

**TEMATIKA SHKENCORE E BASHKËRENDUAR TË SHËRBËJË
RRITJES SË NIVELIT ÇILSOR TË NDIMHES SHËNDETSORE
DHE TË PROCESIT MESIMOR**

— Doc. VIRON XHILLARI —

(Zv. dekan i Fakultetit të Mjekësisë)

Shëndetësia jonë socialiste, gjatë viteve të pushtetit popullor, në sajë të vites së drejte që ka ndjekur PPSH me shokun Enver Hoxha në krye dhe të punës vetmohuese të punonjësve të shëndetësisë, ka arritur një sërë suksesesh dhe një zhvillim të paparë. Në sajë të këtij zhvillimi, shërbimi mjekësor dhe farmaceutik janë ngritur sot në një nivel cilësor të ri, të kualifikuar e të specializuar.

Pa dyshim, një rol shumë të rëndësishëm e vendimtar, në këtë zhvillim ka luajtur e luan shkollat jonë e lartë, mjekësore e farmaceutike, Fakulteti i Mjekësisë, i ngritur në vitet e Partisë. Rreth 5000 kuadro të larta mjekësore e farmaceutike ka përgatitur ky Fakultet në 33 vjetët e punës së tij. Këta kuadro punojnë sot anekënd atdheut tonë socialist, në roje të shëndetit të popullit. Përvëz kësaj veprimtarie shumë të rëndësishme, në këtë fakultet, prej vitesh bëhet edhe kualifikimi e specializimi pasuniversitar i kuadrit të lartë shëndetësor, që tani është shndërruar në një sistem shkollor të rregullt me një nivel cilësor gjithnjë në rritje.

Krahas dhe paralelisht me procesin mesimor dhe edukativ, katedrat e Fakultetit drejtojnë të gjithë shërbimin spitalor të gendres nëpërmjet klinikave universitare, ku, me punën e kualifikuar të tyre, japin një ndihmesë shumë të rëndësishme në sistemin e shëndetësisë së vendit tonë. Po kështu, pedagogët e këtyre katedrave, që janë njëkohësisht edhe mjekë klinikistë, janë marrë dhe merren me një veprimtari kërkimore-shkencore konkrete që i shërben rritjes së nivelit cilësor të shërbimit shëndetësor dhe kualifikimit të mtejshëm. Në sajë të punës të gjithanshme të bërë deri tani dhe të përvojës së grumbulluar, janë krijuar kushte të përshtatshme për kryerjen e studimeve shkencore në mënyrë që të zgjidhen në tërësi problemet që preokupojnë mjekësinë tonë, teorinë dhe praktikën e saj.

Tematika e punës shkencore të katedrave të fakultetit ka përfshirë problemet e mjekësisë praktike në shkallë kombëtare. Ajo ka qenë e bashkërenduar me të gjitha klinikat e spitalëve të Tiranës, me Ministrinë e Shëndetësisë, dhe shpesh edhe me rrethet. Hartimi i kësaj tematike, të mbështetur në praktikën e gjallë të mjekësisë së vendit tonë bashkërendimi i saj me atë të institucioneve kryesore në qendër e rrethë, puna e përbashkët për realizimin konkret të detyrave kanë qenë gujar gjithmonë e më mirë edhe në planifikimin shkenzor të kësaj

Redaksia

Doc. Ujvi Vehbiu (kryeredaktor), prof. Josif E. Adhami (zëvendëskryeredaktor),
doc. Anesti Kondili, kand. shken. mjek. Afërdita Basha, prof. Bajram Preza,
bashk. vjet. shken: Lavdim Gjonga, kand. shken. mjek. Minella Papaorgji, prof.
Pulumb Bitri, kand. shken: mjek. Skënder Skënderaj.

Redaktore letrare Nevina Gami

REDAKSIA

Prone letrare e Universitetit të Tiranës «Enver Hoxha»

Del kater here në vit

Dorëshkrimet nuk kthehen

veprimtarisë shkenore. Përmbajtja e saj është përmirësuar vazhdimisht dhe mund të themi se, me këto forca njerëzore të kualifikuar që ka fakulteti, në bashkëpunim të ngushtë me kuadrot që punojnë në bazë, në të ardhshmen mund dhe duhet të ndërmerren studime komplekse në shkallë kombëtare, për zgjidhjen e problemeve teorike e praktike të kohës.

Tanimë është praktikë e njohur që planifikimi i veprimtarisë shkenore të katedrave, të punonjëseve pedagogjike e shkenore të fakultetit të bëhet me bazë pesëvjeçari dhe, brenda pesëvjeçarit, e ndarë në gdo vit. Në pesëvjeçarin 1981-1985, që po mbyllet, këta punonjës kanë gënë të angazhuar në rreth 23 tema të emërtesave kryesore dhe rreth 106 tema ato të katedrave, studimet kanë gënë në shkallë kombëtare, të institucioneve të veganta, apo të Fakultetit.

Ndër problemet që ka përfshirë tematika e këtij pesëvjeçari, mund të përmendim: studimi i shkaqeve të vdekshmërisë përrëth lindjes dhe asaj foshnjore, studim mbi sëmundjen iskemike të zemrës, hipertension arterial dhe ndërlikimet e tij, sëmundja e shqertit, studimi mbi përhapjen e eklinokokozës, trajtimi i lüksacionit koksofemorale të hundur, studimi mbi etiologjinë e sëmundjeve infeksioze të zorrëve, hartimi i disa teksteve të rinj për studentët, i shume monografive, që janë rezultat i studimeve të kryera në fusha të ndryshme etj.

Me mbylljen e këtij pesëvjeçari të veprimtarisë shkenore, kur përgjithësisht detyrat e planifikuar për të gjithë tematikën janë realizuar mirë, u përgatit projekt-plani për pesëvjeçarin e ardhshëm, i cili, mbi bazën e këtyre arritjeve, përfshinë jo vetëm një tematikë të gjërë e të lartmishme, por edhe komplekse e të studjuar mirë. Në këtë projekt-plan, mbi bazën e bashkërendimit të tematikës me të gjitha institucionet shkenore mjekësore, të prodhimt e kontrollit të barnave të Tiranës, në bazë të bashkërendimit të punës e forcave shkenore mjekësive të farmacisë, në shkallë kombëtare, të planifikuar në tema të tri emërtesave të ndryshme.

Problemet kryesore të mjekësisë të planifikuar për studim janë: disa nga shkaqet e faktorët që ndikojnë në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë përrëth lindjes dhe atë foshnjore, përhapja, shkaqet dhe ndërlikimet e sëmundjes reumatizmale në vendin tonë, ndotja e mjedisit dhe mbrojtja e tij, shpërndarja e tumoreve dhe organizimi i distibistëve masivë për zbulimin e hershëm të tyre, sëmundjet e gjakut, hipertensionit arterial, sëmundjet ngjitëse, sëmundjet e zemrës dhe të sistemeve të tjera të organizmit, disa sëmundje gjenezike. Janë planifikuar gjithashtu edhe studime eksperimentale në fushën e stomatologjisë; problem kryesor mbetet studimi mbi përhapjen dhe shkaqet e sëmundjes së kariesit në vendin tonë. Në fushën e farmacisë, problem kryesor të planifikuar për studim janë prodhimi i barnave me forcat dhe burimet e vendit dhe hartimi i farmakoposë shqiptare, e cila

do të realizojë njësimin ligjor të standartizuar të metodave të kontrollit dhe të analizës së preparatave farmaceutike e imunologjike.

Vlen të theksohet se, në tematikën e punës shkenore të fakultetit, për pesëvjeçarim e ardhshëm, një vend të rëndësishëm zë gjithashtu hartimi i teksteve mësimore për kursët pasuniversitare. Hartimi i tyre është një hap përpara, shumë i rëndësishëm, i shkollës sonë së lartë mjekësore e farmaceutike, që dëshmon për mundësitë e mëdha shkenore që kemi krijuar në këtë përditë të ndërtimit socialist nën udhëheqjen e Partisë e të shokut Enver Hoxha. Hartimi i këtyre teksteve do të vejë, gjithashtu, në baza me të shëndosha kualifikimin e specializimin pasuniversitar të kuadrove të larta shëndetësore.

Në vitet e këtij pesëvjeçari pranë fakultetit u ngritën e kryen veprimtarinë e tij sektori i mjekësisë eksperimentale. Ngjitja e këtij sektori krijoi mundësinë për futjen në shkallë relativisht të mirë të studimeve eksperimentale në fusha të ndryshme të mjekësisë e të farmacisë dhe i vuri këtij studime në baza të mirëfillta shkenore. Krijimi i këtij sektori bëri të mundur, gjithashtu, përqendrimin e bazës materialë, bashkërendimi dhe njësimi i tematikës së punës shkenore të Fakultetit mjekësive me institucionet e tjera shëndetësore bënë të mundur hartimin e një plani shkenor, për pesëvjeçarin 1986-1990 që është plotësisht i realizueshëm.

S u m m a r y

SCIENTIFIC RESEARCH PROBLEMS COORDINATED TO SERVE THE QUALITY STANDARD OF HEALTH CARE AND THE TEACHING PROCESS

The all-around successes achieved in the country are also felt in the field of medicine. Our medicine has had an unparalleled development. Over 5000 doctors have graduated from the Faculty of Medicine. The scientific research work the chairs of the Faculty comprises problems of contemporary medicine. During the 5-year period of 1981-1985 which is coming to its end the personnel of the Faculty have taken part in 23 works belonging to the two main nomenclatures and in 106 studies of chair level. The various problems studied include hypertension and its complications, diabetes, myasthenia etc. Postgraduate specialization carried out in the Faculty is taking the proportions of a regular school and is preparing specialists physicians, pharmacists and stomatologists for all the districts of the country.

R é s u m é

LE THEME SCIENTIFIQUE COORDONNE DOIT ETRE AU SERVICE DE LA CROISSANCE DU NIVEAU DE QUALITE DE LAIDE SANITAIRE ET DU PROCESSUS D'ENSEIGNEMENT

Les succès approfondis dans notre pays sont très considérable aussi et au domaine de la médecine. De notre faculté 5000 cadres ont terminé ses études. Les thèmes scientifiques de cette faculté ont donné la possibilité de résoudre quasi tous les

VIRUSI I HEPATITIS B — FAKTOR ETIOLOGJIK I PANARTERITIS NODOZ DHE VASKULITIT E TJERA

— Prof. JOSIF E. ADHAMI —

(Katedra e sëmundjeve të brendshme)

Panarteriti nodoz karakterizohet nga vatra të shumta inflamatore dhe nekroze fibrinoide të shpërhapur të enëve të gjakut, veganërshat të arterieve me kalliber të mesëm e të vogël, nga prekja e shumë organeve ose sistemeve dhe nga turbullimet funksionale që i pasojnë ato. Etiologjia e tij ende nuk është zgjidhur përfundimisht. Të bazuar mbi kllikën e sëmundjes me temperaturë të lartë, gjendje septike, leukocitozë etj, si dhe në faktin që në anamnezën të këtyre të sëmurëve shpesh herë gjenden infeksione të rrugëve të frymëmarrjes, vatra dentare ose tonsillite kronike etj, është menduar për natyrën infeksioze të sëmundjes — mikrobiane (streptokoksike, stafilokoksike etj.) apo virale. Nga infeksionet e ndryshme të parakuptuara ka më shumë mundësi që shkak-tari i saj të jetë virusi i hepatitit B. Përshkrimin e parë e bënë më 1970 disa autorë (8). Ata vunë re se, nga 11 të sëmurë me panarterit të vërtetuar me biospi, 4 e kishin AgHBs-në pozitive. Prania e komplekseve immunogarkulluese në serum in e 3 nga 4 të sëmurët e tyre u vu në dukje me anën e studimeve serologjike, ultracentrifugale dhe elektromikroskopike. Kurse imunofluoreshënca, në një nga këto raste, tregoi se në murin e vazave kishte depozitime të AgHB-së, Igm-së dhe beta-1-komple-mentit. Njëkohësisht me këta dhe në mënyrë të parvarur (17), u paraqitën 3 raste me panarterit të vërtetuar me biospi muskulare me AgHBs pozitiv, në njërin prej tyre, gjatë kësaj kohe, e shoqja dhe i biri ishin së-murë nga hepatiti viral. Sipas tyre, hepatiti viral, në pamjen e tij immunologjike të re, duket se përfaqëson një sëmundje komplekse imune anti-gjen-kundërrupëza garkulluese. Në këtë mënyrë, ai do të jetë në gjendje të shkaktojë dëmtimet e panarteritit. Pra hepatiti viral mund të përfaqësojë një nga modalitetet etiologjike të PAM-it, që zhvillohet në përgjigje të garkullimit të komplekseve AgAu/anti Au garkullues. Kë-ntu, shtajga e PAN-it del si pasojë e depozitimit të komplekseve imune anti-gjen-kundërrupëze (15), prandaj ka shumë mundësi që virusi i he-patitit B të jetë faktor i shtajgës dhe vazhdueshmërisë së PAN-it nga de-pozitimi i komplekseve AgHBs/ anti HBS specifitk (14).

Në vitin 1972, disa autorë (11) AgHBs-në e gjetën pozitive në 3 nga 4 raste me PAN, kurse autorë të tjerë (18) përshkruan 4 raste me PAN të shoqëruar me AgHBs ngulmuese dhe lasin për një shogërim të ar-teritit temporal me shtajgje sistemike të PAN-it. Një vit më vonë

problèmes de la médecine contemporaine. Dans le plan quinquennal 1981-1983, qui vient de terminer, tous les cadres de notre faculté ont pris part aux 23 sujets de la dénomination essentiels et aussi aux 106 sujets de la dénomination des chaires. Les problèmes qui sont développés à cette thématique sont plusieurs, par exemple hypertension artérielle et ses complications, le diabète, étude sur la propagation de l'échinocoque etc.

Ainsi la spécialisation des cadres postuniversitaires, qu'on effectue dans cette faculté, c'est en train de prendre les dimensions d'une école régulière pour les cadres de la médecine de tous les domaines, en rédigeant des textes destinés à l'enseigne-ment postuniversitaire.

Pour résoudre avec succès des tâches en vue de la préparation des cadres, à la conduite de l'organisation du Parti, exige une mobilisation totale de toutes les forces de manière que notre faculté forme des médecins capables prêts à servir avec dévouement le peuple à tous les coins de notre patrie socialiste.

(22), nga 4 raste me PAN, u vu re se 2 ishën me AgHBS pozitiv, kurse një me antiHBS pozitiv, ndërsa po në atë vit, nga 23 raste me PAN, AgHBS pozitiv u gjend në 9 prej tyre (19). Por në atë kohë, kur edhe metodat e ekzaminimit nuk ishin aq të ndjeshme, kishite autorë (12) që, nga 27 raste me PAN, AgHBS-në e kishin kërkuar në 11 dhe e gjetën negativ në të gjithë; kurse në një rast tjetër me PAN u shtaq një hepatit viral me AgHBS pozitiv. Disa autorë (20), duke folur për rolin e AgHBS-ë në kronikë për AgHBS, midis të cilëve edhe një me PAN dhe një me poli- miozit dhe gjetëm se 21 ose 23,6% e tyre e kishin AgHBS-në pozitive, midis të cilëve edhe i sëmurit me PAN, kurse ai me polimiozit e kishite negativ (1). Në një punim të mëvonshëm (2); treguam se, nga 7 raste me PAN të ekzaminuar për AgHBS, 3 prej tyre e kishin antiHBS-in pozitiv.

Gjate periudhës 1972-1982 kemi ekzaminuar për AgHBS-në 15 të sëmurë me PAN dhe gjetëm se 9 ose 60% e tyre e kishin antiHBS-in pozitiv, kurse 6 ose 40% negativ.

Me kalimin e kohës dhe persosmërinë e metodave të venies në dukje të gjumësve të virusit të hepatitit B, filloi të shtohet edhe numri i rasteve me PAN të shogëruar me AgHBS pozitiv. Kështu, në vitin 1974 (20) mundën të mblidhën nga 4 qendra të ndryshme 53 të sëmurë me PAN dhe me metodën e kundërrelektroferezës gjetëm se 20 ose 38% e tyre e kishin AgHBS-në pozitive. Në vitin 1976 (16) mblodhën 50 raste PAN me AgHBS pozitiv dhe treguan se në këto raste, përveç arterieve, mund të preken edhe venat. Të tjerë (10) në 1982, nga 95 raste me PAN, gjetën se 45% e tyre paraqitnin AgHBS pozitiv.

Duke krahasuar dy grupe të barabarë prej 27 vetësh secili, njëri me AgHBS pozitiv e tjetri negativ (9), venë në dukje se ecuria e të sëmurëve të grupit të parë është shumë më e rëndë se ajo e të sëmurëve me AgHBS negativ dhe nënvizojnë gravitetin që paraqit preksja e mëlçisë. Përveç kësaj, ata kanë gjetur se nga pikëpamja statistikore shtaqjet artikulare dhe hipertensioni arterial janë më të shpeshta në të sëmurët me AgHBS pozitiv, kurse shenjat e frymëmarrjes në ato me AgHBS nega-

Me poshtë po paraqesim dy nga rastet tonë:

V. K., 26 vjeç shtrohet në klinikë më 28 dhjetor 1977, pasi prej 5 muajsh filloi të kishite dobësi të përgjithshme, rënie në peshë, dhimbje artikulare e muskulare, më vonë paretëzi në të dy këmbët dhe dorën e djathtë të lokalizuaras sipas nervit ulnar dhe në të matën sipas raxhës dhe mediabrit. Shtrohet në spitalin e rrethit të tij. Atyje temperatura dialekt dhe mediantit. Shtrohet në spitalin e rrethit të tij. Atyje temperatura nga subfebrile në ngjit në 38° — 39°, kishite dhimbje barku, pasta; in tyre puisonin. Muskulatura ishte e atrofizuar, TA 185/135 mm Hg, leucocitozë 17,900 — 23,900/mm³, trombocitet 446,250/mm³, ES 66 mm/1 orë, albuminuri deri 3300 g o/oo, hipozostemuri, Waaler-Rose ishte 1:80, gama lateks 1:512, kurse AgHBS-ja 3 herë rresht pozitive, megjithëse as

i sëmurit, as familljaret nuk kishin kaluar hepatit viral. Billirubinemia, provat e flokullimit dhe transaminazat ishin normale. Në fundin e syrit u vu re edemë peripapilare, varra hemorragjike dhe trupëza citoidë. Biopsia muskulare dhe e një nryjeje limitatike, në kapsulën e së cilës u gjetën vaza gjaku që i përkisnin polt vaskular, vërtetuan diagnozën: Patërtit nodoz në fazën e shumëzimit. U mjekua me kortizonikë — për funksion sepolkort 75 mg/d dhe leukeran 10 mg/d. Gjendja u përmirësua: afebril, pa dhimbje barku, por atrofia muskulare ngulmuese, prandaj u dërgua në rrethin e tij për të vazhduar mjekimin. Gjetyja e AgHBS-së pozitive te një i sëmurë që nuk ka kaluar hepatit viral dhe nuk ka pasur simptomat klinike të dyshimita për një formë anikterike tregon se kemi të bëjmë me një bartës të shëndoshtë të antiHBS-it. Për sa u përket reaksionëve Waaler-Rose dhe gama lateks, që ishin pozitive, edhe në literaturë ka të dhëna që faktorit reumatoid me titer të mesëm mund të takohet në një të tretën e rasteve (5).

Nga të dhënat anamnesticke të të sëmurit tonë rezulton se nuk ka vuajtur nga asnjë sëmundje dhe nuk ka përdorur medikamente, kështu që i vetmi faktor etilogjik i mundshëm duhet të jetë virusi i hepatitit B.

Ndërsa ketu ishte fjala për një PAN të zhvilluar te një bartës i shëndoshtë i AgHBS-së, më poshtë po paraqitim një rast ku sëmundja filloi menjëherë pas kalimit të një hepatitit viral iktërik.

S.G., 42 vjeç, shtrohet në klinikë në 3 tetor 1979. Sëmundja i kishte filluar para 3 muajsh me shenjat e një hepatitit viral me subikter dhe transaminazë të larta, për të cilat u shtrua në spitalin e rrethit të vet. Keto shenja i kaluan shpejt, por atje u shtaq temperatura e lartë sepike, që mbesh dhe 5 ditë pas tyre u shtaq temperatura e lartë sepike, që nuk zotërohej dot me antibiotikët e përdorur, prandaj u dërgua për shtrim në klinikën e sëmundjeve infektive, ku u mjekua me amplicilinë e kanamicinë, por pa efekt. Temperatura i ra dhe gjendja u përmirësua vetëm pas fillimit të kortikoidëve. Një muaj pas daljes rishtrohet atje pasi u ngjit temperatura 38,5°, kishite dobësi të përgjithshme, dhimbje muskulare dhe polimikroadenopati periferike. Biopsia e një nryjeje limitatike të zmadhuar nuk paraqiste ndryshime. Atyje u ndërlikua me një pneumoni të djathtë.

Gjate dy javëve të fundit të mjekimit u shtaqën dhimbje të forta e paretëzi të gjymtyrëve dhe u ngjit TA 180/100 mm Hg. U trajtua me sinakten 1 mg/d, por veprimi i tij zgjaste vetëm 2-3 ditë. Nga ekzaminimet e bëra atje, vlejnë të përmenden: hemokulturat edhe urorë, kulturat e përsëritura negative, leucocitet 20.100/mm³, ES 50 mm orë, fibrinogjeni 675 mg%, albumina 14%, titri i komplementit serik 70 U. etj. Kur u transhtrua në klinikën tonë, kishite temperaturë 37,5°, dhimbje barku, dhimbje e paretëzi të gjymtyrëve, dobësi të përgjithshme, anoreksi, kurse dhimbjet artikulare pothuajse mungonin. Paraqiste atrofi të muskulatës së gjymtyrëve dhe një mononeurit të dorës së djathtë. Gjate trajektëve vaskulare prekshtin njëja vaskulare. Në tështaq një takikardi 120 m dhe u rrit TA 160/110 mm Hg. Kur u shtrua në klinikë paraqiste polimikroadenopati periferike dhe njëjashtë artikulare e vogël gjate trajektit të arterieve brakiale dhe femorale. Disa prej tyre puisonin. Muskulatura ishte e atrofizuar, TA 185/135 mm Hg, leucocitozë 17,900 — 23,900/mm³, trombocitet 446,250/mm³, ES 66 mm/1 orë, albuminuri deri 3300 g o/oo, hipozostemuri, Waaler-Rose ishte 1:80, gama lateks 1:512, kurse AgHBS-ja 3 herë rresht pozitive, megjithëse as

pati. U mjekua me deltakorten 30 mg/d dhe endoksan 200 mg/d imi, hipotensive etj. Kohë pas kohë parashte dhimbje të forta barku, koke dhe i errësohet shikimi. Megjithatë terapinë e bërë, gjendja sa vinte keqësohet, pulsi 140/m, TA i ra deri 70/0 mm Hg dhe mbahet vetëm me perituzione i.v. aramine dhe ultrakorteni; temperatura in ngrit në 38^o2, pati të vella bilhare, in shtaq ritëm galopi, rale subkrepitane në bazën e djathtë. Gradualisht in rriten azotemia e kreatinemia, leukocitoza aritmi 32,800/mm³ me 91% N dhe i semuri vdiq me diagnozën klinike: panarterit nodoz, bronkopneumoni e djathtë, shok bakterial, insuficiencë veshkore. Në ekzaminimin anatomopatologjik u gjeten infarkte të shumta e të gjera mëlgjore, infarkte veshkore, nekroze masive të gjysmës së sipërme të zorrës së hollë, hipertrofi koncentrike e ventrikullit të majtë, edemë e theksuar e trurit, bronkopneumoni e djathtë.

Sikurse rasti i parë, ashtu dhe ky nuk parashte as një sëmundje në anamnezën vetiake dhe familjare, të dyshimta për t'u konsideruar si faktor etiologjik i panarteritit nodoz. Shenjat e para të sëmundjes pas gen pas kalimit të hepatitit viral të tipit B. Ngritja e temperaturës pas shkujës së dhembëve mund të linde të dyshohej se faktorëve etiologjike të PAN-it ndoshita kanë genë flora mikrobiane e këtyre vatrave; por fakti që antibiotikët e pordorur menjëherë me spitalin e rrethit të tij, si dhe ampicilina e kanamicina e bënë në klinikën infektive nuk e ndi- kuan fare temperaturën, e cila u ul menjëherë pas përdorimit të kor- tizonikëve, vertetohet se ajo nuk ishte pasojë e gjendjes septike, por shenjë e zhvillimit të panarteritit. Edhe koha prej katër deri 5 ditësh pas heqjes së vatrave dentare është shumë e shkurtër dhe e pamjaftue- shme për t'u zhvilluar proceset imunologjike — në rastin tonë formimi i kompleksëve imune dhe depozitimi i tyre në arteriet e organeve të ndryshme. Këto të dhëna na lejojnë që edhe në këtë rast zhvillimin e PAN-it ta lidhim me virusin B të hepatitit.

Përveg PAN-it, janë përshkruar edhe vaskulite të tjera nekrotizuese me AGHS pozitiv. Kështu disa autorë (6) përshkruanë një rast me vaskulit nekrotizues të zorrëve me atforti subtotale të vilëve. I semuri e kishite AGHS-në negative, por anti-HBS-në pozitive. Mund të preken të gjitha segmentet e tubit tretës, por shumica e demitëve vendosen në jejunum dhe ileon. Ato mund të prekin organe të ndryshme. Sho- gërimi midis glomerulonefritit dhe hepatitit B u përshkrua nga disa autorë (4), të cilët vunë në dukje AGHS-në, IgG-në dhe komplement në membranën bazale të glomerullit me anën e immunofluoreshencës. AGHS ose anti-HBS janë shtaqur kryepërsëdrrejt në vazat e gjakut, në glome- rulat veshkore ose në krioprecipitate, të cilat po paraqitin një të sëmundje me glomerulonefrit kronik me AGHS pozitiv, që ka shumë mu- ndësi të jetë pasoja e kompleksëve imune të virusit të hepatitit B.

I semuri H.T., 49 vjeç, shtrohet në klinikë më 22 nëntor 1976. Në maj të atij viti kishite kaluar hepatit viral dhe u shtrua në spitalin e rrethit të tij, por që akëherë mbeti gdo pasditë me temperaturë rreth 38^o5, që i perseritëj kohë pas kohë e që shpeshherë shogërohej me kishite dhimbje në hipokondrin e djathtë, dhimbje artikulare, pakësim të dridhura e djersë; in shtaqen edhe urtikarie Kur u shtrua në klinikë, te oreksit dhe kapsllëk. Në moshën 7-8 vjeç kishite kaluar meningjit, kurse më 1970, pas një shqetësimi nervor, pati një rritje të TA, por që

pastaj in ul. Më 1973 in gjatë diabet i fshehtë. Në ekzaminimin objektiv para arteriile 140/90, por në ditën e mëvonshme u ngrit në 190/90 mmHg. Ekzaminimi i urines më 23 nëntor: albuminë e shqegër negativ, dendësia 1016, leukocite 4-6 /fushë, nuk kishite eritrocite as cilindra. Në gjak pa- rashte një leukocitozë 10,900-mm³ dhe ES 48 mm/orë, provat e floku- racionit të alturnar, SGOT-i e SGPT-ja 70 U seclia; mukoproteinat 175 deri 217 mg%, glikoproteinat 30 U, acidi sialik 29 U. Glicemia në normë. Gjatë qëndrimit në spital, më 11 dhjetor in shtaq një orkëpi- didititit i majtë; dhimbjet dhe shenjat inflamatore i kaluan nën ve- primin e antibiotikëve, por temperatura i mbeti si edhe më parë. AGHS-ja ishte pozitive, Widal, Wright, Waalar-Rose, gama lateks etj. negative. Nga mesi i dhjetorit filluan ti shtaqen në urinë eritrocite, cilindra, albuminë gjurmë, por Addis ishte normal. Dendësia kishite prirje për hipostenuri e izostenuri; në muajt e ardhshëm ndryshimet e urines u theksuan, albuminaria ishte e ndryshueshme nga 1.65 gr /orë deri 6-7 gr /orë. Më 20 dhjetor terapisë me antibiotikë in shtuan deltakorten 30 mg/ditë dhe që të nesërmen temperaturat u normalizua. Pesë ditë më vonë pati dhimbje barku me leukocitozë 17,000-19,000/mm³ dhe TA filloi të kalojë 200-210/100-110 mm Hg. Kishite dhimbje koke. Në fundin e syrit — arteriet të ngushta, Salus Gun I, nuk kishite hemo- rragji retinale, por një edemë të lehtë makulare. Punksioni biopsi i mel- gësë jepete të dhëna për hepatit kronik «ndoshita agresiv». Imunoelkro- forera tregonte një theksim të lehtë të IgG-së dhe më pak të IgM-së. Më shkurt të 1977 in muar biopsi nga lekura dhe muskulli deltoides, për të përshkruar një panarterit nodoz, por nuk u gjeten ndryshime. Nga mesi i atij muaji, gjatë kohës që vazhdonte mjekimin me deltakorten, pati një gjendje depressive më të garrë pa shkak, halucinacione pamore, dhe degjimore, in shtaq një hepës Zooster, një poluri mbi 3000 ml/24 orë, pa gjukozuri; por vazhdonde të kishite albuminuri, eritrocite, cilindra dendësi të ulët; në provën e Zimnickij pati dhe një ngritje deri 1020. Azotemia deri 56 mg% dhe kreatinemia deri 2.0 mg%. Dhi- mbjet e kokës i vazhdon. Më 19 shkurt pati shenja meningzimi. U mjekua me hipotensive, in shtuan spirakton, sulfat të Mg i.v., ferer- gen, valium, penicilinë e streptomocinë, kurse deltakorteni, që i ishte ulur në 10 mg, in ndërpre. Pas tyre pati një farë përmirësimi, por TA kohë pas kohë ngritëj deri rreth 200.120 mmHg dhe më 3 mars 1977 dohi në gjendje mjaft të rënde. Në shtimet e mëvonshme, duke parë se ndryshimet veshkore dillan në plan të parë dhe pasi biopsia e lekura më nuk jepte ndryshime për PAN, in bë biopsia veshkore. Ekzaminimi mikroskopik, duke përfshirë dhe atë elektronik, treguan se kishim të bënim me një glomerulonefrit kronik immunokoplekësh. U mjekua me katapresan, nepressol, betablockues, higroton dhe gjendja u përmirësua. Në shtimet e mëvonshme, më 1978 dhe 1983, ishte atëbril, TA mbahet rreth 160/90, në urinë kishite gjurmë të lehta albuminë dentësia rreth 1015, por Zimnickij deri 1022, eritrocitet të rralla, pa cilindra; azotemia, kreatinemia dhe provat hepatiche të normalizuar, kurse AGHS-ja va- zhdon të jetë pozitive.

Dëmtimet glomerulare që shogërojnë hepatitin kronik aktiv me AGHS pozitive ngulmuese janë glomerulopatit membranoze ose glu-

N.W.: Glomerulonephritis with Deposition of Australia Antigen-Antibody Complexes in Glomerular Basement Membrane. *Lancet*, 1971, 2, 234.

(5) *Eyquem A., Saint Martin J.*: Immunorhumatologie rhumatismes, Lupus ery-thématique disséminé, connectivites. Paris, 1981.

(6) *Fauré J.P., Delas N., Lemerrez M., Saigot Th., Adotti F., ausquet O.*: Vasculaire et nérosante avec vasculaire intestinale et atrophie villositaire. *Médecine et chirurgie digestives*, 1963, 12, 1, 33.

(7) *Glasscock R.J., Brenner B.M.*: Glomerulopaties Associated with Multisystem and Heredofamilial Diseases. In: «Harrison's Principles of Internal Medicine» New York 1980, 1320.

(8) *Gooke D., Morgan C., Lockshin M., Hsu K., Bombardieri S., Christian Ch.L.* Association between Polyarteritis and Australia Antigen. *Lancet* 1970, 5, 1149.

(9) *Godeau P., Trepo C., Herremann G., Guillemin L., Bletny O., Wechsler B., Mercier P.*: Périarterite noueuse et antigène Australia. Etude comparative à propos de 54 cas. *Semaine des hopitaux*, 1977, 53, 10, 613.

(10) *Godeau P., Guillemin L.*: Périarterite noueuse systémique. In «Maladies dites systémiques» de Kahn M.F., Peitler A.P. Paris, 1982, 414.

(11) *Heathcote E.L., Dudley F.J., Sherlock Sh.*: Association of Polyarteritis and Australia Antigen. *Gut* 1972, 13, 4, 319.

(12) *Herremann G., Sicard D., Godeau P.*: Périarterite noueuse et Antigène Australia. *Nouvelle presse médicale*, 1973, 2, 10, 655.

(13) *Levo Y., Gorevic P.D., Kassab H.J., Zucker-Franklin D., Franklin E.C.*: Association between Hepatitis B Virus and Essential Mixed Cryoglobulinemia. *New England Journal of Medicine*, 1977, 296, 26, 1501.

(14) *Michalak T.*: Immune Complexes of Hepatitis B Surface Antigen in the American J. of Pathology, 1978, 90, 619.

(15) *Prince A.M., Trepo Ch.*: Role of Immune Complexes Involving Sh Antigen in Pathogenesis of Chronic Active Hepatitis and Polyarteritis Nodosa. *Lancet*, 1971, 1, 1309.

(16) *Sergent J.S., Lockshin M.D., Christian C.L., Gocke D.J.*: Long Term Follow-up of Polyarteritis with HBsAg. *Medicine*, 1976, 55, 1.

(17) *Trepo Ch., Thivolet J.*: Antigène Australien, Hépatite a virus et périarterite noueuse. *Presse médicale*, 1970, 78, 36, 1575.

(18) *Trepo Ch., Thivolet J., Lambert R.*: Four Cases of Periarthritis Nodosa Associated with Persistent Australia Antigen. *Digestion*, 1972, 5, 100.

(19) *Trepo Ch., Thivolet J., Girard M.*: Hépatite virale B et périarterite noueuse. *J. Medical*, Lyon 1973, 54, 1240, 17.

(20) *Trepo Ch., Zuckerman A.J., Bird R.C., Prince A.M.*: The Role of Circulating Hepatitis B Antigen/Antibody Immune Complexes in the Pathogenesis of Vascular and Hepatic Manifestations in Polyarteritis Nodosa. *J. of Clinical Pathology*, 1974, 27, 863.

(21) *Trepo Ch.*: Les vasculaites associées au virus de l'hépatite B. *Lyon Medical*, 1979, 214, 12, 899.

(22) *Varay A., Mallarmé J., Bloch F., Lebousson Ribault-Ménétière Ph.*: Le Foie dans la périarterite noueuse. *Annals de médecine interne*, 1973, 124, 5, 401.

(23) *Wright R., Millward-Seedler G.H.*: Chronic Hepatitis. N°: «Liver and Biliary disease». Edited by Wright R. et al. London 1979, 647.

shencës vihen në dukje depozitime kokrriore imunoglobulinash, përberës të kompletimit dhe AghBs, gjë që tregon se kemi të bëjmë me një sëmundje kompleksesh imune (7). Formimi i këtyre kompleksëve është një element normal i përgjigjes imunitare, por në dias rrethana ata mund të bëhen patologjike, pasi precipitojnë në disa inde të organi zmit (veshka, lekure), veganerisht pas aktivizimit të sistemit të kom- plementit.

Herë tjetër mund të preken arteriet e vogla të lekurës dhe të marrin karakterin e një purpure reumatoidë. Në një punim (21) tregohet se të raste me purpura reumatoidë kanë gënë zbuluese të një hepatiti viral. Në dy prej tyre serologjia tregoi se ishte fjala për një hepatit B. Në këto raste dëmtimet janë në nivel të kapilarëve, d.m.th. kapilarit.

(13) tregohet se janë gjetur në një përqindje të lartë anti-HBs ose AghBs në krioprecipitate, kurse në 4 veta, me anën e mikroskopit elektronik, u panë trupëza karakteristike për virusin e hepatiti B. Këta të sëmurë paraqitin purpura, shenja artikulare, sëmundje të ve- shkave dhe 26 hepatomegali ose teste funksionale mëjlore jonormale.

Procesi patologjik mund të preke edhe arteriolet dhe të shfaqet në formën e sindromës së Raynaud-it. Në literaturë (21) paraqiten 4 raste me moshë mbi 35 vjeç me një sindromë Raynaud të shfaqur rishatë (para 1-12 muajsh), pa ndryshime histologjike mëjlore, me AghBs po- zitive, që dëshmonte se ishte fjala për bartës kronikë të këtyrë antigjenit.

Por, nga ana tjetër, u gjetën komplekset imune garkulluese në të kate- rastet, kurse me krioprecipitum në dy veta. Titri i kompletimit ishte i ulur vetëm në njërin prej tyre, i cili paraqiste njëkohësisht edhe një purpura të gjymtyrëve të poshtme, Mospunthja midis dëmtimeve jashtë mëjorë dhe prekjeve së mëjorë është klasike në të gjitha këto sindroma (20). Vaskulitet mund të jenë akute e kronike. Ato janë me të shpeshta në periudhën prodromale, që i përkon fazës së imunokompleksimit të he- patit B, kurse PAN-i i përket periudhës kronike dhe nuk shogërohet as me ikter, as me prekje të theksuar të mëjorë. Kompleksët antigjen- kundërtrupëz mund ta maskojnë AghBs-në jo vetëm në PAN, por edhe në

Shpeshësia e madhe e AghBs-së në të sëmurët me panarterit nodoz dhe vaskulitet e tjera na lejon të arrijmë në përfundim se virusi i he- patitit B duhet të jetë një nga faktorët etiologjikë të vaskuliteve.

Dorëzuar në redaksi më 6.6.1985

BIBLIOGRAFIA

1) *Adhami J.E., Pilku N.*: Antigeni Australia në hepatitet kronike, citrozat he- patike dhe sëmundje të tjera. Punime mbi sëmundjet e brendshme. Tiranë, 1976, 1, 160.

2) *Adhami J.E., Gjokopulli N.*: Antigeni Australia (AghBs) dhe sëmundjet kronike të mëjorë. Punime mbi sëmundjet e brendshme 1983, 3, 35.

3) *Bouchacourt P.*: Progres récents en rhumatologie. *Gazette médicale*, 1984, 91, 38, 35.

3) *Combes B., Stastny F., Shorey J., Eigenbrodt E.H., Barrera A., Hull A.R., Carter*

THE HEPATITIS B VIRUS AS AN ETIOLOGIC FACTOR OF PANARTRITIS NODOSA AND OF OTHER VASCULITES

Summary

Between 1972 and 1982 the author has examined for HBSAg 15 patients with panarthritis nodosa and has found that 9 of them, or 60% were positive for that antigen. Two of these cases are described; in the first case the patient was a healthy carrier of HBSAg and in the second the periarthritis appeared immediately after the recovery from icteric hepatitis. Neither of the cases had a personal or family history of any other disease which could be regarded as a possible etiologic factor of PAN.

Apart from panarthritis, other types of necrotic vasculitis with positive HBSAg are mentioned in the literature. The paper describes a case of chronic glomerulonephritis with positive HBSAg test which was very probably due to the hepatitis B virus immune complexes.

On the basis of the literature data and his personal experience, the author draws the conclusion the high frequency of HBSAg in patients with PAN and other vasculites suggests that the hepatitis B virus can be one of the etiologic factors of these diseases.

Résumé

LE VIRUS DE L'HEPATITE B — FACTEUR ETIOLOGIQUE DE PANARTRITE NOUEUX ET DES AUTRES VASCULITES

Pendant les années 1972-1982, l'auteur a examiné pour HBSAg 15 malades atteints de panartrite noueux et parmi eux il a trouvé 9 malades, soit 60%, qui avaient l'antigène positif. Ensuite l'auteur représente deux cas atteints de PAN. Chez le premier, la maladie lui évolue chez un porteur sain de HBSAg, alors que chez le deuxième la maladie a commencé subitement après le passage de l'hépatite virale icterique.

Tous les deux cas, dans leur anamnèse personnelle et aussi familiale, ne représentaient aucune autre maladie suspecte pour être considérée, comme facteur étiologique de PAN.

Outre le panartrite, dans la littérature on a décrit aussi des autres vasculites nécroseante avec HBSAg positif.

Ensuite l'auteur décrit un malade atteint de glomérulonéphrite chronique avec HBSAg positif, qui, selon lui, il y a beaucoup de possibilité d'être conséquence des complexes immunes des virus de l'hépatite B.

Etant basé sur les données de la littérature et aussi de son expérience, l'auteur conclut que la plupart de la fréquence de HBSAg chez les malades atteints de PAN et des autres vasculites permet de réfléchir que ce virus peut être un des facteurs étiologiques des vasculites.

TEKNIKA JONE E OSTEOTOMISE PELVIKO-PERIACTABULARE PER TRAJTIMIN KIRURGJIKAL TE LUKSACIONIT DHE SUBLUKSACIONIT KOKSOFORMEMORAL TE LINDUR NE FEMIJET E RRIJUR DHE ADOLESHENTJET

— Doc. PANAJOT BOGA —

(KimiKa e ortopedisë e traumatologjisë — Spitali klinik nr. 2)

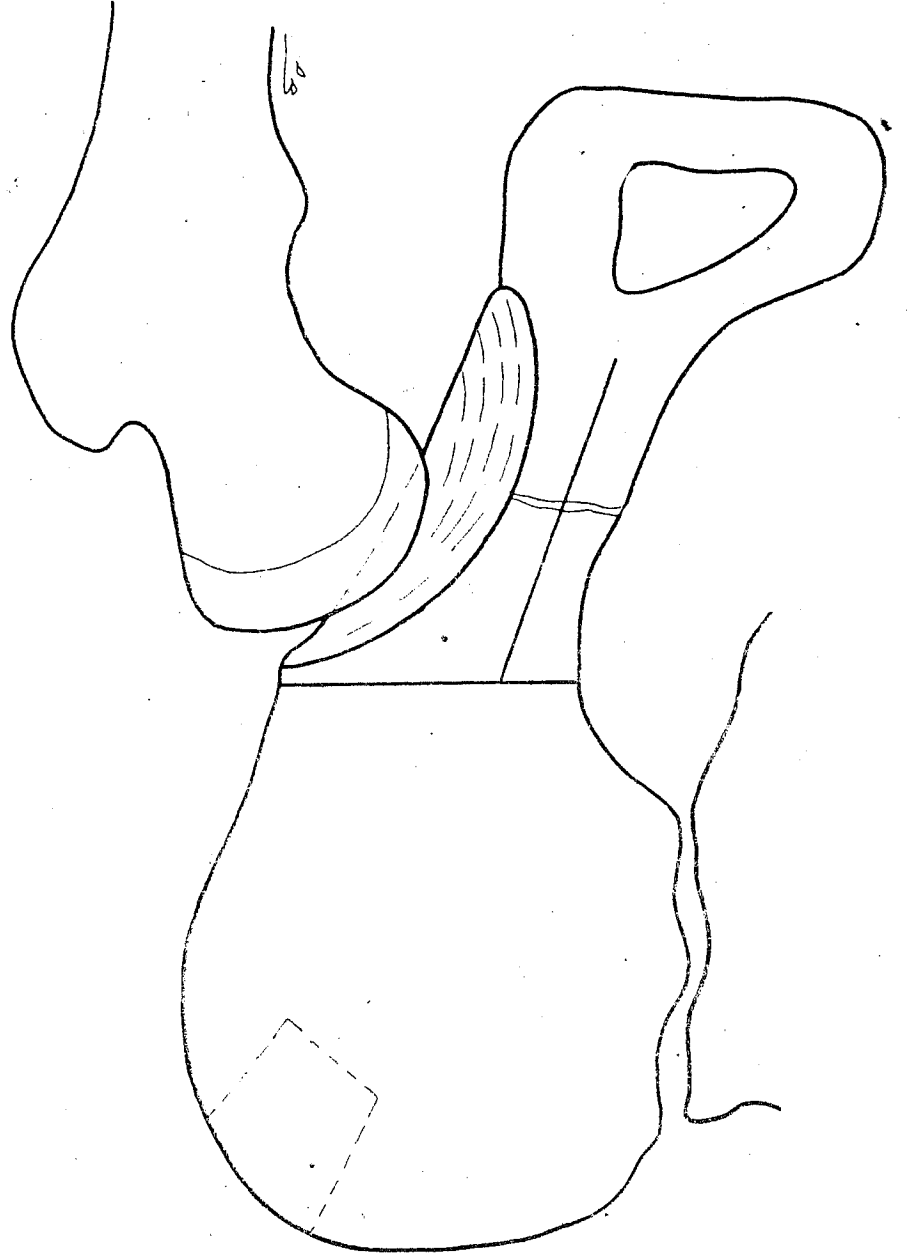
Për trajtimin kirurgjikal të lukksacionit dhe sublukkacionit koksofemoral të lindur në femijet e rritur dhe adoleshentët, në të cilët, goftë për arsye të moshës së papërshtatshme, goftë për shkak të rëndësës së ndryshmeve anatomike të strukturave artikulare, nuk gjëjnë vend metodat e tjera standarde, gjatë dy vjetëve të fundit, në këmi përdorur me sukses metodën tonë të re, osteotomisë pelviko-periceabulare. Teknikën e këtij operacioni e paraqitem, edhe në Kongresin e 59-të të Ortopedisë në nëntor të vitit 1984 në Paris (1).

Osteotomia pelviko-periacetabulare është osteotomi e dyfishtë pelvike në këqenë inominatë, njëtra supraacetabulare e tjetra periacetabulare, që realizohen në të njëjtën kohë operatorë e me të njëjtën rrugë hyrjeje. Qëllimi i saj është repozimi përputhës i lukksacionit dhe sublukkacionit koksofemoral, nëpërmjet korrigjimit të pozicionit (orientimit) dhe formës së acetabullit.

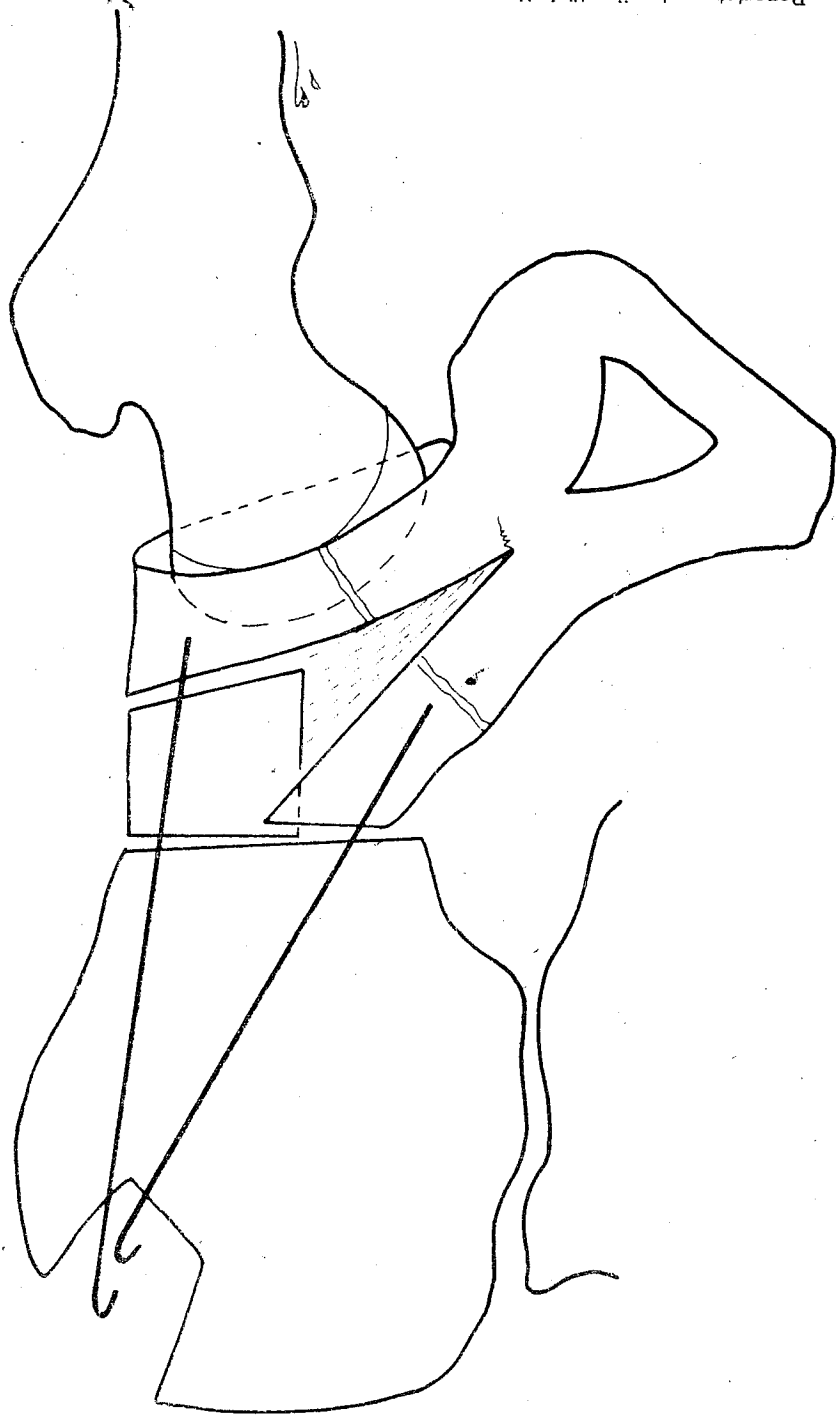
Kushti themelor për kryerjen e osteotomisë pelviko-periacetabulare është prania e murtit të gjatë acetabular, perimetri i të cilit nuk duhet të jetë më i shkurtër se ai i kokës femorale. Kjo është e mundshme në lukksacionet e përparshme (të ulta dhe të ndërmjetme), si edhe në sublukkacionet (posagërish ato të larta), ku në gjatësinë e murtit acetabular naty të veshur me kartilagj hialinor merr pjesë edhe neoacetabulli si vazhdim i tij.

Kushtit tjetër është zbritja paraprake e kokës femorale në nivelin e acetabullit, për të pakësuar *mbipressionin* e saj pas osteotomisë pelviko-periacetabulare. Natyrisht kjo është e domosdoshme vetëm në lukksacionet dhe realizohet ose me tërheqje skeletike paraoperatorë për më sëparisht 3 javë, ose nëpërmjet ndërthyrjes së osteotomisë pelviko-periacetabulare me shkurtimin e diartizës femorale në regjionin subtrochanterik prej 4 cm me të njëjtën teknikë (tonën) e në të njëjtën kohë operatorë, njësoj sig ndërthuret artroplastika kapsulare Colonna apo osteotomia pelvike Salter dhe ajo perikapsulare Femberton me shkurtim të diartizës femorale. Teknikën tonë të heqjes dhe osteosintezës, në këto ndërthyrje, e kemi përshkruar gjëtin (2, 3, 4).

Trafekti i osteotomisë pelvike dhe asaj periacetabulare.



Raportet anatomike të krijuara nga osteotomia pelviko-periacetabulare.



Si material klinik për këtë komunikim paraprak shërbejnë 31 osteotomi e para pelvik-o-periacetabulare, që kemi kryer në 29 të sëmurë, ndër të cilët dy në të dy anët. Vetëm tri janë subluksacione të larta, të tjerat janë luksacione të përparshme koksofemorale të lindura (të ultra dhe të ndërmjetme). Moshë e të sëmurëve luhet nga 6 në 20 vjeç, moshë mesatare 9 vjeç e gjysmë. Ndërkëmbja e ecurisë pasoperatoro zgjat nga 2 në 18 muaj, mesatarja tëte muaj.

Tre të sëmurë me luksacion të dyanshëm kanë gënjë operuar në anën tjetër përkatësisht me teknikat Colonna, Salter, Sutherland.

Teknika operatoro
 I sëmurit vendoset në tavolinën operatoro në *decubitus* shpinor me jastëk të vogël rëre nën *gluteus* të anës që do të operohet. Hyhet me rrugë të përparshme ilio-femorale, heqje Smith-Petersson. Teknika e osteotomisë pelvik-o-periacetabulare përbëhet nga gjastë momente kryesore.

Momenti i parë: Zbulimi subperiostal i kockës inominatë, apo më saktë zbulimi i murit acetabular në të tre komponentët e tij: iliak, is-kiatik dhe publik, vizualizimi i të cilëve është i domosdoshëm.

Duke dezinservuar glutealët dhe *tensor fasciae latae*, zbulohet subperiostal faqja e flitës iliake dhe kapsula artikulare. Shkollitja e periosital bëhet në drejtim të prerjes iskiatike e mandej në drejtim të spinit iskiatike e distalisht saj për të zbuluar përbërësin iskiatik të murit acetabular. Dezinservohet dhe merret në reper tendimi i murit acetabular. Dezinservohet iliak dhe peizon inguinale, zbulohet subperiostal faqja e brendshme dhe e përparme e flitës iliake në drejtim të prerjes iskiatike dhe spines iliake të përparme të pubik të murit acetabular distal me zbulimin subperiostal të përbërësit pubik të murit acetabular distal-isht kartilagjit ypsilon gjër në dukjen e pjesës horizontale të kockës pubike.

Momenti i dytë: Hapja e artikulacionit koksofemorale, e cila është e domosdoshme vetëm në luksacionet; në subluksacionet e madje edhe në luksacionet tepër të ultra është e tepërt. Hapja bëhet nëpërmjet pre-rjes së kapsulës artikulare në murin e saj të sipërm, të përparshëm e të poshtëm, paralele me një centimeter larg insertimit acetabular. Revi-zionohen strukturat artikulare. Higet limbusi kur është i këthyer mbrrapsht pritet përpara tëres kur është e zgjatuar, pritet indi i tepërt fibrohipomatoz, pritet përpara transversale e acetabullit. Rrafshohen shkallëzimet e mund-eshme (pa zbuluar kockën subkonndrale në kalësen e acetabullit nativ në femorale-acetabul. Ky vlerësim është tepër i rëndësishëm, sidomos në femujt ndëne 8 vjeç me luksacion. Në rastet kur në këta të fundit re-ponimi është kongruent (në pozicion abduksioni 30 shkallë), problemi është i zgjidhshëm vetëm nëpërmjet supraacetabulare, sipas parimit të Salter-it, pa patur nevojën e osteotomisë periacetabulare. Këtu është vendi të theksojmë se edhe në rastet e parashtkuara për të

bërë osteotomi — pelvikë Salter, kur gjatë operacionit shihet se nuk ka kongruencë kockë femorale-acetabul, që është kushti i domosdoshëm për suksesin e kësaj teknike, atëherë problemi bëhet i zgjidhshëm duke i situar osteotomisë pelvikë osteotomine periacetabulare sipas teknikës sonë. Kjo përbën një përparësi të panënvlefëteshme.

Momenti i tretë: Osteotomia pelvikë supra-acetabulare. Trajekti i saj kalon nga prexa e madhe iskiatike deri në spinën iliake të përparme të poshtëm. Prexa realizohet me sharrë tëlli. Osteotomia pelvikë supraacetabulare në teknikën tonë ka dy funksione: 1. — Ruan fun-ksionin e saj të ligjëshëm Satterian për korigjim të keqformimit të fages acetabulare, duke ia pakësuar parakthimin, 2. — Nëpërmjet saj realizohet osteotomia periacetabulare, që është dhe funksioni më i rëndë-sishëm i saj.

Momenti i katërt: Osteotomia periacetabulare. Ajo nis nëpër mesin e sipërfaqes së murit acetabular në të tre përbërësit e tij: iliak, iskiatik dhe publik deri në fund të acetabullit. Osteotomia periacetabulare rea-lizohet me datë të drejtë, duke pasur kujdes që gjatë goditjeve të mos ndërtyshohet drejtimi e të mos depërtohet në artikulacion. Vështrësitë teknike të osteotomidë periacetabulare lehtësohen së tepërmi nga osteo-tomia supraacetabulare, e cila shërben jo vetëm për t'u orientuar drejt lidhur me pikënisjen e osteotomisë periacetabulare, por edhe sepse bën të mundshme tërheqjen anash të fragmentit pelvik distal, duke bërë kë-shtu të dukshëm murin acetabular dhe duke dhënë mundësi për ta prerë atë me datë të thjeshtë, pa pasur nevojën e instrumentave specialë.

