

TE VEME NE JETE DETYRRAT QE NA SHTRON PARTIA DHE SHOKU ENVER PER THELLIMIN E REVOLUCIONIT TEKNIKO-SHKENCOR NE FUSHEN E PERGATITJES SE KUADROVE MJEKESORE DHE TE RRITJES SE CILESISE SE SHERRBIMIT SHENDETESOR

Në Kongresin e 7-të të Partisë shoku Enver Hoxha tha se «stadi aktual i zhvillimit të vendit dhe detyrat e mëdha që kemi përpara, kërkojnë që studimet e kërkimet shkencore të shndërrohen në mënyrë që të përgjithshme që të përshtojë e të paraprijë çdo punë, që të ndihmojë efektivisht për zgjidhjen e problemeve aktuale e perspektive të ndërtimit të socializmit e të mbrojtjes së atdheut».

Kjo porosi e shokut Enver lidhet ngushtë me thellimin e mëtejshëm të revolucionit tekniko-shkencor, që është një domosdoshmëri për ecjen tonë përpara në të gjitha fushat e ndërtimit të socializmit, në kushtet e rrethimit të egër imperialisto-revizionist. Partia i ka përcaktuar gartë qëllimet dhe detyrat e revolucionit tekniko-shkencor si dhe rrugët e vënies së tyre në jetë, duke u mbështetur tërësisht në forcat tona, në luftë kundër ndjenjës së mosbesimit në forcat e veta dhe tërheqjes para vështitësive.

Sot në Fakultetin tonë të Mjekësisë janë krijuar të gjitha mundësitë materialo-teknike dhe njetëzore që të zgjidhim vetë problemet që kanë të bëjnë me rritjen e cilësisë së përgatitjes ideo-shkencore të kuadrave të reja mjekësore, të metodave të parandalimit, diagnostikimit dhe të mjekimit të sëmundjeve të ndryshme.

Fjalimet e kohëve të fundit të Shokut Enver Hoxha mbi domosdoshmërinë e thellimit të mëtejshëm të revolucionit tekniko-shkencor dhe vendimeve të Pleqnit të IV të KQ të PPSH hapën për punonjësit e studentët e fakultetit të mjekësisë perspektiva të reja për të zgjidhur me sukses, guxim dhe entuziazëm revolucionar detyrat si në tubshën e arsimit, ashtu dhe në atë të shëndetësisë.

Revolucionin tekniko-shkencor në fakultetin e mjekësisë, si kudo në vendin tonë, e ngjehëhin organizatat-bazë të Partisë. Në përputhje me vendimet historike të Kongresit të 7-të të PPSH, katedrat kanë hartuar planet kërkimore — shkencore dhe të kualifikimit e specializimit të pedagogëve dhe kuadrove të tjera të larta mjekësore. Ato kanë bërë një punë të mirë për forcimin e boshtit ideologjik marksist-leninist në tërë punën edukative mësimore të tyre.

Revolucioni tekniko-shkencor në fakultetin tonë, në radhë të parë, duhet të zgjidhë detyrën e rëndësishme të vënë nga Kongresi i 7-të i Partisë, që kuadrot e reja mjekësore të dalin të formuar e të kalltur politikisht e ideologjikisht, me horizont të gjërë kulturor, të armatuar me dije të thella shkencore, të përgatitur për jetën. Kryerja e

Kesaj detyre kërkon që pedagogët të jenë të brumosur me filozofin marksiste-leniniste, me mësimet e Partisë e të shokut Enver Hoxha të formuar me virtytet e moralit komunist, që ata të bëjnë për pjeske sistematike për kualifikimin e mëtejshëm, duke i kushruar kujdes të veçantë edhe punës kërkimore shkencore, që janë kushte të domosdoshme për ngritjen e nivelit të tërë punës mësimore.

Në Kongresin e 7-të të Partisë u theksua se me gjithë luftën e bërë, detyrat e mëdha që shtronte reforma arsimore për revolucionarizimin e përmbytjes së mësimit dhe të edukimit, nuk janë kryer plotësisht. Ka probleme që po zgjidhen me vështirësi e lëkundje, sidomos ato që lidhen me harmonizimin e plotë të tre komponentëve të procesit mësimor.

Punonjësit e fakultetit të mjekësisë, nën udhëheqjen e organizatave-bazë të Partisë, kanë bërë dhe po bëjnë përpjekje sistematike që të menjanojnë të metat e konstatuara në të kaluarën në punën edukative mësimore me studentët, duke thelluar më tej revolucionin tekniko-shkencor. Në mënyrë të veçantë janë bërë përpjekje sistematike për të pasqyruar sa më gjerë në lëksionet, praktikat mësimore dhe në tekstet përvojën e madhe dhe të lavdishme të Partisë sonë e të ndërimit tonë socialist, ndryshimet rrejësore dhe përparimet e pakrahsheshme që ka arritur shëndëesia jonë socialiste gjatë viteve të Pushtetit Popullor.

Rezultatet e punës studimore e kërkimore të punonjësve të fakultetit të mjekësisë dhe të atyre të shëndetësisë në përgjithësi pasqyrohen gjëresisht në tërë procesin mësimor. Ka kaluar ajo kohë kur pedagogët flisnin në lëksione ose i shkruanin tekstet duke u mbështetur kryesisht në të dhënat e literaturës mjekësore botërore. Sot, në radhë të parë, ata mbështeten në përvojën e pasur të mjekësisë sonë socialiste, në rezultatet e punës kërkimore shkencore të kryer nga klinikat, spitalet, institutet, laboratorët etj. pa lënë mënjane edhe arritjet e shkencës mjekësore botërore.

Me gjithë sukseset e arritura, ne duhet të bëjmë ende më shumë përpjekje për të vënë plotësisht në jetë detyrën që na caktoi Kongresi i 7-të i Partisë për forcimin e tendenciozitetit klasor në të gjithë punën tonë edukative-mësimore. Në fakultet duhet të punohet në mënyrë sistematike për të gjetur rrugët më të përshatshme për shkruajtjen e plotë dhe organike të të tre komponentëve të procesit mësimor, si në përmbytjet ashtu dhe në metodë. Studimi i këtyrë problemë përbën një fushë të gjerë dhe të rëndësishme të punës shkencore në të cilën duhet të inkluohesh edhe katedrat e fakultetit tonë.

Thellimi i mëtejshëm i revolucionit tekniko-shkencor në fakultetin e mjekësisë lidhet ngushtë me detyrat e mëdha që ka për të zgjidhur shëndëtesia jonë socialiste, me përçaktimin e masave më efektive profiliaktike, me rritjen e cilësisë së diagnostikimit dhe të mjekimit të sëmundjeve të ndryshme, e probleme të rraftesimit etj.

Në Kongresin e 7-të të Partisë, shoku Enver Hoxha tha: «Për rruajtjen e shëndetit të popullit të forcohen e të zgjerohen masat higjieno-sanitare e profiliaktike, veçanërisht në fshat e në zonat e thella duke e rritur më shumë kujdesin për mbrojtjen e shëndetit të nënës dhe të fëmijës». Kongresi i 7-të i Partisë porositi që punonjësit e shëndetësisë të marrin masa për parandalimin e sëmundjeve infektive si

dhe të zgjerojnë e të organizojnë më mirë punën për ngritjen e edukatës shëndetësore të popullit. Rëndësi e veçantë t'i kushtohet gjithashtu ruajtjes së ambientit për të mos e ndotur atë dhe për ta mbajtur të pastër e të bukur. Në Direktivat e Kongresit të 7-të të PSSH mbi planin e gjashtë pesëvjeçar të zhvillimit të ekonomisë dhe të kulturës së PRSSH për vitet 1976-1980 thuhet që «në institucionet shëndetësore të arrihet një përmirësim i mëtejshëm i shërbitimit për të sëmurët dhe të rritet efikasiteti i masave mjekësore».

Zgjidhja e detyrave të vëna nga Kongresi i 7-të i Partisë për sektorin e shëndetësisë nuk mund të bëhet me sukses pa thelluar më tej kërkimet studimore e shkencore, pa zbatuar në mënyrë revolucionare përvojën teknike të ndihmuar nga dituria shkencore.

Tematika kërkimore shkencore e fakultetit të mjekësisë është hartuar në përputhje me detyrat e caktuara nga Kongresi i 7-të i Partisë. Është bërë një punë e madhe për realizimin e planeve të temave shkencore të nomenkiaturës qeveritare dhe posaçërisht të vdekshmërisë perinatale, që është pjesë përbërëse e temës qeveritare mbi parandalimin e vdekshmërisë së fëmijve, të dermatozave profesionale dhe të ndikimit të ujtrave minerale të vendit tonë në veprimtarinë e disa organeve të brendshme. Tani në përputhje me detyrat e reja të shtruar nga revolucioni tekniko-shkencor, fakulteti iu shtua edhe një temë tjetër qeveritare, që lidhet me shfrytëzimin e lëndës së parë të vendit edhe në formën e përqendrimeve vitaminike.

Fakulteti duhet të bashkëpunojë gjithashtu edhe në tetë tema të tjera qeveritare, që kanë të bëjnë me semundjet akutë të frymëmarrjes së fëmijve, me një varg sëmundjesh mikrobike të të rriturve etj.

Në të ardhmen një kujdes më i madh u duhet kushtuar studi-meve në fushën e parandalimit të vdekshmërisë së fëmijve. Duke folur në mitingun me punëtorët e Ksamilit në Sarandë, Shoku Enver tha se kur bëjmë krahasime me statistikat e Organizatës së Kombeve të Bashkuara, shohim se zgjatja e jetës tek ne është nga më të lartat dhe vdekja nga më të ultat. Po në këtë miting, shoku Enver theksoi se në socializëm ne kemi e do të kemi edhe më me bollëk, çdo gjë, se vendi ynë është pjellor e mund të mbajë akoma miliona, prandaj të na jindin sa më shumë fëmijë (Zëri i Popullit, 28 mars 1978).

Kjo thënie e shokut Enver na mbush me gëzim e entuziazëm, na mobilizon për një punë këmbëngulëse në zbulimin e shkaqeve të vdekshmërisë perinatale dhe foshnjore dhe në marrjen e masave për parandalimin e tyre.

Në përputhje me kushtet e reja të krijuara është e domosdoshme që nga ana e katedrave të merren një varg masash me karakter organizativ. Duke folur në Grapsh të Drepullit («Zëri i Popullit» 23 mars 1978) shoku Enver tha se trimoni për të gjithë duhet të jetë dituria, praktika dhe organizimi. Detyrë e ngushtme është hartimi i metodikave të reja të temave shkencore që i shtohen fakultetit tonë, ose plotësimi dhe korrigjimi i metodikave të mëparshme të punës shkencore. Metodikat duhet të hartohen me kujdes dhe pasta, nëpërmjet Ministrisë së shëndetësisë t'u dërgohen edhe bashkëpunëtorëve të rrethëve. Hartimi i metodikave sigurisht është vetëm fillimi i punës. Lind-nevoja e organizimit të mirë të zbatimit të kësaj metodike në të gj-

thë punën studimore dhe kërkimore, kontrolli i zbatimit të saj të plotë, respektimi i disiplinës shkencore.

Metodika të reja ose shtesa të atyre ekzistuese duhet të bëjnë si-domos katedrat e pediatrisë, farmacisë, të sëmundjeve infektive, hijene-epidemiologjisë, sëmundjeve të brendshme, kirurgjisë, speciale, si edhe lëndët e fiziologjisë dhe të farmakologjisë, të cilave u janë caktuar tema të reja për studim ose që duhet të bashkëpunojnë me Ministrinë e Shëndetësisë për tetë tema të tjera qeveritare.

Si detyrë e rëndësishme për të ardhmen, që përcaktohet nga qëllimet dhe objektivat e revolucionit tekniko-shkencor, është dhe lidhja e ngushtë e punës studimore kërkimore të lëndëve klinike me atë eksperimentale, shfrytëzimi më racional prej tyre i laboratorit të mjekësisë eksperimentale, që është ngritur në fakultetin tonë.

Në të ardhmen, në përputhje me detyrën që vuri Kongresi i 7-të i Partisë, nga katedrat dhe lëndët e ndryshme të fakultetit duhet t'u kushtohet rëndësia e veçantë edhe studimeve e kërkimeve shkencore në fushat e gjenetikës, fiziologjisë normale e patioogjike, biokimisë, anatomisë patologjike etj. sepse pa to nuk mund të zgjidhen me sukses shumë probleme të zhvillimit të shkencave mjekësore të aplikuarra dhe as mund të bëhet një përgatitje e shëndoshë e specialisteve të ndryshëm dhe e brezit të ri në fakultetin tonë.

Problemi i zhvillimit të këtyre lëndëve është diskutuar gjërësisht si në organizatat-bazë të Partisë, ashtu dhe në mbledhjet e Këshillit shkencor, të Dekanatit dhe të katedrave. Komisioni i ngritur për këtë qëllim ka bërë një punë të kënaqshme. Është ngritur edhe laboratori i studimeve gjenetike. Por duhet të themë se përpjekjet e bëra deri tani nga katedrat për të garë në fushën e studimeve gjenetike nuk kanë qenë të mjaftueshme. Në të ardhmen për të vënë në jetë këtë detyrë duhet të bëjnë më shumë përpjekje jo vetëm lëndët para-klinike, që duhet të udhëheqin studimin e gjenetikës mjekësore, por edhe ato klinike, të cilat duhet të hartojnë planet konkrete të punës kërkimore në fushën e gjenetikës, të mbështetur në të dhënat klinike.

Revolucioni tekniko-shkencor në fakultetin e mjekësisë nuk mund të gohet përpara pa tërhequr aktivisht në të edhe mjekët ordinatorë, studentët, mjekët e poliklinikave, mjekët e rretheve, laborantët dhe infermierët. Në Kongresin e 7-të të Partisë, shoku Enver porositi që institucionet dhe qëndrat e specializuara të punës kërkimore shkencore ta lidhin ngushtë veprimtarinë e tyre me eksperimentin shkencor masiv. «Shkencën e diturimë të mos e zotëtojë vetëm një njeri, ose një grup njerëzish — na mëson shoku Enver, — por masa e tërë, sepse me një lule nuk vjen behari» («Zëri i Popullit» 23 mars 1978).

Në punën shkencore të katedrave të fakultetit të mjekësisë janë përfshirë të gjithë ordinatorët dhe mjekët nga poliklinikat e rrethet e ndryshme të Republikës. Megjithatë duhet të themë se masivizimi i kërkimeve shkencore nuk është në atë shkallë që e kërkon Partia. Janë të gjitha mundësitë që të aktivizohen më shumë mjekët të poliklinikave dhe të rretheve, duke i ndihmuar ata me metodikat e studimeve shkencore dhe duke i tërhequr në sesionet shkencore, në botimin e monografive, të artikujve etj. Në këtë mënyrë do të krijohen edhe mundësitë konkrete që puna studimore dhe kërkimore të dalë jashtë mureve të klinikeve dhe të marrë karakter masiv.

the kualifikimi e specializimi i kuadrove të larta mjekësore në shkallë Republike.

Organizatrat-bazë të Partisë në fakultetin tonë në radhë të parë i kanë kushtuar kujdes të veçantë brumosjes ideologjike të pedagogëve me filozofinë marksiste-leniniste, me mësimet e Parisë dhe të shokut Enver. Per këtë arsye shumica e pedagogëve të fakultetit tonë dhanë provimin e filozofisë me program pasuniversitar. Rëndësi e posaçme i është kushtuar edukimit të pedagogëve nëpërmjet formave të edukimit komunist, studimit individual, pjesëmarrjes aktive në punët shogërore etj. Me gjithë sukseset e arritura, në rënditë tona ende vihen re shfaqje liberalizmi e oportunizmi, të cilat, në një formë ose tjetër, pengojnë zhvillimin me sukses të punës shkencore në fakultet. Në të ardhmen del detyra e thellimit të mëtejshëm në studimin e Veprave të klasikëve të marksizëm-leninizmit, të shokut Enver, e ballafaqimit të punës së kryer me detyrat e mëdha të caktuara nga Partia, e organizimit të sesioneve ideologjike shkencore.

Per kualifikimin profesional një rol të rëndësishëm në të ardhmen do të luajë dhënia nga të gjithë pedagogët e provimeve të iëndeve bazë, të specialiteteve të ngushta dhe të gjuhëve të huaja.

Është e domosdoshme që të bëhen përpjekjet e nevojshme që deri në fund të vitit 1980 të mbrohen të gjitha disertacionet e shkallës së parë të kualifikimit sipas planit të miratuar në përputhje me detyrën e lenë nga ekipi i KQ të PPSH. Ka ardhur koha që të çahet edhe në drejtim të mbrojtjes së doktoranturave, sepse për këtë problem ka ndryajte. Një numër i mirë docentësh të fakultetit kanë vite që merren me punë studimore- kërkimore dhe i kanë kushtet e mundësitë që të mbrojnë disertacione të shkallës së dytë të kualifikimit.

Per kualifikimin e pedagogëve një rol të madh do të luajë edhe organizimi më i mirë i konferencave klinike dhe anatomopatologjike, i konsultave të zgjeruara për të sëmurë, që parqesin vështirësi diagnostike e mjekimi etj.

Përsa i përket kualifikimit dhe specializimit të kuadrove të larta mjekësore të rrethave, të cilët do të luajnë gjithashtu një rol të rëndësishëm në kryerjen e revolucionit tekniko-shkencore në sektorin e shëndetësisë është e domosdoshme që të vihet në jetë vendimi i marrur për ngritjen e bërtamës së kualifikimit që do të përbehet nga pedagogë të përgatitur dhe me përvojë të madhe të punës klinike e pedagogjike. Nga ana e katedrave ata duhen udhëhequr më atër. Në planet e punës së tyre, ne mendojmë se do të ishte e dobishme edhe inkludimi i leksioneve për problemet e veçanta të gjenetikës, biokimisë, fiziologjisë patologjike, anatomisë patologjike etj.

Revolucioni tekniko-shkencor është pjesë përbërëse e revolucionit socialist. Detyrat e shtruuara prej tij janë të mëdha dhe kërkojnë punë këmbëngulëse që të realizohen. Katedrat e fakultetit të mjekësisë së shpejti do të hartojnë edhe planet perspektive 10-15 vjeçare të punës shkencore.

Në të gjithë aktivitetin tonë shkencor ne do të forcojmë tendenciozitetin klasor proletar dhe do të udhëhigemi nga mësimet e Parisë dhe të shokut Enver, në luftë kundër ideologjive të huaja reaksio-

nare borgjezo-revizioniste dhe teorive pseudo-shkencore idealiste e metafizike.

Te' udhëhequr nga organizata e Partisë, pedagogët dhe studentët e fakultetit të mjekësisë do të mobilizohen me të gjitha forcat që revolucioni tekniko-shkencor edhe tek ne të zhvillohet në stil të gjërë pa u ndalur në dobi të rritjes së nivelit të përgatitjes ideo-profesionale të kuadrove të reja dhe të zgjidhjes së problemeve të shëndetësisë sonë socialiste.

Redaksia

Summary

TO PUT INTO EFFECT THE TASKS SET BY THE PARTY AND COMRADE ENVER HOXHA FOR THE INTENSIFICATION OF THE TECHNICO-SCIENTIFIC REVOLUTION IN TRAINING MEDICAL CADRES AND IN RAISING THE STANDARD OF THE MEDICAL SERVICE.

The paper discusses the way the technico-scientific revolution is put into effect in the faculty of medicine. Guided by the party organizations, the workers of the faculty of medicine are systematically making efforts to further intensify the technico-scientific revolution. Efforts are made in particular to reflect in the lectures, practical lessons and textbooks the immense and glorious experience of the Party in the edification of socialism in our country, the radical changes and the unparalleled progress achieved by our health service during the years of the people's rule.

It is pointed out that the themes for scientific research and the educational process are prepared to vie with the tasks laid down by the 7th Congress of the Party.

The paper mentions a number of duties that engage the workers of the faculty of medicine to achieve in future a better cooperation between the chairs of the faculty and the other health institutions of the Republic, attaching a particular importance to research work in different fields, which will contribute to boost the further development of the medical sciences.

Résumé

METTONS EN OEUVRE LES TÂCHES QUE NOUS POSENT LE PARTI ET LE CAMARADE ENVER HOXHA POUR L'APPROFONDISSEMENT DE LA RÉVOLUTION TECHNIQUE ET SCIENTIFIQUE DANS LE DOMAINE DE LA PRÉPARATION DES CADRES MÉDICAUX ET DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DU SERVICE MÉDICAL.

L'article traite de l'accomplissement de la révolution technique et scientifique à la Faculté de médecine. Sous la direction des organisations de base du Parti, les travailleurs de la Faculté de médecine ont déployé et déploient des efforts systématiques pour approfondir encore cette révolution. En particulier, des efforts systématiques ont été faits pour illustrer le plus largement possible dans

les cours, les pratiques didactiques et dans les manuels la grande et glorieuse expérience de notre Parti et de notre éducation socialiste, les transformations radicales et les progrès incomparables réalisés par notre santé publique dans les années du Pouvoir populaire.

L'article fait ressortir que la thématique didactique et scientifique de la Faculté de médecine a été élaborée conformément aux tâches fixées par le VII^e Congrès du Parti.

Pour conclure, l'article énonce une série de tâches qui se posent aux travailleurs de la Faculté de médecine pour l'avenir, en vue d'une coopération aussi parfaite que possible entre les chaires et les institutions sanitaires à l'échelle de la République, en vue d'attacher une importance particulière aux études et aux recherches scientifiques dans les divers domaines, qui comportent des problèmes importants du développement de nos sciences médicales.

**DINAMIKA E ZHVILLIMIT FIZIK TË NXËNËSVE TË QYTETIT TË
TIRANËS NË VITET 1974-1975 NË KRAHASIM ME VITET 1957-1958**

— GJUR. PISTOLI, HAMZA MEMI, SKËNDER SKËNDERI —
BASHKËPUNËTORE: KUDRETE HISKU, SHPRESA HUQI

(Katedra e Higjienës dhe sëmundjeve ngjitëse)

Zhvillimi fizik është një ndër treguesit e rëndësishëm, që pasqyron gjendjen shëndetësore të popullsisë. Ai është rezultat i bashkëveprimit dialektik të faktorëve biologjikë dhe të ambientit të jashtëm, ku rol vendimtar lozin faktorët shoqërorë-ekonomikë.

Karl Marks, në veprën e tij gjeniale — «Kapitali» — vë në dukje se lakmia e verbër për të rrëmbyer gjithçka, prek deri në rrënjë edhe fuqinë jetësore të kombit. Ai ve në dukje të dhëna të nxjerra nga dokumenta zyrtare, që flasin për zhvillimin e keq fizik të punëtorit seshtati i tij vjen duke u zvogëluar, kur rritja e tij pengohet nga kushtet fizike ose sociale» (1).

Shoku Enver Hoxha, në veprat e tij, ve në dukje se mbi gjendjen shëndetësore të një populli ndikojnë shkalla e zhvillimit ekonomik, krijdesi që shpëti tregon për këtë gëshje, niveli i kulturës dhe tërësia e mënyrës së jetesës (2).

Në vendin tonë, mbi zhvillimin fizik të popullsisë kanë filluar të bëhen studime vetëm pas Çlirimit dhe tashmë ka mjaft autorë që kanë kryer punime mbi këtë problem.

Studimet e autorëve tanë kanë treguar se nën ndikimin e faktorëve shoqërorë-ekonomikë, të krijuar nga rendi ynë socialist, zhvillimi fizik i fëmijëve tanë shënon përmirësim të vazhdueshme.

* * *

Në studimin tonë vihet në dukje dinamika e zhvillimit fizik të nxënësve të qytetit të Tiranës në vitet 1974-1975 në krahasim me vitet 1957-1958, nën ndikimin e përmirësimit të kushteve materiale-kulturore. Të dhëna tona janë krahasuar me ato të vitit 1957-1958(7). Matjet tona janë bërë në të njëjtat shkolla ku janë kryer edhe në vitin 1957-1958.

Për këtë studim ne kemi marrë një kontigjent nxënësish prej 4281 veta të cilëve u janë kryer matjet antropometrike dhe fiziometrike.

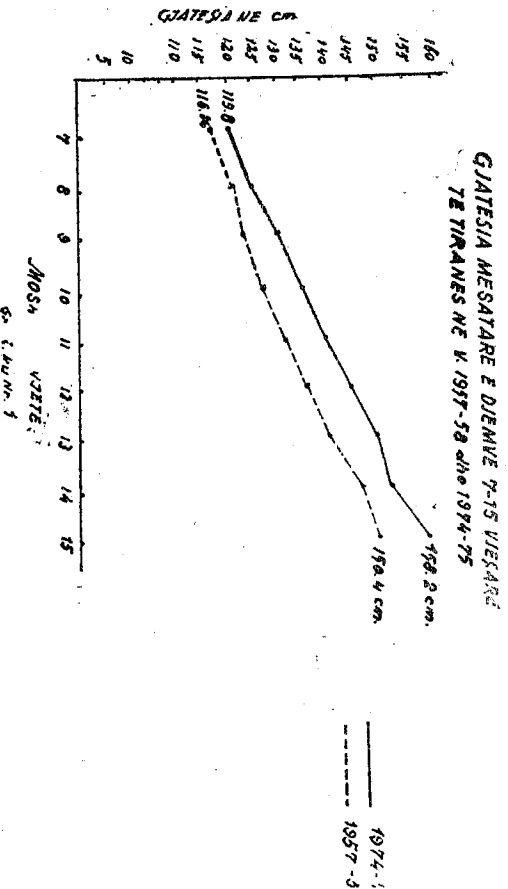
Në pasqyrën nr. 1 paraqiten, sipas moshave dhe seksëve, kontingjentet e studjuara në vitin 1957-1958(7) dhe nga ne në vitin 1974-1975.

Pasqyra nr. 1

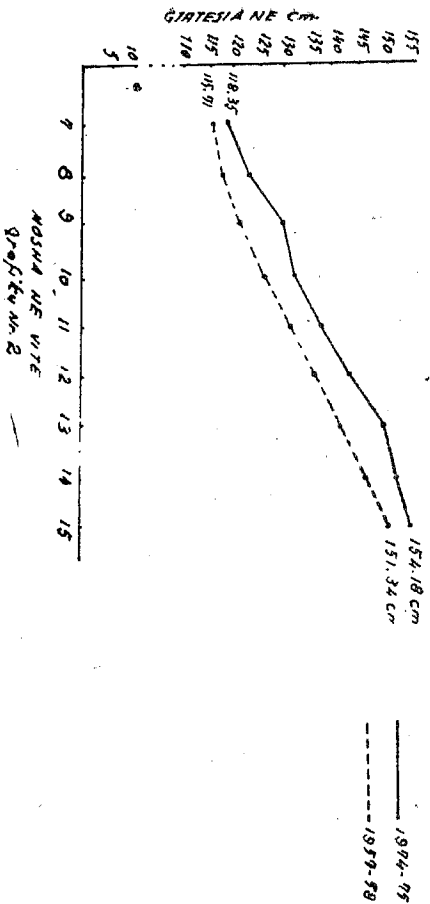
Vitet dhe seksi	1957-1958		1974-1975	
	D	V	D	V
7 vjeç	195	191	252	280
8 vjeç	441	460	227	261
9 vjeç	409	446	272	242
10 vjeç	346	316	290	265
11 vjeç	355	307	277	246
12 vjeç	277	336	285	273
13 vjeç	297	283	237	217
14 vjeç	241	240	245	253
15 vjeç	156	155	77	82
Shuma	2717	2734	2162	2119

Në punimin tonë janë studjuar treguesit më kryesorë: gjatësia në këmbë, pesha, cirkumferenca e krahavorit, aftësia jëlësore e mushkëtrive. Për të gjithë këta tregues janë nxjerrë mesataret aritmetikë të peshuara dhe parametrat e tyre: shmangia mesatare në katror (σ) dhe gabimi mesatar (m).

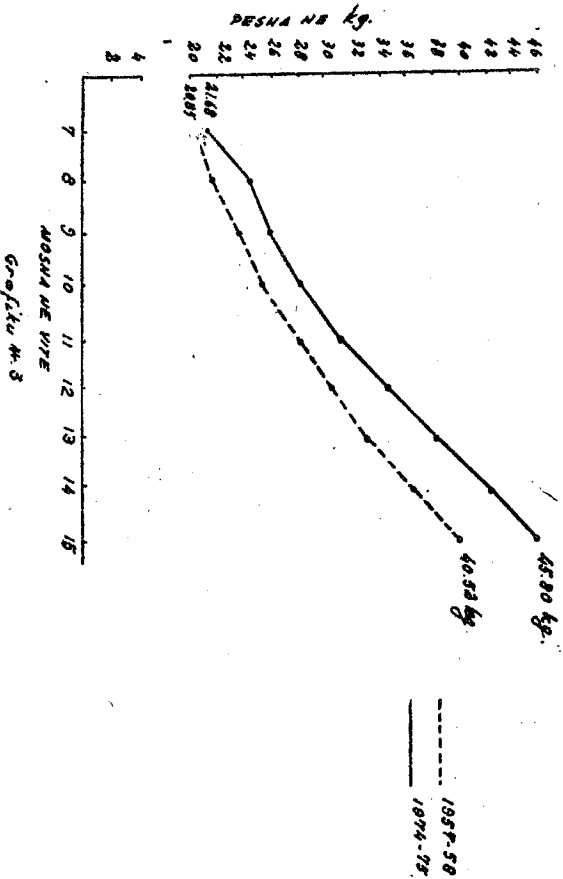
Në pasqyrat nr. 1 DV, 2 DV, 3 DV, 4 DV janë paraqitur treguesit më gjithë parametrat e tyre. Ndërsa grafikët nr. 1, 2, 3, 4 paraqesin të dhënat krahasuese për gjatësinë e peshën e të dy seksëve.



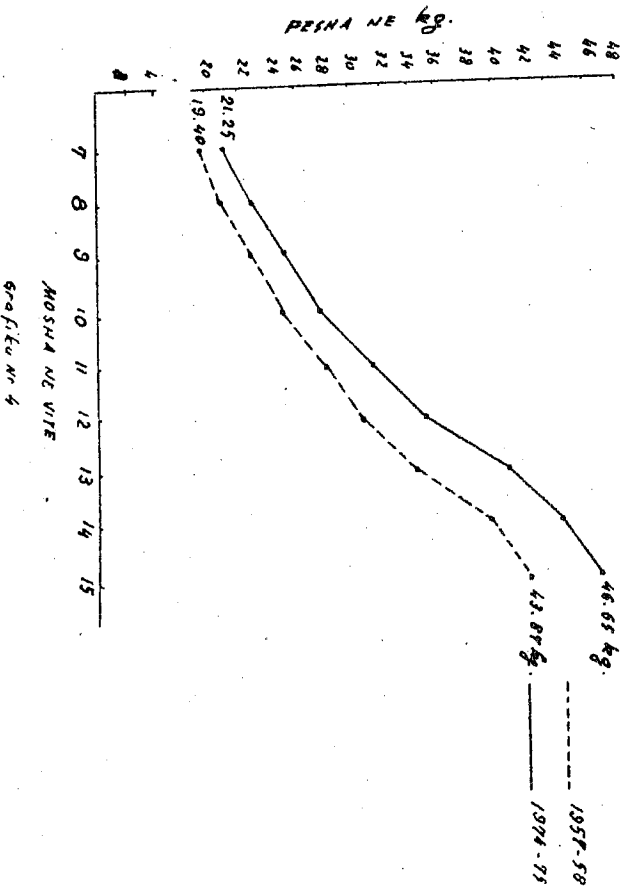
**GAJTESIA MESAJARE E MIZZAVE 7-15 VITEJARE
TE TIRANES NE K.1957-58 dhe K.1974-75**



**PESHA MESATARE EDUJAVE 7-15 VITEJARE TE TIRANES
NE VITET 1957-58 dhe 1974-75**



PËSHA MËSATARE E VAJZAVE 7-15 VJEÇARE TE TIRANËS
NE VITEZ 1957-1958 dhe 1974-75



QATËSIA E DJEJME DHE E VAJZAVE TE SHKOLLAVE 8 VJEÇARE
TE TIRANËS NE VITEZ 1957-58 dhe 1974-75

Pasqyra Nr. 1

TRËSITË MOMENT	D J E M				V A J Z A			
	1957-58	1974-75	1957-58	1974-75	1957-58	1974-75	1974-75	1974-75
7 vjeç	67.0	72.0	67.0	72.0	67.0	72.0	67.0	72.0
8 " "	76.56 ± 0.01	78.8 ± 0.01	76.56 ± 0.01	78.8 ± 0.01	76.56 ± 0.01	78.8 ± 0.01	76.56 ± 0.01	78.8 ± 0.01
9 " "	82.38 ± 0.05	85.82 ± 0.05	82.38 ± 0.05	85.82 ± 0.05	82.38 ± 0.05	85.82 ± 0.05	82.38 ± 0.05	85.82 ± 0.05
10 " "	88.45 ± 0.05	91.4 ± 0.05	88.45 ± 0.05	91.4 ± 0.05	88.45 ± 0.05	91.4 ± 0.05	88.45 ± 0.05	91.4 ± 0.05
11 " "	93.71 ± 0.05	96.8 ± 0.05	93.71 ± 0.05	96.8 ± 0.05	93.71 ± 0.05	96.8 ± 0.05	93.71 ± 0.05	96.8 ± 0.05
12 " "	97.16 ± 0.04	100.4 ± 0.04	97.16 ± 0.04	100.4 ± 0.04	97.16 ± 0.04	100.4 ± 0.04	97.16 ± 0.04	100.4 ± 0.04
13 " "	101.36 ± 0.01	104.3 ± 0.01	101.36 ± 0.01	104.3 ± 0.01	101.36 ± 0.01	104.3 ± 0.01	101.36 ± 0.01	104.3 ± 0.01
14 " "	104.48 ± 0.09	108.2 ± 0.09	104.48 ± 0.09	108.2 ± 0.09	104.48 ± 0.09	108.2 ± 0.09	104.48 ± 0.09	108.2 ± 0.09
15 " "	110.4 ± 0.60	113.4 ± 0.60	110.4 ± 0.60	113.4 ± 0.60	110.4 ± 0.60	113.4 ± 0.60	110.4 ± 0.60	113.4 ± 0.60

**PESHA E DJEMTË DHE E VAJZAVE TE SHKOLLAVE B VJEGJARE
TE TIRANES NE VITET 1957-58 DHE 1974-75.**

Pasq. no. 2. D.V.

PESHA E NENJTA	D J E M				V A J Z A							
	1957-58	1974-75	1957-58	1974-75	1957-58	1974-75	1957-58	1974-75				
	P.gj	σ	m	P.gj	σ	m	P.gj	σ	m			
7 VJESH	24.85	± 2.24	± 0.15	21.68	± 3.19	± 0.19	19.40	± 2.70	± 0.12	21.25	± 3.44	± 0.20
8 " "	21.82	± 2.52	± 0.12	24.16	± 4.16	± 0.27	22.62	± 3.10	± 0.14	23.43	± 4.62	± 0.28
9 " "	23.9	± 3.1	± 0.12	25.92	± 3.57	± 0.21	23.6	± 2.98	± 0.14	25.78	± 3.13	± 0.20
10 " "	25.42	± 2.9	± 0.15	28.45	± 4.09	± 0.23	25.13	± 3.9	± 0.11	27.64	± 4.82	± 0.28
11 " "	28.6	± 4.4	± 0.25	31.82	± 5.36	± 0.32	28.38	± 4.55	± 0.26	30.85	± 5.57	± 0.35
12 " "	32.32	± 4.6	± 0.27	34.71	± 5.70	± 0.33	30.82	± 3.9	± 0.21	32.43	± 7.00	± 0.40
13 " "	33.07	± 4.75	± 0.27	37.96	± 6.56	± 0.43	34.62	± 6.0	± 0.35	40.46	± 7.00	± 0.40
14 " "	37.09	± 6.85	± 0.44	42.82	± 7.31	± 0.46	40.17	± 5.4	± 0.36	44.72	± 6.92	± 0.47
15 " "	40.82	± 6	± 4.8	45.60	± 7.41	± 0.8	43.87	± 6.7	± 0.54	46.65	± 7.18	± 0.59

**CIRKUMFERENCA E KRANRORIT E DJEMTË DHE E VAJZAVE
TE SHKOLLAVE B VJEGJARE TE TIRANES NE V 1957-58 DHE 1974-75**

Pasq. No. 3 D.V.

PESHA E NENJTA	D J E M				V A J Z A							
	1957-58	1974-75	1957-58	1974-75	1957-58	1974-75	1957-58	1974-75				
	Cum.	σ	m	Cum.	σ	m	Cum.	σ	m			
7 VJESH	56.0	± 8.50	± 0.20	60.85	± 1.0	± 0.19	54.8	± 2.5	± 0.18	59.16	± 1.12	± 0.08
8 " "	58.0	± 8.41	± 0.17	63.06	± 3.46	± 0.23	58.62	± 2.16	± 0.12	60.83	± 4.87	± 0.26
9 " "	58.0	± 8.80	± 0.19	64.19	± 4.44	± 0.19	57.2	± 3.20	± 0.15	62.07	± 2.90	± 0.18
10 " "	62.0	± 6.57	± 0.17	62.09	± 2.67	± 0.15	59.00	± 3.10	± 0.18	63.82	± 4.16	± 0.25
11 " "	61.1	± 3.7	± 0.02	68.28	± 4.4	± 0.24	57.89	± 3.89	± 0.22	65.92	± 4.9	± 0.37
12 " "	63.86	± 3.15	± 0.19	70.09	± 4.77	± 0.28	62.24	± 4.4	± 0.24	69.67	± 5.12	± 0.38
13 " "	65.84	± 3.35	± 0.20	82.18	± 5.31	± 0.37	65.46	± 4.19	± 0.28	73.45	± 6.0	± 0.47
14 " "	67.77	± 4.15	± 0.26	85.46	± 5.25	± 0.33	68.47	± 3.87	± 0.27	86.91	± 5.46	± 0.52
15 " "	69.4	± 3.72	± 0.22	88.29	± 5.57	± 0.43	69.22	± 4.2	± 0.34	88.44	± 5.18	± 0.57

Pasqyrat dhe gratifiket flasin qartë për një përmirësim të theksuar të zhvillimit fizik të nxënësve. Të gjithë treguesit e vitit 1974-1975 janë më të lartë se ata të vitit 1957-1958.

Si djemtë dhe vajzat e vitit 1974-1975, në të gjitha moshat, kanë qënë më të gjatë se moshatarët e tyre në vitin 1957-1958. Djemtë 7 vjeçarë kanë qënë 2,4 cm. dhe ata 15 vjeçarë 7,8 cm. më të gjatë.

Në peshtë, të dy sekset, në të gjitha moshat, në vitin 1974-1975 kanë pasur tregues më të lartë se në vitin 1957-1958. Djemtë 7 vjeçarë

AFËSIA JETËSORE E DIJENË DHE E VAJZAVE TE SHKOLLAVE BULEGARE TE TIRANES NE V. 1957-58 DHE 1974-75

Pasq. Nr. 4 DV

VËNËSI /NO. IMA	D J E M				V A J Z A			
	1957- 1958 Më.	1974 - 75 Më.	G	me	1957- 1958 Më.	1974 - 75 Më.	G	me
7 VJES	1046	1326	±216	±13.8	872	1249	±453	±27.65
8 "	1162	1480	±310	±21.2	993	1322	±194	±12.7
9 "	1342	1680	±321	±24.5	1109	1476	±222	±16
10 "	1303	1746	±228	±18.45	1295	1580	±356	±22
11 "	1552	1946	±340	±22.6	1414	1748	±356	±22.7
12 "	1240	1980	±314	±26.6	1598	1979	±429	±26
13 "	1920	2232	±401	±31.2	1806	2221	±458	±31.6
14 "	2180	2520	±512	±32.4	2066	2374	±418	±26.3
15 "	2340	2809	±509	±39.4	2202	2504	±457	±29.8

kanë peshuar 0.83 kg, dhe ata 15 vjeçarë 5.28 kg, më shumë. Ndërsa vajzat 7 vjeçare kanë peshuar më shumë 1.85 kg, dhe ato 15 vjeçare 2.78 kg.

Çirkumferenca e kraharorit e nxënësve të vitit 1974-1975 ka qenë më e gjërë sesa ajo e nxënësve të vitit 1957-1958. Djentë 7 vjeçar kanë pasur kraharorin 4.85 dhe djentë 15 vjeçarë 8.89 cm. më të gjërë. Vajzat 7 vjeçare e kanë pasur kraharorin 4.20 cm. dhe ato 15 vjeçarë 9.54 cm. më të gjërë.

Aftësia jetësore e mushkerive (kapaciteti vital) e nxënësve 1974-1975 është njëaft më e madhe se ajo e nxënësve të vitit 1957-1958. Djentë e moshës 7 vjeçare kishin një aftësi jetësore prej 280 ml. dh ata të moshës 15 vjeçare 549 ml. më të madhe. Vajzat e moshës 7 vjeçare kishin një aftësi jetësore prej 352 ml. dhe ato të moshës 15 vjeçare 124 ml. më të madhe.

Dy treguesit e fundit flasin edhe për rritjen e kujdesit për kulturën fizike, komponenti i rëndësishëm i shkollës sonë, të cilit Plenumi 8-të i KQ të PPSH i kushtoi një kujdes të veçantë.

Për vlerësimin e zhvillimit fizik, përvëq metodës së krahasimit, që është metoda më e përshatshme, përdoret edhe metoda e vlerësimit sigmal, që bazohet në të ashtuquajturën «shpërndarje normale» të fre nomenëve në natyrë, sipas Gauss-it.

