

STADI I SOTËM I ZHVILLIMIT KËRKON PËRGATITJEN E KUADROVE TË REJA MJEKËSORE NË NJË NIVEL MË TË LARTË IDEOSHKENCOR

— Dr. CIRIL PISTOVI —
(Dokan i Fakultetit të Mjekësisë)

Detyrat e mëdha që shtrton Partia para shkencës mjekësore, që ajo të qëndrojë në roje të shëndetit të popullit, ta ruajë e ta forcojë atë, nuk mund të zgjidhen pa përgatitjen në një nivel të lartë ideoshkencor të kuadrove të reja mjekësore, që t'u përgjigjen kërkesave të sotme dhe të perspektivës. Kjo detyrë del nga Vendimi i Byrosë Politike të KQ të PPSH të marsit 1979, këtë theksoi dhe Plenumi i 8-të i KQ të PPSH. Në frymën e Plenumit të 8-të të KQ të PPSH, këtë problem të madh shtruan dhe diskutuan katedrat dhe Këshilli Shkencor i Fakultetit të Mjekësisë në mbledhjet e tyre të kohëve të fundit.

Plenumi i 8-të i KQ të PPSH theksoi edhe një herë rëndësinë e madhe, që Kongresi i 7-të i PPSH i dha zhvillimit të shkencave të biologjisë, gjenetikës, fiziologjisë, fizikës etj. Në këtë frymë edhe punonjësit e fakultetit tonë shtruan detyrat që u dalin.

Zgjerimi dhe thellimi i njohurive mbi gjenetikën e përgjithshme dhe mbi gjenetikën mjekësore në veçanti, për fakultetin tonë, përbënte një detyrë të veçantë për zgjidhje. Programi i gjenetikës së përgjithshme (në kuadrin e disiplinës së biologjisë) u zgjerua dhe u thellua. Nga ana tjetër, në vitin asimor 1979-1980 për herë të parë u zhvillua disiplina e re — gjenetika mjekësore. Në këtë mënyrë u mënjana një dobësi në përgatitjen shkencore teorike të kuadrove të reja, duke u dhënë atyre koncepte më të drejta shkencore mbi zhvillimin e proceseve jetësore në organizmra e njeriut. Megjithatë këtu hap të rëndësishëm përpara, me mendimet se dhënien e gjenetikës duhet ta perfeksionojmë më tej, duke e zhvilluar më mirë gjenetikën e përgjithshme si në plan citologjik ashtu edhe molekular. Nga ana tjetër, gjenetika mjekësore duhet të zhvillohet më mënyrë organike nga të gjitha disiplinat klinike.

Përmirësimet e rëndësishme u bënë në fiziologjinë e njeriut. Tekstet të secit m i janë bërë kritika nga pedagogët dhe vetë studentët, prandaj u bënë ndryshime në program dhe në vetë shfjellimin e lëndës në auditor, u hartuan lekzione të reja të shkruara. Në program u futën kapituj të rinj mbi transportimin e lëndëve nëpër membranën qelizore, mjedistn e brendshëm etj., duke pasqyruar më mirë të reja e kohës. Tani po grumbullohet material për një ripunim të rëndësishëm të tekstit.

Edhe në praktikat e kësaj lënde janë futur elemente të reja. Me praktikat botërore ka një prirje për lidhjen e kësaj lënde me klinikën.

Edhe në fakultetin tonë 1/3 e praktikave zhvillohet në klinikë, por këtu duhet shkruar me kujdes dhe pa kufizuar vetëveprimin e studentëve.

Lënda e fiziologjisë patologjike ka gënë objekt diskutimesh e debatesh. Në shkollat e ndryshme të Evropës mbahen qëndrime të ndryshme përsa i përket gënes si disiplinë më vete mësimore, programit dhe orientimit eksperimental apo klinik. Për këtë po vlen mendime, po bëhen konsultime dhe mendojmë se debati do të përfundojë në një mbledhje të Këshillit Shkencor, ku do të merren vendimet përkatëse edhe për këtë problem.

Gjithashtu lëndës së biokimisë iu bënë ndryshime me rëndësi në program, duke përfshirë prostaglandinat, digjestionin membranor, mutacionet, nocionet e reja të biosintezës së proteinave dhe homeostazën. Në praktikat janë futur analiza të reja dhe është programuar që në dy vjetet e ardhëshëm të ndryshojnë rrejtësisht metodat e analizave. Futja e një cikli fakultativ prej disa lekcionesh njihmoi për një interpretim më të mirë shkencor të parametrave biokimike në patologjitë e ndryshme.

Gjithashtu ka vend për të ngritur nivelin shkencor të mëimit edhe në lëndët e tjera. Janë shtafur mendime që mësimet të jepen nga specialistët përkatës. «Zhvillimi dhe shumëzimi i njohurive nxjerr specializimin...». Në klinikat po eëet drejt një specializimi të mëtejshëm të ndihmës mjekësore, gjë që e kërkon vetë stadi i zhvillimit të mjekësisë sonë. Kjo ndikon edhe në procesin mësimor. Sig dihet, sëmundjet e brendshme zhvillohen gjatë tre vjetëve dhe përkatësisht sipas viteve, i propedeutika, klinika, terapia. Por mendohet që lënda të zhvillohet sipas sistemeve, duke zhvilluar propedeutikën, klinikën, terapinë e profilaksinë dhe të jepen nga specialistët përkatës. Studentët do t'i shlyent ato si lëndë semestrale. Një përvojë të tillë e kemi me kirurgjinë speciale. Në këtë mënyrë do të rritet shkalla e përvetësimit të lëndës nga studentët. Kjo kërkon një riorganizim në dy katedrat e sëmundjeve të brendshme dhe në klinikat përkatëse.

Sig u vu në dukje në Plenumin e 8-të të KQ të PPSH, vëllimi i diçjeve shkencore dyfishohet gdo 8-10 vjet. Vëllimi i diçjeve është një vartësi për afati i studimeve është një konstante. Nuk është e mundur që shkolla jonë t'u transmetojë studentëve gjithë atë mori informacioni shkencor; detyra e saj është t'iu japë atyre njohuritë themelore teorike më përgjithëse, duke iu shmanjur pershkrimit. Kjo kërkon edhe për soshjen e metodave të mësimdhënies. Në duhet të futim metoda mësimdhënies, që nxisin të menduarit e studentëve dhe të mbështeten në punën e pavarur të tyre.

Fakulteti i mjekësisë, tashmë, mbulon me tekste të gjithë lëndët dhe studentët kanë literaturën bazë dhe plotëseve ku mund të studiojnë. Na del detyre, shkallë-shkallë, të heqim dorë nga zhvillimi klasik i lëksionit në auditor në po atë mënyrë siç shpeshohet në tekste dhe pedagogu të shtjellojë problemet më kryesore e të plotsojë mësimin me të rejar në shkencën mjekësore; të futim në auditor lekcionet problemore; atje ku ka vend. Natyrisht kjo kërkon dhe një pjesëmarrje më aktive të studentëve në mësim, duke i lexuar paraprakisht mësimet që zhvillohen në auditor.

Në fakultetin tonë po futen gjithnjë e më gjërë metodat e auditor

-vzive në mësim, përdorimi i pasqyrave, diapozitivave, filmave. Por megjithatë ato duhet t'i futim më gjerë dhe më me efikasitet. Të përdorim më gjerësisht diapozitivat me të dhëna nga përvoja e jonë dhe jo vetëm për projektimin e pasqyrave, shticave, fotografive, por edhe për projektimin e përgjithësimave dhe konkluzioneve më me rëndësi. Gjith-dhur me kujdes dhe në ndihmë të mësimt, duke ruajtur masën. Në mësim duhet të futim edhe televizionin me gark të mbyllur. Kjo nuk do të thotë në asnjë mënyrë që ne të braktisim dërrasën e zezë dhe shkum-sin, që, kur përdoren me aftësi nga pedagogët, japin rezultate shumë të mira në përveçësimin e mësimt nga studentët.

Rëndësi të veçantë ka forcimi i punëve praktike në laboratorë dhe klinikë, që studentët të aftësohen për përdorimin e gjërave të njohura në situata të panjohura» për zbatimin krijuës të njohurive dhe kërkimin shkencor të pavarur.

Baza materiale, ku bëhen praktikat e disiplinave klinike, është për-krahësisht e mirë, sepse studentët jo vetëm kanë të bëjnë me të sëmurrët, por edhe me metodat e hulumtimit e të mjekimit ndër më të përparuara, që përdoren në vendin tonë, sepse institucionet shëndetësore qëndro-në radhë të parë, hyjnë në përdorim metoda të reja e të përpunuara hulumtimi e mjekimi. Baza e tyre materiale teknike shkon duke u pa-surruar. Natyrisht edhe në këto institucione mbetet ende shumë për të bërë në drejtim të futjes së teknikave të kohës për diagnostikimin e mjekimin e të sëmurrëve. Nga ana tjetër, baza materiale laboratorike për lëndët formuese e paraklinike duhet fuqizuar shumë më tepër. Bazat materiale teknike të institucioneve të tjera duhet t'i shfrytëzojmë më mirë, si p.sh. ato të Institutit Higjienës dhe Epidemiologjisë, të labora-torit qëndror bakteriologjik, të laboratorit të kontrollit të barnave, të Institutit të mjekësisë popullore.

Kryerja e praktikave laboratorike dhe klinike me nëngrupe prej 10 studentësh, në vend të grupeve prej 20 studentësh, siç ishte para disa vjetëve, rriti shumë efikasitetin e mësimt dhe studentit nga vrojtes, po bëhet gjithnjë e më shumë aktiv dhe vetëveprues. Kështu në fiziologjinë normale 80% të praktikave i bëjnë vetë studentët, ata vetë e kryejnë eksperimentin në kafshët, por nuk është kështu në fiziologjinë patolo-gjike. Edhe në biokimi vetëstudentët e bëjnë eksperimentin. Në anatomi, studentët punojnë vetë në trupa në prani të pedagogëve, por është e nevojshme të kryhen diseksione të pavarura, pa praninë e peda-gogut.

Në disiplinat klinike duhet të rritet puna e pavarur e studentëve me të sëmurrët, gjë që kërkon një zgjidhje paraprake më të kujdesshme të të sëmurrëve nga pedagogu dhe një kontroll më të rreptë mbi to. Është shumë i dobishëm zgjerimi i mëtejshëm i shërbimit të rojes nga studen-tët e kurseve të larta.

Niveli i praktikave të puerikulturës është e nevojshme të rritet dhe, për këtë, një nga konsultoret e fëmijëve të kryeqytetit do të duhet të kthehet në bazë mësimore-shkencore të fakultetit të mjekësisë. Po-ashtu duhet të rritet niveli i praktikave të higjienës, duke shfrytëzuar

më mirë bazën e fuqishme teknike të Institutit të Higjienës dhe Epidemiologjisë dhe duke u futur edhe në ndërmarrjet ekonomike.

Në kurset e larta të tri degëve të fakultetit të mjekësisë kryhen edhe praktika mësimore në institucionet shëndetësore të rrethëve, 4 javë gjatë vitit. Kontrolli i këtyre praktikave nga fakulteti ka qënë i dobët dhe, nga ana tjetër, ka munguar një ndihmë serioze nga ana e institucioneve të rrethëve, që këto praktika t'u vlejnin studentëve në shkallën e duhur për rritjen e njohurive të tyre teorike dhe përfitim e shprehive praktike dhe, si pasojë, disiplina e tyre nuk ka qënë në shkallën e duhur. Mendimi i përgjithshëm është se këto praktika duhet të zhvillohen në spitalet e Tiranës nën kontrollin e udhëheqjen e katedrave. Gjithashtu mendohet që stazhi i studentëve të mos zhvillohet në 26 rrethet ku ata janë emëruar, por në rrethet më kryesore, ku ka spitale me kapacitet më të madh, me shërbyeme më të organzuara dhe me bazë materiale teknike më të pasur, pra edhe mundësi më të mëdha pune dhe një ndihmë më e kualifikuar nga specialistët e këtyre spitaleve.

Trupi pedagogjik dhe shkencor i fakultetit tonë duhet të ketë mirë parasysh edhe vërejtjet që bëri Plenumi i 8-të i KQ të PPSH se «problemi i pazgjidhur si duhet është cilësia akoma e ulët e përvetësimit të dijeve dhe qëndrueshmëria e pamjaftueshme e tyre në një masë jo të vogël studentësh, të të cilët mungon interesimi i nevojshëm për të arritur rezultate sa më të larta në mësim».

Në fakultetin e mjekësisë, kalueshmëria ka arritur në një nivel pak a shumë të kënaqshëm, cilësia e notës ka shkuar në rritje. Por kjo është relative, sepse varët edhe nga niveli i kërkesës së pedagogëve. Notat e ultra nuk janë të pakta. Pra, ne nuk jemi të kënaqur. Detyra jonë është të ngremë nivelin e mësimdhënies, të rritim kërkesën ndaj studentëve. Edhe studentët duhet të rritin kërkesat ndaj vëllës, t'i kushtojnë më shumë kohë studimit dhe ta bëjnë atë sistematisht. Për rritjen e cilësisë së përvetësimit të dijeve dhe të qëndrueshmërisë së tyre, një rol me rëndësi luajn aktivizimi i studentëve në punën shkencore. Fakulteti ynë ka një traditë të mirë qysh nga viti 1955. Por në këtë veprimtari ka zigzage dhe numri i studentëve, që aktivizohen në rrethet shkencore, duhet të rritet edhe më. Ka ende ndonjë katedër apo lëndë, që nuk ka krijuar rrethet shkencore me studentët. Pra jo vetëm se duhet bërë një punë më sistematike dhe duhet rritur numri i studentëve në këto rrethet, që duhen ngritur në të gjitha lëndët, por punën kërkimore të pavarur të studentëve duhet ta ndërtojme «me një problematikë reale, me interes dhe me shkallëzimin e nevojshëm nga viti në vit». Nga ana tjetër, katedrat duhet t'u rekomandojnë studentëve më shumë literaturë për lexim dhe të kontrollojnë shpirtëzimin e saj.

Për rritjen e shkallës së përgatitjes së stomatologëve e farmacistëve të rinj, po studjohet edhe mundësia e zgjatjes së kohës së studimeve.

Por që fakulteti ynë të kryejë detyrën e madhe që i ve Partia, që të sigurojë përgatitjen e kuadrit të ri mjekësor në një nivel ideoshken-
eor gjithnjë në rritje, në përputhje me kërkesat e kohës, është e domosdoshme, në radhë të parë, të rritet kualifikimi i kuadrit pedagog-
nëpërmjet sistemit të kualifikimit pasuniversitar dhe përshtirjes së të

gjitë pedagogëve në punën studimore-shkencore. Për këtë, kafedrat, Këshilli shkencor i fakultetit kanë caktuar detyra konkrete për t'u zbatuar gjatë pesëvjeçarit 1981-1985. Është detyra jonë, që, nën udhëheqjen e Organizatës së Partisë të fakultetit, të rritim edhe më tej mobilizimin në punën e të gjithëve, të ndjekim zbatimin e programit, të kontrollojmë zbatimin e detyrave në tërësi si dhe në veçanti për çdo punonjës, të rritim kërkesën e llogarisë, duke luftuar çdo shfaqje hiberalizmi.

S u m m a r y

THE PRESENT STAGE OF DEVELOPMENT REQUIRES A HIGH QUALITY TRAINING OF THE YOUNG MEDICAL CADRES

The duties laid down by the 8th Plenum of the Central Committee of the Party of Labour of Albania for the medical science can not be fulfilled without a higher level of the ideological and scientific preparation of the young cadres.

In accordance with the orientation given at the 7th Congress of the Party, a particular attention has been paid to the further improvement of knowledge in biology, general and medical genetics, physiology, physics etc. It is also necessary to raise the level of the other disciplines by a better organization of teaching on the part of the pedagogues of the various specialties. This must naturally involve some changes of the teaching plans and programs.

The volume of scientific knowledge grows at a rapid rate, and it is the duty of the school to give the students more general theoretical notions, avoiding detailed descriptions.

To improve this work it is also necessary to improve the material technical base not only of the faculty but also of the other related institutions.

For the raising of the scientific standard of training, it is also necessary to require from the students a more systematic and independent participation in scientific research.

If our school is to fulfill this great duty, it must first of all raise the qualification of its teaching staff by organized postgraduate training and by a larger involvement in scientific research work. It is also necessary, under the guidance of the party organization, to further improve the method and style of work of the chairs of the faculty.

R é s u m é

NOTRE STADE ACTUEL DE DEVELOPPEMENT EXIGE LA PREPARATION DE NOUVEAUX CADRES MEDICAUX DE HAUT NIVEAU

Les grandes tâches que le VIII^e Plénum du Comité central du Parti du Travail d'Albanie assigne à la science médicale albanaise ne peuvent être réalisées sans une préparation de haut niveau idéologique et scientifique de nouveaux cadres médicaux.

Conformément à la recommandation du VII^e Congrès du Parti, il a été accordé une importance particulière à l'approfondissement des connaissances en matière de biologie, génétique générale et médicale, physiologie, physique, etc. Il y a lieu également d'élever le niveau de l'enseignement dans les autres matières, grâce à une meilleure organisation des cours des divers enseignants spécialisés, ce qui doit nécessairement s'accompagner de certaines modifications dans les programmes d'études.

Le volume des connaissances scientifiques augmente très rapidement, et la tâche de l'école est de dispenser aux étudiants des connaissances théoriques fondamentales plus synthétiques, en se gardant de la pure description. Il faut avoir en vue que cela ne saurait être atteint sans le perfectionnement des méthodes didactiques.

L'amélioration de ce travail requiert aussi l'enrichissement de la base matérielle et technique et l'utilisation de la base matérielle d'autres institutions en dehors de la faculté.

Pour élever le niveau scientifique de la formation des cadres, il est nécessaire que les étudiants eux-mêmes travaillent plus systématiquement et s'engagent à des travaux scientifiques indépendants.

Afin que notre école, dit l'auteur, s'acquitte comme il convient des grandes tâches qui lui incombent, il lui faut élever la qualification de ses cadres à travers le système de qualification post-universitaire et en les engageant tous dans un travail de recherche scientifique. Il est également indispensable que, les chaires et le Décanat, sous la conduite de l'organisation du Parti, améliorent encore la méthode et le style de leur travail.

MJEKIMI I FISTULAVE PASOPERATORE NË OPERACIONET REKONSTRUKTIVE TË URETËRËS NË HIPOSPADITË

— PROF. FERDINAND PAPAËRISTO — FIAMUR TARTARI —
(Katedra e Kirurgjisë Speciale)

Ndërlikimet pasoperatore, gjatë operacioneve të kryera në mjekimin e hipospadive, janë të shumta. Më të rëndësishmet janë fistulat uretrale, të cilat përbëjnë objekt studimi dhe kurimi. Gjatë viteve 1970-1977, në klinikën tonë kemi pasur 9 raste me ndërlikime të uretropolis-kës, të kryer sipas metodës Denis Braun dhe Duplay në 100 raste të operuar në forma të ndryshme të hipospadive në operacione të ndryshme si meatomia, redresimi dhe uretropolisika (2, 3, 5, 6).

Faktorët kryesorë, që ndikojnë në krijimin e fistulave janë:

1) Çrregullimet vaskulare të lembos së lëkurës. Gjatë operacionit rëndësi të madhe ka që të bëhet g'është e mundur që vaskularizimi i lembos së lëkurës të jetë normal dhe kështu të mënjanojmë faktorët, që e pakësojnë qarkullimin vaskular si p.sh. shtypjen, qepjen në sutturë dhe rrotullimin e lembos së lëkurës. Pra, duhet t'u përgjigjemi më së miri ligjeve të kirurgjisë plastike.

2) Vendosja njëra mbi tjetrën e shtresave të lëkurës të qepur. Ky është një faktor me rëndësi në formimin e fistulave, kurdoherë, si rregull, vijat e qepjes duhet të zhvendosen dhe asnjëherë nuk duhet të jenë njëra mbi tjetrën, si p.sh. në ureplastikën sipas Duplayt, është përqindja më e madhe e fistulave. Për këtë arsye, shumë autorë (1, 6) kanë nxjerrë idenë e qepjes në formë shpizëzimi, p.sh. me plumbë sipas Denis Braun, me mbertheksa sipas Dickil, me gyps polihleni ose gome sipas Galli, ose metoda e qepjes së penisit në skrotum sipas Cecil-Culp ose Laveuf-Petit-Cendron.

3) *Tensionimi i vijave të qepjes (suturaeve)*. — Në rastet e operacioneve në hipospaditë, nga shumë autorë (1, 3, 5, 6) është vënë re një ndërlikim shumë serioz. Ky ndërlikim vjen nga këto shkaqe:

a) Nga mungesa e lëkurës, që nevojitet për plastikë dhe, në këtë rast, kirurgu duhet të bëjë disa përlogaritje të tjera matematike e, duke bërë disa incizione laterale (2, 6) që të mos krijohet enjtja.

b) Formimi i hematomës, domethënë grumbullimi i gjaktit në nënlekurën e plastikës, gjë që duhet të mënjanohet, sepse kjo ka ardhur si pasojë e mosbërjes mirë të hemostazës, sidomos në *glans penis*. Kirurgu duhet të punojë me kujdes, me elektrobisturin të bëjë hemostazë si dhe disa qepje me ketgut dhe spongeja hemostatik lokal të lyera me trehisirë adrenalini një ose dy ampula.

Gjithashtu kujdesi kryesor duhet të jetë përdorimi i një ose dy drenave të hollë në nënlekurë dhe këto të funksionojnë normalisht, gjë që do të mënjanojë, deri në një masë të mirë, këtë grumbullim të

gjakut në nënlekurë. Si pasojë e këtij shkakut në klinikë kemi pasur dy raste të tilla, që na kanë dhënë fistulën.

c) Enfija e organit mashkullor gjinior (edema e penisit) do të vijë si ndërlikim nga traumatizimi që i bëhet organit gjatë operacionit. Kjo do të sjellë lirimën e qepjeve, prandaj në këto raste, kur vihet re një gjë e tillë, duhet të bëhen kompresa me alkool 76° ose 96°, me Rivanol ose permanganat kaliumi disa herë në ditë (3,4). Gjithashtu këto do të gërsëhohen me medikamente të tjera si ultrakorten deri 50 mg, Incidal, antihistaminikë etj.

d) Ereksioni i organit mashkullor gjinior është një faktor ose shkak, që shpesh sjell ndërlikim në plastiken e kanalit të urinës (1,5,6). Në këto raste, kur kemi moshë të adoleshencës ose më të rritur, gysht diçën e operacionit duhet të përdoren medikamente qetësuese të sistemat nervor (të tipit bromure) dhe këto të gërsëhëtuara me estrogenë të ndryshëm. Deri diku ky problem është i zgjidhur sot. Nga ky faktor kemi pasur dy raste të tilla ndërlikime, që janë fistulat.

4) *Infektimi i plagës operatorë* është faktor tjetër, që ndikton në krijimin e fistulave, prandaj është i domosdoshëm përdorimi i antibiotikëve të ndryshëm si profilaksi. Po ashtu një rol iot dhe mjekimi lokal me kompresa alkooli 76° disa herë në ditë.

5) *Drenazhi urinar*. — Në lidhje me mënyrat e drenazhit urinar sot është problem me rëndësi dhe ka mendime të ndryshme. 200% e fistulave vijnë nga mosdrenimi i mirë i urinës (2). Tek materiali ynë, 4 raste të fistulave janë shkaktuar si pasojë e mosdrenimit të mirë të urinës, sidomos kur tubat e Redonit janë zënë nga kripirat, nga që nuk është herë në rregull lavazhi urinar. Sot njihen mirë tre mënyrat e drenazhit urinar: a) cistostomia: fufja e petçerit në vezikë është e mirë, por në raste me infeksione të vezikës, si p.sh. cistitet, gjatë kurrjeve të muskullit detrusor të vezikës urinare, në disa raste, do të kemi dalje të urinës nëpërmjet orificiumit të brendshëm të vezikës dhe urina do të futet në uretrën e porsatormuar, si pasojë do të krijohet fistula. E njëjta gjë ndodh edhe gjatë punkSIONIT të vezikës me troakar, ku futet tubi i polietilenit (redon). b) Fufja e kateterit në uretrën e formuar në vezikë ka të metat e saj, për arsye të një trupi të huaj në uretrë, që do të sjellë tensionimin dhe infeksionin e uretrës. Uretrostomia perineale është më e mira dhe me më pak ndërlikime. Në 7 rastet tona në klinikë, ne kemi përdorur punkSIONIN me troakar dhe futjen e një tubi të trashë polietileni në vezikë dhe në dy raste kemi përdorur uretostomi perineale.

Mjekimi i fistulave. — Mjekimi i fistulave sot është problem për trajtimin radikal të tyre, sepse shumë autorë (4, 5) mendojnë se në disa raste kanë pasur recidiva. Zakonisht fistulat duhet të trajtohen mbi 3 muaj pas krijimit të tyre. Në 7 rastet tona, ne i jemi përmbajtës kur kësaj të dhëne, ndërsa në dy raste kemi bërë mbyllje të fistulës të javë pas krijimit të saj me rezultat pozitiv. Për mbylljen e tyre ka metoda të ndryshme. Në fistulat e vogla sot përdoret metoda e Braunit, e cila konsiston në incizionin rreth fistulës, mobilizimin e tkarës, preparimin e fistulës dhe ndarjen e mukozës nga lëkura. Pjesë e fistulës libet e pambyllur, ndërsa sipër lëkura suturohet. Metoda Dées wäs, Kitiwis, Ceñil-Culp etj (1, 5, 6, 7).

Metoda Cecil-Culp ose Leweuf-Petit-Cendron konsiston në incizionin për rreth fistulës në lëkurë dhe zgjatjet e saj nga një cm. sipër dhe poshtë fistulës, ku preparohet me kujdes lëkura, e cila ndahet nga fistula. Anët e fistulës qepen me ketgut kromat dhe afondohen në skrotum dhe suturohet subcutusi dhe lëkura. Drenazhi i urinës bëhet me uretostomi perineale (nën lëkurë).

Në klinikën tonë zakonisht kemi përdorur një metodë të thjeshtë me rezultate të mira. Bëjmë incizionin rreth fistulës, preparim të mirë të saj, ndarje të lëkurës nën lëkurë dhe mukozës dhe freskimi i buzëve të fistulës, afondimi i tyre nga brenda, duke i qepur me ketgut në dy shtresa. Me ketgut qepet dhe nën lëkura si dhe me age atramatike dhe seta qepet thjesht lëkura. Në disa raste në lëkurë kemi bërë qeje në të dy anët me tuba politeleni. Rezultatet pasoperatore kanë qënë të mira në 9 të sëmuret e mjekuar me këtë metodë (100%) pa asnjë ndërlikim. Plaga operatore u mjekua lokalisht me rifocinë ose neomicinë dhe kompresa me alkool. Në ditën e 8-të u hoqën suturat dhe në ditën e 10-të u hoq drenazhimi. Ditëgëndrimi mesatar ka qënë 20.2. Pas 6 muajve dhe pas një viti kemi kryer rikontrolin e këtyre të sëmurve dhe gjithësjka ishte normale.

Duke u bazuar në këtë përvojë të pakët me rezultate të mira, ne mendojmë se kjo metodë e thjeshtë është e mirë për të mbyllur të gjitha llojet e fistulave pas uretoplastikës, duke pasur parasysh një aspeksi të tillë gjatë operacionit. Gjithashtu rëndësi ka dhe drenazhimi i mirë i urinës.

Dorëzuar në Redaksi më 10 maj 1980. —

BIBLIOGRAFIJA

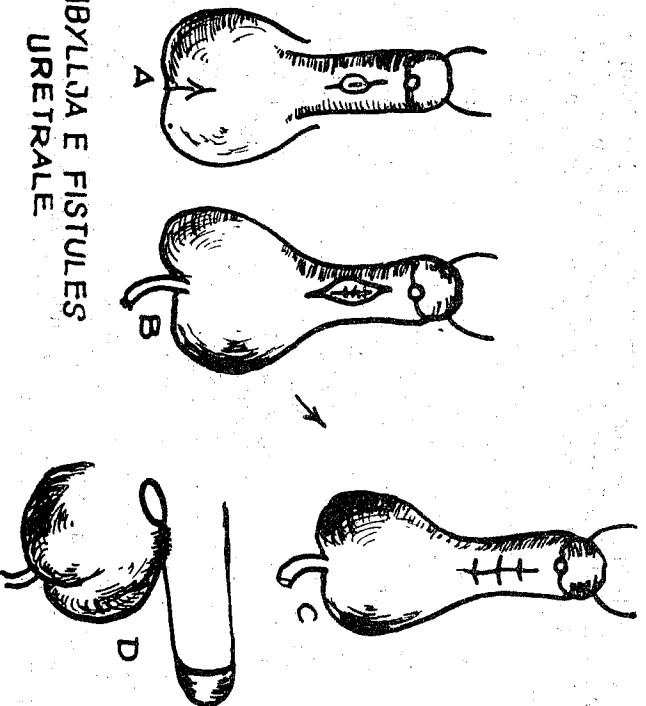
- 1) Campbell — Harrison: *Treatato di urologia*, Roma 1970, vol. VI, 3717.
- 2) Mollard P. — Perrin P.: *Hypospadias. Le traitement des lésions associées à l'ectopie du méat. Journal d'urologie et de néphrologie* 1976, Tom 2, nR. 7, 8, 543.
- 3) Papatisto F., Tartari F.: *Mjekimi kirurgjikal i hipospadive*. Punime kirurgjikalë. Tiranë 1979, Vol. 4, fq. 78.
- 4) Peters Paul: *Complications of Penile surgery (Complications of Urologie Surgery)*, Philadelphia 1976, 411.
- 5) Pitel A.: *Rukovodstvo po urologija hipospadija*. Moskva 1970, Vol. II, 327.
- 6) Savenko: *Hipospadija i Hemofirohizzen*. Minsk 1974, 113.
- 7) Tartari F.: *Mjekimi i hipospadive*. Buletini i UT-seria shkencat mjekësore 1977, 3, 51.

Summary

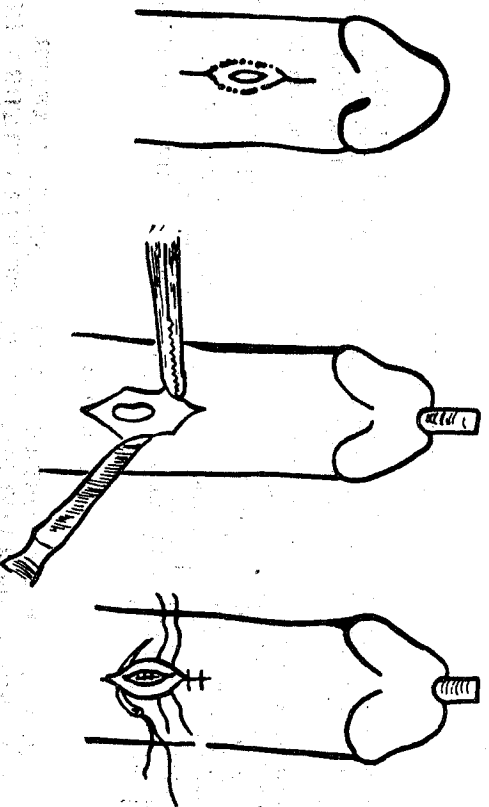
TREATMENT OF POST-OPERATIVE FISTULAE AFTER OPERATIONS FOR RECONSTRUCTION OF THE URETHRA IN HYPOSPADIAS

The paper describes 9 cases of hypospadias in which fistulae developed after the operation.

In discussing the causes of those fistulae, which appear as early complications of the operation, the authors give their modest (9 cases) experience in dealing with their complications.



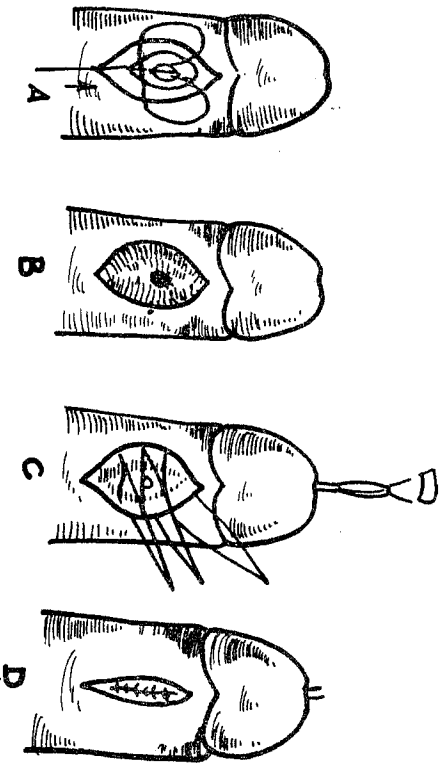
MBYLLIA E FISTULES
URETRALE



Skica nr. 1

Draining of the urine by bladder puncture during the treatment proved satisfactory.

For the treatment itself, a simple technique was used consisting in excising the fistulae and sewing the place in two strata. In some cases polyethylene tubes were used according to the Denis Browne method. The draining tubes were removed.



METODA DAVIS

Slika nr. 2

8-10 days after the operation. All the patients recovered and the follow-up six months later showed that everything was normal.

R é s u m é

**LE TRAITEMENT DES FISTULES POST-OPERATOIRES
CONSECUTIVES A DES OPERATIONS DE RECONSTRUCTION DE
L'URETRE DANS LES HYPOSPADIES**

L'article décrit 9 cas d'hypospadias dans lesquelles les fistules se sont formées après l'opération.

Discutant les causes de ces fistules, qui apparaissent comme des complications initiales de l'opération, les auteurs exposent leur modeste expérience (9 cas) sur les moyens de les éviter.

Dans le traitement des fistules, des résultats satisfaisants ont été obtenus par ponction de l'urine dans la vessie.

Pour le traitement proprement dit, les auteurs ont simplement recouru à l'excision de la fistule et à la couture de l'endroit en deux couches. Dans certains cas, ils ont usé de tubes de polyéthylène, selon la méthode Denis Browne. Les tubes de drainage ont été ôtés 8 à 10 jours après l'opération. Tous les patients ont guéri et l'examen de contrôle effectué sur eux six mois plus tard a révélé un état parfaitement normal.

CRREGULLIMET E PERÇIMIT ATRIOVENTRIKULAR NE TE SEMURET ME INFARKT AKUT TE MIOKARDIT

— ANESTI KONDILI —
(Klinika e parë e sëmundjeve të Brendshme)

Crregullimet e përcimit atrioventrikular janë ndërlkime përkrrahësisht të shpeshta në fazën akute të infarktit të miokardit dhe njëkohësisht nga ndërlkimet më serioze, sepse shpesh shkaktojnë vdekjen e të sëmurit (2, 3, 7).

Këto anomali të përcimit, në përgjithësi, janë tranzitore dhe shfaqen e zhduken, në shumicën e rasteve, brenda 10 ditëve të para të sëmundjes.

Në origjinën e bllokut atrioventrikular, gjatë infarktit të miokardit, mund të ndikojnë lezioni i rrugëve të përcimit nga nekroza ose ishemia, stimulimi i tepërt vagal etj.

Shumica e autorëve referojnë se crregullimet e përcimit atrioventrikular vërehen më shpesh në infarktet e murtit të prapshëm sesa të murtit të përparshëm (4).

Në këtë punim po paragesim analizën e crregullimeve të përcimit atrioventrikular tek të sëmurët me infarkt akut të miokardit të shtruar në repartin e reanimacionit të klinikës së kardiologjisë të spitalit klinik nr. 1 gjatë vjetëve 1978-1979.

Të sëmurët janë vëzhguar me anë të ekzaminimeve të shpeshta elektrokardiografike (në disa raste edhe disa EKG në 24 orë) dhe disa herë me anë të monitorizmit.

Gjatë kësaj periudhe janë shtruar 158 të sëmurë me infarkt akut, nga të cilët 137 meshkuj dhe 21 femra. Me moshën deri 40 vjeç ishte një rast, 41-50 vjeç -26 të sëmurë, 51-60 vjeç 47 veta dhe mbi 60 vjeç 84 veta.

Nga këta të sëmurë, crregullimet e përcimit atrioventrikular u vërejtën në frekuencën e mëposhtme: blloku i gradës së parë në 18, blloku i gradës së dytë në 12 dhe blloku i plotë (i gradës së tretë) në 4 të sëmurë (shih pasqyrën nr. 1).

Pasqyra nr. 1

Viti	Nr. i rasteve me I A M	Blloku gr. I	Blloku i gr. II		Blloku i gr. III
			Tipi I	Tipi II	
1978	58	5	2	1	1
» vd	13	5	1	—	1
1979	74	6	6	1	—
» vd	13	3	1	—	2
Totali	158	18	10	2	4

Bloku av i gradës së parë. — Është rregullim më i lehtë i përcimit av, që nuk ka ndonjë ndikim në funksionin e zemrës dhe hemodinamikë. Ai shprehet me zgjatjen e intervalit PR mbi 0,20 sek. (fig. 1). Ai u has në 18 raste (11,40/0).



Foto 1. — I sëmurë ML. me infarkt miokardi posterodiatragmal e bazal. Në D₂ vërehet blok av gr. I. PQ = 0,32 sek.

Duke vlerësuar 18 statistika, disa autorë (1) japin shifrën 4,40/0 në të sëmurët të ndjekur me EKG dhe 10,70/0 në të sëmurët të ndjekur me monitor, kurse disa të tjerë e japin 6-170/0.

Nga materiali ynë, shumica e rasteve (15) u takojnë infarkteve të murit të prapshëm dhe vetëm në 3 raste ishin të murit të përparshëm. Në më shumë se gjysmën e rasteve, rregullimi i përcimit u shfaq në ditën e parë. Ai ka qenë i përkohshëm në të gjithë rastet dhe u zhduk në 12 të sëmurë brenda 24 orësh. Në përgjithësi gjendja e të sëmurëve ka qenë e mirë dhe vetëm në dy vetë ajo ka qenë e rëndë jo për shkak të bllokut të gradës së parë, por për shkak të madhësisë së infarktit. Në 9 të sëmurë, bloku av i gradës së parë avancoi në gradë më të theksuara të bllokut atrioventrikular.

Bloku av i gradës së parë vlerësohet si rregullim i lehtë i përcimit, prandaj në shumicën e rasteve ne e kemi lënë pa mjekim, por njëkohësisht është shtuar vigjilencia nëpërmejt berjeve më të shpeshta të EKG për të zbuluar në kohë përparimin e tij në gradë më të theksuara. Në rastet kur është parë prirja për theksimin e bllokut që zgjatja më e madhe e PR, ne kemi përdorur ultrakorten, duke pasur parasysh vetitë e tij antinformatore dhe antiedematoze.

Biloku av i gradës së dytë. — Është një shkallë më e përparuar e rregullimit të përcimit av, që megjithëse nuk shkakton rregullime të dukshme hemodinamike, ai dëbët vlerësuar dhe ndjekur me vëmendje të veçantë, sepse mund të kalojë në bllokun e plotë av. Ai mund të fillojë drejtpërdrejt si i gradës së dytë ose të paraprhet nga grada e parë.

Këtë gradë bllokuj në e kemi hasur në 12 të sëmurë (7,50/0). Autorë të ndryshëm japin shifra 2,50/0-10/0 të rasteve (cituat nga 2). Blloku i gradës së dytë shprehet me mungesën intermitente të komplekseve ventrikulare. Ekzistojnë dy tipa të kësaj grade të bllokut, në varësi të faktit në se intervali PR ndryshon apo është fiksi.

Tipi i parë Wenckenbach shprehet me rritjen progresive të intervalit PR derisa një impuls atrial gjendet i bllokuar dhe shfaqet një pauzë që është më e vogël se dy cikle normale. Kjo dukuri përshëritet herë pas here. Shpesh vihet në dukje shkurtim progresiv të intervalit R — R (fig. 2).

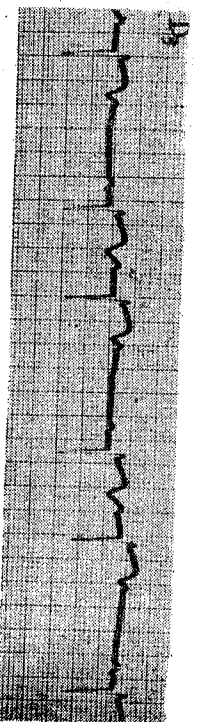


Foto 2. — I sëmururi M.V. me infarkt posterodiarfragmal e lateral. Në D₂ vërehet bllok av gr. II tip I Wenckebach 3:2.

Këtë tip e kemi gjetur në 10 të sëmurë. Në ata janë vërejtur shkallë të ndryshme të bllokimit të impulsit nga 2:1 deri 10:9 e më rralle. Shkalla e bllokut mund të ndryshojë dhe tek e njëjti i sëmurë (tek e njëjta trase e EKG).

Tipi i dytë Möbbitz II takohet më rralle dhe shprehen me karakteristiken se intervali P R normal apo i zgjatur mbetet i qëndrueshëm gjatë gjithë trasesë së EKG në kohën që periodikisht një impuls atrial bllokohet, pra nuk shqërohet me kompleks ventrikular QRS. Këtë tip të bllokut ne e kemi hasur në dy të sëmurë.

Termi i bllokut të gradës së dytë Mobbitz II kohët e fundit rekomandohet vetëm për rastet e bllokut av 3:2, 4:3 etj. dhe jo për bllokun av 2:1, që në të vërtetë nuk mund të fuset në asnjë nga dy tipet e gradës së dytë (5).

