

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI MJEKËSOR I TIRANËS
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE**



UNIVERSITETI I MJEKËSISE, TIRANË

DISERTACION

PËR MARRJEN E GRADËS “DOKTOR I SHKENCAVE ”

TEMA

**EVALUIMI PROSPEKTIV TEK KOLECISTEKTOMIA
LAPAROSKOPIKE NË TRETMANIN E KOLECISTITIT KRONIK
KALKULOZ**

KANDIDATI:

Dr. Milaim R. Kosumi

UDHËHEQËS SHKENCOR:

Prof.dr. Tahir Hysa

Tiranë, 2016.

Falënderime

Falenderim të veçantë kam për udhëheqësin shkencor, mentorin **Prof. Dr. Tahir Hysa**, i cili me ndihmoi me njohuritë e tij shkencore dhe eksperiencën e tij profesionale, dhe kontribuoi për realizimin e disertacionit.

Falënderim të posaçëm kam për Dekanin e Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike në Tiranë, **Prof. Dr. Petrit Bara**.

Falënderoj kolektivin e Spitalit regjional, repartine kirurgjisë - Gjilan që më dolën në ndihmë në çdo kohë.

Në veçanti falemnderim dhe mirënjohje për punë të palodhëshme shumë vjeçare kamë për bashkëpunëtorët e mi për realizimin e këtij disertacioni: **Dr. Shaip Morina, dhe Dr. Vjollca Kosumi**

Me sinqeritetin më të madh u falemnderohem të gjithë atyre, të cilët më kanë dhënë përkrahje, ndihmë morale, shkencore, profesionale dhe teknike në realizimin e disertacionit.

Mësusve të mi

Prindërve: Ramadani dhe Naxhija

Motrave: Mevlydja, Habibja, Nizajetja, Mizaferi dhe Merita

Bashkëshortes: Vjollca

Femijëve: Ernadi dhe Eranda

Të cilët kanë qenë frymëzim për përfundimin e projektit të doktoraturës.

PARATHËNIE

Patologjia e sëmundjeve kalkuloze të rrugëve biliare në regjionin e Gjilanit është mjaft e shpeshtë. Kjo patologji paraqet problem social, ekonomik dhe mjekësor (kirurgjikë), për këtë arsye kemi bërë këtë projekt të punimit të doktoraturës, me qëllim të mjekimit sa më racional të pacientëve me një kosto sa më të ulët të mjekimit. Duke pasur në konsiderat mjekimin kirurgjikë, me metoda dhe teknikë operative të avancuar, kushtet më të favorshme operative, diagnostifikim preoperativ dhe intraoperativ me aparaturë më bashkëkohore me anë të së cilave kemi patur sukses të dukshëm operativ dhe komplikime postoperative shumë të pakta.

Prej metodave dhe teknikave operative të kolecistektomisë laparoskopike kemi prezantuar përvojën tonë kirurgjike shumë vjeqare dhe kemi arritur rezultate të nivelit bashkohor.

Komplikimet postoperatore, të cilat për fat të mirë kanë qenë shumë të pakta gjithmonë i kemi sanuar në mënyrë të sukseshme.

Sa i ka plotësuar kriteret e hulumtimit profesional – shkencor, ky projekt i doktoraturës mbetet të vlerësohet nga profesionistët e kësaj lëmie të kirurgjisë laparoskopike.

Shkurtesat:

- KL - Kolecistektomia laparoskopike
- KH - Kolecistektomia e hapur
- **(GH)** - Kolecistektomia laparoskopike si grup hulumtues
- **(GK)** - Kolecistektomia e hapur si grup kontrollues
- CRP - Proteina C reaktive
- CT - Tomografia e kompjuterizuar
- MRI - Imazheria me rezonancë magnetike
- ERCP - Kolangio-pankreatografia endoskopikeretrograde
- HIDA - Skaneri me acidin 26-dimetil-iminodiacetik për kolecistektomin laparoskopike
- I/OP - Intraoperative
- Lap - Laparoskopike
- MR - Kolangiografia me resonance magnetike
- ADH - Hormoni Antidiuretik
- EKG - Elektrokardiogrami
- SNQ - Sistemi Nervor Qendror
- CRF - Faktori rregullator kortikotropin
- ACTH - Hormoni adrenocortikotrop
- IL - Interleukinat
- VAS - shkalla vizuele analoge

Përmbajtja

1. HYRJE	7
2. Historiati i shkurtur i kolecistektomisë laparoskopike	8
3. Dimensiioni i sëmundjes kalkuloze	10
4. Anatomia e rrugëve biliare	11
5. Qasje e përgjithshme e etiopatogjenezës së rrugëve biliare	13
5.1. Sëmundja kalkuloze biliare	14
5.2. Patogjeneza e gurëve të tëmthit.....	15
5.3. Gurët e tëmthit me kolesterol.....	16
5.4. Gurët e tëmthit me pigment.....	16
5.5. Anamneza	19
5.6. Kolecistiti kronik kalkuloz.....	19
5.7. Paraqitja klinike.....	20
5.8. Diagnoza.....	20
5.9. Menaxhimi	23
6. Kolecistektomia laparoskopike	24
6.1. Indikimet për kolecistektomi laparoskopike	25
6.2. Kundërindikimet për kolecistektomi laparoskopike.....	27
6.3. Komplikimet e kolecistektomisë laparoskopike.....	29
6.4. Komplikimet tjera gjatë kolecistektomisë laparoskopike.....	31
7. Kolecistektomia e hapur	34
8. Bakteriologjia	35
9. Përzgjedhja e antibiotikëve (trajtimi)	36
10. Teknika kirurgjikale e kolecistektomisë laparoskopike	37
11. Anestezioni gjatë intervenimit laparoskopik	42
12. Përgjigjet neuroendokrine të organizmit në stress	44

13. Proteina C-reaktive	46
14. Interleukinat (IL)	48
15. Insulina	49
17. Hormoni Adenokortikotrop (ACTH).....	49
16. Tiroksina.....	50
18. Reagimi i organizmit ndaj stresit	50
19. Qëllimi dhe Objektivat e Punimit	53
20. Objektivat specifike të studimit	53
21. Hipotezat	54
22. Metodologjia e punës.....	56
23. Perpunimi statistikor	57
24. Rezultatet	58
25. Diskutimi.....	118
26. Përfundime	132
27. Rekomandime	137
28. Referencat	139
30. Abstrakt.....	151

1. HYRJE

Përparsitë e kirurgjisë laparoskopike në krahasim me atë konvencionale (të hapur) një kohë të gjatë kanë qenë objekt i hulumtimeve të shumta. Në pjesën më të madhe të studimeve janë vërtetuar përparsitë e shumta të kirurgjisë laparoskopike në krahasim me atë të hapur.

Heqja e fshikëzës biliare të sëmurë nga abdomeni me ndihmën e pneumoperitoneumit, futjen në abdomen të një kamere dhe instrumenteve të veqanta nëpër disa incizione të vogëla në murin abdominal, paraqet një teknikë operative të quajtur kolecistektomi laparoskopike si grup hulumtuesë (GH). Kolecistektomia e hapur si grup kontrolluese (GK) paraqet heqjen operative të fshikëzës biliare me laparotomi në pjesën e sipërme të djathë të hemiabdomenit. Për intervenimin laparoskopik janë të domosdoshëm: troakarërt, kamera, veress gjilpëra, gypi optikë, monitori, insuflatori i karbon dioksidit, burimi i dritës, disektori, kapset(merileni, grasperi), gërshërët, elementet tjera për aspirim etj.

Kolecistektomia laparoskopike ka treguar përparsitë e saja të shumta në krahasim me metodën e hapur: dhimbjet pas intervenimit kirurgjik janë me intenzitet shumë të dobët për shkak të incizioneve më të vogëla; të sëmurët më pak qëndrojnë në shtrat; komplikimet në lidhje me plagën e infektuar, hematoma, seroma dhe hernit postoperative janë të rralla. Janë hulumtuar çrregullimet e funksionit respirator pas kolecistektomisë klasike dhe laparoskopike. Kështu që te kolecistektomia klasike parametrat ventilues pas operacionit kanë qenë më të ulta mesatarisht për 40–50 % në raport me vlerat para operacionit. Përmisimi i parametrave ventilues pas operacionit ka qenë më i ngadalshëm dhe janë këthyer në vlerat para operacionit **pas** 144 orëve pas operacionit. Te kolecistektomit laparoskopike zvoglimi i këtyre parametrave ka qenë më i vogël për 15 -20 % në raport me kolecistektomin klasike, kurse përmisimi është më i shpejt, **para** se të bëhen 144 orë. Vlerat postoperative të pCO₂ janë më të ulta te pacientët pas KL se sa pas KH; për shkak të plagëve të vogëla në murin abdominal, për shkak të dhimbjeve më të vogëla sasia e antibiotikëve dhe analgjetikëve është më e vogël; efekti kozmetik është më i mirë pas KL në krahasim me plagën e madhe pas KH; koha e hospitalizimit është e shkurtuar dhe më shpejtë pacientët shkojnë në punë pas intervenimit me KL në krahasim me metodën e hapur. Atelektazat postoperative janë më të shpeshta te KH se sa te KL; kualiteti i jetës është shumë më i mirë te pacientët që janë operuar me metodën laparoskopike se sa te pacientët e operuar me metodë e

hapur. **(1)**; Zgjatja e parezës postoperative të zorrëve është shumë më e shkurtër te KL se sa te KH; lëvizshmëria e hershme në, “stress” më i vogël pas KL se sa te KH; krijimi i atezioneve intraperitoneale është shumë më i vogël pas KL në krahasim me KH; përparsitë e KL në krahasim me KH pasqyrohen edhe në përgjigjen më të vogël neuroendokrine të organizmit ndaj stresit që mund të vërtetohet me parametrat e stresit. Më të rëndësishmit janë protein C - reaktiv (CPR) dhe interleukinat, të cilët janë më të zvogëluar te metoda me KL në krahasim me KH.

Sinonim për laparoskopin në kirurgji është i njohur si “kirurgjia minimale invazive” të cilin e futi urologu anglez Wickham në vitin 1983 **(2)**. Metoda e laparoskopisë pas 12 vjetësh të operacionit të parë me këtë metodë është quajtur si “standard i artë” për mjekimin e kalkulozës simptomatike të fshikzës biliare. Konkluzionet e institutit nacional për shëndetësi të SHBA-ve të vitit 1992, tregojnë se KL është metoda e zgjedhur në tretmanin e kalkulozës së fshikzës biliare **(3)**.

Sa i përket paraqitjes së hernisë postoperative incizionale në regjionin e umbilikusit autori Armananzas me bp. në studimin prospektiv ka treguar se plasimi profilaktik i rrjetës në regjionin umbilical pas kolecistektomisë laparoskopike pengon hernin të gjendjet me rezik të lartë të mundësisë së paraqitjes **(4)**.

2. Historiati i shkurtur i kolecistektomisë laparoskopike

Shenjat dhe simptomat e gurëve të tëmthit dhe obstruksioni ekstrahepatik biliar janë bërë të njohura për shekuj me radhë, menaxhimi kirurgjik i çrregullimeve të rrugëve biliare është zhvilluar kohët e fundit. Avancimi i anesteziës, kuptimi më i mirë i anatomisë biliare dhe i fiziologjisë, si dhe teknika e përmirësuar i ka lejuar kirurgët të kenë sukses 10 vitet e fundit në trajtimin e çrregullimeve biliare beninje dhe malinje. Operacioni i parë i rrugëve biliare iu atribuua John Stouge Bobb nga Indianapolis, në vitin 1867. Ai ekzaminoi një grua 32-vjeçare me një masë të madhe abdominale dhe hidrops masiv të fshikzës së tëmthit. Bobb bëri një kolecistektomi te një paciente me kolikë biliare. Pacienti i mbijetoi operacionit dhe doli nga spitali tetë javë pas intervenimit kirurgjik. Trajtimi i sëmundjes kalkulose të fshikzës së tëmthit ka bërë sërish një kthesë rrënjësore më 1986, Muhe realizoi kolecistektominë e parë laparoskopike.

Që nga fundi i shekullit të 19-të, trajtimi mjekësor i obstruksionit ekstrahepatik biliar po ashtu është zhvilluar shumë shpejt. Anastomoza e parë biliare enterike u krye prej Aleksander von Winiwarter në Liege, në vitin 1880, te një pacient me obstruksion në duktus koledokus, për shkak të koledokolitiazës që iu nënshtrua kolecistostomisë. Monatriski e realizoi bypass-in e parë paliativ biliar, për obstruksionin malinj në vitin 1889. Por, vdekshmëria e lartë e shoqëruar me këtë procedurë, ka çuar në përdorimin e kolecistojejunostomisë me obstruksion biliar. Kjo u bë e njohur nga Ludvig Curvoisier, i cili raportoi 10 rastet e para në vitin 1890, me vdekshmëri prej 20%. Përpjekjet e para për koledokoduodenostominë për një gur në duktus koledokus u bënë në Gjermani, në vitin 1891, prej Oskar Sprengel, ndërsa më pas, përsëri në vitin 1891 prej William Stewart, për shkak të kancerit periampullar. Përdorimi i një pjese jejunale Y-Roux-en, për të krijuar hepatikojejunostominë, që zakonisht përdoret sot, u raportua në fillim nga Robertt Dal nga Stokholmi, në vitin 1909.

Avancimet e modaliteteve diagnostifikuese jo operative janë bërë në shekullin e 20-te dhe e kanë përmirësuar trajtimin e pacientëve me sëmundjen e rrugëve biliare. Diagnoza e gurëve të tëmthit u përmirësua ndjeshëm me zhvillimin e kolecistografisë orale prej Graham dhe Cole, vitin 1924. Në vitet 1950 u zhvilluan kolangiografia transhepatike dhe endoskopike e kolecintigrafia, duke lejuar imazherinë jo operative të rrugëve biliare. Kohët e fundit, ultrasonografia, tomografia e kompjuterizuar (CT), imazheria me rezonancë magnetike (MRI) dhe laparoscopia e kanë përmirësuar aftësinë për imazhimin e rrugëve biliare. Detajet për mëlqin dhe për rrugët biliare janë bërë me skanimin e CT, ndërsa kolangio-pankreatografia bëhet me rezonancë magnetike (MRCP) e kjo ka krijuar aftësi për kirurgun për qasje më të qartë operative të rrugëve biliare.

Muhe prej Boblinghn-it në Gjermani i pari ka bërë kolecistektominë laparoskopike në vitin 1986 **(5)** dhe atë e ka paraqitur në vitin 1986 në revistën Die Erste Cholecystectomy Durch Des Laparoscop të arkivit kirurgjik të Langhnebeck-ut. Kjo ka kaluar e pa vërejtur plotësisht nga opinioni shkencor e pa pranuar**(5)**.

Më 17 mars 1987, Philippe Mouret ka kryer kolecistektominë e parë laparoskopike, në Lion të Francës. Kjo datë paraqet një hap të rëndësishëm historik. Ai ka thënë “përpara nuk kishte asgjë, pasi që nuk kishte kirurgji laparoskopike”**(6)**. Operacionin e dytë e ka bërë të inqizuar me video. Të njëjtin intervenim me metoden laparoskopike e kanë bërë Dubois në Pariz dhe Mc Kernan dhe Saye në Marieta të Gjeorgjisë në SHBA **(7)**.

Kolecistektomia e parë laparoskopike në Kroaci është bërë në maj të vitit 1992 në klinikën për sëmundje kirurgjike të spitalit “ Sveti Duh” në Zagreb. Pastaj u përhap në tërë **Kroacin (8)**.

Në Shkurt të 1995-ës Q.S.U. në Tiranë në bashkëpunim me Universitetin e Barit u konkretizua me një kurs direkt video-kirurgjie. U organizua një kurs teorik dhe të nesërmen u bë demonstrimi i parë praktik i kolecistektomisë laparoskopike tek një koleg neurolog. Ndërhyrja u krye për 40 minuta. Gjykuar në kushtet e vështira të kirurgjisë shqiptare në ato vite, kjo ndërhyrje dukej atëherë, vërtet si “fantashkencë”. Por vitet kaluan dhe ajo u përvetësua, e sot aplikohet me sukses nga shumë kirurgë edhe në Shqipëri (9).

Kolecistektomia e parë laparoskopike në Kosovë – Prishtinë është bërë më 12.11.1999 nga Prof.dr. Faris Al Hadi i cili edhe ka pajisur Qendrën Laparoskopike pranë Qendrës Klinike Universitare të Kosovës në Prishtinë.

Pastaj edhe qendrat tjera klinike shpejt e përvetësuan këtë metod të re të operimit. Më pas nga të diplomuarit e parë janë trajnuar edhe 80 kirurg të tjerë nga e tërë Kosova dhe tani laparoscopia punohet në 7 qendra spitalore: Prishtinë, Gjilan, Pejë, Gjakovë, Prizren, Ferizaj dhe Vushtri **(10)**.

3. Dimensioni i sëmundjes kalkuloze

Edhe përkundër zhvillimit të mjekësisë, perfeksionimit të procedurave diagnostike dhe tretmanit kirurgjik me invazion minimal - laparoskopi, kolelitiaza dhe format patologjike të saj edhe më tutje mbesin problem për shëndetësi dhe shoqëri. Gurët e tëmthit janë një problem i madh shëndetësor në shumë pjesë të botës, dhe incidenca e tyre rritet me moshën **(11)**.

Rreth 10-15% e popullsisë së rritur ose më shumë se 20 milionë njerëz në SHBA vuajnë nga gurët e tëmthit. Është vlerësuar se ekzistojnë rreth një milion pacientë të diagnostifikuar rishtazi në vit. Rreth 500,000-600,000 kolecistektomi kryhen çdo vit në SHBA. Si shkak i hospitalizimeve nga gurët e tëmthit që janë sëmundja më e zakonshme dhe me një kosto vjetore të përgjithshme që vlerësohet më shumë se pesë miliardë dollarë. Në SHBA vetëm rreth 30% e pacientëve me kolelitiazë asimptomatike udhëzohen për operacion gjatë jetës së tyre **(12, 13)**.

Në Kosovë sipas llogarive nga numri i popullatës prej 2.000 000 banorë, nga gurët në idhëz vuajnë afër 80 000 - 100 000 raste. Dihet nga literatura se afër 15% të tyre janë raste simptomatike dhe nga kjo del se afër 8 000 deri 10 000 raste kanë probleme me gurët në idhëz

dhe komplikimet e tyre. Në Kosovë nuk ka të dhëna për koston e mjekimit të këtij numri të madh të sëmurëve me gurë në idhëz, por duke parë nga literatura se sa hargjime janë në vendet ku llogariten hospitalizimet, del se edhe për këtë numër kaq të madh të pacientëve në Kosovë kosto është mjaft e lartë**(14)**.

Problem mbeten rastet asimptomatike pasi trajtimi i tyre është në dualizëm: kirurgjik apo terapeutik-konzervativ. Tretmani konzervativ nuk zgjidh problemin deri në fund pasi pas një kohe do të kemi sërish exacerbim-akutizim të gjendjes. Tretmani konzervativ është i përkohshëm dhe i kushtueshëm. Pacienti do të humbë ditë pune dhe do të jetë problem familjar dhe i shoqërisë.

Në Kosovë çdo vit operohen afër 1200 pacient nga kolelitiaza, ndërsa me laparoskopji afër 60% e tyre. Kjo shifer është mjaft e ulët në krahasim me literaturën ku ceket se mbi 90% operohen me laparoskopji dhe tendenca është që të rritet kjo përqindje. Kolecistektomia është një procedurë shumë e sigurt dhe është duke u kryer me afër zero vdekshmëri **(15)**.

Në Evropën perëndimore prevalenca varion nga 5.9% në 21.9% me prevalencë më të lartë në Norvegji, Suedi, Gjermani dhe më e ulta në Simion të Italis **(16)**.

Është demonstruar se prevalenca e kolecistës me gurë, rritet me moshën. Në SHBA 20% e atyre që kanë 40 vjet dhe më të vjetër dhe 30% e atyre që kanë 70 vjet apo më të vjetër kanë gur në tëmth. Raport femra - meshkuj **4: 1**. Kjo mospërputhje është ngushtuar në popullsinë e vjetër **(17)**.

Pas 20 viteve të mësuarit dhe të kuptuarit të teknikës laparoskopike dhe rritjes së përvojës së kirurgëve, shkalla e konvertimit ka rënë prej 2-22% në rreth 1-6% të kolecistektomive laparoskopike**(17, 18)**.

4. Anatomia e rrugëve biliare

Ekzistojnë dy sisteme biliare intrahepatike të ndara. Të dy sistemet biliare e formojnë kanalin e majtë dhe të djathtë hepatic (ductus hepaticus) nëpër të cilin drenohet bila prej heparit. Të dy kanalet hepaticke e lëshojnë heparin në regjionin e hilusit të saj (porta hepatis) dhe janë me gjatësi të ndryshme. Kanali hepatic i djathtë është më i shkurtër (rreth 1 cm), ndërsa i majti diçka më i gjatë (1,5 cm). Të dy kanalet hepaticke ngjiten në kanalin e përbashkët hepatic (duktus hepaticokoledokus).

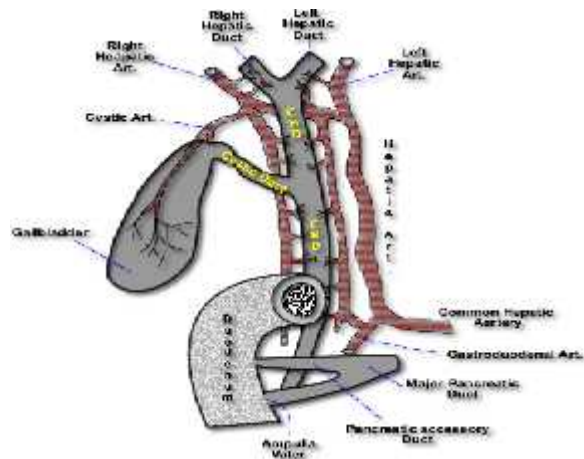


Figura 1.

Gjerësia e lumenit të kanalit hepatic të djathtë dhe të majtë zakonisht është e njëjtë, ka gjerësi 3-4 mm. Ndonjëherë mund të mungojë kanali i vetëm hepatic i djathtë gjegjësisht i majtë. Në ato raste, nga çdo njëri lobus i heparit dalin dy deri tre kanale të cilët, duke u ngjitur, formojnë kanalin hepatic komunis. Duhet theksuar se të dy kanalet hepaticke dhe ngjitja e tyre (konfluens, bifurkacioni) gjinden në regjionin e porta hepatis së bashku me degën përkatëse të arteries hepaticke dhe venën porta. Kanali hepatic komunis fillon në regjionin e porta hepatis, është me gjatësi rreth 4 cm, ndërsa me diametër 4 mm. Megjithatë, gjatësia e tij variron varësisht nga vendi i ngjitjes së kanalit cistik, (duktus cistikus). Pjesa e hepatokoledokusit, e cila gjendet distalisht nga ngjitja e kanalit cistik, quhet duktus koledokus. Nganjëherë duktus cistikus ngjitet në kanalin hepatic të djathtë, dhe në ato raste mungon kanali hepatic komunis. Në kushte normale anatomike kanali hepatic komunis gjendet midis dy fletëzave të ligamentit hepatoduodenal. Duktus koledokus është pjesa kryesore e kanalit ekstraheptik të tëmthit. Fillon të ngjitet e duktus cistikusit në kanalin hepatic komunis, kurse mbaron në papillen Vateri në duodenum. Papilla gjendet 10 cm aboral prej pillorusit në murin posterioromedial të duodenumit. Duktus koledokus është i gjatë mesatarisht 8 cm, kurse diametri është rreth 6 mm. Në murin e koledokut lajmërohen elemente të numërta të muskulaturës së lëmuar të cilat formojnë të ashtuquajturin sfinkter të Odd-it. Si rregull ky sfinkter është kompleks dhe përbëhet nga tre pjesë: sfinkteri i Wirsung-ut, si dhe sfinkteri ampular i përbashkët. Në koledok dallojmë tre segmente. Pjesa e tij proksimale (supraduodenale) gjendet midis dy fletëzave të ligamentit

hepatoduodenal. Pjesa e mesme (retroduodenale) gjendet pas pjesës horizontale të duodenumit, kurse e treta, pjesa distale (retropankreatike) gjendet pas kokës së pankreasit. Në raport me anatominë topografike është e rëndësishme të dihet që pjesa proksimale e koledokusit shtrihet lateralisht përgjatë tehut të lirë të ligamentit hepatoduodenal, djathtas prej arteries hepatike. Vena porta gjendet medialisht dhe prapa, dmth midis koledokut dhe arteries. Pjesa retroduodenale e koledokut vazhdon drejtimin e pjesës proksimale me lakim të lehtë djathtas, kurse gjendet pas pjesës horizontale të duodenumit. Në pjesën e tij distale koledoku lakohet edhe me tepër në të djathtë dhe shtrihet pas kokës së pankreasit. Shtrihet në sulkusin apo nganjëherë në tunelin e indit pankreatik, në mënyrë që në fund të futet në murin e duodenumit dhe të hapet në papillën Vateri në lumen të duodenumit(18).Shif fig. 1.

5. Qasje e përgjithshme e etiopatogjenezës së rrugëve biliare

Simptomat që i atribuohen patologjisë së rrugëve biliare zakonisht janë obstruksioni, infeksioni ose të dyja. Obstruksioni mund të jetë ekstramural (për shembull kanceri pankreatik), intramural (kolangiokarcinoma) ose intraluminal (koledokolitiasa). Njëlloj si infeksionet e ngjashme në pjesë tjera të trupit, infeksionet biliare ndodhin për shkak të tre faktorëve: një bartësi të ndjeshëm, inokulimit të mjaftueshëm dhe stazës. Simptomat më të zakonshme që lidhen me sëmundjen e rrugëve biliare janë: dhembja abdominale, ikteri, mundim dhe të vjella.

Gurët e tëmthit dhe inflamacioni i fshikëzës së tëmthit janë shkaqet më të shpeshta të dhembjes abdominale prej sëmundjes së rrugëve biliare. Obstruksioni akut i fshikëzës së tëmthit nga kalkulusi, shkakton kolika biliare, term ky i gabuar, pasi dhembja nuk është e barkut në epigastrium ose në kuadrantin e sipërm të djathtë. Kolika biliare është një dhembje konstante, që krijohet me intensitet dhe mund të përfshijë edhe kurrizin, regjionin interskapular ose shpatullën e djathtë. Dhembja përshkruhet si një dhimbje e fortë e abdomenit të sipërm, e cila mund të shoqërohet me mundim dhe të vjella. Kjo ndodh për shkak të kontraktimit normal të fshikëzës së tëmthit kundër një obstruksioni intraluminal, të tillë si gurët e tëmthit në qafen e fshikëzës së tëmthit, duktusi cistik ose duktus komunis. Dhembja zakonisht nxitet prej ushqimeve yndyrore, por mund të fillojë edhe nga lloje të tjera ushqimesh ose, madje, ajo mund të ndodhë edhe spontanisht. Shoqërimi i saj me ushqimet është i pranishëm vetëm te 50% e pacientëve; te këta

pacient dhembja shpesh zhvillohet më shumë se një orë pas ushqimit. Dhembja e kolikës biliare dallohet nga ajo që shoqërohet me kolecistitin akut. Megjithëse kolika biliare mund të lokalizohet gjithashtu në kvadrantin e sipërm të djathtë, dhembja e kolecistit akut acarohet me prekje, është somanike nga natyra dhe shpesh shoqërohet me temperaturë dhe leukocitozë. Acarimi i peritoneumit visceral dhe parietal, për shkak të inflamacionit transmural nga kolecistiti, shkakton një shenjë të Murphy-t pozitivë. Të dhënat nga ekzaminimi objektiv të një pacienti që ka ndërprerje të menjëhershme të përpjekjes se tij për frymëmarrje, kur ekzaminuesi palpon kufirin e djathtë kosta tregon kolecistitin akut.

5.1. Sëmundja kalkuloze biliare

Gurët e tëmthit janë një nga sëmundjet më të zakonshme gastrointestinale që pacienti kërkon shtrirje në spital. Sipas të dhënave të marra nga biopsia, ato shpesh ndodhin te të rinjtë, ndryshe nga njerëzit e shëndetshëm, me një prevalencë prej 11 deri në 36%. Seksi femër, obeziteti, shtatzënia, ushqirnet yndyrore, sëmundja e Crohn-it, kirurgjia gastrike, sëmundja drepanocitare dhe talasemia shoqërohen me një risk të lartë për zhvillimin e gurëve të tëmthit(19). Vetëm të afërmit e shkallës së parë të pacientëve me gurë të tëmthit dhe obezitet (e përcaktuar si indeks i masës së trupit më shumë se 30 kg/m²) janë identifikuar si faktorë mjaft rrisues për zhvillimin e sëmundjes simptomatike të gurëve të tëmthit(20). **Shif tab1.**

Tabela 1. Faktorët rrezikues për gurët e tëmthit.

