

## PËRPARIMI I VENDIT ËSHTË I PANDARË NGA ZHVILLIMI I SHKENCËS DHE I TEKNIKËS

FJALIA E SHOKUT ENVER HOXHA NË MBLEDHJEN E PLENUMIT  
TË 8-tË TË KOMITETIT QENDROK TË PPSH

*Analiza dhe diskutimi i problemeve të shkencës në këtë Plenum të Komitetit Qendror të Partisë ishin të domosdoshme dhe të dobishme.*

*Vendi ynë ka arritur tani në një stad të përparuar zhvillimi ekonomik-shoqëror, në të cilin veprimtaria kërkimore-shkencore, krijuese e transformuese ka pasur dhe ka rolin e vendin e vet mjaft të rëndësishëm, por që duhet punuar për ta ngritur në një nivel edhe më të lartë sasior e cilësor, me qëllim që të kontribuojë më shumë e më efektivisht në tërë këtë zhvillim.*

*Atdheu ynë është i vetmi vend që po ndërton me sukses shoqërinë e vërtetë socialiste në kushte të vëgëna historike, i rrethuar nga bota kapitalisto-revizioniste dhe pa marrë asnjë ndihmë ekonomike apo kredi nga jashtë. Kjo nuk ndodh jo vetëm me shpesh të vogla, por as me shtete të mëdha, të cilat, si kapitaliste e revizioniste që janë, edhe shkencën e teknikën i përdorin për të shtypur e për të shfrytëzuar masat e gjera punonjëse, për të realizuar synimet e tyre grabitqare imperialiste.*

*Vendi ynë sot ndodhet, gjithashtu, përpara detyrave madhështore që shtrojnë plani i shtatë pesëvjeçar që jemi duke hartuar dhe që do ta zbatojmë tërësisht me forcat tona. Janë pikërisht këto rrethana kryesore që e bëjnë Byronë Politike të vendoste për t'i diskutuar posaçërisht në këtë mbledhje të Komitetit Qendror problemet e shkencës e të punës kërkimore-shkencore, me synim që shkencën dhe përparimin teknik t'i vëmë më mirë në shërbim të zhvillimit aktual e perspektiv të vendit, për zhvillimin e ekonomisë, edukimin e njeriut të ri dhe forcimin e mbrojtjes së atdheut.*

*Në raportin e Byrosë Politike për punën kërkimore-shkencore, punëqitur nga shoku Ramiz, çështjet janë shtruar drejt e në mënyrë të sinqertizuar. Në të jepen vija të drejtimet kryesore të programit të punës shkencore. Çdo çështje që trajton raporti, shtrojnë një problem, jep një orientim, ose përcakton një objektivi që duhet arritur. Kjo është e rëndësishme për të drejtuar më mirë e për ta çuar më përpara tërë veprimtarinë kërkimore-shkencore. Diskutimet e shokëve që morën fjalën e plotësisht me tej kuadrin e problemit, duke na vënë më mirë në dijeni mbi situatën e zhvillimit të shkencave të ne deri në ditët e sotme. Kjo është e domosdoshme të dihet saktë nga ne, por edhe nga të gjithë punonjësit, që me punën e tyre kontribuojnë për përparimin, shkencor e teknik.*

Si në çdo punë, përpura se të thuash ku do të arrish dhe ç'detyrë do të caktosh, duhet të dish e të njohësh mirë gjendjen ekzistuese nga niseh, duke e parë atë nga të gjitha anët. Kështu qendron qëshija edhe në shkencë. Në rast se themi që duam të arrijmë këtu ose ata objektiva, të bëjmë këtë ose atë hap në shkencë të ndryshme e në prodhim, duhet të dimë mirë gjendjen ekzistuese të nivelit të shkencës e të zbatimit të saj në prodhim. Gjithashtu, në goftë se themi që studimet dhe kërkimet shkencore duhet të parraprijnë çdo punë dhe t'i hapin rrugën e perspektivën prodhimit, atëherë duhet të dimë deri në çfarë shkalle është realizuar kjo në praktikë.

Këtu e kam fjalën që, ashtu siç u veprua në këtë Plenum, por më shumë kur këto materiale të punohen në organet e institucioneve qendrore, në rrethe e në bazë, është e kështillueshme të bëhet një analizë e thellë e sukseseve, e të metave dhe e boshllëqeve, të shikohet si janë zhvilluar te ne disiplinat e ndryshme shkencore, në ç'nivel ka arritur puna kërkimore-shkencore e novatore, ç'ka penguar e çfarë pengon për të ecur edhe më përpara, ç'masa konkrete duhet të merren e të zbatohen për këtë qëllim në të ardhmen.

Partia jonë u ka kushtuar dhe do t'u kushtojë një rëndësi të madhe shkencës dhe përpunimit shkencor e teknik në vendin tonë, sepse zhvillimi i tyre ka qenë dhe është i pandarë nga nevojat e jetës sonë shoqërore socialiste. Për Partinë dhe shtetin tonë shkencë dhe përpunimi teknik-shkencor nuk kanë qenë dhe nuk janë asnjëherë qëllim në vetvete. Shkencë dhe teknika kanë ecur përpara dhe janë zhvilluar në shërbim të drejtpërdrejtë të nevojave të prodhimit e të jetës shoqërore, ashtu sikurse këto nga ana e tyre kanë qenë dhe janë faktorë nxitës të përhapjes së tyre vetë zhvillimin e shkencës dhe të teknikës.

Shkencat, qofshin këto edhe teknike e natyrore, janë një formë e ndërjegjes shoqërore, siç janë të tilla literatura, arti etj. Shkencë vepron mbi zhvillimin e përgjithshëm të qytetërimit, të shoqërisë, situatës dhe bëjnë gjithashtu artin, literaturën, teknika etj. Ajo nuk është një epifenomen i izoluar, përkundrazi është e lidhur me rrejtë të forta e të thella me terrenin shoqëror, ideologjik, ekonomik, politik. Shkencë lidhet dhe zhvillohet me epokë dhe në epokë të ndryshme. Shkencë, ose mendimi shkencor, nuk mund dhe nuk duhet shpëputur nga kuadri shoqëror ku evoluon. Në këtë mënyrë ajo është e pandarë nga historia e përgjithshme e njerëzimit, nga progresi i shoqërisë.

Praktika e shoqërisë është burimi i zhvillimit të shkencave dhe krikeri që vërteton drejtësinë e tezave të tyre. Sot lidhja midis zhvillimit të shkencës, të teknikës dhe të forcave prodhuese është bërë më e ngushtë. Nën ndikimin e shkencës e të përpunimit teknik e shkencor rritet edhe potenciali material e intelektual i shoqërisë, i cili nga ana e tij i jep një shtytje të re përpara zhvillimit të shkencës. Zhvillimi i saj ndjek kursdoherë një rrugë dialektike materialiste. Përpunimi i kimsisë, siç na mësojnë klasikat tanë të mëdhenj, goi në materializëm, zhvillimi i matematikës në determinizëm dhe në atëzëm. Arkimedi me futjen e gjeometrisë, rrëzoi teorinë e Aristotelit mbi kozmosin dhe vetitë e trupave e kështu me radhë.

Natyrisht, ngjohja si duhet e shkencave, dhe nga vetë specialistët, sot

nuk është aq e thjeshtë, përkundrazi është shumë e ndërlikuar. Shkencat tani janë zgjeruar aq shumë, sa edhe shkencëtari më i zoti e humbet korrvar, si i thonë, dhe e ka të vështirë që me një përmbledhje të shkurtër të të japë idetë e gjerësisë të kësaj apo të asaj shkence. Çdo shkencë ndahet në degë të veçanta dhe çdo degëzim është një specializim. Zhvillimi dhe shumëzimi i njohurive nxjerrin specializimin dhe specializimi kërkon bashkëpunimin sa më të ngushtë në mes disiplinave të ndryshme shkencore, të kërkimeve dhe të teknkave të ndryshme e të shumëllojta. Nga specializimi dhe nga bashkëpunimi i madh në mes tyre është bërë dhe po bëhet gjithnjë e më e zorshme të dallosh kujtë e disiplinave shkencore dhe ti kuptosh ato njëra pa tjetrën.

Ç'janë, për shembull, fizika dhe kimia? Këto janë dy shkencë, që afërta ndërmjet tyre i bëjnë, si me thënë, «kushërira». Objektet dhe metodat e tyre janë shumë afër njëra-tjetrës, bile mund të themi të plotësisht. Por që të dyja i shërbejnë studimit të universit dhe u diferencuan ashtu si edhe shkencat e tjera të natyrës.

Shkencë, në shpjegimin harmonik të botës, do të linte në errësirë shumë gjëra dhe fenomene të ngjashme, në rast se nuk do të zbuloheshin lidhjet në mes tyre. Prandaj asnjë shkencë nuk mund të mësohet, të aplikohet dhe të zhvillohet më tej pa i lidhur problemet dhe metodat e saj me ato të shkencave të tjera. Nuk mund të ecim përpara fizika apo kimia, elektronika ose studimet mbi atomin, pa përdorur, si me thënë, gjuhën e matematikës. Një lidhje e ngushtë dialektike ekziston, gjithashtu, midis shkencave teknike e natyrore dhe atyre ekonomike e shoqërore.

Kjo rrjedh edhe nga vetë natyra komplekse e problemeve dhe e fenomeneve të ndryshme në jetë, ku anët materiale, teknike e teknologjike nuk janë të ndara nga anët politike, ekonomike e shoqërore. Kjo kërkim që në praktikën tonë të kapërcehen shfaqet jo të drejtë që vihen re në të dyja drejtimet. Në mjaft raste problemet në shkencat teknike e natyrore konsiderohen të përfunduara sapa zgjidhen anët tekniko-teknologjike, pa përfillur sa duhet aspektin ekonomik-shoqëror të tyre. Në anën tjetër, shkencat ekonomike e shoqërore duhet ta thonë më mirë e në mënyrë më komplekse fjalën për drejtimet e përdorimit të arritjeve të shkencave teknike e natyrore për mundësitë, radhën dhe leverdinë e zbatimit të tyre në jetë.

Po ta shohim çështjen në këtë mënyrë do të kuptojmë se sa të lidhura janë shkencat me njëra-tjetrën, goftë në aspektin e kërkimeve fundamentale dhe aq më tepër të kërkimeve për aplikim. Kësaj del se nuk duhet të zhduket dhe as të dobësohet kujdesi për bashkëpunimin, kooperimin dhe sintezat midis punonjësve të disiplinave të ndryshme shkencore. Ndryshe shkencë nuk përparon, qëndron në vend, përparimi ngel në format artizanale, nuk hapet perspektiva për më tutje.

Zhvillimi i shkencave të aplikuar mbështetet në një masë të madhe në shkencat fundamentale. Shumë herë përfittimi nga një zbulim i shkencës nuk shihet imediatisht, por ajo që duket aktualisht si një rezultat shkencor «i kulluar», por i papërdorshëm, nëser brezat e ardhshëm do ta gmojnë dhe do ta zbatojnë për punë të mëdha. Historia e zhvillimit të shkencave na jep shembuj të tillë të panumërt. Le të marrim, për shembull, shpikjen e Njutonit dhe të Lapjontit mbi analizën

matematike. Bashkëkohësit e tyre e cnuan, por a mund të merrej atëherë me mend se inçhimeri i ardhshëm do ta përdorte atë kaq gjërë për ndërtimin e urave, gratacieleve dhe të hidhe predha më larg se 120 kilometra? Jo, nuk mund të merrj me mend. Kjo ka ngjarë edhe me teoritë shkencore të astronomëve të shquar si Tihò Brache, Kepler, me teoritë e shkencëtarëve e të fizikanëve të mëdhenj si Ajnshtajni etj.

Për kushtet e vendit tonë ne duhet të ngulim këmbë shumë në aplikim, ku duhet të përqendrojmë edhe forcat kryesore për punë kërkimore-shkencore. Kjo nuk do të thotë të mos bëhen edhe studime të mirëfillta në fushat e shkencave fundamentale. Në këtë drejtim ne duhet të luftojmë me shumë për të përcelësuar teorinë e shkencave natyrore e teknike, me synim që të kuptojmë e të zbatojmë me sukses e në shkallë të gjerë arritjet aplikative të këtyre shkencave dhe ti vëmë ato në jetë. Kështu bëhet kalimi nga teoria në praktikë, kështu luftohen edhe empirizmi e akademizmi në veprimtarinë shkencore. Njerëzit tanë të shkencës duhet ta konsiderojnë ruatën të dëmshme dhe jokrrijuese në studimin e shkencës dhe në zbatimin e saj në praktikë, ta konsiderojnë si një pengesë seriose, që duhet luftuar me vendosmëri. Por ata duhet të luftojnë po ashtu edhe spekulimet sofistike në çfarëdo shkencë, pse këto jo vetëm e shterpëzojnë ditën, por degjenerojnë edhe shkencën.

Në këtë kuadër, gjithashtu, kërkohet të zhvillohet logjika e lidhjes së teorisë me praktikën, si në njerëzit e shkencës, edhe në ata të prodhimit; si nga Universtiteti, edhe nga baza; si nga specialisti që punon në bazë, edhe nga ai që punon në institucionet qendrore. Njerëzit e shkencës duhet të shkojnë nga parimi se të dhënat teorike dhe eksperimentale mund të ngrihen në shkencë atëherë kur janë të lidhura së toku në mënyrë logjike.

Edhe vetëm nga një vështrim kaq i përgjithshëm i këtyre problemeve të mëtha të shkencës, mund të dalim me konkluzionin se sa punë e përpjekje na duhet të bëjmë tani dhe ne të ardhmen për të zotëruar dhe për të aplikuar arritjet e përparimet e shkencës.

Shogëria influencën në zhvillimin e shkencës, por edhe kjo influencën në zhvillimin e shogërisë. Një hov të madh i jep shkencës veçanërisht revolucioni socialist. Dihet se çfarë zhvillimi mori shkencë në revolucionin demokratiko-borgjez francez, por Revolucioni i Madh Socialist i Teoritit, i udhëhequr nga Lenini dhe Stalini, i dha një shtytje kolosale shkencës.

Me fitoren e revolucionit popullor dhe ndërtimin e socializmit në vendin tonë shkencë ka marrë një hov të madh. Është fakt i pamohueshëm se shkencat tona shogërore, duke zbatuar vijën dhe politikën e Partisë, kanë dhënë kontributin e tyre të cnuar për shtimin dhe ardhjen mentimin shkencor të ligjësisve të zhvillimit të shogërisë socialiste, për mbrojtjen e doktrinës së marksizëm-leninizmit dhe për demaskimin e pikëpamjeve e të praktikave borgjeze e revizioniste, për përpunimin shkencor të historisë së lashtë e të laudisthme të popullit tonë. Një shkencë të madh kanë luajtur e luajnë ato për edukimin komunist të punonjësit për përsosjen e marrëdhënieve në prodhim e të superstrukturës së shogërisë sonë socialiste.

Studime dhe punime të rëndësishme janë kryer për zhvillimin



ritime të shpejta të forcave prodhuese, për ngritjen e një ekonomie komplekse e të pavarur dhe për ndërtimin e bazës materialo-teknike të socializmit. Punëtorët, kooperativistët e specialistët po çajmë përpara me mendimet e tyre, bëjnë propozime për përmirësim, për të zëvendësuar të vjetrën me të rene.

Por, me gjithë punën e madhe që bëhet kudo, nuk mund të themi se janë arritur ai kuptim dhe vlerësim i drejtë për punën kërkimore e studimore. Forca të shumta teknike e shkencore nuk mobilizohen dhe nuk japin si duhet kontributin e tyre në punë të kualifikuar. Ka njëjtë raste që puna operative e përditshme komandon dhe drejton punën shkencore, në vend që të ndodhë e kundërta. Gjithashtu, frenuese janë edhe konceptet e ngushta e artizanale. Përvoja e përpunuar, që bazohet në njëft elemente shkencore, nuk përgjithësohet e nuk zbatohet në shkallën e duhur. Është fakt, gjithashtu, se niveli i punëtorëve është ngurtur, po jo sa duhet për këtë stad që jemi dhe atë më tepër për studin e mëtejshëm.

Planet që hartojmë bazohen në shkencë, prandaj ato janë shkencore. Por zbatimimi i shkencës në çdo sektor dhe degë, në funksion të zbatimit të planit, është akoma i dobët, pse edhe niveli i punës shkencore, paarrësisht nga përpunimet që kemi bërë, është ende i ulët. Duhet ngritur niveli i punës shkencore në luftë për zbatimin e planit. Disa nuk i futen thellë këtij problemi. Të tjerë, burokratë, gjoja «besimkë dhe të përpiktë» në atë që është në plan, frenojnë përpunimet tekniko-shkencore. Këta janë konservatorët, burokratët, që nuk janë të disponuar drejt hapjes së shkencës. Kjo vjen nga mungesa e përgatitjes së tyre shkencore, nga një nivel përgatitjeje artizanale, e pamjaftueshme dhe frenuese. Ka gjithashtu edhe pengesa administrative që i ushqejnë këto pritje.

Në këto qëshitje duhet të bëhet kthesë e madhe nga vllëheqjet e të gjitha rangjeve, nga punëtorët, kooperativistët e specialistët, nga kua-drot e lartë e të mesëm, kudo që punojnë dhe drejtojnë. Duhet të bëhen përpjekje e të gahet më me guxim, më me siguri e në mënyrë metodike në përvetësimin dhe aplikimin e shkencës. Ndryshe, jo se nuk do të ecet përpara, por përpunimet do të jenë të vogla dhe jo në përpun-tje me detyrat dhe me nevojat e mëdha e në rritje të vendit.

Njëzërit tanë, qofshin këta në aparate drejtuese apo në prodhim, në qendrë apo në bazë, lipset të mbajnë kurdoherë parasysh mësimin për të cilin ngulthe këmbë Leninii:

«... të mësojmë dhe pastaj të kujdesemi që shkencën të mos mbetet te ne një fjalë e vdekur ose një frazë e modës (gjë që, shkëmi pse e fshelim, ndodh te ne shpeshherë), që shkencën të bëhet pjesë e pandarë e jetës sonë të përditshme, në mënyrë të plotë dhe me të vërtetë. Me një fjalë, vazhdonia Leninii, nga ne duhet të kërkohen jo ato që kërkon borgjezja e Evropës Perëndimore, por ato që është e denjë dhe e udhës t'i kërkohen një vendi, që i ka caktuar vetes si detyrë të bëhet një vend socialist<sup>1)</sup>.

Detyrat që përmban raportin mbi zhvillimin e punës kërkimore-shkencore, që in paragjit Pleniumit, mendoji se duhet të konsiderohen si pjesë integrale të planit pesëvjeçar që po përgatim. Shkencën duhet të ndihmojë planifikimin e prodhimit, të paraparitje prodhimin dhe t'i hapë perspektivën zhvillimit të ekonomisë dhe të kulturës. Projektplanin po hartohet, po diskutohet në bazë dhe po vjen në organet qendrore. Por vendimet e këtij Pleniumi nuk duhet të kuptohen të shkëputura nga plani i shtatë pesëvjeçar dhe të mos shkohet me idenë e gabuar «u bë ç'u bë» dhe studimet e punimet shkencore, që kanë të bëjnë me hartimin e përmirësimit e pesëvjeçarit, t'i lihen spontaneitetit. Kjo nuk duhet të ndodhë në asnjë mënyrë.

Natyrisht ky Plenium për ndomjë gëshje shtron edhe detyra për një perspektivë dyëka më tej se objektivi e pesëvjeçarit të shtatë. Por, duke i përfshirë në kuadrin e pesëvjeçarit detyrat kryesore për zhvillimin e shkencës dhe të tekniksë, do duhet të na ndihmojnë për të saktësuar nevojat për kuadro, për fonde, për bazë materiale, për përmirësimin e organizimit të punës shkencore, nga baza deri në qendër dhe për detyra të tjera.

Synimi i tërë kësaj pune duhet të jetë që zhvillimi i shkencës dhe përparimi teknik të bëhen një mbështetje e fuqishme për realizimin e objektivave e të detyrave të mëdha që na presin. Lidhur me këtë duhet mbajtur mirë parasysh ajo që theksoi Pleniumi i 7-të i Komitetit Qendror që përpara punonjëve të shkencës shtrohet detyra për t'i vënë mirë mendjen dhe shpejtullat pesëvjeçarit të ri që po hartojmë. Çdo gjë që do të parashikohet gjatë pesëvjeçarit, për zhvillimin e forcave prodhuese dhe përsojën e marrëdhënieve në prodhim, të cilat lidhen edhe me shkençën e me studimet shkencore, të jetë medoemos e garantuar nga të gjitha pikëpamjet.

Këtu problemi lypset të shikohet në dy aspekte: për hartimin sa më shkencor të këtij plani, sidomos për zbatimin në jetë të tij, si dhe për çeljen e perspektivave për më tutje. Natyrisht, kjo presupozon edhe saktësimin e argumentimeve në të plotë në procesin e zbatimit të detyrave të planit. Përparimi shkencor e teknik është një rezervë e madhe, që duhet të përdoret për të përmirësuar e për të tejkaluar planet tona.

Hallkat dhe drejtimit kryesore të punës kërkimore-shkencore dhe të përparimit teknik janë përcaktuar në orientimet themelore që Komiteti Qendror ka dhënë për zhvillimin perspektiv të ekonomisë e të kulturës. Për planin e shtatë pesëvjeçar ato konsistojnë në zhvillimin e të gjerësi e në thellësi të industrisë së rëndë natyrore, të pasurimit e të përpunimit të mineralëve; në zhvillimin e fuqizimin e bazës energjetike të vendit, kryesisht në industrinë e naftës; në përfundimin dhe vëmien me afërsi të plotë shfrytëzimi të veprave që revolucionistët kinëzë na i subotuam dhe na i lanë në mes të rrugës, ku një rol të veçantë ka industria mekanike; në zhvillimin e bujqësisë e të blegtorisë; në plotësimin e nevojave të mbrojtjes së vendit, si dhe për zhvillimin e degëve dhe sektorëve të tjerë të ekonomisë dhe të kulturës.

Realizimi me sukses i këtyre objektivave, në situatat që janë krijuar dhe në stadin aktual, kërkojnë një konceptim sa më të drejtë të punës shkencore dhe në tërësi të zhvillimit e të thellimit të revolucionit tekniko-shkencor. Racionalizimet e novacionet që bëhen nga punëtorët e specialistët dhe që sjellin përparime në teknikë, mbështeten patjetër në

një element empirik të përpunuar. Në to ka edhe nocione e novacione të shpëputura të njohurive shkencore. Këto racionalizime e novacione duhet të bëhen, bile të shtohen, në mënyrë sasiore dhe cilësore. Kjo është një punë e gjere masive, që zgjidh problemet të rëndësishme të prodhimit dhe duhet inkurajuar e organizuar me mirë, që t'u përgjigjet si duhet kushteve të krijuara dhe detyrave të mëdha që kemi përpara.

Por ne duhet të mos konfundojmë punën, si të thuash, të vogël shkencore për përmirësim të një procesi, për kryerjen e një racionalizimi në fabrikë, apo të një përmirësimi në buxheti, të cilat janë shumë të dobishme dhe pajtëer që duhet të inkurajohen me të gjitha mënyrat, me punën shkencore në një kuptim më të gjere e të mirëfilltë të rritjes. Nga puna shkencore kërkohet një përgjithësim, përmirësim e transformim i tërë pozitiv në praktikë dhe në teori, një shpërthim cilësor, si të thuash një revolucion në prodhim, në teknikë, në teknologji apo në organizim, në të gjithë fabrikën, në të gjitha fabrikat e njëlllojta e të përafërta me të, në fusha të ndryshme të zhvillimit tonë, duke përfshirë zgjidhje problemeve aktuale që nxjerr jeta, si dhe të hapë perspektiva. Këto kërkesa për punën kërkimore-shkencore lipset të shihen në uniet si nga punonjësit ashtu dhe nga studiuesit në bazë e në qendër. Ato kanë të bëjnë me rolin aktiv të vetë shkencës, me cilësinë dhe me efektivitetin e punës kërkimore-shkencore. Langjimi prej tyre është me pasojë negative për të tamisimen dhe të ardhmen e zhvillimit të vendit dhe të vetë shkencës.

Me këtë sy le të shohim fushën e teknologjisë e të konstruksioneve. Janë sukseset ngritja e një vurg linqave, repartete e uzinave me forcat tonë. Po kështra prodhimi i traktorëve, sondave, anijeve e mjeteve të tjera të transportit. Një pjesë e mirë e tyre janë ngritur e prodhuar kryesisht në nivelin e teknologjisë ekzistuese e të modeleve të njohura e të mundshme.

Ne kemi një ekonomi të planifikuar e kursimtare, që buron nga natyra e rendit tonë ekonomiko-shoqëror, por jemi edhe vend i vogël. Këto na bëjnë që të përdorim e do të përdorim për një kohë sa më të gjatë bazën materiale e teknike që kemi krijuar, duke u kujdesur shumë për mirëmbajtjen e saj. Ne do të vazhdojmë gjithashtu të prodhojmë makineri e pajisje edhe mbi bazën e nivelit ekzistues. Por tani ka ardhur koha, janë krijuar edhe mundësitë, që të mendojmë e të punojmë më me perspektivë për të projektuar e për të prodhuar makineri e pajisje të tipave të rinj, me tregues e parametra tekniko-ekonomikë që t'i përgjigjet nivelit të teknikës e të teknologjisë së sotme dhe të mos nisemi vetëm nga ajo që të prodhojmë atë tip që realizohet e ndërtohet më lehtë, por që nuk është kurdoherë më i miri e më i përshtatshmi. Kështu i zhvillojmë ne forcat prodhuese në rrugë ekstensive dhe intensive.

Por, në këtë fushë shkencëtarët, specialistët, novatorët dhe punonjësit e tjerë, që merren me punë krijuese e shkencore, duhet të thonë fjalën e tyre të fuqishme dhe të bëjnë vazhdimisht pyeljen: Kjo që bëjmë është një e mira, më efektive dhe u përshtatet nevojave e mundësive ekonomike e shoqërore të vendit tonë? Pa bërë këtë në praktikë nuk do të mënim me kohën, do të flasin për domosdoshmërinë e thellimit të infrastrukturimit të ekonomisë, por realisht nuk do të bëjmë sa duhet në krahasim me mundësitë që ekzistojnë e që do të na shtohen në të ardhmen. Këtë e kam edhe si sugjerim për grupet e punës që janë ngritur për

projektimin e teknologjive dhe për prodhimin e makinerve, për rikonstruksionet dhe veprat e reja të pesëvjeçarit të shtatë.

Natyrisht, këto nuk janë probleme të thjeshta e të lehta. Ato duan shumë studime, krakasime e eksperimentime, sepse këtu kemi të bëjmë, në radhë të parë, me teknologjinë, e cila, siç dihet, është një tërësi metodash e procesesh të ndërlikuara që përdoren në përpunimin e lëndëve të para e të materialeve të ndryshme gjatë procesit të prodhimit për t'i shndërruar ato në produkte të gatshme. Këtu ndeshemi ne edhe me monopolin e teknologjisë, të cilën kapitalistët e revizionistët mundohen ta përjetojnë si një prej presioneve e nënshtrimit për popujt, gjë që duhet ta mbajmë mirë parasysh në punën tonë.

Kujdes duhet pasur jo vetëm për prodhimet e vendit, por edhe për makinerinë e pajisjet që vazhdojmë të importojmë, duke synuar që të ketë një harmonizim të drejtë midis nivelit të përparuar teknik të tyre me burimet e energjisë e të lëndëve të para që disponon vendi dhe të mos nisemi vetëm nga ajo që të blejmë më të lirën, sepse mund të na dalë në shtrenjti. Po ashtu kërkohet të jemi të matur për të mos synuar që të sjellim pajisje superautomatike, që janë shumë të kushtueshme dhe nuk i vëmë dot në përdorim.

Përmirësimet e mëdha që kërkohet të bëhen në teknologji, në të gjitha degët e sektorët e ekonomisë, si dhe detyrat që kemi e do të rriten në të ardhmen për të projektuar e ndërtuar me forcat tona njëjt vepra të reja, shtrirojë me forcë dhe në mënyrë imperative nevojën e përgatitjes së kuadrit në këtë fushë. Në shkollat tona, të mesme e të larta, lipset të rishikohen programet dhe niveli i mësimdhënies e i përgatitjes së kuadrit për anë teknologjike të prodhimit, ashtu sikurse mund të studiohet edhe plotësimi i boshllëqeve që ndihen për disa specialitete, duke i përgatitur në vend ose, po të jetë e nevojshme, mund të dërgohen disa kuadro për specializim edhe jashtë.

Aktualisht vendi ynë po futet më gjërësisht në një stad të ri të industrisë mekanike, në atë të industrisë makinandërtuese. Sipas paraprojektplanit të pesëvjeçarit të shtatë prodhimin i makinerve dhe i pajisjeve do të rritet afro 80 për qind, në krakasim me pesëvjeçarin e gjasthtë, gjë që nuk ka ndodhur në asnjë pesëvjeçar tjetër. Vetëm për objektet e Ministrisë së Industrisë e të Mineratave, gjatë pesëvjeçarit të ardhshëm, do të duhet të prohohen për herë të parë mbi 15 mijë tonë makineri e pajisje nga afro 1 mijë tonë që prodhohen gjithashtu për herë të parë këtë vit. Do të duhet të bëhen mbi 600 mijë format e vizatime për uzinat e pasurimit të mineralëve, për rikonstruktivimin e ndërtimeve e njëjft ndërmarrjeve e uzinave të shkrirjes së mineralëve, të industrisë kimike, të industrisë së drurit etj. Kjo është ana sasiore e prodhimit dhe vetëm për një dhakasë, që ka kërkuesat dhe vështrësitë e vetë, por ana cilësore e këtij problemi është akoma më e ndërlikuar.

Një përvojë të tillë në këtë shkallë ne nuk e kemi, por duhet dhe me siguri që do ta fitojmë. Nevojat do të na bëjnë të çajmë përpara sig kemi garë deri tani në të gjitha fushat e jetës dhe të shkencës. Ne e dimë mirë atë ç'ka shkruajtur Engelsi, duke analizuar lidhjen dialektike midis shkencës dhe nevojave të praktikës:

«Në qoftë se teknika varet në një shkallë të madhe nga gjendja e shkencës, shkencën varet në një shkallë edhe më të madhe nga gjendja dhe nga nevojat e teknikës. Kur shqërrisë

i paraqitet një nevojë teknike, ajo e çon shkencën shumë më përpara sesa dhjetë universitete<sup>(1)</sup>

Si u janë futur shkencat teknike e natyrore problemeve që kemi përpara për ndërtimin dhe rikonstruksionin? Sa janë të angazhuar një-rëzit e shkencës me këto dhe si po i zgjidhin detyrat e calcuara gjuhë-dy-tre vjet më parë? Nga sa janë informuar, për dy vjetët e kaluar, nga 59 studime të parashikuara, që duhej të kryheshin nga institutet dhe grupet e punës të Ministrisë së Industrisë e të Minerarëve, të Industrisë së Lëhtë, të Bujqësisë e të Ndërtimit, një e treta e tyre nuk ishin realizuar dhe një pjesë që është përfunduar akoma nuk është diskutuar e miratuar. Brenda vitit 1980 duhet të përfundojnë rreth 160 studime e projekteime të llojeve të ndryshme, kurse gjatë dy vjetëve të fundit janë kryer vetëm 39.

Kjo gjendje nuk është aspak e kënaqshme dhe mungojnë angazhimin serioz, kooperimin dhe kontrollin. Po zbatimi i këtyre studimeve sa problemne e vështirësi do të na narjërrë dhe sa kohë do të kërkojë? Për disa nga veprat që janë në planin e këtyrë vitit, dhe për të tjera që parashikohet të fillojnë në vitin 1981, detyrat për makineritë uzinave mekanike u kanë shkruar në global, në vleftë. Por të çfarët lloji do të jenë këto makineri, kush do t'i projektojë dhe ç' destinacion kanë, ende nuk dihet si duhet. Në këtë rast ne mund të flasim sa të duam për plane shkencore dhe për shkencë në industrinë mekanike, por objektivat nuk janë të garantuara. Për këto gëshitje duhet ulur këmbëkryq dhe të bëhet kthesë sa më parë, të vihen njerëzit në mënyrë të qartë para detyrave dhe nevojave që ka vendi.

Në raport nuk fletet sa duhet për problemet shkencore të elektro e termoenxergjettikës. Mirëpo këtu mendoj se marrin shumë rëndësi studimet prognozë për burime të reja të energjisë, për shtrirjen e fuqizimin e sistemit unik energjettik dhe për shfrytëzimin me nivel më të lartë shkencor të tij, me qëllim që të rritet shkalla e sigurisë së furnizimit të përdoruesve të energjisë elektrike, si dhe treguesit ekonomikë, për futjen më të gjerë të energjisë elektrike në prodhim dhe për automatizimin e proceeseve të ndryshme të punës.

Studimet, projektimet dhe eksperimentimet për problemet e termoenxergjettikës duhen ngritur në një nivel më të lartë shkencor dhe organizativ. Ato duhet të rrokim probleme të rëndësishme, siç janë studimi shkencor i bilanceve energjettike të veprave me konsum të madh, të rajoneve industriale e deri në shkallë kombëtare. Duhet të behen studime për djetegjen më të mirë të lëndës djegëse të ngurtë, duke i përshtatur pajisjet termogjenuese për gjuquret e llojeve të ndryshme dhe me energji elektrike, për rritjen e shkallës së përqendrimit të burimeve gjegjëse të energjisë termike, me qëllim që kjo energji të përdoret në mënyrë komplekse në industri, bujqësi, për ngrohje etj.

Në bazë të politikës agrare marksist-leniniste të Partisë bujqësia jonë ka ecur dhe po ecën përpara në rrugë origjinale, të drejtë dhe me perspektiva të garta. Ne mbyqjmë sot afro dy të tretat e popullsisë me

1. K. Marks e F. Engels, Vepra të zgjedhura, bot. shqip, vëll. II, f. 545. Tiranë, 1975.

bonim në fshat dhe do të vazhdojmë ta mbajmë kështu pjesën më të madhe të saj. Këtë e bëjmë duke zhvilluar bujqësinë në rrugë intensive dhe ekstensive, si dhe duke futur në territorin e fshatit më gjerësisht edhe industrinë e veprimtari të degëve e sektorëve të tjerë të ekonomisë. Megjithatë, gjithmonë vendim kryesor në fshat do ta zërë bujqësia. Në atë më rrugën e intensive vendim të prodhimit bujqësor, në kushtet kur vazhdojmë të shtojmë krahët e punës në bujqësi nga popullsia e fshatit dhe pjesërisht edhe nga qyteti. Po kështu ne po zbatojmë me sukses politikën e ngushtimit të vazhdueshëm të dallimeve midis fshatit dhe qytetit.

Ecia në këtë rrugë është një sukses i madh, në interes të të gjithë shoqërisë, gjë që nuk ndodh asgjëkundai në botë, ku fshati po boshatiset dhe bujqësia po degradohet. Nga njëra anë, kapitalistët e revizionistët flasin për kthimin e vendeve të tyre në industriale e superindustriale, por, nga ana tjetër, ata ndodhen përpara fakteve të pamohueshme të mbetjes në vend dhe të rënies së prodhimit bujqësor, të krizave të thella agrare, të perspektivave të zymta dhe të panikut që i ka kapur. Kua me gojë të plotë e ku me gjysmëzëri ata janë të detyruar t'i pohojnë këto fenomene nga pozitat e neomalthuzianizmit.

Çuarja më përpara e arritjeve në fushën e politikës agrare, përparimi i fshatit dhe zhvillimi i bujqësisë, ofrimi i tij dhe ecja krah për krah me qytetin, shtrojnë detyra të mëdha para shkencave bujqësore, ekonomike e shoqërore, për të studiuar thellë problemet e zhvillimit ekonomik dhe intensiv të bujqësisë, ato të harmonizimit të degëve të prodhimit bujqësor e të efektivitetit, të përsosjes së marrëdhënieve të shpërndarjes e të këmbimit, të përparimit arsimor, kulturor e shoqëror të fshatit tonë socialist.

Partia jonë luan një rol lufarak dhe pararojë në mbrojtjen e marksizëm-leninizmit. Jeta e solli që ne të ndërtojmë socializmin në vendin tonë në kushte e rrethana të vëqanta, të rrethuar nga armiq të egër imperialistë e revizionistë, të ecim me sukses përpara dhe në rrugë të pacara. Duke e parë kështu çështjen, përpara shkencave shoqërore dalin detyra e probleme të mëdha, si për përgjithësimin e përvojës së revolucionit e të ndërtimit tonë socialist, ashtu edhe për të argumentuar në mënyrë sa më shkencore perspektivat e zhvillimit tonë.

Borgjezia dhe revizionistët, gjithë kalemachinjët e kapitalit: filozofë, politikamë, ekonomistë, sociologë, historianë e lakemj të tjerë të tyre janë në ethe dhe bëjnë përpjekje për të zbuluar e për të mbrojtur tendin e kalbur e shtypës kapitalist, për të penguar revolucionin dhe luftën çirtumtare të popujve, për të luftuar e revizionuar teorinë marksiste-leniniste për revolucionin, për partinë e revolucionar teorinë marksiste-proletariatit, për ndërtimin e socializmit, luftën e klasave dhe probleme të tjera kardinale të saj. Në këtë luan që ka gatuar borgjezia ndërkom-bëtre, në kuadrin e shtimeve globale kundërrevolucionare të strate-gjisë imperialiste, është detyrë imperative që shkencat shoqërore, nën udhëheqjen e Partisë, të luajnë një rol në të madh për të mbrojtur marksizëm-leninizmin, për të hapur perspektivat dhe për të nxjerrë më mirë në dritë përvojën e revolucionit tonë socialist.

Revolucioni i Madh Socialist i Tetorit, i udhëhequr nga Lenini dhe Stalini në bazë të doktrinës së Marksit e të Engelsit, është i njohur në të gjithë botën, prandaj të tërë flasin për të, për të mirë e për të

keq, kurse revolucionin ynë relativisht njihet më pak. Shumica dërrmuese e njerëzve në botë e dinë se ekziston një Shqipëri socialiste, që gendron e pajundur dhe që ka një vijë të sajën, por ata habiten dhe thonë: «Si ngjet kjo, si gendron këshu kjo Shqipëri?». Është detyrrë e shkencave tona shoqërore, që, me përgjithësimet dhe studimet shkencore, të shpjegojnë faktorët objektivë e subjektivë të revolucionit e të ndërtimit tonë socialist, të shpjegojnë se situata që u krijua te ne u shfrytëzua nga Partia, duke ndjekur me besnikëri teorinë marksist-leniniste në kushtet konkrete të vendit tonë. Kjo teori na mëson rrugën revolucionare nëpër të cilën absolutisht do të kalojmë edhe të tjerët, duke shkatërruar imperializmin dhe revizionizmin.

Në epokën e sotme, paqarësisht nga presionet, shantazhet, mashtrimet e korrupsionet, po ndodh ajo që kanë parashikuar shkencërisht klasikët tanë të mëdhenj, Marksisi, Engelsi, Lenini dhe Stalini, që kontradikta antagoniste midis forcave prodhuese dhe marrëdhënieve kapitaliste shfrytëzuese e shtypëse në prodhim ka hyrë në rrugën e zgjidhjes. Proletariatit, që shtypet e shfrytëzohet, milionat e të uriturve në Azi, në Afrikë, në Amerikën Latine e kudo në botë, do të durojnë gjer në njëfarë pike kur s'mban më dhe, me siguri, do të shpërthejnë në revolucion.

Vendi ynë socialist është dhe duhet të bëhet akoma më shumë një shtetbull frymëzimi e inkurajimi për proletariatin dhe për popujt e shtypur të botës. Këtej del edhe një herë domosdoshmëria që shkencat tona shoqërore: politiko-filozofike, ekonomike, historike, të gjuhësë, të etnografisë e të tjera, të bëjnë studime e përgjithësimet komplekse për historinë e lashtë të popullit shqiptar, për të kaluarin heroike dhe gjenezën e tij, për historinë e gjulës dhe formimin e kombit tonë, për epopenë e laudishme të Luftës Nacionalçlirimtare, për rrugën nëpër të cilën kemi ecur ne për vendosjen e diktaturës së proletariatit, për krijimin dhe zhvillimin e ekonomisë dhe të kulturës socialiste dhe për një varg problemesh të tjera që nxjerrin jeta dhe zhvillimi ynë revolucionar. Shkencat shoqërore të orientohen, para së gjithmi, nga tematika aktuale dhe nga ato probleme që kërkojnë zgjidhje, sepse nuk është normale që akoma nuk kemi në duart e popullit historinë e përtidhës së ndërtimit socialist, ashtu sikurse nuk kemi studime të thelluara për mendimin filozofik, politik dhe ekonomik të Partisë sonë, për problemet e ndërtimit të plotë të shoqërisë sonë socialiste, për përgjithësimet në fushën e marrëdhënieve ndërkombëtare. Gjithashtu duhen bërë studime për të demaskuar mbi baza shkencore pikëpamjet reaksionare në shkencë. Studime më të gjera e më të thella pritet të bëhen në fushën e artit tonë ushtarak popullor etj.

Shkencat shoqërore, shkolla, arti dhe kultura jonë, kërkohet të mlikojnë më mirë për kultien revolucionare dhe edukimin e njeriut tonë të ri, të brumosur me botëkuptimin marksist-leninist, për të kuptuar dhe për të zbatuar me konsekuencë vijën dhe politikën e drejtë të Partisë sonë.

Një vend i përpuar, që ndërtton socializmin e vërtetë, duhet të dallohet edhe nga kultura materiale e shpirtërore e popullit, nga mënyra socialiste e jetesës, duke filluar nga njeriu ynë i ri e ngritja kulturore e njerëzve tanë, nga zhvillimi e kujdasi që tregohet për shëndetin e popullit, për problemet e urbanistikës e të arkitekturës dhe deri në

tregimë e shërbimin e kulturuar, ai duhet të dallohet në çdo fushë të jetës. Këto kërkime një punë studimore-shkencore me horizont e perspektiva më të gjera, ashtu sikurse kërkohet të merren masa më të mira nga ana e organeve shtetërore dhe gjithë levat e tjera të Partisë.

Gjithashtu, organizatat e masave, që janë për ditë në kontakte me masat e gjera punonjëse, të qytetit e të fshatit, për ta vënë punën e tyre mbi baza më shkencore, mund dhe duhet të ndërmarin me forcë e tyre të brendshme dhe me aktivitet më shumë studimor në fushën politike, ideologjike, sociologjike etj. Kjo çq më tepër është e domosdoshme në mungesë të ndonjë organi apo instituti të posaçëm, i cili do të studionte këto probleme.

Shkenca dhe puna kërkimore-shkencore kanë arritur në një stad zhvillimi dhe sot ballafaqohen me detyra e kërkesa të tilla që dikojnë nevojën e një drejtimi e organizimi më të përsosur nga qendra deri në bazë. Derisa themi që revolucionin në shkencë dhe në teknikë e bëjnë masat, gjë që në vendin tonë është një realitet i padiskutueshëm, atëherë ngritjes në shkallë të reja të këtij revolucion i duhet t'i përgjigjemi edhe me një drejtim e organizim më efikas. Kjo bëhet më imperativë, po të mbajmë parasysh natyrën, vëzhirësitë dhe kompleksitetin e veprimtarisë e të punës kërkimore-shkencore, nga puna më e thjeshtë novatore e krijuese, deri te veprimtaria më e ndërlikuar shkencore.

Këtu dalin një varg gëshjesh, të cilat, për kohën e vet, i kemi gjykuar se kanë genë të drejta, por, në kushtet e detyrat e reja, duhen riplerësuar e zgjidhur më mirë. Të gjithë këta njerëz e hallka të shkencës, të veprimtarisë shkencore e novatore, sa janë në vendin që u takon, ky organizim që kemi sa ndihmon për çuarjen përpara të punëve dhe si mund të përmirësohet më tej? Forcat njerëzore, materiale, financiare e vdatore sa i mbështetin objektivat që shtrijmë, sepse ato mund të na duken të mjaftueshme e të mirëgëna, kur nuk janë dhe mund të mos jenë të tilla. Mirëpo kjo mund t'i verë në pikëpyetje mjaft nga ato detyra që caktojmë në fushën e zhvillimit të shkencës dhe të teknikës.

Në unitetin drejtues të çdo institucioni shtetëror, në qendër e në bazë, duhet të ekzistojë drejtimi politik dhe ai ekonomik, që zënë vendin e parë. Në radhë të dytë, dhe si ndihmës i të parit, vijnë organizmat shkencorë dhe më pas administrata, e cila ka rolin dhe funksionet e saj në shërbim të çdo institucioni. Sika dëshim që gjithë veprimtaria shtetërore udhëhiqet nga një punë shkencore e vegantë, specifike dhe e harmonizuar së toku. Karakteri frenues dhe buroristik, që shfaqet disa herë në drejtim e në organizim, të luftohet dhe jo të pranohet disa udhëheqja politike dhe ekonomike. Shfaqjet e burokratizmit e të liberalizmit është e domosdoshme të luftohen me vendosmëri, sepse pengojnë me një mijë lloj mënyrash aplikimin e shkencës dhe të të reja të saj.

Udhëheqja politike dhe ajo operative të mos ngelen në cikërrima, por të ketë iniciativë dhe të mos u ruhen telasheve dhe kokëqarjeve. Mendimi shkencor e ai novator duhet të dëgjohej dhe të rriten për pozitimet e dobishme, për t'u dhënë hov prodhimit dhe gjithë veprimtarive të tjera, goftë me afta të afërt, goftë në perspektivë. Ato duhet të aplikohen dhe jo t'i mbulojë pluhuri. Në një veprim të tillë duket si hapi shkencor që bëhet, ashtu edhe rezultati që ai sjell në zhvillimin e prodhimit dhe në fushën shoqërore.



Imediatë është gjithashtu të shikohet sa efektive janë puna dhe vlerësitia e institutëve dhe e organizmave të ndryshëm shkencorë të dikastoreve qendrore dhe të Akademisë së Shkencave. Institutet dikasteriale duhet të merren me probleme shkencore dhe teknike që lidhen ngushtë me çuarjen përpara të prodhimit, të arsimit e të kulturës dhe jo të këthohen në organe veprimi administrative, siç përdoren shpesh sot. Në hapat e mëtejshëm që do të bëhen mund të lindë nevoja e krijimit të disa organizmave të rinj shkencorë të specializuar, por kjo punë është e domosdoshme të bëhet me shumë kujdes, e matur e me dorë të shtrenguar rezeje edhe shkencën duam ta gojmë përpara, por duhet të luftojmë edhe frymën e institucionarizimit.

Institutet i kemi konsideruar bërthama që duhet të bëjnë vetë punë shkencore, por kërkohet që ato të mbështeten fuqimisht në ata mjëtrë e mjëtrëra kuadro, të lartë, të mesëm dhe punëtorë e kooperativistë të pararojës, ku është edhe rezervë më e madhe. Vetëm kështu mund t'i jepet një shtytje e re e mëtejshme punës novatore dhe kërkimore shkencore.

Në kuadrin e hallkave të punës shkencore një rol të posaçëm kanë kooperativa. Në këtë drejtim kërkohet të luftohen shfaqjet e thjeshtimit të punës së tyre, të cilët, në mënyrë raste, janë këthyer më shumë në grupe që zgjidhin probleme të proceseve koorente të prodhimit, bëjnë ndonjë përmirësim të vogël teknologjik, punë kjo që, në fakt, i përket punëtorit që ndjek dhe kontrollon prodhimin. Në ndonjë rast ata do të bëjnë edhe të tilla, por kjo të mos bëhet rrugë. Bgrovë teknike e teknologjike dhe këstillave shkencorë t'u përcaktohen më mirë detjurt dhe të shëndoshet puna e tyre, duke aktivizuar rreth tyre dhjetëra specialistë të lartë e gjndra punëtorë e kooperativistë me përvojë pune e të arsimuar që ka çdo ndërmarrje e kooperativë.

Puna novatore dhe ejo kërkimore-shkencore nëpër ndërmarrje e në kooperativa bujqësore është dhe lëpset të jetë shumë më e gjerë sesa puna e drejtpërdrejtë që bëjnë byrotë teknike e teknologjike dhe këstillat shkencorë. Kjo veprimtari e përditshme duhet të orientohet më mirë, të përketohet e të natiet me të gjitha mënyrat. Prej saj lindin e do të lindin vazhdimisht iniciativa të vlejshme, të planifikuarra e të paplanifikuarra. Detyra është që ato të vlerësohen, të shoshtien, si i thomë fjalës, pastaj të merren masa që të zbatohen. Dora-dorës të kalohet më tej, në masivizimin, specializimin e përqendrimit e tyre dhe të mos nxirren pengesa burokratike, siç ndodh disa herë në praktikë, me pretekst se «themelore është realizimi i planit», se «ky ose ai novacion nuk ka të bëjë me profilin e ndërmarrjes» etj. etj.

Si në çdo veprimtari tjetër, edhe në punën kërkimore-shkencore njeriu, i edukuar politikisht e ideologjikisht dhe i përgatitur shkencërisht, është faktori vendimtar për çuarjen e punëve përpara. Partia ka përgatitur tani një armatë të tërë kuadrosh, të lartë e të mesëm, që çdo vit shtohen. Këta u kanë dhënë një zhvillim të madh shkencës, diturisë dhe rezultatet si kudo, edhe në këtë fushë, duken, preken. Megjithatë, mendoj se duhet dhe duhet të bëjnë akoma më shumë. Atje ku kemi krijuar kushte, ecet më me guxim, por qiten edhe shumë pengesa, objektive dhe subjektive, në dhënie e maksimumit nga ana e njerëzve të shkencës. Ka nga këta që u mungon vullneti për punë krijuese shkencore, harrojnë se çdo disiplinë shkencore ka dhe kërkon metodën e vet

të kërkimit, të zhvillimit, të aplikimit, të konceptimit, bazën ku zbatohet ajo shkencë.

Kërkesa është me vend, po edhe udhëheqja e bazës nuk e kupton e nuk bën sa duhet përpjekje që ta kuptojë shkencën dhe atë nevojë të madhe që ka prodhimi për zbatimin e saj. Ka drejtues, që mendojnë se dinë gjithçka, prandaj nuk e përfillin mendimin e specialistëve që ka përgatitur Partia për fusha e sektore nga më të ndryshmit. Mund të jesh drejtues, po kjo nuk do të thotë se i di të gjitha, bile nuk kërkohet t'i dish. Por, që të mësosh e të degjosh nga ata që dinë, këtë drejtuesi duhet ta bëjë medemos. Në të njëjten kohë, specialistët, që Partia dhe populli i kanë përgatitur me aq mund e sakrificë, mendimet e veprimet, problemet shkencore e teknike, kërkesat që shtrajnë prodhimi, arsini, kultura, mbrojtja etj., duhet edhe ata t'i gjykojnë mbi bazën e teorisë së marksiste-leniniste. Kështu shmangen si rreziqet e nënvlefësimit të shkencës e të teknikës, ashtu dhe rreziqet e teknokratizmit.

Edhe një gëshkje tjetër duhet të bëhet mirë e qartë. Në rast se në prodhim apo në sektorë të tjerë shtohet numri i kuadrove të lartë, atëherë Partia pret dhe kërkon nga ana e tyre që, në bashkëpunim me kolektivt punonjës, të bëhen përmirësime e ndryshime progresive, ndryshe puna e tyre nuk do të japë efektin e dëshiruar. Natyrisht, kuadrot e prodhimit përgjigjen dhe duhet të përgjigjen, në radhë të parë, për hartimin e zbatimit e planit mbi bazën e kërkesave të shkencës e të teknikës, por kërkohet që ata të japin kontributin e tyre të vlefshëm edhe në punët kërkimore, shkencore e teknike.

Prandaj inzhinierët, agronomët, ekonomistët dhe gjithë specialistët e tjerë duhet të ngarkohen me detyra e me plane konkrete, duke kërkuar, për shembull, që brenda këtyj ose atij afati parametret teknologjike, mekanizimi, kursimi, rendimenti i kulturave bujqësore etj., të arrijnë në këto ose në ato nivele. Kjo do të ndihmojë edhe për muarvizimin e shkencës. Partia kërkon efektivitet të prodhimit, por kjo nuk mund të arrihet pa efektivitet të punës kërkimore-shkencore.

Fidamnishte e përgatitjes së kuadrove të zotë, të shkencëtarëve tanë, janë Universiteti dhe shkollat e tjera të larta. Detyra kryesore e tyre është të nxjerrin kuadro, shkencëtarë të zotë në çdo drejtim, në çdo lëndë e disiplinë.

Për t'ia arritur këtyj qëllimi cilësia duhet kërkuar në radhë të parë te pedagogu. Prandaj është e domosdoshme të bëhet zgjedhje e saktë e tyre. Ata duhet të jenë jo vetëm të zotë në lëndët përkatëse, por edhe kërkues si ndaj vetes, ashtu edhe ndaj studentëve, zhvillues të teorisë dhe njohës të mirë të zbatimit të shkencës. Ata duhet të shquhen për metodë, stil dhe disiplinë shkencore. Shkencën dhe zhvillimin e saj ta kenë pasion, kjo t'u bëhet një jetë e dytë dhe funksionin e pedagogut të mos e konsiderojnë si detyra sa për të fituar mjeket e jetesës. Nëse në shkollat tonë të larta ka të tillë pedagogë që janë të pazotë, ashtu si edhe në institutet kërkimore-shkencore, këta të zëvendësohen menjëherë me kuadro më të aftë.

Për një punë frydlënëse shkencore, në çdo disiplinë të shkencës, duhet të maten me shumë krijdes koha e studimeve, ngarkesa e pedagogëve dhe e studentëve, puna teorike dhe ajo laboratorike, puna mësi-

more, dhe, nga ana tjetër, puna praktike dhe ushtrake, si dhe pushimet e domosdoshme.

Duhet studiuar gjithashtu ç'na ka dhënë përvoja e deritanismme. A është e mjaftueshme koha e studimeve që kemi calcuar në disiplinat e ndryshme shkencore? Për këtë qëllim kërkohet të praktikohet një bashkëpunim i ngushtë në mes fakulteteve të Universitetit e shkollave të tjera të larta për disiplinat e tyre të ndryshme, pikërisht për studimin e vegantë dhe në tërësi të tyre dhe, në bazë të analizave konkrete e të orientimeve të reja, të bëhen ndryshime dhe përmirësimet.

