

## KONGRESI I 7-të I PSSH DHE RUAJTJA E SHËNDETT TË FËMIJVE

— PROF. SELAUDIN BEKTESHI — DOC. THOMA KRISTO —  
(Katedra e Pediatrisë)

Qysh prej Çlirimit të vendit, nën udhëheqjen e Partisë së Punës e Shqipërisë, duke u mbështetur në mësimet e shokut Enver Hoxha, të vendin tonë është treguar kujdes dhe vëmendje e veçantë për ruajtjen e shëndetit të fëmijve. Në sajë të këtij kujdesi, Shqipëria sociale ka pasur arritje të dukshme në përmirësimin e shëndetit të fëmijve, në uljen e sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë së tyre.

Në Plenumin e XI të KQ të PSSH u shtrua detyra e rëndësishme mënjanimi të vdekjeve të fëmijve. Në këtë plenum, shoku Enver oli mbi domosdoshmërinë e marrjes së masave të nevojshme e të jithanshme për ngritjen në një nivel më të lartë të shërbimit shëndetëor në sektorin e pediatrisë.

Ky kujdes i madh i Partisë dhe i shokut Enver ka gjetur shprehjen në të lartë në Kongresin e 7-të të PSSH. Në raportin e mbajtur në këtë Kongres, shoku Enver ka theksuar: «Për ruajtjen e shëndetit të opullit të forcohen dhe të zgjerohen masat higjieno-sanitare e profilaktike, veçanërisht në fshat dhe në zonat e thella, duke e rititur më shumë kujdesin për mbrojtjen e shëndetit të nënës dhe të fëmijës».

Nga materialet e Kongresit të 7-të të PSSH shihet qartë se ruajtja shëndetit të fëmijve, problemet e pediatrisë profilaktike e kurativë, problemet e nënës e të fëmijës zenë një ndër vendet më të rëndësishme në gjithë shëndetësinë tonë. Zbërthimi i hollësishtëm i vendimeve të Kongresit të 7-të të PSSH ve përpara pediatrisë sonë detyra të reja, më të rëndësishme, në mënyrë që të kemi arritje më të mëdha, në një periudhë kohe sa më të shkurtër. Këto detyra u dalin katedrave dhe institucioneve të ndryshme, kuadrut mjekë, si atij të përgjithshëm dhe tij të specializuar e të profilizuar si edhe gjithë kuadrut tjetër që punon në këtë sektor.

Shimi i popullsisë në RPPSH është shumë i lartë kundrejt vendeve të tjera të Evropës dhe të botës. Institucionet profilaktike për imnjet kanë arritur në çdo fshat të vendit tonë, kurse ato profilaktike dhe kurative gjenden jo vetëm në qytetet, por edhe në fshatrat e bazë zone dhe kooperative të bashkuar. Tani jo vetëm në spitalin linik të fëmijve, por edhe në spitalet e qyteteve kryesore janë zhvilluar sektorë të rëndësishëm të pediatrisë, të cilët kanë dhënë dhe japin kontributin e tyre në uljen e vdekshmërisë së fëmijve. Shumë sëmundje të rënda si difteria, fruthi, poliomieliti, tifoja e zorrëve e të era janë zhdukur ose janë kufizuar në raste të veçuara. Ulje e ndjesh-

me është vërejtur dhe në enteriet e ndryshme, në sëmundjet diarreike, të cilat në të kaluarën, krahas malaries, kanë dhënë një sëmundshmëri dhe vdekshmëri të lartë në fëmijët e vendit tonë.

Pa mohuar vlerën e madhe të arritjeve të pediatriisë sonë, duhet të kemi parasysh se mundësitë tona janë shumë më të mëdha dhe shtrijëzimi më i thellë, më i plotë dhe më i gjërë i tyre do të lejojë arritjen e rezultateve më rrënjësore.

Në Kongresin e 7-të të PPSH, shoku Enver Hoxha shtroi detyrën që studiimet dhe kërkimet shkencore të shndërrohen në metodë të përgjithshme që të përshkojë e të paraprijë çdo punë. Duke u nisur nga kjo porosi e shokut Enver Hoxha është i nevojshëm një studim më i thellë dhe më i plotë shkencor i problemeve që preokupojnë pediatrinë tonë.

Pa këtë thellim shkencor nuk mund të kemi njohje të vërtetë të problemeve dhe të rrugës që duhet të ndiqet për zgjidhjen e tyre. Shembujt për këtë janë të shumtë. Mjafton të përmëndim se në të kaluarën diarrea e fëmijve ishte e lidhur kryesisht me rregullime të ushqyerjes ose me shigelozat. Studimet e kryera në dekadat e fundit në një periudhë të parë në reparit dhe spitalin klinik pediatrik të Tiranës, më vonë dhe në rrethe të tjera, kanë vënë në dukje faktorët e shumtë ushqimorë, infektivë, enteralë dhe parenteralë, që shkaktojnë në dispeptikë dhe enteritë, mënyrën e veprimit të tyre, dëmtimet e ndërlikimet që ato japin. Këto studime të bëra në bashkëpunim me laboratorët mikrobiologjikë, klinikë-biokimikë dhe me sektorin e anatomisë patologjike, kanë bërë të mundur njohjen e vërtetë të afeksioneve, marrjen e masave të përshatshme për parandalimin e tyre dhe mjekimin më të jetë me metodat klinike dhe patogjenetike.

Duke vënë në jetë metodat klinike dhe ato laboratorike në spitalin klinik të fëmijve, studimi i anemive ka bërë të mundur dallimin e anemive nga shkaqet të jashtme, të fituara, nga ato të lindura, të lidhura me faktorë të brendshëm, duke vënë kështu bazat për njohjen gjenetike të mëtejshme dhe për mjekime më të përpikta.

Studimi i plotë klinik, laboratorik dhe instrumental i disa sëmundjeve kardiovaskulare, në fëmijët, në bashkëpunim me sektorin e kardiokirurgjisë, ka bërë të mundur dallimin më të përpiktë të veseve të lindura të zemrës nga ato të fituara, duke dhënë kështu mundësi për mjekime konservative ose kirurgjikale sipas rasisit. Po kështu ka mundur me njohjen shkencore të sëmundjes reumatike e të karditit reumatik, duke bërë të mundur zbulimin e mjekimin e shpejtë të afekSIONIT SI edhe parandalimin e recidivave dhe të dëmtimeve të parapaueshme të zemrës.

Katedra e pediatriisë, në bashkëpunim me spitalin klinik të fëmijve, për këtë pesëvjeçar, është duke studiuar «pneumonitë në moshën e fëmijës». Sot për sot ato zenë një vend të rëndësishëm në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e fëmijve.

Në frymën e porosisë të shokut Enver Hoxha mbi revolucionin tekniko-shkencor u riparë edhe një herë objektivat e studimit dhe plani kërkimor u thellua dhe u zgjerua më tej, duke bërë studime edhe në zona jashtë spitalit dhe duke bashkëpunuar me personelin shëndetësor të këtyre zonave.

Një punë e mirë kërkimore bëhet edhe nga bërthama e studii-

neve pediatrike. Sot për sot ajo studjon zhvillimin fizik dhe psikomotor të fëmijëve 0-4 vjeç. Për këtë temë, ajo bashkëpunon me mjekët dhe pediatrët e zonave të rretheve të tjera. Gjatë këtij pesëvjeçari s'jo bërthamë ka në planin e vet edhe fillimin e studimit mbi distrofinë, studimin mbi sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e fëmijëve në këtë rrethë të vendit, depistimin e hemoglobinopative në disa zona si dhe ndjekjen e zhvillimit fizik të fëmijëve premature.

Tematikat e mësipërme janë nga problemet më aktuale në fushën e pediatriisë, që kanë të bëjnë me ruajtjen e shëndetit të fëmijëve. Kryerja e këtyre studimeve kërkon një mobilizim në masiv të kuadrove tona pediatrike. Metodikat e studimeve u janë bërë të njohura dhe pediaterve të rretheve. Në këto studime, masivizimi vihet në dukje në pjesëmarrjen në këto punime shkencore, duke kooperuar dhe aktivizuar jo vetëm kuadrot e larta, por edhe ato të mesme dhe në zona të rrethe të tjera të vendit tonë. Për këtë qëllim, kuadrot e bërthamës së studimeve pediatrike kanë në patronazh nga një rreth për ta ndihnuar.

Raporti i shokut Enver Hoxha në Kongresin e 7-të të PPSH na e përpara detyrës së rëndësishme të thellimit në disiplinat dhe sektorët e ndryshëm, që ndihmojnë për përparimin e pediatriisë, si shkencë e aplikuar, si edhe për bashkëpunimin e gjërë me fushat e ndryshme mjekësore.

Pediatria është një lëndë e gjërë, ajo përfshin gjithë problemet që kanë të bëjnë me parandalimin dhe mjekimin e fëmijës, me mirëritjen dhe mirëusqyerjen e saj. Për zgjidhjen e tyre, kuadrot pediatrike, si të punën praktike ashtu dhe studimore duhet të kooperojnë në ngushtë me lëndët paraklinike. Në veçanti përmëdim lidhjet që janë të nevojshme me biokiminë, mikrobiologjinë, anatomo-patologjinë, gjenetikën, igjienën etj. Ky kooperim gjën zbatim kur në studimet, depistimet dhe eksperimentet angazhohen kuadrot e fakultetit të mjekësisë, të spitalëve, të Institutit të Higjienës dhe të Epidemiologjisë. Për këtë qëllim shtë i domosdoshëm inkudrimi i tyre në planet studimore dhe azhuroimi reciprok për problemet më të rëndësishme që preokupojnë sot thbrojtjen e shëndetit të fëmijëve.

Mendojmë se në drejtim të këtij bashkëpunimi ose bashkërendimit uhet të bëhen hapa më të shpejta e më të guximshme, duke shfrytëzuar, në radhë të parë, mjetet ekzistuese dhe duke menduar edhe për një hvillim e thellim të mëtejshëm në disiplina dhe sektorë të veçantë.

Me të drejtë pediatria pret mjaft nga zhvillimi i gjenetikës, pasi aktorët e trashëgimisë japin shfaqjet e tyre në radhë të parë në foshnjat. Thellimi në gjenetikë jep mundësi të diagnostikohen shpejt afektonet e lidhura me trashëgiminë, duke krijuar kështu bazën për vënia në jetë të mundësive parandaluese dhe të atyre mjekuese. Pediatria është ajo disiplinë në të cilën vërehet më shumë se kudo ndikimi kushteve pozitive ose negative të ambientit të jashtëm, që progresisht kalon edhe në ndikim në ambientin e brendshëm, duke dhënë shtu një mbështetje të rëndësishme për kuptimin materialist marxist-leninist të fenomeneve biologjike të organizmit në rritje.

Zbatim i detyrave që shtroi Kongresi i 7-të i PPSH për sektorin pediatriisë, zgjidhja dhe realizimi i planeve studimore shkencore rikon që kuadrot tona pediatrike të jenë të ngritura nga ana ideopo-

litike dhe profesionale. Për këtë qëllim, gjatë këtyre viteve, katedra e pediatrisë, në bashkëpunim me spitalin klinik nr. 3, ka drejtuar e zbatuar specializimin një e dy vjeçar të pediatërve, specializimin gjash-zbotar në pediatri të mjekëve të përgjithshëm, kualifikimin tremujor periodik si dhe specializimin njëvjeçar në disa fusha brenda pediatrisë si në reanimacion, në neftrologji etj. Gjithashtu janë shfrytëzuar edhe një sërë formash të tjera të ngritjes profesionale. Të gjitha këto kanë një pasur rezultate pozitive. Megjithatë, qëshija e specializimit dhe e kualifikimit pasuniversitar kërkon një ristudim ose riorganizim më të mirë, më të detajuar nga kuadrat me përvojë, të caktuar për këtë qëllim, që të shkohet drejt formimit të një bërthame pranë fakultetit të mjekësisë.

Do të ishte e frytshme që specializimi dhe kualifikimi të thellohen e të zgjerohen edhe më mirë në disa nga sektorët e tjerë të pediatrisë si në qëshijtë preventive, të puerikulturës, neonatologjisë, prenaturnacës, terapisë intensive dhe në disa nga specialitetet e tjera të domosdome dhe aktuale për nevojat e pediatrisë.

Për këtë qëllim del nevoja e ngritjes së një konsultore qëndrore për fëmijë, që të shërbejë si bazë për qëllime të tilla.

Qëshija e kualifikimit duhet të shihet edhe në bazë rrethi. Spitalet pediatrike në Durrës, Korçë, Shkodër dhe shërbitimet pediatrike në rrethet e tjera i kanë të gjitha mundësitë dhe përvojën për zbatimin e një detyre të tillë për pediatrië dhe mjekët e zonave që kanë në varësi.

Problemeve të kualifikimit u duhet dhënë rëndësia e duhur edhe për kuadrat e mesme, si në gytet-ashtu dhe në fshat. Në këtë drejtim ka ende të meta dhe më pak forma kualifikimi. Del nevojë e domosdome që si në qendër ashtu dhe në rrethe të zbatohen dhe të organizohen cikle, seminare, demonstrime periodike, të drejtuara nga kuadrat më të mira të larta dhe të mesme. Përmëdimin gjithashtu se edhe zbatimin i përpiktë i rregullores së atesimit ndihmon pozitivisht për këtë qëllim. Në veganti, qëshijtën e kualifikimit e theksojmë më tepër për mamitë dhe infermieret në fshat, që kanë nevojë për thellimin e mëtejshëm në qëshijtë pediatrike, sidomos në drejtim të përmirësimit të punës së konsultoreve, çerdhave, ushqyerjes dhe ndihmës urgjente për fëmijët e sëmurë.

Për zhvillimin e punës kërkimore shkencore pediatrike, rëndësi të vegantë ka gjithashtu tërheqja e studentëve në tematikat e ndryshme. Kjo formë pune vlen gjithashtu edhe për formimin e studentëve dhe për zgjerimin e horizontit të tyre, duke u hapur rrugën për punë të pavatuar kërkimore shkencore gjatë punës së tyre si mjekë.

Puna kërkimore shkencore në pediatri nuk duhet të mbahet si një formë e veguar, e shkeputur dhe e mbyllur në mes të katër mureve të institucionit. Rezultatet e punës kërkimore shkencore (që do të këtë një tematikë aktuale dhe perspektive të lidhur me nevojat e vendit) duhet të gjejnë zbatim në praktikë, sigurisht në bashkëpunim me organet e ndryshme të shëndetësisë, duke kontribuar për zgjidhjen e problemeve kryesore pediatrike, që kanë të bëjnë me ruajtjen e shëndetit të fëmijve.

Për përnjëpunin e përvojës së përparuar si dhe të konkluzioneve të nxjerra nga studimet shkencore, për kualifikimin e mëtejshëm të kuadrove pediatrike del nevoja e shtrimit të botimeve si në revistat tona ashtu

he në formë monografish të ndryshme. Borimet duhet të pasurohen më shumë edhe për kuadrot e mesme pediatrike.

Rëndësi të veçantë ka brumosja jonë me filozofinë marksiste-leniniste që të luftojmë çdo ndikim të ideologjive të huaja borgjeze dhe evizioniste në pediatriinë tonë, pasi ajo është një disiplinë ku vërehen gjatë doktrina të mbështetura në baza idealiste dhe pseudoshkencore.

Shkenca jonë pediatrike, duke u mbështetur fuqimisht në rrugën marksiste-leniniste të Partisë sonë, në drektivat e Kongresit të 7-të të PPSH dhe në mesimet e shokut Erver Hoxha, i ka të gjitha mundësitë të ngrejë në një nivel më të lartë të gjithë punën shkencore, duke kontribuar kështu rëndësisht në përmirësimin e shëndetit të fëmijëve dhe në uljen sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë së tyre.

Dorëzuar në Redaksi më 15 dhjetor 1977.

### Summary

## THE 7th CONGRESS OF THE ALBANIAN PARTY OF LABOUR AND THE PROTECTION OF THE HEALTH OF THE CHILDREN

The paper reviews the new duties that have emerged for the pediatric service from the 7th Congress of A.P.L.

Incited by the discussions and resolutions of the 7th Congress of A.P.L., the chair of Pediatrics, together with the pediatric clinic and the pediatric services of the districts, has worked out a program of research on the morbidity and death rates of children in various districts of the country, on haemoglobinopathies in certain endemic regions and on the physical development of prematurely born children.

The paper addresses an appeal to the cadres of the pediatric department to share their experience with their younger colleagues and to spread their more advanced knowledge through the various forms of publication, standing as ever firmly on the marxist-leninist principles of our Party, on the orientations given by its 7th Congress and on the teachings of comrade Erver Hoxha.

### Résumé

## LE VII<sup>e</sup> CONGRES DU PTA ET LA PROTECTION DE LA SANTE DES ENFANTS

L'article traite des tâches qui incombent au secteur de la pédiatrie à la suite des grandes orientations données par le VII<sup>e</sup> Congrès du PTA. Il y est indiqué que, sur la base des matériaux et des décisions du VII<sup>e</sup> Congrès du PTA, la chaire de pédiatrie, en collaboration avec l'hôpital clinique de pédiatrie et ceux des districts, a élaboré un programme de travail pour les recherches et les études scientifiques portant sur la morbosité et la mortalité des enfants dans les différentes régions du pays, sur le dépistage des hémoglobiopathies dans certaines zones et sur l'observation du développement physique des enfants prématurés.

En conclusion, l'article fixe pour tâche aux cadres de ce secteur de propager l'expérience avancée au moyen de publications diverses, en se fondant tous les jours sur les idées marxistes-léninistes de notre Parti, sur les directives du VII<sup>e</sup> Congrès du PTA et sur les enseignements du camarade Enver Hoxha.

## VEPRIMTARI E LARTË POLAROGRAFIKE E FILTRATIT SERIK SULFOSALICILIK NË TË SËMURËT ME INSUFICIENCË RENALE DHE HIPERAZOTEMI

— KLEMENT SHTEFO —

Laboratori biokimik Qëndror pranë Spitalit Klinik nr. 1 — Tiranë

Përdorimi më i rëndësishëm i polarografisë në biokiminë klinike shtrihet në analizën e proteinave, e cila i përgjigjet një reaksioni katalitik, që ngjet me elektrodën pikuese me zhirë në sol. buterik amonjakal me kripra të kobalitit (5 etj.).

Polarograma e fituar në serum paraqet valën e dyfishtë, e cila fitohet edhe me filtratin e deproteinizuar, fakt që tregon se kjo shkaktohet jo vetëm nga proteinat e serumit (3 etj.), por edhe nga mukoproteinat ose produktet e zberthimit të proteinave, që mbeten në filtrat dhe shfaqen sidomos në gjendje të ndryshme patologjike si në infeksionet, në tumoret malinje, në helmimet e brendshme (1) dhe të jashtme (1), në alergjinë, në rrezatimet etj., të cilat çojnë në denaturimin e proteinave. Në këto raste, duke qenë e lidhur me fenomenet e biosintezës së proteinave, vala polarografike e dyfishtë paraqet ndryshimet patologjike. Autorë të ndryshëm (2 etj.) kanë konstatuar ndryshime të polarogramës në sëmundjet e mël-gisë së zezë dhe të vijahe biliare dhe në sëmundjet e gjakut, në sëmundjen inflamtoze ose neoplazike. Këto ndryshime janë gjetur jo vetëm duke përdorur filtratin e serumit, por edhe filtratin e fituar nga lëngu gastrik duodenal ose duke përdorur vetë lëngun trumoshpinor (6) përkatësisht në sëmundjet e stomakut, të mëlgisë së zezë ose të SNG. Ka autorë (9 etj.) që rekomandojnë përdorimin e gjakut menstrual për të zbuluar sa më parë tumoret malinje të mitres. Polarogramimi i precipitativ të lipproteinave serike përdoret për të studjuar zhvillimin e ateriosklerozës.

Përsa u përket helmimeve të brendshme dhe të jashtme, në literaturë ka pak të dhëna. Ne gjtëm të dhëna mbi veprimin helmues të sulfatit të kadmilit, të futur në kafshët eksperimentale, në të cilat, në filtratin sulfosalicilik vihet re një rritje e shpejtë dhe e theksuar e veprimtarisë polarografike, siç ngjet edhe gjatë karcinogjenezës (4).

Duke studjuar ndikimin e helmimeve të brendshme në veprimtarinë polarografike, ne studjuam edhe lartësinë e valës së dytë dhe raportin e të dy valëve polarografike proteinike në 20 të sëmurë me insuficiencë renale dhe hiperazotemi dhe në 20 dhurues të gjakut praktikisht të kon-sideruar të shëndoshe.

Përsa i përket paraqitjes së të dhënave, deri tani janë përdorur një seri treguesish të polarogramës siç janë lartësia e valës së dytë ( $H_2$ ), raportit

i të dy valëve proteinike  $H_1 + H_2$ , raporti midis lartësisë  $H_2$  të filtratit të serumit të deproteinizuar me acid sulfosalicilik dhe lartësisë  $H_2$  të filtratit të serumit të deproteinizuar me metanol, raporti midis lartësisë  $H_2$  të filtratit të të sëmurit dhe lartësisë  $H_2$  të filtratit të njeriut të shëndoshtë, «treguesi proteik», (8) raportit midis lartësisë  $H_2$  dhe grupeve sulfhidrike, por shumica e autorëve përdorin madhësinë e lartësisë së valës së dytë  $H_2$  (në mm ose në mikroamp/mm<sup>2</sup> s.e) e cila është e lidhur me ndryshimet e grupeve sulfhidrike të proteinave të filtratit, të cilat kanë karakterin e mukoproteinave, që mbetet në filtrat pas deproteinizimit me acid sulfosalicilik.

Në laboratorin tonë, të dhënat e lartësive të valës së dytë i kemi kthyer në njësi veprimtarie polarografike nëpërmjet përdorimit të standartit të cistinës, që rekomandohet gjatë teknikës me kobalt dyvalent (7).

#### METODIKA E PËRDORUR

Serumi është punuar si vijon: 0.40 ml. serum përzihet me 0.1 ml. KOH 0.1 n dhe pas 45 minuta deproteinizohet me 0.5 ml. acid sulfosalicilik 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, filtrati polarografohet pas 10 minutash në sasinë 0.25 ml për 5 ml. tretësirë foni të përbërë nga dy pjesë 0.003 n klorur kobalti, një pjesë tretësirë 0.1 molar klorur amoni dhe dy pjesë tretësirë 1 molar hidroksoid amoni. Matja është bërë me polarografin tip 883, shpejtësia e pikimit 20 pika në minutë, ndfeshmëria e galvanometrit 1/20, temperaturë 25° në celulën polarografike. Sasia e filtratit (0.25 ml.) i përgjigjet sasisë prej 0.1 ml. serumit të gjakut.

Për të standardizuar metodikën, gjatë matjeve, është përdorur standarti i cistinës (me DM 240,31) tretësirë 2.5 mol 10<sup>-4</sup> i tretur në HCL 0.01 n dhe i holluar 20 herë (= 0.125 M. 10<sup>-4</sup> ose 0.03 mg/ml) në sasinë 0.25 ml (= 0.0075 mg) me 5 ml. tretësirë fon, pasi u provua me 6 koncenrime të ndryshme (0.015 - 0.03 - 0.45 - 0.06 - 0.075 - 0.09 mg/ml), të cilat dhanë kurbë pothuaj krejtësisht drejtvizore me  $H_2$  përkatëse: 28 - 55 - 90 - 115 - 145 - 170.

Khimi i madhësisë së lartësisë së valës  $H_2$  (të matur në mm) në njësi veprimtarie polarografike është bërë duke përdorur formulën që vijon:

$$\text{Veprimtaria polarografike në mg cistin për } 0.1 \text{ ml serum} = \frac{H_2 \text{ analizës}}{H_2 \text{ standartit}}$$

$$x \text{ sasia e cistinës së përdorur} = \frac{H_2 \text{ analizës}}{H_2 \text{ standartit}} = x \cdot 0.0075 \text{ mg.}$$

Megjësë kur  $H_2$  An =  $H_2$  standart barazohet edhe veprimtaria polarografike me 0.0075 mg. cistin, del se një njësi veprimtarie polarografike përfaqëson këtë veprimtari në 0.1 ml. serumin që jep të njëjën  $H_2$  me atë që jep sasia prej 0.0075 mg cistin.

Pasi në praktikë është më e përshtatshme shprehja në 1 ml serum, atëherë rezultati shumëzohet me 10. Pra 1 njësi/0.1 ml = 10 njësi për 1 ml. serum dhe formula e veprimtarisë polarografike = një-



H<sub>2</sub> analizës  

$$= \frac{\text{H}_2 \text{ analizës}}{\text{H}_2 \text{ standartit}} \times 10$$

si veprimtarie polarografike për 1 ml serum ==  
 në të cilën H<sub>2</sub> stand. është lartësia e vales në mm, që jep sasia prej 0.0075 mg  
 cistinë (0.25 ml. sol. 0.125 mol. 10<sup>-4</sup>) me 5 ml fon H<sub>2</sub> analizës është lartësia  
 në mm, që jep analiza e filtratit të serumit.

Me këtë formulë janë llogaritur edhe në njësi të veprimtarisë polaro-  
 grafike të dhënat e H<sub>2</sub> në 20 të sëmurë të studjuar dhe në 20 dhurues të  
 gjakut.

### REZULTATET E FITUARA

Nf.	I sëmurë	D i a g n o z a	Urea mg%	H <sub>2</sub> mm	Njësi V.P.	Raporti	
						H <sub>1</sub>	H <sub>2</sub>
1	H.G.	Insuficiencë renale	132	78	12.4	0.67	
2	N.T.	Insuf. renale akute sepsis; post abortum	200	138	25.9	0.36	
3	T.Z. (foto 3)	Glomerulonefrit akut. ins. ren.	200	156	27.9	0.38	
4	L.R. (foto nr. 4).	Ren polikistik ins. renalis	380	185	33	0.85	
5	T.B.	Pielonefr. kronik bilateralis ins. renalis decompensata	220	102	18.3	0.72	
6	M.F. (foto nr. 5)	Glomerulonefr. kronik, forma nefrolike	132	162	29.4	0.56	
7	I.H. (foto nr. 6)	Pielonefr. kronik insuf. renal chr. decompensata	200	145	26.3	0.72	
8	I.R. (foto nr. 7)	Pielonefr. kronik. insuf. renalis kron. decomp. coma uremike	380	187	34.0	0.63	
9	Sh.K.	Pielonefr. kron. reaktizuar me refleks vesikureteral	60	115	20.5	0.78	
10	F.C. (foto nr. 8)	Pielonefr. Kron. bilateral ins. renale Kron. decompens.	108	147	26.7	0.80	
11	Z.U. (Foto 9)	Glomerulonefr. kron. ins. renal. decompensuar	204	134	24.3	0.69	
12	S.M.	Glomerul. kron. ins. renalis kronik hipertens. sekond. insuf. kardiovaskular Gr. II B.	108	79	14.3	0.85	
13	F.T.	Insuf. renalis	140	68	12.2	0.72	
14	F. D.	Glomerul. kron. riaktizuar	68	64	11.5	0.70	
15	A. Y.	Pielonefr. kron. insuf. renal hipertonia sekond.	124	84	15.0	0.76	
16	K.K. (foto nr. 10)	Glomerul. kronik anemi sekond pielonefr. kron. insuf. renal.	300	265	47.5	0.35	
17	N.B. (foto nr. 11)	kronik perikardit e miokardit uremik acidozë coma uremike	400	243	43.5	0.35	
18	Z.V.	Insuficien. renal akut abort. septik kaektik i rëndë	100	81	14.7	0.71	
19	R.D. (foto nr. 12)	Insuf. renal akut post abort. septik	172	132	24.0	0.61	
20	F.T.	Gastroenteritis toxica insuf- ciencë renalis acuta Pielonefr. kron. insufic. renalis kronik	176	111	20.0	0.65	

Njëkohësisht është bërë polarograma e filtratit serik në 20 dhurres të gjakut dhe u fituan rezultatet që vijojnë:

Dhuruesi	H <sub>2</sub> në mm	V.P. njësi ml. serum.	H <sub>1</sub> /H <sub>2</sub>
V.K. (foto 1)	55	9.8	0.87
Xh. B. (Foto 2)	48	8.6	1.12
Ve. K.	47	8.4	1.11
Xh. D.	56	10.0	1.03
T.B.	39	7.0	1.22
O.S.	45	8.1	0.03
I.XH.	54	9.7	1.03
M.P.	52	9.3	0.89
M.M.	57	10.2	1.07
V.D.	36	6.4	0.92
V.F.	61	10.9	1.02
R.H.	46	8.2	1.07
T. S.	34	6.1	1.18
M. Xh.	42	7.5	0.92
P.B.	33	9.5	1.36
B. C.	60	10.7	1.30
M. N.	50	8.9	1.25
S. P.	62	11.1	1.16
L. M.	52	9.3	1.15
V. R.	55	9.8	1.27

Pas përgunimit statistikor për dhuruesit e gjakut rezultojnë këto të dhëna:

Për H <sub>2</sub> në mm	Mesatarja Devijimi standart x 2 (25)	== 50.2 == ± 14.8
për V.P. në njësi për ml. serum	Kufijt e lëkundjeve Mesatarja (M) Devijimi standart x 2 (25)	më e ulët = 35.4 = 9.14 më e lartë = 11.78
Për raportin H <sub>1</sub> /H <sub>2</sub>	Mesatarja (M) Devijimi standart x 2 (25) Kufijt e lëkundjeve	më e ulët = 6.50 = 1.09 = ± 0.05 më e lartë = 1.14 më e ulët = 1.04

#### DISKUTIMI I REZULTATEVE

Nga të dhënat e paraqitura të lartësisë së valës H<sub>2</sub> në veprimtarinë polarografike në njësi ml. serum dhe të raportit H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> në të 20 të sëmurët me insuficiencë renale dhe hiperazotemi, të krahasuara me po-

ëta tregues të dhënash në 20 dhurues të gjakut, rezultojnë ndryshime shumë të theksuara nga vlerat normale në raport me shkallën e insuficiencës renale dhe nivelin e uresë në gjak. Në fakt nga 20 rastet e paraqitura, etëim rasti nr. 14 me diagnozën glomerulonephritis chronica reacutisata ne ure në gjak pak të rritur: 65 mg<sup>100</sup>/g ka pasur madhësinë e lartësisë të valës H<sub>2</sub> dhe veprimtarinë polarografike në kufijt më të lartë të normës, por edhe në këtë rast raporti H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> ka rezultuar patologjik (nën formë: 0.70).

Lartësia më të mëdha të valës H<sub>2</sub>, veprimtaria polarografike më theksuar dhe raportet H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> më të ulët janë takuar pikërisht në gjekujt më të rënda me azotemi mbi 300 mg. me gjendje komatoze, me cidozë renale dhe insuficiencë renale të dekompensuar, duke arritur vlerë mbi 200 mm të H<sub>2</sub> dhe mbi 40 njësi të veprimtarisë polarografike he në raportin H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> nën 0.35 nga mesatarja përkatëse normale 50.2 për H<sub>2</sub>, 9.14 për veprimtarinë polarografike dhe 1.09 për raportin H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub>. Duhet të shohim se gjatë studimit të këij raporti në sëmundjet e ndryhme jo renale, në laboratorin tonë, ulje të theksuar të raportit H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub>, emi gjetur kryesisht në insuficiencat renale me hiperazotemi dhe shunë rralle në sëmundjet e tjera jo renale.

Të gjitha këto ndryshime mjaft të dukshme dhe të garta nga zona të dhënave normale paraqesin interes nga pikëpamja diagnostike dhe rognostike për studimin e nefropatëve.

## BIBLIOGRAFIA

- ) **Adhami J. e bp.** : Traktati i sëmundjeve të brensdhime. Tiranë 1974, Vol. II. fq. 393 dhe vol. III, fq. 444.
- ) **Brauner R. e coll.** : Cercetari polarografice in hepatic si ciroze. Studii si cercetari de Biochimie 1960, 3, 251.
- ) **Buruyama I.M. e coll.** : Activitatea polarografica a proteinelor filtratelor sulfosalicilice la diferite specii de animale. Studii si cercetari de Biochimie 1963, 2, 207.
- ) **Fiola S.** : Cellular changes polarographically actives of sulhydrils group in rats during carcinogenesis. — Nature 1958, Vol. 182, 257.
- ) **Heyrovsky J., Kuta J.** : Zaklady polarografie Nakladatelstvi slovenske. Akademie Praha 1962 (Përkthim rusisht 1965, 395).
- ) **Mison — Orighel N. e coll.** : Cercetari polarografice a proteinorahiei. Studii si cercetari de Neurologie 1957, 4, 549.
- ) **Muller O.** : Polarographic analysis of proteins, aminoacids and compounds by means of the Brdicka reaction Methods of biochemical analysis. Interscience London, New York 1967, Vol. 11, 327.
- ) **Muller O.** : Polarographic reactions of plasma proteins and their clinical significance. Clinical Chemistry 1965, 2, (Suppl.) 271.
- ) **Rapolt S. R.** : The Brdicka serum filtrate reaction applied to normal and cancerous menstrual fluids. Polarography 1964 Vo. II, 977.

## S u m m a r y

**HIGH POLAROGRAPHIC ACTIVITY OF THE SULPHOSALICYLIC SERIC FILTRATES IN PATIENTS WITH KIDNEY FAILURE AND HYPERTENSION.**

This preliminary work points out the changes of the polarogramme of the seric filtrate deproteinized by sulphosalicylic acid in 20 patients with kidney failure and hypertension, comparing the findings with those of 20 blood donors who were apparently healthy and normal.

The changes consisted in the increase of the height of the H<sub>2</sub> wave, the increase of the polarographic activity, and the decrease of the H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> ratio in proportion with the degree of the kidney insufficiency and the level of the blood urea. The most pronounced changes, with H<sub>2</sub> over 200 mm. polarographic activity over 40 units/ml and with a H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> ratio below 0.35 were observed in the very severe cases of decompensated kidney failure with renal acidosis and uremic coma. Also, in the cases with less pronounced hypertension a from renal origin, although the height of H<sub>2</sub> and the polarographic activity were only slightly above the normal limits, the H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> ratio was a valuable criterion for the detection of kidney diseases associated with changes of the polarogramme of the sulphosalicylic filtrate of the serum.

## R é s u m é

**LA HAUTE ACTIVITE POLAROGRAPHIQUE DU FILTRAT SERIEUX SULFOSALICYLIQUE CHEZ LES MALADES D'INSUFFISANCE RENALE ET D'HYPERTENSION**

Dans cette étude préliminaire l'auteur met en évidence les changements du polarogramme du filtrat séreux déprotéinéisé par l'acide sulfosalicylique chez 20 patients souffrant d'insuffisance rénale et d'hypertension, en les comparant avec les données recueillies chez 20 donneurs de sang apparemment en parfaite santé.

Les changements consistent dans un accroissement de la hauteur de l'onde H<sub>2</sub>, dans l'intensification de l'activité polarographique, et dans la diminution du rapport H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> proportionnellement au degré d'insuffisance rénale et au taux d'urée dans le sang. Les changements les plus marqués, avec H<sub>2</sub> dépassant 200 mm, une activité polarographique de plus de 40 unités/ml et un rapport H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> inférieur à 0,35 ont été observés dans les cas les plus graves l'insuffisance rénale décompensée accompagnés d'acidose rénale et de coma urémique. Dans les cas d'hypertension moins prononcée d'origine rénale, bien que la hauteur de H<sub>2</sub> et l'activité polarographique ne soient que très légèrement inférieures aux limites normales, le rapport H<sub>1</sub>/H<sub>2</sub> est un critère valable pour la détection des affections rénales et il s'accompagne de changements du polarogramme du filtrat salicylique dans le sérum.

