

UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI ORL-OKULISTIKË
SHËRBMIMI I OTORINOLARINGOLOGJISË

DISERTACIONI
Për marrjen e grades
“Doktor i Shkencave Mjekësore”

**Tema : Ndikimi i tonsillitit kronik në vlerat e hormonit
somatotrop**

Udhëheqës shkencor:
Prof.dr. Pjerin Radovani

Kandidati:
Dr. Beqir Abazi, Msc

Tiranë 2020

PËRMBAJTJA

I. HYRJE 4

- 1.1. Historiku 6
- 1.2. Njohuri për hormonin somatotrop 11
- 1.3. Paraqitja e veprimeve të hormonit somatotrop 14

II. QËLLIMI I PUNIMIT 15

III. MATERIALI DHE METODA 16

- 3.1. Tipi i studimit 17
- 3.2. Popullata dhe kampionimi 17
- 3.3. Mbledhja e të dhënave 17
 - 3.3.1. Instrumentet për mbledhjen e të dhënave 17
- 3.4. Përkufizimi i ndryshorëve 18
 - A. Faktorët e pavarur 18
 - Mosha 18
 - Vendbanimi 18
 - Gjinia 18
 - Statusi i fëmijës 18
 - Pamja makroskopike 18
 - Prezenca e nyjeve limfatike 19
 - Diagnoza klinike 19
 - Glikemia 19
 - Urea 19
 - Flora bakteriale 19
 - ASTO testi 19
 - CRP - (Proteina C reaktive) 19
 - Fibrinogjeni 19
 - Faktori reumatizmal 20

B. Faktorët e varur 20

- Niveli i hormonit somatotrop (para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit) 20
- Peshë e pacientit (para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit) 20
- Gjatësia e pacientit (para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit) 20
- Analiza statistikore e të dhënave 20

IV. REZULTATET 24

4.1. Të dhëna të përgjithshme për subjektet në studim 24

4.2. Të dhëna lidhur me pamjen makroskopike dhe diagnozën klinike 27

4.3. Të dhëna lidhur me disa parametra laboratorikë për subjektet në studim 31

4.4. Të dhëna lidhur me peshën dhe gjatësinë e subjekteve në studim 34

4.5. Të dhëna lidhur me hormonin somatotrop tek subjektet në studim 43

4.6. Hormoni somatotrop, peshë dhe gjatësia sipas florës bakteriale 50

4.7. Hormoni somatotrop, peshë dhe gjatësia sipas vendbanimit 53

4.8. Hormoni somatotrop, peshë dhe gjatësia sipas ASTO test 56

A. LIDHJA MIDIS NIVELIT TË HORMONIT SOMATOTROP DHE KOHËS PAS OPERACIONIT, SIPAS LLOJIT TE TONSILITIT 59

B. LIDHJA MIDIS NIVELIT TË HORMONIT SOMATOTROP, PESHËS DHE GJATËSISË PËRPARA OPERACIONIT, 6 MUAJ DHE 12 MUAJ PAS OPERACIONIT 63

V. DISKUTIMI 65

VI. PËRFUNDIMI 83

VII. REFERENCAT

I. HYRJE

Zhvillimi i shoqërisë njerëzore duke përfshirë dhe shkencën, gjatë gjithë evolucionit ka pasur ndryshime, zhvillime të ngadalta apo të hovshme gjë që kanë rezultuar njohjen, hulumtimin, studimin dhe zgjidhjen e shumë fenomeneve, problemeve në natyrë që ka të bëjë me ekzistencën e “ jetës” në planetën tonë TOKË.

Zhvillimi i shkencës duke përfshirë dhe mjekësinë gjatë rrugëtimit të vet nga krijimi e deri më sot ka pasur periudha të errëta dhe të shëndritshme të zhvillimit.

Në periudha të ndryshme bartës apo pengues të këtyre ndryshimeve kane qenë: magjistarët, klerikët, filozofët që kishin mbështetjen e klasës sunduese kanë penguar zhvillimin e shkencës dhe mendimit të lirë. Të gjithë ata që e kundërshtonin merrnin dënimin me vdekje. (kjo ka ndodhë në Mesjetë, që njihet si periudhë e errësirës)

Por, pas ndryshimeve në shoqëri shkenca fillon rilindjen e saj, ku me zhvillimin e teknologjisë, shkencëtarët nisen të merren me zgjidhjen e tezave, vendosjen e doktrinave shkencore në vendin e duhur, duke u mbështetur në argument dhe arësyeshmërinë shkencore pa ndikime nga jashtë,(nga qarqet joshkencore).

Ekzistojnë dokumente të shkruara, por dhe gojore që janë trashëguar brez pas brezi për mjekësinë dhe rolin e saj të rëndësishëm në periudhat e ndryshme të evolucionit të njeriut.

Në perandoritë e lashta, si në Azinë e Lartë (Kina, Mongolia, India, Japonia) Azinë e Mesme (Persia, Babilonia, Mesopotamia) pastaj në kontinentin e Afrikës kemi Egjiptin e sotëm i cili në kohën e faraonëve (kishte bibliotekën më të pasur me fond librash për kohën e vet, në Aleksandri), Abisinia (Etiopia e sotme), Perandoria Arabe (periudha pasislame), Perandoria Otomane.

Në Europë duke filluar nga Greqia e lashtë, Roma, Bizanti kemi filozofë, shkencëtarë, mendimtar si : Avicena, Hipokrati, Galeni, Aristoteli, Arkimedi, Hipokrati dhe shumë të tjerë që me punën e tyre kanë lënë dokumente që kanë shërbyer si themel në zhvillimin shkencor dhe teknologjik në Europën e pas mesjetës.(^{1,2,3})

Vërehet se gjatë gjithë këtyre periudhave shkencëtarët në mjekësi janë marrë me problemet mjekësore të cilat janë studiuar dhe diskutuar në tribunat shkencore ku janë ofruar njohurit për

to, duke kontribuar në detektimin, trajtimin deri dhe në mënyrën e shërimit të të sëmurëve (difteria, lepra, sifilisi, TBC-ja, etj).

Mjekët, shkencëtarët në këtë grup problemesh mjekësore kanë futë edhe problemin e tonsilave (Problemi tonsilar) që është studjuar, trajtuar dhe diskutuar që nga lashtësia deri më sot dhe vazhdon të jetë në fokusin e interesimit të qarqeve mjekësore multidisiplinare, duke u nisë nga OTORINOLARINGOLOGËT, nga specialistët e specialiteve tjera mjekësore, si: pediatrët, internistët, urologët, dermatologët, alergologët dhe të tjerët.^(4,5,6)

Pyetjet kyçe që duhet dhënë përgjigje në këtë problematikë, sipas shumë studjuesve janë:

1. Roli i tonsilave normale në organizëm,
2. Rëndësia dhe roli i tyre në patologjinë e përgjithshme në organizmin e njeriut,
3. Qëndrimi, roli dhe njohuritë e mjekut për t'u deklaruar se a janë tonsilet e sëmuara apo jo dhe qasja në kurimin e tyre.^(7,8,9, 10,11,12,13)

Në studimin tim, pjesa më me rëndësi lidhet në një dukuri fizike të cilën gjithë ORL-ët gjatë eksperiencës së tyre e kanë vërejtur, se organizmi i liruar(të operuara) nga tonsilet e sëmuara fiton në peshë dhe gjatësi (më karakteristike është te fëmijët para pubertetit).^(14,15,16,17)

Këto dy krarakteristika të fizikut të fëmijës (peshë dhe gjatësia) më kanë dhënë shtytje për mendimin se ndoshta ka lidhshmëri direkte apo indirekte në mes tonsilave të sëmura dhe hormonit të rritjes (Hormonit Somatotrop).

Këtë hipotezë jam munduar ta shtroj në rrafshin e studimit më të detajuar, projekt i punës studimore të doktoraturës dhe të kemi një mendimim studiues pro apo kundër kësaj hipoteze.

Gjatë konsultimit dhe përdorimit të literaturës mjekësore, libra, revista shkencore shumë pak kam gjetë të dhëna nga studjuesit botëror për hipotezën e sipërpërmendur.

Kam gjetur të dhëna ku është studiuar fiziku i fëmijëve te ata me Sy e APNE-së ku përshkruhen ndërhyrjet e ORL-ut (adenotonsillektomia, septoplastica, uvullopallatopharyngoplastica etj) ku rezultatet e studimeve janë në favor të fizikut(fëmija fiton në peshë dhe gjatësi), por nuk është studiuar niveli i Hormonit Somatotrop tek ata.^(18,19,20,21)

HISTORIKU

Në mjekësi njohuritë për tonsilet janë të hershme. Ato në fillim nuk janë njohur si organe të veçanta, por si organe të sistemit të sipërm të frymëkëmbimit dhe ushqimit. Poashtu edhe sëmundjet që janë shkaktuar në sistemin e sipërpërmendur janë trajtuar si tërësi të këtyre organeve e jo si sëmundje të veçanta për organin përkatës. Kemi të dhëna se para 2000 vjetësh nga Abisinia (Etiopia e sotme) ku priftërinjtë që nga atëherë dhe sot bëjnë CIRKUMCIZIONIN FARINGJEAL, që bëhet me një instrument primitiv i cili përbëhet nga një shkop, ku në maje ka pjesën unazore, që është nga qimet e kafshëve (zakonisht nga kali). Ata kanë heqë tonsilet dhe uvulën. Ky lloj intervenimi, sot mund të krahasohet përafërsisht si ndërhyrje primitive të APNEA në gjum “UPPP- uvulopalatopharyngoplastica.^(22,23).

Në mjekësin e Greqisë së vjetër kemi dy periudha të zhvillimit të saj:

1. E para, është ajo para Hipokratit për të cilën periudhë ka shumë pak të dhëna të shkruara, si për sëmundjet e asaj kohe që burim kanë pasur tonsilet por edhe për anatinë dhe fiziologjinë e tyre në organizmin e njeriut,
2. E dyta, koha e Hipokratit dhe pas tij, ku mund të themi se fillon të hasim në dokumente të shkruara në njohjen e organeve dhe sëmundjeve që janë rezultat i çrregullimeve të organeve në organizmin e njeriut.

Hipokrati tonsilet i ka konsideruar si ” shpuza” rolin kryesor e kanë në thithjen e sekretit që rrjedh nga hunda dhe goja.

Mjekët në këtë periudhë kishin vështërsi në zgjidhjen dhe shërimin e sëmundjeve të faringut (mendohet në difterinë), e cila tek fëmijët ka shkaktuar frymëzënjen apo dhe vdekjen e tyre. Problem i tyre ka qenë se si të mbajnë rrugën e frymëkëmbimit të kalueshme. Ata kanë përdorë gypa primitivë të ndërtuar nga materiale të ndryshme. Ka dokumente që ata kanë ndërhyrë dhe në trake, pra kanë bërë dhe trakeotomi primitive. ^(24,25)

Në veprën e vet CELSIUSI “ De medicina libri octa” në fund të shek të parë (I) dhe fillim të shek. dytë (II) të erës sonë përshkruan çrregullimet e përgjithshme në organizëm. Ky i ka kushtuar rëndësi të madhe simptomeve dhe shenjave në gojë, faring dhe laring të cilat ia ka atribuar ndryshimeve në organizmin e njeriut.

Kronologjia e mëposhtme në përshkrimin dhe njohjen e organeve dhe sëmundjeve në organizmin e njeriut dhe të arriturave në mjekësi i falënderohet zhvillimit të teknologjisë dhe aplikimit të saj nga shkencëtarë të profileve të ndryshme në mjekësi.

Edhe mjekë të tjerë që me njohurit dhe eksperiencën e tyre në anatomi dhe fiziologji dhe specialitet tjera mjekësore filluan të bëjnë sistemimin në grupe të sëmundjeve sipas organeve psh.: faringut, laringut dhe kështu me radhë.

Emërtimi i tonsileve në fillim është bërë vetëm si ilustrim figurativ pra janë quajtur si

“ Lopata të barkës, ndërsa poetët latin kanë përdorë fjalën latine “Torso”

(figurativisht kanë menduar për tonsilet) në poezit e tyre satirike. ⁽²⁶⁾

Në Egjypt në qytetin e Aleksandrisë në shek. VII (7) Pavao nga Egea dhe Paulus Aegineta kanë përshkruar dhe njohur 4 sëmundje që burimin e kanë në faring.⁽²⁷⁾

Në Mesjetë sipas autorit Katia V. R. i cili thotë se mjekësia ende ka qenë nën ndikimin e Hipokratit, Galenit dhe mjekëve të tjerë antikë.

Po sipas të njëjtit autor në Bizant kanë ekzistuar shkolla të mjekësisë, ku mjekësia është mësuar si mjeshtri e që këto shkolla kanë ushtruar punën e vetë në kuadër të spitaleve publike, ku më tepër është mësuar pjesa praktike. Kjo eksperiencë është përcjellë prej njërit në tjetrin, brez pas brezi. ⁽²⁸⁾

Në fund të shek.XVI (16) shkencëtari francez Ambroise PARE tonsilet i përshkruan si organe më vete, të cilat i ka konsideruar si gjëndrra dhe i emërtoi “ AMYGDALLES”

Ky mendim dhe tezë i Pare-s është përkrahë nga shumë autorë deri në gjysmën e parë të shek. XIX (19) ku përmendim anatomët Morgagni (shek XVIII-18) pastaj Lushcka në fillim të shek. XIX (19) i cili njëheritë zbuloi tonsilën faringjeale të njohur si tonsilë e tretë. ⁽²⁹⁾

Në vitet 80-ta të shek. XIX (19) histologu gjerman Stohr pohoi se tonsilet nuk janë gjëndrra por janë organe të mbushura me ind limfatik. Ai ka menduar se këto janë si indi dhjamor që mbush hapësirat në organizmin e njeriut, gjë që vlen edhe për indin limfatik respektivisht tonsilet.

Kjo tezë e dhënë nga Stohr dhe disa shkencëtarë të tjerë ku përmendim Kolliker është mbështetur në këtë formë, por sot është e gabuar sepse njohurit për funksionin e indit limfatik për periudhën e atëhershme kanë qenë të mangëta.

Por, më 1884 Stohr zbuloi emigrimin e leukociteve nga parenkima e tonsilave nëpër zbrastësirat e hapësirës faringjeale, e këto konsiderohen si mbrojtëse të tonsilave nga infeksionet.^(30,31,32)

Më 1885 Flemingu përshkroi folikulat sekundare në qendrën për formimin e folikulave.

Në shek XIX (19) kemi zbulime të padiskutueshme deri më sot, si janë:

1. Emigrimi i leukociteve nga tonsilet ,
2. Formimi i folikulave në tonsile.

Teoria e parë në lidhmërinë e tonsileve si burim i sëmundjeve e dha shkencëtari dhe kirurgu francez Jean Louis Petit, i cili i pari bëri trepanacionin e zgjatimit mastoidit në shek XVII (17). Ky kirurg, si shkaktarë të sëmundjes fajësoi tonsilet.⁽³³⁾

Në fillim të shek.XX (20) me zbulimet në endokrinologji shumë shkenctarë dhe hulumtues nisën të gjurmojnë lidhmërinë e sëmundjeve në organizëm me tonsilet e sëmura.

Si përpjekje e parë është tentuar të kërkojnë lidhmërinë e sëmundjeve në tonsila me atë të gjëndrës tiroide, duke u bazuar në dy arësye:

1. Lidhmëria anatomike (mendohet në afërsinë topografike) nervëzimi i tyre në mënyrë indirekte nga pjesa e simpatikusit cervical,
2. Infeksionet që shkojnë me rrugë hematogjene, limfogjene ose perkontinuitatem nga tonsilet në gjëndrën tiroide ⁽³⁴⁾

Kjo hipotezë është përkrahur nga shumë shkencëtarë të asaj kohe, vlenë të përmendim francezët Worms, Le Mee, pastaj nga shkolla ruse Jastrebovi, ajo italiane nga Poppi dhe shumë të tjerë.

Shkencëtari gjerman Voss, pretendon me teorinë e vet në mbështetje të kësaj hipoteze duke potencuar se tonsilet prodhojnë një substance frenuese e cila ka ndikim në hipofizë respektivisht inhibon tajimin e mediatorëve të saj.

Nga shkolla amerikane kemi eksperimente në kafshë, në minj, kavie dhe maca. Kështu në vitin 1949 shkencëtarët Drinker dhe Yoffey kanë vërtetuar disoluminim e limfociteve në nyjet limfatike që është varur nga gjëndrra mbiveshkore. Ata në eksperimentet e veta kanë konstatuar se me rritjen e nivelit të hormonit adrenotrop në gjak ka rezultua në reduktimin e indit limfatik në organizmin e kafshëve që kanë përdorë në ekperimente, minjët dhe macët, dhe me ekstirpimin e gjëndrrës mbiveshkore te këto kafshë kemi hipoplazi të indit limfatik. ⁽³⁵⁾

Hulumtimet dhe zbulimet e shumta në mjekësi, shumë shkencëtarë me përvojën e tyre shkencore dhe klinike që ishin të involvuar në studimin e problemit tonsilar respektivisht rolin e tonsilave të sëmura dhe lidhmëria e tyre me sëmundjet fokale dhe metafokale ofronin zgjidhje në trajtimin-kurimin e sëmundjeve që kishin burim infeksioni tonsilet qoftë në mënyrë direkte apo indirekte.

Këto qasje që propozonin filluan të bëhen “mollë sherri” mes shkencëtarëve dhe klinikistëve, qëndrime të cilat ishin diametralisht të kundërta mes tyre.

Më së tepërmi kundërshtohet qasja kirurgjike ku njëri krah ishte **për** kurse tjetri **kundër**.

Specialistët e ORL dhe kirurgët propozonin qasje me ndërhyrje kirurgjike, “TONSILLOADENOIDEKTOMIA”. Këta bazoheshin në qëndrimin, se shkakun e burimit të infeksionit të hiqet- largohet nga organizmi i njeriut, ku pastaj organizmi ka mundësi të rikoperohet pa pasur nevojë që të jetë kushtimisht në luftë me agjenset dhe toksinat që vijnë nga tonsilat.

Grupi tjetër i specialiteteve tjera mjekësore si pediatri, internistët, urologët dhe të tjerët që ishin kundër heqjes së tonsilave edhe pse nuk kishin mbështetje shkencore në njohjen e mirë të etiologjive të sëmundjeve që atakonin organet e njeriut si: nyjet, zemrën, veshkët etj. por këmbëngulin në mbrojtjen e qëndrimeve të veta.

Në vijim do të përmendim argumentet për dhe kundër për periudha të caktuara.

Për argument do të përmendim shkencëtarin amerikan Peller, i cili ka bërë një studim për pacientët – fëmijët që iu kanë nënshtuar tonsilloadenektomisë (25 000) të cilët ka përcjellë pamjen fizike, gjatësinë dhe peshën dhe tek ata të cilët kanë vuajtur nga sëmundjet metafokale (febris rheumatica, sëmundjet e veshkave, poliartitet etj). Konstatimi i tij ka qenë se fëmijët e tonsillektomuar kanë fituar në gjatësi dhe peshë. Grupi tjetër që ka pasur sëmundjet e sipërpërmendur është përmisuar dukshëm dhe organizmi duke mobilizuar forcat mbrojtëse imunologjike ka arritur t'i eliminojë pasojat e sëmundjeve në organizmin e njeriut.⁽³⁶⁾

Grupi i dytë që ishte kundër, mundohet ta bind opinionin me argument krejt jo shkencore ku akuzat janë hipotetike të pa analizuar shkencëtarisht. Po përmendim disa prej shkencëtarëve me hipotezat e tyre :

Më 1882 Gordon Holmes thotë se tonsillektomia zvoglon organet seksuale.

Apo shkencëtarët italian vllzërit Cardelli të cilët opinionit italian i servirën tezën se tonsillektomia rrezikon ekzistencën e popullit Italian (zvoglohet numri i popullatës). etj ⁽³⁷⁾

Pediatri argument kryesor kundër tonsillektomisë e kanë se hiqet një organ mbrojtës i organizmit po ofruar mbështetje shkencore.

Edhe përpjekjet e shkencëtarëve dhe mjekëve pro dhe kundër tonsillektomisë gjatë gjithë dekadave në takimet e tyre arritën që të vendosin indikacionet për këtë lloj qasje të trajtimit të tonsillave duke ofruar argumente shkencore e që sot mjekët e specialiteve të ndryshme mjekësore në bashkëpunim me ORL –ët vendosin për ndërhyrje kirurgjike, Tonsilloadenektominë.

Tonsilleadenektomia si qasje kirurgjike gjatë historisë së zhvillimit të saj ka pësuar, si në aplikimin e anestezionit poashtu dhe teknikës së intervenimit por dhe aparaturës .

Në vijim do të shohim si ka ecur zhvillimi historik i tonsilleadenektomisë.

Sipas autorit Ritter i cili në vitin 1967 shkruante se ekzistojnë të dhëna të shkruara se një formë e ndërhyrjes kirurgjike në tonsila është bërë nga Indianët e Indisë 3000 vite para erës sonë.

Pastaj në Abisini (Etiopinë e sotme) 2000 vite para erës sonë priftërinjtë kanë bërë ndërhyrje kirurgjike në tonsila dhe uvullë.

Celzusi tonsilat e zmadhuara i hiqte duke i tërhequr me çengele dhe i prente me thikë.

Fabricio i shkulte me çengele dhe pincë.

Paulus Aeginata në librin e vetë përshkruante qasjen kirurgjike në tonsila dhe prerje e tyre me angiotom.

I pari që i përshkroi më detalisht tonsillektominë është Caque of Rheims më vitin 1757.

Kirurgu amerikan Physick më 1827 përshkroi tonsillektominë që bënte ai, ku si mjet operimi përdorte ato me të cilën operonte uvullën.⁽³⁸⁾

Në shek. XVIII (18) mjekët dhe kirurgët në Angli, Francë dhe Gjermani bënë skarifikimin e tonsilave.

Më vitin 1848 mjeku dhe kirurgu Dieffenbach filloi të përdorë incizionin në kirurgjinë e tonsilave.⁽³⁹⁾

Në Shqipëri dokument për tonsillektomi është dhënë për mjekun Dr. Osmani i cili këtë ndërhyrje e ka bërë në vitin 1906 që përdorte tonsilatom me gërshtë.

As Shqipëria nuk ngeci prapa në kirurgjinë e tonsilave, se fati deshi që në Shqipëri të vij Prof. Besim Zyma, i cili njohurit e veta si shkenctarë, mjek, humanist që i akumuloi në Gjermani filloj t'i zbatoj në vendin tonë.

Viti 1932 është viti ku Prof. Zyma bëri operacionet radikale të heqjes së tonsilave që i kryente me anestezi lokal.⁽⁴⁰⁾

Në Kosovë nuk ka të dhëna të sakta për ndërhyrjet në tonsila, unë si doktorant i kam bërë pyetje të ndjerit Prof. Talat Pallaskës se a ka dijeni se kur është filluar me ndërhyrje kirurgjike në tonsila dhe nga kush? Përgjegjja ka qenë, citoj” rreth viteve 50 të shek. XX (20), por nuk e dinë se kush ka qenë nismëtar” .

Në Spitalin e Përgjithshëm të Gjilanit në vitin 1969 Prof. Refik Ramku ka bërë i pari tonsillektominë.

Në Preshevë më vitin 1993 tonsillektominë e parë e kanë bërë Prof. Adem Limani dhe Dr. Beqir Abazi në spitalin e parë privat “Ian Donald” në Preshevë.

Në fund të theksoj se të gjithë kirurgët në Shqipëri dhe Kosovë dhe trevat tjera gjithëshqiptare kanë bërë ndërhyrjet kirurgjikale në tonsila gjithnjë duke mbështetur në njohurit e fituara si në vend dhe jashtë, duke filluar nga teknika e aplikimit të anestezi (lokal dhe gjeneral), përdorimi i aparaturave më të mira në kohën kur kanë punuar. Puna e tyre e palodhshme në ofrimin më të mirën për pacient bëri që puna e tyre të ketë vlerë shkencore , ka qenë e barabartë me të dhënat e arritura shkencore në botë.⁽⁴¹⁾

NJOHURI PËR HORMONIN SOMATOTROP (RRRITJES)

Hormoni somatotrop (HS) ose Hormoni i Rritjes është polipeptid i përbërë nga 191 aminoacide. Është i koduar në 5 gjene të përafërta në krahun e gjatë të kromozomit 17.

Prodhet nga qelizat acidofile të adenohipofizës që është strukturë e gjëndrës hipofize, e cila është e vendosur në sella turcica të kockës sfenoidale. Peshë është 2 kDa (kilodalton).⁽⁴²⁾

Në gjak ekzistojnë disa forma të hormonit somatotrop.-

1. Forma dominante është monomeri që peshon 20 kDa,
2. Oligomerët më të mëdhenj mbi 44 kDa,
3. Format më të vogla se 20 kDa.

Koha e gjysëmjetesës në plazmën e gjakut është 20 – 30 minuta.⁽⁴³⁾

Roli i hormonit somatotrop në organizëm është i shumëfishtë.

Stimulon metabolizmin e acideve nukleinike, karbohidrateve, lipideve dhe ioneve inorganike, të K, Na, Ca, dhe P.

Ky hormon stimulon sintezën e proteineve dhe shpejton rritjen e organizmit. Somatotropina e stimulon retencionin e Ca dhe N, e për pasojë kemi shfrytëzimin e tyre në rritjen e eshtrave, indeve tjera si kërcës muskujve etj. Nëse kemi çrregullim të këtij mekanizmi në organizmat e rritur si pasojë kemi rritje jo proporcionale të disa pjesëve në trupin e njeriut si eshtrat e dorës, shputave të këmbëve, hundës, nofullës së poshtme etj. e krejt kjo në mjekësi njihet me emrin akromegali. ^(44,45,46)

Izolimi i hormonit somatotrop fillon në fillim të dekadës së parë të shek. XX (20), por studimet më të detajuara nisnin në vitet 60 dhe 70 të shek. të kaluara (20).

Pas izolimit të hormonit somatotrop kemi studime që flasin për mekanizmat që rregullojnë sekretimin e këtij hormoni, ku janë izoluar dy(2) hormone në hipotalamus.

1. GHRH (growth hormone releasing hormone), që stimulon sekretimin e HS , i quajtur “ somatoliberina”. Është polipeptid i përbërë prje 40 – 46 amino acide. Gjysëmjeta biologjike e tij është 7 minuta. Lirohet në mënyrë pulsative nga qelizat neurosekretore të nukleusit ventromedial të hipotalamusit, nucleus arkuata dhe mukozën e zorrëve të holla,
2. GIH (growth inhibim hormone) i cili frenon sekretimin e HS i quajtur “somatostatina” është polipeptid i përbërë nga 14 amino acide . (Fridman me bashk. 1987) ^(47,48)

Në vazhdim do të paraqesim një histori të shkurtër për këta dy hormone që me veprimin e vetë rregullojnë sekretimin e hormonit somatotrop.-

Reichlin më vitin 1960 është i pari që kontatoi që GHRH ka prejardhje nga hipotalamusi.

Ky hormon tek njeriu është izoluar në vitet 80 –të të shek XX (20). Është detektuar në indin tumoral të pankreasit, karcinoidi i bronkeve (Shalet dhe bashkëp., në vitin 1979, Frohman dhe bashkëp. në vitin 1980, Thorner dhe bashkëp. në vitin 1982).

Corder në vitin 1981 izoloi hormonin GIH te njeriu, te pacientët me tumor në korteksin e gjëndrrës mbiveshkore.

Ky hormon përveç që tajohet në SNQ është detektuar edhe në nervat periferik të traktit digjektiv, si në pankreas dhe zorrë të holla.

Veprimi dhe ndikimi i GIH në hipofizë bënë bllokimin e sekretimit të HS në gjum, hipoglikemi etj. (⁴⁹)

Hulumtimet dhe kërkimet intensive me polipeptidet sintetike rezultoi që më vitin 1999 të zbulohet receptori GHRP (ligandiendogjen GHRP) që u quajt **GHRELIN** nga Browsers në vit. 2001. Është polipeptid i përbërë nga 28 aminoacide.

Skenctari Arvat me bashkëp. bëri testime në njerëz duke krahasuar me hormonin GHRH dhe në studimine tyre përveç stimulimit të sekretimit të HS ka vërejtur se ky hormon paraqet lidhjen në mes lukthit, hipotalamusit dhe hipofizës.⁽⁵⁰⁾

Sekretimi i hormonit somatotrop bëhet me anë të egzocitozës. Është pulsativ në mënyrë spontane pulsative 6-11 herë për 24 orë. Epizodet pulsative janë në interval kohore 3 deri 3 orë e gjysmë. Sekretimi ditor është 600 mg te fëmijët para pubertetit. Amplitudën pulsative të hormonit somatotrop e modulojnë;- hormone steroide, neurotransmitorët (kolinergjikë, adrenergjik , opiate), mekanizmi i feed-back (HS dhe IGF-1) gjëndja e të ushqyerit, gjumi, ngarkesa fizike (Strobl dhe Thomas 1994, Popoviç dhe bashk. 1997, Brown dhe bashk. 1998).

Kjo formë e sekretimit pulsativ me siguri është domosdoshmëri në veprimin biologjik të hormonit somatotrop.

Te të posalindurit koncentrimi i HS në serum është i pakët. Rritet lehtë në fëmijëri, më tepër në pubertet edhe atë më së tepërmi te femrat sesa te meshkujt, pra kemi shtimin e amplitudave pulsative në lirim e hormonit somatotrop (Korrigan dhe Rogol 1992).

Pas dekadës së tretë të jetës niveli i hormonit somatotrop bie për 14% për çdo dekadë të jetës.

Hormoni somatotrop më së tepërmi lirohet :

a/ pas konsumimit të ushqimit dhe gjatë gjumit (Miller dhe bashk, më 1982, Jansson dhe bashk. 1985),

b/ Stresi (dhembja, të ftohtit, operacionet),

Puna muskulare, hipoglikemi e rëndë, dieta e pasur me protein dhe aminoacide- arginina.⁽⁵¹⁾

Substancat që marrin pjesë në rregullimin e sekretimit të hormonit somatotrop i ndajmë në katër (4) grupe:-

1. Aminet.-

- Dopamina,- frenon sekretimin e prolaktinës dhe stimulon sekretimin e hormonit somatotrop duke vepruar në GHRH (Galek-Deboro, 1977),
- agonistët alfaadrenergjik,- lirojnë GHRH dhe hormonin somatotrop. Vepron mbi mekanizmin e hipoglokemisë insulinike ku me anë të beta receptorëve adrenergjik frenon sekretimin e somatostatinës (GIH),
- serotonina me agonistët e saj stimulojnë sekretimin e hormonit somatotrop gjatë aktivitetit fizik, stresit, gjumit dhe stimulimin e GHRH , frenimin e sekretimit e GIH,
- acetilkolina,- rritë sekretimin e hormonit somatotrop dhe stimulon sekretimin e GHRH me ndërmjetësim të receptorëve muskarinikë dhe frenon sekretimin e GIH,
- acidi gama aminobuterik,- liron hormonin somatotropik,
- histamina dhe opiate endogjene e stimulojnë sekretimin e hormonit somatotrop (Vill dhe bashk. 1977).

2. Hormonet.- sekretimin e rrisin kur bie koncentrimi I IGF-1(anoreksia), estrogjeni, glukagoni (Giustina dhe Veldhuris 1998).

3. Metabolitet.- hipoglikemia , acidet yndyrore të lira,

4. Faktorët të tjerë që stimulojnë hormonin somatotrop mund t'i numërojmë, siç janë: ngarkesa fizike, gjumi, stresi etj.^(52,53)

Për përcaktimin e koncentrimin të hormonit somatotrop në gjak përdoret metoda DELFIA (Metodë fluorometrike).

