

TE PASQYROJMË MË THELLË ORIENTIMIN PROFILAKTIK TË SHËNDETËSISË SONË NË PUNËN MËSIMORE DHE SHKENCORE

— Dr. CIRIL PISTOLI —

(Dekan i Fakultetit të Mjekësisë)

Orientimi profilaktik i shëndetësisë sonë popullore socialiste është një nga parimet bazë të saj. «Kur flasim për profilaksinë, — thotë shoku Enver Hoxha — kemi kurdoherë parasysh nevojën e marrjes të të gjitha masave të nevojshme praktike dhe shkencore që shmangin sëmundjet dhe ndihmojnë zhvillimin normal të organizmit të njeriut në të gjitha fazat e jetës së tij...» Enver Hoxha — Raporte e Fjalime 1970-1971 faqe 202).

Kjo ide po futet gjithnjë e më mirë në tekstet, në leksionet, në punimet shkencore. Shkolla jonë po lufton që të krijojë bindje shkencore tek studentët për përparësinë e këtij parimi themejor, që është një veçori dalluese e mjekësisë sonë popullore socialiste.

Nëpërmjet lëndëve të fiziologjisë normale, fiziologjisë patologjike, higjienës, epidemiologjisë, mikrobiologjisë, studentët marrin njohuri të gjëra teorike e praktike mbi profilaksinë në përgjithësi dhe në veçanti. Në lëndët e obstetrikës, pediatriisë, sëmundjeve ngjitëse dhe epidemiologjisë, ata marrin edhe njohuri speciale.

Parimi i profilaksisë ka hyrë edhe në lëndët klinike si ato të sëmundjeve të brendshme, sëmundjeve nervore dhe psikike etj. deri në kirurgji. Ky orientim u pasqyrua më mirë në shumë lëndë me ripunimin që iu bë programeve mësimore kohët e fundit në përputhje me detyrat e vëna nga Partia për ngritjen e mëtejshme të nivelit shkencor të mësimin.

Ky orientim po pasqyrohet gjithnjë e më mirë edhe në punimet shkencore të fakultetit tonë. Kjo shihet në tematikën e punimeve shkencore të këtij pesëvjeçari, ku ky parim pasqyrohet jo vetëm në tema të karakterit higjienik, por edhe në tema të tilla si në studimin e poliartiritit reumatizmal, diabetit, neurozave, tensionit arterial etj., ku vend me rëndësi zenë veprimtaria për zbulimin e hershëm, dispanserizimin e tyre, masat parandaluese.

Njëkohësisht, shkolla jonë i kundërvihet kuptimit mbi profilaksinë që i japin teoricienët borgjezë. Ata e lidhin profilaksinë me revolucionin tekniko-shkencor, me zhvillimin e shkencës së higjienës, që kanë rëndësinë e tyre. Por ky është një koncept teknokrat.

Kriza e thellë e vendeve kapitaliste dhe revizioniste, hedhja në rrugë pa punë e miliona punëtorëve, rritja e vazhdueshme e çmimeve dhe ngritja e kostos së jetesës kanë çenuar e vazhdojnë të çenojnë rëndësi-

REDAKSIA

Pronë Letrare e Universitetit të Tiranës

Del katër herë në vit

Dorëshkrimet nuk kthehen

Tirazhi 1.300

Formati 70 x 100/16

Stazhi 2204-79

Shtypur: Kombinati Poligrafik

Shtypshkronja "Mihal Duri" Tiranë 1980

velin e jetesës së masave të gjëra punonjëse. Shtresa të gjëra të popullit në vendet kapitaliste e revizioniste nuk përfitojnë ose përfitojnë vetëm pjesërisht nga zhvillimi i shkencës së higjienës, apo i shkencës mjekësore në përgjithësi. Atje ku ekziston shfrytëzimi i njeriut mbi njeriun nuk mund të ketë profilaksi në kuptimin e gjërë të saj. Ja pse Plenumi i XI i KQ të PPSH të vitit 1971 vuri në dukje se: «Orientimi profilaktik i shëndetësisë sonë është një orientim në thelb socialist sepse vetëm në socializëm mund të merren masa të rëndësishme shtetërore dhe shoqërore në shkallë të gjërë për ngritjen e gjithanshme të nivelit të jetesës dhe njëkohësisht për zgjerimin e shërbimit shëndetësor për të gjithë».

Megjithatë, orientimi profilaktik, ky parim bazë i mjekësisë sonë, ende nuk trajtohet në shkallën e duhur, ende nuk e kemi mundur plotësisht tradicionalizmin. Profilaksia nuk është bishti i mësimin. Idea e profilaksisë duhet të përshkojë të gjithë mësimin. Fakulteti ynë duhet të krijojë bindjen shkencore tek studentët për domosdoshmërinë e integritetit të mjekësisë kuruese në atë profilaktike, të krijojë konceptin tek studentët se mjeku nuk merret vetëm me të sëmurin, ai duhet të mërrret gjithnjë e më shumë me njeriun e shëndoshë, me ruajtjen, forcimin, mbrojtjen e shëndetit të tij. Kjo nuk është detyrë e ndonjë disipline të caktuar, por e të gjithëve.

Jo vetëm në programet, por sidomos në mësimin e gjallë duhet të pasqyrohen më mirë dokumentat e Partisë e të Qeverisë. Vitin e kaluar doli vendimi i Qeverisë mbi thellimin e mëtejshëm të karakterit profilaktik të mjekësisë sonë, ku theksohet rëndësia e madhe e thellimit të marrjes së masave higjienike, e zgjerimit të dispanserizimit. Nga ky vendim dalin detyra me rëndësi për të gjitha katedrat, si për atë të higjienës, e cila duhet të rritë nivelin shkencor të punës së saj, duke përmirësuar edhe më tej programin mësimor, sidomos të praktikave mësimore, duke i lidhur më mirë ato me jetën, ashtu dhe për të gjitha katedrat e tjera. Shtjellimi i metodës dispanseriiale të punës nuk është detyrë vetëm e lëndës së organizimit të shëndetësisë, por e gjithë lëndëve dhe që ajo të mos mbetet vetëm në fushën teorike, katedrat duhet të gjejnë mundësinë e demonstrimit praktik të kësaj metode shumë të rëndësishme pune, në poliklinikat e kryeqytetit.

Detyrat që vuri Vendimi i Qeverisë për uljen e mëtejshme të vdekjeve foshnjore nuk duhen konsideruar detyra vetëm të institucioneve shëndetësore, ato janë edhe detyra të mëdha të shkollës sonë, në veçanti të katedrës së pediatriisë.

Integrimi i mjekësisë kuruese në atë profilaktike duhet të gjejë një konkretizim më të mirë edhe në punën shkencore të fakultetit tonë.

Në diskutimin e projektplanit pesëvjeçar 1981-1985 doli nevoja e një organizimi më të mirë të punës shkencore, të studimit më në kompleks të problemeve të ndryshme. Kështu do të bëhen studime për ndotjen e mjedisit, nga ana higjienike, por edhe ndikimi mbi organizmin e njeriut, nëpërmjet vëzhgimeve paraklinike e klinike. Kështu një studim më kompleks ndihmon më mirë në njohjen e gjendjes dhe në marrjen e masave parandaluese. Një rëndësi të madhe ka studimi i gjendjes shëndetësore të moshave parashkollë e shkollë, në mënyrë që të kapen në kohën e duhur shmangiet nga zhvillimi normal dhe të merren me

kohë masat për parandalimin e pasojave. Prandaj studimet do të bëhen komplekse, me pjesëmarrjen e higjienistit, pediatrit, stomatologut etj. Një drejtim i tillë i punës do të afrojë gjithnjë e më shumë mjekun tek njeriu i shëndoshë për të mbrojtur shëndetin e tij.

Në planin pesëvjeçar, sipas një grafiku, parashikohet dhe ripunimi i teksteve ekzistuese, prandaj katedrat do ta kenë parasysh që orientimin profilaktik ta pasqyrojnë në një nivel shkencor më të lartë, gjë që do të ndihmojë edhe më shumë në përgatitjen e mjekëve të ardhshëm me bindje të thella shkencore për zbatimin e plotë të orientimit profilaktik në mjekësinë tonë, në të gjitha fushat e saj.

Summary

TO REFLECT MORE DEEPLY THE PROPHYLACTIC ORIENTATION OF OUR HEALTH SERVICE IN OUR ACADEMIC AND RESEARCH WORK

The prophylactic orientation of our popular socialist health service is one of its basic principles. «When we speak of prophylaxis, — says comrade Enver Hoxha, — we have in mind always the need to take practical and scientific measure aimed at the prevention of diseases and to help the normal development of the organism of man in all the stages of his life...».

Our school is endeavouring to create in the students the conviction of the superiority of that principle, particularly characteristic of our popular socialist medicine, both through our lessons and through our research work.

Nevertheless, this basic principle is not yet applied in full measure and we have not yet succeeded in fully overcoming the spirit of traditionalism. The faculty of medicine should build up in the students the scientific conviction that curative medicine should be integrated into prophylactic medicine, to form in them the concept that a physician has to deal not only with patients, but even more with healthy persons, to protect, strengthen and defend their health. That duty should be obligatory for all the medical disciplines.

Résumé

TRADUISONS PLUS A FOND DANS NOTRE TRAVAIL EDUCATIF ET SCIENTIFIQUE L'ORIENTATION PROPHYLACTIQUE DONNÉE A NOTRE SANTÉ

L'orientation prophylactique de notre santé populaire socialiste est un de ses principes fondamentaux. «Lorsque nous parlons de prophylaxie, a dit le camarade Enver Hoxha, nous avons toujours en vue la nécessité de prendre toutes les mesures utiles pratiques et scientifiques qui permettent de prévenir les maladies et contribuer au développement normal de l'organisme de l'homme à toutes les phases de son existence...»

Notre école s'emploie à inculquer aux étudiants, à travers le travail d'enseignement comme à travers le travail scientifique, la conviction de la priorité de ce principe, particularité de notre médecine populaire socialiste.

Néanmoins, ce principe fondamental n'est pas encore développé au degré voulu, et nous n'avons pas encore entièrement vaincu le traditionnalisme. Notre Faculté de médecine doit faire acquérir aux étudiants la conviction scientifique de la nécessité impérieuse d'intégrer la médecine curative dans la médecine prophylactique, leur inculquer la conception que le médecin ne s'occupe pas seulement du malade, qu'il doit s'occuper toujours plus de l'homme bien portant, pour préserver, fortifier et protéger sa santé. C'est là la tâche de toutes les disciplines scientifiques.

TUBERKULOZI I LLOZHËS PAROTIDE

— Doc. SPASE TRIMÇEV —

(Katedra Otorino — Okulistikë)

Tuberkulozi i llozhës parotide është një ndër shfaqjet më të rralla të tuberkulozit ekstrapulmonar (2, 4, 6). Në vitin 1955, ndër 467 afeksione parotide me natyrë të ndryshme, një autor jep 24 raste. Një tjetër në 32 raste afeksione parotide jep 2, kurse një tjetër në 330 raste jep 9 etj. (cituar nga 6). Sipas disa autorëve (2, 6) deri në vitin 1969 rastet e përshkruara në literaturë tejkalojnë pak shifrën 150, duke filluar nga vrojtimi i parë, që është përshkruar më 1893.

Prej vitit 1969, kohë në të cilën kemi filluar të merremi me mjekimin kirurgjikal të tumoreve parotide me ruajtje të nervit facial, ndër 60 parotidektomi të bëra për nozologji të ndryshme, ne kemi ndeshur 4 raste me tuberkuloz të llozhës parotide.

Rasti i parë. — H. K., vjeç 49, me kartelë klinike 3684 viti 1969. Në anamnezë referon se dy muaj më parë i dollën dy gjëndra të vendosura në regjionin parotid të majtë, pak të dhëmbshme në prekje. Dalja e tyre ishte shoqëruar me mungesë oreksi dhe këputje. Në anamnezën e largët, i sëmuri tregoi se në vitin 1950 është operuar për një tumor të këndit nazo-labial të djathtë dhe pas operacionit është rrezatuar. Plaga i është shëruar me cikatrizim të plotë pa dhënë recidiva të mëvonshme.

Në ekzaminimin objektiv i sëmuri paraqiste një masë tumorale të vendosur në regjionin parotid të majtë në madhësinë e një grushti fëmije, e përbërë nga dy lobe të ngjitura njëri me tjetrin, por të lirë nga lëkura. Nuk paraqiste shenja deficiti facial. Në analizat plotësuese, me përjashtim të eritrosedimentacionit të shpejtuar (40 mm në orë) nuk paraqiste asgjë për të shënuar.

Duke u mbështetur në epiteliomën e mjekuar shumë kohë më parë, u dyshua për një metastazë kontralaterale në llozhën parotide dhe u vendos parotidektomi me diseksion të nervit facial. Ky rast është parotidektomia e parë e bërë në vendin tonë me ruajtje të nervit facial.

Peroperator u vu re se masa tumorale formohej nga dy pjesë të inkapsuluara, që interesonin lobin superficial të gjëndrës parotide, të cilat largoheshin plotësisht së bashku me pjesë të pakonsiderueshme indi parenkimatoz, që makroskopikisht paraqisnin pamje normale; nervi facial mbështetej mbi mbeturitë e lobit profund. Në prerje, masa e hequr paraqiste konsistencë kazeoze.

Nga ekzaminimi histopatologjik rezultoi: zona të gjëra të nekrozës kazeoze, që paraqiteshin me madhësi të ndryshme dhe që rrethoheshin nga elemente epiteloide me limfocitare; u vunë re qeliza gjigande të

Langhansit. Në një zonë struktura e gjëdrës ishte e ruajtur në funksionale të plotë (Nr. 346/1969).

Plaga u mbyll *per primam*, pa defekt motor të nervit facial. I i referohet dispensarisë antituberkulare për ndjekje. Në kontrollat vonshme nuk paraqiste asnjë shenjë recidive.

Rasti i dytë. — R. B., vjeç 66, me kartelë klinike 3330, viti 1: bazë të anamnezës rezultoi se në vitin 1934-1935, të sëmurit iu sh. enjtje në regjionin parotid të majtë, që iu diagnostikua për parot demik; enjtja i vazhdoi për një kohë të gjatë, e shoqëruar me e djerstitje natën. Ai aplikoi 10 seanca rentgenoterapi, por pa rezi mirë. Meqënëse nuk kishte përmirësime iu nënshtrua ndërhyr rurgjikale, ku iu hoq një gjëdër në madhësinë e një veze. P. mbyll pas 6 muajsh.

Një vit më parë se të shtrohej në klinikën tonë, po në këtë v sëmurit i shfaqet një tumefaksion pa çrregullime të përgjithsh natyrës së mëparshme, por me prirje rritjeje. Në shtrim paraq masë tumorale të madhe, që zinte tërë llozhën parotide të maj shtrihej prapa përtej apeksit të procesit mastoid. Masa i shkaktoi asimetri të theksuar të fytyrës, ishte me konsistencë të fortë, e pa shme, e palëvizshme, e ngjitur me lëkurën, e cila nuk paraqiste inflamatore, por dukej qartë një cikatrixë postoperatore e gjatë 4 e konsoliduar mirë. Limfonodule satelitet nuk prekeshin. Shenja facial nuk kishte. Ekzaminimet plotësuese (gjak, urinë, skopi etj. me rëndësi.

Për një muaj i sëmuri mjekohet me streptomycinë, delta vitaminoterapi, por pa asnjë përmirësim. Bëhet parotidektomi tot diseksion të nervit facial. Në prerje, masa tumorale, në thellësi qiste zona kazeoze të rrethuara nga qeliza epiteloide, ndërmyet lave gjendëshin qeliza gjigande të tipit Langhans, strukturë glar e ruajtur nuk u vërejt (nr. 378/1969).

Operacioni u ndërlikua me paralizë faciale të majtë. I sëmuri shtrohet mjekimit energjistik antispecific. Në kontrollat e mëvo gjendja paraqitej krejt e mirë dhe shenjat e paralizës faciale zhdukur plotësisht.

Rasti i tretë. — F. Ç., vjeç 47, me kartelë klinike 5370/1970. I referoi se para 3 vjetësh, pas strumektomisë, iu shfaq një gjënd këndin mandibular të djathtë, që shtrihej edhe në regjionin paroti qëruar me mungesë oreksi, dobësi trupore dhe djerstitje. Mjekol nikotibinë dhe PASS me përmirësime të dukshme dhe reduktim ndrës. Pas një viti, gjëndra recidivon. Rifillon mjekimin antis dhe reduktohet përsëri. Katër muaj më parë të sëmurit i ris shenjat e përgjithshme dhe rritja e gjëdrës në madhësinë e mëpa

Në shtrim paraqitej me gjendje të përgjithshme të kënaqshn një masë tumorale sa një vezë, e vendosur në llozhën parotide të d masa zbriste poshtë, duke mbushur hapësirën submandibulare, isl konsistencë elastike, e lëvizshme dhe linte përshtypjen se ishte e me gjëdrën parotide. Në gropën supraklavikulare të kësaj ane një tjetër nyjë në madhësinë e një lajthie, e lidhur me pjesën p -inferiore të gjëdrës parotide. Shenja deficieti facial nuk kishte.

Në analizën e gjakut vërehej eritrosedimentacion i shq (30 mm/orë). Skopia e mushkërive negative.

Notre école s'emploie à inculquer aux étudiants, à travers le travail d'enseignement comme à travers le travail scientifique, la conviction de la priorité de ce principe, particularité de notre médecine populaire socialiste.

Néanmoins, ce principe fondamental n'est pas encore développé au degré voulu, et nous n'avons pas encore entièrement vaincu le traditionalisme. Notre Faculté de médecine doit faire acquiescer aux étudiants la conviction scientifique de la nécessité impérieuse d'intégrer la médecine curative dans la médecine prophylactique, leur inculquer la conception que le médecin ne s'occupe pas seulement du malade, qu'il doit s'occuper toujours plus de l'homme bien portant, pour préserver, fortifier et protéger sa santé. C'est là la tâche de toutes les disciplines scientifiques.

kohë masat për parandalimin e pasojave. Prandaj studimet do të bëhen komplekse, me pjesëmarrjen e higjienistit, pediatrit, stomatologut etj. Një drejtim i tillë i punës do të afrojë gjithnjë e më shumë mjekun tek njeriu i shëndoshë për të mbrojtur shëndetin e tij.

Në planin pesëvjeçar, sipas një grafiku, parashikohet dhe ripunimi i teksteve ekzistuese, prandaj katedrat do ta kenë parasysh që orientimin profilaktik ta pasqyrojnë në një nivel shkencor më të lartë, gjë që do të ndihmojë edhe më shumë në përgatitjen e mjekëve të ardhshëm me bindje të thella shkencore për zbatimin e plotë të orientimit profilaktik në mjekësinë tonë, në të gjitha fushat e saj.

Summary

TO REFLECT MORE DEEPLY THE PROPHYLACTIC ORIENTATION OF OUR HEALTH SERVICE IN OUR ACADEMIC AND RESEARCH WORK

The prophylactic orientation of our popular socialist health service is one of its basic principles. «When we speak of prophylaxis, — says comrade Enver Hoxha, — we have in mind always the need to take practical and scientific measure aimed at the prevention of diseases and to help the normal development of the organism of man in all the stages of his life...».

Our school is endeavouring to create in the students the conviction of the superiority of that principle, particularly characteristic of our popular socialist medicine, both through our lessons and through our research work.

Nevertheless, this basic principle is not yet applied in full measure and we have not yet succeeded in fully overcoming the spirit of traditionalism. The faculty of medicine should build up in the students the scientific conviction that curative medicine should be integrated into prophylactic medicine, to form in them the concept that a physician has to deal not only with patients, but even more with healthy persons, to protect, strengthen and defend their health. That duty should be obligatory for all the medical disciplines.

Résumé

TRADUISONS PLUS A FOND DANS NOTRE TRAVAIL EDUCATIF ET SCIENTIFIQUE L'ORIENTATION PROPHYLACTIQUE DONNÉE A NOTRE SANTÉ

L'orientation prophylactique de notre santé populaire socialiste est un de ses principes fondamentaux. «Lorsque nous parlons de prophylaxie, a dit le camarade Enver Hoxha, nous avons toujours en vue la nécessité de prendre toutes les mesures utiles pratiques et scientifiques qui permettent de prévenir les maladies et contribuer au développement normal de l'organisme de l'homme à toutes les phases de son existence...»

velin e jetesës së masave të gjëra punonjëse. Shtresa të gjëra të popullit në vendet kapitaliste e revizioniste nuk përfitojnë ose përfitojnë vetëm pjesërisht nga zhvillimi i shkencës së higjienës, apo i shkencës mjekësore në përgjithësi. Atje ku ekziston shfrytëzimi i njeriut mbi njeriun nuk mund të ketë profilaksi në kuptimin e gjërë të saj. Ja pse Plenumi i XI i KQ të PPSH të vitit 1971 vuri në dukje se: «Orientimi profilaktik i shëndetësisë sonë është një orientim në thelb socialist sepse vetëm në socializëm mund të merren masa të rëndësishme shtetërore dhe shoqërore në shkallë të gjërë për ngritjen e gjithanshme të nivelit të jetesës dhe njëkohësisht për zgjerimin e shërbimit shëndetësor për të gjithë».

Megjithatë, orientimi profilaktik, ky parim bazë i mjekësisë sonë, ende nuk trajtohet në shkallën e duhur, ende nuk e kemi mundur plotësisht tradicionalizmin. Profilaksia nuk është bishti i mësimin. Idea e profilaksisë duhet të përshkojë të gjithë mësimin. Fakulteti ynë duhet të krijojë bindjen shkencore tek studentët për domosdoshmërinë e integritetit të mjekësisë kuruese në atë profilaktike, të krijojë konceptin tek studentët se mjeku nuk merret vetëm me të sëmurin, ai duhet të merret gjithnjë e më shumë me njeriun e shëndoshë, me ruajtjen, forcimin, mbrojtjen e shëndetit të tij. Kjo nuk është detyrë e ndonjë disipline të caktuar, por e të gjithëve.

Jo vetëm në programet, por sidomos në mësimin e gjallë duhet të pasqyrohen më mirë dokumentat e Partisë e të Qeverisë. Vitin e kaluar doli vendimi i Qeverisë mbi thellimin e mëtejshëm të karakterit profilaktik të mjekësisë sonë, ku theksohet rëndësia e madhe e thellimit të marrjes së masave higjienike, e zgjerimit të dispanserizimit. Nga ky vendim dalin detyra me rëndësi për të gjitha katedrat, si për atë të higjienës, e cila duhet të rritë nivelin shkencor të punës së saj, duke përmirësuar edhe më tej programin mësimor, sidomos të praktikave mësimore, duke i lidhur më mirë ato me jetën, ashtu dhe për të gjitha katedrat e tjera. Shtjellimi i metodës dispanserielle të punës nuk është detyrë vetëm e lëndës së organizimit të shëndetësisë, por e gjithë lëndëve dhe që ajo të mos mbetet vetëm në fushën teorike, katedrat duhet të gjejnë mundësinë e demostrimit praktik të kësaj metode shumë të rëndësishme punë, në poliklinikat e kryeqytetit.

Detyrat që vuri Vendimi i Qeverisë për uljen e mëtejshme të vdekjeve foshnjore nuk duhen konsideruar detyra vetëm të institucioneve shëndetësore, ato janë edhe detyra të mëdha të shkollës sonë, në veçanti të katedrës së pediatriës.

Integrimi i mjekësisë kuruese në atë profilaktike duhet të gjejë një konkretizim më të mirë edhe në punën shkencore të fakultetit tonë.

Në diskutimin e projektplanit pesëvjeçar 1981-1985 doli nevoja e një organizimi më të mirë të punës shkencore, të studimit më në kompleks të problemeve të ndryshme. Kështu do të bëhen studime për ndotjen e mjedisit, nga ana higjienike, por edhe ndikimi mbi organizmin e njeriut, nëpërmjet vëzhgimeve paraklinike e klinike. Kështu një studim më kompleks ndihmon më mirë në njohjen e gjendjes dhe në marrjen e masave parandaluese. Një rëndësi të madhe ka studimi i gjendjes shëndetësore të moshave parashkollë e shkollë, në mënyrë që të kapen në kohën e duhur shmangiet nga zhvillimi normal dhe të merren me

TE PASQYROJME ME THELLE ORIENTIMIN PROFILAKTIK TE SHENDETESISË SONË NË PUNËN MËSIMORE DHE SHKENCORE

— Dr. CIRIL PISTOLI —

(Dekan i Fakultetit të Mjekësisë)

Orientimi profilaktik i shëndetësisë sonë popullore socialiste është një nga parimet bazë të saj. «Kur flasim për profilaksinë, — thotë shoku Enver Hoxha — kemi kurdoherë parasysh nevojën e marrjes të të gjitha masave të nevojshme praktike dhe shkencore që shmangin sëmundjet dhe ndihmojnë zhvillimin normal të organizmit të njeriut në të gjitha fazat e jetës së tij...» Enver Hoxha — Raporte e Fjalime 1970-1971 faqe 202).

Kjo ide po futet gjithnjë e më mirë në tekstet, në leksionet, në punimet shkencore. Shkolla jonë po lufton që të krijojë bindje shkencore tek studentët për përparësinë e këtij parimi themelor, që është një veçori dalluese e mjekësisë sonë popullore socialiste.

Nëpërmjet lëndëve të fiziologjisë normale, fiziologjisë patologjike, higjienës, epidemiologjisë, mikrobiologjisë, studentët marrin njohuri të gjëra teorike e praktike mbi profilaksinë në përgjithësi dhe në veçanti. Në lëndët e obstetrikës, pediatriës, sëmundjeve ngjitëse dhe epidemiologjisë, ata marrin edhe njohuri speciale.

Parimi i profilaksisë ka hyrë edhe në lëndët klinike si ato të sëmundjeve të brendshme, sëmundjeve nervore dhe psikike etj. deri në kirurgji. Ky orientim u pasqyrua më mirë në shumë lëndë me ripunimin që iu bë programeve mësimore kohët e fundit në përputhje me detyrat e vëna nga Partia për ngritjen e mëtejshme të nivelit shkencor të mësimin.

Ky orientim po pasqyrohet gjithnjë e më mirë edhe në punimet shkencore të fakultetit tonë. Kjo shihet në tematikën e punimeve shkencore të këtij pesëvjeçari, ku ky parim pasqyrohet jo vetëm në tema të karakterit higjienik, por edhe në tema të tilla si në studimin e poliartritis reumatizmal, diabetit, neurozave, tensionit arterial etj., ku vend me rëndësi zenë veprimtaria për zbulimin e hershëm, dispanserizimin e tyre, masat parandaluese.

Njëkohësisht, shkolla jonë i kundërvihet kuptimit mbi profilaksinë që i japin teoricienët borgjezë. Ata e lidhin profilaksinë me revolucionin tekniko-shkencor, me zhvillimin e shkencës së higjienës, që kanë rëndësinë e tyre. Por ky është një koncept teknokrat.

Kriza e thellë e vendeve kapitaliste dhe revizioniste, hedhja në rrugë pa punë e miliona punëtorëve, rritja e vazhdueshme e çmimeve dhe ngritja e kostos së jetesës kanë çenuar e vazhdojnë të çenojnë rëndësi

I sëmuri iu nënshtua parotidektomisë me preparim të nervit facial. Peroperator u vu re se pjesa e poshtme e lobit superficial të gjëndrës parotide ishte e kongjestionuar, e fortë në prekje e prerje dhe lidhej me një paketë gjëndrash të zmadhuara, që zbriste në regjionin lateralo-cervikal të qafës, me konsistencë kazeoze. I bëhet parotidektomi totale me heqje edhe të paketës së gjëndrave limfatike.

Ekzaminimi histopatologjik vuri në dukje ndryshime tipike të inflamacionit tuberkular të gjëndrës parotide dhe të nyjave limfatike me qeliza epiteloide, qeliza gjigande të Langhansit, nekrozë kazeoze; në periferi ruhej fragment i parenkimës së gjëndrës, por me dukuri atrofije (nr. 589/1970).

Në ecurinë pasoperatore u vu re një parëzë e lehtë e degës së poshtme të nervit facial, e cila zhdukej plotësisht pa lënë dëmtime estetike. Bëhet mjekimi antispecific dhe, në kontrollet e mëvonshme, paraqitej krejt mirë.

Rasti i katërtë. — Gj. K., vjeç 57, me kartelë klinike 3195/1971. I sëmuri referon se 3-4 muaj më parë iu shfaq një ndjenjë rëndimi në regjionin pretrageal të djathtë, ku rastësisht me prekje zbuloi një masë në madhësinë e një kokre gruri, masa shkoi duke u rritur derisa arriti në përmasat e një lajthije. I sëmuri shtrohet për ndërhyrje kirurgjikale.

Në ekzaminimin objektiv prekej masa e sipërme. Me përjashtim të eritrosedimentacionit pak të shpejtuar (20 mm/orë), shmangie të tjera nga norma nuk kishte.

Preoperator u vu re se lobi superficial i gjëndrës parotide paraqitej i kongjestionuar, me konsistencë të fortë, në prerje me masa kazeoze. Mbi venën faciale ndeshesh një nyjë limfatike në madhësinë e një kokre fasule, kurse mbi venën jugulare një tjetër nyjë sa një vezë pëllumbi. Në prerje këto nyja paraqisnin ndryshime kazeoze. Të sëmurit i bëhet parotidektomi totale.

Ekzaminimi histopatologjik: ndryshime tipike të tuberkulozit kazeoz të gjëndrës parotide, pjesërisht me zona strukture glandulare të ruajtur, nyjat limfatike me strukturë histologjike të prishur dhe me zona të gjëra nekroze kazeoze (NR. 485/1971).

Në ecurinë pasoperatore u vu re paralizë e nervit facial, e cila tërhiqej plotësisht. U aplikua terapi antispecificke.

DISKUTIM

Përveç indit parenkimatoz me të cilin është e pasur, llozha parotide përmban gjëndra limfatike, të cilat formojnë tre grupe kryesore: grupin superficial ekstrakapsular (pretrageal), grupin ekstraglandular subfacial dhe grupin intraglandular profund. Sipas të dhënave të disa autorëve (4), procesi adenopatik tuberkular është një shfaqje e rrallë në këto grupe gjëndrash dhe ende më i rrallë në parenkimën e vetë gjëndrës parotide.

Patogjeneza e infeksionit është e diskutueshme. Problemi që shtrohet në këtë drejtim është: në rastet e tuberkulozit të llozhës parotide a kemi shfaqjen e kompleksit primar (vatër parenkimatoze-limfagit-limfadenit)? Shumica e autorëve (1, 2, 6) pranojnë se koncepti i primitivitetit ka vetëm rëndësi klinike kur nuk vihen re lokalizime tuberkulare aktive

ose të stabilizuara në organet e tjera dhe se nuk mund të përcaktohet me përpikmëri nëse lokalizimi fillestar i procesit tuberkular është parenkimën ose në gjëndrat limfatike ekstra ose intraparotide, pasi nuk është provuar hipoteza e implantimit primar në parenkim gjëndrës salivare (1, 4). Prandaj patogjeneza e tuberkulozit të llozhës rotide është ende një problem i hapur dhe i papërcaktuar (2).

Gjithashtu është e diskutueshme rruga e përhapjes së infeksionit. Në literaturë përmenden 3 rrugë:

— rruga kanalikulare ascendente mohohet nga shumica e autorëve arsye të drenimit të vazhdueshëm të pështymës dhe të veprimit bakterial të lizocimës e të lizinës që përmban ajo;

— rruga hematogjene mund të pranohet në raste shumë të gjatë proceseve të diseminuara;

— më e pranueshme mund të jetë rruga limfatike, ku si pikë shërbejnë procese okulte të zgavrës së gojës (gingiva, tonsile, dhë kariozë etj.).

Por asnjëra nga këto rrugë nuk është në gjendje të na shpjegojë patogjenezën e tuberkulozit të llozhës parotide, sidomos duke u mbështetur në faktin e lokalizimit të dyfishtë të tij, domethënë edhe në gjëndrat limfatike edhe në vetë parenkimën (6).

Ndoshta pamundësia e inokulimit nëpërmjet rrugës kanalikulare, veprimi bakteristik e baktericid i pështymës shpjegon edhe shpesh tuberkulozi i gjëndrës parotide është shumë i rrallë.

Nga pikëpamja anatomopatologjike, tuberkulozi i llozhës parotide paraqitet në dy forma kryesore: në formën cirkumskripte dhe (1, 2, 3, 4, 5), kurse klinikisht si një tumor i kësaj llozhe me përmasa ndryshme, paraqitja e të cilit nuk len shumë të dyshohet për këtë më të tuberkulozit ekstrapulmonar. Tumori paraqitet me madhësi e sistencë të ndryshme, herë i lokalizuar në regjionin pretragela e intereson masën e gjëndrës parotide, pa ndryshime të lëkurës dhe varfëri të simptomave të përgjithshme. Zakonisht masa është e anësme dhe shumë rrallë mund të shfaqet në të dy anët. Prania e saj vazhdon kohë të ndryshme, prej disa muaj deri në disa ditë vjeçarë (1). Këto shenja klinike lokale bëjnë që diagnoza difere e tuberkulozit të llozhës parotide të vështirësohet dhe, në shumë të merret për formacione të ndryshme si cilindrroma, lipoma, adenoma, por më shpesh si tumor mikst (1, 2, 3, 5, 8, 9). Kur në stadet e avancuara fistulizohet, atëherë edhe diagnoza është më e lehtë. Por në shumicën më të madhe të rasteve, diagnoza e sigurtë është biopsia peroperator, pasi edhe mjetet e tjera ndihmëse si citodiagnostika, sciallografia etj. nuk japin të dhëna të sigurta preoperator.

Lidhur me terapinë e tuberkulozit të llozhës parotide, shumica e autorëve janë përkrahës të mjekimit kirurgjikal, që konsiston në heqjen e plotë të gjëndrës parotide së bashku me nyjat limfatike, ruajtjen e nervit facial. Preferenca që disa autorë i japin mjekimit konservativ lidhet më shumë me vështirësitë teknike të ndërhyrjes, për të aderencave të nervit facial dhe rrezikut të dëmtimit të tij. Gjithë vështirësia e përcaktimit preoperator të diagnozës së përpiktë, përmend më sipër, bën që në shumicën dërmuese të rasteve, diagnoza e sigurtë të bëhet vetëm me biopsi peroperator, pasi gjëndrat

shtymës paraqesin tipe shumë të ndryshme tumoresh beninje dhe maligne të natyrës epiteliiale dhe joepiteliiale (6).

KOMENT I RASTEVE TONA

Në të katër rastet tona, diagnoza e shtrimit ka qënë «tumor i llozhës parotide» dhe përcaktimi i përpiktë i diagnozës është bërë gjatë ndërhyrjes kirurgjike kur në prerje të tumorit është vënë re masa kazeoze. Ekzaminimi histopatologjik ka vërtetuar diagnozën. Autorët e ndryshëm, që kemi mundur të konsultojmë, nuk japin me përpikmëri përqindjen e gabimeve diagnostike preoperator, por të gjithë theksojnë se, në shumicën dërmuese të rasteve, diagnoza e përpiktë bëhet me biopsi peroperator.

Në të sëmuret tanë, të dhënat anamnestike të nr. 1 dhe 3 mund të orientojnë drejt një infeksion tuberkular, sepse shfaqja dhe rritja e tumorit shoqërohet edhe me shenjat e intoksikacionit të përgjithshëm (anoreksi, këputje, djersitje, eritrosedimentacion i shpejtë). Në rastin nr. 2 është dyshuar për infeksion tuberkular, por mjekimi antispecific (megjithëse i shkurtër) nuk dha asnjë përmirësim. Këndej dalim me përfundimin se në larminë e tumoreve të llozhës parotide duhet dyshuar edhe për tuberkulozin e kësaj llozhe dhe se anamneza duhet të bëhet sa më e hollësishme në këtë drejtim, duke e plotësuar edhe me ekzaminimet paraklinike.

Lidhur me konstatimin peroperator të vërtetuar me ekzaminimin anatomopatologjik, në të katër rastet tona, procesi tuberkular interesonte njëkohësisht edhe parenkimën e gjëndrës parotide edhe nyjat limfatike.

Rruga e zgjedhur nga ana jonë për mjekimin e tuberkulozit të llozhës parotide ka qënë ajo e parotidektomisë me ruajtje të nervit facial. Pavarësisht nga vështirësitë teknike të ndërhyrjes, në 3 nga 4 rastet kemi vënë re parrezë ose paralizë faciale postoperator, të cilën ia kushtojmë traumës operator, sepse brenda disa muajve, dëmtimi është zhdukur plotësisht. Me përcaktimin e diagnozës, të sëmuret tanë iu janë nënshtruar mjekimit antispecific pranë dispanserive antituberkulare. Ata janë ndjekur rregullisht dhe brenda këtyre 10 vjetëve nuk kanë paraqitur asnjë recidivë.

PËRFUNDIME :

- 1) Tuberkulozi i llozhës parotide është një shfaqje e rrallë e tuberkulozit ekstrapulmonar.
- 2) Në larminë e tumoreve të ndryshme të kësaj llozhe, qofshin këta beninje ose maligne, duhet menduar edhe për këtë patologji.
- 3) Pavarësisht nga vështirësitë teknike, parotidektomia me preparim të nervit facial siguron shërimin.

Dorëzuar në Redaksi më 20 mars 1980

BIOBLOGRAFIA

- 1) **Ameli M.**: Sulla tubercolosi della parotide e dei linfonodoli parotidei. *M Otorinolaringologica* 1966, 9, 10.
- 2) **Bellon G., D'Errico F.**: La tubercolosi della parotide. *Minerva Chirurgica* 1968, 66.
- 3) **Dechaume M. et coll.**: La tuberculose nodulaire de la parotide. *Presse medicale* 1968, 66.
- 4) **Monaldi V., Blasi A.**: La tubercolosi extrapulmonare. *Il Pensiero scientifico Napoli* 1968.
- 5) **Moulouguet H.**: Les affections rares de la parotide. *Problèmes actuels de médecine* Paris 1966.
- 6) **Rossi G., Balocco E.**: La tubercolosi della loggia parotidea. *Minerva Otorinolaringologica* 1969, 1.
- 7) **Rroku Ç.**: Mbi tumoret e gjendrave të pështymës në praktikën histologjike letini i UT - *Seria shkencat mjekësore* 1977, 1, 21.
- 8) **Stefanović P., Stanislavljević B.**: Difficulté de diagnostic de la tuberculose tidiennne et les adénopathies chroniques tuberculeuses intraparotidiennes. *Congrès Français*. Paris 1973.
- 9) **Trimçev Sp.**: Mbi kirurgjinë e tumoreve mikste të gjendrës parotide me të nerrit facial. *Buletini i UT-Seria shkencat mjekësore* 1973, 1, 151.

Summary

TUBERCULOSIS IN THE PAROTID LODGE

Of 60 parotidectomy operations performed during the last 10 years separation of the facial nerve, in four cases tuberculosis of the parotid lodge was diagnosed and confirmed by histopathological examination. The findings from anamnesis and the physical examination of the four cases are described; it is pointed out that the pre-operative diagnosis of that pathology is difficult because of the scarcity of symptoms, so that the diagnosis can be made with certainty only if supported by pre-operative biopsy. In this respect, the importance is stressed of a more detailed anamnesis, of the accessory examinations and a correct clinical judgement about the possibility of a tubercular process in the parotid lodge, which is one of the rare forms of extrapulmonary tuberculosis.

The paper discusses the pathogenesis and the routes of infection, which as yet are not sufficiently clear. In regard to the treatment, the author supports the surgical approach with separation and preservation of the facial nerve, despite the difficulties this operation presents.

Résumé

TUBERCULOSE DE LA LOGE PAROTIDIENNE

Traitant des 60 cas de parotidectomie effectués au cours de ces dix dernières années par dissection du nerf facial, l'auteur souligne que dans quatre cas diagnostiqués la tuberculose de la loge parotidienne, ce qui a été confirmé par l'examen histopathologique. Après la description des résultats de l'ana-

et de l'examen physique de ces quatre cas, l'auteur affirme que le diagnostic préopératoire de cette maladie se présente difficile en défaut de symptômes évidents, aussi un diagnostic bien fondé doit s'appuyer sur la biopsie préopératoire. A cette fin, il importe d'établir une anamnèse minutieuse, effectuer des examens complémentaires et faire preuve d'esprit clinique quant à la présence d'un processus tuberculeux dans la loge parotidienne, qui est une des causes rares de la tuberculose extrapulmonaire de cette région.

Ensuite l'auteur examine la pathogénèse et les voies d'infection, qui n'ont pas été encore suffisamment éclairées. En ce qui regarde le traitement, l'auteur est enclin à la solution chirurgicale par séparation et préservation du nerf facial, en dépit des difficultés que présente cette intervention.

TE SËMURËT ME PNEUMOPATI TË EPIDEMIVE GRIPALE TË SHTRUAR GJATË VITEVE 1970-1976

— RIFAT SHKODRA —

(Spitali i Rrethit — Krujë)

Pneumatitë që shoqëruan epidemitë gripale të viteve 1970-1976 kanë përbërë një problem mjekësor mjaft të rëndësishëm dhe që u shoqëruan me masa efikase si për përbalimin ashtu dhe për eliminimin e pasojave të tyre.

Në rrethin e Krujës gjatë viteve 1970-1976 u vërejtën 5 epidemi gripi, shumica e të cilave prekën një kontigjent të madh të popullatës.

Në ndërmorrëm këtë punim për të vënë në dukje disa elemente kliniko-statistikore të pneumopative, të vrojtura gjatë këtyre epidemive në të sëmurët e shtruar në repartin e patologjisë të spitalit të rrethit të Krujës.

Si materiale shërbyen kartelat klinike të 240 të sëmurëve të shtruar me pneumopati gjatë këtyre epidemive. Në studim u morën vetëm ata të sëmurë të shtruar me pneumopati gjatë katër muajve, duke filluar qysh prej fillimit të epidemisë e gjer afër fundit të saj. Kjo u bë për të mos eliminuar pneumopatitë e hasura në bishtin e epidemisë, se, sipas përvojës sonë, shumica e të sëmurëve janë të lidhur me këto epidemi. Materiali u përpunua si nga ana statistikore, ashtu dhe nga ajo klinike, për të mundur të nxjerrim elemente, që mund t'i shërbejnë praktikës mjekësore.

Të sëmurët me pneumopati gjatë epidemive gripale të shtruar në spital. — Në epideminë e vitit 1970 në spital u shtruan 77 të sëmurë me pneumopati, në atë të vitit 1972-1973 u shtruan 38, në epideminë e vitit 1974 u shtruan 39 të sëmurë me pneumopati, në vitin 1975 u shtruan 27 dhe në vitin 1975-1976 u shtruan 59 të sëmurë po me pneumopati. Në krahasim me numrin e të shtruarve për katër muajorë për çdo epidemi, kemi këto të dhëna, siç shihet në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1.

Viti i epidemisë	Nr. i të shtruarëve katër mujorë	Nr. i pneumopative	Përqindja
1970	205	77	37,5%
1972-1973	205	38	13,6%
1974	210	39	18,02%
1975	203	27	13,3%
1975-1976	213	59	27,7%

Siç shihet në pasqyrën e mësipërme, numri më i madh i pneumive ka qënë në vitin 1970 me 37,5% dhe në vitin 1975-1976 me 27%. Në ndarjen e pneumopative kanë qënë: 70,1% në qytet dhe 2% në fshatrat. Në epidemitë e tjera, raporti qytetarë/fshatarë është i afërtë, përkrahësisht me nga 54 dhe 46%.

Gjetja e pneumopative, pas epidemisë së vitit 1970, në rapo përafërtë fshat-qytet, për mendimin tonë, lidhet me zhvillimin e bimit shëndetësor nga viti në vit, me shtrirjen e rrjetit mjekësor bazë, si dhe me përsosjen e masave profilaktike në drejtim të fsh.

Një dukuri e përafërtë me atë të ndarjes sipas zonave vihe edhe përsa i përket ndarjes sipas seksit. Në epideminë e vitit 1970 pneumopatitë janë sëmurur 28,5% femra dhe 71,4% meshkuj, ndërs epidemitë e tjera, ky raport ka qënë gjithashtu i përafërtë (47% f dhe 53% meshkuj). Kurse sipas një autori (2) përqindja për femra meshkuj ka qënë përkrahësisht 35,17% dhe 64,83%.

Lidhur me moshën, vihet re se në epideminë e vitit 1970, përqimi më të larta të pneumopative u vërejtën në grup-moshat 31-40 vjeç 41-50 vjeç, përkrahësisht 20,78%, ndërsa në grup-moshën 21-30 pneumopatitë zinin 19,48%. Në epideminë e vitit 1972-1973, grup-n 21-30 vjeç zinte 26,39% dhe grup-mosha 31-40 zinte 28,98%. Pra kem spostim drejt moshave më të reja sesa në epideminë e parë. Në deminë e vitit 1974 u vërejt një spostim i pneumopative për moshat më të reja. Kështu në grup-moshën 14-20 vjeç që në të dy epidemive mëparshme kishin përkrahësisht 10,38% dhe 13,16%, kjo përqindje epideminë e vitit 1974 u ngrit në 30,76%, pra mbi dyfishin. Grup-n 21-30 vjeç pati 20,51%. Në epideminë e vitit 1975 grup-mosha 14-20 zinte 18,52% të rasteve, ndërsa mosha 21-30 vjeç 22,23%. Në këtë dem, përkundrazi, u vërejt një spostim i shpeshtësisë së pneumive në grup-moshat më të larta. Kështu grup-mosha 51-60 vjeç 18,52% të rasteve, ndërsa në epidemitë e mëparshme ky grup-n përfaqësohej përkrahësisht më 16,89%, 13,16% dhe 12,83%. Në eminë e vitit 1975-1976 përqindja më e lartë u vërejt në grup-m 41-50 vjeç me 25,2%, ndërsa grup-mosha 31-40 vjeç me 18,65%. Shësia më e lartë në grup-moshat e paraqitura prej nesh përkon edhe të dhënat e disa autorëve të tjerë (2, 8, 9). Kështu për epidem vitit 1970 në spitalin nr. 1 të Tiranës (2), përqindjet më të larta u në grup-moshën 41-50 vjeç me 23,45% dhe në atë 31-40 me 17,24%. Në të sëmurët me pneumopati të shtruar në spitalin e shnjës (8) në epideminë e vitit 1972-1973, ka mbizotëruar mosha 30-35 vjeç me 32,25% dhe 15-20 vjeç me 16,13%. Për epideminë e 1975, autorë të tjerë (9) japin të dhëna të prekjes më të lartë të -moshave 41-60 vjeç me 46,66%, ndërsa në materialin tonë, këto -mosha për epideminë e dhënë janë prekur në masën 33,34%.

Nga shqyrtimi i anamnezës të të sëmurëve të shtruar me pne pati, rezultoi se kishin kaluar gripin me simptomatologji të plot epideminë e gripit të vitit 1970 - 26 raste (33,76%), në atë të v 1972-1973 - 16 raste (42,10%); në atë të vitit 1974 - 10 raste (25,6 në atë të vitit 1975 - 10 raste (37,03%) dhe në epideminë e viteve -1976 - 13 raste (22,03%). Disa të sëmurë të tjerë kanë referu pneumopatia iu është vënë në dukje qysh nga fillimi pa anamnezë pale të qartë.

Në lidhje me kohën e fillimit të pneumopative nga dita e shtrimit në spital po i paraqesim në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Viti i epidemisë	Koha e fillimit të pneumopative në ditët		
	1-5	6-10	11-15
1970	17(22,07%)	32(41,56%)	28(36,37%)
1972-1973	9 (23,68%)	15 (39,47%)	14 (36,85%)
1974	13 (38,33%)	9 (23,07%)	17 (43,60%)
1975	6(22,22%)	8 (29,63%)	13 (48,15%)
1975-1976	15 (25,42%)	19 (32,20%)	25 (42,38%)

ANKESAT NË PRANIM DHE EKZAMINIMI OBJEKTIV

Gjatë shtrimit, të sëmurët paraqitnin temperaturë në shifra të larta, e cila gjatë epidemive të ndryshme ka qënë si vijon: në epideminë e vitit 1970 - 79,3% të të sëmurëve; në atë të viteve 1972-1973 - 50%; në atë të vitit 1974 - 76,7% të të sëmurëve; në atë të vitit 1975 - 55,6%, dhe në atë të viteve 1975-1976 - 69,5% të të sëmurëve. Temperatura shogërohej me kollë të thatë dhe munduese si dhe me dhembje kraharori në 85,95% të të sëmurëve. Ekspektorati muko-purulent u gjet në 18-24% të të sëmurëve në epidemitë e ndryshme, kurse ekspektorati hemorragjik në epideminë e vitit 1970 u vu në dukje në 5,2% të të sëmurëve, në atë të vitit 1974 në 3,7% dhe në epideminë e vitit 1975 po në 3,7% të të sëmurëve, karakteristike kjo e pneumonive gripale ose të atyre me superinfekcion streptokokal (1, 6, 9). Manifestimet e insuficiencës respiratore u shfaqën me dispne dhe cianoze. Në epideminë e vitit 1970 dispnea u gjet në 37,5%, në atë të vitit 1972-1973 në 42,1%, në atë të vitit 1974 në 10,2%, në atë të vitit 1975 në 14,8% dhe në atë të vitit 1975-1976 në 18,6%. Cianoza në epideminë e vitit 1970 u gjet në 11,6% të të sëmurëve, në atë të vitit 1972-1973 në 7,8%, në të vitit 1974 në 5,1%, në atë të vitit 1975 në 3,7% dhe në epideminë e viteve 1975-1976 në 33,9% të të sëmurëve.

Gjatë ekzaminimit objektiv fizikal të mushkërive u vunë re rale subkrepitante, krepitante, bronkiale dhe submatitet e matitet në epidemitë e vitit 1970 në 63,6%, në atë të viteve 1972-1973 në 89,4%, në epideminë e vitit 1974 në 69,2% të të sëmurëve, në atë të vitit 1975 në 85,1% dhe së fundi në atë të viteve 1975-1976 në 81,3% të të sëmurëve. Të dhëna të përafërta klinike janë gjetur edhe në epideminë e viteve 1969-1970 (2).

Fakti që në disa të sëmurë ekzaminimi fizik ka qënë i varfër ose ka munguar mund të shpjegohet se një pjesë e pneumopative të shtruar kanë qënë në fazën fillestare të pneumonisë intersticiale, të cilët më vonë ose kanë marrë rrugën e shërimit, duke mbetur si të tillë, ose janë ndërlikuar me infekcion dytësor. Dihet se pneumonitë virale, në

përgjithësi, janë pneumoni të karakterit intersticial, ndërmjet tyre fshirë edhe ato të gripit dhe, si të tilla, edhe ato karakterizohen ng mospërputhshmëri nga njëra anë ndërmjet kuadrit klinik dhe ati diologjik si dhe ndërmjet kuadrit radiologjiko-klinik dhe atij të minimi fizik. Kështu të sëmurët me pneumoni intersticiale në ku radiologjik të shprehur mjaft mirë mund të kenë klinikë mjaft të deruar dhe ekzaminim fizik shumë të varfër. Nga ana tjetër, kuadr nik mund të jetë shumë i rëndë (blloku alveolo-kapilar) dhe ai mjaft i varfër. Pneumonitë gjatë gripit mund të shfaqen ose gjati zhdimit të vetë gjendjes gripale (dhe të jenë pneumoni gripale të stërta), ose pneumoni gripale të ndërlikuara me florën bakteriale sore, ose mund të shfaqen dhe pas kalimit të vetë infeksionit g si rezultat i uljes së forcave imuno-biologjike të shkaktuar nga veti pi dhe i dëmtimeve anatomike të rrugëve bronkiale nga ai, si di bashkëveprimi të florës bakteriale dytësore. Këto pneumoni sh pas një intervali me gjatësi të ndryshme, janë asimptomatike dhe sin pikërisht ndërmjet zhdukjes së shenjave gripale dhe fillimit të monisë.