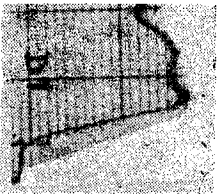


Foto 1

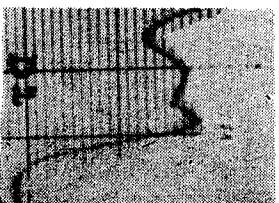


Foto 2

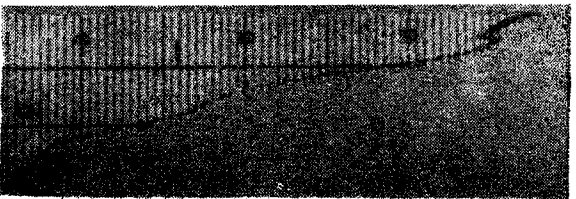


Foto 3

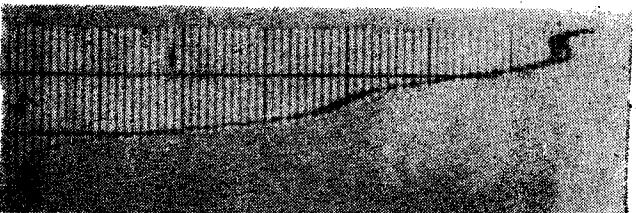


Foto 4

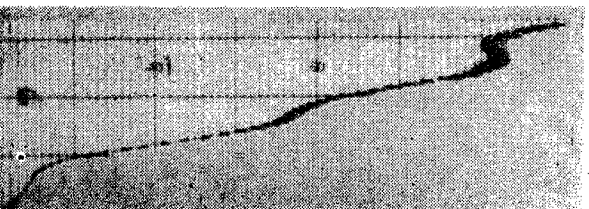


Foto 5

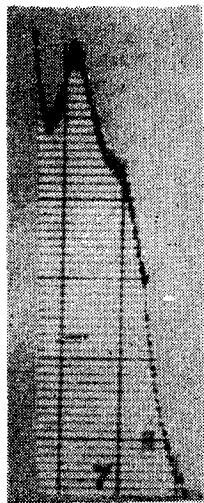


Foto 6

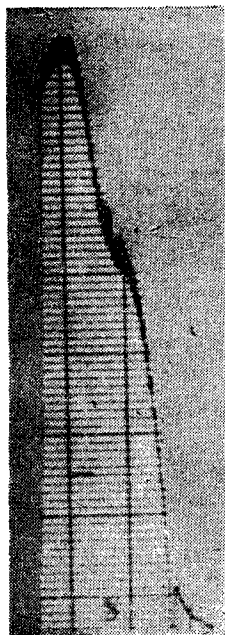


Foto 7

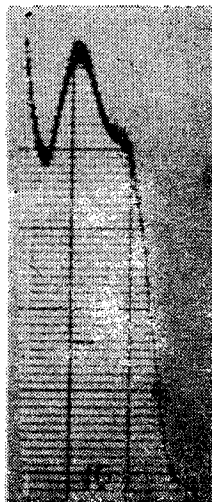


Foto 8

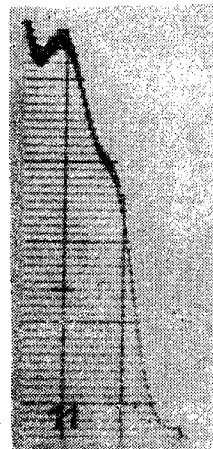


Foto 9

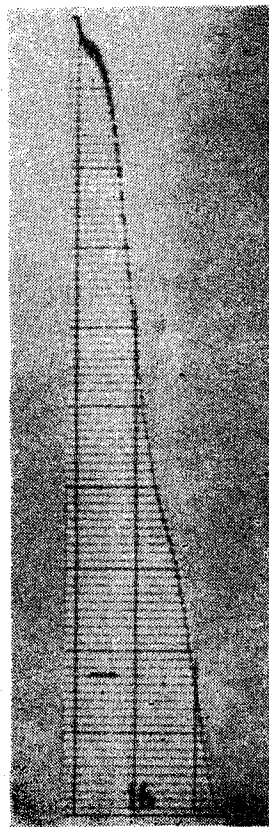


Foto 10

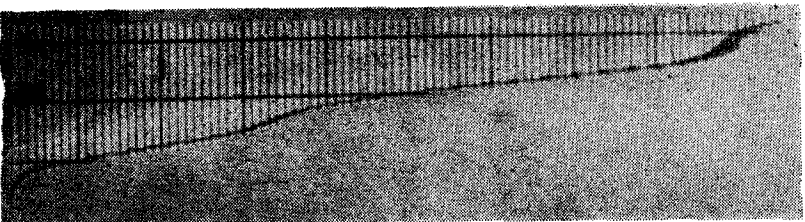


Foto 11

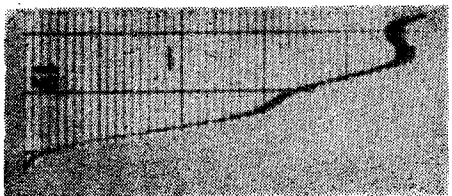
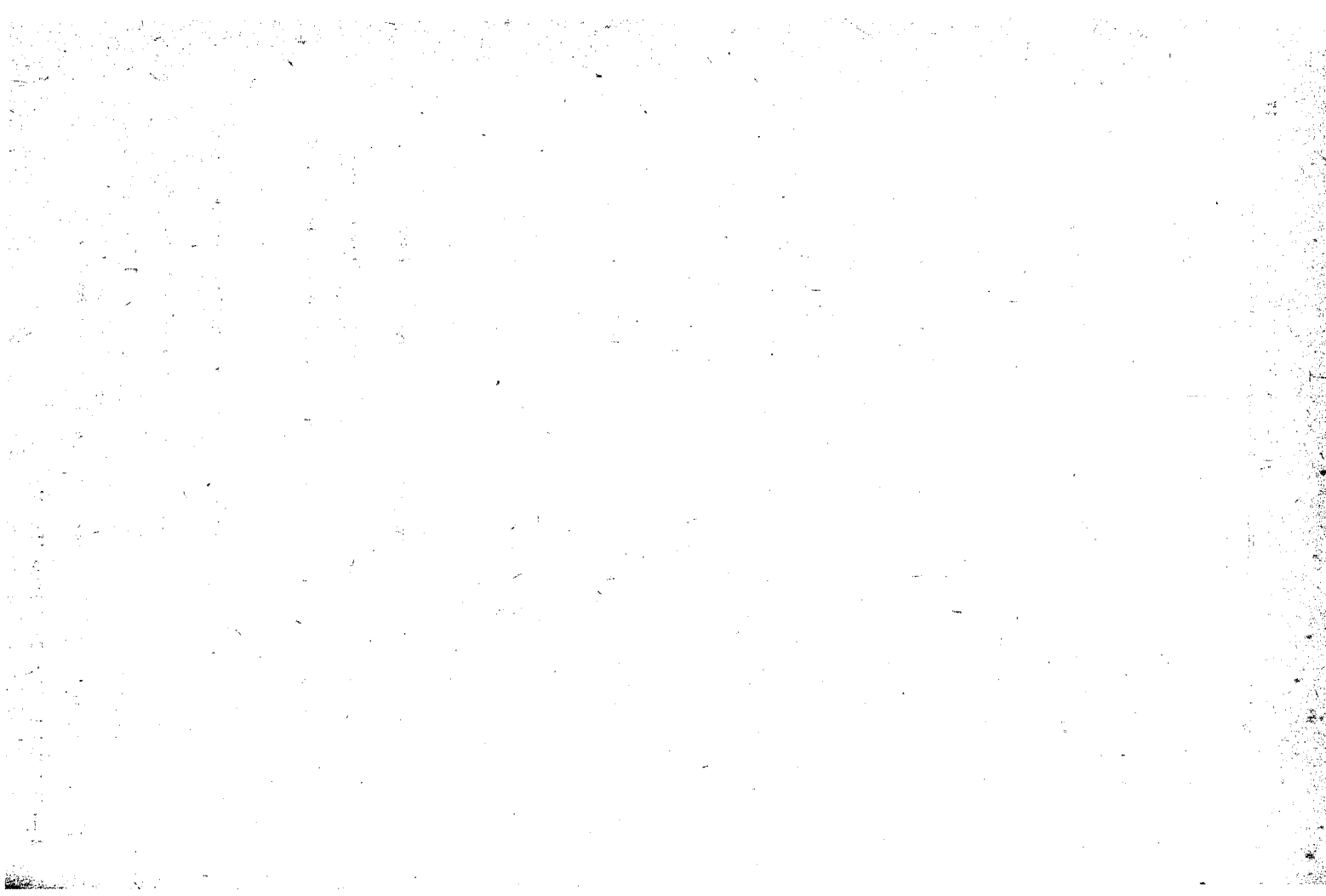


Foto 12





## ALGODISTROFIA REFLEKTORE E ANËSIVE

— Prof. JOSIF E. ADHAMI — KOÇO PORO — KRISTAQ MOROKA —  
— LILIANA LULOÇI —

(Klinika e dytë e sëmundjeve të brendshme)

Algodistrofia reflektore e anësive është një sindromë që karakterizohet me dhembje të shoqëruar me turbullime vazomotorë e trofike, që prekokat, kyçet dhe indet periartrikulare të anësive, duke respektuar një kartilagot (7). Kjo sindromë është përshkruar më 1945-1946 me in «*reumatizëm neurotrofik i anësive të sipërme*» (5). Termi algodistrofi reflektore është më i përshtatshëm dhe përdoret gjërësisht në aturë. Kjo sindromë mund të prekë si anësitë e sipërme, ashtu dhe oshtmet. Manifestimi më i shpeshtë i algodistrofisë së anësive të sipërme është «*sindroma shpatull-dorë*», e veçantë qysh në vitin 1948-1949 Sipas tij, klinika e sëmundjes ndahet në tre stade: *të edemës, atrofisë të sekelave*.

Etiologjia nuk është e njohur mirë, pasi ka shumë faktore, të cilët lid të jenë shkaktarë, shpërthyes ose vetëm shoqërues të kësaj sindrome.

Midis këtyre faktorëve, një vend të rëndësishëm zënë traumat, sërdjet e aparatit kardiovaskular, vecanërisht kardiopatitë iskemike, sionet e sistemit nervor, sëmundjet pleuropulmonare, endokrine, meimentet e ndryshme etj. Në një pjesë të konsiderueshme të rasteve gjendet asnjë shkak i dyshimtë, prandaj konsiderohen idiopatike. Sikurse etiologjia, ashtu dhe patogjeneza e algodistrofisë është e ohur mirë. Megjithatë sot mendohet se algodistrofia është një sindromë reflektore, që shpie në turbullime trofike osteoartikulare, si pade dëntimit të qendrave vazomotorë të medullës spinale. Kështu mimet periferike, që vijnë nga anësitë ose organet e brendshme më e e nervave sensitivë, arrijnë në brirët laterale të medullës spinale nëpërmjet rrugëve nervore të përparshme, ngacmojnë zinxhirin atik të anësive përkatëse dhe shkaktojnë turbullime vazomotorë neurke dhe osteoartikulare reflektore (2).

Punimi ynë iu referohet 40 rasteve të shtruar në klinikë gjatë vite 1966-1976 dhe pjesërisht 1977. Në grafikun nr. 1 janë paraqitur it sipas vitit të shtrimit. Prej këtyre, 32 ose 80% ishin femra dhe vetëm ste ose 20% meshkuj, dmth sipas raportit 4 me 1. Në literaturë thuse të dy sekset preken një soj, me një mbizotërim të lehtë në femra, gërijashim të rasteve të shfaqura pas infarktit të miokardit, që janë epeër meshkuj (8). Ka të dhëna që algodistrofia e anësive të sipërme

është më e shpeshtë në gra, kurse ajo e anësive të poshtme në burra (7). Fakti që të gjithë të sëmurët tanë paraqitin algodistrofi të anësive të sipërme, me përjashtim të një rasti, që shogërohej edhe me prekje të anësive të poshtme mund të shpjegojë, deri diku, mbizotërimin e rasteve tona në gra.

Përsa i përket moshës, ndryshe nga autorët e tjerë, që mbi 90% të rasteve i takojnë në moshat më të mëdha se 50 vjeç (8), në kemi konstatuar se vetëm 3 veta (7,50%) i përkisnin asaj moshë, kurse 37 të sëmurë (92,50%) ishin 50 vjeç e poshtë. Nga këta të fundit, vendin e parë e zë moshë 14-20 vjeç me 35% të rasteve, pastaj ajo 31-40 vjeç me 27,50%, moshë 41-50 me 25% dhe më në fund ajo 21-30 vjeç me 12,50%. Kjo gjë mund të shpjegohet pjesërisht me faktin se në kontigjenhin tonë nuk kemi raste të shfaqur pas kardiopative iskemike, të cilat, siç dihet, janë më të shpeshta në moshën mbi 50 vjeç; përveç kësaj, në pjesën dërmuese, kontigjenti ynë përbëhet nga gra dhe vajza, ku ndryshimet neurovegetative janë më të theksuara, veçanërisht në moshë të re (grafiku nr. 2).

Lidhur me profesionin, vendin e parë e zënë punëtorët me 25 veta ose 62,50% e rasteve, pastaj vijnë nëpunësit dhe nxënësit me nga 12,50% secili grup; shëpërlakët, pensionistët dhe invalidët së bashku përbëjnë 10% të rasteve, kurse kooperativistët vetëm 2,50% (grafiku nr. 3).

Sipas shtrimit për herë të parë dhe për herë të fundit, vjetërsia e sëmundjes është paraqitur në grafikon nr. 4. Nga 40 raste të pëshkruar në këtë punim, 4 ose 10% e tyre janë shtruar nga dy herë, dy ose 5% nga 3 dhe nga 4 herë, kurse një ose 2,50% — 8 herë.

Nga 25 të sëmurët të shtruar brenda vitit për herë të parë, vetëm 8 u shtruan qysh në fillim të sëmundjes, 8 të tjerë 3-6 muaj pas fillimit të saj, kurse 9 veta 6-12 muaj pas shfaqjes së sindromës shpall-dorë. Prej këtej kuptohet se të sëmurët kanë ardhur në klinikë në stadi të paruarua të sëmundjes.

Nga 40 raste tona, 9 ose 22,50% kishin të dhëna për traumë në antecedentet e tyre. Nga këta dy paraqitnin frakturë, prej të cilave njëra e paratrahut, e shkatëruar 6 vjet më parë, kurse tjetra e krahut. Në 4 veta, algodistrofia u shfaq gjatë ose pas imobilizimit në algji, i cili që bëre në dy raste për një tendovaginit, në një për torsion, kurse në të katërtin për një dëmtim të klavikulës. I sëmurit i shtatë, para kësaj vjetësh, kish pësuar një kontuzion të dorës dhe gjatë dimrit sindroma manifestohet me dhembje dhe edemë lokale, kurse në vetë përmirësohet. Dy raste e fundit ishin pasoja të plagëve traumatike: një nga kafshim i dorës, kurse tjetrit në vendin e traumës iu zhvillua një panaritium, që më vonë u pasua nga një flegmon. Të dhënat e literaturës ndryshojnë sipas autorëve nga 100% (8) në 1/3 e rasteve. Faktorët traumaticë janë më të shpeshtë në algodistrofi të anësive të poshtme. Sipas autorëve të ndryshëm, ato luhaten nga rreth 60% deri në 80% (6, 7).

Dy të sëmurë ose 5% e rasteve tona paraqitnin epilepsi, por është vështirë të thuhet me siguri nëse algodistrofia i detyrohet vetëm epilepsisë, apo përdorimit të vazhdueshëm të luminarit, pasi edhe ky preparat mund të japë këtë sindromë (5, 7). Nga veset reumatizmale të zemrës

ëm vetëm një të sëmurë që paraqiste stenozë mitrale. Dy të sëmurë kishin kaluar procese tuberkulare në mushkëri, për të cilët genë kjuar me antibakteriale antituberkulare. Në literaturë janë përshtuar be algodistrofie bilaterale nga etionamidi (trekatori) ose nga izoniazidi (7, 8).

Nga sëmundjet endokrine, një e sëmurë ka pasur shenjat e një adenë toksike, kurse dy të tjera simptomat e hipertroidizmit. Për një logji të tillë flasin mjaft autorë (4, 5, 7, 8). Të tjerë thonë se algodistrofie e anësive të sipërmë është një ndërlikim shumë i rrallë i hipertroidizmit. Ajo shfaqet më shpesh gjatë mjekimit të hipertroidizmit me radioaktiv (J 131), i cili konsiderohet si një nga faktorët etiologjikë. Algodistrofia shfaqet në hipertroidianët pas mjekimit si: tiroiditomisë, antitirodiamëve të sintezës dhe veçanërisht pas përdorimit J. 131. Megjithëse në disa raste, lidhja shkak-pasojë midis jodit raktiv dhe algodistrofiës duket e sigurtë, është e vështirë të përjashtohen edhe faktorët të tjerë shoqërues. Autorë të tjerë e lidhin sëmundjen me infeksionet nga Pasturella (4).

Nëntë nga të sëmurët tanë paraqitnin spondylartroza cervikale. Për leoardtroza cervikale flasin edhe autorë të tjerë, por është vështirë të reaktosh rolin që mund të lozin këto në shfaqjen e algodistrofiës, sepse s moshës 40 vjeç këto janë të zakonshme. Jo më pak e vështirë është logjia në ato raste kur të sëmurët paraqitin të gjitha shenjat klinike në sindrome shpatull-dorë dhe në grafinë e regjionit cervikal del një njëstë cervikale si në 5 nga rastet tona ose një hiperplazi e procesit transversal të cervikales së shtatë në 6 të sëmurë. Në këtë drejtim, një lidhmë mund të japë bllokada e ganglionit stelar. Këto janë shkaqet që pasqyren nr. 1, të gjithë këta faktorë i kemi quajtur etiologjikë, përthyes ose shoqërues. Në 8 nga të sëmurët e këtij kontigjenti ose 10% të rasteve nuk u gjetën të dhëna anamnesticke, klinike ose laboratorike të dyshimita për të provokuar një sindromë të tillë, prandaj i kllfikuan si forma idiopatikë. Këto ndryshojnë sipas autorëve të ndryshëm nga 23% (8), 30% (7), një e treta e rasteve (3) etj.

Sëmundja fillon me dhembje, që shkon duke u shtuar progresivisht, or mund të shfaqet edhe përnjëherësh. Si pasojë e dhembjeve, lëvizjet rktive e pasive të supit kufizohen, veçanërisht abduksioni dhe rotullimi jashtëm. Një kufizim të tillë të lëvizjeve në e kemi gjetur në 27 veta se në 70% të rasteve. Lëvizjet e supit shkojnë duke u kufizuar dhe pas isa javësh ose ndonjë muaji, i sëmurë nuk është në gjendje ta lëvizë are supin: sup i bllokuar ose i ngrirë, që në e kemi takuar në 13 (32,5%) sëmurë. Një bllokim i tillë i detyrohet reaktimit të kapsulës artikulare. Kufizimi i lëvizjeve të supit shoqërohet me dhembje dhe një rigjiritet të dorës, shfaqje të turbullimeve vazomotorë dhe trofike. Në fazën parë, shfaqet një edemë e kurrizit të dorës, që në e kemi konstatuar në 00% të rasteve tona, edemë e gishtave (92,5%), e parakrahut (62,5%) i dhe një nxehësi lokale (20,5%). Në fazën e dytë shfaqet një ftohësi okale dhe cianozë, që në i gjëten në 40% të të sëmurëve të marrë në

studim. Herë tjetër lëkura mund të jetë e skuqur, shumë e hollë dhe ka një hipemidrozë të theksuar. Me kalimin e kohës shtagen turbulime trofike të thonive, ato e humbasin shkëlqimin, duken të përshtkura nga vija longitudinale dhe janë shumë të thyeshëm. Tendonet dhe aponeurozat tëhigen, gishtat fiksohen në një fleksion të lehtë dhe dorë merr pamjen e një këthete. Në raste më të rralla, tendinet ntrashen, fascia palmare kontraktohet dhe jep retraktime të ngjashme me ato të Dupuytzen (3, 8 efi.). Një rast të tillë kemi pasur dhe ne. Ekzaminimet radiologjike venë në dukje një osteoporozë jo homogene, më të theksuar në epifizat e kockave. Ndryshime të tilla të garta ne kemi konstatuar në 25% të rasteve, por ato varren nga faza në të cilën është bërë ekzaminimi radiologjik. Kartilagot interartikulare mbeten gjithnjë të paprekura.

Përsa i përket lokalizimit e kemi gjetur më shpesh në anën e djathtë në 27 veta ose 67,5% të rasteve, në të majtën në 12 ose në 30% dhe bilaterale në një ose 2,5% të rasteve. Kjo është e kuptueshme pasi dorë e djathtë iu nënshtrohet sforcimeve më të mëdha dhe mikrotraumave të përsëritura. Megjithatë ka autorë që thonë se preket zakonisht anësia e majtë, ndonjëherë të dyja bashkë dhe rrallë vetëm e djathta. Algodistrofia e anësive të poshtme është më e rrallë, por jo e jashtëzakonshme (7). Ne e kemi gjetur një herë të kombinuar me sindromën shpatull — dorë.

Gjendja e përgjithshme e të sëmurit mbetet e mirë edhe në statet e pëparuara të sëmundjes, provat biologjike nuk japin të dhëna të vlefshme për t'u vënë në dukje, kurse temperatura zakonisht është normale. Megjithatë ne kemi konstatuar një ngjitje të temperaturës së përgjithshme në 9 veta ose 22,5% të rasteve. Të gjitha të dhënat më kryesore janë paraqitur në pasqyrën nr. 2.

#### Pasqyra nr. 1

Faktorët etiologjikë, shpërthyes ose shoqërues të algodistrofisë së anësive

Nr.	Faktorë etiologjikë, shpërthyes ose shoqërues	Nr. i rasteve	Përqindja
1	Trauma të ndryshme	9	22,5
2	Epilepsi	2	5,0
3	Vese të zemrës	1	2,5
4	TBC e mushkërive	2	5,0
5	Hipertroidizëm	3	7,5
6	Spondilartroza cervikale	9	22,5
7	Kosta cervikale	5	12,5
8	Hiperplazi e procesit transvers të C7	6	15,0
9	Forma idiopatikë	8	20,0

*Shënim:* numri i rasteve del 45, pasi në 5 raste spondilartroza kombino-het me hipertrofinë e proceseve transverse të C7, ose kostën cervikale.

## Pasqyra nr. 2

Shenjat klinike në të sëmurët me algodistrofi të anësive gjatë viteve 1966 — 1977

nr.	Shenjat klinike	Nr. i rasteve	Përqindja
	Spontane	11	27,5
1	Dhembje Gjatë levizjeve pasive Gjatë levizjeve aktive	15 24	37,5 65,0
2	Kufizim i levizjeve të supit	27	70,0
3	Sup i bllokuar ose i ngritur	13	32,5
4	Edemë e kurrizit të dorës	40	100,0
5	Edemë e gishtave	37	92,5
6	Edemë e parakrahut	9	22,5
7	Edemë e krahut	8	20,5
8	Nxehtësi lokale	16	40,0
9	Ftohësi lokale	16	40,0
10	Çianozë	10	25,0
11	Lëkurë e skuqur	3	7,5
12	Dorë si kthehet	3	7,5
13	Turbullime trofike të thonjve	10	25,0
14	Kufizim i levizjeve të bërrylit	10	25,0
15	Kufizim i levizjeve të supit (Objektivisht)	9	22,5
16	Temperaturë e përgjithshme	9	22,5
17	Osteoporozë	10	25,0
18	Shoqërim me algodistrofi të anësive të poshtme	1	2,5

Për mjekimin e të sëmurëve duhet të merren masa në drejtim të ndalimit të dhembjeve, korrektimit të gregullimeve neurovegetative, turbullimeve trofike dhe të osteoporozes që ata paraqitin. Aspirina, butazolidina dhe indometacina janë përdorur gjërësisht në të sëmurët tanë për të menjannar dhembjet e padurueshme që paraqitnin këta të sëmurë. Në format akute me dhembje shumë të forta, që nuk iu nënshtroheshin antalgjikëve jo steroidë, kemi përdorur deltakortenin nga goja, të kombinuar me tegretol, valium, teralen ose meprobamat sipas rasisit. Në dy raste është përdorur hidrokortizoni lokal, kurse në 8 ose 20%<sup>0</sup> të tyre janë bërë infiltrime intradermike me novokainë në regjionet interskapulovertbrale. Në 25 të sëmurë, që kanë pasur edema të theksuara të anësive së prekur, janë përdorur diuretike.

Kohët e fundit kemi përdorur griseofulvinën me dozë 1,5-2 gr. ditën në 9 të sëmurë ose 22,5%<sup>0</sup> të rasteve. Megjithëse numri i të sëmurëve të mjekuar është ende i pakët dhe preparati është i përdorur i kombinuar edhe me antinfiamatorë të tjerë, mendimi paraprak është se rezultati janë mjaft të mira, pasi nga 9 të sëmurët, dy dolën shumë të përmirësuar, 6 të përmirësuar dhe vetëm një në të njëjtën gjendje. Për rezultate të mira me këtë preparat flasin edhe autorë të tjerë (3,5 etj.). Sot rekomandohen doza më të forta deri 3,0 gr. ditën.

Të bazuar në vendimet e Pleniumit të XI të KQJ të PPSH, në bashkëpunim me Institutin e mjekësisë popullore, në klinikën tonë është vënë në përdorim, me rezultate të kënaqshme, një preparat i përbërë me lule ballsami, lule kamtaliani, ekstrakt nga kokrat e dëlilinjës, mjalte, vaj ulliir dhe nafte. Me këtë metodë janë mjekuar 7 të sëmurë, prej të

çilëve një është shëruar, një tjetër është përmirësuar shumë, kurse 5 kanë pasur përmirësive të dukshme.

Kohët e fundit fletet edhe për betabllokusit (3). Autorë të tjerë tregojnë se rritja e hidroksiprolinurisë flet për një hiperrepsorbim osteoklastik (hiperoosteoklastozë), prandaj rekomandojnë përdorimin e Kalcitoninës dy herë nga 25 U ditën për 10 ditë dhe pastaj një herë në ditë nga 25 U për 20 ditë të tjera. Me këtë mjekim kanë pasur rezultate të mira përsa u përket turbullimeve vazomotorë dhe dhembjeve, kurse osteoporoza dhe të dhënat shintigrafike të kockave nuk pësan ndryshime.

Autorë të tjerë (6) rekomandojnë hormonin thyreokalcitoninë e derri me doza të mëdha 160 U ditën për 20 ditë, pastaj çdo 2-3 ditë për dy muaj dhe thonë se kanë pasur rezultate shumë të mira për dhembjet që paraqitin të sëmurët. Veprimi antalgjik i deyrrohet frenimit të veprimitarisë së osteoklasteve.

Në grupin e preparateve vazomotorë sot rekomandohet edhe hydergina. Në mjekimin e algodistrofisë, një nga vendet më kryesore ze kineziterapia. Lëvizjet duhet të jenë sa më të hershme që të jetë e mundur, por të lehta dhe progresive dhe të shoqëruara me masazh. Kineziterapinë e kemi përdorur në 15 veta ose 37,5% të rasteve, kurse në 18 ose 45,0% janë përdorur metoda të tjera fizioterapeutike. Këto të dhëna janë paraqitur në pasqyrën nr. 3.

#### Pasqyra nr. 3

Preparatet dhe metodat e mjekimit në të sëmurët me  
Algodistrofi të viteve 1966-1977

Nr.	Preparati ose metoda e mjekimit	Nr. i rasteve	Përqindja
1	Aspirina	20	50,0
2	Butazolidina	24	60,0
3	Indometacina	11	27,5
4	Deltakorteni	12	30,0
5	Hidrokortizoni lokal	2	5,0
6	Griseofulvina	9	22,5
7	Tegretoli	9	22,5
8	Valiumi	7	17,5
9	Kodeina	1	2,5
10	Diuretiktë	25	62,5
11	Infiltrimi me novokainë	8	20,0
12	Preparat nga mjekësia popullore	7	17,5
13	Metoda fizioterapeutike	18	45,0
14	Kineziterapi	15	37,5

Nga të gjitha këto kuptohet se algodistrofia e anësive është një sëmundje invalidizuese, shumë rebele kundrejt terapisë, prandaj dhe preparatet ose metodat e mjekimit kanë qënë të kombinuara dy ose më shumë prej tyre dhe është mjaft e vështirë që të përcaktosh me përpikmëri se cilës prej tyre i përkasin rezultatet e mjekimit.

Të bazuar mbi një terapi komplekse, ku sipas nevojës i është dhënë përparesi njeri ose tjetri preparat apo metode mjekimi, 6 nga të sëmurët

të ose 150/0 të rasteve dolën nga klinika të shëruar, 6 të tjerë shumë përmirësuar, 22 ose 550/0 të përmirësuar dhe 6 të fundit në gjendje të çfjhtë.

## K O N K L U Z I O N E

- 1) Algodistrofia e anësive të sipërme është një sëmundje që prek më për femrat sesa meshkujt. Sipas të dhënave tona, raporti midis tyrehtë 4 : 1.
- 2) Më shpesh preket moshë e re. Kështu 92,50/0 e të sëmurëve tanë takojnë moshën nën 50 vjeç.
- 3) Lokalizimi më i madh i sindromës shpatull-dorë është në anën e jashtë, pasi kjo anë iu nënshtrohet sforcimeve të mëdha dhe mikrotraumave të përsëritura. Sipas të dhënave tona, 67,50/0 të rasteve i takonin ësa j ane.
- 4) Nga faktorët etiologjikë, shpërthyes ose shogjërues, vendin e parë e zënë traummat dhe spondilartrozat cervikale më nga 22,50/0 të rasteve, pastaj vijnë format idiopatike në 200/0 të tyre.
- 5) Dhembjet dhe edema e kurrizit të dorës janë simptomat më të shpeshta të kësaj sindrome. Sipas të dhënave tona, këto takohen në 000/0 të rasteve të studjuara.
- 6) Algodistrofia është një sëmundje invalidizuese dhe shumë rezistente kundrejt terapisë, prandaj mjekimi duhet të jetë kompleks dhe i sistematik.

Dorëzuar në Redaksi më 20 dhjetor 1977. —

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

- 1) **Camus S.P.** : Les syndromes algoneurodystrophiques. Revue du praticien 1973, 23, 53.
- 2) **Collard M.** : Syndrome du Sudeck et Leriche et Algoneurodystrophies reflexes d'calcifiantes. La Provence médicale 1975, 43, 12.
- 3) **Dannont A.** : Les algodystrophies. Lyon Médical 1977, 237, 4, 352.
- 4) **Rampon S.** : Syndrome épaule — main. Concours médical 1975, 97, 35.
- 5) **Ravaud P.P., Bouvier M.** : Les algodystrophies. Revue du Praticien 1966, XVI, 18, 2529.
- 6) **Riffat G., Odelin M. T.** : Les algodystrophies des membres inférieurs et leur traitement. Lyon Médical 1977, 237, 1, 37.
- 7) **Sauy J., Serre H.** : Les algodystrophies réflexes des membres. Aspects cliniques et thérapeutiques. Semaine des hôpitaux 1976, 52, 8, 503.
- 8) **Steinbrocker O.** : The painful shoulder. In «Arthritis and allied conditions» Hollander J.L., Mc. Carty D.J. Jr. Philadelphia 1974, 1461.

## Summary

## REFLECTORY ALGODYSTROPHY OF THE LIMBS

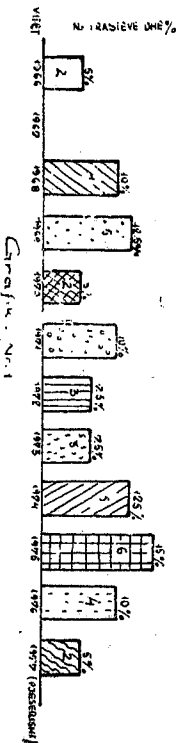
The authors present 40 cases of reflectory algodystrophy of the limbs observed at the clinic of internal diseases of the Faculty of Medicine during the period 1966-1977. Most of the cases were female (ratio 4 : 1), aged under 50 (92.5%). The most frequent locations were the right limbs (67.5%), since they are most exposed to physical strain. The aetiological, triggering off, or accompanying factors were mostly traumatic or cervical spondyloarthritis, each accounting for 22.5% of the cases; they were followed by the idiopathic forms representing 20% of the cases. Pain and oedema of the hand were the most frequent signs in the studied cases. The affection causes invalidity and is very refractory to treatment, that is why the treatment must be complex and systematic.

## Résumé

## ALGODYSTROPHIE REFLEXE DES MEMBRES

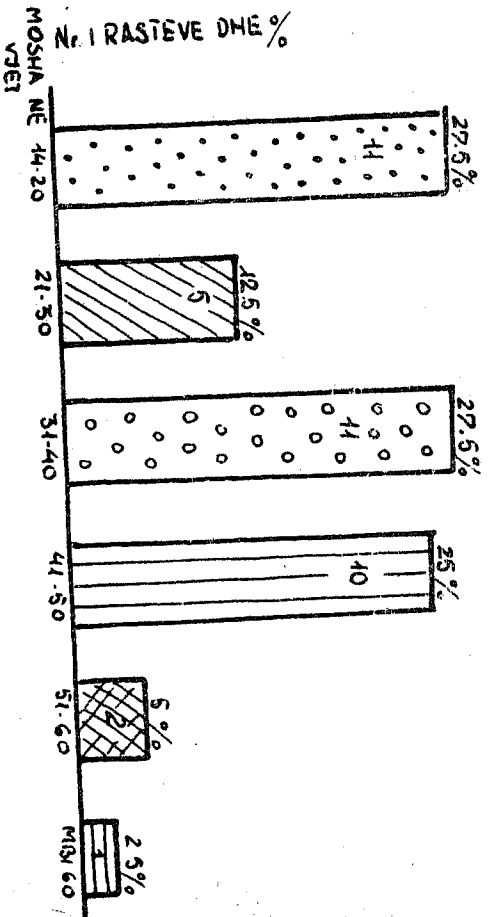
Les auteurs ont observé à la clinique des maladies internes de la Faculté de médecine, pendant la période 1966-1977, 40 cas d'algodystrophie réflexe des membres. La plupart des patients sont des femmes (rapport 4 : 1) et âgés de moins de 50 ans (92.5%). Les localisations plus fréquentes sont celles des membres droits (67.5%), du fait que ceux-ci sont plus sujets aux efforts physiques. Parmi les facteurs étiologiques déclenchants ou accompagnants les principaux sont les spondyloarthroses cervicales ou traumatiques, ces deux formes représentant chacune 22.5% des cas; puis viennent les formes idiopathiques avec 20% des cas. Les symptômes les plus fréquents relevés dans les cas étudiés sont les douleurs et les œdèmes de la main. Cette maladie provoque l'invalidité. Très réfractaire à la thérapie, elle nécessite un traitement complexe et systématique.

TABLEAU DE LA MESURE DE LA REFLEXE ALGODYSTROPHIE DES MEMBRES  
 S'AGISSANT DE LA MAIN



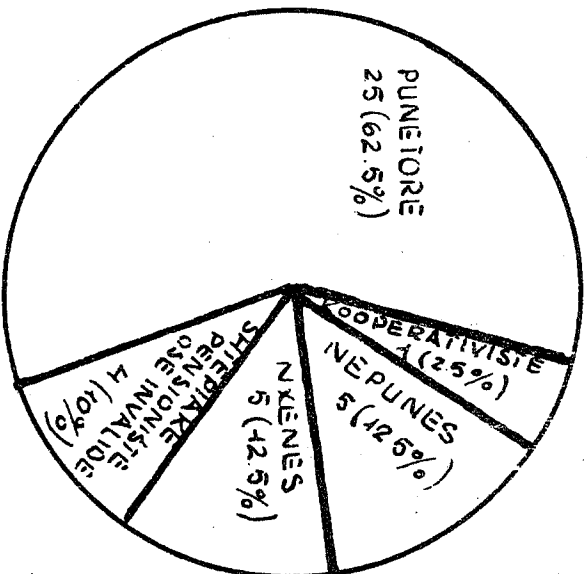


TE SEMURET ME ALGODISTROFI REFLEKSE TE ANESIVE  
SIPAS GRUP MOSHAVE TE SHIRIMIT PER HERE TE PARE



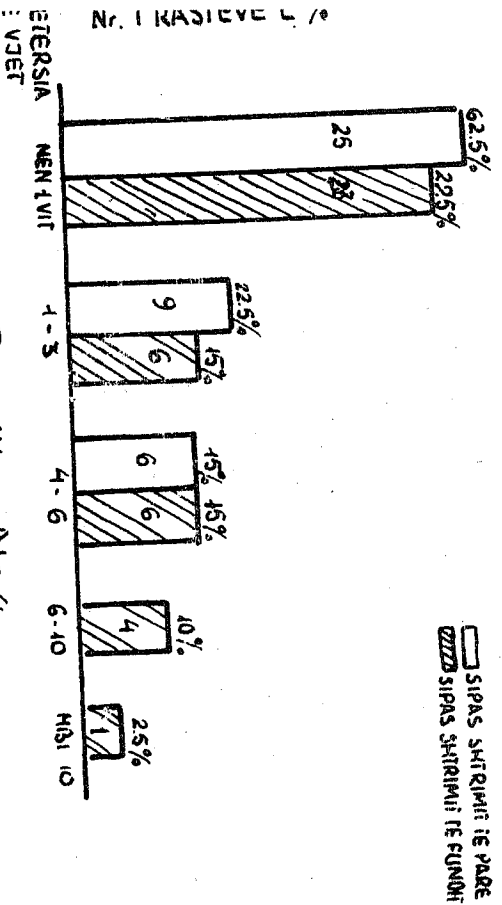
Grafiku Nr. 2

# TE SEMUREI ME ALGODISIROI NI TE ANESIVE SIPAS PROFESIONIT



Grafiku Nr. 3

## TE SEMURET ME ALGODISTROFI REFLEKSE TE ANESIVE SIPAS VJETERISISE SE SEMUNDJES



Grafiku Nr. 4



P.SH. Algodistrofi reflektore e anësisë së sipërme të djathtë. Procesi edematoz është në kalin e sipër

## HIPERTONIA ME ORIGJINË NGA VESHKAT

— HYSNI RUSI — HANE PETANI — NESTOR THERESKA — VJOLICA ISLAMI —

— TEFETA ZHUKA —

(Klinika e III e Sëmundjeve të brendshme)

Si pasojë e përpunimit dhe aplikimit të një sërë metodash të reja diagnostikimi si dhe studimit të imët që ju bëhet të sëmurëve me hipertension arterial, në viet e fundit, numri i hipertoniave simptomatike është në rritje e sipër. Në kuadrin e hipertoniave simptomatike, ajo me origjinë nga veshkat ze vendin kryesor, duke kapur shpeshherë një përqindje të lartë edhe në hipertensionin arterial në përgjithësi.

Në këtë punim, hipertonia me origjinë nga veshkat ze vendin e parë ndër hipertontitë simptomatike të të sëmurëve të shtruar në të njëjten periudhë, duke hasur kështu në 57,50% të tyre, ndërsa në numrin e përgjithshëm të të sëmurëve me hipertension arterial, ajo përbën 13,60% të rasteve, shifer që është pak a shumë e njëjta me atë të gjetur nga disa autorë të tjerë (150% të rasteve — cituar nga 8).

Në sëmundjet renale, që zhvillohen drejt hipertonisë, vendin kryesor e zënë ato të parenkimës renale.

Në sëmundjet e parenkimës renale, që shogërohen me hipertoni, në radhë të parë, ne gjejmë glomerulonefritin akut (GNA) dhe atë kronik (GNK), që kapin shifrën 41,90%. Të ndarë sipas sëmundjeve, GNA shogërohet me hipertoni në 40% të rasteve të shtruar me këtë sëmundje, ndërsa GNK në 720%. Të dhëna të përafërta me ato tonat referojnë dhe autorë të tjerë (5).