Për shkallëzimin e vlerësimit sigmal kemi përdorur skemën e më poshtme:

- 1) zhvillim mesatar $M \pm \sigma$
- 2) zhvillim mbi mesataren $M + \sigma$ deri $+ 2\sigma$
- 3) zhvillim i lartë M mbi $+ 2\sigma$
- 4) zhvillim nën mesataren $M - \sigma$ deri $- 2\sigma$
- 5) zhvillim i ulët M mbi $- 2\sigma$

Në studimin tonë, shpërndarja e fenomenit paraqitet si më poshtë, për të tre treguesit kryesorë: gjatësinë, peshën, dhe cirkumferencën e krahavorit (pasqyra nr. 2).

Pasqyra nr. 2

Shkalla e vlerësimit	Gjatësi		Peshë		Cirkumferenca e krahavorit	
	D	V	D	V	D	V
Zhvillim i mesëm	71.42%	61.48%	71.21%	71.21%	67.36%	65.30%
Zhvillim mbi mesataren	13.07	12.85	10.80	11.77	12.47	9.77
Zhvillim i lartë	3.12	5.88	3.11	3.52	4.47	4.46
Zhvillim nën mesataren	13.21	12.71	13.58	12.15	14.20	11.26
Zhvillim i ulët	1.40	6.45	0.64	0.90	0.46	5.22

Siç shihet në pasqyrën nr. 2, gjatësia (djem), pesha (djem e vajza) dhe cirkumferenca e krahavorit (djem) hyjnë në shkallëzimin «zhvillim i mesëm», sepse $M \pm \sigma$ 68.30%. Ndërsa gjatësia (vajza) dhe cirkumferenca e krahavorit (vajza) janë pak nën «zhvillimin e mesëm». Shmangiet nga kurba e «shpërndarjes normale» nuk janë të rëndësishme, kur dimë se pjesa më e madhe e kurhave të shpërndarjes nuk është e rregulltë (5).

Pra, në përgjithësi zhvillimin fizik të nxënësve të Tiranës në vitin 1974-1975 mund ta konsiderojmë të mirë.

Vlerësimi i përgjithshëm sigmal i gjatësisë dhe cirkumferencës së krahavorit të vajzave $M \pm \sigma < 68.30\%$ është i kushtëzuar kryesisht nga vlerësimi më i vogël sigmal i vajzave të moshës 7 vjeçare. Këtë fakt duhet ta kenë parasysh në punën e tyre higjienistet, pediatrit dhe mësuesit.

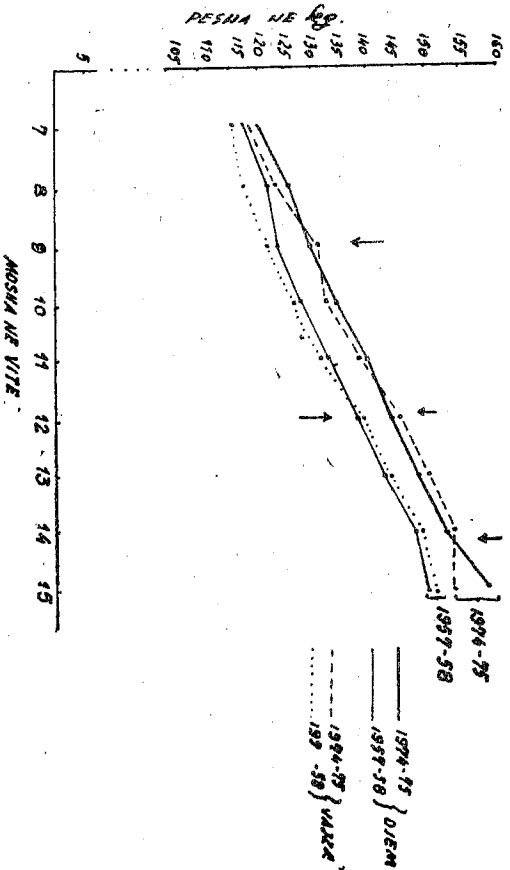
Përmirësimi i zhvillimit fizik të nxënësve të Tiranës është rrye dhim i rritjes së vazhdueshme të mirëqënies materiale-kulturore e popullit, në vazhdim të zbatimit të vijës së drejtë marksiste-leniniste të PPSH dhe mësimëve të shokut Enver Hoxha për ndërtimin e plotë të shoqërisë socialiste.

Tani të shohim disa karakteristikat të zhvillimit fizik të nxënësve të Tiranës.

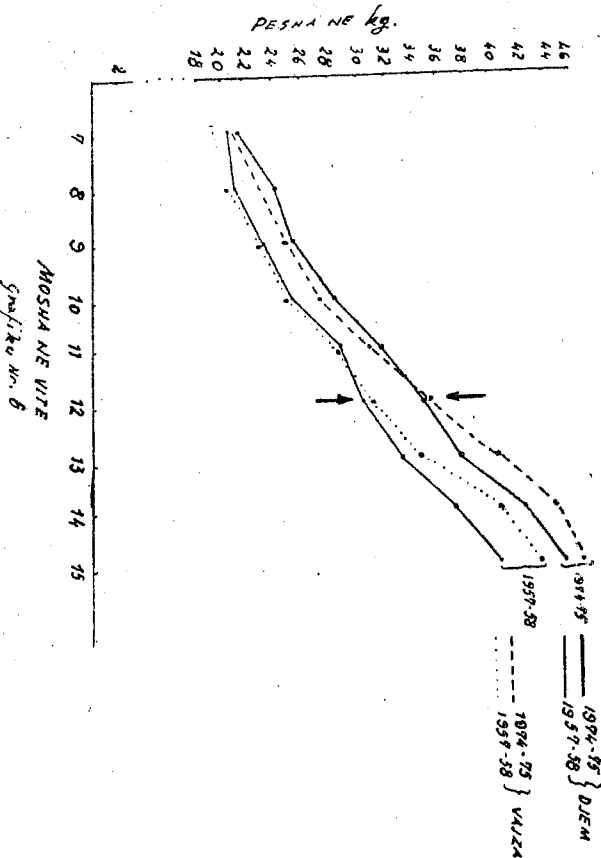
Punimi i kryer për vitet 1957-1958 (7), vë në dukje se djemtë 7-11 vjeç ua kalojnë vajzave të po atyre moshave në gjatësi dhe në peshë; ndërsa në moshën 12 vjeçare janë vajzat që ua kalojnë djemve deri në moshën 15 vjeç. Pra në moshën 12 vjeç kemi një kryqëzim të grafikëve të djemve dhe të vajzave (grafikët nr. 15, 6). Të dhëna të tilla paraqiten edhe në punimin tjetër (6), në rmatjet që janë bërë në nxënësit e gytetit të Shkodrës.

13156

**PESHA MESHITARE E DUEMJE DUE E VALZAVE 7-15 VJESARE
TE TIRANES NE VITEP 1997-58 dhe 1994-95**



**PESHA MESHITARE E DUEMJE DUE E VALZAVE 7-15 VJESARE
TE TIRANES NE VITET 1994-1995**



Një kryqëzim i tillë i grafikëve të gjatësisë në moshën 12 vjeç vihet në dukje edhe në vrojtimet tona. Por veç këtij kryqëzimi, në vërejtje edhe dy kryqëzime të tjera: 1) njëri kryqëzim që paraqet në moshën 9 vjeç, ku vajzat tejkalojnë djemtë, për të rënë përsëri më vonë nën gjatësinë e djemve në moshën 10-11 vjeç; 2) kryqëzimi tjetër në moshën 15 vjeç, ku djemtë tejkalojnë përsëri vajzat.

Në matjet e bëra në nxënësit e Gjirokastrës (4), grafikët e gjatësisë së djemve dhe të vajzave përgjeshmërisht në moshën 8 vjeç; ndërsa një kryqëzim tjetër, veç atij në moshën 12 vjeç ndodh në moshën 14 vjeçare, ku djemtë përsëri tejkalojnë vajzat.

Në matjet e bëra në nxënësit e qytetit të Krutjës (3), kryqëzimi i parë vërehet në moshën 13 vjeçare dhe jo në atë 12 vjeçare.

Si në studimin e kryer për vitin 1957-1958 (7), ashtu edhe në këtë studim, grafikët e peshës ndjekin të njëjtën rrugë, vërehet po ai kryqëzim në moshën 12 vjeç (grafiku nr. 6).

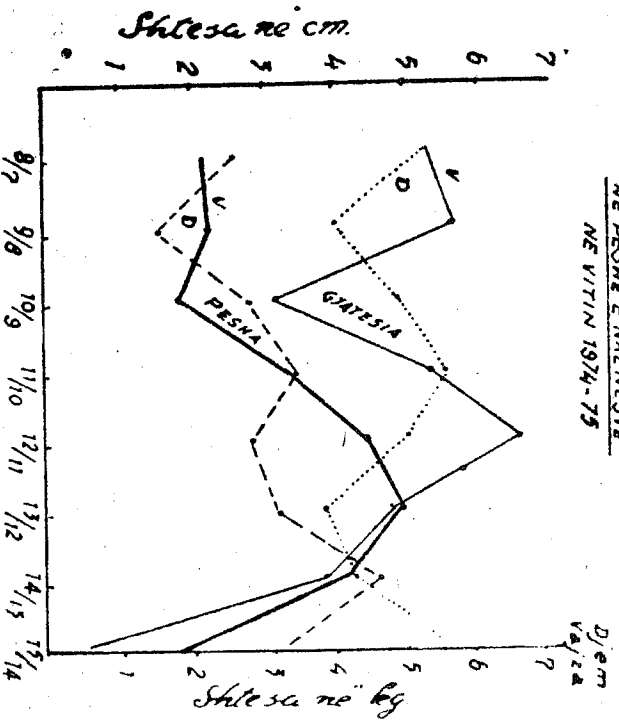
Në studimet e dy autorëve tanë (3, 4) ka ndryshime dhe në grafikët e peshave në krahësim me atë të vitit 1957-1958 (7). Në shkollarët e qytetit të Krutjës vërehet një kryqëzim, që paraqet në moshën 9 vjeç (3).

Kryqëzimi i grafikëve në moshën 12 vjeç është i lidhur me një intensitet më të madh të rritjes, që vërehet në kohën e pubertetit, që tek vajzat shfaqet më herët, rreth dy-tre vjet përpara djemve. Pas pubertetit, intensiteti i rritjes bie. Rreth moshës 14-15 vjeç, pubertetit shfaqet tek djemtë, pra kemi një rritje të tyre më intensive, që sjell kryqëzim tjetër të grafikëve, kur djemtë i kalojnë përsëri vajzat në gjatësi. Në studimin tonë, ky kryqëzim tjetër vërehet në moshën 15 vjeç, ndërsa në atë të vitit 1957-1958 (7), ky kryqëzim ndodh pas kësaj moshe. Paraprirja e këtij kryqëzimi në djemtë e vitit 1974-1975, mendojmë se është rrjedhim i përmirësimit të kushteve materiale të jetesës, në krahësim me vitin 1957-1958. Është fakt i njohur se kushtet shoqërore-ekonomike ndikojnë në shfaqjen më herët ose më vonë të pubertetit.

Ndërsa në moshën e pubertetit të vajzave (12-14 vjeç), treguesit antropometrikë tejkalojnë ato të djemve të moshave 12-14 vjeç, treguesi fiziomëtrik — afërsia jetësore e mushkërive, me gjithë rritjen, mbetet gjithmonë nën vlerat e djemve, për arsye të njohura biologjike.

Shtesa mesatare vjetore në gjatësi, peshë, cirkumferencë të krahorit në vitin 1974-1975 është më e madhe se ajo e vitit 1957-1958, siç shihet në pasqyrën nr. 3.

Kjo shtesë vjetore nuk ndjek një vijë të rregulltë progresive, të vazhdueshme; nuk ka një rregull në shtesën vjetore, ajo shkon me zig-zage, gjë që vërehet edhe në studimin e vitit 1957-1958 (7).

DINAMIKA E SHTESËS VËJTORE NE GJATËSI ENE PËRSHË E NXËNËSITËNE VITIN 1974-75

Moshohet në vitet
gropfiku Nr. 7

KONKLIZIONE

1) Në vitet 1974-1975, në krahasim me vitet 1957-1958, nxënësit e shkollave 8 vjeçare të Tiranës kanë pasur një zhvillim fizik më të mirë, në të gjitha moshat dhe për të gjithë treguesit kryesorë. Në krahasim me vitet 1957-1958, djemtë 15 vjeçarë janë 7.8 cm më të gjatë, peshojnë 5.28 kg. më shumë, cirkuferencën e krahavorit e kanë 8.89 cm. dhe aftësinë jetësore 549 ml. më të madhe. Vajzat 15 vjeçare janë 2.84 cm. më të gjata, peshojnë 2.68 kg. më shumë, cirkuferencën e krahavorit e kanë 9.16 cm. dhe aftësinë jetësore 122 ml. më të madhe.

2) Në djemtë vërehet një intensitet zhvillimi më i madh se në vajzat.

3) Zhvillimi fizik është një tregues i rëndësishëm, që flet për gjendjen shëndetësore të popullit, prandaj ai duhet vënë në dukje, krahas treguesve të tjerë kryesorë si morboziteti, niveli i vdekjeve, zgjatja mesatare e jetës.

Pasqyra nr. 3 D V

Dinamika e shtesës vjetore në gjatësi, peshë dhe cirkumferencë të kraharorit e nxënësve të Tiranës në vitet 1957-1958 dhe 1974-1975

Treguesit	Gjatësia cm ³				P e s h a				Cirkumferenca e kraharorit cm			
	1957-58		1974-975		1957-58		1974-975		1957-958		1974-1975	
	D	V	D	V	D	V	D	V	D	V	D	V
Raporti i moshave												
8/7	4.42	1.32	5.40	5.41	0.97	1.22	2.68	2.18	1	0.66	2.48	1.67
9/8	2.28	5.32	4.60	5.75	2.08	2.98	1.52	2.35	1	1.58	1.13	1.20
10/9	3.79	4.70	4.83	3.26	1.52	1.53	2.33	1.86	2	1.82	1.90	1.70
11/10	5.60	5.52	5.49	5.57	3.18	3.25	3.37	3.31	1.10	0.87	2.19	2.15
12/11	4.05	4.73	4.93	6.52	1.92	1.44	2.89	4.48	2.26	2.35	1.76	3.68
13/12	4.20	5.97	3.90	4.94	2.45	3.80	3.25	5.03	2.26	3.22	2.14	3.80
14/13	6.13	4.71	4.36	3.90	4.42	5.55	4.70	4.26	2.13	3.01	3.20	3.46
15/14	2.91	3.36	5.48	0.58	3.03	3.70	3.14	1.93	1.63	0.85	2.83	1.57
Mesatare	4.18	4.45	4.79	4.47	2.44	2.97	3.01	3.17	1.67	1.79	2.21	2.41

BIBLIOGRAFIA

- 1) Karl Marks : Kapitulli, Tiranë, Vëll. I, 321.
- 2) Enver Hoxha : Mbi gjendjen ekonomike, sociale e kulturore të isharrt dhe masat për ngritjen e mëtejshme të saj. Tiranë 1973, 70.
- 3) Cerhozi H. : Zhvillimi fizik i shkollarëve të qytetit të Krujës. Shëndetësia popullore, 1972, 4, 3.
- 4) Çekani R. : Dësa të dhëna fillestare të zhvillimit fizik të fëmijëve të moshave 7-15 vjeç për vitin 1974 për qytetin e Gjirokastrës. (Referat në sesionin shkencor — punim i pabotuar).
- 5) Georges Oliver : Pratique anthropologique. Paris 1964, 274.
- 6) Hoxha, M. : Të dhëna mbi zhvillimin fizik të nxënësve të qytetit të Shkollës. Shëndetësia popullore 1975, 4, 23.
- 7) Papadhimitri O. : Gjendja e zhvillimit fizik të nxënësve të shkollave të qytetit të Tiranës dhe masat për përmirësimin e saj. Tiranë 1959. (Monografia e pa botuar).

Summary

DYNAMICS OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF THE STUDENTS OF TIRANA IN THE YEAR 1974-75 AS COMPARED WITH THE YEAR 1957-58.

An important index of the state of health of a population is that of its physical development.

This work shows the dynamics of the physical development of the students of the city of Tirana in the year 1974-75 as compared with 1957-58. The study was carried out on 4281 children by anthropometric and physiometric measurements.

The results of the measurements show that:

1) In 1974-75, as compared with 1957-58, the students of the 8-year schools of Tirana have had an improved physical development in all the ages and in all the principal indices.

In comparison with 1957-58, the 15 year old boys are 7.8cm taller, weigh 5.28 kg more, have a 8.89 cm increase of the chest circumference and a 549 ml greater vital lung capacity. The 15 year old girls are 2.84cm taller, weigh 2.68kg more, have an increase of 9.18cm of the chest circumference and a 122ml greater vital capacity.

2) The improved physical development of the students indicates a continual material and cultural improvement of all the people as a consequence of putting into effect of the right marxist-leninist line of the Party of Labour of Albania and the teachings of comrade Enver Hoxha for the full construction of our socialist society.

Résumé

LA DYNAMIQUE DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE DES ÉLÈVES DE LA VILLE DE TIRANA EN 1974-1975 PAR RAPPORT A 1957-1958

Le développement physique est, on le sait, un important indice de l'état sanitaire d'une population.

Cette étude expose la dynamique de développement physique des élèves

de la ville de Tirana en 1974-1975 par rapport à 1957-1958. Ce travail a été mené sur 4281 enfants qui ont été l'objet de mensurations anthropométriques et physiométriques.

Ce travail a fait ressortir que:

1) En 1974-1975 le développement physique des élèves des écoles de huit

ans de Tirana était nettement en progrès par rapport à 1957-1958.

Le progrès pour les garçons de 15 ans était: pour la taille, de 7,8 cm; pour le poids, de 5,28 kg; pour le tour de la poitrine, de 8,89 cm; pour la capacité respiratoire, de 549 ml.

Pour les filles de 15 ans, ce progrès est respectivement: pour la taille, de 2,84 cm; pour le poids, de 2,68 kg; pour le tour de poitrine, de 9,16 cm; pour la capacité respiratoire, de 122 ml.

2) Ce développement physique des élèves témoigne de l'élévation continue du niveau de vie matériel et culturel de tout notre peuple, ce qui tient à l'application de la juste ligne marxiste-léniniste du PTA et des enseignements du camarade Enver Hoxha pour l'édification complète de la société socialiste.

KARAKTERISTIKA TË ADENOPATISË TRAKEOBRONKIALE TUBERKULARE TË TË RINJTË DHE TË RRITURIT

— HEKTOR ÇOÇOLI —

(Instituti për luftën kundër tuberkulozit — Klinika e Tuberkulozit)

Para Çlirimit, tuberkulozi në Shqipëri ka qënë një sëmundje mjaft e përhapur, sidomos në shtresat e varfira e të shfrytëzuara, të të cilët shkaktonte shumë vdekje dhe paftësi për punë. Kjo lidhet me kushtet e këqia ekonomiko-shoqërore dhe me mungesën e marrjes së masave për të luftuar tuberkulozin prej regjimeve antipopullore të së kaluarës.

Pas Çlirimit, PPSH dhe Pushteti Popullor, qysh në fillim, në qendër të vëmendjes kanë pasur përmirësimin e vazhdueshëm të kushteve ekonomiko-shoqërore e të nivelit kulturor të popullit. Në Kongresin e 7-të të PPSH, shoku Enver Hoxha tha: «Partia ka punuar dhe punon që jeta e popullit tonë në fshat e në dytet të jetë gjithnjë më e begatshme» (1).

Në themel të veprimtarisë së Partisë sonë dhe të Pushtetit Popullor në fushën e mbrojtjes së shëndetit u vu profilaksia, si mjeti kryesor për parandalimin dhe mënjanimin e sëmundjeve (2).

Mënjëherë pas Çlirimit u morën të gjitha masat profilaktiko-mjekuese për të ndaluar përhapjen e tuberkulozit dhe për të luftuar rrënjësisht këtë sëmundje.

Gjatë viteve të Pushtetit Popullor tuberkulozi është në rënie të vazhdueshme. Kështu vetëm në vitet 1971-1975, incidencia ka qënë 40% më pak se në vitet 1965-1970 (3).

Gjithashtu tuberkulozi ka pësuar disa ndryshime me karakter epidemiologjik. Kështu psh, më përpara, tuberkulozi i gjendrrave limfatike trakeobronkiale ka qënë konsideruar si një formë e tuberkulozit primar, që shfaqej tek fëmijët, sepse tuberkulozi ishte mjaft i përhapur dhe mundësia e infektimit ishte më e mundshme të kalohej në fëmijëri e në moshat e reja. Në këtë mënyrë, rastet me tuberkuloz primar dhe me adenopati trakeobronkiale, në moshat e rritura ishin më të rralla (9, 12).

Me përmirësimin e vazhdueshëm të gjendjes ekonomiko-shoqërore, të mbarë popullit tonë dhe me masat profilaktiko-mjekuese që janë marrë, janë pakësuar shumë burimet e infeksionit tuberkular dhe mundësitë e infektimit në moshën e fëmijërisë; si rrjedhim, rastet me adenopati trakeobronkiale tuberkulare të të rinjtë e të rriturit sot kanë një peshë specifike më të rëndësishme në krahasim me format e tjera të tuberkulozit të mushkërive, prandaj është rritur dhe mundësia e tyre diagnostike mjekuese.

Shtimi relativ i adenopatisë trakeobronkiale (ATB) tuberkulare në moshat e të rinjve dhe të rriturve, në krahasim me moshat deri 14 vjeç (fenomeni i spostimit të moshës), në këto vite (10) vihet re edhe në bazë të të dhënave statistikore të dispancerisë antituberkulare të Tiranës për periudhën 1967-1976, prej nga del se megjithëse incidenca e tuberkulozit, për të gjitha moshat, zbrit 51⁰/₀, në vitet 1972-1976, në krahasim me vitet 1967-1971, kjo zbritje, për moshat deri 14 vjeç, është 70⁰/₀, ndërsa për moshat mbi 15 vjeç, — 30⁰/₀. Pesha specifike e rasteve me ATB në moshat mbi 15 vjeç, në krahasim me format e tjera të tuberkulozit të mushkërive në vitin 1976, ka gënë gati dy herë më e lartë se në vitin 1967, kurse në moshat nën 14 vjeç më tepër se dy herë më pak (13).

Në moshat mbi 15 vjeç, pakësimi i tuberkulozit primar, në krahasim me atë të moshës së fëmijërisë, bëhet me ritme më të ngadalta. Kjo shpjegohet nga fakti se në moshën e rritur kalojnë një numër më i madh të painfektuar, të cilët për një kohë më të gjatë kanë mundësi të infektohen relativisht më shumë. Kjo shpjegon edhe ndryshimin e peshës specifike të ATB sipas moshës në krahasim me dinamikën e viteve.

Duke u bazuar në rëndësinë e këtij problemi, në këtë punim do të ndalemi kryesisht në gëshfjet e diagnozës së adenopatisë trakeobronkiale (ATB) tuberkulare dhe në diagnozën diferenciale të saj (6, 7, 19, 21).

MATERIALI DHE METODA

Në këtë punim kemi marrë në studim 256 raste me patologji të mediastinit në moshat mbi 15 vjeç, të shtruar në klinikën e tuberkulozit gjatë viteve 1967-1976.

Prej këtyre, në 201 raste ose 79⁰/₀, pas ekzaminimeve të nevojshme, u përcaktua natyra tuberkulare e ATB.

Struktura e të sëmurëve

Struktura e këtyre 201 të sëmurëve ishte:

Gytetare	99 raste	(49 ⁰ / ₀)
Fshatarë	102	(51 ⁰ / ₀)

Nga këta: Femra 141 raste (70⁰/₀), meshkuj 60 raste (30⁰/₀).

Thëksojmë se përgjindja më e madhe e femrave iudhet me faktin se në këtë klinikë shtrohen më shumë femra.

Sipas profesionit ishin:

Punëtorë 71 të sëmurë, fshatarë kooperativistë 60, nxënës 39, nëpunës 10, profesione të ndryshme 21.

Sipas grup-moshave ishin: 15-19 vjeç 50 raste (25⁰/₀), 20-24 vjeç 48 (24⁰/₀), (të dy këto grup-mosha 98 raste (49⁰/₀); 25-29 vjeç 35 (17⁰/₀), 30-34 vjeç 25 (12,4⁰/₀), 35-39 vjeç 23 (11,5⁰/₀), 40-44 vjeç 7 (3,4⁰/₀), 45-49 vjeç 5 (2,5⁰/₀), 50-54 vjeç 5 (2,5⁰/₀), 55 vjeç e lart 3 (1,4⁰/₀).

Sig shihet mbizotëron mosha 15-24 vjeç me 98 raste (49⁰/₀).

Sipas viteve të shtrimit. — Nga viti 1967 deri në vitin 1976 të shtuarit me ATB tuberkulare kanë ardhur dalëngadalë duke u shtuar.

Në vitin 1967 u shtruan 13 të sëmurë, më 1968 — 14, më 1969 — 16, më 1970 — 22, më 1971 — 21, 1972 — 20, 1973 — 22, më 1974 — 23, më 1975 — 23 dhe në vitin 1976 u shtruan 26 të sëmurë. Arsyetja kryesore e rritjes së ATB tuberkulare te të rinjtë e të rriturit është fakti i spohimit të tuberkulozit primar nga femijëria në këto moshë.

MBI DIAGNOZEN E ATB

Përcaktimi i etiologjisë dhe i natyrës tuberkulare të adenopatisë trakeobronkiale te të rinjtë e të rriturit ka vështrësi të veta, sepse në moshën e rritur gjenden një seri sëmundjesh të tjera të mëdhistimit, që mund të japin një kuadër kliniko-radiologjik të ngjashëm me atë të ATB tuberkulare (7, 15, 19, 21).

Për të përcaktuar diagnozën e natyrës tuberkulare të ATB jemi bazuar në analizën dhe sintezën e të dhënave të plota: në anamnezën dhe ekzaminimin objektiv, në ekzaminimin radiologjik, në ndryshimet e alergjisë tuberkulike, në të dhënat bronkologjike, në ato laboratorike dhe, në raste të nevojshme, edhe në ekzaminime të veçanta.

Sipas anamnezës dhe mundësisë së marrjes së infeksionit tuberkular dohi se 56 raste (27⁰/₁₀₀) kanë pasur kontakt me të sëmurët me tuberkuloz të mushkerive (Pasqyra nr. 1).

SIPAS KONTAKTIT FAMILIAR, KONSTATIMIT, MENYRRËSË FILLIMIT DHE SHIFRAT E PAPA TË SËMURËS.

KONTAKT FAMILIAR	N. MARRËM	%
KLINIK	169	85
FLUOROGRAF	92	15
1 MUAL	55	32.6
2 ...	72	42.6
MË 3 MUAL	42	24.8
AKUT	35	20
SUBAKUT	84	50
MODALË	50	30
Ë. SUBTEBILË	79	46.7
Ë. TEBILË	37	21.8
KOLLË	105	62.5
DOBËSI TË NËRÇI	79	46.7
PANJIN DOBËSI	77	45.5
DIËRSIJE NAIËM	64	37.8
DIËRSIJE TËRËTË	51	30.2
DIËRSIJE TËRËTË	37	21.8
SELËDË	14	8.3
HEMIFOTIJE	14	8.3
REMIJE ME NËNË	13	7.7
DËRMËNJE TËRËTË	9	5.3
EPITELIM NAIËM	8	4.7
ARRATRONIËM	1	0.6
PA SHËRIM	12	7.1

201
1097

Megjithëse diagnoza e ATB bëhet kryesisht me ekzaminimin radiologjik, të dhënat tona tregojnë se edhe klinika ka rëndësi në vet. Ajo jep një ndihmë të vlefshme gjysh në fillim dhe duhet pasur parasysh (9).

Duke përjashtuar 32 rastet e depistuar me fluorografi, në 169 rastet e mbetura, fillimi ka qenë akut në 35 raste (20⁰/₀) (me temperaturë të lartë, djersë, kollë, pakësim oreksi, dobësi të përgjithshme etj.), subakut në 84 raste (50⁰/₀) (me temperaturë subfebrile, pak kollë etj.) dhe fillimi ka qenë i ngadalshëm në 50 raste (30⁰/₀) (me temperaturë normale, dobësi, djersë etj.).

Në përgjithësi, gjysh në fillim, të sëmurët tanë kanë pasur ankime ose shenja të ndryshme klinike. Konkretisht në 116 rastet ose 68,5⁰/₀ kanë pasur ngritje temperature (febrile) 37 raste (21,8⁰/₀) dhe subfebrile 79 raste (46,7⁰/₀).

Kolla është vënë re në 106 raste ose 63⁰/₀, prej të cilëve në 37 e shoqëruar me gëlbozë. Dobësi të përgjithshme në 79 raste ose 46,7⁰/₀. Pakësim oreksi në 77 raste (46,5⁰/₀). Djersitje natën 64 raste (38⁰/₀); dhembje të lehta në krahavor 51 raste (30⁰/₀), sputum me gjak — 14 raste (8,3⁰/₀) etj.

Në 8 raste (4,7⁰/₀) shfaqja e parë ka qenë eritema nodoze dhe 1 rast (4,7⁰/₀) keratokonjuktiviti.

Është për t'u shenuar se në shtirim, simptomat klinike subjektive ishin më të pakta, sepse një pjesë e të sëmurëve kishin filluar njëkimin në shtëpi.

Vetem 12 (7⁰/₀), të sëmurë nuk kanë pasur ankime apo shenja klinike gjysh në fillimin e sëmundjes.

Ekzaminimi klinik objektiv na dha pak të dhëna; ne dëgjuan rale të ndryshme në 25 raste (9⁰/₀), submatbet në zonën interskapulovertebrale ose parasternale në 26 raste (9⁰/₀). Në sistemet dhe organet e tjera nuk u vunë re gjëra me rëndësi.

EKZAMINIMI RONTGENOLOGJIK

Ky ekzaminim ka rëndësinë kryesore në përcaktimin e diagnozës të ATB tuberkulare (17). Në ekzaminimet rontgenologjike (radioskopi, radiografi frontale dhe anësore të krahavorit, në tomografi etj.) konstatuam:

Sipas vendosjes:

Hiliare 169 raste (84,6⁰/₀), paratrakeale 19 raste (9,4⁰/₀), trakeobronkiale 13 (6⁰/₀).

Sipas anës: ana e djathtë — 108 raste (51⁰/₀), ana e majtë 67 raste (33⁰/₀). Në të dy anët, sipas formës dhe fazës së zhvillimit: infiltrative 76 raste (37⁰/₀), tumorozë 57 (28⁰/₀), regressive 30 (14⁰/₀), diseminata 18 (9⁰/₀), destruktive 12 (6⁰/₀), të kalcifikuar 8 (4⁰/₀).

Sipas patogjenезës: primare 125 (62⁰/₀), postprimare (sekondare) 76 (38⁰/₀).

Nga të dhënat e mësipërme del se ATB tuberkulare vendoset më shpesh në njëhën anë, konkretisht në gjendrrat limfatike hiliare të djathta, në format infiltrative ose tumorozë. Kjo e fundit, sidomos kur është e njëjësuar, ka rëndësi të veçantë për diagnozën dhe diagno-

EKZAMINIMI I GËLBAZËS

Kërij ekzaminimi i është kushtuar vëmendje e veçantë. Bacilli i Kokut u ngjyrosur sipas metodës Ziehl-Neelsen është kërkuar në gëlbasën në mikroskopin direkt, në kulturë dhe në lavazhin bronkial pas bronkoskopisë. Nga këto ekzaminime bakteriologjike dolën pozitiv për BK 29 raste (14.50/0), prej këtyre BK direkt pozitiv 15 raste dhe me kulturë 22 raste. Në 19 raste (9.40/0) ishin vetëm adenopati pa dëmtime në mushkëri. Kjo përcindje ka vlerë epidemiologjike, sepse bronkadeniti konsiderohet si formë e mbyllur e tuberkulozit.

Rasteve me BK pozitiv në kulturë ju është bërë tipizimi dhe nuk doji asnjë rast BK tip Bovin, si rezultat i masave të nevojshme veterinarë kundër tuberkulozit që merren në RPSH.

Gjithashtu në 100 të sëmurë është bërë ekzaminimi i gëlbasës për citologji dhe u gjetën elemente të inflamacionit të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes. Qeliza atipike nuk u gjetën në asnjë rast.

Në 200 të sëmurë u bë kultura e gëlbasës për *candida albicans* dhe u gjetën pozitivë 5 raste (2.50/0). Në ekzaminimin e gëlbasës për mikrobe të tjera patogjene u gjetën 3 raste (1.50/0): dy me streptokok hemolitik dhe një me Klebsiella pneumoniae.

BRONKOSKOPIA

Ky ekzaminim është kryer në 83 (410/0) të sëmurë të marrë në studim. Nga 83 bronkoskopitë e bëra, në 22 raste (26.50/0) nuk u gjetën ndryshime patologjike, ndërsa në 61 raste (73.50/0) u gjetën. Në këta të fundit u pa: infiltrim në 22 raste (220/0), sekrecione mukozë, ose mukopurulente në 18 raste (240/0), skuqje në 14 raste (16.80/0), fistulë adeno-bronkiale në 13 raste (15.60/0), ngushtim bronku në 8 raste (90/0), cikatrice 2 raste (2.40/0). Del se në shumicën e të sëmurëve me ATB tuberkulare kemi edhe dëmtime të bronkeve.

Nga të dhënat e literaturës, fistula adeno-bronkiale gjendet në 12-300/0 të rasteve. Sipas një studimi të bërë në Institutin e Luftës kundër tuberkulozit në 94 të sëmurë me ATB tuberkulare u gjetën me fistul adeno-bronkiale 12.70/0 e rasteve (20).

Nga sa u tha më lart dei se bronkoskopia, sidomos e shoqëruar me lavazh bronkial, ka rëndësinë e vet në ATB, veçanërisht për diagnozën diferenciale.

Bronkografia u bë në gjashtë të sëmurë, që kishin atelektazë kronike si ndërlikim i ATB tuberkulare dhe u gjetën bronkoektazira të ndryshme.

EKZAMINIMI I GJAKUT PERIFERIK

Të sëmurëve iu është bërë sistematikisht ekzaminimi i gjakut periferik. Në shtim kemi gjetur: Eritrosedimentimi mbi 15 mm/orë në 137 të sëmurë (680/0), prej të cilëve 16-30 mm/orë 72 raste, 31-40 mm/orë 35 raste, 41 e lart mm/orë 30 raste, dmth se në shumicën

e rasteve (68^{0/0}), sedimentimi i eritrociteve ka qënë 16-30 mm. Ane-mia sekondare u gjet në 50 raste (29^{0/0}), limfocitoza (mbi 40^{0/0}) u gjet në 33 të sëmurë (16^{0/0}), leukocitozë (mbi 10,000 mm³) 24 të sëmurë (11^{0/0}), limfopeni (nën 25^{0/0}) 10 të sëmurë (5^{0/0}), lekuopeni (nën 4,000 mm³) 2 të sëmurë (1.1^{0/0}). Azotemia dhe glicemia në të gjithë të sëmurët u gjetën brenda kufijve të normës.

Nga këto të dhëna del se eritrosedimentimi jo shumë i rritur (16-30 mm/orë) mund të ndihmojë në diagnozën e ATB.

Në provat funksionale të mëlçisë në shtrim u gjetën ndryshime patologjike të lehta në 37 të sëmurë (18^{0/0}). Është për t'u theksuar se kur kemi pasur këto ndryshime nuk kemi dhënë në mëjtim tërë-kator, pirazinamid, por nuk kemi përjashtuar izoniazidin. Provat funksionale të mëlçisë janë bërë gjatë gjithë kohës që i sëmurit ka qëndruar në këinike.

Në ekzaminimin e urinës nuk kemi gjetur ndryshime patologjike. Urokulturën për BK e kemi bërë në 5 raste, atëherë kur ATB ishte e shogënuar me diseminim dhe të gjithë të sëmurët dolën negativ.

Pesha e trupit, e matur rregullisht çdo muaj, tregoi se pothuajse të gjithë të sëmurët shuan në peshë gjatë qëndrimit në Sanatorium. **Ekzaminimi histopatologjik pas biopsisë.** — Ky ekzaminim është bërë në 10 të sëmurë, në të cilët etiologjia ka qënë e diskutueshme dhe u gjet se: në 3 raste në materialin e marrë në limfonodulat latero-cervikale të rritura u përcaktua natyra tuberkulare.

Në 5 raste u bë biopsia sipas Daniels, në 2 u gjetën limfadenit tuberkular, në 3 hiperplazi e limfonodulave preskalenike. Në një rast biopsie të mukozës bronkiale doji me natyrë tuberkulare.

Në rastet e shogënuara me limfadenit periferik është bërë punkSION dhe në tre prej tyre u gjet BK pozitiv në kulturë.

Rëntgeno-kinografia është bërë në 4 raste kur është diskutuar patologjia kardiovaskulare. Nga këta, vetëm në një rast vumë re patologji vazale.

Angjiopneumografia është bërë në një rast për arsye të hemoptizisë së përsëritur, për të përjashtuar mundësinë e një aneurizme. Pas këtij ekzaminimi u vërtetua se nuk ishim përpara një patologjie vazale.

Nga 201 të sëmurët tanë me ATB tuberkulare, në 14 prej tyre (7^{0/0}) në shtrim është dyshuar edhe për sëmundje të tjera: për for-miën mediastinale të sëmundjes Besnier-Boeck-Schaumann 6 raste, për kancer bronkopulmonar 5 raste, për bronkoadenië virale 3 raste, kurse 6 raste janë shtruar për përcaktim diagnoze. Prandaj përcaktimi i diagnozës së ATB është bërë në bazë të të gjitha ekzaminimeve të nevojshme për ta daluar ATB tuberkulare nga sëmundjet e tjera të mediastinit.

NDERLIKIMET E ATB

Nderlikimet e ATB si perforacioni adenobronkial dhe atelektaza të të rriturit takohen rrallë. Në 201 rastet tonë gjetëm 13 të sëmurë (5.6^{0/0}) me perforim dhe 6 raste (3^{0/0}) me atelektazë segmentare kronike. Në ndonjë rast të rrallë mund të kemi hemoptizi nga kalci-fikimi i ATB tuberkulare, siç kemi vënë re në një të sëmurë.

MBI DIAGNOZËN DIFERENCIALE TË ATB TUBERKULARE

Për caktimin e natyrës së ATB tuberkulare, diagnozën e kemi diskutuar edhe me 55 raste me sëmundje të tjera të mediastinit ose hiqe që projektoshin në këtë zonë. Këto raste paraqitën ndryshime që mund të mendoheshin edhe për ATB tuberkulare. Mendime të tjella kanë shprehur edhe autorët të tjerë (5, 14).

Vlera e diagnozës diferenciale të ATB tuberkulare te të rinjtë e të rriturit shohet edhe nga zhvendosja e ATB nga femijëria në këto moshë, dukuri kjo që po ndodh vitet e fundit.

Veganërisht e rëndësishme është diagnoza diferenciale në ato sëmundje që paraqesin jo vetëm rëndim të tyre, por edhe prognozë të ndryshme dhe që rrjedhimisht kanë nevojë për mjekime të tjera. Kjo ndodh se shumë sëmundje kanë lidhje me limfonodulat trakeobronkiale (21).

Për diagnozën diferenciale na ndihmojnë jo vetëm të dhënat karakteristike rëngenologjike të ATB tuberkulare, por edhe anamneza, ekzaminimi objektiv, pozitiviteti ose negativiteti tuberkulinik, ndryshimet specifike bronkoskopike, gjetja e BK në gëlbasë, rezultatet tuberkulare të ekzaminimeve bioptike dhe arritjet nga mjekimi.

Probleme më të shumta, për diagnozën diferenciale, paraqet forma tumorozë e ATB tuberkulare, sidomos ajo solitare.

Për të caktuar natyrën e sëmundjeve të tjera janë bërë ekzaminime plotësuese sipas rasisit: ekzaminime rëngenologjike të toraksit, reaksioni Mantoux me PPD 5 UI apo 20 UI RT 80. Tween, ekzaminimi bronkologjik, ekzaminimi bakteriologjik e citologjik i gëlbasës, ekzaminimi i gjakut, biopsia, pneumotoraksi diagnostik, rëngenokimiografia, angiopneumografia, shintigrafia e gjëndrës tiroide dhe torakotomia probatore. Gjithashtu na ka ndihmuar vlerësimi i ecurisë së sëmundjes dhe efekti i mjekimit sipas nozologjisë.

Të radhitura sipas shpeshësisë që i kemi gjetur në 55 të sëmurët tanë, me sëmundje të mediastinit ose hiqe, që projektoshin në atë zonë ishin:

1) **Me sarkoidozën BBSH** (forma mediastinale). Kjo sëmundje në vitet e fundit takohet më shpesh (4). Në të sëmurët tanë, në 14 raste (5,4%) është menduar për natyrën tuberkulare të ATB, por pas ekzaminimeve të kryera u konkludua për BBSH; në 6 prej tyre, biopsia sipas Daniels dha rezultat pozitiv për BBSH.

2) **Me kancerin bronkopulmonar centro-hilar** 12 raste (4,6%), prej këtyre në 5 raste është menduar për bronkoadenit tumoroz tuberkular; në 2 raste për kompleks primar dhe 5 raste ishin shtruar për për-caktim diagnoze me bronkoadenit tumoroz.

3) **Me hiqe infiltrative hilare ose paratrakeale** 11 raste (4,2%), ku diskutohet ATB në fazë infiltrative ose atelektaze. Ekzaminimet vërtetuan se ishin pneumopati me origjinë të ndryshme.

