedagogëve me tituj e grada shkencore u duhen detyra konkrete për botimin e monografive, të artikujve shkencore të traktave bazë për disiplinat e ndryshme mjekësore.

Në përputhje me detyrën e caktuar nga Partia për Universitetin për shkollat e tjera të larta, që të bëhen qendra të rëndësishme të mët shkencor, në katedrat e ndryshme të fakultetit të mjekësisë hen referate, leksione e cikle temash me pedagogë, studentë e speci të prodhimit për probleme të rëndësishme mjekësore dhe të reja të llimit të shkencës e të teknikës. Organizimi i sesioneve të përvit shkencore me tematikë nga puna kërkimore i ka shërbyer rrjetes së sise së mësimdhënies dhe zgjdhjes së problemeve të diktuar nga jatika e përditshme mjekësore.

Me një organizim më të mirë të punës nga katedrat do të arrihnga pedagogët të shfrytëzohen më mirë literatura mjekësore e grulluar në bibliotekën e fakultetit dhe në atë Kombëtare. I duhen vëntyra konkrete qdo pedagogu që të sistemojë brenda një afati të cal bibliografinë për temën që studjon dhe kjo mund të kryhet me një këmbëngulëse, duke studuar me kujdes monografitë, traktatet dhivastat e ndryshme që hyjnë në bibliotekat e vendit tonë.

Për të shfrytëzuar më mirë literaturën mjekësore shqiptare prehëshësështë dhënë udhëzimi që katedrat, sipas lëndëve që përmbllojnë krijojnë bibliografinë me botime të autorëve shqiptarë, duke ekuar atë në faqet e Buletinit të Shkencave mjekësore, të revistës «detësia populllore», të punimeve përbimbledhëse të katedrave të ndrystë buletineve stomatologjike e farmaceutike, në tekster, monografikë referatet e mbajtura në sesionet shkencore etj.

Bibliografia e sistemuar sipas specialiteteve mund të botohet në formë të plotë në Buletinin e Shkencave Mjekësore. Krijimi i bibliografisë do të jetë një mbëshitetje e mirë për pasurimin e leksioneve, të steve e monografive me përvojën e vendit tonë, për kuadrot që përfshire në shkallën e parë të kualifikimit, për mjekët e rretheve të duan të zgjerojnë njohuritë e tyre të specialitetit, për studentë aktivizohen në rrjetet shkencore etj. Ende ka një varg katedras nuk e kanë vënë në jetë këtë vendim të rëndësishëm, zvarrija e të e ka burimin ne mungesën e kontrollit sistematik dhe frontal të kjesë së detyra.

Në të ardhmen ne na bie detyra që të luftojmë shfaqjet e empiritë prakticizmit dhe të kënaqurit me pak, që kanë zënë vend nën ne pedagog dhe të rritim pareshtur përpjekjet për edukimin tonë revoluar marksist-leninist, me mësimet e Partisë dhe të shokut Enver Hoxha dhe për aftësimin tekniko-profesional e organizativ.

Detyrat që na ve plenumi i 7-të i KQ të PPSH për përsosjen e tijshme të punës drejtuese dhe organizuese në fushën e kërkisë shkencore, të kualifikimit dhe të spesializimit, të kuadrit janë të qartë plotësish të realizueshme. Të brumosur me mësimet e Partisë dëshkokut Enver Hoxha, ne do të puaqojmë me maksimumin e mungtona që të vëmë në jetë të gjitha planet e miratuar në mënyrë imbyllim me sukses pesëvjeçarin 1976-1980 dhe të hartojmë program

reja pune më të madhërishtë që t'i vlefjë qvarjes përparrë të procesit edukativo-mësimor të rinisë studenteske dhe rritjes së cilësisë së diag-nostikimit, mjekimit dhe profilaksisë së sëmundjeve të ndryshme.

Summary

FOR A FURTHER IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION AND DIRECTION OF THE RESEARCH WORK AND QUALIFICATION OF THE MEDICAL CADRES

The paper discusses the need of further improvements in organizing and conducting the scientific research work and in training and specializing the medical personnel in accordance with the duties laid down by the 7th Plenum of the Central Committee of the Party of Labour of Albania.

After an analysis of the successes achieved so far in the field of scientific research and professional qualification of the teaching staff of the faculty of medicine, the paper lists a series of important tasks, the fulfillment of which is closely linked with the step-by-step following up of these problems by the heads of chairs and the dean of the faculty.

The paper stresses the need of linking the research work of the clinics with the experimental work of the laboratories, of a better planning and more profound study of the dissertations presented for the first and second degrees of postgraduate qualification of the faculty cadres and higher medical staff of the various health institutions of the country, of a better organized defense of the dissertations at the chairs and the scientific council of the faculty.

The paper gives prominence to the analysis of the problems regarding the organization and direction of the work of specialization and qualification of the higher medical personnel in the various districts of the country. It draws attention to the need of a further improvement of the programs of postgraduate specialization and qualification, of writing better treatises on the various specialities etc. Harder work is expected from the pedagogues with scientific degrees and titles in conducting the training and specialization process and in divulging the advanced experience through publications and by keeping closer contact with the students' circles etc.

The paper reminds the chairs that they have yet to complete the preparation of the bibliographic card-indices according to the particular specialities and their subdivisions.

In concluding, the paper expresses the conviction that the pedagogues of the faculty, inspired by the teachings of the Party and comrade Enver Hoxha, and under the guidance of their party organization, will do their utmost to put into effect the duties assigned by the 7th Plenum of the Central Committee of the Party of Labour of Albania in directing the research, qualification and specialization work of the higher medical personnel.

Résumé

POUR UNE MEILLEURE ORGANISATION ET DIRECTION D'UN TRAVAIL DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE QUALIFICATION DES CADRES MÉDICAUX

L'article souligne l'importance du perfectionnement ultérieur et de l'organisation du travail de recherche scientifique ainsi que de la qualification et de la spécialisation des cadres médicaux, conformément aux tâches fixées par le 7^e congrès du CC du PTA.

Après l'analyse des succès obtenus ces dernières années dans le domaine de la recherche scientifique et de la qualification des cadres à la Faculté de médecine, on y trouve évoquées une série de tâches importantes dont la réalisation dépend étroitement de la diligente attention portée par les différentes chaires décanat aux divers problèmes.

L'article met l'accent sur la nécessité de rattacher le travail scientifique cliniques à celui du laboratoire expérimental, de planifier plus judicieusement de façon étudiée les dissertations du premier et du second degré de qualification post-universitaire des enseignants et des cadres supérieurs des diverses institutions sanitaires de notre pays, d'améliorer la qualité des soutenances de thèses au niveau des chaires qu'à celui du conseil scientifique de la Faculté.

Une place importante et consacrée dans cet article à l'analyse des problèmes posent la direction et l'organisation de la spécialisation et de la qualification des cadres médicaux supérieurs dans les divers districts de notre pays. L'attention est attirée sur le besoin de perfectionner les programmes de spécialisation et de qualification post-universitaire, de rédiger les traités respectifs pour les différentes spécialités, etc. Les enseignants pourvus de titres et de grades scientifiques doivent être engagés plus à fond dans le travail visant à la spécialisation et à la qualification des cadres ainsi qu'à la généralisation de l'expérience avancée à travers diverses publications et une meilleure et plus diligente direction des chaires scientifiques étudiantes, etc.

L'article évoque aussi la nécessité pour les chaires de compléter les fiches bibliographiques, selon les diverses spécialités et sous-spécialités.

En conclusion, on trouve exprimée la conviction que les enseignants de la Faculté de médecine, pénétrés des enseignements du Parti et du caractère d'Enver Hoxha, sous la conduite de l'organisation du Parti, feront tous les efforts possibles pour mettre en œuvre les tâches avancées par le 7^e plénum du CCPTA en ce qui concerne la direction du travail de recherche scientifique : que la qualification et la spécialisation des cadres médicaux supérieurs.

REUMOKARDITI NË MOSHËN E FËMINISË

— Doc. THOMA KRISTO — RAYMONDA NIKO —

(Spitali Klinik i fëmijëve — Tiranë)

Sëmundja reumatike, në radhë të parë, prek moshën e fëminisë, sidomos ata të moshës shkollore nga 6-14 vjeç. Në krahasim me të kluarën, tek ne sëmundja reumatike ka një ulje të ndjeshme. Megjithatë ende mund të themi se kjo sëmundje është e ditëve tona. Për moshën e fëmijës sëmundja reumatike paraqet interes, sepse tabulloja klinike ka ndryshuar (5). Sot ne nuk ndashim format e përskrimeve klasike, format me interes të rendë të zemrës me zhvillimin e perikarditit. Nga ana tjeter sot tek fëmijët paraqiten forma atipike të sëmundjes, që diagnoistikohen me vështirësi (11). Këto të fundit mund të kalojnë pa u vënë re, zhvillohen në mënyrë latente dhe Japin dëmtime në zemër, që ne i zbulojnë gjatë një depistimi të rastit.

Plenumi i XI i K.Q. të PPSH si dhe vendimi nr. 2 i Qeverisë së RPSSH shtrrojnë para nesh dytyra të rendësishme për depistimin dhe dispanserizimin e sëmundjeve të zemrës. Në këtë përfshihen edhe pa sojat e sëmundjes reumatike me dëmtime në valvulat e zemrës. Të nisur nga këto argumenta, paraqesim disa të dhëna mbi reumokarditin në moshën e fëminisë.

Gjatë viteve 1972-1978, nga 150 të sëmure të shtuar në spitalin klinik nr. 3 — Tiranë, kemi analizuar 50 fëmijë me reumokardit, që nuk kanë pasur dëmtime organike valvulare në kohën e shtimitit në spital. Të tjerët kane qenë të sëmure me reumatizëm në aktivitet dhe me valvulopati organike nga ataket e mëparshme të reumatizmit.

Tek ne raporti midis të sëmureve me poliartritit dhe me reumatizëm në zemër ka ndryshuar nga 3,5/1 në 1972 në 2/1 në 1978. Kjo e dhënë përkundrejt me ato që përskrurajnë autorë të tjere (3,4,7,8).

Sipas moshës, shumica e të sëmureve tanë janë nga 7-14 vjeç. Vëtem 8% e tyre kanë qenë ndën 7 vjeç. Sipas sekritisë nuk ka ndonjë mbi zotërim të vecantë, sëmuren njësoj si vajzat ashtu dhe diemtë.

Shumica e të sëmurëve (70) janë nga Tiranë, të tjerët kanë ardhur nga fshatrat ose rrëtjet e tjera.

Reumatizmi shfaqet më tepër në vjeshtë dhe në dimër. Të sëmuarët tanë me reumokardit janë shtruar në këto stina, duke filluar nga shtatori deri në fund të janarit. Në muajt e verës nuk kemi ndeshur asnjë rast. Kjo e dhënë përkon me atë të autorëve të tjere (6,7,8, 10) dhe shpjegohet me shpeshtësinë më të madhe të infeksioneve nga streptokoku në këto stina.

Në zhvillimin e reumatizmit dhe, në veganti të reumokarditit, ndi-

kojnë ose favorizojnë edhe prania e sëmundjeve të tjera, sidomq që shkaktohen nga streptokoku. Nga anamnezat e të sëmurevë tarzulton se 54% e tyre kanë vuajtur nga angina të përsëritura, 20% infeksione të rrugëve të frysëmarrjes dhe 4% nga skarlatina.

Në 14% të të sëmurevë tanë, sëmundjen reumatike e kemi edhe në pjesëtarë të tjere të familjes. Në këto raste na duket së tepër ndikojnë faktorët e jashtëm si infekzionet nga streptokoki brenda anëtarëve të të njejtës familje se sa trashëgimia e pëersh nga autorë të tjere (6).

Në zhvillimin e reumokarditit ndikojnë edhe ataket e përsë të sëmundjes reumatike. Në 26% në atakun e parë së bashku me artritin. Tek 14% të tjere reumokarditi është shfaqur drejtpërdre shërja të poliartritit. Kjo e dhënë e fundit për moshën e fëminisë kë dësi të vëgantë, pasi tek ata, shenjat artikulare mund të jenë pakta sa kalojnë pa u vënë në dukje ose mund të mungojnë fare.

Në vjetët e fundit aplikim të gjierë ka gjetur profilaksia me Be thin-Penicilinë në fëmijët që janë sëmurur një herë nga reumatizm. Nga rastet tona në studim, që kanë pasur atak të mëparshë Të tjerët nuk e kanë marrë një profilaksi të tillë, ose e kanë bëj mënyrë të çrrëgulltë. Në këto rrethana, këta fëmijë të pambrojtur i ekspozuar një riakutizimi të reumatizmit, që iu është shfaqur si skru me reumokarditin.

Klinika e sëmundjes reumatike është e njojur; ajo karakterizohe disa fazë të zhvillimit të saj, që janë: faza e parë e shfaqjes së anës vazhdon rrëth 5-7 ditë; faza e dytë (14-21 ditë pas anginës), që sëderohet si periudhë e heshtur pa shenja të dukshme klinike; faza tretë me ringritjen e temperaturës dhe faza e katërtë me shfaqje rike në organe të ndryshme si poliartriti, reumokarditi, shfaqje rike, korea minor etj.

Nga anamnezat e të sëmurevë tanë rezulton se në fazën e paramarrijes dhe 12% patën temperaturë të paqartë rrëth 3 javë shfaqjes së reumokarditit. Tek të tjerët nuk kemi mundur të vërdukje shenjat e para (prodromale). Nga ana tjetër përmëndim se vet 4% e tyre, në këtë fazë, janë mjekuar në rrëgull me antibiotikë; tjerët mjekimi nuk ka qënë i plotë, madje ka edhe raste që nuk mjequier fare. Të dhënët e mësperme përfcorcojnë edhe një herë e infeksioneve streptokoksikë në zhvillimin e reumatizmit. Përmë gjithashtu se mungesa ose mosvënia në dukje e prodromeve në fazë parë nuk përfjashton mundësinë e zhvillimit të sëmundjes reumose të reumokarditit.

Symptomatologjia klinike e reumokarditit është e pasur. Në tonë, ajo është shfaqur me shenja të përgjithshme të reumatizm me praninë e temperaturës, mungesës së oreksit, i sëmuri paraq zbehët, i dobët, i lodhur dhe me djerstijë. Në pak raste janë vën dukje epistaksis, dhembje prekordiale dhe çrrëgullime gastrointesti Temperatura ka qënë subfebrile, e vazdueshme dhe në dy raste më rastë septic. Në kohën e shturimit në spital gati 1/4 e të sëmurevë patën temperaturë.

Në 14% të të sémurëve, reumokarditi ka filluar drejtperdredit pa shfaqje në kyqet, ndërsa në të tjerët, reumokarditi ka qënë i shoqëruar edhe me poliartrit, në dy raste me glomerulonefrit dhe një me korea minor.

Në ekzaminimin fizik të zemrës në kohën e shtimit, në shumicën e të sémurëve, është vënë në dukje prania e takikardisë dhe e zhurmës sistolike e gradës 2/6, funksionale në majën e zemrës (apeks); disa prej tyre kanë qënë të shoqëruar me dobësim të tonit të I të zemrës, ekstrasistolli etj. Përvec këtyre kemi ndeshur edhe raste të reumokarditit me bradikardi, ose me praninë e rimit në tri kohë (galop ventrikular) dhe të një zhurmë diastolike në majë. Në një të sémurin tonë, i ardhur në gjendje të rëndë, u vunë në dukje dhe shenjat e insuficiencës kardiovaskulare.

Në pak raste (12%), këta të sémurë patën edhe ulje të tensionit arterial, që u normalizua gjatë ecurisë së sémundjes me përmirësimin e gjendjes së fëmijës.

Në tárësinë e këtyre shenjave, rëndësi praktike ka prania e takikardisë, zhurmës sistolike dhe doqësimi i toneve të zemrës, shoqëruar me shenjat e përgjithshme, që përskruam më lart.

Ekzaminimi klinik është plotësuar edhe me ekzaminimet e tjera paraklinike. Nga më të rëndësishmet ato janë: ekzaminimi radiologjik vuri në dukje se vetëm 28% e të sémurëve kishin zmadhim të përmasave të zemrës.

Në EKG-të e të sémurëve tanë është vënë re: takikardia në shumicën e rasteve, në dy fëmijë bradikardi. Ekstrasistoli atriale dhe ventrikulare në 1/5 e të sémurëve, ulje të voltazhit QRS, çregullime reponarizimi në pak raste. Në 40% të rasteve, EKG-ja vuri në dukje zgjatje të P-R (Blok A-V gr. I), ndërsa në 4% të tyre blok A-V gr. II, tip Mobitz 1. Në 6% të tjerë, në EKG gjitetëm dhe blok të degës së djathtë. Prania e shenjave të tillë në EKG flasin për déntime të miokardit në kuadrin e reumokarditit.

Në hemogramën kemi vënë re anemi, pakësim të hemoglobiniës, shtrim të rruazave të bardha me neutrofili dhe rritje të eritrosedimentit. Në tërësi, ky kuadër i hemogramës përkon me të dhënat e autoreve të tjerë (3, 7, 9, 10).

Gati në 90% të të sémurëve tanë, titri i antistreptolizinave ka qënë i rritur. Kjo e dhënë na ka ndihmuar në diagnozën klinike në favor të reumatizmit. Mungesa e rritjes së titrit të antistreptolizinave, kur janë të pranishme shenjat e tjera klinike të reumokardit, nuk përishton natyrën reumatizmale të tij (4, 6). Nga ana tjetër, theksojmë se rritja e titrit të antistreptolizinave nuk është specifike; këtë e gjejmë të tillë edhe në infekzionet e tjera streptokokskë.

Nga analizat e tjera laboratorike përmëndim se glukoproteinat, mu-koproteinat, acidi sialik, fibrinogjenemia kanë qënë të rritura. Po këshu ka qënë e pranishme edhe proteina C reaktive. Në proteinogramën është vënë në dukje rritja e alfa-2 globulinave.

Ekzaminimet e tjera të bëra në fillim ashtu dhe gjatë mijekimit si azotemija, glicemija, provat funksionale të mëlqisë, urina etj. nuk para-

qismin ndonjë gjë të vçgantë. Gjatë mjekimit me kortizonikë është në dukje hipokaliemi e përkohshme.

Ekzaminimet mikrobiologjike të marrë nga fytit i të sëmurevët zultuan se vetëm 14% e tyre patën streptokokun betahemolitik të tip Nga kërkosat për zbulimin e vatrave të infekzionit kemi gvatra me bajame në 20% të të sëmurevë, në dhëmbë në 14% dh sinuse në 4%.

Mjekimi i reumokarditit në të sëmuret tanë është bërë në kritereve të mëposhtme:

Regjimi i shtratit dhe i ushqyerjes, sidomos në fazën e parë është në periuadhë e parë të shtrimit. Me fëmijët, në praktikë ndes me vështirësi, pasi duke mos e kuptuar rëndësinë e kufizimit të lëvve, ata ngrihen edhe para kohe. Për ushqimet kemi pasur parasysh njanimin e ushqimeve, që shkaktojnë meteorizëm.

Kundër infekzionit kemi përdorur penicilinën në doza 800 mijë deri 1.200.000 në ditë për 10 ditët e para. Në fund të saj, të sëmu u kemi bërë dipeninë në doza 1.200.000 njësi. Në filim këtë e kemi sëritur çdo 2 javë, më vonë çdo 3 javë dhe më pas çdo muaj. Diper e kemi rekombanduar edhe pas daljes nga spitali për ta vazhduar përvjet. Në dy nga rasatet tona, për shkak të alergjisë nga penicilina, përdorur Eritromicinën.

Si mjekim antiinflamator kemi përdorur Prednisonin (Deltatefin) dhe aspirinën. Prednisonin e kemi dhënë në doza fille 1 $\frac{1}{2}$ mgr – 2 mgr/kg në ditë duke i ulur dozat gradualisht, ndërsa rinën në doza 0,08-0,10/kg/ në ditë.

Sipas mjekimit, të sëmuret tanë i kemi ndarë në këta grupe: 60% tyre i kemi mjekuar vetëm me Prednison; 20% me Prednison dhe aspirinë në fillim; 16% në fillim me Prednison dhe më vonë me aspirinë 40% (dy të sëmurë) u mjekuan vetëm me aspirinë për shkak të kui indikacioneve të Prednisonit (ulçera dhe hemorrhagji).

Nga përvaja Jonë, nga skemat e ndryshme të mjekimit na duk dhënia e prednisomit është e mjaftueshme dhe jep rezultate të mirë. Mjekimi fillohet herët, në doza fillastare të mëdha (2 mgr/kg/ në dñe me zgjatje të mjaftueshme. Këtë mendim kanë edhe autorë të (1, 2, 3, 6, 7).

Kur vërehen shenja të theksuara të hiperkorticizmit, me ulj dozave të prednisonit, ose me ndërprerjen e tij, mjekimi mund t zhdrohet me aspirinë.

Me gjithë mjekimin e mësipërmë, kemi vënë re se nuk kemi marrë, sidomos në ato raste kur diagnosta është vonuar dhe, si përmjekimi është filluar me vonesë. Në përfundim të tillë kanë a dhe autore të tjere (1, 3, 6, 7).

Mjekimin e mësipërmë e kemi shoqëruar edhe me dhëniën e 1 duke e filluar pas javës së dytë të mjekimit me doza 1-2 mgr/kg/ 10 ditë.

Gjithashtu kemi pasur parasysh veprimet anësore dhe incident mundshme të njohur nga mjekimi. Në shumicën e të sëmurevë kemi në edhe kripurat e K+, sidomos në fazën e parë të mjekimit me ko nikë.

Në një nga të sëmurët tanë, i ardhur në gjendje të rëndë, n

suficience kardiovaskulare, mjekimi i mësipërmë u shoqërua me tonikardiake dhe diuretikë.

Për të sëmurejt, tek të cilët paraqiten edhe vatra infeksioni, që përshtkruan më lart, është bërë edhe trajtimi i tyre pas stabilizimit të procesit reumatizmal.

Gjatë mjekimit kemi ndeshur veprime anësore dhe incidente. Të tilla janë shtimi në peshë nga prednioni, hipokalemia, rritje e tensionit arterial, infeksione në mushkëri. Në një nga të sëmurejt tanë, që mjekohet me aspirinë, u vu re acidozë, për të cilën u bë mjekimi përkatës. Në një i sëmurë me reumokardit, gjatë ecurisë së sëmundjes, u shfaq edhe hepatiti infeksioz. Për të gjitha këto veprime anësore janë marrë masat përkatëse për trajimin e tyre.

Ecuria e sëmundjes të të sëmurevë me reumokardit ka qenë e ndryshme. Nën veprimin e mjekimit, shenjat e përgjithshme klinike dhe të zemrës janë përmirësuar. Po kështu edhe shenjat e tjera të ekzamimeve biologjike. Koha mesatare e zgjates së mjekimit ka qenë rrëth 12 javë. Si kriteri për ndërprerjen e mjekimit kemi pasur jo vetëm normalizimin e shenjave klinike, por edhe ato të ekzaminimeve paraklinike. Në vëganti përmëndim normalizimin e eritrosedimentimit, i cili ka qëndruar në shifra të larta edhe pas normalizimit të shenjave klinike, radiologjike dhe të EKG. Edhe pas ndërprerjes së mjekimit, të sëmundjet janë mbajtur nën kontroll për të ndjekur ecurinë e mëtejshme klinike dhe të eritrosedimentimit.

Nga skema e mjekimit që kemi përdorur tek të sëmurejt tanë, kemi pasur këto perfundime: në 8% të tyre u shfaqën recidiva, me uljen e dozave ose me ndërprerjen e mjekimit, që u normalizuan me rifillimin e tij. Në 12% të tyre, për një kohë të gjatë, imbetën ekstrasistol ventrikulare. Në një nga të sëmurejt tanë me reumokardit u zhvillua gradualisht blok atrio-ventrikular i gr. II Mobitz 1 dhe më vonë i gradës se III, i shoqëruar me insuficiencë organike të valvulave mitrale. Në kohën e daljes nga spitali, me gjithë mjekimin që përshtkruan më lart, në 10% të të sëmurevë u zhvillua insuficiencë organike e valvulave mitrale. Një nga të sëmurejt që pati edhe insuficiencë kardiovaskulare, pas mjekimit, u normalizua me tonikardiakë dhe diuretikë.

Përfundimet e largta nuk përfshihen në këtë material.

PERFUNDIME :

1) Reumokarditi është një shfaqje e rëndë e sëmundjes reumatike, që prek më shumë fëmijët e moshës shkolllore, sidomos në stinën e vjetës dhe të dimrit.

2) Infekzionet e përsëritura streptokoksike (anginat), që nuk mje-kohen mirë, favorizojn zhvillimin e sëmundjes reumatike, reumokarditin dhe atakat e përsëritura të saj. Në këto të fundit ndikon edhe mungesa ose ndërprerja para kohe e profilaksë pas atakut të parë.

3) Simptomatologjia klinike e reumokarditit është e përcaktuar nga shenjat e përgjithshme të sëmundjes reumatike dhe ato të zemrës (takkardia, dobësim i toneve të zemrës dhe shfaqja e zhurmës sistolike), alteracionet në ekzaminimet paraklinike: hemograma, provat biologjike

dhe imunologjike, EKG dhe Rtg, të interpretuara në raport me të nat klinike, saktësojnë diagnozën e reumokarditit.

4) Në moshën e fëminisë, reumokarditi mund të shfaqet edhe dëpëdrejt pa shfaqje artikulare.

5) Fillimi i hershëm i kortizonikëve, në doza që zgjatje të shtatshme, ka një veprim antiinflamator më të mirë ndaj aspirinës. Këmi i vonuar dhe ndërprerja e parakohshme nuk parandalon zhvill e valvulopatieve organike dhe të recidivave.

6) Për mënjanimin e atakeve të reja të reumatizmit del e nevojs dispanserizimi i të sëmurëve, duke aplikuar çdo muaj Benzethin-Fellin dhe mjekimi i infeksioneve të reja streptokoksike, ose vatrav infekzionit (në bajame, dhëmbë etj.).

Dorëzuar në Redaksi më 10 nëntor 1

B I B L I O G R F I A

- 1) Attal C.: Le traitement du rhumatisme aigu. La médecine infantile 1971, 9,
- 2) Adhami J.: Mjekimi i poliartriteve reumatizmale dhe profilaksia e recidi bazuar në 895 të sëmurë. Buletini i UT – Seria Shkencat Mjekësore 1971, 1
- 3) Fidèle J. E.: Aspects nouveaux du rhumatisme articulaire aigu. La médecine infantile 1971, 8, 537.
- 4) Gruson S. et coll.: Conceptions actuelles du rhumatisme articulaire aigu l'enfant. Revue de médecine 1973, 14, 703.
- 5) Keith-Rowe-Vlad: Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Heart Disease in Infancy and Childhood. Toronto 1978, 203.
- 6) Luchet E. et coll.: Cardites rhumatismales. Précis de cardiologie de l'enfant. Paris 1973, 473.
- 7) Ribierre M.: Manifestations cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. médecine infantile 1971, 8, 503.
- 8) Shyyt H.: Disa të dhëna mbi 126 rastet me poliartrit reumatizmal akut. Iftimi i UT – Seria shkencat mjekësore 1962, 3, 28.
- 9) Thibert M. et coll.: Rhumatisme articulaire aigu. Cardiologie pratique l'enfant. Paris 1976, 425.
- 10) Toumieux M. C., Fidèle J.: Formes cliniques du rhumatisme articulaire chez l'enfant. Revue de médecine 1973, 4, 685.

S u m m a r y

RHEUMOCARDITIS IN CHILDHOOD

The paper describes 50 cases of rheumocarditis without previous damage the valves in children admitted to the clinic of pediatrics of Tirana. In 1 cases the heart damages were less pronounced than the phenomena of polyarthrits. Most of the children were between 7 and 10 years of age and the illness occurred mostly in autumn and winter.

The evolution of the illness has been influenced by repeated attack streptococcal infection and rheumatic fever.

The paper describes the clinical symptoms of tachycardia, systolic murmur on the apex, weakened tones of the heart as well as the general symptomatology. The diagnosis was supported by the paraclinical examinations: X-rays, electrodiagramme, blood sedimentation rate, biological tests etc.

In only 14% of the patients, blood cultures revealed the presence of type A beta-hemolytic streptococci.

The treatment was conducted with penicillin against the infection and was maintained with Dipenine. Prednisone was preferred as anti-inflammatory drug and was given in initial doses of 1.5-2 mg/kg daily for 2 weeks, reducing it gradually over the next 12 weeks. Aspirin was given to those who showed signs of hypercorticism and to two patients to whom prednisone was contraindicated.

When the treatment was completed or during its course with reduced doses, 8% of the patients returned with relapses, 12% remained with ventricular extrasystoles, 2% with atrio-ventricular block of the 2nd degree which later was converted to the 3rd degree and with mitral insufficiency (organic). In 10% mitral insufficiency developed later.

The author insists on the necessity of using high initial doses for the treatment and prevention of valvular lesions.

Résumé

LE RHUMATISME CARDIAQUE CHEZ LES ENFANTS

Dans cet article, les auteurs décrivent 50 cas de rhumatisme cardiaque sans lésions valvulaires présentées chez les enfants hospitalisés à la clinique pédiatrique de Tirana. Dans ces cas, les lésions cardiaques d'origine rhumatismale viennent tout de suite après le phénomène du polyarthrite. La plupart des enfant étaient âgés de 7 à 10 ans, et la maladie s'est manifestée surtout en automne et en hiver.

L'évolution de la maladie a été influencée par des attaques répétées d'infections streptocoïques et de fièvres rhumatismales. Le diagnostic a été accompagné par des examens précliniques: rayons X, ECG, sémentation du sang, tests biologiques etc.

Chez 14% des patients seulement les cultures du sang ont révélé la présence du streptocoque de type A-beta hémostylique.

En ce qui concerne le traitement, les auteurs ont employé la Pénicilline contre l'infection puis la Dipénine. La Prednisone a été préférée en tant que médicament anti-inflammatoire et administrée initialement dans des doses de 1.5-2 mg/kg de poids par jour pendant deux semaines, puis réduite graduellement dans les 12 semaines suivantes. L'aspirine a été administrée aux patients manifestant des symptômes d'hypercorticisme et à deux autres ne supportant pas la Prednisone.

Par suite de la réduction des doses ou de l'interruption du traitement chez les 50 patients objet de cette communication, on a observé des rechutes (8%), un souffle apical systolique (12%), un bloc atrioventriculaire de 2-ème degré, qui s'est converti plus tard en bloc de 3-ème degré, et accompagné d'insuffisance mitrale (organique) (26%). Chez 10% des patients, l'insuffisance mitrale s'est développée plus tard.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'employer des doses initiales élevées pour le traitement de la maladie et la prévention des lésions valvulaires.

“ENVER HÜXHA”

Biblioteka

Dëgë Mjekësori

Mr. inv. 17738

STUDIM KLINIKO-RADIOLOGJIK I TUMOREVE TË VESHKAVE

- HYSEN KARAJ - SIMON ÇAPELI - VASIL BAKALLI -

(Katedra e Propedeutikës dhe e kirurgjisë së përgjithshme)

Problemi i diagnostikimit sa më të hershën të tumoreve të veshkave paraqitet një detyrë e vështirë si për klinikën ashtu dhe për rentgenologjinë. Gjatë vjetëve 1965-1976 ne kemi diagnostikuar 22 të sëmurë me tumorë të veshkave të shtruar në spitalet nr. 1 dhe 2 të Tiranës.

Sipas disa autorëve (1), tumoret malinje të veshkave përbëjnë 3% të të gjithë karcinomave të pjesëve të tjera të organizmit.

Në të 22 të sëmurët tanë, tumoret ishin të tipit malinj. Tumoret e veshkave takohen më shpesh në dhjetë-vjetarin e parë dhe mbi moshën 40-60 vjeç (1, 2).

Nga të dhënat tona, sipas moshave, gjendja e tumoreve të veshkave paraqitet si më poshtë:

1 muaj deri 5 vjeç	10 të sëmurë
6 vjeç deri 10 vjeç	2 të sëmurë
31 vjeç deri 40 vjeç	1 i sëmurë
41 vjeç deri 50 vjeç	1 i sëmurë
51 vjeç deri 60 vjeç	4 të sëmurë
61 vjeç e lart	4 të sëmurë

Gjithsej 22 të sëmurë

Dhe në moshën 51 vjeç e lart.

Nga këta të sëmurë, 15 kanë qenë meskuj dhe 7 femra. Nga 22 të sëmurët tanë, 21 prej tyre i janë nënshtruar ndërhyrjes kirurgjikale dhe nga ekzaminimi histopatologjik ka rezultuar se 9 të sëmurë paraqisnin tumore të tipit të adenokarcinomës (hipernefroma ose Gravitz tumor) dhe në 12 të sëmurët e tjere kishin të bënim me tumorë të tipit të nefroblastomës (tumore të Wilms). I sëmuri që nuk u operua, u diagnostikua duke u bazuar në të dhënat kliniko-rentgenologjike përmes tumoreve të veshkave shpesh nuk jepin asnjë shenjë klinike dbe zbulohen aksidentalisht gjatë ndonjë ekzaminimi mjekësor të zakonshëm, ose nga prindrit, të cilët shikojnë tek fëmija një bark të fryrë. 45% e të gjithë tumoreve të veshkave nuk provokojnë asnjë simptomatologji (1).

Nga 22 të sëmurët tanë, në 18 prej tyre u arrit që të palpohej masa tumorale, nga të cilët 6 me hipernefromë dhe 12 me nefroblastomë. Në tumoret e tipit të hipernefromës, si shenjë e parë e rendësishme që zbulohet është hematuria, pastaj dhembja në anën ku lokalizohet tumori dhe më pas vjen prekja e masës tumorale. Vënia në dukje e masës tumorale gjatë palpimit varet nga madhësia, lokalizimi i tumorit

dhe gjendja e murit të përparshëm të barkut. Në rastin e tumoreve polt të sipërmë të veshkës, qoftshin këto me përmasa të mëdha passojë e vështirësive të palpimit, të krijuara nga harku brinjor, në rastin kur tumor i vendoset në sipërfaqen e prapshme të veshkës kur kemi të bëjmë me një parët abdominal të fortë e të tras masa tumorale mund të mos preket (2). Nga ana tjetër, në rastin e tumorit të polt të poshtëm të veshkës, qoftë ky dhe me përmasa rastare, masa mund të arribet të preket.

Në 6 të sëmurë me hipernefrome, ne kemi takuar hematuri, e në 5 të sëmurë ka qënë mikroskopike dhe tek një i sëmurë ka që makroskopike. Në 6 të sëmurë me hipernefromë, ku u arrit që të prej masa tumorale, u pa se ajo ishte me gunga dhe në 5 veta e lëvizshë ndërsa tek një i sëmurë ishte e fiksuar. Në 8 të sëmurë me hipernefromë u vu ru dhembje nga ana e tumorit. Tumori i tipit të nefblastomës, i ndeshur nga ne në 12 të sëmurë, u prek në 8 prejt dhe paraqiste lëvizshmëri të kufizuar. Në 5 të sëmurë me nefroblastomë kemi vënë re një hematuri mikroskopike, ndërsa 3 të tjere kishtë dhembje. Në rastin e të sëmurëve tanë, dhembjet kanë qënë të trendues dhe të papërcaktuar qartë, ndërsa në një rast ato kanë që të tipit të kolikave. Në rastin e tumoreve të veshkave, dhembjet shifgohen me tendosjen e kapsulës së veshkës nga tumorit ose i tendosë pelvisit të veshkës, si passojë e mylljes së rrugëve të sipejmë urinaga koagulat e gjakut ose i infiltrimit të tumort në ato (1, 6).

Disa autorë (1, 2, 6) vënë në dukje se hematuria eshtë më e shhtë tek të rriturit sesa tek fëmijët dhe, në rastin e nefroblastomës, shihet në 20% të rasteve, ndërsa në rastin e hipernefromës, ajo shihet 70-80% të rasteve.

Në 7 të sëmurë ne kemi vënë re një temperaturë subfebrile. Shkun e temperaturës e lidhim me formimin e substancave specifikë qelizat tumorale, me nekrozën e tumorit, me hemorrhagjinë intratumorale, si passojë e së cilës kemi absorbinin e hematines, me infeksion e vetë tumorit ose nga alteracionet metastazike të qendrës së termoi gulationit (4).

Në tumoret e veshkave, temperatura shfaqet si një shenjë prenostike e keqe (6). Në 9 të sëmurë, eritrosedimenti ka qënë i rriqet, që shpesh është i cili i përfshin rastin e hipernefromës. Në 2 të sëmurë me hipernefromë dhe tek një me nefroblastomë kemi nre re një TA të rritur. Shpeshtësia e H.T.A (hypertensionit) në karci mën renale përbën 5,60% të rasteve dhe shpesh ai është shenja e përklinike e tij (4).

Në rastin e tumoreve renale, etiologjia e H.T.A është ende e squaluar. Sipas një autorit (cituar nga 4), ajo shpjegohet me faktorë ndryshëm : 1) ishemine renale të shkaktuar nga shypja e masës tumorale mbi vazat renale ose fistulat arterio-venozë të tumorit ose rënit që shpilen në ishemi, e cila ngacmën sistemin renin-angiotenzin; 2) prodhimi i reninës nga qelizat tumorale; 3) hiperaldo-steronizm. Grabstald flet për shqerimin në 14% të rasteve të tumoreve renale hiperplazi ose adenoma të suprarenaleve.

Nga të dhënët e deritanishme është parë se triada e vjetër, e përrë nga prekja e masës tumorale, hematuria dhe dhembja trëgjoni në fazë të përparruar të procesit tumoral, prandaj ekzaminimi renologjik, me metodat të tij të ndryshme, është mënyra më e mirë.

ekziston deri sot për vënien sa më herët të diagnozës së tumoreve të veshkave.

Me anën e rentgenografisë direkte, e cila duhet të jetë e një cilësie shumë të mirë, ne kemi mundur të shohim formen, madhësinë dhe konturet e veshkave në 13 të sëmure. Ato kanë qenë të çregullta. Në 5 të sëmure shihet një zmadhur i polit të poshtët, ndërsa në 5 të sëmure të tjerë veshka dukej e zmadhur në të gjitha përmasat. Në rastet kur konturen e veshkës nuk dukesin qarri, atëherë kishim të bënim me tumore me përmasa shumë të medha. Po me anën e rentgenografisë direkte të veshkave, në 12 të sëmure eshtë vënë në dukje një spostim në drejtim të anës së shëndo-she të zorrëve të mbushur me gaze, ndërsa në 6 të sëmure të tjerë, tek të cilët eshtë bërë grafiti laterale shihet spostimi përpëra i zo-rreve.

Kalcifikimet me aspektin miliariform të veshkës i kemi vënë re në një të sëmure me hipernefromë, ndërsa ato me aspektin në formë unazë e harku i kemi vënë re në një të sëmure me hipernefromë që dhe në një tjetër me nefroblastomë. Në rastin e tumoreve të veshkave, kalcifikimet shpjegoohen me depozitimet e kristaleve të kolesterolit, të kalçiumit vendosen në mitrin e një kaviteti pseudodistik të krijuar në një pjesë veshkave, kalcifikimet janë të rralla, por vënia në dukje e tyre në nivelin e një mase duhet të na bëjë të ekzaminojnë të sëmuran me të gjitha metodat ekzistuese përpëra se të përifashtohet diagnoza e një tumori. Spostimi i veshkës poshtë nga masa tumorale eshtë parë në rentgenografinë direkte në 3 të sëmuret tanë.

Hija e muskult ilipsoas nga ana e tumorit, duke u krahasuar me anën e shëndoshë, nuk shihet në 9 të sëmure. Shlyerja e buzës së jashët ekstrakapsulare dhe e pushtimit të murit posterior, të veshkës nga ana e tumorit, gjë që u veretua gjatë operacionit në të 9 të sëmuret e lart-përmëndur. Kjo shenje duhet kërkuar dhe vleresuar vetëm në një rentgenografi të cilësisë shumë të mirë, por vlera e saj nuk eshtë specifike vetëm për tumoret e veshkave, por takohen edhe në sëmundjet e tjera (8).

Në të gjithë të sëmuret kemi aplikuar urografinë $1\frac{1}{2}$ të thjeshtë ose me perfuzion. Me anën e urografisë eshtë arritur të merret një fazë nefrografiqe më e mirë sidomos kur eshtë e shoqëruar me tomografi të tipit të zonografisë. Urografia $1\frac{1}{2}$ eshtë ekzaminimi baze në diagnostikimin e tumoreve të veshkave. Gjithashtu ajo shërben për studjuar gjendjen funksionale morfollogjike të veshkës së anës së sëmure, e cila ka rendesi për ndërryjen kirurgjikale. Me anën e urografe $1\frac{1}{2}$ ne kemi vënë re se eliminimi i kontrastit nga veshka e prekur nga tumor i ishte normale në 12 të sëmure, ndërsa në 10 të tjerë nuk shihet eliminimi i kontrastit, pra kishim të bënim me një veshkë «memecë» (fig. 1). Veshka «memecë» ndeshet në 10% të rasteve me tume të këtij organi (7). Në rastin e tumoreve, shkaku i veshkës «memecë», shpëgohet bëse me trombozën e venës renale, e cila nuk shpëgjithnjë në veshkë «memecë», sepse një qarkullim gjaku venoz kolateral siguron një kthim gjaku venoz të mjaftueshëm, ose nga shkaqë të tjera si obstruktion i rrugëve uritare, shkatërrin i parenkimës sekretore të

veshkës dhe, më rrallë, i trombozës së arteries renale (2, 8). Për zlimin e këtyre shkaqeve, një rol të rëndësishëm luan ekzaminimi radiologjik i sistemit vaskular të veshkave, i cili lejon gjithashut të rrien të dhënia më të përpiktë mbi lokalizimin dhe shtrirjen e tumorit shkak të ndërlidhjeve traumatike ose inflamatore, sot përdoret gjunjë e më rrallë. Në aplikim gjithnjë e më pak të pielografisë re grade, një rol me rëndësi ka luajtur e luan aplikimi i urografisë 1/v perfuzion, me modifikimet e saj të ndryshme. Ka autorë (8), që ferojnë më mirë të kryhet arteriografië renale sesa pielografië regrade. Po ashtu dhe ne mendojmë se pielografië retrograde duhet jetë mjeti i fundit i përdorur në këta të sëmurë dhe të përdoret vetëmherë kur metodat e tjera rentgenologjike nuk janin rezultatet e shiuara.

Me anën e urografisë 1/v dhe pielografisë retrograde kemi vërtetë këto ndryshime morfollogjike të rrugëve të sipërmë urinare: në të sëmurë, prej të cilëve 6 me hipernefromë dhe 4 me nefroblastemi vënë re deformim të sistemit të pielokaliceve me spostim të shqitur të kaliceve, dhe në 2 prej tyre në njërin me hipernefromë dhen tjetër me nefroblastomë është vënë re amputimi i kaliceve (fig. 2). Në 2 të sëmurë është vënë re infiltrim i kaliceve, të cilat në urografi e marrura në seri paraqesnin kalice me mure të çrrregulltë dhe rigj. Në 7 të sëmurë, ndër të cilët 4 me hipernefromë dhen 3 me nefroblasticështë vënë re një spostim i ureterit në drejtim të shyllës kurri nga masa tumorale.

Me anën e pneumoretroperitoneumit janë rezultatet e shqipërtimit 2 të sërrdhë gjithnjë ai është kombinuar me urografi 1/v dhe tomografi. Nëtin e tumoreve, të cilët kanë kaluar jashtë kapsulës së veshkës kanë infiltruar organet përiret, përhapja e gazit në hapësirën e peritoneale bëhet e pasigurtë dhe mund të shpicerë në rreziqë të sëhemorragji dhe diseminim të tumorit (8).

Irigoskopita e shqipërtuar me irigografi, e aplikuar në 2 të sërnë një rast, na ka dhënë mundësi të shikojmë zhvendosjen e zosmë trashë nga ana e shëndoshë, ndërsa në një rast tjetër infiltrimi pjesës ngjitet e zorrës së trashë nga masa tumorale (Fig. 4).

Në rastin e një fëmije 5 vjec, të diagnostikuar me tumor të veshne kemi kryer kavografin «me fluks të lirë», duke injektuar me me shpejtësi të madhe në rete **venosum dorsum pedis** 40 ml. Verofluksi 60%, pasi kemi shtërguar me një llastik rëzën e kofshës. Rentgenofluksi e parë e veshkave merret pasi është futur gjysma e kontrastit, nasa e dyta pasi është injektuar i gjithë kontrasti dhe është hequr këpresioni në rëzën e kofshës. Në rentgenografitë e bëra u vu re një siti i vena kava inferior nga masa tumorale (fig. 5). Me anën e vografisë, në rastin e tumoreve të veshkave, mund të zbulojmë jo vetëm spostim të thjeshtë të vazave nga masa tumorale ose metastazë dhëna nga ajo në limfoglandulat, por edhe një defekt mbushje në menin e vazës, që flet për një infiltrim të tumorit në brendësi të Gjithashtu mund të zbulohet një trombozë, që paraqitet me një dermbushje ose ndërperje të plotë të kollonës opake të vazës së kontinuar me zhvillimin e një qarkullimi gjaku kolateral të shprehur. S'autorëve të ndryshëm (7 etj.), kavografia me fluks të lirë është e pa

zlikshme në krahasim me kavografin e kryer me anën e kateterizimit, e cila është e kunderindikuar në këto raste, sepse mund të shkakëtojë levizjen e trombave ose copave neoplazike në drejtim të zemrës.

Dihet se tumoret e veshkave, me shpesh nga të gjithë, jepin metastaza në organet e ndryshme dhe ndërmjet këtyre, ajo që jep më shpesh metastaza është hipernefroma. Në rastin e tumoreve të veshkave, shpeshësia e metastazave shpjegohet me vëçoritë anatomike të veshkës dhe nga shpeshtësia e pushtimit të venës renale nga tumor i ku formohën trombuse, fragmentet e të clave, duke kaluar në gjak, japid emboli neoplazike. Në kockat, sidomos në shtyllën kurriore, metastazat shpiewohën me lidhjen që ekziston midis venave të veshkave dhe venave lumbare perirakidiane (3).

Përsa i përket trajnimit kirurgjikal të të sëmurrëve me tumore të veshkave, mendimet janë të ndryshme. Sipas disa autorëve (cituar nga 3), në 176 raste tumoresh të veshkave, të shqëruar me metastaza, është parë një regresion spontan i tyre. Nga këto, 31 raste metastazash kanë qënë në të sëmurrë me hipernefromë, nga ti cilët në 22 raste kanë regresuar pas nefrektomisë. Kurse autorë të tjerë (cituar po nga 3) venë në dukje se në 503, të sëmurrë me turnore të veshkave, metastazat u vunë re në 149 të sëmurrë dhe prej tyre 33 iu nënshtruan nefrektomisë, por në asnjërin nuk u pa regresion i metastazave. Autorët, që i referohen regresionit të metastazave pas nefrektomisë, nuk i kanë të vërtetuara histopatologjikisht këto metastaza para nefrektomisë, prandaj mendohet se, në këto raste, mund të kemi të bëjmë me bashkëekzistencën e tumorit të veshkave një sëmundje të mushkërisë me origjinë tjetër (3). Sipas shumë autorëve (5, 6) është parë se nefrektomia nuk shpie pothuajse kurrrë në regresionin e metastazave. Në kemi takuar metastaza në 5 të sëmurrë, prej të cilëve në 4 në mushkëri, dhe në një në klavikul të tipit osteolitik. Nga 22 të sëmurrëtanë, për kontroll janë paraqitur vetëm 5 të sëmurrë, nga të cilët 4 paraqitin metastaza pas operacionit, ndërsa njëri kishin një metastazë në mushkëri qysh para operacionit dhe që jeton edhe katër vjet pas operacionit dhe pastaj vdiq nga metastazat e përhapura në pjesë të ndryshme të organizmit. Problemi i metastazave nga tumorët e veshkave është një çështje e vështirë, sepse ato shpesh zbulohen përpresa se të zbulohet tumor i primar, i cili është me përmasa të vogla, duke u marre për turnore primare të trurit, bronkeve etj., por vëtin ndëryhyra operatore dhe ekzamini i histopatologjik zbulon se ato janë metastaza të ardhura nga një tumor primar i veshkave (6).

PERUNDIME

1) Tumoret e veshkave janë një patologji e rrallë. Gjatë 12 vjetëve ne i kemi gjetur në 22 të sëmurrë (15 meshkuj dhe 7 femra).

2) Ndër tumoret renale të studjuar nga ne, nefroblastoma ze vendin e parë me 12 të sëmurrë.

3) Nga të dhënat klinike rezulton së masa tumorale u prek në 18 nga të sëmurrë tanë (81,8%), hematuria u ndesh në 11 të sëmurrë (50%), temperatura e lartë në 7 të sëmurrë (31,8%), eritrosedimentacioni i lartë në 9 të sëmurrë (40,9%), hipertensioni arterial në 2 të sëmurrë (9%).

4) Ekzaminimi rentgenologjik luan një rol me rëndësi në diagnosti-

kimin e tumorere renale. Me anen e tij, në 13 të sëmure (59%), me rent genografinë direkte, ne kemi mundur të shohim konturen e veshkave, n. 3 të sëmure (13,6%) kalcifikime të veshkave etj, v.v. eshtë ekzamini mi bázë rentgenologjik në diagnostikimin e tumorere renale.

5) Metasazat tumorale janë takuar në mushkëri në 4 të sëmure dhe tek një në klavikul.

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

- 1) Campbell, Harrison: *Trattato di urologia*. Roma 1972, vol. III, 1271.
- 2) Chbert Je. e bp.: *Abrege d'urologie*. Paris 1972, 50.
- 3) Clavel B.: *Les métastases du cancer du rein*. La revue du praticien 1972, Tome XXII, nr. 1, 31.
- 4) Croz Jimenez F. S. e bp.: *Les syndromes paraneoplasiques du cancer du rein*. Semaine des hôpitaux 1979, 1-2, 74.
- 5) Forona K. S.: *A propos des métastases viscérales du carcinome hypernephroïde*. Médecine et Hygiène 1977, nr. 1262, 3810.
- 6) Lange D.: *Formes cliniques des tumeurs du rein de l'adulte*. La revue du praticien 1972, Tome XXII, nr. 1, 21.
- 7) Lemaitre G. e bp.: *Traité de radiodiagnostic. 8 appareils urinaire et génital masculin*. Surrenales. Paris 1970, 139.
- 8) Michel R. S.: *Sémiologie radiologique des cancers du rein de l'adulte*. La revue du praticien 1972, Tome XXII, nr. 1, 61.

S u m m a r y

A CLINICAL AND RADIOLOGICAL STUDY OF KIDNEY TUMOURS

The clinical and radiological features were studied of 22 cases of malignant tumours of the kidneys admitted to hospitals Nr. 1 and 2 of Tirana during the period 1965-1976. These tumours occurred more frequently among the groups under 5 and over 50 years of age. Various radiological methods were used for the investigation the principal being intravenous urography. No regression of the metastases was observed after nephrectomy.

Early clinical and radiological investigation of these patients allows the early detection of their illness and improves the results of their treatment.

R é s u m é

ÉTUDE CLINIQUE ET RADILOGIQUE DES TUMEURS DES REIN

Les auteurs ont soumis à une étude clinique et radiologique 22 patients ayant des tumeurs des reins pendant les années 1965-1976, aux hôpitaux Nr. 1 et 2 de Tirana. Tous ces malades présentaient des tumeurs malignes. Celes-ci étaient plus fréquentes jusqu'à 5 ans et chez les personnes âgées de plus 51 ans. A cette fin les auteurs ont employé un complexe de méthodes radiologiques, mais l'urographie reste la méthode base. Ils n'ont pas relevé une régression des métastases après 1 néphrectomie.

Un examen précoce radiologique et clinique de ces malades facilite énormément le dépistage de la maladie et l'obtention de résultats satisfaisants.



Foto 2. – Kancer i madh i lokalizuar në polin superior të majtë. Në v.i.v (makrografin intravenoz) shihet: poli i sipërme i veshkës i trye dhe i rru mbullakosur. Zhvendosja në tërësi e kaviteve të veshkës në drejtim poshtë si dhe amputim i kalicit të sipërme.



Foto 1. – Kancer i veshkës së djathë. Konturet renale nuk duken. Në urografinë I-V veshka e djathë nuk eli-minon kontrast (ren «menece»).

Foto 5. – Kavografija. Shihet spostimi djathtas dhe ndërprerja e venës kava nga masa tumorale e lokalizuar në veshkën e majtë.

Foto 3. – Kanceri i renit sinistër. Në v.i.v. shihet kompresion i kalicit superior dhe të mesëm si dhe zgjatja e zhvendosjes në formë harku në drejtim të kolonës vertebruale të tyre.



Foto 4. – Në irogratini ë një të sëru me kancer renal të djathitë shihet ir filtrim i këtij kanceri në pjesën antisore e të mesme të zorrës së trash ngjitëse.