Vlera normale e hormonit somatotrop është 0-12.5 mU/L

PARAQITJA E VEPRIMEVE TË HORMONIT TË RRRITJES

Metabolizëm
^ Glukoza plazmatike
^ Ac. Yn. Plazmatike
^ Aminoacide
^ Urea plazmatike

Muskujt
^ Kapja e glukozës
^ Kapja e aminoacideve
^ Masa e dobët

Indi lidhor
^ Kapja e glukozës
^ Lipoliza
^ Adipoziteti

HORMONI I RRRITJES

Kondrocitet
^ kapja e aminoacideve
^ sinteza proteinike
^ sinteza e ARN dhe AND
^ kondroidin
^ kolagjenin
^ madhësia dhe numrin e qelizave
^ gjatësia

Veshka, pankreasi, zorra. Ishuj, kocka, gj. paratiroide, indi lidhor, mëlçi, zemër
^ sinteza proteinike
^ sinteza e AND dhe ARN
^ madhësia dhe numri i qelizave
^ madhësia e organit
^ funksioni i organit

^- ndikim pozitiv (rritje) në veprimin e hormonit somatotrop

II. QËLLIMI I PUNIMIT

-Përshkrimi i shkurtër i problemit tonsilar dhe trajtimi i pacientëve me tonsila të sëmura, tonsilloadenoidektominë,

- Ndikimi i tonsilitit kronik në nivelin e hormonit somatotrop dhe veprimi i tij përmes mekanizmit feed- back dhe në fizikun e pacientit, në peshë dhe gjatësi,

- Suksesi i tonsilleadenoidektomisë te pacientët me tonsilit kronik në nivelin e vlerave të hormonit somatotrop dhe veprimi i tij përmes mekanizmit feed-back në fizikun e pacientit: peshë dhe gjatësi,

- Pamja makroskopike e tonsilitit kronik, ndikimi në nivelin e vlerave të hormonit somatotrop dhe përmes mekanizmit feed-back në peshë dhe gjatësinë e pacientëve,

- Suksesi i tonsileadenoidektomisë në përmisimin e vlerave të hormonit somatotrop dhe përmes tij në peshë dhe gjatësinë e pacientëve te pacientët me pamje të ndryshme makroskopike,

- Ndikimi i florës bakteriale te tonsiliti kronik në nivelin e vlerave të hormonit somatotrop, gjatësi dhe peshën e pacientëve para dhe pas tonsilleadenoidektomisë,

- Vlerat e testeve serologjike në tonsilitin kronik dhe ndikimi i tyre në nivelin e vlerave të hormonit somatotrop, gjatësinë dhe peshën krahasuar para dhe pas operacionit në tre periudha kohore të studimit,

- Analiza e rezultateve në tri periudha kohore të matjeve para operacionit, 6 muaj dhe 1 vit pas trajtimit për të tria komponenteve,

Analiza e rezultateve tona në përfundim të punimit me standardet e vendosura nga OBSH, komentimi i tyre.

Të argumentojmë shkencëtarisht me mundësitë tona modeste se tonsiliti kronik ka ndikim apo jo në nivelin e vlerave të hormonit somatotrop dhe përmes mekanizmit feed-back në vlerat e gjatësisë dhe peshës në tre periudhat kohore të studimit para operacionit, 6 muaj dhe 1 vit pas operacionit gjithnjë në krahasim me standardet botërore të vendosura nga OBSH.

III. MATERIALI DHE METODA

Studimi është bërë në Spitalin e Përgjithshëm të Gjilanit repartin e ORL. Për realizimin e projekteve të studimit kam përgatitur kartelën për grumbullimin e të dhënave dhe evidentimin e të gjithë rezultateve.

Kartela në vete përmban këto të dhëna:

Pjesa e përgjithshme ku janë saktësuar gjeneralet: emri, mbiemri, mosha, gjinia, profesioni dhe vendbanimi.

Në pjesën e përvetçme kemi këto kapitula:

- Përshkrimi klinik i sëmundjes, patologjia e organeve në rrugët e sipërme respiratore
- Përshkrimi makroskopik i organit të studimit dhe inspekcioni i fëtyrës,
- Analizat biokimike të gjakut të pacientit në tri periudha kohore studimi
- Ekzaminimet bakteriologjike të pacientit në tri periudha kohore studimi
- Ekzaminimet serologjike të pacientit në tri periudha kohore studimi
- Matjet e vlerave të hormonit somatotrop të pacientit në tri periudha kohore studimi
- Matjet e vlerave të peshës dhe gjatësisë të pacientit në tri periudha kohore studimi

Studimi klini ishte i tipit transversal(kros-seksional). Në studim morën pjesë 85 (37 djem dhe 48 vajza) pacientë, të cilët plotësonin kriteret e përfshirjes në studim. Të gjithë pjesëmarrësit ishin të diagnostikuar me ndonjë formë makroskopike të tonsillitit kronik, të mjekuar në repartin e ORL –së në Spitalin e Përgjithshëm të Gjilanit (nga Janari 2011 deri më shkurt-mars 2015).

Matjet e nivelit të vlerave të Hormonit Somatotrop (Hormoni i Rritjes) dhe peshës dhe gjatësisë u realizuan në tri periudha edhe atë para operacionit, 6 muaj dhe 1 vit pas operacionit.

Karakteristikë është se të gjitha matjet si paraklinike (HS) dhe klinike (peshë dhe gjatësi) janë bërë nga i njëjti person, në të njëjtën kohë (në ora 7e 30 deri në ora 8.00 të mëngjezit) dhe me të njëjtat aparaturë.

Analizat statistikore e të dhënave janë krye me paketën statistikore SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versioni 19. Në hulumtim u konsideruan vlerat statistikisht sinjifikante vlerat $P < 0.05$

Tipi i studimit

Studimi ishte i tipit transversal (kros-seksional).

Popullata dhe kampionimi

Ky është një studim i realizuar midis pacientëve të paraqitur (të vetë-referuar ose të referuar nga mjekë të ndryshëm, si ORL, pediatri, urologët, internistët dhe të specialiteteve tjera pranë Spitalit të Përgjithshëm në Gjilan gjatë periudhës kohore shtator 2011 deri në mars 2015 të diagnostikuar me tonsilit kronik dhe të cilët ju nënshtruan ndërhyrjes kirurgjikale për korrigjimin e kësaj gjendjeje shëndetësore. Kriteri i përfshirjes në studim ishte pikërisht ky: paraqitja e

pacientëve pranë Spitalit të Përgjithshëm Gjilan, departamenti i ORL dhe Okulistikës me shenja dhe simptomat e tonsilitit kronik të tilla si: zëvendësimi i indit limfatik me ind fibroz, kriptet tonsilare të gjëra e të mbushura me detritus, bajamet e skuqura, asimetrike, hipertrofike apo atrofike. Karakteristikë tjetër është dhe paraqitja e sineheve në mes të bajames dhe harqeve palatinale, shenjat e derdjes së abscesëve peritonsilare dhe rritja e nyjeve limfatike angulare. Manifestimet më të shpeshta të tonsilitit kronik janë egzacerbimet e tonsiliteve, anginat që përsëriten disa herë brenda vitit, komplikimet lokale tonsilogjene, kundërmim nga goja, ndiesia e trupit të huaj në faring etj. Klinikisht manifestohet me dhembje të vazhdueshme të fytit, vështërsi në gëlltije, kolla perzistente etj., korrigjimi i sëmundjes nëpërmjet ndërhyrjes kirurgjikale si dhe moshë midis 4 dhe 11 vjeç (10 vjeç për vajzat).

Gjatë periudhës së studimit (janar 2011 deri në mars 2015) në total rezultuan 85 pacientë (37 djem dhe 48 vajza) që plotësonin kriteret e përfshirjes në studim.

Mbledhja e të dhënave

Instrumentet për mbledhjen e të dhënave

Mbledhja e të dhënave u mundësua gjatë konsultës fillestare të pacientit me personelin shëndetësor përkatës. Përveç të dhënave bazë demografike për pacientët, u realizuan dhe një sërë ekzaminimesh të ndryshme ku përfshihen matjet antropometrike dhe matjet laboratorike të parametrave të ndryshëm të cilët do të shtjellohen në vijim.

Përveç të dhënave bazë socio-demografike, të dhënat antropometrike (pesha dhe gjatësia) si dhe niveli i hormonit somatotrop u matën në tre momente kohore gjatë studimit: para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit për çdo subjekt të përfshirë në studim. Kjo përjasje lejoi krahasimin e vlerave të parametrave përkatës përgjatë kohës duke mundësuar arritjen e konkluzioneve të ndryshme në përputhje me variabellet e studiuar.

Lidhur me peshën dhe gjatësinë, procedurat e matjes së tyre u kryen si vijon:

Pesha: pacientët, të tre momentet e kryerjes së matjes, u zhveshën nga rrobat e rënda apo nga objekte të tjera që mund të kishin nëpër xhepat e tyre si dhe u hoqën këpucët. Matja e peshës u realizua me peshore të kalibruar të tipit: ASTRA mod. 27310, prodhues GIMA.

Gjatësia: matja e gjatësisë u realizua duke përdorur stadiometër të tipit: ASTRA mod. 27310, prodhues GIMA, duke e instruktuar pacientin të qëndronte në pozicionin vertikal, me shpatullat të mbështetura pas aparatit. Gjithashtu gjatë matjes së gjatësisë pacientëve ju kërkua që të hiqnin këpucët.

Para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit u realizua matja e nivelit të hormonit somatotrop për çdo pacient të përfshirë në studim. Matja e nivelit të hormonit somatotrop u realizua nëpërmjet: Aparatura LIASION, prodhuesi DIASORIN. Për pëcaktimin e nivelit të hormonit Somatotrop në gjak përdoret metoda DELFIA (metodë fluorometrike)

Përveç këtyre dy parametrave laboratorikë u realizua matja dhe vlerësimi i një sërë parametrash të tjerë të tillë si: pamja makroskopike e tonsilitit, prezenca e nyjeve limfatike, diagnoza klinike e tonsilitit, për të kaluar më pas në matjen e nivelit të glikemisë, uresë, CRP-së, fibrinogjenit, realizimin e ASTO testit, vlerësimin e florës bakteriale dhe faktorit reumatizmal.

Përkufizimi i ndryshorëve

Faktorët e pavarur

Mosha

Përkufizimi operacional: Mosha e subjektit në vite që nga lindja deri në momentin e studimit bazuar në informacionin e dhënë nga prindi.

Shkalla e matjes: Numerike diskrete (mosha në vite të plota si psh, 4 vjeç, 5 vjeç, 6 vjeç, etj.).

Vendbanimi

Përkufizimi operacional: Qyteti apo rrethi ku subjekti jeton aktualisht, bazuar në informacionin e dhënë nga prindi.

Shkalla e matjes: Nominale (dikotomike): qytet vs. fshat.

Gjinia

Përkufizimi operacional: Seksi i fëmijës siç shënohet nga studiuesi.

Shkalla e matjes: Nominale (dikotomike): djalë vs. vjazë.

Statusi i fëmijës

Përkufizimi operacional: Statusi i fëmijës bazuar në faktin nëse në momentin e studimit është në shkollë apo kopësht.

Shkalla e matjes: Nominale (dikotomike): fëmijë vs. nxënës.

Pamja makroskopike

Përkufizimi operacional: Pamja makroskopike e tonsilitit bazuar në ndryshimin dhe zavendësimin e indit limfatik me ind lidhor dhe fibrozë kriptomat tonsilare të gjëra të mbushura me me detritus, bajamet e skuqura dhe asimetrike, hipertofike ose atrofike.

Shkalla e matjes: Kategorike (nominale): Tonsilit hipertrofik, atrofik, asimetrik dhe kriptomat. Për qëllimet tona ky variabël u rikodua në një variabël kategorik ordinal bazuar në ashpërsinë e tonsilitit: 1-tonsilit asimetrik (forma më e lehtë), 2-tonsilit hipertrofik (formë disi më e rëndë), 3-tonsilit kriptomat (formë e rëndë) dhe 4-tonsilit atrofik (forma më e rëndë).

Prezenca e nyjeve limfatike

Përkufizimi operacional: Prania ose jo e prekjës së nyjeve limfatike angulare të bazuar në vlerësimin e kryer nga mjeku specialist.

Shkalla e matjes: Kategorike (dikotomike): po vs. jo.

Diagnoza klinike

Përkufizimi operacional: Diagnoza klinike e tonsilitit kronik, bazuar në shenjat dhe simptomat e sëmundjes dhe bazuar në vlerësimin e kryer nga mjeku specialist.

Shkalla e matjes: Kategorike (nominale):

- Tonsilloadenoiditis chr.hypertophica,
- Tonsilloadenoiditis chr.hypertophica cum adenopathia colli bill,
- Tonsilloadenoiditis chr.hypertophica asimetrica,
- Tonsillitis chr.hypertrophica asimetrica,
- Tonsilloadenoiditis chr.asimetrica cum adenopathia colli. bill,

- Tonsilloadenoiditis chr. hypertophica kriptica,
- Tonsilloadenoiditis chr.hypertrophica kriptica cum adenopathia colli bill,
- Tonsilloadenoiditis chr. atrophica

Glikemia

Përkufizimi operacional: Niveli i glicemisë: 3.8 – 6.1 mmol/L në gjakun e pacientëve të përfshirë në studim siç rezulton nga matja e tij me pajisjen përkatëse.

Shkalla e matjes: Numerike, e vazhduar.

Urea

Përkufizimi operacional: Niveli i uresë: 2.5-8.3 mmol/ në gjakun e pacientëve të përfshirë në studim siç rezulton nga matja e tij me pajisjen përkatëse.

Shkalla e matjes: Numerike, e vazhduar.

Flora bakteriale

Përkufizimi operacional: Rezultati lidhur me statusin e florës bakteriale bazuar në mbjelljen dhe ekzaminimin kulturës për praninë ose jo të patogjenëve të ndryshëm, siç raportohet nga mjeku specialist mikrobiolog që ka realizuar procedurën.

Shkalla e matjes: Kategorike (dikotomike): normale vs. prania e streptokokut dhe baktrieve të tjera në kulturë.

ASTO (Antistreptolisin) testi

Përkufizimi operacional: Rezultati lidhur me realizimin e ASTO (Antistreptolisin) testi është një test i gjakut për të matur antitropa kundër O streptolisinës, një substancë e prodhuar nga bakteriet streptokoket e grupit A, siç biokimist raportohet nga mjeku specialist që ka realizuar procedurën.

Shkalla e matjes: Kategorike (dikotomike): negativ(deri 200 I.U./mL) vs. pozitiv (mbi 200 I.U./mL).

CRP (C REACTIV PROTEIN)

Përkufizimi operacional: Rezultati lidhur me vlerësimin e statusit të CRP është β_2 globulin i gjakut me peshë molekulare 140 000 dalton, ku në bazë të vlerës së tij në organizëm marrim të dhëna në ekzistencën e infeksioneve në organizëm qoftë ato akute apo kronike, por me këtë nuk përcaktohet dhe vendi i infektuar, siç raportohet nga mjeku specialist që ka realizuar procedurën.

Shkalla e matjes: Kategorike (dikotomike): negativ(deri 6 mg/L) vs. pozitiv(mbi 6 mg/L).

Fibrinogjeni

Përkufizimi operacional: Niveli i fibrinogjenit në gjakun e pacientëve të përfshirë në studim siç rezulton nga matja e tij me pajisjen përkatëse.

Shkalla e matjes: Numerike : 2-4 g/L, e vazhduar.

Faktori reumatizmal

Përkufizimi operacional: Rezultati lidhur me vlerësimin e statusit të faktorit reumatizmal. Është protein që gjendet në gjak te 70% persona me sëmundjet inflamatore reumatizmale. Këto proteina “luftojnë” kundër sunstancave imunoglobulinave mbrojtëse të organizmit, pra FR është antitrop i organizmit, siç raportohet nga mjeku specialist që ka realizuar procedurën.

Shkalla e matjes: Kategorike (dikotomike): negativ. vs. pozitiv.

Faktorët e varur

Niveli i hormonit somatotrop (para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit)

Përkufizimi operacional: Niveli i hormonit somatotrop në kampionin e gjakut të marrë nga pacientët në studim, bazuar në vlerën që tregon aparatura përkatëse dhe siç raportohet nga mjeku specialist që realizoi procedurën në tre momente të studimit: para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit.

Metoda e punës për HST është Delfia (që është fluorometri)

Shkalla e matjes: Numerike vlera normale është 0-12.5 mU/L, e vazhduar.

Pesha e pacientit (para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit)

Përkufizimi operacional: Pesha e pacientëve në studim, bazuar në matjen e saj duke respektuar procedurën përkatëse sipas protokollit të matjes dhe siç raportohet nga mjeku specialist që realizoi procedurën në tre momente të studimit: para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit.

Shkalla e matjes: Numerike, e vazhduar.

Gjatësia e pacientit (para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit)

Përkufizimi operacional: Gjatësia e pacientëve në studim, bazuar në matjen e saj duke respektuar procedurën përkatëse sipas protokollit të matjes dhe siç raportohet nga mjeku specialist që realizoi procedurën në tre momente të studimit: para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit.

Shkalla e matjes: Numerike, e vazhduar.

Analiza statistikore e të dhënave

Një sërë treguesish, teknikash dhe testesh statistikore u përdorën për të përshkruar, vlerësuar dhe interpretuar të dhënat e disponueshme në këtë studim si dhe lidhjet (shoqërimet) midis variableve të ndryshme.

Për ndryshorët (variablet) numerike u raportuan madhësitë e prirjes qendrore (mestarja aritmetike) dhe madhësitë e dispersionit (shmangia standarde). Për disa variable të caktuar numerikë me interes për studimin u raportuan dhe këta parametra statistikore: mediana, moda, spektri, vlera minimale dhe vlera maksimale gjithashtu. Për ndryshorët kategorikë u raportuan numrat absolutë dhe përqindjet respektive.

Për vlerësimin e lidhjeve (shoqërimeve) midis variableve të ndryshme u përdorën teste statistikore në përshtatje me natyrën e variableve që marrin pjesë në një lidhje të caktuar. Në rastin e variableve numerike (të vazhdueshme) ka kuptim të flasim për vlerën mesatare të tyre

dhe krahasimin e vlerës mesatare të këtij varibali midis dy grupeve në studim. Në rastin kur variabli numerik është i shpërndarë në mënyrë normale në popullatën e studimit (pra vlera mesatare, mediana dhe moda janë të përafërta me njëra tjetrën dhe kurba nuk është e zhvendosur shumë majtas apo djathtas apo shumë lartë apo poshtë kurbës normale) atëherë për vlerësimin apo krahasimin e vlerave mesatare mes dy grupeve u përdor testi “t” i Studentit, i cili është një test që duhet aplikuar kur të dhënat janë shpërndarë në mënyrë normale. Në rastin kur variabli numerik nuk i përmbushte kushtet e një shpërndarjeje normale, atëherë testi “t” i Studentit është i papërdorshëm pasi dhunohet supozimi i shpërndarjes normale të vlerave të variablilit, dhe prandaj përdoret një test tjetër që merr parasysh këtë situatë, siç është testi jo-parametrik Mann-Whitney. Rezultatet nga këto teste u raportuan vetëm nëse vlera përkatëse e domethënies statistikore ishte më e vogël se 5%.

Për krahasimin e vlerave mesatare të variablilit të varur sipas kategorive të variableve të pavarur dhe kur këto të fundit kishin më shumë se dy kategori, u përdor testi t i studentit nëpërmjet procedurës one-way ANOVA. Në thelb, ky test është krejt i ngjashëm me testin t të studentit por të krijon mundësinë e vlerësimit të diferencave të vlerave mesatare të parametrit në shqyrtim midis më shumë se dy grupeve si dhe brenda grupit. Edhe ky test raportoi vlerën e P-së.

Për vlerësimin e shoqërimeve midis variableve kategorike u përdor testi statistikor hi katror. Ky është testi i preferuar për vlerësimin e shoqërimeve midis variableve kategorike. Ky test raporton vlerën e P-së, si dhe shkallët e lirisë.

Për të përcaktuar faktorët e lidhur me barrierat për përfitimin e ndihmës ekonomike u përdor në thelb testi ANOVA (analiza e variancës). Ky test u përdor për krahasimin e vlerave mesatare numerike mes më shumë se dy grupeve. Në SPSS kjo procedurë kryhet edhe përmes Modelit Linear të Përgjithshëm i cili mundëson kontrollin (axhustimin) për shumë ndryshore (variable) të tjerë (numerike dhe/ose kategorike). Përdorimi i Modelit Linear të Përgjithshëm u bë i nevojshëm për të studiuar dhe krahasuar vlerat mesatare të nivelit të hormonit somatotrop në momente të ndryshme të studimit sipas llojit të tonsilitit kronik.

Në mënyrë që të kontrollohej efekti i variableve të ndryshëm konfondues, u përdorën dy modele të Modelit Linear të Përgjithshëm. Variable konfonduese janë të gjithë ato variable të cilët, në mënyrë direkte apo indirekte, ndikojnë në lidhjen e interesit. Për këtë arsye, fillimisht u realizua lidhja univariate, pra krudo, bruto, apo e pa kontrolluar për asnjë faktor të mundshëm konfondues midis variableve të interesit (Modeli 1 në analizat e Modelit Linear të Përgjithshëm). Më pas, u kontrollua apo axhustua për gjininë, moshën, dhe vendbanimin e subjekteve në studim (Modeli 2 në analizat e Modelit Linear të Përgjithshëm). Në Modelin 2 është mbajtur konstant, është neutralizuar apo është kontrolluar edhe njëherazi efekti potencial konfondues i këtyre faktorëve. Ky përfaqëson dhe modelin tonë final, ku rezultatet janë të axhustuar për të gjithë faktorët potencialisht konfondues të përfshirë në studim.

Modeli Linear i Përgjithshëm raportoi këto parametra statistikore:

a) Vlerën mesatare të parametrit në studim (në rastin tonë vlera mesatare e nivelit të hormonit somatotrop).

b) Intervali i besimit 95% për vlerën mesatare (95%CI). Intervali i besimit 95% shpreh intervalin ku ne jemi të sigurt që gjendet vlera mesatare e raportuar në 95% të rasteve. Duke qënë se kampioni jonë 85 pacientësh është një fraksion i popullatës referencë (madhësia e të cilës nuk dihet, pra numri total i fëmijëve të kësaj moshe me tonsilit kronik nuk është i disponueshëm), atëherë asnjëherë nuk jemi të sigurt që vlera mesatare e hormonit somatotrop nga kampioni jonë është saktësisht po kaq dhe në popullatën referencë. Për këtë arsye raportohet Intervali i Besimit 95%, ku ne jemi të sigurt që ndodhet vlera jonë mesatare në 95% të rasteve.

c) Vlera e P-së apo e domethënies statistikore. Në thelb, P shpreh rolin që luan shansi në shpjegimin e lidhjes së vënë re midis variableve të ndryshme. Sa më e lartë vlera e P-së, aq më shumë luan rol shansi në shpjegimin e lidhjes dhe aq më pak përmbushen kriteret e shkakësisë midis variableve në një lidhje statistikore. Me marrëveshje, një vlerë e P-së prej 5% ose më pak merret si tregues i domethënies statistikore.

d) Shkallët e lirisë. Shkallët e lirisë kanë kuptim të raportohen krahas vlerave të domethënies statistikore vetëm kur variabli i pavaruar ka më shumë se dy kategori. Kur variabli i pavarur ka dy kategori, shkallët e lirisë janë një dhe zakonisht kjo nuk raportohet.

Për të përcaktuar forcën dhe drejtimin e lidhjeve të vërejtura u përdor testi i korrelacionit sipas Pearson. Ky është testi i zgjedhur për verifikimin e lidhjeve bivariante kur variablet e studiuara janë numerike (të vazhduara). Në këtë test, një vlerë e koeficientit të korreleacionit prej 0 nënkupton mungesën e lidhjes statistikore midis variableve, kurse koeficienti i korrelacionit 1 nënkupton lidhjen më të fortë të mundshme midis dy variableve në studim. Ndërsa shenja e lidhjes (pozitive apo negative) tregon drejtimin e lidhjes. Në rast se koeficienti i korrelacionit Pearson është pozitiv atëherë kjo do të thotë që lidhja është pozitive (d.m.th. me rritjen e vlerave të njërit variabël vërhehet rritja e vlerave të variablit tjetër gjithashtu – lidhje e drejtë) ndërsa kur koeficienti i korrelacionit Pearson është negativ atëherë kjo do të thotë që lidhja është negative (d.m.th. me rritjen e vlerave të njërit variabël vërhehet ulja e vlerave të variablit tjetër gjithashtu – lidhje e zhdrejtë). Ky test raportoi koeficientin e lidhjes si dhe vlerën e P-së.

Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e $P < 0.05$. Kjo është dhe marrëveshja ndërkombëtare lidhur me vlerën e P-së, e cila nënkupton se një vlerë e P-së prej 5% ose më pak e përjashton në mënyrë të kënaqshme rolin e shansit si shpjegues së lidhjes statistikore të vërejtur. Koeficienti i korrelacionit të Pearson u përdor për të verifikuar forcën dhe drejtimin e lidhjeve midis nivelit të hormonit somatotrop, peshës dhe gjatësisë para operacionit, 6 muaj pas operacionit dhe 12 muaj pas operacionit në mënyrë që të gjykohej rreth tyre dhe ecurisë së këtyre lidhjeve në kohë.

Krahas tabelave, për paraqitjen grafike të të dhënave u përdorën bar-diagramet pasi natyra e të dhënave tona favorizonte përdorimin e kësaj teknikë (e përshtatshme për vizualizimin e të dhënave kategorike). Gjithashtu, u përdorën dhe grafikët në trajtë torte (pie charts).

Për të gjykuar lidhur me ecurinë e vlerave të hormonit somatotrop, peshës dhe gjatësisë para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit ne ju referuam vlerave standarde (vlerave referencë) të peshës, gjatësisë dhe niveleve të hormonit somatotrop tek popullatat e fëmijëve që nuk vuajnë nga sëmundje (fëmijët normalë, në këtë këndvështrim). Në këtë mënyrë, për

shembull ishte e mundur të përcaktohej nëse pacientët me tonsilit kronik kishin peshë apo gjatësi më të lartë apo më të ulët sesa norma si përpara operacionit ashtu dhe 6 muaj dhe 12 muaj pas tij. Po kështu u veprua për të gjykuar lidhur me nivelet e hormonit somatotrop. Matja e këtyre parametrave në tre momente gjatë studimit mundësoi dhe vlerësimin e ecurisë së tyre në kohë pas operacionit duke lejuar arritjen e konkluzioneve të rëndësishme lidhur me efektivitetin e procedurës kirurgjikale për përmirësimin e këtyre parametrave në kohë.

E gjithë analiza statistikore e ta dhënave u krye me paketën statistikore SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versioni 19.

IV. REZULTATET

Të dhëna të përgjithshme për subjektet në studim

Të dhëna të përgjithshme për subjektet në studim

Në studim morën pjesë 85 pacientë, 37 djem (43.5%) dhe 48 vajza (56.5%). Gjithashtu, në studim u përfshinë djemtë dhe vajzat e moshës 4 – 11 vjeç (10 vjeç ishte moshë maksimale për vajzat). Të gjithë pjesëmarrësit ishin të diagnostikuar me ndonjë formë të tonsilitit kronik, siç do të detajohet në vijim të paraqitjes së rezultateve

Tabela 1. Disa karakteristika të përgjithshme për subjektet në studim

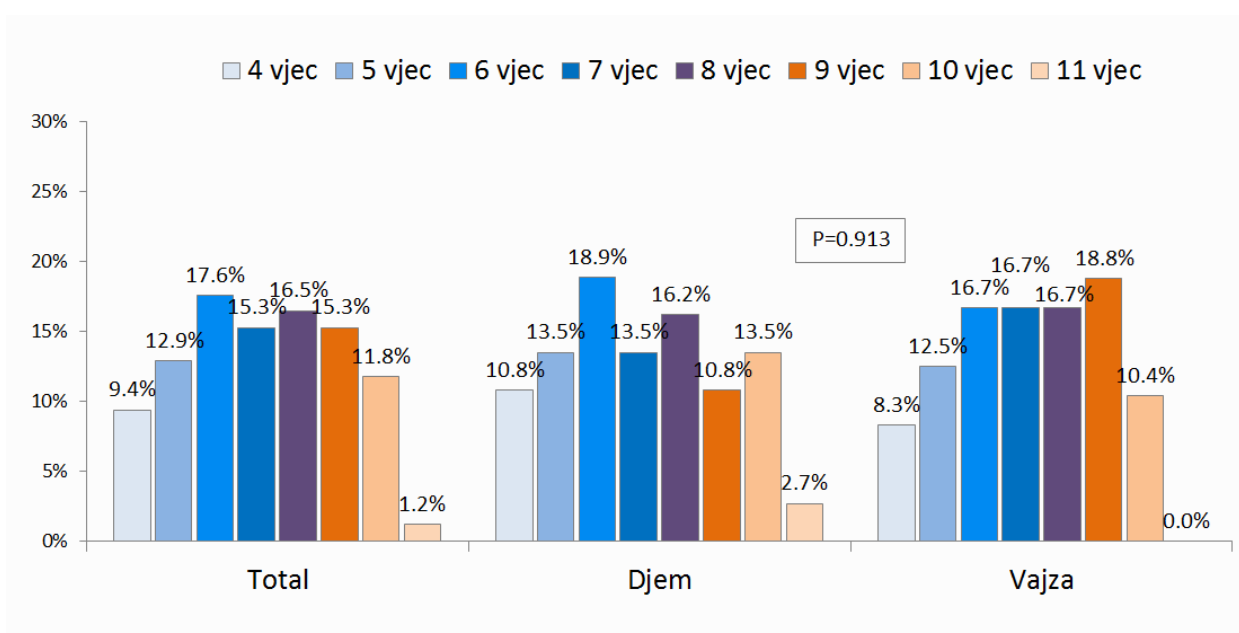
Variabli	Total	Gjinia		Vlera e P-së [‡]
		Djem (n=37)	Vajza (n=48)	
Mosha	7.15 ± 1.89 [*]	7.11 ± 2.01	7.19 ± 1.82	0.849
Mosha				0.913
4 vjeç	8 (9.4) [†]	4 (10.8)	4 (8.3)	
5 vjeç	11 (12.9)	5 (13.5)	6 (12.5)	
6 vjeç	15 (17.6)	7 (18.9)	8 (16.7)	
7 vjeç	13 (15.3)	5 (13.5)	8 (16.7)	
8 vjeç	14 (16.5)	6 (16.2)	8 (16.7)	
9 vjeç	13 (15.3)	4 (10.8)	9 (18.8)	
10 vjeç	10 (11.8)	5 (13.5)	5 (10.4)	
11 vjeç	1 (1.2)	1 (2.7)	0 (0.00)	
Statusi				0.525
Fëmijë	29 (34.1)	14 (37.8)	15 (31.3)	
Nxënës	56 (65.9)	23 (62.2)	33 (68.8)	
Vendbanimi				0.703
Qytet	47 (56.0)	21 (58.3)	26 (54.2)	
Fshat	37 (44.0)	15 (41.7)	22 (45.8)	

* Vlera mesatare ± deviacioni standard.

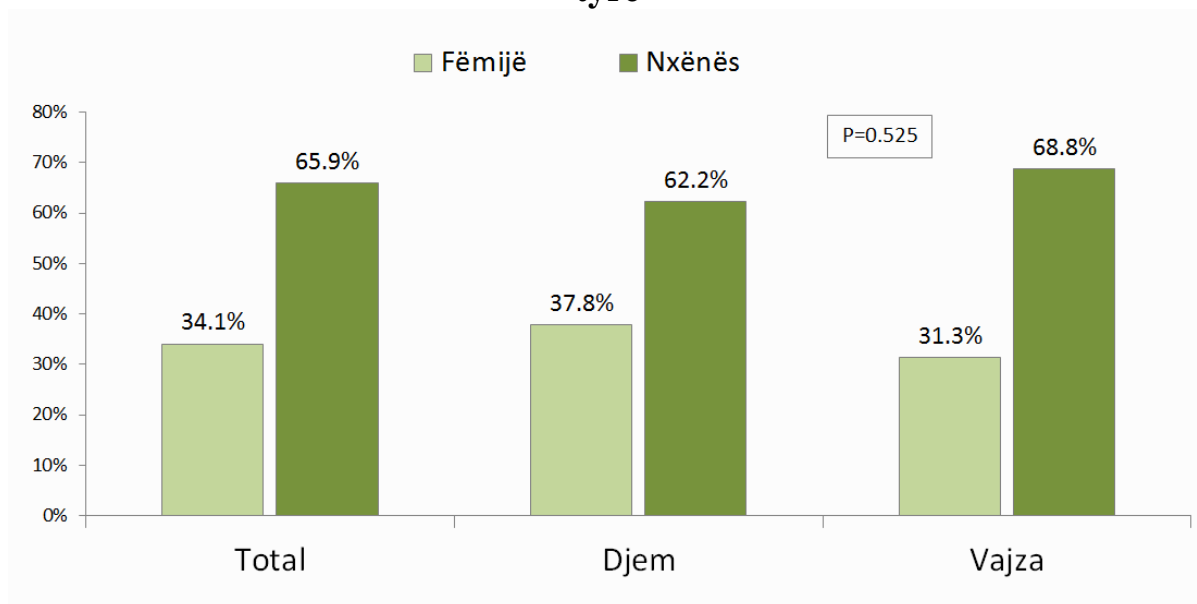
† Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

‡ Vlera e P-së sipas testit t-të studentit (për variable numerike) ose testit hi katror (për variable kategorike).