4) **Me tumore beninjë të mediastinit** 6 raste (2,3%), prej këtyre 3 raste me neuroinomë të shtruar për bronkoadenit tumoroz, 2 raste me kist ekinokok dhe një rast me kist bronkial të shtruar për për-caktim diagnoze.

5) **Me morbus Hodgkin** (limfogramulomatoza maligne) 4 raste (1.5%) të shtruar për bronkoadenit tumoroz, ku ishte diskutuar natyra tuberkulare.

6) **Me bronkoadenit siltkotik** 3 raste (1.1%) të shtruar për bronkoadenit tuberkular.

7) **Me stavë hiliare nga kardiopatië** 2 raste (0.7%) të shtruar për theksim hiliar, pasi dëshohet për bronkoadenit.

8) **Me kompaksim hiliar pseudo ATB nga ndryshimet vazale** 2 raste (0.7%), njëri në lidhje me kalcifikimin arcus aortae dhe tjetri nga zgjerimi i *conus arteriae pulmonalis*.

9) **Me strumë retrosternale** 1 rast (0.3%), i shtruar pasi dëshohet edhe për ATB tuberkulare.

Nga ATB me natyrë tuberkulare, të shtruar në klinikën e tuberkulozit, me të cilët duhet bërë diagnoza diferenciale më të shpeshta, kanë qenë sëmundja BBSH, (forma mediotinale), kanceri bronkopulmonar centrohilar dhe pneumopatië e ndryshme të vendosura në zonën hiliare.

MBI MJEKIMIN E ATB TUBERKULARE

Para se të fillonim mjekimin e të sëmurëve me ATB tuberkulare, të shtruar në klinikën e tuberkulozit, jemi përpjekur të përcaktojmë natyrën e ATB. Pas studimit të gjendjes së të sëmurit, ekzaminimeve plotësuese klinike e paraklinike, në vartësi nga forma dhe faza e zhvillimit të tuberkulozit, si edhe të gjendjes së funksionit të organeve të tjera, u është filluar mjekimi me kimioantibioterapi zakonisht me tre antituberkularë të kombinuar, në pjesën më të madhe të rasteve me kortikoterapi. Kur natyra e ATB ka qenë e diskutueshme për tuberkuloz, ne nuk jemi ngutur qysh në fillim ta shqërojmë mjekimin me kortizonikë, për të mos maskuar diagnozën etilogjike.

Sipas nevojës, mjekimi është shqëruar me vitaminoterapi apo barna simptomatikë të ndryshëm.

Eshtë për t'u shënuar se në mjekimin e rasteve tona nuk kemi përdorur skema standarde. Këto i kemi ndryshuar në vartësi me ecurinë e sëmundjes, me tolerancën ose fenomenet anësore të antituberkularëve si edhe me rezistencën e mundshme klinike apo laboratorike (11).

Rezultatet e mjekimit me kimioantibioterapi antituberkulare, të kombinuara me kortikoterapi, ishin shumë të mira. Vetëm në dy raste kemi përdorur mjekimin kirurgjikal (limfadenektomia e bronkoadenitit tumoroz pas torakotomisë), pasi ATB tuberkulare ishte e formës tumoroze dhe rezistente edhe një vit pas mjekimit konservativ. Në të dy këto raste, ekzaminimi histopatologjik i materialit të marrë, gjatë këtyre ndërhyrjeve doli me natyrë tuberkulare.

Në çdo rast kemi synuar të mbajmë të sëmurin të shtruar deri në stabilizim sa më të mirë të ATB.

Efektet anësore gjatë mjekimit me preparate antituberkulare. — Këto e kemi vënë re në 37 raste (16%). Nga këta: nga cikloserina në 12%, të rasteve, nga trekatori në 8%, nga streptomichina 7.8%, nga PAS 6%, nga pirazinamidi 1.5% dhe nga izoniazidi 0.5%.

Pra fenomene anësore më të pakta vërehen nga izoniazidi dhe më të shpeshta nga ciklosterina, trekatori, streptomicina dhe PAS-1. Nga etambutoli dhe rifadina nuk kemi vërejtur asnjë rast.

ARRITJET

Pas mjekimit të bërë në kushte stacionare me skema të ndryshme, për një kohë që ka ndryshuar sipas nevojës, 195 (97^{0/0}) të sëmurë kanë dalë nga klinika me gjendje të përmirësuar dhe 6 (3^{0/0}) në gjendje të njëllajtë. Të përmirësuar janë konsideruar ato raste që pas mjekimit me antituberkularë të ndryshëm mesatarisht brenda 90 ditëve kanë pasur regredim të dukshëm të procesit tuberkular, ade-nopatia është zvogëluar mjaft ose është rezorbuar, njëkohësisht kur edhe shënjat klinike e paraklinike janë normalizuar. Temperatura normalizohet, kolla e gëlbaza zhduken, po ashtu djersa, oreksi përmirësohet, të dhënat e analizave normalizohen, BK negativizohet etj. 6 të sëmurët të dalë nga klinika në gjendje të njëllajtë kanë qënë me bronkoadente të vjetra, të cilat kanë lenë ndërlikime në formën e atelektazisë kronike segmentare ose lobare; nga këta, 4 të sëmurë u shtruan për të parë në se kishin aktivizim të procesit dhe 2 të sëmurë për he-moptizi.

Nga sa u tha del se rastet me ATB tuberkulare, të shtruar me kohë e të mjekuar si duhet, janë të shërueshëm dhe nuk lenë pasoja.

PAAFËSIA PËR PUNË

Nga 201 të sëmurë me ATB, të shtruar e të kuruar rregullisht, 150 prej tyre janë studiuar edhe nga ana e paafësisë në punë nga fillimi i sëmundjes e deri në stabilizimin e procesit dhe riafësisim në punë. 51 të sëmurët e tjerë nuk kanë qënë në marrëdhënie pune, për arsye të moshës së vogël dhe, si rrjedhim, nuk janë bërë objekt studimi në këtë drejtim.

Të 150 të sëmurët kanë marrë paafësi të përkohshme në muajt si më poshtë: nga një muaj 2 të sëmurë, nga 2 muaj — 2, nga 3 muaj — 11, nga 4 muaj — 10, nga 5 muaj — 4, nga 6 muaj — 121 të sëmurë (80^{0/0}).

Nga 150 të sëmurë, 75 (50^{0/0}) prej tyre iu dha paafësi për një vit, prej të cilëve 43 u është dhënë afësi e kufizuar deri në dy vjet.

Nga sa u tha më lart del se paafësia për punë ka qënë relativisht e gjatë për të pasur një stabilizim. sa më të plotë dhe për të mënjannuar recidivat.

GAJENDIA SHENDËTËSORE DHE AFTËSIA PËR PUNË 2-10 VJET PAS

DALJES NGA SANATORIUMI

Nga 201 të sëmurë, në 125 prej tyre është bërë rikontrollimi i gjendjes së tyre shëndetësore si nga ana e procesit ashtu dhe nga aftësia e tyre për punë.

Nga ana e procesit, gjatë periudhës 2-10 vjet kemi pasur vetëm një (0,90/0) të sëmurë me recidivë, në një të sëmurë që nuk kishin të vazhduar në rregull mjekimin e dhënë dhe nuk kishin zbatuar këshillat e mjekut. Të gjithë të sëmurët e tjerë, gjithsej 124 (99,20/0) u gjatën të stabilizuar.

Po në këta të sëmurë u studjua dhe aftësia për punë gjatë të njëjtës periudhë. Nga 125 të sëmurët, 124 (99,20/0) ishin të aftë për punë. I sëmurit që pati recidivë u bë i paafte për punë. Nga 124 të sëmurët, 5 prej tyre kanë ndërruar profesionin e tyre në dy vjetët e parë, pastaj u kthyen në punën e tyre të mëparshme.

PËRFUNDIME

1) Në sajë të masave të gjithanshme të marrura nga PSSH qysh pas Çlirimit të Shqipërisë dhe fitores së revolucionit popullor, tuberkulozi ka pësuar rënie të madhe, sidomos në fëmijët dhe, si rryedhim, rastet me adenopati trakeobronkiale tuberkulare (ATB) janë zhvendosur në moshat më të rritura.

2) Nga të shtuarit në klinikën e tuberkulozit me patologji të mëdhashtit ose hije, që projektoshin në këtë zonë, shumica dërrmuese del me natyrë tuberkulare. Nga 255 të shtuar, 201 (79/0) dolën me ATB tuberkulare.

3) Nga të shtuarit me ATB tuberkulare lidhur me shpeshësinë pothuajse nuk konstatohen ndryshime midis qytetarëve dhe fshatarëve kooperativistë (përkatesisht 49/0 dhe 51/0/0), kurse përsa u përket grup-moshave, vendin e parë e zë ajo midis 15-25 vjeç (49/0 e rasteve).

4) Sipas fazës së zhvillimit më të shpeshhtë janë ATB infiltrative dhe tumoroze (përkatesisht 37/0 dhe 28/0).

5) Në përcaktimin e diagnozës së ATB tuberkulare, ekzaminimi radiologjik është më i rëndësishmi. Për ATB tuberkulare, vendosja hilare është më e shpeshtë (85/0 e rasteve), kurse sipas anës më tepër djahatas (54/0), majtas 39/0 dhe në të dy anët 13/0). Konturet polciklike të vogla dhe kalkifikimet hilare kanë vlerë në përcaktimin e diagnozës (sipas materialit tonë u gjatën përkatesisht në 46/0 dhe 37/0 të rasteve).

6) Gjatë ATB tuberkulare, dëmtimet e bronkeve janë shumë të shpeshta. Sipas të dhënave tona bronkoskopike, këto u gjatën në 73,50/0 të rasteve (prej tyre me fistul adenobronkiale në 15,70/0 të rasteve).

7) Nga ATB me natyrë jo tuberkulare, të shtuar në klinikën e tuberkulozit, me të cilat duhet bërë diagnoza diferenciale, më të shpeshta kanë gënë sarkoidoza pulmonare dhe kanceri bronkopulmonar (përkatesisht 5,4/0 dhe 4,60/0).

8) Nën vepimin e terapisë anti-tuberkulare me antibakteriale të kombinuara, shumica dërrmuese e rasteve kanë dalë në gjendje shumë të përmirësuar (97/0 e rasteve), kurse 30/0 e tyre kanë dalë në gjendje të njëllajtë, pasi ishin forma të vjetra (me atelektaza kronike).

9) Diagnoza dhe mjekimi i hershëm i të sëmurëve ATB tuberkularë bën që edhe rezultatet e largta të jenë shumë të mira. Kështu nga 125 raste të ndjekur gjatë 2-10 vjetëve u gjetën të stabilizuara dhe të aftë për punë 99.20/0 prej tyre.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Enver Hoxha : Raport në Kongresin e 7-të të PPSH. Tiranë 1976, 72.
- 2) Vendim i Plenumit të XI të KQ të PPSH : Mbi gjendjen dhe masat që duhen marrë për ta ngritur në një nivel më të lartë shërbimin shëndetësor sidomos profilaktikë dhe higjienën.
- 3) Liambi Ziqishi : Diskutim në Kongresin e 7-të të PPSH. «Zëri i Popullit» 6 nëntor 1976.
- 4) Adhami J. : Traktati i sëmundjeve të brendshme. Tiranë 1974, vol. I, 54
- 5) Aleksandrovskij B.P. : Diferencialnaja diagnostika v pulmonologii. Moskva 1973 (Monografi).
- 6) Chronique OMS : 1977, Vol. 30, 1, 177.
- 7) Coecil — Loeb : Textbook of medicine, 1968, Vol. I, 285.
- 8) Çoçoli H. : Rëndësia diagnostike e provave tuberkulinike në adoleshencë e të rritur me sëmundje pulmonare. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore — 1975, 2, 29.
- 9) Çoçoli H., Ndroqi Sh. e bp. : Mbi adenopatinë trakeobronkiale tuberkulare të rriturit. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore — 1976, 3, 55.
- 10) Çoçoli H., Rogi Q. : Fluorografiimi në depistimin kompleks të një fshati bashkuar. Shëndetësia popullore 1977, 2, 32.
- 11) Dusha I., Ndroqi Sh. : Sukseset e luftës kundër tuberkulozit gjatë 25 vjetëve të Pushkëtit Popullor. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1970, 1, 8.
- 12) Ndroqi Sh. : Tuberkulozi në Shqipëri pas 30 vjet. Pushket Popullor. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1974, 1, 49.
- 13) Ndroqi Sh. : Tuberkulozi. Tiranë 1974, 170.
- 14) Oancea T. : Tumoriale mediastinale. Bucarest 1971, 148, 171.
- 15) Pagel W. and coll. : Pulmonary tuberculosis. London 1964, 294.
- 16) Pinto M. R. and coll. : The differential tuberculin test in tuberculosis patients. Tubercle 1973, 5A, 46.
- 17) Polemcev K.V. : Rentgenologjëskaja diagnostika tuberkuloza ljogkih. Moskva 1969, 15.
- 18) Selenica P. : Bazat e rëntgen-diagnostikës. Tiranë 1971, 57.
- 19) Spenser H. and coll. : Pathology of the lung. London 1966, 767, 849.
- 20) Sofiri A., Pëpivani P. : Disa të dhëna bronkioskopike të tuberkulozit bronkial. Shëndetësia Popullore 1975, 2, 64.
- 21) Styblo K. coll. : Tuberkuloza hivovych lymfhatičkych uzlin u dospel'ych. Prizha (Monografi). 1961.

Summary

CHARACTERISTICS OF TUBERCULAR TRACHEO-BRONCHIAL ADENOPATHY IN YOUNG PEOPLE AND IN ADULTS

Prior to the Liberation, tuberculosis was quite common in Albania, particularly among the underprivileged and exploited strata of the population. This was due to the poor economic and social conditions of the country and the lack of control measures against tuberculosis on the part of the anti-parasitic regimes of the past.

After the Liberation, the Albanian Party of Labour and the government of the People's Republic of Albania, besides the continuous improvement of the social-economic conditions, took measures of control against tuberculosis. At present in the People's Socialist Republic of Albania the incidence of tuberculosis is steadily falling and the disease has undergone important epidemiologic changes. In the period 1971-1975, for instance, the incidence was 40‰ lower than in the years 1966-1970.

Since at present tubercular tracheobronchial adenopathy is observed relatively more frequently among young people than among adults (the phenomenon of displacement of the ages), this paper discusses mainly the question concerning the diagnosis and differential diagnosis of the disease in these two age groups.

A series of 256 patients with mediastinal pathology, aged over 15 years, on treatment at the clinic of tuberculosis, is analysed. Of these 201, or 79%, resulted with tubercular tracheo-bronchial adenopathy. There was no significant numerical difference between the city dweller and the farming cooperative peasants, the percentages being 49‰ and 51‰ respectively. Of all the patients 49‰ were aged between 15 and 24 years.

A complex method of examination was used for the diagnosis of tracheo-bronchial adenopathy (TBA).

Surely, the radiologic examination was the main method of diagnosis. TBA, according to the location, was found in the hilar region in 84,6‰ of the cases, on the right side in 51‰, in its infiltrative form in 37‰, in the tumoral phase in 28‰ and in the phase of calcification in 37‰.

In 9,4‰ of the simple cases of TBA (without involvement of the lungs), tubercular bacilli were found in the sputum, a fact which has its epidemiologic significance.

The bronchoscopic examination, performed in 87 cases, showed lesion of the bronchi in 73,51‰ of them. In 15,6‰ adeno-bronchial fistulae were observed. In 55 cases, in which the diagnosis was discussed, changes suggesting tubercular TBA were present. The differential diagnosis is particular important in cases presenting different degrees of gravity in which the prognosis and the treatment are also different.

For the differential diagnosis, according to the case, the complex method of diagnosis included examinations ranging from the anamnesis to the examination during thoracotomy.

Of all the cases, 12 (4,20‰) resulted with centrohilar lung cancer, 14 (5,4‰) with sarcoïdosis, 11 (4,1‰) with various forms of pneumopathy 6 (2,57‰) with benign mediastinal tumours, 3 (1,1‰) with malignant lymphogranulomatosis.

The conclusion that can be drawn from this study is that early diagnosis and early treatment contribute much to obtain better early and late results. Thus, of 125 cases followed up for 2 to 10 years, 99,2‰ resulted stabilized and in condition to resume their former occupations.

Résumé

CARACTERISTIQUES DES ADÉNOPATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES TUBERCULEUSES CHEZ LES JEUNES ET LES ADULTES

Avant la Libération du pays la tuberculeuse était une maladie très fréquente en Albanie, surtout parmi les couches pauvres et exploitées de la population. Cela était dû aux conditions économiques et sociales précaires dans les

quelles se trouvait le pays à l'époque et au fait que les régimes antipopulaire du passé n'avaient pris aucune mesure pour combattre cette maladie.

A la suite de la Libération, le Parti du Travail d'Albanie et le pouvoir populaire, de pair aux efforts fournis pour améliorer constamment les conditions économiques et sociales, ont adopté une série de mesures tendant à combattre ce mal. Actuellement, en RPS d'Albanie la tuberculose est en constante diminution et elle a enregistré d'importantes modifications d'ordre épidémiologique. Au cours de la période 1971-1975, par exemple, l'incidence de cette maladie a enregistré une baisse de 40 pour cent par rapport aux années 1965-1970.

Etant donné qu'actuellement l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse (ATB) est relativement plus fréquente chez les jeunes que chez les adultes (le phénomène du déplacement de l'âge), dans cet article l'auteur s'arrête principalement sur la question du diagnostic et du diagnostic différentiel de cette maladie chez ces deux groupes d'âge.

Il a analysé à cette fin une série de 256 patients, âgés de plus de 15 ans et présentant une pathologie du médiastin, en traitement à la clinique de la tuberculose. De leur nombre, 201 (79%) présentaient une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Il n'a relevé aucune différence numérique de relief parmi les patients de provenance urbaine ou rurale, les pourcentages étant respectivement de 49 et 51%, 49% des patients examinés avait un âge allant de 15 à 24 ans.

Pour le diagnostic de l'ATB l'auteur s'est servi d'une méthode d'examination complexe.

Evidemment, l'examen radiologique a été la méthode principale du diagnostic. Du point de vue de sa localisation, l'adénopathie trachéo-bronchique a été relevée dans la région hilare 84,6% de cas, sur le côté droit 51% sous forme d'infiltrat 37%, dans la phase tumorale 28% et dans la phase de calcification 37%.

Dans 94% des cas simples de ATB (sans affection des poumons), le bacille tuberculeux a été observé dans les crachats ce qui est important du point de vue épidémiologique.

L'examen bronchoscopique de 87 patients a montré une lésion des bronches chez 73,51% d'entre eux, dont 15,5% sans fistules adéno-bronchiques.

55 patients présentaient un diagnostic discutable, du fait que les modifications relevées indiquaient aussi l'ATB tuberculeuse. Le diagnostic différentiel est particulièrement important dans les cas présentant degré de gravité, ce qui entraîne évidemment une progrose et un traitement différents.

Sur un total de 256 cas examinés, 12 d'entre eux (4,2%) présentaient des cancers pulmonaires centrohilaires, 14 (5,4%) des sarcoïdoses, 11 (4,2%) des divers pneumopathies, 6 (2,5%) des tumeurs bénignes du médiastin et 3 (1,1%) des lymphogranulomatoses malignes.

Conclusion: le diagnostic et le traitement précoces de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse contribuent largement à l'obtention de meilleurs résultats immédiats et lointains. Ainsi, sur un total de 125 cas suivis pendant une période de 2 à 10 ans, chez 99,2% la maladie s'était stabilisée et les patients étaient en état de reprendre leur activité habituelle.

OKLUZIONI I THELLË DHE MJEKIMI I TIJ

— DHIMITRA LIRA — NIKOLETA PAPAJORGJI —

(Poliklinika stomatologjike e lagjes nr. 1 dhe 2 — Tiranë)

Në anomalitë e ndryshme të nofullave përfshihet edhe okluzioni i thellë. Ky paraqitet me të meta karakteristike, që shprehen në shkurtimin e pjesës së tretë të fytyrës e mbulim incizal në përmasa të ndryshme.

Okluzioni i thellë bën pjesë në anomalitë e nofullave në drejtim vertikal. Kryesisht ai ndeshet në forma të ndërlikuara me anomalitë në drejtim sagittal e transversal (3). Përsa i përket shpeshësisë, ai luhet 5.30°_0 - 33.1°_0 (6, 7). Duke u mbështetur në të dhënat tona, kjo hatet 5.30°_0 - 33.1°_0 të fëmijëve që paraqesin anomali të okluzionit anomali ndeshet në 23.38°_0 të fëmijëve që paraqesin anomali të okluzionit (3). Për rrethin e Shkodrës jepen të dhëna se kjo anomali kap 5.30°_0 të fëmijëve (7).

Si të dhënat e vendit tonë ashtu dhe ato të literaturës botërore përkojnë përsa i përket okluzionit të thellë, i shtrirë ky në tre sistemet e dhëmbëve (në sistemin e dhëmbëve të përkohshëm, të përzierë dhe të përherëshëm).

Anët negative të kësaj anomalie në femini si dhe vështirësi të që hasen gjatë protezimit të pjeshëm tek të rriturit, kur kjo nuk kapet në kohën e duhur, diktuan nevojën e marrjes së masave për parandalimin dhe mjekimin e kësaj anomalie, duke filluar qysh në moshën e feminisë.

Në Plenumin e XI të KQ të PPSH thuhet: «Të gjithë e dimë se problemi i shëndetit të fëmijëve e ka preokupuar dhe do ta preokupojë vazhdimisht Partinë dhe Pushtetin, të cilët dhe në të ardhmen do të marrin masat e nevojshme dhe të gjithanshme për ngritjen në një nivel më të lartë të shërbimit shëndetësor në këtë sektor kaq të rëndësishëm» (1).

Për këtë ne morrem në studim 76 fëmijë të moshës 5-17 vjeç, nga të cilët 58 (76.31%) ishin femra dhe 18 meshkuj (23.69%).

Të ndarë sipas sistemeve të dhëmbëve, ata ishin 2 (2.60%) me sistem dhëmbësh të përkohshëm, 57 (75%) me sistem dhëmbësh të përzierë, ku përparësi kishin ata të moshës 6-9 vjeç dhe 17 (22.4%) ishin me sistem dhëmbësh të përherëshëm.

Në vizitën e parë, prindrit ankoheshin për pamjen e jashtme të pakënaqshme dhe për 12 prej tyre për dhembje në indet e buta dhe hemorragji gjatë ushqyerjes. Në këtë anomali, pakësimi i funksionit përtypës deri në 37% vjen nga moskryerja e fazës së katërtë të bluarjes së ushqimit dhe kjo si pasojë e moskryerjes së lëvizjeve anësore, nga bllokimi i notullës së poshtme. Në këtë rast bluarja e ushqimeve kryhet vetëm në sajë të hapjes e mbylljes së saj (4).

Nga studimi i modeleve të këtyre fëmijëve, mbulimi incizal ishte në përmasa të ndryshme, që luhateshin nga 1/2 në 3/4 dhe 4/4 e gjatësisë së koronës. Të dhënat përkatëse paraqiten në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Gradët e mbulimit incizal

Mbulim i vogël 1/2	Mbulim i mesëm 3/4	Mbulim i madh 4/4	Gjithse
		Dhëmbët e nof. së po- nuk takojnë qielzën	Dhëmbët e nof. së po- shtme takojnë qielzën
		Progeni	
15 (19.48%)	34 (45%)	8	15
		4	76
		27 (35.52%)	

Në pasqyrë nuk janë përfshirë rastet kur mbulimi incizal ka qënë sa 1/3 ose sa 1/4 e gjatësisë së koronës. Këto raste i kemi konsideruar të vetërregullueshëm në periduhën e daljes së dhëmbëve të përkohshëm dhe të dhëmballes së parë dhe të përhershme si dhe gjatë daljes së dhëmballes së dytë të përhershme. Në rastet e paraqitura në pasqyrë nuk u arritën vetërregullime pa ndërhyrje ortodontike. Po këtë gjë kanë konstatuar edhe autorë të tjerë (5).

Lezionet e indeve të buta u konstatuan në 12 raste (14.44%). Lokalizimet e tyre paraqiten në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Lokalizimi i lezioneve në indet e buta

Në dhëmbët frontale të nof. sipërme	Në dhëmbët fronta- le të nof. poshtme	Në dhëmbët fronta- le të dy nofullave	Gjithsej
Hemorragji Hipertrofi Hipertrofi	Hipertrofi tërheqje Gingive	Hemorragji Hipertrofi Hipertrofi	
6	2	4	12 (14.44%)

Nga pasqyra rezulton se indet e buta rreth dhëmbëve të nofullës së sipërme paraqiten më shpesh me lezione, pastaj ato të të dy nofullave dhe më pak ato të nofullës së poshtme. Lezionet kanë qënë të lokalizuara të gjitha në dhëmbët frontalë. Theksojmë se pavarësisht nga shifrat, okluzioni i thellë është shkaktar i lezioneve të indeve të buta ose të krejt paradonciumit, prandaj nga shumë autorë, ky okluzion quhet dhe okluzion traumatik. Ky fakt shpjegohet nga traumat që pësojnë indet e buta të dhëmbëve frontalë, ku mbulimi incizal është i madh. Keshu gjatë funksionit përtypës ato traumatizohen e lezionohen,

Kurse tak dhëmbët anësore, megënëse sipërfaqet përtpëse të paradhëmballëve dhe dhëmballëve okludojnë normalisht me antagonistët, nuk kemi hasur lezione.

Në rastet e marra në studim, ne kemi mundur të përcaktojmë se ku ndodhet patologjia në harget e dhëmbëve, në procesin alveolar frontal (përparat) apo distal (anash) dhe, në bazë të kësaj, ne kemi përcaktuar aparatit për mjekim. Këtë e kemi paraqitur në pasqyrën nr. 3.

Pasqyra nr. 3

Lokalizimi i patologjisë në regjionet e nofullave

Nofulla e sipërme		Nofulla e poshtme		Të dy nofullat	
Fronti tepër i zhvilluar, anash i pa zhvilluar	Fronti tepër i zhvilluar, anash normal	Fronti tepër i zhvilluar, anash i pa zhvilluar	Fronti i zhvilluar normal	Fronti tepër i zhvilluar, anash normal	Fronti i zhvilluar normal, anash i pa zhvilluar
10 (13.15%)	2 (2.63%)	5 (6.57%)	11 (14.47%)	8 (10.50%)	40 (52.63%)

Sikurse shihet, kjo anomali prek të dy nofullat dhe karakterizohet me një zhvillim të tepërtë të procesit alveolar frontal dhe moszhvillim të procesit alveolar anësor. Por takohen edhe forma të tjera si ajo kur procesi alveolar frontal është normal dhe ai anësor i pazhvilluar, si dhe raste kur procesi alveolar frontal është tepër i zhvilluar dhe procesi alveolar anësor është normal.

Pra, në rastet e okluzionit të thellë, të marrura në studim, ne konstatuam tri forma të ndryshme të lokalizimit të defektit në proceset alveolare të nofullave.

Në mjekimin e 76 rasteve të marrur në studim, ne jemi mbështetur në ndikimin e faktorëve biokimikë dhe konkretisht kemi liruar pjesën e pazhvilluar të procesit alveolar për një nxitje në këtë regjion dhe kemi ndërprerë zhvillimin atje ku ky ishte i tepërtë.

Për këtë qëllim, për mjekimin e okluzionit të thellë janë përdorur aparate nga më të ndryshmet sipas ndërlkimeve që ka pasur anomalia, në mënyrë që njëkohësisht të ndikohet për mjekimin e saj në disa drejtime. Mjekimi është kryer vetëm me aparate të lëvizshëm për anët e mira që këto kanë.

Në pasqyrën nr. 4 paraqesim okluzionin e thellë të ndërlkuar me anomalitë e tjera dhe aparatet për mjekimin e tyre.

Nga pasqyra bëhet e qartë se okluzioni i thellë shogërohet më shpesh me anomalitë transversale (28 raste), nga të cilët 20 raste janë njëkuar me Pq (plakë e gjelzë) e rrafshet mbi sipërfaqet përtpëse të dhëmbëve anësore të përkohshëm. Dhëmballat e para të përshme janë lënë të lira, sepse në këtë mënyrë kryhet ngritja e okluzionit nëpërmjet mungesës së mbështetjes me sipërfaqet përtpëse të antagonistëve.

Pasqyra nr. 4

Okluzioni i thellë i ndërlikuar dhe aparatet e përdorur për mjekimin e tij

Aparatet	Okluz. i thellë protruzion	Okluz. i thellë distal	Okluz. i thellë + trema	Okluz. i thellë + progenati	Okluz. i thellë + komprimim	Okluz. i thellë + koprimim	Okluz. i thellë e varur protruzion 2/2	Okluzioni i thellë + progeni,	Gjithsej
Bllok i vetëm	—	1	—	4	—	3	—	—	8
PQ rafsh kafshues	2	—	8	4	—	—	—	—	14
PQ rafsh pjerët	—	6	—	—	—	—	—	—	6
PQ rafsh mbi sipërfaqen përtypëse	2	—	20	—	—	—	5	—	27
PQ rafsh mbi sipërfaqen përtypëse + vidë zgjeruese	—	—	—	—	—	8	1	4	13
PQ rafsh kafshues + vidë zgjeruese	—	—	—	—	4	2	—	—	6
PQ rrafsh të pjerët + kroshë grep	—	2	—	—	—	—	—	—	2
Gjithsej	4	9	28	8	4	13	6	4	76

Ngritja e okluzionit është bërë në përmasat e pozicionit të qetësisë së nofullave, duke u orientuar nga mbulimi incizal e pozicioni neutral i dhëmballëve të para të përhershëm. Ngritja e okluzionit dhe ndryshimi i tonusit të muskujve krijojnë kushte të favorshme për funksionimin normal të artikulationit. Tetë raste janë mjekuar me PQ rafsh kafshues për të mos lejuar nga njëra anë zhvillimin e procesit alveolar të nofullës së poshtme dhe, nga ana tjetër, për t'i dhënë mundësi zgjatjes së dhëmbëve anësorë dhe, për pasojë, rritjes së procesit alveolar.

Në tre raste, në të cilët okluzioni i thellë ka qënë i ndërlikuar me ngushim (kompzimim) të nofullave është përdorur blloku i vetëm, i cili na shërbeu për mjekimin e anomalisë në të dy nofullat, në të cilat rafshet e pjerrta janë përgatitur në atë mënyrë që të takonin vetëm nga ekuatori e deri në afërsi të gafave të dhëmbëve. Pas prerjes së bllokut dhe aktivizimit të vidës, nëpërnyjet rrafshëve të pjerrta dhembët jo vetëm lëvizin dhe zgjerojnë rradhët e tyre, por, në të njëjtën kohë edhe ngrihen.

Në tetë raste, te të cilët okluzioni i thellë ka qënë i ndërlikuar me ngushim të nofullës së sipërme, për mjekim kemi përdorur PQ me rafshë mbi sipërfaqet përtypëse në dhëmbët e gumbështit dhe vidë zgjeruese, duke lënë të lira dhëmballët e para. Nga aktivizimi i vidës zgjerohet rradha e dhëmbëve të nofullës së sipërme dhe duke qënë dhëmballa e parë e lire ngrihet okluzioni. Në dy të sëmure, tek të cilët defekti ka qënë i lokalizuar në regjionin frontal, është përdorur PQ me rafsh kafshues e vidë.

Në radhë të tretë, okluzioni i thellë është ndërlikuar me okluzionin distal. Për t'i korrigjuar këto anomalitë është përdorur PQ me rafsh të pjerrët, që ndihmon jo vetëm ngritjen e okluzionit, por edhe spostimin e kretit nofullës së poshtme (mandibulës) përpara dhe po kështu të dhëmbëve përkatës frontalë nëpër proceset alveolare.

Në dy raste është përdorur PQ me rafsh të pjerrët dhe kroshe në formë grepi për dhëmbët frontalë të nofullës së sipërme dhe kjo me qëllim që të presohen nëpër alveolat jo vetëm dhëmbët e nofullës së poshtme, por edhe ato të nofullës së sipërme.

Në katër raste, që paraqiteshin me okluzion të thellë të ndërlikuar me progeni, është aplikuar PQ me rafshë mbi sipërfaqet përtypëse të dhëmbëve anësorë dhe susta shtytëse për dhëmbët frontalë. Ngritja e okluzionit është kryer aq sa radhët e dhëmbëve të vinë në okluzion të drejtë me qëllim që të mos pengohen dhëmbët frontalë të sipërmë të dalin para dhëmbëve frontalë të nofullës së poshtme.

Korrigjimi i anomalisë është kryer për 3-6 muaj në përmasa 3-4 mm në varësi të moshës së fëmijës dhe gradës së anomalisë. Të dhënat tona përkohë në ato të autorëve të tjerë (2).

Rezultatet më të mira i kemi pasur në fëmijë me sistem dhëmbësh të përzjerë sidomos në periudhën e fillimit të këtij sistemi 6-8 vjeç. Për ilustrim po paraqesim fotot e dy rasteve.

PËRFUNDIME

1) Okluzioni i thellë haset në të tre sistemet e dhëmbëve. Më rrallë në sistemin e dhëmbëve të përkohshëm — 2.60%/₀, më shpesh në sistemin e përzjerë — 75%/₀ dhe në sistemin permanent — 22.4%/₀.

- 2) Rastet më të shpeshta të okluzionit të thellë kanë pasur mbulurim incizal të mesëm 34 (45^{0/0}), pastaaj mbulim të madh — 27 (35.52^{0/0}) dh 15 (19.49^{0/0}) mbulim të vogël.
- 3) Traumatizimi i indeve të buta lokalizohet vetëm rreth dhëmbëve frontale.
- 4) Në proceset alveolare të rasteve të marrura në studim, patolo gjia paraqitet në tri forma: procesi alveolar frontal mund të jetë tepër i zhvilluar ose normal, kurse ai anësori i pazhvilluar ose normal.
- 5) Për mjekimin e okluzionit të thellë, kushit i domosdoshëm është të ngrihet okluzioni, të lirohen dhëmballët e para aq sa e lejon mbulimi incizal normal.
- 6) Ngritja e okluzionit në përmasa 3-4 mm arrihet për 4-6 muaj, n vartësi nga sistemi i dhëmbëve.

Dorëzuar në Redaksi më 20 shkurt 197

BIBLIOGRAFIA

- 1) Plenumi i XI i KQ të PPSH. Rruga e Partisë 1971, 2, 34.
- 2) Geshova N. e bp. : Promeni v temporo mandibularnata srava i defkacelna efektivnost sled postavjane na plashinka sës defkacelna poverhnost. Stomatolo gje 1977, 2, 135.
- 3) Lira Dh. e bp. : Shpeshtësia e anomalive të dhëmbëve, nofullave e fytyrës i fëmijët e qytetit të Tiranës. Referat i pabotuar 1975.
- 4) Lira Dh. e bp. : Përcaktimi i efektit përvypës në anomalitë e ndryshme. But tini Stomatologjik 1976, 1.
- 5) Lira Dh. e bp. : Vetërregullimi i anomalive në fëmijët e shkollës «Skënder Çi gi». Buletini stomatologjik 1975, 2.
- 6) Napodov M. A. : Fiziologjia revititja pri kusa i rol biomekaniceski faktoro Ortodonteski Atlas 1967, 5.
- 7) Papa P. : Përhapia e anomalive maksillo-dentare në fëmijët e qytetit të Shk. drës. Shëndetësia popullore 1973, 1.

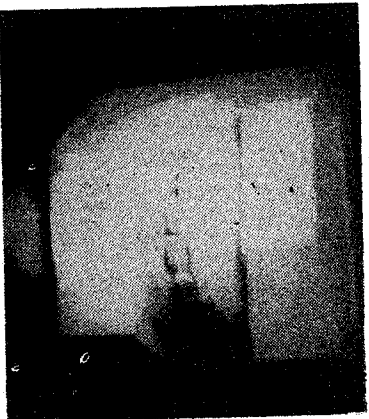


Fig. 1 a — Para mjekimit. Me sistem dhëmbësh të përzierë.

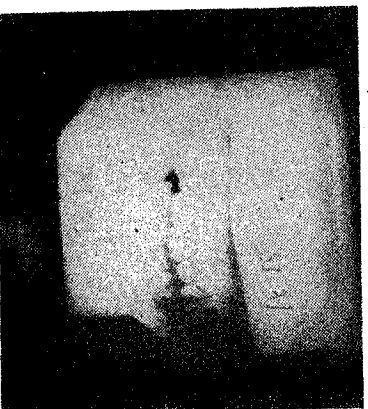


Fig. 1 b. Pas mjekimit.



Fig. 2 a — Para mjekimit. Me sistem dhembësh (permanent) të përshërëm.

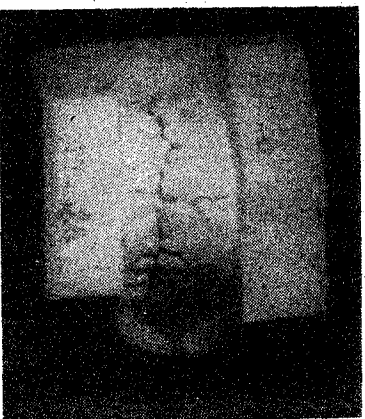


Fig. 2 b — Pas mjekimit

DEEP OCCLUSION OF THE TEETH AND ITS TREATMENT

Summary

A study was carried out on 76 children aged between 5 and 17 years, who presented the anomaly of deep occlusion of the teeth. Their systems of dentition were primary in 2 cases (2.60%), mixed in 57 (75%), and permanent in 17 (22.40%).

The study took into consideration the degree of covering of the incisors, which was defined as insufficient when 1/2 of the crown was covered, medium when 3/4 of the crown was covered, and full when 4/4 of the crown was covered.

In only 12 cases lesions of the surrounding soft tissues were found, mostly frontally.

The determination of the site of the pathologic changes that had caused the anomalous position of the teeth showed that in most cases it involved both jaws and was characterized by the abnormal development of the frontal alveolar process and the insufficient development of the lateral process; but in some cases the frontal process was normal and only the lateral process was underdeveloped or, vice versa, the lateral process was normal and the frontal one was overdeveloped.

The treatment aimed at influencing the growth of the underdeveloped process and the inhibition of the overdeveloped one. Various apparatus were used for this purpose according to the location of the pathology and the complication associated with it.

Correction of the anomaly was obtained within 3-6 months to the extent of 3-4 mm, depending on the age of the child, the degree of the anomaly and the nature of the associated complications.

Résumé

L'OCCCLUSION PROFONDE DE LA DENT ET SON TRAITEMENT

Les auteurs ont examiné 76 enfants, âgés de 5 à 17 ans, présentant une occlusion profonde de la dent. En ce qui concerne leur système de dentition, dans 2 cas (2,60%) celui-ci était primaire, dans 57 cas (75%) mixte et dans 17 cas (22,40%) permanent.

L'étude en question prend en considération le degré de couverture des incisives qui est qualifié d'insuffisant quand il couvre la moitié de la couronne, moyennant il couvre les 3/4 de celle-ci et total quand il la couvre entièrement.

Dans 12 cas seulement ont été relevées des lésions à proximité des tissus tendres de la dentition, et plus particulièrement dans le système de dentition frontale.

La localisation des modifications pathologiques, qui ont provoqué la position irrégulière de la dent, montre que cette position concerne souvent les deux maxillaires et est caractérisée par un développement anormal du processus alvéolaire frontal et par un développement insuffisant du processus latéral. Toutefois dans certains cas le processus frontal est dans la norme et ce n'est que le processus latéral qui est insuffisamment développé ou, vice-versa, le processus latéral correspond à la norme et c'est celui frontal qui connaît un développement poussé.

Le traitement appliqué par les auteurs consiste dans l'accélération du processus de développement insuffisant et dans l'inhibition du processus de développement anormal. Différents appareils ont été employés à cette fin, et cela conformément à la localisation des modifications pathologiques et des complications associées à celles-ci.

La correction de l'anomalie a été obtenue au bout de 3-6 mois dans une mesure de 3 à 4 mm., en fonction de l'âge de l'enfant, du degré de l'anomalie et de la nature des complications collatérales.

NDRYSHMET ELEKTRIKE NË ZEMËR NËN VEPRIMIN E LËNDËVE PSIKOTROPE

— MUZAFER JANINA —

(Katedra e Propedeutikës)

Lëndët psikotrope po përdoren gjërësisht jo vetëm në mjekimin e të sëmurëve psikikë, por gati në të gjitha sferat e tjera, përfshirë edhe atë të kardiologjisë.

Në literaturën mjekësore, që kemi mundur të konsultojmë, të botuar në këto dy dhjetëvjetëshat e fundit, na tërhoqën vëmendjen ato studime, që theksin e vënë mbi veprimet anësore të dëmsime, madje dhe toksike të këtyre lëndëve (1, 2). Vlen të theksojmë se përpjos pasojave të rënda (6, 8) si dhembje koke të forta, hemorragji në tru, tromboza sidomos në mushkëri, kriza hipertensive të tjera, vihen re cregullime të veprimitarisë elektrike të zemrës nga më të ndryshmet deri dhe vdekje të papritura (3, 4, 10).