Obeziteti*

- Humbja e shpejtë e peshës
- Lindja e fëmijës
- Multipariteti
- Seksi femër
- Kushërinjët e parë
- Prepatatet: estrogenët pas menopauses
- Ushqyeshmëria totale parenterale

Etniciteti: amerikanët vendas, skandinavët

Sëmundja ileale, rrezatimi ose bypass

Mosha e shtyer

*Obeziteti përcaktohet si një index i masës së trupit më të madhe se 30 /kg²

BellowsCF dhe bp. 2005.(21).

5.2. Patogjeneza e gurëve të tëmthit

Patogjeneza përfaqëson paaftësinë për të mbajtur tretësira të caktuara biliare - kryesisht kolesterolin dhe kripërat e kalciumit në gjendje të tretshme. Gurët e tëmthit klasifikohen sipas përmbajtjes së tyre, gurët kolesterolinik dhe gurët e pigmentuar. Gurët me pigment klasifikohen më tej në të zinj ose kafe. Gurët e tëmthit me kolesterol të papërzier janë të pazakontë (10%), ku shumica e tyre përmbajnë në qendrën e tyre kripërat e kalciumit ose nidus. Në ShBA, 70 deri 80% e gurëve të tëmthit janë gurët me kolesterol, ndërsa gurët me pigment të zi përbëjnë 20 deri 30%.

Lëngu biliar i turbullt përbëhet nga një përzierje e kristaleve të kolesterolit, granulave të bilirubinait të kalciumit dhe matriksit të zhelit të mucinës. Zakonisht, ndodhet te gjendjet e qëndrimit esëll të tejzgatur ose në përdorimin e ushqyerjes parenterale. Dallimi i komplekseve

makromolekulare të mucinës dhe bilirubinës sugjeron se ky lëng i turbullt mund të shërbejë si nidus për patogjenezën e gurëve të tëmthit.

5.3. Gurët e tëmthit me kolesterol

Patogjeneza gurëve të tëmthit me kolesterol përfshin tri faza:

1. Mbingopja e lëngut biliar me kolesterol
2. Krijimi i bërthamës me kristale
3. Rritja e gurëve

Gurët në fshikëzën e tëmthit dhe funksioni motorik luajnë një rol kyç në formimin e gurëve të tëmthit. Pika kyçe për mbajtjen e kolesterolit në tretësirë është formimi i miceleve, një kompleks biliar kripë-fosfolipid-kolesterol dhe i vezikulave kolesterol-fosfolipid. Në gjendjen e prodhimit të tepërt të kolesterolit, këto vezikula të mëdha mund ta rrisin gjithashtu edhe aftësinë e transportit të kolesterolit, si dhe mund të ndodhë precipitimi i kristaleve. Një e treta e kolesterolit biliar transportohet në micele, por vezikulat kolesterol-fosfolipid mbajnë pjesën më të madhe të kolesterolit biliar. Me formimin e përqindjeve për çdo përbërës në koordinatat trekëndore mund të paraqitet zona micelare, në të cilën kolesteroli është plotësisht i tretshëm. Në zonën mbi kurbë, bila është e mbingopur me kolesterol dhe ndodh precipitimi i kristaleve të kolesterolit.

5.4. Gurët e tëmthit me pigment

Gurët me pigment përmbajnë më pak se 20% kolesterol dhe janë të errët, në sajë të pranisë së bilirubinës të kalciumit. Nga ana tjetër, gurët me pigment të zi dhe kafe kanë pak të përbashkëta dhe duhet të konsiderohen si entitete të ndara. Gurët me pigment të zi janë të vegjël dhe shpesh shoqërohen me gjendje hemolitike, të tilla si sferocitoza e trashëguar dhe sëmundja drepanocitare ose cirroza. Në gjendjet hemolitike, sasia e bilirubinës dhe përqëndrimi i bilirubinës së palidhur rritet. Cirroza mund të shkaktojë sekretim të lartë të bilirubinës së palidhur. Këta gurë zakonisht nuk shoqërohen me bilë të infektuar dhe janë të lokalizuar pothuajse vetëm në fshikëzën e tëmthit. Gurët e zinj karakterizohen nga një përqindje e lartë e gurëve të tëmthit në vendet aziatike, të tilla si Japonia.

Gurët me pigment kafe janë të butë si prej dheu nga përbërja dhe gjenden në mënyrë tipike në kolecist dhe koledok, veçanërisht në popullsitë aziatike. Gurët kafe shpesh përmbajnë më shumë kolesterol dhe palmitat kalciumi dhe zhvillohen si gurë parësorë të zakonshëm, te pacientët me çrregullime të lëvizshmërisë biliare, dhe shoqërohen me infeksion bakterial. Bakteret që prodhojnë likide, si E. coli, sekretojnë β -glukonidaz që shkakton hidrolizë enzimatike ose glukonid bilirubinë të lidhur, për të prodhuar bilirubinë të lirë të patretshme, e cila me pas precipitohet në calcium (22).

Tabela 2. Faktorët rrezikues për gurët e tëmthit.

Indikimet për kolecistektomi	
Urgjent	Përzgjedhëse
Kolecistiti akut	Diskinezia biliare
Kolecistiti emfizematoz	Kolecistiti kronik
Empiema e fshikëzës së tëmthit	Kolelitiiza simptomatike
Perforacioni i fshikëzës së tëmthit	Brenda 24-72 orë
Koledokolitiiza	

Sëmundjet biliare jokalkuloze

Kolecistiti akut jokalkuloz

Inflamacioni akut i fshikëzës biliare mund të ndodhë pa praninë e gurëve të tëmthit. Kolecistiti akut jokalkuloz ndodh te rreth 5 deri 10% e të gjithë pacientëve me kolecistit akut, dhe është diagnoza për rreth 1 deri 2% e pacientëve me kolecistit akut që i nënshtrohen kolecistektomisë. Ajo ka një ecuri më të shpejt se sa kolecistiti akut kalkuloz dhe më shpesh përparon në gangrene, empiemë ose në perforacion. Meqenëse etiologjia e saktë nuk është e qartë, staza e fshikëzës biliare dhe iskemia implikohen si faktorë shkaktarë. Staza është e zakonshme te pacientët e sëmurë kritik, që nuk janë ushqyer në mënyrë enterike dhe që mund të qojë në kolinizimin e fshikëzës së tëmthit nga bakteriet. Iskemia visceral është gjithashtu e zakonshme te pacientët me kolecistit akut jokalkuloz dhe mund të shpiegojë incidencen e lartë të gangrenës së fshikëzës së tëmthit. Nëse nuk trajtohet, mund të ndodhë përparim i shpejtë në gangren dhe perforacion (23). Është i njohur klasifikimi i sëmundjeve jokalkuloze intra dhe ekstrahepatike sipas **Todanit T. (1977), (24)**; I cili kombinon tipet ekstrahepatike me ato intrahepatike që përdoren edhe sot nga shumica e kirurgëve. Ky mekanizëm i kombinuar mbështetet nga niveli i lartë i amilazës në cistat koledokale. **Shif tabelën 2.**

Tabela 3. Modifikimi i Todanit sipas klasifikimit të Alonso-Lej të cistave koledokale.

Tipi I:	Dilatacioni i tringut biliar ekstrahepatik. Dilatacionet e tipit I-klasifikohen më tej sipas formës të segmentit të prekur në tipin Ia: dilatacioni cistik, tipi Ib dilatacioni segmental fokal, tipi Ic: dilatacioni fuziform
Tipi II:	Dilatacioni divertikular i tringut biliar ekstrahepatik
Tipi III:	Dilatacioni cistik i pjesës intraduodenale të duktusit biliar –duktus koledokus (kolodokocel)
Tipi IVa	Dilatacioni i tringut biliar intrahepatik dhe ekstrahepatik
Tipi IVb	Dilatacioni i shumëfishtë i duktusit biliar ekstrahepatik
Tipi V:	Dilatacioni i kufizuar në duktusin biliar intrahepatik (sëmundja Caroli)

Të dhëna nga Todani T, Watanabe Y, Narussue M et al. Congenital bile duct cyst: Classification, operative procedures, and revive of thirty cases including cancer from choledochal cyst. *Am J Surg* 134- 269, 1977.

Dilatacioni cistik i duktusit biliar, i njohur gjithashtu si cista koledokale, është i pazakont, por me një gjendje të rëndë, që kërkon trajtim kirurgjik. Megjithëse cistat koledokale shpesh shfaqen te foshnjat dhe në fëmiri, sëmundja është diagnostifikuar më shpesh te të rriturit. Incidenca e cistave koledokale është vetëm 1 në 1 00 000 dhe 1 në 150 000 njerëz në vendet përëndimore, por është shumë më e shpeshtë në Japoni. Ato ndodhin tri here më shumë te femrat se sa te meshkujt. Ky çrregullim kongjenital përfshin dilatacionin e izoluar ose të kombinuar të trungut biliar hepatic ose intrahepatik.

5.5. Anamneza

Shumica e pacientëve mbeten simptomatikë nga gurët e tyre të tëmthit. **Megjithëse mekanizmi është i paqartë**, i disa pacientëve me gurë të tëmthit që janë simptomatikë, me kolika biliare që shkaktohet nga obstrukcioni i duktusi cistik. Komplikacionet tjera që lidhen me gurët në tëmth përfshijnë kolecistitin akut, koledokolitiazën me ose pa kolangjit, pankreatitin nga gurët biliarë, ileusin nga gurët biliarë dhe karcinomën e kolecistës. Gurët e tëmthit zakonisht gjenden rastësisht pas laparotomisë ose nga imazhieritë prej skanimeve CT apo të ultrasonogafisë. Vetëm 1 deri 2% e individëve simptomatikë me gurë në tëmth zhvillojnë simptome të rënda ose komplikacione që lidhen me gurët e tyre në tëmth me vite. Prandaj, vetëm 1% kanë nevojë për kolecistektomi. Kur pacientët simptomatikë priren të kenë simptoma të herëpashershme, zakonisht kanë episode të përsëritura të kolikave biliare(25). Në perindhën mbi 20 vjeçare, dy e tretat e pacientëve simptomatikë me gurë të tëmthit mbeten pa simptoma.

5.6. Kolecistiti kronik kalkuloz

Inflamacioni i vazhdueshëm me episode të përsëritura të kolikës biliare ose të dhembjes nga obstrukcioni i duktusit cistik referohet si kolecistit kronik. Rreth dy e treta e pacientëve me sëmundjen e gurëve të tëmthit shfaqen me këto ataqe të përsëritura. Megjithëse ndryshimet patologjike të fshikëzës së tëmthit mund të variojnë, atakët e përsëritur, dhëmbja dhe një fshikëz tëmthi jofunksionale janë normative. Historikisht, kolecistiti kronik karakterizohet nga rritja e fibrozës subsklerozale, subepiteliale dhe nga infiltrati i qelizës mononukleare.

5.7. Paraqitja klinike

Simptoma parësore e kolecistitit kronik ose e kolelitiazës simptomatike është dhembja, që shpesh referohet si kolika biliare. Dhembja është konstante dhe zakonisht zgjat për më shumë se një deri në pesë orë. Ataqtet zakonisht zgjasin për më shumë se një orë, por largohen pas 24 orësh. Nëse dhembja vazhdon të ekzistojë për më shumë se një ditë, kolecistiti akut, sipas gjasave është duke avancuar, kjo është etiologjia. Ataqtet janë të dallueshme dhe të rënda, aq sa pacientët mund t'i kujtoj dhe t'i numërojnë ato. Simptoma të tjera, si të përzierat dhe të vjellat, shpesh shoqërojnë çdo episod dhe fryrja e gromësirat mund të jenë të pranishme gjithashtu te 50% e rasteve. Temperatura dhe ikteri janë të rralla te kolika e thjeshtë biliare. Pacientët pa simptoma, rreth dy e treta e pacientëve me gurë tëmthi, rrallë zhvillojnë simptoma dhe komplikacione, madje edhe në një përqindje më të ulët. Në shumicën e rasteve, trajtimi nuk është i domosdoshëm për këta pacientë jo simptomatikë. Pacientët me gurë tëmthi, por me një paraqitje jo tipike, duhet të kenë shkaqe të përjashtuara për dhembjen e kuadrantit të sipërm të djathtë, të tilla si sëmundja e ulcerës peptike, pneumonia, kolikat renale, sëmundja e mëlqisë, hernia hiatale ose angjina. Ekzaminimi objektiv dhe testet për funksionin e mëlqisë zakonisht janë plotësisht normale te pacientët me kolecistit kronik, veçanërisht nëse ata nuk kanë dhembje. Gjatë një episodi të kolikës biliare, mund të jetë e pranishme ndjeshmëria e lehtë në kuadrantin e sipërm të djathtë.

5.8. Diagnoza

Imazheria diagnostike me ultrasonografi ose me CT duhet të kryhet te pacientët me shenjat e dhembjes abdominale ose peritonit, seps, apo me ndonjë dyshim tjetër si biloma. Pacientë të tillë duhet të stabilizohen me antibiotikë parenteralë të menjëhershëm dhe drenim perkutan të drejtuar nga imazheria për çdo akumulim lëngu. Pacientët me shenjat dhe simptomat e kolangitit duhet t'i nënshtrohen urgjent kolangiogramit me drenim të duktusit biliar. Kolangiografia duhet të kryhet për të vendosur praninë e strikturës së duktusit, për të identifikuar nivelin e strikturës dhe për të identifikuar natyrën e dëmtimit, kur është e nevojshme. Në një studim me 88 pacientë me dëmtimet e duktusit biliar nga kolecistektomia laparoskopike, përpjekjet për korrigjimin ishin të pasuksesshme për 27 nga 28 pacientë (96%), kur nuk ishte kryer kolangiografia, dhe 69% ishin të pasuksesshme, kur të dhënat nga kolangiografia ishin të paplota. Është e rëndësishme që

metoda e kolangiografisë të sigurojë detaje të sistemit të duktusit intrahepatik dhe konfluencën e duktusit biliar. Megjithëse PTC-ja është metoda imazherike e preferuar për shumicën e strikturave biliare postoperative, njohuritë speciale për këtë metod nuk janë të aplikueshme në të gjitha qendrat për shkak mungesës kuadrit. ERCP-ja mund të jetë më e lehtë për t'u aplikuar te një pacient me strikturë bilare dhe kolangjit, që kërkon kolangiografi urgjent dhe dekomprimim biliar. Gjithsesi, kjo shërben vetëm për pacientët me probleme të duktusit cistik, me rrjedhje biliare të duktusit cistik, ose me dëmtime të vogla tangenciale, që mund të trajtohen me stent endoskopik. Në situatat kur striktura bilare është shumë e fortë për t'u kaluar me ERCP, PTC-ja mund të kryhet për dekompresimin biliar proksimal. Preferohet që ultrazëri të përdoret në diagnostifikimin e kolelitiazës dhe rrugëve biliare pasi që është metod jo invazive, e lirë dhe e pa dëmshme për pacientin. Metodatat tjera vijnë në konsiderim nëse ka dyshime në diagnozën e ultrazërit. Shenjat klinike janë të ngjashme me ato të literaturës

Tabela 4. Saktësia e modaliteteve imazherike për diagnozat e ndryshme të rrugëve biliare që shkaktojnë dhembje të kuadrantit të sipërm.

Diagnoza e dyshuar	Modaliteti imazherik	Ndieshmëria (%)	Specifiteti (%)
Kolelitiaza	Ultratinguj	95	99
Kolecistiti akut	Ultratinguj HIDA	88	80
Kolecystiti ac.calkuloz	Ultratinguj HIDA	95	95
Kolecistiti jo akut kalkuloz	Ultratinguj HIDA	36-93 70-80	17-89 90-100
Koledokolitiaza	ERCP	95	89
	MRC	95	98
	I/OP kolangiografia	78	97
	Ultratinguj Lap	80	99
Diskinezia biliare	HIDA	94	80

ERCP-kolangio-pankreatografia endoskopikeretrograde
HIDA-skaneri me acidin 26-dimetil-iminodiacetik për kolecistektomin laparoskopike
I/OP-intraoperative
Lap-Laparoskopik
MR-kolangiografia me resonance magnetike
TrowbridGH RI me bp. 2003.

Arteriografia CT duhet të konsiderohet për vlerësimin preoperativ të pacientëve me strikturë bilare nga tumori benignj. Dëmtimi i panjohur ndaj arteries hepatike, ose i një dege të venës portale, që shoqëron dëmtimin e duktusit biliar, ndodh me një shpeshësi prej 12 deri 47%. Nëse hemorragjia kërkon kontroll urgjente në kohën e operacionit të parë, duhet të konsiderohet dëmtimi vaskular. Gjithsesi, pasojat klinike të dëmtimit të arteries hepatike të djathtë nuk njihen plotësisht, por, të paktën një studim ka sugjeruar se prania e çarjes së arteries hepatike të djathtë nuk duhet ta prekë riparimin e duktusit biliar(30, 31). Te pacientët që shfaqen me striktura të vona dhe me provat e disfunksionit të melçisë, duhet të kryhet CT, për vlerësimin e të dhënave për hipertensionin portal.

Diagnoza e gurëve të tëmthit simptomatikë ose e kolecistitit kalkuloz mbështetet mbi paraqitjen klinike dhe të dhënat për guret e tëmthit nga imazherimi diagnostik. Me prezencën e simptomave në mënyrë tipike të kolika biliare, që i atribuohen fshikëzës së tëmthit, duhet të konsiderohet çdo trajtim për gurët e tëmthit. Një ultratingull abdominal është ekzaminimi diagnostifikues standard për gurët e tëmthit. Ultratingujt Doppler sigurojnë gjithashtu informacione të rëndësishme anatomike për kirurgun, si prania e polipeve, diametri i duktusit të përbashkët biliar ose ndonjë anomali hepatike parenkimale. Nganjëherë, pacientët me atakë jo tipikë të dhembjes biliare nga sonografia nuk kanë të dhëna për gurë ose shfaqet vetëm inflamacion. Nëse pacienti ka atakë të herëpashershëm të kolikës tipike biliare dhe nëse dallohet inflamacion në dy ose më shumë raste, indikohet kolecistektomia. Përveç infeksionit dhe gurëve, kolesteroloza dhe adenomiomatoza e fshikëzës së tëmthit mund të shkaktojnë simptoma tipike bilare që mund të dallohet nga ultrasonografia. Kolesteroloza shkaktohet nga akumulimi i kolesterolit në makrofagun e mukozës së fshikëzës së tëmthit ose lokalisht, ose si polipe. Ajo prodhon paraqitjen klasike makroskopike të fshikëzës së tëmthit "si luleshtrydhe". Polipet granulomatoze zhvillohen në lumenin e fundusit; muri i fshikëzës së tëmthit trashet dhe septa ose shtrëngimet mund të jenë të pranishme në fshikëzën e tëmthit. Te pacientët me këto simptoma kolecistektomia është trajtimi i preferuar.

EKO-ja është testi radiologjik më i dobishëm për diagnostikimin e kolecistitit akut, me një ndjeshmëri dhe specificitet përkatësisht 85 dhe 95%. Ajo është e ndjeshme në identifikimin e pranisë të gurëve biliare. EKO-ja gjithashtu paraqet praninë e trashjes së murit të vezikës (>

4mm), likidin perikolecistik, distendimin e fshikzës së tëmthit, gurët e ngecur dhe sindromin Murphy tek ultratingujit (rritja e ndjeshmërisë në palpim mbi vezikën biliare).

Skanimi me HIDA- Tc^{99m} i strukturave biliare sot përdoret më pak, por mund të jetë i dobishëm në rastet atipike. Mosmbushja e vezikës biliare me gjurmues radioaktivë (HIDA- ^{99m}Tc) pas katër orësh, tregon për një duktus cistik të obstruktuar me ndjeshmeri dhe specificitet 95% për kolecistitin akut. Skaneri normal HIDA e përjashton kolecistitin akut. Gjithsesi, kur pacienti nuk ushqehet për pesë ditë, skaneri HIDA është më pak i ndjeshëm, me 40% për fals-pozitivitet. Skaneri është më pak i dobishëm, edhe pse ai kryhet shpesh te këta pacientë me dhembje abdominale. Ai mund të identifikojë me disa nga të dhënat që u përmenden më sipër, njësoj si EKO-ja, por CT-ja është më pak e ndjeshme për kolecistitin akut sesa EKO-ja.

5.9. Menaxhimi

Trajtimi më i mirë për pacientët me kolelitiazë simptomatike është kolecistrektomia laparoskopike. Pacientët duhet ti shmangin yndyrnat dhe masat e mëdha të ushqimit gjatë kohës që ata presin për ndërhyrjen kirurgjike. Pacientët diabetikë duhet të kenë një kolecistektomi të menjëhershme, pasi ata janë në risk të lartë për kolecistit akut, ose madje për një kolecistit edhe më të rrezikshëm. Femrat shtatzëna me gurë tëmthi simptomatikë, që nuk kanë sukses në trajtimin me modifikimin dietik, gjatë tremestrit të dytë mund ti nënshtrohen kirurgjisë në mënyrë të sigurt. Kolesistektomia ofron rezultate shumë të mira afatgjata për pacientët simptomatikë me gurë tëmthi. Rreth 90% të pacientëve u largohen simptomat pas kolecistektomisë. Te pacientët me simptoma jo tipike, ose me dispepsi pa dhembje (pa tolerancë ndaj ushqimeve yndyrore, gazra në stomak, gromësira, fryrje), përqindja e pacientëve, të cilët provojnë largimin e simptomave, bie.

Tabela 5. Indikimet për kolecistektomi.

Indikimet për kolecistektomi
Urgjent <ul style="list-style-type: none">- Kolecistiti akut- Kolecistiti emfizematoz- Empiema e fshikzës së tamthit- Perforacioni i fshikzës së tamthi- Koledokolitiaza etj
Përzgjedhëse <ul style="list-style-type: none">- Diskinezia biliare- Kolecistiti kronik- Kolelitiaza simptomatike
<hr/>
Brenda 24-72 orë

6. Kolecistektomia laparoskopike

Kolecistektomia me laparoskopji është metod e avancuar që preferohet për pacientët me kolecistit kronik kalkulos, kolecistiti akut kalkulos, kolecistit subakut kalkulos, hidropsi i fshikzës tëmthit, empiema e fshikzës tëmthit dhe gangrene e fshikzës tëmthit, ndërsa ndërhyrja me incizion duhet të kryhet atëherë kur inflamacioni e pengon pamjen e qartë të strukturave të rëndësishme. Shkalla e ndërhyrjes tradicionale të kolecistektomis me incizion është më e lartë (4 deri 35%) në rastin e kolecistitit akut sesa në rastin e kolecistitit kronik. Një sërë studimesh kanë treguar se shkalla e sëmundshmërisë, qëndrimi në spital dhe koha e rikthimit në punë janë më të shpejta te pacientët që i nënshtrohen kolecistektomisë me laparoskopji sesa tek ata që i nënshtrohen kolecistektomisë me incizion(29, 30, 31).

Avancimet në teknikën laparoskopike kërkojnë, për përdorimin më shumë të laparoskopisë për diagnozën dhe trajtimin e çrregullimeve të rrugëve biliare. Është më efektive kur përdoret

ultratingulli me laparoskop në menaxhimin operativ të tumorëve malinj. Ultratingujt intraoperativë sot përdorën shpesh për vlerësimin e mëtejshëm të lezioneve intrahepatike, për përcaktimin e mundësive për resekim dhe për përcaktimin e përfshirjes së strukturave vaskulare **me tumor(32)**. Megjithëse nevoja për laparoskopji mund të jetë pakësuar, për shkak të avancimeve të teknikave radiologjike, si tomografia e kompjuterizuar, rezonanca magnetike etj. Laparoskopia ende identifikon më mirë mikrometastazat në mëlqi në sipërfaqe të mëlqis. Përveç kësaj, biopsia e mikrometastazës mund të mirret nëpërmjet laparoskopisë.

6.1. Indikimet për kolecistektomi laparoskopike

Besohet se në mes 10-15% e popullsisë së rritur në botë ka gurë në fshikzën e tëmthit. Literatura moderne kirurgjikale tregon se 3-10% e pacientëve të cilët i nënshtrohen kolecistektomisë ka gurë në kanalën ekstrahepatik biliar. Kolecistektomia është operacion më i shpeshtë në kirurgjin moderne. Indikacionet për laparoskopji dhe kolecistektomi të hapur tani janë pothuajse identike. Njohja e anatomisë, sëmundjes, faktorët e rrezikut, instrumenteve, teknikës kirurgjike, komplikimeve, mbrojtja e organizmit nga faktorët e dëmshëm janë kusht për të vendosur për njërin nga këto teknika. Diagnoza e kalkulozes së fshikzës së tëmthit është e bazuar në të dhënat anamnestike, pasqyrën klinike, analizat laboratorike dhe procedurat përkatëse diagnostike. Procedurat diagnostike të cilat tregojnë për ekzistencën e gurëve në fshikzën e tëmthit dhe në kanalën biliarë janë: ultrazëri i mëlçisë dhe i kanaleve biliare, biliografia intravenoze, kolecistografia orale (kryesisht sot e braktisur) dhe endoskopia retrograde kolangiopankreatografike (ERCP).

Në fazën e hershme të kirurgjisë minimale invazive, kolecistiti akut është konsideruar si një kundërrindim relativ. Më vonë hulumtimet kanë treguar se kjo frikë ishte e paarsyeshme.

Kolecistektomia laparoskopike për kolecistitin akut është i sigurt me një normë të vdekshmërisë që është afërsisht e njëjtë me atë të metodës të hapur. Kirurgjia emergjente, në pesë ditët e para pas paraqitjes së simptomave të një grup pacientësh me të vjella, dhimbje nën harkun e djathtë brinjor, ethe, humbje e oreksit është shumë më e mirë se operacioni i shtyrë pas 6 deri në 8 javë.

Schirmer në hulumtimet e tij arriti në përfundimin se në fazën e inflamacionit akut në fshikzën e tëmthit kolecistektomia laparoskopike më së miri është të bëhet brenda tri ditëve nga fillimi i

simptomave në mënyrë që të parandalohet koledokolitiza , fistula kolecysto-duodenale dhe pankreatiti **(33)**. Nga vështrimi i komplikimeve intra dhe post-operative për pacientin është më e favorshme e ashtuquajtura kolecistektomia e shtyrë pas qetësimit të fazës akute, por sa i përket kohëzgjatjes së hospitalizimit dhe çmimit të mjekimit të kolecistektomisë është më mirë të kryhet në fazën akute të inflamacionit **(34)**.

Arsyet më të zakonshme për konvertim nga intervenimi me laparoskop në kolecistektomi klasike janë inflamacionet e mdha dhe atezionet të cilat pamundësojnë disekcionin e kujdesshëm për-rreth trekanshit Kallotit, gjakderdhje të pakontrolluar dhe trashjet perikolecistike. Gjithashtu, studimet konfirmojnë se kolecistektomia laparoskopike është metod e zgjedhjes për mjekimin e smundjeve të kolecistes **(35, 36)**.

Shumë studime të cilat i ka kryer Catena me bashkëpunëtor tregojn se metoda laparoskopike është opcioni i parë për intervenim te kolecistit kronik kalkulos, kolecistiti akut kalkulos, kolecistiti subakut kalkulos, hidropsi i fshikzës tëmthit, empiema e fshikzës tëmthit dhe gangrene e fshikzës tëmthit. Me këtë metodë nuk rritet mortaliteti dhe morbiditeti postoperativë, ajo është metodë efektive dhe e sigurt në duart e një kirurg me përvojë dhe qëndrimi i pacientit në spital është dukshëm më i shkurtë në krahasim me metodën e hapur **(37)**.

Kongresi i kirurgëve gjermanë, i cili është mbajtur në vitin 2002 në Berlin solli përfundimin se kolecistektomia laparoskopike është metod e zgjedhur në mjekimin e kolelitiazës simptomatike si dhe te karcinoma e fshikzës së tëmthit në stadin in situ dhe T1 **(38)**. Pas kolecistektomisë fshikza biliare dërgohet për ekzaminim histopatologjikë, e cila do të na tregojë përfundimisht se për çka bëhet fjalë, për gur në fshikzën e tëmthit me kolecistit akute ose kronik, kolesteroloz, kancer ose ndonjë sëmundje tjetër. Indikacionet për kolecistektomi laparoskopike janë treguar në tabelën 5.