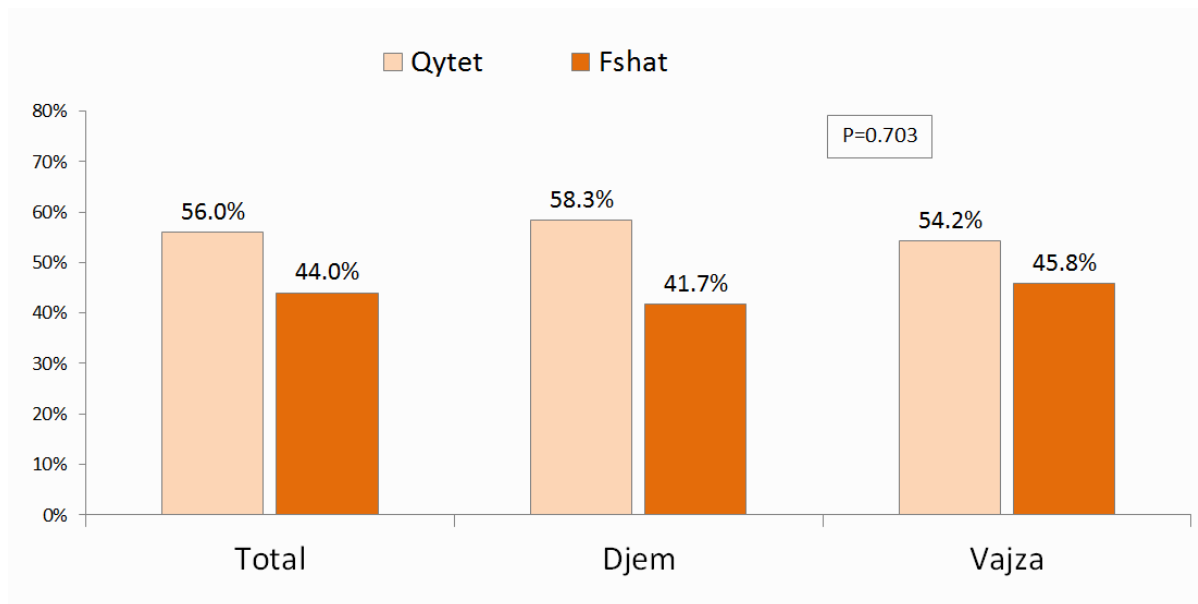
Grafiku 1. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë dhe moshës



Grafiku 2. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë dhe statusit të tyre



Grafiku 3. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë dhe vendbanimit



Të dhënat lidhur me pamjen makroskopike dhe diagnozën klinike

Në Tabelën 2 në vijim paraqitet shpërndarja e subjektëve në studim sipas pamjes makroskopike, prezencës së nyjeve limfatike dhe diagnozës klinike

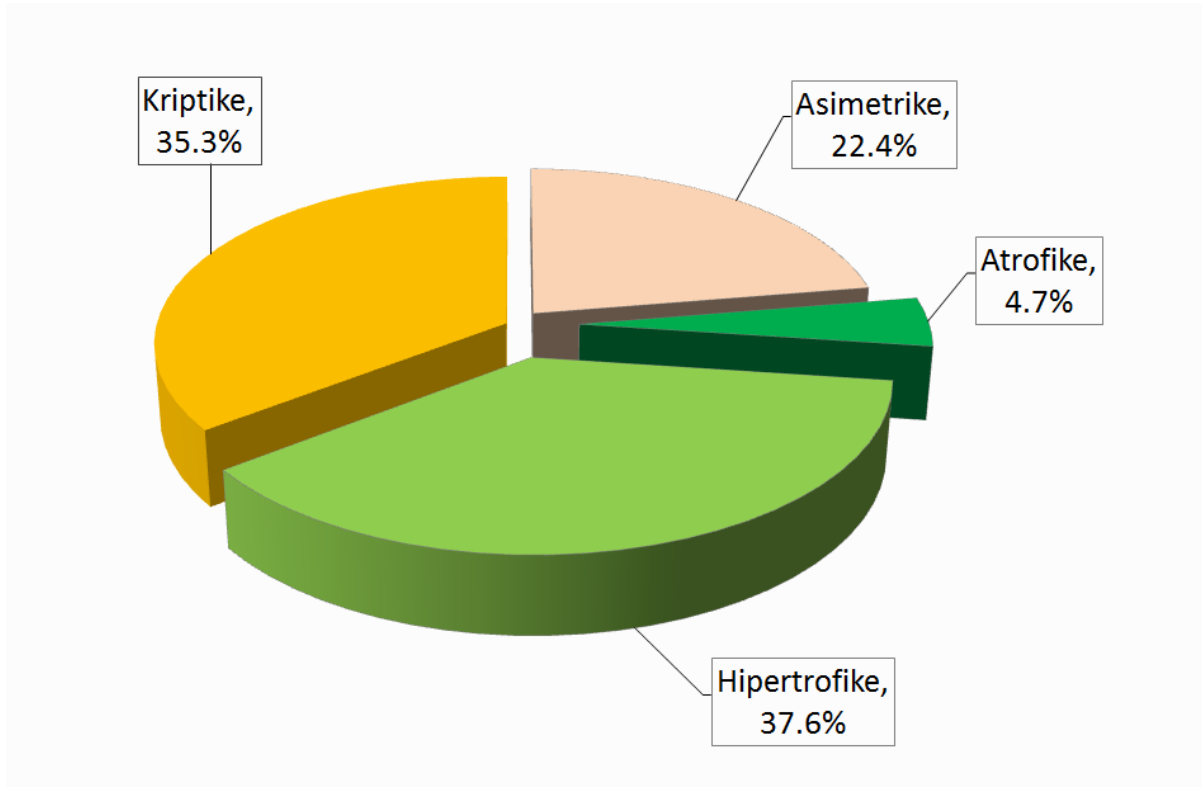
Tabela 2. Karakteristikat klinike të tonsilitit për subjeket në studim

Variabli	Total	Gjinia		Vlera e P-së [†]
		Djem (n=37)	Vajza (n=48)	
Pamja makroskopike				
Asimetrike	19 (22.4) [*]	8 (21.6)	11 (22.9)	<0.001
Atrofike	4 (4.7)	0 (0.0)	4 (8.3)	
Hipertrofike	32 (37.6)	7 (18.9)	25 (52.1)	
Kriptike	30 (35.3)	22 (59.5)	8 (16.7)	
Prania e nyjeve limfatike				
Jo	64 (75.3)	30 (81.1)	34 (70.8)	0.277
Po	21 (24.7)	7 (18.9)	14 (29.2)	
Diagnoza klinike				
Tonsilit kronik hipertrofik asimetric	14 (16.5)	8 (21.6)	6 (12.5)	<0.001
Tonsiloadenit kronik hipertrofik dhe adenopati colli bill.	8 (9.4)	2 (5.4)	6 (12.5)	
Tonsiloadenit kronik hipertrofik kriptik	21 (24.7)	17 (45.9)	4 (8.3)	
Tonsiloadenit kronik asimetric dhe adenopati colli bill.	4 (4.7)	0 (0.0)	4 (8.3)	
Tonsiloadenit kronik hipertrofik	25 (29.4)	5 (13.5)	20 (41.7)	
Tonsiloadenit kronik hipertrofik kriptik dhe adenopati colli bill.	9 (10.6)	5 (13.5)	4 (8.3)	
Tonsiloadenit kronik atrofik	4 (4.7)	0 (0.0)	4 (8.3)	

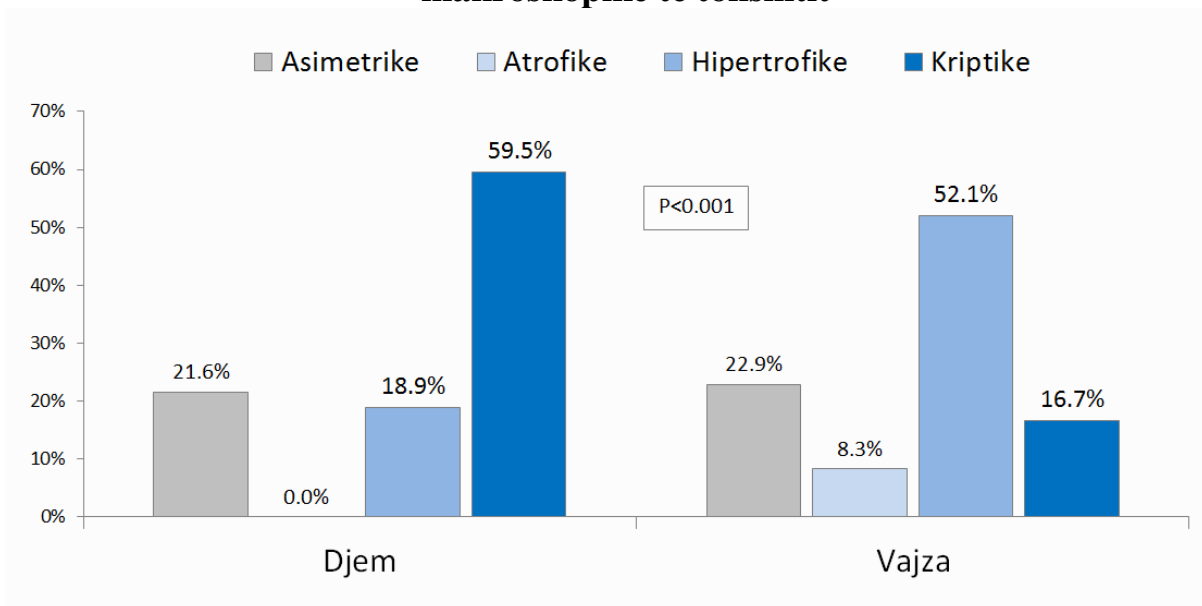
* Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

[†]Vlera e P-së sipas testit të hi katror.

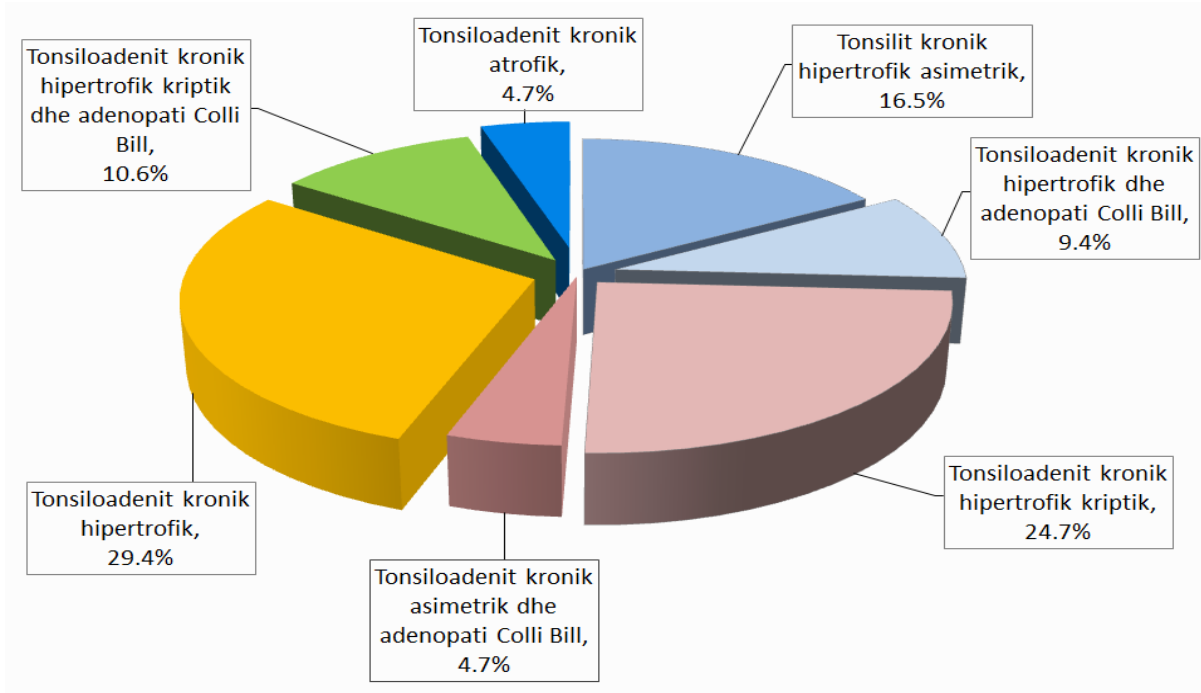
Grafiku 4. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas pamjes makroskopike të tonsilitit



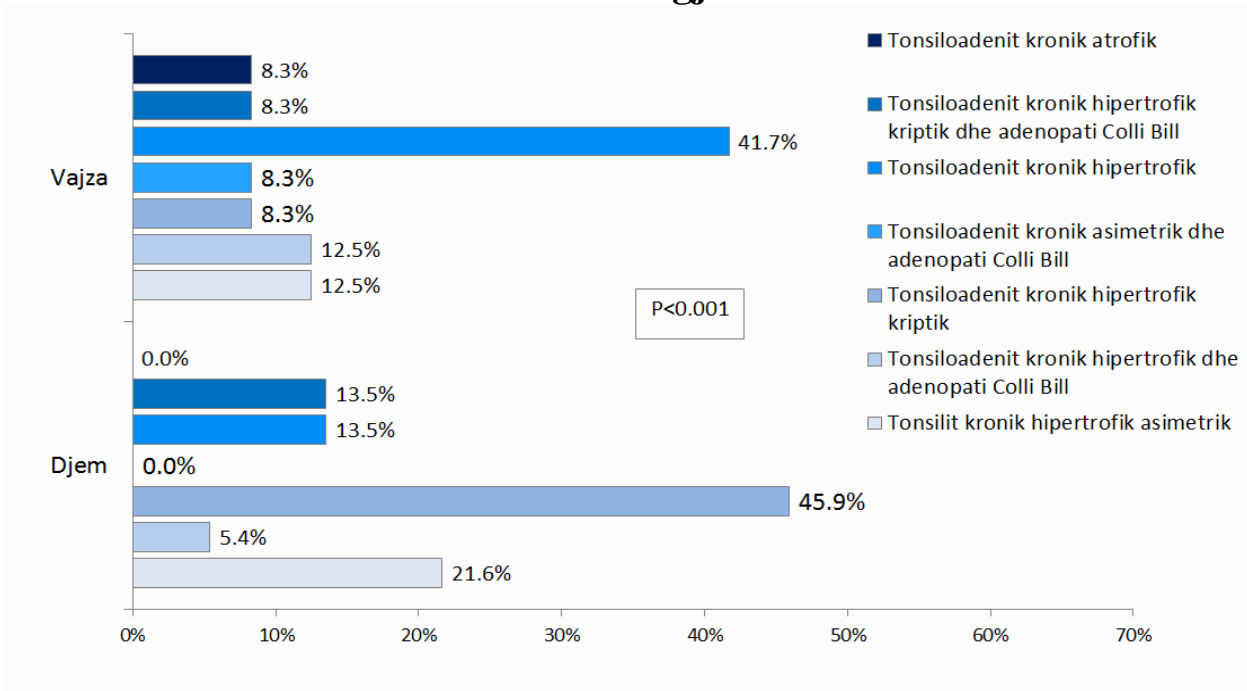
Grafiku 5. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë dhe pamjes makroskopike të tonsilitit



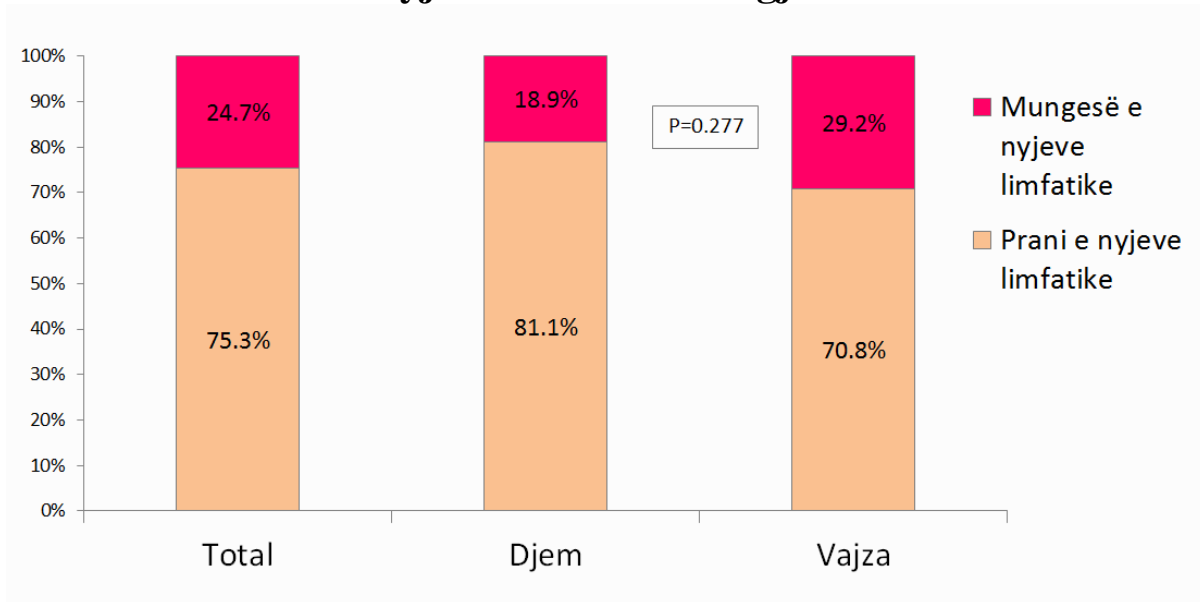
Grafiku 6. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas diagnozës klinike dhe pamjes makroskopike



Grafiku 7. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas diagnozës klinike dhe gjinisë



Grafiku 8. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas statusit të nyjeve limfatike dhe gjinisë



Të dhëna lidhur me disa parametra laboratorikë për subjektet në studim

Tabela 3. Parametrat laboratorikë për subjektet në studim

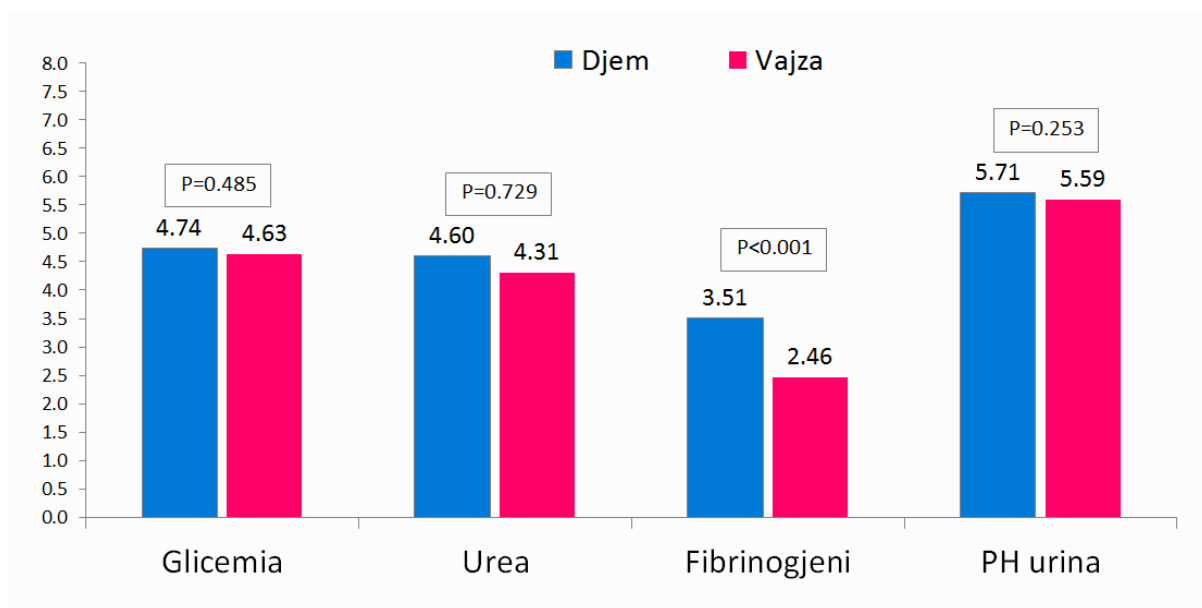
Variabli	Total	Gjinia		Vlera e P-së [‡]
		Djem (n=37)	Vajza (n=48)	
Glicemia	4.68 ± 0.54 [*]	4.74 ± 0.53	4.63 ± 0.54	0.485
Urea	4.43 ± 2.01	4.60 ± 2.78	4.31 ± 1.14	0.729
Fibrinogjeni	2.92 ± 1.11	3.51 ± 1.29	2.46 ± 0.66	<0.001
PH urina	5.64 ± 0.46	5.71 ± 0.45	5.59 ± 0.47	0.253
Pesha specifike e urines	1022.5 ± 4.4	1022.7 ± 4.5	1022.4 ± 4.4	0.847
Flora bakteriale				
Normale	58 (68.2) [†]	30 (81.1)	28 (58.3)	0.026
Strp. aureus dhe/ose beta haemoliticus	27 (31.8)	7 (18.9)	20 (41.7)	
ASTO test				
Negativ	59 (69.4)	30 (81.1)	29 (60.4)	0.040
Pozitiv	26 (30.6)	7 (18.9)	19 (39.6)	
CRP				
Negativ	85 (100.0)	37 (100.0)	48 (100.0)	-
Faktori reumatizmal				
Negativ	79 (92.9)	35 (94.6)	44 (91.7)	0.601
Pozitiv	6 (7.1)	2 (5.4)	4 (8.3)	

* Vlera mesatare ± deviacioni standard.

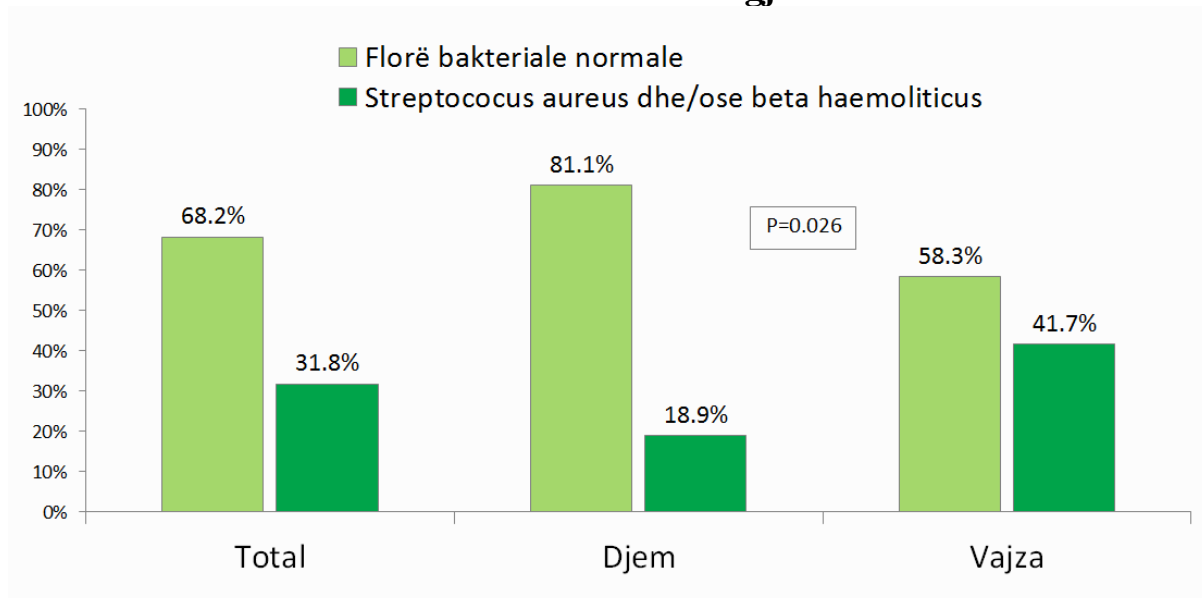
† Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

‡ Vlera e P-së sipas testit jo parametrik Mann-Whitney U-test (për variable numerike) ose testit hi katror (për variable kategorike).

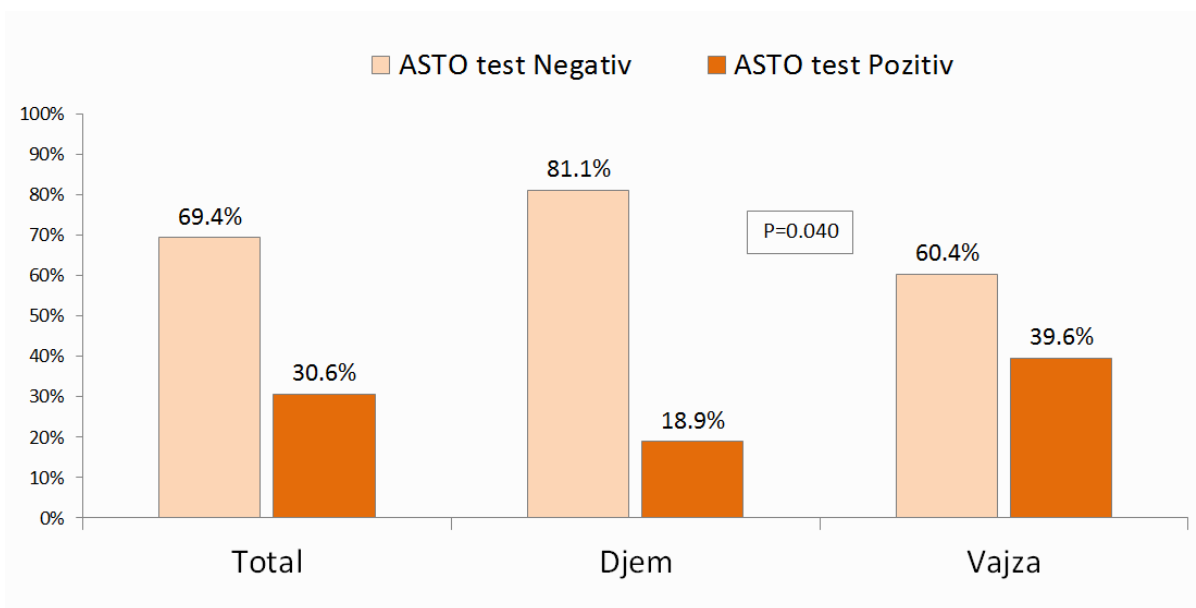
Grafiku 9. Vlerat mesatare të parametrave të zgjedhur laboratorikë sipas gjinisë



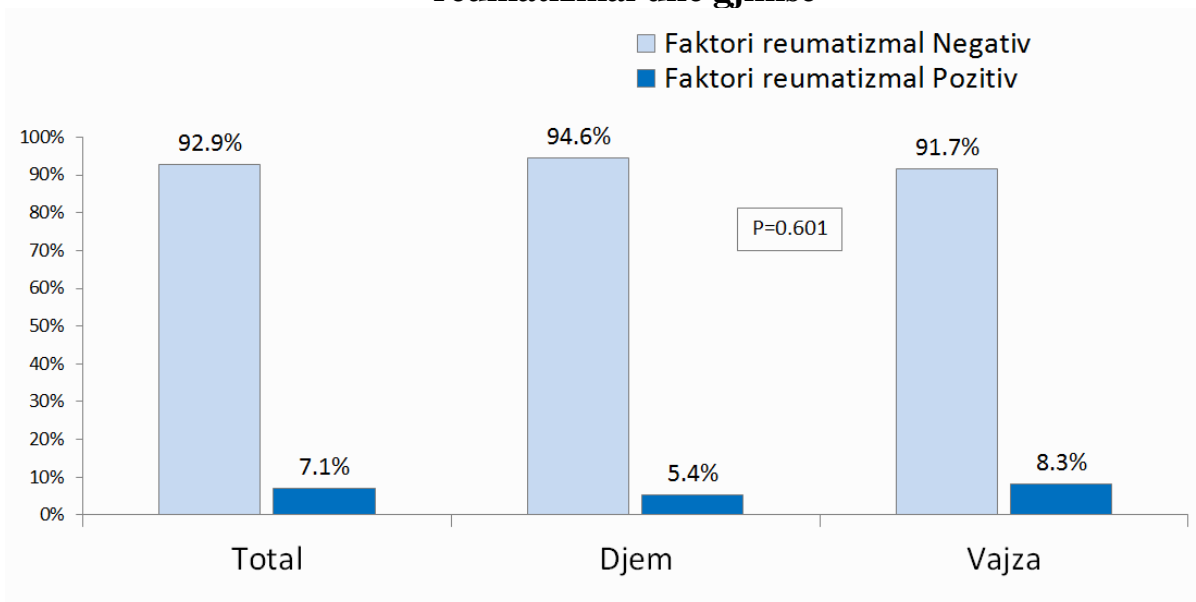
Grafiku 10. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas rezultatit të testit të florës bakteriale dhe gjinisë



Grafiku 11. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas rezultatit të ASTO test dhe gjinisë



Grafiku 12. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas statusit të faktorit reumatizmal dhe gjinisë



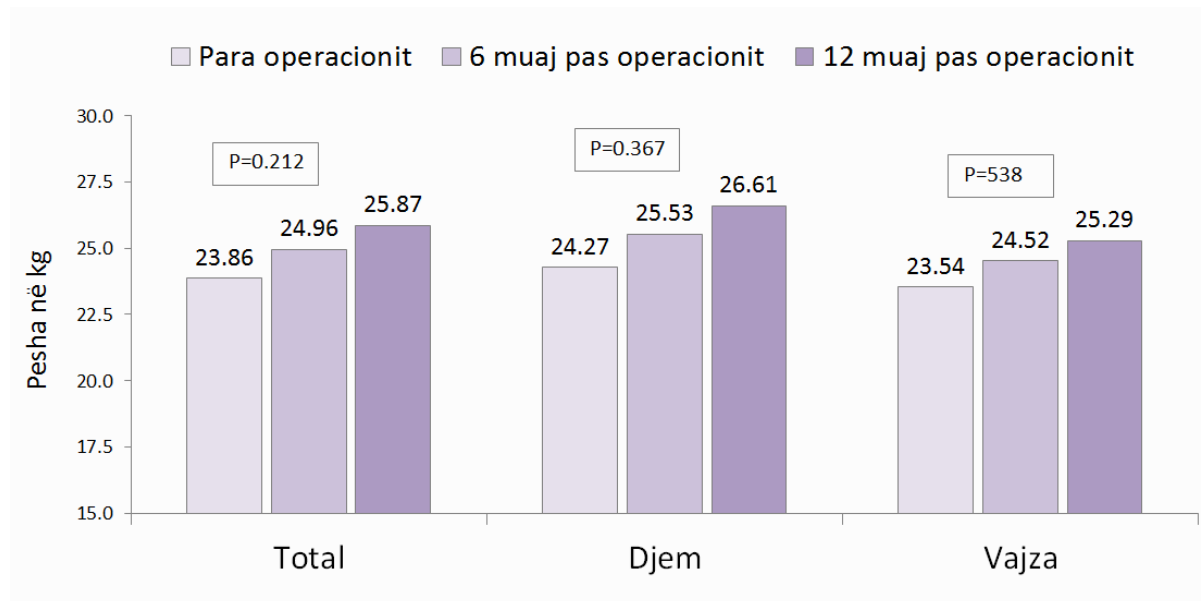
Të dhëna lidhur me peshën dhe gjatësinë e subjekteve në studim

Tabela 4. Vlerat mesatare të peshës dhe gjatësisë sipas kohës së matjes në studim

Variabli	Total		Djem (n=37)		Vajza (n=48)	
	Vl.mesatare ± Dev.Stnd	Vlera e P-së*	Vl.mesatare ± Dev.Stnd	Vlera e P-së*	Vl. mesatare ± Dev.Stnd	Vlera e P-së*
Pesha						
Para operacionit	23.86 ± 7.33	0.212	24.27 ± 7.03	0.367	23.54 ± 7.61	0.538
6 muaj pas operacionit	24.96 ± 7.39		25.53 ± 6.99		24.52 ± 7.73	
12 muaj pas operacionit	25.87 ± 7.51		26.61 ± 7.20		25.29 ± 7.77	
Gjatësia						
Para operacionit	119.9 ± 11.2	0.012	120.3 ± 10.6	0.112	119.8 ± 11.8	0.105
6 muaj pas operacionit	122.6 ± 11.5		123.0 ± 11.0		122.4 ± 12.1	
12 muaj pas operacionit	125.3 ± 11.8		125.8 ± 11.9		125.0 ± 11.9	

*Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA.