Tani po i kushtojmë rëndësi si studiumi të një preparati të veçantë, ashtu dhe lëndëve psikotrope të gërsheutara (6). Kazistikat përtshijnë (3) 8, 10, 50 të sëmurë të mjekuar me doza të mesme dhe sidomos të mëdha 200-1200 mgr. në ditë me thioridazine (melleril), klorpromazinë, imipraminë të gërsheutuar me hipnotikë, trunkuilizues për periudha mjekimi 3-12 muajsh ose disa vjeçare. Kërkues të tjerë (3, 4), në punime eksperimentale në kafshë, kanë arritur të sqarojnë, deri në një farë shkalle të kënaqshme, ndryshimet elektrike në zemër. Punimet analitike me mikroskop elektronik zbuluan depozitime në theksuara të acidit muko-polisaharidik në arteriolat 40-80 mikron, në arterio-kapilarat me diametër 14-40 mikron, trashje të vazave të gjakut deri në mbyllje të lumenit si dhe degjenerim të miokardit në shtresat subendokardiale. Këto dëmtime i shpjegojnë gartë të dhënat klinike dhe ndryshimet elektrokardiografike. Zëmren e dëmtuar e quajnë «*Cor toxicum*» ose «*cardiopathia toxica*» nga lëndë psikotrope (3). Në vitet e fundit, në literaturën mjekësore shquiptare është pasqyruar klasifikimi më i pranueshëm i lëndëve psikotrope, një monografi (5), sidomos helmimet akute dhe trajtimi kryesisht i rasteve akute (7) krahas atyre kronike.

Duke vlerësuar rëndësinë e madhe që kanë masat parandaluese, shërbimi i kardiologjisë i dha përparësi: ndryshimit të veprimitarisë elektrike të zemrës nga lëndët psikotrope, duke vëzhguar një grup të sëmurësh të shtuar gjatë vitit 1976 në Klinikën e psikiatrisë në spitalin klinik nr. 1 të Tiranës.

Qëllimi i këtij studimi është: a) zbulimi i hershëm i ndryshimeve

elektrike në zemër gjatë mjekimit me lëndë psikotrope; b) cila është shpeshësia dhe shkalla e këtiq dentimi; c) të japim disa të dhëna për raporte. Më vonë, duke thelluar dhe zgjeruar punime të kësaj natyre të jepen disa mendime mbi mënyrën e përdorimit të lëndëve psikotrop në shërbimin e kardiologjisë, për të parandaluar si veprimet anësore ashtu dhe shfaqjen e «*Cor toxicum*» kur lëndët psikotrope përdoren për përiudha të gjata mjekimi.

Metodika. — Para dhe gjatë mjekimit u përcaktuan: dozimi ditor, koha e mjekimit me lëndë psikotrope deri në shfaqjen e ndryshimeve elektrike në zemër; bëmë regjistrime elektrokardiografike, analizi të urinës, dozimin e glukozës, urrese, transaminazave elektrolitëve, lipidogramën, ekzaminimin floroskopik të zemrës; në rastet e inaktuara telerentgenogramën para dhe gjatë mjekimit si dhe ekzaminimin e gjëndrës tiroide në raste të veganta.

Në fillim studjuam hollësisht vdekjet e periudhës 15 vjeçare (1963-1977), që kishin ndodhur në shërbimin e psikiatrisë dhe i ballafaquar me të dhënat e literaturës së konsultuar, që flasin për vdekjet e papritura (3, 9), deri në 2 vdekje të papritura në qdo vit, të shkaktuara ng lëndët psikotrope në një spital psikiatrik (9). Nga 9 vdekjet të papritura 8 ishin të shpjegueshme. Vetëm një e sëmurë, T.V., e ve, 60 vjeçe, shtruar më 11.X — 13.XI.1965 me diagnozë: *Psychosis Senilis*, m n. kartele 7835 ka vdekur papritmas gjatë mjekimit me klorpromazin 100-300 mgr. në ditë, pasi kishte marrë sasinë 5400 mgr. U gjët zbehtë, me *acrocyanosis*, pa TA, pa puls. Një ditë më parë, ashtu s dhe ditëve të tjera, ishte e agjitur nga *Psychosis Senilis*. Në protoko lin e nekropsisë është shkruar: «... shkaku i vdekjes nuk qe i mun dur të gjindet me saktësi» (shprehje e njëjtë me të dhënat e nekropsiv, në literaturën e konsultuar — 3,9). «*Insufficiëntia cardiovascularis acuta oedema pulmon. ac. stasis venos. ac. hepatitis et viscerum*», që flasin për insuficiencë akute të zemrës së majtë, ndoshta nga një cregullim ma dhor i ngacmueshmërisë së zemrës (Fibrillatio Ventricularis), shkaktua nga lëndët psikotrope. E sëmura nuk vuanë nga sëmundje iskemike të zemrës, as nga ndonjë sëmundje tjetër e aparatit kardiovaskular.

Materiaali. — Vëzhguam 47 të sëmurë të mjekuar me lëndë psikotrope, u studjuan 104 breza elektrokardiografike krahas paramere trave të tjerë: 33 meshkuj, 14 femra, me moshë 18-52 vjeç (pasqyra nr. 1)

Pasqyra nr. 1

Studimi sipas seksit dhe moshës

Seksi	Shuma	Moshë në vjeç									
M	F	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Mb:70	Shum		
33	14	47	8	14	16	8	1	—	—	47	

Nga të sëmurët psikiçkë, dy paraqisnin të dhëna elektrokardiografike për insuficiencë koronare kronike pa të dhëna klinike dhe dy të tjerë vuanin nga hiperlipidemia e tipit të II B të shkallës së lehtë; 43 të

tjerët nuk vuania nga sëmundje të zemrës. Ditëgëndrimi në spital parqitet në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Ditëgëndrimi në spital

8	9	10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Shuma
1	—	—	7	7	5	5	10	2	7	2	1	47

V.O. Nga 8 ditë — 92 ditë.

Vetëm 3 të sëmurë kanë qëndruar në spital rreth 3 muaj, pra 44 (93.6%) me pak se 3 muaj. Mjekimet me lëndë psikotrope me një preparat dhe të gërshetuara me më shumë se një, parqiten në pasqyrën nr. 3. Të sëmurët u mjekuan në klinikën e psikiatrisë të spitalit klinik nr. 1 Tiranë.

Pasqyra nr. 3

Mjekimi

I I pagërshtuar

Lënda psikotrope

Rase

Neuroleptikë 14

Trankuilizantë 1

II Mjekim për një kohë i gërshtuar

Inzulinë + hipnotikë 1

Inzulinë + Elektroshtock + hipnotikë 1

III Mjekimi gjatë gjithë kohës i gërshtuar

Neuroleptikë + elektroshtock 2

Neuroleptikë + inzulinë + elektroshtock 6

Neuroleptikë + Trankuilizantë 1

Neuroleptikë + Trankuilizantë + Inzulinë 3

Neuroleptikë + hipnotikë + elektroshtock 2

Neuroleptikë + trankuilizantë + Inzulinë + Elektroshtock 2

Trankuilizantë + inzulinë 1

Neuroleptikë + inzulinë 1

Neuroleptikë + hipnotikë + inzulinë 3

Neuroleptikë + trankuilizantë + elektroshtock 2

Neuroleptikë + hipnotikë 1

Neuroleptikë + hipnotikë + trankuilizantë + inzulinë 1

Neuroleptikë + hipnotikë + trankuilizantë + inzulinë + elektroshtock 1

Trankuilizantë + inzulinë + preparate të paklasifikuara 1

Shuma

47

DISKUTIM

Në 47 të sëmurët të mjekuar me lëndë psikotrope, veprimtari elektrike e zemrës pësoi këto ndryshime:

1) *Turbulime të automatizmit të zemrës.* — I vumë re në 28 (59,5%) të sëmurë. Nga këta 17 (36,1%) pësuan *takikardi sinusale*, që u shfaq 5-73 ditë pas fillimit të mjekimit. Ajo luhatej 15-25; 10-30 ose 20-51 të rrahura më shumë në një minutë, e krahasuar me shpeshtësinë e rrahjeve të zemrës para mjekimit. Në 8 (17%) të sëmurë ose në 47% të rasteve me takikardi sinusale, shpeshtësia arriti 105-140 në 1 minutë Pasqyra I — II.

Pasqyra nr. I

Cregullimet e automatizmit të N.S.

Në normë	Ndryshoi në		Shuma	
Raste	%	Raste	%	Raste
19	40.5	28	59.5	47
				100

Ndryshimet e frekuencës

Në normë	Rritja		Uljia	
Raste	%	Raste	%	Raste
19	40.5	17	36.1	11
				23.4

Pasqyra nr. II

Rritja e frekuencës në 1 minutë

Rriret me :	Raste	Pas ditësh	
15-25	10	5-37	
10-30	1	16	
20-50	6	11-73	
Shuma	17		

Bradikardi sinusale pësuan 11 të sëmurë. Bradikardia sinusale u shfaq më herët se takikardia, 3-9 ditë ose edhe 26 ditë pas fillimit të mjekimit. Ajo luhatej 5 — 10; 11 — 20; 21 — 30 dhe 31 — 40 të rrahura më pak në një minutë se shpeshtësia para mjekimit. Pasqyra nr. III.

Pasqyra nr. III

Ujja e frekuencës në 1 minutë

Ulet me:	Raste	Pas..... ditësh
5-10	2	3-9
11-20	4	3-16
21-30	3	6-16
31-40	2	18-26
Shuma	11	3-26 ditë

Klorpromazina dhe takikardi sinusale, imipramina e luminali, bradikardi, ndërsa thioridazina (melleril) dhe si takikardi ashtu dhe bradikardi sinusale. Gërshtëtimi i neuroleptikëve me hipnotikë, sidomos me luminal me doza 6 — 12 cgrt në ditë, e frenoi takikardinë ose e çoi edhe në bradikardi sinusale, edhe kur të sëmurët mjekoheshin me klorpromazinë me doza ditore 200 — 300 mgr. Ndërsa mjekimi me imipraminë e luminal së bashku e theksoi edhe në shumë bradikardinë sinusale. Për shkak të veprimit si të atropinës tek një i sëmurë, i mjekuar me imipraminë, ritmin e impulsit shëtës (Wandering pace — maker) me bradikardi me shpeshësi 58 — 60 në minutë, klorpromazina e ktheu në ritëm sinusal me shpeshësi 95 impulse në minutë.

2. — *Grrëgulime të ngacmueshmërisë*, i vumë re vetëm në një rast (21^{0/0}). 25 ditë pas fillimit të mjekimit të gërshtëuar me melleril 25-75 mgr në ditë, pasi kishte marrë 1475 mgr. U shfaqën ekstrastotola ventrikulare krahas grrëgullimit të automatizmit me takikardi sinusale (120 impulse në minutë) nga 80 impulse në 1 minutë, që i sëmuri e kishte shpeshësinë para mjekimit.

3. — *Ndryshime të valës P dhe të përcimit atrioventrikular (P-Q)* i vumë re në një (21^{0/0}) të sëmurë, që paraqiti ritmin e impulsit shëtës.

4. — *RS-T në 43 (91.4^{0/0})* të sëmurë pësoi ndryshime në një ose në disa lidhje elektrokardiografike.

a) Në 10 të sëmurë (21.2^{0/0}) u shfaq supradenivelim 1-2 mm., në 15 të sëmurë (31.9^{0/0}) grrëgulime repolarizimi ventrikular jospesifik; në 3 (6.3^{0/0}) të sëmurë subdenivelim gjithsej 28 (57.5^{0/0}) të sëmurë me ndryshime jospesifike të RS-T (grrëgulime të repolarizimit ventrikular).

b) Në 15 të sëmurë (31.9^{0/0}) vumë re ndryshime specifike, që flasin për insuficiencë koronare, por pa të dhëna klinike të angorit: në 8 të sëmurë RS-T ishte rektilinjë (vërhequr), në 3 raste rektilinjë dhe e supradeniveluar në 3 raste të tjerë grrëgulime repolarizimi ventrikular me RS-T rektilinjë dhe në një rast RS-T rektilinjë dhe e supradeniveluar dhe me grrëgulime të repolarizimit ventrikular. Pasqyra nr. IV.

Pasqyra nr. IV

Ndryshime në RS-T në një ose në disa lidhje

1-2 mm e Rektijnje supra- eave- luar	Cregullime re- polarizimi ven- trikular	Rektijnje dhe supra- dentiveluar	Subdeni- veluar	Cregullime Rep. rektili- nje	Cregullime Rep. sup- radentiveln- + rektijnje
8	10	15	3	3	3
					1

V.O. = 43 elektrokardiograma.

5. — Ndryshime të valës T u vumë re në 32 (68,0%) të sëmurë në një ose në disa lidhje elektrokardiografike në 60 elektrokardiograma të përsëritura.

Pasqyra nr. V

Ndryshimet e valës T në 1 ose në më shumë lidhje

Negativ													
Pozitiv + negativ													
Negativ + pozitiv													
Tendencë me majë													
Sheshim													
E ulur													
Zgjeruar													
1-2 mm mbi izolijnë													
ulur + sheshuar													
ulur + negativ													
Me majë të lart													
negativ + me majë + gjigande													
negativ ulur													
negativ ulur + lart													
5	1	1	3	7	21	1	2	10	1	4	2	1	1

6. — Ndryshimet e Q — T₀ i vumë re në 2 (4,2%) të sëmurë me zgjatje përkatesisht 0,03" dhe 0,04" në regjistrimet dyta elektrokardiografike pas fillimit të mjekimit.

7. — *Pritjen e mëtejshme të përgëndrimit mbi normë të lipideve në gjak* e vumë re në 2 (4,2%) të sëmurë, që para mjekimit ky përgëndrim ishte pak i rritur në gjak dhe që më vonë u rënduan, duke thelluar hiperlipideminë e tipit të II B.

8. — Në materialin tonë, deri 73 ditë pas fillimit të mjekimit me lëndë psikotrope, ekzaminimet fluoroskopike të zemrës nuk zbuluan asnjë rast me kardiomegali; ndërsa me doza më të mëdha për periudha më të gjata mjekimi (3) autorë të ndryshëm kanë vënë re këtë patologji kardiake.

KONKLUZIONE PARAPRAKË

I. — Shërbimi i kardiologjisë për herë të parë në vendin tonë studion ndryshimet e herëshme elektrokardiografike nga përdorimi i lëndëve psikotrope.

II. — Të dhënat paraprake po i renditim si vijon:

1) Të sëmuret paragesin ndryshime të veprimtarisë elektrike të zemrës edhe kur mjekohen me doza të vogla dhe të mesme.

2) Ndryshimet më të herëshme dhe ato që shfaqen brenda tre muajve sipas materialit tonë janë:

A) *Ndryshimet e automatizmit*: u shfaqën në 59,50% të të gjitha rasteve në formën e takikardisë dhe bradikardisë sinusale 3-7 ditë pas fillimit të mjekimit.

B) *Turbullimet e ngacmueshmërisë* në 2,10% të rasteve 25 ditë pas fillimit të mjekimit.

C) *Ndryshimet e valës P dhe të përcimit atrioventrikular (P-Q)* në 2,10% të rasteve 14 ditë pas fillimit të mjekimit.

D) *Ndryshimet e RS-T dhe të valës T* në 91,100% të rasteve 15 — 20 ditë pas fillimit të mjekimit.

E) *Ndryshime të valës T* në 68,00% të rasteve 10 — 15 ditë pas fillimit të mjekimit.

F) *Ndryshimet e Q-T_e* në 4,20% të rasteve 11 — 20 ditë pas fillimit të mjekimit.

3) Sipas radhës vendin e I, II, III e zenë ndryshimet e RS-T dhe të valës T në 91,40%, të valës T me 68,00% të automatizmit me 59,50% të të gjithë të sëmurëve. Pastaj vijnë ndryshimet e Q-T_e me 4,20% dhe të ngacmueshmërisë e të përcimit me 2,10% të të gjithë rasteve.

4) Për të zbuluar ndryshimet më të herëshme të veprimtarisë elektrike të zemrës si dhe ato toksike, nga mjekimi me lëndë psikotrope, është e domosdoshme të bëhen rregjistrime elektrokardiografike para dhe 3-73 ditë pas fillimit të mjekimit çdo 10-15 ditë. Natyrisht rregjistrimet bëhen në varësi me të dhënat anamnestike dhe me ato të ekzaminimit objektiv sidomos me të gjitha parametrat që përcakton metodika që kemi zbatuar në këtë punim.

5) Duke u mbështetur në literaturën që kemi konsultuar dhe në të dhënat e studimit tonë paraprakisht mund të paragesim këtë pasqyrë përmbljedhëse nga ana e jonë:

A. — 1) *Ndryshimet e veprimtarisë elektrike në zemër*.

1) Ndryshimet e automatizmit deri në heshqjen e plotë të vet automatizmit të zemrës (cardiae arrest) me vdekje të papritur.

2) Ndryshimet e ngacmueshmërisë deri në shfaqjen e aritmisë paroksizmale madhore supra dhe ventrikulare me vdekje të papritur.

3) Turbullime të përcimit.

4) Ndryshime jospesifike të repolarizimit ventrikular.

5) Ndryshime të sistolës elektrike (Q — T).

B. — Veprime të tjera

II) 1) Rëndrim të gjendjeve të të sëmurëve kardiale me insuficiencë kardiale.

2) Insuficiencë kardiovaskulare kongjestive nga çrregullime të ritmit ose nga dëmtime të vet muskulit kardiak.

III. — 1) Kardiomegali sekondare nga lëndë psikotrope.

IV. — 1) Rëndim të gjendjeve me hiperlipidemi.

V. — 1) Rëndrim i të sëmurëve me sëmundje iskemike të zemrës deri dhe me shfaqje të infarktit akut të miokardit dhe vdekje të papritur.

VI. — 1) Shfaqje të sëmundjes iskemike të zemrës, duke filluar nga insuficienca koronare deri në infarkt akut të miokardit nga ngri shtimi i vazave të gjakut (a-koronare ose e degëzimeve përkatëse) pë sojë e veprimt dhe e depozitimit të acideve nukto-polisaharideve.

Rëndim të të sëmurëve me insuficiencë kardio-vaskulare kongjestiv (3) kardiomegali sekondare, shfaqje të sëmundjes iskemike të zemrë me të dhëna klinike të angorit (3, 8, 9, 10) nuk u vunë re në studimin tonë, megjëse koha e mjekimit ka qënë e shkurtër, me doza të vogël dhe qëllimi i studimit ishte shfaqja e hershme e ndryshimeve të veprimtarisë elektrike të zemrës nga përdorimi i lëndëve psikotrope.

Dorëzuar në Redaksi më 15 janar 1978. -

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alexander C. S. : Cardiotoxic effects of phenothiazine and related drugs. *Circulation* 1968, 38, 1014.
- 2) Bismuth C, Bodin F., Pebay F. — Peroula et Frejaville J.P. : Intoxication par l'imipramine avec insuffisance cardiaque aigue. *La Presse médicale* 1968, 48, 76
- 3) Carls S.A., Nino A. : Cardiovascular complications in young patients taking psychotropic drugs. *A.H.J.* 1969, 6.
- 4) Druess R.G., Kornfeld D.S. : Survivors of cardiac arrest psychiatric study. *J.A.M.A.* 1967, 201, 291.
- 5) Gjasta Xh. Vehbi U., Peit A., Radovani LL. : Lëndët psikotrope. Universiteti "Tiranë". Tiranë 1974 (Monografi).
- 6) Huston J.R. and Bulb G.E. : The effect of thioridazine hydrochloride and chlorpromazine on the ECG. *J.A.M.A.* 1966, 198, 134.
- 7) Preza B., Preza L. : Toksikologjia klinike. Universiteti i Tiranës. Tiranë 1973, 444
- 8) Raisfeld J.A. : Cardiovascular complications of antidepressant therapy. Interactions at the adrenergic neuron. *A.H.J.* 1972, 83, 17.
- 9) Richardson H.L., Grouner K.E., and Richardson M.E. : Intramyocardial lesions in patients dying suddenly and unexpectedly. *J.A.M.A.* 1966, 195, 254.
- 10) Sloman L. : Myocardial infarction during imipramine treatment of depression. *The Canadian Medical Association Journal* 1960, 82, 20.

Summary

ELECTRICAL CHANGES IN THE HEART UNDER THE ACTION OF PSYCHOTROPIC SUBSTANCES

Observations were carried out on 47 patients on treatment at the psychiatric clinic of Hospital N 1 of Tirana. The electrical changes of the heart observed during the treatment could be divided into groups according to the degree of their intensity. The following conclusions were drawn:

- 1) Early electrical changes appear from 3-7 days to 3 months after the beginning of the treatment and involve automatism, excitability, atrial depolarization, atrio-ventricular conduction, ventricular repolarization, calculated electrical systole and the T-waves.
- 2) Particular importance is given to aggravation of preexisting hyperlipidemia and chronic coronary insufficiency which appear without clinical signs of angina pectoris, during the early stage of the treatment.
- 3) No congestive heart failure, cardiomegaly, acute myocardial infarction or

sudden death were observed during the first three months of the treatment, which was conducted with small and medium daily doses.

4) The author presents a summarized table of the effects of psychotropic substances on the heart and the manifestations of cor toxicum.

Indications are given about the early detection of the electrical changes of the heart.

The prophylactic, diagnostic, and therapeutic aspects are reviewed regarding the psychotropic substances used widely not only in psychiatry but also in other specialties, including cardiology.

R é s u m é

MODIFICATIONS ELECTRIQUES DANS LE CŒUR SOUS L'ACTION DES SUBSTANCES PSYCHOTROPIQUES

L'auteur a observé 47 patients traités à la clinique psychiatrique de l'hôpital n.º 1 de Tirana. Les modifications électriques du coeur observées durant le traitement peuvent être divisées en trois groupes en fonction de leur degré d'intensité.

Il en a tiré les conclusions suivantes:

1) Les modifications électriques apparaissent de 3 à 7 jours et jusqu'à 3 mois après le début du traitement et elles comprennent des manifestations d'automatisme, d'excitabilité, de dépolariation auriculaire, de conduction auriculo-ventriculaire, de repolarisation ventriculaire, de systole électrique calculée et d'ondes T.

2) Une importance particulière est attachée de la gravité de l'hyperdiploémie préexistante et à l'insuffisance coronaire chronique qui apparaît sans manifestations d'angina pectoris, pendant le stade préliminaire du traitement.

3) Aucune insuffisance congestive du coeur, cardiomégalie, aucun infarctus aigu du myocarde ni mort soudaine n'ont été observés durant les trois premiers mois de traitement, qui a été administré à des doses journalières réduites et moyennes.

4) L'auteur présente un tableau sommaire des effets des substances psychotropiques sur le coeur et des manifestations du coeur toxique.

Les indications sont fournies sur la détection précoce des modifications électriques du coeur.

L'auteur étudie les aspects prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'usage largement répandu des substances psychotropiques non seulement en psychiatrie, mais aussi dans d'autres spécialités, y compris la cardiologie.

ANALIZA E RASTEVE TONA ME MORBUS COATS

— Doçent ANDREA ARONI —

Në literaturën okulistike, emri *morbus* ose sindroma Coats përdoret për leziona, që klinikisht paraqiten me eksudate masive nën shtresat retinale ose në retinë (*retinitis exudativa externa*), pa humbje të tejdukshmërisë vitreale dhe pa ndryshime inflamatore koroidale në stadin fillestar. Në etiologjinë e sëmundjes mund të lozin rol disa faktorë, por në çdo rast konstatohen anomali vaskulare, që dëmojnë papërshtueshmërinë e vazave.

Sëmundja shfaqet vetëm në njërin sy, në të rinjtë, shumë më shpesh në djemtë. Fillimi i sëmundjes zakonisht nuk vihet re dhe ecuria e saj ka karakter progresiv të ngadalsëm. Pamja e syrit humbet nga ablacioni retinal, nga karakteri i ndërlikuar, nga glakoma sekondare ose si rrjedhim i eksudacionit masiv pa u zhvilluar ndërlikimet e tjera.

Coats ka ndarë rastet e tij në tre grupe. Në grupin e parë korioidea është e infiltruar me qeliza mononukleare, gjë që sugjeron një proces infeksioz, ndërsa në retinë nuk konstatohen ndryshime vaskulare. Në grupin e dytë konstatohen shumë anomali vazale retinale dhe hemorragji masive, korioidea nuk ka shenja inflamatore. Në grupin e tretë konstatohen angioma dhe anostomoza arterio venoze.

Por *morbus Coats* patognomonike është prania e depozitimeve të kolesterolit të lirë në shtresat e jashtme retinale dhe në hapësirën subretinale (1).

Morbus Coats është sëmundje e rallë, me prognozë të keqe përsa i përket pamjes dhe paraqet vështirësi diagnostike për shkak të tabloës së shumëllojshme oftalmoskopike.

1) I sëmundi A.S., vjeç 11, paraqitet në vitin 1961 me ankesë se nuk shihet nga syri i djathtë. Humbjen e pamjes e vuri re rastësisht para tre muaj. Nuk ka kaluar sëmundje të përgjithshme.

Ekzaminimi objektiv vuri në dukje: OD — segmenti i përparshëm i syrit pa ndryshime. Trupi vitros i tejdukshëm, por në pjesën e poshtme paraqiste turbullira të dendura në formë shiritash me ngjyrë gri. Retina ishte e shkollitur në të gjithë sektorët, ndërsa në pjesën e sipërme ajo prominonte në forma të një saku. Papila e nervit të të parit kishte kontura të paqarta dhe dukej e deformuar nga masa e bardhë në gri, që ngrinin retinën e poltit të pasëm. Midis tyre dalloheshin pika të shkëlqyeshme, që reflektorin dritën gjatë oftalmoskopisë. Në periferinë retinale, sidomos në pjesën infero-temporale viheshin re ndryshime vazale të theksuara. Dalloheshin tufa vazash retinale me veshje nga të dy anët, disa prej tyre shumë të zgjeruara, në formë ampule, që jepnin

përshlypjen e hemorragjisë. Gjithashtu dalloheshin anastomoza midis vazave, të cilat ishin tortuozë dhe të deformuara. Një grumbull vazash të alteruara kish formën e glomerullit. Në gjithë retinën shiheshin vatra degjenerative të errëta në afërsi të vazave periferike. Mprehtësia e pamjes — perceptimi i dritës, projektimi i dritës i mirë. OS : — i shëndoshtë, mprehtësia e të parit — 1,0.

Në tabllonë oftalmoskopike një vend të rëndësishëm zinte ablacioni retinal, që përfshinte gjithë retinën, duke qënë më i theksuar në pjesën e sipërme. Ablacioni ishte sekondar, mungonin dridhjet e palosjeve retinale dhe kjo mund të shpjgohej me praninë e eksudateve masive të dukshme në polin e pasëm, se si grejëne retinën dhe që mundësisht përhapeshin edhe në fusha të tjera retinale, por të padukshme për shkak të shkolltjes së theksuar të retinës si dhe të ndryshimeve të tjera retinale. Shenjat inflamatore mungonin si nga ana e segmentit të përparshëm të syrit ashtu dhe nga ana e atij të pasmit. Trupi vitros ishte krejtësisht i tejdukshëm, me përjashtim të pjesës së poshtme, vend tipik, ku grumbullohet gjak dhe fibrinë pas hemorragjive të vjetra vitreale.

Një proces neoplazik nën retinën (në korioide) duhet të ishte lokalizuar në një fushë të caktuar, duke shkaktuar ablacion sekondar të retinës rreth e rrotull kësaj fushë. Një proces i tillë ka pigmentacion dhe vaskularizim të pasur. Në mungesë të pigmentacionit (amelanoblastoma) vihet në dukje ende më qartë neovaskularizimi i pasur tumoral. Këto shenja oftalmoskopike mungonin në rastin tonë. Konstatimi oftalmoskopik i pikave ose ngjollave të shkëlqyeshme në shtresat e pasme retinale ose nën retinë dëshmojnë për praninë e kolesterolit të lirë, shenjë patognomike për *Morbus Coats* (1).

Krahas ndryshimeve të përmendura dallohen gjithashtu dëmtime të theksuara të vazave të vogla retinale, me mbizotërim të zgjerimeve aneurizmatike, që, sipas shumë autorëve (2) janë kryesore për *Morbus Coats* dhe që u paraprijnë shenjave të tjera, madje mendohet që të jenë burimi i eksudatit masiv të përmëndur.

2) I sëmurë S.K., vjeç 14, paraqitet në vitin 1966 për shkak të strabizmit konvergjent të syrit të djathtë. Prindrit vunë re shtrembërim të lehtë të syrit qysh para një viti, që dalëngadalë u bë më i theksuar.

Eksaminimi objektiv vuri në dukje: OD — në konvergjençë 25°. Segmenti i përparshëm pa ndryshime patologjike. Trupi vitros i tejdukshëm. Papila e nervit të të parit pa ndryshime, e rrethuar nga vatra eksudative të verdha nën retinë. Në rajonin e polit të pasëm dukeshin vatra të bardha në gri, proeminente, me kontura të veshura nën vatrë retinale. Në *Macula lutes* vatra eksudative me pigmentime. Midis vatrave të përshkuara dalloheshin ngjolla të bardha në të verdhtë të shkëlqyeshme. Në periferinë supertemporale dalloheshin vatra të vogla të verdha me konture të qarta. Në këtë sektor dukeshin gjithashtu hemorragji të gjëra dhe të freskëta. Në gjysmën temporale dhe poshtë viheshin re vatra të verdha, prominente, me konture mjaft të qarta. Në periferinë superzonale dukej një grup vazash në formën e angjiomës. Këtu vatrave ishin tortuozë, pa zgjerim të theksuar dhe anastomozoheshin midis tyre. Mprehtësia e të parit ishte 0,01. OS i shëndoshtë, mprehtësia e të parit 1,0.

ndonëse më pak i theksuar edhe në pjesën e sipërme, ngjyra gri e masës subretinale, mungesa e pigmentacionit të theksuar, mungesa e vaskularizimit të kësaj mase flasin kundër procesit neoplazik.

Nga ana tjetër, ndryshimet e theksuara të vazave të vogla retinale në sektorin inferotemporal, konstatimi i vatrave eksudative në polin posterior si dhe e vatrave të shkëlqyeshme midis tyre, në një të sëmurë me moshë të re, djale, të sëmurë vetëm në njërin sy, flasin për **Morbus Coats**. Për këtë flet edhe ecuria e mëtejshme e sëmundjes. Në kontrollin e mëvonshme u vu re thellim i mëtejshëm i ndryshimeve të përshkruara, pastaj ablacion retinal total dhe humbje e plotë e pamjes.

4) I sëmuri M.K., Vjeç 22, paraqitet në vitin 1971 me ankesën se nuk sheh mirë me syrin e majtë qysh prej gjashtë muaj, kur e vu ri re këtë rastesisht.

Ekzaminimi objektiv vuri në dukje: OD — i shëndoshtë, mprehtësia e të parit 1,0-OS — segmenti i përparshëm pa ndryshime. Trupi vitroz në pjesën e poshtme paraqiste turbullirë në formë membranash. Pupila e nervit të të parit kish konturë të qarta nga ana temporale dhe sipër, ndërsa nga anët e tjera këto ishin të veshura. Në këto sektore, rethna ishte e ngritur dhe eksudati i bardhë, i dendur që pjesërisht mbulonte vazat retinale. Masa eksudative shtrihet në periferi më shumë në drejtim inferonazal. Në gjysmën e poshtme, eksudati subretinal ngrihe rethinë, e cila proeminonte 5,0 D. Në aftësi të papilës së nervit të të parit shumë depozitime me ngjyrë të papilës së nervit shkëlqenin gjatë ofthalmoskopisë. Në *macula lutea*, në drejtim infero-temporal dukeshin gjithashtu eksudate nën rethinë me ngjyrë të bardhë në të verdhë. Në periferinë retinale, në të gjithë drejtimet visheshin reza vatra eksudative difuze dhe vaza gjaku me ndryshime patologjike. Vazat ishin tortuozë, të zgjeruara, vende-vende në formë granulash. Në pjesën e sipërme dalloheshin grumbuj vazash gjaku në formën e angjiomës dhe, midis tyre, hemorragji retinale. Në gjysmën e poshtme në periferi vihej re shkollitje e kufizuar e rethinës. Mprehtësia e të parit 0,1.

Në tabllonë ofthalmoskopike të këtij të sëmuri zotëronin eksudatet nën rethinë, që nga poli i pasëm deri në periferinë retinale. Në polin e pasëm dallohej se si eksudatet e ngrejné rethinë, ndërsa në periferi ato shkaktinin shkollitjen e saj. Në polin e pasëm dalloheshin gjithashtu njolla të shkëlqyeshme gjatë ofthalmoskopisë. Në periferinë retinale vë rehashin ndryshime të theksuara të vazave të vogla retinale. Prania e eksudateve të shumta nën rethinë, e eksudateve të shkëlqyeshme (ko-lestonol e lirë) si dhe e ndryshimeve vazale periferike flasin për **Morbus Coats**.

Rajoni i njollës së verdhë ka qënë përkrahësisht i lirë nga eksudatet, prandaj mprehtësia e të parit ka qënë 0,1 gjatë ekzaminimit të të sëmurit për herë të parë. Në kontrollin e mëvonshme u vu në dukje keqësi i gjendjes së përshkruar. U vunë re eksudate masive edhe në rajonin makular si dhe ahacion total i rethinës me humbje të plotë të të parit.

5) I sëmuri S.H. K., vjeç 30, punëtor bujqësie, paraqitet në vitin 1977 për shkak të dhembjeve të syrit të djathtë. I sëmuri referoi se me këtë sy nuk shite mirë qysh në femini dhe kur është vizituar një herë para 10 vjetësh i është thënë se sëmundja e syrit nuk shë-

rohet dot. Para disa javësh filloi të ndjejë dhembje të syrit të djathtë, i cili ishte skuqur dhe i lotonte.

Objektivisht u konstatua: OD — injektim ciliar, edemë e lehtë epiteliale e kornesë, dhoma e përparshme me thellesi normale. Precipitate në fagen e pasme korneale nuk dalloheshin. Pupila me midriazë maksimale, irisi ishte i retraktuar, zona sfinkteriale në ektropion të theksuar, ndërsa në gjithë sipërfaqen e irisit dukeshin shumë vaza gjaku të neofornuara me drejtim të rregulltë, që vinin nga këndi i dhomës së përparshme. Kristallini i tejdukshëm si dhe trupi vitroz. Retina paraqiste ablacion total dhe në polin e pasëm kishte ngjyrë gri. Nën të dalloheshin vatra të mëdha, proeminente, të bardhë në gri ose në të verdhë me kontura të veshura që shtriheshin dhe pjesërisht mbulonin papilën e nervit optik. Midis tyre dalloheshin vatra të vogla që shkëlqenin. Në periferinë perinatale dalloheshin shumë vaza gjaku të neofornuara me kalibër të rregulltë, disa të zgjeruara në formë ampule, të rrethuara nga hemorragjira të vogla, disa me veshje nga të dy anët. Nga ana supero-nazale dallohej një grumbuj vazash në formën e angjionës. Tensioni intraokular 36 mmHg. Mprehtësia e të parit zero. OS — i shëndoshtë. Mprehtësia e të parit 1,0.

Tek ky i sëmurë dalin në pah në radhë të parë shenja glaukoma-toze. Këto nuk lidhen me fenomenet inflamatore, siç del nga përshkrimi i gjendjes, por me rubeozën e irisit dhe me retraksionin e theksuar të tij. Këto janë ndryshime të vjetra, prej shumë vjejësh, që shtrihen në iris nga trupi ciliar. Glaukoma ka ecuri, që i ngjan deri diku glaukomes së thjeshtë (dhoma e përparshme kish thellesi normalë) dhe është zhvilluar si pasojë e cikatrizimit të trabekulave korneo-sklerale të këndit, nga rritja e vazave të neofornuara. Rritja e tensionit intraokular vjen në radhë të parë nga mosfiltrimi i trabekulave korneo-sklerale të sklerozuara sesa nga rritja e volumit të syrit. Tejdrukshmëria e trupit vitros dhe rezultati negativ i diafanoskopisë flasin gjithashtu për këtë.

Tabloja oftalmoskopike karakterizohet me ablacion sekondar total të retinës. Ngritja e retinës në polin e pasëm është e lidhur me prazinë e eksudateve masive nën retinë. Këto shtrihen edhe në sektorë të fjerë të fundit të syrit, duke shkolltur retinën deri në periferi.

Ndryshimet e vazave periferike retinale flasin për **Morbus Coats**, po ashtu eksudatet masive nën retinë si dhe shenja patognomonike e sëmundjes, njiollat e shkëlqyeshme të kolesterolit të lirë. Ecuria e sëmundjes flet për fillimin e ndryshimeve retinale gjysh në moshën e pubertetit.

PËRFUNDIME:

Me gjithë numrin e pakët të rasteve, mund të arrijmë në këto përfundime:

1) Masat e mëdha eksudative ngrenë retinën (*retinitis exsudativa externa*), anomalitë e vazave periferike të retinës dhe vatrave kolesterinike që gjenden gjatë oftalmoskopisë janë shenja karakteristike për *Morbus Coats*.

2) Sëmundja prek një sy dhe shfaqet në meshkuj në moshën e pubertetit, kështhu tre nga të pesë të sëmundrës tanë i përkitshin moshës 11-14 vjeç.

Dorëzuar në Redaksi më 15.XII.1977

BIBLIOGRAFIJA

- 1) Duke — Elder S.: System of ophthalmology. Diseases of the retina. St. Louis 1967, 292.
- 2) Imre G.: Coats disease and hyperlipemic retinitis. American Journal of ophthalmology 1967, 726.

S u m m a r y

AN ANALYSIS OF OUR CASES OF MORBUS COATS

Five cases of the Coats disease encountered during the period from 1961 to 1977 are analysed. The patients were all male, in their puberty age, who had lost the eyesight of one eye while the other remained normal.

In the affected eyes were observed large exudative masses under the retina, various alterations of the peripheral vessels of the retina, ablatio retinae and, most pathognomonic for this affection, glistening patches in the posterior pole of the retina, probably containing free cholesterol.

R é s u m é

ANALYSE DE NOS CAS DE MALADIE DE COATS

Dans cet article sont analysés cinq cas de maladie de Coats relevés pendant la période 1961-1977. Tous les patients étaient de sexe masculin d'âge pubertaire; ils avaient perdu la vue d'un seul oeil, l'autre étant demeuré sain.

Dans les yeux malades ont été observées de larges masses d'exsudat au-dessous de la rétine, des altérations des vaisseaux périphériques de la rétine et, ce qui est pathognomonique pour cette affection, des foyers brillants sur le pôle postérieur de la rétine, contenant probablement du cholestérol libre.

PROVA E NEUTRALIZIMIT ALKALIN (PNA) DHE PROVA E REZISTENCËS ALKALINE (PRA) NË LËKURË

— MANTHO NAKUÇI — LIRI KASA —

(Klinika e Dermatologjisë)

Në kuadrin e përgjithshëm të studimit të dermatozave profesionale në klinikën e dermatologjisë, përveç provave për përcaktimin e sensibilitetit të lëkurës nga lëndët e ndryshme kimike, kemi bërë përpjekje të kryejmë edhe disa prova të tjera eksperimentale — klinike, për të vlerësuar në mënyrë objektive gjendjen funksionale fiziologjike apo patologjike të lëkurës, si në normë ashtu dhe në patologji, për të parë shmangiet e vecorive të lëkurës nga norma në grupe të vecanta punëtorësh, në reparte, profesione e kushte pune, që ndihmojnë lindjen e dermatozave profesionale. Këtë e kemi bërë me qëllim që të orientohemi më mirë në të ardhmen dhe për të marrë masat më shkencore për parandalimin e tyre.

Përcaktimi i kohës së neutralizimit alkaline (PNA) shprehet me aftësinë që ka lëkura të neutralizojë bazat nëpërmjet aminoacideve, acidit laktik dhe peptideve (3, 5). Acidi laktik, peptidet dhe aminoacidet kanë parametra të pavarura nga njëri tjetri, kurse procesi i kornifikimit të lëkurës ka një vlerë të madhe dhe një paralelizëm me kohën e neutralizimit alkalin (5).

Faktorë të tjerë që ndikojnë në neutralizimin alkalin të lëkurës është edhe numri i madh i acideve, që treten në ujë si dhe sasia e CO_2 (gazit karbonik) që nxirret nga lëkura (3).

Në studimin e rezistencës alkaline në sëmundjet mikrotike, disa autorë (1) kanë arritur në konkluzionin se një shtimgjie në drejtim alkalin të lëkurës krijon kushte të favorshme për zhvillimin e dermatomykozave.

Prova e neutralizimit alkalin konsiston: merret një pikë e solucionit të NaOH 1/80 N. dhe hidhet në parakrah në një sipërfaqe të kufizuar $3 \times 4 = 12 \text{ cm}^2$. Mbi të kemi hedhur një pikë solucion fenofthaleinë 0,5% në alkool 96°. Solucioni merr ngjyrë të kuqe. Pasi mbulohet me xham pëciglas, matet koha derisa ai të ngjyroset. Në të njëjtin vend kemi bërë dhjetë matje të tilla për çdo njëri dhe kemi nxjerrë mesataren e kohës së neutralizimit.

Gjithashtu në punën tonë kemi zbatuar metodën e rezistencës alkaline të disa autorëve (2) me një modifikimin tonë, si më poshtë: merren dy pika të solucionit të NaOH 1/2 N. dhe hidhen në tre fusha njëra pas tjetres në parakrah me sipërfaqe $3 \times 4 = 12 \text{ cm}^2$. Mbulohen me një xham pëciglas dhe mbahen 10 minuta. Hidhen xhamet, pastrohen dhe në fushën e dytë dhe të tretë hidhen edhe dy pika të tjera nga i njëjti solucion. Mbu-

lohen dhe mbahen nga 10 minuta dhe përsëri hiqen, pastrohen dhe hidhen dy pika të tjera në fushën e tretë, e cila mbulohet përsëri me xham dhe mbahet për 10 minuta. Vlerësimi bëhet me reaksionin e lëkurës me skuqje dhe shënohet me kryqe.