Në shumicën e rasteve, blloku av i gradës së dytë u shfaq në tre ditët e para të sëmundjes, por ai ishte tranzitor dhe vetëm në 4 të sëmurë zgjati më shumë se 24 orë.

Në të sëmurët që e patën këtë çrregullim për një kohë të shkurtër, ne nuk kemi përdorur ndonjë mjekim të veçantë. Në 10 të sëmurë ne përdorim ultrakorten, duke vlerësuar efektin antinflamator të tij si kurse për bllokun e gradës së parë. Në një rast kemi përdorur injeksione të atropinës dhe vetëm një herë izuprelin me perfuzion.

Më përpara shumë autorë vendosnin stimulimin elektrosistolik provizor në të gjithë rastet e ndërlikuara me çrregullime të përcimit a.v, cilado qoftë grada e bllokut dhe vendi i nekrozës. Kështu kemi vepruar edhe ne për një të sëmurë me bllok të gradës së dytë (8).

Sot prirja për aplikimin e stimulimit elektrosistolik provizor me qëllim parandalimi në blloqet av jo të plota ka ndryshuar. Këtë do ta trajtojmë më poshtë.

Blloku i plotë av (i gradës së tretë). — Është grada më e lartë e bllokimit të përcimit av. Në këtë rast atriumet komandohen nga njeria sinusale, kurse ventrikujt punojnë nën drejtimin e një qendre tjetër autonome, lokalizimi i së cilës ndryshon sipas rasteit (fig. 3).



Foto 3. — I sëmururi J.L. me infarkt posterodiarfragmal. Në D₂ bllok i plotë av. Kompleset ventrikulare QRS janë të pavarura nga dhëmbët i P. Ato janë të holla, pra vijnë nga mbardarja e turës së Hissit.

Këtë gradë bllokun në e kemi ndeshur në 4 të sëmurët, pra në 2.50/0, kurse disa autorë në totalin e 14 statistikave e gjejnë në 4.40/0 të rasteve.

Nga 4 të sëmurët, vetëm tek njëri, që i takonte një infarkti postero-diafragmal, pati ecuri të favorshëm, kurse tre të tjerët, që u takonin infarkteve të gjëra të murit të përparshëm, u shoqëruan me periudhë Adam Stokes dhe gjendje të rëndë, që përfunduan me vdekje, pavarësisht, nga mjekimet e bëra, duke përfshirë këtu edhe stimulimin e përkohshëm elektrostolik, që u bë tek njëri prej tyre.

Kjo tregon se shfaqja e bllokut të plotë është manifestim klinik i gravitetit të infarktit. Karakteristikat e bllokut të plotë av ndryshojnë në varësi të llojit të infarktit që e ka shkaktuar. Në infarktet e murit të prapshëm, blloku i plotë zakonisht paraprihet nga gradët e tjera më të lehtë të bllokut. Në këtë lloj blloku, ritmi ventrikular është i shpejtë 40-60/min me komplekse QRS të holla, pra blloku është i vendosur përpara trunkut të tuftës së Hisit. Evolucioni i këtij blloku, në përgjithësi, është i favorshëm dhe zhduket pa lënë mbeturina. Më të rralla janë turbullimet e përgjimit në degën e Hisit. Disa herë në infarktet e murit të prapshëm vërehet një bllok av në fillim të dhembjes, që shfaqet në kuadrin e një sindrome të hipertonisë vagale dhe regredon shumë shpejt.

Në infarktet e murit të përparshëm, bllokimi vendoset nën ndarjen e tuftës së Hisit, pra është bllok av nga blloku bilateral i degës. Çrregullimet janë brutale, bllok av i plotë me ritëm zëvendësimi të ngadalë dhe jo të qëndrueshëm, me komplekse idioventrikulare (Q R S) të gjëra dhe të deformuara. Në këto infarkte me bllok, vdeksshmëria është e lartë për shkak të shtrirjes së theksuar të nekrozës. Kështu ndodhi edhe me tre të sëmurët tanë.

Mjekimi i bllokut të plotë paraget urgjencë. Nëse shfaqet gjendja sinkopale e Adams Stokes, veprimi i parë është goditja me grusht në sternum për të aktivizuar vatrën zëvendësuese ventrikulare. Në rast mossuksesit fillohet masazhi i jashtëm i zemrës dhe masat e tjera të reanimacionit kardiopulmonar, që janë publikuar më parë (9).

Nga medikamentet që përdoren në raste të tilla, më i rëndësishmi është izupreli (isopropylnoradrenalina). Kjo substancë betaadrenergjike, përveç efektit inotrop pozitiv, vepron dhe duke provokuar një autor-matizëm ventrikular në rastin e asistolisë së plotë ose duke akseleruar ritmin idioventrikular shumë të ngadalë. Ne e kemi përdorur atë në 500 cc sol glukozë 5/0 dhe është perfuzuar endovoz në fillim shpejtë derisa të shpeshtohet ritmi ventrikular në mënyrë të mjaftueshme. Debiti i perfuzionit adaptohet që të mbahet një shpeshësi kardiake prej 50/mm. Që të arrihet kjo ndodh që të nevojiten përgëndrime më të mëdha të izupreelit deri 4-5 mg në 500 cc glukozë dhe një debit më i shpejtë perfuzioni.

Duhen njohur dy të metat e izupreelit, që janë taktkardia sinusale, shkim i eksitabilitetit ventrikular dhe rritja e konsumit të O_2 nga mio-kardi, çka është e papërshtatshme në rastin e infarktit të miokardit.

Medikamentet tjetër më pak efektive është atropina. Ajo duhet përdorur në injeksione të shpeshta, për të cilën nevojiten doza relativisht të larta, çka nuk është e rekomandueshme, sepse jep retension të

urininimi, çrregullime psikike etj. Gjithashtu në raste me glaukomë, ajo kundëriindikohet.

Në ditët e sotme, mjekimi i zgjedhur i bllokut, gjatë infarktit, është aplikimi i stimullimit elektrosistolik provizor të zemrës. Meto-dika e kësaj procedure është përshkruar më parë (8).

Kuptohet se futja e sondës në zemër kërkon të caktohen drejt in-dikacionet. Slikurse u përmënd më lart, përcaktimi i indikacioneve për stimulumin ka evoluar gjatë vjetëve të fundit. Sot shumica e autorëve (6) rekomandojnë vënien e stimullimit elektrosistolik provizor në infarktet e murit të prapshëm vertëen kur bllokuri av i gradës së II ose të III shoqë-rohet me frekuencë të ulët ventrikulare nën 40/min ose kur shfaqen she-kamentet si atropina e izuprelli.

Në blloqet që zhvillohen në sfondin e infarkteve të përpashme, indikacionet e përdorimit të stimullimit elektrosistolik janë më të gjëra, megjithëse vdekshmëria e këtyre rasteve mbetet e lartë për shkak të shtrirjes së madhe të infarktit që ka shkakuar çrregullimet e përcimit. Ai mund të vihet edhe në mënyrë preventivë në rastet e gërshtënimit të blloqeve bi ose trifashtikulare për të parandaluar një vdekje të shpejtë nga shfaqja e bllokuri të plotë në terren të tillë. Sidoqoftë, ecuria e mëtejshme varet nga gjendja e funksionit të miokardit të dëmtuar në këtë rast.

Kështu ndodhi dhe me rastin tonë J.D., vjeç 59, që u shtrua në reanimacion me infarkt akut të gjërë anterior. Qysh ditën e parë, përvëç çrregullimeve të tjera të ritmit (fibrilacion atrial, ekstrastistola ventriku-lare) u shfaqën dhe çrregullime të përcimit av të gradës së I — II, të cilat u njehtuan me ultrakorren e atropinë. Pas disa orësh shfaqet bllokuri i plotë av i shoqëruar me gjendje sinkopale (Adams Stokes), që u kapër-cyen me masat e reanimacionit me izuprel dhe njëkohësisht u vendos për futjen e sondës elektrostimuluese. Ajo u krye duke e futur sondën elektrode në venën safena të djathtë, duke e guar deri në ventrikulin e djathtë. Ajo u lidh me stimulatorin provizor dhe u rregullua stimulimi me frekuencë 70/min.

Gjatë gjithë kohës, stimulimi u krye në mënyrë të rregulltë dhe u ndoq me monitor dhe me E K G (fig. 4). Pavarësisht nga kjo gjendje e të sëmurit, ai vazhdoi duke u rënduar, ai ra në shok kardiogjen dhe pas 16 orë nga vendosja e sondës, ai vdiq. Është për t'u vënë në dukje se elektrosimulimi i ventrikujve vazhdoi deri në fund. Pra, në këtë rast, vdekja nuk u shkaktua nga bllokuri i plotë, por nga infarkti i miokardit i madh (që sipas të dhënave të autopsisë kishte prekur septumin, apeksin, parëin anterior lateral e posterior të sipërmë), që u shoqërua me gje-ndje shoku kardiogjen. Kjo dukuri e shkaktut të vdekjes vihet në dukje nga shumë autorë (10).

Në rastet e bllokut av të plotë disa herë ne kemi përdorur injeksione të ultrakorrenit po për të njëjtat arsye si tek gradët më të lehta të bllokut.

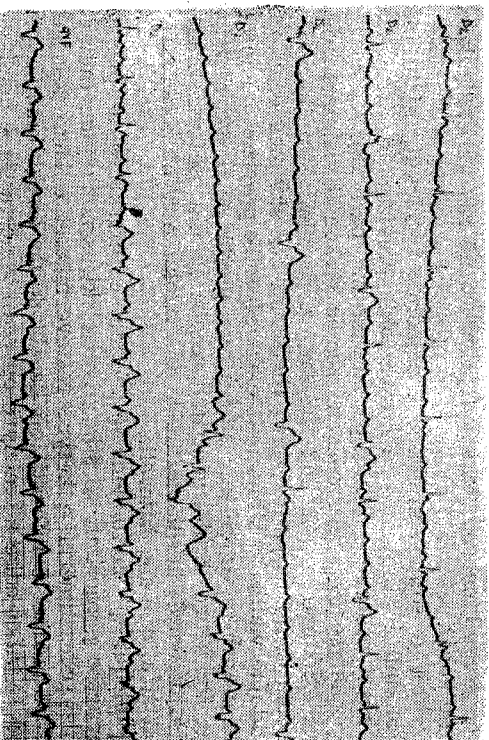


Foto 4. — I sëmundi J.D. me infarkt anteroposterior. D₁— bllok i plotë atrioventrikular. D₂— bllok i plotë me ndrim të vatrës zëvendësuese. D₃— bllok i plotë me periudha Adam Stokes. D₄— Periudha Adam Stokes, që ndërpritet pas goditjes me grusht në krahëtor. D₅— Nën perfuzion me Izuprel vërehet shpimi i frekuencës ventrikulare dhe ndrim i vatrës zëvendësuese. aVF komplekse ventrikulare nën stimulimin elektrostistolik. Vërehen «spike» përpara çdo kompleksi QRS.

PËRFUNDIME

- 1) Çrregullimet e përgjimit atrioventrikular janë ndërlikime, që në materialin tonë u takuan në 22% të rasteve me infarkt akut të miokardit.
- 2) Këto çrregullime hasen më shpesh në infarktet e murit të prapshëm. Ato shfaqen në ditët e para dhe kanë karakter të përkohshëm.
- 3) Blloku atrioventrikular i gradës së parë dhe të dytë, që u hasën respektivisht në 11.4% dhe 7.5% të rasteve tona, në përgjithësi, kanë një ecuni më të favorshëm, por megjithatë shfaqja e tyre gjatë dekurshit të infarktit të miokardit duhet të shqyrtohet me rritjen e vigjilencës për të zbuluar në kohë theksimin e shkallës së bllokut dhe për të marrë masat e nevojshme mjekësore.
- 4) Blloku atrioventrikular i plotë, në materialin tonë, u takua në 2.5% të rasteve dhe paraqet një gradë të rëndë shpesh vdekjeprurëse! Nga 4 të sëmundur, 3 vdiqën pavarësisht nga mjekimet. Shkalla e vdekje shmërisë varet kryesisht nga madhësia e zonës së infarktit.
- 5) Në mjekimin e bllokut të plotë përdoret perfuzioni me izuprel, por përparësi më të madh ka zbatimi i stimulimit elektrostistolik i zemrës.

Dorëzuar në Redaksi më 15 korrik 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Brocher M., Fauchier P., Raynaud R.: Classification et fréquence des troubles du rythme cardiaque à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde. Ann. Cardiol. angéiolog 1970, 19, 53.
- 2) Desreulles J., Decalf A., Goethals S., Wancamp J.: Les troubles de la conduction myocardique à la phase initiale de l'infarctus du myocarde. Arch. Mal. du coeur 1971, 10, 1473.
- 3) Doshain L., Gracianski A., Jeremina A.: Atrio-ventrikuljarna ja blokada i jejo liegenie pri ostrorn infarkte miokarda. Kardiologija 1973, 4, 29.
- 4) Fauchier J.: Les blocs auriculo-ventriculaires. Conférence de Cardiologie fascicule 13. Paris 1978, 5.
- 5) Gallagher J., Lau S., Schnitzler R., Danato A.: Bloc auriculo-ventriculaire du deuxième degré. Coeur et med. Interne 1971, 4, 595.
- 6) Gazes P., Gaddy J.: Beside management of acute myocardial infarction. Am. Heart Journal 1979, Vol. 97, fq. 782.
- 7) Humbert J., Lenègre J.: L'infarctus du myocarde. Paris 1967.
- 8) Kondili A., Gage P.: Aplikimi i stimulimit elektrostifolk provizor të zemrës dhe i shokut të jashtëm elektrik në mjekimin e komplikacioneve të infarktit akut të miokardit. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1975, 2, 91.
- 9) Kondili A., Kuka E., Heba M.: Ringjallja zemër-mushtëri në dy raste me infarkt akut të miokardit. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1979, 1, 109.
- 10) Liekstein E., Gupta P., Chadda K., Iln H., Sayeed M.: Findings of prognostic value in patients with incomplete bilateral bundle branch bloc complicating acute myocardial infarction. The American Journal of Cardiology 1973, Vol. 32, 913.
- 11) Vesho P., Kondili A., Xhepa P.: Blok atrioventrikular i plotë në një të sëmurë me infarkt miokardi. Buletini i UT - Seria shkencat mjekësore 1969, 1, 93.

Summary

DISTURBANCES OF ATRIO-VENTRICULAR CONDUCTION IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

An analysis is presented of the disturbances of the atrioventricular conduction in 158 patients in the acute stage of myocardial infarction. Such disturbances were manifest in 22% of the patients, mostly in cases in which the posterior wall of the heart was involved. Of these, 11.4% had a first degree block, 7.5% a second degree block, while the third degree block was observed in 2.5% and was characterized by a severe clinical course ending in death in 4 out of 4 cases, despite the treatment. In the author's opinion, the fatal outcome is linked with the dimensions of the infarction.

The course of the cases with first and second degree block was more favorable, but they require much attention on the part of the physician to detect in time the signs of advance towards the third degree.

R é s u m é

**TROUBLES DE LA CONDUCTION ATRIO-VENTRICULAIRE CHEZ
LES MALADES ATTEINTS D'INFARCTUS DU MYOCARDE**

Dans cet article, l'auteur analyse les troubles de la conduction atrio-ventriculaire chez 158 malades atteints d'infarctus du myocarde dans la phase aiguë. Ces troubles ont été relevés par l'auteur dans 22⁹/₁₀₀ des cas et surtout dans les infarctus du parois postérieur. Chez 11,4⁰/₁₀₀ de ces malades il a relevé le bloc de premier degré et chez 7,5⁰/₁₀₀ le bloc de deuxième degré. Le bloc de troisième degré a été constaté dans 2,5⁰/₁₀₀ des cas, il était caractérisé par un tableau clinique grave et il a provoqué la mort de 3 patients sur 4, malgré le traitement. Selon l'auteur, l'issue fatale de la maladie est en fonction de la dimension de l'infarctus.

Le bloc de premier et de deuxième degré se caractérise par un cours plus favorable de la maladie, mais il exige une plus grande attention de la part du médecin afin qu'il soit à même de découvrir à temps l'évolution de l'infarctus au troisième degré.

METABOLIZMI I KARBOHIDRATEVE GJATE INSUFICIENCËS RENALE KRONIKE

— FEQOR AGAÇI — SULEJMAN KODRA — NESTOR THERESKA — VIKTOR
BYLYKBASHI — NAZMIJE SARAÇI —

(Katedra e Propedeutikës, Klinikë e III e sëmundjeve të Brendshme,
Laboratori Biokimik i Spitalit klinik nr. 1).

Insuficiencia renale kronike është sindroma që shfaqet në stadin për-
fundimtar të shumë sëmundjeve renale kronike glomerulare apo tubu-
lare. Kjo sindromë karakterizohet nga një larmi shenjash klinike e la-
boratorike.

Gjatë stadiit uremik të glomerulosklerozeës diabetike si dhe në së-
mundjet renale jospesifike të të sëmurëve me diabet të sheqerit, që
shoqërohen me insuficiencë renale kronike, vihet re pakësimi i gluko-
zurisë, përmirësim i dukshëm i diabetit të sheqerit, rritja e ndjeshmë-
risë ndaj insulinës (2, 5), si dhe pakësimi i nevojave për insulinë në këta
të sëmurë (1).

Nga ana tjetër, nga shumë studjues është vënë re se në shumicën e
të sëmurëve pa diabet sheqerit, por që kanë insuficiencë renale kronike,
shfaqet intoleranca ndaj karbohidrateve, e shfaqur me kurba glicemie të
tipit diabetogjen (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9). Në këto raste, disa autorë përdorin ter-
min «pseudodiabeti azotemik» (2).

Në këtë punim ne do të studiojmë metabolizmin e karbohidrateve
gjatë insuficiencës renale kronike.

MATERIALI DHE METODA

Në studim u morrën 17 të sëmurë me insuficiencë renale kronike të
shkaktuar nga sëmundje renale të ndryshme (shih pasqyrën nr. 1).

Nga anamneza dhe ekzaminimi objektiv rezultoi se të sëmurët nuk
ishin obezë, nuk kishin të dhëna familjare për diabet sheqerit, as edhe të
dhëna klinike e laboratorike që të provonin se ata ishin diabetikë.

Të sëmurëve u bënë kurbat e glicemisë nga goja. Në fillim iu muarr
gjak për glicemi esëll, pastaj secili mori 100 gram glukozë të tretur në
një gotë ujë dhe çdo 30 minuta (katër herë) të sëmurëve iu muarr gjak
për glicemi.

Përaktimi i përmbajtjes së glukozës në gjak u bë sipas metodës të
Somogyi-Nelson. Për vlera normale të kurbës së glicemisë janë marrë
shifrat e mëposhtme (4):

- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| 1) Esëll | 100 mgr ^{0/0} |
| 2) 30 minuta pas marrjes së glukozës | 160 mgr ^{0/0} |
| 3) 60 minuta pas marrjes së glukozës | 160 mgr ^{0/0} |
| 4) 90 minuta pas marrjes së glukozës | 140 mgr ^{0/0} |
| 5) 120 minuta pas marrjes së glukozës | 110 mgr ^{0/0} |

Të sëmurëve të marrur në studim, përveç të tjerave, iu janë përcaktuar edhe ureja në gjak, kreatininemia, elektrolitet në gjak, si dhe lipidograma, të cilat kanë ndihmuar për të vënë në pah lidhjet e metabolizmit të karbohidrateve me parametrat e sipërtreguara.

Në vlerësimin e gradës së insuficiencës renale kronike, jemi mbështetur në shkallën e rensionit të azoitit, të vlerësuar me anë të përcaktimit të urese dhe kreatinës në gjak.

Duke u bazuar në këtë vlerësim, insuficiencën renale kronike e kemi ndarë në gradën e I-rë, të II dhe të III (6).

REZULTATET DHE DISKUTIMI I TYRE

Nga pasqyra nr. 1 rezulton se nga të 17 të sëmurët, 11 ishin meshkuj dhe 6 femra. Me pielonefrit kronik ishin 11 të sëmurë, me glomerulonefrit kronik 2, me glomerulonefrit subakut një i sëmurë, me sindromën nefrotike genuin një dhe me pielonefrit kronik + glomerulonefrit kronik dy të sëmurë.

GRUP-MOSHAË DHE SEKSI I 17 TË SËMURËVE NE JIRK TE STUDUAR

Paqyryrëthi 1

NOZOLOGJIA	02-30 vj.		31-40 vj.		41-50 vj.		51-61 vj.		62-80 vj.		SHUMËSI
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
PIELONEFRITIS CRONICA	-	1	-	1	2	2	3	-	2	-	7
GLOMERULONE CRONICA	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
GLOMERULONE SUBACUTA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SINDROMI NEFROTITIS PRIMAR	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
NEFROEFERTIS CARONICA + GLOMERULONE CRONICA	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2

KURBAT E GJICEMISE NORMALE NE TE SEMURET NE JIRK TE GRADIVE TE NDORSHME (29.4% ERASTEVE)

Paqyryrëthi 2

GRADA E RETENSIONIT TE AZOITIT	RR. RASIT	VËRRAT E RASITVE TE GJICEMISE				
		EFFEII	30'	60'	90'	120'
GRADA I	RASITME NJ	160	145	102	82	
	• DITE	100	160	140	125	100
GRADA E II	• TRASH	100	137	112	110	92
	• ANKË	87	136	155	140	90
GRADA E III	• ANKË	97	135	160	125	70
	RASITME 7	5				

Nga kryerja e kurpave të glicemisë rezultoi se 5 të sëmurë me insuficiencë renale kronike (29.40%) i kishin ato normale (shih pasqyrën nr. 2), ndërsa 12 të sëmurët e tjerë (70.60%) kurbat e glicemisë patologjike i kishin të tipit diabetogjen (shih pasqyrën nr. 3).

KURBAT E GLICEMISE PATOLOGJIKE NE TE SEMURRE ME IPR.K. TE GRADAVE TE NDRYSHME (70.6% E RASTEVE)

Pasqyro Nr. 3

GRADAT E RETENSIONIT TE AZOTIT	NR. RASTEVE	VLERAT E KURB. TE GLIC.				
		EGJËLL	30'	60'	90'	120'
GRADA I	RAS. PARË	105	155	212	170	110
	"- DYTË	104	208	234	140	140
	"- PARË	90	145	250	160	120
	"- DYTE	120	165	170	190	120
	"- TRETE	80	150	165	165	155
	"- KATERT	105	150	175	215	150
	"- PESTE	110	225	175	160	100
	"- GJASHME	117	170	185	200	170
	"- PARË	105	180	200	195	165
	"- DYTË	145	225	235	275	250
	"- TRETE	111	144	169	172	182
	"- KATERT	175	225	180	175	160
GRADA E III						
RASTE GJSHMË	12					

Të dhënat tona janë të afërta me ato të autorëve të konsultuar nga ne. Kështu sipas disa autorëve (2) në tre të katërtat e të sëmurëve uremikë, kurbat e glicemisë orale ose intravenoze i kanë pasur diabetogjene.

Nga punime të tjera (9) ka rezultuar se kurbat e glicemisë normale janë gjetur në 40% të të sëmurëve uremikë, ndërsa kurbat glicemikë të tipit diabetogjen janë gjetur në 60% të këtyre të sëmurëve.

Përsa i përket gradës së uremisë dhe shkallës së uljes të tolerancës ndaj karbohidrateve, nga autorë të ndryshëm janë dhënë mendime të ndryshme. Dista autorë (8) nuk venë re lidhje midis këtyre dy parametrave, ndërsa të tjerë (2) kanë vënë re se shkalla e uljes së tolerancës ndaj glukozës është në varësi nga grada e uremisë dhe korrigjohet pas trajtimit të këtyre të sëmurëve me dializë. Të dhënat tona përkojnë me pikëpamjen e dytë.

Nga të dhënat tona (shih pasqyrën nr. 2 dhe 3) rezultoi se me insuficiencë renale të gradës së parë ishin 5 të sëmurë, me insuficiencë renale të gradës së dytë ishin 7, ndërsa me insuficiencë renale të gradës së tretë ishin 5 të sëmurë.

Këto pasqyra tregojnë se anomalia diabetogjene e kurbave të glicemisë përkon me gradën e insuficiencës renale. Kështu nga të 5 të sëmurët me insuficiencë renale kronike të gradës së parë, 3 prej tyre (60%) kurbat i kishin normale, ndërsa 2 të tjerët (40%), kurbat e glicemisë i kishin diabetogjene.

Nga 7 të sëmurët me insuficiencë renale kronike të gradës së dytë, kurbë normale kishte vetëm një i sëmurë (14.30%), ndërsa 6 të tjerët (85.70%) kurbat e glicemisë i kishin diabetogjene. Edhe në të sëmurët me insuficiencë renale kronike të gradës së tretë u vu re afërsisht e njëjta tabullo si në gradën e dytë; nga të 5 të sëmurët, vetëm një kishte kurbë normale, ndërsa 4 të tjerët kurbat e glicemisë i kishin diabetogjene.

Sig shihet, thellimi i gradës së insuficiencës renale kronike shoqërohet me uljen e shpeshtë të tolerancës ndaj glukozës. Vlerat mesatare të 5 kurbave normale, të marrura së bashku, janë si më poshtë:

1) esëll	91,8 mg ^d /o
2) 30 minuta pas marrjes së glukozës	145,6 mg ^d /o
3) 60 minuta pas marrjes së glukozës	142,4 mg ^d /o
4) 90 minuta pas marrjes së glukozës	120,4 mg ^d /o
5) 12 minuta pas marrjes së glukozës	86,8 mg ^d /o
Vlerat mesatare të 12 kurbave diabetogjene janë si më poshtë:	
1) esëll	113,9 mg ^d /o
2) 30 minuta pas marrjes së glukozës	178,5 mg ^d /o
3) 60 minuta pas marrjes së glukozës	195,8 mg ^d /o
4) 90 minuta pas marrjes së glukozës	189,7 mg ^d /o
5) 120 minuta pas marrjes së glukozës	151,8 mg ^d /o.

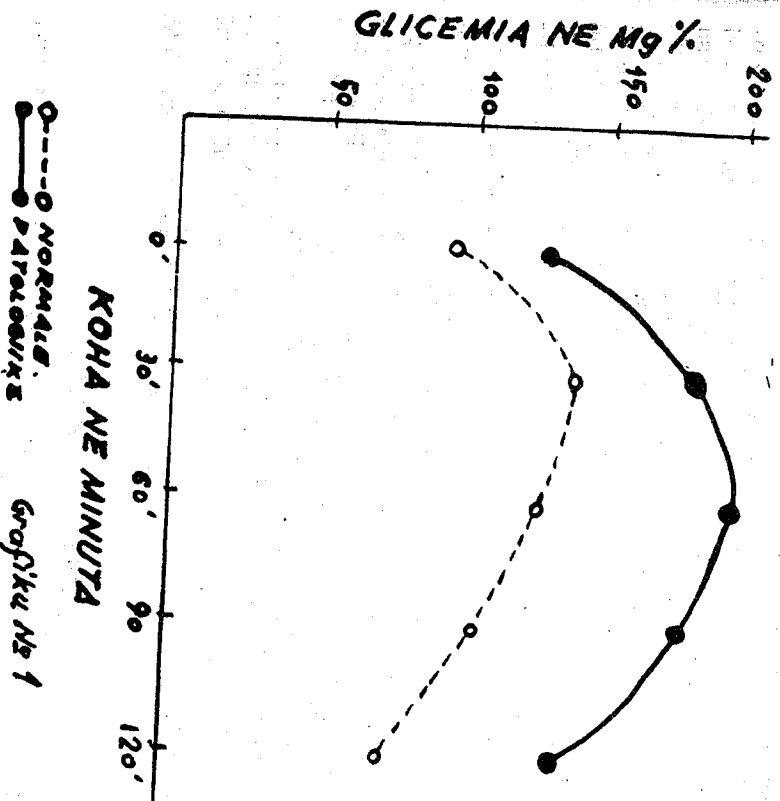
Paraqitja grafike e vlerave mesatare të të dy llojeve të kurbave jepet në grafikun nr. 1.

Theksojmë se vlerat mesatare të kurbave tona janë më të larta sesa ato të gjetura nga autorë të tjerë (9). Sipas këtyre autorëve (9), në kurbat diabetogjene, glicemitë janë mbi vlerat normale, duke filluar qysh nga minuta e 60-të, ndërsa sipas të dhënave tona, shifrat e glicemisë janë mbi normën qysh nga gjendja esëll.

Duke krihasuar të dhënat e vlerave mesatare të të dy llojeve të kurbave të glicemisë, bie në sy se në kurbat diabetogjene, vlera mesatare e glicemisë esëll është më e lartë sesa kurba normale.

Nga analiza e lipidogramës (kolesteroli, fosfolipidet, trigliceridët dhe

PARAQITJA GRAFIKE E VLERAVE NESHTARE NE KURBAVE TE GLICE. NORMALE DHE PATOLOGJIKE.



lipemia totale), rezultoi se ajo ishte normale në të gjithë të sëmurët të studjuar nga ne.

Vlerat normale u vunë re edhe nga përcaktimi i elektroliteve në gjak të këta të sëmurë. Në këtë rast, vlerë të vegantë ka niveli i kaliumit në gjak, që, në rastet tona, luhatej brenda kufijve të normës.

Në lidhje me patogjenezën e uljes së tolerancës ndaj karbohidrateve në të sëmurët me insuficiencë renale kronike, autorë të ndryshëm flasin për defekt parësor në metabolizmin e glukogjenit hepatic e muskular si dhe të lipideve. Disa autorë kanë vënë re rritje të triglicerideve bazale autorë (9) që tek të sëmurët me insuficiencë renale kronike dhe në kurba glicemie diabetogjene kanë vënë re pakësim të dukshëm të acideve të lira yndyrore.

Përsa i përket patogjenezës së uljes së tolerancës ndaj karbohidrateve, autorë të ndryshëm propozojnë mekanizma të ndryshme. Sipas disa autorëve (1, 2, 5, 8), «pseudodiabeti azotemik» vjen si pasojë e rritjes së rezistencës ose i pakësimit të ndjeshmërisë ndaj veprimit të insulinës. Nivelet e insulinemisë janë gjetur normale (8), të larta (2, 9), ose të ulura (cituar nga 2).

Disa autorë (3) kanë vënë re në eksperiment dhe në të sëmurët urémique kronikë se përqëndrimi i glukagonit rritet përkatësisht me retonsinin azotik. Eshhtë vënë re se ulja e nivelit të glukagonit plazmatik, si pasojë e hiperglicemisë në të sëmurët urémique, është më e vogël sesa tek normalët (3). Autorë të tjerë (2, 5, 8) mendojnë se ulja e tolerancës ndaj karbohidrateve në të sëmurët me insuficiencë renale kronike i kushtohet pakësimit të kaptjes së glukozës nga mëlcija, ndërsa ka autorë të tjerë (2), që kanë vënë re se ulja e tolerancës ndaj karbohidrateve në këta të sëmurët i kushtohet pakësimit të kaliumit në organizëm.

Duke i bazuar në të dhënat e punimit tonë, nxjerrim këto përfundime paraprake:

1) Në të sëmurët me insuficiencë renale kronike vihet re ulja e tolerancës ndaj karbohidrateve, që shfaqet me kurbat e glicemisë të tipit diabetogjen, që në rastet tona kanë qënë 70.60% të rasteve.

2) Sipas materialit tonë, ulja e tolerancës ndaj karbohidrateve ka qënë në vartësi të gradës së uremisë. Në të sëmurët me insuficiencë renale kronike të gradës së parë, kurbat e glicemisë të tipit diabetogjen u gjendën në 40% të rasteve, në ata me insuficiencë renale kronike të gradës së dytë e të tretë u gjendën në 82.80% të rasteve.

3) Në të sëmurët me insuficiencë renale kronike, vlera mesatare e glicemisë esëll e kurbave të glicemisë të tipit diabetogjen, tek të sëmurët tanë, ka qënë më e lartë se ajo e kurbave normale, që hasen në këta të sëmurët.

Dorëzuar në Redaksi më 30 mars 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Balestri P.L. e bp.:** Influenza delle tossine uremiche sull metabolismo glucidico. *Minerva Neurologica* 1971, vol. 18, 76.
- 2) **Balodimos M.G.:** Carbohydrate Intolerance in Uremic Patients (Azotemic Pseudo-diabetes). Ne «*Joslin's Diabetes Mellitus. Philadelphia* 1973, 538.
- 3) **Brenner B.M. and Reitor F.:** Carbohydrate metabolism in uremia. Ne «*The Kidney*». Philadelphia 1976, vol. II, 1463.
- 4) **Fajans S.:** Diagnostic Tests for Diabetes Mellitus. Në «*Diabetes*» 1960, 397.
- 5) **Gigli G.:** Aspetti metabolici dell' uremia. *Minerva Neurologia* 1969, vol. 16, 175.
- 6) **Kodra S., Thereska N., Subashi N.:** Anemia gjatë insuficiencës renale kronike. *Buletini I UT — Seria shkencat mjekësore* 1977, 3, 61.
- 7) **Schreine G. E.:** The Nephrotic syndrome. Diabetic Glomerulosclerosis. Në «*Diseases of the Kidney. Second Edition. Boston* 1971, 559.
- 8) **Tchobrusky G.:** Métabolisme du glucose dans l'insuffisance rénale. *J. Urol. Nephrol.* 1968, nr. 4-5, 294.
- 9) **Zullani U. e coll.:** Aspetti del metabolismo glicco-lipidico nella insufficienza renale cronica. *Minerva Neurologica* 1973, vol. 20, 28.

Summary

**METABOLISM OF CARBOHYDRATES IN
CHRONIC KIDNEY FAILURE**

The metabolism of carbohydrates was studied in 17 patients (11 male and 6 female) with chronic kidney failure. In all the cases determinations were carried out of the blood sugar curve (after a charge per os), of blood urea, creatine, electrolytes and the lipidogram.

The study showed that patients with chronic kidney failure (CKF) had a low tolerance to carbohydrates which in 70.6 percent of the cases was manifested by a diabotogenic blood sugar curve.

The intolerance to carbohydrates went parallel with the values of blood urea. Thus in patients with CKF of the first degree, diabotogenic blood sugar curve was found in 40 percent, of the second and third degrees in 82.8 percent of the cases.

Blood electrolytes, cholesterol, triglycerides and phospholipids were within the normal limits in all the examined cases.

Résumé

**LE METABOLISME DES HYDRATES DE CARBONE PENDANT
L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE**

Les auteurs de cette communication ont étudié le métabolisme des hydrates de carbone chez 17 patients (11 mâles et 6 femmes) souffrant d'une insuffisance rénale chronique. A tous les malades ont été effectuées les courbes de glycémie per os; en plus, on a déterminé la présence d'urée dans le sang, on a procédé à l'étude de la créatinine dans l'urine, des électrolytes dans le sang, des lipoprotéines.

De cette étude il ressort que les personnes malades d'insuffisance rénale chronique (I.R.C), avec une courbe de glycémie du type diabétique dans 76% des cas, manifestent une intolérance à l'égard des hydrates de carbone.

Selon les données exposées par l'auteur, l'intolérance à l'égard des hydrates de carbone est en fonction du degré d'urémie. Ainsi, chez les malades d'I.R.C du premier degré ont été relevées des courbes diabétiques dans 40% des cas et chez ceux du deuxième et troisième degré dans 82,8% des cas en moyenne.

Les électrolytes dans le sang, les cholestérols, les triglicérides et les phospholipides ont été trouvés dans les limites de la norme.

VLERËSIMI I METODËS HISTOENZIMOLOGJIKE NË DIAGNOSTIKËN DIFERENCIALE TË SËMUNDJES SË MEGAKOLONIT AGANGLIONAR KONGJENTIAL

— LUTFI ALIA — ELEONORA PAVLI — MUJET AIKKAJ —

(Katedra e Anatomisë Patologjike, e Mjekësisë Legjore dhe e
Kirurgjisë speciale)

Megakoloni aganglionar, ose sëmundja e Hirschprung, është patologji kongjenitale, që prek kryesisht zorrën e trashë me një shpeshësi nga 1 në 2500 deri 1 në 5000 lindje (1). Kjo sëmundje prek më shpesh fëmijët e seksit mashkull, që përbëjnë mbi 80% të rasteve (2, 3).

Mungesa kongjenitale e ganglioneve nervore të Auerbahut dhe Meisnerit, në sëmundjen Hirschprung, megjithëse në shumicën e rasteve kanë karakter segmentar, mund të prekin të gjithë sektorët e zorrës së trashë, madje, në raste të rralla, kjo patologji prek edhe zorrën e hollë (6).

Për diagnostikimin e kësaj sëmundje, krahas kuadrut klinik, rëndësi ka dhe biopsia e kolonit, nga vlerësimi i së cilës përjashtohet ose vërtetohet karakteri kongjental i kësaj sëmundje (1, 2, 4, 6, 7).

Për të mënjeluar gabimet e mundshme në diagnostikimin e biopsive të kolonit, disa autorë (4, 7) rekomandojnë përdorimin e reaksioneve histokimike për diagnozën e përpiktë të megakolonit aganglionar kongjental.

Këto metoda bazohen në përcaktimin e aktivitetit të fermenteve acetilkolinesterazës dhe kolinesterazës. Duke vlerësuar sasinë dhe cilësinë e këtyre mediatorëve të elementeve nervorë, mund të përjashtohet ose të miratohet mendimi i klinicistit për megakolon aganglionar kongjental.

KRITERET HISTOENZIMOLOGJIKE TË METODËS

Mediatori i mbaresave nervore, acetilkolina hidrolizohet në organizëm deri në acid acetik dhe në kolinë. Fermenti që zbërthen në mënyrë specifike acetilkolinën është acetilkolinësteraza, që quhet dhe kolinëseraza e vërtetë. Zbërthimi i këtij mediatori ndodh edhe nga veprimi i fermenteve të grupit të pseudokolinesterazave, që quhen kolinesteraza ose esterazat jospecifike. Këto të fundit përbëjnë grupin e dytë të fermenteve, që zbërthejnë gjithë esteret e kolinës (8, 9, 12).

Për të përcaktuar aktivitetin e këtyre fermenteve përdoren disa metoda histoenzimologjike si ajo me natyrl acetat, metoda e Snell, e Gormit apo metoda e Kelle etj. Duke u bazuar në rezultatet e sigurtat që janë marrë (4, 7), si dhe për kohën e shkurtër dhe tepër praktike të përgatitjes së seksioneve, ne preferuam dhe zbatuam metodën me alfà-natyrl acetat. Parimi i përcaktimit të aktivitetit të esterazave jospecifike me këtë metodë bazohet në këto kritere:

Fermentet që ndodhen në organizëm janë në sasira shumë të vogla

dhe përcaktimi i tyre, nga ana sasiore, është tepër i vështirë, prandaj për ato gjykohej, duke u bazuar në veprimin biokatalitik mbi substratin e tyre (8, 9).

Kryerja teknike e kësaj metode bazohet në këto procedura:

— Merret biopsia që përfshin të tre shtesat e kolonit dhe vendoset menjëherë në një enë me akull në temperaturë plus 2°C — plus 4°C, ku ruhet dhe dërgohet menjëherë në laboratorin e Anatomisë patologjike.

— Seksionet priten në kriostat (— 20°C) me një trashësi 10–15 mikron. Pasi vendosen në xhamin shtrues, fulet në kamerën që përmban substratin dhe libet në termostat në temperaturë plus 24°C për 1–15 minuta. Përfundimisht, seksioni montohet në glicerinë-xhelatinë dhe ekzaminohet në mikroskop.

Rezultati: lokalizimi i esterazave jospacificke aktive paraqitet në trajtë depozitimi kokrizash të imta në ngjyrë kafe gështenje.

MATERIALI DHE REZULTATET

Duke u bazuar në vlerat diagnostikuese të kësaj metode histoenzimologjike ekzaminuam biopsitë e kolonit të dërguara nga klinika e III kirurgjikale e spitalit klinik nr. 2, të dyshimta për megakolon aganglionar kongjental.

Materiali përfaqësohej me analizën e 10 rasteve, nga të cilët 9 meshku dhe 1 femër, që përfshijnë moshën dy muaj deri në 15 vjeç.

Klinikisht, segmenti i ngushtuar paraqitej me vendosje rektosigmoide 8 raste dhe me lokalizim në rektum 2 raste.

Biopsitë e kolonit të dërguara nga klinika iu nënshtruan menjëherë kërkimeve histoenzimologjike me alfa-natryl acetat për të përcaktuar aktivitetin e esterazave jospacificke në qelizat e ganglioneve nervore intramurale. Gjithashtu në një kohë të mëvonëshme, këto preparate u ngjyroshën me hematoksilinë eozinë për të ekzaminuar në përgjithësi të tre shtesat e parentit të kolonit.

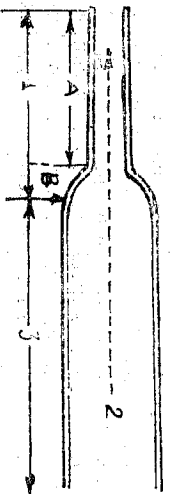
Nga ekzaminimi histoenzimologjik rezultoi se vetëm 7 raste ishin megakolone aganglionare kongjenitale, ndërsa 3 raste të tjera, në të vërtetë ishin megakolone të formës së fituar (dytësore).

Në grupin e rasteve me megakolon aganglionar kongjental, biopsia u muarr në 4 prej tyre vetëm nga segmenti i ngushtuar, ndërsa në 3 raste të tjera u muarr njëkohësisht material nga pjesa e ngushtuar ashtu edhe nga pjesa e zgjeruar.