KUADRI RADIOLOGJIK

Shpeshherë ky kuadër shpreh mospërputhshmërinë ndërmjet drit të varfër kliniko-fizik dhe atij radiologjik të pasur, gjë që vërtetuar edhe në materialin tonë. Gjatë gripit, pneumonitë mu paraqesin lokalizime të ndryshme dhe kuadër radiologjik polimori lokalizohen në një anë ose në të dy anët, kryesisht në lobin e mesë ato bazale, nga të cilat rreth 80%, sipas një autori (7) ato janë bazal nga këto shumica në të djathtë. Mbizotërimi i pneumonive në a djathtë ka shpjegim në veçoritë anatomo-fiziologjike të bronkut mushkërisë së djathtë. Studimi radiologjik i pneumonive në të së tanë për çdo epidemi paraqitet si në pasqyrën nr. 3.

Pasqyra

Epidemia e vitit	Bronkopneumonia	Pneumonia	Pleuropneumonia	Likuid
1970	53,2%	32,5%	1,3%	3,8%
1972-1973	57,9%	21,05%	21,05%	7,8%
1974	64,1%	23,1%	12,8%	2,5%
1975	40,8%	44,4%	14,8%	3,7%
1975-1976	52,6%	23,7%	23,7%	5,1%

Siç shihet nga pasqyra nr. 3, nga epidemitë e viteve 1970, -1973, 1974 dhe në atë të vitit 1975-1976 kanë mbizotëruar bronkopneumonitë me mbi 50% të rasteve, ndërsa në epidemitë e vitit 1975 mbizotëruar pneumonitë në 44,4% të rasteve. Sipas lokalizimit të sit kemi pasur këtë shpërndarje, si paraqitet në pasqyrën nr. 4.

Të sëmurët me pneumopati të epidemive gripale të shtruar gjatë viteve 1970-1976 19

Pasqyra nr. 4

Epidemi e Vitit	Pulmoni i djathtë			Pulmoni i majtë		Bazal
	Apikal	Medial	Bazal	Apikal	Bazal	Bilateral
1970	6,5%	10,4%	38,9%	3,9%	15,6%	24,7%
1972-1973	0%	5,3%	39,5%	0%	31,5%	23,7%
1974	5,1%	0%	46,2%	0%	46,2%	2,5%
1975	3,7%	0%	51,9%	3,7%	3,7%	3,7%
1975-1976	1,7%	5,1%	59,3%	3,4%	28,7%	1,7%

Nga pasqyra shihet qartë se prekje e lobeve bazale është më e shpeshtë, gjë që përkon edhe me të dhënat e disa autorëve të tjerë (1, 8). Nga të gjithë të sëmurët të shtruar me pneumopati gjatë periudhave të epidemive gripale janë vërtetuar 4 raste me pneumonish absedente me formim tipik të absësit pulmonar. Nga këta tre raste absësesh në epideminë e vitit 1970 dhe një rast në epideminë e vitit 1974 (shih fotot 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Nga të sëmurët të shtruar me pneumoni në spitalin klinik nr. 1 (2) në vitet 1969-1970 rezulton se nuk u pa ndonjë rast absedimi, ndërsa në epideminë e vitit 1972 në spitalin ushtarak (5) u pa vetëm një rast me absedim. Të shprehur në përqindje rezulton se në epideminë e vitit 1970 absedimet kanë qënë 3,9% dhe në epideminë e vitit 1974 - 2,5%.

KUADRI I GJAKUT I PNEUMOPATIVE

Gjatë epidemive të viteve 1970-1976 ne studjuam edhe kuadrin e gjakut që paraqitnin të shtruarit me pneumopati. Vlerat më të larta të leukociteve dhe më të ulta të eritrociteve po i japim në pasqyrën nr. 5.

Pasqyra nr. 5

Epidemi e vitit	Leukocitet			Eritrocitet		
	Normë	Të shtuar në %		Normë	Të pakësuar në %	
1970	37,6%	8100-11000	në 23,3%	63,7%	3.1-3.5 milion në	9.1%
1972-1973	50%	11000-14000	në 15,8%	52,6%	3.1-3.5 milion në	5.2%
1974	46,1%	8100-11000	në 30,7%	33,3%	2.5-3 milion në	7.7%
1975	62,9%	8100-11000	në 19,5%	77,7%	3.6-4 milion në	22,2%
1975-1976	33,9%	8100-11000	në 35,6%	79,6%	3.6-4 milion në	20,3%

Eritrosedimentacioni paraqiste këto vlera

pasqyra nr. 6

Epidemi e vitit	Normë	Shpejtuar në përqindjen më të madhe		
1970	18,1%	31-40 mm/orë	në	24,6%
1972-1973	13,1%	31-40 mm/orë	në	21,6%
1974	10,2%	31-40 » »	në	25,6%
1975	3,6%	41-50 mm/orë	në	25,9%
1975-1976	5,1%	31-40 mm/orë	në	27,1%

NDËRLIKIMET NË SISTEMET E TJERA

Në vetëvete, në shumicën e rasteve, gripit nuk është sëmundje rëndë, por merr karakter shumë serioz për shëndetin e popullit here kur nuk ndiqet dhe nuk mjekohet si duhet. Kjo ndodh për të ndërlikimeve të ndryshme, që mund të ngjasin si gjatë risë të vetë gripit ashtu dhe pas kalimit të tij. Ndërlikimet të shpeshta janë ato bronkopneumone për të cilat folëm më lart. Ndërlikimet e tjera serioze duhen përmendur nefropatitë, otitet, encefalit për fat të mirë i rrallë etj. Në rastet të studjuar prej nesh, ndërlikimet paraqiten të shpërndarë siç shihet në pasqyrën nr. 7.

Pasqyra 1

Epidemi e vitit	Rastet sipas viteve			
	Nefropati	Encefaliti	Meningjizëm	Psikoz reaktive
1970	13(16,7%)	1(1,2%)	—	—
1972-1973	6(15,7%)	—	—	—
1974	1(2,5%)	—	1(2,5%)	—
1975	—	—	—	—
1975-1976	3(5,1%)	—	—	1(1,6%)

Nga të shtruarit në spitalin klinik nr. 1 Tiranë (2) rezultojnë sëmundjet e gripit 1969-1970, nefropatitë u vunë re në 17% të rasteve ndërsa në atë të viteve 1972-1973 (8) në spitalin ushtarak, nefropati u hasën në 4,8% të rasteve.

Përsa u përket ndërlikimeve të sistemit nervor, ka autorë (3) mendojnë se gjatë epidemisë së gripit në një përqindje të të sëmundjes duket manifestime nga një herë të rënda dhe vdekjeprurëse të encefaliti apo meningo-encefaliti. Mendohet se këto janë rezultat i anëve dhe i kongjestionit të provokuar nga ndërlikimet bronkopulmonare ndërsa autorë të tjerë (4) mendojnë se këto ndërlikime janë rezultat i një superinfeksioni të ndodhur gjatë gripit, meqë virusi frenon mekanizma ende të panjohura mirë fagocitozën. Të tre ndërlikimet takuar prej nesh u vunë re në të sëmurët me pneumoni.

FORMAT E PNEUMONIVE SIPAS RËNDIMIT TË SËMUNDJES

Rëndimi i sëmundjes së pneumopative gripale ka qënë i ndryshëm nga viti në vit dhe kjo sigurisht në vartësi të virulencës së shtamit dhe të një serie faktorësh të tjerë, siç janë: mosha, sëmundjet e tjera mëparshme, mjekimi paraprak i gripit, koha e shtrimit etj.

Në epideminë e gripit 1970 u vunë re 16 raste formash të ndryshme në atë të vitit 1972-1973 — 5 raste, në epideminë e vitit 1974 u vunë re 7 raste, në të vitit 1975 u panë 3 raste dhe së fundi në atë të viteve 1975-1976 në 15 raste. Në pneumopatitë e vitit 1970 patëm një rast në një të sëmurë me stenozë mitrale dhe fibrilacion atrial, në epideminë e viteve 1972-1973 një vdekje me moshë të re pas një episodi që zgjati 5 ditësh nga bronkopneumoni bilaterale me insuficiencë të ventrit të majtë.

PNEUMOPATITË NË SËMUNDJET KRONIKE

Në shumicën e rasteve, infeksioni gripal kalon mjaft lehtë, por ai është i frikshëm për ndërlikimet e rënda që mund të shkaktojë në persona me sëmundje të tjera kronike, veçanërisht ato të sistemit kardiovaskular dhe respirator. Në këtë drejtim, në radhë të parë, janë ndërlikimet bronkopulmonare, të cilat edhe pse në forma të lehta, mund të jenë vdekjeprurëse. Ne e kemi ndjekur këtë problem dhe, për fat të mirë, vëmë re se me përjashtim të rastit me afekcion mitral, rastet e tjera kanë kaluar mjaft mirë. Në pasqyrën nr. 8 jepen pneumopatitë në të sëmurët kronikë.

Pasqyra nr. 8

Sëmundja kronike	Rastet sipas viteve				
	1970	1972-1973	1974	1975	1975-1976
Tuberkulozë	1(1,3%)	1(2,6%)	—	—	—
Cor pulmonar	10(12,9%)	6(15,8%)	1(2,5%)	—	6(10,1%)
Kardiosklerozë	12(15,5%)	4(10,5%)	2(5,1%)	3(11,1%)	8(13,5%)
Nefropati	1(1,3%)	2(5,2%)	2(5,1%)	1(3,7%)	—
Kardio. reumat.	1(1,3%)	1(2,6%)	—	—	—
Azëm bronkiale	1(1,3%)	—	—	—	1(1,7%)

TERAPIA

Për mjekimin e ndërlikimeve bronkopulmonare të gripit, terapia e përdorur ka qënë e gjërë. Në radhë të parë janë përdorur antibiotikë të ndryshëm, qoftë të veçuar qoftë të kombinuar. Zgjatja e terapisë ka qënë e ndryshme. Për arsye të përdorimit të kombinimeve të ndryshme të antibiotikëve dhe të medikamentëve të tjera si dhe të kohëve të ndryshme të përdorimit të tyre, nuk mund të japim një skemë të gjithëvlefshme, por do të kufizohemi në të dhëna të përgjithshme, duke u munduar të nxjerrim në pah kombinimet më të shpeshtë që përdoren, siç janë: penicilina-streptomocina, ndërsa në raste të tjera janë përdorur edhe tetraciklinë, eritromicinë dhe rovamocina. Në epideminë e parë, të vitit 1970, penicilina është përdorur në 10,3% të të sëmurëve, tetraciklina në 29,9%, eritromocina në 2,5% dhe kombinime antibiotikësh në 54,5% të të sëmurëve. Deltakorteni është përdorur në 11,6% të të sëmurëve. Në epideminë e viteve 1972-1973, penicilina është përdorur në 13,1% të të sëmurëve, tetraciklina në 7,8%, eritromocina në 2,6% dhe kombinimet në 76,3%. Deltakorteni është përdorur në 2,6%. Në epideminë e vitit 1974, penicilina është përdorur në 12,8% të të sëmurëve, tetraciklina në 23,77%, eritromocina në 20,5% dhe kombinimet në 43,5% të të sëmurëve. Deltakorteni u përdor në 2,5% të të sëmurëve. Në epideminë e vitit 1975, penicilina u përdor në 7,4%, tetraciklina në 33,3%, eritromocina në 7,4%, rovamocina në 7,4% dhe kombinime antibiotikësh në 44,4%. Në epideminë e fundit (1975-1976) penicilina u përdor në 5,1% të të sëmurëve, streptomocina në

1,7%, tetraciklina në 18,4% dhe kombinimet e antibiotikëve në 7 Deltakorteni u përdor në 3,4% të të sëmurëve.

Përdorimi i antibiotikëve u bë për kohë të ndryshme, duke parasysh si shërimin klinik ashtu dhe atë radiologjik. Duke stu reagimin e të sëmurëve me pneumopati gripale kundrejt terapisë biotike të përdorur mund të vëmë në dukje se efektin më të mirë pasur tetraciklina në këto përqindje:

Në epideminë e vitit 1970 në 42,8% të të sëmurëve, në atë të 1972-1973 në 34,2%, në të vitit 1975 në 51,9%, në të viteve 1975-1978 në 28,8% dhe në epideminë e vitit 1974 efektin më të mirë e ka pasur e micina në 30,7% të të sëmurëve dhe pastaj tetraciklina në 23,07% sëmurëve.

PËRFUNDIME :

1) Epidemia e gripit të vitit 1970 ka qënë më virulente dhe, s dhim, edhe të sëmurët me pneumopati të shtruar në spital, në këtë kanë qënë në përqindje më të lartë dhe me kuadër kliniko-laborat-radiologjik më të rëndë.

2) Në epideminë e gripit të vitit 1970 u vu re një mbizotërim i mopative në qytet me 70,1%, ndërsa në epidemitë e tjera, raporti i -fshat ishte i përafërtë.

3) Marrja e masave paraprake dhe mjekimi racional ka bërë të mundur që pneumopatitë të jenë në një përqindje përkrahësisht të vogë krahasim me kontigjentin e popullatës së prekur nga gripi dhe shmëria të jetë shumë e ulët.

4) Në sajë të trajtimit racional, ndërlikimet e pneumopative g kanë qënë fare të ulta. U vunë re 4 raste absedimi. Si një nga ndëmet më të rënda, encefaliti u vu re vetëm në një i sëmurë, që përf në shërim.

5) Në trajtimin e pneumopative, në përqindjen më të madhe përdorur kombinimet pas përdorimit të veçuar të një antibiotiku.

6) Tetraciklina është treguar si një nga antibiotikët më efika 28,8% deri në 51,9% të të sëmurëve nga njëra epidemi në tjetrën

Dorëzuar në Redaksi më 10 shkurt

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J. : Sëmundjet e aparatit të frymëmarrjes. Traktati i sëmundj brendshme. Tiranë 1974, vol. I, fq. 434.
- 2) Adhami J. : Të sëmurët me komplikacione gripi nga virus A₂ Hong-Kong shtruar në spitalin nr. 1 gjatë epidemisë 1970. Buletini i UT - Seria shkencës mjekësore 1972, 1, 15.
- 3) Colonello F., Signorini C. : Studio eziologico delle nevrasi in corso di influenza A₂ Hong-Kong, con isolamento del virus dal liquore e dall'encefalo nale di malattie infettive e parasitarie 1970, 22, 9, 612.
- 4) Calonghi G. F. et al. : Isolamenti di virus influenzale A₂ Hong-Kong dal e dall'encefalo da due pazienti affetti da meningoencefalite. Giornale di malattie infettive e parasitarie 1970, 22, 9, 620.
- 5) Meli H. : Komplikacionet pulmonare të gripit nëntor 72 - janar 73. Bu I. K.M.U; 1973, 3, 55.

Të sëmurët me pneumopati të epidemisë gripale të shtruar gjatë viteve 1970-1976 23

- 6) Miti L. e bp. : Fisiopatologia e clinica delle infezioni dell'apparato respiratorio. Minerva Medica 1976, 67, 22, 1436.
- 7) Ndroqi Sh. : Mbi pneumopatitë atipike. Buletini post Universitar i Ministrisë së Shëndetësisë 1969, 1, 1.
- 8) Nova I. : Bronkopneumonitë gripale në spitalin e Lushnjës gjatë epidemisë së vitit 1972-1973. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1976, 2, 135.
- 9) Shulcev G. P. : Pneumonia dhe komplikacionet renale gjatë gripit të janarit 1975 (Përkthim). Klin. Medicina 1975, 12, 23.

Summary

PATIENTS WITH PNEUMOPATHY DUE TO INFLUENZA DURING THE EPIDEMICS OF 1970-1976.

The paper describes the cases of pneumopathy observed during the period between 1970 and 1976. In the course of five epidemics of influenza, 240 patients with pneumopathy were admitted to the district hospital of Kruja. After a detailed clinical and laboratory investigation, the author finds that the highest frequency of pneumopathy occurred in 1970 and coincided with the most virulent epidemic of influenza. Three of the cases of that epidemic developed lung abscesses and one encephalitis, while of the other epidemic only one case of lung abscess was observed in 1974.

The paper finds also that of antibiotics used, the most efficient was tetracycline, which in the different epidemics was used in 28.8 to 51.9 percent of the cases.

It is pointed out also that early adequate treatment of influenza has brought a significant reduction in the incidence of pneumopathy among the population affected by influenza.

Other questions discussed in the paper include the incidence of pneumopathy, the clinical and laboratory examinations, the radiological findings, the complications in the various systems other than the lungs, pneumopathy in chronic diseases, the treatment and its results.

Résumé

A PROPOS DES PNEUMONIE PROVOQUÉES PAR LES ÉPIDÉMIES DE GRIPPE DES ANNÉES 1970-1976

Dans cette communication l'auteur décrit divers cas de pneumonies provoquées par les épidémies de grippe des années 1970-1976. Au cours de ces cinq épidémies 240 patients souffrant de pneumonies ont été admis à l'hôpital de Kruja. Après l'étude clinique et de laboratoire de ces cas, il a été relevé que la plus haute fréquence des pneumonies se rapportait à l'épidémie de 1970, qui a été aussi la plus virulente. Au cours de cette épidémie, l'auteur n'a constaté que 3 cas d'abcès pulmonaires et un seul cas d'encéphalite, alors que durant les autres épidémies de grippe il n'a observé qu'un cas d'abcès pulmonaire en 1974.

Par ailleurs, l'auteur relève que l'antibiotique le plus efficace a été la tétracycline, qui fut employée dans 28.8-51.9% des cas. Le traitement immédiat et rationnel des malades influe positivement sur l'incidence de la pneumonie parmi la population atteinte de grippe.



Foto 1. — I sëmuri I. M. me pneumoni centrale të djathtë. Radiografia e datës 31 janar 1970. Hije masive, e pakufizuar, e paqartë. Zona supraklavikulare e lirë.



Foto 2. — I sëmuri I. M. Zona apikale dhe bazale e pulmonit djathtë e pastërt. Në lobin e mesëm shihet një hije me madhësi sa një ftua, intensive, me konture të qarta.



Foto 3. — I sëmuri S. B. me pneumoni lobi superior të djathtë. Radiografia e datës 26 janar 1970. Në lobin superior

të djathtë shihet një sa një ftua me konture poshtë të rrumbulla qartë, intensiv, jo gjen.

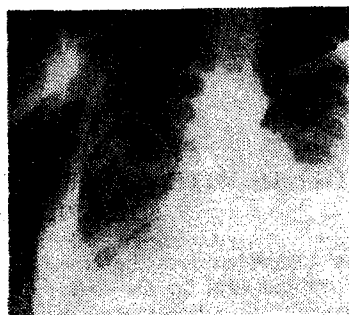


Foto 4. — Radiografia e datës 2 1970. Në lobin superior djathtë shihet një pulmonar i eskavuar.



Foto 5. — I sëmuri M. G. Absces pulmonar i zhvilluar në pneumoni bazale sinistre pulmonale kronike. Radiografia e datës 10 q 1974 tregon absces në dhësi 6 x 6 cm. pa likuidi.

TROMBEMBOLIZMI PULMONAR

(Studim i nekropsive të viteve 1957-1973)

— Doc. ÇESK RROKU — ENÇJËLL TELEGRAFI —

Trombembolizmi pulmonar përbën një nga problemet e shumta bashkëkohore të mjekësisë për shpeshësinë, ndërlikimet e rënda shpesh vdekjeprurëse, si dhe për disa aspekte të parandalimit dhe mjekimit të tij. Nga trombembolia pulmonare çdo vit në SHBA vdesin 50.000 vetë (8). Sipas po këtij autori, trombembolizmi pulmonar është gjetur në 25% të rasteve në nekropsitë e kujdesshme, por jo vetëm si shkak vdekje. Në një studim të materialit nekropsik, trombembolizmin pulmonar vdekjeprurës, autorë të tjerë (5) e kanë gjetur në 3.52% në persona mbi 20 vjeç. Një autor (cituar nga 7) trombembolitë i ka gjetur në 2,11% të rasteve të nënshtruara nekropsisë, nga të cilat 1,96% si shkak vdekje.

Studimi i trombembolive pulmonare lidhet ngushtë me përcaktimin e zanafillës së embolive, me përcaktimin e sëmundjes bazë, që mbart me vete faktorin e rrezikut, që nëpërmjet mekanizmave të ndryshme, nganjëherë shumë të ndërlikuara, çojnë në formimin e trombit dhe rrjedhimet e tij, si dhe me shpeshësinë. Paraqitja e materialit të studjuar prej nesh ka për qëllim të japë një kontribut në disa nga këto probleme.

Punimi që po paraqitim është nxjerrë nga analizimi i nekropsive të viteve 1957-1973, të kryera pranë Shërbimit të Anatomisë Patologjike të spitaleve Tiranë. Materiali përfshin nekropsitë e të gjitha shërbimeve, ndërsa të shërbimit kirurgjikal vetëm për vitet 1957-1959 dhe të vitit 1973.

Shpeshësia. — Gjatë viteve 1957-1973 u kryen 4942 nekropsi, ndërmet të cilave u gjetën 184 raste me trombemboli pulmonare, që përbëjnë 3,73% të të gjithë rasteve. Në 94 raste, trombembolia pulmonare ka qënë vdekjeprurëse, që përbëjnë 52,7% të rasteve me trombemboli dhe 1,96% të të gjithë shkaqeve të vdekjeve.

Mosha, sëmundshmëria dhe vdekshmëria. — Në grafikët 1 dhe 2 jepen sëmundshmëria dhe vdekshmëria në funksion të grup-moshave.

Siç shihet në grafikun nr. 2, vdekshmëria fillon ngritjen e saj të theksuar, ashtu si dhe sëmundshmëria, pas moshës 40 vjeçare. Nga mosha 0-40 vjeç janë vetëm 27 raste, ndërsa mbi 40 vjeç janë 70. Numri i trombembolive vdekjeprurëse rezulton të jetë 97. Po nga grafiku del se numri më i madh i vdekjeve nga trombembolitë ka qënë në grup-moshën 60-70 vjeç në 30 raste (30,9%), kurse mbi moshën 70 vjeç, vdekshmëria bie, po ashtu si dhe numri i rasteve me trombemboli.

Duke bërë lidhjen ndërmjet grup-moshave dhe sëmundjes bazë, ai i grup-moshave mund të ndahet në 4 intervale në funksion të sëmundjes bazë:

Në intervalin e parë, 0-10 vjeç, 3 raste kanë pasur si sëmundje bazë bronkopneumoninë dhe një rast sepsis.

Në intervalin e dytë, 11-40 vjeç, vërehen 23 raste me endokardit kronik postreumatizmal, 9 raste me sëmundje infektivo-septike, 4 me zemër mushkërore kronike, 3 raste me sëmundje psikike, 3 me procese

malinje (2 leucemi dhe një karcinomë) dhe nga një rast me perinodoz, gjendje postoperatore dhe bronhektazi.

Ngjitja që pëson grafikun në intervalin 11-40 vjeç shkaktohe endokarditi postreumatizmal kronik. Në grup-moshën 21-30 vjeç, sia e femrave shpjegohet me numrin më të madh të tyre me endo dhe sëmundje infektivo-septike (2 aborte septike).

Në intervalin e tretë, 41-70 vjeç, kemi pasur 33 raste me: mushkërore kronike, 22 me endokardit postreumatizmal kronik, 1 ste me procese malinje, 15 me miokardiosklerozë aterosklerotike miokardiopati të tjera dhe infarkt miokardi, 9 raste me sëmundje infektivo-septike, 6 me sëmundje të SNQ, 4 raste me pneumopati: 2 me sëmundje renale, 2 me gjendje postoperatore dhe me nga një rastëzë trombotike, pelagra, periarteriti nodoz dhe vena varrikoze. Në interval mbizotërojnë rastet me zemër mushkërore mbi endoka kronik postreumatizmal, por si total sëmundjet e aparatit kardiovas përbëjnë 38 raste, që edhe në këtë interval zënë vendin e parë. Sia e meshkujve në grup-moshën 61-70 vjeç shpjegohet me numrin më të madh të meshkujve me zemër mushkërore dhe me procese malinje. Po kështu shpjegohet edhe epërsia e meshkujve ndaj femrave: gjithë intervalin 41-70 vjeç, që është 61 meshkuj dhe 57 femra.

Në intervalin e katërtë, mbi 70 vjeç, vërehen 8 raste me miokardiosklerozë aterosklerotike, 3 me zemër mushkërore kronike, 2 me sëmundje të SNQ, 3 me procese malinje, një me pneumopati akute dhe një mboflebit. Gati gjysma e rasteve u përkasin rrjedhimeve të aterosklerozës, ndërsa raporti mashkull/femër është i përafërtë 8:10. Në interval vërejmë gjithashtu edhe rënien e shpeshtësisë së trombe live në përgjithësi, sepse sëmundjet bazë, që japin më shpesh mbemboli, si sëmundjet e aparatit kardiovaskular dhe atij të fr marrjes, janë më të rralla.

Origjina e trombit. — Vendi i lokalizimit parësor të trombit, që bërë burim i trombembolisë, është gjetur në 94 raste. Në pasqyrën paraqiten vendet e burimeve të gjetura.

Pasqyra

Origjina e trombit	Nr. i rasteve	Përqindj
Zemra e djathtë	47	50 %
Plekset venoze periprostatike, perivesikale dhe periuterine	21	22,3%
Të kombinuara	12	12,7%
Venat e anësive të poshtme	6	6,3%
Vena kava inferior	2	2,1%
Venat e mëdha të pelvisit	2	2,1%
Arteriet pulmonare	2	2,1%
Venat jugulare	1	1,06%
Venat e murit të barkut	1	1,06%
S h u m a	94	100%

Shpërndarja e emboleve. — Në pasqyrën nr. 2 jepet shpërndarja e trombembolive në pemën arteriale pulmonare në rastet kur nuk kanë pasur kohë dhe kushte të favorshme për të dhënë infarkt pulmonar. Nga pasqyra rezultojnë se raste të tilla janë 38 (20,6%), nga të cilët nga trombembolia kanë vdekur 28 (15,2%).

Pasqyra nr. 2

Lokalizimi i embolit	nr. i rasteve	shkak vdekje
Trungu i arteries pulmonare	3	3
Tromb kalorës	2	2
Arteria pulmonare e djathtë	7	4
Trungu i arteries pulmonare të djathtë	3	2
Degët e lobit të sipërmë	1	—
Degët e lobit të mesëm	1	1
Degët e lobit të poshtëm	2	1
Arteria pulmonare e majtë	7	4
Trungu i arteries pulmonare të majtë	4	3
Degët e lobit të sipërmë	1	—
Degët e lobit të poshtëm	2	1
Arteriet pulmonare bilaterale	19	15
Degët ekstrapulmonare	11	11
Degët intrapulmonare	8	4
S h u m a	38	28

Lokalizimi dhe madhësia e infarktut. — Në pasqyrën nr. 3 janë paraqitur të dhënat e madhësisë së infarktut. Si infarkte të vegjël kemi konsideruar ato me përmasa nën 3 x 3 cm, mesatare ato deri në 5 x 5 cm dhe të mëdhenj ato mbi këto përmasa. Përcaktimi i përmasave është bërë në mënyrë arbitrare.

Pasqyra nr. 3

Lokalizimi i infarktut	Masiv	Shkak vdekje	Mesatar	Shkak vdekje	i vogël	shkak vdekje
Mushkëria e djathtë	26	18	20	4	9	—
Mushkëria e majtë	9	6	11	2	10	—
Bilaterale	28	28	17	7	16	5
S h u m a	63	52	48	13	35	5

Pasojat lokale të infarktut. — Në infarktët pulmonare të materialit tonë janë vërejtur 36 raste me ndryshime lokale. Nga këto: 7 raste me reaksion fibrinoz mbi infarkt, 4 me organizim të infarktut, zbutje e infarktut në një rast, 9 raste me pneumoni në terren të infarktut, 11 raste abscedimi dhe 2 raste me gangrenizim të infarktut.

DISKUTIM

Në formimin e trombit në ndonjë nga venat dhe që e kërcënjeron me trombemboli pulmonare me të gjitha rrjedhimet e kontribuojnë caq shumë faktorë ndërveprues saqë ndoshta në kolosotme është ende e pamundur një ndarje e përpiktë ndërmjet të së me një rrezikshmëri të lartë për trombozë dhe atij në të cilin depoz i fibrinës në venat e mëdha ka filluar tashmë.

Përveç faktorëve kryesorë, pra faktorëve bazë të rrezikut të mbozës, të dhënat që konsistojnë në ngadalësimin e qarkullimit të kut, dëmtimin e pareteve të vazave dhe rritjen e koagulabilitetit të g. (triada e Virchow), ekzistojnë edhe një seri faktorësh të tjerë të zikut për të bërë trombozë (2, 6). Këta faktorë veprojnë në tërësi sëmundjes bazë, të cilat lozin gjithnjë rolin kryesor (5, 6, 8). M rëndësishmit janë: moshë, imobilizimi dhe regjimi i zgjatur i qënd në shtrat, trombembolizmi i mëparshëm venoz, pamjaftueshmëria riale, ajo e zemrës, shoku, sepsis gramnegativ, traumat, proceset linje, inflamacioni i venave dhe ndryshime të tjera të enëve të g policitemia, kontraceptivët, shtatzënia, grupet e gjakut, përdorimi i e gjenëve dhe i digitalikëve, dhjamosja e tepërtë (obeziteti) etj. (2,

Kryesorja, ajo që na orienton më mirë mbi rrezikun e bërje trombozës dhe përkrahësisht të trombembolisë, është sëmundja bazë, dihet, nga përvoja e gjatë mjekësore, se trombozat ngjasin më sh me sëmundjet kongjestive të zemrës, sëmundjet e venave, në infa akute të miokardit dhe në proceset malinje (1, 2, 3, 5).

Në materialin tonë, të përbërë nga 4942 nekropsi, u gjetën 184 me trombemboli pulmonare (3,75%). Në burimet e literaturës së sultuar, shpeshësia e trombembolive pulmonare jepet në përqindj ndryshme dhe kjo edhe në vartësi të faktit se me çfarë materiali e punuar, me material thjeshtë kirurgjikal, të sëmundjeve të brends apo material të përzjerë. Kështu autorë të ndryshëm (cituar nga duke punuar me material me prejardhje të ndryshme, përqindjen e mbembolive e japin në 2,11%, përqindje kjo e përafërtë me at nxjerrë prej nesh. Autorë të tjerë (6) këtë përqindje me material kropsik të përzjerë mbi moshën 20 vjeçare e japin në 3,52%.

Në grafikun nr. 1 të materialit tonë, ku jepet sëmundshmëria vartësi të moshës, vihet re se dukuritë trombembolitike janë m shpeshta në moshat e rritura, veçanërisht pas 40 vjetëve.

Nga 184 raste trombembolia ka qënë shkak kryesor i vdekjes 97 të sëmurë ose 52,6%. Duke analizuar grafikun nr. 2, rezultoi vdekshmëria më e lartë është gjetur në grup-moshën 60-70 vjeç 29,9% të rasteve. Një autor (5) vdekshmërinë më të lartë e ka gj në grup-moshën 51-60 vjeç me 63,5% të rasteve. Gjithnjë sipas graf nr. 2, në materialin tonë rezulton se vdekshmëria më e lartë nga mbembolia është hasur mbi moshën 40 vjeçare me 72,1%. Sigur që kjo vdekshmëri e lartë është e lidhur ngushtë me faktorë të n shëm, por kryesisht me sëmundjen bazë, pasi kryesisht kësaj mosl përket shumica e sëmundjeve kongjestive të zemrës, që përbëjnë re vuarin kryesor të trombembolive, si dhe proceset malinje. Në një shtrim përgjithësues të sëmundjeve bazë vemë re se sëmundjet e si mit kardiovaskular zënë vendin e parë me 74 raste, ku endokarditi

TABELA Nr 1

SEMUNDSHMERIA

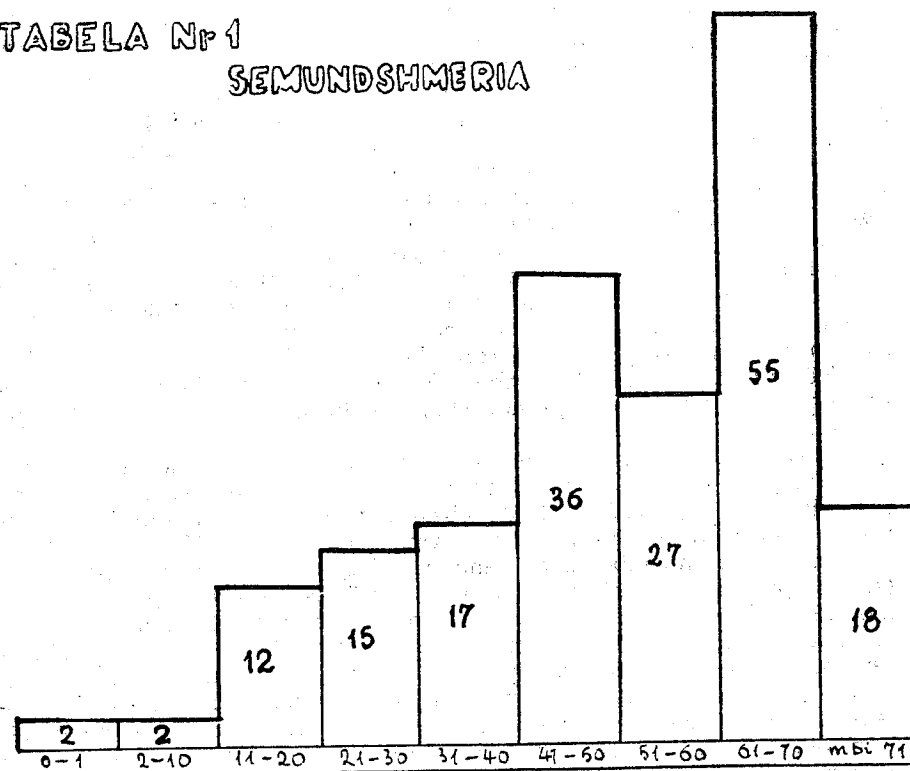
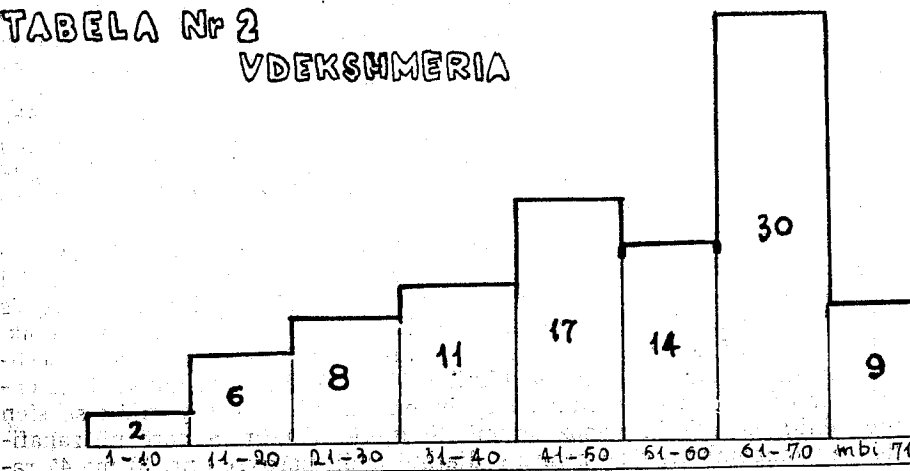


TABELA Nr 2

VDEKSHMERIA



nik postraumatizmal (veseve reumatizmale të zemrës) i takojnë 45 Vendi i dytë u përket sëmundjeve të aparatit të frymëmarrjes me ste, ku vetëm zemrës mushkërore kronike i përkasin 40 raste. i tretë përbëhet nga procese malinje, ndër të cilët karcinoma br gjene me 8 raste, karcinoma e stomakut 5, ato të mëlçisë 4 dhe m një rast karcinoma e ovarëve, pankreasit, osteosarkoma dhe tumori malinj. Në 3 raste me procese malinje (karcinomë bronkogjene, e kreasit dhe e mëlçisë) u gjetën tromboza të përgjithësuara, pra një tezë trombotike. Vendi e katërtë e zenë sëmundjet infektivo-septik 16 raste, nga të cilët 13 u përkasin septikopiemive dhe aborteve se

Një përgjithësim tjetër është ai se femrat mbizotërojnë me end ditin postreumatizmal dhe miokardiosklerozën aterosklerotike, sëmu infektivo-septike dhe ato të SNQ, ndërsa meshkujt me zemrën mu rore kronike, infarktin e miokardit dhe proceset malinje.

Në 184 raste me trombemboli, 93 ishin meshkuj dhe 91 femra het qartë se nuk ka asnjë ndryshim të dukshëm si total ndë gjinisë.

Ndryshimi më i madh vihet re në grup-moshën 60-70 ku mbizoti i meshkujve shkaktohet nga zemra mushkërore kronike. Femrat zotërojnë në grup-moshën 20-30 vjeçe për arsye të shpeshtësisë r madhe, ndër to të vesëve reumatizmale të zemrës. Nga 97 rasi vdekur nga trombembolia, 55 janë meshkuj dhe 42 femra. Disa at (4, 5) japin një mbizotërim të gjinisë femërore. Ata e shpjegojnë me përdorimin e gjërë të antikonceptive në vendet kapitalistozioniste, që, sipas tyre, vendimtar është shtimi i kontributit të gj femërore në trombembolizmin pulmonar. Për vendin tonë një dukuri llë as që mund të mirret fare në konsideratë, pasi përdorimi i prej teve të tilla bëhet vetëm për qëllime terapeutike, pra duke qënë kontrollin e vazhdueshëm mjekësor. Më lart paraqitëm arsyet pse materialin tonë në disa grup-mosha mbizotërojnë femrat.

Numri më i madh i trombembolive haset në të sëmurë me mundje të brendshme sesa në ato kirurgjikale (3, 5, 7), por ka au (8), që flasin për shpeshtësinë më të madhe në të sëmurët kirurgjil

Në vdekjet nga trombembolitë, vendin e parë e zënë gjitha sëmundjet e aparatit kardiovaskular me 45 raste, të dytin sëmun e aparatit të frymëmarrjes me 26 raste dhe të tretin proceset malinje 13 raste. Të marra si sëmundje të veçanta, vendin e parë e zënë v reumatizmale me 29 raste, të dytin zemra mushkërore kronike me 23 të tretin proceset malinje me 13 raste. Në këtë vdekshmëri, infark miokardit përfaqësohet me 8,3%, e përafërtë me shpeshtësinë 7,9% dhënë nga disa autorë të tjerë (2). Në 7 raste të tjera të infarktitt, mbembolizmi ka kontribuar në vdekje.

Zanafilla e trombit është gjetur në 94 raste (51,08%). Në raste tjera nuk është gjetur dhe kjo për arsye të ndryshme, pasi tromb shkëputur mund të lerë një gjurmë fare të vogël në intimën e ve së interesuar dhe kështu shpeshherë i shpëton ekzaminimit makroskop Gjetja e zanafillës vështirësohet ende më shumë për faktin se shpe herë trombet nuk kanë shënja klinike, sipas të cilave të mund të ori tohet morfologu, pasi ai nuk ka gjithmonë mundësi të bëjë një disek me qëllim në rrjetin venoz shumë të gjërë. Vendi e parë në zana llën e trombembolit e zë zemra e djathtë (shih pasqyrën nr. 3) me 47

ste (50%), vendin e dytë plekset periprostatike, perivesikale dhe peri uterine me 21 raste (22,3%) dhe të tretin ato të kombinuara me 12 raste (12,7%), ku janë përfshirë ato raste, ku tromboza ka qënë e shumë-fishtë si në zemër dhe në anësitë, zemër dhe plekset e tjera. Vendi e katërtë e zenë ato të anësive të poshtme me 6 raste (6,3%), shifër kjo shumë më e ulët se ato të dhëna nga disa autorë (1, 5, 6). Kjo sigurisht edhe për faktin se në materialin tonë kemi pak raste kirurgjikale. Por duhet të theksojmë se edhe të dhënat e literaturës mbi shpeshtësinë e gjetjes së zanafillës së trombit, në këtë apo atë sektor, janë mjaft në kundërshtim njëra me tjetrën. Nuk është fare bindëse përqindja që japin disa autorë (5, 7) mbi gjetjen e zanafillës së trombit në zemrën e djathtë vetëm në 1,4% të rasteve, kur dihet se sëmundjet kongjizive të zemrës, përfshirë këtu edhe miokardiopatië idiopatike, karakterizohen nga shpeshtësia e trombeve aurikulare dhe, në përgjithësi, të zemrës së djathtë dhe ku fibrilacioni atrial, i shpeshtë në këto sëmundje, konsiderohet si një nga faktorët më të rëndësishëm të shkëputjes së trombit, pra i trombembolisë.

Problemi i shpeshtësisë së formimit të infarktitt pulmonar dhe i pjesëmarrjes së tij në shkaktimin e vdekjes është shumë i ndërlikuar. Disa autorë (6) thonë se 90% e trombembolive nuk japin infarkt dhe një nga arsyet e shumta është se trombembolitë masive japin vdekje të menjëhershme pa lënë kohë për formimin e infarktitt. Një ndër arsyet e tjera të shpeshtësisë së pakët të formimit të infarkteve është edhe ajo se okluzioni i arterieve pulmonare nuk bëhet i plotë dhe se mushkëritë kanë kolaterale të pasura bronkopulmonare, që pengojnë formimin e infarktitt dhe, veçanërisht, në ato raste kur zemra e majtë është në gjendje të mirë funksionale. Është për të vënë në dukje se trombembolitë interesojnë më shpesh arteriet e vogla sesa ato të mëdhatë (8). Në materialin tonë (shih pasqyrën nr. 3) infarktett pulmonare janë gjetur në 146 raste (79,3%) të trombembolive dhe nga këto, në 70 raste (47,9%) kanë qënë shkaktarë të vdekjes, pa llogaritur këtu embolet vdekjeprurëse pa infarkt. Tromboembolitë pa infarkt janë gjetur në 38 raste (20,65%), nga të cilët vdekjeprurëse kanë qënë në 28 raste (15,2%). Në 19 raste (50%) trombembolët ishin bilaterale, nga këto, 7 (18,3%) të mushkërisë së djathtë dhe po aq të mushkërisë së majtë, ndërsa trungu i arteries pulmonare përfaqësohet me 3 raste.

Në shpërndarjen e infarkteve pulmonare u vu re se në 61 raste (41,9%) ato ishin bilaterale, 55 të mushkërisë së djathtë dhe 30 të së majtës. Shumica e infarkteve, 66 raste, kanë qënë të lokalizuar në lobet e poshtme, çka është në përputhje me fiziologjinë e qarkullimit, pasi embolet shkojnë zakonisht në arterien lobare të poshtme, veçanërisht në të djathtë, pasi ka drejtimin e favorshëm të boshtit të qarkullimit.

Në goftë se nuk shpie në vdekje për një kohë të shkurtër, infarkti pulmonar u nënshtrohet ndryshimeve dhe ndërlikimeve të shumëllëshme. Si ndërlikime më të shpeshta të infarktitt pulmonar, një autor (7) radhit abscedimin, pleuritit akut, empiemën dhe gangrenën. Ndryshime të tilla ne kemi gjetur në 36 raste, nga të cilat abscedemimi dhe gangrenizimi vijnë në radhë të parë. Këto ndryshime ngjasin veçanërisht në ato raste kur trombemboli shkaktar i infarktitt mbart me vete mikroorganizma patogjene.

Në materialin tonë, ndërlikimet më të shpeshta kanë ndodhur në

rastet kur sëmundja bazë ka qënë endokarditi postreumatizmal ku (në 11 raste), ateroskleroza me rrjedhimet e saj në 5 raste, sepsis septikopiemia në 10 raste, sëmundjet nervore në 2 raste, sëmundje re dhe zemra mushkërore kronike në 2 raste. Është interesante të përmëse në një rast me miokardiosklerozë u vërejt organizimi dhe rek lizimi i trombit të arteries pulmonare të djathtë. Abscedimi dhe grenizimi është vërejtur më shpesh në gjendje septiko-piemike në 7 r ndërsa në 5 raste u vërejt pneumonia në veset reumatizmale të zer

PËRFUNDIME

1) Nga materiali ynë del se trombembolia pulmonare përbën 3, të të gjithë patologjive dhe 1,96% të të gjithë shkaqeve të vdekjeve.

2) Kufiri i moshës, që shënon ngritjen e ndjeshme të numri rasteve me trombemboli pulmonare, është përtej moshës 40 vjeç grup-moshë, numri më i madh i rasteve gjendet në grup-moshën -70 vjeç. Po kështu ndodh edhe me vdekshmërinë.

3) Nga 184 raste të trombembolisë pulmonare, 97 raste kanë vdekjeprurëse, në 17 raste ka kontribuar në mënyrë të dukshme, nd në 70 raste të tjera ose ka kontribuar pak në vdekje ose ka qënë e stësishme.

4) Numri më i madh i rasteve me trombemboli pulmonare u rejt në sëmundjet kardiovaskulare me 74 raste, pastaj në atë të ap tit të frymëmarrjes me 46 raste, proceset malinje me 24 raste, mundjet infektivo-septike me 16 raste dhe sëmundjet e SNQ 11 raste.

5) Si burim embolesh, vendin e parë e zë zemra e djathtë 47 raste (50%), të dytin plekset periprostatikë, perivesikale dhe peririne me 21 raste (22,3%). Venat e anësive të poshtme përbëjnë 6 r (6,36%).

Dorëzuar në Redaksi më 25 korrik 1

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Clain A.** : The veins including pulmonary embolism. Emergency surgery 16
- 2) **Field E. S., Kokkar V. V., Nicolaides A. N.** : Deep veins thrombosis after myocardial infarction, prostatectomy and fracture of femoral neck. Edinburg London 1972, 117.
- 3) **Franc N.** : Aid for prompt recognition of pulmonary embolism. JAMA 1974, 227, 125.
- 4) **Friend J. R., Kokkar V. V.** : Deep vein thrombosis in obstetric and gynecological patients. Edinburg and London 1972, 131.
- 5) **Juhász G.M., Dones G.** : Smjertelnaja embolija ljegocnjih arterii po sekcior danim za 20 ljet (1938-1957). Archiv Patologii 1961, 7, 28.
- 6) **Gibbon J., Sabiston D., Spencer P.** : Chest surgery Philadelphia 1970, 502.
- 7) **Saphir O.** : A text on systemic pathology. New York and London 1958.
- 8) **Spittell J. and Coll.** : Peripheral Vascular diseases. Philadelphia 1972.

Summary

PULMONARY THROMBOEMBOLISM

A study was carried out of the cases of pulmonary thromboembolism from a survey of 4942 necropsies performed between 1957 and 1973 which included all the age groups.

The survey showed that pulmonary thromboembolism constituted 3.73% of all the pathological conditions and 1.96% of the causes of death. The proportions increase strikingly over the age of 40 and reach their peak at the age of 60-70. A similar trend is observed in the death rate. Of 184 cases, in 97 thromboembolism was the direct cause of death, in 17 it was an obvious accessory to death and in 70 cases it had little or no connection with the cause of death.

In studying the links between thromboembolism and other diseases it was observed that thromboembolism coincided more frequently with cardiovascular diseases (74 cases), followed by respiratory diseases (46 cases), malignant tumours (13 cases), septic infectious diseases (16 cases) and affections of the central nervous system (11 cases).

As regards the particular nosologies, first comes the rheumatic affection of the heart with 45 cases, second the chronic heart and lung diseases with 40 cases.

The origin of the thrombus was found in 94 cases; in these the first place is occupied by the right heart with 47 cases (50%) the second by the periprostatic, perivesicular and periuterine plexuses with 21 cases (22.26%). The veins of the lower limbs accounted for only 6 cases (6.36%).

Of the 184 cases with pulmonary thromboembolism, pulmonary infarction was found in 146 or 79.3%, of which 94 were fatal. In the distribution of the infarctions it was found that most of them were bilateral (41.9%), followed by those of the right lung. Thromboembolism without infarction was found in 20.65% of the case of which 15.2% were fatal.

Résumé

LA THROMBO-EMBOLIE PULMONAIRE

Il est question d'une étude concernant la thrombo-embolie pulmonaire, étude fondée sur l'analyse de 4942 autopsies effectuées pendant la période allant de 1957 à 1973 et comprenant tous les groupes d'âge.

Cette analyse a montré que la thrombo-embolie pulmonaire représente 3.73% des cas pathologiques et 1.96% des motifs de décès. Le nombre des thrombo-embolies croît extrêmement au-dessus des 40 ans, en atteignant son point culminant à l'âge de 60-70 ans. On observe une tendance analogue quant au taux de mortalité. Sur 184 cas de thrombo-embolie, 97 ont été mortels, 17 ont contribué clairement à l'issue fatale et 70 ont influé insensiblement ou fortuitement à la mort du patient.

En étudiant les liaisons entre la thrombo-embolie et les autres maladies, il ressort que la thrombo-embolie coïncide très fréquemment avec des affections cardiovasculaires (74 cas), puis avec des affections de l'appareil respiratoire (46 cas), avec des tumeurs malignes (13 cas), des infections septiques (16 cas) et des affections du système nerveux central (11 cas).

En ce qui concerne les nosologies particulières, en premier lieu vi fection rhumatismale avec 45 cas puis les maladies chroniques du coeur poumons avec 40 cas.

L'origine du thrombus a été identifié dans 94 cas; de leur nombre, mière place revient au coeur droit avec 47 cas (50%), la deuxième au périprostatiques, périvésiculaires et périutérins avec 21 cas (22,36%). Les des membres inférieurs ne représentent que 6 cas (6,36%).

Sur 184 cas de thrombo-embolie, on a identifié 146 cas d'infarctus du (79,3%), dont 94 mortels. En ce qui concerne la répartition des infarctus auteurs ont constaté que tout d'abord viennent les infarctus bilatéraux et ensuite les infarctus du poumon droit. La thrombo-embolie sans infarctus a été relevée dans 20,65% des cas, dont 15,2% était responsable des décès.

VDEKSHMËRIA PERINATALE NË LINDJET BINJAKE

— RAHIM GJIKA —

(Spitali i rrethit — Peshkopi)

Një nga faktorët kryesorë, që ndikon në rritjen e vdekshmërisë perinatale janë dhe lindjet binjake. Sipas publikimeve të shumë studiuesve, kjo vjen thjesht për dy arsye kryesore dhe pikërisht për përgjendjen e lartë të lindjeve parakohe dhe të vendosjeve patologjike të fetuseve; për pasojë edhe të kryerjes së një numri të madh ndërhyrjesh kirurgjikale në këto raste (3,9).

MATERIALI YNË

Në kemi marrë në studim 116 binjakë të lindur në repartin përkatës të rrethit Peshkopi për periudhën dhjetëvjeçare 1964-1973 me një sasi të përgjithshme lindjesh 4408. Në këtë punim kemi vënë për detyrë të sqarojmë disa veçori të lindjeve binjake dhe ndikimin e tyre në vdekshmërinë perinatale.

Shpeshtësia e lindjeve binjake. — Përgjithësisht shpeshtësia e lindjeve binjake lëkundet nga 1-2% e lindjeve të përgjithshme. Nga të dhënat e autorëve ajo paraqitet 1,2% (3, 5); 1,87% (7), ndërsa në materialin tonë ka qënë në masën rreth 2,3%.

Sipas moshave të nënave, rastet tona i kemi paraqitur në pasqyrën nr. 1, ku vihet re mbizotërimi i moshës 26-30 vjeç, në masën 33,7%.

Pasqyra nr. 1

Lindjet binjake sipas moshave të nënave

Mosha e nënave	Numri	Përqindja
deri 20 vjeç	6	5.1
20 — 25	24	20.7
26 — 30	39	33.7
31 — 35	24	20.7
36 — 40	22	18.9
41 — 45	1	0.9
	116	100.0

Lidhur me raportin që ekziston ndërmjet shpeshtësisë së lind binjake dhe paritetit të paraqitur në pasqyrën nr. 2 del se rastet m shumta takohen në pluriparet dhe sidomos nga fëmija e tretë der të pestin. Një fakt të tillë e pohojnë edhe të dhënat e disa aut (3, 6).