Grafiku 13. Pesha mesatare e subjekteve para operacionit, 6 dhe 12 muaj pas operacionit, sipas gjinisë



Grafiku 14. Gjatësia mesatare e subjekteve para operacionit, 6 dhe 12 muaj pas operacionit, sipas gjinisë

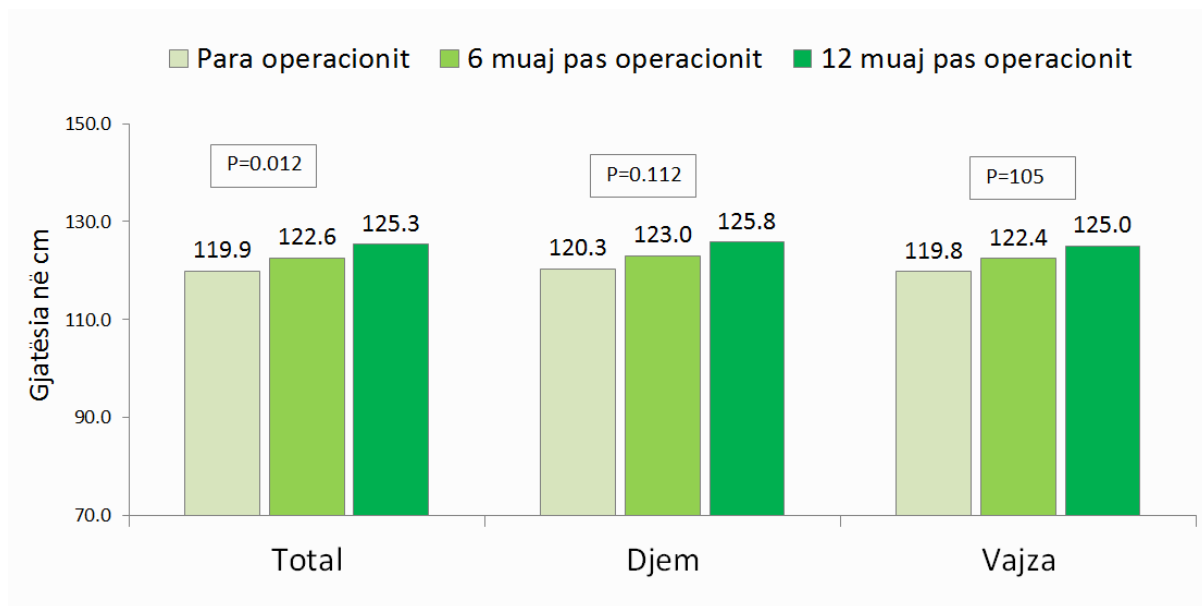
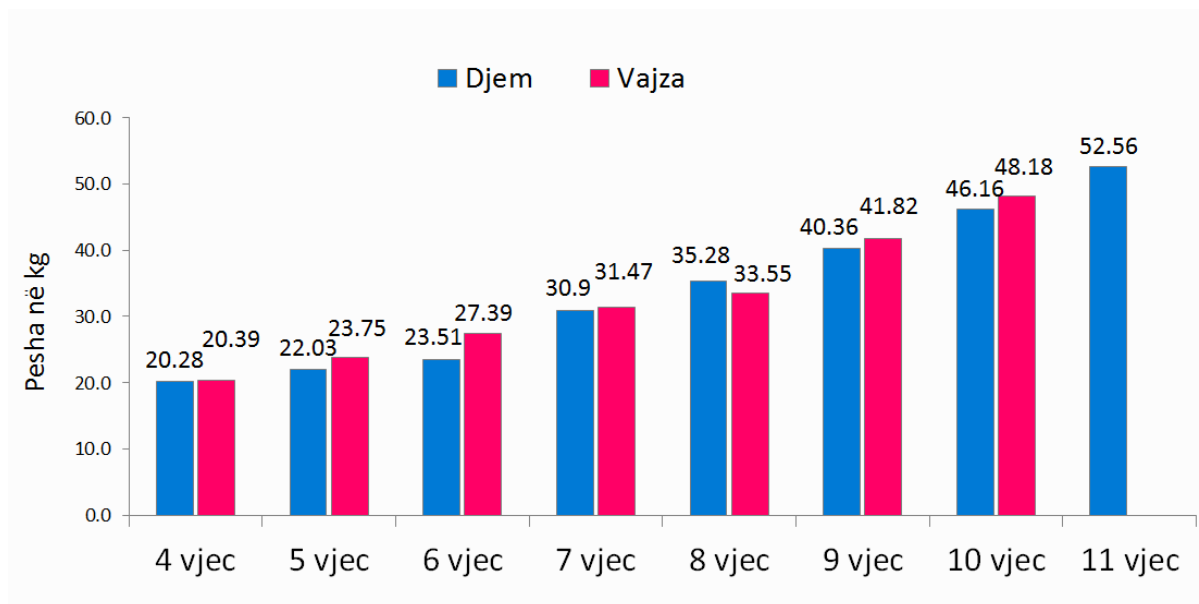


Tabela 5. Standardet e peshës dhe gjatësisë sipas moshës dhe gjinisë

Variabli	Standardet e peshës (në kg)		Standardet e gjatësisë (në cm)	
	Djem (n=37)	Vajza (n=48)	Djem (n=37)	Vajza (n=48)
Mosha				
4 vje	20.28	20.39	109.5	108.4
5 vjec	22.03	23.75	116.8	116.1
6 vjec	23.51	27.39	123.9	123.9
7 vjec	30.90	31.47	131.0	131.3
8 vjec	35.28	33.55	137.8	137.7
9 vjec	40.36	41.82	144.1	143.8
10 vjec	46.16	48.18	149.9	149.6
11 vjec	52.56	-	155.5	-

Grafiku 15. Standardet e peshës në bazë të moshës së fëmijëve, sipas gjinisë



Grafiku 16. Standardet e gjatësisë në bazë të moshës së fëmijëve, sipas gjinisë

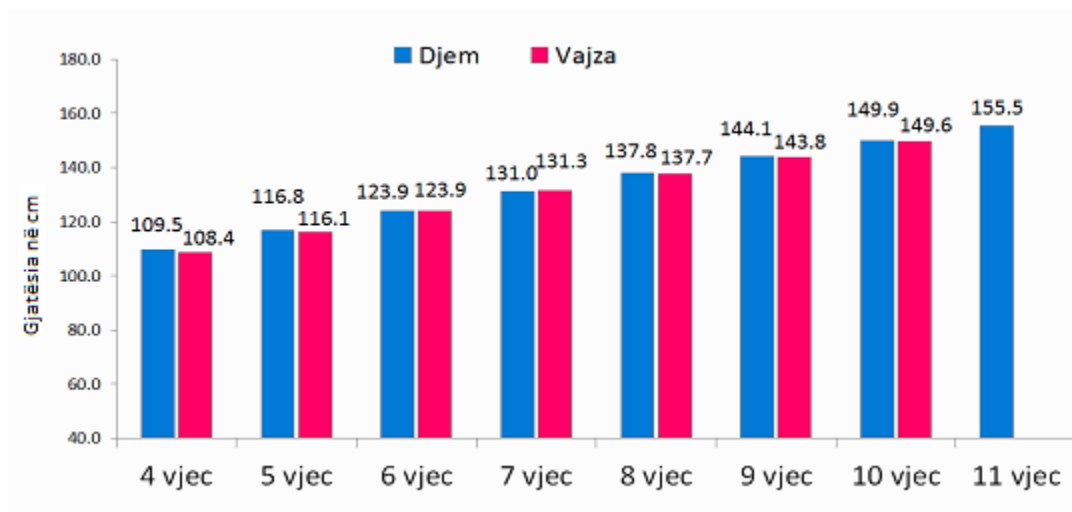
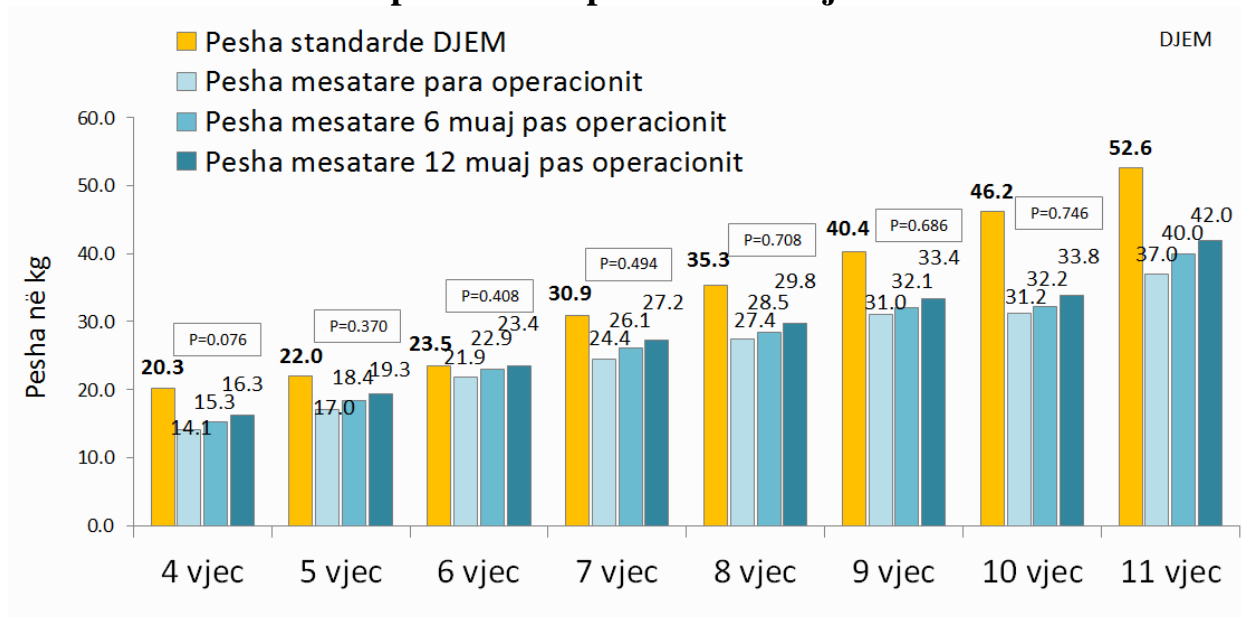


Tabela 6. Pesha mesatare e subjekteve në studim sipas kohës së studimit, moshës dhe gjinisë

Djem						
Variabli	Pesha mesatare Standard	Pesha mesatare para operacionit	Pesha mesatare 6 muaj pas operacionit	Pesha mesatare 12 muaj pas operacionit	Vlera e P-se per te tre periudhat	Vlera e P-se para op – 12 muaj pas op.
Mosha						
4 vjec	20.28	14.13	15.25	16.25	0.076*	0.033*
5 vjec	22.03	17.00	18.40	19.30	0.370	0.198
6 vjec	23.51	21.86	22.92	23.43	0.408	0.214
7 vjec	30.90	24.40	26.10	27.20	0.494	0.261
8 vjec	35.28	27.42	28.50	29.75	0.708	0.421
9 vjec	40.36	31.00	32.13	33.38	0.686	0.417
10 vjec	46.16	31.20	32.20	33.80	0.746	0.464
11 vjec	52.56	37.00	40.00	42.00	-	-
Total	31.46	24.27	25.53	26.61	0.367	0.156
Vajza						
Mosha						
4 vjec	20.39	14.00	14.50	15.13	0.687*	0.408*
5 vjec	23.75	15.83	16.75	17.67	0.418	0.208
6 vjec	27.39	16.81	17.63	18.50	0.521	0.267
7 vjec	31.47	21.31	22.63	23.38	0.329	0.152
8 vjec	33.55	30.81	31.69	32.25	0.329	0.151
9 vjec	41.82	28.88	29.87	30.44	0.617	0.341
10 vjec	48.18	33.50	34.80	36.10	0.831	0.559
Total	32.93	23.54	24.52	25.29	0.538	0.267

*Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA.

Grafiku 17. Pesha mesatare para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit sipas moshës - Djem



Grafiku 18. Pesha mesatare para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit sipas moshës - Vajza

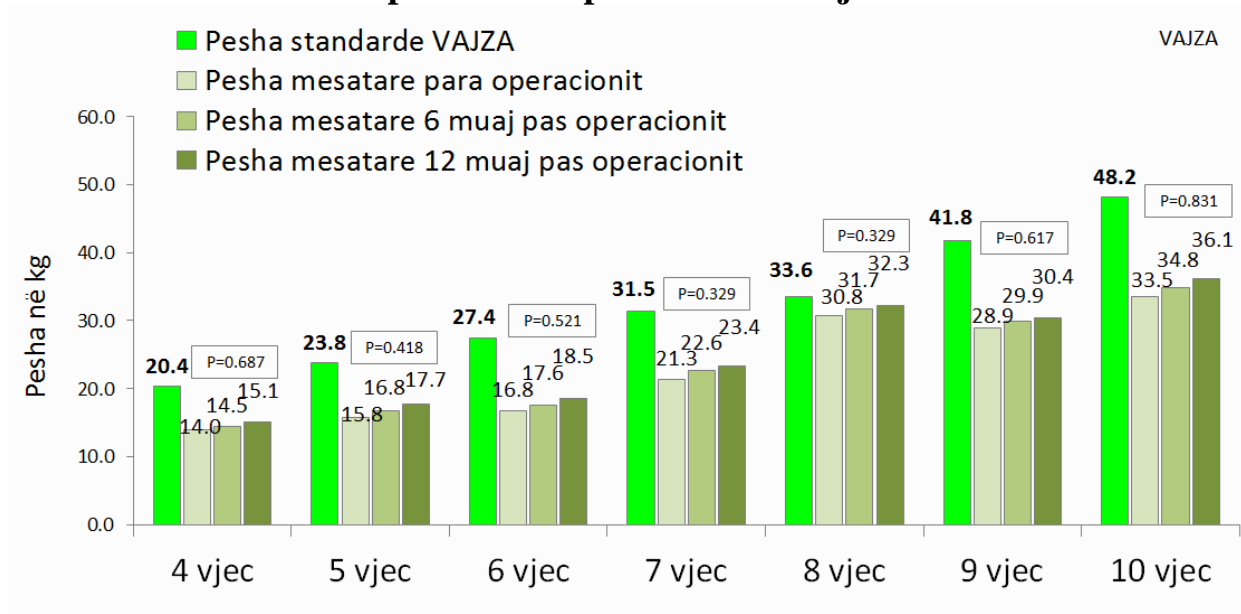
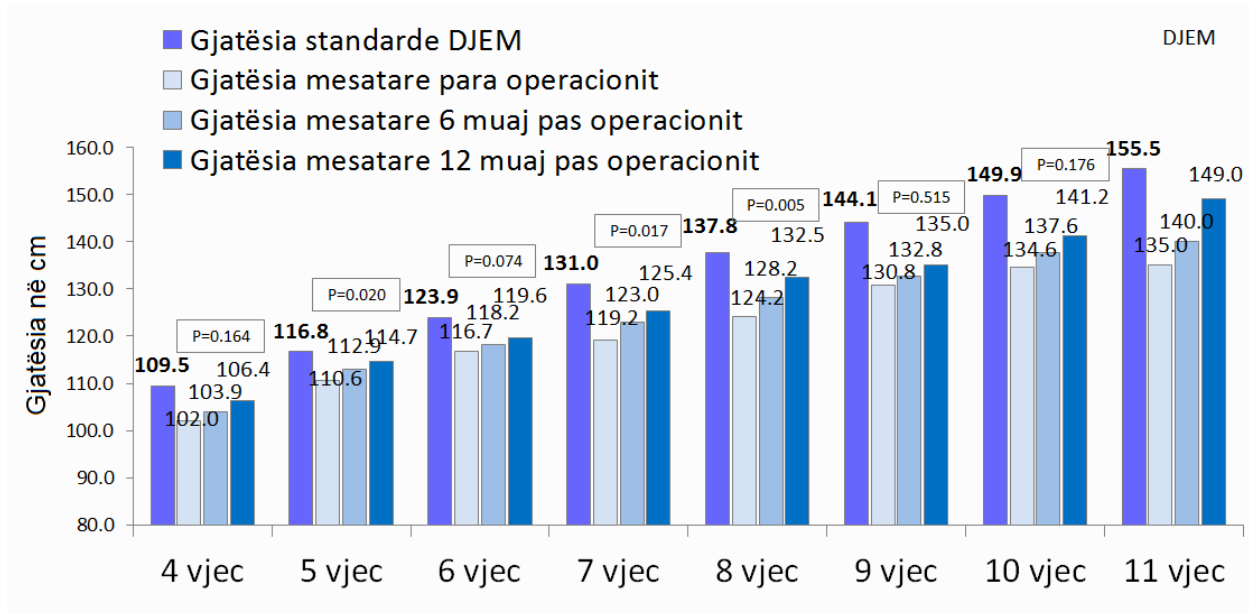


Tabela 7. Gjatësia mesatare e subjekteve në studim sipas kohës së studimit, moshës dhe gjinisë

Djem						
Variabli	Gjatësia mesatare Standard	Gjatësia mesatare para operacionit	Gjatësia mesatare 6 muaj pas operacionit	Gjatësia mesatare 12 muaj pas operacionit	Vlera e P-se per te tre periudhat	Vlera e P-se para op – 12 muaj pas op.
Mosha						
4 vjec	109.5	102.0	103.9	106.4	0.164*	0.106*
5 vjec	116.8	110.6	112.9	114.7	0.020	0.018
6 vjec	123.9	116.7	118.2	119.6	0.074	0.031
7 vjec	131.0	119.2	123.0	125.4	0.017	0.013
8 vjec	137.8	124.2	128.2	132.5	0.005	0.002
9 vjec	144.1	130.8	132.8	135.0	0.515	0.287
10 vjec	149.9	134.6	137.6	141.2	0.176	0.087
11 vjec	155.5	135.0	140.0	149.0	-	-
Total	131.2	120.3	123.0	125.8	0.112	0.032
Vajza						
Mosha						
4 vjec	108.4	100.5	102.5	106.8	0.013*	0.020*
5 vjec	116.1	106.8	109.5	112.2	0.017	0.010
6 vjec	123.9	115.5	116.8	119.4	0.037	0.017
7 vjec	131.3	116.1	118.6	121.0	0.103	0.044
8 vjec	137.7	126.4	128.9	130.1	0.086	0.051
9 vjec	143.8	125.7	129.7	132.6	0.009	0.006
10 vjec	149.6	142.0	145.0	148.2	0.360	0.145
Total	131.6	119.8	122.4	125.0	0.105	0.034

*Vlera e P-së sipas testit one- way ANOVA.

Grafiku 19. Gjatësia mesatare para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit sipas moshës – Djem



Grafiku 20. Gjatësia mesatare para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit sipas moshës – Vajza

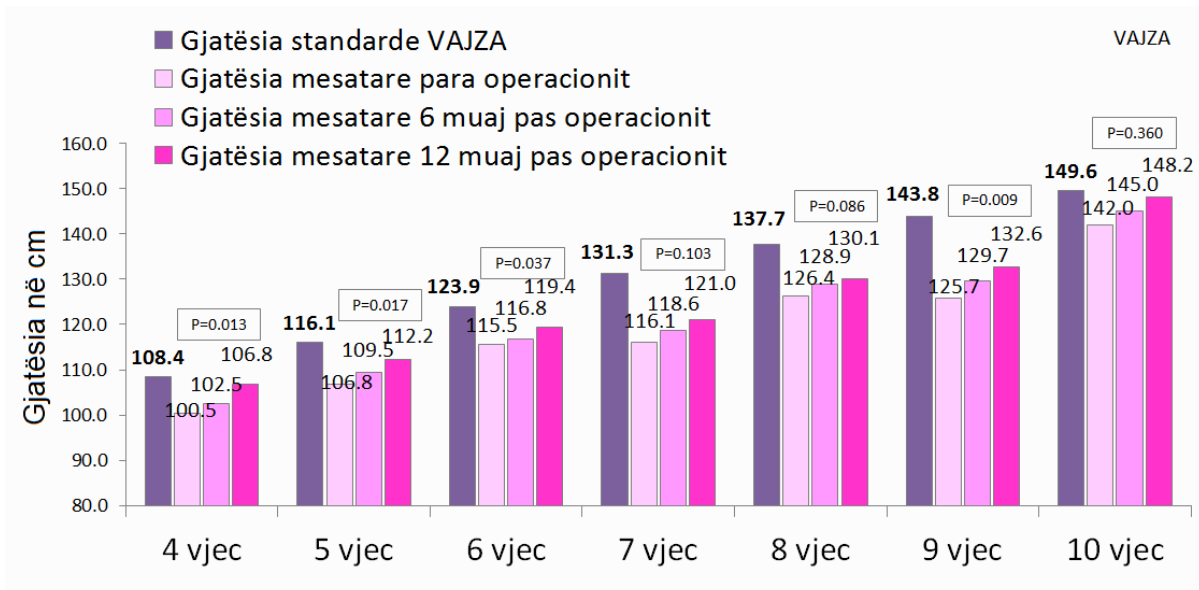


Tabela 8. Pesha e subjekteve në studim krahasuar me standardet e peshës në momente të ndryshme të studimit

Variabli	Total	Gjinia		Vlera e P-së [†]
		Djem (n=37)	Vajza (n=48)	
Pesha para operacionit				
Nën standard	81 (95.3) *	34 (91.9)	47 (97.9)	0.193
Në normë	4 (4.7)	3 (8.1)	1 (2.1)	
Pesha 6 muaj pas operacionit				
Nën standard	78 (91.8)	32 (86.5)	46 (95.8)	0.120
Në normë	7 (8.2)	5 (13.5)	2 (4.2)	
Pesha 12 muaj pas operacionit				
Nën standard	78 (91.8)	32 (86.5)	46 (95.8)	0.120
Në normë	7 (8.2)	5 (13.5)	2 (4.2)	

* Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

† Vlera e P-së sipas testit hi katror.

Grafiku 21. Përqindja e subjekteve me peshën në normë krahasuar me standardin e peshës për moshë, sipas etapave të studimit dhe gjinisë

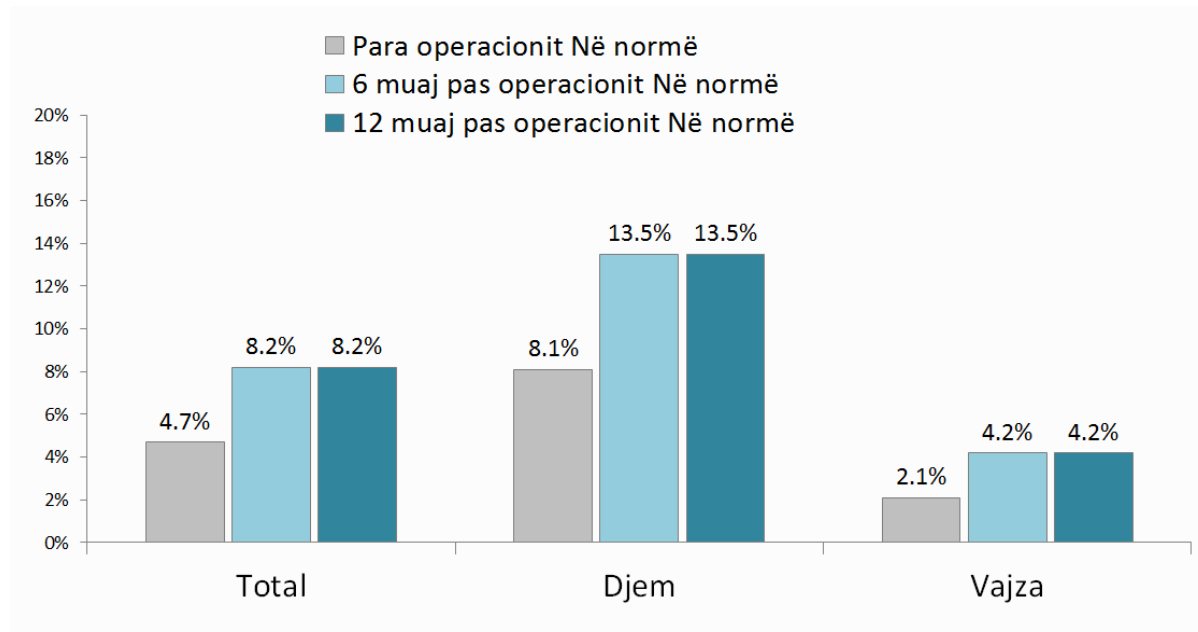


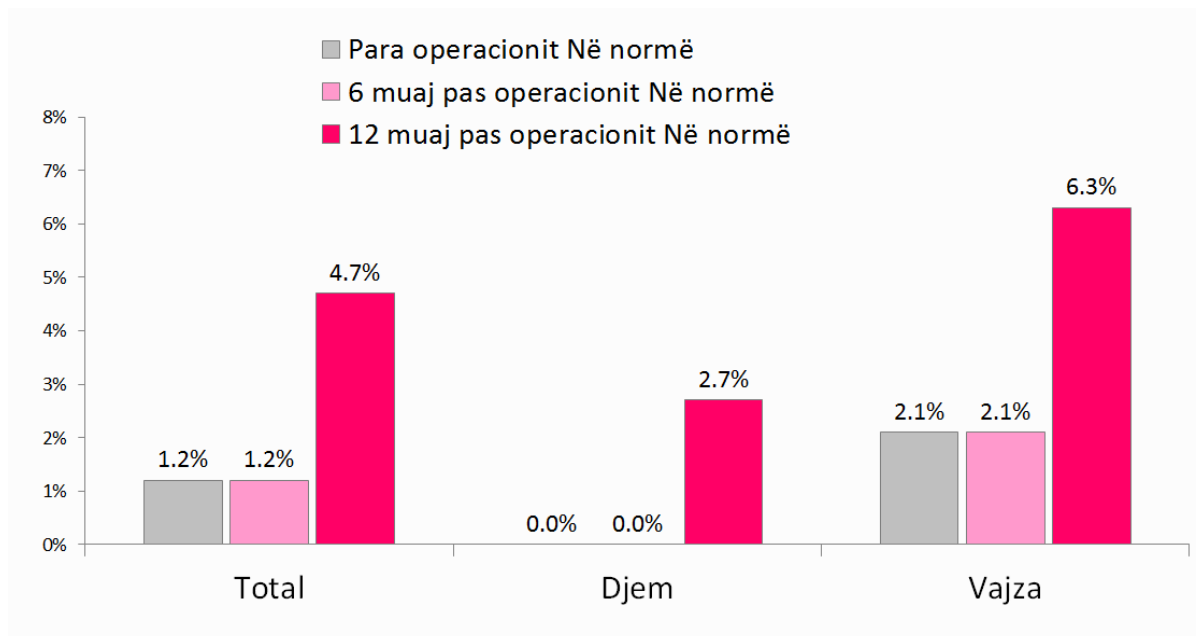
Tabela 9. Gjatësia e subjekteve në studim krahasuar me standardet e peshës në momente të ndryshme të studimit

Variabli	Total	Gjinia		Vlera e P-së [†]
		Djem (n=37)	Vajza (n=48)	
Gjatësia para operacionit				
Nën standard	84 (98.8) *	37 (100.0)	47 (97.9)	0.377
Në normë	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (2.1)	
Gjatësia 6 muaj pas operacionit				
Nën standard	84 (98.8)	37 (100.0)	47 (97.9)	0.377
Në normë	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (2.1)	
Gjatësia 12 muaj pas operacionit				
Nën standard	81 (95.3)	36 (97.3)	45 (93.8)	0.444
Në normë	4 (4.7)	1 (2.7)	3 (6.3)	

* Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

† Vlera e P-së sipas testit hi katror.

Grafiku 22. Përqindja e subjekteve me gjatësinë në normë krahasuar me standardin e gjatësisë për moshë, sipas etapave të studimit dhe gjinisë



Të dhëna lidhur me hormonin somatotrop tek subjektet në studim

Tabela 10. Vlerat mesatare dhe parametra të tjerë statistikorë të nivelit të hormonit somatotrop sipas kohës së matjes në studim

Parametri	Niveli i hormonit Somatotrop para operacionit	Niveli i hormonit Somatotrop 6 muaj pas operacionit	Niveli i hormonit Somatotrop 12 muaj pas operacionit
Total			
Vlera mesatare	1.02	1.15	1.26
Deviacioni standard	1.25	1.25	1.26
Mediana	0.82	0.92	0.99
Moda	0.82	0.70	0.99
Spektri	8.27	8.19	8.35
Vlera minimale	0.02	0.13	0.16
Vlera maksimale	8.29	8.32	8.51
Djem			
Vlera mesatare	0.92	1.02	1.12
Deviacioni standard	1.27	1.31	1.34
Mediana	0.73	0.82	0.85
Moda	0.82	0.70	0.72
Spektri	8.01	8.17	8.35
Vlera minimale	0.10	0.15	0.16
Vlera maksimale	8.11	8.32	8.51
Vajza			
Vlera mesatare	1.11	1.25	1.37
Deviacioni standard	1.24	1.21	1.20
Mediana	0.91	0.97	1.04
Moda	1.20	0.96	0.99
Spektri	8.27	8.17	7.90
Vlera minimale	0.02	0.13	0.40
Vlera maksimale	8.29	8.30	8.30

*Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA.

Tabela 11. Vlerat mesatare dhe parametra të tjerë statistikore të nivelit të hormonit somatotrop sipas kohës së matjes në studim

Gjinia	Niveli i hormonit Somatotrop para operacionit	Niveli i hormonit Somatotrop 6 muaj pas operacionit	Niveli i hormonit Somatotrop 12 muaj pas operacionit	Vlera e P-së (për vlerat mesatare)
Djem	0.92 ± 1.27	1.02 ± 1.31	1.12 ± 1.34	0.800*
Vajza	1.11 ± 1.24	1.25 ± 1.21	1.37 ± 1.73	0.580
Total	1.02 ± 1.25	1.15 ± 1.25	1.26 ± 1.26	0.475

*Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA.

Grafiku 23. Niveli mesatar i hormonit somatotrop para operacionit, 6 dhe 12 muaj pas operacionit, sipas gjinisë

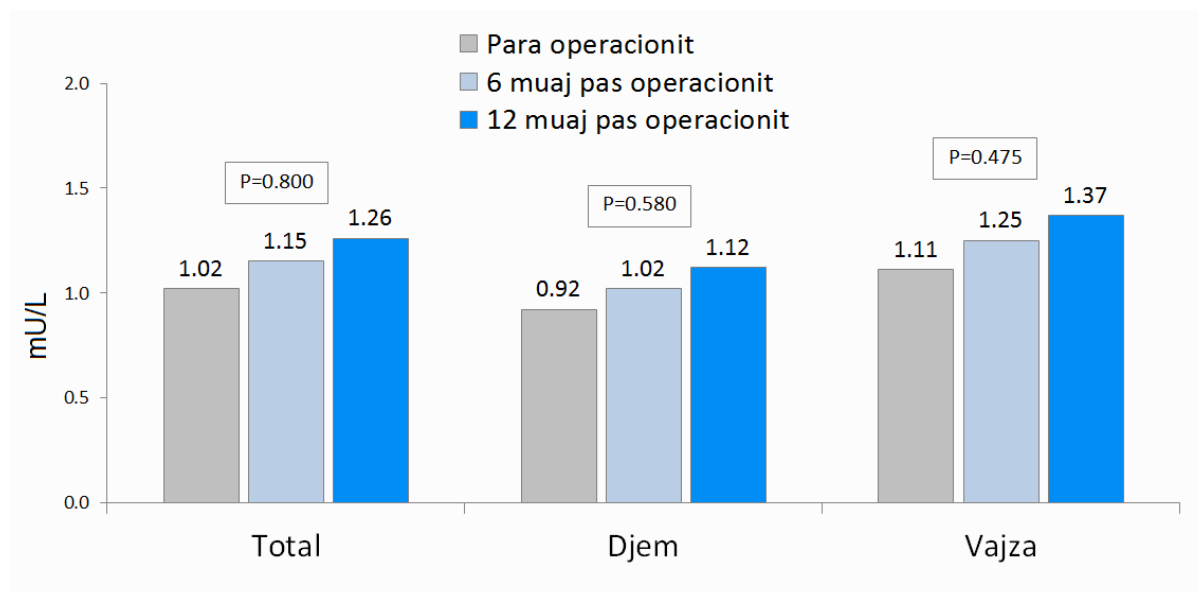


Tabela 12. Ndryshimi i nivelit të hormonit somatotrop krahasuar me momentin para operacionit

Variabli	Total	Gjinia		Vlera e P-së [†]
		Djem (n=37)	Vajza (n=48)	
Niveli i hormonit somatotrop 6 muaj pas operacionit krahasuar me nivelin përpara operacionit				
Njësoj	4 (4.7)*	0 (0.0)	4 (8.3)	0.072
I rritur	81 (95.3)	37 (100.0)	44 (91.7)	
Niveli i hormonit somatotrop 12 muaj pas operacionit krahasuar me nivelin përpara operacionit				
Njësoj	2 (2.4)	0 (0.0)	2 (4.2)	0.209
I rritur	83 (97.6)	37 (100.0)	46 (95.8)	

* Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

† Vlera e P-së sipas testit hi katror (për ndryshimin gjinor).