Hulumtimet për të caktuar aktivitetin e esterazave jospacificke në pjesën e ngushtë të kolonit, në 7 raste dhanë rezultate negative (fig. 1). Agangenzia e qelzave nervore në pleksuset e Auerbahut dhe të Meisnerit shprehet me mungesën e mediatorit si dhe të enzimave hidrolizuese përkatëse, kështu që në kërkimet histoenzimologjike u përfituan rezultate negative. Shtresa muskulare e segmentit të ngushtë paraqitej në tërësi në gjendje hipoplazike.

Ekzaminimi histoenzimologjik i pjesës së zgjeruar në 3 raste ka ndihmuar në përcaktimin e sektorit të kolonit, që përmban ganglione nervore mioenterike. Në këtë nivel është përdorur rezeksion i kolonit për të korrigjuar defektin kongjental.

Në segmentin e zgjeruar të kolonit, aktiviteti i esterazave jospacificke rezultoi pozitiv. Alfa natryl acetat, duke hyrë në reaksione me enzimën



1. Segmenti aganglionar

A. pjesa e ngushtuar (aganglionare)

B. pjesa kalimtare (aganglionare)

2. Hapësira e kolonit

3. Segmenti i zgjeruar

hidrolizuese të qelizave nervore, krijoi një komponim të përbërshëm, me ngjyrë kafe gëshenje, që vendosej intragelizor. Përkësisht në ekzaminimin mikroskopik ndërmjet shtresës muskulare gjatësore dhe rrethore, u vunë re qeliza nervore, me pamje vezake, të ngjyrosura kafe gëshenje, të vendosura njëra pranë tjetrës në shromën e ganglionit (foto 2). Intensiteti i ngjyritit të këtyre qelizave nuk është i njëjtit, por ndryshon nga ganglioni në ganglion, madje dhe në vetë ganglionin. Këto varen nga fazat e aktivitetit funksional të këtyre qelizave nervore (4, 7).



Fig. 2. — Mikrofoto nga segmenti i ngushtë aganglionar. Ndërmjet shtresës muskulare cirkulare dhe longitudinale mungojnë qelizat e ganglioneve nervore. Preparati është ngjyrosur me naphthyl acetat dhe aktiviteti i esterazave jo-spezifike rezulton negativ.

Duke iu nënshtruar ushtrimit të vazhdueshëm të presionit mekanik të materialeve fekale, nga cregullimet e shkëmbimit të lëndëve, nga aktivizimi i florës bakteriale në të 3 raset, pjesa e zgjeruar e zorrës kish pësuar ndryshime dytësore të shprehura me deskuamim të epitelit, hipersekrecion mukoid, edemë të mukozës si dhe me zhvillimin e infiltrateve limfoplazmocitar. Këto dëmtime u vlerësuan nga ekzaminimi i preparateve të ngjyrosura me hematoksilinë eozinë.

Dukuritë inflamatore, në të 3 raset, i përkisnin moshës mbi 5 vjeç, ku cregullimet kronike të tranzitit kishin favorizuar lindjet e tyre. Mulskulatura e segmentit të zgjeruar ishte hipertrofike.

Në 3 raset që i diagnostikuam si megakolone të finuar (dytësore) me biopsi të marrë pikërisht në segmentin e ngushtuar, në ngjyrimin me alfa nafthyl acetat, ganglionet nervore ishin të pranishme (foto 3, 4).

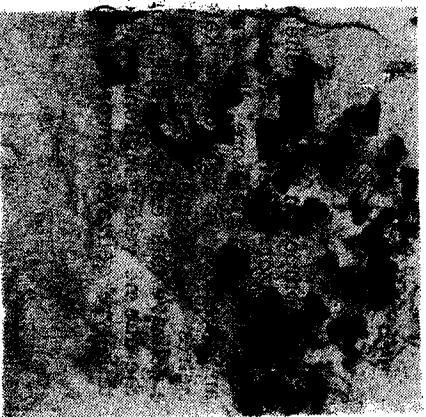


Fig. 3. — Mikrofotio nga segmenti i ngushtë i rasis me pseudohitshprung. Në ngjyrimin me nafthyl acetat, aktiviteti i esterazave jospeçifike rezulton pozitiv.



Fig. 4. — Rasti i dytë me pseudo-hitshprung. Në segmentin e ngushtë, në ngjyrimin me nafthyl acetat, aktiviteti i esterazave jospeçifike rezulton pozitiv. Zmadhim x 400.

Kërkimet histoenzimologjike për të përcaktuar aktivitetin e esterazave jospeçifike dhanë rezultate pozitive, ku qelzrat nervore ishin të ngjyrosura në kafe gëshvenjë me intensitet të ndryshëm.

Ndërsa në formën aganglionare, kërkimet për të përcaktuar aktivitetin e esterazave jospeçifike rezultuan negative, sepse mungonin enzimat hidrolizuese të mediatorëve nervorë, në grupin e dytë, megjithëse segmenti i kolonit ishte i ngushtuar dhe shogërohej me sindromën megakoloni, ganglionet nervore ishin të ruajtura dhe kërkimet histokimike ishin pozitive.

Prania e ganglionëve nervore të Auerbahut dhe të Meisnerit në segmentin e ngushtuar të zorrës përjashtonin hartyrën kongjentalë të megakolonit. Me hematoksilinë eozinë, lezionet e mukozës së segmentit të ngushtuar të kolonit ishin më të shprehura dhe kishin karakterin e

erozioneve 2 raste dhe ulceracion 1 rast, të shogëruara me dukuri inflamatore limfoplazmociare.

Në vlerësimin e ganglioneve nervore në preparatet e ngjyrosura me hematoksilinë eozinë për të 3 rastet ndërmjet shtresës muskulare gjatësore dhe rrethore, elementët qelizorë të ganglioneve nervore nuk mund të vlerësoheshin, sepse lezionet inflamatore ishin shumë të avancuara.

Diagnoza e megakolonit dytesor këtu bazohet vetëm nga vlerësimi i metodës histoenzimologjike.

PERFUNDIME

1) Përcaktimi i aktivitetit të esterazave jospacificke provohet si mënyrë e thjeshtë e praktikke për të diagnostikuar megakolonin aganglionar kongjenital.

2) Kjo metodë kryhet extempore (5-15 minuta), duke ndihmuar klinikën kirurgjikale në përcaktimin intraoperator të diagnozës dhe të nivelit të rezekcionit të kolonit.

3) Në kriteret e kësaj metode përshkruhen dhe kërkimet histoenzimologjike të përgjendruara vetëm në ekzaminimin e mukozës për ganglionet nervore të shtresës muskulare të submukozës. Ky material biopsik është i njëjtueshëm, pa gënë e nevojshme të merren të tre shtresat e kolonit, që është një ndërhyrje traumatike dhe me prishje të tërësisë anatomike të paretit.

Dorëzuar në Redaksi më 25 qershor 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Altkaj M.**: Megakoloni kongjenital. Punime kirurgjikale 1977, 2.
- 2) **Bekteshi S.**: Megakoloni aganglionar. Pediatrisia, Tiranë 1974, vol. I, 451.
- 3) **Bieri P.**: Sëmundja Hirschprung. Patologia morfologjike, Tiranë 1975, Botim i dytë, 542.
- 4) **Farah P. et coll.**: Méga-côlon de l'adulte. A propos d'un cas. Discussion ethnopathogénique de l'aganglionase. Annales de Chirurgie 1979, Vol. 33, 4, 287.
- 5) **Kato G., Agid Y.**: Les récepteurs de l'acétylcholine. La nouvelle Press Médicale 1979, 29, 2407.
- 6) **Lamonnier R., Martin E.**: La maladie de Hirschsprung. Në librin: «Anatomie Pathologique» 1970, 888.
- 7) **Lebeuwl G., Scheiner G.**: La maladie de Hirschsprung du nourrisson — problèmes anatomo-pathologique. Chirurgie pédiatrique 1978, Vol. 19, 1, 43.
- 8) **Lillei D.R.**: Histopathology Technic and Practical Histochemistry. London 1965, 352.
- 9) **Lejtes I.F., Fuks B.B.**: Esterazet, Në librin: «Principji i metodi citohimjëskevo analiza v patologji». Medicina 1971, 201.
- 10) **Porter L.E.**: Hirschprung's Disease or Megacolon. Në librin: «Pathology of the fetus and infant». Chicago 1971, 198.

- 11) **Robins S.**: Hirschprung's Disease. Né Ibrin: «Textbook of pathology». Philadelphia & London 1966, 686.
- 12) **Broku Č., Pavli E.**: Histoenzimologija, esterazat. Né Ibrin: «Teknika Histopatologije». Tiranë 1979, 308.

Summary

HISTOENZYMOLOGICAL DIAGNOSIS OF CONGENITAL AGANGLIONIC MEGACOLON

The paper discusses the usefulness of biopsy of the large intestine in the diagnosis of idiopathic congenital aganglionic megacolon and the importance of histoenzymological methods as diagnostic methods of higher precision.

The method was applied in 10 cases with clinical diagnosis of the Hirschprung's disease (congenital aganglionic form). In 7 cases the histochemical changes confirmed the diagnosis, but the remaining 3 cases proved to be pseudo-Hirschprung (secondary acquired megacolon).

In the discussion of the results, the paper underlines the diagnostic value of the method using naphthylacetate for the determination of nonspecific esterase activity.

Résumé

LE DIAGNOSTIC HISTOENZYMOLOGIQUE DU MEGACOLON AGANGLIONNAIRE CONGÉNITAL

Dans cet article, les auteurs relèvent l'utilité de la biopsie du gros intestin dans le diagnostic du mégacolon idiopathique aganglionnaire congénital ainsi que l'importance des méthodes histoenzymologiques en tant que méthodes de diagnostic de haute précision.

En effet cette méthode a été appliquée dans 10 cas de la maladie de Hirschprung. Dans 7 cas les changements histochimiques ont confirmé le diagnostic, mais dans les autres 3 cas ils ont révélé une pseudomaladie de Hirschprung (mégacolon secondaire acquis).

Analysant les résultats obtenus, les auteurs soulignent la valeur diagnostique de la méthode qui utilise l'acétate de naphthyle pour la détermination de l'activité des estérases non spécifiques.

MBI LIDHJET MJEK — FARMACIST DHE DOMOSDOSHMERIA E FORCIMIT TË TYRE

— GJERGJI MINGA —

(Katedra e Fizilogji-Biokimi-Farmakologjisë)

Në roje të shëndetit të popullit sot shërben një armatë e tërë punonjësissh, midis të cilëve janë: mjekë të specialiteteve të ndryshëm dhe farmacistë.

Të dy palët janë shërbëtorë të popullit në fushën e mbrojtjes së shëndetit. Edhe historikisht, ashtu si mjekësia, farmaceutika e ka zanafillën në lashtësi, atëhere kur njeriu, si gënie shoqërore, u nda nga bota e kafshëve. Në luftën e vet për ekzistencë, njeriu kërkoi e gjeti mjete që ia shëronin plagët, apo sëmundjet e ndryshme. Në atë kohë ai ishte njëkohësisht «mjek» dhe «farmacist». Dhe ky njeri, kërkimtar nga natyra e vet, i transmetoi dhe i pasuroi brez pas brezi njohuritë e veta në këtë fushë.

Zhvillimi i vullshëm i shkencave biologjike dhe kimike, sidomos në shekullin e kaluar, bëri që në gjirin e tyre të lindin shumë disiplina shkencore të reja dhe, në këtë kuader, edhe një sërë disiplinash farmaceutike. Si rezultat i punës së madhe të farmacistëve dhe mjekëve u krijua një arsenal i pasur barnash e preparatesh, i cili gjithmonë pasurohet e freskohet. Me ndihmën e një arsenali të tillë, mjekësia sot ka marrë guximin të hidhet në luftë me sukses kundër shumë e shumë sëmundjeve. Dhe përsëri shëmbulli më i mirë është në mjekësinë tonë të pas Çlirimit.

Nga puna e madhe e punonjësve të shëndetësisë, të armatosur me një arsenal të tillë barnash e preparatesh, u vurrë «në muzeum» sëmundje të tilla — plagë shoqërore — si malarja, sifilizi e trakoma; tuberkulozi kaloi nga vendet e «nderit» në tabelën e sëmundjeve (nder që ia siguronin regjimet antipopullore dhe pushtuesit gjakatarë), në vendet e fundit, efi. Shteti i ynë, i diktaturës së proletariatit, e ka njeriun si kapitalin më të çmuar dhe interesimi i tij i pashëmbullit në fushën e mbrojtjes së shëndetit të popullit solli rezultatet e mëdha të mjekësisë sonë në luftimin e shumë sëmundjeve, që ishin njëkohësisht edhe plagë shoqërore të së kaluarës së hidhur.

Në fushat e ndryshme të mjekësisë duket gartë domosdoshmëria e qëndrimit harmonik pranë njëri-tjetrit i disiplinave farmaceutike dhe mjekësore; studjohen sëmundje, zbulohen sindrome e mekanizma patologjike dhe gjithmonë, krahas tyre, kërkohen dhe gjenden edhe mjetet për luftën kundër tyre. Studjohet e eksperimentohet në mjekësi, e njëjtë gjë bëhet edhe në farmaci; eksperimentimi dhe pasuritimi i përvojës është tipari dallues në mjekësi e farmaci. Këto dy simotra lindën së

bashku dhe ecin së bashku. Kjo është domosdoshmëri në dobi të qëllimit përfundimtar — mbroftjes së shëndetit të popullit.

Kapitalizmi është munduar që edhe mjekësinë e farmacinë t'i futë në ingranazhet e veta, ku përjashtohet çdo gjë humanitare e ku sundon ligji i xhunglës. Në botën e kapitalit, në vendet borgjezo-revizioniste, ku çdo gjë shihet nën prizmin e fitimit, biznesit e grabitjes, edhe lufta për shëndetin e njerëzve është shndërruar në një biznes çnjerëzor të pasqartë pull.

«Borgjeria monopoliste, e shtyrë nga etja e pangopur për fitime, shndërron në kapital çdo burim të njerëzve monetare përkohësisht të lira, siç janë kuotat e lëna për pensione nga punonjësit, kursimet e popullsisë etj... Qindra milionë vetë torturohen nga ankthi i pasigurisë për të nesërmen» (1).

Në botën kapitaliste «industria e kujdesit për shëndetin» ku përftshihet edhe industria farmaceutike, është përqendruar në duart e 20 shoqërive shumëlombëshe, nga të cilat 9 janë amerikane, 4 gjermanoperë, ndimorre etj. Këto shoqëri ruajnë çmime monopol gjithmonë në rritje e njëkohësisht kryejnë spekulime të rrezikshme për jetën e njerëzve. Në botën e kapitalit mbretëron ligji i fitimit maksimal, i cili ka përftshirë edhe shërbimin shëndetësor, si një «industri» të grabitjes së njerëzve (6). Spekullohet me efektet «gudibërëse» të mjaft medikamenteve, çmimet e të cilave arrijnë në shifra shumë të larta, por që rekomandohen nga mjekët për hir të rryshfeteve të mëdha që sigurojnë nga drejthesit e firmave farmaceutike (6).

Sëmundjet janë bërë tmerr për punonjësit që kanë si mall të tyre krahun e punës. Njeriun e sëmurë, familjen e tij e rrjepin njëllëj si mjeku që i kërkon për një vizitë apo trajtimin shuma të mëdha, ashtu dhe farmacisti, i cili i shet barnat me çmime gjithmonë në rritje. P.sh. në SHBA gjatë vitit 1979 çmimet e shërbimit mjekësor u rritën 3 herë më shumë në krahasim me një vit më parë (4), në R F Gj në fund të vitit 1979 ilaçet ishin 150/0 më të shtrenjta se një vit më parë (3, 6), sot në Itali çmimet e ilaçeve janë 400/0 më të larta në krahasim me vitin 1970 (6) etj.

Maskës «humanitare» që përpiqen t'i vënë këtij biznesi të ndyrë, biznesmenët me bluza të bardha, i ka dalë boja. *Ja të tilla janë marrëdhëniet mafioze mjek-farmacist në botën e kapitalit.* Në shtypin botëror herë pas here dalin fakte ngjehëse me thelbin çnjerëzor e shtazak të tyre. Shumica dërmuese e masive punonjëse jo vetëm në vendet koloniale e të prapambetura të Afrikës, Azisë e Amerikës Latine, por edhe në vetë metropolet, popullata e bidonvileve dhe e fshatrave të zhyturë në mjerim, ndrytësi e sëmundje, është privuar nga mundësia për të marrë ndihmën mjekësore të duhur, si dhe mjeket medikamentozë përkatëse. Sot për sot në të gjithë botën rreth 1,6 miliard njerëz nuk kanë asnjë mundësi të marrin ndihmën mjekësore elementare (6). Sëmundja e një pjesëhari të familjes do të thotë shtatërrim ekonomik i saj-vdekje.

Biznesmenët mjekë lidhen me farmacistët me lidhje mafioze, në konkurrencë me një grup tjetër mafioz me bluzë të bardhë. Firmat farmaceutike prodhojnë barna dhe jo rrallë janë të bindura në mungesën e efikasitetit të tyre dhe, madje në dëmin e tyre, megjithatë, për hir të fitimit, bashkëpunojnë me mjekë profesorë e klinika, që, gjithashtu për

hir të fitimit, janë të gatshëm të bëjnë të zezen të bardhë. Mjekë të vegantë i dërgojnë të sëmurët, pasi i zhvatën vetë, në farmaci të çaktuara për t'u dhënë edhe atyre «pjesën» që lu fazon në këtë grabitje të shumëfishtë. E në shumë raste merren barna të kota, të shtrenjta e pa efekt qmadje të dëmshme. Kështu ka qënë tek ne në të kaluarën, kështu është sot në vendet e botës kapitaliste.

Kështu kolegji farmaceutik i universitetit të shtetit Ohajo (SHBA) ka treguar se përdorimi i kimio preparateve ishte racional vetëm në 13⁰/₀ të rasteve, i dyshimtë në 22⁰/₀ dhe i papërshtatshëm, i dëmshëm në 65⁰/₀ të rasteve (1975 — cituar nga 5). Është e qartë se një terapi e tillë medikamentoze, e pa bazuar, shkakton dukuri patologjike suplementare, që gjithashtu kërkojnë nga ana e tyre mjekim. Fusha e biznesit rritet. Dhe shembuj të tillë ka plot. Shtj vë në dukje shypji italian, në Itali nga të 15.000 artikujt farmaceutikë që shiten në treg, rreth 3/4 e tyre janë të papërshtatshëm, ose krejtësisht të panevojshëm, për të mos thënë të dëmshëm (3). Sot në botë janë në shifra mbi 100.000 medikamente të llojeve të ndryshme, ndërsa Organizata Botërore e Shëndetësisë bënte të dihur para pak kohe se shumica e sëmundjeve më të përhapura mund të shërohen me jo më tepër se 200-400 ilaçe (6).

Në këtë kuadër të zymtë të xhunglës borgjeze lindi dhe koncepti, deri diku i zbutur, se «farmacisti është një shitës me kulturë». Do të ishte më e plotë të thuhet se në botën e kapitalit, si farmacisti ashtu dhe mjeku detyrohen të jenë «matrapazë me shkollë» që arrijnë edhe tregëtarë të drogave etj. etj.

Në vendin tonë nuk ka as edhe një premisë për një gjë të tillë, sepse në familje e në shkollë, qysh në çerdhe e kopësht, njerëzit tanë edukohen që t'i shërbejnë me devotshmeri popullit dhe kur këta njerëz dalin kuadro nga gjiri i këtij populli, gofshin edhe mjekë apo farmacistë, ata i qëndrojnë besnikë edukatës së tyre, popullit e Partisë që i rriti e i edukoi.

Mjeku e farmacisti gjithmonë e më shumë duhet të bashkëpunojnë midis tyre, në dobi të punës, për të qënë plotësisht të devotshëm për besimin që lu ka dhënë Partia, shteti, populli, në roje të mbrojtjes së shëndetit.

Përdorimi i barnave, e sidomos i kimio preparateve e antiobiotikëve nuk është një punë mekanike, e bazuar në fletëndikacionin që e shogëron atë. Mjekimi është kulturë, ai kërkon horizont të gjërë merrdimi e gjykimi dhe jo skematizëm të miratuar dikuj, apo të nxjerrë nga tekste apo leksione. Mjekimi ndikohet shumë nga Revolucioni tekniko-shkencor në mjekësi e farmaci sepse ky revolucion

— nga njëra anë zbulon shkage, hallka e mekanizma sëmundësish, krijon modele të tyre, hedh poshtë koncepte të vjetëruara e të pabazuara e gon përpara gjykimin mjekësor për një diagnostikim sa më të bazuar.

— nga ana tjetër i armatos mjekët me një arsenal mjëtësh e medikamentësh, që gjithmonë pasurohet, frekshohet e përsohet.

Sot për gjtësinë e mjekimit «nuk ka shumë ankessa», ndërsa për thellësinë e tij kërkohet bashkëpunimi i ngushtë i mjekëve midis tyre dhe me farmacistët. Mjeku kur mjekon një njeri të sëmurë, nuk do të mjekojë vetëm një copëzë, një fragment të atij njeriu, që «nuk funksionon në rregull», por do të mjekojë të sëmurin në tërësi, me vegoritë e

veta si gënie shoqërore e biologjike. Mjekimi kërkon takt, nishtë, gjykim, ndjekjen e harmonisë, prandaj ai është krijimtari ku shkrihen novatorja e tradita, përvoja, gjykimi dialektik, në mënyrë që medikamentet të mos e prishin ekuilibrin në jetën e njeriut, goftë ky edhe i sëmurë. Një mjekim i pabazuar, skematik fsheh brenda potencën për të shkatëruar dëmin (kuqtojmë këtu parullën e vjetër të mjekësisë: «të paktën mos dëmto»), fjala vjen shfaqet rezistenca ndaj antibiotikëve, shfaqje të sëmundjes medikamentoze etj. Zbatimi i mjekimit kërkon njohje sa të jetë e mundur më të thellë të të sëmurit.

Dihet se në mjekësi ka edhe gabime, goftë në vënien e diagnozës, goftë në mjekim.

Për parandalimin e gabimeve, një ndihmës i mirë për mjekun është farmacisti.

Aplikimi mekanik i mjekimit sipas skemash standarde nuk është gelësi që do të hapë rrugën drejt shërimit, sepse edhe njeriu nuk është diçka mekanike si brava. Çdo i sëmurë ka veçoritë e veta në jetën e vet dhe në patologjinë e vet, po ashtu çdo medikament nuk shkon e ngulet si gozhdë për të mbërthyer të çarën patologjike, diku në organizëm. Ai do të hyjë do të qarkullojë në organizëm, do të metabolizohet, do të ndërhyjë vetë në hallka të veçanta të metabolismit në makroorganizëm, do të eliminohet. Edhe barnat e veprimt lokal e kanë në thellb të tyre veprimin e përgjithshëm. Dhe ky veprim i medikamenteve, me veçoritë e tyre, me gjithë këtë gamë bashkëveprimi me makroorganizmin, mikroorganizmin, parazitin etj, do të shprehet së fundi në efektin e asaj terapie medikamentoze tek i sëmururi. Është e kuptueshme se këto larnal dukurish e veçoritë të medikamenteve i njëh më mirë farmacisti, prandaj është dialektike që të forcohet bashkëpunimi midis mjekëve dhe farmacistëve.

Edhe po ta marrim thjesht nga ana e të sëmurit, farmacisti është një mjek «sui generis» që, në vend të shtratis të të sëmurit, ka laboratorin e vet. Edhe ai bën «vizitë» mjekësore ashtu si mjeku, veçse këtë vizitë e bën (e duhet ta bëjë gjithmonë e në mirë) nëpërmjet recetës që ai ekzekuton në farmaci. Si të thash ai bën epillogun e vizitës së të sëmurit, megjithëse pa stetoskop. Kur ai sheh, fjala vjen, se në recetë jepet strofantinë, nënkupton se i sëmururi ka insuficiencë energjike të miokardit, e përfytyron atë të sëmurë dhe përfundon «vizitën» e të sëmurit, duke i dhënë atij mjekim konkret për mënjanimin e kësaj insuficience.

Veç kësaj, «mjeku» farmacist duhet të dijë të mjekojë një urgjencë.

Farmacisti e di mirë se në ç'mënyrë hyjnë në me lehtësi barnat në organizëm, me çfarë duhen shogëruar për t'u rritur efekti i tyre apo për të minimizuar dëmin, si duhen marrë në raport me ushqimin apo me «orët biologjike» të organizmit etj. Kështu që mjeku i çdo specialiteti hyn nëpërmjet punës së tij në hallkat e procesit patolojik dhe jep barnat të regjistruara në recetë, ndërsa «mjeku» farmacist i konkretizon me hollësi se si, kur e me çfarë do t'i marrë i sëmururi ato që i rekomandon mjeku, konsultohet dhe e korrigjon atë në dozë e në kombinime të përpiktatshme medikamentesh etj. P.sh. një pediatër do të luftojë rakinin tek një fëmijë dhe i cakton, ndër të tjera, vitaminën

A + D me pika dhe kalcium. Duke njohur me detaje veçoritë e këtyre dy medikamenteve, farmacisti e këshillon familjarin e fëmijës që vitaminën A + D (liposoluble) ta marrë, fjala vjen, me qumësht apo me ushqim gjydror, i cili do të ndihmojë vitaminat e përmëndura të hyjnë në organizëm, ndërsa po të jepet në rrethana të tilla dhe kalciumi, ai pohnajse nuk do të asimilohet e do të flakët jashtë me fekalat. Kjo do të ndodhë sepse ai do të lidhet me acidet gjydroro, duke e shndërruar në sapun kalcik të patreishëm e të patihshëm për organizmin. Prandaj farmacisti do të këshillojë që kalciumi të merret 1-2 orë larg ushqimit.

Ose farmacisti, duke ditur «orën biologjike» të prodhimit të kortikosteroidëve në organizëm, rekomandon që doza më e madhe e preparatëve kortizolitikë të jepet në mëngjes, kur organizmi është më i varfër me to, ndërsa për antibiotikët rekomandon ndarjen e tyre të barabartë gjatë ditës në mënyrë që përqëndrimi i tyre në gjak të qëndrojë brenda vlerave të duhura terapeutike. Me që ra fjala për antibiotikët, duke njohur sinergjizmin dhe antagonizmin e tyre, farmacisti bën konsultime e korrigjime të duhura në receta të lëshuara prej ndonjë mjeku para ndonjë rasti urgjent me një infektion të rëndë. Ka raste, ndonëse shumë të rralla, që para gjendesh të tilla, mjeku rendit në receta të gjithë antibiotikët që mban mënd dhe këto të lëshuara prej ndonjë mjeku para ndonjë rasti urgjent me një infektion të rëndë. Ka raste, me vitamina (pra me koenzimat e biokatalizatorëve të reaksioneve të metabolismit), «Mjeku» farmacist, në konsultë me mjekun (kur ka mundësi) ose me iniciativë, në bazë të njohurive që ka, paktëson «listën» e antibiotikëve të recetës për të *shkur* efektin. Dhe me qëllim profilaktik i këshillon edhe shoqërimin me vitamina etj. për të parandaluar një disbakteriozë, kandidozë etj. Edhe në këtë bashkëveprim mjek-farmacist, qëllimi është i njëjtë: të rikthehet njeriu i sëmurë shëndoshtë e mirë në gjirin e shoqërisë.

Në fushën e profilaksisë detyra e rëndësishme e farmacistit nuk qëndron vetëm në këtë anë. Krahas mjekut, edhe ai duhet të bëhet gjithmonë e më mirë propagandist për parandalimin e shumë sëmundjeve, për flakjen e zakonave prapanike, që mbartin rrezikun për shumë sëmundje dhe për zbatimin e masave profilaktike, të paktën të profilaksisë medikamentoze. I lidhur me popullin të cilit i shërben, ai duhet të kujdeset p.sh. për vitaminizimin e rregulltë të fëmijëve, të nënave, të grave shtatzëna, për fluorizimin etj. Dhe në këtë kuadër ai duhet të kujdeset që farmacia e tij gjithmonë të jetë e kompletuar me mjete të tilla sa profilaktike aq dhe kurative. Farmacisti ka po aq njohuri sa mjeku, në mos më të mëdha për «pasuritë» ushqimore e vitaminike të produktëve ushqimorë dhe me durim e këmbëngulje, duke u ulur gju më gju me popullin, krahas mjekut, të bëhet përcues i traditës për të përdorur një ushqim sa më të larmishëm, për të thyer këshutu koncepte e zakone të këqija, të trashëguara nga errësira e së kaluarës.

Një anë tjetër ku duhen foruar marrëdhëniet mjek-farmacist është fusha e mjekësisë popullore». Duhet thyer koncepti se «ka ikur koha e bimëve dhe metodave popullore», sepse me to shqiptari ndër shekuj ka mjekuar, mes gërkhëve të maleve kreshnike, njerëzit e vet dhe luftëtarët e plagosur e të sëmurë. Barnat e metodat e mjekësisë popullore duhen studjuar me seriozitet e përgjigjësi shkencore dhe, pasi të gërohen prej mjeteve të këqija të pabazuara e sharlarinizmave, të

pasurojnë fondin e mjekimit në përgjithësi, sepse janë një pasuri e madhe. Ato janë e duhet të bëhen nga ndihmëset më të mira të mjekimit modern, ndërsa në patologji të lehta mund të shërbejnë edhe si mjete parësore të mjekimit. Kjo detyrë e përbashkët e mjekëve dhe farmacistëve është në përputhje me vendimet e Plenumit të 11-të të RQ të PPSH (viti 1971), ku thuhet: «Të studjohet e organizohet puna për zgjerimin e gamës së prodhimave farmaceutikë, duke u mbështetur në florën e pasur të popullit tonë, si dhe në zhvillimin e industrisë sonë kërmike... (2). Të studjohet me vëmendje përvoja e mjekësisë sonë popullore për t'u përdorur me sukses në shërbim të popullit, në kombinim me metodat moderne të shëndetësisë» (2).

Kjo detyrë kërkon që «në punën studimore të përfshihen jo vetëm kuadrot e institucioneve qëndrore të shëndetësisë, por edhe kuadrot që punojnë në institucionet e rrethit dhe të fshatit» (2). Dhe për mendimin tonë, këtu rolin më të madh e kanë farmacistët, jo vetëm për hapjen e përdorimit e tyre në popull, por edhe për të thyer konceptin e shumë mjekëve që as i njohin e as duan t'i njohin. Për shumë metoda të vecanta të mjekësisë popullore, me interes të madh praktik, fjala vjen për mjekimin e djeqleve, plagëve etj etj, fjalën e parë duhet ta thonë farmacistët e, mbi këtë fjalë, mjekët të kryejnë punën e tyre me cilësinë e hulumtimit. Kordinimi e harmonizimi i punës së të dy palëve do ta ngrejë nivelin e studimeve në këtë fushë të mjekësisë sonë më rëndësi e leverdi të madhe.

Barnat e mjekësisë popullore që përgatit «Profarma» nuk duhet të mungojnë në farmacitë tona dhe për popullarizimin e tyre, farmacistët e mjekët duhet të gjejnë forma e metoda pune sa më frutdhënëse.

Në të vërtetë farmacia duhet të jetë vendi që duhet të shkellet më shumë se prej kujido, prej mjekëve. Kjo duhet të bëhet shprehri e punës të tyre, sepse sjell vetëm dobi. Aty mjeku njihet me barnat e reja, diskuton me kolegun e vet farmacist për përdorimin e tyre, njihet me fondin medikamentoz të farmacisë, me barnat që kanë qarkullim të ngadalshëm etj.

Bashkëpunimi i tyre i ngushtë do të bëjë që edhe planifikimi për barna, i bërë nga farmacia, të jetë më real, që u përputhet nevojave të vërteta. Kjo kërkon punë të madhe (të paktën në fillim) nga të dy palët. Çdo mjek qoftë në qendrat shëndetësore apo spitalet zonale, apo qoftë edhe specialist në një fushë të caktuar në qendrat e rrethëve, duke njohur mirë popullin që i shërben, specialisti duke pasur të disponuarizuar të sëmuret e vet, e di përfaqësisht se për çfarë barnash ka nevojë, dhe për sasinë e tyre. Në bazë të këtyre nevojave reale e të argumentuara, lufton mandej farmacisti për të siguruar kontigjentet e ilaçeve të nevojshme në farmacinë e vet. Në këtë mënyrë popullit i shërbehet ashtu sig. duhet.

Një bashkëveprim i tillë do të mënjanojë edhe ato pak raste kur mjekët, duke shënuar nëpër recetat e tyre barna që nuk janë në farmaci, krijojnë artificialisht shqetësimet tek të sëmuret apo familjarët e tyre, sorollatje e humbje kohe kot, duke kërkuar barnat në fjalë nëpër farmacitë e ndryshme të rrethit apo deri në rrethet e tjera.

Mjekët duhet të dinë se çfarë barnash prodhon e siguron «Profarma» dhe perspektivat e rritjes së gamës së këtyre barnave. Duke bashkëpunuar ngushtë farmacisti me mjekun, ata do të japin një kontribut të

mirë në kritikën e kësaj game, duke e bazuar atë në mënyrë shkencore. Preparatet e reja (fjala vjen tani së fundi «Lokafarma» që po prodhohet prej «Profarmës») duke u studjuar me rigorozitet nga të dy palët, mbi efektin e tyre në të sëmure të shtruar në spital apo që mund të ndiqen ambulatorisht në poliklinikë e deri në shtëpi, do të kenë një bazë shkencore të përpiktë në përdorimin dhe efektin e tyre, e gjithë kuar mbi përvojën tonë (pa përmëndur këtu shkurtimin e listës së importit). E në këtë kuadër pse të mos organizohen edhe punime apo sesione shkencore të përbashkëta, ku të trihen probleme të caktuara në mënyrë të gjithanshme nga ana e mjekëve dhe farmacistëve. Vlen të shënohet se ka edhe mjekë që përshkrimin në receta të medikamenteve të prodhuar në vendin tonë nuk e venë me emrin që prodhohet, por me emrin e jashtëm, p.sh. valiumin nuk e shënojnë Diazepam etj.

Nuk janë të pakta problemet, që kanë në themel të tyre domosdoshmërinë e bashkëpunimit të mjekëve e farmacistëve. Midis tyre po përmëndim këtu vetëm dy që sot po dalin gjithmonë e më gartë në problematikën mjekësore: papajtueshmërinë e barnave dhe intertërëcën e tyre, goftë mbi analizat e ndryshme biokimiko-klinike, goftë mbi shumë simptoma klinike, të cilat në kompleks, në mjaft raste, e ndryshojnë simptomatologjinë kliniko-laboratorike të sëmundjeve. Sot po rrallohen rastet e të sëmureve me klinikë të sëmundjes ashtu siç paraqitet në tekstet e traktatet dhe kjo, ndër të tjera, edhe për shkak të ndërferimit të sipërmëndur të barnave të ndryshme. Kujtojmë këtu vetëm tabllotë e ndryshuara të mjaft sëmundjeve infektive.

Mjeku mund të diskutojë me farmacistin edhe për mjekimin e të sëmureve të vegantë dhe problematike dhe, si pasojë e këtij diskutimi studimor, përcaktohet një terapi sa më racionale e «fiziologjike». Aty mund të parashtrihen edhe kërkesa për barna të ndryshme, që duhet të sigurohen prej farmacistë në raste të veganta, për mundaësi kombinitresh me forcat e vetë farmacistë, për krijim pomadash, kolivesh, për-zjërtesh etj. Theksojmë këtu se mjekët e kanë shumë më të lehtë përshkrimin e specialiteleve e shumë pak ose rralle përshkruajnë në receta e tyre forma galenike si pluhur, trejësrinë, pomada etj.

Të gjitha këto anë të dobisë së bashkëpunimit mjek-farmacist, sot koha i ngreh në domosdoshmëri. Megjithatë ende janë të pakët mjekët që e kanë bërë shprehni të punës së tyre bashkëpunimin organik me kolegët e farmacistë, por janë të pakët gjithashtu edhe farmacistët që e bëjnë me dëshirë një gjë të tillë. Këtë duhet ta bëjnë edhe mi mirë kuadro të reja që mbahrojnë fakultetin tonë në tri degët e tij (mjekësi, stomatologji dhe farmaci), sepse nga të dy anët, edhe nga mjekët e rinj edhe nga farmacistët, ka ngurime e deri në indiferenctëm për punën e njëri tjetrit, çka është gjithmonë në dëm të të sëmurit dhe të punës. E theksojmë këtë sepse më shumë shkojnë mjekët e bëjnë më rralle. Nuk është mirë të priet «përvoja» që të theksojë edhe domosdoshmërinë e bashkëpunimit. Por këtu ka shumë për të bërë, e tërë edukata ideo-profesionale që merr studenti në fakultet, e cila në hallkat e ndryshme të saj, në të tri degët, duhet të theksojë e të argumentojë domosdoshmërinë e bashkëpunimit mjek-farmacist dhe kjo të mos i lihet vetëm përvojës. Këtu kanë shumë të bëjnë edhe të gjitha hallkat e shërbimit mjekësor, që nga dikasteri, në seksionet e

shëndetësisë, drejtoritë e shërbimeve dhe deri në qendrat shëndetësore e spitalet zonale.

Tek qendrat shëndetësore e spitalet zonale në zonat e thella, bashkëpunimi mjek-farmacist, për mendimin tonë, mund e duhet të konkretizohet edhe në një anë tjetër shumë të rëndësishme, në ndihmën konkrete që duhet të japë farmacisti për përgatitjen e një numëri reagentësh kimikë të thjeshtë, me anën e të cilave mjeku do të mund të kryente një numër të caktuar analizash kliniko-biokimike të thjeshta, por të domosdoshme për të gjykuar mbi gjendjen e të sëmurit. Farmacisti ka përgatitjen e duhur kimike si dhe mjete (peshore, ballon të tartuar, apo cilindra të graduara etj.), ndërsa mjeku është në gjendje të kryejë disa analiza të thjeshta e që nuk kërkojnë aparaturë, të nevojshme për gjykimin klinik. Një bashkëpunim i tillë bëhet i pazvëndësueshëm në rast nevojë në rrethana luftarake, gjë që, për mendimin tonë, kërkon qysh sot në kohë paqe të përvijohen saktë e qartë «tiparet» e këtij bashkëpunimi midis repartëve të laboratorit e farmacistë, që meser kur ta kërkojë Atdheu, laboratori të shërbejë shpejt në përputhje me gjithe nevojat e spitalit.

E gjithë kjo veprimtari e gjërë dhe e shumanshme e farmacistë, e parë edhe në prizmin e lidhjes së ngushtë me institucionet e tjera shëndetësore e me reparte të veganta të tyre, e bën farmacinë qendër po aq të rëndësishme në mbrojtjen e shëndetit të popullit sa dhe spitalin e poliklinikën. Këto detyra as që ka mundësi të kryhen në botën e kapitalit, sepse aty farmacia është qendër tregëtare, që rrjep.

Dhe së fundi theksojmë diçka për farmacistë e spitaleve. Në spitalet klinike të kryeqytetit si dhe në spitalet e rretheve, ku ka farmaci me personelin e nevojshëm, farmacistët rrallë (për të mos themë aspak) thihen në konsultat e rëndësishme mjekësore. Ne mendojmë se kjo duhet të praktikohet e të bëhet traditë, sidomos për rastet e rënda e problematike. Kur konsulta e mjekëve ka në gjirin e saj edhe farmacistin, e ndjen veten më të ngrohtë e më të sigurtë. Kur jepen mendimet për caktimin e terapisë, farmacisti argumenton përdorimin e medikamenteve të ndryshme, kombinimin e tyre, heq nga përdorimi dublinin e medikamenteve të njëjtë, me emra tregëtare të ndryshme, apo rekomandon forma të ndryshme të të njëjtit medikament. P.sh. në një insuficiencë të rëndë të miqsisë mund të rekomandohet forma aktive e vitaminës B₁—kokarboksilaza, ndërsa në shumë sëmundje të tjera mund të rekomandohet vitamina B₁ e zakonshme, e pa fosforiluar. Dhe gjithë këtë diskutim farmacisti i konsultës e bën mbi bazën materiale ekzistuese në farmacinë e spitalit, apo dhe të farmacive të qytetit. Një konsultë e tillë sjell vetëm dobi, nivelin shkencor i saj ngrihet, përfitimt është i përbashkët për mjekun e farmacistin, pasurohet përvoja.

Në përfundim të këtij shkrimi del e qartë se koha sot tek ne shtrohet edhe detyrën e forcimit të lidhjeve organike mjek-farmacist, e mbi këtë detyrë edhe forcimin e punës të katedrave e Dekanatit, nën udhëheqjen e organizatës së Parisë, për të theksuar këtë domosdoshmëri, në mënyrë që bashkëpunimi i tyre i ngushtë, në dobi të qëllimit të përbashkët — të mbrojtjes së shëndetit të popullit — të kthehet në edukatë, në shprehje. Duhet kërkuar e gjetur mjete e forma prej katedrave të fakultetit, si dhe prej hallkave të shërbimit shëndetësor në

vendin tonë, ku të bëhet e gartë rëndësia e kësaj domosdoshmërie, të argumentohet shkencërisht ajo. Diskutimet për këto probleme janë të vlefshme.