Osteotomia periacetabulare konsiderohet e përfunduar kur i gjithë acetabulli përkulet lirshëm anash, përndryshe prexa me datë duhet të vazhdohet edhe më distalisht. Megjithatë nuk lind nevojë që acetabulli të këthehet në fragment të lirë, sepse fundi i murit të tij edhe në ado-leshëntët është i përkulshëm, pa përjashtuar këtu edhe mundësinë e një thyerjeje jo të plotë në këtë vend, gjatë përkuljes së acetabullit.

Momenti i pestë: Reponimi, korigjimi i keqpozicionit dhe formës së acetabullit. Reponohet luksacioni duke mbajtur anësinë në ortopozicion. Korigjohet anteverzioni acetabular nëpërmjet tërheqjes tërth 1 cm përpara e rrotullimit nga jashtë të fragmentit pelvik distal, pa korigjuar distasazë me fragmentin proksimal. Ky veprim është funksion i osteo-tomisë supraacetabulare dhe bazohet me elasticitetin e simfizës publike. Zhvendosja realizohet lehtë edhe në adoleshëntët, ndërsa rrotullimi nga jashtë në këta të fundit është më i vështirë. Kështu, acetabulli vjen më përpara dhe faqja e tij normalizon shikimin për nga jashtë (anash). Në këtë pozicion fragmentet pelvikë fiksohen me 1-2 shtiza solide Kirschner, përndryshe, në se futen në spongiozë, nuk zënë vend mirë dhe humbet pozicioni i dhënë.

Ndryshe nga osteotomia pelvikë Salter, në nuk e përkulim anash fragmentin pelvik distal për të horizontalizuar acetabullin, sepse këtë funksion në teknikën tonë e kryen osteotomia periacetabulare. Madje është vendi të theksojmë se përkulja anash e fragmentit pelvik di-stal nëpërmjet simfizës pubike është fare e pavlefshme në adoleshëntët. Ndryshet e rritur me luksacion dhe pohnaj e paarrtshme në adoleshëntët.

Tani horizontalisht acetabuli, duke përkulur murin e tij të osteotomisë gjër në mbulimin e plote të tokës femorale, e cila mbahet në ortopozicion. Nga përkulja anash e acetabullit krijohet një hapësirë me lartësi 2-2.5 cm ndërmjet sipërfaqes së osteotomisë pelvike dhe asaj periacetabulare, e cila mbushet me një transplant të plote, të marrë nga fleta iliake, me permassa 2-2.5 x 3-4 cm. Ndohëse transplanti zë vend mirë në lozhën që krijohet sipërfaqet e osteotomizuara, ajo iliake lart dhe ajo periacetabulare poshtë, për siguri fiksohet me një shtezë Kir-schmer. Me copëza kockore mbushen boshllëqet rreth transplantit kryesor. Qepet kapsula artikulare, duke hequr tepërcën e saj.

Momenti i gjastë: Transplantim i iliopeasit. Rekonstrukcion i muskulaturës në fletën e krestës iliake. Qepje e plagës, duke lënë 2 drejta aspirativë Redon.

Tëndinin e iliopeasit nuk e rinserojmë në vendin e vet në trohanter minor, por e transplantojmë anteriorisht në sulkusin midis *vastus lateralis* dhe *gluteus minor*, njësoj seg veprojmë në të gjithë luksacionet e operuara, duke synuar shndërrimin e këtyj muskulli në rotullues të brendshëm të kofshës, për të krijuar një ekuilibër më të mirë midis muskulujve rotullues të brendshëm dhe të jashtëm (5).

Në rastet kur ka anteverion apo valëgjizëm të shtuar të gafës femorale, korrigjimi i tyre nëpërmjet osteotomisë subtrohanterike të lartë, duke hyrë nëpër pjesën femorale të prerjes, kryhet në momentin e dytë të operacionit, pra përpara se të kryhet osteotomia supraacetabulare dhe ajo periacetabulare. Në atë moment, me të njëjten hyrje kryhet edhe shkurtimi i diafizës femorale, në rastet kur është i nevojshëm.

Ecuria pasoperatore: Femijet e gipsojmë për 4 javë e adolleshentët për 2 javë, në pozicionin abduksion-rotacion të brendshëm të lehtë. Ky dallim bëhet për faktin e njohur që femijet i durojnë keq osteotomitë e pasgipsuara. Në adolleshentët gipsimi nevojitet për të menjannuar zhvendosjet e mundshme të fragmenteve gjatë transportimeve të zakonshme në spitalore në javët e para.

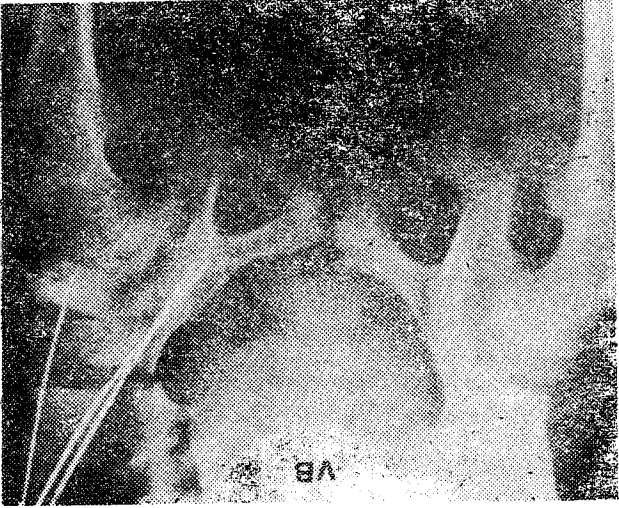
Shtizat hidgen gjatë muajit të dytë ose të tretë. Gjërësia e lëvizjeve koksofemorale rritohet brenda 3-4 muajve, e në rastet pa artrotomi edhe më herët. Jastë kockës së ushtrimeve rehabilituese, gjatë tre muajve të parë, anësia mbahet në tërheqje me manshetë talokurrave 2-3 kg. Tërheqja është veganerisht e keshillueshme në luksacionet për të pakësuar presionin ndaj kokës femorale. Eçja me peshim të plote në anësinë e operuar lejohet rreth muajit të 4-5.

REZULTATET

Ndohëse koha e vrotimit është e shkurtër, rezultatet e deviantimit shme janë inkurajuese. Nuk kemi pasur ndërlikime apo dështime të lidhura me teknikën operatorë. Radiografitë tregojnë konsolidim të vartës së osteotomisë brenda gjastë javëve të para, pa humbje të pozicionit të dhënë. Linja Shenton është normalizuar, imberlinja artikulare e lire dhe koka femorale gjithnjë e mbuluar mirë, këndet CE mbi 25 shkallë. Eçja pa galim e pa ngurtësi artikulare.



Para operacionit.



Katër javë pas osteotomisë pelviko-periacetabulare të majtë. Koka femorale ka zbritur në acetabul dhe mbulohet mirë prej strehës së tij. Linja Shenton është normalizuar.

fjera standarde, por edhe konfigjente moshash me te rritura femijesh dhe adoleshentesh te patrajtueshem me metodat standarde apo me veshtiresi ne realizimin e tyre.

KONKLUZION

1) Pervoja e deritanishme na krijon bindjen se teknika jone e osteotomise pelviko-periacetabulare ka vendin e vet ne arsenalin e metodave te trajtimit kirurgjikal te luksacionit dhe subluksacionit koksofemoral te lindur.

2) Osteotomia pelviko-periacetabulare gjon perdorim ne trajtimin e luksacionit dhe subluksacionit koksofemoral te lindur ne femijet e rritur dhe adoleshentes, tej moshave dhe mundesive anatomike te perdorimit te metodave te tjera. Keshtu, ajo pertshtin ne trajtim nje numer rastesh te veshtire e jorezultative apo te patrajtueshem.

Dorezuar ne redaksi me 5.6.1985

BIBLIOGRAFIA

- 1) Boga P.: Osteotomie pelvico-periacetabulaire dans le traitement chirurgical de la luxation congenitale de la hanche, technique personnelle. Film. Programme audio-visuel, 59-e Congres SFOOT, Paris, 1984.
- 2) Boga P.: Modifikim i operacionit Colonna-Zahradnickek per trajtimin kirurgjikal te luksacioneve te larta bilaterale koksofemorale kongjenitale. Buletini i UT-Seria shkencat mjekesore, 1973, 2, 10.
- 3) Boga P.: Pervoja jone osteotomine perikapsulare Pemberton dhe vendi i saj ne acetabuloplastike per trajtimin kirurgjikal te luksacionit dhe subluksacionit koksofemoral kongjenital. Punime kirurgjikale, 1985, 7, 167.
- 4) Boga P. e bp.: Pervoja jone ne osteotomine pelvike Salter per trajtimin e luksacionit dhe suluksacionit koksofemoral kongjenital. Punime kirurgjikale, 1985, 7, 39.
- 5) Boga P., Gjika E., Frasher D.: Transplantimi i muskullit ilioposas ne trajtimin kirurgjikal te luksacionit koksofemoral kongjenital. Punime kirurgjikale, 1976, 5, 58.
- 6) Chiari K.: Ergebnisse mit der Beckenosteotomie als Pfannendach-lastik. Zeitschr. Orthop. 1953, 87, 14.
- 7) Colonna A.C.: Arthroplastic Operation for Congenital Dislocation of the Hip: A Two Stage Procedure Surg. Gyn. Obstet. 1936, 63, 777.
- 8) Eppright R.H.: Dial Osteotomy of the Acetabulum in the Treatment of Hip Dysplasia J. Bone Joint Surg. 1975, 57, 1172.
- 9) Ninohisa S., Tagawa H.: Rotational Acetabular Osteotomy for the Dysplastic Hip. J. Bone Joint Surg. 1984, 66, 430.
- 10) Pemberton P.A.: Pericapsular Osteotomy of the Ilium for Treatment of Congenital Dislocation of the Hip J. Bone Joint Surg. 1965, 47, 85.
- 11) Salter R.B.: Innominate Osteotomy in the Treatment of Congenital Dislocation of the Hip. J. Bone Joint Surg. 1961, 43, 518.

Per trajtimin kirurgjikal te luksacionit dhe subluksacionit koksofemoral te lindur, teknikat operatorore rekonstruktive standarde te ditve tona mund te permblidhen ne tri grupe:

1) Ndërhyrjet qe korrigjojne pozicionin vizioz te acetabulit. Ketu hyjne osteotomia pelvike ne kocken inominate dhe variantet e saj per rastet e veshtira; osteotomia treshite dhe dytshite si dhe osteotomia rotacionale acetabulare (8, 9, 11, 12, 13, 14).

2) Ndërhyrjet qe kompensojne insuficiençen e strehes acetabulare perikapsulare (10).

3) Ndërhyrjet qe zgjerojne kapacitetin e acetabulit ose npermmjet thellimit te tij si ne kapsuloartroplastikën (7) ose npermmjet osteotomise pelvike (6, 7).

Teknika jone e osteotomise pelviko-periacetabulare ka qellim te dyfishte: 1. — Te korrigjojte keqpozicionin apo keqorientimin e acetabulit, duke i pakësuar atij anteverSIONIN, qe realizohet npermmjet komponentit pelvik (supraacetabular) te osteotomise; 2. — Te horizontalizojte acetabulin gjer ne mbulimin e kokes femorale, qe realizohet npermmjet periacetabulit te osteotomise.

Keshtu teknika jone ka perparësite e osteotomise pelvike Salter per mireorientimin e acetabulit, si edhe perparësite e osteotomive pelvike dytshite e treshite dhe te osteotomise rotuliuze acetabulare per mirehorizontalizimin e acetabulit, pa pasur nevojën e prerjeve plotësuese apo te instrumenteve speciale qe kerkojne keto teknika (8, 9, 12, 13, 14).

Ndryshe nga osteotomia perikapsulare Pemberton, ne tekniken tone osteotomizohet i gjithë muri acetabular, pra, edhe distalisht kartilagjet ypsilon. Ne kete menyre, teknika jone nuk kushtezohet nga prania e ketij kartilagji, duke krijuar keshtu mundesine e operimit edhe te adoleshentëve pas moshes se kockezimit te ketij kartilagji. Nga ana tjetër, keshtu nuk pakësojme hapësirën gjatësore acetabulare, c'ka perben mangle ne horizontalizojme gjithë murin acetabular e jo vetem strehën e tij, ngësinë e teknikeve acetabuloplastike, pertshtire edhe ate Pemberton.

Vetet se ne tekniken tone traumatizohet kartilagji ypsilon, duke u ndare sagjitalisht ne dysh gjate osteotomise periacetabulare, por traumatizimi i saj eshte shume here me i pakte se ne artroplastiken kapsule Colonna, nga thellimi i acetabulit, ku ky kartilagj pohuaj higet tereisht. Ne me se 2000 artroplastika kapsulare Colonna, qe kemi kryer gjate 25 vjeteve ne kliniken e ortopedise, nuk kemi vetejtur efekt negativ ndaj zhvillimit te acetabulit nga traumatizimi i kartilagjit ypsilon.

Nga ana tjetër, ne e perdorim osteotomine pelviko-periacetabulare vetem ne femijet e rritur, madje kryesisht ne adoleshentes, ku kartilagji ypsilon eshte ater moshes se kockezimit ose pas kockezimit. Megjithate ne kete drejtim do te duhen vrojtime me te shumta e afatgjata.

Osteotomia pelviko-periacetabulare zgjeron indikacionet e trajtimit te semundjes luksante koksofemorale te lindur, duke pertshtire ne trajtimin jo te vetem forma te rënda e te papeshtatshme per metodat e

et avec la même voie d'accès en vue d'un congruent remplacement de la tête du fémur dans la cavité acétabulaire (en corrigeant la forme et la position de l'acétabulum).

Une condition pour l'application de cette technique, qui est réalisée en utilisant l'accès antérieur selon Smith-Peterson, est la longueur suffisante de la paroi acétabulaire dont le périmètre ne doit pas être plus court que celui de la tête du fémur.

L'ostéotomie pelvico-périacétabulaire ne présente pas de grandes difficultés et ne demande pas d'instruments spéciaux.

La méthode peut être employée pour le traitement des luxations et subluxations congénitales des enfants et adolescents qui ne peuvent pas profiter (vu l'âge aussi) des possibilités anatomiques des autres méthodes chirurgicales.

- (12) *Steel H.H.*: Triple Osteotomy of the Innominate Bone J. Bone Joint Surg. 1973, 55, 343.
- (13) *Sutherland D.H., Grbenfield R.*: Double Innominate Osteotomy J. Bone Joint Surg. 1977, 59, 1082.
- (14) *Wagner H.*: Experiences with Spherical Acetabular Osteotomy for Correction of Dysplasia Acetabulum. Progress in Orthop. Surg. 1978, 2, 131.

Summary

THE TECHNIQUE OF PELVICO-PERACETABULAR OSTEOTOMY USED BY US IN THE SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL LUXATION OR SUBLUXATION OF THE HIP JOINTS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

The paper describes a new personal technique of the author, pelvico-periacetabular osteotomy, used by him during the last two years in 31 cases without having any complications or failures.

This technique was designed for the treatment of congenital luxations and subluxations of the hip joints of older children and adolescents, the age the patients ranging between 6 and 20 years.

The operation of pelvico-periacetabular osteotomy is a double pelvic osteotomy of innominate bone, the one supracetabular and the other periacetabular, realized in one stage and by a single route of entry, for a congruent reposition of the head of the femur in the acetabular cavity by correcting the shape and position of the acetabulum.

A condition of the application of this technique, which is realized by using the Smith-Peterson anterior route, is the sufficient length of the acetabular wall, whose perimeter should not be shorter than that of the head of the femur.

Pelvico-periacetabular osteotomy is not particularly difficult to realize and does not require special instruments. The methods can be used for the treatment of congenital hip joint luxations and subluxations in children and adolescents past the age and the anatomical possibilities in which other surgical methods can be used.

Résumé

LA TECHNIQUE D'OSTÉOTOMIE PELVICO-PERACÉTABULAIRE EMPLOYÉE PAR NOUS POUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA LUXATION ET SUBLUXATION CONGÉNITALE COXOFÉMORALE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

L'article décrit une nouvelle technique personnelle qui est l'ostéotomie pelvico-périacétabulaire employée par l'auteur pendant les deux dernières années dans 31 cas sans avoir aucune complication ou insuccès.

Cette technique est destinée pour le traitement des luxations et subluxations congénitales de l'articulation coxofémorale des grands enfants et des adolescents. L'âge des malades était de 6 à 20 ans.

Il s'agit d'une double ostéotomie pelvienne de l'os innominata, l'une supra-acétabulaire et l'autre périacétabulaire réalisée pendant la même période opératoire

FIBROSKOPIA DHE BALLAFAQIMI I TË DHËNAVE TË SAJ ME ATO
RADIOLOGJIKE NE ULCERAT GASTRODUDENALE

— IJIR KAJO — LAVDIM GJONÇAJ —

(Institut i Kërkimor i Mjekësisë Ushtare)

Fibroskopia ezofagastrodudenale është një metode relativisht e re ekzaminimi, e cila lejon hulumtimin e plotë të mukozës së pjesës së sipërme të traktit tretës. Era fibroskopike fillon më 1958 (7). Përdorimi i tufave të fibrave të xhamit lejon realizimin e endoskopëve të gjatë dhe plotësisht të përkulshëm, të ndërtnuar mbi bazën e një parimi të njohur dhe të thjeshtë; një objektiv transmeton pamjen nga një skaj i tufave të fibrave në skajin tjetër, pamje e cila mblihdhet nga një thierze e fuqishme dhe dërgohet në syrin e shikuesit (8).

Qëllimi i këtij punimi është njohja me ekzaminimin fibroskopik dhe nxjerrja e të dhënave krahasuese fibroskopike dhe radiologjike për ulcërën gastrodudenale, për përkryerjen e diagnozës klinike, si dhe të nxjerrjes së treguesve më të saktë. Ky krahasim ballafaques paraprak do të shërbejë për korrigjimin e veprimëve praktikë me këta të sëmurë. Fibroskopia ka edhe indikacione të tjera të rëndësishme, si në hemoragji të digjeshive, në ikteret mekanike etj.

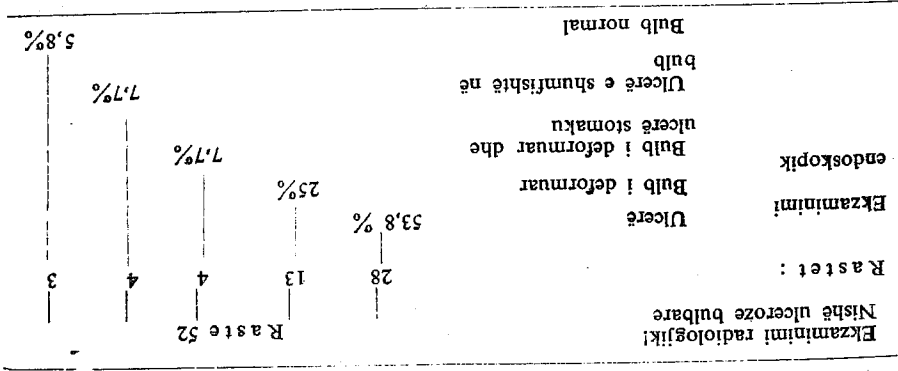
Vitet e fundit është vënë në përdorim edhe ultrasonografia intrakorporale, duke vendosur sonda të imta në pjesën fundore të fibroskopit për të plotësuar më mirë hulumtimin endoskopik të mukozës së traktit tretës dhe atë parietodigjeshive (11).

Metodika

Ditën e ekzaminimit i sëmurit duhet të jetë esell dhe të mos ketë piritë duhan. I bëhet pararnjekim me valium 5-10 mg në muskuj bashkë me 1 ml 0,05-0,10% atropinë. Anestezia e orofaringut bëhet me ksilokainë. Për kryerjen e saktë të ekzaminimit, i është kushnuar rëndësi edhe bashkëveprimi mjek-pacient. Fibroskopia ezofagastrodudenale është bërë në ato raste kur i sëmurit paraqet klinikisht një sindromë ulceroze. Dhe radioskopia rezulton negativ si dhe kur diagnoza radiologjike është e dyshimtë ose e vendosur por kërkohet të dihet gjendja e mukozës përtrëth dhe ndryshimet e saj, apo kur duhet të përcaktohet natyra (beninjë ose maligne) e demtimit të vënë në dukje radiologjikisht, gjë që mund

Pasqyra nr. 1

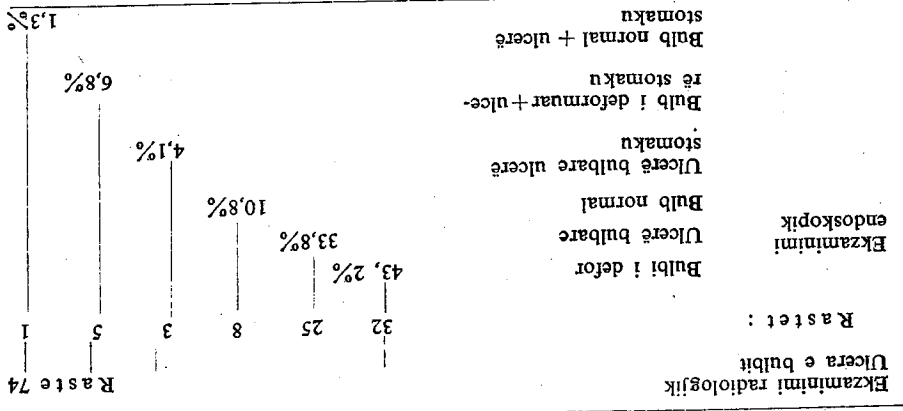
Ballafaqimi radiologjik endoskopik në ulcërën bulbare



Nga 74 deformime ulceroze të bulbit pa nishë në ekzaminimin radiologjik, në ekzaminimin endoskopik na ka rezultuar se në 32 raste (43,2%) kishin deformim të bulbit, d.m.th. përputhje të plote, në 25 të tjere (33,8%) u vërejt ulcere në zhvillim (në 1 prej këtyre uloma duplax bulbi), në 8 raste (10,8%) bulb normal, në 3 të tjere (4,1%) ulcere e bulbit dhe ulcere të stomakut dhe në 1 rast (1,3%) bulb normal dhe ulcere e stomakut. Këto të dhëna paraqiten në pasqyrën Nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Ballafaqimi radiologjik-endoskopik në deformimet ulceroze bulbare



Autore të tjere (3), në një studim të tyre prej 52 deformimesh ulceroze pa nishë e kanë gjetur këtë përputhje si më poshtë: 46% të tyre përtonin endoskopikisht me një ulcer në zhvillim, 35% me bulb normal dhe 19% me deformim bulbare endoskopikisht.

të bëhet me anën e ekzaminimit makroskopik nëpërmjet fibroskopisë, gortë mikroskopikisht me anë të ekzaminimit histologjik të materialit biopitk.

Ekzaminimi radiologjik është bërë me parë po në institutin tonë. Një pjesë e të sëmurve janë ekzaminuar me aparat me zinxhir tele-vizik dhe grati të përgjendruar me metoda klasike dhe, kur ka gene e nevojshme, edhe me preparate farmakodinamike.

MATERIALI DHE DISKUTIMI

Në këtë punim analizojmë 220 të sëmure me shenja klinike të sëmundjes të ekzaminuar në IKMU gjatë periudhës prill-dhjetor 1984.

Sipas seksit, 204, ose 92,7% janë meshkuj dhe 16 ose 7,3% femra. Për sa i përket grup-moshave, raset paraqiten në gratikun Nr. 1, nga i cili rezulton se shumica e tyre ose 70% i takojnë moshës 20-39 vjeç.

Duke ballafaquar të dhënat radiologjike me ato endoskopike vërejmë se në 106 të sëmure ose 48,2% të rasteve këto të dhëna përputhen plotësisht. Një përputhje të tillë autore të tjere (3) e kanë gjetur në 47% të rasteve: Nga 106 raste, 28 ose 26,4% e tyre ishin me ulcer të bulbit duodenal, 20 ose 18,9% me ulcere të stomakut, 32 ose 30,2% me bulb të deformuar dhe 26 raste, ose 34,5% pa demtime organike gastroduodenale.

Nga të dhënat e literaturs, rezulton se edhe endoskopistëve me përvojë i shpëtojnë pa u zbuluar 5-10% të demtimeve gastroduodenale (10). Spazmat, bulbat duodenale shumë të deformuar, plikat e mëdha të mukozës dhe deformimet pas operacioneve mund të fshihen demtimet e

Nga 220 raset tona, 52 ose 23,6% paraqitin radiologjiksht nishë ulceroze të bulbit. Ballafaqimi radioskopik — endoskopik i këtyre 52 rasteve treguan se vetëm në 28 ose 53,8% të dhënat radiologjike përputhen plotësisht me ato endoskopike (ulcere e bulbit duodenal në endoskopi). Një përputhje të tillë autore të tjere (3) e kanë gjetur në 82% të rasteve. Prej 24 rasteve të tjera, ekzaminimi endoskopik vuri në dukje bulb të deformuar në 13 raste (25%), bulb të deformuar me ulcere të stomakut në 4 raste (7,7%) ulcera të shumfishta në bulb në 4 raste të tjera (7,7%) dhe kurse në 3 raste të fundit ose në 5,8% nuk u gjetën demtime të dukshme: Këto të dhëna përmbidhen në pasqyrën nr. 1.

Sig shihet më sipër, 17 nisha ulceroze radiologjike (32,7%) kanë rezultuar në endoskopi me bulb të deformuar, kurse në 3 të tjera (5,8%) aspekti endoskopik ka gene normal. Përcaktimet pozitive të rreme në ekzaminimin radiologjik me kontrast të thjeshtë mburrjnë në 13-15% ekzaminimin tonë ky pozitivitet rezulton 38,5%. Rezultatet pozitive të rreme ndodhin kur bariumi hyn nëdermjet plikave, prandaj është e rëndësishme të dokumentohet që krateri i ulcerës të dyshtuar të jetë kontrast gjatë gjithtë ekzaminimit radiologjik. Me tekniken radiologjike të thjeshtë rreth 50% e ulceroze nuk gjenden (6).

Në ekzaminimin endoskopik u gjeten 54 të sëmurë me ulcer të stomakut, nga të cilët 15 (15,80%) me ulcer të vetme, 6 (11,10%) me ulcera të shumfishta të stomakut, 3 (5,60%) me ulcera të stomakut, me zhvillim (evolutive) të shogëruara me ulcera të bulbit të duodenit, kurse në 10 raste (18,5) u vërejt vetëm deformim i tij.

Nga këto të dhëna rezultoi, se në 13 të sëmurë ose në 24,10% ulcera e duodenal dhe 5 raste (37,50%) të shumfishta të bulbit duodenal.

Ballafaqimi endoskopik — radiologjik tregoi se, nga 54 raste me ulcera të stomakut në zhvillim, në ekzaminimin radiologjik u zbuluan sipas të dhënave radiologjike mukozë e stomakut nuk paraqiste ndryshime në bulbin duodenal në 4 raste vërejt nishë dhe në 6 të tjera bulbi i deformuar (Pasqyra nr. 5).

Pasqyra nr. 5
Ballafaqimi endoskopik-radiologjik në ulcerat e stomakut.

Endoskopia	Rastet :	Radiologjia
Ulcerë e vetme	28	20%
Ulcerë e shumfishtë	4	42,7%
Ulcerë bulbare + ulcerë stomaku	15	37,3%
Ulcerë bulbare	24	
Nishë bulbare	1	
Deformim bulbar	3	
Bulb normal		

Stomak normal 59,3%

Nishë në stomak 40,7%

Ulcerë e stomakut 32

PËRFUNDIME

1) Ballafaqimi radiologjik-endoskopik tregoi se ekzaminimi endoskopik ka përparësi në krhasim me atë radiologjik.

a) Kështu, nga 52 nishë bulbare të konstatuara radiologjikisht, ekzaminimi endoskopik përputhet plotësisht në 61,50%, kurse në 38,50% shogëruar me ulcere të stomakut.

b) Po ky ballafaqim, nga 74 raste me bulb të deformuar radiologjikisht, tregoi se vetëm në 50% të tyre u gjat bulb i deformuar endoskopikisht, në 37,90% u gjat ulcere bulbare aktive, në 12,10% bulb i shëndoshë. Krhas këtyre, endoskopia vuri në dukje se 10,90% e rasteve paraqitnin edhe ulcera të stomakut që nuk ishin vënë në dukje radiologjikisht.

2) Ballafaqimi endoskopik-radiologjik tregon se, nga 75 ulcera evo-

Duke u nisur nga ekzaminimi endoskopik, nga 75 ulcera evolutive bulbare, midis të cilave 5 raste kanë gënjë me ulcera të shumfishta bulbare dhe 3 raste të shogëruara me ulcere të stomakut, përputhje të plotë me radiologjinë (nishë) ka në 32 raste ose në 42,70% dhe përputhje jo të plotë në 42 raste, prej të cilëve 28 raste (37,30%) radiologjikisht ishin me deformime ulceroz të bulbit pa nishë dhe 15 (20%) me palje normale të bulbit (pasqyra nr. 3).

Disa autorë (3) e kanë gjetur këtë përputhje në 47% të rasteve për nishë radiologjike, në 30% për deformim ulceroz bulbar dhe 18% e bulb normal, kurse autorë të tjerë (7) kanë konstatuar se vetëm 80,70% e ulcere bulbare të vëna në dukje endoskopikisht u gjeten gjatë ekzaminimit radiologjik: Por këto të dhëna ndryshojnë sipas autorësh të ndryshëm: kështu, ulcera duodenale vetëm në 36-50% të atyre të diagnostikuara endoskopikisht (9,12) dhe në 45-65% (1).

Pasqyra nr. 3
Ballafaqimi endoskopik-radiologjik në ulcerat bulbare

Endoskopia	Rastet	Radiologjia
Ulcerë e vetme	28	20%
Ulcerë e shumfishtë	4	42,7%
Ulcerë bulbare + ulcerë stomaku	15	37,3%
Ulcerë bulbare	24	
Nishë bulbare	1	
Deformim bulbar	3	
Bulb normal		

Nga 28 raste me nishë të stomakut të vëna në dukje radiologjikisht prania e ulcerës së këtij organi u vërtetua endoskopikisht në 22 veta ose në 78,60%, ndërsa në 6 raste (21,40%) ku radiologjikisht vihet në dukje nishë, ekzaminimi endoskopik tregoi se mukozë e stomakut ishte normale (pasqyra nr. 4).

Pasqyra nr. 4
Ballafaqimi radiologjik endoskopik në ulcerat e stomakut

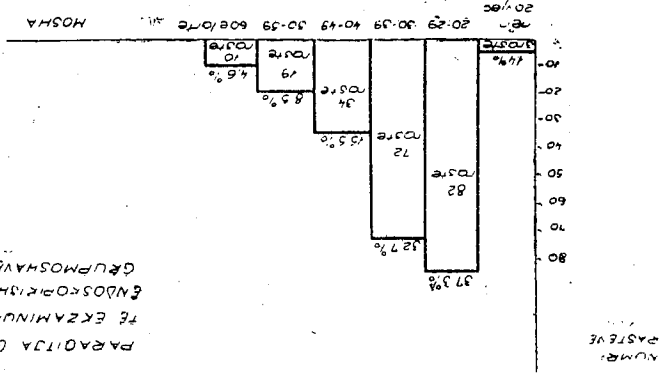
Ekzaminimi radiologjik	Rastet :	Endoskopia :
Nishë në stomak	22	78,6%
Stomak normal	6	21,4%

Intjive bulbare të vëna në dukje me anën e fibroskopsisë, radiologjiksht ishte konstatuar nëshë në 42,7% të rasteve, deformim i bulbit në 37,30% kurse bulb normal në 20% të tyre.

3) Ballataqimi radiologjik-ëndoskopik i ulcerës së stomakut tregon përputhje të plotë në 78,6% të rasteve, kurse në 21,4% të diagnostikuara si ulcera të stomakut radiologjiksht, fibroskopia vuri në dukje se mukozë e stomakut ishte normale; ndërës ballataqimi endoskopik radiologjik tregoi se nga 54 ulcera të diagnostikuara endoskopiksht 59,3% kishite mospërputhje të plotë.

Dorëzuar në redaksi më 9.5.1985.

PARAJITJA GRAFIKE E TË SEMUREVE
TË EKZAMINUAR RADIOLLOJIKSHT DHE
ËNDOSKOPISHT NË NGAJRE SIPAS
GRUPMOSHAVE



BIBLIOGRAFIA

1. Bolber J.P.: Endoscopic Examination of the Duodenal Bulb: A Comparison with X-ray. Gastroenterology, 1971, 61, 55.
2. Bonfils B., Bornados P.: La Maladie ulcéreuse gastro-duodenale. Né: Précis des maladies du tube digestif, sous la direction de Dobray Ch. et Cottroy Y. Paris, 1977, t. 144.
3. Chaput J.C., Labayle D., Etienne J.: Confrontation entre l'examen radiologique et la fibroscopie dans le diagnostic des ulcères du bulbe duodenal. Annales de gastro-entéro-hépatologie, 1975, 11, 217.
4. Cornet A.: Les ulcères gastriques et duodénaux. Archives. Françaises des maladies de l'appareil digestif, 1968, 53, 1303.
5. Domling L., Classen P., Franzen H.: Atlas of Enteroscopy, New-York, 1975.
6. Fedelle M.P., Goldberg N.T.: Conventional Radiography of the Alimentary Tract. Né: Gastrointestinal Diseases, edited by Siscisembere M., Fondtran J.S.; New-York 1983.
7. Hirchowitz B., Curtis L.E., Petera C.N., Pollard H.S.: Demonstration of a New

Fibroskopia dhe ballataqimi i të dhënave të saj me ato radiologjike në ulcerat, 33

8. Husser P., Mendoz J.: L'endoscopie digestive haute. Né: Précis des maladies Gastroscopie, the Fibroscope. Gastroenterology, 1958, 35, 50.
9. Martin T., Vennest, A., Silvis S.B., Anselm H.J.: A Comparison of Upper Gastrointestinal Endoscopy and Radiography. Journal of Clinical Gastroenterology, 1980, 2, 21.
10. Soll A., Isenberg J.: Duodenal Ulcer Disease. Né: Gastrointestinal Diseases, ed. by Siscisembere, Fondtran J.S., New York 1983, 625.
11. Strom G.D., Kurtz W., Classen M.: Les progrès diagnostiques de l'ultrasonographie endoscopique. Acta Endoscopica, 1984, 14, 77.
12. Tedesco F.J., Griffin I.W., Crisp W., Anthony H.: «Skinny» Upper Gastro-Intestinal Endoscopy — the Initial Diagnostic Tool: A Prospective Comparison of Upper Gastrointestinal Endoscopy and Radiology. Journal of Clinical Gastroenterology, 1980, 2, 27.
13. Varay A.: Précis de gastro-entérologie. Paris, 1966.

Summary

FIBROSCOPY AND A COMPARISON OF ITS FINDINGS WITH THE RADIOLOGIC IN GASTRODUODENAL ULCERS

The analysis is presented of 220 patients with signs of the ulcerous disease, examined in 1984.

The confrontation of the radiologic findings with those of fibroscopy showed that in 52 cases the bulbar «niche» was radiologically visible. In 61,50% the radiologic findings were compatible with the endoscopic data and among 74 patients with deformed bulb, 37,90% were found with active bulbar ulcer.

In addition, in 10,9% of the cases endoscopy discovered gastric ulcers which the radiologic examination had failed to reveal.

Of 75 cases confirmed by endoscopy, the radiologic examination found «niche» in 42,7% and deformed bulb in 37,30%.

The radiologic findings were compatible with the endoscopic findings in 78,6% of the cases with gastric ulcer.

The authors underline the necessity of a close collaboration between the clinic, the radiologic and the endoscopic services.

Résumé

LA FIBROSCOPIE ET LA CONFRONTATION DE SES DONNÉES A CELLES — LA RADIOLOGIQUES DANS LES ULCÈRES GASTRODUODÉNALES

Il s'agit de 200 malades avec des signes de la maladie d'ulcère, examinés pendant l'année 1984. La confrontation des données radiologiques à celles-là de phibrogastroscoopies mis en évidence que chez 52 malades la niche bulbaire a été constatée radiologiquement. Chez 61,50% d'eux a eu concordance endoscopique,

alors que chez 74 malades avec le bulbe déformé on a trouvé 37,9% des ulcères bulbaires actifs.
Paralèlement avec ceux qui sont mentionnés, en endoscopie on a constaté chez 10,9% des tous les cas ulcère de l'estomac, lequel on n'avait pas constaté à l'examen radiologique.
La confrontation endoscopique a mis en évidence que 75 malades avec ulcères, qui ont été constatés, en radiologie on a trouvé 42,7% niches et 37,3% bulbes déformés. Chez 78,6% des cas aux ulcères de l'estomac a eu concordance.
Les auteurs soulignent la nécessité de bien collaborer entre la clinique, la radiologie et l'endoscopie.

TESTE IN VITRO PER DIAGNOZEN E HETEROZIGOTIVE PER ANEMINE E FANCONI-I

— VAHE MOKINI —

(Spitali klinik nr. 3 — Tiranë)

Anemia e Fanconi-t, e përshkruar për herë të parë më 1927, është një sëmundje e trashëgueshme që transmetohet në pasardhësit sipas mënyrës autozomike zbritëse. Shpeshësia e kësaj sëmundje në popullsinë e përgjithshme është rreth $1-3 \times 10^{-5}$ më një shpeshësi të gjenit $q = 1 : 600$ dhe një shpeshësi të heterozigotëve 1:300 (23).

Sëmundja është zakonisht sporadike, ndërsa familjariteti i saj takohet në 20-25% të rasteve. Rreziku i rishfaqjes së sëmundjes në ato familje ku është identifikuar një individ me anemi të Fanconi-t (AF) është 25% (1:4). Moshë mesatare e fillimit të sëmundjes është 8 vjeç me kufinj skajorë 17 muaj e 22 vjeç.

Anemia e Fanconi-t, në formën e saj të shprehurisë më të plotë klinike, karakterizohet nga pancitopenia, prapambetja në rritje, hiperpigmentimi i lekurës dhe keqformime të shumta (hipoplazi ose aplazi shkes, ureter i dyfishtë etj.). Krahas formës klasike (AF), sëmundja paraqitet edhe në formën me pancitopeni por pa keqformime (varianti Estren-Dameshek, AFED).

Nga ana citogjenike, simptoma më e rëndësishme e sëmundjes, që e dallon atë nga aplazite e tjera familjare, është paqendrueshmëria kromozomike, e cila shprehet me një thyeshmëri konstitucionale të kromozomeve, d.m.th. nga prania e ndërprerjeve (gaps), thyerjeve (ruptura), endoreduplikimeve, kromozomeve unazore, dyqendrore, figurave tri e katër rrezore etj. (Fig. nr. 1). Shpeshësia e këtyre anomaliave është vlerë diagnostike në AF, ku preken 40-60% e metafazave në limfocit. Ndonëse gjenetika formale e AF është sqaruar plotësisht, defekti molekular i sëmundjes akoma nuk është i qartë. Ekzistojnë dy hipoteza kryesore që orvaten të shpjegojnë natyrën e defektit molekular: hipoteza e defektit të riparimit të ADN-së dhe ajo e paartësisë për të eliminuar disa radikale shumë reaktive të oksigjenit që formohen gjatë metabolizmit qelizor.

Mbi bazën e këtyre dy hipotezave, vitet e fundit janë zhvilluar teste që lejojnë sot identifikimin e heterozigotëve AF. Rëndësia e gjëjes së këtyre individëve del e qartë në se do të marrim parasysh jo vetëm mundësinë e logaritjes së rishfaqjes së sëmundjes, diagnostikimit e parandalimit të hershëm të saj, por sidomos evolucionin e shpeshë të

Materiali dhe metoda

U kryen gjithsej 278 eksperimente me gjakun periferik të 7 pacientëve AF, 18 heterozigotëve dhe 9 individëve të kontrollit. Numri i kulturave limfocitare të ekzaminuara ishte 556, nga të cilët 274 të subjekteve homozigotë, 234 të heterozigotëve dhe 28 të individëve të kontrollit. Kulturat limfocitare u përpunuan sipas teknikës së zakonshme. Metodika e përdorur në eksperimentet tona u hartua sipas disa protokolleve që janë paraqitur në tabelat nr. 1 dhe 2.

Një seri kulturash u kultivuan vetëm në prani të terrenit bazë për të shërbyer si krahasese me kulturat që u përpunuan me substancat e ndryshme. Një seri tjetër kulturash u përpunuan në prani të substancave oksiduese dihepoksisbutan (DEB), butilhidroperoksid (BHP) e peroksid hidrogjeni (H₂O₂) dhe të substancave antioksiduese acid askorbik, L-cisteinë e merkaptopoetanol, të cilat u përdorën si vegmas, ashtu edhe të ndërthurura, për të parë efektin korrigjues të këtyre të fundit ndaj të parëve. DEB e BHP u përdorën në përqendrimin 0.01 γ/ml të inku-buar në kulturë për 72 orë. Peroksidi i hidrogjenit u shtua në 24 orët e fundit të inkubimit me dozën 1 cc të një solutioni 12 vol.% i holluar 100 herë. Acidi askorbik, L-cisteina dhe merkaptopoetanol u përdorën në inkubim për 72 orë me përqendrimin përfundimtar prej 200 μg, 10⁻⁴ dhe 10⁻⁶ M.

Përgjithësisht për çdo eksperiment janë ekzaminuar nga 36 deri në 200 qeliza. Janë analizuar 12992 metaza në eksperimentet e kryera në homozigotët, 14516 në heterozigotët dhe 1800 në individët e kontrollit — pra, gjithsej 29308 metaza.

Kriteret për analizën e këtyre metafazave kanë qenë si vijon: 1) Janë zgjidhur në mikroskop (me zmadhim x 100) të gjitha qelizat që kishin një cilësi të pranueshme. 2. Këto qeliza më pas analizoheshin në objektivin me imersion (x 100).

3. Janë marrë në shqyrtim vetëm metafazat që kishin të paktën 44 kromozome. 4. Analiza është kryer kryesisht me anë të kqyerjes në mikroskop dhe në disa raste në zmadhimet fotografike. 5. Kriteret për analizën e aberracioneve kromozomike janë ata të standardizuar nga Sistemi Ndërkombëtar i Nomenklaturës Citogjenetike (ISCN, 1978).

REZULTATET

Analiza krahasese e rezultateve të eksperimenteve është llogaritur në mënyrë statistikore nëpërmjet testit të X² (hi katorrit) dhe probabilitetit përkates (tab. 1, 2 fig. 2,3). Përdorimi i DEB-it në kulturat limfocitare të homozigotëve AF e të heterozigotëve AF vërtetoi efektin klastogjen të këtij alkilanti me rritjen e aberracioneve kromozomike respektivisht nga 0.40 në 1.1 (p < 0.0005) dhe nga 0.087 në 0.20 (p < 0.0005) në krahësim me kulturat standard. Në individët e kontrollit, numri i thyerjeve kromozomike

drejtim të një leucemie apo tumori të meligjë ose të aparatit tretës. Në heterozigotët AF, rreziku i shtaqjes së një neoplazie ose i një leucemie është respektivisht 3 e 12 herë më i madh se në populisinë e përgjith-



Observacionet kromozomike kryesore që vërehen në aneminë e Fanconi-t.

Testi i parë i përdorur për identifikimin e bartësve AF është ai i përpunimit të kulturave të fibroblasteve të homozigotëve e heterozigotëve AF me alkilantin bitunksjonal dihepoksisbutan (DEB), i cili shkaktonte një rritje të ndjeshme të thyerjeve kromozomike në krahësim me kulturat e zakonshme, ndërsa nuk ndryshonte shpeshësinë e tyre në individët e kontrollit.

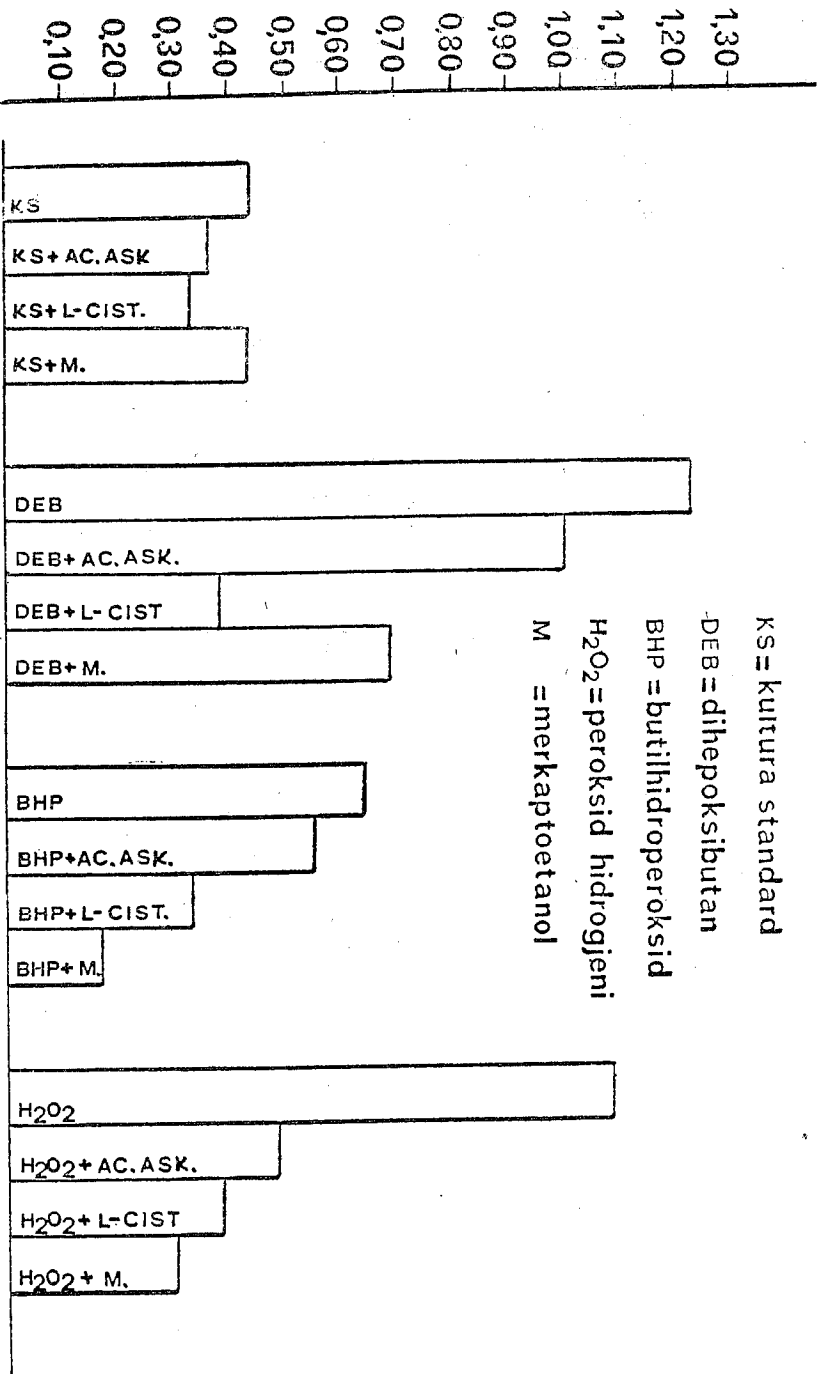
Në këtë artikull do të paraqesim rezultatet e analizës citogjenetike të limfociteve të një grupi homozigotësh e heterozigotësh AF — tipi I (AFED) nëpërmjet përdorimit të disa substancave oksiduese e antioksiduese, të cilat, nga njëra anë, kontribuan në zhvillimin e testeve të reja për identifikimin e bartësve të mutacionit dhe, nga ana tjetër, lejuan të diskutohet në mënyrë kritike natyra e defektit molekular të sëmundjes.

TAB. 1 - EFEKTI I AGJENTËVE OKSIDUES DHE ANTIOKSIDUES MBI ABERRACIONET KROMOZOMIKE NË LIMFOCITET E HOMOZIGOTËVE AF* : P 0,0005**; : P 0,025

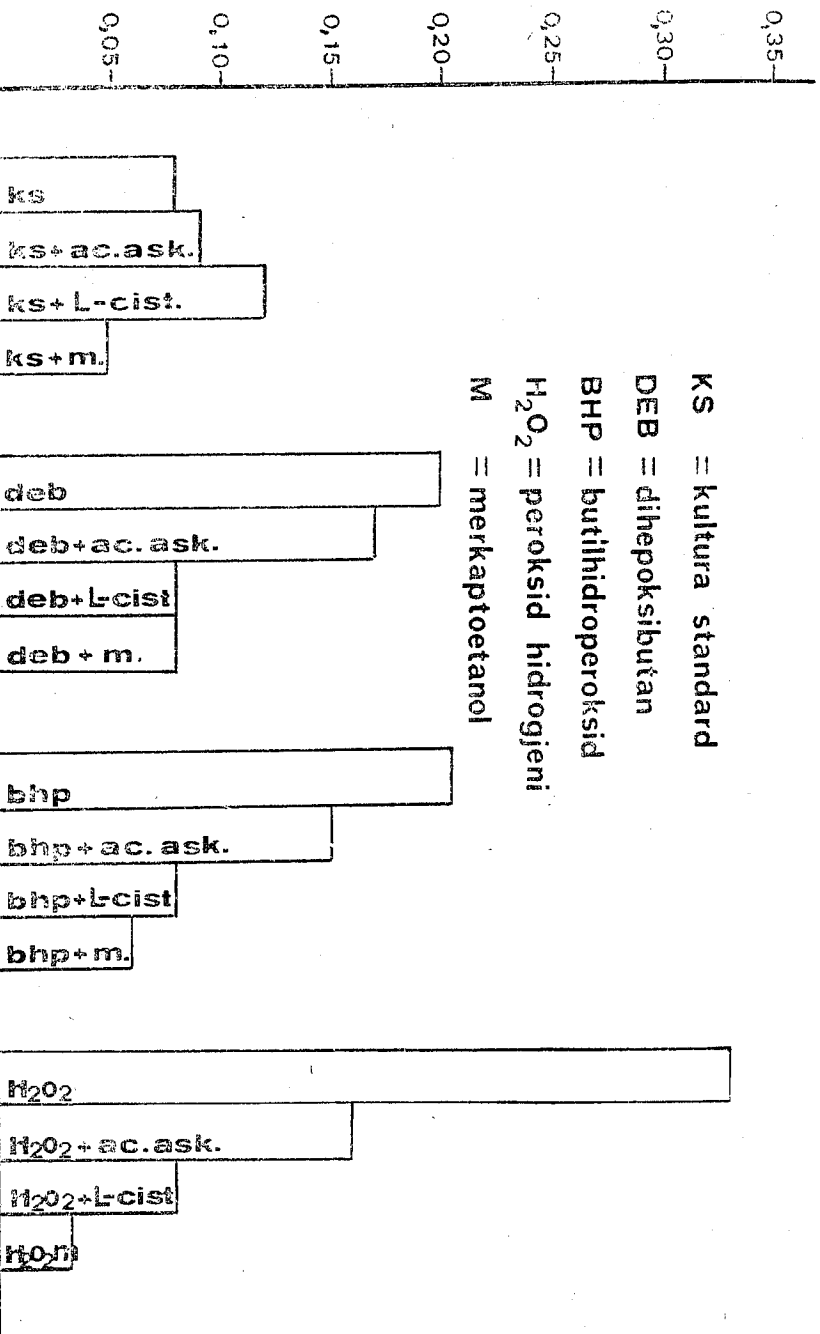
PËRPUNIMI I KULTU- RAVE	NUMRI I INDIVIDËVE	NUMRI I EKSPE- RIMENTEVE	QELIZA TË EKZA- MINUARA	NUMRI I THYERJEVE	THYERJE PËR QELIZA	INTERVALI I VARIA- CIONIT	PROPABILI- TETI
STANDARD	7	22	2659	1109	0,44	0,07-1,46	
DEB	6	24	2469	2595	1,23	0,49-3,53	*
BHP	4	11	1025	633	0,64	0,40-1,28	*
H ₂ O ₂	4	4	400	434	1,08	0,52-1,89	*
AC ASKORBIK	3	5	473	170	0,36	0,25-0,41	**
L-CISTEINA	3	4	333	100	0,33	0,19-0,39	*
MERKAPTOETANOL	5	10	780	334	0,43	0,10-0,40	n.s.
DEB + AC. ASK.	5	16	1152	1176	1,02	0,48-1,63	*
DEB + L-CIST.	3	5	500	190	0,38	0,15-0,64	*
DEB + L-CIST.	3	7	538	374	0,69	0,18-2,82	*
BHP + MERKAPT.	4	4	1100	610	0,55	0,26-0,85	n.s.
BHP + AC. ASK	4	4	350	106	0,33	0,15-0,57	*
BHP + L-CIST.	3	2	200	35	0,17	0,10-0,25	*
H ₂ O ₂ + AC. ASK.	2	2	300	143	0,48	0,32-0,61	*
H ₂ O ₂ + L-CIST.	3	3	513	195	0,38	0,20-0,56	*
H ₂ O ₂ + MERKAPT.	4	5	200	60	0,30	0,18-0,42	*

TAB. 2 - EFEKTI I AGJENTËVE OKSIDUES DHE ANTIOKSIDUES MBI ABERRACIONET KROMOZOMIKE NË LIMFOCITET E HETEROZIGOTËVE AF* : P 0,0005** P 0,005; ***: P 0,01

PËRPUNIMI I KULTU- RAVE	NUMRI I INDIVIDË- VE	NUMRI I EKSPE- RIMENTEVE	QELIZA TË EKZAMI- NUARA	NUMRI I THYERJEVE	THYERJE PËR QELIZA	INTERVALI I VARIACIONIT	PROPABILI- LITETI
STANDARD	18	27	4050	318	0,08	0,03-0,16	
DEB	18	18	4116	819	0,20	0,07-0,40	*
BHP	7	14	1350	269	0,21	0,08-0,34	*
H ₂ O ₂	4	4	287	95	0,33	0,18-0,46	*
AC ASKORBIK	3	5	600	54	0,09	0,09-0,11	n.s.
L-CISTEINE	2	2	200	24	0,12	0,08-0,16	n.s.
MERKAPTOETANOL	4	5	413	23	0,05	0,01-0,15	n.s.
DEB + AC. ASK.	4	10	934	159	0,17	0,12-0,23	*
DEB + L-CIST.	4	2	200	17	0,08	0,03-0,14	*
DEB + MERKAPT.	4	6	600	48	0,08	0,02-0,16	*
BHP + AC. ASK	2	8	766	113	0,15	0,03-0,13	*
BHP + L-CIST.	3	2	200	12	0,08	0,03-0,09	*
BHP + MERKAPT.	2	2	200	16	0,06	0,10-0,22	**
H ₂ O ₂ + AC. ASK.	2	2	200	32	0,16	0,06-0,10	***
H ₂ O ₂ + L-CIST.	2	2	200	16	0,08	0,02-0,10	*
H ₂ O ₂ + MERKAPT.	2	2	200	6	0,03	0,02-0,04	*



Shpeshësia e thyerjeve kromozomike në kulturat limfocitare standard dhe në kulturat e përpunura me oksidues e anti-oksidues të përdorur veçmas ose në kombinime në homozigotët AF.