Universiteti dhe shkollat e larta s'ka detyrim që duhet të pajisim me laboratorë, me biblioteka dhe me të gjitha mjeket e tjera të domosdoshme, por, natyrisht, jo përnjëherë nga një të sofistikuarat, sa të mos dinë pastaj si t'i përdorin.

Varezia e Universitetit dhe e instituteve të larta arsimore nga Ministria e Arsimit dhe e Kulturës nuk duhet t'i bëjë diskutimet e tjera që të lajmë duart nga kujdesi dhe ndihma që lipset t'u japin këtyre institucioneve. Në të kundërtën, ato duhet ta koordinojnë mirë punën me Ministrinë e Arsimit dhe të Kulturës ose me organin shtetëror që propozohet të studiohet për drejtimin e shkollave të larta.

Gjithashtu duhet të forcohet më tej edhe lidhja e Universitetit dhe e shkollave të larta me bazën, ashtu siç duhet ta forcojmë e ta thellojmë këtë lidhje edhe Akademia e Shkencave e institucionet e tjera kërkimore-shkencore. Kjo nuk duhet kuptuar si një lidhje midis dekanatit e direktorit, por sidomos e specialistit të lartë me bazën dhe me udhëheqjen e saj. Por edhe udhëheqja duhet të ketë mirësinë dhe logjikën që t'i dëgjojë me vëmendje specialistët. Ajo duhet ta ndjekë shkencën, ta mësojë dhe ta aplikojë atë. Kështu duhet kuptuar kjo punë.

E shtrojmë këtë detyrë, sepse nuk e shohim ende atë integritim të nevojshëm e të mundurshëm midis pedagogëve e punonjësve shkencorë të Universitetit, të shkollave të larta dhe të institucioneve shkencore me prodhimin, në mënyrë që punonjësit e gjithë këtyre institucioneve, që janë edhe me grada shkencore, ta thonë më me kompetencë dhe me tërëgjigjësi shtetërore fjalën e tyre për problemet e ndryshme që shqetësojnë prodhimin. Neve nuk na duhen, si me thënë, vetëm «këshilltarë fakultativë» që hedhin ndonjë mendim kur u kërkohet, ose që studiojnë ndonjë problem atëherë kur u duhet për vete, sa për të marrë një gradë apo titull shkencor, por mendimet e studimet e tyre duhet t'u shërbejnë kryesisht rritjes së prodhimit apo çuarjes përpara të shkencës.

Në këtë fushë mbase do studiuar përvoja e organizimit të punës në Fakultetin e Mjekësisë, ku pedagogët janë edhe mjekë në klinikat përkatëse, ndërsa shefat e katedrave, që janë punonjësit më të kualifikuar të mjekësisë, drejtojnë e udhëheqin edhe klinikat. Këta përgjigjen jo vetëm për përgatitjen e mirë të kuadrut, por edhe për kurimin me baza shkencore të pacientëve në klinikat që drejtojnë.

Shembuj të tillë, por të rrallë, ka edhe në shkencat teknike e natyrore, siç është rasti i profesor Petrit Radovicicës, i cili drejton katedrën e centraleve elektrike në Universitet dhe seksionin e shkencave teknike në Akademi. Është në të njëjtën kohë edhe kryejnashmëtar në Institutin e Projektimit të Hidrocentraleve, ku gjithashtu përgjigjet një-

lloj si për detyrat e tjera dhe ndjek hap pas hapi zbatimin e projekteve që drejton.

Shkenca mësohet në shkollë, por, duke kaluar këtej, mësohet edhe jashtë shkollës. Prandaj Partia duhet të zhvillojë, të organizojë dhe të drejtojë në masat një etje të madhe për njohuritë shkencore, jo vetëm në institucione, por edhe jashtë tyre. Një dëshirë, një interesim i tillë, siç domos nga ana e të rinjve, por edhe e të moshuarve, nuk duket në atë masë që nevojitet. Ka kënaqësi për bagazhin, goftë edhe të mirë, që meritë në shkollë dhe shkohet me mendimin se njofton diploma që futet në rthep, pse me të mund të hapet çdo portë. Diploma, që përfaqëson përpiqjet e një pjese studimore të konsidereshme të jetës, është e vërtetë që të hap portën, por ka shumë këmbë, shumë rrugë, të natyrlura dhe të urreta, që kërkojnë të sqarohen, të zbulohen e të ndriçohen. Kjo s'mund të bëhet pa dituri të gjera, pa narënë vazhdimisht, pa nryerje në konkluzione të tilla që të shtyjnë përpara mendimin krijues.

Kuadrot e lartë do t'i futen më mirë punës shkencore, kur tërë sistemi i kualifikimit pasuniversitar të vihet mbi baza më të shëndosha. Përgatitja e tyre në Universitet apo në shkollat e tjera të larta zgjat 4-5 vjet. Mirëpo jeta e atyre që përfundojnë studimet është përpara, po edhe detyrat që u ngarkohen rriten dhe dëgjimë shtohen e zgjerohen. Në këto kushte kualifikimi i vazhdueshëm është i domosdoshëm për të gjithë kuadrot e specialistët, duke përdorur për këtë qëllim të gjitha rrugët e praktikat e mundshme, individuale dhe në mënyrë të organizuar, duke gjallëruar debatet e kritikën shkencore. Këtëj del që edhe kualifikimi pasuniversitar duhet të vihet mbi baza më të shëndosha shkencore, sepse sot ai përflshin një pjesë të vogël kuadrosch dhe vetëm në disa specialitete. Është e nevojshme që ai të lidhet ngushtë me jetën dhe t'i shërbejë zgjidhjes së problemeve.

Kuadrot dhe punonjësit, në përgjithësi, duan të mësojnë dhe të njihen edhe me shpikjet e mëdha në shkencë të vecanta, sidomos në aplikimin e tyre. Por, të jemi realistë, nuk janë edhe aq të lehtë kuptimi dhe thellimi në shkencë. Sa më tepër zhvillohet kjo, aq më e ndërlikuar bëhet. Me metodat e derisotme nuk mund ta ndjekësh dot zhvillimin dhe ecjen përpara të shkencës dhe të përvetësosh tërë atë bagazh të madh njohurish, as të mënjanoosh punët paralele. Kjo kërkon nga studiuesit tamë thellim dhe pastron për shkencat, kurse nga ana e Partisë dhe e organeve të pushtetit mbështetje serioze në hapjen e perspektivave, konkretizim dhe zbatim të tyre.

Në të njëjtën kohë kjo kërkon organizimin e një informacioni shkencor sa më të përsosur. Për këtë ne duhet të shfrytëzojmë format ekzistuese, të përpqemi t'i përsosim ato më tej, por të studiojmë e të mendojmë, ashtu siç theksohet në raport, edhe për organizimin mbi baza më të shëndosha të këtij informacioni, duke krijuar edhe një sektor apo qendër të informacionit dhe të dokumentacionit tekniko-shkencor. Kërkesat dhe detyrat që shtrihen përpara kësaj qendre diktojnë nevojën që ajo vetë të jetë në një nivel të lartë tekniko-shkencor. Kjo është e nevojshme si për njerëzit që do të angazhohen atje, ashtu dhe për aparaturat teknike me të cilat ajo do të pajiset. Në këtë drejtim më mirë duhet të luajmë rolin e tyre edhe bibliotekat, sidomos ato qëndroret. Që specialistët të rritin njohuritë e tyre e të njihen me të rejtut

e shkencës e të teknikës, atyre lipset t'u sigurohen më shumë libra e revista teknike e shkencore.

Përveç kësaj, duke pasur parasysh rolin që luajnë shkencat në vendin tonë në studin aktual, nuk duhet lënë pas dore edhe vulgjarizimi i tyre, sepse ky i lejon pak a shumë një publiku të kulturuar që të kaptojë domethënien shkencore dhe aplikimin e tyre në jetë. Ky vulgjarizim shkencor duhet të mos jetë për sensacione, por të ketë për objektiv shtuarjen sa më reale dhe koherente teorike dhe eksperimentale të problemeve që trajton.

Drejtimi dhe organizimi i mirë i punës shkencore e ka fillimin të planifikimi i shëndoshë dhe i plotë i saj. Themi se plani i punës kërkimore-shkencore, dhe në tërësi i revolucionit tekniko-shkencor, është pjesë e planit unik shtetëror. Po e kemi në fakt kështu nga baza deri në qendër? Plani i punës shkencore nuk është vetëm tematika e studimeve e ndarë sipas nomenklaturave dhe me njerëzit që do të aktivizohen e me afatet e përfundimit të tyre. Plani duhet të përmbajë pikësynimet e punimeve e të studimeve shkencore, rezultatet që priten të arrihen, çfarë artikujsh të rinj do të përveçësohen e do të prodhohen, ku do të bëhet mekanizim dhe automatizim, ku do të futen procese të reja teknologjike e do të përmirësohen ato ekzistueset, si do të zhvillohen përqendrimi, specializimi e kooperimi, ku do të synojë dhe çfarë duhet të arrijë levizja novatore etj.

Në plan duhet të parashikohen mirë edhe fondet buxhetore shtetërore për zhvillimin e shkencave dhe të përdoren ato vetëm për këtë qëllim. Diskasteret, ashtu si dhe Akademia e Shkencave, duhet të kenë buxhetin e tyre, investimet dhe fondet e nevojshme jo vetëm për plotësimin e detyrave të parashikuara në plan për studime, kërkime shkencore e përparime teknike, por edhe ndonjë rezervë të domosdoshme për t'u hapur rrugën të rejave të parashikuara të shkencës që u nxjerr puna dhe jeta.

Planifikimi i punës kërkimore-shkencore kërkohet t'i paraprijë zhvillimit të ekonomisë dhe të kulturës. Këtëj rrjedh edhe nevoja e studi-meve prognozë dhe me afate më të gjata për zhvillimin e disiplinave e të degëve të ndryshme të shkencës e të teknikës.

Po ta kujtojmë drejt këtë zhvillim të domosdoshëm, do të ketë zhvillime pozitive. Gjatë zbatimit do të na duhen fonde, materiale, njerëz etj. që nuk janë parashikuara dot. Këtëj zhvillimi o do t'i hapim rrugë, o do t'ia mbyllim. Rruga duhet të jetë e hapët. Plani nuk mund të jetë i ngurtë.

Përcaktimi dhe serioziteti për planifikimin dhe për zbatimin e organizuar të punës kërkimore-shkencore kërkohet të rriten, sepse nga këta varret në një shkallë të ndjeshme vetë realizimi i planeve të prodhimit, të kulturës e të mbrojtjes.

Me hovim që ka marrë e po merr puna kërkimore-shkencore, nga baza deri në qendër, kërkohet edhe një drejtim më i mirë, i orientuar më drejt dhe i centralizuar i saj. Kjo shton nevojën që diskasteret gjendore, Akademia e Shkencave dhe komitetet ekzekutive të kështillave popullore të rrethëve t'i rritë më mirë mbi kokë punës kërkimore-shkencore, ta orientojnë e ta drejtojnë atë më nga afër.

Ashtu sig propozohet në raportin e Byrosë Politike, përpunimit të shkencës sonë do t'i shërbenë edhe krijimi i një Komiteti të lartë të

Shkencave në rang ministrie, por jo i ndërtuar si ministritë e tjera. Mendoj se ky Komitet i lartë i Shkencave nuk do të ketë as administratë në kuptimin e asaj të ministrive dhe as laboratorë ose Akademia e Shkencave drejtpërdrejtë, sig e kanë dikasteret qendrorë ose Akademia e Shkencave. Ky Komitet, që do të drejtojë shkencat në vendin tonë, duhet të përbëhet vetëm nga shkencitarët më të mirë të disiplinave të ndryshme. Laborator ai të ketë gjithë vendin, kudo ku studiohet, punohet e prodhohet. Komiteti i lartë i Shkencave duhet të jetë në dispozitë në këtë apo në atë stad, të gjykojë nëse duhet shtyrë më tej ky ose ai studim, çfarë studimesh mund të bëjnë ndërmarrja apo dikasteret. Ai mund dhe duhet të bëjë edhe vetë studime të ndryshme mbi perspektivën e zhvillimit të shkencës dhe të teknologjisë në fushat dhe në drejtimet më themelore, për të tashmen dhe për perspektivën; çlave degë duhet t'u jepet përparësi; të përcaktojë raportet e zhvillimit të degëve të ndryshme të shkencës, nevojat për përgatitjen e kuadrit etj. etj.

Komiteti i lartë i Shkencave do të duhet të bashkërendojë në shkallë kombëtare punën shkencore më të rëndësishme dhe të ndihmojë në problemet kryesore të kooperimit ndërdikasterial, të kontrollojë vënien në jetë të punimeve shkencore më të rëndësishme, të vërë më mirë në rrugë punën për kualifikimin dhe specializimin e kuadrit etj. Me një fjalë do të jetë një organ, që do të vendosë e do të veprojë nën drejtimin e Këshillit të Ministrave dhe do të përgjigjet para tij. Ky Komitet, ashtu si dhe organat e tjera shtetërore, do t'i paraqitë Qeverisë dhe udhëheqjes së Partisë materiale, studime e propozime të ndryshme në fushën e zhvillimit të shkencës e të teknikës.

Asnjë dikasteri, asnjë institucioni, as Akademisë, as Universitetit dhe shkollave e institucioneve të tjera të larta, Komiteti nuk duhet t'u marrë kompetencat. Përkundrazi ai do t'i ndihmojë dhe do t'i kontrollojë ata për zbatimin e kryerjes së studimeve, si dhe për vënien e vendimeve në jetë. Komiteti do të disponojë fondin shtetëror të kultuar për zhvillimin e shkencës në vendin tonë dhe, duke kontrolluar punën shkencore të dikastereve, të institucioneve e të bazës, do të shohë edhe përdorimin e mirë ose të keq të këq të fondëve, do të kontrollojë edhe natyrën e «punës shkencore», nëse është me të vërtetë në atë lartësi që kërkohet (gjë që duhet të japë frytë), apo është vetëm një novacion, një përmirësim i thyeshët e i përditshëm i punës.

Komiteti do të analizojë jo vetëm probleme të mëdha shkencore, por mund të studiojë e të analizojë edhe novacione që kanë rëndësi e mund të përgjithësohen për të gjithë vendin. Kush do t'ua bëjë Qeverisë dhe Komitetit Qendror studime të tilla? Komiteti që përmenda dhe që duhet të krijohet, i cili, sipas rastene, aktivizon, ngarkon e drejton grupe pune, komisione studimi e specialistë të ndryshëm. Studime shkencore duhet të bëjnë dhe t'i zotojnë edhe dikasteret, ndërsa Qeveria, nga ana e vet, lipset të bëjë studime më të thella mbi dikasteret, pa tërhequr kurrëada nga ato dhe këtë t'ua diktojë atyre.

I gjithë zhvillimi ynë në rrugën e revolucionit, procesi i gjithan shëm i ndërtimit të socializmit në vendin tonë, mbështeten fuqimisht në shkencën marksiste-leniniste, në politikën dhe ideologjinë e Partisë, e cila ndërtohet në bazë të njohjes së thellë të ligjeve objektive që për-

caktorjné zhvillimin politiké, ekonomiké, shoqëror e kulturor të vendit. Punimet e këtij Plenumi duhet të shërbejnë që organet dhe organizatat e Partisë, kudo ku punojnë e militojnë, të kujdesen vazhdimisht që tërë punën e tyre drejtuese, organizuese dhe edukuese ta vënë në baza më të shëndosha shkencore. Kjo shtron detyrën që Partia, në gendër, në rrethë e në bazë të tregojë një kujdes më të madh për shkencën dhe për punën kërkimore-shkencore, për zhvillimin e thellimin e revolucionit teknik-shkencor. Në të njëjtën kohë, edhe vetë organet e Partisë duhet të angazhohen më tepër në punën studimore shkencore, të bëjnë studime e përgjithësimë për veprimtarinë e tyre drejtuese, organizuese, edukuese dhe zbutuese.

Krahës kësaj, Partia duhet të kujdeset dhe të kërktojë që edhe organet e pushtetit, të ekonomisë dhe të gjitha lëvat e tjera, të ngrej-në nivelin shkencor të punës së tyre në të gjitha fushat, në bazë dhe në superstrukturë.

Punimet e këtij Plenumi është e domosdoshme të pasohen me analiza serioze e të thelluara, të arritjeve të derisotme, të boshllëqeve e të detyrave që dalin në gdo hallikë të veprimtarisë prodhuese, arsimore, kulturore e të mbrojtjes, në gdo institucion e qelizë të punës kërkimore, shkencore e novatore, duke u shoqëruar me masa e aksione konkrete në dobi të ndërtimit të socializmit, të mbrojtjes së ardhëut, për përparësimin e kushteve të jetesës së popullit dhe për kultijen e mëtejshme të mjerrut tonë të ri.

**ORIENTIMET DHE DETYRRAT E PLENUMIT TË 8-TË TË KQ  
TË PPSH - PROGRAM I MADH PUNE PËR ZHVILLIMIN  
E SHKENCAVE MJEKËSORE**

- Prof. PETRIT GAÇE -

Punimet e Plenumit të 8-të të KQ të PPSH kushtuar problemeve të zhvillimit të shkencës, të rritjes së nivelit dhe të efektivitetit të veprimtarisë kërkimore-shkencore dhe fjala programatike e mbajtur në këtë plenum nga Shoku Enver Hoxha përbëjnë për ne një program të madh pune për sot dhe për të ardhmen.

Ashtu sikurse në sektorët e tjerë të ekonomisë e të kulturës dhe në mbrojtjen e forcimin e shëndetit gjatë periudhës 35 vjeçare të Pushtetit Popullor janë arritur një sërë suksesesh të mëdha e të pakrahueshme me të kaluarën. Partia dhe Shteti ynë socialist gjithmonë janë interesuar dhe kanë pasur në qendër të vëmendjes gjithëmbet komplekse, që kanë të bëjnë me ruajtjen dhe forcimin e shëndetit të popullit. Për këtë qëllim, shteti ynë ka bërë dhe bën investime të shumta në drejtime të ndryshme për sigurimin e një mjedisi të shëndetshëm, për një zhvillim të shëndoshë psikik e fizik të brezit të ri, për profilaksinë e nivelin e lartë të dhënies së ndihmës mjekësore.

Sot ne kemi ngritur një sërë institucionesh profilaktike e mjekuese të pajisura me mjeket e aparataturat e nevojshme, të cilat i sigurojnë të gjithë popullsisë ndihmën mjekësore përkatëse dhe në skajin më të lartë të vendit. Në këto institute punojnë me mijra kuadro të larta e të mesme. Kështu Shqipëria Socialiste brenda një periudhe të shkurtër ka lënë prapa shumë vende të përpunuara e me traditë. Sot ne kemi një mjek për 700 banorë, që është një nga treguesit më të lartë të përgatitjes së kuadrove mjekësore në raport me popullsinë e një vendi. Një pjesë e mirë e këtyre kuadrove janë specialistë të kualifikuar dhe punojnë në profile të ndryshme, gjë që i siguron popullsisë ndihmë mjekësore të specializuar e të kualifikuar. Si rezultat i këtyre masave, vendi ynë ka një shtëmbim shëndetësor të përparuar, që përveçësori dhe zbaton shkencën mjekësore të kohës. Mbi këtë bazë janë zhdukur një sërë sëmundjesh masive, është përmirësuar dhe po forcohet vazhdimisht shëndeti i brezit të ri e i të gjithë popullit. Sot tek ne jeta mesatare e popullsisë është 69 vjet nga 38 që ishte para Çlirimit. Sëmundje të tilla masive e të rrezikshme si malarja, sifilisi, trakoma e të tjera, që në të kaluarën sifilitin masat e gjëra punonjëse, janë zhdukur thellimisht, ndërsa tuberkulozi e shumë sëmundje infektive të karakterit endemik e epidemik janë kufizuar mjaft. Vdekjet për një mijë banorë kanë arritur nivelet më të ulta që



njihen në Evropë, ndërsa rritja natyrore e popullsisë është nga më të lartat.

Në raportin e Byrosë Politike të mbajtur në Plenum nga shoku Ramiz Alia thuhet se «... vendi ynë ka një shërbim shëndetësor të *organizuar e të përparuar, që përveçson dhe zbaton shkencën mjekësore të kohës*». Këtë shërbim e organizoi Partia, e cila krijoi gjithashtu kuadrin mjekësor dhe kushtet e përshtatshme për përveçsimin dhe zbatimin në sektorin e shëndetësisë së vendit tonë të arritjeve të shkencave mjekësore bashkëkohore.

Në stadin e sotshëm të zhvillimit të vendit tonë, kur Partia dhe masat kanë marrë përsipër detyra të mëdha e të guximshme, me një besim të patundur e të bazuar në forcat e veta, në kushtet e rrethimit e të bllokades së egër kapitalisto-revizioniste, ne nuk duhet të punojmë me të njëjtit ritme e forma si disa vjet më parë. Edhe në sektorin e shëndetësisë, ngrija në një nivel më të lartë të punës kërkimore shkencore në drejtim të profilaksisë e të mjekimit kanë një rëndësi të madhe. Në radhë të parë, tani që kemi një bazë materiale të mirë e një numër të madh kuadros mjekësore, është e nevojshme që ta vemë në baza shkencore vetë organizimin e drejtimin e punës kërkimore shkencore. Për këtë qëllim, mëndojmë se njohja e përdorimi gjërësisht në profilaksi, në diagnostikim dhe mjekim i metodave të reja të mjekësisë moderne, njohja e shkallës së përhapjes së sëmundjeve të ndryshme në vendin tonë si dhe studimi i faktorëve që i shkaktojnë ato, para së gjithash, kërkon një drejtim të centralizuar të kësaj pune të rëndësishme e shumë komplekse.

Deri tani, në sektorin e shëndetësisë, puna kërkimore shkencore është bërë e shpërndarë në bazë të programeve të veganta të katedrave, spitaleve e institucioneve të tjera mjekësore, ku zgjedhja e tematikës të studimeve shkencore nuk ka qenë e studjuar mirë dhe e koordinuar në shkallën e duhur dhe është bërë ashtu siç kanë menduar kolektivtva ose individë të vegantë. Si rezultat, puna shkencore është grimtuar dhe shpesh ajo nuk përk problemet krye e të rëndësishme, që përmëndëm më lart dhe, në mjaft raste, është kufizuar në studime të karakterit klinik-statistikor, që nuk janë bërë në bazë të metodikave të hartuara me kujdes.

Boshllëqe janë vënë re edhe në zgjedhjen e tematikës studimore të nivelit më të lartë, siç janë disertacionet, e cila nganjëherë është bërë duke u mbështetur edhe në dëshirat individuale të mjekëve. Mendojme se ka ardhur koha që kësaj praktike pak të leverdisshme e anarlike në zgjedhjen e tematikës të studimeve shkencore t'i jepet fund si e papërshtatshme dhe e dëmshme për kohën e tanishme, pasi jo vetëm nuk fitojmë gjë, por edhe e edukojmë keq kuadrin që merret me studime të tilla. Kjo mund të mënjanohet fare mirë në rast se këshillat shkencore, sidomos të Ministrisë së Shëndetësisë, por edhe ato të Fakultetit të Mjekësisë e të institucioneve të tjera do të funksionojnë më mirë se tani dhe në rast se këto organizma do të koordinojnë dhe do të koeperojnë më mirë punën e tyre kërkimore shkencore. E rëndësishme është që këshillat shkencore të lartpërmendura, në radhë të parë, të njohin më mirë vetë gjendjen aktuale e të zhvillimit perspektiv të mjekësisë së vendit tonë. Prej këtej duhet të

dalin detyra e të hartohen planet e programet e centralizuarra e të koordinuara të punës kërkimore në fushën e profilaksisë e të mjekimit për të gjithë Republikën. Me një centralizim të tillë, duke pasur plane e programe të studjuara të kërkimit shkencor, ne do të jemi në gjendje të zgjidhim me precedencë ato probleme e detyra që janë më të rëndësishme. Kjo do të racionalizojë dhe do të kanalizojë më mirë si mjeket, pajisjet e aparaturat që disponojmë, gjithashtu edhe punën e forcave të angazhuara në zgjidhjen e zbatimin e detyrave të ngarkuara. Leverdia tjetër e këtij centralizimi e njësimi të punës shkencore është studimi i përbashkët i një teme të madhe, p.sh. nga disa katedra të fakultetit e të spitaleve në qendër e në rrethe, ose i këtyre me institucionet e tjera të Ministrisë së Shëndetësisë. Kështu p.sh. mund të bëhen studime komplekse për probleme të higjienës e profilaksisë me katedrën e higjienës e të sëmundjeve infektive të Fakultetit, si dhe me qendrat sanitare e reparatet e sëmundjeve infektive në rrethe. Në këtë drejtim detyra të rëndësishme i janë shtruar këtij sektori për zgjidhjen e problemëve të ndryshme, që kanë të bëjnë me studimin e higjienës së punës. Ne, punonjësit e shëndetësisë duhet të punojmë më me përgjegjësi e të japim një kontribut më të madh me studimet tona për ruajtjen e shëndetit të punonjësve nga aksidentet në punë, në uljen e paafësisë së përkohshme e të përhershme, e cila, sikurse thihet, me gjithë përmirësimet e bëra, vazhdon të qëndrojë në shifra përkrahësisht të larta. Tani që në vendin tonë janë hapur miniera, ndërmarrje, fabrika e procese pune të reja, forcat mjekësore, që janë angazhuar në këto ambiente, si dhe institutet qëndrore përkatëse, duhet të njohin mirë si teknologjinë e prodhimit, proceset e ndryshme e vegoritë druajtjen e tij nga ndotjet e rrezikshme. Kjo ka të bëjë me ruajtjen e shëndetit të punonjësve dhe shtimin e aftësisë prodhuese të tyre.

Një shëmbëll tjetër mund t'i shërbejë bashkëpunimi i ngushtë e tematika shkencore e përbashkët e Klinikës së kardiologjisë me kardiokirurgjinë e reparatet përkatëse të spitaleve të rrethëve, në depistimin e dispanserizimin e sëmundjeve kardio-vaskulare, në zbatimin e metodave të reja të diagnostikimit e mjekimit të këtyre sëmundjeve.

Ne punonjësit e shëndetësisë duhet të marrim iniciativën që në një të ardhme jo të largët të pakësojmë dhe pastaj të likuidojmë kretisht sëmundjen reumatizmale, e cila, sikurse thihet, prek moshat e reja, duke dëmtuar rëndë aparatën valvular të zemrës.

Shqipëria vazhdon të jetë ndër vendet me përgjindje më të lartë të lindjeve në botë. Kjo është një gjë e mirë, pasi e ritit me ritime të shpejta popullore e vendit dhe nuk e le atë të mplaket, sic ndodh në disa vende kapitaliste e revizioniste. Prej këtij del edhe detyra që të raunjmë sa më mirë jetën e fëmijëve tanë qysh kur ai është konceptuar e derisa të rritet. Në këtë drejtim, në sajë të masave të gjithanshme që ka marrë Partia dhe Pushkretit ynë popullor janë arritur suksese të dukshme. Por në këtë gëshkje kaq të rëndësishme ka ende të meta e dobësi. Në të ardhmen duhet të njohim më mirë shkaqet që çojnë në humbje të ndieshme për disa kategori e nozologji të veçanta sëmundjesh, sidomos në moshën e hershme fëmijore, duke i përgëndruar më shumë studimet tona në ato zona të vendit, ku kjo për-

gjinde qëndron prej disa vjetësh në shifra pënkrahësisht të larta. Pas plenumit të XI për shëndetësimin të vitit 1971 u bënë përmirësime në sigurimin e kuadrit të nevojshëm specialist përkatës, jo vetëm në qytete, por edhe në fshat. Por shumica e këtyre specialistëve të rinj e me pak përvojë është marrë më tepër me zgjidhjen e problemeve të ditës, pa u thelluar në studimin shkencor të problemeve të ndryshme të praktikës. Mendojmë se organizimi dhe drejtimi i centralizuar i punës kërkimore shkencore do të ndikojë në mënyrë pozitive në përmirësimin e punës në sektorin e pediatriisë. Vetëm një bërthamë shkencore e përbërë nga 7-8 veta nuk mund ta përmirësojë shpejt dhe mirë gjendjen ekzistuese në problemin e ndërlikuar të vdekshmërisë foshnjore. Detyra e institucioneve shkencore duhet të jetë zgjedhja e tematëkës shkencore, shpërndarja dhe drejtimi i këtij aktiviteti shkencor në rang Republike, duke konsultuar e udhëzuar herë pas here në vend kuadrot mjekësore pediatrike, sidomos në zonat ku ka edhe vështirësi më të mëdha puna mjekuese profilaktike me fëmijët.

Cështja e ngritjes së niveilit shkencor të mjekësisë sonë është e lidhur ngushtë me specializimin e kualifikimin e mëtejshëm të kuadrit. Sot ne kemi afro 4.000 kuadro mjekësore, ose një mjek për 700 banorë. Në këtë drejtim jemi shumë mirë. Megjithatë po ta analizojmë më thellë problemin do të shohim se përse a përket cilësisë e niveilit teknik të përgatitjes së tyre kemi ende shumë për të bërë.

Përgatitja e kuadrit fillon gjithë në Fakultetin e Mjekësisë. Me gjithë përmirësimet e bëra në ngritjen e niveilit të mësimdhënies, ka ende të meta e ngadalësi në këtë drejtim. Më tepër kujdes duhet t'i kushtojmë në dy vjetët e para përveçimit sa më të mirë të bazave teorike të mjekësisë, që gdo mësim praktik të shoqërohet me eksperimentet përkatës. Jo kërkon që katedrat teorike të pajisen më mirë me aparaturat e mjetet e nevojshme, kurse pedagogët që punojnë në këto katedra të bëjnë më shumë përpjekje për përgatitjen e tyre teorike sipas kërkesave të kohës. Në dy vjetët e para, studenti i mjekësisë duhet të punojë vazhdimisht në sallat e anatomisë, duke përpunuar. Në fiziologji, kimi, biokimi, farmakologji e mikrobiologji etj. ai pa fjetër duhet të eksperimentojë vetë në kafshë e jo të vrottojë në mënyrë pasive eksperimentin demonstrativ të bërë nga pedagogu. Vetëm duke punuar e eksperimentuar në mënyrë të pavarur, studentët tanë do të mësojnë më mirë dhe, çka është më e rëndësishme, ne do të ngulitim dhe do të zgjojme tek ata gjithë në shkollë kureshtjen shkencore.

Në çështjen e specializimit e të kualifikimit të kuadrit pasuniversitar në mjekësi është bërë një punë e kënaqshme. Janë përgatitur e kualifikuar me qindra specialistë të profleve të ndryshme, që sot punojnë në klinikat e spitalet qëndrore e të periferisë. Por me gjithë vlerësimet pozitive që i janë bërë kësaj punë, ne vetë nuk jemi të kënaqur. Në këtë drejtim ka të meta e dobësi të karakterit organizativ e teknik, që ndikojnë në ngritjen në një nivel më të lartë të cilësisë së përgatitjes së këtyre mjekëve. Është e nevojshme ta fillojmë gjithë në zgjedhjen e kuadrit që dërgohet për specializim si nga qendra ashtu edhe nga rrethet. Në shumë raste ata janë njerëz të papërshtatshëm, ngandonjëherë me moshtë të madhe, që nuk dinë asnjë gjuhë të huaj, që e kanë mbaruar fakultetin me mesatare të ulët dhe, çka është më e keqja, që nuk kanë

as dëshirë e pasion për t'u bërë specialistë të mirë. Pothuajse e njëjta gjë ka ndodhur edhe në caktimin e kuadrit që do të punojë në klinikat qëndrore të Tiranës. Ne na duket se këtu ka shumë subjektivizma, ndërhyrje e hatërlleqe. Për përmirësimin e gjendjes mendojmë që në të ardhmen, para se kuadri të dërgohet për specializim ose të vendoset në spitalet klinike qëndrore, instancat përkatëse duhet të konsultohen më shumë me bazën e me klinikat ku këto kuadro do të punojnë e do të specializohen.

Tani që në klinikat tona në Tiranë vijnë për t'u specializuar e kualifikuar afro 350 mjekë në vit, kërkohen edhe forma organizimi të reja e më të përsosura se në të kaluarën. Organizatën e Partisë e Këshillin shkencor të Fakultetit të Mjekësisë ka vite që i shqetëson ky problem dhe e ka diskutuar e ka marrë disa vendime, duke propozuar edhe forma të reja konkrete organizative, që duhen bërë për përmirësimin e gjendjes, por ato nuk janë venë në jetë meqë nga instancat përkatëse problemi nuk është trajtuar me seriozitetin e duhur dhe është parë në mënyrë burokratike.

Për sektorin e shëndetësisë janë dërguar për specializim jashtë shtetit një numër kuadrosash të larta. Shumë prej tyre, kur janë kthyer kanë zhvilluar më tej sektorë, specialitete dhe nënspecialitete të reja. Kjo ka kontribuar në përmirësimin dhe ngritjen në një nivel më të lartë të ndihmës mjekësore. Sigurisht që krahas përgatitjes në vend të specialitëve, dërgimi i planifikuar jashtë shtetit do të vazhdojë, pasi në këmi nevojë të marrim sa më shpejt çdo gjë të re, të vlefshme e të përshfatshme për kushtet tona nga përvoja e pasur e përparuar e shkencës botërore.

Por në këtë drejtim duhet të kemi kujdes e të mos përsërisim disa gabime të vëna re në të kaluarën. Në radhë të parë nga organet qëndrore duhet të kemi një program perspektiv shumëvjeçar se çfarë specialitësh e nënspecialitësh të reja do të krijojmë dhe cilët janë ata sektorë që kanë dobësi e duhen guar përpara. Krijimi apo forcimi i një specialiteti duhet të bëhet në harmoni me të tjerët, duke i dhënë precedencë atyre që janë më të nevojshëm, më urgjentë dhe që kemi mundësi materiale t'i krijojmë. Kjo është një ana e problemit. Po kaq e rëndësishme është edhe zgjedhja e personave që shkojnë për t'u specializuar. Aty-këtu ende dërgohen njerëz me aftësi të kufizuara dhe, çka është më keq, që nuk dinë mirë gjuhën e vendit ku ata shkojnë. Në kurset e përgatitjes së kandidatit që do të shkojë për specializim, nga ana e katëdrave përkatëse ka shumë liberalizëm. Në provime atyre iu jepen nota të mira në një kohë që me vështirësi lidhin dy fjalë në gjuhën e huaj që mësojnë.

Gjithashtu ne duhet të jemi më të treptë në kërkimin e llogarisë për personat që kanë genë jashtë shtetit për specializim. Përkundrajt atyre, që nuk zbatojnë brenda afateve të caktuara programin për të cilin është dërguar duhet të merren masat përkatëse, gjë që do të ketë efektin e saj pozitiv në disiplinimin më të mirë të kësaj pune.

Ngritja e nivelit cilësor të dhënës së ndihmës mjekësore është e lidhur ngushtë edhe me pajisjet e nevojshme të institucioneve tona proflaktike e mjekuese me njetet e aparaturat moderne. Ne që punojmë vetë me këto aparate, ua kemi parë leveridhë e madhe që këto japin sot

në përsosjen e punës diagnostikuese e mjekuese. Shteti ynë ka sjellë dhe është duke sjellë aparate e pajisje të ndryshme moderne elektronike të kushtueshme për mjekësinë. Kjo është një ndihmë e madhe, e cila pa tjetër e ka modernizuar dhe mjaft specialitete e nënspecialitete i ka ngritur në nivelin e kohës. Megjithatë, sipas mundësive që kemi, ne duhet të sjellim në mënyrë të planifikuar aparatura të tjera e pajisje të nevojshme dhe jo vetëm për klinikat qëndrore, por edhe për spitallet e poliklinikat e rrethëve. Në të njëjtën kohë ne duhet të miremë, të shfrytëzojmë më shpejt e më me rezultat këto pajisje. Paralelisht me këtë, ne duhet të bëjmë më shumë përpjekje që me një bashkëpunim më të ngushtë me personelin inxhiniero-teknik të ndërmarrësve të ndryshme të prodhojmë tani në vend pajisje e aparatura mjekësore. Si shembull mund të marrim bashkëpunimin me personelin inxhiniero-teknik të kombinatit azotik të Fierit që na dha rezultate të mira. Ata prodhuan, para pak kohësh, lëndën e parë narkotike shqiptare, protoksidin e azotit, të cilin ne e eksperimentuam në katshë dhe jemi duke e përdorur me sukses në klinikën e kirurgjisë. Me këtë ne morëm një lëndë narkotike shumë më të mirë e më pak toksike se eteri. Cilësia e prodhimit është e standarteve ndërkombëtare, kurse sasia është e mjaftueshme për të mbuluar të gjithë nevojat e mjekësisë sonë.

Në Fakultetin e Mjekësisë është bërë mbrojtja e shumë disertacioneve. Por kjo punë duhet të përmirësohet në të ardhmen, sepse ngandonjëherë ka pasur edhe kupline jo të drejta në këtë drejtim. E para duhet parë më tepër si një formë punë që duhet për të përgatitur punonjësit e ardhshëm shkencor. Për vetë natyrën e punës së pedagogëve të Fakultetit të Mjekësisë, disertacionet për shkallën e parë të kualifikimit do të vlejnin jo vetëm për rritjen e aftësive profesionale të kuadrilit, por edhe për zgjidhjen e problemeve që nxjerr praktika e përditshme mjekësore dhe ajo e perspektivës. Disertacioni, pra, nuk duhet të jetë si qëllim në vetvete për fitimin e titullit shkencor. Para së gjithash ne duhet të vlerësojmë disertantin në kompleksitetin e tij si punonjës shkencor.

Vlerësimi i një pune shkencore nuk duhet të matet vetëm me numrin e fletëve të shkruara, që ngandonjëherë i zë pluhuri në raftet e bibliotekave e të librariave, por me atë se çfarë gjëje të re i dha praktikës ky studim shkencor, sa e çoi përpara nivelin shkencor të mjekësisë sonë. Këtë ne duhet ta kërkojmë më shumë nga kuadrot që merren me punë kërkimore shkencore si në qendër ashtu dhe në periferi.

Ashtu siç porositit shoku Enver Hoxha në plenumin e 8-të të KQ të PPSH, që për kushtet e vendit tonë duhet të ngulet këmbë shumë në aplikim, ku duhet të përqëndrojmë edhe forcat kryesore, në të ardhmen ne na bie detyra të zbatojmë metoda të reja të parandalimit, të diagnostikimit dhe të mjekimit të sëmundjeve të ndryshme, që ende dëmtojnë shëndetin e punonjësve të vendit tonë. Sigurisht që punimet kliniko-statistikore do të zënë një vend të rëndësishëm në veprimtarinë kërkimore shkencore edhe në të ardhmen, por meoemos ato duhet të kryhen në bazë të metodikave të hartuara me kujdes, të jenë të lidhura ngushtë me depistimin dhe dispensarizimin e sëmundjeve dhe sipas kushteve, mundësiave dhe veçoriave të disiplinave të ndryshme mjekësore të gërshtëohen edhe me punën eksperimentale.

Detyrat që na vë Plenumi i 8-të i KQ të PPSH për ngritjen në një nivel më të lartë të punës kërkimore shkencore janë të garta e plotësisht të zbatueshme. Të brumosur me mesimet e Parisë e të shokut Enver Hoxha, ne do të punojmë që të venë në jetë vendimet e rëndësishme të Këtit Plenumi, që kanë të bëjnë me problemim e rëndësishëm të ngritjes të nivelit shkencor edhe në fushën e profilaktisë e të mjekimit, gjë që do të gojë përpara me ritme më të shpejta zhvillimin modern të shëndetësisë sonë socialiste.

#### S u m m a r y

### THE GUIDELINES AND DUTIES LAID DOWN BY THE 8th PLENUM OF THE C.C. OF P.L.A. — A GREAT WORKING PROGRAM FOR THE DEVELOPMENT OF THE MEDICAL SCIENCES

In June 1980 the Central Committee of the Party of Labour of Albania held its 8th Plenum dedicated to problems regarding the development and the raising to higher levels of science in our country.

In this paper, on the basis of the important materials of the Plenum, the author sets down some problems concerning the further improvement and progress of the main sectors of our socialist medicine, linking them, first of all, with a better future organization of our scientific research work. According to the data of the author, today in Socialist Albania are available all the conditions necessary to raise to a higher level the medical sciences. Thus, we have trained in the country a large number of higher and secondary medical personnel. Today Albania has one doctor per 700 population. Prophylactic and curative centers have been set up in the remotest corners of the Republic. These institutions are equipped with all the means needed for a qualified medical care for the population. Many infectious diseases have been eradicated or considerably reduced. The average survival age has risen from 38 years in 1938 to 69 years. Births are maintained at a high level, which has doubled the population within a relatively short period and keeps it young, in contrast with many other countries which have allowed their population to grow old.

Nevertheless, taking into account the guidelines of the 8th Plenum of the CC of P.L.A. on the raising to a higher level of the sciences of this country, the author analyses in this paper in synthesized way some of the important problems concerning the further improvement and progress of research work in medicine, outlining the duties that can be assigned to the various scientific medical institution and to all the health workers of the country.

#### R é s u m é

### LES ORIENTATIONS ET LES TÂCHES FIXÉES PAR LE 8<sup>e</sup> PLÉNUM DU CC DU PTA — GRAND PROGRAMME DE TRAVAIL, POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SCIENCES MÉDICALES

En juin 1980, s'est tenu le 8<sup>e</sup> plénum du CC du PTA, consacré aux problèmes de développement et du progrès de la science dans notre pays.

Dans cet article, l'auteur, se fondant sur les importants matériaux de ce plénum, pose certains problèmes qui concernent l'amélioration et le progrès ulté-

rieurs des principaux secteurs de la médecine socialiste, en rattachant cela en premier lieu à une meilleure organisation future de la recherche scientifique. D'après les données fournies par l'auteur, aujourd'hui, en Albanie socialiste ont été créées toutes les conditions requises pour le progrès des sciences médicales. Ainsi, par exemple, nous avons formé dans le pays un grand nombre de cadres médicaux supérieurs et moyens. Aujourd'hui l'Albanie compte un médecin pour 700 habitants. Des centres prophylactiques et curatifs se trouvent jusque dans les régions les plus reculées du pays. Ces établissements sont pourvus des moyens nécessaires pour assurer une assistance médicale qualifiée à la population. Beaucoup de maladies infectieuses ont été supprimées ou notablement réduites. La longévité est passée de 38 ans en 1938 à 69 ans. Le taux de natalité demeure élevé, ce qui a permis le rapide doublement de la population de notre pays, qui par là même, reste jeune au contraire de ce qui se produit dans beaucoup d'autres pays.

Quoi qu'il en soit, l'auteur, dans cet article, partant des orientations du 8e plénum du CC du PTA sur l'élévation du niveau de la science dans notre pays, analyse certains problèmes importants que posent l'amélioration et le progrès ultérieur du travail scientifique dans la médecine, puis, dans un esprit de synthèse, dégage les tâches qui incombent respectivement aux diverses institutions scientifiques médicales ainsi qu'à tous les travailleurs de la santé dans notre pays.

## DISA KARAKTERISTIKA TË PNEUMONISË SË FËMIJËVE TË MOSHËS NË MUAJ DERI DY VJEC

(Studim anatomo - Patologjik)

- Prof. PËLUMB BIRRI -

(Shërbimi i Anatomisë Patologjike të Spitalëve të Tiranës)

Për disa vjet kemi ndjekur vdekshmërinë foshnjore nga sëmundjet akute të rrugëve respiratore. Në këtë studim kemi analizuar 170 vdekje fëmijësh të moshës 1 muaj deri dy vjeç, të mbledhur në shërbimin anatomo-patologjik të spitalit të Elbasanit. 142 prej tyre kanë vdekur në repartin e pediatriisë, kurse të tjerët (28 fëmijë) kanë vdekur në kushtet e mjekimit ambulator.

Vdekjet në shëpji na kanë shërbyer si grup krahasimi, sepse shpesh-tësia e pneumonisë në ata përforcon rëndësinë e pneumonisë si shkak vdekjeje më të shpeshtë në fëmijë të moshës në fjalë.

Çdo rast vdekje i është nënshtruar një analize të kujdesshme anatomo-klinike, për të përcaktuar shkaktun e vretëtë të vdekjes në bazë të ballafaqimit të të dhënave klinike e laboratorike me rezultatet e ek-zaminimit anatomo-patologjik.

Për të gjykuar mbi karakteristikat kliniko-patologjike të sëmundjes së pneumonisë së fëmijëve kemi marrë në analizë disa tregues, që na duken të rëndësishëm për të arritur disa përfundime rreth karakteri-shtkave të pneumonisë të kësaj moshë.

1) Kështu në pasqyrën nr. 1 vëmë në dukje shpërndarjen e pne-umonisë sipas grup-moshave të fëmijëve.

**Ndarja sipas moshave** *Pasqyra nr. 1*

<b>Mosha</b>	<b>rasje</b>
1 muaj — 3 muaj	37
4 muaj — 6 muaj	36
7 muaj — 9 muaj	25
10 muaj — 12 muaj	21
13 muaj — 16 muaj	12
17 muaj — 2 vjeç	11
<b>mbi 2 vjeç</b>	<b>1.</b>

**Gjithsej** 142 + 28 rasje të vdekur në  
**shtëpi = 170.**

Sipas kësaj ndarje rezulton se 69% e pneumonive bie mbi fëmijët e moshës së gjirit (një muaj — 9 muaj).



Për shumë vende të botës, pneumonia përbën një nga shkaqet më të shpeshta të vdekshmërisë për fëmijët e moshës së gjirt. Ky fakt lidhet me rrethanat që kanë të bëjnë me organizimin e fëmijës së kësaj moshë, me lëndimin e lehtë të udhëve të frymëmarrjes, me ndryshimin e faktorëve klimaterikë, me shtimin dhe përsëritjen periodike të sëmundjeve virale me karakter sezonal, me toksicitetin e disa llojeve bakteriesh dhe me përpunimin e rezistencës ndaj shumë antibiotikëve si dhe me vështrësitë e diagnostikës së hershme të fëmijëve në pneumonitë e kësaj moshë.

Autori të ndryshëm komunikojnë se në përgjithësi vihet re një ulje e disa sëmundjeve infektive (1, 5, 8). Ndërsa në vendin tonë vihet re një pakësim i ndjeshëm dhe një zhdukje e plotë e disa sëmundjeve infektive dhe kjo në sajë të masave profilaktike dhe të organizimit shkencor të shëndetësisë sonë dhe të ngritjes së vazhdueshme të nivelit higjieno-sanitar dhe ekonomik të masave tona (3, 4, 9, 12). Megjithatë, infeksionet e udhëve të frymëmarrjes, kryesisht me natyrë virale dhe, ndër to, pneumonia, si sëmundje më vete, paraqitet ende në shifra të rritura.

Kjo dukuri na detyron të përqëndrojmë vëmendjen për të bërë studime dhe të përpunojmë masat e duhura profilaktike për të ruajtur sa më shumë fëmijët e moshës së gjirt.

2) Treguesi i dytë ka për qëllim të analizojë ditë-qëndrimin e fëmijëve me pneumoni në spital. Sipas pasqyrës nr. 2 rezultoi se shumë fëmijë, megjithëse vijnë në gjendje shumë të rëndë, në sajë të masave reanimatore, që marin reparatet e pediatrikë, arrijnë të jetojnë mjaft kohë. Kështu p.sh. nga 12 orë — 48 orë pas shtimit kanë jetuar 47,80% e fëmijëve, kurse mbi 48 orë dhe deri mbi 10 ditë kanë jetuar 48,50% e fëmijëve. Studimi ynë tregon se këto raste u përkasën pneumonive të rënda, toksike ose të ndërlikuara me procese të tjera patologjike. Sidoqoftë, fakti që fëmijët kanë jetuar një kohë të gjatë, na sugjeron se masat tona diagnostike dhe kurative duhet të përsosen gjithmonë e më tepër, sepse është e mundur që jeta e tyre të zgjatet.

Pranverë

*Pasqyra nr. 2*

#### Ndaria sipas ditë-qëndrimit në spital

Deri 6 orë	5	Raste
» 12 orë	9	»
» 18 orë	6	»
» 24 orë	27	»
» 48 orë	26	»
» 3 ditë	13	»
» 6 ditë	16	»
» 8 ditë	7	»
» 10 ditë	3	»
mbi 10 ditë	30	»

Gjithsej 142 raste

3) Shpeshësia e pneumonisë në muajt dhe shtinët e ndryshme të vitit, për raste të studjuara, ka qënë objekt i vëmendjes në këtë studim.

Në pasqyrën nr. 3 vëmë re se në stinë e pranverës ka një rritje të shpeshtësisë së pneumonisë, në krahasim me stinët e tjera. Me sa duket kjo dukuri ka të bëjë me gënjën e re fiziologjike, që karakterizon fëmijën e gjirit në këtë stinë. Këtu mund të përmëndim ndikimin e ndryshimit të klimës si rrezatimi diellor, ndryshime të veshjes së fëmijëve, si dhe konsumimi i rezervave vitaminike në organizmin e nënës dhe moskujdesi i duhur për t'i plotësuar ato me ushqimin dior të fëmijës. Duhet të theksojmë se pikërisht në këtë stinë janë më të shpeshta kataret virale, që lëndojnë udhët respiratore dhe përgatisin kushtet për veprimin e bakterieve në këto udhë.

Pasqyra nr. 3

## Ndarja sipas stinëve

Dimër	dhjetor	12
	janar	13
	shkurt	12
		37
Pranverë	mars	27
	prill	11
	maj	19
		57
Verë	qershor	16
	korrik	12
	gusht	6
		34
Vjeshtë	shtator	17
	tetor	18
	nëntor	7
		42 gjithsej 170

4) Karakteristikat anatomo-patologjike të pneumonisë në fëmijët që bëjnë objektin e këtij studimi na paraqiten pak a shumë në këtë mënyrë: sipas karakterit makroskopik të dëmtimit pneumonik kemi vënë re se në rreth 70% të rasteve, pneumonia ka qënë bilaterale; në 60% të rasteve, pneumonia ka pasur karakter mikro-fokal: në 30% të rasteve, ajo ka qënë e bashkuar në 60% të rasteve, pneumonia ka qënë bazale; në 12% të rasteve ajo ka qënë abscedente, formë kjo mjaft e rëndë dhe e ndërlikuar me kontaminim të organeve të tjera.

Këto të dhëna tregojnë se inflamacioni pulmonar në fëmijë ka përfshirë sipërfaqe të bollshme të parenkimes pulmonare, gjë që është pasqyruar në rëndimin e zhvillimit klinik të sëmundjes.

5) Sipas karakterit mikroskopik, pneumonitë e studjuara i kemi gjetur në këtë mënyrë:

a) Në 280/0 të rasteve, pneumonia ka qënë e variantit intersticial: 80/0 nga të cilat kanë pasur karakter të pneumonisë intersticiale kronike dhe në 200/0 karakter të pneumonisë intersticiale akute, etiologjikisht dhe klinikisht me natyrë virale.

b) Në rreth 720/0 të rasteve, pneumonitë kanë qënë të tipit alveolar, por në komponentin bronkitik, domethënë format bronkopneumoni-ke. Në këtë grup rastesh vënë re se në rreth 800/0, bronkopneumonia ka pasur karakter bakterial dhe në afër 120/0 morfologjikisht mund të përfundojnë për karakterin e dyfishtë etiologjik të saj, domethënë të ketë filluar si një inflamacion viral dhe, në zivillim e sipër, të nderlikohet me komponentin bakterial (shih pasqyra nr. 4).

Dihet se përcaktimi i natyrës etiologjike të fëmijëve ka rëndësi të madhe vecanerisht në planin klinik sepse me të lidhet trajtimi i tyre. Prandaj kujdesi i spitalëve tona për të përsosur punën e specializuar rreth diagnozës dhe mjekimit të pneumonive është i justifikuar.

Në punën e përditshme, përcaktimi i faktorit etiologjik të pneumonive, si klinikisht dhe morfologjikisht, jo rrallë është i vështirë (11, 12) dhe, në praktikën tonë, në rreth 80/0 të rasteve ka qënë i pamundur. Por nga ana tjetër edhe mbivlerësimi i faktorit etiologjik, viral ose bakterial, gofë jogjithmonë, është i justifikuar. Në punën e përditshme vënë re se në trajtimin e pneumonive të fëmijëve, në shumë raste nga ana e laboratorëve nuk këmbëngulet sa duhet për të përcaktuar faktorin etiologjik të pneumonisë, gjë që shprehet me zbatim të një terapie të përgjithshme shpesh shabllonë për çdo fëmijë dhe për çdo formë fëmije. Kjo rrethanë shoqërohet me mosmarjen e efektit të duhur terapeutik, sepse duke qënë i përgjithshëm, mjekimi nuk mund të jetë etiologjik dhe patogjenetik dhe, për pasojë, terapia do t'i ngarkohet me antibiotikë të llojeve të ndryshëm. Është mendimi i të gjithë studiuesve të kësaj fushe se terapia e mbingarkuar vuan nga mungesa e kritereve shkencore, prandaj dhe sob sugjerohet se për studimin shkencor dhe trajtim të përshtatshëm të sëmundjeve të udhëve të frymëmarrjes duhen futur metodat e reja të ekzaminimit strukturalo-funksional, duke përdorur në shkallë të gjerë histokiminë, imunologjinë, madje dhe mikroskopin elektronik në reparatë e specializuara pediatrike.

Nga kjo kuptojmë se kualifikimi i mjekëve pediatër në pneumologji neonatologji, rentgenologji dhe laboratore klinike nga njëra anë, si dhe kualifikimi i anatopatologëve, që merren me profilin pediatrik është një kërkese e kohës, pikërisht për të rritur cilësinë e punës diagnostikokurative dhe të asaj kërkimore-shkencore në fushën e sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë foshnjore.