Hipertonia me origjinë nga pielonefriti kronik (PNK) u gjet në 27,70% të rasteve të shtruar me këtë sëmundje, duke zënë vendin e dytë si shkaktarë të kësaj simptome. Në kundërshtim me të dhënat tona dhe të disa autorëve (5, 8), autorë të tjerë (1, 3) pielonefritin e quajnë si shkaktarin kryesor të hipertonisë renale, duke e takuar në shifrën prej 30-84,50% të rasteve me PNK.

Në punimin tonë bie në sy përqindja e lartë e hipertonisë që shogëron renin politikistik (750/0), por për arsye të numrit të pakët të rasteve (gjithsej 4 veta) ne nuk e radhitëm këtë sëmundje në vendin e parë, sepse të dhënat do të ishin të shpejtuara dhe të pabazuara.

Ne kemi studiuar gjithsej 46 të sëmurë, të shtruar në klinikën tonë gjatë vitit 1973 dhe shtatë muajve të parë të vitit 1974. Të ndarë sipas

seksi, përbërja e të sëmurëve ka qënë si vijon: femra 28 (60,80/o, meshkuj 18 (39,20/o). Përqindja e lartë e femrave i detyrohet numrit të madh të rasteve me PNK, ku 65,30/o i përkasin kërij seksi, dukuri tashmë e njohur. Ndajria në bazë të profesionit paraqitet kështu: punëtorë 24 (50,20/o), mëpunës 9 (19,56/o), shërbëjtakë 9 (19,56/o), fshatarë 2 (4,39/o) dhe studentë 2 (4,39/o). Me moshë nga 15-40 vjeç ishin 27 të sëmurë (58,69/o), ndërsa mbi këtë moshë 19 të sëmurë (41,31/o).

Tab. 1

## NDARJA SIPAS PROFESIONIT, SEKSIT DHE MOSHES

STADI I HËA	N. I RASI NË PUNË	P R O F E S I O N I				S E K S I		M O S H A						
		PUNËTOR	KOOPERAD	SHTOENI	SHTËPNAK	M	F	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60	
I	21	4	9	1	2	5	4	10	3	6	3	7	3	-
II	18	4	13	-	-	1	5	15	-	4	7	6	-	-
III	7	1	2	1	-	3	2	5	-	1	3	3	-	-
HËA HALLINJ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SHUMA	46	9	24	2	2	9	18	28	3	11	13	16	3	-

Hipertonia renale mund të gjendet në të gjitha moshat, por ndryshe nga sa ndodh në hipertonië esenciale, ajo haset më tepër në moshat e reja, sikundër vërtetohet dhe nga rezultatit që nxorrem nga punimi ynë.

Numri i përgjithshëm i të sëmurëve me GNA dhe GNK, të shogëruara me hipertoni, ka qënë 16 (34,80/o të rasteve me hipertoni renale). Prej tyre 8 i përkasin GNA dhe 8 të tjera atij kronikut.

Në klinikën e GNA, hipertonia është një nga simptomat kryesore, që jo rrallë mund të jetë edhe i vetmi tregues për pranimë e kësaj sëmundjeje, duke mbizotëruar gjithë kuadrin klinik. Si rregull TA nuk kap shifra shumë të larta, si për sistolikun ashtu dhe për diastolikun. Kështu mesatarja e TA sistolik luhetet në vlefat 150-170 mmHg dhe ajo e diastolikut shkon deri në 120 mmHg.

Për rastet tona, në paqyrën nr. 2 duket se mesatarja e TA sistolik nuk shkon më lart se 170 mmHg dhe ajo e diastolikut 98. Të afërta me të dhënat tona janë dhe ato të gjetura nga disa autorë të tjerë (cituar nga 8), të cilët TA sistolik e kanë gjetur në vlefat 150-170 mmHg në më shumë se gjysmën e të sëmurëve me GNA, ndërsa diastolikun në vlefat mesatare 102 mmHg.

Pranohet se në hipertonië me origjinë renale në përgjithësi, duke përfshirë dhe atë të GNA, vërehet ngritje më e theksuar e vlefteve të

TA diastolik. Nga punimi ynë nuk doji ndonjë konkluzion i ngjashëm. Në të njëjtën përfundim arrijnë dhe një sërë autorësh të tjerë (8).

Ecuria e hipertonisë nga GNA zakonisht është e mirë, kjo ndodh duke u normalizuar përkrakisht me reduktimin e edemave, përmirësimin e sindromës urinare dhe të funksionit renal.

Në të gjitha rastet me GNA, kjo sindromë pësoi një normalizim të plotë, duke arritur shifra normale (pasqyra nr. 2).

Tab. 2

## TA MËSATIAR SIPAS SEMUNOJES

EMËRIMI	MËSATIARJA E TA		
	H Y Z J E	O A L T E	
SEMUNOJES	TA SISOJUKIA DIASIOJIK	TA SISOJUK	TA DIASIOJIK
GIOMERULO-NEFRITI AKUT	170	98	130
GIOMERULO NEFRITI KRONIK	168	97.5	153
PIELONEFRITI KRONIK	187.8	106	148
REN PAJIKISJIK	160	98	137
			86

Në kuadrin e sindromës urinare në 62,5% të rasteve (5 të sëmurë), albuminuria, që para mjekimit ishte dy gram për miqë, u reduktua në gjurmë të lehtë pas aplikimit të terapisë. Të njëjtën ecuri pati dhe he-maturia, e cila në 6 të sëmurë (75%<sup>0</sup>) pati rënie të plotë, duke u reduktuar numri i eritrociteve në 2-3 për fushë.

Kështu mund të themi edhe për funksionin renal, që në 50% të rasteve (4 të sëmurë) u gjjet i dëmtuar me rritje të vlefave të uresë në gjak mbi 60 mg%<sup>0</sup>. Pas mjekimit dietetiko-medikamentoz pati normalizim të plotë.

Glomerulonefriti kronik është burimi më i rëndësishëm i sindromës hipertensive. Siç shihet në pasqyrën nr. 3, në tre të sëmurë (37,5%<sup>0</sup>), hipertonia ishte vazhdim i sindromës hipertensive, që shfaqet gjatë GNA, ndërsa në pesë të tjerë (62,5%<sup>0</sup>) ajo luhatej nga 2-15 vjet me një mesatare prej 6,2 vjet. Vlen të përmendet këtu se forma hipertensive e GNK është forma me ecuri më të gjatë, e cila mund të shkojë mbi 15-20 vjet dhe insuficienca renale kronike (IRK) të mos instalohet.

Tab 3

### VJETERISIA E NEFROPATISE OHE E HIPERTENSIONISE

EMERITIMI I SEMUNDJES	VJETERISIA E NEFROPATISE										VJETERISIA E HIPERTENSIONISE		
	1-4	5-6	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
GLOMERULO-NEFRIT ACUT	8	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
GLOMERULO-NEFRIT KRONIK	3	-	2	1	2	-	3	1	2	1	1	-	-
PIELONEFRIT KRONIK	1	-	9	10	5	1	2	8	10	7	3	1	-
REN POLIKISTIK	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	-
ANOMALI KONJENITALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-

Rëndimi i hipertensionit në GNK është i ndryshëm, në përgjithësi ai është benigni, i formës së mesme, megjithatë nuk përjashtohen rastet me shifra të larta, sidomos për diastolikun, i cili mund të kalojë shifrën 140 mmHg, duke marrë nga një herë karakterin e hipertensionit malinj, formë, që sipas disa autorëve (18) takohet në një përqindje të mirë në sëmundjet kronike të parenkimës renale.

Në punimin tonë, hipertonia nga GNK është e formës së mesme. E ndarë sipas stadeve, në pesë të sëmundurë (62,50%) ajo i përket stadi të dytë dhe në tre të tjerët (37,50%) të parit. Mesatarja e TA sistolik u gjet 168 mmHg (pasqyra nr. 2) dhe e diastolikut 97,50%. Formën malinje të hipertensionit nuk e takuam në asnjë rast.

Sindroma hipertensive ishte e shogëruar me një sërë ankeshash subjektive, të cilat në sëmundjet e veshkave të pasvogëruara me hipertension nuk takohen. Ndërsa po të bëhet krahasimi me hipertoniinë esenciale, si rregull në këtë të fundit ato mbizotërojnë. Në materialin tonë tepër se përqindja e gjetur nga autorët e tjerë (6) në të sëmundurët e tyre me hipertoni esenciale (95,530%). Autorët të tjerë (4) e gjejnë në 44,10% të rasteve me GNK dhe në 69% të hipertoniisë esenciale, stadi i tretë. Në të sëmundurët tanë, stenokardinë ne nuk e hasëm, ndërsa të tjerë e kanë gjetur në 13,50% të hipertoniive nga GNK dhe në 420% të hipertoniive esenciale (4).

Si gjithë hipertoniët me origjinë renale edhe ajo nga GNK ndikohet mjaft nga mjekimi i sëmundjes bazë, duke pësuar ulje si në TA sistolik ashtu edhe në atë të diastolikut. Në të sëmundurët tanë (pasqyra nr. 2), mesatarja e AT sistolik ra në 153 mmHg dhe ajo e TA diastolik në 90,9 mmHg.

Një përmirësim të tillë nuk e hasim në sindromën urinare, ndonëse në GNK kjo sindromë është e varfër, shpesh me proteinuri dhe hematurji të shprehur në shifra të vogla ose edhe kuader krejtësisht normal, i cili ndryshon vetëm në rast riakutizimi. Vleftat e proteinurisë, të cilat në



50<sup>0</sup>/<sub>a</sub> të rasteve (4 të sëmurë) u gjetën të rritura nga 1-6 gr<sup>0</sup>/<sub>o</sub>, pas injektimit nuk patëm ndonjë ulje të ndjeshme. Po kështu mund të themi edhe për numrin e eritrociteve, të cilat u gjetën të shtuara në tre të sëmurë (37,5<sup>0</sup>/<sub>o</sub>).

Shpeshësia e lartë e hipertonisë nga PNK u përmënd në fillim të punimit tonë. Në numrin e përgjithshëm të hipertonisë renale, ajo kap 56,5<sup>0</sup>/<sub>o</sub> të rasteve tona, dmth më shumë se gjysma e të sëmurëve me hipertoni renale e përkasin kësaj sëmundje.

Si në gjithë sëmundjet e tjera të parenkimës renale edhe në PNK shfaqja e hipertonisë, në pjesën më të madhe të rasteve, pasqyron shkallën e dëmtimit të parenkimës. Pra, prania e këtij ndërlikimi konsiderohet si tregues i fillimit të IRK. Nga 26 të sëmurë të studjuar prej nesh, 8 (30,75<sup>0</sup>/<sub>o</sub>) paraqisnin të dhëna të dukshme të IRK, me rritje të vlefteve të uresë dhe të kreatinins në gjak, si dhe prishjen e aftësisë koncentruese të veshkave; ndërsa në 18 (69,25<sup>0</sup>/<sub>o</sub>) funksioni renal ishte i ruajtur. Duhet përmëndur se hipertonia nuk gjendet në të gjitha rastet me PNK dhe IRK. Një konstatim i tillë është vërejtur edhe nga autorë të tjerë (1, 7). Vjetërsia e sëmundjes ishte e ndryshme (pasqyra nr. 3). Në 25 të sëmurë (96,1<sup>0</sup>/<sub>o</sub>) ajo luhatej 3-20 vjet, nga të cilët 16 me vjetërsi mbi 6 vjet. Vjetërsia e hipertonisë nga 3-20 vjet u takua në 21 të sëmurë (80,76<sup>0</sup>/<sub>o</sub>) me mbizotërim të rasteve me vjetërsi nga 1-5 vjet në 15 veta (57,6<sup>0</sup>/<sub>o</sub>). Para se të analizojmë shkallën e hipertonisë del nevoja të përmënd diskutimi që ekziston sot mbi problemin në se prania e hipertonisë në PNK është një rastësi, sikundër thonë disa (11), apo PNK është shkaktar i hipertensionit. I bazuar në të dhënat e literaturës, ka autorë që tregojnë se aspektet histologjike të PNK janë gjetur në 51,5<sup>0</sup>/<sub>o</sub> të të sëmurëve hipertontë, fakt që flet në favor të etiologjisë pielonefrotike të kësaj hipertonie. Një gjë është e vërtetë se të sëmurët me hipertoni esenciale paraqesin një predispozicion të shtuar për PNK (9, 10, 12).

Një argument tjetër që diskutohet është dhe lidhja midis PNK dhe hipertonisë malinje. Ndërsa disa autorë PNK e kanë hasur si shkaktarin kryesor të kësaj forme (11), autorë të tjerë (3) e kanë gjetur atë si shkaktar të hipertonisë malinje vetëm në 15<sup>0</sup>/<sub>o</sub> të rasteve. Në punimin tonë, në nuk gjetëm asnjë rast me hipertoni të karakterit malinj. Të sëmurët tanë kishin të gjitha karakteristikat e një hipertonie të ngjashme me atë të hipertonisë esenciale. Kështu nga 26 të sëmurë, të ndarë sipas shkallëve, në 9 prej tyre hipertonia i përket shkallës së parë, në 10 shkallës së dytë dhe në 7 shkallës së tretë. Prania e rasteve me hipertoni të shkallës së tretë (26,96<sup>0</sup>/<sub>o</sub>) ka ndikuar në rritjen e vlefteve të mesatares së TA sistolik dhe diastolik, vlefia që janë përkrahësisht më të larta se ato që u takuan në GNA dhe GNK (pasqyra nr. 2).

Nga shumica e autorëve (1, 3, 5, 8) pranohet se hipertonia me origjinë nga PNK ndikohet shumë nga mjekimi antiinflamator dhe antihipertensiv. Kjo simdromë është si pasojë e edemës inflamatore intersticiale (1, 8), duke shpjeguar kështu dhe mundësinë e shoqërimit të PNK me hipertoni në shkallët e hershme të sëmundjes, atëhere kur ndryshimet organike nuk janë të përhapura dhe intensive, sikundër e hasëm dhe në punimin tonë, kur përmendëm mbizotërimin e rasteve me vjetërsi hipertonie prej 1-5 vjetësh (pasqyra nr. 3).

Mjekimi antiinflamator dhe hipotensiv bëri që në të sëmurët tanë

mesatarja e TA sistolik (pasqyra nr. 2) pësoi ulje të rëndësishme nga 187 mmHg në 148, ndërsa TA diastolik nga 106 në 90 mmHg. Të njëjtin gjë pësuan edhe të dhënat laboratorike, psh albuminuria, që si rregull në këtë sëmundje nuk arrin shifra të larta, në 7 të sëmurë ku ajo luhatej nga 1-3,6 gr<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, pësoi një ulje të theksuar deri në gjurmë të lehtë. Leukocituria që në 15 raste para mjekimit ishte me shumicë, pas mjekimit në 8 prej tyre ajo pësoi ulje të theksuar deri në normalizim. Vlefat e uresë në gjak, në 8 rastet me IRK pësuan ulje të parëndësishme, ndërsa normalizim nuk u arrit në asnjë rast.

Një sëmundje tjetër renale, që, në pjesën më të madhe të rasteve, zhvillohet me hipertoni, është veshka polikistike, anomali që herët ose vonë shpie në IRK.

Studimet kliniko-statistikore për shpeshësinë e shogërrimit të kësaj sëmundje me hipertoni janë përkrahësisht të rralla. Sipas statistika-ve të disa autorëve (13), hipertonia gjendet nga 73-75%<sup>0</sup> të rasteve dhe lidhet me përparimin e sëmundjes. Nga të tre të sëmurët tanë me veshkë polikistike, të shogërruar me hipertension arterial (75%<sup>0</sup>), njëri paraqiste shenja të IRK. Hipertonia e veshkës polikistike ka të gjitha karakteristikat e një hipertonie të moderuar, që tolerohet mirë me vlera që luhasin rreth 160/100 mmHg (13). Një konstatim të tillë e vërejtëm edhe në një rastet tona (pasqyra nr. 2).

## P Ë R F U N D I M E

1) Hipertonia renale ze vendin e parë në kuadrin e hipertoni-ve simptomatike (57,5%<sup>0</sup> të tyre në materialin tonë). Ndër sëmundjet e veshkavë, në materialin tonë ajo u gjend më shpesh në glomerulonefritin (41,9%<sup>0</sup> e rasteve me GNK) pasuar nga pielonefriti kronik (27,7%<sup>0</sup> e rasteve me PNK).

2) Në materialin tonë, numri më i madh i hipertoni-ve renale u takua në moshat deri 40 vjeç (58,69%<sup>0</sup>).

3) Hipertonia renale mund të jetë e të gjithë shkallëve. Në materialin tonë ajo zinte 45,6%<sup>0</sup> në shkallën e parë, 39,1%<sup>0</sup> në të dytën dhe 15,3%<sup>0</sup> në të tretën.

4) Me anën e mjekimit të sëmundjes bazë dhe atij hipotensiv, krahas përmirësimit të gjendjes, në mjaft raste, hipertonia renale pëson ulje si të TA sistolik ashtu dhe të atij diastolikut.

Dorëzuar në Redaksi më 5 dhjetor 1977

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

- 1) Brod J. : Chronische Pyelonephritis. Monografi 1957, 85.
- 2) Dimitriu C. et coll. : Nephrologie 1963, 609.
- 3) Freedman L. : Diseases of the Kidney. 1971, Vol. I, 688.
- 4) Garbanov P. e bp. : Arterialnaja hipertonia. Medicina i fiskultura. 1971, 14.
- 5) Hambounger J. : Nephrology 1968, 366.
- 6) Hoxha F., Rusi H. : Aspekte klinike të sëmundjes hipertoni-ke. Buletini i UT-Seria shkencat mjekësore 1976, I, 9.
- 7) Popa Y. e bp. : Të dhënat elektrokardiografike në 40 të sëmurë me insuficiencë renale kronike nga pielonefriti. Buletini i UT-seria shkencat mjekësore 1972, I, 43.

- 8) **Balner N.** : Bolezni dogek i gipertonia 1971, 135.
- 9) **Kusi H.** : Aspekti klinike dhe laboratorike të përlonemfritëve. Referat në sesionin shkencor. Shkurt 1977, Tiranë.
- 10) **Selimaj E. e bp.** : Etiologjia dhe patogjeneza e infeksioneve urinare. Referat në sesionin shkencor. Shkurt 1977, Tiranë.
- 11) **Shapito A.P.** : Hypertension, pyelonephritis and renal failure. Amer. Journal Cardiology 1966, 17, 638.
- 12) **Thereska N. e bp.** : Infeksionet e rrugëve të poshtme urinare. Referat në sesionin shkencor. Shkurt 1977, Tiranë.
- 13) **Zuehelli P. e bp.** : Hypertensione arteriosa nel rene policistico. Minerva neurologica, 1973, 2, 53.

#### Summary

### HYPERTENSION OF KIDNEY ORIGIN

A study is presented of 46 patients admitted to the clinic in 1973 and 1974, who apart from their kidney illness, presented secondary arterial hypertension.

In comparison with hypertension from other origins, it was noted that kidney hypertension was the most frequent type of secondary hypertension (57.5 percent). Among the total number of cases with hypertension (essential and secondary together) it represented 13.6 percent of the cases. Arterial hypertension was found in 41.9 percent of the cases with acute and chronic glomerulonephritis (40 and 72 percent respectively) and in 27.7 percent of the cases with chronic pyelonephritis.

Of the total number of cases with kidney arterial hypertension, hypertension due to acute and chronic glomerulonephritis was found in 34.6 percent of the cases. In acute glomerulonephritis hypertension was one of the main, if not predominant symptoms of the clinical picture. The mean systolic arterial pressure has oscillated between 150 and 170mmHg and the mean diastolic pressure has been about 100mmHg.

The evolution has in general been favourable. In the cases with chronic glomerulonephritis, hypertension has usually been of the medium type (62.5% in stage II and 37.5% in stage I). The malignant type was found in none of the cases. The effective treatment of chronic glomerulonephritis has also had a favourable effect on hypertension.

Of the total number of cases of kidney hypertension, those due to chronic pyelonephritis occupy the first place (56.5%). In most cases of chronic pyelonephritis the degree of arterial pressure has reflected the gravity of the damage of the kidney parenchyma: in 37.75 percent of those cases was observed chronic kidney insufficiency. The general features of the hypertension were similar to those of essential hypertension. In pyelonephritis also the hypertension was influenced favourably by the effective anti-infective and hypotensive treatment.

#### R é s u m é

### L'HYPERTONIE D'ORIGINE RENALE

Les auteurs ont observé 46 patients admis à l'hôpital en 1973 et 1974, qui, de pair avec une affection rénale, présentaient une hypertension artérielle secondaire.

Comparée à l'hypertension provoquée par d'autres affections, l'hypertension rénale est le type plus fréquent d'hypertension secondaire (57,75%). L'hypertension rénale constituant 13,6% du total des cas d'hypertension (essentielle) et secondaire puis

ensemble). L'hypertension artérielle a été constatée dans 51,9% des cas présentant une glomérulo-néphrite aiguë et chronique respectivement 40 et 72% et dans 27,7% des cas avec une pyélonéphrite chronique.

L'hypertension due à la glomérulo-néphrite aiguë et chronique a été constatée dans 34,6% des cas d'hypertension artérielle d'origine rénale. Dans la glomérulo-néphrite aiguë, l'hypertension est un des symptômes plus nets du tableau clinique. Le minimum de pression systolique artérielle a varié dans nos cas de 150 à 170 mmHg. et le maximum diastolique n'a pas dépassé 100 mmHg.

L'évolution générale de la maladie a été favorable. Dans les cas de glomérulo-néphrite chronique, l'hypertension a été du type moyen (82,5% dans la phase II et 37,5% dans la phase I). La forme maligne n'a été relevé chez aucun des patients.

Le traitement de la glomérulo-néphrite chronique a influencé favorablement l'hypertension.

Les cas dus à une pyélonéphrite chronique viennent en tête (56,5%) des cas d'hypertension rénale. Dans la majorité des cas de pyélonéphrite chronique, le degré de pression artérielle reflète la gravité des altérations provoquées au parenchyme du rein: l'insuffisance rénale chronique a été observée dans 37,75% de ces cas. Les caractéristiques générales de l'hypertension sont analogues à celle de l'hypertension essentielle. Dans les cas de pyélonéphrite également, le traitement efficace avec des médicaments antinfectieux et hypotenseurs a influé favorablement sur l'évolution de l'hypertension.

## GLOMERULONEFRITET AKUTE NË VITET 1968 — 1975

(Analizë kliniko — laboratorike e 60 rasteve)

— RIFAT SHKODRA —

(Spitali i rrethit — Krujë)

Glomerulonefriti akut (GNA) i panjehuar mirë është një nga shkaqet e shpeshta të invaliditetit të të sëmurëve të moshave të reja dhe jo rrallë edhe shkak vdekjeje.

Kjo sëmundje me etiologji infeksiozo-alergjike, në 2/3 e rasteve, zhvillohet pas një infeksioni streptokoksik të orofaringut, të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes etj. dhe në 1/3 e rasteve nga infeksione të ndryshme si pneumokoksikë, virale, endokardite bakteriale dhe shkaqe të tjera. Nga infeksionet prej streptokokut hemolitik dihet se vetëm disa tipa dhe kryesisht tipi 12, 4, 1 janë nefritogjenikë (1, 12). GNA i shohim të shquara veganërisht pas skarlatinës (1) dhe kryesisht gjatë epidemive të tjera si dhe pas epidemive virale, të cilat përgatisin terrenin për infeksione sekondare streptokoksike. Kjo gjë u vu re edhe në vendin tonë qysh prej vitit 1968.

GNA difuz lind nëpërmjet mekanizmave imunologjike, që shpjen në depozitimim e komplekseve imunoglobulinike në glomerula dhe në dëmtimin e funksionit të tyre (7, 9).

Në këtë punim parqesim disa të dhëna epidemiologjike, klinike dhe laboratorike, si dhe përvojën tonë në diagnostikimin dhe mjekimin e të sëmurëve të shtruar pas vitit 1968 në spitalin tonë.

Në kemi marrë në studim 60 të sëmurë, të shtruar në repartin e patologjisë prej vitit 1968-1975. Si material studimi kanë shërbyer situatat epidemiologjike, anamneza, ekzaminimi objektiv, analizat laboratorike (urina, gjaku, azotemia, hipemia, kolesterolonia, elektroforiza e proteinave, testet e infeksionit, streptokoksik etj.) si dhe terapia e zbatuar, shpesh e ndryshme sipas rasteve. Gjithashtu është bërë ndarja e të sëmurëve sipas viteve, stinave, moshës, seksit dhe profesionit.

**DISKUTIM**

GNA fokulare u gjetën në 19 (31.6%) të sëmurë, ndërsa GNA difuze u gjetën në 41 të sëmurë (68.3%<sup>a</sup>).

Të sëmurët kanë ardhur në spital nga zona të ndryshme të Krujës. Të ndarë sipas viteve kanë qënë si më poshtë:

Pasqyrra nr. 1

Vitet	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Raste	1	36	8	1	7	3	1	3

Rastet më të shumta (73,30%) u takuan në vitet 1969-1970. Kjo llohet me dy epidemi: skarlatinën dhe gripin (nga shtimi i anginave të kuqe që u vu re në këtë kohë). Sipas tremujorëve, GNA janë parë: në tremujorin e parë 20 raste (33,30%), në tremujorin e dytë 10 raste (16,60%), në tremujorin e tretë 9 raste (150/0) dhe në të katërtin 21 raste (350/0). Në tremujorin e katërtë dhe në të parin ka pasur 68,30/0 të rasteve. Kjo përkon edhe me të dhënat e disa autorëve (2, 10, 11).

Tek ne epidemitë u panë në tremujorin e katërtë dhe të parë të viteve 1969, 1970 dhe 1972 (shih kurben e morbozitetit të nefriteve për vitin 1969 dhe katër mujorin e parë të vitit 1970).

Nga GNA preken më shumë meshkujt. Në rastet tona meshkuj kemi 35 (58,30%) dhe femra 25 (41,70/0). Në rastet e mjekuara në repartin e pediatriisë të spitalit të Krujës (3) janë gjetur 28 meshkuj dhe 22 femra. Po ashtu autorë të tjerë (5) japin raportin 3:2 meshkuj/femra. Nga të dhënat e spitalit klinik nr. 1 (1) janë gjetur 78,40% meshkuj dhe 21,60% femra. Në shumicën e rasteve jepet raporti 3:2 meshkuj/femra (5).

GNA është një sëmundje që prek më shumë moshat e reja dhe ato mesatare. Edhe nga autorët, që kemi mundur të konsultojmë, rezulton se moshë që preket më shumë është ajo deri në 40 vjeç (më shumë 15-30 vjeç). Disa autorë (1) kanë pasur këto të dhëna: moshë 14-30 vjeç me 37 të sëmurë (72,50/0) dhe moshë mbi 30 vjeç me 14 të sëmurë (27,40/0). Në materialin tonë, moshat e prekura gjenden si më poshtë:

Pasqyrra nr. 2

Moshë	15-20	21-30	31-40	41-50	51 e lart
Rastet	23	16	12	7	2

Pra moshave 15-30 vjeç u takojnë 650/0 të rasteve dhe 31 vjeç e lart 350/0 të rasteve.

Në lidhje me profesionin, 19 të sëmurë (31,60/0) ishin nxënës, 15 (250/0) punëtorë, 9 (150/0) nëpunës dhe 2 (3,30/0) shërbëjake. Mbizotërimi në nxënësit e shkollave është i qartë, sepse tek këta u vërejtën edhe raste skarlatine. Nga 19 nxënësit e sëmurë, 16 ishin të vitit 1969. Mbizotërim në punëtorët dhe nxënësit japin dhe autorët të tjerë (1).

Nga anketat epidemiologjike mund të dallohen faktorët infeksiozë dhe jo infeksiozë. Etiologjia streptokoksiqe është shumë më e shpeshtë për



Sig shihet, në të sëmurët me rezistencë primare më e shpeshtë i qënë monorezistenca rreth 57% me mbizotërim të rezistencës ndaj INH dhe rezistenca 35.40/0 dhe thirezistenca 7.60/0. Në tirezistenca është fuhi pasur kontakt gati të përdishëm edhe për një periudhë kohë të gjatë r të sëmurë tuberkularë kronikë. Mbizotërimi i rezistencës ndaj INH rruan stence sekondare në shtamet e izoluar nga të sëmurë fibrokavernoz kronikë, që kanë marrë sasi të mëdha antibakterialesh (2).

Venë në dukje se në dy nga të sëmurët me rezistencë primare ndë INH ka pasur dhe rezistencë ndaj STM, por kjo rezistencë ndaj STT me STM të kombinuar nga ne sekondare, meqë ishin mjetkuar para shtirmit 30 gr., ndërsa në tjetrin 80 gr. STM.

### TE DHËNA EPIDEMIOLOGJIKE

Nga anamneza konstatohet se 21 raste ose 32% kanë pasur anëtarë të familjes të sëmurë nga tuberkulozi. Nga këta 17 ishin me procese pulmonare dhe 4 ekstrapulmonare.

Në 5 raste kemi pasur edhe antibiogramat e personave, familjarë të pacientëve, që janë konsideruar si burim i infeksionit. Që të gjithë kanë stencë ndaj antibakteriale të ndryshëm. Në këto 5 raste, burim infeksioni ka qënë në tre babadaj dhe në një vjehtri dhe në një i vëllai ose nëna.

Në bazë të antibiogramave u bë dhe studimi i transmetimit të rezistencës së shtamit të *mycobacterium tuberculosis* gjatë kalimit dhe zhvillimit të sëmundjes tek një person tjetër. Për këtë qëllim krahasuam të dhënat e antibiogramës së shtamit të burimit të infeksionit dhe të antibiogramës së shtamit të të sëmurit të infektuar prej tij.

### Pasqyra nr. 2

Krahasimi i të dhënave të rezistencës së shtamit të izoluar tek infektuesi dhe i infektuari

Rezistenca në shtamin e izoluar nga

Infektuesi	I infektuari
1 rast ndaj INH	1 rast ndaj INH
3 raste ndaj INH + PAS	1 rast ndaj INH + PAS
1 rast ndaj STM + INH + PAS	1 rast ndaj INH
	1 rast ndaj INH + PAS
	1 rast ndaj PAS
	1 rast ndaj STM + PAS



## HIGIENË DHE EPIDEMIOLOGJI

### TË DHËNA MIKROBIOLOGJIKE, EPIDEMIOLOGJIKE DHE KLINIKE MBI REZISTENCËN PRIMARE TË MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS NDAJ ANTIBAKTERIALEVE

— GAQO DISHNICA — JUL BUSHATI —

(Instituti për luftën kundër TBC)

Në sajë të masave të gjithanshme të marrura në vendin tonë socialist për rritjen gjithnjë më të madhe të mirëqenies së popullit, të sukseseve në fushën e profilaksisë dhe të mjekimit, vihet re rënie e vazhdueshme e tuberkulozit.

Në luftën kundër tuberkulozit, problem i rëndësishëm është edhe rezistenca e *mycobacterium tuberculosis* ndaj antibiotikaleve. Dihet se cilësia e kësaj lufte është në përjesëtim të zhdrejtë me frekuencën dhe, në rastet e zbuluara për herë të parë, me rezistencën primare.

#### TË DHËNA MIKROBIOLOGJIKE

Në një punim të mëparshëm (1) janë studiuar 1141 shtame të *mycobacterium tuberculosis* të izoluar gjatë viteve 1964-1973 nga të sëmurë të zbuluar për herë të parë, të pamjekuar. Nga këta, 1055 (92.5%) kanë rezultuar sensibel, ndersa 86 (7.5%) rezistentë të paktën ndaj një antibiotikali.

Nga 86 të sëmurë, prej të cilëve u izoluan shtame me rezistencë primare, janë shtruar në Institutin për luftën kundër tuberkulozit në Tiranë 65 persona, prej të cilëve 57 me forma tuberkulare pulmonare dhe 8 me forma tuberkulare ekstrapulmonare. Në pasqyrën nr. 1 jepet rezistenca primare sipas llojit të antibiotikalit dhe procesit.

Pasqyra nr. 1

Rezistenca primare sipas llojit të antibiotikaleve e të procesit

I Numri i rasteve me lezione

Rezistenca	Pulmonare	ekstrapulmonare	gjithsej
STM	4	—	4
INH	29	2	31
PAS	2	—	2
STM + INH	6	4	10
INH + PAS	12	1	13
STM + INH + PAS	3	1	4
STM + INH + PAS + CS	1	—	1
gjithej	57	8	65

Sig shihet në këto pesë raste, antibiograma ve në dukje se në dy raste rezistenca e të infektuarit, si numer antibakterialesh, është një lloj me atë të infektuesit. Në tre raste, numri i antibakterialeve, ndaj të cilëve shtami është rezistent, nuk përpulhet me atë të infektuesit, është në numër më të vogël.

Për ilustrim po përshtuajmë shkurtimisht disa të dhëna të anketës epidemiologjike në dy nga këta raste:

*Rasti i parë:* E.E., shtrohet në vitin 1971, me diagnozë: *TBC caavernosa dextru fasa disseminata bilateralis*, BK kulturë pozitiv, me rezistencë primare ndaj INH, mjekuar dhe aktualisht i stabilizuar. Në këtë rast, burim infeksioni është konsideruar i jati B.E., i sëmurë qysh në vitin 1957 me *TBC infiltrative bilateralis*, shtruar 7 herë në sanatorium dhe është larguar vazhdimisht kundër këshillës së mjekut dhe nuk i është nënshtruar mjekimit të rregulltë si në Sanatorium, ashtu dhe ambulatorisht. Vdiq në vitin 1972 me hemoptoe, me diagnozë: *TBC fibrocavernosa bilateralis*, *TBC renum*, BK kulturë, me INH me rezistencë sekondare.

Po në këtë familje në vitin 1974 rezultoi e sëmurë S.E., e motra e E.E., me diagnozë: *Complexus primaris dextru fasa destructiva*, BK kulturë pozitiv, INH rezistent.

Duke pasur parasysh të dhënat e antibiogramës (në tre rastet me INH rezistent), kontaktin në familje, probabilitet në të tre rastet ka qarkulluar i njëjti shtam. Burim infeksioni ka qënë babaj B.E., Ndërsa në rastin e S.E. infeksioni probabilitet ka qëndruar i fjetur, së paku dy vjet, sepse edhe E.E. ka qënë negativizuar qysh në vitin 1971.

*Rasti i dytë:* N.N., shtrohet në sanatorium në vitin 1969 me diagnozë: *TBC infiltrativa dextru fasa destructiva disseminata*, BK kulturë pozitiv, INH + PAS me rezistencë primare. Po në këtë vit rezultoi i sëmurë dhe i shoqi R.N., me diagnozë: *TBC infiltrativa dextru*, BK negativ.

Në familjen e N.N. qysh në vitin 1959 ka qënë i sëmurë i vëllai S.Z., me diagnozë: *TBC focalis dextru fasa destructiva*, jo i rregulltë në mjekim. Në vitin 1963 diagnoza e S.Z. rezultoi: *TBC fibrocavernosa bilateralis* dhe antibiograma në vitin 1965 tregoi: INH + PAS rezistent. Në vitin 1963 kartelizohet e ëma H.K., e cila mjekohet ambulatorisht me INH + SMT + PAS; në vitin 1965 shtrohet në sanatorium me diagnozën: *TBC caavernosa dextru*, BK kulturë pozitiv, INH + PAS rezistent; rezistencë që është konsideruar nga ne si sekondare meqë ishte mjekuar, por që mund të jetë dhe primare.

Në të tre rastet me BK kulturë pozitiv, rezultoi e njëjta rezistencë në INH + PAS.

#### TË DHËNA KLINIKE

Nga 65 kartelat klinike të të sëmurëve me rezistencë primare të shtruar, nxuarrëm disa të dhëna klinike, të cilat po i paraqesim më poshtë:

Të ndarë sipas seksit 40 (61.5%) ish-in meshkuj dhe 25 (38.5%) femra. Qytetarë ish-in 39 (60%) dhe fshatarë 26 (40%).

Shpërndarja e rasteve sipas grup-moshave, në lidhje me lokalizimin pulmonar apo ekstrapulmonar të lezionit paraqitet në pasqyrën nr. 3.

## Pasqyra nr. 3

Moshë në vite	Numri i rasteve me lezione		
	pulmonare	Ekstrapulmonare	Gjithsejt
0-14 vjeç	4(6,15%)	1 (1,5%)	5 (7,65%)
15-30 vjeç	21(32,3%)	4(6,15%)	25 (38,45%)
31-40 vjeç	12 (18,5%)	1 (1,5%)	13 (20%)
41-50 vjeç	8 (12,3%)	1 (1,5%)	9 (13,8%)
Mbi 50 vjeç	12 (18,5%)	1 (1,5%)	13 (20%)
<b>Gjithsejt</b>	<b>57 (87,7%)</b>	<b>8 (12,3%)</b>	<b>65</b>

Në të sëmurët në moshën 0-14 vjeç janë izoluar 51 shtame, prej të cilëve kanë rezultuar me rezistencë primare 5 ose 9,80%, shtër që është më e lartë se rezistenca primare në përgjithësi. Edhe literatura ve në dukje se rezistenca primare është më e lartë në moshat e reja (7).

Të sëmurët të ndarë sipas formave klinike të sëmundjes paraqiten në pasqyrën nr. 4.

## Pasqyra nr. 4

## Rastet sipas formave klinike

Forma klinike	Numri i rasteve
Complexus primarus	2
TBC haematogena disseminata	4
TBC focalis	4
TBC infiltrativa	39
TBC cavernosa	6
Spondylitis TBC	8
Osteoarthritis TBC	1
Coxitis TBC	1

Në proceset pulmonare mbizotërojnë format infiltrative 39 raste (68%/0), ndërsa në ato ekstrapulmonare spondiliti tuberkular 6 raste (7,50%/0).