Grafiku 24. Përqindja e subjekteve tek të cilët u vërejt rritje e nivelit të hormonit somatotrop krahasuar me periudhën para operacionit, sipas etapave të studimit dhe gjinisë

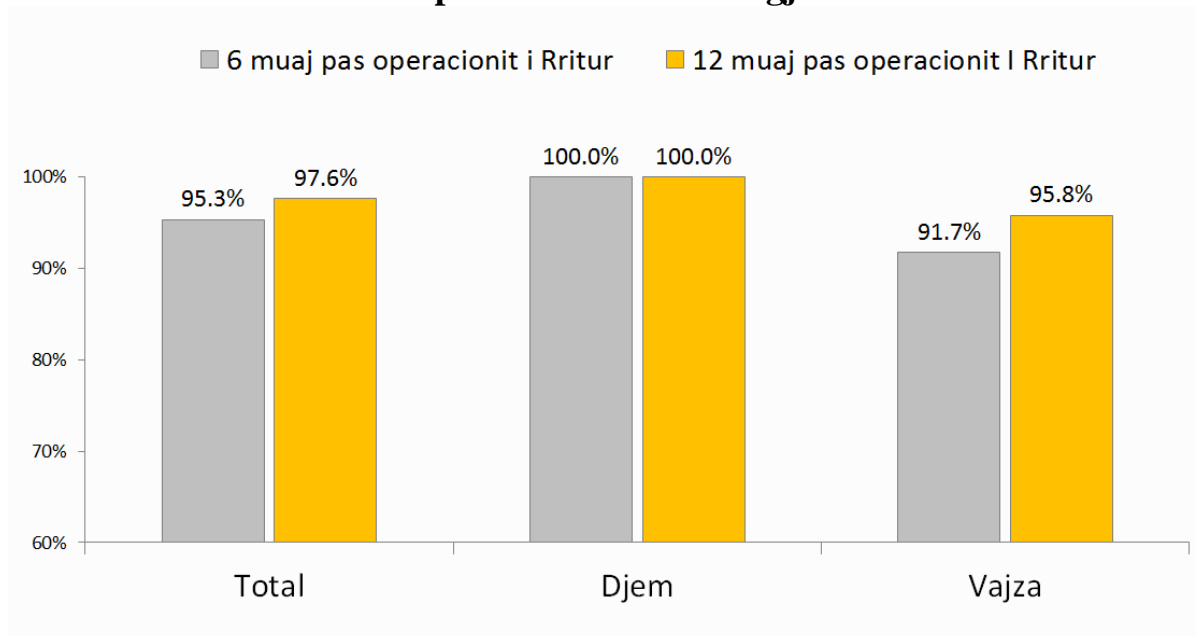


Tabela 13. Ndryshimi i nivelit të hormonit somatotrop krahasuar me momentin para operacionit

Koha e kryerjes së matjes	Ndryshimi i nivelit të hormonit	Total	Gjinia		Vlera e P-së [†]
			Djem (n=37)	Vajza (n=48)	
6 muaj pas operacionit	Rritja absolute në vlerë mesatare	+0.1267	+0.1070	+0.1419	0.326
	Rritja absolute maksimale	+1.05	+0.48	+1.05	
	Rritja relative mesatare në%	+34.5 %	+20.1 %	+45.5 %	0.241
	Rritja absolute maksimale në %	+700.0 %	+145.5 %	+700.0 %	
12 muaj pas operacioni	Rritja absolute në vlerë mesatare	+0.2351	+0.2030	+0.2598	0.321
	Rritja absolute maksimale	+1.10	+0.98	+1.10	
	Rritja relative mesatare në%	+92.5 %	+35.6 %	+136.4 %	0.314
	Rritja absolute maksimale në %	+4150.0 %	+254.6 %	+4150.0%	

* Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

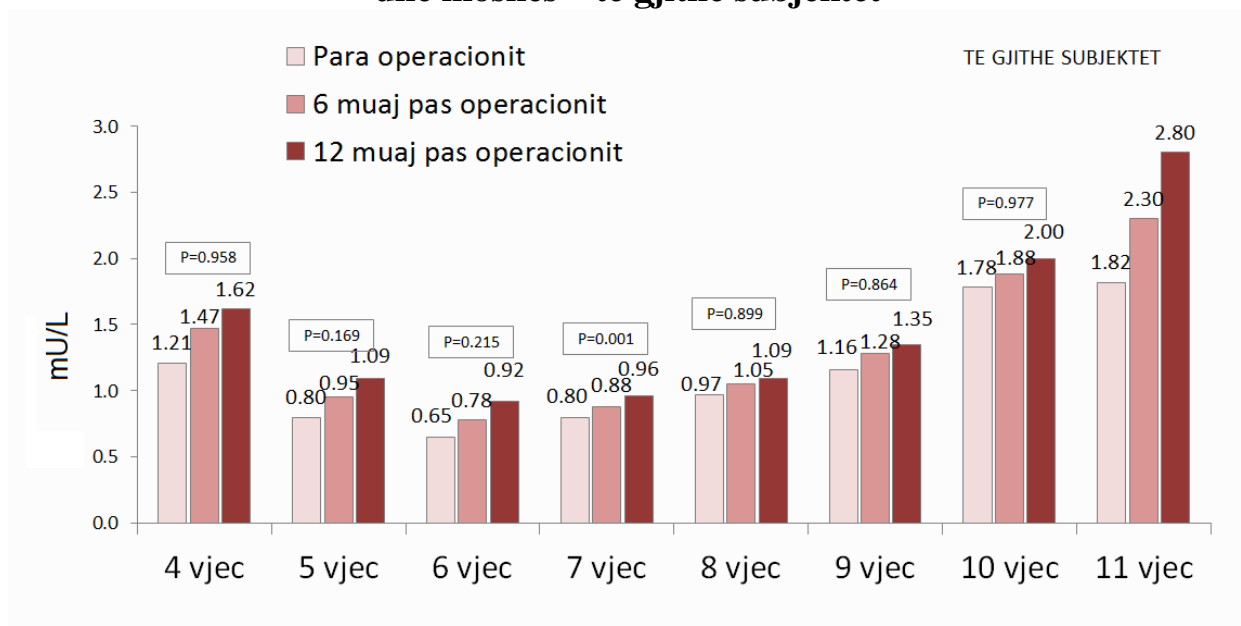
[†] Vlera e P-së sipas testit hi katror (për ndryshimin gjinor).

Tabela 14. Vlerat mesatare të nivelit të hormonit somatotrop sipas moshës, kohës së matjes në studim dhe gjinisë

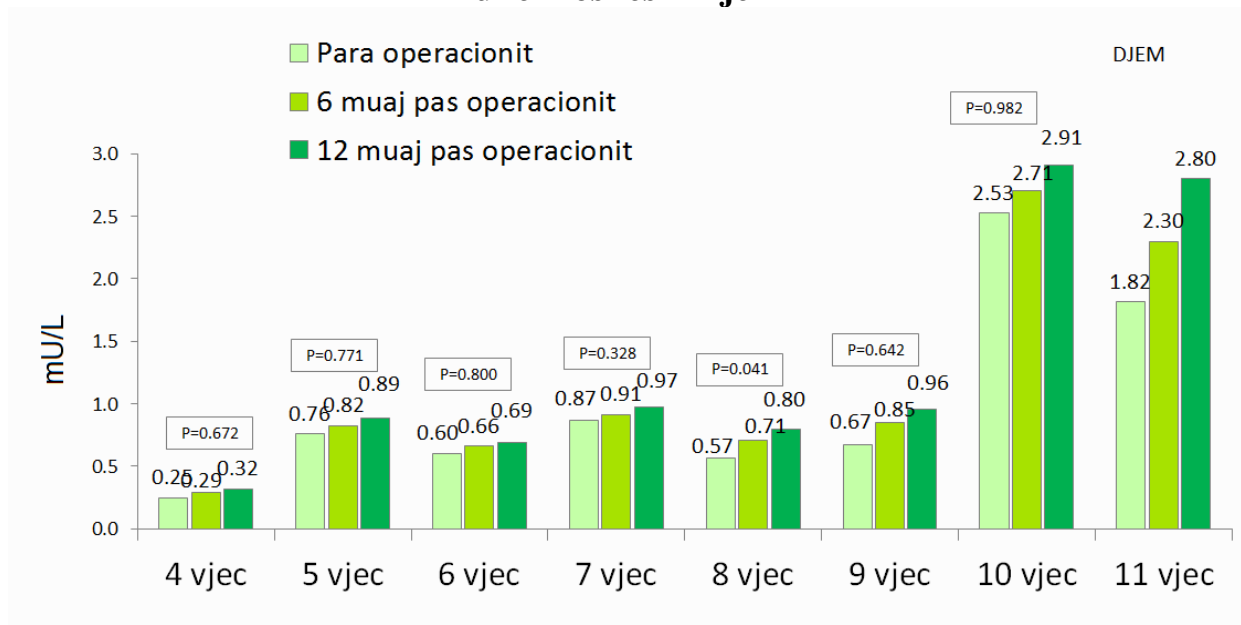
Mosha	Niveli i hormonit Somatotrop para operacionit	Niveli i hormonit Somatotrop 6 muaj pas operacionit	Niveli i hormonit Somatotrop 12 muaj pas operacionit	Vlera e P-së (për vlerat mesatare)
Total				
4 vjec	1.21 ± 2.86	1.47 ± 2.79	1.62 ± 2.73	0.958 *
5 vjec	0.80 ± 0.30	0.95 ± 0.32	1.09 ± 0.43	0.169
6 vjec	0.65 ± 0.33	0.78 ± 0.40	0.92 ± 0.50	0.215
7 vjec	0.80 ± 0.11	0.88 ± 0.79	0.96 ± 0.11	0.001
8 vjec	0.97 ± 0.75	1.05 ± 0.73	1.09 ± 0.71	0.899
9 vjec	1.16 ± 0.87	1.28 ± 0.86	1.35 ± 0.85	0.864
10 vjec	1.78 ± 2.24	1.88 ± 2.28	2.00 ± 2.31	0.977
11 vjec	1.82 (-)	2.30 (-)	2.80 (-)	-
Djem				
4 vjec	0.25 ± 1.22	0.29 ± 0.11	0.32 ± 0.11	0.672 *
5 vjec	0.76 ± 0.30	0.82 ± 0.28	0.89 ± 0.24	0.771
6 vjec	0.60 ± 0.27	0.66 ± 0.27	0.69 ± 0.27	0.800
7 vjec	0.87 ± 0.11	0.91 ± 0.10	0.97 ± 0.11	0.328
8 vjec	0.57 ± 0.18	0.71 ± 0.12	0.80 ± 0.90	0.041
9 vjec	0.67 ± 0.39	0.85 ± 0.43	0.96 ± 0.47	0.642
10 vjec	2.53 ± 3.14	2.71 ± 3.16	2.91 ± 3.15	0.982
11 vjec	1.82 (-)	2.30 (-)	2.80 (-)	-
Vajza				
4 vjec	2.19 ± 4.06	2.65 ± 3.80	2.93 ± 3.59	0.963 *
5 vjec	0.88 ± 0.33	1.06 ± 0.34	1.27 ± 0.49	0.192
6 vjec	0.69 ± 0.40	0.89 ± 0.48	1.11 ± 0.59	0.246
7 vjec	0.76 ± 0.09	0.86 ± 0.06	0.96 ± 0.12	0.001
8 vjec	1.27 ± 0.88	1.30 ± 0.90	1.32 ± 0.89	0.993
9 vjec	1.39 ± 0.95	1.47 ± 0.95	1.52 ± 0.95	0.957
10 vjec	1.02 ± 0.12	1.06 ± 0.13	1.09 ± 0.13	0.742

*Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA (për ndryshimin e vlerës mesatare të hormonit somatotrop sipas kohës së matjes së parametrit: para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit).

Grafiku 25. Niveli mesatar i hormonit somatotrop sipas etapave të studimit dhe moshës – të gjithë subjektet



Grafiku 26. Niveli mesatar i hormonit somatotrop sipas etapave të studimit dhe moshës – Djem



Grafiku 27. Niveli mesatar i hormonit somatotrop sipas etapave të studimit dhe moshës – Vajza

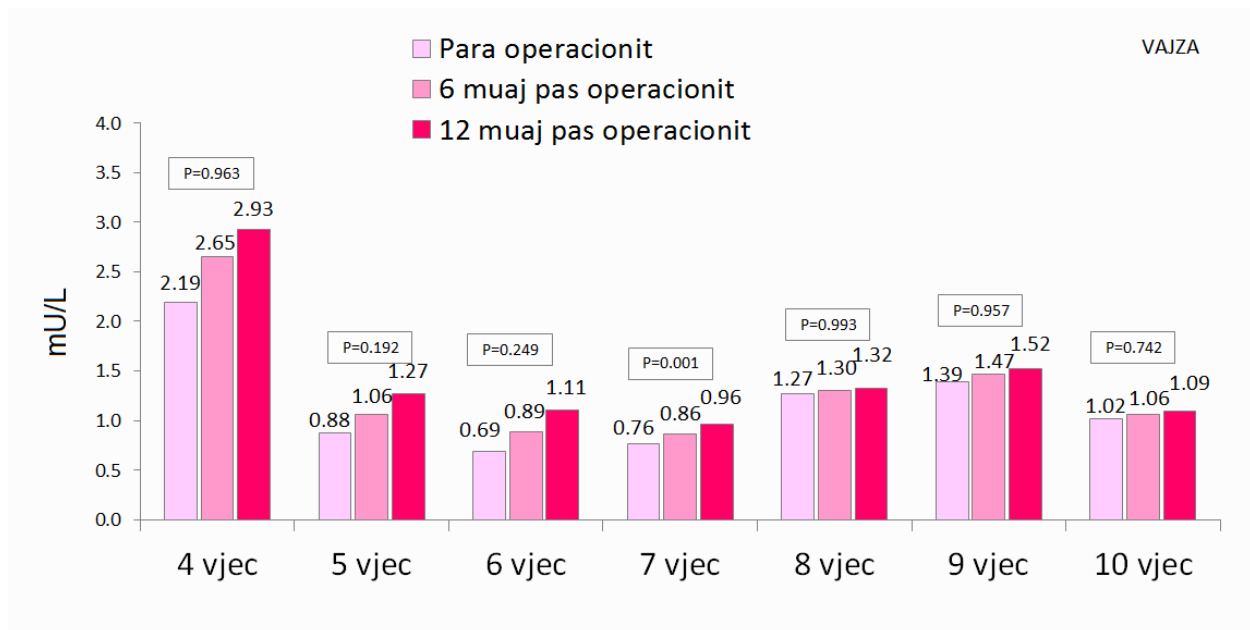


Tabela 15. Vlerat mesatare të nivelit të hormonit somatotrop sipas gjinisë, kohës së matjes në studim dhe moshës

Gjinia	Niveli i hormonit Somatotrop para operacionit	Vlera e P-së	Niveli i hormonit Somatotrop 6 muaj pas operacionit	Vlera e P-së	Niveli i hormonit Somatotrop 12 muaj pas operacionit	Vlera e P-së
Mosha 4 vjec						
Djem	0.25 ± 0.12*	0.377 [†]	0.29 ± 0.11*	0.260 [†]	0.32 ± 0.11*	0.197 [†]
Vajza	2.19 ± 1.06		2.65 ± 3.80		2.93 ± 3.59	
Mosha 5 vjec						
Djem	0.76 ± 0.30	0.728	0.82 ± 0.28	0.215	0.89 ± 0.24	0.150
Vajza	0.83 ± 0.33		1.06 ± 0.34		1.27 ± 0.49	
Mosha 6 vjec						
Djem	0.60 ± 0.27	0.637	0.66 ± 0.27	0.294	0.69 ± 0.27	0.107
Vajza	0.69 ± 0.40		0.89 ± 0.48		1.11 ± 0.59	
Mosha 7 vjec						
Djem	0.87 ± 1.11	0.095	0.91 ± 0.10	0.274	0.97 ± 0.11	0.822
Vajza	0.76 ± 0.09		0.86 ± 0.06		0.96 ± 0.12	
Mosha 8 vjec						
Djem	0.57 ± 0.18	0.085	0.71 ± 0.12	0.137	0.80 ± 0.09	0.182
Vajza	1.30 ± 0.90		1.30 ± 0.90		1.32 ± 0.89	
Mosha 9 vjec						
Djem	0.67 ± 0.39	0.180	0.85 ± 0.43	0.246	0.96 ± 0.47	0.293
Vajza	1.39 ± 0.95		1.47 ± 0.95		1.52 ± 0.95	
Mosha 10 vjec						
Djem	2.53 ± 3.14	0.313	2.71 ± 3.16	0.278	2.91 ± 3.15	0.278
Vajza	1.02 ± 0.12		1.06 ± 1.33		1.09 ± 0.13	
Mosha 11 vjec						
Djem	1.82 ± (-)	-	2.30 ± (-)	-	2.80 ± (-)	-
Vajza	-		-		-	

*Vlera mesatare ± deviacionin standard.

[†] Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA (për ndryshimin gjinor).

Hormoni somatotrop, pesha dhe gjatësia sipas florës bakteriale

Tabela 16. Hormoni somatotrop, pesha dhe gjatësia sipas rezultatit të florës bakteriale në kohë të ndryshme të kryerjes së matjeve

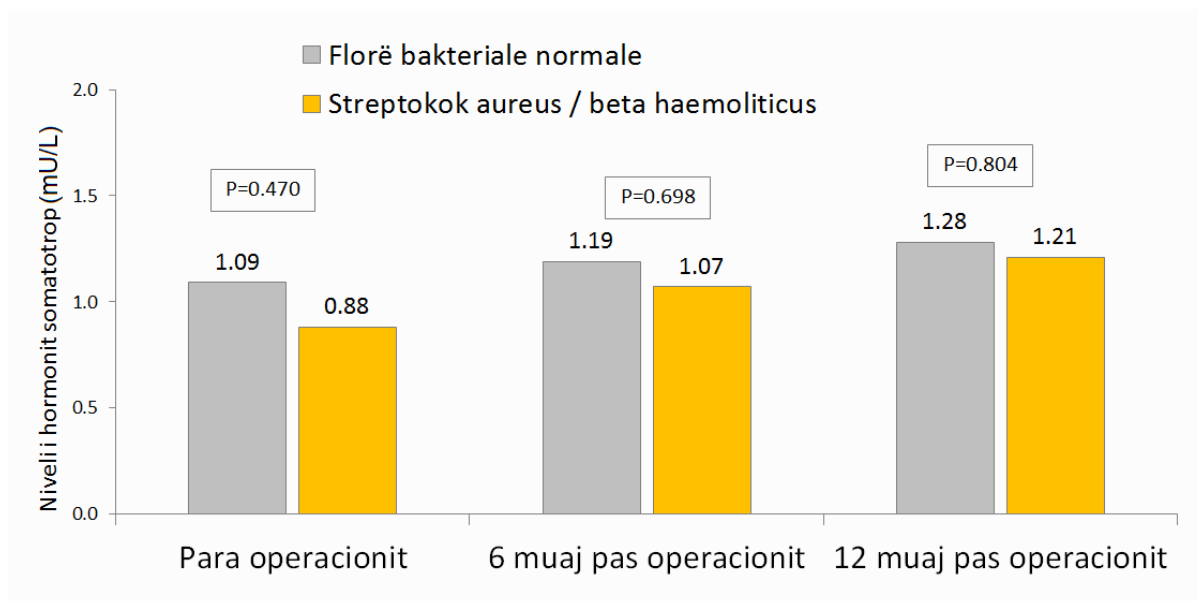
Variabli	Flora bakteriale		Vlera e P-së
	Normale	Streptokok aureus / beta haemoliticus	
Hormoni somatotrop			
Para operacionit	1.09 ± 1.49*	0.88 ± 0.40	0.470‡
6 muaj pas operacionit	1.19 ± 1.50	1.07 ± 0.37	0.698
12 muaj pas operacionit	1.28 ± 1.50	1.21 ± 0.44	0.804
Pesha			
Para operacionit	24.02 ± 6.88	23.51 ± 8.33	0.771
6 muaj pas operacionit	25.16 ± 6.99	24.51 ± 8.32	0.707
12 muaj pas operacionit	26.07 ± 7.07	25.43 ± 8.51	0.716
Gjatësia			
Para operacionit	119.9 ± 10.6	120.1 ± 12.8	0.957
6 muaj pas operacionit	122.7 ± 11.1	122.5 ± 12.7	0.958
12 muaj pas operacionit	125.3 ± 11.5	125.2 ± 12.7	0.964

*Vlera mesatare ± deviacionin standard.

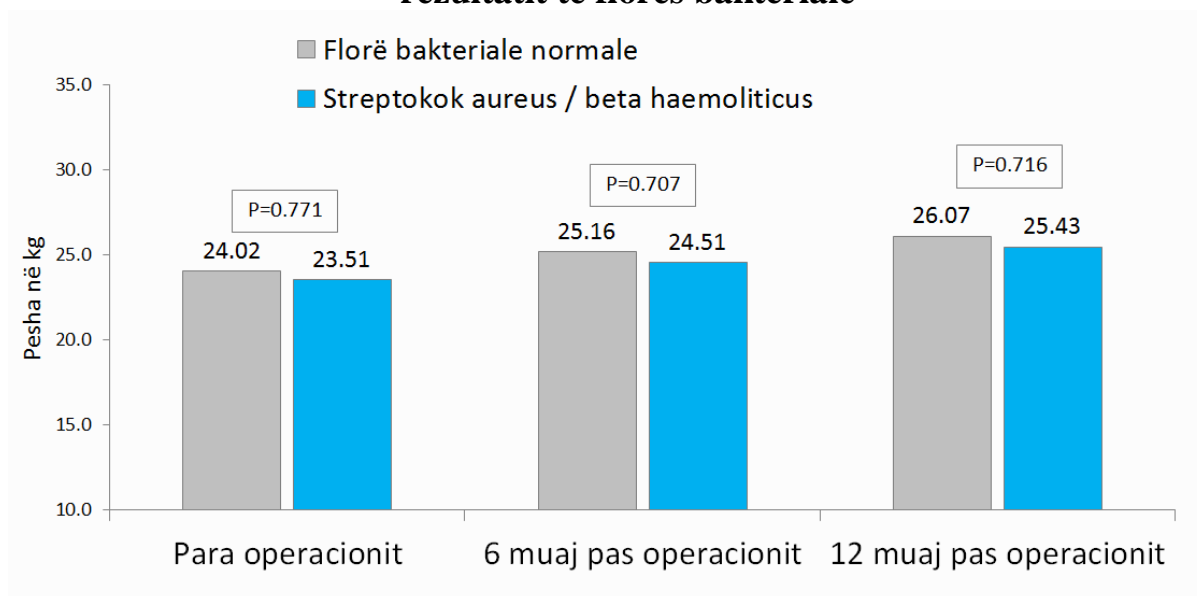
† Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA për diferencat në kohë.

‡ Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA për diferencat midis subjekteve me florë bakteriale normale dhe atyre me streptokok.

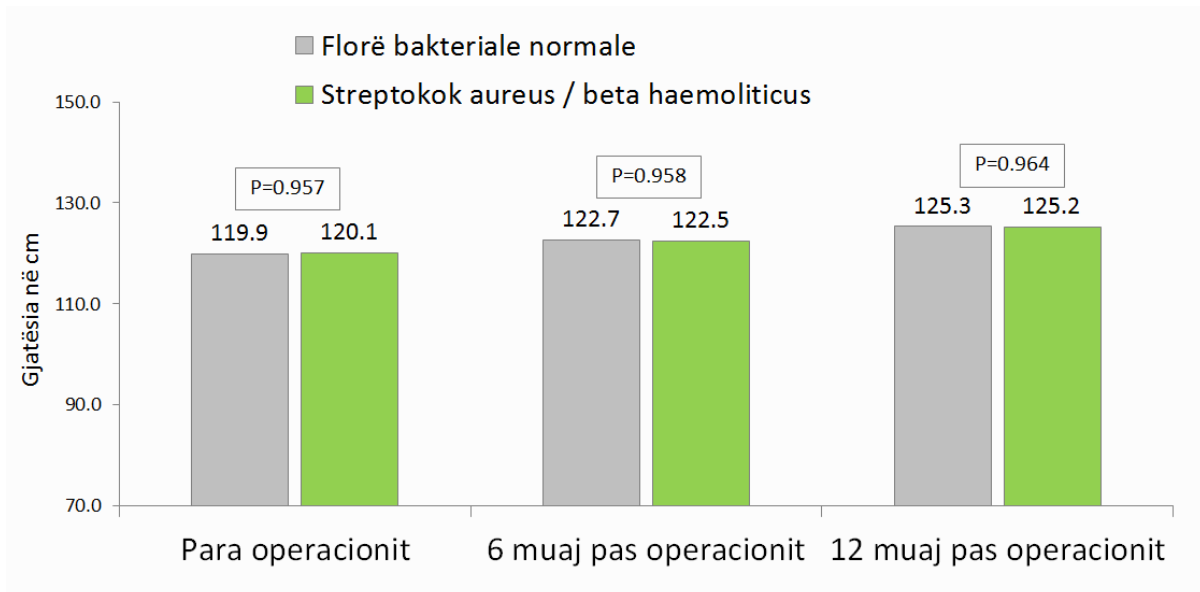
Grafiku 28. Niveli mesatar i hormonit somatotrop sipas etapave të studimit dhe rezultatit të florës bakteriale



Grafiku 29. Pesha mesatare e subjekteve sipas etapave të studimit dhe rezultatit të florës bakteriale



Grafiku 30. Gjatësia mesatare e subjekteve sipas etapave të studimit dhe rezultatit të florës bakteriale



Hormoni somatotrop, pesha dhe gjatësia sipas vendbanimit

Tabela 17. Hormoni somatotrop, pesha dhe gjatësia sipas vendbanimit të subjekteve në studim në kohë të ndryshme të kryerjes së matjeve

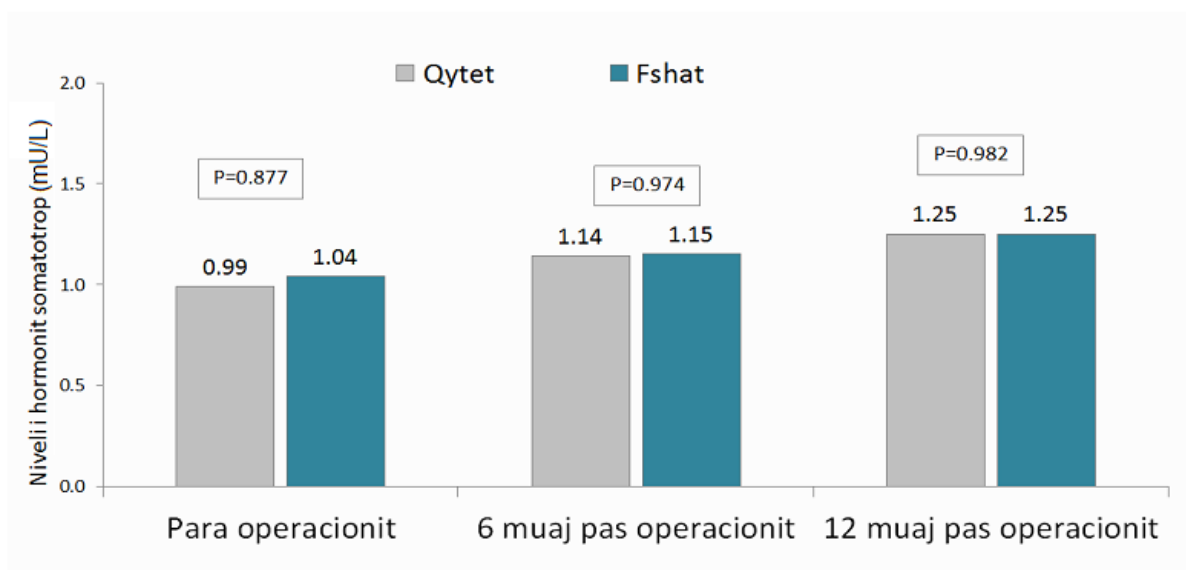
Variabli	Rezidenca		Vlera e P-së
	Qytet	Fshat	
Hormoni somatotrop			
Para operacionit	0.99 ± 1.21*	1.04 ± 1.33	0.877‡
6 muaj pas operacionit	1.14 ± 1.22	1.15 ± 1.32	0.974
12 muaj pas operacionit	1.25 ± 1.25	1.25 ± 1.30	0.982
Pesha			
Para operacionit	24.19 ± 7.68	23.14 ± 6.77	0.513
6 muaj pas operacionit	25.33 ± 7.77	24.17 ± 6.78	0.475
12 muaj pas operacionit	26.29 ± 7.89	25.01 ± 6.88	0.440
Gjatësia			
Para operacionit	120.0 ± 12.1	119.4 ± 9.9	0.803
6 muaj pas operacionit	122.5 ± 12.4	122.3 ± 10.2	0.924
12 muaj pas operacionit	125.4 ± 12.9	124.7 ± 10.1	0.791

*Vlera mesatare ± deviacionin standard.

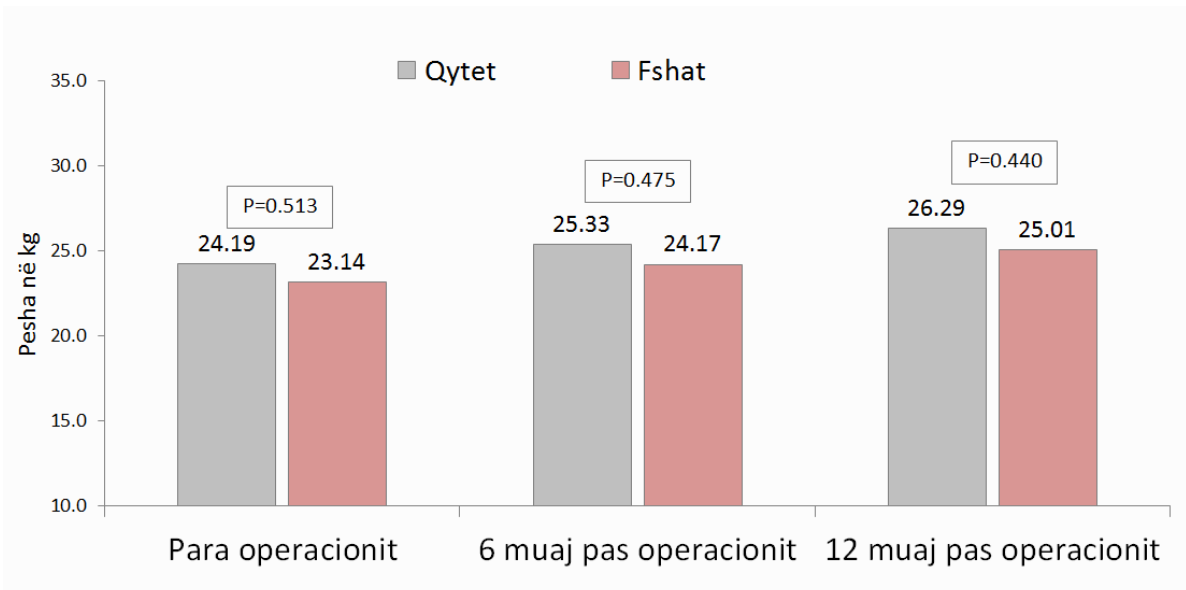
† Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA për diferencat në kohë.

‡ Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA për diferencat midis subjekteve me florë bakteriale normale dhe atyre me streptokok.