Pasqyra

Lindjet binjake në raport me paritetin

Pariteti	Numri	Përqindja
I	9	7.7
II	15	13.0
III	18	15.5
IV	16	13.7
V	18	15.5
VI	13	11.2
VII	8	7.5
mbi VII	19	16.4
	116	100,0

Vdekshmëria perinatale, në lindjet binjake, është përkrahësisht lartë, duke u lëkundur nga 19.3 (cituar nga 3) deri në 14.1% (9). Në terialin tonë, vdekshmëria perinatale ka qënë në masën 17.2% (në fëmijë të lindur binjakë, 41 prej tyre lindën të vdekur ose vdiqën në ditën e 7-të të pas lindjes).

Sipas periudhës në të cilën kanë ndodhur vdekjet fetale, ato paraqitur në pasqyrën nr. 3. Në materialin tonë, vdekjet më të janë takuar në periudhën para dhe pas lindjes deri në ditën e 7-të. Përkojnë pak a shumë edhe me të dhënat e autorëve të tjerë (5, 7)

Pasqyra

Vdekshmëria perinatale në lindjet binjake sipas periudhës së lindjes

Periudha e lindjes	Binjaku I	Binjaku II	Numri i përgjith
Para lindjes	5	12	17
Gjatë lindjes	1	3	4
Pas lindjes	4	16	20
	10	31	41

Përgjithësisht për arsye tanimë të njohura, vdekshmëria perin është më e lartë në fetusin e dytë, ku në materialin tonë, raporti dy fetuseve është gati trefish (12,9% në fetusin e dytë dhe 4,3% parin). Edhe nga të dhënat e literaturës mbizotëron vdekja e fetusit dytë: 19% me 11% (2), 20,42% me 17,32% (3).

Lindjet para kohe, duke futur këtu fetuset me peshë ndën 2500 gr. në lindjet binjake, janë në përqindje të larta dhe në materialin tonë, ato zënë 56% të rasteve.

Pesha mesatare e fëmijëve të lindur binjakë në materialin tonë ishte në masën 2408; ndërsa sipas të dhënave të literaturës del 2337 gr. e 2395 gr (cituar nga 9).

Në lindjet binjake, vendosjet jotipike janë të shpeshta dhe në materialin tonë për fetusin e parë janë 31% dhe për të dytin 42.2% dhe nga të dhënat e autorëve të tjerë paraqiten: 26.4% me 47.1% (3); 22.2% me 47.9% (6); 18.6% me 35.6% (9).

Mënyra e vendosjeve fetale në mënyrë të hollësishme është paraqitur në pasqyrën nr. 4, ku më shpesh takohet kombinimi kokë-kokë, kokë-podium dhe podium-kokë.

Pasqyra nr. 4

Mënyra e vendosjeve të fetuseve në binjakët

Vendosjet fetale		Numri	Përqindja
Fetusi I	Fetusi II		
Kokë	kokë	45	38.8
Kokë	podiume	22	18.1
Podiume	kokë	19	16.4
Podiume	Podiume	9	7.7
Kokë	Transversal	13	11.2
Transversal	kokë	—	—
Fetusi I	Fetusi II	Numri	Përqindja
Podiume	Transversal	3	2.5
Transversal	Podiume	—	—
Transversal	Transversal	5	4.3
		116	100.0

Përqindja e përfundimit të lindjeve me rrugë ndërhyrje obstetrikale në lindjet binjake është përkrahësisht e lartë, duke mbizotëruar ajo në fetusin e dytë dhe pikërisht në rastet tona ajo paraqitet 36.2% me 57.4%. Pak a shumë të dhëna të njëjta japin edhe autorë të tjerë për këtë çështje: 26.6% me 41.8% (3), 30.5% me 69.5% (6). Në materialin tonë, përfundimi i lindjeve paraqitet në pasqyrën nr. 5.

Në pasqyrën nr. 6 është paraqitur raporti që ekziston ndërmjet vdekjeve fetale dhe mënyrës së përfundimit të lindjeve në binjakët, ku midis ndërhyrjeve kirurgjikale, vdekjet fetale më të shpeshta janë takuar në rrotullimet e fetuseve.

Pasqyra nr. 5

Mënyra e përfundimit të lindjeve	Fetusi I	Fetusi II
Lindje të vetëvetishme	74	49
Forcepse e vakum	3	3
Ekstraksion me dorë	20	13
Ndihma sipas Bracht	4	4
Rrotullim fetal	2	14
Prerje cezariane	3	3
	116	116

Pasqyra

Vdekshmëria perinatale sipas mënyrës së përfundimit të lindjes në binjakët

Mënyra e përfundimit të lindjeve	Numri i fetuseve
Lindje të vetëvetishme	21
Forcepse e vakum	—
Ekstraksion me dorë	6
Ndihmë sipas Brachtit	1
Rrotullim fetal	9
Prerje cezariane	4
	41

Intervali midis fetusit të parë dhe të dytë është paraqitur në qyrën nr. 7 dhe në materialin tonë, rreth 37% e lindjeve binjakë pasur një interval rreth 10 minuta ndërmjet dy fetuseve.

Pasqyra

Intervali deri në lindjen e fetusit të dytë

Koha në minutë	Numri	Përqindja
0-10	43	37
11-20	27	23.3
21-30	15	12.9
31-40	2	1.7
41-50	6	5.2
51-60	—	—
mbi 60	23	19.9
	116	100.0

Vdekjet e fetusit të dytë, në raport me intervalin e lindjeve të janë dhënë në pasqyrën nr. 8, ku del qartë se fëmijët që lindin intervalit 30 minuta kanë një vdekshmëri mjaft të lartë.

Pasqyra n

Vdekshmëria e fetusit të dytë në vartësi nga intervali i lindjes së

Koha në minuta	Numri i fëmijëve të lindur	Numri i fëmijëve të vdekur	Përqindja
0-10	43	10	23.2
11-20	27	5	18.5
21-30	15	4	26.6
31-40	2	—	0.0
41-50	6	3	50.0
51-60	—	—	0.0
Mbi 60	23	9	39.1

Si ndërlikime më të shpeshta në gratë me shtatzëni binjake, në rastet tona, kemi takuar toksikozat e vonëshme në 11 raste (9.2%), hidramnion 6 raste (5.1%) dhe anemi në 2 raste (1.7%).

Gjatë lindjes kemi takuar këto ndërlikime kryesore në zhvillimin e lindjeve binjake: plasje e parakohëshme e cipave amniotike në 10 raste (8.9%), pararënie e kordonit të kërthizës dhe e dorës në 5 raste (4.5%), dobësi të aktivitetit të lindjes në 4 raste (3.4%) dhe ngatërrim fetal në një rast.

DISKUTIM

Sipas të dhënave të literaturës, shpeshtësia e lindjeve binjakë lëkundet në shifrat 1-2%. Në materialin tonë, kjo shpeshtësi është në masën 2.3%. Kjo përqindje përkrahësisht e lartë shpjegohet për arsye se në institucionin tonë grumbullohet pothuajse e gjithë patologjia obstetrike e rrethit.

Lidhur me vdekshmërinë perinatale, sipas të dhënave të literaturës, ajo lëkundet nga 14.1% në 19.3%, ndërsa në materialin tonë në lindjet binjake, vdekshmëria perinatale ka qënë në masën rreth 17.2%. Ndërmjet fetuseve të binjakëve, në rritjen e vdekshmërisë perinatale, një rol të rëndësishëm lot fetusit i dytë, ku në materialin tonë është në masën 12.9%. Kjo shpjegohet me faktin se vendosjet patologjike, në këtë të fundit, janë më të larta (42,2%) dhe, për pasojë, edhe ndërhyrjet obstetrikale për përfundimin e lindjeve janë më të shpeshta. Faktor tjetër i rëndësishëm në rritjen e vdekshmërisë perinatale në lindjet binjake janë edhe lindjet e fetuseve me peshë 2500 gr., ku në materialin tonë janë në masën rreth 56%. Të dhëna të përafërta japin dhe autorë të tjerë: 58.8% (2), 59.1% (9).

Përsa i përket intervalit midis lindjeve të dy fetuseve në binjakët dhe ndikimit të tij në vdekshmërinë perinatale, ka autorë (8) që shprehin mendimin se ky interval është në përpjesëtim të drejtë me kohën që kalon nga lindja e fetusit të parë. Si kohë optimale e lindjes së fetusit të dytë pas të parit konsiderohet ajo 10-20 minuta (3,9). Lidhur me zgjatjen e kohës së lindjes së fetusit të dytë, disa autorë (1) kanë publikuar një rast, ku fetusit i dytë kishte lindur 81 orë e 30 minuta pas fetusit të parë. Sipas autorit tjetër (cituar nga 3), fetusit i dytë mund të mbahet brenda mitre në se ekzistojnë shenjat e sigurta të jetës së fetusit, kur ky i fundit ende nuk është pjekur dhe për aq kohë sa cipat fetale janë të pacënuara. Në pasqyrën 7, ku është paraqitur raporti ndërmjet intervalit të lindjes së fetusit të dytë dhe vdekshmërisë perinatale në materialin tonë rezultojnë se ato që kanë një interval kohe mbi 30 minuta, kanë një vdekshmëri të lartë në krahasim me ato që kanë lindur brenda 30 minutave. Të dhëna të përafërta japin edhe autorë të tjerë (3, 6, 9).

PËRFUNDIME

1) Gjatë periudhës 10 vjeçare (1964-1973) në shtëpinë e lindjes të Peshkopisë kanë lindur 116 binjakë me një shpeshtësi në raport me lindjet e përgjithshme rreth 2.3%. Sipas moshës së grave, këto lindje

më tepër janë takuar midis 26-30 vjeç dhe sipas paritetit, më shu në pluriparet.

2) Në materialin tonë, në lindjet binjake, vdekshmëria perina ka qënë në masën 17.20%; sipas fetuseve, ajo e fetusit të dytë ka q rreth trefish më i lartë sesa në të parin (12.9 me 4.3%).

3) Peshë mesatare e fëmijëve të lindur binjakë, në materialin në, ka qënë në masën 2409 gr. Lindja e fëmijëve me peshën n 3500 gr. ka qënë në masën rreth 56% të rasteve.

4) Vendosjet jotipike të fetuseve në binjakët kanë qënë në sh të larta, por sidomos ato të fetusit të dytë kanë qënë ende më larta. Mënyra e përfundimit të lindjeve me ndërhyrje obstetrikale binjakët ka qënë përkrahësisht e shpeshtë, por në fetusin e dytë ka q edhe më e shpeshtë (57.4%).

5) Intervali i lindjes së fetusit të dytë nga i pari, në 37% ka q brenda 10 minutave; me zgjatjen e intervalit tej 30 minutave, vdel fetale kanë qënë në një përqindje më të lartë.

Dorëzuar në Redaksi më 15 nëntor 1979.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Alessandrescu D. Dumitrescu P., Filipescu I.:** Das problem Reaktivität des Uterus in der Zwillingschwangerschaft, Zentralb für Gynakologie 1963, 85, 1682.
- 2) **Hagen L.:** Perinatale Mortalität und Zwillingschwangerschaft. Z shrift für Artzliche Fortbildung 1971, 24,1290.
- 3) **Holtorf J.:** Uber Kindliche Mortalität bei Zwillingsgeburten. Z tralblatt für Gynakologie 1964, 86, 1529.
- 4) **Langer H.:** Perinatale Mortalität der Zwillingsgeburten. Zentralb für Gynakologie 1972, 94, 1268.
- 5) **Orozi L.:** Vdekshmëria perinatale nga prematuranca në barrën shumë fëmijë. Morboziteti dhe Mortaliteti perinatal dhe neona Tiranë 1976.
- 6) **Ristedt I., Kraubig H.:** Der Zweite — Zwillings-schicksal und fol rungen für die Geburyshilfe 1968, 90, 449.
- 7) **Thompson P., Jones and Carl E. Johnson :** Survival und Menagem of the second-born Twin. Obstetrics and Gynecologie 1966, 27, 8
- 8) **Weidl E.:** Neue erfahrungen uber die Mehrlingsgeburten-in Schw Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 1964, 1, 378.
- 9) **Weidenbach A., Klose B.J.:** Gebertsleitung und Überlebenschance 2-zwillings. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1970, 9, 795.

Summary

PERINATAL DEATH RATE AMONG TWINS

The paper gives some clinical and statistical data on twin bir for a period of ten years (1964-1973) at dhe maternity of Peshkopia

Twins vere born in 2.3 percent of the deliveries and their pe natal death rate was 17.2 percent.

The paper also points out the comparatively high body weight of the newborn twins and discusses the medical care for twin births in general and the duties of the women's consultations in their treatment of twin pregnancies.

Résumé

MORTALITE PRENATALE CHEZ LES JUMENTS

Dans cet article l'auteur fournit des données cliniques et statistiques relatives à la naissance de jumeaux pendant une période de 10 ans (1964-1973) à la maternité de Peshkopi.

De ces données il ressort que les naissances de jumeaux concernent 2,3% des cas et cela avec une mortalité prénatale de 17,2%.

Ensuite l'auteur relève le poids relativement élevé des jumeaux, il traite en général le problème de la naissance des jumeaux et les tâches qui se posent aux centres de consultation par rapport à ce problème.

HIGJIENE DHE EPIDEMIOLOGJI

DINAMIKA E FLORËS DERMATOFITIKE TË VENDIT TONË PËR PERIUDHËN 1967-1979

— MINELLA PAPAJORGJI —

(Instituti i Higjiënës dhe Epidemiologjisë)

Shëndetësia jonë popullore, e orientuar në baza profilaktike dhe tërësisht në shërbim të popullit, ka arritur suksese të njëpasnjëshme në luftën kundër sëmundjeve ngjitëse. Në këtë kuadër, çrrënjësja e dermatofitozave me origjinë humane në fund të vitit 1980 është një nga detyrat e rëndësishme, që ka marrë përsipër shëndetësia jonë gjatë këtij pesëvjeçari. Lufta kundër këtyre infeksioneve mikotike mund të mbështetet mbi themele shkencore atëhere kur njihet flora dermatofitike e vendit. Studimi i florës ka rëndësi të madhe pasi ve në dukje llojet e infeksioneve mikotike që mbizotërojnë dhe aspektet epidemiologjike, të cilat kanë rëndësi për luftimin e këtyre infeksioneve. Ky studim duhet të jetë i vazhdueshëm për arsye të ndryshmeve të rëndësishme, shpeshherë rrënjësore, që mund të pësojë ajo nga një periudhë në tjetrën.

Flora dermatofitike botërore numëron rreth 35 lloje dermatofitesh patogjenë për njerëzit dhe kafshët. 20 prej tyre bëjnë pjesë në gjininë *Trichophyton*, 14 në gjininë *Microsporum* dhe vetëm 1 në gjininë *Epidermophyton* (3).

Dermatofiti patogjen më i ri, i izoluar nga njerëzit e sëmurë me dermatofitoza është *Trichophyton proliferans-Stockdale Phyllus* — 1968 (3). Dermatofitet e gjinisë *Arthroderma* dhe *Nannizzia* janë stadet e shumëzimit seksual të dermatofiteve të gjinive *Trichophyton* dhe *Microsporum*.

Në vendin tonë, studimet mbi njohjen e florës dermatofitike kanë filluar në vitin 1955 (6), 1960-1964 studjohet për qytetin dhe rrethin e Tiranës (2) dhe për vitet 1964-1968 për rrethin e Durrësit (7). Nga ana jonë ky studim ka filluar qysh nga viti 1967 në të gjithë rrethet e vendit dhe është ndjekur në dinamikë.

MATERIALI DHE METODA

Studimi që paraqesim mbështetet në analizën e 7895 shtameve dermatofitesh të izoluar në të gjithë rrethet e vendit tonë për periudhën 1967-1979.

Materiali patologjik është grumbulluar nga ne në bashkëpunim me D. H. E. të rretheve. Ky material u ekzaminua drejtpërdrejt në mikroskop dhe kampionet pozitivë u kultivuan në terrenin standart agar-glukoze

Sabouraud me kloramfenikol. Inkubimi i kulturave u krye në termo 28°C për tri javë. Llojet e dermatofiteve u përcaktuan mbi bazë strukturës morfologjike. Për shtamet e dyshimit u përdorën mikroturat sipas metodës Ridell të ngjyrosura me P A S si dhe provat bi gjiqe në minj të bardhë.

Emërtimi i llojeve të dermatofiteve është bërë në bazë të klifikimit të Ajello L 1968 (1).

Materiali paraqet të dhënat për dermatofitet e izoluar nga të murët me *Tinea Capitis*, *Tinea corporis*, *Tinea unguium* dhe *Tinea bar*

REZULTATET

Nga 7895 shtamet e dermatofiteve të izoluar në periudhën 1967-1 rezulton se në vendin tonë gjënden 12 lloje dermatofitesh.

Pasqyra 1

Llojet e dermatofiteve të izoluar

Llojet e dermatofiteve	Numri i shtameve	Përqindj
1) <i>Trichophyton violaceum</i>	6595	83.44
2) <i>Trichophyton tonsurans</i>	266	3.37
3) <i>Trichophyton schoenleinii</i>	410	5.19
4) <i>Trichophyton rubrum</i>	63	0.80
5) <i>Trichophyton verrucosum</i>	464	5.87
6) <i>Trichophyton mentagrophytes (gypseum)</i>	36	0.46
7) <i>Trichophyton mentagrophytes (quinckeanum)</i>	36	0.46
8) <i>Trichophyton mentagrophytes (kaufmann-Wolf)</i>	1	0.01
9) <i>Trichophyton megninii</i>	4	0.05
10) <i>Microsporum ferrugineum</i>	5	0.06
11) <i>Microsporum gypseum</i>	12	0.15
12) <i>Epidermophyton floccosum</i>	3	0.04
Shuma	7895	100.00

Siç shihet, *Trichophyton violaceum* është dermatofiti kryesor izolohet në vendin tonë (83.44%), pastaj vijnë *T. schoenleinii* (5.1) *T. verrucosum* (5.87%) dhe më rrallë dermatofitet e tjerë.

Shtamet e dermatofiteve janë izoluar në të gjithë rrethet e vendit t (shih pasqyrën nr. 2).

Në të gjithë rrethet ekzistojnë dermatofitet: *T. violaceum*, *T. schoenleinii*, *T. verrucosum* dhe *T. tonsurans*. Në rrethin e Korçës, gjatë kët 13 vjetëve, nuk kemi izoluar asnjë shtam *T. schoenleinii*, që është shk tari i favusit. Në rrethin e Beratit në rajonin e Urës-vajgurore 2 ra dhe të Durrësit (Ishëm 3 raste) janë izoluar 5 shtame *M. ferrugineum* vitet 1967-1969. Ky dermatofit, i njohur më parë si *Trichophyton ferrugineum* nuk ka mundur të përhapet dhe mungesa e izolimit të tij në v pasardhëse tregon se ai është eliminuar. Nga të dhënat e florës dermatofitike rezulton se infeksioni mikroskopik nuk ekziston në vendin tonë

Nga 7895 shtamet e izoluar rezultoi se dermatofitet antropofile janë shkaktarë kryesorë të dermatofitozave (gjithsej 7335 shtame ose 92.91%), dermatofitet zoofilë 6.94%-548 shtame dhe dermatofitet geofilë 0.15%-12 shtame.

Në pasqyrën nr. 3 japim dermatofitet e izoluar nga format e ndryshme klinike të dermatofitozave.

Forma më e shpeshtë e lokalizimeve klinike është *T. capitis* me 89.97% të rasteve, pastaj *Tinea corporis* me 6.84%. Siç shihet, *T. violaceum* është shkaktari kryesor i të gjithë formave klinike të dermatofitozave në vendin tonë. *T. verrucosum* izolohet më shpesh në format inflamatore të këtyre mikozave (në radhë të parë në Kerion Celsi).

Nga dermatofitet e izoluar në *Tinea capitis*, rëndësi të veçantë paraqet izolimi i *T. rubrum* (shumë i rrallë në kokë), shkaktar i zakonshëm i epidermofitisë.

Të dhënat mbi ndryshimet e florës dermatofitike po i paraqesim në pasqyrën nr. 4.

Prirja e përgjithshme e florës dermatofitike në vendin tonë nuk është në ndryshimin e infeksionit mikotik (trikofiti, favus, mikrospori), por në uljen e infeksionit dermatofitik nga *T. violaceum* në mënyrë të vazhdueshme dhe dalja më në pah e *T. verrucosum*, i cili nga 1.95% në vitin 1969 arriti në 24.02% më 1979. Dermatofitet e tjerë si *T. tonsurans*, *T. mentagrophytes (gypseum)*, *T. mentagrophytes (quinckeanum)*, *M. gypseum* japin rrallë dermatofitoza në njerëz. Ulja e infeksionit me origjinë humane dhe dalja më në pah e atij zoofil po bëhet me ritme të shpejta, sidomos pas vitit 1977, kur filloi në mënyrë masive mjekimi i vatrave të infeksionit në të gjithë vendin.

Ndryshimet e florës dermatofitike vihen më mirë në dukje kur studjohet ajo në forma të veçanta klinike të sëmundjes.

Në pasqyrën nr. 5 dhe 6 paraqesim etiologjinë e *T. capitis* dhe *T. corporis* gdo tre vjet për periudhën 1967-1979.

Edhe në këto pasqyra shihet qartë dalja në pah e *T. verrucosum*. Nga 1.36% më 1967 arrin në 17.22% më 1979 në *T. capitis*. Nga ana tjetër në *T. corporis* ky dermatofit nga 9.68% më 1967 arriti 82.61% më 1979.

Në vendin tonë, këto ndryshime të rëndësishme nuk po ndodhin në të gjithë rrethet në mënyrë të barabartë. Në rrethet bregdetare si Sarandë, Vlorë, Durrës e deri në Shkodër, këto ndryshime janë të parëndësishme dhe infeksioni human vazhdon të jetë në 85-95% të florës, ndërsa në rrethet Korçë, Përmet, Pogradec, Tropojë, Kukës infeksioni zoofil, në të kundërtën, arrin në 65%-95%. Gjithashtu ndryshime të rëndësishme po ndodhin edhe në rrethet Peshkopi, Berat, Librazhd, Pukë, Skrapar e Gramsh, ku origjina zoofile e infeksionit dermatofitik po arrin në 30-50% të florës dermatofitike.

DISKUTIM

Dermatofitet janë parazitë kozmopolitë. Shpeshtësia dhe dinamika e tyre varen nga struktura social-ekonomike e një vendi, nga faktorët gjeografikë klimatike si dhe nga kultura e përgjithshme dhe sanitare e një populli.

Në vendin tonë, dermatofitet e gjinisë *Microsporum* nuk ekzistojnë ndërsa dermatofitet *T. schoenleinii* (shkaktari i favusit), *T. tonsurans* dhe *T. violaceum* janë drejt eliminimit.

T. violaceum dermatofit antropofil është drejt uljes së vazhduar në vendin tonë, ndërsa dermatofitet zoofil si *T. verrucosum* dhe më së shumti *T. mentagrophytes* janë ata që po dalin në pah në florën dermatofitike me gjithë frekuencën e vogël të tyre.

Nga ky studim rezultojnë se në vendin tonë mbizotërojnë dermatofitet e gjinisë *Trichophyton*. Dermatofitet e gjinisë *microsporum* *gypseum* janë geofilë dhe gjenden zakonisht në tokë. Nuk jemi në gjendje të shpjegojmë me përpikmëri mungesën e *microsporis*, megjithatë shkaktohet nga shtame mjaft virulente (*M. Ouduini*, *M. canis*, *M. ferugineum*) dhe që kanë vazhdimisht prirje të mbizotërojnë në florën dermatofitike të Evropës (12, 13). Në Evropë, dermatofitet *microsporum* hyrë nga lëvizja e popullsisë gjatë luftimeve botërore. Kështu gjatë Luftës së Parë Botërore ka hyrë *M. ouduini*, ndërsa *M. ferugineum* gjatë Luftës së Dytë Botërore (3). Pas vitit 1955 *M. canis* po hapet me ritëm shpejtë në shumicën e shteteve të Evropës (10). Në Ballkan për të parë *microsporia* është diagnostikuar më 1923 në Rumani (*M. O. canis*) (3), në Jugosllavi më 1927 (5), në Bullgari pas vitit 1964 (11) dhe në Çekosllavi më 1938 (12). Nga dermatofitet e gjinisë *Trichophyton*, që gjenden zakonisht në vendin tonë nuk janë izoluar *T. equinum*, *T. gallinae* *violaceum* ze 83,44% të florës dermatofitike, që një autor (2) për vitet 1961-1965 për Tiranën e ka gjetur në 81,7% dhe një tjetër (7) për vitet 1961-1965 në Durrësit në 90,2% për vitet 1964-1968. Në pellgun e Mesdimitarit ky dermatofit është mjaft i shpeshtë dhe veçanërisht në Evropën lindore. Kështu në Bullgari ishte dermatofiti kryesor (13), në Rumaninë 22,9% më 1950 u ul në 1,4% më 1978 (3), në Greqi në 87% (12) Portugal nga 4764 shtame dermatofitesh të izoluar në vitet 1959-1965 në vend të parë ishte *T. violaceum* me 1439 shtame të izoluar (12). Në Afrikën e Veriut dhe Azinë e Vogël, ky dermatofit është në vend të parë krahas *T. schoenleinii* (13).

Tinea capitis, në shumicën e rasteve, është e shkaktuar tek ne nga *T. violaceum*. Në këtë mikoze kemi izoluar edhe 21 shtame *T. rubra*. Ky dermatofit i përhapur në Evropë pas Luftës së Dytë Botërore Lindja e largët dhe SHBA (4) rrallë shkaktonte mikoze në lëkurën flokë. Për herë të parë *T. rubrum* është izoluar nga flokët e një fëmijë 5 vjeçar në Japoni (cituar nga 4), pastaj autorë të tjerë (3, 12, 13) raportojnë për raste të izolimit të këtij dermatofiti nga të sëmurët me *capitis*.

Nga të sëmurët me *T. capitis cronica* ne kemi izoluar 333 shtame dermatofitesh, prej të cilëve 296 (90%) *T. violaceum* dhe më rrallë *T. tonsurans* 16 shtame e *T. schoenleinii* 16 shtame dhe vetëm 5 *T. verrucosum*. Siç shihet, kjo mikoze kronike, që është burimi më i rëndësishëm i infeksionit dermatofitik në vendin tonë, shkaktohet kryesisht nga dermatofitet antropofile *T. violaceum* e më rrallë *T. tonsurans* e *T. schoenleinii*.

Infeksioni zoofile mbizotëron në shumicën e shteteve të Evropës në Hungari (13), Itali (10), Poloni (13), Francë (12).

Në vendin tonë, infeksioni dermatofitik zoofil është i përhapur domos në gjethe (viça). Nga një studim i bërë më 1972-1974 (9) rr

trikofitozën e gjedhit rezultojnë se nga 38 ekonomi me 14.852 krerë të gjedhit të analizuar me trikofitozë ishin 5,8% e tyre dhe nga 190 shtame të gjedhit të izoluar rezultoi se ishin të gjithë *T. verrucosum*. Sot nga shumë autorë (13) është vërtetuar origjina geofile e *T. verrucosum*. Kjo flet për ciklin të parazitizimit të këtij dermatofiti tokë-kafshë-njeri.

Në materialin që trajtojmë, nga pikëpamja epidemiologjike, rëndësia të veçantë kanë 36 shtame *T. quinckeianum* të izoluar kryesisht në *T. corporis* (31 raste) dhe më rrallë në *T. unguum* (4 raste) dhe një rast vetëm *T. capitis*. Si rregull, në kokë ky dermatofit zoofil parazitohet shumë rrallë. Më 1962 në Bullgari (11) është përshkruar një vatrë e rëndësishme *T. capitis* me 72 të sëmurë të shkaktuar nga ky dermatofit dhe të infektuar nga minjtë e fushave, që vërshuan në zonën e banuar dhe të stinën e dimrit. Ky dermatofit u izolua edhe nga minjtë.

Nga shtamet e studjuara, 12 janë *M. gypseum*, dermatofit geofil i izoluar kryesisht nga të sëmurë me *T. cutis* (10 raste) dhe vetëm në një herë në *T. capitis*. Infektimi i njerëzve nga toka, si rregull, është shumë i rrallë. Megjithatë qarkullimi i këtij dermatofili në tokë-kafshë-njeri përbën bazën e epidemiologjisë së tij. *M. gypseum* është izoluar në shumicën e shteteve të botës në tokë (12, 13).

Më poshtë po ndalemi në karakteristikat kryesore epidemiologjike të dermatofiteve më të rëndësishëm të izoluar.

T. violaceum është shkaktarë kryesorë të dermatofitozave në vendin tonë. Ai është dermatofit stabil dhe pak i ndryshueshëm në florën dermatofitike me prirje të pakësohet në mënyrë graduale. Nga të dhënat e literaturës që kemi mundur të konsultojmë, ky dermatofit nuk është izoluar asnjëherë nga toka. Kjo specie është adaptuar vetëm në jetën parazitare (3). Megjithatë është e mundur origjina zoofile e këtij dermatofiti (10), ai duhet konsideruar kryesisht si dermatofit antropofil. Burimi më i rëndësishëm i infeksionit të shkaktuar nga *T. violaceum* janë të sëmurët me trikofiti, në mënyrë të veçantë të rriturit me forma kronike të infeksionit. Në zonat endemike të trikofitisë të shkaktuar nga *T. violaceum*, karakteri familjar është më i rëndësishëm nga pikëpamja epidemiologjike.

T. verrucosum është dermatofit zoofil. Është shkaktarë i vetëm i trikofitozës së gjedhit në vendin tonë. Përbën 5,87% të florës dermatofitike, izolohet në të gjithë rrethet, rrallë jep infeksione të lëkurës me flokë. Ai ka prirje të vihet gjithnjë më në pah në vendin tonë. Burimi i infeksionit janë kafshët e sëmura me trikofitozë. Paraziti bën ciklin tokë-kafshë-njeri.

T. schoenleinii është dermatofit antropofil dhe përbën 5,19% të florës dermatofitike të vendit për vitet 1967-1979. Është shkaktarë e vetme e favusit tek ne. Ka prirje të ulet vazhdimisht drejt çrrënjosjes së plotë. Në vitin 1979 në të gjithë rrethet janë vënë re vetëm 15 raste me favus.

PËRFUNDIME

1) Shkaktarët kryesorë të dermatofiteve në vendin tonë janë dermatofitet antropofilë në 92,91% të rasteve. Dermatofitet zoofile izolohen në 6,94% të të sëmurëve, ndërsa dermatofitet geofile shumë rrallë shkaktojnë mikoze 0,15%.

2) Nga 7895 shtame dermatofitesh të izoluar gjatë viteve 196 rezulton se *Trichophyton violaceum* përbën 83,44% prej tyre. I tofitët e tjerë janë:

<i>Trichophyton verrucosum</i>	5,87%
<i>Trichophyton schoenleinii</i>	5,19%
<i>Trichophyton tonsurans</i>	3,37%
<i>Trichophyton rubrum</i>	0,8%
<i>Trichophyton mentagrophytes (gypseum)</i>	0,46%
<i>Trichophyton mentagrophytes (quinckeanum)</i>	0,46%
<i>Trichophyton mentagrophytes (Kaufmann-Wolf)</i>	0,01%
<i>Trichophyton megnimi</i>	0,05%
<i>Microsporum gypseum</i>	0,15%
<i>Microsporum ferrugineum</i>	0,06%
<i>Epidermophyton floccosum</i>	0,04%

3) Prirja e përgjithshme e florës dermatofitike është drejt së vazhdueshme të dermatofiteve antropofile nga 96,43% më 1967, 75,08% në 1979 dhe drejt rritjes së dermatofiteve zoofile nga 3,2% 1969 në 24,77% më 1979.

Trichophyton violaceum nga 86,99% që izolohej në vitet 1967 është ulur në 76,38% në vitet 1976-1979, ndërsa *Trichophyton cosum* ka prirje të dalë më në pah dhe nga 1,95% më 1967 më është izoluar në 24,02% si shkaktar i dermatofiteve të vendit

Dorëzuar në Redaksi më 10 mars 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ajello L.: A taxonomic review of the dermatophytes and related species. *Bouraudia* 1968, 6, 147.
- 2) Caridha M.: Trikomikozat në qytetin dhe rrethin e Tiranës 1961-1965. 1974.
- 3) Cojocaru A.: *Éléments de dermatomycologie*, Edit. Médicale. Bucarest 1971.
- 4) Conant F. N., Smith T. D., Baker D. R.: *Manual of clinical mycology* 1972.
- 5) Cekic J., Popovic D.: La lutte contre les maladies mycosiques et leur cation dans la R.S. de Serbi. *Archives de l'Union Médicale Balkanique* Tom. II, nr. 5-6.
- 6) Kërciku K., Kakariqi Z.: Dermatmikozat në Shqipëri. *Buletini për shkencat Natyrore* 1955, 3, 39.
- 7) Nakuci M.: Dermatmikozat. Tiranë 1974.
- 8) Papajorgji M.: Flora e dermatofiteve në vendin tonë. *Shëndetësia* po 1972, 1, 35.
- 9) Papajorgji M., Cucu A.: Mbi etiologjinë e trikomitozës së gjedhit në Shqipëri. *Buletini i Higjienës dhe Epidemiologjisë* 1975, nr. 2.
- 10) Pinetti P., Lostia A.: Studio clinico, micologico ed epidemiologico delle dermatofitose da *Microsporum canis* osservate alla clinica dermatologica del versita di Cagliari tra il 1947 ed il 1969. *Rassegna medica Sarda* 1973, Vol. 1.
- 11) Popchristov P., Balabanov V., Filkov T.: Les mucoses. *Archives de l'Union Médicale Balkanique* 1964, Tom II, nr. 5-6.
- 12) Comptes rendus de communication. V-e Congrès de la société Internationale de mycologie humaine et animale. Paris 1971.
- 13) International Symposium of Medical Mycology. Bucarest 1973.

Peasqyra nr. 2

SHTAMET E DERMATOFITEVE TË ZBULUARA SIPAS RRETHEVE GJATË VITEVE 1967-1979

Nr.	Rrethet	T. violaceum.	T. tonsurans.	T. choenleinii	T. rubrum.	T. gypseum.	T. verrucosum.	T. qui-nck.	T. roza-ceum.	M. gypseum.	M. ferrugin.	T. k. wolf.	E. flo-cosum.	Shuma
1	Berat	1742	80	99	17	7	80	10	1	2	2	2	2	2.042
2	Durrës	541	14	19	6	3	9	1	1	2	3	1	1	597
3	Elbasan	125	3	5	1	1	8	1	1	1	1	1	1	142
4	Ersekë	28	2	1	1	1	21	1	1	1	1	1	1	52
5	Fier	298	7	9	1	2	9	1	1	1	1	1	1	326
6	Gramsh	81	1	7	1	1	11	1	1	1	1	1	1	100
7	Gjirokastrë	12	0	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	18
8	Korçë	51	6	1	1	1	77	1	1	1	1	1	1	136
9	Krujë	250	12	20	1	1	9	1	2	1	1	1	1	296
10	Kukës	254	5	7	1	1	19	1	1	1	1	1	1	285
11	Lezhë	157	1	5	1	1	8	1	1	1	1	1	1	172
12	Librazhd	101	11	6	1	1	27	1	1	1	1	1	1	146
13	Lushnjë	67	5	9	1	1	3	1	1	1	1	1	1	84
14	Mat	74	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	79
15	Mirditë	39	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	41
16	Peshkopi	121	3	7	1	1	12	1	1	1	1	1	1	144
17	Përmet	124	1	4	1	1	26	1	1	1	1	1	1	156
18	Pogradec	26	4	3	1	1	12	1	1	1	1	1	1	48
19	Pukë	63	4	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	74
20	Sarandë	308	1	5	1	6	9	1	1	1	1	1	1	324
21	Skrapar	172	18	4	1	1	28	1	1	1	1	1	1	229
22	Shkodër	186	9	7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	272
23	Shqipëri	148	67	75	35	14	4	19	1	8	1	1	1	163
24	Tiranë	1104	8	78	8	22	48	1	1	1	1	1	1	1.375
25	Tropojë	19	3	19	1	1	11	1	1	1	1	1	1	52
26	Vlorë	504	6	19	1	1	11	1	1	1	1	1	1	542
	Shuma	6595	266	410	63	36	464	36	4	12	5	1	3	7.895

Pasqyra nr. 3

Dermatofitet e izoluar në format e ndryshme klinike të sëmundjes

Diagnoza klinike	T. viol.	T. tons.	T. vertu	T. scho	T. rubr	T. m. gyp	T. m. quin	T. m. k-wolf	T. meg-nini	M. ferrugineum	M. gypseum	E. floccosum	Shuma
Tinea capitis													
T. capitis superfic	5870	158	275	388	21	21	1	—	2	5	2	—	6743
Kerion Celsi	12	1	13	—	—	1	—	—	—	—	—	—	27
T. capitis cronica	296	16	5	16	—	—	—	—	—	—	—	—	333
Tinea corporis													
T. corporis	233	63	157	4	16	9	31	—	2	—	10	3	528
T. corporis cronica	10	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
Tinea unguium	122	13	7	2	26	—	4	1	—	—	—	—	175
Tinea barbæ	33	11	3	—	—	5	—	—	—	—	—	—	52
T. capitis + T. corporis	15	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20
T. capitis + T. corporis + T. unguium	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Shuma	6595	266	464	410	63	36	36	1	4	5	12	3	7895

Pasqyra nr. 4

Dermatofitet e izoluar çdo 3 vjetë për periudhën 1967-1979

Shtamet	1967-1969	1970-1973	1974-1976	1977-1979	%	%
T. violaceum	2828	1197	1011	1559	83.48	76.38
T. tonsurans	148	45	56	54	4.72	2.75
T. schoenleinii	43	68	78	116	6.45	5.78
T. rubrum	63	10	5	5	0.41	0.24
T. verrucosum	—	56	57	288	4.70	14.11
T. menagrophytes (gypseum)	22	8	—	6	—	0.29
T. mentagrophytes (quincleanum)	18	12	1	5	0.08	0.25
T. mentagrophytes (kaufmann-wolf)	—	1	—	—	—	—
T. megninii	4	6	—	—	—	—
M. ferrugineum	5	—	—	—	—	—
M. gypseum	9	—	—	3	—	0.15
E. floccosum	—	—	2	1	0.16	0.05
Shuma	3251	1397	1210	2037	100	100

Pasqyra nr 5

Etiologjia e <i>Tinea capitis</i> në vitet 1967, 1970, 1973, 1976, 1979											
Vitet	T. violaceum	T. tonsurans	T. schoenleini	T. verrucosum	T. ment. gypseum	T. ment. quincean.	T. rubrum	T. ment. ninitu	M. gypseum	M. ferrug.	Shuma
1967	24	33	012	11	3	1	1	1	1	1	1100
1970	15	31	16	3	4	1	1	1	1	1	380
1973	5	19	4	1	1	1	1	1	1	1	390
1976	26	29	20	1	1	1	1	1	1	1	375
1979	11	17	98	1	1	1	1	1	1	1	569
Etiologjia e <i>Tinea corporis</i> në vitet 1967, 1970, 1973, 1976, 1979											
Vitet	T. violaceum	T. tonsurans	T. verrucosum	T. rubrum	T. men. gypseum	T. men. quinckeae	M. gypseum	T. sch. ren	Shuma		
1967	40	8	6	2	3	1	2	1	62		
1970	37	3	3	3	3	1	1	1	61		
1973	8	5	9	1	1	1	1	1	14		
1976	6	4	57	1	1	1	1	1	20		
1979	5	4	1	1	1	1	1	1	69		

Summary

DYNAMICS OF THE DERMATOPHYTIC FLORA IN ALBANIA IN THE PERIOD 1967-1979

A trend of continuous reduction is observed in recent years in the incidence of dermatophytic infections, particularly of tinea capitis, and the prospect of their full eradication is in sight.

Data on the dermatophytic flora for the period between 1967 and 1979 were collected from all the districts of the country.

Anthrophile dermatophytes were predominant as agent of ringworm with 92.91 percent of the cases, while zoophile and geophile dermatophytes were represented with 6.94 and 0.15 percent respectively.

Of 7895 strains isolated during that period, 83.44 percent were *Trichophyton violaceum*.

The general picture of the dermatophytic flora shows a tendency towards a continuous reduction of anthropophile strains with a relative increase of zoophile strains, particularly of *Trichophyton verrucosum*, which from 1.95 percent in 1967, was isolated 1, 24.02 percent of the cases in 1979.

In Albania *Trichophyton schoenleini* has become exceptional. Of the genus *Microsporum*, only *Microsporum gypseum* is encountered (rarely), while the remaining species seem to have disappeared.

Résumé

LA DYNAMIQUE DE LA FLORE DERMATOPHYTIQUE DE NOTRE PAYS DANS LA PÉRIODE 1967-1979

Au cours de ces dernières années la fréquence des infections dermatophytiques, et particulièrement du *Tinea capitis*, s'est continuellement réduite et dans le futur ces infections seront liquidées totalement.

Dans cette communication, l'auteur fournit des données sur la flore dermatophytique relatives à la période 1976-1979, données qu'il a recueilli dans tous les districts du pays.

Selon l'auteur, les principaux responsables des infections de la peau sont les dermatophytes anthropophiles (92,91%), les dermatophytes zoophiles (6,94%) et les dermatophytes géophiles (0,15%).

Au cours de cette période ont été isolées 7.895 souches et de leur étude, l'auteur ressort que *Trichophyton violaceum* en constitue 83,44%.

Le tableau général de la flore dermatophytique indique une tendance générale vers la diminution constante des souches anthropophiles avec un accroissement relatif cependant des souches zoophiles, en particulier de celle à *Trichophyton verrucosum*, laquelle est passée de 1,95% des cas en 1967 à 24,02% des cas en 1979.

Ces dernières années, le dermatophyte *Trichophyton schoenleini* est devenu très rare. En ce qui concerne l'espèce *Microsporum*, on a rencontré très rarement *Microsporum gypseum* alors que les autres représentants de cette espèce ont disparu.

MIKROFLORA E INFEKSIONEVE PIOGJENE NË LËKURË DHE NDJESHMËRIA E TYRE NDAJ ANTIBIOTIKËVE

— MANTHO NAKUÇI — PAULINA GJURAJ — PETRIKA TROJA — LIRI KASA —

(Katedra e Higjienës dhe sëmundjeve ngjithëse, Klinika e Dermatologjisë
spitali nr. 1 — Tiranë)

Sëmundjet qelbëzuese zënë një vend me rëndësi në strukturën e përgjithshme të sëmundjeve të lëkurës, qofshin këto në punën e përditshme ambulatore dermatologjike, qofshin në punën e përditshme të mjekut të përgjithshëm në fshat apo në qytet si edhe të mjekut të ndërmarrjes. Nga përvoja e punës ambulatore dermatologjike del e qartë se rreth 25-30% e të sëmurëve të paraqitur në poliklinikën qendrore të Tiranës, në repartin e dermatologjisë janë kryesisht me piodermite.

Ka autorë që flasin për një rritje progresive të infeksioneve stafilokoksike në fëmijë dhe të rritur (1). Stafilokokët fakultativë patogjenë janë mjaft të përhapur në natyrë dhe vazhdimisht i gjejmë në lëkurë dhe mukozat e njerëzve (8). Kur tërësia e këtyre mbulesave priset, stafilokokët mund të depertojnë në brendësi të indeve dhe, kur gjejnë kushte të përshtatshme apo dhe kur ulet rezistenca e makroorganizmit, mund të shkaktojnë procese inflamatorë (2). Infeksionet stafilokoksike takohen më shpesh në persona të disa profesioneve, gjë që lidhet me mikrotraumat apo me veprimin iritues të disa substancave (4).

Në vendet kapitalisto-revizioniste, sipas vetë të dhënave të tyre jo të plota, ka një rritje gjithnjë e më të madhe të infeksioneve piogjene. Tek ne, në sajë të rritjes së vazhdueshme të nivelit ekonomiko-shoqëror e kulturor të masave tona punonjëse dhe sukseseve që ka arritur mjekësia jonë në vitet e Pushtetit Popullor (7), kemi një ulje të numrit të rasteve me piodermi. Për këtë flasin qartë të dhënat e piodermiteve pranë klinikës së dermatologjisë në vitet e mëposhtme: në vitet 1932-1944 ka qënë 18.7%, 1945-1954 ka qënë 10.7%, në 1955-1959 ka qënë 14.6% dhe në 1976 ka qënë 5.9% (7).

Mbi rëndësinë e stafilokokut patogjen, përhapjen e tij, infeksionet që shkakton etj. është folur në punime të tjera të mëparshme (9, 10).

QËLLIMI I PUNIMIT

Në këtë punim duam të bëjmë një thellim të mëtejshëm në infeksionet patogjene të lëkurës, të cilin jemi munduar ta arrijmë, duke u ndalur në këto çështje: 1) Cila është flora bakteriale në të sëmurët me piodermite të shtruar në klinikën e dermatologjisë (44 raste); 2) cila është flora bakteriale e piodermiteve në fëmijët me shkaletë të ndryshme

të distrofisë të shtruar në spitalin distrofik «Justina Shkupi» (30 3) studimi i florës bakteriale në 10 fëmijë të kopshteve me picë 4) cila është flora bakteriale e personelit të çerdhës distrofike (70

MATERIALI DHE METODAT

Në radhë të parë si material studimi u përdorën 44 të sënshtruar pranë klinikës dermatologjike, nga të cilët në 30 prej tyre çuan stafilokokë të artë. Në materialin e marrë nga fëmijët e kop në 10 fëmijë me piodermite, në 7 u veçuan stafilokokë të artë çerdhës distrofike, materiali u muar nga 30 fëmijë që vuanin në dermi të ndryshme. Nga ky kontigjent u veçuan 24 shtame staf. të artë. Si rezultat i një numri të lartë të piodermiteve në këtë i cion u bë e nevojshme të merrej si material studimi edhe nga pe i shërbimit shëndetësor, duke marrë material nga hunda, fyti dhe (materiali u muar nga mjekë, infermierë, kujdestare e punonjëse vanterisë). Nga 70 veta personel u veçuan 2 shtame stafilokokë të artë.

Nga të gjithë të sëmuret që janë marrë në studim, material: marrë dhe studjuar në këtë mënyrë: nga të sëmuret me piodermi terialit është marrë me ansë bakteriologjike dhe pastaj është m drejtpërdrejt në terrenin agar-gjak të përgatitur me 5% gjak dhe defibrinuar. Po kështu janë bërë mbjelljet edhe në terrenin agar-qi (të përgatitur me 30% qumësht).

Materiali nga fyti dhe nga hunda është marrë me tampo është mbjellë në terrenin agar-gjak ose agar-qumësht, në filli tampon dhe pastaj me ansë bakteriologjike. Materiali i marrë nga e personelit në fillim është mbjellë në terren të lëngët, bujon në glukozë, duke u lënë për 24 orë në termostat në 37°C dhe pastaj rimbjellë në terrenet agar-gjak dhe agar-qumësht.

Metodika e punës ka qënë si vijon: për shtamet patogjene vënë re formimi i zonës hemolitike për rreth kolonisë bakteriale, për provën e plazmo-koagulazës është vepruar në këtë mënyrë: është mbjellja e shtamit në plazmë lepuuri të citruar me 5% citrat natrium të holluar me tretësi fiziologjike, në raport 1 : 4. Leximi i kësaj është bërë në intervale prej 1 orë, 2 orë, 4 orë dhe 24 orësh. Si s patogjene janë konsideruar ato shtame, që koagulimin e plazmës në bërë deri në orën e katërtë të inkubimit të tyre në termostat në 37°C.

Antibiograma është kryer sipas metodës me disqe të ngopur praktikisht me antibiotikë. Janë përdorur disqe me diametër 5 m ngopur me antibiotikët e ndryshëm, p.sh. disqet me penicilinë kar 10 unite/disk, kurse për antibiotikët e tjerë janë përdorur disqe m mbajtje të antibiotikut 50 gama/disk. Leximi i rezultateve është pas 24 orëve. Si shtame të ndryshëm janë konsideruar ato mikrob japin një zonë inhibicioni (të pengimit të rritjes bakteriale) mikrob madhësi më shumë se 3 m/m gjërësi.

REZULTATET DHE DISKUTIMI

Rezultatet e ekzaminimeve laboratorike të sipërmëndura parë në pasqyrën nr. 1. Në të shohim se nga 302 ekzaminime të materi të marrura në studim, janë veçuar 113 shtame, nga këto 95 janë si

patogjene, prej të cilëve 85 janë stafilokokë të artë, 5 janë stafilokokë të artë dhe streptokokë beta hemolitikë (si dhe një shtam pyocianeus), 5 janë streptokokë beta hemolitikë, 10 janë stafilokokë të bardhë dhe 8 janë sterilë. Pra gjithsej janë veçuar 95 shtame patogjene, ku vendin kryesor e ka stafilokoku i artë me rreth 89.4% të rasteve.

Nga 84 ekzaminime të kryera në të sëmurë me piodermi, janë izo-luar 71 shtame patogjene (domethënë janë veçuar 61 shtame stafilo-kok i artë, 5 shtame stafilokok i artë dhe streptokok beta hemolitik dhe 5 shtame streptokok beta hemolitik. Nga këto ekzaminime, stafilokoku i artë është veçuar në 85.9% të rasteve. Megjithatë, krahas shtameve patogjene, një rëndësi të veçantë kanë edhe stafilokokët fakultativë pa-togjenë, të cilët janë shumë të përhapur në natyrë dhe gjenden vazhdi-misht në lekure dhe në mukozat e njeriut (3). Nga 218 ekzaminime në pjerëz të shëndoshë, të kryer me material nga duart, hunda, fyti, pe-lenat, çarçafët, janë veçuar 24 shtame stafilokokë të artë. Pra është e qartë se një mjedis i tillë krijon mundësi për infeksione stafilokoksike (5) dhe sidomos në një çerdhe distrofike, ku kemi fëmijë me një gjendje mbrojtjeje të ulët. Në materialin e marrur nga 30 fëmijë me piodermi, në 24 rezultuan me stafilokokë të artë.

Shtamet patogjene stafilokoksike të veçuar nga të sëmuret e shtruar në klinikën e dermatologjisë, nga fëmijët e çerdhës distrofike, nga kop-shtet si dhe nga personeli i shërbimit shëndetësor më tej u ekzaminuan edhe për ndjeshmërinë bakteriale ndaj antibiotikëve të ndryshëm si p.sh. ndaj penicilinës, streptomycinës, tetraciklinës, eritromicinës, kloramfeni-kolit, gabromicinës, kanamicinës, neomicinës. Pra u kryen edhe antibio-gramat përkatëse.

Nga pasqyra nr. 2 shohim se kemi një rritje të rezistencës bakte-riale ndaj antibiotikëve të ndryshëm. Gjithashtu vëmë re se rezistenca e shtameve të veçuar nga të sëmuret me piodermi, që janë shtruar në kli-nikën e dermatologjisë dhe në spitalin distrofik, është më e lartë për antibiotikët Penicilinë, Streptomicinë, Tetraciklinë, Eritromicinë, Klo-ramfenikol. Krejt ndryshe paraqitet rezistenca ndaj antibiotikëve Gabromicinë, Kanamicinë e Neomicinë. Për shtamet e veçuar nga të sëmurë të klinikës së dermatologjisë, rezistenca bakteriale ka qënë si vijon: nga 30 shtame të veçuar kanë qënë rezistentë për penicilinën 25, për strepto-micinën 19, për tetraciklinën 18, për eritromicinën 11, për kloramfeni-kolin 29, kurse për Gabromicinën kanë qënë 7 shtame rezistentë, Kana-micinën 6 dhe Neomicinë 6.