Për të dhëna të tjera klinike si dhe mbi ecurinë e sëmundjes analizuam vetëm rastet me lezione pulmonare. Nga kartelat klinike të 57 të sëmurëve me lezione pulmonare rezultoi se sëmundja ka filluar pa shenja të ndjeshme në 8 raste, në mënyrë të ngadalshme në 34 raste dhe në mënyrë akute në 15 raste.

Për arsye të ankesave, 48 të sëmurë janë drejtuar tek mjeku, kurse 9 të tjerë janë diagnostikuar gjatë depistimit fluorografik dhe radioskopik.

## Shenjat fillestare të sëmundjes paraqiten në pasqyrën nr. 5

## Shenjat fillestare të sëmundjes

Pasqyra nr. 5

Shenja fillestare	Nr. i rasteve
Kollie	48 (84%)
Temperaturë	36 (63%)
Dobësi trupore	29 (50%)
Gelbazi	28 (49%)
Anoreksi	25 (44%)
Djersë natën	23 (40%)
Dhembje krahavori	22 (39%)
Hemoptizi	8 (14%)
Shenja ntiksikacion	14 (25%)
Shenja perkutore	20 (35%)
Shenja auskultatore	33 (40%)

Sipas këtyre të dhënave rezultoi se shenjat fillestare të sëmundjes nuk kanë paraqitur ndonjë karakteristikë të veçantë në krahasim me ato të publikuara për procese tuberkulare në përgjithësi.

Sipas shtrirjes së procesit, ai ka rezultuar pak i përhapur në 11, mesatarisht i përhapur në 30 dhe shumë i përhapur në 16 raste.

Me kavernë kanë rezultuar 43 raste (75<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), që, sipas madhësisë së saj ndahen: nën 2 cm — 10, 2 — 4 cm — 20 dhe mbi 4 cm 13 raste.

Përveç kulturës kanë rezultuar pozitiv dhe në baciloskopinë drekte 41 raste ose 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Ndër faktorët që mund të ndikojnë në ecurinë e sëmundjes janë edhe sëmundjet e tjera shoqëruese. Këto kanë qenë të pranishme në 19 raste. Në një rast kishte dy sëmundje shoqëruese.

Pasqyra nr. 6

Sëmundjet shoqëruese	Numri i rasteve
Neurof's klike	3
Ulçera eastrodudemale	2
Gastro e:leksion (për ulçera)	2
Diabet i sheqerit	2
Hepatit kronik	1
Zemër muskëtorë kronik:	2
Të tjera	7

Nga analiza e rasteve rezultoi se sëmundjet shoqëruese kanë ndikuar negativisht në 4 raste nga 44 që kanë dalë klinikisht të shëruar dhe në 1 nga 12 raste të dalë jo të zgjidhur.

Mbi ndikimin e rezistencës primare në rezultatin e mjekimit ka nendime të ndryshme. Këto janë pasojë e gjendjeve të ndryshme epidemiologjike, ku janë kryer këto punime, taktikës së mjekimit etj.

Ka punime sipas të cilave rezistenca primare është mbivlerësuar si hkak dështimi i mjekimit dhe është problem më tepër kur ka bi dhe tri-

rezistencë (6). Në rastet me monorezistencë zakonisht nuk ndikohet suksemi i mjekimit (5).

Nga 57 të sëmurët të shtruar, disa ditë pas shtrimit një i sëmurë transferohet në një sanatorium tjetër, kështu që ecurinë e sëmundjes e kemi ndjekur në 56 raste.

Antibakterialet e serisë së parë (STM, INH, PAS) janë filluar në 45 raste, prej të cilëve në 41 raste me 3 prej tyre dhe në 4 vetëm në dy. Në 11 rastet e tjera, mjekimi është filluar i kombinuar me antibiotikale të serisë së parë dhe të dytë si më poshtë:

STM + INH + Trektor	3 raste
STM + INH + PAS + Trektor	3 »
STM + INH + PAS + Trektor = CS	2 »
STM + INH + Trektor + EMB	1 »
STM + INH = CS + PZA	1 »
INH + PAS + Trektor + CS	1 »

Pas përgjigjes së antibiogramës, skema e mjekimit është korigjuar në bazë të sensibilitetit.

Duke pasur të dhënat e sensibilitetit sipas antibiogramës, analizuan mjekimin fillestar që kanë marrë të sëmurët kur u shtruan.

Nga ky shqyrtim nxjerrëm sa antibakteriale sensibël ka pasur mjekimi i dhënë. U konstatuan këto të dhëna.

Në 1 rast mjekimi ka pasur 4 antibakterial sensibël  
 Në 6 raste mjekimi ka pasur 3 antibakterial sensibël  
 Në 27 raste mjekimi ka pasur 2 antibakterial sensibël  
 Në 19 raste mjekimi ka pasur 1 antibakterial sensibël  
 Në 3 raste mjekimi ka pasur — antibakterial sensibël.

Nga këto të dhëna mund të nxirret si konkluzion se mjekimi fillestar në shtirim, në kushte që nuk njihet sensibiliteti, në 3 raste ka qënë i pafektshëm; në 19 raste jo vetëm që nuk ka qënë me efikasitet, por ka krijuar kushte për zhvillimin e rezistencës sekondare; në 27 raste ka qënë me dy antibakterial sensibël, gjë që nuk jep garanci për rezultate të mira, ndonëse teorikisht është pjesërisht i pranueshëm, ndërsa vetëm në 7 raste mjekimi ka qënë i mirë.

Gjatë ecurisë së mjekimit është zhvilluar rezistenca sekondare në 4 raste (7.10%). Në dy raste ka rezultuar se, para marrjes së përgjigjes së antibiogramës, mjekimi ka qënë sensibël vetëm në një antibakterial. Në një i sëmurë, mjekimi ka qënë sensibël në dy antibakteriale, por pa përmirësime radiologjike dhe ka vazhduar BK drekt pozitiv gjër në muajin e shtatë; në muajin e gjashtë i është shtuar mjekimi Trektor dhe Cikloserinë, ndërsa në muajin e tetë është negativizuar. Në rastin e katërt, shtruar më 1965, procesi ka qënë i rëndë me lezione të përhapura, me destruksione të shumta; bakteriologjikisht ka vazhduar pozitiv për një vit. Antibiograma ka dhënë rezistencë ndaj PAS-it, ndërsa ndaj INH ka dhënë sensibilitet të ulët. Mendohet se burimi i infeksionit ka qënë i jatit, shtami i të cilit ka rezultuar rezistent ndaj INH dhe PAS. Në një antibiogramë të dytë të të sëmurës rezultoi rezistencë ndaj INH dhe PAS.

Faktor që ndikon negativisht në mjekimin është dhe intoleranca medikamentoze. Efektet anësore dhe intoleranca medikamentoze është vënë re në 16 të sëmurë. Tek një i sëmurë ka pasur efekte anësore nga tre preparate, në 4 raste nga dy dhe në 11 nga një antibakterial. Siç shihet në pasqyrën nr. 7, më shpesh ka pasur efekte anësore nga STM dhe CS, pasuar nga PAS dhe Treikator.

## Pasqyra nr. 7

Shpeshësia e efekteve anësore medikamentoze sipas antibakterialit

Antibakteriali	Shpeshësia
STM	5
INH	3
PAS	4
Treikator	4
CS	5
PZA	1

Nga të 16 të sëmurët me efekte anësore nga antibakterialet, 6 prej tyre kishin gjithashtu edhe sëmundje shoqëruese. Efektet anësore dhe intoleranca medikamentoze, në kushtet e pakësimit të numrit të antibakterialeve efektive, si pasojë e rezistencës, kanë ndikuar negativisht në ecurinë e sëmundjes në 9 raste. Prej këtyre rasteve, në një rrugëzgjdhja ka qenë ndërhyrja kirurgjikale.

Nga 56 raste, tek të cilët kemi ndjekur ecurinë klinike të sëmundjes, klinikisht të shëruar kanë dalë 44 persona, ndërsa 12 të tjerët pak të përmirësuar ose njëllorj.

Për të vlerësuar ecurinë bakteriologjike dhe radiologjike vërejtëm kohën e negativizimit të baciloskopisë direkte të sputumit meqë është bërë çdo muaj si dhe në kohën në tremujor të mbylljes së kavernës.

Baciloscopia direkte ka rezultuar pozitiv në 41 të sëmurë. Numri i rasteve të negativizuar sipas muajve pasqyrohet si më poshtë:

## Pasqyra nr. 8

Negativizimi i baciloskopisë direkte

Koha në muaj	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Më pas
Negativizuar	10	19	24	28	31	32	32	34	35	35	37	38	39

Nga të 44 të sëmurët, që dolën klinikisht të shëruar, 31 prej tyre, në shttrim, kishin lezione kavitare. Dinamika e mbylljes së kavernës në përrudha kohe tremujore paraqitet në pasqyrën nr. 9

## Dinamika e mbylljes së kavernës

Koha në tremujore	I	II	III	IV	V	VI	Më pas
	Kaverna e eliminuar	1	10	19	22	24	

Pas një vit mjekimi, kaverna u eliminua në 22 të sëmurë (70%/<sub>6</sub>). Në 2 të sëmurë, kaverna u eliminua me rrugë kirurgjikale në tremujorin e parë, ndërsa në 3 të sëmurë (9,6%/<sub>6</sub>) kaverna nuk u mbyll, por u negatizua, u pastrua, u kthye në formë kistike.

Për të pasur një ide më të gartë lidhur me ecurinë e sëmundjes edhe në të 12 të sëmurët, që dolën pak të përmirësuar ose njëllorj, po i analizojmë këta të grupuar sipas kohës së vazhdimit të mjekimit në sanatorium.

Në tremujorin e parë të mjekimit, dy të sëmurë kanë dalë me procese të hapur dhe BK kulturë pozitiv. Njëri u rishtrua, u negatizua, procesi regredoi duke mbetur një kavitet kistik në terren cirroze. Tjetri refuzoi shtimin, u mjekua ambulatorisht me antibakteriale të serisë së parë (2 prej të cilëve rezistentë) dhe tani paraqet proces fibrokavernos kronik me BK direkt negativ.

Pas 3-6 muaj mjekimi janë larguar 4 të sëmurë. Prej këtyre, dy dolën të negatizuar, njëri i mjekuar ambulatorisht me antibakterial të serisë së parë, tjetri nga një sanatorium tjetër me antibakterial të kombinuar të serisë së parë dhe të dytë dhe tani që të dy janë me procese të stabilizuar. Dy të sëmurë të tjerë kanë dalë me BK pozitiv, prej të cilëve njëri është rishtruar dhe tani i stabilizuar, ndërsa tjetri ka refuzuar rishtrimin, ka vuajtur gjithashtu dhe nga *ulcus duodeni chronicum*, intolerancë medikamentoze dhe vdiq me proces të hapur kronik.

Tek një i sëmurë, i cili është mjekuar 8 muaj, BK është negatizuar dhe kaverna është mbyllur, por infiltrati nuk regredoi mirë. Pas daljes i sëmuri nuk ka vazhduar mjekimin ambulatorisht. Është rishtruar me TBC *infiltrativa* me kavernë dhe pas mjekimit ka dalë klinikisht në gjendje të mirë me kavernë të pastruar në formë kistike. Vdiq nga *Carcinoma auricularia*.

Pesë të sëmurë janë mjekuar mbi një vit. Njëri prej tyre ka pasur pamjaftueshmëri të rëndë kardiorespiratore dhe një tjetër ka pasur indikacion për ndërhyrje kirurgjikale, po e sëmura ka refuzuar. Të gjithë kanë dalë të negatizuar, me regredim të vatrave infiltrative, por me persistencë të kavernës me mure të holluar. Tani në dy prej këtyre pesë të sëmurëve procesi është stabilizuar me mbeturina cirrotike, në njërin prej të cilëve me kavernë të pastruar kistike. Për të tre të sëmurët e tjerë nuk kemi të dhëna mbi gjendjen e tyre të tanishme.

Gjatë viteve 1975-1976 u analizua gjendja e të sëmurëve me procese pulmonare. Për dhjetë të sëmurë nuk kemi të dhëna. Diagnoza e tanishme për të 46 të sëmurët e tjerë paraqitet në pasqyrën nr. 10.

## Pasqyra nr. 10

## Dinamika e formave klinike të lezioneve

Forma klinike	Në sanatorium		aktualisht
	Hyrje	dalje	
Complexus primaris	2	1	1
Bronchadenitis	—	1	1
TBC disseminata hematogena	4	2	—
TBC focalis	4	18	26
TBC infiltrativa	38	21	—
Tuberculoma	—	1	—
TBC caverna	8	3	—
TBC fibrocavernosa	—	2	1
TBC cavitosa	—	5	10
Status post resectio pulmonis	—	1	1
Status post thoracoplastica	—	1	1
Vdekur	—	—	5
Gjithsej	56	56	46

Sig shihet mbizotërojnë proceset fokale (56,5%), Në dy raste shkak vdekte kanë qënë proceset tuberkulare, në dy tumor malignje, ndërsa në rastin e fundit, vdektja ka ndodhur si pasojë e diabetit të sheqerit.

Nga analiza e rasteve tona rezulton se rezistenca primare ka ndikuar negativisht në ecurinë e mjekimit. Mjekimi i dhënë pas përgjigjes së antibiogramës, sipas sensibilitetit të shtamit, ka bërë që të mënjanohet ky ndikim negativ.

Në një punim tjetër të Institutit tonë (3), ku janë studjuar të sëmurët me forma të hapura destruktive të diagnostikuara për herë të parë (rezistenca primare ka qënë 6,66%, ndaj INH dhe 5%, ndaj PAS), ditëqëndrimi mesatar rezultoi 300. Në të sëmurët e studjuar nga ne, ditëqëndrimi mesatar rezultoi 362. Ky është një tregues që flet për ndikimin negativ të rezistencës primare në ecurinë e sëmundjes.

Në qendrën matematike llogaritëse me anën e metodës së analizës korrelative u vërtetua se ecuria e sëmundjes ishte më e favorshme në të sëmurët me monorezistencë sesa në ata me birezistencë dhe më pak e favorshme në ata me trirezistencë.

## PËRFUNDIME

- 1) Rezistenca primare takohet më shpesh në moshat e reja dhe në ato me tuberkuloz në familje.
- 2) Vihet re ruajtja e rezistencës së shtamit gjatë kalimit nga infektuesi tek i infektuari.
- 3) Shenjat fillestare të sëmundjes nuk kanë paraqitur ndonjë karakteristike të veçantë.
- 4) Rezistenca primare ka ndikuar negativisht në ecurinë e sëmundjes, sidomos në rastet me bi dhe trirezistencë. Ka qënë shkak për zgjat-



tjen e ditëëndrimit. Ndikimi negativ i rezistencës primare mënjanohet duke korigjuar mjekimin sipas të dhënave të antibiogramës. Dorëzuar në redaksi më 5 dhjetor 1977. —

## BIBLIOGRAFIJA

- 1) **Dishnica G.** : Rezistenca primare kundrejt antibiotikëve të shtameve tuberkulare të izoluar në laboratorin bakteriologjik të sanatoriumit të Tiranës. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1975, 1, 37.
- 2) **Dishnica G.** : Rezistenca sekondare kundrejt antibakterialeve të shtameve BK të izoluar nga raset me TBC kronik. Shëndetësia popullore 1970, 4, 67.
- 3) **Ndrcqi Sh., Hatibi N. e bp.** : Rezultatet e largta të mjekimit të TBC pulmonar. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1974, 1, 179.
- 4) **Editorial** : Rezistant Tubercle Bacilli, Lancet 1972, August 26, 412.
- 5) **Steinbrueck P.** : Das Problem der Arzneimitteleristenz von Mycobacterien in der DDR. Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane. Bd. 1974, Heft 3, 264.
- 6) **Steinbrueck P.** : WHO — Experten — Komitee für Tuberculose (9 Bericht 11-20 Dec 1973). Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane 1975, BD 143, Heft. 2, 164.
- 7) Tuberculosis Research Committee Japan. Primary drug resistance to the major anti-tuberculosis drugs in Japan. Tubercul. June, 1970, Vol. 51, nr. 2, 152.

## Summary

### MICROBIOLOGIC, EPIDEMIOLOGIC AND CLINICAL DATA ON PRIMARY ANTIBACTERIAL RESISTANCE OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS.

In the period between 1964 and 1973 the bacteriologic laboratory of the Sanatorium of Tirana has isolated 1141 strains of *Mycobacterium tuberculosis*, of which 1085 (92.5%) resulted sensitive and 86 (7.5%) resistant to at least one antibacterial drug. In 1973 primary resistance to at least one antibacterial drug was 3.1%. The number of patients admitted to the sanatorium from whom primary resistant strains were isolated was 85; of these 57 had pulmonary and 8 extrapulmonary tuberculosis. Monoresistance, chiefly to INH, was more frequent (57%); biresistance was found in 35.4% and triresistance in 7.6% of the cases of primary resistant strains. It was observed more often in young subjects.

21 patients (32%) had had family contact with tuberculosis. In 5 cases the anibiogramme of the strains isolated from the patients compared with those isolated from the source of infection.

The initial signs of the illness presented no particular features in those patients. 75% of them had caverns, 70% resulted positive on microscopic examination for bacilli.

The initial treatment on admission, when the sensitivity test was not yet ready, resulted resistant to all the used antibacterial drugs in 3 cases, sensitive to one drug in 19 to two drugs in 27 and to three or more drugs in 7 cases.

An analysis was made of the time of the BK-negativization, of the time the caverns took to obliterate, of the associated diseases, of the side effects of medicinal intolerance, of the development of secondary resistance, of the forms and evolution of the lung lesions.

Primary resistance had a negative influence on the course of the illness, particularly when the strains were biresistant and triresistant. This negative influence was countered by changing the treatment according to the indications of the antibioticgramme.

#### R é s u m é

### DONNÉES MICROBIOLOGIQUES, ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR LA RÉSISTANCE PRIMAIRE AUX ANTI-BIOTIQUES DU MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Au laboratoire bactériologique du Sanatorium de Tirana, durant la période d'années 1964-1973, le titrage de sensibilité aux antibiotiques des 1141 souches étudiées a montré que 86 malades soit 7,5% présentaient une résistance primaire à un ou moins des antibacillaires; 65 de ces patients ont été hospitalisés au Sanatorium, 57 desquels avec tuberculose pulmonaire et 8 avec tuberculose extrapulmonaire. La monorésistance et la plus fréquente soit 57% des cas, la bi-résistance 35,4% et la tri-résistance 7,6%.

La résistance primaire est plus fréquente chez les jeunes sujets.

On constate que 21 patients soit 32% ont eu des contacts avec des malades tuberculeux dans le milieu familial. Dans 5 cas on a fait la comparaison des résultats de l'antibiogramme de la souche isolée du patient avec celle de la source d'infection.

Chez les malades avec des lésions pulmonaires les symptômes initiaux de la maladie ne présentent pas de caractéristiques particulières. 75% ont des cavernes, 70% sont BK positifs à l'examen microscopique direct du crachat.

Le traitement initial au moment de l'hospitalisation alors que la sensibilité aux antibacillaires ne se connaissent pas encore, s'est montré résistant à tous les médicaments dans 3 cas, sensible à un médicament dans 19 cas, à deux médicaments dans 27 cas, et à trois médicaments et au dessus dans sept cas.

On donne une brève analyse de la période de temps que l'examen microscopique direct du crachat est devenu B.K. négatif, la période de temps nécessaire à l'oblitération des cavernes, les effets collatéraux et l'intolérance médicamenteuse, le développement de la résistance secondaire et l'évolution des formes des lésions pulmonaires.

La résistance primaire a influé négativement sur l'évolution de la maladie, surtout chez les patients à souches bi et tri-résistantes. Pour éliminer cette influence négative, il est nécessaire de modifier le traitement thérapeutique selon les indications de l'antibiogramme.

## BRITJA JOSPECIFIKE E TITRIT TË ANTISTREPTOLIZINËS O NË TË SËMURËT ME HEPATIT VIRAL DHE TUBERKULOZ

— ROBERT ANDONI —

(Laboratori bakteriologjik i spitalit Klinik nr. 4 — Tiranë)

Dozimi i antistreptolizinës O, sipas metodës së modifikuar të Todit, në kohën e sotme ka marrë vlerën e një deshmuesi për praninë e infeksionit streptokoksik. Siç dihet, streptolizina O, e prodhuar nga streptokokët e grupit A, por nganjëherë edhe C e G të pranishëm në organizmin e infektuar, me aktivitet të shprehur hemolitik, ka vetinë të provokojë prodhimin e një antitropi specifik në mbi 83%<sup>1</sup> rasteve të infektuar me streptokok (1, 6).

Në praktikën e përditshme klinike dhe ambulatorë të mjekëve tanë, ndjekja e të sëmurëve me infeksione streptokoksike, duke përcaktuar titrin e antistreptolizinës O në laboratorin tonë, përbën një gëshnje të zakonshme. Në mënyrë të veçantë, ky përcaktim bëhet për të sëmurët me poliartit reumatizmal akut, glomerulonefrit, anginë streptokoksike etj. Në përgjithësi gjatë infeksioneve streptokoksike, titri i antistreptolizinës O rritet pas 7 — 10 ditësh nga 200 deri 2500 njësi Tod për ml. gjak dhe zërrin kulmin në javën e 3-5 e kthehet përsëri në normë pas 2 — 4 muajsh (4) e nganjëherë pas 6 — 12 muajsh (1, 6).

Vlerat e titrit të antistreptolizinës O, si një konfirmim imunologjik i pranisë së infeksionit streptokoksik, rritet ende më tepër kur mendojmë se jo rrallë, për arsye të ndryshme, streptokokun B hemolitik të grupit A nuk mund ta izolojmë tek të sëmurët (7). Nga ana tjetër, kur mund të izolojmë streptokokun, por nuk kemi të rritur titrin e antistreptolizinës O, themi se kemi të bëjmë me mungesën e vetive të shprehura antigenike të këtij streptokoku. Kufiri normal i titrit të antistreptolizinës O konsiderohet deri në 200 njësi Tod për ml. dhe rritja përparuese e tij ka vlerë të madhe diagnostike.

Sidoqoftë, rritja e titrit të antistreptolizinës O nuk është gjithmonë specifike dhe nuk flet gjithnjë për një infektion streptokoksik. Në literaturën e konsultuar prej nesh ka të dhëna se titri i antistreptolizinës O rritet edhe në shumë sëmundje të tjera si psh në hepatitet virale, në tuberkuloz, pleuritet serofibrinozë (3, 5, 8, 9). Veç këtyre sëmundjeve, disa autorë (2) e gjejnë titrin e antistreptolizinës O të rritur edhe në nefrozat, infeksionet stafilokoksike, në artritin reumatoid, në infeksione të ndryshme virale si dhe në të sëmurë me tumore.

Duke pasur parasysh këtë, ne vendosëm të përcaktojmë titrin e antistreptolizinës O në disa të sëmurë me hepatit viral si dhe në disa me forma të ndryshme të tuberkulozit, tek të cilët ishte pëjashtuar infeksioni streptokoksik. Megjithatë këto sëmundje jo rrallë paraqesin një

fillim të larmishëm lidhur me shenjat klinike që manifestojnë, çka i drejton mjekët në kërkimin e shumë treguesve laboratorikë, ndërmjet të cilëve edhe titrit të antistreptolizisë O dhe se ky i fundit mund të jetë i rritur edhe në mënyrë jospacificke, menduan se ia vlen që të tërheqim vëmendjen në këtë drejtim me të dhënat tona. Ashtu si dhe me shumë parametra të tjerë klinike e laboratorike, ashtu edhe me gëshljen që po trajtojmë, hepatitit viral dhe tuberkulozi, në disa raste, mund ta gërentojnë mjekun klinikist goftë edhe përkohësisht në fazat fillestare të këtyre dy sëmundjeve.

Të dhënat tona u përkasin përfundimeve të analizave serologjike të kryera në 336 të sëmurë, tek të cilët është bërë përcaktimi i titrit të antistreptolizisë O. Nga këta të sëmurë, 210 kanë qenë të sëmurë të sanatornimit të Tiranës me forma të ndryshme të tuberkulozit, kurse 126 me hepatit viral. Rezultatet po i paraqesim në pasqyrat e mëposhtme:

Pasqyra nr. 1

Rezultatet e përcaktimit të titrit të antistreptolizisë O në të sëmurët me forma të ndryshme të TBC

Deri 100 UT/ml	100	200	300	400	600	800	1200	mbi	Shuma
	UT/ml	UT/ml	UT/ml	UT/ml	UT/ml	UT/ml	UT/ml	1600 UT/ml	
16	43	47	54	25	15	5	2	3	210
	106			104					

Pasqyra nr. 2

Rezultatet e përcaktimit të titrit të antistreptolizisë O në të sëmurët me hepatit viral

Deri 100 UT/ml	100	200	300	400	600	800	1200	mbi	Shuma
	UT/ml	UT/ml	UT/ml	UT/ml	UT/ml	UT/ml	UT/ml	1600 UT/ml	
3	12	8	22	17	14	9	21	20	126
	23				103				

Duke pranuar si kufi normal titrin prej 200 UT/ml në të dy pasqyrat vërejmë se kemi të bëjmë me një numër rastesh, ku titri i antistreptolizisë O është i rritur, madje edhe në shifra tepër të larta (shih pasqyrat). Kjo ndodh sidomos në të sëmurët me hepatit viral (pasqyra nr. 2). Sipas të dhënave tona, rritja e titrit të antistreptolizisë O në tuberkuloz është më pak e shprehur, madje shpesh ajo është normale (106 raste) ose pak e rritur (deri në 300 UT/ml në 54 raste), kurse në rastet e tjera më e shprehur. Në pasqyrën e dytë të të sëmurëve me hepatit viral vërejmë se numri më i madh i rasteve është ai me titër të lartë të antistreptolizisë O.

Kjo rritje jospacificke (jashtë infeksionit streptokoksik) për të dy sëmundjet e shqyrtuara, ashtu si dhe për disa të tjera, ndodh sepse në se-

rumin e këtyre individëve janë të pranishme disa lëndë frenuese, që pengojnë forenën hemolitike të streptolizins O po aq fuqimisht sa edhe vetë antistreptolizina O specifike. Këto lëndë frenuese, të quajtura antistreptolizina O fallse (3) janë vetë re në një numër të sëmuresh dhe dikur kanë qënë pikënisja e asaj hipoteze tashmë të rrëzuar (9), që streptokoku ka rolin e agjentit shoqërues për shumë sëmundje, që iu përkasin degëve të ndryshme të patologjisë klinike.

Nuk ka sëmundje ku prania e një antistreptolizine fallse të jetë konstante, por një frenues jospecific i streptolizins O ndodhet shpesh në të sëmuret me forma të ndryshme të tuberkulozit dhe në hepatitin viral, siç tregojnë dhe të dhënat tona. Një frenues i tillë mund të gjendet gjithashtu nganjëherë edhe tek disa njerëz normalë dhe sipas disa autorëve (cituar nga 3), serumet e njerëzve normalë në 130/0 të rasteve japin shifrë që mund të kalojnë paksa kuifirin normal të provës së Toddit. Kjo ka bërë që mjaft klinicistë ta ngrenë specificitetin e provës së Toddit, duke quajtur të vlefshëm për diagnozë vetëm titrat e lartë të antistreptolizins O (300 UT/ml +). Nga ana tjetër për shumë autorë ky përfundim nuk është shumë i justifikuar, sepse rrit numrin e rasteve të sëmundjeve streptokoklike me kuifi pothuajse normal të titrit të antistreptolizins O. Për të kontribuar në këtë gëshje në vendin tonë do të duhej ndoshta përcaktimi i titrit të antistreptolizins O në një kontigjent individësh të shëndoshë, gjë që mbetet detyrë për të ardhmen.

Sidogotë, duke marrë për bazë rastet vetëm me antistreptolizinë O të rritur nuk përijashtohët aspak mundësia e ndonjë reaksioni jospecific, sepse, siç vërejtëm, prania e frenuesit jospecific mund të gojë në rritjen e titrit të antistreptolizins O edhe në shifra shumë të larta.

## PËRFUNDIME

1) Në shumë raste tek të sëmuret me tuberkuloz dhe hepatit viral mund të kemi të rritur titrin e antistreptolizins O. Në rastet e studjuara nga ne, nga 210 të sëmurë me tuberkuloz, 104 prej tyre e kanë pasur të rritur këtë titër, kurse nga të sëmuret me hepatit viral nga 126 gjithsej, 103 prej tyre e patën të rritur.

2) Hepatiti viral e rrit titrin e antistreptolizins O në mënyrë jospecifice më shumë sesa tuberkulozi.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Andoni R., Hito M.** : Anghinat streptokoklike në praktikën ambulatorë pediatrike. Shëndetësia popullore 1973, 3.
- 2) **Jacobs A.G., Harper A.L., Allan, W.S.A.** : Antistreptolysin activity. The Lancet 1977, Vol. I.
- 3) **Jacques Badin et Nicole Caban** : Les fausses antistreptolysines. Pathologie et Biologie 1959, vol. 7, 13-14, 1559.
- 4) **Greiner B.** : La maladie inflammatoire poststreptococcique. Evolution d'un concept en pathologie nouvelle. Annales de pédiatrie, Paris 1973, nr. 11/3.
- 5) **Oker Blom Nikkila N. et Kalaja T.** : Nonspecific antistreptolysin reaction in hepatitis sera. Ann. Med. Ex. Biol. 1950, 124.
- 6) **Pore K., Adhami J.** : Reumatologjia. Titrahë 1977.
- 7) **Richet G.** : Nephropathie glomérulaire aiguë. La revue du praticien, 1970, Tome XX, nr. 22.

- 8) **Stavenov F.** : Serologiska undersökningar angående multipla infektioner i 147 kliniskafall u lungtuberkulos. Nord. Med. 1957, 33.
- 9) **Westergreen A., Stavenov S.** : Observation on antistreptolysin titers in 885 inter-nal medical cases. Acta Med. Scand. 1957, 196.

#### Summary

### NONSPECIFIC RISE OF THE ANTISTREPTOLYSIN TITRE IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS AND TUBERCULOSIS

The titres of antistreptolysin-O were studied in 336 patients in whom there was no evidence of streptococcal infection. Of these patients, 210 had various forms of tuberculosis and 124 viral hepatitis. Titres nonspecifically high of antistreptolysin-O were found in 104 patients with tuberculosis and in 103 with viral hepatitis.

#### Résumé

### CROISSANCE NON SPECIFIQUE DU TITRE DE L'ANTISTREPTOLYSI- NE CHEZ LES MALADES SOUFFRANT D'HEPATITE A VIRUS ET DE TUBERCULOSE

Le titre de l'antistreptolysine — O a été étudié chez 336 patients, chez lesquels une infection streptococcique était exclue. 210 dentre eux présentaient des formes variées de tuberculose et 124 une hépatite à virus. La croissance non spécifique du titre de l'antistreptolysine — O a été relevée chez 104 des patients atteints de tuberculose et chez 103 de ceux souffrant d'hépatite à virus.

## VAKSINIMI I NJËKOSHËM KUNDRA FRUTHIT DHE POLIOMIELITIT

— KOÇO PAPAJANI — MIKEL MUKA —

(Drejtorja e Higjienës dhe Epidemiologjisë — Durrës)

Ndikimi që mund të kenë njera mbi tjetrën vaksinat e kombinuara ose të aplikuarat në të njëjtën kohë ose me intervale kohe të shkurtra për-bën një problem të rëndësishëm për organet e shëndetësisë. Me shtimin e llojeve të vaksinave, që këshillohen për femijët dhe me prodhimin e vaksinave të reja si ato të adenovirusëve, të rubeolës, të parotitit, të gripit e paragripit etj., problemi i kombinimit ose i përdorimit të tyre të njëkohshëm merr një rëndësi ende më të madhe në përgatitjen e programeve të vaksinimit.

Sot raportohet kombinimi me sukses i vaksinave të rubeolës me atë të adenovirusave, të gripit me atë të paragripit dhe të parotitit, të fruthit me atë të rubeolës etj. Edhe tek ne, trivaksina diftero-tetano-pertusike dhe bivaksina tifo-tetanike përdoren prej disa vjetësh dhe janë bërë disa studime për efektin që mund të kenë këto kombinime mbi imunitetin që duhet të japin komponentët e tyre të veçantë.

Duke qenë se vakcina e fruthit përdoret prej vitit 1970 në mënyrë sistematike në femijët e vendit tonë, u pa e nevojshme të sqarohet nëse aplikimi i saj njëkohësisht ose brenda afateve të shkurtra para ose pas vaksinave të tjera do të ndikojë mbi efektin e saj imunizues.

Në periudhën 1971-1973 u studjua efekti që mund të ketë aplikimi i njëkohshëm i vaksinës së fruthit me vaksinat BCG, të lijes dhe të kollës së bardhë dhe u pa se ky veprim nuk ndikonte negativisht mbi imunitetin vaksinat ndaj fruthit (3). Gjithashtu u pa se vaksinimi i njëkohshëm kundra lijes dhe kundra fruthit nuk ndikonte negativisht mbi imunitetin ndaj lijes (4).

Pra, nga literatura shohim se aplikimi *per oral* i vaksinës së poliomielitit njëkohësisht me aplikimin intradermal të vaksinës së parotitit nuk ndikojnë mbi njera tjetrën (1) si dhe se aplikimi i njëkohshëm *per oral* i BCG dhe i vaksinës së poliomielitit nuk pengon zhvillimin e mirë të imunitetit ndaj poliomielitit dhe zhvillimin e alergjisë së BCG-së (6).

Në vijim të studimeve të mësipërme, reparti ynë ndërmori studimin e efektit që ka aplikimi i njëkohshëm i vaksinave të fruthit dhe të poliomielitit mbi imunitetin vaksinat ndaj këtyre dy sëmundjeve.

### MATERIALIET DHE METODA

Duke qënë se tek ne vaksinimi bazal kundra poliomielitit bëhet në moshën rreth dy muajve dhe rivaksinimi pas moshës 8 muajsh, kur bëhet edhe vaksinimi kundra fruthit, për studimin tonë ne morëm fëmijë të moshës mbi 8 muajsh, që kishin bërë vaksinimin bazal ndaj poliomielitit, por që ende nuk kishin bërë rivaksinimin dhe që duhej të bënin edhe vaksinën kundra fruthit, gjithsej 68 fëmijë, që u ndanë në 3 grupe:

Grupi i parë me 24 fëmijë, që u rivaksinuan nga goja me të tre tipat e vaksinës së poliomielitit.

Grupi i dytë me 22 fëmijë, që u vaksinuan vetëm me vaksinën e fruthit.

Grupi i tretë me 22 fëmijë, që u rivaksinuan me të tre tipat e vaksinës së poliomielitit dhe u vaksinuan kundra fruthit.

Për krahasimin e gjendjes imunitare ndaj poliomielitit, si grup kontrolli u morën 20 njerëz të shëndoshë me moshë 18-22 vjeç, që përfaqësojnë kontigjentet immune ndaj poliomielitit.

Të gjithë fëmijve u morën nga dy mostra gjaku, njëra para vaksinimit dhe tjetra 4-6 javë pas vaksinimit. Serumet e gjakut u ruajtën në frigorifer në -20 gradë C. deri në castin e ekzaminimit. Për përcaktimin e gjendjes imunitare ndaj fruthit, serumet u ekzaminuar për mikrometodë, duke përdorur dy unitete antigjen dhe 10% eritrocite majmuni M. rhesus, kurse për poliomielinin u bë reaksioni i neutralizimit në kulturë indore Fl dhe me 100 njësi antigjen për secilin tip.

### REZULTATET DHE DISKUTIMI

Të dhënat për imunitetin që jep vakcina e fruthit e aplikuar vetëm apo së bashku me vaksinën e poliomielitit jepen në pasqyrën nr. 1. Vërehet se në të dy rastet, niveli i imunitetit është afërsisht i njëjtë dhe siguron mbrojtjen në të gjithë fëmijët e vaksinuar. Ai krahasohet me nivelin e imunitetit, që është arritur gjatë fushatave të rregullta të vaksinimit (5).

Në pasqyrën nr. 2 paraqiten të dhënat për nivelin e imunitetit ndaj poliomielitit pas vaksinimit të aplikuar me të tre tipat vetëm dhe së bashku me vaksinimin kundra fruthit. Në rivaksinimin e kryer vetëm me vaksinën e poliomielitit është arritur mbrojtje kundrejt të tre tipave në 91,60% të rasteve dhe kundrejt dy tipave në 8,40% të rasteve. Asnjë nga fëmijët e këtij grupi nuk ka mbetur krejt pa mbrojtje ose me mbrojtje vetëm për një tip të poliomielitit. Niveli i imunitetit, në këtë grup, është i njëjtë me atë të grupit të kontrollit.

Por në grupin ku rivaksinimi është kryer së bashku me vaksinimin kundrejt fruthit, ndaj të tre tipave të poliomielitit është arritur imunitet vetëm në 500% të të vaksinuarve dhe 13,20% kanë mbetur të pambrojtur ndaj të tre tipave. Në këtë grup edhe titrat mesatare gjeometrike janë më të ulta, megjithëse vërehet një ngritje në krahasim me gjendjen para vaksinimit.



Në të dy grupet vihet re se niveli i imunitetit ndaj tipit të dytë të poliomielitit është më i lartë sesa ai ndaj tipave një dhe tre. Ky fakt, që është vënë në dukje edhe nga autorë të tjerë (2), shpjegohet me stabilitetin më të madh të shtamit vakcinal të tipit dy kundrejt ndikimit të interferencës nga ana e tipave të tjerë të poliavirusit vakcinal dhe të shtamëve të enteroviruseve të tjerë, që zakonisht garullojnë në traktin intestinal të fëmijve (2).