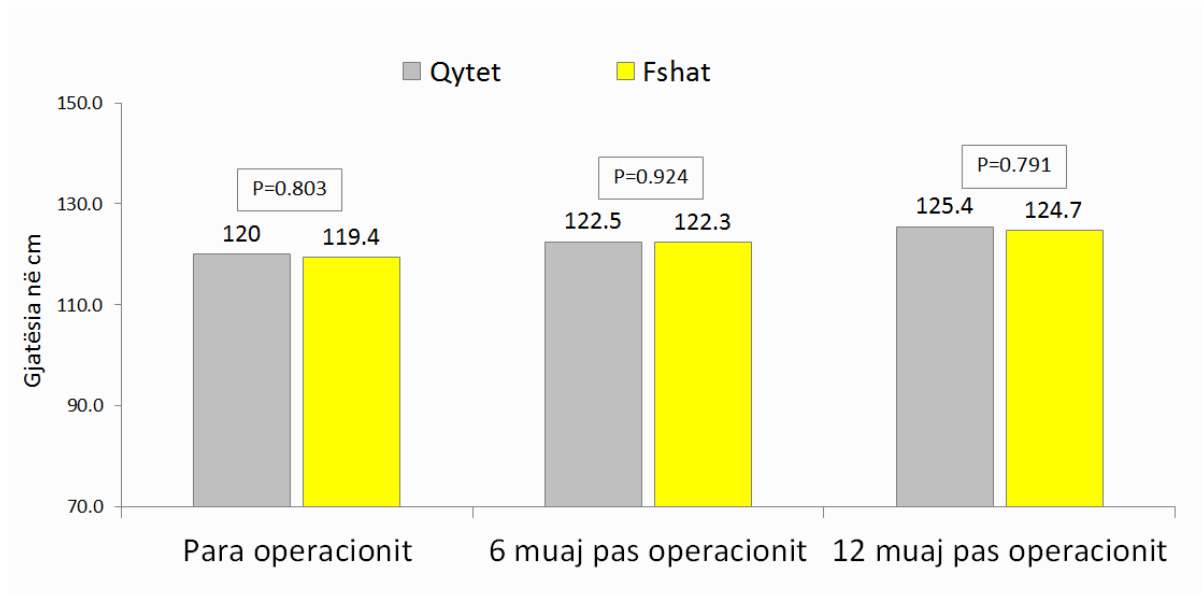
Grafiku 31. Niveli mesatar i hormonit somatotrop sipas etapave të studimit dhe rezidencës



Grafiku 32. Pesha mesatare e subjekteve sipas etapave të studimit dhe rezidencës



Grafiku 33. Gjatësia mesatare e subjekteve sipas etapave të studimit dhe rezidencës



Hormoni somatotrop, pesha dhe gjatësia sipas ASTO test-it

Tabela 18. Hormoni somatotrop, pesha dhe gjatësia sipas rezultatit të ASTO test-it në kohë të ndryshme të kryerjes së matjeve

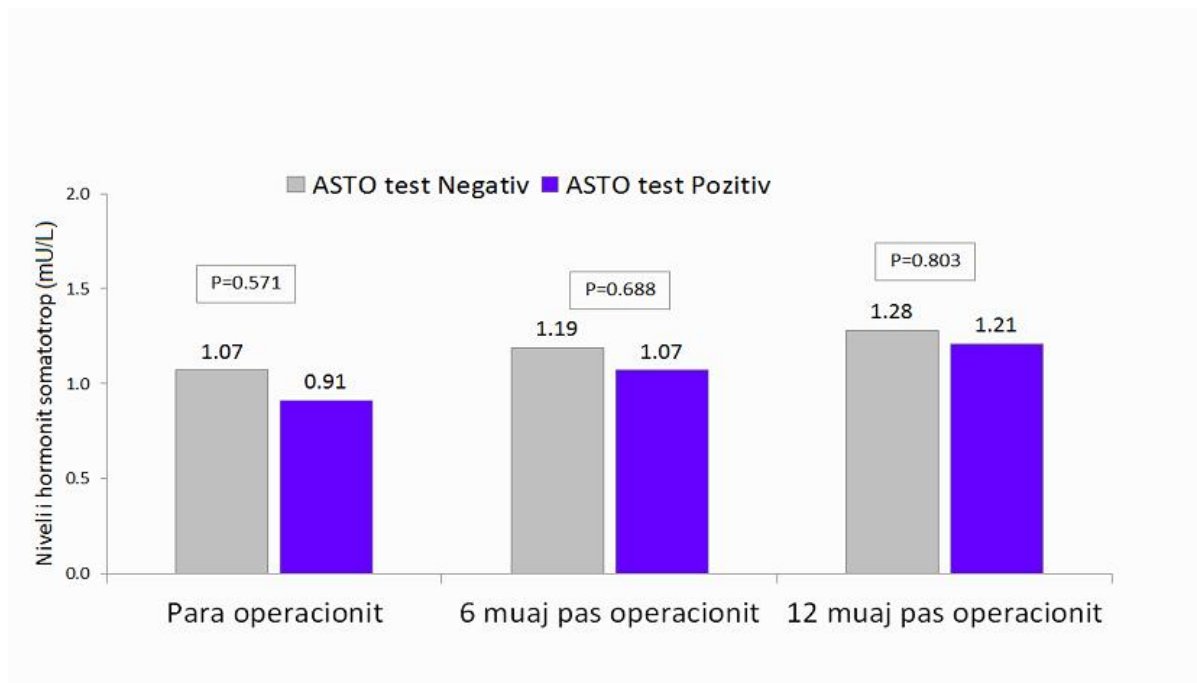
Variabli	ASTO test		Vlera e P-së
	Negativ	Pozitiv	
Hormoni somatotrop			
Para operacionit	1.07 ± 1.48 *	0.91 ± 0.38	0.571 ‡
6 muaj pas operacionit	1.19 ± 1.48	1.07 ± 0.38	0.688
12 muaj pas operacionit	1.28 ± 1.49	1.21 ± 0.44	0.803
Pesha			
Para operacionit	23.88 ± 6.90	23.80 ± 8.36	0.964
6 muaj pas operacionit	25.02 ± 7.02	24.82 ± 8.33	0.910
12 muaj pas operacionit	25.92 ± 7.11	25.75 ± 8.50	0.926
Gjatësia			
Para operacionit	119.7 ± 10.7	120.7 ± 12.6	0.699
6 muaj pas operacionit	122.4 ± 11.2	123.2 ± 12.5	0.762
12 muaj pas operacionit	125.1 ± 11.3	125.9 ± 12.5	0.767

*Vlera mesatare ± deviacionin standard.

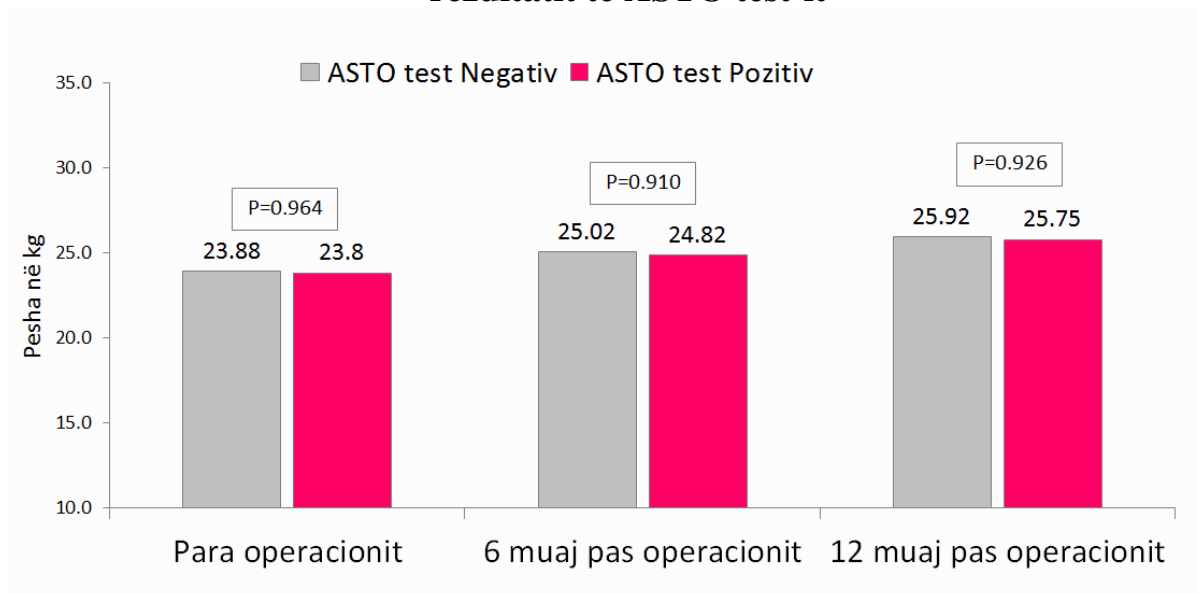
† Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA për diferencat në kohë.

‡ Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA për diferencat midis subjekteve me florë bakteriale normale dhe atyre me streptokok.

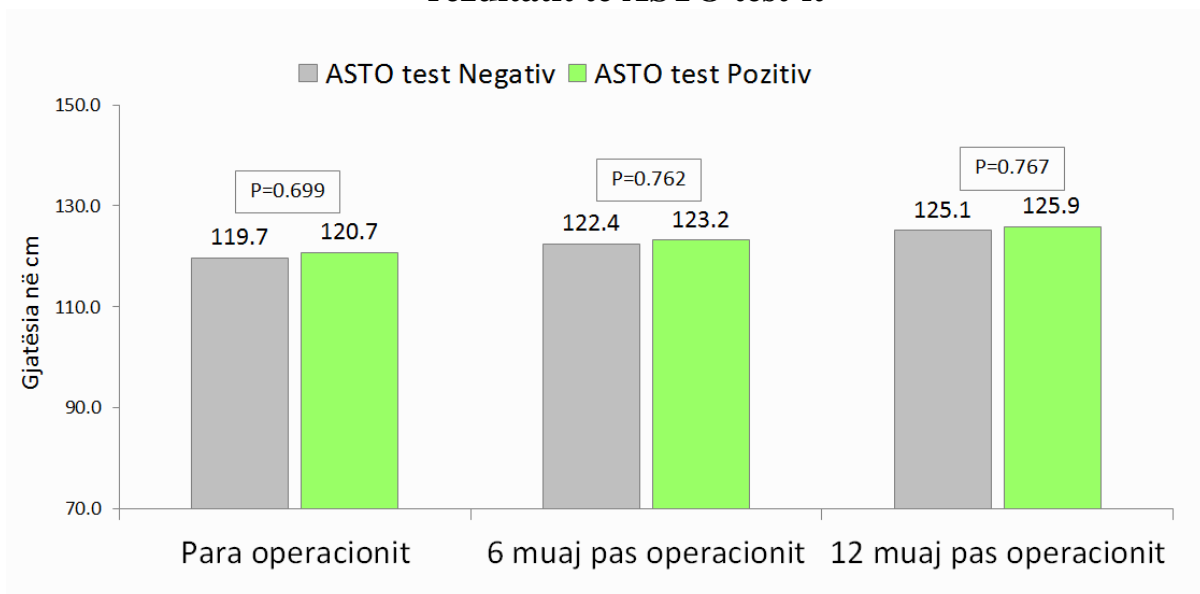
Grafiku 34. Niveli mesatar i hormonit somatotrop sipas etapave të studimit dhe rezultatit të ASTO test-it



Grafiku 35. Pesha mesatare e subjekteve sipas etapave të studimit dhe rezultatit të ASTO test-it



Grafiku 36. Gjatësia mesatare e subjekteve sipas etapave të studimit dhe rezultatit të ASTO test-it



Hormoni somatotrop, pesha gjatesia sipas llojit te tonsilitit

Tabela 19. Hormoni somatotrop, pesha dhe gjatësia sipas llojit të tonsilitit kronik në kohë të ndryshme të kryerjes së matjeve

Variabli	Lloji i tonsilitit						Vlera e P-së
	Asimetrik	Hipertrofik	Kriptik		Atrofik		
Hormoni somatotrop	<i>0.924[†]</i>		<i>0.314</i>		<i>0.877</i>		
Para operacionit	1.20 ± 1.81*	0.98 ± 0.73	0.99 ± 1.38		0.81 ± 0.22		0.909 [‡]
6 muaj pas op.	1.34 ± 1.78	1.14 ± 0.72	1.08 ± 1.41		0.86 ± 0.17		0.873
12 muaj pas op.	1.43 ± 1.77	1.26 ± 0.73	1.17 ± 1.44		1.09 ± 1.22	<i>0.097</i>	0.913
Pesha	<i>0.795</i>		<i>0.581</i>		<i>0.423</i>		
Para operacionit	23.1 ± 8.8	23.5 ± 7.2	24.7 ± 6.5		24.0 ± 9.1		0.898
6 muaj pas op.	24.2 ± 9.1	24.6 ± 7.3	25.8 ± 6.4		24.9 ± 8.7		0.893
12 muaj pas op.	25.1 ± 9.4	25.4 ± 7.4	26.8 ± 6.4		25.5 ± 8.4	<i>0.971</i>	0.855
Gjatësia	<i>0.620</i>		<i>0.094</i>		<i>0.185</i>		
Para operacionit	118 ± 13	119 ± 11	121 ± 10		121 ± 12		0.794
6 muaj pas op.	120 ± 14	122 ± 11	124 ± 10		123 ± 11		0.783
12 muaj pas op.	123 ± 14	125 ± 10	127 ± 11		126 ± 9	<i>0.790</i>	0.803

*Vlera mesatare ± deviacionin standard.

[†] Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA për diferencat në kohë.

[‡] Vlera e P-së sipas testit one-way ANOVA për diferencat midis subjekteve me florë bakteriale normale dhe atyre me streptokok.

LIDHJA MIDIS NIVELIT TË HORMONIT SOMATOTROP DHE KOHËS PAS OPERACIONIT, SIPAS LLOJIT TE TONSILITIT

Tabela 20. Lidhja e nivelit të hormonit somatotrop me periudhën e kryerjes së studimit, sipas llojit të tonsilitit kronik. Rezultatet e modelit linear të përgjithshëm. Të gjithë subjektet në studim (N=85)

Lloji i tonsilitit kronik	Koha e matjes së parametrit	Modeli 1*		Modeli 2†	
		Vlera mesatare (95% CI) ‡	Vlera e P-së	Vlera mesatare (95% CI)	Vlera e P-së
Asimetrik	Para operacionit	1.20 (0.38-2.02)	0.924 (2)‡	1.37 (0.56-2.19)	0.916 (2)‡
	6 muaj pas operacionit	1.34 (0.52-2.16)	0.695	1.51 (0.69-2.32)	0.679
	12 muaj pas operacionit	1.43 (0.61-2.25)	0.874	1.60 (0.79-2.41)	0.868
Hipertrofik	Para operacionit	0.98 (0.72-1.24)	referencë	0.88 (0.62-1.15)	referencë
	6 muaj pas operacionit	1.14 (0.88-1.39)	0.314 (2)	1.04 (0.78-1.30)	0.282 (2)
	12 muaj pas operacionit	1.26 (1.00-1.51)	0.130	1.16 (0.89-1.42)	0.114
Kriptik	Para operacionit	0.99 (0.48-1.50)	0.517	0.92 (0.42-1.41)	0.599
	6 muaj pas operacionit	1.08 (0.57-1.59)	0.804	1.01 (0.51-1.51)	0.799
	12 muaj pas operacionit	1.17 (0.66-1.69)	referencë	1.09 (0.60-1.59)	referencë
Atrofik	Para operacionit	0.81 (0.61-1.01)	0.097 (2)	0.78 (0.56-1.00)	0.088 (2)
	6 muaj pas operacionit	0.86 (0.66-1.06)	0.045	0.83 (0.61-1.05)	0.042
	12 muaj pas operacionit	1.10 (0.90-1.30)	0.090	1.07 (0.85-1.29)	0.082

*Modeli 1. I pa-kontrolluar (jo i axhustuar) për asnjë faktor. Vlerat mesatare bruto (krudo).

†Modeli 2. I kontrolluar (axhustuar) njëkohësisht për moshën, gjininë dhe vendbanimin.

‡Vlera e përgjithshme e P-së dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

Tabela 21. Lidhja e nivelit të hormonit somatotrop me periudhën e kryerjes së studimit, sipas llojit të tonsilitit kronik. Rezultatet e modelit linear të përgjithshëm. Gjinia: DJEM.

Lloji i tonsilitit kronik	Koha e matjes së parametrimit	Modeli 1 [*]		Modeli 2 [†]	
		Vlera mesatare (95% CI) [‡]	Vlera e P-së	Vlera mesatare (95% CI)	Vlera e P-së
Asimetrik	Para operacionit	0.74 (0.27-1.20)	0.768 (2) [‡]	0.94 (0.68-1.20)	0.313 (2) [‡]
	6 muaj pas operacionit	0.86 (0.40-1.33)	0.474	1.07 (0.80-1.33)	0.133
	12 muaj pas operacionit	0.97 (0.50-1.43)	0.748	1.17 (0.91-1.43)	0.493
Hipertrofik	Para operacionit	0.76 (0.37-1.14)	referencë	1.00 (0.65-1.35)	referencë
	6 muaj pas operacionit	0.89 (0.51-1.27)	0.614 (2)	0.74 (0.40-1.09)	0.548 (2)
	12 muaj pas operacionit	1.01 (0.63-1.39)	0.330	0.88 (0.53-1.22)	0.280
Kriptik	Para operacionit	1.03 (0.33-1.74)	0.634	1.00 (0.65-1.35)	0.597
	6 muaj pas operacionit	1.13 (0.43-1.83)	0.939 (2)	1.03 (0.39-1.67)	0.935 (2)
	12 muaj pas operacionit	1.21 (0.51-1.91)	0.724	1.12 (0.48-1.75)	0.714
Atrofik	Para operacionit	-	0.865	1.20 (0.56-1.83)	0.861
	6 muaj pas operacionit	-	referencë	-	referencë
	12 muaj pas operacionit	-	-	-	-

^{*}Modeli 1. I pa-kontrolluar (jo i axhustuar) për asnjë faktor. Vlerat mesatare bruto (krudo).

[†]Modeli 2. I kontrolluar (axhustuar) njëkohësisht për moshën dhe vendbanimin.

[‡]Vlera e përgjithshme e P-së dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

Tabela 22. Lidhja e nivelit të hormonit somatotrop me periudhën e kryerjes së studimit, sipas llojit të tonsilitit kronik. Rezultatet e modelit linear të përgjithshëm. Gjinia: VAJZA.

Lloji i tonsilitit kronik	Koha e matjes së parametrimit	Modeli 1 *		Modeli 2 †	
		Vlera mesatare (95% CI) ‡	Vlera e P-së	Vlera mesatare (95% CI)	Vlera e P-së
Asimetrik	Para operacionit		0.972 (2) ‡		0.964 (2) ‡
	6 muaj pas operacionit	1.54 (0.14-2.93)	0.816	1.63 (0.39-2.86)	0.792
	12 muaj pas operacionit	1.68 (0.28-3.08)	0.931	1.77 (0.53-3.00)	0.922
Hipertrofik	Para operacionit		0.437 (2)		0.416 (2)
	6 muaj pas operacionit	1.04 (0.73-1.35)	0.202	1.05 (0.74-1.34)	0.189
	12 muaj pas operacionit	1.21 (0.90-1.52)	0.597	1.21 (0.91-1.51)	0.587
Kriptik	Para operacionit		0.369 (2)		0.394 (2)
	6 muaj pas operacionit	0.86 (0.64-1.08)	0.163	0.86 (0.63-1.08)	0.178
	12 muaj pas operacionit	0.97 (0.75-1.19)	0.477	0.97 (0.74-1.19)	0.493
Atrofik	Para operacionit		0.097 (2)		0.088 (2)
	6 muaj pas operacionit	0.81 (0.61-1.01)	0.045	0.78 (0.56-1.00)	0.042
	12 muaj pas operacionit	0.86 (0.66-1.06)	0.090	0.83 (0.61-1.05)	0.082
		1.10 (0.90-1.30)	referencë	1.07 (0.85-1.29)	referencë

* Modeli 1. I pa-kontrolluar (jo i axhustuar) për asnjë faktor. Vlerat mesatare bruto (krudo).

† Modeli 2. I kontrolluar (axhustuar) njëkohësisht për moshën dhe vendbanimin.

‡ Vlera e përgjithshme e P-së dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

LIDHJA MIDIS NIVELIT TË HORMONIT SOMATOTROP, PESHËS DHE GJATËSISË PËRPARA OPERACIONIT, 6 MUAJ DHE 12 MUAJ PAS OPERACIONIT

Tabela 23. Lidhjet bi-variate midis nivelit të hormonit somatotrop, peshës dhe gjatësisë në momentet e kryerjes së studimit. Koefficientët e korrelacionit sipas Pearson.

Variabli		Hormoni somatotrop			Pesha			Gjatësia		
		Para op	6 m. pas op	12 m. pas op	Para op	6 m. pas op	12 m. pas op	Para op	6 m. pas op	12 m. pas op
Hormoni somatotrop	6 muaj pas operacionit Vlera e P-së	0.992 [*] 0.001 [†]	1.00							
	12 muaj pas operacionit Vlera e P-së	0.979 0.001	0.993 0.001	1.00						
Pesha	Para operacionit Vlera e P-së	0.196 <i>0.072</i>	0.173 <i>0.114</i>	0.148 <i>0.175</i>	1.00					
	6 muaj pas operacionit Vlera e P-së	0.191 <i>0.079</i>	0.168 <i>0.124</i>	0.144 <i>0.188</i>	0.997 0.001	1.00				
	12 muaj pas operacionit Vlera e P-së	0.191 <i>0.079</i>	0.169 <i>0.122</i>	0.147 <i>0.178</i>	0.994 0.001	0.998 0.001	1.00			
Gjatësia	Para operacionit Vlera e P-së	0.141 <i>0.198</i>	0.115 <i>0.296</i>	0.094 <i>0.394</i>	0.913 0.001	0.914 0.001	0.916 0.001	1.00		
	6 muaj pas operacionit Vlera e P-së	0.148 <i>0.176</i>	0.124 <i>0.258</i>	0.104 <i>0.345</i>	0.923 0.001	0.926 0.001	0.930 0.001	0.991 0.001	1.00	
	12 muaj pas operacionit Vlera e P-së	0.160 <i>0.143</i>	0.142 <i>0.195</i>	0.129 <i>0.241</i>	0.917 0.001	0.921 0.001	0.928 0.001	0.972 0.001	0.990 0.001	1.00

* Koefficienti i korrelacionit Pearson rho, për lidhjen përkatëse.

† Vlera e P-së për lidhjen statistikore bi-variate përkatëse.

V. DISKUTIMI

Në studim morën pjesë 85 pacientë, 37 djem (43.5%) dhe 48 vajza (56.5%). Gjithashtu, në studim u përfshinë djemtë dhe vajzat e moshës 4 – 11 vjeç (10 vjeç ishte moshë maksimale për vajzat).

Moshë mesatare e pjesëmarrësve në studim ishte 7.15 vjeç (7.11 vjeç për djemtë dhe 7.19 vjeç për vajzat, pa ndryshime domethënëse statistikore gjinore). Gjithashtu, nuk kishte ndryshime statistikisht domethënëse në shpërndarjen e djemve dhe vajzave në studim sipas moshës, siç mund të vërehet në Tabelën 1. Kështu, 9.4% e subjekteve ishin 4 vjeç (10.8% e djemve dhe 8.3% e vajzave), 12.9% ishin 5 vjeç (13.5% e djemve dhe 12.5% e vajzave) e kështu me radhë.

Përsa i përket statusit të fëmijëve në studim, 65.9% e tyre (62.2% e djemve dhe 68.8% e vajzave) ishin nxënës, kurse pjesa tjetër i përkisnin moshës parashkollore. Edhe këtë diferencë në statusin e fëmijëve midis djemve dhe vajzave nuk ishin domethënëse nga ana statistikore ($P=0.525$) (Tabela 1).

Lidhur me vendbanimin e subjekteve në studim, 56% e tyre (58.3% e djemve dhe 54.2% e vajzave) jetonin në qytet apo zonat urbane dhe pjesa tjetër prej 44% e subjekteve jetonin në fshat apo zonat rurale. Gjithsesi, diferencat në shpërndarjen e vendbanimit sipas gjinisë rezultuan jo domethënëse nga ana statistikore ($P=0.703$). Këto të dhëna paraqiten në mënyrë të detajuar në Tabelën 1.

Doganer etj⁸⁸ konkludon se numri më i madh i të operuarve është nga vendbanimet urbane të fëmijët me prejardhje familjar me arsimim më të lartë.

Të gjithë subjektet në studim e kishin të konfirmuar diagnozën e tonsilitit kronik. Mirëpo, pamja makroskopike e tonsilitit kronik varionte. Më konkretisht, siç vihet re në Tabelën 2 dhe Grafikon 4, lloji më prevalent i tonsilitit kronik nga pikëpamja makroskopike ishte tonsiliti hipertrofik, i pranishëm në 37.6% të rasteve, pasuar nga tonsiliti kriptom i pranishëm në 35.3% të rasteve, kurse tonsiliti asimetric ishte i pranishëm në 22.4% të rasteve dhe tonsiliti atrofik në 4.7% të rasteve. Kjo ndarje i përgjigjet të dhënave të autorëve Limani⁵⁴ dhe Bekteshi⁶⁹. Gjithashtu studimi im për master vërteton këtë përshkrim makroskopik të tonsileve.⁶⁸

Përsa i përket llojeve të ndryshme të tonsilitit kronik, u vunë re diferencë domethënëse statistikore të prevalencës së tyre sipas gjinisë (Tabela 2 dhe Grafiku 5). Kështu, prevalenca e tonsilitit kriptom ishte në mënyrë domethënëse më e lartë midis djemve sesa midis vajzave (59.5% vs. 16.7%, përkatësisht, $P<0.001$), kurse prevalenca e tonsilitit hipertrofik ishte në

mënyrë domethënëse më e lartë midis vajzave sesa djemve (52.1% vs. 18.9%, përkatësisht, $P < 0.001$) dhe një situatë e ngjashme u vu re lidhur me tonsilitin atrofik (Tabela 2 dhe Grafiku 5). Diagnoza klinike më e shpeshtë ishte “Tonsiloadeniti kronik hipertrofik”, e pranishme në 29.4% të rasteve (në mënyrë domethënëse më e lartë midis vajzave sesa djemve (41.7% vs. 13.5%, përkatësisht, $P < 0.001$)), pasuar nga “Tonsiloadeniti kronik hipertrofik kriptik”, e pranishme në 24.7% të rasteve (në mënyrë domethënëse më e lartë midis vajzave sesa vajzave (45.9% vs. 8.3%, përkatësisht, $P < 0.001$)). Ndërkohë, diagnoza klinike më e rrallë ishte “Tonsiloadeniti kronik atrofik”, përfaqësuar me 4.7% të rasteve (në mënyrë domethënëse më e lartë midis vajzave sesa djemve (8.3% vs. 0%, përkatësisht, $P < 0.001$)) Tabela 2 dhe Grafiku 7].

Përsa i përket pranisë së nyjeve limfatike, ato u vunë re në 24.7% të rasteve (18.9% e djemve dhe 29.2% e vajzave) dhe mungonin në pjesën tjetër prej 75.3% të rasteve. Diferencat gjinore në praninë e nyjeve limfatike nuk ishin të rëndësishme nga ana statistikore ($P = 0.277$) (Tabela 2 dhe Grafiku 8).

Mills etj.,⁹² konkludonë se pas paraqitjes së nyjeve limfatike cervikale edhe pse pacientët i nënshtrohen tonsilloadenoidektomisë nuk janë të sigurt se përfitojnë nga heqja e tyre.

Bazuar në Tabelën 3 vëmë re që niveli mesatar i glikemisë për subjektet në studim është 4.68, pa ndryshime statistikisht domethënëse gjinore (4.74 tek djemtë dhe 4.63 tek vajzat, $P = 0.485$).

Elnashar etj.⁵⁵ dhe Yilmaz etj.⁵⁶ me bashkëpunëtorë konstatoi se tonsilliti kronik ulë nivelin IGF-1 që rezulton me ngecjen e fëmijëve në peshë dhe gjatësi e cila mundë korrigjohet pas operacionit (adenoidotonsillektominë).

Në punimin e Vontetsianos⁵⁷ etj. me bashkëpunëtorë është konkluduar se niveli i glikemisë nëpërmes mekanizmit të feedback-ut te pacientët ka rritje lineare.

Niveli mesatar i uresë ishte 4.43, pa ndryshime statistikisht domethënëse gjinore (4.60 tek djemtë dhe 4.31 tek vajzat, $P = 0.729$). PH mesatar i urinës ishte 5.64, pa ndryshime statistikisht domethënëse gjinore (5.71 tek djemtë dhe 5.59 tek vajzat, $P = 0.253$). Nuk u vunë re ndryshime statistikisht domethënëse as përsa i përket vlerave mesatare të peshës specifike të urinës (vlera mesatare 1022.5) midis djemve dhe vajzave (1022.7 dhe 1022.4, përkatësisht, $P = 0.847$).

Kalaj⁷⁰ nuk ka vërejtur lëvizje të vlerave të urinës. Pearson⁷¹ poashtu nuk ka dedektu ndryshime të vlerave të urinës.

Vlera mesatare e fibrinogjenti për subjektet në studim ishte 5.64 por kishte ndryshime statistikisht domethënëse të vlerës mesatare të fibrinogjenit midis djemve dhe vajzave. Më

kontretisht, niveli mesatar i fibrinogjenit ishte në mënyrë domethënëse më i lartë midis djemve sesa midis vajzave (3.51 vs. 2.46, përkatësisht, $P < 0.001$) Tabela 3 dhe Grafiku 9].

Në prezantimin tim me bashkëpunëtorë në Konferencën V të ORL-së të vitit 2007 kemi konstatuar vlerat pozitive të pacientëve para adenoidotomisë, ndërsa pas operacionit kemi ulje të nivelit të fibrinogjenit, kjo sygjeron që edhe ky parametër të futet në analizat serologjike para operacionit.⁷² Poashtu dhe autori Kalaj etj.⁷³ në studimin vet konkludon që ky parametër të futet si analizë të pacientëve që planifikohen për operimin.

Lidhur me rezultatin e testit të florës bakteriale, ajo ishte normale në 68.2% të rasteve por në 31.8% të subjekteve u izolua dhe identifikua staphilococcus aureus dhe streptococcus beta haemoliticus (Tabela 3 dhe Grafiku 10). Prezenca e staphilococcus aureus streptococcus beta haemoliticus në florën bakteriale ishte e ndryshme midis djemve dhe vajzave, duke u paraqitur më e lartë midis vajzave (41.7%) sesa djemve (18.9%) dhe ky ndryshim rezultoi domethënës nga ana statistikore ($P = 0.026$).

Jeong etj.⁶⁵ konkludojnë se izolimi i bakterieve është ndryshuar dhe kemi rritje të infeksioneve me streptokokë pyogenes (24.2%), S.Aureus (22.9%), S.Pneumoniae (12.6%), dhe H.influenzae (31.4%), e gjithë kjo na bënë që të ndryshojmë trajtimin e tonsilitit kronik para se të bëhet ndërhyrja kirurgjike.

Garcia-Romano⁶⁶ etj. konkludojnë se stafilokoku aureus është patogjeni predominant në traktin respirator të tonsillitit rekurent. Prandaj, tretmani preventiv me vaksinë kundës S.aureus do të reduktojë rezikun dhe do të rrishte prevencën.

Sipas Gaffney etj.⁶⁷ Hemofilus influenza është bakterie më shpesh e izoluar te moshat 2-7 vjeçare, ndërsa S. Aureus te moshat 8-14 vjeçare.

Në studimin tim për mikrotemën kemi izoluar këtë rradhitje të florës bakteriale S.beta hemolitik(45.5%) S. aureus (8.27%) etj., që i përgjigjet edhe me studimet që kanë bërë autorët tjerë.⁷⁴ Kalaj etj.⁷⁵ në studimin që ka bërë ka izoluar të njëjtën florë bakteriale

Almadori etj.⁷⁷ në studimin që ka bërë me një grup fëmijësh të moshës 2-7 vjet, bakteriet më shpesh të izoluar kanë qenë S. beta dhe alfa hemolitikus, pastaj S. aureus, Neisseria etj.

Chaturverdi etj.⁷⁸ në studimin e tyre poashtu konstaton dhe izolon më së shpeshti S. beta hemoliticus dhe të tjerat me radhë.

Jayasimha etj.⁷⁹ në studimin e tyre që ka bërë me grup fëmijësh ka izoluar bakteriet grupit të Streptokokeve ku mbizotron lloji i S.aureus e pastaj të tjerët bakterie.