Nga studimi i të gjithë shtameve patogjenë të stafilokokut të artë, rezistenca bakteriale ka qënë si më poshtë:

Penicillina	55.3%	Gabromicina	16.4%
Streptomicina	67%	Kanamicina	10.5%
Tetraciklina	58.8%	Neomicina	8.2%
Eritromicina	72.9%		
Kloramfenikoli	98%		

REZISTENCA BAKTERIALE

Stafil. aureus të veçuar nga	Numri rasteve	Penicilin		Streptom.		Tetraciklin		Eritromicin		Kloramfenikol		Gambromicinë		Kana.		Neomyc.	
		R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S
		53.3%		67%		58.8%		72.9%		98%		16.4%		10.5%		8.2%	
Të sëmurë nga klinik dermatologjike	30	25	5	19	11	18	12	11	19	29	1	7	23	6	24	6	24
Fëmijë të çerdhës distrofike	24	2	22	18	6	17	7	23	1	24	—	4	20	3	21	1	23
Fëmijë kopshtesh	7	7	—	3	4	2	5	4	3	7	—	—	7	—	7	—	7
Personeli: Duar	11	7	4	9	2	5	6	11	—	11	—	—	11	—	11	—	11
Hunda	7	4	3	5	2	3	4	7	6	7	6	1	6	—	7	—	7
Fyti	3	—	3	—	3	2	1	3	—	3	—	—	3	—	3	—	3
Pelenat	3	2	1	3	—	3	—	3	—	3	—	2	1	—	3	—	3
Shuma	85	47	38	57	28	50	35	62	23	84	1	14	71	9	76	7	78
Përqindje		53.3%		67%		58.8%		72.9%		98%		16.4%		10.5%		8.2%	

Të dhënat e antibiogramës jepen nga tabela Nr. 2

Summary

THE FLORA OF PYOGENIC SKIN INFECTIONS AND THE SENSITIVITY OF THE ORGANISMS TO ANTIBIOTICS.

In view of the growing importance of staphylococcal infections in general and skin infections in particular, the authors have undertaken a study of the pyogenic bacterial flora of the skin. Examinations were carried out on patients with pyoderma, on patients at the hospital for hypotrophic children, on healthy children in nurseries and kindergartens and on the medical staff of the dystrophic hospital.

The isolated strains were tested for sensitivity to a series of antibiotics.

In conclusion the authors point out the need of intensifying the study of skin infections on the part of the dermatologists and microbiologists.

Résumé

LA MICROFLORE DES INFECTIONS PYOGENES DE LA PEAU ET LA SENSIBILITÉ DES ORGANISMES À L'ÉGARD DES ANTIBIOTIQUES

Considérant l'importance accrue des infections à staphylocoques en général et des infections de la peau en particulier, les auteurs ont étudié la flore bactérielle pyogénique de la peau. À cette fin des investigations ont été effectuées chez des patients ayant des infections de la peau, parmi les enfants admis à l'Hôpital des dystrophiques, ainsi que chez les enfants sains des jardins et crèches d'enfants et le personnel sanitaire de l'Hôpital des dystrophiques.

Les souches isolées ont été soumises au test de la sensibilité à l'égard d'une série d'antibiotiques.

Et pour conclure, les auteurs indiquent que les microbiologistes et dermatologues doivent mener des études plus approfondies en ce qui concerne les infections de la peau.

NIVELI I MBROJTJES NDAJ FRUTHIT NË VITE PAS APLIKIMIT TË VAKSINËS SË GJALLË SHUMË TË DOBËSUAR

- EDUARD KAKARRIQI - ASPASIA BIFSHA -

(Instituti i Higjienës dhe Epidemiologjisë - Tiranë)

Qysh nga viti 1971 në vendin tonë është vendosur vaksinimi i rregullt e i detyrueshëm për të gjithë fëmijët qysh nga mosha 9 muaj e jetës. Nga ana tjetër, që nga ky vit nuk është vërejtur asnjë rast me fruth, ndonëse janë hequr masat karantinore, që nuk do të lejonin hyrjen e infeksionit nga jashtë. Po ashtu është karakteristik fakti, që pothuaj tërë kontigjenti, që përfshin grup-moshat 1956-1977 është i mbrojtur vetëm në saje të vaksinimit, qoftë masiv gjatë epidemisë së vitit 1970-1971, qoftë të rregullt e të detyrueshëm në vitet pasuese. Të tre këta momente, domethënë vaksinimi sistematik i planifikuar, prania për 22 grup-mosha e mbrojtjes ndaj fruthit pothuaj vetëm në saje të imunizimit aktiv dhe mungesa e qarkullimit të infeksionit natyral pas korrikut 1971, në ditët e sotme në vendin tonë, krijojnë një situatë epidemiologjike disa të veçantë, që nxjerr në pah një problem shumë të rëndësishëm: ndjekjen e pandërprerë në vite të ecurisë së mbrojtjes pasvaksinale sipas grup-moshave të ndryshme.

MATERIALI DHE METODA

Studimi ynë bazohet mbi ndjekjen pesëvjeçare (1975-1979) të nivelit të mbrojtjes pasvaksinale të grup-moshave 1956-1977 (22 grup-mosha). Gjatë kësaj periudhe janë grumbulluar dhe analizuar 5.000 serume, të ndarë sipas grup-moshave 1956-1977 nga 16 rrethe të vendit (Tiranë, Vlorë, Berat, Kukës, Dibër, Korçë, Pogradec, Gjirokastrë, Sarandë, Gramsh, Tropojë, Pukë, Librazhd, Fier, Lushnjë, Shkodër).

Për analizimin e serumeve u përdor reaksioni i inhibimit të he-maglutinimit (RIHA) i adaptuar si mikrometodë (8).

REZULTATET

Rezultatet e studimit të viteve 1975-1976, 1977, 1978 dhe 1979 jepen përkatësisht në pasqyrat nr. 1, 2, 3 dhe 4.

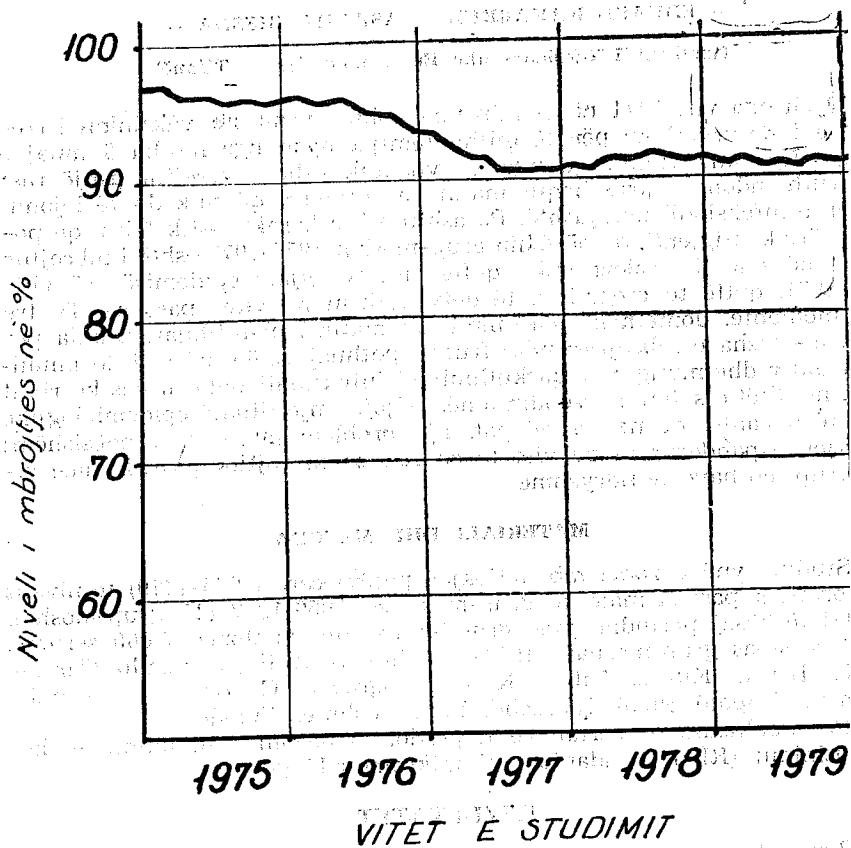
Në bazë të këtyre rezultateve le të shohim ecurinë e mbrojtjes për secilin grup-moshe në veçanti në vazhdimësinë e viteve pas vaksinimit.

Grup-moshat 1956-1969, në studimin e viteve 1975-1976, për secilin grup në veçanti, paraqit mbrojtje në përgjithësi mbi 90%, ndërsa si mesatare e ponderuar, mbrojtja rezultoi në nivelin 95,4%. Një nivel i tillë i lartë i mbrojtjes, në vitet pasuese të studimit (1977-1979), na lejoi që tërë këtë kontigjent ta marrim në studim si një grup të vetëm, «në tufë», duke pasur parasysh, megjithatë, një ndarje proporcionale të serumeve

sipas grup-moshave të përfshirë në të. Dhe ecuria e mbrojtjes rezulton nivelet 90,0%, 93,0% dhe 91,3% përkatësisht më 1977, 1978 dhe 1979 (grafiku nr. 1).

Grup-mosha 1970, më 1975-1976 rezulton në mbrojtje 75,5%, në vitet që më 1977 ulet në 66,1%. Një shkallë të tillë disi të ulët të mbrojtjes

Grafiku Nr. 1

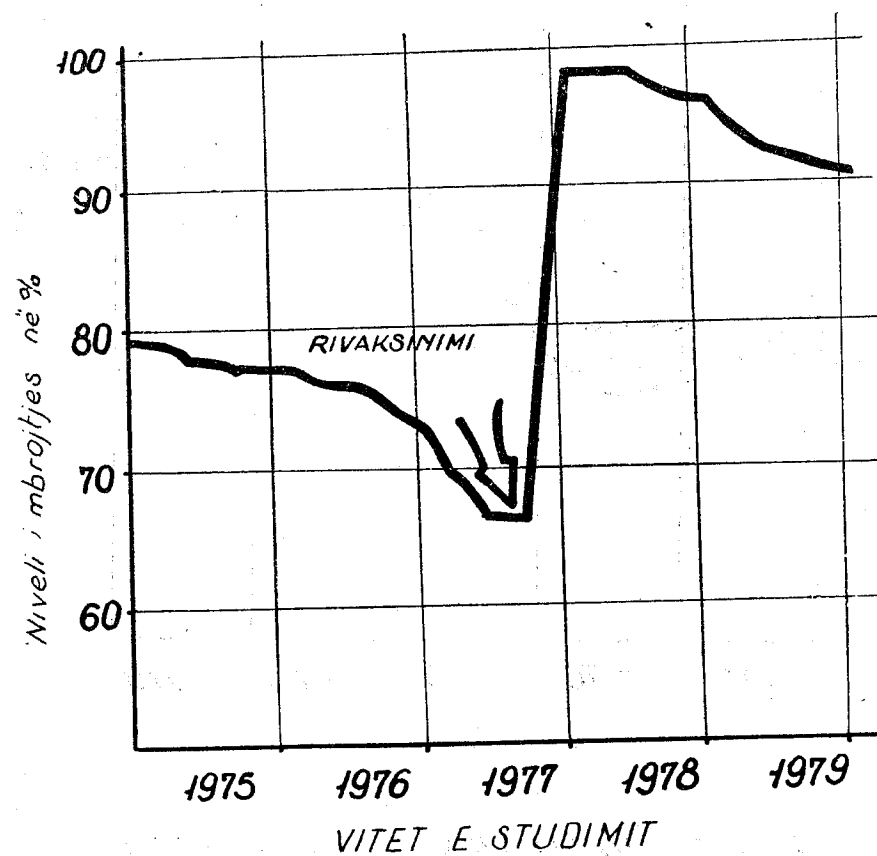


ECURIA E NIVELIT TE MBROJTJES NDAJ
FRUTHIT PER GRUP-MOSHAT

1956 - 1969

konsideruam si indikacion për rivaksinimin e kësaj grup-moshe. Për pasojë, më 1977-1978 kryhet rivaksinimi i datëlindjes 1970. Niveli i mbrojtjes pëson një ngritje të dukshme; ai rezulton në 98,0% më 1978 dhe 90,3% më 1979 (grafiku 2).

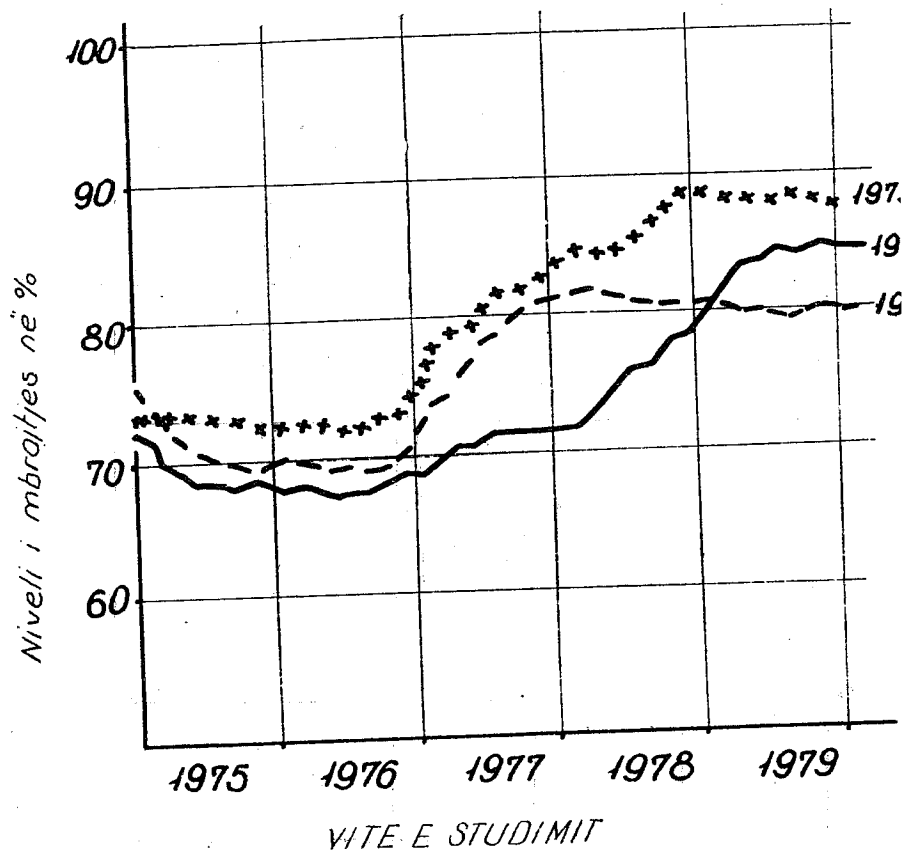
Grafiku Nr. 2



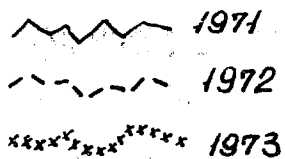
ECURIA E NIVELIT TE MBROJTJES NDAJ
FRUTHIT PER GRUP-MOSHEN 1970

(Efekti i rivaksinimit më 1977)

Grafiku Nr 3

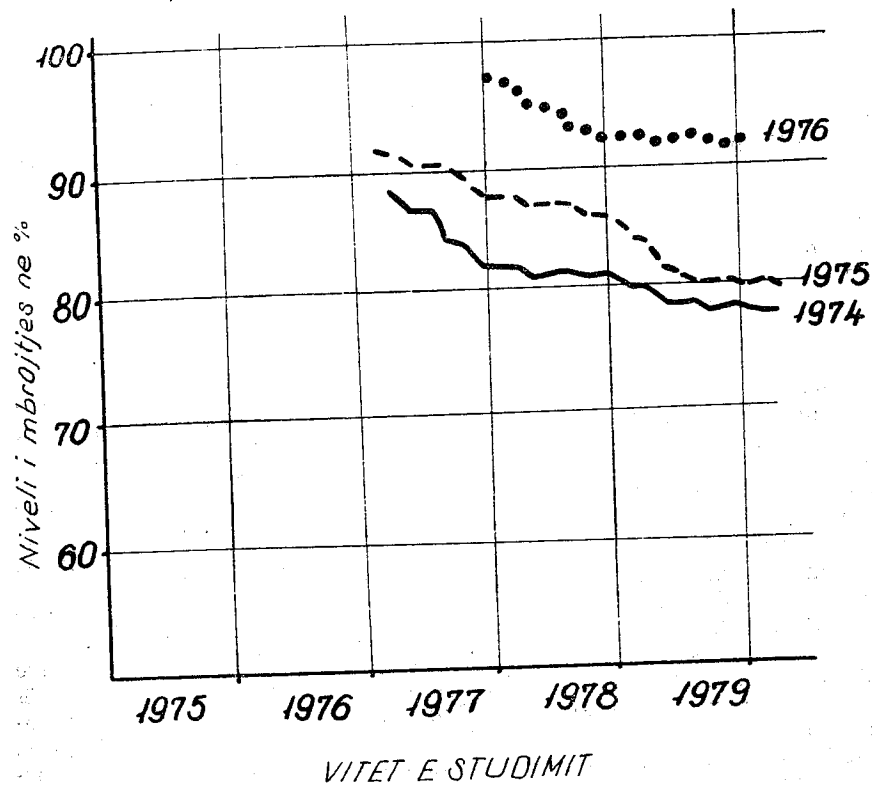


ECURIA E NIVELIT TE MBROJTJES NDAJ FRUTHIT PER GRUP-MOSHAT

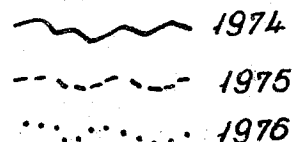


Për grup-moshat 1971, 1972 dhe 1973 vërehen luhatje të nivelit të mbrojtjes në një diapazon jo të vogël për rrethe të ndryshëm në të njëjtin vit studimi. Kështu më 1975-1976 për datëlindjen 1971, mbrojtja ihatet në nivelet 50,0% dhe 95,0%, me një mesatare të përgjithshme 7,0%; për atë 1972 në 45,0% dhe 85,0% me një mesatare të përgjithshme 69,0% dhe për grup-moshën 1973 në 46,0% dhe 82,0% me një

Grafiku Nr 4



ECURIA E NIVELIT TE MBROJTJES NDAJ FRUTHIT PER GRUP-MOSHAT



mesatare të përgjithëshme 73,5%. Nga ana tjetër, në vitet pasuese të s dimit (1977-1979) për të tri këto grup-mosha rezulton një prirje rritje të nivelit mbrojtës, ndonëse janë të pranishme luhatje të ndjesh të këtij niveli për rrethe të ndryshëm. Kështu më 1979, përqindja e mbrojtjes për grup-moshat 1971 dhe 1972 është në rreth 80,0% dhe për 1973 në 87,5%.

Studimi i gjendjes mbrojtëse për grup-moshat 1974 dhe 1975 fillon më 1978, vit në të cilin përqindja e mbrojtjes për to rezultoi si mesatare e përgjithëshme në nivelet përkatësisht 82,0% dhe 88,3%. Më 1979 këta nivele u ulën në vlerat 78,0% dhe 80,0% (grafiku nr. 3).

Grup-mosha 1976, e vaksinuar më 1977, në studimin e vitit 1978 dhe 1979 ka dhënë vlera të mbrojtjes specifike ndaj fruthit përkatësisht 94,0% dhe 93,3%. Dhe ajo 1977, e vaksinuar më 1978, në studimin e vitit 1979 rezultoi me mbrojtje 96,8% (grafiku nr. 4).

Vlen të theksohet se edhe për datëlindjet 1974-1977 paraqiten luhatje të niveleve mbrojtëse për rrethe të ndryshëm në të njëjtin vit të studimit, ndonëse diapazoni i këtyre luhatjeve nuk është aq i theksuar sa i lartpërmëndur për datëlindjet 1971-1973, ndërkohë, që për tërësinë e grup-moshave 1956-1969 të tilla luhatje janë të paspikatura, të papërcaktuara.

DISKUTIM

Nga studimi i periudhës 1975-1979 rezultoi se ecuria e nivelit mbrojtës si Republikë për kontigjentin e grup-moshave 1956-1969 është pa luhatje të mëdha dhe, në përgjithësi, mbi 90,0%. Ishte prirje e rritjes ky kontigjent i moshave 15-1 vjeç në nëntor të vitit 1970 (pragu i shpërthimit të epidemisë së fruthit, që u përfshi në vaksinimin masiv (1). Mos vallë vetëm vaksinimi masiv është shkaku kryesor i një nivel të tillë të lartë të mbrojtjes? Mos vallë nga ky fakt duhet nxjerrim përfundimin se vakcina jonë jep mbrojtje mbi 90,0% e 9 vjet pas aplikimit të saj? Për t'i dhënë një përgjigje mohuese pyetjeve të tilla nuk disponojmë të dhëna të sigurta. Ndërsa për faktin real mbrojtës në një shkallë të lartë të mbrojtjes specifike së grup-moshave 1956-1969, mendojmë, se duhet t'i drejtohem qarkullimit të virusit të fruthit për rreth 7 muaj pas përfundimit të vaksinimit masiv (epidemia e vitit 1970-1971 u ndërpre në korrik 1971 (1)), i cili, në të gjithë subjektet e imunizuar nëpërmjet vaksinimit, luajti rolin e një përcuesi të mbrojtjes, e një «rapeli» natyror, rol të cilin nuk mund ta vëndësojë asnjë rivaksinim me vaksinën e gjallë shumë të dobësuar fruthit.

Grup-mosha 1970 u përfshi në vaksinimin masiv në nëntor 1970 si taktikë kjo plotësisht e justifikuar dhe e drejtë për situatën e ndryshme epidemiologjike kundrejt fruthit në praninë e shpërthimit të epidemisë. Por për këtë grup moshe, ky vaksinim nuk dha efektin e duhur mbrojtës (10), për shkak të nivelit ende të lartë të antikorpeve amësore në fëmijë të kësaj datëlindjeje, me moshë nën 6 muaj në atë kohë. Prandaj vaksinohet më 1973 dhe megjithatë 3 dhe 4 vjet më pas, mbrojtja e saj grup-moshe rezultoi në 75,5% dhe 66,1%, nivel ky i fundit, kërkoi një rivaksinim të dytë më 1977-1978 për të rritur mbrojtjen në mbi 90,0%. A mos vallë nga ky fakt duhet të nxjerrim përfundim

se vetëm 4 vjet pas vaksinimit me vaksinën tonë mbrojtja bie nën 70%?

Si përgjigje ndaj kësaj pyetje, japim faktin se më 1979, mbrojtja për grup-moshat 1974-1975 rezultoi në rreth 80,0%; pra për këto dy grup-mosha, respektivisht 4 dhe 3 vjet pas vaksinimit, ndonëse në kushte të mungesës së kontaktit me infeksionin natyror, mbrojtja rezultoi në rreth 80%, nivel ky i kënaqshëm. Nga ana tjetër, datëlindjet 1971-1973, më 1979 rezultuan me mbrojtje respektivisht në nivelet 84,3%, 80,3%, 87,5%, domethënë përkatësisht 7, 6, 5 vjet pas vaksinimit, ndonëse po ashtu në kushte të mosqarkullimit të virusit të egër të fruthit. Megjithatë, për këto grup-mosha përmëndëm luhatjet e mëdha të niveleve mbrojtëse për rrethe të ndryshëm në të njëjtin vit studimi, si dhe një prirje për rritjen e nivelit mbrojtës në raport me vazhdimësinë e viteve të studimit (1975-1979). Këto luhatje dhe këtë prirje mund t'i shpjegojmë me rastësinë e të hasurit të kolektivave fëmijënore të së njëjtës grup-moshe me shkallë të ndryshme të efektshmërisë së vaksinimit të kryer në të njëjtën kohë, ç'ka pasqyron praninë eventuale të defekteve në vaksinim. Në veçanti për grup-moshën 1973, shqyrtimi i kartelave të vaksinimit jep praninë e një rivaksinimi më 1976, i cili justifikon plotësisht nivelin mbrojtës prej 87,5% të saj më 1979.

Në këtë studim ne kemi qëllim të paraqesim ecurinë e mbrojtjes së grup-moshave të ndryshme në vite pas vaksinimit. Rezultatet e përfutuara, që paraqiten në pasqyrat 1, 2, 3, 4, dhe grafiket 1, 2, 3, tregojnë kryesisht për grup-moshat 1970-1975, luhatje të mëdha të niveleve mbrojtëse, që flasin për boshllëqe dhe defekte në vaksinim. Prania e këtyre luhatjeve, si dhe natyra pak e veçantë e imunitetit pasvaksinal të grup-moshave 1956-1969, nuk na japin mundësinë e përcaktimit me përpikmëri të kohë-zgjatjes në vite të mbrojtjes pas aplikimit të vaksinës në raport me nivelin në përqindje të kësaj mbrojtje. Efektshmëria e një vakcine përcaktohet nga reaktogjeniteti rezidual i saj dhe është e lidhur me fuqinë patogjene reziduale të virusit vaksinal (4). Vakcina jonë kundër fruthit është e bazuar mbi një shtam të gjallë shumë të dobësuar, i cili ka një reaktogjenitet të ulët, por nga ana tjetër dhe një imunogjenitet jo të lartë (8). Vakcina të tjera simotra të saj (nga shtame vaksinale të natyrës shumë të dobësuar), në krahasim me të, japin reaksione klinike pasvaksinale disi më të shprehura, por kanë dhe një aftësi imunogjene më të madhe, të spikatur jo në drejtim të përqindjes së serokonversionit pozitiv, por të nivelit të antikorpeve pas vaksinimit. Megjithatë, në studimet me to, vlerat e përfutuara të raportit ndërmyjet kohë-zgjatjes në vite të mbrojtjes pasvaksinale me nivelin në përqindje të kësaj mbrojtjeje nuk janë të njëjta, madje dhe me të njëjtin vaksinë kur studimi është planifikuar sipas metodës së «zgjedhjes së rastit». Kështu me shtamet shumë të dobësuar L-16 dhe ESHÇ, antikorpet kanë qëndruar në nivele mbrojtëse në mbi 60% (12) apo në mbi 90% të të vaksinuarve (3) 7-8 vjet pas vaksinimit. Studime me shtamin shumë të dobësuar Schwarz kanë treguar qëndrueshmëri të antikorpeve në nivele të lartë 4 vjet (11) apo 6 vjet (5, 7) pas vaksinimit. Ndërsa, me po këtë shtam vaksinal, kur studimi nuk ka qënë planifikuar sipas metodës së «zgjedhjes së rastit», por me zgjedhje të përcaktuara dhe në një kontigjent shumë të vogël fëmijësh, antikorpet kanë rezultuar në nivelin 92% deri 14 vjet pas vaksinimit në kushte të mungesës së plotë të kontaktit me infeksionin natyral gjatë tërë kësaj periudhe kohe (9).

Në dallim nga grup-moshat 1970 e pas, qëndrueshmëria e mbrnë nivele të larta mbi 90% e tërësisë së grup-moshave 1956-1969 9 vjet pas vaksinimit, në studimin tonë, vërtetohet dyshimet në lme vlerën me afat të gjatë të vaksinës së gjallë shumë të dobësuar reduktohet apo eliminohet efekti «rivaksinues» i ekspozimeve të p ritura natyrore (2). Në infeksionin natyral, apo në përgjithësi, në kont me virusin e egër të fruthit, stimuli antigjenik është më intensiv gjatë vaksinimit për shkak të përhapjes së virusit në të gjithë or zmin. Për pasojë, në krijimin e mbrojtjes marrin pjesë më shumë c imunokompetente (4, 6). Përveç kësaj, shumëzimi i virusit, në pje ndryshme të trupit, shkakton një përqëndrim më të lartë lokal të korpeve (7). Pra, ka një farë ndryshimi ndërmjet mbrojtjes pasvaks dhe asaj pas kalimit të sëmundjes apo pas kontaktit me virusin viru ndërkohë që vetë mbrojtja pasvaksinale, e përfutuar prej çdo lloj va me virus të gjallë të zbutur, pavarësisht nga shkalla e zbutjes si mbetet cilësisht e njëjtë.

PËRFUNDIME

1) Për periudhën pesëvjeçare (1975-1979) është ndjekur ecur mbrojtjes pasvaksinale për grup-moshat 1956 deri 1977 nëpërmjet e zimit në total të 5.000 serumeve nga 16 rrethe të ndryshme të venc

2) Tërësia e grup-moshave 1956-1969, gjatë tërë periudhës së s mit, paraqit një nivel të lartë (në përgjithësi mbi 90%) të mbrojtjes fruthit. Ky kontigjent, në nëntor 1970, në pragun e shpërthimit të demisë, u përfshi i tëri në vaksinimin masiv. Megjithatë, pikërisht kullimi i infeksionit natyror edhe për rreth 7 muaj pas përfundim vaksinimit masiv, mendojmë se është shkaku i mbajtjes së një nive tillë të lartë të mbrojtjes edhe 9 vjet pas imunizimit artificial të kontigjenti grup-moshash.

3) Grup-mosha 1970, e vaksinuar më 1970 por me efektshmë ulët të këtij vaksinimi, për shkak të nivelit ende të lartë të antikor amësore dhe e rivaksinuar më 1973, 3 dhe 4 vjet më pas (1976- rezulton me mbrojtje respektivisht 75,5% dhe 66,1%, nivel ky i fu që kërkoi një rivaksinim të dytë më 1977-1978 për të rritur mbro e saj në mbi 90%. Megjithatë, duke u nisur vetëm nga ky fakt, mund të përfundojmë se 4 vjet pas vaksinimit me vaksinën tonë, m tja bie nën 70%, sepse për grup-moshat 1971-1974, respektivisht 7, 4 vjet pas vaksinimit, ndonëse në kushte të mosqarkullimit të infeks natyror, mbrojtja rezulton (më 1979) në përgjithësi në nivelin 80%. Sidoqoftë, veçanërisht për grup-moshat 1971-1973 paraqiter hatje të mëdha të niveleve të mbrojtjes për rrethe të ndryshëm r njëjtin vit studimi.

4) Për përcaktimin e ecurisë së mbrojtjes ndaj fruthit në vite vaksinimit, duhet të udhëhiqemi kryesisht nga shkalla e serokor sionit pozitiv, pra nga niveli në përqindje i kësaj mbrojtje, sepse titrat më të ulët antikor pale pasvaksinale (titra 1/4 (3) apo 1/2 (9) s rojnë mbrojtje të mjaftueshme.

Dorëzuar në Redaksi më 15 janar 1979

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bekteshi S.** : Fruthi në Shqipëri. Tiranë 1974.
- 2) **Black F. L.** : Measles Vaccination in Iceland: Three-Year Follow-up of Antibody Titres in Adults and Children. Bull. Wld. Hlth. Org. 1966, 35, 6, 955.
- 3) **Bolotvskij V. M. e bp.** : Epidemiologjeshkoje i immunologjeshkoje izucenie kori v uslovijah massovoj immunizacii protiv etoj onfekcii. Zh. M. E. I. 1975, 11, 18.
- 4) **Bordet P.** : La vaccination antirougeoleuse. Bruxelles Médical 1968, 48.
- 5) **Borgono J. M. e bp.** : Measles : A five year experience with a vaccination program in Chile. Në: International Conference on the Application of Vaccines Against Viral, Rickettsial and Bacterial Diseases of Man. Washington 1970, 203.
- 6) **Dushniku N.** : Karakteristikat e epidemisë së fruthit në Shqipëri gjatë viteve 1954-1955. Tiranë 1971.
- 7) **Enders - Ruckle G.** : Some characteristics of immunity following natural measles and various of immunization. Archiv fur Die Gesamte Virusforschung 1968, Bd 22, nr. 1-2, 23.
- 8) **Kakarriqi E., Bifsha A.** : Mbi cilësitë biologjike dhe imunogjene të vaksinës kundër fruthit të prodhuar në vendin tonë. Buletini i UT-Seria shkencat mjekësore 1979, 1, 73.
- 9) **Krugman S.** : Present status of measles and rubella immunization in the United States: A medical progress report. The Journal of Pediatrics 1977, vol. 90, 1, 1.
- 10) **Papajani K., Disha G., Nathanaili S.** : Mosha më e përshtatshme për vaksinimin kundër fruthit. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1972, 2, 133.
- 11) **Sterh K.** : Masernschutzimpfung: Spaltimpfstoff und Lebendvakzine. Jahrgang 1973, 4, 161.
- 12) **Shljahov E. N. e bp.** : Epidemiologjeshkij effekt massovoj vakcinacii protiv kori. Kishinev 1973, 49, 148.

Pasqyra nr. 1

Studimi më 1975-1976 i gjendjes mbrojtëse të popullatës ndaj fruthit

Grup-mosha	rrethet								shuma e serumeve për çdo grupmoshe	\bar{X}_1	shuma (grup-moshat 1956-1969) si grup	\bar{X}_1 grup-moshat 1956-1968					
	Tiranë		Vlorë		Berat		Kukës						Dibër	Korçë	Pogradec	Gjirokastër	Sarandë
	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.									
1956	20	20	20	19	10	15	4	10	10	10	10	10	10	120	98,0%		
1957	20	20	20	18	10	15	5	9	10	10	10	10	10	117	95,5%		
1958	20	20	20	20	10	15	5	10	10	10	10	10	10	120	98,0%		
1959	20	19	20	10	10	15	5	10	10	10	10	10	10	119	95,3%		
1960	20	20	20	10	10	15	5	11	10	10	10	10	10	121	97,1%		
1961	19	21	20	10	10	15	5	10	10	10	10	10	10	120	94,0%		
1962	19	20	19	10	10	15	5	10	10	10	10	10	10	118	95,8%		
1963	18	20	20	10	10	15	5	10	10	10	10	10	10	118	93,5%	1659	95,4%
1964	19	20	19	10	10	15	5	10	10	10	10	10	10	118	93,9%		
1965	20	20	19	10	10	15	5	10	10	10	10	10	10	119	94,0%		
1966	20	20	15	10	10	13	5	10	10	10	10	10	10	113	97,7%		
1967	20	21	19	10	10	15	5	10	10	10	10	10	10	120	96,6%		
1968	20	18	18	10	10	14	5	10	10	10	10	10	10	115	88,7%		
1969	20	20	20	10	10	15	5	10	11	10	10	10	10	121	95,8%		
1970	19	20	19	8	10	15	5	10	10	10	10	10	10	116	75,5%		
1971	20	20	21	9	10	15	5	10	10	10	10	10	10	116	75,5%		
1972	20	20	20	10	10	15	5	10	10	10	10	10	10	120	67,0%		

Studimi më 1977 i gjendjes mbrojtëse të popullatës ndaj fruthit.

Pasqyra nr. 2

Grup-mosha	rrethet						shuma	\bar{X}_1
	Gramsh	Tropojë	Pukë	Librazhd	Tiranë	Lushnje		
	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.		
1956-1969	85	35	110	85			315	90,0%
1970	27	30	38	24	45	54	218	66,1%
1971	26	27	23	24	47	45	192	72,1%
1972	31	31	26	41			129	81,3%
1973	27	40	30	30			127	82,2%

Studimi më 1978 i gjendjes mbrojtëse të popullatës ndaj fruthit

Pasqyra nr. 3

Grup-mosha	rrethet				shuma	\bar{X}_1
	Berat	Tiranë	Lushnjë	Fier		
	nr.	nr.	nr.	nr.		
1956-1969	51	50	20	50	171	93,0%
1970	52	28	44		124	97,8%
1974	54	35	19		108	82,1%
1975	51	53	23		127	88,3%
1976	44	46	50		140	94,4%

Pasqyra nr. 4

Studimi më 1979 i gjendjes mbrojtëse të popullatës ndaj fruthit

Grup-mosha	rrethet							Shuma	\bar{X}_1
	Tiranë	Lushnje	Shkodër	Berat	Fier	Korçë	Pogradec		
	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.	nr.		
1956-1969	58	50	64					172	91,3%
1970	25	54	26		30		10	145	91,1%
1971	46	24	23					83	84,3%
1972	37	10	34					81	80,3%
1973	25	25	22					72	87,5%
1974	36	21	29					86	78,0%
1975	32	17	23					72	80,0%
1976	43	35	26		30			134	93,3%
1977	54	38	30	10	29	10	9	180	97,2%

Shënim: Në pasqyrat 1, 2, 3, 4 jepen rrethet dhe numri i serumeve sipas grup-moshave për secilin rreth. Në bazë të shumës së përgjithëshme të serumeve për secilën grup-moshe është llogaritur mesatarja e ponderuar në përqindje e mbrojtjes ndaj fruthit (\bar{X}_1) duke pasur parasysh, që titri antikorpall më i ulët mbrojtës konsiderohet ai 1/2.

Summary

LEVELS OF PROTECTION AGAINST MEASLES YEARS AFTER INTRODUCTION OF IMMUNIZATION BY A VERY ATTENUATED LIVE MEASLES VACCINE.

The evolution of immunity to measles conferred by vaccination among age groups born between 1956 and 1977 was followed up over a period of years (1975-1979) by examining a total of 5000 serums collected in 16 districts of the country. The examinations were carried out by the hemagglutination inhibition test. The results of the test for each year of that period and the course of vaccinal immunity for the different age groups are given in tables 1, 2, 3, 4 in figures 1, 2, 3, 4 respectively.

During the five year period of study, all the age groups born between 1956 and 1969 showed a high level of protection against measles (90 percent in average). All these groups were included in the campaign of mass immunization carried out in November 1970.

The evolution of postvaccinal protection in the younger age groups, in those born between 1970 and 1975, as regards its levels for equal periods after immunization, as well as its levels for the same age groups in the different districts, shows differences which in some cases are quite pronounced.

These differences and the rather particular nature of the specific immunity acquired by the age groups born between 1956 and 1969, do not allow us to determine with precision the persistence in years of immunity conferred by our measles vaccine on the basis of the percentage of subjects who remain protected.

However, the year by year follow-up of postvaccinal protection in the various age groups, in the particular circumstances of our country where no natural measles infection is circulating, is the only means of finding the right time when re-vaccination will be indicated for one or other individual age group.

Résumé

LES NIVEAUX DE PROTECTION CONTRE LA ROUGEOLE RELEVÉS DES ANNÉES APRÈS L'INTRODUCTION DE L'IMMUNISATION AU MOYEN D'UN VACCIN ANTIROUGEOLE VIF TRÈS ACCENTUÉ

L'évolution de l'immunité à l'égard de la rougeole par la vaccination des groupes d'âge nés entre 1956 et 1977 a été suivie pendant cinq ans (1975-1979) en examinant un total de 5.000 sérums recueillis dans 16 districts du pays. A cette fin on s'est servi du test d'hémagglutination inhibition. Les résultats par année et l'évolution de l'immunité postvaccinale pour les différents groupes d'âge sont indiqués dans les tableaux 1, 2, 3 et 4 ainsi que dans les figures respectives 1, 2, 3 et 4.

Pendant la période de 5 ans (1975-1979) tous les groupes d'âge nés entre 1956 et 1969 ont montré un niveau élevé de protection à l'encontre de la rougeole (90 en moyenne). Les groupes en question furent inclus dans la campagne de vaccination réalisée en novembre 1970.

L'évolution de la protection postvaccinale chez les groupes d'âge 1970-1975, soit par rapport à ses niveaux pour une période de temps égale à celle successive à l'immunisation que par rapport à ses niveaux pour les mêmes groupes d'âge dans les différents districts du pays, montre des différences qui sont très marquées dans certains cas.

Ces différences et la nature quelque peu particulière de l'immunité spécifique acquise par les groupes d'âge nés entre 1956 et 1969, ne nous permettent pas de définir exactement la durée de l'immunité conférée par notre vaccin antirougeole sur la base du taux des sujets qui sont immunisés.

Toutefois, le fait de suivre d'une année à l'autre l'évolution de la protection postvaccinale chez les différents groupes d'âge dans les conditions particulières de notre pays, où la circulation naturelle de l'infection de la rougeole n'existe pas, est le seul moyen pour établir le moment le plus approprié de revaccination pour chaque groupe d'âge.

STOMATOLOGJI

MJEKIMI ORTOPEDIK I PARODONTOPATIVE ME PROTEZAT – SHINË

– TRENDELINA FICO – RUZHDIJE QAFMOLLA –

(Katedra e Terapisë dhe e Ortopedisë Stomatologjike)

Shpesh gjatë humbjes së pjesshme të dhëmbëve shfaqet mbingarkesa funksionale e parodontit të dhëmbëve të mbetur. Kjo çon në shfaqjen dhe përparimin e mëtejshëm të sëmundjes, e cila, në qoftë se nuk vlerësohet në kohë, shkakton çrregullime serioze, që mjekohen me shumë vështirësi.

Pakësimi i numrit të dhëmbëve bëhet shkak për lindjen e okluzionit (blokimin) traumatik, domethënë se dhëmbët e mbetur mbingarkohen më tepër nga kufizimi i lëvizjeve të mandibulës.

Si pasojë e kësaj ndodhin një sërë çrregullimesh të tilla, që të sëmurit i japin shqetësime, si majisje të gingivës, lëvizshmërinë e dhëmbëve, uljen e funksionit përtypës, prishja e estetikës etj. Prandaj për të siguruar një fiksion më të mirë të këtyre dhëmbëve të mbetur dhe për të zëvendësuar dhëmbët e humbur aplikohen protezat-shinë. Ato kanë për qëllim të shkarkojnë këta dhëmbë nga forca e dëmshme horizontale.

Këto forca janë të favorshme, sepse krijojnë mundësinë që të bëhet kalimi i ngarkesës nga fijet periodontale në kortikalen e brendshme të alveolës (9).

Ky mekanizëm kryen fiksionin e dhëmbëve në alveolë, duke pakësuar procesin e rezorbimit, sepse rritet rezistenca indore e paradonciumit, që krijon kushte më të përshtatshme për funksionim më të mirë fiziologjik të tij.

Në këtë mënyrë të gjitha fijet e parodontit i rezistojnë ngarkesës dhe përpiqen t'i kthejnë dhëmbët në pozicionin e parë (3).

Nga kjo kuptohet se aplikimi i protezës-shinë siguron dhe forcimin e dhëmbëve të mbetur. Ky fiksion kryhet, pra, në rrugë mekaniko-biologjike (2).

Edhe sot njihet dhe zbatohet mjekimi i parodontopative me anën e protezave-shinë si një mjet mjekues e profilaktik i sistemit dentar të mbetur (1, 4, 5, 6).

METODIKA E PUNËS

Të sëmurët të mjekuar me protezë-shinë janë parë nga stadi i procesit patologjik, sasia e dhëmbëve të humbur, shtrirja e defektit dhe forma e raporteve reciproke të nofullave. Në këta të sëmurë, ndërhyrja

kirurgjikale u bë me formën e sëmundjes *parodontitis inflamata*, shoqëroheshin me xhepa të thellë kokkor granulacione patologjike të sëmurët tanë, në 10 prej tyre u bë ndërhyrja kirurgjikale. Fillin u bë kyretazhi, gingivektomia dhe ndërhyrja kirurgjikale e tipit I man-Vidman. Pasi u stabilizua gjendja e gëngivave, u vazhdua me i kimin ortopedik. Mjekimi ortopedik me protezat-shinë u aplikua u sigurua ekuilibri okluzal, që u arrit me rregullimin e planit të c zionit. Ky lloj mjekimi indikohet në rastet kur atrofia e procesit alve është sa 1/2 e gjatësisë alveolare, pra kur harku i rezistencës është i madh se krahu i forcës. Në rastet kur atrofia është më e madhe, i kimi nuk arrin rezultatet e duhura, gjë që u vërtetua edhe në tr sëmurët tanë. Parimi kryesor i protezës-shinë është lidhja e shinës protezën (4, 7).

Pjesën e shinës e kemi përgatitur me kroshe të vazhdueshme, modifikuar me grepat në pjesën e përparme të dhëmbëve frontalë në dhëmbët anësorë në formë bisht dallëndysheje.

Vendosja e grepave në pjesën e përparme bën që forcat horizor të kthehen në vertikale dhe të shpërndahen në një numër sa më madh dhëmbësh.

Në pjesën përfundimtare, skeleti i shinës gërshetohet me kroshe tipit Ney forma të ndryshme sipas indikacionit, me anën e të cilave gurohet mbështetja dhe qëndrueshmëria e saj kundrejt lëvizjeve trans sale (6, 8).

Me këto lloj shinash, ne kemi mjekuar 22 të sëmurë me moshë 20 vjeç deri 50 vjeç. Nga këta, 12 të sëmurë paraqisnin formën in matore distrofike (mikse) dhe 10 të tjerë formë distrofike. Prote -shinë i zbatuam në ato raste kur shumica e dhëmbëve, që ekzistojnë paraqitnin lëvizshmëri të shkallës së dytë.

Zbatimi i këtyre shinave u bë sipas defekteve ekzistues.

Në bazë të klasifikimit të Wildit, numrin e të sëmurëve po e ja në pasqyrën e mëposhtme.

Klasa	Numri i të sëmurëve
I	3
II	9
III	5
IV	5

Nga pasqyra shihet se numri më i madh i të sëmurëve është klasën e II (në defektet e dyanshme), sepse mungesa e dhëmbëve a sorë çon në mbingarkesën funksionale të dhëmbëve të mbetur.

Protezat-shinë janë përgatitur sipas defektit. Në defektin e kl të parë, kur mungojnë dhëmbët frontalë, është zbatuar protezë-shi që, krahas zëvendësimit të dhëmbëve të humbur, gërshetimi i kroshe së vazhdueshme në dhëmbët distalë me kroshe të tipit të Neit. Në fektet e dyanshme kemi zbatuar shinë Elbreht me grepa në pjesën fr tale. Defektet e klasit të III dhe të IV janë defektet e njëanshme dhe pa hapësira. Në këtë rast është bërë gërshetimi i metodës së p me të dytën.

Pasi është bërë mjekimi konservativ dhe i përgjithshëm dhe është arritur një farë regjenerimi i indeve të buta, atëhere metodika e punës sonë ka vazhduar me përgatitjen e protezës-shinë. Metodika e përgatitjes qëndron në analizën e hollësishme të modeleve të studimit, në të cilat përcaktojmë dhëmbët për kroshtet okluzale dhe vendin e grepave në dhëmbët frontalë.

Në gojën e të sëmurit bëhet preparimi në formë V (një kavitet në formë V) në dhëmbët frontalë me trajtim nga ana orale drejt vestibulares. Buzët i rrumbullakosim me qëllim që të ruhet vazhdimësia e priz-mave të zmallit.

Në dhëmbët anësorë bëhet preparimi për krahun okluzal; pas kësaj përgatitje merret masa me alginat, gjatë së cilës duhet treguar kujdes i veçantë për të mos u deformuar vendet e preparuara. Masën e derdhim me allçi të fortë. Së bashku me shinën, proteza modelohet në modelin e revestimentit me rezistencë shumë të lartë ndaj temperaturës dhe derdhet me kromkobalt. Vëzhgimin e të sëmurëve ne e bëmë në një periudhë nga 6 muaj deri në dy vjet. Aftësinë vepruese të mjekimit e vlerësuam sipas të dhënave subjektive, klinike dhe radiologjike. Në të gjithë rastet kemi vërejtur përmirësime të treguesve të lëvizshmërisë së dhëmbëve, zhdukje të procesit të majisjes, zhdukje të dhëmbëve, ndalim të shkatërrimit të mëtejshëm të indit kokkor dhe një riosifikim të pakët të procesit alveolar.

Në sajë të fiksimit të dhëmbëve, të sëmurëve iu është rikthyer funksioni për typës, estetik dhe përmirësimi i gjendjes shpirtërore. Gjatë kontrolleve tona janë vërejtur edhe ndërlikime, një prej të cilave është kariesi, që zhvillohet në vendet e retensionit dhe nuk është siguruar fiksimi i plotë i dhëmbëve. Nga 22 të sëmurë, tek të cilët zbatuam këto lloj shinash, në dy prej tyre është vërejtur karies dhe në 3 të sëmurë nuk është siguruar fiksimi i plotë i dhëmbëve.

Duke u mbështetur në të dhënat tona, në avantazhet që ka zbatimi i këtyre shinave, higjiena e gojës sigurohet mjaft mirë, sepse i sëmuri i heq dhe i pastron vetë, ka lehtësi në trajtimin e mëvonshëm terapeutik, kirurgjikal etj. Kështu arrijmë në përfundimin se këto lloj shinash duhet të përdoren në sëmundjet e parodontit si një mjekim i plotë i parodontopative.

PËRFUNDIME

1) Vendosja e këtyre shinave duhet të gërshetohet me mjekimin konservativ, me anën e së cilës zgjidhet mjaft mirë detyra profilaktike, funksionale dhe estetike.

2) Me anë të tyre arrihet regjenerimi i indeve parodontale, në sajë të shkarkimit të forcave horizontale dhe shpërndarjes së tyre në mënyrë të njëtrajtshme në të gjithë dhëmbët.

3) Mjekimi ortopedik duhet të aplikohet kur rezorbimi i procesit alveolar të jetë jo më i madh se 1/2 e gjatësisë alveolare.

Dorëzuar në Redaksi më 10 nëntor 1979.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Gafar M.:** Kurs deterapije buco dentare. Rumani 1973, 45a, 4
- 2) **Harnisch L.:** Spätergebnisse nach schienungsbehandlung von parodontal geschädigten Gebissen. Deutsche Stomatologia 1973, 4, 401.
- 3) **Henkel G.:** Zur Frager parodontal prophylaktischen Behandlung des rest gebisses durch Einstück UB prothesen. Deutsche Stomat. 1966, 6, 423.
- 4) **Hoxha O., Kaduku H.:** Ortopedia stomatologjike. Tiranë 1976, 452.
- 5) **Jendzejevska T.:** Kompleksowe leczenie chorob przyzębia osobzjadani zgryzy czas. Stomatologia 1974, 4, 450.
- 6) **Maksimaga M.G.:** Ca mnoge shirnirushie annaramie v ortopedickom lechenie paradontoza. Stomatologia 1973, 3, 41.
- 7) **Oksman J.:** Ortopediceskaja Stomatologia. Moskva 1968, 244
- 8) **Praktikumi klinik e para klinik i ortopedisë stomatologjike.** Tiranë 1976, vol. II, 348.
- 9) **Sponholz H.:** Erfahrungen modifizierten elbrecht schiene in der Parodontologie. Deutsche stomatologie 1966, 5, 351.

Summary

ORTHOPEDIC TREATMENT BY PROSTHESIS OF PARODONTOPATHIES

The paper describes the orthopedic treatment by prosthesis of parodontopathies. After a partial loss of teeth, the teeth that remain are exposed to a functional surcharge of their parodontal tissues, which leads to parodontitis and its later consequences.

To ensure a good firmness of the remaining teeth and to compensate the functions of the lost ones, the authors have used combined prostheses in 22 cases.

After an initial conservative and surgical treatment they applied the Elbreht type of prosthesis modified by hooks applied in the frontal parts.

The patients were followed up for periods ranging from 6 months to 2 years. During that period the authors observed improvements of the indices of stability and the disappearance of the inflammatory process. The patients had also recovered their normal masticatory functions.

The paper draws the following conclusions:

— The use of prosthesis should be combined with conservative treatment which ensures a longer preservation of the remaining teeth.

— The use of this type of prosthesis achieves satisfactory prophylactic, functional and esthetic purposes.

Résumé

LE TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE DES PARODONTOPATHIES PAR DES GOUTTIÈRES

Les auteurs du présent article décrivent le traitement orthopédique des parodontopathies par des gouttières. Par suite de la perte d'une partie des dents, les tissus des dents qui sont restées sont exposés à une surcharge fonctionnelle, ce qui entraîne la manifestation et l'évolution des parodontopathies.

Pour assurer une bonne stabilité aux dents qui sont restées et remplacer celles qui manquent, les auteurs ont appliqué des prothèses type gouttière dans 22 cas.

Après un traitement conservatif et chirurgical, ils ont appliqué une gouttière du type Elbrecht modifiée cependant avec des crochets dans sa partie frontale.

Les patients ont été suivis pendant une période de temps allant de 6 mois à 2 ans, et les auteurs ont relevé une amélioration des indices de stabilité, la disparition des inflammations et le rétablissement de la fonction de mastication.

Les auteurs ont dégagé les conclusions suivantes:

— L'emploi des prothèses type gouttière doit être associé au traitement conservatif, ce qui prolonge la durée des dents qui sont restées;

— Ce type de gouttière assure des résultats satisfaisants sur le plan prophylactique, fonctionnel et esthétique.