Na tërheq vëmendjen fakti se niveli i imunitetit ndaj poliomielitit para vaksinimit është shumë më i ulët dhe mbrojtje për të tre tipat kanë vetëm 2,20% të fëmijve, kurse pas rivaksinimit, ky nivel rritet në mënyrë të konsiderueshme dhe mbrojtja kundrejt të tre tipave sigurohet me përqindje shumë më të lartë të fëmijve të të dy grupeve.

Megjithëse numri i vrojtimeve tona nuk është i mjaftueshëm për të nxjerrë përfundime të prera, rezultatet e këtij studimi na lejojnë të rekomandojmë që vaksinimi kundra fruthit të mos bëhet së bashku me rivaksinimin kundra poliomielitit, sepse ky veprim ndikon negativisht mbi imunitetin ndaj poliomielitit. Në rast se një veprim i tillë është i domosdoshëm të kryhet për arsye epidemiologjike, atëherë rivaksinimi kundra poliomielitit duhet të përsëritet edhe një herë.

Dorëzuar në redaksi më 5 shtator 1977

Pasqyra nr. 1

### Gjendja imunitare para dhe pas vaksinës kundra fruthit

Mënyra e vaksinimit	Numri i Titrit i serumit						Serokonvertim %			
	ekzaminiuave	0	2	4	8	16		32	64	128
Para vaksinimit	45	45	—	—	—	—	—	—	0	
Pas vaksinimit me vaksinë fruthi	22	—	—	—	4	10	5	3	—	100
Pas vaksinimit me vaksinë fruthi dhe poliomielitit	22	—	—	—	2	14	2	4	—	100.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) **Capelovici Yeteoil** : Serologie Investigations in individuals concomitantly with poliomyelitis and mumps vaccine. European symposium of poliomyelitis and allied diseases. Bucharest 1969.
- 2) **Çumakov M. P.** : Poliomyelitiraja personalnaja zhivaja vaccina. Medgiz 1960, 377.
- 3) **Papajani K., Cilka V. etj.** : Karakteristikat imunitare të vaksinës së fruthit të apliktuar në vendin tonë. Shëndetësia Popullore 1972, 1, 3.
- 4) **Papajani K., Disha G.** : Imuniteti variolik pas vaksinimit të fruthit. Shëndetësia popullore 1973, 4, 39.
- 5) **Papajani K., Pepa K.** : Karakteristikat e vaksinës së fruthit të prodhuar në vendin tonë. Buletini i UR — seria shkencat mjekësore 1972, 1, 115.
- 6) **Voroshilova K. M. e coll.** : O sovjestimontj peroralnaj priviki zhvoj vakcini protiv poliomielitia i vakcini BCG v periode novorozhdenosti. Izucenie efekktivnosti zhivoj vakcini protiv poliomielitia. Higja 1962.

Pasqyra nr. 2

## Gjendja imunitare para dhe pas vaksinimit nga poliomieliti

Koha e ekzaminimit	Numri i ekzamimeve	Tipi i poliovirusit	Titri i serumit						Titri mesatar gjeometrik	Mbrojtja nga tipat e virusit të poliomielitit në %			
			0	4	8	16	32	64		Me 3 tipa	Me 2 tipa	Me 1 tip	Pa mbrojtje
Para rivaksinimit	46	I	29	8	1	8	—	—	2.1				
		II	19	10	7	7	3	—	3.2	2.2	19.5	56.4	21.9
		III	44	2	—	—	—	—	0.0				
Pas rivaksinimit me poliomielit	24	I	1	3	1	10	9	—	14.9				
		II	—	1	—	1	6	16	45.0	91.6	8.4	—	—
		III	1	7	9	6	1	—	8.9				
Pas rivaksinimit dhe vaksinimit me poliomielit dhe fruthi	22	I	10	2	6	3	1	—	3.5				
		II	3	6	3	5	3	2	50.0	50.0	4.9	31.9	13.2
		III	11	3	2	1	4	1	3.7				
Grupi i kontrollit	20	I	—	10	10	—	—	—	5.7				
		II	—	—	11	5	4	—	9.8	90.0	10.0	—	—
		III	2	13	2	2	1	—	4.3				

### Summary

## SIMULTANEOUS MEASLES AND POLIOMYELITIS IMMUNIZATION

A study was carried out of the immune response to simultaneous immunization with measles and poliomyelitis vaccine.

For this purpose 68 children aged between 8 and 10 months were selected, who had no measles antibody in their serum and had previously undergone a primary immunization against poliomyelitis at the age of 3-4 months. The children were divided into three groups.

A first group, 24 children, received an oral dose of the three types of poliomyelitis vaccine (revaccination).

A second group, 22 children, received only a subcutaneous dose of measles vaccine.

The third group, 22 children, received both the poliomyelitis (revaccination) and the measles vaccines.

The immune response to the measles vaccination was determined by micro-method adaptation of the haemagglutination inhibition test, while the response to the poliomyelitis vaccination by the neutralization test on F1 tissue culture, using 100 units of antigen for each type of the poliomyelitis virus.

The effect of the measles vaccine, applied alone and together with the poliomyelitis vaccine, is presented in table 1, from which it can be seen that in both cases the measles antibody level was practically the same.

In table 2 is presented the effect of poliomyelitis revaccination alone with the three types of poliovaccine and simultaneously with measles vaccination.

From the table it can be seen that while rivaccination against poliomyelitis alone gives a protective level of antibodies in 91.6 percent of the children, revaccination together with measles vaccination gives protective levels of anti-poliomyelitis antibodies of the three types only in 50 percent of the children.

This preliminary study shows that simultaneous immunization with polio and measles vaccines does not impair the immune response to measles, but it weakens by almost 50 percent the immune response to poliomyelitis vaccine; that is why the authors recommend that such a combination should be avoided.

### Résumé

## VACCINATION SIMULTANÉE CONTRE LA ROUGEOLE ET LA POLIOMYÉLITE

Les auteurs ont étudié l'effet immunisant de la vaccination simultanée contre la rougeole et la poliomyélite.

A cette fin ils ont choisi 68 enfants âgés de 8 à 10 mois, n'ayant pas d'anticorps de rougeole dans leurs sérum et ayant été préalablement immunisés contre la poliomyélite à l'âge de 3-4 mois. Ils ont été ensuite répartis en trois

groupes. Le premier groupe, 24 enfants en tout, a été revacciné par voie orale avec les trois types de vaccin contre la poliomyélite.

Le deuxième groupe, 22 enfants, a été traité seulement par voie subcutanée avec une dose de vaccin contre le rougeole.

Le troisième groupe, 22 enfants, a été traité à la fois avec les vaccins contre la poliomyélite (revaccination) et la rougeole.

L'immunisation envers la rougeole a été réalisée par la microméthode d'adaptation du test d'inhibition de l'hémagglutination; en ce qui concerne l'immunisation envers la poliomyélite, les auteurs ont employé le test de neutralisation de la culture du tissu FI, en se servant de 100 unités d'antigène pour chaque type de virus poliomyélique.

Les effets de vaccin contre la rougeole, associé ou non au vaccin contre la poliomyélite, sont indiqués dans le Tableau 1; il résulte que le niveau des anticorps de la rougeole est pratiquement identique dans les deux cas.

Dans le Tableau 2, par contre, sont indiqués les effets de la revaccination poliomyélique avec les trois types de vaccin en association ou non avec le vaccin antirougeole

Dans les cas de revaccination avec le vaccin poliomyélique seulement, l'immunisation est de 91,6 pour cent pour les trois types de virus. En cas de revaccination combinée avec le vaccin antirougeole, l'immunisation est de 50% pour les trois de type de poliomyélite.

En conclusion, les auteurs s'expriment contre une telle combinaison.

## LEISHMANIOZA E QENIT DHE REZERVUARI I LEISHMANIOZËS VISCERALE NË VENDIN TONË

— JORGJI ADHAMI — NAZMI MURATI —

(Instituti i Higjienës dhe Epidemiologjisë)

Problemi më i ngatërruar në fushën e epidemiologjisë të leishmaniozave të njeriut, pa dyshim, është ai i rezervuarit të infeksionit. Nga njohuritë që na kanë sjellë zbulimet e bëra gjatë 3-4 dhjetëvje-torëve të fundit në fushën e këtyre sëmundjeve, tashmë është bërë e qartë se për kala-azarin, dmth për leishmaniozën viscerale të tipit indian, si dhe për leishmaniozën e lëkurës të tipit qytetar (urban), rezervuar është njeriu. Pra të dyja këto sëmundje rrijeshohen në grupin e antropozozave. Dihet gjithashtu se rezervuar për leishmaniozën e lëkurës të tipit fshatar (rural) janë një sërë brejtësish të shkretëtirave e gjysmëshkretëtirave, pra kjo rrjeshtohet në grupin e zooantropozozave, ajo është sëmundje me vatrë natyrore tipike dhe roli i njeriut, si rezervuar i infeksionit është i parëndësishëm. Ndryshe qëndron puna me leishmaniozën viscerale mesdhetare ose të fëmijëve, si dhe me disa forma të tjera të leishmaniozave.

Pas zbulimit të leishmaniozës së qenit dhe studimeve që e pasuan këtë në vende të ndryshme, u vërejt se leishmanioza viscerale e fëmijëve përkonte me leishmaniozën e qenit dhe u mendua se qeni ishte rezervuari i vetëm i kësaj sëmundjeje. Pra ky problem u konsiderua i zgjidhur. Por shpejt u pa se kjo nuk ishte e drejtë dhe se ekzistonin zona ku ishte e pranishme vetëm njëra prej këtyre sëmundjeve.

Si rrjedhim, autorë të ndryshëm kanë menduar se rezervuar i kësaj sëmundjeje mund të jenë edhe kafshë të egra, si brejtës ose gjitha-rë të tjerë (8, 9), ose edhe njeriu (11).

Disa autorë (6) përmëdin se në vendin tonë kërkimet e para për leishmaniozën e qenit janë bërë duke ekzaminuar 90 qen, por në asnjërin prej tyre, autori nuk ka zbuluar leishmanie. Më vonë janë gjetur dy qen me leishmaniozë në vatrën e leishmaniozës viscerale të fëmijëve, por nuk përmendet sa kafshë janë ekzaminuar (2). Edhe autorët e këtij punimi (1) kanë ekzaminuar 46 qen në qytetin e Krutjes dhe në fshatrat e atij rrethi, në mikrovatrat e leishmaniozës viscerale ose rreth tyre (dmth në banesën e të sëmurit dhe në banesat rreth saj) dhe në të gjithë, rezultati ka qenë negativ. Është kontrolluar edhe një sasi më e madhe e këtyre kafshëve në këtë rreth vetëm për niksht dhe në asnjërin nuk janë vërejtur leziona të dyshimta për leishmaniozë.

Materiali që trajtohet këtu më poshtë përbëhet nga 29 gen me preparadhe nga mikrovatrat e leishmaniozës viscerale ose rrethi i tyre, nga zona të ndryshme të vendit. Kafshët janë ekzaminuar klinikisht dhe prej tyre është marrë material për ekzaminim laboratorik si më poshtë:

Nga të gjitha kafshët është marrë material nga lëkura e majës së bishtit, nga 8 edhe nga ajo e veshit, nga 6 edhe e majës së hundës, kurse nga 4 edhe nga shprekta, mëlçja dhe palca e eshtrave.

Tri prej katër kafshëve, që iu janë ekzaminuar edhe organet, parazitimin shenja të dyshimita për leishmaniozë, si dobësi, vatra me deskumacion furturoz të lëkurës e rënie të qimeve dhe dy prej tyre edhe ulceracione në lëkurë. Kafsha e katërtë e këtij grupi parazitëj e shëndoshë, ashtu si dhe 25 të tjerat, të cilave nuk u ekzaminuan organet e brendshme. Nga 29 gëntë e ekzaminuar, vetëm në njërin prej të dyshimëve u gjetën leishmanie. Ky u zbulua në një vatër të leishmaniozës viscerale në fshatin Ferraj të Tiranës. Vatra përbëhej nga një grup tri banesash afër njëra tjetrës dhe rreth 100 metra nga banesat e tjera të fshatit. Në banesën e femijës të sëmurë nuk kishte gen, kurse në dy të tjerat kishte tre, njëri prej të cilëve parazitë shenja të dyshimita për leishmaniozë, kurse dy të tjerët dukeshin të shëndoshë dhe ekzaminimet rezultuan negativ.

Kafsha e dyshimtë ishte një gen katër vjeçar, me trup mesatar, me dobësi të theksuar, apatik, reagonte dobët ndaj ngacnimeve, ecte me shumë kujdes dhe shpesh pengohej në sendet që i delnin përpara. Në lëkurën e trupit parazitë mjaft vatra me qime të rëna dhe deskumacion furturoz, kurse në një pjesë të madhe të trupit, qimet ishin rralluar. Parazitë dy ulceracione në shpinë, me madhësinë e një monedhe 20 qindarkësh dhe një të tretë, më të vogël, në anën e jashtme të kycit të gjurit të majtë, të mbuluara me kore të thata. Lëkura e buzëve dhe e veshëve gjithashtu ishte e deskumuar dhe, në këtë të fundit, parazitë infiltrate të pauceruara. Deskumacion dhe rënie e qimeve vërehej edhe rreth kapave të syve, gjë që i jepte pamjen e «kafshës me syza». Korna e të dy syve kishte humbur tejdukshmërinë dhe nuk shiheshin organet prapa saj (keratit bilateral i përparuar). Thonjtë e të katra këmbëve ishin shumë të rritur (onikogrifoze) dhe në lëkurën e gishtave vërehehin kore të vogla (foto 1).

U kryen këto ekzaminime laboratorike:

Prova e formollt: serumi u mpiks (xheiflikua) pas rreth 30 sekondash.

Ekzaminimi mikroskopik: në materialin e marrur nga lëkura e veshit dhe palca e kockave u gjet sasi shumë e madhe leishmaniesh, brenda dhe jashtë qelizave (foto 2); në materialin e marrur nga shprekta, leishmaniet ishin më të pakta, kurse në materialin e marrur nga mëlçja, lëkura e majës së bishtit dhe lëkura e infiltruar rreth ulceracionit, ato ishin relativisht të rralla.

Venë në dukje se një nga shenjat më të shpeshta të leishmaniozës së genit është konjunktiviti dhe blefariti, që shogërohen me lotim të theksuar, që shpesh mer formën e eksudatit purulent, kurse keratiti është i rrallë dhe zakonisht nuk shogërohet me blefarit (10). Veq asaj, onikogrifoza, nga shumë autorë, nuk përmendet si një shenjë

e leishmaniozës së genit, por në të vërtetë ajo ekziston, në formë pak a shumë të theksuar. Është rrjedhim i kufidseit që tregon kafsha gjatë ecjes, për shkak të hiperkeratozës dhe hipersensibilitetit të sho-lës plantare, gjë që pengon brejtjen normale të thoit (10).

Kafshëve të snëndosha, në pamje, u kemi marrë material për ekzaminim nga lëkura e majës së bishitit, pasi këtu mundësia për të zbuluar leishmaniet është më e madhe se në materialin e marrur nga organet e brendshme (7, 8); ngjyrimi i preparateve të marrur nga lëkura është bërë me metodë të veçantë (7).

Përveç materialit që trajtohet më sipër, gjatë hetimeve epidemiologjike, në vatrë kemi kontrolluar edhe rreth 200 qen të tjerë, pa u marrë material për ekzaminim, por në asnjë prej këtyre nuk kemi vënë re ndryshime të dëshimta për leishmaniozë. Kjo nuk përjashton që edhe midis tyre të ketë pasur ndonjë kafshë të sëmurë, por mundësia midis këtij kontigjenti është shumë më e vogël se midis kafshëve të dymshimta (4).

Përgjithësisht sot mendohet se njeriu nuk luan asnjë rol si rezervuar i leishmaniozës viscerale të fëmijëve. Kjo rrjedh nga fakti se në këtë sëmundje, ndryshe nga kala-azari (l.v. indiane), leishmaniet nuk qarkullojnë në gjak dhe nuk gjenden në lëkurën e njeriut të sëmurë, pra nuk ka si të infektohet vektori, flebotomi. Megjithatë, duke u nisur nga fakti se kërkimet që kanë bërë në qen në vatrë e leishmaniozës viscerale të fëmijëve u kanë dhënë rezultate negative, autorë të veçantë mendojnë se rezervuar mund të jetë njeriu (11). Zbulimi i rezervuarit natyror e sqaron këtë çështje.

Duke synuar sqarimin e problemit të rezervuarit të leishmaniozës viscerale të fëmijëve, sidomos pas zbulimit të leishmaniozës të brejtësve të shkretëtirave (rezervuar i leishmaniozës së lëkurës të tipit rural), nga shumë autorë janë bërë kërkime në brejtës e kafshë të tjera në vatrë e leishmaniozës viscerale të fëmijëve (4, 5, 8, 9, 10 etj.). Këto kërkime nxorrën në dritë se **Leishmania donovani** qarkullon në natyrë në kafshë mishngrëtesë të egra, si çakalli në Azinë Qëndrore (8), dhepra **Lycalopex vetulus** në Amerikën e Jugut, ku studjues të ndryshëm kanë gjetur këtë parazit në 120% dhe 40% të kafshëve të ekzaminuara (3), dhepra **Vulpes vulpes** në Francën e Jugut (10) dhe **Transkaukazi** (5), kurse ekzaminimi i brejtësve në vatrë e kësaj sëmundjeje ka dhënë gjithmonë rezultat negativ.

Pas këtyre zbulimeve edhe leishmanioza viscerale e fëmijëve konsiderohet si një zootropozozë, si sëmundje me vatrë natyrore, rezervuar i së cilës, nga njohuritë që kemi sot, është dhepra ose çakalli. Por përsa i përket zhvillimit të mëtejshëm të procesit epidemiologjik, në zona të ndryshme, ky paraqet vegorë. Nga vatrë natyrore krijohen vatra sekundare, ku në zinxhirin epidemiologjik hyn qeni, i cili mendohet se ze vendin e rezervuarit të egër (10) dhe njeriut i transmetohet leishmania nga vektori i infektuar mbi qenin. Autorë të tjerë mendojnë se edhe rezervuari natyror mund të shërbejë si burim infeksioni për njeriun, krahas genit (3), në kushte të veçanta.

Po të analizojmë të dhënat që janë grumbulluar mbi epidemiologjinë e leishmaniozës të fëmijëve në vendin tonë, mund të arrijmë në përfundimin se si rezervuar i kësaj sëmundjeje mund të shërbejë jo

vetëm rezervuari i ndërmjetëm, geni, por edhe rezervuari natyror drejtpërsëdrejti, pa ndërmjetësinë e genit.

Nga të dhënat mbi leishmaniozën e genit, me gjithë se të kufizuara, rezulton se kjo sëmundje në vendin tonë është përkrahësit e rralë dhe se rralë takohet edhe në vatrat e leishmaniozës visceralë të fëmijëve. Nga ana tjetër, po të shohim shpërndarjen topografike të vatrave të leishmaniozës visceralë të fëmijëve, vërejmë se ato janë në vendosura mbi shpatet e maleve ose kodrave apo në rrëzë të lyre, në terren të thyer e të papunuar, kryesisht me strukturë shkëmbore këlqerore, të xhveshura ose të mbulluara me shkure e bimë të egër ose buzë përrenje të gryer në shkëmb dhe se mikrovatrat (banesat e të sëmurëve) zakonisht janë në kontakt të drejtpërdrejtë me këtë terren, dmth janë të vendosura krejt në periferi të qendrave të banuara, ose janë banesa të vegjara apo grupe disa banesash të shkëputura nga qendra e banuar. Kjo ndodhi është vërejtur si në rrethin e Krujës (1) ashtu dhe në zona të tjera të vendit. Në këto kushte, rezervuari natyror (mundësisht dhelpira), që zakonisht lëviz natën, pra në të njëjtën kohë me vektorin, ka më tepër mundësi që t'u afrohet banesave, sidomos kur në ato nuk ka qen, e të sulmohet nga **Phlebotomus major**, vektor kryesor i leishmaniozës visceralë të fëmijëve. Nga ana e tij, ky flebotom është më i dendur në zonat me peizazhin që përshkruhet më sipër dhe, duke pasur një diapazon të gjërë ushqimor, sulmon si gjitarët ashtu dhe njeriun.

Këto të dhëna na bëjnë të mendojmë se në vendin tonë, si rezervuar i leishmaniozës visceralë të fëmijëve mund të shërbëjë jo vetëm geni por edhe dhelpira (ndoshta edhe ndonjë kafshë tjetër e egër) pa ndërmjetësinë e tij. Ndryshit pësha specifike e njerit apo tjetrit rezervuar varret nga kushtet lokale. Në qytete roli i genit është i diskutueshëm, kurse në zonat fshatare mund të marrin pjesë dy rezervuarët. Nga rezervuari i egër mund të infektohet si geni dhe të krijohen vatra sekondare, ashtu dhe njeriu.

Dorëzuar në redaksi më 15 dhjetor 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Adhami J., Holi D., Dallaku B., Murati N., Llabani E.** : Të dhëna mbi epidemiologjinë e leishmaniozës visceralë në rrethin e Krujës. Higjiëna dhe epidemiologjia 1976, 1, 39.
- 2) **Bekteshi S.** : Pediatra. Tiranë 1974.
- 3) **Eanders B.** : Zur Pathogenese, Immunologie und Diagnose der visceralen Leishmaniose. Behring Institute Mitteilungen 1976, 60, 46.
- 4) **Hodukin N. I., Lisunkina V. A., Kubejeva A. I.** : Polski rezervuarov virusa vnutrenego leishmanioza v Tashkente. Medicinskaja Parazitologija i Parazitarnie Bolezni 1949, 6, 516.
- 5) **Karapetjan R. M., Bagdasarjan A. B.** : K voprosu o rasprostraneni leishmaniozov v Zakavkaze. Medicinskaja Parazitologija i Parazitarnie Bolezni 1972, 3, 291.
- 6) **Kërciku K., Dushniku N.** : Leishmanioza e tëkurës ose bullunga e orientit në Shqipëri. Shëndetësia popullore 1954, 3, 9.



- 7) **Lesiguard F., Donatien A.** : Etude des leishmania du derme cutané. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 1936, 29, 422.
- 8) **Lupasço Gh., Bossie A., Ciplea Al., Costin P.** : Recherches concernant le réservoir animal des leishmanies. Archives roumaines de Pathologie Experimentale et de Microbiologie 1969, 28, 1, 29.
- 9) **Petrishceva P. A.** : Metodi izuchenja i profilaktika leishmaniozov i moskitov jiboradki. Medgiz 1961.
- 10) **Roux J. A., Golivan Y. J.** : Epidéologie des leishmanioses dans le sud de la France. Paris 1969 (Monographies INSERM).
- 11) **Simitch Tah.** : Les leishmanioses en Yougoslavie. Bulletin de l'Office International des Epizooties, 1955, 43, 1-2, 122.

#### Summary

### CANINE LEISHMANIOSIS AND THE NATURAL RESERVOIR OF VISCERAL LEISHMANIOSIS IN ALBANIA

The examination of samples taken from 29 dogs in the vicinity of human cases of leishmaniosis showed that only one of the dogs was infected. The clinical examination of 200 other dogs revealed no sign of the disease in any of them.

The analysis of the available facts on canine leishmaniosis in Albania, as well as the character of the foci of human leishmaniosis, indicate that canine leishmaniosis is comparatively rare in the country, that the foci of human leishmaniosis are usually located in zones with rocky calcareous soil, and that the dwellings of the patients are mostly located in the outskirts of inhabited centers or in isolated houses detached from the centers.

The natural reservoir of leishmaniosis (presumably the fox) can easily gain access to the surroundings of these dwellings and be bitten by the sandfly *Phlebotomus major*, vector of the infection which it transmits to humans. The sandfly can similarly contract the infection from a dog carrier of leishmanias and transmit it to man.

#### Résumé

### LA LEISHMANIOSE CANINE ET LE RESERVOIR DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE EN ALBANIE

Les auteurs ont examiné dans des foyers de leishmaniose viscérale des échantillons prélevés sur 29 chiens, dont seulement un avait été atteint de l'infection. En outre, l'examen clinique de 200 autres chiens n'a révélé chez aucun d'eux des signes de la maladie.

L'analyse des données disponibles sur la leishmaniose canine en Albanie, ainsi que les caractéristiques des foyers de leishmaniose viscérale, ont montré que la leishmaniose canine est relativement rare dans le pays, que la plupart des foyers se trouvent dans des zones au terrain rocheux calcaire et que les habita-

tions des malades sont généralement situées aux périphéries des agglomérations, ou bien ce sont des maisons isolées à une certaine distance des centres. Dans ces circonstances, le réservoir naturel de l'infection (présumablement le renard) peut aisément s'approcher aux habitations, se faire piquer par le phlébotome *P. major*, vecteur des leishmanias, et transmettre la maladie à l'homme. Le phlébotome peut également piquer un chien infecté, lequel dans ce cas se substitue au réservoir naturel.



Foto 1

Leishmanioza e genit: onkognitozé.

# KUMTESA

## HAMARTOMA PULMONARE

(Komunikim kliniko-morfologjik i tre rasteve të operuar)

— AGIM SAFA — SHAHN KADARE —

(Klinika Onkologjike, Spitali nr. 2 — Tiranë)

Në sajë të kujdesit të Partisë dhe të Pushtetit tonë Popullor, krahas disiplinave të tjera mjekësore, një zhvillim me hapa të shpejta ka bërë dhe kirurgjia torakale. Kjo ka dhënë mundësi të njohim sa më mirë tumorët bronko-pulmonare, si shkaku më i shpeshtë i ndërhyrjeve kirurgjikale në krahator.

Në e kuqitëm të dobshëm përkrahimin kliniko-morfologjik të tre rasteve tona të operuar me hamartomë, që është një nga tumorët më të rrallë pulmonare.

Janë quajtur «hamartoma» (hamartia; hamarton — gabim; defekt zhvillim) meqenëse konsiderohen jo si tumore të vërtetë, por malformacione me aspekt tumoral, në të cilët gjendet një përzierje **anomale** e përbërësve **normalë** të organit ku zhvillohen.

Diskutimi në se këto formacione paragesin tumore të vërtetë apo malformacione nga mbetjet embrionale vazhdon ende në ditët tona.

Hamartomat pulmonare takohen rrallë. Deri në vitin 1965 në literaturën botërore janë përkrahuar 457 raste (2). Sipas autorëve të ndryshëm, ato përbëjnë rreth 1% të të gjithë tumorëve bronko-pulmonare (4), dhe 17 deri 64% të tumorëve benignje (3). Qysh nga viti 1973 ne kemi takuar tre raste të tilla.

Hamartomat takohen në çdo moshë, më shpesh në 40-60 vjeç dhe janë dy herë më të shpeshta tek burrat se tek gratë (3). Në rastet tona (dy burra dhe një grua), moshat e të sëmurëve ishin përkatesisht 26, 59 dhe 42 vjeç.

Në vartësi të lokalizimit në pulmone, hamartomat paraqiten në dy forma: 1) hamartoma intra-parenkimatoze dhe 2) hamartomat endo-bronkiale. Të parat zakonisht kanë vendosje periferike dhe antero-re, dallohen për qetësinë klinike dhe, në shumicën e rasteve, zbulohen rastësisht gjatë ekzaminimeve rentgenologjike profilaktike. Hamartomat endobronkiale janë shumë më të rralla se ato intraparenkimatoze, zhvillohen brenda bronkut dhe shfaqen me sindromën e obstrukcionit bronkial të pjesshëm apo të plotë.

Të tri rastet tona ishin forma intraparenkimatoze, me vendosje periferike subpleurale, dy në pulmonin e djathtë (njëri në lobin e sipërmë dhe tjetri në të poshtmin) dhe një në lobin e sipërmë të pulmonit të majtë (fig. 1, 3, 4, 6). Dy prej të sëmurëve nuk paraqisnin ankesa subjektive dhe u zbuluan rastësisht gjatë një kontrolli radiologjik. I sëmurë i tretë u paraqiti në konsultë mjekësore sepse kishte kollë dhe sputum hemoptoik të herëpashershme. Në ekzaminimin ra-

PARAQITJA E RASTEVE

RASTI	Emri Mbiemri	NR. Kartelës	Mosha	Seksi	Diagnoza klinika (Pre operatore)	Lokalizimi	Operacioni i kryer	Diagnoza morfologjike dhe NR. ekzaminimit.
1.	A.K.	908/1973 (Sanatorium)	26	F.	Ekinokok	Lobi i sipërm i pulmonit të djathtë	Enuklacioni i tumorit	Chondroma me komponent fibromiksomatozë të shprehur (NR. 1058/1973)
2.	H.S.	4216/1977 (Sp.Kl.NR.2)	59	M.	Kancer Periferik	Lobi i sipërm i pulmonit të majtë	—”—	Hamartoma pulmonare (adeno-chondroma) (NR. 1805-807/1977)
3.	A.M.	40/1976 (Sanatorium)	42	M.	Tuberkulomë	Lobi i poshtëm i pulmonit të djathtë	—”—	Hamarto-chondroma (adeno-chondroma) (NR. 2306-311/1977)

diologjik të pulmoneve u konstatua hiqe e rumbullaktë në mushkërinë e majtë. Diagnozat para operatore ishin, në njerin rast **cyst pulmonar**, në të dytin **kancer pulmonar periferik** dhe në të tretin **tuberkulomë**. Dubet thënë se diagnoza para operatore e hamartomave pulmonare intraparenkimatoze është njëjtë e veshitë për arsye të klinikes së varfër si dhe për faktin se këto tumore nuk kanë një imazh radiologjik karakteristik. Aspekti i tyre më tipik është ai i një nodusi periferik me diametër 1 deri 6 cm., ndonjëherë me depozitime gëlqerore (fig. 1, 3, 4, 6). Pamje të tilla mund të takohen edhe në tumore të tjerë benignë ose malignë, tuberkulomat, ekinokokun pulmonar etj. Në këto kushte dhe nën kërcënimin e vazhdueshëm të një procesi malinj, ndërhyrja kirurgjikale është e pranueshme. Në të tre rastet operacioni i kryer ka qënë enukleacioni i tumorit, pas prerjes së pleurës viscerale, duke shtypur parenkimën pulmonare për rreth dhe nën masën tumorale. Llozha e parenkimes, ku është hequr tumori, është përpunuar me hemostazë, aerostazë dhe kapitonazh. Në të tre rastet si diagnozë intraoperatorë është menduar për tumor dizenforioplazik të tipit të hamartomës dhe me këtë diagnozë materiali është përcjellë për ekzaminim histopatologjik. Pas operacionit, ecuria ka qënë pa ndërlkime dhe të sëmurët kanë dalë nga spitali të shëruar, mesatarisht 20 ditë pas operacionit.

Ekzaminimi histopatologjik në të tre rastet ka konkluduar për hamartomë pulmonare.

Makroskopikisht, hamartomat paraqiten si formacione të rumbullaktë ose në formë vezake, me diametër 1 deri 9 cm. (në rastet tona 3,3 dhe 4 cm), me konsistencë kartilagjinoze, me sipërfaqe kodrinore ose të valëzuar, të rrethura nga një kapsulë e hollë (fig. 2, 5, 7). Në prerje, ngjyra e bardhë ose me një nuancë në gri rozë të kalhër, në varësi të mbizotërimit të këtij apo atij indi. Ndonjëherë në brendësi të tyre takon kavitete kistoze, që shpesh përmbajnë një lëng viskoz mukoid ose një masë gjelatinoze të verdhë. Në këtë rast fillet për hamartomat intrapulmonare **kistoze**, që janë shumë të rralla ose ato kompakte. Në rastin tonë të tretë, hamartoma ishte e tipit kistoz.

Struktura histologjike e hamartomave karakterizohet nga ishuj kartilagjinozë të rrethuara nga inde të tjerë të karakterit muskular, fibroz, vaskular dhe dhjamor (foto 10, 11, 12, 15). Midis këtyre indeve ka hapësira të veshura me eptel të tipit bronkial (foto 8, 15). Jo rrallë në indin kartilagjinoz vihen re ishuj ose trabekula kockorë (foto 10, 11), ose depozitime gëlqerorë. Në disa raste, në trashësinë e kërcit vihen re kavitate kistoze, që, në brendësinë e tyre, përmbajnë një lëng mukoz (foto 14).

Variacionet e strukturës si dhe indet e ndryshme, që mund të marrin pjesë në përberjen histologjike të këtyre tumoreve, kanë qënë shkas për emërtimet e shumta të propozuar nga autorë të ndryshëm për të cilësuar hamartomat. Midis tyre mund të përmëndim «hamartochondromas», «adenocondromas», «adenolipecondromas», «fibroadenomas», etj. (1, 5).

Dorëzuar në redaksi më 20.XII.977

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Aleksejev B. A. : Hamartomi ljogkeve (Obzor literatur). Grudnaja Hir. 1970, 2, 115.
- 2) Bateson E. M. : So-called hamartoma of the lung—a true neoplasm of fibrous connective tissue of the bronchi. Cancer 1973, 31, 1458.
- 3) Kasavin R., Hay J. M., Le Brigand H. et Merlier M. : A propos de 71 hamarto-chondromes pulmonaires. Le Poumon et le coeur 1976, 1, 5.
- 4) Nasta M., Eskenasy A., Nicolescu P., Stoica E. : Tumori le Broncho-Pulmonare. Bukuresht 1963, 94.
- 5) Willis R. A. : Epithelial Tumors of the Trachea, Bronchi and Lung. Né «Pathology of Tumours». London 1967, 353.

## Summary

## LUNG HAMARTOMA

(A clinico-morphological analysis of three operated cases).

Three cases are described of pulmonary hamartoma, which is considered a very rare tumour of the lungs. The clinical, radiologic and morphological aspects of hamartomas are discussed. The patients, one female and two males, were aged 26, 54 and 42 years respectively. In all three cases the tumours were of the intraparenchymatous type, which is characteristically poor in clinical symptoms and presents nonspecific radiologic changes.

The question of the histogenesis of these tumours is also discussed.

## Résumé

## HAMARTOME PULMONAIRE

(Analyse clinico-morphologique des trois cas opérés)

Les auteurs décrivent trois cas d'hamartome pulmonaire, qui est une espèce très rare de tumeur des poumons. Ils examinent les aspects cliniques, radiologiques et morphologiques des hamartomes. Quant aux patients, une femme et deux hommes, ils étaient âgés respectivement de 26, 54 et 42 ans. Dans les trois cas, les tumeurs étaient du type parenchymateux, qui se caractérisent par une clinique pauvre en symptômes et présente des changements radiologiques non spécifiques.

Les auteurs discutent aussi la question de l'histogénèse de ces tumeurs.

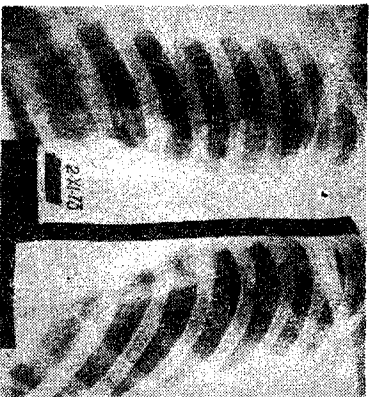


Foto 1

Radiografi e mushkërive. Shihet hije e rumbullakët në pjesën e sipërme të hilusit të djathtë (rasti 1)



Foto 2

Masa tumorale e hequr (rasti 1).  
Rasti 2 — pamje anësore.



Foto 3

Rasti 2 — Shihet hije e rumbullakët në pjesën e poshtme të hilusit të majtë.



Foto 4

Rasti 2 — pamje anësore.

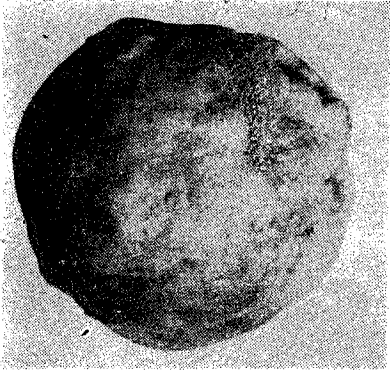


Foto 5  
Rasti 2 — masa tumorale e hequr



Foto 6  
Rasti 3 — Shihet hije e rirumbu-  
llaktë në pjesën e poshtme të hi-  
lusit të djathtë.

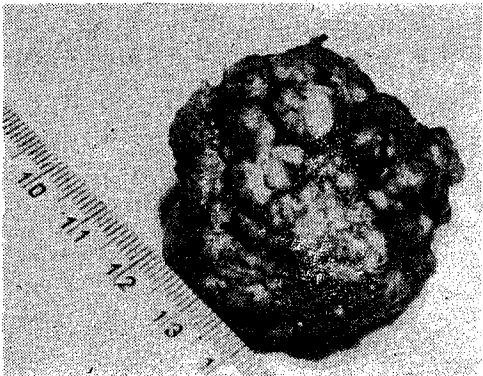


Foto 7  
Rasti 3 — Masa tumorale e hequr.





Foto 8. — Rasti i parë. Pamje mikroskopike. Duken hapësira të veshura me epitel bronkial në disa zona me aspekt papilar.



Foto 9. — Rasti i parë. Hapësira epiteliale të rrethuara nga ind konjunktiv fibroz.