Tabela 5. Indikimet për kolecistektomi laparoskopike.

Indikimet	
Kolelitiaza simptomatike, veçanërisht te ata pacientë me një histori karakteristike e së kaluarës të cilët kanë qenë të sëmurë nga verdhëza apo pankreatiti	"Fshikëz e tëmthit porcelani"
Kolecistiti akut kalkuloz ose jokalkuloz	Polipet e fshikëzës së tëmthit
Kolelitiaza asimptomatike te diabetikët dhe te ata pacient të cilët marrin barna imunosupresive pas transplantimit të organeve	Pacientët me çrregullime shkarkimit të fshikëzës së tëmthit edhe pa kolelitiaz

6.2. Kundërindikimet për kolecistektomi laparoskopike

Në fillim, ka pasur shumë hamendje lidhur me kolecistektomin laparoskopike në gratë shtatzëna, njerëz të trashë dhe të moshuarit (mbi moshën 65 vj.). Shtatzënia nuk është kontraindikim për kolecistektomi laparoskopike. Kolecistektomia laparoskopike mund të kryhet në tremujorin e dytë dhe të tretë të shtatzanisë, por në përgjithësi preferohet tremujori i dytë. Në fillim të kolecistektomisë laparoskopike prej kohësh konsiderohet ciroza e mëlçisë është një kontraindikacion për laparoskopji, megjithatë, u njoh shpejt se ky pretendim nuk ka bazë dhe sot si kontraindikim relative mund të konsiderohet ciroza e mëlçisë dhe hipertensioni portal.

Kolecistektomija laparoskopike është metodë e zgjedhur në trajtimin e kolecistitit kalkuloz në fazën e shtatzanisë me një mortalitet dhe morbiditetit minimal të fetusit dhe nënës, e cila u konfirmua nga një hulumtim i madh i kryer në Meksikë **(39)**. Shumë hulumtime kanë treguar se kolecistektomia laparoskopike, është një metodë e zgjedhjes në mjekimin e kolelitiazës simptomatike te njerëzit e moshuar tetëdhjetë vjet me mortalitet dhe morbiditet të ulët **(40)**.

Tabela 6. Kundërindikimet për kolecistokimi laparoskopike.

Kundërindikimet	
Kolangiti me shok septik	Pacientët me çrregullime kardiorespiratore të rënda dhe të tjera të lidhura me sëmundje që nuk mund të përballojnë anestezionin
Peritoniti septike	Tremujori i parë dhe i tretë i shtatzanisë
Pancreatiti i rëndë	
Ciroza e mëlçisë me hipertension portal	
Koagulopatia e rënd	
Fistula kolecisto-enterike	
Dyshimi në kancer të fshikëzës së tëmthit	

Trashsija nuk është kontraindication për kolecistectomi laparoskopike këtë e kanë treguar shumë studime (41). Kolecistectomia laparoskopike nuk ndikon ndjeshëm në rritjen morbiditetit postoperativ te pacientët obez dhe te personat morbid (Afaneh et al., 2014). Pacientët obez apo me indeks të lartë BMI (Eng. Body Mass Index) është i lidhur me incidenc të lartë të sëmundjeve malinje të traktit biliar, këtë e ka konfirmua një meta analizë e kryer në Kinë 2013 (42). Një studim në Danimarkë tregoi se në 10 vitet e fundit kolecistectomia te fëmijët është bërë në një numër dukshëm të madh për shkak të diskinezisë së fshikëzës së tëmthit, se sa për shkak të pranisë së gurëve (43).

Një problem i veçantë është e ashtuquajtura kolecistolitiazë asimptomatike. Sot mbizotëron qëndrimi se strategjia më e mirë në trajtimin e kolecistolitiazës asimptomatike është të presim dhe të shohim, këtë e kanë konfirmuar disa studijues (44). Në një studim nga Johansson dhe kolegët në 70 pacientë të cilët janë përzgjedhur me diagnozën e kolecistitit akut të cilët ishin ndarë në dy grupe, për trajtim me laparaskopi dhe në mënyrë konvencionale. Pacientët nuk kanë qenë para operacionit të informuar me llojin e operacionit që do të kryhet. Të dy grupet ishin të ngjashme, kur janë në pyetje kushtet karakteristike demografike dhe klinike. Rezultatet treguan se nuk kishte asnjë dallim statistikisht sinjifikant me numrin e komplikimeve postoperative dhe

se qëndrimi në spital ishte statistikisht dukshëm më i shkurtër te pacientët me intervenim laparoskopik në krahasim me ata të operuar me metoden klasike **(45)**.

6.3. Komplikimet e kolecistektomisë laparoskopike

Shumica e studimeve krahasojnë komplikimet dhe konvertimin e metodës laparoskopike me kolecistektomin e hapur. Pacientët me koledokolitiazën simptomatike të cilët ju kanë nënshtruar kolecistektomisë laparoskopike pas sfinkterotomisë endoskopike kanë pasur shumë më tepër komplikime dhe konvertim në metodën e hapur,se sa pacientët të cilët iu nënshtruan kolecistektomisë laparoskopike pa sfinkterotomi endoskopike paraprake **(46)**. Por studimet e fundit preferojnë kolecistektomi laparoskopike dhe laparoskopji eksplorative të hepatikokoledokusit gjatë ekstraktimit të kalkulosit **(47)**.

Dhimbja, simptomet biliare dhe komplikimet gastrointestinale në periudhën postoperative, ilustronë performanca për suksesin e operacionit. Studimet më të reja tregojnë përdorimi i deksametazonit në mënyre preoperative te kolecistektomija laparoskopike zvogëlon çrregullimet nga trakti gastrointestinal, sidomos mundimin dhe vjelljen dhe se deksametazoni nuk ka efekte anësore në organizem **(48)**. Gjithashtu është treguar se aplikimi i anestetikut levobubivokainës (rreth 40ml), në mënyrë intraperitoneale pas largimit operativ të kolecistës dukshëm redukton dhimbjet në fazën e hershme postoperative **(49)**. Një studim i kryer nga Singla dhe bashkëpunëtorët e tij në vitin 2014 tregoi se pacientët te të cilët është bërë kolecistektomia laparoskopike me presionin intraabdominal prej 8 mm Hg, kanë zvogëlim postoperative të dhimbjeve si në intensitet dhe në frekuencë, në krahasim me pacientët të cilët ju kanë nënshtruar kolecistektomisë laparoskopike me një presion standard 12-14 mm Hg **(50)**.

Tabela 7. Komplikimet intraoperative dhe postoperative.

Komplikimet intraoperative	Komplikimet postoperative
Dëmtimet e enëve të gjakut, gjakderdhjet	Gjakderdhjet nga mëlqia
Dëmtimi i kanaleve biliare – sekretimi i bilës	Fistula biliare me peritonit biliar
Dëmtimi i organeve - gjakderdhje nga mëlqia, Perforimi i stomakut me peritonit, Perforimi i zorrëve me peritonit, Perforimi i fshikëz së tëmthit me kalkulus dhe abscesi intra-abdominale.	Perforimi i ulqerës duodenale
	Pankreatiti postoperativ
	Embolia mushkërore
	Pneumonia
	Komplikimet e plagës: - Hernija - Infekcioni - Keloidi

Komplikimet më të shpeshta janë të shkaktuara gjatë përdorimit të teknikës me gjilpëra Veress dhe troakarëve dhe vendosja jo adekuatë e klipsave në arterien cistike dhe duktus cistikus. Grupa e autorëve Italian ka përshkruar lezionin e shpërkës gjatë kolecistektomisë laparoskopike, për këtë shkak pacienti është dashur të nënshtrohet splenektomisë (51).

Perforimi i fshikëzës biliare është gjithashtu komplikim i sekretimit të bilës e shkaktuar nga kolecistiti akut, empiema dhe fibroza e murit të fshikëzës së tëmthit. Sindromi i Mirizzit është si rezultat i gurit të impaktuar në gjepin e Hartmanit, për shkak të peshës së gurit ngushtohet kanali biliar (duktus koledokus) në rrjedhjen normale të bilës, gjithashtu mund të jetë shkak i dëmtimit të duktus hepaticus dhe kanalit të djathtë hepatic. Ngandonjëherë është vështirë të gjindet guri në abdomen kur bie, me metodën laparoskopike gjatë kolecistektomisë laparoskopike. I njejt mund të paraqitet si bazë për zhvillimin e abscesit intraabdominal dhe fistulës kolo-kutane. Guri

i pigmentuar dhe i përzier më së shpeshti është i kontaminuar me bakterie si esheria kolli, kurse gurët nga kolesteroli nuk janë të kontaminuar.

Është raportuar rasti i pacientit të cilin pas 8 viteve të kolecistektomisë laparoskopike të bërë është zhvilluar apcesi intraabdominal i cili është shkaktuar si rezultat i gurit të mbetur në kavitetin abdominal (52).

Hulumtimit të cilat janë bërë nga grupe e shkenctarëve Sloven dhe Suedez, tregon se nuk ka ndryshim në incidencën e lezioneve të kanaleve biliare ndërmjet teknikës Amerikane dhe Franceze për sa i përket teknikës të kolecistektomisë laparoskopike (53).

6.4. Komplikimet tjera gjatë kolecistektomisë laparoskopike

Gjakderdhjet postoperative si rezultat i dëmtimit të arteries cistike dhe gjakderdhjeve nga fshikza biliare, pankreatiti dhe tromboza venoze janë komplikime të cilat kërkojnë kujdesje të veçantë dhe rezultojnë si komplikime postoperative 6 muaj pas intervenimit. Holangitisi dhe mbetja e një pjese të gurit në duktus koledokus që mund të jenë shkak i paraqitjes së ikterusit, si dhe refluksit pankreatiko-biliar janë komplikime të më vonshme dhe këto paraqiten shpesh te personat në moshë të re. Mortaliteti është i lartë si rezultat i komplikimeve të kolangitit.

Dëmtimet e rrugëve biliare janë fatale dhe shpesh perfundojnë në mënyrë letale veçanarisht nëse janë të përcijellura me dëmtimin e sistemit arterial të gjakut (54). Kolekcioni I fluidit posoperativ abdominal mund të jetë gjakë, bile, përmbajtje intestinale, ascit ose kombinimi i të trijave. Fluidi postkolecistektomis paraqitet pas tri dite dhe zbulohet me ultrazë në 80% të rasteve, ku shkaktar mund të jetë fistula e cila mundet në mënyrë spontane të mbyllet. Asciti rezistent është rezultat i disfunkcionit hepatorenal.

Nga komplikimet e plagës mund të paraqitet më së shpeshti infekcioni dhe hernija. Studimet multicentrike të cilat janë bërë në Iran kanë treguar se profilaksa preoperative me cefazolin te pacientët të cilët është bërë kolecistektomija laparoskopike elektive zvogëlon rrezikun për zhvillimin e infeksioneve postoperative (55). Hernija më së tepërmi i përngjan hernisë Richter. Në 90% të rasteve është e shkaktuar nga manipulimi me troakar. Hernija postincizionale është e shkaktuar nga kalimi i zorrve apo omentumit nëpër defektin fascial.

Trokari është pasojë e komplikimit të hernija postincizionale, është relativisht komplikim i shpesht pas kolecistektomis laparoskopike. Autori Comancujos me bp. gjatë një studimi të veçantë ka konstatuar një prevalencë të lartë të këtij komplikimi. Në studimin e cekur janë përshkruar rreziqet e larta për rrezikun e këtyre komplikimeve: zgjerimi i prerjes gjatë operacionit, infeksioni i plagës, sëmundja e sheqerit dhe obeziteti **(56)**.

Hipertenzioni intraabdominal gjatë formimit të pneumoperitoneumit mund të jep komplikime respiratore, kardiologjike, hemodinamike si dhe efekte në mëlçi dhe veshka **(57)**.

Shpërndarja e gurëve biliar gjatë kolecistektomisë laparoskopike paraqitet në 30% të rasteve prej të gjithë të operuarve, por komplikimi nga përmbajtja e gurëve është e rrallë. Një prej komplikimeve të rralla e cila është përshkruar në vitin 2013 është fistula hepato-intestinale **(58)**. Është i përshkruar edhe rasti i abscesit pulmonar i cili është zhvilluar nga migrimi trans diafragmal nga mbetja e gurëve pas kolecistektomisë laparoskopike nga pjesa abdominal në kavitetin torakal **(59)**.

Ndër komplikimet e rralla është përshkruar edhe gjakderdhje masovike nga trakti digjektiv i cili ka qenë si pasojë e lezionit të aneurizmës arteries së djathtë hepatike e cila ka qenë në kontakt me zorrën e hollë, kurse lezioni ka filluar gjatë kolecistektomisë laparoskopike. Komplikimi është evituar me sukses me embolizimin e aneurizmës **(60)**. Një komplikim tjetër i rrallë është raportuar pas kolecistektomisë laparoskopike si migrim i endoklipit në duktus koledokus **(61)**. Klipi nga tantiumi është identifikuar në pjesën distale të koledokut me ndihmën e CT – abdominal dhe metodës ERCP. Klipi me endoskop është larguar (ERCP).

Kombinimi i teknikës biliare dhe fluorescente vaskulare e cila ka për qëllim vizualizimin e qartë të trungut biliar dhe vaskular gjatë intervenimit me kolecistektomi laparoskopike mundet në të ardhmen të pengoj lezionet intraoperative të strukturave biliare **(62)**.

Menaxhimi i strikturave postoperative biliare, që ndjekin dëmtimin e duktusit, varet nga shkalla e dëmtimit, nga prania e komplikacioneve të shkaktuara nga strikturat dhe risku operativ i pacientit. Pas njohjes së dëmtimit të një duktusi biliar ose strikturës, një grup shumëdisiplinor, që konsiston në radiologë me eksperiencë në ndërhyrjet operative, endoskopistë dhe kirurgë, koordinohet nga një kirurg hepatobiliar me eksperiencë dhe duhet të planifikojnë qëllimet specifike të mëposhtme:

1. Kontrollin e infeksionit (abscesin ose kolangitin)
2. Drenimin e bilomës
3. Kolangiografinë e plotë
4. Sigurimin e terapisë definitive me rekonstrukcion të kontrolluar ose vendosje të stentit.

Eksperienca fillestare ka sugjeruar se korrigjimi i menjëhershëm i dëmtimit të duktusit biliar nga kolecistektomia mund të japë rezultate të mira me sëmundshmëri të ulët kur kryhet në mënyrën e duhur. Të dhënat më të fundit, sugjerojnë se mungesa e eksperiencës për këto riparime ka shkakuar striktura të herëpashershme, dështimin e riparimit dhe dëmtimin parenkimal dytësor të mëlçisë nga obstrukcioni i pa liruar **(63)**. Shenjat paralajmëruese të strikturës së përsëritur pas një riparimi operativ fillestar paraqitet kolangiti dhe ikteri. Kur dëmtimi i duktusit biliar njihet në kohën e kolecistektomisë (ose të ndonjë operacioni tjetër), kirurgu duhet t'i konsiderojë të gjitha aspektet e gjendjes fiziologjike të pacientit. Kur pritët të kryhet një riparim i menjëhershëm, duhet të bëhen konsultime me më shumë kirurgë me eksperiencë. Në rastet kur njohuritë nuk janë të vlersume në kohën e dëmtimit të njohur, ose rrethanat e vështira i pengojnë rezultatet e pritura rekonstruktuese, drenimi biliar i jashtëm do të mundsojë shërimin e pacientit dhe transferimin e tij në qendrën më të specializuar.

Riparimi i suksesshëm i strikturave biliare, pas menaxhimit të duhur preoperativ, kërkon aderenca për parimet kirurgjike specifike:

1. Përdorimin e duktusit proksimal biliar me inflamacion minimal.
2. Krijimi i anastomozës pa tension, me përdorimin e pjesës jejunale Roux-en-Y
3. Anastomoza direkt nga mukoza në mukozë.

Historikisht, është mbështetur një anastomozë nga fundi në fund i duktusit biliar, sepse ajo ruante anatominë normale dhe teorikisht reduktonte mundësinë për kolangjit. Gjithsesi, të dhënat e fundit sugjerojnë se korrigjimi parësor i duktusit shoqërohet me një përqindje dështimit afatgjatë prej 40 deri 50 për qind. Bypass-i direkt operativ biliar-enterik është një procedur e standardit të artë për trajtimin afatgjatë të strikturave biliare. Këto procedura kanë shfaqur vdekshmeri operative të ulët dhe sëmundshmëri të pranueshme.

Një prerje e përshtatshme, që lejon vizualizimin e plotë, është e nevojshme për një anastomozë të mirë biliare-enterike. Zakonisht, është e nevojshme një prerje e djathtë subkostale, e shtrirë ose në vijën e mesme (si shkopi i hokejit), ose të majtë (prerja shevron). Mëlçia duhet të lirohet plotësisht nga diafragma dhe adezionet nga operacionet e mëparshme duhet të hiqen, nëse është

e nevojshme, për të lehtësuar krijimin e një pjese jejunale Roux-en-Y për rekonstrukcionin e duktusit biliar është opsioni më i mirë në shumicën e rasteve. Kjo teknikë kërkon disekimin e hillusit të mëlqis, për të ekspozuar duktusin hepatic të majtë dhe për të lejuar anastomozën nga duktusit hepatic i majtë me pjesën jejunale Roux-en-Y. Përdorimi i një pjese jejunale Roux-en-Y anastomoza favorizohet ndaj koledoko-duodenostomisë direkt ose koledoko-jejunostominë, sepse ajo lejon gjithashtu krijimin e një "laku" të aspektit proksimal të pjesës Roux-en-Y, për përdorimin radiologjik ndërhyrëses së ardhshme.

7. Kolecistektomia e hapur

Kolecistektomia e hapur është bërë një nga procedurat më të pazakonta. Tani ajo kryhet zakonisht me kolecistektominë laparoskopike, ose si një procedurë e dytë te pacientët që kërkojnë laparotomi, për një arsye tjetër. Ajo duhet të kryhet te çdo pacient që nuk mund ta tolerojë pneumoperitoneumin për shkak të rezervave të pakta pulmonare ose kardiakë (Tabela 6.), në konsiderim vjen kolecistektomia e hapur edhe për pacienët të cilët kanceri i fshikëzës së tëmthit dyshohet para operacionit. Nga një këndvështrim teknik, kolecistektomia e hapur mund të kryhet në mënyrë të ngjashme me qasjen laparoskopike. Pas identifikimit të duktusit cistik dhe të arteries cistike, fshikëza e tëmthit disekohet nga shtrati i mëlqisë, duke filluar në mënyrë anterograde ose retrograde. Nga ana tjetër, teknika retrograde mund të përdoret aty ku fillon disekimi me identifikimin e duktusit cistik dhe të arteries cistike të lidhur dhe të ndar, si hap përfundimtar. Është e rëndësishme të mbahet sa më afër që të jetë e mundur disekimi me fshikëzën e tëmthit e të shmangët disekimi në mëlqi, si dhe hemoragjia pasuese. Disekimi mbahet afër drejt arteries cistike dhe duktusit cistik, të cilat më pas lidhen dhe ndahen.

Tabela 8. Indikacione për kolecistektomi të hapur.

- **Rezerva të pakta kardiake**
- **Kanceri i dyshuar ose i njohur i fshikëzës së tëmthit**
- **Cirroza dhe hipertensioni portal**
- **Shtatzënia në tremujorin e tretë**
- **Procedura e kombinuar**

8. Bakteriologjia

Bila në fshikëzën e tëmthit , në mungesë të gurëve të tëmthit apo të ndonjë sëmundje tjetër të rrugëve biliare, normalisht është sterile. Në prani të gurëve të tëmthit ose obstruksionit biliar, prevalenca bakterio biliare rritet. Përqindja e kulturës pozitive të lëngut biliar te pacientët simptomatikë me gurë tëmthi dhe kolecistit kronik varion nga 11 në 30%. Prevalenca e kulturës pozitive të lëngut biliar të fshikzës së tëmthit është më e lartë te pacientët me kolecistit akut sesa tek ata me kolecistit kronik (46%, kundrejt 22%) dhe rritet më tej nga prania e gurëve në duktus koledokus. Kulturat pozitive janë shumë më të zakonshme te pacientët më të moshuar (më shumë se 60 vjeç) simptomatikë me gurë tëmthi sesa te pacientët më të rinj (45% kundrejt 16%). Mikroorganizmat aerob gram negative izoloohen më shpesh nga lëngu biliar te pacientët simptomatikë me gurë tëmthi dhe kolecistit akut ose kolangjit. *Escheria coli* dhe speciet *Klebsiella* janë bakteret gram-negative më të izoluara e më të zakonshme. Gjithsesi, speciet *Pseudomonas* dhe *Enterobacter* janë shfaqur me një frekuencë të lartë, veçanërisht te pacientët me obstruksion biliar të tumorëve malinj. Bakterje të tjera të izoluar të zakonshme janë aerobët gram-pozitivë, speciet *Enterokokus* dhe *Streptokokus viridans*. Bakterjet anaerobe, si speciet bakteroides dhe klostridium, janë të rralla, por mbeten patogjenë të rëndësishëm biliarë, veçanërisht për infeksionet biliare. Speciet kandida gjithashtu, po njihen gjithnjë e më tepër si patogjenë të rëndësishëm biliarë, veçanërisht për pacientët e sëmurë kritikë.

Burimi i baktereve te pacientët me infeksione të rrugëve biliare është kontraditor. Shumica e teorive përkrahin rrugët zbritëse, përmes duodenumit, si burimi kryesor për bakterjet biliare. Flora bakteriale te zorrët e holla është e ngjashme me atë te rrugët biliare.

Tabela 9. Infeksionet e rrugëve biliare *

Enterobakteriet (incidence 68%)

- **Esheria koli**
- **Speciet Klebsiella**
- **Speciet Enterobakter**

Speciet Enterokokus (incidence 14%)

Anaerobet (incidenca10%)

Speciet Bakteroiide

Speciet Klostridium (incidence 7%)

Speciet Streptokokus (të rralla)

Speciet Pseudomonas (të rralla)

Speciet Kandida (të rralla)

*Kolelitisi kolangit, sepsa biliare, ose obstrukcioni i duktusit komon.
Thompson JE dhe bp. 1990; (65).

9. Përzgjedhja e antibiotikëve (trajtimi)

Antibiotikët duhet të përdoren për profilaks te shumica e pacientëve që i nënshtrohen kirurgjisë së rrugëve biliare ose manipulacioneve të tjera të rrugëve biliare, të tilla si ERCP ose PTC. Pacientët me risk të ulët, që i nënshtrohen kolecistektomisë laparoskopike për kolecistitin kronik të rrugëve biliare, nuk përfitojnë nga antibiotikët profilaktikë. Te pacientët me risk të lartë, si pacientët e moshuar, pacientët me kolecistit akut kalkulos, për t'u kthyer me kolecistektomi të hapur, një dozë e vetme e cefalosporinës së gjeneratës së I - rë: **cefazolina**, i cili vepron mjaft mirë kundër bakterieve aerobe gram-negative, që zakonisht izoloohen nga lëngu biliar.

Antibiotikët terapeutikë duhet të përdoren për pacientët me kolecistit akut kalkuloz dhe kolangjit, të cilët veprojnë kundër bakterieve aerobe gram-negative, gram-pozitive dhe anaerobe.

Pas diagnostikimit të kolecistitit akut kalkulos, duhet të jepen tretësira I.V., antibiotikë dhe preparate analgjezike. Antibiotikët duhet të jenë me spektër të tillë që të mbulojnë bakterjet gram-negative aerobe dhe ato anaerobe (**shif tabl. 9.**). Më shumë se gjysma e pacientëve me kolecistit akut kalkuloz kanë kultura pozitive nga materialet e marra direkt nga vezika biliare.

Duke qenë se është e vështirë të përcaktohet se cila strukturë është infektuar në mënyrë dytësore, antibiotikët e aplikuar në mënyrë I.V. përbëjnë një pjesë të rëndësishme të trajtimit. Kolecistektomia është trajtimi perfundimtar i pacientëve me kolecistit akut kalkuloz. Preferohet më tepër kryerja e hershme e kolecistektomisë brenda dy deri tri ditëve të para pas paraqitjes të mjeku, se sa kryerja pas një periudhe apo kohe të vonuar, kryesisht pas 6 deri 10 javë pas fillimit të terapisë me medikamente(11 – 12). Rreth 20% e pacientëve nuk i përgjigjën terapisë medikamentoze fillestare dhe kanë nevojë për ndërhyrje kirurgjikale gjatë pranimit në spital ose përpara se të përfundon periudha e planifikuar e qetësimit.

10. Teknika kirurgjikale e kolecistektomisë laparoskopike

Ndërhyrja kirurgjike minimale invasive është trend në kirurgjinë botërore dhe kolecistektomia laparoskopike bëhet në 80-95% të rasteve. Kolecistektomia laparoskopike dallohet nga ajo e hapur se këtu përmes portes e vendosur mbi umbilikus, në umbilicus ose nën umbilikus bëhet insuflimi i dioksidit të karbonit (CO₂) me shtypje të paracaktuar dhe të mbajtur automatikisht deri në 12-14 mmHg. Pastaj vendoset porta e dytë 2cm nën procesus ksifoideus (pora 10 mm) dhe dy porta tjera 5 mm djathtas, porta e tretë vendoset subkostal djathtas ku pritët me vijen medioklavikulare djathtas dhe porta e katërt vendoset në vijen horizontale të umbilikusit që kryqzohet me vijen e përparme axilare të djatht. Vendosen gjithsej 4 porta. Ligimi i arteries dhe duktusit cistik bëhet me klipsë. Nxjerrja e kolecistës nga llozha, me një përkujdesje të gjakderdhjes eventuale nga llozha dhe eventualisht nëse është bërë perforimi i kolecistës dhe ka rrjedhur bila lihet dreni në llozhë i cili largohet ditën e nesërme nëse nuk ka rrjedhje që është për tu pritur. Qëllimi ynë është të bëhet menagjimi i problemeve shëndetësore me sa më pak shpenzime dhe me sa më pak personel që është e mundshme e të mos vuajë shërbimi dhe të arrihet ngritja e kualitetit të punës dhe kuantiteti.

Teleskopi i laparoskopit është instrument optik i cili përbëhet prej gypit të metalt, me diameter 10 mm, i cili në skajin proksimal dhe distal ka thjerrëz (okularin dhe objektivin), kurse në brendi përbëhet prej fijeve optike. Cilësia e teleskopit të laparoskopit vlerësohet nga ajo se si e përcjell ngjyrën, si janë kontrastet e fotografisë, rezolucioni, thellësia e fokusit dhe gjërësia e fushës së dukshme. Thjerrëza në majë të teleskopit të laparoskopit mund të jetë me kënde të ndryshme, ashtu që mundëson edhe shiqimin nga anash. Më së shpeshti përdoret teleskopi i laparoskopit me

thjerrëz prej 0°. Ekzistojnë edhe teleskopa të laparoskopit prej 30 shkall dhe 45 shkall si dhe teleskopa të laparoskopit tredimensional, për përdorimin e të cilëve është e nevojshme kamera përkatëse dhe syzat.

Videokamera: ka çipin CDD i cili sinjalet e dritës i këthen në piksel. Është i mbështjellur me filter prej tri ngjyrave primare: e kuqja, e gjelbërta dhe e kaltërta. Kombinimi i këtyre ngjyrave jep fotografinë. Kamerat mund të jenë me një apo me tre çipa. Kamerat me një çip kanë rezolucion prej 470 000 pikselave, kurse kamerat me tre çipa kanë rezolucion më të madhë. Kamera para përdorimit duhet të balansohet në gazë të bardhë- i ashtuquejturi “white balans”, me çrast balancohen ngjyrat tjera.

Fotografia e cila krijohet bartet në monitor dhe në atë mënyrë i tërë ekipi në sallë operative përcjell ndërhyrjen operative. Kualiteti i fotografisë do të varet nga kamera, teleskopi i laparoskopit dhe monitori çka është e dëshirueshme që kjo përbëje të jetë nga i njejt prodhues.

Me rastin e operacioneve laparoskopike gjakderdhja është pengesa më e shpesht në kryerjen e intervenimit dhe shpesh është rezultat i konvertimit të metodës laparoskopike në operacion të hapur. Për këtë shkak është e domosdoshme paisja për shpërlarje dhe aspirim. Lëngu i cili përdoret është Ringer laktati apo tretja fiziologjike. Preferohet që tretja të jetë e vakët si temperatura trupore, dmth afër 37C. Disa instrumente, përveq elektrokoagulimit, në vehte kanë pajisje shtesë për aspirim. Sa më e ngadalshme është prerja, aq më i madh është koagulimi, d.m.th nekrozë në sipërfaqe të prerjes. Sa më e madhe është sipërfaqja e elektrodës prerëse, aq më e thellë është zona e koagulimit.