TRAJTIMI I KISTAVE FOLIKULARE MAKSILARE NË KUFË OSE ME PENETRIM NË SINUSËT MAKSILARE

— ZHANI QIRKO — DHORI POJANI — PERLAT SKËNDO —

(Klinika Stomatologjike, Klinika e kirurgjisë Maksilo-faciale)

Kistat folikulare janë tumore cistike të nofullave, që takohen shumë më rrallë se kistat e tjera të nofullave (10%⁰-3, 8.3%⁰-9 etj.). Zhvillimi i tyre bëhet nga folikuli i dhëmbit normal, por ka raste kur këto ciste zhvillohen edhe nga folikuli i dhëmbëve të mbinumërt. Kistat folikulare vijnë si rezultat i proceseve inflamatore patologjike, që ndodhin në folikulin e dhëmbit, që zhvillohet në afërsi ose në vetë folikulin e embrionit të dhëmbit të qumështit, sidomos të regjionit të molarëve të qumështit. (5). Në këtë drejtim ndikojnë edhe traumat me karakter të ndryshëm.

Për qëllime studimi morëm periudhën pesëvjeçare (1974-1978) të kistave folikulare të operuar në spitalin nr. 1 pranë pavionit të kirurgjisë maksilo-faciale. Pra kemi marrë rastet me kista folikulare me përmasa të mëdha, që kanë ndëlikuar edhe sinuset maksilare. Shënojmë se kista me përmasa të vogla, që nuk interesojnë sinusin maksilar dhe që janë trajtuar ambulatorisht nuk i kemi marrë në studim.

Gjatë kësaj periudhe janë shtruar dhe operuar në klinikën tonë 11 të sëmurë me kista folikulare në maksilë.

Nga punimi ynë rezulton se shkaktarët kryesorë të kistave folikulare maksilare kanë qënë kaninat permanentë (7 raste). Po afërsisht të tilla të dhëna japin dhe autorët e tjerë (4,6 etj.). Në të sëmurët tanë moshë më e vogël ka qënë 8 vjeç dhe më e madhja 65 vjeç. Shpeshtësia më e madhe e moshës 8-20 vjeç lidhet me faktin se në këtë periudhë vazhdon ndrimi i dhëmbëve të qumështit me ata permanentë. Të këtij mendimi janë dhe shumë autorë të tjerë (1,2,4,5,8).

Shpeshtësia më e madhe e kistave folikulare në maksilë shpjegohet me shpeshtësinë më të lartë të dhëmbëve të retinuar maksilare, sidomos të atyre kanine.

DISKUTIMI I RASTEVE

Nga të dhënat e anamnezës, të nxjerrë nga kartelat del se të sëmurët janë paraqitur për ndihmë mjekësore pasi kanë pasur shqetësime të parëndësishme për një kohë që shkon nga dy muaj deri dhjetë e më shumë vjet. Në 4 të sëmurë, kistat janë infektuar dhe janë trajtuar si procese inflamatore. Dy të sëmurë nuk kanë pasur shqetësime gjatë

gjithë kësaj periudhe, por janë paraqitur në klinikë nga dekubituse krijuara nga protezat. Gjatë ekzaminimit klinik dhe radiologjik janë zbuluar kistat folikulare. Dy raste të tjerë janë paraqitur pasi kishte dhënë deformim të nofullës, shenja të prishjes të simetrisë fytyrës, por pa pasur shqetësime të rëndësishme, si dhembje etj. rastet e tjera, me anë të grafisë, është kërkuar për dhembje permanente të paeruptuar (pasi dhëmbi i qumështit persiston) dhe kështu është zbuluar kista. Vonesën në diagnostikimin e kistave folikulare e shpjegojnë se këto lloj kista zhvillohen pa dhembje dhe ndryshimet e nofullës i japin me vonesë, pasi rriten në madhësi. Pra në fillim, simptomat klinike ose mungojnë ose janë shumë të varfëra, sidomos në kistat që penetrojnë në sinusin maksilar dhe që deformimet e nofullës i japin shumë vonesë.

Ekzaminimi radiologjik luan një rol shumë të rëndësishëm si ndihmës kryesor e ekzaminimit klinik dhe, në veçanti, kur klinikisht është e varfër ose mungon fare. Diagnoza diferenciale bëhet me proceset inflamatore, tumoret kistike etj. Vështirësi paraqet diagnoza diferenciale me polikistoma, sidomos ato monokamerale. Në këtë rast diagnoza bëhet me përcaktimin e biopsia. Mjekimi i kistave folikulare është kirurgjik. Disa autorë (5, 9) rekomandojnë që të bëhet radikalja e sinusit kur kista ka penetruar në të për të siguruar një drenazh sa më të mirë. Në literaturën tonë rezultojnë se në të 11 të sëmuret është bërë cistektomi, në të cilët 4 janë shoqëruar me radikale të sinusit maksilar. Gjithmonë cistektominë është bërë dhe heqja e dhëmbit të retinuar. Radikalja e sinusit maksilar është bërë në ato raste kur nga penetrimi i kistave infektuar është shkaktuar dhe infeksioni i sinusit ose kur kista përfshihet 1/2 e maksilës, duke penetruar plotësisht në sinusin maksilar (pa që infektuar sinusin). Në një rast që kista penetronte në sinusin maksilar dhe që nuk ishte e infektuar dhe nuk u shoqërua me radikale të sinusit, pati recidivë dhe u operua, duke iu bërë dhe komunikim me hundën. Në rastet kur kista nuk ka penetruar në sinusin maksilar ose me komunikim të kockor i poshtëm ka qënë i prishur (i destruktuar, por mukoza e rruat) nuk është bërë radikale e sinusit, por është mbajtur në observacion dhe kemi vënë re se kanë kaluar shumë mirë.

PËRSHKRIMI I RASTEVE

Rasti i parë.— I sëmuri Q.K., vjeç 37, shtrohet më 8 prill 1979 me diagnozën Tu kistik maksila të djathtë. Ai referoi se kishte 6 muaj ndjente dhembje të lehta dhe kishte filluar të enjtej nga ana e djathtë e fytyrës. Vizitohet në një nga klinikat e rrethit dhe pas bërjes së grafisë dërgohet për shtrim (fig. 1). Në grafinë e sinusit maksilar vërehet sqarim në sinusin maksilar të djathtë. Në grafinë e vogël (fig. 2) shihet i retinuar që klinikisht paraqiste: intraoral mungonte në alveole përkatëse si dhëmbi i qumështit ashtu dhe permanenti. Kish deformim ekspansiv të maksilës. Nga ana e djathtë mukoza ishte pak e zbehur. Në palpacion ndjehej krepitacion nga hollimi i murit vestibular ekstrabukal dhe kish një deformim të pakët në regjionin bukal të djathtë. Më 10 prill 1979 u operua duke iu bërë cistektomi dhe radikalja e sinusit maksilar me metodën Denker, pasi kista kishte shkatërruar plotësisht



Fig. 2



Fig. 1

murin inferior dhe anterior të sinusit, që ishte futur në të duke kalu: afër 1 |. Së bashku me kistektominë u hoq edhe 3 | i retinuar. Për ditë u mjekua me antibiotikë etj. Pas heqjes së drenit nazal (nga di e trefë deri në të pestën) në terapi u shtua otorinomicina. Më 19 pr 1979 del i shëruar.

Rasti i dytë.- I sëmuri P.J., vjeç 12, kishte një muaj që ndjente shq tësime. E lidhte këtë me lënien për gjysëm të kurës të molarit të pa maksilar të djathtë. E shqetësonte një e enjtur në faqen e djathtë, i rritje vazhdimisht pa dhembje të forta. Paraqitet në klinikën tonë, i pasi iu bë radiografia, dërgohet për shtrim më 16 qershor 1975 n diagnozën kista folikulare me penetrim në sinusin maksilar të djathtë. Në ekzaminimin objektiv: ekstraoral edemë e regjionit bukal të djathtë e pakët, e padhembshme në prekje, intraoral persistonte III | i qumësh të e kariuar, kavitet M-O. Gjithashtu mungonte edhe 3 | permanent. I palpacion në regjionin e edemës maksilare ndjente fluktacion, pasi koc vestibulare pjesërisht ishte e shkatërruar (sulkusi vestibular i prishu. Në grafi ekstraorale për sinuset maksilare (fig. 3) shihej 3 | me pozici vertikale i projektuar brenda në sinusin nën margo inferior orbital. M 18 qershor 1975 operohet kur i bëhet heqja e dhëmbit të retinuar, i ishte në pozicionin e parë në grafi dhe kistektomi pa komunikim n hundën. Shënojmë se kista ishte plotësisht në sinusin maksilar dhe 3 | ishte plotësisht i përfshirë në kistë. Për 8 ditë u mjekua me bipenicilin streptomycinë, vitamina, analgjezikë etj. Edema pasoperatore u ul, p persistonte e fortë dhe e dhembshme në prekje. Biopsia e datës 20 qersh 1975 nr. 1702 rezultoi pjesë nga paret e kistës maksile persistonte eder postoperatore. Për këtë u fillua fizioterapi, të cilën e vazhdoi ambul torisht, pasi doli nga spitali më 28 qershor 1975.

Pas një muaji, edema i shtohet dhe shtrohet përsëri më 30 korr 1975 dhe rioperohet. Pasi sinusi ishte i infektuar iu bë dhe radikalja sinusit maksilar. Doli i shëruar më 23 gusht 1975. Është kontrollu çdo 2-3 muaj deri në një vit e gjysëm pas operacionit dhe gjëndja qënë e mirë.

Rasti i tretë.- E sëmura D.R., vjeç 19, kishte disa muaj që ndjen shqetësime dhe enjtje në nofullën e djathtë sipër. Më 8 shtator 19 shtrohet me diagnozën kist folikular nga 3 | me penetrim në sinu maksilar të djathtë pas bërjes së grafisë (fig. 4, 5).

Ekzaminimi objektiv: ekstraoral, edemë e pakët rreth regjion bukal të djathtë; në prekje e fortë, pak e dhembshme, lëkura norma Intraoral mungonte kanini permanent, persistonte kanini i qumësh (fig. 6). Forniksi maksilar vestibular i regjionit 45 | krejtësisht i d formuar. Kanini i djathtë permanent i vendosur horizontalisht në me gon inferior orbital. Më 11 shtator 1978 operohet dhe i bëhet kistektomi dhe radikalja e sinusit maksilar sipas Denker. Shënojmë këtu se gj operacionit u pa se muri i poshtëm dhe i përparshëm i sinusit maksil ish i shkatërruar plotësisht dhe kista përfshinte gjithë maksilën e djathtë me spostim të konkave nazale nga e majta (mezialisht) të anës t tër. Mezialisht përpara shkonte deri në vomer. Sinusi maksilar ish p tësisht i përfshirë nga kistat deri në murin e sipërmë nga prapa koc e tubër maksile e holluar si fletë cigare 3 | i vendosur në alveolë

nurin intraorbital i vendosur horizontalisht (shënojmë se në kistë përfshi-nej vetëm korona e dhëmbit). Pas heqjes së kistës dhe dhëmbit të retinuar i pa se 6,5,4 | i kishin rrënjët në kavitet nën sakusin kistos; të cilat nuk u hoqën dhe nga kontrolli i mëvonshëm rezultoi se vitaliteti ruhej

plotësisht. Për mos-shpejtimin në ekstraktionin e dhëmbëve, që kanë rrënjët në kavitetin kistos e kanë vënë re edhe autorë të tjerë (3). Më 21 shtator 1978 e sëmura del e përmirësuar për të vazhduar mjekimin ambulatorisht me otorinomicinë dhe një kurë tetraciklinë (në bazë të antibiogramës, pasi kishte sekrecione sero-hemorragjike nga hunda). Biopsia e datës



Fig. 3



Fig. 4

13 shtator 1978 nr. 2335 rezultoi: formacion kistik i infektu i sinusit maksilar. Pas 6 muajsh, e sëmura ishte e qetë plotësisht asnjë shqetësim.

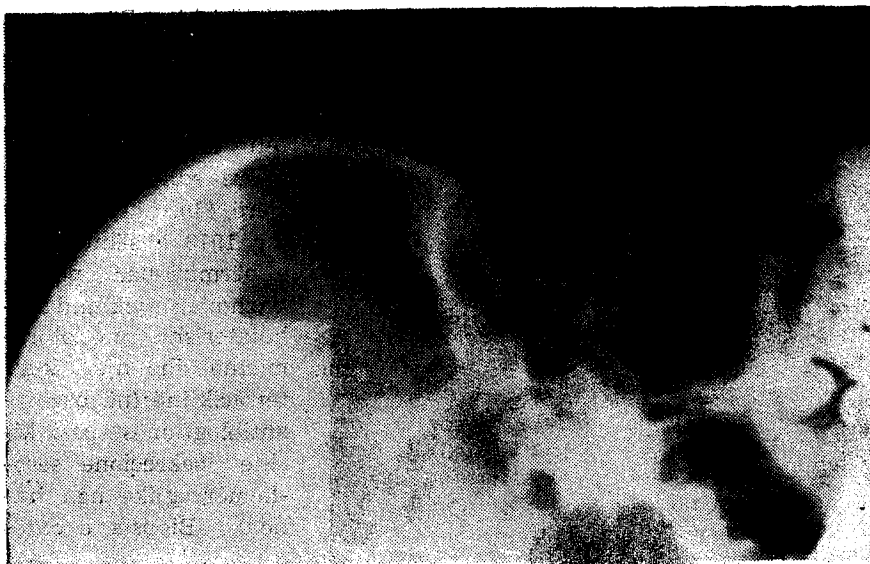


Fig. 5



Fig. 6

PERFUNDIME

1) Nga punimi ynë rezulton se kaninet maksilare ishin shkaktarët më të shpeshta të kistave folikulare dhe mosha më e shpeshtë ishte 10-20 vjeç.

2) Në format asimptomatike, ekzaminimi i kujdesshëm i harqeve dentare bën zbulimin e shpejtë të kistave folikulare. Rontgenografia ndihmon dhe sqaron shumë diagnozën.

3) Mjekimi kirurgjikal me anë të kistektomisë jep rezultate pozitive. Në rastet kur kista penetron plotësisht në sinusin maksilar dhe si domos kur e infekton atë, jemi të mendimit se detyruesisht duhet bërë radikalja e sinusit maksilar për të parandaluar recidivat, siç ka ndodhur në një rastin tonë.

Dorëzuar në Redaksi më 10 mars 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bilali A., Ulqinaku F.: Shtegtimi i dhëmbëve të retinuar, ndërlikimet e mjekimi i tyre. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1978, 2, 77.
- 2) Bilali A.: Disa veçori në klinikën dhe mjekimin e kistave të regjionit maksilo-facil. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1971, 1, 89.
- 3) Delaire J., Billet J., Lumineau P.J., Schmidt J.: Le traitement chirurgical «conservateur» des grand kystes des maxillaires. Revue de Stomatologie et de chirurgie maxilo-facial 1980, 1,3.
- 4) Lira Dh.: Studim mbi dhëmbët e retinuar e mjekimi i tyre. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1974, 2, 39.
- 5) Pojani Dh. e bp. Tumoret endogjenë. Kirurgjia Stomatologjike Tiranë 1971, 225.
- 6) Pojani Dh., Shameti A.: Disa veçori klinike të kistave folikulare e trajtimi i tyre. Shëndetësia popullore 1978, 2, 74.
- 7) Pojani Dh.: Mbi metodat e mjekimit të kistave të nofullave. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1969, 2, 55.
- 8) Popescu V.: Chisturile maxilaelor de origine dentara. Chirurgie buco-maxilo-faciala. Bucurest 1967, 446.
- 9) Thoma H. Kurt: Odontogenic diseases of maxillary sinus (capter Oral Surgery) Saint-Louis 1963, 640.

Summary

TREATMENT OF FOLLICULAR CYSTS TOUCHING OR PENETRATING INTO THE MAXILLAR SINUSES.

Particular aspects are discussed of the treatment of massive follicular cysts growing in the vicinity or inside the maxillar sinuses in 11 cases observed between 1974 and 1978 (5 years). Three typical cases are described in detail together with the method of their treatment.

Résumé

TRAITEMENT DES KYSTES FOLLICULAIRES À PROXIMITÉ OU À L'INTÉRIEUR DES SINUS MAXILLAIRES

Dans cette communication, les auteurs s'occupent des particularités du traitement des kystes folliculaires massifs à proximité à l'intérieur des sinus maxillaires, qui ont été observés chez 11 patients pendant la période allant de 1974 à 1978. Ils fournissent particulièrement une description détaillée de 3 cas typiques, tout en indiquent la méthode de traitement.

NDRYSHIMET PATANATOMIKE NË SËMUNDJET AKUTE TË RREZES NË EKSPERIMENT

— SPIRO MËHILLI — AGJA RUKA —

Sëmundja akute e rrezes është patologji e rëndë, e cila jep dëmtime të ndryshme pothuaj në të gjitha indet dhe sistemet e organizmit. Këto ndryshime vihen re si nga ana makroskopike ashtu dhe mikroskopike.

Në këtë material do të paraqitim ndryshimet anatomo-patologjike, kryesisht makroskopike dhe pjesërisht mikroskopike në kafshë eksperimentale.

Në këtë drejtim, ne gjetëm të dhëna vetëm teorike në punimet e disa autorëve (1,2,4). Por mund të përmenden edhe ato studime, që kanë të bëjnë me viktimat e shpërthimeve bërthamore (9), ato të aksidenteve në reaktorët bërthamorë (5,10) dhe studimet në kafshë eksperimentale (6, 8).

Punimi ynë bazohet në 54 kafshë (qen) të ngordhur nga sëmundja akute e rrezes. Qentë janë rrezatuar me doza të ndryshme (deri 400 rengen, 21, 550 rengen-15 dhe 600 rengen - 18 qen). Ata ngordhën në ditë të ndryshme, duke filluar nga dita e katërtë dhe mbaruan në ditën e 27-të. 40 kafshë ose 75,5% ngordhën nga dita e dhjetë në të njëzetën, që flet se ndodhi në periudhën kritike të sëmundjes, që është dhe periudha kur lindin ndërlikime serioze, që bëhen shkak kërcënues për jetën.

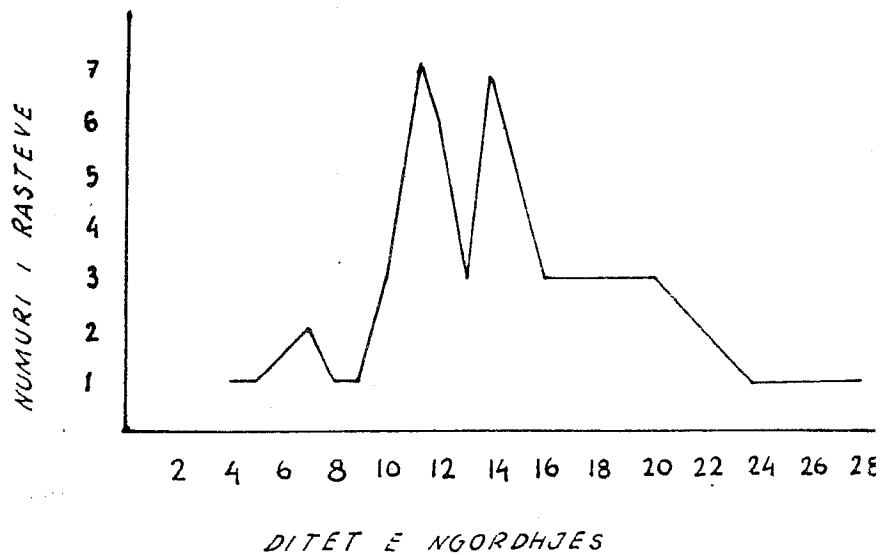
Kafshët u hapën 2-3 orë pas ngordhjes dhe ndryshimet makroskopike u përshkruan në protokolle të veçantë.

Në shpejtimin e ngordhjes, rol kryesor ka luajtur doza. Sa më e madhe ishte ajo, aq më shpejt kanë ngordhur kafshët dhe e kundërta. Qentë të rrezatuar me dozë 400 r ngordhën mesatarisht në ditën e 15,6; ata me dozë 550 r ngordhën në ditën e 13,9 dhe ata me dozë 600 r ngordhën në ditën e 12,5.

Nga ndryshimet anatomo-patologjike makroskopike, në përgjithësi, kemi parë hemorragjinë. Në 54 raste tona, hemorragjia është shfaqur në formën e njollave hemorragjike me madhësi nga ato në formë pikash e deri në pllaka të tëra hemorragjike. Forma e tyre ka qënë me konture të rregullta dhe herë të tjera në forma të çrregullta.

Në vartësi të shtrirjes së tyre, kemi këtë renditje: në lëkurë dhe në indin subkutan në 40 raste (74%) me madhësi dhe forma të ndryshme. Në aparatën e frymëmarrjes, hemorragjitë kanë qënë të shpeshta. Ato

ECURIA E NGORDHSHMERISE NE DITE



DITET E NGORDHJES

Grafiku 1

u takuan në 49 raste (90.7%); në mushkërinë e djathtë në 42 ras (77.7%), kurse në atë të majtën në 46 raste (85.1%), në trake në 9 ras (16.6%), ndërsa në larings dhe bronke përkatësisht në 4 dhe 3 raste. Varrat hemorragjike në pulmone ishin në madhësinë e një kokre misri dhe në një dhjetë qindarkëshe, kurse në larings, trake e bronke njollat hemorragjike ishin punktiforme. Në 4 raste, njollat hemorragjike u takuan edhe në diafragmë. Në dy raste pati vend hemotoraksi.

Në pesë raste të studjuara, mikroskopikisht struktura histologjike ishte e alteruar. Alveolat ishin me pamje të qartë dhe të mbushura me elemente eritrocitare të shumtë sa që jepnin përshtypjen e pneumoragjisë masive. Në disa zona, septumet alveolare paraqiteshin të çjerrë, septumet interalveolare me elementë qelizorë ishin të qartë. Në zonat peribronkiale dhe perivaskulare viheshin re elemente leukocitare në formë grumbujsh. Bronket me epitel pjesërisht të ruajtur dhe pjesërisht ishin të destruktuar me përmbajtje likuidi eozinofilik si edhe me elementë rrallë eritrocitarë e leukocitarë.

Në sistemin kardiovaskular, njollat hemorragjike u takuan si në miokard, endokard e perikard në 49 raste (90.7%). Në miokard e ventrikulit të majtë në 34 raste (62.9%), në atriumin e djathtë në 32 raste (59.2%), kurse në atriumin e majtë dhe ventrikulin e djathtë në 18 raste (33.3%). Në endokard e ventrikulit të majtë në 19 raste, në ventrikulin e djathtë 15 raste dhe në atriumet 8 raste. Po kështu njollat hemorragjike në 9 raste dalloheshin edhe në muskujt papilarë. Edhe aurikulat ishin prekur, e majta në 18 raste, kurse e djathta në 14 raste. Perikardi ishte prekur në 13 raste (24%). Këto vatra ndonjëherë ishin atë shumta, sidomos në murin e ventrikulit të majtë dhe të atriumit të

djathtë sa që jepnin përshtypjen e një rripi hemorragjik. Në hapësirën perikardiale hasëm perikarditin serohemorragjik në 6 raste (11.1%), në sasi 40-50 cm. Nga ana histologjike, epikardi paraqitej i inonduar nga një sasi shumë e madhe elementësh eritrocitarë sa që jepte përshtypjen e një vatre me ngjyrë kafe në të kuqe. Fibrat miokardiale ishin me pamje të qartë, vende-vende të mbuluara nga elementë eritocitarë të shumtë. Vazat të zgjeruara dhe të mbushura me gjak.

Sistemi i aparatit tretës, gjithashtu, ishte i mbushur plot me vatra hemorragjike në 50 raste (92.6%). Zonat hemorragjike preknin gingivat dhe tonsilet në 39 raste (72.2%), stomakun në 46 raste (85.1%), zorrët e holla dhe të trasha në 49 raste (90.7%), kurse ezofagun në 6 raste. Në zorrët e holla, njollat hemorragjike ishin aq të shumta në numër dhe shpesh të mëdha sa që nga ana e jashtme u jepnin këtyre pamjen e lëkurës së tigrit. Në aparatit glandular, mukoza ishte e ruajtur. Nga ana mikroskopike, submukoza paraqitej me vatra të mëdha me elementë eritrocitarë si dhe elementë leukocitarë të ralla.

Në 44 raste, nyjat limfatike mezenteriale kishin ngjyrë të kuqe të errët; gjatë prerjes dilte një lëng sanguinolent. Shpretka ishte e dëmtuar në 32 raste (59.2%). Ajo paraqitej e flashkët, njollat hemorragjike shiheshin më shumë në buzët e saj. Nga ana histologjike, folikujt limfatikë ruanin pak a shumë strukturën e tyre normale, trabekulat ishin me pamje jo të qartë. Në të gjithë fushat viheshe re një inbibim i madh elementësh eritrocitarë sa që jepnin përshtypjen e një mase të tërë hemorragjike.

Në 11 raste u pa dëmtimi i kokës së pankreasit dhe më rrallë i trupit të tij.

Mëlçia e zezë ishte e dëmtuar në 40 raste (74%), duke u frenuar me gjak; struktura histologjike e saj ishte e alteruar. Hepatocitet nuk ruanin vendosjen e tyre trabekulare, hepatocitet centroacinoze paraqiteshin dukuri të distrofisë vakuolare, bërthama e tyre pak e ngjyrosur. Në zona të tjera viheshin re vatra gati homogjene, ku hepatocitet kishin humbur bërthamën e tyre dhe kishin formuar vatra të nekrozës. Vena qëndrore ishte e mbushur me gjak. Hapësirat portobiliare ishin me sasi të shtuar elementësh eritrocitarë. Elementët eritrocitarë në formë grumbujsh viheshin re të shpërndarë aty këtu në të gjitha fushat.

Përsa u përket veshkave nga ana makroskopike u vu re dëmtimi i shtresës kortikale të saj të djathtë në 27 raste (50%), kurse të majtës në 22 raste (40.7%), shtresa medulare përkrahësisht në 7 dhe 6 raste. Njollat hemorragjike ishin në formë pikëzash, kurse në raste të rralla, shtresa kortikale paraqitej e tërë e nxirrë dhe e ngjitur në kapsulën renale sa që me vështirësi shkollitej. Pelvisi renal ishte i dëmtuar vetëm në 3 raste.

Në vezikën urinare në 30 raste (53.5%) u hasën vatra hemorragjike. Nga ana histologjike glomerulet u panë të qarta me epitel të rregullt dhe të mbushura me likuid eozinofilik. Vazat ishin të dilatuara dhe të mbushura me gjak. Në disa zona u vunë re grumbuj elementësh të shumtë eritrocitarë me formë vatrash kryesisht subkapsulare. Aty-këtu viheshin re edhe elementë leukocitarë të rrallë.

Disa ndryshime makroskopike dhe mikroskopike të fotografuara po i paraqesim më poshtë:

Në aspektin e diskutimit të hemorragjisë kemi mundur të vëm si dhe autorë të tjerë (7, 9), se sa më shumë që të zgjatë sëmundja, aq e shprehur është sindroma hemorragjike, pra aq më shumë vatra hemorragjike ka dhe, e kundërta, kur përfundimi letal është i shpejtë, seps këtë rast ende nuk janë dëmtuar sa duhet enët e vogla të gjakut.

Një dukuri të tillë e kemi vënë re edhe në kafshët e mjekuara sindroma hemorragjike është më pak e shprehur, kjo për shkak të titit të mjekimit. Disa autorë (cituar nga 3) nënvizojnë se: «në kafshët u trajtuan me rutinë, petekiet pakësohen shumë, por në të njëjtën vdekshmëria rritet». Kjo vjen se rolin kryesor e lot sëmundja e ndikuar me infeksione të ndryshme.

Midis ndryshimeve të tjera morfologjike, sidomos në aparatën gastrointestinale, takuam nekrozat në lidhje me vatrën hemorragjike në 33 (61.1%) si në gingiva, tonsile, stomak dhe zorrë. Në qendër të tyre dëmtohen ulçerime, si pasojë e të cilave në 28 raste (51.8%) në stomak zorrë kemi gjetur gjak të pastër ose melena. Në rastin 87, ulçerat aq të shumta sa dhanë një kolin hemorragjik. Po kështu ulçerim vënë re edhe në vezikën urinare, ku u pa hemorragjia, e cila në rastin 53 ishte e bollshme. Në rastin 84 u takua gangrena e zorrëve me 25 cm.

Kemi vërejtur edhe ndërlikime të tjera si p.sh. në rastin nr. 37 i gënjim i 36 cm. zorrë iliake në pjesën cekale. Në rastin nr. 28 peritonit siar, si pasojë e perforimit të vezikës biliare nga nekroza e saj. Në 15 raste u gjend edema pulmonare, ndërsa në 3 raste u gjend atelekt pulmonare.

Nga ndjekja e rasteve tona, mendojmë se shkak konkret për rrahjen e kafshëve ka qënë sëmundja akute e rrezes e shkallës së mëtejshme në 21 raste, sëmundja akute e rrezes e shkallës së rëndë në 15 raste sëmundja akute e rrezes e shkallës shumë të rëndë në 18 raste.

Në 27 raste (50%), sëmundja e rrezes u ndërlikua me edemë pulmonare, në 12 raste me perikardit serohemorragjik, në 3 raste me atelekt pulmonare të shoqëruar me perikardit serohemorragjik, me atelekt pulmonare në 3 raste, në një rast me peritonit biliar, në një rast me okluzion intestinal, në një të tretë me gangrenë të zorrës, në një rast me hematuri dhe në dy të tjerët me pleurit.

PËRFUNDIME

1) Në sëmundjen e rrezes, dëmtimet kanë qënë kryesisht të karrurit hemorragjik të përhapura në shumicën e organeve dhe sistemeve organizmit, mbi bazën e të cilave mund të zhvillohen perikarditi, ec pulmonare, ulceracionet, që sjellin hemorragjinë. Kjo u pa edhe në raste të tjera.

2) Shkak i ngordhjes ka qënë sëmundja akute e rrezes e shkallës së mëtejshme në 21 raste, sëmundja akute e rrezes e shkallës së rëndë në 15 raste dhe e shkallës shumë të rëndë në 18 raste.

3) Sa më shumë ka zgjatur sëmundja, pra dhe ngordhja më e vështirë aq më të shprehura ishin njollat hemorragjike dhe e kundërta.

Dorëzuar në Redaksi më 20 nëntor 1969

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Aleksi Gj.** : Anatomia patologjike e sëmundjes akute të rrezes. Në «Mjekësia e rrezatimeve jonizuese». Tiranë 1978, 123
- 2) **Bitri P.** : Sëmundja e rrezatimit radioaktiv. Në «Patologjia Morfologjike. Tiranë 1966, 635.
- 3) **Buchet R., Breitman G.** : Eléments de radiologie appliquée. Paris 1960, 181:
- 4) **Cuberi B.** : Lezionet nga rrezatimet jonizuese. Në «Mjekësia Ligjore. Tiranë 1975, 179.
- 5) **Hempelmann L.H.** : Evaluation de la gravité des radiolésions aiguës. Në «Diagnostic et traitement des radiolésions aiguës» Genève 1964, 54.
- 6) **Krajevskij N. A.** : Ocjerki patologicëskoj anatomii lluçjevoj boljezni. Moskva 1957.
- 7) **Krajevskij N. A.** : Balshaja Medicinskaja enciklopedija. Moskva 1960, vol. 16, 374.
- 8) **Lacassogne A., Gricoureff G.** : Action des radiations ionisantes sur l'organisme. Paris 1956.
- 9) **Oughterson A. W., Warren Sh.** : Medical effects of the atomic bomb in japan. New York 1956, 253. (përkthim).
- 10) **Shipman Th. L.** : Cas d'irradiation mortelle par surexposition, accidentelle massive à des neutrons et à des rayons gamma. Në «Diagnostic et traitement des radiolésions aiguës». Genève 1964, 131.
- 11) **Upton A. C., Lushbuagh C. C.** : The pathological anatomy of total body irradiation. Në «Atomic medicine. Baltimore 1969, 154.

Summary

PATHOLOGIC CHANGES IN EXPERIMENTAL ACUTE RADIATION DISEASE

The macroscopic and microscopic pathologic changes were studied in 54 animals (dogs) in which acute radiation disease was induced by exposure to doses of 400r (21 dogs), 500r (15 dogs) and 600r (18 dogs). The following conclusions were drawn:

1) The lesions caused by radiation were mainly of a diffuse hemorrhagic nature and were found in most of the body organs and systems; they could develop into pericarditis, lung edema, bleeding ulcers etc., which were observed by the authors.

2) The larger the dose of radiation, the shorter was the survival of the animals.

3) The longer the course of the illness, the more pronounced in size and number were the hemorrhagic lesions.

Résumé

MODIFICATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES DANS LES MALADIES EXPERIMENTALES DE L'IRRADIATION AIG

Les auteurs du présent article ont étudié les modifications macro- et scopiques chez 54 animaux (chiens), qui avaient manifesté la maladie de l'irradiation aiguë par suite de l'application de doses de 400 r (21 chiens), 500 r (15 chiens) et 600 r (18 chiens). Ils ont dégagé les conclusions suivantes:

1) Les lésions provoquées par l'irradiation sont constituées principalement de l'hémorragie diffuse dans la plupart des organes et systèmes de l'organisme. Les hémorragies peuvent évoluer en des péricardites, des œdèmes pulmonaires, des ulcères hémorragiques, etc, que les auteurs ont effectivement observés pendant leurs expérimentations.

2) Plus grande est la dose et plus vite survient la mort chez les animaux;

3) Plus longue est l'évolution de la maladie et plus marqués sont les symptômes et le nombre des lésions hémorragiques.

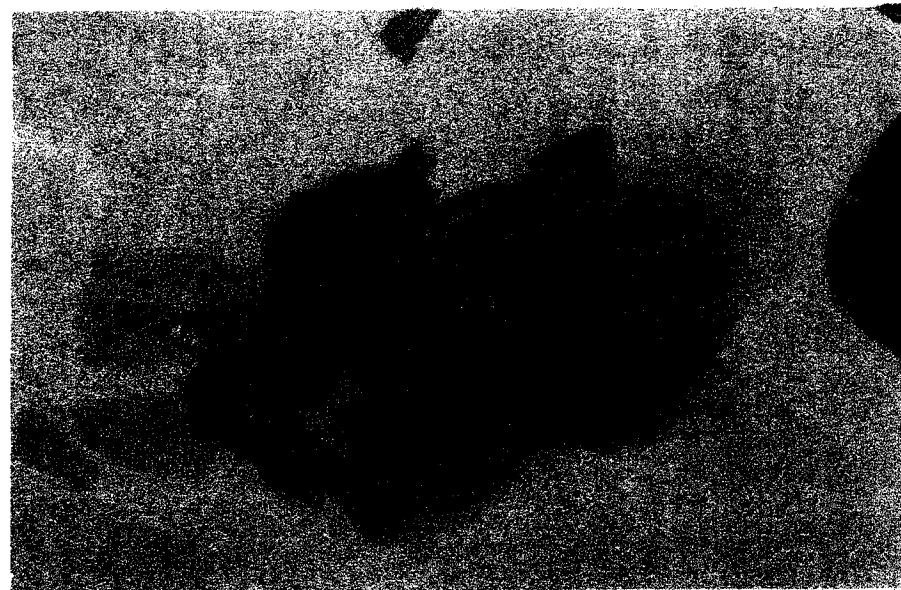


Foto 1: — Hemorragji masive e nyjave limfatike mezenteriale.



Foto 2. — Hemorragji masive e zorrës së hollë, që ka kapur pjesërisht edhe mezenterin.



Foto 3. — Hemorragji masive e serozës së stomakut, që ka kapur edhe shtresat e tjera, kryesisht në kurvaturën e madhe në murin posterior.



Foto 4. — Hemorragji masive e stomakut, që ka kapur kryesisht mukozën me plikat e saj. Në disa zona ka vatra të theksuara hemorragjike me zhdukje të plikave të mukozës.



Foto 5. — Mëlçia paraqet zona hemorragjike kapsulare me ngjyrë kafe të errët e alteruar me zona të tjera me ngjyrë rozë.

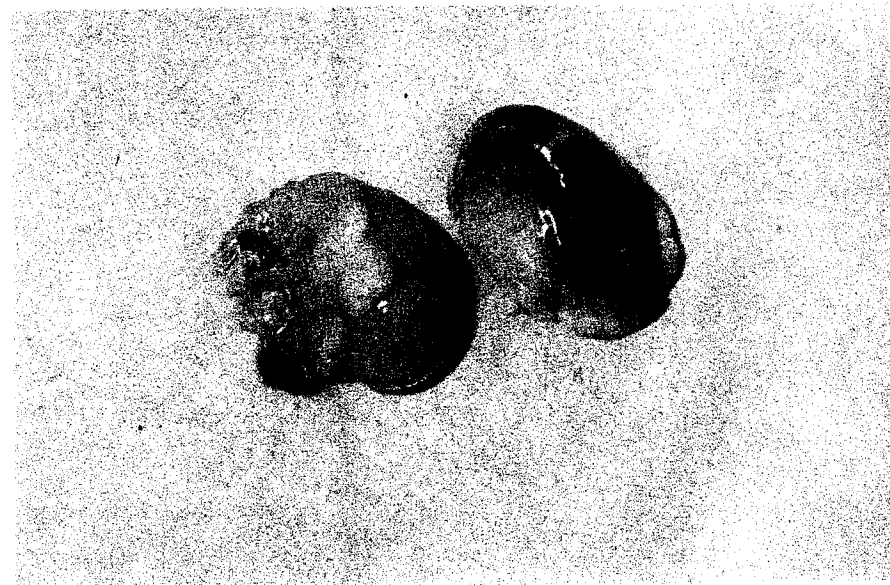


Foto 6. — Hemorragji masive në indin dhjamor, që mbulon veshkën si edhe hemorragji subkapsulare.



Foto 7. — Hemorragji kryesisht në aurikulën e djathtë si edhe një zonë në formë shiriti në miokardin e ventrikulit të djathtë.



Foto 8. — Vatra hemorragjike subpleurale në lobin e sipërmë të pulmonit.

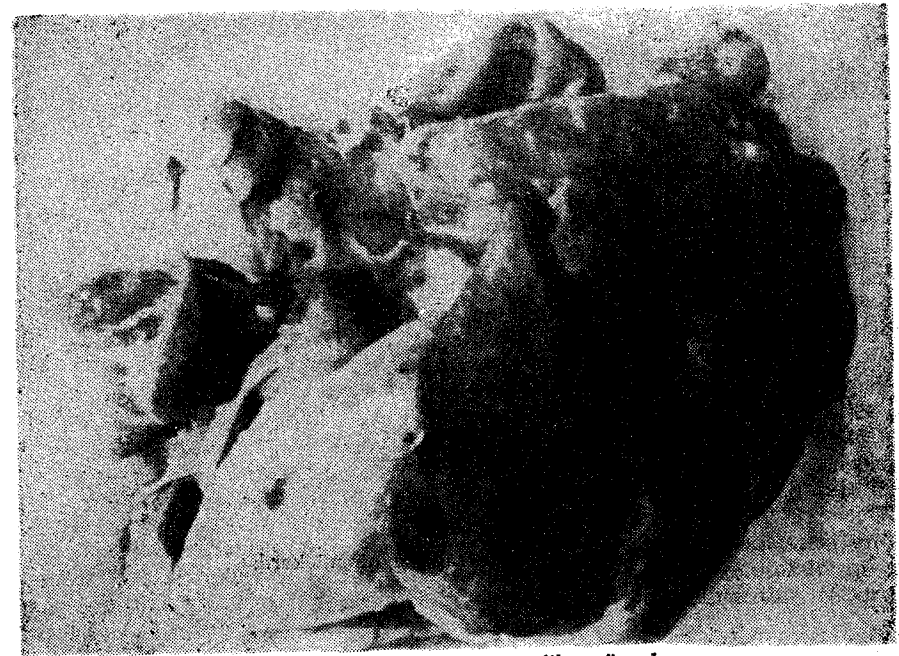


Foto 9. — Vatra hemorragjike në pulmone.



Foto 10. — Vatra hemorragjike subkapsulare e veshkës.

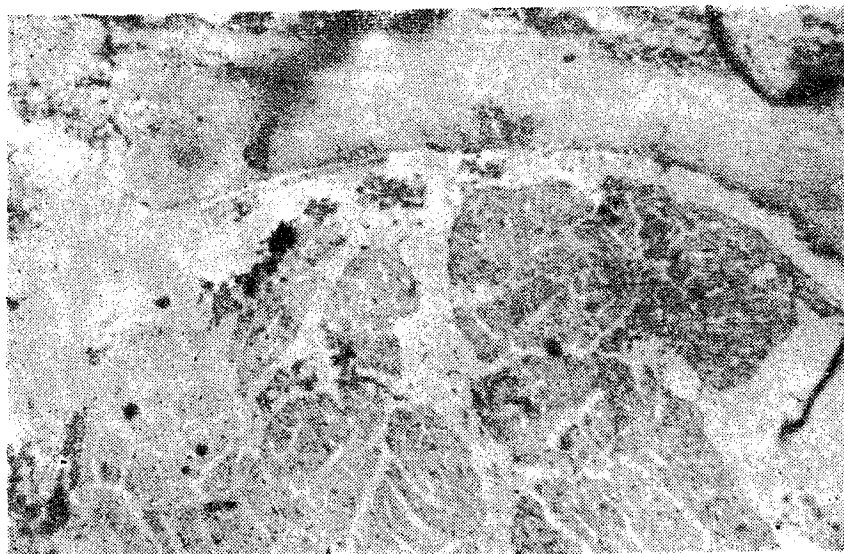


Foto 11. — Vatra hemorragjike në miokard.

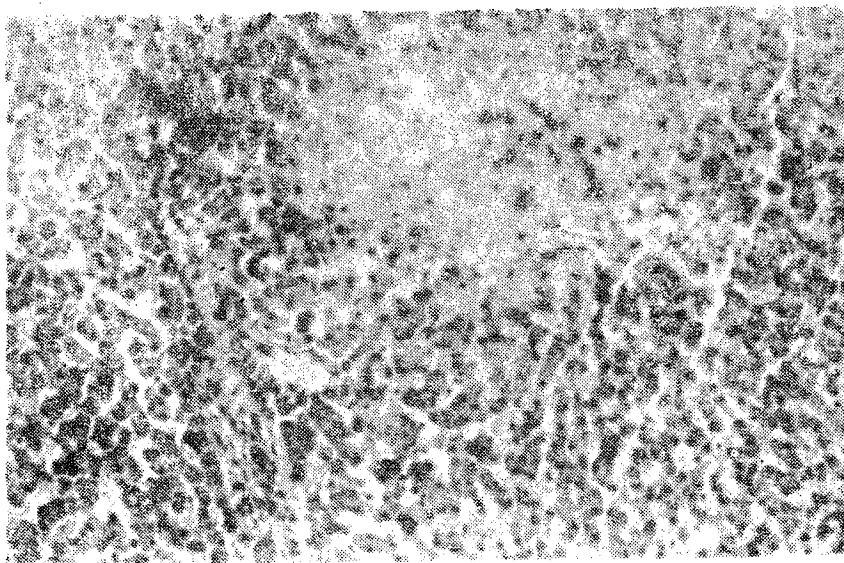


Foto 12. — Nekrozë e hepatociteve.

ANESTEZIA ME TIOPENTAL PËR TË OPERUARIT NË ORGANE TË BARKUT NË KIRURGJINË EKSPERIMENTALE

— POLIZOJ SHQINA — MIHAL PRIFTI — QIRJAKO NAÇI —

(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ûshtarake — Tiranë)

Në punimet kërkimore kirurgjikale eksperimentale, problemi i anestezisë në të dëmtuarit rrezor ka një rëndësi të veçantë. Për këtë qëllim, shumica e autorëve (2, 3, 8) përdorin preparate barbiturike, të tjerë (7) rekomandojnë gërshëtimin e këtyre me Diazepam.

Punimet e shumta eksperimentale dëshmojnë se të gjithë llojet e njohura të narkozës, po të përdoren përpara fillimit të sëmundjes së rrezes, nuk ndikojnë në rrjedhjen e saj (3). Në lidhje me përdorimin e preparateve barbiturike gjatë sëmundjes së rrezes ka një sasi të madhe punimesh eksperimentale, të cilat vërtetojnë se këto preparate kanë cilësi të njohura mbrojtëse kundër dëmtimeve rrezore (8, 12).

Në eksperimentet tona prej disa vjetësh po përdorim anestezia endovenoze me Tiopental, Rruga intraperitoneale (1) për metodikën që po paraqesim është e papërdorshme në kirurgjinë eksperimentale të organeve të barkut.

Qëllimi i këtij punimi është të paraqesim metodikën, arritjet si dhe standartizimin e dozave të këtij anesteziku në eksperimentet tona, të kryera në organet e barkut në kafshë të rrezatuara.

MATERIALI DHE METODIKAT

Eksperimentet janë kryer në kafshë (qen) me moshë rreth 2 vjeç, me peshë mesatare 10.5 kg. Kafshët u ndanë në dy grupe. Në grupin e parë 21 kafshë u plagosën në bark me armë zjarri të kalibrit të vogël dhe pas kësaj u operuan; ndërsa në grupin e dytë 50 kafshë u rrezatuan me dozë 400 r, pas kësaj u plagosën dhe u operuan.

Pra në materialin që po paraqesim analizohet anestezia në 71 eksperimente të kryera në organet e barkut, si paraqiten në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Lloji dhe sasia e eksperimenteve

Nr. rend.	Anestezia është përdorur për:	Numri i rasteve
1	RezekSION ose suturim të stomakut	25
2	RezekSION ose suturim të zorrëve	42
3	RezekSION zorre e splenektomi	3
4	Histerektomi	1
Gjithsej		71

Të gjithë eksperimentet janë kryer nën narkozë endovenoze fraksionuar me tretësirë Tiopentali natriumi 2.5% dhe 0.1%. Tretës janë përgatitur në çast.

Premedikimi është bërë 30 minuta përpara fillimit të anestezisë tretësirë Morphini hydrochloridi 2% - 1 ml. tretësirë Atropin su 0.1% - 1 ml.. Të dyja bëhen në muskula.

Teknika e anestezisë. - Pasi kafsha është lidhur në tavolinën e racionit, për të mos u rrezikuar nga ndonjë kafshim i rastit, tretës e parë e injektojmë në venën e kërcirit të njëres nga anësitë e prap në të cilën është bërë trikotomia dhe është shtrënguar me tub gome të vizualizuar më mirë venën. Bëjmë punksionin e venës dhe gjatë -25 sekondave injektojmë nga tretësira e parë (2.5%) një dozë të a derisa kafsha të flerë dhe të jenë ulur reflekset korneale e pupilare.

Në këtë kohë hiqet gjilpëra nga vena e kërcirit dhe kafshës i pet pozicioni i duhur sipas llojit të eksperimentit që do të bëjmë; rastin tonë kafsha shtrihet në shpinë. Mandej punktojmë venën e l cirit të anësisë së përparme dhe në të vazhdojmë perfuzionin pika- me tretësirën e dytë (0.1%) derisa të përfundojë ndërhyrja kirurgjik

Zgjim i kafshës nga narkoza bëhet gradualisht disa orë pas fillimi saj. Në shumicën e rasteve, për të shpejtuar zgjimin kemi përdorur tr sirë Benegrid sipas nevojës.

REZULTATET E EKSPERIMENTEVE DHE DISKUTIMI I TYRE

Në eksperimentet tona, anestezia është realizuar vetëm me Tiop tal, dhënia e të cilit është bërë e fraksionuar në këtë mënyrë: nga tr sira e parë është dashur mesatarisht 17.6 mg/kg peshë trupore dhe gj ka ardhur pas 40-50 sekondash nga çasti i injektimit dhe ka vazh disa minuta, kohë që është e mjaftueshme për rregullimin e kaf në tavolinën e operacionit, për përgatitjen e fushës operatore dhe in limin e sistemit të perfuzionit për dhënien e tretësirës së dytë, n cila kemi përdorur mesatarisht 21.1 mg. kg. peshë trupore për çdo n hyrje kirurgjikale. Për çdo eksperimentim gjithsej është dashur m tarisht 38.7 mg/kg peshë trupore. Kjo dozë është e përafërtë edhe m dhënat e autorëve të tjerë (2).

Irigimin e tretësirës së dytë e kemi bërë duke llogaritur nga 30] në një minutë, në vartësi të stadit të narkozës dhe reagimet që bën ka gjatë eksperimentit. Në rastet kur kafshët kanë reaguar ndaj trau operatore, kemi shpeshtësuar dhënien e pikave të tretësirës së dytë.

Në këtë mënyrë vazhdojmë anestezinë, duke pasur parasysit dhënia e dozës së dytë e shton së tepërmi efektin narkotik të dozë mëparshme të dhënë përnjëherësh (4, 5). Dihet se tiopentali, pasi f në qarkullimin e gjakut, shpërndahet në të gjitha indet e trupit. Aft që ka ai të shkrihet me dhjamrat e lejon atë që të futet shpejt (me herë) në të gjitha indet, por meqënëse truri furnizohet me më sh gjak arterial, rrjedhimisht dhe përqëndrimi i barit në të bëhet më i l se në indet e tjera, kështu ndodh humbja e vetëdijes (gjendje narkot Zgjatja e frenimit qëndror varet nga rishpërndarja e barit nga trur organet e brendshme (viscerale) dhe në indet e trupit. Kështu pas doze të vetme, përqëndrimi i Tiopentalit, përta i përket trurit, bie sh

dhe frenimi qëndror dalëngadalë zhduket, pra zgjimi pas disa minutash vjen jo nga prishja apo eliminimi i tij nga organizmi, por është pasojë e zvogëlimit të përqëndrimit të tij në tru nga që shpërndahet në indet e tjera. Në rastin e kafshëve tona, pas injektimit të dozës së parë, gjumi vazhdoi 7-13 minuta.

Në rast se do të vazhdohet administrimi i Tiopentalit me perfuzion, përqëndrimi i tij do të bëhet i barabartë në të gjithë indet e organizmit. Në këtë gjendje, zgjimi do të kondicionohet jo më nga rishpërndarja e Tiopentalit nga truri në indet e tjera, por nga metabolizimi i tij në mëlcinë e zezë (6).

Për vlerësimin e efektivitetit të narkozës jemi orientuar nga reagi- met e bëra në kafshë ndaj dhembjes së shkaktuar nga plagosja apo ndër- hyrja kirurgjikale, konkretisht kontrollojmë ritmin e pulsit dhe të fry- mëmarjes, T A, reaksionet korneale e pupilare si dhe relaksimin e mu- skujve.