Ndërsa lidhur me rezultatet e ASTO test, ai rezultoi pozitiv në 30.6% të rasteve (39.6% të vajzave dhe 18.9% të djemve). Ky ndryshim gjinor përse i përket këtij parametri rezultoi domethënës nga ana statistikore ($P=0.040$) Tabela 3 dhe Grafiku 11].

Hembro etj.⁸⁰ në hulumtimin e tyre kanë konkluduar se te pacientët me vlera të larta të titrit ASTO, sygjeron që tonsilloadenektomia është tregues ideal në ulje të titrit të ASTO-s. Kotby etj.⁸¹ në studim që kanë bërë me fëmijët ku topik ka pas nivelin e titrit të ASTO-s dhe roli në kualitetin e shëndetit, konkludon se te ata fëmijë që kanë titër të lartë mundësia ataqeve në tonsile është e madhe dhe dëmi në shëndetin poashtu rritet. Gjithashtu ka dedektuar fëmijë me shenja të etheve akute reumatike, gjithnjë duke u referuar në zonat endemike për këtë sëmundje dhe nuk kemi moshë të zgjedhur të sëmundjes. Për atë, ky rekomandon që të bëhet operacioni i bajameve që gjë bënë uljen e titrit, zvoglon paraqitjen e sëmundjeve metafokale, në këtë rast të etheve akute reumatike. Me këtë kemi dhe rritje të kualitetit të jetesës.

Shetty etj.⁸² pas punës studimore në punimin e tyre për ethet akute reumatike dhe ASTO titrin konkludon se: Titri i vetëm i ASTO-s rual rolin e një mjeti të dobishëm diagnostikues dhe anasjelltas titri i lartë tregon progresin e sëmundjes.

Kalaj etj.⁸³ tregon lidhmërin e titrit të lartë të ASTO-s dhe sëmundjeve metafokale, si psh. të glomerulonefriti, atriti reumatoid etj. Ku pas shumë konsultave me specialitet tjera mjekësor ka bërë ndërhyrje kirurgjikale në tonsila dhe pas një përcjeljeje kohore ka vërejtur se kemi ulje jo në pritshmëri e duhur të titrit ASTO-s por pacientet kanë fituar në kualitetine jetesës.

Në konferencën ORL të vitit 2007 kam prezantuar studimin ku kemi konkluduar se tonsilleadenektomia te pacientët që kanë titër të lartë të ASTO-s pas operimit kanë ulje të titrit dhe zvoglohen simptomet tek sëmundjet metafokale si psh. te aknet vulgare, alopecia etj. dhe kemi perfitim në jetes më të mirë.⁸⁴

Subjekte në studim u ekzaminuan edhe lidhur me faktorin reumatizmal. Rezultatet paraqiten në Tabelën 3 dhe Grafikun 12. Faktori reumatizmal rezultoi pozitiv në 7.1% të rasteve (8.3% e vajzave dhe 5.4% e djemve). Megjithëse, prevalenca e faktorit reumatizmal pozitiv ishte më e lartë midis vajzave sesa midis djemve gjithsesi kjo diferencë nuk arriti domethënien statistikore, siç konfirmohet dhe nga vlera e $P=0.601$ (Tabela 3 dhe Grafiku 12)

Në studimin e mikrotemës kam konkluduar se testet serologjike (CRP, faktori reumatizmal, ASTO) duhet të jenë edhe një indikacion shtesë në pregaditjen e pacientit për operim se rezultatet tregojnë ulje të vlerave të tyre të cilat para operacionit kanë qenë të larta e pas operimit ka ulje të tyre.⁷⁶

Mund të vihet re që pesha dhe gjatësia mesatare janë rritur vazhdimisht duke u nisur nga momenti para operacionit (Tabela 4, Grafikët 13 dhe 14). Kështu, pesha mesatare para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit ishte 23.86 kg, 24.96 kg dhe 25.87 kg, përkatësisht (Tabela 4 dhe Grafiku 13). Megjithatë, ky ndryshim i peshës mesatare në kohë nuk rezultoi domethënës nga ana statistikore. E njëjta situatë u vu re edhe nëse pesha mesatare analizohej veçmas për djemtë dhe vajzat. Kështu, si për djemtë ashtu dhe për vajzat u vu re një rritje e peshës mesatare krahasuar me momentin para operacionit, por këto ndryshime nuk ishin domethënëse nga ana statistikore (Tabela 4). Megjithatë, domethënia klinike është e qartë dhe nuk lë vend për mëdyshje: pesha është rritur si për djemtë edhe për vajzat në studim me kalimin e kohës, pavarësisht se nuk u arrit domethënia statistikore

E njëjta panoramë u vu re dhe përsa i përket gjatësisë (Tabela 4 dhe Grafiku 14). Gjatësia mesatare përpara operacionit ishte 119.9 cm, më pas u rrit në 122.6 cm 6 muaj pas operacionit për të shënuar vlerën më të lartë mesatare 12 muaj pas operacionit me një vlerë prej 125.3 cm. Ky ndryshim i gjatësisë mesatare para operacionit dhe 12 muaj pas tij rezultoi domethënës nga ana statistikore ($P=0.012$). Pavarësisht kësaj, ndryshimet e gjatësisë mesatare në kohë për djemtë dhe vajzat nuk ishin domethënëse nga ana statistikore, edhe pse vlerat e P -së në këtë rast mund të konsiderohen si vlera në kufi ($P=0.112$ për djemtë dhe $P=0.105$ për vajzat). Pavarësisht mungesës së arritjes së domethënies statistikore, domethënia klinike është e qartë duke sugjeruar rritjen e gjatësisë për subjektet në studim përtej çdo mëdyshjeje.

Në vijim paraqiten standardet e peshës dhe të gjatësisë për djemtë dhe vajzat sipas moshës së tyre. Këto shifra përfaqësojnë vlerat normale mesatare të peshës dhe gjatësisë për djemtë dhe vajzat sipas moshës së tyre, të cilat mund të përdoren si vlera referencë (normale) për të gjykuar lidhur me peshën dhe gjatësinë e subjekteve në studim. Ashtu siç pritej, pesha dhe gjatësia kanë tendencën të rriten me moshën, duke reflektuar procesin normal të rritjes. Megjithatë, një sërë faktorësh mund të pengojnë, vështirësojnë apo ngadalësojnë këto procese, duke u reflektuar në vlera “jo normale” të peshës dhe gjatësisë, siç do evidentohet në vijim.

Në Tabelën 6 mund të vihet re që për djemtë, për çdo grupmoshë pesha e subjekteve në studim rritet kur kalohet nga momenti para operacionit, në 6 dhe 12 muaj pas operacionit. Kjo tendencë për djemtë është e pranishme në të gjitha grupmoshat. Megjithatë, ndryshimi i peshës mesatare përgjatë tre momenteve të studimit arriti domethënien statistikore vetëm midis subjekteve të moshës 4 vjeç, ku pesha mesatare para operacionit ishte 14.13 kg, duke arritur në 16.25 kg 12

muaj pas operacionit dhe ky ndryshim (shtesa prej 2.12 kg) rezultoi domethënës nga ana statistikore ($P=0.033$). Kurse për moshat 5 vjeç e lart nuk u arrit domethënia statistikore, domethënë vlera e P -së ishte më e lartë sesa 0.05. Pavarësisht kësaj, domethënia klinike e këtyre gjetjeve është e qënësishme duke sugjeruar që në djemtë e çdo moshe në studim ka një rritje reale të peshës mesatare 12 muaj dhe 6 muaj pas operacionit krahasuar me peshën para operacionit. Pavarësisht pasigurive, kjo tendencë mund të sugjerojë që ndërhyrja kirurgjikale për lehtësimin e tonsilitit mund të ketë ndikuar në përmirësimin e parametrave antropometrikë të subjekteve djem në studim.

Ndërkohë përsa i përket vajzave në Tabelën 6 mund të vihen re tendenca të ngjashme të ecurisë së peshës në momentin para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit, duke shënuar rritje të peshës mesatare në çdo rast. Kjo tendencë edhe për vajzat është e pranishme në të gjitha grupmoshat. Ndryshimi i peshës mesatare përgjatë tre momenteve të studimit nuk arriti domethënie statistikore për asnjë grupmoshë të vajzave. Pavarësisht kësaj, domethënia klinike e këtyre gjetjeve është e qënësishme duke sugjeruar që tek vajzat e çdo moshë në studim ka një rritje reale të peshës mesatare 12 muaj dhe 6 muaj pas operacionit krahasuar me peshën para operacionit. Në mënyrë të ngjashme me rastin e subjekteve djem, pavarësisht pasigurive, kjo tendencë mund të sugjerojë që ndërhyrja kirurgjikale për lehtësimin e tonsilitit mund të ketë ndikuar në përmirësimin e parametrave antropometrikë të subjekteve vajzave në studim.

Ajo që bie në sy lidhur me peshën mesatare sipas moshës për djemtë dhe vajzat, tek të dhënat e Tabelës 6, është fakti që për çdo grupmoshë pesha mesatare e subjekteve me tonsilit kronik në studim është dukshëm më e ulët krahasuar me vlerat standard referencë, si përpara operacionit (çka sugjeron që ndoshta tonsilit kronik mund të ketë luajtur një rol në ngecjen e këtyre subjekteve) ashtu dhe 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit.

Koycu etj.⁵⁸ kanë konkluduar rritjen e masës muskulare te fëmijët parapubertal pas tonsilleadenoidektomisë. Andiran etj.⁵⁹ kanë konkluduar se pas adenoidektomisë ka ndodhur një rritje në peshë dhe gjatësi. Fernades etj.⁶⁰ në studimin e vet konkludon se fëmijët që iu nështruan adenotonsillektomisë kanë fituar një potencial më të lartë të rritjes në peshë, gjatësi në raport me ata fëmijë që nuk ishin operuar (diferenca në mes këtyre grupeve është në peshë $P=0.0004$ dhe lartësi $P=0.0010$).

Hsu etj.⁸⁵ në studimin që ka bërë te fëmijët me Dg: OSA e që pengesë kanë pas hipertrofinë e tonsilave para heqjes së tyre evidentohet ngecje në peshë por pas tonsilloadenoidektomisë kemi

përmisim në peshën e tyre. Joo etj.⁸⁶ konkludon se fëmijët që vuajnë nga sëmundjet që shkaktojnë vështërsinë e frymëkëmbim pas tonsilleadenoidektomisë jo që eliminojnë shkaktarinë e kësaj pengesa në rrugët e frymëkëmbimit por ata fitojnë në cilësinë e rritjes dhe peshës për një kohë të gjatë më çka kauliteti i jetesës së tyre përmisohet. Hultcrantz etj.⁸⁷ konkludon se ekziston një lidhje në peshës dhe gjatësisë para dhe pas tonsilleadenoidektomisë dhe se pas operacionit kemi ngritje të këtyre parametrave.

Camilleri etj.⁶¹ në studimin që ka bërë me fëmijët e operuar nga tonsiliti kronik konkludon se pritshmëria e rritjes së peshës nuk ka qenë aq e madhe dhe se rritja është evidentuar pas një viti nga tonsilleadenoidektomia. Erol etj.⁶² në studimin që ka bërë konkludon se ka lidhmëri në mes të tonsilitit kronik hipertofik dhe të indeksit të masës trupore.

Në Tabelën 7 mund të vihet re që, për djemtë, për çdo grupmoshë, gjatësia mesatare e subjekteve në studim rritet kur kalohet nga momenti para operacionit, në 6 dhe 12 muaj pas operacionit. Kjo tendencë për djemtë është e pranishme në të gjitha grupmoshat. Ndryshimi i peshës mesatare përgjatë tre momenteve të studimit arriti domethënien statistikore midis subjekteve djem të moshës 5 vjeç ($P=0.018$ për diferencën e gjatësisë mesatare midis periudhës 12 muaj pas operacionit dhe para operacionit), 6 vjeç ($P=0.031$), 7 vjeç ($P=0.013$) dhe 8 vjeç ($P=0.002$). Kurse për moshat 4 vjeç, 9 vjeç dhe 10 vjeç nuk u arrit domethënia statistikore, domethënë vlera e P-së ishte më e lartë sesa 0.05. Në këtë rast domethënia statistikore dhe ajo klinike sugjerojnë fuqimisht që këto tendenca janë të qëndrueshme duke sugjeruar që tek djemtë e çdo moshë në studim ka një rritje reale të gjatësisë mesatare 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit krahasuar me gjatësinë para operacionit. Pavarësisht pasigurive, kjo tendencë mund të sugjerojë që ndërhyrja kirurgjikale për lehtësimin e tonsilitit mund të ketë ndikuar në përmirësimin e parametrave antropometrikë të subjekteve djem në studim, pra për përmirësimin edhe të gjatësisë.

Përsa i përket vajzave, në Tabelën 7 mund të vihet re që situata dhe tendencat janë të ngjashme me djemtë: për çdo grupmoshë, gjatësia mesatare e subjekteve vajza ka pësuar rritje 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit krahasuar me gjatësinë e matur para operacionit. Ndryshimi i vlerave mesatare të gjatësisë 12 muaj pas operacionit krahasuar me gjatësinë para operacionit arriti domethënien statistikore për moshat 4 vjeç, 5 vjeç, 6 vjeç, 7 vjeç, 8 vjeç dhe 9 vjeç dhe mund të themi se kishte domethënie statistikore në kufi për subjektet vajza të moshës 10 vjeç. Në këtë rast domethënia statistikore dhe ajo klinike sugjerojnë fuqimisht që këto tendenca janë të qëndrueshme duke sugjeruar që tek vajzat e çdo moshë në studim ka një rritje reale të gjatësisë

mesatare 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit krahasuar me gjatësinë para operacionit. Por, si në rastin e të dhënave për djemtë, dhe pavarësisht pasigurive, kjo tendencë mund të sugjerojë që ndërhyrja kirurgjikale për lehtësimin e tonsilitit mund të ketë ndikuar në përmirësimin e parametrave antropometrikë të subjekteve djem në studim, pra për përmirësimin edhe të gjatësisë së tyre.

Ajo që bie në sy lidhur me gjatësinë mesatare sipas moshës për djemtë dhe vajzat, tek të dhënat e Tabelës 6, është fakti që për çdo grupmoshë gjatësia mesatare e subjekteve me tonsilit kronik në studim është dukshëm më e ulët krahasuar me vlerat standard referencë si përpara operacionit (çka sugjeron që ndoshta tonsilit kronik mund të ketë luajtur një rol në ngecjen e këtyre subjekteve) ashtu dhe 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit.

Tabela 7, në vijim paraqet klasifikimin e subjekteve në studim sipas peshës së tyre kundrejt standardit për moshë, në tre “momentet” e matjes së këtij parametri. Tabela 8 dhe Tabela 9 konfirmojnë nga një perspektivë tjetër konkluzionet e Tabelave 6 dhe 7 të cilët sugjeruan që pesha mesatare dhe gjatësia mesatare e subjekteve me tonsilit kronik në studim është në mënyrë të konsiderueshme krahasuar me vlerat përkatëse standard.

Në këtë mënyrë, pavarësisht tendencave të rritjes së peshës dhe gjatësisë mesatare midis subjekteve djem dhe vajza 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit krahasuar me peshën dhe gjatësinë e tyre para operacionit, sërish pacientët me tonsilit kronik mbeten të disavantazhuar përse i përket këtyre dy parametrave nëse ato krahasohen me standardet përkatëse.

Kështu, në Tabelën 8 shohim se edhe përpara operacionit rreth 95.3% e subjekteve në studim kishin peshë më të ulët sesa pesha standard (normale) që sugjerohet për moshën e tyre dhe vetëm 4.7% e tyre kishin peshë në normë. Ndërkohë, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit vërehet një përmirësim i lehtë duke qënë se përqindja e subjekteve me peshë normale u rrit nga 4.7% (që ishte para operacionit) në 8.2%. Diferencat gjinore përse i përket klasifikimit në bazë të peshës nuk janë domethënëse nga ana statistikore (Tabela 8).

Tabela 9, në vijim paraqet klasifikimin e subjekteve në studim sipas gjatësisë së tyre kundrejt standardit për moshë, në tre “momentet” e matjes së këtij parametri.

Përse i përket gjatësisë, në Tabelën 9 shohim se përpara operacionit rreth 98.8% e subjekteve në studim kishin gjatësi më të ulët sesa gjatësia standard (normale) që sugjerohet për moshën e tyre dhe vetëm 1.2% e tyre kishin gjatësi në normë. Ndërkohë, 6 muaj pas operacionit nuk kishte asnjë përmirësim duke qënë se përqindja e subjekteve me gjatësi në normë nuk ndryshoi, kurse

12 muaj pas operacionit vërehet një përmirësim i lehtë duke qënë se përqindja e subjekteve me gjatësi normale u rrit nga 1.2% (që ishte para operacionit) në 4.7%. Diferencat gjinore përsa i përket klasifikimit në bazë të gjatësisë nuk janë domethënëse nga ana statistikore (Tabela 8).

Sidoqoftë, në përmbledhje të Tabelave 8 dhe 9 konkluzioni është i ngjashëm me ato të Tabelave 6 dhe 7: subjektet me tonsilit kronik përjetojnë peshë dhe gjatësi në mënyrë të konsiderueshme nën normë krahasuar me subjektet pa tonsilit kronik (për këtë qëllim ne kemi përdorur vlerat standard referencë të peshës dhe gjatësisë sipas moshës). Gjithashtu, konkluzioni tjetër i përgjithshëm është tendenca e qartë për përmirësimin e këtyre dy parametrave 6 muaj dhe 12 muaj pas trajtimit të tonsilitit kronik. Pavarësisht natyrës kros-seksionale të studimit, ne mendojmë që tonsiliti kronik mund të ketë luajtur ndonjë rol në “ngecjen” e këtyre pacientëve lidhur me peshën dhe gjatësinë, dhe së ndërhyrja kirurgjikale për adresimin e kësaj sëmundjeje mund të luajë gjithashtu ndonjë rol në përmirësimin e këtyre parametrave, krahas faktorëve të tjerë siç janë rritja natyrale, etj., siç u evidentua qartë nga tendencat gjithnjë në rritje të peshës dhe gjatësisë 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit për djemtë dhe vajzat e çdo grupmoshe në studim.

Në Tabelën 10 në vijim paraqiten parametra të ndryshëm statistikore lidhur me hormonin somatotrop në momente të ndryshme të studimit. Vihet re që vlerat mesatare të hormonit somatotrop janë më të larta midis vajzave sesa midis djemve si përpara operacionit ashtu dhe 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit. Gjithashtu, në total dhe tek djemtë dhe vajzat nivelet mesatare të hormonit somatotrop rriten në mënyrë monotone 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit krahasuar me nivelet e hormonit para operacionit.

Bazuar në të dhënat e Tabelës 11 vëmë re që ndryshimi (rritja) e nivelit mesatar të hormonit somatotrop midis djemve dhe vajzave nuk është domethënës nga ana statistikore ($P=0.800$ për djemtë dhe $P=0.580$ për vajzat). Megjithatë, pavarësisht mos arritjes së domethënies statistikore, domethënia klinike e këtyre gjetjeve është e qartë: zhvillimi i operacionit si një masë për përmirësimin e tonsilitit kronik shoqërohet me rritje të dukshme të niveleve mesatare të hormonit somatotrop për djemtë dhe vajzat me tonsilit kronik duke përbërë një zhvillim pozitiv në këtë drejtim. Ky pohim mund të qëndrojë edhe në kuadër të pasigurive lidhur me temporalitetin e lidhjes së ngjarjeve që vijnë për shkak të dizanjit kros-seksional të studimit aktual.

Gjithashtu, një faktor që ndikon në mos-arritjen e domethënies statistikore vogël, pasi tendencat e këtyre parametrave pas operacionit janë mjaft të qarta.

Kjo rritje monotone e niveleve të hormonit somatotrop pas operacionit mund të jetë e lidhur me rritjen e peshës dhe gjatësisë në periudhat 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit të evidentuara më lart, por ky aspekt do të analizohet më vonë në këtë punim shkencor.

Këto tendenca rritjeje të hormonit somatotrop 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit evidentohen edhe në të dhënat e Tabelës 12 në vijim, ku paraqiten subjektet në studim në bazë të ndryshimit të nivelit të hormonit somatotrop 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit krahasuar me nivelet përpara operacionit.

Kështu, 6 muaj pas operacionit në 95.3% të subjekteve (100% të djemve dhe 91.7% të vajzave) niveli i hormonit somatotrop shënoi rritje krahasuar me nivelin e matur përpara operacionit (ndryshimi gjinor paraqet domethënie statistikore në kufi: $P=0.072$), kurse 12 muaj pas operacionit në rreth 97.6% e të gjithë subjekteve në studim u evidentua rritje e nivelit të hormonit somatotrop krahasuar me matjen e realizuar përpara operacionit (100% e djemve dhe 95.8% e vajzave).

Këto të dhëna konfirmojnë edhe një herë që zhvillimi i operacionit shoqërohet me rritje të hormonit somatotrop në individët me tonsilit kronik të trajtuar në këtë mënyrë.

Tabela 13 tregon që rritja absolute në vlerë mesatare e nivelit të hormonit somatotrop është më e lartë tek vajzat (+0.1419) sesa tek djemtë (+0.1070) 6 muaj pas operacionit, kurse rritjet maksimale përkatëse ishin +1.05 dhe +0.48. Të dhënat konfirmojnë faktin që, 6 muaj pas operacionit, rritja relative ka qënë më e lartë tek vajzat sesa tek djemtë (+45.5% vs. +20.1%). Megjithatë këto ndryshime janë jo domethënëse nga ana statistikore lidhur me gjininë. Nga ana tjetër, siç pritej, 12 muaj pas operacionit këto ndryshime thellohen më tej krahasuar me periudhën para operacionit. Kështu, rritja absolute e vlerës mesatare të hormonit somatotrop është më e madhe (sërisht më e lartë midis vajzave), rritja absolute maksimale është shumë e ngjashme midis vajzave dhe djemve por rritja relative thellohet më tej tek vajzat krahasuar me djemtë (+136.4% vs. +35.6%, përkatësisht).

Këto tendenca konfirmojnë gjetjet e mëparshme duke sugjeruar përmirësim të situatës lidhur me nivelin e hormonit somatotrop 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit. Në këtë këndvështrim, ndërhyrja kirurgjikale për adresimin e tonsilitit kronik rezulton efektive dhe e dëshirueshme, bazuar në këto të dhëna.

Andiran etj⁶³ Në studimin e vet konkludon vlerat e hormonit somatotrop (leptin, ghrelin dhe neuropeptidet Y kanë mbet afërisht të njëjta. Vontetsianos⁶⁴ me bashkëpunëtorë konkludon se pas

tonsilleadenodectomisë kemi rritje lineare raportit IGF-1/ GH por më tepër te fëmijët mbi 5 vjeç. Rrit vlerat e H beta dhe ulje vlerat e WBC. Bonuck KA etj ⁹³ referon që dështim i rritjes tek fëmijët është mostrajtimi adekuat i tonsillitit kronik hiperofik ku në studimi e tij konkludon se vlerat e peshës gjatësis si dhe të IGF-1 dhe IGFBP-3 janë ngritur.

Në Tabelën 14 në vijim paraqiten vlerat mesatare të hormonit somatotrop para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit sipas moshës së subjekteve në studim. Në këtë mënyrë kjo Tabelë paraqet lidhjen e ndryshimit të nivelit të hormonit somatotrop në kohë me moshën, për të dyja gjinitë e subjekteve në studim

Vihet re që nuk ka ndonjë lidhje midis nivelit mesatar të hormonit somatotrop me moshën, pasi nivelet e tij janë më të larta midis subjekteve të moshës 4 vjeç dhe më pas varion pa ndjekur ndonjë rregull të qartë në subjektet e moshave të tjera. Kjo është e vërtetë si për djemtë ashtu dhe për vajzat. Megjithkëtë, tendenca të qarta që vihen re janë rritjet e nivelit mesatar të hormonit somatotrop përgjatë kohës për çdo grupmoshë, pavarësisht mungesës së korrelacionit midis nivelit të këtij hormoni dhe moshës. Kështu, brenda çdo grupmoshe, si për djemtë dhe për vajzat, vihet re rritje e nivelit mesatar të hormonit somatotrop 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit krahasuar me nivelin e matur përpara operacionit (Tabela 14).

Gjithsesi, rritja në kohë e nivelit mesatar të hormonit somatotrop në çdo grupmoshë në përgjithësi nuk arrit domethënien statistikore. Këto gjetje vlejné si për djemtë ashtu edhe për vajzat. Por, pavarësisht mungesës së arritjes së domethënies statistikore, domethënia klinike edhe në këtë rast mbizotëron, duke sugjeruar që operacioni është një procedurë e cila shoqërohet me rritjen e vlerave të hormonit somatotrop në çdo grupmoshë, tek djemtë dhe tek vajzat.

Tabela 15 në vijim paraqet lidhjen e ndryshimit të nivelit të hormonit somatotrop në kohë me gjininë, sipas moshës së subjekteve në studim. Në këtë rast paraqitja e të dhënave është bërë në formë të tillë që të mundësonte analizën e ndryshimeve gjinore të nivelit të hormonit somatotrop në kohët e ndryshme të kryerjes së matjeve dhe veçmas për çdo grupmoshë. Edhe nga Tabela 15 mund të vërehet se nuk ka ndonjë rregull lidhur me nivelin e hormonit somatotrop sipas moshës dhe gjinisë.

Ndryshimet gjinore lidhur me nivelin mesatar të hormonit somatotrop janë në çdo rast jo domethënëse nga ana statistikore për çdo grupmoshë, por brenda çdo grupmoshe vihet re, siç e pamë në Tabelën 14, rritje e nivelit mesatar të hormonit somatotrop 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit krahasuar me nivelin e tij të matur para kryerjes së operacionit.

Në Tabelën 16 në vijim paraqiten vlerat e peshës, gjatësisë dhe nivelit të hormonit somatotrop sipas rezultatit të florës bakteriale, në kohë të ndryshme të kryerjes së studimit.

Përsa i përket niveleve mesatare të hormonit somatotrop para operacionit, 6 dhe 12 muaj pas tij dhe florës bakteriale, vihet re tendenca e parë dhe më parë për rritjen e nivelit të hormonit me kalimin e kohës pas operacionit (ndryshimet e nivelit të hormonit somatotrop në kohë janë jo domethënëse nga ana statistikore si midis pacientëve me florë bakteriale normale ashtu dhe midis atyre që rezultuan me streptokok në florën bakteriale). Por, ajo që bie në sy është se subjektet që rezultuan me florë bakteriale normale kanë nivele mesatare të hormonit somatotrop më të larta krahasuar me pacientët që rezultuan me streptokok në florën bakteriale (Tabela 16). Kjo sugjeron që prania e streptokokut në kulturë shoqërohet me nivele më të ulura të nivelit të hormonit somatotrop, duke plotësuar tablonë e përshkruar deri tani.

E njëjta tablo, të terma të tendencave, vihet re edhe përsa i përket peshës mesatare të subjekteve në studim në kohë të ndryshme pas operacionit dhe sipas statusit të florës bakteriale. Pikë së pari, pesha mesatare e subjekteve me florë normale dhe me florë me streptokok rritet me kalimin e kohës pas operacionit (ndryshimet e peshës në kohë janë jo domethënëse nga ana statistikore si midis pacientëve me florë bakteriale normale ashtu dhe midis atyre që rezultuan me streptokok në florën bakteriale). Por pacientët me florë normale kanë një peshë mesatare vazhdimisht më të lartë në çdo moment matjeje krahasuar me pacientët me florë me streptokok, duke sugjeruar që ndoshta prania e streptokokut në kulturë shoqërohet me peshë më të ulët trupore, duke plotësuar tablonë e përshkruar deri tani.

Së fundmi, shqyrtimi i variacionit të gjatësisë sipas kohës pas kryerjes së operacionit dhe rezultatit të florës bakteriale sugjeroi që gjatësia mesatare rritet me kalimin e kohës pas operacionit (ndryshimet e gjatësisë në kohë janë jo domethënëse nga ana statistikore si midis pacientëve me florë bakteriale normale ashtu dhe midis atyre që rezultuan me streptokok në florën bakteriale). Por pacientët me florë normale kanë një gjatësi mesatare lehtësisht më të lartë në çdo moment matjeje krahasuar me pacientët me florë me streptokok, duke sugjeruar që ndoshta prania e streptokokut në kulturë shoqërohet me gjatësi më të ulët trupore, duke plotësuar tablonë e përshkruar deri tani.

Përsa i përket niveleve mesatare të hormonit somatotrop para operacionit, 6 dhe 12 muaj pas tij dhe vendit të rezidencës, vihet re tendenca për rritjen e nivelit të hormonit me kalimin e kohës pas operacionit (ndryshimet e nivelit të hormonit somatotrop në kohë janë jo domethënëse nga

ana statistikore si midis pacientëve që jetojnë në qytet ashtu dhe midis atyre që jetojnë në fshat). Gjithashtu, nivelet mesatare të hormonit somatotrop janë të ngjashme midis pacientëve që jetojnë në qytet dhe atyre që jetojnë në fshat, ose lehtësisht të rritura midis pacientëve që jetojnë në fshat (Tabela 17). Në këtë rast ndryshimet qytet/fshat të nivelit të hormonit somatotrop janë kaq të vogla sa që nuk mundësojnë arritjen e ndonjë konkluzioni të arsyeshëm.

Lidhur me peshën, vihet re tendenca që ajo të rritet më kalimin e kohës pas operacionit si tek subjektet që jetojnë në qytet ashtu dhe tek ata që jetojnë në (ndryshimet e peshës në kohë janë jo domethënëse nga ana statistikore si midis pacientëve që jetojnë në qytet ashtu dhe midis atyre që jetojnë në fshat). Por pacientët që jetojnë në qytet kanë një peshë mesatare vazhdimisht më të lartë në çdo moment matjeje krahasuar me pacientët që jetojnë në fshat (Tabela 17), duke sugjeruar që ndoshta jetesa në qytet është disi më e favorshme për pacientët me tonsilit kronik krahasuar me pacientët që jetojnë në fshat në terma të peshës, edhe pse një konkluzion i tillë duhet marrë me shumë rezerva.

Së fundmi, shqyrtimi i variacionit të gjatësisë sipas kohës pas kryrjes së operacionit dhe vendbanimit sugjeroi që gjatësia mesatare rritet me kalimin e kohës pas operacionit (ndryshimet e gjatësisë në kohë janë jo domethënëse nga ana statistikore si midis pacientëve që jetojnë në qytet ashtu dhe midis atyre që jetojnë në fshat). Por pacientët që jetojnë në qytet kanë një gjatësi mesatare më të lartë në çdo moment matjeje krahasuar me pacientët që jetojnë në fshat, duke sugjeruar që ndoshta jetesa në qytet është disi më e favorshme për pacientët me tonsilit kronik krahasuar me pacientët që jetojnë në fshat në terma të gjatësisë, edhe pse një konkluzion i tillë duhet marrë me shumë rezerva.

Përsa i përket niveleve mesatare të hormonit somatotrop para operacionit, 6 dhe 12 muaj pas tij dhe rezultatit të ASTO test, vihet re tendenca e njohur tashmë nga ne për rritjen e nivelit të hormonit me kalimin e kohës pas operacionit (ndryshimet e nivelit të hormonit somatotrop në kohë janë jo domethënëse nga ana statistikore si midis pacientëve që rezultuan negativ në ASTO test ashtu dhe midis atyre që rezultuan pozitiv në këtë test). Por, nivelet mesatare të hormonit somatotrop janë të vazhdimisht më të larta midis pacientëve që rezultuan negativ në ASTO test sesa atyre që rezultuan pozitiv në ASTO test (Tabela 18). Kjo ndoshta sugjeron që pacientët që rezultojnë negativ në ASTO test janë më të avantazhuar në terma të nivelit të hormonit somatotrop krahasuar me ata që rezultojnë pozitiv në këtë test, edhe pse ky sugjerim duhet marrë më shumë rezerva për shkak të mungesës së arritjes së domethënies statistikore

Lidhur me peshën, vihet re tendenca që ajo të rritet më kalimin e kohës pas operacionit si tek subjektet ASTO test negativ ashtu dhe tek pacientet ASTO test pozitiv (ndryshimet e peshës në kohë janë jo domethënëse nga ana statistikore si midis pacientëve ASTO test negativ ashtu dhe tek pacientet ASTO test pozitiv). Por pacientët ASTO test negativ kanë një peshë mesatare lehtësisht më të lartë në çdo moment matjeje krahasuar me pacientët ASTO test pozitiv (Tabela 18), duke sugjeruar që të qëniet ASTO test negativ është disi më e favorshme për pacientët me tonsilit kronik krahasuar me pacientët që jetojnë në fshat në terma të peshës.