Shpeshësia e thyerjeve kromozomike në kulturat limfocitare standard dhe në kulturat e përpunura me oksidues e anti-oksidues të përdorur veçmas ose në kombinime heterozigotët AF.

I këtyre gelizave me tpa të ndryshëm alkilantësh bifunkionale, duke përfshirë edhe atë të përdorur në eksperimentin e pranshëm, shkak-ton një rritje të ndjeshme të thyerjeve kromozomike, probablisht të lidhur me paartësinë për të zhdukur këto llojë ndërtimore. Besni-këria e këtyrë testit, në këto dy vitet e fundit edhe në laboratorë të fje-ra, ka lejuar përdorimin e tij dhe në fushën e diagnostikës prenatalë. Në fakt, testi me DEB-it sot është i përdorshëm si mjet diagnostik në barrat me rrezik për aneminë Fanconi (2).

Përvoja më origjinale që paraqitet në këtë studim është e bazuar në hipotezën e dytë, e cila mbështetet në mendimin që gelizat AF janë të pafarta të zhdukun disa radikale reaktive që formohen gjatë metabolizmit qëllor. Sipas kësaj idije, në presim që përpunimi me substanca oksiduuese të shkaktonte një rritje të ndjeshme të aberracioneve në kra-hasim me subjektet e kontrollit. Alternativisht, protokollit hipotizonte që trajtim me substanca antioksiduese të mbronte pjesërisht nga thyer-jet kromozomike gelizat e këtyre subjektive.

Të dyja këto ide u vërtetuan plotësisht nga eksperimenti ynë. Në fakt, të gjitha përpunimet që u shuan duke përdorur substanca oksiduese guan në një rritje të theksuar të shpeshësisë së thyerjeve kromozomike si në homozigotët, ashtu edhe në heterozigotët, duke dhënë në shumë raste një kusht praktikisht të njëjtë me atë që shkak-tohet nga përpunimi me alkilantë bifunkionale DEB.

Anasjelltas, në gati të gjithë eksperimentet fituan një korigjim të ndjeshëm të aberracioneve kromozomike në prani të substancave anti-oksiduese ose të substancave dhënëse të grupeve SH, sig është rasti i merkaptoetanolit. Kjo përgjigje rezultoi shumë më e theksuar në sub-jektet homozigote në krahasim me subjektet heterozigote, ndonjëse edhe në këto të fundit rezultat ishin të ndjeshme gati në mënyrë të gendur-shme. Në mënyrë të vegantë, lloji i përgjigjes që u fitua nga përpuni-met i ishin nënshtruar paraprakisht testeve të stresit, si ato që përdorin alkilantë bifunkional DEB ose substancat oksiduese.

Sidoqotë, rezultatet e fituara nga ne lenë të hapur shumë gëshje. Në se, nga njëra anë, është e qartë që përdorimi i të gjitha këtyre testeve laboratorike, së bashku me testin që përdor studimin e shkë-titimit ndërmjet kromatidëve vellezër (9, 18), është i artë për të iden-tifikuar me përpikëri relative individët e sëmurë nga AF, mbetet për të sqaruar në se ky rezultat është i përsëritshëm gofite në sub-jektet që paraqesin formën klasike ose formën pa keqformime, por me fillim të hershëm të shënajve hematologjike, sig është rasti i pacientëve të studiuar në eksperimentet tona, ose në se ky tip eksperimenti është i riprodhueshëm edhe në variantin gjenetikisht të ndryshueshëm të sëmundjes me fillim të vonuar të simptomave hematologjike.

Një dukuri tjetër që meriton të sqarohet është, në se rezultatat që fituan *in vitro* janë të riprodhueshëm në ndonjë fare mënyrë edhe *in vivo*. Me tjalë të tjerë, mbetet për të saktësuar në se trajtimi me substanca antioksiduese do të mundet në ndonjë fare mënyrë të zbusë disa nga shfaqjet fenotipike të sëmundjes. Aktualisht një eksperiment i tillë është në zhvillim e sipër dhe mendojmë se, brenda një koke të shkurtër, do të mund t'i jepet përgjigje kësaj pyetjeje.

Megjithatë, gëshja themelore që mbetet për t'u sqaruar për-

pas përdorimit të DEB-it ishte gati e njëlllojtë me atë të kulturave

standard.

Rezultatet e përdorimit të BHP-it treguan se ky peroksid rrit shpeshësinë e aberracioneve kromozomike në heterozigotët AF në të njëjtën masë sikurse edhe DEB-i (nga 0.087 në 0.2, $p < 0.0005$), ndërsa në homozigotët në një masë më të vogël (nga 0.4 në 0.61 $p < 0.0005$), por sidogotë statistisht të dukshme.

Shpeshësia e thyerjeve kromozomike rritet në mënyrë të ndjeshme si në homozigotët e veganërisht në heterozigotët AF me përdorimin e H_2O_2 në kulturat limfocitare. Në të parët kjo shpeshësi rritet nga 0.40 në 1.08 ($p < 0.0005$), ndërsa në të dytët nga 0.087 në 0.33 ($p < 0.0005$), pra akoma më shumë se me përdorimin e DEB-it dhe BHP-it.

Pra, sig del nga këto të dhëna, veprimi i BHP-it, edhe pas njëllloj i përdorur si test identifikimi, rezulton më i dobët se ai i DEB-it, ndërsa veprimi i H_2O_2 është i njëlllojtë me atë të DEB-it.

Përdorimi i antioksiduesve në kulturat limfocitare të homozigotëve e heterozigotëve AF tregoi se ata e ndryshojnë pak shpeshësinë e thyerjeve kromozomike në të parët, ndërsa në të dytët nuk e ndry-shojnë fare. Veprimi i tyre si korigjues të thyerjeve vërehet gartë si në homozigotët, ashtu edhe në heterozigotët, kur kulturat limfocitare u përpunuan me DEB, me BHP e me H_2O_2 -- pra, sa më i madh ishte numri i aberracioneve, aq më i fortë ishte efekti korigjues i anti-oksiduesve.

Efekt korigjues të mirë treguan veganërisht L — cisaina e merkaptoetanoli, si në homozigotët ashtu edhe në heterozigotët, gofite në kulturat e trajtuara me DEB, gofite në ato të trajtuara me BHP ose me H_2O_2 . Acidi askorbik tregoi veprim të mirë korigjues të thyerjeve kromozomike në kulturat e përpunara paraprakisht me H_2O_2 në kra-hasim me ato të përpunara me DEB dhe BHP. Në heterozigotët, së

ndërtthurjen me DEB, efekti i tij rezultoi statistikisht jo i ndjeshëm.

DISKUTIM

Të dhënat eksperimentale e paraqitura në këtë artikull i takojnë kërkimit të testeve për identifikimin e heterozigotëve AF.

Në mungesë të njohurive të drejtpërdrejta mbi natyrën e defek-tit molekular të sëmundjes, protokollit i studimit u hartua duke u mbështetur në njohuri të tËpit të zhdrejtë. Për këtë arsye, u zhvilluan dy llojë të pavarura kërkimi, të cilat bazoheshin në hipotezat aktuale-më të pranueshme mbi origjinën e defektit molekular të sëmu-ndjes. Këto hipoteza, sig u përmenden më sipër, i përkasin respektivisht mendimit që sëmundja është e lidhur drejtpërdrejt me një defekt të riparimit të ADN-së që sëmundja shqërohet nga një dëmtim i metab-olizmit oksido-reduktues.

Të dhënat e para që përtuan duke përdorur alkilantë bifunkσιο-nal DEB duket se mbështesin mendimin që sëmundja të jetë pasoje e një paartësie për të zhdukur lidhjet ndërtimore (ndërmjet vargjeve të ADN-së). Në fakt, ndërsa dihet mirë që përpunimi i gelizave me alkilantë monofunkcionalë nuk shkakton një rritje të ndjeshme të thyerjeve kromozomike në homozigotët AF, është provuar që përpunimi

e II janë normale, ndërsa SOD u gjend në vlerë rreth 20% më pak në krahësim me individët e kontrollit. Sasia e glutacionit të reduktuar (GSH) rezultoi normale, ashtu sikurse edhe qëndrueshmëria e tij ndaj testit të acetililhidrazinës. Nga ana tjetër, u vu re se në kampionet e gjaktë të rruajtura në +20% nivelit i GSH-së ra në mënyrë të theksuar 58% e nivelit të veprimtarisë së glutacion-S-transferazës, enzime kjo që katilizon bashkëveprimin e GSH-së me përbërjet ksenobiotike të jashtme ose të rrjedhura nga metabolizmi i brendshëm i qelizës (17). Në katshët, sidomos tek miu, është vënë re, që kjo enzime i mbron ato nga disa metabolite mutagjenike e karcinogjenike.

Ndërsa, nga njëra anë, nuk mbështesin mendimin mbi ekzistencën në qelizat AF të një defekti në sistemin e eliminimit të radikaleve të oksidimit të acetililhidrazinës. Nga ana tjetër, këto rezultate mbështesin mendimin mbi efekt-tin klasogjen të substrakteve të glutacion-9 transferazës, si DEB dhe D-kloro-2,4-dinitrobenzeni (DNCB). Me fjalë të tjera, këto të dhëna sugjerojnë që shtimi i veprimtarisë së enzimës mund të jetë përgjegjës i eliminimit të GSH-së. Nga ana e saj, kjo do të shpjegonte rritjen e rregulluar rolin e rëndësishëm mbrojtës të GSH-së ndaj veprimtimit të kë-ndësuarisë së qelizave AF ndaj mutagjeneve dhe karcinogjeneve, duke ndëshpeshësuar në tyre në qelizat e kulturuar në kushte standarde, NAD u mjaft mbrojtës i GSH-së mbi garjet kromozomike rezultoi i gartë si në limfo-citet e kulturuar në kushte standarde, ashtu edhe në ato me DEB.

TAB 3 - EFEKTI E NAD+ DHE GSH BP LINFOCITET E 5 PACIENTËVE AF TË KULTIVUAR NË KUSHTE STANDARDE DHE NË PRANI TË DEB

EKSPERIMENTI	OBJEKTA TË EKZAMINUARË	THYRJE PËR QELIZË	P
KULTURA STANDARDE	2087	0.45	
NAD+	226	0.41	ns
GSH	300	0.39	0.005
DEB	1945	1.22	
DEB + NAD+	194	0.67	0.0005
DEB + GSH	300	0.56	0.0005

Në bazë të këtyre rezultateve, është akoma herët të gjykoheret në se ato tregojnë se defekti i NAD+ në aneminë e Fanconi-t nuk është i lidhur patogjenetikisht me qëndrueshmërinë kromozomike, ndërsa ulja në GSH është një event kritik. Sidogotitë, kemi bindjen se demitmet

Fundimisht është pikërisht natyra e defektit molekular të sëmundjes. Në fakt, dy hipotezat mbi të cilat zhvilluan protokollet tona bazo-ishin të disponueshme gjësisht në literaturë. Për sa i përket mendimit për tani nuk ekzistojnë të dhëna që ta kundërshtojnë këtë ide. Përkundrazi, mendimi që qelizat e pacientëve të jenë në ndonjë fazë mënyrë të paarta për të zhdukur radikalët e oksigjenit, të mbështetur në fillim të eksperimentit tona nga të paktën tre lloje të pavarura të dhënash, sot nuk duket të jenë bindëse, të paktën me atë forcë me të cilën ishin shpallur në fillim të viteve 1980.

Në veganti, sot është e gartë që, edhe mbi bazën e vëzhgimeve vet-jake, nuk ekziston ndonjë defekt i rëndësishëm i veprimtarisë së super-oksidismutazës në qelizat FA, edhe pse pacientët kanë prirje të kenë mesatarisht vlera të veprimtarisë së kesaj enzime rreth 10% më të ulur se sa subjektet e kontrollit. Së dyti, është rishikuar me sy kritik mendimi që trysnitë ngjitesë të oksigjenit në kulturë të rrisin në mënyrë të sërishme me përpunimin me substanca oksiduese dhe antioksiduese që fituam nuk kundërshtojnë në mënyrë absolute mendimin e një demitmi të metabolizmit oksidoreduktiv.

Të dhënat tona eksperimentale, ndoshtë arritën të na japin teste *in vitro* për identifikimin e heterozigotëve AF, nuk dhanë ndonjë ndih-mesë për sqarimin e defektit molekular të sëmundjes. Për këtë arsye, mendojmë se është i domosdoshëm thellimi i njohurive mbi disa dukuri të metabolizmit qelizor të këtyre pacientëve, për të cilat ekzistojnë pak të dhëna në literaturë. Vëjnë të përmendet gjëja e vlerave shu-ndësore nuk është e gartë që ky rezultat të jetë pasojë e një defekti të prodhimit apo e një mbipërdorimi të NAD+, ai mund të shpjegojë mirë uljen e metabolizmit energjistik të qelizës, si përgjegjëse e ripa-ritimit të demtuar të ADN-së. Kohët e fundit (në vitin 1983), hipoteza e blastit e pacientëve AF të rrezatuar me rrezë është vërtetuar në fibro-energjitik të rruazave të kuge. Në literaturë ekzistojnë të dhëna kon-tradiktore, respektivisht ndaj një defekti ose ndaj një rritjeje të ve-primtarisë së hekrrokinazës (13).

Më qellim që të thellohem në drejtim të defektit molekular të sëmu-ndjes, në pjesën e fundit të eksperimentit tona u larguam nga studimi kromozomik, duke iu drejtuar studimit të disa dukurive të metaboliz-mit të qelizave FA. Rrezatimet tona të fituara deri këtu janë paraprake dhe nuk gojnë akoma në asnjë përfundim, por vëjnë të përmenden për të ardhmen. Së pari, vumë re se në pacientët me anemi Fanconi nuk ka demitim sasiorë e cilësorë të hekrrokinazës dhe të enzimëve të tjera gjëkollitike, gjë që na sugjeron se defekti molekular i sëmundjes nuk fajeson metabolizmin energjistik të qelizës.

Më të rëndësishëm duket rezultatet që i takojnë metabolizmit oksido-reduktiv të rruazave të kuge të këtyre pacientëve. Veprimet e katalazës, glutacionperoksidazës, glutacionreduktazës e glioksilazës i

metabolike që treguan bëjnë të nevojshëm zhvillimin e kërkimëve të reja në këtë fushë për të sqaruar shumë dukuri të këti ndryshimi. Në pari, mund të sugjerojmë disa dukuri të sëmundjes e në veganti pre-dispozicionin ndaj neoplazive si karakteristike e këtyre pacientëve. Në dyti, rënie e sasisë së glutacionit mund të shpërjetojë patogjenezën e një shpëjim: hiperpigmentimit të lekurës. Ka mundësi që të dhënat e tituar mbi hiperpigmentimin e miut, që tregojnë një lidhje midis ngjyrosjes dhe sasisë së glutacionit në gelizat e lekurës, të mund të ekstrapolohehen edhe tek njeriu. Në këtë rast, rënia e sasisë së glutacionit në gelizat e pacientëve me anemi fanconi do të shpërjetojë hiperpigmentimin e tyre të lekurës.

Dorezuar në redaksi më 5.3.1985

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Altmann G., Avvisati G., De Cusa MR., Gallo N., Novelli G., Dallapiccola B.* Retrospective Diagnosis of AF Fanconi s. Anemia by Diepoxibutane Tests Results in Parents. *Hematologica*. 1982, 67, 13.
- 2) *Auerbach A.D., Warbuton D., Bilom A.D., Chaganti R.S.K.*: Prenatal Detection of Fanconi's Anemia Gene by Cytogenetic Methods. *Am. J. Hum. Genet.* 1979, 31, 77.
- 3) *Bekteshi S.*: Anemia e Fanconi. *Ne: Pediatra, Tiranë*, 1980, I, 35.
- 4) *Bergner N.A., J.S., Catino M.D.*: Abnormal NAD+ Levels in Gelle trom Patients with Fanconi's Anemia. *Nature* 1982; 199: 271.
- 5) *Dallapiccola B., Brinchi V., Mokini V., Altmann G., Gandini E.*: Suscettibilità del linfociti eterozigoti per l'anemia di Fanconi al danno cromosomico indotto da un epossido e da un perossido, Iconvegno Nazionale di Biologia Cellulare, Roma, 1982, 117.
- 6) *Dallapiccola B., Mokini V., Portiro D., Altmann G., Isaochi G., Gandini E.*: Studio citogenetica e familiare delle pancitopenie associate ad instabilità cromosomica. In Tura S., Zaccaria A., (eds). *Citogenetica oncologica*. Bologna, 1982.
- 7) *Dallapiccola B., Brinchi V., Altmann G., Mokini V., Gandini E.*: Studio del controllo genetico della malattia neoplastica: analisi citogenetica e formale della pancitopenia familiare. *Atti del Convegno Nac. di Citogenet. Med. Geneva*, 1981.
- 8) *Dallapiccola B., Portiro B., Mokini V., Altmann G., Mandelli F., Gandini E.*: Effetto di ossidanti e di antiossidanti sulle rotture cromosomiche nella anemia di Fanconi. *Atti del VII Convegno Nac. di cromosomiche. Med. Torino*, 1983.
- 9) *Dallapiccola B., Portiro B., Mokini V., Altmann G., Mandelli F., Gandini E.*: Detection of Fanconi's Anemia Heterozygotes by Differet Cytogenetic Approaches. *Symposium Autosomal Heterozygosity Nijmegen Netherlands, Netherlands*, 1983.
- 10) *Dallapiccola B., Mokini V., Altmann G., MR. De Cusa, Portiro B.*: Evidenze e speculazioni sulla anemia di Fanconi. *Atti del Conv. Internazionale di Palermo, Palermo*, 1983.
- 11) *Estren S., Dameshek M.*: *Familia Hypoplastic Anemia of Childhood*. *Am. J. Child.* 1949, 73, 671.
- 12) *Fanconi G.*: *Familiare infantile perniciosartige «Anemie» (pernizioses und Konstitution)*. *J.B. Kinderheilk.*, 1927, 117, 257.

- 13) *Gronchy De T Nava C., Marchand T. C., Feingold J., Turleau C.*: Etude cytogénétique et biochimique de huit cas d'anémie de Fanconi. *Fanconi. Ann. Genet.* 1972, 15, 29.
- 14) *ISCN.*: An International System for Human Cytogenetic Nomenclature. *Brith Defects, Original Article Series*. New York, 1978, 51.
- 15) *Klocker H., Auer B., Hirsch-Kauffmann M., Altmann H., Bartscher H. J.* *Schweiger M.*: DNA Repair Dependent NAD Metabolism is Impaired in Cells from Patient with Fanconi's Anemia. *Embo J.* 1983, 2, 303.
- 16) *Mangani M., Novelli G., Stocchi V., Altmann G., Dallapiccola B.*: Red Blood Cells Hexokinase in Fanconi's Anemia. *Enzyme Submittes* 1983.
- 17) *Mangani M., Novelli G., Dallapiccola B., Mandelli F.*: Increased Glutathione S-Transferase and Fast Decay of Reduced Glutathione in Fanconi's Anemia. *Acta haematologica* submitted 1983.
- 18) *Portiro B., Dallapiccola B., Mokini V., Altmann G., Gandini E.*: Failure of Diepoxibutane to Enhance Sister Chromatid Exchange Levels in Fanconi's Anemia Patients and Heterozygotes. *Human Genetic* 1983, 455.
- 19) *Portiro B., Dallapiccola B., Mokini V., Altmann G., Gandini E.*: Correzione in vitro del quadro citogenetico dell'anemia di Fanconi: evidence per il ruolo di una proteasi. *Atti del II Congresso di Biologia Cellulare. Bressanone* 1983.
- 20) *Schroeder T.M., Anschutz F., Knapp A.*: Spontane Chromosomen Aberrationen bei Familiärer Pannylotopatie. *Humangenetik*. 1964, I, 194.
- 21) *Schroeder T.M.*: Genetically Determined Chromosome Instability Syndromes. *Cytogenet. Coll. Gent.* 1982, 33, 119.
- 22) *Seres D.S. n Fornace A.Jr.*: Normal Response of Fanconi's Anemia Cells to High Concentrations of O₂ as Determined by Alkaline Gluton. *Bioch. Bioph. Acta*. 1982, 698, 237.
- 23) *Swift M.*: Fanconi's Anemia in the Genetics of Neoplasia *Nature*, 1971, 230, 370.
- 24) *Swift, Caldwell R. J., Chase C.*: Reassessment of Cancer Predisposition of Fanconi's Anemia Heterozygotes. *X. Natl. Cancer. Inst.* 1980, 69, 863.
- 25) *Zakrzewski S., Sperling K.*: Genetic Heterogeneity of Fanconi's Anemia Demonstrated by Somatic Cells Hybrids. *Human Genetics*. 1980, 56, 81.

Summary

IN VITRO TESTS FOR THE IDENTIFICATION OF FANCONI'S ANEMIA HETEROZYGOTES

Fanconi's anemia (FA), a recessive autosomic hereditary disease, is characterized cytogenetically by ruptures, gaps, endoduplications and three-quadrantal figures of the chromosomes in their metaphasic stage. This chromosomal instability is best evidenced by using alkylating substances such as diepoxyperoxide (DEB) and hydrorogen peroxide (H₂O₂) which induce a marked increase of these chromosomal aberrations both in FA homozygotes and in FA heterozygotes, while not affecting their frequency in the normal control individuals. On the other hand, the use of anti-oxidizing substances such as ascorbic acid or L-cystein, as of substances carrying the SH group such as mercaptoethanol, reduces considerably the frequency of the chromosomal aberrations in common cultures and particularly in cultures treated with AEB, BHP or H₂O₂. The use of substances inducing

GONITREPANACIONI DHE REZULTATET PAS OPERACIONIT

— Doc. GJERGJI CEPJA —

(Kunika ekuilistrike)

Midis operacioneve kunder glaukomes, trabekulektomia eshte tani me nderhyrja me e parapeligyer. Kjo jo vetem per arsye se ne pergjindje te larte, qe lekundet nga 91 deri ne 99% te rasteve, sjell normalizimin e tensionit te syrit, por edhe se eshte ne nderhyrje, qe, ne krahasim me operacionet klasike, jep shume me pak nderlikime (1, 5, 7).

Ne vitin 1968, u propozua ne metode ku preja e trabekulumit be- hej me trepan. Pra, operacioni i ri nuk ishte gjate tjetere vegse ne gonio- trepanacion sipas Elliot-it, i mbuluar me kapak skleral. Kjo u be ne metode e zgjedhur ne shume klinika. Ekzaminimet e mevonshme tre- guan se, edhe ne keto nderhyrje mikrokirurgjike, rruga trabekulare nuk perbehte kryesoren ne menjanimin e tensionit te rritur te syrit. Kjo kryhej kryesisht nga ne komunikim i dhomes se perparme me hap- siren nenkonjuktivale neper ne jashtek filtrimi aktiv (3, 4, 6). Ndersa disa autore i kryejne keto nderhyrje ne glaukome me kend te gjere, te tjere jane te mendimit se ajo ka efekt te mire edhe ne glaukome me kend te ngushte dhe po aq te mire edhe ne glaukome n lindur (1, 2, 5).

Metoda dhe materiali

Pas anestezi se epiretrobultare e akinezise, vendoset suture mbajtese ne *M. rectus superior* dhe pastaj 7-8 mm sipër orës 12 formohet ne perparse konjunktivale. Pastrohet sklera deri ne limb dhe, ne qofte se eshte e nevojshme, behet termokoaqulimi i eneve te gjakut. Me tej, midis oreve 11 dhe 1, formohet ne perparse sklerale katrore me bri- njet 3 x 4 ose 4 x 4 mm, e cila preprohet me thike Graefe. Fillimisht ajo kap ne te tretien e sipërme sklerale, pastaj kalon me thelle nga 0.2 ne 0.4 mm prane limbit. Mbi rrjetin trabekular trepanohet sipas Elliot-it dhe, si largohet tapa sklerale, behet iridektomia bazale. Me mendafsh 8-0, ne te dy kendet qepet perparja sklerale dhe pastaj ko- njuktiva me ne suture te vazhduar. Me keto perfundon nderhyrja. Si vendoset ne sy pomade tetran ose hidrokortizon, ai lidhet. Syri tjetere lhet i lire.

Ne ditet para operacionit perbigemi per uljen sa me te madhe te tensionit te syrit, duke perdorur, sipas raste, miotike, founrit te sho- qeruar me kali klorati, glicerine nga goja, madje edhe manitol intra- venoz.

DES TESTS IN VITRO POUR LE DIAGNOSTIC DE L'ANEMIE DE FANCONI CHEZ LES HETEROZYGOTES

Résumé

chromosomal aberration helps the detection of FA heterozygotes who are more susceptible (3 to 12 times) to neoplastic transformations than the general population. That is why the use of oxidizing and anti-oxidizing substances and of NAD and GSH repressants an attempt at revealing the molecular defect in that disease.

L'anémie de Fanconi (AF), qui est une maladie héréditaire récessive autosomique, est caractérisée, du point de vue cytogénétique, par des ruptures, des gaps, enduplications, images radiaux dans les chromosomes métaphasiques.

Cette instabilité chromosomique est plus évidente après l'utilisation des substances alcalines tels que dihydroxyperoxyde (DHB) et le peroxyde d'hydrogène (H_2O_2), qui font mieux apparaître ces aberrations soit chez les homozygotes AF, soit chez les hétérozygotes AF sans pour autant influencer sur la fréquence rencontrée chez les individus de contrôle. En revanche l'utilisation des substances telles que l'acide ascorbique et la L-cystéine ou l'utilisation des substances renfermant le groupe SH tel que le mercaptoéthanal, diminue la fréquence des aberrations chromosomiques dans les cultures standards, mais surtout dans celles traitées par DHB, BHP et H_2O_2 . L'utilisation des substances inductrices d'aberrations chromosomiques facilite le dépistage des hétérozygotes AF qui sont d'ailleurs plus sensibles (3-12 fois) à la transformation néoplasique que le reste de la population.

En outre, l'utilisation des substances oxydatives et antioxydatives ainsi que l'utilisation du HAD et GSH représentent une tentative en vue de révéler le défaut moléculaire de la maladie.

Është vënë re se, kur operohet me tension të syrit nën 30 mm Hg, gjatë ndërhyrjes dhe pas saj, ndërlikimet janë më të pakta (6).
 Në këtë punim do të analizojmë 60 goniotrepanacione, të kryera në klinikën okulistike qysh nga viti 1978. Midis të operuarve, 39 janë meshkuj dhe 21 femra. Moshë e të operuarve ka qënë si tregohet në pa-sqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Te sëmurë		4	7	—	3	10	25	9	2
Moshë	Nën 1 vit	1-10 vjeç	11-40	41-50	53-60	61-70	71-80	Mbi 81 vjeç	

I sëmurit më i vogël i operuar me *buphtalmus* ishte vetëm një muajsh.
 Te ndarë sipas profesionëve: 41 të sëmurë ishin pensionistë ose shtë-pijakë, 11 femijë, nga të cilët 3 nxënëse, 4 punëtorë, prej të cilëve një mekanik, një rrobapqepës, një peshkatar dhe një bujk.
 Në 30 raste është operuar syri i djathtë dhe në po aq raste syri i majtë. Vetëm 7 të sëmurë janë operuar në të dy sytë. Goniotrepana-cioni u krye në të gjitha llojet e glaukomës. Rastet tona paraqiteshin si më poshtë:

Glaukoma me kënd të hapur (*Glaucoma chronicum simplex*) 42 raste, glaukoma me kënd të ngushtë (*Glaucoma chronicum congestivum*) — 2 raste, glaukoma me kënd të mbyllur (*Glaucoma acutum*) — 3 raste, glaukoma dytësore (*Glaucoma secundarium*) — 5 raste, glaukoma e li-ndur (*Buphtalmus*) — 8 raste.

Glaukoma kronike e thjeshtë kishte kaluar 4 herë në stadin *quasi absolutum*. Glaukomat dytësore tri herë, si shkak i rritjes së tensionit të brendshëm të syrit ishte trauma e syrit. Një herë paraqiste një ciste të trisit dhe një herë *Aphaki*.
 Nga ekzaminiimi objektiv rezultoi se 4 sy kisishin demtims korneale, nga të cilët dy herë *Nuhecula* dhe dy herë *Leucoma cornea*. Në dy sy të tjerë, korneja paraqiste edemë. Në 17 sy dhoma e përparme paraqitej e cekët, në 34 normale dhe në 9 raste e thelle. Këndi i dhomës në 45 raste ishte i hapur, në 12 i mbyllur dhe në 3 i ngushtë dhe me ngji-tje (*synechie*). Në dy raste, bejba ishte në midriazë pothuaj maksimale me formë jo të rregullt. Në rastet e tjera, bejba e syrit ishte e rumbur-ilakët, gendrore e në pjesën më të madhe pa reaksion në drite nga një mjekim i vazhduar me pilokarpinë. Në një sy kishte ngjitje të pasme të trupi gelqor ishte i tejdukshëm, kurse papila e nervit të të parit 22 herë ishte me ngjyrë rozë pa të thelluar, në 21 raste me të thelluar pak të

Kristalina në 16 raste paraqiste turbullim të pjesshëm të formave të gjera atrofike, në iris.

Shprehur dhe në 17 raste e thelluara e papilës ishte e gjërë dhe para-gitej e çngjyrosur.

Fusha e pamjes në 10 ishte pa demtims. Në 18 raste me ngushtim të shprehur sipër nga ana e hundës dhe në formë rrethore, nga të cilat 8 herë i atrohej pikës së fiksimit. 15 herë të sëmurë të ndryshëm e femijë nuk gene në gjendje të jepnin të dhënat e duhura. Në 17 raste fusha e pamjes nuk i bashkëngjittej karteles klinike. Tensioni i syve në shtrim paraqitej si më poshtë:

Pasqyra nr. 2

24.38 mm Hg deri 31.61 mm Hg (Schlotz) — 6 raste, 31.61 mm Hg deri 41.38 mm Hg — 19 raste, mbi 41.38 mm Hg — 35 raste.	Gjendja e pamjes në shtrim ishte si tregohet në pasqyrën nr. 2.
--	---

Gjatë operacionit, me përjashtim të dy rasteve, përparësja sklerale është formuar gjithmonë lart dhe trespahimi është kryer në orën 12. Në 49 raste u përdor trepan Elliot 1.5 mm dhe në 11 raste 1.75 mm të zgjedhur në varësi nga shiritat e tensionit të brendshëm të syrit në ditën e operacionit.

Në të 60 rastet u krye iridektomia bazale. Ndërlikimet gjatë ndër-hyrjes nuk ishin të rëndësishme. Ajo që mund të mos kryhet e pletë është prerja e «tapës» sklerale, gjë që më pas vazhdon të kryhet lehtë nën mikroskop me majtën e thikës së Graetes ose me gërshërën kor-neale.

Zbrazja e dhomës së përparme ngadale mënjanon vershimin e trisit jashtë. Dajta e tij e paket dhe prerja pa e tërhequr bën një iridektomi të vogël e të vendosur pranë rrenjës së trisit. Me këto qëndrohet larg Elliot-it. Këtë e parandalon edhe kryerja e operacionit të plagosjes së kristalinës, që përshtkruhet si ndërlikim i operacionit të tensionit të brendshëm të syrit, që lekunden rreth 30 mm Hg.

Në tri raste, në dhomën e përparme kishte gjak të shpërndarë, që një herë është larguar me shpëlartje. Mënjëherë pas qepjes së për-parses sklerale, fillon dhe formimi i dhomës së përparme. Ndërlikimet pas operacionit të goniotrepanacionit janë relativisht të pakta. Në ma-terialin tone ato u vepëjken në 18.3% të ndërhyrjeve.

Të nesërmen e operacionit, në 53 sy (88.3% e rasteve) dhoma e për-parme ishte e riformuar. Në 3 raste (5%) dhoma e përparme qendroi e cekët. Në 3 raste (50%) dhoma ishte me e thelle, kurse në një rast ajo mungoi, dhe kjo u bë shkak që të krijohej një turbullim i rumbullakët i kornesë në formën e *karattiti nga kontakti*.

Mostormimi i dhomës së përparme edhe pas 10 ditëve bëri të nevoj-shme largimin e kristalinës së tejdukshme. Futja e ajrit, sipas përvojës së disa autorëve, në këto raste mbetet pa dobi.

Në rastin tonë, largimi i kristalinës u bë që poshtë anash pa pre-kur fistulën e krijuar. Qysh në castin e largimit të kristalinës ndodhi kthjellimi i menjëhershëm i kornesë, gjë që na betasoi. Mbushja e dho-

pfjese të rregullit sklerale, me përmasa të caktuara, që bëjnë të mundur një lloj «dozim» të operacionit dhe, ajo çka është më e rëndësishme, dhe të bëjnë një vlerësim më të drejtë të rezultateve të operacionit, gjë që mbetet më e vështirë në operacionin e trabekulektomisë sipas Cairns-it, ku gdo herë katërkëndëshi i dytë, që largohet, mund të ndër- rojnë formën, përmasat dhe vendosjen.

Dorëzuar në redaksi më 10.11.1984.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Busse H., Kuchle H.J., Wahnig A.: Langzeitbeobachtungen nach Goniotrepnacione mit Skleradekel, Klin. Mbl. Augenheilk. 1984, 4, 251.
- 2) Kolozsvari L.: Trabekulektomie beim Buphthalmus. Lkin. Mbl. Augenheilk. 1983, 6, 503.
- 3) Pham-Duy T., Ihme A.: Sicherkeitsformen und Druckregulierung nach Trabekulektomie, Klin. Mbl. Augenheilk. 1983, 3, 166.
- 4) Riss B., Binder S.: Retrospektive auf 402 Goniotrepnacionen. Klin. Mbl. Augenheilk. 1980, 2, 286.
- 5) Schnaudigel O.E.: Langzeitergebnisse nach Gedeckter Goniotrepnacion (Elliott - Fionimopoulos), Klin. Mbl. Augenheilk. 1984, 3, 202.
- 6) Starov N.A., Draganska: Filtrierende Trepano-trabekulektomie mit Schwammartiger Narbe. Klin. Mbl. Augenheilk. 1984, 1, 55.
- 7) Zhughl S.: Glaukoma parsore. Drefjoria e Arsimiit Shëndetësor. Tiranë, 1983.

Summary

GNOTREPNACION AND ITS POSTOPERATIVE RESULTS

The paper describes the Fionimopoulos operation, which is a trepanation in the angle of the chamber according to Elliott, but is covered by a scleral lid. It gives the results of the operation performed in 60 cases suffering from all various types of glaucoma. The youngest patient, only one month of age, had buphthalmus. Analysing the complications occurring during and after the operation, the author notes that he has observed plain subconjunctival filtration in 63,30% of his patients, which is the main route leading to the normalization of the eye pressure achieved in 96,70% of the cases.

According to the author, trabeculectomy performed with atrepan allows the removal of a regular part of the sclera of predetermined dimensions, which makes possible a sort of «dosage» of the operation, allows other surgeons to perform the almost identical intervention, and creates the possibility of a more correct evaluation of the results of the operation.

mës me ajër e formoi atë. E sëmurë, edhe një vit e gjysëm pas ndër- hyrjes, ka dhomë të thellë. Papila e nervit të të parit — pa të thelluar dhe ngjyrë rozë të zbehtë. Syri ruan një pamje 0,8 me syze, kurse tensioni i brendshëm i syrit është 17,3 mm Hg.

Në 5 raste u vu re Hyphema në ditët e mëvonshme, e cila vetëm një herë lidhet me traumën e syrit. Në një rast, mbi iris kishte mbetur një koaguli gjaku, që u thith. Në dy raste (3,30%) me dhomën e cekët u vu re Ablatio chorioideae, që më vonë u ul dhe nuk lindi nevoja për të ndër- hyrë. Në një rast u vu re iriti pas operacionit, që u mposht me midrriatike, pomadë hidrokortizon dhe kompresa të ngrohta. Në një sy të operuar, filtrimi nën konjunktivë qëndroi i shtuar për 15 ditë, nga liri i një suture të përparës sklerale. Në dy raste papila qëndroi e tërhequr.

Në kontrollin në dalje, në 38 sy (63,30%), filtrimi nën konjunktivë ishte i shprehur. Ky filtrim zakonisht është i shpeshtë. Ai nuk sho- gërohet më tej nga jashtë kë polikistike (3).

Në 22 raste të tjera (36,70%) me sy nuk vërehet filtrim nën ko- njuktivë.

Më anën e goniotrepnacionit ishte e mundur ulja e tensionit të syrit, sig duket në pasqyrën nr. 3.

Pasqyra nr. 3

Mbl 24,38 mm Hg — 1 rast
20,55 mm Hg — 1 rast.
17,30 mm Hg — 6 raste
14,30 mm Hg e më pak 31 raste.

Syri në palpacion i butë në 21 raste.
Pamja e syve paraqitet si në pasqyrën nr. 4.

Pasqyra nr. 4

Në rikontrolle të mëvonshme të të sëmurëve, u vu re se tensioni i syrit nuk ulet nën 28,9 mm Hg me njëkrim, prandaj u përërit goniotrepnacioni sipër, nga ana e jashtme, kurse në një rast ai mbahet nën shifrat 20-22 mm Hg me dy herë plokarpinë, që, së bashku, përfaqësojnë 3,30% të rasteve. Ditëqëndrimi mesatar pas operacionit ka qenë 9,68 ditë.

Vizus	Të sëmurë
0,02	9
0,03 — 0,1	10
0,2 — 0,3	7
0,4 — 0,5	7
0,6 — 1,0	19
nuk kuptojnë	8

Nga sa më sipër, arrijmë në përfundimin se: Goniotrepnacioni i mbuluar me kapak skleral i Fionimopoulos është një ndërhyrje mikrokirurgjike e parapëlqyer për trajtimin e glaukomes, që në 96,70% të rasteve tonë ka sjellë normalizimin e ten- sionit të rritur të syrit që është edhe arsyeja kryesore që shpie në rruajtjen e funksioneve të tij.

Kryerja e trabekulektomisë, në këtë mënyrë, lejon heqjen e një

R e s u m e

GONIOREPARATION ET LES RESULTATS POSTOPERATOIRES

L'auteur décrit l'opération de Frommopoulos, qui consiste dans la réparation de l'angle de la chambre selon Elliot, mais couvert d'un couvercle scléral. L'article expose les résultats de l'opération chez 60 cas atteints de divers types de glaucomes. Le plus jeune des malades, âgé d'un mois, avait buphtalmus. Après avoir analysé les complications pendant et après l'intervention, l'auteur observe qu'il a constaté dans 63,3% des cas une filtration plate subjonctivale, selon l'auteur, la trabeculectomie effectuée avec trépan, donne la possibilité pour faire la suppression d'une pièce sclérale, ayant des dimensions déterminées, pour faire «le dosage» de l'opération et aussi pour faire l'appréciation plus exacte des résultats des opérations.

NEKREKTOMIA E HERSHME — METODE ME PEPARRESI PER TRAJTIMIN E TE DJEGURVE RISHTAS

— KSHM. GËZIM PEPI — ISLAM DAVTI —

(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ushtarake)

Në trajtimin e të djegurve, ka marrë përparësi përdorimi i nekrektomisë së hershme, si një metodë mjafte e mirë për shpëtimin e jetës së tyre, për shkurtrimin e kohës së qëndrimit në spital dhe mosinvalidizimin e tyre (1, 3, 4).
Nuk ka patologji tjetër në kirurgji ku organizimi të ketë për një djegur (5, 6, 7).
Në qoftë se ulja e konsiderueshme e vdekshmërisë në përdudhën peritondhën septiko-toksike, shkurtrimi i kësaj përdudhe (transformimi në klasifikim të saj), si dhe parandalimi ose shfaqja e paketit e në forma të lehta të një sërë ndërlikimesh të sëmundjes së djegjes i kushtohen në radhë të parë trajtimin kirurgjik, krahas atij kompleks e konservativ (4, 8, 9).

Studimi dhe njohja e thellë e ndryshimeve lokale që ndodhin në pjesët e djegura, krahas atyre të përgjithshme, nxorri si nevojë të mosdosime ndërprerjen sa më shpejt që të jetë e mundur të humbjeve të plazmës, elektroilitëve dhe të nxehësive, gjë që u arrit në sajë të nekrektomisë së hershme. Për të kryer nekrektominë e hershme, bazohemi në gjendjen e përgjithshme të të sëmurëve, në thellësinë e plagës, në maddësinë e shtrirjes së saj si dhe në zonën e vendosjes.

Partimisht djegjet e shkallës II të thellë dhe ato të shkallës III kanë nevojë për trajtim kirurgjik. Djegjet e shkallës II, për arsye se infektohen dhe kalojnë në shkallë III, i operojmë, ndërsa djegjet e shkallës III, kur diagnostikohen qysh në fillim, i nënshtrohen trajtimin kirurgjik të menjëhershëm.

Gjatë trajtimit kemi pasur parasysh disa pjesë të tilla si hapësira midis gishtërinjve, qsetullave, pjesët anësore të gjoksit, rejonet in-guinale etj., sepse demtimet që fillimisht janë sipërfaqësore shndërrohen në të thella nga lagështia gjatë mjekimit të zgjatuar dhe së, kur trajtohen me metoda koservative, lënë kontraktura të mëdha dhe demtime funksionale që kërkojnë ndërhyrje rekonstruktive me disa faza dhe me pasoja për të sëmurin.

Operacioni i nekrektomisë së hershme qëndron në largimin e indeve nekrotike dhe shndërrimin e plagës së djegur në plagë të pastër kirurgjike, si mbulimin e saj me autodermotransplant.

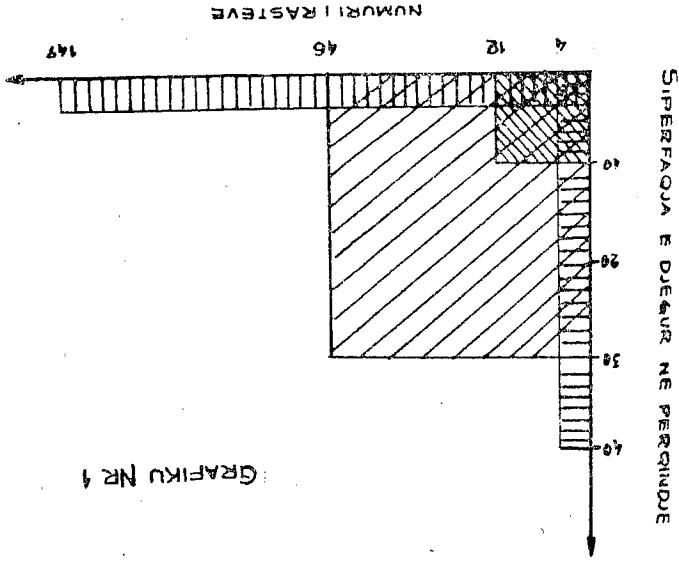
Nekrektomia e hershme ka këto epërsi:
 — Me heqjen e indeve nekrotike, largon burimin e toksinave me veprimtari të shtuar proteazike, si terren ideal për rritjen e shumëzimit e mikroorganizmave. Në këtë mënyrë, pakësohet shumë rezekun i septi-kotozemisë nga djegia dhe njëkohësisht bëhet i mundur aktivizimi i mekanizmave imune.
 — Duke ulur veprimtarinë proteazike, përmirëson balancin azotik nëpërmjet rritjes së fazës anabolike të metabolizmit dhe, si rrjedhojë, pakëson rënie në peshë të të djegurve.

— Shkurton në mënyrë të ndjeshme qëndrimin në spital (mesatarisht 10 ditë) dhe shmang pasojat e papëlqyeshme funksionale dhe kozmetike, që mund të lindin nga mbyllja e vetëveshme e plagëve të djegura.

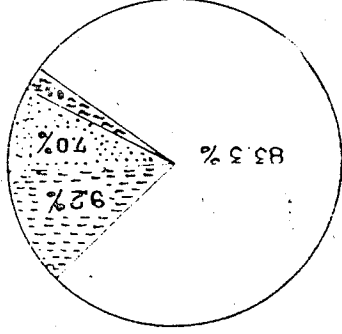
— Pakëson humbjet hidroelektrolitike, proteinike dhe ato të nxeh-tësise (kaloreke) nga plagët e djegura. Si në klinike edhe në eksperiment, është vërtetuar se humbja e 20 g proteinë/m² sipërfaqe të djegur gjatë 24 orëve ulët rreth 75 për qind pas nekrektomisë së hershme të shogë-ruar me auto—, homo— dhe heteroplastike.

Nga përvoja jonë, rezultoi se koha më e përshtatshme për kryerjen e këtyrëve operacioni është 3-5 ditë pas traumës termike. Në këtë periudhë të sëmurët kanë dalë plotësisht nga gjendja e shokut të djegies dhe është vendosur një ekuilibër hidroelektrolitik i përshtatshëm, janë përfunduar plotësisht edemat, është korrigjuar acidozat dhe është rivendosur volemia normale, si dhe nuk është shfaqur ende infeksioni i shprehur në plagën e djegur, kushër këto të domosdoshme për të marrë rezultatet e duhura. Në repartin tonë, nekrektomia si metodë mjekimi e kemi filluar që në vitin 1975. Deri ditën e sotme kemi operuar 203 të djegur, shpërndarjen e të cilëve në varësi nga sipërfaqja e djegur po e para-qesim në grafikun nr. 1. Moshat e tyre ka gënjë nga 1-60 vjeç me mbi-zotërim të moshës 15-40 vjeç si në grafikun nr. 2.

Qëndrimi mesatar në spital i këtyrëve kontingjenti është mesatarisht 19,5 ditë (nga 7 ditë deri 60 ditë). Në këtë drejtim është ndjekur parimi i nekrektomisë së hershme, e cila përgjithësisht është realizuar në ditën e 3-5 pas djegies. Në një kontingjent prej 38 vetash, ajo u krye që në momentin e ardhjes. Rezultatet e këtyrëve grupi janë nga më të mirat, me një ditëpshim mesatar prej 11,5 ditësh. Në 52 raste, qëndrimi i vonuar në spital ka ardhur si pasojë e ndërlikimeve të përgjithshme. Këto ndërlikime kanë përfshirë: infeksione mushkërtore 41 veta, qelbë-zime të plagëve 17 veta, gjendje septike 11 veta.
 Vdekshmërinë e kemi pasur 8%, në 17 veta. Shkaqet e vdekjes kanë qënë: në 10 veta me insuficiencë vaskulare, në 4 veta infeksione të rënda mushkërtore dhe në 3 veta insuficiencë veshkore akute septiko-toksike. Në trajtimin konservativ vdekshmëria ka qënë 13%. Nga ana-liza e materialit tonë klinik, në krahasim me trajtimin konservativ, rezultojnë 7 ditë qëndrimi më pak në spital (dijëndrimi mesatar në spital për trajtimin konservativ është 26,7 ditë).



GRAFIKU NR 1



Rastet sipas moshës

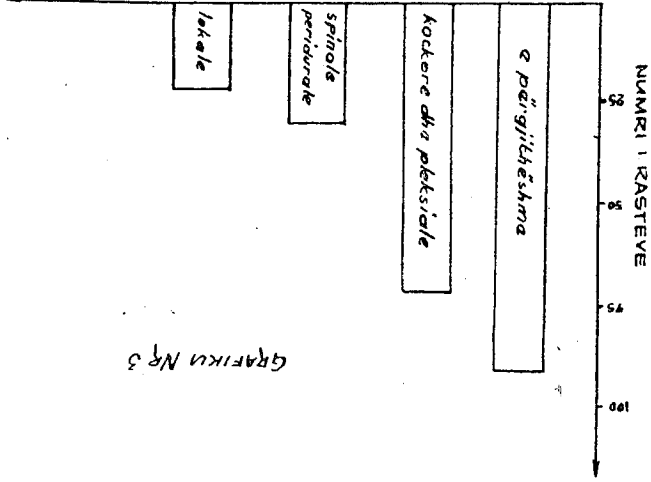
GRAFIKU NR 2

gind të sipërfaqes së trupit. Diten e katërt pas djegies, i sëmurit i nënshtruhet nekrektomisë së hershme tangjenciale në 20 për qind të sipërfaqes së trupit. Biopsia e indëve të hequra tregon që indet e djegura ishin me dukuri nekrotike dhe inflamatore. Nuk iu bë autodermoplastikë, pasi u ruajtën elementet epiteliiale të lekures dhe ankesave të saj. Në materialin e marrë nga plaga, izolohet stafillokoku dhe proteusi, të ndjeshëm ndaj gentamicinës dhe tetraciklinës. Perfuzionet u dhënë nëpërmjet kateterit subklavian që u mbajt 10 ditë pa ndonjë ndërlikim. Te ky i sëmurë nuk u shfaq gjendja septiko-toksike. Ai qëndroi në spital 33 ditë.

Nekrektomia e hershme tangjenciale e kemi zbatuar në të gjithë djegiet e thella të shkallës II. Ajo kryhet shtesë pas shtresë deri sa bindemi që kemi hequr gjithë pjesën nekrotike nga plaga e djegur dhe mbërrijmë në kuti me indet e shëndosha, gjë që kuptohet nga fillimi i hemorragjisë kapilare (*en nappe*). Në djegiet e thella të shkallës II ruhen elementet epiteliiale të domosdoshme për epitelizimin e lekures. Për këtë arsye, plaga nuk mbulohet me autodermograftant. Nekrektomia rrenjësose qëndron në heqjen e indëve nekrotike deri në kuti me facien ose me muskujt. Si metode rrenjësose, ajo është njëkohësisht edhe traumatike për të sëmurin dhe rëndon gjendenjen e tij. Frandaj kryerja e nekrektomisë së hershme rrenjësose kërkon marrjen e një sërë masash për stabilizimin e plote të gjendjes së të sëmurëve me parametrat klinike dhe fiziko-biologjike, sigurtimin e një rezerve të domosdoshme gjaku, që do të përdoret në këtë rast; po ashtu, marr rëndësi edhe anestezia e zgjedhur sipas rasisit. Nga të dhënat e literaturës (5, 6, 9), duhen nga 122-150 ml gjak për çdo 1 për qind të sipërfaqes së trupit të djegur që i nënshtruhet nekrektomisë së hershme tangjenciale ose rrenjësose, kurse në, për këto raste, kemi përdorur 100 ml gjak, pa pasur dukuri të hipotonisë arteriale apo të shokut hipovolemik. Veg kësaj, në rastet tona me nën 5 për qind të sipërfaqes së trupit të djegur që i janë nënshtruar nekrektomisë së hershme nuk kemi përdorur fare gjak, përjashtuar rastet kur kanë gënë femijë dhe pleq. Në vend të tij kemi përdorur tretësira të tjera zëvendësuese. Jo pa vlerë është përcaktimi i madhësisë së sipërfaqes së djegur që do t'i nënshtruhet nekrektomisë gjatë një seance të dhënë. Zakonisht kjo sipërfaqe mund të mbërrijë deri 20 për qind të sipërfaqes së trupit, ashtu sig e kemi për mungesë të lekures së hollizuar.

Taktika e mbullimit — menjëherë ose pas 1-2 ditëve — të kësaj sipërfaqje të plagës e krijuar me autodermoplastikë në formë ishujsht të vegjël ose të mëdhenj varet nga disa faktorë: nga shkalla e pastritimit të indëve nekrotike, nga mundësia e realizimit të një hemostaze shumë të mirë, e cila, veg të tjerave, realizohet me kompresë të mxehta me tretësirë fiziologjike sterile, si edhe nëse zbulohen gjatë operacionit strukturat e thella anatomike, si muskujt, tendinet, kockat, nervat, enët të gjakut etj. Sig dihet, secila prej tyre ka specitike për sa i përket mbullimit me plastikë; autodermoplastikë e vonuar pas nekrektomisë së hershme do të bëhet pas 2-3 ditëve, por jo më vonë, sepse shtohet rreziku i inflamacionit të plagës, duke kompromentuar vetë metodën operatorore dhe duke ulur vlerën e saj.

Të djegurit janë operuar me narkozë të potencuar, anestezia brenda-kockore dhe pleksiale, shpimorë dhe peridurale e deri në anestezia lokale sipas rasisit e shpërndarjeve jepen në grafikun nr. 3.



Punën tonë po e ilustrojmë me rastet e mëposhtme:

I sëmurit A.C., 20 vjeç, me peshë trupore 70 kg, me djegie të shka-llës II-III në 45 për qind të sipërfaqes së trupit, shtrohet në gjendje shoku kombustional. Ai u trajtua në 24-orëshin e parë me 11 litra tretësirë ringer laktat, 750 ml tretësirë bikarbonat natrumi 8.4 për qind, 2 litra tretësirë glukozë 20 për qind, 1 liter glukozë 10 për qind dhe një liter glukozë 5 për qind, të shogëruar me sasinë e nevojshme të insulinës. U përdorën hemacelë, vitamina të ndryshme, koenzimë «A», lanatocid «C», testasteron, propionat, eutilinë, oksigjen, SAT, penicilinë e kristalizuar etj. I sëmurit mori 17 litra lëngje nëpërmjet kateterit sub-klavian.

I sëmurit kishte PVC 8 cm të shtyllës së ujit, urinoi 5 litra me peshë specifike 1025-1030. Në 24-orëshin e dytë sasia e lëngjeve u për-gjysma dhe në ditët e tjera u shtua në terapi plazmë, infuzaminë, in-tralipidë, gjak etj. Ai u nënshtrua nekrektomisë së hershme ditën e katërt, kur iu bë 20 për qind e sipërfaqes së trupit me autodermoplastikë me ishuj. Gjatë operimit mori dy litra gjak. Në terapi iu filluan gëra-mitine dhe tetran 5 ditë, hepatoprotektor, gamaglobulinë, gjak, plazmë etj. Pas 25 ditësh e vendosën edhe disa ishuj të tjerë auto-dermetraplant. Si ndërlikim pati bronkopneumoni dhe kondrit të veshit të djathtë. Në kulturën e marrë nga plaga u izoluan bakterit kולי, sta-filokok dhe proteus. Doli i shëruar pas 63 ditë mjekimi.

I sëmurit V.N., 43 vjeç, shtrohet në klinikën tonë tri ditë pas një aksidenti me benzine, me djegie të shkallës II të thellë në 45 për

- 4) *Benned J.E.*: A Twelve Years Experience with Early Excision of the Burns Wound. New York, 1978, 76.
- 5) *Bondock G.C.*: Primary Surgical Management of the Deeply Burned Hand in Children. The American Jour. Surg. New York, 1967, 21.
- 6) *Dauti I.*: Djetet dhe trajtimi i tyre. Simpoziumi i kirurgjisë në IKMU. Tiranë, 1979.
- 7) *Janzkovic Z.*: A New Concept in the Early Excision and Immediate Grafting of Burns. The Journal of Trauma. 1970, 10, 12, 1103.
- 8) *Pepi G.*: Nekrektomia e hershme, konceptet moderne të aplikimit të saj. Referat në seminarin I kombëtar për problemet e djegjeve më 15 maj 1979.
- 9) *Xhuka K.* Dëna koncepte të reja për trajtimin e të sëmurëve të djegur gjatë dy ditëve të para. Referat në seminarin kombëtar për problemet e djegjes. Tiranë, 1979.

Summary

EARLY NECRECTOMY — A PRIORITY METHOD IN THE TREATMENT OF RECENT BURNS

Apart from the advantages of early necrectomy in the treatment of burns, the paper describes the indications of the technique. Details are also given of the method in its tangential as well as in its radical variant with auto-dermograft. The practical results of the method, which has been used for the past 10 years in our Institute, are given. The paper ends by describing in detail 2 typical cases in autodermograft were performed.

Résumé

LA NECRECTOMIE COMME UNE METHODE DE CHOIX DANS LE TRAITEMENT DES BRULURES RECENTES

L'article décrit les indications de cette technique qui est qualifiée de choix dans le traitement des brûlures récentes. En outre les auteurs donnent des détails sur la méthode, sur ses variantes tangentielles et radicales avec autodermogreffe. L'article met en évidence les résultats pratiques de cette méthode appliquée dans l'Institut depuis déjà 10 ans. Enfin on présente deux cas typiques ayant subi une necrectomie radicale avec autodermogreffe et necrectomie tangentielle.