REZULTATET E PUNËS SONË

I. — Për provën e neutralizimit alkalin

Për provën e neutralizimit alkalin kemi studiuar vlerat e të dhënave nga matjet eksperimentale në grupin e kontrollit. Në 33 studentë kemi përcajtuar KNA me 10 matje për secilin dhe kemi nxjerrë se KNA është e barabartë me mesataren $M = 72.1$ sekonda, me një shmangje kuadratik $\delta = \pm 12.73$ dhe me një gabim mesatar 2.23 (pasqyra nr. 1).

PROVA

E NEUTRALIZIMIT ALKALIN P. N. A.

N R	NDERMARJA	N PERSONAVE	N PROVAVE	M	δ	m	f	p
1	F. MJEKSI	33	330	72.1	± 12.9	2.23	4.01	0.003
2	NISH KIMIKE	33	330	43.1	± 8.6	4.51	4.01	0.003
3	RR. URA	41	410	57.99	± 4.3	12.6	0.78	0.05
4	K. J. PASHKO	10	100	1.80	?	?	?	?
5	ECZEMA	24	240	99.6	± 59.6	12.1	1.4	0.07
6	PSORIAZIS	6	60	77.4	± 28.8	11.5	0.4	0.05
	SHUMA:	117	1170					

Pasqyra Nr. 1

1) Për të parët KNA në punëtorët e NISH kimikes morëm 33 prej tyre nga reparti i detergjentëve, pa asnjë përpunim paraprak, por sig' ishin në punë. Bëjnë nga 10 prova të KNA për secilin punëtor dhe nxorëm këto rezultate: mesatare $M = 133$ sekonda, me një shmangje $\delta = \pm 86.49$ dhe me një gabim mesatar $m = 15.1$.

Në krahasim me grupin e kontrollit, në përlogaritjet statistikore nxorëm se $t > 2\frac{1}{2}$, dhe pikërisht $t = 4.01$ me një probabilitet $p < 0.001$.

2) Kemi provuar dhe në 10 punëtorë të tjerë të Kombinatit «J. Pashko», ku KNA doli për të gjithë mbi 180 sekonda. Kështu që u pa e arsyeshme të mos i bënim matjet fare, sepse kishte një shmangje të theksuar.

3) Për të parët KNA në të sëmurët me ekzema morëm 24 persona me këtë sëmundje në klinikën e dermatologjisë dhe po me të njëjten metodë nxorëm se $M = 99.6$ sekonda me shmangie kuadratik $\sigma = \pm 59.7$, me një gabim mesatar $m = 12.1$, $t = 1.4$ dhe propabiliteti $p > 0.2$.

4) KNA e kemi matur edhe në 11 punëtorë të ndërmarrjes «Rrugua Ura» të repartit të ferotave dhe, nga studimi i tyre, nxorëm këto rezultate: $M = 57.97$ sekonda, me një shmangie kuadratik $\sigma = \pm 41.3$, me një gabim mesatar $m = 12.6$, $t = 0.78$, $p > 0.5$.

5) KNA e kemi matur edhe në 6 të sëmurë, që vuajnë nga psoriasis. Rezultatet ishin: $M = 77.4$, shmangia kuadratikë $\sigma = \pm 28.8$, $m = 11.5$ $t = 0.4$, $p > 0.5$.

II. — Për provën e rezistencës alkaline

Në grupin e kontrollit (në studentat) kemi matur rezistencën alkaline (RNA) në 14 persona dhe kemi bërë për secilin nga tre prova gjithsej 42 prova. Kemi pasur këto rezultate: 34 prova qenë negative dhe 8 pozitive, ose 81% negative dhe 19% pozitive (pasqyra nr. 2).

PROVA

E REZISIENCES ALKALIN P. R. A

N R	NDERMARRJA	PERSONAVE	PROVA			SHUMA	%	M	t	p						
			I	II	III											
1	F. MJEKISIS	14	42	1	13	2	42	5	9	8	34	19	81	± 6'	4.9	0.001
2	NISH. KIMIKE	17	51	5	12	10	7	46	1	31	20	60	59	± 6.8	4.9	0.001
3	RR. URA	11	33	4	7	8	3	9	2	21	12	63	36	± 8'	4.9	0.001
4	K. J. PASHKO	16	48	2	44	7	9	8	8	17	31	35	64	± 6'	1.5	0.01
5	ECZEMA	24	72	10	14	45	9	17	7	42	30	58	47	± 5.4	4.3	0.005
6	PSORIAZIS	6	18	0	6	2	4	2	4	4	14	22	77	± 9.9	2.2	0.05
	SHUMA :	88	264	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pasqyra Nr. 2

1) Në 17 punëtorë të NISH kimikes kemi provuar rezistencën alkaline (RA) duke bërë nga tre prova për secilin, pra gjithsej 51 prova Rezultatet: 20 prova dollën negative dhe 31 pozitiv ose 39.2% negativ dhe 60.8% pozitiv (pasqyra nr. 2), me një gabim mesatar $m = \pm 6.8$. Sipas t së logarituar $t = 4.9 >$ se $2\frac{1}{2}$. Pra $p <$ 0.001 në krahasim me grupin e kontrollit.

2) Në 11 punëtorë të ndërmarrjes «Rruga Ura» kemi bërë 33 prova të rezistencës alkaline, 12 prova rezultuan negative dhe 21 pozitive, ose 36,4% negative dhe 63,5% pozitive. Kemi pasur një gabim mesatar $m = \pm 8,4$, me $t = 4,2$ dhe me $p < 0,001$.

3) Në kombinatin «J. Pashko» kemi bërë 48 prova në 16 punëtorë. 31 prova kanë datë negative dhe 17 pozitive, dmth 64,5% negativ dhe 35,5% pozitive, me një gabim mesatar $m = \pm 8,4$ me $t = 1,5$ dhe me $p > 0,1$ (pasqyra nr. 2).

4) Në 24 të sëmurë me ekzema kemi bërë 72 prova: 42 prova kanë datë pozitive dhe 30 negative ose 58,3% pozitive dhe 41,7 negative, me një gabim mesatar $m = \pm 5,4$ me $t = 4,3$ dhe $p < 0,001$.

5) Në 6 të sëmurë me psoriasis kemi bërë 18 prova: 4 prova dolën pozitiv dhe 14 negative, ose 22,2% pozitive dhe 77,8% negative, me një gabim mesatar $m = 9,7$ me $t = 2,0$ dhe me $p < 0,05$.

ANALIZA E REZULTATEVE

Në mënyrë të përmbledhur mund të themi se gjithsej kemi kryer 1170 prova të neutralizimit alkalih dhe 264 prova të rezistencës alkaline.

A) Problemi i parë që duhet të diskutojmë në punën tonë është se ne e kemi modifikuar metodikën për përcaktimin e kohës së neutralizimit alkalih (2).

1) Në vend të sipërfaqes $2,5 \times 3,5 \text{ cm}^2 = 8,75 \text{ cm}^2$, ne kemi marrë sipërfaqen $3 \times 4 \text{ cm}^2 = 12 \text{ cm}^2$, dmth gati $\frac{1}{2}$ më të madhe se metoda klasike (2). Këtë e kemi bërë me qëllim se duke shtuar sipërfaqen i dhënë mundësi që pika e NaOH 1/80 N, të neutralizohet në një kohë më të shkurtër.

2) Xhamin e përglasit, që mbulon pikën, nuk e kemi lëvizur çdo 1/2 minutë, por vazhdimisht. Këtë e kemi bërë që të fitojmë kohë dhe neutralizimi të bëhet më shpejt.

3) Vlerësimin e rezultateve e kemi bërë duke matur për të 10 provat në sekonda, i kemi mbledhur ato dhe i kemi pjesëtuar me 10, kështu nga grupi i kontrollit ne nxorëm në mënyrë më të përpiktë kohën normale të neutralizimit tek njerëzit e shëndoshë, që, sipas modifikimit tonë duhet të jetë $M = 72,1$ sekonda $\pm 12,7$ (pasqyra nr. 1).

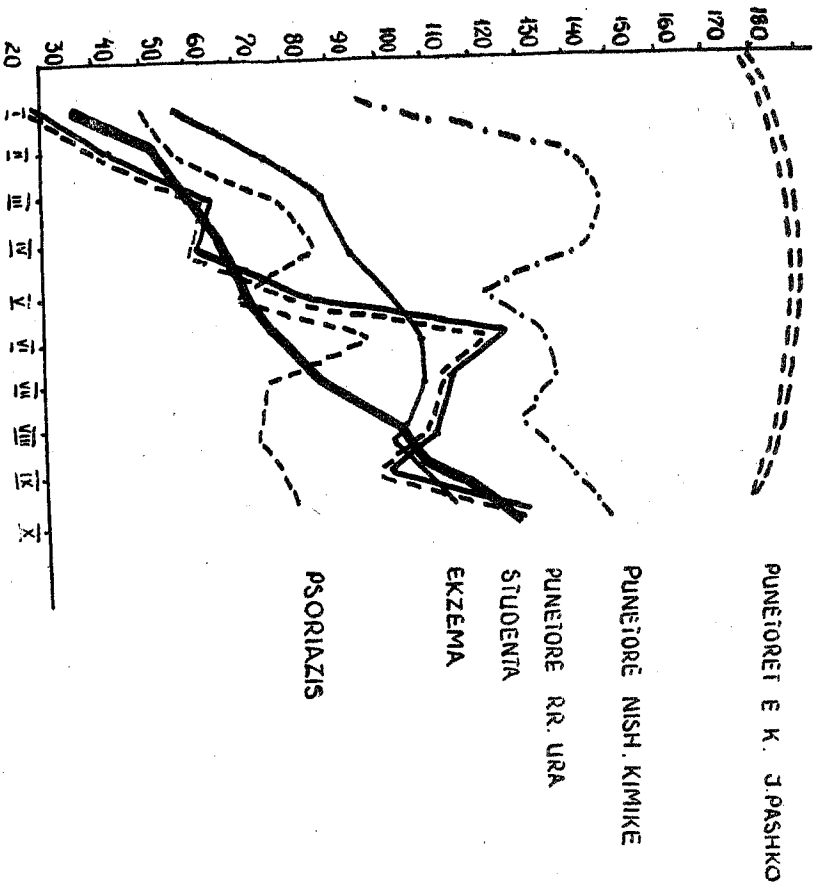
Nga përpunimi statistikor të të gjithë të dhënave nxorëm grafikun e mesatares të provës së parë, të provës së dytë, e kështu me radhë deri tek e dhjeta. Në boshhtin e absizave vumë provat nga 1-10, në boshhtin e ordinatave vumë kohën e neutralizimit në sekonda. Nga kjo del një kurbë e qartë e drejtë me një kënd gati 90° me horizontalen (shih grafikun nr. 1).

Mesataret e provave të neutralizimit alkalih shkojnë nga e para tek e dhjeta në këtë mënyrë: I = 35,1 sekonda, II = 51,2 sekonda, III = 65,8 sekonda, IV = 73,8 sekonda, V = 78,7 sekonda, VI = 86,3 sekonda, VII = 103,9 sekonda, VIII = 111,9 sekonda, IX = 131 sekonda dhe e X = 131 sekonda.

Sic shihet edhe nga shifrat ka një zgjatje progresive.

Duke marrë për bazë grafikun e kontrollit si kurbë normale, në bazë të madhësive të tjera në grupet e tjera të të sëmurëve ose tek punëtorët, kemi ndërtuar grafikët, sic shihet në pasqyrë.

KURBA E MESATAREVE
NGA PROVA E I^{te} DERI NË PROVEN E X^{te}
TE K.N.A. (Koha e neutralizimit alkaline)



Në punëtorët e NISH kimikes, kurba qëndron shumë e lartë mbi kur-bën normale. Kjo tregon se tek ata punëtorë ka një zgjatje të kohës së neutralizimit, pra ka një shmangje të theksuar alkaline. Në punëtorët e ndërmarrjes «Rruga Ura» ka dy kryqëzime me kurben normale, me mbi-zotërim të uljes së kohës së neutralizimit, pra kemi të bëjmë me një shmangje acid. Në punëtorët e Kombinatit «J. Pashko», shmangja alkaline është shumë e theksuar dhe kurba del mbi 180 sekonda për të gjithë punëtorët e kontrolluar.

Në të sëmuret me ekzema ka një shmangje nga alkaliteti shumë të vogël në fillim të matjeve, por shkon në drejtim acid në provat e fundit dhe që jep një kryqëzim duke filluar nga prova e VII.

Në të sëmuret me psoriazis, ky ndryshim ndodh si në ekzemat, por

kryqëzimi nuk bëhet në provën e VII si tek ekzema, por në provën e V dhe në tej jop shmangie aciditeti.

Këto kurba të tilla që kemi ndërtuar i kemi parë të ekspozuara nga autorë të tjerë (6) të cilët e kanë ndërtuar këtë kurbë në bazë të 6 provave, kurse ne e kemi ndërtuar grafikun në bazë të 10 provave.

Në interpretimin teorik të këtyre fakteve arrijmë në konkluzionin se prova e neutralizimit alkaline është një metodë objektive për vlerësimin e gjendjes funksionale të lëkurës si në normë dhe në patologji dhe që na orienton më me përpikmëri në çdo nozologji të veçantë ose individ të veçantë se çfarë shmangie kemi nga norma në një rast të dhënë.

Nga ana praktike këto fakte na orientojnë që në të ardhmen ne të drejtojmë punën kurative apo profilaktike mbrojtëse dhe t'i ndërtojmë në bazë të një pH kompensator për të përballuar shmangien patologjike të sipërfaqes së lëkurës.

B) Edhe rezultatet e punës për matjen e rezistencës alkaline te të sëmurët dhe punëtorët nuk përpunohet me ato të literaturës (2), sepse edhe në këtë metodë ne kemi bërë modifikimet tona.

1) Në vend të sipërfaqes prej $2.5 \times 3.5 \text{ cm} = 8.75 \text{ cm}^2$, ne kemi marrë një sipërfaqe $3 \times 4 = 12 \text{ cm}^2$, pra e kemi shtuar sipërfaqen në $1/2$.

2) Në vend të një pike $\text{NaOH } 1/2 \text{ N}$, ne kemi hedhur 2 pika.

3) Në vend që të lexonim rezultatën pas 24 orëve, ne e kemi vlerësuar menjëherë pas mbarimit të provës. Të gjitha këto modifikime i kemi bërë për të fituar kohë në marrjen e rezultateve.

4) Përpunimin statistikor e kemi bërë me rezultatet pozitive dhe negative për të tri fushat, duke nxjerrë standardet normale nëpërmjet grupit të kontrollit. Pra, në grupin e kontrollit ne kemi pasur 190% rezultate pozitive dhe 810% rezultate negative. (Pasqyra nr. 2).

Shmangien në të sëmurët apo në grupet e punëtorëve me prirje për sëmundje profesionale e kemi krahasuar me përqindjen e pozitivitetit dhe të negativitetit, që rezultojnë në të gjitha fushat. Pra, gjykyimi ynë ngrihet jo vetëm për një të sëmurë, siç kanë bërë autorët e metodës klasike, por edhe për një grup të sëmurësh me një nozologji të veçantë ose punëtorë me të njëjtat kushte pune.

Vlerësimin individual e kemi bërë sipas këtij klasifikimi:

- Rezistencë të lartë kemi kur nuk ka asnjë reaksion në të tri fushat.
 - Rezistencë normale kemi kur ka reaksion tek e treta.
 - Rezistencë të ulur kemi kur ka reaksion tek e dyta.
- Rezistencë shumë të ulur kemi kur ka reaksion tek fusha e parë. Rezultatet i kemi paraqitur në pasqyrën nr. 2.

Sipas pasqyrës nr. 2 shohim se në psoriasisët, rezistenca alkaline është përbërë prej 22% pozitivitet, kurse në punëtorët e kombinait «J. Pashko» 35.50% pozitivitet, kurse në në punëtorët e NISH kimikës 60.80% dhe në punëtorët «Rrugë Ura» 63.50%. Edhe prova e rezistencës alkaline shkon përbërësi paralel me provën e neutralizimit alkaline, prandaj si nga ana teorike dhe praktike edhe kjo provë ka të njëjtat vlera si e para.

P E R F U N D I M E

- 1) Prova e neutralizimit alkaline dhe prova e rezistencës alkaline janë metoda objektive për vlerësimin e gjendjes funksionale të lëkurës si në normë ashtu dhe në patologji.
- 2) Këto prova janë të thjeshta në aplikim dhe mund të futen në praktikën e dermatologut jo vetëm për vlerësimin e gjendjes së lëkurës për dermatozat profesionalë, por edhe për një sërë dermatozash të tjera, ku për çdo nozologji del një kurbë karakteristike.
- 3) Rëndësia praktike e këtyre metodave qëndron se mjetet kurative e profilaktike mbrojtëse duhet t'i përdorim me një pH kompensator, që varret nga shkalla e shmagjies së lëkurës që dëmtohet.
- 4) Modifikimet tona të të dy metodave (PNA dhe PRA) jo vetëm që shkurtojnë kohën e matjeve, por përcaktojnë më me përpikmëri vlerat e shmagjieve nga vlerat standarte të grupit të kontrollit.

Dorëzuar në Redaksi më 15 janar 1978.

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

- 1) Badanoin A., Cojocaru J. : Über die Alkalineutralisationsprüfung der Haut bei einigen Dermatomikroben. Derm. Monatsch 1976; 162, 170.
- 2) Burckhard W. : Über die Pitzikalischen und Chemischen eingeschafen der Haut und ihre bezinungen zur Pathogenese der Berufsdermatosen. Symposium Dermatologorum 1962, 1, 56.
- 3) Fiser K. : Les facteurs qui influencent l'alkalineutralisation de la peau. Symposium Dermatologorum 1962, 1, 74.
- 4) Gerlier W. : Praktische Dermatologie 1965, 42.
- 5) Gloor M., Scheinler H. G., Friedrich H.C. : Biochemische untersuchung zur interpretation der Alkalineutralisationszeit-bestimmung. Derm. Monatsch 1976, 162, 29.
- 6) Trommer H., Bussius H. : Weitere prüfung der Alkalineutralisationsfähigkeit der Haut. Symposium Dermatologorum 1962, 1, 77.

S u m m a r y

THE ALKALINE NEUTRALIZATION AND THE ALKALINE RESISTANCE SKIN TESTS.

The alkaline neutralization test was performed 1170 times on 117 patients and a control group of 33 healthy subjects (students). The mean value of the test resulted $M = 72.1$ sec. ± 12.73 sec. The graphic of the standard values and the deviations were determined on people working with chemicals and on patients with psoriasis. The alkaline resistance test was performed 264 times on 88 patients and 14 healthy persons (students).

The calculation of the standard values showed that 19% of the results were positive and 80% negative.

All the findings were subjected to statistical calculations and were confronted with those of the control groups.

In both tests the same deviations were noted among people working with chemicals and among patients with psoriasis.

Résumé

**LES TESTS CUTANÉS DE NEUTRALISATION ALCALINE ET DE
RÉSISTANCE ALCALINE**

Le test de neutralisation des alcalis a été effectué 1 170 fois chez 117 patients et un groupe de 33 individus sains (des étudiants). La valeur moyenne du test a été $M = 72.1$ sec. ± 12.73 sec. Le graphique des valeurs standards a été établi chez des ouvriers manipulant des substances chimiques et des patients souffrant de psoriasis.

Le test de la résistance alcaline a été effectué 264 fois chez 88 patients et 14 individus sains (des étudiants).

Le calcul des valeurs standards a montré que 19% des résultats furent positifs et 80% négatifs.

Toutes les données obtenues ont été élaborées du point de vue statistique et confrontées aux résultats des groupes de contrôle.

Les deux tests ont fait ressortir les mêmes déviations chez les ouvriers manipulant des substances chimiques et les patients souffrant de psoriasis.

PËRCAKTIMI I PROTEINAVE TOTALE ME MIKROMETODË NË GJAKUN KAPILAR

— SIRI LESKOVIKU —

(Laboratori Biokimik Qëndror në Spitalin Klinik nr. 1 — Tiranë)

Në praktikën klinike, përcaktimi i proteinave totale përdoret si provë me vlerë diagnostike dhe prognostike (1, 11). Për përcaktimin e proteinave totale ekzistojnë një numër i madh metodash, ndër të cilat përmëndim përcaktimin e sasisë totale të azotit në plazmën e gjakut, metodën refraktometrike, variantet e shumta të matjeve kolorimetrike dhe spektrofotometrike etj. (1, 5, 7, 9, 10).

Një metodë e përshtatshme për qëllime klinike, që dallohet për shpejtësi dhe përpikmëri është edhe metoda e biuretitt, e cila është një-jeëuar edhe në laboratorët kliniko-biokimike të vendit tonë (7).

Parimi i kësaj metode qëndron në atë se bashkëdyzimet që kanë të paktën dy lidhje peptidike veprojnë me kriprat e bakrit në një tretësirë alkaline, duke dhënë një ngjyrë violce.

Reaksioni i biuretitt është specifik për peptidet, polipeptidet dhe proteinat (4, 9, 13). Rezultate negative janë marrë me amoniakun, urenë, aminoacidet dhe me bashkëdyzime të thjeshta, që përmbajnë azot (9).

Në literaturën që kemi mundur të konsultojmë nuk kemi gjetur ndonjë mikrometodë për proteinat totale në gjak kapilar që kërkon pajisjet e zakonshme të një laboratori biokimik. Kështu një autor (8) përdor 5 ml-krollitira serum, por rekomandon dhe ultramikropajisje të posaçme. Në literaturën tonë është botuar një material, që flet për një variant praktik për mikrometodat, duke holluar gjakun kapilar me tretësirë fiziologjike (12).

Qëllimi i punimit tonë ka qënë përpunimi i një mikrometode për përcaktimin e proteinave totale në gjakun kapilar dhe venoz në çdo laborator, pa qënë nevoja për pajisje speciale. Mikrometoda që paraqitet është një përshtatje që i kemi bërë metodës biuret, që kërkon gjak venoz dhe është e përpiktë, e shpejtë dhe ekonomike; nga aplikimi i saj harxhohen sasi më të pakta reaktivash në krahasim me metodat ekzistuese.

MATERIALI I STUDJUAR

Për të eksperimentuar dhe provuar përpikmërinë e mikrometodës kemi bërë 419 dozime proteinash totale, nga të cilat 60 për të studjuar riprodushmërinë e metodës, 10 për rekoverin, 102 për lidhjen statistikore dhe analizën regressive, 200 për vlerat normale dhe 47 për rastet patologjike.

Përgatitja e reaktivave dhe teknika e kryerjes së mikrometodës me gjak kapilar:

Reaktivat

- 1) Tretësirë 1% $\text{CuSO}_4 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$
 - 2) Reaktive Fehling: 20 gr. kalium natrium tarttrat + 40 gr. NaOH + + ujë i distiluar deri 500 ml.
- Reaktivit i biuretit përgatitet para analizës duke përzjerë një vëllim reaktiv nr. 1 me një vëllim reaktiv nr. 2 dhe me dy vëllime ujë të distiluar.
- 3) Tretësirë fiziologjike.

TEKNIKA

Në një epruvetë serologjike hidhet dy ml. tretësirë fiziologjike dhe 0.1 ml. gjak kapilar i marrë nga gishi i dorës ose lobi i veshit me mikro-pipetë. Shplahet disa herë me tretësirë fiziologjike në mënyrë që e tërë sasia e gjakut të kalojë nga mikropipeta në epruvetë. Centrifugohet derisa centrifugati të jetë i qartë dhe merret 1 ml. prej tij dhe kalohet në një epruvetë Hagerdon ku shohet 2.5 ml. reaktiv biuret. Përzihet dhe lihet 20 minuta në qetësi. Fotometrohet në fotoelektrokolorimetrim model 581 me filër 53, me kyvetë 0.5 cm. kundrejt blankut të reagentëve, i cili punohet njëllëj si analiza, veçse në vend të 1 ml. centrifugat merret 1 ml. tretësirë fiziologjike.

REZULTATET E EKSPERIMENTMIT TË MIKROMETODËS DHE DISKUTIMI I TYRE.

1) Kalibrimi i analizës

Si standart përdorëm albuminë të prodhuar nga Instituti i Higjiënës dhe Epidemiologjisë. Pasi in bë elektroforeza kësaj monstre, rezultoi se përmbante 85% albuminë. Këto etalone u përgatën me përqëndrimet 4, 6, 8, 10, 14 dhe 16 gr% albuminë të tretur në tretësirë fiziologjike. Secili etalon u hollua 20 herë me tretësirë fiziologjike sepse aq herë hollohet dhe gjaku gjatë analizës. Secili etalon i holluar u punua më tej si analiza. Me ekstinsionet e fituara, të cilat pasi u korrigjuan për 100% albuminë, u ndërtua kurba e kalibrimit, që rezultoi vijë e drejtë deri në përqëndrim 10 gr%. Të dhënat e fituara janë paraqitur në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Etaloni në g%	Ekstinsioni i fituar për 85% albuminë	Ekstinsioni i korrigjuar për 100% albuminë
2	1.30	0.335
4	0.660	0.070
6	0.160	0.110
8	0.120	0.140
10	0.150	0.176
12	0.160	0.188
14	0.190	0.223
16	0.280	0.330

Megjënë kurba e kalibrimit është vijë e drejtë, në analizat e përditshme, për efekt llogaritjeje, është e mjaftueshme të përdoret vetëm një etalon. Rekomandojmë që etaloni të përdoret me përqëndrim 7 gr⁰/o albuminë. Në këtë rast, llogaritja e përqindjes së proteinës totale bëhet si më poshtë:

$$\text{proteinë totale } \% = \frac{\text{Ekstinsioni i analizës } \times 7}{\text{Ekstinsioni i standardit albumin}}$$

Për rezultatet mbi 10 gr⁰/o duhet holluar centrifugati 2 herë me tretësirë fiziologjike dhe rezultati të shumëzohet me 2.

2) — Spektri maksimal i absorbimit

Ky u provua për standardin albuminë 7 gr⁰/o dhe për gjakun e analizuar për proteina totale. Rezultatet e matjeve jepen në pasqyrën nr. 2

Pasqyra nr. 2

Mustra	Absorbimi në filtrat									
	42	44	48	50	53	55	59	62	65	
Albuminë 7 gr%	0.055	0.043	0.085	0.100	0.115	0.105	0.085	0.020	0.020	0.000
Gjaku i analizuar	0.052	0.045	0.082	0.095	0.0110	0.100	0.075	0.075	0.075	0.015/0.000

Nga pasqyra nr. 2 rezulton se spektri maksimal i absorbimit në filtrin është 53 dhe përputhet me standardin dhe gjakun e analizuar.

3) Riprodhueshmëria e metodës

Mikrometodën e provuam për riprodhueshmëri (3,6), duke bërë analiza të përsëritura të së njëjtës monster normale e patologjike. Rezultatet janë paraqitur në pasqyrën nr. 3.

Pasqyra nr. 3

Riprodhueshmëria e rezultateve në seri nr. 20			
Për rastet			
Normal	Patologjik të ulur	Patologjik të lartë	
7.0	4.2	10.2	
0.1	0.122	0.1	
1.42	3	0.28	

X (në gr⁰/o)
S (në gr⁰/o)
V (në %)

7.0
0.1
1.42

4.2
0.122
3

10.2
0.1
0.28

Sikunder shihet nga pasqyra nr. 3, koeficienti i variacionit V është brenda kufirit të lejueshëm (3) si për mostrat normale ashtu dhe për mostrat patologjike me përmbajtje të ulur apo të rritur proteinash totale. Nga kjo nxjerrim përfundimin se mikrometoda e jonë paraqet ri-prodhueshmëri të mirë të rezultateve.

4) Rekoveri i analizës

Rekoveri u krye në fazën e parë të analizës duke shtuar në të njëjtën mostër serumi 10 përqëndrime të ndryshme të standardit albuminë. Këto rezultate janë paraqitur në pasqyrën nr. 4.

Pasqyra nr. 4

Nr.	ml. albuminë 7 gr% e shtuar	Albuminë e shtuar në mg	Albuminë e zbuluar në mg	Rekoveri
1	0.05	3.5	3.4	97
2	0.06	4.2	4.0	95
3	0.07	4.9	4.7	96
4	0.08	5.6	5.7	101
5	0.09	6.3	6.3	100
6	0.10	7.0	6.8	97
7	0.11	7.7	7.6	98
8	0.12	8.4	8.0	95
9	0.13	9.1	9.0	99
10	0.14	9.8	9.5	97

Rekoveri mesatar i dalë nga 10 matjet është $97.5 \pm 1.85\%$, pra brenda kufirit të lejueshëm.

5) Eksperimentimi i kushteve optinale

Kjo hallkë e rëndësishme u provua duke eksperimentuar kohën e përshtatshme të fotometrit dhe qëndrueshmërinë e ngjyrës përfundimtare të analizës. Nga eksperimentet e kryera në lidhje me këtë rezultoi se koha më e përshtatshme për fotometrim është 20 minuta pas heqjes së reaktivit bierut dhe ngjyra përfundimtare është e qëndrueshme disa orë.

6. — Krahasimi i mikrometodës me metodën referente

Mikrometodën e përcaktimit të proteinave totale në gjakun kapllar e krahasuam me një metodë referente. Si të fillë përdorëm metodën që është e njësuar në laboratorët kliniko-biokimike të vendit tonë (7), e cila bëhet në gjak venoz. Sipas kësaj metode, në laboratorin tonë proteinat totale maten në mënyrë automatike me vetë analizuesin CLA — 1500. Keshu që të dhënat tona për metodën referente i kemi marrë me vetë-analizues.

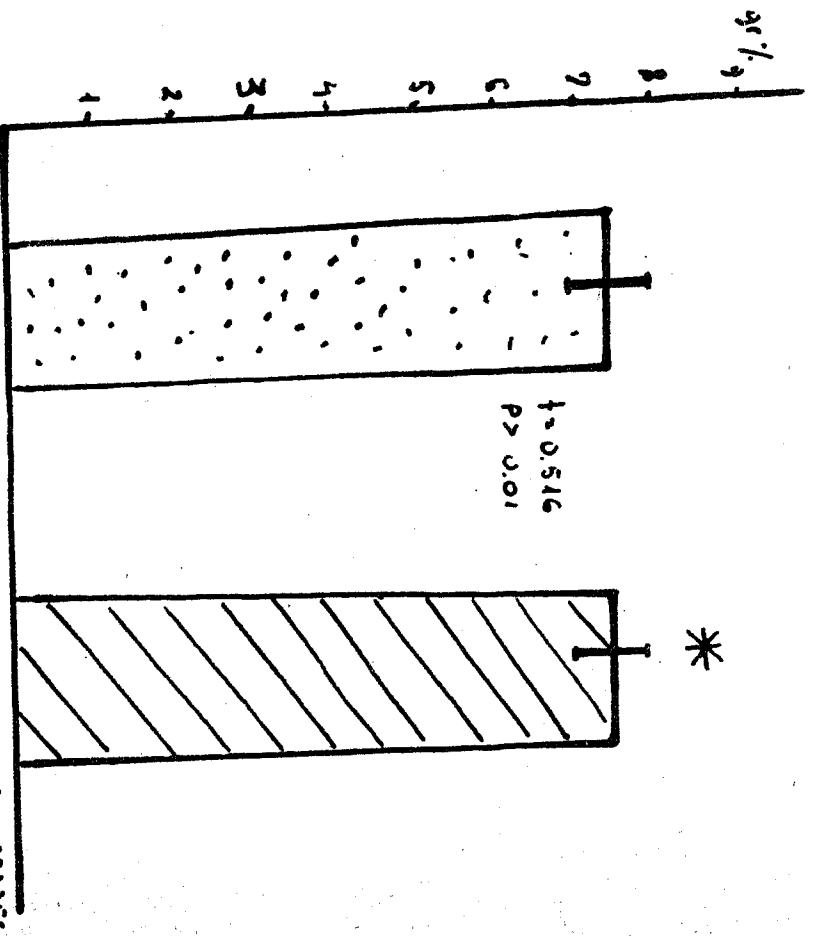
Rezultatet e krahasimit të të dy metodave janë paraqitur në pasqyrën nr. 5 dhe grafiku nr. 1. Përpunimi statistikor i të dhënave është bërë në qendrën e matematikës Logaritëse të Akademisë së Shkencave të RPSH. Si prag i pranueshmërisë së propabilitetit është marrë kufiri $P = 0.05$.

Pasqyra nr. 5



Metoda	N	$\bar{X} \pm S$	t - test	Koeficienti i korelacionit
Mikrometoda	51	7.40 \pm 0.459	0.516	0.955
Metoda referente P		7.35 \pm 0.462	> 0.01	> 0.01

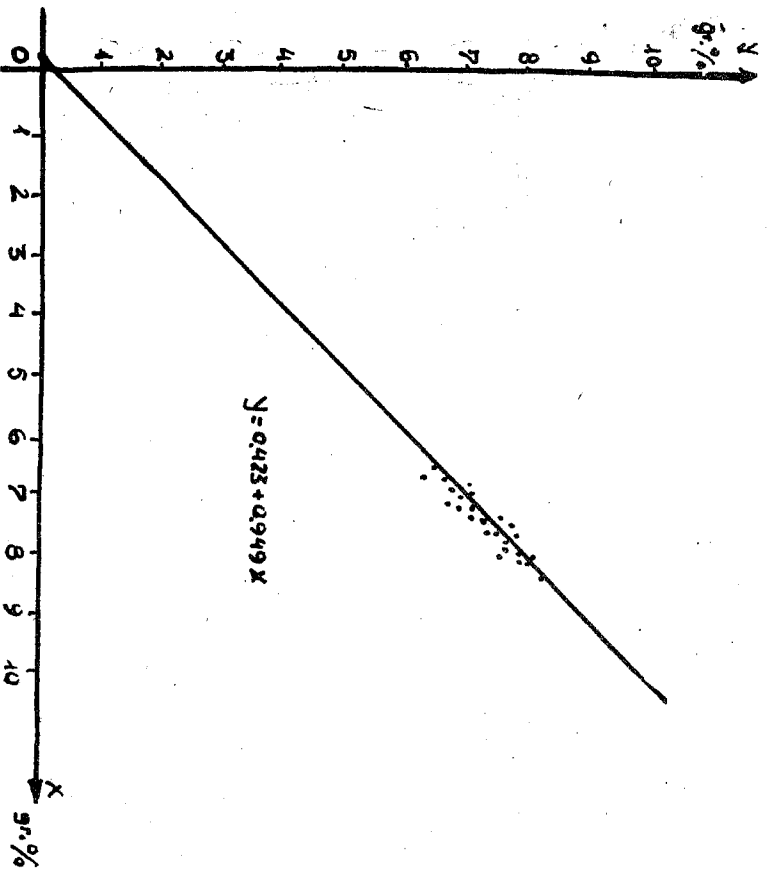
Duke iu referuar të dhënave të përpunimit statistikor të paraqitur në pasqyrën nr. 5 dhe grafikun nr. 1, mund të themi se rezultatet e mikrometodës përputhen plotësisht me ato të metodës referente.

Në grafikun nr. 2 është paraqitur analiza regressive e rezultateve.



Gr. N. 1 KRAHASIMI I REZULTATËVE TË MIKROMETODËS
ME METODËN REFERENTE

 METODA REFERENTE
 MIKROMETODA



Analiza regresive gjithashtu flet për një lidhje të ngushtë, gjë që duket nga koeficienti i regresionit 0.949.

Përgjithësisht, duke iu referuar llogaritjeve statistikore, që kemi parqitur në këtë punim, mund të themi se rezultatet e marrura me mikrometodën e përcaktimit të proteinave totale në gjakun kapilar janë të rregullta.

7) Vlerat normale të mikrometodës

Për përcaktimin e vlerave normale të mikrometodës u bë dozimi i proteinave totale në 200 njerëz të shëndoshtë. Nga përpunimi statistikor rezultoi $X \pm 2S = 7.40 \pm 0.92$ gr%. Të dhënat tona të krahasuara dhe me

të dhënat që japin autorët e bibliografisë sonë, që kanë përcaktuar proteinat totale në njerëzit e shëndoshë, janë afërsisht të njëjta (pasqyra nr. 6)

	Të dhënat tona	Richterich R (9)	Josephson B. cituar nga 9
X	7.40	7.14	7.49
S	0.46	0.24	0.49
$\bar{X} \pm 2S$	6.48-8.32	6.6-7.6	6.71-8.67
N	200	42	28

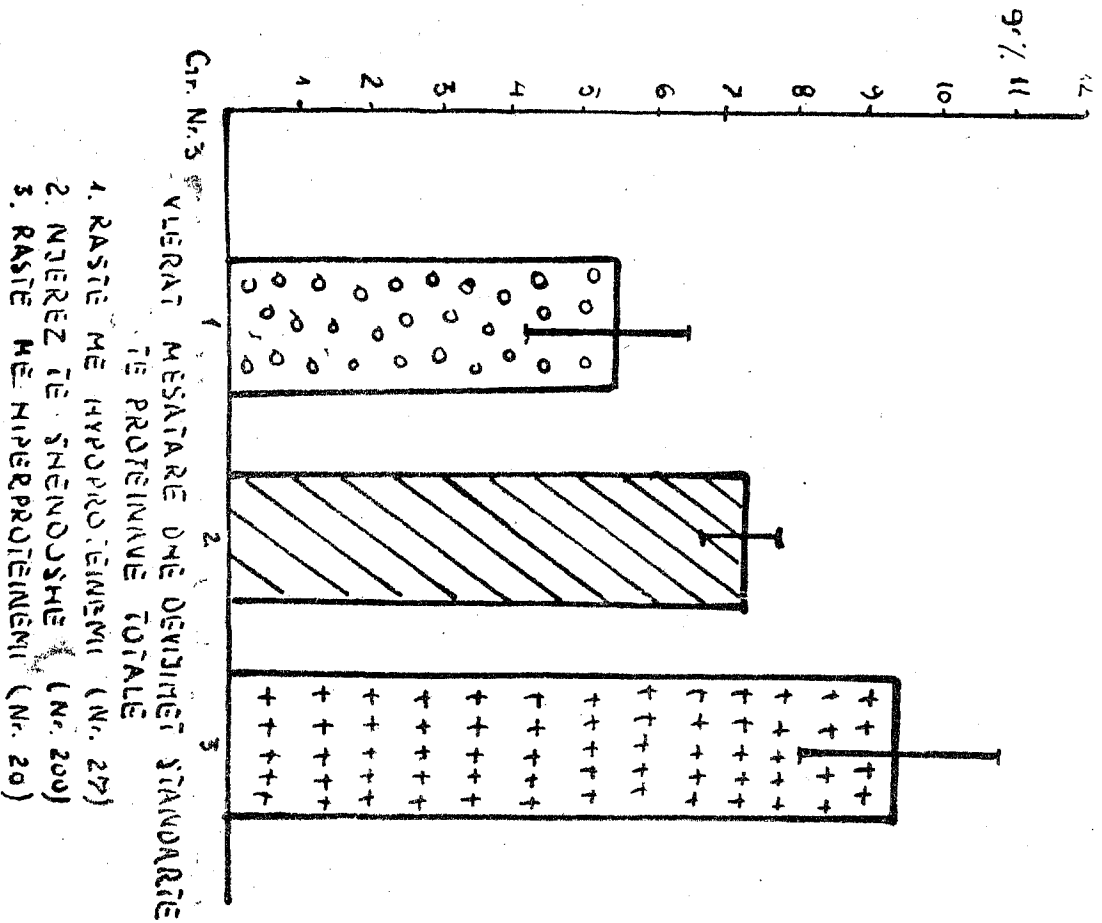
8) Dozimi i proteinave totale me mikrometodë në raste patologjike

Një metodë biokimike nuk mund të përdoret në goftë se nuk është provuar dhe në raste patologjike. Për këtë kemi bërë dozimin në 20 raste me klinikë për hiperproteinemi (forma të rënda diarësh, mieloma multipleks etj.) dhe në 27 raste me hipoproteinemi (djegie, cirroza të heparit, nefrite). Rezultatet janë paraqitur në grafikun nr. 3. Krahas kësaj, rezultatet e tyre janë krahasuar me rezultatet e njerëzve të shëndoshë. Kështu në njerëzit e shëndoshë, sikundër u tha më lart, proteinat totale janë $7.40 \pm 0.92 \text{ gr}^0/0$, ndërsa në raste me hipoproteinemi dhe hiperproteinemi përkatesisht janë 5.3 ± 1 dhe $9.5 \pm 1.35 \text{ gr}^0/0$. Pra rezultatet e marrura për raste patologjike i përgjigjen mirë klinikës.

PËRFUNDIME

- 1) Mikrometoda paraqet r riprodhueshmëri të mirë të rezultateve rekovere brenda kufirit të lejueshëm dhe kur bë kalibriimi në formën e vijës së drejtë deri në përgëndrimin $10 \text{ gr}^0/0$; është e shpejtë, e përpiktë dhe jep rezultate të përafërta me metodën automatike me vetëanalizues ($r = 0.955$, $P > 0.01$).
- 2) Analiza regresive e rezultateve tregoi për lidhje të ngushta të mikrometodës me metodën referente.
- 3) Vlera normale e proteinave totale për njerëzit e shëndoshë e përcaktuar me mikrometodë është $6.48 - 8.32 \text{ g}^0/0$.