#### Pasqyra nr. 4

### Lloji i inflamacionit dhe natyra etiologjike

Bronkopneumonia		Pneumonia intersticiale	
	72%		28%
Bakteriale] [ E kombinuar	reperi- bile	akute virale	Kronike
80%	12%	8%	20%
		8%	8%

6) Rastet e studjuara na detyrojnë të kërkojmë rrethana të quajtura sfond, që kanë ndikuar mbi zhvillimin e rëndë të sëmundjes së pneumonisë së këtyre fëmijëve. Dihet nga të gjithë klinikistët se bronkopneumonia ose përgjithësisht sëmundjet inflamatore të aparatit të frymëmarrjes janë më të shpeshta në ata fëmijë, të cilët qysh nga lindja dhe gjatë zhvillimit të tyre kanë qenë të lënduar nga procese patologjike të natyrës së ndryshme. Kështu p.sh. disa autorë (2, 6, 7, 9, 10) komunicojnë se rreth 35% e fëmijëve, që vdesin nga pneumonia, u përkasin fëmijëve të lindur para kohe; 40% e fëmijëve janë ata, të cilëve iu ka munguar ushqimi natyral, domethënë qumështi i nënës dhe janë trajtuar me ushqim artificial, por ky jo i bazuar mbi kritere shkencore, sepse 40% e fëmijëve që vdesin nga bronkopneumonia vuanë nga rakti dhe 60% e tyre kanë si sëmundje, ose më mirë të themi gjendje sfond, distrofinë e shkallës së ndryshme. Edhe anemina me natyrë të ndryshme në 35% të rasteve ka pjesën e saj të përgjegjësive në vdekjen e fëmijëve nga bronkopneumonia.

Sëmundjeve sfond ne do t'u kushtojme një vëmendje të posaçme së bashku me klinikistët, të cilët ndjekin më mirë problemën e raktit dhe të distrofisë. Megjithatë, ne vëmë re se herë pas here ka një prirje jo aq të justifikuar të mjekëve klinikistë për të bërë një superdiagnozë të raktit dhe distrofisë. Kështu p.sh. vihet diagoza e distrofisë dhe e raktit në një numër relativisht më të shpeshtë rasteesh, por që ekzaminimi anatomico-patologjik, për aq sa ai mban përgjegjësinë e vlerësimit të këtyre gjendjeve, nuk e verifikon praninë e këtyre sëmundjeve.

## PËRFUNDIME

- 1) Si sëmundje kryesore dhe shkak i vdekjes së fëmijëve, pneumoninë është një sëmundje, që kërkon një vëmendje të veçantë si në planin diagnostik, ashtu edhe në atë kurativ.
- 2) Në 43% të rasteve të studjuara, në materialin tonë, pneumonia ka dëmtuar fëmijët e moshës 3-6 muaj, kurse në 70% të rasteve, ajo ka dëmtuar fëmijët e moshës 1 muaj — një vjeç.
- 3) Në rastet tona vëmë re një shpeshësi përkrasësisht më të rritur të pneumonisë në shtënë e pranverës.
- 4) Në studimin tonë vëmë re se rastet e vdekjeve kanë qenë pneumoni të rënda dhe të përhapura.
- 5) Në rreth 80% të rasteve, në materialin tonë, pneumonia e fëmijëve ka pasur karakter bakterial, por nuk përjashtojmë mundësinë që në një pjesë ajo të jetë provokuar nga faktorë viralë.

Dorëzuar në Redaksi më 10 shkurt 1980.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Anderson W. A. D.: Pathology. New York 1977, vol. II, 875.
- 2) Andrejeva E. J.: Zadačji organov zadrževranonija po borbe s bronkologičnimu zabolëvanijami u djetelci. Pediatritra 1979, 4, 7.

- 3) Bekteshi S.: *Pediatria*. Tiranë 1974, vol. II, 48.
- 4) Bistri P.: *Patologjia Mortologjike*. Tiranë 1975.
- 5) Bistri P., Alla L.: Disa të dhëna mbi shkaktet e vdekjeve të moshës 0-2 vjeç në Rrethin e Elbasanit. *Buletini i UT* — Seria shkencat mjekësore 1979, 4, 31.
- 6) Chuzerling V. D., Chuzerling A. V.: *Patologjieskaja anatomija ostriti pneumonii raznoj etiologii*. Leningrad 1963, 111.
- 7) Geshik S. G. and coll.: Rol virusniy i virusko-bakterialnih asociasii v techenii ostrih pneumonii pri respiratornih virusnih infekciyah y djetelji rannevo viz-rasta. *Pediatria* 1960, 1, 31.
- 8) Dergacev I. S.: *Patologjieskaja Anatomija i patogenez boleznei novoro-zhdjonnih, djetei grudnovo i rannevo vozrasta*. *Medicina* 1964, 172.
- 9) Harito K.: Pneumonië si shkakt vdekjeje në fëmijë. *Buletini i UT* — Seria shkencat mjekësore 1970, 2, 135.
- 10) Ignatjeva R. K., Maksimova T. M.: Sostojanie i dinamika osnovnih pokazatelei zdorovja djeteskovo naselelja SSSR. *Pediatria* 1960, 2, 3.
- 11) Ijhtovic T. B.: Kliniko-anatomicesku analiz ostrih respiratornih infekcii smeshannoi etiologii u djeteljel. *Pediatria* 1960, 1, 39.
- 12) Kristo Th.: Bronkopneumonia në moshën e fëmijës. *Shëndetësia popullore* 1967, 2, 24.

#### S u m m a r y

### SOME FEATURES OF PNEUMONIA IN CHILDREN AGED BETWEEN ONE MONTH AND TWO YEARS.

The paper discusses the role played by pneumonia in children between one month and two years of age as regards its incidence and its pathological features at that age. It mentions the probable etiological factors of these types of pneumonia, their clinical and pathological characteristics, the importance of early diagnosis and adequate treatment. The paper concludes that only a truly scientific analysis of the individual cases and their conscientious clinicopathological confrontation can enable us to know the nature of the affection and to generalize on its incidence and death rate, which will help to improve our diagnostic and therapeutic work.

#### R é s u m é

### CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE LA PNEUMONIE CHEZ LES ENFANTS AGÉS DE 1 MOIS À 2 ANS

Dans cet article il est question de l'incidence de la pneumonie et de la mortalité qu'elle provoque chez les sujets âgés de 1 mois à 2 ans, ainsi que des formes pathologiques sous lesquelles elle se présente. Ensuite l'auteur traite le problème de la nature probable des facteurs étiologiques qui sont à l'origine de ce type de pneumonies, les caractéristiques cliniques et pathologiques de cette affection, l'importance que revêtent un diagnostic précoce et un traitement approprié. En conclusion l'auteur affirme que seulement un examen vraiment scientifique des cas particuliers et leur confrontation sérieuse clinique et pathologique sont en mesure de nous faire connaître la nature de l'affection et de généraliser son incidence et son taux de mortalité, ce qui est d'un grand intérêt pour améliorer encore le diagnostic et le traitement de la maladie.

## DISA TË DHENA MBI VALVULOPATITË REUMATIZMALE NË MOSHËN E FËMINISË

— Doc. THOMA KRISTO —  
(Spitali Klinik i Fëmijëve — Tiranë)

Sëmundja reumatike është një nga shkaktarët kryesorë që jep dëmtime të valvulave të zemrës në moshën e fëminisë. Në të kaluarën tek ne, shpeshësia e kësaj sëmundje ka qënë më e madhe, si pasojë edhe dëmtimet e valvulave të zemrës kanë qënë më të shpeshta. Në sajë të masave profilaktike dhe sidomos të përmirësimit të kushteve higjieno-sanitare, të banimit dhe të mjekimit më të mirë të infeksioneve streptokoksike, shpeshësia e sëmundjes reumatike është ulur. Sot nuk ndeshim më ato forma të rënda të sëmundjes me dëmtime të theksuara në zemër, si p.sh. pankarditin reumatizmal.

Por, me gjithë pakësimin e ndjeshëm të sëmundjes reumatike, nga të dhënat tona rezulton se kjo sëmundje është ende e ditëve tona, sidomos në moshën e fëminisë. Edhe tabloja klinike sot ka ndryshuar (4, 8). Tek fëmijët që prek në fillim sëmundja reumatike ndeshim forma atipike, edhe pa dhembje të kryeve ose me dhembje aq të pakta sa përcaktohen me vështirësi. Janë pikërisht këto raste, tek të cilët sëmundja zhvillohet pa u vënë në dukje, me ecuri latente, që nuk mjekohen, por që dëmtojnë zemrën. Këtë e vërtetojnë rastet e fëmijëve me dëmtime të valvulave të zemrës që zbulohen rastësisht gjatë një ekzaminimi mjekësor ose në depistime masive në shkolla. Zbatimi i vendimit të Qeverisë së RPSH mbi depistimin dhe dispanserizimin e sëmundjeve kardiovaskulare do të verë në pah shpeshësinë e pasojave të reumatizmit dhe do të merren në mbrojtje nga gendrat e dispanseve për këtë qëllim.

Të nsur nga kjo këto argumente, në këtë punim po paraqesim disa të dhëna mbi valvulopatitë reumatizmale tek fëmijët. Studimi ynë mbështetet në 150 të sëmurë me reumatizëm në zemër të shtruar në spitalin klinik të fëmijëve të Tiranës gjatë viteve 1972-1978.

Në tërësinë e këtyre fëmijëve, 50 kanë qënë me reumokardit pa dëmtime organike në valvula në kohën e shtrimit; analiza e tyre është paraqitur në një punim të veçantë (9).

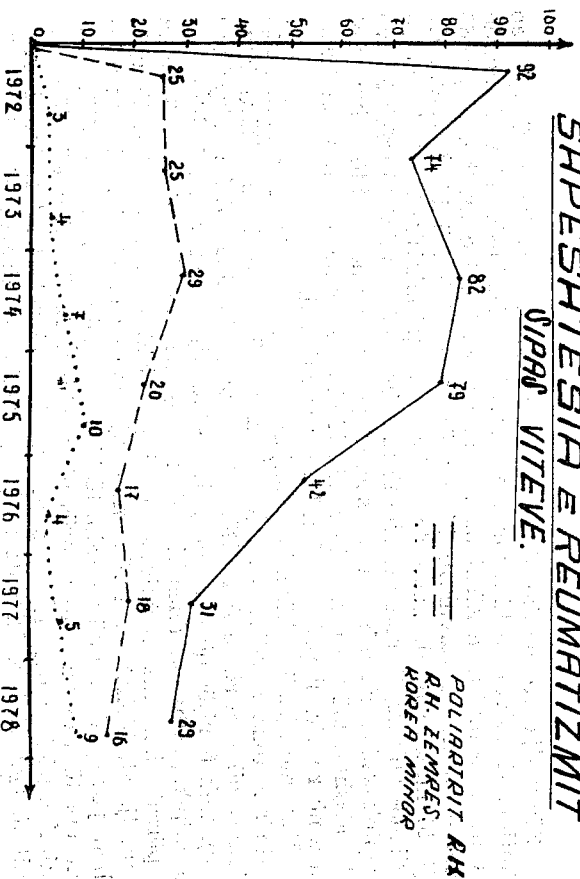
Të tjerë, bars me 100, kanë qënë të sëmurë, që patën dëmtime organike në valvula qysh në kohën e shtrimit në spital, prej të cilëve 84 ishin edhe me shenjat e reumatizmit në aktivitet.

Interesimi i zemrës nga reumatizmi ze vendin e dytë pas poliartritit. Në pasqyrën nr. 1 kemi paraqitur shpeshësinë e sëmundjes reumatike në vitet në studim si dhe raportin midis formave artrikulare, të zemrës dhe nervore. Siç shihet edhe në pasqyrë, me gjithë uljen e ndjeshme të poliartritit nga vitë 1972-1978, ulja e formave me inte-

resim të zemrës është më e pakët. Kështu që më 1972, raporti i poliartirit me reumatizmin e zemrës qëndron 3.5/1, në 1978 është 2/1. Kjo e dhënë, deri në një farë mase, mund të shpjegohet me një ulje relative të poliartirit, pasi nuk përjashtohet mundësia e formave atipike të sëmundjes pa shfaqje në kyçe ose me ankime aq të pakta sa nuk diagnostikohen, prandaj nuk mjekohen dhe, si pasojë, dëmtojnë zemrën. Konstatime të tilla kanë përshkruar edhe autorë të tjerë (3, 4, 8, 11).

Pasqyra Nr. 1

## SHPESHTESIA E REUMATIZMIT SIPAS VITEVE.



Sëmundja reumatike prek më tepër moshën 7-14 vjeç, si pasojë edhe dëmtimet e valvulave në zemër i gjejmë më shpesh në këtë moshë, sidomos në 8-14 vjeç (pasqyra nr. 2).

Nuk ka ndonjë mbizotërim të veçantë midis seksëve, në tërësi sëmundjen njihësoj si djemtë ashtu dhe vajzat.

Duke qenë se sëmundja reumatike gjendet më shpesh në muajt e vjeshtës, dimrit dhe pjesërisht në fillimin e pranverës, të sëmundurit tanë me valvulopati janë shtruar në këto stina, duke filluar nga shtatori deri në shkurt.

Nga analiza e të sëmurëve sipas banimit rezultoi: të ardhur nga fshatrat e Tiranës -34%/o dhe rrethëve të tjera -31%/o, barsa me 65%/o. Të ardhur nga qyteti i Tiranës -35%/o. Në tërësinë e të sëmurëve, mbirozetërojnë ata të ardhur nga fshati.

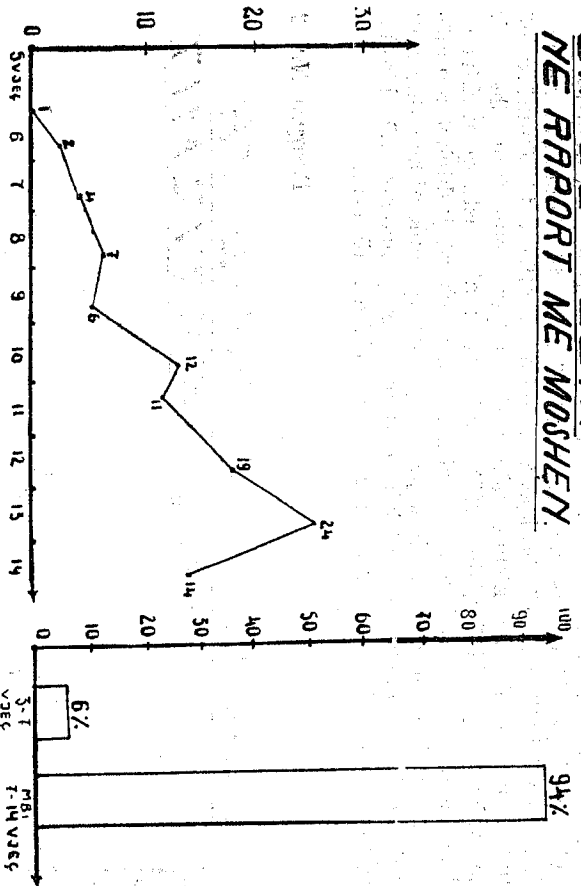
Po t'i krahasojmë këto të dhëna mbi valvulopatitë reumatizmale me ato të reumokarditit (9) del se të sëmurët me reumokardit mbizotërojnë

tërojnë ata të ardhur nga qyteti.

Ky tregues krahasues duhet të na tërheqë vëmendjen dhe mund të shpjegohet me mundësinë e kalimit të fazës akute të sëmundjes reumatike pa u diktuar dhe pa u mjekuar; si pasojë janë zhvilluar dëm-

Pasqyra Nr. 2

## SHPESHTESIA NE RRAPORT ME MOSHEN.



timet organike në valvulat e zemrës. Të nisur nga ky fakt del e nevojshme për një thellim më të mirë të diagnozës së hershme të sëmundjes reumatike edhe në zonat rurale (fshat).

Nga analiza e të sëmurëve tanë, sipas llojit të dëmtimeve valvulare, gjendja paraqitet si më poshtë:

- I. M. me reumatizëm në aktivitet 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub>
- I.M. e stabilizuar 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub>
- I.M. + S.M. me reumatizëm në aktivitet 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>
- I.M. + I.Ao me reumatizëm në aktivitet 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>
- I.M. + S.M. + I.Ao + I.TR me reumatizëm në aktivitet 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub>
- S.M. e veçuar dhe e stabilizuar 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

100<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Pra në vendin e parë paraqitet insuficienca e valvulave mitrale, e cila pasohet nga insuficienca dhe stenoza e valvulave mitrale e gërshtëtur dhe më pas nga insuficienca mitrale së bashku me insuficiencën e aortës. Konstatime të përzierja kanë përkthuar dhe autorë të tjerë (1, 2, 3, 6), ndërsa një autor tjetër (5) në 220 fëmijë me valvulopati reumatizmale (në vitin 1960) në vendin e parë ose më shpesh ka ndeshur me insuficiencën mitrale të kombinuar me stenozë.

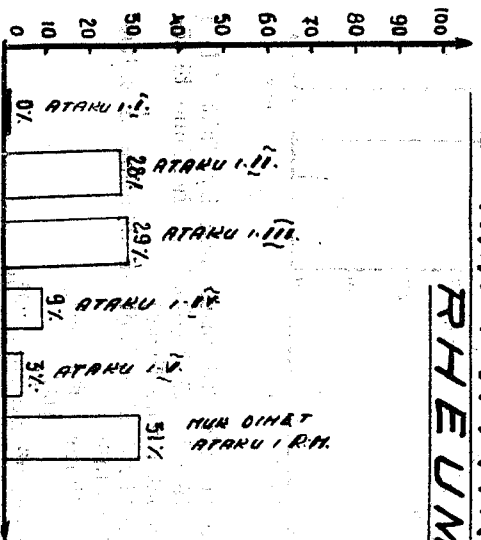


Për zhvillimin e valvulopative ndikojnë të gjithë ata faktorë, që favorizojnë zhvillimin e sëmundjes reumatike. Të tilla janë prania e infeksioneve nga streptokoku si angina, infeksioni i rrugëve të frymë-marrjes, skarlatina etj., që i gjejmë në anamnezat e të sëmurëve tanë në studim. Përveç këtyre ngrejmë rolin specifik të faktorëve të mëtejshëm:

— ataket e përsëritura të sëmundjes reumatike. Në pasqyrën nr. 3 vihet në dukje se shumica e të sëmurëve me dëmtime valvulare janë zhvilluar si pasojë e infeksioneve të përsëritura të sëmundjes reumatike. Po në këtë pasqyrë tërhiqet vëmendja se 31%<sup>0</sup> e të sëmurëve në studim nuk dinin se kishin kaluar sëmundjen reumatike dhe nuk janë mjekuar për këtë qëllim. Këto janë vetëm ato raste që u shtruan në spital nga një atak i ri i reumatizmit, por nuk përjashtohet mundësia e pranisë së rasteve të tjera jashtë spitalit, që nuk njihen dhe nuk kanë ankime subjektive. Shtrirja e depistimeve, sidomos në shkolla, krijon mundësinë e zbulimit dhe dispanserizimit të tyre.

Pasqyra Nr. 3

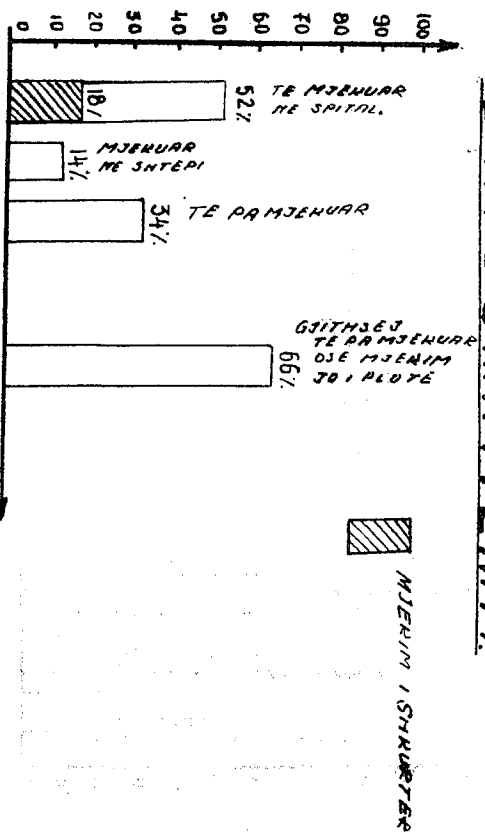
## NDIKIMI I ATAKEVE TË RHEUMATIZMIT



Në pasqyrën nr. 4 kemi paraqitur rolin ose rëndësinë e kritereve të mjekimit në ataket e mëparshme të sëmundjes reumatike. Aty vihet në dukje se 66%<sup>0</sup> e të sëmurëve tanë me valvulopati për ataket e mëparshme kanë marrë mjekim të shkurtër ose nuk janë mjekuar fare. Si pasojë, tek këta, sëmundja është zhvilluar në mënyrë të heshtur dhe ka lënë dëmtime valvulare. Plikërisht për këto arsye është e këshillueshme që i sëmuri me reumatizëm të mjekohet në spital sa më herët, në doza të përshtatshme dhe zgjatje të plotë deri në normalizimin e shenjave klinike dhe paraklinike.

Pasqyra Nr. 4

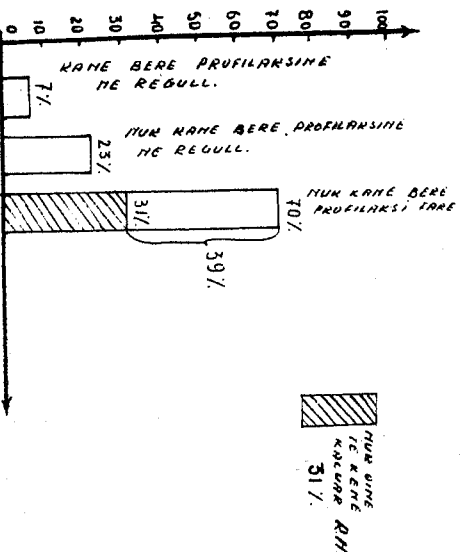
## NDIKIMI I MJEKIMIT TE RTAKEVE TE RHEUMATIZMIT



Rëndësi të vegantë ka ndjekja e kontrollit i të sëmurit me reumatizëm pas atakut të parë dhe pas daljes nga spitali. Në pasqyrën nr. 5 paraqiten të dhëna nga të sëmurët tanë në se ata kanë bërë profilaksinë me Benzahinë-Penicilinë për parandalimin e infeksioneve të reja. Nga kjo anketë rezultoi se shumica e të sëmurëve, që paraqitën për studim, nuk e kanë bërë profilaksinë përkatëse, kështu që infeksionet e përsëritura të sëmundjes kanë dhënë dëmtime valvulare. Për këtë qëllim, për zbatimin e rregullt të profilaksisë del e nevojshme krijimi i gendrave të dispersit për të sëmurët që kalojnë një atak reumatizmi. Përvoja modeste e spitalit klinik nr. 3, e nxjerrë nga të sëmurët me reumatizëm, që nuk përfshihen në këtë statistikë, ka treguar se me aplikimin e Dipenhës çdo muaj për pesë vjet pas atakut të parë ka dhënë përfundime të mira në parandalimin e shfaqjeve të reja të reumatizmit, Ndjekja e këtyre të sëmurëve duhet të bëhet edhe pas moshës 14 vjeç, në të rritur, duke u kujdesur për profilaksinë dhe rrafshimin në punë për ata që kanë kardioapati reumatizmale (10).

Simptomatologjia klinike e sëmundjes reumatikë, me format e saj tipike dhe atipike, është e njohur dhe përshkruar nga shumë autorë (4, 6, 8), prandaj e kemi lënë mënjane përshkrimin e saj në këtë punim. Për të sëmurët tanë me valvulopati reumatizmale paraqet interes studimi i shfaqjeve që i janë drejtuar mjekut. Nga një përmbledhje e tyre na rezultoi se ata kanë gënë të shumtë, sic paraqiten në pasqyrën nr. 6. Si përfundim del se shumica janë dërguar në spital nga prania e shenjave klinike ose biologjike të reumatizmit në aktivitet. Në 30%<sup>0</sup> të rasteve, këto shenja kanë gënë shoqëruar edhe me praninë e insuficiencës kardiovaskulare.

## NDIRIMI I PROFILARSISE NE MBROJTJEJ NOR RHEUMATIZMIT.



## SHRUKU I SHTRIMIT NE SPITAL.

Pasqyra Nr. 6

EMERTIMI	SHUMER	PERCENTAZHI
SIMPTOMAT E DEBOSHISHMJE E FUNKSIONALE TE RH	54	61%
DHEMBJE TE KYQEVE.	11	11%
BA DHEMBJE TE KYQEVE.	1	1%
KORER MIHOR.	1	1%
ERITEME HODDZE.	30	30%
SHENJA TE RMV	9	9%
AROVAT BIOLOGJINE TE ALTERNUARA PER NARDIARTI KONGJERITALE	5	5%
GJENOJE FEBRILE TE ARDARTA.	7	7%

### SHENIM

16% E VALVULOPATIVE NOR KUSHIN RHEUMA NE RRTIVITET. (IM DHE RM),  
I RAST ME RM T SHM VJEN ME ENDOKARDIT BAKTERIAL.

Për diagnozën e reumatizmit në aktivitet (në të sëmurët me valvulopati), përveç shenjave klinike, jemi ndihmuar edhe nga ekzaminimet paraklinike, që kanë qënë të alteruara. Të tilla janë:

— hemogrami, që ka vënë në dukje anemi, pakësim të hemoglobinit, rritje të ruazave të bardha, neutrofilil dhe rritje të sedimentit të eritrociteve.

— Tiri i antistreptolizinave ishte i rritur, po kështu ishin të rritura glukoproteinat, mukoproteinat, acidi sialik, fibrinogjenia.

— Prania e proteinës C reaktive. — Testi Cetavlonit — pozitiv.

— Në proteinogramën është vënë në dukje rritja e alfaq, globulinave.

— Vetëm në 40/0 të të sëmurëve kemi gjetur streptokokun hemolitik tipi A nga materiali i marrë nga fyti.

— Në 110/0 të të sëmurëve u gjenden vatra infeksioni në bajame, në 60/0 në dhëmbë dhe në 30/0 në sinuse.

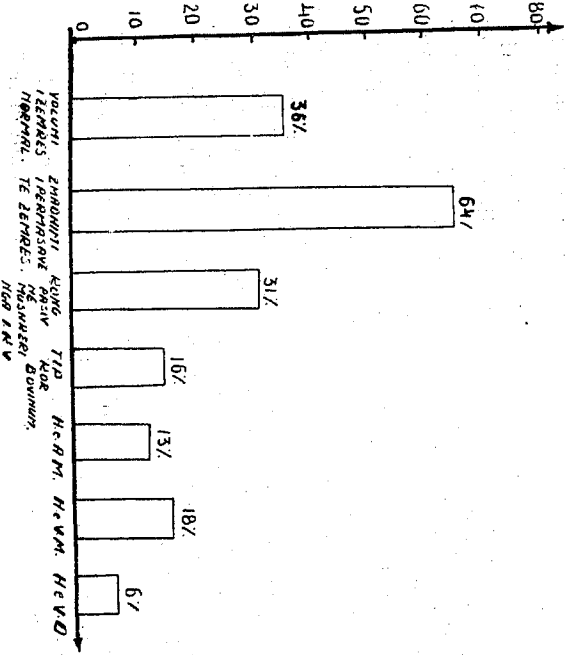
— Në ekzaminimet e tjera të bëra si azotemia, glicemia, provat funksionale të mëlqisë, urina etj. nuk vunë në dukje ndonjë gjë me rëndësi.

Ekzaminimet e sipërme, megjithëse nuk janë specifike, ndihmojnë në përcaktimin e një reumatizmi në aktivitet kur ato interpretohen të lidhura me shenjat klinike. Nga ana tjetër, ato ndihmojnë edhe për ndjekjen e ecurisë së sëmundjes gjatë mjekimit.

Per diagnozën e valvulopative reumatizmale na kanë ndihmuar edhe ekzaminimet radiologjike dhe E.K.G. Në pasqyrën nr. 7 jepen të dhënat e Telerontgenogramës. Në 64/0 e të sëmurëve, zemra iu duktej e zmadhuar dhe në 31/0 të tyre u vunë në dukje edhe shenjat e kongjestionit pasiv nga insuficienca kardiovaskulare.

Pasqyra Nr. 7

# TE DHËNA NGA TELERONTGENOGRAMA E ZEMRËS



Në pasqyrën nr. 8 paraqesim të dhënat e E K G-ve të të sëmurëve në studim. Në tërësinë e këtyre ndryshimeve, tërheq vëmendjen prana e takikardisë, fibrilacionit dhe flaterit atrial, hipertrofi e atriumit dhe ventrikulit të majtë dhe blloku A - V i gradës së parë.

Pasqyra Nr. 8

## TE DHENAT E E. K. G.

FREKUENCA NORMALE.	↓																			
TAKIKARDI.																				
BRADIKARDI.																				
ERSTRASISTOLE ATRIALE.																				
ERSTRASISTOLE VENTRIKULARE.																				
FIBRILACION ATRIAL.																				
FLUTTER ATRIAL.																				
FIBRILACION + FLUTTER ATRIAL.																				
H. A. M.																				
H. A. D.																				
H. V. M.																				
H. V. D.																				
H. B. I. V. E. N. T.																				
H. A. M. + H. V. M.																				
VOLTAZHI Q. R. S. I. U. L. U. R.																				
S. R. E. G. U. L. L. I. M. E. R. E. P. O. L. A. R. I. Z. I. M.																				
BLLOR. G. I. A. V.																				
BLLOR. G. II. A. V.																				
BLLOR. G. III. A. V.																				
BLLOR. NË DEGEN E DARTHA																				
BLLOR. NË DEGEN I MARTI.																				
RITME NODAL.																				
14% 84% 1% - - 2% 4% 50% 2% 26% 4% 14% 9% 15% 22% 28% - - 8% - 1%																				

Si të dhënat radiologjike ashtu dhe ato të E K G-së duhet të interpretohen në raport me klinikën. Veç asaj, ato ndryshojnë edhe sipas llojit të dëmtimit valvular.

Për trajtimin e të sëmurëve në studim me valvulopati kemi ndjekur kriteret e mëposhtme:

— Në 84% që kishin edhe reumatizëm në aktivitet është bërë mjekimi përkarës. Për këtë qëllim kemi përdorur penicillinën në dhjetë ditët e para në doza 800 mijë deri 1.200.000 njësi ditore dhe kemi vazhduar Dipeninën në fillim çdo dy javë, më vonë çdo tre javë dhe më pas çdo muaj gjatë pesë vjetëve. Si antiinflamator kemi dhënë prednisonin ose aspirinën me skema të ndryshme mjekimi, duke e shoqëruar prednisonin me A C T H, sipas kriterëve të njohura.

— Në 32% të të sëmurëve, që kishin edhe shenjat e insuficiencës kardiovaskulare, kemi përdorur edhe tonikardiakët dhe diuretikë, shoqëruar me regjimin dhe ushqyerjen e përshtatshme për këtë qëllim.

— Në të sëmurët që patën vatra kronike të infeksionit, pas normalizimit (qetësimit) të reumatizmit, u bë mjekimi i tyre duke aplikuar ndërhyrje nga otijatri dhe stomatologu, nën mbrojtjen e antibiotikëve para, gjatë dhe pas ndërhyrjes.

Në një i sëmurë, që pati endokardit bakterial, u mjekua me antibiotikë penicilinë në doza shumë të larta dhe streptomicinë për një periudhë rreth 6 javë deri në normalizimin e tij.

Në 6% të të sëmurëve, që patën fibrilacion dhe flater atrial, u trajtuan me digoksinë në kuadrin e trajtimit edhe për insuficiencën kardiovaskulare.

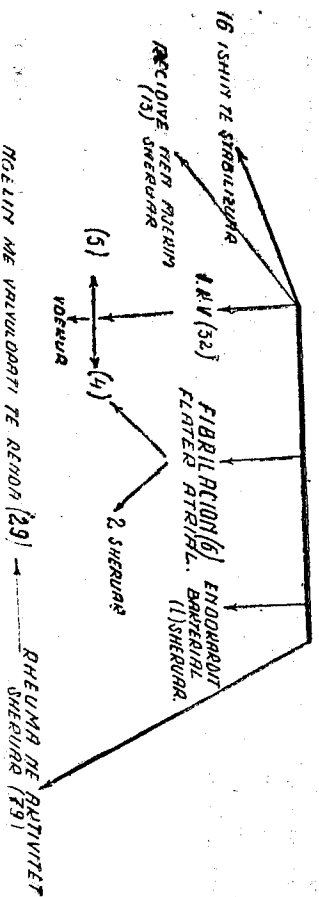
Nga 60/0 e të sëmurëve me valvulopati, që patën stenozë të veguar të valvulave mitrale, vetëm në gjysmën e tyre u bë ndërhyrje kirurgjikale (komisurotomia) me rezultat të mirë, pa asnjë humbje. Trajtimi kirurgjikal i tyre përkrahet edhe nga autorë të tjerë, duke zgjedhur indikacionet përkatëse (11, 12).

Gjatë mjekimit dhe ecurisë janë vënë në dukje dhe veprime anësore ose incidente si: shitim në peshë nga prednisoni, hipokaliemia, rritje e tensionit arterial; infeksione në mushkëri, hepatit infektioz, recidiva kimike dhe biologjike të reumatizmit, për të cilat u morën masat për normalizimin e tyre me trajtimin përkatës.

Ecuria dhe rezultatet e mjekimit të të sëmurëve që përshkruam kanë qënë të ndryshme. Në pasqyrën nr. 9 vihen në dukje: nga 84 të sëmurë (84<sup>0</sup>/0), që patën reumatizëm në aktivitet, 79 (94<sup>0</sup>/0) u normalizuan nga reumatizmi, duke lënë njësoj gjendjen e dëmtimeve valvulare; në tërësinë e këtyre, 29 (34.5<sup>0</sup>/0) të sëmurë gjendja paraqitej e rëndë me dëmtime në shumë valvula. Këta të fundit diskutohen për ndërhyrje kirurgjikale (valvuloplastike), që sot aplikohet edhe në fëmijët (7).

Pasqyra Nr. 9

## ECURIA DHE PËRFUNDIMET E MJEKIMIT.



Nga 32 të sëmurë (32<sup>0</sup>/0), që patën edhe insuficiencë kardiovaskulare, 5 (15.6<sup>0</sup>/0) përfunduan në vdekje.

Nga 6 të sëmurë (6<sup>0</sup>/0), që patën fibrilacion dhe flater atrial, 2 (33.3<sup>0</sup>/0) u shëruan dhe 4 (66.7<sup>0</sup>/0) përfunduan në vdekje në kuadrin e insuficiencës kardiovaskulare.

Një i sëmurë (1<sup>0</sup>/0), që pati endokardit bakterial, u shërua, duke lënë dëmtimet valvulare, që pati edhe para infeksionit.

16<sup>0</sup>/0 të të sëmurëve me valvulopati pa reumatizëm në aktivitet dolen njësoj.

Së fundi përmëndim se 13<sup>0</sup>/0 e të sëmurëve me valvulopati dhe reumatizëm në aktivitet, që patën recidivë, me rregullimin e mjekimit u normalizuan, duke ngelur vetëm ndryshimet valvulare.

*Shënim:* I. M. = Insuficiencë e valvulave mitrale.

S. M. = Stenozë e valvulave mitrale

I. Ao = Insuficiencë e aortës.

I. TR = Insuficiencë Trikuspidale.

## PËRFUNDIME

1) Valvulopatitë reumatizmale tek fëmijët gjenden më tepër në moshën 7-14 vjeç. Ato zhvillohen më tepër në valvulat mitrale, si pasojë e atakeve të përsëritura të sëmundjes reumatike, kur mjekimi fillohet me vonesë, ndërpritet para kohe ose në format atipike (latente) kur nuk janë mjekuar.

2) Diagnoza e valvulopative reumatizmale bazohet në të dhënat klinike sidomos në ato të dëgjimit, radiologjike dhe të E K G. Të dhënat laboratorike e biologjike ndihmojnë në percaktimin e një progresi reumatizmal në aktivitet.

3) Ecuria e valvulopative reumatizmale është e ndryshme. Ajo varret nga lokalizimi dhe shkalia e dëmtimeve në një ose më shumë valvula. Ndërlikimet si insuficienca kardiovaskulare, fibrilacioni, flatëri atrial, endokarditi bakterial, afeksionet e përsëritura në mushkëri e këqesojnë ecurinë dhe prognozën e të sëmurëve.

4) Trajtimi i valvulopative reumatizmale, pas normalizimit të reumatizmes në aktivitet, bazohet në: a) ndjekjen, dispanserizimin dhe mjekimin e ndërlikimeve që mund të zhvillohen; b) ndërhyrjen kirurgjikale në valvulopatitë e gërrshëtara me pasoja të rënda hemodinamike dhe stenozën mitrale të veçura.

5) Për parandalimin e valvulopative reumatizmale zbatohen të gjitha masat e profilaksisë dhe mjekimit të infeksioneve streptokoksike, të reumatizmit si dhe deprimin dhe dispanserizimin e këtyre të sëmurëve.

Dorëzuar në Redaksinë më 20 shkurt 1980.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J.: Veset e aortës sipas të dhënave të klinikës së terapisë. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1968, 1, 71.
- 2) Attal C. et coll.: La place des cardiopathies mitrales dans la maladie rhumatismale. Vie médicale 1965, 46, 777.
- 3) Bekteshi S.: Endokarditi reumatik. Pediatra. Tiranë 1974, Vol. II, 236.
- 4) Fidelle J. E.: Aspects nouveaux du rhumatisme articulaire aigu. La médecine infantile 1971, 8, 537.
- 5) Gegesi Kis F. e bp.: Cardisek lezajlasi utan veçleg megmarado heges szivel-valtozasok. Sziv és vérkeringési betegségek exsemo és gyermekkorban. Budapest 1960, 351.
- 6) Gerard R. et coll.: Valvulopathies acquises. Précis de cardiologie de l'enfant. Paris 1973, 508.
- 7) Gerard R. et coll.: Le problème des prothèses mitrales chez l'enfant. Arch. Mal. Coeur 1968, 61, 1209.
- 8) Grison S. et coll.: Conceptions actuelles du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. Revue de médecine 1973, 14, 703.
- 9) Kristo Th., Niko R.: Reumokarditi në moshën e fëmijësisë. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1980, 1,

- 10) **Liko Sp.**: Profilaksia dhe rrafësimi në punë i të sëmurëve me kardiopati reumatizmale, Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1970, 2, 91.
- 11) **Targuini A., Cortis B.**: La stenosis mitralica nei giovani. *Minerva Medica* 1965, 56, 1254.
- 12) **Thibert M. et coll.**: Indications et résultats de la commissurotomie mitrale chez l'enfant. *Arch. mal. Coeur* 1971, 64, 1256.

### Summary

## SOME DATA ON RHEUMATIC VALVULOPATHY IN THE YOUNG

The paper presents some data regarding rheumatic changes of the heart valves observed in children. It points out that the incidence of rheumatic fever has fallen and rheumatic valvular affections have become less frequent. The study comprises 100 children with rheumatic valvulopathy admitted to the pediatric clinic during the period 1972-1978.

The paper mentions that in rheumatic fever the incidence of heart lesions comes second to polyarthritits and their ratio was found 3.5:1 in 1972 and 2:1 in 1978. Valvular lesions were more frequent in the age group between 10 and 13 years and in the cold season. The most frequent type of valvular lesions was mitral insufficiency followed by combined mitral insufficiency and stenosis, with combined mitral and aortal insufficiency in the third place.

Among the factors predisposing to the development of valvulopathy the paper mentions the importance of streptococcal infections, repeated attacks of rheumatic fever, the lack of adequate treatment of rheumatic fever and the neglect in the prophylactic treatment with benzathin-penicillin.

The paper describes the clinical, biological, radiological and ECG findings and their importance in the diagnosis of active rheumatic fever.

In conclusion it gives a scheme of treatment which was applied in the patients included in this study, the course of their illness and the complications that were observed, in particular heart failure, atrial fibrillation and atrial flutter and bacterial endocarditis. Of all the patients 5 died from the above complications.

In addition to the medical treatment, the paper discusses the importance of the surgical interventions which were performed in some of the cases of this study.

### Résumé

## DONNÉES SUR LES VICES VALVULAIRES D'ORIGINE RHUMATISMALE CHEZ LES ENFANTS

Dans cette communication, l'auteur fournit des données relatives aux vices valvulaires d'origine rhumatismale chez les enfants. Il a relevé que l'incidence de la fièvre rhumatismale a diminué et que les vices valvulaires d'origine rhumatismale sont actuellement moins fréquents. Cette étude concerne 100 sujets jeunes admis à l'hôpital pédiatrique pendant la période 1972-1978 pour des vices valvulaires d'origine rhumatismale.

Il ressort que dans les fièvres rhumatismales, l'incidence des lésions cardiaques vient tout de suite après le polyarthrite et quelle a été dans un rapport de



3.5:1 en 1972 et de 2:1 en 1978. Les vices valvulaires sont plus fréquents dans le groupe d'âge entre 10 et 13 ans et pendant la saison froide. L'insuffisance mitrale figure parmi les vices valvulaires les plus fréquents, puis viennent les insuffisances mitrales combinées à la sténose mitrale et aortique.

Parmi les causes de cette affection figurent aussi les infections streptococciques, les attaques répétées de fièvre rhumatismale, l'absence d'un traitement approprié de la fièvre rhumatismale ainsi que l'application non régulière d'un traitement prophylactique avec de la benzathine-pénicilline.

Ensuite l'auteur décrit les données cliniques, biologiques, radiologiques et de l'EKG, et il relève leur importance dans le diagnostic des fièvres rhumatismales actives.

En dernier lieu, il illustre le schéma du traitement qui a été appliqué, l'évolution de la maladie et les complications qui ont été observées, en particulier l'insuffisance cardiovasculaire, la fibrillation auriculaire et le flutter auriculaire, ainsi que l'endocardite bactérielle. Cinq des patients sont morts de ces complications. Enfin il est également question de l'importance de l'intervention chirurgicale, qui a été pratiquée même chez les enfants.

## PNEUMONITË SI SHKAK VDEKJEJE NË FËMIJËT E MOSHËS MBI NJË MUAJ DERI 4 VJËÇ

— SHYQYRI SUBASHI (K.Sh.M.) LULIETA LENO —  
(Shërbimi i Anatomisë Patologjike — Tiranë)

Pneumonitë janë një prej shkaqeve më të shpeshta të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së fëmijëve dhe, pra, një prej nozologjive më të zakonshme në praktikën e përditshme klinike dhe morfologjike. Për këtë arsye vendosëm të studjojmë këtë problem, duke vënë në jetë një nga porositë e Plenumit të 11-të të KQ të PPSH, ku thuhet: «*Studimi i shkaqeve të vdekjeve tek fëmijët e vegjël dhe i maseve që duhen marrë për uljen e tyre duhet të konsiderohet si një problem i rëndësishëm shkencor për të gjithë punonjësit e shëndetësisë.*».

*Materiali.* — Studimi bazohet në nekropsitë e fëmijëve me moshë mbi një muaj deri në 4 vjeç të bëra në Shërbimin e Anatomisë Patologjike të Tiranës për periudhën 1976-1978. Ndërmjet tyre janë analizuar pneumonitë, duke iu referuar kryesisht shpeshësisë së tyre, shpërndarjes sipas seksit, moshës së fëmijës, muajit dhe stinëve të vitit si edhe të formave morfologjike, të mospërputhjeve të diagnostës klinike me ato morfologjike e të disa rrethanave favorizuese për zhvillimin e pneumonive.

Rastet e pneumonive tek fëmijët e muajit të parë të jetës (të por-salindurit) nuk janë përfshirë në studim meqënëse pneumonitë e kësaj moshë kanë veçori etopatogjenetike, klinike dhe morfologjike. Po ashtu nuk janë përfshirë në studim pneumonitë e fëmijëve 4 deri 14 vjeç, sepse ato përbëjnë një numër fare të vogël (1,4%) të pneumonive të moshës femino-re.

### REZULTATET DHE DISKUTIMI

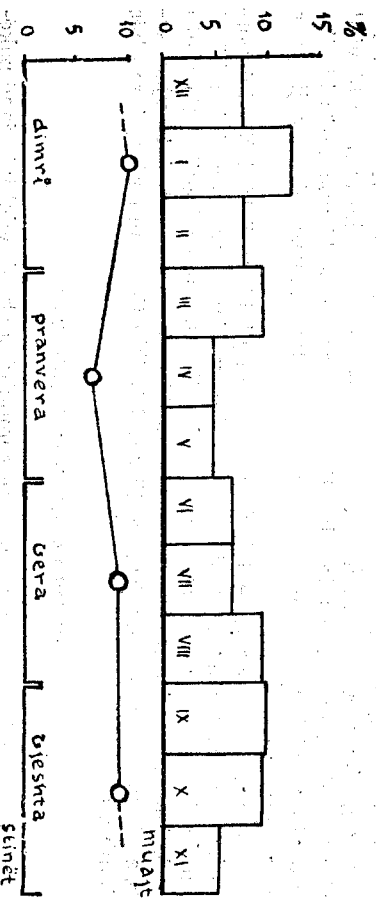
Ndërsa në moshat e rritura, pneumonitë si shkak vdekjeje janë pakësuar shumë, në fëmijët e vegjël kjo ulje është më pak e ndjeshme, pra-ndaj ato mbeten ende një problem për praktikën pediatrike.

Në materialin që kemi marrë në studim kemi takuar 160 fëmijë me pneumoni si sëmundje kryesore dhe si shkak i vetëm i drejtpërdrejt i vdekjes. Në një numër rastesh, pneumonitë kanë qënë ndërlikim apo shoqëruese e një sëmundjeje tjetër me të cilën kanë bashkëvepruar për të shkaktuar vdekjen e fëmijës.

Duke bërë krahasim të materialit morfologjik të periudhës që studjojmë me atë të viteve të kaluara, vihet re se numri i rasteve të fëmijëve të vdekur me pneumoni është ulur. Në të vërtetë, në shifra ab-solute, rimet e kësaj uljeje janë më të larta, por ato maskohen nga disa faktorë. Së pari, në kuadrin e përmirësimit të shërbimit mjekësor dhe të rritjes së mëtejshme të kujdesit për fëmijët, numri i shtimeve

në spital është shtuar, dhe, si pasojë edhe numri i pneumonive, një numër i mirë i të cilave më përpara njezkoheshin ambulatorisht, kështu që nuk mund të bëheshin objekt i ekzaminimit morfologjik. Së dytë, ka ndryshuar struktura e shkakëve të vdekjeve tek fëmijët. Para viteve 1960, si shkak i shpeshë vdekjeje kanë qënë sëmundjet e aparatit tretës. Nga viti në vit, këto sëmundje u pakësuan me ritme të shpejtuar. Kështu p.sh. në qoftë se më 1959 sëmundje e aparatit tretës përbënin 49% të numrit të përgjithshëm të vdekjeve të fëmijëve, në periudhën që po studjojmë, ato përbëjnë vetëm 5,6% të tyre, domethënë 9,5 herë më pak se në vitin 1959, tri herë më pak se në vitin 1964 (5) dhe 1,5 herë më pak se në vitin 1974. Pakësimi i sëmundjeve të aparatit tretës me ritme më të shpejtuar se i pneumonive ka bërë që ritmet e pakësimit të këtyre të fundit, në mënyrë relative, të jenë më pak të dukshme.

Në grafikun nr. 1 jepen pneumonitë të shpërndara sipas stinës dhe muajit të vitit kur ka ndodhur vdekja. Atje vihet re një mbizotërim fare i pakët në stinë e dimrit dhe sidomos në janar. Ky mbizotërim shpjegohet me faktorët meteorologjikë (lagështira e ajrit, të ftohtit etj.) dhe epidemiologjikë. Kështu p.sh. në janar të vitit 1976, periudhë që për-fshihet në materialin tonë, në Tiranë ka shpërthyer një epidemi gripi, e cila tek fëmijët ka dhënë shumë pneumoni. Kurse përta i përket seksit, pneumonitë e fëmijëve një muajsh deri 4 vjeç janë takuar diçka më shumë se gjysma (53,6%) në meshkuj dhe 46,4% në femra.



Grafiku Nr. 1

Shpeshësia, kuadri klinik, rrehanat etiopatogjenetike, madje dhe kuadri morfologjik i pneumonive ndryshojnë në një farë mase sipas moshës së fëmijës (pasqyra nr. 1).

Pasqyra nr. 1

Mosha në vitë	Viti I	Viti II	Viti III	Viti IV
Raste	128	21	7	4
Përqindje	80	13,1	4,3	2,5

Sig shihet, shumica e rasteve janë takuar në vitin e parë të jetës (80<sup>0</sup>/0). Pas muajit të parë, përqindja e pneumonive, ndërmjet shkrageve të tjera të vdekjes, vjen duke u shtuar, megjithëse numri i përgjithshëm i tyre pakësohet (8). Pas vitit të parë të jetës, ulja e përqindjes së pneumonive është shumë më e ndjeshme. Kështu në vitin e dytë, pneumonitë takohen 6 herë më pak se në vitin e parë. Pas vitit të dytë, ulja vazhdon të këshet edhe më tej. Kështu rastet me pneumoni në vitin e tretë janë mbi 3 herë më pak se në vitin e dytë dhe rreth 18 herë më pak se në vitin e parë. Nga kjo analizë kuptohet se masat më të mëdha në luftë kundër pneumonive duhet të merren në vitin e parë të jetës. Madje masa parandaluese duhet të merren gjysh gjatë shtatzënisë dhe lindjes (10).

Pakësimi i rasteve të pneumonive, në radhë të parë, bëhet duke luftuar për parandalimin ose kapërcimin në kohën e dhurur të atyre rrethanave që favorizojnë zhvillimin e këtyre sëmundjeve. Në rrethana të tilla bëjnë pjesë:

1) Prematuriteti: padyshim prematuriteti favorizon zhvillimin e pneumonive neonatale. Mbi 2/3 e këtyre pneumonive takohen në fëmijët e lindur prematurë (10). Edhe pas periudhës neonatale, prematuriteti favorizon zhvillimin e pneumonive, por në materialin që analizojmë nuk kemi pasur të dhëna të përpikta për gjendjen e fëmijës në lindje.

2) Infeksionet janë rrethana të shpeshta mbi të cilat zhvillohen pneumonitë, që, në materialin tonë është vënë re në 22.5<sup>0</sup>/0 të rasteve.

Në kohën e sotme rëndësi të madhe kanë infeksionet virale, sepse, ndryshe nga ato bakteriale, luftohen më me vështirësi me antibiotikë. Duhet theksuar dhe vështirësia e madhe që haset në disa raste për mjekimin edhe të pneumonive bakteriale për shtak të rezistencës ndaj antibiotikëve që krijojnë disa shtame mikrobiale si p.sh. stafilokoku. Dihet se virozat kanë prirje për të dhënë kryesisht pneumoni intersticiale, mirëpo në materialin tonë, këto pneumoni janë të pakta (16.5<sup>0</sup>/0), kurse shumica (83.5<sup>0</sup>/0) janë bronkopneumoni. Kjo mund të shpjegohet me atë se ndërmjet pneumonisë intersticiale dhe bronkopneumonisë nuk ka ndarje të plotë (3, 7, 10), aq sa shpeshherë morfologu është i detyruar të vejë diagnoza të tilla si «bronkopneumoni me komponent të shprehur intersticial» ose anasjelltas. Nga ana tjetër, pneumonitë virale vëjnë në fillim kanë tablo morfologjike tipike, pastaj pësojnë superinfekcion bakterial, madje sa më shumë që kalon koha që nga fillimi i infeksionit aq më shumë dalin në pah ndryshimet të lidhura me superinfeksionin bakterial dhe vështirësohet ose bëhet e pamundur dallimi i karakteristikkave të lidhura me infeksionin viral. Në rreth 1/3 e rasteve, pneumonia intersticiale ka pasur karakteristikat e pneumonisë plazmoceulare nga *pneumocistis Carinii*.

Pa ulur vlerën e ekzaminimit morfologjik për përcaktimin e etiologjisë së pneumonive duhet theksuar se është e nevojshme që të bëhen ekzaminimet bakteriologjike dhe virologjike që në fillim të sëmundjes, kur ende nuk ka filluar mjekimi me antibiotikë. Për të gjykuar mbi etiologjinë e pneumonive, rëndësi të vecantë kanë edhe rrethanat epidemologjike, të cilat duhet të sqarohen me këmbëngulje.

Në materialin që analizojmë, pneumonia krupoze nuk është takuar

në asnjë rast. Kjo përkon me të dhënat e shumë autoreve (2, 3, 4, 5, 7), të cilët e japin këtë pneumoni shumë të rrallë në moshën femënore.

Pa mohuar rolin e çdo infeksioni në zhvillimin e pneumonisë, rëndësi të vecantë ka grupi si sëmundje infektive më e përhapur e njëzëzimt dhe kolla e mirë, si një sëmundje e zakonshme e fëmijëve. Në të kaluarën, rastet e vdekjeve me pneumoni gjatë kollës së mirë kanë qënë të shumta. Në një studim të bërë nga një autor (5) më 1970, që mbështetej në materialin e viteve 1958-1967, këto pneumoni përbënin 22,8%/o, ndërsa në periudhën që studjojmë ato janë takuar vetëm në 8 raste, që përbëjnë 4,5%/o, pra 5 herë më pak. Kjo ulje është arritur, në radhë të parë, në sajë të masave të marrura për imunizimin aktiv të fëmijëve, kështu që rastet me kollën e mirë janë pakësuar dhe kryesisht janë zhvilluar forma të lehta, me një pak ndërlikime, që zakonisht nuk përvefundojnë në vdekje.

Një infeksion tjetër i moshës femënore, që ndërlikohet shpesh me pneumoni, është fruthi, i cili në Shqipëri, në sajë të masave të shumta antiepidemike që janë ndarë (ndalimi i hyrjes së fruthit nga jashtë, izolimi dhe observimi i rasteve të dyshimta, vaksinimi dhe imunizimi pasiv i personave që kanë pasur kontakt etj.), nuk ka reneë gqsh prej shumë vitesh. Në vjeshtën e vitit 1970 u shfaqën raste me këtë sëmundje (të ardhur nga jashtë) dhe rrezykohen të shpërthente një epidemi e madhe, e cila kishite në dispozicion një kontigjent prej 900.000 vetash. Me vaksinimin shumë të shpejtë të popullatës, shpërthimi i epidemisë u ndërpre. Kjo përbën një sukses të madh të shëndetësisë sonë dhe një përvojë të madhe të luftës ndaj kësaj sëmundjeje (2).

3) Hipotrofia ul qëndrueshmërinë e organizimit të fëmijës, kështu që edhe shpume me virulencë të vogël, madje edhe saprofitë mund të shkaktojnë pneumoni. Për këtë arsye të këta fëmijë infeksioni pneumonik shpeshherë është endogjen, i shkaktuar nga mikroorganizma saprofitë të aparatit të frymëmarrjes.