Dorëzuar në Redaksi më 28 janar 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Enver Hoxha: Imperializmi dhe Revolucioni. Botim i II, Tiranë 1979, fq. 85, 149.
- 2) Vendim i KQ të PPSH «Mbi gjendjen dhe masat që duhen marrë për ta ngritur në një nivel më të lartë shprehimin shëndetësor, sidomos profilaktikë dhe Higjiënën. Tiranë 1971 (Broshurë).
- 3) Biznes me shëndetin e popullit. Gazeta «Bashkimi nr. 32 (10642) datë 8.2.1980.
- 4) Vështrësi në rritje për masat punonjëse amerikane Gazeta «Zëri i Popullit», nr. 4 (9804), datë 5.1. 1980.
- 5) Bilin A. A. : Uspjehi i ogorçenja v praktike primenjenja kimio preparatov. Terapevtičeskij Arhiv 1976, 12, 3.
- 6) Kalku A. : Biznes me shëndetin e njerëzve. Gazeta «Zëri i Popullit», nr. 217, datë 10 shtator 1980.

S u m m a r y

DOCTOR-PHARMACIST LINKS AND THE NEED TO STRENGTHEN THEM

The paper opens with a survey of the Mafia-like relationship between doctors and pharmacists in the capitalist world and analyses its causes and consequences. In our state, ruled by the dictatorship of the proletariat, both the physicians and the pharmacists are servants of the people in the field of protection of the people's health, and the relationship between them is of a quite different type.

Treatment of the sick is an art which requires not a schematist approach but a broad horizon of thought and judgement, since it must take into consideration not a «part» of the human body which does not function normally but a human being with all his peculiarities of a social and biological entity. This is what renders necessary the close collaboration between physicians and pharmacists. The pharmacist, as a worker in the health service, is a physician generis responsible for the epilogue of the medical examination, since it is he who provides the means to fight the illness and recommends the ways of their use in regard to time (biological hours), route and manner of introduction, accompanying diet etc. The doctors and pharmacists also play an important role in the field of prophylaxis. Working in the midst of the people, they can be good propagandists of the prevention of many diseases, in particular by prophylactic use of drugs.

Popular medicine is also a field which offers opportunities for a broad collaboration between doctors and pharmacists, since it enriches the therapeutic fund generally with scientifically tested and justified means and methods used by traditional medicine.

Close collaboration between doctors and pharmacists ensures a more realistic planning of the fund of drugs on the part of the pharmacist, it helps to increase the range of drugs manufactured in the country and to solve a number of problems connected with the phenomena of incompatibility and interference on the basis of biochemical analyses and clinical studies.

The purpose of strengthening that collaboration can be achieved by the ideological and professional education of the students during their university course, in which the need for such collaboration should be stressed and supported with convincing arguments.

The other services of the health system should also contribute to this purpose.

R é s u m é

À PROPOS DES LIENS MÉDECIN — PHARMACIEN ET DE LA NÉCESSITÉ DE LEUR RENFORCEMENT

Dans cet article, l'auteur décrit les relations malsaines qui existent dans le monde capitaliste entre le médecin et le pharmacien, il analyse les causes et les conséquences de ces relations.

Dans notre état de dictature du prolétariat tant le médecin que le pharmacien servent les intérêts du peuple dans le domaine de la protection de sa santé. C'est précisément dans ce cadre que l'auteur du présent article analyse les domaines de collaboration entre ces deux catégories préposées à la protection de la santé du peuple. L'auteur souligne que le traitement du malade est en soi une question de culture, qui exige un vaste horizon de pensée et de jugement et non pas schématisme, car lors du traitement du malade on ne procède pas seulement au traitement d'un «fragment» particulier à lui qui ne fonctionne pas comme il faut, mais au traitement de l'homme dans son ensemble, avec les traits qui lui sont particuliers en tant qu'être social et biologique. Un tel mode d'envisager le problème pose la nécessité d'une collaboration étroite entre le médecin et le pharmacien. Le pharmacien, en tant que travailleur de la Santé publique, est une espèce de médecin *sui generis*, car c'est lui qui fait l'épilogue de la visite médicale, en donnant au patient les moyens nécessaires à combattre la maladie et en lui indiquant le mode de leur usage en relation à la durée, la diète, les heures biologiques, etc. Le médecin et le pharmacien jouent un rôle très important dans le domaine de la prophylaxie. Tous les deux, en travaillant parmi le peuple, doivent s'employer par la parole à prévenir nombre de maladies et à appliquer la prophylaxie médicamenteuse.

La médecine populaire, elle aussi, constitue un vaste domaine de collaboration afin d'enrichir le fond du traitement en général par des méthodes et des médicaments relevant de la médecine populaire, méthodes et médicaments étayés scientifiquement.

L'auteur du présent article souligne que la collaboration médecin-pharmacien assurera également une planification plus réelle des médicaments de la part des pharmaciens, elle influera sur l'accroissement de la gamme des médicaments produits dans le pays et contribuera à la solution d'une série de problèmes comme l'inconciliabilité des médicaments et leur interférence dans les différentes analyses biochimiques-cliniques ou sur les symptômes cliniques.

L'éducation idéologique et professionnelle de l'étudiant à la faculté de médecine doit servir également au renforcement de ces rapports, en soulignant et argumentant la nécessité de la collaboration médecin-pharmacien. Tous les autres maillons de la Santé publique doivent apporter eux aussi leur contribution dans ce domaine.

TE DHENA PARAPRAKE MBI PERBAJTJEN E TRIGLICERIDEVE DHE KOLESTEROLIT NE SERUMIN E GJAKUT TEK DHURUESIT E GJAKUT NE QYTETIN E TIRANES

— DONIKA HASA — SIRE LESKOVIKU — VIRGJINI VRETO —

(Katedra Biokimi — Fiziologji — Farmakologji)

Interpretimi i drejtë dhe i përpiktë i analizave biokimike, në një shkallë të madhe, varret dhe nga përcaktimi i përpiktë i kufijve të vlerave normale të tyre. Përcaktimi i vlerave normale është një detyrë e domosdoshme për qdo laborator, megjëse rezultatet e analizave varen nga metoda e përdorur, aparatúra fotometrike, shkalla e pastërtisë së reagentëve, kushtet klimatike dhe gjeografike, mënyra e të ushqyerit të popullatës së një vendi, moshë dhe seksi.

Në laboratorët klinikë-biokimike të vendit tonë, një pjesë e mirë e metodikave, që përdoren për përcaktimin e substancave kimike apo të metabolitëve të tyre janë të modifikuara si përsa i përket sasisë së reagentëve, materialit biologjik, që përdoret për analizë, ashtu dhe gjatësisë së valës së fotometritit, sepse tek ne përdoren aparate fotometrike të ndryshme nga ato që përskruhen në metodat origjinale. Për këto arsye si dhe për t'u ardhur në ndihmë mjekëve klinikistë në interpretimin e analizave, që kanë të bëjnë me grequllimet e metabolizmit të lipideve, në këtë punim modest po paraqisim të dhënat tona paraprake mbi vlerat normale të triglicerideve dhe kolesterolemisë.

Hritja e përmbajtjes së triglicerideve dhe kolesterolit në serum është një tregues i mirë i ateriosklerozës. Sipas të dhënave të disa autorëve, hipertriglicidermia ndeshet në rreth 70% të rasteve me ateriosklerozë, ndërsa hiperkolesterolemia në 41-57%₀ të rasteve (2, 4). Krahas ateriosklerozës, rritja e tyre mund të vërehet në hiperlipemihë esenciale familjare, diabet, nefrozë, shatzëni, në disa sëmundje të mëlcisë si dhe në grequllimet e ndryshme endokrine (1, 3, 5, 7, 9).

Kolesterolin e kemi dozuar sipas metodës Liberman-Buchard, ndërsa trigliceridet sipas Levy, modifikuar nga Gottfreid dhe Rosenberg (6), metoda që janë modifikuar në laboratorët klinikë-biokimike të vendit tonë dhe që karakterizohen nga saktësia, përsëritshmëria e rezultateve, ndjeshmëria, specificiteti, koha e shkurtër e realizimit, reagentë jo të kushtueshëm dhe mungesë e toksicitetit të reagentëve gjatë përdorimit.

Parimi i metodës së përcaktimit të kolesterolit bazohet në bashkëveprimin e serumit të gjakut me ac acetik dhe acidin sulfosalicilik, poretinat e lidhura me kolesterolin bien në fundëri dhe reaksioni ngjyruet kryetë me anhidridin acetik dhe acidin sulfarik. Kolesterolit formon hidrokarburë të pangopur të polimerizuarë me ngjyrë jeshile në bluj, që ka

maksimumin e absorbimit në gjatësinë e valës 610 milimikron. Parimi i metodës së triglicerideve bazohet në ekstraktimin me heptan dhe saponifikimin e tyre me tretësirën ujore të KOH (hidroksidit të kaliumit). Gliceroli që fitohet nga saponifikimi, oksidohet me metaperiodat natyri mi dhe formohet formaldehidi, i cili kondensohet, duke formuar dehidrolutidinën me ngjyrë të verdhë, që ka absorbimin maksimal në gjatësinë e valës 420 milikron për aparatin FEK model 581.

Objekti i studimit tonë kanë qënë 100 dhurues gjaku, tek të cilët është përjashtuar çdo lloj sëmundje. Dhuruesit kanë qënë në gjendje eselli, gjysh prej 12 orëve. Meqënëse gjatë eksperimentimit të metodave është vënë re se kurpa e kalibrimit ka qënë vijë e drejtë deri 450 mg%/o për kolesterolin (10) dhe deri 350 mg%/o për trigliceridet (6), krahas me analizat e dhuruesve të gjakut kemi punuar dhe nga një përgëndrim kolesteroli dhe trioleinë 200 mg%/o për efekt llogaritjeje. Analizat i kemi kryer në seri nga 10 analiza në secilën seri, në mënyrë që të respektohen kushtet optimale të metodikave.

Gjatë studimit tonë kemi përdorur reagentia të shkallës së pastërtisë. A. R. dhe standardet kimike të purifikuar. Gjatë periudhës së kryerjes së analizave, kufiri i lëkundjes së eksitksionit të blankut të reagentëve ka qënë nga 0,060 deri 0,080, i standardit kolesterol 200 mg%/o nga 0,220 deri 0,250 dhe i standardit trioleinë 200 mgr%/o nga 0,270 deri 0,290. Këto të dhëna tregojnë se gjatë punës sonë nuk kemi pasur gabime të rasisit dhe gabime sistematike.

Nga të 100 dhuruesit, 42 ishin meshkuj dhe 58 femra. Moshja e tyre ishte nga 20 deri 50 vjeç. Në këtë punim nuk kemi bërë studime sipas grup-moshave, meqënëse rastet tona janë ende përkrahësisht të pakët.

Të dhënat tona të fituara gjatë dozimit të kolesterolit dhe triglicerideve sipas seksit si dhe për të dy sekset të marrura së bashku i kemi përpunuar nga ana statistikore dhe u llogarit deviacioni standart.

Në pasqyrën nr. 1 kemi parasysh të dhënat që kemi marrë për kolesterolin.

Pasqyra nr. 1

Seksi	Nr. i rasteve	M ± S.D. mg%	Kufiri i lëkundshmërisë mg%
Meshkuj	42	193 ± 23.5	122 — 237
Femra	58	190 ± 27	149 — 250
Meshkuj + femra	100	191,5 ± 25,2	142 — 250

Në pasqyrën nr. 1 kemi parasysh të dhënat që kemi për kolesterolin. Të dhënat tona përpunohen me ato të autorëve të tjerë. Kështu një autor (10) kolesterolin tek dhuruesit e gjakut në rrethin e Durresit e ka gjetur në vlerat 188 ± 19 mg%/o.

Të dhënat tona të fituara nga dozimimi i triglicerideve tek 100 dhuruesit e gjakut paraqiten në pasqyrën nr. 2.

Seksi	Nr. i rasteve	M ± S.D. mg%	Kuifri i lëkundshmërisë mg%
Meshkuj	42	65 ± 17	40—110
Femra	58	57 ± 13,6	30—100
Meshkuj + femra	100	61 ± 15,3	30—110

Siç shihet, niveli i triglicerideve tek meshkujt është më i lartë se tek femrat. Këtë ndryshim midis meshkujve e femrave, përsa u takon vlerë normale të triglicerideve e kanë gjetur edhe autorë të tjerë (cituar nga 8). Të dhënat tona mbi nivelin e triglicerideve përputhen përgjithësisht me të dhënat që japin dhe autorë të tjerë, që kanë dozuar trigliceridet në dhuruesit e gjakut. Gjatë studimit eksperimental që ka kryer për njësimin në shkallë Republike të metodave të triglicerideve, njeri nga ne (6) ka bërë dhe dozimin e tyre në 50 dhurues gjaku, dhe gjeti një vlerë prej 63 ± 29 mg⁰/₀ me kuifri lëkundjeje 30 mg⁰/₀ deri 132 mg⁰/₀.

Si përfundim, sipas materialit tonë, jemi të mendimit se kolesterolemia në dhuruesit e gjakut meshkuj ka rezultuar 193 ± 23.5 mg⁰/₀, tek femrat 190 ± 25.2 mg⁰/₀; kurse trigliceridemia në dhuruesit e gjakut meshkuj ka rezultuar 65 ± 17 mg⁰/₀, ndërsa tek femrat 57 ± 13.6 mg⁰/₀ dhe në të dy sekset të marrur së bashku 16 ± 15.3 mg⁰/₀.

Dorëzuar në Redaksi më 10 qershor 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Avogardo P.: Alterazioni dei lipidi plasmatici nel diabete mellito. Minerva Medica 1975, 65, 3398.
- 2) Alyktoashi V., Leskoviku S.: Disa të dhëna mbi fraksionet lipidike serike në të sëmurët me ateroklerozë të shtruar në klinikat e terapisë të spitalit klinik nr. 1. Shëndetësia Popullore 1974, 3, 65.
- 3) Balta N. e bp.: Dinamica proceslar metabolice in aterosclozoa. Editura Bucuresti 1977, 183.
- 4) Caruzzo G.: L'aterosclerosi in clinica. Edizzioni Minerva Medica 1972, 74.
- 5) Henry R. J.: Chemical Chemistry. New York 1964, 830.
- 6) Leskoviku S.: Studium eksperimental për unifikimin e metodave të triglicerideve. Material teoriko-praktik i disa metodave të unifikuara kliniko-biokimike. Tiranë 1978.
- 7) Mironze J. et coll.: Accidents métaboliques de la majeure des diabétiques. Incidence de l'équilibre pondéral. La nouvelle Presse Médicale 1979, 14, 1157.
- 8) Norbert W. Metz: Fundamentals of clinical chemistry 1979, 329.
- 9) Sheto K.: Biokimia në praktikën klinike. Tiranë 1975, 101.
- 10) Xhemalje S.: Studium eksperimental për unifikimin e metodave të kolesterolemisë. Material teoriko-praktik i disa metodave të unifikuara kliniko-biokimike. Tiranë 1978.

Summary

PRELIMINARY DATA ON THE CONTENTS OF CHOLESTEROL AND TRIGLYCERIDES IN THE SERUM OF BLOOD DONNORS IN TIRANA

Serum cholesterol and triglycerides were assayed in 100 blood donors in Tirana, 42 males and 58 females. The mean value and standard deviation of cholesterol for the men were 193 ± 23.5 mg/100 ml, for women 190 ± 27 mg/100 ml, for both sexes 195 ± 13.6 mg/100 ml. The mean values of triglycerides for the men were 65 ± 17 mg/100 ml, for the women 57 ± 13.6 mg/100 ml, for both sexes 61 ± 15.3 mg/100 ml.

Résumé

DONNÉES PRÉLIMINAIRES SUR LE CONTENU DES TRIGLYCÉRIDES ET DU CHOLESTÉROL DANS LE SÉRUM DES DONNEURS DE SANG À TIRANA

Dans cette communication, les auteurs présentent les valeurs du cholestérol et des triglycérides chez 100 donneurs de sang à Tirana, dont 42 hommes et 58 femmes. Les valeurs moyennes et la déviation standard du cholestérol étaient chez les hommes de 193 ± 23.5 mg/100 ml, chez les femmes de 190 ± 27 mg/100 ml et chez les deux sexes 195 ± 13.6 mg/100 ml.

Quant aux valeurs moyennes des triglycérides au sérum de sang, elles se présentent comme suit: chez les hommes 65 ± 17 mg/100 ml, chez les femmes 57 ± 13.6 mg/100 ml et chez les deux sexes 61 ± 15.3 mg/100 ml.

STOMATOLOGJI

MUNGESA E DHËMBËVE DHE NEVOJA PËR PROTEZIM

— FOTO TOTI — HASAN ALIAJ — FERMAN MUSKAJ — ALBERT
PRIFTI — NEZAQET KORBI — ABDYL HAXHIMUSAJ —

(Katedra e Ortopedisë Stomatologjike)

Shkaget e mungesës së dhëmbëve janë të ndryshëm: të lindura dhe të fituara. Mungesa e lindur e dhëmbëve në formën e hipodontisë, oligodontisë ose anodontisë ndeshet vetëm në 1-2% (4, 8). Faktorë kryesorë të mungesës së dhëmbëve është kariesi dhe ndërlikimet e tij, i cili në vendin tonë ka një përhapje mbi 90% (1, 5, 9).

Pas kariesit, si shkak për humbjen e dhëmbëve janë parodontopatië (2, 7). Mungesa e dhëmbëve, pavarësisht nga shkaku dhe numri i dhëmbëve që mungojnë, shoqërohet me një sërë çrregullimesh lokale dhe të përgjithshme, për mënjanimin e të cilave është i domosdoshëm mjekimi protetik.

Në vendin tonë, shërbimi protetik ze një vend të rëndësishëm krahas shërbimeve të tjera të stomatologjisë. Në këtë sektor angazhohet një pjesë e mirë e kuadrit mjek e laborant, që përbën afërsisht 1/3 e të gjithë personelit të profileve tona. Veg kuadrit në ortopedinë stomatologjike, shpenzohen vlera të mëtha materiale dhe vihen në dispozicion aparatura të kushtueshme, por që Partia dhe Qeveria janë e bëjnë këtë, pasi dhe protezimi tek ne konsiderohet si një formë e ndihmës sociale, që hyn në kompleksin e përgjithshëm të masave profilaktike e mjekuese të ruajtjes së shëndetit të masave tona punonjëse.

Në përgjithësi, problemi i zëvendësimit të dhëmbëve të humbur rradhitet pas atij të kariesit dhe parodontopative, kurse në moshë të caktuar ai zë vendin e parë. Ndërsa për shpeshësinë e sëmundjes ka-riozë dhe të parodontopative ka shumë studime me vlerë (1, 2, 5), për shpeshësinë e mungesës së dhëmbëve dhe nevojat për protezim ende deri më sot studime të tilla mungojnë. Për këtë arsye ne i vumë vetes për detyrë të ekzaminojmë një kontigjent të caktuar të sëmurësh dhe të përcaktojmë treguesit e nevojës së preoelzimit sipas moshave të ndryshme. Këta tregues më vonë mund të përdoren si material orientues për planifikimin e rrjetit dhe kuadrit që do të angazhohen në profilin e ortopedisë stomatologjike.

Mungesa e dhëmbëve të vegantë ose e grup dhëmbësh sjell një sërë çrregullimesh lokale dhe të përgjithshme, të cilët lokalisht shfaqen me ndryshime të pozicionit të dhëmbëve të mbetur si pasojë e prishjes së ekuilibrit artikular me pasojat e veta, ose me sëmundje të ndryshme të aparatit tretës. Për këto arsye, zëvendësimi i dhëmbëve të humbur, si- domos në persona të rinj, duhet të konsiderohet si një masë urgjente profilaktike, së ciles i duhet kushuar kujdes i vegantë (3).

Nevojën e zëvendësimit të dhembëve të humbur nuk duhet ta shpjegojmë sipas teorisë mekaniciste, por si një masë profilaktike e mjekëse, që tek ne merret krahas masave të tjera profilaktike, që synojnë në ruajtjen dhe forcimin e shëndetit të popullit.

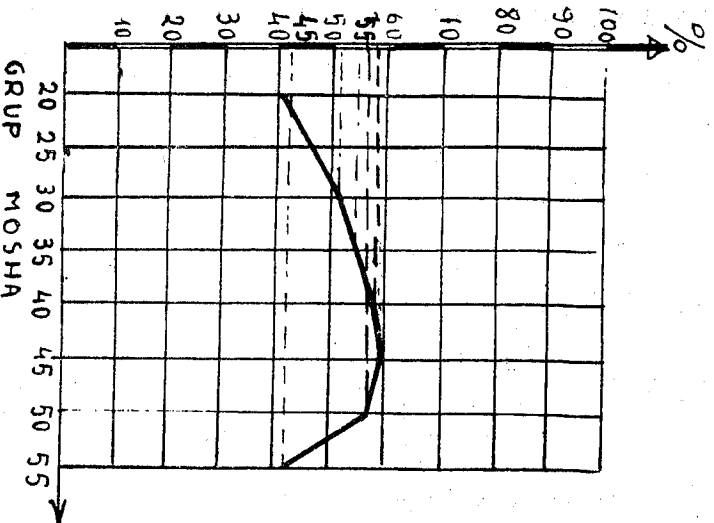
METODIKA E PUNES

Në 6 rrethe të Republikës — Tiranë, Dibër, Tropojë, Librazhd, Vlorë dhe Berat u vizituan 3116 të sëmurë, nga të cilët 1957 ishin femra dhe 1159 meshkuj. Ata i ndamë në nëntë grup-mosha:

Grup mosha

I	16 — 20 vjeç
II	21 — 25 vjeç
III	26 — 30 vjeç
IV	31 — 35 vjeç
V	36 — 40 vjeç
VI	41 — 45 vjeç
VII	46 — 50 vjeç
VIII	51 — 55 vjeç
IX	mbi 56 vjeç

NEVOJA PËR PROTEZIM NË % SIPAS GRUP-MOSHAVE. NR. 1

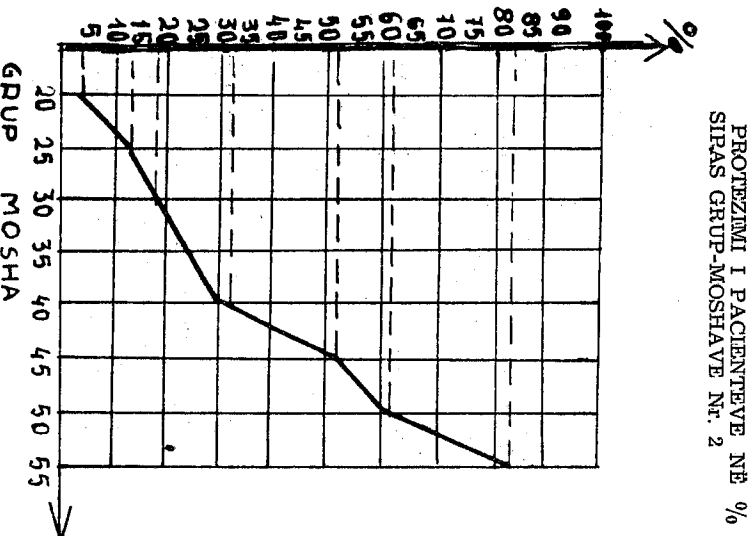


Në këtë kontingjent të sëmurësh studjuam, së pari, se sa për qind e tyre nuk kishin nevojë për asnjë lloj proteze dhe sa për qind kishin nevojë për protezë. Së dyti, nga këta që kishin nevojë për proteza sa ishin të protezuar dhe sa nuk ishin të protezuar. Së treti, duke pasur parasysh normimin e punimeve protetike dhe indeksit e nevojave të protezimit, dilte e nevojshme të nxirrnim konkluzione paraprake për shtrirjen e rrjetit dhe nevojën për kuadër që do të punojë në këtë sektor. Nga ky studim rezultoi se në grup-moshën e parë deri në 20 vjeç, 58% e të vizituarve nuk kishin nevojë protetike, kurse 42% e tyre kishin nevoja të ndryshme që nga mungësa e një dhëmbi deri në tre e më shu-

më dhembë. Mungesa e dhembëve dhe nevoja e protezimit në këtë grup-moshë ishte e njëjtë me të dy saktet. Nga ata që kishin nevojë për protezë, vetëm 40% e tyre ishin plotësisht ose pjesërisht të protezuar, kurse pjesa tjetër (96%/0) nuk kishin asnjë lloj proteze. Me rritjen e moshës, rritej dhe numri i personave, që kishin nevojë për protezë. (shih grafikun nr. 1).

Më karakteristike ishin treguesit në moshën 30-45 vjeç, gjë që shpjegohet me humbjen e dhembëve jo vetëm nga kariesi i ndërlikuar, por edhe për shkak të paradontozës, e cila në këtë grup-moshë është më e përhapur (2, 9). Në moshën 45 vjeçare p.sh. kishin nevojë për protezim 58%/0 e të vizituarve tanë. Shumica e tyre që kishin nevojë për protezim (650%/0) e përbënin meshkujt.

Në grup-moshën 45-50 vjeç e lart, nevoja për protezim vinte duke u ulur, sepse nga ata që kishin nevojë për protezim 52-83%/0 ishin të protezuar (shih grafikun nr. 2). Nga sa shihet, shpeshësia e mungesës së dhembëve rritet në përpjesëtim me moshën, por bie në sy dhe një fakt tjetër i rëndësishëm, që me rritjen e moshës, rritet dhe numri i të sëmurëve të protezuar. Kështu p.sh. në grup-moshën deri 20 vjeç ishin protezuar vetëm 40% e atyre që kishin nevojë për protezim, në grup-moshën 45 vjeç ky numër u rrit në 52%/0, ndërsa në grup-moshën mbi 55%/0 arriti deri në 83%/0. Sipas mendimit tonë, kjo shpjegohet së pari, se të rinjtë pak a shumë e nënvlefësojnë zëvendësimin e dhembëve të humbur, së dyti, sepse në këto moshë zakonisht mungojnë dhembët distalë, kryesisht molarët e parë, të cilët nuk bien në sy dhe, së fundi, se tek ne ende nuk është futur edhe protezimi si një masë e rëndësishme profilaktike e mjekuese krahas sanacionit të planifikuar. Veg këtyre, me rritjen e moshës rritet edhe interesi i njerëzve për zëvendësimin e dhembëve të humbur, pasi, siç dihet, në moshë të kaluar jo vetëm që numri i dhembëve të humbur është i madh, por edhe fuqitë kompenuese të aparatit tretës ulen dhe nevoja e protezimit bëhet më e domosdoshme.



PERFUNDIME

- 1) Sipas materialit tonë, 50% e të vizituarve kishin mungesë dhëmbësh dhe nevoja të ndryshme për protezim.
- 2) Raporti ndërmjet meshkuj/femra në materialin tonë ishte 2.3 : 1 që kishin nevojë për protezim.
- 3) 42% e grup-moshës së parë (16-20 vjeç) kishin nevojë për protezim dhe vetëm 4% e tyre ishin të protezuar.
- 4) Në mungesën e dhëmbëve dhe nevojat e protezimit në rrethe të ndryshme, që më së mëtej në studim, nuk vumë re ndonjë ndryshim të madh.

Dorëzuar në Redaksi më 15 prill 1980

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bilaca H.:** Studim mbi frekuencën e kariesit dhe të parodontopative në NI Ushqimore — Durrës. Buletini Stomatologjik 1971, 1, 29.
- 2) **Fico Tr. e bp.:** Përhapja e paradontopative në rrethin e Tiranës. Punime stomatologjike. Tiranë 1978, Vol. II, 6.
- 3) **Korbi N. e bp.:** Të dhëna paraprake mbi shtrëmbërimin e rrafshit të okluzionit pas heqjes së dhëmbëve. Punime stomatologjike. Tiranë 1978, Vol. II, 99.
- 4) **Lira Dh., Basha A., Toti F., Hoxha O., Sina B., Muga H.:** Përhapja e anomalive të dhëmbëve tek fëmijët e qytetit të Tiranës. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1979, 3, 87
- 5) **Mehilli N.:** Kariesi në punonjësit e industrisë ushqimore. Buletini Stomatologjik 1975, 1, 41.
- 6) **Mingomataj C.:** Kursimi — detyrë e përherëshme edhe e punonjësave të stomatologjisë. Buletini Stomatologjik 1977, 2, 1.
- 7) **Prela Gj.:** Ekstraksionet, shkaqet, lokalizimi dhe profilaksia e tyre. Buletini Stomatologjik 1978, 2, 47.
- 8) **Toti F.:** Anomalitë e numrit të dhëmbëve dhe mjekimi i tyre ortopedik. Buletini Stomatologjik 1979, 2, 52.
- 9) **Ulqini Xh.:** Shkaqet e heqjes së dhëmbëve në zonën e Kasharit. (Material i pa botuar).

Summary

THE LOSS OF TEETH AND THE NEED FOR PROSTHESIS

In 6 districts of the country, 3,116 patients of various ages were examined, 1957 female and 1159 male. This contingent was divided into 9 age groups and each group into those who needed prosthesis and those to whom prosthesis had been applied.

The survey showed that in the first age group, comprising subjects under

20 years of age, 58⁰/₀ needed prosthesis and 42 needed other kinds of aid, having lost from one to 3 teeth. The number of people needing prosthesis increased with the age.

Résumé

LA PERTE DES DENTS ET LA NÉCESSITÉ D'UNE PROTHÈSE

Dans 6 districts du notre pays, les auteurs ont examiné 3116 patients d'âges divers, dont 1957 femmes et 1159 hommes. Ce contingent de patients a été divisé en 9 groupes d'âge et chaque groupe en patients nécessitant une prothèse dentaire et en patients qui en ont déjà une prothèse.

De cette étude il ressort que dans le premier groupe d'âge, comportant des sujets âgés de moins de 20 ans, 98⁰/₀ d'entre eux nécessitaient une prothèse et 42⁰/₀ d'autres types d'aide, du fait qu'ils avaient perdu d'une à trois dents. Le nombre de personnes ayant besoin d'une prothèse va croissant avec l'âge.

VARTESIA E ANOMALIVE TË DHËMBËVE E NOFULLAVE ME PARADONTOPATITË DHE MJEKIMI I TYRE

-- AFËRDITA BASHA -- TRENDELINA FICO --

(Katedra e Ortopedisë Stomatologjike dhe katedra e Terapisë Stomatologjike)

Kërkimet e kryera në vjetët e fundit kanë treguar se paradontopati të nuk mund të konsiderohen më si sëmundje vetëm e moshës së rritur. Treguesit e shpeshësisë së vrojtuar nga shumë autorë luhatin në kufij mjaft të gjërë dhe, nga kjo kuptohet, se paradontopati të në fëmijët dhe të rinjtë janë më të shpeshitë sesa mendohet (6, 8). Sipas studimeve të ndryshme, në shfaqjen e paradontopativë, rol të rëndësishëm lozin anomali të dhëmbëve dhe nofullave (4, 6, 7, 8). Çrregullimet e ekulibrarit funksional të aparatit dhëmbë-nofulla, këta autorë i konsiderojnë premissa për prekjen e paradonciumit. Për paradontopati të, anomali të e ndryshme përbëjnë një problem kompleks dhe jo fort të qartësuar, duke pasur parasysh që ato mund të përbëjnë faktorin favorizues në shfaqjen e paradontopativë, por edhe paradontopati të, në faza të caktuara të zhvillimit të tyre, mund të gojnë në krijimin e disa anomali ve dytësore. Për mjekimi ortodontik mund të ketë efekt paradonto-proflaktik dhe paradontopatik (foto 1, 2, 3, 4).



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4

Në vartësi nga lloji i patologjisë së kafshimit dhe anomalisë së dhëmbëve, paradontopatië mund të lokalizohen në sektorin e disa ose të një dhëmbi të vetëm. Në këto raste, trauma e parodontit të dhëmbëve, të vendosur në mënyrë anormale, ndodh si rrjedhim i mbingarkesës së tyre funksionale, duke u bërë shkak për shfaqjen e paradontopatië. Një rol të rëndësishëm i duhet kushtuar dhe reaktivitetit individual, sepse nuk janë të rralla rastet kur ekzistojnë dalje të dhëmbëve me pozicion anormal pa ndryshime paradontale të theksuara klinikisht. Preakja dhe shfaqja klinike e paradontopatië në anomali të ndryshme shohet mjaft edhe nga qëndrimi i mbeturinave ushqimore dhe, në lidhje me këtë, ndodh infektimi kronik i bregut gingival në rajonin e dhëmbëve të vendosur në mënyrë anormale.

Për të konkretizuar lidhjen dhe rolin e anomalive të dhëmbëve e nofullave me paradontopatië, (problemi që nuk është gërfshenur plotësisht), kontrolluam 2529 fëmijë nga moshë 6-16, që, për lehtësi studimi, i ndamë në dy grupe. Në grupin e parë u futën 974 fëmijë me kafshim normal dhe në grupin e dytë 1555 fëmijë me anomali të ndryshme dhëmbësh e nofullash.

Nga 1555 fëmijë, me anomali pozicioni të ndryshëm ishin 155, me protruzion të dhëmbëve të përparshëm sipër ishin 232, me raport prognatik të radhëve të dhëmbëve — 253, me raport progenik — 21, me vengnatik të radhëve të dhëmbëve — 304, kafshim të hapur — 47, kafshim të dosje të dendur të dhëmbëve — 304, katshim të hapur — 47, kafshim të thellë 514 dhe kryqëzim të radhëve të dhëmbëve — 29. Gjatë ekzaminimeve tona u vu re se një gërrshëtim të anomalive të ndryshme të kafshimit të dhëmbëve. Fëmijët kryesisht i kemi ekzaminuar klinikisht dhe, në disa raste, edhe radiologjikisht.

REZULTATET

Në grupin e parë të fëmijëve të ekzaminuar me katshim normal, në moshë të ndryshme, në shumicën e tyre (80,1%/0) ne nuk takuan dukuri të paradontopatisë, ndërsa në 19,9%/0 u takuan ndryshime patologjike në këto inde.

Në grupin e dytë, në të cilin futëm deformimet e dhëmbëve e nofullave, paradontopatië u ndeshën në 37,2%/0 të rasteve, domethënë këtu ato u takuan më shumë se dy herë në krahasim me fëmijët e grupit të parë pa anomali ortodontike. Nga ekzaminimet tona doli se, sa më i rritur të ishte fëmija, aq më të shprehura ishin ndryshimet patologjike në shprehura ishin këto dukuri. Kjo përputhet edhe me të dhënat e autoreve të tjerë (5, 7).

Në fëmijët e grupit të dytë, shpeshësia e paradontopative dhe tabloja klinike ishin të ndryshme dhe vareshin jo vetëm nga moshë e fëmijës dhe lloji e shkallë e shprehjes së anomalive ortodontike, por dhe nga gjendja e përgjithshme dhe reaktiviteti i organizmit të fëmijës. Shprehja e shenjave klinike të paradontopative si ndryshimet inflamatore, enjta e gingivave, triedhja e gjakut, cipat e ndryshme në dhëmbë, xhepat gingivale (tërheqja e gingivës) etj. shtoheshin gjithashtu me rritjen e moshës së fëmijës. Në këtë studim ka rëndësi sgarimi i lidhjes së caktuar të shpeshësisë dhe ecurisë klinike të paradontopatisë, nga lloji përkatës i anomalisë (shih pasqyrën nr. 1).

Pasqyra nr 1

Lidhja e anomalive të ndryshme ortodontike me paradontopatië

Lloji i anomalisë	Numri i fëmijëve	Me paradontopatië
Nguشتimi i dhëmbëve frontale	304	85
Protuzion i dhëmbëve frontale sipër	232	57
Prognati	253	52
Porzicion progenik i dhëmbëve	21	8
Katshim i thellë	514	142
Katshim i hapur	47	13
Katshim i kryqëzuar	29	7
	Shuma	1555

Nga studimi ynë doli se në rasti të katshimit të thellë, ndryshimet patologjike të paradontit lokalizoheshin në sektorin e dhëmbëve të përparshëm poshtë nga ana buzore, ndërsa për dhëmbët e sipërmë të përparshëm nga ana qelloze. Në rastet e pozicioneve progenike të dhëmbëve ose pozicione të kryqëzuara të tyre, pozicione qelloze etj., ndryshimet inflamatore dhe tërheqja e gingivave zakonisht shfaqeshin në sektorin e dhëmbëve kundërshtarë në anën e jashtme (buzore të tyre). Në rastet e anomalive të tjera të katshimit, ndryshimet patologjike në

Vartësia e anomalive të dhëmbëve e nofullave me paradontopatië dhe mjekimi 61

paradont shfaqeshin në sektorin e atyre dhëmbëve që mbingarkoheshin në kafshimin qëndror. Sipas mendimit të disa autorëve (1, 3, 4, 10, 11), kjo mund të vijë nga grrëgullimi i të ushqyerit të këtyre dhëmbëve në sajtë të presionit të enëve të gjakut. Në vendosjet e dendura të dhëmbëve të poshtëm shpesh është vrojtuar gingivit hipertrofik. Në fëmijë me kafshim të hapur, shenjat e paradontopative takoheshin më rrallë dhe shpreheshin kryesisht në formën e gingivit hipertrofik me depozitim të cipave në dhëmbët e përparshëm e hipereimi të gingivave.

Në këto raste, ndërhyrja ortopedike dhe terapeutike është e domosdoshme për eliminimin ose përmirësimin e tyre (2, 9, 12). Kështu për të parë ndikimin e mjekimit tek disa fëmijë, ne morëm në kurë 80 prej tyre, tek të cilët u përdorën aparate të ndryshme ortodontike. Në disa prej tyre u përdor mjekimi i gërsëhtuar ortodonto-terapeutik. Në pasqyrën nr. 2 po japim rezultatet e mjekimit me këta fëmijë me paradontopati.

Pasqyra nr. 2

Lloji i anomalisë	Numri i fëmijëve të mjekuar		
	Gjithsej	U shëruan	U përmirësuan
Ananoli pozicioni të dhëmbëve	12	8	4
Vendosja e dendur e dhëmbëve	17	10	7
Raport: prognatik i dhëmbëve sipër	15	9	3
Raport prognatik i nofullës sipër	19	11	5
Kafshim i thellë	9	7	1
Kafshim i hapur	5	4	1
Kafshim i kryqëzuar	3	3	—

Në pak raste kemi përdorur ekzamiminin radiologjik në sektorin e dhëmbëve të mbingarkuar, ku është vrojtuar zgjerimi i hapësirës periodontale, konture të paqartësara mirë dhe atrofi e parodontit në muret e mbingarkuar të alveolit. Në sektorin e dhëmbëve të pangarkuar si në kafshim të hapur, prognati etj., kemi vërejtur dukuri patologjike të pakta. Në regionin e dhëmbëve anësorë, në shumicën e anomalive të dhëmbëve e nofullave, ne nuk kemi parë ndryshime klinike dhe radiologjike. Siç duket, kjo lidhet me kushet e karakterin e ngarkesës funksionale të grupeve të ndryshme të dhëmbëve, predispozimin për ngarkesa të caktuara dhe aftësitë amortizuese të tyre.

Në mjekimin ortodontik të anomalive, siç shihet nga pasqyra, shenjat e zhdulqjes së paradontopatisë ishin të ndryshme. Nga kjo ndërhyrje, në shumicën e rasteve tona, u arrit zhdulqja e fenomeneve patologjike. Kjo natyrisht në lidhje me moshën e fëmijës dhe llojin e anomalisë. Sa më e ndërlikuar ishte shprehja e anomalisë dhe sa më e madhe ishte moshja e fëmijës, aq më ngadalë zhdulqeshin dukuritë patologjike të paradontit. Kështu pas normalizimit të anomalive të pozicionit të dhëmbëve u arrit zhdulqja e dukurive patologjike në 8 të sëmurë dhe përmirësim në 4 të tjerë; në vendosjen e dendur të dhëmbëve dukuritë u zhdulqën në 10 të sëmurë dhe u përmirësuan në 7; në raport prognatik të dhëmbëve të sipërme u shëruan 9 të sëmurë; u përmirësuan 3 dhe nuk ndryshuan 3; në raport prognatik të nofullës së sipërme u shëruan 11, u përmirësuan

5 dhe nuk patën ndryshime 3. Këto, siç duket, në anomalitë e fundit, sepse fëmijët tanë kishin forma më të përparuara paradontopatie, mbanin një higjienë jo të mjaftueshme të hapësirës së gojës dhe se moshë e tyre ishte pak e madhe.

Në këto raste, mendohet se mënyra e trajtimit ortodontik me aparate fikse dhe të lëvizshme nëpërmjet forcave të tyre mekanike vepron mbi paradontin, duke dhënë ndryshime strukturale të tij paralelisht me spostimin e dhëmbëve. Natyrisht, për këtë rëndësi ka dozimi i forcës në vartësi me reaktivitetin individual të indeve paradontale, sepse kështu në vend të një profilaksie mund të japin ndryshime patologjike të paradontit. Krahas veprimit paradontoprofiaktik të trajtimit ortodontik nuk duhet harruar dhe veprimi mjekues i paradontopative. Sa më parë të ketë filuar mjekimi aq më të mira kanë qënë rezultatet e pritura, sidomos kur është përdorur mjekimi kompleks terapeutik dhe ortodontik.

PËRFUNDIME

1) Në fëmijët me kafshim normal, ndryshimet patologjike në paradont ne i takuan në 19,9%⁰ të fëmijëve, që u morën në studim, ndërsa në ata me anomali të dhëmbëve e nofullave 37,2%⁰ të tyre.

2) Në materialin tonë, shfaqjet patologjike në paradont rriteshin me rritjen e moshës së fëmijëve, me shprehjen e anomalisë së dhëmbëve e nofullave, prandaj është e domosdoshme që anomalitë e ndryshme të shogëruara me paradontopati duhet t'i nënshtrohen mjekimit të gërshtëtar për të parandaluar dëmtimet e rënda jo të kthyeshme të paradontit të të rriturve.