Dorëzuar në redaksi më
15 dhjetor 1977



BIBLIOGRAFIA

- 1) Bylykbashi V., Leskoviku S. : Manual i ekzaminimeve kliniko-biokimike. Tifate 1971, pjesa e II, 240.
- 2) Disenits M. : Les analyses medicales. Paris 1977, 178.
- 3) Delekovskorskaja L.N. e bp. : Ocjenka-nadtezhnosti kliniceskih laboratornih metodov issledovanija. Laboratornoje djeelo 1976, 9 556.
- 4) Faulkner R., Willard e bp. : Manual of clinical laboratory procedures New York 1970, 78.
- 5) Lynch I. e bp. : Medical laboratory technology. Philadelphia and London 1971, 132.

- 6) Leskoviku S. : Disa kritere që përcaktojnë cilësinë e analizave biokimike. Shën-dëtesia popullore 1972, 2, 99.
- 7) Materiali teoriko-praktik i disa metodave të unifikuara kliniko-biokimike. Tiranë, 1977 (materiali pranë laboratorit Gëndror të spitalit klinik nr. 1 — Tiranë).
- 8) Matthenheimer H. : Micrometodi biochimici e chimico clinici. Padova 1971, 80.
- 9) Richterich R. : Clinical chemistry. Academic press. New York and London 1969, 245.
- 10) Spandrio L. : Analisi biochimico — cliniche. Padova 1972, 59.
- 11) Shiteto K. : Biokimia në praktikën klinike. Tiranë 1975, 122.
- 12) Shiteto K., Liti M., Leskoviku S., Radovani N. : Varianti praktik i ultra-mikrometodave kliniko-biokimike. Shëndëtesia popullore 1976, 4, 58.
- 13) Varley H. : La diagnosi di laboratorio nella pratica clinica. Il pensiero scientifico. Roma 1962, 198.

Summary

A MICROMETHOD FOR THE DETERMINATION OF TOTAL PROTEINS IN CAPILLARY BLOOD

This micromethod is a modification of the standard method for the determination of total protein which makes use of the buret reagent and requires blood from the vein.

The micromethod can be used by any biochemical laboratory and requires no special equipment.

It is time-saving, precise and economical. The results of the trials described in this work show that the micromethod has good reproducibility, recovery within the permissible limits, and gives a straightline curve of concentrations up to 10mg/100ml albumin. The results are comparable with those obtained with the autoanalyzer CIA-1500 ($r=0.955$, $p < 0.01$). The values obtained with the micromethod are also comparable with those of the standard method used by the author.

The micromethod gives normal values of total blood proteins between 6.48 and 8.32g/100ml. The values obtained with the micromethod fully correspond with the clinical picture of the pathologic cases.

Résumé

UNE MICROMÉTHODE POUR LA DÉTERMINATION DES PROTÉINES DANS LE SANG CAPILLAIRE

Cette microméthode consiste dans une modification de la méthode standard de détermination de la protéine totale à travers l'emploi de réacteur, qui requiert du sang veineux.

La microméthode peut être appliquées par n'importe quel laboratoire biochimique et n'exige aucun équipement spécial.

Elle est rapide précise et économique.

Les résultats des expériences décrites dans ce travail témoignent que la microméthode offre une bonne reproductibilité, recouvre dans les limites permises, et donne un graphique rectiligne de concentration jusqu'à 10 mg/100 ml d'albumine. Les résultats sont comparables à ceux obtenus avec l'autoanalyseur CIA — 1500 ($r = 0.9555$, $p < 0.01$). Les valeurs observées au moyen de la microméthode sont également comparables à celle de la méthode standard employée par l'auteur.

La microméthode donne des valeurs normales de la protéine sanguine totale variant entre 6.48 et 8.32 g/100 ml. Les valeurs observées au moyen de la microméthode correspondent pleinement au tableau clinique des cas pathologiques.

HIGIENË DHE EPIDEMIOLOGJI

KONTRIBUT NË STUDIUMIN E «DIFFERISË NË TË VAKSINUAR»

— Doc. HULO HAJDËRI — JOLANDA KOÇI — RYZHIDE BALLA —

(Instituti i Mjekësisë Popullore, Instituti i Higijenës dhe Epidemiologjisë)

Në sajë të vaksinimit në shkallë të gjerë dhe të masave të tjera, gjendja epidemiologjike e differisë në vendin tonë sot paraqitet e mirë. Për vitin 1976, morboziteti nga kjo sëmundje ka zbritur në 0.03 raste për 10.000 banorë, shifer kjo që nuk është mundur të arrihet as nga shumë vende të Evropës. Në këtë mënyrë, porosia e Partisë në Plenumin e XI të KQ që differia të zbrësë në raste të rralla, u bë realitet.

Për vite me radhë, differia tek ne po shfaqet vetëm me raste sporadike. Në bazë të studimit serologjik dhe të anketimit të mëvonshëm, është vërtetuar se të gjithë fëmijët e prekur nga kjo sëmundje kanë qenë të pavaksinuar ose pjesërisht të vaksinuar për një arsye ose për një tjetër. Në shumicën e këtyre kemi pasur të bëjmë me fëmijë që për shkakë të ndryshme (kontraindikacione, lëvizje të përkohshme, transference etj.), i janë shmangur përkohesisht vaksinimit të rregullt dhe që për pasaktësi të dhënash nga ana e familjarëve të tyre në castin e shtrimit, figurorin në kartelën e spitalit si të vaksinuar dhe rivaksinuar ndaj differisë.

Shfaqjet e sëmundjes në këto kategori fëmijësh u bënë shkak të lindë edhe tek ne mendimi *«rreth mundësisë së shfaqjes së differisë në një masë të konsiderueshme fëmijësh të vaksinuar»*.

Ky problem është bërë objekt studimi statistikor për shumë autorë (cituar nga 2, 5). Ata i kanë bazuar studimet e tyre vetëm në «deklarime» ose në «regjistrime». Këta autorë kanë arritur në konkluzionin se një përqindje e mirë e rasteve me differi takohet midis atyre që janë vaksinuar në rregull. Autorë të tjerë (2) studjuan titrin antitoksik në një numër të pakët të sëmurësh nga differia — gjithsej 25 dhe arritën në një konkluzion që ndryshonte nga ai i autorëve të parë.

«*Differia në të vaksinuar*» është një problem me interes të madh teorik dhe praktik dhe ne menduam të japim kontributin tonë në këtë fushë, duke e studjuar atë në një rrugë tjetër.

Me «*differi në të vaksinuar*» ne kuptojmë ato raste kur sëmundja shfaqet në personat që janë vaksinuar në rregull me anatoxinë të një cilësie të mirë dhe që i janë përgjigjur imunizimit ndaj anatoxinës me një titer antitoksik më të lartë se ai i kufirit mbrojtës (0.03 UIA/ml).

Duke e parë problemin në këtë prizëm, na shtrrohej detyra të sqaronim në se në rastet tona kishim të bënim me të vërtetë me «differi në të vaksinuar», apo me një diagnozë të pasaktë, që çonte artificialisht në

shimin e rasteve me difteri. Lidhur me këtë problem, punimin tonë ne e kemi mbështetur kryesisht në anën serologjike, e cila për këtë rast na u duk si më e rëndësishmja, pa lënë mënjanë anketimin epidemiologjik, klinikën dhe laboratorin. Tëritimi nga ana jonë i antitoksikës në gjakun e gjithë personave të sëmurë ose të dyshimtë nga difteria, para se këtyre t'u jetë aplikuar serumu specifik, mendojmë se, në këtë rast, përbën një metodikë të veçantë studimi, që është mjaft e vështirë për t'u zbatuar në terren.

Të dhënat tona, që po paraqesim në këtë material, pasqyrojnë punën tonë gjasthëvizëse (1971-1976) në këtë fushë. Ato janë vazhdim dhe plotësim i studimit tonë të mëparshëm (3).

MATERIALI DHE METODIKA

Gjatë gjasthë vjetëve (1971-1976) për titrin antitoksik u studjuan 116 gjakra nga të sëmurët dhe nga të dyshuarit për difteri të rretheve dhe lokaliteteve të ndryshme të vendit.

Në të gjithë rastet, gjakra i të sëmurëve dhe i të dyshimtëve është marrë nga ana e personelit të spitalit përpara aplikimit të serumit specifik antidifterik dhe në ditë e para të sëmundjes, kur të sëmurët nuk kishin prodhuar ende antitoksinë në sasi të mjaftueshme për mbrojtje. Përcaktimi i antitoksikës ditterike në serumet e këtyre gjakrave u krye «in vivo» në lepuj sipas metodës Jensen. Në 60% të këtyre serumeve është bërë dhe përcaktimi i imunoglobulinave nëpërmjet elektroforzës. Mbështetur në rezultatet e nxjerra nga titri antitoksik i serumeve të të sëmurëve është verifikuar gjendja reale e vaksinimit dhe është konkluduar përfundimisht.

REZULTATET DHE DISKUTIMI

Rezultatet e titrimit të serumeve, së bashku me të dhënat e tjera lidhur me 116 raste të të sëmurëve dhe të dyshimtëve nga difteria, të marrë në studim nga ana e jonë, po i paraqitim si më poshtë:

1) *Grupi i parë*, që përbën pjesën kryesore të këtij punimi, përbledh 64 raste sporadike, klinikisht të sëmurë nga difteria, të shtruar në spitalet e ndryshme të vendit (shumica në Shkodër e Tiranë). Diagnoza bakteriologjike vuiri në dukje se në shumicën dërmuese mbizotëronte *Corynebacterium diphtheriae*, tip *gravis* toksigjen. Tipi intermedius u takua në 3 raste, kurse tipi miis vetëm në një rast. Ecuria e sëmundjes në përgjithësi e rëndë. Që të gjithë me difteri të grykës. Të sëmurët ishin të moshave të ndryshme:

0 — 1 vjeç	1 rast
2 — 3 vjeç	13 raste
4 — 7 vjeç	38 raste
8 — 16 vjeç	11 raste dhe 45 vjeç 1 rast.

Sig shihet, në këtë grup, moshë më e prekurr nga difteria është ajo nga 4-7 vjeç, që përfshin rreth 60% të rasteve.

Tirimi i antitoksines differike për çdo serum më vete tregoi se të gjithë fëmijët e këtij grupi ishin të pambrojtur nga differia. Në gjakun e tyre, të marrë para aplikimit të serumit specifik, u gjetën titra shumë të ulët kundërtrupash antitoksike (më pak se 0.02 UA/ml.), që ishin nën nivelin e kufirit mbrojtës. Mbi një numër të konsiderueshëm serumenesh (rreth 70%) të këtij grupi eshtë kryer gjithashtu edhe proteinogrami. Në të gjitha këto raste, ekzaminimet elektroforetike vunë në dukje vlefë normale të gammaglobulinës, gjë që tregon se në asnjë prej tyre nuk kemi të bëjmë me mungesë të gammaglobulinës - agamma ose hipogammaglobulinën) indeks i rrallë që takohet afërsisht 1:100.000 vetë (1.4). Mbi bazën e të dhënave serologjike na lindi mendimi se në të gjitha këto raste nuk duhet të kemi të bëjmë me «*differi në të vaksinuar*». Anketa e mëvonshme, e bërë në terren, përforcoi plotësisht këtë mendim dhe hodhi dritë mbi krejt problemën që po trajtojmë, sepse: 55 raste, që në bazë të deklaramit verbal të familjarëve figurorin në fletën e shtrimit si të vaksinuar (plotësisht ose pjesërisht) apo pa të dhëna vaksinimi, doji se ishin të pavaksinuar. Të 9 rastet e tjera të këtij grupi, që nga deklarami i familjarëve figurorin si të pavaksinuar, rezultuan me të vërtetë të pavaksinuar.

Këto të dhëna treguan qartë se të 64 personat e sëmurë, që i takonin këtij grupi, kanë gënë me të vërtetë të pavaksinuar ose pjesërisht të vaksinuar. Pra, për rrjedhim, këtu kemi të bëjmë vetëm me «*differi në të pavaksinuar*» dhe jo me «*differi në të vaksinuar*» (sipas deklaramit me të familjarëve).

Të dhënat tona për këtë gëstitje nuk përputhen me punimet e shumë autorëve të tjerë (2 etj.), të ciltë, duke i bazuar studimet e tyre vetëm në «deklaramë» e «regjistrime», pranojnë se gjatë shpërthimeve epidemike me një përqindje të lartë, differia është shfaqur në një përqindje të lartë edhe shën serologjike, e cila, veç të tjerave, hedh dritë mbi gjendjen imunitare midis të të vaksinuarve, duke shkaktuar në disa raste edhe vdekje të shumta.

Të tjerë autorë (cituar nga 2, 5), duke i bazuar studimet e tyre po në «deklaramë» e në «regjistrime», pranojnë se differia shfaqet në një përqindje të vogël midis personave të vaksinuar. Në këtë konkluzion mund të arrihim edhe ne po që se studimin tonë nuk do ta mbështesim në fushën serologjike, e cila, veç të tjerave, hedh dritë mbi gjendjen imunitare në personat e sëmurë nga differia.

2) *Grupi i dytë* përmbledh 27 raste, që, klinikisht, paraqisnin forma të lehta anginash dhe që shtrohen në spitale si «*dysm për differi tonsilare*». Shumica e tyre janë prej qyteleve Shkodër, Tiranë, Durrës dhe Korçë. Që të gjithë figurorin të vaksinuar në rregull. Diagnoza bakteriologjike vuri në dukje se në shumicën dërmuese të tyre mbizotëronte *C. diphtheriae tip gravis*, i shogëruar në disa raste me stafilokokë dhe streptokokë beta hemolitikë. Nga ana klinike, këta persona kaluan, pa përjashtim, forma shumë të lehta anginash me shërim të shpejtë dhe të plotë. Titrimi i antitoksines të lehta anginash me shërim se të gjithë këta persona, të konsideruar si të për çdo serum më vete tregoi se të gjithë këta differia. Në gjakun e tyre «*dysm për differi*», ishin të mbrojtur nga differia. Në gjakun e tyre qarkullues, të marrë para aplikimit të serumit specifik, u gjetën titra mjaft të lartë antitrapash antitoksike, që ishin mbi kufirin mbrojtës dhe, që, në shumicën e rasteve, arrinin nivelin 0.2 UA/ml.,

Edhe në këtë grup, ekzaminimet elektroforetike të bëra në 50% të tyre vunë në dukje vlefia normale të gammaglobulinës. Anketimi i bërë mbi bazën e rezultateve serologjike tregoi se të dhënat e regjistruave mbi gjendjen e vaksinimit pasqyrojnë realitetin dhe përpunteshmërinë me gjendjen immunare të personave të këtij grupi, që, për rrjedhim, ishin të vaksinuar plotësisht ndaj difterisë.

Po të mbështeteshim vetëm në të dhënat klinike dhe bakteriologjike do të na duhej të prananim se të gjithë këta persona, megjithëse të vaksinuar në rregull, vuanin nga difteria. Tëritimi i antitoksinës në gjakun e tyre e sqaroi problemin dhe tregoi se edhe në këtë rast nuk duhet të kemi të bëjmë me «*difteri në të vaksinuar*», por me persona të mbrojtur nga *difteria dhe që janë mbartës bacilësh difterikë në terren angjinash të zakonshëm*.

3) *Grupi i tretë* përfshin 25 raste (shumica nga Tirana) të shtruar në spitalë me diagnozën «*dyshim difteri tonsillore*» me kulturë negative për *C. diphtheriae* dhe pozitive, në shumicën e rasteve për stafilokokë dhe streptokokë beta hemolitikë. Që të gjithë ishin të vaksinuar dhe riyaksinuar në rregull. Në përgjithësi, ecuria e sëmundjes ka qenë shumë e lehtë, me shërim të plotë dhe të shpejtë. Titri i antitoksinës në gjakun e secilit të sëmurë lëkundej nga 0.2 — 1 UA/ml. dmth shumë më i lartë nga ai i kufirit mbrojtës. Ekzaminimet elektroforetike, të kryera në 70% të personave të këtij grupi, vunë në dukje vlefia normale të gammaglobulinës. Anketimi i bërë në vonë tregoi se të dhënat mbi gjendjen e vaksinimit, edhe në këtë rast, ishin të përpikta dhe përpunteshmërisht plotësisht me gjendjen immunare të këtyre personave të mbrojtur nga difteria.

Duke u mbështetur, në radhë të parë, mbi të dhënat serologjike, duhet të pranohet se në këtë grup kemi të bëjmë me persona të immunizuar që nuk vuanin nga difteria, por nga angjina, të shkaktuar nga stafilokokë dhe streptokokë beta hemolitikë, që japin këtë kuadër klinik. Këto raste angjinash, të konsideruara gabimisht si difteri, që mund të shfaqen edhe në bartës të bacilit difterik, gojnë në një rritje artificiale të difterisë.

Sipas mendimit tonë, raste të tilla nuk duhet të regjistrohen përfundimisht si difteri, pavarësisht se trajtohen dhe kurohen si të tilla.

Nga të gjitha këto mund të gjykojmë se në 116 rastet e marrura në studim nga ana e jonë, në asnjë prej tyre nuk duhet të kemi pasur të bëjmë me «*difteri në të vaksinuar*».

Rezultatet e titrit antitoksik të nxjerrra në etapën e parë (1971-1972) në 240 serume të fëmijëve në kontakt me të sëmurët dhe në afërsi të vatrave (disa prej tyre edhe bartës të bacilit difterik) dëshmanan se rreth 10% e fëmijëve, në gjakun e tyre, kishin një titer antitoksik, që afrohej në 0.03 UA/ml. Kurse rezultatet e titrit antitoksik të 300 serumeve të fëmijëve në kontakt me të sëmurët dhe në afërsi të vatrave të bëra në etapën e dytë (1973-1976) dëshmojnë për një nivel immunitar ende më të mirë të fëmijëve ndaj difterisë, gjë që shprehet edhe në uljen e mëtejshme të morbozimit të difterisë, që në vitin 1976 zbrit në shifrën 0.03 për 10.000 banorë.

KONKLUZIONE

1) Të dhënat serologjike dhe ato të anketimit na bindin se në asnjë nga të 116 rastet të shtruar në spitalë gjatë viteve 1971-1976 si të sëmurë të dyshimtë nga difteria nuk kemi pasur të bëjmë me «difteri në të vaksinuar». Rastet me difteri duhet të jenë shumë të rralla.

2) Nga studimi i mësipërmë ka rezultuar se vëna e diagnozës «difteri në të vaksinuar» e bazuar vetëm në anën klinike e bakteriologjike dhe në deoncime të pakontrulluara për gjendjen e vaksinimit, në shumicën dërrmuese të rasteve, nuk mund të konsiderohet e saktë. Nga analiza e 116 rasteve të diagnostikuar fillimisht si «difteri në të vaksinuar» u vunë re këto tre mundësi ngatërrimi:

a) Shfaqje difterie në 64 persona të pavaksinuar (grupi I), por që pasaktësi të dhënash në castin e shtimit kanë figuruar gabimisht si të vaksinuar. Në gjakun e tyre, të marrë para aplikimit të serumit kurativ specifik, u gjetën titra antitoksine në nivele shumë të ulta (0.02 UA/ml). Antitoksi u gjetën vetëretoi drejtësinë e të dhënave serologjike dhe tregoi se në 64 personat e këtij grupi nuk kemi pasur të bëjmë me «difteri në të vaksinuar», por me difteri në të pavaksinuar.

b) Shfaqje kuadri klinik të dyshimtë për difteri në 27 fëmijë të vaksinuar në rregull (grupi I II). Krahas bacilëve difterikë, në fytin e këtyre fëmijëve u gjenden edhe stafilokokë dhe streptokokë beta hemolitikë. Titri i lartë i antitoksinës në gjak (0.2 UA/ml) tregoi se këta fëmijë ishin të mbrojtur nga difteria. Pra edhe në këtë grup nuk kemi të bëjmë me difteri «në të vaksinuar», por me persona të mbrojtur nga difteria, që vuanjë nga angjina të ndryshme dhe që janë *mbartës bacilësh difterikë*.

c) Shfaqje angjinash me kuadër klinik të *dyshimtë për difteri* në 25 fëmijë të vaksinuar në rregull (grupi I III). Në gjakun e tyre u gjetën titra të larta antitoksine (0.2 — 1 UA/ml). Nga mbjellja e tamponave të grykës dhe të hundës nuk janë izoluar bacile difterike, por vetëm stafilokokë dhe streptokokë beta hemolitikë, shkaktarë të këtij kuadri klinik të dyshimtë për difteri.

3) Për një kuadër të plotë të diagnozës së *difterisë në të vaksinuar*, sipas rezultateve tona, është e domosdoshme të merret në konsideratë edhe titri antitoksik i bërë para aplikimit të serumit specifik dhe, mbi këtë bazë, për rastet e dyshimta, të verifikohet gjendja reale e vaksinimit.

Dorëzuar në Redaksi më 15 dhjetor 1977

Shënim: E ndajmë të ndryshme të falënderojmë shokët e drejtorive të Higjienës dhe Epidemiologjisë të metheve përkatëse, që na ndihmuan për këtë punim.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Galvani N. e coll. : Su di un caso di ipogammaglobulinemia familiare. Giornale Malfatte infettive 1966, 16, 686.
- 2) Escartina S. et coll. : Recherches sur le niveau de l'humidité antidiphthérique chez les malades de diphtérie. Archives Roumaines de pathologie experimentale et microbiologie 1971, 2, 281.

- 3) Hajdéri H. e bp. : Kontribut në studimin e rasteve me difteri në të vaksinuar (ko-munkim paraprak). Buletini i Institutit Kërkimor të Higjienës dhe Epidemiologjisë 1974, 1, 26.
- 4) Rapport of medical Research Council Working - Party: Hypogammaglobulinemia on the United Kingdom. Lancet 1969, 1, 163.
- 5) Tsaman A, Lansberg H.P. : Problems concerning the prophylaxis pathogenesis and therapy of diphtheria. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé 1957, 15, 939.

Summary

A CONTRIBUTION TO THE STUDY OF «DIPHTHERIA IN VACCINATED SUBJECTS».

In the period 1971-1976 were studied the diphtheria antitoxin levels in the serum of 116 children declared as cases of diphtheria or suspected for diphtheria; the serums were taken before the serum treatment. The analysis of the serologic, clinical and bacteriological findings, as well as the investigation of the true state of vaccination of those children, allowed the following conclusions to be drawn:

1. None of the 116 cases can be considered as «diphtheria in vaccinated subjects», which in our view is exceptionally rare.
2. In the diagnosis of «diphtheria in vaccinated subjects» based on the clinical, bacteriological findings and the uncontrolled declarations of vaccination, the following three errors could be admitted:
 - a) In 64 cases the diagnosis of diphtheria was correct, but the vaccination had been incomplete or inexistent.
 - b) In 27 cases the vaccination had been complete, but the diphtheria bacilli found in the throat coincided with a streptococcal or staphylococcal angina in diphtheria carriers.
 - c) In 25 cases the diagnosis of diphtheria was based simply in clinical signs of angina without bacilli or other evidence of a diphtheria infection.
3. For a certain diagnosis of «diphtheria in vaccinated subjects» it is necessary to take into account the titre of antitoxin in the serum of the patients in the first days of the illness and before the serum treatment.

Résumé

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA «DIPHTHERIE CHEZ LES SUJETS VACCINES»

De 1971 à 1976 il a été procédé à l'étude des degrés d'antitoxine diphtérique dans le sérum de 116 enfants déclarés atteints ou suspects de diphtérie; les sérums ont été prélevés avant le traitement au sérum. L'analyse des données sérologiques, cliniques et bactériologiques et la recherche du véritable état de vaccination de ces enfants a permis de dégager les conclusions suivantes:

- 1) Aucun des 116 cas ne peut être considéré comme une «diphtérie chez un sujet vacciné», laquelle, à notre sens, est fort rare.
- 2) Le diagnostic de «la diphtérie chez les sujets vaccinés» fondé sur les données cliniques et bactériologiques et les déclarations incontrôlées de vaccination devraient à coup sûr comporter les trois types d'erreurs suivantes:

- a) Dans 64 cas, le diagnostic de la diphtérie était exact, mais la vaccination a dû être incomplète ou absente.
- b) Dans 27 cas, la vaccination a été complète, mais les bactéries de la diphtérie ont été trouvées dans le gorge d'enfants atteints d'angine streptococcique ou staphylococcique et, en même temps, porteurs de bacilles de la diphtérie.
- c) Dans 25 cas, le diagnostic de la diphtérie était fondé seulement sur les données cliniques de l'angine, sans qu'aient été relevées des bactéries diphtériques ou d'autres données témoignant d'une infection diphtérique.
- Pour formuler un diagnostic sûr de la «diphtérie chez des sujets vaccinés» il est indispensable de tenir compte aussi du titre de l'antitoxine dans le sérum des patients au cours des premiers jours de la maladie et avant que soit administré le traitement au sérum antitoxique.

STUDIM STATISTIKOR I NDIKIMIT TË DISA FAKTOREVE NË ECURINË E TUBERKULOZIT PULMONAR TË SHKAKTUAR NGA MIKROBE ME REZISTENCË PRIMARE NDAJ ANTIBAKTERIALEVE

— GAQO DISHNICA, JUL BUSHATI, GJERGJ GJURA, ARIAN TURDIU —

(Instituti për Luftën kundër Tuberkulozit, Qendra e Matematikës Logaritëse)

Sëmundja karakterizohet nga bashkëveprimi i shumë faktorëve, nga lidhje të nderlikuara si dhe nga labiliteti i tyre. Ajo kushtëzohet nga faktorë të shumtë endo dhe ekzogjenë, faktorë thelbësorë dhe të rastësishtëm, të cilët, në kushte të dhëna, janë më shumë apo më pak të rëndësishëm.

Përsa i përket mjekimit të tuberkulozit dihet se antibakterialet hapën një epokë të re. Arritjet janë të garta dhe efikasiteti i tyre nuk ka dyshim. Pranohet se në shumicën dërmuese të rasteve, në vartësi të formës dhe të fazës së procesit patologjik, mjekimi me antibakteriale fiton jo vetëm rëndësinë kryesore, por edhe përcaktuese në kompleksin e masave mjekuese dhe siguron shërim klinik të qëndrueshëm.

Në një punim të mëparshëm u analizuan të dhënat mikrobiologjike, epidemiologjike dhe klinike në të sëmurë me lezione të shaktuara nga mikroba tuberkulare me rezistencë primare ndaj antibakterialeve (2).

Qëllimi i këtij studimi është që të verë në dukje shkallën e ndikimit të disa faktorëve në ecurinë e sëmundjes në të sëmurë me lezione pulmonare, të shaktuara nga mikroba tuberkulare me rezistencë primare. Rrjedhimisht do të vihen në dukje faktorët që kanë ndikuar më shumë në ecurinë e sëmundjes në këtë kontigjent të studjuar, pra faktorët që kanë përcaktuar prognozën dhe në të cilët duhet përqëndruar vëmendja kryesore.

MATERIALI DHE METODA

Nga të sëmurët me lezione pulmonare, prej të cilëve gjatë viteve 1964 — 1973 janë izoluar mikroba tuberkulare me rezistencë primare ndaj antibakterialeve u analizuan 44 raste, të dalë nga sanatoriumi klinikisht të shëruar.

Për të parë në se rastet e analizuara janë përfiqësuese u bë një llogarritje e dytë, ku u shuan dhe rastet që ishin mjekuar mbi gjashtë muaj, pavarësisht nga rezultati (50 raste gjithsej).

Për të karakterizuar ecurinë e sëmundjes si tregues u muarr koha e ne-gativizimit të baciloskopisë direkte të sputumit, koha e mbylljes së kaver-nës si dhe dite — qëndrimi.

Në madhësinë e çdo treguesi të marrë në studim ndikojnë njëkohësisht shumë faktorë. Prandaj për studimin e materialit u përdor metoda e

korelacionit të pjeshëm. Nëpërmjet vlerësimit të koeficientëve të pjeshëm të korelacionit, kjo metodë tregon lidhjen reciproke ndërmjet treguesit dhe një faktori për nivele konstante të faktorëve të tjerë. Si faktorë karakterizues të sëmundjes u morën shtrirja e procesit, prania e kavernës, mjekimi fillestar që kanë marrë të sëmurët kur u shtruan në kushte që nuk njihen sensibiliteti i shtamit infektues; mjekimi që është vazhduar pas ardhjes së antibiogramës si dhe numri i antibakterialeve ndaj të cilëve shtami është rezistent.

Në mënyrë paraprake u bë kodifikimi i të dhënave, dmth nivelet në ritte për çdo faktor në përpunim u përfqësuan nga numrat natyralë 1, 2... etj. (aq numra sa nivele janë për atë faktor):

— Shtrirja e procesit —

- 1) Pak i përhapur
- 2) Mesatarisht i përhapur
- 3) Shumë i përhapur

— Prania e kavernës —

- 0) Pa kavernë
- 1) Kavernë me diametër nën 2 cm.
- 2) Kavernë me diametër 2-4 cm.
- 3) Kavernë me diametër mbi 4 cm.

— Mjekimi fillestar, që kanë marrë të sëmurët në shtrim, para marrjes së rezultatit të antibiogramës, sipas numrit të antibakterialeve sensibel:

- 1) Me një antibakterial sensibel
- 2) Me dy antibakteriale sensibel
- 3) Me mbi dy antibakteriale sensibel.

— Vazhdimi i mjekimit pas marrjes së rezultatit të antibiogramës, sipas numrit të antibakterialeve sensibel:

- 1) Me një antibakterial sensibel
- 2) Me dy antibakteriale sensibel
- 3) Me mbi dy antibakteriale sensibel.

— Rezistenca sipas numrit të antibakterialeve, ndaj të cilëve mykobakteri tuberkular ka qënë rezistent.

- 1) monorezistencë
- 2) birezistencë
- 3) ttrerezistencë.

Në mënyrë të ngjashme u bë kodifikimi i treguesve:

— koha në muaj e negativizimit të baciloskopisë direkte të sputumit.

- 0) BK negativ
- 1) BK i negativizuar pas një muaji
- 2) BK i negativizuar pas dy muajsh
- 3) BK i negativizuar pas tre muajsh
- 4) BK i negativizuar pas katër muajsh
- 5) BK i negativizuar pas pesë muajsh
- 6) BK i negativizuar pas gjashtë muajsh
- 7) BK i negativizuar më pas
- 8) Bk vazhdon pozitiv

— Koha në tremujor të mbylljes së kavernës

- 0) Pa kavernë
- 1) Kaverna e mbyllur në tremujorin e parë
- 2) Kaverna e mbyllur në tremujorin e dytë
- 3) Kaverna e mbyllur në tremujorin e tretë

- 4) Kaverina e mbyllur më pas
- 5) Kaverina kthehet në formë të pastruar kristike
- 6) Kaverina mbelet e hapur.

— Ditë-qëndrimi për çdo rast.

Më pas u kalua në vlerësimin e koeficientëve të pjesshëm të korelacio-
nit, sipas procedurës së mëposhtme dhe u bë programi për makinën lloga-
ritëse elektronike.

- 1) Koeficienti i rendit zero

$$R_{ij} = R_{ji} = \frac{V(i,j)}{\sqrt{V(i,i)}\sqrt{V(j,j)}}, \quad i, j = 1, 2, 3, 4, 5, 6$$

ku $V(i, j)$ janë variancat e karaktereve (faktor ose tregues).

- 2) Pastaj kalohet në llogaritjen e koeficientëve të rendit të parë:

$$R_{ij \cdot k} = \frac{R_{ij} - R_{ik} \cdot R_{jk}}{\sqrt{(1 - R_{ik}^2) \cdot (1 - R_{jk}^2)}}, \quad i, j, k = 1, 2, 3, 4, 5, 6.$$

të cilët tregojnë lidhjen ndërmjet dy karaktereve (shkronjat e indeksit për-
para pikës), duke përjashtuar ndikimin e karakterit të tretë (shkronja e in-
deksit pas pikës).

- 3) Koeficientët e rendit të dytë

$$R_{ij \cdot kl} = \frac{R_{ij \cdot 1} - R_{ik} \cdot 1 \cdot R_{jk} \cdot 1}{\sqrt{(1 - R_{ik}^2 \cdot 1) (1 - R_{jk}^2 \cdot 1)}}, \quad i, j, k, l = 1, 2, 3, 4, 5, 6.$$

tregojnë lidhjet ndërmjet dy karaktereve duke përjashtuar ndikimin e ka-
rakterit të tretë dhe të katërt njëkohësisht.

Sipas qëllimit të punimit në duam të përcaktojmë lidhjen ndërmjet një
treguesi dhe çdo faktori, kur faktorët e tjerë mbeten në nivele konstante.
Mëqenëse në studim janë marrë pesë faktorë atëherë procedura e llogaritjes
do të vazhdojë deri në vlerësimin e koeficientëve të korelacionit të rendit të
katërt, prandaj vazhdohet me koeficientët e rendit të tretë,

$$4) \quad R_{ij \cdot km} = \frac{R_{ij \cdot 1m} - R_{ik} \cdot 1m \cdot R_{jk} \cdot 1m}{\sqrt{(1 - R_{ik}^2 \cdot 1m) (1 - R_{jk}^2 \cdot 1m)}}, \quad i, j, k, l, m = 1, 2, 3, 4, 5, 6.$$

dhe më pas të rendit të katërt.

$$5) \quad R_{ij \cdot klmn} = \frac{R_{ij \cdot 1mnn} - R_{ik} \cdot 1mn \cdot R_{jk} \cdot 1mn}{\sqrt{(1 - R_{ik}^2 \cdot 1mn) (1 - R_{jk}^2 \cdot 1mn)}}, \quad i, j, k, l, m, n = 1, 2, 3, 4, 5, 6.$$

ku përjashtohet njëkohësisht ndikimi i katër faktorëve në lidhjen që ek-
ziston në mes të treguesit dhe njërit nga faktorët.

REZULTATET E LLOGARITJES

Vlera e koeficientëve të korelacionit lëviz ndërmjet ± 1 . Fortësia e
lidhjes është aq më e madhe sa më tepër vlera e saj i afrohet ± 1 . Vlenat po-
zitive tregojnë lidhje në përpjesëtim të drejtë, ndërsa negativët të zhdrejtë.
Në llogaritjen e koeficientëve të rendit zero u muarën këto rezultate:

Vlerat e koeficientëve të korelacionit

Treguesi	R12	R13	R14	R15	R16
Negativizimi	0.1	0.37	-0.32	-0.3	0.35
Mbyllja e kaverës	0.13	0.84	-0.06	-0.19	0.64
Ditë-qëndrimi	0.1	0.27	-0.19	-0.14	0.25

Por në korelacionin e rendit zero, ndërmjet treguesit dhe një faktori, nuk mënjmohet ndikimi në këtë korelacion i faktorëve të tjerë. Prandaj, sig. thamë, në mënyrë të njëpasnjëshme u kalua deri në llogaritjen e koeficientëve të korelacionit të rendit të katërtë, të cilët pasqyrojnë «pastër» lidhjen midis treguesit dhe një faktori. Rezultuan këto vlera:

Vlerat e koeficientëve të korelacionit

Treguesi	R12.3456	R13.2456	R14.2356	R15.2346	R16.2345
Negativizimi	0.081	0.376	-0.184	-0.298	0.205
Mbyllja e kaverës	0.012	0.847	-0.006	-0.324	0.664
Ditë-qëndrimi	0.677	0.257	-0.048	-0.111	0.172

- ku 1 — treguesi
 2 — shtrirja e procesit
 3 — kaveria
 4 — mjekimi para marrjes së rezultatit të antibiogramës
 5 — mjekimi i vazhduar pas marrjes së rezultatit të antibiogramës.
 6 — rezistenca.

Në llogaritjen e dytë, me të dhënat nga të sëmuret, që ishin mjekuar mbi gjashtë muaj, u morrën të njëjtat vlera të koeficientëve të korelacionit në lidhje me treguesin e kohës së negativizimit të sputumit dhe të mbylljes së kaverisë. Kjo tregon se rastet e marrura në analizë janë përfaqësuese. Pra në kontigjentin e studjuar të të sëmurve rezultoi se shkalla e ndikimit të ndryshueshmërisë së faktorëve është si më poshtë:

Treguesi	Negativizimi	Mbyllja e kaverës	Ditë-qëndrimi
Faktorë të renditur sipas shkallës së ndikimit	Kaveria	Kaveria	Kaveria

Mjekim i vazhduar
 Rezistenca
 Mjekimi fillestar
 Shtrirja e procesit

Mjekim i vazhduar
 Shtrirja e procesit
 Mjekimi fillestar
 Rezistenca

Rezistenca
 Mjekim i vazhduar
 Shtrirja e procesit
 Mjekimi fillestar

DISKUTIMI

Sigj rezultoni, në negativizimin e sputumit ka ndikuar, në radhë të parë, prania e kavernës. Kjo përkon me të dhënat e literaturës, që kemi mundur të shfrytëzojmë, sipas së cilës negativizimi i sputumit ndodh më vonë në pacientët me kaverna të mëdha dhe me popullatë të madhe bacilesh (1). Koha e negativizimit varret shumë nga sasia e bacileve tuberkulare që eliminohen. Në kavernat e mëdha si dhe në polikavernozyt vihen re eliminimi i madh bacilesh në krahasim me ata me lezione të mbylltura ose me kaverna të vogla (3). Pra madhësia e kavernës dhe, lidhur me të, prania e një numri të madh bacilesh janë më të rëndësishëm sesa shtirrja e lezionit tuberkular (4).

Dhe në treguesit e kohës së mbyljes së kavernës, korelacion të dukshëm më të madh ka paraqitur ndryshueshmëria e pranisë së kavernës. Sa më e madhe të jetë madhësia e kavernës aq më e gjatë ka qënë koha e nëvojshme e mjekimit për mbylljen e saj. Kjo gjë shpjegohet me ato që u tharë më lart lidhur me negativizimin, meqënese kaverna është e lidhur etilogjikisht me bacilin tuberkular dhe, nga ana tjetër, duke qënë defekt anatomik, mbyllja e saj varret dhe nga madhësia e këtij defekti, përvetë faktorëve të tjerë anatomo-patologjikë të indit bronko-pulmonar. Prandaj me gjithë arritjet, në sajë të përdorimit të antibakterialeve në një pjesë të rasteve, për arsye të ndryshmeve morfologjike, arrihet negativizimi, por jo mbyllja e lezionit kavitar (7).

Në radhë të dytë, sipas vlerës së koeficientit të korelacionit, përsa i përket fortësisë së lidhjes si për kohën e negativizimit, ashtu dhe për atë të mbyljes së kavernës ka rezultuar mjekimi pas përgjigjes së antibiogramës. Kalimi nga niveli I në 3, pra shtimi i numrit të antibakterialeve sensibilë në mjekim, rezulton në përpjesëtim të zhdrejtë me kohën e negativizimit të sputumit dhe të mbyljes së kavernës. Dihet se përdorimi me sukses i preparateve antituberkulare varret nga disa kushte si: mikrobi duhet të jetë sensibil në përqendrime të preparati arrin në indet e lezionuara, të sigurohet kombinimi me disa preparate të tjerë për të parandaluar zhvillimin e rezistencës eij. (1, 3, 6). Rezistenca sekondare zhvillohet kur një antituberkular jepet si monoterapi, kjo në sajë të seleksionimit dhe shumëzimit të mutantëve rezistentë, që përmban shtami sensibil. Pika vendimtare që del nga kjo është që efikasiteti mjekues i preparatit varret kryesisht nga prania dhe numri i mutantëve rezistentë të bacileve tuberkulare dhe ky numër, nga ana tjetër, është në proporcion të drejtë me numrin e përgjithshëm të bacileve. Këto mutante rezistente mund të lufthohen duke dhënë një preparat të dytë të gërsëhtar me të parin. Ndodhë rrallë, nuk përjashkohet rasti që i njëjti mutant rezistent të jetë rezistent njëkohësisht në të dy preparatet. Rrjedhimisht të sëmuret me eliminim të paktët dhe mesatar të bacileve duhen të mjekohen së paku me dy preparate sensibilë, ndërsa ata me eliminim të theksuar me tre (3). Ka autorë që në bacilarët e theksuar, me proces tuberkular të rëndë, në mjekimin fillestar, japin një preparat të katërtë (4).

Rritja e numrit të antibakterialeve, ndaj të cilëve shtami i izoluar ka qënë rezistent, rezultoi në përpjesëtim të drejtë me zgjatjen e kohës së nevojshme për negativizimin dhe mbylljen e kavernës. Fortësia e lidhjes rezultoi në mënyrë të konsiderueshme më e madhe në lidhje me negativizim

min. Kjo mund të shpjegohet me atë që negativizimi është i lidhur më drejt-përdrejt me nivelin e rezistencës sesa mbyllja e kavernës.

Mjekimi fillestar, para njohjes së sensibilitetit, qëndron në radhën e katërtë përsa i përket shkallës së ndikimit për të dy treguesit në shqyrtim. Korelacioni i tij me treguesin ka të njëjtin drejtim si dhe mjekimi i vazhduar pas përgjigjes së antibiogramës, pra rritja e numrit të antibakterialeve, ndaj të cilëve shtrami është sensibil, rezultoi në përpjesëtim të zhdrejtë me kohën e nevojitur për negativizimin dhe për mbylljen e kavernës, por fortësia e lidhjes është më e vogël, gjë që lidhet me përidhën më të shkurtër të veprimit të këtij faktori në krahasin me vazhdimin e mjekimit pas përgjigjes së antibiogramës.

Shtrirja e procesit është në radhë të fundit në lidhje me negativizimin, ndërsa në radhë të tretë me mbylljen e kavernës. Kjo shpjegohet me atë se përhapja e lezionit dhe proceset fibrotike pasuese pakësojnë rezervën elastike të pulmonit dhe kështu pengohet mbyllja e kavernës.