Pneumonitë e fëmijëve hipotrofe jo vetëm janë të shpeshta, por kanë edhe vdekshmëri të lartë. Masat e marrura në drejtim të parandalimit dhe mjekimit të hipotrofisë kanë dhënë rezultatet e veta. Kështu në krashitim me të dhënat morfologjike të viteve të mëparshme (5), pneumonitë në hipotrofi janë pakësuar në 1/3 e vlerës së tyre.

4) Rakti është një tjetër rrehanë favorizuese për zhvillimin e pneumonisë. Kjo jo vetëm për shkak se këta fëmijë kanë reaktivitet të ulët, por edhe për vegoritë e frymëmarrjes së tyre dhe për shkak të infeksionëve intestinale të shpeshta që kalojnë dhe, që, për pasojë, kanë uljen, e nutricionalit të fëmijës. Pra gërshtëtohet veprimi i një grup faktorësh, që favorizon zhvillimin e pneumonitë. Prandaj tek fëmijët raktikë, pneumonitë janë jo vetëm më të shpeshta, por edhe më të rënda, më me shumë ndërlikime dhe me vdekshmëri më të lartë (2). Edhe në këtë drejtim, ashtu si për hipotrofitë, përmirësimet janë të dukshme. Kështu në krashitim me periudhën 1958-1967 (5), pneumonitë në fëmijët raktikë janë ulur 3 herë.

Në mjekimin e pneumonive, ashtu si për gjithë sëmundjet e tjera, sukseset varen shumë nga fillimi i hershëm i mjekimit, gjë që bën të mundur vënia e diagnozës. Pneumonitë shfaqen me shenja të shumta objektive dhe subjektive, që ndihmojnë për vënien e shpejtë të diagnozës

klinike qysh në hyrje, madje shpeshherë qysh në poliklinikë. Megjithatë në një numër rastesh, pneumonitë nuk janë të diagnostikuara (4.3%/0). Msodiagnozistikimi i një sëmundje ka arsye subjektive dhe objektive, të cilat duhen nxjerrë me këmbëngulje në diskutimet dhe konferencat anatomo-klinike në mënyrë që të rritet më tej cilësia e shërimit të personelit mjekësor dhe kualifikimi. Ndërmjet arsyeve objektive mund të përmenden:

— Në fëmijët me moshë të vogël (muajt e parë të jetës), sidomos me hipotrofi të theksuar, pneumonitë kanë varfëri të madhe shenjash.

— Ka raste kur fëmija vdes shpejt, qëndron pak në klinikë, kështu që mjeku ka pak kohë në dispozicion për të bërë diagnozën klinike. Pjesa më e madhe e rasteve me mospërputhje diagnoze kanë vdekur brenda 24 orëve të para të shtimit në spital.

— Shenjat e pneumonisë mund të maskohen nga shenjat e sëmundjes me të cilën ajo mund të shoqërohet ose në kuadrin e cilës zhvillohet. Mospërputhjet kanë qenë më të shpeshta në pneumonitë e fëmijëve me hipotrofi dhe në pneumonitë intersticiale, për arsye se këto premoni kanë shenja të pakta. Shpeshherë ka ndodhur që në vend të pneumonisë intersticiale është vënë diagnoza e bronkopneumonisë. Në një fëmijë me të dhëna të pakta të ekzaminimit objektiv, por me insuficiencë respiratore të theksuar duhet menduar se jemi përpara një pneumonie intersticiale.

## PËRFUNDIM

Pneumonitë janë patologji e rëndësishme e fëmijëve mbi një muajsh deri në 4 vjeç. Nga viti në vit, rastet me këtë sëmundje janë pakësuar. Ky pakësim në vlera absolute është më i madh, por nuk duket se maskohet nga ulja shumë e ndjeshme e sëmundjeve të aparatit tretës.

Rastet më të shumta me pneumoni kanë qenë në vitin e parë të jetës (6 herë më shumë se në vitin e dytë dhe 18 herë më shumë se në vitin e tretë të jetës).

Pneumonia është shkak i shpeshhtë vdekjeje në fëmijët e lindur pre-maturë, në ata me infeksione të ndryshme, me hipotrofi dhe me rëqit, por në krahasim me disa vite më parë, në këtë gjendje, pneumonitë janë pakësuar. Shumica e pneumonive kanë qenë bronkopneumoni (83.5%/0) dhe vetëm pak raste (16.5%/0) kanë qenë pneumoni intersticiale.

Dorëzuar në Redaksi më 12 shkurt 1980

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Adli Gargani: Raport në Plenumin e 11-të të KQ të PPSH. Shëndetësia Popullore 1971, 1, 14.
- 2) Bekteshi S.: Pediatra. Tiranë 1974, vol. 2.
- 3) Bifti P.: Patologjia morfologjike. Tiranë 1976 (botim i II).
- 4) Chazerting A.V.: Ostrije respiratornije infekcii (Voprosi) patologiceskoj anatomi. Medicina 1970.

- 5) Harito F.: Pneumonitë si shkak vdekje në fëmijët. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1970, 2, 135.
- 6) Kristo TH.: Bronkopneumonia në moshën femënore. Shëndetësia Popullore 1967, 2, 24.
- 7) Kissan J.: Pathology of the childhood and infancy. Mosby 1975.
- 8) Potter E.: Pathology of the fetus and infant. Sec. ed. 1961.
- 9) Subashi Sh., Bitri P.: Studim anatomo-patologjik mbi pneumonitë e të porsalindurve. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1971, 1, 56.
- 10) Subashi Sh.: Pneumonitë fetó-neonatale. Disertacion për të fituar shkallën e parë të kualifikimit. Tiranë 1970.

#### Summary

### PNEUMOPATHIA AS CAUSE OF DEATH OF CHILDREN ONE MONTH TO FOUR YEARS OF AGE.

An analysis is presented of the types of pneumonia causing death among children between one month and four years old on the basis of the post mortem findings of the Service of Pathology of Tirana for the period 1976-1978.

Pneumonia was more frequent among children in their first year of life; no significant seasonal differences of the incidence was observed. Most of the cases had died of bronchopneumonia a few of interstitial pneumonia and none of croupous pneumonia. A sharp fall in the incidence of pneumonia among children with infections, rickets or hypotrophy was noted in the period of study as compared with that of previous years.

#### Résumé

### LES PNEUMONIES COMME CAUSE DE MORT CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS D'UN MOIS À QUATRE ANS

Dans cet article on procède à l'analyse des différents types de pneumonie chez les enfants âgés d'un mois à quatre ans, et cela sur la base des données post-mortem fournies par les Services d'Anatomie pathologique de Tirana pour la période 1976-1978.

L'incidence de la pneumonie était plus fréquente chez les enfants dans la première année de vie, le facteur saison n'exerçant aucune influence de relief. La plupart des décès furent provoqués par la broncho-pneumonie, un petit nombre de mort par la pneumonie interstitielle; on n'a relevé aucun cas de pneumonie croupouse. Par rapport aux années précédentes, une baisse sensible de la fréquence de la pneumonie a été relevée chez les enfants ayant une infection rachitiques ou hypertrophiques.

## DISA TË DHËNA PARAPRAKË MBI SHPËRNDARJEN E FAKTOREVE TË SISTEMEME RH DHE MN NË POPULLATËN TONË

— Doc. BASHKIM ÇUBERI

(Katedra Anatomii Patologjike — Mjekësi Ligjore)

Në fushën e ekspertimit mjekoligjor, përcaktimi i grupeve të sistemeve të ndryshme të gjakut ka gjetur përdorim të gjërë praktik jo vetëm në ekspertimet e provave materiale, por edhe në çështjet e njohjes së atësisë dhe amësisë.

Prej kohësh dhjet se në rruazat e kuge të gjakut dhe në elementet qelizore të indeve të ndryshme janë të pranishëm një numër i konsiderueshëm faktorësh antigjenësh të njohura edhe me emrin substanca grupo-specifike. Këta faktorë, të cilët shprehin karakteret dhe që varen nga prania e një gjeni korrespondues në kromozomet e qelizave, nuk ndryshojnë gjatë gjithë jetës dhe transmetohen nga prindrit tek fëmijët në bazë të ligjere tashmë të njohura dhe të bazuara shkencërisht. Të tillë cilësi i kanë jo vetëm faktorët e sistemit ABO, por edhe faktorët e një numri të madh sistemesh të tjerë të zbuluar më vonë në rruazat e kuge të gjakut (sistemet MNSS, Rh, P, Kidd, Lewis, Duffy, Lutheran, Kell-Cellano) ashtu dhe në serumin e tij (sistemet Gm, Gc, Ag, Ip, Ld etj.). Nga këto sisteme, të cilat nuk kanë asnjë lidhje gjenetike qoftë me sistemin ABO ashtu dhe midis tyre, rëndësi të veçantë kanë sistemet Rh dhe Mn, që ky i fundit gjenetikiist është i lidhur ngushtë me antigjenet S dhe s, duke formuar së bashku sistemin MNSS.

Kërkimet gjatë viteve 1941-1945 kanë vërtetuar se sistemi Rh përbëhet nga gjashtë antigjene, të emërtuar sipas klasifikimit Fisher-Race, D, C, E, d, c dhe e. Në vriet e fundit është vënë në dukje se në këtë sistem janë të pranishëm edhe variante të tjerë të antigjeneve të përmëndur. Kështu p.sh. për faktorin D, varianti D<sup>u</sup>, për C — C<sup>w</sup>, C<sup>u</sup>, Ç<sup>v</sup>, për C — C<sup>v</sup>, për E — E<sup>w</sup>, E<sup>v</sup> etj.

Sig dhjet, sistemi MN përbëhet nga dy faktorë: faktori M dhe N, në bazë të të cilëve njerezit ndahen në tre grupe: në grupin M, grupin N dhe grupin MN.

Është e njohur se grupet e gjakut kanë të bëjnë me vetitë biologjike të organizmit dhe, si pasojë, nëgërmjet studimit të tyre, mund të nxirren disa voretori specifike biologjike të popullit të një vendi. Një studim i tillë për popullin tonë është bërë për sistemin ABO dhe për Rh + Rh — (1, 5, 6, 7). Studimi i këtij të fundit është kryer vetëm në sistemin ABO. Këta autorë kanë arritur në konkluzionin se shpërndarja e grupeve të sistemit ABO dhe Rh + Rh — në popullin shqiptar ndryshon jo vetëm nga ajo e popujve të Ballkanit, por edhe nga të gjithë popujt e tjerë të botës.



Duke u nisur nga ky fakt i vumë vetes si detyrë për të parë shpërndarjen e faktorëve të sistemeve Rh e Mn dhe të gjeneve të sistemit Rh në ato raste të eksperimentuara në laboratorin Mjekoligjor dhe për t'i krahasuar ato me të dhënat e autoreve të huaj, që ne disponojmë.

Në laboratorin e mjekësisë ligjore, përcaktimi i faktorëve dhe grupeve të sistemit Rh është kryer në 297 persona. Sigurisht në këtë numër nuk përfshihen rastet e përcaktimit të grupeve të gjakut të femijëve, për të cilët është ngritur padia nga ana e nënave për njëjshje atësie, sepse ndryshe nuk mund të dilet në përfundime reale.

Në 297 personat e ekzaminuar, faktorët e sistemit Rh janë ndeshur:

Disa të dhëna paraprake mbi shpërndarjen e faktorëve të sistemeve Rh dhe MN në popullatën tonë

C = 83<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
D = 93<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
E = 31<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

c = 87<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
d = 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
e = 96<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Sipas një autori (3), këta faktorë në popujt e Evropës perëndimore janë shpërndarë si më poshtë:

C = 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
D = 85<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
E = 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

c = 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
d = 65<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
e = 89<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Përsa u përket gjeneve të sistemit Rh, ato i kemi gjetur në këto përgjindje:

Gjenet	Përgjindja
C D e	78%
c d e	3%
C d e	13%
c d E	—
c D e	6%
C D E	—

Sipas një autori (4), gjenet e këtij sistemi në popullatën e Francës gjenden në këto përgjindje:

Gjenet	Përgjindja
C D e	43%
C D E	13%
c d e	39%
C d e	1%
c d E	1%
c D e	3%
C D E	0.2%

Percaktimi i faktorëve të sistemit MN është kryer në 326 persona. Këta faktorë, në këtë kontigjent, i kemi gjetur të shpërndarë si më poshtë:

M	=	32.85 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
N	=	16.25 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
MN	=	50.90 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Në një studim të bërë nga një grup autoresh (2) në 3100 banorë, shumica spanjolle, kanë nxjerrë si vlerë mesatare këto përqindje:

M	=	23.42 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
N	=	22.48 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
MN	=	54.10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Këta autorë kanë konkluduar se frekuencat e mësipërme janë brenda kufijve të popujve të tjerë të Evropës.

Një autor (3) shpërndarjen e këtyre faktorëve në popujt e Evropës përqindmore e jep në këto përqindje:

$$M = 27\%, N = 23\% \text{ dhe } MN = 50\%$$

Megjithëse numri i rasteve të ekzaminuar nga ana e jonë është në shifra më të ulta se ai i autorëve të përmëndur, vihet re se edhe shpërndarja e faktorëve të sistemeve Rh dhe MN ka një farë ndryshimi nga ajo e popujve të Evropës, gjë që shpreh individualitetin e kombit tonë.

Dorëzuar në Redaksi më 15 shtator 1979.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bennsi L.**: Grupet e gjakut. Tiranë 1975, 126, 140.
- 2) **Cabazas J. A. and Martin Barrientos J.** — **Fae Cf.**: MN blood groups in the population of Spain — Hum. Hered (Basel) 1973, 23/4, 386.
- 3) **Camto Tovo**: Medicina Legale e delle assicurazioni. Padova 1970, 366.
- 4) **Jean Moullec**: Les groupes sanguins. Paris 1964, 72.
- 5) **Zhuzhuni A.**: Mbi shpërndarjen e grupeve të gjakut të sistemit ABO në popullin shqiptar. Shëndetësia Popullore 1970, 4, 3.
- 6) **Zhuzhuni A.**: Të dhëna mbi shpërndarjen e faktorit Rh (D) në popullin e Tiranës. Shëndetësia Popullore 1974, 1, 16.
- 7) **Zhuzhuni A.**: Të dhëna paraprake mbi shpërndarjen e faktorit Rh (D) në popullin shqiptar. Shëndetësia popullore 1975, 3, 40.

### Summary

### PRELIMINARY DATA ON THE DISTRIBUTION OF THE FACTORS OF THE SYSTEMS Rh AND MN AMONG OUR POPULATION

The distribution was studied of the systems Rh and MN in a group of people examined by the Bureau of Medical Expertise. By comparing the findings with those of other countries of Europe, a clear difference was noted, which shows the biological individuality of our nation.

## Résumé

**DONNÉES PRÉLIMINAIRES SUR LA RÉPARTITION DES FACTEURS  
DES SYSTÈMES Rh ET MN PARMI NOTRE POPULATION**

Dans cet article il est question de la répartition des systèmes Rh et MN dans un groupe d'individus examinés par le Bureau d'expertise médico-légale. La comparaison de ces données avec celles des autres pays d'Europe fait ressortir une différence nette, ce qui montre l'individualité biologique de notre nation.

## CHORIO-RETINOPATHIA CENTRALIS SEROSA

(Paragjithja angiografike dhe trajtimi me Argon-Laser)

— GJERGJI CERA —  
(Klinika Okulistike)

«Choriorretinitis» *centralis serosa* është një sëmundje, prejardhja e së cilës ka gënë e diskutueshme prej kohësh. Në literaturë filtet për shkakë infektive, alergjike, shpesh të shogëruara me qregullime të furnizimit me gjak (3). Nga ana tjetër, ekzaminimet histologjike nuk flasin për një inflamacion. Me tepër duket se kemi të bëjmë me procese të ngjashme me ato të sëmundjeve degjenerative të fundit të syrit (6, 8). Rriedhimisht, vitet e fundit termi *choriorretinitis* apo *retinitis*, i përdorur nga shumë autorë (1, 4, 5, 7) po haset i zëvendësuar me *retinopathia*, ngritja retinale centrale seroze — Kitahara apo *chorio-retinopathia centralis serosa* (3, 6, 8), gjë që karakterizon përcaktimet histopatologjike.

Në bazë të ecurisë së sëmundjes dhe gjendjes përfundimtare të saj, të para nga ana klinike dhe e mjekimit, iu jepet rëndësi dy mundësi:

1) Në ecuri pa ndërlikime dhe shërim pa pasoja, besohet të kemi të bëjmë me qregullime angiioneurotike në *choriocapillaritis*.

2) Në gjeljen e një vatre inflamatore apo cikatrice horioidale, janë të mundshme gjithë shkaqet që kushtëzojnë më shpesh një horioidit si p.sh. tuberkulozi, infeksionet fokale, toksinat (alkooli, nikotina) etj. (7).

Sëmundja në fjalë prek kryesisht meshkujt në moshat midis 20 dhe 50 vjeç (3). Ajo shfaqet në zonën qëndrore të retinës, ku ndodh një ngritje retinale seroze, si pasojë e edemës subretinale të shkaktuar nga eksudati me prejaridje nga shtresa horiokapilare (8). Ai kalon nëpër një ose më tepër zona degjenerative të membranës së Bruch-ut, të cilat nuk mund të vërhen gjatë oftalmoskopisë dhe na jep tabllonë karakteristike të sëmundjes.

Ajo që bie në sy në fundin e syrit është mungesa e refleksit makular, edemat retinale dhe ngritja në formë të rrumbullaktë ose ovale (Foto 1). Në fagen e pame të retinës së ngritur, në biomikroskopji duken shpesh precipitate të imta në formë pluhuri (7).

Thithja e eksudatit mund të ndodhë brenda 6 javësh deri në 3 muaj (3) pa lënë dëmtime në pamje.

Zakonisht, pas thitjes së eksudatit, në thellësi duken një ose më tepër vatra të vogla horioidale të rrumbullakta, të cilat kur shërohen pigmentohen, po kështu, në nivel të epitelit të pigmentuar vërehen pika të ngjyrosura me ngjyrë të bardhë në të verdhë (foto 2). Sëmundja ka prirje të përsëritet dhe, ndërkaq, cikatricot dhe vtrat degjenerative sje-llin me vete qregullime të pamjes.

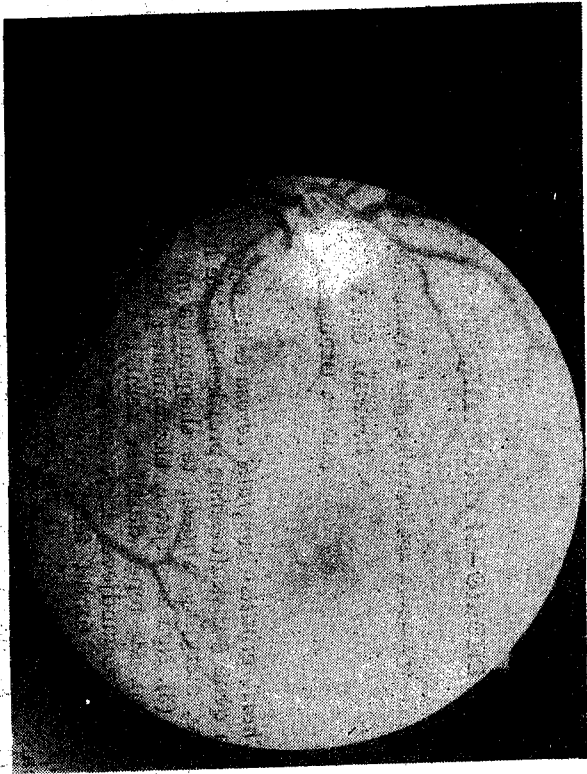


Foto 1

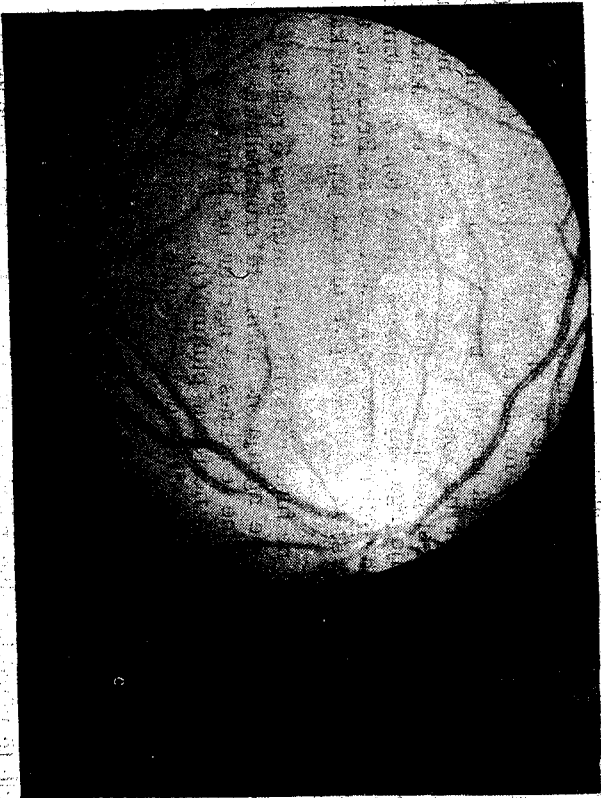


Foto 2

Ndryshimet retinale bëhen shkak për ankesa nga ana e të sëmundurëve, në fillim megjull para syrit, ulje të paket shikimi, skotomë gëndrore pozitive, mikropsi, metomorfopsi, kromatopsi si dhe një hipermetropi të përkohshme, që lidhet me ngritjen retinale, pra dhe me shkurtimin e boshit të syrit (5). Ngritja retinale zakonisht është 1-2 dioptri (3, 7). Nganjëherë korrigjimi i saj bën që të sëmurët të kenë pamje të plote (4).

Gjatë dy vjetëve, në klinikën tonë janë paraqitur gjithsej 8 të sëmurë me *chorio-retinopathia centralis serosa*, nga të cilët 6 meshkuj dhe dy femra, të gjithë të moshave 23 dhe 41 vjeç. Vetëm një i sëmurë është paraqitur me përsëritje të sëmundjes 14 muaj pas mjekimit konservativ. Në të gjithë rastet procesi praktë vetëm nërin sy. Ngritjet retinale kanë gënë deri në dy dioptri, ndërsa zona e prerur me formë ovale dy herë e vendosur në drejtim vertikal me madhësi 1 dhe 2 x 1 diametre pupilare, kurse në rastet e tjera, ajo qe e vendosur horizontalisht dhe kalonte nga 2 në 4 diametra papilare. Shikimi më i mirë ishte 10/10, ndërsa më i ulët 2/10.

Nga të sëmurët njëri kishte vizus 2/10 në fillim të sëmundjes, kurse në përsëritjen e saj 10/10. Një tjetër vizus 3/10, dy 6/10 dhe katër 10/10. Korrigjimi i hipermetropisë dy herë normalizonte pamjen.

Ankesa kryesore që i bëri të sëmurët tanë të paraqiten për vizitë okulistike ish mjegulla para syrit, mikropsia dhe metomorfopsia.

Të gjithë të sëmurët in nënshtruan ekzaminimit fluoresceinangjiografik të fundit të syrit.

Për *chorio-retinopathia centralis serosa* u tregua një interes i veçantë në okulistikë në sajë të angiografisë me fluoresecinë, e cila bëri të mundshëm zbulimin e figurave tipike. Pas injektimit të fluoresecinës, nganjëherë që në kohën arteriale, më shpesh në kohën arterio-venoze dhe venoze, në zonën gëndrore të retnës shfaqet një pikë e ndritshme me kufi të paqartë, e cila, me kalimin e kohës, vazhdon të zmadhohet. Ky vend, që në vetëvete paraqet një dëmtim në nivel të membranës Bruch, në literaturë njihet me cilësimin «burim» apo «rrijdhje» (6, 8). Në asnjë rast nuk vërehen dëmtime të vazave retinale.

Më 1964, një autor (citar nga 8) diskutoi me hollësi problemet diagnostike dhe patologjike të kësaj sëmundjeje në 13 raste dhe diferencoi ngjyrosje të kufiznara si rezultat i ngritjes së epitelit të pigmentuar dhe ngjyrosje dituze në ngritje të neuroepitelit. Një tablo e tretë, tek e cila retina e ngritur është vetë edematose, jep të dy llojet e ngjyrosjeve. Më 1965 një autor paraqiti 9 raste të tjera. Më 1966 shohën dhe 10 raste nga një autor tjetër, 23 nga një tjetër dhe pastaj më 1968 raste të tjera nga një tjetër (citar nga 6, 8). Një autor (8) paraqet 42 të sëmurë, midis të cilëve në tre prej tyre ishin prerur të dy sytë. Në 25 sy, në mes të ngritjes retinale vërehet një rrijdhje, nga ku kontrasti hyn në lëngun subretinal, ku përhapet herë më shumë e herë më pak, por nuk e ngjyroshte në asnjë rast gjithë eksudatin. Ai asnjë herë nuk gjeti rrijdhje të drejtëpërdrejtë në makul. Në 6 të sëmurë vërejt një ngjyrim të përgjithshëm, duke dalluar kështu dy tipa ngjyrosje. Krahas këtyre, ai takoi 5 forma të përzjera ngjy-

rosje, 6 herë forma kalimtare për në degjenerime makulare, ndërsa në tre raste nuk pati ngjyrim.

Në vëzhgimet tona, në 8 raste (fig. nr. 3), ngjyrimi ishte i tipit të parë, ndërsa në një rast, që paraqitej i përsëritur, nuk pati ngjyrim (fig. 3 -- I -- R). Nga këto 4 herë kemi pasur ngjyrim punktfiorm karakteristik, që, si i tillë, përhapet në një zonë të kufizuar, duke e ruajtur rumbullakësinë, siç paraqitet në foto nr. 4.

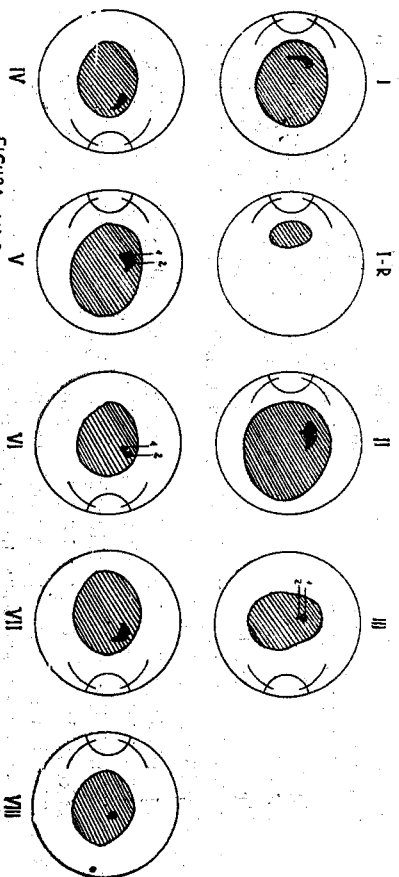


FIGURA N° 3

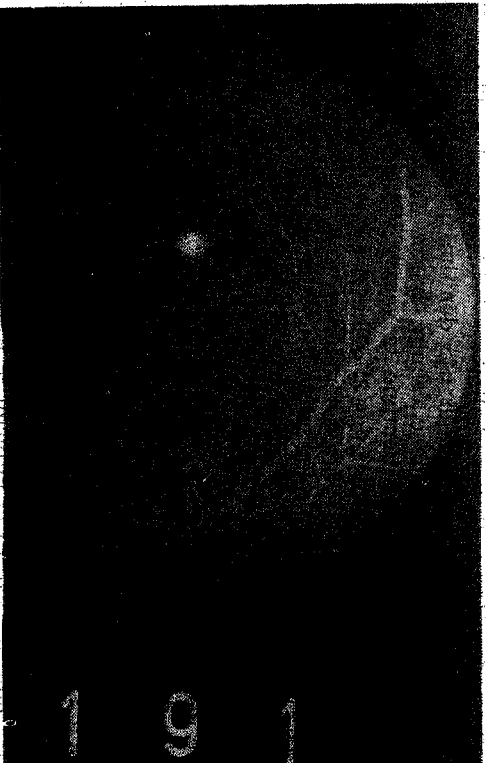


Foto 4

Sipas një autori (6), ky lloj ngjyrimi është më i shpeshti. Nga rastet tona, tre prej tyre kanë pasur nga dy rrjedhje. Ngjyrim tjetër është ai që fillon nga «rrjedha» dhe pastaj përhapet duke krijuar një bisht. Për këtë, disa autorë e krahasojnë me «kometin», «rashkën» dhe «parashutën», shpesh me një fontanë vertikale, fundi i së cilës merr formë të rumbullaktë (6).

Tipike janë rastet që po paraqitim në angjiografite 5, 6, 7, të të sëmurëve tanë.

Në kohën e shërimit ndodh «tharje» e rrjedhjes fluoresceinike derisa ajo pengohet krejt.

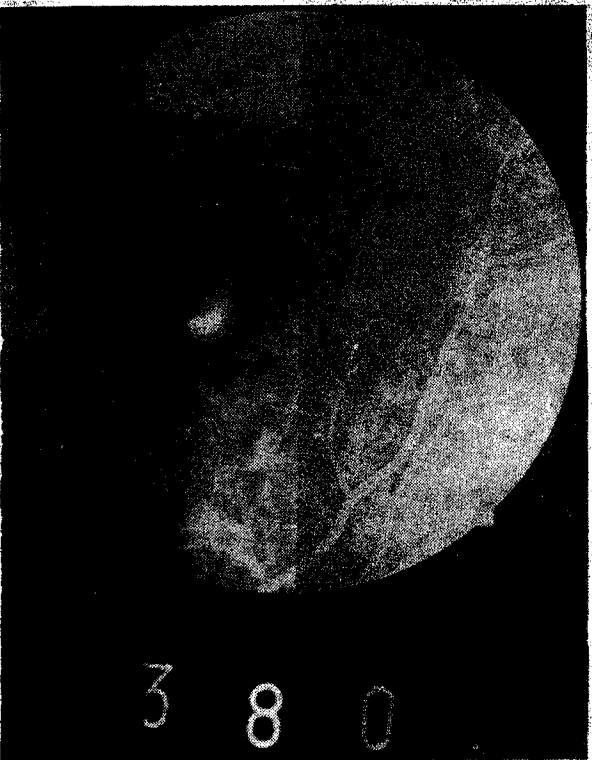


Foto 5

Mjekimi që këshillohet më parë për këtë sëmundje ka qënë për-dorimi i midiatikëve, vitaminave, krahas mjekimit antieksudativ, të ngrohtëave e barnave që sjellin hipereimi të syrit. Rëndësi e posaçme i kushtohet përdorimit të kortizonit, duke filluar nga pomadat deri në injeksionet nën konjunktivë (7).

Më 1967, një autor (8) njoftoi për të parën herë mbi rezultatet e mjekimit të chorio-retinopahisë centrale serose në një mënyrë të re me ndihmën e fotokoagulacionit. Ky mjekim aktiv u bë i mundur pas ekzaminimeve fluoresceinë-angiografike (2). Mbyllja e defektit të membranës së Bruch-ut, që është shkaku i rrjedhjes, sjell cikatrizimin e tij dhe ndalimin e eksudatimit, thithja e të cilit pasohet nga ulja e retinës e riktëtimi i shikimit (1, 2, 8).

Para fotokoagulimit injektohet fluorescein-natrium 100% në venat e krahut dhe pas 12-15 sekondash bëhet e mundur marrja e angiogra-



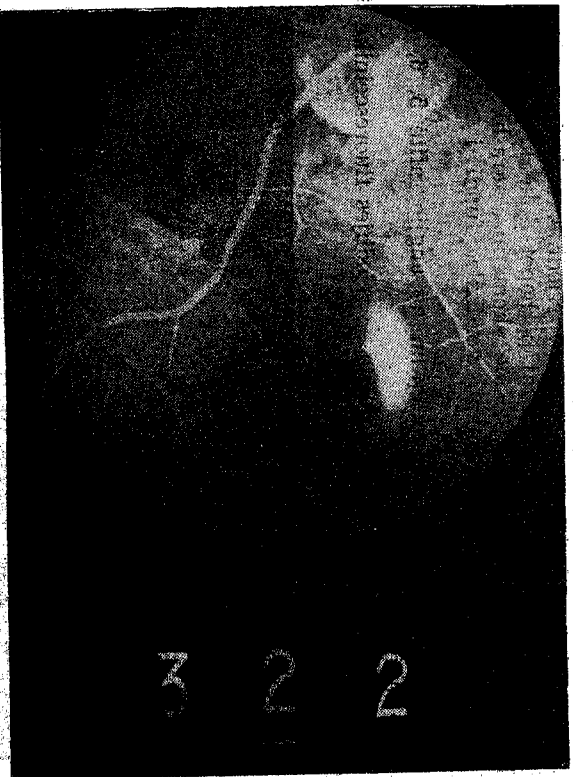
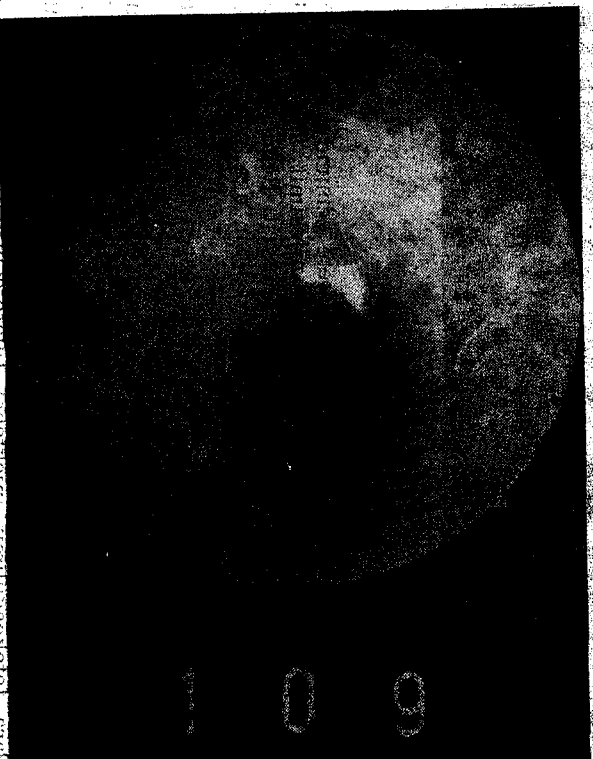


Foto 6



navë nga fundi i syrit. Rrjedhja fluorescenciale bëhet e dukshme nga ngjyra e saj jeshil edhe në dritën e fotokoagulatorit. Në vjetët e mëvonshme, autorë të tjerë njoftuan rezultate të mira me këtë mënyrë mjekimi (1, 2).

Kjo procedurë shkurtron kohën e sëmundjes dhe pakëson përsëritjet e saj, rrjedhimisht pakëson dëmtimet në pamje, e parë kjo dhe në drejtim të skotomave që mbeten (3).

Fotokoagulimi keshillohet në angiogramë të «tipit të parë të Wessing-ut».

Në të sëmurët tanë, sëmundjen e trajtuan katër herë me anën e fotokoagulimit me ndihmën e sistemit Coherent 900 Argon-Laser, i cili vëzhgimin e fundit të syrit e ben me ndihmën e biomikroskopit, duke vendosur mbi kornë prizmën e Goldman-it.

Efekti i mjekimit qëndron në vartësi të drejtpërdrejtë nga mbyllja e plotë e rrjedhës, gjë që këton lokalizim të përplktë.

Ka ende disa arsye që e kufizojnë disi këtë metodë, siç është rreziku kur koagulojmë pranë makulës. Autorë të ndryshëm (1, 2, 8) nuk keshillojnë fotokoagulime në afër se gjysëm diametri papilar nga makula. Po kështu, kujdes të veçantë kërkon fotokoagulimi në rrjedhje të ndodhura në zonën ku kalon tufa makulo-papilare.

Aparatet e reja me Argon-Laser bëjnë që të kemi siguri dhe të jemi racionalë edhe në rrjedhje të vendosura në anën nazale të makulës si dhe në vendosje parafovolare të tyre.

Dozimi i përplktë dhe në nivel të membranës Bruch lejon ruajtjen e fibrave nervore të vendosura në shres sipërfaqesore. Vatra e pigmentuar, pas Argon-Laserit, nuk sjell humbje funksionale (2).

Në dy të sëmurë nga tanët kemi bërë fotokoagulime nën tufën makulo-papilare, siç shihet një rast në angiogramat (8), në cikatricen e ngjyrosur pas fotokoagulimit e shërimit të të sëmurit të paraqitur në foton nr. 5, kurse në dy të tjerët, sipër makulës, shumë atër saj.

Në të gjitha raste ndodhi mbyllja e defektit dhe thithja e eksudatit brenda tre javësh dhe me këtë edhe nija retinale e rikthimi i pamjes.

Sipas disa autorëve (2 etj.), shërimi vjen mesatarisht brenda 14 ditësh. Koha e uljes së retinës lidhet me ngritjen e saj dhe eksudatin e grumbulluar. Mjekimi dozohet sipas rasisit dhe mund të përsëritet.

Gjatësia e valëve që përdorim janë 5145 (jeshil) dhe 4880 (blu) Angström. Madhësia e njollës retinale ka qënë 100 mikron. Koha e ndricimit 0,02 sekonda, intensiteti i tufës 0,008 Milliwatt. Energjia e Laserit të përdorur ka qënë e ndryshme sipas rasisit (0,2-0,4 Watt), po kështu dhe numri i goditjeve. Në dy raste (5 dhe 8), nga të cilët një paraqitet në angiogramë nr. 8, janë bërë nga 4 goditje. Në rastin 6 janë bërë 14 goditje dhe në atë 7 janë bërë 9 goditje. Pas shërimit të sëmundjes nuk janë vërejtur përsëritje të saj.

Duke qënë i pakët, materiali ynë nuk na lejon të nxjerrim përfundime përgjithëse, por rezultatet e rasteve të para, që u mjekuan tek ne me këtë mënyrë të re na bëjnë që në të ardhmen ta përdorim atë gjëvësisht edhe në trajtimin e chorio-retinopathia centralis serosa.

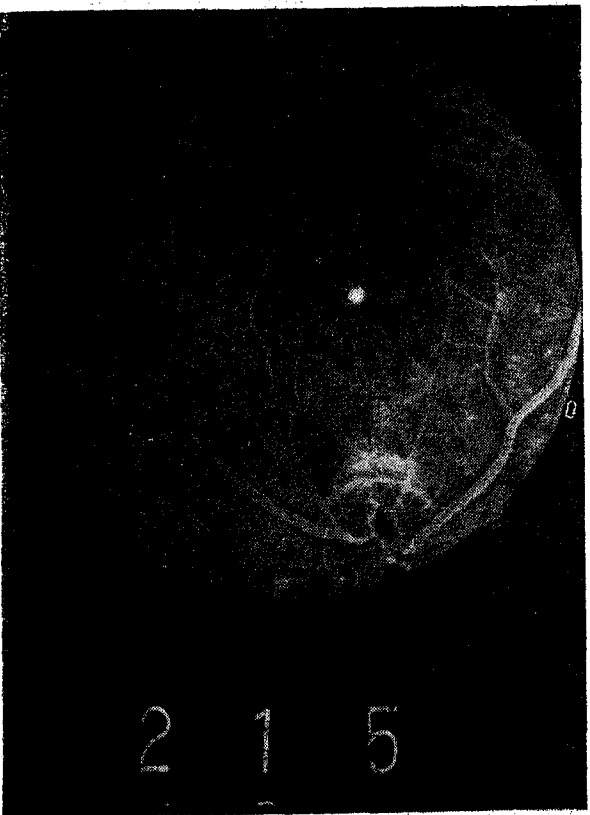


Foto 8

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Gretle J. H.**: Lichkoagulation bei Retinitis centralis serosa Osterreich. Ophth. Gesellsch. 14 Tagung. Linz 1971, 81.
- 2) **Lemke L.**: Lichkoagulation bei Chorioretinitis centralis serosa Wiss. Beitrage der F. Schiller. Univer. Jena 1974, 545.
- 3) **Leydhecker W.**: Augenhelkunde Berlin Heidelberg New York 1976, 149.
- 4) **Müller E., Pietruschke G.**: Lehrbuch der Augenhelkunde. Leipzig 1967, 265.
- 5) **Nover A.**: Der Augenhintergrund. Stuttgart New York 1970, 160.
- 6) **Saracco J. B., Romagnon J.**: Séméiologie fluorescéinique du fond d'oeil. Paris 1975, 46.
- 7) **Thiel K., Hollwich F.**: Therapie der Augenkrankeiten. Stuttgart 1970, 501.
- 8) **Wessing A.**: Fluoreszenzangiographie der Retina. Stuttgart 1968, 104, 178.

## Summary

### CHORIO-RETINOPATHIA CENTRALIS SEROSA

The paper discusses the etiopathogenesis of chorio-retinopathia centralis serosa, its angiography, and presents 8 personal cases, of which one was a relapse. In 7 cases Type I Wessing staining was observed, while in the relapse case, which had occurred 14 months after the primary attack, no staining was noted. In 4 cases the staining was in the form of a drop which spread like a round patch; in three cases it had the form of a comet, and in one case it was like a mushroom. In 4 cases photocoagulation was applied with Argon-Maser rays

emitted from a system Coherent 900 with waves of 5145 (green) and 4880 (blue) Angstrom.

Photocoagulation was applied very close to the macula, in 2 cases on its nasal side. All the patient recovered within three weeks without functional damages.

### Résumé

## CHORIO-RETINOPATHIA CENTRALIS SEROSA

L'auteur du présent article décrit l'éthiologie pathogène du chorio-rétinopathia centralis serosa et les angiographies qui s'y rapportent, en illustrant la maladie en question avec 8 patients dont un cas de récidiye. Dans 7 cas il a relevé une coloration du premier type de Wessing, alors que dans le cas récidivé, qui s'est manifesté après 14 mois, aucune coloration n'a été relevée. Dans 4 cas la coloration se présentait en forme d'un point, qui s'élargissait en tache ronde, dans 3 cas en forme de comète et une fois en forme de champignon. Les cas en question furent soumis à la photocoagulation avec des rayons Argon — Laser émis par un système Cohérent 950 à ondes 5145 (vertes) et 4880 (bleues) Angström.

La photocoagulation fut effectuée à proximité de la macule dans deux cas sur son côté nasal. Au bout de 3 semaines les patients guérirent, sans subir de lésions fonctionnelles.

## SHKAQET E PSEUDOARTROZAVE TË KOCKAVE DIAFIZARE DHE MJEKIMI NË VARTESI TË TYRE

— PËLLUMB KARAGJOZI —

(Klinika e Ortopedisë — Spitali nr. 2 — Tiranë)

Me zhvillimin e shpejtë të industrisë, trafikut dhe mekanizimit të bujqësisë të vendit tonë, me gjithë masat mbrojtëse, ende vihen re aksidente industriale dhe të trafikut. Si pasojë, problemi i shërimit të thyerjeve mbetet aktual dhe me shumë interes.

Shërimi i kockës së thyer është një nga proceset rigjeneruese më të shquara të organizimit, që përfundon jo me cikatricksë, si indet e tjera, por me rivendosjen e indit kockor në mënyrë shumë të ngjashme në formën e tij origjinale. Punimet e shumta eksperimentale dhe vrojtimet praktike kanë treguar se ekziston një lidhje e ngushtë ndërmjet vaskularizimit dhe osifikimit. Duke pasur kërkesa të larta metabolike, kocka formohet dhe zhvillohet vetëm në prani të enëve të gjakut (5). Formimi dhe zhvillimi i kockës kërkon metabolizëm oksibiotik, që sigurohet nga furnizimi me gjak të oksigjenuar; si pasojë ekziston një vartësi reciproke ndërmjet enëve të gjakut, metabolizmit oksibiotik dhe kockës. Në mënyrë eksperimentale, duke pakësuar vaskularizimin e gjakut të kallusit, aty është formuar ind kartilagjinoz, që kërkon metabolizëm të ulët dhe, duke ia shtuar vaskularizimin këtij ind, ai është transformuar në ind kockor.

Procesi i osifikimit apo shërimit të thyerjes kalon në katër faza kryesore, të cilat ndodhin në vazhdimësi dhe që pjesërisht mbulojnë njëra tjetrën. Fillimisht nga fundet e kockës së dëmtuar dhe nga indet e buta përreth kemi hemorrhagji dhe, nëpërmjet fragmenteve, formohet shpejt një hematoma. Një nga vëzhgimet më karakteristike të kësaj faze është që fundet e kockës së thyer nuk marrin pjesë në aktivitetin e proliferimit. Ato janë të vdekurta si pasojë e mungesës së qarkullimit të gjakut në vatrën e dëmtuar.

Në fazën e dytë, hematoma invadohet nga indi fibrovaskular dhe dëlengadale zëvendësohet me indin konjuktiv të ri. Vaskularizimi i këtij indit konjuktiv të ri bëhet nga enët e gjakut, që nisen nga periositi dhe nga indet e buta rreth kockës së thyer. Normalisht, periositi kontribuon pak në furnizimin e kockës me gjak (9), ajo furnizohet nga sistemi i qar-kullimit medular. Por në rastin e thyerjes, ashtu siç kanë treguar dhe putrimet eksperimentale të disa autorëve (8, 9), sistemi medular i qar-kullimit dëmtohet, zhvillohet dhe zgjerohet me shpejtësi furnizimi i gjakut nga periositi dhe indet e buta përreth.

Depërtimi vaskular nga periositi dhe indet përreth janë faktorë vendimtarë në rivaskularizimin e korteksit nekrotik dhe në formimin e kallusit (10).

Si pasojë, në rast se gjatë reponimit kirurgjikal të kockës së thyer, sidomos frakturat me dentime të rënda peristale të fragmenteve, indet e buta do të shkoiten nga periosi, ky i fundit do të mbetet i pavaskularizuar dhe formimi i kallusit do të frenohet. Nga mungesa ose pamjaftueshmëria e reaksionit vaskular nuk do të ndodhë formimi dhe metaplazia e indit konjuktiv të ri në ind kockor, pra nuk do të ndodhë shërimi i thyerjes dhe do të formohet pseudoartroza.

Pseudoartrozën, që formohet nga mungesa e reaksionit vaskular, ka autorë (8) që e quajnë pseudoartrozë avaskulare, për ta dalluar nga pseudoartroza hipervaskulare, që shkaktohet nga defekti i metaplazisë të kallusit konjuktiv.

Faza e tretë e formimit të kallusit, nga njëra anë, karakterizohet nga metaplazia dhe mineralizimi i indit konjuktiv të ri, për të formuar të ashtuquajturin kallus parësor kockor dhe, nga ana tjetër, vaskularizimi i shtuar i fazës së dytë pakësohet në mënyrë progresive dhe të shpejtë. Në rastin e imobilizimit jo të plotë ose të infeksionit, hipervaskularizimi nuk pëson zhvillim regresiv dhe, për pasojë, nuk bëhet metaplazia dhe mineralizimi kockor, pra kemi «dëshitim» të konsolidimit dhe kështu formohet pseudoartroza hipervaskulare (8).

Ka autorë (10 etj.) që nuk janë të një mendimi me tipin hipervaskular të pseudoartrozës. Sipas tyre, pseudoartroza është gjithmonë avaskulare. Hipervaskulariteti, që mund të gjendet në një vatrë pseudoartroze, të kujton se, në disa kushte, enët e gjakut kanë humbur forcën e tyre osteogjenetike, pra është një fenomen patolojik. Në disa biopsi të bëra për rastet tona rezultoi një varfëri vaskularizimi në vatrën e pseudoartrozës.

Të bazuar në parimet e mësipërme, kemi marrë në studim 144 raste pseudoartroze dhe konsolidim të vonuar, të trajtuar në klinikën tonë gjatë 19 vjetëve (1961-1979).

Në këtë punim ne do të analizojmë shkaqet e rregullimit të osifikimit dhe të nxjerrim përfundime për t'i parandaluar ato.

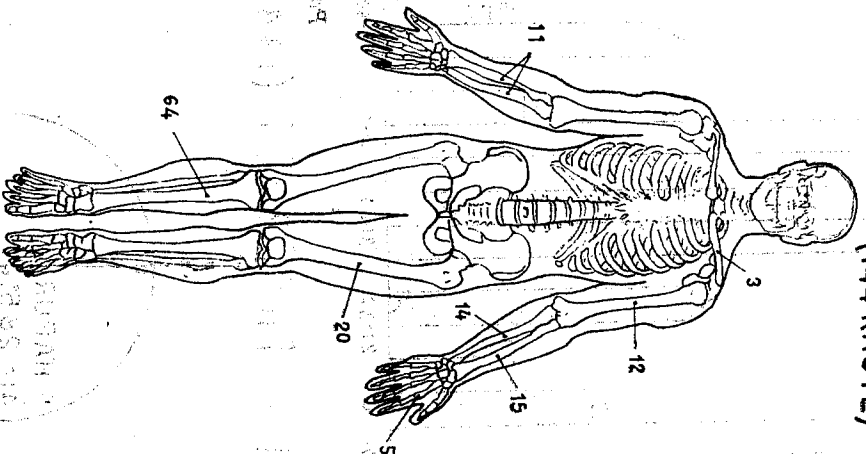
Sipas materialit tonë, pseudoartroza më shpesh ka ndodhur në tibie sesa në qdo kockë tjetër (64 raste). Femuri vjen i dyti (20 raste), por, në rast se pseudoartroza e radiusit, të marrë në vete, do t'i bashkojë radiusit, që është marrë me të dy kockat, atëherë radiusi do të zëjë vendin e dytë (15 + 11 = 26 raste), ulna e katërta (14 raste), humeri i pesti (12 raste), pastaj vijnë kockat e dorës me 5 raste dhe, së fundi, klavikula 3 raste. Pasqyra nr. 1). Arsyetja e shpeshësisë së pseudoartrozës në tibie është vaskularizimi i dobët i gjysmës distale të saj (4, 7, 8). Veq kësaj, tibia është mjaft e ekspozuar ndaj traumave dhe këtu kemi numrin më të madh të frakturave, përfshirë dhe frakturat e hapura.

Të ndarë sipas seksit, 75%<sup>0</sup> e të sëmurëve tanë kanë qënë meshkuj (pasqyra nr. 2). Kjo nuk do të thotë që thyerjet tek burrat ngjiten më me veshtrësi se tek gratë. Më e ngjashme është se në aktivitetin praktik, burrave iu shkaktohen më shumë thyerje dhe më të rëndat, duke përfshirë më shumë thyerje të hapura. Mosha mesatare për të dy sekset ka qënë e njëjtë, 31 vjeç, më në të voglën 4 vjeç dhe më të madhen 68 vjeç (pasqyra nr. 2). Për moshën mesatare nuk mund të japim përfundimin e plotë, pasi shtirija është mjaft e madhe. Por në studimin e të sëmurëve tanë del e qartë se mosngjitja përpara kohës

Shkabet e pseudoartrrozave të kockave diafizare dhe mjekimi në vartësi të tyre 71

së mbylljes të epifizave është shumë e rralle dhe, zakonisht, ka ndodhur tek të sëmuret me thyerje të hapura; të trajtuara këq. Moshë e vjetër nuk është pengesë për ngjitje. Lokalizimi i moshngjitjes në 2/3 e rasteve ka qënë në 1/3 e mesme dhe inferiore të diafizës.

**TAB.1**  
**LOKALIZIMI NE SEGMENTET**  
**(144 RASTE)**

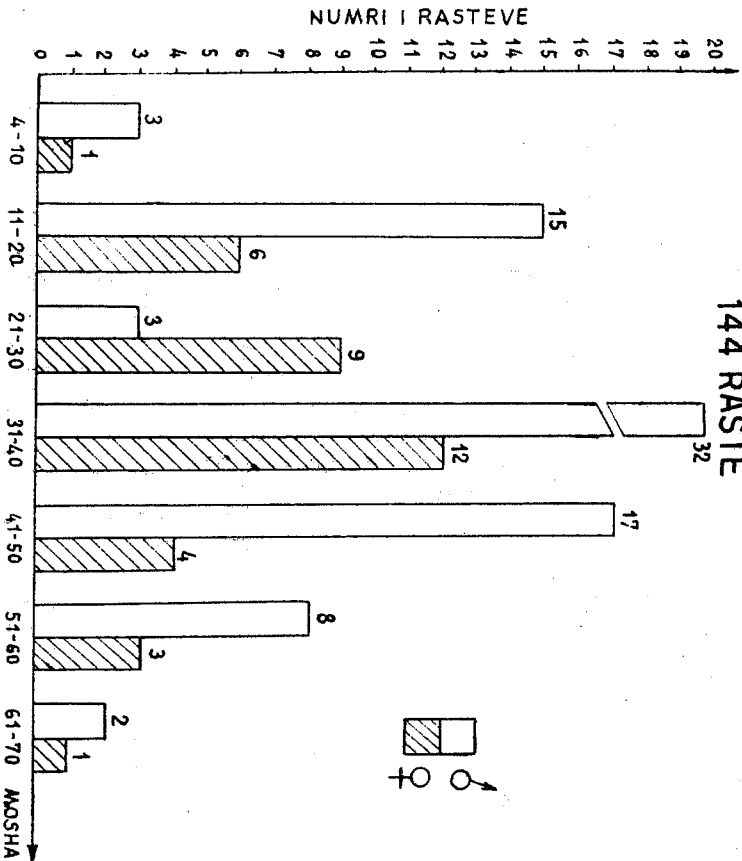


LIBRARI  
MUSKAT  
RREZ 05-11  
SHKURBAZ  
KRAJTIMI

# MOSHA DHE SEKSI I TE SEMURVE

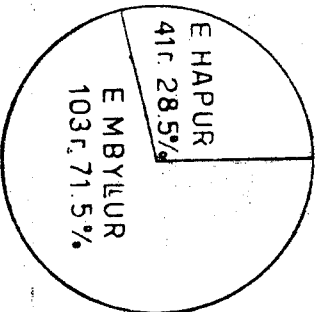
Pasqyra 2

144 RASTE



## TIPIT I THYERJES (144 raste)

Pasqyra 3





Në përpjekjen e bërë për të nxjerrë shkaget e prirjes së mosngjites, kemi studiuar gjendjen e thyerjes në fillim dhe mënyrën e trajtimit parësor. Nga 144 të sëmurë, 28,4% të tyre kanë pasur thyerje të hapur, ndërsa në 71,5% thyerja ka qënë e mbyllur (pasqyra nr. 3). Në 14 të sëmurë, fraktura ka qënë komminutive, në 5 raste frakturë në dy nivele dhe në 4 raste frakturë e shoqëruar me lezione, të rënda të indeve të buta (pasqyra nr. 4). Lezione shoqëruese kemi pasur në 12 të sëmurë, prej tyre 3 me humbje të substancës së lëkurës, 3 dëmtime arteriale dhe 2 me lezione nervore (pasqyra nr. 5). Në dy të sëmurë

*Pasqyra 4*

**TAB. 4**

## KARAKTERISTIKAT E DEMENTIMIT FILLESTAR

THYERJE E THJESHTE (125 raste)

Transversale 71 raste; Oblike 34 raste; Spirale 20 raste.