DY SHIRUPE PËR FËMIJË ME ANTIBIOTIKË

— Doc. PIRRO GODA —

(Katedra e Farmacie)

Në praktikën pediatrike, gama e shirupeve është rritur nga viti në vit, sepse nëpermjet tyre, fëmijët marin me lehtësi disa substancë vepruese me shijë të hidhur e të vështirë. Në literaturën e specialitetit nuk gjindet të dhëna të mjaftueshme për përgatitjen e shirupeve me antibiotikë, prandaj në bazë të kerkesave të farmacive të disa rretheve (p.sh. Tirane, Elbasan, Krujë, etj.) i vumë për detyrë vetes që të studojmë e të përgatishim shirupin me eritromicinë dhe atë me neomicinë, duke përcaktuar formulat e tyre, aktivitetin biologjik, konët e ruajties dhe të perdorimit të tyre (1, 2, 3).

1. – SHIRUPI MË ERITROMICINË

Për përgatitjen e këtij shirupi përdorëm estolatin e eritromicines, që është një ester i patrejtshëm në ujë, i cili nuk shkaktohet nga lëngjet e traktit gastrointestinal, por përbihet menjësë nga organizmi, duke dhënë një nivel hëmatik të këndshëm (1, 2, 4). Sipas literaturës së specialitetit, ky shirup duhet të përbajë antibiotik 10% për të rriturit dhe 20% përfshi jet (1, 2).

Për përgatitjen e shirupit u nisëm nga vete të fiziko-kimike të substancës vepruese. Ndryshtë nga kriperat e tjera të eritromicines, estolati i eritromicines është shumë i qëndrueshëm ndaj hidrolizës acide. Pas hidrolizës hyrhet eritromicina bazë, që shpërbihet më më lehtësi në tretezirat ujore. Shpërberja e eritromicines rritet me ngritjen e temperaturës dhe ulet me rritjen e pH gjëri në 8. Tretësirat ujore të tampaonuara në pH = 8 janë të qëndrueshme. Pluhuri i eritromicines, si dhe formulat e thata, që e përbajnjë atë, janë të qëndrueshme për rrëth pesë vjet, po të ruben në kuqshët e përshtashme (1).

Pas provave të bëra, arriti në përfundimin se shirupi duhet të ketë përbërjen e formules së mëposhtme, ku vehikull luan rolin kryesor në drejtim të qëndrueshmërisë së til dhe të substancës vepruese:

Eritromicinë estolat 2,0

Gomë tragakante 0,2

Karboksimetilcelulozë sodike 0,5

Polisorbat 80 (Tween 80) 0,05

Nipagine Shirup sheqeri 30% deri 100,0

Vehikull përbahet nga goma tragakante e karboksimetilceluloza sodeike (këto shërbejnë për të formuar një suspension të njerajshëm e

të qëndrueshmëm), nga polisorbat 80 (si solibilizues), nga glicerina dhnipagina (përkatesisht si substanca konservuese e antimikrobiqe).

Në filim, në havan, trituraum estolatin e eritromicines me glicerinë dhe polisorbatin 80; pastaj, duke përzjerë, shtuam gomën tragakanë dhe karboksinetilcelulozën sodike dhe, pak nga pak, shirupin me 300 sheger; vazhduan përzjerjen gjersa fituam një suspension të njëtrajshëm e të qëndrueshmëm, të cilat i shtruam nipaginën të tretur në dipika alkooli.

Nga provat biologjike të kryera në laboratorin e Profarmës, aktivitetë biologjik i antibiotikut rezultoi si vijor:

— Prova I (ditën e përgatitjes) — 100% aktiviteti biologjik.

— Prova II (4 ditë pas përgatitjes) — 100% aktiviteti biologjik.

— Prova III (7 ditë pas përgatitjes) — 99% aktiviteti biologjik.

Pra, pas 7 ditësh, shirupi mbetet një suspension i njërrajtshëm dhe i qëndrueshmë, me efekt terapeutik shumë të mirë, sepse humb vetëm 1% të aktivitetit biologjik të tij.

Shirupi me eritromicinë duhet përdorur me lugë, me dozën 6-8 mg/kg peshë estolat eritromicine, çdo 6 orë në ditë (1, 4, 5, 6).

2. — SHIRUPI ME NEOMICINE

Për përgatitjen e këtij shirupi përdorëm sulfatin e neomicinës, cështë një komponim polibazik, i qëndrueshmëm ndaj temperaturës, pluhuri bardhë ose pak verdhosh, higroskopik, i tretshëm në ujë në reportin 1: duke dhënë një pH = 5-7,5. Format farmaceutike me neomicinë janë shumë të qëndrueshme. Tretësirat ujore ruajnë aktivitet antimiqkrobreth një vit, megjithëse ato mund të errësohen. Kjo dukuri nuk tregon se antibiotiku e ka humbur vëprimin e tij dhe mund të parandalohet në përmirjet tamponimit të tretësirave në një pH të përshtatshëm, nëpërmjet uljes së temperaturës dhe nëpërmjet përdorimit të substancave antiolsiduese. Në gjendje të thatë, neomicina nuk pëson ndryshime për paktën dy vjet (1, 2, 4).

Pas provave të kryera, arritiën në përfundimin se, në përgatitjen këtij shirupi, duke u bazuar në vettje fiziko-kimike të substancës vëruuese, antibiotiku duhet tretur në pak gjujë, në tretësirën e tij duhet shtu ndonjë substancë stabilizuese dhe ndonjë sistem tamponi për të fitur një pH = 6-7, ku antibiotiku nuk pëson ndryshime, si dhe ndon substance antimiqkrorike, kurse vëlikulli duhet të jetë shirup i thjesht me 64% sheger (1, 3). Mbi këto të dhëna përcaktuam formulën e mposhtme të shirupit me neomicinë:

Neomicinë sulfat	5,0
Natrium bisulfat	0,1
Natrium fosfat monobazik	0,4
Natrium fosfat bibazik	0,45
Nipaginë	0,2
Shirup sheqeri 64%	deri 100,0

Në formulën e mësiperme, bisulfiti i natriumit luan rolin e substancës stabilizuese antioksiduese, fosfati i natriumit mono- e bibazik luan i lin e tamponit, kurse nipagina si substancë antimiqkrorike.

Nga provat biologjik të kryera në laboratorin e Profarmës, aktiviteti biologjik i shirupit paraqitet si më poshtë:

- Prova I (ditën e përgatitjes) — 100% aktiviteti biologjik
 - Prova II (4 ditë pas përgatitjes) — 100% aktiviteti biologjik
 - Prova III (8 ditë pas përgatitjes) — 98% aktiviteti biologjik
- Pra, shirupi me neomicinë pas 8 ditësh nga përgatitja mbetet i njëtراجtshem dhe i qëndrueshëm, me efekt terapeutik shumë të mirë, sepse humbet vetëm 2% të aktivitetit terapeutik të tij.

PERFUNDIME

1) Në sajë të kërkosave të bazës, në kushtet e farmacive tona, mund të përgatitim dy shirupe me antibiotikët eritromicinë dhe neomicinë, duke studjuar e përdorur substancat tamponë, stabilizuese e antitokside të përshtatshme, që gjenden në vendin tonë.

2) Në bazë të analizave të kryera në laboratorin e Profarmës, të dy shirupet rezultojnë të qëndrueshme me 90% mbi 7 ditë. Për siguri, të dy shirupet duhen përdorur brenda 7 ditëve dhe duhen ruajtur në vend të freskët, pavarësisht se qëndrueshmëria e tyre e kalon këtë kufi.

Dorëzuar në Redaksi më 15 janar 1980

BIBLIOGRAFIA

- 1) Casadio S.: *Tecnologia farmaceutica*. Milano 1972, 387, 573.
- 2) Goda P.: *Teknologija farmaceutike*. Tirana 1976, 517, 527.
- 3) Le Hir A.: *Abrégé de pharmacie galénique*. Paris 1977.
- 4) Osol-Prahl-Alschuler: *The United States Dispensatory*. Philadelphia 1967, 475.
- 5) Stoian I. et coll.: *Tehnica farmaceutica*. Bucuresti 1974, 97.
- 6) Voigt R.: *Lehrbuch der pharmazeutischen Technologie*. Berlin 1975, 469.

Summary

TWO ANTIBIOTIC-CONTAINING SYRUPS FOR CHILDREN

The possibility was studied of preparing the formulae of two stable syrups containing antibiotics (the one erythromycin, the other neomycin) which could be prepared in the conditions of our pharmacies and used for children. The study established the formulae, the biologic activity and the time of administration of the syrups.

Résumé

DEUX SIROPS POUR ENFANTS AVEC DES ANTIBIOTIQUES

L'auteur a étudié la possibilité de formuler deux sirops stables pour enfants, contenant des antibiotiques (un sirop avec erythromycine et l'autre avec neomycine), afin d'être préparés aux conditions de travail des pharmacies de notre pays. Selon les résultats obtenus, il a déterminé leurs formules, leurs activités biologiques et leurs délais d'emploi.

KARCINOMA E GJIRIT TEK MESHKUJT

- ADELINA MAZEKKU – SHAHIN KADARE – XHEVDET HARASANI –

(Klinika, Onkologjike)

Karcinoma e gjirit tek meshkujt është një patologji e rrallë në krahasim me karcinomën e gjirit tek femrat, në të cilat përbën tumorin malinj më të shpeshtë të këtij seksit. Për shkak të rrallësisë, në praktikën klinike nuk mbahet gjithmonë parasysh, çka bën që përgjithësisht të diagnostikohet me vonesë dhe rezultatet e trajtimit të mos jenë të kënaqshme.

Në këtë punim do të përpiqemi të analizojmë disa karakteristika klinike dhe mortologjike të karcinomës së gjirit tek meshkujt, sipas materialit të klinikës Onkologjike të Tiranës për periudhën janar 1969 – dhjetor 1977. Gjatë këtyre 9 vjetëve, në një numër të përgjithshëm prej 634 raste karcinomash të gjirit, të shtruar dhe trajtar, kemi takuar 19 raste në meshkujt dhe 615 në femrat. Pra karcinoma e gjirit tek meshkujt, sipas këtij materiali, përbën 2,9% të të gjithë rasteve të karcinomës së gjirit në të dy sekset, në një raport meshkuj – femra 1 : 32,3. Sipas autorëve të ndryshëm, karcinoma e gjirit tek meshkujt në raport me numrin e përgjithshëm të karcinomave të gjirit është gjetur në 0,8% të rasteve (3), 1% (2), 2,4% (7). Siç shihet, shpeshtësia e kancerit të gjirit tek meshkujt, në materialin tonë, është diçka më e lartë se ajo e raportuar nga autorët e përmëndur.

Mosha mesatare e të sëmurëve në kohën e paraqitjes në klinikë ka qenë rreth 65 vjeç. Tetë të sëmure janë takuar ne grup-moshën 60-69 vjeç, ndërsa për karcinomat në femrat po të kësaj periudhe, numri më i madh i rasteve është takuar në grup-moshën 40-49 vjeç. Këto të dhëna përkijnë edhe me ato të autorëve të tjere. Siç shihet, kanceri i gjirit tek meshkujt zhvillohet në një moshë më të përparruar se tek femrat. Mosha më e re tek të sëmurët tanë ka qënë 42 vjeç. Megjithëse janë reportuar raste të jashtëzakonshme të karcinomës së gjirit tek meshkujt, duke filluar nga mosha 5-6 vjeçare (2), rastet nën moshën 30 vjeçare janë tepër të rralla (2, 3, 5, 7).

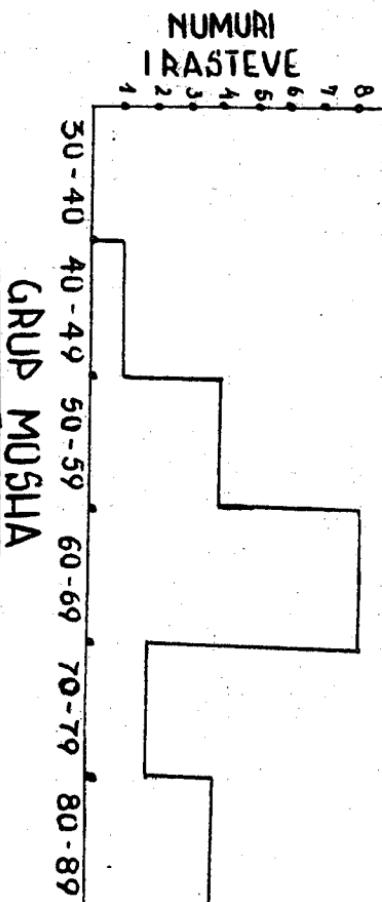
Në grafiqun nr. 1 jepet paraqitja grafike e shpërndarjes së rasteve sipas grup-moshave.

Përsë i përket lokalizimit, në 10 të sëmure, sëmundja është loka-llizuar në gjirin e majtë dhe në 9 në të djathtin, në raport 1:1,1 me mbi-

zotërim të gjirit të majtë. Një mbizotërim i tillë i pakët për gjirin majtë, që vhat re gjithashu edhe tek femrat, mbetet e pasqyregjue (2). Ne nuk kemi takuar asnjë rast të karcinomës së dyane shme.

Shenja kryesore ka qenë prania e masës tumorale në gji, që është vënë re në të gjithë të sëmuret, me përfashim në dy prej tyre, që tek ne janë paraqitur pas mastekomisë, por nga të dhënat e epikrit

SUPERNDARJA E RASTEVE SIPAS GRUP MUSHËS



Grafiku nr. 1

përcjellëse edhe në ta rezulton të ketë qenë e pranishme. Në shumi cën dérmuese të rasteve, masa ka qenë e lokalizuar pas areolës me mare (7 raste). Në 14 raste, masa ka qenë e aderuar plotësisht me lëkurën dhe në 4 të sëmurë me muskujt pektoralë. Ulceracioni i masë tumorale është vënë re në 8 raste. Tërheqja në brendësi e papilës n 4 raste. Shpeshësia e lartë e prekjes së lëkurës dhe papilës në mesh kujt lidhet, me sa duket, me sasinë e pakët të indit dhjamor dhe volt min e vogël të gjirit në këtë seks (4). Rrjedha mamelonare është takua vetëm në një rast.

Zmadhimi i limfonoduleve regionale aksilare është vënë re në 7 raste (36,8%). Në çastin e ekzaminimit, metastaza të largëta janë vënë në 5 të sëmure.

Në grafikun nr. 2 jepet gjetja e simptomave të ndryshme sipas rasteve.

Koha e paraqitjes në klinikë nga qasti i konstatimit të lezionit nga nga i sëmuri ka ndryshuar nga disa muaj deri në 5 vjet.

Në bazë të ekzaminimit mikroskopik të kryer nga ne, në 13 të sëmurë kanë rezultuar këto tipa histologjike, siç tregohet në pasqyrën nr. 1.

Shpërndarja e rasteve sipas tipave histologjikë

Tipi histologjik	Nr. rasteve	Përqindja
Karcinoma infiltrative	6	46,15
Adenokarcinoma (jospecifike)	3	23,07
Karcinoma kibriforme	2	15,3
Karcinoma intraduktale	1	7,6
Karcinoma anaplastike	1	7,6
	13	99,7

Një shpërndarje e tillë e tipave histologjikë përgjithësisht përkon me atë të autorëve të tjierë (1, 6, 7, 8).

DISKUTIM

Tek meshkujt e moshës së rritur, gjiri është i ngjashëm me gjirin e moshës parapubertale tek vajzat, dhe mbetet në këtë gjendje rudentare, në një kohë që gjiri i femrave pëson ndryshime të mëtejshme strukturale në përshtatje me funksionet që kryen gjatë jetës riproductive. Megjithëse në gjendje rudimentare, gjiri i meshkujve mund të jetë vend i zhvillimit të tumoreve malinje, veganërisht të karcinomave. të cilat, pavarësisht nga fakti se hasen shumë rrallë në krahasin me seksein, duhen pasur parasysh në praktikën klinike për të siguruar diagnostikimin dhe trajtimin në stade sa më të hershme. Shenja kryesore e paraqitjes së të sëmurëve është prania e një mase tumorale në gjir, dhe diagnoza diferencale duhet bërë me të gjitha formacionet e tjera tumorale të karakterit benini. Në moshën e re, në radhë të parë, duhen pasur parasysh **hipertrofia bennje e tipit adolescent** dhe **gjiniekomastia**.

E para takohet në moshën e pubertetit dhe paraqitet në formën e një mase diskoidë e vendosur prapa areolës. Tparet kryesore që e dallojnë nga karcinoma janë mosha e re e të sëmurëve, kufizimi i mirë i masës tumorale dhe mungesa e fiksimit me lëkurën dhe indet fqinje (3).

Gjiniekomastia takohet zakonisht në fund të dhjetëvjeçarit të dytë ose në fillim të dhjetëvjeçarit të trejtë të jetës. Gjiri është i rritur, i butë, i ngjashëm me një gjitë vogël femre. Mosha e re, kufizimi i mirë, karakteri i dyanshëm i lezionit dhe të dhënët përfundim estrogjenesh.

Pasqyra nr. 1

GJELTJA E SIMPTOMAVE SPAS RASTEV

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
MASE TUMORALE	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
LOKALIZIMI RETRUAREOLAR	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
RETRAKSIONI PAPILAR										+									
DESTRUKSIONI PAPILAR					+														
ABNORMALITETE PAPILARE BEKRECIONE MAMELARE										+									
FIKSIM ME LEKUREN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
ULCERACIONI I LEKURES	+					+	+												
FIKSIM ME MUSKUJT PEKTURAL										+									
ADENOPATHIA REGIONARE	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
METASTAZATE LARGETA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	

Legjenda

N₀ - PA ADENOPATHI REGIONALE TE PALPUSHME

N₁ - ADENOPATHI AXILLARE E LEVIZESHME E TE NJEJTES ANE

N₂ - PAKETE LIMFONODULASH AXILLARE E TE NJEJTES ANE

N₃ - ADENOPATHI AXILLARE E FIKSUAR OSJE ADENOPATHI SUPRAKLAVIKULARE

M - METASTAZA TE LARGETA

Grafiku nr. 2

Flasin në favor të gjinekomastisë (2). Të dy lezionet kanë prirje përfit të u aderuar me areolën, por vetëm karcinoma përparron drejt ulceraçionit. Nga ana tjeter, gjinekomastia rrallë aderon me muskulin pektoral në të.

Karcinoma e gjirit është kaq e rrallë në moshën 30 vjecare sa dallimi midis saj dhe dy gjendrave të përmendura mund të bëhet vetem në bazë midis saj dhe dy gjendrave të përdorimit të biopsise (3).

Në të sëmurët me moshë mbi 50 vjeç, diagnoza diferenciale duhet bërë me hipertrofinë beninje të formës senile. Këtë formë të hipertrofisë e dallon nga karcinoma konisitencia e butë e masës tumorale, e cila vendoset në formën e një disku retroareolar, si dhe karakteri i kufizuar i lezionit.

Sa herë që ekzaminimi klinik i të sëmurrut nuk jep të dhëna të sigurta për dallimin e gjendjeve patologjike të përmëndura, diagnoza përfundimtare duhet bazuar në ekzaminimin histologjik të masës tumorale.

Dorëzuar në Redaksi më 15 nëntor 1979

BIBLIOGRAFIA

- 1) Brunet M., Javin M.L., Berlie J.: Le cancer du sein chez l'homme. Nouvelle Presse médicale 1977, 6, 721.
- 2) Crichlow R. W.: Carcinoma of the male breast. Surg. Gynec. Obst. 1972, 134, 1011.
- 3) Haagensen C.D.: Carcinoma of the male breast. Në «Diseases of the Breast». Philadelphia 1971, 779.
- 4) Leis H.P.: Cancer of the male breast. Në «Diagnosis and Treatment of Breast Lesions». New York 1970, 341.
- 5) Liechty R.D., Davis J., Gleysteen J.: Cancer of the male breast. Cancer 1967, 20, 1617.
- 6) Mc Divitt R. W., Stewart F.W., Berg J.W.: Breast carcinoma in the male. Në «Atlas of Tumor Pathology — Tumors of the breast». Washington 1968, 105.
- 7) Norris H.J., Taylor H.B.: Carcinoma of the male breast. Cancer 1969, 23, 1428.
- 8) Visfeldt J., Scheike O.: Male breast cancer. Cancer 1973, 32, 985.

Summary

BREAST CARCINOMA IN MALES

The clinical and morphologic characters are discussed of 19 cases of breast carcinoma in males admitted to the clinic of oncology of Tirana between January 1969 and December 1977. This number represents 2.9 percent of all the breast cancers, the ratio between males and females being 1/32.3. The average age of the patients was 65 years. The principal sign, observed in all the cases, was the presence of a tumoral mass on the breast. The most frequent histologic type was carcinoma.

The differential diagnosis is also discussed between cancer and other benign tumours of the breast.

Résumé

CARCINOME DE LA MAMELLE CHEZ LES MALES

Les auteurs du présent article analysent les caractéristiques cliniques et morphologiques de 19 cas de carcinome de la mammelle chez les mâles, qui ont été hospitalisés à la clinique oncologique de Tirana dans la période allant de Janvier 1969 à décembre 1977. Ce nombre constitue le 2,9% de tous les tumeurs de la mammelle, le rapport entre mâles et femelles de 1:32,3. L'âge moyen des patients était de 65 ans. Le principal symptôme observé dans tous les cas est la présence d'une masse de tumeur à la mammelle. Le type histologique le plus fréquent a été le carcinoma.

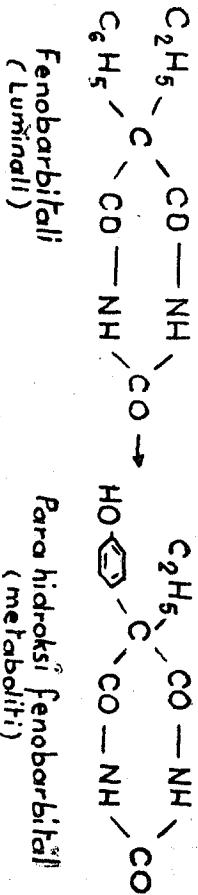
Les auteurs examinent aussi le diagnostic différentiel entre le cancer et les autres tumeurs bénignes de la mammelle.

**PËRCAKTIMI I BARBITEMISË NË NDJEKJEN E ECURISË TË
EPILEPSIVE**

— STEFAN VOKOPOLA — BESNIK JUCA —

Përcaktimi i antikonvulsivëve në plazmën e gjakut ka sjellë një hop të ri cilësor në injekimin e epilepikëve. Diagnostikimi i hershmë i tyre dhe trajtimi i përpiktë i kontrolluar do të shpejtojë riaffësimin psikik, shoqëror, në shkollë dhe në punë, të sëmurëve që lëngojnë nga epilepsitë. Në numrin e madh të antikonvulsivëve, që përdoren në injektimin e epilepsive (mbi 500 preparate), më i përdorsimi është derivati i acidit barbiturik, luminali. Për këtë arsy, si një etapë të parë, ne zgjodhëm përcaktimin e barbitemisë në një grup të sëmurësh, që injektohen vetëm me luminal.

Forca dhe koha e zgartjes së veprimitarisë të antikonvulsivëve të derivativeve të acidit barbiturik (ashtru si dhe preparametë të tjera), varet prej një seri faktoresh, ndërmjet të cilëve më i rëndësishmi është ritimi i metabolizimit të tyre. Metabolizimi i barbiturateve është faktori më i rëndësishëm, që përcaktion dhe efektin mjekues të tyre. Rruga më e rëndësishme e metabolizimit të shumicës së barbiturateve është oksidimi i grupit C₅. Shumica e të dy radikaleve të zëvëndësuara në C₅ zakonisht oksidoen duke na dhënë alkoole, ketone, fenole ose acide karboksilike, të cilat ekskretohen të lira ose të lidhura me ndonjë agjent lidhës endogjen të organizmit.



Skica

Metaboliti kryesor i luminalit në njëzet është para hidrokside-vari. Rreth 50% i këtij metaboliti lidhet si glukuronid, ndërsa mbetja e tij lidhet në formë të esterit sulfurik. Reaksiioni i hidroksilimit të luminalit, duke dhënë derivatin parahidroksi, duket se është mekanizmi me rendesi më të madhe në aktivizimin e tij. Ky metabolit nuk zoteron asnjë efekt mjeqies.

Individë të ndryshëm e metabolizojnë luminalin në mënyrë të ndry-

shme. Krahas faktorevë absorbues të organizmit dhe gjendjes të funksionit hepatik, në individë të ndryshëm ekzistojnë edhe faktorë të ndryshëm endogjenë, që ndikojnë në shpejtësinë ose ngadalësinë e metabolizmit të preparatit të dhënë. Në këtë drejtim ndikon dhe sasia e medikamentit të marrur, rruga e marries, ndërveprimi i tij me mijekime të tjera etj.

Në fillin të trajimit me një antikonvulsiv, vërejmë se përqindja e tij në plazmën e gjakut rritet progresivisht. Me kalimin e një kohe të caktuar, e cila ndryshon nga njëri preparat tek tjetri, marrja dhe eliminimi i tij «ekuklibrohet» dhe në plazmën e gjakut mbërrin një stabilizim i përgjëndrimit të tij. Kjo gjendje tregon për ngirjen indore me preparatin e dhënë. Mbërritja e kësaj «përqindje të qëndrueshme plazmatike», që është e vegantë për preparat të ndryshëm, tregon se në këtë kohë mjetimi fillon të ketë veprimin e mundshëm. Për luminalin kjo imbrithet 2-4 javë, me një mesatare prej tre javësh për të rriturit. Për fëmijët është vërejtur se kjo «përqindje e qëndrueshme» arritet për një kohë më të shkurtër, nga të paktën 7 ditësh deri më të shumtën 15 ditësh. Për këtë arsyё dhe përcaktimi i barbitemisë, që duhet bërë sa më parë për të vëzhguar affësinë vepruese të preparatit, mund të kërkohet jo më parë se pas tre javësh pas fillimit të mjekimit. Si përqindje terapeutike plazmatike e luminalit, nga shumica e autorëve, pranonhet ndërmit 15-25 mg/liter (3, 4).

Në praktikën tonë të përditshme duhet të kemi parasysh dhe mënyrën e fraksionimit ditor të preparatit. Ky fraksionim përcaktohet nga e ashtuquajtura «gjysëm jetë» biologjike e preparatit. Me «gjysëm jetë» të preparatit kuptojmë kohën, që i nevojitet preparatit të dhënë përmë kaluar nga përgjëndrimi i tij maksimal, në gjysmën e këtij përgjëndrimi, që është i efektshëm përmjet mjekim. Në këtë mënyrë përcaktojmë dhe marrjen e tij në 24 orë në rastet e imprehta ose të zgjatura. «Gjysëm jetë» e luminalit ndër të rriturit zgjat nga 3-6 ditë, me një mesatare prej 4 ditësh. Ndër femijët është më e shkurtër dhe pranohet me një mesatare prej 48 orësh. Nga këto të dhëna ka rezultuar se është e parnevajshme që ky preparat të jepet tre herë në ditë. Në përgjithësi komandohet të jepet një ose dy herë në ditë, me dozën më të madhe në darkë.

Në punimin tonë morëm një grup prej 10 të sëmurësh, që, nga ana klinike dhe elektroencefalografike, vuasin nga epilepsia e përgjithësuar primare. Mosha e tyre luhatej nga 21-30 vjeç, u përkisnin të dy sekseve dhe vuamin prej 1-5 vjetësh. Ecuria paroksizmale e sëmundjes së tyre ishte e ndryshme. Ata mjekekeshin vetëm me luminal dhe vitaminë B₆. Në periudhën që iu nënshtruan vrojtimit u ndoq me përpikmëri marria sistematike e luminalit prej të sëmurëve. Para se të bëhej vlerësimi sasior i luminalit në plazmën e gjakut (barbitemia) të sëmu-rëve iu bëni ekzaminime paraklinike përmjet kqyrjen e gjendjes së përgjithshme, somatike, veçanërisht të heparit dhe të absorbimit. Këto ekzaminime rezultuan në normë. Të sëmurave femra, ekzaminimi i barbitemisë iu kërkua në 4-10 ditë pas menstruacioneve. Pasi u kontrollua marrja e rregulltë përmjet 14 ditë e luminalit në dozë 0,06 g dy herë në ditë, u morrën në mëngjes esell në shishe të vogla sterile me fluor natrioni nga 8 cc gjak përmjet secilin të sëmurë. Të gjitha ekzaminimet u kryen në laboratorin e toksikologjisë të katkores së mjekekisë ligjore të fakultetit të mjekësisë. U përdor metoda spektrofotometrike në ultra-

vjollcë. Kjo është një metodë shumë e përpiktë, koeficienti i rifitimit të së cilës është 98%. Rezultatet e përfutura vërehen në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Rezultatet e përfutura				Pasqyra nr. 1			
Nr.	Kartela klinike e të sëmurit	Vlera e barbitemisë në MG/L	Nr.	Kartela klinike e të sëmurit	Vlera e barbitemisë në MG/L		
1	Z. C. 1009	1,20	6	L. T. 1017	2,20		
2	H. L. 2392	12,0	7	A. O. 2447	20,80		
3	S. M. 2176	11,40	8	V. G. 942	13,60		
4	G. K. 3205	22,20	9	R. V. 180	1,20		
5	I. V. 107	0,60	10	A. D. 1040	4,20		

Nga kjo pasqyre, tëshiqet vëmëndja se të sëmurët, ndonëse kanë marrë të njëjtën sasi të medikamentit, duke qenë në të njëjtën moshë dhe pak a shumë në gjendje shëndetësore të njëjtë, me një vjetërsi të përafërtë të së njëjtës formë të epilepsisë, por me ecuri klinike të ndryshme, në plazmën e gjakut të tyre kanë përqëndrime nga më të ndryshmet të barbitemisë.

Të sëmurët G. K., A. O. dhe R. V., barbitemia e të cilëve rezultoi 15 mg/l dhe përkrahësish 22,20-20,80 dhe 18,20, nga ana klinike dhe elektroenzefalografike janë më mirë, kizat i kanë pasur shumë të rralla (1-2 në vit), ndërsa G. K. prej një viti nuk ka pasur kriza konvulsive. Këtyre të sëmurëve iu rekomandua të vazhdonin këtë mjekim, duke vazhduar kontrollin periodik pranë punktit të epilepsive në dispanserinë psiko-neurologjike të poliklinikës së Durrësit.

Katër të sëmurëve (H.L. me barbitemi 12,0 mg/l, S.M. me barbitemi 11,40 mg/l, I.V. me barbitemi 0,60 mg/l dhe A.D. me barbitemi 4,20 mg/l) për arsy se përgëndrimi plazmatik ishte i ulur, iu ndryshua preparati. Kurse tre të tjerëve, me gjithë barbiteminë e ulur, përpala se të vendosnim ndërrimin e mjekimit, u shtuan dozat e luminalit, duke iu dhënë tri javë të tjera 4 tableta nga 0,06 g. Këtë e bëmë për të vërvjur në se shëtimi i dozës së medikamentit do të ndikonte në shëtimin e përgëndrimit plazmatik. Rezultatet e përfutura treguan se shëtimi i dozës nuk ndikonte në ndryshimin e përgëndrimit plazmatik të luminalit. Kështu i sëmuri Z.C. pati barbiteminë 1,0 mg/l (në marrijen e parë ishte 1,20 mg/l), e sëmuri L.T. rezultoi me barbiteminë 3 mg/l (në marrijen e parë 2,20 mg/l), ndërsa i sëmuri V.G. barbiteminë e kishte 12,40 mg/l (në marrijen e parë 13,60 mg/l). Këto rezultate na bëjnë të mendojmë se në shëtimin e përgëndrimit plazmatik të luminalit nuk ka të bëjë shëtmi i dozës së preparatit, por vegeritë të individualëve të ndryshëm. Në këtë rast rindësinë më të madhe duhet ta kenë vegeritë individuale endogjene, të cilat ndikojnë në metabolimin e luminalit.

P E R F U N D I M E

- 1) Efektshmëria e mjekimit me luminal duhet ndjekur nën kontrollin e barbitumisë.
 - 2) Shtimi i dozes së luminalit, ndër të sëmurët që vëzguan, nuk ndikoi në shtimin e përqëndrimit plazmatik të tij dhe mendojmë se kjo ndodh kryesisht nga metabolizmi i tij i rritur.
 - 3) Metoda e përcaktimit të barbitumisë në mjekimin e epilepsive është një metodë shumë objektive dhe e përfektë. Nëpërmjet saj, në vend që të presim rezultatin e mjekimit të filluar për 3-6 muaj, atë e përftojmë brenda muajit të parë të mjekimit.
- Dorëzuar në Redaksi më 15 tetor 1979.

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

- 1) Extrapharmacopea: Martindali. London 1967.
- 2) Irving Sunshine: Methodology for analytical Toxicology. Cleveland Ohio 1975.
- 3) Joly C. et coll.: Les médicaments anticonvulsivants en pédiatrie. La revue de Pédiatrie 1978, Tom XIV, 2, 83.
- 4) Key S. and coll.: Handbook of emergency toxicology. Illinois 1970.
- 5) Klärge E.G.C.: Isolation and identification of drugs. London 1969.
- 6) Lazarjeva A.: Vrednie veshtra v promishlennosti. Moskva 1971.
- 7) Preza B.: Mjekimi i epilepsive dhe profilaksia e tyre. Në Epilepsië, Tiranë 1972, 199.

S u m m a r y

DETERMINATION OF BARBITURICS IN THE BLOOD IN THE COURSE OF TREATMENT OF EPILEPSY

The effect was studied of the treatment with barbiturics (Luminal) of 10 patients with epilepsy in relation to the plasma concentration of the drug. It was noted that the rise in concentration of the drug in the blood plasma did not depend on the increase doses of luminal but on some individual peculiarities of the patients. More important of these are the endogenous peculiarities which are connected with the metabolism of the drug.

These conclusions were drawn from the experimental work carried out by the authors.

Résumé

DÉTERMINATION DES BARBITURIQUES DANS LE PROCESSUS DES ÉPILEPSIES

Les auteurs du présent article ont étudié les effets des barbituriques (Luminal) dans le traitement de 10 épileptiques, et cela en fonction de leur concentration dans le plasma sanguin. Ils ont relevé que la concentration accrue du Luminal dans le plasma sanguin n'a rien à voir avec l'augmentation de sa dose, mais dépend des particularités de chaque individu. Importantes sont notamment les particularités endogènes individuelles, du fait qu'elles influent sur le métabolisme du Luminal.

Les conclusions dégagées par les auteurs sont le résultat de leurs observations et des expérimentations qu'ils ont effectuée.

HULUMTIMI I KOAGULIMIT NËPERMIET TROMBOELASTOGRAFISË (T E G) NË PLAZMË

— SIRI LESKOVIKU — VIKTOR BULYKBASHI — STILIAN BUZO —

(Laboratori Qëndror Biokimik — Spitali nr. 1, Tiranë)

Metoda e hulumtimit tromboelastografik të procesit të ndërlikuar fermentativ të koagulimit zë një vend me rëndësi ndërmjet provave të koaguogramës. Nëpërmjet kësaj metode kontrollohen fazat e ndryshme të koagulimit të gjakut në dinamikë, duke bërë të mundur këshu nje studim të përgjithshëm, madje, në rast se është e nevojshme, mund të ndiqet procesi i hemostazës deri në fibrinolizë.

Metoda e tromboelastografisë jep kontributin e vet në mjaft fusha të mëkësise si në kardiologji (1,5), kirurgji (11), obstetrikë-gjinikologji (4), pediatri dhe hemoalogji (12), sëmundje infektive (2).

Me anë të kësaj metode bëhet e mundur ndjekja jo vetëm foto-kimografike, por edhe ndjekja vizuale e formimit të koagulit dhe veçrive fizike të tij. Metoda e tromboelastografisë ka pëparësi se përfason gabimet subjektive të syrit dhe jep ndjekjen e procesit në dinamikë për ag qoftë sa e sheh të nevojshme mjekek.

Tromboelastografiq jep mundësi që të percaktoleni një sërrë paramestrash, nga interpretimi i të cilëve gjykohet për gjendjen e procesit të koagulimit të të sëmurit.

Matija e tromboelastografike mund të kryhet me gjak venoz total ose plazmë e citratuar të rekalcifikuar, të nxirrë nga gjaku venoz. Në rastin kur analiza kryhet në gjakun total, është e rëndësishme që koha prej çastit kur gjaku bie në kyvetë dhe derisa vihet në aparat, të mos kalojë më tepër se tre minuta (7). Kjo arrihet vetëm atëherë kur i sëmuri vjen në laborator, pranë aparatit. Për tu ardhur në ndihmë të sëmureve në gjendje të rëndë, që nuk mund të lëvizin nga shtrenë dne që kanë nevojë për këtë analizë, ne kryem këtë punim, në të cilin parqiten rezultatet tona të eksperimentimit të tromboelastografisë në plazmën e fituar nga gjaku i citratuar.

PARIMI I PUNES NË T.E.G.

Giaku merret sipas të gjithë rregullave që lipsen edhe për provat e tjera të koagulimit. Gjakut i krijuhen kushtet pak a shumë të ngjashtme në të cilat ai ndodhet rië shtratin e vet vaskular, domethënë ai ndodhet në temperaturën 37°C, pa kontakt me ajrin. Kyetë mbajtëse e gjakut, nëpërmjet një mekanizmi të vecantë, kryen lëvizje në kohë të barabartë në drejtim të caktuar, duke imituar deri diku lëvizjet e gjakut qarkullues in vivo.

Parimi i punës në T.E.G. është i njëjtë si gjatë përdorimit të gjakut total, ashtu edhe me plazmën e citratur.

Teknika e T.E.G. në plazmë. — Cjaku që rrjedh nga agia e silikonuar nuk hidhet drejtpërdrejt në kyvetë, por në një epruvetë të graduar të silikonuar që permban 0,5 ml. tretësirë 3,8% citrat natrumi. Raporti ndërmjet gjakut dhe antikoagulantit duhet të jetë 9:1, pra për 0,5 ml. tretësirë citrat natrumi duhet hedhur 4,5 ml. gjak. Epruveta me gjak lidhet në frigorifer rreth dy orë në +4°C, që të fundohet dhe të fitohet plazma. Plazma duhet përdorur për analizë brenda 4 orëve qyshta e hedhjes së kësaj tretësire shypet sekondometri. Kyvetë vendoset në aparat dhe ulet e ngrihet pistoni, 2 herë, në mënyrë që kloruri i kalçiumit të homogjenizohet me masën e plazmës. Mandaj pistoni ulet perfundimisht në kyvetë, e ngrohur parapraktik për rreth gjysmë ore në 37°C. Mbi të hidhet me kujdes 0,06 ml. tretësirë 1,29% klorur kalçjumi. Në çastin e parë të fibrinës do t'i transmetohen pistonit dhe prej këndej do të parë përcillen në pasqyrë. Sistemi optik i aparatit do të pasqyrojë lëvizjet në ekran dhe njëkohisht do të bëjë regjistrimin e tyre në letër fotokografike.

EKSPEKIMENTIMI, REZULTATET DHE DISKUTIMI I TYRE. —

Gjatë eksperimentimit të tromboelastografisë në plazmë, ne përkaktuam pese tregues kryesorë (3,6,7), që, përfundimini tonë, janë të mjaftueshëm për të gjykuar mbi gjendjen e koagulimit të gjakut.

1) Reaksiioni në kohë ose koha e formimit të fibrinës — r. Është masa e segmentit drejtvisor, që fillon nga koha zero e vrojimit dhë zgerim prej 1 mm. Ajo përkon me fazën e padukshme të koagulimit, që ka të bëjë me dukjen e fijeve të para të fibrinës.

2) Koha e formimit të koagulimit ose shpejtësia e koagulimit të gjakut — K. Është matja e distancës, që fillon nga fundi i «x» dhe mbarton atje ku zgjerimi i të dy krahëve të lakores arrin 20 mm. Nga ana biokimike, koha e formimit të koagulit pasqyron shndërrimin e fibrinogenit në fibrinë, ajo mat shpejtësinë e rekasionit trombinë-fibrinogen dhe ndryshon në funksion të sasisë së trombinës së formuar apo të sasisë së fibrinogenit.

3) Zgjatja e përgjithshme e koagulimit — r+K.

4) Amplituda maksimale — mA. Është përcaktuar si zgjerim maksimal i të dy krahëve të lakores dhe tregon çastin kur koaguli merr ndërtimin e vet më të mirë.

5) Elasticiteti maksimal i koagulit — mE. Ky tregues ka të bëjë me elasticitetin më të madh të koagulit.

Eksperimentimi i tromboelastografisë në plazmë u krye nëpërmjet tre hallave kryesore eksperimentuale.

1) Përfaktimi i riproduhueshmërisë së metodës nëpërmjet përcaktimit të koeficientit të ndryshueshmërisë (C.V.).

Për këtë u bënj prova paralele si për mostrat e plazmës normale ashtu dhe për ato patologjike dhe me rezultatet e përfshitura u llogarit.

koeficienti i ndryshueshmërisë për secilin tregues tromboelastografik. Rezultatet e përtuara paraqiten në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Treguesi trombo-elastografik	Koeficienti i ndryshueshmërisë në % për	
	mostra normale	mostra patologjike
r	3.0	4.0
k	3.5	5.0
r+k	4.2	3.5
mA	3.5	3.8
mE	3.0	4.3

Në pasqyrën nr. 1 tregohet koeficienti i ndryshueshmërisë të secilit indeks tromboelastografik në mostra normale dhe patologjike.

Sig shihet, të dhënat e paraqitura në pasqyrën nr. 1 tregojnë se metoda e tromboelastografisë në plazmë paraqet riprohueshmëri të mirë të rezultateve, meqenëse të gjitha shifrat e koeficientit të ndryshueshmërisë janë brenda kufirit të lejueshëm – 5% (cituar nga 8).

2) Për të gjetur vlerën normale të secilit tregues tromboelastografik u kryen 34 tromboelastograma në plazmën e citratuar të fituar nga gjaku i 34 njerëzve të shëndoshë (dhurues gjaku). Të dhënat e fituara u përpunuva nga ana statistikore. Në pasqyrën nr. 2 jepet vlera mesatare dhe devijimi standart i secilit indeks tromboelastografik për të 34 tromboelastogramat e njerëzve të shëndoshë.

Pasqyra nr. 2

Numri i rasteve, vlera mesatare dhe devijimi standart i indekseve të tromboelastogramave normale.

Indeksi tromboelastografik	N	M±D.S.
r	34	4.73 ± 1.22 minuta
k	34	2.22 ± 0.62 »
r+k	34	6.94 ± 1.66 »
mA	34	66 ± 7 milimetra
mE	34	202 ± 62

Të dhënat tona, të krahasuara me ato të autorëve të tjera, që kanë hulumtuar tromboelastografinë në plazmën e gjakut, pothuajse përputhen, me ndryshime pak a shumë të vogla, me përfashim të vlerës së «mE» dhe «mA», të cilat ne i kemi gjetur më të larta. Kështu një autor (6) e gjent vlerën mesatare të r = 4 minuta, k = 2 minuta, r+k = 6 minuta, mA = 57 mm dhe mE = 130. Një autor tjetër (9) jep këto të dhëna: r = 5 ± 0.52 minuta, k = 2 ± 0.08 minuta, r+k = 7 ± 0.57 minuta, ndërsa vlerat e «mA» dhe «mE» nuk i përmënd në punimin e tij.

Duke krahasuar të dhënat e vlerave mesatare të indekseve të tromboelastografisë në plazmë me ato të gjakut total vihen re ndryshime. Kështu disa autorë (10), në një studim të kryer në njëzët e shëndoshë kanë gjetur se vlerat mesatare të indekseve tromboelastografike në gjakun total janë si më poshtë: $r = 9'$ e $48'$, $k = 4'$ e $44'$, $r+k = 14'$ e $32''$, $mA = 50.8$ mm, $mE = 104$. Vlera pak a shumë të ngjashme me ato që jepin disa autorë (11) janë edhe autore të tjere, që kanë hulumtuar tromboelastografinë në gjakun total (7). Pra, duke krahasuar të dhëna tonë të marra në plazmë me ato të autoreve të tjere që jepin përgjakun total, mund të themi se indekset tromboelastografike r, k dhe $r+k$ janë mië të ulur në plazmë se në gjakun total, ndërsa mA dhe mE janë më të larta në plazmë.

Në figurën nr. 1 është paraqitur një tromboelastogramë normale e bërë në plazmën e gjakut.

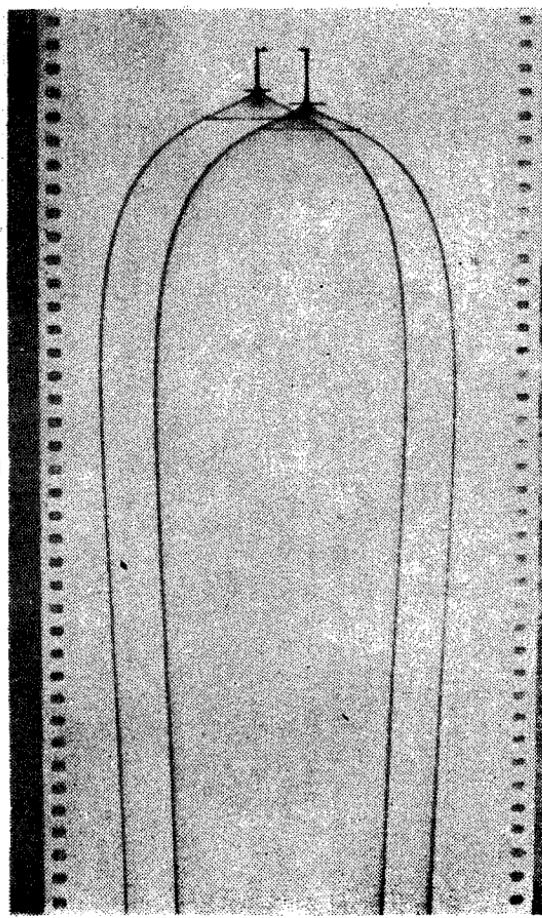


Foto 1

3) Ecuria e tromboelastografisë në plazmë në rastet patologjike. Interpretimi i një lakoreje tromboelastografike mund të jepë informacion, nga njëra anë, me pamjen e saj të përgjithshme dhe, nga ana tjetër, duke matur më përpiknëri në minuta apo në milimetra indekset e ndryshëm tromboelastografike.

Më poshtë paraqesim disa tromboelastograma të kryera me plazmë të citatruar në rastet patologjike. Në fig. nr. 2 paraqitet një T.E.G. me prirje për hiperkoagulum ($r = 3$ minuta, $k = 1$ minut, $r+k = 4$ minuta, $mA = 80$ mm dhe $mE = 400$). Pra, meqënsë indekset tromboelastografike r dhe k të natura njëkohësisht i përkijnë zgjatje së përgjithshme të koagulimit, atëherë një shkurtim i r+k duhet interpretuar si hiperkoagulum, ndërsa një zgjatje si hipokoagulum. Krahas uljes së imaksimit r+k për dukuri të hiperkoagulimit flet edhe ritja e amplitudës maksimale dhe elasticiteti maksimal i koagult.

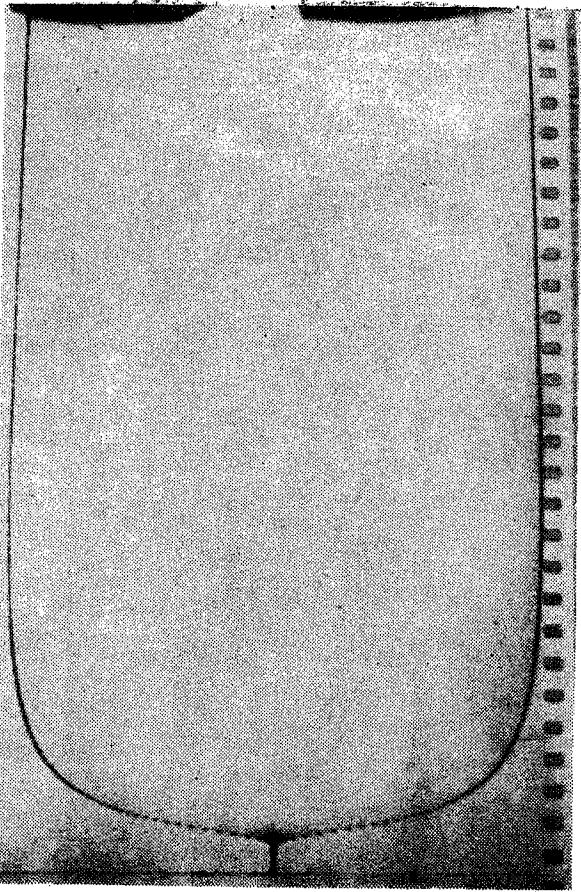


Foto 2

Tromboelastograma, e paraqitur në figurën nr. 3, tregon një trajtim efikas me antikoagulantë në një të sëmurë me valvuloplastikë ($r + k = 18'$ e $5''$). Në të sëmuret që mjekohen me antikoagulantë rënë dësi paraqet indeksi $r + k$ për të vlerësuar hipokoagulinin e dëshirueshmërin, i cili synonet të mbahet në shifra 17 deri 25 minuta (1). Në rastet kur ky indeks kalon shifrën 25 minuta, atëkohë tromboelastografia ndihmon për diagnostikimin e rasteve me përdorim të antikoagulantëve si dhe për ndjekjen e tyre të mëvejshme mbidozim (3, 11).

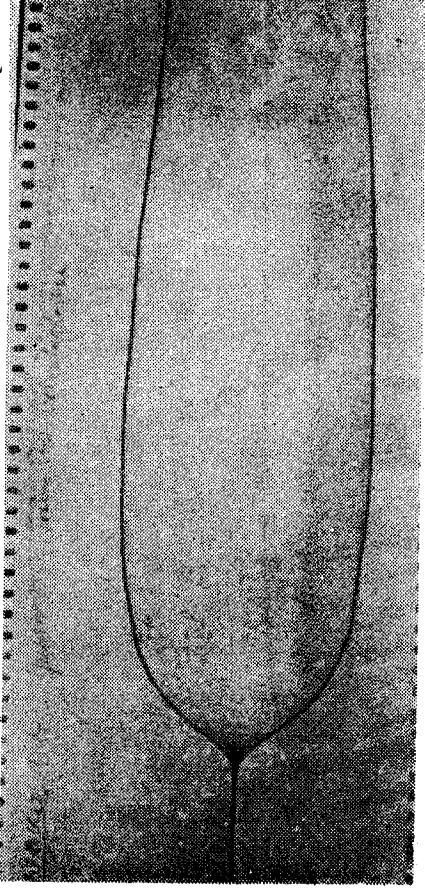


Foto 3

Lakoria e sipërmë tromboelastografike e paraqitur në figurën nr. 4 paraqet një fibrolizë. Siç shihet, pasi kryhej procesi i koagulimit, të dy krahët e tromboelastogramës afroheshin ndaj njëra tjetërës, pa u takuar plotësisht.

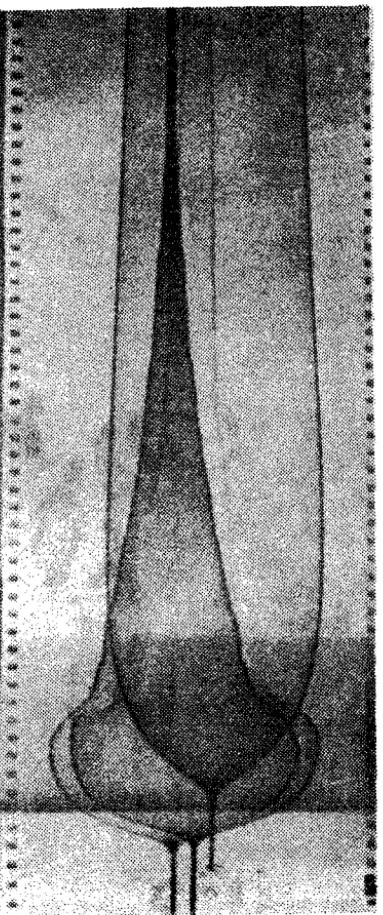


Foto 4

Në figurën nr. 5 paraqiten dy lakore tromboelastografike, nga të cilat njëra i përket një plazme të pasur me trombocite dhe tjetra një plazme të varfër me trombocite. Sikundër shihet, TEG-u vë në dukje mirë gjendjet me trombocitopeni, madje në lakoren e fituar nga plazma e varfër me trombocite, vhet re një hipe lineare boshlore, që interpretohet si mungesë e plotë e retraksionit dhe e ekzistencës së një koaguli normal (3).