Në lidhje me treguesin e ditë-qëndrimit, tregues që përcaktohet nga faktorë objektivë dhe subjektivë të gjykimit mjekësor, rezultoi se korelacion më të madh ka pasur ndryshueshmëria e pranisë së kavernës pasuar nga ai i rezistencës primare dhe i mjekimit të vazhduar pas përgjigjes së antibiogramës.

KONKLUZIONE

1) Në kontigjentin e studjuar të të sëmurëve rezultoi se nga faktorët e analizuar shkallë më të madhe ndikimi në ecurinë e sëmundjes ka pasur ndryshueshmëria e pranisë së kavernës dhe të mjekimit të vazhduar pas përgjigjes së antibiogramës.

2) Ndikimi i rezistencës primare ka qënë më i theksuar në treguesin e kohës së negativizimit.

3) Gjatë trajtimit të të sëmurit, mjeku ka pasur më tepër në konsideratë praninë e kavernës dhe të rezistencës.

Programi në ALGOL për llogaritjen e koeficientëve të pjesshëm të korelacionit.

```

Begin
  Comment korrelacionet — Rij — Rij:k — Rij:kl — Rij:klp;
  Integer N, M, S;
  N:= G 0001; M:= G 0002;
  Begin Array T(400) [I : M, 1 : N];
  # Read (0, '10', T); # Print (0, '18', T);
  Begin Integer I, J, K, L, P;
  Array Ro(40) [I : M, 1 : M], R1(300) [I : M, 1 : M, 1 : M],
  R2(2000) [I : M, 1 : M, 1 : M, 1 : M];
  Real S1, S2, Mx, My, Mxy, Sx, Sy;
  For I : = 1 Stop 1 Until M Do
  For J : = 1 Stop 1 Until M Do

```



```

Begin Mx := My := Mxy = 0;
Før K := 1 Stop 1 Until N Dø
Begin Mx := Mx + T [I, K]; My := My + T [J, K];
Mxy := Mxy + T [I, K] * T [J, K];
End;
Mx := Mx/N; My := My/N; Sx := 0; Sy := 0;
Før K := 1 Stop 1 Until N Dø
Begin Sx := Sx + (T [I, K] - Mx) ↑ 2;
Sy := Sy + (T [J, K] - My) ↑ 2;
End;
Sx := # SQRT (Sx/N); Sy := # SQRT (Sy/N);
Ro [I, J] := (Mxy - N * Mx * My) / (N * Sx * Sy);
S1 := Ro [I, J]; S2 := S1 ↑ 2;
# Print (0, 2HI =, I3, 2X, 2HJ =, I3, 2X, 3HRo =, F8.2,
2X, 4HRo2 =, F8.2; I, J, S1, S2);
End;
Før I := 1 Stop 1 Until M Dø
Før J := 1 Stop 1 Until M Dø
Før K := 1 Stop 1 Until M Dø
Begin S := (I - J) * (J - K) * (I - K);
If S ≠ 0 Then Else Gøtø F1;
If S = 0 Then Else Gøtø F1;
# SQRT (I - Ro [I, J] - Ro [I, K] = Ro [J, K] /
R1 [I, J, K] := S1 := (Ro [I, J] - Ro [I, K] ↑ 2) * (I - Ro [J, K] ↑ 2));
S2 := S1 ↑ 2; If I = 1 Then
# Print (0, 2HI =, I3, 2X, 2HJ =, I3, 2X, 2HK =, I3, 2X, 3HR1 =,
F8.3, 2X, 4HR12 =, F8.3; I, J, K, S1, S2);
F1 : End;
Før I := 1 Stop 1 Until M Dø
Før J := 1 Stop 1 Until M Dø
Før K := 1 Stop 1 Until M Dø
Før L := 1 Stop 1 Until M Dø
Begin S := (I - J) * (J - K) * (K - L) * (J - L) * (I - K) * (I - L);
If S ≠ 0 Then Else Gøtø F2;
# SQRT (I - R1 [I, J, L] - R1 [I, K, L] * R1 [J, K, L] /
S1 := R2 [I, J, K, L] = (R1 [I, J, L] - R1 [I, K, L] * R1 [J, K, L] ↑ 2));
S2 := S1 ↑ 2; If I = 1 Then
# Print (0, 2HI =, I3, 2X, 2HL =, I3, 2X,
3HR2 =, F8.3, 2X, 4HR22 =, F8.4; I, J, K, L, S1, S2);
F2 : End;
Før I := 1 Stop 1 Until M Dø
Før J := 1 Stop 1 Until M Dø
Før K := 1 Stop 1 Until M Dø
Før L := 1 Stop 1 Until M Dø
Før P := 1 Stop 1 Until M Dø
Begin S := (I - J) * (I - K) * (I - L) * (I - P) * (J - K) * (J - L) *
(J - P) * (K - L) * (K - P) * (L - P);
If S ≠ 0 Then Else Gøtø F3;
#SQRT ((I - R2 [I, J, L, P] - R2 [I, K, L, P] * R2 [J, K, L, P] /
S1 := (R2 [I, J, L, P] - R2 [I, K, L, P] * R2 [J, K, L, P] ↑ 2));
S2 := S1 ↑ 2;

```

Print (0, 2HI=, I3, 2X, 2HJ=, I3, 2X, 2HK=, I3, 2X, 2HL=, I3, 2X, 2HP=, I3, 2X, 3HR3=, F8.3, 2X, 4HR32=, F8.4, I, J, K, L, P, S1, S2)

F3: End!

End

End

End

Dorëzuar në Redaksi më 15 shkurt 1978

BIBLIOGRAFIJA

- 1) Crofton J., Douglas A. : Respiratory Diseases. Oxford, London 1975, Second Edition, 255.
- 2) Dishnica G., Bushati J. : Të dhëna mikrobiologjike, epidemiologjike dhe klinike mbi rezistencën primare të mycobacterium tuberculosis ndaj antibakterialeve. Bulletin i UT — seria shkencat mjekësore 1977, 4, 47.
- 3) Unholtz K. : Modern Chemotherapie der Tuberkulose. Münchener Medizinische Wochenschrift 1970, 21, 1003.
- 4) Dale H. : Gegenwärtiger Stand der Chemotherapie der Lungentuberkulose und ihre weitere Perspektive. Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane, 1971, 31,3.
- 5) Ezeikiel M., Fox K. A. : Metodi analiza korrelacjii i regresij. Përv. s. anglis 1966, 558
- 6) Ndroqi Sh. : Tuberkulozi. Botim i UT. Tiranë, 1971.
- 7) Sadrati A., Bene J. : Zusätzliche Behandlung der Lungentuberkulose in drei Etappen Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane 1969, 77.

Summary

A STATISTICAL STUDY OF THE INFLUENCE OF CERTAIN FACTORS ON THE COURSE OF TUBERCULOSIS CAUSED BY BACILLI WITH PRIMARY RESISTANCE TO ANTIBACTERIAL DRUGS.

The study was carried out by the method of partial computed correlations. The method brings out the mutual links between an index of the course of the disease and one of the factors that characterize it, the other factors being of constant levels.

The factors taken into consideration included the extension of the process, the presence of cavities, the initial treatment of the patients prior to the laboratory report on the drug sensitivity of the isolated bacilli, the treatment after receiving the report of the antibiogramme, and the number of drugs to which the bacillus resulted resistant.

The indices of the course of the illness include the period of time within which the direct microscopic examination of the sputum became negative, the period of time within which the cavity was closed, and the number of days of stay in hospital.

The results of the study were as follows:

— The variability of the presence of a cavity and the treatment after receiving the antibiogramme influenced more than the other factors.

— Primary resistance had a clear connection with the index of negativization of the sputum.

In regard to the index of the number of days in hospital it resulted that the doctors attributed more importance to the presence of a cavity and to the drug resistance of the bacilli.

Résumé

**ETUDE STATISTIQUE DE L'INFLUENCE DE QUELQUES FACTEURS
DANS L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CAUSÉE
PAR LES BACILLES AVEC RÉSISTENCE PRIMAIRE AUX
ANTIBACILLAIRES**

L'étude du matériel est faite par la méthode de corrélations partielles appliquée sur des ordinateurs. Cette méthode a le mérite de mettre en évidence la liaison réciproque entre un indice de l'évolution de la maladie et un facteur qui la caractérise, restant constant les autres facteurs.

On a pris en considération comme facteurs de la maladie l'extension du procès, l'existence de la caverne, le traitement initial appliqué aux malades avant de connaître la sensibilité de la souche isolée aux antibiotiques, la thérapie prescrite après le résultat de l'antibiogramme et le nombre d'antibiotiques que le bacille résulte d'être résistant.

Comme indices de l'évolution de la maladie ont été considérés la période de temps voulue pour la négativation du crachat à l'examen microscopique direct, le temps nécessaire pour l'obturation de la caverne et la durée de temps de l'hospitalisation.

Comme résultat on constate que:

— la variabilité de l'existence de la caverne et le traitement après la réponse de l'antibiogramme ont influencé plus que les autres facteurs.

— la résistance primaire a présenté une corrélation plus accentuée sur l'indice de la période de temps de la négativation du crachat.

En ce qui concerne l'indice de la durée de temps d'hospitalisation résulte que le médecin a tenu plus en considération l'existence de la caverne et la résistance.

KUMTESA

CITOMEGALIA E GENERALIZUAR TEK NJË I PORSALINDUR PREMATUR

— SHYQYRI SUBASHI —

(Shërbimi i Anatomisë Patologjike, Tiranë)

Citomegalia është një sëmundje virale, e cila njihet qysh nga viti 1881. Infektimi nga ky virus mund të bëhet në jetën intrauterine ose pas lindjes. Rruga kryesore e infektimit intrauterin është transplacental, sepse infeksioni nga ky virus në tremujorin e dytë të shtatzanisë është i shpesh-të (0,5 deri 4,4%) të shtatzënave — 3, 4).

Infektimi i fetusit kryhet gjatë invazionit primar të nënës. Përsëritje infeksionit në shtatzëni të njëpasnjëshme nuk janë vënë re. Infektimi të infeksionit në shtatzëni të njëpasnjëshme nuk janë vënë re. Infektimi intrauterin mund të bëhet edhe drejtpërdrejt nga muri i uterust, megjithëse disa autorë kanë përshkruar raste me endometrit citomegalik kur fëmija nuk ka qënë i infektuar (5).

Njihet edhe mundësia e infektimit pas lindjes, mëdje për ndonjë autor kjo është mënyra më kryesore. Infektimi pas lindjes mund të ndodhë qysh në periudhën neonatale, nëpërmjet qumështit, sepse me të eliminohen viruset (5), po kështu mund të bëhet me anë të eksanguinotransfuzionit kur dhuruesi ka pasur vjerrni, gjë që mund të ndodhë në 150% të dhuruesve (6).

Elementi kryesor morfologjik është një qelizë e madhe me përmassa 25-40 mikron, që ka një inkluzion nuklear 8-10 mikron dhe disa inkluzione epitelin e tubulare renale, në pankreas, mëlçj, mushkëri etj. Shpesh citomegalia jep malformacione sidomos të sistemit nervor qëndror (1, 7).

Dallohet forma lokale dhe e përgjithshme e sëmundjes. Kjo e fundit është shumë herë më e rrallë. Ka autorë që formën lokale nuk e quajnë sëmundje, por mbarëje të infeksionit.

Tek të porsalindurit, citomegalia është e rrallë. Ajo takohet një rast të 3.300 të porsalindur (3). Ndër 230 raste morfologjike të publikuara vetëm 31 kanë qënë të porsalindur, pra raporti 13:4 (cituar nga 9).

Publikimet e para të citomegalisë së të porsalindurve, kanë qënë raste shumë të rënda (1, 7). Tani, gjithnjë e më shumë, po përshkruhen forma minore ose asimptomatike të sëmundjes. Kështu është vënë re se rreth 10% e të porsalindurve eliminonin virusin në urinë, ndërsa klinikisht ishin të shëndoshtë dhe vazhduan të tillë gjatë gjithë mbikqyrjes (3, 4).

Në një numër të përgjithshëm prej rreth 5800 autopsi fëmijësh dhe ndër to rreth 2100 autopsi të porsalindurish dhe fëmijë të lindur vdekur ne kemi takuar vetëm një rast me citomegali.

Paragjifja e rastiit

Bebe L.Xh., femër, lindur më 23.VII.1976 nga një nënë e shëndoshë 24 vjeçare, primipare, pas një shtatzënie me ecuri normale. Metoda e lindjes normale, membranat të plasura para kohe. Nëna ka abortuar një herë në muajt e tretë të shtazënsë.

Fëmija prematurë (peshë e lindjes 1300 gr., gjatësia e shtatit 46 cm. lindur në javën e tridhjetë të shtazënsës), i cili qysh në lindje kishte shenjat e dramës (detresit) respiratore, gau me vonesë, frymëmarrjen e kishte të dobësuar dhe rale të imta, ishte cianotik. Tonet e zemrës të largta, 100 të rrathura në minutë, që më vonë u rralhuan. Tre orë pas lindjes, fëmija vdiq.

Në autopsi (protokollit 391/1976) vemë re: lëkura cianotike me pika hemorragjike të shumta dhe të vogla. Sklerat subikterike, truri me konsistencë të qullët, substanca gri nuk dallohej nga alba. Korteksi me girusë dhe sulkusë të paformuar mirë.

Mushkeritë me ngjyrë vishnje të errët, konsistencë të shtuar në mënyrë të njëtrajtshme. Në pleurën viscerale kish pika hemorragjike të shumta. Në prerje, mushkëria gjithashtu kish ngjyrë vishnje të errët, në shtrydhje nxirrte gjak me pak shkumë si dhe tapëza të vogla të bardha në gri. **Bronket të lira me mukozë rozë.**

Zemra kish formë të rregulltë, epikardi i lëmuar i shkelqyeshëm me pika hemorragjike të shumta. Miokardi me ngjyrë kafe të zbehtë, konsistencë pak të ulur.

Mëlçia e zmadhuar (100 gr.) me ngjyrë kafe të errët, kapsula e lëmuar e shkelqyeshme. Në shtrydhje, nga sipërfaqja e prerë dilte gjak venoz në sasi të madhe.

Shpirtka e zmadhuar (15 gr.) me ngjyrë vishnje të errët, konsistencë të mirë.

Veshkat me sipërfaqe të lobular, në prerje shtrësat dalloheshin mirë, pelvisi i pastër. Ndrryshime të tjera makroskopike nuk u vunë re.

Në ekzaminimin histopatologjik u vunë re: veshkat kishin glomerule ende të paformuara mirë, sidomos ato subkapsulare, epifeli i tubulave kortëzë paraqiste distrofi granulare dhe vakuolare. Në shumë tubula, qelizat epitahale ishin shndërruar në qeliza të mëdha, me bërthamë vezake ose të rrumbullakët. Në bërthamë gjindej një okluzion i madh (rreth 8-10 mikron), shumë i ngjyruar, i cili kishte zënë pothuajse gjithë masën nukleare, vesse për rreth kish lënë një kurorë të shndritshme. Nga jashtë kurorës së shndritshme gjindej membrana e bërthamës mjaft e ngjyruar, sipërfaqja e brendshme e së cilës ishte e ashpër, për shkak të grumbullimit të mbeturinave të kromatinës. Bërthama e transformuar në këtë mënyrë kish marrë pamje të rrumbullakët ose vezake, ai me trikrom ngjyrohej në të kuqe, kurse reaksioni Feulgen ishte pozitiv (fig. 1). Citoplazma e këtyre qelizave ishte e bollshme me ngjyrë rozë. Në majën e qelizës shiheshin mjaft inkluzione (10 deri në 15) të vogla (1-2 mikron) të njëtrajtshme. Këto inkluzione ishin PAS pozitiv (fig. 2, 3). Në disa tubula, numri i qelizave, që kish pësuar ndryshime të tilla, ishte i madh, kurse në disa tubula të tjerë këtë ndryshim e kanë pësuar vetëm disa qeliza të veganta. Në mjaft tubula, qelizat ishin fare normale. Në hapësirën e tubulave shihej material rozë homogjen, në të cilin, duke shikuar me vëmëndje,

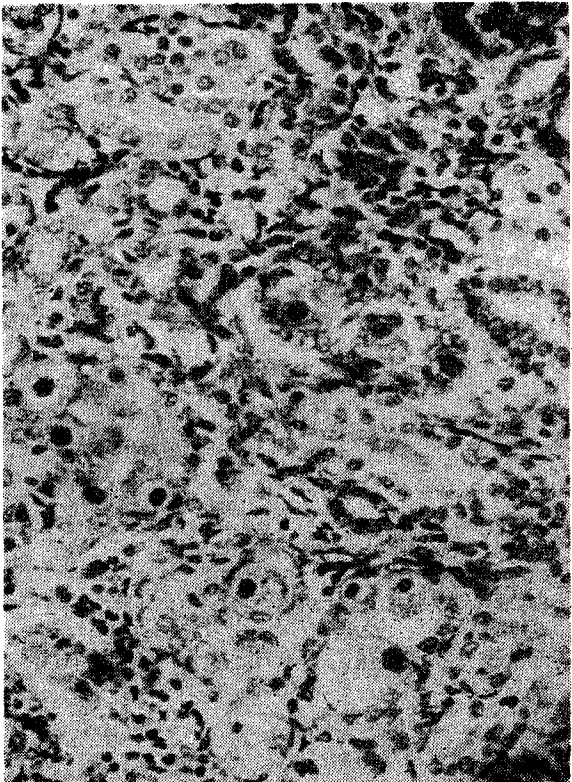


Foto 1 — Në epitelin e tubulave konforti të veshkave shihen shumë qeliza citomegalike, inkluzioni nukleare të cilave është Feulgen pozitiv (Ngjyruar me Feulgen).



Foto 2 — Në qelizat citomegalike dallohen inkluzionet nukleare dhe citoplazmike. Inkluzionet citoplazmike dallohen më qartë në majën e qelizave. Në interstitium shihen disa infiltrate inflamatore (Ngjyruar me PAS).



Fig. 3 — E njëjta pamje si në figurën 2, por zmadhim më i fuqishëm. (ngjyruar me PAS).

dalloheshin dhe disa kokrriza PAS pozitive me karakteristikat morfologjike të njëjta me inkluzionet citoplazmike. Në intensitëcinmet e vesnkave shihej hipereimi, vatra të vogla hemorragjike dhe disa infiltrate mononukleare, sidomos për rreth kanaleve, qelizat e të cilave kishin pësuar shndërrimet e lartpërmëndura (fig. 2).

Mëjçia me strukturë histologjike të rraujtur, qelizat e saj me distrofi granulare dhe vakuolare, enët sinusoidale të zgjeruara dhe të mbushura me gjak. Binin në sy shumë vatra të hematopoezës ekstramedulare. Në disa hapësira portale shiheshin infiltrate inflamatore dhe shtim të indit konjunktival. Në këto hapësira viheshin re disa qeliza epiteliale të kanalave biliare, që kishin pësuar shndërrim të njëjtë si në kanallet e veshkave (fig. 4).

Mushkëria me strukturë histologjike të ndryshuar. Shihej shumë eksudat në alveole dhe bronke të përbërë nga material eozinofilik lehtësisht PAS pozitiv, pa fibrinë dhe pa mikroorganizma, i cili përzhej me shumë leukocite dhe disa qeliza të deskamuara prej epitelit alveolar. Në alveole shiheshin dhe disa qeliza citomegalike si ato që u përshkruan në veshkë dhe mëlçij, disa prej tyre janë të degjeneruara. Shiheshin edhe disa qeliza të rralla skuamozë të aspiruara nga likuidi amniotik gjatë vetës intrauterine. Septat interalveolare ishin të trashura për shkak të edemës, hipereimisë dhe sidomos të infiltrateve mesatarisht të dendura, të përbëra nga mononuklearë. Këto infiltrate ishin më të dendura për rreth bronkeve (fig. 5 dhe 6). Pleura ishte edematoze, me pika hemorragjike dhe infiltrate mononukleare të pakta në shtresat e thella të saj. Miokardi paraqiste distrofi të lehtë të fibrave.



Foto nr. 4 — Në pjesën e sipërme shikojmë indin hepantik, kurse në pjesën e poshtme shihet një hapësirë portale me shumë infiltrate inflamatore dhe në kanalet biliarë gëliza citomegalike. (Ngjyruar me Hematoksilinë — Eozinë).



Foto nr. 5 — Pamje nga pneumonia citomegalike. Septet interalveolare janë të trashur, në to shihen shumë infiltrate inflamatore mononukleare, kurse alveolat janë të mbushura me eksudat. (Ngjyruar me hematoksilinë Eozinë).

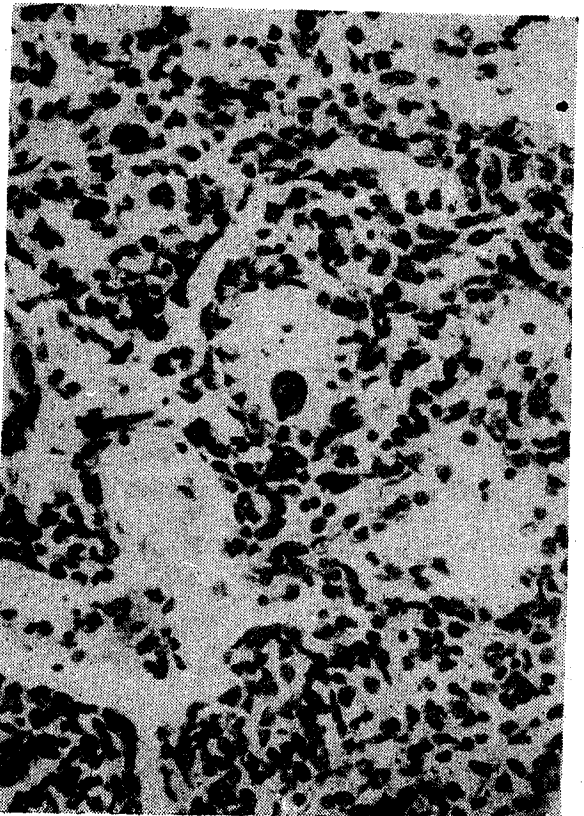


Foto 6 — E njëjta pamje si fig. 5, por zmadhim i fuqishëm. Në qendër dallohet një qelizë citomegallike. (Ngjyruara me hematoksilinë Eozinë).

Diagnoza anatomo-patologjike: *Cytomegalia (forma e gjeneralizuar), pneumonia cytomegalica, nephritis interstitialis, hepatitis interstitialis, hepatosplenomegalia, diathesis haemorrhagica (petechie, haemorrhagia punctiformis pleuralis et pericardialis), Prematuras gr. III.*

DISKUTIM

Rasti që përshkruajmë, është një fëmijë prematur, siç janë zakonisht fëmijët me citomegali. Sipas bibliografisë që kemi mundur të konsultojmë, në këto kushte, citomegalia takohet më shpesh (9).

Nga ana makroskopike binte në sy zmadhimi i mëqisë, ajo peshonte 100 gr. nga 59.8 gr. që duhet të ishte në një fëmijë me peshë 1300 gr. Më i shprehur ka qënë zmadhimi i shpëtkës, sepse ajo peshonte 15 gr. nga 3.4 gr. që duhej të ishte në rastin tonë. Pra, mëlçia ka qënë e zmadhuar rreth dy herë, kurse shpëtkë mbi katër herë. Sipas bibliografisë që kemi mundur të shfrytëzojmë, zmadhimi i mëqisë dhe i shpëtkës vihen re, jo gjithmonë, por shpesh në rastet me citomegali. Kështu ndër 23 raste me citomegali, disa autorë (10) kanë taktuar 17 herë zmadhimin e mëqisë dhe 10 herë atë të shpëtkës.

Një dukuri tjetër morfologjike, në rastin tonë, ka qënë diateza hemorragjike, që është shfaqur me pika hemorragjike në tëkurë, pleurë, epikard dhe në intersticiumet e veshkave. Të tre këta komponentë, të marrura së bashku (zmadhimi i mëqisë dhe i shpëtkës dhe diateza he-

morragjike) flasin për sëmundjen hemolitike të të porsalindurve. Në të vërtetë shpesh fëmijët me citomegali paragesin kuaderin shumë të ngjashëm me këtë sëmundje, prandaj duhen diferencuar prej saj. Për të bërë këtë diferencim në jemi bazuar në faktin se faktori Rh nuk ka qenë në gjatë; gjatë sëmundjes hemolitike ka diatezë hemorragjike, por zakonisht ajo nuk shfaqet në lëkurë, siç ka pasur në rastin tonë, kurse gjatë citomegalisë, hemorragjitë në lëkurë janë shpesh të pranishme. Vatrata e eritoblastozës (hematopoezës ekstramedulare) janë vënë re vetëm në mëlçi, që shpjegohen me prematuritetin e fëmijës dhe nuk janë gjetur në organet e tjera, ku duhej të ishin, në rast se kishim të bënim me sëmundje hemolitike. Iktteri gjendet si në sëmundjen hemolitike dhe në citomegali, por në të parën ai zakonisht është shumë i shprehur, kurse në citomegali më pak i shprehur. Në rastin tonë kemi pasur vetëm subikter. Macje në citomegali, iktteri mund të mungojë. Kështu p.sh. ndër 23 raste me citomegali disa autorë (10) kanë gjetur iktter vetëm në 6 raste. Megjithatë, vënia e diagnozës nuk do të ishte e mundur në mungesë të qelizave karakteristike, që u përshkruan më lart. Prandaj këto qeliza janë elemente morfologjik patognomonik për këtë sëmundje. Qeliza të tilla në kemi gjetur në kanalet e veshkave, kanalet biliare, alveolet pulmonare. Por organi ku këto qeliza gjenden më shpesh janë gjendrrat e pëstlymës, kurse në vend të dytë qëndrojnë veshkat.

Pas një kohe, qelizat citomegalike pësojnë ndryshime degjenerative dhe më në fund shkatërrohen. Për këtë arsye në faza të ndryshme të sëmundjes, numri i qelizave citomegalike, që gjelmenë, nuk është i njëjtë. Duke u shkatërruar qelizat shkaktojnë reaksion inflamator për rreth. Të tillë kemi pasur edhe në rastin tonë në veshka, mëlçi dhe mushkëri. Nga kjo kuptohet se në faza të herëshme të sëmundjes kemi shumë qeliza citomegalike, por pa reaksion inflamator. Në rastin tonë, pneumonia ka qenë mjaft e zhvilluar, ajo ka zotëruar kuadrin klinik të sëmundjes, sepse qysh në castet e para pas lindjes u shfaq detres (dramë) respirator, që erdhi duke u thelluar. Pneumonia kishte karakter intersticial, siç janë zakonisht pneumonitë citomegalike, por ajo kishte edhe një komponent të zhvilluar mirë të bronkopneumonisë, sepse në alveole dhe bronke u gjet shumë eksudat. Të përzjerë me eksudatin u gjenden edhe disa qeliza skuamozë të aspiruara prej lëngut amniotik, çka të bën të mendosh për një pneumoni aspirative, e cila i bashkëngjitet pneumonisë citomegalike (intersticiale).

Është e kuptueshme se pneumonia ishte kongjenitale për arsye se ajo ishte e zhvilluar mirë, në një gradë të tillë që për tre orë (aq sa jetoi fëmija) nuk mund të zhvillohej.

Dorëzuar në Redaksi më 15 dhjetor 1977

BIBLIOGRAFIA

- 1) Birnbaum G, Lynch JI, and coll. : Cytomegalovirus infections in newborn infants. *Pediatrics* 1969, 73, 789.
- 2) Birtl F. : Pneumonia citomegalike. *Patologija morfolojike*. Tiranë 1975.
- 3) Elchardus J.P., Laabrana B. et coll. : Localisation encéphalique de la maladie généralisée des inclusions cytomégalliques du nouveau-né. *Annales de Pédiatrie* 1971, Vol. 16, 390.

- 4) **Hanstaw J.R., Schultz F.W., and coll.** : Congenital cytomegalo-virus infection. In *trauterin infection*. North — Holland 1973, 23.
- 5) **Lebreuil G., Erry R., Sudan N.** : Endometrit a cytomegalovirus. *Archives d'Ana tomie Pathologiques* 1974, Vol. 21, 2, 155.
- 6) **Luthardt Th. and coll.** : Cytomegalievirus — infektionen bei kindermmi Butanstauschtransfusion in Neugeborenen. *Klin. Wschr.* 1971, 49, 21, 81.
- 7) **Payan H., Toga M., Lebreuil G. et coll.** : Lésion encéphaliques de la maladie cytomégalique à inclusion généralisée du nourrisson. *Annales de Pédiatrie* 1971 Vol. 19, 390.
- 8) **Subashi Sh.** : Pathologia perinatale. Citomegalia. *Tiranë* 1976, 110.
- 9) **Ter-Grigorova E.N.** : Rukovodstvo po patologiceskoj Anatomii. *Zabolevani detskovo vazrasta i novorozhdennij*, Moskva 1969, 395.
- 10) **Vassalla F. and Rossi E.** : Neonatal Hepatitis and cytomegalo-virus. *Am. J Diseases of Children* 1972, Vol 123, 4, 300.

Summary

GENERALIZED CYTOMEGALY IN A PREMATURELY BORN CHILD

A case is described of cytomegaly in a child born after 30 weeks of gestation, weighing 1300 g, female, which died 3 hours after birth. Typical cytomegalic cells were found in the kidney tubules, in the liver and the lungs. Clinically the case was similar to the haemolytic disease of the newborn, from which the author differentiates; it in his discussion of the case. The death was caused by a cytomegalic pneumonia.

Résumé

UN CAS DE CYTOMÉGALIE GÉNÉRALISÉE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ

L'auteur décrit un cas de cytomégalie chez un nouveau-né prématuré, né après 30 semaines de gestation, d'un poids de 1.300 g de sexe féminin, et qui est décédé trois heures après sa naissance. Les cellules typiques ont été observées dans les canaux rénaux, dans le foie et les poumons. Cliniquement ce cas était similaire à la maladie hémolytique des nouveau-nés dont l'auteur la différencie dans son exposé. Le décès était provoqué par une pneumonie cytomégalique.

NËJE RAST ME MENINGOENCEFALIT TUBERKULAR ME ICR NORMAL, FUNDUS OCULI NORMAL, I DIAGNOSTIKUAR ANATOMO-PATOLOGJIKISHT

— NASI BOZHËKU — GOJART ÇERGA —

(Katedra e sëmundjeve infektive, Katedra e Patologjisë së Përgjithshme)

Me meningjit tuberkular, ose më drejt me meningoencefalit tuberkular kuptojmë inflamacionin akut të shkaktuar nga bacili i tuberkulozitet në nivelin e meningjive, shtresave cerebrale superficiale dhe i plekseve koroidale. Rastet e kësaj sëmundje, që paraqiten me likuor cerebrospinal normal dhe me fundus të syrit normal janë shumë të rrallë. Per këtë arsye po paraqesim këtë rast të konstatuar në spitalin tonë.

PARAQITJA E RASTIT

I sëmundi Sh.S., vjeç 16, me kartelje klinike nr. 618, u shtrua në spitalin nr. 4 pranë shërbimit të neuroinfeksioneve më datë 25.III.1976, i dërguar për përcaktim diagnoze. Në klinikë të sëmundit iu vu diagnoza paraprake «encefalit». I sëmundi vdiq më 26.III.1976.

Më 15.III.1976 i sëmundi ishte shtruar në spitalin e Beratit. Në datën e shtrimit në këtë spital kishte ankuar për dhembje koke në regionin frontal, dhembje në regionin lumbar, adinami dhe pamundësi për të lëvizur. Ai paraqitej me gjendje stuporoze, rigiditet të gafës dhe me shenjë Brudzinski të sipërme pak pozitiv. Gjendja e nutritcionit e mirë. Nuk kishte defekuar prej tre ditësh. Kishte bradikardi, TA 85/55 mmHg. Në degjimin e zemrës dhe të mushkërive nuk paraqiste asgjë patologjike.

Familjarët referuan se sëmundja i kish filluar afërsisht 13 ditë më parë nga data e shtrimit, me dhembje koke e beli, ndërsa pas 9 ditësh, krahas dy ankësavë të mësipërme, pati të vjella (specifika e tyre nuk u referua). U trajtua ambulatorisht me bipenicillinë dhe vitaminoterapi për tre ditë. Megjithatë gjendja nuk u përmirësua, i sëmundi shtrihet në repartin infektiv për përcaktim diagnoze. Gjatë ditëve të mëpastajme, gjendja e të sëmundit shkonte duke u përmirësuar dhe vsheshin në dukje më tepër shenjat organike neurologjike. Në ditën e tretë të shtrimit u vu re plotozë e palpebrës së djathtë, parrezë faciale e maftë me hemiparezë të majtë. Më vonë, krahas simptomave të sipërmëndura, shfaqen edhe midriazë bilaterale, strabizëm divergjent bïateral.

Refleksët osteotendinozë në anësitë ishin të pranishme, matjas vlibej re hipotoni muskulare, ndërsa gjendja stuporoze u bë më e thellë. Pas 8 ditësh konstipacioni, i sëmundi defekon dhe urinon në shtat. Gjatë ditëve

të qëndrimit në spitalin e Beratit, i sëmurri ka pasur temperaturë me hopy 37.5 — 38.5° C.

Eksamini met plotësuese rezultuan: Liknodi cerebrospinal i bërë dy herë rresht më 15.III.1976 dhe 16.III.1976 rrodhi i pastër me presion të shtuar dhe nga ana laboratorike në të dy herët, rezultati ishte normal rjeta negativ.

Gjaku komplet: i bërë më datë 15.III.1976 paraqiste eritrosedimentin 41 mm/orë, leukocitet 11.200, Aritrocitet 4.150.000, formula pa ndryshim patologjike.

Më 23.III.1976 u përsërit analiza e gjakut, që rezultoi: eritrosediment 50 mm/orë, leukocitet 31.000, neutrofile 84⁰/₀. Gjatë gjithë kohës urinx komplet rezultoi pa elemente patologjike.

Azotemia dhe glicemia në kufijt e normës. Reaksioni Mantoux 1:1000 negativ. Radiografia e mushkërive negativ. Radiografi e kraniumit në dy projeksione, sinuseve dhe kolonës vertebrale pa leziona patologjike. Fundus i syrit, i përsëritur, paraqitej normal.

Në bazë të analizave, ekzaminimit neurologjik, ecurisë klinike dhe të dhënave laboratorike, i sëmurri paraqiste një patologji infeksioze të sistemit nervor qëndror, me mundësi për meningoencefalit, pa përjashtuar praninë e një procesi ekspansiv në trunkun cerebral. Gjatë ditëve të qëndrimit në spitalin e Beratit, i sëmurri u trajtua me tetran, eritromocin, ul-trakorten, penicilin kristalinë me perfuzion, vitaminoterapi etj. në 7 ditët e para. Në ditët në vazhdim u përdor vetëm kemicetin intravenoz dhe streptomichinë.

Më 25.III.1976 i sëmurri transferohet në spitalin nr. 4 të Tiranës, me gjendje të rëndë, me kaheksi të theksuar dhe komë e gradës së I — II. Mbante pozicion të detyruar në *decubitus dorsalis* dhe kthim të kokës dhathas me sytë të fiksuara në një pikë. Bente lëvizje kaotike. Babinski, lëvizje koreoatozozike dhe fashkullacione të shprehura muskulare, sidomos gjatë muskullit ilio-psaos. Kishte protozë të palpbrës së djathtë, pareza faciale dhe hemipareza e majtë persistonin. Konstatoheshin refleksë patologjike piramidale Babinski Garden — Refleksë arkaike (kortikobulbare), si: refleks i thithjes i grykës së ujkut, bulloku, Marhnescu Radoviç, refleksin e kapes, refleksët kutaneoabdominale ezarohen shpejt.

I sëmurri kishte shenja fizike meningale shumë diskrete, refleksët patelare nuk provokoheshin gjithashtu as ato akiliane.

Sistemi nervor vegetativ: kish djerse profuze, më të shprehura në ballë dhe dermografizëm të theksuar. Sfera cerebrale nuk mund të ekzaminohet.

Egzaminimet plotësuese më datë 25.III.1976 rezultuan: fundusi i syrit normal; gjaku komplet jepje ERS 45 mm/orë, leukocitet 23.700 (neutrofile 70⁰/₀), eritrocitet 4.770.000. Elektrolitet në gjak ishin në kufijt e normës. Fibrnogjeni 9160⁰/₀ (norma 200-500). Në sekrecionet e fytyrë rezultuan *candida albicans*. Në EKG kish të dhëna të dëshimta për miokardit. Në ekzaminimin e ORL nuk u gjetën fokuse.

EEG paraqiste: trase e shoqëruar me valë delta polimorfe hipersinkrone (1 — 1¹/₂ C/s); i intrikuar me valë delta të degraduara. Këto elemente vhen më në dukje në derivacionet e djathta.

Reaksioni i ndalesës dhe i intrerimit nuk mund të kryheshin. Në bazë të këtyre të dhënave u konkludua se këto lloje trasesh takohen në encefalit dhe gjendje komatoze.

Punksioni lumbar nuk u bë, sepse i sëmundi ishte në gjendje të rëndë dhe se punksionet e bëra në spitalin e Beratit kishin rezultuar normal. Diagnoza klinike: encefaliti me natyrë të papercaktuar. Më 26.III.976 i sëmundi vdiq nga insuficienca respiratore akute.

Nga autopsia me nr. protokoll 191 e datës 27.3.1976 rezultoi se pacienti paraqitej me nutritcion shumë të ulur, koka e rregulltë pa deformacione, krahavori simetrik, barku nën nivelin e krahavorit, anësitë e sipërme dhe të poshtëm pa deformacione.

Në hapjen e kokës binte në sy që duramater ishte e vendosur për së tepërmi dhe hiperemike. Në kavitetin pleural vëreheshin aderenca fibro-membranoze në të dy anët.

Ekzaminimi i organeve torakale (zemër, mushkëri, ezofag, larinxk e trake) nuk paraqisnin ndryshime makroskopike, me përjashtim të gjetjes së limfonudulave të hliuseve në të dy mushkëritë dhe atyre të bifurkacionit të zmadhuara për së tepërmi (sa një top pingpongut). Në prerje, këto limfonodula paraqiteshin si material homogjen me ngjyrë në gri të bardhë dhe fokuse kalcifikimi. Në të vëreshin fusha të zeza, që ishin depozitime të pigmentit antrakoitk.

Organet abdominale (mëlçej e zezë, veshka, shpretkë, zorrë) paraqiteshin pa ndryshime. Limfonodulat mezenteriale ishin të zmadhuara (sa një kokë fasule) dhe në prerje ishin me ngjyrë gri të bardhë (nekrozë kazeozë).

Ndryshimet morfologjike makroskopike më të rëndësishme i konstatuan në tru. Leptomeningjetet e pjesës bazale paraqiteshin njëjtë të trashura dhe me kokriza të shumta ngjyrë hiri të bardha. Hemisferat cerebrale ishin simetrike, giruset paraqiteshin të rafinuara. Leptomeningjet shumë hiperemike me vaza të zgjeruara të mbushura me gjak. Edhe në leptomeningjet e pjesës parietale vëreheshin granula të vogla me ngjyrë gri të bardhë. Në seksion vërehej se në zona të ndryshme të trurit (në nukleuset bazale dhe në ventrikujt) kish zbutje të materjes trunore. Zona të tilla të buta u vërejtën edhe në ponsin, ndërsa medula oblangata paraqitej pa ndryshime makroskopike.

Ekzaminimi histologjik: limfonodulat paraqiteshin me strukturë histologjike njëjtë të prishur. Fisha të gjera të saj paraqiteshin të zhdukura nga nekroza kazeoze dhe vetëm në periferi të limfonodullit kishte pak strukturë limfonodulare të ruajtur (fig. 1, 2). Rreth zonave të nekrozës kazeoze kish infiltrate elementesh rotundocelulare si dhe qeliza epiteloide me njëjtë qeliza gjigande të tipit Langhans.

Në seksione të ndryshme, truri paraqitej me strukturë histologjike njëjtë të prishur. Leptomeningjet të infiltruara dendësisht nga limfocite dhe pak leukocite (fig. 3). Në njëjtë fusha vëreheshin nekroza të karakterit kazeoz të rrethura nga elemente epiteloide dhe ku kish disa qeliza gjigande të tipit Langhans (fig. 4). Në njëjtë zona vëreheshin shkatërrim i materjes trunore nga infiltrimi i inflamacionit tuberkular.

Në bazë të këtyre ekzaminimeve u arrit në përfundimin se kishim të bënim me: limfadenit tuberkular kazeoz i hliuseve pulmonare, bifurkacion dhe atyre mezenteriale. Meningocelaliti tuberkular. Aderenca fibromembranoze pleurale bilaterale. Sufuzione hemorragjike subepikardiale. Venostazë akute të organeve.