Instrumentet tjera për kryerjen e intervenimeve laparoskopike janë kapëset e ndryshem, gjilpërmajtësit dhe gërshërët e formave të ndryshme dhe gjatësia e krihëve të gërshërve.

Gjilpëra e Veress-it, janë me gjatësi 8 cm dhe gjërësi 2 mm, është instrument i cili shërben për lëshuarjen e CO2 në hapsirën abdominale dhe arritjen e pneumoperitoneumit. Përbëhet prej dy gypave – i brendshmi, i cili në maje është i rrumbullakët dhe ka vrimë për hyrje të gazit (CO2), si dhe të jashtëmin. Gypi i brendshëm është i lëvizshëm dhe ai gjat kalimit nëpër murin abdominal tërhiqet dhe hynë në gjërësinë e gypit të jashtëm i cila ka maje të mbreht.

Troakari (porta). Porta është instrument i cili vendoset nëpër murin abdominal, kurse mundëson që nëpër të futjen e teleskopit të laparoskopit dhe instrumenteve në hapsirën peritoneale. Ekzistojnë porta për një përdorim dhe për shumë përdorime. Gypi i jashtëm i portës në skajin e sipërm ka një apo dy valvula si dhe vazhduesin për lidhjen e gazit (CO2). Valvulat pengojnë

daljen e gazit (CO2). Diametri i brendshëm i gypit është 6 mm apo 11 mm dhe mundëson kalimin e instrumentetit të gjërësisë 5 dhe 10 mm. Pjesa e brendshme e troakarit apo shpuesja është pjesë më e gjat e cila majen e ka të mbreht dhe përmes së cilës prej murin abdominal. Puna me to duhet me qenë e kujdesshme, sidomos te futja e troakarit të parë i cili vendoset pa kontroll të teleskopit të laparoskopit (kjo vlen kur punohet me gjilpërën e Veress-it). Troakari duke u shtyrë me duar dhe duke rrotulluar gjysëm rrethi majtas- djathtas dhe në këtë mënyrë evitohet lëndimin e organeve. Pas vendosjes së troakarit, pjesa e brendshme shpuesje tërhiqet dhe në troakar vendoset teleskopi i laparoskopit dhe instrumentet tjerë.



Fig 2. Salla e operimit me aparaturën e laparoskopisë.

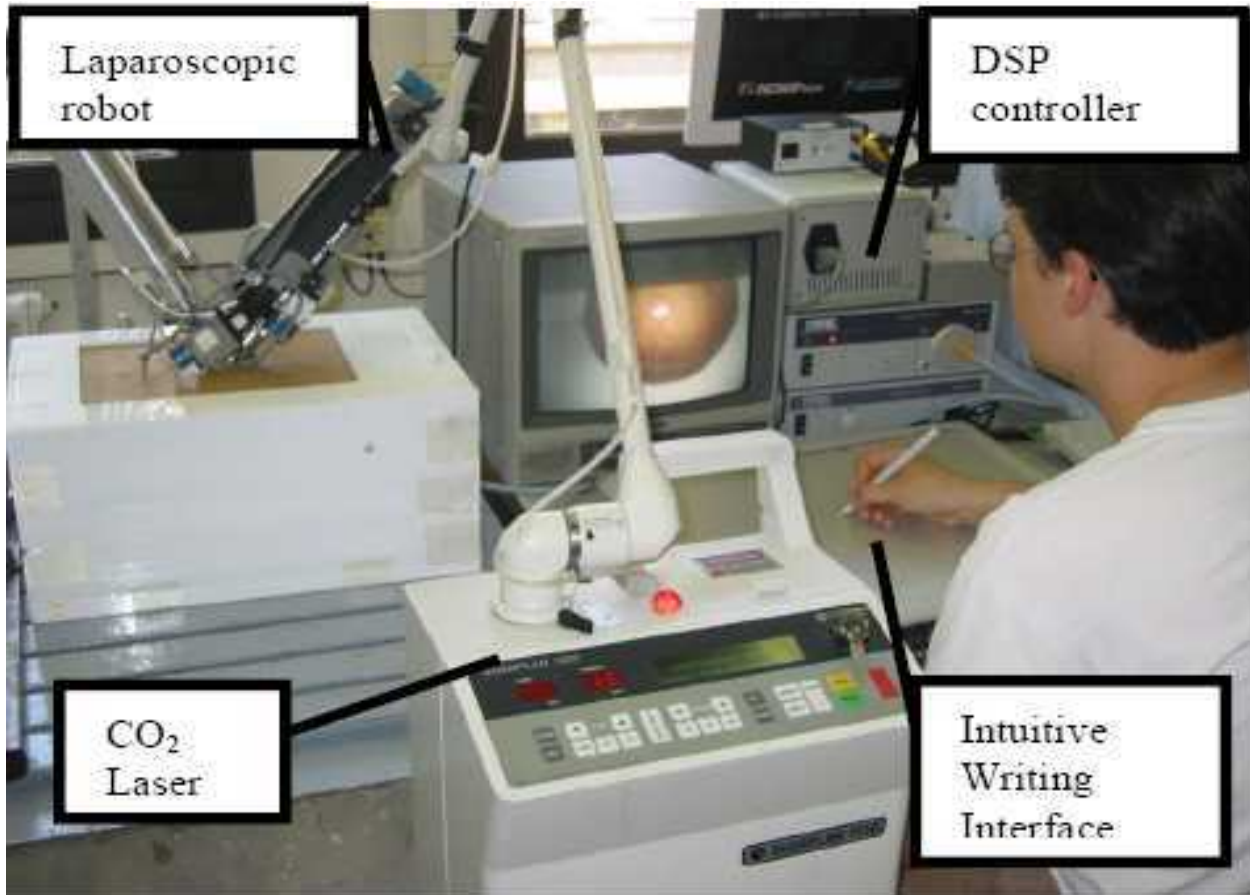


Fig. 3. Videokamera e teleskopit dhe ekzaminimi me laparoskop.

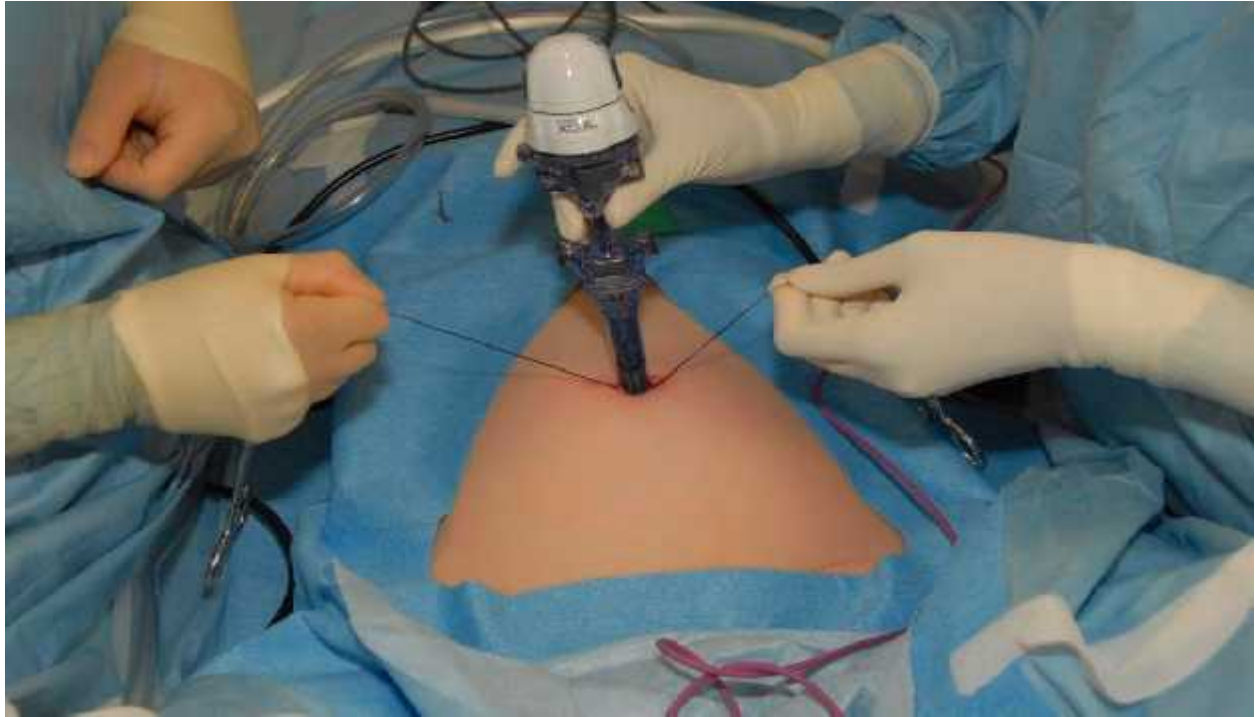


Fig. 4. Vendosja e Hasson-it dhe me penjë - përforcohet sutura e Hasson-it.

Metoda e Hasson-it është futja e troakarit të parë përmes vrimës (incizionit) së lëkurës afë 1cm që bëhet supra apo infraumbilikal, gjendet fascia e cila kapet me dy kapse, hapet fascia duke u prerë me skalp dhe në dy skajet e fascisë vendosen dy penj sutura të cilat shërbejnë për fiksimin e Hasson-it. Më pas përmes kësaj vrimë futet teleskopi i laparoskopit dhe vizualizohet kavititeti peritoneal. Kjo procedurë përdoret më shpesh kur pritet se do të ketë aderenca brenda abdomenit, çka nuk është e dëshiruar teknika e “mbyllur”, me gjilpërë të Veress-it.

Në bazë të literaturës botërore me gjilpërë të Veress-it më shpesh kemi lëndime krahasuar me teknikën e Hasson-it. Te ne më shpesh përdoret teknika e Hasson-it.

11. Anestezioni gjatë intervenimit laparoskopik

Ndryshimet patofiziologjike të kushtëzuara nga pneumoperitoneumi manifestohen si ndryshime në hemodinamikë, sistemin kardiovaskular, funksionin respirator, statusin acidobazik si dhe me sekretimin e disa hormoneve katabolike.

Veprimi mekanik i pneumoperitoneumit rrit shtypjen në kavitetin peritoneal, çka mund të sjellë deri te ndryshimet e qarkullimit të gjakut venoz në **vena cava inferior** dhe **sistemin portal venoz**. Kjo mund të sjellë deri te zvoglimi i akcionit të volumit të zemrës. Gjatë intervenimit laparoskopik shtypja duhet të jetë ndërmjet 10 deri 15 mmHg (**8**). Nëse shtypja në hapsirën abdominale është më e lartë se 20 mm Hg, vjen deri te zvoglimi i volumit minutor të zemrës edhe deri në 60 %. Ndryshimet hemodinamike të cilat paraqiten gjat kohës së pneumoperitoneumit janë të kushtëzuara me absorbimin e CO₂ dhe krijimin e hiperkapnisë. **Hiperkapnia shkakton aritmi të zemrës siq janë takikardia, ekstrasistolat ventrikulare, por mund të vjen edhe deri te asistolia.**

Nëse i sëmurë para operacionit ka pengesa kardiorespiratore, duhet bërë testet e ventilimit dhe oksigjenimin. Forca e hiperkapnisë është aftësia funksionale e ekskrecionit të mushkërive. Te këta të sëmurë, para operacionit, duhet të merret parasysh rrezikun që paraqitet nga retencioni i CO₂ dhe acidoza. Është e rëndësishme të dihet që shtypja e CO₂ në gazin e nxjerrur nga mushkërit nuk e paraqet gjendjen reale të nivelit të CO₂ në gjak, për shkak të zvoglimit të kapacitetit difuziv për CO₂. Duhet të bëhet përzgjedhja e drejtë e anestezionit, të rritet volumi respirator në minut si dhe të vëhet shtypje më e ulët e CO₂ intraperitoneal. **Insuficiencia respiratore akute paraqitet në 20-60 % të rasteve.**

Kjo manifestohet si hipoksi, hiperkapni, hipotension dhe dispne. Hipoksia karakterizohet me takikardi, dispne dhe cianozë. Hiperkapnia e shkallës së ulët shkakton hiperventilim, kurse ajo e shkallës së lartë mund të shkaktoj depresion cerebral, nga sedimi deri te narkoza me CO₂. Hipotensioni është një efekt indirekt i dobësimit të funksionit të zemrës në insuficiencën respiratore, kurse dispnea është një fenomen i cili synon të rrisë ndikimin e frymëmarrjes te ventilimi joefikas.

Është e ditur që CO₂ është difuzibil dhe solubil. Absorbimi i CO₂ në gjak sjell deri te hiperkapnia. Rritja e nivelit të CO₂ në gjak gjat anestezionit te kolecistektomia laparoskopike

manifestohet me rritje të shtypjes së CO₂ në gazin e nxjerrur nga frymarrja. Nëse shtypja e CO₂ në gazin e nxjerrur nga frymarrja është mbi 35 mm Hg, të sëmurin duhet me hiperventilue.

Me rritjen e shtypjes së CO₂ në gjak vjen deri te zvoglimi i pH dhe acidoza mesatare. Koncentrimi i bikarbonateve rrallë ndryshon.

Ndryshimet hormonale – rritja e ADH, kortikosteroideve, katekolaminave, prolaktinës dhe endorfinës, janë të kushtëzuara me rritjen e shtypjes abdominal, manipulimit nëpër organet abdominale dhe dhimbje.

Në ditët e sotme shumica e operacioneve laparoskopike kryhen me anestezion të përgjithshëm, por më pak edhe operacionet e shkurta mund të kryhen në anestezionin regjional apo lokal.

Në ditët e sotme shumica e operacioneve laparoskopike kryhen me anestezion:

- të përgjithshëm,
- anestezionin regjional dhe
- lokal.

Anestezioni i përgjithshëm ka përparësi sepse i sëmuri sipas nevojës mund të ventilohet, si dhe të relaksohet. Në anestezion pacienti futet me preparate të opiatit me veprim të shkurt apo të mesëm (alfentanil dhe fentanil). Opiatet japin anelgjezion të mirë, eliminimi është i shpejt, ekziston mundësia e veprimit reverziv, kurse kanë edhe stabilitet kardiovaskular. Në vend të anestetikëve inhalues më mire është me aplikue propofolin në infuzion 6-12 ml/kg/h. Relaksioni kryhet me një relaksant jodepolarizues (pavulon, trakrium).

Ventilimi kontrollohet duke kryer volumin 8-10 ml/kg, me inspirim të oksigjenit të fracionuar 0,35. Frekuenca dhe volumi i frymarrjes nga aparati i anestezionit përshtaten me koncentrimin e CO₂ në gazin e nxjerrur ashtu që presioni i tij të jetë 35 mm Hg.

Gjatë anestezionit te operacionet laparoskopike duhet të kontrollohet (monitorohet): puls, shtypja arteriale, EKG, saturimi i O₂ i matur me puls oksimetr, shtypja parciale e CO₂ në gazin e nxjerrur nga frymarrja, analizat gazore arteriale, pH dhe bikarbonatet.

Anestezioni regjional më së shpeshti kryhet te intervenimet e vogla gjinekologjike me laparoskop kirurgjike, por me përgatitje të mirë dhe zgjedhje të duhur të të sëmurit si dhe anesteziolog me përvojë, anestezioni regjional është i mundur edhe te intervenimet e mëdha kirurgjike laparoskopike siq janë kolecistektomia laparoskopike(68,69)dhe apendektomia(70).

Anestezioni lokal më së shpeshti aplikohet për qëllime diagnostifikuese(71), apo për operacione të shkurta në gjinekologjinë laparoskopike(72). Kushtet operative për intervenime të gjata duke

përdorur anestezionin lokal nuk kënaqin as të sëmurin e as kirurgun, edhe pse në disa vitet e fundit në anestezion lokal me sukses po operohen hernitë ingvinale me mënyrën laparoskopike(73,74). Për me krijue pneumoperitoneum preferohet përdorimi i oksidit të azotit (N₂O) sepse më pak shkakton ngacmime të dhimbjes duke irrituar diafragmën, si dhe insuflimi i gasit me shtypje më të ulët (< 10 mmHg) (75).

12. Përgjigjet neuroendokrine të organizmit në stress

Rolin kryesor për të aktivizuar sistemin mbrojtës të organizmit të njeriut në stress, në këtë mënyrë edhe në traumën operative e ka sistemi nervor qëndror (SNQ), i cili është si aktivator i përgjigjes endokrino-metabolike në lëndime, gjegjësisht në operacione. Gjatë stimulimeve të forta të cilat rrezikojnë jetën e pacientit, reaksionet neuroendokrine paraqiten për të stabilizuar funksionin kardiovaskularë dhe sigurojnë oksigjenimin, si dhe rregullimin e procesit energjetik gjatë të cilit krijohet glukoza dhe metabolit të tjerë të nevojshëm për funksionin e të gjitha organeve vitale. Stimulusit më të shpesht të cilët nxisin reflekset neuroendokrine janë: ndryshimi i vëllimit të qarkullimit të shtypjes së gjakut, ndryshimi i përqëndrimit të oksigjenit, dioksidi i karbonit dhe jonet e hidrogjenit për mirëmbajtjen e të gjitha funksioneve vitale të organizmit; dhimbjen, ngacmimi emocional; ndryshimin e përqëndrimit të sasisë të substratit, sidomos glukozës; ndryshimi i ambientit rrethues psh. temperatura, presionit atmosferik dhe infeksioni (sepsa). Mekanizmi i aktivizimit të sistemit nervor qendror pas lëndimit ose operacionit nuk është plotësisht i qartë. Faktori gjenetik ka një rol të rëndësishëm në përgjigjen e organizmit në stres dhe në shfaqjen e sëmundjeve të lidhura me stresin (76).

Studimet e fundit tregojnë se stresi akut shkakton lehtësim afat-gjatë të fascikulacionit të hipokampusit përmes të ashtu-quajturëve receptorë AMPA në tru (77). Eksperimentet në kafshë kanë treguar se korteksi si dhe një pjesë e trurit, vuan nga aspekti i ndryshimit të funksionimit të neuroneve, në nivelin e reaksioneve neurokimike dhe në nivel molekular në momentet kur kafsha i ekspozohet stresit (78). Është e njohur se rrugët aferente sensitive sidomos fijet e vogëla të mielinizuara (tipi A-delta) dhe jo të mijelinizirana fijet (C), transmetojnë shenja nga dëmtimi ose vendi i operimit në sistemin nervor qendror. Është vërtetuar se pas denervimit plotësisht mungon përgjigja adrenokortikale mbi vendin e lëndimit.

Në personin paraplegjik vjen deri te një rritje shumë më e ulët e nivelit të kortizolit në serum nëse operacioni është bërë në zonën e denervuar.

Në orën e parë pas prerjes në anestezi të përgjithshëm të kolecistektomia dhe hernioplastikës inguinale vlerat e hormoneve rriten dhe ndjeshëm pëson rritje në serum hormoni adrenokortikotrop. Por kjo përgjigje hormonale mungon nëse hernioplastika është bërë me anestezi spinal, dhe madje kur është aplikuar anestezi i përgjithshëm dhe blloku epidural **(79)**. Fiet aferente somato senzore simpatike si duket janë shumë më të rëndësishme se sa rrugët aferente vagale. Përveç stimulimit neurogjenn të sistemit nervor qendror, një rëndësi të madhe e kanë edhe mediatorët e liruar nga vendi i lëndimit ose nga qelizat inflamatore. Ndermjetsusit të cilët nxisin stimulimet aferente neurogjene i kontribuojnë hipernalgjisë postoperative duke përfshirë bradikininën, aminet vasoaktive, acidin arakidonik, dhe citokininat. Ekziston një përgjigje inflamatore e rritur e organizmit në traumën kirurgjike në aspektin e ekspresionit më të forte të citokininave të pacientët që vuajnë nga diabeti i tipit 2 në krahasim me ata që janë euglikemik **(80)**.

Reagimi kompleks i sistemit nervor qendror dhe periferik në stresin akut dhe kronik, përfshin citokininat, oksidin nitrik dhe prostaglandinet, të cilat rregullojnë reagimin e trupit ndaj stresit, dhe i cili mund të jetë i dëmshëm për homeostazën qelizore dhe për këtë arsye edhe për të gjithë organizmin **(81)**. Në gjendje të stresit një rol të rëndësishëm e luajnë neurotransmiterët, dhe neuropeptidet si ndërmjetës të stresit që ndikojnë në sistemin neuroendokrin dhe **imunitar (82)**. Megjithëse mekanizmi i aktivizimit të përgjigjes neuroendokrine ende nuk është plotësisht i qartë, ndryshimet në sekretimin e hormoneve pas lëndimeve ose operacionit janë prezente. Përgjigja neuroendokrine në stres që përfshin edhe reagimin e simpatikusit dhe veprimin e boshtit hipotalamo-hipofizar-gjendër mbiveshkore nuk është plotësisht i qartë.

Faktori rregullator kortikotropin (CRF) luan një rol qendror në reagimin e stresit për shkak se vepron në boshtin hipotalamo-hipofizar-gj. mbiveshkore. Sipas gjetjeve të fundit rol të rëndësishëm në përgjigje të faktorit stresit që ka ky hormon, si dhe në lirim të hormonit të rritjes dhe lirim të neuropeptidit Y, sistemi imunoreaktiv në diencefalon **(83)**. I rëndësishëm është fillimi i aktivitetit për shkak të rritjes së shpejtë të nivelit të katekolamineve në serum direkt pas lëndimit zakonisht për një periudhë prej 24 orësh kthehet në normale. Ekziston edhe korrelacion midis shkallës së lëndimit ISS (Eng. Injury severity score = ashpërsia e lëndimit) **(84)**.

Në të njëjtën kohë aktivizimi i simpatikusit, aktivizon edhe boshtin hipotalamo-hipofizar-gjëndërm-biveshkore. Ky bosht është një komponent e rëndësishme gastroprotektive duke ju falënderuar glukokortikoidëve, si pjesë e një përgjigje të përgjithësuar të stresit **(85)**. Si rezultat i aktivizimit të boshtit në fjalë dhe simpatikusit, rezulton me një rritje të lirimit të shumë hormoneve, veçanërisht atyre me veprim katabolik. Një orë pas prerjes është vërejtur rritje e vlerave të hormonit antidiuretik (ADH), hormonit adrenocortikotrop (ACTH), hormonit të rritjes, kortizolit dhe glukagont. Lirimi i insulinës ka rrjedhje bifazike: pas rënjes së drejtpërdrejtë të sekretimit post-traumatikë, ka një rritje e rezistencës periferike të indeve ndaj insulinës. Ka gjithnjë e më tepër dëshmi se rritja e sekretimit të hormoneve nuk mundet të shpjegojë plotësisht të gjitha ndryshimet metabolike që ndodhin në fazën "flow"- (7-10 ditë pas intervenimit kirurgjik).

Në mbështetje të këtij fakti tregojnë të dhënat mbi ndryshimet hormonale pas laparoskopisë dhe metodës së hapur kolecistektomike. Disa hulumtime tregojnë se nuk ka korrelacion në mes të shkallës së lëndimit dhe nivelit të kortizolit në serum, ndërsa studime të tjera e mohojnë këtë hipotezë **(86)**.

Rezultatet e kirurgjisë laparoskopike reduktojnë incidencën e traumës kirurgjike në krahasim me intervenimin e hapur konvencional. Krahasimi i rritjes së hormoneve të stresit pas kolecistektomisë klasike dhe kolecistektomisë laparoskopike, nuk është treguar ndryshimi në nivelin e ACTH, hormonit i cili liron (CRH), kortizolit dhe adrenalines dhe rritja e noradrenalines, ishte shumë i lartë pas ndërhyrjes laparoskopike në 20 minutat e fillimit të operacionit të **(87)**.

Gjithashtu, aplikimi i anestezisë epidurale gjatë operacionit laparoskopikë të kolonit në kombinim me anestezionin e përgjithshëm zvogëlon reagimin e organizmit ndaj stresit **(88)**.

13. Proteina C-reaktive

Proteina C-reaktive është e njohur në diagnozën laboratorike si proteinë plazmatike më e studiuara, e cila shërben si marker i inflamacionit, i cili është një tregues i rëndësishëm i inflamacionit, nekrozës së indeve dhe traumave. Ajo ka ndjeshmëri të lartë. Në gjak ka edhe

proteina tjera sic janë: proteina inflamatore, si fibrinogjeni, amiloidi A dhe interleukin 6. Në persona normal CRP është e pranishme në përqendrime shumë të ulëta.

CRP i takon familjes pentraksi proteinave, dhe prodhohet nga qelizat e mëlçisë dhe qelizat yndyrore. Nga përbërja është një glikoproteinë me peshë molekulare 110 KD, sipas formës është një pentamer ciklik, sipas përbërësjes është një anëtar i grupit të proteinave i njohur si reaktiv akut në fazën e inflamacionit. Gjegjësisht vjenë deri te rritja e vlerave në rastin e inflamacionit. Vlerat, në raste të inflamacionit mund të rriten deri në qindra herë brenda 24 orëve. Prandaj, në vitet e fundit CRP mund të përdoret për diagnostifikim dhe mund të përdoret si test zëvendësues i sedimentimit të eritrociteve (SE).

Në fazën e përgjegjes imune, organizmi i përgjigjet në ndonjë infeksion, CRP është një protein e rëndësishme imune. Rritja e përqendrimit në gjak është 6-9 orë pas fillimit të infeksionit, dhe maksimumin e arrin prej një deri në tre ditë, pas një rritje të mëparshëm të interleukinës-6, e cila prodhon qeliza imunitare të ndryshme.

CRP më shpesh përdoret për të konfirmuar ekzistencën e inflamacionit akut, sëmundjeve tjera organike dhe të ndryshme kronike të inflamacionit kronik, sic janë: sëmundjet reumatike dhe tumoret malinje. CRP dhe laktat dehidrogjenaza janë si faktor me rëndësi si të pavarur dhe paralajmërues i pankreatitit akut të rëndë. Sipas studimeve të fundit CRP in vitro rrit aftësinë kemotaktike të monociteve **(89)**. CRP është një komponent e rëndësishme inflamatore e gjetjeve në testet e gjakut (WBC), te sindroma metabolike japoneze **(90)**. Gjithashtu sipas studimeve më të fundit përqendrimi i lartë i CRP në procesin e aterogjenezës **(91)** dhe fibrilacionit arterial **(92)**. Është e rëndësishme të bëhet dallimi bakterial nga infeksion viral. Në infeksionet virale CRP mbetet në gjak dhe janë përcaktuar vlera më të ulëta, por në qoftë se shkaktohet infeksioni bakterial, me ç'rast vlerat e saj janë të larta.

Përveç zbulimit të përgjegjes inflamatore akute, vlerësimi i përqendrimit të CRP-së është përdorur në vlerësimin përparimit të sëmundjes ose efikasiteti i trajtimit me terapi. CRP është veçanërisht e rëndësishme në diagnostikim, monitorimin e terapisë së infeksioneve në foshnjat e lindura parakohe dhe të porsalindurit. Pas operacioneve kirurgjike përqendrimi i CRP rritet për dy deri në gjashtë orë, dhe bie në ditën e tretë pas operacionit. Vlerat e CRP janë të larta, por edhe parametrat tjerë inflamatore te pacientët të cilët iu kanë nënshtrua operacionit klasik për shkak të kalkulozave të fshikzës biliare, që nënkupton plagë më të madhe operacionale, në

krahasim me metodë moderne laparoskopike **(93)**. Rritja pas kësaj periudhe tregon infeksion si një komplikacion i operacionit.

Para se të mirret gjaku në një laborator mjekësor, nuk ka përgatitje të veçantë. Koncentrimi i CRP u përcaktua nga një mostër e pjesës së lëngshme të gjakut (serum ose plazm) me metoda të testimit biokimik, kurse në vitet e fundit metoda më e shpeshtë është imunoturbidimetria.

Vlerat referente nuk ndryshojnë te mashkujt dhe te femrat, kurse ndryshojnë nga laboratorit në laborator, nga 0 deri në 1.0 mg / dL ose më pak se 10 mg / L. Përveç kësaj, nuk ka ndryshime statistikisht të rëndësishme duke pasur parasysh nivelin e CRP në lidhje me moshën. Testi pozitiv i CRP jep informacione mbi ekzistencën e proceset inflamatore në organizëm, duke përfshirë më së shpeshti kancerin, sëmundjet e indit lidhorë, infarktin e miokardit, infeksionin, sëmundjet inflamatore të zorrëve, lupusin eritematos sistemik, inflamacionin pulmonar, artritin reumatoid, tuberkulozën etj. Përqendrimi normal i kësaj proteine nuk përjashton mundësit inflamatore të lehtë ose sëmundjet kronike (koliti ulcerativ, lupusin eritematoz sistemik).