Duhet të kemi parasysh që fushat e marrjes së autodermotransplacit, të cilat si rregull përdoren për 1 ose më shumë seanca, të plantifikohen me kujdes dhe ekonomik. Kjo e rrit vlerën sidomos kur operojmë mbi sipërfaqet artikulare, të cilat detyrimisht duhen mbuluar me transplantat të trashë dhe copë të madhe, me qëllim që të mos lënë pasojë pas operacionit, si kontraktura, ulcera trojike etj.

Kur operojmë anësitë, detyrimisht përdorim shgutin, i cili pakëson në mënyrë të konsiderueshme humbjen e gjakut. Në rastet e zbulimit të menjës së plagës, pas nekrektomisë së hershme duhet llogaritur që ajo e fundit të zbulohet sa të jetë e mundur në shumë mënyra të përpunshme dhe të sëmurëve. P.sh., në djegjet e shkallës II, deri në 10 për qind të sipërfaqes së trupit, pas stabilizimit të gjendjes së përgjithshme, bëjmë Brenda një seance nekrectomine e hershme dhe autodermotransplacitë me mbulim përfundimtar të plagës së pastër kirur-gjike të krijuar në vendin e djegjes.

Ndërsa kur kemi djegje të gjera në mbi 40 për qind të sipërfaqes së trupit, përsëri nekrectomia e hershme nuk ka asnjë kundërlidhim dhe mbetet e vetmja metodë për shpëtimin e jetës së të sëmurëve. Në këto raste ajo pëlenzohet me seanca, qdo 2-5 ditë nga një operacion në të tretin, duke llogaritur që ndërhyrjet të kenë përfunduar brenda dy javëve të para pa traumës termike. Nuk duhet hartuar që keto procese dura traumatiqe realizohen vetëm nën një terapi intensive rehidruese, gjak, plazmë, antibioterapi sipas kultures së marrë nga plaga apo hemo-kultures, vitaminoterapi, kardiotonike, mjekim të kujdesshem me anti-septike lokale, mjedis të pastër etj.

Zbatim i autodermotransplacitës — e, krahas saj, i homo- e hetero-plastikes dhe veganoristit i lekures së llojlizuar si mbulesë biologjike e perkoshme — shkojnë shumë mundësitë e rritjes së suksesit për trajtimin e këtyre të sëmurëve.

P e r f u n d i m e

1) Nekrektomia e hershme ka një avantazh të dukshëm në krahasim me trajtimin konservativ, duke shkurtuar ditët e qëndrimit në spital në 7,2 ditë më pak dhe ulur vdekshmërinë nga 130% në 80%.

2) Nekrektomia e hershme duke u bërë ditën e parë na dha përfundime të mira duke përmirësuar ditëqëndrimin në spital 8 ditë më pak.

3) Indikacionet për nekrectomi të hershme duhet të zgjidhen mirë dhe të shqetësohen me kompleksin e masave për keto raste.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Andrea A.*: Mbi septicemine kombustionale. Shëndetësia popullore. 1978, 3, 41.
- 2) *Artz K.P.* et coll.: Major Body Burns. JAMA. 1975, 12, 223.
- 3) *Artnuson G.* et coll.: A New Topical Agent for the Early Treatment of the Burned Hand. Burns, 1978, 4, 225.

PERGJIGJIA E APARATIT KARDIOVASKULAR NDAJ VEPRIMTARISE FIZIKE DHE STRESIT TERMIK

— MMYNYR RESULI — KSHM. SABIT BROKAJ —

(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ushtareke)

Gjate veprimtarisë fizike të kryer në mjedis të nxehë të organi-
zëm, ndodhin mjaft ndryshime fiziologjike dhe biokimike. Gjithashtu,
në kushte të përshtatshme të mjedisit të jashtëm, shkaktohet hedhje
e sasive të mëdha të gjakut në muskujt skeletor. Kur veprimtaria fi-
zike zhvillohet në kushtet e temperaturës së lartë të mjedisit, vëllimi
i gjakut venoz rritet, por pakësohet mbushja ventrikulare dhe vëllimi
goditës (2, 3). Ndryshimet që ndodhin në organizëm bëhen akoma më të
mprehta kur njeriu mban veshje të vegante që pengon largimin e tem-
peraturës së trupit. Për të vërejtur përgjigjen e aparatit kardiovaskular
dhe qëndrueshmërinë e organizmit në rrethana të tilla, ne kryem një
studim, një pjesë të të cilit po e paraqesim më poshtë:

KUSHTET, MATERIALI DHE METODA E STUDIUMIT

Studiimi u krye në kushtet e mjedisit të jashtëm me temperaturë
31°C, lagështi 71% dhe presion barometrik 762 mm Hg. Në një mjedis të
tillë in nënshtruan veprimtarisë së rëndë fizike 39 të rinj të shëndoshë
me moshë 20-22 vjeç. Ata ishin të veshur me kostume të posagme plotë-
sisht të mbyllura, nga koka deri në këmbët, që pengonin ajrimin e të-
kurës dhe përcjelljen e temperaturës trupore në mjedisin e jashtëm.
Frymëmarrjen e realizonin nëpërmjet kundërrgazit. Këta të rinj kishin
kryer edhe më parë ushtrime në kushte të tilla, me qëllim përshtatje
të organizmit. Ushtrimet fizike dhe qëndrimi në këto kushte zgjatën
mesatarisht 32.8 min. Si tregues të aparatit kardiovaskular u ndoqën
pulsit dhe presioni arterial (P.A.).

Të dhënat e këtyre treguesve u morën para ngarkesës fizike dhe
Te dhënat e këtyre treguesve u morën para ngarkesës fizike dhe
para dhe në minutën e pestë dhe të dhjetë pas ndërprerjes së ngarkë-
sës. Ekzaminimet u kryen në pozicionin shtrirë. P.A u mat me aparat
me zhivë.

Te dhenat janë paraqitur në pasqyrën nr. 1. Nga pasqyra vërehet se, në të gjitha rastet e ekzaminuara në minuten e dytë pas ndërprerjes së ngarkesës fizike, ka shpeshësisht të rrahjeve të zemrës me një ndryshim mesatarisht 73 rrahje mbi atë të pushimit. Në minuten e pestë pas ndërprerjes së ushtrimit dhe heqjes së veshjes së poscsm, puls i ra në vlerat fillëtare në 18 vete, kurse në 11 vazhdonde të ishte mbi 90 minuta. Pas minutës së dhjetë të ndërprerjes së vepimitarise, puls i ra në vlerat fillëtare gati në të gjitha rastet. Vetëm në një rast ai ishte mbi 90 min.

Ndryshime pati edhe në vlerat e presionit arterial. Ndryshime më të dukshme pati veganërisht presioni arterial diastolik. Në disa rastet ai ra deri 20-30 mm Hg poshtë vlerave fillëtare (ato të parangarkesës fizike). Në të shumtën e rasteve, ky ndryshim u vërejt në ekzaminimin e minutës së pestë pas ndërprerjes së ngarkesës fizike. Në këtë kohë, fillëtare. Në minuten e dhjetë pas ndërprerjes së ushtrimit, presioni arterial sistolik vetëm në një rast ishte nën vlerat fillëtare, ndërsa në rastet e tjera ai ishte në vlerat e parangarkesës ose deri 5 mm Hg më lartë. Në dy rastet ndodhi hipotimi. Ata u gëtesuan shpejt pas vendosjes në pozicionin shtrirë. Në këto rastet, presioni arterial në kohën e ekzaminimit ishte 80/50 mm Hg dhe 80/52 mm Hg.

D I S K U T I M

Në kushtet e vepimitarise fizike dhe ndikimit të njëkohshëm të stresit termik, sistemi kardiovaskular përballon një ngarkesë të madhe. Në cilindo gjendje që të ndodhet organizmi, ky sistem pershtatet në sate të mekanizave kompensues. Kur vepimitaria fizike kryhet në mjedis të nxehtë, mekanizmat kompensues dhe mundësitë e sistemit kardiovaskular për t'u përshatur dhe përballuar punën fizike nuk realizohen në gjithanshmërinë dhe plotëshmërinë e tyre. Kjo ndodh për arsye se ato kundërshtohen ose nuk zhvillohet dot plotësisht nga ndryshimet ose dukuritë që ndodhin në organizëm, nga ndikimi i temperaturës së lartë të mjedisit. Puna muskulare, kur kryhet në kushte të përshatshme për organizmin, gon në hedhje të sasive më të mëdha të gjakut drejt muskulave që punojnë (8). Në këto rastet, zhvillohet e ashtu quajtura hipëremi ushtrimore (9). Rryma e gjakut në muskujt ndryshon pohnajse në përpjesim të drejtë me shkallën e rëndesës së punës. Në pushim, ajo është 1 ml në minutë për 100 gr muskul dhe rritet mbi 20-40 herë gjatë ushtrimit fizik të fuqishëm (1).

Në kushtet e eksperimentit tonë, ku të rinjtë kanë peshë trupore 70 kg dhe masë muskulore rreth 30 kg, në vepimitari të rëndë fizike, të natyres ecje dhe ushtrime të ndryshme u takon të vënë në punë 2/3 e masës muskulare. Në këtë rast, rryma e gjakut që shkon në muskujt llogaritet të jetë mbi 4 litra në minutë. Kur vepimitaria fizike kryhet në mjedis të nxehtë, në organizëm ndodhin ndryshime që e pakesojnë vëllimin e gjakut. Nxehtësia e jashtme zakonisht e zvogëlon

Diferencën e temperaturës midis mjedisit të jashtëm dhe sipërfaqes së lekures, si dhe midis lekures dhe brendësisë së trupit (6). Kjo diferencë bëhet akoma më e vogël në kushtet e veshjes trupore që pengon përçelljen e nxehtësisë prej trupit, në mjedisin e jashtëm. Humbja e nxehtësisë trupore nëpërmjet avullimit do të pengohet, pasi zvogëlohet diferenca e presionit midis sipërfaqes së lekures dhe mjedisit mbi të. Njëkohësisht, edhe largimi i nxehtësisë së temperaturës trupore në këto kushte është Rryga e vetme e uljes së temperaturës trupore në këto kushte është djersitja. Për shkak të djersitjes së fuqishme pakësohet vëllimi efektiv i lengjeve të trupit. Të gjithë personat që lu nënshtruan kësaj ngarkese fizike dhe termike për 32 minuta humbën nga 2 deri 6 kg peshë. Vetëmimi efektiv i lengjeve të trupit pakësohet edhe në rrugë tjetër. Kur- nizesi më i madh i energjisë për tkurrjen muskulare gjatë vepimitarise fizike është glikogjeni i vendosur dhe i grumbulluar në muskujt. Me zbehtëhimin e glikogjenit ose lëndëve të tjera formohen shumë nën- produkte të vogla të ndërmetme. Megjensë cipa qelizore është relati- visht më pak e tejprerkrueshme ndaj prodhimeve që lindin nga zbehtë- himi i glikozes në krashasin me atë të ujit, brenda qelizës musku- lare prodhohen forca osmotike të fuqishme, të pakten gjatë pertudhës së hershme të punës fizike (7).

Zbehtëhimi i glikozes shkakton lëvizjen e ujit prej plazmës brenda qelizave muskulare. Si pasojë e humbjes së pakitë të nxehtësisë trupore, temperatura e brendshme e organizmit ngrihet. Kjo nxit rritjen e më- tejshme të punës së sistemit kardiovaskular për arsye se:

a) sistemi kardiovaskular duhet të dergojë sasi më të madhe gjaku në muskujt që janë në aktivitet, për të bërë të mundur një shkëmbim më të madh gazez, do të çojë oksigjen dhe do të marrë gazin karbonik të grumbulluar aty, si dhe do të heqë prej andej nxehtësinë shesë të prodhuar në muskujt që punojnë;

b) ai do të sigurojë një rrjedhje më të madhe të gjakut në lekure për të furnizuar me ujë gjëndrrat e djersës që janë në aktivitet të lartë (6).

Nxehtësia e prodhuar nga puna muskulare dhe e shkaktuar nga mjedis i nxehtë dhe vegante perçillet nëpërmjet gjakut, në zemër e prej këtej në qendrat e hipotalamit. Si përgjigje nga këto qendra dërgohen impulse për zgjerimin e enëve të gjakut dhe shtrimin e prodhimit të djersës. Skuqja e lekures së trupit, si shfaqje e zgjeri- mit të enëve të gjakut dhe djersitja e fuqishme, ishte e pranisime në të gjitha rastet tona. Bshhtë gjetur se për çdo 0.01°C ngritje të tem- peraturës trupore, rryma perçitërike e gjakut rritet afërsisht 15 ml në minutë. Kjo përgjigje nuk kontrollohet prej temperaturës së gjakut që arrin në hipotalamin e përparshëm (4).

Zhvillimi i vepimitarise fizike në kushtet e veganta të eksperimentit tonë me dukuritë që e karakterizojnë atë (djersitja e madhe, zgjerimi i enëve të gjakut etj.), shkakton rënie të presionit arterial, i cili vazhdoi të ishte i pranishëm në 50% të rasteve të studiuara, edhe në minuten e pestë pas ndërprerjes së ngarkesës fizike dhe termike. Në të njëjtën mënyrë duhet interpretuar fakti, që, edhe në pjesën tjetër të grupit të marrë në studim, nuk u vërejt ngritja e zakonshme e presionit arterial që ndodh gjatë vepimitarise fizike, në përpunhje me shkallën e saj.

Më shumë u ul presioni arterial diastolik. Kjo dukurti mendojnë se shkaktohet për arsye se përgjigja e ngushtimit të enëve të gjakut, që është e zakonshme gjatë punës fizike, si dhe rezistenca periferike e tyre nuk arrijnë të zhvillohen kur puna kryhet në mjedis të nxehët. Dihet se rezistenca e enëve të gjakut është faktorit bazë në mbajtjen e presionit arterial diastolik.

Një autor (10) ka gjetur se rritja e temperaturës së gjakut në fillim shqetësohet me shtim të debitit të zemrës dhe paksim të rrymës së gjakut që shkon në organet e barkut pasi rritet rezistenca e enëve të gjakut të këtyre organeve. Kjo bën të mundur që në muskujt që punojnë të shkojë sasi më e madhe gjaku (5). Në çdo minute mund të rishpërndahet 600-800 ml gjak prej organeve të brendshme drejt lëkurës (3). Për këto mekanizma nuk arrijnë të zëvendësojnë gjithmonë humbjet e lëngjeve dhe rritjen e kapacitetit të enëve të gjakut që shkaktohet nga zgjerimi i atyre të muskujve skeletor dhe të lëkurës.

Atësia e zemrës për të rritur debitin është e kufizuar. Në këto rrethana ajo realizohet kryesisht nëpërmjet rritjes së shpehtësisë së rrahjeve, por kjo është e mjaftueshme vetëm në fillim (8). Gjatë ushtrimeve fizike të zgjatura në mjedis të nxehët, rryma e gjakut drejt organeve të brendshme pakësohet vazhdimisht deri në 70-80% të sasisë së tij (10). Për pasojë, ndodh edhe dëmtimi i funksionit metabolik të mëjgës, veshkave dhe organeve të tjera.

Një nga përgjigjet qendrore të garkullimit të gjakut, ndaj rënies efektive të vëllimit të gjakut arterial dhe të pakësimit të kthimit venoz është shtimi i shpehtësisë së rrahjeve të zemrës. Ky është një nga mekanizmat kompensues për të ruajtur në nivel të përshtatshëm debitin kryesor. Në të gjithë grupin që studiuam gjatë rritje të shpehtësisë së pulsit në minuten e parë pas ndërprerjes së ngarkesës fizike. Në gjysmën e rasteve pulsi nuk ishte normalizuar edhe në minuten e pestë pas ndërprerjes së ngarkesës fizike dhe termike.

Në ngarkesën fizike të lehtë deri mesatare, shtimi i rrahjeve të zemrës dhe i kthimit venoz mund të mos lejojë rënien e debitit të zemrës. Kur shpehtësia e rrahjeve të zemrës do të arrijë vlerat më të larta, gjë që ndodh vecanërisht në ngarkesë të madhe fizike, vëllimi i goditjes dhe debiti i zemrës do të bjerë, do të ndodhë ulje e presionit nga të nxehit (9). Me ndërprerjen e veprimtarisë fizike, si dhe me përmirësimin e shkëmbimit të nxehëtisë së trupit me mjedisin pas heqjes së kostumit izolues, tregësit klinikë të funksionit të sistemit kardiovaskular vendosen shpejt në vlerat e mëparshme.

P E R F U N D I M E

- 1) Kur njeriu kryen punë fizike të rënda dhe njëkohësisht i nënshtrohet stresit termik ndodhin ndryshime në sistemin kardiovaskular, që shtaqen me luhajtje në vlerat e pulsit dhe presionit arterial.
- 2) Në kushtet e eksperimentit tonë, mjaftuan të dhënat e pulsit dhe presionit arterial për të ndjekur gjendjen e sistemit kardiovaskular.
- 3) Megjithëse ngarkesa fizike dhe termike është e rëndë, nga të rinjtë e shëndoshë ajo mund të durohet për rreth 30 minuta.

KUSHTET E MJEDISIT DHE TË DHENAT E PULSIT TË PRESIONIT ARTERIAL (P.A)

Tabela nr. 1

Të e mjedisit të jashtëm	P u l s i				P . A						
	Para ngarkesës	1-3 min. pas ngarkesës	5 min. pas ngarkesës	10 min. pas ngarkesës	Para ngarkesës		10 min. pas ngarkesës				
					D	S	D	S			
31°C	71°C	54-82 x=66 n=8 Cv=12%	128-156 x=139 n=8 Cv=6%	60-110 x=84 n=14 Cv=17%	60-96 x=71 n=11 Cv=15%	85-130 x=107,3 n=10 Cv=9%	55-90 x=70,5 n=8 Cv=11%	80-150 x=105 n=17 Cv=16%	50-80 x=67 n=8 Cv=9%	90-130 x=114 n=10 Cv=9%	50-80 x=70 n=8 Cv=11%

Shtëpit: x = mesatarja

= shprehja standardë.

Cv = koeficienti i variacionit.

Résumé

REPONSE DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE A L'EFFORT
PHYSIQUE ET AU STRESS THERMIQUE

L'activité physiques associée au stress thermique produit dans l'organisme des changements physiologiques et biochimiques.

Dans ces conditions, chez un groupe de personnes jeunes et saines, on a étudié la réaction de l'appareil cardiovasculaire, ainsi que la résistance de l'organisme humain.

Les exercices physiques ont été effectués dans une haute température de l'environnement. Les jeunes volontaires portaient des habits spéciaux empêchant la transmission de la température.

Comme indices de l'appareil cardiovasculaire étaient le pouls et la pression artérielle avant et immédiatement après l'effort physique. Le premier examen a montré une accélération du pouls. On a observé aussi des modifications de la pression artérielle particulièrement de la pression systolique avec une chute de 20-30 mmHg. Les chiffres du pouls et de la pression artérielle sont devenus normaux après 10 minutes de repos.

4) Ndryshimet e pulsit dhe presionit arterial që shfaqen nga kjo ngarkesë rrikthehen në vlerat e mëparshme plotësisht deri në minutën e dhjetë pas ndërprerjes së ngarkesës.

Dorëzuar në redaksi më 15.8.1984.

BIBLIOGRAFIA

1) Barcroft H.: Circulation in Skeletal Muscle. New York, 1963, 1353.
2) Braunwald E., Yoshua W.: The Cardiomypathies and Myocardites. New York, 1984, 1445.
3) Grover F.R.: The Influence of Environmental Factors on the Cardiovascular System. New York, 1982, 1663.
4) Hellon R.F. and coll.: The Influence of Age on Peripheral Vasodilatation in a Hot Environment. 1964, 20, 384.

5) Knoche P.V.: Clinical Physiology of Heat Exposure ne: Clinical Disorders of Fluid and Electrolyte Metabolism. New York, 1980, 1519.
6) Komug M.: Komponentet fiziolozjike te veprimtarise fizike. Perthim i Institutit te Lartë te Kulturës Fizike, Tiranë, 1975, 100.
7) Michael C.K. and coll.: The Heart in Heat Stroke. 1969, 77, 324.

8) Petersdorf G.R.: Alteration in Body Temperature, Harrison's Principles of Internal Medicine. New York, 1984, 53.
9) Thomas F. and coll. The Circulatory Abnormalities of Heat Stroke. London, 1972, 287.
10) Rowell L.B.: Human Cardiovascular Adjustment to Exercise and Thermal Stress. 1974, 54, 75.

Summary

RESPONSE OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM TO PHYSICAL EFFORT
AND THERMIC STRESS

Under conditions of physical activity and thermic stress, the body undergoes a number of physiologic and biochemical changes.

To assess the response of the cardiovascular system and the resistance of the human organism to these factors, a study was undertaken among a group of healthy young people. The physical exercises were carried out in a high temperature environment. The young people were dressed in special suits preventing heat conduction.

The cardiovascular indices considered were the pulse and the blood pressure before and immediately after the physical effort. The first examination showed an acceleration of the pulse. Changes were also observed in the blood pressure, particularly in the systolic pressure which fell by 20-30 mmHg. The values of the pulse and the blood pressure returned to normal after a rest of up to ten minutes.

NDERLIRIMET E «ZEMRES MUSHKËRIORE KRONIKE»

— Doc. ĆESK BROKU —

(Spitali i rrethit — Krujë)

«Zemra mushkëriore kronike», një sëmundje mjaft e shpeshtë dhe që intereson kryesisht moshat e larë, me gjithë përparimet e bëra këto dy dekadat e fundit, veganerisht në drejtim të sqarimit të patologje- nezes, të diagnozës së hershme dhe të mjekimit, prapëseprapë parqet akoma ecurt të rëndë, invaliditet të rëndë dhe vdekshmëri të lartë (7). Të dhënat mbi shpeshësinë e saj janë akoma jo të plota dhe kjo edhe për faktin se, deri në fundin e viteve 70, ajo nuk figuronte si sëmundje më vete në nomenklaturën e sëmundjeve dhe të shkakqeve të vdekjes. Janë botuar të dhëna se ajo zë 5-10% të sëmundjeve organike të zemrës (7), ndërsa autorë të tjerë këtë përqindje e japin në 7-10% (12). Një autor (4) jep të dhënat se kjo sëmundje, e shkaktuar nga bronkiti kronik dhe emfizema, në disa vende të Europës përbën rreth 40% të sëmundjeve kongjestive të zemrës. Në një punim toun (8), të kryer në material nekrptik, «zemra mushkëriore kronike» përbente 17,9% të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare. Në materialin që po paraqet- sim ajo zë 6,60% të vdekjeve në të gjitha moshat, nga të cilët 11,60% të moshës së rritur dhe 0,47% të moshës femnore.

Ecuria e sëmundjes shpesh herë keqësohet dhe shpejtohet nga ndër- likimet e shpeshta, që në shumtë raste janë të lidhura ngushtë nga pikëpamja patogjenike me vete sëmundjen, ndërsa për disa raste të tjera kjo lidhje supozohet që të jetë e tillë, megjithëqë jo gjithmonë janë sjellë argumente bindëse.

MATERIALI

Është marrë për studim material nekrptik i viteve 1957-1980 — i kryer pranë Shërbimit të Anatomisë Patologjike të Spitalave Tiranë, sot Shërbimi Qendror i Anatomisë Patologjike — i përbërë nga 8966 raste, nga të cilët 4745 të moshës së rritur dhe 4253 të moshës femnore. Duke u mbështetur në kriteret mortologjike të njohura dhe në të dhënat klinike, janë gjetur 596 raste të «zemrës mushkëriore kronike», që për- bëjnë 6,60% të të gjithë materialit. Nga këto, 553 janë gjetur në moshat e rritura dhe vetëm 43 raste në moshën femnore. Nga ky material janë nxjerrë ndërlikimet trombebolike dhe ato gastrointestinale dhe të mëlgisë.

shëtur në materialin nekropsik, trombozat në këto sëmundje i ka gjetur në 29 raste ose 12,80%, nga të cilat 19 ose 8,40% në zemrën e djathtë dhe 10 ose 4,40% me lokalizim në periferi. Nga trombozat me lokalizim në zemrën e djathtë, 17 ose 7,50% kanë gjenë në aurikul dhe nga 1 ose 0,40% në atrium dhe ventrikul.

Trombozat nuk janë ndërlikime vetëm të «zemrës mushkërtore kronike», por edhe të shumë sëmundjeve të tjera, dhe veganisht të sëmundjeve kongjësive kronike të zemrës. Këtë fakt e kemi vënë në dukje në një punim të mëparshëm tonin me bp. (10).

b) TROMBEMBOLITË MUSHKËRTORE

Janë ndërlikime mjaf të shpeshta, veganisht të sëmundjeve kongjësive të zemrës dhe, në rastin konkret, të «zemrës mushkërtore kronike». Në materialin që po paraguesim i kemi gjetur në 55 raste ose 9,20%, nga të cilat 27 i kemi konsideruar si shkak imediat të vdekjes, dhe të dhënat klinike. Në punimin e mëparshëm (9) këto ndërlikime i kemi gjetur në 11,00%, ndërsa një autor tjetër (6) në 9,30%.

Kjo përqindje është mjaf e lartë e trombeve dhe tromembolive, që lidhen ngushtë nga ana patogjenetike me ecurinë e sëmundjes, tërheq vëmendjen në drejtim të një trajtimi më të kujdesshëm me anti-koagulante dhe antiqregante.

c) NDBRLIKIMET GASTROINTESTINALE

Në materialin tonë paraqiten mjaf të shpeshta dhe meritojnë vëmendje të veçantë, jo vetëm sepse rëndojnë tablonë klinike, edhe ashtu mjaf të komplikuar, pasi gjenden në shumicën e rasteve në fazat e avancuara të dekompensimit kardiorespirator, por edhe sepse, në disa raste, ato vetë mund të bëhen shkak vdekjeje. Këto ndërlikime shfaqen me kuadrin morfologjik-klinik të gastroduodeniteve, ulcerave gastroduodenale dhe të gërryerjeve të shumëfishta të stomakut, me hipertrofi dhe theksim të relievit të mukozës, mbinxjerrje të muskult shu-morrtagji të lehta. Gastroduadeniti kronik — i shfaqur morfologjikisht me shishtë venozë (pasive) me mbushje dhe përdredhje të rrjetit venoz, hemorragji në trajtë pikash dhe, në mjaf raste, edhe me gërryerje të mukozës — është gjetur në shumicën e rasteve të sëmundjeve me dekompensim të zgjatuar të zemrës së djathtë. Fatkeqësisht, nuk kemi gjetur asnjë klinikë të gastroduodenitit, pasi si lletë-përcjellëset për në autopsi, ashtu edhe kartelat klinike nuk kanë pasur të dhëna të plota për këtë patologji. Kjo përligjet me faktin se, me të drejtë, vëmendjen e klinikës dhe tërheq me shumë simptomatologjia kardio-respiratore sesa vartëra, megjithëse disa autorë (1) i trajtojnë, por pa dhënë shpeshësime të Nderlikime relativisht të shpeshta të sëmundjes janë edhe ulcerat gjetur në 100% të rasteve.

Ndryshimet morfologjike më të rëndësishme kushtëzohen nga staza venozë kronike e organeve si pasojë e dekompensimit të zemrës së djathtë. Ato shprehen zakonisht në mëlqi me rritje të saj nga staza venozë kronike gjer në tablonë e plote të *hepar moschatum*, stazë kronike të shprekës, veshkave, trurit dhe të gjithë organeve të tjera, edhe ma perimaleolare, dhe, sipas rasti, edhe me hidrotoraks, hidropertikardium, hidropertitonum dhe rralle herë edhe me anasarke. Këto ndryshime, në shkalëzime të ndryshme, janë të detyrueshme për «zemrën mushkërtore kronike» të dekompensuar, por, krakas tyre, ndodhin edhe ndryshime të tjera që, megjithëse janë të shpeshta dhe të lidhura ngushtë nga pikëpamja patogjenetike me sëmundjen, nuk janë të detyrueshme për kuadrin morfologjik të saj. Këto ndryshime rënditen në ndërlikimet e sëmundjes që rëndojnë ecurinë e saj dhe që jo rralle bëhen shkak imediat i vdekjes. Duke i renditur sipas shpeshësisë, këto ndërlikime i kemi ndarë në: a) tromboza; b) trombemboli mushkërtore; c) ndërlikime gastrointestinale dhe g) ndërlikime të mëlgse.

a) TROMBOZA

Është ndërlikim i lidhur ngushtë nga pikëpamja patogjenetike me ecurinë e sëmundjes dhe ngjet në fazën e dekompensimit të zemrës së djathtë, pasi në këtë fazë krijojnë të gjitha kushtet për formimin e saj, ashtu siç janë paraqitur nga klasifiket e anatomisë patologjike. Këto kushte gjendrojnë në ngadalësimin e rrjedhjes së gjakut venoz (staza venozë kronike), ndryshimet fiziko-kimike të përbërjes së gjakut, që ulja e P_{O_2} (hipoksemisë), ngritja e pH, poliglobulisë dhe ndryshime të timiti i endotelit të venave nga hipoksemia dhe fibroskleroza. Kjo e fundit është gjendje e rëndomte jo vetëm në të sëmurët me «zemrën mushkërtore kronike», që në shumicën e rasteve janë të moshave të avancuara, por në të moshuarit në përgjithësi, saqë mund të thuhet se fibroskleroza është «mplakë» e venave. Ashtu si arterioskleroza, «mplakë» e arterieve.

Në 596 raste e «zemrës mushkërtore kronike», të gjetura në materialin nekropsik të studuar, tromboza është takuar në 70 raste ose 11,70%, nga të cilat në 24 ose 34,20% është lokalizuar në zemrën e djathtë, duke u vendosur 20 në aurikul, 3 në atrium dhe 1 në ventrikul. Shpeshësia e lokalizimit shumë më të lartë në aurikul shpjegohet nga ndërtimi dhe pozita e saj, që krijojnë kushte më të përshatshme për stazën e gjakut në të se sa në sektorë të tjerë të zemrës. Të 64 raste e tjera të trombozës ose 65,70% e tyre janë gjetur në venat periferike, kryesisht në pikset pelvike (peritërine, perivezikale dhe periprostatike). Në një punim të mëparshëm mbi «zemrën mushkërtore kronike» (9), të mbeshtetur mbi 6591 nekropsi, tromboza është gjetur në 62 raste ose 13,40%, nga të cilat 24 ose 38,70% në zemrën e djathtë dhe 38 ose 71,2M në pikset venozë të lartpërmendura. Një autor (6), duke u mbë-

gastrointestinale. Në materialin e studuar, ato i kemi gjetur në 37 raste ose 6,0%. Nga këto, 6 raste kanë gënë shkak imediat i vdekjes së shkakuar nga hemorragjia e rëndë gastroduodenale. Në një studim mëparshëm (9), i kemi gjetur në 4,40%, ndërsa autorë të tjerë tanët (1), në 36 raste të zgjedhura nga 507 të sëmurë me «zëmër mushkëtorë kronikë» të ekzaminuar me kontrast, i kanë gjetur në 8 raste. Në një punim morfologjik (6) janë gjetur në 4,40%. Autorë të tjerë (2) në studim klinik të 50 të sëmurëve me bronkit kronik dhe emfizemë, të ekzaminuar me sonde, rëndënogjati dhe metoda të tjera, ulcerën e kanë gjetur në 80% të rasteve, ndërsa në 160% të tjerë e kanë interpretuar si shumë të mundshëm dhe të mundshëm. Po kështu, disa autorë (cituar nga 12) shprehën se një numur i konsiderueshëm të sëmurësh me sëmundje kronike të mushkërive kanë ulcera gastroduodenale. Nga 195 të sëmurë të tillë që punonin në industrinë qymyrgjurore, në 54 prej tyre (rreth 27,70%) mbi moshën 40 vjeç kanë gjetur ulcerë gastro-duodenale. Për këtë arsye, ata rekomandojnë që, në të sëmurë të tillë të bëhen kontrole të rregullta për ulcerë.

Të dhëna të tërthorta mbi shpeshësinë e madhe të ulcerave gastro-duodenale në të sëmurët me bronkit kronik jep edhe një autor tjetër (5), i cili paraget të dhënat e një studimi të bërë në të gjithë popullsinë e Kopenhagënit, ku është vënë re se të sëmurët me ulcerë të stomakut vësin shumë më shpesh nga bronkiti kronik ndërsa ata me ulcerë të duodenit — nga cirroza e mëlçisë dhe kanceri i pankreasit. Gërryerjet e stomakut, që shqyrojnë ose jo gastroduodenitet kronike dhe ulcerat gastroduodenale, janë gjithashtu dëmtime morfologjike të shpeshta, që në i kemi gjetur në 38 raste ose 6,20%. Ato kanë pasur pamjen e defekteve të cekta e të shumëllojta të mukozës, me forma kryesisht të rrumbullakta apo venoze, me madhësi jo më shumë se 0,3 x 0,5 cm, me fund hemorragjik apo të mbushur me lëndë me pamjen e llumit të kafesë. Në shumë raste kemi gjetur edhe gjak të pakët, të lire, të përzier me mukus.

Patogjenezë e këtyre ndryshimeve, veganerisht ajo e ulcerave gastro-duodenale, nuk është shpjeguar akoma në mënyrë të kënaqshme, megjithëse ka një lidhje patogjenetike ndërmjet «zëmërës mushkëtoreset kro-nike» të dekompensuar dhe ndërlikimeve të lartpërmendura. Kjo lidhje patogjenetike është veshitur të vlihet re, veganerisht në rastin e ulcerave gastroduodenale, duke pasur parasysh se sëmundje e fundit ka një shpeshësi të lartë, veganerisht në moshat mbi 40 vjeç, ku shfaqet shumica e rasteve me «zëmër mushkëtoreset kronike». Në vijë të përdërmitshme, pa u futur në hollësi të etipatogjenës së ulcerave, këto shkaktohen nga faktorë të shumtë patogjenë që prishin ekuilibrimin ndërmjet veprimit të acidit e pepsinës dhe rezistencës së mukozës gastroduodenale. Shtimi i sekretimit të acidpëpsinës apo ulja e rezistencës së mukozës, ose veprimi i tyre i përbashkët është mekanizimi kryesor i lindjes së ulcerave (5). Duke parqitur të dhënat e literaturës (1), disa autorë theksojnë se hipoteza më e mundshme është ajo e mbivëprimitarisë gjëndërrave mbiveshkore, që, sig dihet, shfaqet në sekretim të lehtë gastrik. Kjo hipotezë gjën një mbështetje në faktin se në personat me sëmundje kongjestive të zëmërës, ashtu sig e kemi konstatuar edhe në materialin tonë, gjendet shumë shpesh hipertrofi

e këtyre gjëndërave, madje jo rrallë edhe në trajtë nyjore, që duhet konsideruar si shprehje e stresit kronik të cillit i nënshtrohen këta të sëmurë. Predispozimin e këtyre të sëmurëve për ulcera e kanë vënë në dukje edhe autorë të tjerë (2), duke shkakuar mbisekretimi të stomakut edhe me provën e histaminës në 30,80% të rasteve të ekzaminuar, të përbertë prej të sëmurësh me bronkit kronik dhe emfizemë të mushkëtrave, ndërsa në grupin e kontrollit kjo provë ka gënë pozitive vetëm në 16,60%.

Sigurisht që në zinxhirin patogjenetik një rol të rëndësishëm luan edhe staza venoze kronike e stomakut dhe e duodenit, që së bashku me hipokseminë e përgjithshme, ulin furnizimin në oksigjen dhe, si pasojë, edhe vitalitetin dhe rezistencën e mukozës së tyre kundërshtarëve të ndryshëm ulcerogjenë. Sig rezultion nga të dhënat e autorëve të lartpërmendur, si edhe nga të dhënat tona, kjo shpeshësi rrethivisht e lartë e ulcerave gastroduodenale, gastroduodenitëve dhe gërryerjeve nuk mund të konsiderohet si një bashkeshogërim i rastit.

g) NDERLIKIMET E MËLÇISË

Janë ndërlikime që duhen pasur parasysh, sepse, megjithëse më të rralla se të tjerat, mund të kenë pasojë serioze. Është fakti i mirënjohur se në të sëmurët me dekompensim të zëmërës, pra edhe në «zëmërën mu-shkëtoreset kronike», ngjasin detyrimitsh dukurit të venozës kronike të shkëtoreset kronike, ngjasin detyrimitsh të tablonë e plotë të *hepar noschnum*. Shkallëve të ndryshme deri në tablonë e plotë të *hepar noschnum*. Gjate këtyre ndryshimeve, ngjet distrofi vakulare (hidropike), koktrir-zore dhe yndyrore e qelizave të mëlçisë, kryesisht e atyre me lokalizim centroacnoz, që mund të thellohen deri në nekrobizë dhe nekrozë të disave prej tyre. Këto ndryshime morfologjike, sipas rëndësës së tyre, shfaqen edhe në funksionin e mëlçisë dhe tablonë klinike. Më shpesh në këtë temë, kanë vënë në dukje subjktër në 1,80% të rasteve. Por rritja e bilirubinemisë, që shfaqet me subjktër dhe deri me iktër të qartë, shkaktohet edhe nga hemoliza masive që ndodh në infarktët hemorra-shtaktohet edhe nga mushkërive, të cilat, sig dihet, janë mjaft të shpeshta në këtë sëmundje.

Ndërlikimi më serioz i «zëmërës mushkëtoreset kronike» në mëlçi është cirroza e saj. Në materialin e studuar cirrozën e kemi gjetur në 8 raste ose 1,30%. Që cirrozat e gjëtura kanë gënë kardake, me prejardhje nga venostaza kronike dhe jo cirroza shogërruse të karakterit tjetër e kemi vërtetuar nga ndryshime morfologjike të gjëtura në to. Në rastet e përgjithësi të lemtuar ose lehtësisht të koktrizuar, me trashje të lehtë fibrotike të kapsulës së tyre dhe në seksion me zgjerim shumë të shprehur të venave të mëlçisë, si edhe vatra fibrotike të shpërndara në mënyrë të gërgjullit. Në ekzaminimin mikroskopik mbizotëronë ti-proza centro acinoza dhe rrallë herë është parë ndërthurja e saj me ti-prozë të lehtë periportale. Indi i mëlçisë (qelizat) rreth vatrave

fibrotike ka pasur pamje të zakonshme, vende-vende me pamje të hipertrofisë dhe rigjenerimit të qelizave parenkimatoze, por pa formim strukturash nyjore. Të gjitha rastet me citrozë janë gjetur në persona me ecuri të gjatë të sëmundjes së dekompensuar dhe që në anamnezë kanë pasur shtrime të shpeshta, me përvindha kompensimi dhe dekompensimi. Një nga këto raste ka përfunduar në komë mëgjore dhe ekzaminimi histologjik ka vënë në dukje citrozë të tipit kardiak.

Dorëzuar në redaksi më 8.6.1984

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Adhami J., Dakou P., Shyti V.*: Kompilacionet digjestive në Cor Pulmonale Chronicum. Buletini i UT-Seria shkencaat mjekësore, 1970, 2, 167.
- 2) *Avora O.O., Kapor C.P., Sobri P.*: Study of gastrointestinal Abnormalities in Chronic Bronchitis and Emphysema. Am. J. Gastroent. 1968, 50, 289.
- 3) *Feldman T.N., Ingram H.R.*: Chronic Cor Pulmonale. Ne: Hurst W.J. «The Heart». New York, 1978, 1484.
- 4) *Friedberg K. CH.*: Disease of the Heart. Third Edition. Philadelphia, London. 1969, 1551.
- 5) *Grossman I.M.*: Peptic Ulcer. Ne: Cecil «Textbook of Medicine» Fifteenth Edition Philadelphia, London, Toronto 1979, 1502.
- 6) *Koka A.*: Kompilacionet dhe shkaget e vdekjes në Cor Pulmonale Chronicum. Referim i mbajtur në simpoziumin mbi «Cor Pulmonale, Chronicum», Tiranë, 1968.
- 7) *Ross V.J.*: Chronic Cor Pulmonale. Ne «Hurst. W. J.» The Heart. New York, 1982, 1243.
- 8) *Rroku C.*: Disa konsiderata statistike mbi vdekjet nga sëmundjet kardiovaskulare, Buletini i UT-Seria shkencaat mjekësore, 1970, 1, 169.
- 9) *Rroku C.*: «Zemra mushkëriore kronike (Cor Pulmonale Chronicum)» Studim morfologjik mbi faktorët etiologjikë, ndërlikimet dhe shkaget e vdekjes në materialin nekropsik të viteve 1957-1975. Punime morfologjike, 1979, 1, 81.
- 10) *Rroku C., Telegrafi E.*: Trombembolizimi pulmonar. Buletini i UT-Seria shkencaat mjekësore, 1980, 2, 25.
- 11) *Stepakova J.C.*: Profilaktika e legënoe legënoje i legënoseredënoje nedostatoznosti. Tashkent, 1969, 103.
- 12) *Zarubina J.A.*: Hronigeskije nespeçificheskie pnevmonii. Ne: Voprosi legënoje patologii i legënoogo serdca. Kiev, 1962, 24.

Summary

Among 8966 necropsies of all ages, the author has found 594 cases of «chronic cor pulmonum», constituting 6.6% of all the causes of death; of these, 11.6% were adults and only 0.47% were children. Thrombosis was found in 70 cases or 11.7% lung thromboemboly in 55 cases or 9.2% and the morphologic picture of gastro-duodenitis in almost all the cases. Gastroduodenal ulcer was found in 37 cases or

THE COMPLICATIONS OF CHRONIC COR PULMONUM

6.0% gastric erosions in 38 cases or 6.2% and liver cirrhosis of cardiac origin in 8 cases or 1.3%. Analysing that material, the author makes comparisons with previous publications by other authors. In the discussion on the pathogenesis of these changes, particularly of the gastroduodenal ulcers, the author supports the thesis of chronic venous stasis due to «decompensated chronic cor pulmonum» by impairing the vitality of the gastroduodenal mucosa, probably by unbalancing the resistance to gastric acid and pepsin of the gastroduodenal mucosa, the mechanism of which is not yet fully explained.

Résumé

LES COMPLICATIONS DU «COEUR PULMONAIRE CHRONIQUE»

Pendant la période 1957-1980, l'auteur a étudié 8966 nécropsie de tous les groupes âges. De ce nombre, il a trouvé 596 cas atteints du «cœur pulmonaire chronique», soit 6,6% de tous les causes des décès; de ceux-ci 11,6% étaient de l'âge de l'adolescence et 0,47% de l'âge de l'enfance. La thrombose est trouvée dans 70 cas, soit 11,7%, la thromboembolie du cœur dans 55 cas, soit 9,2%, tandis que le cadre morphologique est trouvé presque dans tous les cas. L'ulcère gastroduodénale est trouvé dans 37 cas, soit 6,0%, les érosions de l'estomac dans 38 cas, ou 6,2%, et la cirrhose du foie de l'origine cardiaque dans 8 cas, soit 1,3%.
A ce qui concerne sur la pathogénèse de ces modifications, et particulièrement des ulcères gastroduodénaux, l'auteur met en évidence que la stase veineuse chronique, causée par «le cœur pulmonaire décompensé», en endommageant la vitalité de la muqueuse gastroduodénale, détraque l'équilibre acid-pepsine-résistance de la muqueuse gastroduodénale, qu'onque l'auteur souligne que cela n'est pas encore clair, ainsi le rôle des hypersecrétions surénales, que morphologiquement, se manifeste avec leur hypertrophie.

PARMIET E TRAJTIMIT TE THYERJEVE TE HAPURA DHE TE SHAKAKTUARA NGA ARMET E ZJARRIT NE KOKAT E KERCIKIT

— KSHM. LUVAN GREVA —

(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ushtrake)

Thyerjet e hapura të kockave të kërcirit, për numrin më të madh të demtimeve në krabasim me kockat e tjera të anësive (6, 9, 12, 17) e, për më tepër, për përqindjen e lartë të ndërlikimeve dhe pasojave mbeten problemi kryesor i trajtimit të thyerjeve të hapura në për-gjithësi (4, 6, 10, 21). Mjafton të përmendim që në luftërat pas Luftës II Botërore, thyerjet AZ të kërcirit zënë rreth 30% të thyerjeve të kockave të gjatave dhe në 55% të rasteve ndërlikohen me osteomielite (9, 10). Dihet se, për sa i përket patogjenezës, klinikës dhe ndërlikimeve, thyerjet e hapura kanë shumë ngjashmëri me ato me armë zjarri, kështu që edhe trajtimi i tyre është pothuajse i njëjtë. Ajo që i bën mik i kërcirit: kocka tibiale, veganerisht në 2/3-en e poshtme të saj, është më e vartë në garkullimin e gjakut në krabasim me të gjithë kockat e tjera të gjatave të anësive, sepse furnizimi me gjak i kësaj kocke bëhet vetëm nga një arterie ushqyëse kockore. Kështu që në thyerjet që ndodhin në 2/3-en e poshtme të tibies, sidomos në thyerjet me dy nivele, vartëria në furnizimin me gjak favorizon si mosngjithën e thyerjes, ashtu edhe infektimin e saj. Nga ana tjetër në 1/3-en e sipërtares së ashtu tibia është e drejtpërdrejtë me lëkurë, ku është edhe zona më e predispozuar për trauma, çka në thyerjet e hapura favorizon zhvillimin e infeksionit. Në raste defekti të lëkurës, që nuk janë të rralla, problem i vegantë mbetet mbullimi i kockës.

Pikërisht lidhur me këto vështirësi që paragjet thyerja e hapur dhe e shkaktuar nga armët e zjarrit në kockat e kërcirit, krabas të dhënave të literaturës, kolektivi i reparit të traumatologjisë të IKMU i ka kushtuar rëndësi të vegantë përcaktimit të parimeve bazë në trajtimin e ketyre demtimeve. Qëllimi i këtyr artikulli është paraqitja e përfundimeve të arritura në bazë të përvojës së eksperimentale dhe klinikë për njësimin e dhënies së ndihmës së kualifikuar dhe të specializuar në thyerje të tilla, kryesisht në ato të shkaktuar nga armët e zjarrit (1, 8, 9).

Në numrin I të vitit 1979 të këtij buletini kemi botuar studimin eksperimental mbi trajtimin e thyerjeve me armë zjarri të kërcirit (8). Për të arritur përfundime sa më të sakta, kryesisht për probleme të tilla të rëndësishme, sig janë mënyra e përpunimit kirurgjikal të plagës,

bioterapia patjetër të vazhdohet me antibiogramë. Në varësi nga rëndesa e traumës, antibiobiotikë duhet të vazhdojnë jo më pas se 10 ditë dhe jo më shumë se 20 ditë pas traumës. Rëndësi e veçantë u duhet dhënë antibiotikëve lokale, duke i injektuar në indet e buta rreth kanalit të plagës, mundësisht për 3-4 ditë e para (2, 7, 14, 16, 17).

2) Në qdo thyerje të tillë, pavarësisht nga shkalla e dëmtimit dhe e ndofjes së indeve, duhet të kryhet pastrimi mekanik dhe përpunimi kirurgjikal i plagës. Pastrimi mekanik e minimumizon shkallën e ndofjes mikrobiale. Këtë e kemi vërtetuar edhe në të dhënat e laboratorit (7, 9). Ky pastrim qëndron jo vetëm në pastrimin e sipërfaqshëm rreth plagës, por edhe në largjen e saj me treçësira të bollshme fiziolgjike dhe antiseptike, duke i futur këto me presion në thellësi të plagës.

3) Në thyerjet e hapura të grades III dhe ato të shkatuara nga armët e zjarrit në përgjithësi, është veshiturë të përcaktohet që ditën e parë indet e pajetë që duhet të hiqen (5, 10, 12). Prandaj në këto raste më i këshillueshëm është përpunimi kirurgjikal i etapizuar, pasi të jetë kryer pastrimi mekanik dhe përpunimi kirurgjikal i plagës, rreth kanalit të saj injektohet penicilina kristaline, zakonisht në doze 1 milion UI dhe vendoset fashaturë sterile. Anësia imobilizohet me logët allgje. Ndërkohë vazhdohet terapia me antibiotike. Të nesërmen ose të pasnesërmen i sëmurit dergohet përsëri në sallën e operacionit dhe, nën anestezinë e përshtatshme, bëhet përpunimi kirurgjikal i plotë i plagës. Po këtu vendoset përfundimisht mënyra e fiksimit të copëzave kockore.

Ne thyerjet e hapura të grades I dhe II, përpunimi kirurgjikal mund të quhet i përfunduar që në ditën e parë. Dëshirtojmë të theksojmë që përpunimi kirurgjikal i plagëve është kyç i trajtimit të thyerjeve kockore të hapura.

4) Si përpunimi mekanik, edhe ai kirurgjikal duhet të kryhet nën anestezinë të përshtatshme. Në thyerjet e hapura të kërçirrit, për mendimin tonë, më e këshillueshme është anestezia kockore, sepse, bashkë me anestetikun, futim në qarkullim venoz regional edhe antibiotikë. Kjo është një masë e mirë parandaluese e infeksionit, sepse në segmentin e anësistë nën zhguthin pneumatik futja e antibiotikut intrakockor krijon një përqëndrim të lartë të tij në gjak dhe ky përqëndrim mbetet më i lartë në anësinë përkatëse në krahasim me pjesët e tjera të trupit edhe për 24 orë pas heqjes së zhguthit (9, 12, 17). Përparesitë e anestezisë së përgjithshme janë të njohura, por në këtë e këshillojmë të përdoret më rrallë sot në kohë paqefjeje, duke pasur parasysh se në kushte lufte shpeshherë kirurgut do t'i duhet ta kryejë anestezinë vetë.

5) Palëvizshmëria e copëzave kockore është bazë në krijimin e kushteve të përshtatshme në procesin e shëritit të thyerjes. Sig vërehet në pasqyrën nr. 3, në thyerjet e hapura të kërçirrit në parapeqyem kryesisht imobilizimin me fashaturë allgje. Pra, si shumë autorë (2, 5, 10), jemi të mendimit që fashatura e allgjes të mbetet metoda kryesore në imobilizimin e thyerjeve të hapura të kërçirrit.

vendit që duhet të zëjë osteosinteza në këto dëmtime, lloji më i përshtatshëm i kesaj osteosinteze, vendimi për të mbyllur apo ja plagën, si dhe trajtimi me antibiotikë, jemi bazuar kryesisht në përvojën klinike të përtuar në 15 vjetet e fundit mbi thyerjet e hapura dhe AZ të kërçirrit. kemi marrë në studim 190 të aksidentuar me thyerje të hapura, të cilët përbejnë rreth 30% të të gjitha rasteve me thyerje të kërçirrit, të shtruar dhe të trajtuar në IKMËU nga 1969-1983. Pjesa dërrmuese e këtyre rasteve kanë pasur thyerje të dy kockave të kërçirrit. 6,84% (gjithsej 13 raste) kanë gënjë shokun dhe 5,9% (11 raste) kanë pasur edhe trauma të tjera shqetëse.

Për sa i përket lokalizimit dhe llojit të thyerjeve së kockës, në thyerjet e hapura mbizotërojnë ato të I/3-es së poshtme dhe të mesme dhe kryesisht janë thyerje me shumë copëza kockore (kominuete). Jo të rralla janë thyerjet në dy nivele. Në përqindje më të madhe dëmtimet kanë gënjë pasoja të aksidenteve rrugore, gjë që ka kushtëzuar edhe shkallën e dëmtimit në shumicën e tyre; sipas klasifikimit të pranuar nga ne (9), ato kanë gënjë të grades III dhe II. Nga 24 raste me thyerje nga armët e zjarrit, në 16 të dëmtuar plagosja është shkatuar nga plumbi, në 6 nga shpërthime dinamiti dhe në 2 raste nga armë gjahu.

Përfundimet e artitura në trajtimin e këtyre të dëmtuarve janë të aksidentuar kanë patur thyerje në të dy kërçirritë.

Inkurajuese dhe plotësisht të krahasueshme me ato që jepen nga autorë të tjerë (6, 10, 11, 13). Kështu, me pseudoartroze kanë përfunduar gjithsej 9,2% të rasteve, me osteomielit dhe pseudoartroze të injektuar 6,6% të rasteve. Është për t'u theksuar që atje ku është përdorur osteosinteza metalike përqindja e ndërlikimeve qëlbezuese ka gënjë më e madhe (9% kundrejt 4,2% të aksidentuarit e trajtuar në mënyrë ortopedike). Në raste të shëruara është vënë re që koha e konsolidimit të thyerjes është rreth 10 javë më e lartë se koha që duhet për t'u konsoliduar një thyerje e mbyllur kërçirrit, që, sig dihet, është 12 javë. Kemi vënë re që, në ato thyerje ku trajtimi ka gënjë ortopedik, konsolidimi të jetë artitur pas 22 javësh mesatarisht, ndërsa në raste me osteosinteze artitur ka gënjë më e shkurtër (20 javë) dhe në

osteosintezen dytësore 22,4 javë.

Në pasqyrën nr. 4 paraqitet puna e kryer në trajtimin e thyerjeve të hapura dhe atyre të shkatuara nga armët e zjarrit në kockat e kërçirrit.

Duke u bazuar në këtë veprimtari klinike 15-vjeçare, në eksperimentet e kryera dhe në përfundimet e artitura, kemi nxjerrë këto parime të jave për njësimin e trajtimit të thyerjeve të hapura dhe të shkatuara nga armët e zjarrit në kockat e kërçirrit:

1) Terapia me antibiotikë duhet të fillojë sa më parë, madje që në kontaktin e parë të aksidentuarit me entim shëndetësor. Fillojmisht mund të përdoret penicilina dhe streptomicina, por mandej anti-

LES PRINCIPES AU TRAITEMENT DES FRACTURES OUVERTES ET
DE L'ARME A FEU DE LA JAMBE

Résumé

Dans cet article on analyse 190 malades accidentés avec des fractures ouvertes et aussi de l'arme à feu de la jambe, traités pendant 15 années (1970-1984). L'auteur met en évidence les principes bases, qu'il faut les tenir compte pour faire l'union-fixation du traitement des ces lésions graves. L'auteur souligne particulièrement la nécessité de la désinfection mécanique, le traitement avec antibiotiques etc. En ce qui concerne l'ostéosynthèse primaire, l'auteur donne la primauté le fixateur antérieur, comme la méthode plus sûre, pour faire la guérison sans complications chez ces malades.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Batalii S. e bp.*: Aplikimi i osteosintezes metalike ne trajtimi e dëmtimeve të kombinuara në frakturat e hapura në katshë eksperimentale. Simpoziumi mbi frakturat e hapura. IKMU, 1975, 81.
- 2) *Boga P.*: Prociptet e mjekimit modern të frakturave. Shëndetësia popullore, 1965, 3, 38.
- 3) *Boga P. e bp.*: Drenimi aspirativ i plagëve operatore. Punime kirurgjikale, 1974, 4, 116.
- 4) *Boga P. e bp.*: Probleme të trajtimit kirurgjikal të osteomieliteve. Punime kirurgjikale, 1976, 1, 85.
- 5) *Boswick J.A. and coll.*: Principles of Treatment of Open Fractures. Early Care of the Injured Patient. 1976, 227.
- 6) *Decouls P.*: La Place de l'amputation dans les fractures ouvertes de jambe. Rev. chir. orthop. 1979, 11, 7.
- 7) *Duraku E.*: Flora bakteriale në frakturat e hapura. Simpozium mbi frakturat e hapura. IKMU, 1975, 36.
- 8) *Greva L.*: Trajtimi i frakturave me AZ të kërçitit në eksperiment. Buletini i UT-Seria shkencat mjekësore, 1979, 1, 95.
- 9) *Greva L.*: Trajtimi i frakturave të hapura të kockave të gjata të anësive. Disertacion, 1980.
- 10) *Gustilo R.B. e bp.*: Prevention of Infection in the Treatment of the Open Fractures of Long Bones. J. Bone a. Joint Surg. 1976, 4, 453.
- 11) *Karapajza P.*: Pseudoartrrozat. Tirane, 1984, 97.
- 12) *Karapajza S.G. e bp.*: Taktika hirurgjikeskogo legenija oqnestrejljnih perelomov tubagjn kostej, ortop. travm. protez. 1984, 6, 11.
- 13) *Leceste e bp.*: Fractures ouvertes de jambe. Indications et résultats. Rev. Chir. orthop. 1979, 11, 70.
- 14) *Patzakis M.S. and coll.*: The Role of Antibiotics in the Management of Open Fractures. J. Bone a. Joint Surg. 1974, 4, 532.
- 15) *Riska B.B. and coll.*: Primary Operative Fixation of Long Bone Fracturs in Patients with me Hiple Injures. J. Trauma, 1977, 17, 111.
- 16) *Trubnikov V.F. e bp.*: Legenie perelomov dljnih trubgstin kostej i postra-datshin s smozhestvenimi i soqetannimi povrezhdenija ni. Ortop. trav. i protoz. 1983, 4, 28.
- 17) *Xoxa P. e bp.*: Probleme të trajtimit të thyerjeve të hapura të kockave të gjata të anësive. Shëndetësia popullore, 1978, 2, 41.