THYERJE KOMMINUTIVE 14 raste

THYERJE NE DY NIVELE 5 raste

THYERJE TE SHOQERUARA ME DEMENTIME TE RENDA

TE INDEVE TE BUTA 4 raste

me lezione arteriale kemi pasur sindromë ishemike të theksuar. Është e rëndësishme të theksohet se në 69% të rasteve, thyerja fillimisht është trajtuar me reponim të hapur dhe fiksion të brendshëm, ndërsa në 31% trajtimi fillestar ka qënë konservativ (pasqyra nr. 6).

Ashu si dhe shumë autorë të tjerë (3, 4, 7 etj.), statistika jonë vë në dukje rolin negativ të osteosintezës deficiente në trajtimin kirurgjikal të thyerjeve dhe numrin e pakët të pseudoartrozave në rastet e trajtuara konservativisht. Shifrat që iu takojnë humerusit, radiusit dhe femurit janë vecanërisht demonstrative dhe në përgjithësi janë shumë të ralla rastet e mosngjities së tyre kur trajtohen konservativisht.

Të para sipas viteve, numri i pseudoartrozave ka ardhur duke u rritur (pasqyra nr. 7). Kjo jo vetëm si pasojë e rritjes së rasteve me thyerje, por kryesisht si rezultat i zgjerimit të ndërhyrjeve kirurgjikale në trajtimin e tyre.

Pasqyra 5

TAB.5

## DEMTIME SHOQERUESE

HUMBJE E SUBSTANCES KOCKORE

3 raste

RENDE 1

PJESESHME 2

HUMBJE E LEKURES 4 raste

E GJERE -

E KUFIZUAR 4

DEMTIME VASKULARE 3 raste

VENOZE -

ARTERIALE 3

DEMTIME NERVORE 2 raste

DEGE KRYESORE 2

DEGE SEKONDARE -

Pasqyra 6

TAB 6

## TRAJTIMI FILLESTAR I THYERJES

NUMRI I RASTEVE	TIBIE		FEMUR		RADIUS		ULNA		RADIUS +ULNA		HUMERUS		KLAVIKUL		FALANG +ME TAKARP	
	64	20	15	14	11	12	3	5	27	4	1	3	1	1	2	2
TRAJTIM KONSERVATIV	31%	42,1%	4	1	6	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
TRAJTIM KIRURGJIKAL	69%	57,8%	37	16	14	8	8	11	11	2	3	3	3	3	3	3

Nga 144 të sëmurë, 13,10% e tyre bënë pseudoartrozë në vazhdim të trajtimit të frakturave të freskëta nga mjekët e klinikës sonë, ndërsa 86,90% u paraqitën në klinikë me pseudoartrozë.

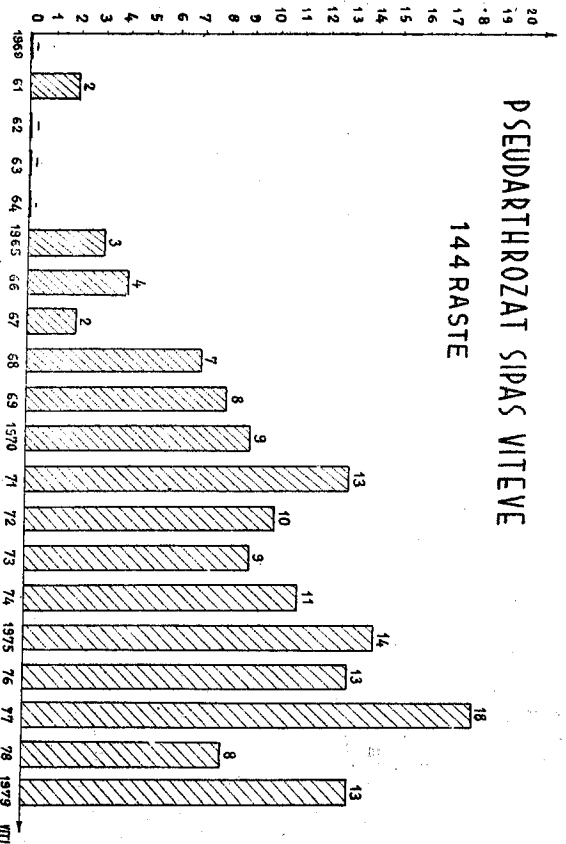
Përqindja e lartë e pseudoartrozave në frakturat e trajnuara në rrethe flet për njohjen e pamjaftueshme të parimeve të këtij trajtimi. Moshëgjatja ka ndodhur në ato raste kur reponimi i fragmenteve ka qënë i pakujdesshëm, kur është shkollitur perioosi nga indet e buta dhe fiksimi i fragmenteve nuk është bërë i plotë. Këto veprimë kanë rregulluar vaskularizimin e varës së thyer dhe, si pasojë, është shkaktuar dështimi i formimit të kallusit. Në fotot 1, 2, 3, 4 venë në dukje një seri thyerjesh të trajnuara fillimisht me reponim të hapur dhe të fiksuar me osteosinteze deficiente, që kanë përfunduar në pseudoartrozë. Në të gjithë këta të sëmurë, shkaku kryesor i mosgjatjes ka qënë

Shkacket e pseudoartrozave të kockave diafizare dhe mjekimi në varësi të tyre 75

*Pasqyra 7*

TAB 7

### PSEUDARTHROZAT SIPAS VITEVE 144 RASTE



*Pasqyra 8*

### SHKAKET E PSEUDARTHROZAVE (144 raste)

- ▶ OPERACION - FIKSIMI JO I MIRE 63 RASTE
- ▶ IMMOBILIZIMI JO KORREKT DHE PER KOHE TE SHKURTER 27 RASTE
- ▶ INFEKSION MBAS OPERACIONIT 17 RASTE
- ▶ TENTATIVA TE PERSERITURA PER REPONIM KONSERVATIV 12 RASTE
- ▶ FIKSIM I KEQ + INFEKSION 6 RASTE
- ▶ OPERACION I REALIZUAR JO MIRE 5 RASTE
- ▶ THYERJE ME DEMENTIME TE RENDA TE INDEVE TE BUTA 4 RASTE
- ▶ OPERACIONE TE PERSERITURA 4 RASTE
- ▶ DEMENTIM I RENDE I VASKULARIZMIT 2 RASTE
- ▶ THYERJE E MATERIALIT TESINTEZES 2 RASTE
- ▶ TRAKSION I TEPRUAR 2 RASTE

fiksioni i papërshtatshëm dhe jo i plotë, që, sipas shumicës së autorëve (4, 6, 8 etj.), është një nga faktorët kryesorë të shfaqjes të pseudo-arthrozës. Duke parë shembujt e mësipërmë mund të themi se shkaktun e mosngjitjes të kockës së thyer do ta gjejmë më shpesh në defektin e kirurgut sesa në defektin e osteoblastit. Në shkaqet predispozuese të pseudoarthrozës rol me rëndësi lot dhe infeksioni (foto 5). Në statistikën tonë kemi 23 të sëmurë me pseudoarthrozë, si pasojë e infektimit pasoperator (pasqyra nr. 8). Në trajtimin konservativ, mosngjitja ka qënë si rezultat i një imobilizimi të gabueshëm dhe për një kohë të shkurtër. Imobilizimi është hequr para kohës së nevojshme për formimin e kallusit kockor. Në këtë seri ne kemi pasur 27 të sëmurë. Në 12 raste, pseudoarthroza ka ndodhur nga orvatje të përsëritura për reponim konservativ në intervale të ndryshme kohe. Orvatjet e përsëritura të reponimit dëmtojnë indin konjuktiv të poraformuar dhe shëritura të reponimit dëmtojnë indin konjuktiv të poraformuar dhe garkullimin e gjakut të këiuj indi, prandaj ndodh dështimi i konsolidimit. Nga traksioni i ekzagjeruar, pseudoarthrozë është formuar në dy të sëmurë. Traksioni ka penguar kontaktin ndërmjet dy fragmenteve, si rezultat janë penguar forcat kompresive fiziologjike, që ushtrohen në vendin e thyerjes nga tensioni muskular. Një gabim i tillë bëhet dhe në rastet e reponimit të hapur, kur osteosinteza i mban fragmentet të larguara.

Në suksesin e mjekimit rol luan edhe natyra e traumës, si goditjet e forta të drejtpërdrejta mbi tibia, shkollitja e një fragmenti në frakturat e hapura, frakturat në dy nivele, kryesisht në kërci. Në këto raste, përveç thyerjes, vihen re edhe lezione të rënda të indeve të buta (periostit, muskujve, fascieve, trungjëve vazale etj.) me dëmtim të theksuar të garkullimit të gjakut lokal, nga shkatërrimi mekanik ose trauma boza e enëve të gjakut nga vetë trauma. Në mënyrë dytësore, këto vatra zhvillohen drejt pseudoarthrozës. Një pseudoarthrozë e tillë mund të formohet edhe tek një frakturë e freskët, kur bëhen operacione të përsëritura në të njëjtin vater. Një vater tashmë e operuar ka më pak prirje të formojë kallusin konjuktiv të ri se një vater e freskët. Në të sëmurët tanë, pseudoarthrozë nga trauma të rënda kanë qënë 4 vetë dhe në 2 nga lezione të theksuara vaskulare. Në dy të sëmurë, pseudoarthroza ka ndodhur nga thyerja e materialit të sintezës (foto 6).

Nga sa treguam më lart mund të themi se pseudoarthrozat, në shumicën e rasteve, vijnë si pasojë e trajtimit dhe jo nga dëmtimi fillestar.

Prandaj për të mënjannuar pseudoarthrozën, në rastin e trajtimit konservativ, duhet të arrihet një reponim i mjaftueshëm, duke siguruar kontaktin e një zone të gjerë të dy fragmenteve, mundësisht në kushtet e presionit fiziologjik. Imobilizimi duhet të jetë i sigurtë dhe mos të lëvizë. Reponimi ortopedik fillestar mund të korrigojhet gjatë ditëve të para, gjatë stadi fillestar apo të inercisë të formimit të kallusit. Dita e dhjetë duhet të jetë afërsisht kuifiri i lejueshëm për të ngacmuar ato. Po kështu, reponimi kirurgjikal (i hapur) dhe osteosinteza duhet të bëhen përpara kësaj date.

Periudha fillestare e inercisë është periudha ideale për kirurgjin. Ajo nuk shkakton rrezikun e grequllimit të evolucionit të osteogjenezës, që është pothuaj në fillim.



Foto 1

Rasti nr. 1. — Pseudoarthros humeri pas osteo-sintezës me tel. Sintezë deficiente.



Foto 2

Rasti nr. 2. — Pseudoarthros radi pas sintezës me pllakë alumini të shkurtër dhe 2 vida.



Foto 3

Rasi nr. 3. — Pseudoarthros ulne, mbas një frakturë Monteggia. Sintezë e ulnës deficiente.



Foto 4

Rasi nr. 4. — Pseudoarthros 1/3 inferiore femoris. Sintezë e papërshtatshme. Shtifti ka kapur pak në fragmentin distal.



Foto 5

Rasti nr. 5. — Pseudoarthros tibie pas infeksionit.

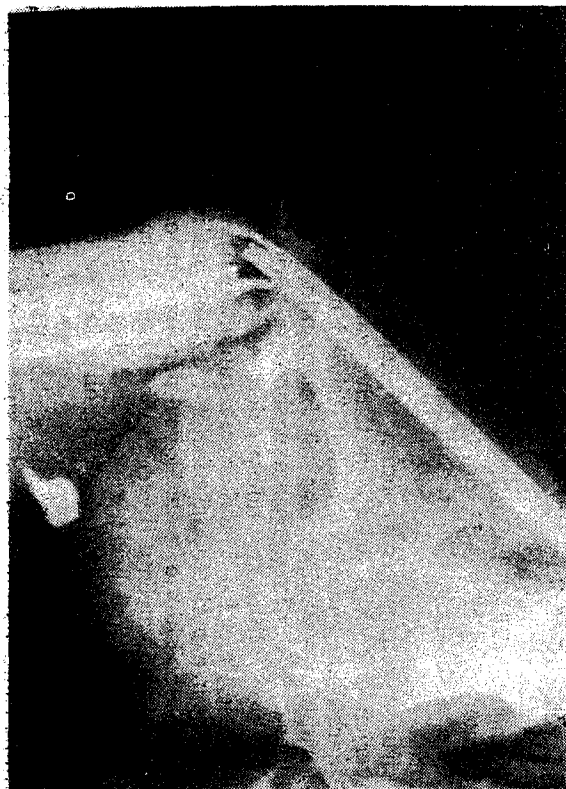


Foto 6

Rasti nr. 6. — Pseudoarthros 1/3 superior femoris  
pas thyerjes së shtiftit.

Korrigjimet e përsëritura të reponimit të fragmenteve pas ditës së dhjetë, pra kur ka filluar formimi i kallusit konjuktiv të ri ose më vonë, në fazën e metaplazisë së kallusit, do të dëmtojë garkullimin e gjakut të porseformuar dhe, si pasojë, do të shkaktojë mosngjitjen e kockës. Këtë fenomen e shkakton dhe imobilizimi i pamjaftueshëm i fragmenteve kockore.

Kur kirurgu vendos për reponim të hapur duhet të ketë parasysh që në thyerjen e kockës, arteria nutritive zakonisht është e këputur, kështu që garkullimi endostal i gjakut është i ndërprerë në fragmentin distal nga ruptura vaskulare dhe në fragmentin proksimal nga tromboza vaskulare. Shkollija e pashmangshme e periostit afër vendit të thyerjes shkakton gjithashtu ndërprerjen e garkullimit të gjakut periostal, si pasojë, korteksi i kockës, në fundet e tij, mbetet plotësisht pa gjak. Mbrojta e periostit, që mbetet i ngjitur me indet e buta përreth, është një mbështetje e shkëlqyer për hyrjen e enëve të gjakut nga indet e buta në vatrën e thyer. Pra në rastin e trajtimit kirurgjikal, ky duhet të bëhet sa më herët, reponimi duhet të jetë pa traumë dhe i përpiktë. Gjatë reponimit duhet të tregohet kujdes që periosti të mos shkollet nga indet e buta.

Mbrojta e shëndoshtë e enëve të gjakut të reja dhe e gjithë zonës së garkullimit është burimi kryesor i suksesit në osteogjenezën reparative. Imobilizimi duhet të jetë i përsosur dhe me material të tolerueshëm. Imobilizimin rigid me plakë kompresive nuk e quajmë të domosdoshëm për të parandaluar ngjitjen e vonuar.

Operacioni duhet kryer në kushtet e një asepisie absolute. Infeksiioni fokal, gofë dhe i shkurter, që getësohet pas përdorimit të antibiotikëve, është një nga shkaktarët kryesorë të pseudoarthrozës. Në rastet kur i sëmurë paraqitet me vonesë, gjatë operacionit duhet të mbrohet kallusi i ri i formuar dhe duhet të vepronet si në rastet e konsolidimit të vonuar, të bëhet dekontkacion osteomuskular, që të paraandalohet pseudoarthroza (1, 2).

Dorëzuar në Redaksi më 10 maj 1980

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Boga P., Karagjozi P.:** Dekortkacioni osteomuskular në trajtimin e pseudoarthrozave. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1976, 1, 37.
- 2) **Boga P., Karagjozi P., Gjika E., Gjata V., Mamaniku I., Kamberi B.:** Probleme të trajtimit kirurgjikal të frakturave diafizare. Punime kirurgjikale, Tiranë 1976, vëll. 2, 58.
- 3) **Boyo H. B., Lipinski S. W., Wiley J.H.:** Non-union of the shafts of the long bones. 8-e Congrès International de chirurgie orthopédique. New York 1960.
- 4) **Böhler L.:** Are there means to promote callus formation? Symposium Biol. Budapest 1967, 99, 65.
- 5) **Krompecher St.:** Local tissue metabolism and the quality of the callus. Symposium, Biol. Budapest 1967, 275.
- 6) **Kunischer G.:** Experimental and clinical solution of the callus problem. Symposium Biol. Budapest 1967, 153.
- 7) **Merle d'Aubigne R., Cauchoux J.:** Traitement des pseudoarthroses diaphysaires. 8-e Congrès internationale de chirurgie orthopédique New York 1960, Bruxelles 1963.
- 8) **Judet R., Judet J.:** L'ostéogénèse et les retards de consolidation et les pseudo-



arthroses des os longs. 8-e Congrès Internationale de chirurgie orthopédiques New York 1960. Bruxelles 1963.

9) Rhinlander F. W., Phillips R. S., Steel W. M., Beer J. C.: Microangiography in Bone Healing. Journal of Bone and Joint surg. 1968, 50-A, 643.

10) Trueta J.: The role of the vessels in osteogenesis. Journal of Bone and Joint Surg. 1963, 45-B, 402.

#### Summary

### CAUSES OF PSEUDOARTHROSIS OF DIAPHYSAL BONES AND THEIR TREATMENT

A series of 144 cases of pseudarthrosis and delayed consolidation admitted to the orthopedic clinic during a period of 19 years (1961-1979) is presented.

The most frequent cases of pseudarthrosis in this series were those of the tibia (64 cases), particularly those who had initially been treated by surgical intervention.

In the analysis of the causes of pseudarthrosis, the main cause results to have been imperfect fixation and contact between the fragments of the fractured bone. Infection has also played an important role. In those who had received conservative treatment, the main cause of pseudarthrosis was faulty or short-time immobilization.

The paper also discusses the question of prevention.

#### Résumé

### LES CAUSES DE LA PSEUDO-ARTHROSE DES OS DIAPHYSAIRES ET LEUR TRAITEMENT

L'auteur de cette communication a observé 144 cas de pseudo-arthrose et de non consolidation de la fracture à la clinique orthopédique pendant 19 ans (1961-1979).

Les cas les plus fréquents de pseudo-arthrose sont ceux relatifs au tibia (64 cas), notamment chez les patients ayant été traités par intervention chirurgicale.

Analysant les causes de la pseudo-arthrose, l'auteur relève que la cause principale de la non consolidation de l'os découle de la fixation non parfaite et complète des différents fragments d'os de la fracture. L'infection aussi a joué un rôle important dans ce sens. Chez les patients ayant subi un traitement conservatif, la cause principale de la pseudo-arthrose est due à une immobilisation non correcte ou de brève durée.

L'auteur analyse le problème de la prévention aussi.

## RËNDËSIA DIAGNOSTIKE E DOZIMIT TURBIDIMETRIK TË PREBETALIPROTEINAVE

— KLEMENT SHKETO — ELIDA SINOMERI — VIKTOR BLYKKBASHI —  
STELIAN BUZO

(Laboratori Biokimik Qëndror — Tiranë)

Teknika elektroforetike (3) e përcaktimit të beta dhe prebetalipoproteinave është teknikë përkrahësish e ndërlikuar dhe e kushteshme. Ky fakt i ka shlyrë disa autorë (1, 2, 4) të kërkujnë metoda klinike, duke arritur në dozimin turbidimetrik të beta dhe prebetalipoproteinave me anë të precipitimit të tyre me heparinë në prani të joneve të kaliumit në formën e komplekseve polianionike (1, 2, 4). Teknika e dozimit është shumë e shpejtë dhe e thjeshtë (4), dhe ka mundësi të zbatohet në qdo laborator, duke përbërë një test mjaft të vlefshëm për dhe kolesterolit dhe të triglicerideve, që përbëjnë metodën kryesore (VLDL) shoqërohet me uljen relative të alfalipoproteinave ose lipo-proteinave me densitet të lartë (HDL), që shpeshherë vihen re në të sëmurët dislipidemikë të predispozuar më shpesh për aksidente vaskulare. Dozimi i LDL dhe VLDL mund të zëvendësojë dhe dozimin e HDL.

### MATERIALI I STUDIUAR DHE METODA E PËRDORRUR

Duke dashur të vlerësojmë metodën turbidimetrike të dozimit të beta dhe prebetalipoproteinave, në krahasim me testet e tjerë laboratorike të studimit të metabolizmit të yndyrnave, në 191 serumë të ndryshme kemi bërë dozimin paralel të kolesterolit, triglicerideve, fosfolipideve serike së bashku me përcaktimin e beta dhe prebetalipoproteinave me metodën turbidimetrike (4). Provat i kemi bërë në aparatin CIA, që dha rezultate shumë të përafërta me metodën manuale të përcaktuar prej nesh për t'u zbatuar në qdo laborator. Njëkohësisht përcaktuam dhe kufijtë e normave të beta dhe prebetalipoproteinave të përcaktuar me metodën turbidimetrike dhe të shprehura në mg/dl kolesterol të beta dhe prebetalipoproteinave.

1) *Metoda e përshtatur e dozimit të beta dhe prebetalipoproteinave*. — Teknika: përzjehen 0,30 ml serum të pahemolizuar dhe të freskët me 4,8 ml reagent nr. 1 dhe pas përzjerjes bëhet mëja me 590 (R. N. 3) blanku punohet me 0,3 ml serum të të sëmurët dhe 4,8 ml reagent nr. 2.

*Reagentit:* 1), reagenti heparin kalcium klorur = përziejhet 1,7 ml. heparinë Richter (me përqëndrim 5000 njësi për ml ose 38 mg për ml), me ujë të distiluar ad 25 ml. Nga kjo tretësirë merren 20 ml. dhe i shohet 50 ml. klorur kalciumi 0,5 dhe 330 ml. ujë të distiluar. Përzierja tundet dhe ruhet në frigorifer me 4° C.

2) Reagenti kalcium klorur = përziejehet 10 ml. tretësirë klorur kalciumi 0,5 molar me 70 ml. ujë të distiluar.

3) Reagenti nr. 3 (përzierja e serumeve që shërbejnë si standard). Pasi zbatohet teknika e mësipërme në një përzierje serumesh, të marrura në sasi të barabartë, mbahet shënim ekstensioni i fituar, të cilin e shënojmë me termin *Estandard*. Tretësira që u përdor pas matjes centrifugohet për 30 minuta në 3000 xhiro për minutë dhe pasi largohet supernatanti i qartë në sediment përcaktohet kolesterina me metodën Libermann dhe mbahet shënim përqëndrimi i saj në mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, që shënohet me termin *Cstandard*. Kjo vlerë përfaqëson përqëndrimin e kolesterolit, që ndodhet në beta dhe prebetalipoproteinat e kësaj përzierje të serumeve, e cila përdoret si standard për të nxjerrë faktorin e standardit. Ky faktor shërben për të llogaritur analizat, duke i shprehur si kolesterol i beta dhe prebetalipoproteinave. Formula për nxjerrjen e faktorit të standardit është si vijon:

$$F = \frac{C_{\text{standard}}}{E_{\text{standard}} - E_{\text{blank}}}$$

Llogaritja me mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> e analizave bëhet me formulën:

$$\text{mg}^0/0 = F \times E_{\text{analizi}} - E_{\text{blank}}$$

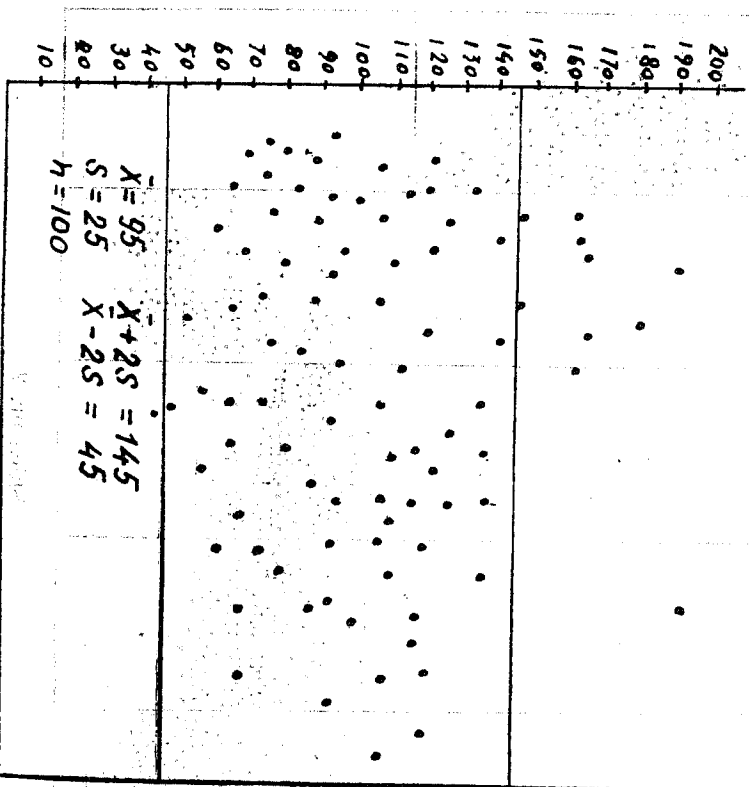
Nga të dhënat e disa autorëve (1, 2, 4 etj.) del se kolesteroli i beta dhe prebetalipoproteinave rritet parafolisht me sasinë e këtyre fraksioneve të lipoproteinave.

II) *Rezultatet e fituara nga dhuruesit e gjakut.* — Me metodën e sipërme është bërë përcaktimi i beta dhe prebetalipoproteinave në 100 dhurues gjaku, duke shprehur rezultatet me mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kolesterol të beta dhe prebetalipoproteinave, që paraqiten në fig. nr. 1. Vlerat normale të fituara shtrihen midis 45–145 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (M ± 2 s. = 95 ± 50) dhe gjatë të fituara në 191 serumet e ndryshme të beta-prebetalipoproteinave të fituara në 191 serumet të ndryshme për studim keruhuasës. Në 191 raste me patologji kryesisht kardiovaskulare janë dozuar beta — dhe prebetalipoproteinat si dhe fraksionet e ndryshme të lipidogramës. Beta dhe prebetalipoproteinat janë përcaktuar me metodën e mësipërme, ndërsa për lipidogramën janë përdorur metoda Zlatkis Zhak për kolesteinën, Carlson për trigliceridet dhe mikrokjeldal për fosfolipidet (5). Rezultatet janë paraqitur në figurën 2 dhe 3.

Nga të dhënat e fituara rezulton se janë mbi normë: 74 raste me rritje të beta dhe prebetalipoproteinave; 38,76% të rasteve; 63 raste me hiperkolesterinemi = 32,98% të rasteve; 92 raste me hiperfosfolipidemi = 48,16% të rasteve; 120 raste me hipertrigliceridemi = 62,16% të rasteve; 62 raste me hiperlipidemi totale = 32,46% të rasteve.

Gjatë këtyre studime gjithashtu u vuri re se: a) në 70 raste trishëtrritje të njëkohshme të beta dhe prebetalipoproteinave me një sasinë

**TË DHËNAT E FITUARA NË 100 NJERËZ  
PRATKISHT TË SHËNDOSHË (DHURUES GIJAKU)  
PËR BETA PREBETA LIPOPROTEINAT SI (KOLISTEROL).**



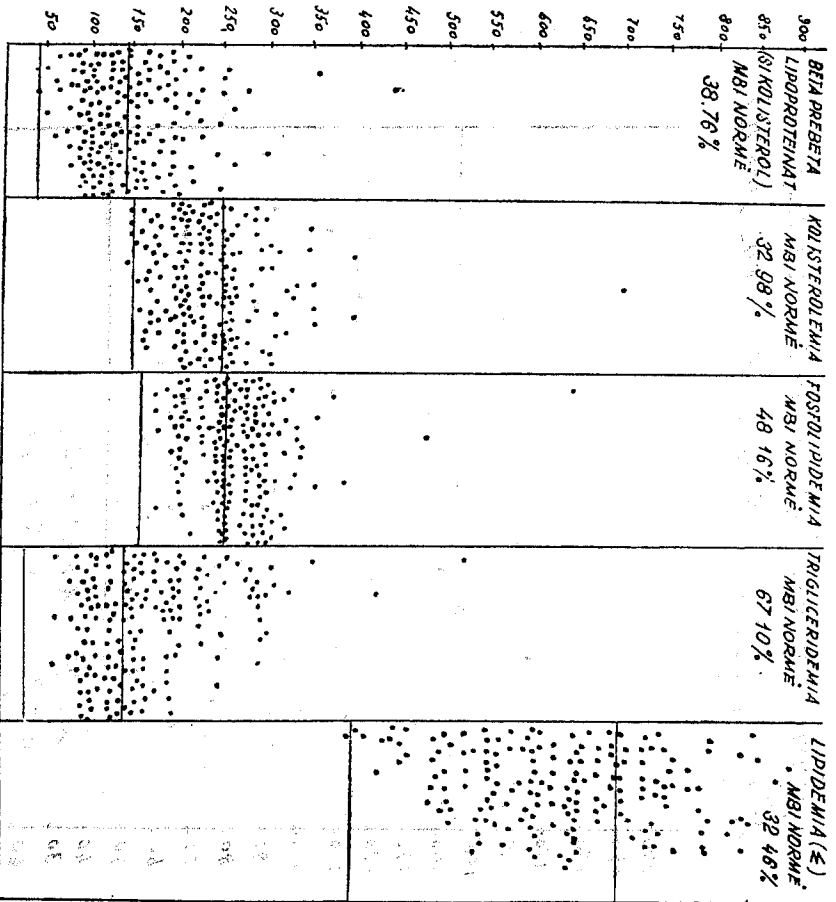
Skica Nr. 1

shumë fraksione të lipidogramës: paralelizëm të pjeshëm në 98% të rasteve me hiperbeta dhe prebetalipoproteinave. b) Në 30 raste kishte rritje të të gjithë fraksioneve të lipidogramës: paralelizëm të plotë në 42,25% të rasteve me hiperbeta dhe prebetalipoproteina.

**PERFUNDIM**

Sig shihet nga materiali i studjuar, dozimi i beta dhe prebetalipoproteinave me metodën turbidimetrike është një test ndihmës, depistues lidislipidemive, i cili nuk mund të zëvendësojë dozimin kompleks të

## TË DHËNAT E FITUARA NË 191 RASTE TË NDRYSHME.



Shtica nr. 2

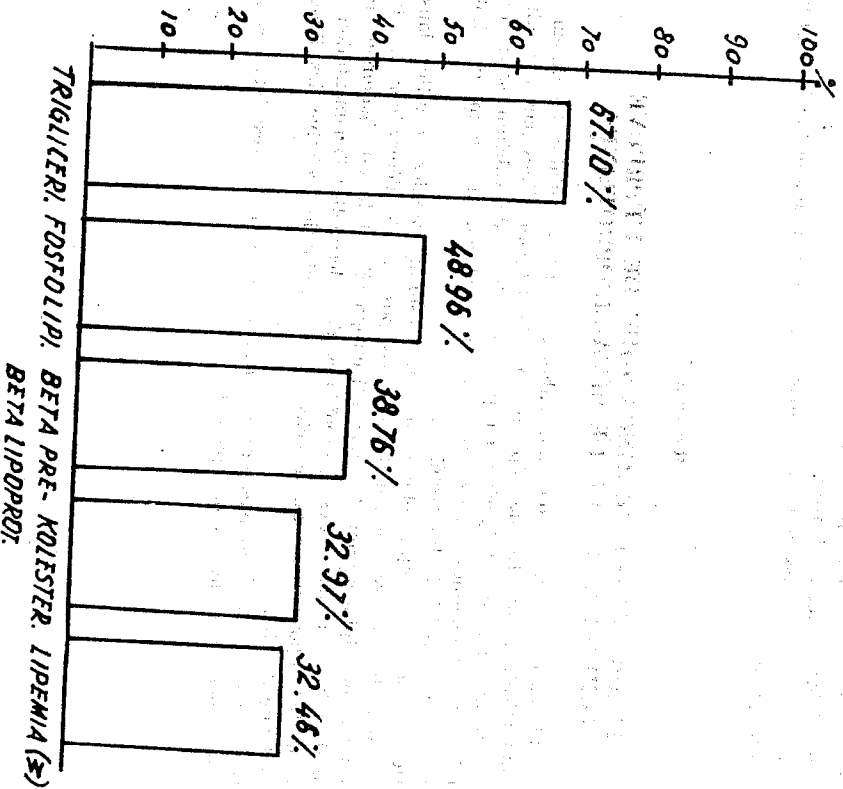
triglicerideve dhe kolesterolemisë, por mund të zbatohet si test depistues i tregueshëm dhe i shpejtë i rutinës në praktikën e përditshme kur nuk ekzistojnë kushtet e dozimit të kolesterolinës dhe triglicerideve.

Dorëzuar më 20 mars 1980

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Berenson G.: Simplified primary screening procedure for detection hyperlipidemias in Healthy individuals. *Clinical Chemistry* 1972, 12, 1463.
- 2) Bronsont Th.: New microethod for measuring cholesterol in beta lipoprotein fractions. *Clinical Chemistry* 1977, 11, 2089.
- 3) Frajola W.: Lipoprotein electrophoresis. *Clinical Chemistry* 1973, 12, 1414-1419.
- 4) Lopez A. and coll.: Automated simultaneous turbidimetric determination of

## **% E POZITIVITETIT MBI NORMË TË TRËGUESVE LIPIDIKË**



Skica nr. 3

cholesterol in beta and prebeta lipoproteins. Clinical Chemistry 1971, 10, 994.  
5) Material teoriko-praktik mbi disa metoda të unifikuara kliniko-biokimike. La-  
boratori biokimik qendror. Tiranë 1979.

### Summary

## DIAGNOSTIC VALUE OF THE ASSAY OF BETA AND PRE-BETA-LIPOPROTEINS.

In 191 cases of mainly cardiovascular pathology the assay of beta and pre-beta-lipoproteins was carried out by the method of their precipitation with heparin in the presence of calcium ions, expressing the results in mg/100ml cholesterol of beta and pre-beta-lipoproteins.

The method is timesaving and simple and can be used for the detection of blood lipid disorders when it is impossible to determine the lipoproteins by lipiogram or by electrophoresis. It is also valuable in mass surveys for dyslipidemia in which a rise of beta and pre-beta-lipoproteins is associated with a relative fall of lipoproteins of higher density.

The findings of these assays were compared with the results of the lipiograms for the same patients.

#### Résumé

### L'IMPORTANCE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉPREUVE TURBIDIMÉTRIQUE DE BÉTA-LIPOPROTÉINES

Dans 191 cas présentant surtout une pathologie cardiovasculaire, les auteurs de cette communication ont effectué l'épreuve des béta-lipoprotéines par la méthode de leur précipitation de l'héparine en présence d'ions de calcium sous forme de complexe polyanioniques, en exprimant les résultats en mg/100 ml de cholestérine des béta et pré-béta-lipoprotéines.

Cette méthode est simple, elle donne des résultats rapides et utiles dans le dépistage des dyslipidoses, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer les lipoprotéines par un lipiogramme ou par l'électrophorèse. Elle est également utile dans le dépistage en masse des dyslipidoses dans lesquelles l'augmentation des béta et pré-béta-lipoprotéines est associée à une diminution relative des lipoprotéines à haute densité.

Les résultats de ces épreuves ont été confrontés avec les résultats des lipiogrammes concernant les mêmes patients.

## INFARKTI I MIOKARDIT GJATË VJETËVE 1975-1979

- SPIRO NASFO -

(Spitali i rrethit - Pogradec)

Sëmundja koronare është quajtur armiku numër një i njerëzimit. Kjo patologji e zemrës, në shumë vende të botës, shkakton përqindjen më të madhe të sëmundshmërisë dhe vdekjeve, sa vjen po shtohet. Rritjen e shpeshtësisë së kësaj sëmundjeje, një pjesë autorësh ia kushojnë zgjatjes së mesatares së jetës (8), perfeksionimit të aparaturës diagnostikuese, njohjes së mirë të sindromës klinike, përdorimit të tepërt të ushqimeve me përbajtje të lartë të kolesterolit, përdorimit të tepërt të duhanit, alkoolit etj. (12).

Infarkti i miokardit zhvillohet në terrenin e ateriosklerozës nga 93% deri 99% (4, 8, 11, 12). Kurse një autor tjetër (7) thotë se obstrukcionet me natyrë ateriosklerotike zenë 89% të rasteve, ato me natyrë joateriosklerotike zënë 30% të rasteve dhe në 80% të rasteve infarkti akut i miokardit vjen nga insuficienca koronare funksionale.

Përsa i përket etiopatogenezës së infarktit akut të miokardit vazhdojnë diskutimet rreth rolit të trombozës. Për shumë autorë (1, 4, 7, 8), tromboza ka qenë shkaktar i infarktit akut të miokardit. Madje këto dy temra takohen si sinonime në literaturë (7). Në vjetët e fundit po shtohen argumentat se tromboza, ashtu si dhe infarkti akut i miokardit, është pasojë dhe jo shkak.

Në këtë material, ne kemi ndjekur kartelat klinike të 37 të sëmurëve me diagnozë infarkt akut të miokardit, të shtruar në spitalin tonë gjatë vjetëve 1975-1979. Në lidhje me sëmundjet e tjera të të sëmurëve të shtruar në repartiin e patologjisë gjatë këtyre pesë vjetëve, sëmundshmëria spitalore ka qenë 0,90%. Me përjashtim të pesë të sëmurëve, që janë pranuar midis javës së parë dhe të tretë, të gjithë të sëmurët, e tjerë, janë pranuar gjysh në orën e parë të fillimit të sëmundjes deri në dy ditët e para.

Kufitë maksimale dhe minimale të moshës kanë qenë nga 35-86 vjet. Të ndarë në bazë të grup-moshave, vjetëve dhe shirës kanë rezultuar:

Pasqyra nr. 1

Mosha	31—40	41—50	51—60	61—70
Rastet	3(8,1%)	8(21,6%)	16(43,2%)	10 (27%)
Vitet	1975	1976	1977	1978
				1979
Rastet	4(10,8%)	7(18,9%)	8(21,6%)	7(18,9%)
Stipat	Pranverë	Verë	Vjeshtë	Dimër
				Shuma
Rastet	12	6	6	13
				37



Sipas disa autorëve (8, 10), rreth 90% të rasteve me infarkt akut të miokardit i përkasin grup-moshës 40-70 vjeç dhe me një incidencë me të madhe në grup-moshën 50-60 vjeç. Nga të dhënat e materialit tonë rezultoi se në grup-moshën 40 mbi 70 vjeç kemi 91% të rasteve dhe në grup-moshën 51-60 vjeç kemi 43,2% të rasteve. Kjo përkon edhe me të dhënat e disa autorëve të tjerë, p.sh. 90,48% (10), 44,2% (13), grup-mosha 50-70 vjeç kap 76,6% të rasteve, grup-mosha 40-80 vjeç ze 94,1% dhe 51-60 vjeç kap 41,2% (5). Pra shihet se infarkti akut i miokardit shkaktohet në përgjithësi në grup-moshën 50-60 vjeç.

Në moshat e reja vërehet një ulje e ndjeshme e rasteve me infarkt akut të miokardit. Por duhet theksuar se autorë të ndryshëm vërejnë një rritje të preksshmërisë së infarktit akut të miokardit në moshat nën 40 vjeç. Statistikat tregojnë ende në shifra të ulta, sepse zakonisht këta të sëmurë vdesin në mënyrë të papritur dhe kjo vdekje ndodh zakonisht jashtë qendrave shëndetësore. Në materialin tonë, mosha nën 40 vjeç kap shifrën 8,1%, kundrejt 4,3% (13), 9,47% (10), 5,9% (5) etj.

Përsa u përket vjetërive në të dhënat tona vërehet një rritje e pakët progresive e infarktit akut të miokardit. Më shpesh ai shfaqet në periudhën dimër-pranverë. Në rastet tona në 67,5% kjo përkon edhe me të dhënat e autorëve të tjerë (4, 8, 10).

Sipas seksit, nga të dhënat tona rezultojnë 25 meshkuj (67,5%) dhe 12 femra (32,5%) me raport afërsisht 2:1. Një autor (8) citon raporte të ndryshme 2:1, 3:1, deri dhe 6:1 dhe raportin më të përpiktë e jep 3:1, që në përgjithësi diagnostikon e ka vlerë në tavolinën e autoposisë. Të njëjtat të dhëna japin dhe autorë të tjerë (1, 12). Një nga këta autorë (12) shton se ky raport është 13:1 në moshat para 40 vjeç. Zakonisht më parë thuhet se para moshës 40 vjeç, femrat kanë qenë të pabrekshme nga infarkti akut i miokardit. Por në Kongresin e kardiologjisë më 1976 u theksua se ka një rritje të përqindjes së sëmundjeve koronare tek gratë e reja. Kjo i kushtohet konsumit të duhanit, toksemisë gjatë shtatzënisë, diabetit, përdorimit të preparateve kontraceptive etj. (7, 12).

Në shfaqjen e infarktit akut të miokardit, si faktorë predispozues dhe favorizues, disa autorë pranojnë praninë e H T A. Prania e H T A rrit nivelin e lipideve në gjak (4, 10, 11). Disa i japin rëndësi vlerës sistolike, disa të tjerë asaj diastolike. Një autor (6) rolin e vlerës sistolike e quan të barabartë me atë diastolike dhe shton se nuk ka prag të H T A, në të cilën të shfaqet rreziku i insuficiencës koronare. Gjithashtu mendohet se H T A shton përqindjen e recidivave. Nga të dhënat tona me H T A të studeve të ndryshme rezultuan 11 të sëmurë (29,7%) kundrejt 10,6% (13) dhe 28,42% (10).

Faktor tjetër predispozues është diabeti. Në kemi pasur dy raste me diabet, që njëkoheshin me hipoglicemiantë nga goja. Një autor (8) thotë se të sëmurët me *ulcus ventriculi* janë gjithashtu të predispozuar për infarkt akut të miokardit. Në rastet tona, sëmundja ulçeroze e verifikuar u gjend në 5 të sëmurë (13,5%). Një rast tjetër, maskullit 45 vjeç, bëri infarkt akut të miokardit 10 muaj pas simpatektomisë të djathtë për endarterit obliterans. Faktorë të tjerë predispozues për shkrumben si dislipidemia, faktorët hormonalë, ndryshimet e koagulimit, faktikardia, përdorimi i duhanit të tepërt, alkooli etj. (4, 7, 8, 11, 12).

Të dhënat kryesore të shfaqjes klinike dhe laboratorike të infarktit akut të miokardit në rastet tona janë përmbledhur në pasqyrën nr. 2.

## Pasqyra 2

SIMPTOMAT	RASTET PERQINDJA			RASTE GJITHSEJ					
	PO	NO	JO						
DHIMBDA	27	10	72.9	27.1	37				
LEUCOCIDE	22	10	66.6	33.3	32	8900-13900			
TEMPERATURA	25	9	71.8	28.2	32	37.1-38.5			
SR	18	14	56.2	43.8	32	20-50 $\mu$			
SGOT	24	8	75.	25	32	50-175 41			
ECG	37	-	100%	-	37				

NE RANGENE VEPRIKALE TE RANOT DANE SHENJORE TE DRECHT MINIMALE DNE  
MARRA NE KAPURA GJATA DEKUBET TE DJAMA, ME SHPER.  
KETA DANE PERQINDHORE S RASTEJ E TEMPERATURAS

Siç shihet nga pasqyra, më përjashtim të të dhënave të EKG, të dhëna që në materialin tonë i kemi marrë si kriter të domosdoshëm për vënien e diagnozës, lajmëari i parë klinik për infarkt akut të miokardit ka qenë dhembja, mungesa e të cilët nga një herë ka qenë fatale për të sëmurin si dhe dizorientues për mjekun.

Dhembja është e ngjashme në lokalizim dhe përhapje me atë të Angina Pectoris (8, 11, 12), por ndryshon nga kjo e fundit për ashpërsinë e saj më të madhe, zgjatjes më tepër në kohë, mosqetësimin e saj me nitroglicerinë (8, 11) dhe për shogërimin e saj me nauze, të vjella, fryrje të barkut, djersë, jenezë (7). Lloji ose fortësia e dhembjes nuk janë të lidhura me llojin dhe ashpërsinë e infarktit akut të miokardit ose më madhësinë e tij (11).

Disa autorë (8, 12) citojnë se dhembja mungon në 15% dhe 4.4% të rasteve. Në 10-20% të rasteve dhembja është e lehtë (11), por kur është e tillë ose mungon, atëherë infarkti akut i miokardit shfaqet me edemë akute pulmonare, insuficiencë kardiovaskulare, shok, sinkop, trombozë cerebrale (7, 8, 11, 12).

Nga të dhënat tona rezulton se dhembja u shfaq në 27 raste (72.9%) dhe ka qenë e lehtë ose ka munguar në 10 raste (27.1%). Në grupin e

dytë, shfaqja klinike e infarktit akut të miokardit u përfaqësua: fibrilacion atriaorum parosistik — një rast, takikardi supra ventrikulare paroksistike — një rast, shok kardiogjen — 3 raste, sindromë vertigjinoze — një rast, astma kardiake + edemë pulmonare — dy raste, shtrëngim në grykë — një rast, sinkop — një rast.

Në pasqyrën nr. 2, përsa i përket besnikërisë ndaj klinikës së infarktit akut të miokardit, vendin e dytë e zënë transamhazat (SGOT). Aktiviteti biokimoral dhe sidomos enzimatik SGOT — LDH dhe CPK i jepet një rëndësi e madhe si për përcaktimin e diagnozës së infarktit akut të miokardit, shtrirjes së tij, ashtu dhe për prognozën. Besimi i verbër në rezultatet e dozimit të SGOT dhe enzimeve të tjera serike në diagnostikimin e IAM mund të shpjegohet në konfuzion dhe gabime (8). Asnjë nga këto enzima nuk është absolutisht specifike; të gjitha kanë një vlerë që duhet marrë në konsideratë në funksion të tablosë klinike dhe të kohës që kalon qysh nga fillimi i krizës (7). Megjithatë, dozimi i këtyre enzimeve sot përdoret gjërësisht në klinikë. Në lidhje me SGOT, të cilën ne e kemi dozuar në rastet tona me IAM, autorë të ndryshëm (8, 12) thonë se ato ngrihen në shifrat nga 70-600 UI. Koha e ngritjes së nivelit të tyre është 12 deri në 48 orë e (7, 8, 11, 12). Besnikëria e kësaj enzime arrin deri në 97% (cituar nga 8) dhe 98% (cituar nga 12). Në materialin tonë, SGOT, e marrur nga tre ditët e para, ka rezultuar e ngritur deri në 750% të rasteve.

Tregues tjetër për infarktin akut të miokardit është temperatura. Ajo fillon mesatarisht midis 12-48 orëve të fillimit të sëmundjes dhe mund të arrijë shifrat nga 37.5° deri 40° C dhe vjen në normë midis ditës së 4 dhe të 7-të (7, 8, 11, 12). Niveli i lartë i temperaturës dhe leukocitozës tregon për shtrirjen e infarktit në mungesë të një pneumonie ose sëmundje tjetër (11). Nga të dhënat tona del se me temperaturë kanë qënë 71.80% të rasteve.

Leukocitet dhe sedimenti i eritrociteve janë të dhëna laboratorike, që shogëtojnë zakonisht nekrozën e miokardit. Sedimenti mund të mbetet normal në ditët e para të sëmundjes, pavarësisht nga prania e temperaturës dhe e leukocitozës, kurse kjo e fundit shfaqet përgjithësisht përpara temperaturës (8). Nga të dhënat tona me sediment të lartë të rezultuar 56.20% të rasteve, kurse me leukocitozë u gjëndën 66.60% të rasteve. Sidogotët duhet thënë se leukocitet dhe sedimenti i eritrociteve janë funksion i simptomave madhore (Të dhënat e tablosë klinike, elektrokardiografike etj.).

Siç e kemi përmendur më sipër, të dhënat e elektrokardiogramës i kemi quajtur si kriter i domosdoshëm për vënien e diagnozës; megjithëse ndodhin dhe infarkte akute të miokardit, të cilat nuk reflektohen në EKG (10). Sipas një autori (11), EKG jep të dhëna në 95% të të sëmundurëve. Të dhënat e EKG, thotë një autor (9) mund të jenë normale, ose mund të shfaqen thjesht, ndryshime jospesifike dhe jodiagnostikuese për infarkt akut të miokardit. Ndryshimet anatomike, histologjike dhe metabolike, që ndodhin në muskulin e zemrës gjatë infarktit akut të miokardit, shprehen me trase tashmë të përcaktuara mirë, të ishemiisë, lezionit dhe nekrozës. Me ndihmën e trasesë EKG gjykoheft mbi madhësinë dhe lokalizimin e infarktit akut të miokardit (7, 11). Në materialin tonë, lokalizimi ka qënë: anteroseptal — 3 (8.1%), poster-

roimgenal 9 (24.30/0), anterolateral 5 (13.50/0), anteroposterior 4 (10.50/0), anterior i gjërë 8 (21.60/0), septal dhe posterior — 1 rast (2.70/0), subemdo-kardial 7 raste (18.30/0).

Shumë studime EKG dhe enzimologjike kanë treguar se shtrirja e I A M është e shpeshtë gjatë ditëve të para të evolucionit. Në rastet tonë na u vu re se nga 29 të sëmurë (këtu janë përjashtuar 5 raste që u paraqitën pas javës së parë dhe 3 raste që vdiqën brenda 72 orëve të para), në 21 (72.40/0) elektrokardiograma kishte evolucion brenda 4-5 ditëve të para. Pra, në materialin tonë, lokalizimi anterior septal dhe lateral i ventrikullit të majtë ka arritur shifrën 45.90/0, kurse ai posterior — 24.30/0 të rasteve.

Infarkti i miokardit lokalizohet pothuajse gjithmonë në ventrikulin e majtë të zemrës dhe septumit, prekja e ventrikullit të djathtë të zemrës është shumë i rrallë (8, 9). Disa autorë (cituar nga 8), në 36 raste e tyre, kanë kapur një rast me infarkt të miokardit në zemrën e djathtë. Nga 75 autopsi të bëra në të vdekur nga I A M, një autor (4) ka gjetur 3 raste me infarkt në zemrën e djathtë.

Dihet se infarkti akut i miokardit shton përqindjen e vdekshmërisë nëpërmjet ndërlikimeve të tij. Çrregullimet e ritmit janë shkaktarë më të shpeshtë të vdekjes sesa ndonjë ndërlikim tjetër (8). Ato rëndojnë shumë klinikën e I A M për shkak të çrregullimeve hemodinamike që japin si renie të debitit kardial me hipotension, reduktimi i perfuzionit të organeve të tjera etj. Statistikat ndryshojnë nga një autor në tjetrin, por sidomos para dhe pas epokës së monitorizimit. Një autor (8) i ka kapur në 80.30/0 të rasteve të tij, kurse një tjetër (12) citon shifra deri në 950/0- e infarktit akut të miokardit.

Nga studimi ynë, me anë të elektrogramës, brenda muajit të parë, janë kapur 20 raste me çrregullime të ritmit apo konduksionit, domethënë 54/0. Nga këta me dy ose më shumë çrregullime të ritmit, kanë qënë 7 të sëmurë (18.90/0). 19 të sëmurë (51.30/0) kanë pasur ekstrastisola ventrikulare.

Çrregullimet e ritmit dhe të konduksionit në materialin tonë kanë rezultuar:

— Ekstrasistola atriale + ventrikulare	19 raste	(51.30/0)
— bllok A/V gr. të I-II	1 rast	2.70/0
— bllok A/V komplet	2 raste	5.40/0
— bllok i degës së majtë tranzitor	2 raste	5.40/0
— fibrilacion atrial paroksistik	2 raste	5.40/0
— takikardi supraventrikulare paroksizmale	2 raste	5.40/0
— bllok A/V komplet fibrilacion atrial	1 rast	2.70/0

Këtu vlen për t'u përmëndur se në një rast mundëm të kapim brenda muajit të parë 9 çrregullime të ritmit dhe të konduksionit.

Ndërlikim tjetër, që rrit vdekshmërinë nga I A M është insuficienca kardiovaskulare dhe shoku kardiojen. Afërsisht gjysma e të sëmurëve që bëjnë I A M si ndërlikim kanë insuficiencën kardiale (3). Përsa i përket insuficiencës kardiovaskulare, një autor (3) citon 4 stade të këtij ndërlikimi:

— mungesa e simpptomave të insuficiencës kardiovaskulare — përbën stadin e parë;

— insuficiencia kardiovaskulare e maskuar ose e modëruar (zona e perceptimit të raleve krepitante nuk kaion gjysmën e poshtme të një ose dy pulmoneve) — përbën stadin e dytë;

— insuficiencia kardiovaskulare e rëndë, kur rallet krepitante dëgjoen mbi gjysmën e pulmonit (edema pulmonare) — përbën stadin e tretë;

— shoku kardiojgen përkon me stadin e katërtë.

Në rastet tona, duke u bazuar në klasifikimin e mësipërmë, me insuficiencë kardiovaskulare kemi pasur 12 (32,4%) të sëmurë.

Ndërlikime të tjera që kemi mundur të kapim kanë qënë: perikarditi, epistenokardia — një rast (2,7%), bronkopneumoni — dy raste (5,4%) dhe një rast me emboli periferike, tromboangëit të këmbës së majtë, që përfundoi në gangrenë dhe e sëmura vdiq në sallën e operacionit (2,7%).

Për një individ të dhënë është e pamundur të parashikohet evolucioni i infarktit akut të miokardit. Si elemente të prognozës zakonisht merren faktorët predispozues si moshë, H T A, anamneza e jetës për infarkt të miokardit të vjetër, shoku, çrregullimet e ritmit (8), çrregullimet hemodinamike, indeksit kardial, fraksioni i ejectionit (11). Një autor (7) thotë se vdekshmëria nga infarkti akut i miokardit, në pjesën më të madhe, varret nga shtrirja e tij. Kjo shtrirje nuk është fikse qysh në fillim të krizës dhe se ekziston përgarë muskullit të nekrotizuar, muskull «në rrezik», i cili mund të shpëtohet me një kujdes të veçantë. Një autor (9) thotë se prognoza e të sëmurit nuk mund të vlerësohet me lokalizimin dhe madhësinë që shpreh E K G. Një infarkt «i vogël» mund të jetë fatal për të sëmurin dhe një i sëmurë me infarkt të «madh» mund të ketë plotësisht një ecuri të favorshme. Në fazën akute të I A M brenda 30 ditëve, vdekshmëria është mesatarisht 20% (12). Po ky autor (12) citon shifra nga 13,6% deri 37,1%. Brenda 48 orëve të para zakonisht vdesin 84% (8) dhe 50% (11).