Faktorët që mund të ndryshojë vlerën e CRP mund të jenë biologjik dhe analitikë. Nga biologjik janë: rritja e ngarkesës fizike, shtatzënia, kontraktivët oralë, lartësia e lartë mbidetare. Nga faktorët analitike janë rritja e nivelet të yndyrnave në serum dhe ekzistenca e të ashtuquajturit faktorit reumatoid. Duhanpirësit kanë nivele dukshëm më të larta në serum të CRP se sa jo-duhanpirësit. Sipas vlerave të ndieshmërisë së lartë të CRP mund të vlerësohet rreziku i sëmundjeve kardiovaskulare. Vlerat e zvogëluara të CRP mund të gjenden në persona të cilët trajtohen me barna për uljen lipideve në gjak, ose në terapi me aspirinë. Sipas studimeve të shumta, kjo protein është treguar si prediktiv!! i lartë në kuptimin paralajmërimit të sulmit të mundshëm në zemër, goditje në kokë, kurse është i dobishëm për monitorimin e efikasitetit të mjekimit të sëmundjeve kardiovaskulare.

14. Interleukinat (IL)

Substanca kimike interleukinet i përkasin grupit të citokinës. Roli i interleukineve në komunikim në mes qelizave të sistemit mbrojtjes. Janë ndërmjetësues të rëndësishme të inflamacionit, aktivizohen leukocitet dhe indukohet proliferimi dhe diferencimin e tyre. Deri më sot janë të njohura 25 lloje të interleukineve. Luajnë rolin e citokineve proinflamatore dhe

anti-inflamatore në të njëjtën kohë. Me përjashtim të makrofagjeve të sekretuara nga limfocitet T. Ajo stimulon përgjigje imune ndaj traumave, sidomos djegije të rënda dhe dëme të tjera të indeve që rezultojnë me një reagim inflamator.

15. Insulina

Hiperglikemia, stresi është i lidhur ngushtë me hormonet e stresit, citokineve dhe sistemit nervor qendror. Pasojë e stresit është quajtur shpesh rezistenca qendror insulinës, e cila është e lidhur me rritjen e glukoneogenesis hepaticke, dhe gjithashtu rezistenca periferike insulinë, e cila përfshin inhibimin e sintezës, glikagon në muskul qelizat në periferi (Van Cromphaut, 2009). Studimet e fundit sugjerojnë se hiperglikemia rrit përgjigje inflamator ndaj stresit, ndërsa insulina ka efektin e kundërt. Disa studime kanë gjetur se pas një operacioni në kirurgjin abdominal krijohet e ashtuquajtura. rezistenca ndaj insulinës. Ky fenomen është i lidhur ngushtë me një defekt në funksion të ashtuquajturit sinjal sistem transferim në receptorin insulin (GLUT4). Shkaku i kësaj mungese nuk është testuar ende plotësisht. që ndodhet në membranën qelizore Në një studim të kryer nga autori Dock-Nascimento dhe bashkëpunëtorët e tij në vitin 2012 provoi qëllitje paraoperative e glutamin dhe maltodextrin, dy orë para operacionit përmirëson ndjeshmërinë e insulinës në pacientët meolecistektomi laparoskopike (94). Kirurgjisë abdominale administrimi oral para operacionit komponimet e karbohidrateve me aminoacide përmirësojnë rezistencën e insulinës te pacientët të cilët kanë patur heqje të mëlçisë (95). Hulumtimet e fundit mbi minjtë tregon se insulina ka një rol të rëndësishëm vaskulo-protektiv (96).

17. Hormoni Adenokortikotrop (ACTH)

Disa studime kanë vlerësuar ndikimin e stresit gjatëolecistektomisë laparoskopike dhe të hapur në përqendrimin e kortizolit dhe nivelit të ACTH (97). Rezultatet ndryshojnë në varësi të studimeve. Calvo dhe bp. e tij kryen një studim interesant klinikë në të cilën ai ka krahasuar përgjigjet ndaj stresit gjatëolecistektomisë laparoskopike në pacientët të cilët ishin në anestezion të përgjithshëm, e cila ishte dhënë më parë si anestezion spinal dhe pacientët në grupin e dytë që gjithashtu ishin në anestezion të përgjithshëm, por e cila ishte dhënë më parë anestezioni epidurale. Vlerat intraoperative të kortizolit, ACTH, adrenalines dhe katekolaminave

ishin dukshëm më të ulëta në grupin e kolecistektomisë të kombinuar me anestezion të përgjithshëm dhe spinal. Një kombinim i anestezionit të përgjithshëm dhe spinal mund të reduktohen gurët në idhëz **(98)**. Dieta paraoperative orale zvogëlon reagimin e organizmit ndaj stresit pas kolecistektomisë laparoskopike. Pacientët të cilët janë ushqyer një natë para intervenimit me kolecistektomi laparoskopike kanë një rritje më të vogël në CRP dhe nivele më të ulëta të kortizolit në 48 orët e para postoperative, në krahasim me ata pacientë që nuk kanë marrë ushqim**(99)**.

16. Tiroksina

Studime të shumta kanë raportuar ndikimin e stresit kirurgjik në sekretimin dhe përqendrimin e T3 dhe T4 në gjak. Një studim i kryer nga Sari dhe bp. e tij në vitin 2004, në të cilën ai ka konstatuar efektin e kolecistektomisë laparoskopike në përqendrimin e proteinës C reaktive, hormoneve tiroide dhe citokineve gjashtë orë para intervenimit dhe gjashtë orë pas intervenimit, Studimet treguan se përqendrimi i nivelet të lirë të tiroksinës pas intervenimit kirurgjik ka rënë në krahasim me vlerat preoperative **(100)**. Studime të tjera tregojnë nivele më të ulta të tiroksinës në pacientët me trauma të cilët janë të shoqëruar me hipotension arterial **(101)**.

18. Reagimi i organizmit ndaj stresit

Gjatë proceseve imune dhe inflamatore që ndodhin si përgjigje e traumave gjatë operimit në kirurgji ndërmjetësuesit e fshehtë të inflamacionit janë të ngjashëm me hormonet dhe janë quajtur si "citokina". Ndërmjetësit gjenerojnë limfocite T dhe B të cilat quhen limfokina, dhe ato prodhohen nga monocitet dhe makrofagët të quajtur si monokine. Ndërmjetësit të cilët sigurojnë sinjal intracelular përfshihen në imunitet dhe inflamacion duke rregulluar diferencimin dhe zhvillimin e qelizave të bardha të gjakut. Citokina, interleukin-6 (IL-6) është një nga mediatorët e hershëm.

Hulumtimet e fundit tregojnë se ka dallime në sekretimin e interleukinës-6, dhe citokinave të cilat janë më të larta te femrat se sa te mashkujt në situata të vështira **(102)**. Nuk kishte asnjë

sinjifikancë statistikore në dallimin e përqendrimeve të IL-6 gjatë apendektomisë laparoskopike dhe të hapur **(103)**.

Proteina CRP është reagues kryesor i proceseve inflamatore dhe niveli i saj në gjak rritet pas katër orë të intervenimit kirurgjik. CRP e ngritur në serum mund të gjendet deri në dy javë pas operacionit **(104)**. Vlerat e CRP ishin më të mëdha te stresi kirurgjik, dhe rritje dukshëm më i vogël e CRP është vërejtur pas laparoskopisë kundrejt metodës së hapur kirurgjike. Të tjerët autorët raportojnë se nuk ka asnjë ndryshim në vlerat e CRP në mes të metodës së hapur dhe laparoskopike **(105)**. Koncentrimi i IL-6 në serum është më i ulët te pacientët të cilët ishin operuar me shtypje të CO₂ të ulët të abdomenit, në krahasim me ata që janë operuar me shtypje standarde. Por hulumtimi i kryer nga Torres me bp. në vitin 2009 në Poloni e mohon këtë konstatim **(106)**. Përgjigja inflamatore sistematike e hulumtuar te kolecistektomia që është bërë transvaginal në derra. Grupi i kontrollit të derrave u përzgjodh për intervenime me laparoskopji. Këtu vijnë në përfundim se në fillim nuk kishte ndryshime sinjifikante në përqendrimin e IL-6 dhe TNF në serum; ndryshimet paraqiten ditën e dytë pas intervenimit në mes të dy grupet. Ky hulumtim interesant ende duhet të presë verifikimin e tij në njerëz. Studimet janë bërë në bazë të përcaktimit të lidhjes në mes të aktivitetit të stomakut mioelektrik dhe përgjigjes sistematike inflamatorë në pacientët me kolecistektomi laparoskopike dhe me metodë të hapur. Është përfunduar se ekziston një korrelacion në mes të aktivitetit të stomakut mioelektrik, të ashtuquajtur bradigastria dhe përqendrimin të IL-6 në periudhë postoperative, sepse IL-6 luajnë një rol në imunitet, duke shkaktuar një ndikim në aktivitetin e stomakut mioelektrik **(107)**.

Në literaturën ndërkombëtare diskutohet mjaft për rëndësinë mjeksore dhe ekonomike të kolecistektomisë laparoskopike ambulantore, gjithashtu diskutohet edhe rëndësia e apendektomisë laparoskopike ku koha e intervenimit është më e gjatë; kirurgët preferojnë më shumë metodën laparoskopike, për shkak të përmirimit të rezultateve postoperative dhe i jepet përparsi metodës laparoskopike. Duhet sqaruar konvertimin, ku kirurgu e bën për dy arsye që njëra është pamundësia e vazhdimin të operacionit me metodën laparoskopike dhe nuk konsiderohet komplikim, por vetëdije e lartë e operatorit për ta kryer operacionin me sukses dhe e dyta kur konsiderohet si komplikim ku për shkak të lëndimit të shkaktuar me troakar apo instrumente (koledoku apo ndonjë organ tjetër) gjakderdhja nuk mund të ndalet me laparoskopji atëherë duhet ti kthehet metodës së hapur. Përvoja e kirurgut është gjithmonë faktor i rëndësishëm për vlerësimin se a do të konvertohet apo jo. Kirurgu me më pak përvojë do të ketë

më shumë konvertime. Kolecistektomia laparoskopike ka kunderindikime absolute, ato janë: sindromi Mirizzi dhe malignomat e kolecistës. Grupet me rrezik do të jenë: gangrena e v.fellae, perforacioni, pankreatiti akut, disa sëmundje të heparit (hepatiti akut, ciroza e dekompenzuar, malingoma e heparit, hemangioma kavernoze, abcesi i heparit dhe sindroma Budd-Chiari). Nga kjo mund të konkludojm se selektimi i pacientëve preoperativ është i rëndësisë së madhe e pastaj edhe gjatë punës kur është evidente se do të komplikohet gjendja, këto janë arsytet e ekzistimit të sallës dhe setit komplet dhe stafit të trajnuar për kolecistektominë me metodën e hapur për të cilën edhe pacientit preoperativ i tërhiqet vërejtja si mundësi dhe kërkohet pëlqimi i tij me shkrim.

Në të ardhmen teknologjia për përdorim nga distanca (largësia) do t'i tejkalojë kufizimet në instrumentet e tashme. Nuk ka dyshim që pas 20 viteve disa kirurgë do të operojnë ekskluzivisht nëpërmjet ekranit të kompjuterit duke kontrolluar një pajisje mjeshtër-robot. Nëse makineria e kontrolluar në mënyrë kompjuterike mund të imitojë vetëdijen, përshtatshmërinë dhe diturinë e kirurgut human, një ndërmarrje e tillë në arenën e kirurgjisë është në të vërtetë e mundur. Në dhomën e operacioneve në të ardhmen, mjekët do të përdorin mjete të vogla të teknologjisë së lartë të cilat do të udhëtojnë brenda trupit të njeriut me zhdërvjedhtësi dhe precizitet të pa imagjinueshëm. Edhe pse potenciali i kirurgjisë robotike vetëm sa ka filluar por, përparimi mund të vijë shpejt. Operacioni laparoskopik i fshikëzës së tëmthit u bë për herë të parë më 1987, por ai u bë standard brenda pesë vitesh. Një ditë kirurgu mund t'i përdorë pajisjet robotike për të hyrë brenda trupit nëpërmjet vrimave. Ato mund të bartin instrumentet mjekësore brenda abdomenit, ku ato do të komandoheshin në mënyrë të thjeshtë kompjuterike **(108, 109)**.

19. Qëllimi dhe Objektivat e Punimit

Qëllimi i punimit është të tregohet arsyeshmëria mjekësore dhe ekonomike e kolecistektomisë laparoskopike krahas metodës së hapur në spitalin e Gjilanit; përcaktimi i shpeshtësisë së kolelitiazës sipas gjinisë dhe moshës, të vëhen në pah faktorët etiologjik më të shpeshtë, të përcaktohet mënyra më e mirë e mjekimit të kësaj patologjie, të përcaktohen mangësitë e mënyrës së vjetër të mjekimit në krahasim me mënyrën bashkohore të mjekimit. Duke analizuar mangësitë e metodës së hapur në krahasim me laparoskopinë dhe të gjitha këto duke i krahasuar me rezultatet e autorëve të tjerë nga literatura.

20. Objektivat specifike të studimit

Objektivat specifike të këtij studimi përfshijnë komponentët e mëposhtëm:

1. Komplikimet intraoperative dhe postoperative të kolecistektomisë laparoskopike (KL) dhe kolecistektomia e hapur (KH).
2. Komplikimet në 24 orët e para
3. Koha e mbajtjes së drenit abdominal
4. Konvertimi
5. Koha e marrjes së ushqimit per oral
6. Koha e aktivizimit fizik
7. Sasia e marrjes së analgjetikëve dhe kohëzgjatja e marrjes
8. Sasia e antibiotikëve dhe kohëzgjatja e marrjes
9. Komplikimet postoperative të më vonëshme
10. Kohëzgjatja e operacionit
11. Koha e rikthimit në punë dhe jetë normale e pacientit
12. Koha e qëndrimit në spital në të dy rastet e intervenimit (KL) dhe (KH)
13. Numri i personelit i nevojshëm për intervenim
14. Zgjatja e rekonvaleshencës në bazë të ditëve në pushim mjekësor
15. Kostoja e mjekimit në të dy rastet e intervenimit (KL dhe (KH).

21. Hipotezat

Ky punim është bazuar në shumë hipoteza shkencore të artikuluar në hyrje të punimit. Hipotezat kryesore të këtij punimi janë renditur si më poshtë:

- Trajtimi sipas sistemit bashkohor – objektivi i këtij punimi është informimi i pacientit rreth natyrës së intervenimit laparoskopik, si dhe sigurimi i bashkëpunimit me mjekun. Kjo njohje konsiston edhe në përcjelljen e parametrave dhe gjendjes së vet pacientit në baze të analizave të bëra.
- Trajtimi i bazuar në sistemin kontinual është në varshmëri të drejtpërdrejtë me intenzitetin e vet sëmundjes. Kështu që rastet e përzgjedhura nuk do të tregojnë ndryshueshmëri retrospektive. Përcjellja e pacientit është bërë në mënyrë subjektive dhe objektive.
- Intervenimi i arsyeshëm laparoskopik – është bërë në bazë të ekzaminimeve: laboratorike, ultrazëri abdominal dhe ekzaminimet imazherike.
- Te cila metod është më e shpeshtë paraqitja e komplikimeve intraoperative ose postoperative të kolecistektomia laparoskopike (KL) apo të kolecistektomia e hapur (KH). Te cila metod hospitalizimit është më i shkurtur të pacientët e operuar me KL apo KH.
- Koha e marrjes së ushqimit për os, si dhe koha e aktivizimit fizik dhe koha e mbajtjes së drenit abdominal të pacientët e operuar me metodën e KL ose KH.
- Sasia e antibiotikëve dhe analgjetikëve në aspektin kohor të pacientët e operuar me metodën KL apo KH.
- Cilat janë mundësit e identifikimit të elementeve të rëndësishëm gjatë operacionit të kufizuar të KH apo KL.
- Cila është mundësia e dëmtimit të elementeve të rëndësishme gjatë operacionit me KL apo KH.
- Sa është koha e zgjatjes së operacionit gjatë KL dhe KH.
- A është dehiscenca e plagës e mundshme vetëm të KH apo edhe të KL.
- A janë infeksionet e plagëve në përqindje më të lartë tek teknika e KH apo të KL.

- A është mundësia e eksplorimit të hapësirës peritoneale dhe organeve të saja me e kufizuar tek KL apo te KH.
- Koha e rikthimit në punë dhe në jetë normale.
- Totali i shpenzimeve për mjekimin.
- Roli i hormoneve - CRP në shkaktimin e stresit gjatë intervenimit me metodën KL dhe KH.
- Roli i grupeve të gjakut në etiopatogenezën e kolecistitit kalkuloz.
- Mendimi dhe vlerësimi i metodave të lartpërmendura duke u bazuar në rezultatet tona dhe rezultatet e literaturës botënore.
- Prej momentit kur është bërë kolecistektomia laparoskopike e parë është shfaqur hipoteza ndërmjet kirurgëve se metoda minimale invazive kirurgjike në operimin e fshikëzës biliare është aplikuar vetëm te fshikëza biliare jo inflamatore e ashtuquajtur e „e ftoftë“ ose te inflamacionet kronike. Tani kolecistektomia laparoskopike është bërë metod standarde e „artë“ në mjekimin e kolelitiazës.
- Me përsosshmërin e aparaturës dhe teknikës operative te operacionet laparoskopike gjithnjë e më tepër bëhen operacione te inflamacionet akute.
- Ekzistojnë dilema te kirurgët cila metodë është më e mirë për pacientët me inflamacion akut, cila metod ofron lehtësi, rehabilitim më të shpejtë dhe më të sigurt, cila metodë ka komplikime më të vogëla, ku ka invaliditet më të vogël, ku është shpenzimi më i vogël i medikamenteve, numri i ditëve të hospitalizimit dhe rekonvalescenca.
- Në bazë të stafit të nevojshëm për metodën e hapur në krahasim me metodën laparoskopike dallimi është se në kirurgjinë laparoskopike janë të nevojshëm kirurgu-laparoskopist, asistenti i parë që mban kamerën (e tani në shumë klinika kamerën e mban roboti i ashtuquajtu „ZEUS“ i cili ka mundësi edhe të telekomandohet) dhe një instrumentare ndërsa në metodën e hapur: kirurgu, asistenti i parë i dytë dhe i tretë me instrumentare dhe anestezioni për të dy këto metoda.

22. Metodologjia e punës

Janë marrë të dhëna nga protokoli i pacientëve nga Janari i vitit 2012 deri në Janar të vitit – 2014 në kirurgjinë e spitalit rajonal të Gjilanit ku bëhet intervenimi me kirurgjin laparoskopike me metoden endoskopike dhe nga protokoli i kirurgjisë klasike me metodën e hapur. Për këtë punim do të përpunohen 389 të sëmurë me kolecistit kronik kalkuloz të moshës mbi 20 vjeqare deri në moshën 70 vjeqare, të cilët janë ekzaminuar, diagnostifikuar, dhe janë operuar dhe përcjellur 2 vite pas operacionit dmth punimi është prospektiv. Sa i perket trajtimit, ata janë të ndarë në dy grupe: grupi i hulumtuar (GH) ku është zbatuar trajtimi laparoskopik në 190 pacient dhe grupi i kontrollit (GK) me trajtim të hapur ku janë përfshirë 199 pacient. Të sëmurët do të ndahen në dy grupe (femra dhe meshkuj). Grupa e femrave përbëhet nga 312; kurse meshkuj janë 77 të sëmurë. Te 152 femra është bërë intervenimi me metodën laparoskopike; kurse 160 janë operuar me metodën e hapur. Kurse me metodën laparoskopike janë operuar 38 persona të gjinisë mashkullore; dhe 39 persona mashkuj me metodën e hapur. Këtu kemi të bëjmë me një grup studimor homogjen të hulumtimit.

Te të gjithë të sëmurët është marrë anamneza, është bërë egzaminimi objektiv dhe janë bërë egzaminimet hematologjike-biokimike rutinore dhe specifike për pacientët që përgatiten për ndërhyrje kirurgjike në rrugët biliare. Sa i perket moshës, përqindje më të lartë është mosha 60-69 vjeqare. Raporti gjinor femra-mashkuj në studimin tonë del ky raport (femra 80% dhe meshkuj 20%) që është një raport i përafërt me punimet e ngjashme të autorëve të tjerë nga literatura. Pas përcaktimit të karakteristikave që i dallojnë këto dy teknika siq janë ato që nga fillimi i incizionit, mundësia e eksplorimit të kavitetit, mundësia e identifikimit të elementeve të rëndësishme në operacion, komplikimeve gjatë operacionit, numrit të rioperacioneve, kohës së zgjatjes së operacionit, mesatarës së qëndrimit në spital, kohës së kthimit në punë dhe jetës normale të të sëmuarit dhe krejt në fund totalit të shpenzimeve për mjekimin e një të sëmuari, në bazë të rezultateve tona dhe rezultateve të ngjashme nga autorët e tjerë del se teknika e vjetër e përdorur deri më tani pothuajse nuk ka ndonjë vlerë në krahasim me teknikën e re laparoskopike **(110)**.

Nga analizat e bëra janë: pasqyra e gjakut, bilirubina totale, bilirubina direkte, ALT,AST, kolesterol, LDH, GGT, CRP, fosfataza alkaline, amilazat, koha e koagulimit, koha e gjakderdhjes, glikemia, azotemia, kreatinina, elektrolitët, RTG pulmo, EKG.

23. Përpunimi statistikor

Analiza statistikore është kryer me programin statistikor: SPSS 17.0; Të dhënat e grumbulluara janë përpunuar me ndihmën e metodave statistikore të poshtëshënuara:

- Bazat e të dhënave janë formuar me përdorimin e programeve kompjuterike specifike për këtë destinim. Përpunimi i tyre është kryer me ndihmën e **metodave deskriptive dhe analitike standarde**.
- Seritë statistikore atributive analizohen me caktimin e koeficientit të raporteve, të përpjesëtimeve si dhe me përcaktimin e rëndësisë statistikore midis dallimeve të konstatuara – **Differenc testit**.
- Seritë numerike janë analizuar me masat e tendencës qendrore si dhe me masa të disperzionit të të dhënave (**mesatarja dhe devijimi standard**).
- Te seritë numerike të cilat ka një shpërndarje normale, signifikimi i dallimit testohet me t-test.
- Te seritë numerike të cilat ka shmangie nga shpërndarja normale, signifikimi i dallimit testohet me **Mann-Whitney U test**.
- **Me Shapiro-Wilk`s test është** ekzaminuar shpërndarja normale e ndryshimeve
- **Për CI (confidence interval ± 95% CI)** është përkufizuar rëndësia statistikore e nivelit të gabimit më të vogël se 0,05 (p).
- Rezultatet janë pasqyruar në mënyrë tabelare dhe grafike

24. Rezultatet

Në studimin prospektiv marrin pjesë 389 pacientë me kolecistitis kronika kalkuloza në Spitalin Rajonal të Gjilanit. Sa i përket trajtimit, ata janë ndarë në dy grupe: grupi hulumtus (GH) ku është zbatuar trajtimi laparoskopik-190 dhe grupi i kontrollit (GK) me trajtim të hapur klasik – 199 (Tab. dhe Graf. 1). Dallimi procentual që regjistrohet midis laparoskopisë – 48.8 % dhe trajtimit të hapur klasik – 51.2 % sipas testi diferencues, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0,05(p=0,5034)$. Bëhet fjalë për një grup studimor homogjen të hulumtimit.

Tabela nr. 1. Pasqyra e grupit të pacientëve të përfshirë në studim sipas trajtimit

trajtimi	N	%
GH	190	48,8
GK	199	51,2
totali	389	100.0

Grafikoni nr. 1. Pasqyra e grupit të pacientëve të përfshirë në studim sipas trajtimit

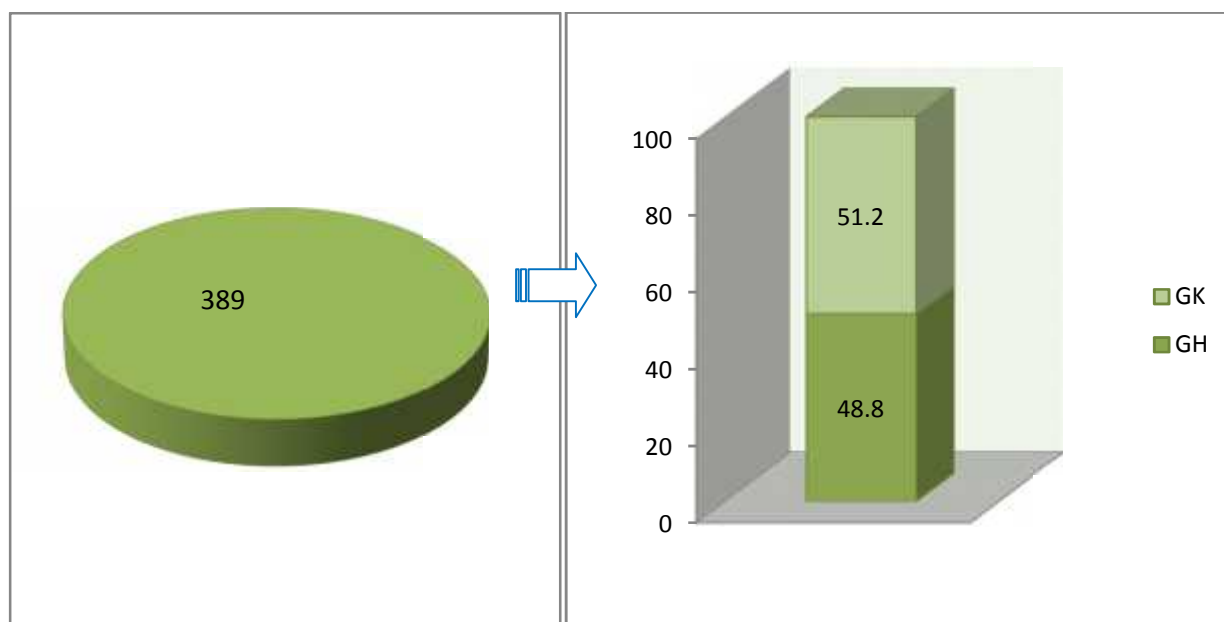
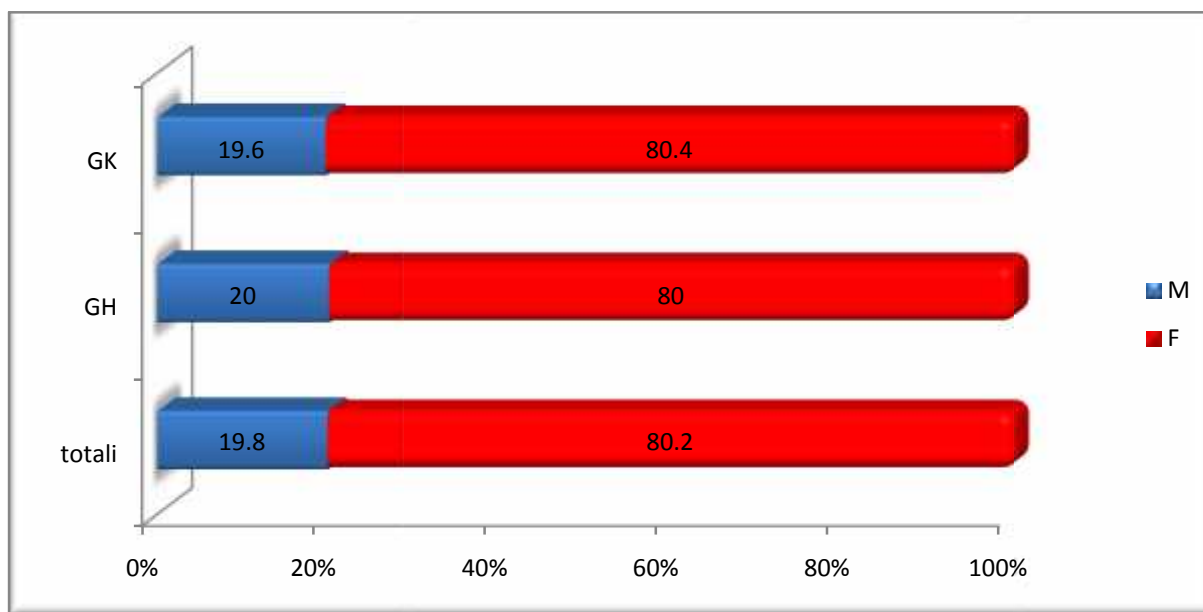


Tabela nr. 2. Pasqyra e pacientëve të përfshirë sipas gjinisë dhe grupeve

gjinia	totali		GH		GK	
	N	%	N	%	N	%
M	77	19,8	38	20,0	39	19,6
F	312	80,2	152	80,0	160	80,4
totali	389	100.0	190	100,0	199	100,0

Grafikoni nr. 2. Pasqyra e pacientëve të përfshirë sipas gjinisë dhe grupeve



Në këtë studim, 80.2 % e pacientëve janë të gjinisë femërore (F), ndërsa 19.8 % janë të gjinisë mashkullore (M). Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinive sipas testi diferencues, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0,05$ ($p = 0,00000$) (Tab. dhe Graf. 2).