PERDORIMI I MASAZHIT ME GISHTA PËR ULJEN E TENSIONIT INTRAOKULAR NË OPERACIONIN E FERDES

— BASRI NEZIRI —

(Spitali i rrethit — Peshkopi)

Për operacionin e heqjes së perdes, rëndësi të vegantë ka ulja e tensionit të brendshëm të syrit (tensionit intraokular — TO) para hapjes së syrit. Me hapjen e syrit, TO bazohet me presionin atmosferik, por, kur TO ka geneë i ulët, para hapjes së syrit diastagma irido-kristaliniane ka prirje të bjerë prapa, gjë që krijon kushte ideale për heqjen e perdes. Gjithashtu, ndërlëkimi më i rëndësishëm paraoperatorë, që ndikojnë shumë në rezultatat e afërta dhe të largëta të operacionit të perdes, është humbja e trupit qëllor gjatë operacionit, ndërlëkimi që ulët shumë kur operohet në sy të butë (me TO të ulët). Për të ulur TO, veg masave të tjera, përdoret edhe ushtrimi i një shtypjeje të lehtë dhe të vazhdueshme mbi syrin e mbyllur, e cila bëhet me aparate të veganta (okulopresore) ose masazhi me dy gishta. Masazhi me gishta bëhet pasi syrit i është bërë akinezia dhe anestezia retrobulbare. Kjo procedurë përdoret gjërësisht në vendin tonë, por qëllimi i studimit tonë është që të përcaktojmë sa është praktikisht ulja e TO me masazhin me gishta, sa kohë zgjat kjo ulje dhe gjatë pasojash ose ndërlikimesh të mundshme mund të vijnë prej tij.

MATERIALI DHE METODIKA

Janë marrë në studim 61 të sëmurë (100 sy) me moshë nga 14-83 vjeç (mesatarisht 38,08 vjeç) — 37 meshkuj dhe 24 femra. Këta të sëmurë kanë vuajtur nga perda ose nga sëmundje të tjera të syrit, që nuk ndikojnë në ngritjen ose uljen e TO dhe që kornenë e kishin të padëmtuar. Për çdo sy janë bërë 5 matje me tonometrin e aplana-cionit Maklakov me peshë 10 gram. matja e parë është bërë para masazhit, e dyta menjëherë pas masazhit, e treta 2 minuta pas masazhit, e katërta 5 minuta pas masazhit dhe e pesta 10 minuta pas masazhit. Masazhi është bërë me gishtat tregues të duarve, të vendosur mbi kapakun e sipërm të syrit dhe duke shtypur kokërdhokun jo me shumë forcë (njëlloj si kur matet TO me gishtat), masazhi ka zgjatur 3 minuta për çdo sy, koha për masazhin dhe matjen e TO është matur me kronometër. Është bërë masazhi me gishta edhe në 10 të sëmurë (10 sy) glaukomaatozë. Për masazhit të sëmurët nuk kanë marrë asnjë lloj mjekimi që ndikojnë ose jo në TO.

REZULTAET

TO para masazhit është lekundur nga 16-23 mmHg, mesatarisht 19.34±1.74 mm Hg. TO menjëherë pas masazhit është lekundur nga 12-21 mmHg, mesatarisht 14.54±2.07 mm Hg dhe TO 10 minuta pas masazhit është 1 lekundur nga 12-22 mmHg, mesatarisht 15.46±2.02 mm Hg. TO pas 2 dhe 5 minutash ka gene mesatarisht 14.82 dhe 15.16 mmHg, përkatësisht TO mesatar pas masazhit në krahësim me atë para masazhit është 4.8 mmHg më i ulët dhe pas 10 minutash ai është rritur vetëm 0.92 mm Hg. TO më i shpeshtë (moda statistikore) para masazhit ka gene 19 mm Hg, menjëherë pas masazhit 14 mm Hg dhe pas 10 minutash 15 mm Hg.

Në 31 të sëmurë me moshë nën 30 vjeç (53 sy) TO mesatar para masazhit ka gene 18.89 mmHg, pas masazhit 14.82 mmHg, me diferencë 4.07 mmHg. Në 10 sytë glaukوماتoze TO është ulur pas masazhit vetëm 1.2 mmHg.

Pas masazhit në të gjithë sytë është vërejtur hipereimi jo e theksuar e konjuktivës dhe episklerës. Të gjithë të sëmurët nuk kanë pasur asnjë shqetësim, veç turbullimit të përkohshëm të të parit nga ngjyra kafe me të cilën lyhet tomometri.

DISKUTIM

Për uljen e TO para operacionit të perdes, përdoren lëndët osmotike (manitol intravenoz, glicerinë intravenoze ose nga goja e.)⁽¹⁾ ngjitja e kokës së të sëmurit lart (në pozicionin anti-Tredelnhurg), trenuesit e ajo e përgjithshme, vitrektomia në *pars plana* në trupit ciliar, si edhe ushtrimi i shlypjes së lehtë dhe të vazhdueshme të syrit të mbyllur me oklupresor ose me gishta. Mekanizmi i uljes së TO i këtyre procedurave është dhënë në figurë.

Në i kemi përdorur të sëmurët tanë të operuar shumicën e këtyre procedurave, me përjashtim të sklerotomisë në *pars plana*, e cila përdoret tek të sëmurët që kanë katarakt në të njëjtën sy dhe kur TO nuk ulët me procedurat e tjera që përmendëm më sipër, por që në nuk kemi pasur rast ta përdorim as për këta të sëmurë.

Masazhi me gishta për uljen e TO para operacionit të perdes është kënaqësive për përdorin si njëzën metode, ashtu edhe tjetren (6,8). Mekanizmi i uljes së TO nga masazhi dhe oklupresioni është i njëjtë. Masazhi me gishta sjell zvogëlimin e vëllimit dhe të peshës së trupit qëllor. Nga studimet eksperimentale në katshë, ulja në peshë e trupit qëllor vjen nga humbja e ujit prej tij, por ndoshta ndihmojnë edhe faktorë të tjerë, si acidi hialuronik dhe jonet (8), ndërsa autorë të tjerë mendojnë se humbja e ujit nuk ndodh vetëm në trupin qëllor, por dhe në indin orbital (6).

Pas masazhit me gishta, TO është ulur në të sëmurët tanë nga 2-10 mmHg (mesatarisht 4.8 mmHg) dhe ka gene mesatarisht 14.54±

± 2.07 mmHg, vegse në ta nuk është përdorur asnjë medikament ose procedurë tjetër hipotonizante. Duke shtuar edhe efektin e procedurave të tjera hipotonizante, TO ulët akoma më shumë dhe krijohej kushte optimale për të operuar në sy të butë. Ka autorë që gjëjnë ulje më të theksuara të TO, por me presion 40 mmHg për 10 minuta TO është matur me tonometër apnacioni Goldman (8), ndërsa autorë të tjerë gjëjnë nganjëherë ulje të theksuara të TO nga masazhi me gisht me kolaps të sklerës (4). Ujje më të theksuara se 10 mmHg në nuk kemi gjetur në asnjë rast. Në pak raste TO ka gene nën 12 mmHg (në e kemi konsideruar 12 mmHg), por tonometri që kemi përdorur nuk mat nën 12 mm Hg me peshë 10 gr, ndërsa në këta të sëmurë matja me peshën 7.5 gr nuk ka gene në asnjë rast nën 10 mmHg.

Për disa autorë, ulja e TO pas masazhit varet nga moshë. Në moshat e reja, meqenëse trupi qëllor përmban më pak ujë, ulja e TO pas masazhit është më e vogël, ndërsa në femijët ajo është e parëndësishme (6); kurse ka të tjerë që nuk gjëjnë dallim të uljes së TO pas masazhit nga moshë (8). Në materialin tonë, 31 të sëmurë kanë gene nën 30 vjeç. Tek këta të sëmurë ulja e TO pas masazhit ka gene 4.07 mmHg, d.m.th. 0.73 mmHg më e vogël se mesatarja e përgjithshme dhe 1.12 mmHg më e vogël se mesatarja e të sëmurëve me moshë mbi 30 vjeç. Masazhin me gishta mund të përdoret me rezultat edhe në moshat e reja.

Dihet se masazhi me gishta nuk ka efekt në sytë glaukوماتoze dhe në rastet tona (10 sy) ulja pas masazhit që e parëndësishme — vetëm 1.2 mmHg.

Për disa autorë, masazhi me gishta dhe me oklupresioni mund të shkaktojë dizavantazhe dhe ndërlikime, si hipereimi të konjuktivës dhe episklerës me prirje për hemorragji gjatë presjes, hipotoni të theksuar me veshtrësime në kryerjen e disa manipulacioneve (4), deri në ndërlikime të rënda me rritje dytësore të TO me derdhje kortikoidale e humbje vitrosi (5), ndërsa për të tjerë procedura është pa ndërlikime (1,2,3,4,6,10). Gjatë studimit kemi vërejtur hipereimi jo të theksuar të konjuktivës dhe episklerës, nuk kemi lidhur me masazhin asnjë ndërlikim preoperator. Për të mënjannuar uljen e theksuar të TO nga masazhi, shtypja me gisht mbi sy nuk duhet të bëhet me forcë, pasi ulja e TO është në përpjestim të drejtë me forcën e ushtruar mbi sy dhe kohën e zgjatjes së procedurës shtypëse.

Dorëzuar në redaksi më 19.3.1985

ainsi que l'élaboration statistique des données. Il résulte, après le massage, une baisse de 2 à 10 mmHg de la pression intraoculaire (la moyenne 4,8 mmHg). Dix minutes après le massage, la pression reste toujours basse (remarquable une hausse seulement de 0,92 mmHg). La baisse de la pression intraoculaire a été constatée aussi chez les malades âgés de moins de 30 ans. Le massage n'a quasi pas influencé la pression intraoculaire chez les patients avec glaucome. On n'a pas constaté d'importantes complications oculaires après le massage. L'auteur compare les résultats obtenus avec ceux des autres auteurs albanais et étrangers.

Le massage digital est un procédé simple, mais efficace, qui peut être employé avant l'opération dans tous les services d'ophtalmologies.

KARCINOMA BRONKIALE DHE FIBROSKOPIA NE DIAGNOSTIKIMIN E SAJ

— ALBERT SOTRI —

(Instituti i Fiziko-pneumologjise)

Në kohën e sotme, karcinoma bronkiale përben një nga patologjitë kryesore në pneumologji. Dënduria e rasteve me kancer të mushkërtive është rritur shumë në këto dekadat e fundit, dhe, sipas të dhënave të OBSH-se, çdo vit ajo ka një rritje prej 5 deri 6%. Në institutin tonë, për vitin 1983 ajo përfshinte 24,3% të të gjithë të shtruarve në pneumologji. Për këtë arsye, diagnostikimi i shpejtë i saj ka lidhje të drejtpërdrejte me efektshmërinë e mjekimit dhe me uljen e dëgëndrimit të të sëmurëve në Institut.

Në këtë drejtim, një ndihmesë të rëndësishme ka dhënë ekzaminimi bronkologjik i kryer në kabinetin e bronkologjisë të këtij instituti. Endoskopia bronkiale bën pjesë në bilancin pneumologjik menjëherë pas klinikës dhe radiologjisë. Deri në vitin 1982, ekzaminimet bronkoskopike janë kryer me bronkoskop rigid tip Storz, kurse në vitin 1983, me pajisjen fibroskopike, endoskopike, u kryen me bronkofibroskop tip Olympus BF B3R.

Sot kudo në botë është përhapur përdorimi i fibroskopisë dhe indikatorit e tij janë rritur në mënyrë të ndjeshme. Një autor (9), në monografinë e tij «Fibrobronkoskopia dhe zbatimet e saj klinike», pohon se «metodika fibroskopike ka gënë fitorja në e madhe pneumologjike e diagnostikimi i hershëm i së cilës ka rëndësi të madhe në mjekimin e saj, si edhe në rezultatet pozitive të këtij mjekimi. Indikatorionet klinike të një fibroskopie për diagnostikimin onkologjik mushkërtor mund t'i përmbledhim në këtë mënyrë:

1. Kur ka të dhëna kliniko-radiologjike për tumor trakeo-bronkial.
 2. Në mungesë të kuadrut kliniko-radiologjik, pranua në sputum e gëllzave atipike për tumor trakeo-bronkial.
 3. Hemoptizi e një natyre të papercaktuar.
 4. Kollë kronike e një natyre të papercaktuar.
 5. Dëmtime të dysshimita për proces neoplazik.
- Gjatë një ekzaminimi fibroskopik për diagnostikimin e karcinomës bronkiale, janë të nevojshme këto elemente:
- Gjetja e shenjave endoskopike të drejtpërdrejta apo të tërthorta të karcinomës bronkiale.

Tabela 112

DI NUK PI	FEMRA	QYTET	TSHHT	DUHAN DUHAN
Nr	165	12	106	71
%	93	6,7	59,8	40,1
				94,2
				5,8

Sipas shenjave klinike, simptoma kryesore që e detyron të sëmurin të vizitohet është kollja, të cilën në kemi takuar në 49% të rasteve (Tabela nr. 3), si edhe dhembjet e gjoksit (37,8% e rasteve). Por simptoma më alarmante, që e detyron të sëmurin të drejtohet mjekut, është hemoptizia, të cilën në kemi takuar në 18% të rasteve. Pra, kollja, dhembjet e gjoksit dhe hemoptizia janë tri shenjat kryesore, që në moshë të avancuar dhe tek ata që përdorin duhan të bëjnë të dyshosh për praninë e një karcinome bronkiale.

SIMTOMAT E FILLIMIT TE CA

Tabela 3

Nr. Rënd.	SIMTOMAT	Numri	Përqindje
1-	Kollja	87	49
2-	Dhembje gjoksi	67	37,8
3-	Hemoptizoe	32	18
4-	Disyneza	22	12,4
5	Sindrom artikular	12	6,7
6-	Sindrom pulmonar	17	9,6
7-	Sindrom nervor	3	1,6
8-	Sindrom kokëftik	5	2,8

Dihet se kanceri i mushkërive prek moshat mbi 40 vjeç, dhe kryesisht moshat mbi 50-70 vjeç. Në materialin tonë këto moshë përbejnë gati 70% të të gjitha rasteve tona. (Tabela nr. 1). Megjithatë takohen raste me kancer edhe nën moshën 40 vjeç, që në materialin tonë përbejnë 3,3%. Nga 177 raste, meshkuj janë 93,2% dhe femra 6,7%, d.m.th. raporti meshkuj-femra është 14:1. Autorë të ndryshëm japin raporte të ndryshme, që shkojnë nga 4 deri 32:1. E dhëna jonë përputhet pak a shumë me ato të autorëve tanë (7). Sipas vendbanimeve, raste me kancer i kemi takuar më shumë në qytetarët (59,8%), se sa në fshatarët (40,1%) (Tabela nr. 2). Sipas shumës së autorëve (5,7,8), abuzimi në pirjen e duhanit shihet si faktor kryesor i mundshëm në etiologjinë e kancerit të mushkërive. Në materialin tonë 94,2% e pini duhanin, kurse 5,8% jo.

Dihet se kanceri i mushkërive prek moshat mbi 40 vjeç, dhe kryesisht moshat mbi 50-70 vjeç. Në materialin tonë këto moshë përbejnë gati 70% të të gjitha rasteve tona. (Tabela nr. 1). Megjithatë takohen raste me kancer edhe nën moshën 40 vjeç, që në materialin tonë përbejnë 3,3%. Nga 177 raste, meshkuj janë 93,2% dhe femra 6,7%, d.m.th. raporti meshkuj-femra është 14:1. Autorë të ndryshëm japin raporte të ndryshme, që shkojnë nga 4 deri 32:1. E dhëna jonë përputhet pak a shumë me ato të autorëve tanë (7). Sipas vendbanimeve, raste me kancer i kemi takuar më shumë në qytetarët (59,8%), se sa në fshatarët (40,1%) (Tabela nr. 2). Sipas shumës së autorëve (5,7,8), abuzimi në pirjen e duhanit shihet si faktor kryesor i mundshëm në etiologjinë e kancerit të mushkërive. Në materialin tonë 94,2% e pini duhanin, kurse 5,8% jo.

Tipizimi cito-histologjik i procesit neoplazik.
 — Përaktimi i shtrijës endoskopike të patologjisë, si edhe zbulimi i prekjes së strukturave të afërta (si gjëndrrat limfatike peritrateo-bronkiale, mediastinale, etj.). Kjo është e nevojshme për të saktësuar stadin e sëmundjes (sipas sistemit ENM) dhe për të përcaktuar trajtimin e mëvonshëm kirurgjikal.
 Në semilogjinë endoskopike të karcinomes bronkiale, një autor (cituar nga 3) bën këtë ndarje: shenja të drejtpërdrejta, shenja të tërthorta, asnjë shenjë.
 Kazuistika jonë përbehet prej 177 rastesh me karcinome bronkiale, të vërtetuar me ekzamimin histologjik, të cilave u është bërë bronkoskopia. Te gjithë rastejt janë për vitin 1983.

SHPERNDARJA SIPAS GRUP-MOSHAVE

Tabela 1

Nr. Rënd.	M O S H A (v j e ç)	Nr. RASTEVE	%
1-	Nën 40	6	3,3
2-	41-50	30	16,9
3-	51-60	60	33,9
4-	61-70	63	35,5
5-	Mbi 70	18	10
6	Shuma	177	100

123 = 69,5%

Një nga problemet më të rëndësishme është diagnostikimi i hershëm i kancerit bronkial. Por kjo është sa e domosdoshme, aq edhe e vështirë për t'u realizuar, sepse lidhet me një sërë problemesh dhe hallkash të ndërmytme. Kështu, në materialin tonë 45.7% e rasteve paraqiten tek ne me diagnozën hije mushkëriore për t'u përcaktuar, 31.6% me diagnozën e dyshimi, por atëherë është vonë mundja fillon të përparojë, lind edhe dyshimi, por atëherë është vonë për mjekim. Nga të sëmurët e ekzamnuar, 60% vijnë 1-3 muaj pasi kanë filluar shfaqjet e shenjave klinike. Lidhur me këtë, jemi munduar të bëjmë një ndarje të sëmurëve në stadi, sipas klasifikimit TNM të dhënë nga OBSH-ja. Ky klasifikim mbështet kryesisht në të dhënat e bronkoskopisë. Nga materiali ynë, rezultojnë: në stadin e parë 40.6% e të sëmurëve, në stadin e dytë 50% dhe në stadin e tretë 54.1%. Pra, del se shumica e të sëmurëve të diagnostikuar nga ne paraqiten në stadi të vonshme të sëmundjes, kur ata janë të paoperueshëm. Megjithatë mund të themi se, me gjithë përpjekjet e shumta që mund të bëhen për diagnozën e hershme të kancerit të mushkërive, ky është një problem sa i gjërë, aq edhe i ndërlikuar, ku përkëmben një sërë faktorësh të ndërmyshëm, dhe ku diagnoza e hershme e kancerit bronkial mund të bëhet «në stadin para shfaqjes mushkëriore të tij» (8).

Në këtë drejtim një ndihmë të madhe jep ekzamini fibroskopik, i cili krijon mundësi për përcaktimin e tumorit, lokalizimin, infiltrimin e organeve fqinje, shtypjet nga adenopatitë e tij, jo vetëm nëpërmjet të dhënave makroskopike, por edhe nëpërmjet marrjeve të ndryshme cito-histologjike, që përcaktojnë tipin histologjik të karcinomës. Kjo ndihmon në përcaktimin e metodës së mjekimit. Nga të dhënat tona, me shenja të drejtpërdrejta rezultojnë 85.3% e rasteve. Pjesa tjetër ka pasur shenja të tërthorta ose funksionale (Tabela nr. 4). Lokalizimi i karcinomës është më tepër në të djathtë (105 raste), se sa në të majtë (72 raste), dhe më shumë në lobet e sipërme, se sa në ato të poshtme (për të gjitha shih tabelën nr. 5). Në e kemi të detyrues të lokalizuar në bronket segmentare të djathta në 7 raste (nga këto, një në subsegmentin të përparmë të segmentit të tretë), ndërsa në të majtë në 11 raste të lokalizuara në bronket segmentare të lobit të sipërm të majtë. Kjo dëshmon për rritjen e efektshmërisë së fibroskopisë në diagnozën e karcinomës së lokalizuar në degëzimet bronkiale më periferike.

Kështu, me një bashkëpunim dhe lidhje të ngushtë të klinicistëve e radiologëve, bronkologëve e kirurgëve, mund të ndihmojmë sado pak në mjekimin e kesaj sëmundjeje të rëndë.

Nga sa thamë më sipër, dalin këto përfundime:

1) Në Institutin tonë, karcinoma bronkiale përben sot një nga patologjitë kryesore, diagnostikimi i hershëm i së cilës ka rëndësi të madhe për efektshmërinë e mjekimit të saj.

2) Në kohën e sotme, fibroskopija është një metode e thjeshtë dhe shumë e domosdoshme për ekzaminiimin e sëmundjeve të mushkërive, sidomos për ekzaminiimin e karcinomës bronkiale.

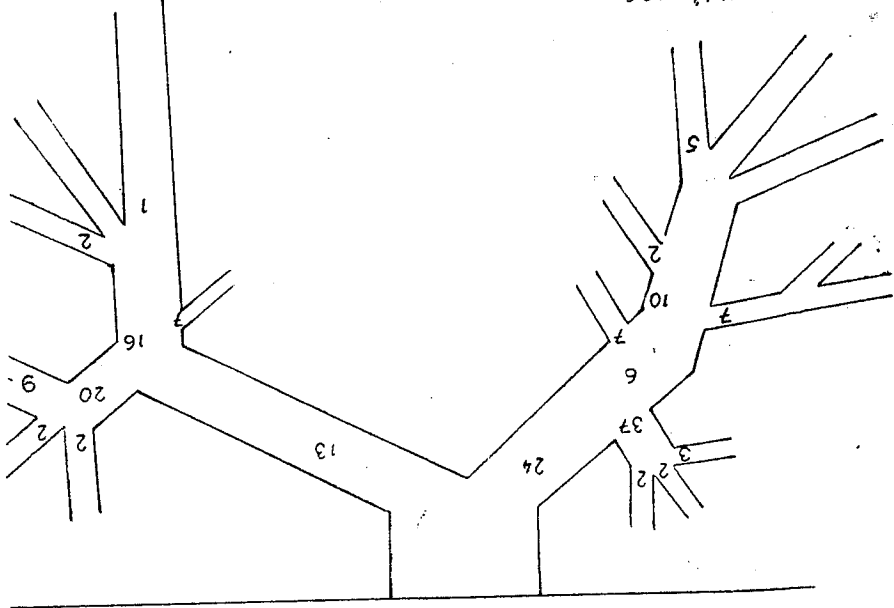
SHENJAT MAKROSKOPIKE

DIREKT		INDIREKT				
1	TUMOR	95	53.6%			
2	INFILTRIM	58	32.76%			
1-	Stenoze	15				
2-	Komprimim	10				
3-	Hemoragji	4				
4-	Rigiditet	4				
5-	Zgjerimi i korinave	17				

Tabela 4

SKEMA E LOKALIZIMIT BRONKIAL

Tabela 5



REZULTATET E BIOPSISE BRONKIALE

Nr. Rendi	TIPË HISTOLOGJIK	Numeri Rendi	Numeri Rendi
1-	Adenokarcinome	4	3.7
2-	Epidermoid	25	23
3-	Mikrocelular	20	18.5
4-	Dyshimfo	15	13
5-	Adenome	1	0.9
6-	Negativ	43	39.8

Tabela 6

65 = 60% }
43 = 39.8% }

REZULTATET E LAVAZHEVE BRONKIALE

Nr. Rendi	TIPË HISTOLOGJIK	Numeri Rendi	Numeri Rendi
1-	Adenokarcinome	1	1
2-	Epidermoid	1	1
3-	Mikrocelular	-	-
4-	Dyshimfo	20	20.4
5-	Adenome	-	-
6-	Negativ	76	77.5

Tabela 7

22 = 22.5% }

76 = 77.5% }

3) Për të ndihmuar në diagnostikimin e hershëm dhe mjekimin e saj kirurgjikal me sa më shumë efektshmëri, është e nevojshme që t'i nënshtrohen ekzaminimit fibroskopik:

a) gdo i sëmurë mbi moshën 40 vjeç, që paraget një kollë të thatë ngacmuese, të pazotërvëshme nga mjekimet e dhëna, pa ndonjë të dhënë të rëndësishme kliniko-radiologjike;

b) rastet me hemoptizi të pashpjegueshme nga të dhënat kliniko-radiologjike;

c) pneumopatie e përsëritura në kohë të shkurtër ose që ngulmojnë pavarësisht nga mjekimi.

Dorëzuar në redaksi më 19.8.1984

BIBLIOGRAFIA

1. Anthoine D., Carnet B., Vincent M.A.: Le Lavage broncho-alvéolaire, nouvelle technique d'investigation en pneumologie. Médecine, 1980, 3, 150-155.
2. Bombi C., Capechi V., Cavalli F., Falcone F., Falasano E.: La cinematografia della fibrobroncoscopia ecc. Riv. pat. clin. tuberc. e pneumol, 1982, 53, 141-156.
3. Falcone F., Fasano E., Ferretti A., Minore G.C., Vincenzi M.: La fibrobroncoscopia nella diagnostica del carcinoma bronchiale. Riv. pat. clin. tuberc. e pneumol, 1982, 53, 157-182.
4. Lamaze R., Anthoine D., Lamy P.: Les Traitements du cancer bronchique, strategie actuelle. Médecine interne, 1980, 3, 186-196.
5. Lamy P., Anthoine D., Lamaze R.: Bronchoscopie au fibroscope bronchique? Comparaisons et indications en 1980.
6. Lukomski G.I.: Bronkologija. Medicina — Moskva, 1973.
7. Pepivani P., Sotiri A.: Bronkoskopia në kancerin bronko-pulmonar Shëndetësisë popullore, 3, 1975, 14.
8. Preza K.: Rëntgendiagnostika e kancerit të mushkërive. Tiranë, 1978.
9. Valenti S. te coll.: La fibro-broncoscopia e le sue applicazioni cliniche. Ed. Minerva medica, Torino 1980, 4.

Summary

BRONCHIAL CARCINOMA AND THE USE OF FIBROBRONCHOSCOPY FOR ITS DIAGNOSIS

Bronchial carcinoma is described as one of the most important pathologies at present in pneumology. The study comprises 177 cases of bronchial carcinoma diagnosed by fibrobronchoscopy and confirmed by histopathologic examinations. All the cases were observed in 1983.

After the main clinical signs, the paper describes in detail the fibroscopic findings as the basic element in the diagnosis of the disease. This examination permits not only to directly visualize the lesions, but also to obtain samples for their histologic identification.

PROSTATIEKTOMIA TRANSVEZIKALE

(Sipas Denis — modifikuar me depression të llozës)

— KASTRIOT DAVTAJ —

(Spitali Klinik nr. 2 — Tiranë)

Prostatiektomia transvezikale sot për sot, edhe me përparimin e kirurgjisë endoskopike, mbetet një nga teknikat baze, sidomos në pro-
state të mëdha dhe pikësepari në pozicionin endovezikal, me ngritje të
fundit uretral në formën e grepit të peshkut.

Pas gdo prostatektomie me vezikë të hapur mbetet një sasi e
ndjeshme me stazë vezikale, e përberë nga urina dhe gjaku, e përzier
me glukozën e infuzioneve intravenoze, të cilat, sig dihet, eliminohen me
anën e urines.

GJËLLIMI I STUDIUMIT

Pas gdo prostatektomie me vezikë të hapur lindin probleme të përu-
dhes pas operacionit që nganjëherë zgjidhen me veshtrësi, dhe shpesh
behën edhe burim ndërlikimi me pasoja për të semurin. Edhe në mate-
rialin që paraqitim në këtë punim, duke pasur parasysh këto ndërlikime
dhe të mbështetur në literaturën bashkëkohore, vumë në praktikë këtë
metodë të re operacioni, me të cilën patëm rezultate premtuese dhe që
mund të vihen në zbatim nga kirurgjë të tjerë urologë, pa kërkuar
shumë pajisje speciale. Kjo metodë operacioni bën një modelim të mirë
të gatës së vezikës urinare, gjë që i siguron të semurit një ecuri të lar-
gët të favorshme.

Në zbatimin e kësaj metode kemi pasur gjithmonë për qëllime të
mbajmë një vezikë urinare vazhdimisht të thatë, pasi në këto kushte
ajo rigjenerohet më mirë. Gjithashtu dihet se hemostaza e mirë dhe
të urokinezës mbi plazmogjienin dhe transformimin e tij në plazmë,
mbajtja e një vezike urinare të thatë pakëson mundësinë e veprimt
substançë që ka aftësi të shkatërrojë trombet që rrethojnë vazat e prera,
të gjakut. Kur hemorragjia është e madhe, rreziku rritet jo vetëm
nga fakti i sasisë së madhe të gjakut të humbur, por edhe se koagulat
bllokojnë sondat e drenazhit, gjka bën të domosdoshëm lavazhin me
previon, që është i aftë të shkatërrojë nokullimin e infeksionit në qar-
kullimin e gjakut (2).

Kallimi i lengut të lavazhit nëpërmjet vezikës urinare tani më është
provar me ndihmën e izotopeve. Po këta autorë (2) kanë provuar se
materiali i mbetur pranë shtratit të të semurit infektohet me një shpej-

CARCINOME DES BRONCHES ET LE RÔLE DE LA FIBRONCHOSCOPIE
DANS SON DIAGNOSTIC

Résumé

La carcinome des bronches est actuellement une des plus importantes patho-
logies en pneumologie. L'étude comprend 177 cas atteints de carcinome des bron-
ches diagnostiquée par la fibronchoscopie et confirmée par les examens histo-
pathologiques. Tous les malades ont été observés pendant l'année 1983.

Après avoir présentée les principaux signes cliniques, dans l'article l'auteur
décrit en détail les données de la fibroscopie comme un examen fondamental dans
le diagnostic de la maladie. Cet examen non seulement permet une directe visua-
lisation des lésions, mais aussi, par des prélèvements, détermine le type histologique.

Prandaj pas prostatëktomisë lind si nevojë e ngutshme zbrëzja nga korganat e vezikës urinare dhe dhënia e gjakut të freskët. Këtë formë punë kemi përdorur edhe në të sëmurët tanë. Autorët të tjerë ngulin këmbë për hemofilinë B latente. Si ndërlikim rezulton stenozë e llozës. Të gjitha metodat e prostatëktomisë mund të japin stenozë të gatës, që janë: sklerozë dhe diatragma nukozë.

Pra, prostatëktomia me depresion nuk jep më shumë se metodat e tjera stenozë dhe as më pak inkoninencë. Nga të gjithë të sëmurët tanë, që kemi marrë në studim, ne kemi pasur vetëm një rast me strukturë urëtrë pas operacionit, që u korrigjua pas dy javësh me uretrotomi.

MATERIALI DHE METODA

Kemi marrë në studim 24 të sëmurët, të shtruar dhe të kuruar në klinikën nr. 2 gjatë vitit 1984. Moshë mesatare e të sëmurëve ka qenë 60 vjeç. 16 nga këta të sëmurë janë shtruar si urgjencë. Prej këtyre, 12 ishin kateterizuar, ndërsa 4 të sëmurë u drenuan para-praktisht me punkcion suprapubik dhe redom.

Nga ekzaminimet paraprake të të sëmurëve, 10 nga këta rezultuan me ndryshime kardiale. Nga këta, 4 u kuruan për një kohë para operacionit, ndërsa 6 të tjerët kishin ndryshime të vjetra iskemike dhe nuk kishin nevojë për trajtim të vegantë. Në ekzaminimet pëlografike, vetëm 4 nga këta kishin zgjerim të rrugëve të sipërme urinare, që u stabilizua pas derivacionit paraprak të urinës për disa ditë para operacionit.

Si teknike operatore të të gjithë të sëmurët u procedua sipas Denis-it, por në vend të fizes të patitshëm u përdorën dy gjysma ser-klazhi të thithshëm dhe në vend të kateterit uretral me redom thithës (një trup i vetëm) u modifikua me redom transuretral 9 *charie* të vegantë. Gjithashtu, megjithëse Denis-i nuk vendos sutura hemostatike, në të sëmurët tanë, për të vendosur një hemostatikë intraoperatore më të mirë, ne vendosëm sutura hemostatike në orën 5 dhe 7. Si drenazh plotësues, u përdor tub polietileni traspartetral anësor. Në të gjithë të sëmurët, kateteri u hoq ditën e 9-10-të, ndërsa tubi i polietilenit u hoq në ditën e 11-të. Ecuria intraoperatore dhe pasoperatore e menjëherëshme ka qenë e mirë, nuk kemi pasur asnjë fistul, suprapubike. Të gjithë të sëmurët, kontrolli 6 muaj pas operacionit ka rezultuar pa asnjë stenozë të gatës urëtrale. Vetëm në një rast pasëm veshtrësi në nxjerrjen e kateterit ditën e 11-të. Tëk ai u verëjtën grrëgjillime të urinimit me distancë dhe hollim të gurtut urinar. Në urografat dukëj një strukturë e urëtrës, e cila u buzhua, ndërsa gata e vezikës urinare dhe lozha prostatike ishtë e formuar plotësisht. I sëmurit nuk pati nevojë për përpunim kirurgjikal të mëtejshëm.

KONKLuzion

Prostatëktomia transvezikale mbetet ende një metodë kirurgjikale me rëndësi për kurimin e adenomës së prostatës. Në përpunimin e llozës prostatike, të gjitha modifikimet qëndrojnë në pakësimin e hemo-

TEKNIKA

tësi të jashtëzakonshme. Dy orë pas fillimit të lavazhit janë gjetur 3000 mikrobo në 1cm dhe 350000 pas 5 orëve.

Gjithashtu, dihet se një shkak me rëndësi i shokut endotoksik është infeksioni uretral, që përben 70-90%. Të gjithë këtë, autorë të ndryshëm e kanë përmbledhur me një frazë: «Shumë të sëmurë të vdesin nga kateteri uretral, po aq sa është edhe prostatëktomia» (1).

Duke u nisur nga këto parime, në vitin 1964 ne thithëm përmbajtjen vezike të llozës prostatike me ndihmën e një rendomi thithës.

Serklazhi submukoz i llozës prostatike me ketgut nr. 1; duke mbyllur orificiumin e sipërm të llozës, që i takon vendit të ostiumit të brendshëm të urëtrës, mbi një sondë që zbrës vezikën dhe të një rendomi uretral, siguron zbrëzjen e gjakut nga llozha prostatike. Depresioni që krijohet në llozën e mbyllur siguron një hemostazë më të mirë, duke kolabuar parëtrë e llozës. Po ashtu, ndarja e gjakut nga përmbajtja urine e vezikës siguron një ecuri më të mirë të operacionit. Të gjitha teknikat e ndryshme operatore kanë pasur e kanë për qëllim të sigurojnë një hemostazë të mirë dhe një drenazh vezikal të plotë (3).

Modifikimi i kësaj metode qëndron në vendosjen e sutureve gjysmë-rrethore të thithshme, në vend të një suture të patitshme, të fiksuara nga jashtë gatës së vezikës urinare, që e heq ditën e 10-të. Kjo metodë ka të metën e madhe se mund të lejojë kallimin e infeksionit në *spatium Reyc* nëpërmjet fijeve të patitshme. Prandaj duhet pasur kujdes që suturet të vendosën submukoz për të menjanuar diatragmën mukozë. Gjithashtu, për të pakësuar sa të jetë e mundur hemorragjinë, mund të futim noradrenalinë submukozë.

Për të mbyllur në mënyrë sa më hermetike hapjen vezikale të llozës, para se të tërheqim kateterin në vezikë, i shtrëngojmë suturet me anën e një sete të lidhur në mëtej të tij. Kështu është proceduar me të sëmurët që po paragjithim në këtë punim.

Zakonisht redomi thithës, i vendosur në llozën prostatike, hiqet ditën e dytë apo të tretë, ndërsa kateteri hiqet ditën e 9-të. Ndërsa, në të sëmurët tanë, tubi polietilen u hoq ditën e 11-të.

Për sa i përket hemorragjisë nëpërmjet kirurgjisë tjetër dhe kirurgjisë prostatike, ka një ndryshim. Në të parën, hemorragjia pakësohet sa më shumë i afrohem fundit të operacionit, ndërsa në hemorragjinë prostatike ajo fillon në fund të operacionit, ose 2-3 orë pas mbartimit të operacionit. Prandaj ka rëndësi të madhe sigurtimi i një hemostaze të mirë intraoperatore dhe i një zbrëzjeje të mirë të vezikës urinare. Kjo ka bërë që të gjithë urologët të këmbëngulin në përpunimin sa më të mirë të llozës dhe sigurtimit të një drenazhi të mirë, sidomos për të menjanuar grumbullimin e koagulave, gjë që ne e kemi pasur parasysh në të gjithë të sëmurët e operuar në klinikën II me këtë metodë. Dihet se vetëm meazhi i prostatës shtron në gjak fosfatazën acide, në rastin e prostatëktomisë, mund të shkaktojë një koagulum intravezikal, i cili, duke konsumuar fibrinën, jep hemorragji, që mund të zotë-rohet vetëm me gjak të freskët që i ka të gjithë faktorët koagulues,

rragjise dhe ne formimin e nje llozhe sa me fiziologjike, per te menja-nuar sa te jete e mundur stenozat pas operacionit.

Modifikimi i Denisit gendron ne ndarjen e permbajtjes vezikale nga llozha vezikale, pasi sa me e plote te jete hemostaza dhe sa me e thate te jete llozha prostatike, gka sigurohet me thithje dhe depression te llozhes, gjithashtu sa me pak gjak te kete ne veziken urinare, qe me mire sheronet dhe epitelizehet llozha dhe qe me te pakta do te jene nderliktimet e saj si skleroza e gafes etj., nganjehere me simpotomato-logji me te rende se vete adenoma e prostatas.

Si ne literature, ashtu dhe ne rastet tona, kjo metode ka perparesi. Kjo duket edhe ne dekursin fill pas operacionit dhe ne dekursin e larget.

Dorezuar ne redaksi me 5.8.1984

BIBLIOGRAFIA

- 1) Dennis R.: Prostatectomie sous depression. Annales d'urologie, 1973, 7, 14.
- 2) Niederhausem W.: Mesure de la miction apres la prostatectomie sous sonde uretrale. Annales d'urologie, 1983, 17, 20.
- 3) Tomasin X., Motys C.: La Cryocauterisation prostatique, indications et resultats d'une serie de quatre vingtonze malades. Annales d'urologie, 1983, 6, 263.

Summary

TRANSVERSICAL PROSTATECTOMY

The paper describes the cases of transversical prostatectomy admitted to and treated at Clinic No 2 during the year 1984. After every prostatectomy with open bladder arise postoperative problems difficult to overcome and which often give rise to complications with serious consequences for the patient. To avoid these complications, this new surgical was introduced in our clinic with promising results and should be adopted also by the other surgeons urologists.

LA PROSTATECTOMIE TRANSVERSICALE

Résumé

L'auteur décrit des cas qui ont subis une prostatectomie transversicale et traités dans le service d'urologie de l'hôpital No 2 de Tirana pendant l'année 1984. La prostatectomie à vessie ouverte créait des problèmes post-opératoires qui parfois étaient difficile à résoudre ainsi que des complications avec des conséquences pour les malades. Pour éviter ces complications l'auteur a appliqué cette nouvelle méthode d'opération qui a eu des résultats prometteurs et qui peut être aussi adoptée par les autres chirurgiens urologues.

TE DHENA ANATOMO-KIRURGJIKALE TE VENDREDHJES SE VENA SAPHENA MAGNA NE VENA FEMORALIS

— EDMOND KAPEDANI —

(Spitali klinik nr. 2 — Tirane)

Venat varikoze te gjymtyrëve te poshtme jane nje patologji e

shpeshate. Rreth 33.7% e grave dhe 31.5% e burrave, qe kane si prote-sion nje pune me gendrtme ne kembë vuanë nga kjo semundje (9). Rreth 20% e popullise vuan nga venat varikoze (4). Ne sherbimin ambulator ajo perben 12% te vizitave kirurgjikale (3). Per shkak te shpeshatesise se saj, qe kap moshat e arta per pune, per shkak te nder-likimeve disa here tepër te renda qe jep, kjo semundje futet ne grupin e semundjeve me rendeasi mjekesore-shogërore (3).

Te gjitha venat varikoze parësore mjekohen me operacion. Ky operation ndjek keto momente kryesore:

1) Heqja e vena saphena magna dhe / ose vena saphena parva.

2) Heqja ose shkatërrimi nen lekure i te gjithë zgjerimeve vari-koze ne gjymtyrë.

3) Lidhja apo shkatërrimi i venave lidhëse midis sistemit sipërta-gësor dhe te thelle, kur ato jane insuficiente.

Ne kirurgjine bashkëkohore ka nje mendim te njezshem mbi do-mosdoshtmerine e heqjes se vena saphena magna, si edhe te lidhjes dhe prerjes se venave qe derdhen ne pjesën pertundimtare te saj. (vena affluentes).

QËLLIMI I STUDIMIT

Qëllimi i ketij artikulli është qe te japë njohuri per menyren e derdhjes se venave affluente ne vena saphena magna, gka ka rendeasi te madhe praktike per operacionin, sepse moszbulimi i mire i tyre ben qe ato te harrohen pa u lidhur dhe pa u prerë. Kjo gjë, heret e vonë sjell ne menyre te pashmanqshme persërtitjen e semundjes. Der-dhja e ketyre venave ne vena saphena magna nuk behet gjithnje nje-lloj (4, 5, 6). Per kete arsye, është e domosdoshme njohja e topografise te fundit ne vena femoralis.

Kahimi nga pjesa përfundimtare me mur të hollë i *vena saphena magna* në *vena femoralis* me mur të trashë bëhet me një kënd të ngushtë. Kështu, ndryshimi i ngjyrës së murit të venës paraqitet në formën e një kordonit të bardhë, në formë ovale, që rrethom, duke e pushtuar, vend-takimin e të dy venave të përmendura më lart (5). Kjo është një zonë që kirurgu duhet ta dallojë mirë dhe gartë me anë të një preparimi të kujdesshëm të indëve që ndodhen rreth këtyre vendtakimi. Pikërisht rreth kësaj të ashtuquajturë «vijë e bardhë» duhet të vendoset lidhja ndarë-se midis *vena saphena magna* dhe *vena femoralis* dhe 0.5 cm larg saj duhet të bëhet prerja e *vena saphena magna*.

PËRFUNDIM

BIBLIOGRAFIA

1) Dodd H., Cockett F.: The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower

Limb. London, 1976.

2) Kachel TH., Seidel J., Wolf O.: Ursachen der Rezidiv-verikositas an der Unteren

Extremität. Zentralblatt für Chirurgie, 1985, 4, 249.

3) Kapedani E.: Mjekimi kirurgjikal i venave varikozë të gjymtyrëve të poshtme

me metodën e varicetomisë subkutane. Punime kirurgjikalë 1985, 7, 67.

4) Kappert A.: Diagnose und Therapie des Arterienler-, Venoser und Lymphatischer

Erkrankungen. Wien, 1981.

5) Malan E., Agrifoglio G.: Le Traitement chirurgical de l'insuffisance veineuse

periphérique. Né: Aspects importants de l'insuffisance veineuse chronique.

Paris, 1971.

6) Martev A. J., Dubanov J.P.: Podkozhnaja safenotomika pri varikoznoj boleznii ven

nizhnih konegnozej. Vestnik hirurcii, 1984, 5, 78.

7) Metrose D.G. and coll.: The Stripping of Varicose Veins: A Clinical Trial of

Intermittent Compression Dressing. Brit. J. of Surg. 1979, 66, 53.

8) Scognamiglio F.: La nostra esperienza nelle varici recidive della terapia chirur-

gica delle varici degli arti inferiori. Minerva chirurgica, 1977, 32, 87.

9) Wiedmer L.K.: Venerkerkrankungen bei 18000 Berufstätigen. Schweizer Medizini-

sche Wochenschrift, 1967, 97, 18.

Summary

ANATOMO-SURGICAL FINDINGS CONCERNING THE SITE OF ENTRY OF THE SAPHENA MAGNA VEIN INTO THE FEMORAL VEIN

The paper points out the necessity of a perfect knowledge of the anatomy of the site in which the *saphena magna* joins the femoral vein for any surgical intervention to be performed in that region. It describes the possible anatomic variations encountered of the veins tributary to the femoral vein.

MATERIALI DHE METODA

Materialet i studimit përbëhet nga 120 të sëmurë me *vena varikozë* parësore të gjymtyrëve të poshtme, të cilat janë operuar duke kryer

heqjen e *vena saphena magna* me stripër, të shqogëruar me varicetomi

subkutane. Në metodikën e punës sonë kemi pasur parasysh që, gjatë

operacionit të vëzhgojmë variacionet anatomike të sistemit venoz si-

partaqësor, si edhe të realizojmë heqjen e tërësisë së *vena saphena*

magna, që është një premisë bazë për mjekimin e kësaj sëmundjeje.

Këtë e kemi kryer nëpërmjet tri momenteve të mëposhtme:

1) Zbulimi dhe përgatitja e vendit ku *vena saphena magna* derdhet

në *vena femoralis*.

2) Zbulimi para *maleolus medialis* i pjesës fillëstare të *vena sa-*

pheua magna.

3) Futja e stripërit në *vena saphena magna*.

Momenti më kryesor është zbulimi dhe përgatitja e vendit ku

vena saphena magna derdhet në *vena femoralis*. Këtë e kemi realizuar

me një prerje 1 cm mbi *plica inguinalis*.

Duke u bazuar në studimin e këtyre 120 operacioneve, kemi vënë

re këtë shpeshësi të genies të venave derdhëse; *vena pudenda super-*

ficialis — 109 raste (99%), *vena epigastric superficialis* — 104 raste

(95%), *vena circumflexa ilium superficialis* — 95 raste (75%), *vena*

(40%). Pra, jo të pesë venat derdhëse janë përherë të pranishme në pje-

sen përfundimtare të *vena saphena magna*. Në 90% të rasteve ato der-

deshin në 3 centrimetrat e fundit të *vena saphena magna*. Dërdhja e

tyrë bëhet topografikisht jo gjithnjë njëjloj si në normë.

Në 80 të operuar, vendosja e tyre ishte si në normë, ndërsa 40 të

operuar të tjera paraqesin variacionet e mëposhtme të paraqitur në

figurë.

Vena saphena magna detrymishisht duhet të lidhet me vendtakimin

e saj me *vena femoralis* (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Lidhja e saj larg këtyre vendtakimi, krijon një cunq të *vena saphena*

magna, i cili bëhet një xhap i përshtatshëm për të formuar tromb.

Ky tromb rezikon të shkëputet dhe të japë tromboemboli, me gjithë pasojat

e saj serioze. Kur lidhja vendoset nën këtë vendtakimi safeno-femoral,

ajo detrymishisht sjell ngushtimin e *vena femoralis*, duke penguar rrjedhën

normale të gjakut në gjymtyrët e poshtme me gjithë pasojat e saj (3,5).

Nevoja për ta vendosur lidhjen pikërisht në vendin ku *vena sa-*

pheua magna bashkohet me *vena femoralis* na ka detryuar të vëzhgojmë

paraqitjen e këtyre vendtakimi. Kemi vërtetuar se genia e të ashtuquaj-

turës «vijë e bardhë» (5,8) është një vend i vlershëm orientues. Pjesa

përfundimtare e *vena saphena magna*, në një gjatësi 2 cm nga vendi ku

ndodhet valvula e saj e fundit deri në vendin ku ajo derdhet (1, 5, 8),

është e tensionuar dhe ka në ngjyrë si në blu. Kjo ngjyrë vjen nga tej-

dukshmëria e murit të venës, që në këtë vend është më i hollë se në qdo

pjesë tjetër të saj (4,5,8).

Në vendin ku *vena saphena magna* bashkohet me *vena femoralis*,

FIG. MANRYAT E DERDHJES SE VENAVE AFFIENTE NE U. S. M.

I - NORMA II VARIACIONET ANATOMIKE

V. F. = Vena femoralis, V. S. M. = Vena saphena magna.

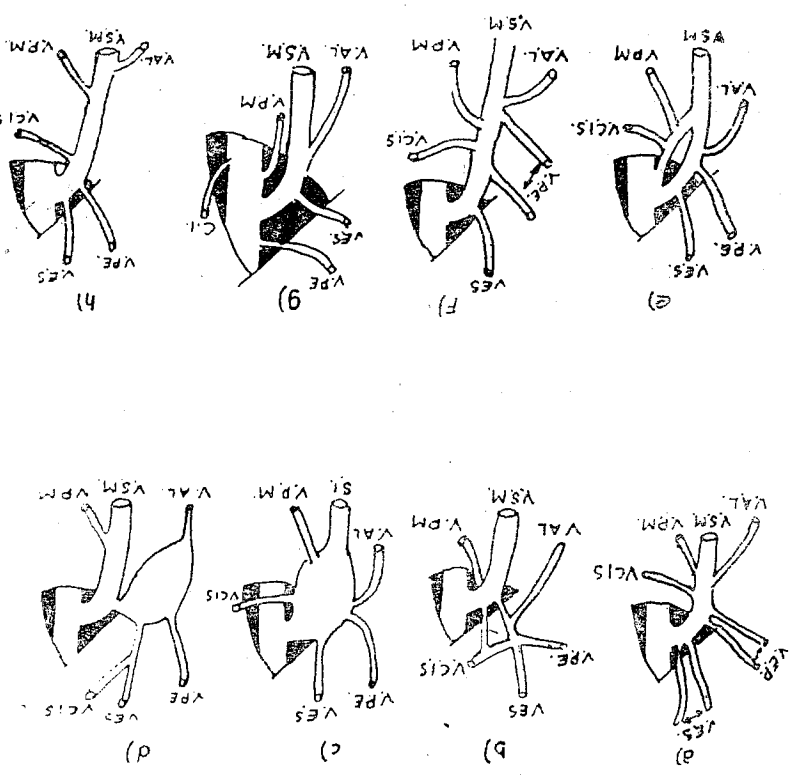
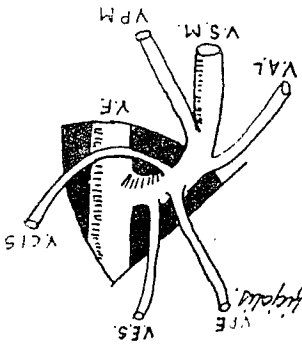
V. E. S. = Vena epigastrica superficialis.

V. P. E. = Vena pueraria externa.

V. C. I. S. = Vena circumflexa iliaca.

V. A. L. = Vena anteborbitalis.

V. P. M. = Vena portohemadialis.



The paper confirms the existence of the so-called «ligne blanche» in which the ligature separating the saphena magna should be applied. Both these moments are considered necessary to the prevention of relapses of varices in the vein.

Résumé

DONNEES ANATOMO-CHIRURGICALES CONCERNANT L'ENDROIT DE PENETRANCE DE LA VEINE SAPHENE INTERNE DANS LA FEMORALE

L'auteur met en évidence la nécessité de bien connaître la topographie de la région où la veine saphène interne pénètre dans la veine femorale en vue d'interventions possibles chirurgicales dans cette région. Il décrit les variétés anatomiques possibles de pénétration des veines tributaires dans la veine femorale. L'auteur confirme l'existence de la soi-disant «ligne blanche» où on doit poser la ligature qui sépare la saphène interne. Ces deux moments sont considérés comme nécessaires pour la prévention des récidives des varices.

DISA TE DHENA MBI MJEKIMIN, DIAGNOZEN DHE MJEKIMIN
E TUMOREVE MALINJE, TE GJUHES

— Doc. DHORI POJANI —

(Klinika e kirurgjise stomatologjike)

Sipas te dhënave statistikore te shumë autoreve (3,4), rreth 10-20% e gjithë tumoreve malinje u përkasin buzëve, gjuhës dhe mukozave të zgavres së gojës, kurse kanceri i gjuhës (1, 6, 8, 10) përben rreth 20% të te gjithë tumoreve malinje dhe 28-69% (3, 10) e te gjithë tumoreve të zgavres së gojës, duke zënë vendin e parë ne këtë zone, pas atyre të buzës.

Ne këtë punim, i vumë vetes për qëllim të japim disa të dhëna mbi tumoret e gjuhës, sidomos malinje, format klinike dhe sqarojmë disa nga shkaqet e gabimeve në diagnostikimin e formave fillëstare të kancerit të gjuhës, si edhe të japim përvojën tonë në trajtimin e kësaj patologjie.

Ne peritdhën që marrim në studim, 1971-gusht 1981, në klinikën tonë janë paraqitur 22 raste me tumore (karcinoma 20 raste dhe cili-ndroma 2 raste). Sipas të dhëna të literaturs, kanceri i gjuhës zhvillohet më shpesh në meshkuj sesa në femra (7:1) (2,6,9). Edhe në materialin tonë kemi 20 raste dhe 2 raste në gra (10:1). Nga të dhënat e materialit tonë, shpeshësinë e lartë të kancerit të gjuhës në burrat ne e shpjegojmë me abuzimin nga ana e tyre në pirjen e duhanit, të alkoolit, me kujdesin e pamjaftueshëm për higjienën e gojës, mosvlerësimin sa duhet të gjendjeve parakanceroze prej tyre etj. Këto përfundime përputhen me ato të shumë autoreve të tjerë (1,9).

Në literaturë (1,3,9,10), pranohet se lokalizimi më i shpeshë i kancerit të gjuhës është në pjesët anësore dhe në rrethjen e saj, që korrespondon me zonën e dhëmballëve dhe paradhëmballëve, dhe më rrare dhe zhvillohet në pjesën shpinore, majën dhe pjesët e tjera të saj. Sipas të dhënave tonë, në 15 raste (70%) tumori ish lokalizuar në anët e gjuhës, në 4 raste (15%) në rrethjen e gjuhës dhe bazën e saj dhe në 3 raste (13%) në sulksin nofullor-gjuhhor.