3) Në shumicën e anomalive, dukuritë patologjike të paradontit shiheshin kryesisht në dhëmbët e përparshëm, që mbingarkoheshin më tepër, ndërsa në dhëmbët anësorë, ato shfaqeshin shumë rrallë.

Dorëzuar në Redaksi më 15 mars 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Chafray Jp.**: Réflexion sur des thérapeutiques ou médicamenteuses en parodontie. *Actuallités odontostomatologie* 1975, 111, 379.
- 2) **Defobianis E.**: L'importance del esamo clinico nei pasienti parodontopatici. *Minerva Stomat.* 1968, 12, 997.
- 3) **Fico Tr.**: Faktoret etologjike të gingivit e stomatit ulçeröz. Refetuar në sesionin shkencor 1978.
- 4) **Maaphe T. e bp.**: Essential of periodontology and periodonties. London 1975.
- 5) **Kalkanarov H.A., Gancev G.A. e bp.**: Svyaz mezhdu suboceljustinimi detormacijami parodontopatijsami u detei. *Stomatologija* 1972, 5, 47.
- 6) **Kongo P.**: Terapjia Stomatologjike e fëmijëve. Tiranë 1971, dispencë II, 233.
- 7) **Kongo P. e bp.**: Përhapja e parodontopative në nxënësit e moshave 12-19 vjeç të shkollave të Tiranës. Punime stomatologjike 1977, 1.
- 8) **Kuhalska Z. e bp.**: Glenbockie parodontopatiije umlodocjani. *Czas-Stom.* 1977, 6, 876.

- 9) **Lira Dh.:** Ortodocia. Tiranë 1972, 75.
- 10) **Lira Dh. e bp.:** Disa të dhëna mbi gingivopati të anormalitë e ndryshme të dhëmbëve e nofullave gjatë mjekimit të tyre. Punime stomatologjike 1978, vol. II.
- 11) **Peça P.:** Roli i faktorëve higjienikë në etiologjinë e kavitetit e paradontopatisë. Buletini Stomatologjik 1974, 1.
- 12) **Viqimi Xh.:** Te dhëna mbi hidhjen e paradontopative me disa anomali. Buletini I UT — Seria shkencat mjekësore 1979, 4, 111.

Summary

ROLE OF JAW AND TEETH ANOMALIES IN PARODONTOPATHY AND THEIR TREATMENT

To show the role played by anomalies of the jaws and teeth in determining parodontopathy, 2529 children aged between 6 and 16 were studied, dividing them for convenience sake into two groups. The first group comprised 974 children with normal occlusion. The second 1555 children with various anomalies of the teeth and the jaws.

Of the second group, 155 children had various positional anomalies, 232 had protrusion of the front teeth, 21 had prognathic and 233 prognathic report in the order of the teeth, 304 had too close contact between the teeth, 47 had shallow (open) and 514 deep occlusion and 29 had cross position of the teeth.

Of the 974 children with normal occlusion, 80.1 percent had no sign of parodontopathy and 19.9 percent had various changes of the parodontal tissues. In the second group 37.2 percent resulted with parodontopathy (twice as many as in the first group).

Résumé

LE RÔLE DES ANOMALIES DE LA MÂCHOIRE ET DES DENTS DANS LA MANIFESTATION DES PARODONTOPATHIES ET LEUR TRAITEMENT

Afin de démontrer le rôle que jouent les anomalies de la mâchoire et des dents dans la manifestation des parodontopathies, 2529 enfants âgés de 6 à 16 ans ont été examinés par les auteurs et divisés en deux groupes. Le premier groupe comportait 974 enfants ayant une occlusion normale et le deuxième 1555 enfants avec diverses anomalies des dents et de la mâchoire.

En ce qui concerne le deuxième groupe de 1555 enfants, 155 enfants présentaient des anomalies de la position, 232 des protrusions de la dentition frontale, 21 un rapport prognathique et 233 un rapport de prognathisme dans l'ordre des dents, 304 un disposition très serrée des dents, 47 une occlusion ouverte et 514 une occlusion profonde et, enfin, 29 une position croisée des dents.

La plupart des enfants du premier groupe (80.1%) ayant une occlusion normale, ne présentaient pas des signes de parodontopathies alors que le reste (19.9%) présentaient des modifications diverses du tissu parodontal. En ce qui concerne le deuxième groupe, 37.2% des enfants étaient affectés de parodontopathies, soit le double par rapport au premier groupe d'enfants sans anomalies orthodontiques.

ANOMALITË E POZICIONIT TË DHËMBËVE DHE TRAJTIMI I TYRE

— DHIMITRA LIRA — NIKOLETA PAPAJORGI —

(Poliklinika Stomatologjike e lagjes 1 dhe 2 — Tiranë)

Anomalitë e pozicionit të dhëmbëve janë të shumta e të larmishme; ato i gjejmë të ndërlikuara jo vetëm midis tyre, por edhe me anomalitë e tjera të dhëmbëve dhe me anomalitë e nofullave.

Mund të themi me bindje se rralë takohen fëmijë me sistem dhëmbësh të përzierë ose të përhershëm, që të mos kenë ndonjë dhëmb në pozicion të gregulltë. Dhëmbi është një organ i pandarë prej notullave, kështu që anomalia e tij pasqyrohet dhe tek ato, duke shkaktuar prishje të raportit reciprok midis nofullave, pra krijohen katshime patologjike, të cilat ndikojnë në të gjithë organizmin e fëmijës, qoftë për-
sa u përket gregullimeve funksionale në aparatën tretës, qoftë për gregullimet morfologjike dhe ato në të folur dhe estetike.

Por anomalitë e nofullave jo rralë krijojnë kushte negative për rrugën normale të daljes së dhëmbëve, ndryshojnë daljen e tyre, i lënë fare pa dalë ato ose dalin në pozicion të gregulltë, kushtëzuar kjo nga rrethanat lokale e të përgjithshme, të brendshme e të jashtme.

Në studimin tonë përshihen ato anomalitë të pozicionit të dhëmbëve, që janë të theksuara e dalin në plan të parë, para anomalive të kafshimit. Këtu përmblidhen rastet e grumbulluara në periudhën prej janarit 1977 — shtator 1979. Gjatë kësaj kohe, në klinikën tonë janë dispenserizuar 739 fëmijë me anomalitë të ndryshme të regjionit dhëmbë-nofull-fytyrë, prej të cilëve 156 (21.10%) kanë qënë me anomalitë të pozicionit të dhëmbëve, shifër kjo që qëndron midis të dhënave të autoreve të tjerë (1), të cilët këto anomalitë i kanë ndeshur për Tiranën 17.70%, kurse për Shkodrën 240/0.

Mosha e të sëmurëve të marrë në studim ka qënë prej 7 deri 25 vjeç, prej të cilëve 110 (70.520%) kanë qënë femra dhe 46 (29.480%) kanë qënë meshkuj.

Të ndarë sipas sistemeve të dhëmbëve, 71.70% kanë qënë me sistem dhëmbësh të përhershëm dhe 28.30% me sistem të përzierë. Ndodh kështu, për mendimin tonë, sepse të sëmurët me anomalitë të sistemit dhëmbënofull krijojnë ndihmë ortodontike atëhere kur ata arrijnë të vlerësojnë anën estetike.

Llojet e anomalive të pozicionit të dhëmbëve që kemi ndeshur i paraqesim në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Llojet e anomaliave të pozicionit të dhëmbëve

Protruzia		Ret		Supra okluzion		Pozicion vestibular		Dhëmbë të kryqëzuar		Dhëmbë të retinuar		Mez fleks.	Dist Flek	Dhëmbë të rrotulluar			Transpozicion		Gjithsej
M	Pa	M	M	Pa	M	PQ	M	PQ	M	Pa	Mezio rotal M.P			Dist rot. M.P	M	P			
M v	Pa v	M v	M v	Pa v	M v	Pa v	M v	Pa v	M v	Pa v			M v	P v	M.P vv	M v	P v	253	
23	6	1	29	31	4	5	62	10	33	16	2	2	5	10	2	1	1		
11.46%		0.39%	23.75%		3.55%		28.45%		19.35%				1.58%		5.92%	4.76%	0.79%	100%	

Nga sa shihet, numri i anomalive të pozicionit të dhëmbëve është më i madh se numri i fëmijëve të marrë në studim, pasi në disa fëmijë ka pasur më shumë se një dhëmb me anomalitë të pozicionit. Po ashtu kemi vënë re se edhe vetë një dhëmb mund të ketë një ose më shumë anomalitë të pozicionit, por ne e kemi grupuar në atë anomalitë që ka gënë më e dukshme. Kështu në studimin tonë, 14.77% kanë pasur anomalitë të thjeshtë të një dhëmbi vetëm në një drejtim. Po ashtu nga pasqyra 1 rezultoi se fëmijët, që kërkojnë më shumë ndihmë ortodontike, janë ata që kanë pozicion të rregullt të dhëmbëve frontale. Në radhë të parë, paraqiten ata me dhëmbë të kryqëzuar ose pozicion qiellzor, pas tyre vijnë ata me supraokluzion, pastaj ata me dhëmbë të retenuar me protuzion e me rotacion. Lokalizimin e anomalive të pozicionit e paraqitim në pasqyrën nr. 2.

Lokalizimi i anomalive të pozicionit të dhëmbëve

Pasqyra nr. 2

Dhëmbët	Protrud	Retrud	Pozic: vestib	Pozic: qiellzor	Supro okl.	Mez. F.	Aisto F	Rotac-M	Rota c D	Transpo- zicion	Reteus	Gjithsej
1	1			7	3	1		1	2		4	18
1 1		1		1				3	1		3	9
1	1			18	1		1	5	3		1	2
2	5		1	18	1				3		3	34
2 2	5		2	3	3				1		9	14
2				21	23	1		1			1	1
2				4	11			1			5	1
3			1	1							23	23
3 3				1							1	1
2 3				2							2	2
321 123									1		2	2
4				1					1		1	2
4											1	1
3 5				1							1	1
5											1	1
21 12	2											2
23	1			1								1
32	1						1					2
1 1												1
3 3											1	1
3 3	29	1	9	72	55	2	3	15	10	2	49	174

Nga pasqyra nr. 2 rezulton se me protuzion preken më shumë prerësit anësorë dhe më pak dhëmbët e tjerë. Në supraokluzion më shpesh takohen kaninët, pas tyre vijnë prerësit anësorë e pastaj prerësit qëndrorë. Në pozicionin vestibular, kaninët dhe prerësit anësorë kanë përhapje të barabartë.

Si dhëmbë të kryqëzuar, vendin e parë e zënë kaninët, pastaj prerësat anësorë, qëndrorët e pastaj dhëmbët e tjerë. Si të retenuar takohen më shpesh kaninët e pastaj prerësit qëndrorë e më pak dhëmbët e tjerë. Dhëmbë me rotacion, vendin e parë e zënë prerësit qëndrorë, pastaj anësorët dhe, së fundi, kaninët. Kjo përputhet edhe me të dhënat e autorëve të tjerë (2).

Gjithashtu nga pasqyra nr. 2 rezulton se më shpesh me pozicion anomal takohen kaninët, pastaj prerësit anësorë e më pas qëndrorët. Kurse përta i përket përhapjes sipas nofllës rezulton se 236 dhëmbë ose 93.29% janë me pozicion të rregulltë në nofllën e sipërme dhe 17 (6.71%) në nofllën e poshtme. Për mjekimin e anomalive të thjeshta, me përqëndrim të anomalisë tek vetëm një dhëmb, në një drejtim dhe me vend të mjaftueshëm në harkun normal të tyre, në kemi përdorur pllaka qelize të thjeshtë me hark buzor dhe kemi pasur rezultat në dhëmbët e protruduar në dhëmbët me supraokluzion + protruzion në dhëmbë me pozicion vestibular, me rotacion të lehtë. Pllakë qelize e thjeshtë është përdorur dhe në ato raste kur vendi në harkun e dhëmbëve ka qenë zënë, ku si pasojë e ngushtimit të nofllave ose e spositimit mezial të sistemit të dhëmbëve, dhëmbë në fqinjësi vendosen jashtë radhës normale. Para përdorimit të aparatit është bërë heqja e ndonjë dhëmbi fqinj qelizë të thjeshtë me hark labial e dhëmbë artificial janë përdorur në raste të dhëmbëve të retenuar, ku në sajë të efektit përtypës, dhëmbi artificial ka ushtruar ngacimin mbi gingivë, kockë e embrionin e dhëmbit të retenuar (6).

Grupi i dytë i anomalive përbën 8.54% të pozicionit. Këtu përfshihen ato raste që kanë pasur anomali në më shumë se një dhëmb. Për mjekimin e tyre janë përdorur aparate me veprim më të gjërë, p.sh. imittin Angel, metalik ose prej plasmasi. P. Q. me vidë e sustë shtytëse e afruese, trafilshë e pjerta etj. Për anomalitë e grupit të tretë (76.29%), në të cilat pozicioni anomal i dhëmbëve ka qenë shodgëruar dhe me anomali të okluzionit, por kur anomalia e pozicionit të dhëmbëve ka qenë mjaft e theksuar, kemi përdorur monoblok të pajisur me susta e vidë, përgatitur në mënyrë të tillë që të mund të korrigjohë dhe anomalitë e ndryshme të okluzionit. Po ashtu janë përdorur P. Q. me trafilsh katshues e susta, P. Q. me trafilsh të pjerrët, P. Q. me trafilsh katshues e susta, P. Q. me susta e vidë + linguale etj.

Gjatë mjekimit, pas arritjes së një farë rezultati, kur e kemi parë të arsyeshme, kemi rebazuar, riparuar ose kemi përgatitur aparat të ri.

Në të gjithë rastet, gjatë plantit të mjekimit, kemi pasur parasysh të përdorim të tillë aparat që të na sigurojë mbështetje të fortë në dhëmbët normale, të zgjerohjmë vend në harkun e dhëmbëve, të sigurojmë rrugë të lirë për spostimin e dhëmbëve (4, 5), me qëllim që jo vetëm të arrijmë rezultat, por të kursejmë edhe materialin,

Gjatë mjekimit kemi vërejtur se në disa anomali, sidomos në ato që nuk kanë pasur vend në harkun e dhëmbëve, ose që nuk kanë pasur rru-

gë të lirë për t'u spostuar, ose të dyja së bashku, në periudhën e parë të mjekimit, anomalia është keqesuar, kurse më vonë dalëngadalë është përmirësuar.

Gjatë mjekimit ortodontik, pas 7-8 aktivizimesh, vitaliteti i dhëmbit ulet pak dhe pas 2-3 javësh, pas mbarimit të mjekimit, ai rikthehet prapë në gjendjen e parë. Përcaktimin e vitalitetit të dhëmbëve e kemi bërë vetëm në disa raste.

Nga të 156 të senuretë që kemi marrë në studim, 57 (36,53%) kanë përfunduar mjekimin, 28 (17,96%) janë në vazhdim, kurse 71 (45,51%) e kanë ndërprerë mjekimin. Kjo përqindje e lartë në ndërprerjen e mjekimit na vë detyrë që sa më shpejt të fillojmë mjekimin e organizuar me plan edhe në ortodonti.

Rezultatet e mjekimit janë arritur në afate kohe të ndryshme në varësi nga shkalla e theksimit të anomalisë, nga mbajtja e aparatit dhe aktivizimi sistematik i tij, nga anomali të shoqëruese, moshë e të senuarit si dhe reaguesi i vetë organizmit të fëmijës.

Në pasqyrën nr. 3 po paraqesim kohën minimale e maksimale që na është dashur për të korrigjuar anomali të e ndryshme të pozicionit të dhëmbëve.

Pasqyra nr. 3

Koha minimale e maksimale për mjekimin e anomalive të pozicionit të dhëmbëve

Nr.	Anomalitë e pozicionit të dhëmbëve	Koha minimale	Koha maksimale
1	Dhëmbë të protruduar	2 muaj	4 muaj
2	Dhëmbë në supraokluzion	2 muaj	5 muaj
3	Dhëmbë në pozicion vestibular	2 muaj	10 muaj
4	Dhëmbë në pozicion qelzor	9 ditë	7 muaj
5	Dhëmbë të rehinuar	2 muaj	2 vjet
6	Dhëmbë me rotacione	1 muaj	6 muaj
4	Dhëmbë me mezo e distofleksion	2 muaj	4 muaj

Në dhëmbët me anomali të pozicionit, një autor (3) ka arritur rezultate pas 3-4 muaj dhe i ka mbajtur në retension 2-3 muaj, kurse një autor tjetër (2) në korrigjimin e dhëmbëve me rotacion ka arritur rezultat pas 27 ditë dhe i ka mbajtur në retension 65-92 ditë. Në rastet tona, pas arritjes së rezultatit, është vendosur aparat retensionit ose është lanë ai aparat pa u aktivizuar për një periudhë sa koha e kurës ose edhe një herë më shumë me qëllim që të mos rikthehet anomalia. Përjashtim kemi bërë vetëm për dhëmbët e kryqëzuar, që kanë pasur mbulim inciziv 2-3 mm, pas korrigjimit të të cilave si aparat retensionit iu ka shërbyer okluzioni natyral.

PERFUNDIME

- 1) Anomalitë e pozicionit të dhëmbëve, në studimin tonë, zënë 21.1% të gjithë anomali të mjekurara.
- 2) Në anomali të pozicionit të dhëmbëve, vendin e parë e zënë dhëmbët e kryqëzuar me 28.45%, pastaj dhëmbët me supraokluzion 23.75% dhëmbët e retinuar 19.35%, të protruduarit 11.46%, dhëmbët në rotacion 10.68%, pastaj anomali të tjera.
- 3) Me anomali të pozicionit, më shpesh preken dhëmbët e notullit së sipërme, që në materialin tonë paraqiten më 93.29%, kurse ato të trullit filles së poshtme 6.71%.
- 4) Me anomali të pozicionit, sipas materialit tonë, në radhë të parë preken kaniñet, pastaj pretesit anësore, më pak qëndrorët dhe më pak dhëmbët e tjerë.

Dorëzuar në Redaksi më 20 mars 19

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Basha A. e bp.**: Anomalitë e pozicionit të dhëmbëve. Buletini Stomatologj 1978, 1, 55.
- 2) **Bibihli S.**: Mjekimi ortodontik i rotacioneve të dhëmbëve me aparatën (rotacion individual imediat). Shëndetësia Popullore 1973, 3, 91.
- 3) **Cellohlin G.E.**: Ki metodike legerija anomalhovo pollozhhenija verhnik klikov bokovih rezcov v postojonim prikuse pri tesnom pollozhhenii zubov. Stomatolo gija 1964, 3, 56.
- 4) **Komshëveva L.I.**: Ordalente rezultativ mero distahnovo pieremeshtenije odir karnjevih zubov. Stomatologija 1973, 3, 59.
- 5) **Lira Dh.**: Ortodontia. Tiranë 1972, 218.
- 6) **Lira Dh.**: Studim mbi dhëmbët e retinuar dhe mjekimi i tyre. Buletini DIT — Seria Shkencat Mjekësore 1974, 2, 39.

Summary

POSITIONAL ANOMALIES OF THE TEETH AND THEIR TREATMENT

A series of 739 children with various anomalies of the teeth-jaw-face region were taken under observation; of these, 156 (21.1%), aged between 7 and 25 years presented anomalies of the position of the teeth.

These patients were divided into groups according to the type of the anomalies: the first group comprised 14.77 percent of the cases which had only one tooth in abnormal position in one direction; the second group (8.94%) comprises the patients with more than one tooth in abnormal position in more than one direction; the third (7.6,29%) included the cases with several teeth in abnormal position in several directions as well as abnormal occlusion.

Positional anomalies were more frequent (93.29%) in the upper jaw and comparatively rare (6.71%) in the lower jaw.

As regards the treatment, in simple anomalies, simple P_Q apparatus were used. In complex positional anomalies in various directions, P_Q apparatus with springs and screws were used, as well as a modified Angel apparatus, while in anomalies of the third group, which positional anomalies were combined with anomalies of occlusion, a monoblock P_Q apparatus with springs and screws was used together with an occlusional or articulation slant according to the type of the anomaly.

The extreme delay within which results were obtained in the different anomalies were from 7 days to 2 years.

R é s u m é

LES ANOMALIES DE LA POSITION DES DENTS ET LEUR TRAITEMENT

Les auteurs ont examiné 739 enfants présentant des anomalies de la région dents-mâchoires-visage et elles ont relevé des anomalies de la position des dents chez 156 d'entre eux (21.10%), âgés de 7 à 25 ans.

Ces patients ont été divisés en différents groupes selon le type des anomalies: le premier groupe comporte 14.77% des cas ayant une seule dent dans une position anormale et cela dans une direction; le deuxième groupe (8.94%) comporte les patients ayant plus d'une dent dans une position anormale et cela dans des directions différentes; le troisième groupe (76.29%) comporte les patients ayant plusieurs dents dans une position anormale et cela dans les directions différentes et parfois même accompagnées d'occlusions anormales.

Les anomalies de position plus fréquentes (93.29%) dans la mâchoire supérieure et plutôt rare (6.71%) dans la mâchoire inférieure.

En ce qui concerne le traitement des anomalies simples, les auteurs conseillent l'usage d'un appareil P_Q. Dans les anomalies de position complexes et cela dans plusieurs directions, elles proposent l'usage d'un appareil P_Q doté de ressorts et de vis ou bien d'un appareil Angel modifié. Pour ce qui est des anomalies du troisième groupe, où les anomalies de position sont accompagnées d'occlusions anormales, elles conseillent l'usage d'un appareil P_Q monobloc et oblique muni de ressorts et de vis selon le type de l'anomalie.

L'application de ces méthodes dans le traitement des différents types d'anomalies ont donné des résultats dans une période de temps variant de 9 jours à deux ans.

EKS PERIMENTALE

STUDIME HISTOLOGJIKE KRAHASUESE TË INDIIT KOCKOR TE NJERIU, QENI DHE LEPURI

- Doc. SKENDER GJICO -- MELIHA HALULLI -
(Katedra e Anatomisë dhe Histologjisë)

Gjatë 100 vjetëve të fundit janë kryer shumë studime në lidhje me indin kockor. Zbulimi i zhvillimit endokondral (1864) dhe i qelizave kockë-formuese osteoblasteve e vuri histologjinë e indit kockor në baza të shëndosha. Që nga ajo kohë e deri në ditët tona janë bërë shumë kërkime, të cilat kanë pasur për qëllim të sqarojnë shumë probleme në lidhje me ndërtimin, zhvillimin, rrigjenerimin dhe transplantimin e indit kockor.

Për indin kockor dhe osteologjinë janë të interesuara një sërë disiplinash si: embriologjia, anatomia, histologjia, anatomia patologjike, kirurgjia, ortopedia, mjekësia ligjore e shumë të tjera.

Duke vlerësuar rëndësinë e madhe që ka indit kockor në mjekësinë klinike dhe atë eksperimentale vendosëm të bëjmë studime histologjike krahasuese të njeriut dhe të kafshët.

Me sa jemi interesuar, studime të kësaj natyre në literaturën e huaj janë të rralla, kurse në vendin tonë mungojnë fare.

Studimi mediko-ligjor i kockës përbën një kapitull të rëndësishëm për identifikimin e përgjithshëm të kufomës. Zbulimi i disa kockave ose copëzave kockore, nga plëqëpamja mediko-ligjore, ka një interes të veçantë për të bërë diagnozën diferenciale, nëse këto kocka janë të njeriut, apo të një kafshe, të çfarë moshe e seksi janë dhe çilës epoke i përkasin.

Kur kemi të bëjmë me kocka të padëmtuara, që kanë ruajtur tërësinë e tyre anatomike, diagnoma diferenciale nuk paraqet vështirësi. Ndryshe qëndron puna me kockat e copëtara, që nuk janë as të gjata dhe as të mëtha. Në të tilla raste duhet të bëhen studime në drejtime të tjera. Një nga këto është dhe ekzaminimi histologjik krahasues.

Kjo metodë ekzaminimi mbështetet në ndryshimet arkitektonike, që ekzistojnë midis kockës së njeriut, nga njëra anë, dhe kafshëve, nga ana tjetër. Një metodë e tillë studimi jep të dhëna histologjike krahasuese interesante, në lidhje me numrin e osteoneve për çdo 1 mm² dhe të përmasave të kanalave të Haversit. Sipas një autori (1), në rast se takohen 18-20 kanale të Haversit në 1 mm² dëshmon se një kockë e tillë nuk i përket njeriut, por kafshës. Një autor (3) ka zbuluar 5-15 kanale në çdo 1 mm², ndërsa një tjetër (8) jep 5-10-15 kanale në çdo mm². Këto të dhëna ndryshojnë nga një autor në tjetrin. Të dhëna në kundërshtim njëra me tjetrën ka edhe në lidhje me përmasat e kanalave të Haversit.

Sipas një autori (7), diametri mesatar, i kanalave të Haversit të njeriut është 43 mikron, të kafshët 19 mikron. Të njeriut, diametri i kanalave

ndryshon sipas moshës nga 30-150 mikron. Sidoqoftë është më i madh se 25 mikron. Sipas autorit (4) diametri i kanaleve te njeriu është 9-400 mikron, ndërsa një autor tjetër (2) e jep 22-100 mikron. Në lidhje me diametrin të kanalëzave, autori (1) jep këto të dhëna: te njeriu, diametri më i vogël arrin 16 mikron dhe më i madh 150-200 mikron, përmasa këto, që nuk takohen në kafshë, kurse një autor tjetër (3) jep numra më të vogla. Sipas tij, diametri i kanaleve lëkundet nga 20-110 mikron.

MATERIALI DHE METODIKA E PUNËS

Në punimin tonë, ne kemi marrë në studim kockën e tibias së njeriut, të genit dhe të lepurit. Në fillim kemi prerë një segment kocke në zonën e diafizës, me përmasa 1,50 x 1 cm. Shartin e kockës e kemi filluar në përtoft dhe e shtrimë deri në ëndost. Kockën e njeriut e kemi marrë nga autopsitë e shërbimit anatomopatologjik të spitalit nr. 1. Këta nuk kanë genë me patologji të gjendrave endokrine dhe të kockave. Pasi muarëm segmentin e kockës e fiksuam menjëherë në tretësirë Buan për 24 orë. Pastaj materialin e nxuarrëm nga fiksaori dhe e futëm në një enë me alkool 96° për 24 orë. Më tej vazhduam procesin e dekalçifikimit. Si dekalçifikues përdorëm acidin nitrk, acidin trikloracetik, acidin klorhidrik, acidin formik, E D TA (etilen diamin tetracetik). Gjithashtu kemi përdorur dhe metodën e shpejtë sipas Frlhman Gelfand dhe Ksila (caktuar nga 6).

Sipas kësaj metode, në dekalçifikues, materialin e mbajtëm dy ditë në termostat në temperaturën 36°. Kur u bindëm se dekalçifikimi ishte kryer, duke e provuar me gjilpërë ose duke e prerë me brisik, materialin e shpëlamë për 24 orë me ujë të rryjedhshëm qezme. Kjo metodë është më e shpejtë dhe më pak e kushtueshme në krahasim me metodat e tjera, që zgjasin 8-10 ose më shumë ditë dhe na ka dhënë rezultate më të mira gjatë procesit të ngjyritimit.

Për prerjen e objektit (në rastin konkret diafiza e tibias), ne kemi përdorur metodën e ngrirjes dhe atë të parafinës. Trashësia e mikropreparatave ka genë 6-8 mikron. Ngjyritimn e mikropreparatave e kemi bërë me hematoxilinë dhe eozinë si dhe me metodën e Shmorl.

Gjatë shikimit të preparatave në mikroskop kemi ndjekur këtë rregull: në qdo fushë të të parit kemi numëruar në zonën kortikale të Kockës 4-5 vatra dhe në to kemi zbuluar numrin e osteoneve për qdo 1 mm². Po në lëndë kortikale kemi matur diametrin e kanaleve të Haversit (në qdo kampion kemi numëruar 75-100 kanale të tilla). Po kështu kemi vepruar edhe për kockën e genit dhe të lepurit.

DISKUTIMI I RASTEVE

Duke analizuar dhe krahasuar të dhënat e autorëve të tjerë me tonat, vëmë re se ata nuk kanë ndjekur të njëjtin kriter për vlerësimin e numrit të osteoneve dhe të diametrit të kanaleve të Haversit. Kjo e bën të vështitë të gjykosoh në se shifrat e dhëna prej tyre u përkasin përmasave minimale dhe maksimale apo atyre minimale dhe maksimale skajore.

Të dhënat tona për numrin e osteoneve dhe për diametrin e kanaleve të Haversit i kemi ndarë në tre grupe: në grupin minimal, mesatar dhe maksimal, siç shihet në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Numri i osteoneve në 1 mm²

	Minimal	Mesatar	Maksimal
Njeriu	10-11	13-14	16-17
Qeni	25	36-37	48-52
Lepuri	72	73	78

Duke krahasuar të dhënat tona për grupin maksimal të osteoneve për 1 mm² me ato të autorëve të tjerë, del se shifrat tona janë më të mëdha.

Përsa i përket diametrit të kanaleve të Haversit, kemi të dhënat që paraqiten në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Diametri i kanaleve të Haversit në mikron

	Minimal	Mesatar	Maksimal
Njeriu	20	56	110-125
Qeni	15	22-29	35-45
Lepuri	15	24	35

Në lidhje me diametrin e kanaleve të Haversit, të dhënat tona për kockën e njeriut janë më të mëdha nga ato që japin disa autorë (2, 3, 4 dhe 8, ndërsa përkojnë me ato të një autori (2).

Përveç kanaleve me diametër maksimal, në kemi vënë re edhe kanale të tralla me përmasa maksimale skajore. Kështu të kocka e njeriut, kemi takuar kanale me diametër 140-267 mikron, të geni 75-110, kurse të lepuri 60-110 mikron.

Shifrat maksimale skajore, megjë takohen trallë, nuk i kemi marrë parasysh dhe i kemi lënë jashtë grupit maksimal.

Gjatë punimit tonë kemi vënë re se diametri i kanaleve në afërsi të pllakave perimedulare është më i madh se i atyre, që ndodhen në zonën kortikale (në afërsi të pllakave subperiostale). Sa më afër endositit, aq më të mëdha dhe më të rregullta janë kanalet e Haversit. Nga ana tjetër del se sa më i vogël të jetë numri i kanaleve të Haversit, aq më i madh është diametri i tyre dhe anasjelltas. Kjo dëshmon për atë që kanalet e Haversit të kocka e njeriut janë më të mëdha. Si diametrin e

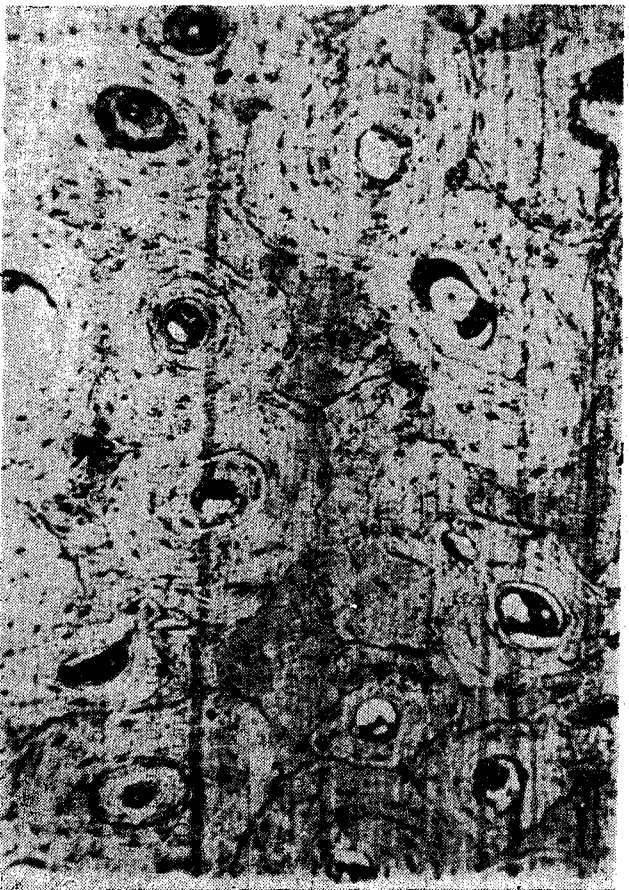


Foto 1. — Prekje transversale e kockës së tibies të njeriut (maskull) në mostrën 40 vjeç.



Foto 2. — Prekje transversale e kockës së tibies së njeriut (maskull) në mostrën 65 vjeçare.



Foto 3. — Pjerje transversale e kockës së tibiae tek geni.

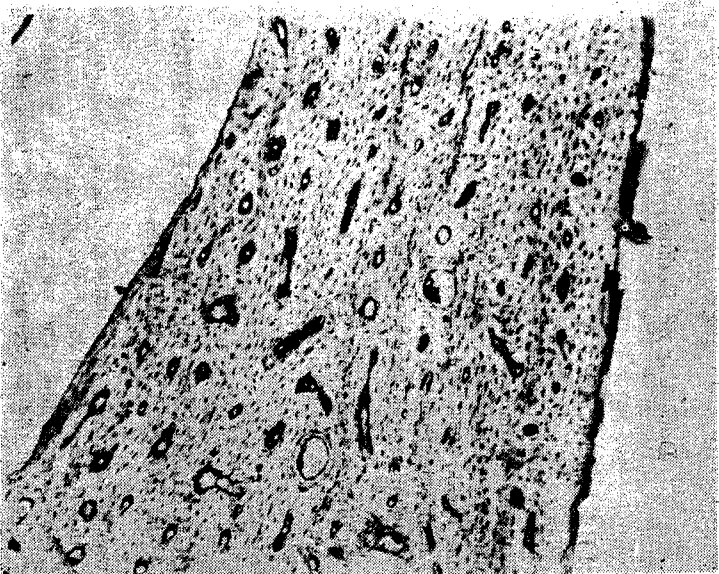


Foto 4. — Pjerje trans-
versale e kockës tibiale
tek lepuri.

kanaleve të Haversit, ashtu edhe numrinin e osteoneve në i kemi studiuar në zonën kortikale, ku ato nuk paraqesin luhajtje të theksuara.

PERFUNDIME

- 1) Studimi i osteoneve dhe i përmasave të kanaleve të Haversit lëjon të përcaktojmë dhe të dallojmë kockën e njeriut nga ajo e kafshëve.
- 2) Diametri i kanaleve të Haversit rritet dhe numri i osteoneve paraqesohet, duke kaluar nga pllakëzat kockore subperiostale në drejtim të pllakëzave perimedulare.
- 3) Diametri i kanaleve të Haversit te geni nuk paraqet luhajtje të mëdha. Kanalet janë pak a shumë të një madhësie si në afërsi të periostit ashtu dhe në atë të endositit.
- 4) Kanalet e Haversit te kocka e njeriut janë më të mëdha se ato të kafshëve dhe sa më i vogël të jetë numri i kanaleve, aq më i madh është diametri i tyre.
- 5) Te geni dhe lepuiri, kanalet e Haversit janë më të vogla dhe më të shpeshita.
- 6) Kocka e ngjeshur (kompakte) e njeriut në afërsi të endositit paraqet një farë osteoporozë dhe në raste normale (kur kocka është e shëndoshë). Osteoporozja shprehet për herë e më tepër me kalimin e moshës.

Dorëzuar në Redaksi më 15 maj 1980

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Gannoto G.:** Medicina legale e delle assicurazioni. Padova 1970, 377.
- 2) **Bloom M.D.:** A textbook of histology. Philadelphia 1968, 22.
- 3) **Chevrement M.:** Notion de Cytologie et Histologie. Liège 1966.
- 4) **Levi G.:** Trattato di histologia. Torino 1954, Vol. I, 537.
- 5) **Kostić A.:** Osнови normalnoj histologie. Beograd 1968, 192.
- 6) **Lilje P.:** Patogistologičeskaja tehnika praktičeskaja gistohimija. Moskva 1969, 377.
- 7) **Simonin C.:** Médecine légale juridique. Paris 1962, 794.
- 8) **Verne J.:** Précis d'histologie. La cellule, les tissus, les organes. Paris 1963, 130.

Summary

COMPARATIVE HISTOLOGICAL STUDY OF THE BONE TISSUES OF HUMANS, DOGS AND RABBITS

The purpose of the study was to determine the number of osteons per square millimeter and the diameter of the Havers channels in the bone tissues of man and compare them to those of dogs and rabbits. The number of osteons (fig. 1) and the diameters of the Havers channels (fig 2) were divided into three groups: minimal, medium and maximum.

In both man and animals, Havers channels of extreme dimensions were found, but they were very rare and were not included in the calculations.

The results of the study showed that the number of osteons per mm² of human bones was between 10 and 17 (average 13-14), in dogs between 25 and 54 (average 36-37) and in rabbits between 72 and 78. The diameter of the Havers channels in man was between 20 and 125 micron (average 22-29 microns) and in rabbits between 15 and 35 (average 24 microns).

R é s u m é

ÉTUDES HISTOLOGIQUES COMPARATIVES DU TISSU OSSEUX CHEZ L'HOMME, LE CHIEN ET LE LIÈVRE

Le but de cette étude était celui de déterminer le nombre d'ostéones par millimètre carrée et le diamètre des canaux de Havers dans la tissu osseux de l'homme, en les comparant avec ceux des chiens et les lièvres. Le nombre des ostéones (fig. 1) et le diamètre des canaux de Havers (fig. 2) ont été divisés en trois groupes: minimal, moyen et maximal.

Les auteurs ont relevé aussi bien chez les hommes que chez les animaux des canaux de Havers de dimensions extrêmes, mais comme il s'agissait des cas rares ils n'ont pas tenu compte de ces dimensions dans leurs calculs.

Les résultats de cette étude ont montré que le nombre des ostéones varie de 10 à 17 dans les os de l'homme (avec une moyenne de 13-14), de 25 à 54 chez les chiens (avec une moyenne de 36-37) et de 72 à 78 les lièvres. Le diamètre des canaux de Havers variaient chez les hommes de 20 à 125 microns (avec une moyenne de 22-29 microns) et chez les lièvres de 15 à 25 (avec une moyenne de 24 microns).

RIGJENERIMI I PLAGËVE TË ZORRËVE PAS RREZATIMIT

(Studim eksperimental morfologjik)

— FATOS HARITO — POLIZOJ SHQINA — AGJA RUKA —

(Institucionet e mjekimit të rrethit Durrës, Instituti i Kërkimeve
Mjekësore Ushkake)

Në kuadrin e përgatitjes së përgjithshme për mbrojtjen e vendit tonë, mendojmë se ky punim eksperimental është një kontribut modest, që ka për qëllim të studiojë rigjenerimin e plagëve të zorrëve dhe të anastomozave të tyre në kushtet e rrezatimit, duke pasur si pikësynim arritjen e përfundimeve, që do të ndihmojnë sado pak në mënjanimin e pasojave të dëmtimeve të gërshtëuara (nga armët e zjarrit dhe armët bërthamore njëkohësisht).

Seria	Grupi	Nr. i rasteve	Lloji i dëmtimit	Trajtimi
I	1	8	Rrezatimi	Pa mjekim 7 Me mjekim 1
	2	4	Plagë armë zjarri	Pa mjekim 3 Me mjekim 1
	3	3	Rrezatim + plagë armë zjarri	Pa mjekim
	1	21	Rrezatim + plagë armë zjarri	Me mjekim, plagosur dhe operuar ditën e parë.
II	2	2	Rrezatim + plagë armë zjarri	Me mjekim, plagosur dhe operuar ditën e X
	3	3	» »	Me mjekim, plagosur dhe operuar ditën e XV
	4	1	» »	Me mjekim, plagosur dhe operuar ditën e XXI

Gjithsej 42

Metodika e punës. — Në 42 kafshë (gen) të të dy seksëve, me moshë rreth dy vjeç dhe peshë mesatare 10,5 kg, u përfutua sëmundja akute e

trezeve (doza 400 r), ose u plagosën me armë zjarri, ose të dyja së bashku (dëmtime të gërshtëtara). Në vartësi të llojit të dëmtimit, mjekimit dhe kohës së ndërhyrjes operatorë, kafshët eksperimentale u ndanë në këto seri dhe grupe:

Për të marrë një pamje dinamike të ndryshme histopatologjike të zorrëve, në serinë e II u sakrifikuan 6 kafshë (në ditën e III për të parë dëmtimet nekrotike, në ditën e X për të vrojtuar dukuritë rigjeneruese dhe në ditën e XII, ku, siç dihet, rigjenerimi ka përfunduar krejtësisht).

Nga të gjitha kafshët u morrën pjesë nga zorra (në rastet e operuara edhe nga vendi i qepjes) dhe u fiksuan në formalinë 10%. Preparatet u ngjyrosën me hematoksilinë-eozinë, PAS, Feulgen dhe Trikrom sipas Massonit.

REZULTATET E PUNËS

Në serinë e parë u vu re:

Grupi 1. — Tre kafshë ngordhën në ditën e XII dhe një në të XVI pas rrezatimit. Në mukozën e zorrëve u panë nekroza sipërfaqësore të pakta, ulceracione të cekta, infiltrate inflamatore të rralla. Bërthamat e qelizave epiteliatale në shtresat e thella të mukozës ishin hiperkrome. Submukoza paraqitej edematose, nganjëherë me vatra hemorrhagjike.