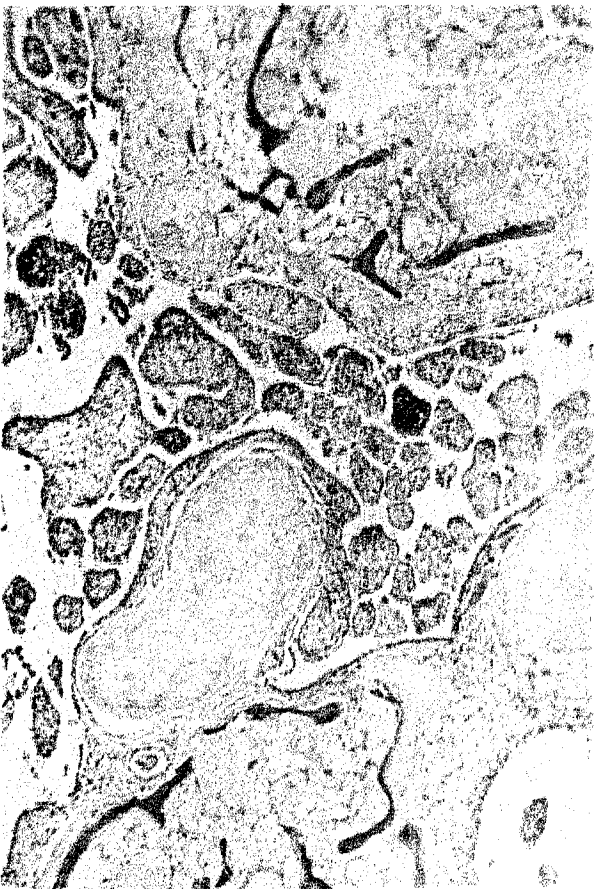


Foto 10. — Rashi i dytë. Ishuj kartilagjinozë të rrehuara nga ind konjuktiv fibroz, ind dhjamor, trabekula kockorë si dhe hapësira epiteliiale.

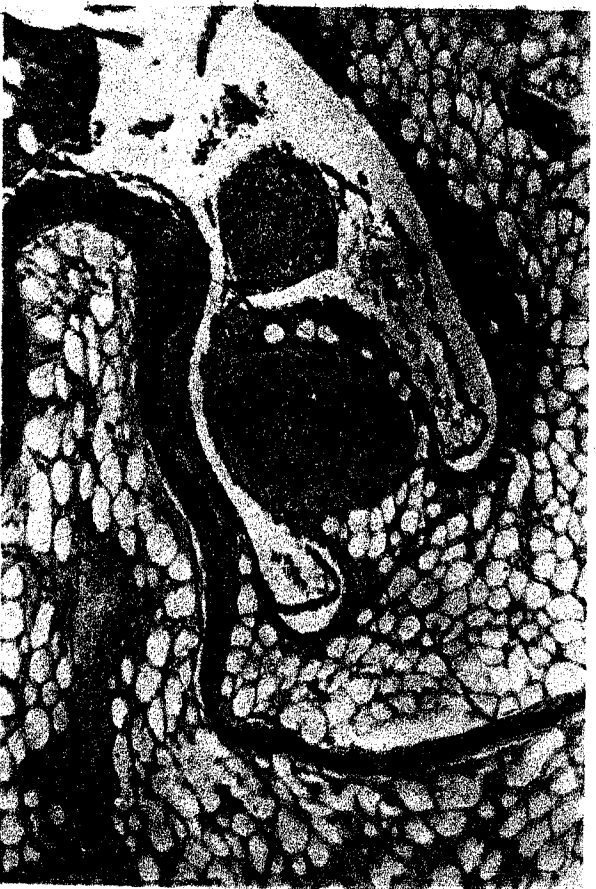


Foto 11. — Rashi i dytë. Strukturë e ngjashme me atë të fotos 10.



Foto 12. — Rasti i dytë. Shihet ind kartilagjinoz dhe hapësira të veshura me epitel bronkial cilindrik.



Foto 13. — Po ajo pamje i fotos 12. Zmadhim më i fuqishëm.



Foto 14. — Rasti i dyrë. Mafias shihet kavitet kistroz, në brendësi të të cilit ka lëng mukoz.



Foto 15. — Rasti i tretë. Ishuj kartilaginozë dhe hapësira të veshura me epitel të tipit bronkial.

## LEIOMIOSARRKOMA E VENËS JUGULARE

— GORART CERGA — SPASE TRIMÇEV —

## (Katedra e Patologjisë së përgjithshme dhe Otorino-Okulistikë)

Leiomiomiosarkoma e enëve të mëdha të gjakut janë një njësi që tani është e përcaktuar mirë. Ky tumor nisët nga muri i këtyre enëve dhe karakterizohet nga rritje intraluminalë. Klinikisht diagnostikimi i tij është shumë i vështirë, në mos i pamundur.

*Paragjithia e rrethit.* — I sëmundi A. SH., 74 vjeç, shtrohet në klinikën e ORL me kartelë nr. 11022/1976, me diagnozë klinike: «tumor i përzierë i gjendrës parotide të djathtë». Ai ankohet për rëndim në veshin e djathtë dhe për një fryrje të regjionit parotik të kësaj ane. Ai referoi se rreth 13 vjet më parë iu shfaq një masë tumorale nën këndin mandibular të djathtë, nuk ishte në gjendje të përçakronte dinamikën e rritjes së masës, por pohoi se nuk ka pasur shqetësime subjektive. Këtë muaj para se të shtrohet, ai konstatoi një kokër të vogël me regjionin parotik të djathtë, pa shqetësime subjektive, por me prirje rritjeje të shpejtë derisa arriti në përmasat e tanishme.

Në kqyrjen objektive vërehej një tumefaksion i lokalizuar në llozhen parotide të djathtë në madhësinë e një veze, me konsistencë elastike të fortë, i padhembshëm, i paaderruar me lëkurën, me lëvizshmëri të kufizuar. Tumefaksioni zbrit deri në këndin mandibular dhe ishte përshtrypjen se këtu vazhdohej nga një kordon në formë trekëndshme me bazën e lartë, kurse maja e tij zbriste deri në 1/3 e mesme të regjionit sternokleidoastoide (foto 1). Limfonodula nuk preken, nuk kish shenja deficieti facial.

Në sialografi u konstatua amputim dhe vende-vende mungesë e dukteseve intraglandulare, gjë që interpretohet si një tumor i gjendrës **parotis** (fig. 2).

I sëmundi i nënshtrohet ndërhyrjes kirurgjikale. Preparimi i gjendrës parotide arterio-venoze, i veshtrësuar për shkak të hemorragjisë së madhe parotio-venoze, e cila pengonte zbulimin e trunqut të nervit facial dhe diseksionin e tij, për këtë arsye kalohet në ligaturën e **arteries carotis externa**. Pas zgjatjes së incizionit të lëkurës vihej në dukje kordoni i përshkruar në kqyrjen objektive, i cili pasi u preparua u konstatua se përfaqëonte venën jugulare të jashtme të bllokuar nga një masë hialine, që e mbyllte plotësisht lumenin e enës. U zbulua tufa neurovaskulare dhe u bë ligatura e **arteries carotis externa**; hemorragjia arteriale ndalohet menjëherë, por vazhdoi ajo venoze. Në këtë situatë, rrafja e nervit facial ishte e pamundur. Në vazhdim të ndërhyrjes kirurgjikale u vërejt se vena jugulare e përbashkët, e jasht-

me dhe e brendshme si dhe i tërë pleksusi venoz i llozhës parotide paraqiten si kordone mjaft të ntrashura (fig. 3); lumeni i të cilave oblietohet nga një masë homogjene me ngjyrë gri në rozë. Në tavolinën e operacionit, ky material interpretohet si tromb dhe dërgohet në Katedrën e Patologjisë së përgjithshme për ekzaminim histopatologjik. Pas ligaturave të shumta me qëllim hemostaze, gropa operatoro tamponohet, tamponi u nxuarr me kontraaperturë dhe u bë qepja adaptive e lëkurës.

Materiali u fiksua në formalinë saline 100% dhe, pasi u përpunua, u ngjyros me hematoksilinë-eosinë, trikrom verd, gomori dhe P.T.A. Në ekzaminimin mikroskopik u vu re se materiali përbëhej nga geliza me formë të zgjatur, që shkonin përkrahësisht si tufza peshqish (fig. 4) ose gërshetoheshin në formë lëmshejsh (fig. 5). Protoplazma e këtyre gelizave paraqitej me ezinofili të lehtë, ndërsa bërtanmat të dy anësitë i kishin të rrumbullakosur (fig. 5-6). Disa nga këto geliza kishin bërtana mjaft të mëdha hiperkrome dhe gjithashtu mitozat nuk mungonin (fig. 6). Në ngjyrimin trikrom-verd u vërejt strömë e pakët konjunktivale, në ngjyrimin Gomori binte në sy një rjetë retikulare e bollshme, ndërsa në ngjyrimin e P.T.A. u vërejtën miofibrile të pakta.

Në bazë të të dhënave të mësipërme u arrit në përfundimin se kishim të bënim me një rast leiomiomarkoma të venës jugulare.

## DISKUTIM

Leiomiomarkoma e vazave të gjakut janë tumore shumë të rrallë. Në një përmbledhje literature referohet se deri më 1975 ishin botuar gjithsej 68 raste leiomiomarkoma të vazave (2). Nga këto 68 raste, 33 i përkisnin lokalizimit të vena kava inferior, ndërsa 35 të tjerat kanë qënë leiomiomarkoma me lokalizim në venat e ndryshme. Po në këtë literaturë theksohet se janë botuar vetëm tre raste të leiomiomarkomës së venës jugulare. Në rastin e parë (3), tumori lokalizohej në venën jugulare të brendshme të djathtë tek një i sëmurë me moshë 58 vjeç; në rastin e dytë (3), tek një burrë 27 vjeç, tumori lokalizohej në venën jugulare të brendshme të djathtë dhe nuk i kishte dhënë metastaza. Në rastin e tretë, në një burrë me moshë 37 vjeç, tumori arrinte madhësinë rreth 3 cm. dhe kishte dhënë metastaza në mëlçi e në lëkurë. Që të tre raset i ishin nënshtuar mjekimit kirurgjikal.

Në numrin e përgjithshëm të leiomiomarkomave, leiomiomarkoma e venave ze një përgjindje fare të vogël. Në 125 raste leiomiomarkomash të indeve të buta vetëm tre raste ishin lokalizim në venat. Karakteristikë për këto tumore është rritja e tyre intraluminales (4).

Leiomiomarkoma e venave të mëdha është pesë herë më e shpeshtë se ajo në arterie. Moshë e shfaqjes së këtyre tumoreve lëviz nga 3 deri 76 vjeç (4), por ato gjenden kryesisht në moshat e vjetra.

Rasti ynë paraqet interes jo vetëm si një tumor shumë i rrallë me lokalizim në venën jugulare, po edhe në atë që tumori arrinte gjatësi disa cm. (pasi kapte vena jugulare të përleshkëta, të brendshme dhe të jashtme, dhe pleksus venoz të llozhës parotide) dhe nuk kish-

e dhënë metastaza. Edhe autorë të tjerë theksojnë se këto tumore rralë japin metastaza (1, 2).

Duke qenë se ky lloj tumori takohet shumë rralë në klinikë, kjo i bën pothuajse të pamundur vënien e diagnozës klinikut. Biopsia është ajo që vendos përfundimisht diagnozën.

Trajtimi më i mirë i leiomyosarkomave të venave të mëdha është leqja kirurgjikale jo vetëm për leiomyosarkomën primare, por edhe të rasteve të recidivave dhe të metastazave të vjetme (2).

U dorëzua në redaksi më 5.XII.1977

## BIBLIOGRAFIA

- ) **Boyd W.** : Muscle-tissue tumors. Textbook of Pathology. Philadelphia 1961, 243.
- ) **Jenstrom F. and Gaway A. R.** : Leiomyosarcoma of the long saphenous vein. Amer. J. of Clinical Pathology 1975, 1, 25.
- ) **Kevinian J. and Cento P. D.** : Leiomyosarcoma of large arteries and vein. Surgery 1973, 3, 390.
- ) **Shuman R.** : Leiomyosarcoma. Në librin e Anderson W. A. D. Pathology 1971, 577.

## Summary

### A LEIOMYOSARCOMA IN THE JUGULAR VEIN

A case is described of a leiomyosarcoma of the jugular vein in a 74 year old male patient. He was admitted to the ORL clinic for a tumoural mass located in the right parotid loge. The operation revealed that the common, external and internal jugular veins and the entire venous plexus of the parotid loge were blocked from inside by a homogeneous pinkish-grey mass which the histological examination identified as a leiomyosarcoma. The case is presented as a rarity since until 1975 the authors have observed only 6 cases of that tumour in blood vessels. The described case is particular in that it is considerably extended in contiguity without giving metastases.

## Résumé

### UN CAS DE LEIOMYOSARCOME DE LA VEINE JUGULAIRE

Les auteurs décrivent un cas de leiomyosarcome de la veine jugulaire chez un altdé âgé de 74 ans, hospitalisé à la clinique ORL pour une masse tumoralé caillé dans la loge droit parotidique. L'intervention a montré que les veines gularares, commune, externe et interne, ainsi que tout le plexus veineux de loge parotidique, étaient bloqués à l'intérieur par une masse homogène de loration rose grisâtre. L'examen histopathologique a relevé une Leiomyosar-me. Les auteurs mettent en relief la rareté de cette affection, eux-mêmes n'ayant levé, jusqu'en 1975, que cinq cas de cette tumeur des vaisseaux sanguins. Une tre particularité du cas décrit: malgré sa grande extension, cette tumeur s'est pas accompagnée de métastase.



Foto 1



Foto 2



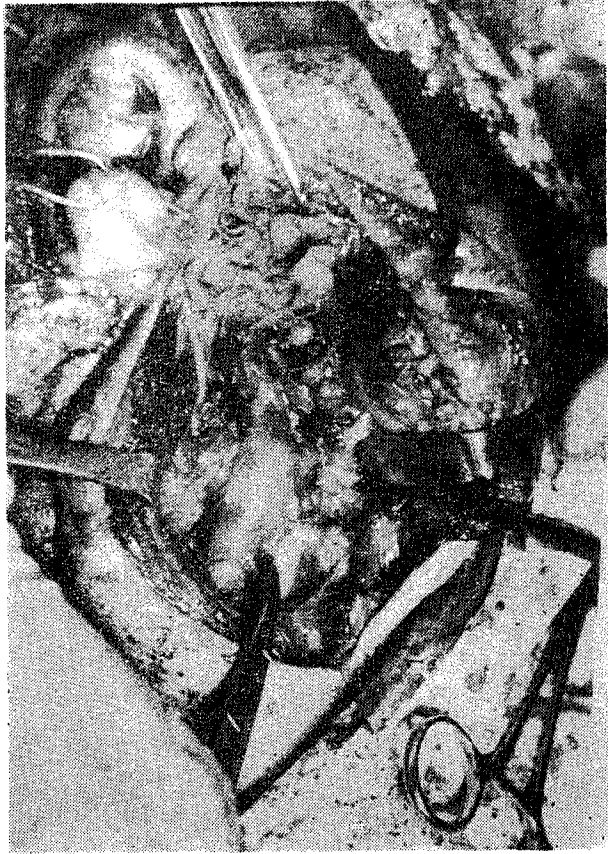


Foto 3



Foto 4

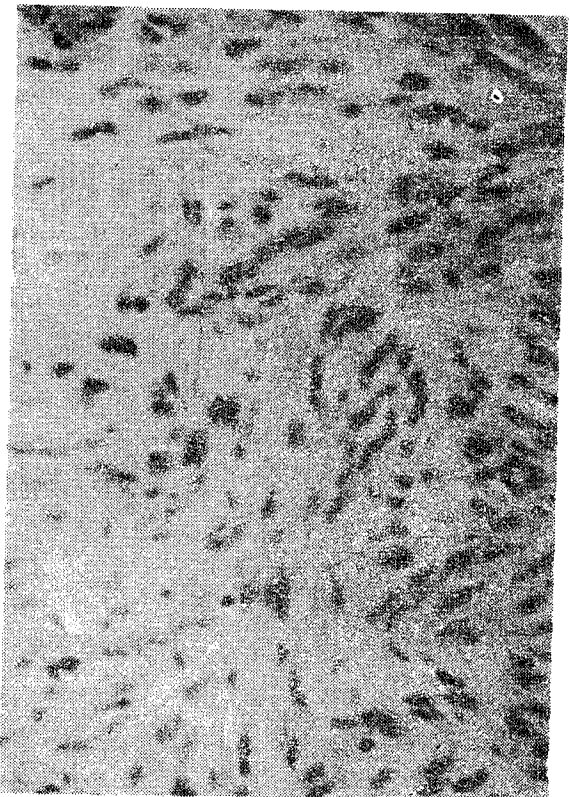


Foto 5



Foto 6

## TRE RASTE ILEUSI PAS LINDJES

IRFAN JASHARI — RAHIM GJIKÀ —

(Spitali i rrethit — Peshkopi)

Ileusi gjatë barrës dhe lehonisë paraqitet mjaft rrallë. Sipas literaturës, shpeshhtësia e ileusit gjatë shtatzanisë dhe lehonisë luhaket nga 0.035%–0.0014%<sup>(5, 6)</sup>. Në materialin tonë, ileusi gjatë lehonisë rezultoi 0.057%. Ileusi ndodh më shpesh në muajin e 4-5, kur mitra kalon përlvikun e vogël; në muajin 8-9, kur pjesa paraqitëse e fetusit fiksohet në pelvis dhe fill pas lindjes, si rrjedhim i zvogëlimit të mënjëherëshëm të mitrës.

Në materialin tonë gjatë 14 vjetëve (1962-1975) kemi pasur tre raste me ileus, në një kohë që në të gjithë rrethin kanë lindur gjithsej 52,861 gra, dmth me një shpeshësi prej rreth 0.0057%. Këto tre raste janë trajtuar në repartin e shërbimit obstetrik të Peshkopisë.

**Rasti i parë,** Xh. L., 32 vjeç, me shumë fëmijë, me kartelë klinike nr. 2104, shtrohet më 1.12.1962 me këto ankesa: prej dy ditësh ankohet për dhembje të forta në epigastrium, të vjella të shpeshta, mungesë jashtëqitjeje dhe eliminim gazrash. Tri orë para se të paraqitej në spital i kishin filluar dhembjet e lindjes dhe lindi një fëmijë të gjallë. Në anamnezë nuk referon të ketë kaluar ndonjë sëmundje të rëndësishme. Zakonet e para i kanë ardhur në moshën 14 vjeç, 28/5 ditë. Në gastin e paraqitjes në spital, e sëmura ishte në gjendje të rëndë, gjithë e thatë, pulsi i shpejtë 100 në minutë, RR 110/70 mmHg, barku i fryrë mbi nivel të krahavorit, meteorik dhe i dhembshëm gjatë prekjës. Gjatë ekzaminimit vaginal konstatohet: mitra e kontraktuar, gafa e saj e hapur me sekrecione të bollshme hemorragjike. Me diagnozën ileus mekanik iu krye menjëherë laparotomia, ku u konstatua përdredhje e mezentërit dhe gangrenë e zorrës së hollë në 1/3 e poshtme të saj. Të sëmurës iu bë rezektimi i pjesës së gangrenzuar të zorrës dhe anastomoza fund me anë me cekumin. Periudha pasoperatorore kaloi 4-5 ditë me temperaturë të lartë. E sëmura doi nga spitali e shëruar më datë 29.12.1962.

**Rasti i dytë,** K. C., 32 vjeç, me shumë fëmijë, me kartelë klinike nr. 1280, u shtua më 14.12.1973, me dhembje të forta në epigastrium, të vjella, mungesë jashtëqitjeje dhe eliminim gazrash. Para 24 orëve kishte lindur në shtëpi një fëmijë të gjallë me asistencë mjekësore. Në anamnezë nuk referon të ketë kaluar ndonjë sëmundje me rën-

dësi, veg një laparotomie për barrë jashtë mitre para një viti. Në kohën e paraqitjes, e sëmurja ishte në gjendje të rëndë, e intoksikuar, pulsi i dobët e i shpejtë 100 në minut, RR 110/70 mmHg, barku i fryrë mbi nivel të krahavorit, me fenomene të suksionit intestinal e praninë e likuidit të lirë. Analizat: leukocite 9000, HB 77<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, sedimenti 20 mm/orë; Formula leukocitare: neutrofile 69<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, eozinofile 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, bazofile 0<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, limfocite 28<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, monocite 0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe shkopiinj 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; në urinë albuminë gjurmë. Të sëmurës iu krye menjëherë laparotomia, ku u konstatua gangrenë e ileum terminale, duke iu bërë rezekimi i pjesës së gangrenuar të zorrës së hollë dhe anastomoze e saj fund me fund. Më 26.12.1973 e sëmurja doli nga spitali në gjendje të mirë.

**Rasti i tretë,** R. M., 28 vjeç, sekundiipare, me kartelë klinike rr. 3480. Më 30 VIII.1975 lindi një fëmijë me peshë 2950 gram. Më I. VIII.1975 i filluan dhembje të forta barku, të pëshfjellë dhe mungesë jashtëqitjeje për 24 orë rjesht. Barku i fryrë dhe mjaft i dhembshëm, zëmra e mushkëritë pa patologji, mitra e kontraktuar, gafa e saj e hapur dhe kish pak sekrecione hemorragjike prej saj, temperatura 37.5 grade, pulsi i shpejtë, RR 107/77 mmHg. Analizat: azotemi 0.75 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, albumina në urinë 0.16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, ruuaza të kuqe në urinë 40-50 për fushë, leukocite 3600, HB 92<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, sedimenti 40 mm/orë. Me diagnozën ileus mekanik iu krye laparotomia, ku u konstatua përdredhje e gangrenë e zorrës së hollë. Të sëmurës iu bë rezekimi i zorrës së gangrenuar dhe ileotransversosanastomoza fund me anë. Për disa ditë, periudha pasoperatore kaloi me temperaturë subfebrile. Më 1.9.1975 doli nga spitali në gjendje të mirë.

## DISKUTIM

Gjatë shtatzënisë lidhur me ilusest, rrehanat favorizuese, nga njëra anë, janë ndryshimet statike dhe, nga ana tjetër, ato dinamike (2). Rasti ynë i parë duket se ka filluar gysh gjatë shtatzënisë dhe ka përkuar që të zhvillohet edhe lindja në të njëjtën kohë. Rasti i dytë dhe i tretë kanë ndodhur në periudhën e herëshme të lehonisë. Si shkak i iluseve në këtë periudhë është mitra e vendosur në re-troveriofleksio (1). Në këto raste keshillohet të bëhet ekzaminimi vaginal.

Terapia e iluseve është kirurgjikale. Prognozja bëhet më e keqe sa më vonë të operohet e sëmurja. Sipas të dhënave të literaturës që kemi mundur të konsultojmë, me gjithë sukseset e arritura në kirurgji, përcëri vdekshmëria qëndron e lartë si në nënat ashtu dhe në fëmijët. Për nënat ajo luhetet nga 22-60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe për fëmijët nga 32-75<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (7, cituar dhe nga 3, 4).

Në materialin tonë, nga ilusest gjatë lehonisë vdekje nuk kemi pasur.

Në mbyllje shënojmë se në repartin e shërbimit obstetrik të Peshkopisë gjatë periudhës 14 vjeçare (1962-1975) janë trajtuar tre raste të ilusesh gjatë lehonisë me një shpeshësi 0.0057<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, që u operuan me sukses.

Dorëzuar në Redaksi më 20 nëntor 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Felix V., Mikulicz — Radecki : Geburtshilfe in Praxis und Klinik. Leipzig 1966.
- 2) Gliozheni K. : Teksti i obstetrikës. Tiranë 1973, 345.
- 3) Kark A. : In Medical, Surgical and Gynecologic Complications in Pregnancy. Baltimore 1965, 238.
- 4) Frieberg V. e bp. : Gynäkologie und Geburtshilfe. Stuttgart 1967, 445.
- 5) Kyanok H. und Gulzov M. : Erkrankungen während der Schwangerschaft, VEB, Leipzig 1966, 435.
- 6) Spallek H. : Ileus im Wochenbett und bei Schwangerschaft, Zentralblatt für Gynäkologie 1971, 93, 157.
- 7) Uebermuth H. : Abdominalchirurgie, in der Schwangerschaft in: Schwalm H. und G. Doderlein, Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Bd. 2, München — Berlin 1964.

## Summary

## THREE CASES OF ILEUS AFTER CHILDBIRTH

Three cases of ileus after childbirth have been recorded during the period 1962-1975 at the hospital of the Peshkopia district.

The paper discusses the causes that led to that pathologic complication and the surgical treatment received by the patients. The operation was successful in all three cases.

## Résumé

## TROIS CAS D'ILEUS POST-NATAL

Trois cas d'ileus post-natal ont été observés, pendant la période 1962-1975, à l'hôpital du district de Peshkopia.

Les auteurs de cet article examinent les causes qui ont provoqué cette complication pathologique et la méthode chirurgicale employée comme traitement. L'intervention chirurgicale a été réalisée avec succès dans les trois cas.

## NJË RAST ME OSTEOKONDROMATOZE POLIARTIKULARE

— KOÇO PORO —

(Klinika e II e sëmundjeve të brendshme)

Osteokondromatoza artikulare (OKA) apo metaplazia osteokondroide është një sëmundje përkrasësisht e rrallë. Kjo cilësohet nga prania e masave të indit kërcor dhe kockor në hapësirën artikulare apo në burset sinoviale (4).

Etiologjia dhe patogjeneza e OKA janë të panjohura. Është dyshuar faktori traumatik, infeksioni. Është menduar se mbeturina qelizash embrionale në cipën sinoviale aktivizohen nga shkaqe të ndryshme dhe prodhojnë ind kërcor dhe kockor. Sot besohet më tepër teoria metaplazike, ku qelizat e shtresës mezoteliale të cipës sinoviale, të ngacmuara nga faktorë të ndryshëm, prodhojnë ind kërcor dhe kockor (1, 3).

Në ekzaminimin makroskopik dhe mikroskopik të artikulacionit të prekur nga OKA në brendi të cipës sinoviale vërejmë trupëza të formuara nga kërci, apo nga indi kërcor dhe kockor. Këto trupëza zakonisht shkeputen nga cipa sinoviale. Si rregull ata janë të shumtë në numër, disa herë me qindra, me volum të ndryshëm, në formë vezake, poliedrike apo sinusale të shumta në madhësinë nga ajo e një thierze ose lajthie deri tek madhësia e një mandarine. Me kalimin e kohës, këto trupëza përshtohen nga ind lidhor dhe vaskular pastaj kalcifikohen plotësisht apo pjesërisht.

Kur trupëzat shkeputen nga cipa sinoviale, ato e marrin ushqimin nga lëngu sinovial. Në njëft raste, kërci artikular paraget dëmtime artrozike, që u detyrohen mikrotraumave të vazhdueshme, të shkaktuara nga trupëzat në brendi të kyçit.

Osteokondromatoza artikulare përqëndrohet më shpesh në një kyç, sidomos në gjurin pastaj talokruralin, bërryla apo koksofemoralin dhe, më rrallë, prek kyçet e tjera. Rastet me OKA, që prekin pothuaj gjithë kyçet janë tepër të rrallë; një rast të tillë po përshtuajmë më poshtë:

E sëmura Z. N., 34 vjeç, shtruar në shërbimin tonë më datë 13.IV.1977 me diagnozën artrit reumatoid. Në hyrje e sëmura ankonte për dhembje të kyçeve talokrurale, të gjunjëve, të duarve. të bërrylave dhe mezit. Sëmundja i kish filluar 6 vjet më parë me enjtje të kyçeve talokrurale, dhembjen dhe ndonjëherë bllokim të ecjes. Më vonë po këto shenja u shfaqën dalëngadalë dhe në kyçet e grushtit, gishtave, bërrylave, gjunjëve etj.

Në ekzaminimin objektiv, gishtat e duarve, sidomos ndërfalangjalet proksimale të të dy duarve ishin më të fryra në anët e tyre në formë nyjash të painfiltruara dhe nuk ishin fuziforme apo në formë boshçi (fig. 1).

Kur në këto kyge ushtrohej shtypje, e sëmura kishte dhembje të lehtë. Lëvizjet e gjithë kygeve të dorës ishin të rregullta.

Kyget e bërrylave paraqiteshin pak të deformuar dhe të padhembshëm në prekje me lëvizjet e rrafitura përveç ekstensionit maksimal, që ishte i kufizuar.

Për rreth kygeve talokrurale, nga ana e jashtme dhe mediane vëreheshin disa nyja në madhësinë e një veze pule, që ntrashnin dhe deformonin pamjen e këmbës në këtë pjesë (fig. 2). Këto nyja të mëdha, tepër të forta, në prekje të palëvizshme, jepnin përshlypien sikur ishin të ngjitura me kockën artikulare të tibias dhe fibulës. Lëkura për rreth këtij kygi ishte krejtësisht normale. Lëvizjet e artikulacionit talokrural ishin pak të kufizuara dhe pak të dhembshme. Të dy gjunjët ishin afërsisht normale, me një trashje të pakët të kontureve të kockave. Në palpimin e artikulacionit vërehej një trashje e cipës sinoviale dhe gjatë lëvizjes së gjurit ndjeheshin krepitacione të trasha, që i detyroheshin fërkimit të trupëzave me njëri tjetrin. E sëmura ankohej për bllokim të herëpëherëshëm të gjurit të djathtë; fleksioni dhe ekstensioni kryheshin afer kufijve maksimalë dhe disa herë dëgjohehin kërcitje të forta. Kyget koksofemorale dhe skapulo-humorale ruanin të gjitha lëvizjet, por shkaktinin dhembje.

Në ekzaminimin objektiv të aparatëve të tjerë nuk u vu re ndonjë gjendje patologjike. Në fytyrë, lëkura dukej e ndrrishme, e holluar, e tërhequr me një sheshim të rrudhave normale, që të bënte të mendonje për skleroderminë, por elementet e tjerë të kësaj sëmundjeje mungonin.

Gjatë qëndrimit në spital, e sëmura ka gënë afëbrile me orëks dhe peshë normale, nuk pati ndonjë ngacnim inflamator të kygeve, siç ka ndodhur kur është shtruar herët e tjera. E sëmura është punëtoare, pastruese dhe, përveç fazave kur sëmundja acarohet, vazhdon punën normalisht, pasi ka vetëm shqetësime të durueshme, të cilat i zhduken dalëngadalë.

Në kontrolllet paraklinike gjetëm: në gjakun periferik, rruzatat e kuqe, hemoglobina, leukogrami ishin normale. Shpejtësia e sedimentit të eritrociteve 22 mm në një orë. Elektroforëza e sedimentit gjëni, glukko-muko-proteinat, Waaler-Rose, Latex, provat e labilitetit koloidal, transaminazat S G O T, S G P T, aldolaza, L D H, kreatinemia, kreatinuria e 24 orëve, lipidogrami të gjitha ishin në kufijtë e normës. Radioskopia e mushkërive, të zemrës, E K G ishin normale.

**Diskutim.** — Në osteokondromatozën artikulare, shenja kryesore që tërheq vëmendjen e të sëmurit është dhembja. Kjo shfaqet me mënyra shkallëzore, është e durueshme dhe theksohet gjatë lëvizjeve apo sforcimeve të artikulacioneve. Si shenjë tjetër e kësaj sëmundjeje është bllokimi i kygit gjatë ecjes, që mbetet në një pozicion të caktuar për një farë kohe. Bllokimi i kygit është më i shpeshtë kur sëmundja është e përgjendruar në gjunjët, të cilët mbajnë peshë

të rëndë dhe kanë lëvizshmëri të theksuar. Në këto raste shenjat klinike janë më tepër të karakterit mekanik. Në artikulacionet talokrrurale, bilokimi është i rrallë, pasi lëvizjet e këtiç kyçj janë të pakta. Kështu ndodh dhe në artikulacionet e tjera, që nuk bëjnë lëvizje dhe nuk lejojnë një lëshim të ligamenteve.

E sëmura janë paraqite vetëm bllokim të gjurit të djathtë, megjithqë sëmundja ishte e përhapur në shumë kyçe, por në talokrruralet trupëzat ishin në përmasa të mëdha dhe, siç e përmëndëm më sipër, ky artikulacion ka pak lëvizje. Kur hapësira artikulare është e lirë dhe trupëzat nuk vendosen në një pozicion që të pengojë funksionin e kyçit nuk shkaktohet bllokim.

Herëpashere sëmundja përshkohet nga procese inflamatore më shpesh të llojit subakut, me infiltrim të indeve për rreth dhe me pak nxehtësi lokale. Të tilla acarime inflamatore bënte edhe e sëmura jonë. Megjënëse sëmundja kishte karakter simetrik për më tepër ishin dëmtuar dhe artikulacionet ndërfalangjane proksimale njëllorj në të dy duart, sëmundja u ngatërrua me artritin reumatoid.

Për venien e diagnozës së OKA është i domosdoshëm ekzaminimi radiologjik i artikulacioneve. Në brendi të artikulacionit, apo për rreth tij, vërejmë disa hije të rrumbullakta apo vezake me intensitet dhe madhësi të ndryshme, të vendosura njëra mbi tjetrën. Trupëzat osteokartilagjinoze bëhen më të garta kur janë për rreth artikulacionit, kështu që nuk ngatërrohen me hijet që jep vetë kocka e artikulacionit. Në format e vjetra, përvæg trupëzave kartilagjinoze, vërejmë edhe dëmtime të tipit artrozik si ngushtim të hapësirës artikulare apo osteofite (2).

Tek e sëmura jonë, radiografite e kyqeve talokrrurale kishin pamjen e një strukture anargjike megjënëse trupëzat osteokartilagjinoze ishin të mëdha dhe hijet e tyre superpozoheshin me ato të vetë kyqeve (fig. 3).

Në radiografite e gjunjëve (fig. 4) dhe bërrylave (fig. 5), në pozicion anësor, trupëzat bëhen më të garta megjithëse janë në madhësi të ndryshme, por bien jashtë hijeve të kockave të kyqeve.

Ecuria e OKA është e ngadalhtë, me acarime inflamatore të herëpashërëshme. Pas shumë vjetësh mund të shfaqen dëmtime të tipit artrozik, ndërsa kondromet, pas një kohe nuk shtohen më.

Në përgjithësi, në OKA funksioni i kyqeve është i kufizuar, sidomos kur preket gjuri dhe koksofemorali.

Sëmundja nuk shogërohet me shenja të përgjithshme si temperaturë, lodhje, rënie në peshë etj. Shenjat biologjike si eritrosedimenti, fibrinogjeni, glukonukoproteina etj. janë në kufijt e normës dhe mund të rriten pak kur sëmundja shogërohet me reaksion inflamator.

Diagnoza diferenciale bëhet me artritet inflamatore dhe kur sëmundja ka karakter simetrik, siç ishte tek e sëmura jonë, mund të ngatërrohet me artritin reumatoid.

Mjekimi simptomatik i OKA bëhet me antiinflamatorë jo steroidie si indometacinë, butazolidinë dhe kortizonikë ndëartikularë. Mjekimi i plotë është gjithnjë kirurgjikal dhe ka për qëllim jo vetëm të heqë trupëzat e lira osteokartilagjinoze nga hapësira artikulare, por edhe heqjen e membranës sinoviale (sinovektomi) për të parandaluar rripodhimin e trupëzave të reja, pra për të parandaluar recidivën.



Në kryet që mbajné peshë, si gjunjët, koksofemurajet, ndërhyrja kirurgjikale duhet bërë sa më parë për të mënjannar shqetësimet e të sëmurit dhe sidomos dëmtimet artrozike. që, sig e përmëndëm, shpejt ose vonë, shfaqen në këtë sëmundje. Në kryet që nuk mbajné peshë, sig janë duart, në qoftë se nuk ka bllokim, mund të vazhdojmë mjekimin konservativ me antiinflamatorë.

Dorëzuar në Redaksi më 20 dhjetor 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Ehlforsal** : Synovial chondrometaplasia. Arth. and rhum. 1976, Vol. 19. 6. (Supplement).
- 2) **Greenfield G.** : Radiology on bone diseases, edit. 1975.
- 3) **Hollander and Mc Carly** : Arthritis and allied condition. 1972.
- 4) **Hoboechi D. e coll.** : Trattato di reumatologia. Edizione Minerva medica 1971.
- 5) **Weiss C.** : Synovial chondromatosis and instability of the proximal tibiio-fibular joint. Clin. Orthop. 1973.

## Summary

### A CASE OF POLYARTICULAR OSTEOCHONDROMATOSIS

A case is described of general osteochondromatosis of the joints, symmetric in the talo-crural, knee, elbow and hand joints, with pains in the coxo-femoral and shoulder joints, in which the chondromas were not calcified and were not visible on X-ray examination.

The patient, 53 years of age, has been treated for some time for rheumatoid arthritis.

The inspection of the face shows a particular brilliance of the skin with obliteration of the natryal lines.

The anti-inflammatory treatment, with the exclusion of steroids, brought an improvement of the condition, particularly of the deformation of the lower limbs with satisfactory recovery of their functions.

## Résumé

### UN CAS D'OSTEOCHONDROMATOSE POLYARTICULAIRE

L'auteur de cet article décrit un cas d'ostéochondromatose généralisé, se caractérisant par apparition symétrique dans les articulations talo-crurales, dans celles des genoux, des coudés et des mains et accompagné de douleurs dans les articulations des épaules coxo-fémorales où les chondromes, n'étant pas calcifiés, n'ont pu être relevés à l'examen radiologique. La malade, âgée de 52 ans, a été traitée pendant un certain temps pour une arthrite rhéumatismale. L'examen du visage révélait un éclat particulier de la peau accompagné de l'effacement des rides naturelles.

Le traitement anti-inflammatoire, stéroïdes exclus, l'état de la malade s'est amélioré et en particulier la déformation de ses membres inférieurs, qui ont relativement recouvré leurs fonctions.