Së fundmi, shqyrtimi i variacionit të gjatësisë sipas kohës pas kryerjes së operacionit dhe vendbanimit sugjeroi që gjatësia mesatare rritet me kalimin e kohës pas operacionit (ndryshimet e gjatësisë në kohë janë jo domethënëse nga ana statistikore si midis pacientëve ASTO test negativ ashtu dhe tek pacientet ASTO test pozitiv). Në këtë rast, tendenca e kundërt u vu re: pacientët ASTO test negativ kishin një gjatësi mesatare lehtësisht më të lartë sesa pacientët ASTO test pozitiv.

Në Tabelën 19 në vijim paraqiten rezultatet lidhur me nivelin e hormonit somatotrop, peshës dhe gjatësisë për subjektet në studim sipas kohës së kryerjes së matjes dhe llojit të tonsilitit kronik. Tonsiliti kronik është renditur sipas gravitetit nga forma më e lehtë (tonsilit kronik asimetric), hipertrofik, kriptik deri tek forma më e rëndë (tonsiliti kronik atrofik).

Tendencat kryesore që vihen re në Tabelën 19 janë se ndryshimet (rritjet) e nivelit mesatar të hormonit somatotrop dhe vlerave mesatare të peshës dhe gjatësisë në kohë pas operacionit janë jo domethënëse ($P > 0.05$) për çdo tip të tonsilitit kronik, pavarësisht gravitetit të këtij të fundit. Po kështu ndryshimet e nivelit të hormonit somatotrop, peshës dhe gjatësisë sipas llojit të tonsilitit kronik janë jo domethënëse nga ana statistikore në çdo kohë të kryerjes së matjeve (para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit) Tabela 19.

ERDAL O. etj.⁸⁹ thekson se pas tonsilloadenoidectomisë kemi rritje të IGF-I në mënyrë positive është shprehur dhe në peshë dhe gjatësi të pacientëve. Bar A. etj.⁹⁰ konkludon se kemi rritje të nivelit të IGF-I dhe me mekanizmin e feedback-ut kemi shtimë të peshës. Moghaddam Y. J. etj.⁹¹ konkludon se pesha dhe gjatësia ndieshëm janë rritur pas tonsilladenoidectomisë ($P < 0.001$). Në serum kemi rritje të nivelit të IGF-I dhe Ghrelinit pas operacionit ($P < 0.001$). Në përgjithësi, mungesa e arritjes së domethënies statistikore në këtë rast vjen për shkak të madhësisë së vogël të kamptonit të subjekteve në studim, pasi trendet kohore dhe/ose sipas llojit (gravitetit) të tonsilitit kronik janë më se të qarta (domethënia klinikë).

Përtej mungesës së domethënies statistikore, tendenca të rëndësishme vihen re nëse krahasohen vlerat e hormonit somatotrop, peshës dhe gjatësisë sipas llojit (gravitetit) të tonsilitit kronik. Në këtë rast i referohemi të ashtuquajturës “domethënie klinike”. Kështu, në Tabelën 19 mund të shihet që vlera mesatare e hormonit somatotrop arrin pikun më të ulët në rastin e tonsilitit kronik atrofik dhe më pas kjo vlerë rritet me uljen e gravitetit të tonsilitit për të arritur pikun maksimal te subjektet e diagnostikuar me formën më të lehtë të tonsilitit: tonsilitin asimetric. Kjo tendencë mbetet e tillë si në matjet e kryera përpara operacionit, ashtu dhe ato të kryerja 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit. Madje, sa më shumë kohë kalon pas operacionit aq më tepër thellohen këto diferenca. Në këtë rast, domethënia klinike është e qartë dhe nuk lë vend për mëdyshësi: ka një lidhje inverse/negative midis gravitetit të tonsilitit kronik dhe nivelit të hormonit somatotrop. Megjithëse vlerat e hormonit rriten në çdo rast pas operacionit, ato mbeten vazhdimisht më të ulëta midis subjekteve që kanë vuajtur nga tonsiliti kronik atrofik krahasuar me llojet e tjera të tonsiliteve (Tabela 19).

Përsa i përket peshës dhe llojit/gravitetit të tonsilitit kronik, tendencat janë disi të ndryshme nga ato që vihen re për hormonin somatotrop. Kështu pacientët me tonsilit atrofik paraqesin vlera mesatare më të ulëta të peshës krahasuar me pacientët me tonsilit kriptik, por vlera më të larta krahasuar me dy tipet e tjera të tonsiliteve. Ndërkohë përsa i përket gjatësisë, tabloja në këtë rast është e ngjashme me atë të peshës, ku pacientët me tonsilit atrofik paraqesin gjatësi mesatare më të ulët krahasuar me pacientët më tonsilit kriptik, por vlera më të larta të gjatësisë mesatare krahasuar me pacientët me dy format më të lehta të tonsilitit, hipertrofik dhe asimetric.

Në modelin 1 paraqiten vlerat mesatare të hormonit somatotrop të pakontrolluara (të pa axhustuara) për asnjë faktor, dmth paraqiten vlerat krudo/bruto. Kurse në modelin 2 vlerat mesatare të hormonit somatotrop janë kontrolluar për moshën, gjininë dhe vendbanimin e subjekteve në studim. Rezultatet krudo konfirmojnë tendencat e analizuara më larte në këtë punim shkencor: vlerat mesatare të hormonit somatotrop rriten me kalimin e kohës pas operacionit në të gjithë llojet e tonsilitit kronik; vlerat mesatare të hormonit somatotrop janë më të ulëta midis pacientëve me tonsilit atrofik (lloji më i rëndë i tonsilitit kronik), pak më të larta tek pacientët me tonsilit kriptik, më të larta tek ata me tonsilit hipertrofik dhe arrinë vlerat maksimale tek pacientët me tonsilit asimetric (lloji më i lehtë i tonsilitit kronik). Gjithashtu bazuar në rezultatet krudo, vetëm tek subjektet me tonsilit atrofik rritja e vlerës mesatare të hormonit somatotrop në kohë është domethënëse nga ana statistikore. Kështu krahasuar me

nivelin e hormonit somatotrop para operacionit (0.81), 12 muaj pas operacionit niveli i hormonit somatotrop bëhet 1.10 dhe ky ndryshim është domethënës nga ana statistikore ($P=0.045$). Sidoqoftë, ndryshimet në kohë të hormonit somatotrop për llojet e tjera të tonsilitit rezultuan jo domethënëse nga ana statistikore ($P>0.05$) (Tabela 20, modeli 1).

Pas kontrollit të efekteve konfonduese potenciale të moshës, gjinisë dhe vendbanimit (Tabela 20, modeli 2), panorama e përgjithshme ka pak ndryshime. Kështu, në përgjithësi kemi ulje të vlerave mesatare të hormonit somatotrop në secilin moment të kryerjes së matjeve në studim dhe për çdo lloj tonsiliti kronik, por ruhet tendenca kryesore: rritja e nivelit të hormonit somatotrop me kalimin e kohës nga kryerja e operacionit. Gjithashtu ruhet domethënia statistikore përsa i përket ndryshimit të vlerës mesatare të hormonit somatotrop në kohë tek pacientët me tonsilit atrofik (vlera mesatare e hormonit somatotrop para operacionit: 0.78; 12 muaj pas operacionit: 1.07; $P=0.042$) Tabela 20, modeli 2]. Ndërkohë, lidhja midis kohës pas operacionit dhe vlerës mesatare të hormonit somatotrop për llojet e tjera të tonsilitit mbetet jo domethënëse nga ana statistikore. Tek pacientët me tonsilit asimetric, pas kontrollit të efekteve konfonduese të moshës, gjinisë dhe vendbanimit u vu re një rritje e vlerave mesatare të hormonit somatotrop krahasuar me vlerat krudo/bruto.

Siç mund të vihet re nga Tabela 21, midis djemve panorama është e ngjashme me analizat e kryera ku përfshiheshin të gjithë subjektet në studim (djem dhe vajza). Tek djemtë nuk u vu re lidhja negative midis gravitetit të tonsilitit kronik dhe vlerës mesatare të hormonit somatotrop duke qënë se pacientët djem me tonsilit kriptik paraqitën vlera më të larta të hormonit krahasuar me pacientët djem me lloje më të lehta të tonsilitit kronik. Megjithatë në çdo rast, niveli mesatar i hormonit somatotrop rritet me kalimin e kohës pas operacionit për çdo lloj tonsiliti kronik dhe pas kontrollit të efekteve konfonduese të moshës dhe vendbanimit pati pak ndryshime në lidhjen midis hormonit somatotrop dhe kohës së kryerjes së matjeve krahasuar me rezultate krudo/bruto (Tabela 21). Ndryshimet e hormonit somatotrop në kohë mbeten statistikisht jo domethënëse për të gjithë llojet e tonsilitit kronik në studim

Tek pacientet vajza, konfirmohen të gjitha tendencat që u vunë re në analizat ku përfshiheshin të gjithë subjektet në studim. Kështu vlera mesatare e hormonit somatotrop rritej me kalimin e kohës për të gjithë llojet e tonsilitit kronik, pacientet me tonsilit atrofik paraqitën vlerat mesatare më të ulëta të hormonit somatotrop krahasuar me llojet më të lehta të tonsilitit (pra u verifikua lidhja negative midis gravitetit të tonsilitit dhe nivelit mesatar të hormonit somatotrop) dhe pas

kontrollit të efekteve konfonduese të moshës dhe vendbanimit vlerat mesatare të hormonit somatotrop u ulën lehtas për pacientet me çdo lloj tonsiliti kronik përveç atyre me tonsilit asimetric u vunë re rritje të këtyre vlerave pas axhustimit për efekte konfonduese (Tabela 22, modeli 2). Këto ndryshime të niveleve të hormonit somatotrop në kohë mbeten jo domethënëse për të gjithë llojet e tonsilitit kronik me përjashtim të pacientëve me tonsilit atrofik ku ndryshimet janë domethënëse statistikiisht.

Në Tabelën 23 mund të vihet re që lidhjet e niveleve të hormonit somatotrop me peshën dhe gjatësinë e pacientëve në studim janë të dobëta (në rendin e koeficientëve Pearson 0.1-0.2) dhe jo domethënëse nga ana statistikore në secilin moment të kryerjes së matjes. Për shembull, koeficienti i lidhjes së hormonit somatotrop me peshën para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit rezultoi 0.196, 0.168 dhe 0.147, përkatësisht ($P > 0.05$ në çdo rast) kurse koeficienti i lidhjes së hormonit somatotrop me gjatësinë para operacionit, 6 muaj dhe 12 muaj pas operacionit rezultoi 0.141, 0.124 dhe 0.129, përkatësisht ($P > 0.05$ në çdo rast). Ndërkohë lidhjet midis peshës dhe gjatësisë rezultojnë shumë të forta dhe statistikiisht domethënëse në secilin moment të kryerjes së matjeve në studim (Tabela 23).

VI. PËRFUNDIMI

Problemi tonsilar është në fokusin e interesimit të qarqeve mjekësore multidisciplinare, duke u nisur nga otorinolaringologët, nga specialistët e lëmive tjera mjekësore si: pediatri, internistët, urologët, dermatologët, alergologët etj. Pyetje kuçe që duhet dhënë përgjegje në këtë problematik, sipas shumë studiuesve janë: rëndësia dhe roli i tonsileve në patologjinë e përgjithshme në organizmin e njeriut, qëndrimi, roli dhe njohurit mjekut për t'u deklaruar se a janë tonsilet e sëmuara apo jo dhe qasja në kurimin e tyre. Specialistët e ORL dhe kirurgët propozonin çasje dh ndërhyrje kirurgjike, tonsilloadenoidektominë. Këta bazoheshin në qëndrimin se shkak i burimit të infeksionit të largohet nga organizmi i njeriut, ku pastaj organizmi ka mundësi të rikoperohet pa pasur nevojë që të jetë kushtimisht në luftë me agjenset dhe toksinat që vijnë nga tonsilat.

Pas trajtimit me tonsilleadenoidektomi, pacientët kanë përfituar në vlerat antropologjike (peshë dhe gjatësi) në të 3 matjet pas operimit, që i përgjigjen dhe rezultateve nga shumë autorë. Poashtu kemi ngritje të vlerave të hormonit somatotrop por në kufij të vlerave referente.

Suksesi i tonsilleadenoidektomisë te format makroskopike të tonsilitit kronik është evident në tri komponentet, e më së tepërmi vërehet tek ai atrofik ku kemi dukshëm ngritje të vlerave të të tre komponentet peshë, gjatësi dhe të hormaonit somatotrop.

Flora bakteriale normale nuk ka ndikim të madh negative në komponentet e studimit tonë në krahasim me ata pozitiv, por pas operimit kemi dukshëm rritje dhe afrim në vlerat krhasuese që janë marrë në studimin tim.

Te testet serologjike ptitshmëria e suksesit në trajtimin e tonsilit kronik në të gjith format makroskopike të tij është e njëjtë me rezultatet e florës bakteriale.

Rezultatet në tri komponentet e studimit tim, në tri periudha kohore janë positive. Me këtë nënkuptojmë se kemi ngritje të vlerave të tyre pas operimit, gjë që shkon në favour të vlerësimit tone se tonsilleadenoidektomia është metodë që duhet të rekomandohet për trajtimin e tonsilitit kronik rekurent. Benifiti është në peshë, gjatësi për të dy gjinit, ndërsa vlerat e hormaonit somatotrop kanë rritje lineare (më teper tek femrat), por në kufijt e vlerave normale referente.

Në studimin tim arrita që të argumentojë në mënyrë shkencore , se pacientët me tonsilit kronik kanë lidhmëri të ngusht me ngecjen në peshë dhe gjatësi, ndërsa pas operimit ata fituan në këto komponente të cilat iu afruan standarteve të OBSH-së, ndërsa vlerat e hormonit somatotrop para dhe pas operacionit kanë rritje të vlerave në mënyrë lineare por në suaza të vlerave referente normale.

VII. REFERENCAT:

1. Abazi B. Problemi tonsilar. Tonislliti kronik. Tonsilleadenoidektomia, sleep anpne , mikrotema Tiranë 2006
2. Kalaj N. Otorinolaringologjia Tiranë. 2004
3. Sercer A. Otorinolaringologjia vol. I , kapt. Tonsilarni problem, 480-520, Zagreb 1963,
4. Clark RG, Carlsson LMS, Robinson ICAF(1988) Growth hormone(GH) secretion in the conscious rat: negative feedback of GH on its own release . J endocrinol; 119: 210-209
5. Abazi B. dhe bb. Problemi tonsillar, tonsillitis kronik në sëmundjet metafokale, Simpoziumi i VI ORL- KKQK , Prizren 2007,
6. Zyma B., Trimcev S. Sëmundjet e veshit , hundës dhe grykës Tekst për studentat e mjekësis së përgjithshme 1973 f. 184-188
7. Sercer A. Otorinolaringologjia vol. I, 450-453, Zagreb 1963,
8. Grup Autorës- Otorinolaringologia- kirurgji e kokës dhe qafës Tiranë 2000 f. 346-347, 361-364
9. Pallaska T. Otorinolaringologjia Prishtinë 2002 f. 120-125
10. Paparella M., Bailey B., The year book of otorinolaringology head and neck surgery 1986 f. 154-159, 1987 f.138-142.
11. Caku B, Kone E, Ceka, Cico Sh, Histologjia 2006, 273-275
12. Functional histology 10. lymphoid system 1991 f. 99-93, 99-100
13. Limani A. Histologjia e njeriut Prishtinë 1999 f. 133-138, 150, 164
14. Padovani I., Otorinolaringologjia III , Skolska Knjiga Zagreb 1987, f. 196-201
15. Ballarger J., Otorinolaringologjia- kirurgji e kokës dhe qafës Tiranë 2000 , f. 361, 363
16. Ballantyne J., Groves J., Scott-Brown's ; Diseases of the ear, nose and throat , 3 th edition 1971, vol. I f. 266-274, 220 – 221 vol.III f. 103-105 , 111 5 th edition 1994 vol. I f. 558, 269, 456, 267, 10-29
17. Bicknell PG. Role of adenotonsillectomy menagment of pediatric ear, nos and throat infections, Pediatric infect. Dis. 1994, 13, 975

18. Cvetkovic S., Milutinovic Z. Pedijatrijska otorinolaringologija përktim. Tonsillitis chr. F.36-42 Beograd 1990
19. Broillete R.T., Hadson D., David R. et al. A diagnostic approach to suspected obstructive appnea in children. I pediatric 1984, 105-113
20. Podvinec S., Otorinolaringologija. Med. knj. Beograd-Zagreb 1965 f. 127-131, 142-151
21. Bebeqa D. Tonsillectomia dhe adenoidectomia 2006, 362-364. Tonsillitis acuta 106-107
22. Broillete R.T., Hadson D., David R. et al. A diagnostic approach to suspected obstructive appnea in children. I pediatric 1984, 105-113,
23. Abazi B. Problemi tonsilar. Tonislliti kronik. Tonsilleadenoidectomia, sleep anpne , mikrotema Tiranë 2006,
24. Sercer A. Otorinolaringologija vol. I ,Tonsilarni problem, 480-520, Zagreb 1963,
25. Limani A. otorinoloringologjia, kirurgji e okës dhe qafës 2003, dot. II f. 165-168,
26. Pallaska T., Otorinolaringologjia Prishtinë 2002 f. 120-125
27. Spajkovic M., Tonsilarni problem 2010 ORL nedelja Beograd, Sazetak radova 120-123
28. Abazi B. Problemi tonsilar. Tonislliti kronik. Tonsilleadenoidectomia, sleep anpne , mikrotema Tiranë 2006,
29. ENT secret Philadelphia 2002 f.325-326
30. Bekteshi S. Pediatra vol. I-II. 1974 Tonsilliti f. 15, 25, 28, 40, 44, 611,
31. Bocka A. Sëmudjet e veshit, hundës dhe grykës. Dispenca I-II përktim 1963, 1961,
32. Abazi B. dhe bb. Problemi tonsillar, tonsillitis kronik në sëmudjet metafokale , Simpoziumi i V I ORL- KKQK , Prizren 2007,
33. Radovani P. Tonsiliti kronik si sëmudje fokale e metafokal, Sesioni shkencor, Gjirokastër 1980

34. Arsenov U. N., Parabalance izicenia harakera mikrobnih flori lakonmidaln titrov streptokoksov antigen I rezultatot vun trikozni e bakterijalnin alerganoma u bolnik TBC , vestnik ORL nr. 2, 1989, f 19-29
35. Agren K., Anderson U., Nordlander B., et at. : Upregulated local cytokine production in recurrent tonsillitis compared with tonsillar hypertrophy. Acta Otolaryngol (Stockh 1995, 115(5) : 689-96
36. B M J 6763/91-A tale of 40 tonsillectomy
37. Sercer A. Otorinolaringologija vol. I , kapt. Tonsilarni problem, 480-520, Zagreb 1963
38. Abazi B. Problemi tonsilar. Tonislliti kronik. Tonsilleadenoidectomy, sleep anpne , mikrotema Tiranë 2006,
39. Kalaj N. Otorinolaringologija kapt. Poblemi tonislar, Tiranë. 2004
40. Ndihma e shpejt mjekësore dhe sëmundjet urgjente në vesh, hundë dhe grykë 1983 f. 280-301
41. Abazi B. Problemi tonsilar. Tonislliti kronik. Tonsilleadenoidectomy, sleep anpne , mikrotema Tiranë 2006,
42. Casanueva FF (1992). Physiology of growth hormone secretion and action Endocrinol meta Clin North Am 21: 483-517
43. Parimet e Mjekësisë së përgjithshme përkthim 1986, vol. I, Infeksioni streptokoksik f. 164-169
44. Casanueva FF Popovic V, leal-Cerro A, Alvarez CV, Zugaza, Dieguez C(1993). The physiology of Growth hormone secretion U: molecular and clinical advances in pituitary disorders. S. Melmed (ed). Endocrine Research Education Inc, los Angeles ; pp. 145-152
45. Baum H., Biller B., Katznelson L. t al.(1996) Assessment of growth hormone(GH) secretion in men with adult-onset GH deficiency compared with that in normal man-a clinical research center study. J Clin Endocrinol Metab; 81: 84-92.
46. Strobl JS, Thomas MJ (1994) Human growth hormone . Pharmacol Rev;46: 1-34
47. Robinson ICAF (1994) Regulation of growth hormone output: the GRF signal. U: Bercu B., Walker R(eds). Growth hormone II: basic and Clinical Aspekts, New York: Springer-Verlag: pp. 47-65

48. Brown RE(1994). Neurotransmitter control of hypothalamic, pituitary and other hormones U: An introduction to neuroendocrinology, Cambridge University Press, pp 99-100
49. Reichlin S (1961) Growth hormone content of pituitaries from rats with hypothalamic lesions. *Endocrinology*; 69:225-230
50. Arvat E., Maccario M., Di Vito L., et al. (2001) Endocrine activities of ghrelin a natural growth hormone secretagogue(GHS) in humans: comparison and interactions with hexarelin a non natural peptidyl GHS and GH- releasing hormone. *J Clin Endocrinol Metab*; 86: 1169-1174
51. Carro EM, Micic D, Popovic V, et al.(1998).Clinical evidence for extrahypophyseal action site of growth hormone secretagogues U : Bercu BB, Walker RF(eds) Growth hormone secretagogues in Clinical Practice, New York: Marcel Dekker, inc pp163-171
52. Russell Jones DL, Wats GF, Weissberger AJ et al.(1994) The effect of growth hormone replacement on serum lipids, lipoproteins and cholesterol precursors in adult growth hormone deficient patient . *Clin. Endocrinol*; 41: 345-350
53. Miller JD Tennenbaum GS, Colle, Guyda HJ(1982) Daytime pulsative growth hormone secretion during childhood and adolescence. *J Clin Endocrinol metab*: 55: 989
54. Limani A. otorinolaringologjia, kirurgji e okës dhe qafës 2003, dot. II f. 165-168,
55. Elnashar I, El-Anwar MW, Raafat A etj: Insulin-like growth alpha changes after tonsillectomy for obstructive and nonobstructive causes, *EJO*, 30 (4): 343-346, 2014
56. Yilmaz MD, Hosal S, Yordam N, Kaya S: The Effects of Tonsillectomy and Adenoidectomy on Serum IGF-I and IGFBP3 Levels in Children, *THE LARYNGOSCOPE* 112(5):922 - 925 · MAY 2002 PubMed
57. Vontetsianos HS, Davris SE, Christopoulos GD, Dacou-Voutetakis C: Improved somatic growth following adenoidectomy and tonsillectomy in young children. Possible pathogenetic mechanisms; *HORMONES* 2005, 4(1):49-54 DOI:
58. Koycu A, Aydin E, Kinik ST; Changes in body composition and growth pattern after adenotonsillectomy in prepubertal children; DOI: 10.1016/j.ijporl.2015.12.005

59. Andiran N, Çelik N, Ark N, Koca C, Kurtaran H, Karabel D: Changes in growth pattern, leptin ghrelin and neuropeptide Y levels after adenotonsillectomy in prepubertal children;
Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism. Volume 26, Issue 7-8, Pages 683–687, ISSN (Online) 2191-0251, ISSN (Print) 0334-018X, DOI: 10.1515/jpem-2012-0325, April 2013
60. Fernandes A.A ,Thiago Alves Alcântara Th.A, D'Ávila D.V, D'Ávila J.S.; Study of weight and height development in children after adenotonsillectomy:Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.74 no.3 São Paulo May/June 2008
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992008000300013>
61. CAMILLERI A.E. , MACKENZIE K. and GATEHOUSE S.; The effect of recurrent tonsillitis and tonsillectomy on growth in childhood:Volume 20, Issue 2, pages 153–157, April 1995 PMID: 7634523 [PubMed - indexed for MEDLINE]
62. Relation of Isolated Tonsillar Hypertrophy with Body Mass Index ; Erol E.,BelliS.B., Fatih O., Ozturk, Ozcan. ORL : Journal for Oto - Rhino - Laryngology and Its Related Specialties 68.4 (Jun 2006): 228-31.
63. Andiran N, Çelik N, Ark N, Koca C, Kurtaran H, Karabel D: Changes in growth pattern, leptin ghrelin and neuropeptide Y levels after adenotonsillectomy in prepubertal children;
Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism. Volume 26, Issue 7-8, Pages 683–687, ISSN (Online) 2191-0251, ISSN (Print) 0334-018X, DOI: 10.1515/jpem-2012-0325, April 2013
64. Vontetsianos HS, Davris SE, Christopoulos GD, Dacou-Voutetakis C: Improved somatic growth following adenoidectomy and tonsillectomy in young children. Possible pathogenetic mechanisms; HORMONES 2005, 4(1):49-54
DOI:
65. Jeong J. H. MD , Lee D.W.MD , Ryu R. MD, Lee Y. S.MD, Lee S. H.MD , Kang J. O.MD and Tae K MD ; Bacteriologic comparison of tonsil core in recurrent tonsillitis and tonsillar hypertrophy. The Laryngoscope Volume 117, Issue 12, pages 2146–2151, December 2007
66. Garcia-Romo GS , Gonzalez-Ibarra M, Donis-Hernandez FR ,etj: Immunization with heat-inactivated Staphylococcus aureus induced an antibody response mediated by IgG1 and IgG2 in patients with recurrent tonsillitis. Microbiology and immunology 59:4 2015 Apr pg 193-201

67. Gaffney RJ, Freeman DJ ,Walsh MA, Cafferkey MT; Differences in tonsil core bacteriology in adults and children: a prospective study of 262 patients. *Respiratory medicine* 85:5 1991 Sep pg 383-8
68. Abazi B. Problemi tonsilar. Tonislliti kronik. Tonsilleadenoidektomia, sleep anpne , mikrotema Tiranë 2006,f.40
69. Bekteshi S. *Pediatrics* vol. I-II. 1974 Tonsilliti f. 15, 25, 28, 40, 44, 611,
70. Kalaj N. Jaku D.: Syndroma tonsilo-kardiake, Ses. Shkencor Lezhë 1987 përbledhje f.23
71. Pearson : *ENT secret*; Philadelphia 2002, 325-326
72. Abazi B. dhe bb. Testet serologjike te tonsillitis kronik , Simpoziumi i V I ORL- KKQK , Prizren 2007,
73. Kalaj N. Mekbuli S.; Syndroma tonsilo-artikulare Ses. Shkenor Lezhë,1987 përmbledhje f.18
74. Abazi B. Problemi tonsilar. Tonislliti kronik. Tonsilleadenoidektomia, sleep anpne , mikrotema Tiranë 2006,f.41-42
75. Kalaj dhe bb : Flora bakteriale dhe titri ASO në tonsillitin kronik dhe angina . 1975-1988; Ses. Shkencor Lezhë 1988 përmbledhje f.35
76. Abazi B. Problemi tonsilar. Tonislliti kronik. Tonsilleadenoidektomia, sleep anpne , mikrotema Tiranë 2006,f.35-39
77. Almadori G, Bastianini L, Bistoni F, Paludetti G, Rosignoli M; Microbial flora of surface versus core tonsillar cultures in recurrent tonsillitis in children ; *International journal of pediatric otorhinolaryngology* 15:2 1988 May pg 157-62
78. Chaturvedi VN, Methwani A, Chaturvedi P, Narang P; Bacterial flora in chronic tonsillitis:*Indian pediatrics* 26:1 1989 Jan pg 52-6
79. Jayasimha V.L., VinodKumar C.S., Raghu kumar K.G., Basavarajappa K.G. ;Surface tonsillar bacteria versus deep Tonsillar bacteria in tonsillitis : *J Pub Health Med Res*, 2013;1(2): 92-94
80. Hembrom R., Roychaudhuri BK.,Saha AK.,Roychowdhury A., Ghosh S., Gon S., Mandal K. ; Evaluation of the validity of high serum antistreptolysin o titre only, as an indication for tonsillectomy : *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014 Sep;66(3): 232-6. Doi: 10.1007/s 12070-012-0579-5. Epub 2012 oct 20
81. Kotby A.A., Habeeb N.M. and Elarab S. Antistreptolysin) titer in health and disease: levels and significans ; *Pediatr Rep*.2012 Jan 2; 4(1): e*. , Published online 2012 Feb (. Doi: 10.4081/pr.2012.e8 PMID: PMC 3357621

82. Shetty A., DSilva V. ; The utility of a single antistreptolysin o titer in the diagnosis acute rheumatic fever ; JEMDS(Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences) Eissn 2278-4802- 2014;July Volume; 3 Issue :30 Page 8372-8377
83. Kalaj dhe bb : Flora bakteriale dhe titri ASO në tonsillitin kronik dhe angina . 1975-1988; Ses. Shkencor Lezhë 1988 përmbledhje f.36
84. Abazi B. dhe bb. Problemi tonsillar, tonsillitis kronik në sëmundjet metafokale, Simpoziumi i VI ORL- KKQK , Prizren 2007, f.24
85. Hsu WC, Kang KT, Weng WC, Lee PL. ; Impacts of body weight after surgery for obstructive sleep apnea in children. nt J Obes (Lond). 2013 Apr;37(4):527-31. doi: 10.1038/ijo.2012.194. Epub 2012 Nov 27.
86. Young Hoon Joo, MD, Byung Guk Kim, MD, Soo Whan Kim, MD, Young Ha Kim, MD, Jin Ho Kook, MD, Sun Young Jin, MD and Jun Myung Kang, MD; Effect of Adenotonsillectomy on Symptoms and Growth in Children with Sleep Disordered Breathing: Long-Term Results: Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg. 2009 Apr;52(4):344-348. Korean. Published online April 30, 2009. <http://dx.doi.org/10.3342/kjorl-hns.2009.52.4.344>
87. Jane Ahlqvist-Rastad Elisabeth Hultcrantz, Hans Melander, Henrik Svanholm: Body growth in relation to tonsillar enlargement and tonsillectomy; INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRIC OTORHINOLARYNGOLOGY24(1):55-61 · AUGUST 1992;July 1992Volume 24, Issue 1, Pages 55–61, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0165-5876\(92\)90066-X](http://dx.doi.org/10.1016/0165-5876(92)90066-X)
88. Yusuf C. Doganer, James E. Rohrer, Umit Aydogan, McKennan J. Thurston, Kenan Saglam; Tonsillectomy, adenoidectomy and adenotonsillectomy rates in school-aged children: Relative contributions of socio-demographic and clinical features; Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015 Jul;79(7):969-74. doi: 10.1016/j.ijporl.2015.03.005. Epub 2015 Mar 14.
89. Dr. Onur ERDAL , Dr. Taner Kemal ERDAĞ , Dr. Mustafa Cenk ECEVİT , Dr. Ayhan ABACI, Dr. Dilek ÇIMRIN , Dr. Emel ADA, Dr. Atilla BÜYÜKGEBİZ, Dr. Semih SÜTAY. ; THE EVALUATION OF EFFECTS OF ADENOTONSILLECTOMY ON GROWTH WITH CLINICAL AND BIOCHEMICAL PARAMETERS: KBB-Forum 2011;10(1)
90. Amir Bar, BSc Ariel Tarasiuk, PhD Yael Segev, PhD Moshe Phillip, MD Asher Tal, MD; The effect of adenotonsillectomy on serum insulin-like growth factor-I and growth in children with obstructive sleep apnea syndrome: The Journal of Pediatrics, July 1999Volume 135, Issue 1, Pages 76–80

91. Yalda Jabbari Moghaddam, Samad E.J. Golzari, Lida Saboktakin, Mir Hojjat Seyedashrafi, Babak Sabermarouf, Heidar Ali Esmaeili Gavgani, Amir Ghorbani Haghjo, Alireza Lotfi, Kamyar Ghabili; . Does adenotonsillectomy alter IGF-1 and ghrelin serum levels in children with adenotonsillar hypertrophy and failure to thrive? A prospective study ;Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013 Sep;77(9):1541-4. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.06.029. Epub 2013 Jul 29.
92. R.P. Mills, J. Hibbert; The effects of recurrent tonsillitis on growth and cervical lymphadenopathy in children: Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1983 Sep;6(1):77-82.1984Volume 6, Pages 77–82 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-5876\(83\)80105-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-5876(83)80105-0)
93. Bonuck KA, Freeman K, Henderson J; Growth and growth biomarker changes after adenotonsillectomy: systematic review and meta-analysis.; Arch Dis Child. 2009 Feb;94(2):83-91. doi: 10.1136/adc.2008.141192. Epub 2008 Aug 6. PMID:18684748[PubMed - indexed for MEDLINE]