Në tri kafshë të ngordhura në ditët e XXII-XXIII nuk u panë nekroza, por vetëm rigjenerim gati i plotë ose i plotë i mukozës. Në një kafshë të asgjësuar në ditën e XXX, zorra kishte pamje krejt normale.

Në këtë grup, një kafshë ngordhi në ditën e XVII me një nekrozë të gjërë të zorrëve, si pasojë e ndërlikimeve trombotike.

Grupi 2. — Një kafshë ngordhi në ditën e VIII me flegmone të zorrës, ndërsa dy të tjera u asgjësuan në ditën e XIX dhe XXI. Mukoza paraqitej e rregullt, rreth suturave kish reaksion inflamator leukocitar-makrofagal. Një qen u asgjësua në ditën e XIV. Në shtresën seroze vërehej nitrashje dhe infiltrim leukocitar e histiocitar, si dhe shtim i elementeve fibroblastike. Shtresat e tjera nuk kishin ndryshime.

Grupi i 3. — Tre kafshë ngordhën deri në ditën e XVI. Në mukozë ato kishin ulceracione sipërfaqësore ose mikroabcese, si dhe inflamacion granulomatos rreth suturave. Rigjenerimi në përgjithësi ishte i papërfunduar.

Në serinë e dytë, që përbëhej nga 27 kafshë, përfshiheshin rastet e rrezatuar, të plagosur me armë zjarri dhe të mjekuar. Nga këto ngordhën 12 dhe u asgjësuan 15 kafshë. Dëmtimet paraqiteshin si më poshtë:

Në javën e parë. — Në ditën e III u sakrifikuan 2 kafshë, zorrët e të cilëve kishin hemorrhagji dhe nekroza të mukozës, edemë të submukozës dhe infiltrate leukocitare rreth suturave. Në ditën e VI ngordhi një kafshë, ndërsa në ditën e VII u sakrifikua një tjetër. Në ato u gjetën nekroza të mukozës (fig. 1), edemë e submukozës dhe e serozit akut fibroz.

Në javën e dytë. — Në ditën e X u sakrifikuan 3 dhe ngordhën 3 në ditët e VIII-XII-XIII. Në ta u pa rigjenerimi i pjesës (i pa përfunduar (fig. 2), reaksion inflamator makrofagal rreth suturave dhe rrallë ndonjë mbeturinë e vogël nekrotike (në rastet e ngordhur).

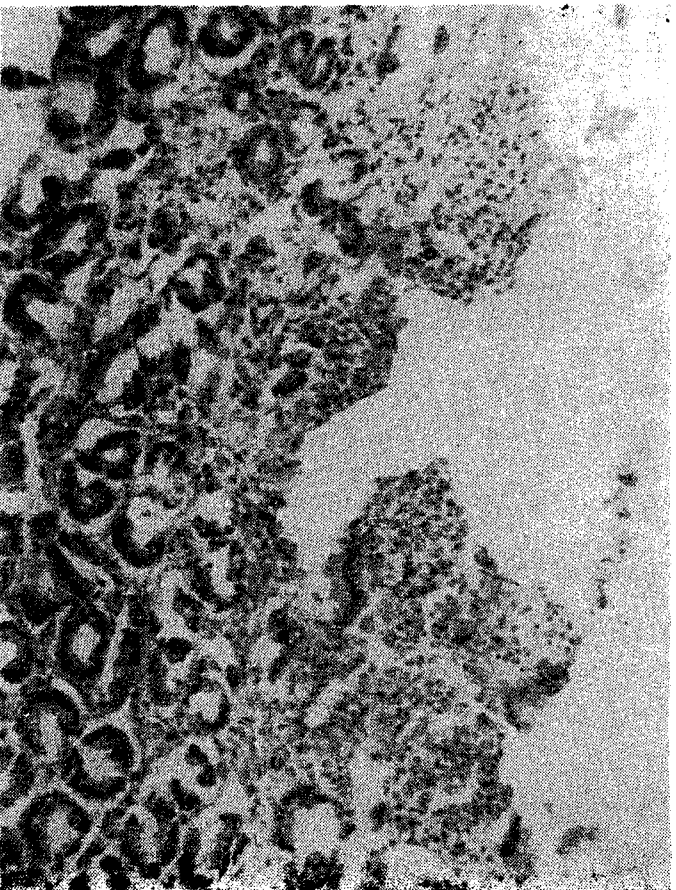


Foto 1. — (Nëjyrim H. E. Zmadhin 100 x). Nekroza sipërfaqësore të mukozës me formim ulceracionesh.



Foto 2. — (Nëjyrim H. E. Zmadhin 100 x). Rigjenerimi i papërfunduar i mukozës.



Foto 3. — (Ngjyrim H. E. Zmadhim 100 x). Rigjenerim i plotë i mukozës.

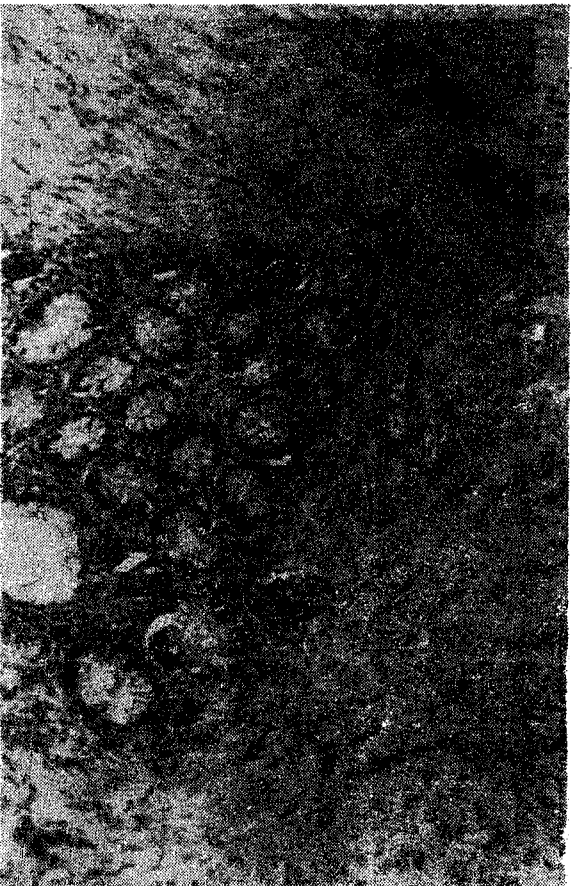


Foto 4. — (Ngjyrim H.E. Zmadhim 100 x). Vatra rigjenerimi ektopik. (Grupe shëndraash në thellësi të shtresës muskulare).

Në javën e tretë. — Një kafshë ngordhi në ditën e XV. Në paretin e zorrës kishte mbeturina nekroze dhe hemorragji. U vërejt fillim i rigjenerimit të mukozës, ndërsa submukoza paraqitej edematoze. Breth sutturave kish pak inflamacion. Në 4 kafshë të ngordhura nga dita XV deri XX u pa rigjenerim i plotë i mukozës (fig. 3), me vatra rigjenerimi ektopik, si dhe mbeturina të pakta inflamatore. T're prej tyre nuk u operuan fill pas rrezatimit, por pas dy ose tre javësh. Veç të tjerave, në ta u pa hemorragji në submukoze dhe muskulaturë.

Në një qen të sakrifikuar në ditën e XXI pati rigjenerim të plotë, me vatra rigjenerimi ektopik (fig. 4), ndërsa rreth sutturave kishte mbeturina inflamacioni dhe fibroze të pakët.

Në javën e katërtë vetëm një kafshë ngordhi ditën e XXIII dhe në zorrë u gjet rigjenerim i plotë i mukozës me pak edemie të submukozës.

Në javën e pestë, një kafshë u plagos dhe u operua 15 ditë pas rrezatimit dhe ngordhi në ditën e XXIV pas rrezatimit. Në zorrë binte në sy hiperemia dhe edema e submukozës, kurse mukoza kish rigjenerim jo të plotë. Një kafshë tjetër e plagosur dhe e operuar 10 ditë pas rrezatimit u asgjësua në ditën e XX. Në këtë rast, rigjenerimi i mukozës ishte i përfunduar dhe u pa pak inflamacion kronik rreth sutturave. Po këtë pamje pati zorra dhe në dy kafshë të tjera, njëra e ngordhur në ditën e XXXIV dhe tjetra e asgjësuar në ditën e XXXV.

Në javën e gjashtë dhe të nëntë, përfshihen 6 raste. Pesë prej tyre u asgjësuan ditën e XLVI deri në LX. Në të gjithë këto raste, rigjenerimi i mukozës ishte i plotë, në një rast dhe me vatra ektopike. Rreth sutturave u pa inflamacion i kufizuar.

Në një kafshë të operuar 3 javë pas rrezatimit dhe të asgjësuar në ditën e LVI (ose pesë javë pas operacionit), zorra nuk paraqiste asnjë ndryshim.

DISKUTIM

Epiteli i zorrëve të stomakut, së bashku me palcën e kockave, qelizat gjerminalë (seksuale) dhe limfocitet e limfoblastet, hyjnë në grupin e indeve më të ndieshme ndaj rrezëve, të kualifura radiosensibel. Pastaj renditen indet radioresponrive (që përgjigjen ndaj rrezëve) dhe, së fundi, indet radiorezistente (të qëndrueshme ndaj rrezëve) (cituar nga 2). Më i ndishtëm është epiteli i stomakut dhe i zorrëve të holla (6).

Ndryshimet më të hershme janë edema, distrofia dhe nekroza e qelizave epiteliale të mukozës si dhe edema e nënmukozës. Reaksioni qelizor në kufijt e nekrozës është pak ose ashpak i shprehur. Këto ndryshime, në varrësi të dozës së rrezatimit, shfaqen shpejt, pas disa orësh dhe janë përgjigjëse për shumë shenja të sëmundjes akute të rrezëve. Në format e rënda të sëmundjes ndodhin dëmtime të enëve të gjakut, vërrehen edema dhe hemorragji (2, 3, 4, 7). Të tilla ndryshime në kemi parë në një qen të serisë së parë dhe në pesë qen të serisë së dytë.

Në goftë se kafshët jetojnë, rreth ditës së VI fillon rigjenerimi i mukozës, fillimisht në thellësi të kripeve, më vonë edhe në sipërfaqe (5). Në katër kafshë në kemi parë dukuri të rigjenerimit në ditët e VIII-X, kryesisht në shtresat bazale të mukozës.

Zakonisht rigjenerimi bëhet i plotë brenda dy javësh (3, 5). Por mund të ndodhë që në ndonjë pjesë të mukozës të formohen gjendra hipoplazike atipike dhe, në disa qeliza epiteliale, në citoplazmë të grumbullohen rruzuj të mëdhenj mukusi. Gjithashu në muret e enëve të gjakut mund të formohen ntrashje halme. Përsa i përket indit limfatik të zorrëve, si rregull ai nuk rigjenerohet tërësisht (2). Në pjesën më të madhe të rasteve, ne kemi gjetur rigjenerimin e përfunduar të mukozës pas javës së II. Bie në sy se rigjenerimi në kafshtë e rrezatuara, të plagosura dhe të mjekuara, përfundon disa ditë më parë sesa në kafshtë e pamjekuara. Thëksojmë se në katër prej tyre u gjetën vatra rigjenerimi ektopik të mukozës. Në dy prej kafshtëve të serisë së parë (të pamjekuara), që ngrohën ditën e XXII, rigjenerimi ishte ende i pafunduar plotësisht. Kjo duket se lidhet me faktorin infeksioz mikrobiale, i cili frenon rigjenerimin dhe që ishte më i pakët në qentë e serisë së II, si rezultat i mjekimit. Në përgjithësi, në 21 kafshtë të serisë së II të plagosura dhe të operuara të nesërmen e rrezatimit, ngordhjet ishin gati dy herë më të pakta në krahasim me qentë e serisë së parë.

Lidhur me mundësinë e ndërhyrjeve kirurgjikale në kafshtë e rrezatuara, me gjithë brishtësinë e murit të zorrës, ecuria pas operatore është e mirë, zakonisht nuk formohen fistula, adenecat inflamatorë janë të pakta (1). Ne kemi pasur rezultate të mira në qentë e operuar, sidomos në ata ku plagosja dhe ndërhyrja kirurgjikale (qepje e thjeshtë ose rezeksion i zorrës) është bërë shpejt pas rrezatimit.

PËRFUNDIME

1) Rigjenerimi i mukozës së zorrëve të kafshtëve pas rrezatimit shfaqet rreth ditës së VI dhe fillon në thellësi të kripteve, pastaj dhe në sipërfaqen e mukozës.

2) Rigjenerimi i mukozës së zorrëve përfundon pas javës së II. Ai përfundon më shpejt në kafshtë e mjekuara sesa në ato të pamjekuara.

3) Në katër kafshtë të rrezatuara, të plagosura dhe të operuara janë gjetur vatra rigjenerimi ektopik.

4) Ecuria pas ndërhyrjeve kirurgjikale në zemër në kafshtë e rrezatuara është e mirë, sidomos kur ato operohen shpejt pas rrezatimit.

Dorëzuar në Redaksi më 15 maj 1980

BIBLIOGRAFIA

- 1) Boury G. et coll.: Etude experimentale des radiolésions de l'intestin grêle. Jour-nal de chirurgie 1976, 115, 10, 551.
- 2) Dunlap Ch. E.: Effects of radiation. Në librin «Pathology», St. Louis 1971, 242.
- 3) Dykes P. W.: Tissue responses to ionizing radiations. Në librin «The patho-logical basis of medicine». London 1972, 323.
- 4) I K M U : Anatomia patologjike e sëmundjes akute të rrezeve. Në librin «Mjekë-sia e rrezatimeve jonizuese. Tiranë 1978, 126.

- 5) Krajevskij N.A.: Ogerki patologičeskoj anatomii lugevoj boljeznji. Moskva 1957, 68.
- 6) Krajevskij N.A.: Patologičeskaja anatomija lugevoj boljeznji: Në B.M.E. 1960, vol. 16, 374.
- 7) Njemanova N.M. e bp.: Ob ektopičeskom krovetromniji u sobak perezhivših ostruju lugevuju baljezji. Arhiv patologii 1968, 7, 19.

S u m m a r y

**REGENERATION OF FIREARMS WOUNDS OF THE BOWELS
AFTER TREATMENT BY RADIATION.**

The rate of regeneration of the intestinal mucosa on wounds caused by firearms in animals (dogs) after treatment with 400r radiation was studied from the morphological point of view. The wounding and the surgical interventions (simple anastomosis or resection) were carried out at different periods after radiation.

Regeneration of the intestinal wounds in the treated animals began on the sixth day and was completed by the end of the second week. In the treated animals regeneration proceeded faster than in the untreated ones. In four cases, ectopic sites of regeneration were observed. The clinical course after intervention was satisfactory in the animals treated by radiation, particularly when the operation was performed soon after radiation.

R é s u m é

**RÉGÉNÉRATION DES BLESSURES CAUSÉES PAR UNE ARME À
FEU DANS LES INTESTINS APRÈS UN TRAITEMENT
PAR L'IRRADIATION**

Dans ce travail expérimental, les auteurs ont étudié au point de vue morphologique le taux de régénération de la muqueuse des intestins chez des animaux (chiens), qui avaient été blessés par une arme à feu et irradiés avec 400 r. La blessure et l'intervention chirurgicale (anastomose simple ou résection) furent effectuées dans des périodes différentes de l'irradiation.

La régénération de la muqueuse des intestins des animaux par suite de l'irradiation s'est manifestée le 6^{me} jour et s'est terminée dans deux semaines. La régénération fut plus rapide chez les animaux irradiés par rapport aux animaux non irradiés. Dans 4 cas on a observé des foyers de régénération ectopiques. Après l'intervention, l'évolution fut satisfaisante chez les animaux irradiés, surtout lorsque l'opération est effectuée immédiatement après l'irradiation.

**TË DHËNA MBI KULTIVIMIN E HASHASHIT (PAPAVER
SOMNIFERUM) MUNDËSIA E SHFRYTËZIMIT FARMACEUTIK
TË TIJ**

— XHAVIT BAHIA —

(Laboratori i Kontrollit të Barnave — Elbasan)

Flora e rrethit të Elbasanit, ashtu si ajo e gjithë vendit tonë, është e pasur me bimë mjekësore, të cilat janë përdorur qysh prej kohëve të lashta për mjekimin e sëmundjeve të ndryshme (2, 7, 9, 10, 11).

Duke pasur parasysh orientimet dhe vendimet e Partisë për studimin, njohtjen dhe shfrytëzimin e bimëve mjekësore të vendit, i vumë vetes për detyrë të bëjmë studimin kompleks të hashashit (Papaver moniferum) në këto drejtime:

- a) Kultivimi i bimës spontane si bimë kultive.
- b) Fittimi i pjesëve të përdorshme (droga).
- c) Përcaktimi cilësor dhe sasior i përmbajtjes në pjesët e përdorshme të bimës.
- g) Mundësia e shfrytëzimit të hashashit për përdorim farmaceutik.

Përpjekjet e bëra për studimin dhe kultivimin e hashashit, si bimë mjekësore me vlera farmaceutike, që përmban një numër të madh substancash vepruese në përqindje të lartë, kanë për qëllim shfrytëzimin dhe përdorimin e kësaj bimë për qëllime farmaceutike.

Si bimë mjekësore, hashashi është kultivuar qysh në kohët më të lashta (2, 7, 10). Përfardhjen e ka nga Azia e Vogël ose Qendrore. Që prej këtej është kaluar mbjellja e kësaj bimë edhe në Evropën Jugore dhe Qendrore (2, 7, 9, 10).

Në vendin tonë hashashi rritet si bimë e egër në kopshtije. Kultivimi i kësaj bimë për qëllime eksperimentale është bërë nga ana jonë qysh nga viti 1968 në kopshtin Botanik të Fakultetit të Shkencave të Natyrës, nën kujdesin e punonjësve të Katedrës së Botanikës. Më vonë kjo bimë, po për qëllime studimore, është kultivuar në kopshtin botanik të qytetit të Elbasanit.

TË DHËNA TEORIKE PËR BIMËN E HASHASHIT

Papaver somniferum — Hashashi është bimë barishtore njëvjeçare, me lartësi nga 0,5-1,5 m, rritet në toka të ngrohta e të pasura me humus, preferon toka të pasura me gëlqerë, kurse tokat e lagura dhe të rrahura nga era nuk janë të përshtatshme për të. pH-i optimal i tokës është 6-7 (7).

Sipas një autori (7) varietetet e hashashit emërtohen duke marrë për bazë ngjyrën e farmave. Me fara të bardha, varieteti P. album dhe me fara të zeza është varieteti P. nigrum. Varieteti me fara të bardha ka përmbajtje të lartë vaji dhe përdoret për fitimin e vajit, kurse varieteti me fara të zeza ka përmbajtje të lartë morfine e opiumi dhe përdoret për nxjerrjen e opiumit e të alkaloidëve.

Hashashi mbillet në pranverë, duron një temperaturë minimale 3-4° C, vetëm në -5 deri -6° C mund të dëmtohet. Koha e mbirjes shkon 10-14 ditë (2, 7).

TE DHENAT EKSPERIMENTALE PËR BIMEN E HASHASHIT

Objekti dhe metodat e studimit. — Në mbështetje të metodës dhe qëllimit të studimit janë kryer:

1) Eksperimentimi i kultivimit të bimës spontane u krye në parcela në dy rrethe, Tiranë (Laparakë dhe gyteti i studentit) dhe në Elbasan (fishat dhe gytet).

Studimi u bë me varietetin me fara të zeza, varietet gjysëm i egër, që takohet në rrethin e Elbasanit.

2) Fitimi i pjesëve të përdorshme të hashashit: lateksit (opiumit), kapsula të pjekura e të papjekurat, si dhe gjethe, të cilat paraqesin interes për industrinë farmaceutike, kurse farat dhe kashta e hashashit paraqesin interes për industrinë ushqimore dhe të letrës (2, 7, 9).

3) Ekstraktimi dhe izolimi i alkaloidëve në kryesore, që gjenden në pjesët e përdorshme të kësaj bime. Ekstraktimi dhe izolimi i alkaloidëve kryesore u bë në bazë të metodave të njohura klasike (5, 9, 10).

4) Përcaktimi i përmbajtjes cilësore dhe sasore të substancave vep-ruese (alkaloidëve) në pjesët e përdorshme të bimës së kulturës u bë në dy drejtime: a) në përcaktimin e alkaloidëve totale dhe të morfines në pjesët e përdorshme të hashashit (opium, kapsula të pjekura dhe të papjekura), b) Në përcaktimin dhe identifikimin e alkaloidëve individ në opium, kapsula, gjethe, rrënjë, kërcell, lule dhe thekë (1, 4, 8, 12, 13).

Të dhëna botanike. — Bima është grumbulluar nëpër kopshitje si bimë e egër gjysëm e kultivuar. Shqip quhet Hashash ose Afion. Në disa fshatra dhe familje të rrethit të Elbasanit quhet bar gjurni ose bar kolle. Ky emërtim është më i drejtë, sepse përputhet me përdorimin popullor të kësaj bime.

Llojet më të përhapura në rrethin tonë janë: Papaver somniferum, varieteti me fara të zeza dhe Papaver rhoas, që i kemi kultivuar edhe në kopshin botanik të gytetit të Elbasanit dhe në kopshin botanik (Laparakë) të gytetit të Tiranës.

Hashashi që fituam ka gjatësi 0,5 m. deri 1,2 m, që përfundojnë me frutin, kapsula që përbëhen nga 8 deri 12 kthina poroze, ku secila nga këto përfaqëson një gjethe frutore.

TË DHËNA AGROTEKNIKE DHE AGRIBIOLGJIKE

Më parë parcela u punua në gusht, pastaj në janar, u diskua, u lezua dhe u nivelua nga ana jonë dhe në fund u mbuall me sukses në toka të alternuara me drith, panxhar, bath dhe perime.

Mbjelljen e kemi bërë në dy kohë: bima e parë u mbuall nga 20-25 janar dhe e dyta nga 2 marsi deri 10 prill. Kemi praktikuar mbjelljen dimnore (nëntor) dhe mbjelljen e vonëshme (pas 20 prillit). Mbjellja e hershme dhe ajo dimëriore janë më rezultative, ndërsa mbjellja e marsit është më e favorshme për fitimin e opiumit.

Mbjellja u bë me rjeshta 40-50 cm. larg njëri tjetrit, me një thellësi 0,75 cm. dhe me një largësi 20 cm. bima nga bima. Koha e mbrirjes për bimën e parë zgjati 15-20 ditë dhe për të dytën 10-14 ditë. Bima u mboll me parcela prej katër rjeshtash, duke lënë një bosh për lehtësim pune.

Për zhvillimin normal të bimës, rëndësi ka edhe plehërimi, të cilin e bëjmë me pleh organik dhe inorganik. Përdorimi i tyre në sasi të konsiderueshme ndikon në rritjen e rendimentit të alkaloidëve.

● Eksperimentet që kemi kryer me këtë bimë në kopshtin botanik të Elbasanit i përzier të plehrave (inorganike me organike) fosfato-potase plehërimi i përzier të plehrave (inorganike me organike) fosfato-potase amoniakale me ato organike. Respektivisht morrën 72 kg. — 6 kv — 4 kv. — 200 kv. për ha. Në këtë rast ne patëm parasysh edhe përbërjen kimike të tokës. Duhet vënë në dukje se kjo bimë ka nevojë të madhe për substancë ushqyese dhe ka aftësi të vogla dispreguese, kështu që vetëm sasira të caktura e të njatfueshme plehu, mundësisht në formë lëngu (organikum), garantojnë rendimente të larta.

Që bima të zhvillohet shpejt dhe të ketë rendimente, kur bëhet me katër-pesë gjethe, më parë asaj i bëhet rrallimi e seleksionimi (për lehtësi punë); është mirë që ky të bëhet në kohë, pasi përndryshe ndikon negativisht (në fenofazat e saj) në përmirësimin alkaloidë. Në këtë rast higen ato që janë më pak të zhvilluara dhe lihen ato që janë më të zhvilluara, duke respektuar njëkohësisht largësinë nga bima në bimë. Pas dhjetë ditëve të seleksionimit bëjmë prashitjen e parë dhe, kur bima po goxhëzonte, bëjmë prashitjen e dytë dhe në lulëzim bëjmë prashitjen e tretë.

Duke zbatuar kërkesat agroteknike, bima u zhvillua normalisht dhe me rendiment të mirë. Duke u bazuar në këto të dhëna arrimë në përfundimin se bima e kulturës sonë i plotëson të gjitha kërkesat për t'u kultivuar si bimë mjekësore.

Lulëzimin masiv, bima e hershme (kulturë e parë janar-shkurt) e ka në dhjetëditorshin e parë të majit, ndërsa kultura e dytë (e marsit) e ka në dhjetëditorshin e parë dhe më tepër nga mezi i qershorit.

Zhvillimi filleshtar i kësaj bime bëhet shumë ngadalë. Të dhënat e fenofazëve nga viti në vit pothuajse nuk kanë diferencë. Fenofazat e zhvillimit të bimës më gartë jepen në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Fenofazat	Kulturë e parë					Kulturë e dytë				
	1969	1975	1976	1977	1978	1969	1975	1976	1977	1978
1) Fillimi i lulëzimit	3.5	8.5	10.5	5.5	7.5	8.6	9.6	7.6	5.6	10.6
2) Lulëzimi masiv	13.5	16.5	18.5	15.5	17.5	12.6	14.6	16.6	15.6	18.6
3) Pjekuria për opium	15.5	20.5	22.5	17.5	20.5	21.6	19.6	19.6	17.6	22.6
4) Korrja e parë-kapsula e papjekur	15.5	20.5	22.5	17.5	20.5	21.6	19.6	19.6	17.6	22.6
5) Korrja e dytë-kapsulat e pjekura	3.6	5.6	10.6	6.6	10.6	8.7	10.7	8.7	10.7	12.7

Shënim: Fenofazat e zhvillimit varen shumë nga kushtet klimaterike dhe plehërimi.

Duke marrë për bazë të dhënat e pasqyrës nr. 1, periudha e Julë-zimit zgjat 4-5 javë si për kulturën e parë, ashtu edhe për kulturën e dytë.

Periudha e vegetacionit, që nga çasti i mbirjes e deri në çarjen e korris, është pak më e gjatë për kulturën e parë.

Kultura e parë garanton mbijelljen e parcelës me një kulturë të dytë të alternuar.

Në kushte eksperimentale, bima zhvillohet mjaft mirë dhe sidomos kultura dimnore dhe e hershme.

Të dhënat biometrike të nxjerrura nga matjet e mostrave gjatë pesë vjetëve po i japin në pasqyrën nr. 2.

Duke iu referuar pasqyrës nr. 2 vihet re se bima, si kulturë e parë dhe kulturë e dytë, rritet e zhvillohet normalisht dhe të dhënat e saj biometrike përputhen me ato të literaturës, madje qëndrojnë më lart (kulturë e parë). Duke marrë për bazë zhvillimin e saj në lartësi, numrin e kapsulave për një bimë dhe peshën e tyre dhe, po t'i krahasojmë me të dhënat e literaturës të shumtë vendeve që e kultivojnë, rezulton se këto të dhëna janë nga më të mirat.

RENDIMENTI I PJESËVE TË PËRDORESHME (OROGAVË) PËR HEKTAR

Në mbështetje të agroteknikës së zbatuar për kultivimin e hashashit rezulton se në një hektar tokë mbullen dhe zhvillohen 100.000-200.000 bimë, duke mbajtur në rezervë ndarjen ndërmjet parcelave të vogla dhe vijat e kullimit.

Duke iu referuar pasqyrës nr. 2 rezulton se pesha mesatare e kapsulave të thata të bimës së kulturës është 15 gr., kurse rendimenti i opiumit për 100 kapsula është 3,0 dhe me një përilogaritje, rendimenti i opiumit arrin nga 60 deri 105 kg. për ha. dhe ai i morfinës arrin nga 7 deri 10 kg. për ha.

Në mbështetje me të dhënat e pasqyrës nr. 3 vëmë re se me rritjen e kushteve agroteknike (tokës, alternimit të saj, punimit, plehërimit, prashitjes, vaditjes etj.) kemi edhe rritjen e rendimentit si të opiumit, ashtu dhe të kapsulave të pjekura dhe të papjekura, ku mbahen ende rezervat, gjë që garanton dhe dikton domosdoshmërinë e kultivimit dhe të shfrytëzimit të kësaj bime kulture.

Pasqyra nr. 2

Të dhëna biometrike mbi kultivimin e hashashit

Kulturat	1969			1975			1976			1977			1978		
	Maks.	Mes.	Min.	Maks.	Mes.	Min.	Maks.	Mes.	Min.	Maks.	Mes.	Min.	Maks.	Mes.	Min.
<i>-- Kulturë e parë</i>															
1 — Lartësia e bimës cm.	85	70	60	85	75	65	90	70	55	90	75	65	100	80	60
2 — Numëri i kaps. për bimë	13	8	5	10	8	6	15	10	8	35	25	20	30	20	10
3 — Pesha e kapsulave të thata për një bimë.gr.	8	5	3	10	7	4	10	7	4	18	15	10	15	10	8
<i>— Kulturë e dytë</i>															
1 — Lartësia e bimës cm.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80	70	50	85	65	55
2 — Numri i kaps. për bimë	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	18	14	20	15	10
3 — Pesha e kapsulave të thata për një bimë.gr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	12	8	10	8	6

Pasqyra nr. 3

Pjesët e përdorshme (Drogat)	1969			1975			1976			1977			1978		
	Maks	Mes	Min	Maks	Mes	Min	Maks	Mes	Min	Maks	Mes	Min	Maks	Mes	Min
1) Opium i thatë në kg. për ha.	34	18	10	—	—	—	—	—	—	105	75	60	100	70	55
2) Kapsula të pjekura në kv. për ha.	8	5	3	10	7	4	10	7	4	18	15	10	16	14	8
3) Kapsula të papjekura në kv. për ha.	8	5	3	10	7	4	10	7	4	18	15	10	16	14	8
4) Gjethe të thata në kv. për ha.	4	3	2	—	—	—	—	—	—	6	5	4	5	4	3
5) Fara në kv. ha.	7	4	2	5	4	2	5	4	2	17	12	8	15	10	5

**PËRCAKTIMI CILËSOR DHE SASIOR I PËSEVE TË THATA (DROGAVE)
QË FITOHEN NGA KULTURA E HASHASHIT**

Hashashi konsiderohet dhe trajtohet krejtësisht si bimë mjekësore në vendin tonë. Duke marrë parasysh se hashashi përmban shumë alkaloidë, që përdoren në mjekësi, ne kemi bërë një sërë eksperimentesh për përcaktimin cilësor dhe sasior të parimeve aktive të kësaj bime.

Përmbajtja e alkaloideve gjendet në pjesë të caktuara dhe në kryesore të bimës, si: në lateksin-lëngun gumëshor, prej të cilit fitohet opiumi; në kapsulat e papjekura, në kapsulat e pjekura, në thekë dhe në pak në gjelhe, ndërsa pjesët e linjifikuara të bimës dhe farat pohuajse nuk përmbajnë alkaloidë. Kryedhimisht, këto të fundit paraqesin interes, për shfrytëzimin industrial, e para në industrinë e letrës, prej së cilës fitohet një lloj letre me cilësi të lartë dhe, e dyta, për fitimin e vajit të tharshëm, i cili ka një përdorim të gjithanshëm në përgatitjen e bojrave të vajit.

Analizat kimike u kryen pranë Laboratorit të Kontrollit të Barnave të Elbasanit, sipas të dhënave të literaturës (1, 4, 8, 12, 13). Vëmendja u kushtua sidomos përcaktimit të alkaloideve totale, të morfinës dhe të pranisë të disa alkaloideve të tjerë. Për përcaktimin e alkaloideve totale të opiumit e të kapsulave u bazuan në farmakopet e ndryshme (4). Kurse përcaktimi i morfinës në përmbajtjen e opiumit dhe të kapsulave konsiston në vetinë që ka kjo bazë organike-me funksion fenolik, duke e trajtuar në bazat alkaline dhe alkalino-tokësore të formojë fenolate, të cilat, gjatë trazitimit me amoniak, ato precipitojnë si baza organike (4).

Ndaria e alkaloideve u bë duke përdorur kromatografinë në shtresa të holla dhe në letër (3, 12). Zbulimi i alkaloideve u bë me reaktivin Dragendorf. Të dhënat e përbërjes dhe përmbajtjes kimike po i paraqesim në pasqyrën nr. 4.

Passqyra nr. 4

Kimi zmi	Gjetjet	Kapsulat e		Opiumi	Farat
		papjekura	e pjekura		
1) Alkaloidet totale	+	0,6%	0,4%	20%	—
2) Morfinë	+	0,24%	0,20%	15%	—
3) Kodeinë	+	+	+	1,2%	—
4) Papavarinë	+	+	+	+	—
5) Narkotinë	—	+	—	+	—
6) Narceinë	—	+	—	+	—
7) Tebainë	—	—	—	—	—
8) Vaj vegjetal	—	—	—	—	+

Duke iu referuar të dhënave të pasqyrës nr. 4, sidomos të përmbajtjes në morfinë, mund të themi se bima e kultivuar i plotëson kërkesat për shfrytëzimin farmaceutik.

P E R F U N D I M E

Si pasojë e kësaj pune pesëvjeçare, mund të themi:

- 1) Varieteti më i mirë i hashashit, që përdoret për fitimin e opiumit dhe të morfinës dhe që është më i përshtatshmi për klimën e vendit tonë, është varieteti me fara të zeza (Papaverum nigrum).
- 2) Bima e hashashit mund të shtrihet në gjithë vendin tonë, madje edhe në toka të dobta, në rast se i sigurohet plehërimi organik dhe inorganik. Kjo bimë nuk duhet të mbillet në tokat argjilore, në tokat me lagështi të shumtë dhe në vendet shumë të ftohta dhe me erëra të forta.
- 3) Grumbullimi i kapsulave duhet të bëhet në fazën e pjekurisë jo të plotë të tyre, kur janë ende me lëng qumështor.
- 4) Nga rezultatet e fituara, lidhur me rendimentin me vlerë për ha. del e leverdisshme grumbullimi i opiumit dhe i kapsulave të pajëkura.
- 5) Rendimenti i morfinës për kapsulat dhe opiumin është i kënaqshëm dhe mjaftueshëm për shfrytëzimin industrial e farmaceutik.

Dorëzuar në Redaksi më 20 maj 1980. —

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

- 1) **Ahrjem A. A., Kuznetsov A. J.** : Tonkostolnaja Kromatografija. Moskva 1964, 12.
- 2) **Bensanson I. J.** : L'opium Paris 1946.
- 3) **Buletino Chimico D'Italia.** Milano 1964, 911.
- 4) **Farmakopea e VII Runune.** Bukuresht 1955, 460. **Farmakopea e II çeke.** Pragë 1954, 546. **Farmakopea Italiane.** Roma, botim i VII, 1970.
- 5) **Goda P.** : Teknologjia farmaceutike. Tiranë 1976, 302, 333, 351.
- 6) **Goda P., Sima Z., Demiri M.** : Vademekum i bimbëve mjekësore. Tiranë 1978, 220.
- 7) **Heger E. F.** : Handbuch des Arznei — und Gewurzpflanzenbaues Drogengewinnung. Leipzig 1956, 556.
- 8) **Kolushheva A., Tonceva P.** : Verhu identifikiraneho na nakoï opievî alkaloidi i protivodni na opievite alkaloidi v snijesi. Pharmacia. Sofia 1964, 3, 30.
- 9) **Lebeau F., Janot M. M.** : Traité de Pharmacie. Paris 1955, 1956, Vol. IV, 3139.
- 10) **Orlehov A. P.** : Himia alkaloidov. Moskva 1954.
- 11) **Popa K.** : Bimët mjekësore të vendit tonë. Tiranë 1982.
- 12) **Randerath K.** : Chromatographie sur Couches minces. Paris 1964, 93.
- 13) **Sima Z., Kogo P.** : Analiza e drogave mjekësore. Tiranë 1966, Bot. I, fq. 238.

S u m m a r y

CULTIVATION OF POPPY (PAPAYER SOMNIFERUS) AND THE POSSIBILITIES OF ITS PHARMACEUTIC USE

Cultivation and botanical, agrotechnical and agrobiological study were carried out of the poppy in two districts of the country (Elbasan and Tirana), as well as the qualitative and quantitative determination of the active substance in the dried parts of the plant in view of its pharmaceutical use. The experimental results are shown in the figures and tables.

The authors arrives at the conclusion that the poppy most suitable for opium and morphia production in this country is the black seed variety ('*Papaver nigrum*', which gives a satisfactory yields of opium for industrial pharmaceutical use.

Résumé

DONNÉES SUR LA CULTIVATION DU PAVOT (*PAPAVER SOMNIFERUM*) LA POSSIBILITÉ ET EXPLOITATION PHARMACEUTIQUE

L'auteur décrit la cultivation et l'étude faite du point de vue botanique, agro-technique et agrobiologique du pavot (*Papaver somniferum*) dans deux régions de notre pays (Elbasan et Tirana); de même, il décrit la détermination qualitative et quantitative de principes actifs des pièces sèches de la culture du pavot pour l'exploitation dans la pharmacéutique. Les données de son travail expérimental sont bien illustrées par des tableaux et graphiques.

D'après les données reçues, l'auteur arrive à la conclusion que pour le climat de notre pays, la meilleure variété du pavot pour obtenir l'opium et la morphine, c'est la variété avec des grains noirs (*Papaver nigrum*) et que le taux de la morphine par capsule et de l'opium est satisfaisant pour l'exploitation dans l'industrie pharmaceutique.

NJË RAST ME MIKSOMË TË ATRIUMIT TË MAJTË

— PROF. JOSIF E. ADHAMI — ARBEN SANTO — ARIANA BERISHA —
— KASTRIOT BINAJ —

(Katedra e sëmundjeve të Brendshme, Katedra e Patologjisë së Përgjithshme)

Miksomat janë tumore, zakonisht të pendunkuluara, që rriten në atriumet, më shpesh në të majtin. Ato simulojnë një stenozë mitrale funksionale, meqënëse obstruktojnë pjesërisht orificiumin atrio-ventrikular (1, 4, 7). Me rrallë ato rriten në atriumin e djathtë, duke imituar një stenozë trikuspidale (7). Për këtë arsye, diagnoza e tyre klinike është shumë e vështirë. Kështu; nga 90 raste miksomash intrakardiake të njothuara në literaturën anglo-saksone deri në vitin 1972, vetëm në 16 veta rasteisist gjatë hulumtimeve për stenozë mitrale ose trikuspidale të dyshimta, kurse 47 të tjerë u zbuluan në autopsi (7).

Miksomat janë më të shpeshta në femra sesa në meshkuj. Raporti ndërmjet tyre ndryshon nga 2,2:1 (5) në 6:1 (8).

Klinikisht sëmundja mund të paraqitet me tre grupe simptomash (7) : a) *obstruksioni i rrjedhës së gjakut*, meqënëse miksomat janë të pedunkuluara dhe imitojnë stenozën mitrale ose, kur janë në atriumin e djathtë, atë trikuspidale. Obstruksioni atrioventrikular mund të japë së sinkopa, që shpesh edhe në vdekje të papritur; b) *emboli sistematike* në 46,7% dhe *pulmonare* në 28,9% të rasteve (5). Shtaqja e një embolie sistematike nën moshën 20 vjeç dhe në mungesë të endokarditit dubët të nxisë dyshimin për një miksomë, pasi në këtë moshë, embolitë me të zanafillë tjetër janë shumë të rralla (7); c) *shenja të përgjithshme* si temperaturë, humbje në peshë, anemi, dispne, lodhje, entroseediment ritur etj. Shenjat e përgjithshme mund të ngatërrohen me ato të kolagenozave dhe të bëjnë që të fillohet kortikoterapia (2).

Ekzaminimi radiologjik i krahorit ve në dukje një zmadhim të atriumit të majtë, po ashtu edhe të ventrikullit të majtë, si pasojë e regurgjitacionit. Kurse në disa raste mund të shihet një edemë pulmonare.

Në EKG, aritmite dhe turbullimet e përcësueshmërisë nuk janë të shpeshta, por kur shfaqen më karakteristike janë fibrilacioni dhe flakshpeshja, por kur shfaqen kanë karakter paroksizmal, pastaq bëhen të qëndrueshëm (7). Është përshkruar edhe një rast me bllok komplet dhe sinkopa të herëpashërshme, që u dyshua për kriza të Adams-i-Stokes, në të cilin vetëm shintigrafia vuri diagnozën (6). Përdorimi i metodave të reja të hulumtimit ai ekokardiografia, cinoangiokardiografia dhe shintigrafia e regjionit prekordial me Teknecium-99 mund ta

verë diagnozën gjatë jetës (8). Ka mendime se ekokardiografia mund të diagnostikojë një miksomë pa pasur nevojë për ekzaminime të tjera gjakderdhëse (2). Kështu, nga 9 të sëmurë (7), ekokardiografia e vuiri diagnozën në të 6 rastet, në të cilët u përdor.

Në këtë punim do të paraqitjm një rast miksome të atriumit të majtë, të diagnostikuar gjatë nekropsisë, me qëllim që të tërheqim vëmendjen e mjekëve të përgjithshëm, specialistëve për sëmundje të brendshme si dhe të vetë kardiologëve, që në praktikën e përditshme, kur ndeshen me një kuadër klinik të tillë, që simulon një ves mitral, të mendojnë edhe për miksomën e atriumit të majtë, aq më tepër sot që mund të trajtohet me rrugë kirurgjikale.