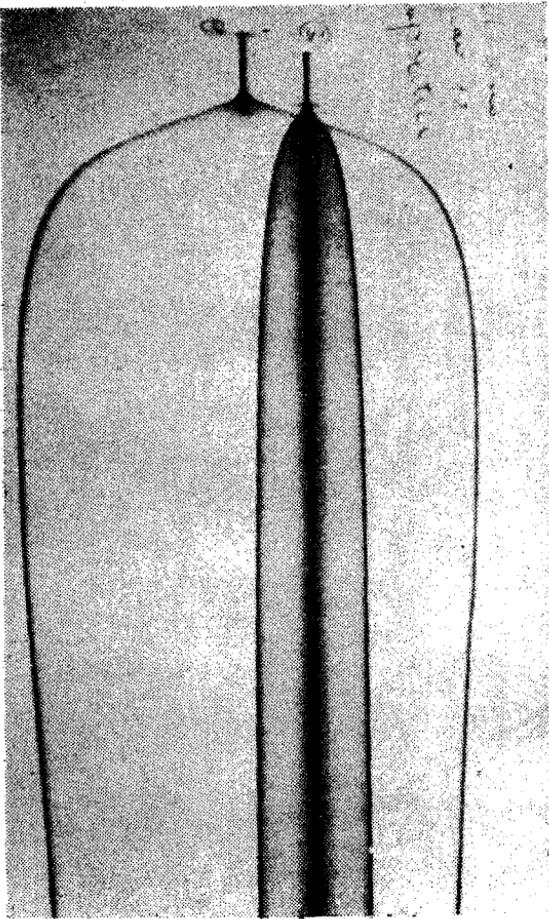


Foto 5

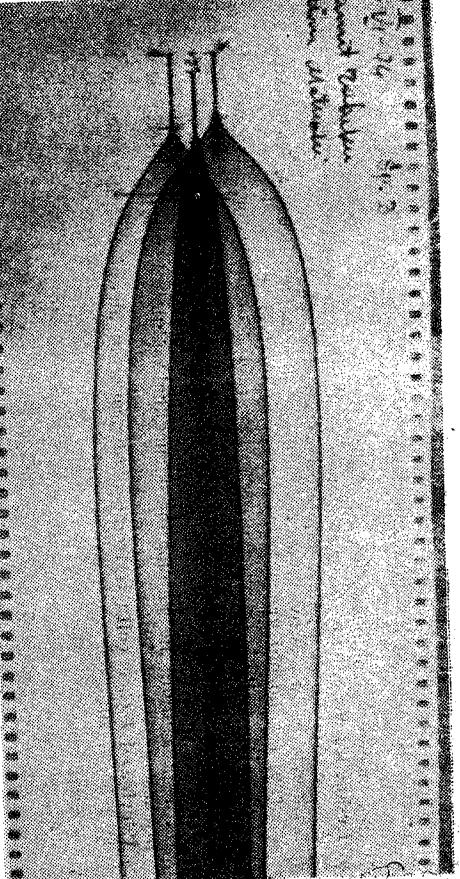


Foto 6

Në fig. nr. 6 (lakorja e mesit) paraqitet tromboelastografia në një të sëmurë me sëmundjen Werlhoff. Karakteristikë për tromboelastogramat e këtyre të sëmurëve është ulja e amplitudës maksimale dhe e elasticitetit të koagulit (11).

PERUNDIME

- 1) Metoda e tromboelastografisë në plazmë paraqet riprodhueshmëri të mirë të rezultateve; koeficienti i ndryshueshmërisë për secilin tregues tromboelastografik është brenda kufirit të lejueshëm.
- 2) Vlera mesatare dhe shmangja standarde e secilit indeks në tromboelastogramat normale është: $r = 4.73 \pm 1.22$ minuta, $k = 2.22 \pm 62$ minuta, $r + k = 6.96 \pm 1.22$ minuta, $mA = 66 \pm 7$ mm dhe $mE = 202 \pm 62$.
- 3) Indekset tromboelastografike r , k dhe $r + k$ janë më të ulur në plazmë sesa në gjakun total, ndërsa mA dhe mE janë më të larta në plazmë.

Dorëzuar në Redaksi më 10 tetor 1979.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bylykhashi V. e bp.: Të dhënat e nivelit të protrombinitës dhe tromboelastografisë në të sëmurët e trajtuar me antikoagulantë. Shëndetësia Popullore 1977, 2, 75.
- 2) Barbano G., Sardi P.: Rilievi tromboelastografici nel tifo e nell'epatite virale. Minerva Medica 1968, 7, 236.
- 3) Cach J. e coll.: L'hémostase. Paris 1968.
- 4) Ciulla U., Magalani F.: Valore della tromboelastografia in ostetricia. Minerva Medica 1968, 7, 215.

- 5) De Mattis F., Barbano G.: Il tromboelastogrammi nella malattia coronarica. *Minerva Medica* 1963, 7, 194.
- 6) Harter H.: L'attuale importanza della tromboelastografia. *Minerva Medica* 1963, 7, 181.
- 7) Instrukcija i tromboelastografiat Hellinge.
- 8) Leskoviku S.: Studium eksperimentalno - klinik mbi aplikacijom e 10 mikrometra - dave biokimike nē gjakum kapilar. *Dizertacion* 1978, 32.
- 9) Miskievic S. J.: Slaviteinie rezultati tromboelastografskikh isledovanij kapilarnej i venoznoj krovij. Laboratorijsje djello 1971, 6.
- 10) Minga G. e bp.: Te dhëna paraprake mbi tromboelastografinë tek njerezit normal që rendësinë e saj në hulumtimin e kuagulopative. *Revista "Mjekësia ushtarakev"* 1975, 2, 47.
- 11) Pena T., Minga Gj.: Diza te dhëna mbi rendësinë e studimit tromboelastografik të koagulimit në patologjine kirurgjikale. *Buletini i UTR - Seria shkencat mjekësore* 1976, 2, 79.
- 12) Pedrinazzi P.C. e coll.: Il tromboelastogramma in alcune intalii. *Minerva Medica* 1963, 7, 207.

Summary

COAGULATION ASSAY BY PLASMA THROMBOELASTOGRAPHY

The results are presented of the experimentation of thromboelastography (TEG) in plasma obtained from citrated blood. The method has proved well reproducible: the coefficient of variation of all the thromboelastographic indices is within the standard limits of deviation of each index in the 34 TEG performed on healthy subjects: $r = 4.73 \pm 1.22$ minutes; $k = 2.22 \pm 0.62$ minutes; $r+k = 6.96 \pm 1.22$ minutes; $MA = 66 \pm 7$ mm and $mE = 202 \pm 62$. In addition, the authors note that the indices r , k and $r+k$ are lower in plasma than in whole blood, whereas A and E are higher in plasma.

The study of the pathologic cases showed that TEG in the plasma facilitates the diagnosis and the follow-up of the changes of patients with coagulation disturbances.

Résumé

INVESTIGATION DE COAGULATION A TRAVERS LE PLASMA THROMBOELASTOGRAPHIQUE

Les auteurs du présent article illustrent les résultats de l'expérimentation de la thromboélastographie dans le plasma obtenu par du sang citraté. Cette méthode garantit une bonne reproduction des résultats: le coefficient de variabilité de tous les indices thromboélastographiques se situe dans les limites standards de déviation de chaque indice dans les 34 thromboélastographies effectuées chez des sujets sains: $r = 4.73 \pm 1.22$ minute; $k = 2.22 \pm 0.62$ minute; $r+k = 6.96 \pm 1.22$ minute; $MA = 66 \pm 7$ mm. et $mE = 202 \pm 62$. En plus, les auteurs relèvent que les indices r , k et $r+k$ sont moins élevés que dans tout le sang, lorsque A et E sont plus élevés dans le plasma.

L'étude des cas pathologiques a montré que la thromboélastographie dans le plasma facilite le diagnostic et l'étude dynamique des changements que subissent les patients qui souffrent de dérèglements de la coagulation du sang.

SËMUNDSHMËRIA E HIPERTENSIONIT ARTERIAL ESENCIAL

— NAMIK SHEHU —

(Spitali i rrethit — Berat)

Hipertensioni arterial esencial (H.A.E) ka një sëmundshmëri të larduke pasur prirje gjithnjë në ritjë (8). Është një nga shkaqet më të rëndësishme të shumë pasojave të rënda në organizmin e njeriut dhe bëhet shkak i vdekshmërisë së përgjithshme në rreth 30% të rasteve (2, 5, 11).

Sëmundshmëria e H.A.E ka vgoritë e veta specifike për çdo popullatë të marrë vëgas. Në këtë drejtim kjo patologji meriton një vëmendje serioze dhe studimi i sëmundshmërisë së saj përbën një dyti të rëndësishme, në radhë të parë, për të marrë masa në kohë, sa më efikase dñe për të pararuarajtur përhapjen e saj.

Në bazë të orientimeve të Partisë e të vendimeve të Qeverisë, të profillaktike në shërbimin shëndetësor, në vendin tonë i është kushtuar një rëndësi e vegantë parandalimit të sëmundjeve të ndryshme si dhe të hipertensionit arterial, duke i dhënë përparsë depismit dhe dispanserizmit të kësaj sëmundje. Për këtë problem janë bërë një sëri punime shërbimtare edhe nga autorë të vendit tone (10, 11, 14).

Për të dhëne edhe në kontributin tonë modest, në kryerien e këtij objektivi për rrethin e Beratit, bëmë një studim mbi sëmundshmërinë e hipertensionit arterial esencial.

METODIKA E PUNËS.

Për studim janë marrë 485 të sëmurë me hipertension arterial esençial të stadeve të ndryshme për një periudhë kohe 5 vjeçare (1971-1975), (shih pasqyrën nr. 1).

Ky studim është mbëshketur në një kontigjent prej 6200 të sëmurdësh, që vuani nga sëmundjet e aparatit kardiovaskular, që janë vizituar në ambulancë në shërbimin e kardiologjisë dhe të shtruar në spital për këtë periudhë kohe, që përbëjnë afersisht 1/6 e populsisë së të rriturve të rrethit të Beratit.

Si kriter studimi u jemi përbajtura atyre të miratuar nga OBSH e të pranuar nga shumë autore, duke ndjekur metodikën e dhënë nga klinika e fakultetit të mjekësise (5, 11).

Studimin e kemi bazuar në të dhënat klinike, në ndiekjen në dinamikë, në analizat plotësuese dhe në terapinë e aplikuar.

PARAQITJA E MATERIALIT DHE KOMENTEMI I RASTEVE

Për të pasur një tabullo sa më të qartë të sëmundshmërisë së H.A.E, këtë patologji e studjuam nëpërmjet disa indekseve kryesore, duke i kushtuar rëndësi moshës, seksit, vendbanimit, shpeshtësisë së vizitave sipas stinave, profesionit, ndërlidhjeve dhe vdekjeve.

Në materialin tonë të marrë në studim u vunë re 485 të sëmurë me H.A.E, që zënë 7,8% të sëmundshmërisë së popullatës së rritur, të vizituar me sëmundje të aparatit kardiovaskular.

Në hipertensionin arterial esencial ndikimi i moshës ka një rëndësi të madhe. Nga shumë autorë (4,5,11,14) pranohet fakti se kjo sëmundje takohet më tepër në moshën e mesme dhe se duke u rritur moshëa rritet shpeshtësia e saj.

Nga të dhënat e studimit tonë rezulton se H.A.E takohet më të gjithë moshat e popullatës së rritur, por më shpesht vërehet në grup-moshat 31-60 vjec, që zë një shpeshtësi prej 80% (shih grafikun nr. 1).

Nga analiza e këtij grafiku del se shpeshtësia më e madhe e H.A.E është në grup-moshën 41-50 vjec dhe se duke u shtuar moshëa shthohet dhe shpeshtësia e kësaj sëmundje. Kështu nga 1.4% në grup-moshën deri 20 vjec, në 59.4% në grup-moshën 41-60 vjec,

Në hipertensionin arterial esencial vëmendje i kushtohet edhe roli të seksit. Nga studimet e bëra në këtë drejtim, rezulton se kjo sëmundje takohet gati e barabartë në të dy sekset (9). Disa autorë (10) thonë se H.A.E takohet më tepër në femrat.

Nga studimi i materialit tonë del se H.A.E në meshkujt është hasur në 247 persona (50.9%), kurse në femrat në 238 persona (49.1%), gjë që përputhet edhe me autorë të tjere (8). (Shih grafikun nr. 2).

Nga grafiku del se deri në moshën 40 vjeç më tepër preket sekshi mashkull në 16.5%, kurse sekshi femër është prekur në 15.2%. Kjo gjë përputhet edhe me autorë të tjere të vendit tonë (12). Madje në grup-moshën 41-50 vjec mbizotëron sekshi femër mbi atë mashkull me 16.1% me 13.8%, që përputhet edhe me të dhënat e shumë autorëve (11, 12, 14). Pas moshës 60 vjeç duket një barazim midis të dy sekseve.

Në hipertensionin arterial esencial vlen të permendet rëndësia që ka vendbanimi. Një autor (3) thotë se shpeshtësia më e madhe e kësaj sëmundje gjendet më qytet.

Për të studjuar rëndësinë e vendbanimit, të gjithë kontigjentin e ekzaminuar ne e ndamë në 4 zona. Nga qyteti i Beratit janë vizituar 4290 të sëmurë, që përbëjnë 28.3% të të gjithë popullatës së rritur të këtij qyteti dhe me H.A.E u gjetën 278 veta, me një shpeshtësi 6.4%.

Nga Qyteti Stalin u vizituau 1184 të sëmurë, që zënë 15.1% të popullatës së të rriturve dhe H.A.E u vu re në 87 vetë me shpeshtësi 7.3%.

Nga qyteti i Urës kaluan në vizitë 122 veta, që përbëjnë 12.9% të

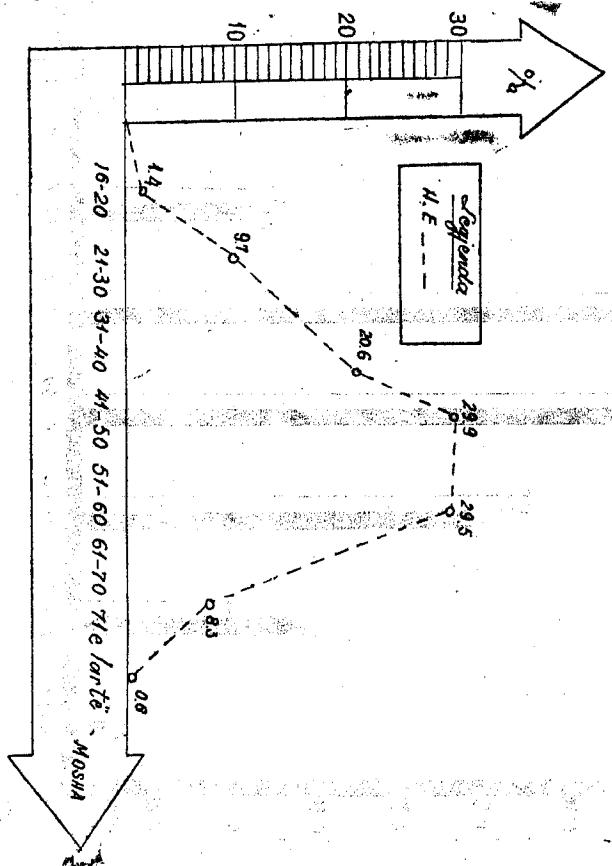
popullatës së të rriturve, ku u gjetën me H.A.E 7 të sëmurë, me një shpeshtësi 5.7%.

Nga fshatrat e rrëthit u vizituau 3304 veta, që zënë 9.9% të popullatës së të rriturve, ku u gjetën me H.A.E 113 veta, me shpeshtësi 3.4%.

Nga këto të dhëna del se hipertensioni arterial esencial takohet më shpeshtë, qytet, afersisht dë betë më shumë se në fshat. (shih harten nr. 1 për rriethin e Beratit).

SNIPEJTESA I HUMPERTENSIJONIT ESENCIAL JUHAS MICHNAVE

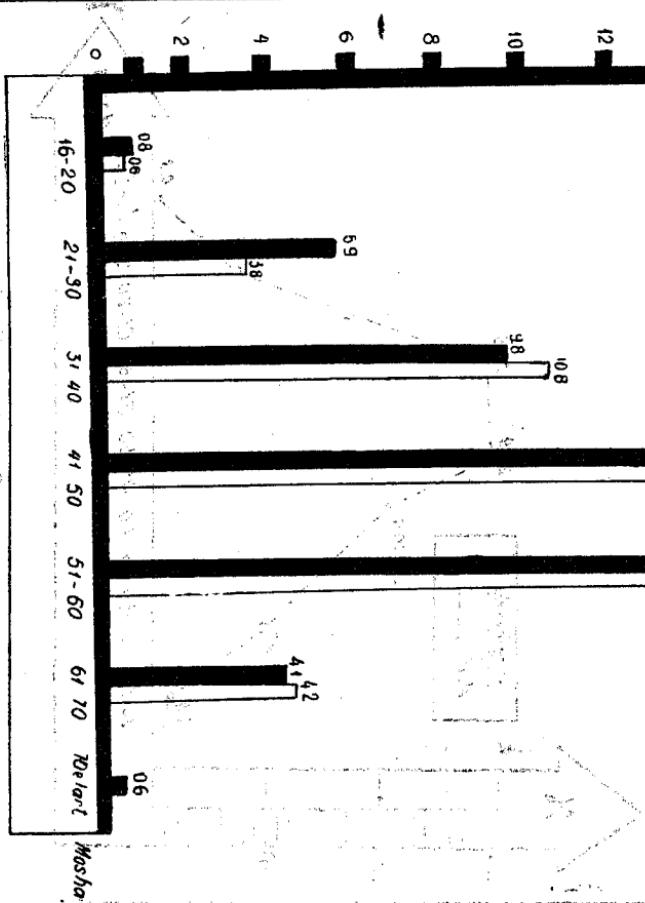
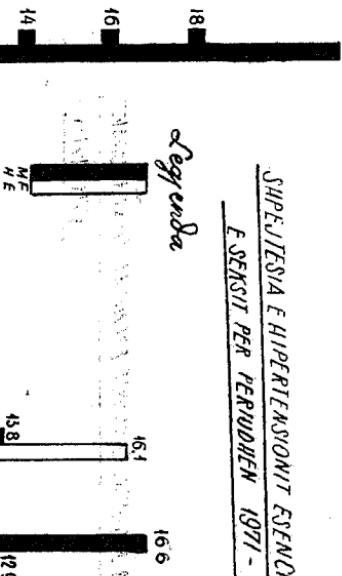
1971 1975



Grafiku Nr. 1

SUPERFICIESA E HIPERTENSIONIS ESPECIAL SIAS MOSHES E
E SEKSIY PER PERIODEN 1971 - 1975

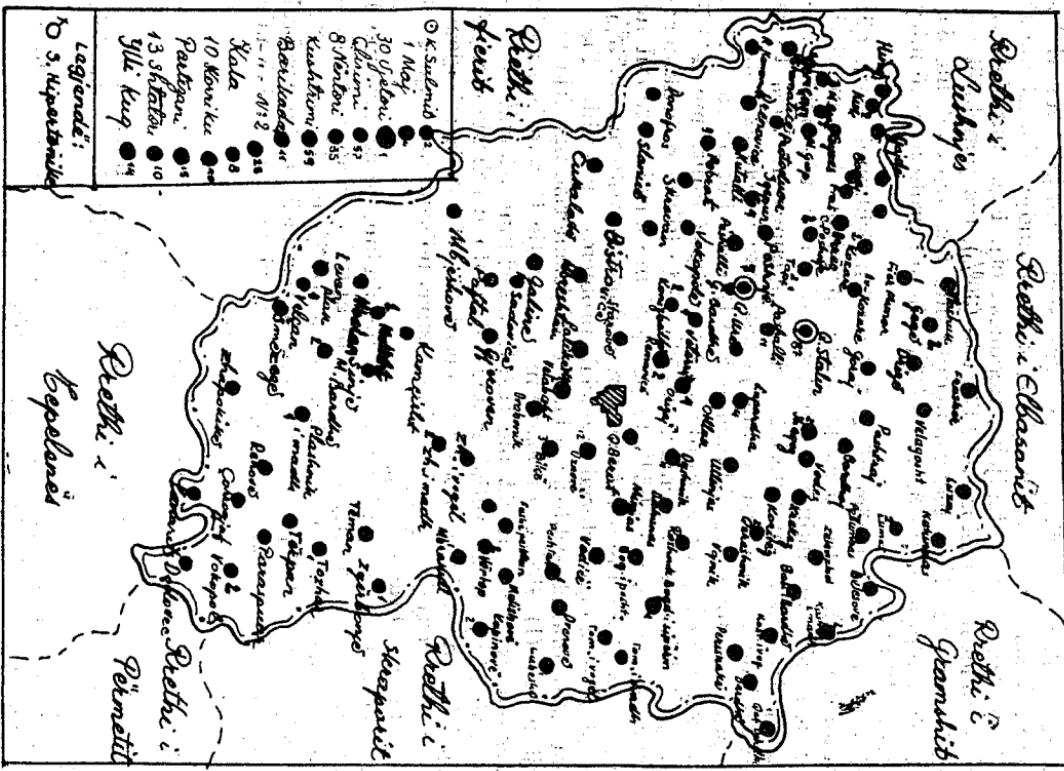
Legende



Grafiku Nr 2

RRETNI BERAIT

Sipenindaya e fl. b. B.



Mapa № 1

Në të sëmuri të tanë u pa mundësia e shpeshtësisë së vizitave që ka bërë i sëmuri me H A E në poliklinikë lidhur me stinat e vitt. Nga kjo rezultoi se shpeshtësia e të sëmuri të vizituar në Poliklinikat në stinën e pranverës ka qënë 33.1%, në stinën e verës 13.9%, në atë të vjeshtës 22.5% dhe në stinën e dimrit në 30.5%. Pra të sëmuri të hipertoni të vizitohen më shpesh në pranverë dhe në dimër, që mund të shpjegohet edhe me ndikimin e faktorëve metereologjikë në vetë hipertonikun.

Aspekt tjetër i studimit tonë është edhe lidhja me H A E me profesionin. Sipas disa autorëve (4, 9), kjo sëmundje takohet më shpesh në punëtorë, pastaj në shtëpijakë, nëpunësa etj. Nga materiali qynë del se H A E takohet në punëtorë në 147 raste (30%), tek punëtorët e bujqësisë në 101 raste (20.8%), tek zanatçinjtë dhe tek nepunisit me 56 raste (11.5%), tek shtëpijaket në 32 raste (6%) dhe në profesione të ndryshme në 93 raste (19%).

Një vend të rëndësishëm në H A E zënë ndërlirimet e tij, që sipas disa autorëve (2), ato përbjegjne një problem të imprentë dhe konsiderohen si ndërlirkime «specifike» dhe bëhen shkak vdekjeje në 33-60%. Hipertensioni arterial esencial gjendet në 70% të rasteve në të sëmuri që vuajnë nga sëmundja iskernike e zemrës (13).

Në punimin tonë, ndërlirimet e H A E janë takuar në 122 të sëmurë, që zënë 25.1% të të gjithë rasteve. Sipas Illojt, me ndërlirkime kardiake janë hasur 91 të sëmuri, 74,5% të të gjithë ndërlirkimeve, me ato cerebrale 14 raste me 11.5%, të përzjerë me kardio-cerebral në 4 të sëmure me 3.3% dhe me dëmtimë të ndryshme 13 raste me 10.7%.

Në hipertensionin arterial esencial, problem i imprentë dhe i rëndësishëm është dhe shpeshtësia e lartë e vdekshmërisë nga kjo patologji. Sipas një autorit (1), 45% e autopsive me sëmundje të zemrës shoqërohen me hipertoni. Në të sëmuri të H A E, ndërlirimet kardiake si shkak vdekje zënë 50% të të gjithë rasteve dhe ato cerebrale arrinë deri në 34%. Në vendin tonë, sipas një autorit (7), H T A është gjendur në 13% si shkak vdekjeje e papritur, kurse sipas ndërlirkimeve ajo kardiakja zë 42.8% dhe cerebralia 57.2%.

Nga materiali ynë, gjatë periudhës në studim, të sëmuri me H A E kanë vdekur 17, që përbjegjne 3.5% të të gjithë të sëmuri. Si shkak vdekjeje me ndërlirkime kardiake kanë qënë 64.7% me 11 raste, me aksidente cerebrale në 23.6% me 4 raste dhe të përzjerë kardio-cerebrale me 11.7% me 2 raste. Të gjithë të sëmuri që vdiqën kanë qënë mbi mo- shën 55 vjeç.

PER FUNDIME

1) Shpeshtësia e sëmundshmërisë me H A E midis populatës së rritur të rrëthit të Beratit, të vizituar në shërbimin e kardiologjisë, është 7,8%.

2) Shpeshtësia e H A E shihet me rritjen e moshës, më e lartë është në grup-moshat 41-60 vjeç me 59.4%.

3) Në lidhje me seksin, shpeshtësia e H A E është gati e barabartë: 50.9% për meskujt dhe 49.1% për femrat.

4) Hipertensioni arterial esencial takohet rrëth dy herë më shumë, në qytet sesa në fshat.

Staget e hipertonisë esenciale, grup-moshat, seksi, profesioni

Pasqyra nr. 1

Stadi H E	Nr. i rasteve	15—20		21—30		31—40		41—50		51—60		61—70		+ 70		Puntorë	Bujk	Zanatçinj	Në punës	Shtëpijakë	Të ndryshëm	Arsimtarë
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F							
I	244	—	—	2	28	18	36	40	40	44	14	20	—	—	—	94	61	19	28	11	21	10
II	216	—	—	—	—	10	12	27	33	56	40	12	24	2	—	67	38	30	27	18	30	6
III	23	—	—	—	—	1	10	3	8	1	—	—	7	2	—	6	1	3	1	3	4	—
Mali- një	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—

- 5) Ndërlirimet me H.A.E janë takuar në 25.1% të rasteve dhe më shpesh ato të aparatit kardiovaskular me 74.5% të të gjithë ndërlimi-neve.
- 6) Si shkak vdekjeje, ndërlirimet kardiake zenë 64.7% të rasteve.

Dorëzuar në Redaksi më 30 shtator 1979

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

- 1) Birti P.: Patologjia Morfollogjike. Tiranë 1975, botim i II, 470.
- 2) Froment A., Froment R.: L'hypertension artérielle permanente, données statistiques, évolution, complications et prognostic. La revue du praticien 1969, Tom. 19, 2, 207.
- 3) Friedberg K. Ch.: Diseases of the Heart. Philadelphia and London 1968, Kap. 38, 147x.
- 4) Hoxha F., Rusi H.: Aspekte klinike të sëmundjes hipertonike. Buletini i UT - Serbia shkencat mjekësore 1976, 1, 9.
- 5) Chronique O.M.S.: Hypertension essentielle 1961, vol. 15, nr. 10, 383.
- 6) Chronique O.M.S.: Prévenir et traiter les maladies cardio-vasculaire 1974, 129.
- 7) Pavili P.: Shkaqet e vdekjes së papritur dhe mundësítë e parandalimit të saj. Tirane 1975.
- 8) Restiro O., Sindoni G., Ballati S., Foti V.: Il trattamento dell'ipertensione arteriosa. Minerva cardiologici 1975, vol. 21, 9, 585.
- 9) Rusi H., Petani H., Islami V., Thereska N.: Të dijenat mbi ndryshimet renale hipertonike esenciale. Shëndetësia Popullore 1975, 3, 44.
- 10) Rusi H.: Të dhëna mbi hipertensionin arterial të punëtorëve në disa qendra pune të rrëthimit të Tiranës. Shëndetësia Popullore 1975, 1, 67.
- 11) Rusi H.: Gjendja e rëndësishme e rëndësishme popullore 1974, 1, 24.
- 12) Kroku C.: Ndryshimet morfollogjike në morbus hipertoni, të nxjerrë nga materiali autopsik 10 vjetçar 1955-1965 i shërbimit të anatominë patologjike të spitaleve. Shëndetësia Popullore 1966, 4, 21.
- 13) Stergiopoulos Ch. J.: Sur la lutte contre les maladies cardiovasculaires en Grèce. Archives de l'Union médical Balkanique 1968, Tom VI, 795.
- 14) Shehu N.: Vlerat normale të presionit arterial sistolik e diastolik dhe shpesh-tësia e hipertensionit arterial në 10.000 raste të depistuar në rrëthim e Beratit. Shëndetësia Popullore 1976, 2, 35.

S u m m a r y

MORBIDITY RATE OF ESSENTIAL BLOOD HYPERTENSION

The work comprises the study for five years (1971-1975) of the morbidity rate of essential hypertension in patients with cardiovascular affections in the district of Berat, in all 6200 patients visited in the polyclinic and admitted to hospital. Of these, 485 suffered from essential hypertension.

The following conclusions can be drawn from that study:

1. The incidence of essential hypertension among patients with cardiovascular affections was 7.8%.
2. The frequency of essential hypertension rises with the age of the patients and is highest in the 41-60 year age group (59.4%).
3. No significant difference is observed in relation to the sex the male/female ratio being 50.9/49.1%.
4. Essential hypertension is more frequent in towns than in the countryside, the ratio being 2:1.

5. Complications were observed in 25.1%, chiefly of the cardiovascular apparatus (74.5%).
6. These complications were direct cause of death in 64.7% of the cases.

Résumé

TAUX DE MORBIDITÉ DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ESSENTIELLE

L'auteur de la présente communication a étudié pendant cinq ans (1971-1975) le taux de morbidité de l'hypertension artérielle essentielle chez des patients souffrant d'affections cardiovasculaires dans le district de Berat, en tout 6 200 malades, qui ont été visités à la polyclinique ou admis à l'hôpital. De leur nombre, 485 souffraient d'hypertension essentielle.

De cette étude on peut dégager les conclusions que voici:

1. L'incidence de l'hypertension essentielle parmi les patients souffrant d'affections cardiovasculaires était de 7,8%.
2. La fréquence de l'hypertension essentielle croît avec l'âge des patients et il est plus élevé dans le groupe d'âges entre 41 et 60 ans (59.4%).
3. On n'a pas relevé des différences importantes quant au sexe, le rapport mâle-femelle étant de 50.9/49.1%.
4. L'hypertension essentielle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes, le rapport étant de 2:1.
5. Des complications ont été observées dans 25.1% des cas, celles-ci concernant surtout l'appareil cardiovasculaire (74.5%).
6. Ces complications furent la cause directe du décès dans 64.7% des cas.

HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

MBI SHOKUN INFETKIV

— JAHJA PULO — DHIMITËR KRAJA — PETRO SHAMO —

(Klinika e sëmundjeve ngjitese)

Gjatë sëmundjeve të ndryshme infektive apo infeksioneve të lokalisuarra, të shqeruara me bakteriemi, jo rrallheër mund të vërehen kolapse kardiocirkulatorë (1, 2, 3, 7, 9, 10). Disa prej tyre mund të jenë aq të shprehur, progressive e të pakthyeshme (gjende shoku) sa të çojnë vete në vdekje të sëmuri, brenda një kohe të shkurtër.

Sigurisht shkaqet dje mekanizmat, që gjonë në rje gjendje të tillë nuk janë gjithnjë të njëjtë. Në lindjen e tij gjershëtohen faktorë që kanë të bëjnë me mikroorganizmit apo prodhimet e tyre me të tjera faktorë të lidhur me gjendjen dhe reaktivitetin e makroorganizmit.

Për të cilësuar këtë gjendje të veçantë janë përdorur shumë emrime: shok septic, shok gjatë infeksioneve, shok bakterial, shok infekтив, shok bakteriemik, shok gram negativet, shok endotoksik, shok tok-sink, shok toksi-infekтив.

Nga tere këto emrime mund të kriohet përshtypia se ekzistojnë shkaqe dhe mekanizma të ndryshme, që kushtëzojnë shfaqjen e kesaj ngjarje dramatike, të cilën mund ta vuajë organizmi i njerrut gjatë infeksioneve të shkaktura nga mikrobet gram-positive apo negative.

Shoku infekтив përbën një nga problemet më të vështirë të injekësisë në përgjithësi dhe reanimacionet në veçanti (3, 5). Prandaj këto vitet e fundit atij po i kushtobet një vërmëndje e veçants, duke dashur madje paraqesin si një entitet nozologjik më vehte (1).

Duhet të theksojmë se me gjithë studimet e gjithanshme klinike dhe eksperimentale tek katshtë e afëria filogenetiksh me njeriun, shoku infekтив nuk është i njojur plotësisht në një aftë aspektë të tij.

* * *

Një përkufizim i shkakut infekтив, që do të përmblidhet të gjithë shkaqet, mekanizmat fiziopatologjike, shkaqet klinike dhe pasojat do të ishtë shumë i zgjatur. Nga ana tjeter edhe një përkufizim i plotë i shkakut në përgjithësi ende mungon (7).

Shokun infekтив ne e përcytyronë si një sindromë akutë, të ndërrlikuar nga pikëpamja fiziopatologjike, dinamike, që shkaqet gjatë infeksioneve, ne qendër të të cilët qendron një perfizion i pamjafueshëm indor, që shkakton vulltime të rëndë të qelizave me pasojë vdekjen e organizmit në se nuk nderyhet në kohën dhe me rrijetet e trukura. Shkaktarët më të shpeshtë të tij janë mikrobet gram-negativë. Auz

tore të ndryshëm referojnë shifra të larta, të shokut gjatë bakteriemive prej këtyre mikroorganizmave: 33% (1964), 38% (1968) (cituar nga 1, 2, 3, 10), 25% (1-1973), 60% (4-1973). Ndërsa gjatë septicemive prej gran-pozitiveve, shoku haset shumë më rrallë, ai haset deri në 5% të rasteve (1, 10). Si shkaktarë më të shpeshtë pranohen *Escherichia*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Bacteroides*, *Pseudomonas* (1, 3, 10).

Rrethuanat në të cilat mund të shfaqet shoku infektiv janë të shumta. Po përmëndim ato që cilësohen si më të shpeshta (3, 10):

— infekzionet e përgjithshme apo ato të lokalizuara, të shoqëruara

me bakterieni;

— pas operacioneve mbi traktin tretës, aparatin e fyrmenarrijes, rrugjet gjenito-urinare (sidomos të rrezikshme paraqiten abortet septike);

— pas hapjes së kaviteteve të abceduara; pas kateterizimeve, endoskopive; pas aksidenteve traumatike; pas transfuzioneve me gjak të kontaminuar;

— gjatë ishemive të ndryshme intestinale.

Gjithashtu është vërejtur se gjendja dhe reaktiviteti i organizmit kanë rolin e tyre. Shoku haset më tepër në subjektet me diabet, sëmundje të nacisë, sëmundje malinje, anemi, mungesa vitaminkë apo që përdorin imunosupresore (1, 3, 10).

PARAQITJA E RASTEVE DHE DISKUTIMI

Ne këtë punim po paraqesim, tetë të sëmure, që pësuan gjendje shokugejate infeksioneve të ndryshme në periudhën 1968-1978.

Rasti 1. — L. A., 17 vjeç, nr. kartelës 8775. Diagnoza Brucellosis acuta u bazua në të dhënët epidemiologjike, klinike, serologjike (Wright 1:1600, D.L.K pozitiv) si dhe shërbimin e plotë pas mjekimit specefik. Shoku u shfaq ditën e 30-të të fillimit të sëmundjes, për të cilën nuk kishte marrë njekun të përshtatshëm.

Rasti 2. — S.K. vjeç 50, nepunës, nr. kartelës 1575. Diagnoza Typhus abdominalis u vendos nga të dhënët klinike, serologjike (TO 1:640 TH 1:640) si dhe shërimin pas mjekimit të peripktë. Shoku u shfaq ditën e 15-të të një gjendje febrile të panjohur.

Rasti 3. — S.K. vjeç 26, kooperativist bujqësie, nr. kartele 1884. Diagnosa Abcesus hepatis et septicemia nga *E. Coli* u vendos në bazë të të dhëneve anamnestike, klinike, bakterioskopike dhe nekroskopike. Shoku u has në ditën e 40 të fillimit të një gjendje febrile me hiperbilirubinemi intermitente.

Rasti 4. — V.K., vjeç 54, punëtor, nr. karteli 1218. I sëmuri vuante nga cirroza, hepatike. Shoku u shfaq ditën e 30 të fillimit të trajtimit imunosupresiv, si pasojë të një bakteriemie nga *E. coli*. I sëmuri vdiq.

Rasti 5. — E.T., 30 vjeç. Punonjës shëndetësie, nr. karteli 1178. Diagnosa e një bakteriemie prej *E. coli*, me portë hyrje nga një kolecitet, u vendos në baze të pozitivitetit të bilikulturës dbe haemokulturës. Shoku endotoksik u shfaq në kohën kur për një hepatitis virusë recidivans trajtohet me kortizonikë (25 ditë pas fillimit të përdorimit të tyre).

Rasti 6. — V.N., vjeç 17, nxënës, nr. karteli 7627. Te ky i sëmure shoku, u vërejt ditën e 15 të mjekimit me kortizonikë, për një hepatit

viral, forma e rëndë, si pasojë e një septicemie të shkaktuar nga stafilocoku i artë. I sémuri vdq.

Rastë i 7. — M.N., vjet 17, punëtore, nr. kartele 837. Te kjo e sémurë shoku u shfaq ditën e pestë të një gjendje toksiko-infektive gjatë nje pneumonie buloze stafilocoksike, të pa trajtuar mirë ambulatorisht. E sémura vdq.

Rastë i 8. — N.X., vjet 25, kooperativiste bujçësie, rast i ndjekur jashitë spitalit tonë. Te kjo e sémurë shoku toksemik u vërejt në diën e gjashtë të mastitit, të shkaktuar nga bacili i antraksit. Diagnoza e antraksit u vendos në bazë të mungesës së pusit gjatë incizionit të gjendrës, të elementeve kutane, tipike për këtë antropozonoze. Në këtë rast gjendja u rëndua edhe si pasojë e një aborti, megjithatë u arrit të menjanojë vdekja e të sémurës, që para sémundjes ishte marrë me pëpunimin e lëkurëve të kafshës.

Sipas këtyre të dhënavë rezultoton se shokun infektiv mund ta hasim jo vëfem në infeksionet lokale, të shoqëruar me bakteriemi, por edhe në infeksione të per gjithshme si tifo, brucelozë apo antraksit. Te ky rasti i fundit, jemi të mendimt se shoku ka qënë pasojë e veprimit të toksineve të bacilit të antraksit pa bakteriemi. Në të vërtetë e sémura u shërua plotësisht pa shfaqur vatra metastatike nëpër organet e ndryshme. Gjithashu bie në sy edhe roli i dy faktorëve ndihmues në lindjen e shokut.

- 1) Mungesa e një mjekimi të përshtatshëm me antibiotikë, si ndodhi në rastet 1, 2, 3, 7, 8.
- 2) Prani e një mjekimi imunosupresiv, që ul rezistencën natyrore të organizmit të dobësuar nga sémundja bazë. Kështu ndodhi në rastet 4, 5, 6.

Persa i përket vdekshmërisë, ashtu si vërehet nga paraqitja e rasteve, ne e kemi pasur në shifren 50%. Në vdekje përfunduan rastet 3, 4, 6, 7. Vdekja u shkaktoua në përqindje të njëjtë si nga mikrobet gram pozitive (rasti 6 e 7), ashtu dhe ata gram negative (rasti 3 e 4). Autorë të ndryshëm referojnë shifra të larta të vdekshmërisë gjatë shokut infektiv. 70% (1962), 82-96%, (1964), 74% (1965), 64% (1971), 40% (1971)-etj.

Të dhënat klinike. — Zakonisht shoku infektiv paraprihet nga rritja e temperaturës, e shqëruar kjo me të dridhura. Këto hasen 6 deri 24 orë para gregullimeve hemodinamike (4).

Rritja e temperaturës së trupit. — Kjo u has në të gjitha rastet tonë dhe ka lëvizur nga 38,5 deri në 40,5°C. Ne nuk kemi parë ndonjë lidhje të ngushtë kohore midis shfaqjes së shokut dhe filimin të temperaturës. Kështu per rastet 4, 5, 6, shoku u shfaq brenda 24 orëve të para nga filimi i temperaturës, ndërsa në rastet e tjera, ai u has me vonësë, nga ditët e 4 deri tek e 40 prej rritjes së temperaturës. Por duhet të shënojmë se edhe në rastet e temperaturës febrile të zgjatur, shoku është paraprirë nga një rritje e mëtejshme e temperaturës. Kështu në rastin nr. 1 dhe 3, ku temperatura, nga subfebrile apo febrile e lehtë, arriti shifren 39,3°C.

Të dhënat klinike. — Këto kanë qënë të pranishme në të gjithë të sémurët. Zakonisht kanë zgjatur disa orë. Në rastin 5 ato vazhduan mbi 10 ditë. I sémuri shprehet: «Prej disa ditësh ndjej të më kalojnë gdo 2-3 minuta të dridhura të ftohta nga këmbet deri të kokës».

Ndryshimet e lëkures. — Këmi parë hiperemi të lëkures së trupit

në dy të sëmure (rasti 4 e 5). Në fillim lëkura paraciqej e skurur, nuançe trëndafili, e nxehëtë dhe e thatë. Në një fazë më të vonëshme filionte një djerstje e imët. Nga pikëpamja fiziopatologjike kjo pamje shpjegohet me vazodilatacionin filestar, që i përket stadiut të parë të shokut infektiv (3, 4). Kjo quhet dhe «forma e ngrohtë» e shokut infektiv (3, 9).

Në tre të sëmure vumë re një lëkurë të ftohtë, të zbehtë, me cianozë të buzëve, hundës, veshëve, thonjve, (rastet 2, 3, 7). Kjo formë gjithnjë shqerohej me djerstje të bollshme të tipit buloz. Kjo shfaqje krijohet si pasojë e vazokonstriksionit periferik, që i përket stadiut të dytë të shokut (2, 3, 4, 9, 10). Quhet edhe «forma e ftohtë» e shokut infektiv (2, 3, 10). Në tre të sëmure të tjerë vërejtëm një pamje të ndërjetme: lëkurë të nxehëtë dhe të skurur në fytyrë, trung dhe pjesë proksimale të gjymtyrëve, që shqerohej me zbehje, ftohje dhe një farë mavjosjeje të pjesëve të tjera të trupit (rasteet 1, 6, 8).

Petekie vërejën vetëm në një të sëmure (rasti 3). Ato ishin të lokalizuar në trung dhe gjymtyrët e poshtme. Zakonisht këto i kushtohen një koagulimi intravaskular (4, 9), që ne nuk patëm mundësi ta vërtetonim nga ana laboratorike.

ÇRREGULLIMET KARDIOVASKULARE

Në të gjithë të sëmuret pamë ulje të presionit arterial. Në fillim binte në sy një ulje e madhe e atij maksimal, ndërkohë kur presioni minimal paraqiste pak ndryshime. Kështu në rastin e 3 gjetëm këto shifra: 60/40 mmHg. Në një kohë më të vonëshme binin dhe vlerat e presionit minimal. Vlen për tu shënuar se kur fillon të permirësimi, presioni minimal rritet shpejt. Kështu tek rasti 5, minimali arriti vlerën normale (60 mmHg) brenda 6 orëve, kurse presionit maksimal iu desh 24 orë të ngrihej në shifrën 90 mmHg. Gjithashtu vumë re luhatje më të mëdha të presionit maksimal në krahasim me atë minimal edhe në periudhën e parë tëpermirësimit të gjendjes.

Takikardinë e kemi hasur gjithmonë nga 140 deri në mbi 180 në minutë. Puls ka qenë i dobët, i vogël dhe në periudhën terminale i papercaktueshmë. Vetëm tek një i sëmure (rasti 1) u vu re bradikardi 48-52 në minutë.

Ulja e presionit arterialis gjatë shokut infektiv shkaktohet zakonisht në fazat e para, si pasojë e grumbullimit të gjakut në vazat e vogla, periferike. Tani pakoshet kthimi venoz, uljet hedhja kardiakë nga «sekuestrimi» periferik i gjakut. Nuk përashtohet mundësia edhe e një miokardiolipatie, si rrjetëm i ndërryries së faktorëve etiologjike apo dyfësore (2, 4, 8).

ÇRREGULLIMET E APARATIT TE FRYMËMARJES

Mushkëritë mund të jenë të prekura në mënyrë parësore, si pasojë e një pneumopatie infektive ose jo. Kështu ndodhi në rastin 7. Nga ana tjeter, ato mund të dëmtohen në mënyrë dytësore si pasojë e ndryshme neve fiziopatologjike prej vështirës së faktorëve etiologjike apo dyfësore (4, 8, 10).

Insuficienca respiratore është shkaku më i shpeshtë i vdekjes së këtyre të sëmurevë, sidomos pas korrigjimit të gregullimeve hemodinamike.

Si pasoje e gërshtëmit të faktoreve të ndryshëm, do të shkaktohet rritja e rezistencave pulmonare totale, që mund të krijojë një hiper-tension pulmonar, i cili kuشتëzon insuficiencën ventrikulare të djalitës dhe apo një «pellgëzim» të gjakut në nivelin kapilar që bëhet përgjegjës për shfaqjen e edemës pulmonare akute (2, 5).

Në të gjithë të sëmurët ne kemi vërejtur shtimin e shpeshtësisë së frysëmarrijes nga 24 (rasti 5), 32 (rasti 4), 40 (rasti 8) në minutë.

Të dhënët radiologjike janë negative në fazat e para të shokut infektiv. Me rendimin e tij, reperti rentgenologjik paraqet zona dendësimi, që varen nga shkalla e dëmtimeve; mund të hasen edhe versamente pleurale. Në rastin 5, ekzaminimi radiologjik vuri në dukje zgjerim të bazës së pulmonit të djalitë me minimal likuid pleural në të dy anët. Punktioni pleural vuri në dukje se kishim të bënim me një transudat. Këto ndryshime u zhduken brenda 6-7 ditëve, qëka flet dhe për origjinën shokale të tyre.

Shumica e të sëmurevë, që përfunduan në vdekje, bëne edemë pulmonare. Nga të dhënët anatomo-patologjike vlen të përmëndet emfizema pulmonare kompensatore e rastit 6, pneumorragja e theksuar në rastet 4 dhe 6. Nga ana klinike, këta të sëmure shfaqën një edemë pulmonare të rënë. Hasja e pneumopatisë hemorragjike, gjatë shokut, është shenjë prognostike e keqe (8). Ajo shkakohet nga një sëre faktoresh: si nga dëmtimet e tonusit arteriorë, kapilar, venular, rritja e përshtukëshmërisë kapilare, formimi i koagulave intravaskulare etj. (4, 8). Në rastet e tjerë u vu re edeme dhe hiperemi e konsiderueshme e mushkërive.

ORREGULLIMET NË TRAKTIN TRETËS

Gjatë shokut infektiv mund të hasen të vjella dhe diare (4). Por këto shenja hasen rrallë. Të vjellat ne i kemi vërejtur në tre të sëmure (3, 4, 6). Gjithnjë kanë qenë me përbajtje biliare, me shpeshtësi të ndryshme: nga 2-4 herë (rastet 4, 6), deri në 8-10 herë (respektivisht rastet 3 dhe 5). Diarenë e kemi hasur ende më rrallë, vetëm në dy të sëmure. Në kundërshtim me të vjellat, që janë shfaqur në fillim, diarea është paraqitur në 10 orë (rasti 4) deri në 20 orë (rasti 6) prej fillimit të shokut. Në të dy rastet, shpeshtësa ka qenë e ulët, 2-3 herë gjithsej. Vjen të përmëndim nga ana anatomo-patologjike, hasja e një enteritit nekrotiko-hemorragjik në një gjatesi prej 80 cm. në jejunum.

Sipas disa autorëve (cituar nga 4), gjatë shokut infektiv mund të vihen re edhe dëmtime të mëqisë, që konsistonë në sublitter, ikter dhe dhembje në hipokondrin e djathtë. Gjithashtu jo rrallë vërehet rritja e transaminazave (10). Nga pikëpamja fizipatologjike, këto dëmtime shpjegohen me veprimin e një sërë faktorësh si ai i toksinave bakteriale (1), apo substancave të gjira prej tyre (1, 8), sëraza intrahepatike (4) dhe hipoksia (2). Si pasoje e gërshtëmit të këtyre faktoreve janë vërejtur edhe dëmtime mortologjike të ketij organi. Kështu gjatë shokut infektiv mund të viben re edhe nekroza hepatocelullore (8).

Cëregullimet e funksionit hepatik, qoftë si organ i sistemit retiku-lo-endotelial (veprim detoksisues), qoftë si organ i rendësishëm i meta-

bolizmit, bëhen shkak i rëndimit të mëtejshëm të vuajtjes së organizmit (1).

Ne kemi vërejtur rritjen e bilirubinemisë direkte nga 3,8 deri në 5,92, respektivisht në rastet 5 dhe 3, shumin e S GOT dëri S GPT deri në 240 ut, rritjen e amoniemisë në shifrat 250 gama^{0%} (rasti 5). Me përmirësimin e gjendjes shokale u vu re normalizimi i shpejtë i këtyre dëmtimeve. Kështu tek rasti i 5 patëm normalizim të këtyre treguesve brenda 10-15 ditëve. Vumë re gjithashu zmadhimin e kufijve të mëlgjësë deri në 2-3 cm, të shoqëruar me shtim: të ndjeshmërisë së saj. Në rastet që përfunduan në vdekje, ekzaminalimi anatomo-patologjik vuri në dukje një venostazë dhe dukuri distrofike të theksuara.

DËMTIMET E APARATIT URINAR

Gjatë shokut infektiv, veshkat janë ndër organet, që vuajnë më herët dhe më shumë (2, 5, 6, 9, 10). Endotoksinat shkaktojnë dëmtime direkte toksike të qelizave, duke dhënë këshitu nekrozë tubulare. Nga ana tjetër, ato janin çrrëgullime të hemodinamikës intra-renale, që kon sistojnë në ulje të perfuzionit të pjesës kortikale në favor të shtrimit të tij deri 4-5 herë në pjesën medulare (6). Në lidjen e lezioneve renale ka dorë dhe ulja e sasisë së gjakut që vjen në veshkat (2, 3, 7, 8, 10), veg. fenomenit të koagulimit intravaskular (5, 9). Jo rrallë herë, këto dëmtime bëhen shkak i vdekjes të të sëmurëve me shok infektiv.

Insuficiencën renale akute ne e kemi hasur në të gjithë të sëmurët me shok infektiv. Shprehja më e parë e saj ka qënë oligo-anuria shumë e hershme, që shoqërohet me alterime të repertit urinar dhe shtrimin në gjak të azotemisë, kreatinemisë etj. Po paraqesim rastin 5, tek i cili insuficiencia renale e rende dhe e zgjatur shoqërohet me një diurezë të ruajtur. Dalja nga gjendja e shokut te ky i sëmure kërkoi rreth 20 orë mjekim intensiv. Mirëpo me gjithë ruajtjen e një diureze të mirë (nga 1200 deri 2000 ml. urinë në 24 orë) këtu u vendos një insuficiencë renale progressive me këto të dhëna:

- densitet vazhdimisht në shifrat 1005-1008;
- albuminuri deri në 0,5 g%; leukocitët dhe eritrocitet me shumicë; shtrimi sidomos të epiteleve renale, pavimentoze, cilindrave granuloze e hialine; proteinograma dhe elektroforeza e urinës fliste për një proteinuri të tipit tubular; ulje të sasisë së uresë në urinën e 24 orëve deri në 7 g; ulje e theksuar e natrurisë; rritjen e kreatinemisë deri në 10 mg^{0%} dhe azotemisë deri në 200 mg^{0%}.

Normalizimi i këtyre treguesve u bë brenda një kohe prej dy muajsh nga shfaqja e shokut. Megjithatë, duhet theksuar fakti se i sëmuri paraqiste një densitet të ulur deri në një vit pas kësaj ngjarje. Kjo flet për rrëzikun e madh që paraqesin dëmtimet renale si pasojë e shokut infektiv.

CEREGULLIMET HIDRO-ELEKTRROLITIKE

Shoku infektiv grupohet në atë normovolemik (2, 3, 4, 10), sepse nuk kemi humbje të lëngjeve nga organizmi. Megjithatë, nga pikëpamja fiziotpatologjike dhe hemodinamike ai paraqitet si një shok i tipit hipovolëmik relativ. Kjo sepse me kalimin e kohës, si pasojë e veprimit

të shumë faktoreve, ndodh fenomeni i «pelgëzimit» të gjakut në periferi, rritja e përshtukueshmërisë kapilare, që cojnë në edemën intersticiale. Kjo bën të pakoshet në mënyrë të konsiderueshme sasia e gjakut qarkullues (3, 9, 10). Në këtë drejtim mund të ndihmojnë dhe të vjetlat, diarea apo hemorrhagjëtë eventuale. Zakonisht flitet për një ulje të natëtëshme, rritje të kaliemi të shprehur në rastin 3, tek i cili arriti në 128 mEq/l, e shqëruar me një hiperkalemi 5,6 mEq/l. Edhe në të sëmurët e tjerë u vërejtën çregjallime të këtij tipi, por në një masë më të vogël. Kemi vënë re edhe rritjen e hematokritit deri në shifrën 58% (rasti 4).