Shpeshësinë e lartë të kancerit të gjuhës në anët dhe buzën e gjuhës, ashtu si shumë autorë, edhe ne e shpjegojmë me ngacmimet e vazhdueshme që japin dhëmbët e prishur, rrethjet ose protezat. Sipas materialit tonë, rezultoni që në 10 raste kemi gjetur dhëmbë të prishur ose rrethjet (molare ose premolare), kurse në 7 raste proteza ose ura të vjetra e të papërshtatshme. Në 5 raste e tjera faktorit favorizues ngacmues nuk ishte përcaktuar. Por në 3 prej tyre, sig rezultoi nga ana-

meza dhe ekzamini, mungonte higjiena e mirë e gojës (kjo e fundit mungonte edhe në 17 rastet e tjera). Gjithashtu, shumica e tyre abuzo- nin në pirjen e duhanit. Lidhur me shpeshësinë e kancerit të gjuhës në varësi nga moshë, kemi këto të dhëna; nga moshë 31-40 vjeç — 2 raste, 41-50 vjeç — 5 raste, 51-60 vjeç — 6 raste dhe mbi moshën 60 vjeç — 9 raste. Nga të dhënat tona, rezulton se, ashtu siç pranohet nga autorë të tjerë (1,3,9), kanceri i gjuhës takohet më shpesh në moshat mbi 40 vjeç. Në materialin tonë, 20 raste ose 90% të kancerit të gjuhës i kemi në moshën mbi 40 vjeç.

Koha nga shfaqja e dëmtimit fillestar të kancerit të gjuhës deri në paraqitjen e të sëmurit të mjekës stomatolog ose i përgjithshëm lëviz nga 2 muaj deri në 1 vit për 16 rastet tona me karcinomë. Dy rastet me cili- ndronjë janë paraqitur të mjekës ose tek ne me shumë vonësë.

Nga të dhënat e anamnezës, del se paraqitja me vonësë ka ardhur për këto arsye: së pari, nga ana e mjekut nuk është menduar se kemi të bëjmë me gjendje parakanceroze ose kancer të gjuhës, por është bërë mjekim me antibiotikë ose mjekime të tjera, madje në një rast me numër kartele 592, datë 20.1.1981 është bërë ndërhyrje për sialoadenit dhe është dërguar te ne pas një viti me neuralgji të notullës. Së dyti, në disa nga rastet tona janë zhvilluar tumore pa simptoma ose turbullime lokale e të përgjithshme, të lehta e të ngadalshme, që pak i kanë shqetësuar të sëmu- ret. Këta nuk e kanë vlerësuar si duhet sëmundjen dhe janë paraqitur dhe kur tumori kishte marrë përmasa të konsiderushme.

Të tërheq vëmendjen fakti se, nga të dhënat e anamnezës, rezulton që sëmundja në 16 raste (73%) ka filluar si ulcër e vogël ose si plagë dekubitale në anët e gjuhës në sulkusin notullorë-gjuhor. Në 6 raste (27%), procesi neoplazik ka filluar si një një ose infiltrat me ntrashje të gjuhës pa dhembje. Brenda disa muajve (2-4 muaj) kjo njëje është ulcëruar, duke marrë formën e kraterit me përmasa të konsiderueshme. Këto të dhëna përforcojnë atë që thuhet në literaturën se kanceri i gjuhës fillon si parakanceroze (1,2,3,11).

Sipas të dhënave të literaturës (4) dhe të klinikës sonë kanceri i gjuhës ka një zhvillim shumë më të shpejtë se kanceri i buzës dhe mu- materialit tonë, del se në 15 raste (70%) zhvillimi i tumorit është bërë shumë shpejt, duke kaluar nga gjuha në dyshëmene e gojës e ana- sjelltas.

Klinikiisht 15 të sëmurët, kur janë paraqitur pranë klinikës sonë, kanë pasur këto ankessa subjektive; shumica ka pasur dhembje të forta në gjuhë e me përhapjen në dhembje, notullë, dyshëmene e gojës dhe aurikulo-temporale, hemorragji të pakta të vetvetishme ose gjatë marr- jes së ushqimit, njëje të shijës, veshtrësi në marrjen dhe gëlltitjen e ushq- mit, kutizim dhe zmadhim të gjuhës. Në 7 rastet dhembjet në gjuhë kanë gene të lehta, me djegie dhe kruarje të saj. Objektivisht vëmë re ulcëre me përmasa të ndryshme, me ntrashje e zmadhim të gjuhës, në prekje, me pritje për hemorragji dhe ertë të keqe nga goja (*fetor ex oris*). Gje- ndja e përgjithshme ka gene e mirë, vetëm në dy raste ajo ka gene e mesme me temperaturë të lartë, pasi karcinomën e shogëronte infek-



Foto 1



Foto 2

sioni dytësor. Pasi këta të sëmurë u trajtuan me antibiotikë, gjendja e përgjithshme u përmirësua brenda 10 ditëve.

Sipas stadii klinik të kancerit të gjuhës, të sëmurët tek ne janë paraqitur në këtë mënyrë: në stadin I — 5 të sëmurë, në stadin II — 6, në stadin III — 8 dhe në stadin IV — 3 të sëmurë. Për gjysma e të së- murve janë paraqitur në stadin III dhe IV, kur dihet se mjekimi murrëve janë paraqitur në stadin III dhe IV, kur dihet se mjekimi është i veshtrë nga përhapja e madhe e sëmundjes dhe metastazat zonale ose në distancë.

Sipas të dhënave histopatologjike, vëmë re se më tepër është ta- kuar forma shpinogelitore e diferencuar mirë e birtëzuar në 16 raste (82%). Kjo e dhënë përkon edhe me të dhënat e autorëve të tjerë. Këto forma i kanë gjetur nga 90-95% (3,5,9).

Si në tumoret e tjerë të regjionit maksilo-facial, edhe në tumoret malinjë të gjuhës metastazat përhapen me rrugë limfatike (3,4,9). Shka-

ku i metastazave të hershme e të përhapura shpërgjohet me faktin se gjuha është organ me rritje të shumtë të pasur enësh limfatike dhe gjaku dhe me lëvizshmëri të saj të madhe (9). Formimi i metastazave varet kryesisht nga stadi i kancerit, por kjo nuk duhet absolutizuar, sepse edhe në stadin e parë e të dytë mund të zhvillohen metastaza në afërsi, ashtu siç ndodh në kancerin e buzës (9). Ato zhvillohen kryesisht në gjëndrrat limfatike nën notull, anash gatës sipërfaqësore dhe të thella, retroartikulare, mjekrës, përreth fytit e sipër klavikules. Rrallë mund të metastazojnë në organet e tjera. Në kemi pasur një rast me metastazë të mushkëri dhe në gjëndrrat nën notullën e poshtme të njëanshme dhe të dyanshme — 10 raste (45,4%) të vërtetuar me ekzaminimin histopatologjik; në 5 raste metastazat janë zhvilluar më vonë, megjithëse në paraqitjen e parë ato ishin të paprekshme. Nga 10 raste me metastaza, pesë prej tyre kanë gënë me metastaza të shumta (nënnotull, anash gatës, mbi klavikul etj.).

Në disa raste kanceri i gjuhës dhe i dyshemessë së gojës shqetësohet edhe me dukuri inflamatore, të cilat japin ndryshime në kuadrin e gjakut, gjë që kemi vënë re edhe në rastet tona dhe mund të bëhen shkak për formimin e linoadenitave reaktive, prandaj çdo acarim i gjëndrrave limfatike regjionale nuk duhet të merret si metastazë. Pas heqjes së tyre dhe ekzaminimit biptik, rezultoi se ato ishin me limfoadenite reaktive jomestastike.

Edhe për klasifikimin e kancerit të gjuhës, përvëç ndarjes së tij në katër stade, duhet të përdoret gjëresisht sistemi T.N.M., i propozuar nga komiteti ndërkombëtar për studimin e klasifikimin klinik të tumoreve gjyha në vitin 1969, gjë që keshillojnë dhe shumë autorë të tjerë (4, 5).

Në bazë të sistemit T.N.M.T-ja përtfaqëson tumurin parësor, N (nodul-lab) gjëndrrat limfatike dhe M metastazat e largëta, T₁ — tumori me diametër deri 2 cm sipërfaqësor pa infiltrim në meshkuj, T₂ — tumori me diametër rreth 2 cm, por me zhvillim në mushkulaturën e gjuhës, T₃ — tumori mbi 2 cm dhe zhvillim në thellësi të gjuhës, N — pa limfonodula të prekura, N₁ — limfonodula që preken të njëanshme dhe të levizshme të dyshemessë pa metastaza, N₂ — limfonodula të dyanshme me metastaza të levizshme, N₃ — limfonodula të prekshme të fiksuara të njëanshme ose të dyanshme, M — pa metastaza në distancë, M₁ — me metastaza në distancë.

Me anë të këtij klasifikimi, tregohen përmasat e tumorit, gjëndja e limfonodulave regjionale dhe nëse ka metastaza ose jo në organet e tjera në distancë. Në këtë mënyrë, tërhiqet vëmendja për një ekzaminim të plotë të të sëmurit dhe nga mjeku i specialist.

Nga 11 raste të operuar në stadin I të II, kemi ndjekur 8 raste. 6 prej tyre janë operuar para 2-3 vjetëve dhe janë mirë, nuk kanë rishfaqje dhe metastaza. Për 11 rastet e tjera që kanë gënë në stadin II dhe IV, rezultatet nuk kanë gënë të mira. Në vatrën parësore, në 5 raste nuk ka pasur rishfaqje por të sëmurët kanë pasur metastaza. Ato janë rrezatuar (pasi u është bërë heqja e gjëndrrave). Rezultatet nuk kanë gënë të kënaqshme. Në 6 rastet e tjera tumori ka gënë shumë i përhapur dhe nuk është bërë ndërhyrje. Në 3 prej tyre është bërë rrezatimi.

Ndërhyrjen kirurgjikale për heqjen e tumorit e kemi bërë në këtë

mënyrë: kur tumori ka gënë i lokalizuar në gjysmën e përparme dhe në mesin e gjuhës, heqja është bërë duke tërhequr gjuhën me ligaturë dhe me prerjen e masës neoplaztike në kufi të shëndosha 1 cm larg tumorit, gjithmjet në pjesë të shëndosha. Heqja e masës (preja) është bërë në formë pyke. Kur tumori ka gënë i lokalizuar në rrethjen e gjuhës ose nën të, kemi përdorur këtë teknikë operatorë.

Për të pasur një fushë me pamje sa më të mirë për heqjen e tumorit, kemi bërë heqjen transversale në fagen nga këndi i gojës deri tek muskulli masester. Mandej heqja e masës neoplaztike është bërë në formë pyke. Në një rast me gënë se tumori ishte shumë i përhapur është ndërhyrë me rrugë nënnotullore duke bërë thyerje të notullës së poshtme në regjionin e molarëve.

Ashtu siç rekomandohet edhe nga autorë të tjerë, në 7 raste operacioni për heqjen e tumorit e kemi bërë pasi lidhjes së arteries karotide të jashtme. Kjo ka ndihmuar për të pasur një fushë operatorë me he-morragji më të pakët dhe pamje më të mirë. Heqja e metastazave është bërë në të njëjtën etapë së bashku me heqjen e vatrës parësore e tjera heqja është bërë lidhja e arteries karotide të jashtme. Për rastet e tjera heqja është bërë më vonë, pas 3-4 javëve, kur në kemi gënë të bindur për metastaza. Për ato që kanë gënë të dyshemessë, të sëmurët janë mbajtur nën kontrollin e mjekut për të parë ndryshimet në gjëndrrat regjionale të dyshemessë.

Të gjitha rastet e operuara pas 2-3 javësh nga dita e operacionit janë konsultuar me onkologun, radioterapeutin dhe sipas porosisë të tyre të sëmurëve u është zbatuar kobalt ose radioterapi.

PËRFUNDIME:

1) Për diagnostikimin e hershëm të tumoreve malinje të gjuhës dhe dyshemessë së gojës dhe mjekimin në kohë të bëhet menjëherë ekzaminimi histopatologjik ose, në të kundërtën, të dërgohet sa më parë i sëmurit tek kirurgu stomatolog.

2) Të shmanget përdorimi i antibiotikëve pa kriter ose i mjekimeve të tjera kur nuk është përcaktuar ende diagnoza dhe kur mungojnë të dhënat klinike për proces inflamator.

3) Kanceri i gjuhës dhe i dyshemessë së gojës është një sëmundje e shtrueshme kur ajo diagnostikohet në kohë, pa dhënë metastaza të afërta ose të largëta dhe kur mjekimi bëhet kompleks në bashkëpunim të ngushtë midis kirurgut stomatolog dhe onkologut radioterapeut.

4) Mjekimi i kancerit duhet bërë që në stadin I dhe II me trajtim kirurgjikale të shogëruar me Ro-terapi dhe heqje të gjëndrrave metastastike të dyshemessë.

Dorëzuar në redaksi më 9.7.1984.

PERVOJA E JONE NE TRAJTIMIN E 80 RASTEVE ME THYERJE NE REGIONIN MAKSILO-FACIAL

— TAHIR DURO —

(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ushtare)

Problemi i thyerjeve maksilo-faciale, megjithëse është i njohur prej kohësh, mbetet sot një problem i rëndësishëm i kirurgjisë maksilo-faciale si në drejtim të patogjenezës, ashtu edhe në atë të trajtimit të tyre.

Në materialin tonë bëhet analiza e 80 rasteve të thyerjeve maksilo-faciale të trajtuara në repartin e stomatologjisë të IKMU-së në vitet 1970-1982. Të ndara sipas viteve, shpeshësinë më të madhe e përbejnë ato të viteve 1976-1980 me 41 raste ose 51.250/0. Pas tyre vijnë ato të viteve 1970-1975 me 22 raste ose me 27.50/0, ndërsa 17 raste ose 21.250/0 u takojnë viteve 1981-1982.

Në varësi nga seksi, rastet ndahen në 79 meshkuj dhe 1 femër, ndërsa sipas moshës shpeshësinë më të madhe e paraqesin ato të moshës nga 16-21 vjeç me 36 raste. Pas tyre vijnë ata të moshës 22-26 vjeç me 34 raste, ndërsa në moshat e tjera ka gjithsej 10 raste. Lidhur me profesionin, për vetë natyrën e institutit tonë, 56 raste u takojnë me ushtarëve me 70/0, 16 punëtorëve me 20/0 dhe 8 kuadrove me 10/0. Shkaku i thyerjes në 49 raste (61.250/0) kanë qenë goditje të drejtpërdrejta në regjionin maksilo-facial, në 14 raste (17.500/0) kanë qenë rrejtë si pasojë e rrezimeve nga lartësia, 11 raste (13.750/0) kanë qenë aksidentente rrugore, 5 raste (6.250/0) aksidentente sportive dhe 1 rast (1.450/0) dëmtime me armë zjarri.

Lidhur me lokalizimin e vijave të thyerjes në notullën e sipërme, paraqiten 22 dëmtime që ndahen: në procesin alveolar 8 raste (360/0), në trupin e maksilës (Lëtor I) 3 raste (13.640/0), në kockën xikomatike 8 raste (36.360/0), në kockën itraorbitale 1 rast (4.540/0), në kockën nazale 2 raste (9.100/0). Kurse në notullën e poshtme kanë qenë 58 dëmtime, të ndara si më poshtë: në procesin alveolar 2 raste (3.440/0), në regjionin medial 3 raste (3.180/0), në regjionin paramedial 12 raste (20.680/0), në trupin e mandibulës 9 raste (15.500/0), në këndin e mandibulës 28 raste (48.300/0), në degën ngjësë 1 rast (1.720/0) dhe në procesion artikular 3 raste (5.180/0). Thyerjet lineare pa copëzime kanë (150/0) dhe një rast (1.250/0) ka qenë me copëzime të shumta.

Sipas rëndësës së dëmtimit, thyerjet i kemi pasur të hapura dhe të mbyllura. Lidhur me këtë, shpeshësi më të madhe paraqesin thyerjet e mbyllura me 44 raste (550/0), ndërsa thyerjet të hapura kemi pasur 36 raste (450/0). Dëmtimet e indeve të buta kanë qenë të larmishme.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Argunova I.P.: Rak organov polosti rta. Stomat. 1962, 1, 89.
- 2) Barsheva I.D. e bp.: Zlokalgestvennie krasnogo ploskogo lishaja slizostoj obo-logki rta. Stomat. 1974, 3, 80.
- 3) Bernadski I.: Osnovi hirurzijskoj stomatolog. Kiev, 1970, 405.
- 4) Giordino C., Jonta G.: Il carcinoma della lingua. Minerva stomatologica. 1978, 4, 261.
- 5) Gjini S.: Disa konsiderata të përgjithshme mbi klinikën dhe mjekimin e kancerit të buzës. Buletini i UT-Seria shkenca mjekësore 1981, 1, 93.
- 6) Ivashenko A.I.: Spravochnik po stomatologii. Moskva, 1966, 96.
- 7) Kasapi I.: Të dhëna klinike e mjekimi i adenopative metastatike në tumoret malinje të regjionit të gojës, notullave dhe fytyrës. Buletini i UT-Seria shken-cat mjekësore, 1982, 1, 87.
- 8) Pages A.I.: Voprosi prepodavanija onkologii geljustno licevoj pliasii v medicinskij institut stomat. Tirane, 1971, 5, 74.
- 9) Rroku C.: Morfologjia patologjike. Tirane, 1975, 361.
- 10) Stepanov V.M.: Nagalnie formi raka jazika i oshpiubki diagnostik stomat. 1981, 4, 45.
- 11) Vasokovskaja e bp.: Razvitie raka na ogagah krasnogo ploskogo lishaja slizostoj obo-logki polosti rta i krasnoj gub. Stomat. 1981, 3, 4.

Summary

SOME DATA ON THE CLINICAL PICTURE, THE DIAGNOSIS AND THE TREATMENT OF MALIGNANT TUMOURS OF THE TONGUE

Some problems regarding the tumours of the tongue are discussed particularly the malignant tumours, their presumed causes, their clinical forms, their evolution, the errors made in their diagnosis. The discussion is illustrated with the author's experience in the treatment of 23 cases during the period between 1971 and 1981.

QUELQUES DONNEES CLINIQUES, DE DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES DE LA LANGUE

Résumé

L'auteur discute quelques problèmes concernant les tumeurs de la langue, particulièrement les tumeurs malignes, leur causes, leur formes cliniques, l'évolution, les erreurs faites dans leur diagnostic. La discussion est illustrée par l'expérience de l'auteur dans le traitement de 23 cas pendant les années de 1971 à 1981.

DISKUTIM

Në sajë të shtrirjes së ndihmës së specializuar në të gjithë vendin kor e të specializuar, prandaj edhe raste të Institutin tonë nuk janë thyerje maksillo-faciale të lëna pas. Në shumicën e tyre, ato janë thyerje të freskëta të ardhura brenda 6 orëve dhe me ndihmën e parë. Kjo ka bërë që edhe trajtimi i tyre të jetë pa ndërlikime. Duhet theksuar se si në kohë pagëje, edhe kohë lufte koha e dhënies së ndihmës së parë është e rëndësishme për ecurinë e thyerjeve maksillo-faciale, sidomos ato të tanishmë, ndër shkaqet e thyerjeve maksillo-faciale, sidomos ato të mandibulës, goditjes zënë vendin e parë. Ndërsa në vendet e tjera (5) përqindjen më të madhe të demtimitve e përbejnë aksidentet rrugore. Pozitive është se, për kontingjentin tonë të ri, thyerjet nga sportet janë të pakta. Kjo për vetë kujdesin që tregohet. Thyerjet në regjionin maksillo-facial në materialin tonë dalin 1 me 2,6 për mandibulën. Një autor (1,2) i ka pasur 1 : 6 për mandibulën, të tjerë (5) i kanë pasur 1,3 për mandibulën. Ky raport shpjegohet me faktin se mandibula është më e pre-dispozuar që t'u nënshtrohet shkaqeve etiologjike të thyerjeve dhe se kjo kockë jo vetëm që zë sipërfaqe të madhe në fytyrë, por është edhe pjesa më e ekspozuar e saj.

Kanë interes thyerjet në regjionin e artikulationit tempo-mandibular, të cilat vite më parë, jo vetëm tek ne, por edhe në vende të tjera, shkaktonin alkilozat traumatikë që invalidizojnë të demtuarin. Për këtë, trajtimi fillëtar i thyerjeve të këtij regjioni kërkon trajtim terapeutik dhe kirurgjikal të drejtë dhe në kohë me anë të perjes së zones së demtuar dhe plastikës së saj. Demtimet e indeve të buta në thyerjet maksillo-faciale kanë specifikën e tyre në përpunimin kirurgjikal, prandaj në kemi ndjekur me rreptësi moshqejnë e pjesëve të demtuara, ruajtjen e pjesëve kockore që lidhen me pertostin, ruajtjen e pjesëve të demtuara të formacioneve neurofazale dhe kanaleve të nxjerrjes së peshlymës gjatë suturemit, ruajtjen e masivitetit muskular të regjioneve maksillo-faciale, të cilat kanë rëndësi për të mos prishur tërësinë anatomike të tij. Në thyerjet tërësore të proceseve alveolare dhe të dhëmbëve, i kemi hequr proceset e demtuara dhe dhëmbët që kanë qenë në vijën e thyerjes. Në të gjitha raste e demtimet të ndërthurura kockore dhe indeve të buta, pavarësisht nga rrjeti i gjërë vaskular i regjionit maksillo-facial, kemi përdorur mjekimin me antibiotikë, vitaminoterapi dhe zëvendësuesit e gjakut. Ka rëndësi të theksohet se nuk duhet pritur sa të sigurohet ndihma e specializuar, e cila, në kushte të veganta, mund të jepet më vonë, në kohën kur të jetë shman-gur rreziku për jetën e të sëmurit.

E dhe në kohë pagëje, por, me shumë akoma, në kohë lufte thyerjet maksillo-faciale nuk mund të hasen të vetme dhe pa ndërlikime të gjë-najës së përgjithshme të organizimit. Ato mund të jenë përberëse të traumazimit të përgjithshëm, duke u shogëruar me demtimit të thella të trurit, si komuzion, komocioni e deri tek hemorrhagjite e ja-shtme apo të brendshme vdekjeprurëse. Në këto raste, përplekjet e para synojnë shpëtimin nga rreziku imediat. Në to hyjnë edhe ndih-

Me gjendje të përgjithshme të rëndë kanë qenë 9 raste (11.25%); 6 kanë qenë me *comotio cerebri*, 1 me *comotio cerebri* dhe 3 raste me larmishme. Edema, prishje e kontiguracioneve, devijim copëzimesh, lëvizja e tyre u konstatuan në të gjitha raste gjatë ispektimit dhe palpimit ekstra-dhe intraoral. Në 62 raste (77.5%) u vërejt prishje e funksionit, ndër to 54 raste (67.5%) kanë pasur prishje të okluzionit të funksionit, 36 raste 45% kanë pasur hemorrhagji intra — dhe ekstraorale me ekimozë dhe edema. Simptoma e dhimbjes në të gjitha raset ka qenë me intensitet të ndryshëm. Në ekzamainmo radiologjik të bërë aty për aty në projeksione standarde dhe ndihmëse, është vënë re vija e thyerjes në të gjitha raste, duke dhënë vijën lineare në 67 raste (83.75%), me zhvendosje anësore dhe zgjatësore 32 raste (40%), me dy vija thyerjeje 12 raste (15%) dhe një rast (1.45%) me shumë co-pëzime.

Ndihma e parë tek të demtuarit tanë është dhënë në arkaden dentare në 68 raste (85%). Në indet e buta — 32 raste (40%). Lidhur me trajtimin përfundimtar, i cili është bërë pas marrjes së ndihmës së parë në kondita spitalore dhe sipas indikacionit për secilin rast, kemi parapëlqyer imobilizimin elastik mbimaksilar dhe ekstraror në 68 raste (85%); në 7 raste (8.75%) kemi përdorur osteosintezën metalike (tel-geliku të paokudueshëm 0.4 mm) dhe në 5 raste (6.25%) imobilizimi është bërë vetëm në arkadën e dhëmbëve të nofulës së demtuar pa fiksim intermaksilar. Raset janë vëzhguar çdo ditë, duke bërë mjeki-min e plagëve dhe 3-4 herë në ditë pastrimin e zgarvës së gojës me hidral kloral dhe esencë mente. Fiksimi elastik është ndjekur duke ndërruar unazat elastike të vendosura në harget e arkadave të dhë-mbëve deri sa është marrë okluzioni i rregullt midis dhëmbëve të kundërt. Në 9 raste me gjendje të përgjithshme të rëndë dhe ndërlikime kundërt me puls dhe tension në shtrirë e normale, i është dhënë për një kohë ndihma përkatëse për kontuzionin dhe komocionin cerebral. Pas daljes nga këto gjendje, të demtuarit i është bërë trajtimi përfundimtar i thyerjes në maksilë e mandibul.

Në ndërlikimet e hasura, përmendim hemorrhagjinë në 36 raste (45%) si rezultat i demtimitve indore lokale dhe vazave fundore, të cilat janë zotëruar me tamponatë dhe përpunim të plagës. Nuk kemi pasur raste të asfiksive apo të infeksionit ostemielitik; kjo edhe për mjekimin me gamen e gjërë të antibiotikëve, vitaminoterapinë dhe zë-vendësuesit e gjakut dhe raste të veganta të dhënies të gjakut. Në demtuarit janë ndjekur me radiografi mesatarisht çdo 20 ditë edhe pas daljes nga spitali. Kallusit kockor është krijuar mesatarisht pas 25 ditë-ve. Ditëqëndrimi mesatar i këtyrë të demtuarve ka qenë 25 ditë dhe ditët e pushimit mesatarisht 30 ditë.

ma kirurgjikale stomatologjike, pas së cilës jepet ndihma e specializuar për regjionin e dëmtuar.

Më poshtë po përshkruajmë një rast dëmtimi në regjionin maksillo-facial.

Pacienti A.X.H., 20 vjeç, me numër kartele 7056, u shtrua në kliniken tone më 11.9.1978 me diagnozën traumatizim i maksilës, i kockave të hundës, dëmtim i indeve të buta në buzë, në hundë, regjionin bukal, si edhe të indeve të buta të buzës së poshtme dhe të mandibulës në regjionin paramedian dhe angulës mendibulare të majtë. Në maksille dhe mandibular, pati dëmtim të proceseve alveolare në regjionet mandiane, si edhe të incizive të këtyre regjioneve. Shkaku i këtij dëmtimi të gjërë qe goditja gjatë punës në të gjithë regjionin e përshkruar nga një gur masiv i ardhur nga një lartësi rreth 1 m e gjysmë. I dëmtuari u paraqit me gjendje kome, atij i qe dhënë ndihma e parë për ndalimin e hemorragjisë dhe mbrojtjen nga asfiksia. Megjithatë këtu ne siguruan përshkruashmërinë e rrugëve të trymëmarrjes, hemostazën dhe rivendosëm voluminë normale, përcaktuam diagnozën e dëmtimeve. Megjë gjendja po vëstitrësohet, iu bë trakeotomia. Kur i dëmtuari iu nga gjendja komatoze, para se të fillohej operacioni i repomimit, iu bë përpunimi i kockave të hundës, të cilat genë të copëzuar; por të pashkëputura nga perioستي. Fillimisht në të dyja vrimat e hundës u vendosën dy tuba gome me trashësinë e vrimave të hundës, të mbuvendosën nga gaz të ljer me pomadë klorofenikol. Pas kësaj, u vendosën kockat në atërsi me normën, u qepën indet e buta mbi hundë, rreth hundës e buzës, mbi hundën u vendos garzë me klorofenikol dhe sipër saj stencë e zbutur, e cila, gjatë forcimit, mban kockat në pozicionin e vënë. Fiksimi i tij u bë me leukoplast. Në regjionin paramedian të mandibulës, pas krifimit të lambos mukoprostale, u bë osteosinteza nga ana e majtë, me tel geliku të paksidueshëm 0.4 mm. Pas heqjes së copëzimeve të procesit alveolar dhe të dhëmbëve në vijën e thyerjes, u qepën shtrësat e mukozave mbi proceset alveolare të dëmtuara, u vendosën harqet në të dy notullat dhe u bënë fiksimi elastik dhe fiksimi ekstraoral. Në fillim, të dëmtuari iu bë një serum antitetanik, iu mi ekstrorral. Në fillim, të dëmtuari iu bë një serum antitetanik, iu dha gjak izogrup dhe zëvendësuesit e tij dhe u trajtua me antibiotikë e vitamoterapi. Ndërlëkimet, si edema, ekimozat rreth syve dhe dhimbjet, filluan të zotërohen dhe pas 35 ditëve iu bë gratia e kontrollit, në të cilën u vu re formimi i kallusit. Pacienti doli i shëruar me 45 ditë pushim.

Krahas trajtimit klasik maksillo-facial me imobilizimin e harxheve në njërën ose në të dy notullat, sot përdoret gjërësisht edhe osteo-sinteza metalike, e cila krijon disa avantazhe si për të sëmurtin, ashtu edhe për mjekun. Përvoja jonë në këtë drejtim ka qenë e pakët. Për arrihen do të jenë subjekt i një komunikimi të mëvonshëm. Megjithatë bindja jonë është se trajtimi i këtyre thyerjeve me osteosinteze meta-like është një trajtim i kohës, racional dhe me efektshmëri të plotë.

PERFUNDIME

1) Në materialin tonë, shkaku kryesor i thyerjeve ka qenë goditja e drejtpërdrejtë në regjionin maksillo-facial (61.25%). Thyerjet më të shumta janë konstatuar në mandibul dhe, në të, më shumë në këndin e mandibulës (48.30%).

2) Shumica e të aksidentuarve janë paraqitur pas dhënies së ndihmës së parë mjekësore në një kohë të shkurtër, gjë që ka bërë që repomimi të jetë më i lehtë në marrjen e formës anatomofiziolgjike si dhe ditë-gëndrimet në spital dhe paartësia e përkohëshme të jenë më të shkur-tëra. Paraqitja në kohë për ndihmë të specializuar, si edhe shkaku i aksidentimit ka bërë që të mos kemi ndërlikime të hershme apo të vonshme.

3) Praktika jonë tregon se fiksimi intermaksilar elastik në thyerjet e freskëta, dhe të thjeshta jep rezultatet të mira. Në rastet më të ndër-likuara, si në ato me plagë të shaktuara me armë zjarri dhe në thyerjet me shumë copëzime, trajtimi duhet të jetë kompleks dhe bllokimi intermaksilar në përshtatje me metodat e kohës.

Dorëzuar në redaksi më 8.1.1985.

DENTIME TE INDEVE TE BUTA

14	ÇARIE TE BUZES
13	DENTIME EKSTRA ORALE TE INDEVE TE BUTA.
27	DENTIM ALVEOLAR
13	DENTIME ORGANIVE FOJNUE
13	DENTIMS TE NERVAVE E VREAVE
35	DENTIM / MUKOZES
28	DENTIM / SHENGEVE

LLOJI I AKSIDENTIT

49	61.25	14	17.58	11	13.75	5	6.25	1	1.25	80	100
	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
GODITJE		REZIM NGA LARTESI		AKSIDE RRUQOR		AKSIDE SPORTIVE		DENTIM ARME ZJARRI		Shuma	
DIREKTE		LARTESI		RRUQOR		SPORTIVE		ARME ZJARRI		Shuma	

Načelnik zdravstvenega zavoda

NR	%	NR	%	NR	%	NR	%
36	45	34	42.5	40	42.5	80	100
K-21		22-26		26		SHUMA	
		E LART					

Načelnik zdravstvenega zavoda

USHTAR	PMETOR	KABRO	SHUMA
NR	%	NR	%
56	70	40	80
NR	%	NR	%
100	100	100	100

Shpërndarja sipas vikave e frakturave

SHUMA		1981-82		1976-80		1970-75	
NR	%	NR	%	NR	%	NR	%
22	27.5	41	51.25	47	21.25	79	98.75
NR	%	NR	%	NR	%	NR	%
1	1.25	1	1.25	1	1.25	1	1.25

BIBLIOGRAFIA

- 1) Asilani XH.: Frakturat e notullave të shkaktuara aksidentalisht ose me armë mjekësore, 1961, 1, 25.
- 2) Asilani XH.: Frakturat e notullave të shkaktuara aksidentalisht ose me armë zjarri. Frakturat e notullave, Tiranë, 1965, 5.
- 3) Duro T.: Kirurgjia fushore maksillo-faciale, Tiranë, 1969, 257.
- 4) Duro T.: Trajtimi i demtimëve maksillo-faciale me armë zjarri. Sesion shkencor në IKMU, 1978, 4.
- 5) Halftner M.: Untersuchungen über Gesichtssche del Frakturen under Besonderer derer Berücksichtigung der Infektiosen Komplikationen bei Konservativer und Operativer. Hamburg, 1974, 58.
- 6) Hesse J.: Die Frakturen des Gesichtsskelettes. Hamburg, 1970, 50.
- 7) Halftner M.: Untersuchungen über Gesichtssche del Frakturen under Besonderer Berücksichtigung der Infektiosen Komplikationen bei Konservativer und Operativer. Hamburg, 1974, 58.
- 8) Guan H.E.: Geteroosteostez nzhne] geljusti. Eksperimentaljno-klinigeskoe issledovanie, 1968, 1, 106.

Përvoja jonë në trajtimin e 80 rasteve me thyerje në regionin maksillo-facial. 123

- 8) Paul Natvig and coll.: Facial Bone Fractures. Ne Plastic Surgery. New York, 1973, 263.
- 9) Portman M.: Nez et face. Paris 1983, XV, 437.
- 10) Schwenger N.: Zur Osteosynthese bei Frakturen des Gesichtsskelettes. Stuttgart, 1967, 104.
- 11) Vogel Ch.: Osteosynthese und Infektion. Hamburg, 1975, 69.

Summary

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF 80 CASES OF FRACTURES IN THE MAXILLOFACIAL REGION

A clinical study was carried out in 80 cases of maxillofacial fractures. The most frequent cause of these fractures was shock and the most frequent site was the angle of the mandibula, in 61.25% and 48.30% respectively. The delay os receiving first aid is important to the result of the treatment. The methods of treatment used were immobilization in simple fractures and osteosynthesis in complex fractures.

Résumé

NOTRE EXPERIENCE AU TRAITEMENT DE 80 CAS AVEC DES FRACTURES A LA REGION MAXILLO-FACIALE

L'auteur a étudié 80 cas avec des fractures maxillo-faciales et représente son expérience au traitement de ces cas. Selon l'auteur, les principales causes de ces fractures ont été les coups chez 61,25 des cas; la mandibule a été accidentée chez 48,30% des cas.

L'auteur donne la priorité chez ces malades la première aide et comme méthode du traitement il a appliqué pour les fractures simples l'immobilisation élastique, alors que dans les fractures compliquées, il a appliqué l'ostéosynthèse.

HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

DERMATOZAT PROFESIONALE TE PUNËTORET E NDERTIMIT
TE NDERMARRJES «21 DHJETORI» GJATE VITEVE 1973-1983

— VIOLETA GJINO —

(Klinika e dermatologjisë e Spitalit nr. 1 — Tiranë)

Zhvillimi i vrullshëm i industrisë dhe përdorimi i lëndëve të shumta kimike ka bërë që të shtohen sëmundjet profesionale të lekurës, që kanë lidhje me faktorët e mjedisit. Edhe industria e ndërtimit ka marrë një vrull të madh. Për rrjedhojë, janë vënë re dëmtime profesionale të lekurës në formën e dermatitit dhe ekzemes profesionale.

Sëmundjet profesionale të lekurës përbejnë një problem të rëndësishëm shogëror, sepse ato zënë rreth 50% të të gjithë patologjisë profesionale. Në vetë grupin e sëmundjeve profesionale të lekurës vendin kryesor e zënë dëmtimet profesionale të lekurës te punëtorët e ndërtimit, me rreth 45% të tyre (7,12).

Te këta punëtorë, dermatozat profesionale bëhen shkak paartësie dhe, në qoftë se nuk merren masa mjekuese dhe parandaluese, gojnë deri në invaliditet, prandaj studimi i tyre merr një rëndësi të veçantë.

Te punëtorët e ndërtimit, dermatozat profesionale vijnë si rrjedhojë e kontaktit të gjatë e të vazhdueshëm të lekurës me lëndët kimike që përmban materialin e ndërtimit, kryesisht me kripërat e kromit, kobaltit dhe nikellit dhe e sensibilizimit të organizmit nga ato. Në themel të këtij sensibilizimi qëndron reaksioni antigjen-antitrop (2,3,5,6,7,8,9,12).

Sipas të dhënave spektrografike, përmbajtja e kromit në gimento është 800 µg/2, nikeli 116 µg/2, kobalti 63 µg/2 (14). Ka mendime se kromi ka edhe në përmbajtjen e tullave 8-10% të kromit 6-valent (3). Sig shihet, përmbajtja e këtyre lëndëve kimike në gimento është e pakët, por, kur lekura ka kontakt të vazhdueshëm me to, kjo sasi e vogël është e mjaftueshme për të krijuar në organizëm një gjendje mbisensibilizimi qëndron reaksioni antigjen-antitrop (2,3,5,6,7,8,9,12).

shimi i pH të lekurës në drejtim bazik. Ndryshimi i pH të lekurës prish atësitë mbrojtëse të saj dhe sistemet buferike.

Edhe ndryshimet e gjendjes funksionale fiziologjike të lekurës, siç janë ndryshimi i aftësive neutralizuese të acideve dhe të bazave dhe rezistenca së saj, krijojnë kushte që ndihmojnë për veprimin e mëtejshëm të lëndëve kimike krom-kobalt-nikel dhe shtaqjen e dermatozave profesionale.

Për shtaqjen e dermatozave alergjike profesionale te punëtorët e ndërtimit, kanë rëndësi edhe një sërë faktorësh të tjerë favorizues.

Më kryesoret janë: reaksioni bazik i lartë në gjimnton e lagët; veprimi i saj hidroskopik, që than lekuren dhe prish shtresën korneale; veprimi traumatik dhe gërryes nga partikulat, që ndodhen në gjimnton; mikro-traumat e lekures, të shkaktuara nga vetë materiali i ndërtimit (3). Rëndësi ka edhe veprimi ngacmues i jonave OH⁻, që formohen nga hidratimi i kalciumit, si pasojë e gërrshëmit të gjimntos me ujë (cituar nga 1), dhe nxehësia, që krijohet gjatë hidratimit të saj (cituar nga 1). Edhe marka e gjimntos ndikon, pasi ajo me markë të ulët jep më tepër dëmtime të lekures.

Uji, rëra, granili, që bien vazhdimisht në lekuren e duarve të punës, tërësi në dëmtim, krijojnë kushte që shkaktojnë dëmtim e saj dhe lëndet kimike me veprim sensibilizues që ndodhen në gjimnton thithen më me lehtësi nga lekura e dëmtuar prej tyre.

Si përtundim, faktorët etiologjikë që shkaktojnë lindjen e dermatozave profesionale të punësorët e ndërtimit janë të shumtë, por për caktimin e natyrës profesionale është e domosdoshme që të studiojmë, në tërësi, jo vetëm ndikimin e faktorëve të jashtëm të mjedisit të punës, por edhe gjendjen fiziologjike të lekures dhe të organizmit.

Në këtë studim paragesim studium mbi sëmundshmërinë që kanë dhënë dermatozat profesionale, format klinike të tyre, partitësinë e përkohshme dhe ekzaminimet laboratorike gjatë viteve 1973-1983 të punësorët e 5 kantierëve të ndërtimit «21 Dhjetori» të qytetit të Tiranës, të cilët merren me material ndërtim.

Nepërmyet depistimit aktiv në masë, të organizuar në 6100 depistime të kryera në këtë ndërtim, gjatë 11 vjetëve janë zbuluar dhe ndjekur rregullisht 458 të sëmurë me dermatozat profesionale (dermatit dhe ekzeme profesionale). Nga këta: me ekzeme profesionale 135 ose 29,50% e shumës së përgjithshme dhe me dermatit profesional 323 ose 70,50% e shumës së përgjithshme (Pasqyra nr. 1).

Pasqyra nr. 1

Të sëmurët me dermatozat profesionale sipas diagnozave dhe viteve në ndërtimtarjen «21 Dhjetori»

Diagnoza	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Shuma	Përqindja
Dermatit	34	40	43	22	20	39	29	35	25	19	17	323	70,5%
Ekzeme	32	22	27	16	12	11	6	4	2	2	1	135	29,5%
Shuma	65	62	70	38	32	50	35	39	27	21	18	458	100%

Nga të dhënat e pasqyrës nr. 1 del gartë se numri i të sëmurëve me dermatozat profesionale nga viti 1973 në vitin 1983 vjen duke u ulur. Kështu nga 66 të sëmurë që ishin në vitin 1973 numri i tyre bie në 18 në vitin 1983, si rrjedhojë e punës mjekuese dhe profilaktike që është bërë në këtë ndërtimtarje. Të sëmurët me dermatit profesional zënë

afërsisht 3/4 e të sëmurëve me dermatozat profesionale. Për këtë arsye, në kemi shtuar punën tonë depistuese, që të sëmurët me dermatit t'i diagnostikojmë qysh në fazat fillestare të sëmundjes, t'i mjekojmë shpejt dhe mirë, pa i lënë ato që të rtheshin në ekzeme profesionale, sepse këto të fundit janë më të vështira për mjekim.

Duke studiuar dinamiken e sëmundshmërisë përkundrejt fuqisë punësore, sipas viteve, sëmundshmëria ka qenë:

Pasqyra nr. 2

Vitet	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	
Përqindja	5,1%	4,8	5,2	4,8	2,8	2,4	4,4	3,1	2,58	2,3	1,8	1,4

Nga pasqyra nr. 2, vëmë re se dora-dorës sëmundshmëria vjen duke u ulur; nga 5,10% që ishte në vitin 1973 bie në 1,40% në vitin 1983 — afërsisht 4 herë. Kjo është arritur në sajë të ndjekjes së të sëmurëve, të marrjes së masave parandaluese dhe, kur ka qenë e nevojshme, sisteminimit në punë të përshtatshme të të sëmurëve me dermatozat profesionale.

Gjithashtu, studium shpërndarjen e të sëmurëve sipas tremujorëve dhe vumë re se numri më i madh i të sëmurëve ishte në tremujorin e parë dhe të katërt, gjithësej 258 të sëmurë ose 570% e shumës së përgjithshme.

Rritja e numrit të të sëmurëve me dermatozat profesionale në tremujorin e parë dhe të katërt ka lidhje me faktorët atmosferikë. Punëtore e ndërtimit zakonisht punojnë në mjedis të hapur. Si rrjedhojë, lagështira dhe të ftohtët e stinës së dimrit bëjnë që lekura të thehet, të gahet, të rripet, ndryshime këto që luajnë një rol me rëndësi në patogjenezën e sëmundjeve profesionale të lekures. Ato krijojnë kushte që ndihmojnë në veprimin e metejshëm të gjimntos, rërës, ujit, etj. Në këta tremujorë kemi marrë masa parandaluese, duke përdorur ponada zbutëse, rigjeneruese dhe epitelizuese për të rivendosur gjendjen normale të lekures.

Në këtë punim ne analizuan edhe grup-moshat e të sëmurëve dhe vumë re se 54,60% të shumës së përgjithshme ishin me moshë 16-20 vjeç, për arsye se në këtë ndërtimtarje merren në punë vazhdimisht punëtorët e rinj, të cilët janë më të prekshëm, sepse lekura e tyre është më e delikate, ata nuk njojnë mirë teknologjinë e procesit të punës dhe nuk marrin masat e nevojshme mbrojtëse për ta ruajtur lekuren nga kontakti me gjimnton e materialit të ndërtimit. Të dhënat tona janë të përafërta me ato të autorëve të tjerë (13).

Po ashtu, studium edhe seksin e të sëmurëve me dermatozat profesionale dhe rezultoi se femrat kishin sëmundshmëri më të lartë. Sëmundshmëria në femrat ishte 7,10% përkundrejt fuqisë punësore, ndërsa në meshkuj zinte 3,30%, për arsye se të gratë reagojnë alergjikë janë më të shprehura, ato merren kryesisht me punë të tilla si përzjerje llagi, transportimin e tij etj. Gjithashtu, lekuren ato e kanë më të hollë

martjen e masave mbrojtese parandaluese. Keta punetore i mbaitem

nen kontroll te vazhdueshem gdo tre muaj.

Studium pH e lekures ne kushte pune ne 98 te semure me derma-

tit alergjik dhe ekzeme profesionale ne dy pika simetrike ne shpinen

e duarve dhe ne anen e sipërme te parakrahut me letër indikator. pH

kishte drejtim te theksuar bazik, çka përputhet edhe me të dhënat e

literatures (7, 12). Ne shpinen e dorës ne të semuret me dermatit pH

ishite i barabartë me 8,07 dhe ne parakrah ishite 8,07. Ne shpinen e do-

rtës ne të semuret me ekzeme, pH ishite i barabartë me 8,09 dhe ne

parakrah ishite 8,12. Ne krahasim me grupin e kontrollit, te keta te se-

muve, pH kishte nje dallim te rëndësishem $p < 0,001$.

Edhe pH i matur ne 209 punetore kliniksht te shëndoshë kishte

drejtim bazik, pH ne shpinen e dorës 7,74 dhe ne parakrah 7,65. Ne kra-

hasim me grupin e kontrollit, pH i lekures te këtyre punetoreve ki-

shte dallim te rëndësishem $p < 0,001$. (Grupi i kontrollit studente me

pH = $6,117 \pm 0,359$ ne shpinen e dorës dhe ne parakrah pH = $6,044 \pm$

$\pm 0,348$).

Gjate punës sonë, jemi munduar te marrim masa per normalizimin

e pH te lekures se duarve dhe parakrahëve, duke perdorur pomada ri-

gjeneruese dhe mbrojtese me pH kompensator.

Kohen e neutralizimit te alkalive e matem ne 98 te semure dhe

ne 204 punetore, kliniksht te shëndoshë, ishite mbi 180 sekonda. Nga

matjet rezultoi se ne te gjithë punetoret kishte zgjatje progresive te

kohe se neutralizimit alkalin dhe shmangia kishte drejtim te thek-

suar bazik. Rezultatet tona jane te peraferta me ato te autoreve te tjere

(11).

Ne studium edhe ndryshimet alergjike qe kishin ndodhur ne orga-

nizmin e 96 te semureve me dermatoze profesionale dhe 210 punetoreve

kliniksht te shëndoshë nepermet perçaktimit te eozinofilisë absolute,

sipas metodës Friedman (4,10).

NUMRI I Eozinofilive . 100

Mesatarja e eozinofilive ne te semuret me dermatit rezultoi 601,6

ne te semuret me ekzeme 683, ne punetoret kliniksht te shëndoshë

515,1. Nga perpunimi statistikor rezultoi se ndryshimi ne mesataren e

eozinofilive nuk eshte i rasti: $p < 0,001$, gjë qe tregon se ndryshimi i

matzoza profesionale, ky ndryshim duhet te merret parasysh. Eozinofilia

absolute eshte nje tregues i rëndësishem per ndryshimet alergjike ne

organizem.

Per parandalimin e dermatozave profesionale, rëndesi te vegante i

eshte kushtuar edukimit shëndetësor te punetoreve me biseda dhe lek-

sione ne drejtim te semundjeve profesionale te lekures, mbrojtjes prej

tyre, njoftjes se lendëve kimike, me te cilat ata kane kontakt gjate

Shpeshhere jane bere konsultime me personelin inxhiniero-teknik

per permiresimin e kushteve te punës, ne drejtim te mekanizimit, auto-

dhe me delikate dhe gjate jetës se perditshme kane kontakt dhe me uj

e lëndet e tjera kimike, si larëse, detergjente, sapune, te cilat thellojne

demtimet e lekures te titura gjate dites dhe nuk u japin mundesi

te rivendoset pH fillistar i saj.

Gjate kettij punimi, ne kete ndermarrje studium edhe aspektin

ekonomik te kettij problemi. Gjate II vjeteve, nga punetoret e kesaj

ndermarrje jane marre 1978 dite pushim.

Perkundrejt fngjise punetore, paftesia e perkohshme sipas viteve

ka gene:

Pasqyra nr. 3

Vitet	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Perqindja	0,066	0,065	0,037	0,029	0,03	0,057	0,07	0,03	0,02	0,04	0,03

Duke studuar paftesine sipas diagnozave, vemë re se 1147 dite

ose 58% e sasise se pergjithshme jane marre nga te semuret me der-

matit dhe 831 dite ose 42% jane marre nga te semuret me ekzeme.

Paftesia me e larte ka gene ne tremujorin e pare dhe te katerit,

ku jane marre gjithsesj 1102 dite paftesisë ose 56% e shumës se per-

gjithshme. Kjo per arsytet e shpjeguara edhe per raste e semundshme-

risë.

Nga te dhënat e mesipërme, vemë re se semundshmeria dhe pa-

ftesia e perkohshme ne kete ndermarrje shkojne krahas me njera-

tjetren.

Per te zbuluar faktorët etilogjike te dermatozave profesionale ne

punetoret e ndertimit te kesaj ndermarrjeje, bemë provat e lekures

me kompresë sipas Jadassohn (12) me tresetirat e kriperave te kromit,

Ne 101 te semure bemë provat e lekures me tresetirat ujore kali

kobaliti dhe nikelit.

Ne 101 te semure bemë provat e lekures me tresetirat ujore kali

bikromat 0,50%, amoni bikromat 0,50%, sulfat kobalti 10%, nitrati kobalti

100% dhe sulfat nikeli 10% dhe vume re se faktorët kryesorë te sensibili-

zimit te te semureve ishin kriperat e kromit, vendin e dyte e zinin kriperat

e kobaliti dhe ne fund kriperat e nikelit. Duke studuar rezultatet e kë-

tyre provave, vume re se mbindjeshmeria e organizimit te te semureve

me dermatit alergjik dhe ekzeme profesionale, ne krahasim me grupin

e kontrollit (studente vullnetare), ka nje dallim te rëndësishem: $P <$

$> 0,0001$, çka e patem parasysh ne diagnostikimin e këtyre te semureve.

Ne 325 punetore, kliniksht te shëndoshë, bemë provat e lekures

me tresetirat e këtyre kriperave dhe ne 160 prej tyre provat dolean

pozitive me nje dallim te rëndësishem ne grupin e kontrollit pH nor-

mal i te cilit eshte $6,117 \pm 0,359$ $P < 0,0001$, çka e patem parasysh ne

te nikelit dhe raset me ndjeshmeri te fshehte te mos lejohe te punojne ne kete sektor.

5) Per elimiminimin e CaO te lire ne kliniker, si faktor favorizues per shfaqjen e dermatozave profesionale ne punetoret e ndertimit, duhet kryer pjekja normale e klinikerit ne furre, duke perdorur shpese hekurmbytese (mineral hekuri etj.), ose duke perdorur shpese mine-ralizatore te fngshme, si flurur kalciumi etj.

Dorezuar ne redaksi me 13.5.1985

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Barberoshie E. et al.*: Gidrotfilijne zashgjitme sredstva. 1972.
- 2) *Burokhardt's N.*: Uber Phisikalische und Chemischein Fluss in der Pathogenese der Berufs Dermatosen. Symo Dermatologorum 1962, 1, 32.
- 3) *Cahnua Ch. B.*: Cement Dermatitis. Sympozium dermatologum 1962, 1, 232.
- 4) *Caridha M., Gjino V., Kasa L.*: Norma e eozinofilive dhe eozinofilia ne disa samundje alergjike te lekures. Buletini i UT — Serbia shkencat mjeshkuresore 1979, 3, 38.
- 5) *Delacretiaz J.*: Nouvelles recherches sur les facteurs allergiques dans l'eczema au ciment. Sympoz. Dermatologorum 1962, 1, 245.
- 6) *Dollgov A.P.*: Ogerednie zadaci po izuzeniju promishlennih dermatozov. Aktualniije voprosi profesionalnoje dermatologii. 1965, 5.
- 7) *Dollgov A.P. et al.*: Profesionalnii dermatozi (Monografi), 1969, 1 — 184.
- 8) *Fandajev L.I., Borodova S.Z.*: Profesionalnii dermatozi pri primenenii shestivalemtogo hroma u rabogih meshinostroiteljnogo zavoda. Sympoz. Dermatol. 1962, 1, 254.
- 9) *Karajovic D. et coll.*: Les sensibilisations cutanees au ciment et aux sels des chromes, ainsi que l'amplitude de neutralisation des alcalis chez un groupe d'ouvriers. Sympoz. Dermatol. 1962, 1, 239.
- 10) *Lovisetto P. et al.*: Eozinofili e ipereozinofiliie del sangue. Torino 1972, 35.
- 11) *Nakugi M.*: Te dhena paraprake mbi dermatitin dhe ekzemen profesionale ne fabrikën e pllakave te kombinatit «Josit Pashko». Shëndetësia Popullore 1973, 4, 12.
- 12) *Rebon A.S., Antonjev A.A.*: Profesionalniije bolezni kozhi vizivamie hemi-geskimii veshestvami. Monografi, 1966.
- 13) *Sidaravicius B.J., Zdanaviciute D.L.*: Opiit borjbi alergijeskimi profesionalnii nmi dermatozami. Aktualnie vaprosi prov. dermat. 1965, 212.
- 14) *Semov A. B. et al.*: K voprosu i profilaktike profesionalnii u rabogih stroiteljnih predprijataij. Vest. Dermat. i Venerol. 1975, 9, 46.

Summary

OCCUPATIONAL DERMATOSIS AMONG THE WORKERS OF THE CONSTRUCTION ENTERPRISE «21 DECEMBER» DURING THE 1973-1983 PERIOD

The etiologic factors of dermatosis among the construction workers include in the first place the chromium salts, followed by the cobalt salts and lastly the nickel salts. A predisposing factor is the high pH values of the skin which is dif-

matizimit, ne menyre qe punetoret te kene sa me pak kontakt me materialin e ndertimit. Eshhte propozuar qe transportimi ne kated e sipërme me materiale inerte te mekanizohet dhe te transportimi ne kated e sipërme të ndertesës të bëhet në mënyrë të mekanizuar dhe jo me dorë, sepse kështu në këto operatione pune do të ketë më pak punetore dhe kontakti i tyre me gimenton do të jetë më i pakët.

Eshhtë rekomanduar të ulët përqindja e gëlgeres në gimento, të eliminohet CaO e lire në kliniker, si faktor favorizues për shfaqjen e dermatozave profesionale, duke kryer pjekjen normale të klinikerit në furre, duke perdorur shpese hekurmbytese (mineral hekuri etj.) ose duke perdorur shpese mineralizatore te fngshme, si flurur kalciumi etj.

Per parandalimin e dermatozave profesionale, rëndësi e madhe i është kushtuar marrjes së masave higjieno-sanitare në vendin e punës dhe mjedisin, për largjen e duarve dhe berjen e dushit pas punës etj. Si mjet parandalues janë futur dorezat prej doku të gomuar, janë vënë në përdorim rregullisht rrobat e punës, si përparëse, gjizme dhe doreza për përzieresit e llagit dhe muratorët, ndërsa për suvatuesit është rekomanduar edhe përdorimi i kominoshëve, mjete që i ruajnë punetoret nga kontakti me gimenton e matertallit të ndertimit. Rëndësi e veçantë i është dhënë edhe përdorimit të pastave dhe pomadave mbrojtëse me pH kompensator në fillim të punës dhe pas pushimit të drekës, si edhe pomadave yndyrore dhe rigjeneruese me qëllim që të rivendosim pH lilleshtar të lekures, pas punës, si unq. acid boric 30/0, unq. acid salicilik 2/0, dyll me vaj etj.

Të gjithë të sëmurët me dermatoza profesionale i kemi kontrolluar sa herë ka qenë e nevojshme, ndërsa punetoret e tjere i kemi kontrolluar për 26 të sëmurë, u pa e nevojshme që të sistemohehen në punë të tjera të përshtatshme, pa kontakt me gimento, pasi mjekimet e bëra nuk dhane rezultat, gjë që ka sjelle shërimin e tyre.