Shumica e të sëmurëve, që bëjnë shok kardiojgen, kanë një destruktivitetin nga 40 deri në 50% të masës së miokardit (3,11). Në analizën e vdekjeve të ndodhura në spitalin tonë kemi futur përveç 5 të sëmurëve, që kanë vdekur në spital dhe një rast tjetër, që doji në gjendje të rëndë nga spitali dhe vdiq pas dy ditësh në shtëpi. Pra, gjithsej kemi pasur 6 vdekje (16,2%). Nga këta, dy vdiqën brenda 48 orëve të para, të dy ishin hipertoniqë të vjetër; njëri bëri shok, kurse tjetri erdhi me edemë pulmonar akute. Një i sëmurë vdiq pas javës së tretë në sallën e operacionit. Qysh ditët e para pati trombeangëit obliterans të këmbës së majtë, që përfundoi në gangrenë. Një e sëmurë tjetër vdiq në mënyrë të përnjehershme në javën e parë, ishte hipertoniqe, diabetike, mjekohet me hiperglicemiantë nga goja, pati ndërlikim perikardit epistenokardik. I sëmurë tjetër vdiq në mënyrë të menjëhershme ditën e 21, diabetik, që mjekohet herë pas here me hipoglicemiantë nga goja, nuk pati ndonjë ndërlikim tjetër. I sëmurë i fundit vdiq dy ditë pas daljes nga spitali me insuficiencë kardiovaskulare biventrikulare. Katër nga këta të sëmurë, që vdiqën, kishin infarkt anterior të gjërë, një anterior posterior dhe një tjetër posterodiaragmal. Moshë ka qënë mbi 55 vjeç. Katër ishin meshkuj dhe dy femra.

## P E R F U N D I M E

- 1) Siç vërejtohet nga materiali ynë, infarkti akut i miokardit është gjetur më shpesh në grup-moshën 50-60 vjeç, por ai vërehet edhe në moshat më të reja.
- 2) Në praktikën mjekësore të përditshme si tregues më besnikë për vënien e diagnozës mbeten tabloja klinike, të dhënat e E K G-së dhe ato enzimologjike.
- 3) Prognozja e infarktit akut të miokardit është ende e vështirë të përcaktohet, por një ndihmë të madhe, në këtë drejtim, japin faktorët predispozues dhe ndërlikimet.

Dorëzuar në Redaksi më 20 mars 1980

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

- 1) **Bitri P.**: Patologjia morfologjike. Infarkti i miokardit. Tiranë 1968.
- 2) **Benacerraf A. et coll.**: Infarctus du Myocarde après contrecoupés oraux. La nouvelle Presse médicale 1977, Tom 6, 1, 22.
- 3) **Bourdaries P. J.**: L'insuffisance cardiaque de l'infarctus du myocarde récent. La revue du praticien, 1974, tome XXIV, 55, 4993.
- 4) **Cerça G.**: Infarkti i miokardit në bazë të materialit prosekutorial 12 vjeçar (1957-1968). Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1970, 4, 51.
- 5) **Çina P.**: Infarktet e miokardit në spitalin e rrethit të Beratit në vitet 1964-1967. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1970, 2, 147.
- 6) **Di Matteo J. G. Fleury**: Les facteurs du risque de la maladie coronarienne. La revue du praticien 1974, tome XXIV, 55, 5058.
- 7) **Fernandez F. Maurice P.**: (Infarctus du myocarde). Le diagnostic de l'infarctus du praticien 1974, tome 24, 56, 4945.
- 8) **Friedberg Ch. K.**: Maladies du coeur. Paris 1969, tome II.
- 9) **Goldman J. Mervin**: Principles of clinical electrocardiography 10 th ed. Lange medical publications 1979.
- 10) **Hoxha F.**: Infarkti i miokardit në spitalin e Tiranës gjatë periudhës 1957-1961. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1964, 1, 3.
- 11) **Sokolow M., McRoy M.B.**: Clinical cardiology. Lange medical publications 1979.
- 12) **Sorrentino F.**: L'infarto del miocardio. Edizioni Minerva Medica 1973 (Monografia).
- 13) **Shehu N.**: Konsiderata klinike statistikore mbi infarktin e miokardit. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1973, 1, 163.

## S u m m a r y

## M Y O C A R D I A L I N F A R C T I O N I N T H E Y E A R S 1 9 7 5 - 1 9 7 9

The author has studied the incidence, the main clinical features, the predisposing factors and the complications in 27 patients with acute myocardial infarction admitted to the hospital of the Pogradec district between 1975 and 1979.

Compared with the other internal diseases, the incidence of acute myocardial infarction (AMI) was 0.9‰. It was noted that the incidence of AMI has been progressively increasing from year to year. The highest incidence occurs in winter-spring (97.5 percent of the cases). The age group between 50 and 60 is the most

frequently involved (43.2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Only 8.1 percent occurred at ages under 40. Of the total number of patients, 67.5 percent were male and 32.5 percent female.

The clinical onset of the illness was characterized by pain in 72.9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, by mild pains or without pain in 27.1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. SGOT transaminase activity was found raised in 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. The front wall of the left ventricle was involved in 45.8 percent of the cases. The first place among the complications as occupied by disorders of the rhythm and conduction with 54 percent, followed by cardiovascular failure with 32.4 percent.

#### R é s u m é

### L'INFARCTUS DU MYOCARDE PENDANT LES ANNÉES 1975-1979

L'auteur de cette communication a étudié l'incidence, les principales données cliniques, les facteurs de prédisposition et les complications chez 37 malades hospitalisés pour un infarctus aigu du myocarde à l'hôpital de Pogradec pendant les années 1975-1979.

Par rapport aux autres maladies, la morbidité de l'infarctus du myocarde était de 0,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Dans cette étude, l'auteur relève un accroissement progressif de l'infarctus du myocarde d'une année à l'autre. Il a été plus fréquent pendant les saisons d'hiver et de printemps (67,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) et parmi le groupe d'âge 50-60 ans (43,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Le taux de morbidité chez les personnes âgées moins de 40 ans a été de 8,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Il était plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, respectivement 67,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> et 32,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Les symptômes cliniques de l'infarctus du myocarde étaient accompagnés de douleurs dans 72,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> des cas, avec des douleurs légères ou sans douleurs dans 27,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> des cas. Le dosage de la transaminase (S G O T) était élevé dans 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub> des cas. L'infarctus s'est manifesté avec une insuffisance ventriculaire gauche dans 45,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> des cas. Quant aux complications, les plus importantes furent les arythmies et les troubles de conduction (54<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) et l'insuffisance cardio-vasculaire (32,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

## HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

### NDJESHMERIA E ANOFELEVE NDAJ INSEKTCIDEVE NE ZONAT BREGDETARE E TE ULFETA TE SHQIPERISE

— JORGJI ADHAMI — NAZMI MURATI —

(Instituti i Higjienës dhe Epidemiologjisë)

Shfaqja e rezistencës ndaj insekticideve tek insektet është një ndër problemet teknike më të rëndësishme që ka të bëjë me luftën kundra tyre (3). Shfaqja e rezistencës dhe zhvillimi i saj tek artropodët, që janë vektorë sëmundjesh, mund të ulë efikasitetin e insekticideve deri në një shkallë të atillë sa të shpjerë në dëshitimim e programeve të luftës ose të grënjosjes së këtyre sëmundjeve. Për ti dalë përpara kësaj ndodhie është e domosdoshme, që, para se të fillojë përdorimi i një insekticidi, si dhe periodikisht gjatë përdorimit të tij, të kontrollohet shkalla e ndjeshmërisë e vektorit që synohet ndaj insekticidit. Të dhënat e përftuara duhet të bëhen mbështetje për programet që shtrihen për zbatim. Jo më pak rëndësi ka kontrolli i ndjeshmërisë të vektorëve potencialë ndaj insekticideve edhe për vendet që kanë grënjosur sëmundje të tilla dhe kërcënohen nga rihyryja e tyre, ashtu sikurse ndodh sot me malarjen për vendet e Evropës jugore, veçanërisht për ata të gadishullit ballkanik.

Rezistenca ndaj DDT-së për herë të parë është vërejtur tek miza shtëpiake dhe tek mushkonja *Culex pipiens molestus* më 1947 në Itali; tek *Anopheles sacharovi* më 1951 në Greqi, kurse rezistenca ndaj dieltri-nës tek *A. gambiae* më 1955 në Nigeri (3). Prej atëherë, numri i llojeve, tek të cilët është zbuluar rezistenca, është rritur nga viti në vit dhe sot vërehet ndaj 4 tipave të insekticideve, që përdoren në shëndetësi: DDT-së, ciklodienëve (dieltrinë) e lindalit, fosforanikëve dhe karbamateve (3, 10).

Rritja e numrit të llojeve, tek të cilat është shfaqur rezistenca deri më 1969, del nga të dhënat e mëposhtme (3):

Viti	DDT	Dieltrinë	Fosforanikë	Gjithsej
1956	27	25	1	33
1962	47	65	8	81
1969	55	84	17	102

Gjatë shtatë vjetëve që pasuan, rezistenca është vërtetuar edhe në mjaft lloje të tjera vektorësh, rezistencë nuk është vërejtur ende vetëm në grupet e mizave që-cë dhe flebotomëve, por mbi këto janë bërë pak



prova (10). Përsa u përket anofeleve, numri i llojeve, tek të cilët është zbuluar rezistencë, më 1975 arrinte në 42 nga 38 që ishin më 1968. Prej këtyre, 41 janë rezistente ndaj dieldrinës, 24 ndaj DDT-së, prej të cilave 21 paraqitin rezistencë të dyfishtë, disa të trifishtë (përfshirë fosforangiket), kurse A. sacharovi në Turqi dhe A. albimanus në Amerikën Qëndrore të katërfishtë, domethënë edhe ndaj karbamateve (10). Në një sërë anoflesh vektore, përfshirë këtu edhe A. superpictus, ende nuk është zbuluar rezistencë (10). Rezistenca e vektoreve të malarjes ndaj insekticideve, që përdoren zakonisht, është zbuluar në 62 vende nga 102 vende, që janë të ekspozuar ndaj infeksionit malarik.

Provat e para të përcakimit të ndjeshmërisë të anofeleve ndaj insekticideve në vendin tonë janë bërë në vitet 1955-1958 (2) dhe pastaj janë vazhduar periodikisht deri më 1967. Deri në këtë kohë rezistencë nuk është vërejtur (1). Përfundimet e nxjerra prej tyre kanë ndikuar pozitivisht në zhvillimin e programit të grënjosjes së malarjes. Nga viti 1972 na u duk e nevojshme të rikontrollohim ndjeshmërinë e anofeleve, që në të kaluarën kanë qënë vektorët kryesorë të malarjes, në radhë të parë ato të kompleksit «*maculipennis*», për këto arsye: e para, se ndalimi i spërkatjes të banesave me DDT, pas çrënjosjes së malarjes, solli si pasojë rritjen e popullatës së anofeleve në vlera të larta në shumë zona të vendit tonë; e dyta, se përdorimi i pesticideve kundra dëmtuesve të bimëve bujqësore gjatë 15-20 vjetëve të fundit është rritur shumë në vendin tonë dhe, siç dihet, kjo mund të ketë ndikim në shfaqjen e rezistencës tek anofelet; e treta, se në vendin tonë herë pas here regjistrohen raste me malarje të importuar, pra jemi të ekspozuar ndaj rihyrjes të kësaj sëmundjeje.

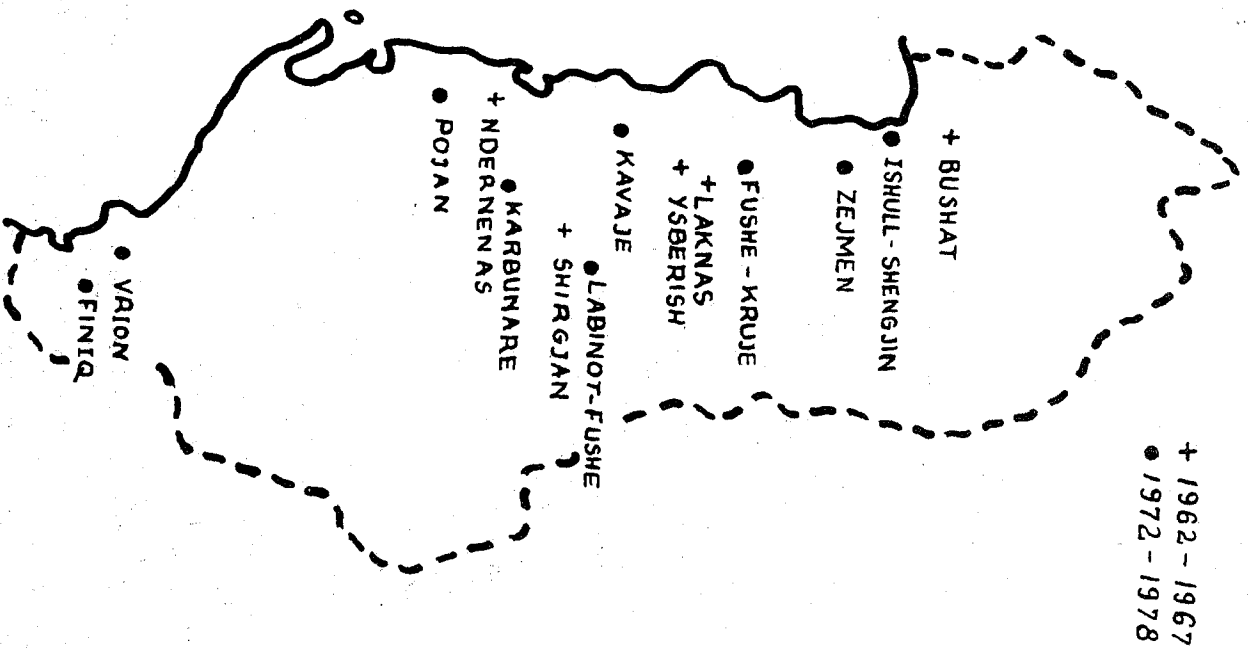
Provat i kemi përgëndruar në zonat bregdetare dhe të ulëta, pasi, me gjithë bonifikimet e gjëra që janë bërë, receptiviteti i këtyre zonave ndaj malarjes mbetet i lartë, megjëse anofelet zhvillohen në shkallë të gjërë si në kanalet kulluese, në vija të ndryshme me ujëra që kullojnë nga vaditja, në ato pak mognalishte që ende kanë mbetur pa u tharë dhe sidomos në blloqet e orizoreve, të cilat janë të shpërndara nga bregu i Bunës deri në fushën e Konispollit.

Provat janë bërë me metodën e rekomanduar nga OBSH (7, 8) dhe me katër insekticide: më 1962-1967 ato janë bërë vetëm me DDT, më 1972-1974 me DDT, dieldrinë dhe malation, kurse më 1978 edhe me pëpoksor. Rezultatet e tyre përmbledhen në pasqyrat 1, 2, 3, 4, 5, 6. Janë përdorur vetëm femra që kishin thithur gjak, gjithsej rreth 19.700 insekte të kapur në ahure.

Si rregull, për çdo përgëndrim të insekticideve dhe çdo periudhë ekspozimi ndaj tyre janë përdorur 100 ose 80 ± 2 insekte dhe po aqë në provat e kontrollit, përveç rasteve të veganta, që janë përdorur nga 75 ± 2 ose 70 ± 2 anofele. Në provat e kontrollit, zakonisht ngordhshmëria ka qënë 0 — 5%, dhe vetëm në ndonjë rast të vegantë ka qënë 5% ose më tepër; për rastet e fundit është bërë korigjimi sipas formulës së Abbottit (8). Gjatë provave, temperatura dhe lagështia kanë qënë brenda kufive të rekomanduara.

Përsa i përket historikut të përdorimit të pesticideve në vendin tonë, mund të themi se në kuadrin e luftës kundra malarjes, më 1946 është filluar përdorimi i DDT-së si imagocid në shkallë të kufizuar, kurse nga viti 1947 në shkallë mëjaft të gjërë. Pas vitit 1960, krahas shterjes së

## PROVA TE NDIESHMERISE SE ANOFELEVE NDAJ INSEKTICIDEVE



burimit të infeksionit, është kufizuar edhe përdorimi i DDT-së. Ky pre-parat është përdorur edhe si larvicid për mbrojtjen e gyteteve kryesore nga mushkonjat (1946-1967), si dhe me anën e avionit në disa prej kë-netave bregdetare, por jo rregullisht. Në shëndetësi, në shkallë të ku-fizuar është përdorur fenioni, lindani, trikloroni, diazinoni. Nga ana e bujqësisë për luftimin e dëmtuesve të bimëve janë përdorur DDT-ja, lin-dani, dieldrina, aldrina dhe preparate të ndryshme të serive të fosfor-ganikëve dhe karbamateve.

#### PROVAT ME ANOFELE TË KOMPLEKSTIT MACULIPENNIS

1) *Ndjeshmëria ndaj DDT-së.* — Me këtë insekticid janë bërë pro-va më 1962-1967 (pasqyra nr. 1) dhe më 1972-1978 (pasqyra nr. 2). Pro-vat e periudhës së parë janë bërë në pesë vende të 4 rretheve; në njërin prej këtyre vendeve, në Ndërnënas të Fierit, spërkatja e banesave me DDT është bërë nga viti 1947-1957 dhe pas 4 vjetësh ndërprejje është rifilluar më 1962 për shkak të rishfaqjes të rasteve më maljarje. Këtu anofelet janë mbledhur në një haur të mbetur pa u spërkatur dhe i përkasin llojit *A. sacharovi*. Në vendet e tjera, spërkatja ka qënë ndaluar i vjete më parë. Me përjashtim të Ndërnënasit, në vendet e tjera anofelet i përkasin krejtësisht nënlojit *A. m. maculipennis*, ose si në Bushat, kryesisht këti (83,60%). Nga pasqyra nr. 1 del se  $CL_{50}$  luhatet nga 1,4-20% dhe se përqëndrimi prej 40% për dy orë ekspozim ngordh 1000% të mu-shkonjave, domethënë se këto janë të ndjeshme ndaj këtij preparati.

Në Ndërnënas më 1962 janë bërë edhe prova të irritabilitetit me metodën provizore të rekomanduar nga OBSH (7) dhe është vërejtur irri-tabiliteti i kësaj mushkoniaje në prani të DDT-së.

Provat e periudhës 1972-1978 janë bërë në 8 vende të kultivimit të orizit të 6 rretheve, nga Lezha deri në Sarandë. Edhe në këto prova mbizotëron *A. m. maculipennis*, me përjashtim të Finiqit e Vriionit, kurse *A. sacharovi*, në këto dy vende, përbën përkatesisht 59,7 dhe 43,30% si dhe në Kavajë 22,10%; *A. m. subulpinus* nga ana tjetër në sasi të konsi-derueshme është gjetur vetëm në Vriion (21,60%). Në provat e kësaj pe-riudhe vërejmë se  $CL_{50}$  është rritur dhe luhatet nga 20% në Zejmen, 3,10% në Finiq dhe 3,40% në Kavajë, në më tepër se 40% në pesë vendet e tjera dhe se vdekshmëria 1000% nuk arrihet në asnjë vend me përqën-drimin 40% për dy orë ekspozim; për më tepër ajo nuk arrihet as me zgjatjen e kohës së ekspozimit në 4 orë dhe as për 8 orë. Kjo vë në dukje rezistencë ndaj DDT-së në shkallë të ndryshme. Kështu në Lu-shnjë, përqëndrimi 40% DDT për dy orë ekspozim jep një ngordshmëri prej vetëm 30,00%; në Fushë-Krrujë prej 64,60%, kurse në vendet e tjera nga 70-93,90%.

2) *Ndjeshmëria ndaj dieldrinës.* — Provat me dieldrinë (pasqyra nr. 3) janë bërë në 9 qendra të banuara të 7 rretheve, prej të cilëve në Karbu-narë të Lushnjës dy herë, më 1977 dhe 1978. Formula anofelike është e njëjtë me atë të provave me DDT, me përjashtim të Kavajës, ku *A. sa-charovi* zbritet nga 22,10% në 2,90%. Kjo rrjedh mundësisht nga se provat me DDT janë bërë në gushit, kurse ato me dieldrinë në shtator, kohë në të cilën orizit i ishte prerë uji dhe anofelet zhvilloheshin vetëm në kanale, biotop që *A. sacharovi* nuk e preferon. Provat e viteve 1972-1974

janë bërë me përgëndrimë nga 0,40% deri 4,00% dhe zgjatje të kohës së ekspozimit një orë si dhe me përgëndrimin prej 4,00% për 2,4 e 8 orë ekspozim. Për provat e viteve 1977-1978 jemi kufizuar kryesisht në «përtëqëndrimet diagnostike» (3, 4, 10), domethënë dieldrinë 0,40% dhe kohë cilat testimi është bërë në të gjitha provat, ndërsa me përgëndrimet e tjera, ose zgjatjet e ndryshme të ekspozimit, është bërë vetëm pjesërisht. Nga pasqyra nr. 3 del se ngordhshmëria 100% nuk arrihet në asnjë rast dhe se me përgëndrimin prej 4,00% për dy orë ekspozim, ngordhshmëria luhartet nga 3,00% në 5,40% në Karbunarë, Ishull-Shëngjin e Pojan, në disa prej këtyre vendeve. Veg asaj, në shtator 1973, në Kavajë janë bërë të kolës se ekspozimit në 48 orë. Pasqyra nr. 4 na tregon se përgëndrimi prej 4,00% për 48 orë ekspozim na jep një ngordhshmeri prej vetëm 64,70%.

3) *Ndjeshmëria ndaj malationit (Malathion).* — Provat janë bërë në 6 vende (pasqyra nr. 5). Më 1973-1974 ato janë bërë me përgëndrimet 0,5 dhe 5,00%, por ky i fundit nuk është përdorur vegse në një rast, pasi me këtë arrihej vdekshmëri 100% për perituda shumë të shkurëta në ekspozimi (8). Më 1978 provat janë bërë vetëm me përgëndrimin 5,00%, qëndrim, vdekshmëria 100% arrihet në Pushë-Krujë e Vriion vetëm për gjysmë orë ekspozim, kurse në Karbunarë për një orë dhe në Ishull-Shëngjin për dy orë. Në Kavajë e Fting, provat janë bërë vetëm me përtëqëndrimin 0,5% me të cilin ngordhshmëria 100% arrihet për 8 orë; po kë përmbahemi faktit se shumezimi i kohës me përgëndrimin na jep një të arrihet me përgëndrimin 5,00% dhe zgjatje të kohës së ekspozimit në një orë. Ndjeshmëria paraget ulje në Ishull-Shëngjin, ku me përgëndrimin prej 5,00% nuk arrihet ngordhshmëria 100% për një orë ekspozim.

4) *Ndjeshmëria ndaj propoksurit (Propoxur).* — Prova me propoksur janë bërë vetëm më 1978 në Karbunarë, Vriion dhe Ishull-Shëngjin (pasqyra nr. 6). Ato janë bërë vetëm me një përgëndrim (0,10%), në funksion të kohës (+). Përberja e llojeve të anofeleve në këta tre vende është e ndryshme: në Vriion *A.m. maculipennis* kemi vetëm 35,10%, kurse 43,30% janë *A. sacharovi* dhe 21,60% *A.m. subulpinus*, në Karbunarë 99,40% janë *A.m. maculipennis*, kurse në Ishull-Shëngjin kjo mushkonjë përbën 91,80% dhe vetëm rreth 8,00% dy të tjera. Po të shohim pasqyrën Nr. 6 rezultion të në 3 vendet, ngordhshmëria 100% nuk arrihet jo vetëm me një orë ekspozim, por as me 2 orë dhe, në Karbunarë ku janë vazhduar provat për 4 orë ekspozim, është arritur ngordhshmëria prej vetëm 80,00%. Vërejmë pra një ulje të ndieshmërisë, vëganërisht në Karbunarë, por edhe në Ishull-Shëngjin.

## DISKUTIM

Për interpretimin e rezultateve të provave të rezistencës dhe për kriteret e përcaktimit të saj ka mendime të ndryshme, por më të drejta duket kriteret e propozuara nga disa autorë (4), dhe që rekomandohen

edhe nga Komiteti i Ekspertave të OBSH (9, 10). Sipas këtyre kriterëve, me anën e reagimit ndaj dy përgëndrimeve të insekticidit, përgëndrime që i quajmë «diskriminuese», çdo popullatë anofelike mund të ndahet në 3 fraksione: në një fraksion të ndjeshëm, që ngordh pas ekspozimit ndaj përgëndrimit më të dobët, në fraksionin e ndërmjetëm (ibrid), që ngordh pas ekspozimit ndaj përgëndrimit të lartë dhe në fraksionin rezistent, që mbetet gjallë pas ekspozimit ndaj këtij përgëndrimi.

Kjo metodë përdoret lehtë në përcaktimin e ndieshmërisë të anofelëve ndaj dieldrinës, rezistenca ndaj të cilës është zakonisht e transmeteshme nga një faktor pjesërisht zotërues. Si doza diskriminuese për dieldrinën merren përgëndrimet 0,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> për një orë ekspozim (0,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> për A. sacharovi) dhe 4,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> për 2 orë ekspozim. Të mbështetur në këto kritere, po të shohim pasqyrën nr. 3 rezulton se në të gjithë vëndet ku janë bërë provat kemi rezistencë, por sidomos në Ishull-Shëngjin, Karbunarë e Pojan të Fierit, ku fraksioni rezistent i popullatës së testuar arrin në rreth 95<sup>0</sup>/<sub>0</sub> e më tepër. Nga këto të dhëna mund të themi se dieldrina nuk mund të ketë vlerë në luftën kundra anofelëve të kompleksit *maculipennis* në vëndin tonë. Shtojmë, se më 1957-1958 (2) CL<sub>50</sub> e dieldrinës ka rezultuar 0,13<sup>0</sup>/<sub>0</sub> në Balldre të Lezhës, 0,25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> në Godollesh-Fushë (Elbasan), 0,31<sup>0</sup>/<sub>0</sub> në Tushemisht (Pogradec) dhe 0,10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> në Shtyllas (Fier); përgëndrimi prej 4,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> në atë kohë nuk është përdorur.

Rezistenca ndaj DDT-së është më vëshirë për t'u përcaktuar me anën e dozave diskriminuese, por megjithatë mendohet se duhet bërë ekspozimi për dy orë ndaj përgëndrimit prej 4,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> DDT dhe në se mbeten insekte gjallë, ekspozimi të zgjatet në 4 orë. Normalisht, pas ekspozimit prej 2 dhe 4 orë ndaj përgëndrimit prej 4,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> DDT, në goffë se mbeten gjallë njëaft insekte, duhet të filtet për rezistencë (4). Mbështetur këtyre kriterëve mund të themi se ndieshmëria ndaj DDT-së e mushkonjave të kompleksit «*maculipennis*» të zonave bregdetare e të ulëta të vëndit tonë më 1962-1967 ka qenë normale, sikurse edhe më 1957-1960 (2). Në të dyja këto periudha CL<sub>50</sub> për një orë ekspozim luhatej nga 1,4 — 2,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe vdekshmëria 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub> arrihej me përgëndrimin prej 4,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> për një ose 2 orë ekspozim, në të gjitha rastet që kjo është provuar. Provat e viteve 1957-1960 janë bërë gjatë kohës që vazhdonte përdorimi i DDT-së si imagoçide në luftën kundra malarjes, kurse ato të viteve 1962-1967 janë bërë pas ndalimit të kësaj lufte për 2-5 vjet, me përjashtim të Ndërnënasit, ku pas 4 vjet ndalimi, u rifillua trajtimi i banesave dy muaj para kryerjes së provave. Nga ana tjetër, në 8 vëndet ku kemi bërë prova nga viti 1972-1978, vërejmë rezistencë ndaj DDT-së, natyrisht në shkallë të ndryshme. Sikurse shihet nga pasqyra nr. 2 më e theksuar kjo është në Karbunarë, ku përgëndrimi prej 4,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> DDT për 4 orë ekspozim, jep një vdekshmëri prej vetëm 53,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Me këtë përgëndrim nuk arrihet vdekshmëria 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub> as për 8 orë ekspozim, në 4 vënde ku është provuar. Por, duhet pasur parasysh se në vëndet ku provat janë bërë nga vitet 1972-73, ka mundësi që shka-lla e rezistencës të jetë ritare.

Në vëndin tonë, dieldrina nuk është përdorur asnjëherë në shëndetësi, kurse përdorimi i DDT-së është ndaluar mjaft vjete para se të shfaqej rezistenca. Mendojmë pra se shkaku kryesor i shfaqjes së rezistencës si ndaj dieldrinës, ashtu edhe ndaj DDT-së është përdorimi i këtyre preparatëve në luftën kundra dëmtuesve të bimëve bujqësore, ashtu si ka ndodhur edhe në shumë vënde të tjera (5, 6, 10). Nga të

dhënat që kemi, DDT-ja si dhe dieldrina ose ciklodienikë të tjerë e lindani janë përdorur gjërësisht nga bujqësia me përgëndrimë përtrahesisht të larta dhe me metoda të ndryshme, si nga toka ashtu dhe nga ajri. Në këtë mënyrë ato kanë rënë drejtpërsëdrejti ose tërthorazi në vendet e zhvillimit të anofeleve dhe kanë ushtruar veprimin e tyre seleksionues, i cili është më i theksuar kur vepronhet mbi larvat se mbi fluturaket (6). Kjo ndodh pasi kur insekticidi përdoret kundra fluturakeve, mbeten gjallë jo vetëm individët më rezistentë, por edhe ata me irritabilitet më të lartë, shumica e të cilëve, në mos të gjithë janë të ndjeshëm. Mbelja gjallë e këtyre të fundit ndalon ose vonon shfaqjen e rezistencës. Por kur insekticidi aplikohet kundra larvave, irritabiliteti nuk mund të ndihmojë, pasi larvat nuk kanë si t'i shmangen veprimit të insekticidit, pra do të mbeten gjallë vetëm rezistentet (cituat nga 6).

Rezistenca ndaj dieldrinës dhe lindanit zakonisht shfaqet shumë shpejt dhe është e një intensiteti të lartë, aq sa e bën të paefektshëm përdorimin e tyre, domethënë del nevoja e zëvendësimit. Rezistenca ndaj DDT-së shfaqet më ngadale, ka intensitet të dobët dhe zëvendësimi i saj nuk është gjithmonë i domosdoshëm. Por duke qenë më pak e theksuar, nuk zbulohet aq lehtë sa ajo ndaj dieldrinës, pasi nuk mund të përcaktohet me përpikmëri doza diskriminuese që vret heterozigotët.

Përsa u përket rrjedhimeve epidemiologjike duhet theksuar se shfaqja e rezistencës ndaj dieldrinës gjatë operacioneve antimalarike kërkon ndrimin e menjëhershëm të insekticidit. Për shkak të rezistencës së kryqëzuar, kjo nuk mund të zëvendësohet as me ndonjë ciklodienik tjetër, as me lindantin. Në kushte të tilla, këta nuk mund të shërbejnë as si «njëte rezervë» në kuadrin e masave për parandalimin e rihyryes të malaries, aty ku kjo është grrënjosur. Shfaqja e rezistencës ndaj DDT-së, përkundrazi, nuk do të thotë se nga ky insekticid duhet hequr dorë menjëherë (9). Për të marrë një vendim të tillë nuk duhet të mbështemi vetëm në rezultatet e provave të ndeshmërisë, por duhet të marrim edhe një sërë masash të tjera, në radhë të parë, të organizohen vrojtime entomologjike, sikurse vendosja e kurtheve të daljes për mushkonja në dritare në një numur të njafuëshëm banesash të trajtuara, kërkimi i mushkonjave të strehuara gjatë ditës në banesa të trajtuara, klasifikimi i mushkonjave të kapura sipas stadeve të Sellas dhe stadeve ovariale, vazhdimi i provave qdo muaj me përgëndrimë diskriminuese në shkallë të gjërë, si dhe heqime epidemiologjike të hollësishe për të ndjekur ndryshimet në shkallën e transmetimit të sëmundjes (9). Prania e mu-shkonjave, që pushojnë gjatë ditës, në banesa të trajtuara, është një tregues shumë i rëndësishëm që flet për rezistencë, sidomos kur është përdorur DDT-ja. Në të vërtetë, duke qenë kjo normalisht shumë irri-tuese për mushkonjat e ndjeshme, pothuaj se kurrë nuk shihen mushko-nja të pushojnë gjatë ditës në banesa të trajtuara, kur nuk është shfaqur rezistenca.

Përsa i përket malationit, përgëndrimi prej 5,00% për një ekspozim na jep ngordshmëri 100%, me përjashtim të Ishull-Shëngjinit, ku jep 97,50%, por edhe këtu arrihet ky me zgjatje të kohës së ekspozimit në dy orë. Normalisht, ky përgëndrim duhet të japë ngordshmëri 100% për një orë ekspozim. Duhet vënë në dukje se malationi është përdorur në zonën Lezhë-Shëngjin, ku përtshihet edhe Ishull-Shëngjini, si

larvicid për disa vjet, përfshirë edhe me anën e avionit. Mendojmë se provat duhen vazhduar.

Përsa i përket propoksurit, në vendin tonë ky nuk është përdorur as nga shëndetësia as nga bujqësia. Përgëndrimi prej 0,1% propoksur, normalisht duhet të japë një ngordhshmëri prej 100%/o pas një orë ekspozimi (9). Por në asnjë nga të tre vendet e provave tona nuk ka ndodhur kjo, ku është provuar me 4 orë ekspozim, është arritur një ngordhshmëri prej vetëm 80,0%/o. Si në Karbunarë ashtu dhe në Ishull-Shëngjin mund të flasim për praninë e një fraksioni rezistent në popullatën anofelike. Por si ka ndodhur kjo pa u përdorur ky preparat në vendin tonë? Në Turqi, përveç rezistencës ndaj DDT-së dhe dieldrinës, tek *A. sacharovi* është shfaqur rezistenca edhe ndaj insekticideve, që nuk janë përdorur nga shëndetësia, sikurse propoksuri, fenitroioni dhe fentioni (10). Në disa vend të Amerikës Qëndrore, pas shfaqjes së rezistencës të *A. albimanus* ndaj DDT-së, dieldrinës dhe malationit më 1970-1971, filloi përdorimi i propoksurit, por u zbuluan vatra të rezistencës ndaj këtij insekticidi, të cilat rridhnin nga përdorimi i insekticideve fosfororganike dhe karbamateve në bimët e orizit dhe të pambukut. Studimet laboratorike treguan se rezistenca e *A. albimanus* ndaj propoksurit shoqërohej me një rezistencë të kryqëzuar ndaj karbarilit (sevin), metilparationit, malationit dhe fenitroionit (9). Në vendin tonë nga bujqësia është përdorur karbarili (sevin), metilparationi, malationi dhe fenitroioni (metationi).

Mendojmë se përdorimi i këtyre preparateve është shkaku kryesor i shfaqjes së rezistencës ndaj propoksurit. Por nuk duhet lënë pa përmendur edhe efektin selektiv fospecific, që mund të ushtrohet mbi anofelët nga numri i madh i insekticideve që përdoren në bujqësi, pasi ekspozimi ndaj produkteve me natyrë të ndryshme sjell një seleksionim të mushkonjave me anën e shumtë rrugëve të detoksikimit, duke përgatitur kështu popullatën për t'u përgjigjur më mirë ndonjë seleksionimi specifik të mëpasëm (10).

Provat me *A. superpictus*. — Me këtë mushkonjë prova janë bërë vetëm në Shirgjan (Elbasan) në gusht 1965 me DDT. Në përhundën 1972-1978 prova të tilla nuk janë bërë. Më 1976-1978 kemi kërkuar këtë mushkonjë në disa vende ku më parë gjendej me shumicë, si në Godolesh-Fushë, Labinot-Fushë e Shirgjan të Elbasanit si dhe në Berat, por nuk kemi gjetur veçse pak ose aspak mushkonja të këtij lloji. Më 1965 janë bërë tre prova paralele me 4 përgëndrime (0,25%/o, 0,5%/o, 1,0%/o dhe 2,0%/o) si dhe provat e kontrollit, duke përdorur për çdo provë nga 20 anofele, domethënë 60 për çdo përgëndrim. CL<sub>50</sub> ka rezultuar 0,350%/o, kurse CL<sub>100</sub> barras me 2,00%/o. Kjo mushkonjë, pra, ka gënë e ndëshme ndaj DDT-së. Rezistencë e kësaj mushkonje nuk është vërejtur në asnjë vend (10). Në vendin tonë janë bërë prova edhe më 1957 e 1958 në Godolesh-Fushë me këto rezultate: CL<sub>50</sub> në shtator 1957 ka gënë 0,80%/o, kurse më 1958 ka gënë 0,70%/o dhe CL<sub>100</sub> ka gënë 4,00%/o në të dy vendet (2).

#### PËRFUNDIME KRYESORE

1) Tek mushkonjat e kompleksit «*maculipennis*» të zonave bregdetare e të ulëta është shfaqur rezistencë ndaj DDT-së dhe sidomos ndaj diel-

drinës. Ndjeshmëria ndaj propoksurit në Karbunarë të Lushtnjes është ulur në një shkallë të atillë, që mund të fillet për rezistencë, kurse ndjeshmëria ndaj malatitoni mbetet normale.

2) Shkaku i shfaqjes së rezistencës ndaj dieldrinës dhe DDT-së është përdorimi i këtyre preparateve në bujqësi (për dieldrinën edhe i ciklo-dienikëve të tjerë). Gjithashtu mendohet se ulja e ndjeshmërisë ndaj propoksurit është rrjedhim i përdorimit të pesticideve të ndryshëm në bujqësi, sikurse të karbarilit, metilparatitoni, fenitrothionit e malatitoni, të cilët mund të japin rezistencë të kryqëzuar ndaj propoksurit.

3) Në kuadrin e parandalimit të rihyjes së malarjes nuk mund të mbështetemi as tek dieldrina as tek ciklodienikët e tjerë, kurse nga DDT-ja nuk duhet hequr dorë, por duhet ndjekur me rigorozitet evolucionit i rezistencës ndaj kësaj, duke gërbëthuar provat sipas metodës së OBSH me vrojtimet entomologjike në terren në mënyrë të vazhdueshme.

4) Malatitoni, në se nuk do të shfaqet rezistenca edhe ndaj këtij, duhet konsideruar si insekticidi kryesor, që mund të zëvendësojë DDT-në. Për të parandaluar shfaqjen e rezistencës ndaj këtij insekticidi, duhet të ndalohet përdorimi i tij si nga shëndetësia ashtu dhe nga bujqësia. Provat e ndjeshmërisë duhet të përsëriten kohë pas kohë edhe me malatitoni.

Dorëzuar në Redaksi më 5 prill 1980.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Adhami J., Muraqi N.:** Ndjeshmëria e Anopheles maculipennis ndaj insekticideve në disa zona të kultivimit të orizit. Sesiioni i IV shkencor i IKRTF, dhjetor 1973.
- 2) **Ashta A., Adhami J.:** Mbi sensibilitetin e anofeleve kundrejt insekticideve në Shqipëri. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1961, 1, 37.
- 3) **Brown A. W. A., Pal R.:** Résistance des arthropodes aus insecticides, Genève 1973.
- 4) **Davidson G., Zahar A. R.:** The practical implication of resistance of malarial vectors to insecticides. Bulletin OMS 1973, 49, 5, 475.
- 5) **Drobozina V. P., Anufrieva V. N., Serfiev V. P., Kondrashtina A. V.:** Obnuzhenie rezistentnosti k DDT u anopheles m. saharovi FAYRE, v Azerbaixhan-skoi SSR. Medicinskaja Parazitologija 1972, 41, 4, 460.
- 6) **Hamon J.; et Garrett-Jones C.:** La résistance aux insecticides chez des vecteurs maeurs du paludisme et son importance operationnelle. Bulletin de l'OMS 1963, 29, 1, 1.
- 7) **OMS:** Résistance aux insecticides et lutte contre les vecteurs. Série de Rapports techniques no 191; Genève 1960.
- 8) **OMS:** Résistance aux insecticides et lutte antivectorielle. Série de Rapports techniques No 443; Genève 1970.
- 9) **OMS:** Comité OMS d'experts du paludisme. Série de Rapports techniques No 549; Genève 1974.
- 10) **OMS:** Résistance des vecteurs et des réservoirs de maladies aux pesticides. Série de Rapports techniques No 585; Genève 1976.

+) **Shënim i fages 101.** — Instruction for determining the susceptibility or resistance of adult mosquitos to organofosphorus and carbamate insecticides. Doc. WHO/VBC/75.582.



Pasqyra nr. 1

## PROVA TË NDIESHMËRISË TË ANOFELEVE NDAJ D D T-SË, 1962-1967

N.	V ë n d i	Data	Koha e ekspozimit 1 orë				Me koncent. 4% TL 100 në orë:	Përbërja e popullatës anofelike në %		
			Mortaliteti në % për koncentrimet e DDT-së prej:			CL50 %		A.m. maculi- pennis	A.m. subal- pinus	A. sacharovi
			1 %	2 %	4 %					
1	Fier, Ndërnënas	9.1962	9,8	48,8	97,6	1,8	2	0	0	100,0
2	Tiranë, Yzberish	9.1964	23,5	63,0	92,5	1,6	2	98,3	1,7	0
3	Elbasan, Shirgjan	8.1965	29,1	73,7	100,0	1,4	1	100,0	0	0
4	Shkodër, Bushat	8.1966	4,9	47,6	95,1	2,0	2	83,6	14,1	2,3
5	Tiranë, Laknas	8.1967	9,9	46,3	96,4	1,9	2	100,0	0	0

Shënim: Ngordhshmëria në provat e kontrollit ka qënë gjithmonë nën 5%. Janë përdorur nga 79-84 anofele për çdo koncentrim dhe po aq për provën e kontrollit.

**REZULTATET E PROVAVE TË NDIESHMËRISË TË ANOFELEVE NDAJ DDT-së, 1972-1978**

Nr.	V ë n d i	Data	Koha e ekspozimit 1 orë				Koncentrimi i DDT-së: 4%				Përbërja e popullatës së anofeleve në %:		
			Mortaliteti në % për koncentrimet e DDT-së prej:			CL <sub>50</sub> %	Mortaliteti në % për kohën e ekspozimit prej:			TL <sub>100</sub> orë:	A. m. maculipennis	A. m. subalpinus	A. sacharovi
			1 %	2 %	4 %		2 orë	4 orë	8 orë				
1	Durrës, Kavajë	8.1972	2,2	14,1	69,1	3,4	77,6	91,9	98,0	>8	77,4	0,5	22,1
2	Krujë, Fushë-Krujë	8.1973	6,2	6,0	22,0	>4,0	64,6	90,8	96,0	>8	100,0	0	0
3	Lezhë, Zejmen	9.1973	21,3	44,9	85,4	2,0	93,9	96,0	98,2	>8	100,0	0	0
4	Elbasan, Labimot-Fushë	9.1973	16,7	16,0	54,7	>4,0	76,0	90,8	—	>4	100,0	0	0
5	Sarandë, Finiq	8.1974	37,4	36,6	59,3	3,1	70,2	84,0	90,2	>8	39,7	0,6	59,7
6	Sarandë, Vrion	8.1978	4,7	8,6	42,7	>4,0	81,5	82,7	—	>4	35,1	21,6	43,3
7	Lushnjë, Karbunarë	9.1978	2,0	1,0	9,0	>4,0	30,0	53,0	—	>4	99,4	0	0,6
8	Leshë, Ishull-Shëngjin	9.1978	5,0	6,3	28,5	>4,0	70,0	—	—	>2	91,8	0,5	7,7

Shënim: 1) Ngordhshmëria në provat e kontrollit ka qënë më e ulët se 5%, me përjashtim të Finiqit; është bërë korrigjimi i këtyre të fundit sipas formulës të Abbott-it.

2) Në Kavajë e Zejmen TL<sub>100</sub> ka rezultuar 16 orë.

3) Janë përdorur nga rreth 75,80, ose 100 anofele për çdo koncentrim dhe po aq për provën e kontrollit.

**REZULTATET E PROVAVE TË NDIESHMËRISË TË ANOFELEVE NDAJ DIELDRINËS, 1972-1978.**

Nr.	Vendi	Data	Koha e ekspozimit 1 orë				CL <sub>50</sub> %	Koncentrimi i dieldrinës 4%			TL <sub>100</sub> orë	Përbërja e popullatës anofelike në %		
			Mortaliteti në % për kohën e dieldrinës prej:					Mortaliteti në % për kohën e ekspozimit prej:				A. m. ma- culipennis	A. m. sub- alpinus	A. sacha- rovi
			0,4%	0,8%	1,6%	4,0%		2 orë	4 orë	8 orë				
1	Durrës, Kavajë	9.1972	18,0	23,7	33,3	36,0	>4	37,4	52,0	58,6	>8	97,1	0	2,9
2	Krujë, Fushë—Krujë	8.1973	6,0	4,0	8,2	22,0	>4	36,6	39,0	39,3	>8	100	0	0
3	Lezhë, Zejmen	9.1973	22,0	32,7	34,0	47,0	>4	38,8	74,0	71,4	>8	100	0	0
4	Elbasan, Labinot F.	9.1973	35,5	40,0	50,7	65,3	1,5	84,7	93,2	—	>4	100	0	0
5	Sarandë, Finiq	8.1974	56,3	56,5	61,2	71,0	<0,4	79,0	87,0	89,3	>8	39,7	0,6	59,7
6	Fier, Pojan	9.1977	4,1	—	—	—	—	5,4	—	—	>2	83,3	0	16,7
7	Lushnjë, Karbunarë	9.1977	1,4	—	—	—	—	4,1	—	—	>2	83,3	0	16,7
8	Sarandë, Vrion	8.1978	59,0	—	—	70,6	<0,4	76,0	88,4	—	>4	35,1	21,6	43,3
9	Lushnjë, Karbunarë	9.1978	0,0	—	—	4,0	>4,0	3,0	3,0	—	>4	99,4	—	0,6
10	Lezhë, Ishull-Shëngjin	9.1978	1,2	—	—	1,3	>4,0	5,0	—	—	>2	91,8	0,5	7,7

Shënim: Ngordhshmëria në provat e kontrollit në Finiq ka qenë > 50%, pra është bërë korrigjimi sipas formulës së Abbott-it.

Pasqyra nr. 4

**PROVA TË NDIESHMËRISË TË ANOFELEVE NDAJ DIELDRINËS. KAVAJË, 8-9.9.1973.  
MORTALITETI PËR 48 ORË EKSPOZIM, NË FUNKSION TË KONCENTRIMIT.**

Koncentrimi i dieldrinës në %	Nr. i anofeleve të testuara	Nr. i anofeleve të ngordhura	Mortaliteti i korigjuar %
0,2	74	16	13,6
0,4	75	37	44,1
0,8	74	35	41,9
1,6	75	39	46,3
4,0	75	51	64,7
<b>Prova e kontrollit</b>	75	7	9,3

**Shënim:** Përbërja e popullatës anofelike:

*A. m. maculipennis* 97% dhe *A. sacharovi* 3%.

## REZULTATET E PROVAVE TË NDIESHMËRISË SË ANOFELEVE NDAJ MALATIONIT 1973-1978

Nr.	Vendi	Data	Përqëndrimi	Koha e ekspozimit në orë dhe mortaliteti në %						TL <sub>50</sub> në orë	TL <sub>95</sub> në orë	TL <sub>100</sub> në orë	Përbërja e popullatës të anofeleve në %			
				1/4	1/2	1	2	3	4				8	A.m. maculipennis	A.m. subalpinus	A. sacharovi
1	F. Krujë	8.973	0,5	—	—	8,1	29,0	61,0	100,0	100,0	2,67	—	4,0	100,0	0,0	0,0
2	Kavajë	8.973	0,5	—	—	22,8	39,0	71,0	91,0	100,0	2,83	—	8,0	90,2	0,0	9,8
3	Finiq	8.974	0,5	—	—	27,5	49,3	—	97,2	100,0	1,92	—	8,0	39,7	0,6	59,7
4	F. Krujë	8.973	5,0	—	100,0	100,0	100,0	—	—	—	—	—	0,50	100,0	0,0	0,0
5	Vrion	8.978	5,0	—	100,0	100,0	—	—	—	—	—	—	0,50	35,1	21,6	43,3
6	Karburnarë	9.978	5,0	—	97,0	100,0	—	—	—	—	0,50	0,50	1,0	99,4	0,0	0,6
7	Ishull-Shëngjin	9.978	5,0	22,5	63,8	97,5	100,0	—	—	—	0,40	—	2,0	91,8	0,5	7,7

Shënime:1) Ngordhshmëria në provat e kontrollit ka qënë gjithmonë < 5%.

2) Për çdo përqëndrim si dhe për provën e kontrollit janë përdorur 99-100 anofele, me përjashtim të Finiqit ku janë përdorur  $70 \pm 1$  anofele, dhe Vrionit 82-85 anofele.

REZULTATET E PROVAVE TË NDIESHMËRISË SË ANOFELEVE NDAJ MALATIONIT 1973-1978

Pasqyra nr. 6

**REZULTATET E PROVAVE TË NDIESHMËRISË SË ANOFELEVE NDAJ PROPOKSURIT, MË  
1978 (PËRQËNDRIMI 0,1 %)**

Nr.	Vëndi	Data	Koha e ekspozimit në orë dhe mortaliteti në %				TL <sub>50</sub> në orë	TL <sub>95</sub> në orë	TL <sub>100</sub> në orë	Përbërja e popullatës të anofeleve në %		
			1/2	1	2	4				A.m. maculipennis	A.m. subalpinus	A. sacharovi
1	Sarandë, Vriion	8.1978	45,9	81,0	98,8	—	0,57	1,50	> 2	35,1	21,6	43,3
2	Lushnjë, Karbunarë	9.1978	10,2	30,0	49,8	80,0	1,75	> 4	> 4	99,4	0,0	0,6
3	Lezhë, Ishull-Shëngjin	9.1978	6,3	32,5	63,8	—	1,50	> 2	> 2	91,8	0,5	7,7

Shënime: 1) Mortaliteti në provat e kontrollit ka qënë gjithmonë < 5%.

2) Për çdo përqëndrim si dhe për provën e kontrollit janë përdorur në Karbunarë 98-100, kurse në Vriion e Shëngjin nga 80-85 anofele.

## SENSITIVITY OF ANOPHELES TO INSECTICIDES IN THE COASTAL AND LOWLAND AREAS OF ALBANIA

### Summary

The paper presents the results of a survey of sensitivity of anopheles to insecticides. Tests were carried out in various sites of the coastal and lowland areas of Albania, in two periods: in 1962-1967 and in 1972-1978 on about 19,400 mosquitoes of the *Anopheles maculipennis* complex and 300 of *A. superpictus* (females gorged with blood, captured in stables).

Between 1962 and 1967 the tests were conducted only with DDT (tab. 1). The concentration of 4% with exposure of 2 hours killed 100% of the mosquitoes of the *maculipennis* complex, while in the tests with *A. superpictus* this mortality rate was obtained with a concentration of 2% and an exposure of 1 hour. In this way, the sensitivity to DDT of those two species at that time resulted normal.

The survey in 1972-1978 was carried out only on mosquitoes of the *maculipennis* complex.

Tests with DDT were carried out in 8 sites (Tab. 2). In none of them did the mortality rate reach 100% with a concentration of 4% and exposure of 2 hours, or of 4 and 8 hours in some cases.

Tests with dieldrin were carried out in 9 sites; the mortality rate resulted much lower than with DDT, falling to 3 and 5.4% in 3 of these sites, with a concentration of 4% and an exposure of 2 hours (tab. 3 and 4).

Tests with malathion (tab. 5) were carried out in 6 sites. In 5 of them, using the recommended concentration of 5%,  $TI_{100}$  was achieved after an exposure of 1 hour and in the sixth after 2 hours.

Tests with propoxur (tab. 6) were carried out in 3 sites with the recommended concentration of 0.1%. In two of the sites  $TI_{100}$  was achieved after an exposure of 2 hours, while in the third site an exposure of 4 hours gave a mortality rate of only 80.0%.

These results show that the anopheles of the *maculipennis* complex have acquired resistance to DDT and particularly to dieldrin, that sensitivity to propoxur in Karburnara has fallen to a level which can be described as resistance, and that sensitivity to malathion has remained normal.

Dieldrin has not been used at all by the health services and the use of DDT was discontinued several years before resistance to that insecticide appeared. Hence it is suggested that the main cause of the development of resistance to dieldrin and DDT was the use of these insecticides in agriculture and that the fall of sensitivity to propoxur is due to the use in agriculture of other related insecticides, such as carbaryl, methylparathion and fenitrothion etc.

The paper discusses the importance of this problem in view of the measures aimed at preventing the reintroduction of malaria in this country.

## Résumé

## LA SENSIBILITÉ DES ANOPHELES AUX INSECTICIDES DANS LES RÉGIONS LITTORALES ET BASSES D'ALBANIE

L'article traite des résultats du test de sensibilité des anophèles à l'égard des insecticides. Des épreuves ont été effectuées dans différents centres des régions littorales et basses d'Albanie en deux périodes, 1962-1967 et 1972-1978, avec un contingent d'environ 19.400 moustiques du complexe *Anopheles maculipennis* et 300 spécimens d'*A. superpictus* (femelles gorgées, capturées dans les étables).

En 1962-1967, les épreuves ont été effectuées avec un seul insecticide, le D D T (tableau No. 1). Le D D T, avec une concentration de 40/0 et une durée d'exposition de deux heures, a tué 100%/0 des moustiques du complexe *maculipennis*, alors que dans les épreuves avec *A. superpictus* ce même taux de mortalité a été obtenu avec une concentration de 20/0 et une durée d'exposition d'une heure. Donc, la sensibilité à l'égard du D D T des deux espèces de moustiques s'est maintenue dans la norme.

En 1972-1978, des épreuves ont été effectuées seulement avec des moustiques du complexe *maculipennis*, en utilisant à cette fin du D D T dans huit centres du pays (Tab. No. 2). Dans aucun cas le taux de mortalité n'a été de 100%/0 avec la concentration de 40/0 et la durée d'exposition de deux heures, et pas même avec une durée d'exposition de 4 ou 8 heures dans certains cas.

Les épreuves à la dieldrine ont été effectuées dans 9 centres. Le taux de mortalité a été de beaucoup inférieur par rapport à celui obtenu avec le D D T; dans 3 de ces centres il a baissé jusqu'à 3-5,40/0 avec une concentration de 40/0 et une durée d'exposition de deux heures (Tab. NN°os 3 et 4).