E sëmura Gurie E, vjeç 36, kooperativiste nga rrethi i Korçës, u shtrua urgjent në klinikën tonë më 23 mars 1979, me diagnozën: «ves afekzion mitral, insuficiencë kardiale kongjestive globale e shkallës së IV». Kur u shtrua ankohej për dispne, kollë me ekspektorat të bardhë, i cili, kohë pas kohe, bëhej hemoptoik. E konsideronte veten të sëmurë qysh prej një viti e gjysëm, kur filloi të lodhej shumë shpejt, nuk ngjiste dot shkallet, kishte palpitatione. Në bazë të të dhënave anamnesticke dhe epikrizës dërguar nga spitali i Korçës del se e sëmura ka qenë shtruar disa herë në spitalin e afjeshëm me diagnozën «*vitium, ordiis, stenosis, ostii atrio-ventricularis sinistra*». Para 5 muajsh e sëmura u shtrua në Tiranë, ku konsultua e kardiokirurgjisë ka diskutuar mundësinë e një komisurotomie dhe i rekomandoi një rikontroll pas 6 muajsh. Kur doli nga spitali, e sëmura e ndjente veten pak më mirë dhe gjatë 3 muajve nuk mori mjekime. Pastaj u shfaqën shenjat e dekompsimit si dispnea, palpitationet, rëndimi në hipokondrin e djathtë, cianoza e buzëve, edemat në gjymtyrët e poshtme dhe një versament pleural i djathtë. Pas një mjekimi me tonikardiakë dhe diuretikë, gjendja e të sëmurës u përmirësua pak dhe ajo u dërgua në konsultën e kardiokirurgjisë për t'u rishikuar mundësia e komisurotomisë. Megjënëse ishte e dekompsuar, e sëmura u dërgua për trajtim të mëtejshëm në klinikën tonë.

Aty u sgarua se në moshën 10-12 vjeç e sëmura ka hequr bajamet, por nuk mban mënd të ketë kaluar reumatizëm. Gjendja e saj në gastin e shtimit ish e rëndë, ankohej për dispne, palpitatione e të përzjerja; më parë kishte pasur e të vjella, por i qenë ndërprerë në dy ditët e fundit. E sëmura ankohej edhe për miza para syve në ngjyrë të gjelbert, temperatura qe subfebrile. Objektivisht ajo rrinte mbështetur në dy jastëkë, kishte dispne, cianozë të buzëve, sklerrat me nuançë subikterike, në regjionin lumbosakral kishte edema, por jo në gjymtyrët e poshtme. Zëma dukej e zmadhuar, palpohej fremisman kater, tonet qenë ritmikë 96/min, toni i parë i forcuar në majtë, po ashtu toni i dytë me arterien pulmonare, i cili qe dhe i dyfishuar, degjohesh një zhumrë e lehtë sistolike dhe rrukullisje diastolike në majtë. Melgja qe shumë e zmadhuar, ajo mbushte epigasturin deri në afërsi të këthizës, me konsistencë të shuar dhe e dhembshme në palpim. Shpretka nuk prekej. Në mushkëri degjoheshin rale subkrepitante në të dy hapësirat interkapulovertebrale dhe në bazën e majtë. U mendua për një afekzion mitral, insuficiencë kardiale kongjestive globale e shkallës së IV, tromboemboli pulmonare, intoksikim nga digtali dhe bllok AV gr. I. Lana-

tosidi u ndërpre, të sëmurës iu dhanë tretësirë glukozë me klorur të kaliumit dhe doza të vogla insuline intravenoz, antibiotikë, vitaminotërapi dhe kodeinë për të qetësuar kollën dhe hemoptizinë. U vendos që të fillohen antikoagulantë, por niveli i prothrombinës ish shumë i ulët (18.30/0), ndoshta për shkak të demtimeve distrofike të mëlçisë.

Telentengenograma tregonte një zemër të zmadhuar me konfiguracion mitral, ventrikul të majtë hipertrofik, atrium të majtë të zmadhuar, vizatim hilar dhe pulmonar mjaft të shtuar, bronkopneumoni bazale të majtë, pa përjashtuar edhe infarkte pulmonare, (fig. 1).



Fig. 1

Ekzaminimi i gjakut në shttrim.: eritr. 4.320.000/mm³, Hb 76%, leuk. 8.400/mm³ (kurse në datën 29.III.1979 arritën 14.900/mm³, eritrosed. 7 mm/1 orë; formula: segmente 79%, eozinofili dhe bazofili zero, shkopi i 40%, limfocite 10%, monocite 5%, mielocite 1%, geliza Turk 1%. Në serinë e kuge vërehej makronormocitozë, ndonjë megaloцит (13 mikron), poiki-locitozë e pjesshme, polikromatofili dhe ndonjë gelizë target. Urina: dens. 1.008, me 15-20 leukocite për fushë. Fibrinogjeni brenda normës (240 mg⁰/0). Antistreptolizinat e rritura, 600 U, prova e formolit negativ. Elektrolitet: natremia 140 mEq/l, kalemia 5 mEq/l. Bilirrubinemia 1.17 mg⁰/0, Kunkel 24 U, Mc Lagan 2,5 U Takata Ara (+++), S G O T 80 U, S G P T 46 U.

Gjendja e të sëmurës shkoi duke u rënduar me gjithë terapinë e përdorur. Pas disa ditësh iu rifillua lanatosidi. Qysh nga data 26 mars filloi të ketë sputum hemoptoik, i cili u theksua dy ditë më vonë kur nxorri rreth 200 ml, kolla iu shtua, qëndronte në pozicion ortopneik dhe iu shfaq ikter. Provat funksionale të mëlçisë në 29 mars 1979 genë: bilirubina 6,39⁰/0, (direkte 4,29 indirekte 2,0 mg⁰/0). Kunkel 31,5 U, Mc Lagan 3 U, Takata Ara (+++), Transaminazat u rritën shumë, S G O T 227 U,

S G P T 227 U, aldolaza 8,7 U(N=0-4,5 U), fosfataza alkaline në normë, për të përfshuar një hepatit viral, guanazemia doli brenda normës, 2,7 U — N = 0-3 U). Të gjitha këto e bënë të gartë se nuk ishte fjala për hepatit të theksuara të mëlqisë, pasi po atë ditë, niveli i protrombinës ishte 18,30%. Elektroforeza e proteinave vuri në dukje një ujë të albuminave të barabartë me 1. Lipidograma tregoi se kolesterolemia totale ishte në kufirin e poshtëm të normës (175 mg/0). Mbjellja e sputumit për florë bakteriale dhe antibiograma dolën negativ. Dy ditë më vonë, transaminazat filluan të ulen pak: S G O T 165 U, S G P T 179 U.

Elektrokardiograma tregonte gregullime dituze të ripolarizimit në murin diafragmal të ventrikult të majtë dhe ekstraststola të rralla (fig. 2).

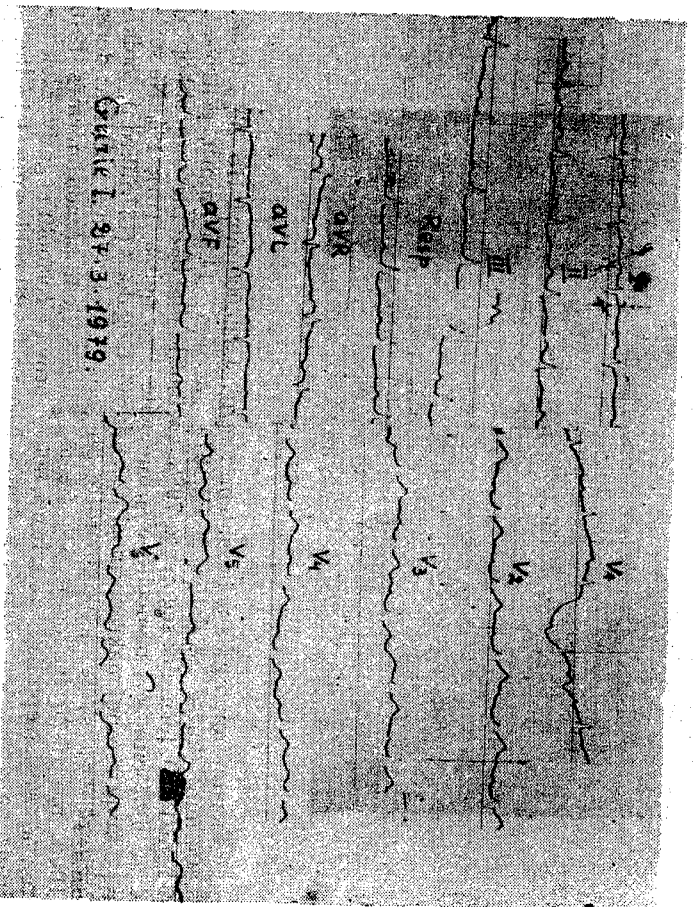


Fig. 2

Me gjithë terapinë e bërë, gjendja e të sëmurës sa vinte keqësohej, ikteri iu theksua, iu shfaqën edema në gjymtyrët e poshtme, kishhe koke dhe me ekspektorat hemoptoik, rale subkrepitante, veganërisht në bazën e majtë, epigastriin deri në një centimetër mbi këthizë dhe ishte e dhembshme në palpim, por me sipërfaqe të rrafshhtë. Në pasditen e 31 mars, e sëmura pati një gjendje shoku kardilogjen me djersë të ftoh-

ta, dispne, hipotension 90/60 mmHg dhe, me gjithë masat urgjente të marrura, e sëmura vdiq në mëngjezin e datës I prill 1979.

Ekzaminimi nekropsjik (protokoli i nekropsisë nr. 146/1979) vuri në dukje një zemër të rrumbullakosur me peshë 350 g. Në atriumin e majtë u gjet një formacion i pedunkulluar, që inserohej në septin interatrial, në *limbus fossae ovalis* dhe zbrishte deri në ventrikulin e majtë nëpërmjet ostiumit mitral. Tumori qe i lobulluar dhe kishte pedunkul të shkurtër të inseruar në bazë të gjërë. Pamja e tij qe miksoide, ngjyrë të verdhë të thellë në pjesën distale, ngjyrë të kuqe të errët në pjesën proksimale, një pamje gjysmë të tejdukshme si një masë gjelatinoze dhe konsistencë të butë në krahasin me indet e zemrës. Tumori kishte një gjatësi prej 8 cm. dhe gjërësi 4-6 cm. Ai mbushte osiumin mitral aqë sa lejonte të kalonte vetëm një gisht i prozektorit dhe zbrishte deri në majën e ventrikulit të majtë. Të gjitha valvulat e zemrës genë të holla e të tejdukshme, pa leziona. Të dy ventrikujt genë të zgjeruar dhe hipertrofiqe. Aorta dhe artertet koronare genë pa leziona aterosklerotike. (fig. 3).



Fig. 3

Në të dy mushkëritë u gjetën infarkte të shumta. Diseksioni i arterieve pulmonare vuri në dukje materiale të shumta tromboembolike të freskëta obstruktive. Zonat e ajrosura ndërmjet infarkteve kishin ndryshimet e kongjestionit venoz pasiv (të induracionit brun pulmonar). Në lobin e poshtëm të mushkërisë së majtë u vunë re valura bronkopneumonte. Mëlçia e madhe dhe e fortë tregonte ndryshime të thella të kongjestionit venoz pasiv (hepar moskat). Në shprekë dhe veshka

binin në sy infarkte të moshave të ndryshme. Nuk u gjet asnjë trombozë venoze periferike, që mund të shërbente si burim për embollië dhe infarktë pulmonarë. Venat e gjymtyrëve të poshtme nuk u kontrolluan.

Ekzaminimi mikroskopik i bërë në pjesë të shumta të tumorit intrarterial vuri në dukje se masa miksoide nuk kishte ndërimit histologjik homogjen, por një strukturë të përbërë nga tre zona me karakter të ndryshëm: 1) një zonë bazale nga e cila formohej pedunkulli i inserimit; 2) një shtresë e hollë periferike, që ishte tërë sipërfaqen e masës dhe 3) një qendër homogjene.

Sipërfaqja e tumorit vishaj nga një shtresë gelizash endoteliale dhe konturet e saj formonin në mikroskop zgjatime të shkurtëra papilare. Në endotelin kish një shtresë materiali të shkurtitë miksoid të përbërë nga lëndë bazale amorfe e bollshme, në të cilën shpërndaheshin gelizat e miksomës. Ehtë e gjaktë mungonin; siç duket kjo shtresë ushqohej nga gjaku kavitar. Gelizat e miksomës paraqiteshin në formë grupesh prej 3-4 elementesh gelizore së bashku ose të vetmuara të rrethuara nga materiali i bollshëm amorf ndërgelizor. Ato nuk kanë formë stelate, kanë citoplazmë eozinofile me konture të pagarta. Forma e bërhames ndryshonte shumë nga një gelizë në tjetrën, kromatina paraqitej homogjene dhe nukleola nuk dukej. Shumë geliza ishin multinukleare. Mitotiza nuk u vunë re.

Materiali i bollshëm amorf ndërgelizor jepte reaksion metakromatik në ngjyrimin me blu të toluidinës, gjë që tregon praninë e mukopolisakarideve acide. Ngjyrimi për mukopolisakaride neutrale (ngjyrimi PAS-1^t) doli negativ ose vende-vende pozitiv i lehtë (Fig. 4,5,6,7).

Baza e pedunkuluar e miksomës kishte pak a shumë strukturën e një indi të granulacionit. Kjo pjesë ishte e veshur, që ishte e pajisur me enë të neofornuara dhe përkonte me segmentin e kuq të formacionit tumoral. Ehtë ishin krejtësisht kapilare, që futeshin nga pedunkulli. Rreth kanaleve të vegjël vaskulare kish geliza të miksomës, makrofage, vatra hemorragjike, siderofage me inkluzione hemosiderinike në citoplazmë, vatra të hemopozës, limfocite dhe polinukleare neutrofile. Ndërmjet enëve dhe gelizave kish material amorf ndërgelizor, që ngjyrohej në mënyrë metakromatike me blu të toluidinës.

Në qendër të miksomës u gjend një zonë e gjërë jogelizore, amorfe, eozinofile dhe PAS-pozitive. Ngjyrimi për fibrinë me Weigert vuri në dukje fibrinë në shumë zona.

Mbi natyrën e miksomeve kanë ekzistuar dy interpretime të ndryshme. Pikëpamja neoplazike i ka konsideruar miksomat e zemrës si tumore të mirëfillta, pikëpamja trombogjene si trombë të organizuara. Debatë ndërmjet dy shkollave vazhdon ende edhe në ditët tona (3, 9). Struktura histopatologjike e miksomës së paraqitur duket se mbështet pikëpamjen trombogjene.

Si përfundim, i gjithë kuadri simptomatologjik, auskultativ, radio-logjik etj., që ishte ai i një sëmundjeje valvulare mitrale me dekom-pensim të dyanshëm dhe insuficiencë kongjestive globale të theksuar të zemrës, që shkaktuar nga një formacion miksomatoz i pedunkuluar, që obshturonte ostiumin mitral. E gjithë historia e sëmundjes, që nga fillimi i shenjave klinike dhe deri në zbulimin e miksomës në tryezën e nekropsisë, nuk kishte zgjatuar vegse 18 muaj.

BIBLIOGRAPIA

- 1) Adhami E. J. : Stenoza mitrale. Traktati i sëmundjeve të brendshme. Tiranë 1974, Vol. I, 57.
- 2) Deohy H., Dorra M., Betounne C. : Myxome de l'oreillette revelé par des manifestations systémiques, Médecine Interne 1979, 14, 10, 517.
- 3) Fine G., Morales A., Horn R. : Cardiac myxoma. A morphological and Histic appraisal. *Cancer* 1968, 22, 6, 1156.
- 4) Friedberg Ch. K. : Diseases of the heart. Philadelphia 1966.
- 5) Goodwin J. E. : Diagnosis of left Atrial Myxoma. *Lancet* 1963, 1, 464.
- 6) Hurlbut J. G., Ira G. H., Whalen R. E., Floyd W. L., Orgain E., S. ; : Diagnosis of right atrial myxoma. *Circulation* 1963, 28, 4, 741.
- 7) Nasser W. K., Davis R. H., Dillon J. G., Tavel M. E., Helmen M. E., Helmen Ch. H., Felgenbaum H., Fisch Ch. : Atrial myxoma. I) Clinical and pathologic features in nine cases. *American Heart Journal* 1972, 83, 5, 694.
- 8) Pohost G. M., and al. : Detection of left atrial myxoma by gated radionuclide cardiac imaging. *Circulation* 1977, 55, 1, 88.
- 9) Salyer W. M., Page D. L., Hutchins G. M. : The development of cardiac myxomas and papillary endocardial lesions from mural thrombus. *American Heart Journal* 1975, Vol. 89, nr. 1.

Summary

MYXOMA IN THE LEFT ATRIUM

The case is described of a 36 year old woman with signs of decompensated mitral stenosis, complicated by lung thromboembolism. The patient had developed jawndice with S.G.O.T 227 and S.G.P.T 227 U. Despite the treatment, the patient died after a state of irreversible collapse. The whole clinical (auscultatory) and radiologic picture of decompensated mitral stenosis was caused by a pedunculate myxomatous formation obstructing the mitral ostium.

The course of the illness from the appearance of the clinical signs to the fatal outcome lasted 18 months.

Résumé

UN CAS DE MYXOME DANS L'ATRIUM GAUCHE

Les auteurs de cette communication décrivent le cas d'une femme de 36 ans, qui présentait la symptomatologie d'une sténose mitrale décompensée et compliquée d'une thrombo-embolie pulmonaire. En plus chez la patiente s'est manifestée un ictere avec S.G.O.T 227 et S.G.P.T 227 U. Malgré le traitement, elle est morte à la suite d'un état de collapsus irréversible. Tout le tableau clinique (auscultatif) et radiologique indiquant une sténose mitrale décompensée, qui avait été provoquée par un myxome pédunculé obstruant l'ostium mitral.

Le cours de la maladie, depuis l'apparition des symptômes cliniques jusqu'à l'issue fatale, n'a duré que 18 mois.

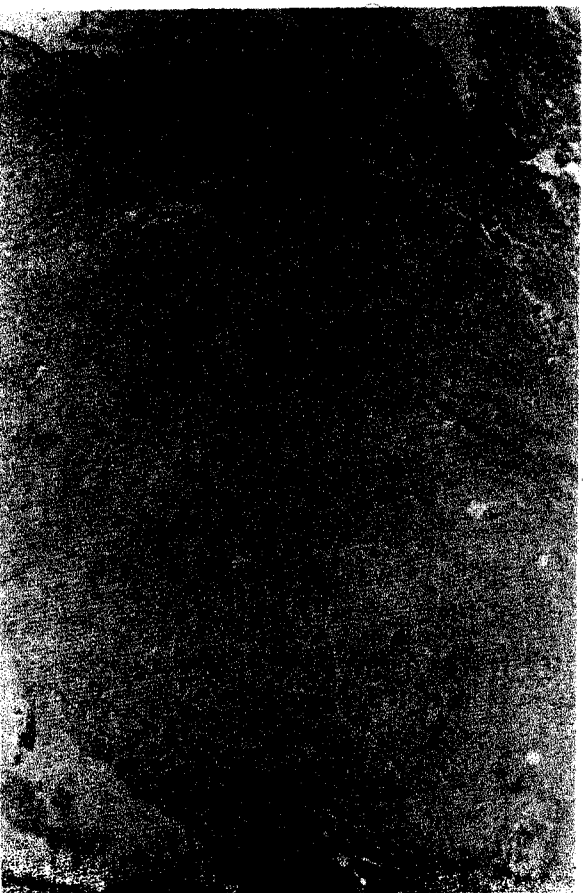
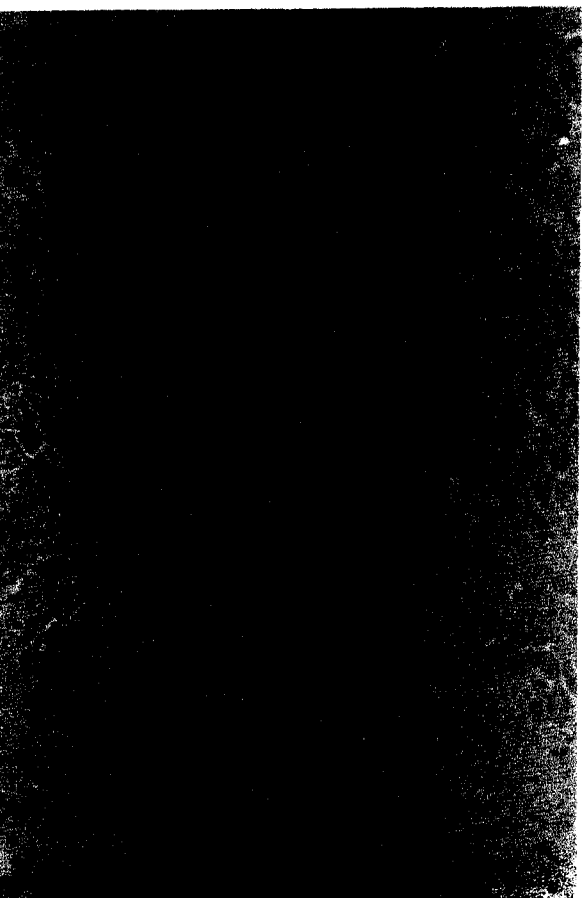


Fig. 4. — Shtresa periferike e tumorit. Ngjyrimi me blu të toluidinës ve në dukje materialin miksoïd (mukopolisaharidet acide) nëpërmjet gammametakroma-zisë (ngjyrës së kuqe) (30 x).

Fig. 5. — Gammametakromazia e shtresës periferike të tumorit (blu e toluidinës) (100 x).



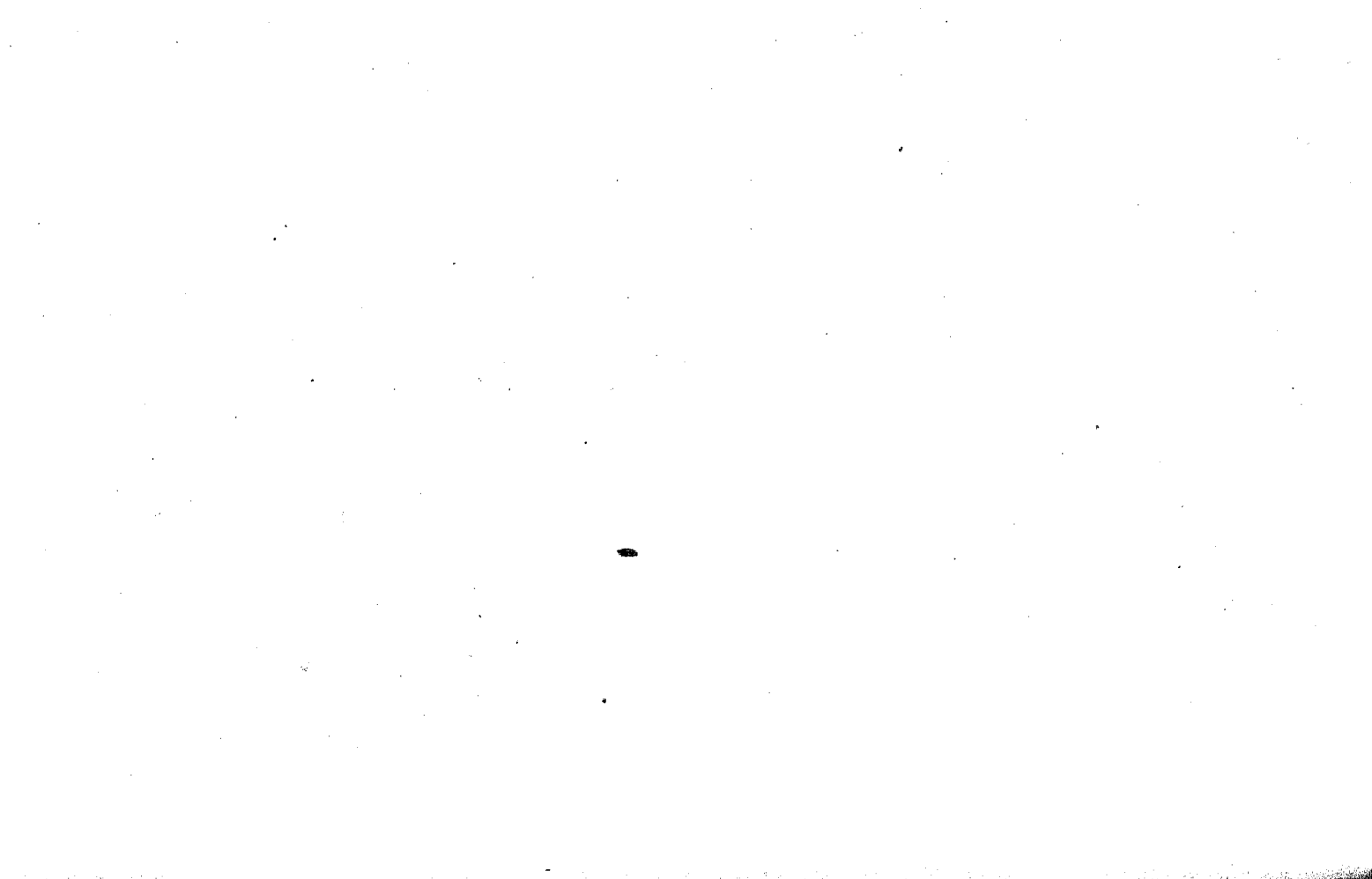




Fig. 6. — Gëllizat miksomatoze të shtresës periferike (blu e toluidinë) (100 x).



Fig. 7. — Pannje e kërcellit të tumorit (hematoksilinë dhe eozinë) (100 x).

NJE RAST ME AMILOIDOZE «PARËSORE» TË SHPËRNDARË ME PREKJË KRYESORE TË VESHKËS

— SULEMAN KODRA — NESTOR THERESKA — TEFIK TAHRAVI —
LUTFI ALIA — GAFUR SHENO —

(Klinika e III e Sëmundjeve të Brendshme)

Dallojmë dy forma amiloidoze, njëra «parësore», që zhvillohet pa lidhje të dukshme me ndonjë sëmundje të përgjithshme, tjetra «dytësore», që zhvillohet në kontekstin e një sëmundjeje të përgjithshme, siç është p.sh. tuberkulozi etj.

Gjatë amiloidozës dytësore, së bashku me heparin dhe veshka janë dy organet kryesore që preken, ndërsa për amiloidozën parësore, prekja e veshkës është më e rrallë (5). Gjatë formës dytësore, prekja e veshkës arrin nga 60-93%/o, ndërsa gjatë formës parësore nga 20-40%/o të rasteve (5).

Shpeshësia e përgjithshme e amiloidozës (parësore dhe dytësore), të zbuluar me biopsinë, arrin deri 30/0 të të gjithë biopsive renale (5). Rasti që po paraqesim është një amiloidozë e përgjithshme parësore me prekje të veshkës. Shtaqjet e para klinike të këtij rasti ishin ato renale. Kështu fillimisht, i sëmurë shtrohet me sindromën nefrotike me natyrë të pagartë. Ekzaminimet e bëra në spital nuk zbuluan ndonjë shkak të njohur të amiloidozës, duke na dhënë të drejtë ta quajmë amiloidozë parësore.

PARAQITJA E RASTIT

I sëmurë S.H., vjeç 59, me nr. kartele 2546 dhe 8020 u shtrua në klinikën e tretë të sëmundjeve të brendshme më 12 prill 1979 me diagnozë dërgimi glomerulonefrit akut me sindromë nefrotike.

Në hyrje, i sëmurë ankonte për dobësi trupore, edema në anësi të e poshme, veshitësi në frymëmarrje gjatë efortit të zakonshme si dhe për shtaqjen e disa ekimozave në kapakët e syve me ngjyrë violet (shih foto 1).

Në castin e shtrimit, objektivisht gjendja e përgjithshme ishte e kënaqshme. Në mushkëri paraqiste submattët bilateral në të dy bazat dhe dobësin të respiracionit.

Në zemër: tonet ishin ritmike, pa zhurmë patologjike. Pulsit me mbushje të dobët dhe frekuencë 78 në minutë. TA 100/60 mmHg.

Sistemi digjestiv: gjuha pak e zmadhuar, vende vende me ngjyrë violet (shih foto 2), në anën e majtë të saj paraqiste një ritim nga një protezë dentare. Abdomeni nën nivelin e kafazit të krahavorit, mëlçia

dhe shprekta në kuffi. Llozhat renale të lira. Në anesitë e poshtme paraqiste edema të shprehura, të buta, të bardha; në vartësi të pozicionit ato ndronin topografinë; kishte edema të pakta në regjionin lumbosakral.

Ekzaminimet e fillimit: radioskopia e krahavorit zemër të zmadhuar *in toto* me pulsacione të dobëta, versamente pleurale bilaterale, *sisturit dextra*.

Analiza e urinës: ngjyra e verdhë, reaksioni acid, densiteti 1014, proteinuria 1,65 gr¹⁰⁰/₀, leukocitet 3-4, eritrocitet 10-20. Analiza e gjakut: Eritr. 4.580.000, Hb 14.22⁰⁰/₀, Eritr. Sed. 35 mm/orë, leukocitet 7250; formula: Seg. 52, E. 6, B — shkop 3, limfocite 3 L, Monocite 8, trombocite 254.800.

Urea në gjak 23 mgr¹⁰⁰/₀, kreatinemia 0,80 mgr¹⁰⁰/₀, filtracioni glomerular 112 ml/minut, titri i kompletentit serik 85 U C¹H50/ml.a proteinurie në urinën e 24 orëve 2-4 gr¹⁰⁰/₀. Proteinuria ishte e tipit selektiv, në elektroferezën e saj mbizotëronte albumina. Provat e heparit dhe lipidograma normale. Proteinat totale dhe elektroforeza e gjakut: proteina totale 5,6 gr¹⁰⁰/₀, albumina 2,8, globulina 2,8. Elektroforeza: albumine 51⁰⁰/₀, alfa-1 5⁰⁰/₀, alfa-2 16⁰⁰/₀, beta 13⁰⁰/₀, gama 15⁰⁰/₀. Prova Kongo Red 67⁰⁰/₀.

Në analizat pes 5 muajsh ra në sy shtimi i proteinurisë, që arriti 9-11 gr në 24 orë e tipit gjysem selektiv. Ndërsa proteinat totale dhe elektroforeza e serumit karakterizohej nga thellimi i mëtejshëm i hipoproteinemisë, invertimi i raportit albumin/globulinë, shtim i alfa-2 dhe beta globulinave. Të dhëna që dëshmojnë për theksim të sindromës nefrotike me fillim të insuficiencës renale: urea në gjak 128 mg¹⁰⁰/₀, kreatinemia 1,4 mgr¹⁰⁰/₀.

Mielograma: u vërejt shtim i elementeve të sistemit retikulendo-telial (celula plazmatike dhe retikulare). Celula plazmatike 22⁰⁰/₀, retikulocite 6,5⁰⁰/₀. Gjaku periferik i përsëritur disa herë pa ndryshime nga të parat, eritr. sedimenti 20-27 mm deri 40 dhe pa anemi.

Biopsia e gjuhës: seksionet ishin të veshur me epitel shumë shtresor të sheshtë me dukuri akantotike dhe hiperkeratoze. Në shtresën supëpiteliale shihet një infiltrim masiv masash amorfë, homogjene, që, duke u bashkuar njëra me tjetrën, krijojnë një kuadër morfologjik me të njëjta vegori tinktoriale, pavarësisht nga lokalizimi në stromë ose perivaskulare (Shih. Foto 1,2,3).

Me të kugen e Kongos, këto formacione merrnin ngjyrë të kuqe tulle, që ishin lokalizuar në stromë si dhe në parietet e vazave me kalibër të vogël e të mesme, që në mikroskop me dritë të polarizuar kishin hirtëringjencë të gjelbër karakteristike dhe një dikroizëm: Në mikroskop me dritë ultraviolet, pas përpunimit me tiolflavinë T, këto masa jepin një fluoreshencë të ndritshme në të verdhë të gjelbër, që diferencohet qartë nga sfondi i gjelbër i errët. Me kristal violet, këto masa karakterizoheshin nga metakromazia, duke u ngjyrosur në të kuqe violet në sfondin blu violet të indeve të paprekura. Për rreth vazave dhe nën epitel shiheshin infiltrate elementesh inflamatore mononukleare, të përbërë nga limfocite dhe plazmocite.

DISKUTIMI I RASTIT

Nefropatia amiloidike kalon nëpër 4 faza: preklinike, proteinurike, nefrotike dhe uremike (7). Ky rast në fillim u paraqit në spitalin e një rrethi, pastaj në klinikën tonë në fazën e tretë (nefrotike). Dy fazat e para kanë kaluar pa u vënë re nga i sëmururi, sepse nuk kanë manifestime klinike të dukshme. Vënia e diagnozës në fazën e parë bëhet krejt rastësisht, vetëm në qoftë se bëhen biopsia e veshkës për ndonjë qëllim tjetër. Në fazën e dytë, diagnoza vihet gjithashtu rastësisht gjatë ekzaminimit të urinës për sëmundje të tjera ose ndonjë depistim pasiv. Në rastin konkret, me sa duket, sëmundja ka filluar me proteinuri, në fillim të vogël, e cila ka ardhur duke u shtuar. Proteinuria konsiderohet shenja e fillimit, me të cilën manifestohet klinikisht amilidozë e veshkës (2, 5, 7). Në fillim është e vogël dhe mund të mbetet disa kohë intermitente, por shpejt shtohet dhe bëhet e qëndrueshme. Nga ana sasiore ajo kalon mbi 3 gram për 24 orë dhe jo rrallë arrin mbi 10-20 gram në 24 orë. Proteinuria shpesh ngjan me atë të sindromës nefrotike parsore, por nuk është gjithmonë selektive. Gjatë amilidozës parësore shpeshherë gjëjmë dhe proteina monoklonale, të shogëruar nganjëherë me pranimë e proteinës Benc-Jones pozitiv (2, 4, 5, 7, 8).

Sig u theksua gjatë përshkrimit të rasisit, i sëmururi u paraqit tek ne në stadium nefrotik. Sindroma nefrotike u karakterizua nga proteinuria, hipoproteinemia, edemat, pa dislipidemi. Prania e sindromës nefrotike konsiderohet shenja madhore e amilidozës renale, dhe amilidoza, si shkak i saj, haset 3 — 10% të të gjitha sindromeve nefrotike dytësore. Shpesh ai nuk shogërohet me dislipidemi (5, 7), disa të tjerë (2) e gjejnë lipideminë të lartë vetëm në 46% të rasteve.

Në studimin e elektroforezës së proteinave plazmatike, ne vumë re ulje të dukshme të albuminës, me rritje të alfa — 2 dhe betaglobulinave, gammaglobulinave normale me prirje për ulje. Ndërsa në urinë vumë re, veg albuminurisë, që përbënte sasinë më të madhe, edhe sasira të alfa-2 dhe betaglobulinave, që reflektojnë shtimin e tyre në plazmë. Prania e këtyre fraksioneve të fundit shpjegon karakterin gjysëm selektiv të proteiturisë. Këto të dhëna elektroforetike konsiderohen karakteristike gjatë sindromës nefrotike nga amilidoza (2, 5, 7).

Pas 5-6 muaj ecurie të sëmundjes u vu në dukje fillimi i renesionit azotik, që daton fillimin e insuficiencës renale, e cila është fundi i zakonshëm i ecurisë së nefropatisë amiloidike. Mendohet se insuficienca shtoget pas një periudhe ecurie të sëmundjes, por fillimi i saj lajmëron fundin e afatitë. Karakteristikë e insuficiencës nga amilidoza është ngjashmëria e saj me insuficiencën e nefropatije glomerulare, por me një dallim se gjatë insuficiencës nga amilidoza, proteinuria dhe sindroma nefrotike kanë karakter të qëndrueshëm, nuk ndikohen nga asnjë lloj mjekimi (2, 5, 7). Plikërisht në rastin që po parqesim, proteinuria dhe sindroma nefrotike erdhën gjithnjë duke u theksuar, edemat morttën

karakter anasarke. Ne vumë re hematuri makroskopike recidivante. Disa autorë (2, 5, 7) thonë se hematuria është e rrallë, 5-7% të rasteve dhe më tepër mikroskopike.

Përshytyje të vegantë të bën hipotensioni arterial, që e ka shoqëruar gjendjen klinike tek ky rast. Dikur, në mënyrë klasike, konsiderohet se amlioidoza shoqërohet me hipotension arterial. Kohët e fundit, shumë studjues (2, 5, 7 dhe cituar nga 7) kanë vënë re se amlioidoza renale në 14-60% të rasteve, përkundrazi, shoqërohet me hipertension. Lidhur me hipotensionin e qëndrueshëm që rastisën tek ky i sëmurë, ne jemi të mendimit që si shkak ka miokardiopatinë infiltrative amlioidë, sepse, siç do të shohim më poshtë, amlioidoza parësore renale ishte në kontekstin e një amlioidoze të përgjithshme me prekje të zemrës, gjuthës dhe mundësisht tubit tretës dhe melgësë. Amlioidoza parësore e veshkës pöthuaje asnjëherë nuk takohet e vetme (1, 5). Në rastin tonë, prekja e zemrës kuptohet nga shenjat klinike të insuficiencës kardiale, cianozës, dispneë, ortopnoe, hipotensionit arterial, të dhënat radiologjike (të bëra qysh në fillim kur ende gjendja e të sëmurit ishte e kënaqshme), me kardio-megali, stazë pulmonare, versament pleurale bilateral. Prania e ritmit sinusal përkrähësisht e ngadaltë nën 90 në minutë është karakteristikë e insuficiencës kardiale nga amlioidoza (9).

Karakteristikë janë shenjat e E K G: datë 10.IV.1979 ritmi sinusal me frekuencë 90 Pq = 0,16 sek. Aksi QRS + 60 gradë, vöhlazhi I ulët në kompleks QRS; E K G datë 29.10.1979 ritmi sinusal me frekuencë 76 në minutë, Pq 0,16 sek, aksi QRS + 20 gradë, ulje në e theksuar e vöhlazhit të komplekseve QRS, rregullimet difuze të fazës së repolarizimit ventrikulare me spositim pozitiv të segmentit ST dhe ulje të vöhlazhit të dhëmbit T. (shih foto 5 /I, 5/II, 5/III, 5/IV, 5/V, 5/VI, 5/VII.

Nuk ka dyshim se në theksimin e edemave ka ndikuar dhe insuficiencia kardiale, e cila njihet për karakterin e saj refraktare ndaj mjekimit (3, 9). Hepatomegalia që u shfaq disa muaj pas shtrimit në spital, ndonëse u zhvillua në kontekstin e plotë dhe të gartë të insuficiencës kardiale, nuk mund t'i atribuohet krejtësisht asaj. Ne mendojmë se hepatomegalia ishte pasojë e kombinimit të insuficiencës kardiale dhe

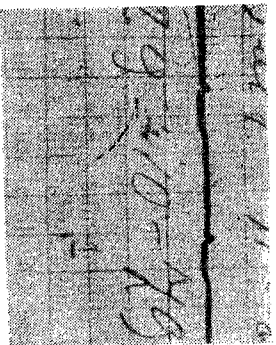


Foto 1

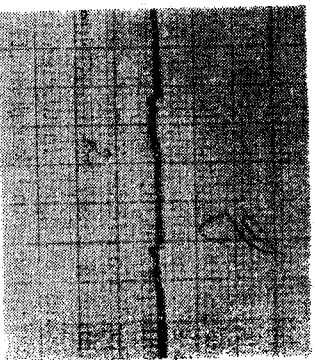


Foto 2

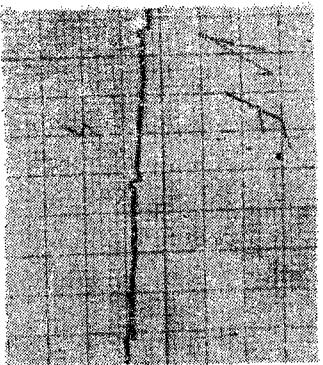


Foto 3

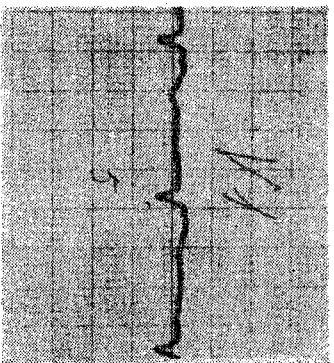


Foto 4

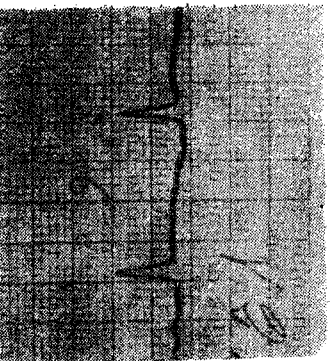


Foto 5

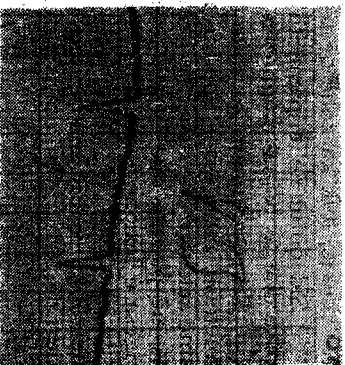


Foto 6

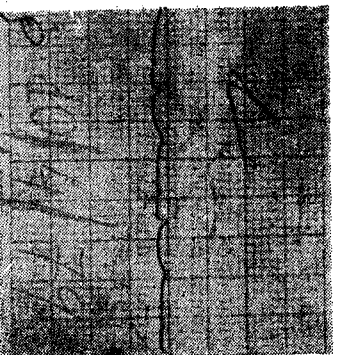


Foto 7

infiltrimit amiloid të heparit. Biopsia e heparit do ta konfirmonte, por bërja e saj në një rast të tillë do të ishte një ndërmarrje me shumë rreziqe dhe me vlerë kureshtare. Ekinozat me lokalizim në kapakët e sipërmë të syve me ngjyrë violet, që herë shfaqeshin dhe herë zhdukeshin, janë shenja të zakonshme të amiloidozës parësore me ose pa prekje të lekurës. Klinikisht, qysh në zhvillim, na tërhoqi vëmëndjen gjuha, e cila, siç përkruhet në pjesën e parë të punimit, kishte të gjitha karakteristikat e infiltrimit amiloid, për këtë arsye ne zgjodhëm biopsinë e gjuhës për të vërtetuar plotësisht diagnozën e sëmundjes.