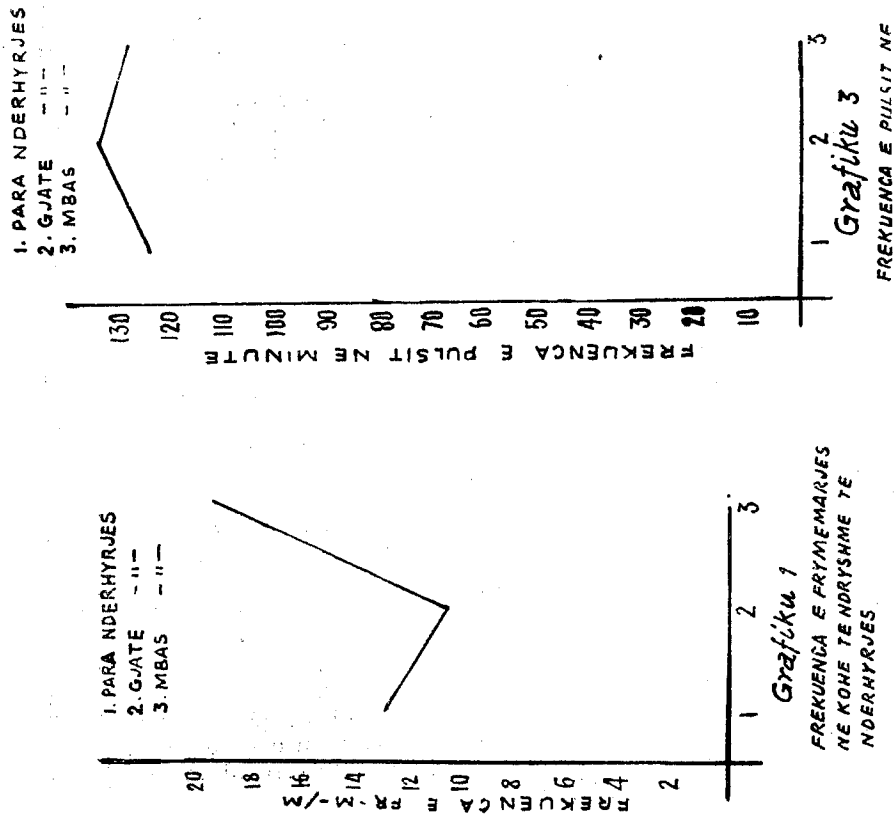
Në përgjithësi reagimet e kafshëve, gjatë eksperimentit, kanë qënë në vartësi të sistemit të tyre nervor. Në grafikët Nr. 1, 2, 3 paraqesim ndryshimet e parametrave puls, frymëmarrje dhe T A. Sikurse rezulton nga këto grafikë, në 68 raste nuk kemi pasur ndryshime të rëndësishme të këtyre parametrave; përveç kësaj muskulatura e trupit të kafshëve ka qënë e relaksuar mirë. Duke qënë se këta tregues nuk ndikohen shu- më nga traumat gjatë eksperimentit, kjo flet për kushtet e mira të kësaj narkoze.

Në dy kafshë ndodhi rrallim i frymëmarrjes. T A ra dhe reflekset e syrit (korneali e pupilari) u zhdukën krejtësisht. Këto ndërlikime erdhën si pasojë e mbidozimit të preparatit nga dhënia e shpejtë e tij; ato u mënjanuan me ndërprerjen e menjëhershme të perfuzionit të Tiopentalit, me oksigjenimin e kafshës si dhe duke përdorur tretësirë Bemegridi, i cili është antidoti më i mirë në rastet e helmimit akut me barbiturikë (9, 11).

Gjatë eksperimenteve kemi pasur vetëm një rast ngordhje nga hel- mimi me Tiopental; kafsha ngordhi gjatë injektimit të tretësirës së parë ende pa e plagosur dhe pa filluar ndërhyrjen kirurgjikale, prandaj ne mendojmë se ngordhja u shkaktua nga dhënia e shpejtë që çoi në mbidozim të preparatit në sistemin nervor, i cili, në këto kushte, shkaktion frenim të theksuar të qendrave me rëndësi jetësore (10), prandaj në këtë lloj narkoze duhet të tregohet kujdes i veçantë dhe të respektohen me rreptësi rregullat e parandalimit të ndërlikimeve të narkozës. Në këtë rast, megjithëse u morën masa energjike reanimatore, aksidenti shkaktoi humbje të pakthyeshme.

Në periudhën pas operatore, gjatë ditës së parë, kafshët në përgji- thësi dukeshin të lodhura, apatike, orientoheshin me vonesë dhe rea- gonin me përtesë, por këto kaluan shpejt.

Këto dukuri klinike kanë qënë më të shprehura në grupin e kafshëve të rrezatuara, megjithëse plagosja dhe ndërhyrja kirurgjikale u kryen me të njëjtën metodikë në të dy grupet. Në dy raste u vërejt gjumë i thellë dhe i zgjatur qysh në trajtim me Bemegrid, por gjendja e tyre u normalizua. Në 4 raste vumë re humbje të ekuilibrit, që kaloi pa ndonjë trajtim të veçantë. Kjo lloj patologjie u vërejt ditën e parë pas eksperi- mentit; të nesërmen këto kafshë nuk e kishin këtë çrregullim, megjithë- se nuk iu bë ndonjë trajtim i veçantë.



PRFUNDIME

1) Anestezinë endovenoze me Tiopental ne e konsiderojmë si «anestezia e zgjedhur» për punën kërkimore kirurgjikale eksperimentale të organeve të barkut në kafshë të rrezatuara (qen).

2) Narkoza endovenoze me Tiopental, sipas metodikës së përshkruar, është e thjeshtë në përdorim, me leverdi ekonomike, sepse nuk kërkon aparaturë ose pajisje të veçantë, nuk angazhon shumë personel dhe narkotiku është me kosto të ulët. Përparësi të kësaj narkoze ne konsiderojmë fillimin e menjëhershëm, zgjatjen e drejtuar dhe zgjimin e shpejtë.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adamsons R., Equit S.: The relative importance of sutures to the strength of healing wounds under normal and abnormal conditions. Surg. Gyn. Obst. 1963, 117, 396.
- 2) Altura B., Mazzia V.: Microcirculatory approach to vasopressor therapy in intestinal ischemic shock. Amer. J. Surg. 1966, 111, 186.
- 3) Berkuton A. N.: Hirurgičeskaja obrabotka ran pri kombinirovanih porashenija. Boeno. Med. Zhurnal 1956, 1, 19.
- 4) Brunner E.: Anestesia 203-204. Në Text-book of Surgery. Philadelphia 1972.
- 5) Gaçe P. e bp.: Kirurgjia e përgjithshme. Tiranë 1973, Vol. I, 191.
- 6) Guadagni P.: Curent surgical diagnosis and treatment. California 1977, 176.
- 7) Henry X.: L'anesthésie générale du lapin en recherche chirurgicale digestive. Journal de chirurgie (Paris) 1977, 4, 437.
- 8) Hromov B. M.: Kombinirovaniye llucevije porazhenija. Moskva 1959.
- 9) Kokalari P. e bp.: Farmakologjia. Tiranë 1974, 52.
- 10) Preza B.: Toksikologjia klinike. Tiranë 1973, 407.
- 11) Roçi P., Sima Z.: Udhëzues i specialiteteve farmaceutike. Tiranë 1973, 72.
- 12) Simeone F.: Atomic bomb injuri Medical injuries. JAMA 1951, Vol. 147, 1658.

Summary

THIOPENTAL ANESTHESIA IN OPERATIONS ON THE ABDOMINAL ORGANS IN EXPERIMENTAL SURGERY

Intravenous thiopental anesthesia applied in the fractional method in 71 experiments on dogs treated with radiations for surgical interventions on abdominal organs is discussed. In 68 of the dogs, the pulse, blood pressure and breathing were little affected by the anesthesia.

In view of the results obtained by this type of anesthesia, the authors recommend it for experimental work in the field of abdominal surgery.

Résumé

INTERVENTIONS ABDOMINALES PAR L'ANESTHÉSIE AU THIOPENTAL DANS LA CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE

Dans cette communication il est question de l'application de l'anesthésie intraveineuse au Thiopental à travers la méthode fractionnée dans 71 essais chez des chiens irradiés pour l'intervention chirurgicale dans les organes abdominaux. Au cours de ces expérimentations la pulsation, la pression artérielle et la respiration chez 68 chiens n'ont été que légèrement influencées.

Compte tenu des résultats obtenus avec ce type d'anesthésie, les auteurs du présent article recommandent son application à des fins expérimentales dans le domaine de la chirurgie abdominale.

TË DHËNA PRAKTIKE DHE EKSPERIMENTALE MBI PËRDORIMIN E JOSHËZAVE ME FOSFUR – ZINK NË LUFTËN KUNDËR BREJTËSËVE

– LLAZI ANDREA – MISTO ÇOLI –

(Instituti i Kërkimeve Mjekësore Ushtarake – Tiranë)

Në literaturën mjekësore nga shumë autorë (3, 4, 5) theksohet roli që luajnë brejtësit si rezervuarë, burim dhe përhapës të infeksionit për shumë sëmundje ngjitëse dhe parazitare, si p.sh. tularemisë, murtajen, leptospirozat, tifomurin etj. dhe, nga ana tjetër, si dëmtues të ekonomisë, që dëmtojnë prodhimet ushqimore, drithërat në ara, depot e ushqimit, vesh-mbathjes, rrjetin telefonik, mallrat industriale etj.

Duke pasur parasysh sa më sipër del nevoja e domosdoshme të përcaktohen mjetet më të efektshme të luftës kundër këtyre dëmtuesve si dhe përdorimi racional i mjeteve të luftimit në kushtet e vendit tonë.

Vendimet historike të Partisë dhe veçanërisht ato të Plenumit të XI të KQ të PPSH dhe Kongresit të 7-të të PPSH, na orientojnë që në themel të shërbimit shëndetësor të qëndrojnë masat profilaktike. Lidhur me këto orientime dhe mësimet edhe në luftën kundër brejtësive, përparësi duhet t'u jepet masave profilaktike, në të cilat përfshihen masa sanitaro-higjienike dhe masa sanitaro-tekniqe, duke siguruar mbrojtjen e lokalëve nga depërtimi i brejtësive, mbajtjen e pastërtisë kudo e kurdoherë, ruajtjen e prodhimeve ushqimore dhe të burimeve të ujit, sigurimin e mbeturinave ushqimore në vende ose enë të posaçme, prerja e shkurreve ose ferrave përreth qendrave të banuara, depove etj. si dhe zënia e të gjitha vrimave me çimento e copza xhami në të gjitha lokalet.

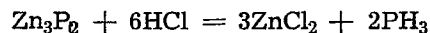
Në vendin tonë gjenden këta lloj brejtësash (3):

1) Sinantrop, ku përfshihen speciet *Rattus Norvegicus* (miu i hirtë), *Rattus-rattus* (miu i zi) dhe *Mus-musculus* (miu i shtëpisë). Këta brejtës jetojnë në qendrat e banuara.

2) Asinantrop, ku përfshihen speciet *Apodemus sylvaticus* (miu i pyjeve), *Apodemus tauricus*, *Apodemus flavicollis* (miu me gushë të verdhë e miu i vogël), *Microtus* (miu i tokës). Këta brejtës jetojnë në fusha, pyje, pranë rrjedhjes së ujërave dhe futen në qendrat e banuara rastësisht. Në raste invizioni mund të hidhen nga agresorët gjatë përdorimit të armës bakteriologjike.

Në punimin që po paraqitim duam të përcaktojmë efektin raticid të fosfurit të zinkut në kushtet tona, duke e përdorur në formën e joshëzave helmuese. Fosfuri i zinkut është një raticid, i cili, duke u marrë nga brejtësit me anën e joshëzave helmuese, nën veprimin e acidit klor-

hidrik të stomakut, çliron hidrogjenin fosforik; ky shkakton hel akut në sistemin nervor qendror dhe qarkullimin e gjakut. Reak është ky:



Lidhur me dozën, autorë të ndryshëm (2, 3, 5) japin të dhën ndryshme. Kështu p.sh. disa rekomandojnë përdorimin e fosfurit të gut në doza 1-15 gr. për 100 gram prodhime ushqimore, që, pavarë nga sasia e ngrënës e ushqimit, miu të marrë dozën vdekje-prurëse. I autorë rekomandojnë dozën 3-5-6 gr., të cilën e kemi preferuar edhe Gjithashtu ne kemi pasur parasysh të përcaktojmë joshëzat që përdoren në vartësi të natyrës së lokalit, përqëndrimin e tyre si afatin e përdorimit optimal të tyre.

Për kryerjen e eksperimenteve në laborator përdorëm 36 min bardhë (Mus-musculus), 18 minj të kanaleve (Rattus norvegicus) 18 minj të laboratorit (Rattus-Rattus). Minjtë e vegjël u morën me p afërsisht 40 gram, ndërsa minjtë e mëdhenj u morën me peshë afërs 200 gram.

Fosfurin e zinkut e përdorëm:

a) në formën e joshëzave me miell gruri, vaj vegjetal ose gj: sipas kësaj recepture:

Të dhëna praktike dhe eksperimentale mbi përdorimin e joshëzave kundër brejtësave

Miell gruri	Vaj ose gjalpë	Fosfur-zink	Ujë
92	5	3	50
90	5	5	50
85	5	10	50
80	5	15	50

b) Grurë i përgatitur i përzjerë me 2% solucion amidon dhe fosfur zink sipas teknikës së njohur.

c) Grurë i përgatitur si në pikën «b» por i parafinuar.

Minjtë u vendosën në kafaze të veçantë dhe pasi u lanë 48 orë ushqim, në mënyrë që konsumimi i joshëzës të ishte i detyruar, në të vunë respektivisht sasira të caktuara të joshëzave 5 gr., 2 gr. dhe 0.5 për çdo mi, sipas përqëndrimeve të provës me fosfurin e zinkut.

Për të dy grupet e minjve (si për të vegjëlit, ashtu dhe për mëdhenjtë) si bazë u muar doza vdekje-prurëse e fosfurit të zink 150 mgr/kg. peshë nga koncentrat i 3%, që është plotësisht e mjaftuesh të japë vdekjen e plotë.

Rezultatet tona: — Nga provat laboratorike të kryera minjtë, duke përdorur joshëza të përgatitura me 15, 10, 5, dhe 3% fosfurin e zinkut, me përmbajtje përkrahësisht 300, 200, 100; 80 dhe 60 mgr/l peshë për minjtë e vegjël dhe 750, 500, 250, 200 dhe 150 mgr/kg. për

për minjtë e mëdhenj, rezultoi se në të gjithë përqëndrimet, ngordhja u arrit 100% në kohën 12-24 orë pas ngrënies së ushqimit (shih pasqyrën nr. 1).

Tabela №1

Prova biologjike në laborator në minjtë e vegjël (mus) për përcaktimin me të efektshëm të Zn_3P_2 në Joshez

Nr. Breytësve në provë	Peshë e brejtësit	Peshë e Joshezave në gr/m ²	% e Zn_3P_2 që u përdor në mgr					mortalitet në orë	% e mortalitetit
			15	10	5	4	3		
			Përmbajtja e Zn_3P_2 në mgr						
3	40	2	300	-	-	-	-	12	100
3	40	2	-	200	-	-	-	12	100
3	40	2	-	-	100	-	-	12	100
3	40	2	-	-	-	80	-	14	100
3	40	2	-	-	-	-	60	14	100
K3	40	2	-	-	-	-	-	-	-

Prova biologjike krahasuese në minjtë RATI për përcaktimin e koncentrumit të Zn_3P_2 në Joshez

Nr. Breytësve në provë	Peshë e brejtësit	Peshë e Joshezave në gr	% e Zn_3P_2 që u përdor në mgr					mortalitet në orë	% e mortalitetit
			15	10	5	4	3		
			Përmbajtja e Zn_3P_2 në mgr						
3	200	5	750	-	-	-	-	12	100
3	200	5	-	500	-	-	-	12	100
3	200	5	-	-	250	-	-	12	100
3	200	5	-	-	-	200	-	12	100
3	200	5	-	-	-	-	150	14	100
K3	200	5	-	-	-	-	-	-	-

Për përcaktimin e dozës minimale të përdorimit të fosfurit të zinkut në joshëz dhe për të arritur një rezultat të efektshëm pa konsumuar sasira të mëdha fosfur zinku në joshëz, ne zvogëluam sasinë e joshëzës, duke ruajtur përqëndrimin. Në këto raste minjve ne u vendosëm jo më 2 gr. apo 5 gr. joshëz, por 0,5 gr., e vlefshme për deratizimin e lokalëve për m² me përmbajtje respektive të fosfurit të zinkut 75, 50, 25 dhe 15 mgr, si për minjtë e vegjël ashtu dhe për të mëdhenjtë.

Duke ndjekur vdekshmërinë në kohë, sipas pasqyrës nr. 2, del se minjtë e vegjël ngordhën për 12-36 orë, ndërsa minjtë e mëdhenj për 16-72 orë.

Tabela №2

Prova biologjike për përcaktimin e dozës letale në përdorimin praktik

№ brejtësve në provë	Peshë e Brejtësit	Peshë e Joshëzës/gj. m.	% e Zn_3P_2 që u përdor					mortalitet në orë	% e mortalitetit
			15	10	5	4	3		
			Përmbajtja e Zn_3P_2 në m.g.t.						
3	40	0.5	75	-	-	-	-	12	100
3	40	0.5	-	50	-	-	-	14	100
3	40	0.5	-	-	25	-	-	18	100
3	40	0.5	-	-	-	20	-	24	100
3	40	0.5	-	-	-	-	15	36	100
K3	40	0.5	-	-	-	-	-	-	-

Prova biologjike për përcaktimin e dozës letale në përdorimin praktik.

№ brejtësve në provë	Peshë e Brejtësit/gj. m.	Peshë e Joshëzës/gj. m.	% e Zn_3P_2 që u përdor					mortalitet në orë	% e mortalitetit
			15	10	5	4	3		
			Përmbajtja e Zn_3P_2 m.g.t.						
3	200	0.5	75	-	-	-	-	16	100
3	200	0.5	-	50	-	-	-	24	100
3	200	0.5	-	-	25	-	-	36	100
3	200	0.5	-	-	-	20	-	52	100
3	200	0.5	-	-	-	-	15	72	100
K3	200	0.5	-	-	-	-	-	-	-

Sipas të dhënave të pasqyrës nr. 2 del se joshëzat përmbajnë shu fishin e dozës letale për minjtë e vegjël, ndërsa për minjtë e mëdha përmbajnë dozën minimale letale deri në 2.5 fishin.

Nga këto të dhëna rezultoi se minjtë e vegjël, duke marrë josh me fosfur zink 3% në sasi 15 mgr/kgr peshë ngordhën pas ngrënies joshëzave plotësisht për 36 orë, ndërsa po kjo dozë e përdorur për një të mëdhenj jep ngordhshmëri të plotë pas 72 orësh.

Gjatë provave në laborator, në përgatitjen e joshëzave, vumë re joshëzat e përgatitura sipas pikës «a» konsumoheshin mirë nga brejtë ditën e parë, efekti maksimal i ngrënies së tyre ishte deri në 7 ditë. Pas kësaj shtatë, ato nuk konsumoheshin më nga brejtësit, kurse joshëzat e përgatitura sipas pikës «b» konsumoheshin mirë deri në dy muaj; josh

e përgatitura sipas pikës «c» të parafinuara e ruanin efektin e ngrënshmërisë mbi tre muaj.

Për të nxjerrë të dhëna të përpikta mbi përdorimin praktik të joshëzave të përgatitura me fosfur zink dhe për të ndihmuar llogaritë e re-partëve, kaluam nga rezultatet e punës laboratorike në provat e terrenit.

Në provat e terrenit kemi pasur parasysh të dhënat e disa autorëve (3, 5), që rekomandojnë përdorimin e joshëzave nga 3-15%, duke llogaritur 0,5 gr. joshëzë për M². Gjithashtu në mjediset ku nuk ka njerëz, si depo veshmbathjeje, gazermimi etj. preferuam përdorimin e grurit të helmuar me fosfur zinku me përqëndrim 4%. Ndërsa në të gjitha rastet e tjera përdorëm joshëza të përgatitura me miell gruri, vaj ose gjalpë dhe fosfur zinku në dozat 3, 5 10 dhe 15%. Në disa lokale që parashikuam vendosjen e joshëzave u bënë kapje minjsh me çarqe për të krijuar një ide mbi densitetin e popullatës së brejtësive.

Në të gjithë mjediset, joshëzat u vendosën tre muaj pas heqjes së çarqeve, në këtë mënyrë, sipas të dhënave të literaturës, popullata e brejtësive është përafërsisht e pandryshuar.

Vrojtimet tona mbi konsumimin e joshëzave me fosfur zinku i përkasin një periudhe tre vjeçare dhe përfshijnë 78 eksperimente praktike. Rezultatet përfundimtare paraqiten në pasqyrën nr. 3.

Tabela №3

Rezultatet mesatare të provave në terren mbi konsumimin e Joshëzave në Zn_3P_2

Lloji Lokalit	% e Zn_3P_2 të përdorur në Joshëz									
	3		4		5		10		15	
	№ Rasteve	% mesatar e konsumit Joshëz	№ Rasteve	% mes. Konsum Joshëz	№ Rasteve	% mes. Konsum Joshëz	№ Rasteve	% mes. Konsum Joshëz	№ Rasteve	% mes. Konsum Joshëz
Fjetina	3	66.3	-	-	5	69	4	39.7	3	37.6
Depo V-mbath	9	73.6	6	68	6	53.4	-	-	-	-
Depo gazermim	1	73	1	87.5	2	75.2	1	70.8	-	-
Tunele	3	70	-	-	1	79	1	71	1	33
Oficina	-	-	2	78	1	85.5	2	62.5	2	76.5
Spitala	2	31.5	-	-	4	67.2	1	50	4	34.75
Zyra	1	39	-	-	1	25	-	-	1	33.5
Rr-Hapje	1	53	3	84.3	-	-	1	74	-	-
302.Lumdrin	-	-	2	87	-	-	-	-	-	-
Arnje	-	-	3	84.6	-	-	-	-	-	-

Nga të dhënat e konsumit mesatar të joshëzave në mjediset e ndryshme rezultoi se: në depo veshmbathjeje e gazermimi konsumohen më tepër joshëzat që përmbajnë 3% fosfur zinku, e barabartë kjo me 73-73.6% të konsumit. Në fjetina konsumohen më mirë joshëzat që përmbajnë 5% fosfur zinku e barabartë kjo me një konsum 69%, ndërsa joshëzat që përmbajnë 10 e 15% fosfur zinku konsumoheshin më pak nga brejtësit. Në depo pa ushqime u konsumuan më mirë joshëzat e përgatitura me grurë të helmuar me 4% fosfur zinku dhe dhanë një

konsum 84.3%, ndërsa në depot e gazermimit 87.5%. Në anije radë (dokë përdorëm vetëm grurë të helmuar të përgatitura me 4% fos zinku. Nga vrojtimet tona në këto mjedise, rezultoi një konsumim i 84-87%. Të dhënat paraqiten në pasqyrën nr. 3.

Siç shihet në pasqyrë, rezultatet më të mira sigurojnë përdorimi i joshëzave që përmbajnë 3% dhe 5% fisfur zinku. Ndërsa në mjedi ku lejohet të përdoret gruri i helmuar jep efekt më të mirë përqendr 4% i fosfurit të zinkut.

PËRFUNDIME

1) Fosfuri i zinkut rezulton të jetë një raticid i efektshëm në lu min e brejtësave të gjinisë Rattus dhe mus në përqëndrimin 3-5%. Përqëndrimet më të larta se 5%, konsumi i tij nga brejtësit është i vogël, rrjedhimisht edhe zhdukja e tyre është më e kufizuar.

2) Sasia optimale e vendosjes për deratizimin e mjediseve të mby ra në formën e joshëzave të përgatitura me miell rezulton 0.5 gr. M². Doza vdekje-prurëse për mus musculus rezulton 6 mgr/kg për ndërsa për Rattus-rattus e Rattus Norvegicus 30 mgr/kg peshë. Në ra e parë, ngordhja e plotë sigurohet pas 36 orëve, në rastin e dytë 72 orëve.

3) Joshëzat e përgatitura me grurë të helmuar me ose pa para konsumohen nga brejtësit deri në 3 muaj, ndërsa joshëzat e përgatit me miell konsumohen deri në 7 ditë.

4) Në të gjitha mjediset, ku lejohet përdorimi i joshëzave të p gatitura me grurë rezultatet më të mira janë arritur në përdorimin kohë të gjatë (deri 3 muaj) të 4% të fosfur zinkut të veshur me p finë.

Dorëzuar në Redaksi më 20 qershor 1

BIBLIOGRAFIA

- 1) - Arma bërthamore dhe mbrojtja kundër saj. Tiranë 1969.
- 2) Jazikov D. : Derrtizacia. B. M. E., 1958, Vol. 8, 1066:
- 3) Kerro A. : Epidemiologjia e përgjithshme e speciale. Tiranë 1972, Disp e parë, 159.
- 4) - Udhëzimi i Ministrisë së Shëndetësisë mbi D.D.T. Tiranë 1973, 96.
- 5) Voshkov V. J. : Dezinfektacia dezinfektacia i derrtizacia. 1956, 608.

Summary

EXPERIMENTAL AND PRACTICAL RESULTS IN THE USE OF ZINC-PHOSPHIDE BAIT IN THE CONTROL OF RODENTS.

Laboratory tests on mice were carried out using baits prepared with 15, 5, and 3 percent zinc-phosphide, corresponding approximately with 300, 200, 80 and 60 mg/kg body weight for mice and with 750, 500, 250, 200 and 150 mg for rats. The result was that all the above concentrations caused death within 1

24 hours in 100 percent of the animals. By reducing further the dose of the bait, the mice died within 12 to 36 hours and the rats within 16 to 72 hours.

The results of the experiment show that:

- Zinc phosphide is an efficient raticide in concentrations of 3-5 percent. Higher concentrations reduce the consumption of the baits and the baits and the effect of the control of rodents.

- Baits prepared with poisoned grain, with or without paraffine, are accepted by the rodents for three months, while baits prepared with flour are effective for only 7 days.

Résumé

DONNÉES PRATIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DES APPÂTS AU ZINC-PHOSPHITE DANS LA LUTTE CONTRE LES RONGEURS

Des essais de laboratoire ont été effectués avec des souris en employant à cette fin des appâts préparés à 15, 10, 5 et 3% de zinc-phosphite, correspondant approximativement à 300, 200, 100, 80 et 60 mg/Kg. de poids pour les souris et à 750, 500, 250, 200, et 150 mg/Kg. de poids pour les rats. Résultats: les concentrations mentionnées plus haut ont provoqué la mort de cent pour cent des animaux dans un intervalle de temps de 12 à 24 heures. En diminuant la dose de l'appât, les souris sont mortes au bout de 12-36 heures et les rats au bout de 16-72 heures.

Ces résultats montrent que le zinc-phosphite est un raticide efficace dans la lutte contre les rongeurs dans une concentration de 3 à 5%. Les concentrations supérieures à 5% ne donnent pas de bons résultats, du fait que les rats ne mangent pas l'appât et le raticide perd son effet. Par ailleurs, les appâts prêts préparés avec des grains de froment empoisonnés avec de la paraffine ou sans celle-ci sont consommés par les rongeurs jusqu'à 3 mois, alors, que les appâts préparés avec de la farine ne sont consommés que jusqu'à 7 jours.

KUMTESA

NJË RAST ME INSULINOMË I OPERUAR ME INTERES DIAGNOSTIK E TERAPEUTIK

— BESIM ELEZI, HEKTOR PEÇI, HODO ÇELA, SHAHIN KADARE, MANUEKE—

Insulinoma është një tumor adenomatoz i qelizave beta të pankreasit. Duke prodhuar insulinë me sasi të madhe, ajo shkakton kriza hipoglicemie episodike spontane. Megjithëse insulinoma është tumori më i shpeshtë i qelizave ishullore, përsëri ajo mbetet një patologji e rrallë. Insulinoma ndeshet më shpesh midis moshës 35-55 vjeç; rastet nën moshën 15 vjeç janë shumë të rralla dhe 25% e të sëmurëve kanë një histori familjare për diabetin e sheqerit. Qysh nga operacioni i parë, i kryer për një tumor të pankreasit, të shoqëruar me hiperinsulinizëm më 1927 e deri në vitin 1958 në literaturë janë raportuar 766 insulinoma, nga të cilat 753 janë operuar (4). Një autor (9) ka vënë re se 10% të rasteve të tij kanë qënë malinj.

Në vitin 1978 kemi pasur rastin e një të sëmure me insulinomë të diagnostikuar në shërbimin e endokrinologjisë të spitalit klinik nr. 1 dhe të operuar në klinikën e III të spitalit klinik nr. 2. Kjo patologji e rrallë simulon shumë sëmundje dhe sindroma klinike, që, po të diagnostikohet me kohë, me gjithë vështirësitë që ka gjatë dhe pas operacionit, mund të shërohet plotësisht me gjetjen dhe heqjen e tumorit.

E sëmura S. SH. vjeç 42, dërgohet nga rrethi i Gjirokastrës në shërbimin tonë. E sëmura paraqet shenja hipoglicemie probabël nga hiperinsulinizmi për përcaktim diagnoze.

Sëmundja i kish filluar qysh në vitin 1977, me ndjenjë të fikti dhe errësime episodike të vetëdijes, me djersitje të përgjithshme, marrje mëndsh, dhembje koke, dobësi fizike e mungesë përqëndrimi, që e linin të sëmurën me gjendje shpirtërore të deprimuar. Me kalimin e kohës, gjendja vinte duke u rënduar. E sëmura filloi të ankonte për turbullim të pamjes, shikim të dyfishtë të objekteve, njolla të errta para syve, si dhe për turbullime nervore periferike me ndjenjë mpirjeje të anësive, që, në disa raste, përfshinin të gjithë trupin. Nga mjekët neurologë, ankesat e të sëmurës konsideroheshin me karakter funksional.

Në maj 1977, në mëngjes esëll, e sëmura pati një dhembje të fortë koke, të shoqëruar me djersitje të përgjithshme, të dridhura deri në konvulsione, që zgjatën 4-5 orë. Atake të tilla mëngjezore të sëmurës u përsëritën çdo 10-20 ditë, derisa në maj të vitit 1978 shtrohet në spitalin e rrethit (në repartin e neurologjisë) me vetëdije të humbur dhe hemiparezë të anës së djathtë. Turbullimet nervore qëndrore me hiperrefleksi osteotendinoze, me prani të Babinski të paraprirë me atake konvulsive të përsëritura, u interpretuan për një atak epileptik. Por një-

kohësisht u vu re se e sëmura kishte glicemi të ulët 30-50 mg% dhe trajtimin e saj, rolin kryesor e luanin perfuzionet e vazhduara të gluk

Në shërbimin e endokrinologjisë në Tiranë u vunë re gjithashtu e mëngjezore me humbje të vetëdijes, që kalonin duke i bërë perfuzione me glukozë në venë. Në ekzaminimin klinik, përveç shenjave të përg shme dhe atyre nervore (neuro-vegjetative e qëndrore) nuk u vur turbullime kardiovaskulare, respiratore e gastrointestinale. Gjithash sëmura nuk kishte turbullime endokrino-metabolike. Ajo nuk ishte e dhe nuk kishte turbullime të sferës gjenitale, madje vitin e kalu bë ndërprerja terapeutike e një shtatzënie 12 javëshe.

Në ekzaminimet plotësuese, përveç hipoglicemive mëngjezore të nuk u vu në dukje shmangie nga norma. Vetëm radioskopia gastrc denale vuri në dukje një zgjerim vertikal të U-së duodenale, që n justifikua gjatë laparatomisë.

Në kërkimet biologjike për vërtetimin e hiperinsulinizmit p parasysh pasojat metabolike të hiperinsulinizmit, kryesisht rënia e cemive. Gjatë ankesave për dobësi trupore si dhe gjatë atakeve rënda me humbje të vetëdijes, glicemitë mëngjezore tregojnë se, në micën e rasteve, ato janë nën 50 mg%, kështu p.sh. glicemitë esëll në orët e ndryshme të ditës për disa ditë rresht paraqiten si më posh

8.5.1978	50, 60, 45, 45, 30 mg%
9.5.1978	25, 30, 140, 230 mg% (gjatë perfuzionit me glukozë)
10.5.1978	50, 25, 45 mg%
30.5.1978	67, 120, 40 mg%
2.6.1978	50, 60, 55 mg%

Në provën e ngarkesës me glukozë të marrë nga goja (1 gr. gl për kg/peshë trupore) u vu re se rënia e glicemisë ishte e shpejtuar në minutën e 90-të keqësoi gjendjen e të sëmurës me një hipoglicen rëndë.

Glicemi në mg%	50, 160, 120, 40
Koha në minutë	0, 30, 60, 90

Të dhënat që ne dispononim, sidomos nivelet e ulta të glicemiatatet hipoglicemike, dinamika e glicemisë me ngarkesë orientonin gnozën për më tepër drejt një tumori të qelizave ishullore të kreasit.

Më 10.6.1978 e sëmura transferohet në klinikën e III të spitalit për ndërhyrje kirurgjikale.

Më 15.6.1978 e sëmura merret në operacion me diagnozë «insu më». Para, gjatë dhe pas operacionit, e sëmura mori perfuzione të kozës. Me anestezi të përgjithshme andotrakeale eter, oksigjen e relaksante bëhet laparatomia mediane superiore e zgjatuar majtas, l bursa omentale dhe revizionohet pankreasi dhe zonat e mundshme lokalizimit ektopik të tumorit të dyshuar. Në buzën e poshtme të b të pankreasit preket dhe shihet një masë e vogël sa një lajthi me n të kuqërremë të errët e inkapsuluar dhe pjesërisht e eksteriorizua cipën seroze, me disa vaza të vogla të tejdukshme në sipërfaqe. Tu enukleohet me lehtësi dhe defekti serotizohet. Në bursën omentale

dy drena gome në afërsi të zonës së tumorit të hequr. Shtresat qepen. Si gjatë operacionit, ashtu dhe gjatë zgjimit nuk pati ndërlikime.

Pas operacionit, e sëmura u trajtua me antibiotikë sedativë dhe perfuzione të glukozës. Tri ditë pati temperaturë të lartë dhe 5 ditë temperaturë subfebrile. Për 10 ditë rrodhën disa sekrecione serosanguinolente nga drenat me prejardhje ndoshta nga pankreasi, pasi u shoqëruan me një macerim të lëkurës për rreth. Glicemia, e ndjekur rregullisht çdo 4 orë gjatë ditëve të para, u normalizua ditën e 10-të, pas një ngritje të pakët deri në shifrat 178 mg%. Pas ndërprerjes së perfuzioneve të glukozës, glicemia, u ul në 100 mg%. Në këto shifra dhe më ulët glicemia qëndroi edhe në ekzaminimet e mëpastajme. E sëmura dolli nga spitali e stabilizuar. Në këtë gjendje u gjet edhe në kontrollin e bërë më vonë.

DISKUTIM

Problemet e diagnostikimit dhe mjekimit të insulinomës janë komplekse: klinike, biologjike, etiologjike, terapeutike. Simptomatologjia kushtëzohet nga hiperinsulinizmi dhe karakterizohet nga mbizotërimi i shenjave neuropsikike. Kjo bën që këta të sëmurë, në shumë raste, të trajtohen gjatë në klinikat neuropsikiatrike. Subjektet me adenomë ishullore, vëren një autor (9), fillimisht vizitohen nga neuropsikiatrit dhe mbeten të sëmurë të këtyre specialiteteve për muaj apo vite. Simptoma të tjera me karakter nga më të ndryshmet të bëjnë të gabosh apo të vonohet vënia e diagnozës.

Siç u pa në anamnezë, rasti ynë ishte një subjekt që për më tepër se një vit qëndroi e u trajtua pa sukses për sëmundje neurologjike. Kur sëmundja mbetet e pa diagnostikuar për një kohë të gjatë, pas disa vjetëve mund të shfaqen pasojat neurologjike të karakterit kronik. Të tilla mund të jenë: sindrome pseudo-bulbare, ekstra-piramidale, koreo-atetozike. Në këtë drejtim duhet të na tërheqin më tepër vëmendjen tri shenja kryesore:

- Neuropatia hipoglicemike sensitive e anësive.
- Amiotrofia distale e shoqëruar me parestezi (reflekset janë të ruajtura dhe elektromiograma e tipit neurogjen).
- Gjendja psikike me prishje të fakulteteve intelektuale, që mund ta çojnë deri në demencë.

Sipas një autori (3), megjithëse shenjat më të shpeshta që vihen re janë turbullimet okulare, psikike, konvulsionet dhe koma, gabimisht këto raste mund të trajtohen për sëmundje të aparateve të ndryshme.

Për turbullime digjестive: ndjenjë urie të shoqëruar me dhembje që kalojnë me të ngrënë, që simulojnë dhembjet pseudoulçeroze. Në disa raste është vënë re, në mënyrë paradoksale, se mungon dëshira për të ngrënë, shfaqen gromësira, nauze, të vjella e hematemezis.

Për turbullime kardiovaskulare mjaft polimorfe: kriza takikardie, dhembje prekordiale, shpesh me karakter angjinoz të palidhura me efortin, turbullime të ritmit, tromboza të koronareve, anomali të EKG-ve.

Për turbullime respiratore: bradipne, kriza astmatike, hemoptizi, edemë pulmonare akute.

Për turbullime endokrino-metabolike: obezitet me origjinë nga ushqij-

mi, rrallë obezitet endokrin, azospermi, turbullim të menstruacion shoqërim me tumore të tjera endokrine (tiroide, hipofizë, paratiro Këto shenja mund të gjenden tek i njëjti person gjatë ecurisë së së ndjes ose të shkëputura.

Punimet klasike të Conn si dhe të autorëve të tjerë (1, 8) mbi moret hipoglicemizuese ekstra-pankreatike kanë ndihmuar shumë në ferencimin e formave të ndryshme të hipoglicemisë. Sipas një at (7), shkaqet e hipoglicemive spontane mund të radhiten si më posht

Shkaqet e hipoglicemive spontane

Të lidhura me tumore të qelizave Beta

- Tumore të qelizave beta
- Hiperplazi e qelizave?
- ndjeshmëri ndaj leucinës

Shkaqe të tjera

Sëmundje të heparit (përfshi forma të glikogjenozave e gala zemisë)
 Hipopituitarizëm
 Sëmundja Addison
 Tumoret mezoteliale
 Hipoglicemitë infantile
 Hipoglicemitë nga alkooli
 Hipoglicemia funksionale — për hipoglicemitë post-rezekcion-ver kuli.

Diagnoza diferenciale e tyre do të jetë hapi i parë i rëndësish për të përcaktuar drejt trajtimin. Për insulinomën, triada simptomatit Whipple (2) duhet të jetë një kusht gati i domosdoshëm për të vendë eksplorimin kirurgjikal tek të sëmurët. Rikujtimi i elementeve të k triade do të ishte i dobishëm për të rritur vigjilencën dhe përpikmë diagnostike:

I) Atake të «shokut insulinik», që vijnë pas gjendjes së urisë ushtrimeve fizike dhe shfaqen me shenja neuropsikike ose vaskula
 II) Glicemia gjatë atakut ose 24 orë pas ngrënies duhet të jetë 50 mg⁰/₀.

III) Simptomat duhet të lehtësohen menjëherë pas dhënies së kozës nga goja ose në venë.

Të tre këto elemente janë vënë re edhe tek e sëmura jonë. Pë vënë në dukje këto simptoma mund të jetë e nevojshme kërkit glicemisë pas ushtrimeve fizike, lënie me dietë të caktuar apo në ndje agjërimi të zgjatur. Në rastin tonë nuk u desh lënia për tri ditë dietën e rekomanduar nga Conn (7) me 1200 kalori (50 gr. glucide, 80 proteina) dhe as agjërimi për 72 orë (vetëm me kafe e çaj pa sheqë praktikuar nga disa autorë (9), sepse glicemitë përgjithësisht qëndro të ulta dhe për të ruajtur vetëdijen e të sëmurës duhej të vazhdohej perfuzione glukoze.

Gjatë kërkimeve në dinamikë të glicemisë (prova e hiperglicemisë provokuar) mund të studjohet edhe dinamika e insulinosekrecionit adenoma me metodën imunoradioaktive.

Insulinemia bazale përgjithësisht gjendet e lartë ose përkrahësisht e lartë (5), sepse edhe kur gjendet në shifra rreth normës, në krahasim me glicemitë shumë të ulta, përsëri ajo është e lartë. Sipas një autori (3), insulinemia bazale, 40 mikro-unite për ml/plazëm, mund të jetë normale për një glicemi 100 mg⁰/₀, por shumë e lartë për një glicemi 50 mg⁰/₀. Kur nuk ka mundësi për përcaktimin e insulinemisë, mund të mjaftohemi me të dhënat e glicemive në dinamikë, por ajo duhet bërë pasi subjekti të vendoset me një dietë të caktuar për tri ditë (me 350-400 gr. karbohidrate) dhe matjet e glicemive (çdo 30 minuta) të vazhdojnë për më tepër se 4 orë, sipas disa autorëve (3) deri më 6 orë.

Studimi dinamik i insulinosekrecionit mund të bëhet me provën e tolbutamidit në venë (1 gr. të shkrirë në 20 ml. ujë distile); me glukagon (1 mg. në muskul ose në venë); me aminoacide (leucinë 0,15 gr. për kg/peshë trupore në venë), të cilat konsiderohen të rëndësishme për vënien e diagnozës në hipoglicemitë organike.

Për diagnostikën topike të tumoreve, arteriografia selektive ka saktëuar shumë përcaktimin e lokalizimit të tumoreve, duke e bërë më të përpiktë edhe ndërhyrjen (4). Ndërkaq, shintigrafia me lëndë radioaktive e pankreasit le për të dëshiruar, sepse tumoret përgjithësisht janë në përmasa në më pak se 2 cm.

Për ndërthurjen e problemeve diagnostike e mjekuese, që shtrp një insulinomë, flet në mënyrë të tërthortë edhe statistika përmbledhëse e disa autorëve (4). Sipas këtyre të dhënave, nga 453 të sëmurë të operuar, në 165 prej tyre nuk është gjetur tumori gjatë operacionit të përfunduar me rezekcion të verbër distal të pankreasit. Në 36 pjesë të rezekuara është gjetur tumori i fshehur në parenkimë, ndërsa në 30 të sëmurë të operuar, adenoma është gjetur në ndërhyrjen e dytë ose të tretë. Në 99 të sëmurë nuk është gjetur fare tumor, megjithëse gjysma e tyre janë konsideruar si të shëruar ose të përmirësuar. Një rast i tillë është raportuar në vendin tonë (2). Në këtë rast, hiperinsulinizmi u trajtua me sukses me rezekcion korporokaudal të pankreasit, pa identifikuar tumorin në të.

Në rastin tonë, edema lokalizohej në bishtin e pankreasit, që, sipas një autori (6), përbën lokalizimin më të shpeshtë. Tumori kishte përmasa 1,4 x 1 cm. me formë deri diku vezake, i rrethuar me një kapsul fibroze të pa infiltruar në tërë vazhdimësinë e tij. Në prerje masa kishte ngjyrë të verdhë në kafe.

Mikroskopikisht, formacioni tumoral përbëhet nga qeliza të ngjashme me qelizat ishullore pankreatike, të vendosura në formë folesh, me strukturë të qartë acinare. Grupimet e qelizave tumorale rrethohen nga një kapsul fibro-konjunktivale, që, në disa zona, paraqitet e infiltruar nga qelizat tumorale, që nuk paraqesin atipizëm.

Nga ana morfologjike nuk është e mundur të bëhet një dallim i prerë midis insulinomave malinjë dhe benignje, sepse edhe karcinoma insulinare paraqet një shkallë të ulët atipizmi dhe infiltrimi të qelizave tumorale dhe raptura e kapsulës nuk është provuar të jetë një kriter i besueshëm malinjiteti. Diagnoza e karcinomës nuk duhet vënë në qoftë se mungojnë prova të qarta të pranisë së metastazave ose të invadimit lokal të lëndës pankreatike. Në një studim të bazuar në afro 400 raste, një autor (6) ve në dukje mospërputhjen e diagnozës histo-

patologjike me ecurinë klinike në 45 të sëmurë, që morfologjikisht ishin malinje, por klinikisht beninje. Në këtë studim nuk përmenden ato që klinikisht ishin malinje, por morfologjikisht beninje.

Përcaktimi i ecurisë biologjike të insulinomës vetëm me vlerën histologjike, në shumicën e rasteve, është i pamundur. Gjithashtu është tepër i vështirë, në mos i pamundur, dallimi morfologjik i insulinomave alfa dhe beta qelizore. Ngjyrimi me aldehid fuksinë mund të ndihmojë, por jo gjithnjë.

Siç del nga përshkrimi i historisë së sëmundjes, përgatitja precare, teknika kirurgjikale, ecuria dhe ndjekja pas operacionit është bërë sipas kërkesave të rastit dhe situatave të krijuara dhe nuk ka veçanti të rëndësishme për t'u diskutuar.

E vlen të theksohet edhe një herë domosdoshmëria e një drejtimi eficient të llozhës pankreatike për të mënjeluar apseset dhe fistulat pankreatike. Bashkëpunimi i ngushtë me endokrinologun, mbikqyrja vazhdueshme klinike dhe biokimike si dhe dhënia pa ndërprerje dhe pas nevojave e perfuzioneve të glukozës janë kushte të rëndësishme të siguruar suksesin. Diagnostikimi i hershëm mund të kryhet lehtë qoftë se mjekët do të njohin elementët themelorë të klinikës së sëmundjes. Tumoret multiple dhe sidomos lokalizimet ektopike të insulinomës që përbëjnë rreth 90% të rasteve, mund të vështirësojnë diagnozën preoperatorë dhe zgjedhjen e taktikës së drejtë. Pankreatektomia e porokaudale e verbër duhet të gjejë zbatim gjithnjë e më të pakët përmirësimit të diagnostikës topike preoperatorë me anë të angiografisë.

Dorëzuar në Redaksi më 10 shtator 1979.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Dorf G. et coll.: Hypoglycémie sévère au cours d'une maladie de Wlenström. Le diabète 1973, 21,3, 137.
- 2) Gaçja P., Bala A., Doçi S., Zogu V., Thanasi B.: Punime kirurgjikale. Tiranë 1977, III, 12.
- 3) Linquette M. et coll.: Hyperinsulinismes. Précis d'endocrinologie 1973, 676.
- 4) Maingot R.: Abdominal operations. Applition century Crofts 1969, 743.
- 5) Plauchu M. et coll.: Etude au long cours des sécrétions insuliniques dans les observations d'adénome langerhansien. Le diabète 1972, 2, 61.
- 6) Robins S. L.: Pathology. W.B. Saunders 1967, II, 980.
- 7) Skjoldborg H. and coll.: Diagnosis and treatment of Pancreatic beta-cell tumor. Surgery annual 1975, 10017, 219.
- 8) Teitelbaum H. et coll.: Tumeur hypoglycémique extra-pancréatique associée à un nésiodioblastome pancréatique. Le diabète 1969, 4, 251.
- 9) Williams R. H.: Hypoglycemia and hypoglycemoses. Textbook of endocrinology Philadelphia 1968, 327.

Summary

AN OPERATED CASE OF INSULINOMA AND ITS DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC INTEREST

The paper describes the case history, the examinations and successful operation of a 40 year old woman who for the previous years had been treated for a neuropsychic illness.

The macroscopic and microscopic examinations identified an adenoma in the caudal part of the pancreas. After the operation the patient became well, her blood sugar returned to normal and remained normal for the three years of observation after the operation.

Résumé

UN CAS D'INSULINOMA OPÉRÉ ET L'INTÉRÊT QU'IL PRÉSENTE DU POINT DE VUE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Dans cette communication, les auteurs décrivent l'histoire de la maladie, le mode d'examen utilisé pour établir le diagnostic et l'intervention chirurgicale qui a donné des résultats satisfaisants chez une femme âgée de 40 ans, qui pendant deux ans avait été traitée pour une maladie neuropsychique.

Les examens macroscopiques et microscopiques ont montré un adénome dans la partie caudale du pancréas. Après l'opération, la patiente s'est rétablie et la glycémie est rentrée dans la norme, ce qui a été relevé même au cours d'un contrôle trois ans après l'opération.

1977

... ..

... ..

... ..

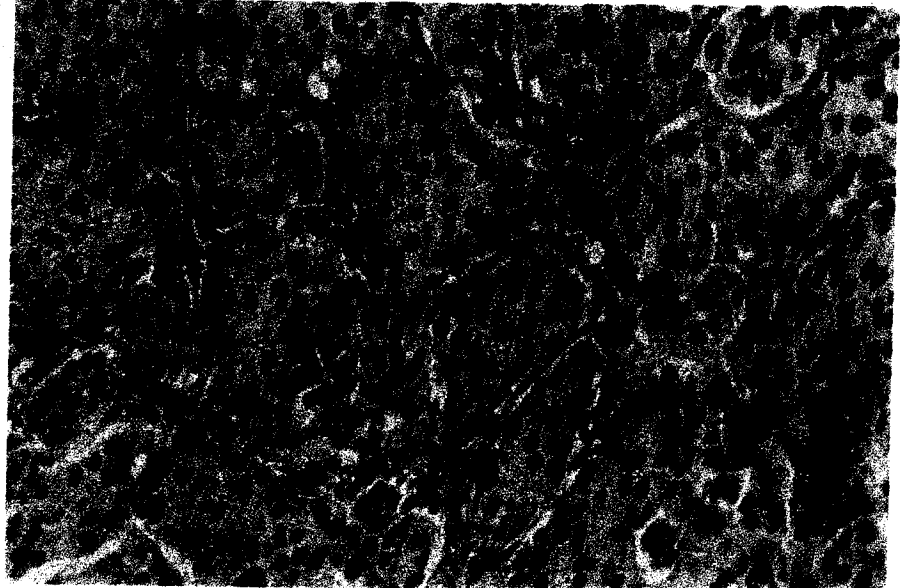


Foto 1. - Grupe qelizash tumorale të vendosura në formë grupesh të vogla alveolare, të ndara nga stromë e pakët fibroze mjaft e vaskularizuar

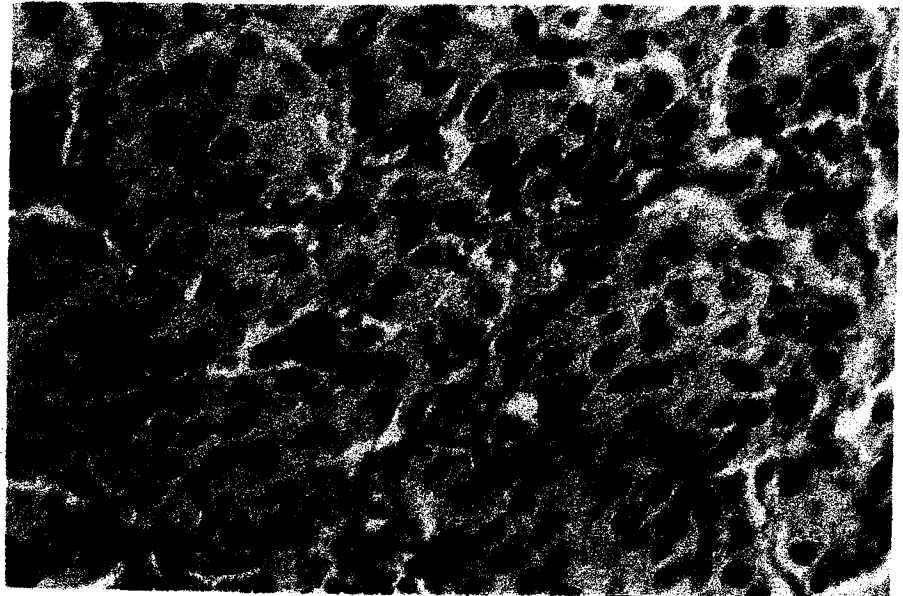


Foto 2. - Po ajo pamje. Zmadhim më i fuqishëm.

NJË RAST BAKTERIEMIE NGA SHIGELLA SONNEI

— DHIMITËR KRAJA — VIOLETA MOSKO — ATHINA GOROSHIANI —

(Spítali Klinik nr. 4 dhe Laboratori Bakteriologjik i spitaleve)

Disenteria bakteriale zakonisht i përqëndron dëmtimet anatomo-patologjike në pjesët e fundit të zorrës së trashë. Por shigelat nuk shkaktojnë gjithmonë të njëjtin kuadër morfologjik dhe klinik. Për më tepër, lezionet anatomo-patologjike nuk vendosen gjithnjë në këtë pjesë të traktit tretës. Kështu nuk janë të rralla rastet, sidomos në moshat e vogla, kur preket edhe zorra e hollë (3,5,6,12), ose kur mund të mungojnë fare lezionet e zorrës (3). Prandaj sot, për të cilësuar shfaqjet e ndryshme patologjike të shkaktuara nga këto enterobakterie përdoret termi shigelozat (8, 11).