Les épreuves au malathion (Tab. No. 5) ont été faites dans 6 centres. Dans 5 de ces centres, en utilisant la concentration recommandée de 50/0 et une durée d'exposition d'une heure, 100%/0 des moustiques testés sont morts, alors que dans le sixième centre ce même taux de mortalité a été obtenu, en prolongeant la durée d'exposition jusqu'à 2 heures.

Les épreuves au propoxur (Tabl. No. 6) ont été effectuées dans 3 centres, avec la concentration recommandée de 0,1%/0. Dans deux de ces centres, le  $TL_{100}$  a été obtenu avec une durée d'exposition de 2 heures, alors que dans le troisième centre le taux de mortalité avec une durée d'exposition de 4 heures n'a été que de 80%/0.

Ces résultats montrent que chez les anophèles du complexe *maculipennis* s'est manifestée la résistance au D D T, et surtout à l'égard de la dieldrine, que la sensibilité au propoxur a baissé à Karbumara au point qu'on peut parler de résistance, et que la sensibilité au malathion s'est maintenue dans la norme.

Les services de la santé publique n'ont jamais utilisé la dieldrine, alors que le D D T n'était plus employé depuis quelques années avant même l'apparition de la résistance à cet insecticide. On est de l'avis donc que la cause principale de l'apparition de la résistance à la dieldrine et au D D T consiste dans l'utilisation de ces insecticides en agriculture, et que la baisse de la sensibilité au propoxur est la conséquence de l'utilisation d'autres insecticides en agriculture, comme la carbaryl, le methyldparathion, le fenitrothion etc.

Ensuite l'article en question traite l'importance que présente ce problème dans le cadre des mesures à prendre pour prévenir la réintroduction du paludisme.



## ANTIIGJENI AUSTRALIA NË GRATË SHITAZËNA, NË ATO QË SAPO KANË LINDUR DHE NË FËMIJET E PORSALINDUR

— PETERIKA TROJA — GJINOVEFA NDRENIKA — MINUSHE TAIKA —  
TATJANA PERA —

(Katedra e Higjienës dhe Sëmundjeve ngjitëse)

Një problem me rëndësi të vegantë për shëndetin e nënës dhe të fëmijës është dhe ai i prakjes së tyre nga hepatiti viral. Ashtu sikurse gdo njëri i shëndoshë edhe gruaja shitazënë mund të preket nga verdhëza.

Këtë problem mjaft autorë (6 etj.) e kanë trajtuar prej kohësh, duke hedhur dritë në drejtim të problemit të infeksionit të verdhëzës në gratë shitazëna si dhe të transmetimit të hepatitit viral B nga nëna tek fëmija. Qysh në vitin 1951 është folur për zhvillimin e verdhëzës në fëmijët e porsalindur, tek të cilët kjo sëmundje jep edhe përfundim me vdekje.

Për transmetimin vertikal të virusit të hepatitit B theksohet se ekzistojnë mundësitë, sado të pakta, për një transmetim intrauterin tek fëmija kur nëna është mbartëse ose sëmure me hepatit viral tip B (3). Në këtë drejtim vihet në dukje se në ekzaminimet e kryera në muajin e katërtë të shtazënisë, me anë të püksionit biospisë, është vënë re se në mëlçi ka dëmtime dhe se provat e heparit për AgsHB janë pozitive. Po kështu pozitive dalin edhe provat për AgsHB tek fëmija i porsalindur. Pra mundësia e transmetimit intrauterin ekziston, por është e rrallë (5). Gjatë ekzaminimeve të 52 fëmijëve të lindur nga nëna me AgsHB pozitiv, në glakun e kordontit umbelikal, një autor (4) nuk vuri re pranimë e antiigjenit sipërfaqësor dhe mendon se transmetimi i infeksionit të verdhëzës ndodh kryesisht gjatë aktit të lindjes apo edhe pas lindjes së fëmijës, duke shërbyer si burim infeksioni gdo objekt i infektuar, që bie në kontakt me fëmijën e porsalindur.

Infeksioni perinatal i hepatitit B ndryshon shumë në zona të ndryshme gjeografike (7). Kështu në vendet me një përhapje të pakët të hepatitit viral tip B, infeksioni perinatal takohet më rrallë sesa në vendet me një përhapje më të madhe të hepatitit viral B dhe njëkohësisht rastejëse e këtij infeksioni perinatal mund të arrijnë deri në 40% të lindjeve (7).

Infeksioni i hepatitit viral tip B mund të takohet në formën e verdhëzës së shfaqur, në formën e verdhëzës së pasfaqur, pra me zhvillim të fshehtë të saj, por mund të takohet edhe në formën e një gjendjeje mbartshmerie.

Me qëllim që të nxjerrim në pah pranimë e antiigjenit Australia gjatë zhvillimit të infeksionit viral tip B, menduam që të ekzaminojmë gratë

shtatzëna të konsultorit në muajt e ndryshëm të shtatzënisë, si dhe një kontigjent grash që sapo kanë lindur, së bashku me fëmijët e porsa-lindur.

#### MATERIALI DHE METODA

Për praninë e antigjenit Australia u ekzaminuan 265 gra shtatzëna me anë të metodës së thjeshtë të imunodifuzionit sipas Prince Popoviç. Po kështu 397 gra shtatzëna u ekzaminuan paralelisht me metodën e imunodifuzionit të thjeshtë si dhe me metodën e imunoelektroforezës për të nxjerrë në dukje edhe ndjeshmërinë më të lartë që ka metoda e imuno-elektroforezës. (pasqyra nr. 2).

Për zbulimin e antigjent Australia gratë janë marrë në muajt të ndryshëm të shtatzënisë.

Gjithashtu u ekzaminuan edhe 624 gra që porsa kishin lindur dhe 624 fëmijë. Antigjeni Australia u përcaktua me metodën e thjeshtë të imunodifuzionit, ndërsa një kontigjent i dytë nënë-fëmijë u ekzaminua me të dy metodat e lartpërmendura. Pra u studjuan 631 gra dhe 255 fëmijë të porsalindur. Në raport nënë-fëmijë janë ekzaminuar 255 çifte.

#### REZULTATET DHE DISKUTIMI

Nga ekzaminimi i 265 grave shtatzëna të studjuar sipas metodës së imunodifuzionit të thjeshtë sipas Prince-Popoviç, 8 gra rezultuan me AgsHB pozitiv, domethënë 3% pozitivitet. Të ndara në grup-mosha të ndryshme, këto rezultate paraqiten në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Mosha e Shtatzënisë	Gra të ekzaminuara	AgsHB pozitiv	Përqindja e AgsHB +	Infeksione e manipulime të tjera	% e infeksioneve ose manipulimeve
0—2 muajsh	37	3	8.1	15	45
3—5 muajsh	164	4	2.4	37	22.5
6—9 muajsh	64	1	1.5	12	18.7
Shuma	265	8	3%	64	24%

Në kontigjentin e grave të studjuara më sipër është vënë re edhe ajo që në grup-moshat e shtatzënisë 0-2 muajsh, nga 37 gra shtatzëna, në 15 prej tyre janë kryer manipulime parenterale, domethënë në 45% të rasteve të ekzaminuara. Duke ditur se rruga parenterale në transmetimin e virusit të hepatitit viral B është rruga kryesore, menduam që në studimin tonë të vëmë në pah kryerjen në përgjithësi të infeksioneve parenterale, të manipulimeve dentare, të ndërhyrjeve të ndryshme kirurgjikale etj. Kështu kjo del e qartë edhe në grup-moshat e tjera të shtatzënisë dhe kjo gjë reflektohet edhe në përqindjet e larta të AgsHB, eë: në tremujorin e parë të grave, arin deri në 8.1%. Në grup-moshat e

tjera të shtatzënisë, si p.sh. në atë nga 3-5 muajshe dhe 6-9 muajshe tshohim që bie edhe përqindja e pozitivitetit të AgsHB me rënien e numrit të injeksioneve parenterale ose të manipulimeve të ndryshme kirur-gjikale. Nga sa thamë më lart, duke vënë në dukje rolin e injeksioneve parenterale në shpërndarjen e virusit të hepatitit B, nuk duam të bëjmë aluzione se duhet të mohojmë rrugët e tjera të transmetimit të hepatitit viral B.

Një kontigjent tjetër që u përdor për studium është dhe grupi prej 397 grash shtatzëna, të cilat janë studjuar për antigjenin Australia me metodën e imunodifuzionit të thjeshtë dhe me anën e immunoelektrofo-rezës. Të dhënat për të dy metodat jepen në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Moshë e shtatzënisë	Imunodifuzioni i thjeshtë				Imunoelektroforeza					
	Gra	AgsHB +	% e AgsHB +	Injék-sione	% e Injék-sioneve	Gra	AgsHB +	% e AgsHB +	Injék-sioneve	% e injék.
0—2 muajsh	45	1	2.2	13	28.8	45	2	4.4	13	28.8
3—5 muajsh	210	4	2%	43	24	210	9	4.3	43	24
6—9 muajsh	142	3	2%	32	22.5	142	7	5%	32	22.5
Shuma	397	8	2%	88	22.1%	397	18	4.5%	88	22.1

Të dhënat me anë të imunodifuzionit të thjeshtë përkrijnë edhe me të dhënat e marrura nga grupi i studjuar më parë prej 265 grash. Nderkohë, të dhënat për zbulimin e antigjentit Australia me anë të immunoelektroforezës janë më të avancuara. Kështu në kontigjentet e grave shtatzëna në grup-moshat 3-5 muajshe, me difuzionin e thjeshtë, janë zbuluar 4 gra me AgsHB pozitiv, kurse me immunoelektroforezë janë zbuluar 9 raste pozitive. Po kështu në muajt e 6-9, rezultatet janë përkrahësisht nga 3 në 7 raste pozitive për AgsHB. Nga i gjithë konti-gjenti prej 397 grash të ekzaminuara, me imunodifuzion u zbuluan 8 gra me AgsHB pozitiv, domethënë 2% pozitivitet, ndërkohë që po me këtë kontigjent, me anë të immunoelektroforezës u zbuluan 18 gra pozitive për AgsHB, domethënë 4.5% pozitivitet.

Kjo perkon me atë që thekson një autor (1) se konstatimi i pozitivi-tetit për AgsHB tregon se gruaje shtatzënë mund të ndodhet në një nga këto gjendje:

a) mund të jetë në një periudhë inkubacioni të hepatitit viral tip B dhe që më vonë shfaq edhe sëmundjen e verdhëzës; b) mund të kemi të bëjmë me një hepatit akut të kaluar para pak kohësh, pra të jetë në një gjendje vazhdimësie të verdhëzës; c) mund të jetë në një gjendje mbarljeje kronike të AgsHB dhe kjo grua mund të jetë e shëndoshtë nga ana e mëlçisë ose mund të ketë dëmtime të mëlçisë.

Ekzaminime për antigjenin Australia u bënë edhe në kontigjentke në në-fëmijë. Në fillim një kontigjent prej 624 rastesh cifre nënë-fëmijë u ekzaminuan me metodën e imunodifuzionit të thjeshtë, ndërsa një kon-tigjent tjetër prej 631 cifre nënë-fëmijë u ekzaminua parafalshisht me metodën e imunodifuzionit dhe të immunoelektroforezës për të nxjerrë në pah edhe një herë rezultatet më të larta që jep immunoelektroforeza.

Në grupin e parë, nga 624 gra nënë-fëmijë, vumë re se vetëm 6 nëna dolën pozitiv për AgsHB, domethënë rreth 10% pozitivitet, kurse fëmijët e porsalindur rezultuan të gjithë negativë për AgsHB.

Në grupin e dytë, që u përdorën të dyja metodat e lartpërmendura, u ekzaminuan 631 nëna dhe 255 fëmijë.

Me anë të difuzionit të thjeshtë, nga 631 nëna vetëm 7 nëna rezultuan pozitiv, domethënë 10% pozitivitet, kurse nga 255 fëmijë rezultuan të gjithë negativë. Ndërkohë, ky kontigjent i ekzaminuar me anë të metodës së imunoelektroforezës dha këto rezultate: nga 631 nëna dolën pozitiv për AgsHB 31 nëna (4.9% pozitivitet), ndërsa nga 255 fëmijë të porsalindur dolën pozitiv 7 fëmijë për AgsHB (2.7 pozitivitet).

Nga studimi i rasteve gifte nga 31 nëna AgsHB pozitive mendojmë se dhënia e virusit B brenda mitrës ka qenë në 4 fëmijë, domethënë 12.90% të rasteve pozitive, ndërsa tre fëmijë të tjerë kanë lindur nga nëna me AgsHB negative, domethënë se infektimi i tyre ka ndodhur në momentin e lindjes ose edhe pas lindjes.

Nga 31 nëna me AgsHB pozitive kemi paçur edhe raste të tilla, si p.sh. gruaja R.F., që në lindje ka qenë AgsHB pozitiv, lind fëmijë, që nga ekzaminimi i gjakut të kordonit umbelikal ishte me AgsHB pozitiv dhe që po ky fëmijë pas tre javësh shfaq sëmundjen e verdhëzës. Në këtë rast mendojmë se kemi të bëjmë me një dhënie të virusit të hepatitit viral B brenda mitrës nga nëna tek fëmija, pra kemi një transmetim vertikal të hepatitit viral tip B.

Po kështu gruaja A. T. doli nga materniteti me AgsHB pozitiv, lind gjithashtu fëmijë me AgsHB pozitiv. Pas dy ditësh nëna vetë shfaq sëmundjen e verdhëzës dhe shtrohet në repartin infektiv të spitalit nr. 4 — Tiranë. I merret gjak dhe përsëri i bëhet përcaktimi i antigjenit Australia, i cili rezulton pozitiv. Po kjo gruaja para 10 ditësh ka bërë ekzaminimin për antigjenin Australia nga ana e konsultorit dhe ka rezultuar negativ. Atëherë si doli më vonë me AgsHB pozitive?

Nga ekzaminimet laboratorike që u bënë për përcaktimin e AgsHB me po të njëjtën metodë, u vu re se titri i antigjenit Australia ishte shumë më i ulët aq sa dhe ekzaminimi i kryer me shumë kujdes për të vënë në pah saktësisht linjat e precipitimit shpreheshin shumë dobët. E njëjta tablo ishte edhe gjatë ekzaminimit të gjakut të marrë nga materniteti dhe nga reparti infektiv.

Përsa thamë më lart, mendojmë se tek gruaja A.T. kemi të bëjmë me rasinë e parë të gjendjes së një gruaje me AgsHB pozitiv, domethënë me atë gjendje se fillimisht gruaja mund të jetë në periudhën e inkubacionit të verdhëzës, të cilën do ta manifestojë pas pak kohe me të gjitha shenjat klinike (1).

Nga të dhënat e paraqitura në këtë material, mendojmë se del në pah prania e AgsHB në gratë shtatzëna në muajt e ndryshëm të shtatzënisë, në gratë e porsalindura si dhe në fëmijët e porsalindur dhe, ashtu sikurse thekson një autor (2), në këtë drejtim duhen bërë ekzaminime të mëtejshme, sepse këto të dhëna flasin për atë që virusi i hepatitit B ka një përhapje të madhe dhe se në përgjithësi nuk shkakton sëmundje të dukshme, por vetëm një infektim të subjektivit, i cili e kapërcen kundë infektion në mënyrë të heshtur.

## P E R F U N D I M E

Nga studimi i kontigjentëve të ndryshëm të grave shtatzëna del në pah se edhe ndër to, sikurse edhe tek të gjithë nërëzit e shëndoshe, kemi një përqindje bartësie të antigjentit Australia, që, sipas tremujorëve të I, II, III nga materialja ynë rezultoi 4.4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 4.3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

2) Përqindja e antigjentit Australia, deri diku, është e lidhur edhe me shpeshësinë e kryerjeve të injeksioneve parenterale apo dhe të çfarëdo manipulimi dentar kirurgjikal etj. Kjo gjë del e qartë edhe nga pasqyrat nr. 1 e 2, ku duket se më të shumtat janë në tremujorin e parë dhe pastaj bien në tremujorin e II dhe të III. Kështu nga pasqyra nr. 2 vihet në dukje se përqindja e injeksioneve parenterale etj., sipas tre-mujorëve I-II-III shkon nga 28.9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe 22.5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

3) Nga studimi i kontigjentëve nënë-fëmijë, nga materialja ynë, vihet re se ekzistojnë mundësitë si të dhënies së virusit brenda mitrës, në momentin e lindjes si dhe të pas lindjes.

Dorëzuar në redaksi më 17 prill 1980

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

- 1) Brunello F., Emanuelli G., Camussi G.: Il markers dell' epatite virale di tipo B. *Minerva Medica* 1979, vol 70, 41, 26.
- 2) Minerva L. V., Patelja A., Mablacci M., Reverberi L., Chiano G.: Risposta immunologica (HBsAg ed anti HBs) all'infezione da virus dell'epatite B in 311 coppie madre-figlio ricoverato in reparti ostetrici. *Giornale di Malattie Infett. e Parassitarie* 1976, vol. 28, 11, 639.
- 3) Mosley L.: Vertical transmission of type B hepatitis. *JAMA* 1972, 220, 1128.
- 4) Skinhof F.: Transmission of hepatitis type B from healthy HBsAg positive mothers. *British Medical Journal* 1976, 3, 10.
- 5) Zaekermann A.: Hepatitis associated antigen and viruses. *North Holland* 1972, 20.
- 6) Zaekermann A.: Human viral hepatitis. *New York* 1976, 264.
- 7) W. H. O.: Progrès en matériel dhépatite virale. *Genève* 1977.

AUSTRALIA ANTIGEN IN PREGNANCY, IN THE PUERPERIUM  
AND IN NEWBORN CHILDREN

## S u m m a r y

The risk of infection by the virus of hepatitis B is discussed in the various stages of pregnancy, in the puerperal period and in newborn children.

Examinations carried out by the method of immunoelectrophoresis show that in the first, second and third quarters of pregnancy Australia antigen (HBsAg) is found in 4.4, 4.3 and 5 percent respectively.

The role is also considered of the various parenteral manipulations during pregnancy in the spread of the hepatitis B virus, and it is suggested that their frequency may raise the incidence of HBsAg in pregnant women. The frequency of injections in the first, second and third quarters of pregnancy was estimated at 28.8, 24 and 22.5 percent respectively.

Women who result carriers of HBsAg should be followed up until the term of their pregnancy in order to study the changes of antigenemia, to investigate

the possibility of transmission of the virus from the mother to the fetus or the newborn and to detect eventual cases of latent infection. It is also recommended that liver function tests and assay of transaminases should be performed together with the tests for HBsAg.

#### Résumé

### L'ANTIgÈNE AUSTRALIA CHEZ LES FEMMES ENCEINTEES, CHEZ LES ACCOUCHÉES ET LES NOUVEAUX-NÉS

Dans cet article il est question du péril d'infection par le virus de l'hépatite B dans les différentes phases de la grossesse, dans la période postérieure à l'accouchement et chez les nouveau-nés.

Les examens effectués, par la méthode de l'immuno-électrophorèse pendant le premier, deuxième et troisième trimestre de la grossesse ont indiqué la présence de l'anti-gène Australia (HBsAg) respectivement dans 4,4, 4,3 et 5% des cas. Par ailleurs, les auteurs mettent également en relief le rôle des différentes manipulations parentérales dans la diffusion du virus de l'hépatite B, car leur fréquence augmente aussi le taux de l'anti-gène Australia chez les femmes enceintes. La fréquence des injections pendant le premier, le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse est appréciée respectivement à 28,8, 24 et 22,5%.

Toutes les femmes qui résultent être porteuses de l'HBsAg doivent être suivies pendant les différentes phases de la grossesse afin d'étudier les modifications de l'anti-génémie et la possibilité de transmission du virus de la mère au fœtus ou au nouveau-né, ainsi que de découvrir les cas d'infection latents. Il importe aussi les épreuves du foie et des transaminases dans les cas de HBsAg positif.

# EKS PERIMENTALE

## NDIKIMET E RREZEVE X MBI KROMOZOMET E MIUT

— MUSTARA SEREZI — ALEKSANDËR HOXHA — GËZIM SHEHU —  
— PETRAQ KOLA — KARMELINA NINI —

(Laboratori i Gjenetikës)

Në vendin tonë, këto 35 vjetët e Çlirimit, në sajë të vijës së drejtë të Parisë sonë, shohim një zhvillim të vullshëm dhe të gjithanshëm të të gjithë degëve të prodhimit dhe të djës. Si në çdo fushë edhe në atë të mjekësisë kemi arritje madhështore. Mifidis arritjeve të tjera të mjekësisë sonë, duhet të përmëndim edhe përdorimin në stil të gjërë të metodave diagnostikuese dhe kuruese me anë të rrezatimeve jonizuese (me rreze X, alfa, beta dhe gamma).

Që kur u zbulua në fillim radioaktiviteti u vu re edhe efekti i tij dëmthues mbi njeriun. Sipas statistikave dhe llogaritjeve të sotme të bëra nga O B SH, si dozë që jep ndryshime gjenetike të konsiderueshme belk njeriun, konsiderohet doza prej 75 m Rad (1000 m Rad = 1 Rad). Por në bazë të llogaritjeve të bëra vihet re se vetëm gjatë një ekzaminimi të thjeshtë radiologjik në regjionin abdominal mbi gonale bie një rrezatim prej afro 250 m Rad (6). Pra shihet se çështja e ndryshimeve gjenetike pas rrezatimit është një problem serioz, që preokupon të gjithë njerëzimin dhe jo vetëm personat që merren me proçedura radiodiagnostike, që punojnë në mjekësi me nivel të lartë të sfondit radioaktiv apo të dëmtuar në shpërthimet bërtamore.

Rëndësi të madhe ka që të njihen ndryshimet gjenetike pas rrezatimit edhe për faktin e akumulimit të tyre dhe manifestimit të tyre të mëvonshëm, p.sh. me një sëmundje malinje siç është leucemia (1).

Sot njihet mirë lidhja e ngushtë që ekziston midis aberacioneve kromozomike dhe mbijetesës qelizore pas rrezatimit, prandaj vlerësimi i efektit të rrezatimeve mbi organizmat e gjalla, duke u nisur nga aberacionet kromozomike që ato shkaktojnë, është bërë një nga rrugët kryesore dhe më efektive të studimit të këtij efekti. Duke u nisur nga konsideratat e mësipërme në laboratorin gjenetik pranë Fakultetit të mjekësisë kryem këtë punim.

## METODIKA

Në eksperiment u përdoren 18 minj laboratorikë. Pas ekzaminimit të gjakut periferik, minjtë u rrezatuan me rreze X (180 kv) me fushë 20 x 20 cm. filër 0,5 Cu 10 mA, 40 cm. burim-lëkurë, sipas kriterëve për standartzimin e proçedurave dhe metodave laboratorike në gjene-  
tikën mjekësore (3). Minjtë u rrezatuan në të gjithë sipërfaqen e tru-

pit me rrezatim përshtues me dozat e absorbuara 25, 50, 100, 150 dhe 200 Rad. Për çdo dozë u rrezatuan nga 3 minj. Tre minj të tjerë nuk u rrezatuan dhe u përdorën për kontroll. Punimi u krye me kulturë direkte palcë kocke (8). Mikroskopimi u bë me mikroskop me burtim pikësor drejtë me fuqi zmadhuese rreth 1600 herë.

### REZULTATET

Në ekzaminimin mikroskopik të strishëve të gjakut periferik u vënë re, në sasi të konsiderueshme, forma degjenerative leukocitësh me material nuklear të vendosur në formë rrethi dhe me boshllëk në mes të bërthamës.

Kariotipi normal i minjve, që iu nënshtuan këtij eksperimenti, përbëhej prej 42 kromozomesh, ku 14 ishin metacentrikë të vegjël.

Nga mikroskopimi dollën këto të dhëna:

#### Pasqyra nr. 1

Ndryshime të numrit të kromozomeve

Doza (Rad)	Numri i qelizave të ekzaminuara	Qeliza aneuploide %	Qeliza hypodiploide %	Qeliza hiperdiploide %	Qeliza poliploide %
0	50	2	2	—	—
25	200	3,5	1,5	2	—
50	200	5	3	2	—
100	100	7,4	3,45	3,95	—
150	200	11,45	7,95	0,55	—
200	100	14,5	12,5	2	2,95

#### Grafiku i aberracioneve kromozomike (totale)

Aberacionet kromozomike

#### Pasqyra nr. 2

(% = numrin total të aberracioneve të llojit të dhënë për një dozë numrin total të qelizave të ekzaminuara për atë dozë X 100).

Doza (Rad)	Numri i qelizave të ekzaminuara	Qeliza me aberracione %	Kromatidike %	Kromozomikë %	Translokacione Robertseniane %	Delecione Intersticiale %	Kromozome në formë uaze %	Kromozome dicentrike %	Ri organizime të tjera kromozomike %
0	50	4	2	—	2	—	—	—	—
25	200	6	4	—	2	—	—	—	—
50	200	14	5,9	3,9	2,9	0,45	—	—	—
100	100	24	6,1	10,1	3,4	8,4	0,5	0,5	0,5
150	200	27,2	16,9	10,3	1,95	12,1	1,45	1,45	4,8
200	200	43,75	25	12,5	6,12	16,6	4,6	4,6	4,6

Gjatë ekzaminimit të lamave me preparatë të palcës së kockës janë vërejtur forma degjenerative me shumicë (si ato të para në gjakun



periferik). Gjithashtu janë parë qeliza multinukleare hiperbazofile. Përveç qelizave me hipodiploiditë të theksuar u panë edhe qeliza të tjera, numri kromozomik i të cilave luhatej nga 52-88.

#### DISKUTIMI I REZULTATEVE

Nga ekzaminimi i strisheve të gjakut shohim se kafshët, që in nënshtruan eksperimentin, paraqisnin rregullime hematologjike të qelizave të serisë së bardhë. Kjo është dhe arsyeja që rezultatet e marrura në këtë eksperiment përkohësisht me ato të marrura në eksperimentet me rrezatim të minjve me predispozita të theksuara për zhvillimin e leucemisë dhe nuk korelojnë me të dhënat e marrura nga rrezatimi i minjve të linjave pa predispozitën e mësipërme (7). Aneuploidia në linjat qelizore, të paraqitur në grafikët, flet qartë për praninë e rritjes neoblastike. Sidosmos ndarja jo e rregulltë dhe me ura citoplazmatike e kromosomike, që sjellin një shpërndarje anormale. Edhe në eksperimentin tonë del qartë variësia e rritjes së frekuencës së aneuploidisë dhe aberacioneve kromozomike nga rritja e dozës së rrezatimit. Aberacionet kromozomike kryesore janë fragmentet kromatidike të kromozomit. Brenda të njëjtës lamë kemi hasur metafaza herë me fragmente kromatidike dhe herë aberacione me fragmente kromozomike. Ky fakt lidhet me fazën në të cilën është rrezatuar qeliza; rrezatimi në fazat  $G_1$  dhe S jep aberacione të tipit kromozomik para dublimit të A D N kur janë në profazë të hershme, kurse rrezatimi në fazat  $G_2$  dhe M jep aberacione të tipit kromatidik (2).

Duke marrë në konsideratë ekzistencën e bioritmit në çdo organizëm dhe qelizë, kjo shpërndarje është e shpjegueshme. Në eksperimentin tonë, në përqindje të konsiderueshme, u hasën deletacionet intersiciale të kromozomeve në regionet e ndryshme të tyre. Në 60% të rasteve, ato u gjendën në pjesën pericentrike të kromozomeve të mëdhenj. Një vegori e rezultateve të marrura është gjëftja e kromozomeve dicentrike. Këta hasen në të njëjtën frekuencë sikurse edhe llojet e tjera të riorganizimeve kromozomike pas rrezatimit. Prani e këtij lloji riorganizimi shpjegohet me karakteristikat e kariotipit të kafshëve të marra për eksperiment (prania e 14 kromozomeve metacentrikë) (4, 5).

Sig shihet, vlerësimi i efektit dentues të rrezatimeve jonizuese me anë të metodave citogjenetike është shumë efikas. Duke përpunuar grafikë analogë me atë të këtij eksperimenti edhe për njeriun, hapen perspektiva që kjo metodë studimi të përdoret në dozimetrinë biologjike për individët që punojnë me rrezatime apo që i nënshtrohen radioterapisë. Sot një rëndësi të veçantë ka marrë përpunimi dhe gjëftja e tëndëve që ulin efektin dentues të rrezatimit jonizues, siç janë cisteina, cisteamina etj. Duke njohur vartësinë e ngushtë midis aberacioneve kromozomike dhe mbijetesës së qelizës pas rrezatimit, vetëkuptohet rëndësia që merr studimi i kësaj dukurie me metodat citogjenetike.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Aleksí Gj.**: Mbi lidhjen midis elementeve të gjakut periferik dhe klinikës së sëmundjeve akute të rrezes. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1979, 1, 85.
- 2) **Brown J. M. and Berry R.J.**: I. E. A. E. Symp. of Monaco, Vienna 1968, 541.
- 3) **Buckton K.E. and Evans H.J.**: Les méthodes d'analyse des aberrations chromosomiques humaine. O M S Chronique, Genève 1973, 3, 96.
- 4) **Capanna E., Maria V.C., Cristaldi M.**: Chromosomal rearrangement; reproductive isolation and speciation in mannaes. The case of *Mus musculus*. Bollettino di zoologia. Roma 1977, 44, 203.
- 5) **Capanna E., Chivelli M., Cristaldi M.**: Chromosomal polymorphism in an Alpine population of *Mus musculus* L. Bollettino di zoologia. Roma 1973, 40, 379.
- 6) **Seelentag W.**: Les risques génétiques de l'irradiation médicale. O M S Chronique. Genève 1975, Vell. 29, nr. 4, 129.
- 7) **Szolar J.**: Investigation of X-ray-induced chromosomal aberrations in «preleukemic» mammalian cells. Medical genetics. Budapest 1977, 327.
- 8) **Sharma A.K. and Sharma A.**: Chromosomes Techniques. Butterworth, London 1972, 242.

## Summary

## EFFECTS OF X-RAYS ON THE CHROMOSOMES OF MICE

An experiment was carried out with 18 mice which were subjected to radiations of 25, 50, 100, 150 and 200 Rad.

After the exposure, the animals were examined for chromosome and chromosomal aberrations. Of the mice of the control group only 4 percent showed cells with such changes. By increasing the dose to 200 Rad, the proportion of these changes rose to 43.75 percent. Total aneuploidia of the cells ranged from 2% in the control group to 14.5 percent in the cells of the mice subjected to 200 Rad.

The authors find a close between radiation, its doses and the chromosomal aberrations: with the increase of the dose of radiation, the rate of total aneuploidia rises.

## Résumé

## EFFETS DES RAYONS X SUR LES CHROMOSOMES DES SOURIS

Les auteurs ont effectués des expérimentations avec 18 souris, qui ont été exposées à des radiations de 25, 50, 100, 150 et 200 Rad.

Après l'exposition, les animaux ont été examinés pour relever les aberrations chromosomiques et chromatidiques. En ce concerne le groupe de contrôle, 4% des souris seulement présentaient des modifications cellulaires. En augmentant la dose jusqu'à 200 Rad, le taux de modifications s'est élevé à 43.75%.

L'aneuploïdi totale des cellules de 2% qu'il était chez les souris du groupe de contrôle est passée à 14.5% chez les souris ayant subi un radiation de 200 Rad.

Les auteurs soutiennent qu'il existe une liaison étroite entre la radiation, ses doses et les aberrations chromosomiques; l'augmentation de la dose de radiation entraîne une augmentation de l'aneuploïdi totale.

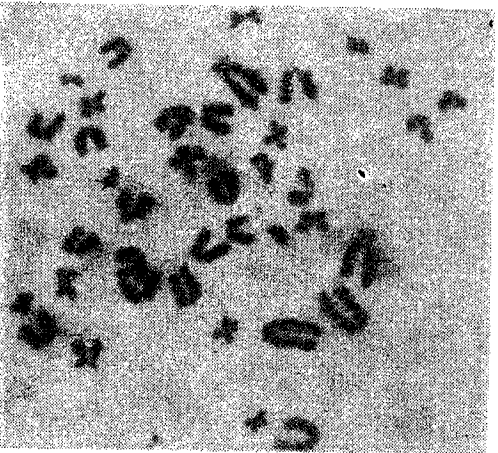


Foto nr. 1. — Metafazë me kromozomet e miut, para rrezatimit (42 kromozome).

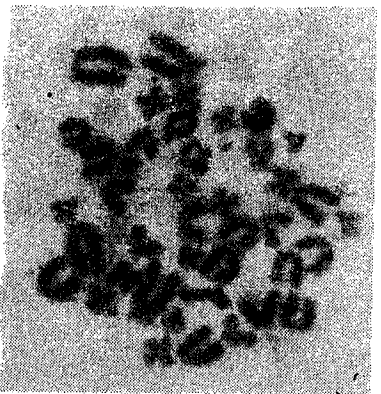


Foto nr. 2. — Metafazë me aneuploidi kromozomike (pas rrezatimit).

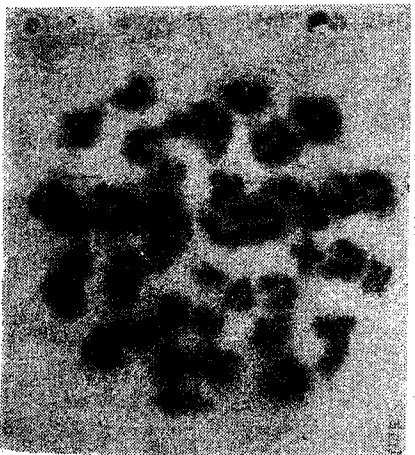


Foto nr. 3. — Metafazë me hipodiploidi.

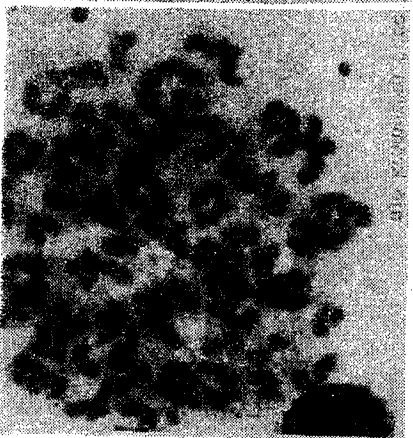


Foto nr. 4. — Një metafazë hiperdiploide.

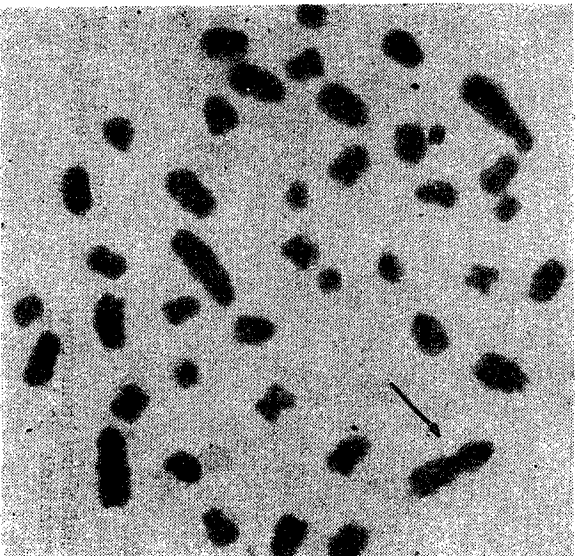


Foto nr. 5. — Metafazë me 41 kromozome. Duket një kromozom olcentrik.

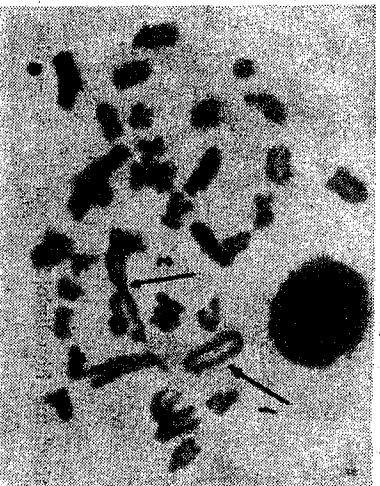


Foto nr. 6. — Kromozom mazor (1) dhe një translokacion Robertsonian (2).

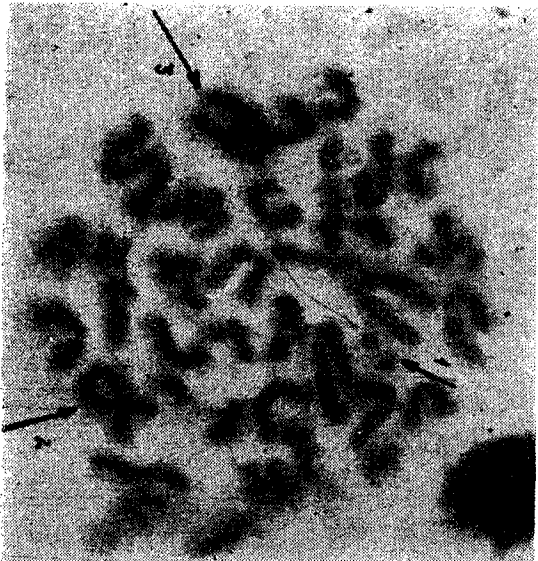


Foto nr. 7. - Kromozom kromozomik (1) horgani-  
zim kromozomik (2) dhe fragmente ecentrike (3).



Foto Nr. 8. - Pas rrezimit, Dallohen: një  
fragment kromozomik (1) dhe një kromozom  
unazor (2).



Foto nr. 9. — R-organizim kromozomik pas rrezatimit.

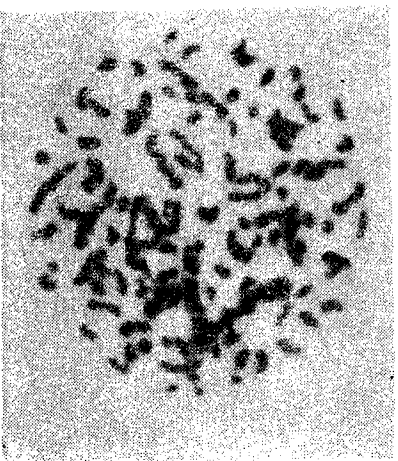


Foto nr. 10. — Fragmentime të shumta të kromozomeve.

# KUMTESA

## ATROFIA TESTIKULARE PROGRESIVE NË KUADRIN E DISTROFISË MIOTONIKE

(Miotonia Steinert)

— VLADIMIR LUÇI — MEHDI SHEHU, — REXHO KARDHASHI  
— GOLARI OERGA —

Distrofia miotonike ose Miotonia Steinert është sëmundje e trashëguar, që karakterizohet nga dobësia dhe atrofia muskulare progresive dhe endokrinopati të ndryshme.

Nga endokrinopatitë më shpesh kjo sëmundje shoqërohet me atrofi testikulare dhe, për pasojë, sterilitet mashkullor në 85% të rasteve (4, 5, 10). Shkalla e atrofisë dhe e dëmtimit të spermatogenezës varet nga moshë e fillimit dhe koha e zgjatjes së sëmundjes, për pasojë dhe steriliteti mund të jetë parësor ose dytësor.

Krahas dëmtimit testikular janë përshkruar edhe dëmtime endokrinologjike të tjera, si hiperinulinizëm me prishje të tolerancës për glukozën dhe diabet mellitus (6, 10), proliferim të qelizave bazofile hipofizare ose formime cistike dhe atrofi të gjendrave mbiveshkore (8), metabolizëm bazal të ulur, por pa ndryshime të funksionit të tiroidës (2, 4 etj.).

Në këtë punim do të përshkruajmë karakteristikat e dëmtimit gonadal tek një i sëmurë me distrofi miotonike, të paraqitur për sterilitet mashkullor dytësor.

### PARAQITJA E RASTIT

I sëmuri J.K., vjeç 38, me profesion murator, u konsultua nga ana e jonë për një sterilitet mashkullor dytësor. Ai referoi se ka një fëmijë në moshën 13 vjeç dhe gruaja, para 7 vjetësh, ka pasur një dëshitim.

Ereksioni dhe ejakulacioni ishin të ruajtura. I sëmuri është operuar nga varice në këmbën e majtë dhe në moshën 17 vjeç ka pasur një proces specifik pulmonar, për të cilën është mjekuar nga dispenseria kundër tuberkulare.

Në ekzaminimin klinik të të sëmurit na bëri përshtypje fytyra pa shprehje të vegantë. Paraqiste ptozë të palpebrave të sipërme, kalvicie frontale, balli i mbushur me rrudha. Pas mbledhjes grusht të dorës, gishtat i shtrinte me veshitësi, fenomen që zhdukej pas lëvizjeve përsëritëse. Mortofitipi normal. Qimëzimi ishte i ruajtur mirë në fytyrë, trup aksille, gjymtyrë, në pubis me topografi mashkullore. Testikujt të dy ishin në skrotum, por të vegjël, me madhësi 1,0/0,5 cm, të buta në pre-

kje, epididimuset dhe duktet ejakulatore me madhësi dhe konsistencë normale.

Spermograma e përsëritur e të sëmurit ishte me azoospermi. Dozimi në urinën e 24 orëve të 17 ketosteroidëve dhe 17 OH kortikosteroidëve rezultoi përkrhësisht 4,6 mgr/24 orë dhe 2,5 mgr/24 orë.

Të sëmurit iu muar material për biopsi nga testikuli i djathtë dhe u vu re: tubula seminifere me lumen të reduktuar dhe mure sklerohaline, mungesë epiteli germinal në të gjithë tubujt, qelizat e Sertolli të pakta; në indin interstitial, qelizat e Leydigut disi hiperplazike, fibrozë e shprehur (fotografia nr. 1). Në ekzaminimin neurologjik, përfshi elektromiografinë muskulare, i sëmurit rezultoi me të dhëna karakteristike të miotonisë.

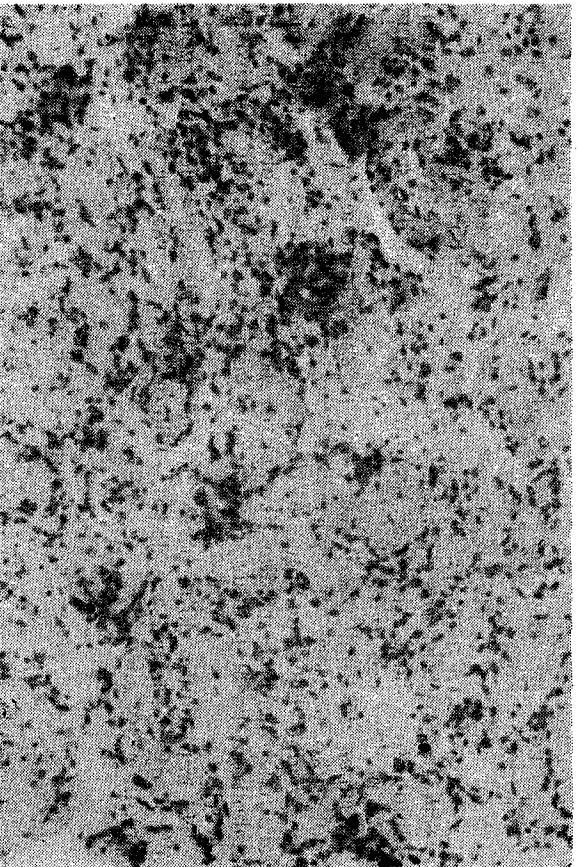


Foto 1

## DISKUTIM

Sig shihet nga përshkrimi i rastit, kemi të bëjmë me një rast karakteristik distrofi miotonike, në kuadrin e së cilës janë zhvilluar fenomenet hipogonadizmit maskullor me atrofi testikulare të dy anësme, azoospermi dhe, për pasojë, sterilitet maskullor dytësor.

Kjo sëmundje është e trashëgueshme dhe të dhënat e biopsisë janë të ngjashme me ato që gjenden në të sëmurët me sindromën Klimefelter (sklerohialinozë tubulare, hiperplazia e qelizave të Leydigut), por në transmetimin e sëmundjes nuk ka çrregullime të kromozomit X. Një autor (3) në 18 raste të studjuar, vetëm në një rast gjeti pozitivitet të kromatinës gjinore. Studimet gjenetike kanë treguar se transmetimi i



Kësaј sēmundjeje bëhet në mënyrë zotënuese nga një gjen autosomal (1, 4, 6, 7). Ka raste kur sēmundja fillon menjëherë pas lindjes, por më shpesh ajo shfaqet në moshën adulte. Përparimi i hipogonadizmit ndodh zakonisht ngadalë, gjë që krijon mundësi për një fertilitet në moshën e hershme. I sëmuri ynë, me ankesa për fenomene nervore qysh prej një viti, ka një fëmijë 13 vjeç si dhe të dhëna për jetë seksuale produktive deri 7 vjet më parë. Eddhe një autor (3) referon se në 10 të sëmuret e martuar, 7 prej tyre kishin gënë fertilitë.

Dëmtimet në testikujt ndodhin kryesisht në tubujt seminifere, mbi epitelin gjermnativ, duke shkaktuar së pari gorganizim dhe, më vonë, reduktim të spermatojenezës, vakuolizim të qelizave të Sertolit, deri në hialinizim të plotë të të gjithë tubujve (3, 4, 8, 10), gjë që u gjet edhe në biopsinë testikulare të të sëmurit tonë.

Dyke që në së dëmtimi kryesor është mbi tubujt seminifere, nga ana klinike kjo karakterizohet me një zvogëlim të testikujve deri në atrofi të tyre, sepse, siç dhet, tubujt seminifere përbëjnë 70% të masës testikulare. Kështu në të sëmurin tonë, madhësia e testikullit ishte 1,0/0,5 cm. nga 3,5/2,0 cm. e më tepër që është norma.

Qelizat Leydig përgjithësisht nuk preken nga kjo sēmundje, megjithatë gjendet një hiperplazi e tyre dhe, në disa raste, grumbullim në formë konglomeratesh (3, 4, 8). Përgjithësisht funksioni i tyre është i ruajtur, por megjithatë mund të gjendet një ulje në eliminimin e 17 ketosteroidëve urinare (2). Këto të dhëna përkojnë me ato të të sëmurit tonë, tek i cili u gjet hiperplazi e qelizave të Leydigut dhe ulje e 17 ketosteroidëve në urinën e 24 orëve.

Rritja e hormonit stimules të folikulit (HSF) në këta të sëmurrë (10) si dhe përgjigja pozitive ndaj injektimit të hormonit çifruës luteotrop me rritje të mëtejshme të HSF (8) flet se dëmtimet testikulare në këtë sëmundje janë parësore dhe nuk kanë lidhje me ndonjë patologji të vendosur në regionin hipotalamo — hipofizar.

Për sterilitetin deri më sot nuk ka ndonjë trajtim të njohur. Administrimi i hormoneve androgjenike nuk është i nevojshëm, megjëseë prodhimi i tij, në shumicën e rasteve, është zakonisht normal.

*Për fundimi:* Në dëmtimet testikulare, në raste me distrofi mitonike, në kuadrin e një steriliteti mashkullor dytësor, karakteristikat e hipogonadizmit përfaqësohen me azoospermi, me ulje të 17 ketosteroidëve urinare, me ndryshime sklerohialnoze, me zhdukje të epitelit gjermnativ dhe hiperplazi të qelizave të Leydigut në biopsinë e testikujve.

Dorëzuar në Redaksi më 5 mars 1980

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Baboqi H.: Sēmundjet e trashëguara të sistemit nervor dhe muskular. Në librin «Sēmundjet nervore». Botim i UT- Tiranë 1971, 291.
- 2) Contamin F.: La myotomie dystrophique (Maladie de Steiner). Elements de neurologie pathologie. Paris 1970, 1356.
- 3) Drucker W. D. The testis in myotonic muscular dystrophy. A clinical and pathologic study with a comparison with the Klümfelter syndrome. Journal Clin. Endocrin. Metab. 1963, Vol. 23, 1, 59.

- 4) **Golstein J.L.**: Genetics and Endocrinology. Textbook of Endocrinology Philadelphia 1974, 1025.
- 5) **Labhart A.**: Testis. Clinical Endocrinology. Verlag 1974, 462.
- 6) **Polgar J. G.**: The early detection of dystrophia myotonica. Brain 1972, Vol. 95, 4, 761.
- 7) **Preza B.**: Sëmundjet e muskujve. Në librin: «Sëmundjet nervore». Tiranë 1969, 281.
- 8) **Sagel J.**: Myotonia dystrophica. Studies on gonadal function using LHRH. J. Clin. Endocrin. Metab. 1975, Vol. 40, 6, 1110.
- 9) **Tevarwerk G.J.M.**: Carbohidrate metabolism and insulin resistance in myotonia dystrophica. J. Clin. Endocrin. Metab. 1977, Vol. 44, 3, 491.
- 10) **Walsh P. C.**: Myotonia dystrophica. Në librin: «Male infertility. Philadelphia 1977, 44.

#### Summary

### PROGRESSIVE TESTICULAR ATROPHY IN THE FRAMEWORK OF MYOTONIC DYSTROPHY.

A case is presented of Steinert's dystrophy or myotony in which hypogonadism and secondary sterility developed.

Hypogonadism, in this case, was characterized by atrophy of both testes, azoospermia, fall of the urinary excretion of 17-ketosterones. The histological examination of the testicular tissues showed sclerohc-hyalinic changes with disappearance of the germinative epithelium and hyperplasia of the Leydig cells.

#### Résumé

### ATROPHIE TESTICULAIRE PROGRESSIVE DANS LE CADRE DE LA MYOTONIE DYSTROPHIQUE

Dans cette communication les auteurs présentent un cas de dystrophie de Steinert ou de myotonie, dans le cadre duquel se sont développés les phénomènes d'un hypogonadisme et, conséquemment, d'une stérilité masculine secondaire.

Dans ce cas, l'hypogonadyisme était caractérisée par une atrophie des deux testicules, la spermatogénèse était touchée et l'élimination urinaire des 17-céto-steroides fortement diminuée.

L'étude histomorphologique du tissu testiculaire a montré des modifications scléroques-hyaliniques avec disparition de l'épithélium germinatif et une hypolaste des cellules de Leydig.

## ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX TEK NJË I PORSALINDUR PARA KOHE SHOQËRUAR EDHE ME ANOMALI TË TJERA

— ODHISE DHUÇI —

(Shtëpia e Lindjes — Fier)

Ndër gjymtimet më të rënda të lindura të anësive të sipërme e të poshtme, artrogripoza multiplekse ose rigjithëti kongjenital muskular ze një vend të veçantë. Ky term, që nuk i përgjigjet plotësisht tabllosë klinike të sëmundjes, është përdorur me emërtime të ndryshme nga autorë të ndryshëm (5, 6, 7, 10), por termi «*arthrogryposis multiplex congenita*» u fut dhe përdoret më shpesh në literaturën mjekësore botërore (1, 4, 8, 9).

Në vendin tonë, i vetmi rast i përshkruar më 1965 (9), por edhe ky i diagnostikuar në një fëmijë tremuasjshë. Specificika e rastit tonë qëndron në atë se sëmundja u diagnostikua në një të porsalindur qysh në orët e para të jetës, i lindur para kohe si dhe i shoqëruar me anomali të tjera të lindura si luksacion koksofemoral i dyanshëm, sub-luksacion patelar të majtë, araknodaktili të pësshëm, deformacion i linjës së fytyrës (asimetri), gjuhë me majë, hernie hiatale kongjenitale, mikrostomi, hipofoni e shoqëruar me «gëthajtjen e maces», luksacione të tjera të kyqeve të vogla, *pseudarthrosis talocruralis biaterralis*, vendosje anormale të gjentaleve të poshtme me atrezi të buzëve të vogla e atrezi vaginal e etj.

Neonati S. femër, nga qyteti i Patosit, lindi në orën 21.30 të datës 22 shkurt 1978 nga prindër të shëndoshtë e me moshë mesatare, nga një shtatzëni 37-38 javësh, e pesta sipas radhës, nga të cilat dy të fundit përfunduan në dëshitime të provokuara, në një familje, ku nuk vihen në dukje sëmundje kongjenitale ose monstra të ndryshme, të paktën për ato breza të pemës gjenealogjike, që kemi mundur të grumbullojmë.

Fëmija ka lindur nga një nënë 28 vjeçare, nga një shtatzëni që në javën e IV dhe të X të saj ka qenë në rrezik dështimi për të cilën edhe është trajtuar me barna nga me të ndryshmet, ekzaminuar e trajtuar disa herë ambulatorisht dhe, në javën e tetë të shtatzënisë është shtuar dhe mjekuar për 15 ditë. Fëmijën e ka ndjerë të gjallë rreth javës së 14-të të shtatzënisë, ku vuri në dukje disa lëvizje të vogla, të kufizuara dhe që dallonin shumë për nga intensiteti i tyre, në krahasim me dy shtatzënitë e tjera të përfunduara në lindje normale. Në javët e mëvonëshme të shtatzënisë, lëvizjet e fetusit erdhën gradualisht duke u kufizuar dhe duke u pakësuar, aq sa për ditë të tëra ajo nuk i ndjeante lëvizjet. Shtojmë se shtazënia dhe fëmija kanë qenë të dëshnuar nga prindërit dhe se asnjë mjet nuk është përdorur për ndërperjen e saj, me përjashtim të barnave të marra për rrezikun e dështimit, si p.sh. progesteron, vitamina E. etj.

Në profesionet e të dy prindërve nuk kemi të bëjmë me ndikimin e faktorëve të ndryshëm fizikë e kimikë (vegënerisht tek nëna) në lindjen dhe zhvillimin e kësaj sëmundjeje, që mund të kenë ndikuar negativisht në muajt e parë të jetës, embrionale, vegënerisht në muajin e dytë e të tretë, gjë që përputhet plotësisht edhe me afatet optimale të ndërprerjes së embrigjenезës për organet dhe celulat, që preken kryesisht nga sëmundja e artrogripozës. Nga anamneza sqarojmë se rreth javës së 7-8-të të shtatzënisë, nëna goditet në kuadratet e poshtme të barkut me shkarje në vendin e punës me mjete të forta, goditje që u përsërit më vonë, nga të cilat pati edhe rrezik dështimi.

Qysh në momentet e para të lindjes u vunë re ngurtësimet e kyçeve, kryesisht nëpër gjymtyrët e sipërme e të poshtme, të cilat paraqitën edhe këtë simptomatologji: anësitë e sipërme ishin të kthyer nga brenda me bërryla të kontraktuara plotësisht, ku muskujt ishin krejt të lënuara, të sheshtë (të gjërë), duke u dhënë pamjen e kraheve të zogut, që bëhet gati për fluturim, ku lëvizjet mullonon krejtësisht (shih fotot 1 dhe 2).