ÇREGJALLIMET E EKULLIBRIT ACIDO-BAZIK

Në të sëmurët të ndjekur nga ne, nuk kemi parë asnjëherë fazën e alkalozië, qoftë të natyrës respiratore (10) apo metabolike. Përfundrazzi, gjithmonë vunë re një gjendje acidoze, e cila zakonisht haset në një fazë më të vonëshme të shokut infektiv (2, 3). Me veprimet e saj të shumta mbi indet dhe metabolismin, acidozë luan një rol të rëndësishëm në çuarjen e shokut drejt fazës së pakthyeshmërisë së tij (3, 4). Në vërejtjen ulje të pH të gjakut deri në 7,1 tek rasti 5, uljen e rezervës alkaline deri në 6,9 mEq/l nga 21 që është kufiri minimal i normës (rasti 4). Përsa u përket ndryshimeve të treguesve të astrupogramës, po paraqesim të dhenat e rastit 5, ku u vunë re këto shmanjje nga norma: pH = 7,10; PCO₂ = 52; BE = 9,5; BB = 19; PB = 15,5; BA = 15, CO total 15,9. Pra astrupograma tregon një acidozë të theksuar.

TE DHENAT E GJAKUT PERIFERIK

Gjatë shokut infektiv, në shumicën e rasteve vërehet shtim i leukociteve (4, 10). Në 6 të sëmurë ne pamë shtim të tyre nga 19500 deri në 24000/mm³. Në 5 të sëmurë, leukocitoza shoqërohet me shmangje nga e majta të formules leukocitare, ndërsa në një rast (rasti 5) me shmangje nga e djathta. Gjithashtu u vërejtën granulacione toksite në neutrofilet qysh në fillim. Shënojmë se në të sëmurin me tiloabdominale dhe atë me brucelozë nuk u pa shtim i leukociteve gjatë shokut.

Anemia e referuar nga disa autore është pasojë e hemolizës ose e hemorragjive të ndryshme (3, 9, 10). Kemi hasur anemi të lehtië hipokrome, vetëm në dy të sëmurë (rasti 3 dhe 4). Sedimenti i eritrociteve ka qenë i lartë në 6 të sëmurë. Në rastin 3 ka arriut deri në 64 mm, ndërsa u gjet normal në rastin 1 dhe 2. Trombocitet kanë rezultuar gjithnjë në kufi të normës. Sado të paktë, këto të dhëra flasin për atë që ndryshimet hematologjike varen shumë nga lloji i shkaktarit.

Me gjithë këto çregjallime të rënda, që pësojnë organet dhe sistemet e ndryshme të organizmit, sistemi nervor, si «panekimë nobell» dhe shumë e ndjeshme, mbrohet deri në fund nga mekanizmat e ndryshme kompensatorë (4, 10). Kështu një autor (4) thotë se shpesherë të sëmurët me gjendje shoku infektiv nuk kuptojnë arsyen e marjes së masave urgjente ndaj tyre. Në fazat e para të shokut, të paktën ata e kanë vejetëdjen të kthjellë (3, 4, 9).

Tek të sëmurët tanë, vëtëdija ka qënë e pastër për shumë kohë pas fillimit të shokut. Me rëndimin e sëmundjes, shtohet mundësia e humbjes së ndërgjegjes dhe rënje në komë (4, 5, 9). Vëtëm dy nga të sëmurët tanë (rasti 6 dhe 7) ranë në gjendje komatoze para vdekjes. Koma u has edhe në rastin 5, që arriti të shërohej. Përvog edemisë dhe hiperemisë së trurit, të dhënat anatomo-patologjike nuk vunë në pah ndryshime të tjera.

MBI KRITERETE MJEKIMIT

Mjekimi i përpiktë i kësaj sindrome të rendë paraqitet shumë i vështirë jo vetëm nga ecuria e shpejtë dhe rëndimi i hershëm i tij, por edhe nga fakti se shumë mekanizma fiziopatologjike, që e shkaktojnë apo kushtëzojnë pasojat e shokut infektiv, janë ende të paqarta.

Nga ana tjetër, mjekimi intensiv i tij, që permblodh dhëni e shumë medikamenteve njëkohësisht nuk ka lejuar perkaktimin e vlerës konkrete të secilës substance në shërbimin e të sëmurëve.

Gjithashtu, megjë shkaqet dhe mënyrat e shfaqjes së shokut infektiv, si e pamë edhe nga rastet tonë, janë të shumta, mund të themi se nuk ekziston një mjekim tip, që të jetë i përshtatshëm në çdo të sëmure. Këtu duhet të kemi parasysh edhe një gjë shumë të rëndësi-shme: shoku është një sindromë dinamike, që do të thotë se edhe mjekimi është dinamik dhe duhet t'u përshtatet stadeve të tij.

Megjithatë ekzistojnë disa parime të përgjithshme, të cilat duhet të respektohen kur ndodhemi para një të sëmuri me shok infektiv.

- 1) Meqë ai pason një gjendje bakteriemie (3, 9, 10) atëherë të kihet parasysh shfaqja e hipertermisë dhe e të dridhurave gjatë një infekzioni, mundësish bakterial. Pas një gjendje të tillë, të ndiqet me kujdes përcaktimi i presionit arterial dhe i diurezës, si shfaqje, të her-shme të tij (2, 3, 4). Gjithashtu theksojmë se ka rëndësi të vlerësohet areaktiviteti i subjekteve me sëmundje të rënda, me moshë të kualuar apo që përdorin medikamente, të cilët «fsheshin» gjendjen infektive. Në të tillë njerëz është vërejtur bëria e shokut pa hipertermi.

- 2) Infekzioni lokal apo i përgjithshëm të mjekohet me të gjitha mjetet e mundshme (antibiotikë, drenim i abceseve, ndërryje kirurgjikale etj.). Duhet pasur parasysh që të mirren kulturat mikrobiike nga çdo vend i dyshimit. Sidomos hemokulturat duhet të përsëriten, sepse mund të kemi ndryshimin e florës bakteriale gjatë trajtimit (9). Kështu ndodhi edhe në rastin 5 të sëmurt tonë, tek i cili u vërejt zëvëndësimi i E. coli me streptokokun viridans gjatë trajtimit të fuqishëm antibakterial.

- 3) Korrigimi i hipovolemisë. Pavareësish se shoku infektiv është i tipit hipovolemik relativ, dhënia e lëngjeve është e domosdoshme për të ndihmuar rrjedhjen në sistemin e mikroqarkullimit (5, 8), si dhe për të zëvëndësuar «humbjen» e asaj pjese të gjakut, që gjendet e «burgosur» në vazat e vogla apo që ka kaluar në indin intersticial. Ne kemi përdorur tretësirë fiziologjike, glukoze (me përqindje të ndryshme) plazmën e freskët dhe dekstramin. Dhënia e tyre bëhet sipas rastit kom-kret, duke pasur kujdes të mos shkaktojme mbingarkim, që mund ta çojë në vdekje të sëmürin. Ne kemi arritur të japim deri në 7,5 litra lëngje brenda 26-30 orëve të para për nxjerjen nga gjenda e shokut (rasti 4 e 5).

4) Korrigimi i ndryshimeve hidro-elektrolitike dhe acidobazike. Për një veprim të tillë bazohemi në të dhënët e jonogramës dhe astur-pogramës. Sipas rastit kemi dhënë elektrolitet: natrium, në formën e tretësirës fiziologjike; kalium, si kali klorat deri në normalizimin e tyre. Kemi përdorur bikarbonatit përfundim i meqësuarit. Nuk kemi përdorur laktatin e tij meqë në shok kemi shtimin e aciditit laktik.

5) Trajtimi i çregullimeve hemodinamike. Paraqet një nga problemet më të ndërlikuara të mjekimit të shokut infektiv. Sot flitet fare pak për përdorimin e simpatiko-ninimetikëve (5, 10), sepse këtë thellinë vazokonstriksionin në sektorin e mikroqarkullimit, duke rënduar kështu gjendjen e të sëmurit. Ne kemi dhënë me sukses noradrenalinën në rastin 5. Te ky rast-kishim të bënim me një shok «të nxehjtë», të diagnostikuar shumë shpejt. Duke qënë të mendim se ndodheshim në stadin e dilatacionit fillestar dhe pasi bëmë «mbushjen» e shtratit vazal me lëngje, noradrenalinën e përdorën me pikë të ngadalta. U deshën 6 mg përfundimisht rastit 5, me tension arterial 90/60 mmHg të qëndrueshëm. Me një tepër entuziazem flitet përfundimisht përshtypençat alfa-blokuuese dhe beta-stimulusese. Qëllimi i përdorimit të tyre është luftimi i vazokonstriksionit periferik, që është karakteristike e stadiut të dytë të shokut infektiv (5, 9). Kemi përdorur izuprenalinën, që, përvèç zgjerimit të vazzave koronare, kutane, renale dhe splanknike, ka edhe një veprim inotrop pozitiv. Vëtëm një nga tre të sëmurët që morën izuprenalinë mundi të shpëtonte (rasti 4).

Persa i përkëpt digitalizmit, atë e kemi përdorur vëtëm në rastet e shokut të avancuar, ku mendohet se mund të lozë rolin e saj dhe insuficiencia kardiake (2). Kemi përdorur Lanatocidin C në dozën 0,4 mg gdo 12 orë.

6) Glukokortikoidet. Në shokun infektiv po u jepet rëndësi gjithnjë e më shumë, në sajë të veprimit të tyre mbi zemrën, membranat qelizore, mitokondret, tonusin vazal, permeabilitetin kapilar (5, 9, 10). Këshillohen doza të mëdha. Ne kemi dhënë Ultrakorten me rrugë endovenozë në dozë nga 250-750 mg.

7) Rëndësi të vegantë paraqet trajtimi i insuficiencës renale akute, asaj respiratore si dhe korrigimi i koagulopatisë, që do të kushtëzojnë nga sëmundja baze, stadi i shokut dhe entiteti i tyre. Këto janë detyrat themelore që duhet të plotësohen përfundimisht kryer një trajtim të kujdesshëm të kësaj gjendje të rëndë, që paraqet edhe sot një vdekshmëri i njajft të lartë.

Dorëzuar në Redaksi më 15 dhjetor 1979. —

BIBLIOGRAFIA

- 1) Andreoni O.: Lo shock da gram negativi. Giorn. Mal. Parass. 1973, 25, 8, 503.
- 2) Berisha S.: Shoku. Fiziologjia Patologjike. Tiranë 1972, vol. II, 104.
- 3) Brooks B.K.: Resuscitation. London 1969, 149.
- 4) Gagliardi B.: Clinica dello shock. Giorn. Mal. Int. Parass. 1973, 25, 8, 603.
- 5) Lari S.: Terapia intensiva in shock. Giorn. Mal. Inf. Parass. 1977, 29, 6, 296.
- 6) Liehr H.: Il ruolo delle endotossine nelle alterazioni renali. Minerva Medica 1978, 69, 47.
- 7) Poro K.: Shoku. Trattato i sëmundjeve të brendshme. Tiranë 1974, vol. II, 381.
- 8) Simeoni S.: Anatomia patologica delle shock. Giorn. Mal. Inf. Parass. 1973, 25, 8, 592.

- 9) Spagliardi E.: Il paziente settico. *Minerva Medica* 1978, 69, 16, 1061.
10) Vachon F.: Choc infectieux. *La revue du praticien* 1989, 19, 3191.

Summary

INFECTIVE SHOCK

The paper describes the nosologic characteristics of infective shock and concentrates on its physiopathological determination, pointing out the still incomplete knowledge of many of its aspects. The causes and circumstances of its occurrence are mentioned.

In the light of the recent data, the paper presents eight cases of infective shock observed at the Clinic of infectious diseases. The interpretation is given of some of the main signs of shock with the purpose of explaining to some extent the pathogenetic mechanism of their appearance. The description of the lesions is made according to the various organs and systems, confronting them with data from the literature.

The paper attaches much importance to the treatment which is dealt with, in particular. It is presented in the form of therapeutic principles illustrated by the results obtained in the treatment of the individual patients.

Résumé

LE CHOC INFECTIEUX

Dans cet article, les auteurs décrivent les caractéristiques nosologiques du choc infectieux, en consacrant une attention moindre à sa définition physio-pathologique, étant donné qu'on ne connaît pas encore nombre de ses aspects. Ils indiquent les causes de ce grave syndrome et les circonstances dans lesquelles il se développe.

A la lumière des données récentes, ils présentent 8 cas de choc infectieux qui ont été observés à la clinique des maladies infectieuses. Ils cherchent à interpréter les principaux symptômes du choc infectieux, dans le but d'en éclaircir le mécanisme pathologique de manifestation. La description des lésions provoquées est faite à partir d'organes et de système, en les confrontant avec les données de la littérature.

Les auteurs accordent une grande importance au traitement, qui est analysé en profondeur, à partir des principes thérapeutiques accompagnés des résultats obtenus dans le traitement de ces patients.

PËRÇAKTEMI I ANTİKORPEVE TË KLASËS IgM NË TË SËMURET ME HEPATIT VIRAL PER DIFERENCIMIN E RASTEVE ME HEPATIT A

— SHAQR KRASTA — VLADIMIR GUSMARI — ILIRIANA VOKO —

FAIK SHARIFI —

(Instituti i Higjenes dhe Epidemiologjisë)

Identifikimi i antigeneve specifike të viruseve A dhe B të hepatitit viral, nëpërmjet provave të ndjeshme laboratorike, ka çuar në një rrijje më të mirë të epidemiologjisë, patogenezës, imunologjisë dhe karakteristikave klinike të kësaj sëmundje kaq të përhapur.

Vitet e fundit (7), duke u bazuar në metoda shumë të ndjeshme serologjike për përcaktimin e antigeneve dhe antikorpeve të viruseve A dhe B të hepatitit viral, u arrit në përfundim se ekziston edhe një tip i tretë i virusit të hepatitit viral, që lidhet kryesisht me transfuzionin e këtij infeksioni, nëpërmjet transfuzionit të gjakut, i cili, në disa raste, është quajtur virusi C i hepatitit viral.

Për përcaktimin e hepatitit viral tip B përdoret testi i imunodifuzionit. Me këtë metodë, që është e thjeshtë dhe specifik, por jo shumë e ndjeshme, vihet në dukje prania në gjakun e të sëmureve e antigenit spërfaqësor të virusit B të hepatitit (HBsAg).

Përcaktimi i tipit të virusit, që ka shkaktuar një hepatit viral, ka rendesi jo vetem nga ana klinike për trajtimin e të sëmurit, por për më tepër, ka rendesi epidemiologjike, lidhur me masat antiëpidemike, që duhet të merren në vatrat e infeksionit.

Nga metodat laboratorike të tanishme për diagnosten e hepatitit viral tip A, përcaktimi i antikorpeve të klasës IgM, rritia e të cilave flitet për një infeksion të fundit, është metoda më e thjeshtë dhe e shpejtë (8). Kjo metodë lejon vendosjen e diagnozës së hepatitit viral tipi A vetëm me një provë gjaku të marrur në fazën akute të sëmundjes.

G_1 — Makroglobulina, ose G_1 — M-Globulina, e quajtur ndryshe edhe B_2M -Globulina, u përcaktua përfundimisht me emrin IgM ose G_1M -imunglobulina më 1964, sipas propozimit të nomenklatures së OSH. Përqëndrimi i IgM në serumet normale lëkundet midis 39 dhe 117 ng. për 100 ml. (3).

Duke u nisur nga sa siper, ne përcaktuam antikorpet e klasës IgM në serumet e të sëmureve me hepatit viral, në fazën akute të sëmundjes, me qëllim për të differencuar hepatitin A nga hepatiti B.

MATERIALI DHE METODA

U ekzaminuan 188 serume, të cilëve më parë u ishte përcaktuar HBsAg me anën e imunodifuzionit në xhel-agaroze, sipas metodës së rekomanduar nga OBSH (1).

Nga serumet që u ekzaminuan, 178 ishin nga të sëmurië me hepatit viral në javën e parë të sëmundjes (69 serume HBsAg-poositiv dhe 109 serume HBsAg-negativ), ndërsa 10 serume nga njerëz të shëndoshë, që edhe nga kontrolli kishin rezultuar HBsAg-negativ.

Antikorpet e klasës IgM në serumet e ekzaminuara u përcaktuuan me anën e imunodifuzionit radial tek, sipas metodës së modifikuar nga Mancini (5), duke përdorur imunoserum dhije anti-IgM humane të Institutut Pasteur-Francë.

Teknika e imunodifuzionit radial u zhvillua për herë të parë për qëllime praktike për përcaktimin sasijor, të proteinave solubile (5 etj.). Kjo teknikë bazohet në parimin se kur antigeni difuzon nga një gropëzë cilindrike në një pilakë agarxheli, ku janë inkorporuar antikorpet e tij homologe, shfaqet një linje precipituuese unazore proporcionale me përqëndrimin e antigenit.

Pas kësaj bëhen matjet e diametrit të unazës precipituuese të formuara nga një seri përqëndrimesh antigeni (serum standard) si dhe të solucioneve të rjohura (serumet e të sëmuriëve), të vendosura në pilakë. Kurba e log. 10 të përqëndrimit të rjohur të antigenit (ordinata), në raport me diamentrin e unazës precipituuese (abcsa), jep një vijë të drejtë, duke dhënë këshut kurbiën standarde, prej së cilës përcaktohen vlerat e përqëndrimit të antigenit të mostrës së panjohur.

REZULTATET

— Serumet normale të marura nga 10 njerëz të shëndoshë (me HBsAg-negativ) rezultuan mesatarisht me 107,8 mg% IgM.

— Serumet e 69 të sëmuriëve me hepatit viral tipi B (HBsAg-poositiv) rezultuan mesatarisht me 113 mg% IgM.

— Serumet e 109 të sëmuriëve me hepatit viral (HBsAg-negativ) rezultuan mesatarisht me 205,2 mg% IgM. Vlera e koncentrimit të IgM në serumet e këtyre të sëmuriëve ishin si vijon:

	I g M — mg%
Serume (109) nga të sëmurië me hepatit viral	117
HBs Ag—negativ	27(24.7%)

	I g M — mg%
	117 — 205
	205

	I g M — mg%
	36 (33.0%)
	46 (42.2%)

DISKUTIM

Në praktikën e zakonshme pranohet se të gjithë të sëmuriët me hepatit viral me HBsAg-poositiv konsiderohen hepatit të tipit B, ndërsa ata me antigen negativ (HBsAg-negativ) mund të jenë hepatiti A ose hepatiti të një forme tjeter (6).

Në rastin tonë, nga rezultatet e ekaminave të kryera për përcaktimin e IgM mund të themi se nga 109 të sémurë me HBsAg negativ, 72 prej tyre (75,2%) ishin me hepatit A, ndërsa 27 të tjera, që kishin IgM më pak se 117 mg%, mund të kenë qënë hepatit B, të cilëve me anën e imundifuzionit nuk u arri të zbulohen HBsAg për vete faktin se kjo metodë nuk është shumë e njeshme, ose mund të jenë hepatit viral as A as B, ose hepatite me origjinë tjeter, ose IgM rezultoi e ulët si rezultat i gabimeve që lejon imundifuzioni radial tek.

Megjithëse metoda imunologjike, në krahasin me analizat e sedimentimit, janë më të preferueshme, në përcaktimin imunologjik sasi-jor të IgM mund të shfaqen gabime, burimi i të cilave duhet kërkuar, në radhë të parë, në faktin se serumet normale, ashtu dhe ato patologjike, përbajnjë komponent me peshë molekulare të ulët (7S), që reagojnë me antiserumet anti -IgM (2, 4).

KONKLUSIONE

Serumet e të sémurëve me hepatiti viral (antigjen – negativ), të marrura në javën e parë të sémundjes, rezultuan me nivel të lartë të IgM (mesatarisht 205,2 mg%). Gjetja e një titri të lartë IgM në të sémurë me hepatit viral HBsAg –negativ, në fazën akute të sémundjes, mund të shërbejë si një tregues për diagnozën diferencale midis formave të ndryshme të hepatiteve virale dhe vendosjen e diagnozës Hepatit viral tipi A.

Dorezuar në Redaksi më 20 dhjetor 1979. —

BIBLIOGRAFIA

- 1) Blumberg B. S., London W. T., Sutnik A. I.: Viral Hepatitis and Test for the Australia (Hepatitis-associated) Antigen and Antibody. III – Immunodiffusion Test. Bull. of WHO 1972, 2, 964.
- 2) Bush S.T., Swedling H.A., Gleich G.J.: Low Molecular Weight IgM in Human Serum. J. Lab. Clin. Med. 1969, 73, 194.
- 3) Chodirker W. B., Tomasi T. B.: Gamma-globulins: quantitative relationships in human serum and nonvascular fluids. Science 1963, 142, 1080.
- 4) Jones D.: Low molecular weight IgM as a pitfall in immunoglobulin quantitation by radial diffusion. Clinica Chimica Acta 1970, 29, 551.
- 5) Mancini G., Carbonara A.O., Heremans J.F.: Immunochemical quantitation of antigens by Single Radial Immunodiffusion. Immunochem 1965, 2, 235.
- 6) Warren J.: Viral Hepatitis A. Viral Hepatitis B. Në: Diagnostic procedures for Viral and Rickettsial Infections. Fourth Ed. — American Public Health Inc. New-York 1969.
- 7) Zuckerman A. J.: Three types of Human Viral Hepatitis. Bull. of WHO 1978, 1, 1.
- 9) WHO, Wkly. Epidem. Rec. 1979, 54, 218.

Summary

DETERMINATION OF IgM ANTIBODIES IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS WITH THE PURPOSE OF DIFFERENTIATING HEPATITIS A FROM OTHER TYPES OF HEPATITIS

The IgM immunoglobulin titres were determined of the serums of 178 patients with viral hepatitis and of 10 normal subjects (control group) by the Mancini radial immunodiffusion technique in view of distinguishing hepatitis A from other

types of hepatitis. A preliminary immunodiffusion test showed that 69 of the serums were HBsAg-positive and 109 HBsAg-negative.

The 69 HBsAg-positive serums had a normal mean concentration of IgM, while the mean concentration of IgM of the 109 HBsAg-negative serums was above 205 mg/100 ml. Of the latter, 75.2 percent resulted with high and 24.7 percent with normal IgM titres.

These results indicate that the HBsAg-positive serums belonged to patients with hepatitis B and that of the 109 HBsAg-negative serums 75.2 percent belonged to patients with hepatitis A and 24.7 percent belonged either to patients with hepatitis B (undetected by the immunodiffusion test) or to other types of hepatitis (neither A nor B).

Résumé

DÉTERMINATION DES ANTICORPS IgM CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT D'HÉPATITE À VIRUS AFIN DE DIFFÉRENCIER L'HÉPATITE A DES AUTRES TYPES D'HÉPATITE

Afin de distinguer l'hépatite A des autres types d'hépatite, les auteurs ont déterminé les titres des immunoglobulines IgM dans les sérum de 178 malades souffrant d'hépatite viral. Un essai préliminaire d'immunodiffusion avait montré que 69 des sérum étaient HBsAg-positifs et 109 HBsAg-négatifs. Dans le même temps, les titres des immunoglobulines IgM ont été déterminés chez 10 sujets sains (groupe de contrôle). La détermination de l'IgM a été effectuée par la technique d'immuno-diffusion radiale de Mancini.

Les sérum de 69 malades, ayant un HBsAg-positif, avaient en moyenne une concentration normale de l'IgM; alors que les sérum de 109 malades, ayant un HBsAg-négatif, contenait en moyenne plus de 295 mg/100 ml, dont 75,2% avec une concentration élevée des titres de l'IgM et 24,7% avec une concentration normale.

Ces résultats indiquent que 75,2% des sérum HBsAg-négatifs concernent l'hépatite de type A et 24,7% des autres sérum appartiennent à des patients atteints d'hépatite de type B ou à d'autres types d'hépatite (ni A ni B).

¹ Institut de Biologie et de Biostatistique de l'Université de Tbilissi, Tbilissi, URSS.

Dr. Sh. Krasta

V. Gusmari

I. Voko

E. Sharofi

² Institut de Biologie et de Biostatistique de l'Université de Tbilissi, Tbilissi, URSS.
Dr. Sh. Krasta, V. Gusmari, I. Voko, E. Sharofi, "Détermination des anticorps IgM chez les patients souffrant d'hépatite à virus afin de différencier l'hépatite A des autres types d'hépatite", *Journal of Hygiene, Epidemiology, and Microbiology*, 1979, 23, No. 1, pp. 65-70.

PERHAPJA E ANTIGJENT AUSTRALIA (HBsAg) NË KOLEKTVA FËMIJESH NË RRETHIN E TIRANËS

— PETRIKA TROJA — KOÇO PAPAJANI — VITORE FICO — TATJANA PEPÀ —

(Katedra e Higjenës dhe sëmundjeve ngjithëse, Qendra sanitare — Durës,
Spitali Distrofik — Tiranë)

Një ndër problemet më të rëndësishme për shëndetësinë është dhe hepatiti viral. Kohët e fundit janë bërë përparime të mëdha në drejtin të këtij infekzioni, duke ndriçuar njëft aspekte të tij si: vgoritë klinike, patogjenezën dhe aq më tepër aspektin epidemiologjik.

Me metodat laboratorike që ka sot, në dispozicion mjekësia është arritur të merren njëft të dhëna rrëshq hepatitit viral A dhe hepatitit të formës B. Hepatiti viral A takobet më shumë ndër fëmijet, sidomos prek fëmijërinë e hershme, me shumë ndër kolektiva fëmijesh dñe ka inkubacion të shkurter. Virusi i hepatitit A është vëguar nga fejet e të sëmurdëve me hepatit që në 5 ditë përpëra se të kemi ndryshime të hepatit dne rritje të transaminazave. Bruga e transmetimit është është apo tekalo-orale. Thuhet se kjo formë rrallë mund të jepet edhe me anën e transfuzioneve të ndryshme të gjakut. Forma tjeter e hepatitit viral, hepatiti i shkaktuar nga virusi B, karakterizohet nga një inkubacion më i gjatë se forma e hepatitit A, respektivisht 43-180 ditë dhe 15-150 ditë. Po kështu dhe nga ana klinike theksojmë se forma e hepatitit B kalon jo vetëm më rendë, por, ka edhe prirje për të kauar në forma kronike si dhe jep ndërlikime më të shumta. Prognozën e ka gjithashtu më të keqe. Hepatiti B jepet kryesisht me rrugë parenterale, me anë të transfuzioneve të ndryshme apo dhe me çfarëdo lloj inokulumi të gjakut e të nënprouktive të tij. Fishtë vënë re se edhe në sasi prej 1/40 000 pjesë të ml. të gjakut njëfton për dhëni e infeksionit, ndërsa sasia e plazmës për të dhëne infeksion është ende më e vogël. Sot janë zbuluar dhe mjaft rrugë të tjerë të transmetimit të këtij infekzioni.

Zbulimi i antigenit Australia ka krijuar mundësi studimi më të hollësishëm të hepatitit viral tip B, si nga ana klinike, epidemiologjike dhe njëkohësisht ka hapur perspektiva të reja edhe për diagnozën, mëkimin dhe profilaksinë e këtij infekzioni (5).

Antigjeni Australia daljon qartë dy format e hepatitit viral dhe ky antigjen vitet re vetëm në hepatitin e shkaktuar nga virusi i hepatitit B. Antigjeni Australia u quajt si antigjeni i hepatitit B (4). Ky antigjen takohet rrallë në banorë të SHBA, në Filipine arrinte në 6%, kurse në disa ishuj të Oqeanit Paqësor arrinte në 5%–15% (3). Sipas një autori (7), ne sajë të sasive të mëdha të antigenit të hepatitit B ndër mbarëtest, mund të arrihet perqatja e vaksinës mbrojtëse ndaj këtij infekzioni.

Vejimi i këtij antigjemi në pështymë, urinë, feje, likuid amniotik, spermë etj. ka ndryshuar edhe konceptet epidemiologjike, që lidhen me mënyrën e transmetimit të hepatitit të formës B (11). Disa autorë (6, 9) kanë vënë re se në njerezit që marrin gjak ose plazmë nga mbartës të shëndoshe me HBsAg do të keni 4-23% sëmundshmëri të rasteve. Nga një studim i bëre nga një autor (12) në vendin tonë në dhuruesit e gjakutës vënë re një mbartshmëri në 6,9%.

Antigjemi Australia ka lidhje edhe me evolucionin e hepatitit në forme kronike. Këtë gjie e thekson një autor (10), i cili ka vënë re se rastet me hepatit viral, të shoqëruara me HBsAg pozitiv, kalojnë forma më të rënda të sëmundjes dhë se ky lloj hepatiti luajt rolin të rëndësishëm edhe në krongjizimin dhe kalimet e mëtejshme në hepatitit aggressive apo deri në cirrozë të sëmundjes. Në këtë drejtim, një autor (1) pozitivitetin e HBsAg në hepatitet kronte e gjien deri në 20% të rasteve.

Për të vënë në dukje rolin që luajnë manipulimet parenterale në përhapjen e këtij virusi si dhe për të përdorur si kontigjent krahasi-mi me fëmijët e shëndoshe, ne ekzaminuan edhe një kontigjent fëmijesh të spitalit distrofik «Justina Shkupi».

MATERIALI DHE METODA E PUNËS

Nga katër gerdhe e kopështë të dytetit të Tiranës u ekzaminuan 311 fëmijë të moshës 0-6 vjeç. Po kështu u morën për ekzaminim edhe 48 fëmijë të gerdhes, kopështit e të moshës shkollore të fshatit, me moshë 0-14 vjeç. Nga spitali distrofik «Justina Shkupi» u bënë 247 ekzaminime ndër fëmijë të ndryshëm me shkallë të ndryshme të gjendjes së tyre distrofike.

Gjithsej janë kryer 606 ekzaminime. Gjaku u muarr nga gishti me anë të pipetave kapilare dhe pasi është lënë në termostat në 37°C për 30-40 minuta është bërë reaksiuni i imunodifuzionit të dyfishtë sipas Prince-Popovic për përcaktimin e HBsAg.

Pas marrjes së rezultateve pozitive për HBsAg është marrë një kontigjent fëmijësh, 15 fëmijë nga gerdhet e kopështet e Tiranës dhe 51 fëmijë të distrofikut dhe pasi iu është marrë gjak në venën kubitale janë përcaktuar provat funksionale të mëlgjse të transaminazat.

REZULTATET DHE DISKUTIMI

Nga të dhënat që jepen në pasqyrën nr. 1 për fëmijët e grupmoshave të ndryshme për dytetin dhe përfshatin, së bashku për moshën nga 0-14 vjeç, kemi këto rezultata:

Pasqyra nr. 1

Mosha	nr. i ekzaminave	Raste HBsAg (+)	% e pozitivitetit
0 — 3	170	16	9,4
4 — 6	143	10	7
7 — 14	46	2	4,3
Gjithsej	359	28	7,8

Pra për qytetin dhe fshatin vemi re se në kontigjentin prej 170 fëmijesh të moshës 0-3 vjeç, përqindja e pozitivitetit është 9,4; në 143 fëmijë të moshës 4-6 vjeç, përqindja e pozitivitetit është 7 dhe në moshen 7-14 vjeç përcindja e pozitivitetit është 4,3.

Si rrëth, nga 359 fëmijë të moshës 0-14 vjeç janë mbartës 28 pretyre, domethënë rrëth 7,8% janë HBsAg pozitiv.

Nga të dhënat e pasqyres nr. 2 për fëmijët e grupmoshave të ndryshme rezulton se:

Pasqyra nr. 2

Mosha	Nr. i ekzamininave	Raste me HBsAg (+)	% e pozitivitetit
0 - 3	163	15	9,2
4 - 6	134	8	5,9
7 - 14	14	—	—
Gjithsejt 0-14	311	23	7,3

Këto rezultate përkojnë edhe me ato të autorëve të tjera (8), që në fëmijët e moshës 0-3 vjeç HBsAg pozitiv e ka gjetur; në Durrës 11,3%, në Lushnjë 50%, në Fier 7,8% dhe në Elbasan 8,5%. Kurse në moshen 4-6 vjeç HBsAg pozitiv e ka gjetur si vjon; në Durrës 9,1%, në Lushnjë 13%, në Fier 14% dhe në Elbasan 12,5%.

Në studimin tonë morën edhe një kontigjent fëmijesh të moshës 0-14 vjeç nga fshati, gjithsejt 48 fëmijë, nga të cilët 5 prej tyre dolen pozitiv për HBsAg, domethënë 10,4% e gruptit që u muar në studim.

Për të treguar vlerën e injeksioneve parenterale në përhapjen e hepatitit serik apo të hepatitit viral të tipit B, ne morën në studim edhe 247 fëmije të spitalit distrofik «Justina Shkupi». Nga ky kontigjent rezultuan pozitiv 51 fëmije, domethënë 20,6%. Këta janë fëmijë të moshes 0-3 vjeç dhe që vazhdimisht kane bërë injeksione.

Gjatë studimit të përhapjes së antigjenit Australia në fëmijë të shëndoshë dhe fëmijët e spitalit distrofik, morën një kontigjent prej 15 fëmijesh të qytetit me HBsAg(+) dhe 51 fëmijë të distrofikut po me HBsAg(+). Këtyre iu muar gjak dhe iu bënë provat funksionale të mërgisë si dhe iu përcaktuara niveli i transaminazave. Të 15 fëmijët e qytetit rezultuan me prova funksionale dhe transaminazat normale, ndërsa nga kontigjenti i distrofikut rezultuan 6 fëmije me prova të ndryshuara të mërgisë si dhe transaminaza të larta. Kjo gjë na jep mundësi të mendojmë se tek këta fëmijë kemi të bëjmë me një formë subklinike ose dhe anikterike të hepatitit të shkaktuar nga virusi i tipit B (HBV).

Një autor (2) thikson se antigjeni Australia është më i përhapur në moshat e vogla. Një autor tjeter (7) e ka gjetur në 7,3% të fëmijëve, rezultat ky që përkon edhe me atë tonin për fëmijet e ekzamnuar ndër kolektiva të gerdheve e kopështëve të qytetit të Tiranës.

Ashtu sikurse kemi theksuar edhe më lart, përvet rrugës parentale, hepatiti B mund të transmetohet edhe me rrugë fekalorale, aerojene etj, të cilat kanë rendësi të njihen sidomos për injektimin që ndodh ndër kolektiva fëmijesh.

KONKLUSIONE

- 1) Nga ekzaminimet e 359 fëmijëve të moshës 0-14 vjeç të rethit të Tiranës, 28 prej tyre (7.8%) dolën mbartës të HBsAg pozitiv.
- 2) Në fëmijët e qytetit doli në pah se në fëmijët e moshës 0-3 vjeç ishin pozitive 15 fëmijë (9.2%), kurse për moshën 4-6 ishin pozitive 8 fëmijë (5.9%).
- 3) Nga ekzaminimi i 48 fëmijëve të fshatit të moshës 0-14 vjeç rezultuan pozitiv 5 fëmijë (10.4%).
- 4) Antigjeni Australia u gjend në fëmijët që iu nënshtronen më shumë injekSIONEVE parenterale sesa në fëmijët e shëndoshë. Kështu në spitalin distrofik «Justina Shkupi», rezultoi 20.6% pozitiviteti i antigjenit Australia.

Dorëzuar në Redaksi më 15 dhjetor 1979.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J. E.: Viera e punksion biopsisë të mëlgjësë në përcaktimin e diagnozës së hepatitit kronik. Buletini i UT — Seria Shkencat Mjekësore 1974, 1, 167.
- 2) Alla Vata: L'antigène Australia et les anticorps correspondants des malades d'hépatite virale. Archives de l'Union Médical Balkanique 1973, XL, 4, 588.
- 3) Beeson Paul: The Growth of knowledge About a Disease: Hepatitis. The American Journal of Medicine 1979, 67, 366.
- 4) De Blasi — Ioli A.: Attualizzazione sulla etiologia dell'epatite virale. Giornale di Malattie Parass. 1974, vol. 126, 5, 457.
- 5) Fiaccadori F.: Antigeni Au ed evaluazione della epatite acuta virale valutata attraverso alcuni indici biochimici. Effetto della terapia steroide. Giorn. Mal. Inf. Parass. 1975, vol. 26, 12, 1370.
- 6) Krygman S.: Viral hepatitis type B: Studies on natural history and prevention re-examined. New Engl. Journal Medicine 1979, 300, 101.
- 7) Papaevangelou G.: Recherche sur l'Antigène Australia en Grèce. Archives de l'Union Balkanique 1973, 4, 589.
- 8) Papajani K.: Nje depistim per antigenin Australia në popullsi. Buletini i UT — UT — Seria shkenca mjekësore 1976, 2, 103.
- 9) Pastore G.: Alcuni problemi delle antigeni Australia. Giorn. Mal. Parass. 1974, Vol. 26, 5, 467.
- 10) Pulo J.: Antigjeni Australia në të sëmuarët me hepatitit viral. Buletini i UT — Seria shkenca mjekësore 1977, 1, 63.
- 11) Victor M.: Saliva, Urine, feces as transmotive of tip B hepatitis. The New England Journal of Medicine 1974, Vol. 291, 2, 1371.
- 12) Zhuzhumi A.: Antigenia Australia në dhuruesit e gjakut të qytetit të Tiranës. Shëndetësia Popullore 1974, 2.

Summary

AUSTRALIA ANTIGEN (HBsAg) IN CHILDREN COMMUNITIES IN THE DISTRICT OF TIRANA

In view of the interest presented by the study of the Australia antigen, a survey was undertaken of its prevalence among children of the nurseries and kindergartens of the city and countryside of the Tirana district.

The results show that the highest proportions of healthy carriers of HBsAG are found among children aged 0-3 years who live in organized communities (9.2%).

Of the children from the countryside, in all 48, 5 resulted positive (10.4%). To show the importance of parenteral transmission of HBsAg the survey included 247 children from the dystrophic hospital «Justina Shkupi», of whom 51, or 20.6%, resulted positive.

In 15 children of the city and 51 of the dystrophic hospital who resulted carriers of HBsAg, the liver function and transaminases tests resulted altered only in 6 children of the dystrophic hospital.

The paper points out that the study of the prevalence of the Australia antigen helps to better understand a number of aspects related of the type B of viral hepatitis.

Résumé

DIFFUSION DE L'ANTIGÈNE AUSTRALIA (HBsAg) DANS DES COLLECTIFS D'ENFANTS DU DISTRICT DE TIRANA

Considérant l'importance que l'étude de l'antigène Australia représente en soi, les auteurs de la présente communication ont suivi de près la diffusion de cet antigène chez les enfants des crèches et des jardins d'enfants de la ville de Tirana et de ses environs.

Les résultats ont montré que les pourcentages plus élevés de porteurs sains de l'antigène Australia sont constitués par les enfants âgés de 0 à 3 ans qui vivent dans des collectifs organisés (9.2%).

En ce qui concerne les enfants des campagnes, en tout 48, 5 d'entre eux ont donné des résultats positifs (10.4%).

Afin de mettre en relief l'importance des injections parentérales dans la transmission de l'HBsAg, 247 enfants de l'hôpital dystrophique «Justina Shkupi» ont été examinés à cette fin; 51 d'entre eux, soit 20.6%, ont donné des résultats positifs.

En ce qui concerne les 15 enfants de la ville et les 51 de l'hôpital dystrophique, qui étaient des porteurs de l'antigène Australia, les épreuves de la fonction du foie et des transaminases ont montré des alterations seulement chez 6 enfants de l'hôpital dystrophique.

Les auteurs soulignent le fait que l'étude de la diffusion de l'antigène Australia nous permet de mieux saisir plusieurs aspects de l'hépatite à virus du type B.

**DIAGNOZA DIFERENCIALE NDËRMJET REKTO-KOLITEVE
HEMORRAGJKE IDIOPATIKE DHE DIZENTERISE
(BAKTERIALE DHE AMEBIKE)**

— ELMAS ELTARI — VIOLETA MOSKO — FAHRI DOLLAKU —

(Klinikë e sëmundjeve ngjifëse dhe spitali nr. 4)

Diarrea me gjak e mukus është një sindromë që ndeshet në praktikën tonë mjekësore. Pas çregullimeve të tillë fshihen shumë sëmurrët drejtohen në spital si dizenteri, ku me ekzaminimet plotësuese dallohet koliti hemorrhagjik nga dizenteria, kanceri i kolonit etj.

Kjo klinikë tashmë ka krijuar një përvojë të mirë në këto drejtime. Mendojnë se kjo përvojë mund t'iu shërbejë edhe mjekëve të rrëtheve të tjera të vendit tonë.

MATERIALI

Në analizë kemi marrë 30 të sëmurrët që paraqesim, 20 prej tyre janë dërguar në spital me diagnozën dizenteri bakteriale, 3 me dizenteri amebike dhe 7 me rektoragji ose kolite për tu perkaktuar.

Eksaminimi i materialeve fëkale për shigela, ameba ose parazitë të tjere ka rezultuar: me shigela pozitiv kanë dale 4 të sëmurrë, me ameba në një, me a. histolitica dhe askaride 2 të sëmurrë.

Veg kësaj, nga anamneza rezulton se 9 prej tyre kanë qënë të njerëzish si të sëmurrë me dizenteri bakteriale ose dy të tjere si të sëmurrë me amebiazë intestinale. Nga koha e shtimit, fillimi i sëmundjes ka qënë prej disa ditësh deri në disa vjet. Në film të sëmurrët janë trajtuar për disa vjet (në tre të sëmurrë qysh në fëmini) si «dizenteri», që tanë kanë rezultuar me koprokulturë negative.

REZULTATET

Shtatë të sëmurrë me fillim të menjëherëshëm të sëmundjes referojnë se kanë pasur defekacion me feje të formuara, të shoqëruara me pikë gjaku të pastër. Ky fillim i ka bërë ata që të drejtohen tek kirurgu për hemorrhoidë. Më vonë ka filluar diarrea e ujshme me mukus dhe gjak dhe këta të sëmurrë janë konsideruar me dizenteri.

Më 1972 një e sëmurrë është mjekuar për amebiozë (me forma vëgjetative).

Në dy të sëmura rezulton se sëmundja, për herë të parë, ka filluar pas lindjes.

Në 11 prej tyre të sëmurrët kanë qënë pa temperaturë ose kanë pasur temperaturë subfebrile, që më vonë temperatura ka arritur shifratë larta.

Nga simptomat objektive ka mbizotëruar defekimi me gjak, që është shoqëruar me mukus dhe me qelb. Ky defekim ka vazduar për nje periudhë të gjatë dhe nuk është ndërprerë as nga mjekimi me antibiotikët e përdorur për mjekimin e dizenterisë, sic ndodh zakinjtë më të sëmurrët me dizenteri bakteriale.

Nga ekzaminimi objektiv, sigma është gjendur e ndjeshme në të gjithë të sëmurrët. Në 15 raste, mësia ka qënë pak e rritur. Anemija është vënë re me vonesë. Në hemocitogramë janë gjetur eritrocitë të copëzuar. Si elementë të tjera, që kanë ndihmuar për dallimin e kolitit hemorrhagjik nga dizenteria kanë qënë edhe leukocitoza dhe sedimenti i gjakut i irritur.

Bie në sy se të sëmurrët me kolit hemorrhagjik shtrohen më tepër në muajt e ftohtë të dimrit, ndërsa të sëmurrët me dizenteri shtrohen më shpesh në stinat e nxehta.

Rektoskopia. — Kemi vënë re një mukozë gjakosej shumë shpejt. Një aspekt i tillë i mukozës vazndon për një kohë të gjatë. Në dy të sëmurrë janë vënë re erozione gjarpëruese.

Për të dalluar shkaqet e ndryshme të rektoragjive, përvog rektoskopisë, ne kemi bërë edhe biopsinë dhe irigrafinë. Nga biopsia kemi marrë të dhëna për rektokolit hemorrhagjik ose kolit kronik. Gjithashtu kemi gjetur ndryshime organike (ulceracione) ose funksionale edhe me radiologji. Në shumicën e rasteve, sidomos në fejet fillestare, irigrafia ka rezultuar normale.

Për diagnozën diferencale, vështirësi kemi pasur vegenërisht në 4 të sëmurrë me shigella pozitiv dhe të sëmurrët e tjera, që në shtrimet e mëparshëm janë njohur për shigela pozitiv. Të njëjat vështirësi kemi pasur edhe për të sëmurrët që njiheshin si të tillë me amebiazë.

Përsë i përket dallimit të rektokoliteve hemorrhagjike nga M. Crohn, ne kemi dyshuar në dy të sëmurrë, por nuk kemi pasur mbështetje qoftë nga biopsia rektale ashtu dhe nga radiologjia.

Nga praktika jonë po përshtauruamë disa raste.

E.A. shtruar më 9.I.1969 me nr. kartele 4172, me këto ankesa: dhembje barku, dobësi, diarre me mukus dhe gjak. Temperatura 37.4°C.

Sëmundja i kish filluar dy javë para shtrimit, me dhembje barku e diarre. Ambulatorisht iu dha mjekimi me kloramfenikol për katër ditë, por ky mijekim nuk i ndërpren diarrenë, përkundrazi iu shtrua gjaku. U fillua njekimi me Neomicinë, gjithashtu pa përmirësimë. Kur u shtrua

në spital për dy ditë mori kloramfenikol dhe tetraciklinë, por pa asnjë përmisësim. Sigma ishte e ndjeshme. Me ndërprerjen e antibiotikut iu dha Meksafomi, vitamina dhe qetësues.

Analizat — koprokultura për shigelë dhe fejet për parazit rezultuan disa herë negativ.

Gjaku komplet — Eritrocite mbi 4 milion. Leukocitet 20.000, sed. 18 mm/orë.

Në dalje: Eritrocitet 3.760.000, Sedimenti 25 mm/orë. Rishtrohet më 12.II.1972 me nr. kartele 81 me diagnozë dizenteri akute.

Në ekzaminimin e fejeve për ameba shënohet: u gjendën forma vegjetative (të rralla) dhe ciste të amebës histolitike.

Eshtë për të vënë në dukje se në defekacion shënohet: «feje të formuara, të veshura me gjak», gjithashtu mjekimi me Flagyl nuk ka dhënë efektet e pritura.

E sëmura eshtë shtruar në klinikë të tjera, jashtë shtetit, dhe nga epikrita mësohet se ka pasur diarre me gjak, me dhëmbje barku. Ekzaminimi i fejeve për ameba dhe shigela ka qënë vazdimisht negativ.

Më 23.II.1977 shtrohet përsëri në këtë klinikë me nr. kartele 459, me diagnozë dizenteri amebike, me këto ankesa: dhembje barku, diarre me mukus dhe gjak. Sëmundja i kish filluar para një muajit. Në dekurs shënohet: defekacioni eshtë me feje të formuara, por të veshura me gjak.

Në rektoskopji. — mukoza hiperemike që gjakoset lehtë. Ekzaminimi i fejeve për shigela rezultoi negativ; për ameba u gjenden ciste amebash, prandaj iu fillua mjekimi me Flagyl dhe tetraciklinë, por pa asnjë efekt.

Irigoskopia dhe irigrafia shënojnë kolit spastik.

U mendua për një kolit hemorragjik idiopatik dhe u fillua mjekimi me Salasopyrin. Ky mjekim pati aftësi vepruese shumë të mirë. Dhembjet e barkut dhe diarrea me gjak u ndërprenë. Në përgjithësi e sëmura u përmirësua. Vazhdoi mjekimin ambulatoristik me Salasopyrin. Gjendja ka vazhduar e mirë. Pas këtij mjekimi ka lindur një fëmijë që nuk ka pasur keqësim të sëmundjes.

Rasti i dytë: M.B., 39 vjeç, shtruar më 11.XII.1975 me diagnozë dizenteri klinikish. Sëmundja i kish filluar në mënyrë të menjëherëshme 13 ditë para se të shtrohet, me temperaturë, diarre me gjak dhe mukus, sigma e dhëmbshme. I sëmuri ka kalluar dizenteri më 1969. Në koprokulturë rezultoi: shigela pozitiv, protozoar dhe parazitë të tjere nuk u gjendën. Në rektoskopji, mukoza rekta ishte hiperemike dhe gjakosej lehtë. Iu fillua mjekimi me antibiotikë, por pa efekte. Në biopsinë rektale shënohet: «rektokolit hemorragjik i riakutizuar». Mjekimi me Salasopyrin dha efekt të menjëherëshëm.

Rasti i tretë: S. G., vjeç 47, dërgohet nga një rrëth tjetër më 6 maj 1978. Sëmundja i kish filluar para 4 vjetëve me qëregullime intestinale, të cilat i rregullohen herë pas here me Meksafom. Në shkurt të viti 1978 i filluan dhembjet e barkut. Defekimi ishte me masa fëkale si kokra, me gjak e mukus. U shtrua në spital për dizenteri dhe në koprokultura rezultoi Sh. Flexner (nga epikrita). U mjekua me neomicinë, por shenja e klinike nuk u ndërprenë. Në spitalin tonë, në koprokuliturë rezultoi Sh. Sonnei pozitiv, e ndjeshme ndaj neomicinës, prandaj iu

fillua edhe një herë ky njekim, por klinika e sëmundjes i vazhdonte njëloj.

Në rektoskopji, mukoza ishte «shumë hiperemike dhe me erozione të shumta». Në irigoskopi dhe grafi shënohej: «nuk duken leziona të kolonit. Dallohet dolikosigëm».

Pa u pritur përgjigja e biopsisë, u fillua mjekimi me Salasopyrin dhe lavazhe rektale me Ultrakorten 25 mg r x 2, për rektokolit hemorragjik. Përmirësimi filloi menjëherë dhe në mënyrë të dukshme e qartë: diarrea me gjak u ndërpre, dhembjet u ndalan, gjenda e përgjithshme e të sëmurës ndryshoi.

Në biopsinë rektale shënohej: «rektokolit ulçeroz».

DISKUTIM

Sikurse përmëndëm në fillim të këtij punimi, në praktikën tonë, kolitet hemorrhagjike përbëjnë mbi 10% të rasteve me diarre dizenteriforme. Shumica e të sëmurëve dërgohen për shtrim me diagnozë dizenteri. Ka autorë që shkruajnë se në 20-25% të rasteve, sëmundja fillon dhe vazhdon si enterokolit (1, 2). Po të merrat parasysh se rastet me diarre dizenteriforme ose enterekolite pa diagnozë etiologjike janë në përgjindje të konsiderueshme në të gjithë vendet e botës, ne mendojmë se rastet me rektokolite idiotipike, në praktikën tonë, duhet të jenë më të shpeshta. Kështu, në të gjithë ato raste që koprokultura për shigela etj, dhe ekzaminimi i fejeve për parazitë rezultojnë disa herë negativ (sidomos kur rastet shtrohen në spital më shumë se një herë me diagnozën «klinikishë dizenteri») duhen mbajtur në evidencë dne duhet dysbuar për kolit idiopatik. Interes paraqet dallimi i kolitit hemorragjik nga dizenteria bakteriale dhe amebike, sidomos në të sémurët, që nga anamneza njihen si dizenterikë ose rezultojnë me shugjela ose ameba (shih përshtyrin e rasteve 1, 2, 3). Në këto raste, pasi të bëhet injekimi specifik antibakterial ose antiamebik (1) kur nuk ndërpritet (ose nuk ndikohet) klinika, duhet të mendohet për kolitit ulcero-hemorragjik dhe të kalohet shpejt në injekimin e tij. Ky kriter ka rendesi si orientues i parë për të tjerhequr vëmëndjen sidomos në ato raste (ose rrjetë) kur nuk ka mundësi të bëhen ekzaminime komplekse si rektoskopia, irigrafia, biopsia rektale etj.

Këtë kriter edhe ne e kemi shfrytëzuar dhe kemi arritur rezultata te mira në 11 raste, që kanë qënë të njohura si dizenteri bakteriale ose amebike në të kaluarën, ose që rezultonin ende pozitiv (shih më lart). Veçanërisht paraqet vështirësi diagnoza diferencale e kolitit hemorragjik me kolitit ulceroz amebik.

Në literaturë kjo temë është trajtuar shpeshherë. Disa autorë (6)

përshtyrinë një rast me kolit ulceroz amebik (ekzaminimi i fejeve neengativ për ameba) me interesim të gjithë kolonit, sidomos majtas mërcës (me abces që plasi, dhe ku u gjend E. histolyticus).

Rezultatet e mjekimit me Flagyl ose Salasopyrin ndihmojnë për të bëre diagnozën diferencale midis këtyre dy sëmundjeve.

Për diagnozën diferencale të dizenterisë nga koliti ulcerohemorragjik, kriter i rëndësishëm është padyshim rektoskopji. Ndërsa në di-

zenterinë bakteriale, kuadri rektoskopik karakterizohet nga një infla-

macion kataralo-membranoz, me edemë, më rrallë me ulcera të çregullta, që ndryshojnë dhe shërohen shpejt pas mjekimit specifik antibakterial, ne kolitet nga protozoaret (ameba etj.) ka më shpesh lezione punktiforme (4), ndërsa në rektokolitet hemorragjike vërehet një mukoze shumë hiperemike, që gjakoset mjaft shpejt. Një pamje e tillë e mukozës vazhdon për një kohë të gjatë. Në dy raste kemi vënë rezione të ndërprera të mukozes, me ulceracione ovale ose gjarpëruese, që shtriheshin mbi një mukoze në dukje të shëndoshë; ulcerimet osë plikat e kongestivuara ishin në drejtim gjatësor. Ka autorë (5) që këtë aspekt rektoskopik ia kushtoje kryesisht M. Crohn me lokalizim anorektal, por në këto raste, ne nuk kemi gjetur ato shenja klinike, që i atribuohen M. Crohn, siç janë: masat abdominale, fistulat, dërmefik (të vendosjes dhatas) ashtu dhe të lezioneve polimorfë, asimetrike (5, 7), nuk na kanë lejuar të bindemi për M. Crohn, aq më tepër edhe nga të dhënat negative të biopsisë rektale.