Në GH, 80.0% e pacientëve janë të gjinisë femërore, ndërsa 20.0% janë të gjinisë mashkullore; në GK, 80.4% e pacientëve janë të gjinisë femërore, ndësa 19.6% janë të gjinisë mashkullore.

Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinive të të dy grupeve (GH =80.0% vs 20.0%; GK=80.4% vs 19.6%) sipas testi diferencues, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p<0,05(p=0,00000)$.

Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinive të njëjta midis dy grupeve (GH =80.0% dhe GK=80.4%; GH=20.0% dhe GK=19.6%) sipas testi diferencues, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0,05$.

Tabela nr. 3. Pasqyra e moshës mesatare të pacientëve të të dy grupeve

Grupet	\bar{X}	N	Dev.Stad	Minim.	Maxim.
GH	50,4	190	13,67428	21,0	84,0
GK	51,7	199	13,88341	21,0	85,0

Grafikoni nr. 3. Pasqyra e moshës mesatare të pacientëve të të dy grupeve

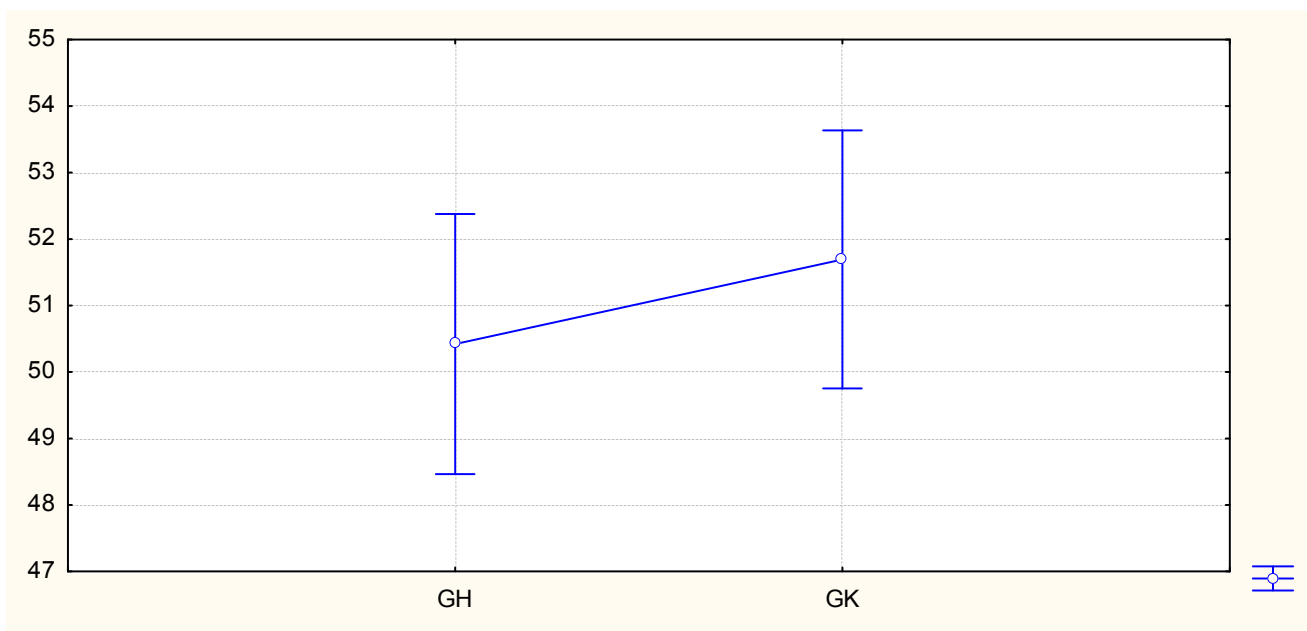


Tabela nr. 4. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

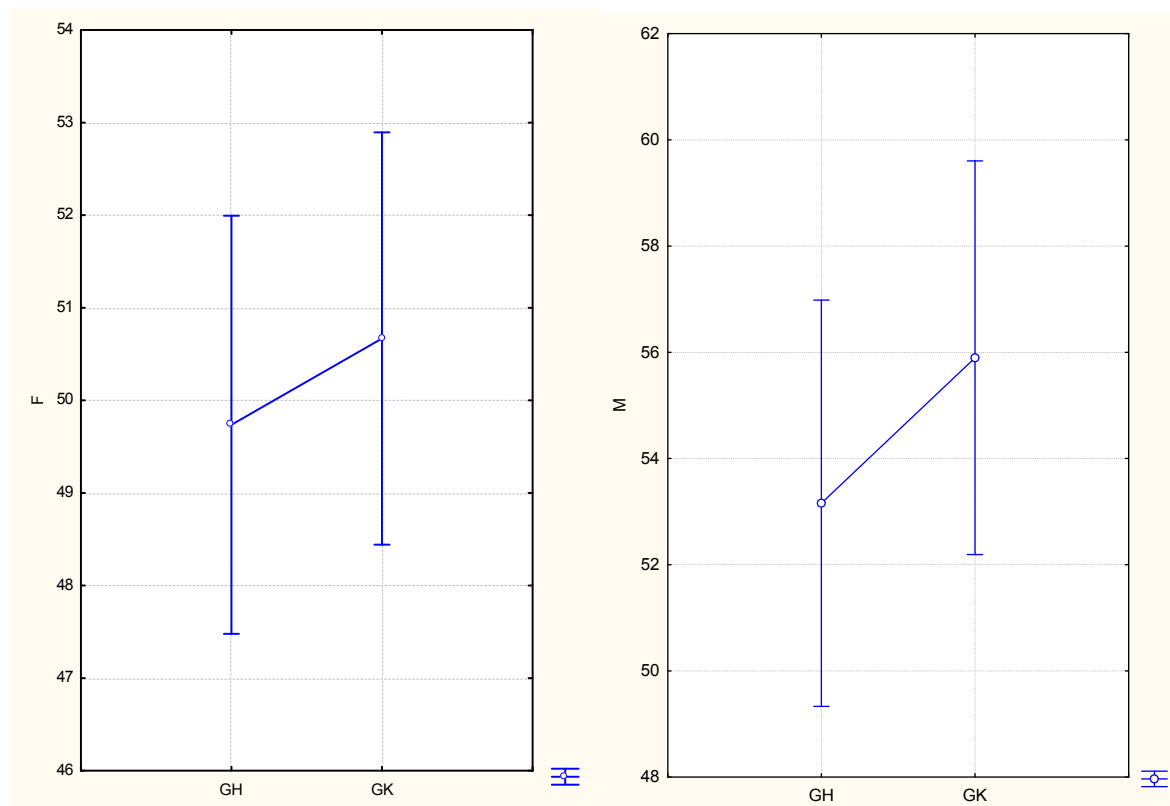
Rank Sum - M	Rank Sum - F	U	Z	p-vlera
35958,00	39897,00	17813,00	-0,985094	0,324579

Mosha mesatare e pacientëve në GH është 50.4 ± 13.7 vjeç, minimum 21, ndërsa maksimum 84 vjeç. Mosha mesatare e pacientëve në GK është 51.7 ± 13.9 vjeç, minimum 21, ndërsa maksimum 85 vjeç (Tab. dhe Graf. 3). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi i moshës mesatare midis GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ (Tab. 4).

Tabela nr. 5. Pasqyra e moshës mesatare të pacientëve sipas gjinisë dhe grupit dhe pasqyra e t-testit

	$\bar{X} - M$	$\bar{X} - F$	t-test	p	N - M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.Stad - F
GH	53,2	49,7	1,382730	0,168388	38	152	11,63993	14,08853
GK	55,9	50,7	2,127630	0,034611	39	160	11,43355	14,26158
t-test	-1,04186	-0,580332						
P	0,300825	0,562113						

Grafikoni nr. 5. Pasqyra e moshës mesatare të pacientëve sipas gjinisë dhe grupit



Mosha mesatare e pacientëve të gjinisë mashkullore në GH është 53.2 ± 11.6 vjeçare, ndërsa te gjinia femërore është 49.7 ± 14.1 vjeçare. Dallimi që regjistrohet në moshën mesatare midis gjinisë mashkullore dhe gjinisë femërore sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,168388$) (Tab. dhe Graf. 5).

Mosha mesatare e pacientëve të gjinisë mashkullore në GK është 55.9 ± 11.4 vjeç, ndërsa te gjinia femërore është 50.7 ± 14.3 vjeç. Dallimi që regjistrohet në moshën mesatare midis gjinisë mashkullore dhe gjinisë femërore sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,034611$) (Tab. dhe Graf. 5).

Dallimi që regjistrohet midis moshës mesatare të gjinive midis GH dhe GK sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,300825$; $p = 0,562113$) (Tab.5).

Tabela nr. 6. Pasqyra e pacientëve të regjistruar në grupe të moshave dhe grupi në të cilin bëjnë pjesë sipas gjinisë

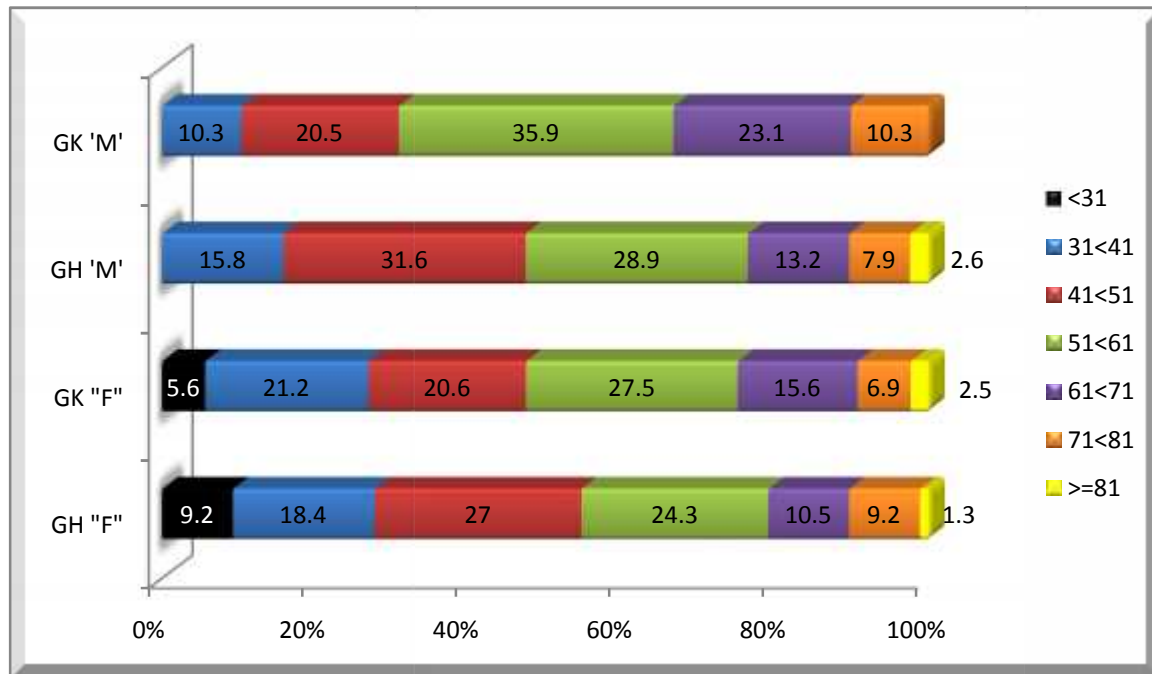
a.

nga deri	grupet			
	GH		GK	
	N	%	N	%
21 $\leq x < 31$	14	7.4	9	4.5
31 $\leq x < 41$	34	17.9	38	19.1
41 $\leq x < 51$	53	27.9	41	20.6
51 $\leq x < 61$	48	25.3	58	29.1
61 $\leq x < 71$	21	11.0	34	17.1
71 $\leq x < 81$	17	8.9	15	7.5
≥ 81	3	1.6	4	2.0
totali	190	100.0	199	100.0

b.

nga deri	GH				GK			
	F		M		F		M	
	N	%	N	%	N	%	N	%
21 $\leq x < 31$	14	9.2	0		9	5.6	0	
31 $\leq x < 41$	28	18.4	6	15.8	34	21.2	4	10.3
41 $\leq x < 51$	41	27.0	12	31.6	33	20.6	8	20.5
51 $\leq x < 61$	37	24.3	11	28.9	44	27.5	14	35.9
61 $\leq x < 71$	16	10.5	5	13.2	25	15.6	9	23.1
71 $\leq x < 81$	14	9.2	3	7.9	11	6.9	4	10.3
≥ 81	2	1.3	1	2.6	4	2.5	0	
totali	152	100.0	38	100.0	160	100.0	39	100.0

Grafikoni nr. 6. Pasqyra e pacientëve të regjistruar në grupe të moshave sipas gjinisë dhe grupit të cilit i takojnë



Në GH, më tepër se gjysma e pacientëve - 53.2 % regjistrohen në grupin e moshës prej 41 deri 60 vjeç. (Tab. 6a). Dallimi procentual dhe modaliteteve të tjera të grupeve të moshës, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$.

Në GK, 49.7 % e pacientëve regjistrohen në grupin e moshës prej 41 deri 60 vjeç (Tab. 6a). Dallimi procentual dhe modaliteteve të tjera të grupeve të moshave, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$.

Dallimi procentual që regjistrohet midis GH dhe GK në grupet e moshave, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$.

Kolecistitit kalkuloz kronik në GH regjistrohet 9.2 % te pacientet e gjinisë femërore më të reja se 31 vjeç dhe në GK te 5.6 %, ndërsa asnjë rast i së njëjtës moshë te pacientët e gjinisë mashkullore (Tab. 6a).

Te më tepër se gjysma – 51.3 % e pacienteve të gjinisë femërore nga GH regjistrohet kolecistitit kronik kalkuloz në moshën midis 41 deri 60 vjeç. Dallimi procentual i përfaqësimit të gjinisë

femërore dhe modaliteteve të tjera të moshës, që regjistrohet midis 41 deri 60 vjeç, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$.

Te 48.1 % e pacienteve të gjinisë femërore nga GK, kolecistitit kalkuloz kronik regjistrohet në moshën midis 41 deri 60 vjeç. Dallimi procentual që regjistrohet midis 41 deri 60 vjeç dhe modaliteteve të tjera të moshës, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$.

Te 60.5 % e pacientëve të gjinisë mashkullore nga GH kolecistitit kronik kalkuloz regjistrohet në moshën midis 41 deri 60 vjeç. Dallimi procentual që regjistrohet midis 41 deri 60 vjeç dhe modaliteteve të tjera të moshës, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$.

Te më tepër se gjysma - 59.0 % e pacientëve të gjinisë mashkullore nga GK kolecistitit kronik kalkuloz regjistrohet në moshën midis 51 deri 70 vjeç. Dallimi procentual që regjistrohet midis 51 deri 70 vjeç dhe modaliteteve të tjera të moshës, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$.

Dallimi procentual që regjistrohet sipas testi diferencues midis modaliteteve të moshave midis gjinive të të dy grupet e ekzaminuara, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$.

Pesha mesatare në GH është 78.6 ± 13.6 , ndërsa në GK është 76.6 ± 12.8 kg. Sipas t-testit, dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.136276$) (Tab.7 dhe Graf. 7a).

Pesha mesatare në GH te gjinia mashkullore është 81.7 ± 16.0 , ndërsa te gjinia femërore është 77.8 ± 12.9 kg. Sipas t-testit, dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.106650$) (Tab.7 dhe Graf. 7b).

Pesha mesatare në GK te gjinia mashkullore është 82.2 ± 11.6 , ndërsa te gjinia femërore është 75.2 ± 12.8 kg. Sipas t-testit, dallimi në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.001874$) (Tab.7 dhe Graf. 7b).

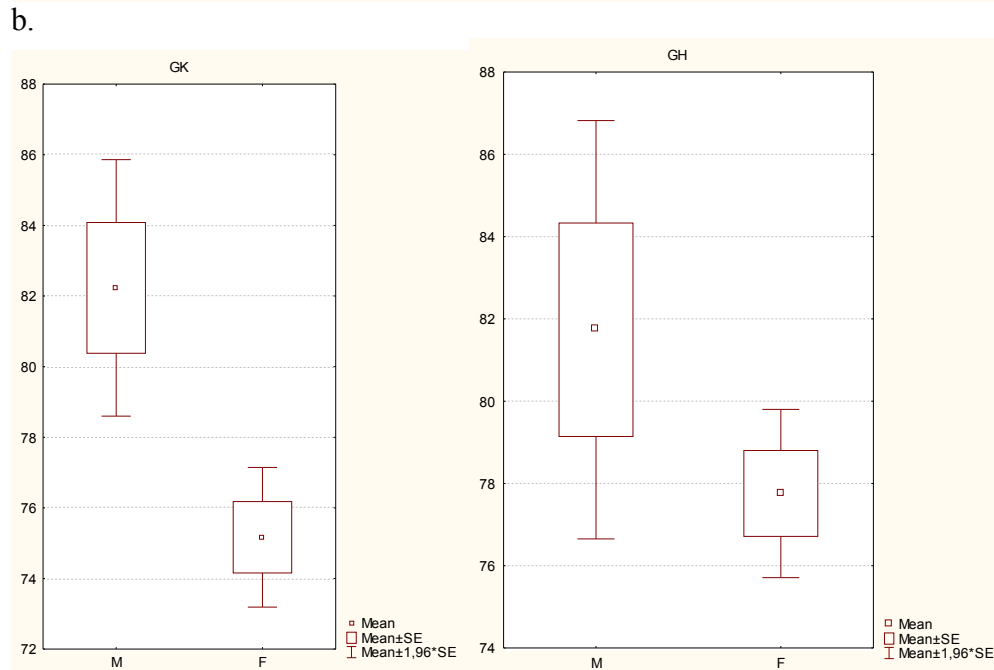
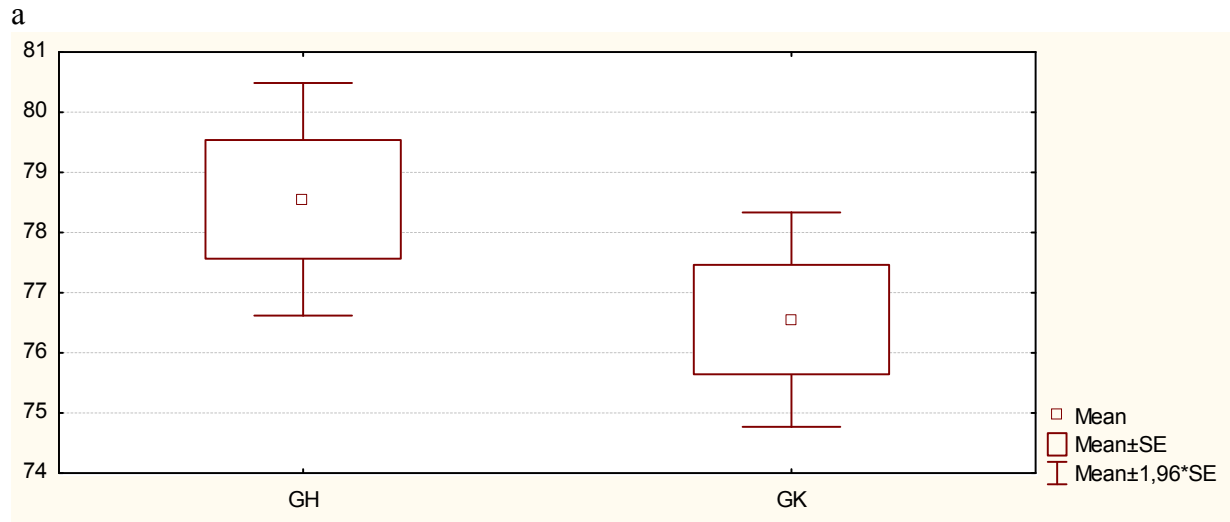
Dallimi midis peshës mesatare në GK te gjinia mashkullore dhe peshës së gjinisë mashkullore nga GH sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.876753$) (Tab.7)

Dallimi midis peshës mesatare në GK te gjinia femërore dhe peshës së gjinisë femërore nga GH, sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.075593$) (Tab.7)

Tabela nr. 7. Pasqyra e peshës mesatare të pacientëve në të dy grupet dhe sipas gjinisë

GH	\bar{X} - M	\bar{X} - F	t-test	p	N - M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.Stad - F
Pesha	81,7368 4	77,7565 8	1,621201	0,106650	38	152	15,98764	12,86506
GK	\bar{X} - M	\bar{X} - F	t-test	p	- M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.Stad - F
pesha	82,2307	75,1687	3,152168	0,001874	39	160	11,56779	12,76799
t-test	-0,15561	1,78282						
P	0,87675	0,07559						

Grafikoni nr. 7. Pasqyra e peshës mesatare të pacientëve sipas gjinisë dhe në të dy grupet



Grupi i gjakut më së shpeshti i përfaqësuar dhe Rh faktori në GH me 44.2 % është O-pozitiv, pason me 29.5 % A+, me 14.7 % B+. Grupet e tjera të gjakut dhe Rh faktorët janë nën 6.5 % (Tab. 8a). Përfaqësimi procentual në O+ dhe përfaqësimi të modaliteteve të tjera të grupeve të gjakut dhe të Rh faktorëve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$).

Përfaqësimi procentual i grupeve të gjakut dhe i Rh faktorit në GK, me sistemim të ngjashëm është 45.2 % dhe është zero-pozitiv. Pastaj pason me 30.7 % A+, me 14.6 % B+, ndërsa grupet e tjera të gjakut dhe Rh faktorët janë nën 3.5 % (tab 8a). Dallimi procentual i përfaqësimi në O+ dhe përfaqësimi të modaliteteve të tjera të grupeve të gjakut dhe të Rh faktorëve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$).

Në GK, te pacientet e gjinisë femërore grupa e gjakut O+ regjistrohet te 45.6 %, ndërsa grupa e gjakut A+ te 29.4 %. Në GK, te pacientët e gjinisë mashkullore, në përqindje më të madhe regjistrohet grupa e gjakut O+ te 43.6 %. Pason grupa e gjakut A+ te 35.9 % (Tab 8b dhe Graf. 8). Dallimi procentual që regjistrohet në GK midis përfaqësimi të grupeve të gjakut dhe Rh faktorëve, sipas gjinisë, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($O+/p = 0.8222$; $A+/p = 0.4309$).

Në GK, te gjinia mashkullore regjistrohet vetëm grupet e gjakut O+, O-, B+, i A+ (Tab. 8b dhe Graf. 8).

Në GH, te pacientët e gjinisë mashkullore, në përqindje më të madhe regjistrohet grupa e gjakut O+ te më tepër se gjysma - 52.6 %, ndërsa A+ te 21.1 %. Në GH, te pacientet e gjinisë femërore, në përqindje më të madhe regjistrohet grupa e gjakut O+ te 42.1 %. Pason grupa e gjakut A+ te 31.6 % (Tab 8b dhe Graf. 8). Dallimi procentual që regjistrohet në GH midis përfaqësimi të grupeve të gjakut dhe Rh faktorëve, sipas gjinisë, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($O+/p = 0.2452$; $A+/p = 0.2058$).

Dallimi procentual i përfaqësimi të grupeve të gjakut dhe Rh faktorëve që regjistrohet midis GH dhe GK sipas gjinive, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$.

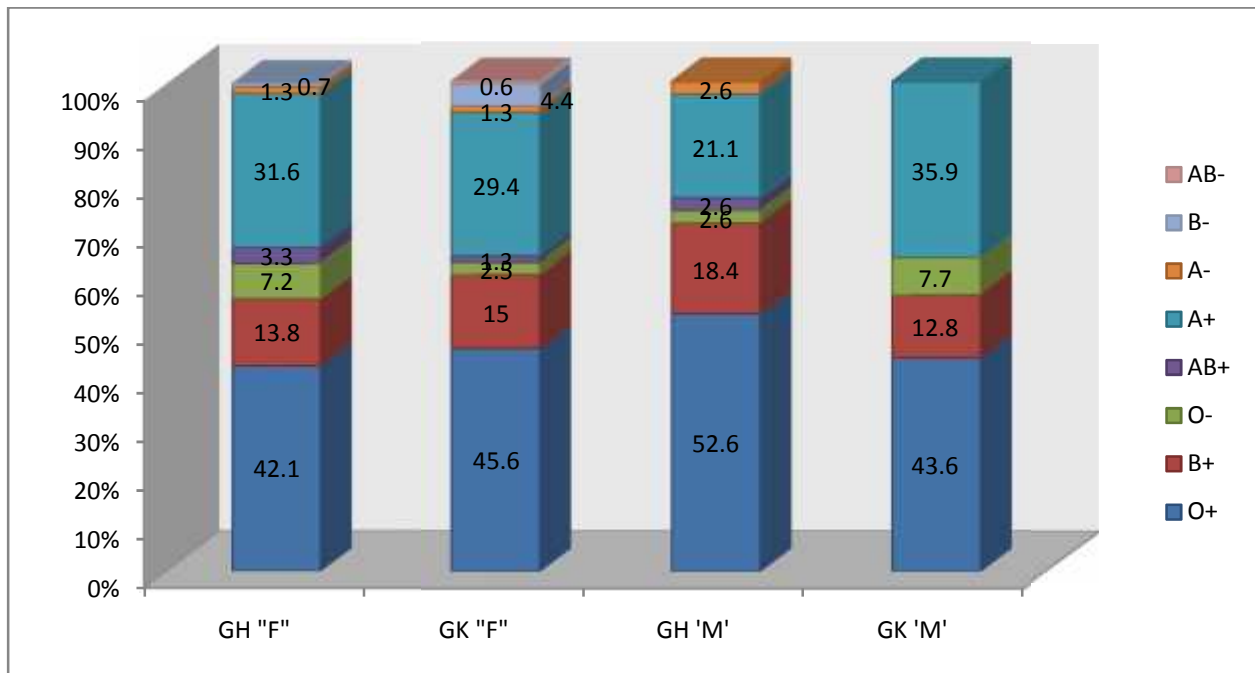
Tabela nr. 8. Pasqyra e përfaqësimit të grupeve të gjakut dhe të Rh faktorit në të dy grupet.

	GH		GK	
	N	%	N	%
O+	84	44,2	90	45,2
B+	28	14,7	29	14,6
O-	12	6,3	7	3,5
AB+	6	3,2	2	1,0
A+	56	29,5	61	30,7
A-	3	1,6	2	1,0
B-	1	0,5	7	3,5
AB-	0		1	0,5
totali	190	100.0	199	100.0

b. sipas gjinisë

	GK				GH			
	F		M		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%
O+	73	45,6	17	43,6	20	52,6	64	42,1
B+	24	15,0	5	12,8	7	18,4	21	13,8
O-	4	2,5	3	7,7	1	2,6	11	7,2
AB+	2	1,3			1	2,6	5	3,3
A+	47	29,4	14	35,9	8	21,1	48	31,6
A-	2	1,3			1	2,6	2	1,3
B-	7	4,4					1	0,7
AB-	1	0,6						
totali	160	100.0	39	100.0	38	100.0	152	100.0

Grafikoni nr. 8. Pasqyra e pacientëve sipas grupit të gjakut dhe gjinisë në krahasim me grupin të cilit i përket



Në GH, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët nga mjedisi rural -53.2 %, ndërsa 46.8 % janë nga mjedisi urban (tab 9a). Dallimi procentual që regjistrohet, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.2130$).

Në GK, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientë nga mjedisi urban -58.3%, ndërsa 41.7% janë nga mjedisi rural (tab 9a). Dallimi procentual që regjistrohet në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0010$).

Në GK, pacientet e gjinisë femërore në përqindje më të madhe janë nga mjedisi urban 58.1%, ndërsa nga mjedisi rural janë 41.9%. Dallimi procentual që regjistrohet, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0040$) (tab 9b dhe Graf. 9).