Në përgjithësi muskuajt nuk ishin zhvilluar në përputhje me normën moshatore fiziologjike. Nga ana e tyre, duart ishin tipikë për *manus varus Congenitus*, ku gishtrinjtë ishin mjaft të gjatë, por të kontraktuar aq shumë (po të mos ishte kjo simptomë mund të bëhej fjalë edhe për araknodan-



Foto nr. 1. — Neonati S. me Arthrogripozë, kyçet e bërrylave të kthyer nga brenda, me kontrakturë të plotë, muskuajt mbi to të sheshtë e të gjërë.

tili) sa që edhe përdorimi i forcës ishte i pafektshëm në lëvizje sado të vogla të tyre. Gishtit i madh, ai tregues dhe i treti në të dy duart dalloheshin për një «zgjatje» të bëpërtë të tyre, ku i pari qëndronte nën ato, në fund të të cilave dalloheshin thonjtë edhe keto të stërzgjatuar, duke u dhënë kështu duarve pamjen e «shpendit grabitgar», që bëhet gati për t'u hedhur mbi gjah. Dora jepete pamjen e grepit (kthetrës) (shih foto 2 e 3).

Supet dhe, në përgjithësi, shpatullat ruanin lëvizjet gati të zakonshme të tyre, megjithëse të ngjeshura me trupin, por binte në sy një qafë e shkurtër, një gojë e vogël, jashtë së cilës dilte gjutha me majë si të «shpendit» (shih foto 2 e 3).

Kraharoni merretë pjesë në frymëmarrje, kish formën e një koni, bringjet e lira të secilit dlinin shumë mbi ato të tjerat (foto 2, 4), ndërsa në bark, i cili ishte i gjërë e i sheshtë, vërehej një vizatim i theksuar i trijeit venoz (shih foto 1). Këtë simptomë nuk e kemi takuar në literaturën që kemi mundur të konsultojmë dhe që, për mendimin tonë, mund t'i shtohet artrogripozës.

Kontraktura të shprehura paraqiste edhe në kyçet e mëdha e të vogla në anësitë e poshtme, ku në radhë të parë në kyçet koksofemorale vësheshin në dukje lëvizje tepër të kufizuara, me një luksacion kokso-femoral kongjental bilateral, të shprehur më shumë nga e majta, ndërsa kofshiët ishin pak të mbledhura nga brenda dhe drejt bar-



Foto nr. 2. — Në këtë foto duket kraharoni në formën e një koni.

kut (shih foto 1 dhe 2). Në përpjekje për ta ngritur sado pak kokën e të porsalindurit, antësitë e poshtme merrnin një pozicion krejt të tendosur dhe gjysmë të ngritur (foto 3), duke u afruar edhe më tepër nga barku. Në kyçet e gjunjëve mungonte çdo lëvizje dhe çdo përpjekje për të krijuar një të tillë në të dy gjunjët nuk dha asnjë rezultat, gjë që flet për një kontrakturë të thellë e gati të pakorrigjueshëm. Këmbët dhe shputat ishin të tipit të brendshëm (nga e djathta) dhe të jashtëm (nga e majta) të *pes equinus varus congenitus* (shih foto). Thembra e këmbës binte afro në mes të shputave, duke krijuar një «kyç», i cili në të vërtetë nuk ekzistonte, sepse lëvizjet në kyçet e vërteta të këmbëve mungonin krejtësisht (*pseudarthrosis talocruralis bilateralis*).

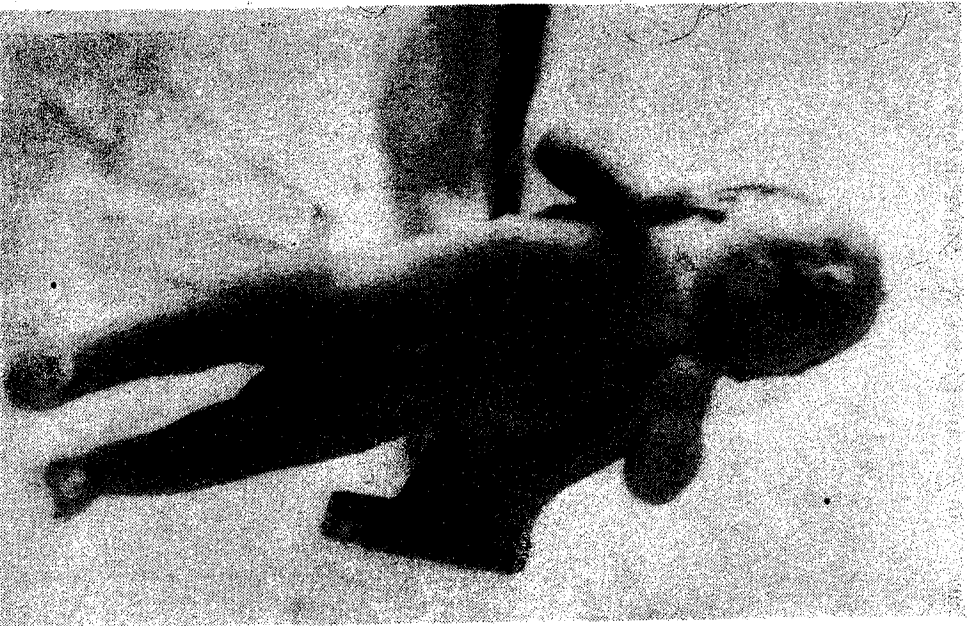


Foto nr. 3 — Këtu duken mirë gishtat në formën e gre-pit në dorën e majtë, asimetria e fytyrës, gjyha me majë, gafa e shkurrët ejt.

Nga ana tjetër, gishtinjtë e këmbëve ishin shumë të vegjël në krahasim me normën, por lëvizjet e detruara në to ruheshin pjesërisht. Vënë në dukje se si në muskujt e fytyrës ashtu edhe në ato të trun-gut nuk kishte kontraktura, megjithëse brezi muskular, si në shpatullat ashtu dhe në supet, ishte i zhvilluar mjaft dobët.

Refleksi i katër pikave kardinale ishte i pranishëm, i dobët, simetrik. Refleksi i thithjes i përnuar, refleksi i gëlltitjes i ruajtur. Refleksi i kapjes, megjithëse ruhej, ishte i vështirë për t'u provokuar (gishtat hapeshin me veshitësi e forcë, por pa dheinbje), i vonët, simetrik. Refleksi i përqafimit mungonte krejtë nga të dy anët. Refleksi i dritës nuk u provokua, ndërsa ai ciliar ishte i pranishëm dhe simetrik. Refleksi

tonik i gafës provokohej dhe ai i ecjes automatike as që mund të perceptohej për neonatin tonë të sëmurë, pa le pastaj të ekzaminohet, duke e provokuar atë (shih pozicionin tipik të fëmijës si me «kominoshe» në foton 4).



Fotó nr. 4. — Dikën gáfa e shkurrët, por jo pterigale, pozicioni tipik i anësive të sipërme, rrijet venoz i cizuar në bark.

Fëmija gante pak me zë të dobët, të hollë, të «shkëputur», të tipit aspirator e të thellë laringeal, që dëgjohej pak, pra një hipofoni e shprehur, që në gaste të tjera, kur fëmija ishte duke qarë, gershëtohej me faza afonike e që zëvendësohej gradualisht me hipofoni dhe për të kaluar përsëri në afoni e kështu me radhë.

Marrja e fëmijës në dorë dhe ngritja e tij ishte shumë tipike për

artrogripozën e rastit tonë (shih foto nr. 4): fëmija dukej krejt i «ngurtësuar» dhe sikur kish veshur «kominoshë», nuk dalloheshin grupe muskujsh, as plika muskulare eji. nuk dallohej as seksi (seksi nuk dallohej as në pozicione të tjera «qetësie dhe nuk dukej ngritja lart e anësive të poshtme për të diferencuar seksin). Gjithashtu vendosja e fëmijës me bark jepje përshlypjen e një muskulature shumë të ngjeshur rreth trungut.

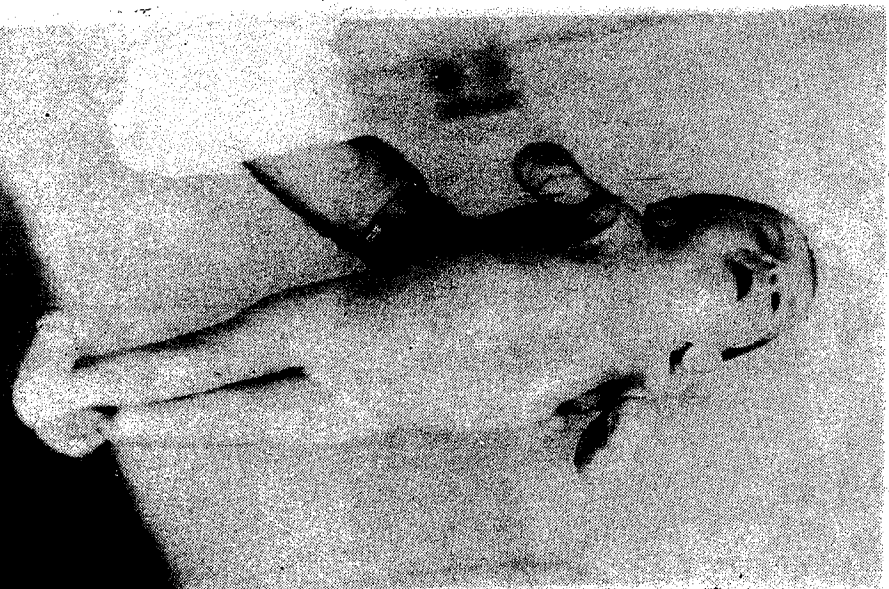


Foto nr. 5. — Vazhdon pozicioni tipik artrogripoz-veganerisht me kontrakturat e anësive, ku nuk dallohen meji dhe pala.

Në ekzaminimin Ro-grafik u pa një defekt muskular i kyqeve të prekura me atrofi muskulare të shprehur në to, me deformime të gjymtyrëve, ku gjithë rentgenograma jepje përshlypjen e një «roboti» në miniaturë. Veg kësaj, në grafinë me centrim në pulmonët dukej një hernie hiatale e vogël, që e shoqëronte sëmundjen si një anomali tjetër e lindur. Kjo shoqërohej me atrofi tjetër kockore të dukshme.



Në ekzaminimin laboratorik dhe në formulën leukocitare u gjendë deviacioni i majtë dhe në neutrofillet shiheshin granulacione toksike. Elementet në përgjithësi ishin të ngaterruara. Numri i trombociteve nuk i kalonte të 250.000 mm<sup>3</sup>, ndërsa ai i retikulociteve arriti në 9%/<sub>100</sub>. U pa një hipoglicemi e lehtë (66 mg%<sub>100</sub>), ndërsa azotemia qëndronte pak ndën kufirin maksimal të normës (37 mg%).

Në rikontrolin e gjakut periferik pas 10 ditësh u vërejt anizocitoza e shprehur me serinë e kuge dhe në formulën leukocitare prapë deviacioni i formulës nga e majta me limfopeni absolute (nga 14 në 18%/<sub>100</sub>). Nuk u takuan metamielocite dhe as qeliza të padiferencuara, por u panë 1%/<sub>100</sub> aritroblaste.

Të ndodhur para kesaj simptomatologjie të pasur, diagnostikuan artrogripozën tipike tek një fëmijë të lindur para kohe dhe menjëherë filluan mjekimin me lëvizje pasive të shoqëruar me vitaminë E, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, me procedura të ndryshme korrigjuese në kyçet e vogla të anë-sive të sipërme si p.sh.: vënia nën gishtinjtë e «topave prej pamuku» etj.

Pas 13 ditësh, fëmija del nga spitali, duke u dhënë prindërve këshillat dhe barnat përkatëse dhe duke e mbaftur nën mbikqyrje të vazhdueshme mjekësore.

Pas katër muajve, në rikontrol, fëmija tashmë Ardiana S. paraqiste këtë simptomatologji dhe këtë ndryshim shenjash: peshonte 3100 gram ose 600 gram më shumë se pësha e lindjes, ishte e gjatë 52 cm. ose 7 cm. më shumë se gjatësia e lindjes dhe me një diferencë fare të vogël në rrethim në kokës (nga 35 në 38 cm), krahavorit dhe barkut me atë të lindjes, linja e fytyrës, të qarit, «gënjatja», zëri, gjuha me majë, gafa dhe muskulatura e shpinës, mbetën si ato të porsalindjes.

Fëmija nuk kryente asnjë lëvizje aktive më tepër se lëvizjet e përrindhës së porsalindjes, por lëvizjet pasive në kyçet e dala të ngofjeve ishin më të dukshme, ashtu sikurse ndodh edhe në gjurin e majtë. Nga ana tjetër, kontraktura e gjurit të djathtë ishte ato e fillimit (e ditëve të para të lindjes). Një gjë e tillë vërehej plotësisht edhe në kyçet e këmbëve si dhe në kyçet e bërrylave, që ishin përseri në trajtën e krahëve të zogut, pa asnjë lëvizje qoftë sado pak. Gjithashtu në gishtinjtë, ndryshimet ishin fare të vogla, që viteshin në dukje me vështrësi, që ndodhin vetëm me përdorimin e forcës dhe më tepër për gishtat e dorës së djathtë.

Të gjitha këto simptoma, pothuajse të njëjlojta me ato të përshtuara më lart, i kemi rifotografuar (foto 5, 6) në moshën 4 muajshe, ku vihet në dukje se *manus et pes equinus varus biaterradis* persistonte, mbeten pothuajse kontrakturat e mësipërme në gradën e fillimit me adduksionin dhe abduksionin, që mund të vihen në dukje me atrofinë muskulare, karakteristike për artrogripozën, me atrofinë nervore të grup-muskujve të sëmurë e kështu me radhë. Në sferën centrale e periferike nervore nuk kishte asnjë ndryshim nga gjendja e 3-4 ditëve të para të paslindjes.

Fëmija vazhdon të qëndrojë në kontrollin periodik ambulator dhe nën kontrollin e ortopedit.

Shumica e autoreve (1, 2, 5, 8, 9, 10) shprehët se në sfondin e

sëmundjes mbizotëron prania e kontrakturave apo ngurtësimeve nëpër kyçet e mëdha të gjymtyrëve, ku mund të kenë vend edhe deformime të tjera të tipit *varus* jo vetëm në këmbët por edhe në duart, që shogërohen me moszhvillim të muskujve dhe nervave të anësive të sëmura. Në kyçet e ngofjeve, lëvizjet janë të kufizuara, kofshët janë si të mbledhura nga barku dhe hapen pjesërisht e me vështirësi. Në raste të tjera, ku kemi luksacione ose subluksacione uni ose bilaterale, me lëvizje aktive të pamundura ose krejt të kufizuara dhe me lëvizje



Foto nr. 6. — Pamje tjetër ku vihet në dukje edhe një herë simptomkompleksi i artrozripozes multiple kongjentale.

pasive gati të pakonsiderueshme. Shputat e këmbëve paraqesin deformacione të tipit të jashtëm ose të brendshëm të *pes aquinus varus* me kontrakturë të shprehur të kyçit, rebel ndaj mjekimit, gjëra këto që

vihen në dukje edhe në gjunjë, të cilët nuk i nënshtrohen koreksionit ose redresacionit.

Në rastin tonë, rigjithëti dhe deformimet të përshkruara më lart ishin të pranishme e të shprehura me mbizotërim të tyre në anësitë e sipërme.

Mbi etiopatogjenezën e sëmundjes ka mendime të ndryshme. Për të gjithë autorët të konsultuar nga ne, sëmundja mban karakter kongjenital dhe sporadik. Por disa autorë (7) kanë përshkruar 23 fëmijë (17 djem e 6 vajza) me atrogripozë në disa breza të një familje arabe, që karakterizohet me shumë martesë me gjak të afertë tek prindërit e fëmijëve të sëmurë. Këta autorë si dhe të tjerë (2, 7 etj.) flasin për mundësinë e transmetimit autosom recesiv (forma miopatikë) dhe dominant (forma neurogjene). Autorë të tjerë (1, 6, 10) flasin për karakterin trashëgues-karriotip të sëmundjes, të tjerë (4, 9 etj.) flasin për etiologji virusale ose të panjohur dhe të tjerë (2) për mundësinë e trashëgimisë sipas tipit dominant dhe recesiv.

Artrogripoza dallohet nga sindroma Werdnig-Hoffman, që është një sëmundje progrediente dhe që zhvillohet në afatë më të avancuara të shtatzënisë (3, 6, 9), nga simptomat e shumta dhe simptomatologjia e pasur, që paraqet vetë artrogripoza, që vetë obliku i jashtëm i fëmijës lehtëson shumë vënieën e diagnozës. Shumë lehtë mund ta dallojmë atë edhe nga distrofia muskulare progresive skapulo-humerale juvenile tip Erb, apo miopatia tip Duchenne etj.

Mjekimi i kontrakturave është i gjatë dhe i vështirë. Nganjëherë me sukses vepron vitaminë E.

Suksesi kryesor i mjekimit varet nga koha e fillimit të mjekimit të kontrakturave. Sa më herët të ketë filluar gjimnastika, sa më i vullnetshëm të jetë masazhi, aq më të suksesshme janë edhe rjedhimet nga mjekimi i kontrakturave.

*Përfundim:* — Bashkërendimi i detajuar dhe përdorimi rigorozisht për çdo rast me artrogripozë, në veganti i masave kirurgjikale ortopedike me ato të masazhit, lëvizjeve pasive dhe atyre gjimnastikore, çojnë në mjekimin e pjesshëm të sëmundjes. Rasti që paraqitim hym në rastet e rënda të artrogripozës, sepse ka kapur të katër anësitë, me kontraktura të shprehura e rigjithëti të theksuar të të gjithë kyçeve të mëdha dhe sepse shoqërohet edhe me gjymthine të tjera e të shumëllojta. I parë edhe nga kendi që sëmundja u diagnostikua herët, qysh në orët e para të paslindjes, rasti paraqet interes të vegantë.

Dorëzuar në Redaksi më 10 prill 1980

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Alonina L. G.: Arthrogyposz u nedon rebenka. *Pediatrjia* 1970, 7, 85.
- 2) Badaljan L. O.: Spravochnik po kliničeskoj gēnetike 1971, 27.
- 3) Bektishi S.: *Pediatrja*. Tiranë 1974, vëll. II, 967, 708, 714.
- 4) Besser M., Behar A.: *Arthrogyposis Accompanying Congenital-type muscular Atrophy*. *Arch. Dis. Child* 1967, 42, 226.
- 5) Caffey John: *Pediatric x-ray diagnosis*. 1961, 768.
- 6) Inandar S., Junczal Wala B.N. and coll.: *Arthrogyposis multiplex congenita*. Report of two cases. *Indian J. Pediatr.* 1967, 34, 239, 440.

- 7) Leubenthal E., Shochoel S.B., Adam A. and coll.: Arthrogyrposis multiplex congenita. *Pediatrics* 1970, 46, 6, 891.
- 8) Nelson E., Waldo: *Textbook of pediatrics* 1964, 1369.
- 9) Todhe P.: Rigiditeti kongjenital i artikulacioneve ose artrogripozit. *Shëndetësia Popullore* 1965, 2, 23.
- 10) Turpin R., Cruveiller I. et coll.: L'arthrogrypose multiple congénitale maladie ou syndrome. *Ann. Pediat.* 1966, 13, 1.

#### Summary

### ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA ASSOCIATED WITH OTHER ANOMALIES IN A PREMATURE NEWBORN CHILD

A typical case of arthrogyrposis multiplex congenita associated with other anomalies of the bones, the digestive system, the diaphragm and the genital organs was diagnosed at birth in a premature infant.

In the author's opinion, this anomaly rates among the severest congenital mutilations of the limbs.

Apart from the anomalies of the arthrogyrposis complex, a detailed description is given of the other anomalies associated with it (patellar subluxation, pointed tongue, congenital hypophonia, facial asymetry, microstomia, atresia of labia minora and the vagina, bilateral hip joint dislocation, congenital hyatal hernia, venous pattern of the abdomen etc.).

After analysing the differential diagnosis with the Werdbing-Hoffmann syndrome and other anomalies of the locomotory and muscular apparatus, the paper mentions the opinion of other authors on the etiopathogenesis of the disease (genetic factors, mechanical causes, routes of transmission etc.).

#### Résumé

### L'ARTHROGRYPOSE MULTIPLE CONGÉNITALE ASSOCIÉE A D'AUTRE ANOMALIES CHEZ UN PRÉMATURÉ

L'auteur décrit le cas typique d'une arthrogyrpose multiple congénitale associée à d'autres anomalies des os, de l'appareil digestif, du diaphragme, des organes génitaux etc, qui a été diagnostiqué chez un prématuré.

Selon l'avis de l'auteur, cette anomalie se range parmi les mutilations plus graves congénitales des membres. Outre les anomalies de l'arthrogrypose, l'auteur dresse un tableau exhaustif des autres anomalies associées comme subluxation patellaire, l'hyppophonie congénitale, l'asymétrie du visage, la langue pointue, microstomia, atresie de la lèvre inférieure et vaginale, luxatio coxo-fémorale bilatérale, hernia hiatalis congénitales etc.

Après avoir analysé le diagnostic différentiel avec le syndrome de Werdbing-Hoffmann et d'autres anomalies de l'appareil locomoteur et musculaire, dans cet article il est question des opinions des autres auteurs sur l'étiologie et la pathologie de cette maladie (les facteurs génétiques, les causes mécaniques, les modes de transmission, etc).

Enfin on parle brièvement du traitement et de pronostic.



nika më 13 tetor 1979 dhe për një muaj e gjysmë ka qenë mirë. Për herë të dytë shtrohet për anginë dhe dispësi dhe mjekohet me kemiceinë, meqenëse në moshën 3 muajshe, kur është mjekuar me penicilinë dhe streptomicinë së bashku, ka pasur reaksion në formë urtikarie. Prindrit nuk kanë ndonjë sëmundje alergjike.

**A. morbi:** Dy ditët e fundit të shtrimit të dytë, pas fillimit të mjekimit me kemiceinë, në kërcinj dhe në gjunjë femijës i dalin 4-5 filluska me pak lëng, të ngjashme me djegie të grades së dytë, por që u konsideruan si streptodermi. Femija ishte pa temperaturë dhe në gjendje të mirë. Për 6 ditë që ndejti në shtëpi, filluskat u hapën, u erozionuan dhe pranë tyre, në anën e brendshme të kofshëve, filluan t'i dalin filluska të tjera. Në fillim lëkura skuqej, pastaj mbushej me pak lëng të verdhë; pas disa orëve ose pas një dite ato hapeshin, erozionoheshin. Pas tre ditëve një filluskë e madhe i doli edhe në bark. Tani femija filloi të grindej, të ketë pak kollë, temperaturë, që arriti deri në 40°C. Në këtë gjendje, pas 6 ditëve, femija shtrohet për herë të tretë në spital.

**S.P. communis.** — Gjendja e përgjithshme e mesme, distrofikë, 5600 gr. (9 muajshe), mucozat dhe sklerat të pastërta, pupllat izokrotike, sistemi limfatik i qetë, kyçet e lira, ndaj mjedisit reagon mirë, tonsilet të skuqura, frymëmarrja e qetë, në mushkëri dëgjohet respiracion i ashpër me rale bronkiale. Tonet e zemrës të pastërta, puls i rrimik me mbushje mesatare, 128 në minutë, barku i butë, i trajtueshëm, shprekta në kufi, mëjga prekej pak.

**Analizat:** radiostkopia — bronkopneumoni në të djathtë, urina — normal; gjaku (3.X.1979): eritrocitet 3.800.000, L. 18.000, Hb 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, sedimenti 8 mm, neutrofile 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, l. 26<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, m. 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; në serinë e kuge vërehet hipokromi dhe anizocitozë e lehtë, ndonjë makrocid, në të rrallë ndonjë steroid dhe ndonjë polikromatofil. Provat e mëjgësë — bilirubina 0,6 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Mc Lagan 9.24, S G P T — 28; profrenograma — proteinat totale 7.20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, albumina 58<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, alfar globulinat 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, alfas globulinat 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, beta globulinat 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, gama globulinat 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; elektrolitet — Ca 9 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Ka 3.3 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Na 131 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, fosfor 3,8, fosfataza alkaline 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Antibio-grama — stafilokok i florinjë, O R L — oit kataral, kulturë nga fyti — *Candida albicans*.

**S. P. localis.** — Në kërci, në kofshë, në ballë njolla eritematoze, fluska me shumë pak sekret sero, prandaj e kishin kapakun të rrudhosur dhe të shkëputur. Nga tërheqja e kapakut, lëkura xhvishej edhe jashtë njollës (fenomeni i akantolizës pozitiv). Njollat kishin formë të rrumbullakët vezake, me madhësi të medalionit, të rrethuar me kurorë të kuge. Në trup errozione ngjyrë të kuge, disa të mbuhara me cipa të shkëputura të lëkurës.

**Mjekimi.** — Kemiceinë, glukozë, sol. fiziologjik, kalci, klorat, vitamina C e B. Gjendja sa vinte e rëndohej dhe femijës i dilin elemente të rinj në zona të tjera të lëkurës. Edhe nga përdorimi i 20 mg ultrakorten, të sëmurës i vazhdonin t'i lindin shfaqje të reja. Gjatë kësaj mjekimi dy ditësh, u dëmtua gati e gjithë lëkura. Fytyra iu mbush me njolla eritematoze, epidema e të cilave shkëputej lehtë dhe zbuloheshin zona erozive. Elemente të tillë u shfaqën edhe në anësitë. Gjithë lëkura e krahavorit dhe e barkut mori pamjen e djegies së grades së dytë. Pjesa e sipërme e epidermës u shkëput, u shkollit dhe, nga tërheqja e saj, ajo

xhvishej, hqej lehtë. Në shpinë, me sa dukej nga presioni, u formuan erozione me sipërfaqe pjessisht të zbuluar, kurse në periferi rrethshin cipat e shkollitura (foto 1, 2). Në llapën e veshit të djathtë u formua një fluskë sa një kokër qershi, kurse pranë erozionit të madh në njën e djathtë një tjetër edhe më e madhe, të mbushur këto me sekrecion seroz, të bardhë, të tejdukshëm. Fenomeni i akantolizës në çdo vend ishte pozitiv.

Duke menduar se kishim të bënim me një toksidermi medikamentoze, e shkaktuar nga kemiceftina, ajo zëvendësohet me tetran, shtohet pï-polfen, plazëm dhe ngrihet doza e kortizonikëve në 40 mg (20 mg, ultrakorten dhe 20 mg, prednizon nga goja) dhe nistaminë. Lokalisht banjo me permanganat (1:10.000) lyeje me sol. gencian violet, pudrosje me talk steril. Nga ndërperja e kemiceftinës dhe shtimi i dozës së kortikosteroideve, nga serumet, vitaminat, antihistaminikët efj, elementë të rinj në lëkurë nuk vazhduan të dalin, kurse të vjetrat filluan të përthahen dhe të deskuantoohen. Në shofjet e këmbëve u shfaq deskuamim lameloz. Me përmirësimin e gjendjes së përgjithshme të femijës dhe me pastrimin e lëkurës filloi të ulet dalëngadalë doza e kortizonikëve derisa ndërpritet dhe femija del i shëruar.

Veprimi toksik i antibiotionëve më shpesh shkaktohet nga doza e madhe e tyre, ose nga mjekimi për një kohë të gjatë, por në raste të veganta, mund të ndodhë që shfaqjet toksike të lindin dhe nga një dozë e zakonshme e antibiotionëve. Sëmundjet alergjike, ndërmjet tyre edhe sindroma llajll, mund të shkaktohen edhe nga doza të vogla apo shumë të vogla. Në rastin tonë, epidermoliza toksike është shkakthar nga doza e zakonshme mjekuese e kemiceftinës. Antibiotikët në përgjithësi nuk janë lëndë antigjenike të plota, me përjashtim të kemiceftinës, që, nga ndërtimi i saj, vlerësohet si hapteni më i fuqishëm.

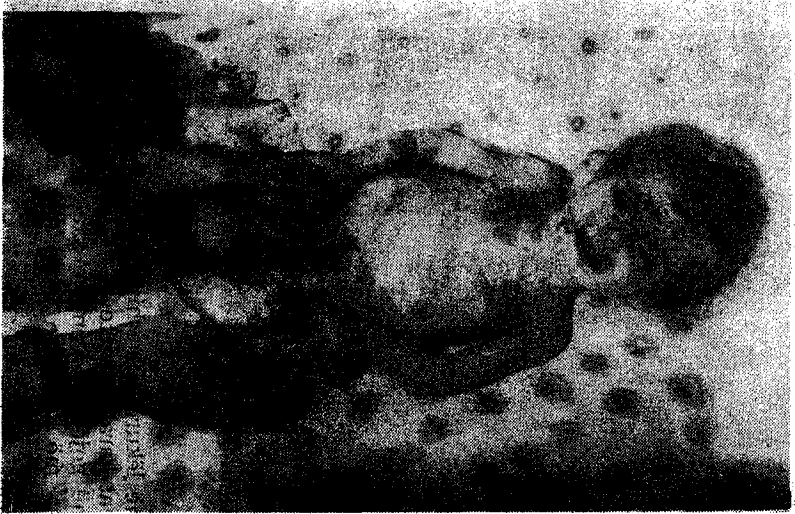


Foto nr. 1



Foto nr. 2

në lëkurë nuk ishin në zonat karakteristike për të katër raste me sindrom Lyell dhe një me Stevens-Johnson të shfaqur nga antibioketë. Buletini i UT- Seria shkencat mjekësore 1979, 2, 133.

2) **Bltri P. e bp.:** Necroepidermolisis toxiallergjica. Studime dermatologjike. Tiranë 1976, 1, 135.

3) **Braho S., Mloi V.:** Shfaqjet alergjike nga penicillinoterapia. Buletini i UT- Seria shkencat mjekësore 1970, 1, 145.

Dorëzuar në Redaksi më 15 mars 1980

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Adhami J. E., Kostaqi M.:** Katër raste me sindrom Lyell dhe një me Stevens-Johnson të shfaqur nga antibioketë. Buletini i UT- Seria shkencat mjekësore 1979, 2, 133.
- 2) **Bltri P. e bp.:** Necroepidermolisis toxiallergjica. Studime dermatologjike. Tiranë 1976, 1, 135.
- 3) **Braho S., Mloi V.:** Shfaqjet alergjike nga penicillinoterapia. Buletini i UT- Seria shkencat mjekësore 1970, 1, 145.

Në rastin tonë, epidermoliza nekrotike toksike është shkaktuar nga kemicoetina, si rezultat i terrenit alergjik të fëmijës. Tek ky fëmijë mund të supozohet shfaqja e TEN-it edhe si pasojë e bronkopneumonisë (para një muaj e gjysmë), apo të anginës, për të cilën shtrohet herën e dytë, të cilat mund të kenë krijuar një gjendje alergjike të fëmijës. Ndërprerja e shfaqjes së demitimit të lëkurës pas largimit të kemicoetinës, flet më tepër për prejaridhje medikamentoze të tij.

Për parandalimin e reaksioneve toksiko-alergjike, rëndësi të madhe ka mbledhja me kujdes e anamnëzës alergjike si e të sëmundurës ashtu edhe të familjarëve. Në këtë rast nuk kemi të bëjmë me shfaqje të një forme të veçantë të eritemës eksudative shumëformës apo sindromën Stevens-Johnson, megjëse këto forma shfaqen tepër rralë në këtë moshë; elementet në lëkurë nuk ishin në zonat karakteristike të ngjyrave që kanë elementet e tyre, nuk u shfaqën në gojë, simptoma e akantolizës ishte pozitive. Zbulimi dhe ndërprerja sa më shpejt e ilaçit dhe mjekimi intensiv me kortikosteroide, serumë, vitamina etj., të filluar sa më shpejt, kanë rëndësi të madhe në ecurinë e sëmundjes dhe në përfundimin e saj.



- 4) **Lyell A.:** Toxic epidermal necrolysis. Brit. Journal Derm. 1979, Vol 100, 1, 64.  
5) **Samcov V. J., Podvisockaja J.J.:** Toksičeskij epidermalnij nekroliz. Vest. Der. Ven. 1979, 12, 16.

#### Summary

### TOXIC EPIDERMIC NECROLYSIS (Lyell Syndrome)

A case is described of toxic necrolysis of the epidermis due to Kenyccethin in a child aged 9 months. Previously the child had shown signs (urticaria) of hypersensitivity to penicillin. The skin manifestations of the necrolysis were similar to those of 2nd degree burns. After the antibiotic (kenyccethin) was suspended and intensive treatment was given with corticoids, anti-histaminics, vitamins, serum etc, the skin lesions healed rapidly, the general condition improved and the child recovered fully.

#### Résumé

### NÉCROSE ÉPIDERMALÉ TOXIQUE (Syndrome Lyelle)

Les auteurs de cet article décrivent un cas de nécrose épidermale toxique provoquée par la kémycéthine chez un enfant de 9 mois. Conformément à l'anamnèse, cet enfant présentait une réaction urticaire due à la pénicilline. Les manifestations de l'épidermolyse sur la peau étaient semblables aux brûlures du deuxième degré. L'interruption du traitement à la kémycéthine et une thérapie intensive avec des cortisones, des antihistaminiques, des vitamines, des sérums, etc., ont fait rapidement disparaître les symptômes sur la peau, l'état générale du malade s'est amélioré et l'enfant a guéri complètement.

## RECENSION

### I

#### «ATLASIT TË NEUROLOGJISË KLINIKE»

TË AUTOREVE: PROF. BAJRAM PREZA, KANDIDATI I SHKENCAVE  
MJEKËSORE HYSEN BABOÇI, KANDIDAT I SHKENCAVE MJEKËSORE  
ALI KUÇO E BP.

Ky Atlas është fryt i punës 20 vjeçare të pedagogëve dhe të mjekëve të tjerë të klinikës së neurologjisë, i mbështetur në mësimet e Partisë dhe të shokut Enver Hoxha mbi konkretizimin e përvojës sonë në fushën e shëndetësisë sonë të re.

Shoku Enver Hoxha na mëson: «Të gjitha shkencat kanë të bëjnë me natyrën, me shoqëritë dhe me mendimin, prandaj zotërimi i ligjeve të përgjithshme të zhvillimit të tyre ndihmon studimet në çdo fushë të shkencës, i jep shkencëtarit, shkëmbimtarit ose çdo specialisti tjetër kryet për të studiuar dhe shpjeguar drejt fenomenet e ndryshme në natyrë ose në shoqëri».

Materiallet e gjalla e të ilustruar të atlasit filluan të grumbullohen dalëngadalë, pastaj autorët Prof. B. Preza, H. Baboçi, e A. Kuço i dhe shpatë bashkëpunëtorët e tjerë kaluan në sistemin, seleksionimin dhe klasifikimin e fotovekës së tyre, sipas grup-sëmundjeve të ndryshme. Ato përveçsohen më së miri me anën e kuqesës përmore.

Atlasi përbëhet nga 10 kapituj me 242 faqe.

Në kapitullin e parë flitet për patologjinë e 12 gifteve të nervave të kokës dhe të sistemit nervor periferik, që në praktikën e përditshme ndeshet më shpesh. Ne venë re se kjo pjesë ka një material të bollshëm ilustrativ, madje disa prej këtyre fotografive janë me ngjyra e cilësi të mirë. Në atlas sëmundjeve të sistemit nervor periferik in është kishuar 18 faqe. Aty përshkruhen me hollësi sindroma e kanalit karpal, tarsal e tibialis anterior. Pas shtjellimit të hollësishëm të patologjisë së dhënë, si në çdo kapitull, të mbeten në kujtesë fotografive e ndryshme për këto sëmundje. Këtu gjejmë të dhëna edhe për polineuritet, që janë ndjekur për një kohë të gjatë, madje me vite, si p.sh. ai nga porfiria akute intermittente etj., të cilët kanë këtë tabllë klinike: me turbullime motore, sensitive, reflektore, trofike e vegetative.

Kjo pjesë pasohet me patologjinë e plekseve dhe nervave periferikë të gafës dhe të anërive të sipërme e të poshtme si dhe me sindromën kauzalgjike dhe algohalucinozën ose dhembjet fantome. Aty-këtu, autorët japin përvojën jo vetëm të autorëve të huaj të fundit, por edhe të tyre, që tashmë është gati 30 vjeçare. Me injaft hollësi është paraqitur sindroma radikulare lumbosakrale, që, siç dihet, takohet shpesh në praktikë dhe kap moshat relativisht të reja, të cilat japin recidiva të

shpeshia dhe i nënshtrohen me veshtrësi mjekimit. Kjo sëmundje ka shenja që flasin për një prekje radikulare dhe vertebrale artikulare. Rëndësi i kushthohet edhe ekzamini i të shtyllës kurrizore: lëvizshmërisë së saj, pikave të dhembshme, shenjave dolorike (Lasegue, Beketriedia, Sikar, Nery), por për Dejerinë nuk bëhet fjale. Takisfigmia, mi-driaza, leukocitoza etj. gjatë dhembjes kanë vlerën e tyre, po ashtu edhe mielografia dhe grafia direkte. Shpeshherë kjo sëmundje kërkon një bastkëpunim midis mjekut të përgjithshëm, ortopedit, reumatologut, neurologut dhe neurokirurgut. Gjithashtu, format e radikulitit, theksojnë autorët, vegë tipikes ose të zakonshmes, janë edhe hiperalgjikja, e dyanshmia dhe atipikja. Por kur fillet për patologjinë e nervave periferikë dhe pikërisht për pleksin lumbar shënohet: 1) nervi femoral dhe vazhdohet direkt me numërin 5. — me n. peroneus communis dhe me 6. — n. tibialis (f. 50). Në vendosjen e numërit rendor pasaktësi ndesh edhe në fagen 49, ku fillet për shenjat klinike të paralizës të nervit ulnar dhe ku gabimisht futen pjesë nga patologjia e nervave periferikë të anësive të poshtme dhe më tej përsëri vazhdohet me nervin ulnar.

Kapitulli tjetër prej 26 faqesh u kushthohet sëmundjeve muskulare, të cilat janë një grup i madh dhe, duke u nisur nga shumica e punimeve, të reja të autorëve të ndryshëm dhe e përvojës së tyre, ata dallojnë katër grupe sëmundjesh të tilla: 1) Miopatië, 2) mitontë, 3) poli-sëmundjeve ka rëndësi të vegantë, për shkak se disa prej tyre kanë karakter trashëgues dhe familjar dhe se shfaqen poutajse në moshën e fëmijërisë dhe të rinisë. Kapja e hershme ka vlerë prognostike për jetën e të sëmurit gysht pas lindjes, apo atëherë kur fëmija rrezohet shpesh, ose sa e cën dhe pengohet, kur ngjit shkallët lodhet shpejt, kur ulet ngrihet me veshtrësi etj. Ky kapitull përmban më se 60 materiale, sidomos për polimiozitet në përgjithësi e ato të pjeshme në veganti si dhe për forma të ralla e të goditura të miastenive.

Kapitulli i tretë shfjellon sëmundjet inflamative të sistemit nervor qëndror e të mbulesave të tij dhe të palcës së kurrizit e të pasojave të tyre. Me mjaft hollësi jepen këtu të dhëna sidomos për meningjitet, absceset e trurit të madh e të vogël, encefalitët etj. Demonstrimi i këtyre sëmundjeve me fotografi, me skica gjatë provokimit të shenjave të ndryshme neurologjike me mielografi, arteriografie, tra-se elektroencefalografike kanë vlerë praktike për të njohur sa më shpejt këto sëmundje, të cilat, ndonëse nuk janë të shpeshta, kanë gradë rëndëse të theksuar dhe mjekimi i tyre duhet të fillojë sa më parë që të jetë e mundur. Këtu gjithashtu përshkruhet edhe një rast shumë i trallë parkinsonizmi pas një traume.

Edhe sëmundjet funksionale të sistemit nervor ekspozohen më vete. Me këtë grup ndeshen poutnajt mjekët e gjithë specialiteve, ndaj ato duhen njohur mirë, ndonëse në vendin tonë takohen shumë më rrallë. Në vendet borgjezo-revizioniste, mjeku specialist ka të bëjë me 80% të të sëmurëve me neuroza në praktikën ambulatore, kurse patologu tuitullimet neurozike atje i ndesh në 50-60% të vizitave. Në këtë kapitull, ashtu siç është përshkruar e demonstruar me ngjyra të gjalla histeria, që është sëmundje kryesore e këtij grupi, autorët do të kishin bërë mirë të jepnin, brenda mundësive të paraqitjes fotografike,

edhe neurozat e tjera, për të cilat sot tek ne thellohet klinika e psikiatrisë. Sidogoftë, vegë të tjerave, të mbetët në mënd fotografia mjaft e qartë dhe bindëse që tregon analjezinë e një të sëmurë me histëri, e cila shpon tejprtej parakrahun me gjilpërë.

Gjithashtu epilepsitë e ndryshme zenë vend në këtë libër, të cilat, siç dhet, janë përkrakisit të shpeshha. Pervëç fotografive aty ka edhe trase elektroencefalografje. Disa nga këta të sëmurë janë ndjekur në dinamikë prej 15 vjetësh, ashtu sikurse e meriton të studjohet e të ndiqet veganërisht kjo sëmundje: në aspektin mjekësor, pedagogjik e shogëror. Të pesë kapitujt e mësipërmë, që përmëndëm, janë shkruar nga Prof. B. Preza dhe nga kandidatët e shkencave mjekësore H. Baboçi dhe A. Kugo.

Sëmundjet vaskulare trumore në 18 fage në mënyrë mjaft të përmbledhur, të cilat zenë vendin e tretë në sëmundshmërinë e përgjithshme, na i paraqet A. Islamaç. Ky kapitull ilustrohet me fotografi të marra nga praktika në klinikën e neurologjisë: me pamje mikro e makroskopike, angiografi të arteries karotis të brendshme e gamaencefalografi. Autori jep mendimin për klasifikimin më të përdorshëm të sëmundjeve cerebrovaskulare dhe pastaj shtjellon arteriosklerozën e trurit, insultet iskemike me llojet e ndryshme të tij etj. Këtu ai u kush-ton rëndësi shënjtë paralajmëruese të këtyre insulteve, vlerësimi i të cilave ka shpesh vlerë vendimtare për t'i parandaluar ato. Edhe tromboembolitë e degeve të ndryshme të arterieve të trurit dhe sindromave të tyre klinike, autori i paraqet me kujdes. Po ashtu insulteve hemorragjike trumore ai u ka kushtuar vendin që u takon në këtë atlas, të cilat sipas Preza B. — 1967) ndahen në : 1) hemorragji të lëndës së trurit; hemorragji paksulare, të qendrës gjysëmvezake, të trungut të trurit dhe të trurit të vogël. 2) Hemorragjitë e mbulesave të trurit; mbi e nën cipën e fortë dhe nënaraknoidale. 3) Hemorragjitë e barkushëve trumore, për të cilat ai jep vecantitë klinike më tipike. Gjithashtu bëhet fjalë edhe për aneurizmat brenda kafkës.

Në 25 fage, J. Avrami trajton «Proceset ekspansive intrakraniale dhe të medules spinale», të cilat dalohen në shkallën e rëndësës, diagnostikimin dhe trajtimin e vështrë. Autori ndalet me hollësi në klasifikimin e tumoreve të trurit dhe në shkallët e ndryshme të malinjitetit (fage 142). Lidhur me këtë të fundit ai ve në dukje 4 grade: I) benignje, II) gjysëm benignje, III) gjysëm malinjje dhe IV) malinjje, si edhe për prognozën pas operacionit sipas Llojit të tumorit. Pastaj studjuesi bën një paraqitje të tumoreve të trurit, paragjgomave, metastazave dhe tumoreve jashtëtrumore. Gjithashtu ai shpjegon shenjat e përgjithshme që formojnë sindromën hipertensive endokranike, zbulimi i hershëm i të cilave ka rëndësi për diagnozën; për faktorët që e favorizojnë këtë sindromë: rritja e masës së tumorit, zhvillimi i edmës së trurit, prania e strukturave të forta të kafkës, të falksit të trurit, konsistenca e butë e lëndës së trurit etj. Autori vë në dukje edhe shenjat vatrore të tumoreve supra dhe subtenorale të trurit sipas katëve të ndryshme të sistemit nervor qëndror. Tumoreve jashtë e brenda palcës kurrizone me simptomatologjinë, nivelet topike dhe sindromave të veganta të shfaqura, ai u kushton gjithashtu vend në faget e këtyrë kapitulli. Rëndësi u jepet edhe ekzaminimeve të tilla si gamaencefalografisë, angiografisë spinale dhe mieloshinitigrafisë në tumoret e palcës së kurritit.

Këtyre ekzaminimeve, që u kushtohët një kapitull më vetë në fund të librit, ai i ilustron me mjaft fotografi rastesh nga praktika në klinikën e neurologjisë.

L. Lleshi përshkruan disa nga «sëmundjet demielinizuese» e pikërisht sklerozën e shpërndarë me 8 format e saj klinike, të cilën autorja e shpjegon me mjaft hollësi. Po ashtu ajo i kushton një vend të posaçëm edhe sëmundjes së Shliderit dhe neuromielitit, të shoqëruara me material të pasur mikroskopik me ngjyra, makroskopik e fotografri të ndryshme.

«Turbullimet e vetëdijes dhe koma» — kështu thullohet kapitulli që trajton T. Tamburi në këtë atlas, të cilin e përmbledh në 15 faqe të ilustruara. Pas mrekamiznave të turbullimit të vetëdijes, ai shqjellon gjendjet kryesore të vetëdijes së errësuar si: përgjumësia, shupori, koma që i demonstroi me raste nga praktika e përditshme. Vend të rëndësishëm ai i kushton ekzaminimit të të sëmurit komatoz, që, siç dihet, paraget vështrësi të ndjeshme. Gjithashtu ai përshkruan disa gjendje dhe terma të reja të turbullimit të vetëdijes, të cilat mund të zenë vend në praktikë si: afazia globale e mprehtë, mutizmi akinetik, gjendja apalike e vegjetative kronike ose persistente. Edhe shkaqeve të shumta kryesore të komave me e pa shenja vatrore neurologjike, autori u kushton shumë vend. Ja disa nga komat që autori i shpjegon në studimin e tij: komat vaskulare, traumatike, tumorale trunore, ato nga mahsjet e trurit, toksika, metabolike (diabetike, hipoglicemike), hepaitike, uremike, endokrine, hipoksike, eplleptike dhe turbullimi psikogjenik i vetëdijes (nga historia dhe katonoma), të cilat i ilustron me një material të bollshëm fotografik. Problemi i gjendjeve komatike sot është i gjërë dhe me rëndësi, prandaj ashtu, sikurse thekson dhe autori, ky material i përmbledhur ka lenë mënjantë shumë geshhtë.

Kapitulli i fundit (i dhjetë) bën fjalë për ekzaminimet paraklinike të sistemit nervor, i cili është trajtuar sipas pjesëve të vecanta kryesisht nga Prof. B. Preza, në bashkëpunim me A. Kugo, H. Baboci, R. Kokalari dhe M. Petrela. Në këtë kapitull të «Atlasit të neurologjisë klinike» (1978) flitet për ekzaminimin e karkës dhe të shtyllës kurriore, shpimin lumbar, mielografinë, angiografinë e enëve të trurit e të arteries vertebrale, elektrocefalografinë, elektromiografinë, gama-encefalografinë dhe, sidomos, elektroencefalografinë klinike, të cilat në vendin tonë përdoren gjërësisht dhe është grumbulluar përvojë e pasur teorike e praktike. Në këtë pjesë jepen të dhëna të përpikta të leximit të të interpretimit të arteriografive, pneumoencefalografive etj. Po këtu i kushtohet rëndësi edhe metodës më të re neuroradiologjike — tomografië aksiale transverse ose EMI-SKENNER-it cerebral, që u zbulua së pari 'më 1972.

Mendojmë se ky kapitull duhej të ishte më i pasur në raste dhe llojesh ekzaminimesh tipike e me cilësi më të mirë të tyre.

Atlasi ka një gjatë të pasur dhe të pastër, por ai nuk ka shpëthuar nga gabime të tilla drejshkrimore si: shregullim për çrregullim, cfaqje për shfaqje, egzaminim për ekzaminim, numurator për numëror, etj. dhe nga disa papërpikmëri si mielograma për mielografi, apaitke për apalike etj. nga fjalë të huaja të zëvendësueshme lehtë, si: instalbifret (paqëndrueshmëri), komportament (sjellje, të sjellurit), cerebral

(trunor) e shumë të tjera. Gjithashtu ka edhe një mielografi të vendosur me kokë poshtë (faqe 59) si edhe fotografi jo demonstrative (kryesisht figura 7 dhe jo shumë e qartë figura 8 e faqes 12). Jemi të mendimit se edhe mjekimi i sëmundjeve më të rëndësishme apo i grupeve të tyre mund të jepen shkurtimisht. Gjithashtu formati i Atlasit në formë katrori nuk na duket i përshatshëm dhe i përdorshëm, ashtu siç na ngjan, i tepërt edhe pjesëmarrja e aq shumë bashkëpunëtorëve, disa prej të cilëve kanë kontribuar pak.

Ky Atlas do t'u shërbejë mjekëve të përgjithshëm, traumatologëve, radiologëve, ortopedëve, neurokirurgëve, okulistëve etj. Ai është një kontribut me rëndësi, që në një ribotim mund të prejë më tepër sëmundje e raste sëmundjesh dhe përmush një bosllëk të ndjeshëm të literaturës sonë të ilustruar mjekësore.

Izet Culli

Abas Quka

## SESION SHKENCOR I STUDENTËVE NË KATEDRËN E NEUROLOGJISË

Me 8 prill 1980 u zhvillua sesioni shkencor i studentëve të rrethit të neurologjisë të Fakultetit të Mjekësisë. Pas fjalës së hapjes së Zv. Dekanit Dr. H. Çogolit mbi veprimtarinë 25 vjeçare të këtij rrethi, foli Prof. Bajram Preza. Vepimtaria kërkimore e shkencore gjatë këtij njëzetëvjeçare shprehur në punë të ndryshme dhe ka pasur karaktere depistues, epidemiologjik dhe klinik.

Nga studentët janë analizuar sëmundjet e enëve të gjakut të trurit, epilepsitë, tumoret cerebrale, helmimet e ndryshme, sëmundjet e trashëguara, ëndërat, hipnoza etj.

Në çdo sesion shkencor të zhvilluar gjatë këtyre 25 vjetëve ka pasur edhe tema me karakter ideologjik. Edhe në këtë sesion u zhvilluan tema me karakter ideologjik si p.sh.: «Stalini dhe vepra e tij — fener ndriçues për të gjithë revolucionarët» nga T. Kalo, «Revolucioni teknik-shkencor në shkencat mjekësore dhe detyrat e studentëve të mjekësisë» nga H. Bilbilj, «Etiketa mjekësore në dritën e materialeve të Parisë dhe mësimet dritëdhënëse të shokut Enver Hoxha» nga L. Karapici. Këto u pasuan nga referimi i temave klinike dhe kazustike, të cilat ishin përgatitur gjithashtu me kujdes e nivel të mirë shkencor.

Nga temat klinike të mbajtura në këtë sesion ishin zgjedhur ato që shqetësojnë më shumë praktikën e përditshme neurologjike. Madje disa prej tyre ishin të lidhura me temat geveritare e një misje e vazhdim i mëtejshëm i punës studimore shkencore të mëparshme. Po ashtu ato shogqeroheshin me ilustrime të tilla si diagrama, pasqyra, diapozitivë si dhe me një film të shkurtër, të cilat u pritën me interes. Referatet e mbajtura përmbanin materiale të marra nga puna e përditshme ambulatorie e spitalore. Karakteristikë tjetër e këtij sesiioni ishte dhe pjesëmarrja e shumë studentëve të pasionuar pas kësaj disiplinë shkencore e shumë pedagogëve dhe mjekëve të ndryshëm, të ardhur nga rrethet e tjera të vendit, ish pjesëmarrës të dikurshëm në këto rrethe.

Studentja L. Karapici, që u nderrua me gminin e parë, paraqiti temën: «Një studim klinik i sëmundjes cerebrovaskulare», që sot ze një vend me rëndësi në sëmundshmërinë e përgjithshme. Edhe gjendjeve komatike, për të cilat ishin marrë në studim 60 raste të tilla, u ishte kushuar një vend me rëndësi në referatit e E. Llaçit. Dibet së epileptikët përfshijnë një numër të madh të sëmurës, prandaj K. Bitri foli hollësisht për figurat paroksistike të kësaj sëmundjeje. Një grup tjetër studentësh A. Afizi, M. Lezha, T. Selimaj kishin marrë një studim 5-vjeçar për neurozën psikiatrike në klinikën e neurologjisë, e cila, siç dihet, ndonëse nuk jep dëmtime organike të sistemit

nervor qëndror, prapësepapë nuk duhet nënvleftësuar nga mjeku praktik. Për traumën kafkotrumore dhe rrjedhimet e tyre foli studentja G. Nushi. Studentët I. Meta, L. Karapici e H. Bilbili dhanë përfundimet e një depisimi për sëmundjet cerebrovaskulare të kryer në fabrikën e kadtësë të Kombinatit të tekstilëve «Stalin». J. Kruja i kushtoi një studim më vete etiopatogenezës të sklerozës së shpërndarë.

Në sesion u dhanë edhe tema për rastet kazuisitike si ato mbi encefalitet nga E. Qirko e Dh. Tarifa, mbi degjenerimin hepatolentikular nga E. Hasani. Me vlerë ishte edhe referati mbi diagnozën diferenciale midis pseudotumorit të Nomme dhe tumoreve të trurit nga M. Bogaçi dhe F. Miti. Me vlerë ishte studimi një vjeçar mbi nevasstinë i paraqitur nga K. Ibrahim, Y. Petriti e F. Hamidi.

Drejtes shkencorë të këtyre 16 temave ishin Prof. Bajram Preza, Doc. H. Baboçi, Dr. N. Polimeri, Dr. I, Lleshi, Dr. A. Kuqo, Dr. T. Tamhuri etj.

Në fund pati mjaft diskutime, të cilat synonin për të ngritur më lart në të ardhmen, në nivelin e detyrave dhe kërkesave të kohës, punën studimore dhe revolucionin tekniko-shkencor

Në fund, shefi i katedrës së neuropsikiatrisë Prof. B. Preza dha konkluzionet e sesionit dhe premtoi se kjo traditë e bukur shkencore do të çohet më tej nga studentët e palodhur, ashtu siç na mëson Partia dhe shoku Enver Hoxha.

Izet Culli — Abaz Çuka