Mjekimi i këtyre dy sëmundjeve është i njëjtë salasopyrin, hormonotriptiki, prandaj ne nuk kemi mundur t'i diferencojmë këto dy rastet, më tepër, por i kemi konsideruar kolite hemorragjike, duke iu dhënë përparesi të dhënavë të biopsisë rektale dhe të dhënavë radiologjike, mbi atë pamje rektoskopike që kemi përsikruar më lart.

Në fund theksojmë se kolitet hemorragjike fillimisht janë objekt i klinikave infektive jo vetëm përfaktin se paragonen së pari me klinikën e dizenterisë, por shpesh ato janë pasoja e tyre ose një pjesë e këtyre të sëmurëve mbajinë ende (ndoshta si mbartës ose si procese të gjerëshëtura) shkaktarët e këtyre infeksioneve.

Ekzaminimet bakteriologjike parazitologjike, rektoskopike, radiologjike nganjehere nuk mjaftojnë për të bërë dallimin e tyre, prandaj kriteri i rezultateve të mjekimit ka vlerë të madhe diagnostike.

PERFUNDIME:

1) Koliti ulçero-hemorragjik, në klinikën tonë, gjendet në mbi 1% të çregullimeve disenteriforme. Kjo përqindje duhet të jetë më e lartë po të merren parasysh rastet e lehta të enterokoliteve kronike recidivuese dizenteriforme, që më vonë shfaqin kuadrin e plotë hemorragjik.

2) Rektoskopia është një ekzaminim me rëndësi për diagnozën e këtyre sëmundjeve, që në praktikën tonë, na ka ndihmuar shumë.

3) Në rastet me klinikën e dizenterisë ose me koprokulturë pozitiv, kur mjekimi specifik me antibiotikë (ose antiamoebik) nuk ka aftësi vepruese duhet të dyshohet për kolit hemorragjik.

4) Në rastet e dyshimit për kolit hemorragjik duhet filluar mjekimi sa më herët dhe përgjigja ndaj këtij mjekimi mund të shërbejë si kriter orientues diagnostikimi.

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

- 1) Bockus H.: Gastroenterology. Ulcerative Colitis. 1964, Vol. II; 816.
- 2) De la Pierre M.: Colita ulcerosa e granulomatose specifiche. Milano 1967.
- 3) Eltari E.: Kolitit ulceroz e granulomatose specifiche nă klinikën e spitalit nr. 4. Slăndetësia popullore 1975, 2, 51.
- 4) Eltari E. e bp.: Rektolitet hemorragjike nga protozoarët. Buletini i UTR - Serbia shkençat mjekesore 1978, 4, 85.
- 5) Julien M. e bp.: La maladie de Crohn colique pure et les localisations ano-rec-tales. La revue du praticien 1977, 27, 3817.
- 6) Lee S. Rosenberg e bp.: Diffuse colitis with right upper quadrant Mass. JAMA. 1978, Vol. 240, 3, 263.
- 7) Riboli Berti E. e bp.: Colite ulcerosa e morbo di Crohn del colon. Minerva Dietologica e Gastroenterologica. 1978, 3, 277.

S u m m a r y

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN IDIOPATHIC HEMORRHAGIC RECTOCOLITIS AND DYSENTERY (BACTERIAL AND AMOEBIC).

An analysis is presented of 30 patients with ulcero-hemorrhagic colitis. These patients were admitted to hospital with the diagnosis of bacterial or amoebic dysentery. Nine of them were known to have suffered from bacterial dysentery and two from amoebic dysentery. Of these, four were still eliminating shigellae and one amoebae (minute vegetative forms or cystes).

Antibacterial and antiamoebic treatment had no effect, but treatment with salsopyrin and cortisonics gave very satisfactory results.

R é s u m é

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES RECTO-COLITES HÉMORRAGIQUES IDIOPATHIQUES ET LA DYSENTERIE (BACTÉRIENNE ET AMIBIENNE)

Les auteurs du présent article analysent le cas de 30 patients souffrant d'une colite ulcéro-hémorragique, qui avaient été hospitalisés pour une dysenterie bactérienne et amibienne. Neuf d'entre eux avaient souffert d'une dysenterie bactérienne et deux d'une dysenterie amibienne. De leur nombre, quatre évacuaient encore des Shigellæ et des amibas (des formes végétatives mineures ou cystiques).

Le traitement antibactérien et antiamibien a été inefficace; par contre, le traitement avec de la salzopyrine et des cortisons a donné de très bon résultats.

KUMTESA

MIOZITI PRIMAR SUPURATIV

— QENDRO KORA — ENIS BOLETINI —

(Spitali klinik i fëmijëve — Tiranë)

Mioziti primar supurativ është një infekston bakterial spontan i muskujve të skeletit (spontaneous bacterial myositis), që zakonisht shqerohet me formim abcesesh. Këtu nuk përfshihen miozitet e shkaktuar nga plaqjet depërtuese ose shtrirja e drejtpërdrejtë e infekzionit nga vendet fqinje të një sëmundje kryesore, siç mund të jenë osteomieliti, fasciti, apendiciti etj.

Sëmundja është endemike në vendet tropikale, ku quhet ende «Pyomyositis Tropicans» dhe atje duhet dalluar nga sëmundje të tjera muskujish, nga tromboflebitet, hematomat dhe rupurat e muskujve, nga tumorët etj. Në vendet jotronikale, sëmundja takohet teper rrallë, duke krijuar probleme të rëndësishme diagnostike, pasi shumica e mjekave kryeinë studimet universitare dhe pasuniversitare pa takuar ndonjë rast me këtë sëmundje. Nga kjo sëmundje preken një ose më shumë muskuj, por më shpesh ata të gjyntyrëve të sipërme dhen të trungut. Shenjat e majisjes ndryshojnë në vartësi të muskujve që kapen dhe të shtrirjes së infekzionit. Zakonisht supurimi ndodh shpejt, duke formuar një masë të preksime dhe të dhembshme në muskuj që preken. Shkaktari më i shpeshtë është *S. Aureus*, që është gjetur në më tepër se 90% të rasteve. Hemokultura del pozitive në më pak se 5% të rasteve. Nga shkaktarët e vëguar përmëndën edhe streptokoku beta hemolitik A dhe shumë rrallë *St. Albus* (1, 2, 5, 6, 7). Po qe se njekohet me antibiotikë dhe me drenim kirurgjikal në kohën e duhur, shërimi është i shpejtë dhe i plotë. Mos-trajtimi ose trajtimi i keq gon në përhapje të infekzionit dhe në septicemi (3, 5, 7).

Në Evropë, në Japoni dhe në SHBA ka pasur raste sporadike, por përhapia gjegjografike e kësaj sëmundjeje nuk është sqaruar ende.

Mendoam të paraqesim këtë rast, duke u nisur nga fakti se si sëmundje e rrallë në vendet jotronikale, pra edhe në vendin tonë, të shërbëjë për të rjobur më mirë miozitin primar supurativ, për të zhvuar dhetrajtar drejt rastet e mundshme.

PARAQITJA E RASTIT

Fëmija A.C., tre vjeç e gjysëm, mashkull, shtrrohet në spitalin tonë më 3 korrik 1979 për observacion me «gjendje febrile». Ka lindur dne është zhvilluar normalisht. Fëmija është fëmija e parë. Prindrit dhe fëmja tjetër dhe të afërmit të shëndoshë. Në përgjithësi ai ka qënë i shkakkuar. Ka pasur kontakt me infeksione virale të rrugëve të sipërme të frysme-marrjes. Prindrit janë punonjës të shëndetësise.

Sëmundja i kish filluar 9 ditë para shtrimit, me temperaturë të lartë -39°C . Prindrit e lindhën me infeksionin viral me të cilin ka pasur kontakt. Dy ditë më vonë filloj të ankontë për lodhje, mungesë oreksi, dhembje të gjymtyrëve dhe në qafë, të cilat vazhdimisht shholoshin. Dhembjet ishin vëganërisht të forta në kérçirin e djathitë (m. gastrocnemius) në parakrahun e djathitë (pjesën mediane) dhe në pjesën lateral-cervikal të djathitë. Dalëngadalë në këto pjesë filloj të zhvillohej edema e fortë, e dhembshme, pa shenja majisjeje. Për 8 ditë u trajtua me bipenicilinë 800.000 unitetë në ditë, aspirinë, vitamina dhe për 7 ditë me prednison 15 mgr. në ditë, meqenëse u mendua për poliartrit.

Ditën e shtrimtit në klinikën tonë, fëmija paraqitej në gjendje të mesme, me temperaturë 38°C dhe i zbehë. Në shpinë dhe në gjymtyrë ekimoza me ngjyrë blu. Në qafë, në pjesën anësore të djathitë, në afersi të muskullit sternocleidomastoïdes prekjej një masë sa një arrë, e fortë, e dhembshme, pa shenja majisjeje. Gjithashtu në krahan e djathitë, në parakraum e majtë, në kërcirin e djathitë vëreheshin masa të forta, të dhembshme me lëkurë të tendosur dhe të aderuara me pjesët e mëposhtme, me ngjyrë normale dhe pa shenja majisjeje. Gjatë prekjes dhe lëvizjeve të këqyre zonave, fëmija ndjente dhembje. Gjendrat lëmfatike pa ndryshime. Me gjithë kërkimet tona të kujdesshme nuk gjetëm asnjë vatër supurative në organet e ndryshme.

Eksamini i neurologjik: sindromë meningeale nuk kish. Muskujtë spinorë të pa dëmtuar. Reflekset osteo-tendinoze të pranishëm. Ndjeshmëria e superficës së organit e shprekët e rritur, ritmik, marries pa ndryshime. Aparati kardio-vaskular: puls i plotë, ritmik, 116/min. tonet të qarria, ritmike dhe pa zhurmë. TA 90/65 mmHg.

Të dhënat laboratorike: rrugazat e kuqe 4.350.000/mm³, rrugazat e bardha 23.550/mm³ me 60% polinukleare dhe 40% limfocite. Hemoglobina 14,8 gr%. Eritrosedimenti 35 mm/orë. Elektroforeza e hemoglobinës normale. Rentgenograma e skeletit dhe e mushkërive normale. Nga kultura nga gryka nuk u gjenden koke patogene. Hemokultura doli sterile.

SGPT 81 UI/ml (n. 2-19), LDH 520 unitete (N. 200-400), mukoproteinat 130 mgr% (n. 50-70), proteina C, reaktivë $++$, komplementi serik total 94%. Proteina totale 6,12 gr%. Proteinograma: Alb. 55%, alfa₁-globulina 5%, alfa₂-globulina 14%, beta-globulina 6% dhe gamma-globulina 20%. Glicemia 150 mgr% (pas buke), azotemia 32 mg%, kreatinemia 1 gr%.

Trombelastograma: rr 5 min., r +, k 8 min., k 3 min. mA 35 mm. Në TEG u vërejt fibrinolizë e theksuar që filloj pas 8 minutash.

Në epruve të koaguli i formuar pas 18 minutash u tret shpejt. Treguesi i protrombinës 66%. Prova e Breen-Tillis dhe protamin sulfat për K.I.D. normal. Antigjeni B i hepatitit negativ.

Kalcemia 7,8 mgr%, Kaliemia 2,2 mmol/l, Natriemi 150 mmol/l, fosforemia 5 mgr%, Waaler-Rose dhe gamma-lateks-negativ. ASLO 600 unitetë/ml. Në qelbin e thithur nga abceset e muskujve të prekur u zbulua stafiliokok Aureus.

E c u r i a. — Ditën e nesërme të shtrimtit, gjendja e fëmijës nuk ishte e mirë. Kishite dhembje të muskujve të dëmtuar, me temperaturë $38,5^{\circ}\text{C}$.

-39,5°C., i zbehëtë dhe tëpëri këputur. Objektivisht, në krahasim me hyrjen, vërehet një rritje e vountit të krahut të dhjetë. Për qëllim diagnostikimi u bë punksioni i masës së qafës dhe shiringa u mbush me qelb afro 20 cc. Qelb u nxuarr edhe me punksion në muskujt e krahat të dhjetë dhe, të bindur se qelbi gjendej në të gjithë muskujt e prekur, u bë hapja dhe drenimi kirurgjikal i tyre. Njëkohësisht u fillua trajtimi me Eritromicinë 50 mgr/kg/peshë në venë dhe gjentamicinë 5 mgr/kg/peshë në venë, për një infeksion të mundshëm stafilokoksk. Fëmija u trajtuat dhe me antifibrinolitikë (Pamba 2 x 50 mgr. në venë), me preparate kalçiumi dhe kaliumi, vitamina si dhe plazëm dhe gjak. Mjekimi i plagëve u bë me kujdes të veçantë. Nga qelbi u vegua *S. Aureus* dhe në antibogramë doli i ndjeshëm ndaj eritromicinës të filluar nga ne. Dalëngadalë gjenda filloi të përmirësohej. Temperatura u ul, filloi të ushqehen më mirë dhe dhembjet u zhdukën. Pas 17 ditë qëndrimi në klinikë, fëmija doli krejtësisht i shëruar. Analizat e përsëritura 12 ditë pas fillimit të trajtimit u normalizuau.

DISKUTIMI I RASTIT

Duke u bazuar në të dhënët kryesore të grumbulluara, si fillimi i papritur, temperatura e lartë, dhembja dhe edema e muskujve, leukocitoza, eritroseimenti i shpejtuar me pozitivitet të testeve të kolagjenit, me rritje të transaminazave dbe të LDH, prekja e masave të fortë dhe të dhembshme me përbajtje qelbi, me praninë e *S. Aureus*, por me kulturë negative, si dhe duke përashtuar miozitet e tjera, që mund të shkaktohen nga plaqet, depertuese, osteomielitin, fascitin, apendicitin ose nga një gjendje e rendë septike me një vater të dukshme, rasti u diagnostikuai si një miozit primar supurativ.

Tek i sëmuri yne u prekën shumë grupe muskujsh, si ata të qafës, të krahut, të parakrahut dhe të kërcirit. Në muskujt e tjere, që mund të preken janë muskujt glutealë, muskujt e kofshës dhe sidomos muskujl psoas, sepse abcesi i tij, duke perforuar, ka prekur muskujt paraspinor dhe prej këtej, nëpërmjet sakusit dural, mund të japoë meningjite teptë rënde, ose duke shperthyer në kavietin peritoneal, mund të shkaktojë peritonite (1, 5, 6, 7).

Në rastin tonë, ndër faktoret që mund të kenë ndihmuar infekzionin, mendojmë se është edhe infekzioni viral, me të cilin ka pasur kontakt si dhe kortikosterolet që përdori fëmija, që, sic dihet, kanë përfunduar.

Rasti yngjë u ndërlikuva edhe me çrrëgullime të koagulimit, që u shprehën në fibrinolizën, me elementët hemorragjikë të lëkurës, me ndryshime të trombelastogramës, me vonesë të formimit të koagulit dhe me tretje të shpejtuar të tij. Pas mijkimit të sëmundjes kryesore me antibiotikë dhe drenim kirurgjikal dhe pas përdorimit të antifibrinolitit këve edhe çrrëgullimet e koagulimit u normalizuau.

Nga një përbledhje e literatürës që disa autorë (5, 7) kanë bërë për miozitin primar supurativ, përmëndet vetem një rast i ndërlikuar me koagulum intravaskular të diseminuar dhe që përfundoi në vdekje. Dihet se koagulumi intravaskular i diseminuar dhe fibrinoliza, që mund të shfaqen gjatë infeksioneve të rënda, rëndojnë gjendjen dbe kërkoinë ndërhyrje të shpejtë me antikoagulantë dhe antifibrinolitikë (4, 8). Në

rastin tonë, mendojmë se rritia e aktivitetit fibrinolotik është një përgjigje ndaj depozitimit intravaskular të prodhimeve të degradimit të fibrinës.

Në përgjithësi rrijekët e vendeve jotronpike nuk janë të mësuar të mendojnë për miozit primar në rast të sëmurrë febril me dhembje të vëgara muskujsh, që nuk vjen nga vendi tropikal. Në sëmundjet që ne patëm parasysh, në rastin tonë, ashtu si kurse edhe autorë të tjerë (1, 2, 5, 6, 7), qenë limfomat malinje, kolagjenozat, mioziti subakut infeksioz, tromboflebitet, gjendjet septiko-piemike, osteomieliti, dhe artritet. Por pas plotësimit të ekzaminimeve dhe sidomos pas punksioneve, të mësuarve nga ku u taxorren sasi të mëdha qelbi dhe ku u gjend *S. Aureus* me hemokulturë negative, u vu diagnoza «miozit primar supurativ», ditën e dyte të shtrimit.

Gjatë 23 vjetëve në klinikat e tyre (1956-1979), disa autorë (7) përmendin vetëm 6 raste me miozit primar supurativ dhe njëri prej tyre vdiq nga meningjiti stafilocoksik, i shkaktuar nga performimi i muskultit psoas. Në të gjashët këto raste, diagnoza u vu nga dita e 6-të-22-të pas fillimit të sëmundjes.

Nga të dhënat e literaturës del se miozitet primare, të shkaktuara nga streptokoku beta hemolitik A, janë më të rëndë dhe se nga 5 raste, që përmëndin disa autore, 4 prej tyre vdiqën (5, 7).

Përsa i përket patogjenizës nuk ka argumente të sigurta dhe shumica e autorëve e lidh me faktorë predispozues, që parapërgatisin vendlindin e abceseveve në muskujt për invadimin e stafilocokëve ose bakterieve të tjera (1, 2, 5, 6, 7). Thuhet se trauma lokale, që dëmton muskujt, është faktori predispozues me rëndësi (1, 5, 6, 7). Në rastin tonë, ne nuk gjemë tënë të dhëna për traumë. Në eksperimente në kafshë, një autor (cituar nga 1, 5, 6) vërejtë se trauma ndihmon formimin e abceseveve dhe se vetëm ne muskujt e traumatisuar, pas fufjes në venë të *S. Aureus*, u morën abcese, kurse në muskujt e patraumatisuar nuk u morën abcese. Edhe shumica e autorëve që kanë trajtuar këtë sëmundje nuk kanë gjetur të dhëna për traumë. Hemokultura u ka dale pozitive në më pak se 5% të rasteve, por gjetja e shumë abceseve në grupe muskujsh të ndryshme fllet për një bakterieni tranzitore, që zhvillohet në film të sëmundjes dhe që çon në vendosjen lokale të bakteriereve dhe në shtrimin e tyre. Por shkaku dhe mënyra se si këto abcese formohen, në grupe të caktuara muskujsh ende nuk është e qartë. Si faktorë të mundshëm predispozues, sidomos në vendet tropikale për shfaqjen e miozitit primar supurativ, përmenden edhe parazitorat, higjena e keqe dhe mosushqyerja, lagëشتia, infektionet virale, leptospirozat, TBC, hemoglobinopati (1, 2, 5, 6, 7).

Megjithëse *S. Aureus* është gjetur në mënyrë në më tepër se 90% të rasteve, ka autorë (5) që theksojnë se ky është dytësor dle se shpesht shqeron miozitin se basiku me viruset. Gjithashtu edhe shpërndarja gjegjografike e kësaj sëmundje, që në vendet tropikale zë 1,4-4% të të shtruarve në spitalë, nuk është shpjeguar (5, 7). Nga kjo sëmundje preken njëzet e të gjitha moshave, por më tepër femijet (5).

Si trajtim, ne përdorëm antibiotikët me efekt ndaj *S. Aureus* sipas antbiogramës dhe drenimit kirurgjik të abceseve. Ky trajtim i gjer- shëtarë këshillohet nga shumica e autorëve dhe, sic u vërejt edhe në

rastin tonë,është mjeti më i mirë për përmirësimin e shpejtë të gjendjes dhe shërimin e plotë.

Si përfundim mund të themi se mioziti primar supurativ, ose siq qubet ende «piomioziti tropikal» gjendet edhe në vendin tonë, por është rrallë, sikurse në vendet e tjera jotropikale.

Për diagnostikim të përpiktë është e nevojshme të përjashtohen shkaqet e shumta që jepin miozite sekondare. Qdo vonesë në diagnostikim mund të ketë pasoja të rënda.

Punkcionimi i masave (abceseve) është vendimtar për diagnozën. Prandaj në çdo rast që dyshohet për miozit primar supurativ, punkcionimi mund t'ju do t'i domosdoshëm.

Mjekimi i përshtatshëm dle në kohë me antibiotikë dhe me drenim kirurgjikal është trajimi më i mirë dhe zakonisht çon në shërim të plotë.

Dorëzuar në Redaksi më 10 nëntor 1979.

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

- 1) Albroochi Ph.: Spontaneous bacterial myositis. JAMA 1971, 217, 819.
- 2) Barnett A.M., Gresham G.A.: Acute streptococcal myositis. Lancet 1958, 1, 347.
- 3) Bekteshi S.: Pediatria. Tiranë 1974, Veil. II, Miositet fq. 718.
- 4) Boletini E., Fuga E., Sheldia A., Cërhozi H., Kau D.: Koagulimi intravaskular i diseminuar. Buletini i UT - Seria Shkencat Mjekësore 1973, 1, 99.
- 5) Echeverria P.: «Tropical pyomyositis»: A diagnostic problem in temperate climates. Am. J. Dis. Children 1975, 7, 856.
- 6) Levin M.J., Gardner P.: Tropical pyomyositis: An unusual infection due to S. Aureus. New England Medicine 1971, 284, 196.
- 7) Sompon S., McCracken George H.: Primary suppurative myosites. Am. J. Dis. Children 1979, 3, 263.
- 8) Vilhès G.: L'hémostase. Médecine et Hygiène 1971, 989, 1895.

S u m m a r y

PRIMARY SUPPURATIVE MYOSITIS

A case of primary suppurative myositis, or «Pyomyositis tropicans», is described in a child three and a half years old.

The disease is rare in this country and in other non-tropical regions. Apart from the muscle lesions, the illness presents clotting disturbances due to secondary fibrinolysis. In the present case several muscular groups of the neck, arm, forearm and shank were involved. The differential diagnosis had to be made with malignant lymphoma, collagenosis, subacute infectious myositis, thrombophlebitis, osteomyelitis, arthritis etc. The examinations, particularly the identification of *Staphylococcus aureus* in the large quantities of pus evacuated from the abscesses, the blood culture being negative, helped to establish the diagnosis of primary suppurative myositis on the second day after admission.

The treatment was conducted with antibiotics to which the germ resulted sensitive and by drainage of the abscesses. This combined treatment brought about the rapid improvement and the complete recovery of the patient.

Résumé

LE MYOSIS PRIMAIRE SUPPURATIF

Les auteurs de cette communication décrivent un cas de myosis primaire suppuratif, appelé aussi «Pyomyositis Tropicans», observé chez un enfant de trois ans et demi.

Il s'agit d'un cas rare chez nous, comme dans les autres pays non tropicaux, qui se présente avec des dérèglements de la coagulation dus à la fibrinolyse réactionnelle. Dans le cas concret: le mal a touché plusieurs groupes de muscles, entre autres les muscles du cou, du bras, de l'avant-bras et du tibia. En ce qui concerne les autres maladies que les auteurs ont eu en vue pour le diagnostic différentiel, ce sont les lymphomes malins, les maladies du collagène, le myosis subaigu infecteur, les thrombophlébites, les ostéomyélites, les arthrites, etc. Mais après avoir complété les divers examens et surtout après avoir effectué des ponctions en prélevant de la masse de grandes quantités de pus, où l'on a identifié le *Staphylococcus Aureus* qui était négatif dans la culture du sang, dès le deuxième jour d'hospitalisation les auteurs ont établi le diagnostic de «myosis primaire suppura-

tif».

En ce qui concerne le traitement, les auteurs ont utilisé des antibiotiques efficaces suivant l'antibiogramme contre le *Staphylococcus Aureus*, ainsi que l'drainage chirurgical des abcès. Par ce traitement combiné, qui est recommandé par d'autres auteurs aussi, on a obtenu une amélioration rapide et une guérison totale du malade.

NJE RAST ME GLOMERULONEFRIT «MALINJ»

(Studim Kliniko-Anatomik)

- SULEJMAN KODRA – NESTOR THERESKA – LUTFI ALIA – ARBEN SANIO –
(Klinika e III e Sëmundjeve të Brendshme dhe Katedra e Anatomisë Patologjike)

Emërtimi i «glomerulonefriteve me ecuri të shpejtë progresive» bazohet në kuadrin kliniko-evolutiv të tyre, i cili karakterizohet nga përfundimi i shpejtë, në insuficiencë renale dhe shpesh me vdekje brenda disa javësh, e shumta disa muaj. Dikur kjo formë konsiderohet si variant klinik i glomerulonefriteve akute banale, sepse ngatërohej me formën oligoanurike të tyre. Më vonë e quajtien «glomerulonefrit subakut». Në vitin 1956 u arrit të vegohen si nozologji e vëgantë (5) dhe u emërtuan «glomerulonefrit malinj». Me gjithë këto emërtime e të tjera, në varësi të ndikimeve që kanë autorët e ndryshëm, ruhen edhe sot, ndonjëse përfaqësujnë një tip të vetëm morfoligjik. Tashmë është identifikuar me përpikmëri përbajtja histologjike e kësaj sëmundje, që konsiston në një glomerulonefrit difuz proliferativ ekstrakapilar, që karakterizohet nga formimi i «gjysmë hënzave», fibro-epiteliale. Ballafqimet e shumta anatomo-klinike kanë ndihmuar në përcaktimin dhe krijimin e «fizionomisë» kliniko biologjike të kësaj sëmundje, duke krijuar mundësi diagnostikimi të hershëm klinik.

PARAQITJA E RASTIT

E sëmura Xh. Z., vjet 22, shtruar në klinikën e III të sëmundjeve të brendshme me nr. kartele 1266 të vitit 1979, me diagnozë dégimi «glomerulonefrit akut». Në pranim e sëmura referoi se 10 ditë më parë ka pasur temperaturë të lartë pa ndonjë shkak të vëçantë. Në çastin e shtrimit, objektivisht paraqiste mutatje të fytyrës, zbehje, edema të lehta në anësët e poshtme dhe lumbosakrale, hematuri makroskopike (urinonët në ngjyrë kafe) si dhe oliguri. Në ekzaminimin radiologjik të kryer qysh në fillim, radioskopji të kraharorit u vu re: «një sasi lëngjë e pakët në hapësirën frenkokostale të majte, zemra pak e zmadhuar dhe dukuri stazike». Ekzaminimi fizik i organeve pa ndryshime të vëçanta, tensioni arterial 110/70 mmHg. Simptoma e goditjes së llozhave ishte pozitiv në të dy anët.

Analiza e urinës: ngjyra e kuqe, reaksiioni acid, albuminë 3,30 gr%, lekuocite 10-15 pér fushë, eritrocite me shumicë.

Analiza e gjakut periferik: Eritrocite 3.730.000, Hb 11,6 gr%, Eritrosediment 55 mm/orë, Leukocitet 16.100, formula: Seg. 65%, Eos. 5%, shkopoljinj 1%, limfocitet 18%, monocitet 11%.

Urea në gjak 181 mgr%, kreatininemia 12 mgr%, titri i komplementit serik 78 Unite C^H50, titri i antistreptolizinave 600 Unite. Urokultura sterile, filtracioni glomerular 5 ml në minutë. Elektrolitet në gjak: natriumi 136 mEq/l, K 5,6% mEq/l, Ca. 8,7 mgr%, fosfori 6 mgr%. Gjatë

tri ditëve të para, e sëmura paraqiste një oliguri nën 500 ml. në 24 orë. Ditën e katërtë rishfaqet një diurezë, që arriti në rrëth një litër në 24 orë dhe që vazhdoi 10 ditë. Rifillimi i kësaj diureze nuk u shoqërua me ulje të retensionit të azotit, por përkundrazi me thellim të tij: urea në gjak 237 mg^{0/0}, kreatinina 12,8 mg^{0/0}. Karakteristikë e kësaj periudhe ishte nxjerria jashtë me urinë e uresë gjithnjë e pakësuar: urea në urinën e 24 orëve 3,3 gr. Prova e Zimnickit ishte nga 1000 deri 1016 me prirje për ulje të densitetit në dittët pasuese. Proteinat totale të plazmës ishin 5,6 gr^{0/0}; albuminë 2,4 gr. 0/0.

Elektroforeza: Albumina 43%.

Alfa₁ 5%, Alfa₂ 17%, Beta 9%, gama 26%. Elektrolitët në urinë: Natriuria 2,4 gr. në 24 orë, Kaliuria 1,9 gr. në 24 orë, Kalciuria 50 mg r në 24 orë, fosforuria 0,80 gr. në 24 orë. Gjate gjithë ditëve të qëndrimit në klinikë, tensioni arterial ishte në shifra normale. EKG dhe fundas ocular pa ndryshime. Dhjetë ditë pas shtimit të spitalit, anemja e moderuar e ditëve të para u thellua me këtë kuader në analizën e gjakut periferik: Eritrocite 1.160.000, Hb. 37 gr^{0/0}, Eritrosedimenti 85 mm në orë. Leukocitët 11.400, formula lëmopeni relative. Thellimi i anemisë nuk u shpiegua nga ndonjë humbie gjaku, apo shkak tjetër i dukshëm. Retensioni i azotit u thellua në mënyre progressive: urea në gjak 442 mg^{0/0}, kreatinina 18,4 mg^{0/0}. Pas 10 ditë diureze rrëth 1 litër u rivendos përsëri në fillim oliguria dhe pastaj anuria e plotë me diurezë zero. Pielografië retrograde vuri në dukje rrugë të lira urinare bilaterale, pieloni dhe kalicet normale, veshkat pak të zmadhuara. Analiza e urinës vazhdoi me hematuri mikroskopike dhe proteinuri mbi 2 gram. Proteine elektoforeza e gjakut vuri në dukje përsëri hipoalbuminemi të moderuar, me rritje të theksuar të gamma-globulinave nga 26%, që ishte në analizën e parë, në 30%. Duke u mbështetur në të dhënat kliniko-biologjike, si edhe në ekzaminimet e tjera të bëra në klinikë, u gjykua diagozo e glomerulonefritit malinj me ecuri të shpejtë. Mbi këtë bazë u tentua mijekimi me hemodializë. Në gjendje anurie të plotë, me dukuri të insuficencës renale perfundimtare, e sëmura vdiq.

Në studimin histopatologjik u vu në dukje reperti i mëposhtëm: seksionet e përgatitura nga materiali i marrë në veshka me strukturë histologjike të prishur. Glomerulat paraqiten me zhdukje të hapësirës së Bowmanit, ku u pa një proliferim eksensiv i epitelit të kapsulës me trajtë «gjysmë hënëzë», (Foto 1), që vijej mirë në dukje me ngjyrimin me Trikrom vert (shih foton nr. 2). Kjo masë proliferative fibroepiteliale ishte e shkrirë me ansat glomerulare (Foto 4). Kapsula në vetëvete ishte e trashur në gjithë cirkumferencën e saj. Në ngjyrimin përfibrinë rezultoi një pozitivitet i shprehur në «gjysmë hënëzë», kapsulën glomerulare si dhe në membranën bazale të kapilarëve glomerular, duke paraqitur këshfu karakteristikat e nekrozës fibrinoide. Flokulusi glomerular parashiqet i shtypur, i ngjeskur dhe një pjesë e glomerulave paraqiste, përvetëq proliferimt ekstrakapilar edhe proliferim endokapilar, që shprehet qartë me ngjyrimin me Trikrom vert dhe me imprenjum argjentik (shih foton nr. 3). Tubujt proksimalë me epitel distrofik, që ndryshonin nga granular në vakuolar dhe në shumë prej tyre ishin nekrotikë. Në hapësirën e tubujve gjendej ndonjë cilindrë i rrallë. Intersticiumi në

përgjithësi edematozë dhe me fibrozë, ku u gjendëن dhe infiltratë të rralla elementesh inflamatorë. Membrana bazale e tubujve proksimale, në kontakt me glomerulin e dëmtuar, paraqiste të njëjtat ndryshime si ato të membranës bazale të kapilarëve glomerulare.

Sic shihet nga përskrimi histopatologjik, kemi një vërtetum të plotë të diagnozës klinike të kësaj forme përkrahësish të rrallë të glomerulonefritit.

DISKUTIMI I RASTIT

Mendohet se në tre të katërtat e rasteve me këtë formë, sëmundja paraprihet nga episodi infeksioz rije lloj si për glomerulonefritin akut pas streptokoksk banal (2, 5, 6, 8). Episodi infeksioz është i ndryshëm dhe jo rrallë ai përfaqësohet nga një temperaturë e lartë, që mund të mos i gjendet shkaku (2, 5, 6, 8), sic u paraqit edhe rasti ynë. Karakteristikë klinike e madhe e sëmundjes është fillimi me sindromën nefrotike akute (por jo aq e shprehur sa c'është në glomerulonefritin akut banal), e gërshtëtar me insuficiencë renale akute përfundintare (2, 5, 6, 8). Insuficiencia renale shpesht shoqërohet me oligoanuri qysh në fillim, e cila vazhdon deri në fund. Në disa raste vihet se oliguria e fillimit pasohet nga një periudhë e përkohshme diureze, por pa shtim të aftësisë nxjerëse të uresë nga ana e veshkës dhe insuficiencia renale shkon drejt thellimit (2, 5). Ky variant i fundit u karakterizua edhe në rastin tonë. Natyra glomerulare e insuficiencës renale vërtetohet nga prania e hematurisë, e gërshtëtar me fuqi ureo-nxjerëse dhe natriurezë të ulur (9).

Megjithatë, natyra glomerulare u vërtetua edhe me ndihmën e pirografisë retrograde. Në këtë formë, sindroma nefrotike është dicka e jashtëzakonshme (2, 5, 6, 8). Ashtu si theksojnë edhe autorë të tjera (2, 5, 6, 8), edhe në rastin tonë vumë re se edemat ishin të lehta, shpesht dallohoeshin me vështirësi. Me vlerë të madhe diagnostike është muengesa e hypertensionit arterial, që vihat në dukje si shenjë me rendësi, që, se bashku me anemine e rendë (me ulje të madhe të eritrociteve dhe hematokritit nën 25%), si dhe hipergamaglobulinemia, plotësojnë në mënyre bindëse kuadrin klinik të sëmundjes (2, 3, 5, 8).

Lidhur me titrin e komplementit serik, mendimet janë në kundërshtim njëri me tjetrin. Disa mendojnë se kompleimenti total hemolitik mbetet normal (2, 3, 8). Në rastin konkret, ne e gjetëm pak të ulur, gjëjnjë të ulur dhe madje shpesht e konsiderojnë dhe si tregues rendimi të sëmundjes. Titri i antistreptolizinave zakonisht është i lartë. Përskrimi histologjik i rastit tonë është karakteristik, sepse dëmtimi themelor i sëmundjes konsiderohet proliferimi dituz, ku marin pjesë kryesisht celulat epiteliake, por nuk mungon dhe proliferimi endotelial (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8). Formimi i «gjysmë hënzave» është element morfollogjik tipik i sëmundjes (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8). Elementet e nekrozës fibrinoide, që u gjenden në rastin tonë, janë gjithashu argumenti i favor të kësaj diagnoze. Glomerulonefriti «malinj» apo me «ecuri të shpejtë» është sëmundje përkrahësish e rrallë, që përfaqëson 1-10% të glomerulonefriteve akute (6, cituar nga 5). Lidhur me etiopatogjenezën e sëmundjes, ashtu si për të gjithë nefropatitë glomerulare, ka shumë paqartësira. Sidoqoftë në patogjenezë kontribuojnë të dy mekanizmat imunopatologjike, që

përkijnë me dy teoritë e mëdha eksperimentale klasike: njëra me antikorpe kundër membranës bazale glomerulare me fiksime linear të Ig. Tjera me formim kompleksesh antikorp-antigjen, që precipitojnë në glomerula (6, 9, 10). Disa (cituar nga 6) i atribuojnë rol vendimtar fibrinës si inisiatore e proliferimit epitelial. Mbi këtë bazë ata e quajnë si më të preferueshmërin mjezikmin me heparinë. Ende nuk dihet se kush është shkaktari i drejtperdërjeje i dëmtimeve kapilare. Mendohet se në këtë proces marrin pjesë antikorpet citotoksike, aktivizimi «në vend» i faktorëve të fundit të komplementit (C8, C9), dukturi toksitece celulare si dhe mekanizma me natyrë jojmure. Hipotiza më e besueshme sot konsiderohet ajo që i lidh këto dëmtime kapilare të rëndë dhe të shpejta, me veprimin e enzimeve proteolitike të ciliuara nga celulat polinukleare (cituar nga 6). Në përgjithësi, sëmundja ka eciridrejt vdekjes. Mjekimi më i mirë është hemodializa, të cilin e aplikuan dhe ne në rastin tonë. Tani vonë është propozuar përdorimi me dozat larta intravenoze i metilprednizolonit, i gërshtuar me kortizonikë nga goja (10). Sidoqoftë të gjitha orvatjet kanë dhënë përfundim të pjesës së shme.

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

- 1) Anderson W.A. D.: Subacute glomerulonephritis. Në librin «Pathology». St. Louis 1978, Vol. II,
- 2) Autioine B. et coll.: Les glomerulonéphrites malignes. Në librin «Manuel des maladies des reins et des voies urinaires». Paris 1976.
- 3) Beregi E. et coll.: Diffuse proliferative glomerulonephritis. With Crescents. Në librin «Renal biopsy in glomerular disease». Budapest 1978.
- 4) Bitri P.: Glomerulonefriti subakut. Në librin «Patologjia morfollogjike». Tirane 1975.
- 5) Hamburger J. et coll.: Les glomerulonéphrites «malignes». Në librin «Néphrologie». Paris 1966: 889.
- 6) Hamburger J. et coll.: Les glomerulonéphrites malignes. Në librin «Néphrologie». Paris 1979, Veli 2, 494.
- 7) Hoxha A., e bti: Dozimi i komplementit serik dhe vlera e tij gjata nefopatieve glomerulare. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1979, 29, 4299.
- 8) Kazatchkine M.: Les glomerulonéphrites «malignes». Le Concours médical 1974, 29, 4299.
- 9) Lagrue G. et coll.: Pathogénie des néphropathies glomérulaires primitives. Revue du Praticien 1977, 51,
- 10) Wilkins B. and coll.: Intravenous Pulse Methylprednisolone therapy of acute crescentic rapidly progressive glomerulonephritis. The American Journal of Medicine 1979, vol. 66, 495.

Summary

A CASE OF «MALIGNANT» GLOMERULONEPHRITIS

A case is presented of malignant glomerulonephritis, known also as rapidly progressive glomerulonephritis. The diagnosis was confirmed by the histopathological examination. It is, however, possible to distinguish this type of glomerulonephritis from other forms of acute glomerulonephritis by the usual clinical and biological examinations. In this particular case the onset was acute,

without arterial hypertension, with pronounced anemia and signs of kidney failure from the very beginning of the illness.

In this disease the histological picture is typical and is characterized by an extracapillary proliferation in the form of numerous «moon crescents».

Résumé

UN CAS DE GLOMERULO-NÉPHRITE «MALINJ»

Les auteurs du présent article représentent un cas de glomérulo-néphrite «malinj», qui est caractérisée à processus rapide progressif. Ils soulignent que pour établir un diagnostic sûr, il faut étudier les aspects histopathologiques du problème. En dépit de cela, il existe plusieurs possibilités cliniques et biologiques, qui, dans les formes ayant un début aigu, permettent l'individualisation de ce type de glomérulo-néphrite. En l'occurrence, ils ont relevé un début aigu de la maladie sans hypertension artérielle, mais avec une anémie profonde et des phénomènes d'insuffisance rénale définitive qui apparaissent le commencement de la maladie.

Cette maladie se caractérise par un tableau histologique typique, avec une prolifération extracapillaire en forme de «semilune».

Foto 2. — Ngjyrim me trikrome verte Lumière. Duket myllje e hapë-
srës urinare nga proliferimi epitelial.

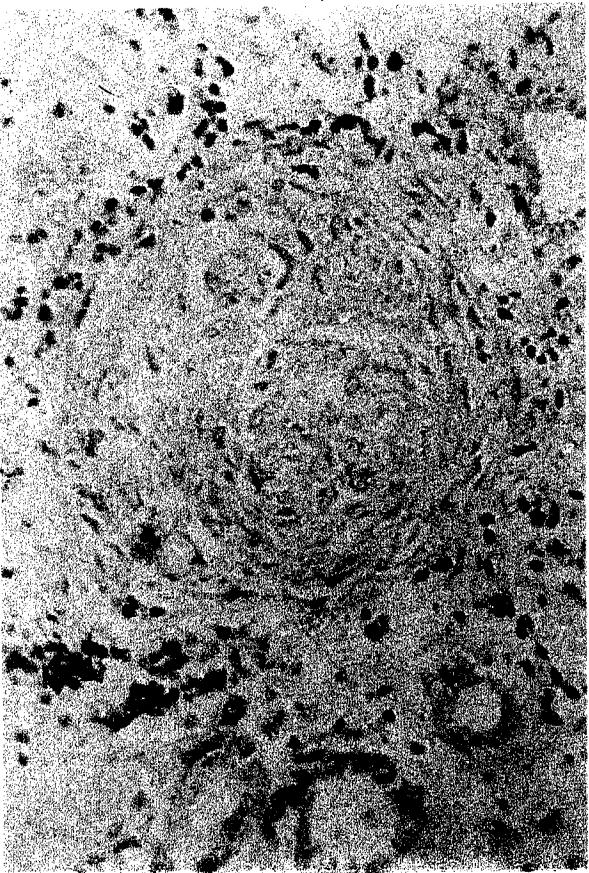


Foto 1. — Ngjyrim me hematoksilinë Eozine. Shihet proliferim ekstra-
kapilar me formim «gjysme hënzash», që ka krijuar shtypje dhe mble-
dhje të lëmshit kapilar.

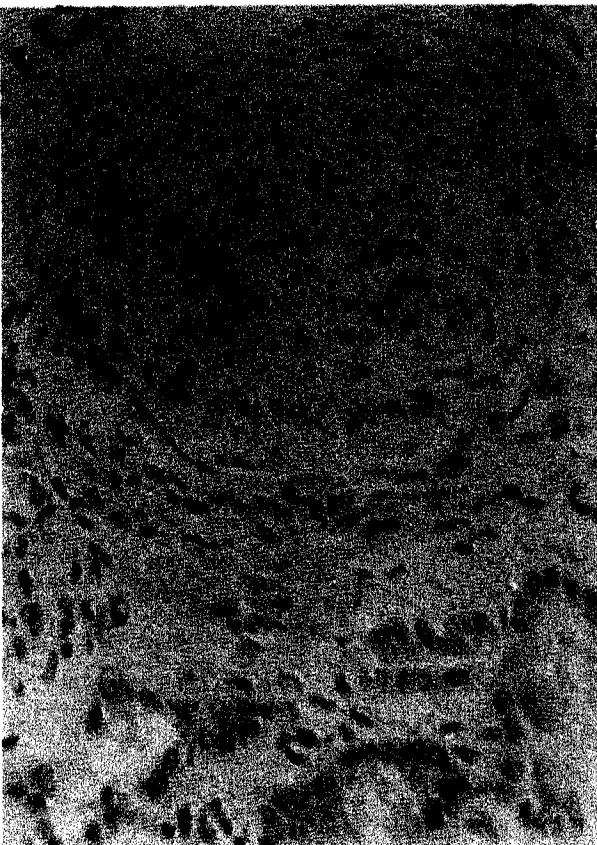




Foto 3. – Imprenjim argentik. Vërehet një imprenjim argentik i struktureve fibrilare, që përbëjnë "gjysmë hënzash".

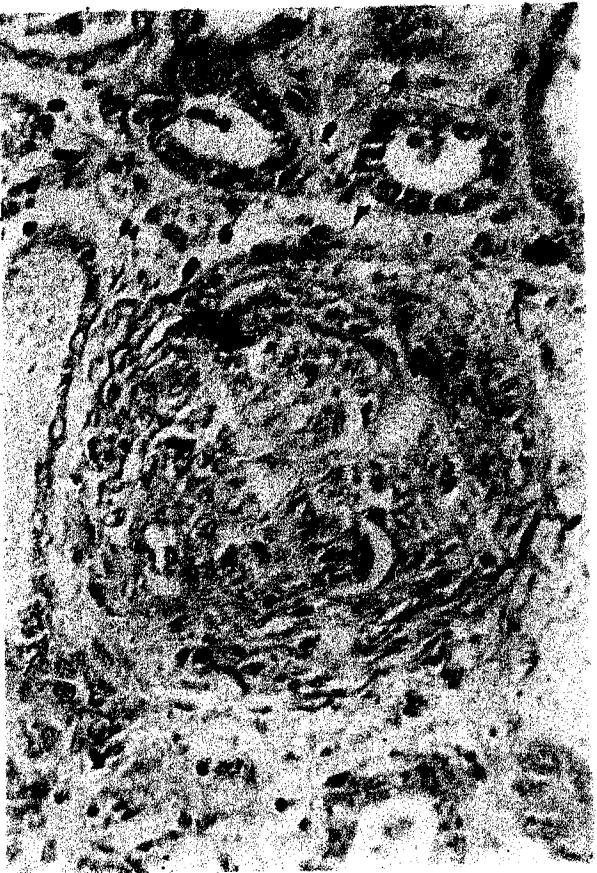


Foto 4. – Trikrom vert Lumière. Shihet proliferim në krejt gjysmë hënzash, i përbëre nga elemente fibrokonjunktival me pak elemente qelzore.

VLERA E EKZAMINIMIT BIOPTIK INTRAOPERATOR NE

DIAGNOSTIKIMIN E TUMOREVE TE GJIRIT

— SHAHIN KADARE —

(Shërbimi i Anatomisë Patologjike, Klinika e Onkologjisë)

Ekzaminimi biptik intraoperator, i njojur në praktikën kirurgjike si «biopsia ex-tempore» (e aty për atyshme), konsiston në caktimin e diagnostës histologjike në një kohë sa të jetë e mundur më të shkurtër kur i sëmuri vazhdon të jetë në tavolinën e operacionit.

Ky ekzaminim ka një vlerë të paizëndësueshme në praktikën kirurgjikale onkologjike dhe kryhet në të gjithë rastet kur natyra bennije apo malinje e procesit patologjik është e paqartë dhe kirurgu duhet të marrë një vendim terapeutik të menjëershëm.

Perderisa diagnoza e vendosur nga histopatologu mund të ketë pësëmurrin mund ta bëjë invalid, është e domosdoshme një shkallë e lartë përpikmërije diagnostikimi dhe një kontroll i vazhdueshëm i saj si nëtëesi ashtu që në grupe të caktuara tumoresh.

Në këtë punim do të përpiqemi të analizojmë përpikmërinë e një ekzaminimi të tillë në diagnostikimin e tumoreve të gjirit, duke diskutuar vështirësitë dhe kufizimet e metodës.

MATERIALI DHE METODIKA

Në këtë material përfshihen të gjitha ekzaminimet biptike intraoperatorë të masave tumorale të gjirit, të kryera në shërbimin e anatomi-së patologjike të klinikës onkologjike, duke filluar prej datës 1 janar 1976 deri në mars 1979. Gjatë kësaj periudhe, ne kemi kryer 122 ekzaminime të tillë, që përbëjnë 52,4% të të gjitha ekzaminimeve biptike intraoperatorore (gjithsejt 233).

Pothuaj të gjitha ekzaminimet janë kryer në femrat (120) dhe vëmoshë mbi 20 vjeç. Nga materiali i ndor i ardhur drejt përsëdrejt nga sala operatore, në zonën me të dyshimtë pritet një copë 0,5-1 cm. diametër (në vartësi të madhësisë së materialit të dërguar) dhe trashësni rrëth 2 mm, e cila fiksohet 1-2 minuta në formalinë 15% në temperaturën e vlimit.

Pas fiksimit, copa e indit pritet në mikrotomin me ngrije, në seksione me trashësi 5 deri 10 mikron. Seksionet ngjyrosen njëkohësisht me dy metodë: Flaksinë-metylen blu dhe hematoksinë-eozinë. Pas ekzaminimit histologjik, përgjigja e biopsisë i jetet kirurgut menjëherë me gojë dhe pastaj dërgohet me një fletëekzaminimi të vegantë.

Koha e përpunimit laboratorik dhe e ekzaminimit të preparateve me metodën e përmëndur është rreth 10-12 minuta.

REZULTATET

Në pasqyrën nr. 1 jetet shpërndaria e patologjive të ndryshme në 122 ekzaminimet e kryera, të renditura sipas shpeshtësisë. Numrin më të madh të rasteve e perbëjnë tumoret malinje epiteliale (59/122, 48.3%), të ndjekura nga fibroadenomat 31/122, 25.4%). Dhe grupi i mastopative (18/122, 14.7%). Patologjite e tjera perbëjnë vetëm 13 raste (11.6%).

Pasqyra nr. 1

SUPERNDARJA E RASTEVE SIPAS VITËVE

DIAGNOZA HISTOPATOLOGJIKË	1976	1977	1978	1979 (kam. 31-ën)	GJITHSEJTI
KARCINUMA	12	21	16	10	59 (48.3%)
FIBROADENUMA	8	15	7	1	31 (25.4%)
MASTOPATI	3	9	5	1	18 (14.7%)
MASTII KRONIK	2	4	1	-	7 (5.7%)
CYSTOSARCOMA PHYLLODES (FIBROADENUMA GIGANTE)					
E MALINIZUAR.	-	1	1	-	2
GINEKOMASTIA	-	-	2	-	2
SARKOMA STROMALE	-	-	1	-	1
KARCINOMA IN SITU	-	-	1	-	1
LIMFOMA MALINJE	-	1	-	-	1
GJITHSEJTI	25	51	34	12	122

Në 119 raste (97.6%) diagoza histopatologjike përfundimtare, e bazuar në ekzaminimin e seksioneve nga materiali i futur në parfinë pas 48 orëve, ka vërtetuar diagnozën e ekzaminimit intraoperator.

Paraqitja e rasteve në të cilat diagnoza definitive ka ndryshuar nga diagnoza intraoperatorre

Rasti	Nr. ekzam.	Seksi	Moshë	Përgjigja intraoperatorre	Diagnoza definitive
1	2129 — 37/76	F	46	Mastopatia fibroscitike me zona të papillomës intraduktale.	Karcinoma infiltrative (Adenocarcinoma)
2	1393—407/77	F	43	Lezion benini i tipit të adenozës sklerozante.	Karcinoma skirroze.
3	1556—64/78	F	38	Cystosarcoma phyllodes	Cystosarkoma phyllodes me transformacione sarkomatoz të stromës.

Në 3 të sëmurrë (2,4%) është dhënë një përgjigje e rrème negative, domethënë në ekzaminimin intraoperator, dëmtimi është konsideruar beninj, ndërsa në ekzaminimin përfundimtar ka rezultuar malinj. Në pasqyrën nr. 2 jepet paraqitja e rasteve në të cilat diagnoza përfundimtare ka ndryshuar nga diagnoza intraoperatorre. Në dy nga këto raste (rasti i parë dhe i dytë, pasqyrë nr. 2), megjithëse në ekzaminimin e mases tumorale në gji nuk u arri të konkludohej për neoplazi malinje, u bë një tjetër biopsi intraoperatorre në një nga limfonodulet aksilare të zmadhuara, klinikisht të dyshimta. Në të dy rastet, ekzaminimi vërtetoi praninë e formacioneve metastatike në këto limfonodule, duke zgjidhur përfundimt problemin e diagnozës dhe të taktilles operatorë, pa qëne nevoja për ta shtyré atë në një kohë të mëvonshme.

Në sérine e mësperme nuk ka pasur asnjë diagnozë të rrème-pozitive, pra në asnjë rast në biopsinë intraoperatorre nuk është diagnostikuar gabimisht një proces malinj, i cili do të konte në një ndërryje kirurgjikale të kote.

Përpikmëria e përgjithshme diagnostike në këtë material ka qënë 97,6% pa asnjë diagnozë të rrème-pozitive. Duke përfshirë edhe dy rastet, në të cilat, për vendosjen e diagnozës ndihmoi biopsia intraoperatorore e limfonoduleve aksilare, ekzaminimi intraoperator ka zgjidhur drejt taktilen operatorë në më tepër se 99% të rasteve.