Në GK, te pacientët e gjinisë mashkullore, në përqindje më të madhe janë nga mjedisi urban 59.0%, ndërsa nga mjedisi rural janë 41.0%. Dallimi procentual që regjistrohet, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.1161$) (tab 9b dhe Graf. 9).

Në GH, pacientet e gjinisë femërore në përqindje më të madhe janë nga mjedisi rural - 54.6%, ndërsa nga mjedisi urban janë 45.4%. Dallimi procentual që regjistrohet, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ ($p=0.1097$) (tab 9b dhe Graf. 9).

Në GH, te pacientët e gjinisë mashkullore, në përqindje më të madhe janë nga mjedisi urban - 52.6%, ndërsa nga mjedisi rural janë 47.4%. Dallimi procentual që regjistrohet, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ ($p=0.6516$) (tab 9b dhe Graf. 9).

Në GK regjistrohet përqindja më e madhe e pacienteve të gjinisë femërore - 58.1%, ndërsa në GH, kjo përqindje është - 45.4%. Dallimi procentual që regjistrohet midis dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p<0.05$ ($p=0.0255$).

Dallimi procentual që regjistrohet midis dy grupeve (GH-52.6% dhe GK-59.0%) për gjininë mashkullore, në pikëpamje statistikore është josinjifikante për $p>0.05$.

Tabela nr. 9. Shpërndarja e pacientëve të të dy grupeve sipas vendit të banimit

a.

vendbanimi	GH		GK	
	N	%	N	%
Urban (Q)	89	46,8	116	58,3
Rural (F)	101	53,2	83	41,7
Totali	190	100.0	199	100.0

b. sipas gjinisë

vendbanimi	GK				GH			
	F		M		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Urban	93	58,1	23	59.0	20	52,6	69	45,4
Rural	67	41,9	16	41,0	18	47,4	83	54,6
Totali	160	100.0	39	100.0	38	100.0	152	100.0

Grafikoni nr. 9. Shpërndarja e pacientëve të të dy grupeve sipas vendit të banimit dhe sipas gjinisë

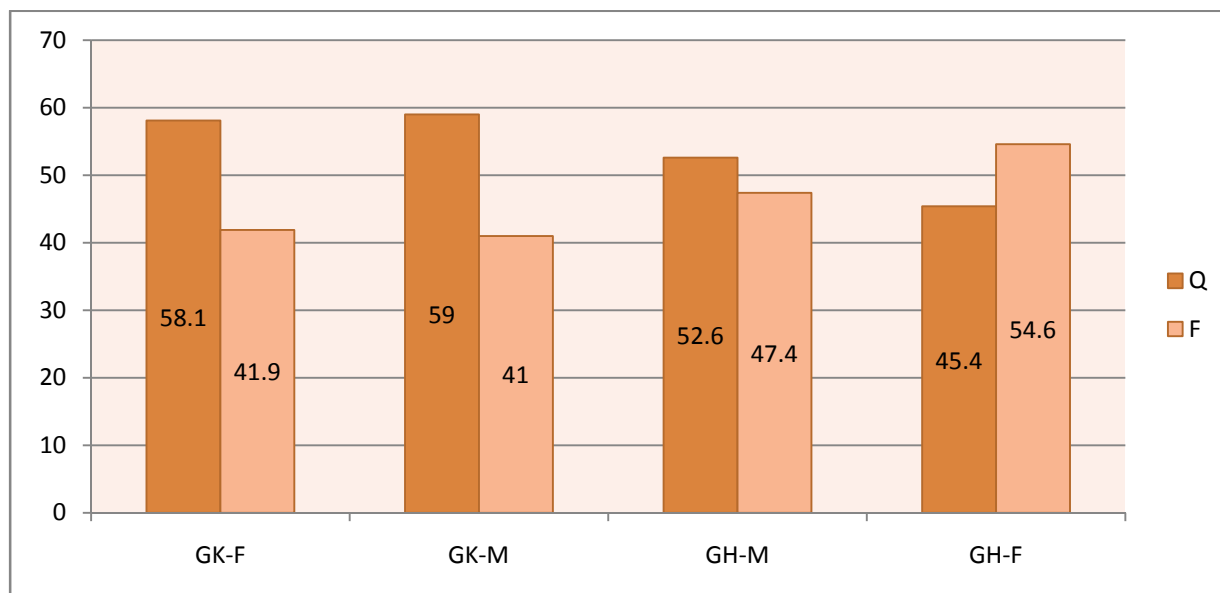


Tabela nr. 10. Shpërndarja e pacientëve të të dy grupeve sipas indikacioneve për trajtim

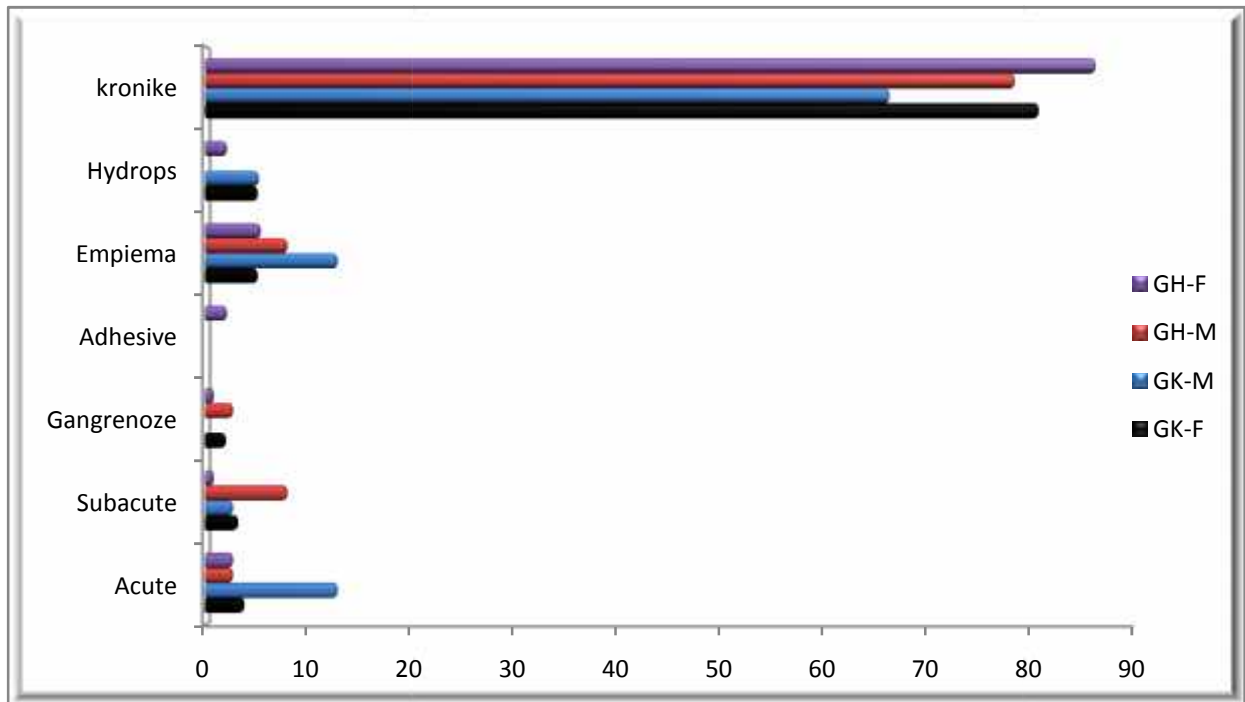
a.

Indikimet	GH		GK	
	N	%	N	%
Acute	5	2,6	11	5,5
Subacute	4	2,1	6	3,0
Gangrenoze	2	1,1	3	1,5
Adhesive	3	1,6		
Empiema	11	5,8	13	6,5
Hydrops	3	1,6	10	5,0
Kronike	162	85,3	156	78,4
Totali	190	100.0	199	100.0

b. sipas gjinisë

Indikimet	GK				GH			
	F		M		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acute	6	3,7	5	12,8	1	2,6	4	2,6
Subacute	5	3,1	1	2,6	3	7,9	1	0,7
Gangrenoze	3	1,9	0		1	2,6	1	0,7
Adhesive	0		0		0		3	2,0
Empiema	8	5,0	5	12,8	3	7,9	8	5,3
Hydrops	8	5,0	2	5,1	0		3	2,0
Kronike	130	81,3	26	66,7	30	78,9	132	86,8
Totali	160	100.0	39	100.0	38	100.0	152	100.0

Grafikoni nr. 10. Shpërndarja e pacientëve të të dy grupeve sipas indikacioneve për trajtim dhe sipas gjinisë



Në GH, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët, indikacioni i të cilëve për trajtim është forma kronike - 85.3 %, pason empiema me 5.8 %. Indikacionet e tjera janë përfaqësuar me më pak se 5 pacientë (Tab 10a). Dallimi procentual që regjistrohet midis formës kronike dhe modaliteteve të tjera të indikacioneve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$.

Në GK, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët, indikacioni i të cilëve për trajtim është forma kronike - 78.4 %. Pason me 6.5 % empiema, me 5.5 % forma akute, me 5.0 % hydropsi, ndërsa indikacionet e tjera regjistrohen te më pak se 6 pacientë (tab 10a). Dallimi procentual që regjistrohet, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$.

Në GK, në përqindje më të madhe regjistrohet forma kronike e indikacionit, e pikërisht 81.3% te gjinia femërore dhe 66,7 % te gjinia mashkullore. Dallimi procentual, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0482)$. Në vendin e dytë, me 5.0 % te gjinia femërore është empiema dhe hydropsi, ndërsa te gjinia mashkullore me 12.8 % forma akute dhe empiema. Në vend të tretë, sipas përfaqësimit procentual 3.7% është forma akute te gjinia femërore dhe 5.1 % hydropsi te gjinia mashkullore. Te gjinia femërore pason me 3.1 % forma subakute dhe me 1.9 % forma gangrenoze. Te gjinia mashkullore pason me 2.6 % forma subakute (Tab. 10b dhe Graf. 10). Dallimi procentual që regjistrohet midis formës kronike dhe modaliteteve të tjera të formave të indikacionit, edhe te gjinia femërore, edhe te gjinia mashkullore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$. Dallimi procentual që regjistrohet midis formës akute ndërmjet gjinisë femërore dhe mashkullore (3.7% vs 12.8%), në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0263)$.

Në GH, në përqindje më të madhe regjistrohet forma kronike e indkacionit, e pikërisht 86.8% te gjinia femërore dhe 78.9 % te gjinia mashkullore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$. Në vendin e dytë me 5.3% te gjinia femërore është empiema, ndërsa te gjinia mashkullore me 7.9% forma subakute dhe empiema. Në vendin e tretë, sipas përfaqësimit procentual me 2.6% është forma akute te gjinia femërore dhe 2.6% forma akute dhe hydropsi te gjinia mashkullore. Te gjinia femërore pason me 2.0% forma adhesive dhe hydropsi (Tab. 10b dhe Graf. 10). Dallimi procentual që regjistrohet midis formës kronike dhe modaliteteve të tjera të formave të indikacionit edhe te gjinia femërore, edhe te gjinia mashkullore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$.

Tabela nr. 11. Shpërndarja e pacientëve të të dy grupeve sipas komplikimeve intraoperative (Cuschieris scale) dhe sipas gjinis

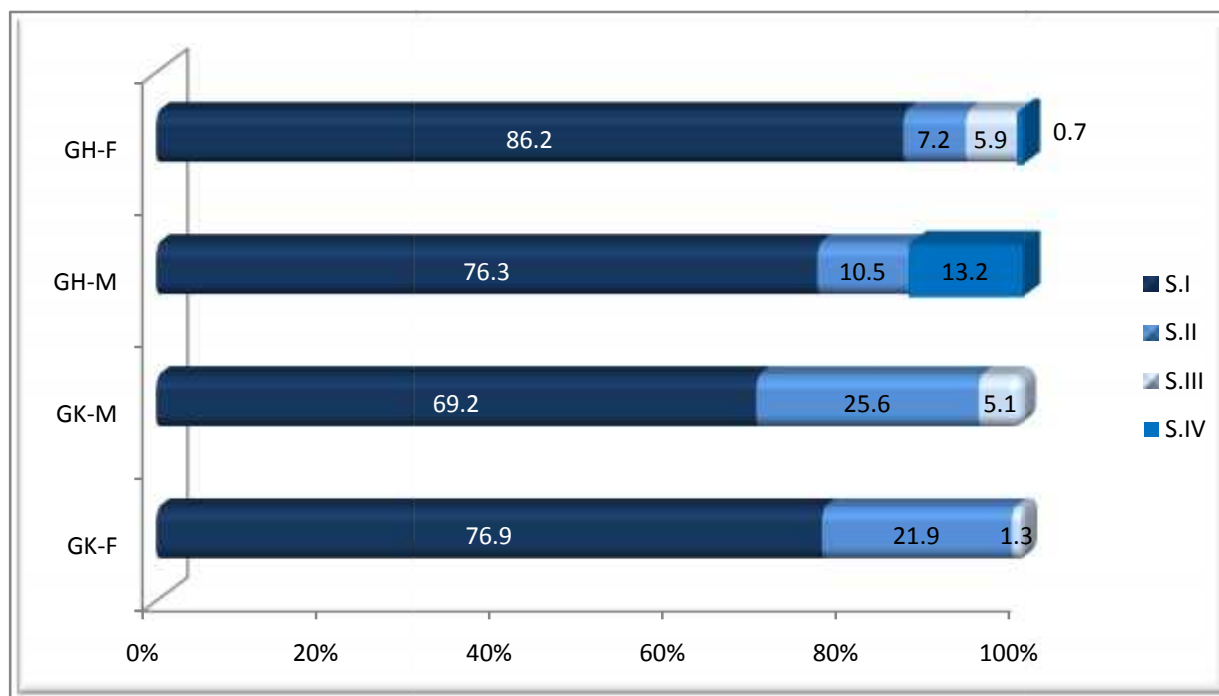
a.

Komplikimet intraoperative	GH		GK	
	N	%	N	%
shkalla I	160	84,2	150	75,4
shkalla II	15	7,9	45	22,6
shkalla III	1	0,7	4	2,0
shkalla IV	14	7,4	0	
Totali	190	100.0	199	100.0

b. sipas gjinisë

Komplikimet intraoperative	GK				GH			
	F		M		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%
shkalla I	123	76,9	27	69,2	29	76,3	131	86,2
shkalla II	35	21,9	10	25,6	4	10,5	11	7,2
shkalla III	2	1,5	2	5,1	0		9	5,9
shkalla IV	0		0		5	13,2	1	0,7
Totali	160	100.0	39	100.0	38	100.0	152	100.0

Grafikon nr 11. Shpërndarja e pacientëve të të dy grupeve sipas komplikimeve intraoperative (Cuschieris scale) dhe sipas gjinis



Në GH, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët me komplikime intraoperative(Cuschier scale) të shkalla I -shkallë e lehtë - 84.2%, pason shkalla II - shkallë e mesme me 7.9%, me 0.7% shkalla III -shkallë e rëndë dhe vetëm në këtë grup me 7.4% regjistrohet shkalla IV - konvertimi (tab 11a). Dallimi procentual që regjistrohet midis shkallës I dhe modaliteteve të tjera të shkallëve të komplikimit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$.

Në GK, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët me komplikime intraoperative(Cuschier scale) të shkalla I - shkallë e lehtë - 75.4%, pason shkalla II - shkallë e mesme me 22.6% dhe me 2.0% shkalla III – shkallë e rëndë (tab 11a). Dallimi procentual që regjistrohet midis shkallës I dhe modaliteteve të tjera të shkallëve të komplikimit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$.

Dallimi procentual që regjistrohet midis GH dhe GK, në krahasim me përfaqësimin e shkallës II - shkallë e mesme (7.9% dhe 22.6%), në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0001$).

Në GK, në përqindje më të madhe regjistrohet shkalla I - shkallë e lehtë - 76.9% te gjinia femërore dhe 69,2% te gjinia mashkullore. Në vendin e dytë, me 21.9% te gjinia femërore dhe 25.6% te gjinia mashkullore është përfaqësuar shkalla II - shkalla e mesme. Në vend të tretë, sipas përfaqësimit procentual me 1.5% te gjinia femërore dhe 5.1% te gjinia mashkullore është përfaqësuar shkalla III - shkallë e rëndë (Tab. 11b dhe Graf. 11). Dallimi procentual që regjistrohet midis shkallës I - shkallë e lehtë dhe modaliteteve të tjera të shkallëve edhe te gjinia femërore, edhe te gjinia mashkullore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0000$; $p = 0.0002$).

Në GH, në përqindje më të madhe regjistrohet shkalla I - shkallë e lehtë, e pikërisht 86.2% te gjinia femërore dhe 76.3% te gjinia mashkullore. Në vendin e dytë, me 7.2% te gjinia femërore dhe te gjinia mashkullore me 10.5% regjistrohet shkalla II. Në vendin e tretë, sipas përfaqësimit procentual, te gjinia mashkullore regjistrohet shkalla IV - konvertimi me 13.25, ndërsa te gjinia femërore është përfaqësuar me 0.7%. Te gjinia femërore, shkalla III është përfaqësuar me 5.9%, ndërsa nuk regjistrohet te gjinia mashkullore (Tab. 11b dhe Graf. 11). Dallimi procentual që regjistrohet midis shkallës I - shkallë e lehtë dhe modaliteteve të tjera të shkallëve, edhe te gjinia femërore, edhe te gjinia mashkullore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0000$).

Tabela nr. 12. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të trajtimit operativ

Grupet	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	50,2	190	14,59648	37,0	105,0
GK	76,0	199	7,08846	60,0	97,0
totali	63,4	389	17,21105	37,0	105,0

Tabela nr. 13. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

Rank Sum - GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N - GH	N - GK
21642,00	54213,00	3497,000	-13,8996	0,00	190	199

Kohëzgjatja mesatare e trajtimit në GH ka zgjatur 50.2 ± 14.6 min, minimum 37, ndërsa maksimum 105 min. Kohëzgjatja mesatare e trajtimit operativ në GK ka zgjatur 76.0 ± 7.1 min, minimum 60, ndërsa maksimum 97 min (tab12). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerave mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$) (tab 13).

Tabela nr. 14. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të trajtimit operativ sipas gjinisë dhe sipas përkatësisë grupeve

Grupet / F	\bar{X}	N	Dev.Stad.
GH	48,9	152	13,99344
GK	75,8	160	6,85673
Grupet / M			
GH	53,6	38	17,63219
GK	77,1	39	7,98151

Grafikoni nr. 14. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të trajtimit operativ sipas gjinisë dhe sipas përkatësisë grupeve

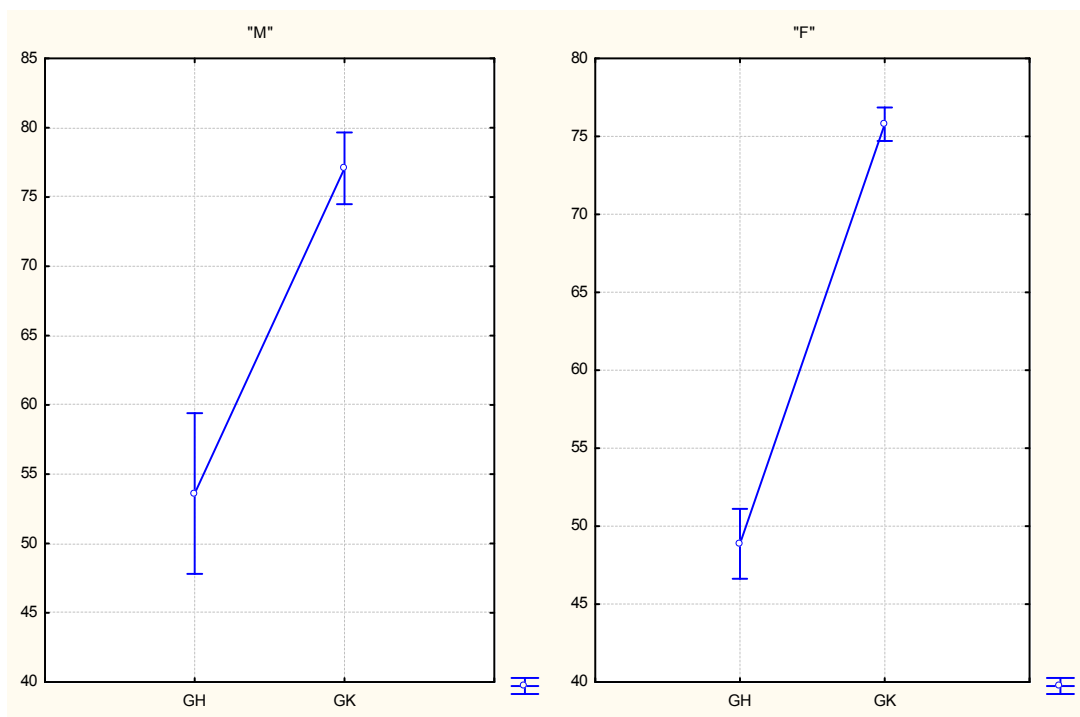


Tabela nr. 14a. Pasqyra e t-testit

GK/F:M	t-vlera	p
	-1,02367	0,307244
GH/F:M	t-vlera	p
	-1,76650	0,078934

Tabela nr. 14b. Pasqyra e t-testit

GK:GH/M:M	t-vlera	p
	-7,55742	0,000000
GK:GH /F:F	t-vlera	p
	-21,7354	0,00

Kohëzgjatja mesatare e trajtimit operativ te GH, te pacientet e gjinisë femërore është 48.9 ± 14.0 min, ndërsa te pacientët e gjinisë mashkullore është 53.6 ± 17.6 min (Tab. dhe Graf. 14). Dallimi midis vlerave mesatare të kohëzgjatjes së trajtimit operativ midis gjinive, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,078934$) (tab14a).

Kohëzgjatja mesatare e trajtimit operativ të GK të pacientet e gjinisë femërore është 75.8 ± 6.9 min, ndërsa të pacientët e gjinisë mashkullore është 77.0 ± 8.0 min (Tab. dhe Graf. 14). Dallimi midis vlerave mesatare të kohëzgjatjes së trajtimit operativ midis gjinive, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,307244$) (tab14a).

Sipas t-testit, dallimi midis vlerave mesatare të kohëzgjatjes së trajtimit operativ midis dy grupeve, të pacientët e gjinisë mashkullore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,000000$) (tab14b).

Sipas t-testit, dallimi midis vlerave mesatare të kohëzgjatjes së trajtimit operativ midis dy grupeve të pacientet e gjinisë femërore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,00$) (tab14b).

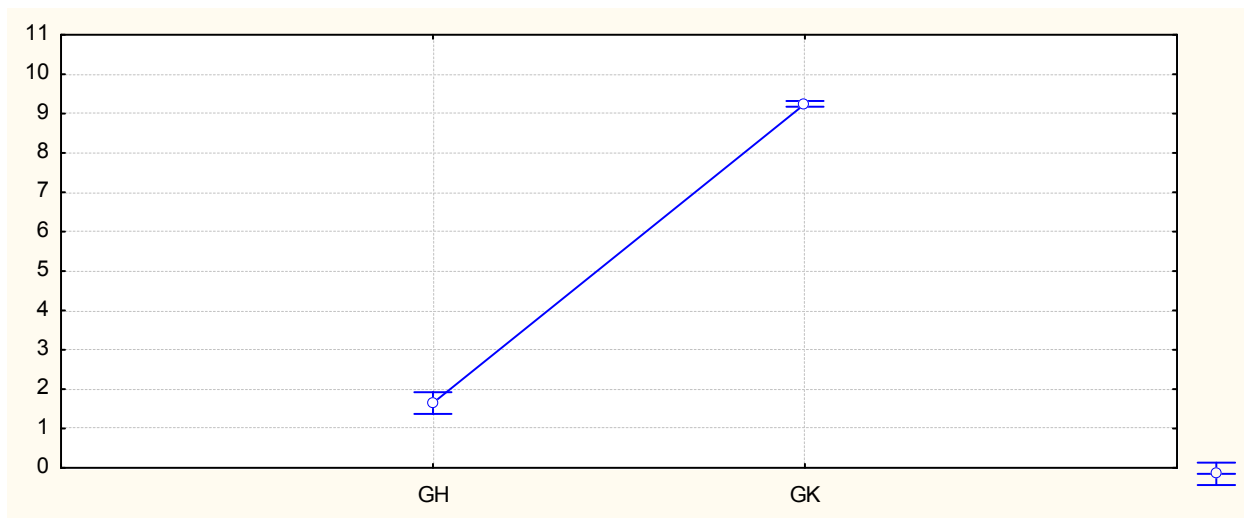
Tabela nr. 15. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të hospitalizimit

Grupet	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	1,6	190	1,920887	1,0	10,0
GK	9,2	199	0,526733	7,0	10,0

Tabela nr. 16. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

Rank Sum – GH	Rank Sum – GK	U	Z	p-level	N – GH	N – GK
18804,00	57051,00	659,0000	-16,4597	0,00	190	199

Grafikoni nr. 15. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të hospitalizimit



Hospitalizimi mesatar i pacientëve në GH ka zgjatur 1.6 ± 1.9 ditë, minimum 1, ndërsa maksimum 10 ditë. Hospitalizimi mesatar i pacientëve në GK ka zgjatur 9.2 ± 0.5 ditë, minimum 7, ndërsa maksimum 10 ditë (Tab. dhe Graf. 15). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerave mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$) (Tab 16).

Kohëzgjatja mesatare e hospitalizimit te gjinia femërore në GH është 1.5, ndërsa te gjinia mashkullore 2.1 (Tab. dhe Graf. 17), kurse dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.100536$) (Tab.17).

Kohëzgjatja mesatare e hospitalizimit te gjinia femërore në GK është 9.3, ndërsa te gjinia mashkullore 9.2 (Tab. dhe Graf. 17), kurse dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.636953$) (tab17).

Dallimi që regjistrohet në raport me kohëzgjatjen mesatare të hospitalizimit midisë gjinisë mashkullore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.000000$), kurse dallimi te gjinia femërore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$) (Tab.17).