Foto 1



Foto 2

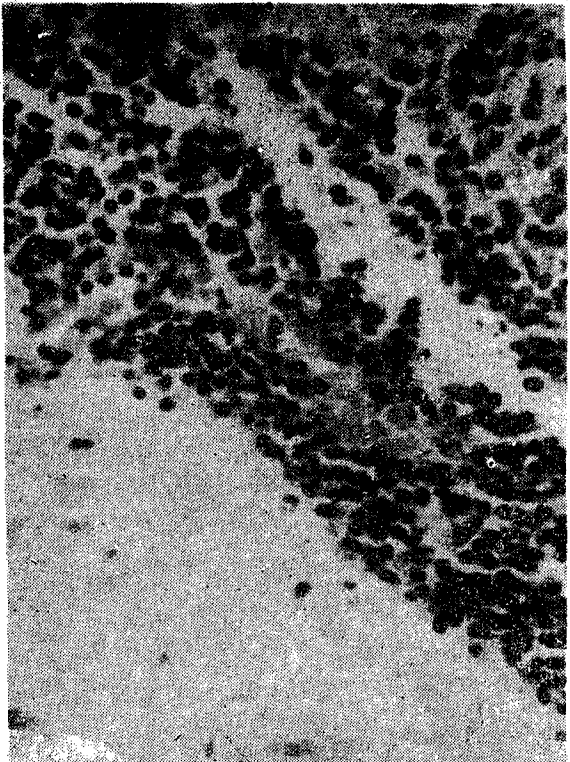


Foto 3

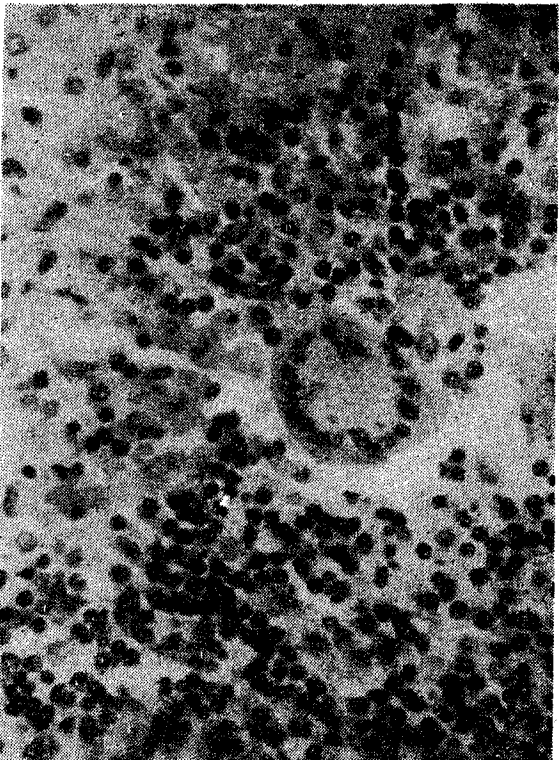


Foto 4

DISKUTIM

Lokalizimi i bacilit Koch në meningjet dhe në tru është pasojë një diseminimi hematogjen, që shfaqet ose gjatë tuberkulozit primar c në fazën përfundimtare të tij. Pas fiksimit në këtë vend të bacilëve t bakterialë, leziona encefalitike kanë hyrë në rrymën e gjakut. Lezion meningjeale vijnë si pasojë e depërtimeve të bacilëve të Kochut në LC qoftë në mënyrë të drejtpërdrejtë me rrugën e gjakut ose nëpërmjet sht rjes së lezioneve në fqinjësi, të cilët, nga ana e tyre, kanë edhe ato o gjinë hematogjene (1, 4).

Meningoencefaliti tuberkular shfaqet si pasojë e zhvillimit të një zioni tuberkular në një pjesë tjetër të organizmit dhe më shpesh adenoi tisë hiliare, siç rezultoi edhe në rastin tonë. Meningoencefaliti tuberku haset më shpesh në fëmijët dhe shkollarët e rritur, duke filluar më shpe në shtën e pranverës. Këto u konstatuan edhe tek i sëmurit ynë. Lezion ishin më tepër të shprehura në lobin frontal, me emboli në nivelin e v zave të vogla kortikale. Hipertensioni i LCR dhe zgjerimi i ventrikujve kushohet lezioneve në nivelin e pleksuseve koroidale (4), gjë që u vu edhe tek rasti ynë. Proza palpebrale dhe strabizmi, midriaza e pareza që drove janë pasojë e prkjes së araknoidës.

Ekzaminimi laboratorik i LCR është shumë i rëndësishëm dhe ve dimtar për diagnozën e meningoencefalitit tuberkular (3, 4). Megjitht ekziston një formë anatomo — klinike e veçantë, si kjo e të sëmurit to që një grup autorësh e kanë grupuar si një meningoencefalit të form atipike, që shoqërohet me aksidente neurologjike të ndryshme: me hemip gj dhe hemiparezë, me sindrom të trugut cerebral, me prkje të n vave të ndryshme kraniale, kriza konvulsivë, miokloni efi. (1, 2). Gjil këto gregullime mund të instaloen gradualisht si në rastin e të sëmu tonë ose në mënyrë më të shpejtë.

Në ekzaminimin e LCR, në këtë formë meningoencefaliti, nuk gjejej kurrë ulje të sasisë së glukozës ose të klorureve. Shpesh LCR paraçi krejtësisht normal. Shumë rralë mund të gjejmë një reaksion albumini citologjik shumë diskret (1, 3, 5).

Kuprimi i këtyre fakteve është mjaft i errët, sepse nuk kemi të dhë të mjaftueshme anatomike. Mund të bëhet fjalë për reaksione inflammat vaskulare ose perivaskulare, mekanizmin e të cilave e mbajnë me b alergjike.

KONKLUZIONE

1) Në planin praktik, për gjithë sindromet neurologjike atipike e cefalitike duhet të bëjmë kërkime në se mund të kemi të bëjmë naonjë vakt tuberkular.

2) Meningoencefaliti tuberkular i pamjekuar ka gjithmonë një zh ihm letal pas 21 ditësh të sëmundjes, sikurse ndodhi edhe tek i sëm ynë.

3) Leukocitoza me shmanjie nga e majta në kulmin e saj 31.000 r e neutrofile 84%, shkopiuj 10, limfocite 6 nuk janë karakteristike

afeksionin tuberkular. Sipas mendimit tonë, kjo shpjegohet nga infeksionet interkurrente sekondare, që kanë bazën e tyre për shpjegim konstitucionin për një kohë të gjatë më shumë se 8 ditë dhe po ashtu edhe retensionin urinar. Faktor tjetër është edhe disbakterioza e vërtetuar me gjejjen e *candida albicans* në sekrecionet nga gryka. Fillimi i marazmës, i cili përmbledh në vërejtje uljen e të gjitha forcave mbrojtëse të organizmit.

Dorëzuar në redaksi më 10 shkurt 1978

BIBLIOGRAFIA

- 1) Contamien F., Sabouraud O. : Tuberculose du systeme nerveux. Elements de neurologie pathologie. Paris 1970, Vol. II, 816.
- 2) Delay J., Verdeaux G. : Electroencephalographie clinique. Paris 1969, 159.
- 3) Kristo Th. : Ndryshimet e llikurit cerebrospinal në fëmijët me meningjit tuberkulare. Buletini i Uff — seria shkencat mjekësore 1974, 1, 155.
- 4) L'Hermite F. : Systeme nerveux et muscles. Paris 1975, 349.
- 5) Preza B. : Semiotika e sëmundjeve nervore. Tiranë 1964, 305.

Summary

A CASE OF TUBERCULAR MENINGO-ENCEPHALITIS WITH NORMAL CEREBROSPINAL FLUID AND NORMAL FUNDUS OCULI, DIAGNOSED DURING THE ANATOMOPATHOLOGICAL EXAMINATION

A case of tubercular meningo-encephalitis in a boy aged 16 is described from the clinical and morphological points of view. It is pointed out that despite the tubercular nature of the meningoccephalitis, the CSF and fundus oculi presented no pathologic changes. In similar cases the tubercular nature of the affection ought to be excluded by searching carefully for a primary tubercular focus.

The authors recommend that in cases of meningo-encephalitis, regardless of the existence or absence of a tubercular focus, when the usual antibacterial antibiotics give no effect, antitubercular drugs must be used.

Résumé

UN CAS DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE TUBERCULEUSE AVEC LE LCR NORMAL ET FUNDUS OCULI NORMAL, DIAGNOSTIQUÉ PENDANT L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les auteurs décrivent du point de vue clinique et morphologique un cas de méningo-encéphalite tuberculeuse chez un garçon de 16 ans. Ils relèvent que malgré la nature tuberculeuse de la méningo-encéphalite le LCR et le fundus oculi ne présentaient pas des modifications pathologiques. Dans ces cas il importe de considérer la nature tuberculeuse de l'affection, en recherchant soigneusement le foyer primaire tuberculeux.

Les auteurs recommandent d'employer dans les cas méningo-encéphalite, indépendamment de la présence d'un foyer tuberculeux ou en son absence, des médicaments antituberculeux quand les antibiotiques antibactériels habituels ne donnent pas les effets souhaités.

TRAPIMI I FRAKTURAVE TË NOFULLËS SË POSHTME ME PLAGE TË INFERTUARA TË FYTYRËS

— SELFO MATAJ —

(Klinika Stomatologjike — Kukës)

Problemi i dëmtimeve të skeletit të fytyrës dhe veganërisht të nollave me plagosje dhe infektim të indeve të buta të fytyrës paraget interes të veçantë në traumatologjinë të nollave dhe fytyrës, pasi këto lloj dëmtimesh jo vetëm rëndojnë gjendjen e përgjithshme të organizmit, por sjellin dhe çrregullime funksionale të aparatit përtypës (kapërdirjes, përtypjes, të folurit, frymëmarrjes si dhe prishjen e estetikës së fytyrës (2).

Shkraget e këtyre dëmtimeve maksillo-faciale janë të shumta, aksidentale në punë, aksidente rrugore (3, 4, 5, 6, 7). Kater rastet e paraqitura pranë kësaj klinike, që u bënë objekt të studimit tonë, kanë qenë: rëzim nga penna — dy raste, goditja nga kafsha — një rast dhe goditje me mjete carëse — një rast.

Në praktikën traumatologjike të nollave dhe fytyrës, rëndësi të veçantë duhet t'i kushtohet shërbimit të urgjencës mjekësore ndaj të dëmturit, pasi, po të nënvlefësohet kjo, shkakton ndërlikime të tilla si hemo-ragjia, asfiksia, shoku si dhe infeksionet e plagëve, që rrezikojnë jetën e të dëmtuarit (5, 6).

Kjo është e mundur të bëhet për faktin se shërbimi shëndetësor tani shtrihet në të gjitha skajet e vendit tonë, në ndërmarrje, zona e kooperativa bujqësore, prandaj dhe personeli mjekësor duhet të njihet edhe me këtë lloj urgjence për të parandaluar ndërlikimet e laripërëndura.

Për mjekimin e këtyre lloj frakturave (me shkepultje të indeve të buta të fytyrës dhe zbulim i fragmenteve të frakturuara kockore), siç do të përshkruajmë rastin e mëposhtëm, kemi zbatuar metodën kirurgjikale të osteosintezezës me tel çeliku të paoksidueshëm 0,5 mm diametër (1,5) si metodë më të preferuar.

Meqënëse të katër rastet e paraqitura pranë kësaj klinike kanë qenë të përfaqëta dhe metodika e mjekimit ka qenë e njëjllotë, mendojmë të përshkruajmë vetëm rastin më tipik dhe me një kuadër klinik më të rëndë.

P E R S H K R I M I I R A S T I T

I dëmtuari Z.M., vjeç 12, nga fshati Kostur i zonës së Hasit, u shtrua në klinikën tonë më 30.VIII.1972 me nr. kartele 514 me diagnozë pranimit: thyerje të trupit të nollës së poshtme në regjionin

plagë të shaktuar me mjete goditëse në regjionin e mjekrës, faqes dh buzëve të poshtme dhe të sipërme, me perforacion të orofarinksit dhe demtime të theksuara të dyshemisë së gojës.

Shkaku i dëmtimit ishte rrezim nga pema me lartësi 5 metra dh goditja e degës së prerë me majtë të mprehtë në regjionin submental gjat ushtrimit të presionit të trupit i të dëmtuarit në rrezim e sipër.

Në anamnezë, shoqëruesit referuan se nga që i aksidentuari ishte m plagosje shumë të rëndë, shpresat për mjekim ishin të pakta, prande dhe e lanë pas dorë kërkesën e ndihmës mjekësore. Por me këmbëngulje dhe interesimin e infermieres së fshatit, kur gjendja e të dëmtuarit u rën dua nga infeksioni, ditën e katërtë u kërkua ndihma mjekësore nga spitali i qytetit të Kukësit, ku dhe u trajtua i dëmtuari.

Në pamjen e jashtme u vërejt një dëmtim i theksuar i indeve të buta, shkolltje e tyre nga kocka e nofullës së poshtme në regjionin e mjekrës dhe nën trupin e nofullës së poshtme, me varje të tyre në këndin djathtë të gojës në një ind të butë të shëndoshë, afërsisht 2 cm. në trajt pendukuli (foto nr. 1). U vërejt gjithashtu një plagë prerëse e pjesës bu kale të majtë me humbje substance deri në afërsi të tragusit (foto nr. 1, 2. Gjithashtu shlieshin dhe dëmtime të mukozës së qiellzës së fortë, thyerj të dhëmbëve _____ 45 _____, si pasojë e vazhdimit të forcës goditëse t

degës pas dëmtimeve të para. Kishte dhe plagosje të tjera si të buzës s sipërme, të hundës etj., të cilat nuk paraqisnin rëndësi.

Gjithashtu shihet dhe mandibula e frakturuar me shkolltje të indeve të buta në të dy fragmentet e saj dhe dislokacioni i tyre (fragmenti djathtë poshtë, ndërsa i majti lart) si rezultat i tërheqjes muskulare (foto 1, 2, radiografia nr. 3 foto 4).



Foto 1

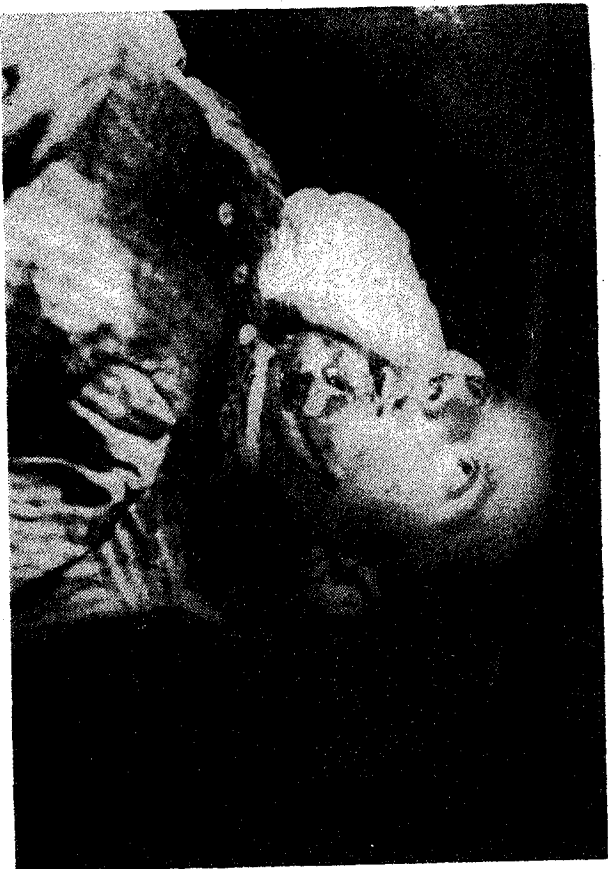


Foto 2



Foto 3

Plaga ishte e infektuar dhe me trupa të huaj si copa të grira duhar fije bari të thatë, që kishin përdorur familjarët për ndalimin e hemorragjisë.

Objektivisht, i dëmtuari dukej i lodhur, i zbehtë, me pagjumësi, r temperaturë 39,2° C, me cianozë të indeve të buta të shkëputura nga kock me pjesën nekrotike mbi plagë, sialore nëpërmjet ofarinksisit në drejtim të qafës, erë e keqe nga goja dhe plaga, edema në drejtim të parotidëve dhe në regjionin submandibular, me tension arterial 125/60 mmHg, pul 95 në minut, por me ndërgjegje të ruajtur.



Foto 4

Pas një ekzaminimi të hollësishtëm radiologjik të pjesëve të tjera të skeletit të fytyrës dhe të kokës, në konsultë me kirurgun dhe otojlatin, i morrën të gjitha masat për parandalimin e shockut. I sëmuri iu nënshtua përpunimit të plagës së infektuar sipas kriterëve të mjekimit. Menjëherë iu aplikua serum i antitetanik. Imobilizimi i frakturës u bë me metodën kirurgjikale me osteosintezë, për faktin se fragmentet kockore të frakturuarë ishin të zbuluara dhe nuk kishin nevojë për incizione të tjera nga ana e mjekut stomatolog. Ky imobilizim ishte më i lehtë edhe për të sëmurin sepse ndihmonte rivendosjen shumë më shpejt të funksionit për tytë.

Para filksimit të telave të gelikut të paoksidueshëm u vendos noftulla e poshtme në okluzion me atë të sipërme dhe, nën kontrollin e antibiotekëve lokalisht, u bë shtëngimi i suturave të telit. Më vonë u bë suturimin i indeve të buta të përpunara qysh më parë sipas topografisë së shtirtjeve të tyre.

Pas ndërhyrjes kirurgjikale, të sëmurit iu aplikuan antibiotikë, vitaminoterapi, sol. glukozë 5%, kardiotonikë etj. si dhe iu caktua dietë speciale e përshtatshme.

Mjekimi i të sëmurit vazhdoi 10 ditë, ku iu hoqën gëpjët e lëkurës Në ditën e 17 pas shtirtimit, i sëmuri dohi nga spitali me plagë të shëruar plotësisht, me okluzion normal dhe me një gjëndje të mirë shëndetësore pa humbje peshe (foto nr. 4).

Pas 8 muajve, të sëmurit iu bë rikontrolli radiologjikisht, ku shihej formimi i kallusit të mirë kockor, dmth konsolidimi i plotë i frakturës pa

lezione kockore për rreth telave të çelikut (radiografia nr. 5, Foto 5), me një gjëndje shumë të mirë shëndetësore dhe okluzion normal.



Foto 5

Duke përmblodhur rezultatet e këtyre katër rasteve, mund të konkludohet se osteosinteza është një nga metodat më të favorshme për konsolidimin e shpejtë të frakturës, pa prishur funksionin përtpës.

Dorëzuar në redaksi më 5 mars 1978.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Ajlani Xh.** : Frakturat e nofullave. Tiranë, 1974.
- 2) **Bilali A.** : Mjekimi i frakturave të mandibulës me metodën e osteosintezës në rrethin e Shkodrës. Shëndetësia popullore 1968, 3, 49.
- 3) **Dimitrijeva V. S.** : Perellomi gelustej vremen i in legentie 1966, 257, 358.
- 4) **Gjini S. Pojani Dh.** : Mbi disa aspekte të frakturave të nofullave. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1976, 3, 77.
- 5) **Kasapi I.** : Mbi dy raste frakturash nga armë zjarri. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1972, 2, 205.
- 6) **Pojani Dh. e bp.** : Kirurgjia stomatologjike. Tiranë 1971.
- 7) **Pojani Dh. Gjini S.** : Mjekimi kirurgjikal i frakturave të nofullës së poshtme. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1976, 2, 55.

Summary

TREATMENT OF FRACTURES OF THE LOWER JAW ASSOCIATED WITH INFECTED INJURIES OF THE FACE.

The treatment is described of 4 cases of fractures of the lower jaws associated with infected injuries of the soft tissues of the face.

In such cases the surgical intervention with osteosynthesis seems the most favorable treatment since it re-establishes the masticatory functions immediately after the operation, shortens the period of stay in hospital and is more convenient for the patient and the stomatologist.

Résumé

**TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE
ASSOCIÉES A DES PLAIES INFECTÉES DU VISAGE**

Il y est question de 4 cas de fractures à la mâchoire inférieure associées à de altérations infectées des tissus tendres du visage.

Dans ces cas, l'intervention chirurgicale par ostéo-synthèse semble le traitement le plus favorable, du fait qu'elle rétablit les fonctions masticatrices immédiatement après l'opération, diminue la durée de séjour à l'hôpital et est avantageuse tant pour le patient que pour le chirurgien dentiste.

RECENSIONE

RECENSIONI I LIBRIT

«EKINOKOKU I MUSHKËRIVE DHE DIAGNOZA DIFERENCIALE E TIJ ME FORMACIONET E TJERA TË RRUMBULLAKTA TË MUSHKËRIVE»

të autorit Doc. PETRIT SELENICA

Nuk është e largët dita kur ekinokoku nuk do të takohet më në praktikën tonë mjekësore, kur ai do të jetë një «kuriozitet klinik». Ky fenomen kësaj here është vënë re nga një rentgenolog. Atëherë, në goftë se numri i formacioneve rrumbullake në mushkëri arrin vërtet 100, i pari që do të ndahet prej nesh ndoshta do të jetë ekinokoku dhe do të ngelen 99!...

Karakterin historik të kësaj sëmundjeje ia ka imponuar vetë realiteti ynë. Si sistemi më i përparuar ekonomik-shoqëror, socializmi krijoi ato premisa që shënuan uljen e pashmangshme dhe zhdukjen gradualë të kësaj sëmundjeje si dhe të shumë sëmundjeve të tjera në vendin tonë, pasojë e varfërisë dhe e prapambetjes së madhe nga regjimet antipopullore të para Çlirimit, pjellë e të cilave kanë qënë edhe ato.

Por kjo nuk do të thotë aspak se lufta kundër kësaj sëmundjeje dhe studimi i mëtejshëm i saj nuk janë më në rend të ditës. Përkundrazi deri atëherë do të na duhet edhe shumë punë. Fitorja përfundimtare nuk arrihet menjëherë dhe lehtë-lehtë. Dhe me të drejtë, që në hyrje të librit, autori na tërheq vëmendjen se «ekinokoku zë një nga vendet e para midis sëmundjeve kirurgjikale të mushkërive... se ai përbën akoma një kapitull me shumë të panjohura... Prandaj studimi i gjithanshëm i kësaj sëmundjeje përbën një problem me rëndësi për mjekësinë tonë. Në këtë drejtim një ndihmë të madhe mund të japë ekzaminiimi rentgenologjik, që është një nga metodat kryesore për zbulimin e hershëm të kësaj sëmundjeje».

Ky studim, pavarësisht se është pa bashkëautorë, është kontribut dhe mburje për të gjithë kolektivin, në gjirin e të cilit autori ushtron aktivitetin. Në të rrezatohen sukseset e shërbimit rentgenologjik mjekësor; ndjehet tendencioziteti jo vetëm diagnostik, por edhe kurativoprofilaktik që do ta shpejtojmë procesin e zhdukjes së sëmundjes në fjalë.

Libri përbëhet nga 170 faqe, i ndarë në pesë kapituj dhe nga një material i pasur figurativ e bibliografik.

Në kapitullin e parë, autori përshkruan metodikën e punës, bazuar në studimin e 617 të sëmurëve me lokalizime të ndryshme të ekinokokut të shtruar në spitalin nr. 1 dhe nr. 2 të Tiranës, gjatë

një periudha 25 vjeçare, prej të cilëve 400 (64,6%) kanë qënë me loka zim pulmonar.

Në shumicën e rasteve, autori ka mundur të vendosë diagnozi e drejtë duke përdorur radioskopinë, radiografinë, tomografinë dhe bronkografinë në varësi nga gjëndja e kistës dhe ndërlitimit e së Këtu ai përmënd shkurtimisht këto metoda, duke u ndaluar më gjatë në përshkrimin e bronkografisë, me të cilin mbyll edhe kapitullin.

Në kapitullin e dytë shfaqelohen të dhënat statistike të autor për ekinokokun e mushkërive. Në fillim jepen disa të dhëna të shkurtra mbi historikun e sëmundjes, tipat e njohur të tij, ndërtimin e parazitit, mekanizmin e përhapjes së vezëve dhe zhvillimin e sëmundjës në organe.

Veganërisht për këtë kapitull autori le të kuptosh se ka shfrytëzuar me kujdes të gjitha burimet e literaturës sonë dhe të huaj, duke nxjerrë të dhëna statistike interesante dhe bindëse mbi përhapjen sëmundjes në periudha dhe krahasa të ndryshme të vendit tonë, moshën e të sëmurëve, gjininë dhe lokalizimin e ekinokokut në muskleri. Lexuesi këtu mëson shifra të tilla të sëmurësh me ekinokok pë vendin tonë, që janë nga më të ultat, jo vetëm nga të gjithë vendet fqinjtë të Ballkanit, por edhe në të gjithë pellgun e Mesdheut.

Kjo ulje e rasteve me ekinokok, që vihet në dukje në të gjitha punimet e botuara në këto vitet e fundit, flet gartë për atë që tham në fillim, për rezultatet e mira që kanë arritur organet dhe puncnjestit e shëndetësisë në parandalimin, zbulimin dhe shërimin e kësë sëmundje.

Një nga kapitujt më të gjërë të librit është kapitulli i tretë. N mënyrë të hollësishme autori përshkruan ndryshimet rentgenologjik në ekinokokun e mushkërive. Në kapitujt e parë, ai na njeën me shumë të dhëna për sëmundjen, duke e parë organizmin e njeriut të lidhur ngushtë me kushtet historiko-shoqërore dhe ato të mjedisit të jashtëm dhe kjo ishte e domosdoshme të bëhet. Kurse tani, duke filluar nga kapitulli, ai studjon konkretisht ndryshimet rentgenologjike në ekinokokun e mushkërive, lidhjet e ngushta që krijohen midis kistës dhe organeve. Duke i parë gjërat në ecurinë e tyre, në ndërtim dhe funksion, autori u jep ndryshimeve në organ po atë rëndësi që u jep edhe ndryshimeve të vetë kistës.

Këtu, sipas materialit që studjon, autori na bën të ditur me të gjitha ato aspekte e karakteristika rentgenologjike të një kisteje ekinokoku apo terrenit ku zhvillohet, aq të rëndësishme për dhënien e diagnozës; se çfarë e dallon dhe çka ajo të përbashkët me formacionet e tjera të ngjashme. Ky kapitull mbyllet me ndërlitimet e kistës së mushkërive në organet fqinjtë ose në distancë, duke dhënë të ashtuqajturin ekinokok sekondar.

Në kapitullin e katërtë ekspozohen ndryshimet bronkografike në ekinokokun e mushkërive. Këtë metodë autori e ka përdorur kryesisht në kistet e zbrazura, të ndërlitkuara apo me aspekt rentgenologjik atipik, ku radiografia e drejtëpërdrejtë dhe tomografia nuk mjaftojnë për përaktimin e sigurtë të diagnozës. Këtu del rëndësia e kësaj metode për të vënë në dukje ndryshimet në morfologjinë dhe topografinë e bronkeve në nivel të kistës dhe në afërsi të saj, si dhe ndryshimet brënda vetë kistës, që kanë një rëndësi të madhe praktike për

diagnozën diferenciale rentgenologjike me formacionet e tjera rumbullake të mushkërive.

Pa dyshim që kapitulli më i rëndësishëm dhe më i vështirë i librit është i pesti : diagnoza diferenciale rentgenologjike e ekinokokut me formacionet e tjera rumbullake të mushkërive. Ky kapitull, si të thuash, vjen vetëvetiu si një rrjedhim llogjik i problemit, i parapërgatitur nga të gjithë kapitujt e tjerë, sidomos i tretë dhe i katërti.

Sic e thotë dhe autori, diagnoza diferenciale e formacioneve rumbullake të mushkërive përbën një nga kapitujt më të vështirë të rentgenologjisë, për faktin se jo vetëm që në kohën e sotme në këto formacione përfshihen shumë nozologji të veçanta, por edhe sepse në këtë drejtim pak ndihmojnë edhe të dhënat e tjera, si anamneza, kllonika, laboratori etj. Duke qënë i ndërgjegjshëm për këto vështirësi, autori gysht në fillim e shtron qartë dhe drejt problemin: qëllimi është që sa të jetë e mundur të përcaktohet natyra dhe të vihet sa më herët diagnoza e formacioneve rumbullake në mushkëri, me të cilin është e lidhur ngushtë edhe zhvillimi i kirurgjisë torakale, sidomos për-
sa u përket tumoreve malinje.

Gjatë periudhës 25 vjeçare autori i rezultojnë të jenë shtruar 618 të sëmurë me formacione rumbullake në mushkëri, prej të cilëve: 400 me ekinokok, 161 formacione malinje, 36 formacione specifike ose jo dhe 21 formacione beninjë. Këtë shifër të lartë me ekinokok në dy dekadat e para pas Çlirimt, autori e shpjegon me krijimin e të gjitha kushteve dhe me marrjen e të gjitha masave nga ana e Partisë dhe Pushtetit, si dhe me punën e mirë të punonjësve të shëndetësisë të palodhur për zbulimin dhe operimin e të sëmurëve me ekinokok të mushkërive, të trashëguar nga e kaluara. Por sic vihet në dukje në kapitullin e dytë, në pesëvjeçarin e fundit, 1970-1974, numri i rastëve me ekinokok është pakësuar shumë, më se katër herë dhe po shkon drejt zhdukjes.

Më tej në këtë kapitull, në bazë të ndarjes së materialit, autori ndalet më hollësisht në diagnozën diferenciale midis ekinokokut dhe disa nga formacionet më të shpeshta rumbullake të mushkërive, si me kancerin periferik, sarkomën primare, metastazat solitare, me disa nga tumoret beinjë dhe tuberkulozën, me të cilën mbyll kapitullin dhe gjithë librin.

Në fund janë reshtuar sipas alfabetit të 219 autorët e literaturës së konsultuar.

Të pesë kapitujt e librit janë pjesët e një të tërë, të lidhur e të shkrirë organikisht me njëri tjetrin: i pari përgatit terrenin dhe nënkupton një tjetër dhe të gjithë së bashku shfajellojnë temën. Këtu nuk konstatojmë një farë ndarje apo mbyllje në vetëvele të kapitujve sic ndodh në ndonjë monografi të ndonjë autori tjetër.

Autori është përpjekur dhe ka gjetur hallka lidhjeje në mes të anës historike, kliniko-statistikore dhe problemave rentgenologjike të sëmundjes, pa rënë në profesionalizëm të ngushtë.

Gërshejmi i lëndës me të dhënat e literaturës është dhënë me mjeshtri. Autori nuk bën polemikë të mërzitshme, duke cituar emra e të thëna autorësh pa fund. Ai vërtet pohon, por kur vjen puna mban edhe qëndrim dhe vendos kriteret e veta në studim.

Kjo ia rrit edhe më tepër vlerën veprës dhe i jep karakter krijues

dhe origjinal. Në libër përshkrimi rentgenologjik del se është bërë pas idesë e konceptit tredimensional të pamjes e jo në mushkërin shtampë.

Në shqyrtimin e lëndës autori ka përdorur për ilustrim edhe n material të bollshëm figurativ me pothuajse aq figura dhe pasqyra e dhe faqe. Figurat janë të pastra, të garta, me ndonjë përjashtim si figura 10b, 28, 33b, 124, 130. Mendojmë se figurat dhe shëmbujt që sillen për ilustrim mund të ishin më të pakta. Sigurisht autori ësl të nisur nga qëllime për ta konkretizuar, për ta bërë sa më të qar dhe më bindës atë që ka dashur të thotë dhe ato janë padyshiti plotësisht në funksion të lëndës. Mirëpo në atë masë na duket sikur ver de-vende e bëjnë monoton dhe e rëndojnë librin. Kishite mundësi c disa të mënjanoheshin duke mos i përsëritur për të njëjtin problem apo aspekte të vecanta. Mund të shfrytëzohet edhe tregimi retrospektiv i tyre. Po ashtu e tepërt na duket edhe përsëritja e protokolleve i ekzaminimeve rentgenologjike edhe në tekst edhe në fund të figurave plus që figurat flasin edhe vetë!

Por pavarësisht nga këto të meta anësore, libri përmban vlera t mëdha. Ai është një kontribut tjetër i autorit në mendimin dhe prak tikën tonë mjekësore në fushën e rentgendiagnostikës. Aty lexues nëson jo vetëm nga tema, por edhe nga vetë autori si vrojues, spe cialist e metodist.

Migo Piaku

Shënim: Në nr. 4 të vitit 1978 fq. 83 në rjeshtin e 7-të të anglishtes ti lexohet: on 1y 68 cases; dhe në rjeshtin e 8 të frëngjishtes të lexohet que 68 cas de cette tumeur....

Rekomandime për autorët

1) Mbi përmbajtjen dhe paraqitjen e artikullit

a) Titulli i artikullit duhet të jetë i shkurtër, nën titullin duhet të vihet emri i autorit dhe nën këtë, qendra e punës ose katedra.

b) Artikulli duhet të fillojë me një hyrje të shkurtër nga literatura e autorëve të vendit ose të huaj, që nuk duhet të kalojë një faqe, pastaj vazhdon me ekspozimin e materialit, ose metodikave të përdorura, me paraqitjen e rezultateve dhe me diskutimin e tyre, duke bërë krahasime, në rast se janë të nevojshme, me rezultatet e autorëve të tjerë, madje dhe duke mbajtur qëndrim kritik. Në fund të artikullit vihen konkluzionet, në rast se ka, që dalin si rezultat logjik i punës origjinale.

c) Bashkë me artikullin, autori duhet të dërgojë një përmbledhje të lëndës së trajtuar (rreth 15-20 reshta), që i nevojitet redaksisë për ta përkthyer në anglisht e frëngjisht. Në këtë përmbledhje të dalë thelbi i artikullit, ajo që i intereson të dijë lexuesi i huaj.

g) Artikulli duhet të jetë i redaktuar nga ana gjuhësore, të mos përdoren fjale të huaja. Atje ku ka mundësi, autori të shpëtojë terminologjinë teknike. Fjalët latine të shkruhen origjinale dhe të nënvizuara.

d) Artikulli duhet të dërgohet në redaksi i daktilografuar në tri kopje, i shkruar vetëm nga njëra anë me spacio të gjërë (32 reshta faqja). Artikulli mund të ilustrhet me jo më shumë se 4-6 foto. Diagramat duhet të dërgohen të vizatuara me bojë kine të zezë në letër transparente.

dh) Artikulli duhet të shogërohet me një shkresë, me anën e së cilës, drejtuesi i qendrës së punës, apo përgjegjësi i katedrës aprovon botimin e artikullit.

2) **Mbi bibliografinë.** — Redaksia nuk pranon asnjë artikull pa citimin e plotë të literaturës dokumentuese. Në bibliografi të vihen autorë shqiptarë; të huajt të vihen ata me kryesorët. Në brendi të artikullit, literatura shënohet me numra, të cilët i referohen bibliografisë, që vihet në fund të artikullit me këto të dhëna:

a) **Për traktate dhe monografi** shënohet mbiemri dhe gjërma fillestare e emrit të autorit, duke i renditur sipas alfabetit të mbiemrit, titulli i veprës në gjuhën origjinale, vendi i botimit, viti i botimit dhe numri i faqes.

b) **Për literaturën periodike** shënohet mbiemri dhe gjërma fillestare e emrit të autorit, titulli i artikullit (në gjuhën origjinale), emri i plotë i revistës, viti, numri dhe faqja.

c) **Për autorët që përmenden në artikujt, të cilët autori i artikullit nuk i ka marrë drejtpërdrejt nga origjinali, por nga burime të tjera, nuk është nevoja e shënimit të tyre në bibliografi, por në brendi të artikullit të shënohet se nga kush citohet nga njëri nga ata që janë shënuar në bibliografi.**

3) **Mbi disa të drejta të Redaksisë.** — Redaksia i rezervon vetes të drejtën e redaktimit dhe korektimit nga ana gjuhësore dhe terminologjike, pa qenë nevoja e marrjes së pëiqimit të autorit, të drejtën e përcaktimit të radhës së botimit si dhe rregullimin përfundimtar të artikullit për botim.

4) **Shënimi:** Artikujt që nuk respektojnë kërkesat e mësipërme u kthehen autorëve për plotësim pa u marrë në shqyrtim nga ana e Redaksisë.

Redaksia

PËRMBAJTJA

Fa

- Redaksia:** Të vënë në jetë detyrat që na shtron Partia dhe shoku Enver për thellimin e revolucionit tekniko — shkencor në fushën e përgatitjes së kuadrove mjekësore dhe të rritjes së cilësive së shërbimit shëndetësor 10
- Ciril Pistoli, Hamza Memi, Skënder Skënderi e bp.:** Dinamika e zhvillimit fizik të nxënësve të qytetit të Tiranës në vitet 1974-1975 në krahasim me vitet 1967-1968..... 11
- Hektor Çogoli:** Karakteristika të adenopatisë trakeobronkiale tuberkulare të rinjve dhe të riturit 12
- Dhimitra Lira, Nikoleta Papaorgji:** Okluzioni i thellë dhe mjekimi i tij 13
- Muzafër Janina:** Ndryshimet elektrike në zemër nën veprimin e lëndëve psikotrope 14
- Andrea Aroni:** Analiza e rasteve tona me morbus Coats 15
- Mantho Nakupi, Liri Kasa:** Prova e neutralizimit alkalim (PNA) dhe prova e rezistencës alkaline (PRA) në lëkurë 16
- Siri Leskoviku:** Përcaktimi i proteinave totale me mikrometodë në gjakun kapilar 17

HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

- Hulo Hajdari, Jolanda Koci, Ruzhdiqe Balla:** Kontribut në studimin e së ashtuquajturës «diferi në të vaksinuar» 8
- Gago Dishnica, Jul Bushati, Gjergj Gjura, Arjan Turdu:** Studim statistikor i ndikimit të disa faktorëve në ecurinë e tuberkulozit pulmonar të shkaktuar nga mikrobe me rezistencë primare ndaj antibakte-mialeve 8
- K U M T E S A**
- Shyqyri Subashi:** Chomogalia e gjeneralizuar tek një i porsalindur prematur 9
- Nasi Bozheku, Gogart Cerga:** Një rast me meningoccefalit tuberkular me ICR normal, fundus oculi normal, i diagnostikuar anatomo-patologjikisht 10
- Sejfo Malaj:** Trajtimi i frakturave të nofultës së poshtme me plagë të infektuara të fytyrës 11:

RECENSIONE

- Migo Plaku:** Recension i librit: Ekinokoku i mushkërive dhe diagnoza diferen-ciale e tij me formacionet e tjera të rumbullakta të mushkërive 121

CONTENTS

	Page
Redactorial : To put into effect the tasks set by the Party and comrade Enver Hoxha for the intensification of the technico-scientific revolution in training medical cadres and in raising the standard of the medical service.....	3
Gjiri Pistoli, Hamza Memi, Skënder Skënderi and coll. : Dynamics of the physical development of the students of Tirana in the year 1974-75 and compared with the year 1957-58.....	11
Hektor Çocoll : Characteristics of tubercular tracheo-bronchial adenopathy in young people and in adults.....	25
Dhimitra Lira, Nikoleta Papaqorgji : Deep occlusion of the teeth and its treatment.....	39
Muzafer Janina : Electrical changes in the heart under the action of psychotropic substances.....	47
Andrea Aroni : An analysis of our cases of morbus Coats.....	57
Mantho Nakuçi, Liri Kasa : The alkaline neutralization and the alkaline resistance skin tests.....	63
Siri Leskoviku : A micromethod for the determination of total proteins in capillary blood.....	71

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

Holo Hajdari, Jolanda Koei, Ruzhdiqe Balla : A contribution to the study of the so called «diphtheria in vaccinated subjects».....	81
Gago Dishnica, Jul Bushati, Gjergji Gjura, Artan Turdu : A statistical study of the influence of certain factors on the course of tuberculosis caused by bacilli with primary resistance to antibacterial drugs.....	89

COMMUNICATIONS

Shygyri Subashi : Generalized cytomegaly in a prematurely born child.....	99
Nasi Bozhniku, Gofart Gerga : A case of tubercular meningoencephalitis with normal cerebrospinal fluid and normal fundus oculi diagnosed during the anatomopathological examination.....	107
Sejfo Mataf : Treatment of fractures of the lower jaw associated with infected injuries of the face.....	115

RECESSIONS

Migo Plaku : Recension of the book: «Ekinokoku i mushkërive dhe diagnoza diferenciale e tij me formacionet e tjera të rumbullakta të mushkërive.....	121
---	-----

SOMMAIRE

Pa

- Redactorial :** Mettons en oeuvre les tâches que nous posent le Parti et le camarade Enver Hoxha pour l'approfondissement de la révolution technique et scientifique dans le domaine de la préparation des cadres médicaux et de l'amélioration de la qualité du service médicale
- Ciril Pistoli, Hamza Memli Skënderi et coll. :** La dynamique du développement physique des élèves de la ville de Tirana en 1974-1975 par rapport à 1957-1958
- Hektor Çopoli :** Caractéristiques des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses chez les jeunes et les adultes
- Dhimitra Lira, Nîkoleta Papaqorgji :** L'occlusion profonde de la dent et son traitement
- Muzafër Janina :** Modifications électriques dans le coeur sous l'action des substances psychotropiques
- Andrea Aroni :** Analyse de nos cas de maladie de Coats
- Mantho Nakuqi, Liri Kasa :** Les tests cutanés de neutralisation alcaline et de résistance alcaline
- Siri Leskoviku :** Une micro-méthode pour la détermination des protéines dans le sang capillaire

HIGIENE ET EPIDEMIOLOGIE

- Hulo Hajdëri, Jolanda Koci, Ruzhdije Balla :** Contribution à l'étude de la «diphthérie chez les sujets vaccinés»
- Gago Dishnica, Jul Bushati, Gjergj Gjura, Arjan Turdin :** Etude statistique de l'influence de quelques facteurs dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire causée par les bacilles avec résistance primaire aux antibacillaires

COMMUNICATIONS

- Shyqyri Subashi :** Un cas de cytomégalie généralisée chez un nouveau-né prématuré
- Nasi Bozhniku, Gajdar Cerga :** Un cas méningo-encéphalite tuberculeuse avec le LRC normale et fundus oculi normal, diagnostiqué pendant l'examen anatomo-pathologique
- Sejfo Mataj :** Traitement des fractures de la mâchoire inférieure associées à des plates infectées du visage

RECENSIONS

- Migo Plaku :** Recension du livre: «Ekinokoku i mushkërive dhe diagnoza diferenciale e tij me formacionet e tjera të rumbullakta të mushkërive»

121