DISKUTIM

Autorë të ndryshëm theksojnë se përpikmëria e diagnozës klinike dhe makroskopike në formacionet tumorale të gjirit është më sh 75-85% (2, 4, 6). Për këtë arsyë është e domosdoshme që përpëra se të vendliset shkalla e ndërryjes kirurgjikale, të gjitha formacionet tumorale të gjirit ti nënshtrohen ekzaminimit histo-patologjik të atypëratëshen për të përcaktuare drejt në se një tumor i caktuar është benini apo malinj. Përpikmëria e një ekzaminimi të tillë, i kryer nga një histopatolog i familiarizuar me patologjinë e gjirit, është rreth 97-99% (1, 2, 4, 6, 7). Cilësia e preparave, viganërisht koha në dispozicion të histopatologut, shpesh nuk jepin mundësi për një diagnozë histogjenetike të përcaktuare mirë. Megjithatë për kirurgun zakonisht është e mjaftue-

shme të përcaktohet në se tumori është beninj apo malinj, sepse pikërisht mbi një ndarje të tillë varet praktikisht dhe qëndrimi i tij terapeutik.

Në 122 ekzaminime të njëpasnjëshme, të kryera në shërbimin tonë, përpikmëria e përgjithshme diagnostike ka qënë 97,6%, ndërsa lidhur me trajtimin, taktika operatore është zgjidhur drejt në më tepër se 99% të rasteve, duke vërtetuar vlerën e madhe diagnostike të ekzaminimit biopsji intraoperator në formacionet tumorale të gjirit.

Megjithatë, është e domosdoshme të kihen parasysh, nga ana histopatologjike vështirësitë dhe kufizimet e një ekzaminimi të tillë.

Në disa dëmtime eshtë tepër i vështirë të bëhet një dallim i prerë midis një procesi neoplazik beninj dhe malinj. Siç rezulton nga analiza e rasteve tona dhe të dhënat e autorëve të ndryshëm (1, 4, 5), vështirësitë më të mëdha takohen në interpretimin e proliferimeve papilare intrauktale dhe adenozës sklerozante.

Proliferimi i shprehur papilar në brendësi të duktuseve, në mjaft raste, është tepër i vështirë, madje ndonjëherë i pamundur për tu dalluar nga karcinoma intrauktale. Ende më të vështirë e bën interpretimin prania e infiltratit inflamator, i cili mund të interpretohet si infiltrim neoplazik.

Hiperplazia beninje epiteliale (adenozë sklerozante), vegenarisht gjatë shtatzënisë, ndërprejës së laktacionit dhe menopauzes, karakterizohet nga një zhvillim i shprehur i indit fibrosklerotik, i cili shkakton deformim dhe atrofi të kompleksave gjendëreore, duke krijuar një kuadër mjaft të ngjashmem me karcinomën infiltrative skirrotike. Një ngjashmëri e tillë eshtë berë shkak gabimesh të shpeshta diagnostike vegenarisht në ekzaminimin intraoperator. Duke pasur parasysh një gjë të tillë, si dhe pasojat e një diagnoze të rreme-poositivë, në një rast (rasti 2, pasqyra nr. 2), ne e interpretuam si adenozë sklerozante, një karcinomë skirrotike infiltrative.

Transformimi malinj i fibroadenomave është i rrallë, por i vështirë për të diagnostikuar. Në materialin që analizojmë, ne kemi pasur dy raste fibroadenomash gjigande (cystosarcoma phyllodes) të malinjzuara. Në një prej tyre, transformimi malinj nuk u arrit të diagnostikohet në ekzaminimin intraoperator (rasti 3, pasqyra nr. 2).

Mastiti plazma-qelizor ose «ektazia e duktive mamare» është një jetër patologjji, e cila mund të simulojë karcinomën si klinikisht ashtu dhe histologjikisht dhe duhet pasur parasysh si një shkak i mundshëm i gabimeve diagnostike.

Në të gjitha rastet kur në ekzaminimin histopatologjik intraoperator të masës tumorale, megjithëse dyshohet për praninë e një procesi malinj, nuk mund të konkludohet me siguri, një ndihmë të çmuar mund të jape një jetër biopsi intraoperatorore në limfonodulet aksilare klinikisht të dyshimita, e praktikuar në dy nga rastet tona të diagnozave të rremë-negative.

minimin përfundimtar të materialit pas futjes në parafinë.

Një shkak i rralie i gabimeve diagnostike është dhe marrja nga ana e kirurgut e një fragmenti indor në të cilin nuk është përshtire procesi patologjik. Në asnjë nga 122 rastet tona nuk kemi pasur një gabim të tillë dhe të 3 diagnostozat e rrëne-negative ishin pasojë e vësh-tirësve në interpretimin histopatologjik.

Së fundi duhet theksuar se informacioni i hollësisht klinik dhe bashkëpunimi i ngushtë me kirurgun para dhe gjatë operacionit ka një rëndësi të jashtëzakonshme në shmangjen e gabimeve dhe ritjen e përpikmërisë diagnostike.

Dorëzuar në Redaksi më 10 shtator 1979

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

- 1) Ackerman L.V., Butcher H.R.: *Surgical Pathology*. St. Louis 1964, 788.
- 2) Ackerman L.V., Del Regato J.A.: *Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis*. St. Louis 1970, 883.
- 3) Gross J.D.: Is there an increased risk of metastasis? *Surg. Gynec. Obstet.* 1972, 134, 1000.
- 4) Dessai S.B.: Uses and limitations of frozen section in diagnosis of lesions of the breast. *Brit. J. Surg.* 1966, 53, 1038.
- 5) Haagensen C.D.: *Diseases of the Breast*. Philadelphia 1971, 143.
- 6) Leis H.P.: *Diagnosis and Treatment of Breast Lesions*. New-York 1970, 156.
- 7) Lessells A.M., Simps J.G.: A retrospective analysis of the accuracy of immediate frozen section diagnosis in surgical pathology. *Brit. J. Surg.* 1976, 63, 327.

S u m m a r y

DIAGNOSTIC VALUE OF THE INTRAOPERATIONAL BIOPSY EXAMINATION IN BREAST TUMOURS

In an analysis of 122 cases of breast tumours in which intraoperative biopsy (frozen section) was performed in the course of the surgical intervention, the final diagnosis based on the examination of the paraffin preparation of the biopsy material confirmed the preliminary intraoperative diagnosis in 119 of the cases. In 3 cases the intraoperative diagnosis resulted benign or doubtful, while the final diagnosis showed that the tumours were malignant. In 2 of these cases, an additional intraoperative biopsy was performed on the enlarged axillary lymph nodes which revealed the presence of metastatic formations, thus confirming the malignant nature of the tumours and determined the tactic of the surgical operations without any further delay.

The overall diagnostic precision of the intraoperative biopsy examination in this series was 97.6 percent, and no false positive results were encountered. But if we add the 2 cases in which the additional biopsy of the lymph nodes helped the diagnosis, the cases in which the intraoperative biopsy decided the question of the immediate diagnosis and the surgical tactic are well over 99 percent of this series.

The paper discusses also the difficulties presented by the histological interpretation, particularly in cases with intraductal papillar proliferation and in the seferosant adenosis.

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA BIOPSIE INTRAOPÉRATOIRE DANS LES TUMEURS DE LA MAMELLE

Résumé

Pendant l'analyse de 122 cas de tumeurs de la mamelle, à propos desquels la biopsie intraopératoire (frozen section) a été effectuée au cours de l'intervention chirurgicale, le diagnostic final fondé sur l'examen du matériel prélevé qui avait été préparé avec de la paraffine a confirmé le diagnostic préopératoire préliminaire dans 119 des cas. Dans trois cas, le diagnostic intraopératoire a indiqué une tumeur bénigne ou douteuse, mais le diagnostic final a montré qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Dans deux de ces cas une nouvelle biopsie intraopératoire des nodules lymphatiques auxiliaires élargies a révélé la présence de formations métastatiques, ce qui a confirmé la nature maligne de ces tumeurs et la nécessité immédiate d'une intervention chirurgicale.

La précision générale diagnostique dans l'examen de ce matériel a été de 97,6%, aucun diagnostic faux-positif n'a été relevé. Mais si nous ajoutons aussi les deux cas, dans lesquels une nouvelle biopsie des nodules lymphatiques a facilité le diagnostic, nous pouvons affirmer que l'examen intraopératoire a apporté une solution juste à la tactique chirurgicale à suivre dans plus de 99% des cas. Dans cet article il est aussi question de la difficulté que présente l'interprétation histologique surtout dans le cas des proliférations papillaires intraductales et dans les zones sclérosées.

PROBLEME AKTUUALE TE MJEKËSISE

PREPARATEF IMUNODEPRESORE

– BASHKIM RESULI –

(Katedra e Sëmundjeve të Brendshme)

Në dhjetëvjeçarët e fundit janë bërë dhe po bëhen përpjekje të mëdha për zbulimin e medikamenteve që «shuajnë» përgjigjen imune (52). Fusha e përdorimit të këtyre medikamenteve, të quajtur imunodepresore, po zgjerohet vazhdimi. Megjithëkëtë, qysh në fillim duhet thënë se këto medikamente janë armë me dy preza. Këshfu, përdorimi racional dhe shkencor i tyre këkon një njoje të përpiktë të mekanizmave të veprimit, aftësive vepruese pozitive, atyre negative dhe një kontroll të repte mjekësor gjatë periudhës së marries së këtyre medikamenteve. Këto janë arsyet që kapitulli i preparateve imunodepresore përbën një nga mië të rendësishmit në farmakologjinë e sotme (24).

Problemi i rjojshes së përpiktë të këtyre medikamenteve nga ana e kuadrove tona mjekësore diktohet nga fakti i zhvillimit të vrullshëm të shëndetësisë sonë dhe, në këtë kuadër edhe të imunologjisë, si pasojë e kujdesit të vazdureshëm të Partisë dhe Qeverisë sonë. Gjithashu, në arsenalin farmakologjik, këto medikamente të reja tashmë ndodhen gjëresisht në duart e mjekëve tanë në të gjithë vendin.

Në këtë shkrim do të përpiqemi të bëjmë të njojur klasifikimin sipas grupeve të tyre, fushat e përdorimit praktik në mjekësinë bashkë-kohore, mekanizmat farmakologjike të veprimit dhe aftësinë vepruese negative mbi organizmin e rjeriut.

Këto medikamente janë quajtur «imunodepresorë», pasi përdorimi i tyre në sëmundjet që kanë për bazë çregullimin e imunitetit qelizor apo humorol shkaktan rje «dobësim», apo «shuarje» të mekanizmave të këtij imuniteti. Lista e këtyre medikamenteve ka ardhur vazhdimisht duke u zgjerruar, si në grupet, ashtu dhe nga numri i tyre. Medikamentet imunodepresorë më të rendësishëm po i paraqitum në mënyrë të përmbledhur në pasqyrën e mëposhtme (13):

I. — Grupi i antimetabolitëve

- 1) Analogët e purinës
 - a) 6-Merkaptopurina (Ferimetholi)
 - b) Azatioprina (Imuran)
- 2) Analogët e pirimidinës
 - a) 5-Fluorouracili (5-FU)
 - b) 3) Analogët e acidit folik
 - a) Metotreksati (ametopterina)

II. – Grupi i lëndëve alkiluese

- 1) *Preparatet e mustardës së azotuar*
- a) Ciklofosfamidi (Endoksani)
- b) Klorambucili (Leukeani)
- c) Mekloreaurina (Mustargeni)
- 2) *Derivatet e etilenmelaninës*
Trifilenmelanina ($T = 2 \text{ M}$)

III. – Grupi i produktive natyrorë

- 1) Antibiotikët
- a) Aktinomicina D (Daktinomicina, Kosinogjen)
- b) Daunorubicina (Daunomicina)
- 2) Enzimat
L-Asparaginoza

IV. – Grupi i imunodepresoreve specifikë

- 1) Serum antilimfocitar
- 2) Globulina antilimfocitare

V. – Grupi i hormoneve

- 1) Glukokortikoidet
- a) Prednizoni (Metilkorteni)

Fushat kryesore të përdorimit praktik të imunodepresoreve në kohën e sotme janë mjkimi i sëmundjeve autoimune, përdorimi i tyre në transplantimin e organeve dhe në kimioterapijnë e sëmundjeve neoplazike (17).

Për të dalë më i qartë momenti dhe mekanizmi i veprimit të imunodepresoreve, mendojmë se është e nevojshme të flitet shkurtimisht për imunitetin dhe ngjarjet që zhvillohen gjatë përgjigjes imune.

Shkenca e imunologjisë filloj me studimin e imunitetit, që zhvillohet gjatë infeksioneve të ndryshme. Fillimisht ajo u kufizua vëfem në studimin e atyre sëmundjeve që paraqisin dukuri alergjike. Më vonë studimi i shfaqjeve autoimune u shtrit në një numër të madh sëmundjesh. Hapi më i madh u bë në kohën e transplantimit të organeve, për të studjuar dhe «frenuar» dukurinë e «flakjes së shartës» gjatë këtyre transplantimeve (52).

Përgjigja imune e një organizmi ndaj antigenit konsiston në një sëri nga fushat, që fillojnë nga bashkëveprimi i një qelize imunokomponente me antigenin. Në fillim kjo përgjigje imune kryhet me «qijohjen» e antigenit që ana e organizmit dha, më vonë, me «flakjen» e këtij materiali të huaj. Përgjigja imune ndahet në lloje kryesore. E parakonsiston në «flakjen» e antigenit të huaj, që kryhet me anë të antikorpave humorale (imunoglobulinat), ndërsa e dyta lidhet me bashkëveprimin e drejtpeidrejtë të limociteve imunokompetente (imuniteti që-lizon) (51).

Me termen autoimunitet nënkuptohet përgjigja imune qelizore apo humorale, që drejtobet ndaj indeve të vetë organizmit (60). Kështu sëmundja autoimune është një proces patologjik, që «shkaktohet» ose «shqerohet» me veprimin e një përgjigje imune (qelizore apo humorale) ndaj antigeneve të vetë organizmit.

Një nga konceptet bazë të imunologjisë është ai që limfocitet janë qelizat kryesore në përgjigjen imune qelizore dhe që ato janë imuno-kompetente, duke «njohur» dhe duke u «përgjigjur» në mënyrë spe-cifikë ndaj antigenëve të huaj (51). Kështu qdo antigen i huaj shkak-ton një përgjigje imune, që është specifike vëtëm për atë.

Më 1970 u zbulua se ekzistonin dy klasa të mëdha limfocitesh: lim-fociti -T dhe limfociti -B. Ndërëse nga ana morfollogjike këto klasa janë të pandryshueshme, ato dallohen nga vendi ku prodhohen dhe roli i tyre në përgjigjen imune (38).

Limfocitet -T dhe -B, në siperfaqen e tyre, kanë receptorë specifikë për antigenë të vegantë, si pas antijenikë, që janë receptorë specifikë për antigenë të vegantë, si pas teorisë klonale (50).

Për shpjegimin e patogjenëzës së sëmundjeve autoimune janë dhë-në shumë mendime si ai i sekuestroimit antigenik, ai i ngjashmërisë antigenike të përbërësve indore me antigenët ekzogenë, i çregjullimit të aftësisë qelizore për kontrollin e përgjigjës imune etj. Megjithatë më i pranueshëm, që bazohet dhe nga teoria klonale, është «humbjia e tolerancës imunologjike ndaj proteinave indore të vetë org-anizmit, si pasojë e ndryshimeve strukturale të tyre pas kontaktit me antigenin e jashtëm» (44). Kështu p.sh. virusi i hepatitit B çregjullon proteinen e membranës së hepatocitit, duke formuar një kompleks vi-rus-proteinë, që, kohet e fundit, është përcaktuar si një lipoproteinë (Lpl) me veti antigenike (53).

Të gjitha të dhënat eksperimentale flasin se limfocitet -T jo vetëm bashkëveprojnë me këto antigenje të krijuar, por e bëjnë atë me sp-e-cifitet të lartë. Bashkimi i limfocitit -T me antigenin mendohet se ndodh në vendin e depozitimit të tij (6).

Normalisht, antigeni, «njihet», nga limfocitet -T «rrregullues», i cili, me një mekanizëm të ndërlidhjes reciproke kontrollon aktivitetin e dy llojeve të tjera të kësaj klase, të limfocitit -Th (ndihmës) dhe lim-focitit -Ts (shtypës) (50). Bashkë me limfocitin -T aktivizohet edhe limfociti -B, i cili, duke u shndërruar në qeliza plazmatike, prodhon an-tikorpet. Megjithatë edhe limfociti -T nuk qëndron pasiv në këtë pro-dhun të antikorpeve. Mendohet se limfociti -T merr funksionet e një «determinanti antigenik» për limfocitin -B që të prodrohojë këto antikor-pe (51, 45), funksion që ai e kryen duke produhuar një faktor mitogene (52).

Sic shihet, problemi kyç është veprimi jonormal i limfocitit -T «rr-regullues». Ky problem po ndriçohet kohët e fundit me njohuritë e sis-temit të antigenëve të papajtueshmërisë indore (H.L.A), që bën pjesë në kompleksin gjenik të histokompatibilitetit madhor (M.H.C). Kështu mendohet se limfociti -T e «njeh» antigenin në shoqërin me antigen-itet e sistemit H.L.A (38).

Pas kontaktit me antigenin, limfociti -T, proliferohet dhe dife-renciohet në qeliza «vepruese», që quhen edhe «qelizat e aktivizuara nga timusi» (31). Këta limfocite të vegjël futen në qarkullimin e gjakut pas 3-4 ditesh dhe, duke rënë për së dyti në kontakt me antigenin, sensibilizohen dhe shndërrohen në limfobaste, duke u kthyer pra në limfocite imunologjikisht aktive. Këto qeliza arrinë në zonën e dëmtuar nga antigeni, shkaktojnë inflamacionin lokal të tipit granulomatëz, dhe dëmtimin e qelizave të organit ku zhvillohet sëmundja autoimune (15).

Këto efekte shkaktohen nga prodhimi i mediatorëve kimikë të imunitetit qelizor dhe qelizave «vepruese» citotokskike. Këta mediatorë kimikë janë quajtur limfokina, me aktivitet të thekshar inflamator (52). Limfocitet e vogla «vepruese» janë gjithashtu të afra për transferin e kompetencës imunologjike (50).

Nga limfokinat më të rëndësishme, që marrin pjesë në procesin inflamator të imunitetit qelizor, janë: MIF1 (faktori që frenon migrimin e makrofagëve), MAF (faktori aglutinues i makrofagëve), CFM (faktori kimiotaktik i makrofagëve), MAF (faktori aktivizues i makrofagëve) (13). Këto limfokina për makrofagët flasin për rolin e madh të tyre në imunitetin qelizor. Studimet me qeliza të maskuara kanë treguar se shumica e qelizave mononukleare, që arrinë në infiltrat, janë makrofagët, që përbëjnë 50% të tyre (52). Limfokina të tjera të rëndësishme janë: faktori i përshtuqeshmërisë të limfonodulave, që çon në proliferimin dbe grumbullimin perivaskular të makrofagëve, si dhe limfokinat kimiotaktike për neutrofilet, për eozinoflet dbe për makrofagët. Duke u grumbulluar në zonën e dëmtuar nga antigeni, këto të fundit qirojnë enzimën lisozmale dbe faktorë të tjera, që shkaktojnë dëmtimin e indeve. Më se fundi, një nga limfokinat e tjera të rëndësishme është dhe faktori i «toksicitetit limfocitar», që shkakton dëmtimin dhe shkatërrimin e qelizave të organit «shenje», pra të qelizave autologe dhe të disa qelizave të tjera. Në këtë mënyrë zhvillohet një proces autoagresion me potencial të lartë në vendin e dëmtimit (16).

Mekanizmi i përpiktë i veprimit të imunodepresorëve ende nuk është sclaruar përfundimisht, pasi dbe vërt mekanizmat e përgjigjes imune kërkoijnë ndricim të mëtejshëm. Shumica e të dhënavë mbi mekanizmat e veprimit janë ende në stadin e kupimit të tyre, të analizës kritike dhe vlerësimit të rezultateve përfundimtare. Megjithatë, mendohet se ato veprojnë në fagocitimin e antigenit nga makrofagët në momentin e «njohjes» së antigenit nga limfocitet, në proliferimin e këtyre të fundit, në mitozen e limfociteve -T dhe atyre -B, në prodhimin e antikorpave, lëshimin e mediatorëve të imunitetit qelizor dhe mbi citotoksinëtin limfocitar të tipit të kontaktit (39).

Medikamentet imunodepresore janë të efektshëm jo vetëm në sëmundjet autoimune, që, në bazë të tyre, kanë çregullimet e imunitetit qelizor (të tipit të IV të reaksioneve imune), por edhe në sëmundjet, që, për bazë, kanë çregullimet imune të tipit të III, ku dëmtimi alergjik shkaktohet nga prania e kompleksave qarkulluese antigen-antikorp. Në mënyrë parësore, ky lloj çregullimi është një reakkion akut inflamator, ku dëmtimi është kryesisht vaskular dhe «ndihmohet» nga kompleksi dbe polymorfonuklear, që janë përbërësit kryesorë qelizorë.

Kështu fusha e përdorimit të imunodepresorëve në sëmundjet autoimune eshtë shume e gjere dhe është në rritje e sipër, duke pasur përasysht shtimin e numrit të sëmundjeve të tillë. Nga sëmundjet autoimune më të njohura, në të cilat medikamentet imunodepresore përdoren gjëresisht janë: reumatizmi artikular akut, artriti reumatoïd, lupus eritematoz sistemic, purpura trombocitopenike idiotipike, purpura trombocitopenike medikamentozë, hemoglobinuria paroxistikë, glomerulonefriti membrano-proliferativ, astma bronikale, eozinofilia pulmonare, alveoli fibrotizant, hepatiti kronik aktiv, ciroza biliare primare, hepatiti alkoolik, hepatiti toksik medikamentoz, sëmundja e Addisonit,

tiroiditit Hashimoto, xhixxhiviti kronik dhe pariodontiti, sindroma Sjögren, gastriti atrofik, koliti ulceroz, enteriti regional, sëmundja coeliakë, muastenia grave, polimioziti, panarteriti nodoz, konjunktiviti vernal, uveiti, oftalmia simpatike, sarkoidzoza, dermatiti i kontaktit etj. Përpjekje të mëdha bëhen për zbulimin e medikamenteve të tilla, që të rivendosin tolerancën imunologjike të humbur ndaj autoantigjet, neve dhe rrjeten e aktivitetit të limfociteve -Ts (shtypës), që pengojnë, sic thamë, aktivitetin e limfocitit -Th (nënhmës). Këto medikamente nuk do të quhen më imunodepresorë, por imunoregulatorë (43).

Problemi i përdorimit me sukses të imunodepresorëve në sëmundjet autoimune paraqet disa vështrimë. Vështirësita kryesore lidhen me ecurinë e papërcaktueshmës në mënyrë të përpiktë të këtyre sëmundjeve dhe patogjenezen ende të paqartë plotësisht.

Aftësia vepruese e medikamenteve imunodepresorë varet në mënyrë të konsiderueshme nga koha e përdorimit të tyre në lidhje me momentin e ngacmimit antigenik. Kështu p.sh. antimetabolitet, që vepojnë elektrin maksimal në rast se përdoren pas stimulimit antigenik, në kumin e momentit të proliferimit qelizor. Nga ana tjetër, medikamentet që vepojnë mbi limfocitet joprofiloferuese, si p.sh. serumi antilimfocitar, duhet të përdoren para stimulit antigenik ose në kohën e këtij stimuli që affësia vepruese do të humbasë njëft në rast se përdorimi i tij do të vonohet.

Aftësia vepruese imunodepresore varet shumë edhe nga shpeshilit kanë aftësi vepruese më të madhe në qoftë se jepen në doza të vogla dhe të shpeshta (sipas dozës ditore).

Një fushë tjetër e rendësishme, ku kanë gjetur përdorim praktik imunodepresorët, është edhe ajo e transplantimit të organeve. Transplantimi me sukses i indeve dhe i organeve ndërmjet personave ka qënë një nga problemet më të mëdha në fushën e imunologjisë (43). Fillimisht, transplantimi i trombociteve, i veshkave dhe, kohet e fundit, transplantimi edhe i indeve e organeve të tjera, ka hapur një kapitull shumë ndrejtëm të natyrës së përgjigjes imune të organizmit, që sjell fenomënen e «flakkjes» së indit të transplantuar dhe metodave të «shuar-të» madh imunodepresorët (29). Antigjetet, të pranishëm në indin e transplantuar, janë përgjegjes për zhvillimin e reaksionit imun ndaj organit dhe, për posojë, përgjegjës për «flakjen» e transplantit (44, 45). Këta janë antigjetet ABH, antigjetet e sistemit HLA dhe antigjetet, limiocitarë LD. Mekanizmi me anë të të cilët indet e transplantura «flaken» ende nuk është plotësish i qartë, por mendohet se limfocitët dhe antikorpet qarkulluese janë ato që marrin pjesë në këtë proces (43).

Kështu, siq do të shohim më poshtë, duke «shuar» ose «dobësuar» përgjigjen imune, në sajë të shkatërrimit të limfociteve, medikamentet imundodepresorë përdoren gjëresisht në pengimin e reaksioneve të «flakjes». Në mënyrë specifike, serumi antilimfocitar pakëson shumëzimin e limfociteve -T, duke dhënë një trënim të theksuar të përgjigjes imune.

Fusha e tretë e rëndësishme është përdorimi i imuno-depresoreve në kimioterapinë e sëmundjeve neoplazike. Prania e një përgjigje imune ndaj tumorit nuk është tezë e re për studjuesit. Ky koncept i hedhur shumë kohë më parë nga Ehrlich, në kohën e sotme, ka qarur në formimin e teorisë së «mbikqyrjes imunologjike», e cila ka krijuar pre-mizza për imunoterapinë në rastet e sëmundjeve tumorale (28). Studimet në kafshë kanë përcaktuar një përgjigje imune specifike humorale dhe qelizore ndaj antigenjave tumorale. Këto të dhëna përbëjnë një bazë biologjike për përdorimin me sukses të imunoterapisë (37). Vetëkuptohet se efekti imuno-depresor kryhet në sajë të aftësisë vepruese kryesore cistostatike të tyre.

Pasi bëmë një paraqitje të shkurtër të fushave më të rëndësishme të përdorimit të këtyre medikamenteve, me qëllim që të dalë më qartë mekanizmi i veprimit të tyre, po shtijellojmë grupet kryesore të imuno-depresoreve, duke mos u zgjatur në përdorimin e tyre në kimioterapië e sëmundjeve neoplazike.

I. - ANTIMETABOLITËT

1) *6-merkaptopurina dhe azatoprina.* — Nga ana strukturale, 6-merkaptopurina është një analog i bazës purinike hipoksantinë, në të cilën grupi 6-hidroksilik është zëvendësuar me një grup tiolik ($C_5H_4N_4S, H_2O$). Në azatioprinin janë bërë ndryshime të mëtejshme, duke futur në formulët një grup imidazolik ($C_9H_{17}N_7O_2S$) (30).

Të dy këta preparate përfshiten mirë nga goja. Pas marrjes së dozës terapeutike, piktu i nivelit në gjak rrallëherë kalon 1-2 mikrogram për mililitër. Këta preparate largohen shpejt nga gjaku për shkak të shkaterrimit të gërshtetuar, fiksimit në indet dhe jashtëqitjes me anë të urinës. Rreth 5-10% e dozes së 6-merkaptopurinës dhe 2-5% e azatioprinës në urine shfaqet si medikament aktiv brenda 24 orësh pas përdorimit nga goja. Praktikisht këto dy preparate janë imuno-depresorët më të fuqishëm dhe më të përdorshmit (13, 52).

Aftësitë vepruese biologjike të 6-merkaptopurinës shkaktohen nga metabolitët e saj: 6-metilmerkaptopurina dhe 6-tioguanina, produkte që formohen pas veprimit të enzimeve të metabolismit normal të purinave. Duke futur një grup imidazolik në formulën e 6-merkaptopurinës është përfshuar azatioprina, e cila ndryshon nga e para përsa u përkët vetive fiziko-kimike, nga shpejtësia e kalimit të membranave naivore, si dhe nga veprimi i zgjedhur në disa inde të organizmit. Mendohet se këta preparata të grupit të antimetabolitëve ndërhyjnë në shkëmbimin e katër grupeve të ndryshme lëndësh: në aciditetin folik, purinën, pirimidinën dhe glutaminën (7).

Qelizat imunokompetente kërkojnë kryesisht purina gjatë përgjegjësies proliferative, që pason stimulin antigenik.

Kështu, të gjitha përgjigjet imune, që kërkojnë proliferim qelizor, prodhën antikorpesh, induksion të sëmundjes autoimune apo dukurinë e «flakjes», mund të deprimohen nga këto medikamente. Antimetaboliteti purinikë nuk e deprimejë përgjigjen imune në qoftë se jepen para stimult antigenik. Përkundrazi në këtë rast ata mund të forcojnë përgjigjen imune, si pasojë e qëllimit të produktive të shkatëruara të acidit nukleik, që lehtësojnë përgjigjen imune.

6-merkaptopurina dhe azatioprina frenojnë si komponentin qelizor dhe atë humorat që përgjigjet inflamatore jospecifike në kafshët laboratorike. Nga ana tjetër, fagocitoza dhe prodhimi i interferonit nuk frenohen. Përfundimisht është përcaktuar se veprimit kryesore të ketyre dy medikamenteve janë: deprimimi i përgjigjes antikorpale, shuarja e dukurisë inflamatore dhe shuarja e induksionit të hipersensibilitetit të vonuar (10).

Doza ditore e 6-merkaptopurinës së dhënë nga goja është 2-2.5 miligram për kilogram pesë, ndërsa për azatioprinën 3-5 miligram për kilogram pesë, me dozë mbajtje 1-4 miligram. 6-merkaptopurina dhe azatioprina kanë përdorim më të gjërë. Në fillim gjatë transplantimit të organave u përdor 6-merkaptopurina, e cila më vonë ia la vendin azatioprinës. Për këtë zëvendësim, arsyet ende nuk janë të qarta. Asnjë studim kontrolli në njëz nuk ka vërtetuar efektivitetin më të madh të azatioprinës ndaj 6-merkaptopurinës. Zakonisht për këtë qëllim, azatioprina përdoret e gërshtuar me preparate të tjera (52). Përsë u përkët sëmundjeve autoimune, këto dy medikamente kanë gjetur përdorim të madh. Kështu në arritin reumatoid, azatioprina ka dhënë përmirësime objektive të mira (10). Në kolitit ulqeroz janë vënë re efekte të mira në terapinë e kombinuar prednizon-azatioprinë, duke dhënë remisione shumë të gjata (52).

Gjithashtu 6-merkaptopurina është vënë re se ka qënë e doblisht në rastet e kolitit ulqeroz rezistent ndaj prednizonit (22, 26). Edhe në illeitin imbaresor rezultatet kanë qënë pozitive, duke përdorur terapinë e kombinuar Prednizon-azatioprinë ose 6-merkaptopurinë (10).

Shumë komunikime provojne rolin e imunodepresorëve në hepatitit kronik (1, 5, 18). Rezultate të mira janë arritur në mjekimin e kësaj sëmundje me 6-merkaptopurinë (2). Studimet e kontrolluara kanë vërtetuar aftësinë vepruese më të madhe të tyre kur gërshtohet me prednizonin (33, 36). Kombinimi ka edhe rëndësinë të jetë se është, të dhëne në këtë mënyrë, zgjelohet doza e dhënies së tyre. Edhe në sindromën nefrotike, rezultatet e tyre, të kombinuara me kortizonikë, kanë qënë të mira (27). 6-merkaptopurina dhe azatioprina janë përdorur gjithashtu në purpurën trombocitopenike, anemini të hemolitike autoimune, sklerozën e disseminuar, polimiozitin, sklerodermi, granulomatozën e Wegener-it (10, 30).

2) Metotreksati. — Metotreksati është një analog i acidit folik, në të cilin një grup metilik dhe aminik zëvendëson përkrahësint një atom hidrogjeni dhe një grup hidroksilik. Ky preparat përthihet shpejt nga goja, por vetëm 60% e dozes së përdorur. Për shkak të kësaj ngjashmëri strukturale, ai është një antagonist i fushishëm i acidit folik (52). Kështu metotreksati blokon futjen e përsëritur në ciklin biokimik të derivatave të acidit folik, duke ndaluar sintezën e timidinës, sintezën e DNA dhe proliferimin qelizor, duke e dëmtuar rëndë këtë proliferim (7).

Në këtë mënyrë, metotreksati është i efekshëm në deprimimin e përgjigjes imune në qoftë se përdoret menjëherë pas veprimit të antigjenit dhe, në të kundërtën, ai nuk vepron në qoftë se jepet para veprimit të tij. Metotreksati ka aftësi vepruese shumë të dobët, për të mos thënë aspak, mbi fagositozën. Veprimi pozitiv i tij mbi përgjigjen inflamatore shpjegohet jo vetëm me shuarjen e proliferimit qelizor, por

edhe me veprimin frenues mbi histaminën dhe mediatorët e tjera të inflamacionit. Gjithashtu është vënë re se aftësia vepruese pozitive mbi induksionin e hipersensibilitatit të vonuar arrinjet kur ai përdoret me dozë që i afrohet dozës helmuese të tij.

Mbi përdorimin e hipersensibilitatit të vonuar arrinjet kur ai përdoret me pak komunike dhe asnjë mbi përdorimin në reakzionin e «flak-jes» të transplantit. Është vënë re përmirësimi klinik i të sëmurevë me artrit psoriaktik me doza 1.2-3 miligram për kilogram pesë për 10 ditë me radhë dhe pastaj me dozë mbajtëse 0.6-0.8 miligram për kilogram pesë çdo një javë. Edhe në artritin reumatoïd janë parë rezultate të pëlgjyeshme në rastet kur nuk kanë dhënë efekt medikamentet e tjera (10). Rezultate të mira janë vënë re edhe në polimiozitin, i gërshtëtuar me prednizonin dhe në psoriazin (25).

3) **5-fluorouracili.** — Fluorouracili është një analog i uracilit, në të cilin rje atom fluori zëvëndëson rje hidrogenj në pozicionin pesë. Përhithja e preparatit nga goja nuk është e plotë, pirandaj ky përdoret më shumë me rrugë parenterale, në venë. Rreth 10-30% e preparatit jashtëqitet me urinën i pa metabolizuar brenda pak orësh (10).

Nga pikëpamja biokimike është sçaruar mirë se 5-fluorouracili blokoni sintezën e timidinës dhe, për pasojë, sintezën e DNA (7). Ashtu si dhe medikamentet e tjere antimetabolitë, 5-fluorouracili është aktiv kundër proliferimit qelizor, duke shuar, në këtë mënyre, per gjigjen allergjike, kur jepet në fazën e proliferimit qelizor.

Për përdorimin terapeutik të këtij preparati në njerez në sëmundjet autoimmune ende nuk ka të dhëna të shumta. Është raportuar vlera e tij në LE (46). Si preparat antineoplazik ka kohë që përdoret.

II. — LENDET ALKILUJSE

Në përgjithësi, lëndet alkiluese kanë veti të fuqishme për reaksione kimike elektrofilitike, në sajë të jonit të karbonit, për të ndërhyrë apo për tu zhvendosur në komplekset e molekulave që goditen. Në këtë mënyrë formohen lidhje kovalente me lënde të ndryshme nukleofile, duke përfshirë grupe të tillë të rendësishëm biokimikë si fosfat, amina, sulfidrina, hidroksil, karboksile, imidazole etj. (7). Veprimet farmakologjike më të rendësishëm të alkiluesve janë ato që gjegullojnë mekanizmat bazë të rritjes qelizore, të aktivitetit mitotik të tyre, diferençimit dhe funksionet qelizore. Pikerisht në këto mbështetet mekanizmi i veprimit të tyre dhe, nga ana tjetër, efektet helmuese të alkiluesve (13).

1) **Ciklofosfamidi (Endoksan).** — Radikalë alkil në ciklofosfamidin është një grup ciklik oksazafornë, i cili ka vettinë e pakësimit të joni-zmit dhe, pra, të aktivitetit të atomeve të fundit të klorit ($C_7 H_{15} Cl_2 N_2 O_2 P$, H_2O). In vitro, ky preparat është i plogët. In vivo aktivizohet nga sistemi i oksidazës, kryesisht në mëng. Grupi ciklik oksidohet i pari në atomin C_4 duke formuar një unazë të hapur. Këto dy metabolite fillestare janë shumë helmues, por metabolizimi i mëtejshëm nga adenidoksidaza i kthen ato në produktet johelmuesse.

Metabolitet aktive dalin shpejt në serum pas marries se ciklofosfamidit nga goja, duke arritur pikun e nivelit në gjak rrëth një orë, 70-90% e dozes së përdorur metabolizohet, ndërsa 15% shfaqet në

urinë në formë të pandryshuar. Në rastet e pamjaftueshmërisë veshkore, pastrimi i produkteve aktive prej gjakut zvogëlohet shumë, duke krijuar premisa për helmueshmëri të lartë (10).

Celsi i veprimit biokimik të medikamentit është lidhja në formë të kryqëzuar të zinxhireve të A D N. Në këtë mënyrë prishet vendosja e zinxhireve të A D N dhe aftësia e saj për t'u paraqitur si model përsintezën e një A D N-je të re. Kësitoj dëmtohet rëndë proliferimi qelizezor (52). Në këtë mënyrë, ciklofostamidi deprimon përgjigjen imune me anë të gregullimit të riprodhimit të qelizave imunkompetente. Duke dëmtuar rëndë këtë moment, ciklofostamidi deprimon përgjigjen imune në qofë se jepet gjatë fazës së hershme të kësaj përgjigje. Të dhënat e sotme flasin se ciklofostamidi dëmtion kyresisht limfocitet -B dhe jo ato -T. Gjithashtu ai dëmtion edhe qelizat përbërë përfte kapur dhe shkaterruar antigenin. Ndoshita ky moment përbën një mekanizëm të mbishtuar imunodepresor. Përvetës tyre, është provuar se ciklofostamidi ka edhe një efekt të drejt përdrejtë antiinflamator të moderuar (10).

Doza e zakonshme e ciklofostamidit është 100 miligram në ditë deri në një vit, duke vazhduar më tej me doze mbajtëse më të vogel sipas rastit dhe në kontroll të riepitë mjekësor. I gërshtëtar me prednizonin dhe serumin antilimfocitar, ciklofostamidi është përdorur në transplantimin përdorim më të gjërë ai ka në transplantin e palcës së kockave. Ciklofostamidi është vënë re se ka pasur aftësi vepruese në artritin reumatoid (40), megjithatë mendohet se ky preparat duhet të ruhet në rastet kur nuk kanë efekt medikamentet e tjera. Duke parë se ciklofostamidi çon në ndryshime në përbërjen e membranës glomerulare, është vënë re se ka pasur rezultate të mira në sindromën nefrotikë, sidomos duke përandualuar acarimet e sëmundjes (13, 52). Po kështu janë vënë re përmirësimë në rastet e nefritit lupik, duke shkaktuar renien e antikorpave anti-A D N, ritjen e C₃ dhe pakësimin e proteinurisë (52, 55). Autorë të ndryshëm (13, 30) kanë raportuar se ciklofostamidin e kanë përdorur edhe në sklerozën e disseminuar, në hepatitin kronik aktiv, në miastheniën grave, në mielomën multipleks, në pemfigus, sëmundjet okulare autoimune (13, 30).

2) *Klorambucili* (*Leukeranil*). — Edhe klorambucili futen në grupin e lëndëve alkiliuese. Përvetë efektit mbi proliferimin e qelizave imuno-kompetente (limfociteve) është vënë re edhe aftësa vepruese frenuese sensibilitetin e vonuar (10).

Përsa i përket përdorimit praktik të tij, është vënë re përmirësimi i funksionit pulmonar. Edhe në disa të sëmurë me lupus eritematos rezistent ndaj kortizonikëve, klorambucili ka dhënë remisione të plota (45), po kështu edhe në rastet e sindromës nefrotike.

III. – PRODUKTET NATYRORE

1) *Aktinomicina D* (*Daktinomicina, Kosmogjen*). — Aktinomicinat janë kromopeptide dhe shumica e tyre përbajnjë të njëjtin kromofosfor, aktinocin, fraksion që është përgjegjës për ngjyrën e preparatit. Akti-

nomicina D prodhohet nga rritia e *Streptomyces chrysomallus* dhe *S. antibioticus* (52). Eshëtë pluhur higroskopik, që përnban mbi 90% të aktitit antibiotik të aktinomicinës D. ($C_{62} H_{86} N_{12} O_{16}$).

Aktinomicina D reagon me guaninën në molekulën e ADN, duke frenuar sintezën ARN (7). Ky medikament deprimon në mënyrë të shpejtë proliferimin qelizor si në normë edhe në patologji dhe eshtë një medikament i fuqishëm citotoksik. Në eksperiment janë vërejtur atrofia të timusit, shprekkes dhe indeve të tjera limfatike (13). Doza e aktinomicinës D eshtë zakonisht 15 mikrogram për kilogram peshë. Meqënëse frenon per gjigjen imune, aktinomicina eshtë përdorur në reaksionet e transplantit me dozë 500 mikrogram intravenoz një herë në ditë për pesë ditë me radhë (30).

2) L-Asparagjinoza. — Eshtë një enzimë e përtiuar nga *E. coli* dhe *Erwinia carotavora* qe e pastruar në homogenizat, me peshë molekulare 135.000. Asparagjinoza jebet në venë dhe niveli filestar plazmatik eshtë rrëth 12-20 UI për mililitër gjak për çdo 1000 UI për kilogram peshë të injektuar (10).

Asparagjinoza hidrolizon asparagjinën në acid aspartik dhe amoniak. Gjithashtu ajo hidrolizon edhe glutaminën. Efekti biologik i saj shpjetohet gjérësish me pakësimin e asparagjinozës në gjak dhe në lëngjet jashtëqelizore. Shumica e qelizave sintetizojnë sasira të mëdha asparagjine për nevojat e tyre. Disa lloje qelizash si p.sh. limfocitet, në fazën e proliferimit, kërkojnë asparagjinë ekzogjene dhe vdesin kur ato mbeten pa këtë aminoacid. Po vetëm kjo nuk eshtë e gjitha në mëkanizmin e veprimit të asparagjinozës. Disa nga efektet imunodepresorë i detyrohen edhe glutamininë.

Efekti imunodepresor shpjetohet me shkattërimin e qelizave imunokompetente, si limfociteve -T dhe atyre -B. Lidhur me këtë mendohet për një veprim të saj mbi receptorët e membranës së limfociteve dhe një veprim të tjerët që ndërryjet ndërhyrjes në metabolismin qelizor. Gjithashtu asparagjinoza frenon sintezën e antikorpeve, hipersensibilitetin e vonur si dhë shndërrimin limfocitar (13). Për të ushtruar efektin maksimal, asparagjinoza duhet të përdoret në kohën e veprimit të antigenit, pra në fazën e hershme të përgjigjies imune. Përmirësohet përdorimin e asparagjinozës në sëmundjet autoimmune dhe në transplantin e organeve ende nuk ka të dhëna të përpikta.

IV. — HORMONET

1) Kortikosteroidet. — Glukokortikoidi kryesor natyror tek njeriu eshtë kortizoni, që prodhohet në normë tek të rriturit rrëth 20 miliagram në ditë në kuqte bazale. Përgëndrimi i tij ditor në gjak ndryshon mjaft gjatë 24 orëve, nga 0,03 mikrogram për mililitër në neonatë deri në 0,15 mikrogram për mililitër në orën 7-8 të mëngjesit. Ky fakt duhet kthet parasysh në dhënien e këtyre preparateve për terapijnë zëvendësuese. Rrëth 92-98% e kortizontit plazmatik eshtë e lidhur ngushtë me transkortinën, një alfa-globulinë dhe vetëm fraksioni i pa lidhur eshtë fiziologjikisht aktiv. Kur jepen steroide frakjashtë, përgëndrimi i steroidit të lirë në gjak (dhe kështu efekti i tij) rritet shumë, në mënyrë disproporcionale. Kështu p.sh. një dozë prej

200 miligram kortizon nga goja e rrit kortizonin plazmatik rrith 10 fision, ndersa niveli i steroidit të lirë rrithet 50 fish (20).

Steroidet metabolizohen gjëresisth nga sistemi enzimatik mikrozomal i mëqësive dhe metabolitet shfaqen në urinë në formë joaktive. Sturësitet shumë nga numri i madh i efekteve të tyre dhe përqëndrimet e vogla me të cilat veprojnë.

Natyrisht në këtë shkrim ne do të ndalem i vetëm në mekanizmat e veprimit në fushën e përgjigjes imune. Tashmë dibet se kortikosteroide marrin pjesë në shumë halka të mëkanizmave imunologjike. Pas përdorimit të tyre, timusi zvogëlohet në përmasa dhe qelizat e koreksit të tij bëhen më pak reaktive. Edhe funksioni i pulps së shprekës frenohet nga kortikosteroide. Limfocitet -T, si qeliza imunokompetente që janë, paragjen shume të ndjesimë nga kortikosteroide, duke e ulur shumë funksionin e tyre. Megjithëse këto preparatë shkatërrojnë qelizat në qendrën gjerminative të limfnodulave, mendohet se edhe seria e limfociteve -B nuk shpëton nga veprimi i tyre. Mendimet e sotme shpjegojnë veprimin e kortikosteroideve mbi limfocitet me anë të stimulimit të sintezës së një proteine freneuse apo helmuese, me efekt katabolik në limfocitet. Kjo proteinë është quajtur eikloheksanidi (10). Por veprimi i kortikosteroideve mbi limfocitet nuk shpëuron në mënyrë të kënaqshme të gjitha dukurritë e përgjigjes imune. Kjo jo vetëm për arsyen se janë gjendur shumë limfocite normale, por edhe përfaktin tjetër se disa medikamente të tjera, që shkatërrojnë limfocitet, si kolikina, nuk kanë efekt imunodepresor.

Ditet mirë se kortikosteroideit ndryshojnë ecurinë e sëmundjeve autoimmune deri në përmirësimë të theksura të tyre. Gjithashtu njihet fakti se kortikosteroideit ulin nivelin e prodhimit të antikorpeve. Kështu p.sh. mijekimi me kortikosteroide në lupusin sisternik mund të zhdukë nga serumi brenda 48 orëve antikorpet anti-ADN. Megjithatë nuk ka të dhëna bindëse që ta mbështesin fort rolin e këtij veprimi mbi antikorpet në shuarjen e përgjigjes imune (20).

Sot pranohet mendimi se kortikosteroideit me doza të zakonshme nuk deprimojnë përgjigjen specifike imune, por ato veprojnë në imunitetin qelizor nëpërmjet frenimit të dukurive jospecifike, që janë të pa-shtu p.sh. mijekimi me kortikosteroideit veprojnë kryesist duke frenuar ose parandaluar përgjigjen inflamatore, që zhvillohet si pasojë e reaksionit të hypersensibilitetit të vonuar. Duke marrë këtë moment si kryesoren, veprimin mbi limfocitet, prodhimin e antikorpeve, induksionin e përgjigjes imune, duhet ti konsiderojmë si efekte dytësore të tyre.

Mendimi i mëparshëm shpjegonte veprimin e kortikosteroideve mbi inflamacionin me anë të stabilizimit të lisosomeve (frenimi i shkatërrimit të lisosomeve) (20). Lisosomet mund të krahasohen me «paketa» të mbushura me enzima hidrolitike, të mbështjella me një cipë fosfolipidesh. Granulacionet e leukociteve polimorfonuklear, në fakt, janë lisozomet, që gjrohen dhe derdhen në indet gjatë procesit të inflamacionit. Pikareshit në këtë moment e thotë fjalën e vet kortizoniku, duke foruar dhe stabilizuar membranën fosfolipidike dhe duke penguar derdhjen e emzimave hidrolitike jashtë lisosomeve (52). Por veprimi i kortizonikëve nuk mbähron më kaq. Mendimet e sotme e shohin këtë mekanizëm si

veprimin më të ndërlikuar. Siç e tharë më lart, limfocitet e aktivizuar pas kontaktit me antigenin çirojnë një sërë mediatorësh, që janë quajtur limfokina. Një nga këto është dhe MIF, i cili shkakton një grumbullim të makrofagëve të pasensibilizuar në zonën e dëmtuar. Gjukontikoidet nuk pengojnë prodhimin e MIF nga limfocitet, por blokojnë efektin e MIF mbi makrofagët, duke penguar lëvizjen dhe grumbullimin e tyre në zonën e goditur. Është e arsyeshme të mendohet se duhet të ekzistojnë edhe veprime të tjera të kortizonikëve mbi të 20 illojet e limitokinave, por ky problem mbetet për tu ndriçuar në të ardhmen. Sidoqoftë, me aq sa është vërtetuar deri sot, efekti i kortikosteroideve mbi frenimin e inflamacionit nuk mbaron me veprimin e tyre mbi MIF. Shumica e inflamacioneve akute zhvillohen me pjesëmarrjen e prostaglandinave. Është vërtetuar se kortikosteroïdet, ne përqendrime mesatare, frenojnë sintezën e prostaglandinave (19). Gjithashtu nën veprimin pozitiv të tyre mbi inflamacionin kontribuojn edhe veprimi mbi përshkueshmërinë e enëve të gjakut, duke e rritur atë dhe, për pasoje, duke penguar eksudatin inflamator (20).

Përsa i përket përdorimit terapeutik, dhet se kortikosteroïdet kanë gjetur një përdorim të madh në shumicën e sëmundjeve autoimune si në artritin reumatodi (8, 52), lupusin sistemik (49, 52), purura trombocitopenik (11), glomerulonefritin membranoproliferativ (21), hepatitin kro-nik agresiv (3, 4, 36, 47), sindromën nefrotike (12) etj.

Doza e tyre varret nga 5 miligram prednizon në ditë në disa të sëmurë me artrit reumatoid deri në 500 miligram në ditë për 1-2 ditë në krizat e lupusit sistemik, që rrezikon jeten.

Fusha tjetër me përdorim të gjërë është edhe apo të gërshtetuar me imunodepresorë të ku ato mund të jepen vetëm apo të gjatë krizave të tjere sipas rastit. Efekte më të mira janë vënë re kur këto fillohen disa kohë para transplantit. Me sukses janë përdorur edhe gjatë krizave të «flakjes» së shartës (9).

V. — SERUMI ANTILIMFOCITAR

Serumi antilimfocitar përgatitet nga injektimi i limfociteve apo timociteve në një kafshë të përshtatshme dhe më tej duke grumbulluar serumin e tij (30). Ekspertimentalistët është provuar se serumi antilimfocitar është një mjet i fugishtë imunodepressor më imunitetin qëndzor. Zakonisht ky serum përdoret i gërshtetuar me imunodepresorë të tjere.

Vetia kryesore imunodepresore përgëndrohet në fraksionin IgG.

Serumi antilimfocitar qëndron për kohë të gjatë në shtratin vaskular pas injektimit të tij, duke vepruar kryesisht mbi limfocitet qarkulluese. Pakësimi progresiv i limfociteve qarkulluese ndodh për aq kohë sa të jetë i lartë përgëndrimi më gjak i serumit antilimfocitar. Gjithashtu, sasia dhe shpejtësia e dëmtimit të limfociteve varet dhe nga shpejtësia qarkulluese e tyre. Nga këto të dhëna rezulton se serumi antilimfocitar deprimon zakonisht ato përgjigje alegjike që shkaktohen nga limfocitet qarkulluese dhe që ky serum ka efekt të dobët në përgjigjen që shkaktohet nga limfocitet që ndodhen. Jashtë shtratit vaskular (10).

Lidhur me mekanizmin e veprimit të tij, kohët e fundit mendimet kanë ndryshuar shumë. Në fillim pranohej se serumi antilimfocitar, i

përgatitur kunder limfociteve, vepron duke i «ngordhur» këto qeliza. Më vonë ky mendim u hodi poshtë dhe u mendua se serumi antilimfocitar blokon «aftësinë» e limfociteve për të rjohur antigenin e huaj. Sot pranohet mendimi se serumi antilimfocitar vepron nëpermjet «aktivizmit steril» të limfociteve, domethënë duke bërë transformimin mitotik të limfociteve dhe duke i kthyer ato në qeliza imunokompetente, jo-komplekte (jo të afta) (34).

Serumi antilimfocitar ka edhe një efekt të fuqishëm antiinflamator, veprim ky që i kushtohet aftësitë që ka ai për të pakësuar nivelet e komplementit në serum. Ky pakësim vjen nga fiksimi i komplementit në antikorpet që veshin limfocitet dhe komponentët e tjere, indorë dhe nga aktiviteti i drejtperdrejtë antikomplementar i një fraksioni të serumit antilimfocitar.

Përsa i përket përdorimit praktik, serumi antilimfocitar ka gjetur aplikim në fushën e transplantit, sidomos në atë të palces së kockave (32). Rezultate të mira janë vënë re edhe në transplantin e veshkave, ku i gërshtetuar me azatoprinën, kanë vonuar kriat e «flakjes» deri në 2-3 vjet (34). Mekanizmi i veprimit të tij në këtë fushë është krejtësisht i ndryshëm me atë të imundepresoreve të tjera, pasi serumi antilimfocitar vepron si një antikorpet ndaj limfociteve, duke dëmtuar këshut numrin e qelizave reaktive, që arrinë «shartën». Deri tanë ka pak të dhëna mbi përdorimin e këtij preparati në sëmundjet autoinjone dhe ende nuk ka mjejmë të kontrolluara. Megjithatë, serumi antilimfocitar është përdorur në të sëmuarët me lupus sistemik, në ata me miasteninë grave, në ofstalminë, dermatomyozitin, sindromen Good-Posture etj.