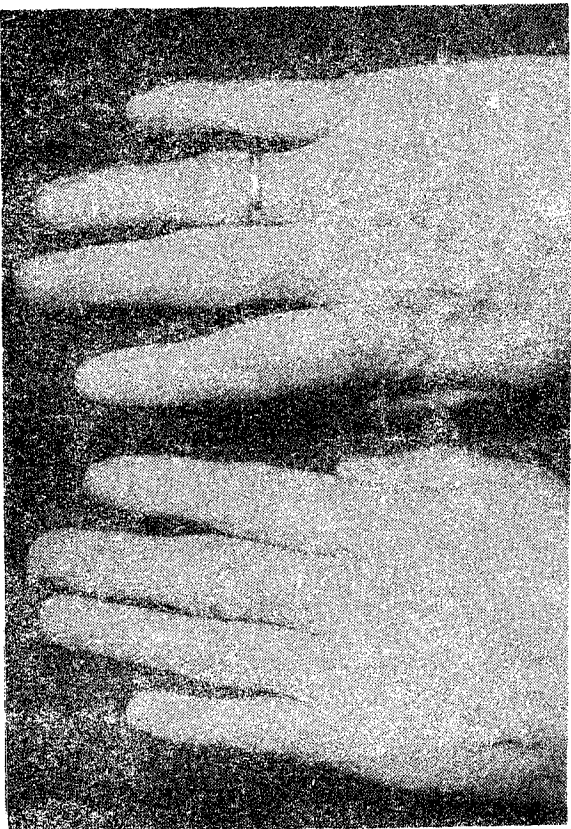


Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4

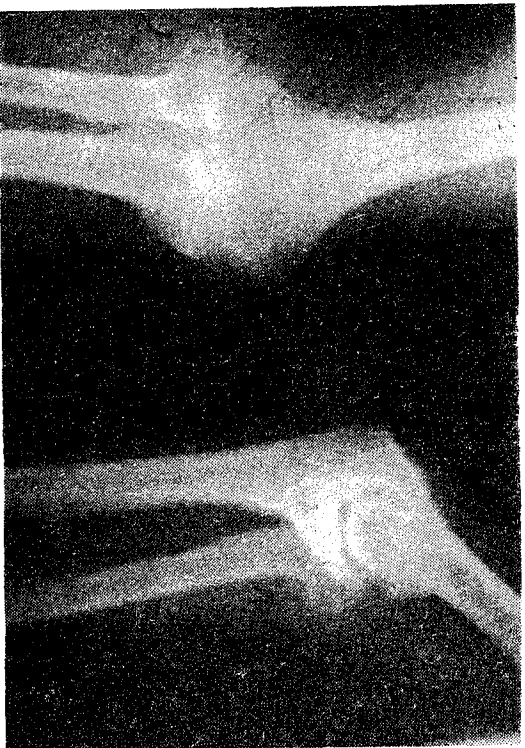


Foto 5

## NJË RAST ME SINDROMËN BEHÇET

— SULEJMAN ZHUGLI —

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

Para vitit 1937, autorë të ndryshëm kanë përshkruar shenja të veganta okulare të kësaj sindrome, të njohura me emra si Iridocyclitis Recidivans, Hypopion Recidivans, Iridocyclitis septica apo Ophthalmia lenta. Pas vitit 1937, dermatologu Behçet vertetoi se këto shenja janë pjesë të një sëmundje të përgjithshme. Uveiti me hipopion të përseganet gjentëtare janë tri shenjat kryesore, megjithëqë preken edhe sistemi i vazave të gjakut, sistemi nervor (5), në formë meningjitesh dhe encefalitesh, sistemi artkular, lëkura etj. Kjo është arsyeja që sot kjo sindromë njihet me emrin «sëmundja Behçet».

Kjo sëmundje takohet më shumë në meshkujt, zakonisht në moshën 20-30 vjeç. Autorë të ndryshëm kanë përshkruar raste tipike në moshën 4 muaj dhe mbi 50 vjeç (cituat nga 3). Sëmundja ka karakter kronik që zgjat me vite, me përhirësime dhe keqësime të herëpërhershme. Simptomat mund të shfaqen të gjitha në një kohë, por zakonisht lezionet në mukozën e gojës dhe të organeve gjentëtare parrrijnë ato të syve.

Sëmundja fillon me prekjen e një apo dy syve. Ajo mund të fillojë me një irit të lehtë, por në shumicën e rasteve shfaqet një uveit i përparshëm me hipopion. Shumë autorë kanë vënë re se vuan i gjithë shtrati uveal dhe, në shumicën e rasteve, sëmundja fillon në segmentin e pasëm, në retinë apo në nervin optik. Janë venë re edhe edema të regionit makular, periflebite, periarterite, disa herë tromboza të vazave, hemorragji të mëdha në retinë dhe në korpusin vitroz, që pararrijnë hipopionin (2, 3). Në rastet kur sëmundja zbulohet me vonesë, fundi i syrit pöthnuajse nuk duket nga reaksioni i madh inflamator në segmentin e përparshëm të syrit. Gjatë disa muajve uveiti përseritet shpesh, madje çdo javë, duke kapur pjesë të ndryshme të uveas, duke shakattuar dëme të rënda, që mund të çojnë në **phthisis bulbi**.

Ulqeracionet ophthose të gojës më shpesh shfaqen në mukozën e buzëve dhe të faqeve, por janë venë re edhe në gjuhë, në palatum, madje edhe në ezofag.

Ndryshimet gjentëtare zakonisht shfaqen në lëkurën e skrotumit dhe në vagjn. Në fillim mbizotërojnë elemente papuloze, që më vonë

kthehen në vezikula, pas çarjes të seclave, formohen ulçera mjaft të thella.

Shpeshherë në lëkurë zbulohen elemente papuloze, pustula, erithe-ma nodose, forunkula, impetigo, piodermi etj. Artikulacionet shpesh fryhen, janë të dhembshme gjatë lëvizjes, pak të skuqura. Më shpesh hapen artikulacionet e anësive të poshtme.

## R A S T I Y N Ë

I sëmundi V. Sh, vjeç 25. U shtirua në klinikë më 23.X.1976 me diagnozën uveitis. Ankohej për ulje të pamjes në të dy sytë, më shumë në të majtën. Referon se sëmundja i ka filluar para 40 ditësh, në fillim ka vënë re skuqje me dhembje të lehta dhe ulje të të pamit në syrin e majtë. Pas 7 ditësh, po me këto shenja, sëmundja shtiget dhe në syrin tjetër. Gjatë kësaj kohe vizitohet disa herë në poliklinikë dhe mjekohet ambulatorisht, por pa rezultat, prandaj shtrohet në spital. Nuk ka vojtur nga asnjë sëmundje, të gjithë pjesëtarët e familjes janë të shëndoshtë.

Në ekzaminimin e parë konstatohen: **Ou. Rima oculi** e hapur, konjuktivat të injektuara me mbizotërim të injeksionit ciliar. Kornea transparente, në endotel duken mjaft precipitate të vogla gri në kafe më shumë në O.S. Oda e përparshme me thellësi normale, Tynndal pozitiv i lehtë. Irsi me konfiguracion të rrajtur, pupila në midriazë pas atropinës. Në prekje, syri i padhembshëm. Në kapsulën e përparshme të irist vihen re depozitime pigmenti në formë pluhuri. Kristalimi transparent, kurse në **corpus vitreum** duken turbullime të holla, që pengojnë shikimin e pastër të fundusit. Papila e nervit optik duket me konture të garta ngjyrë rozë. Në O.D. vihet re ulje e refleksit faveolar, kurse pjesët e tij të fundusit paraqiten normale. Në O. S. vihet re një vater aksudative me ngjyrë të bardhë në gri në anën inferotemporale të papllës dhe zhduqje e refleksit faveolar. Në hyrje mprehtësia e të pamit ishte në O.D. 7/10 dhe në O.S. 1/10.

Mjekimi i fillohet me antibiotikë me doza të mëdha. Deltakorten 30 mg në ditë me vitamina C, atropin dhe pomad hidrokortizon lokalisht. Pas 10 ditësh gjendja përmirësohet, vatra aksudative në O.S. u absorbua plotësisht, por ndërkaq u shtaq një vater tjetër eksudati në syrin e djathtë me diametër rreth 1/6 e diametrit pupiljar me hemorragji sipër dhe rreth saj. Pas pak ditësh shuhet edhe kjo vater dhe i sëmundi del nga spitali në gjendje të shëruar me pamje OU = 10/10. Një ditë pas daljes, i sëmundi konstaton turbullim të të pamit në syrin e djathtë, për të cilën shtrohet përsëri në spital, ku vihen re turbullime të holla në korpusin vitros të syrit të djathtë, të cilët reduktonin mprehtësinë e pamjes në 7/10. Syri i majtë normal, pamje 10/10. Në këtë kohë i sëmundi ankohet për dhembje në organet gjernitale. Për këtë vizitohet tek mjeku dermatolog. Ky shënon «Ulçeracion në propucium me nekrozë në qendër të tij. Pas 3 ditësh, në retinën e O.D. vihen re 3-4 vatra të bardha si copë pambuku me formë e madhësi të ndryshme si dhe shumë hemorragji të shpërndara. Kjo gjendje përmirësohet pas 6 ditësh dhe i sëmundi arrin pamjen

10/10. Në rikontrollin e bërë tek mjeku dermatolog konstatohet një dermatit ulçerativ në lëkurën e skrotumit. Pas dy javësh, megjithëqë trajtohet me antibiotikë dhe kortizonikë me doza të mëdha, i sëmuri kish temperaturë 38° C, të shoqëruar me dhembje shumë të forta në organet gjentiale dhe në artikulacione. Mjekët specialistë konstatojnë **orchit acut** në anën e majtë, kurse artikulacionet paraqiten të ajtura, në prekje dhe në lëvizje të dhembshme, në lëkurë dallohen elemente eritematoze. Për këtë të sëmurit i shtohen doza e kortizonit. Në këtë kohë simptomat okulare rëndohen shumë. Në oftalmoskop, në të dy sytë vihen re vatra eksudative dhe hemorragjike, të shpërndara në polin e pasëm, të shoqëruar me zgjerim të theksuar të venave dhe me turbullim të korpusit vitroz. Mprehtësia e pamjes reduktohet në O.D. 2/10 dhe në O.S. 4/10. Ndërkohë dhembjet në organet gjentiale persistojnë, ndërsa fenomenet artikulare qetësohen. Gradualisht gjendja e syve përmirësohet përsëri, vatrat dhe një pjesë sëri në O.D. 7/10 dhe në O.S. 8/10. Pas 10 ditësh, gjendja rëndohet përsëri, në organet gjentiale vihet re dhe epititumit bilateral, kurse në skrotumin e majtë konstatohet një masë më e madhe se një vezë që llumbi me një zonë hiperemike rreth saj. Në mukozën e buzëve dhe të faqeve konstatohen 4-5 vatra si vezikula me ngjyrë të verdhë të rrethuar me një shirit hiperemik dhe në qendër të ulçeruara. I sëmuri ankohej për dhembje të forta në syrin e djathtë. Në ekzaminim e këtij syri konstatohet: injektimi cilhar mjaft i shprehur. Në endotel mjaft precipitate të freskëta. Lëngu i odës shumë i turbullt, në 1/3 e poshtime të saj, vihet re eksudat i dendur në formë reje. Pupila në midriozë të mesme. Në kapsulën e përparshme të krista-rlint dallohet një membranë eksudative e freskët, kurse spaçiumi retrolental dukej i mbusur me eksudat. Korpusi vitroz mjaft i turbullt. Refleksi nga fundusi vintë, por detalet dukeshin me shumë vësh-tirësi. Mprehtësia e pamjes ulet në 1/10. Syri i majtë qëndron i qetë. Kështu gjendja e të sëmurit vazhdon edhe për një muaj me ke-qësime dhe përmirësime të lezoneve gjentiale, të gojës, të artikula-cioneve, të lëkurës dhe sidomos të syve. Mprehtësia e të pamit pakëso-het në O. D. deri në 0.01, kurse në O. S. ngelet pothuaj në normë.

Në ekzaminimet laboratorike u konstatuan këto ndryshime:

Gjaku komplet: Eritrocidet 4.620.000, leukocidet 10.100, sedimenti 44, segmente 61, aozinofile negativ, shkopi 17, limfocite 13, monocite 9. Në analizat e përsëritura janë marrë të njëjtat rezultate, vetëm sedimenti ka ndryshuar nga 37 në 20 dhe 12 mm/orë. Deviacioni i formulës nga e majta ka persistuar vazhdimisht. Mukoproteinat kanë ndryshuar 117, 111 dhe 155 mg<sup>0</sup>/0, glukoproteinat 27,33 dhe 22 njësi. Acidi sialik 26, 24, 36 njësi. Analizat e tjera si fibrinogjeni, transami-nazat, kolesterolinemia, fosfolipidet, trigliceridet, lipidemia, testet e la-bilitetit koloidal kanë qënë brenda kufijve të normës. Mantoux, Wasser-man dhe Waaler Rose kanë qënë negativë. Pas afro 5 muaj qëndrimi në spital, i sëmuri del duke marrë mjekim ambulator me kortizonikë dhe antibiotikë. Një muaj pas daljes, i sëmuri paraqitet përsëri në vizitë, pasi ka vënë re ulje të menjëhershme dhe të theksuar të të pamit në syrin e majtë. Gjatë ekzaminimit nuk zbulohet asnjë shenjë patologjike në segmentin e përparshëm dhe të mesëm të syrit. Fundusi

duket qartë. Papila e nervit duket me konture krejt të veshura m ngjyrë të kuqe të gelur, me vatra hemorragjike pranë saj dhe në dis tancë me edemë rreth saj dhe në regionin makular. Venat paraqitei shumë të zgjeruara dhe me edemë rreth tyre. Mprehtësia e të pa mit 0.08. I sëmunduri nuk pranoi të shtrohet në spital dhe merr mjekir ambulator.

Me veshitërsitë që paraqiste, diagnoza e sëmundjes u përcaktu pas shumë observimesh, pasi më parë nuk ishte takuar ndonjë ras tjetër në klinikë. Nga ana tjetër, simptomat bazë nuk u shfaqën t gjitha në një kohë. Megjithëse mendimi për këtë sindromë u shfa në kohën e manifestimeve në organet gjentiale, ai u vërtetua plotë sisht me shfaqjen e eksudatit të ngjeshur në odën e përparme.

Duke e krahasuar këtë rast me ato të përshkruara nga autorë t tjerë, rasti ynë ka këto vegori:

- 1) Manifestimet e para janë vënë re në organin e të pamit.
- 2) Ndryshimet patologjike në retinë, në nervin optik dhe në va zot janë vëzhguar për një kohë të gjatë, pasi turbullimet e ngjeshur në segmentin e përparshëm janë shfaqur me vonesë.
- 3) Orkitet dhe epididimitet janë përshkruar vetëm nga 3 autor. më 1960, më 1961 dhe më 1964 (citar nga 3).

Për etiologjinë e sëmundjes ka mjaft teori. Disa e konsiderojnë s sëmundje autoimune, disa të tjerë si sëmundje të kolagjenit. Teori virusale duket se është më e pranueshme, sepse disa autorë më 1964 1967 dhe 1968 kanë izoluar një lloj virusi në këta të sëmurë. Po shumë autorë të tjerë kanë dështuar në përpjekjet e tyre për të vër tehtar të njëjtën gjë (citar nga 4, 6). Mjekimi bazë, sot për sot, është ai me antibiotikë dhe kortizonikë në doza të mëdha dhe për një kohë të gjatë, të cilët parandalojnë recidivat e shpeshta. Me përho rimin e klorambucilit janë publikuar rezultate të mira (1), por me gjithatë, prognoza për pamjen ngelet e rëndë.

Dorëzuar në redaksi më 15.VII. 1977

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Abdulla J. J.** : Long-lasting remission of Behçet's. Disease after chlorambuci therapy. Brit. Ion. ophth 1973, 57, 706.
- 2) **Aggerwall I. L.** : Behçet's disease with recurrent facial paralysis. Brit. Ion. ophthe. 1973, 57, 766.
- 3) **Elder D.** : System of ophthalmology 1966, vol. 358, 371.
- 4) **Mortada A.** : Virus aetiology of Behçet's disease. Brit. Ion. ophth. 1964, 48, 50
- 5) **Preza B., Baboçi H., Lleshi I. e bp.** : Punime psiconeurologjike. Tiranë 1966, 66.

**Summary****A CASE OF THE BEHCHE'T SYNDROME**

A case of the Behçet syndrome is presented in a 25 year old patient. Apart from uveitis with hypopyon, aphthous stomatitis and genital ulcerations, pathologic changes are persistent in the retina, the blood vessels of the retina and in the optic nerve.

The patient presents also an orchio-epididimitis, which is considered a rare finding.

**Résumé****UN CAS DE SYNDROME DE BEHCHE'T**

L'auteur décrit le syndrome de Behçet chez un jeune homme âgé de 25 ans. En plus de l'uvéïte à hypopyon, l'aphtous stomatitis et des ulcérations génitales, il a relevé des modifications pathologiques persistantes dans la rétine, les vaisseaux sanguins de la rétine et dans le nerf optique.

Le patient souffrait aussi d'une orchio-épididimitis, affection très rare.



## NËJE RAST ME REKTOKOLIT HEMORRAGJIK PARAZITAR

ELMAS ELLTARI — VIOLETA MOSKO — KUJTIM LLALLA —

(Klinika e Spitalit nr. 4 — Tiranë)

Sot rektokolitet hemorragjike janë sëmundje të zakonshme të mjekësisë praktike. Në dhjetëvjeçarët e fundit, rektokolitet hemorragjike po studjohen në mënyrë të gihanshme. Rektokoliti ka origjinë të shumëllojshme dhe, si pasojë, është veshirë të njëhet shkaku, prandaj dhe mjekimi i tij është i veshirë dhe i gjatë.

Kohët e fundit ka botime që tërheqin vëmendjen se si shkak i rektokolitit hemorragjik mund të shërbejnë parazitozat (1, 2, 3, 4). Helmintet e zorrës, vezët e tyre dhe larvat, produktet metabolike mund të sensibilizojnë organizmin e të sëmurit dhe, në të ardhmen, të ndihmojnë inflamacionin alergjik të mukozës së zorrës. Helmintet e zorrës mund të ndryshojnë mikroflorën e zorrës dhe të shkaktojnë infektimin e mukozës së zorrës nga mikrobet (1, 2, 3, 4).

E sëmura L. K., vjeç 14, dërguar nga një rreth i Veriut me diagnozën rektokolit hemorragjik, shtrohet në spitalin tonë më datë 8.IV.1977, me nr. karteje 818, me këto ankesa: dhembje barku (si domos në regjionin e sigmës), defekonte shpesh (do dy orë) me mukus dhe gjak. Sëmundja i kish filluar para një muaji. Është vizituar dhe mjekuar ambulatorisht me kloramfenikol. Koprokultura për di-zenteri ka rezultuar negativ. E sëmura vazhdoi të kishte defekim me gjak të kuq. U vizitua nga kirurgët për hemorroide, por nuk i rezultoi një gjë e tillë. Megjënese gjendja po keqësohej, u dërgua në klinikën tonë.

Gjendja e përgjithshme e të sëmurës ishte e mirë, pak e zbehtë, me nutricion nën normën. Barku i butë. Mëlçia prekej dy cm. nën harkun brinjor. Koloni ascendent dhe sigma prekeshin dhe ishin të dhembshme. Radioskopia e krahavorit negativ. Koprokultura e përsëritur për shigella negativ. Formula e gjakut periferik: Eritrocitet 4.170.000, hemoglobina 77, sedimentimi i eritrociteve 9 mm/orë. Leukocitet: 6900; formula: segmente 50, Eozinofile 20, limfocite 28, monocite 2. Feçe për parazit u gjenden veze askaridësh.

E sëmura referon se kish nxjerrë askaride dhe oksiaure. Në ditën e shtirimit u bë rektoskopia që vuiri në dukje: mucoza rektale ishte e shtirur dhe e lezionë superficiale, që nxirrnin gjak.

Gjatë qëndrimit në spital nuk ka pasur temperaturë. Iu fillua mjekimi me enteroseptol, vitamina K dhe pas tre ditësh iu dha pipë-rzini adipinici 0,25 3x4 tableta. Pas dy ditësh e sëmura pati të vjella, dhembje barku dhe nxorri askaride me shumicë nga goja dhe gjatë defektimit. Sasia e parazitëve që eliminoi ishte më shumë se

100 copë. Veg askaridëve nxorri me shumicë edhe oksiuire të panurmurueshëm. Pas disa ditësh, gjendja e të sëmurës u përmirësua. Përsëri para daljese, në rektoskopi u vu re: mukoza rektale hiperemike me disa granulacione. Më 27.IV.1977 doji nga spitali me diagnozën: **rektokolit parazitare**.

Më 14 gershor 1977 e sëmura rishtrohet me nr. Kartele 1512, me diagnozën **rectocolitis hemorrhagica**, me këto ankesa: dobësi e përgjithshme, mungesë oreksi, dhembje barku, rektoragji.

Në shtrim të sëmurës iu bë rektoskopia, që rezultoi: mukoza rektale hiperemike dhe nxirrte gjak. Në biopsinë e mukozës rektale u muarr kjo përgjigje: seksione nga materiali i dërguar ku mukoza shihet me gjendura në gjendje hipersekrecioni, vazat janë të zgjeruara, të mbushura me eritrocite. Në një zonë epiteli i mukozës ishte i zhdukur, por glandulat ishin të rregullta dhe në të u vërejtën fenomene hemorrhagjike. Në një zonë kish infiltrate të dendura mononukleare dhe shumë polimorfonukleare. Në këtë vend mukoza kish marrë një trajtë polipoide. Përfundimi: rektokolit hemorrhagjik (nr. protokollh 1272, datë 15.VI.1977). Analizat koprologjike të përsëritura për dizenterit dhe parazitë të ndryshëm (përfshi dhe amebat) rezultuan negative. Provat e mëlqisë, transaminazat, formula e gjakut periferik (Eosinofilet 40/0) rezultuan normale. Në radioskopinë gastro-intestinale shehohet: «**Ulcus duodeni**». Pas 24 orëve, kontrasti u eliminua nga aparatet.

Gjatë qëndrimit në spital, e sëmura vazhdoi të ketë rektoragji, me temperaturë 37,2° C.

Megjithëse analizat rezultuan pa parazitë (vezetë e parazitëve nuk gjendën gjithmonë), u mendua se kishim të bënim me një rektokolit hemorrhagjik nga parazitët, që kanë sensibilizuar dhe alergjizuar mucozën, prandaj i dhamë përsëri piperazinë (plus mjekimeve të tjera) dhe klorur të kalciumit 100/0 intravenoz. E sëmura filloi të nxjerrë oksiuire me shumicë gjatë defekimit dhe gjendja e saj u përmirësua në mënyrë të ndjeshme.

**Diagnoza.** — Mendojmë se kemi të bëjmë me një rektokolit hemorrhagjik parazitare për këto arsye: analizat e përsëritura për shigella (përpara shtrimit në spital) rezultuan negative. Në rektoskopi nuk u gjët aspekti i dizenterisë, por i rektokolitit hemorrhagjik. Dekursi i gjatë i sëmundjes, mungesa e efektit të mëtejshëm të antibiotikëve nuk ishin në favor të dizenterisë por të rektokolitit hemorrhagjik. Eozinofilet 200/0; eliminimi me shumicë i parazitëve (askaridë dhe oksiuire me shumicë) pas mjekimit antiparazitare dhe përmirësimit, e pastaj shërim i rasisit me preparate specifike antiparazitare dhe desensibilizuese, të gjitha këto mbështeten diagnozën e rektokolitit hemorrhagjik parazitare. Largimi i faktorit shkaktar-ngacmues, në këtë rast, i paraziteve bëri të mundur shërimin e të sëmurës.

Theksojmë se pavarësisht që parazitët mund të mos shfaqen në feçe ose vezetë e tyre nuk zbulohen në laborator, ne duhet të kemi parasysh se në këto raste, mjekimet antiparazitare duhet të aplikohen në disa cikla, pasi parazitët mund të jenë në gjendje larvare.

## BIBLIOGRAFIJA

- 1) Bensaude R. : Rectoscolie. Paris 1956.
- 2) Elhari E. : Kolitet ulceroze jospefitike në klinikën nr. 4. Shëndetësia popullore 1975, 2, 51.
- 3) Karnahov K. V. : Kartina nespecificeskovo jozvenovo pri helmintozah. Klin. Med. 1977, 2, 58.
- 4) Truelove G. S. : The management of Ulcerative Colitis. Brit. Journal of Clin. practice 1974, 1, 5.

## Summary

## A CASE OF HAEMORRHAGIC PARASITIC RECTOCOLITIS

A case is presented of haemorrhagic rectocolitis in a girl who was complaining of rectorrhagy. The repeated examinations for Shigellae, Salmonellae, amoebae and other protozoa resulted negative. Only ova of ascarids and oxyures were found. Rectoscopy revealed a pronounced congestion of the rectal mucosa, which bled readily during the examination. Microerosions were also observed. The biopic findings justified the diagnosis of haemorrhagic rectocolitis.

The treatment comprised vitamins, piperazine, and pyruvium pomatum. Nevertheless pinworms and agglomerations of ascarids were eliminated.

The treatment brought an improvement. The patient was released from hospital and advised to repeat the cycle of antiparasitic treatment, but she had neglected to do it. Later she was re-admitted in the same condition as the first time. The examination of the faeces for ova resulted negative, but the treatment was repeated and resulted in the elimination of numerous parasites. Only after that treatment the condition of the patient improved gradually.

For such cases the authors recommend that the antiparasitic cycle of treatment should be repeated at least three times.

## Résumé

## UN CAS DE RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE PARASITAIRE

Les auteurs décrivent un cas de recto-colite hémorragique chez une fille atteinte de réctorragie. Les différentes analyses coprologiques pour Shigella, Salmonella, ameba et d'autres protozoaires n'ont pas donné des résultats positifs; elles ont cependant montré des ascarides et des oxyures. La rectoscopie a mis en évidence une hyperémie accentuée de la muqueuse rectale, accompagnée d'hémorragie pendant la manipulation; elle a relevé aussi des microérosions. La biopsie de la muqueuse rectale a fourni des données montrant une recto-colite hémorragique.

La malade a été traitée avec des vitamines, de la pipérazine adipinici et du pyrvirum pomatum. Après l'évacuation d'un grand nombre d'ascarides et d'oxyures en forme de boules, son état général s'est amélioré. Elle a quitté l'hôpital avec la recommandation de suivre un traitement d'entretien antiparasitaire, dont elle n'a pas tenu compte. Elle est revenue à l'hôpital souffrant d'une rectorragie et dans état analogue à celui de sa première hospitalisation. L'examen des matières fécales, renouvelé plus d'une fois, a donné un résultat négatif, malgré cela le traitement antiparasitaire a été répété et la patiente a évacué un grand nombre de parasites pendant plusieurs jours de suite. Après ce traitement, l'état de la malade s'est graduellement amélioré. Les auteurs recommandent l'application du traitement antiparasitaire au moins en trois cycles.

## RECENSIONE

### RECENSION I MONOGRAFISË

#### «SKIZOFRENIA»

E Prof. Xhavit Gjatës

Skizofrenia, si një ndër sëmundjet më të përhapura, më të rëndësishme dhe më shumëformëshe mendore, nuk mund të mos tërhiqte vëmendjen e mjekëve tanë, sidomos atyre psiconeurologë. Në studimin e kësaj sëmundje, vendi kryesor i takon padyshim Prof. Xhavit Gjatës me ribotimin e «Skizofrenisë, monografi, që, veçanërisht për mjekët psikiater, është një bashkëbisedues i yjer në punën e tyre të përditshme. Kjo monografi, fryt i një pune më se njëzet vjeçare, duhet nënvizuar qysh në fillim se është me vlerë. Shoku Enver Hoxha na mëson: «**Praktika pa teorinë është e verbër dhe, anaçjelltas, po ashtu**». Vepra e mësipërme është një lloj i ri i plotësuar, i korrigjuar, i ngjeshur dhe më i thjeshtë e i shkurtuar i botimit të mëparshëm të Prof. Xh. Gjatës me titull: «Studim kliniko-statistikor mbi Skizofreninë në Shqipëri» — (1965). Monografia e Prof. Xhavit Gjatës ia ka arritur këuj qëllimi. Ajo i vlen edhe mjekut të përgjithshëm, juristit, pedagogut etj. Punimi është një studim i gjërë dhe serioz për skizofreninë, e parë në të gjitha aspektet: prej historikut dhe problemeve etopatogjenetike të saj e deri tek mjekimi me barna, parandalimi e mjekimi me anën e punes.

Ja pjesët përbërëse të veprës, për të cilat do, të përpigemi të japim një pamje të përgjithshme. Pas parathënies së autorit, e cila është e re në këtë botim, lexojmë kapitullin: «Hyrje e shkurtër mbi historikun e psikiatrisë», ku filtet për qëllimin e psikiatrisë si shkencë, për metodat e mjekimit dhe zhvillimin e sotëm të saj. Aty autori bën një paraqitje të tetë epokave të psikiatrisë në përgjithësi dhe të skizofrenisë në veçanti.

Në «Historikun e skizofrenisë» vihet në pah ecuria e kësaj psikoze. Kurse historiku i psikiatrisë na duket i tepërt në këtë punim monografik, që i kushtohet vetëm skizofrenisë.

Në kapitullin tjetër, autori parashtron «Probleme etiopatologjike të procesit skizofrenik». Etiopatogjeneza e skizofrenisë, ndonëse ka tërë hequr prej kohësh vëmendjen e shkencëtarëve të ndryshëm, megjithatë ajo sot përmban në vetëvete një varg teorish të kundërta. Ka autorë që e marrin atë si sëmundje më vete, si kombinim grup-shenjash të veganta ose si një grumbull sindromash. Në veprën «Skizofrenia» një vend të rëndësishëm zënë teoritë lidhur me rolin e proceseve biokimike, me sëmundjet infektive, virusale e mikrobike, patologji të tilla si reumatizmi, tuberkulozi, kolibaciloza, sepsisi etj., që ndikojnë si agjentë sëmundje-shkratues, faktorët traumaticë, psikogjenë, so-

matogjenë, toksikoinfeksiozë akutë dhe kronikë, klimaksi etj. Por në këtë kapitull nuk dimë pse autori bën fjalë edhe për diagnozën daluse të skizofrenisë, e cila është objekt studimi në faget e mëtejshme të punimit.

Më i plotë dhe më me rëndësi është kapitulli që titullohet: «studim klinik-statishtikor i 370 të sëmurëve me skizofreni». Është pozitiv fakti që pacientët e tij, Prof. Xh. Gjata i ka ndjekur mirë dhe për një kohë të gjatë nga viti 1939-1960, madje gjashtë të sëmurë u përkasin viteve 1937-38. Por në botimin e dytë ai mund ta kishte shtuar kazuistikën e tij me raste të reja. Në këtë studim, rastet e tij, autori i analizon në këto pamje: në vjetërsinë dhe format klinike të saj, ndarjen sipas seksit (352 meshkuj dhe 118 femra), numërit të acarineve, llojeve të rikthimit të shëndetit (sipas skemës së Maks Muller të përpunuar nga autori), gjendjeve përfundimtare (me përsëritje ose jo të sëmundjes), zhvillimit klinik etj. Shumicën e të sëmurëve autori e ka vëzhguar prej 6-23 vjetësh. Të dhënat e tij, ai i krahason vazhdimisht me ato të autorëve të huaj, e madje na jepen tregues origjinalë. Psh. lidhur me shpërpjesëtimin që ekziston midis seksëve tek ne, moshës së rinisë së herëshme dhe të të rinjve, ku skizofrenia shfaqet më dendur: 314 raste etj. Gjithashtu interes paraqet ndarja e pacientëve sipas formave klinike të sëmundjes, në të cilat mbizotëton forma katatonike. Ndërsa sipas profesionit, sot mendimi është se të gjithë preken prej skizofrenisë. Autori dalton katër pika kryesore të gjendjeve përfundimtare: demencën e thjeshtë, demencën stupide, katatonike dhe paranoide. Edhe këtë pjesë ai e ilustron mirë me rastet e veta.

Në kapitullin: «Klinika dhe periudhat e zhvillimit të skizofrenisë», autori është përpjekur të mbledhë shenjat paralamjetare të fillimit të sëmundjes, fazat e zhvillimit të saj, ecurinë e kuadrit klinik, shumëllojshmërinë si dhe format klinike të sëmundjes. Autori ve në dukje se rëndësi ka diagnostikimi i psikozës që në hapat e para, zbulimi i vetive premorbide skizoide dhe i shenjave parapsiqijëse. Shenjat e fillimit të kësaj psikoze janë vendimtare për fatin e mëtejshëm të saj. Me ato duhet të njihen të gjithë mjekët praktikë, pasi nga zbulimi i hershëm i tyre varret edhe parashikimi i mundshëm i sëmundjes.

Format e skizofrenisë përmbidhen në një kapitull prej 40 faqesh. Në 50 raste të tij, autori na njëh me gjashtë format kryesore të skizofrenisë. Ja një panoramë dalhuse e tyre:

1) Forma katatonike është nga më të shpeshtat dhe takohet sidomos midis moshës 18-30 vjeç. Tek këta vërehet më tepër shangia karakteristikë dhe eksitacioni katatonik. 2) Forma halucinatorë paranoide, ku mbizotërojnë idetë delirante dhe perceptonet e ndryshme material të pasur klinik, gjë për të cilën autori ka meritë të veçantë (këtu hyn dhe deliri e erotomanisë). Kjo psikoze haset sidomos pas moshës 25 vjeç dhe ka përfundim relativisht të mirë. 3) Forma hebrenike, që është më e rënda dhe ka një zhvillim përparues të ngadalshëm. Kjo takohet në moshën e pjekurisë, por lind edhe në 20-30 vjeç. Karakterizohet me sjetlje jo të përshatshme, foshnjaraqe, me

humor të ngritur, ngërdheshje, spitullim, qeshje e qarje të pamotivuar, mendime të palidhura, ide të çuditshme e të pabazuarra etj.

Në diagnostikimin e hershëm të kësaj forme ndihmojnë edhe mësuësit, sepse ata janë të parët që duhet të vërejnë vecantitë psikike të nxënësve të tyre. 4) Forma e thjeshtë, e cila fillon në moshën e pjekurisë, zhvillohet shumë ngadalë e me varfëri të fillë shenjash: i sëmurë humb interesin për mjedisin që e rrethon, për shoqërinë, punën e familjen. Ai mbyllet në vetëveten, qëndron duarkryq, është i ftoh-të, i ngurtë, i përvullneshëm, moskokaçarës, i plogët, i zymtë dhe jo iniciator. Pastaj dalëngadalë kjo arrin në lulëzimin e saj. Përfundimi i mundshëm i kësaj forme është i keq. 5) Forma hipokondrike. Edhe kjo ka një fillim të ngadalshëm e pëparues. I sëmurë paraqet ide delirante hipokondrike në të tre llojet e ndryshme të saj dhe me ngjyrosje dëshperimi. Më poshtë Prof. Xh. Gjata përshtkruan shkurtas edhe dy format e tjera të skizofrenisë: atë depressive e cirkulatore, të cilat nuk branohen nga të gjithë autorët. Forma e tetë dhe e fundit në monografi është ajo e parafrenisë, e cila si formë më vete është e diskutueshme. Kjo takohet në moshën 30-35 vjeç dhe njëlloj në të dy sekset.

Diagnozën dalluese të skizofrenisë, Prof. Xh. Gjata e bën me psikozat traumatike e reaktive, me epilepsinë, me psikozat toksike e infektive, me neurozat dhe sindromat karakteriale. Kjo pjesë përbërëse e veprës ka një rëndësi të madhe praktike dhe teorike. Do të ishte mirë që skizofrenia të diferencohet edhe me psikozën depressive, me tumorët dhe aterosklerozën cerebrale të përparuar, me psikozat involutive paranoide, me psikozat skizofrenike post-traumatike, me disa lloje helmimesh etj. që nuk janë dhe aq të rralla.

Kapitulli i fundit i kushtohet mjekimit me barna, parandalimit dhe mjekimit me anën e punës të skizofrenisë. Autori mer r në analizë mjekimin me elektroskok, insulinë, me alkaloidet e bimës Rauwolfia serpentina, me neuroleptikët, me somno dhe psikoterapinë si edhe dukuritë anësore të psikotropëve. Mirë është shtjelluar psh. mjekimi i kombinuar i skizofrenisë. Parandalimi i kësaj sëmundje gjën fushë të gjërë në vendin tonë, ku kemi përparime të paktëhasueshme me të kaluarën në lëmin politik, ekonomik, shoqëror, kulturor, shkencor etj. Mjekimi mbajtës i skizofrenisë ka vlerë parandaluese për të. Bashkëpunimi midis këtyre të sëmurëve, familjes, mjekut dhe shoqërisë ndikon për arritje të vazhdueshme e të pandërprera. Ergoterapia shërben si mjet mjekimi, përtëritjeje dhe psikoterapie. Prof. Xh. Gjata ka një përvojë të pasur dhe të hershme për këtë problem. Por mjekimi me anën e punës duhet organizuar më mirë se gjër më sot nga spitalet apo kolonitë psikiatrike.

Në këtë punim të karakterit monografik, të shfaqurit e mendimit të autorit për paafësinë e përkohëshme në punë (sigurisht në orientime të përgjithshme), do ta bënte më të plotë veprën dhe do të mbush-te një boshllëk të ndjeshëm.

Më në fund monografia «Skizofrenia» mbyllet me një përmbljedhje prej 10 fagësh. Aty autori arrin në përfundime e arsyeime të shëndosha shkencore për skizofreninë në Shqipëri. Gjitha e përdorur në monografi është e thjeshtë, e qartë dhe e kuptueshme, por aty-

-këtu vemë re gabime të tilla drejtshtkrimore si: halusinatore, psikike e ndonjë tjetër. Gjithashtu ka disa terma dhe fjalë, që mund të shqipërohen. Në këtë aksion duhet të ndihmojnë të gjithë neuropsikiatritë tanë.

Shoku Enver Hoxha thekson: «**Revolucioni tekniko-shkençor lyp një mobilizim të përgjithshëm, një vëmendje dhe kujdes të vecantë për studimin e teorisë dhe të praktikës, të lidhura këto ngushtë me një-  
ra tjetrën dhe asnjëherë të shkëputura**».