P E R F U N D I M E

- 1) Semundshmëria dhe paartësia e përkohshme në ndërmarrjen «21 Dhjetori» nga vit 1973 deri në vitin 1983 ka ardhur duke u ulur: sëmundshmëria nga 5,10% që ishte në vitin 1973, në vitin 1983 ra në 1,40%; paartësia, nga 0,960/0 në vitin 1973, në vitin 1983 ra në 0,030/0.
- 2) Të gjithë punetoret që punojnë në këtë ndërmarrje duhet të depistohen sistematikisht një herë në 6 muaj nga mjeku i ndërmarrjes dhe ata me shfaqje dermatozash të derigohehen në dispensarinë e sëmundjeve të lekures për ndjekje të mëtejshme.
- 3) Të gjithë të sëmurët me dermatoza profesionale duhet të dispanserizohen dhe të merren masa mjekuese në drejtim të shëritimit dhe ritarfesimit të tyre të plotë.
- 4) Për parandalimin e dermatozave profesionale në punetoret e ndjeshmërisë së lekures kundrejt kriperave të kromit, të kobalitit dhe të rinj, së bashku me analizat e tjera për punë, të kërkohet edhe testet e ndertimit, është e nevojshme që komisionet e pranimit të punetoreve të rinj, së bashku me analizat e tjera për punë, të kërkohet edhe testet e ndjeshmërisë së lekures kundrejt kriperave të kromit, të kobalitit dhe të

difficult to neutralize in these who are already suffering from the disease as well as in those who are sensitized although clinically healthy.

The allergic nature of the pathologic process is confirmed by the skin sensitivity tests using the above-mentioned chemical substances and high eosinophil count in the peripheral blood.

A survey among the 6100 workers of the enterprise «21 December» led to the detection of 458 cases of occupational dermatosis including those in the early stages of the disease. Improvements in the technical-organizational conditions, the hygieno-sanitary and preventive measures and the treatment of the patients brought down the case rate from 5.1% in 1973 to 1.4% in 1983 and disability figures from 0.066% in 1973 to 0.03% in 1983.

Résumé

DERMATOSES PROFESSIONNELLES CHEZ LES OUVRIERS DE L'ENTREPRISE DE CONSTRUCTION «21 DECEMBRE» PENDANT LES ANNÉES 1973-1983

Parmi les facteurs étiologiques des dermatoses chez les ouvriers de construction la première place revient aux sels de Crom, suivis des sels de Cobalt et finalement des sels de Nickel.

Un facteur prédisposant est le chiffre haut du pH cutané, qui présente des difficultés à se neutraliser soit chez les personnes malades soit chez celles sensibili-

La nature allergique de la maladie est confirmée par les tests de sensibilité cutané utilisant les substances chimiques mentionnées et la présence d'une haute eosinophilie dans le sang périphérique.

La connaissance des facteurs étiologiques, le dépistage actif de 6100 ouvriers de l'entreprise «21 Décembre» ont permis la détection de 458 cas de dermatoses professionnelles des la période initiale de la maladie.

Les mesures techniques et organisationnelles, hygiéniques et sanitaires de prévention et de traitement ont réduit la morbosité de 5,1% (en 1973) à 1,4% (en 1983) et l'arrêt de travail de 0,066% en 1973 à 0,03% en 1983.

(Klinika e dermatologjise e spitalit nr. 1 — Tiranë)

— MANTHO NAKUÇI —

KAZUISTIKE

GRANULOMA MIESCHER E FYTYRES

Granuloma Miescher e fytyres është një sëmundje e rrallë e lekures. Ajo qubet edhe *granulomatosis disciformis chronica et progressiva*. Për herë të parë kjo sëmundje është përshkruar nga Miescher dhe Leder më 1948 (2, 6, 7). Nga ana histopatologjike, ajo paraqitet si një gjendje e vegante e granulomatozave të tjera, veganërisht të asaj diabetike (1, 4, 6, 7). Në vendin tonë, në vitin 1954 është publikuar një variant i granulomatozës së tipit *necrobiosis lipoidica diabetiformis* (3).

Në vitin 1967, dy autorë (cituar nga 6) kanë raportuar se *necrobiosis lipoidica* paraqitet edhe me një variant tjetër jo të zakonshëm, që lo-kalizohet në fytyrë dhe në kokë. Kështu, ata kanë bërë përgjithësimet e të dhënave klinike dhe histologjike të 29 të sëmundurve me ndryshime të tjera. Një autor tjetër (cituar nga 6) arrin në përfundimin se *necrobiosis lipoidica* paraqitet edhe me shfaqje anulare jockikarizante të lekures së fytyrës, në pjesën e sipërme, që prek më tepër gratë në moshën mesatare të jetës. Në disa raste, dëmtimet vazhdojnë të përhapen edhe në gjymtyrët (2).

Klinikisht, *diabetus mellitus* nuk paraqitet me këto ndryshime. Nga të 29 raste, që paraqesin autorët e lartpërmendur, vetëm dy kanë pasur diabet. Në 3 të sëmundurë këto ndryshime janë vërejtur në trup (2,6).

Në vitin 1973 janë paraqitur edhe 13 raste të tjera (6), të të cilat paraqitet granuloma tipike e ballit, që është e ngjashme me raste të paraqitura nga dy autorët e parë (cituar nga 6). Nga këta, kanë qenë 11 femra dhe 2 meshkuj. Në të gjitha raste e paraqitura prej autorëve, karakteristike janë vatrave raste e paraqitura prej autorëve, me ose pa pigmentim. Të sëmurët nuk paraqesin shqetësime (6).

Shpesh këta të sëmundurë diagnostikohen si *lupus eritematoses, granuloma annulare, necrobiosis lipoidica, sarcoid, tuberkuloz, morfes* etj. (2, 7).

Në të gjithë raste, histopatologjia paraqet ndryshime karakteristike (1, 2, 4, 6, 7). Epidërma paraqitet normale. Në pjesën e sipërme të dermes shihen infiltrate inflamatore granulomatoze difuze. Nga elementet gelizore, vihen re limfocite, histiocite, geliza gjigande me shumë bërthama, geliza plazmatike, geliza epiteliode. Vihet re mungesë e depozitimeve yndytore (1, 2, 4, 6, 7). Nga të gjithë autorët e cituar, kjo sëmundje qubet një nekrobiozë jodiabetike (1, 2, 4, 5, 6, 7).

Rasti që po paragesim në këtë punim ka një interes të shumëlloshëm; përveç dermatologëve, ky rast paraget interes edhe për anatomopatologët, endokrinologët, ashtu edhe për mjekët e përgjithshëm. Duke e ndjekur të sëmurin me vëmendje gjithë kur i kanë datë elementet e para, duke parë zhvillimin e kësaj sëmundjeje, ecurinë, karakteristikat e veganta etj., kërkuan të gjejnë se me çfarë sëmundje kemi pasur të bënim me këtë rast.

Duke u mbështetur veganerisht në karakteristikat simetrike të këtyre së lityrës dhe atrofisë së lekurës, e guastëm këtë si një sëmundje *Atrophia cutis temporalis symmetrica et progressiva*, ose një variant të *lichen sclerosus et atrophicus*.

RASTI YNE

I sëmuri ankohet për disa vatra të holla të lekurës, që i kishin datë në të dy anët e lityrës, pikërisht në zonën e tëmthave, në mënyrë simetrike, që binin menjëherë në sy. Nuk kishite dhembje dhe shqetësime të tjera. Në këto vende, lekura po i holllohet vazhdimisht, duke u zgjeruar më tepër në drejtim të faqeve. Sëmundja i kishite filluar gjithë në moshën 20 vjeç, rreth vitit 1975. Në fillim paraqiste disa njolla të vogla me madhësi sa një 10-qindarkëshë, në anën e majtë të lityrës, pastaj në të djathtën. Kur ato i filluan të zgjerohen, i sëmuri u shqetësua më tepër nga ana kozmetike. Ngjyra e lekurës përbënte një normalë, por me përzierje nga e verdha. I sëmuri ishte trajtuar disa herë me vitamina A, E, B₁, por pa rezultate të mira. Për këtë gjendje është shtruar edhe në spital dhe herën e fundit, në moshën 30 vjeç, është shtruar në klinikën tonë më 24.9.1983 me nr. kartele 8011/573; doli më 6.10.1983.

Në ekzaminimin e tij të përgjithshëm dhe në organet e veganta nuk u vu re ndonjë gjë me rëndësi. T/A 130/80 mm Hg. Provat funksionale të mëjësë: Bilirrubina 0.66 mg%, Mc Lagran 1.3 un. Takata Ara negativ. Transaminazat normale. Sheqeri në gjak 75 mg%; dy orë pas buke 80 mg%. Proteina totale 6.0; hemoglobina e glukozuar 6.60%, kolesterina 186 mg%. Fosfolipidet 198 mg%, trigliceridet 80 mg%. Lipidemia 464 mg%. Urina parqitet pa ndryshime. Çfaku periferik — pa ndryshime. Radioskopia e toraksit — negativ.

Status localis (Fotot 1,2). — Procesi patologjik lokalizohet në lekuren e kokës, pikërisht në të dy anët e tëmthave. Ai karakterizohet me një hollim të përgjithshëm të të gjithë lekurës në këtë zonë dhe duket se ku kish arritur hollimi i saj. Procesi kish kufi të qartë me lekuren e shëndoshë dhe duket se përparonte në pjesët e lekurës së faqeve. Ky lloj procesi kish filluar të duket në disa zona të tjera të gafes me ngjyrimet tip alebaster. Aty-këtu kish hiperpigmentime dhe depigmentime të lehta, gjë që nuk vihet re në zonat e tjera të tëmthave. Aty ku lekura parqitet e holluar, flokët kishin rënë dhe nuk kishin datë më. Dëmtime të tjera në lekuren e trupit nuk vështrin re. Ngjyra e lekurës ishte përbërë normale me nuanca të zverdhjes së lehtë.

Histopatologjia e lekurës nr. 262 datë 22.6.1983 rezultoi: Shtresa epidermale nuk kish ndryshime. Në shtresën e sipërme të pjesës reliku-



temple, followed by a similar lesion in the right temple. The process spread symmetrically over both cheeks causing marked atrophy of the skin under which the veins were visible (see photo). The hair of the affected areas has completely disappeared. Lately atrophic patches of various colours have appeared on the neck. The histological structure of the skin in the affected areas is that of a granulomatous palisade. The differential diagnosis took into account morphea, diabetic lipid necrobiosis, annular granuloma and lichen sclerosus et atrophicus. The treatment with vitamins and small doses of cortico-steroids has given no result.

Résumé

Le GRANULOME MIESCHER DE LA FACE

On présente un cas rare de granulomatose de Miescher de la face qui est la première description faite dans notre pays. Il s'agit d'un homme âgé de 28 ans. Sa maladie a commencée 7 ans avant, en 1977, par une zone d'atrophie localisée à la région temporale gauche puis à droite. La maladie a évoluée de façon symétrique sur les deux joues aboutissant à une atrophie prononcée de la peau sous laquelle les veines sont bien visibles (voir photos). Les cheveux on complètement disparus dans les zones atteintes. Les derniers temps on a vu apparaître aussi des foyers d'atrophie, de diverses couleurs, localisés au cou. L'histologie des zones atteintes révèle un granulome palissade. Le diagnostic différentiel a été fait avec la morphee, nécrobiose lipidique diabétique, le granulome annulaire et avec le lichen sclérotique et atrophique. Le traitement par des petites doses de corticoïdes n'a pas donné des résultats positifs.

lare shiheshin disa zona ose fusha të kufizuar, ku kolagjeni ishte i zvetnuar. Në këto pjesë viheshin re dhe histiocite të radhitura në formë palisade dhe përreth vazave të gjakut shiheshin infiltrate limfo-citare. Diagnostik: *Palisadengranulom*.

KOMENTI. — Deri në ditët e punimit të këtij materiali, në kliniken tonë nuk është diagnostikuar ndonjë rast i tillë. Veshitësitë diagnostikuese për këtë rast të parë ishin të mëdha. Duke u orientuar sipas literaturës e konsultuar ashtu edhe nga ekzaminimet e mëvonshme histologjike, arriëm të bëjmë diferencim e rastit nga sëmundjet e fjerat, me të cilat ajo është e përafërt nga ana klinike, sig u përmend edhe në lart.

Të sëmurin e kemi ndjekur gjysh kur i dolën elementet e para dhe kemi parë me vëmendje ecurinë e kesaj patologjie, në fillim të pafjohur për ne. Shqetësimet e të sëmurit nuk kanë qenë të mëdha, përveç anës kozmetike të demtimeve të fytirës. Sëmundja ka përpunuar shumë ngadale në drejtim të kokës, por me shumë në drejtim të faqeve (Fotot 1, 2).

Pas shumë përpjekjesh dhe pasi thelliam ekzaminimet, sidomos ato histopatologjike, përjashtuam sëmundjet e fjerat granulomatoze të tipit zvetnues dhe diabetik, si dhe sëmundjet e fjerat që ngjani më kuadrin klinik të kesaj sëmundjeje, erdhëm në përfundim se kemi të bëjmë me një granulomatose të tipit diabetik, granulomatozën Miescher të fytirës.

Karakteristikë për rastin tonë ishte atrofia shumë e qartë sa që dukeshin edhe venat. Atrofia zgjatej deri atëherë që merretë disa nuanca me ngjyrë si alebaster. Në vendet e atrojisë, flokët e rënë nuk kishin datë më. Në vende të fjerat të trupit nuk viheshin re demtime të fjerat. Sipas autorëve të ndryshëm (1, 7), mjekimet me doza të vogla kortizonikësh dhe vitamina nuk kanë dhënë efektin e duhur.

GRANULOMA MIESCHER OF THE FACE

Summary

- 1) Civate J.: Histopathologie cutane. Paris, 1982, fq. 117.
- 2) Hundelker M.: Granulomatosis disciformis chronica et progressiva. Nga Korling J.W. Dermatologie in Praxis und Klinik 1981, 39, 74.
- 3) Kérjku K.: Necrobiosis lipoidica diabeticorum. Shëndetësia popullore 1954, nr. 1, 9.
- 4) Lever W.F.: Histopathology of the Skin. New York 1967, 229.
- 5) Mashkilleison L.N.: Legenie i profiljaktika kozhnih boleznej. Moskva, 1964, 515.
- 6) Mehvenyan H., Altman J.: Arch. Derm. 1973, 107.
- 7) Samman P.D.: Granulomatosis disciformis chronica et progressiva. Textbook of Dermatology by Rook et al. London 1979, 2, 1508.

BIBLIOGRAFIA

NJE RAST ME HIPERTONI ARTERIALE DHE KARDIOMIOPATI OBSTRUKTIVE

— SPIRO QIRKO —

(Klinika e kardiologjise, Spitali klinik nr. 1 — Tirane)

Filimisht hipertonia arteriale u konsiderua shkaku i kardiomiopatisë obstruktive past, në tri rastet e para të përshkruara më 1957 (8), njëri prej tyre kishte qenë me hipertension arterial. Autori nëpërmjet pranisë së hipertonisë shpjegoi edhe mekanizmin e bllokimit të traktit të hedhjes. Kështu, ky bllokim, sipas tij, lidhet me hipertrofinë koncentrike të zonës nënvalvulare aortale të ventrikullit të majtë, të shkaktuar nga hipertonia. Mirëpo, në rastet e mëvonshme me kardiomiopati obstruktive nuk u shogërua me hipertoni arteriale, kështu që vetë autori që përshkroi tri rastet e para (cituar nga 8) më vonë nuk e gjeti bindës faktorin hipertensiv si nxitës të bllokimit të traktit të hedhjes të ventrikullit të majtë. Opinioni i përgjithshëm është se nuk ka lidhje shkakësore ndërmjet hipertonisë arteriale dhe kardiomiopatisë obstruktive (3,2,12).

Në kazuishtikën tonë gjetem një rast me kardiomiopati obstruktive krahas hipertonisë arteriale. Shogërimi i hipertonisë arteriale me kardiomiopati obstruktive mund të paraqesë vështirësi diagnostike dhe sidomos trajtimi. Përkisht të shtyrë nga këto motive, e gjetem me vend që këtë rast ta përshkruajmë hollësisht.

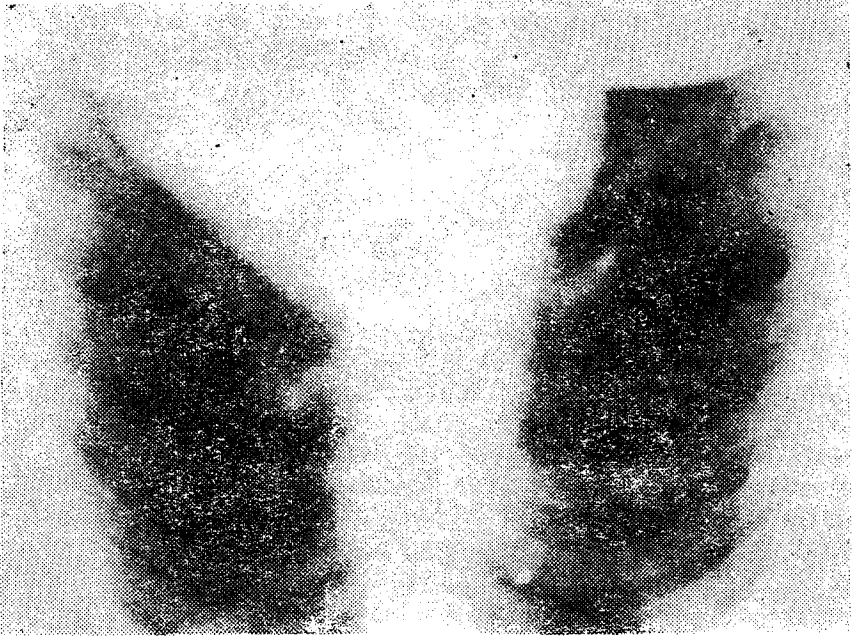
E sëmurë E.C., 44 vjeç, u shtrua në shërbimin e kardiologjisë prej datës 6.6.1983 deri më 16.6.1983. Ajo vuante nga hipertonia arteriale prej 7 vjetësh, kur për herë të parë in regjistruan shifrat 220/110 mm Hg. Ndërkaj pati një gjendje sinkopale pa shenja paralaimevесе. E sëmurë mjekohet me diuretike, por, ndërsa tensioni arterial ulëj, gjendje sinkopale shtoheshin dhe u vu re se, me ndërprerjen e mjekimit ndjet sinkopale zhdokeshin. E sëmurë nuk kishte të dhëna anahipotensiv, sinkopat zhdokeshin. E sëmurë nuk kishte të dhëna anaspikat hipertonia.

Të dhënat e ekzaminimit objektiv treguan se e sëmurë ishte me tip konstitucional hipertenik (gjatësia 158 cm, peshë 76 kg). Tensioni arterial në hyrje ishte 220/120 mm Hg. Në regjionin prekordial majtë e zëmres palpohej me hapësirën e gjashtë ndërprinjore, gjatë vijës medio-klavikulare të majtë. Nuk kishte thirrill. Nga auskultacioni më tëm këto të dhëna; tone ritmike, me ton të dytë më të fortë në vatrën e aortës në krahasim me atë të arteries pulmonare. Terhiqte vëmendjen zhurma sistolike e shkallës II/VI në intervallin IV ndërprinjor

Fragmenti më interesant i kësaj historie të sëmundjes është shpesh-timi i gjendjeve sinkopale nën efektin e barnave hipotensive dhe sidomos të diuretikëve. Është i njohur fakti se në të sëmurët me kardiomiotopi obstruktive, gradienti ventrikular mund të pakësohet ose të zhduket nga rritja e rezistencave periferike sistemike, si p.sh. nga infektimi i meoksamines ose nga preparatet nxitëse, ndërsa shtohet nga pakësimi i vëllimit të mbushjes së ventrikullit të majtë, sig ndodh në hipovolemji (6).

Në rastin tonë, bllokimi i traktit të hedhjes të ventrikullit të majtë mendohet të jetë shkaku i episodit sinkopal, i favorizuar nga ulja e «parangarkesës» nën efektin e diuretikut. Ky mekanizëm vërtetohet edhe nga shtimi i intensifikimit të zhurmes sistolike të ejskionit pas uljes së tensionit arterial.

Pra, bëhet e qartë se mjekimi i hipertonisë së shogëruar me kardiomiotopi obstruktive nuk është pa rreziqe, pasi shton shkallën e bllokimit të traktit të hedhjes të ventrikullit të majtë. Me sa duket, hipertonisë, të cilat tregojnë rritjen e gradientit brenda ventrikullit të majtë pas mjekimit (11). Edhe trajtimi me doza të larta propranolol, siç shkakton e bllokimit të traktit të hedhjes (11).



gjatë vijës parasternale të majtë, e cila forcohet në pozicionin ndenjor me hipertofi të ventrikullit të majtë dhe aortë të zgjeruar, raporti zemrës/sqaronin: zemër me formë aortale me pulsacione të rregullta, dhe në këmbë. Të dhënat radiologjike (rö-skopi + telërontgenograma e gjatë vijës parasternale të majtë, e cila forcohet në pozicionin ndenjor nga elektrokardiograma perftoheshin këto të dhëna (Fig. nr. 2): ritëm sinusal, shpejtësia rreth 75/min, boshfi elektrik i zemrës — 50°. Pozicioni elektrik i zemrës vertikale, ST e zhvendosur poshtë vijës izoelektrike I mm, në D₂, aVF, — V₃₋₆. Treguesi Sokolov i pranishëm. Ekokardiograma parqet pamjen mitrale: Valvula e madhe gjatë sistoles zhvendoset drejt septumit (SAM), amplituda e hapjes DE = 18 mm, shpejtësia e segmentit EF = 70 mm/sek.

Pamja ventrikulare: diametri teleastolik 50 mm, diametri teleastolik 28 mm, septumi 14 mm, muri i pasëm 8 mm, raporti septum/muri i pasëm 1.5, performanca sistolike 37.7%, treguesi i masës 99 gr/m². Pamja aortale: Valvulat aortale të holla, hapja e tyre gjatë sistoles: 20 mm, diametri teleastolik i aortes 22 mm, diametri teleastolik i atriumit të majtë 29 mm, raporti atriumi i majtë/aortë 1.31.

Pertundimi ekokardiografik: Kardiomiotopi obstruktive.

E sëmurë filloi të mjekohet me hidrokortiazid dhe propranolol, por fill pas tyre pati gjendje sinkopale dhe rritje të intensitetit të zhurmes së ejskionit.

DISKUTIM

Cilat ishin kriteret diagnostike të miokardiomiotopisë obstruktive? Diagnoza e miokardiomiotopisë obstruktive u mbështet në të dhënat klinike (gjendje sinkopale, zhurme sistolike e tipit të ejskionit që shtohet në pozicionin ndenjor dhe në këmbë), si dhe nga të dhënat ekokardiografike (hipertofi asimtrike septale e shogëruar me lëvizje të përpashme drejt septumit e valvulës mitrale në kohën e sistoles). Kardiomiotopi obstruktive ka profilin e saj ekokardiografik, të përbërë nga këta tre tregues madhorë: hipertrofi asimtrike e septumit interventrikular, zhvendosje përpara drejt septumit gjatë sistoles e valvulës së madhe (SAM), mbylljej mezosistolike e valvulave të aortes (4, 5, 7, 10, 13, 14).

Lëvizja e përparme drejt septumit e valvulës mitrale bashkë me septumit e trashur ngushtojnë traktin e hidhjes dhe ndihmojnë në shtaqen e gradientit brendaventrikular të presionëve (1, 9).

Të tre këta tregues nuk janë specifike për kardiomiotopinë obstruktive, pasi secili prej tyre mund të takohet edhe në sëmundje të tjera. Kështu p.sh., zhvendosja drejt septumit e valvulës së madhe mitrale, strukturë, mund të takohet në rrethana që shogërohen me debit të lartë (temperaturë, hemodializë etj.), në mbingarkesat vëllimore të ventrikullit të majtë me origjinë valvulare etj. Në rastin e parqitur, ishin të pranishme dy kriteret e para ekokardiografike, por ato, së bashku me të dhënat klinike, mendojmë se janë të mjaftueshme për të dhënë diagnozën e kardiomiotopisë obstruktive.

Cili është mekanizmi i gjendjes sinkopale i të sëmurit?

- 8) Hamby R.I. and coll.: Hypertension and Subaortic Stenosis. The American Journal of Medicine, 1971, 51, 45.
- 9) Henry W.L. and coll.: Echocardiographic Measurement of the Left Ventricular Outflow Gradient in Idiopathic Hypertrophic Subaortic Stenosis. The New England Journal of Medicine, 1973, 88, 989.
- 10) Maron B.J.: Hypertrophic Cardiomyopathy. The American Journal of Cardiology, 1980, 45, 141.
- 11) Moreyra E. and coll.: Hypertension and Muscular Subaortic Stenosis. Chest, 1970, 87, 57.
- 12) Safer M.E. and coll.: Echocardiographic Dimensions in Boreline and Sustained Hypertension. The American Journal of Cardiology, 1979, 44, 930.
- 13) Scheuble C., Cereze Ph.: La Myocardiopathie Hypertrophique Obstrutive. Aspects échocardiographiques. L'Information cardiologique, 1980, 139.
- 14) Yoshimori T. and coll.: Mode Echocardiography in Hypertrophic Cardiomyopathy. Diagnostic Criteria and Prediction of Obstruction. The American Journal of Cardiology, 1980, 45, 6.

Summary

ARTERIAL HYPERTENSION AND OBSTRUCTIVE CARDIOMYOPATHY

A case is presented of arterial hypertension coincident with obstructive cardiomyopathy. The diagnosis of obstructive cardiomyopathy is difficult when combined with hypertension, since the latter, by preventing the contact between the walls of the ejection tract during the systole, reduces the degree of obstruction. The use of diuretics in such cases, in addition to reducing the blood pressure, helps also in reducing the pre-charge, which enhances the obstruction and the manifestation of the clinical and echocardiographic signs of cardiomyopathy. Consequently, when the fall of the arterial pressure in patients with hypertension coincides with a syncopal state, we cannot exclude the possibility of an associated obstructive cardiomyopathy, which should be corrected before starting the treatment of hypertension.

Résumé

L'HYPERTENSION ARTERIELLE ET LA CARDIOMYOPATHIE OBSTRUCTIVE

On décrit un cas présentant à la fois une hypertension artérielle et une cardiomyopathie obstruktive.

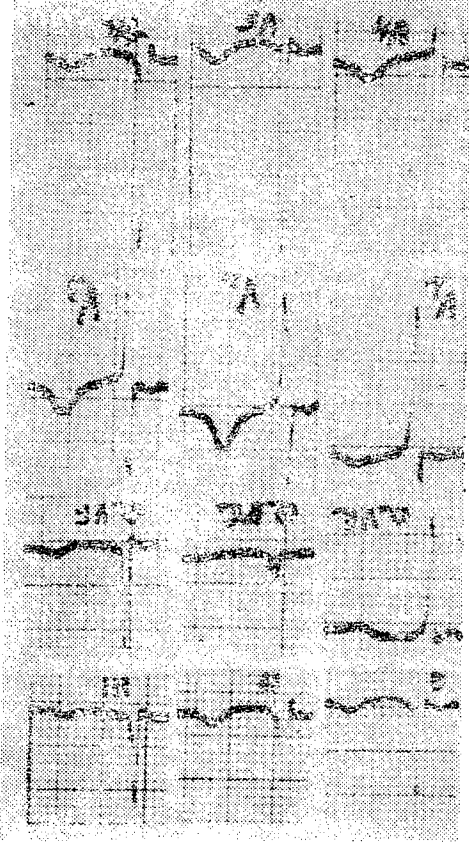
Le diagnostic de cardiomyopathie obstruktive est difficile quand celle-ci est associée à une hypertension artérielle, puisque, cette dernière, en empêchant le contact entre les murs du tract d'éjection pendant la systole, réduit le degré d'obstruction. L'utilisation des diurétiques, dans ces cas, réduit la pression artérielle et aide à réduire la pré-charge, ce qui augmente l'obstruction et les manifestations cliniques et échocardiographiques de la cardiomyopathie.

Par conséquent, quand la baisse de la pression artérielle chez les malades hypertendus coïncide avec un syncope, nous ne pouvons pas exclure la possibilité de coexistence d'une cardiomyopathie obstruktive, laquelle doit être corrigée avant le traitement de l'hypertension.

Përdërsa edhe propranololi nuk e përballon dot shkallën e bllokimit, të traktit të hedhjes të ventrikullit të majtë, atëherë si taktitë terapeutike më

rationale konsiderohet, në rastet me hipertoni arteriale dhe të parë, trajtimi i kardiomiopatisë obstruktive me rrugë kirurgjikale dhe pastaj mund të mëkëkohet hipertonia arteriale. Si përfundim, mund të themi se, kur në të sëmurët me hipertoni arteriale ulja e tensionit shogërohet me gjendje sinkopale, atëherë nuk duhet përjashtuar mundësia e kardiomiopatisë obstruktive shogëruese.

Dorëzuar në redaksi më 9.3.1985



BIBLIOGRAFIA

- 1) Braunwald: Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine 1984, 210, 229.
- 2) Cohen A., Hagan A.D., Watkins J., Mittas J., and coll.: Clinical Correlates in Hypertensive Patient with Left Ventricular Hypertrophy Diagnosed with Echocardiography. The American Journal of Cardiology, 1981, 47, 335.
- 3) Dunn F.G.; and coll.: Pathophysiologic Assessment of Hypertensive Heart Disease with Echocardiography. The American Journal of Cardiology, 1977, 39, 689.
- 4) Feigenbaum H.: Echocardiography - 2-nd Edition 1976, 13, 58.
- 5) Curdin J., Tälano J.V. and coll.: Systolic Anterior Motion in the Absence of Asymmetric Septal Hypertrophy. Circulation, 1981, 3, 181.
- 6) Gerbeaux A.: La Myocardiopathie hypertrophique obstruktive. Physio-patologie. L'Information cardiologique, 1980, 103.
- 7) Gilbert B.W. and coll.: Hypertrophic Cardiomyopathy: Subclassification by Mode Echocardiography. American Journal of Cardiology, 1980, 45, 861.

**TIMOMA INVAZIVE DHE ROLI I KIMIOTERAPISE NE MJEKIMIN
E SAJ**

— SKENDER XHELILI —

(Klinika e onkologjisë, Spitali klinik nr. 2)

Timomat nga tumoret më të shpeshta të sipërme të mëdastinit të përparshëm (9). Ato mund të prekin të gjitha moshat, që nga femijet 10-ditësh e deri të moshuarit në dekadën e tetë dhe të nëntë (6,12), por më të shpeshta janë në moshën 30 deri 50 vjeç. Shumica e të sëmurëve me timomë beninjë paraqiten pa shenja klinike, ndërsa në të sëmurët me timomë invazive (malinjë), ato janë zakonisht të pranishme (15). Semundja mund të shqërohet edhe me miasenë të rëndë, hipogamaglobulinemë, hipoplazi eritrocitare etj. (1-23). Diagnoza bazohet në ekzaminimin klinik, radiologjik dhe histologjik. Mjekimi i timomave beninjë është thjesht kirurgjikal, ndërsa në timomat invazive, përveç ndërhyrjes kirurgjikale, përdoret si rrezatimi, ashtu edhe kimioterapia (2, 4, 5, 10, 15).

Më poshtë po paraguesim një rast me timomë të mjekuar me cistostatikë në klinikën onkologjike të Spitalit klinik nr. 2, Tiranë.

PËRSHKRIMI I RASTIT

Në tetor të vitit 1979, i sëmurë P.Z., duke qenë në gjendje shëndetësore të mirë, filloi të kishte kollë, temperaturë, dobësi të përgjithshme, humbje të oreksit dhe sputum në ngjyrë të bardhë. U mjekua me antibiotikë, por nuk pati ndonjë përmirësim. Në ekzaminimin radiologjik të bërë pas mjekimit, në zonën parashare të djathtë, u konstatua një hije mediointesive, me formë vezake, kufij të qartë dhe përmasa 8 x 5 cm. Në pamjen anësore hijsa duket në mediashtinë e përparshëm. Për këtë arsye, i sëmurë u dërgua nga rrethi përkatës në klinikën e tretë të Spitalit nr. 2, Tiranë, ku shtrihet më 30.XI.1979, me kartelë klinike nr. 6899 me diagnozë të përfaqëzuar ekimokok i mushkërisë.

Gjatë ekzaminimit të të sëmurit, u konstatua trymëmarrje e dobësuar në bazën e mushkërisë së djathtë, ndërsa në ekzaminimet laboratorike anemi e lehtë dhe eritrosediment 32 mm/orë. Gjatë ndërhyrjes kirurgjikale, u konstatua masë e madhe tumorale sa një kokë femie në mediashtinë e përparshëm, e ngjitur me hilusin e mushkërisë së djathtë, perikardin, venën kava të sipërme, si edhe me enët subkave. Masa u hoq plotësisht, me përjashtim të pjesës së ngjitur me venën kava të sipërme dhe enët subkave. Rezultati i ekzaminimit histologjik *ex tempore* ishte timoma, ndërsa ai përfundimtar timomë histologji-

gërta, ashtu edhe metastaza të largëta (17). Ky fakt ka rëndësi të madhe në përcaktimin e një taktike të drejtë mjekimi.

Në mjekimin e timomës invazive, përvës ndërhyrjes kirurgjikale dhe rrezatimi, është përdorur edhe kimioterapia (2,4,5,10). Pëllimisht janë përdorur kortikosteroidet, të cilët japin remisione që zgjasin deri në 2 muaj. Me vonë u vu re remisioni i arritur pas përdorimit të cito-statikëve ishte më i gjatë se ai i kortikosteroidëve, por edhe ky zgjatje vetëm disa muaj. Citostatikë të përdorur në formën e monokimioterapisë janë mustarda e azoti, ciklofosfamid dhe klorambucil, që bëjnë pjesë në grupin e mustardave të azotuar, adriamicina dhe bleomicina, që i përkasin grupit të antibiotikëve antitumorale. BCNU dhe CCNU nga grupi i nitrozoureve, vinkristina dhe vinblastina nga grupi i alkaloidëve bimorë, prokarbazina nga grupi i përzier etj. Remision më i gjatë është arritur me përdorimin e cisplaminodikloroplaitit (13 muaj).

Kohët e fundit, në mjekimin e timomave invazive po përdoret gjithnjë e më tepër polikimioterapia (mjekimi me dy ose më shumë cito-statikë). Skema më e njohur është COPP dhe gërsahetimi adriamicinë spektrin e veprimt të tyre të përshtihen të gjitha fazat e ciklit qelizor (qelizat në fazat G₁, S, G₂ dhe M), si dhe të nxiten që të hyjnë në cikël edhe qelizat e geta në fazën G₀.

Në rastin tonë, duket qartë që bëhet fjalë për një timomë invazive, që është rishfaqur shpejt pas ndërhyrjes kirurgjikale. Mjeksi i vetëm me qëllim palliativ do të ishte kimioterapia. Remisioni i plotë është arritur që pas mbarimit të ciklit të parë të mjekimit. Ky gjendje është ruajtur për nëntë muaj, 5 muaj gjatë mjekimit dhe 4 muaj pas mbarimit të tij. Ky fakt, si dhe ato që japin nga autore të tjerë (4,5,10), tregojnë që timoma invazive është një tumor i ndjeshëm ndaj kimioterapisë, aq sa me COPP apo me skema të tjera mjekimi arrihen remisione të plota.

Kimioterapia, ashtu si dhe në mjekimin e një sërë tumorësh të tjera maligne, mund të përdoret për të zvogëluar timomat që nuk mund të hiqen plotësisht me anë të ndërhyrjes kirurgjikale ose për të zvogëluar masat mëdha, rrezatimi i të cilave do të përshtinte një pjesë të konsiderueshme të mushkërisë ose të zerrës. Ajo mund të përdoret gjithashtu edhe në mjekimin e rasteve me metastaza të largëta, me qëllim palliativ. Të dhënat e punimeve eksperimentale (20,22), si edhe të shumtë autorëve të tjerë që nuk citoohen në bibliografi, e përligjin përdorimin e kimioterapisë në mjekimin e shumicës së tumorëve maligne dhe, në rastin tonë, i timomës invazive.

Duke u nisur nga rezultatit i arritur në rastin tonë, si dhe ato të autorëve të tjerë (5,10), është e qartë se me anën e mjekimit me cito-statikë, mund të arrihet qoftë zvogëlimi i dukshëm i tumorit, qoftë zhdurkja e plotë e tij. Megjithatë, përcaktimi i rolit të kimioterapisë dhe, vëganerisht i skemës COPP, në mjekimin e timomave invazive, ka nevojë për një vlerësim të mëtejshëm.

Dorëzuar në redaksi më 7.8.1984

kisht bëninje. Përtudhën pas ndërhyrjes kirurgjikale i sëmurit e kaloi mirë dhe doli nga spitali më 15.XII.1979.

Në shkurt 1980, ai paraqitet në klinikën onkologjike të Spitalit Klinik nr. 2, Tiranë, në gjendje jo të mirë. Gjatë ekzaminimit të të sëmurit, u konstatua frymëmarrje e zhdukur lehtësisht të zmadhura në grupen mbikavikulare të po kësaj ane. Në këtë rast, ndërhyrja kirurgjikale do të ishte e paobshme. Rrezatimi gjithashtu do të përshtinte të gjithë mushkërinë e djathtë. Në fillim mjekimi me citostatikë sipas skemës COPP (C-ciklofosfamid, O-onkovinë, P-prokarbazinë, P-prednizon). Ciklofosfamid dhe onkovina janë dhënë me rrugë venoze në ditën e parë dhe të tjetër, ndërsa prokarbazina dhe prednizoni janë dhënë nga goja nga dita e parë në të katërmbëdhjetë. Vetëm në injeksionin e parë, ciklofosfamid është dhënë në dozën 400 mg, ndërsa në të gjithë injeksionet e tjera doza ka qenë 200 mg. Onkovina është dhënë në dozën 0,5 mg në gdo injeksion, ndërsa prokarbazina 50 deri 100 mg në ditë. Prednizoni është dhënë në dozën 30 mg në ditë. Dozat e barnave të lartpërmendura janë dhënë në përshtatje me gjendjen e përgjithshme të të sëmurit, kuadrit e gjakut, provat e funksionit të mëlçisë, veshkës etj.

Të sëmurit i janë përdorur gjithsej 5 cikle mjekimi. Çdo cikël ka zgjatur 14 ditë, kohë kjo e njëjtë me atë të pushimit midis dy cikleve. Vetëm cikli i parë zgjatir rreth një muaj, për arsye se, pas injektimit të parë të ciklofosfamidit dhe onkovinës, u konstatuan shtrita të larta të uremisë (379 mg⁰/0) dhe të urticemisë (18 mg⁰/0), gjë që na detyroi të ndremisim mjekimin me citostatikë. Po ashtu, pak ditë pas këtij ndërlikimi, i sëmurit pësoi një spazmë bronkiale gjatë ngrënies, për të cilën u intubua dhe u mjekua për një javë.

Në mbarim të ciklit të parë i sëmurit u lut në gjendje remisioni të plotë, gjendje e cila vazhdoi edhe për katër muaj pas mbarimit të mjekimit. Në këtë kohë i sëmurit vdes në shtëpinë e tij. Shkakun mbetet i panjohur, për arsye se nuk është bërë autopsi.

DISKUTIM

Timomat mund të jenë tumore benignë ose maligne. Klinikisht, si kritere orientues merret parina ose jo e shënjavave klinike; shumica e të sëmurëve me timomë invazive (maligne), në kohën e paraqitjes tek mjeku, kanë kollë dhe dhimbje gjoksi, ndërsa të sëmurët me timomë benignë zakonisht nuk kanë ankessa dhe sëmundja në shumicën e rasteve njihet gjatë ekzaminimit radiologjik të rastësishëm (15).

Edhe histologjikisht, si në rastin tonë, nuk mund të bëhet përcaktimi midis benignitetit dhe malignitetit të timomave (3,5,7,10,13,15, 19,21). Ky dallim bëhet sidomos gjatë ndërhyrjes kirurgjikale në bazë të dy kritereve: mbështjelljes së tumorit me kapsulë dhe presjes së organeve dhe strukturave fqinje nga ana e tij. Timomat benignë janë të mbështjella plotësisht me kapsulë, ndërsa invazive (maligne) janë pjesërisht ose aspak të inkapsuluara dhe prekin mushkërinë, pleurën, perikardin, enët e mëdha të gjakut etj. Ky gjë vëhet re edhe në rastin tonë. Si të gjithë tumoret e tjerë maligne, edhe timoma invazive jep si metastaza të

INVASIVE THYMOMA AND THE ROLE OF CHEMOTHERAPY IN ITS TREATMENT

Summary

A short description is given of what thymomas are and of their clinical behaviour. In describing one particular case it is pointed out that it is often difficult for the histological examination to determine the benign or malignant nature of a thymoma. The distinction can be made by the surgeon during operation when he can base his judgement on the spread of the tumour to other organs or on the tumours being enclosed in a capsule. The paper mentions all the drugs used in the treatment of thymomas and the results achieved with them. Particular importance is given to the COPP scheme which was applied in one particular case with satisfactory results. However, the exact role of chemotherapy and in particular of the COPP scheme in treatment of invasive thymoma has yet to be determined.

Résumé

THYMOSE INVASIVE ET LE RÔLE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE DANS SON TRAITEMENT

Dans cet article on décrit succinctement ce que sont les thymomes et quelle est leur expression clinique. En décrivant un cas atteint de cette maladie on démontre que fréquemment la benignité ou la malignité d'une thymome ne peut être déterminée histologiquement. Ceci est déterminé durant l'intervention chirurgicale prenant en considération l'envahissement des organes voisins ou la présence d'une capsule autour de la tumeur. Dans l'article on décrit toutes les médications qu'on emploie dans le traitement des thomomes, ainsi que les résultats obtenus. On souligne particulièrement le schéma COPP qui a donné de bons résultats dans le traitement de cette maladie. Toutefois le rôle de la chimiothérapie et particulièrement du schéma COPP dans le traitement des thymomes invasives est encore à prouver dans l'avenir.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Allum W.H., Watson D.C.T.: Recurrent Thymoma with Myasthenia gravis. Br. Med. J. 1983, 286, 440.
- 2) Bataia M.A. and coll.: Thymomas: Clinicopathologic Features Thyrepy and Prognosis. Cancer. 1974, 34, 389.
- 3) Bernhard W.: Ultrastructure of the Cancer Cell. Né: Lima-de-Faria A. 1975, 2, 687.
- 4) Boston B.: Chemotherapy of Invasive Thymoma. Cancer. 1976, 38, 49.
- 5) Butts W.H. and coll.: Metastatic Thyoma with myasthenia gravis: Complete Remission with Chemotherapy. Cancer, 1982, 50, 419.
- 6) Case Records of the Massachusetts General Hospital-Case. Eng. J. Med. 1973, 288, 729.
- 7) Courty C. et coll.: Etude anatomo-clinique et thérapeutique des tumeurs thymiques de l'adulte. Rev. du Prat. 1970, 25, 3751.
- 8) Dumot J., Bernard J.: Thymus et hémopathies. Rev. du Prat. 1970, 25, 3809.
- 9) Elezi B.: Semundjet e mediasintit. Semundjet kirurgjikake. Tirane 1973, 17.
- 10) Evans W.K. et coll.: Combination Chemotherapy in Invasive Thymoma: Role of COPP. Cancer, 1980, 46, 1523.
- 11) Good R.A.: The Primary Immunodeficiency Disease. In: Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia, London, 1979, 142.
- 12) Kilman J.W., Klassen K.P.: Thymoma. AM.J.Surg. 1971, 121, 710.
- 13) Legg M.A., Bredy W.J.: Pathology and Clinical Behaviour of Thymomas: A Survey of 51 Cases. Cancer, 1965, 18, 1131.
- 14) McCrea E., Maslar J.A.: Thymoma with Distant Intrathoracic Implants, with CT Confirmation. Cancer, 1982, 50, 1612.
- 15) Mulder D.G. and coll.: Mediastinal Tumours. Né: Cancer Treatment. London, Philadelphia, 1980, 778.
- 16) Otto H.F. and coll.: Thymolipoma in Association with myasthenia gravis, Cancer, 1982, 50, 1628.
- 17) Rosen V.J. and coll.: Metastatic Thymoma Presenting as a Solitary Pulmonary Nodule. Cancer, 1966, 19, 527.
- 18) Rowland L.P.: Myasthenia gravis. Né: Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia, London, 1979, 925.
- 19) Sabiston D.C.: Diseases of the Pleura, Mediastinum and Diaphragm. Né: Harrison's Principles of Internal Medicine, 1977, 1393.
- 20) Salmon S.E.: Kinetic Rational for Adjuvant Chemotherapy of Cancer. Né Adjuvant Therapy of Cancer. Amsterdam, 1977, 15.
- 21) Salzer W.R., Eggleston J.C.: Thymoma. A Clinical and Pathological Study of 65 Cases. Cancer. 1976, 37, 229.
- 22) Schabel F.M.: Experimental Basis for Adjuvant Chemotherapy. Né: Adjuvant Therapy of Cancer, Amsterdam, 1977, 3.
- 23) Wintrobe M.M. and coll.: Clinical Hematology, 1974, 18, 1392.

SPAZMA KORONARE DHE REAKSIONI ALERGJIK

— ARTAN GODA — GJIN NDRRËPË — MYZAFER JANINA —

(Klinika e kardiologjisë, Spitali klinik nr. 1 — Tiranë)

Framja e grrëgulimeve të zemrës gjatë reaksioneve alergjike ka

tërhequr vëmendjen e mjekëve që prej mbi 60 vjetësh. Sinjali që orientohet për ekzistencën e këtyre grrëgulimeve ishte EKG-ja. U pa se, kur regjistrohesh gjatë këtyre momenteve, ajo paraqiste ndryshime nga më të larmishmet. Raporte të shumta u publikuan mbi praninë e grrëgulimeve supraventrikulare e ventrikulare të ritmit (ekstrasistola atriale e ventrikulare, fibrilacion atrial, fibrilacion ventrikular, etj.)

(2,8), mbi praninë e grrëgulimeve të përgjithshme të dhëmbit I (1,2,3,5,6,7) e deri mbi praninë e infarktit akut të miokardit (5). Keto raporte plotësuan gradualisht tablonë e ndryshimeve të mundshme EKG-ike gjatë reaksioneve alergjike, shprehje këto të demtimeve e grrëgulimeve të vetë zemrës në këto rrethana. Framja e këtyre ndryshimeve ishte më e shpeshtë në rastet me shok anafilaktik, por u pa ato u gjatën edhe në të sëmurë pa hipotension të thellë (3,6,8). Po ashtu, grrëgulimet e zemrës ishin më të shpeshta në të sëmurë me sëmundje paraprake të zemrës, por ato u gjatën edhe në subjekte me zemra fare të shëndosha deri në momentin e reaksionit alergjik (2,3). Demtimet e zemrës e thellojnë edhe më shumë rrezikun e një reaksioni alergjik, madje edhe vetëm, pa u gërsuletuar me grrëgulime të tjera, ato mund të

Sidogotë, sukseset e arritura për zbulimin e plotë të anomaliave të ndryshme që mund të ndodhin gjatë reaksioneve alergjike tek një i sëmurë nuk janë pasuar me po këtë siguri në zbulimin e plotë të gjitha hallkave e arsyeve që mund të kontribuojnë për shfaqjen e zhvillimin e këtyre demtimeve e grrëgulimeve të zemrës. Duke u orvatur të ndihmojmë në këtë drejtim, po paragesim më poshtë një rast me ndryshime EKG-ike gjatë një reaksioni nga bipenicilina, që patëm mundësinë të

ndjekim në klinikën tonë.

PARAQITJA E RASTIT: I sëmurë A.S., 25 vjeç, student, në datën 6.3.1985 fillon mjekimin me bipenicilinë për shkak të një infeksioni të grykës, të shqetëruar me temperaturë jo shumë të lartë. 1-2 minuta pas infeksionit të parë prej 40000 UI intramuskular ai fillon të ndiejë shtrebesi të përgjithshme, pak marrje fryme, palpitatione dhe ndjenjë shtrebesi të ngjimi në gjoks, në pjesën retrosternale. I sëmurë është i zbehtë dhe i shfaqen urtikarie. Rreth 5 minuta pas fillimit të shqetësimeve i matet

tensioni arterial, që rezultoi jo i ulur, 120/80 mm Hg. Më pas i sëmundi tërësisht, pasi merrt edhe ndihmën e parë për këto shtatëqindorë, që u interpretuan nga bipericilina. Pas rreth 45 minutash ai paraqitet në urgjencën e Spitalit nr. 1, relativisht i gëtesuar, vetëm me dridhje të lehta të duarve dhe këmbëve. Në EKG konstatohen këto ndryshime: turbullime të repolarizimit ventrikular me dhemb T negativ simetrik në V₄, V₅, V₆ dhe dhemb T të sheshtë në lidhjet D₁, D₂, D₃ dhe aVL e aVF. Aksii i QRS ishte +10° dhe shpeshësia e zemrës 84/min. Shtrohet në klinikën e kardiologjisë me kartelë klinike nr. 2165. Duke iu referuar anamnezës së tij, rezultoi se edhe më parë, në femijërinë e hershme, ai ka përdorur bipericilinë. Po ashtu, dy vjet më parë, duke marrë tetraciklinë për një infeksion banal të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes paraqet një reaksion alergjik të mucozave të gojës dhe të lekurës së këmbëve dhe organeve seksuale me lluska e më pas ulçerime, që u larguan pas ndërprerjes së medikamentit dhe përdorimit të prometenazës dhe solucionit gjenian violet. Dy vjet më parë, në një kontroll të zakonshëm mjekësor, i sëmundi kishte bërë një EKG, e cila ishte normale. Po ashtu, në kontrollin ekokardiografik të bërë në atë kohë rezultonte normal.

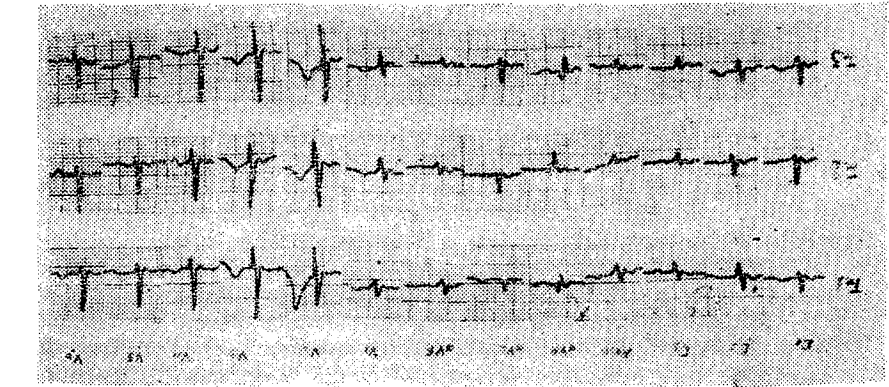
Në spital i sëmundi bëri këto ekzaminime dhe analiza: Echo TM + 2D : të dhënat normale. Radioskopi e zemrës dhe e mushkërive: mushkëria pa ndryshime, zemra me formë lehtësisht aortale, pa ndryshime segmentesh. Gjaku komplet: Er. 5310000, Lc. 5000, Hb 16.6 gr%, sedimenti 12 mm/orë, në formulle: segmente 50%, euzinofile 3%, bazofile 0%, limfocite 28%, monocite 7%. Vërehen koktrazine toksike. Urina komplet, transaminazat (SGOT, SGPT dhe LDH), glicemia, azotemia, kreatinemia, fibrinogjeni, provat e inflamacionit dhe elektroforeza e proteinave rezultuan normale. Të gjitha këto analiza dhe ekzaminime u bënë nga 1 orë deri 2 ditë pas gasit të injektimit të bipericilinit që shkaktoi reaksionin alergjik. I sëmundi u konsultua edhe me specialistët alergjologë, të cilët vërtetuan pranimë e reaksionit alergjik nga bipericilina, të shogëruar me ndryshime EKG-ike.

Në EKG-në e bërë pas 24 orësh, të gjitha ndryshimet e përshtatuar me lartësi zhdukur dhe traseja ishte krejt normale. I sëmundi, që në mërtmën e derti sa doli nga spitali pas 10 ditësh, ishte i gjetë e pa asnjë ankësë. Edhe në disa EKG të tjera të bëra nuk u gjet asnjë ndryshim nga norma.

DISKUTIM

Sig u përmend me lart, me gjithë informacionin e marrë deri më sot, kanë mbetur e pasqaruar përfundimisht etiologjia dhe mekanizmat bazë përgjigjëse për rregullimet e zemrës e ndryshimet e elektrokardiografike gjatë reaksioneve alergjike. Kështu, është menduar se, kryesisht, ndikojnë e ndërhyjnë këta faktorë: hipotensionin, hipoksia, akti doza, efekti farmakologjik i mediatorëve të çliruar gjatë anafilaksisë, efekti i substancave vazopresore të dhëna për të mjekuar reaksionin alergjik, sëmundjet paraekzistuese të zemrës etj. (2,5,7,8).

Në rastin tonë, lidhja kohore midis reaksionit alergjik dhe ndryshimeve të elektrokardiogramës, shogëruar edhe me dhimbjet shtetënguese retrosternale, na shtynë të besojmë se këto dy dukuri ishin, sipas



Spazma koronare dhe reaksioni alergjik

radhës, pasoja të njëjra-tjetërës. I sëmundi ynë ishte me moshë të re, pa sëmundje paraprake zemre dhe reaksioni alergjik nuk i shkaktoi gjë-ndje shoku me hipertensionin, hipoksinë e acidozën shogëruese që mund të akuzoheshin si shkaktarë të ndryshimeve të tij elektrike. Atij nuk iu përdorën amina presore, të cilat gjithashtu mund të mjaftojnë për të dhënë ndryshimet e elektrokardiogramës. Pak i mundshëm duket edhe zhvillimi i një vaskuliteti alergjik të arterive koronare, që mund të japë ndryshime elektrokardiografike për ditë me radhë (7). Tek i sëmundi ynë këto ndryshime u zhdukën shpejt.

Duke u nisur nga këto të dhëna, si mekanizmi më i mundshëm me anën e të cilit reaksioni alergjik solli ndryshimet në elektrokardiogramën e të sëmundit tonë duket se mbetet veprimi i mediatorëve të çliruar gjatë anafilaksisë, e kryesisht i histaminës. Si vepron histamina në enët koronare? Në zemër ekzistojnë dy lloj receptorësh, H₁ dhe H₂, për histaminën (4). Ngacimi i H₂-receptorëve sjell në zemër po ato veprime që sjell edhe ngacimi i betareceptorëve adrenergjikë. Ngacimi i H₁-receptorëve histaminikë, ashtu si edhe ngacimi i alfareceptorëve adrenergjikë, gon në vazokonstriksion koronar, kryesisht në arteriet epikardiale.

Roli i histaminës nuk është aq i dukshëm edhe efektet kardiale janë më pak dramatike sesa ai i sistemit adrenergjik. Çlirimi i histaminës nga mastocitet dhe «gëllizat jomastocitare», ndryshe nga ai i kathekola-minave nga mbaresat nervore e medula adrenale e gjendrës mbivendimave nga mbaresat nervore e medula adrenale e gjendrës mbivendimave nuk është aq i dukshëm, sepse kapja e shpejtë indore dhe metabolizmi bëjnë që nivelet garkulluese të saj të mbeten relativisht të ulura. Studimet e ndryshme kanë treguar për një lokalizim të depove të histaminës përreth vazave të zemrës, si edhe për pranimë e saj në përgjithësi të larta në këtë organ (4). Këto të dhëna të bëjnë të mendosh se roli i saj nuk duhet nënvëltesuar në rregullimin fiziologjik të funksionit të zemrës, dhe sidomos të garkullimit koronar. Gjatë reaksioneve alergjike mund të çlirohen sasi të mëdha histamine nga zemra dhe indet e tjera, gjë që mund të ketë pasojë serioze kardiovaskulare ose koronare, sig ndodhi tek i sëmundi ynë. Madje mund të mjaftojë

without anaphylactic shock, which presents changes in the ECG characteristic of coronary spasm attributable to the allergic reaction. A mechanism is suggested by which such a coronary spasm can develop, involving in particular the release of histamine.