AFTESTIT DËMTUOSE TË IMUNODEPRESSOREVE

Të njohësh mirë preparatet imundepresore do të thotë të njohësh me hollësi efektit tokiske të tyre, që, në shumicën e rasteve, kur përdoren pa kontroll të rreptë mjejkësor, japin dëmtimë shumë të rënda për shëndetin. Pra, kur njeku vendos të përdorë një medikament imuno-depressor, duhet ta ketë bërë mirë llogarinë çfarë do, të përmirësojë dhe çfarë do të rrezikojë. Në këtë mënyrë duhet pasur mirë parasysh parëmin kryesor të mjejkinit për të mbajtur të sëmurin në një kontroll të rreptë mjejkësor. Në këtë shikim, ne do përqëndrohem në aftësitë vepruese tokiske kryesore të këtyre preparateve të grupuara sipas sistemeve dhe organeve.

Sistemi hemopoetic është shumë i ndieshëm nga imundepresoret (40, 41), sidomos nga grupi i alkulantëve (13, 35). Natyrishët në këtë sistem, limfocitet janë elementët më të ndjesëhëm për t'u shkatërruar, çka mbështet edhe efektin e tyre imundepresor. Por preparatet e tillë si 6-merkaptopurina, ciklofosfamidi, metatreksati, 5-fluorouracili, japon leu-jeukopenia është e rikthyeshme pas ndërpërjes së preparatit apo me pakësimin e dozes (39). Megjithatë ka edhe raste shumë të rënda, që mund të cojnë deri në agranuloцитozë të plotë. Trombocitopenia nuk është aq e shpeshtë sa leukopenia, po kështu dhe anemia. Sidoqoffë, heraherës janë përskruar edhe raste hemorrhagjish të pandalëshme, të ardhur si pastoje e zhdukjesi të trombociteve nga serumi antilimfocitar, Endoksan, 6-merkaptopurina si dhe anemi hemolitike nga Endoksan,

5-fluorouracini etj. Meqë jemi ende në sistemin homopoetik, nuk duhet harruar edhe mundësia për t'u shkaktuar anemi hipoplastike dhe aplastike nga alkialantët dhe antimetabolitetit (35).

Në sistemin urinar është vënë re qartë se Endoksanit shkakton një cistiti sidomos kur merret me doza përkrahështë të larta. Në këto raste, cistiti shfaqet jo vetëm me dukuri dizurike, por edhe me hematuri, duke marrë karakterin e një cistiti hemorrhagjik (23,39).

Cistiti shkaktohet nga jashtëqitja me anë të urinës të metabolitëve aktívë të Endoksanit. Gjithashtu gjatë marjes për kohë të gjatë të këtij preparati janë përskruar edhe nekroza të epitelit të tubulave renale. Në fund, përdorimi i serunit antilimfocitar ndonjëherë është shoqëruar me shfaqjen e një glomerulonefriti të tipit Masugi, nga antikorpet anti-membranë bazale të glomerulit.

Një nga sistemet që prekjet më shumë është ai gastrointestinal. Të shpeshta janë përzjerjet, të vjellat, humbja e oreksit nga ciklofosfamidi, 6-merkaptopurina, azatioprina, aktinomicina D etj. (40). Për të mënjanuar këto dukuri anësore, është propozuar që preparatet të merren në darkë para gjumit. Por grumbullimi gjatë natës i metabolitëve aktívë në fshikzën urinare ndihmonte shunë për cistitin hemorrhagjik. Cekulat epiteiale të tubit tretës kanë një aktivitet të lartë mitotik. Preparatet imundepresorë mund të dëmtojnë në mënyrë të drejtëpërsëdrejtë strukturat qelizore të mukozës së këtij trakti, duke qarur në patologji të tillë si stomatit, glositit, ezofageit, formimi i ulcerave në mukozën e gojës, kaptopurina, sidomos kur përdoret për kohë të gjatë dëmtimi i përhapur i parenkimës, me rritje të bilirubines, të transaminazave, hipalbuminemi nga ciklofosfamidi, metotreksati (40, 48).

Gjatë përdorimit të imundepresoreve, jo rrallë, dëmtohen edhe sfera e riprodhimit (13, 40). Atrofia testikulare me azosperini mund të vijet re qysh në 3-4 javët e para të përdorimit të Endoksanit (42). Po këshfu mund të zhvillohet edhe amenorrhea. Ka të dhëna se funksioni i gonadeve kthehet në normë pas ndalimit të kurës (10).

Serumi antiilimfocitar, duke qënë një proteinë heterogjene, qon në rritjen e reaksioneve alergjike. Këto mund të jenë nga më të lehtat, në formë urtikarjesh, që zhdulen nga përdorimi i antihistaminkëve dhe deri tek dukuritë më të rënda si bronkospazmi, hipotensioni arterial, të cilat kërkojnë të merren masa të menjëherëshme me kortizonikë në venë. Po këshfu, reaksiione hipersensibiliteti janë hasur edhe gjatë përdorimit të L-asparaginozës (13). Edhe sistemi respirator duke filluar nga trakea e deri tek parenkima pulmonare, mund të dëmtohet nga përdorimi i imundepresorëve. Këshfu janë hasur fibroza pulmonare intersticiale e infiltrate pulmonare (54).

Më së fundi nuk duhet harruar për asnjë qast efekti teratogen dhe ai kancerogjen i këtyre preparave (39). Efekti teratogen është ai që lidhet me veprimin e tyre mbi kromozomet. Për këtë disa autorë kanë komunikuar lidhur me 6-merkaptopurinën, ciklofosfamidin, metotreksatin. Persa i përket efektit kancerogjen, autorë të ndryshëm kanë komunikuar per ciklofosfamidin, klorambucilin, thiotepën si më kryesorët (14, 24).

Preparatet imunodepresorë riuk duhet të jepen gjatë shtatzënsë sidomos në muajt e parë të saj, në infeksionet akute, madje duhet të ndalojnë në rastet e infekstioneve interkurente, pasi ata e ulin shumë rezistencën e organizmit kundrejt mikrobeve (29). Në rastet e shtaqjes së cistitit hemorragjik, Endoksani duhet të ndalohet menjëherë, pasi në disa raste, vazdësimi i mijekimit ka çuar në kancer të fshikzës së urinës (30). Me shumë kujdes duhet të përdoren këta preparatë në personat me diabet dhe në ata me të meta mendore. Serumti antilinfocitar është i kundrindikuar në personat alergjikë (30).

Dorëzuar në Redaksi më 15 dhjetor 1979.

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

- 1) Adhami J. E., Pilku N.: Mjekimi i hepatitit kronik me kortizonikë dhe Immuno-depresore. Buletini i UT – Serbia Shkencat mjekësore 1976, 2, 22.
- 2) Adhami J. E. e bp.: Imunodepresorët në hepatitit kronik gjatë viteve 1972-1974. Punime të sëmundjeve të brendshme. Tirane 1976, nr. 1.
- 3) Adhami J. E. e bp.: Përdorimi i kortizonikëve në hepatitet kronike gjatë viteve 1972-1974. Punime të sëmundjeve të brendshme. Tirane 1976, nr. 1.
- 4) Adhami J. E. e bp.: Veprimi i hidrokortizonit acetatit dhe Endoksanit në hepatitet kronike eksperimentale. Buletini i UT – Serbia Shkencat mjekësore 1977, 1, 81.
- 5) Adhami J. E. e bp.: Verrimi i acetatit të hidrokortzonit dhe Endoksanit në hepatitet alergjikë eksperimentale. Buletini i UT – Serbia Shkencat Mjekësore 1977, 3, 85.
- 6) Alison D. C., Deumon A. M., Barnes R. D.: Cooperating and controlling functions of Thymus derived lymphocytes in relation to Auto-immunity. Lancet 1971, II, 7716, 135.
- 7) Bartelik A.: Drug – induced diseases of the gastro-intestinal tract. Drugs Induced Diseases. Amsterdam 1973, 403.
- 8) Bekteshi S.: Pediatria. Tirane 1974, Veil. II.
- 9) Bell P.R. and al.: Reversal of acute clinical and experimental organ rejection using large doses of intravenous prednisolone. The Lancet 1971, 7705, 876.
- 10) Berenbaum M.C.: The clinical pharmacology of Immunosuppressive agents. Gell-Coombs-Lachman, Clinical aspects of Immunology. Oxford 1976.
- 11) Black D.A.K., Rose G., Brever D.B.: Controlled Trial of Prednisone in adult patient with nephrotic syndrome. Brit. Med. Journal 1970, 3, 421.
- 12) Calabresi P., Parks R.E.: Alkylating agents, antimetabolites, hormones and other antiproliferative agents. Goodman-Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, New York 1975.
- 13) Coombs R.R.A., Gell P.G.H.: Classification of allergic reactions responsible for clinical hypersensitivity and disease. Clinical aspects of Immunology, Oxford 1976.
- 14) Crieg L. H.: Type IV Reaction: Cell mediated immunity. Allergy and Clinical Immunology 1976.
- 15) Giusti G., Lucchelli P. E. et coll.: Therapie der chronisch aggressiven Hepatitis mit Prednisolon oder synthetischen Corticotropin. Internationales Symposium. Dubrovnik 1973.
- 16) Greaver M. W. and al.: Inhibition of prostaglandin biosynthesis by corticosteroids. Brit. Med. Journal 1972, 1, 83.
- 17) Haynes R. C., Larner J.: Adrenocorticotrophic hormone; adrenocortical steroids and their synthetic analogs; inhibitors of adrenocortical steroid biosynthesis. Goodman-Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics. New York 1975.
- 18) Iutosh R. M. and al.: Azathioprine in glomerulonephritis. The Lancet 1972, I, 776, 1085.

- 19) Jewell D.P., Truelove S.C.: Azathioprine in ulcerative colitis: An Interim report and a controlled therapeutic trial. *Brit. Med. Journal* 1972, 1, 709.
- 20) Johnson W.W., Meadows D.G.: Urinary bladder fibrosis and telangiectasia after cyclophosphamide therapy. *The New England Journal of Medicine* 1971, 6, 284, 290.
- 21) Kaplan S.R., Calabrezi P.: Immunosuppressive agents. *The New England Journal of Medicine* 1973, 18, 252.
- 22) Kocjiku K., Nakagi M.: Rezultatet e afkerta te injekcimit te psoriasit me Ami-moperine. *Buletini i UT-Seria Shikencat Mjekesore* 1963, 2, 72.
- 23) Korelitz B. and al.: Long-term immunosuppressor therapy of ulcerative colitis. *Am. Journal Dig. Disease* 1973, 18, 317.
- 24) Krupp M. A.: Nephrotic syndrome. Current diagnosis - treatment. *Los Altos* 1972, 459.
- 25) Laurentaci G., Favoino B.: Premesse immunologiche e possibilita di immuno-terapia per i tumori maligni. *Terapia* 1976, 61, 441, 163.
- 26) Martindale: The extra pharmacopoeia 1977, 115.
- 27) Miller J.F.A.P.: Induction of the immune (allergic) response. Clinical aspects of Immunology, Oxford 1976.
- 28) Murra I.M. and al.: Controlled trial of prednisone and Azathioprine in active chronic hepatitis. *The Lancet* 1973, 1, 7805, 735.
- 29) Nasinovici V.: Les hepatites chroniques. *Le concours medical* 1979, 16, 2567.
- 30) Poro K., Adhami J.: Reumatologija. Tiranë 1977, 44.
- 31) Preza B., Preza L.: Toksikologja klinike. Tiranë 1973.
- 32) Turk J. L.: The mechanism and mediators of cellular immunity. *Gell-Coombs-Lechman, clinical aspects of immunology*, Oxford 1973.

Shenim: Bibliografia e plotë ndodhet pranë Redaktsisë.

Summary

IMMUNODEPRESSIVE DRUGS

In this work a review is given of the classification, the fields of use, the mechanism of action and the side effects of immunodepressive drugs. Their important role is pointed out in the treatment of autoimmune diseases, in the organ transplantation reactions and, according to the systems of the organism, of their side effects.

Résumé

MÉDICAMENTS IMMUNO-DÉPRESSIFS

Dans cette communication, le lecteur trouvera une classification des médicaments immuno-dépressifs, leur champ d'application, leur mécanisme d'action et leurs effets collatéraux. Puis il est question du rôle important que ces médicaments remplissent dans le traitement des maladies autoimmunitaires dans les réactions relatives à la transplantation d'organes, ainsi que de leurs effets collatéraux.

SISTEMI HLA

– FEJOR AGACI –

(Lënda e Fiziologjisë – Patologjike, Katedra e Propedeutikës)

Duke transplantuar tumore ndërmjet minjve u vu re se ato flakeshin (nuk pranoheshin) nga mariësit, të cilët ndryshonin me dhënësit në disa faktorë antigenikë, që u shënuan me H (gërmia e parë e termit Histokompatibilitet – pajtueshmëria indore). Këto antigenine, të kontrolluese nga një lokus gjener, i emërtuar H-2, u quajtën «antigenet e fortë» të transplantimit. Më vonë u vu re se tek minjtë gjenden dhe antigjenë «të dobët», të cilët mund të flakin transplantin, ndonëse niveli i tyre është më i lartë (8).

Autore të ndryshëm kanë përcaktuar se gjitarët dhe shpendët kanë sisteme antigenike të mëdha dhe të vogla, të cilat i përkasin pajtueshmërisë indore (cituar nga 2). Tek miu «antigenet e fortë» të transplantimit formojnë sistemin antigenik të madh të pajtueshmërisë indore, që quhet *sistemi H-2* (2, 8).

Tek njeriu, në analogji me miun, sistemi antigenik i madh i pajtueshmërisë indore quhet *sistemi HLA* (8, 15).

Sistemi HLA përfshin një numër të madh antigenesh dhe, së bashku me sistemin antigenik A BO të eritrociteve, lot rol vendimtar në transplantimet e organeve të ndryshme (5, 11, 14, 16, 23).

Antigenet e sistemit HLA në fillim u gjetën në leukocitet (antigenet gjenden në të gjitha qelizat me bëthamë, të organizmit të njeriut) (19). Persa i perkthet shpërndarjes në inde dhe organe, këta antigenë gjinden më tepër ne shpërdetje (15), në mushkëri dhe mësçi (19). Antigenet e sistemit HLA nuk gjinden në indin dhijamor (19) dhe trunor (15). Këto antigenje janë venë re në retikulocite (13), trombocite (13) dhe në spermatozoïdet (10). Autore të tjere (4) mendojnë se këto antigenje duhen kërkuar edhe në qelizat limfoide.

Më parë mendohen se eritrocitet e njeriut nuk përbannin antigenë HLA, në rast kohë kur tek eritrocitet e miut ishin përcaktuar antigenë të sistemit H-2 (15). Në sajë të futjes në përdorim të teknikave të reja tepër të ndjeshme, kohët e fundit disa autorë (15, 19), arritiën të përcaktuar antigenë të sistemit HLA edhe tek eritrocitet e njeriut, të cilat, siç dihet, janë qeiza pa bërrhamë.

Antigenet e sistemit HLA në parë i futnin në dy grupe kryesore: grupi «LA» dhe grupi «B» (2, 4, 8), të cilët përbanin përkatesisht 11 dhe 17 antigenë të ndryshëm (4, 8). Kohët e fundit kjo ndarje është ndryshuar dhe plotësuar. Sipas eksperiteve të O B SH, që punojnë në poshtë: iniciali HLA emërtont vetë sistemin në fjalë. Gërmat A B C D etj., që vihen osë edhe nuk vihen pas inicialit HLA tregojnë lokuset e

gjeneve që kodojnë (kontrollojnë) antigenë të ndryshëm të serive të vëçanta, të cilat shënohen përkatesisht me po ato gërrma. Gërrma W e vendosur pas gjërmave A, B, C, D etj., tregon llojin e përkohshëm të një antijeni të një serie të caktuar, që nuk është përcaktuar ende me përpikmëri. Kjo gjërmë (W) hiqet atëherë kur arrihet që antigeni të përcaktohen përfundimisht dhe me përpikmëri. Numrat 1, 2, 3, 4 etj., që vihen pas gjërmave, tregojnë antijenë të ndryshëm, që i përkasin seclit lokus gjenik, pra një serie të caktuar.

Kërkimet e bëra kohët e fundit kanë treguar se në kompleksin e gjeneve, që kodojnë prodhimin e antijeneve të sistemit HLA, (ky kompleks shënohet me initialin MHC) nuk gjenden dy, por tre lokuse (A, B dhe C), të cilët kodojnë prodhimin e atyre antijeneve, që përcaktohen në serum me anë të testit të limfotoksicitetit, si dhe dy lokuse, që kodojnë përcaktuesit antijenikë të gjetur në limfocite me anë të bestit ML.C (15, 20).

Tek njeriu, lokuset MHC, ndodhen në krahun e shkurtër të kromosomit 6 (5, 20) në afërsi me lokuset MEI¹ (malat-dehidrogenaza - citoplazmatike, e varur nga NADP), të SODB (indophenol oksidaza fëtramerike) dhe të PG.M.3 (lokusi i tretë i fosfoglikozidazës) (19). Sipas disa autorëve (14) dalihen 40 antijene HLA, ndersa të tjera (20) kanë përcakuar 77 antijene HLA.

Antigjenet e sistemit HLA, të përcaktuar në serum, grupohen në tre seri të vëçanta, që u përkopjnë përkatesisht lokuseve gjenike A, B dhe C (6, 20). Kështu dallojme serinë A (SD 1, LA, ose «para»), serinë B (SD-2, 4, ose «e dytë») dhe serinë C (SD-3, AJ, ose «treta») (19, 20). Secila seri përbën lloje të ndryshme antijenesh. Në serinë A deri tanë janë zbuluar 20 antijene, si p.sh. A₁, A₂... A₁₁,... A₂₈... AW₁₉ etj.; në serinë B 20 antijene si B₅, B₇... B₁₈, BW₁₆, BW₃₅ etj., ndërsa në serinë C deri tanë janë zbuluar 5 antijene: CW₁, CW₂, CW₃, CW₄ dhe CW₅ (19).

Normalisht, antigjenet HLA nuk kanë antikorpe, megjithëse disa autorë (19) kanë mundur që të izolojnë antikorpe natyrale ndaj antigjenëve të serive A, B dhe C. Antikorpet natyrale ndaj këtyre antijenave hasen me shpesin pas imunizimit, që arrijet nëpërmjet transfuzioneve të gjakut, shtatzënesive dhe transplantimeve (19). Antikorpet e prodhua nga imunitimi fetomaternal, megjithëse i përkasin klasës G të imunoglobulinave, nuk shfaqin ndikime të dëmshme mbi zhvillimin e fetusit (2). Ndjonjëherë prodhohen antikorpe me «veprim të kryqëzuar», që reagojnë me produktet gjenike të disa atelevë (25).

Përcaktuesit antijenikë të sistemit HLA, të përcaktuar në limfocit me anë të testit ML.C (20), mund të gjenden edhe në qelizat epidermale, endoteliale, makrofaget dhe në spermatozoïdet (19). Këta përcaktues kodohen nga gjenet e lokusit D të kompleksit gjenik MHC (6, 20). Disa autorë (19) dallojnë lokusin LD-1, që vendoset afër lokusit B, dne lokusin LD-2, që vendoset midis lokuseve A dhe B. Deri tanë nijen 8 përcaktues antijenikë: DW1-DW6, LD107 dhe LD108 (19). Në antijenet e sistemit HLA futen edhe antijenet e tipit Ia, që janë përshtkuar më parë tek miu. Tek miu, këto antijene kodohen nga gjenet e pjesës qëndrore të kompleksit gjenik të sistemit H-2, gjene që zotërojnë kontrolin gjenik të ndjeshinërisë ndaj virusave; përgjegjës imure dhe të

bashkëveprimit midis qelizave (19). Antigjenet Ia të miut zhulohen në serum dhe kanë shpërndarje të kufizuar (19). Tek njeriu, këta antigjene gjinden në limfocitet B (3, 18), celulat epidermale, makrofaget dhe sfermatozoïdet (19), në monocitet dhe, ndoshta, në qelizat epiheliale dhe endoteliale dhe nuk gjenden në limfocitet T dhe në fibroblastet (3).

Përaktimi i strukturës kimike të antigeneve të serive A, B dhe C ka pasur vështirësi të konsiderueshme. Nga analizat kimike rezulton se këto antigenjene janë gjlukoproteina (4, 20), që lidhen me membranën qelizore (20) dhe «notojnë» lirisht në të (4, 20). Ka autorë (4) që mendojnë se specifiteti i atyre antigeneve varet nga komponentë polipeptidë, të cilët formojnë një varg të vetëm me dy lidhje disulfide dhe me pesha molekulare 31000, ndërsa të tjere (22) kanë vënë re, se molekula gjlukoproteinike e antigeneve HLA e serive të këtë përmendura, ndërtohet nga dy vargje polipeptide dhe se specifiteti i antigenit varet nga vargu më i madh.

Disa autorë (22) kanë treguar se vargu i vogël i molekulës të antigenit HLA dhe beta -2 mikroglobulina kanë veti të përbashkëta. Ka gjetur që flasin për një ngjashmëri të quditshme strukturale midis antigeneve HLA të përaktuar në serum dhe pjesës konstante të imunglobulinës G (19).

Përsë u përkert molekulave të antigeneve Ia, ato janë gjithashtu polipeptide (3).

Antigenet HLA kanë rëndësi të madhe në përgjigjet imunitarë të organizmit, ato ndikojnë drejtëpërdrejt në rezistencën e organizmit të njeriut ndaj mikroorganizmave patogjene (2). Në rastet kur antigeni i një virusi ka te rrejtur specifitet me një antigen të sistemit HLA, individët që e kanë këtë antigen janë të paftë për përgjigjen imunitare ndaj virusit në fjalë. Këta persona janë të ndjeshëm ndaj ketij virusi dhe mund të infektohen (2). Mendohet se antigenet e sistemit HLA mund të bashkëveuprojnë me lokuset e receptorëve virale të sipërfaqes qelizore, duke lehtësuar kështu futjen e viruseve në qeliza. Ka mendim se në kompleksin gjenik MHC të njeriut dhe të sistemit H-2 të miut ka gjene që kontrollojnë sintezën e strukturave të sipërfaqes qelizore (2).

Kohët e fundit pranohet se njohja e qelizës nga qeliza, pra njohja ndërmjet qelizave mund të lozë rol shumë të rëndësishëm në diferençimin e indeve dhe në procesin e morfogenëzës (15). Në kompleksin gjenik të sistemit HLA (kompleksi gjenik MHC), dhe të sistemit H-2 të miut, ka shumë gjene që kodojnë sintezën e klasave të vecantë të antigeneve të diferençimit dhe të antigeneve «njohës» (2). Kërkues të tjerë mendojnë se antigenet e pajuteshmërisë indore (histokompatibilitetit), gjatë përfundimit të zhvillimit të organizmit, kryejnë njohjen e qelizës nga qeliza (15). Nga ana tjetër, disa autorë propozojnë një ngjashmëri evolucionare midis regjioneve gjenike, që kontrollojnë antigenet e histokompatibilitetit, duke përfshiurë sistemet HLA dhe H-2 e atyre të imunglobulinave (2, 12).

Gjetur që kodojnë antigenet HLA zënë një pjesë të kompleksit gjenik, që ka funksione imune, të cilat përfshijnë flakjen e transplantit, nxjtjen e kulturave të përziera limfocitare, përgjigjen e transplantit ndaj vete organizmit të njeriut, limfotizën e shkaktuar nga qelizat si dësa funksione të komplementit (12).

Në kompleksin gjenik MHC (të sistemit HLA, ka gjene që kodojnë komponentë të ndryshëm të komplementit si C2, proaktivatori C3, C4, C8 (3).

Mendohet se gjenet e kompleksit gjenik MHC kodojnë produimin e antigjeneve specifike të qelizës B (17, 18). Nga disa autore (18) mendohet se për kodimin e antigjeneve specifike të qelizës B brenda kompleksit gjenik MHC ndodhen dy lokuse, por ka mundësi që numri i tyre të jetë më i madh.

Ka të dhëna se antigjenet e pajtueshmërisë indore janë shprehje e polimorfizmit gjenik (2). Në vertebratë e studjuar ekzistojnë dy tipa proteinash me shkallë të lartë polimorfizmi: imunoglobulinat dhe antigenet e sistemeve të mëdha të histokompatibilitetit (4).

Duke u bazuar në këtë polimorfizëm, mendohet se brenda specieve të vecanta ekziston një shumëlljojshmëri e madhe e këtyre antigeneve (4).

Disa autorë (2) supozojnë se në sajë të polimorfizmit të antigjeneve

të histokompatibilitetit ka mundësi që organizmat të mbrohen nga «infekzioni» kontagioz i qelizave kanceroze, të cilat kalohen nga një organizem tek tjetri.

Tashmë është përcaktuar përfundimisht se antigjenet e sistemit eritrocitar ABO janë antigjene të histokompatibilitetit. Zgjatja e jetës së transplantave të lëkurës në rastet e papërshtashmërisë ABO është më pakat sesa në rastet e kësaj përshtashmërie (19). Suksesi i zgjatjes së jetës të transplantit varet jo vetëm nga antigenet e sistemit ABO, por edhe nga antigenet e sistemit HLA (5, 16, 21, 23). Disa autore (15), duke transplantuar lëkurë midis personave me lidhje gjaku, vunë re se zgjatja e jetës së transplantit ishte më e madhe kur dhuruesi dhe marrësi ishin HLA identikë, mesatare kur dhuruesi dhe marrësi kishin të perbashkët nga një kromozom (ishin gjysm identikë) dhe më e pakët kur pasardhësit ndryshonin për të dy kromozomet (nuk ishin HLA identikë). Kryhej ndërmjet personave me lidhje gjaku dhe që ishin HLA identikë, zgjatja e jetës të transplantit arritej në 100% të rasteve, ndërsa në personat me lidhje gjaku që nuk ishin HLA identikë, flakja e transplantit ishte më e shpejtë (19). Disa qendra të transplantit kanë vënë re një koreacion pozitiv midis zgjatjes së jetës të transplantit dhe antigjeneve të histokompatibilitetit (11). Nga autore të ndryshëm është vënë re se transfuzionet e gjakut para transplantimeve të veshkës përmirësojnë perspektivën e transplantit, sidomos në çiftet dhurues-marrës, që janë më të harmonizuar përsa i përkët sistemit HLA (11). Në transplantimet e personave pa lidhje gjaku, dhuruesi më i mirë i veshkës do të jetë ai person që i ka antigenet HLA identikë me ato të marrësit (19).

Në transplantimet e lëkurës midis personave pa lidhje gjaku, por që janë HLA identikë, zgjatja e jetës së transplantit ka qënë më e madhe në krahasin me rastet e dhuruesve të zakonshëm (15).

Përsa i përkët transplantimit të organeve të tjera si zemra, mushkëria dhe mëlciqë kanë vlerë të njëjtat kritere, që zbatohen për veshkëpasi edhe këto organe kanë antigenë të sistemeve ABO dhe HLA (19). Antigenet e sistemit HLA të përcaktuara në serum kanë rëndësi në transfuzionet e trombociteve dhe të granulociteve. Zgjatja e jetës

ketyre elementeve varet, ndér tē tjera, edhe nga antikorpet ndaj ketyre antigjeneve (19).

Përcaktimi i antigjeneve të sistemit HLA ka rëndësi të madhe edhe në provën e atësisë, që bëhet pér tē provuar ose përashtuar atësinë në rastet që janë bërë probleme injeko-ligjore. Prova bazohet në përcaktimin në serum të antigjeneve HLA tek bebjia, babai i supozuar dhe nëna. Me anën e kësaj procedurë përjashtohen akuzat falco në 91% të rastave dhe, së bashku me procedurat e tjera të provës së atësisë (që janë afro 20), përjashtimi në tërësi i akuzave të atësisë falco arrin në 99,6% të rastave (19).

Disa autorë supozojnë se në disa kafshë si minj, kavie etj, ekziston një llidhje e ngushtë midis sistemeve antigjenike të mëdha, ndoshta edhe atyre të vogla të histokompatibilitetit dhe përgjigjes imunitare të këtyre kafshëve (2).

Studime të shumta të kryer në njerëz kanë treguar se ekziston një dñe shpeshtësi të rritur të antigjeneve të caktuara të sistemit HLA në këtë të sëmure (1, 6, 7, 9, 17, 24, 26).

Mekanizmat që shpjegojnë këtë dukuri janë ende të panjohura plotësish. Hipoteza më e pranueshme është ajo e përgjigjes imune (19). Sipas kësaj hipoteze supozohet se gjenet e përgjigjes imune kompleks (gjenet IR), të cilat gjinden brenda kompleksit gjenik MHC, kontrollon e organizmit të njeriut pér tē shkaktuar reaksione imune ndaj antigjeneve të ndryshme, që veprojnë në organizën. Përgjigja imune është tepër e ndryshme dhe, në disa raste, çon në shfaqjen e simptomave të sëmundjeve përkatëse (19).

Sëmundja e parë e studjuar në këtë drejtim ka qenë sëmundja Hodgkin (15). Në të sëmurët me këtë sëmundje u gjet shpeshtim i rritur i antigeneve të kompleksit «4C» (HL-A5, W5, W18 (15) si dhe e antigjeneve A1, B5, B18 (19). Tek të sëmurët me leuemi limfatike akute u vu re shpeshtim i rritur i antigjeneve HL-A2 dhe HL-A12, ndërsa tek të sëmurë me limfoma të tjera (limfoma folikulare, limtosarkoma, sarkoma me qeliza retikulare) u gjet shpeshtësi e rritur e antigjenit HL-A12 (15).

Të sëmurët me lupus eritematos sistemik kanë shpeshtim të rritur të antigjeneve W15 (15), sidomos ata të sëmurë, tek të cilët kjo sëmundje filion nën moshiën 25 vjetë (15).

Rreziku i koriokarcinomës, që zhvillohet pas shhatzënisë, lidhet ngushëtë me grupet e gjakut A BO ndërmjet të sëmures dhe burrit të sëj (16). Disa autorë (16) kanë gjetur se në zhvillimin e kësaj sëmundje ndikojnë, në mënyrë të pavarrur, dy sisteme: A BO dhe HLA. Autorët në fjale gjetën se tek të sëmurët me koriokarcinomë, antigjenet HLA-I dhe HLA-18 ishin të shpeshtë.

Në sklerozën multiple është vënë re se këta të sëmurë kishin shpeshtim të ritur të përcaktuesit T_a (DW2) të përcaktuar në limfocit (6, 26). Autorë të tjere (6), kanë gjetur se tek këta të sëmurë, antigjenet A3 dhe B7 ishin të shpeshtë. Përvog antigjeneve të sistemit HLA tek këta të sëmurë është përcaktuar edhe antigjeni A^{7a}, që është alloantigjen spesifik i limfocitit B (26). Ndërkohë autorë të tjere (6), tek të sëmurenë me sklerozë multiple, kanë mundur të izolojnë gjashëtë alloantigjenë të

limfocitit B, nga tē cilēt mē tē shprehurit kanē qänë BT101, BT104 dhe BT106.

Mē sipér u pērmēnd se gjenet e kompleksit MHC kontrollojnē edhe antigjenet specifike tē qelizës B.

Nga disa autorē supozohet se nē kētē sēmundje ekziston disekulibēr i renditjes sē gjeneve, qka shpjegon shpeshtesi si tē antigjeneve A3 dhe B7, ashtu dhe tā alloantigjeneve tē limfocitit B. (6).

Nē tē sēmurēt mē hepatit kronik aktiv eshtë gjetur shpeshtesi e antigjeneve HLA-A1 dhe HLA-A8 (cituar nga 1), ndërsa autorë tē tjerë (5), kanë vënë re shpeshtesi tē antigjenit B8. Për kētē sēmundje mendohet se shpeshtesi e antigjeneve HLA-A1 dhe HLA-A8, tek ata tē sēmurë që nuk gjendet antigjeni Australia mund tī kushtohet humbjes sē funksionit tē qelizave frenuese T (cituar nga 1). Këta autorë shprehin mendimin se antigjeni HLA-A8 eshtë treguesi gjenetik i kētë funksioni defektuoz (1).

Në tē sēmurët me dermatit herpetiform eshtë gjetur shpeshtim i rritur i antigjenit HLA-B8 (17). Shpeshtesi e kētij antigjeni eshtë vënë re edhe tek tē sēmurët me enteropatit tē ndjeshme ndai glutentit (cituar nga 17). Perveg shpeshtesi sē antigjenit HLA-B8, nē kētē dy sēmundje kanë gjetur gjithashtu shpeshtesi tē antigjenit tē limfocitit B (17). Këta autorë (17) mendojnë se shpeshtesi e antigjenit HLA-B8 dhe e antigjenit tē limfocitit B nē dermatit herpetiform dhe enteropatinë, e ndjeshme ndai glutenit, mund t'i kuštohet dezekullibrit tē renditjes sē gjeneve, domethëne freminit tē kryqezuar tē këtyre gjeneve. Po këta autorë (17) supozojnë se gjeni i antigjenit HLA-B8 dhe ai i antigjenit tē limfocitit B veprojnë nē ményre plotësuesse nē disa hallka tē patogjenezës tē këtyre sēmundjeve.

Tek tē sēmurët me diabetin e sheqerit tē tipit juvenil kanë vënë re se antigjenet HLA-B8, HLA-BW15 (7), si dhe HLA-B18 e HLA-B15 (cituar nga 20) ishin tē shpeshtë. Në këta tē sēmurë eshtë gjetur gjithashstu shpeshtesi e antigjeneve HLA-DW3 dhe HLA-DW4 (19). Disa autorë (cituar nga 20) mendojnë se nē kēta tē sēmurë, antigjenet DW3 dhe DW4 gjenden mē shpesh se antigjenet e sipermendur tē serisë B. Autorë tē tjerë (cituar nga 20) kanë vënë re se diabeti i sheqerit i tipit juvenil takohet shpesh edhe nē tē sēmurët me rubeola kongjenitale, sidomos tek tē sēmure që ishin HLA-B8 pozitiv. Disa autorë (7) mendojnë se lokusi gjenik i regjjonit gjenik tē kompleksit MHC pērbën komponentin mē tē rendësishëm tē gjenotipit tē diabetit juvenil. Autorë tē tjerë mendojnë se lokuset e sistemit HLA nē kromosomin 6 përfshiben intensivishët nē integritetin imunologjik tē njeriut, si nē nivelin qelizor (funkcioni i qelizës T), ashtu dhe nē nivelin humorali (reaksioni antigjen-antikorp, – funksioni i qelizës B (9). Këta autorë (9) mendojnë se shkak kryesor i diabetit juvenil eshtë defekti gjenetik nē përgjigjen immunologjike.

Në kohën e sotme ka prova tē ishumta që vërtetojnë rendësinë e posagme tē infekzionit viral nē shfaqjen e diabetit tē sheqerit tē tipit juvenil (7, 9, 20). Në lindjen e kësaj sēmundjeje ndikojnë edhe gjenet që kodojnë disa antigjene tē sistemit HLA (9). Sipas disa autorëve (20) brenda kompleksit MHC gjenden dy ose mē teper gjene diabetogjenë, që lokalizohet mëdis lokuseve i B dhe D. Gjenet e lartpërmëndura ndikojnë

në në lokuset e receptorëve membranoje të virusit, duke përcaktuar antigenicitetin e kryqëzuar me antigenet virale (7).

Në të sëmuriët me spondilit ankiloant dhe sindromën Reiter kanë gjetur shpeshtësi të antigenit HLA-B27 (5); në ata me sëmundje celiakë kanë gjetur shpeshtësi të antigeneve HLA-B8 (19) dhe DW3 (20); në njastenia gravis kanë gjetur shpeshtësi të antigeneve HLA-B8 (20) dhe DW3 (20) në sindromën Sjögren kanë gjetur shpeshtësi të antigenit HLA-B8 (19).

Në të sëmuriët me sëmundjen e Basedowit është vënë re shpeshtësi e antigenit B8 (5), dhe të DW3 (20); në ata me psoriasis vulgaris është gjetur shpeshtësi e antigenit HLA-B13 dhe HLA-BW7 (19); në të sëmuriët me uveitis akute-anterior kanë vënë re shpeshtësi të antigenit B7 (20).

Kohët e fundit në literaturën mjekësore po shkohet gjithmonë e më shumë lista e sëmundjeve me bazë autoimune, që kanë lidhje me antigenet e sistemit HLA.

Me gjithë përparimet që janë bërë në studimin e sistemit HLA, ka ende shumë probleme që kërkojnë zgjidhje, si psh. përcaktuësit antigenik të sistemit HLA të gjetur në limfocit, antigenet e tipit Ia, de-sekuilibri i renditjes së gjeneve, lidhja e antigeneve HLA në sëmundjet automune etj. (19). Zgjidhja me sukses e këtyre problemeve do të ritë ende më shumë njohuritë tonë mbi rëndësinë e këtij sistemi dhe përfunkzionet e tij në proçeset jetësore të organizmit të njerut.

Dorëzuar në Redaksi mi 10 tetor 1979. —

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bach J.F. and coll.: HLA 1.8, Phenotype and Hbs Antigenaemia in Haemodialysis Patients. *Lancet* 1975, II, 707.
- 2) Bodmer W.F.: Evolutionary significance of the HLA system. *Nature* (London) 1972, 237, 139.
- 3) Bridgen J. and coll.: Isolation and N-terminal amino-acid sequence of membrane-bound human HLA-A and HLA-B, antigens. *Nature* (London) 1976, 261, 200.
- 4) Burnet F.M.: Multiple Polymorphism in relation to histo-compatibility Antigens. *Nature* (London) 1973, 245, 359.
- 5) Castro J. E.: Tumor and Transplantation Immunology. *British Journal Anaesth.* 1979, 51, 29.
- 6) Compston D. A. S. and coll.: B - lymphocyte Alloantigens associated with multiple sclerosis. *Lancet* 1976, II, 1261.
- 7) Cudworth A. G. and coll.: Evidence for HLA linked Genes in «Juvenile» Diabetes Mellitus. *British Med. Journal* 1975, 3, 133.
- 8) Cabet N.: Immunologjia e transplantit. Në «Gjëshëtë immunologjia». Tirana 1977, 63.
- 9) Drash A. L.: The Etiology of Diabetes Mellitus (Editorial). *New England Journal Med.* 1978, 300, 1211.
- 10) Fellous M. and coll.: Probable Haploid Expression of HLA-A Antigens on Human Spermatozoa. *Nature* (London), 1970, 225, 191.
- 11) Festenstein H. and coll.: Influence of HLA matching and blood transfusion outcome of 502 London Transplant group renal-graft recipients. *Lancet* 1976, I, 157.

- 12) **Goodfellow P.N. and coll.:** The beta-2 microglobulin gene is on Chromosome 15 and not in the HL-A region. *Nature* (London) 1975, 254, 267.
- 13) **Harris R. and coll.:** Reticulocyte HL-A antigens. *Nature* (London) 1969, Vol. 221, 1062.
- 14) **Higارد P.:** Immunological reactions to blood and blood products. *Br. J. Anaesth.* 1979, Vol. 51, 45.
- 15) **Joysey V.C.:** The HL-A Antigens and Their Significance. Né: Clinical Aspects of Immunology. Edited by Gell, P.G.H., Coombs, R. R. A. and Lachmann, P. J. Third Edition 1975, 215, 243.
- 16) **Lawler S. D. and coll.:** The HL-A system in Tromphoblastic Neoplasia. *Lancet* 1971, II, 834.
- 17) **Mann D. L. and coll.:** Specific B-cell antigens Associated with-sensitive enteropathy and Dermatitis Herpetiformis. *Lancet* 1976, I, 110.
- 18) **Mann D.L. and coll.:** Second genetic locus in the HLA region for human B-cell alloantigens. *Nature* (London) 1976, 259, 145.
- 19) **Mayer W.R.:** Leucocyte Antigens. Né: «The Biochemical Genetics of Man». Second Edition. Edited by D.J.H. Brock, O. Mayo. Academic Press. 1978, 373-420.
- 20) **Nerup J. and coll.:** HLA and insulin dependant diabetes mellitus. *Postgraduate Medical Journal* 1979, 55 (Supple 2), 8.
- 21) **Opelz G. and coll.:** Identification of unresponsive kidney transplant. *Lancet* 1972, I, 868.
- 22) **Ostberg L. and coll.:** Subunit Structure of HL-A antigens on cell surface. *Nature* (London) 1974, 249, 463.
- 23) **Owen J.J.T.:** The Immune system — some Basic concepts. *Br. Journal Anaesth.* 1979, 51, 3.
- 24) **Rees A.J.:** Autoimmunity and Autoimmune disease. *British Journal Anaesth.* 1979, Vol. 51, 13.
- 25) **Svengaard A. and coll.:** Cross-reactive Human HL-A Isoantibodies. *Nature* (London) 1968, 219, 888.
- 26) **Winchester R. J. and coll.:** B-cell Ag7a in Multiple Sclerosis. *Lancet* 1975, II, 814.

THE HLA SYSTEM

The paper gives a summary from the literature on the HLA system describing what it represents and what role it plays in human tissue compatibility.

The antigenic nature of the system is discussed, its chemical properties, as well as the gene complex MHC which codes those antigens.

The paper mentions the role of the antigens of the HLA system in the problems of organ transplants, their importance in determining the paternity and some questions of the immunitary nature of the human organism.

In the end the paper discusses the role of that system in the pathogenesis of autoimmune diseases and describes some of them.

Résumé

LE SYSTÈME HLA

L'auteur du présent article a résumé la littérature relative au système HLA, en indiquant ce que représente ce système, la place qu'il occupe dans le problème de la compatibilité avec le tissu de l'organisme humain. Puis il est question dans cet article de la nature des antigènes de ce système, de leurs propriétés chimiques, du complexe génique MHC, qui constitue le code de ces antigènes.

Plus loin l'auteur parle du rôle des antigènes du système HLA par rapport aux problèmes de la transplantation des organes, au problème de la détermination de la paternité, aux problèmes du caractère immunisant de l'organisme humain.

Ensuite l'auteur aborde le problème du rôle de ce système dans la pathogénèse des maladies auto-immunisantes et décrit certaines de ces maladies.

AKTIVITETE SHKENCORE NE FAKULTETIN E MJEKESISE

SESSION SHKENCOR I KATEDRES SE ANATOMISE DHE HISTOLOGJISE

Më 14 dhjetor 1979, në kuadrin e jubileut të madh të 35 vjetorit të shkrimit të Atdheut dhe të fitores së revolucionit populor, katedra e Anatomisë dhe Histologjisë zhvilloi një session shkencor, në të cilin morën pjesë pedagoge, studentë, laborantë e të ftuar lëndë. Në këtë session u paraqiten gjithsej 11 tema, nga të cilat 7 ishin nga këtyre temave trajtonin probleme të lidhura me temat që janë marrë për studim nga ana e pedagogëve të kësaj katedre.

Në fjalën e hapjes Doc. Sk. Cigo vuri në dukje sukseset e arritura gjatë 35-vjetëve të Shkrimit, perspektivat dhe arritjet e shkencave të Anatomisë dhe Histologjisë në të ardhmen.

Referatet e mbajtura nga pedagogët e lëndës së Anatomisë përqendroheshin në disa drejtime kryesore. Pjesën më të madhe e përbënë tema të natyrës antropometrike. Të tilla ishin: «Të dhëna pelviometrike të skeletove, dbe njerëzve të gjallë», të paraqitur nga Doc. F. Basha. «Përcaktimi i moshës në bazë të suturave endokranike» ishte një punim interesant nga pedagogu A. Ylli, laboranti F. Bala si dhe «variacionet e pjesëve përbërëse të kafkës në 46 kafkë» të përpunuar po nga A. Ylli, laborantet L. Haxhiraj dhe F. Bala. Me një referat të kësaj natyre me titull «Të dhëna antropologjike mbi os soineum» u paraqit studenti B. Mihali dhe laborantja L. Haxhiraj. Këto tema kanë rëndësi të madhe dhe i paraprirjnë studimit në një të ardhme të shpejtë të tipit fizik shqiptar.

Interesante ishin dy referatet mbi variacionet. Një prej tyre studjojonte «Variacionet e vendosjes së apendiksit, për të cilin autorët K. Llanga dhe S. Gabrani kanë studjuar 135 autopsi dhe 174 kartela klinike. Një referat tjeter i kësaj natyre ishte ai me titull «Variacioni i dalas së Truncus brachiocephalicus» i paraqitur nga S. Gabrani, që ka studjuar 250 autopsi.

Po nga lënda e Anatomisë, pedagogia D. Osmanlli paraqiti referatin «Korelime kliniko-anatomike në insultet cerebrale». Temat e paraqitura nga lënda e Histologjisë ishin gjithashu të larmishme. Të tillë ishin «Studime histologjike krahasuese të indit kocikor tek njeriu dhe në kafshë nga Doc. Sk. Cigo, «Mutacioni si proces qelizor» nga E. Kone, që përskroi mire se gëshëti mutacioni dhe objekti i til për agjentët mutantë dhe veprimin e tyre gjithmonë në nivele qelizore. Referat interesant ishte ai i B. Çakos që bënte fjalë për «Gjenetikën e binjatikëve».

Mjaft mirë u paraqitën dhe studentët L. Kore dhe N. Shahollari me temën «Shtatzënia me shumë fëmijë».

Në fund, rrëth referateve u bënë pyetje dhe diskutime.

SESION SHKENCOR I DEGES SË STOMATOLOGJISË

Më 17 dhjetor 1979, me rastin e 35-vjetorit të Çlirimt të Atdheut dhe fitores së Revolucionit populor, Dega e Stomatologjisë zhvilloi një sesion shkencor. Në këtë sesion shkencor u vu në dukje se si gjithë kuadrot e vendit tonë edhe ato të stomatologjisë, të frysmezuar nga rruga e lavdishme e Partisë dhe popullit tonë, me mësimet e Partisë dhe të Shokut Enver Hoxha në zemër dhe kryesish nën busullën drejtuese të rendesishme të Kongresit të 7-të të PPSH, janë mobilizuar për kryerjen me sukses të dytëra e në fushën e shkencës e teknikës së sónë.

Në këtë sesion u mbajtën 20 referate, që në përgjithësi karakterizoheshin nga një nivel i mirë teoriko-shkencor. Në të merrnin pjesë pedagogë, mjekët të klinikave stomatologjike, specializantë dhe studentë të kurseve të degës së stomatologjisë. Në referatet spikati mirë boshti ideologjik i Partisë sotë dhe në to u ngritën mjaft probleme që interesojnë zhvillimin e ekonomisë, e disiplinave stomatologjike në vendin tonë. Në përgjithësi në këto tema vihej re prirja për të shërbuar sa më mirë jetës sotë në përgjithësi për të përmirësuar mirëqenien materiale e kulturore të masave të gjëra punonjëse. Aty shihet prirja e kursimit përsa u përkret materialeve të ndryshme stomatologjike ashtu dhe kohës së kurimit të të sémurevë.

Në fjalen e hapjes u vu në dukje rruga e përparuar në shkencat stomatologjike dhe arritjet e perspektivat gjatë 35 vjetëve të Çlirimt. Në përgjithësi në temat shihet prirja për interpretimin ideologjik të faktave me të cilat ndeshemi dhe vartësia e lidhja reciproke e dukurive. Gjithashtu dilte qartë njohja e shkaqeve dhe e veprimeve të tyre, që krijojn mundësi për parashikimin e proceseve të ndryshme, drejtimin e tyre për ti sjelle shoqërisë fenomenet që i duhen dhe kundërshtimin e fenomeneve të dëmshme, për të cilat imbetet dytëra kryesore e shkencave tonë.

Në sesion u trajtuan tema për probleme të terapisë, ortopedisë, kirurgjisë, ortodoncisë etj.

Per problemet e ortopedisë u referuan gjashtë tema: «Protezat ekstensive të nofullës së poshtme» nga Dr. F. Toti, «Defektet e pjesshme me breza» nga Dr. B. Sina dhe N. Korbi; «Shinat me preparim superficial në mjekimin e paradontopative» nga R. Qafimolla e Fl. Rexha etj. Këto tema karakterizohen nga një hop cilësor në trajtimin e tyre në drejtum të përgatitjes për kursimin dhe ndihmën e të sémurevës për ruajtjen dhe rivendosjen e funksionit, të estetikës dhe foniqës së të sémurevës. Interes paraqitet edhe tema të tjera si: «Mjekimi i okluzionit të ulët me anë protezimi» nga S. Mataj, B. Sina, N. Korbi; po kështu temat e studentëve «Mbi përgatitjen laboratorike të koronave me dy pjesë» nën drejtumin e B. Sina si dhe tema e grupeve të parë, kursi i IV, «Mbi disa vëgori në mjekimin e okluzionit të ulët» nën drejtumin e R. Qafimollës. Temat ortodontike si «Anomalitë e pozicionit të dhëmbëve tek fëmijët dhe trajtimi i tyre nga Dh. Lira dhe N. Papajorgji, tema «Lidhja midis anomalive midis dhëmbëve dhe nofullave me paradontopati» nga A. Basha, Tr. Fico dhe specializantët», paragjetën interes për shkaqet e krijimit të tyre, mënyrat e parandalimi mit dhe ligjësinë e rendësishme të botës objektive, njohja e së cilës është

e domosdoshme për veprinatarinë praktike. Interesante u paraqiten edhe temat si: «Te dhëna mbi veprimin e aparateve ortodontike në indet parodontale» nga M. Thanati, A. Basha, F. Saragi si dhe tema me studentët e kursit të IV «Mbi mijekimin ortodontik të prognatise me aparatet fiks» nën drejtimin e A. Bashës.

Mjaft interes paraqiten temat për problemet e terapisë stomatologjike. Kështu p.sh. interesante ishte tema «Mbi rezultatet nga përdorimi i materialeve të mbushjes me bazzë kompoziti nga katedra e klinikës së shkollës «8 Nëntori» nga studentët e kursit të IV nën drejtimin e D. Brovinës, «Parodontopatitë në të sëmurrët me diabet» nga Tr. Fico, Pr. Faja si dhe tema «Mbi aplikimin e shinave definitive me inlei në parodontopati» me studentët e kursit të IV nga Tr. Fico shenuan një progres në indikacionet e përdorimit të materialeve të mbushjes së dhembëve dhe me karakterin e tyre mijekues profilaktik patën interes në informimin e trajtimin e proceseve të ndryshme karioze dhe ndërlidhimeve të tyre të ndryshme.

Për problemet e kirurgjisë stomatologjike u referuan 6 tema me shumë interes tekniko-shkencor. Kështu tema «Mbi format klinike dhe mijekimin e metastazave të gjendrave limfatike regionale nga tumoret maksilo-facial» nga I. Kasapi, «Klinika dhe mijekimi kirurgjikal i kantyre» nga H. Vathi etj. vërtetuan rëndësinë dhe unitetin e madh përfورçimin e pikëpamjeve materialiste të lëdhjes së sistemit dentar me patologjinë e përgjithshme, duke nxjerrë mirë shifikun dhe pasojën, të cilat ndeshen kudo në praktikën tonë të përditshme.

Në këto referate, autorët sollien përvojen e tyre, duke kontribuar në uljen dhe parandalimin e ndërlidhimeve të ndryshme dhe paaffesisë së përkohëshme në punë. Me interes u paraqiten edhe temat si: «Disa të dhëna mbi tumorët maksilo-facial nga të dhënat e biopsisë» nga studenti J. Londo dhe A. Alushi, nën drejtimin e Dh. Pojanit dhe tema «Mbi shpeshtësinë e operacioneve stomatologjike ambulatorë» nga studenti N. Musaj, Ndr. Halili, L. Blushi, N. Boeri nën drejtimin e S. Gjinit.

SESSION SHKENCOR I KATEDRËS SË NEUROPSIKIATRISË

Më 18 dhjetor 1979 u zhvillua sesioni i dytë i katedrës së neuropsikiatrisë me rastin e 35 vjetorit të Qirmit të Atdheut. Në këtë sesion shkencor morën pjesë pedagogët dhe mijekët e klinikave të psikiatrisë dhe neurologjisë, mijekë neuropepsikatër të rretheve dhe të shërbimeve të ndryshme si dhe nga IKMU.

Në sesion u zhvilluan 50 referate, kumtesa, paraqitje rastesh dhe informime shkencore. Pjesa më e madhe e temave, e referateve dhe e kumtesave trajtonin probleme të lidhura me temat që janë marrë përsipër përfundim nga ana e pedagogëve të katedrës së neuropepsikatrisë dhe mjekëve të spitalit klinik nr. 5.

Në fjalën e hapjes u vu në dukje rruga e shkëlderuar që kanë bërë shkencat neuropepsikatrike gjatë 35 vjetëve të Qirmit. Arritjet si dhe perspektivat e zhvillimit të shkencave neuropepsikatrike. Në fund u bëjnë urime dhe u përgëzua Prof. Xhavit Gjata për marrjen e çmimit te

Republikës për veprën e tij «Skizofrenia» dhe dekoratën e urdhrit të kasit të parë «Naim Frashëri» si dhe kandidati i shkencave Hysen Baogi për dekoratën e urdhrit e klasit të dytë «Naim Frashëri».