Klasifikimi i enteropative bakteriale, sipas mikrobeve shkaktarë dhe mënyrave të vendosjes, zhvillimit dhe zgjidhjes së infeksionit, i përmbledh shigelat në grupin e dytë të tij, domethënë në ata mikrobe, që, pasi formojnë një lidhje sipërfaqësore me mukozën e zorrës, arrijnë të depërtojnë pastaj brenda qelizave. Pasi shumëzohen e invadojnë *lamina propria mucosa* e shigelat fillojnë të japin dëmtimet karakteristike, ulçerat superficiale të zorrës (12). Kjo konsiderohet dhe thellësia më e madhe që mund të arrijnë shigelat gjatë depërtimit të tyre në organizmin e njeriut.

Në raste të rralla, lezionet mund të prekin edhe shtresën muskulare të zorrës, çka është karakteristike për formën differike të kolitit shigelozik (4); të arrijnë deri në serozë e të shkaktojnë perforacione të murit të këtij organi (forma ulçeronekrotike) (3,7). Mund të vërehen edhe dëmtime të limfonodulave mezenteriale (3), ku një autor (cituar nga 9) ka izoluar shigela.

Për shigelozat karakteristike është mungesa e bakteriemisë (2, 3, 6, 7, 14). Madje shumica e autorëve (5,6,7,8,12) nuk flasin fare për bakteriemi nga shigelat edhe kur përshkruajnë ndërlikimet e ndryshme të shigelozave. Mekanizmi patogjenetik i shigelozës ekstra-intestinale mendohet të jetë toksik apo toksiko-alergjik. Përkundrazi ka mundësi që gjatë kësaj sëmundje të depërtojë në gjak një mikrob tjetër si p.sh. aerobakteri (8), çka bëhet shkak për lindjen e një infeksioni të kryqëzuar (3), që rëndon gjendjen.

Megjithatë zbulimi i shigelave në gjak mund të jetë i mundshëm (2,8,9,10,11,13), pavarësisht se konsiderohet si një ngjarje absolutisht e jashtëzakonshme (6).

Në këtë punim do të vemë në dukje këtë mundësi të shigelave, duke e ilustruar edhe me rastin e ndjekur prej nesh. Nga gjaku i një të sëmurë, në Laboratorin Bakteriologjik të Spitaleve, u izolua shigela Sonnei.

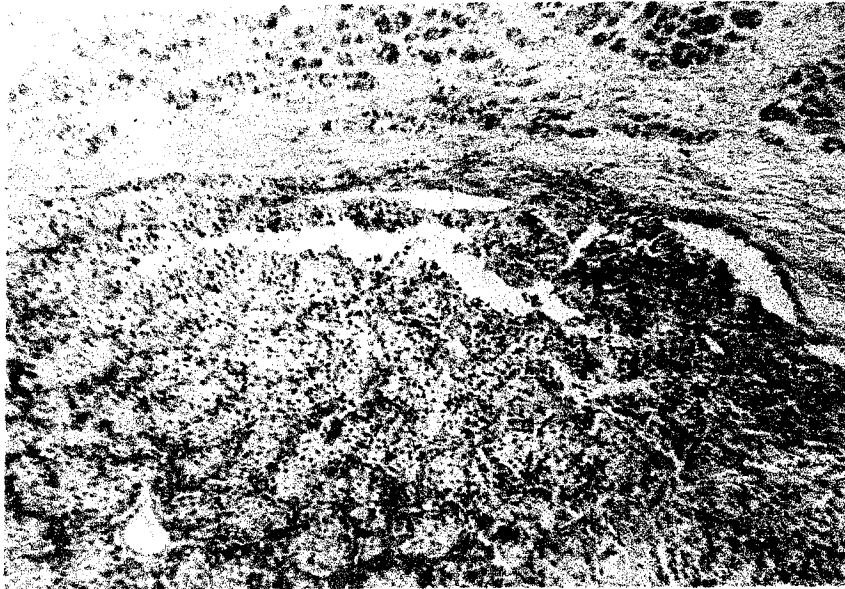


Foto 3. — Dallohet mirë kufiri midis indit tumoral dhe indit normal pankreas. Në këtë të fundit vihen re fenomene të atrofisë kompresive.

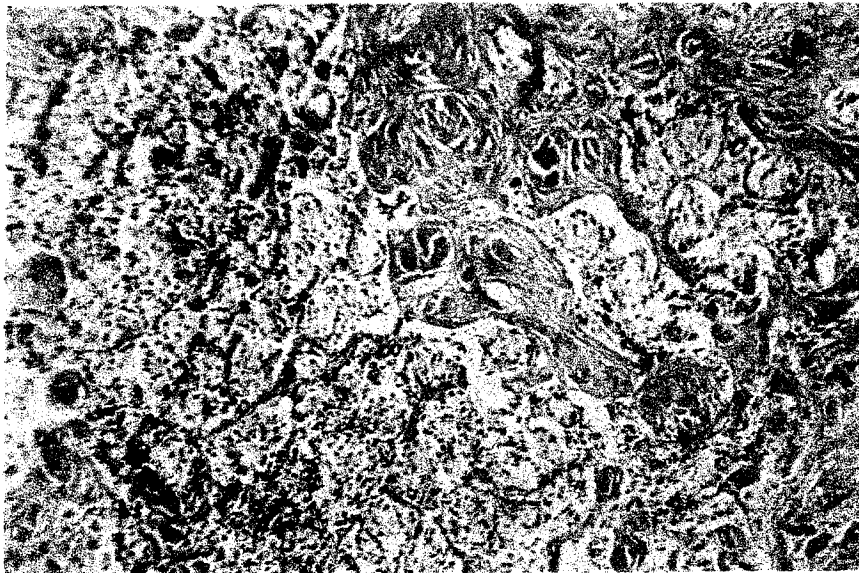


Foto 4. — Pamje nga zona e kapsulës fibroze e infiltuar nga grupet e qelizave tumorale.

PARAQITJA E RASTIT

E sëmura L. G., vjeç 55, pensioniste (arsimtare), shtrohet në spitalin nr. 4 më 7 tetor 1978 me diagnozë gastroenterit akut me kartelë nike nr. 2614.

Anamneza e sëmundjes: prej rreth para një muaji ndjente dot dhembje spastike të pa lokalizuara në një vend të barkut, herë pas herë kish diare me mukus të alternuar me kapsllëk si dhe temperatura vazhdueshme subfebrile. Për këto shqetësime ish trajtuar si një kronik post dizenterik me mexaform, sulfaguanidinë, vitaminat dhe trip duke pasur një farë përmirësimi. Ditën e shtrimit pati acarim gjendjes: temperaturë deri në 38,3° C, të vjella ushqimore dhe më v biliare si dhe disa shkarkime diaroike me pak mukus pa gjak.

Anamneza e jetës: kishte kaluar sëmundjet e fëmijësisë pa ndërime. Një vit e gjysëm më parë ka qenë e shtruar për dizenteri bakter klinike. Nga spitali doli në gjendje të mirë shëndetësore. Pas muajsh iu shfaqën shenjat e para të një koliti, për të cilin ishte mjek me tetraciklinë, kloramfenikol, rovakol, laksative me një farë përmirësimi.

Në spital, nëpërmjet ekzaminimit objektiv u hasën këto ndryshime patologjike: gjuha e veshur, pak e thatë, me disa çarje transversale ulje të respiracionit në bazën e mushkërisë së djathtë, ku dëgjohej zhurma të ngjashme me krepitacionet; barku pak meteorik, pa shprehje të iritimit peritoneal; zmadhim i kufijve të mëlcisë (sipër deri në 6 cm e poshtme të brinjës së V në vijën medioklavikulare, poshtë arr 2,5-3 cm, nën harkun brinjor), që paraqitej me konsistencë të shtuar pak e dhembshme në prekje, koloni në përgjithësi i dhembshëm gjatë palpimit të tij, me gurgullima, pjesa zbritëse e tij dhe sigma is spastike.

Të dhënat laboratorike: Eritrocitet 4.560.000, Hb 70%, sediment mm/orë, Leukocitet 9200 (segmente 72%, eozinofile 1%, bazofile shkopinje 2%, limfocitet 13%, monocite 10%), disa neutrofile ki granulacione toksike. Fosfataza alkaline 4,4 u, fibrinogjenemia 660 mg, mukoproteinat 256, acidi sialik 42; në elektroforezën e proteinave serumit u vërejt ulje e albuminave deri në 51% dhe rritja e alfa-2 bulinave deri në 14%.

Ekzaminimet ndihmëse: radioskopia e kraharorit tregonte ngri lart të të dy diafragmave me zvogëlim të ekskursionit të tyre, shkaktuar nga gastrointestinale vinte në dukje një transversoptoze dhe segmentar kontrastit, pa leziona të mukozës dhe me evakuacion normal; reomanoskopia paraqiste ndryshime të konsiderueshme: deri në 25 vëreheshin vaza të trashura, mikroulceracione, granulacione të v tek-tuk sufuzione hemorragjike të mukozës apo zona të zbehta atrofike edemë e pakët rreth ulçeracioneve.

Meqë në qendër të kuadrit klinik qëndronte një gjendje sepse e shprehur nga një temperaturë të zgjatur (skica nr. 1), kujdes i veçantë iu kushtua kulturave bakteriale. Kështu koprokulturuar, urokulturuar bilikultura rezultuan negative, ndërsa hemokultura vuri në dukje gjelë Sonnei.

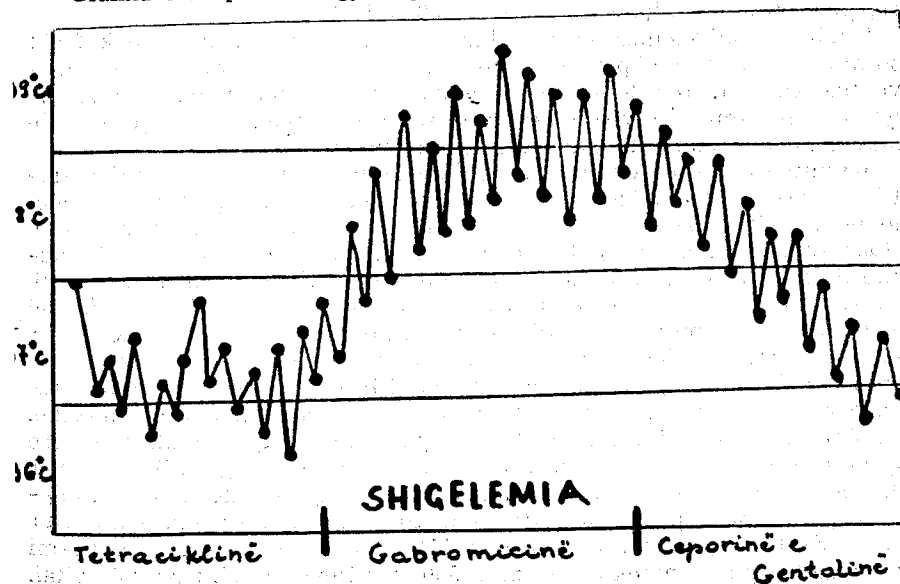
Paraqesim metodikën e punës të përdorur për izolimin dhe id

fikimin e këtij mikrobi: u mbollën 7 ml. gjak në 70 ml. bujon në kushte sterile. Terreni i mbjellë u vendos për inkubim në temperaturën 37° C dhe u kontrollua çdo ditë për rritje. Në ditën e pestë vumë re se ai paraqitej i turbulltë, për këtë arsye u kalua në terrenin DC, Kristenzen, Hajni dhe agar 2%. Pas 20 orë inkubimi në terrenin DC, lëxua kulturë të pastër në koloni të dyshimta për shigela. Edhe në terrenin Hajni vumë re karakteristika, që flisnin gjithashtu për shigela. Kristenzeni rezultoi negativ. Meqë izolimi i shigelave në gjak është jashtëzakonisht i rrallë, u vazhdua studimi bakteriologjik deri në përfundim. Prandaj nga agarkultura u bë aglutinimi në xham me serume aglutinante me të gjitha llojet e shigelave. Rezultoi se shtami i dyshimtë të aglutinoj shumë mirë me serumet aglutinante për shigela Sonnei. Më tej puna u vazhdua me përcaktimin e vetive biokimike të shtamit në fjalë (shih skicën nr. 2). Në bazë të të dhënave biokimike dhe serologjike u konkludua se shtami ishte shigela Sonnei i variantit shigela Sonnei, që zërthejnë ksilozën. Këtij shtami iu bë prova e ndjeshmërisë ndaj gjashtë antibiotikëve (tetraciklinës, streptomycinës, kloramfenikolit, neomicinës, kanamicinës, eritromicinës) me metodën e disqeve të imprenjuar. Të dhënat e antibiogramës treguan se shtami ishte rezistent ndaj të gjithë antibiotikëve të provuar.

Më vonë të sëmurës iu shfaqën dhembje të forta në epigastër dhe në hipokondrin e djathtë, që kishin karakter shpues dhe ishin të vazhdueshme. Pas konsultës me kirurgun, e sëmura transferohet në spitalin klinik nr. 2 ku i bëhet laparotomia meqë u mendua se ndodheshim përpara një patologjie mundësisht malinje të heparit. Biopsia tregoi se kishim të bënim me një adenokarcinomë multiple të këtij organi.

Skica nr. 1

Grafiku i temperaturës gjatë qëndrimit në spital



Skica nr. 2

Karakteristika biokimike të shigela Sonnei në përgjithësi (a) dhe ato të sht të izoluar nga hemokultura (b).

	Glukozë	Manit	Laktozë	Saharozë	Dulcit	Adonit	Inozit	Sorbit	Arabinozë	Xylozë	Rhamnozë	Salicinë	Indol	S. citrat	L. D. C.	A. D. H.	O. D. C.
a	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	+	+
b	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+

+⁺: pozitiv pas 8 ditësh

[+]: reaktion i dobët

DISKUTIM

Rasti paraqet interes të veçantë klinik dhe bakteriologjik, sepse gon se mund të kemi septicemi të shkaktuar nga shigelat.

Ritheksojmë se shigelema është një dukuri jashtëzakonisht e rrallë por jo e pamundshme.

Burimet e literaturës, që flasin për tejkalimin e barrierës intestinale nga ana e shigelave janë të rrallë dhe të paktë. Por më tepër pjesa e madhe e autorëve, që trajtojnë këtë çështje, nuk paraqesin raste të tyre, por citojnë studjues të tjerë (2,8,9,10,11,13).

Studimi i shigelemisë ka përfshirë edhe eksperimentimin në kaf laboratorike. Kështu nëpërmjet inokulimit të sasive të mëdha të shigave tek kafshët, rezistenca e të cilave ish ulur më parë, u arriti kryej depertimi i këtyre enterobaktereve në gjak. Një gjë e mund të ndodhë edhe në organizmin e njeriut (8).

Kështu një autor (cituar nga 9) i ka zhbuluar shigelat në nyjat lëvizëse, shpirtë dhe mëlçi. Tre autorë të tjerë i kanë gjetur në mëlçinë dhe në rrugët biliare (cituar nga 14), po ashtu dhe në urinë, ku është izoluar shigela Flexner (2). Demonstrimi i shigelave në organet e brendshme të kufomave dizenterike duhet kuptuar si një imigrim i tyre gjenetik (10). Prandaj hemokulturat pozitive rezultojnë të tilla shpesh tek të sëmurët me dizenteri akute të formës së rëndë, mund të kemi shigelemi edhe pas kalimit të fazës akute të dizenterive bakteriale. Kështu dy autorë (cituar nga 13) kanë izoluar në gjak shigela Sonnei tek një i sëmurë 25 vjeçar, që kishte kaluar dizenter Hemokultura rezultoi pozitive 8 ditë pas daljes nga spitali me koprokultura negative. Gjithashtu një autor (cituar nga 14) flet për bakteriem nga shigelat dhe në mungesë të shenjave intestinale. Ky autor het se përqindja e pozitivitetit të hemokulturave për shigela është shumë. Kështu një autor (cituar nga 11) vuri në tre raste me septicemi nga shigelat gjatë ndjekjes së mbi 500 fëmijëve të shtruar në sp

Tek e sëmura e ndjekur nga ne, shigelema u shfaq tek një e sëmurë që, mesa duket, vuante nga një dizenteri bakteriale kronike e riaktivizuar. Për këtë bazohemi në kalimin rreth një vit e gjysëm më parë të një dizenterie akute (me shfaqje të plotë të sindromës lokale dhe asaj të përgjithshme, me ecurinë dhe përgjigjen terapeutike tipike për këtë sëmundje), në shfaqjen e shenjave të kolitit kronik rreth dy muaj më vonë, në ekzaminimin rontgenologjik të tregonte një kolit spastik si edhe në të dhënat endoskopike karakteristike për një dizenteri kronike, siç e ve në dukje edhe një autor tjetër (4).

Shkaku i depertimit në gjak të shigelave nuk është i qartë. Megjithatë tek ky rast ishin të pranishëm dy kushte, që mund të ndihmonin deri diku shpjegimin e kësaj ngjarjeje: koliti kronik me mikroulceracione dhe adenokarcionomale multiplex hepatis. Njihet roli i rëndësishëm i sëmundjeve të mëlçisë dhe të atyre malinje në uljen e rezistencës së përgjithshme të organizmit. Gjithashtu dihet se hasja e bakteriemive, sidomos prej gram negativeve, gjatë këtyre sëmundjeve, është e lartë. Edhe nga shumë autorë vlerësohet roli i fuqisë mbrojtëse të organizmit në drejtim të shfaqjes së shigelemisë. Kështu flitet për septicemi nga shigela Flexner gjatë një leukopenie të rëndë tek një neonat dhe për një gjendje septike të shkaktuar nga salmonela Schwartzengrund dhe shigela Boydii tek një subjekt me hemoglobinopati patologjike nga prania e HbC dhe me 12.3% të hemoglobinës fetale alkalirezistente (1,8).

Mbi pasojat e shigelemisë flitet pak, ndoshta edhe pse kjo është e rrallë. Shumica e anatomopatologëve nuk kanë parë alteracione të veçanta të organeve, siç ngjet p.sh. në tifon abdominalë edhe kur ka ndodhur depertimi i shigelave në vazat e gjakut apo ato limfatike (2, 5). Kështu në 1130 ekzaminime nekroskopike të kryera në subjekte të vdekur nga shigeloza, një autor (cituar nga 9) nuk ka parë formim të abceseve. Po kështu, gjatë ekzaminimit të 91 kufomave (fëmijë të vdekur nga dizenteria), një autor tjetër (5) nuk ka hasur leziona të kësaj natyre. Megjithatë janë parë meningjite purulente (8) dhe pneumoni primare (7).

Tek rasti i paraqitur në këtë punim, po të kihet parasysh grafiku i temperaturës, bie në sy se shigelema përkon me atë pjesë të kurbës, ku temperatura nga subfebrile bëhet septike. Nga ana klinike, në këtë fazë, e sëmura rëndohet si pasojë e shfaqjes së një gjendjeje toksiko-septike. Dihet se tumorët e mëlçisë mund të shoqërohen me temperaturë subfebrile apo febrile (1). Me përdorimin e ceporinës dhe gentamicinës vumë re uljen e temperaturës në subfebrile, siç ishte para izolimit të shigelave nga gjaku. Duke dashur të bëjmë një lidhje midis këtyre dy të dhënave, mendojmë se në rritjen e temperaturës (pjesa e mesme e grafikut) mund të ketë ndikuar edhe endotoksinemia shigelozike, si pasojë e shkatërrimit të këtyre mikrobeve në gjakun qarkullues. Roli i këtyre toksinave bakteriale në intoksikacionin e përgjithshëm gjatë dizenterisë bakteriale pranohet nga të gjithë autorët. Nga këto të dhëna mund të themi se e sëmura ka pasur një septicemi nga shigela Sonnei.

Dorëzuar në Redaksi më 20 janar 1980

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Adhami J. E.**: Tumoret e mëlçisë. Traktati i sëmundjeve të brendshme. Tih 1974, vol. II, 154.
- 2) **Aschoff K.**: Dysenterie. Pathologische Anatomie. Jena 1928, 880.
- 3) **Bekteshi S.**: Enteriti nga shigelat. Pediatria. Tiranë 1974, vol. I, 334.
- 4) **Bitri P.**: Dyzenzeria bacilare. Pathologjia morfologjike. Tiranë 1966, 591.
- 5) **Bitri P.**: Patmorfogjeneza e dizenterisë në fëmijë. Tiranë 1973, 79.
- 6) **De Rittis F.**: Disenteria bacilare. Manuale di patologia medica (Campana Torino 1971, Vol. II, 337.
- 7) **Dushniku N.**: Dyzenzeria. Sëmundjet infektive. Tiranë 1976, Vol. II, 9.
- 8) **Ferrarini E.**: Shigelosi. Giorn. Mal. Inf. Parass. 1974, 26, I, 35.
- 9) **Johmann-Hegler-D'Amato**: Trattato delle malattie infettive. Disenteria. Mil 1939, 661.
- 10) **Klemperer G.**: Dysenterie. Neue Deutsche Klinik. Berlin 1932, 641.
- 11) **Knapp G.**: Shigellosen. Infektionen des Gastro-Intestinaltraktes. Editiones R 1978, 201.
- 12) **Pulo J., Kraja Dh.**: Një rast i dizenterisë bakteriale akute flexneri, që sim në fillim në gjendje gripale të zgjatur. Buletini i UT — Seria shkencat r kësore 1978, 2, 59.
- 13) **Slopek S.**: Enterobakteriaceae Infektionen (Sedlak-Rische). Leipzig 1968, 3
- 14) **Wildfuhr G.**: Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Epidemiologie. Lei 1959, Vol. I, 458.

Summary

A CASE OF SHIGELLA SONNEI BACTERIEMIA

The paper describes the pathologic changes caused by shigella point out that they are not always identical and discusses briefly the pathogenesis. It is a characteristic of shigellae that they do not usually cross the vascular barrier and do not cause bacteriemia.

But in some rare, exceptional cases blood cultures may result positive for these organisms. The paper illustrates this possibility with a personal case in which *Shigella sonnei* was isolated from the blood.

The paper describes the method used for the isolation and identification of the strain, which resulted a xylose-fermenting variant. It points out that shigellae can penetrate the blood stream in unusual severe cases, but also after recovery from bacterial dysentery. In the described case the patient was suffering from chronic dysentery complicated by a septic state, to which may have contributed an accompanying liver adenocarcinoma.

Résumé

UN CAS DE SHIGELLA SONNEI BACTERIEMIA

Dans cet article il est question des modifications pathologiques provoquées par la shigellose, qui, selon l'avis des auteurs, ne sont pas toujours identiques. Ensuite les auteurs s'occupent de la pathogénèse de la shigellose et soulignent le fait que les shigella ne pénètrent pas généralement dans l'organisme humain et ne provoquent pas la bactériémie. Les hémocultures sont rarement positives. En effet les auteurs décrivent un cas dans lequel ils ont isolé le bacille de *Sonnei*. Ils ont employé à cette fin une méthode qui leur a donné une souche de *Shigella Sonnei*, appartenant à la variante qui désagrège la xylose.

Selon les auteurs, on rencontre la shigellose dans les formes aiguës, graves de la dysentérie chronique ou après celle-ci. En effet dans le cas qu'ils décrivent, la malade souffrait d'une dysentérie chronique, qui s'est compliquée d'un état séptique, à la manifestation de laquelle a contribué peut-être dans une certaine mesure la présence d'un adéno-cancer du foie.

PROBLEME AKTUALE TË MJEKËSISË

ANTAGONISTËT E RECEPTORËVE H_2 -HISTAMINIKË, VEPRIMI FARMAKOLOGJIK DHE PËRDORIMI KLINIK

— PROF. JOSIF E. ADHAMI —

(Klinika e II e Sëmundjeve të Brendshme)

I. — RECEPTORËT HISTAMINIKË

Receptori mund të konsiderohet si një molekulë, si një pjesë e saj ose si një grup molekulash, që bëjnë pjesë në një substrat biologjik, me të cilin molekula e medikamentit duhet të bashkëreagojë për të pasur një veprim farmakologjik (11). Sikurse receptorët adrenergjikë, ashtu dhe ata histaminikë nuk janë njësi anatomike ose histologjike, por manifestime biokimike, që zhvillohen në nivelin e membranës qelizore.

Për të folur për një veprim receptor është e nevojshme që të kemi *agonistë selektivë*, domethënë lëndë që stimulojnë receptorët dhe *antagonistë selektivë* ose lëndë që bllokojnë vetë receptorët, në rast të kundërtë kemi të bëjmë me veprime jospesifikë të membranës ose ndryshime të permeabilitetit etj.

Kohët e fundit ka tërhequr vëmendjen mundësia e qënies së të ashtuquajturave «organe receptorë aksesorë» ose «shtojca», të cilët janë të rëndësishëm veçanërisht në rastet kur midis agonistëve dhe antagonistëve nuk ka një identitet struktural të qartë (76).

Me zbulimin e antihistaminikëve klasikë, në vitin 1937, filloi të flitet edhe për receptorët histaminikë. Por në studimet e mëvonshme u pa se disa nga veprimet e histaminës, veçanërisht ai mbi ngacmimin e sekrecionit gastrik, nuk bllokohehin nga antihistaminikët të zbuluar deri atëhere (11). Kjo bëri që në vitin 1966 të ndahen receptorët histaminikë (4) në receptorë H_1 (ata që bllokohehin nga antihistaminikët klasikë) dhe receptorë jo H_1 (ata që nuk bllokohen prej tyre). Në vitin 1972 (13) këto të fundit u quajtën receptorë H_2 histaminikë dhe u përcaktuan agjentët agonistë dhe antagonistë të tyre. ^{te H_1 , H_2}

Përsa i përket përhapjes së receptorëve histaminikë, është gjetur se përveç tre lokalizimeve klasike: 1) qelizave parietale (oksinetike) të stomakut; 2) uterusit të miut dhe 3) atriumeve të zemrës së kavies, ka dhe shumë sektorë të tjerë, ku ngacmimi i receptorëve H_2 shkakton veprime pozitive ose negative (11). Këto veprime ndonjëherë mund të jenë të ngjashëm me ato të receptorëve H_1 , herë tjetër të kundërtë. Përveç kësaj, receptorët H_2 duket se janë heterogjenë dhe kanë një shpërndarje të ndryshme nëpër organe si përsa i përket numrit ashtu edhe cilësisë së vetë receptorëve, prandaj nga pikëpamja sasiore iu përgjigjen në mënyrë të ndryshme agonistëve të ndryshëm. Kështu disa

Aftësia e antagonistëve të receptorëve H_2 për të frenuar sekrecionin gastrik të stimuluar nga pentagastrina na bën të mendojmë se *gastrina* vepron nëpërmjet çlirimit të histaminës endogjene. Fakti që «*in vivo*» sekrecioni i stimuluar nga acetil-kolina është më rezistent kundrejt antagonistëve të receptorëve H_2 sesa sekrecionet e stimuluar nga histamina dhe pentagastrina, le të mendohet se në mukozën gastrike ekzistojnë receptorë kolinergjikë, që nuk bllokohen nga antagonistët e receptorëve histaminergjikë H_2 . E dhënë me doza të mjaftueshme për të frenuar sekrecionin gastrik, cimetidina nuk jep manifestime anësore mbi aparatit kardiovaskular dhe sistemin nervor central (61).

Në dritën e njohurive të sotme është e pamundur të përcaktohen me përpikmëri mekanizmat molekularë që rregullojnë prodhimin e acidit klorhidrik në mukozën gastrike, por megjithatë duket i padiskutueshëm roli i disa agjentëve, midis të cilëve ngre peshë sistemi i nukleotideve ciklike.

Studimi i specifitetit dhe e përhapjes së adenilciklazës në mukozën gastrike të kavies ka treguar se kjo ciklazë stimulohet jo vetëm nga histamina, por edhe nga dimapriti, që, siç e kemi përmendur, është një ngacmues specifik i receptorëve H_2 . Cimetidina e bllokoi në mënyrë selektive aktivizimin enzimatik të shkaktuar nga histamina dhe dimapriti, por nuk e frenon shtimin e adenilciklazës së prodhuar nga epinefrina dhe prostaglandina E_2 , të cilat janë frenuese të acidit gastrik. Kjo bën të mendohet se sekretagogët histamina dhe dimapriti veprojnë mbi sisteme ciklazash, të varura nga struktura membranash të ndryshme nga ato mbi të cilat veprojnë epinefrina dhe prostaglandina (30).

Gastrina është një sekretues i fuqishëm i acidit gastrik, kurse acidifikimi në atriumin normal është mekanizmi fidbek kryesor, që frenon çlirimin e gastrinës. Mendohet se në të sëmurët me ulçer duodenal, ky mekanizëm frenues mund të rregullohet. Kështu në njerëzit e shëndoshë ka një raport të drejtpërdrejtë midis pH intragastrik dhe nivelit të gastrinës në serum, gjë që mungon në të sëmurët me ulçer duodenal.

Niveli serik i gastrinës nuk ndryshon gjatë përdorimit të menjëherëshëm të cimetidinës ose kur ajo përdoret për 4 deri 6 javë (7, 18, 25). Edhe mjekimi i zgjatur më tepër se tre muaj me cimetidinë nuk e rrit prodhimin bazal të gastrinës, me përjashtim të rasteve kur gjenden ndryshime të mëdha të pH bazal antral (71).

Të sëmurët me ulçer duodenal kanë prirje të prodhojnë sasi të mëdha acidi gastrik bazal, kurse cimetidina, si antagonist i receptorëve H_2 -histaminikë, e frenon këtë sekrecion si ditën ashtu dhe natën (12, 15, 20, 25).

E dhënë me 200-400 mg. per os, domethënë 1-2 tableta, cimetidina e ul prodhimin mesatar të acidit gastrik në 87-88%. Ulja më e theksuar shihet 2-4 orët e para pas pijes së preparatit, por veprimi është më i madh mbi përqëndrimin e acidit, sesa mbi volumin e sekrecionit gastrik (9).

Cimetidina, e marrë nga goja, është një preparat antisekretor fuqishëm, që e frenon shumë sekrecionin acid dhe e ul aciditetin intragastrik si në njerëzit e shëndoshë, ashtu dhe në ata me ulçer duodenal. Doza optimale prej 1 gr. në ditë ka veprim të barabartë me 2.4 mg

atropinë në ditë (65). 400 mg. cimetidinë, të marrura në mbrëmje para gjumit, kanë veprim frenues maksimal mbi prodhimin e aciditetit gastrik gjatë natës (14).

Ka autorë (34) që duke dhënë nga 1.6 gr. cimetidinë në 24 orë për 6 javë kanë gjetur një ulje të theksuar të mesatares së prodhimit të acidit, e cila vazhdoi të mbetet e ulur edhe dy javë pas ndërprerjes së preparatit.

Në trajtimin e ulçerit duodenal, cimetidina është efektive dhe jep rezultate të ngjashme si vagotomia gastrike proksimale (1). Cimetidina është një frenues i fortë i sekrecionit gastrik të stimuluar nga histamina, pentagastrina, insulina, kofeina ose ushqimet. Përgjigja sekretore e stomakut kundrejt ushqimeve kontrollohet nga dy rrugë kryesore: rruga vagale dhe ajo hormonale. Ngacmimi vagal bëhet me anën e hipoglicemisë insulinike ose nëpërmjet «ushqyerjes së rremë», domethënë duke i dhënë të sëmurit një ushqim për ta përtypur dhe pastaj ta pështyjë pa e gëlltitur (53). Cimetidina e ul aciditetin e stimuluar nga insulina deri në 98% (12).

Rruga hormonale bëhet me anën e *gastrinës* ose preparatit analog sintetik *pentagastrinës*. Cimetidina nuk ka veprim mbi nivelin serik bazal të gastrinës, por frenon në mënyrë të dukshme sekretimin e acidit gastrik të stimuluar nga pentagastrina (1, 12, 15, 18, 21, 25, 69).

Përsa i përket histaminës, megjithëse roli që ajo luan nuk është sqaruar plotësisht, sot është e sigurtë se ajo merr pjesë në mekanizmin fiziologjik të sekretimit gastrik. Si antagonist i receptorëve H_2 - histaminikë, cimetidina e frenon sekrecionin e acidit gastrik të ngacmuar edhe nga histamina (21, 25, 53, 69). Ajo e ul aciditetin si në njerëzit e shëndoshë, ashtu dhe në ata me ulçer duodenal deri në 93.9% të tij dhe e ul aciditetin gjatë natës, duke e ngritur pH në rreth 6-7 (12). Cimetidina pengon shtimin e joneve të hidrogjenit (H^+) dhe volumin e sekrecionit gastrik të prodhuar nga përdorimi i kafeinës tek të gjithë rastet e vrojtuar. Me gjithë përdorimin e kafeinës, prurja acide, që shihet pas përdorimit të cimetidinës, është zakonisht më e ulët se niveli bazal (28).

Për të përcaktuar aftësinë vepruese të cimetidinës, elementi kryesor nuk është doza e përdorur sesa niveli që ajo arrin në gjak. Përdorimi i cimetidinës gjatë ngrënies e vonon rezorbimin e saj.

Veprimi i cimetidinës mbi sekretimin e pepsinës është më pak i qartë se ai mbi sekrecionin acid. Megjithatë është vënë re se përqëndrimi i pepsinës gjatë përdorimit të cimetidinës pëson një ulje të lehtë (1, 53).

Një veprim tjetër i cimetidinës është edhe ai mbi sekretimin e faktorit intrinsek. Siç dihet, në njerëz, faktori intrinsek sekretohet nga qelizat parietale të stomakut. Pentagastrina dhe histamina, të dhëna në doza që shkaktojnë prodhim maksimal të sekrecionit acid, stimulojnë edhe sekretimin e faktorit intrinsek.

Cimetidina ka një veprim të theksuar frenues mbi volumin, aciditetin dhe prodhimin e acidit, por nuk ka aftësi vepruese të madhe mbi kulmin e përqëndrimit, kulmin e prodhimit ose kohën e përgjigjes së sekretimit të faktorit intrinsek nga stimulimi me pentagastrinë. Kështu përdorimi klinik i cimetidinës nuk besohet të shpjerë në një varfërim

të organizmit nga vitamina B₁₂ me pasoja hematologjike dhe neurologjike (23).

Boshatisja e rezervave të faktorit intrinsek në qelizat parietale, nën veprimin e pentagastrinës, para përdorimit të cimetidinës, si dhe përgjigja e tyre kundrejt stimujve të përsëritura më vonë, tregojnë se cimetidina nuk ka asnjë veprim mbi sintezën e faktorit intrinsek (25).

Përsa i përket sekretimit të pankreasit ekzokrin është vërtetuar se përdorimi i cimetidinës për 28 ditë me dozë 1 gr. në ditë në të sëmurët me ulçer duodenal, nuk e ndryshon sekretionin ekzokrin të këtij organi (32, 53). Po ashtu dhënia e cimetidinës 400 mg. per os dy orë para sondimit duodenal dhe kërkimi i sekretionit pankreatik pas injektimit të shpejtë i-v të sekretinës dhe pankreoziminës, nuk vuri në dukje asnjë ndryshim të rëndësishëm lidhur me volumin, koncentrimin, prodhimin e bikarbonateve, amilazës, lipazës, tripsinës dhe kimotripsinës (38). Ka mendime se preparati mund të përdoret në mjekimin e pankreatitit kronik ku ndihmon për një përdorim më të mirë të ekstrakteve pankreatike zëvendësuese (32). Ai nuk e ndryshon pH intraduodenal dhe nuk ka asnjë veprim mbi prurjen totale të acideve biliare (53). Cimetidina nuk e ndryshon as sekretimin e lipazës, tripsinës dhe acideve biliare pas ngrënies (55).

Ekziston një hipotezë, sipas së cilës ndryshimi i barrierës mukoze të stomakut shprehet me një zvogëlim të diferencës së potencialit të mukozës gastrike, gjë që lejon një shpërhapje retrograde të shtuar të jonëve H⁺; kësaj i atribuohet shkaku kryesor i lezimeve të mukozës. Cimetidina e shton diferencën e potencialit të mukozës gastrike dhe ndihmon në riparimin e dëmtimeve qelizore të shkaktuara nga aspirina. Me ndryshim prej preparateve antikolinergjike, cimetidina nuk e ul pressionin e sfinkterit ezofageal të poshtëm dhe nuk e ndryshon funksionimin e tij normal. Ai nuk ndikon as mbi shpejtësinë e zbrazjes së stomakut (53).

Gjatë përdorimit nga goja, cimetidina absorbohet mirë, por një sasi e madhe e dozës së saj nxirret e pandryshuar me urinë edhe kur përdoret me rrugë intravenoze (47). Gjysëm jeta e saj në gjak është rreth dy orë. Në qoftë se preparati merret gjatë ngrënies, niveli optimal në gjak zgjatet (40, 53).

Cimetidina nuk ka veprim të dukshëm mbi filtrimin glomerular. Vlerat mesatare të kreatinfosfokinazës mbeten të pandryshuara gjatë mjekimit (22). Megjithatë dozat e cimetidinës duhet të ulen në rast se të sëmurët paraqitin turbullime të rënda të funksionit renal.

Në të sëmurët me insuficiencë renale, që bëjnë hemodializa të rregullta, përdorimi i cimetidinës me dozë 200 mg dy herë në ditë bën që përqëndrimi i preparatit në gjak të jetë i përshtatshëm, pa pasur rrezik akumulimi. (27). Kjo ka rëndësi të madhe, pasi në të sëmurët me insuficiencë renale që bëjnë hemodializa të rregullta dhe në ata me transplantime, incidenca e ulçerave peptike është e lartë. Prej kësaj kuptohet se përdorimi i antagonistëve të receptorëve H₂ - histaminikë, siç është cimetidina, mund të lozë një rol në trajtimin e ulçerave peptike të shfaqura gjatë insuficiencës renale.

III - PËRDORIMI I ANTAGONISTËVE TË RECEPTORËVE H₂ - HISTAMINIKË NË KLINIKË.

Absorbimi digjestiv shumë i mirë lejon që zakonisht cimetidina të jepet nga goja në formë tabletash prej 200 mg secila. Doza ditore mesatare është 1,0 gr. Për shkak të gjysëm jetës së saj përkrahësisht të shkurtër, doza ditore ndahet në katër pjesë: tri herë nga një tabletë jepet pas ngrënies së mëngjezit, drekës e darkës, kurse dy tabletat e tjera i jepën të sëmurit para se të flerë. Kjo dozë mund të shtohet në qoftë se i sëmuri paraqit një sekretion acid shumë të lartë.

Ulçeri duodenal: në krizat ulçeroze akute cimetidina jepet me 1,0 gr. ditën për katër javë ose mund të zgjatet edhe 6 javë. Shoqërimi me antikolinergjike është i padobishëm dhe rrezikon të japë manifestime anësore. Kurse preparatet antiacide si kripërat e aluminit mund të përdoren veçanërisht në ditët e para kur të sëmurit i kanë mbetur ende disa dhembje.

Në studime të verbta të dyfishta janë mjekuar të sëmurët me ulçer duodenal me cimetidinë nga goja ose me placebo (kapsula laktoze me pamje të njëjtë). Ekzistenca dhe përmasa e ulçerit kontrolloheshin endoskopikisht me fibrogastroskop para mjekimit dhe çdo javë gjatë mjekimit. Zvogëlimi i përmasave ishte shumë më i shpejtë në ata që merrnin cimetidinë sesa placebo me probabilitet gabimi përkrahësisht $P < 0.001$ dhe $P < 0.0005$ (15, 39). Veç kësaj u vu re se të sëmurët që marrin cimetidinë konsumojnë shumë më pak preparate antiacide sesa ata me placebo (16). Rezultatet e mjekimit ndryshojnë sipas autorëve nga 85% të cikatrizuar me cimetidinë dhe 25% me placebo (45), përkrahësisht 72% dhe 29% (10), deri në 85% me cimetidinë dhe 60% me placebo (70).

Ka autorë (58) që lidhin rezultatet e mjekimit me zgjatjen e tij në kohë; kështu duke dhënë doza më të larta: 4 herë nga 400 mg. cimetidinë në ditë, pas dy javësh mjekimi u shëruan 30% e rasteve të vërtetuara endoskopikisht, pas 6 javësh u shëruan 60%, kurse pas 12 javësh 90% e tyre. Përveç kësaj ata vunë re se dy javët e para rezultatet e mjekimit me cimetidinë nuk kishin ndryshime të mëdha me ata që u mjekuan me placebo, diferencë, e cila rritej pas 6 dhe 12 javësh. Krejt ndryshe nga këto, autorë të tjerë (35) kanë gjetur se shërimi i të sëmurve me ulçer duodenal të mjekuar me cimetidinë dhe me placebo ishte i ngjashëm pas 6 javësh, kurse diferenca më të mëdha midis dy grupeve u gjetën pas dy javësh mjekimi. Veç kësaj u pa se në të sëmurët e shtruar në spital, përqindjet e shërimit ishin më të larta se në ata që mjekoheshin ambulatorisht.

Nën veprimin e cimetidinës zhduken edhe dhembjet epigastrike. Sekretimi gastrik acid bazal ose pas stimulimit maksimal me pentagastrinë pakësohet shumë brenda 28 ditësh mjekimi. Por ndryshe nga këto nuk u panë ndryshime të gastremisë bazale dhe të masës së qelizave parietale (44). Autorë të tjerë (29) kanë studjuar densitetin dhe volumin e qelizave parietale të mukozës së stomakut në krahasim me volumin e gjendrave të saj para dhe 30 ditë pas mjekimit me 1,0 gr. cimetidinë ditën; duke marrë nga 8 biopsi (para e ditën e 30) në nivelin e trupit

të stomakut (zona e Polacek e Ellison) gjetën një zvogëlim të densitetit dhe të vëllimit të qelizave parietale.

Në studime të tjera të verbta të dyfishta, ku diagnoza vërtetohet me fibrogastroskopi dhe përqindjet e shërimit ishin përkatësisht 72% dhe 34% për cimetidinën e placebo, ndërsa zhdukja e dhëmbjeve ulçeroze nuk ndryshonte shumë nga njëri grup në tjetrin, por konsumi i preparateve antiacide ishte më i madh në të sëmuret e mjekuar me placebo sesa ata me cimetidinë (3).

Përsa i përket zgjatjes së mjekimit ka autorë në literaturë që thonë se cimetidina në ulçerin duodenal duhet të vazhdohet 8 javë, pasi rritet përqindja e cikatrizimit të ulçerit nga 73% pas 4 javësh në 90% pas 8 javësh. Kur ka mundësi ekzaminimesh radiologjike dhe endoskopike, terapia me cimetidinë duhet të vazhdohet deri në cikatrizimin e ulçerit (63).

Përsa i përket terapisë së shkurtër 7 ditore me 1.0 gr. ditën cimetidinë mund të përdoret si një ndihmëse e dobishme në periudhën paraoperatore (73). Sidoqoftë, cikatrizimi i ulçerit nuk e zgjidh përfundimisht sëmundjen ulçeroze, pasi pjesa më e madhe e të sëmurve pësojnë *recidiva* brenda një viti. Recidiva mund të mjekohet me një cikël tjetër cimetidine. Në raste të tilla mundësitë e shërimit janë të njëjta ose pak më të dobta sesa rezultatet e arritura me ciklin e parë (8). Në gjendjen e sotme të njohurive, ulçeri duodenal i pandërlikuar mund të konsiderohet si indikacioni më i zgjedhur për cimetidinën. Por ka edhe autorë që kanë arritur rezultate shumë të mira edhe në disa raste ulçerash penetrante. Në pamundësi për të përdorur endoskopinë, duhet bazuar në kriteret diagnostike më specifike, si p.sh. mbi *nishën* dhe jo mbi *deformimin e bulbit* të vënë në dukje gjatë ekzaminimit radiologjik (8).

Me qëllim që të mënjanohej recidivat e sëmundjes pas ndërprerjes së cimetidinës, ka mendime për përdorimin e preparatit vazhdimisht me doza mbajtëse (16, 40, 46, 64, 75). Lidhur me këto, mendohet se një dozë 400 mg e njëhershme e dhënë në mbrëmje mbron një lloj si dy doza ditore prej 400 mg secila; ky mjekim duhet të zgjatet të paktën për 6 muaj, sepse pas 6 muajve të parë recidivat ulen shumë dhe sëmundja stabilizohet (40). Për përdorimin e cimetidinës me ulçer flasin edhe shumë autorë të tjerë (2, 26, 36, 62, 66 etj.).

Nga të dhënat e deritanishme duket se nuk është vërtetuar ekzistenca e dukurisë së rikthimit (rebound) pas ndërprerjes së preparatit (64).

Ulçeri gastrik. — Para se të fillojë mjekimi duhet të vërtetohet natyra *beninjë* e ulçerit, jo vetëm radiologjikisht dhe me fibrogastroskopi, por edhe histologjikisht me biopsi të shumta, pasi cimetidina mund të cikatrizojë edhe një kancer ulçeriform.

Cikatrizimi i një kanceri të tillë e pengon mjekun ta dërgojë të sëmurin për ndërhyrje kirurgjikale, por çdo vonesë në këtë drejtim shpie në shfaqjen e metastazave.

Studime të verbra të dyfishta kanë vërtetuar efikasitetin e cimetidinës edhe në ulçerin gastrik (6, 33, 50, 75). Zgjatja e mjekimit luhatet midis 6 dhe 12 javësh, sipas përmasave të ulçerit, të cilat janë shumë të ndryshme në stomak (40).

Ulçeri peptik anastomotik pas gastrektomisë. — Ky shfaqet gjatë ndërhyrjes kirurgjikale nuk është pakësuar sa duhet sekrecion

acid i stomakut. Mund të jetë pasojë e një indikacioni jo të përshtatshëm për *vagotomi hiperselektive*, *vagotomi trunkulare* jo të plotë ose *gastrektomi* të pjesshme të pa shoqëruar me *vagotomi*. Përdorimi i cimetidinës e cikatrizon ulçerin në shumicën e rasteve. Kur paraqitet nevoja për një ndërhyrje të dytë kirurgjikale, cimetidina duhet vazhduar deri në çastin e ndërhyrjes.

Me dozë 1.6 gr. ditën për 8 javë, cimetidina e ul sekrecionin bazal dhe atë të stimuluar dhe i shëron ulçerat në 90% të tyre të vërtetuara endoskopikisht (52).

Antagonistët e receptorëve H₂-histaminikë në hemorragjitë gastro-intestinale. — Terapia e përdorur deri më sot, shpeshherë, është e paaftë të ndalojë hemorragjitë e shkaktuara nga dëmtimet erozive akute të pjesës së sipërme të tubit tretës, në të sëmuret që vuajnë nga sëmundje të rënda të mëlçisë. Prej këtej duket se acidi gastrik është një faktor i rëndësishëm në zhvillimin e këtyre dëmtimeve, prandaj u mendua të përdoren antagonistët e receptorëve H₂ - histaminikë — *metiamidi dhe cimetidina* për profilaksinë dhe ndalimin e hemorragjive gastrointestinale të këtyre të sëmurve.

Të bazuar mbi këto, disa autorë (57) mjekuan 25 të sëmure me metiamid ose cimetidinë në mënyrë profilaktike me 150 mg intravenoz, duke i përsëritur në rast nevojë, me qëllim që pH intragastrik të mbahet rreth 5. Nga ky grup pati hemorragji vetëm një i sëmure, ndërsa nga 21 raste kontrolli të pa mjekuar me këto preparate, hemorragjia u shfaq në 11 veta. Po kështu 12 të sëmure me hemorragji gastrointestinale, nga të cilët 4 hemorragji të rrafshme nga insuficienca hepatike, 2 me hepatit alkoolik të rëndë dhe 6 me cirroza të dekompensuara, të cilët paraqitnin erozione të vërtetuara fillimisht me endoskopi, u mjekuan me cimetidinë 150 mg. i-v çdo 6 orë ose 1 gr. ditën nga goja, të ndarë në 4 doza. Hemorragjia ndaloi në të gjitha rastet brenda 12 orësh, por me ndalimin e mjekimit u rishfaq në 3 veta. Me rifillimin e cimetidinës u ndërpre në dy prej tyre.

Në raste të tilla, masat e tjera, duke përfshirë edhe infuzionin e pitresinës në arterien mezenteriale në mënyrë selektive, janë shpesh të paefektshme, kurse aciditeti gastrik lot një rol themelor në patogenezën e këtyre dëmtimeve të tubit tretës. Kështu përdorimi i antagonistëve të receptorëve H₂ - histaminikë përbën një metodë të thjeshtë dhe efektive si për parandalimin, ashtu dhe për mjekimin e hemorragjive gastrointestinale në sëmundjet e rënda të mëlçisë.

Ka autorë (59) që mendojnë se mjekimi me cimetidinë mund të përdoret jo vetëm në hemorragjitë nga erozionet e mukozës, por dhe në ato të ardhura nga varicet e ezofagut, pasi refluksi i lëngut gastrik acid në ezofag mund të kontribuojë në patogenezën e hemorragjive.

Ka raste kur dëmtimet akute hemorragjipare të mukozës gastro-duodenale shfaqen edhe në prani të një sekrecioni acid shumë të pakët. Në të sëmure të tillë rekomandohet që cimetidina të shoqërohet me preparate antiacide për ta rritur pH gastrik deri në neutralizim të tij (8).

Autorë të tjerë (42) cimetidinën e kanë përdorur për të ndaluar hemorragjitë nga ulçerat gastroduodenale, si dhe për të parë incidencën e përsëritjes së hemorragjive dhe kanë gjetur ndryshime në krahasim me të sëmuret, tek të cilët kanë përdorur placebo.

Cimetidina ka vend të përdoret në mjekimin e hemorragjive nga ulçerimet dhe erozionet e ezofagut, stomakut e duodenit, veçanërisht në të sëmurët me kushte që predispozojnë për hemorragji ose ku sëmure ndje të tjera shoqëruese apo mjekim me preparate të tjera e rritin risun e kirurgjisë. Por nga ana tjetër duhet thënë se cimetidina është e pamundur të japë efekt në hemorragjitë e shkaktuara nga ulçerat që kanë dëmtuar vaza të mëdha (24). Për aftësinë vepruese të cimetidinës në hemorragjitë gastrointestinale flasin edhe shumë autorë të tjerë (40, 59, 68, 75 etj.).

Sindroma e Zollinger - Ellison. - Manifestimet funksionale dhe ndërlikimet e rënda të sindromës Zollinger-Ellison janë të lidhura me hipersekretimin acid, që vjen si pasojë e prodhimit të shtuar të gastrinës nga masa tumorale.

Diagnoza e kësaj sindrome bazohet kryesisht mbi rritjen e përqëndrimit të gastrinës në serum, hipersekrecionin e acidit klorhidrik gastrik dhe ulçerat gastroduodenale të para me fibrogastroskopi. Deri këto vitet e fundit, mjekimi simptomatik i kësaj sindrome ishte gastrektomia totale, kurse sot mjekimi kirurgjikal mund të kufizohet në heqjen e tumorit pankreatik (40, 74). Heqja e gastrinomës është më e lehtë kur ai vërit pankreatik (40, 74). Në raste të tilla, ulja e gastrinemisë tregon së ndoset jashtë pankreasit. Në raste të tilla, ulja e gastrinemisë tregon se operacioni ka pasur sukses, kurse ulçerat gastroduodenale zhduken me cimetidinë brenda 8 javësh (31).

Në tre të sëmurë me këtë sindromë, që secili paraqiste ulçera të shumta të vendosura në duoden, regjionin prepilorik dhe në stomak, mjekimi me cimetidinë 1-1,4 gr. ditën bëri që ulçerat të shërohen brenda 3-5 javësh, shumica e tyre brenda 3 javësh (74). Pas mjekimit, sekretimi i acidit gastrik u ul shumë, por përqëndrimi i gastrinës në serum nuk pësoi ndryshime të mëdha.