Résumé

LE SPASME CORONARIEN ET LA REACTION ALLERGIQUE

On discute les divers types de perturbations du coeur pendant les réactions allergiques, leurs causes et mécanismes possibles ainsi que les circonstances de leurs survenues. Il est décrit un cas avec une telle réaction causée par la bipentilamine (sans shock anaphylactique) qui présentait des troubles dans l'E.C.G caractéristiques pour un spasme coronarien et qui sont attribués à la réaction allergique. On suggère le mécanisme de développement du spasme qui particulièrement met en jeu la libération de l'histamine.

vetëm gjirimi kardial, pa pasur nevojë për një hiperhistaminemi të

përgjithshme, në qoftë se zemra preket me përparësi nga reaksioni alergjik (4). Përveç etekëve të tjera në sistemin kardiovaskular, histamina sjell rritjen e kërkesës për oksigjen nga elektet inotrope e kronotrope pozitive e aritmitë (4) dhe vazokonstriksion e spazmë koronare (1,3,4). Në rastin tonë, duket se i vetmi veprim i saj ishte vazokonstriksioni koronar me spazmën e tyre, si pasojë e ngacmimit kryesisht të H_1 -receptorëve.

Ka të dhëna që tregojnë se arteriet koronare epikardiale janë më të pasura me H_1 -receptorë, kështu që stimulimi i tyre, pa mundur të balancohet edhe nga stimulimi i receptorëve H_2 në të njëjtën masë (se-pse këta janë më pak), çon në vazokonstriksion koronar (1,4). Një spazmë koronare e tillë me demtim të repolarizimit ventrikular në elektrokardiogramë është regjistruar edhe në të sëmurë me reaksion urtikarial akut (3). Shpejtësia me të cilën u larguan ndryshimet elektrokardiografike në të sëmurin tonë llet edhe një here në favor të spazmës koronare nga veprimi i histaminës për shkaktimin e këtyre ndryshimeve.

Hasiti i mësipërm paraqet interes, megjëse kohët e fundit janë bërë përkohërisht të tilla (1), që kanë vlera praktike në ndjekjen e të sëmurëve me reaksione alergjike medikamentoze, të cilat nuk janë të pakta.

Dorëzuar në redaksi më 19.2.1985

BIBLIOGRAFIA

- 1) Antonelli D., Kotturi B., Barzilay J.: Transient ST Segment Elevation during Anaphylactic Shock. Am. Heart J. 1984, 108, 1052.
- 2) Booth B.H., Petterson R.: Electrocardiographic Changes during Human Anaphylaxis. JAMA, 1970, 211, 627.
- 3) Ginsburg R., Bristow M.R. and coll.: Histamine Provocation of Clinical Coronary Artery Spasm: Implications Concerning Pathogenesis of Variant angina pectoris. Am. Heart J. 1981, 102, 819.
- 4) Bristow M.R. and coll.: Histamine and Human Heart: the Other Receptor System. Am. J. Cardiol. 1982, 49, 249.
- 5) Levine H.D.: Acute Myocardial Infarction Following Wasp. Sting. Am. Heart J. 1976, 91, 365.
- 6) Petas A.A., Kotler M.N.: Electrocardiographic Changes Associated with Penicillin Anaphylaxis. Chest, 1973, 64, 66.
- 7) Priftianji A.: Shoku anafilaktik dhe demtimet kardiale gjatë tij. Revista mjekësore, 1984, 3, 37.
- 8) Sullivan T.J.: Cardiac Disorders in Penicillin-induced Anaphylaxis. JAMA, 1982, 248, 2161.

Summary

CORONARY SPASM AND ALLERGIC REACTION

The heart disorders occurring during allergic reaction are discussed, their various types, their possible causes and mechanisms, and the circumstances in which they occur. A case is described of such a reaction caused by dipentilamin,

NDIKIMI I NEUROLEPTIKEVE NE NIVELIN E GLICEMISE

— Doc. ULVI VEHBIU — Doc. SEZAI BRAHO — ADRIANA PETI —

(Klinika e psikiatrie dhe sektori i mjekesise eksperimentale)

Perdorimi gjithnje e me i madh i neuroleptikeve ne praktiken mjekesore, e sidomos ne ate psikiatrike, ka treguar se keto barna perveg efektive pozitive, shkaktojne edhe nje varg dukursh anesore te padeshiruara ne sistemet dhe organet e ndryshme te njeriut (20).

Nje nga dukurite farmakologjike qe ka terhequr vemendjen e klinicisteve dhe te eksperimentatoreve eshte edhe ndikimi i neuroleptikeve ne nivelin e glicemise. Shumica e autoreve jane te mendimit se keto barna shkaktojne hiperglicemi (2,5,7,14,16,18). Disa kerkes jane vene re dukurine e kundert, pra hipoglicemie neuroleptike (8, 10, 15). Jane pershkruar edhe raste te renda hipoglicemie nga klorpromazina e haloperidoli, kur te semuret kane kaluar ne gjendje subkomatoze ose kome te renda, me karakter te kthyeshem (9).

Duke u nisur nga te dhënat kontradiktore te literatures, e gjetejm me vend te ndremerrim ketë punim eksperimental dhe klinik per te percaktuar ndikimin e neuroleptikeve ne nivelin e glicemise ne katesht eksperimentale dhe ne te semuret qe mjekohen me neuroleptike.

MATERIALI DHE-METODIKA E PUNES

Si katesht te pershtatshme per ketë lloj eksperimenti, parapëlqyem gjelat dhe minjte e bardhe te races Wistar te te dy seksve. Metodiken e eksperimentit e huazuan nga literatura bashkekohore (3,4).

Per ketë qelhim, kemi perdorur 3 seri eksperimentale: ne serine e pare provuam ndikimin e neuroleptikeve (klorpromazines, haloperidolit dhe flufenazines) ne nivelin e glicemise tek gjelat; ne serine e dyte provuam ndikimin e ketyre preparateve ne nivelin e glicemise tek minjte dhe ne te treen studiuam mekanizmin e veprimit hiperglicemik te neuroleptikeve, nepermjet bllokimit te receptorëve adrenergjike.

Eksperimentet e serise se pare u kryen ne 40 gjela te se njetes imje dhe te se njetes moshë, duke u ndare ne 4 grupe me nga 10 ka-fshe ne gdo grup. Grupi i pare, me peshe mesatare 1450 g, mori tresetare klorpromazine ne dozen 3 mg per kg peshe. Grupi i dyte, me peshe mesatare 1460 g, mori tresetare haloperidoli ne doze 1,25 mg per kg peshe. Grupi i trete, me peshe mesatare 1504 g, mori tresetare flufenazine ne doze 1.5 mg per kg peshe dhe grupi i katert, si i kontrollit te normes, me peshe mesatare 1308 g, mori nje te disthuan ne po ate sasi tresetare qe moren dhe katesht e grupeve te tjera.

u rrit deri në 190.9±17.65 mg%. Përpunimi statistikor tregoi se të tri grupet e katshëve që u trajtuan me keto neuroleptikë patën rritje të nivelit të glicemisë, e cila, në krahasim me grupin e kontrollit, ka ndryshime statistisht të dukshme ($P < 0.05$):

Vlerat mesatare të niveleve të GLICEMISE nga përdorimi i neuroleptikëve në katshë.

Specia	Grupi	Klorpromazin		Haloperidoli		Flufenazina	
		Kontroll	Kontroll	Kontroll	Kontroll	Kontroll	Kontroll
Shpendet	178 ± 24.8	194 ± 23.7	198.5 ± 9.2	190.9 ± 17.6			
		$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$			
Mujtë	76 ± 7.5	120 ± 14.7	108 ± 10.2	108 ± 10.2			
		$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$			

Në serinë e dytë eksperimentale, të kryer në minj të bardhë të mëdhenj, u vërejt përiferishtë e njëjta dukuri. Niveli mesatar i glicemisë në grupin e kontrollit ishte 76±7.5 mg%. Në grupin e dytë, që mori klorpromazin, u vërejt një rritje mesatarisht 120±14.7 mg%. Në grupin tretë, që mori haloperidol, vlerat mesatare ishin 198±10.22 mg%, ndërsa në grupin e katër, që mori flufenazinë, vlerat mesatare ishin 108±10.22 mg%.

Pasi u bindëm që neuroleptikët në të dy speciet e zgjedhura për eksperiment shkaktuan rritje të glicemisë, zhvilluam serinë e tretë eksperimentale në kërkim të mekanizmit të veprimit hiperglicemik të këtyre preparatave. Rezultatet e eksperimenteve treguan se katshët që morën klorpromazin dhe propranolol patën një rritje të glicemisë deri në 100-8.9 mg%. Pra, propranolol pak ndikoi në hipergliceminë e shkaktuar nga klorpromazina (niveli mesatar i grupit të kontrollit — 76-7.5 mg%, ndërsa dhënia e ndërthurur e klorpromazines dhe regjines pengoi efektin hiperglicemik të klorpromazines me një mesatare aritmetike efektin hiperglicemik të klorpromazines me një rritje të glicemisë 60-3.17 mg%. Të grupi i minjve që mori haloperidol dhe propranolol, u vërejt një rritje të glicemisë 92±4.01 mg%; ndërsa grupi i katshëve që mori haloperidol dhe regjinë nuk pësoi rritje të glicemisë, duke pasur një mesatare aritmetike 58±8.07 mg%. Pra edhe në këtë rast, del në pah që regjina pengon efektin hiperglicemik të haloperidolit. Rezultatet e përpunimit statistikor treguan që klorpromazina dhe haloperidoli, të krahasuara me grupin e kontrollit, rrisin nivelin e glicemisë me vërtetësi statistikore ($P < 0.05$); ndërthurja e propranololit me klorpromazin dhe haloperidolin nuk pengoi efektin hiperglicemik të neuroleptikëve ($P > 0.05$), ndërsa ndërthurja e regjines me klorpromazinë

U përllogarit që të gjitha katshët të merrnin nga 1 ml tretësirë për kg peshë, në të cilën u tretën dozat e preparatave të lartpërmendura (D₁₀₀). Dozat efektive të neuroleptikëve u gjeten nëpërmjet standartizimit të tyre biologjik.

Të gjitha tretësirat e preparatave dhe ujë të distiluar u injektuan me rrugë muskulore gdo ditë, për 5 ditë me radhë, 24 orë pas ndërprerjes së ushqimit, të gjitha shpendët u sakrifikuan dhe gjaku u grumbullua për analizë.

Eksperimentet e serisë së dytë u kryen në 20 minj të bardhë të mëdhenj të ndarë gjithashtu në 4 grupe me 5 minj secili. Grupi i parë mori klorpromazin, grupi i dytë haloperidol, grupi i tretë flufenazinë dhe grupi i katërt, i kontrollit të normës, mori ujë të distiluar. Preparatet neuroleptikë u dozuan në serinë e parë dhe u injektuan me rrugë peritoneale gdo ditë për 30 ditë me radhë, duke shkaktuar në të njëjtën kohë edhe katalpsi kronike. Ditën e 30-të u marr gjaku për analizë nëpërmjet punktit të zemrës, pasi katshët u lanë 24 pa

Eksperimentet e serisë së tretë u kryen me 35 minj të bardhë të mëdhenj të ndarë në 7 grupe. Grupi i parë, që shërbeu si grup kontrolli i eksperimentit, mori vetëm klorpromazin, grupi i dytë, që shërbeu gjithashtu si grup kontrolli i eksperimentit, mori haloperidol. Grupi i tretë mori klorpromazin dhe tretësirë propranolol në dozën 1 mg për kg peshë. Grupi i katër mori klorpromazin dhe tretësirë të regjines (fentolaminës) në dozën 1 mg për kg peshë. Grupi i pestë mori haloperidol dhe tretësirë propranolol 1 mg për kg peshë. Grupi i gjashtë mori haloperidol dhe tretësirë regjine në dozë 1 mg për kg peshë. Grupi i shtatë i kontrollit mori ujë të distiluar. Dozat e neuroleptikëve ishin si ato të serisë së parë. Preparatet u injektuan me rrugë peritoneale për 7 ditë me radhë. Pasi u lanë 24 orë pa ushqim, të gjitha katshëve u marr gjaku për analizë nëpërmjet punktit të zemrës. Pësha mesatare e minjve ishte 230±30 g.

Katshët, pa përjashtim, gjatë gjithë periudhës së eksperimentit u mbajtën në të njëjtin regjim ushqimor.

Pas eksperimenteve në katshë ekzaminiuam klinikë për glicemi të tërësimit e shtruar në klinikën e psikiatrisë. Përcaktuam nivelet e glicemisë në 23 të sëmurë me kriza akute të skizofrenisë, të cilëve u eshtë marre gjaku tri here: në gastin e shtrimit, një javë pas fillimit të mjekimit me neuroleptikë (klorpromazinë e haloperidol) dhe një muaj më vonë. Studiuam gjithashtu edhe 6 të sëmurë me skizofreni kronike që kishin dy vjet pa terapi neuroleptike. Në ta, nivelet e glicemisë u matën para fillimit të mjekimit dhe dy orë pas marrjes së klorpromazines.

REZULTATET E EKSPERIMENTEVE

Në serinë e parë eksperimentale, që kryen në gjela, vrojtuan që niveli mesatar i glicemisë në grupin e kontrollit ishte 178.1-24.8 mg%. Grupi i shpendëve që u trajtua me klorpromazinë pësoi rritje të glicemisë me një mesatare të përgjithshme 194±23.7 mg%. Të grupi që u trajtua me haloperidol u vërejtën një rritje me e theksuar, mesatarisht 198.5±19.26 mg, ndërsa në grupin e trajtuar me flufenazinë niveli i glicemisë

dhe haloperidolin pengoi efektin hiperglicemik të këtyre të fundit me një vërtetësi të dukshme statistikore ($P < 0.05$).

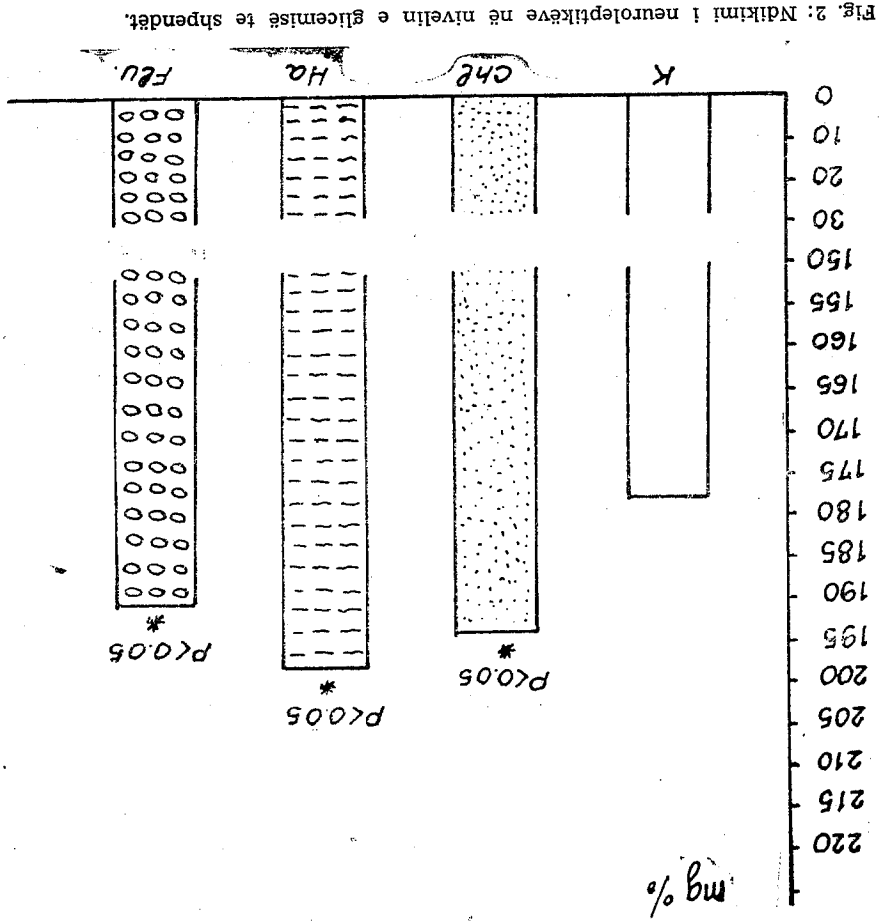


Fig. 2: Ndikimi i neuroleptikëve në nivelin e glicemisë të shpendët.

Studimet klinike për këtë problem dhane keto rezultate: 1) Të gjashtë rastet me skizofreni kronike, para fillimit të mjekimit përdoren një nivel glicemik mesatarisht 68.3 ± 2.58 mg%, ndërsa dy orë pas marrjes së klorpromazinës niveli i glicemisë u rrit në 75.3 ± 3.13 mg%. (P = 0.5). 2) Të 23 të sëmurët me skizofreni akute që morën mjekim me neuroleptikë vlerat mesatare të glicemisë para mjekimit ishin 79.43 ± 3.10 mg%, një javë pas fillimit të mjekimit këto vlera ishin 80.22 ± 4.2 mg%, ndërsa pas një muaji mjekimi, vlerat mesatare art-

metrike të glicemisë ishin 83.17 ± 5.03 mg%. Megjithatë vihet re një rritje e vlerave mesatare të glicemisë, përpunimi statistikor tregoi se nuk kemi të bëjmë me ndryshime të dukshme statistikore ($P > 0.05$).

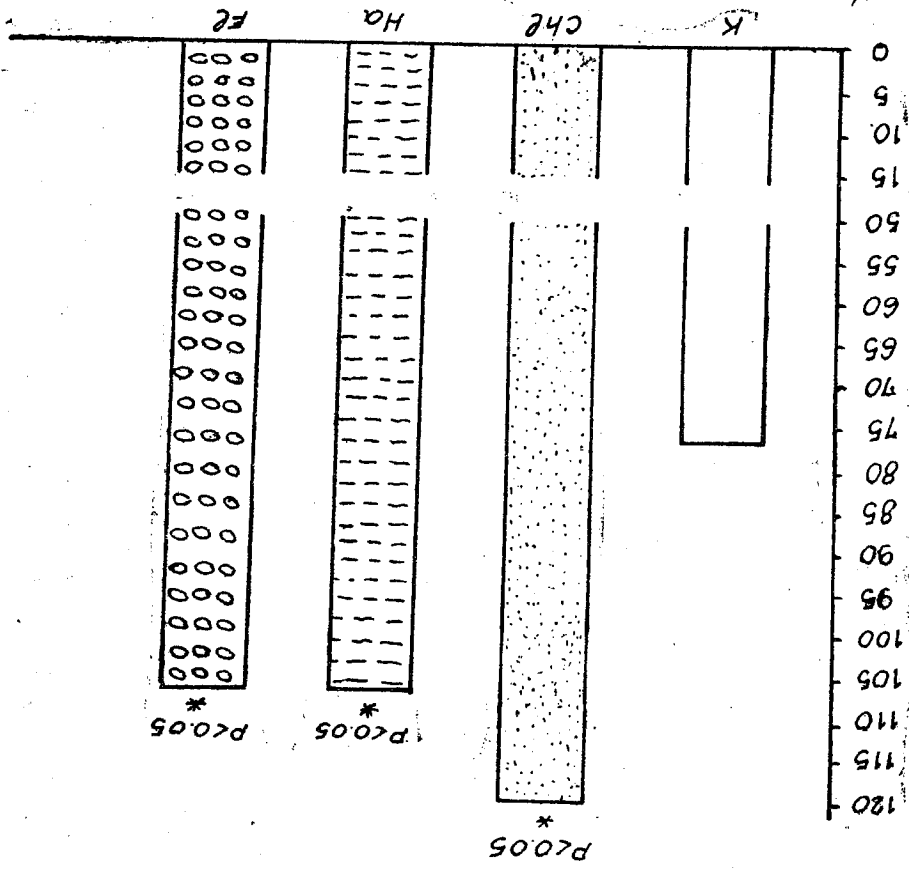


Fig. 3: Ndikimi i neuroleptikëve në nivelin e glicemisë të minjtë e bardhë të medhenj.

DISKUTIM

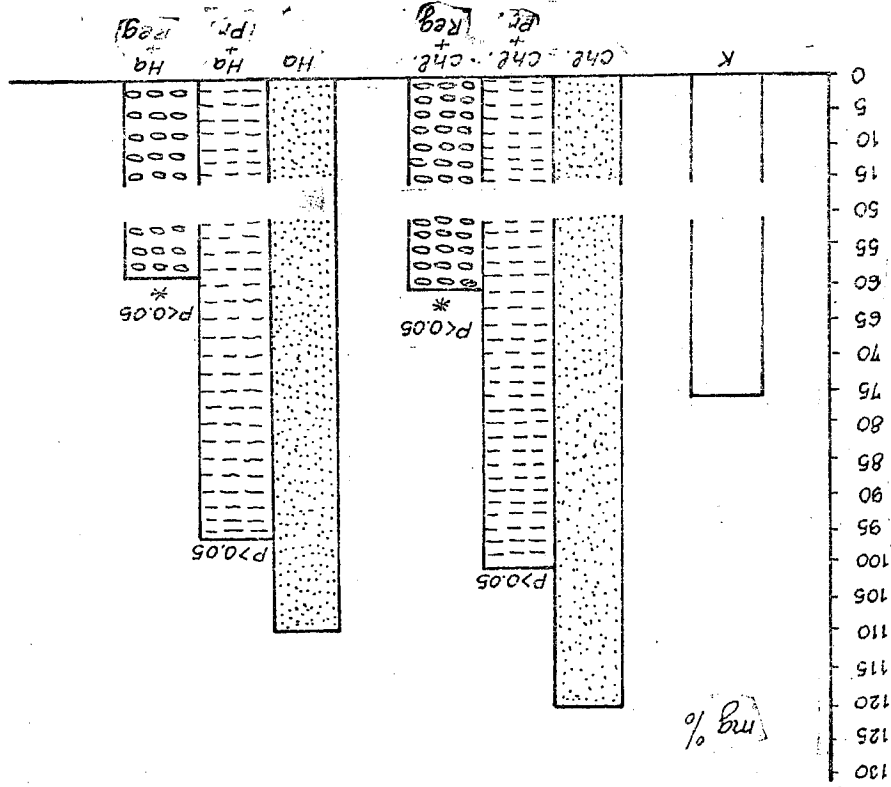
Duke pasur parasysh të dhënat kontradiktore të literaturës mbi ndikimin e neuroleptikëve në nivelin e glicemisë, si dhe faktin se kjo dukuri klinike nuk është gjithnjë e evidente, kërsohet që më tej të

eksperiment, u dhame pesëfishin e dozës efektive (D₅₀). Këtë e bëme me qëllim që të nxirrnim më mirë në pah efektin farmakologjik të neuroleptikeve mbi gliceminë.

Rritja statistikisht e dukshme e niveleve të glicemisë në të dy llojet e kafshëve eksperimentale me gjak të nxehët është një e dhënë e plotë, e cila duhet pasur parasysh gjatë mjekimit të të sëmurëve psikikë, e sidomos të skizofrenëve, të cilët duhet t'i përdorin neuroleptikët për vite të tëra.

Studimi klinik i 23 rasteve me skizofreni akute, si edhe i gjashtë rasteve me skizofreni kronike tregoi se dhënia e neuroleptikeve shkak-ton rritje të glicemisë duke filluar qysh nga ora e dytë pas marrjes së klorpromazinës. Gjatë vrojtimeve klinike në këmi zbuluar edhe 4 të së-murë me glicemi shumë të lartë që vuanin nga skizofrenia dhe që mje-

Fig. 4: Ndikimi i neuroleptikeve të kombinuara me propranolol dhe regitinë, në nivelin e glicemisë të minjtë e bardhë të mëdhenj.



Vlerat mesatare të nivelit të GLICEMISË tek të sëmurët, pas përdorimit të neuroleptikeve.

Niveli pas i muaj mjekimi	Niveli para mjekimit	Skizofreni akute (23 raste)		Skizofreni kronike (6 raste)	
		79.4 ± 3.1	83.17 ± 5.03	68.3 ± 2.58	75.3 ± 3.13
		t = 1.05	P > 0.05	t = 2.12	P = 0.05

Fig. 5

koheshin për kohë të gjatë me neuroleptike (klorpromazine 300 mg në ditë ose haloperidol 12-15 mg në ditë). Në dy prej tyre u diagnosti-kua diabeti i vërtetë, që u shfaq pas përdorimit disavejgar të klorpro-mazinës, flufenazinës dhe të levomepromazinës. Në literaturë ka të dhë-na edhe mbi efektin diabetogjen të neuroleptikeve (1,19).

Serinë e tretë eksperimentale e modeluam me qëllim që të kontri-buojmë në sqarimin e mekanizmit hiperglicemik të neuroleptikeve. Për këtë qëllim përdorëm adrenoblokuesit e njohur; regitinën dhe proprano-lolin. Duhet se regitina bllokoi në mënyrë përzgjedhëse receptorët alta-drenergjikë, ndërsa propranololi ata betaadrenergjikë (6,12).

Sipas shumë autorëve, efekti hiperglicemik i adrenalinës vjen nga veprimi i saj mbi receptorët betaadrenergjikë, duke intensifikuar gli-kogjenolizën nëpërmjet aktivizimit të enzimës adenilcikliazë që gjendet në nivelin e membranave qelizore (2,6,13). Madje autorë të tjerë janë të mendimit se glikogjenoliza adrenalikë vjen nga ngacimi i struktura-ve B — adrenergjikë (1,5,18). Nga ana tjetër, dihet që neuroleptikët, dhe vegjërshisht klorpromazina, kanë veprim alfaadrenolitik, duke bll-o-kuar në mënyrë përzgjedhëse receptorët alfaadrenergjikë. Po që se është kështu, atëherë mekanizmi hiperglicemik i neuroleptikeve mund të shpjegohet me mbizotërim e receptorëve betaadrenergjikë (që ngacmo-hen nga adenalina endogjene) për shkak të bllokimit të receptorëve alfaadrenergjikë. Për të vërtetuar këtë mekanizëm, zbatuam dhënie-n e propranololit së bashku me neuroleptikët, gjë që na jep mundësinë të supozojmë se kjo hiperglicemi nuk është e lidhur tërësisht me struk-turat beta.

Në kërkim të këtij mekanizmi të veprimit, bëme bllokimin e struk-turave alfaadrenergjike me anën e dhënies së regitinës, e cila i bllokoi këto struktura alfaadrenergjike, dhe pamë që ajo pengonte veprimin

- 10) *Lindo L.I.*: O nekorih biologjeshkizh izmenenish n pshihgeskizh boljnh le-
genih aminazinom. — Zhurn. Nevrop. Psihiat. Korskakova S.S. 1956, 2, 180-186.
11) *Lindo L.I.*: Vihjanie piezhistila na nekorite biohimigeskite i morfologjeshkite
pokazateh krov i sobak. Zhurn. Nevrop. Psihiat. Korskakova S.S. 1961, 6, 902-908
12) *Martindale*: The Extrapharmacopoein, Edit. by Wade A. et London, 1978, 1657.
13) *Nakadate T.*: Effects of Chlorpromazine on Plasma Glucose and Cyclic AMP
Levels. — Jap. J. Pharmacol. 1979, 29, 181, 64.
14) *Rindina M.G., Novikov V.B.*: Vlojanie galoperidolja na glicemiju krov. Zhurn,
Nevrop. Psihiat. Korskakova S.S. 1970, 9, 1382-1383.
15) *Pohshguk I.A., Vashenko V.H.*: Vlojanie aminazina i serpazija na obmenne
1958, 10, 1153-1163.
16) *Schwarz L., Munoz R.*: Blood Sugar Levels in Patients Treated with Chlorpro-
mazine. *Amm. J. Psychiat.* 1968, 2, 253-254.
17) *Shader R.I., Di Mascio A.*: Psychotropic Drug Side Effects. *Baltimore*, 1970, 71.
18) *Tolleison G., Lesar T.*: Nonketonic Hyperglycemia Associated with Loxapine and
Amoxapine. Case report. *J. Clin. Psychiat.* 1983, 9, 347.
19) *Thomard-Neumann E.*: Phenothiazine and Diabetes in Hospitalized Women.
Am. J. Psychiat. 1968, 10, 978-982.
20) *Vehbu U.*: Febomenet anesore dhe komplikacionet nga neuroleptiket. Në:
Lendët psikotopë. Tiranë, 1974, 42-61.

Summary

EFFECT OF NEUROLEPTICS ON THE BLOOD SUGAR LEVEL

The effect was studied of some neuroleptic drugs (chlorpromazine, haloperhy-
drolit and fluphenazine) on the level of blood sugar on cocks, rats and a group
of schizophrenic patients. It was found that in the animals neuroleptics raise the
level of blood sugar to statistically significant values. In schizophrenics they also
raise the blood sugar level but the difference is not statistically significant.
To discover the mechanism of hyperglycemic action of the neuroleptic drugs
these drugs were given in association with propranolol that neuroleptic hyper-
glycemia was caused by blocking the alpha-adrenoreactive structures in the orga-
nism, particularly in the pancreas and by inhibiting the liberation of insulin.
It is recommended that neuroleptics should be given cautiously and under
laboratory control to schizophrenic patients suffering from diabetes or obesity.

Résumé

L'INFLUENCE DES NEUROLEPTIQUES AU NIVEAU
DE LA GLYCEMIE

On a étudié l'influence des neuroleptiques (chlorpromazine, haloperidrol et flu-
fenazine) au niveau de la glycémie chez les coqs, les souris et chez un groupe
atteint de la maladie schizophrène.
On a conclu que les neuroleptiques chez les animaux entraînent une croissance
de la glycémie avec des valeurs considérables de statistique. Aussi ce phénomène

hiperglicemik të neuroleptikëve. Kjo na bën të mendojmë që meka-
nizmi hiperglicemik i neuroleptikëve është i lidhur kryesisht me struk-
turat alfaadrenoreaktive dhe bashkohemi me mendimin e disa autorëve
që regjtitna bllokun strukturat alfa-adrenoreceptorët të gjëndrës së
pankreasit, gjë që shkakton rritjen e sekretimit të insulinës (2,13,14,17).

Perrundim

1) Neuroleptiket (klorpromazina, haloperidoli dhe flufenazina) në
katshët eksperimentale (gjatë dhe minjtë e bardhë të mëdhenj), shkak-
tojnë rritjen e përgjendrimt të glicemisë në një masë të dukshme nga
ana statistikore ($P < 0.05$).
2) Kjo dukuri është verëjtur edhe në të sëmurët mendorë që një-
kohën me këto preparate, por pa dallime të dukshme statistikore
($P > 0.05$).

3) Mekanizmi i veprimit hiperglicemik të këtyre preparatëve lidhet
me bllokimin e strukturave alfaadrenoreaktive të organizmit, e këtyre
strukturave në gjëndrën e pankreasit, si edhe me frenimin e insulinës,
4) Kjo dukuri duhet të merret në konsideratë nga ana e klinikistëve,
sidomos për të sëmurët mendorë që vuajnë nga diabeti, nga dhjamesia
ose që kanë antedecedente familjare për këto sëmundje. Kjo e dhënë
kushëton gjithashtu domosdoshmërinë e analizave periodike të glicemisë
të të sëmurët që mjekohen për vite me radhë me neuroleptike.

Dorëzuar në redaksi 16.6.1985

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Anderson W.H., Kuehnle J.C.*: Treatment of Psychosis by Rapid Neurolepti-
zation: Update 1980. — Në: Haloperidol Update; 1958-1980, Edit. by Asd J.F.,
Baltimore 1980, 32.
2) *Beumont P.J.*: Endocrine Effects of Psychotropic Drugs. — Në: Handbook of
Biological Psychiatry. New York 1981, VI, 49.
3) *Braho S.*: Metoda studimore të mjekësise eksperimentale. Tiranë 1984.
4) *Bugajski G.*: Effects of Neuroleptics on Blood Glucose, Free Fatty Acids and
Liver Glycogen Levels in the Rats — Pol. J. Pharmacol. and Pharm. 1976, 1, 45.
5) *Edwards J.C.*: Unwanted Effects of Psychotropic Drugs and Their Mechanisms.
— Në: Handbook of Biological Psychiatry. New York, 1981, VI, 12.
6) *Hazard R., Cheymol J., Levy J., Boissier J.R., Lechat P.*: Manuel de pharmaco-
logie. Paris, 1969, 220.
7) *Hiles B.W.*: Hyperglycemia and Glycosuria Following Chlorpromazine JAMA
1965, 162, 1651.
8) *Hudepohl M.*: Hemmung der Hypoglykämischen Wirkung des rasstron beim
Menschen Durch Megaphen und ihre Aufhebung durch Pendiomid. Klin.
Wschn. 1963, 41, 245-246.
9) *Kojak G., Barry M.*: Severe Hypoglycemic Reaction with Haloperidol: Report
of a Case. — Am. J. Psychiat. 1969, 4, 573.

a été constaté chez les schizophrènes, mais les différences avec la glycémie normale c'étaient sans valeurs de statistiques.

Pour décrire le mécanisme de l'action hypoglycémique des neuroleptiques, on a expérimenté en commun avec ces médicaments propranolol (betabloquer) et phétoxamine (alpha-bloquer) et on a conclu que l'hypoglycémie neuroleptique se cause comme conséquence du bloc des structures alpha-adrénoréactives de l'organisme, de ces structures des grandes du pancréas, aussi encore à l'inhibition de l'attachement de l'insuline.

On recommande que si c'est nécessaire d'utiliser les neuroleptiques aux schizophrènes diabétiques ou chez ceux qui souffrent d'adiposité doit faire avec une prudence sous le contrôle-laboratoire.

STANDARDIZIMI BIOLOGJIK I NEUROLEPTIKËVE TË PRODHUAR NË NI PROFARMA

— Doc. SEZAI BRAHO — Doc. ULVI VEBNIU —

(Sektori i mjekësisë eksperimentale dhe kinika e psikiatrisë)

Ne tërësinë e studimit të temës eksperimentale mbi «Neuroleptikët», ben pjesë edhe standardizimi biologjik i tyre, i cili është një procedurë e domosdoshme që paraprin studime të kësaj natyre. Sig dhjet, standardizimi biologjik i barnave bazohet në përcaktimin terapeutik të dozës efektive (DE₉₉), dozës vdekjeprurëse (DL₅₀) dhe indeksit terapeutik (IT), në katshët eksperimentale (3,4,5,6,8). Qëllimet e ndërmarrjes së këtyre eksperimentit ishin dy: a) Për të bërë standardizimin biologjik të neuroleptikëve që prodhohen në NI Profarma të krahasuar me standardet ndërkombëtare dhe 2) Për të bërë standardizimin e neuroleptikëve si procedurë parësore e studimeve eksperimentale në katshët laboratorike.

MATERIALI DHE METODIKA E PUNËS

a) *Përcaktimi i dozës efektive (DE₉₉)*. Për përcaktimin e këtij parametri përdoren provat ndërkombëtare që praktikohen për këto lloj studimesh: prova e vrojtimit të drejtpërdrejtë të lëvizshmërisë, prova e tubit rotullues, ajo e kacavjerrjes, prova e dyshmësisë me vrima dhe

prova e rrethores (1,2,4,5,7,8).
Si katshë eksperimentale u përdoren minjtë e bardhë të vegjël të racës *mus-musculus* me peshë mesatare 18-24 g, të ndara në grupe me

nga 6 katshë secila. Si grupe kontrolli të vërtetë përdoren katshët e të njëjtit grup si edhe grupe katshësh të tjera, të cilat janë marrë në provë paralelisht me grupin e eksperimentit (5,9).

Katshët janë marrë në laborator 3-4 ditë para fillimit të eksperimentit, për t'u përshtatur me klimën dhe faktorët e tjerë mjedisorë, duke i mbajtur në regjim të hirshëm ushqim, por me të njëjten dietë.

PROVA E VROJTIMIT TË DREJTPËRDREJTË TË LËVIZSHMËRIË
RISË. Kjo provë studimore realizohet me anën e një aparati të thjeshtë që përbëhet nga një kuti katërkëndshë prej dërrase (Fig. nr. 1), fundi i së ciles ndahet në 6 katrorë me përmasa të barabarta.

Eksperimenti kryhet duke vendosur mbinji pillakën e ndarë dhe pastaj vrojtohet gjatë 5 minutave numri i katrorëve që ai do të eksplorojë, duke i shënuar për çdo minutë të veguar. Minjtë vendosën një e nga një gotë për grupet e eksperimenteve gotë edhe për atë të kontrollit.

PROVA E KACAVJERRJES qëndron në kacavjerrjen e müt mbi një fill naïoni (me diameter 2-3 mm) të vendosur 20-30 cm mbi dy-

shemene e aparatit (Fig. nr. 3).

Para fillimit të eksperimentit

bëhet seleksionimi i katshëve.

Të alta për eksperiment janë

kacavjerrura për 5 minuta pa

rëne në dyshemene e aparatit.

Për grupin e eksperimentit

vlerësimi bëhet nga numri i

katshëve që bien gjatë 5 mi-

nutave.

Rregullat e tjera të organiz-

ndërtimi i tabelave statistikore,

etj. kanë gënë të njëjtoja me

ato të provës së lëvizshmëri-

se, ndërsa përpunimi statisti-

kor për gjeljen e DE_{99} është

bërë me anën e X^2 (hi në ka-

tror).

PROVA E ZBULIMIT TË

VRIMAVE ose e dyshemese me

vrime kryhet me anën e një

aparati të përbërë nga një pll-

kë horizontale me 16 vrime të

vendosura në distanca të ba-

rabarta. Çdo vrime ka dia-

metër 3 cm (Fig. nr. 4). Tek-

PROVA RHETHORES apo prova e daljes së minjve nga rrethorja.

Aparati përbëhet nga një kurti kënddrejtë prej derrase e ndarë me anën e një xhami në dy dhoma. Nga fundi i domos së vogël deri në pjesën e sipërme të domos së madhe vendoset një rrjetë tëli në mënyrë të pje-

rrëthes, ndërsa 2 cm nën këtë nivel kemi shënuar me bojë një vijë

që kalon horizontalisht, paralel me buzën e sipërme të xhamit.

Minjtë vendosen në dhomën e parë (të vogël). Eksperimenti fillon me heqjen e xhamit ndarës. Minjtë fillojnë të dalin nga rrethorja dhe

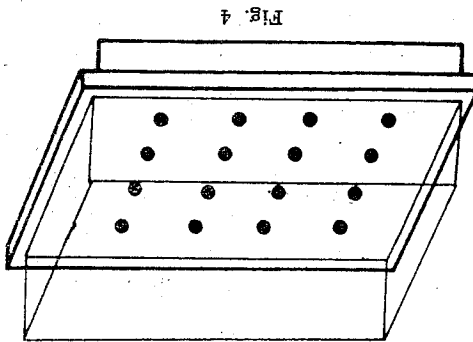


Fig. 4

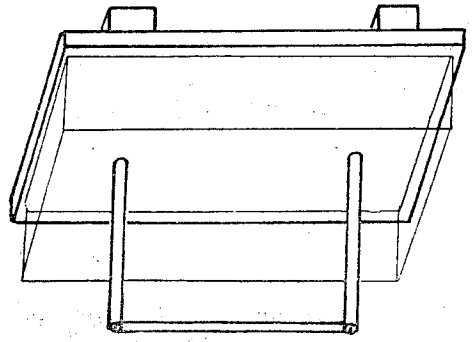


Fig. 3

Çdo eksperiment është përsëritur 5 herë në ditë të ndryshme, kështu që numri real i minjve për çdo provë është 30 katshë laboratorike. Mesataren aritmetike për çdo katshë dhe për çdo minutë e kemi hedhur në tabelat statistikore, duke nxjerrë shumat dhe mesatare aritmetike. Pastaj rezultatet e grupit të kontrollit i kemi krahasuar me rezultatet e grupeve të eksperimentit nëpërmjet statistikor me anën e t-student. Dozen efektive —99 e kemi gjetur nëpërmjet përcaktimit të probabilitetit. Eksperimentet i kemi filluar me dhënie progresive të dozave të vogla derisa $F = 0.05$. Ky ka gënë edhe kutiri i përcaktimit të DE_{99} .

PROVA E TUBIT RROTU-

LLUES. Kjo provë qëndron në

vendosjen e minjve mbi një

tub rrotullues të ndarë në 4

pjesë (Fig. nr. 2), i cili rrotu-

llohet nga ana e eksperiment-

tuesit me një shpejtësi kon-

stante prej 14-16 rrotullimesh

në minutë, për 5 minuta tra-

dhazi. Vlerësimi bëhet në bazë

të numrit të minjve që bien

nga tubi gjatë 5 minutave të

eksperimentit.

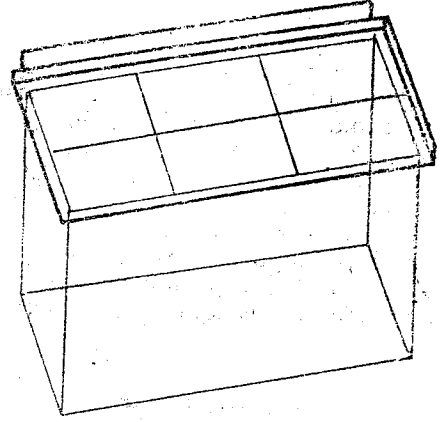


Fig. 1

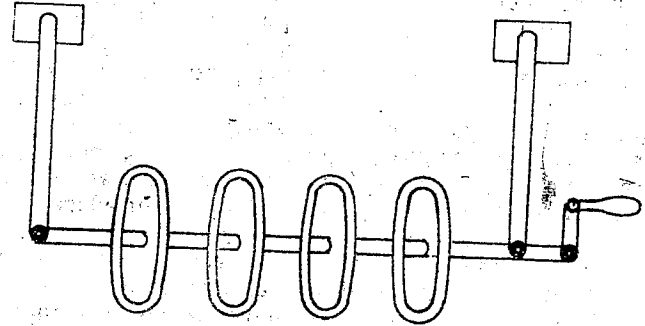


Fig. 2

Para fillimit të eksperimentit bëhet seleksionimi i katshëve. Të

atë për eksperiment janë ata minj që qëndrojnë gjatë 5 minutave

Rregullat e tjera të këtyj eksperimenti kanë gënë të njëjtoja me ato

të provës së lëvizshmërisë, vegse përpunimi statistikor është bërë me anën e metodës X^2 (hi në katror).

REZULTATET E EKSPERIMENTIT

Sig vërehet edhe në pasqyrën përmbledhëse statistikore (Pasq. nr. 1) klorpromazina me dozën 0.3 mg/kg peshë, haloperidoli në dozën 0.1 mg/kg peshë dhe flufenazina në dozën 0.1 mg/kg peshë ish in doza të nënpragut.

Pasqyra nr. 1

PERCAKTIMI I DE⁹⁹ ME ANËN E TESTEVE STUDIOMORE NDERKOMBËTARE

Doza mg/kg peshë	Lëvizshmë- ria	Dyshemeja me vrima	Kacavjerja	Tubiro- tullues	Prova e rrethores	Provat studimore ndërkombëtare	
						K	E
0.3	K	38.2	42.2	0	0	10	9
	E	30.3	39.1	0	1	9	11
0.6	K	41.6	47.4	0	0	11	6
	E	22.5	18.3	2	2	10	10
2.1	K	40.3	36.5	0	0	10	4
	E	10.5	11.5	3	3	4	11
0.1	K	34.8	34.5	0	0	11	11
	E	31.6	29.8	1	2	9	10
0.25	K	35.6	38.8	0	0	10	5
	E	18.3	10.0	3	4	5	11
0.1	K	32.5	32.5	0	0	11	9
	E	29.6	28.1	1	1	9	16
0.3	K	39.1	27.6	0	0	10	10
	E	27.6	33	4	5	10	10

Përpunimi statistikor i dozave të ndryshme të neuroleptikëve që morem në eksperiment tregoi se dozat efektive të preparateve të prodhuara në vend dhe atyre standard ishin të njëjllotë: klorpromazina 0.6 mg/kg peshë, haloperidoli 0.25 mg/kg peshë dhe flufenazina 0.3 mg/kg peshë.

Pasqyra nr. 2

PROBABILITETI I DE⁹⁹ TË NEUROLEPTIKËVE (KLORPROMAZINË, HALOPERIDOL DHE FLUFENAZINË)

Doza mg/kg peshë	Lëvizshmë- ria	Dyshemeja me vrima	Kacavje- rja	Tubiro- tullues	Prova e rre- thores	Testet studimore ndërkombëtare	
						K	E
0.3	K	>	>	>	>	>	>
	E	>	>	>	>	>	>
0.6	K	>	>	>	>	>	>
	E	>	>	>	>	>	>
2	K	>	>	>	>	>	>
	E	>	>	>	>	>	>
0.1	K	>	>	>	>	>	>
	E	>	>	>	>	>	>
0.25	K	>	>	>	>	>	>
	E	>	>	>	>	>	>
0.1	K	>	>	>	>	>	>
	E	>	>	>	>	>	>
0.3	K	>	>	>	>	>	>
	E	>	>	>	>	>	>

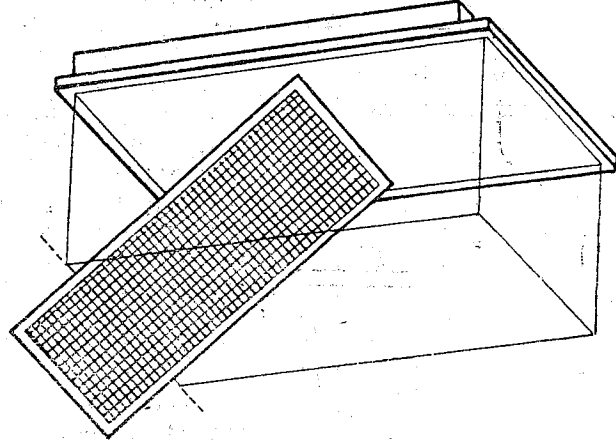
b) Përcaktimi i dozës vdekjeprurëse (DL₅₀) dhe indeksit terape-
utik. Përcaktimi e DL₅₀ të neuroleptikëve e bëme me anën e metodës

kacavirren përjetë në drejtim të buzës së sipërme të rrjetës prej teli. Kur katsha arrin në vijën horizontale që gjendet 2 cm nën buzën e sipërme të khamit, shënojmë një eksplorim dhe e kthejmë mium përse në drejtim të rrethores. Në këtë mënyrë numërohen eksplorimet që bëjnë katshet gjatë 5 minutave.

Regullat e tjera të nderimit të tabelave statistikore, krahasime të grupeve të kontrollit me ato të eksperimentit dhe përpunimit statistikor kanë qenë të njëjllota me ato të provës së tubit rrotullues. Mësimin preparatit neuroleptikë: klorpromazina, haloperidoli dhe flufenazina. Preparatet e preparateve që morem në eksperiment e bëme në mënyrë të tillë që në 0.2 ml tretësirë të gjendet për stan- dardet ndërkombëtare. Për analoji, katshëve të grupit të kontrollit u është injektuar me rrugë peritoneale 0.2 ml ujë i distiluar. Në të gjitha rastet katshet janë marrë në eksperiment 30-40 pas injektimit intraperitoneal të tretësirës.

Për gjeljen e dozës efektive (DE₉₉), jemi nisur gjithmonë nga doza e nënpragut të cilat i kemi ritur progresivisht deri në gjeljen e dozës efektive. Klorpromazina e eksperimentuam me dozat 0.3, 0.6 dhe 2 mg, haloperidoli me dozat 0.1 dhe 0.25 mg, ndërsa flufenazina me

Fig. 5



Behrens (10) në mënyjë e bardhë të vegjël të racës *mus-musculus* me peshë 18-25 g. Ky parametër u përcaktua në të tri preparatet që morën në studim: klorpromazinë, haloperidolin dhe flunazinë sipas një praktikë të njohur (8, 11, 12).

Për çdo preparat u përdorën 5 grupe katshësh eksperimentale, që i korrespondoi 5 dozave të rritura në progresion gjeometrik duke filluar nga doza efektive (DE_{99}) derisa u arrit në dozen vdekjeprurëse (DL_{50}). Të gjitha preparatet u dhanë në formë tretësire me rrugë peritonale, ndërsa vlerësimi i rezultateve u bë pas 24 orëve, duke marrë si parametër vërtetë përqindjen e ngordhëshmërisë të kafshëve laboratorike, ndërsa indeksi terapeutik u përllogarit me anën e pjesëtimit të DL_{50} me DE_{99} (5,6).

Çdo grup katshësh përbëhej nga 6 minjtë të vegjël, kështu që për çdo preparat u përdorën 30 kafshë (për 5 doza prove), pra gjithsej 150 minjtë të vegjël të bardhë.

Rezultatet e eksperimenteve për përcaktimin e DL_{50} si edhe të indeksit terapeutik paraqiten në pasqyrën e mëposhtme.

Pasqyra nr. 3

REZULTATET E PËRCAKTIMIT TË DL_{50} DHE INDEKSIT TERAPËUTIK TË NEËROLEPTIKËVE

Nr.	Preparati	Rruga e futjes	DE_{99} mg/kg	DL_{50} mg/kg	Indeksi terapeutik DL_{50}/DE_{99}
1.	Klorpromazina	i.p.	0.6	120	200
2.	Haloperidoli	i.p.	0.25	30	120
3.	Flunazina	i.p.	0.3	70	233

Sig shihet nga pasqyra statistikore, haloperidoli ka indeks terapeutik të ulët (120), pra dhe gjërësi më të vogël terapeutike; ndërsa flunazina ka indeks terapeutik të lartë (233), pra dhe gjërësi të madhe terapeutike; klorpromazina zë një vend të ndërmjetëm (200). Rezultatet e eksperimentimit me standardet ndërkombëtare ishin të përafërta me ato të prodhuara në vend, gjë që u vërtetua me anën e përpunimit statistikor.

P E R F U N D I M E

1) Standardizimi biologjik i neuroleptikëve të prodhuar nga NI Profarmazina dhe këta parametra: a) për DE_{99} : klorpromazina 0.6 mg, haloperidoli 0.25 mg dhe flunazina 0.3 mg/kg peshë, b) për DL_{50} : klorpromazina 120 mg, haloperidoli 30 mg dhe flunazina 70 mg/kg peshë. c) Indeksi terapeutik (IT): klorpromazina 200, haloperidoli 120 dhe flunazina 233.

2) Krahësimi i rezultateve të eksperimentit të preparateve të prodhuara në vend me preparatet standarde (etanoi) tregoi ngjashmëri të pro-

Standardizimi biologjik i neuroleptikëve të prodhuar në NI Profarma 173

e përpunimit të veprimit të tyre, gjë që është një sukses i industrisë së farmaceutikë.

3) Nxjerrja e këtyre parametërave të nevojshëm lejoi ndërmarrjen e studimit të ndikimit të neuroleptikëve në katshët eksperimentale.

Dorëzuar në redaksi më 19.6.1985

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Boissier J.R., Simon P.*: Un test simple pour l'étude quantitative de la catonnie provoquée chez le rat par les neuroleptiques. *Thérapie*, 1963, 18, 1257.
- 2) *Boissier J.R., Simon P.*: Etude pharmacologique prévisionnelle d'une substance psychotrope. *Thérapie*, 1966, 21, 799.
- 3) *Braho S. e bp.*: Doza dhe rëndësia e saj në shtaqjen e efektit farmakologjik. Në: «Farmakologjia». Tiranë, 1984, 52.
- 4) *Braho S.*: Metoda studimore të mjekësisë eksperimentale. Tiranë, 1984, 170-185.
- 5) *Carmichael G.M.*: Aktivita komparata di svariati farmaci in alcuni testii sperimentali di studio del compartamento. Arch. intern. de pharmacol. et de therapie 1961, 1, 68.
- 6) *Dangoumao J.*: La pharmacovigilance dans la vie d'un médicament. *Expertimentation animale*. Në: «Pharmacologie clinique, base de la thérapeutique» par I.P. Giroud e bp. Exp. Scient. Français 1978, 200.
- 7) *Delag J., Deniker P.*: Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie. Paris, 1961, 73-117.
- 8) *Jorpes I.E., e bp.*: Handbook os Experimental Pharmacology. New York 1973, 161.
- 9) *Mercier J.*: Mode d'appréciation de l'activité d'un produit. Les données de l'expérimentation. Në: *Psychopharmacologie*, sous la direction du Sutter J.M. Paris, 1971, 120-125.
- 10) *Muresan V., Sim onovic H.*: Stabilitatea toxicitatii substancelor medicamentozose, Metoda Behrens. Në: «Standardizarea biologica a medicamentelor». Bucur. 1955, 381.
- 11) *Sanackova I.V.*: Metodi opredelenija toksignosti i opasnosti himigeskikh vesh-gestv. Moskva, 1970, 84.
- 12) *Zbinden G.*: Méthoden pharmacologiques en toxicologie. Në: *Actualités pharmacologiques*. 30^e série 1978, 101.

BIOLOGICAL STANDARDIZATION OF NEUROLEPTICS

Summary

Biological standardization of neuroleptics (chlorpromazine, haloperidol and fluphenazine) was carried out using the international tests.

Of mobility the rotating tube, of creeping of finding holes and of circling. The biological standardization of the neuroleptic drugs produced by NISH Profarma showed the following parameters:

a) for DE_{99} chlorpromazine — 0,6 mg, haloperidol — 0,25 mg and fluphenazine 120 mg/kg; b) for DL_{50} chlorpromazine 120, haloperidol 30 and fluphenazine 120 mg/kg; c) the therapeutic indices were: chlorpromazine 200, haloperidol 120 and fluphenazine 233.

The comparison of the results obtained by the tests with the drugs prepared in this country with those of the standard preparations showed their similarity and identity of action, which is a success for our pharmaceutical industry.

Résumé

LA STANDARDISATION BIOLOGIQUE DES NEUROLEPTIQUES

L'auteur a étudié la standardisation biologique des neuroleptiques (chlorpromazine, haloperidol et fluphenazine) en appliquant les preuves internationales. La standardisation biologique des neuroleptiques, produits par N I Profarma, a donné ces paramètres; a) Pour DE_{99} : la chlorpromazine 0,6 mg, l'halopéridole 120, l'halopéridole 30 et la fluphenazine 120 mg pour kg/poids; b) Pour DL_{50} : la chlorpromazine 200, l'halopéridole 120 et la fluphenazine 233. La comparaison des résultats de l'expérimentation des médicaments standards (étalon) a montré le semblable et aussi la concordance de leurs effets. L'auteur souligne que c'est un succès de notre industrie pharmaceutique.

Tahr Duro: Notre expérience au traitement de 80 cas avec des fractures à la région maxillo-faciale. 117

HYGIENE ET EPIDEMIOLOGIE

Violeta Gjino: Dermatoses professionnelles chez les ouvriers de l'entreprise de construction «21 Décembre» pendant les années 1973-1983. 125

COMMUNICATIONS

Mantho Nakugi: La granulome Miescher de la face. 133

Spro Cirko: L'hypertension artérielle et la cardiomyopathie obstructive. 139

Artan Goda, Gjin Ndrepepa, Muzafër Janina: Le spasme coronarien et la réaction allergique. 151

Skender Xhelili: Thymome invasive et le rôle de la chimiothérapie dans son traitement. 145

TRAVAUX EXPERIMENTAUX

Utri Vehbu, Sezai Braho, Adriana Peti: L'influence des neuroleptiques au niveau de la glycémie. 157

Sezai Braho, Utri Vehbu: La standardisation biologique des neuroleptiques. 167