Referatet psikiatricë u përqëndruan rrith tri sëmurdjeve kryesore: psikoziës maniako-depressive, skizofrenisë dhe depresioneve psikike me natyre endogjene.

Për psikoziën maniako-depressive (Pr. Xh. Gjata etj.) u parashtruan vëgoritë klinike të të sëmurdjeve të shtruar gjatë vitit 1979 dhe të ku-ruar në spitalin klinik nr. 5. U bë një analizë e detajuar e prodhimtarisë së tyre psikopatologjike dhe u dhanë mendime mbi mjekimin spitalor e ambulator të tyre.

Për Patogjenezën, klinikën dhe mjekimin e skizofrenisë u mbajtën 10 referate, 8 nga pedagogët dhe ordinatoret e klinikës së psikiatrisë dhe dy nga mjekët e spitalit psikiatrik të Vlorës.

Për Patogjenezën e skizofrenisë (Doc. U. Vehbiu) u parashtruan të dhënët më të reja të literaturës psikiatrike botërore mbi ndryshimet biokimike enzimatike gjatë saj, sidomos për uljen e aktivitetit të dopamin-Bhidrosilazës dhe monoaminoosilazës, që luajnë një rol të rëndësishëm në metabolismin e dopaminës dhe të noradrenalinës. Një vend i vegantë iu kushtua edhe patogjisi së metabolizmit të acidit gama-aminobutirik, i cili ndikon drejt përsëdrejti në funksionin e sistemit dopaminik, duke e frenuar atë. U parashtruan të dhëna që tregojnë se gjatë skizofrenisë ullet sasia e acidit gama-amino-butirik, gjë që shoqërohet me rritjen e niveleve të koncentrimit të dopaminës, që bëhet shkak për lindjen e shenjave të skizofrenisë.

Në referatin e psikozave skizo-efektive (T. Pikkli) u analizuan 16 të sëmurdë me këtë patologji, të shtruar në klinikën e psikiatrisë gjatë dy vjetëve (1978-1979). Gjithashtu u analizuan vëgoritë e përgjithshme të tablosë klinike të ecurisë dhe prognozës së këtyre psikozave si edhe masat që duhen marrë për parandalimin e recidivave të saj.

Në sesion iu kushtua një referat dismortofobisë (L.L. Radovani), si shenjë filastare e skizofrenisë, ose sindromë që mbisundon të gjithë klinikën e saj. Theksi u vu mbi problemet e diagnozës differentiale me neurozat dbe vëgoritë e ecurisë të këtyre formave të skizofrenisë. Në punimin mbi heboidoforenisë (J. Dilaveri) u parashtruan vëgoritë klinike të kësaj forme të skizofrenisë, e cila karakterizohet në fillim me shenja që takohen gjate psikopative, por që më vonë baskkëngjiten edhe një vang shenjash të natyrës skizofrenike. U fërhoq vëmëndja e mjkëve për vështirësittë diagnostike të kësaj forme dhe për rendësinë e madhe që ka ndjekja e të sëmurdjeve në dinamikë për diagnozen përfundimtarë të kësaj psikoze.

Referati mbi skizofreninë rezistente ndaj mjekimit (J. Gjoka) kishte të bënte me karakteristikat e përgjithshme si të klinikës ashtu dhe të mjkëmit të këtyre skizofrenive. U vu theksi mbi domosdoshmërinë e gërshtëmit të llojeve të ndryshme të neuroleptikëve incizivë e sedativë.

Të dhëna interesante u parashtruan në referimin e mjkëve të spitalit neuropsikiatrik të Vlorës (E. Sheshi, E. Israji, N. Pano) për mjkëmin e 123 të sëmurdëve (shumica e të cilëve me skizofreni) me haloperoliqët i fuqishëm, që lufton me sukses ekipacionet skizofrenike, halucinacionet e llojeve të ndryshme dhe gjendjet konfuzionale. Disku-

tohen gjërsësht dozat e këtij preparati në kurimin e formave të ndryshme të skizofrenisë.

Në referat tjetër që u mbajt po nga mjekët e spitalit psikiatrik të Vlorës (M. Alimihi, L. Mitro) kishte të bënte me mjekimin e 36 të sëmurrëve psikikë (30 skizofrenikë dhe 6 me psikoza maniakale) me tioproperezinë (majjeptil). Nga ky referat nxirret përfundimi se ky preparat ka si veti shfrenuese, ashtu dhe qetësuese, dhe se forca e tij antipsikotike është e madhe sidomos për mjekimin e psikozave manikale, skizofrenisë efektive (varianti manikal) dhe asaj hebefrenike).

Në një nga referatet e klinikës së psikiatrës (A. Peti etj.) u analizon hiperkinetë e rënda fillostarte akute, të vëna re në 64 skizofrenizë (midis 500 të tillëve), të mjekuar me haloperidol, triperidol, fluoçorizë, prokarperazinë tioproperezinë etj. Vëmëndja përqëndrohet në vëgoritë klinike dhe shumëllojshmërinë e këtyre hiperkinetave, në sat parandaluese dhe mjekimin e tyre.

Punimi i fundit mbi skizofreninë (N. Lacaj etj.) analizonte njëlloj koher më shpesht këto vitet e fundit. Vëmëndja përqëndrohet në format e ndryshme të skizofrenisë, që mund ta shkaktojnë këtë difikte, i cili ka ngjyrosje psikopatike, por që karakterizohet, në të njëjtën kohë, edhe me shenja skizofrenike.

(N. Polimeri etj.) për herë të parë jepet përvaja e njekimin e të së deprivimit të gjumit. Parashtohen indikacionet e kësaj kure dhe rezultatet e saj:

Në referatin tjeter (N. Polimeri, G. Zhuzhuni) parashtohet gjërsisht diagnoza differenciale midis depresionit endogjen bipolar dhe atij unipolar, duke e illustruar këtë me një material të pasur klinik. Analizohen vëgoritë e trashëgimisë, të karakterit premorbid, të klinikës, aneurisë dhe rezultateve të mjekimit të të dy llojeve të depresionit. Referati i tretë iu kushtua lëkundjeve ritmike të humorit në pkozën maniako-depressive (O. Pelegu etj.).

Në një referat u ndha përvaja e mjekëve të spitalit psikiatrik të periudhës 1970-1978; (L. Mitro etj.).

Në sesion u mbajtën edhe dy referate të tjera mbi njësimin e metodave të njekimit, të formave të ndryshme të skizofrenisë (Doc. U. Vehbiu), të psikoziës maniako-depressive dhe të depresioneve të ndryshme psikike (N. Polimeri). Rreth tyre u bënë diskutime e propozime përpërcaktuar më mirë në të ardhmen nomenklaturën e sëmundjeve psikike, dhe sidomos të skizofrenisë.

Në këtë sesion pati edhe dy referime të tjera, njëri mbi etiopatogenezën, klinikën dhe njekimin e sindromës hiperkinetike të fëmijëve (A. Suli) dhe tjetri për një rast me grregullime të dëshirave instiktive (D. Totozani). Në referatin e sindromës hiperkinetike nxirret përfundimi se simptoma bazë e saj është çrrëgullimi i vëmendjes dhe se baza patogenezës qëndron në turbullimin e metabolizmit të katekolaminave qëndrone. Në këto referime jepet përvaja e njekimit të të sëmurrëve me metilfonidon (ritaline).

Niveli shkencor i referatave të mbajtur në këtë sesion ishte i mirë.

Pjesëmarrësit vlerësuan cilësinë e punimeve dhe me pyetje e diskutime u qartësuan një varg problemesh të diskutueshme të neuropsikatrisë.

Pastaj u referuan punimet e klinikës së neurologjisë dhe të disa mjekëve neuropsikiatër të rrëtheve. Rreh temës qeveritarë «Mbi ndërkëmet neurologjike të hypertensionit arterial» dhe «mbi sëmundjet e enëve të gjakut të trurit» u paraqiten 11 tema: 5 nga klinika e neurologjisë, nga M. Petrela i neurokirurgjisë dhe 5 nga neuropsikiatrit e rrëtheve, ndër të cilët 2 nga Shkodra S. Ashta dhe I. Leka, një nga V. Tige i Durresit, një nga Ll. Dobroniku i Beratit dhe një nga A. Cuko i Lushnjës.

Të gjitha këto referate ngjallën diskutime shumë të rëndësishme. Në referatin me titull «Probleme moderne të diagnostikimit dhe mjekëmit të sëmundjeve të enëve të gjakut të trurit» të Prof. B. Prezës dhe H. Baboci u eksposuan metodat e diagnostikimit nëpërmjet shinografisë cerebrale të voletëmetrit apo Dopplerit, si dhe problemet e mjekëmit të insulteve iskiemike me aspirinë, anturan dhe perfentinë. Një referat tjetër iu kushtua studimit kliniko-anatomik të sëmundjes cerebro-vaskulare nga Dr. Totozani. Në të u eksposuan të dhëna mbi kërmimet anatomike në 35 raste me insulje cerebrale. Në këto referate u vu në dukje se mbizotërojnë insultet hemorrhagjike, sidomos më shpesh hemorrhagjite cerebrale apo parakimatoze.

Në një kumtesë tjetër «mbi studimin klinik të insulteve iskiemike» të A. Islami u analizuan 50 vrojtme klinike të vitit 1979. Mosha e të sëmurrëve ka qenë 41-60 vjeç, në 36 të sëmurrë, presioni arterial luhatet në shifra 120/80 - 160/90 mmHg. Nga 50 rastet, në 31 prej tyre u ndeshën simptoma të sistemit karotik.

Në punimin me titull «Ndërkëmet neurologjike të hypertensionit arterial» në Kombinatin e tekstileve «Stalin» bëhet fjalë për depistimin e 2039 punëtorëve në fabrikat e kontroll-bazës e tezja-pambukut dhe fabrikën e tekstileve të leshit. Pas tre majesh të tensionit arterial në të dy krahët dhe tri herë në intervale prej dy javësh, rezultoi se 62 veta ishin me hypertension arterial (3,04%). 40 prej tyre i përkisnin grup-moshës 41-50 vjeçare. Në 38 raste, TA ishte në shifra 200/110-230/120 mmHg. Në kushtet e punës, ai u gjet 20-30 mmHg më lart se në qetësi. Prej tyre, 25 paraqitnin turbullimë neurologjike.

Në referatin «Depistimi i sëmundjeve të enëve të gjakut në një ndërmarrje dhe në një fshat» të A. Islanaj rezulton se nga 410 banorë të fshatit, 13 prej tyre paraqitën hypertension arterial. 17 prej tyre kishin moshën mbi 41 vjeç, në 6 raste TA paraqitej mbi 160 mmHg, në 4 raste 190/100 mmHg, në 3 raste 200/110-220/120 mmHg. 2 prej këtyre të depistuarve paraqisin ndërkëmne neurologjike. Në fidanishten e ndërmarrjes «17 Nëntori», nga 250 punëtorë, TA u gjend e rititur në 22 prej tyre (7,9%). Tre prej tyre paraqitnin ndërkëmne neurologjike.

Pasaj u paraqiten referatet rrëth sëmundjes së epilepsive. Tre prej tyre ishin të klinikës së neurologjisë, një u paraqit nga K. Harxhi i IKMU dhe 5 u paraqitën nga mjekët neuropsikiatër të qyteteve Elbasan, Durres, Berat, Vlorë (H. Shqera, St. Vokopola, M. Vevecka dhe K. Koçi). Mbi këtë tematikë u paraqit një informacion shkeicor nga Prof. B. Preza «Mbi rolin e rrurit të vogel në frenimin e krizave «epileptike». Po ashtu u paraqit referati. «Të dhëna paraaprake mbi epilepsinë në vendin tonë»

nga Prof. B. Preza, ku u ekspozuan të dhënat krahasuese kliniko-epidemiologjike mbi epilepsinë, duke u mbështetur në materialet e 4 disertacioneve: të Dr. A. Kuqo në rrëthim e Tiranës, të Dr. H. Shqerës të spitalit psikiatrit të Elbasanit, të Dr. St. Vokopolës të rrëthimit të Durrësit dr. K. Kocit të rrëthimit të Vlorës. U bënë interpretime rrëthimë shpeshtësisë, faktorëve etiologjikë të shpeshta, numrit më të madh sipas moshës, sipas formave klinike. Në këtë referat u ekspozuan të dhënat e depistimeve masive të populisë së shëndoshë në rrëthim e Tiranës 26 000 persona, në rrëthim e Elbasanit 64 000, në rrëthim e Durrësit 200 000. Nga ky depistim rezultoi se shpeshtësia e epilepsive në këto tre rrethe arrin 1.8 për mijë. Kjo shifër është mjaft e ulët, po të krahasohet me ato të shumë vendeve të Evropës, të SHBA dhe të Bashkimit Sovjetik etj., ku ndeshet një shpeshtësi që luhatet midis shifrave 3, 8, 10, 20 deri 25 për mijë (në bazë të statistikave të ekspertëve të OBSh). Ky fakt dëshmon qartë për epërsinë e sistemit tonë socialist dhe është i lidhur drejtëpërdrejt me zhdukjen e një vargu infeksionesh në vendin tonë si malarja, sitilizi etj., me faktin se helmimet janë më të pakta e të rralla, se traumat kraniocerebrale ndeshen shumë më rrallë në vendin tonë se në vendet kapitaliste e revizioniste. Në këtë drejtim kanë ndikuar shumë masat higjeno-profilaktike të marrura nga Ministrja e Shëndetësisë dhe nga organet e tjera të Pushtetit Popullor, si krijimi i kushteve të shtatzëzave, dhënia e lejeve para dne pas lindjes, mundësia e lindjes në maternitet ose lindja me assistencë mjekësore në qytet dhe në fshat etj.

Në referatin e autorëve A. Kuqo, S. Tasho dhe K. Bitiri me titull «Të dhëna klinike elektrrike për epilepsi të viteve 1977-1979» bëhet një analize e të gjithë regjistrimeve për këto vite të të sëmurëve me epilepsi. Nga 420 trase, 52 kanë rezultuar me epilepsi. Në referat themohet rëndësia e dispanserizimit të epileptikëve dhe roli i madh i E.E.G. në vënien e diagnozës. Nga të sëmurët të marrë në studim, janë veçurat ato që kanë ardhur për rikontroll.

Në sesion u paraqitën dy referate mbi tumoret e trurit. Në njërin rre me titull «Studim kliniko-etiologjik mbi tumoret e trurit të autorit J. Avrami jepen të dhëna mbi 853 raste të grumbulluara nga disa rrengjatë vitave 1964-1978. Aty jepen të dhëna mbi shpërndarjen gjeografike të tyre, moshiën, profesionin, seksin etj. Në të fillet mbi llojet e tumoreve sipas grup-moshave: gliomat e papercaktuara zenë vendin e parë me 30%, astrocytomat dhe meningiomat me 15.5%, meduloblastomat me 9% etj. Sipas grup-moshave, vendim e parë e zenë ato të 41-50 vjeç me 20.1%, 31-40 vjeç me 19.1%, 51-60 vjeç me 17.8% dhe 21-30 vjeç me 16.8%. Po ashtu diskutohej rapporti i llojit të tumorit me topikën e tij: 61.9% e tyre janë supratentoriale dhe 30.1% subtentoriale dhe vetëm 8% tumore të thella të trurit.

Në referatin «Studim kliniko-elektrik» të paraqitur nga B. Gjata ekspozohen 90 tumore supra dhe infratentoriale. Autori bën korelimë edhe me të dhënat e shintografisë cerebrale, të fundit të syrit dhe të angiografisë cerebrale. Çrrregjillimet elektrike janë paraqitur sipas klasifikimit praktik, duke i koreluar këto ndryshime me vendosjen e tumorit super ose infratentoriale, ndonjëherë edhe me lokalizimin më të përpiktë dhe me natyrën e tumorit (gliomë, meningiomë, metastazë eti).

Autori thekson se elektroencefalografia jep të dhëna me vlerë jo ve-

tëm për diagnoza pozitive me tumore cerebrale, por edhe mbi topografinë e tyre dhe ndonjëherë të natyrës të këtyre tumoreve.

Po ashtu u paraqiten dy referatë mbi neurozat. Ai me titull «Studim klinik i neurozave», autorët L. Lleshi, L. Keta dhe O. Curri merren me studimin e 158 të sëmurëve, ku përrshkruajnë tablonë klinike të tyre, bëjnë analizën e imtë e simptomave kardinale dhe jepen përfundime të vlefshme për praktikën e përditshme. Në referatin e dytë «Mbi tre raste të rralla neurozash» të L. Lleshi dhe L. Keta bëhet një përskrrim i hollësishëm me një të sëmurë me shtatzëni të rrreme, që u diagnostikuva pas 7 vjetësh dhe që bëri laparoskopji për arsyet diagnostike që paraqiti. Pas një studimi të imtë të anamnezës, të temperamentit dhe të tabloidës së klinike u vu diagnoza dhe brenda nje muaji, me një mijekim tégërshëtar, me psikoterapi, trankualizantë dhe dominantë, e sëmura u shërua. Në të u eksposzuva edhe një e sëmurë tjetër, e shtruar me sindrome bulbare, por studimi i imtë klinik vuri në dukje se ishte një neurozë, që u shërua brenda tre javësh.

Pastaj u paraqiten 7 referate të tjera. Dr. Karahman Harxhi diskutoi dhe ekspozoi. «Të dhëna klinike mbi epilepsinë në IKMU». Vrojtimet klinike i analizozi në mënyrë të hollësishme, duke i lëshur dhe ndërvavarur me të dhënat elektroenzefalografike.

Në referatin me titull «Deficiencia 2 e karnitin-palmitoil-transferazës» autorët B. Preza vuri në dukje se mungesa e këtij fermenti shkakton dobësi muskulare, dhëmbje dhe krampe të grupeve të ndryshme muskulare dhe pigmentim të zi të urinave.

Autori Nasi Bozhelku në referatin e tij me titull «Dissa konsiderata rrëth problemeve të patogjenezës së encéfaliteve, duke e gërshtuar me përvojjen e tij.

Në referatin me titull «Të dhëna të reja mbi lëngun trunor shpinor», autorët Klement Shteto paraqiti një vang metodash të reja që përdoren sot në studimin e lëngut truno-spinor në sëmundje të ndryshme neuro-psikike, të dhëna këto që janë mjaft të dobishme dhe instruktive për klinicistët neuro-psikiatër.

Në referatin «Të dhëna eksperimentale mbi saturnizmin», autorët Sk. Skënderaj dhe Sh. Subashi paraqiten të dhënat e tyre eksperimentale të fituara në lepuj, minj dhe kavie.

Një referat interesant ishte ai me titull «Sindroma Andrea Rett», ku autorë B. Preza paraqiti të dhëna instruktive rrëth kësaj sindrome trashëguese e rrallë, që u përskrua për herë të parë në vitin 1967. Interesant gjithashtu ishte dhe referati i Sk. Skënderaj me titull «Të dhëna elektroencefalografike mbi saturnizmin». Ai ekspozoi reportet elektrike të 50 rasteve me saturnizëm, duke i ndarë ato në 7 grupe të ndryshme. Ai theksoi se ndryshimet elektroencefalografike siqash mjaft shpejt gjatë saturnizmit dhe ndihmojnë për përpiknirinë e diagnozës.

Në sesion pati diskutime të shumta si nga ana e mijëkëve neuropsikiatër të klinikës së psikiatrisë dhe neurologjisë dhe nga ata të rretheve pjesëmarrës në sesion.

Vlen të vijet në dukje se për çdo grup referatesh të të dy klinikave u bënë pyetje dhe u ngjallën diskutime mjaft të dobishme për problemet që u shtruan ndër referatet, të cilat do të ndihmojnë përmirësimin e punës në të ardhmen.

SESSION SHKENCOR I KLINIKËS OKULISTIKE

Në kuadrin e viti jubilar të 35-vjetorit të Çlirimit të Atdheut dhe fitores së revolucionit populor si dhe 100 vjetorit të ditelindjes së Josif V. Stalinit, klinika okulistike, piane spitalit klinik nr. 1 të Tiranës më 9 janar 1980 organizoi një session shkencor, ku merrnin pjesë njekë okulistë të rrethit të Tiranës dhe nga disa rrethe të tjera.

Sesioni u hap me referatin «35 vjet shërbim okulistike» përgatitur nga Dr. Ylli Shtylla, M. Maçellari dhe Sh. Dama. Në të viheshin në dukje sukseset që ka arritur sektori i okulistikës, si dhe qdo degë tjetër e mrekësise sone, nën kujdesin e madh të Partisë e të Pushtetit tonë Popullor. Plotësisht i nevojave me kuadër e aparaturë nga më modernët, vënia në jetë e metodave më të reja të ekzaminimit, kurimit dhe atyre operatore, kanë bërë që të rrihet niveli i ndihmës mjekësore si dhe i punës shkencore. Një sukses i madh është specializimi i mjekëve okulistikë, për të cilin klinika ka lashmë një përvjetë 20 vjeçare.

Pastaj u mbajtën referatet. Një referat interesant ishte ai me titull «Shkaket e uljes së pamjes në moshën shkollore» paraqitur nga A. Dushi, M. Pizha dhe L. Këlliçi, në të cilin analzohej gjendja e syve në mbi 500 fëmijë të grumbulluar pas depistimit në shkollat 8-vjeçare të qytetit të Tiranës. Gjithashtu Agetina Dushi paraqiti referatin me titull «Rezultate të trajtimit konservativ të strabizmit konkromitent», ku u paraqitën të dhëna të kabinetit orthoptik të klinikës okulistike. Një referat interesant ishte ai me titull «Ndryshimet e fundus oculi në hipertonji» i përgatitur nga H. Rusi dhe V. Kokona.

Dy temat e tjera që pasuan ishin përgatitur nga punonjësit e kabinetit antiglaukomatos S. Zhugli dhe J. Koja. Ato njohën pjesëmarrësit në sesion me «Të dhëna të reja në mikrokirurgjinë e glaukomës» dhe «Rezultate të trajtimit të të sémurevë në kabinetin antiglaukomatos». Më tej u referuan temat «Pasojat e vonshme të ndërkineve vitrale pas ekstraksionit të kataraktës» nga A. Aroni, ku jepet përvuja e reportit okulistik të spitalit të Beratit, «Ndryshime papilare në progreset edemike papilare në bazë të dokumentacionit të klinikës se neurookurrgjisë» dhe Chorioretinopathia centralis serosa; «Paraqitura fluoresceino-grafike dhe trajtimi me rreze Agron-Lazer» nga Gj. Cepa.

Në sesion u referua tema e lirë nga F. Shkopa «Ndryshimet patologjike të Fundus oculi në hipertoni në të sémurët» e rrethit të Elbasanit gjatë viteve 1977 dhe 1978.

Së fundi u rrahën mendime rrëth kritereve të klasifikimit të glaukomës dhe u miratua cilësimi i tyre në glaukoma primare, sekondare dhe të lindura. Glaukomat primare, u dalluan si të thjeshta ose me kënd të hapur dhe si kongestive ose me kënd të ngushtë, ku bëjnë pjesë ataku glaukomatos dhe glaukoma kronike.

Për glaukomat sekondare u bë grupimi i tyre sipas shkakut. Ky session u cilësua si një hap përparrë në zhvillimin e mëtejshëm të revolucionit tekniko-shkencor.

SESION SHKENCOR I KATEDRËS SË ANATOMISË PATOLOGJIKE-MJEKESI LIGJORE

Më 26 janar 1980, katedra e Anatomisë patologjike-mjekeksisë ligjore, së bashku me Shërbimin e Anatomisë Patologjike të Spitaleve të Tiranes, për ndër të festës së madhe të 35 vjetorit të Qirimit të Atdheut dhe të triumfit të Revolucionit popullor, si dhe me rastin e 25 vjetorit të organizimit të kësaj katedre dhe të shërbimit spitalor të Anatomisë patologjike (korrik 1954) organizuan Simpoziumin shkencor kuqshuar problemeve të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë fëminore të mosha 0-4 vjeç.

Në simpozium morën pjesë me referate shkencore edhe anatomo-patologë të disa rrëtheve. Ishin të pranishem gjithashtu anatomopatologët e rrëtheve, mjekët anatomopatologë dhe mjekët Ligjorë të Tiranës, pediatër të spitalit nr. 3 dhe të poliklinikave të qytetit, si dhe mjekë të profileve të ndryshëm.

Simpoziumi trajtoi një tematikë me rëndësi të ditëve të sotme përmijëve, duke bërë një përgjithësim shkencor të një pjesë të punës së përditishme anatomopatologjike rrëth atyre sëmundjeve, që ende luajnë një rol të veçantë në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë fëminore.

Në fjalën e tij të hapjes së simpoziumit, Prof. P. Bitri ndër të tjera vuri në dukje se Partia dhe Shoku Enver Hoxha na mësojnë dhe kërkojnë prej nesh, punonjësve të shëndetësisë, se çdo fëmijë duhet të lindë i shëndoshë dhe çdo fëmijë i lindur shëndoshë duhet të rrojë e të rritet dhe të mos ketë asnjë vdekje shkencërisht të pajustifikuar. Partia dhe Pushteti ynë populor i kanë krijuar të gjitha kuqshet objektive, shoqërore, kulturore, higjieno-sanitare dhe ekonomike për të ruajtur shëndetin e fëmijëve tanë. Në sajë të këtyre kuqsheteve dhe në sajë të punës së ndërgjegjshme që bëjnë punonjësit e shëndetësisë në drejtim të profilaktikës, të diagnostikës së herët dhe të mjekimit shkencor të sëmundjeve, disa nga këto të fundit janë likuiduar krejtësisht, të tjerat janë pakësuar dhe po ulen vazdimisht, ndërsa vdekjet e fëmijëve po kthehen në ngjarje të rralla, për të mos thënë të jashtëzakonisne. Në vendin tonë socialist gjithmonë e më tepër jetës po i shtohen vijet, ajo bëhet më e gjata, më e lumtur, më e gjëzueshme dhe pa dhembje, sepse edhe pleqeria tek ne është e shëndoshe.

Në RPSSH arritjet e shëndetësisë janë të shumta. Këto fitore e kanë bazën e tyre në vijën e drejtë politike të Partisë së sónë, në punën e ndërgjegjshme të masave punonjëse, që ndërtojnë me sukses, konsolidonë dhe mbrojnë me vëmohim, duke u mbështetur në forcat e veta, socialistizmin në ardhjeun tonë.

Në referatin e tij, Prof. P. Birri paraqiti një kuader të plotë të mijëve të mosha 1 muaj – dy vjeç, duke u bazuar mbi një studim të gjërishtë të masave punonjëse, që ndërtointe me sukses, konsolidonë pah frekuencën e pneumonisë si shkak i vdekjes së fëmijëve, frekuencën e saj në mosha të caktuar, kuadrin anatomopatologjik të pneumonive në femijë, natyrën etiologjike të saj, vëgoritë kliniko-mortologjike të

sëmundjes, nivelin e diagnostikës dhe të mjekimit të kësaj sëmundje. Referuesi konkluksi se vetëm nëpermjet një analize të vërtetë shkençore të rasteve mund të arrijë të zotërojnë dukurinë e sëmundshme riße dhe të vdekshmërisë së fëmijëve. Kjo analizë nuk duhet të jetë e njëanshme, por rezultat i një ballafaqimi kliniko-anatomopatologjik të rregulltë, rigoroz dhe të singertë ndërmjet mjeukut të klinikës dhe anatomopatologut, ndërmjet të dhënave biolaboratorike, klinike dhe morfologjike. Këtu qëndron baza e kualifikimit reciprok të mjekëve klinistë dhe anatompatoalogë dhe ky është një nga mjetet kryesore të ngritisës së cilësisë shkencore të punës profilaktike dhe diagnostiko-kurative.

Autorët Sh. Subashi dhe L. Leno referuan mbi pneumonitë e fëmijëve të mosnës 0-4 vjeç. Ata bazoheshin në një material të gjëre anatomo-patologjik, që përfshinte edhe pneumonitë e të porsalindurve për një periudhë trevivecare. Edhe në këtë referat u vunë në pah të dhëna interesante rrëth frekuencës, raporti me mosnën, rrëth kuadrit kliniko-morfologjik të sëmundjes etiologjia e saj, si dhe disa karakteristika evolutive të sëmundjes dhe shkaqeve të disa papajtueshmërije diagnostike. Në referat u dhanë edhe disa konkluzione rrëth profilaktikës së pneumonive në fëmijë.

Referat i G. Cergës dhe E. Haxhiyresi iu kushtua cirrozave të

sepse e rrallë tështë kjo sëmundje në mosha të tilla, por ata analizuani Ilo-

jet e cirrozave, duke u bazuar në kuadrin anatomopatologjik të tyre dhe

përgëndruan vëmëndjen në ndërkohmet dhe shkaqet e vdekjeve të kë-

tij kontigjenti fëmijesh. Nga referati dolli konkluzioni i vlefshëm se

shpeshtërë kjo nozologji klinikisht diagnostikohet si hepatit.

Në një referat tjeter, autorët L. Alia dhe A. Berisha trajtuan sëmundjet e apparatit urinar në fëmijët e mosnës 0-4 vjeç. Ky referat bazohej mbi një material të gjëre autopsish dhe përbërështë disa nozologji të apparatit urinar. Autorët vunë në pah një gamë të gjëre sëmundjesh interesante me origjinë kongjenitale, inflamatore distrofiko-degenerative si dhe në kalkulozën e apparatit urinar. Sëmundjet autorët i kanë ndarë sipas grup-moshave dhe shkaqeve të vdekjes. Interes të vegantë paraqet grupi i sëmundjeve që ka të bëjë me anomalitë kongjenitale si dhe grupi i rasteve të urolitazës së fëmijëve. Këto nozologji paragjen interes teorik, por mbi të gjitha, praktik, qoftë kjo në planin profilaktik, diagnostik dhe kurativ të fëmijëve me këto vuaje.

Autorët M. Shenu dhe Q. Cela, në referatin e tyre, trajtuan disa sëmundje kryesore të apparatit tretes në fëmijët. Ndërmjet këtyre sëmundjeve, referuesit përgëndruan vëmëndjen mbi sëmundjet inflamatore të intestinit dhe treguan se enteritet, enterokolitë dhe kolitet, megjithëse janë pakkësuar shumë, përsëri duhet të tërhojnë vëmëndjen e klinicistëve për një diagnostikë dhe injekim ende më cilësor.

Një referat interesant paraqiti anatompatologu i Durresit, R. Shahu. Pasi karakterizoi sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e këtij rrëthi, në përgjithësi ai u përgëndrua në sëmundjet inflamatore të mushkërive, duke vënë në pah rolin e tyre në patologjinë fëminore. Autori doli me konkluzionin për nevojan e diagnostikës së hershme dhe mjekimin shkencor të fëmijëve, që vijnë nga pneumonitë.

Nga qyteti i Shkodrës, I. Simoni paraqiti referatin mbi shkaqet e

vdekejve të fëmijëve të këtij rrethi dhe dha një kuadër statistikor si dhe vendin që zënë sëmundjet kryesore në patologjinë e moshës fëmire.

Një referat me vlerë të vegantë ish dhe ai që paraqitet mjetë e katedrës së mjekësisë ligjore B. Cuberi, S. Meksi dhe B. Cipi. Ata dhanë një kuadër rrëth disa vdekejve të papritura në moshën fëminore, duke analizuar shkaket e këtyre vdekejve, arritën disa konkluzione të rëndësishme për punonjësit e shëndetësisë.

A. Santos dhe Th. Klimi, ku u trajtuan në planin klinik-patologjik tre raste të një anomalie kongjenitale të rrallë të zemrës, të quajtur «venektomia», anatominë patologjike dhe klinikën e kësaj anomalië kongjenitale të rrallë të zemrës. Interesi i këtij komunikimi qëndron pikërisht në faktin se ky referat trajtohet në mënyrë të përbashkët nga klinicistët dhe anatompatologët, gjë që vë më mirë në pah sëmundjen dhe evolucionin e saj.

Pas referimeve u bënë diskutime, ku u vlerësua pozitivisht rëndësia aktuale e tematikës të simpoziumit dhe përgatitja e mirë e referateve.

SESION SHKENCOR I KLINIKËS SË DERMATOLOGJISË

Me rastin e 35 vjetorit të Qllimit të Atdheut dhe 100 vjetorit të lindjes së J. V. Stalinit, katedra e Fakultetit të Mjekësisë dhe klinika e spitalit nr. 1 të Dermatologjisë organizuan një sesion shkencor, ku morën pjesë dermatologë të rrëtive dhe të ftuar të tjere.

Ne sesion u mbajtën 15 referate, kumtesa, paraqitje rastesh dhe informacione shkencore. Pjesa më e madhe e temave trajtonin probleme të ditëve të sotme të shërbimit dermatologjik si dermatozat profesionale, dermatomikozaat si dhe tema të tjera mbi piodermitet, ekzema, psoriazis etj.

Në referatin të përpunuar nga M. Nakuci, Kl. Troja, R. Hasani vihet në dukje karakteri shqërror i sëmundjeve profesionale dhe puna e mirë që ka filluar në studimin e tyre në vendin tonë, si nga klinika e sëmundjeve profesionale, ashtu dhe nga klinika e dermatologjisë. Në këtë referat u cilësua nevoja e kuptimit politik të problemit të studimit të sëmundjeve profesionale nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë, si dhe për zgjerimin e rjojhurive për këto sëmundje, duke organizuar një punë më të mirë në bazë të dispanzerizmit.

Në referatin me titull «Likuidimi i sëmundjeve veneriane në vendin tonë», autori M. Nakuci vuri në dukje se ky është një sukses i madh i shëndetësisë sonë popullore, i sistemit tonë socialist, që më masa të rrëpta të një dispancerizimi rigoroz të depistimit aktiv klinik dhe serologjik, mijëkëm të detyruar falas dhe të njëkohshëm në një vatrë, infeksioni, si dhe masat e gjëra antiepidemike, ndalimi me ligj i prostitutorëve, propaganda e gjere sanitare dhe, mbi të gjitha, qllimi i gruas shqiparë nga vartësia ekonomike nga burri dhe e zhdukjes së shfrytëzimit të njeriut nga njeriu. Autori vuri në pah se RPSSH është i venitur vend në botë ku nuk ka sëmundje veneriane.

e Vlorës» gjithashtu vuri në dukje punën e kryer për zhdukjen e kësaj sëmundje në vendin tonë.

Në temën «Dermatozat profesionale në disa ndërmarrje të Tiranës» përgatitur nga kolektivi i dermatologeve të klinikës M. Nakuci, L. Kasa, I. Murati, V. Gjino, L. Shehu u paraqitën rezultatet e depistimeve në disa ndërmarrje të Tiranës. Në referat taksohenj se janë arritur rezultate të mira në uljen e paftësise nga këto dermatozë në kombinatin e materialeve të ndërtimit «J. Pashko». Në këta punëtore paftësia është ulur 7,7 herë gjatë viteve 1971-1978. Në referat interesant ishte dhe ai «për dermatozat profesionale», të punitar nga M. Caridha, V. Gjino, I. Murati, L. Kasa në disa ndërmarrje kimike të Tiranës. Moi «dermatozat profesionale» referuan edhe dy mjekë I. Isufi dhe O. Dhuci nga rrëthi i Fierit. Ata vunë në dukje rezultatet e depistimit në 800 punëtore, sidomos në ata të industrisë së naftës.

Autorët V. Gjino dhe L. Shehu paraqiten studimin e dermatozave profesionale në punëtorët e ndërtimit ku alergjieni kryesor është kroni tre dhe gjashtë valent. Po kështu ndikojnë edhe veprimi mekanik i rërës, gjelqeres dhe uji gjatë punimit të qimontos dhe llacit.

Një punim me vlerë ishte ai i autorëve [M. Caridha dhe L. Shehu, studim i kryer në punëtorët e reparimit të përpunimit të kërmijnje dhe të bretkocave, ku u panë dermatoza nga infeksionet kandidozikë.

Në temën «Struktura e flores së piødermitëve» të autorëve [M. Nakuci, P. Troja, P. Gjuraj, u analizua një rast epidemie në një institucion përfëmijë distrofikë. Autorët kanë vënë re se shkaktari kryesor ka qenë staphylococcus aureus, i ardhur nga punonjës me infeksione kronike të tyre në kavitetin nazo-faringeal.

Në session u paraqit një referat nga mjekët e Korçës L. Pandazi, J. Shamo, Xh. Gjonci, ku fituej mbi rezultatet e luftës kundër dermatomikozave, që në vitet e fundit konsiderohen si raste sporadike. Po të njëjtën temë kishin mjkëjtë e rrëthit të Krujës I. Tali, B. Pernacka, I. Dedja, të cilët vunë në dukje punën e kryer në depistimin e kësaj sëmundje dhe se gjatë vitit 1980, dermatomikozat edhe në këtë rrëth do të zhduken, ashtu si në gjithë rrëthet e tjera.

Në një studim paraprak mbi «Ndryshimet kromozomike në një rast me lepra mijekuar me Ciba 1906», paraqitur nga M. Nakuci dhe M. Serezi, u vu në dukje se megjithëse në literaturën e konsultuar deri më sot nuk janë parë ndryshime të tillë në të sëmurët leproze, ka mundësi, siç duhet nga rasti i paraqitur, që te këta të sëmurë të ekzistojnë një *aneuploidia* si bazë e shpjegimit të kushteve predispozuuese veg infeksionit nga bateriali i Hanserit, që thuhet nga shumë autorë, se këto ndryshime mund të jenë edhe nga vepimi mutogen dhe i preparatit që ka marrë i sëmuri, por kjo lhet për një studim të mëtejshëm.

Mjeku i Sarandës TH. Ballkoni paraqiti një studim «Mbi gjenodermatozat» të diagnostikuara prej tij në atë rrëth. Po nga ky mjek u paraqit një studim mbi «Përhapjen e sëmundjes psoriasis vulgaris».

Në referatit e tij, V. Gjylani i paraqiti disa të dhëna të rezultateve të depistimeve masive në disa reparte ushtarakë të Tiranës épidermotifinë. Ai vuri në dukje masat kurativoprofilaktike, që janë marrë për parandalimin e kësaj sëmundje.

Një kumtesë me vlerë ishte gjithashtu ajo e autorit B. Pernacka me titull «Ekzema në rrethin e Matit». Aty u paraqitten të dhëna mbi strukturën e ekzemes në mosha, sipas seksit dhe sipas formave të veçanta klinike.

Në fund të sesionit u paraqiten disa demostrime: një rast me nekroze epidermale tokiske (sindroma Lyell) nga M. Caridha; tre raste me sindromen Gromblad-Stranberg nga M. Nakuci dhe L. Kasa; një rast me Morbus kritian Weber nga V. Gjylameti; tre raste me Erythemë anulare centrifugum dequamativum nga M. Nakuci, V. Gjino e M. Caridha. Gjithashtu TH. Ballkoni paraqiti demonstrime mbi autodermine dhe trihotilomaninë. Gjithashtu u paraqitet dy raste të një fenomeni Kobneri invers në dy raste me psoriazis vulgaris nga M. Nakuci.

SESION SHKENCOR I KATEDRËS SË FARMACISË

Në kuadrin e 35-vjetorit të Çlirimt të Atdheut, më 23 shkurt 1980, u organizua nga Dega e Farmacisë e Fakultetit të Mjekësisë, një sesion shkencor i përbashkët pedagog/student, ku, përvog këtyre të fundit, morën pjesë përfaqësues nga Ministria e Shëndetësisë e nga institucionet farmaceutike të kryeqytetit, si dhe nga të gjitha rrethet e venditonë.

Në sesionin shkencor u mbajtën këto referate:

1) *Farmaceutika jomë në 35-vjetorin e Çlirimt të Atdheut* (P. Goda, L. Kapaj, L. Ohri e M. Karaulli), ku jepet një pasqyrë e plotë e sukseseve që ka arritur farmaceutika jomë gjatë 35-vjetëve të Çlirimt, si dhe perspektivat e shkëdyeve që e presin atë në të ardhmen.

2) *Fitimi i koncentratit vitaminiq për provitaminën A me tretës vendi – benzén* (V. Xhillari, L. Topçiu e J. Andoni), ku përshtakuhet mëtoda e fitimit me tretës vendi, duke arritur në përfundim se ka mundësi që të shfrytëzojen për këtë qëllim gjethet e pishës së Pukës.

3) *Përcaktimi i zhivës në punëtorët e P.V.C.-së Vlorë dhe vlerësimi i ndotjes së ambientit në bazë të rezultateve të fitura* (B. Juca), ku jepen të dhënat eksperimentale mbi përbajtjen e zhivës në urinën e rrëth 150 punëtorëve dhe arrijet në përfundim konkrete që në cilin grup punëtorësh duhet tjerëzur më shumë vëmëndja e personelit mjekësor dhe masat që duhen marrë.

4) *Përcaktimi i parametrave farmakopealë të rrënjëve të *Velariana officinalis* spontane* (G. Skënderi, G. Bendaj e A. Dema), ku jepen rezultatet e punës eksperimentale të kryer.

5) *Përcaktimi kromatografik i preparateve që përbajjnë vitaminiq A (V. Xhillari, S. Durresi, R. Haxhi, V. Salasi, A. Dema e Z. Gjaci), ku përshtakuhen disa metoda për përcaktimin sasior të vitaminës A në preparamet farmaceutike.*

6) *Përcaktimi i mundësia e izolimit të rutinës nga bimët e vendit* (G. Skënderi, E. Mustafaj e S. Shandro), ku jepen të dhënat e punës eksperimentale dhe arrijet në përfundim se ka mundësi që të izolohet rutina nga bimë të ndryshme të vendit tonë.

7) *Mbi domosdoshmërinë e forcimit të lidhjeve organike midis myja-kut dhe farmacistit* (Gj. Minga), ku në mënyrë dialektike marksiste-le-

niniste bëhet një krahasin i këtyre lidhjeve në botën borgjezo-revizioniste e në vendin tonë.

8) *Përgatitja e specialitetit të importit, Micotone në kushjet e farmaceutike tona* (P. Goda e E. Guga), ku jepen të dhënat e punës eksperimentale dhe arritet në përfundim se ka mundësi që ky specialitet të përgatitet në farmacitë tona, duke shkurtuar importin e tij.

9) *Vlerësimi në alkaloide totale të Herba Chelidonium majus* (G. Skënderi, S. Bijo e V. Saliashi), ku jepen dy metoda për izolimin e alkaloiave totale dhe arritet në përfundim se metoda e parë e përshkruar është më e përshtatishme për kushjet e vendit tonë.

10) *Përgatitja dhe analiza e ekstraktit të Lythrum salicaria* (G. Skënderi, K. Pepejashii e L. Skendaj), ku jepen të dhënat e analizës për vlerësimin e ekstraktit të përgatitur për qëllime mjekësore.

11) *Mjëvlefshmëria kimike dhe jonjëlefshmëria terapeutike e preparave farmaceutike* (V. Xhillari, S. Durrësi, A. Dema, V. Saliashi G. Benda e Z. Giaci).

Pas çdo referati u bënë pyetje, diskutime e debate nga pjesëmarrësit, kështu që sesioni u gjallërua shumë.

Ulvi Vehbiu — Anesti Boçka — Hektor Çogoli: Për një organizim dhe drejtim më të mirë të punës këtkimore-shkencore dhe të kualifikimit të kuadrit mjekësor	3
Thomá Kristo — Rajmonda Niko: Reumokarditi në moshën e fëminisë moreve të veshkave	11
Piro Goda: Dy shirupe për fëmijë me antibiotikë	19
Adelina Mazrekull — Shahin Kadare — Xhevjet Harasani: Karcinoma e gjirit tek meshkujt	25
Stefan Vokopola — Besnik Juca: Përcaktimi i barbitemisë në ndekjen ecurisë të epileptikëve	29
Siri Leskoviku — Viktor Bilykbashi — Stilian Buzo: Hulumtimi i koagulimit nëpërmjet tromboelasografisë (TEG) në plazmë	39
Namik Shehu: Sëmundshmëria e hipertensionit arterial esencial	47
HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI	
Jahja Pulo — Dhimitër Kraja — Petro Shamo: Mbi shokun infektiv	57
Shaqir Krasta — Vladimir Gusmari — Iliriana Voko — Faik Sharifi: Përcak-timi i antikorpeve të klasseës IgM në të sëmurët me hepatit A për diferençimin e rasteve me hepatit A	67
Petrika Troja — Kogo Papajani — Vitore Fico — Tatjana Pepe: Përihapja e antigenit Australia (HBsAg) në kolektiva fëmijësh në rrëthin e Tiranes	71
Elmas Eltarı — Violeta Mosko — Fahrı Dollaku: Diagnoza diferençiale ndërmjet rektoko-koliteve hemorrhagjike idiopatike dhe dizenterisë (bakteriale dhe amebike)	77
K U M T E S A	
Qendro Kora — Enis Boletini: Mioziti primar supurativ	83
Sulejman Kodra — Nestor Thereska — Lutfi Alia — Arben Santo: Një rast me glomerulonefrit «Malinj»	89
Shahin Kadare: Vlera e ekzaminimit bioptik intraoperatorore në diagnostikimin e tumoreve të gjirit	95
PROBLEME AKTUUALE TË MJEKËSISË	
Bashkim Resulli: Preparatet imunodepresorë	101
Fejor Asaqi: Sistemi H.L.A	117
— Aktivitetë shkencore të Fakultetit të Mjekësisë	127

C O N T E N T S

Page

Uvi Velihiu — Anesti Bojka — Hektor Gogoli: For a further improvement of the organization and direction of the research work and qualification of the medical cadres	3
Thoma Kristo — Rajmonda Niko: Rheumocarditis in Childhood	11
Hysen Kozaj — Simon Çapeli — Vasil Bakalli: A clinical and radiological study of Kidney Tumours	19
Pirro Goda: Two antibiotic-containing syrups for children	25
Adelina Mazreku — Shahin Kadare — Xhevzet Harasani: Breast carcinoma in Males	29
Stefan Vokopola — Besnik Jua: Determination of barbiturates in the blood in the course of treatment of epilepsy	35
Siri Leskoviklu — Viktor Bylykbashi — Stilian Buzo: Coagulation assay by plasma thrombelastography	39
Namik Shehu: Morbidity rate of essential blood hypertension	47

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

Jahja Pulo — Dhimitër Kraja — Petro Shamo: Infective shock	57
Shaqir Krasni — Vladimir Gusmari — Ilirjanë Voko — Faik Sharafli: Determination of IgM antibodies in patients with viral hepatitis with the purpose of differentiating hepatitis A from other types of hepatitis	67
Petrika Troja — Kogo Papajani — Vjore Fico — Tatjana Pepe: Australia antigen (HBsAg) in Children communities in the district of Tirana.	71
Elmas Eltari — Violeta Mosko — Fahrni Dollaku: Differential diagnosis between idiopathic hemorrhagic rectocolitis and dysentery (bacterial and amoebic)	77

C O M M U N I C A T I O N S

Qendro Kora — Enis Boletini: Primary suppurative myositis	83
Sulejman Kodra — Nestor Thereska — Latifi Alta — Arben Santo: A case of «malignant» glomerulonephritis	89
Shahin Kadare: Diagnostic value of the intraoperative biopsy examination in breast tumours	95

CURRENT PROBLEMS IN MEDICINE

Bashkim Resul: Immunodepressive drugs	101
Feror Agaci: The H.L.A system	117
— Scientific activities at the faculty of medicine	127

SOMMAIRE

Page

Ulvi Vehbiu — Anesti Boqka — Hektor Coppel: Pour une meilleure organisation et direction du travail de recherche scientifique et de qualification des cadres médicaux	3
Thoma Kristo — Rajmonda Niko: Le rhumatisme cardiaque chez les enfants.	11
Hysen Karaj — Simon Capeli — Vasil Bakalli: Etude clinique et radiologique des reins	19
Pirro Goda: Deux sirops pour enfants avec des antibiotiques	25
Adelina Mazrekull — Shahin Kadare — Xhevjet Harasani: Carcinome de la mammelle chez les mâles	29
Stefan Vokopola — Besnik Juca: Détermination des barbituriques dans le processus des épilepsies	35
Siri Leskoviku — Viktor Bylykashli — Stilian Buzo: Investigation de coagulation à travers la plasma thromboelastographique	39
Namik Shehu: Taux de morbidité de l'hypertension artérielle essentielle	47

HIGIENE ET EPIDEMIOLOGIE

Jahja Pulo — Dhimitër Kraja — Petro Shamo: Le choc infectieux	57
Shaqrir Krasta — Vladimir Gusmari — Ilirjana Voko — Falk Shaurofi: Détermination des anticorps IgM chez les patients souffrant d'hépatite à virus afin de différencier l'hépatite A des autres types d'hépatite	67
Petrika Troja — Kogo Papajani — Vitore Fico — Tatjana Pena: Diffusion de l'antigène Australie (HBsAg) dans les collectifs d'enfants du district de Tirana	71
Elmas Eltari — Violeta Mosko — Fahri Dollaku: Diagnostic différentiel entre les recto-colites hémorragiques idiopathiques et la dysenterie (Bactérienne et Amibienne)	77

COMMUNICATIONS

Qendro Kora — Enis Boletini: Le myosis primaire suppuratif	83
Sulejman Kodra — Nestor Thereska — Lutfi Alia — Arben Santo: Un cas de glomérulo-néphrite «Malin»	89
Shahin Kadare: Valeur diagnostique de la biopsie intraopératoire dans les tumeurs de la mamelle	95

PROBLEMES ACTUELS DE LA MEDECINE

Bashkim Resuli: Médicaments immuno-dépressifs	101
Feror Agaci: Le système HLA	117
— Activité scientifique dans la faculté de médecine	

REKOMANDIME PËR AUTORET

1) Mbi përbmajtjen dhe paraqitjen e artikullit.

a) Titulli i artikullit duhet të jetë i shkurtë², nën titullin duhet të vihat emri i autorit dhe, nën këtë, qendra e punës ose katedra.

b) Artikulli duhet të fillojë me një hyrje të shkurtër nga literatura e autorëve venit ose të huaj, që nuk duhet të kalojë një faqe, pastaj vazndon me eksponzimin e materialit ose metodikave të përcorura, me paraqitjen e rezultateve dhe diskutimin e tyre, duke bërë krahasime, në rast se janë të nevojshme, me rezultatet e autorëve të tjera, madje dhe duke mbajtur dhe qëndrim kritik. Në fund të artikullit vihen perfundimet, në rast se ka, që dalin si rezultat logjik i punës origjinale.

c) Bashkë me artikullin, autori duhet të dëgojë një përbledhje të lëndës së trajuar (treth 15-20 rjeshta), që i nevojojë redaksisë për ta përkthyer në anglistë e frëngjisht. Në këtë përbledhje të dalë theibi i artikullit, ajo që i intereson të dijë lëxuesi i huaj.

d) Artikulli duhet të dëgohet në redaksi i daktilografuar në jo më pak se tri kopje, i shkruar vetëm nga njeri, anë me spacio të gjatë (32 rjeshta faqia). Artikulli mund të ilustrohet me jo më shumë se 4-6 foto. Diagramat duhet të dërgohen të vizatuara me bojë kine të zezë në letër transparente.

dh) Artikulli duhet të shqërohet me një shkresë, me anën e së cilës, drejtuesi i qendrës së punës, apo përgjegjësi i katedrës miraton botimin e artikullit.

2) *Mbi bibliografinë*. — Redaksia nuk pranon asnjë artikull pa citimin e plotë të literaturës dokumentuese. Në bibliografi të vihen autore shqiptarë; të huajt të vihen ata më kryesorë. Në brendi të artikullit, literatura shënohet me numra, të cilët i referohen bibliografisë, që vihet në fund të artikullit me këto të dhëna:

a) *Për traktatë dhe monografi* shënohet mbiemri dhe gërmia fillestare e emrit të autorit, duke e renditur sipas alfabetit të mbiemimit, titulli i veprés në gjunjën originale, vendi i botimit dhe numri i rafes.

b) *Për literaturën periodike* shënohet mbiemri dhe gërmia fillestare e emrit të autorit, titulli i artikullit (në gjuhën originale), emri i plotë i revistës, viti, numri dhe faqja.

c) *Për autorët që përmëndën në artikull, të cilët autor i artikullit nuk i kamarrë drejtpërdrejt nga originali, por nga burime të tjera, nuk është nevoja e shënimt të tyre në bibliografi, por në brendi të artikullit të shënohet se nga cili autor citohet nga njeri nga ata që janë shënuar në bibliografi.*

3) *Mbi disa të drejtë të Redaksië*. — Redaksia i rezervon vetes të drejtën e redaktkimeve nga ana gjuhësore dhe terminologjike, pa qënë nevoja e marries së pëlgjinit të autorit, të drejtën e përcaktimit të radhës së botimit si dhe rregulimin përfundimtar të artikullit për botim.

Shënim: Artikujt që nuk respektojnë kërkesat e mësipërmë u kthehen autorëve për plotësim pa u marrë në shqyrtim nga ana e Redaksisë.