Autorë të tjerë (17) gjatë mjekimit të 5 të sëmurëve me sindromë Zollinger-Ellison me cimetidinë 0,8-2,0 gr. ditën, në 2 prej tyre vunë re një «frenim sekretor të zgjatur», i cili vazhdoi edhe 42 ditë dhe 90 ditë pas marrjes së cimetidinës. Në studime të verbta të dyfishta është vërejtur në re se cimetidina është shumë më me aftësi vepruese sesa placebo në raste të tilla. Në studime të gjitha rastet. Kështu nga 8 të sëmurë të mjekuara me cimetidinë 1,2 gr. ditën për 14 deri 195 ditë, në 2 të sëmurë patën rezultate shumë të mira, në 3 përmirësim të pjesëshëm kalimtar, kurse 3 të fundit nuk patën efekt (18).

Refluksi gastro-efozageal. - Shenjat klinike dhe dëmtimet e mukozës së ezofagut janë të lidhura më shpesh me refluksin acid. Mjekimi mund të bëhet duke neutralizuar lëngun gastrik me antiacide ose duke frenuar sekrecionin. Por duhet pasur parasysh se në këto raste antikolinergjike janë të kundërvenduar pasi relaksojnë sfinkterin e poshtëm të ezofagut dhe ngadalësojnë zbrazjen e pilorit. Në raste të tilla mund të përdoret cimetidina nga 1,0 gr. ditën për os për disa javë (40). Cimetidina është e përdorur jo vetëm në refluksin efozageal pa dëmtime të mukozës, por edhe në raste të shoqëruara me efozagit. Kështu nga 30 të sëmurë mjekuar me 1,6 gr. ditën cimetidinë brenda 4 javësh, efozagoskopia vërtetoi se u shëruan 68% e tyre (56). Në efozagitet me dëmtim potencial të rëndë, siç janë stenoza, brakiefozagu ose kanceri sekondar mbi mukozën

gastrike heterotopike, mjekimi ndihmon, por nuk duhet zgjatur ndërhyrja kirurgjikalë (40).

IV. - MANIFESTIMET ANËSORE TË ANTAGONISTËVE TË RECEPTORËVE H₂ - HISTAMINIKË.

Të dhënat eksperimentale kanë treguar se cimetidina ka toksicitet akut të ulët, kurse doza të përsëritura në qen mbi 12 muaj kanë dhënë vetëm takikardi. Doza të larta deri 504 mg/kg peshë në qen kanë shkaktuar ndryshime degjenerative në mëlçi me transaminaza të larta para ngordhjes dhe rritje të fosfatazës alkaline. Përveç mëlçisë janë prekur edhe veshkat, ku është shfaqur një nefrozë tubulare (54). Dëmtime të tilla kanë vënë re edhe autorë të tjerë, por nuk kanë parë veprime toksike mbi palcën e kockave në kafshë eksperimentale (20), as agranulocitozë ose ndryshime të tjera hematologjike në njerëz (10, 33, 74). Është përshkruar edhe ndonjë rast leukopenie ose neutropenie gjatë mjekimit me cimetidinë, por nuk është bindëse, pasi ky preparat është përdorur në dy të sëmurë me agranulocitozë nga metiamidi dhe evolucioni ka qënë i mirë (40).

Gjatë përdorimit të cimetidinës në njerëz, në një përqindje të rasteve mund të vihet re një ngritje tranzitore e transaminazave, e cila rrallë herë mund të bëhet shkak për ndërprerjen e preparatit. Për ndryshime të tilla flasin mjaft autorë (10, 49, 52, 62, 75), por të dhënat ndryshojnë sipas autorëve dhe ka prej tyre që nuk kanë gjetur ndryshime të provave funksionale të mëlçisë (33) ose të tjerë (75), që kanë vënë re ngritje të tyre jo vetëm nga cimetidina, por edhe nga placebo. Edhe përsa i përket rritjes së kreatininës në serum, të dhënat ndryshojnë sipas autorëve. Kështu ka autorë (17, 33) që gjatë mjekimit me cimetidinë nuk kanë gjetur rritje të kreatininës, acidit urik dhe as të uresë në plazëm, kurse të tjerë (10) kanë vënë re një rritje të pakët e tranzitore të kreatininës në rreth 20% të të sëmurëve. Të tjerë (75) e lidhin rritjen e kreatininës me dozat e larta të cimetidinës. Kështu në 3 të sëmurë me efozagit, që merrnin nga 1,6 gr. cimetidinë, kreatinemia u rrit në 3 raste (56), kurse nga 80 raste me ulçer duodenal që merrnin nga 1,0 gr. ditën për 4 javë, kreatinemia u rrit vetëm në një rast (3). Kujdes i veçantë duhet treguar në të sëmurët me insuficiencë renale.

Prandaj mjeku para se të fillojë një mjekim me cimetidinë duhet të vlerësojë gjendjen e insuficiencës renale dhe shkallën e dëmtimit të parenkimës hepaticë (8), pasi cimetidina sekretohet shumë në bilë dhe nxirret jashtë me rrugët urinare. Në meshkuj mund të gjendet gjinekomasti dhe galaktore. Kështu disa autorë (37) nga 7 të sëmurë, që mjekoheshin me 1,6 gr. cimetidinë ditën, gjetën 2 raste me gjinekomasti e galaktore dhe asnjë rast të tillë tek të sëmurët që mjekoheshin me 1,0 gr. ditën. Niveli plazmatik i prolaktinës u gjet i rritur në gjithë të sëmurët e grupit të parë në fund të mjekimit; por vlera të dukshme mbi kufijt e normës u vunë re vetëm në 2 rastet që paraqitnin gjinekomasti. Këto simptoma u zhdukën plotësisht pas ndërprerjes së mjekimit. Kjo tregon se ka një lidhje midis gjinekomastisë e galaktoresë, që pasojnë mjekimit me cimetidinë dhe shtimit të vlerave të prolaktinës. Veprimi mbi

prolaktinën duket se varet nga doza e cimetidinës, por mekanizmi mbetet për t'u sqaruar.

Ka dhe të dhëna kur të sëmurit i shfaqet gjjekomasti nën veprimin e cimetidinës, por *niveli plazmatik i prolaktinës mbetet normal (48).*

Testosteroni plazmatik nuk ndikohet nga antagonistët e H₂ - histaminës (62). Kështu në 4 meshkuj, që mjekoheshin me 1.6 gr. cimetidinë ditën për kohë të gjatë, 3-7 muaj, u vu re një zmadhim i mamelave, të cilat dukeshin më tepër si mastite sesa si gjjekomasti. Niveli i *testosteronit, hormonit luteinizues dhe hormonit folikulinoshtimulues* ishin brenda kufive normale në të gjithë rastet. Po ashtu nga 25 meshkuj me ulçerë duodenale, që mjekoheshin prej 4 muajsh me cimetidinë 1,6 gr/ditën, në 5 prej tyre u shfaq gjjekomasti uni ose bilaterale, e cila u zhduk shpejt pas ndalimit të mjekimit. Gjatë përdorimit të cimetidinës, të gjithë të sëmurët e kishin normal koncentrimin e *testosteronit dhe oestradiolit* në plazëm, po ashtu dhe atë të *prolaktinës plazmatike* të përcaktuar në 2 raste (72).

Eksperimentet në qen kanë treguar se gjatë mjekimit me cimetidinë, pesha e prostatës zvogëlohet, kurse në minj, rritja e prostatës dhe vezikulare seminale mbetet prapa, por kjo është reversibile (54).

Janë përshkruar edhe manifestime alergjike të lëkurës nga cimetidina, qofshin këto në formë urtikariesh (17) apo rash kutan, i shoqëruar me diare e hipereksi ose të shoqëruara me edemë palpebrale (49).

Ndikimi mbi *sistemin nervor qëndror mund të manifestohet ndonjëherë me konfuzion mendor*, që mund të zgjatë disa ditë (40).

Kohët e fundit ka mendime se cimetidina mund të ndryshojë proceset imunitare, pasi disa limfocite T përmbajnë receptorë H₂ për histaminën, por kjo është e diskutueshme (40).

Pavarësisht nga këto manifestime anësore, të cilat janë të rralla e të lehta, zbulimi i antagonistëve të receptorëve H₂ histaminikë, përbën një armë të shëndoshë në luftën kundër sëmundjeve të tubit tretës, e cila kur përdoret me kujdes dhe atje ku duhet, jep rezultate shumë të mira.

Dorëzuar në Redaksi më 15 dhjetor 1979

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J. E.: Ulçeri i stomakut dhe duodenit. Sëmundjet e brendshme për stomatologët. Tiranë 1979 (2).
- 2) Ash A.S.F., Schild H.O.: Receptors mediating some actions of histamine. Brit. Pharmacol. Chemother 1966, 27, 427. (4).
- 3) Attila P., Westermann E.: Effect of some imidazoline derivatives on the adenylate cyclase activity of Guinea pig gastric mucosa in vitro. Arch. Pharmacol. 1976, 294, 12. (5).
- 4) Black J. W., Duncan W.A.M., Durant G.J., Ganellin C.R., Parson E.M.: Definition and antagonism of histamine H₂-receptors. Nature 1972, 236, 385 (13).
- 5) Bodemar G., Walan A.: Maintenance treatment of recurrent peptic ulcer by cimetidine. Lancet 1978, 1, 403. (16).
- 6) Bonfils S., Mignon M., Kloeti G.: Antagonistes des réceptures H₂ à l'histamine et traitement médical du syndrome de Zollinger-Ellison. Semaine des hôpitaux 1978, 5-6-7-8, 309. (18).
- 7) Brimblecombe R.W., Duncan W.A.M., Durant G.J., Emmett J.C., Ganellin

- C.R., Parson M.E.: Cimetidine - a non-thiourea H₂-receptor antagonist. J. Int. Med. Res. 1975, 3, 86. (19).
 - 8) Burland W.L., Duncan W.A.M., Hesselb T., Mills J.G., Sharpe P.C., Haggie S.J., Wyllie J.H.: Pharmacological evaluation of cimetidine, a new histamine H₂-receptor antagonist, in healthy man. Brit. J. Clin. Pharmacol. 1975, 2, 481. (21).
 - 9) Bourland W.L., Simkins, M.A.: Cimetidine. Proceedings of the Second international Symposium on histamine H₂-receptor antagonists. Excerpta, Medica, Amsterdam-Oxford 1977. (1, 6, 7, 9, 10, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 24, 27, 33, 34, 35, 39, 41, 42, 45, 47, 50, 54, 56, 57, 58, 60, 62, 65, 69, 70, 71).
 - 10) Cano R. and Collab.: Cimetidine inhibits caffeine-Stimulated gastric acid secretion in man. Gastroenterology 1976, 70 (6), 1055, (28).
 - 11) Delchier J.C., Soule J.C., Bader J.P.: La cimétidine: I. Pharmacologie clinique et toxicité. Nouvelle Presse Médicale 1978, 7, 1735. (36).
 - 12) Druguet M., Lambert R.: La prescription de la cimétidine. Lyon Médicale 1978, 240, 18, 401. (40).
 - 13) Francavilla A., Pansini F., Panella C., Mossini F., Bertaccini G.: Effect of histamine and 5-methylhistamine on HCL and cyclic A M P output in human gastric juice. Rendic. Gastroenterol 1976, 8, 1 (43).
 - 14) Gray G.R., Smith I.S., Marckenzie L., Gillespie G.: Long term cimetidine in the management of severe duodenal ulcer dyspepsia. Gastroenterology 1978, 74, 397. (46).
 - 15) Hall W. H.: Breast changes in males on cimetidine. New England J. Med. 1976, 15, 841. (48).
 - 16) Izuka H., Adachi K., Halprin K.M., Levin V.: Histamine (H₂) receptor-adenylate cyclase system in pig skin (epidermis). Biochimica et Biophysica Acta 1976, 437, 150. (51).
 - 17) Laboratoires Smith Kline et French: Tagamet (Cimétidine). L'antagoniste des récepteurs H₂, Paris 1979. (53).
 - 18) Longstreth G.F., Go V.L.W.: Postprandial gastric, pancreatic, and biliary response to histamine H₂-receptor antagonists in active duodenal ulcer. Gastroenterology 1977, 72, 9. (55).
 - 19) Lucchelli P. E.: Cimetidina. Farmacologia e Clinica. Atti del simposio di Taormina, Milano 1978, (3,8,11,12,25,26,29,30,31,32,37,38,44,45,49,52,59,61,63,64,68,73).
 - 20) Richardson C.T.: Effect of H₂-receptor antagonists on gastric acid secretion and serum gastrin concentration. Gastroenterology 1978, 74, 366 (66).
 - 21) Rouff H.J., Sewing K. Fr.: Adenylate cyclase of the dog gastric mucosa: stimulation by histamine and inhibition by metiamide. Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol. 1976, 294, 207, (67).
 - 22) Spence R. W., Celestin L. R.: Gynaecomastia associated with cimetidine. Gut 1979, 20, 154. (72).
 - 23) Van Den Brink, F. G., Lien E. J.: pD₂-, pA₂ and pD₂'- Values of a series of compounds in a histaminic and cholinergic system. Eur. J. Pharmacol 1977, 44, 251. (76).
- Shënim: Bibliografia e plotë gjendet pranë Redaksisë.

Summary

ANTAGONISTS OF THE H₂-HISTAMINIC RECEPTORS

In the first part the author speaks about the histaminic receptors H₁ and H₂, and in the second he describes the antagonists of the receptors H₂ and their action in vivo and in vitro, particularly that of Cimetidine (Tagamet).

In the third part he concentrates on the use of cimetidine in the clinic: in acute crises of duodenal ulcer, in relapses of gastric ulcers, in gastrointestinal he-

morrhages, in the Zollinger-Ellison syndrome and in the gastro-oesophageal reflux. In the fourth part he describes the side effects of cimetidine.

The author has utilized 76 sources from the literature, but for the bibliography he mentions 23 authors.

Résumé

LES ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS H₂- HISTAMINIQUES

Dans la première partie de cette communication l'auteur parle des récepteurs histaminiques H₁ et H₂, et dans la deuxième partie il décrit les antagonistes des récepteurs H₂ et leur action in vivo et in vitro, et en particulier de la Cimetidine (Tagamet). Alors que dans la troisième partie, il illustre l'usage de la Cimetidine dans la clinique, soit dans les crises aiguës de l'ulcère duodénal, dans les récurrences de l'ulcère gastro-duodénal, dans les hémorragies gastro-intestinales, dans le syndrome de Zollinger-Ellison et dans le reflux gastro-oesophagien. Dans la quatrième partie de son étude, il décrit les effets collatéraux de la Cimetidine.

En dernier lieu il convient de relever que l'auteur a utilisé 76 sources littéraires, mais dans la bibliographie il n'en a mentionné que 23.

PËRMBAJTJA

	Faqe
Oril Pistoli: Të pasqyrojmë më thellë orientimin profilaktik të shëndetësisë sonë në punën mësimore dhe shkencore	3
Spase Trimçev: Tuberkulozi i llozhës parotide	7
Rifat Shkodra: Të sëmuret me pneumopati të epidemive gripale të shtruar gjatë viteve 1970-1976	15
Cesk Rroku Engjëll Telegrafi: Trombembolizmi pulmonar	25
Rahim Gjika: Vdekshmëria perinatale në lindjet binjake	35

HIGJIENË DHE EPIDEMIOLOGJI

Minella Papajorgji: Dinamika e florës dermatofitike të vendit tonë për periudhën 1967-1979	43
Mantxo Nakuçi - Paulina Gjuraraj - Petrika Troja - Liri Kasa: Mikroflora e infeksioneve piogjene në lëkurë dhe ndjeshmëria e tyre ndaj antibiobitikeve	55
Eduart Kakarriqi - Aspasia Bifsha: Niveli i mbrojtjes ndaj fruthit në vite pas aplikimit të vaksinës së gjallë shumë të dobësuar	63

STOMATOLOGJI

Trëndelina Fico - Ruzhdije Qafmolla: Mjekimi ortopedik i parodontopative me protezat-shinë.	77
Zhani Qirko - Dhorë Pojani - Perlat Skëndo: Trajtimi i kistave folikulare në kufi ose me penetrim në sinuset maksilare	83

EKSPERIMENTALE

Spiro Mëhilli - Agja Ruka: Ndryshimet patanatomike në sëmundjet akute të rrezes në eksperiment	91
Polizoj Shqina - Mihal Prifti - Qirjako Naçi: Anestezia me tiopental për të operuarit në organe të barkut në kirurgjinë eksperimentale	99
Llazi Andrea - Misto Çoli: Të dhëna praktike dhe eksperimentale mbi përdorimin e joshëzave me fosfur-zink në luftën kundër brejtësëve.	195

KUMTESA

Besim Elezi, Hektor Peçi - Hodo Çela - Shahin Kadare - Manneke: Një rast me insulinomë i operuar me interes diagnostik e terapeutik	113
Dhimitër Kraja - Violeta Mosko - Athina Goroshiani: Një rast bakteriemie nga Shigella Sonnei	121

PROBLEME AKTUALE TË MJEKËSISË

Josif E. Adhami: Antagonistët e receptorëve H ₂ -histaminikë, veprimi farmakologjik dhe përdorimi klinik.	129
----- Aktivitete shkencore	143

SOMMAIRE

CONTENTS

	Page
Ciril Pistoli: Traduisons plus à fond dans notre travail éducatif et scientifique l'orientation prophylactique donnée à notre santé	3
Spase Trimçev: Tuberculose de la loge parotidienne	7
Rifat Shkodra: A propos des pneumonies provoquées par les épidémies de grippe des années 1970-1976	15
Cesk Rroku - Engjëll Telegrafi: Thrombo-embolie pulmonaire	25
Rahim Gjika: Mortalité prénatale chez les jumeaux	35

	Page
Ciril Pistoli: To reflect more deeply the prophylactic orientation of our health service in our academic and research work	3
Spase Trimçev: Tuberculosis in the parotid lodge	7
Rifat Shkodra: Patients with pneumopathy due to influenza during the epidemics of 1970-1976	15
Cesk Rroku - Engjëll Telegrafi: Pulmonary thromboembolism	25
Rahim Gjika: Perinatal death rate among twins	35

HYGIENE ET EPIDEMIOLOGIE

Minella Papajorgji: La dynamique de la flore dermatophytique de notre pays dans la période 1967-1979	43
Mantho Nakuçi - Paulina Gjuraç - Petrika Troja - Liri Kasa: La microflore des infections pyogènes de la peau et la sensibilité des organismes à l'égard des antibiotiques	55
Eduart Kakarriçi - Aspasia Bifsha: Les niveaux de protection contre la rougeole relevée des années après l'introduction de l'immunisation au moyen d'un vaccin antirougeole vif très accentué	63

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

Minella Papajorgji: Dynamics of the dermatophytic flora in Albania in the period 1967-1979	43
Mantho Nakuçi - Paulina Gjuraç - Petrika Troja - Liri Kasa: The flora of pyogenic skin infections and the sensitivity of the organisms of antibiotics	55
Eduart Kakarriçi - Aspasia Bifsha: Levels of protection against measles years after the introduction of immunization by a very attenuated live measles vaccine	63

STOMATOLOGIE

Trëndelina Fico - Ruzhdije Qafmolla: Le traitement orthopédique des parodontopathies par des gouttières	77
Zhani Qirko - Dhori Pojani - Perlat Skëndo: Traitement des kystes folliculaires à proximité ou à l'intérieur des sinus maxillaires	83

STOMATOLOGY

Trëndelina Fico - Ruzhdije Qafmolla: Orthopedic treatment by prosthesis of parodontopathies	77
Zhani Qirko - Dhori Pojani - Perlat Skëndo: Treatment of follicular cysts touching or penetrating into the maxillar sinuses	83

TRAVAUX EXPERIMENTAUX

Spiro Mëhilli - Agja Ruka: Modification anatomo-pathologiques dans les maladies expérimentales de l'irradiation aiguë	91
Polizoj Shqina - Mihal Prifti - Qirjako Naçi: Interventions abdominales par l'anesthésie au Thiopental dans les chirurgie expérimentale	99
Llazi Andrea - Misto Çuli: Données pratique et expérimentales sur l'emploi des appâts au zinc-phosphite dans la lutte contre les rongeurs.	113

EXPERIMENTAL WORKS

Spiro Mëhilli - Agja Ruka: Pathologic changes in experimental acute radiation disease	91
Polizoj Shqina - Mihal Prifti - Qirjako Naçi: Thiopental anesthesia in operations on the abdominal organs in experimental surgery	99
Llazi Andrea - Misto Çuli: - Experimental and practical results in the use of zink-phosphide baits in the control of rodents.	105

COMMUNICATIONS

Besim Elezi - Hektor Peçi - Hodo Çela - Shahin Kadare - Manuke: Un cas d'insulinoma opéré et l'intérêt qu'il présente du point de vue diagnostique et thérapeutique	121
Dhimitër Kraja - Violeta Mosko - Athina Goroshiani: Un cas de shigella sonnei bacteriemia	121

COMMUNICATIONS

Besim Elezi - Hektor Peçi - Hodo Çela - Shahin Kadare - Manuke: An operated case of insulinoma and its diagnostic and therapeutic interest	113
Dhimitër Kraja - Violeta Mosko - Athina Goroshiani: A case of shigella Sonnei bacteriemia	121

PROBLEMES ACTUELS DE LA MEDECINE

Josif E. Adhami: Les antagonistes de récepteurs H ₂ -histaminiques	129
- Activité scientifique dans la faculté de médecine	143

CURRENT PROBLEMS IN MEDICINE

Josif Adhami: Antagonists of the H ₂ -histaminic receptors	129
- Scientific activities at the faculty of medicine	143

AKTIVITETE SHKENCORE

Gjatë vitit të fundit, pranë Këshillit Shkencor të Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Tiranës janë mbrojtur një numër disertacionesh, të cilët përmbajnë studime me vlerë teorike dhe praktike për mjekësinë tonë socialiste.

Këtu po botojmë nga një përmbledhje të shkurtër të përmbajtjes të disave prej tyre.

STUDIM EKSPERIMENTAL – KLINIK MBI APLIKIMIN E 10 MIKROMETODAVE NË GJAKUN KAPILAR

Më 30 janar 1979 SIRI LESKOVIKU mbrojti disertacionin me titull: «STUDIM EKSPERIMENTAL-KLINIK MBI APLIKIMIN E 10 MIKROMETODAVE NË GJAKUN KAPILAR». Problemet që trajtohen në këtë temë kanë pasur si qëllim përdorimin e mikrometodave në çdo laborator kliniko-biokimik të vendit tonë, pa qënë nevoja për pajisje dhe mjete speciale të kushtueshme, duke përcaktuar në një sasi sa më të vogël gjaku kapilar një numër sa më të madh analizash biokimike.

Mikrometodat biokimike të paraqitura janë përshtatje dhe modifikime që u ka bërë autori metodave ekzistuese referente, që kërkojnë nën venoz, duke i aplikuar për kushtet e laboratoreve tona. Ato janë përdorur në gjakun kapilar, gjë që lejon për t'u bërë dozimi i substancave biokimike apo metabolitëve të tyre edhe në rastet kur marrja e gjakut nga venat është e vështirë.

Në teknikat e mikrometodave, autori ka mënjanuar qëndrimin e gjakut në termostate për të lëshuar serum, e cila kërkon një kohë rreth një ore, kështu që aplikimi i tyre, në rastet urgjente, është me leverdi.

Përdorimi i këtyre mikrometodave do të gjejë zbatim të gjërë dhe në mjekësinë eksperimentale. Sot me metodat ekzistuese biokimike nuk mund të studjohet plotësisht metabolizmi i substancave apo ndryshimet biokimike në sëmundjet e shkaktuara në kafshët e vogla eksperimentale si lepuj, minj, kaviaj etj., gjë që nuk lejon të arrihen konkluzione të drejta shkencore, ndërsa me mikrometodat që paraqiten në këtë punim, një gjë e tillë është e mundshme të kryhet.

Materiali i studjuar ka të bëjë me eksperimentimin e 10 mikrometodave biokimike, që përdoren më shpesh në praktikën e përditshme kliniko-biokimike, siç janë proteinemia totale, urea në gjak, kreatininemia, glicemia, S G O T, S G P T, bilirubinemia natremia, kalemia dhe niveli i protrombinës.

RËNDËSIA E FUNKSIONIT BIOPSIK TË MËLÇISË NË VLERËSIMIN E HEPATITEVE

Më 25 shkurt 1979 GOJART CERGA mbrojt disertacionin me titull «RËNDËSIA E FUNKSIONIT BIOPSIK TË MËLÇISË NË VLERËSIMIN E HEPATITEVE». Studimi është bërë në bazë të një metodeke të paracaktuar për pesë vjet (1973-1977).

Për qëllimet e këtij punimi janë shfrytëzuar materialet e marrura për punkcion biopsi nga mëlçia dhe të sjella në shërbimin e anatomisë patologjike të spitaleve, nga klinika e dytë e sëmundjeve të brendshme (spitali nr. 1), nga klinika e spitalit nr. 3, 4, nga Instituti i kërkimeve shkencore ushtarake dhe nga spitali i rrethit të Sarandës.

Në një kapitull të veçantë, në këtë studim jepen disa të dhëna të përgjithshme mbi historikun e punkcion biopsisë në botë dhe në vendin tonë, mbi reaksionet dhe ndërlikimet që mund të hasen gjatë kësaj procedure, mbi përdorimin e punkcionit biopsik të mëlçisë në klinikë si dhe mbi mënyrën e interpretimit të punkcionit biopsik të mëlçisë.

Vendin kryesor në këtë punim e zenë kapitujt mbi hepatitin viral dhe hepatitin kronik. Në material interpretohen të dhënat personale, duke i krahasuar ato me shumë autorë të tjerë, prej 226 burimesh. Materiali paraqitet i ilustruar gjërësisht me pasqyra e grafike si dhe me mjaft mikrofotografi të një cilësie të mirë.

EPILEPSITË NË KLINIKËN E NEUROLOGJISË DHE NË RRETHIN E TIRANËS (Studim Klinik, elektrik dhe depistues)

Më 27 shkurt 1979 ALI KUQO mbrojt disertacionin me titull «EPILEPSITË NË KLINIKËN E NEUROLOGJISË DHE NË RRETHIN E TIRANËS» (studim klinik, elektrik dhe depistues).

Në bazë të një metodeke shkencore, autori analizon 570 të sëmurë, të shtruar në klinikën e neurologjisë me epilepsi qysh nga viti 1955 deri më 1977. Këta 570 të sëmurë autori i analizon sipas viteve, seksit, profesionit, formave klinike, etiologjike etj. Ai përshkruan mjaft veçori që ka ndeshur gjatë përvojës së tij lidhur me klinikën dhe që i ilustron me shëmbuj konkretë.

Në një kapitull më vete, autori analizon 1000 raste studimi klinik-elektrik, të ndjekur në qendrën të dispanserizimit të epilepsive pranë spitalit. Edhe këto raste analizon disa veçori, që dallojnë nga rregulli i përgjithshëm. Këto të dhëna janë mjaft të vlefshme për mjekun praktik të përgjithshëm dhe, në mënyrë të veçantë për specialistët neurologë. Po në këtë kapitull analizohen me imtësi 100 raste të zgjedhur e të plotësuar më mirë me të dhënat paraklinike.

Në disertacion vlerësohen drejt ekzaminimet paraklinike si elektroencefalografia, pneumoencefalografia, arteriografia carotidike, gamaencefalografia etj.

Një kapitull i veçantë i kushtohet mjekimit të epilepsive, ku autori jep përvojën e tij me të dhëna statistikore dhe rekomandime për mjekimin e drejtë të epilepsive. Autori jep të dhënat e depistimit të epilepsive në 26.010 banorë të rrethit të Tiranës, ku rezultoi një përqindje relativisht e ulët e epilepsive në krahasim me vendet e tjera

jepen të dhëna për parandalimin dhe riaftësimin e këtyre të sëmurëve. Për ndjekjen e epileptikëve, autori propozon një skemë konkrete për punonjësit që duhet të aktivizohen në këtë depistim.

Për përpunimin e disertacionit, autori ka shfrytëzuar 174 burime.

PNEUMONITË FETO-NEONATALE

Më 29 mars 1979 Shyqyri Subashi mbrojt disertacionin me titull «PNEUMONITË FETO-NEONATALE». Disertacioni shtjellohet në pesë kapituj. I gjithë studimi është mbështetur në nekropsitë e fëmijëve të lindur vdekur dhe të të porsalindurve të bëra në shërbimin e Anatomisë Patologjike të Tiranës për periudhën 1975-1977 dhe metodikën e punës. Autori diskuton rezultatet dhe shpeshësinë e pneumonive fetoneonatale dhe vartësinë e saj nga prematuriteti, seksi, mosha e fëmijës dhe disa rrethana epidemiologjike, duke këmbëngulur për epideminë e gripit të vitit 1976, të shkaktuar nga virusi A/Port Chalmers.

Autori trajton tiparet e përgjithshme morfologjike të pneumonive fetoneonatale dhe kriteret kryesore diagnostike. Ai jep format makroskopike të këtyre pneumonive. Në një kapitull të veçantë autori jep format e pneumonive fetoneonatale, duke i ndarë në parimin morfologjik të gërshetuar me atë patogjenetik, ku del se forma më e shpeshtë është ajo aspirative, kurse forma septike është mjaft e rrallë. Në fund autori diskuton kombinimin e pneumonive fetoneonatale me sëmundjet e tjera të kësaj moshe dhe shenjat kryesore të këtyre pneumonive. Në punimin e këtij disertacioni autori ka shfrytëzuar 196 burime dhe e ka ilustruar me shumë diapozitiva dhe grafike të ndryshëm.

SIALOLITIAZA

Më 29 mars 1979 SAMEDIN GJINI mbrojt disertacionin me titull: «SIALOLITIAZA» (sëmundje e gurëve të gjendrave e kanaleve të pësh-tymës).

Në bazë të analizave spektrokimike dhe kimike që ka bërë autori del se në shfaqjen e kësaj sëmundje nuk luajnë rol faktorë të tillë të marrë veçmas si klima, uji, mënyra e të ushqyerit etj.

Autori përshkruan veçoritë klinike të sëmundjes në vartësi të lokalizimit të gurit, gjë që ka rëndësi për vendosjen e diagnozës klinike. Klasifikimi i propozuar nga autori për këtë sëmundje është origjinal dhe i lehtë për t'u përdorur në praktikën e përditshme nga ana e mjekëve.

Në këtë punim, autori i ka dhënë rëndësi diagnozës diferenciale, duke përshkruar se me cilat sëmundje mund të gabohet më shpesh kjo nosologji, pasi gabimet diagnostike ende qëndrojnë në shifra të larta. Sipas studimit del se vetëm në rreth 25% të rasteve vihet diagnoza e përpiktë në vizitën e parë tek mjeku.

Autori ka përshkruar mirë metodikën e ekzaminimit të gjendrave për vendosjen e një diagnoze të herëshme dhe të përpiktë.

Një kontribut të mirë autori ka dhënë dhe në përcaktimin e atyre metodave të mjekimit, që janë më rezultative, duke rekomanduar ato metoda kirurgjikale, që janë më të efektshme. Njëkohësisht autori për

herë të parë ka përshkruar metodën e ekstirpimit kirurgjikal të gurit nga gjendra në rrugë intraorale, duke përcaktuar dhe indikacionet për një ndërhyrje të tillë.

Ky punim është një material i vlefshëm për mjekun stomatolog dhe mjekët e profileve të tjera si otojater, kirurgë, infeksionistë, peditatër etj., pasi i ndihmon për t'u njohur me këtë sëmundje të shpeshtë të gjendrave të kanaleve të pështymës dhe i orienton ata në praktikë për vendosjen e diagnozës së herëshme dhe të përpiktë për të parandaluar ndërlikimet e mundshme që vijnë prej saj dhe trajtimet e gabuara.

TETANOSI, ASPEKTE EPIDEMIOLOGJIKE, IMUNOLOGJIKE DHE PROFILAKTIKE

Më 6 shtator 1979 JOLANDA KOÇI mbrojti disertacionin me titull «TETANOSI, ASPEKTE IMUNOLOGJIKE DHE PROFILAKTIKE». Në këtë disertacion trajtohen aspektet imunologjike të tetanosit në vendin tonë. Është diskutuar teorikisht dhe me të dhëna të shumta profilaktike e tetanosit, duke e paraqitur atë si një problem shoqëror, që mund të zgjidhet me anë të vaksinimit në masë dhe jo me anën e mjeteve të profilaksisë individuale.

Duke analizuar me hollësi biopreparatet antitetanike që prodhohen në vendin tonë, si anatoksina tetanike e lëngët, anatoksina tetanike e purifikuar e absorbuar, bivaksina diftero-tetanike, bivaksina tifo-tetanos dhe trivaksina diftero-tetano-pertusike, në punim vihen në dukje njëkohësisht cilësitë e tyre përsa i përket padëmshmërisë dhe efektit imunogjen.

Vlera e këtyre biopreparateve është studjuar si në laborator ashtu dhe në terren (në kontigjente të ndryshme njerëzish si fëmijë, punëtorë bujqësie, ushtarë, gra shtatzëna etj.), duke vlerësuar skemat e imunizimit me këto preparate në kushtet tona dhe duke vënë në dukje rëndësinë e respektimit rigoroz të tyre, në mënyrë që të arrihet realizimi me sukses i vaksinimit aktiv të të gjithë popullsisë.

Në fund autorja ve në dukje se me anën e një organizimi të mirë dhe zbatimi praktik të vaksinimit antitetanik në masë, ka mundësi të arrihet ulja e sëmundshmërisë së tetanosit brenda një kohe të shkurtër deri në zhdukjen e tij në një të ardhme jo të largët.

NDIKIMI I UJIT MINERAL TË LESKOVIKUT DHE DISA NXITËSVE NATYRALE NË VEPRIMTARINË SEKRETORE TË STOMAKUT DHE ULÇERAT EKSPERIMENTALE

Më 18 tetor 1979 SEZAI BRAHO mbrojti disertacionin me titull: «NDIKIMI I UJIT MINERAL TË LESKOVIKUT DHE DISA NXITËSVE NATYRALE NË VEPRIMTARINË SEKRETORE TË STOMAKUT DHE ULÇERAT EKSPERIMENTALE» (i dyti i këtij lloji në vendin tonë). Autori ka studjuar ndikimin e ujit mineral të Leskovikut mbi veprimtarinë e stomakut për të përcaktuar indikacionet dhe kundëriindikacionet e përdorimit të tij në sëmundjet e stomakut.

Materiali është paraqitur në 6 kapituj, të ndarë në dy pjesë. Në pjesën e parë flitet për të dhëna të përgjithshme për ujrat minerale (farmakologjia, fiziologjia dhe vetitë e tyre fiziko-kimike), interpretimi i përbërjes fiziko-kimike të ujit mineral të Leskovikut si edhe mekanizmat e veprimit farmakologjik të ujrave minerale mbi aparatën tretës.

Në pjesën e dytë flitet mbi veprimtarinë fiziologjike të stomakut, roli i nxitësve natyralë (gastrinës, histaminës dhe acetilkolinës) në sekretimin gastrik si edhe mekanizmat e përgjithshme të frenimit.

Autori përshkruan rezultatet e eksperimenteve mbi sasinë e lëngut të stomakut, vlerat e aciditetit, pepsinës dhe përbërësve organikë dhe joorganikë si dhe rezultatet e mjekimit profilaktik të ulcerave eksperimentale.

Në fund, autori arrin në përfundimin se uji mineral i Leskovikut është një ujë termal, sulfuror i dobët, kloruror, hidrokarbonat, sulfat, natrik, magnezian, ferror, hipoton. Ai vepron mbi stomakun, duke ulur sasinë e lëngut gastrik acidin klorhidrik të lirë e total dhe pepsinën. Ky ujë rrit nivelin e përqendrimit të natriumit dhe kalciumit dhe ul nivelin e kaliumit rrit nivelin e polisaharideve dhe ul nivelin e proteinave.

Duke u bazuar në këto shenja eksperimentale, autori rekomandon përdorimin e këtij uji mineral në mjekimin e ulcerave të stomakut e duodenit, mjekimit të gastriteve hiperacide dhe gjendjeve të tjera që shoqërohen me hiperaciditetet.

PROCESET INFLAMATORE AKUTE ODONTOGJENE NË REGJIONIN E GOJËS, NOFULLAVE E FYTYRËS

Më 10 nëntor 1979, ISUF KASAPI mbrojti disertacionin me titull: «PROCESET INFLAMATORE AKUTE ODONTOGJENE NË REGJIONIN E GOJËS, NOFULLAVE E FYTYRËS». Këtë punim autori e ka bazuar në përvojën e fituar në praktikën e tij ambulatorë dhe të shtruarit në spital në periudhën 1971-1976.

Autori jep metodën e mjekimit dhe masat parandaluese, që kanë një vlerë të madhe teorike dhe praktike jo vetëm për mjekun stomatolog, por edhe për një burim konsultimi edhe për mjekun e përgjithshëm. Në këtë studim, një vend të rëndësishëm u kushtohet formave klinike të proceseve inflamatorë sipas lokalizimit anatomotopografik, i veçorive klinike të proceseve inflamatorë akute odontogjene në raport me përdorimin e antibiotikëve si edhe profilaksinë dhe mjekimit të proceseve inflamatorë akute odontogjene.

Sipas autorit, proceset inflamatorë akute odontogjene zenë 6.7% e të gjithë të vizituarve dhe 34.1% e të gjithë të operuarve në shërbimin e kirurgjisë stomatologjike ambulatorë, për të cilat ishin dhënë 51.7% e të gjithë raporteve të pushimit. Në shumicën e rasteve, proceset inflamatorë akute odontogjene, si në rastet ambulatorë dhe të shtruar ishin në moshë të re.

Abceset e flegmonet odontogjene në indet e buta dhe hapësirat për rreth nofullave të shtruar kryesisht në spital përbënin 82.6%, ndërsa me osteomielite të nofullave 17.7% të rasteve.

Nga të dhënat e të sëmurëve, sipas autorit, proceset inflamatore akute odontogjene, duke përbërë urgjenca kirurgjikale, metoda kryesore e mjekimit të tyre ka qënë ajo kirurgjikale me incizion ose heqje të dhëmbit shkaktar, që në të sëmurët ambulatorë u krye në 75.6% të tyre, ndërsa në ata të shtruar në spital në 90.4% të të sëmurëve.

PËRGATITJA E PLASTMASAVE ELASTIKE DHE PËRDORIMI I TYRE NË STOMATOLOGJI

Më 21 nëntor 1979 FOTO TOTI mbrojti disertacionin me titull: «PËRGATITJA E PLASTMASAVE ELASTIKE DHE PËRDORIMI I TYRE NË STOMATOLOGJI». Ky punim është një studim eksperimental-klinik. Në të bëhet fjalë për plastmasat në përgjithësi, që përdoren në stomatologji si dhe për plastmasat elastike në veçanti. Autori bën fjalë për përgatitjen në vend me forcat tona të plastmasave elastike, që përdoren në stomatologji: të plastmasës elastike, që përdoret në endoprotezat e ndryshme dhe të asaj që përdoret në ektoprotezat ose epitezat e fytyrës. Autori përshkruan lëndët bazë, raportet midis tyre dhe teknologjinë e përgatitjes së këtyre plastmasave në kushtet e përgatitjes së përditshme stomatologjike.

Në pjesën klinike, autori trajton mundësinë e përdorimit praktik të këtyre materialeve dhe rezultatet e arritura. Pjesa klinike e këtij punimi, ku verifikohen dhe cilësitë biokimike të këtyre materialeve bazohet në 83 proteza të vendosura në të sëmurë të ndryshëm, nga të cilët 62 endoproteza dhe 21 epiteza të fytyrës. Po në këtë pjesë, autori përshkruan teknikën që ka përdorur për përgatitjen e çdo lloj proteze si dhe kohën që nevojitet për çdo etapë pune për përgatitjen e tyre.

Për këtë punim, autori ka përdorur 102 burime bibliografike. Gjithashtu autori ka bashkëpunuar me kolegët e katedrës së ortopedisë stomatologjike të fakultetit të mjekësisë, me punonjësit e ndërmarrjes gomë-plastikës Durrës e të plastmasës në Lushnjë e të sektorëve të tjerë. Ky punim shërben si një shëmbëll kuptimplotë, që tregon për mbështetjen e gjithanshëm në forcat tona dhe bazën e shkëlqyer materiale të krijuar nga Partia dhe Pushteti Popullor, duke hapur horizonte të reja për kërkime të mëtejshme e më të thelluara në degën e stomatologjisë.

SËMUNDJA HIPERTONIKE

Më 25 nëntor 1979, PIRRO BURNAZI mbrojti disertacionin me titull: «SËMUNDJA HIPERTONIKE». Në të autori trajton problemin e mjekimit me rezerpinë, rezultatet klinike dhe ndikimi në gjak mbi metabolizmin e lipideve, proteinave e lipoproteinave; rezultatet e largëta të mjekimit antihipertensiv mbi ecurinë e sëmundjes.

Në fillim autori përshkruan rezultatet klinike të aftësisë vepruese antihipertensive të rezerpinës në 300 të sëmurë me hipertension arterial esencial, të stadeve të ndryshme të sëmundjes (133 të stadi të parë, 185 të stadi të dytë dhe 84 të stadi të tretë). Sipas

të dhënave të autorit, mjekimi me rezerpinë arrin të ulë T.A (të dy) në stadin e parë deri në normë në 100% të rasteve dhe në të tretin vetëm në 35% të rasteve u arrit një ulje e lehtë e shifrave të tensionit arterial.

Duke u bazuar në këto, autori mendon se aftësia vepruese antihipertensive e medikamentit pakësohet me zhvillimin e sëmundjes.

Autori ka studjuar 30 raste me kriza tipike të stenokardisë (para mjekimit) dhe pas mjekimit arrin në përfundimin se krizat e stenokardisë në këta të sëmurë nuk keqësohen nga mjekimi me rezerpinë, vetëm në raste të rralla dhe kjo ndodh sidomos në të sëmurët e moshuar, atëherë kur terapia me rezerpinë çon në ulje të shpejtë të shifrave të tensionit arterial (sikurse mund të ndodhë edhe me barnat e tjera antihipertensive). Pra kjo terapi nuk duhet të ndikohet në këta të sëmurë.

Në një kapitull tjetër, autori analizon ndryshimet biokimike në gjak të lipideve, proteinave dhe lipoproteinave pas mjekimit me rezerpinë.

Në kapitullin e fundit autori trajton rezultatet e largëta të mjekimit antihipertensiv mbi ecurinë e sëmundjes hipertensive. Për këtë autori ka bërë një studim të gjatë (nga viti 1958 deri më 1977), duke ndjekur e mjekuar 120 të sëmurë me tension arterial nga 95 deri 135 mmHg pa ndërlikime organike, të shtruar në fillim në spital. Nga këta, 60 të sëmurë janë mjekuar në rregull me barna të ndryshme antihipertensive dhe 60 të tjerë, duke mos u mjekuar praktikisht i kanë shërbyer për grup kontrolli.

Nga këto, autori arrin në konkluzionin se sa më shpejt që të fillohet mjekimi antihipertensiv i rregulltë aq më të pakta janë ndërlikimet organike që shkakton hipertensioni arterial.

Ky studim tregon gjithashtu rëndësinë e madhe praktike që ka ndjekja e një mjekimi të rregulltë antihipertensiv.

Në punimin e tij, autori shtjellon kriteret e mjekimit antihipertensiv në ditët tona, faktorët e mundshëm etiologjikë të sëmundjes dhe patogenezën e saj sipas të dhënave të viteve të fundit.

NDIKIMI I BIMËS TORILIS NODOSA NË VEPRIMTARINË E ZEMRËS, TË ENËVE TË GJAKUT DHE TË DISA PËRBËRËSVE TË GJAKUT

Më 20 dhjetor 1979 VASILË MICI mbrojti disertacionin me titull: «NDIKIMI I BIMËS TORILIS NODOSA NË VEPRIMTARINË E ZEMRËS, TË ENËVE TË GJAKUT DHE TË DISA PËRBËRËSVE TË GJAKUT».

Bima *Torilis Nodosa* përdoret nga mjekësia popullore shqiptare për mjekimin e Verruke vulargis, me rezultate të mira, duke e marrë nga goja.

Autori ka kryer 1217 eksperimente në kafshët e laboratorit: në 200 bretkoca, në 82 minj, në 115 lepuj dhe në 5 mace. Nga këto eksperimente u vërtetua se kjo bimë shfaq: 1) efekt kronotrop negativ (ul ritmin e zemrës); 2) efekt sistolik (rrit forcën tkurrëse të miokardit). Efekti

sistolik kundërshtohet nga jonet e potasiumit dhe forcohet nga jonet e kalciumit; 3) Dekokti i bimës së Torilisit tregon efekt hipotensiv (ul presionin e gjakut).

Efekti hipotensiv i marrë nga sasia 0,12 gr. për kg. peshë të Torilisit është i njëjtë me atë që merret nga 2 mgr për kg. peshë të klorhidratit të papaverinës.

4) Torilis nodosa jo vetëm që nuk dëmton elementet qelizore të gjakut dhe proteinat e plazmës së gjakut, por, përkundrazi, shton forcat imunobiologjike të organizmit.

5) Bima Torilis nodosa ka efekt helmues të vogël, sepse doza më e vogël ngordhëse (DL 50) për minjtë e bardhë është 36.75 gr. për kg. peshë e dhënë me rrugë intraperitoneale dhe për lepujt është 2,8 gr për kg. peshë e dhënë me rrugë venoze.

Sipas autorit, doza mjekuese mesatare është 0,4 gr. për kg. peshë e dhënë me rrugë venoze. Kjo bimë ka një gjërësi të mirë mjekuese (1:5) dhe treguesi mjekues është 1:6.

Të bazuar në këto rezultate, autori rekomandon të shihet mundësia e përdorimit të saj për qëllime mjekuese.

DËMTIMET AKSIDENTALE TË SYVE

Më 8 janar 1980 GJERGJI CEPA mbrojti disertacionin me titull: «DËMTIMET AKSIDENTALE TË SYVE». Në disertacion përfshihet një studim klinik-statistikor 10 vjeçar i traumave të syve, të mjekuar në klinikën okulistike të spitalit nr. 1 — Tiranë.

Në pjesën e parë autori shtjellon anatominë e syrit, pastaj kalohet në përshkrimin e traumave të syve dhe adneksëve të tyre si në kohë paqe dhe në kohë lufte.

Në një kapitull tjetër, autori bën studimin klinik-statistikor për dhjetëvjeçarët 1965-1975, ku analizohen aksidentet e ndodhura në 1624 të sëmurë. Të sëmurët analizohen të grupuar për 807 perforacione, 628 goditje dhe 230 djegie të syve.

Sipas materialit të autorit, perforacionet e syve kapin 6.7% të shtrimeve, duke prekur në 80% të rasteve meshkujt. Autori i gjen të dy sytë njëllor të dëmtuar. Nga analiza e rasteve del se në 45.2% të aksidenteve takohen tek fëmijët. Në moshën 21-30 vjeç, autori ka takuar 17.2% të perforacioneve. Në dhjetëvjeçarët mbi 40 vjeç, numri i perforacioneve pakësohet së tepërmi, duke prekur vetëm 5% të rasteve, gjë që autori e lidh me përvojën në punë dhe rëndësisë së madhe që i jepet përdorimit të mjeteve mbrojtëse. Në 30% të rasteve, perforacionet autori i ka takuar në punëtorët dhe vetëm në 15% në fshatarët. Autori vë re së dëmtimet e syve takohen 4 herë më tepër në punëtorët se në fshatarët! Pas mjekimit, 70% të aksidentuarve kanë rifituar një pamje midis 0,6 dhe 1,0.

Në një kapitull më vete, autori rekomandon mjekimin kirurgjikal të plagosjeve të syve, duke i kushtuar vëmendje të veçantë përcaktimit dhe largimit të trupave të huaj nga syri. Ai përmend plástikën orbitale Csapody, të cilën autori e ka kryer për herë të parë në vëndin tonë, pas prdhimit të veglave përkatëse.

Punimi përmban mbi 110 fotografi, skica e grafikë, kryesisht origjinale. Gjithashtu autori për herë të parë paraqit angiografi me fluoreseinë të fundit të syrit në trauma të tij. Për këtë punim, autori ka shfrytëzuar 140 burime.

SESION SHKENCOR I KATEDRËS SË BIOKIMI — FIZIOLOGJI — FARMAKOLOGJI

Më 22 mars 1980 zhvilloi punimet sesioni shkencor i katedrës së Biokimi-Fiziologji-Farmakologjisë, në kuadrin e jubileut të 35 vjetorit të Çlirimit të Atdheut dhe të fitores së Revolucionit Popullor e të 100 vjetorit të lindjes së J.V. Stalinit si dhe të fushatës për zgjedhjet e 20 prillit.

Pas fjalës së hapjes nga shefja e katedrës A. Muçko, filloi referimi i temave.

Të gjitha punimet ishin punë kolektive të pedagogëve dhe laborantëve të katedrës.

Tema e parë me karakter ideologjik: «J. V. Stalin për shëndetin e popullit» nga Gj. Minga dhe Z. Zhegu. Në të paraqitej gjendja shëndetësore e masave punonjëse të proletarjatit në burgun e popujve të Rusisë cariste, si dhe theksi se kjo gjendje nuk mund të përmirësohej me asnjë reformë gjysmake, por vetëm me revolucionin proletar, ashtu siç e vërtetoi dhe koha. Në referat vihej në dukje preokupimi dhe kujdesi i J. V. Stalinit për shëndetin e punonjësve dhe për zhvillimin e shkencës mjekësore mbi baza të shëndosha materialiste dialektike, pas fitores së Revolucionit të Tetorit e deri në vdekjen e tij.

Tema «Të dhëna paraprake mbi ndikimin e ujit mineral të Bënjës në veprimin sekretor të stomakut» paraqitur nga A. Muçko fliste mbi të dhënat e para eksperimentale të kryera në qen me ujin mineral të Bënjës-Përmet, bazuar në një sërë analizash biokimike e klinike, të kryera me lëngun gastrik.

Me temën me titull «Studimi eksperimental i ujit mineral të Glinës në diurezë» u paraqitën gjithashtu të dhënat e fituara nga eksperimentet në kafshët e laboratorit.

Eksperimentet e kryera nga F. Mandro kishin për qëllim studimin e ndikimit mbi diurezën e ujit mineral Glina — 2, burim i të cilit u shfaq pas tërmetit të dhjetorit 1976.

Në punimin e kryer nga D. Hasa, S. Leskoviku dhe V. Vreto jepeshin të dhëna paraprake «Mbi vlerat normale të trigliceridemisë e kolesterinemisë tek dhuruesit e gjakut».

Në referatin e tij, R. Bregu foli mbi temën «Ndikimi i ujit mineral të Glinës në sekrecionin biliar», ku tregoi mbi rezultatet e punës eksperimentale të kryera në qen. Më pas u referua tema e K. Kallfës dhe Gj. Mingës me titull «Të dhëna paraprake mbi nivelin e kolesterolemisë së përgjithshme dhe raporteve të saj me moshën e grupet e gjakut tek njerëzit e shëndoshë».

Kolektivi i lëndës së biokimisë, duke ndier si detyrë morale të vetën mbledhjen dhe përpunimin të filluar së bashku me Dr. K. Kallfa, të cilin vdekja e ndau para kohe nga gjiri i shokëve, shpreh kështu vetëm një pjesë të vogël të respektit, që ky kolektiv ruan për Dr. Kozma Kallfën.

Sesionin e mbylli G. Boçari, i cili referoi dy temat: «Metodikat e shkaktimit të hiperlipemisë akute» dhe «Ndikimi i disa bimëve në procesin e koagulimit të gjakut dhe në lipidogramë». Në temën e dytë, G. Boçari sillte të dhëna paraprake, por mjaft interesante, mbi ndikimin e disa bimëve në tregues të ndryshëm të lipidogramës e koagulimit të kryera tek shpendët.

Punimet e sesionit shkencor u ndoqën me vëmëndje nga ana e pjesëmarrësve. Atje u bënë pyetje dhe diskutime të shumta për temat e referuara.

Ky sesion do të shërbejë si stimul për kolektivin e katedrës së biokimi-fiziologji-farmakologjinë, që në të ardhmen të organizohen sesione shkencore me një numër e larmi temash më të madh, për probleme që preokupojnë lëndët e veçanta dhe mjekësinë tonë.