Vepra «Skizofrenia» (1976) e Prof. Xh. Gjatës është një punim me vlerë të madhe teorike dhe praktike, që i shërben si neuropsikiatrit ashtu dhe mjekut të përgjithshëm, madje dhe juristit të përgjithshëm. Ajo i shërben si studim serioz konsultimi mjekut tonë sa herë që do të kërkojë të zgjidhë probleme të vështira të skizofrenisë.

Izet Çulli



## INFORMACION

### ZHVILLIMI I PUNIMEVE TË SESIONEVE SHKENCORE ME RASTIN E 20-VJETORIT TË UNIVERSITETIT TË TIRANËS

#### MBI

Në kuadrin e festimit të 20 vjetorit të themelimit të Universitetit të Tiranës, fakulteti i mjekësisë zhvilloi 7 sesione shkencore në 3 degët e tij. Në to u paraqitën 85 referate dhe 14 kazuisitka.

Fakulteti i mjekësisë i organizoi sesionet shkencore në bashkëpunim me spitalet nr. 1 dhe 2 dhe të obstetrikë-gjinekologjisë të Tiranës dhe me pjesëmarrjen e shumë mjekëve të rretheve. Në këto sesione morën pjesë me punimet e tyre 156 veta, ndër të cilët 51 pedagogë. Shumica dërmuese e temave ishin shkruar nga grupe punonjësish.

1. — **Sesioni i sëmundjeve të brendshme.** — Në këtë sesion bashkëpunuan katedra e propedeutikës, katedra e sëmundjeve të brendshme, katedra e fiziologjisë normale-farmakologjisë-biokimisë (lënda e biokimisë) dhe spitali nr. 1 i Tiranës. Në këtë sesion u referuan 15 tema, të cilat ishin punuar nga 36 veta (15 pedagogë, 3 laborantë të fakultetit, 15 mjekë të spitalit nr. 1 dhe 3 kuadro mjekësore të mesme të këtij spitali).

Temat që u referuan ishin këto:

- 1) Kardiomiopatia hipertrofike e obstruktive. Të dhëna elektrokardiografike dhe mekanografike.
- 2) Hipertensioni arterial në punonjësit e minierave.
- 3) Rezultatet e depistimit të punëtorëve të fabrikës së pijeve alkoolike në kombinatin ushqimor «Ali Kelmendi».
- 4) Përdorimi acetatit të kortizonit dhe endoksanit në hepatitet alergjike eksperimentale.
- 5) Ndryshime radiologjike në artritin reumatoid.

- 6) Sindroma shpatull-dorë.
- 7) Depistimi i të sëmurëve me alergji me anën e provave të ndjeshmërisë së lekurës.

8) Retinopatia diabetike.

9) Infeksionet urinare dhe barra.

10) Koliti ulceroz.

11) Diagnoza diferenciale e adenopative trakeobronkiale tuberkulare në moshën e rritur.

12) Të dhëna paraprake mbi nivelin e glicerideve në gjak të gytetit të Tiranës.

13) Të dhëna paraprake mbi nivelin e kolesterolit në gjak tek dhuruesit e gjakut të gjetëtit të Tiranës.

Disa nga geshjtjet kryesore që dolën nga punimet e këtij sesiioni po i rradhitim më poshtë.

Nga matjet që u janë bërë minatorëve të disa minierave të vendit tonë del se niveli i tensionit arterial (TA) i tyre nuk ka ndryshime të rëndësishme nga ai i punëtorëve të disa ndërmarrjeve të tjera të mbiotkës.

Tek minatorët me TA normal, zhurma shkakton një ulje të lehtë, që normalizohet gjatë ditës. Ndërsa tek minatorët me TA të lartë, zhurma shkakton rritjen e mëtejshme të tij. Pra, punëtorët me hipertension arterial ose me prehypertoni nuk duhet të punojnë në galeri, sidomos në ambiente me zhurmë.

Vërehet se diagnoza e TA të lartë vihet në kontrollë të rasisit tek personat që nuk ankohen (në disa miniera 73% e minatorëve të sëmurë me TA të lartë janë diagnostikuar rastësisht). Prandaj del detyra që minatorët si edhe deri tani të kontrollohen periodikisht për zbulimin e të sëmurëve.

Nga referatit i infeksioneve urinare tek gratë shtatzëna del se infeksionet akute dhe riakutizimet vërehen më shpesh në tremujorin e dytë të shtatzënisë dhe për këtë ndikojnë edhe kateterizimet që u bëhen grave në vizitat mjekësore gjatë shtatzënisë, prandaj del se kateterizimet duhet të bëhen vetëm në raste krejt të domosdoshme.

Në gratë shtatzëna vërehen pielonefrite akute, që mund të konsiderohen të pastra. Mjekimi i hershëm i tyre shmang ndërlikimet tek nëna dhe fëmija. Pielonefritet sekondare mjekohen më me vështirësi dhe mund të sjellin insuficiencë të veshkave, dëshitime, lindje të parakohshme.

Në gratë shtatzëna vërehen shpesh bakterie në urinë, që nuk shkaktojnë ankessa, por që mund të shkaktojnë pielonefrit, prandaj këshillohet që këtyre grave, krahas analizave të tjera, t'u bëhet edhe mbjellja e urinës (urokulturaj).

Në referatin mbi retinopatinë diabetike u vu në dukje lidhja që ekziston në mes vjetërsisë së diabetit dhe shpeshësisë së sëmundjes së retinës së syrit (retinopati). Pra, zbulimi dhe mjekimi i hershëm i diabetit ndihmon në parandalimin ose shtyrjen e shfaqjes së këtij ndërlikimi.

Konkluzioni tjetër ishte se dëmtimi i enëve të vogla të gjakut ka karakter metabolik dhe janë rrjedhim i diabetit, prandaj duhet luftuar për parandalimin ose shfaqjen sa më vonë të tyre.

Në fabrikën e pijeve të kombinatit «Ali Kelmendi» u kontrolluan 130 punëtorë. Zmadhime të mëjçisë dhe ndryshime në provat funksionale nuk u vunë re, kjo do të thotë se masat sanitare që janë zbatuar (aspiratorë për mënjanimin e avujve të alkoolit) kanë qënë të efektshme. Ndryshime patologjike (zmadhim të alkoolit) kanë qënë në provat funksionale) u gjetën tek ata punëtorë, që punonin në të njëjtin ambient, por që pinin alkool. Këta punëtorë do të dispenserizohen dhe me ta do të bëhet punë sqaruese për dëmet që sjell alkooli.

Punimi eksperimental: **përdorimi i acetatit të kortizonit dhe endoksanit.** Pasi u shaktuan tek minjtë hepatite alergjike, ata u mjekuan

me acetat të kortizonit dhe endoksan dhe u bënë krahasinmet e rezultateve me minjtë e pamjekuar, me të mjekuar me acetat kortizoni, me të mjekuar me endoksan dhe rezultoi:

a) Në grupin e kontrollit (pa mjekim) dëmtimet kryesore histopatologjike genë infiltrimet e hapësirave porto-biliare dhe nekroza e qelzave hepatiche.

b) Në minjtë e mjekuar me kortizon, infiltrimi kryesisht i hapësirave porto-biliare pakësohet, po ashtu dhe nekroza, por kjo e fundit në shkallë më të pakët.

c) Në minjtë e mjekuar me endoksan u vërejt se ky pengon infiltrimin, kufizon proceset nekrotike dhe ndihmon proceset regjenerative.

Autorët, që referuan mbi nivelin e glicerideve në gjak, po studiujmë parametrat (variantet) e ndryshme fiziologjike në përpiqjet për të vendosur normat që u përgjigjen kushteve të vendit tonë.

Studime janë bërë edhe tek dhuruesit e gjakut të Tiranës dhe tek studentët. Këto kërkime, që vazhdojnë, do t'u japin mundësi mjekëve tanë që ata t'u referohen të dhënave tona në gjykimin e gjendjeve patologjike dhe jo vetëm të dhënave të literaturës së huaj. Kjo zgjeron tabarin kombëtar dhe origjinalitetin e teksteve tona, sepse do t'i referohen literaturës shqiptare.

Në punimin diagnoza diferenciale e adenopative trakeobronkiale tuberkulare në moshën e rritur trajtohet rëndësia epidemiologjike e fenomenit të spostimit të moshës për tuberkulozin. Në këtë punim jepen karakteristikat kryesore për diagnozën e këtyre adenopative si dhe sëmundjet më të rëndësishme nga të cilat duhet të dallohen, duke theksuar veçoritë kryesore për secilën. Punimi bazohet në një studim 10 vjeçar (1967-1976) me 200 të sëmurë të shtruar në klinikën e tuberkulozit.

II. — **Sesioni i kirurgjisë.** — Në këtë sesion bashkëpunuan katedrat e kirurgjisë së përgjithshme dhe kirurgjisë speciale si dhe spitali nr. 2. Në punimet e temave morën pjesë 44 veta, ndër të cilët 11 pedagogë.

Në sesion u paraqitën 22 tema:

- 1) Disa pamje të trajtimit kirurgjikal adeziv.
- 2) Mbi trajtimin e aritmitive në të sëmurët kardiakë të operuar.
- 3) Aortografia translumbale.
- 4) Tromboembolia arteriale dhe mjekimi i saj i ngutshëm kirurgjikal.
- 5) Trajtimi kirurgjikal i pamjafuqeshmërisë së veshkave me prejardhje kalkuloze.
- 6) Dëmtimet kirurgjikale të ureterit.
- 7) Trajtimi kirurgjikal i hipospadisë.
- 8) Përvoja e mëtejshme në mjekimin kirurgjikal të ureterit.
- 9) Mbi mjekimin e bronkoektazisë tek fëmijët.
- 10) Mjekimi kirurgjikal i ekimokokozyës hepato pulmonare.
- 11) Mbi disa probleme të mjekimit të empjemave.
- 12) Mjekimi kirurgjikal i pilorostenozës së lindur.
- 13) Përvoja e klinikës së tretë të spitalit nr. 2 të Tiranës në mjekimin e hernieve diafragmale.

- 14) Përvoja e klinikës së tretë të spitalit nr. 2 të Tiranës mbi plastikën e hernieve të lindura sipas Lee.
  - 15) Nekroza avaskulare e kokës femorale si ndërlikim i trajtimit kirurgjikal të luksacionit kokso femoral të lindur.
  - 16) Trajtimi kirurgjikal i kokso-vara.
  - 17) Trajtimi i thyerjeve të gafës së femorit.
  - 18) Përdorimi i neuroleptanostezi në praktikën tonë kirurgjike.
  - 19) Mbi disa aspekte të frymëmarrjes së drejtuar mekanike gjatë anestezi së dhe reanimacionit.
  - 20) Tumoret e mediastinit.
  - 21) Skalpet e kokës dhe trajtimi i tyre në klinikën e djegie-plastikës.
  - 22) Breziku i malinjizimit të ulçerave kronike pas djegies.
- U paraqitën gjithashtu edhe 9 kazuisitika.
- Në referatën «Mbi disa pamje të trajtimit kirurgjikal të perikarditit adeziv» u vu në dukje se kjo sëmundje vazhdon të vërehet ende. Diagnoza vihet me vonesë, gjë që ndikon keq në rezultatën e mjekimit kirurgjikal. Në referat vihet në dukje rëndësia e kateterizimit të zerrës dhe e disa metodave të tjera të reja, për vënieën e herëshme të diagnozës. Operacionet e reja radikale japin rezultate të largta më të mira.

Në temën «Mbi mjekimin e disa sëmundjeve të ritmit të zemrës pas komasurotomisë» u paraqit përvoja e klinikës së parë kirurgjike me anën e metodës së re të kardioversionit të arimive, që installohen pas operacionit. Kjo metodë është përdorur edhe në sëmundjet e tjera të ritmit të zemrës. Propozohet që çdo sallë operacioni të pajiset me kardioskop dhe defibrilator, që mund t'i prodhojë Uzina e aparaturave elektromjekësore.

Tromboembolia arteriale dhe mjekimi i saj i ngutshëm kirurgjikal. Metoda e aplikimit të kateterit me ballon Fogarti ka dhënë rezultate të shkëlqyera në mjekimin e kësaj patologjie, që shkakton shpesh gangrenizimin e anësive. Propozohet që kjo metodë të përhapet në gjithë rrethet, duke u pajisur ato me instrumentarin përkatës dhe duke i kaluar kuadrot në një kurs pranë katedrës së kirurgjisë së përgjithshme.

Përdorimi i neuroleptanostomisë në praktikën anesteziologjike. Në këtë referat u vu në dukje përvoja e klinikës së kirurgjisë së përgjithshme për këtë metodë të re dhe rekomandohet një përdorim më i gjërë i saj.

Në referatën «Mbi disa aspekte të frymëmarrjes së drejtuar mekanike gjatë anestezi së dhe reanimacionit» vihet në dukje përvoja e kësaj klinike në zbatimin e kësaj metode të re të aplikuar me aparatën Engstrom, në 300 anestezi. Kjo metodë ka avantazhe ndaj metodave të tjera, prandaj propozohet të përdoret në spitalet kryesore të vendit.

Disa aspekte të kirurgjisë torakale. Në këtë studim kliniko-statistikor vihen në dukje arritjet e kirurgjisë torakale në spitalin nr. 2. Theksohet se edhe tek ne problemi kryesor i kirurgjisë torakale mbetet kanceri i mushkrërive dhe domosdoshmëria për të përmirësuar tretë-gusit e operabilitetit nëpërmjet diagnostikimit të hershëm dhe një

bilanci më të përpiktë diagnostik paraoperator. Ekinokokoza mbetet problemi i dytë nga pikëpamja e shpeshësisë. Ritheksohet edhe një herë domosdoshmëria e forcimit të masave parandaluese për këtë sëmundje parazitare, që, me gjithë pakësimin e saj mbetet ende problematike.

Mbi trajtimin e hernieve inguinale tek fëmijët. Në këtë studim jepet përvoja e klinikës në mjekimin e hernieve tek fëmijët me dy metoda më të thjeshta. Si rezultat është pakësuar ditëqëndrimi dhe numri i ndërlikimeve.

—Trajtimi i stenozës hipertrofike të pilorit. Në këtë referat jepet përvoja e klinikës në mjekimin e kësaj sëmundje, që më parë mjekehjet me rezultate mjaft të dobta. Në sajë të ndihmës së kualifikuar raportohen rezultate shumë të mira dhe konsideracione për diagnostikimin e hershëm në ndihmë të mjekut praktik.

—Trajtimi i fistulave bilio-bronkiale. Në këtë studim paraqitet përvoja e klinikës në mjekimin e këtij ndërlikimi të rrallë dhe të rëndë. Me një numër të mirë rastesh të trajtuar me ndërhyrje të vështira jepen opinione dhe vlerësime të metodave të ndryshme të diagnostikimit dhe të mjekimit.

—Mjekimi i empiemës kronike me instilim neomycine. Këtu referohen rezultatet e aplikimit të kësaj metode të propozuar vjet e fundit dhe vlerësohen të mira e të rekomandueshme në rastet e përshatshme.

—Hernia diafragmale e Bochdaleck e inkarcuar. Në këtë kumtesë përskruhen vegoritë diagnostike të një forme të rrallë patologjike dhe mënyra e mjekimit me sukses të saj.

—Insuficienca renale akute me origjinë litiazike. Në këtë referat bëhet fjalë mbi përvojën e klinikës në trajtimin e insuficiencës renale akute me origjinë litiazike.

—Trajtimi kirurgjikal e hipospadive. Ky punim paraqet interes lidhur me praktikën dhe teknikën e trajtimit të formave të rënda të hipospadive.

—Dëmtimet kirurgjikale të ureterit. Referati trajton një temë të rëndësishme mbi mundësitë e dëmtimeve kirurgjikale të ureterit gjatë ndërhyrjeve kirurgjikale abdominale dhe gjinekologjike. Materiali ilustrohet me shembuj dhe në tërësi pasqyrojnë përvojën e klinikës së urologjisë në trajtimin e këtyre dëmtimeve.

—Nekroza avaskulare e kokës femorale si ndërlikim i trajtimit kirurgjikal të luksacionit koksofemoral kongjential. Punimi bazohet në 1076 luksacione koksofemorale kongjenitale të operuar në klinikën e ortopedisë gjatë vjetëve 1962-1976. Nekroza avaskulare është hasur në 55 raste ose 5,1% të luksacioneve të operuara, shifer kjo që përkon me të dhënat e literaturës botërore.

—Nepërmet një analize të hollësishe të materialit të bollshëm klinik dalin këto konkluzione praktike: 1) sa më i rritur të jetë fëmija dhe, për pasojë, sa më i lartë të jetë luksacioni, aq më e madhe është mundësia dhe rrezikshmëria e nekrozës avaskulare. Kufiri i sipërm i mundësisë së trajtimit kirurgjikal të luksacionit është moshja tetë vjeç. Mbi këtë moshë ndërlikimet si nekroza vaskulare euf. janë shumë të mëdha dhe invalidizuese.

2) Zbulimi dhe mjekimi i luksacioneve koksofemorale që në ditët e para pas lindjes mbehet një detyrë shumë e rëndësishme e gjithë mjekësisë dhe posaçërisht e pediatriisë në vendin tonë. Në kushtet e organizimit të mjekësisë sonë socialiste është plotësisht i mundshëm ekzaminimi sistematik i çdo të porsalinduri në drejtim të zbulimit të luksacionit, që ndërkohë, është një patologji e shpeshtë. Mjekimi i luksacionit në të porsalindurit është i thjeshtë në kushte shpëtyje, shu-më efikas dhe pa asnjë shpenzim për familjen apo shtetin. Kurse mjekimi kirurgjikal është i gjatë, me ndërlikime (siç është edhe nekroze avaskulare) bëhet në kushte spitalore, kërkon qëndrim të gjatë në spital mesatarisht një vit. Fëmijët paraqiten në ortopedi pas moshës së ecjes (1-2 vjeç), që është vonë dhe shumica mbi tre vjeç, kurr nuk mund të kryhet vegse mjekim kirurgjikal. Në këtë punim tër-higet vëmëndja për një kohësë rrënjësore lidhur me ekzaminimin sis-tematik të detyrueshëm të porsalindurve në drejtim të zbulimit të luksacionit koksofemoral kongjenital.

Referati «Mbi trajtimin e frakturave të qafës së femurit» ve n-dukje se gjatë viteve 1961-1975 janë operuar 93 fraktura të qafës së femurit në drejtim të kohës kur duhet të operohen këto fraktura ndërlikimet e tyre, metodës së operacionit dhe rezultatet e arritura. Disa konkluzione:

1) Metoda e zgjedhur për trajtimin e frakturave të qafës së fe-murit është ndërhyrja kirurgjikale sa më e shpejtë. Ndërkohë, autorë janë të mendimit që ndërhyrja kirurgjikale të mos kryhet me ngu pa përgatitje dhe ekzaminim të të sëmurit. Shtyrja e operacionit 1-ditë me qëllim ekzaminimi dhe përgatitja e tij për operacion nuk ndikon në rezultatit përfundimtar.

2) Në frakturat me zhvendosje, metoda e osteosintezës Smith-Pe-tersen e hapur është më e preferueshme se metoda e mbyllur, siguro reponim më të përpiktë dhe osteosintezë më rigjide.

3) Sa më i papërpiktë të jetë repoinimi aq më e madhe është mur-htësia e nekrozës avaskulare të kokrës femorale me kolaps segmenti të vonëshëm, të cilën autorët e kanë hasur në 20%<sup>0</sup> të rasteve, shifer c u përgjigjet të dhënave të literaturës.

Studimi «Mbi trajtimin kirurgjikal të koksa vara» bazohet në 4 raste të trajtuar në klinikë me këtë patologji invalidizuese koksof-morale. Autorët analizojnë përvojën e tyre në trajtimin kirurgjik të koksa vara kryesisht me anë të osteotomisë ipsilon Pauwels, teknikë e së cilës e përshkruajnë hollësisht për ta bërë të njohur edhe p-ortopedët e tjerë. Kjo teknikë u ka dhënë autorëve rezultate të rr-ra. Disa konkluzione:

1) Koksa vara edhe në vendin tonë nuk është një patologji rrallë.

2) Më e shpeshtë është forma kongjenitale.

3) Trajtimi i koksa vara është kirurgjikal. Osteotomia ipsilon Pauwe është operacioni i zgjedhur.

4) Sa më shpejt të kryhet korigjimi i koksa vara (me përjasht-të asaj raktike) aq më të pakta janë ndryshimet sekundare displazi në artikulationin koksofemoral, aq më i plotë është shërimi.

Në kumtesën «Mbi vertebrektominë totale në një frakturë luks-cion të shtyllës kurizore lumbarë» autorët referojnë se kanë kry-

heqjen e plotë të vertebrës së katërtë lumbare në një djalosh me frakturoluksacion të rëndë të shtyllës kurrizoze lumbare. Ky është një operacion teper i rralle, me të cilin bëhet heqja e tumorave vertebrale dhe është i jashtëzakonshëm në frakturat dhe luksacionet e vertebrave. Autorët kanë gjetur në literaturë komunikime për një operacion të tillë. Rezultati ishte i shkëlqyeshëm, i sëmuri u shërua plotësisht. Kjo kumtesë paraqet interes të veçantë në drejtim të teknikës kirurgjikale, për kryerjen e heqjes së plotë të vertebrës, që është një operacion i vështirë.

Problemet e katër punimeve të mësipërme trajtohen për herë të parë në literaturën tonë mjekësore.

III. — **Sesioni i anatomisë patologjike.** — Në këtë sesion bashkëpunuan katedra e anatomisë patologjike, reparti i onkologjisë në spitallin nr. 2 dhe shërbimet anatomopatologjike të disa rretheve (Durrës, Gjirokastrë, Korçë, Krujë). Në këtë sesion u referuan 13 tema dhe 4 kazuisitka, ku morrën pjesë 17 veta, nga të cilët 3 pedagogë.

Temat e referuara ishin:

- 1) Vlera e punkcion biopsisë në hepatitet akute
- 2) Pneumorragitë masive tek të porsalindurit
- 3) Pneumonitë si shkak vdekje në foshnjat
- 4) Kor pulmonare (zema mushkerore)
- 5) Meningjitet sipas materialit autopsik.
- 6) Meningjitet sipas materialit prozektorial të Korçës.
- 7) Pneumonitë në foshnjat e rrethit të Gjirokastrës
- 8) Karcinoma e buzës
- 9) Ndryshimet në citologjinë eksofoliative pas rrezatimit.
- 10) Polipep uterine
- 11) Sëmundja e diabetit
- 12) Veset kongjenitale të zerrës
- 13) Ndryshimet anatomopatologjike në helmimet me pesticide.

U paraqiten dhe katër kazuisitka.

— Vlera e punkcion biopsisë në hepatitet akute. Në këtë referat flitet mbi vlerën e kësaj metode në diagnostikimin e hepatitëve akute, në përcaktimin e stadeve të dëmtimit të mëlçisë si dhe në mundësinë e parashikimit të kalimit të hepatitit akut në atë kronik.

— «Pneumorragitë te të porsalindurit» — flitet për gjetjen e shpesh të kësaj patologjie në autopsitë e të porsalindurve. Referati vë në dukje njohjen e pakët të kësaj nozologjie nga ana e mjekëve anatomopatologjë dhe atyre klinikistë, si dhe vështirësitë për diagnostikimin gjatë jetës të kësaj sëmundjeje.

Në referatin «Pneumonitë si shkak vdekje në moshat femënore në rrethin e Durrësit» trajtohet problemi i pneumonive si një nga shkaqet më të shpeshta të vdekjes në moshën femënore. Nga referati del se kjo sëmundje vërehet më shpesh në moshat e herëshme femënore (0-1 vjeç). Nder tipat e pneumonive, vendin kryesor e zënë bronkopneumonitë dhe pneumonia intersticiuale.

— Në studimin «Kor pulmonare» trajtohet kjo patologji në bazë të materialit autopsik të shërbimit të anatomisë patologjike të Tiranës. Nga materiali del në pah se kjo sëmundje takohet mjaft shpesh

në moshat e vjetra, ku kryesisht shkaktohet nga sëmundjet kronike të mushkerive si enfizemi pulmonare dhe bronkitet kronike. Në material trajtohen edhe problemet patogjenetike të kësaj sëmundje.

— Në referatën «Meningjitet sipas materialit autopsik të shërbitimit të anatomisë patologjike» fletet për shpeshësinë e kësaj patologjie, sidomos në moshat femnore. Nder llojet e meningjiteve del në pah se zotëron ai purulent. Gjithashtu del se meningjitet tuberkullare kanë ardhur duke u ulur nga viti në vit.

— «Meningjitet sipas materialit prozektorial të rrethit të Korçës» Në këtë referat jepet shpeshësia e meningjiteve në materialin autopsik të këtij rrethi. Aty bëhet klasifikimi i meningjiteve në bazë të karakteristیکave të tyre morfologjike. Nga materiali del se meningjitet purulente janë më të shpeshta.

— «Pneumonitë në moshën femnore sipas materialit autopsik të rrethit të Gjirokastrës». Në këtë studim fletet mbi shpeshësinë e pneumonive si shkak vdekjeje. Materiali thekson llojshmërinë e pneumonive, duke u ndaluar në atë që pneumonitë intersticiale dhe bronkopneumonitë katarale janë format më të shpeshta morfologjike të pneumonive.

— Në studimin «Karcinoma e buzës sipas materialit onkologjik» trajtohen problemet e llojshmërisë së kancerit të buzës, të lokalizimit të tij në buzën e sipërme dhe të poshtme si dhe lidhjet e kësaj patologjie me moshën.

— Në referatën «Ndryshimet në citologjinë ekfoliative sipas rrezatimit», autori flet mbi ndryshimet e qelizës neoplazike të studjuar në citologjinë vagjinale pas irradimit. Në bazë të materialit të tij, autori nxjerr vlerën e këtij mjekimi në neoplazi.

— «Polipet uterine — sipas materialit prozektorial të shërbitimit të anatomisë patologjike» — autori flet për shpeshësinë e këtij formacioni në uterus, i cili është taktuar më shpesh në vagjinë sesa në kavitetin uterin. Nga materiali del se ky formacion shumë rallë pëson transformim malinj.

— Në referatën «Sëmundja e diabetit sipas materialit prozektorial të shërbitimit të anatomisë patologjike» autori flet mbi shpeshësinë e kësaj sëmundje në materialin autopsik, moshën kur takohet kjo sëmundje, si dhe ndërlikimet që jep ajo.

— «Veset kongjenitale të zemrës sipas materialit autopsik, Tiranës». Në këtë studim autori flet për shpeshësinë e vesëve kongjenitale në moshat femnore. Ai trajton etiopatogjenezën dhe mundohet ta lidhë me infeksionet virale që kalon nëna në tre muajt e para të shtatzanisë. Në material fletet për llojet e vesëve kongjenitale të hasura në vendin tonë.

— Në studimin «Ndryshimet anatomopatologjike me helmimet me pesticide» vihen në dukje ndryshimet kryesore të konstatuara nga autopsitë e personave të vdekur nga këto helme. Autori tërheq vëmendjen mbi rrezikshmërinë që paraqesin sot përdorimi pa kritere i pesticideve, sidomos tek punonjësit e bujqësisë nga mosrespektimi i masave të sigurimit teknik në punë.

IV. — **Sesioni shkencor i obstetrikë-gjinekologjisë.** — Në këtë sesion bashkëpunuan katedra dhe spitali klinik obstetrikë-gjinekologji.



Në sesion morrën pjesë 16 veta, ndër të cilët tre pedagogë. U referuan këto tema:

1) Vuaftja fetale dhe diagnostikimi i saj me anën e amnioskopisë.

2) Parandalimi i lindjeve para kohe.

3) Ndikimi i ndërhyrjeve obstetrikale-abdominale dhe vagjinale në uljen e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë perinatale të shkaktuar nga vuaftja e fetusit.

4) Indikacionet dhe rezultatet e amniocentezës, lidhur me mënjanimin e vdekshmërisë perinatale në gratë me Rh negativ.

5) Trajtimi shkencor i lindjeve me paraqitje transversale dhe podalike për të ulur vdekshmërinë perinatale.

Punimi «Vuaftja fetale dhe diagnostikimi i saj me anën e amnioskopisë» ka pasur për qëllim të verë në pah anët pozitive të aplikimit të kësaj metode lidhur me mbikqyrien e gjendjes së fetusit në kavitetin uterin në shtatzaninë patologjike. Në të përcaktohet teknika e aplikimit për të diagnostikuar fillimin e vuaftjes fetale dhe ndihmon në mënjanimin e thellimit të saj, duke aplikuar me kohë mjekimin për të mënjannuar këshu vdekjen e fëmijës në uterus.

— «Parandalimi i lindjeve para kohe». Duke u nisur nga rëndësia e madhe që ka premturancën në rritjen e vdekshmërisë perinatale, autori i këtij punimi përcaktonte një seri detyrash para, gjatë dhe pas lindjes që duhet të kenë parasysh mjekët e konsultoreve, mjekët obsteter në maternitet si dhe mjekët neonatologë.

— Referati «Ndikimi i ndërhyrjeve obstetrikale abdominale dhe vagjinale në uljen e sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë perinatale shkaktuar nga vuaftja e fetusit» është një studim kliniko-statistikor me qëllim që të arrihet një ulje ende më e madhe në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë perinatale, duke zgjeruar, atje ku ka indikacion, ndërhyrjet obstetrikale abdominale dhe vagjinale.

— Studimi «Indikacionet dhe rezultatet e amniocentezës, lidhur me mënjanimin e vdekshmërisë perinatale në gratë rezus negativ» ka për qëllim të verë në dukje anët pozitive që ka amniocenteza trans-abdominale si metodë që ndihmon për të ndjekur në ecuri zhvillimin dhe gjendjen patologjike të fetusit gjatë jetës së tij intrauterine dhe për të përcaktuar pastaj taktikën që duhet ndjekur për mënjanimin e vdekjes fetale.

— Në studimin «Trajtimi shkencor i lindjeve me paraqitje transversale dhe podalike për të ulur vdekshmërinë perinatale», autori përcaktonte taktikën që duhet ndjekur nga mjeku obsteter në lindjet transversale dhe podalike për të mënjannuar numrin e madh të vdekjeve perinatale, shkaktuar nga një taktikë jo e drejtë e aplikuar shpesh herë.

V. — **Sesioni neurologji psikiatri.** — Në këtë sesion u paraqitën 50 tema, në të cilat morrën pjesë disa mjekë të rretheve dhe pedagogët e fakultetit të mjekësisë. Këta të fundit referuan 17 tema, të cilat janë:

1) Trajtimi klinik 10 vjeçar në klinikën e neurologjisë të epileptikëve.

2) Të dhëna paraprake mbi depistimin e epileptikëve në kooperativën e bashkuar të Kasharit dhe të Petrelës.

- 3) Vrojtimi klinik 10 vjeçar i të sëmurëve me insulta cerebrale.
- 4) Të dhëna paraprake mbi depistimin e të sëmurëve me neuroza në kooperativën e bashkuar të Petrelës e të Bërzhitës.
- 5) Të dhëna paraprake mbi depistimin e insulteve cerebrale në kooperativën e bashkuar të Kasharit e të Bërzhitës.
- 6) Të dhëna krahasuese klinike elektroencefalitike në trauma kranioencebrale.
- 7) Të dhëna paraprake mbi gamaencefalografinë.
- 8) Të dhëna elektroencefalografike.
- 9) Të dhëna klinike-statistikore mbi sindromet radikulo-lumbosakrale në klinikën e neurologjisë për vitet 1971-1976.
- 10) Të dhëna klinike rreth sklerozës së shpërndarë në klinikën e neurologjisë për vitet 1966-1976.

- 11) Polineuritët.
- 12) Shenjat atipike të depresionit.
- 13) Sindromat malinje neuroleptike.
- 14) Vdekje të shkaktuara nga tromboembolitë neuroleptike.
- 15) Neuroleptikët-depo.
- 16) Të dhëna mbi depresionin unipolar.
- 17) Vdekje të shkaktuara ose të favorizuara nga neuroleptikët.

Në këtë sesion u paraqitën disa punime mbi patologjinë e enëve të gjakut të trurit, epilepsitë, sklerozën e shpërndarë, helmimet e sistemit nervor, polineuroziet. Këto punime paraqisnin përvojën shumë vjeçare të klinikës së neurologjisë. Ndërmjet të tjerave, nga depistimet e bëra në Tiranë dhe në Elbasan, rezultoi se epilepsia vërehet në 1,6-1,8% të popullsisë dhe është nën nivelin e shumë vendeve të huaja.

Gjithashtu u paraqitën disa tema mbi polineuritët. U vu në dukje se nuk ka rritje të rasteve, me gjithë rritjen e popullsisë. Polineuritët toksike sulfamidike e nikotibinike thuajse nuk ndeshen fare. Por në 15 vjetët e fundit janë vërejtur rreth 50 polineurite toksike nga lëndët fosfororganike dhe bëhen propozime mbi mënyrën e tregëtimit të këtyre lëndëve dhe të edukimit të përdoruesve.

Referimet e psikiatrisë trajtonin temën e përdorimit të neuroleptikëve. Këto tema venë në dukje se neuroleptikët mund të japin ndërlikime vdekjeprurëse dhe prandaj duhen përdorur me kujdes. Neuroleptikët sedativë shkaktojnë vdekje nga kolapsët e rënda ose nga tromboembolitë dhe jepen kundëriindikacionet e përdorimit. Neuroleptikët e fuqishëm mund të shkaktojnë sindrome malinje dhe përshkruhen shenjat parajamëruese dhe mjekimi i sindromës. Në referimet bëhen propozime që në psikiatri të futen në përdorim të gjërë neuroleptikët-depo.

VI. — **Sesioni i Stomatologjisë.** — Në këtë sesion bashkëpunuan tri katedrat e stomatologjisë. U paraqitën 7 tema. Në to morrën pjesë 9 pedagogë.

- 1) Rëndësia e infeksionit folkal tek të sëmurët nga zemra.
- 2) Shpeshësia e kariesit të dhëmbëve në të sëmurët me parodontopati.
- 3) Rezultatet e largta të mjekimit të periodontitëve kronike me hidroksid kalciumi.

- 4) Vegoritë e formave klinike të proceseve inflamatore gjatë viteve 1973-1977.
- 5) Vepërimtaria e klinikës së kirurgjisë stomatologjike në spitalin nr. 1 të Tiranës gjatë viteve 1973-1977.
- 6) Mjekimi i anomalive në moshë të reja me aparate të lëvizshme.
- 7) Përgatitja e protezave totale në një seancë. Në këtë sesion u paraqit dhe një kazuishtikë.

Në referatin «Rëndësia e infeksionit fokal tek të sëmurët nga zemra» vihet në dukje rëndësia e masave praktike.

Në temën «Shpeshtësia e kariesit të dhëmbëve në të sëmurët me parodontopati» vihet në dukje se kariesi është pothuaj njëilloj i përhapur si në të sëmurët me parodontopati dhe në ata pa parodontopati. Në format inflamatore dhe mikste të parodontopative, kariesi është më i lartë se tek njerëzit e shëndoshtë, ndërsa në format distrofike është thuajse i njëjtë. Në format distrofike ka më pak njerëz që preken nga kariesi i shumtë.

Në referatin «Mjekimi i disa anomalive në moshë të reja me aparate të lëvizshme» u vu në dukje se këto aparate janë më funksionale, më ekonomike dhe profilaktike.

Në studimin «Përgatitja e protezave totale në një seancë» vihet në dukje kursimi i kohës së punës dhe materiali i konsumit.

Referati «Vegoritë e formave klinike të proceseve inflamatore të regjionit maksilo-facial gjatë viteve 1970-1976» bën fjalë për disa simptome të veçanta, që ndihmojnë për vendosjen e drejtë të diagnozës dhe mjekimin e hershëm.

Në një kazuishtikë vihet në dukje zëvendësimi protetik i një veshi me rezinë elastike të prodhuar në vend.

VII. — **Sesioni i Farmacistë.** — Në këtë sesion u referuan këto tema:

- 1) Dega e Farmacistë në 20 vjetorin e themelimit të Universitetit të Tiranës.
  - 2) Përgatitja nga bimët mjekësore e një miksture kundër alburminurisë.
  - 3) Përgatitja e ekstraktit të butë të bimës lule shurdhe për t'u përdorur në formë pílulash me veprim kolagog.
  - 4) Përgatitja e preparatit tip «gingivital» për përdorim në stomatologji.
  - 5) Të dhëna të tjera të studimit për përcaktimin e metodikës për izolimin e betakarotinës nga halat e pishës.
  - 6) Përcaktimi i fluorit në ujën e pijshëm të Tiranës.
  - 7) Të dhëna analitike mbi cilësinë e tapave prej gome që përdoren për mbylljen e flakoneve të tretësirave të injektueshme në laboratorin e prodhimit të tretësirave të injektueshme të spitait nr. 2 të Tiranës.
- Në studimin «Përgatitja nga bimët mjekësore e një miksture kundër albuminurisë» jepet mendimi i zëvendësimit të medikamenteve që jepen në rastet e glomerulonefritit dhe glomerulonefrozës me një miksturë me bimë mjekësore.

«Mbi përgatitjen e preparatit tipt «Gingivital» — në këtë studim propozohet një përbërje tjetër për të zëvendësuar «Gingivitalin», që importohet dhe përdoret për mjekimin e paradontopative.

Autorët e temës «Studim për përcaktimin dhe veçimin e betakarotinës në halat e pishës» venë në dukje metodat e izolimit të betakarotinës në halat e pishës (Pinus nigra Arnold) të Pukës dhe shfaqin mendimin për vazhdimin e studimit për të krijuar mundësitë e shfrytëzimit të drogës si lëndë e parë vitaminike për qëllime farmaceutike.

Në studimin «Përcaktimi i fluorit në ujën e pijshtëm të Tiranës, autori ka analizuar 5 burime dhe ka konstatuar se ujrati e Tiranës janë të varfra në fluor, me përjashtim të ujit të Buvilleës, i cili ka 0,800 mgr/lit. Autori propozon fluorizimin e ujit të Tiranës.