Mielogramma vuiri në dukje plasmocitozë medulare. C'farë përfaqëson kjo plasmocitozë? Dihet se mieloma multipleks në 5 deri 15% të rasteve shoqërohet me amlioidozë, me vendosje të amlioidit, që ngjajn me amlioidozën parësore (3, 4, 7). Nga ana tjetër, amlioidoza parësore shpesh shoqërohet me gamapati monoklonale dhe jo rralle me proteinë Benc-Jones pozitiv në urinë (3, 4, 7, 8). Gjithashtu amlioidozat parësore shoqërohen me plazmectozë medulare, (ctuar nga 1), që arrijnë deri në 15-20% të elementeve (4).

Lidhjet e amlioidozës parësore me mielomën qëndrojnë edhe në ngjashmërinë strukturale të fibrilëve të amlioidit me zinxhirët e lehtë të imunoglobulinave (4, 6, 7, 8). Prandaj jo rralle, amlioidoza parësore karakterizohet nga prania në gjak dhe urinë e imunoglobulinave monoklonale në formë të zinxhirëve të lehtë të tipit lambda (8). Pra ka ngjashmëri patogjenike në mes amlioidozës parësore dhe mielomës, ndonëse përfaqësojnë dy sëmundje të veçanta (8). Duke u bazuar në këto të dhëna, ka mendime se ndoshta amlioidoza parësore është stadi i hershëm i mielomës dhe, meqënëse dëmtimet e amlioidit shpjen shpejt në vdekje, nuk ka kohë që të manifestohet mieloma (4, 7).

Sidoqoftë ne e pamë të arsyeshme të qëndrojmë më gjatë në këtë pikë dhe të bëjmë diagnozën diferenciale të rastit tonë:

Eritrosedimenti jo shumë i shpejtë, nën 40 mm në orë, mungesa e anemisë, mungesa e «pikub» monoklonal në gjak dhe në urinë, tipi gjyvim selektiv dhe selektiv i proteinurisë, rritja e alfa-2 dhe belaglobulinave në plazmë dhe urinë, prania pak të ultura të gammaglobulinave, mungesa e lezioneve kockore të kafkës dhe vertebrave janë të dhëna që flasin në favor të amlioidozës parësore. Gjithashtu rastsija e sindromës nefrotike është shenjë me rëndësi e amlioidozës parësore. Ajo haset deri në 100% gjatë amlioidozës parësore dhe shumë rralle gjatë amlioidozës nga mieloma (2, 5, 7). Me rëndësi është të dihet se nga mielomat, që ndërlkohen me amlioidozë, më e shpeshtë është mieloma mikromolekulare me zinxhir të lehtë, e cila ka proteinë Benc-Jones pozitiv në 100% të rasteve (7), gjë që në rastin tonë përjashohet nga negativiteti i përsëritur i saj. Përfundimisht, pra, kemi të bëjmë me amlioidozë parësore, me shpërndarje të infiltrimit amlioidë kryesisht në veshka, zemër, tubi tretës (gjuha) dhe mundësisht në hepar dhe lëkurë.

Lidhur me mjekimin, rezultatet nuk janë të kënaqshme. Kortikosteroidet konsiderohen pa efekt; ka të dhëna se ato shojnë infiltrimin amlioid. Edhe immunopresorët nuk kanë dhënë ndonjë rezultat premtues, ndërsa lidhur me rezultatet e penicilaminës mendimet janë në kundërshtim njëra me tjetrën. Kështu që ne kemi përdorur vetëm mjekimin simptomatik për sindromën nefrotike dhe insuficiencën kardiale. Kohët e fundit janë bërë përpjekje eksperimentale dhe klinike për përdorimin e kolhicinës dhe Dimethylsulfoxidit (DMSO), sidomos në fazat e para (7).

Dorëzuar në Redaksi më 15 maj 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Athamni J., Bhnaj K., Shehu M.: Amiloidozë primare e shpërhapur e mëlcisë e vertetur me punktion biopsi. Buletini i UTR — seria shkencat mjekësore 1978, 4, 133.
- 2) Beaurils M. et coll.: L'amylose rénale découverte par la biopsie rénale. Revue du praticien 1974, 21, 1913.
- 3) Caléris E.: Amylose rénale. Né librin: «Principes de Médecine interne». (Traduction de l'anglais), Paris 1975, 619.
- 4) Cardier J. F. et coll.: Gammopathies monoclonales et amyloïdoses. Cahiers médicaux Lyonnais 1977, 40, 2352.
- 5) Dantstadis A. et coll.: L'amylose rénale. Cahiers médicaux Lyonnais 1977, 40, 2361.
- 6) Glanzer G. G.: Qu'est-ce que l'amyloïdoses. (Traduction de l'anglais). Cahiers médicaux Lyonnais 1977, 40, 2343.
- 7) Hamburger J. et coll.: Néphrologie. Paris 1979, vol II, 739.
- 8) Lagrue G. et coll.: Les grandes variétés étiologiques des maladies amyloïdes. Revue du praticien 1974, 21, 1878.
- 9) Loire R.: L'amylose cardiaque. Cahiers médicaux Lyonnais 1977, 40, 2367.

Summary

A CASE OF DIFFUSE «PRIMARY» AMYLOIDOSIS INVOLVING MAINLY THE KIDNEYS

A case is described of diffuse primary amyloidosis with particular involvement of the kidneys. The case presented all the clinical, biological and histopathological data required for the diagnosis.

After some data on the character and incidence of the illness, the paper discusses the main clinical and biological findings that led to the differential diagnosis between this disease and multiple myeloma

Résumé

UN CAS D'AMYLOSE «PRIMAIRE» DISSEMINÉE AVEC ATTEINTE PRINCIPALE DU REIN

Dans cette communication, les auteurs traitent d'un cas intéressant d'amylose primaire disséminée avec atteinte principale du rein. Ils expliquent brièvement le caractère et l'incidence de cette maladie et présentent en même temps un tableau clinique-biologique et histopathologique exhaustif en vue du diagnostic.

Par ailleurs, les auteurs exposent les principaux éléments cliniques et biologiques et expliquent à fond le diagnostic différentiel avec la myélome multiple.

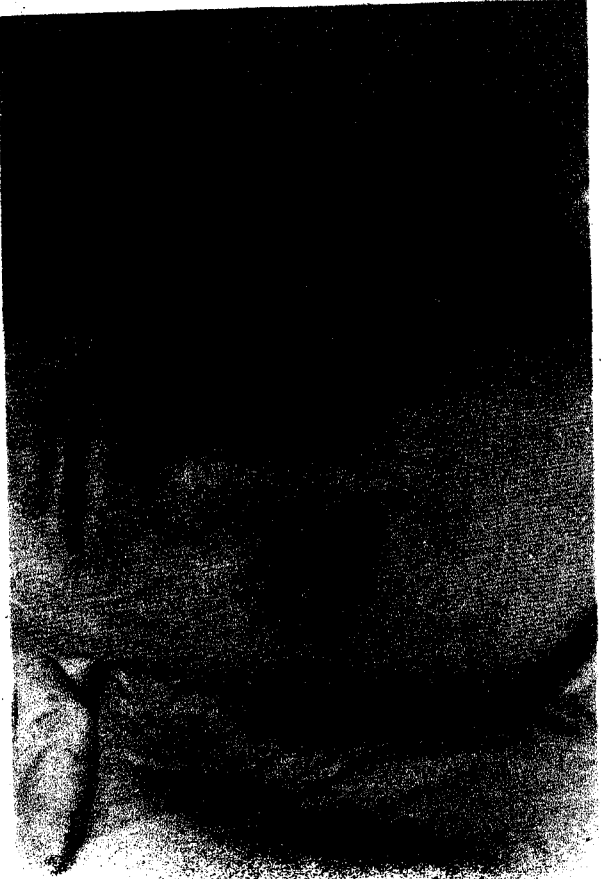


Fig. 1. — Ekimozat e kapakëve të syve



Fig. 2. — Pemfje e gjuhës së madhe.





Fig. 3. — Biopsi e gjuhës. Në shtresën subepiteliale shihen vatra të shpërndara me pamje amorfe homogjene. (Ngjyrim me të kugën e Kongos).



Fig. 4. I njëjti rast i ngjyrosur në trikom vert lumier.

DY RASTE ME ETHE MESHDETARE

(Riaktetisia Conori)

— KLEMENT CANI — MERRI CANI — NASTI BOZHËKU (Kandidat i Shkencave Mjekësore) — FAKH SHAROFI

(Klinika e Sëmundjeve ngjitëse — Spitali nr. 4)

Etnja mesdhetare është një sëmundje febrile akute, e shkaktuar nga R. Conori. Më 1910 në Tuniz, Conor dhe Bruch pëshkruan një entitet të ri klinik, që karakterizohej nga shfaqja e saj në verë dhe në vjeshtë me erupsione butunose, dermo-epidemike me evolucion ciklik dhe që përlundonte, në përgjithësi, me shërim (2, 3, 4). Më vonë u pa se kjo sëmundje takohet gjatë gjithë regjioneve bregdetare mesdhetare dhe shpeshherë u përshtkrua me emra të ndryshëm, sipas vendit ku është hasur (2, 3, 4, 5). Më 1933 E. Brumpt izoloi shkaktarin.

Vektori kryesor është rigua e familjes Izodes. Riguat Ripicefalus Sanguineus dhe Ixodes Ricinus duket se janë shkaktarët kryesorë (1, 2). Disa autorë (citur nga 2) kanë treguar se infeksioni është trashëgues tek riguat dhe ato përbëjnë një rezervuar të vërtetë të Rickettsias. Riguat janë hematofage në të gjitha stadiet e tyre. Ato jetojnë nëpër shkure, kopshte, plazhe dhe pickojnë kryesisht qentë, por edhe punëtorët e furshave, gjahtarët, fëmijët, barinjët etj.

Mbartësit kryesorë të kësaj rickettsie mbetet geni, i cili kalon një infektion të padukshëm, duke e rezervuar rickettsien për një kohë të gjatë dhe duke e vënë në dispozicion të vektorit vazhdimisht (2). Edhe kafshë të tjera, me sa duket, janë shkaktarë të përhapjes së kësaj sëmundjeje si brejtësit, kumadhet, macet, pulat etj. (2, 3, 5).

Njeriu infektohet gjatë pickimit të rigrave në shpesh në anësitë e poshtme, por nuk përjashtohen edhe pjesët e tjera të trupit.

Ekzantema shfaqet pas ditës së 3-4 (2, 3, 4, 5), duke filluar nga anësitë e poshtme dhe pushton gjithë trupin me puçëra të vazhdueshme. Ajo kap dhe fytyrën dhe pjesët palmare të duarve e plantare të këmbëve, çka është një aft karakteristikë për këtë sëmundje (2, 3, 4, 5). Ekzantema fillon të shuhet pas 3-4 ditësh. Njolla e zezë është transformimi i shankerit të inokulimit. Dimenzioni i saj ndryshon nga 1-2 cm² (2, 3, 4). Kjo njollë takohet deri në 50%/₀ të rasteve dhe duhet kerkuar në mënyrë sistematike, sepse përbën dhe ka një vlerë të madhe diagnostike (2, 3, 4).

STUDIMI I DY RASTEVEE TONA

Rasti i parë. — B. S., vjeç 30, me profesion shofer, shtrohet më 6 tetor 1976 me nr. kartelë 2665, me diagnozë *status febrii me ekzantemë*. Në hyrje, i sëmurë ankohet për dhembje të forta koke, temperaturë të lartë me të dridhura, kollë të thatë, dobësi trupore. Sëmundja i kish filluar para një jave. Një-dy ditë pas fillimit të sëmundjes iu shfaq ekzantema; në fillim në anësitë e poshtme dhe duke përshirë ato të sipërme dhe në trup. Vizitohet e trajtohet ambulatorisht nga dermatologu me penicilinë, streptomicinë dhe ultrakorten, por pa efekt. Nga ana epidemiologjike del në pah një moment me rëndësi: një javë më parë se t'i fillonte sëmundja, duke qenë shofer, ndalon makinën dhe fle disa orë nën një rrap (kohë që mund të jetë pickuar nga riqna). Sëmundje të tjera me rëndësi nuk ka kaluar.

Fytyra normale, gjuha e pastër. Në mushkëri dëgjoheshin rale sibilante në anën e djathtë. Në zemër tonet e qarta pa zhurma patologjike, ritmike. T A 130/80 mmHg, puls 80 në minutë, barku i butë, mëlgja 1,5 cm nën harkun brinjor, shprekta në kufi. Në lëkurë paraqet ekzantemë makulo-papuloze, në të gjithë trupin, si dhe në pjesët palmare të anësive të sipërme e plantare të anësive të poshtme. Në regjionin supramalejar të këmbës së djathtë parqisje një rreth të zi me madhësinë e një medalioni (ose të një lekui) dhe u mendua se ishte efekti primar ose «njolla e zezë». Radioskopia e datës 7 tetor 1976 vuri në dukje një bronkopneumoni në të djathtë. I sëmurë trajtohet me 2 gr. tetraciklinë në ditë dhe vitaminë C + B. Temperatura i ra ditën e 3-4 të mjekimit, po në këtë kohë iu shua edhe ekzantema.

Analizat: Hemograma e datës 7 tetor 1976 E 4.250.000, Hb 90%, ERS 23 mm, L. 10100. Gjak Well-Felix datë 7 tetor 1976 Proteus 0 x 19 1:80 dhe 1:160 datë 15 tetor 1976. Urina normal.

I sëmurë del me diagnozën Eihe mesdhatarë.

Rasti i dytë. — Y. K., vjeç 42, shtrohet në klinikën tonë më 13 janar 1978, me nr. kartelë 97 për observim. Sëmundja i kish filluar para 5-7 ditësh me temperaturë të lartë 40° C. me të dridhura, dhembje të forta koke në regjionin frontal, dhembje barku e beli. Vizitohet tek mjeku e merr mjekim me penicilinë, streptomicinë, por gjendja nuk ndryshon. Nga ana epidemiologjike nuk kish të dhëna për kontakt me të sëmurë të tjerë, vuanitë nga ulçera e duodetit. Objektivisht parqisje një fytyrë të vovtur. Sklerat hiperemike, gjuha e thatë e veshur në qendër me një cipë bojë kafe. Në mushkëri respiracion vezikular, në zemër tonet ritmike pa zhurma patologjike T A 100/70 mmHg, puls 96 në minutë, barku i butë, pak meteorik, mëlgja 1,5 cm poshtë harkut brinjor, shprekta 2-3 cm nën hark. Lëkura e pastër pa elemente morfologjike e patologjike.

Pasi i merren analizat e zakonshme, hemokultura, gjak Widal e Weil-Felix i fillohet mjekimi me kemiceinë 2 gr. e solutione të tjera zëvendësuese. Në ditën e dytë të shtrimit, në lëkurë u vu re një ekzantemë makulo-papuloze në bark e kraharror, e cila u shua pas tre-katër ditësh. Temperatura i ra ditën e katërtë pas fillimit të mjekimit.

Analizat: Hemograma e datës 14 janar 1978 E. 4.250.000, Hb 95^o/_o, E R S 10 mm, L 4400, urina: albuminë gjurmë, ureja në gjak 48 mg^o/_o,

gjak Weil-Feliks datë 14 janar 1978 (proteus 0 x 19) 1 : 320 e datës 18 janar 1978 1 : 1280, gjaku për migroglutinacion në I H E datë 9 janar 1978 rezultoi pozitiv për R. Conori 1 : 320.

DISKUTIM

Etiket butunozë mesdhetare paraqesin një simptomatikë, që shumë autorë (2, 3, 5) i përshkruajnë në formën e një triade.

a) Etnija është e lartë dhe i kapërcen 39°C, gjë që u pa edhe tek të dy rastet tona, gjithashtu të dy rastet paraqitnin dhembje të forta koke, asteni dhe dhembje muskulare, çka është karakteristikë për këtë sëmundje, por edhe për të tjera.

b) Të sëmurët paraqitin ekzantemë të tipit makulopapuloz të theksuar: tek rasti i parë, dy ditë pas fillimit të sëmundjes, siç e përshkruajnë dhe shumë autorë (2, 3, 4, 5), kurse në rastin e dytë ajo u shfaq pas shumë ditëve nga fillimi i sëmundjes dhe ishte pak e shprehur. Në rastin e parë, ekzantema ishte karakteristikë dhe kapli fytyrën, pjesët palmare të duarve e plantare të këmbëve, gjë që e kanë parë edhe shumica e autorëve që kanë përshkruar këtë nozologji. Ekzantema u shua në ditën e tretë e të katërtë të jetës së saj, siç e vë në dukje dhe autorë të tjerë (2, 3, 4, 5).

c) Njolla e zezë (tache-noir) është elementi i tretë me rëndësi të madhe diagnostike, siç e vë në dukje shumë autorë (cituar nga 5) dhe e dalton këtë rickettes nga grupi butunoz (3). Nga dy rastet tona, njolla e zezë u pa vetëm tek i sëmurë B. S. Njolla takohet në gjysmën e rastes të ricketstes. Shpesh këto infeksione paraqesin në gjak një leukocitozë të lehtë (2, 3, 4, 5), por janë vënë re raste edhe me leukopeni (1, 3). Nga dy rastet tona, njëri paraqiti një leukocitozë, kurse tjetri një leukopeni. Nga ana biologjike u pa një ure e shtuar 0,48 gr^o/o, gjë që është karakteristikë për rickettsiozat (2, 3, 4, 5). Reaksioni Weil-Feliks paraqiti një pozitivitet në të dy rastet, pak të shprehur tek rasti i parë dhe shumë i shprehur tek rasti i dytë, gjë që takohet edhe tek disa rickettsia conori. Terapia e përdorur ambulatorisht me penicilinë dhe streptomicinë, në të dy rastet, ishte e paefektshme, por, siç dihet, një efekt të mirë mbi këto infeksione ka grupi i tetraciklinës dhe kloramfenikolit, të cilët vepruan me një aftësi efektive tek të dy rastet.

Përfundim. Në nozologjinë e etheve mesdhetare, të sëmurët nuk paraqitin të njëjtën ekzantemë. Në rastet tona, njëri paraqiti ekzantemën karakteristikë dhe njollën e zezë, kurse rasti i dytë paraqiti një ekzantemë më pak të shprehur, pa njollën e zezë me reaksionin e migroglutinacionit pozitiv (1 : 320) për R. Conori. Mjekimi me tetraciklinë dhe kloramfenikol ishte i efektshëm.

Dorëzuar në Redaksi më 10 shkurt 1980.

BIBLIOGRAFIJA

- 1) Dushniku M., Mugo M., Bushati S.: Disa të dhëna epidemiologjike dhe klinike të etheve Q. Bulehini i UT — Seria Shkencat Mjekësore 1973, 1, 61.
- 2) Gotvan Y. J.: Éléments de Parasitologie Médicale, Paris 1969, 390.
- 3) Tolentino P.: Malattie Infettive, Rome 1964, 603.
- 4) Woodward T.E.: Les rickettsioses. Né librin: «Principes de médecine interne», Paris 1974, 956.
- 5) Wrons R.: Les rickettsions. Né librin: «Maladies infectieuses», Paris 1971, 736.

Summary

TWO CASES OF MEDITERRANEAN FEVER
(RICKETTSIA CONORI INFECTION)

Two cases of mediterranean fever are described from the clinical and biological points of view. One of the patients presented a typical «black patch» (teache noire) eruption and a positive Weil-Felix reaction (OX19 — 1 : 160), the other presented a discrete rash and a high titre (1 : 320) microagglutination test for R. conori,

The paper points out that the rickettsia in question exists in the country and indicates the ways of diagnosing and treating the disease.

Résumé

DEUX CAS DE FIÈVRE MÉDITERRANÉENNE

Les auteurs du présent article décrivent deux cas de fièvre méditerranéenne (R. conori) du point de vue clinique et biologique. Dans un des cas ils ont relevé une éxanthème typique à tache noire avec une réaction Weil et Félix 0 x 19 1 : 160, cependant chez l'autre patient ils ont rencontré une éxanthème discrète et la réaction de la microagglutination a résulté être d'un titre élevé, 1 : 320. Les auteurs attirent l'attention sur l'existence de cette rickettiose, et ils illustrent le mode de diagnostic et de traitement de cette maladie.

DY REZEKSIONE GASTRIKE ME GASTROENTEROSTOMI «Y» TË MODIFIKUAR

— FERID HOTI —

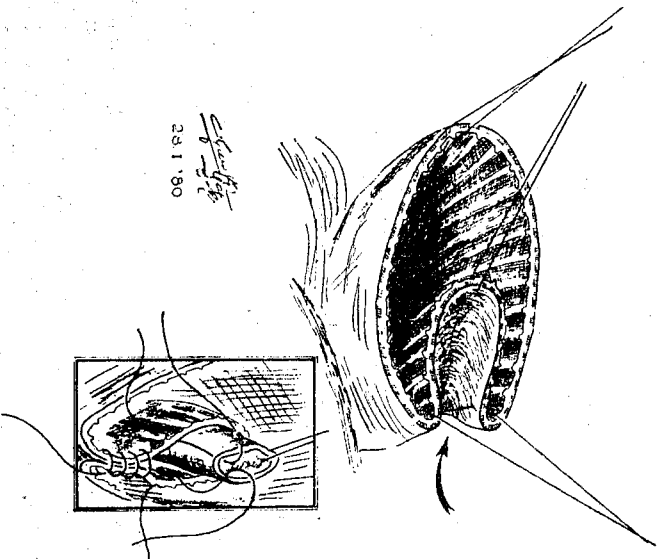
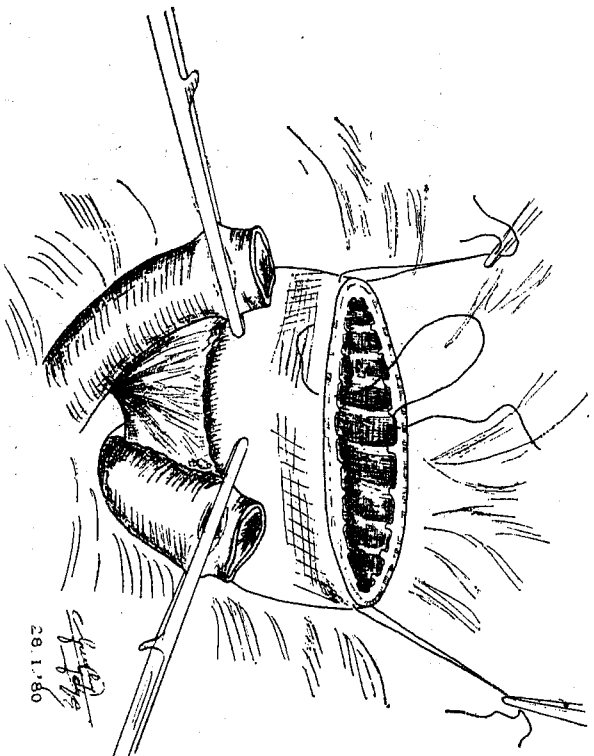
(Spitali «Jorgji Karamitri» — Shkoder)

Në vitin 1976 kemi përshkruar të njëjtën procedurë operative të eksperimentuar në 6 qen (1).

Që nga ai vit, këtë variant të rezekSIONIT gastrik kemi filluar ta përdorim në rastet e përshkrahshme edhe në praktikën e punës sonë kirurgjikale. Para se të paraqesim dy rastet e para të operuar me këtë variant, përmbledhtas, po japim etapën e kryerjes teknike të kësaj anastomoze.

Skelctizimin e stomakut dhe krijujmin e cunqut duodenal e bëjmë si zakonisht. 15-20 cm. poshtë plikës duodenofjunale Trelitz bëjmë prerjen e jejunumit transversalisht sipas Roux ose obliksisht (kur duam sadopak të zgjerojmë gojën anastomike) sipas Mauprofit. Për të mobilizuar jejunumin, çarjen mezenterriale e bëjmë sipas rregullave klasike, duke ruajtur ushqimin arterial. Pjesën proksimale dhe atë distale të jejunumit të prerë i mbajmë të mbyllura me pinca intestinale (fig. 1). Nga dy qepje mbajtëse, të përdorura në secilën kurbaturë, gojën e stomakut të rrezekuar e tërheqim, duke e kaluar në pozicion vertikalkal (fig. 1). Shtojmë dhe një qepje mbajtëse të tretë, që bashkon murin e përparshëm e të prapshëm të cunqut gastrik me largësi nga kurbatura e madhe pak më shumë se diametri i jejunumit të prerë (fig. 1). Qepjen mbajtëse të kurbaturës së madhe, pasi e kalojmë nën qepjen e ndërmjetshme, e tërheqim aq sa të krijohet një e thelluar në formë lugu (fig. 2) në këtë pjesë të stomakut. Pas kësaj, pjesën distale të jejunumit, të çlirovar nga kleva intestinale dhe të fiksuar me dy qepje mbajtëse, e përshkojmë nëpër lugin e kurbaturës major derisa të arrijë në një nivel më këtë pjesë të gojës gastrike të invertuar. Në këtë pozicion ndërtojmë shtresën e parë të anastomozës (fig. 2-3). Në gojën gastrike që ngelet e hapur bëjmë qepje të pandërprerë katiguti invertese (sipas Pribram, Schmidt, Connell — fig. 3), ndërsa shtresën e dytë (seroseroze) e bëjmë me qepje të pandërprera mëndafshi (fig. 4). Vazhdueshmërinë e pjesës proksimale jejunale me atë distale e kryejmë me anastomozë anë me anë (Matholi, Gallat) ose fund me anë, duke përfunduar një gastroenterostomi ipsilon.

Rasti i parë. — I sëmurë I.D., 76 vjeç, u shtrua në repartin e kirurgjisë, me kartelë klinike nr. 2358, datë 7.V.1976. Diagnoza e shtrimit ishte: stenozë pylori. Nga anamneza, i sëmurë kishte dhjetë vjet me dhembje epigastrike. Vilte herë pas here dhe detyrohej të mbante dietë. Në 6 muajt e fundit, të vjellat i ishin shpeshuar. I sëmurë filloi të humbiste në peshë dhe arriti në një dobësi të theksuar fizike sa me vështrësi ngrihej nga shtrati. Para ndërhyrjes, për 7 ditë, të sëmurin



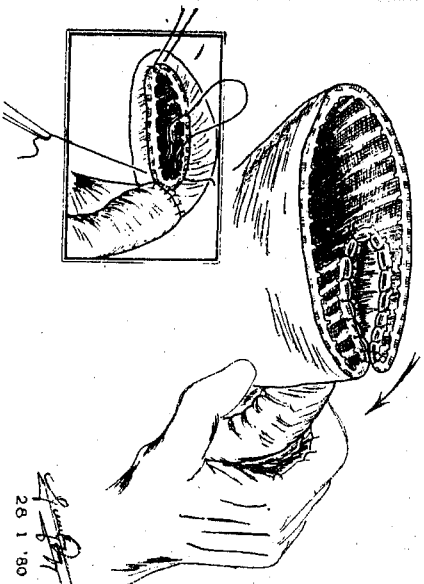


Fig. 3.

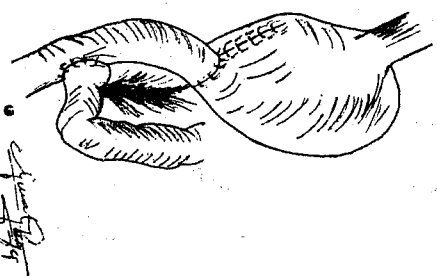


Fig. 4.

e trajtuam me transfuzione gjaku (gr. BIII Rh pozitiv), perfuzione dhe, pasi u arrit një korigjim i kënaqshëm i elektroliteve dhe i fluideve të humbura, e operuam më 14.V.1976, duke pasur të dhënat e skopisë gae-atrie për stenozë pilori të gradës së II. Përdorëm anestezi endotracheale aethereylik me oksigjen nën presion. Me hapje mediane superiore u bë kontroll dhe u vërejt ulqer e kurbaturës minor me penetracion në pankreas, që kishte provokuar tërheqje cikatriceale përreth, duke dhënë ngushtim të këtij porcioni distal gastrik. Rreth ulqerës (në kurbaturën minor), në bregun pankreatiko-duodenal dhe në mezokolontransversin u vërejtën limfode. Ekzaminimi histopatologjik rezultoi *ulcus ventriculi* pa shenja malignizimi. U bë rezeksion 3/4 ventrikuli me gastroenterostomi «Y» të përshtuar si më sipër.

Periudha pas operacionit shkoi mirë. Nuk u vërejtën të vjella. Në ditën e tretë filloi tranziti i rregulltë intestinal. Plaga u mbyll *per primam*. Në ditën e 12-të të rezeksionit, skopia e stomakut fliste për zbrazje me ndërprerje të funksionit normal të anastomozës. Cungu gastrik kishte madhësi e tonus të rregulltë. Në ditën e 20-të, i sëmurë doli nga spitali në gjendje të mirë.

Pas dy vjetësh, të sëmurin e thirrëm për kontroll (kartelë nr. 2914-1978). Gjendja e të sëmurit ishte e mirë dhe nuk paraqiste çrregullime funksionale, të nutricionit apo hematologjike. Në ekzaminimin radiologjik, stomaku zbrazej plotësisht me ndërprerje. Cungu gastrik ruante madhësinë e tonusit normal.

Rasti i dytë. — I sëmurë I.S., 49 vjeç, u shtua më 13.XII.1975 me kartelë klinike nr. 6284. Diagnoza e shtrimit ishte: *Ulcus duodeni perforatus*. Nga anamneza kuptohet se perforacioni i kishte ndodhur 11 orë më parë. Të bindur nga kuadri klinik dhe pas ekzaminimit radiologjik (vërejt gaz i lirë nën diafragëm), të sëmurit me anestezë inhalatore (ether etilik + oksigjen) iu bë hapje mediane superior me zbritje poshtë umbelikut 5 cm. U gjet ulqer e porcionit fillestar të duodentit e perforuar. Këtë e mbyllëm me një radhë qepje të ndërprerë mëndafshi,

duke bërë dhe një gastroenterostomi posteriore Petersen. Nga kaviteti peritoneal u aspirua 600 cc. likuid i huaj.

I sëmurit qëndroi 12 ditë në spital, duke marrë antibiotikë, peritone dhe disa transfuzione gaku (gr. BIII Rh pozitiv). Gjyastë muaj më vonë, më 20.VI.1976, i sëmurit u shtrua me peritonit difuz (kartela klinike nr. 3218). Me anestezë inhalatore (eter etilik + oksigjen) iu bë hapje mbi cikatritsim e vjetër operator. U gjet perforacion 0,3 x 0,4 cm. i një ulqere anastomike submezokolike në ansën aferente të gastroenterostomisë.

Pasi iu bë gmonitimi i anastomozës, të sëmurit i rrezekuan 3/4 e stomakut. Vazhdueshmërinë e traktit tretës e siguruan me gastroenterostomine ypsilon të modifikuar si më sipër. Pas 18 ditëve, i sëmurit doli nga spitali me plagë të mbyllur *per primam*. Më 28.VIII.1979 të sëmurin e shtrëm për kontroll (kartela nr. 1681). Gjendja e të sëmurit ishte krejt e mirë dhe nuk paraqiste trazira funksionale të nutricionit apo hematologjike. Skopia gastrike jepje të dhëna të njëjta me të sëmurin e parë.

PERFUNDIME

1) Nga ngjitja fund me fund e stomakut me jejunumin (pozicioni delkiv) mënjanohet së tepërmi staza gastrike, që shoqëron zakonisht anastomozat ypsilon. Veganërisht në rastet e operacioneve rekonstruktive të stomakut (kur parëhet e hij janë të infiltuara ose të retraktuara nga proceset fibrotikoderenciale nga ana e kurbaturës minor) anastomozat me gojë të plotë në këtë anë del e dobët. Në këtë rast jemi të detyruar të qepim në inde jo shumë të shëndosha. Nga ky modifikim na jepet mundësia të shfrytëzojmë materialin më të mirë të gojës gastrike, atë të kurbaturës minor, për të ndërtuar anastomozën, duke mënjeluar, thuajse, për forcimet e këndit fatal (stuturat Lahey etj.).

2) Gastroenterostomozat e modifikuar sipas nesh kërkon kohë më të shkurtër dhe jep një teknikë që zotërohet lehtë nga kirurgu.

3) Në dallim nga të tjerët, në këtë version të anastomozës, shtrësa e parë kryhet më me siguri, pasi e gjitha kryhet në sytë e kirurgut.

Dorëzuar në Redaksinë më 20 mars 1980.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Hoti F.: Modifikimi në teknikën e rezeksionit të stomakut me gastroenterostomi «Y» tek geni. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1976, 1, 75.

Summary

TWO GASTRIC RESECTIONS BY A MODIFIED «Y» GASTROENTEROSTOMY TECHNIQUE

«Y» end-to-end gastroenterostomy at curpatura major, conducted in an original way, was performed in two cases of gastric resection.

«Y» gastroenterostomy, in the author's opinion, is time-saving, its technique is easily mastered by the surgeons and, unlike the other techniques of anastomosis, provides a reliable first layer, since it is conducted throughout under the control of the eyes of the surgeon.

R é s u m é

DEUX RÉSECTIONS GASTRIQUES EN APPLIQUANT UNE TECHNIQUE MODIFIÉE DE LA GASTROENTÉROSTOMIE «Y»

Dans cet article il est question de deux résection gastriques qui ont été réalisées, dans une voie originale, en appliquant de bout en bout la gastroenterostomie «Y» à proximité de curbatura major.

Selon l'opinion de l'auteur, la gastroentérostomie «Y» abrège la durée de l'intervention, sa technique ne présente pas des difficultés dans l'exécution et, à la différence des autres techniques d'anastomose, elle assure une première couche plus stable, du fait que tout se réalise devant les yeux du chirurgien.

NJË RAST ME RITJE TË PRESIONIT ARTERIAL NGA CIMETIDINA

— NIKOLLA GJIKOPULLI — VASIL GJODEDE —

Në ditët tona në terapinë e sëmundjes ulçeroze është futur një nga antagonistët e receptorëve H_2 histaminike, Tagamet (cimetidina). I futur në praktikën klinike gjysh në vitin 1975, pas dështimit të metilamidit, i cili dha agranulocitozë, ky preparat ka dhënë rezultate inkurajuese në mjekimin e sëmundjes ulçeroze në përgjithësi dhe të hemorragjisë ulçeroze në veganti. Por duhet të kihen parasysh efektet anësore të tij nga ato të lehta dhe që e lejojnë përdorimin e tij, në ato, që e detyrojnë mjekun t'ua ndërpresë mjekimin të sëmurëve.

Në këtë punim do të paraqesim një rast me ritje të tensionit arterial në një të sëmurë me sëmundje ulçeroze të vjetër, i cili u mjekua me cimetidinë.

PËRSHKRIMI I RASTIT

I sëmuri V. B., me moshë 68 vjeç, vuanë nga një ulcer duodenal gjysh prej 40 vjetësh. Herë pas here, i sëmurë ka pasur melena. Duhet shënuar se ai nuk njihet si hipertonic. Në vizitat e mëparshme, tensioni arterial, te ky i sëmurë, ka qënë në shifra normale (140/70 mmHg). Herën e fundit u paraqit me lodhje, këputje, etje dhe tension arterial 100 me 70 mmHg, defektim me ngjyrë të errët disa ditë më parë. Në këto kushte, i sëmurë fillon përdorimin e cimetidins me 5 kokrra në ditë (3 x 200 mg, dhe 2 kokrra në mbremtje). Gjatë mjekimit, i sëmurë u ndje fare mirë. Pas dy javësh të mjekimit paraqitet për vizitë me dhembje pas kokës, marrje mëndsh, zhurmë në veshë, mjegull në sy, shenja që na orientuan në matjen e tensionit arterial, i cili u gjel 185 me 95 mmHg. Pasi u muar me kujdes anamneza, të sëmurit iu rekomandua lënia e mjekimit me cimetidinë dhe iu dhanë vetëm getësues (valium 5 mg dy herë nga një kokërr). Brenda disa ditëve, i sëmurë pati një normalizim të shifrave të tensionit arterial. Dy muaj pas kësaj ndodhje, pa u kështilluar me mjekun, i sëmurë rifilloi mjekimin me cimetidinë dhe, një javë pas rifillimit, paraqitet për vizitë me shenjat e mëparshme, dhembje koke, marrje mëndsh, zhurmë në veshë dhe mjegull para syvë, me tension arterial 180 me 90 mmHg. Gjithashtu edhe kësaj radhe i sëmurë u kështillua ndalimi i mjekimit. Me lënen e mjekimit, tensioni arterial kishte prirje për t'u ulur, ai vazhdoi në shifra 175/85 mmHg (jo të zakonshme për të sëmurin) edhe për një periudhë mbi një muaj. Pas kësaj periudhe, tensioni arterial vazhdoi në shifrat 140/70 mmHg.

DISKUTIM

Në studimin e antihistaminikëve, rreth 40 vjet më parë, lindi koncepti i receptorëve histaminikë. Disa nga receptorët histaminikë nuk bllokohehin nga antihistaminikë klasikë, të cilët më vonë u vërtetuar se bllokonin receptorët H₁ të histaminës. Ata receptorë histaminikë, që nuk bllokohehin nga histaminikët klasikë u quajtën receptorë H₂ histaminikë në vitin 1972 dhe u përcaktuan agjentët agonistë dhe antagonistë (1). Një nga antagonistët më të fuqishëm të receptorëve H₂ të histaminës është Tagamet (cimetidina). Kimikisht cimetidina është N² — cyano — N — është Tagamet (cimetidina), Kimikisht cimetidina është N² — methyl — thio] methyl — N¹ — 2 (5 methyl — 1 H — imidiazol — 4 — yl) methyl — thio] — ethyl] guanidine).

Cimetidina bllokon veprimin e histaminës në receptorët H₂ histaminikë të gelizave perietale dhe kështu përbën një grup të ri të agjentëve farmakologjikë, grupin e antagonistëve të receptorëve H₂ histaminikë. Studimet kanë treguar një bllokim të sekretionit acid bazal dhe atë gjatë natës. Gjithashtu cimetidina bllokon sekretionin e acidit gastrik të stimuluar, prej ushqimit, histaminës, pentagostinës, kafeinës dhe insulinës. Eliminohet kryesisht në veshka.

Cimetidina është një nga medikamentet më të studjuara në gastroenterologji. Ajo përdoret vetëm në indikacione të garta.

Për cimetidinën nuk ka nevojë çdo i sëmurë ulçeroz (3). Dihet se ky medikament me moshë 5 vjeçare, moshë shumë e vogël, ka dhënë rezultate të mira në mjekimin e sëmundjes ulçeroze si në duoden ashtu edhe në stomak, sidomos në atë të ndërlikuar me hemorragji. Si çdo preparat edhe cimetidina ka dhënë dukuri anësore, të cilat duhet të kihen parasysh në praktikën klinike. Deri tani, duke i referuar literaturës, të sëmurët që janë mjekuar me cimetidinë, brenda kohës optimale të mjekimit 4-6 javë, kanë shfaqur dukuri të tilla si diarje, dhembje muskulare, marrje mëndsh, atsh të nxehhtë në trup dhe gjinekomasit. Fillet shumë dhe duhet konsideruar si kryesor fenomeni i reboundit (e sekretimit të acidit gastrik në një sasi ndoshta më të madhe se më parë, menjëherë pas ndërprerjes së mjekimit), prandaj, në raste të tilla, menjëherë pas cimetidinë gjithmonë duhet të rifillohet menjëherë. Ka mendikimi me cimetidinë gjithmonë duhet të rifillohet menjëherë. Ka mendikimi me cimetidina shkakton kancer të stomakut (6). Në raste të tralla, me se cimetidina shkakton kancer të stomakut (6). Në raste të tralla, cimetidina ka dhënë edemë faciale, laringospazmë dhe dispne, aritmi (5), delirium të pashpjegueshëm (9), ethe (10), shenja të plota të pankreatitit akut (3), leukopeni (8), ngritje e nivelit të kreatinës, prishje të thithjes së diazepamit, ndërveprim me antiagulantë oral, intoksikacion (nga cimetidina), si dhe anemi hemolitike (11). Cimetidina nuk është teratogjene (4), por në gratë shtatzëna, në periudhën e parë, duhet të përdoret me kujdes. Në ngritjen e tensionit arterial, mekanizmi i veprimit është i errët, ndoshta ndikon në receptorët histaminikë të zemrës, receptorët që janë të vërtetuar si të pranishëm në zemër, stomak, uterus e gjelkë.

Dorëzuar në Redaksi më 15 prill 1980.