Tabela br. 17. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të hospitalizimit sipas gjinisë dhe grupit dhe pasqyra e t-testit

	$\bar{X} - M$	$\bar{X} - F$	t-test	p	N - M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.Stad. - F
GH	2,1	1,5	1,650373	0,100536	38	152	2,469155	1,748861
GK	9,3	9,2	0,472696	0,636953	39	160	0,510352	0,531847
t-test	-17,7691	-53,2002						
p	0,000000	0,00						

Grafikoni nr. 17. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të hospitalizimit sipas gjinisë dhe grupit

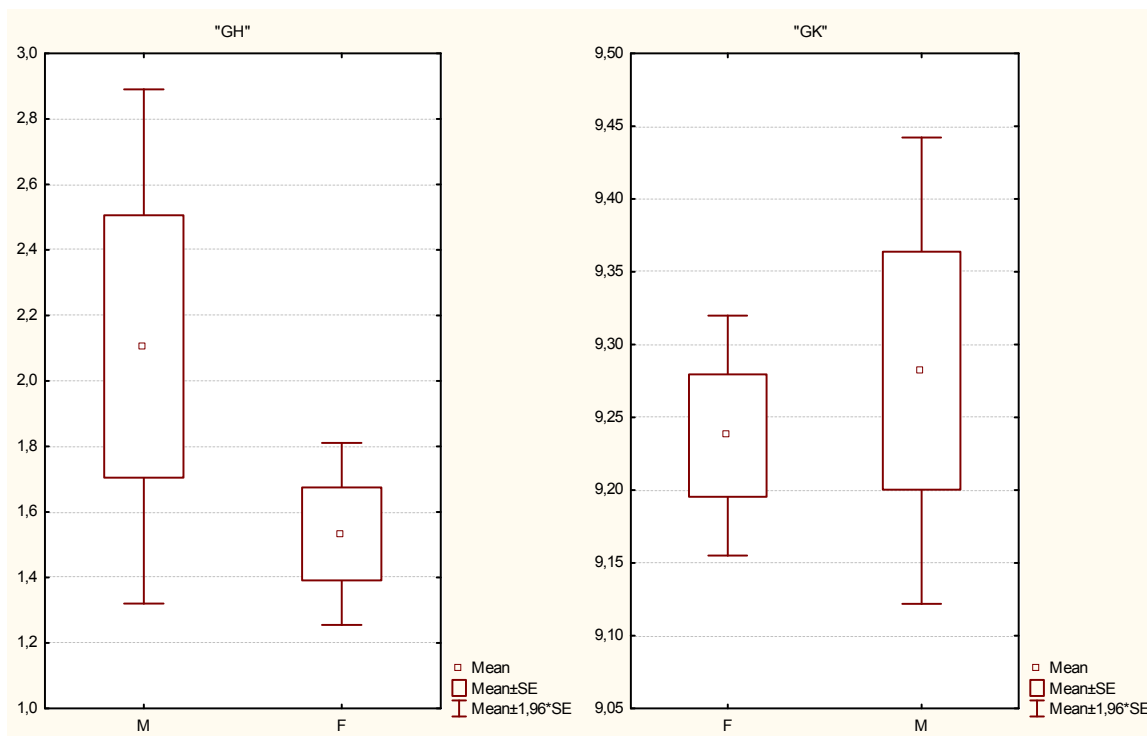
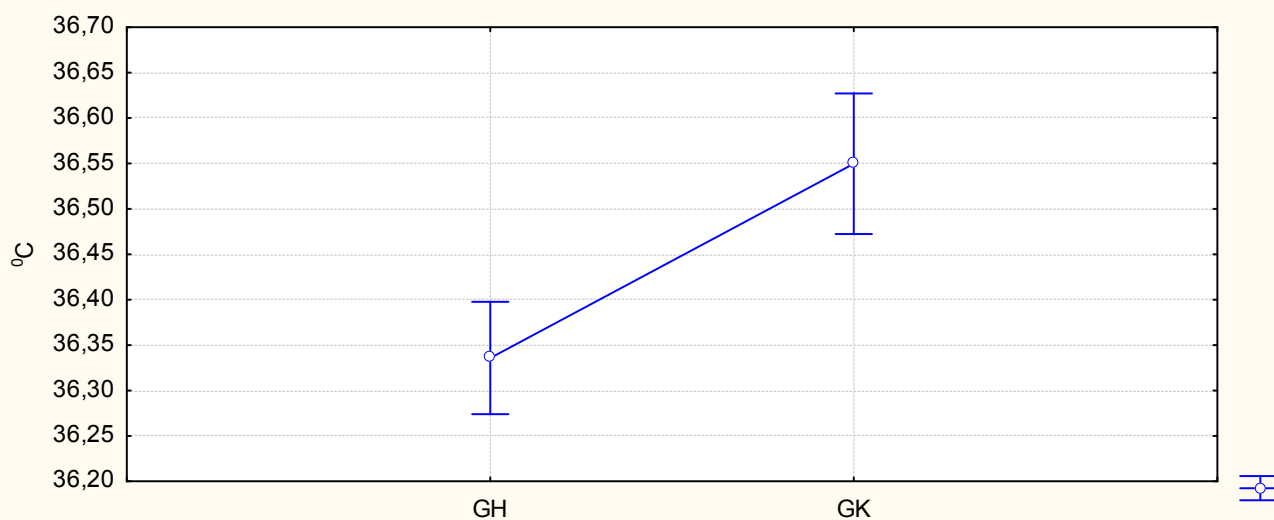


Tabela nr. 18. Pasqyra e temperaturës mesatare në të dy grupet

Grupet	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	36,3	190	0,431906	36,1	38,1
GK	36,5	199	0,553672	35,8	38,0

Grafikoni nr. 18. Pasqyra e temperaturës mesatare në të dy grupet



Temperatura mesatare e pacientëve në GH ka qenë 36.3 ± 0.4 , minimum 36.1, ndërsa maksimum 38.1°C . Temperatura mesatare e pacientëve në GK ka qenë 36.5 ± 0.6 , minimum 35.8, ndërsa maksimum 38.0°C . (Tab. dhe Graf. 18). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerave mesatare të temperaturës ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$.

Tabela nr. 19. Trajtimi te të dy grupet e pacientëve me dhe pa drenazh

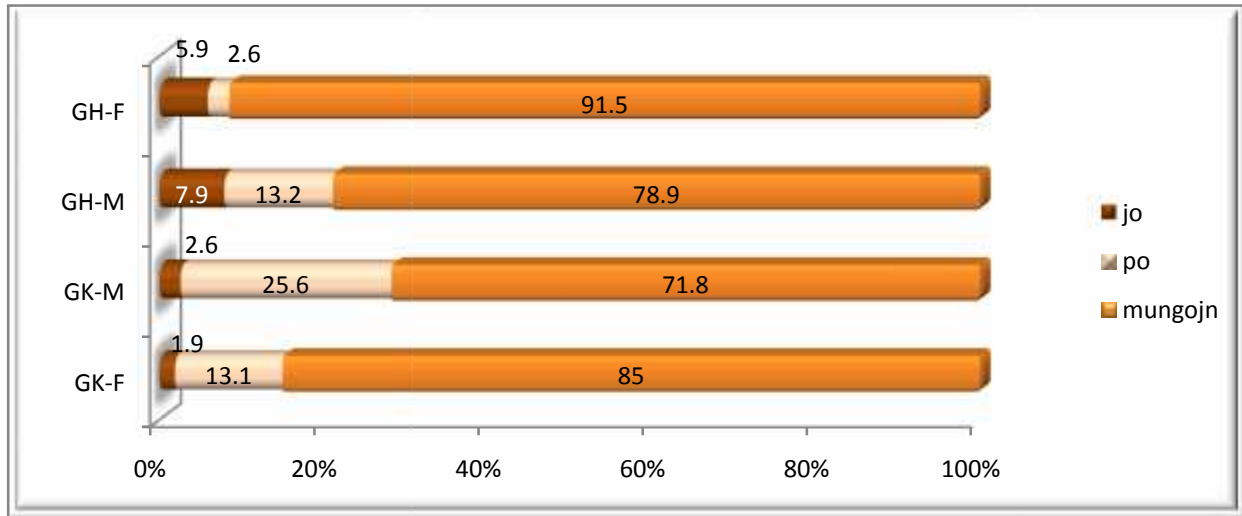
a.

	drenimi	N	%
GH	jo	12	6,3
	po	9	4,8
	mungojn	169	88,9
		N	%
GK	jo	4	2,0
	po	31	15,6
	mungojn	164	82,4

b. sipas gjinisë

drenimi	GK				GH			
	F		M		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%
jo	3	1,9	1	2,6	3	7,9	9	5,9
po	21	13,1	10	25,6	5	13,2	4	2,6
mungojn	136	85,0	28	71,8	30	78,9	139	91,5
totali	160	100.0	39	100.0	38	100.0	152	100.0

Grafikoni nr. 19. Pasqyra e trajtimit te të dy grupet e pacientëve me dhe pa drenazh sipas gjinisë dhe sipas grupeve



Mjekimi pa drenazh regjistrohet te 6.3% (12) e pacientëve në GH dhe te 2.0% (4) e pacientëve në GK. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0386$) (tab 19a).

Mjekimi me drenazh regjistrohet te 4.8% (9) e pacientëve në GH dhe te 15.6% (31) e pacientëve në GK. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0005$) (tab 19a)

Në GK, mjekimi me drenazh regjistrohet te 25.6% e pacientëve të gjinisë mashkullore dhe te 13.1% e pacienteve të gjinisë femërore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.054$) (tab 19b dhe Graf. 19).

Në GH, mjekimi me drenazh regjistrohet te 13.2% e pacientëve të gjinisë mashkullore dhe te 2.6% e pacienteve të gjinisë femërore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0064$) (tab 19b dhe Graf. 19).

Dallimi procentual midis gjinisë mashkullore nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.1737$).

Dallimi procentual midis gjinisë femërore nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0007$).

Antibiotikët janë dhënë në të dy grupet. Në GH, antibiotiku është dhënë në kohëzgjatje mesatare prej 1.6 ± 1.7 ditë, minimum 1, ndërsa maksimum 10 ditë. Në GK, antibiotiku është dhënë në

kohëzgjatje mesatare prej 8.2 ± 0.7 ditë, minimum 4, ndërsa maksimum 10 ditë (Tab. dhe Graf. 20). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi në pikëpamje statistikore është sinjifikant midis kohës mesatare të dhënies së antibiotikëve ndërmjet dy grupeve për $p < 0.05$ ($p = 0.00$) (tab 21).

Tabela nr. 20. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të terapisë me antibiotikë

Grupet	\bar{x}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	1,6	190	1,7	1,0	10,0
GK	8,2	199	0,7	4,0	10,0

Grafikoni nr. 20. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të terapisë me antibiotikë

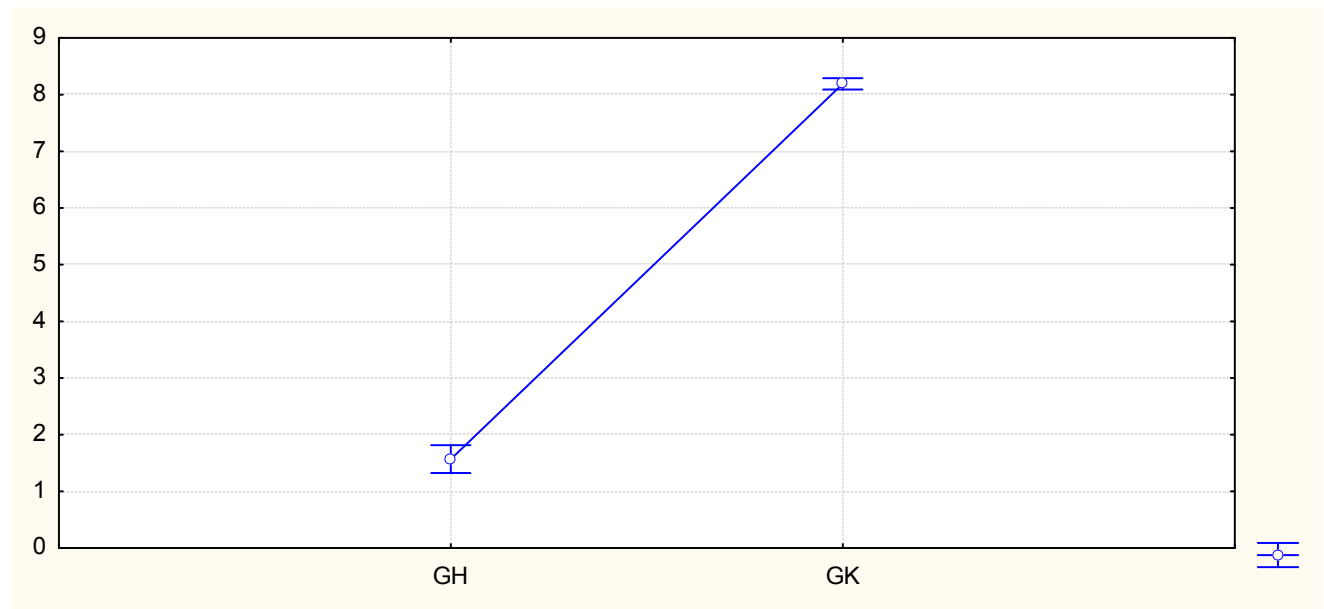


Tabela nr. 21. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

Rank Sum - GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N - GH	N- GK
19048,50	56806,50	903,5000	-16,2392	0,00	190	199

Tabela nr. 22. Pasqyra e kohëzgjatjes mesatare të terapisë me antibiotikë sipas grupit dhe gjinisë dhe pasqyra e t-testit

	\bar{X} - F	\bar{X} - M	t-test	p	N - F	N - M	DevStad. - F	Dev.Stad. - M
GK	8,2	8,2	0,110596	0,912049	160	39	0,731131	0,683328
GH	1,5	2,0	-1,85070	0,065782	152	38	1,513029	2,330605
t-test	-50,4847	-15,8076						
p	0,00	0,000000						

Koha mesatare e terapisë me antibiotikë në GH te gjinia mashkullore është 2.0 ± 2.3 , ndërsa te gjinia femërore është 1.5 ± 1.5 . Dallimi që regjistrohet midis vlerave mesatare ndërmjet gjinive, sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,065782$) (tab 22).

Koha mesatare e terapisë me antibiotikë në GK te gjinia mashkullore është 8.2 ± 0.68 , ndërsa te gjinia femërore është 8.2 ± 0.7 . Dallimi që regjistrohet midis vlerave mesatare ndërmjet gjinive sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,912049$) (tab 22).

Dallimi që regjistrohet midis kohës mesatare të terapisë me antibiotikë midis gjinisë mashkullore në GH dhe GK, sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,000000$) (Tab.22).

Dallimi që regjistrohet midis kohës mesatare të terapisë me antibiotikë midis gjinisë femërore në GH dhe GK sipas t-testit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,00$) (Tab.22).

Dhimbja regjistrohet edhe te pacientët e të dy grupeve. Në GH, dhimbje e lehtë regjistrohet te 88.9%, ndërsa dhimbje mesatare te 11.1%. Në GK, dhimbje e lehtë regjistrohet te 76.4%, ndërsa dhimbje mesatare te 23.1%, por te një pacient regjistrohet edhe dhimbje e rëndë (Tab. dhe Graf. 23). Sipas testi diferencues, dallimi procentual që regjistrohet midis dhimbjes së lehtë ndërmjet dy grupeve dhe dhimbjes mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0013$; $p = 0,0019$)

Në GH, te gjinia femërore regjistrohet 91.4% dhimbje e lehtë, ndërsa 78.9% te gjinia mashkullore. Dhimbje mesatare regjistrohet te 21.1% e gjinisë mashkullore, ndërsa te 8.6% e gjinisë femërore nga GH. Dallimi procentual sipas testi diferencues, në pikëpamje statistikore është sinjifikant (91.4% vs 78.9%; 21.1% vs 8.6%) për $p < 0.05$ ($p = 0.0262$) (tab 23).

Në GK, te gjinia femërore regjistrohet 77.5% dhimbje e lehtë, ndërsa 71.8% te gjinia mashkullore. Dhimbje mesatare regjistrohet te 25.6% e gjinisë mashkullore, ndërsa te 22.5% e gjinisë femërore nga GK. Dallimi procentual sipas testi diferencues, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant (71.8% vs 77.5%; 25.6% vs 22.5%) për $p > 0.05$ ($p = 0.4532$; $p = 0.6809$) (tab 23).

Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinisë mashkullore të të dy grupeve (78.9% dhe 71.8%; 21.1 dhe 25.6%) sipas testi diferencues, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.4724$; $p = 0.6422$) (tab 23).

Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinisë femërore të të dy grupeve (91.4% dhe 77.5%; 8.6 dhe 22.5%) sipas testit diferencues, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.0008$) (tab 23).

Tabela nr. 23. Pasqyra e përfaqësimit të shkallës së dhimbjes

dhimbja /GH	totali		M		F	
	N	%	N	%	N	%
e lehtë	169	88,9	30	78,9	139	91,4
e mesme	21	11,1	8	21,1	13	8,6
totali	190	100.0	38	100.0	152	100.0
dhimbja /GK						
e lehtë	152	76,4	28	71,8	124	77,5
e mesme	46	23,1	10	25.6	36	22,5
e rënd	1	0.5	1	2.6	0	
totali	199	100.0	39	100.0	160	100

Grafikoni nr. 23. Pasqyra e përfaqësimit të shkallës së dhimbjes

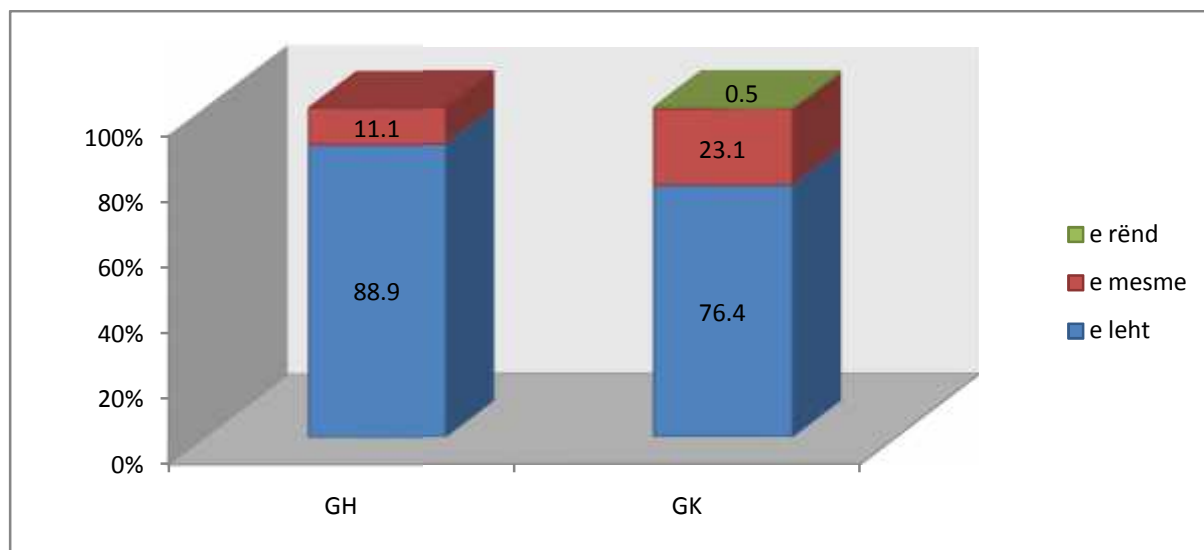
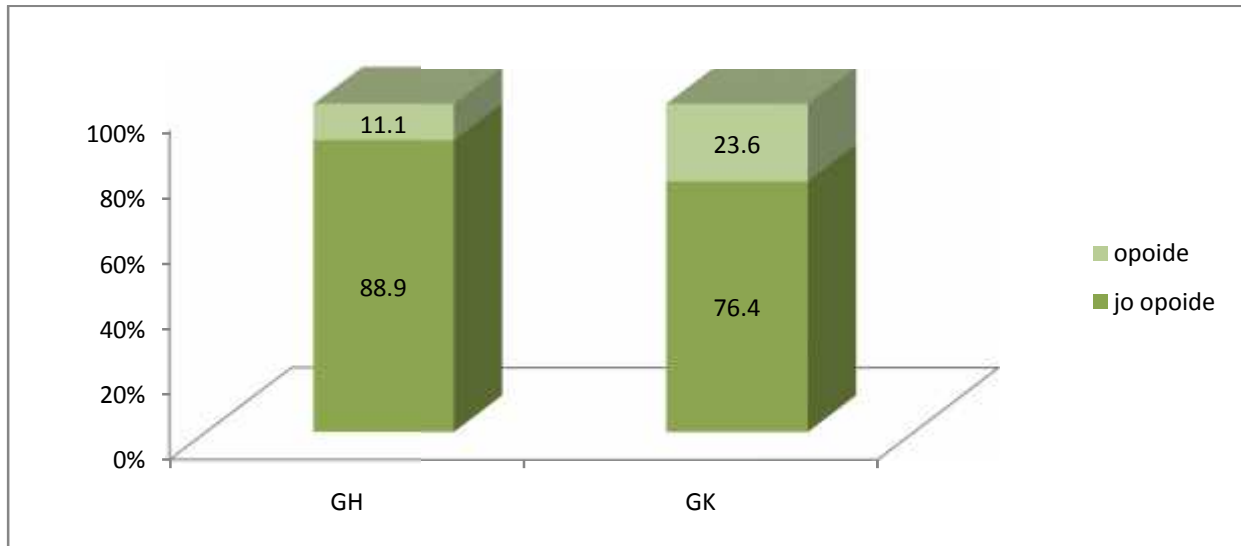


Tabela nr. 24. Pasqyra e pacientëve në raport me terapinë me analgjezikë

GK/analg./gjni.	totali		F		M	
	N	%	N	%	N	%
jo opoide	152	76,4	124	77,5	28	71,8
opoide	47	23,6	36	22,5	11	28,2
totali	199	100.0	160	100.0	39	100.0
<i>GH</i>						
jo opoide	169	88,9	139	91,4	30	78,9
opoide	21	11,1	13	8,6	8	21,1
totali	190	100.0	152	100.0	38	100.0

Grafikoni nr. 24. Pasqyra e përfaqësimit të pacientëve në raport me terapinë me analgjezikë



Analgjezikët si terapi regjistrohen te pacientët e të dy grupeve. Në GH, analgjezikë – analgjezikve regjistrohen te 88.9% e pacientëve, ndërsa opoide te 11.1%. Në GK, analgjezik regjistrohen te 76.4%, ndërsa opoide te 23.6% (Tab. dhe Graf. 24). Sipas testi diferencues, dallimi procentual që regjistrohet midis analgjezik analgjezikëve ndërmjet dy grupeve dhe opoide midis dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0013$).

Te gjinia femërore, në GH analgjezik analgjezikë regjistrohen te 91.4% e pacientëve, ndërsa opoide te 8.6%. Në GK, te gjinia femërore, analgjezik analgjezikë regjistrohen te 77.5% e pacientëve, ndërsa opoide te 22.5%. Dallimi procentual që regjistrohet te grupet, për gjininë femërore midis dy analgjezikëve (analgjezik dhe opoide), në pikëpamje statistikore është për $p < 0.05$ ($p = 0.000000$).

Dallimi procentual që regjistrohet midis grupeve GH dhe GK për gjininë femërore midis analgjezikëve të njëjtë (analgjezik dhe analgjezik; opoide dhe opoide), në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0008$).

Te gjinia mashkullore në GK, analgjezik analgjezikë regjistrohen te 71.8% e pacientëve, ndërsa opoide te 28.2%. Në GH, te gjinia mashkullore analgjezik analgjezikë regjistrohen te 78.9% e pacientëve, ndërsa opoide te 21.1%. Dallimi procentual që regjistrohet te grupet për gjininë

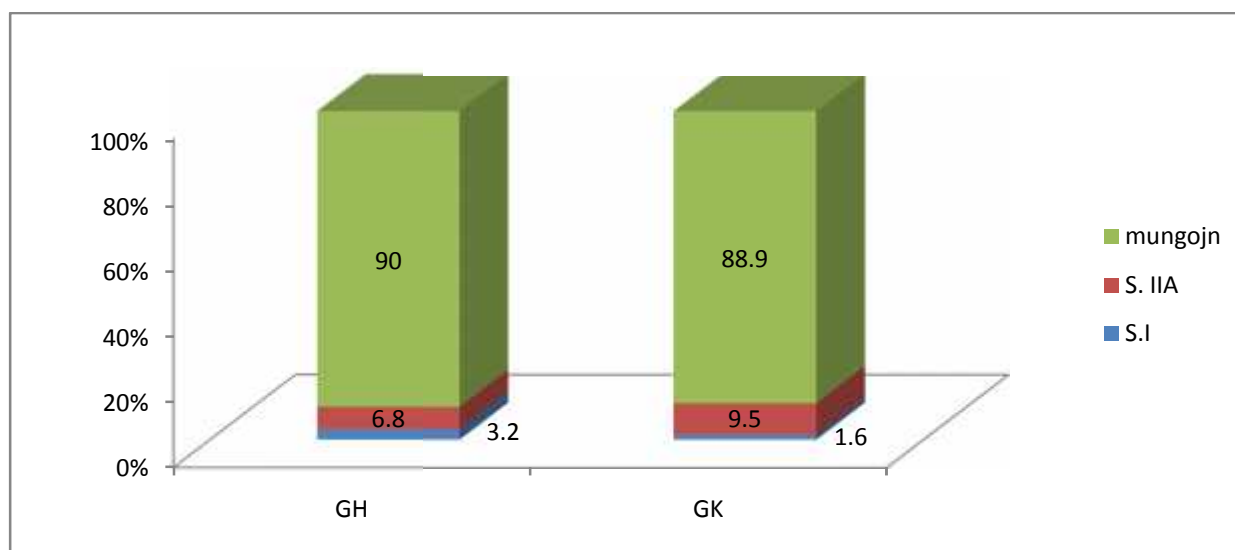
mashkullore midis dy analgjezikëve (analgjezik dhe opoide) në të njëjtin grup, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0003$; $p = 0.0000$).

Dallimi procentual që regjistrohet midis grupeve GH dhe GK për gjininë mashkullore midis analgjezikëve të njëjtë (analgjezik dhe analgjezik; opoide dhe opoide), në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.4718$).

Tabela nr. 25. Pasqyra e komplikimeve post operative në të dy grupet dhe sipas gjinisë

GH /komplikimi	totali		F		M	
	N	%	N	%	N	%
Sh.I	6	3,2	4	2,6	2	5,3
Sh.IIA	13	6,8	7	4,6	6	15,8
mungojn	171	90,0	141	92,8	30	78,9
GK						
Sh.I	3	1,6	3	1,9		
Sh.IIA	19	9,5	16	10,0	3	7,7
mungojn	177	88,9	141	88,1	36	92,3

Grafikoni nr. 25. Pasqyra e komplikimeve post operative në të dy grupet



Te 3.2% e pacientëve nga GH regjistrohet Shkalla I, ndërsa te 6.8% Shkalla IIA si komplikim post operativ. Në GK, te 1.6% regjistrohet Shkalla I, ndërsa te 9.8% Shkalla IIA (Tab. dhe Graf. 25). Dallimi procentual që regjistrohet midis Shkalla IIA në GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0006$).

Te 2.6% e pacientëve të gjinisë femërore nga GH regjistrohet Shkalla I, ndërsa te 4.6% Shkalla IIA si komplikim post operativ. Në GK, te 1.9% regjistrohet Shkalla I, ndërsa te 10.0% Shkalla IIA (Tab.25). Dallimi procentual që regjistrohet midis Shkalla IIA në GK te gjinia femërore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0024$). Dallimet e tjera procentuale, në pikëpamje statistikore janë jo sinjifikant e për $p > 0.05$.

Te 5.3% e pacientëve të gjinisë mashkullore nga GH, regjistrohet Shkalla I, ndërsa te 15.8% Shkalla IIA si komplikim post operativ. Në GK nuk regjistrohet Shkalla I, ndërsa te 7.7% Shkalla IIA (Tab.25). Dallimi procentual që regjistrohet midis shkallve në GK dhe GH, te gjinia mashkullore, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$.

Sipas testi diferencues, dallimi procentual që regjistrohet midis gradave në GK dhe GH midis gjinisë femërore dhe gjinisë mashkullore, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$.

Tabela nr. 26. Pasqyra e numrit mesatar të ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve ditore

Grupet	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	5,5	190	1,592808	5,0	15,0
GK	14,9	199	0,499987	10,0	15,0

Grafikoni nr. 26. Pasqyra e numrit mesatar të ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve ditore

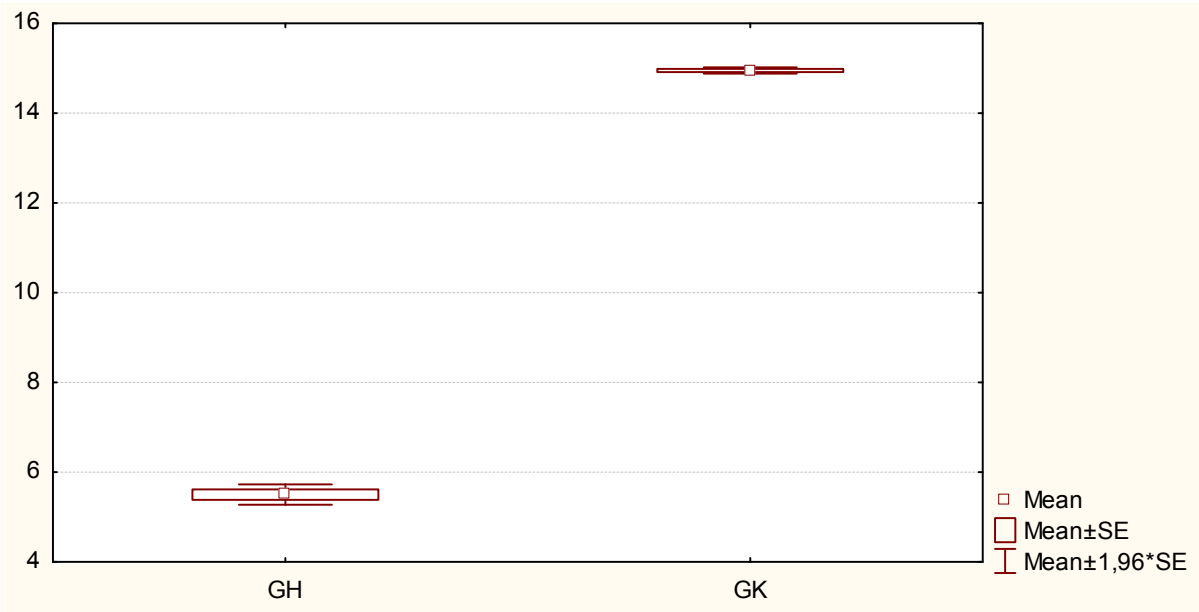


Tabela nr. 27. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

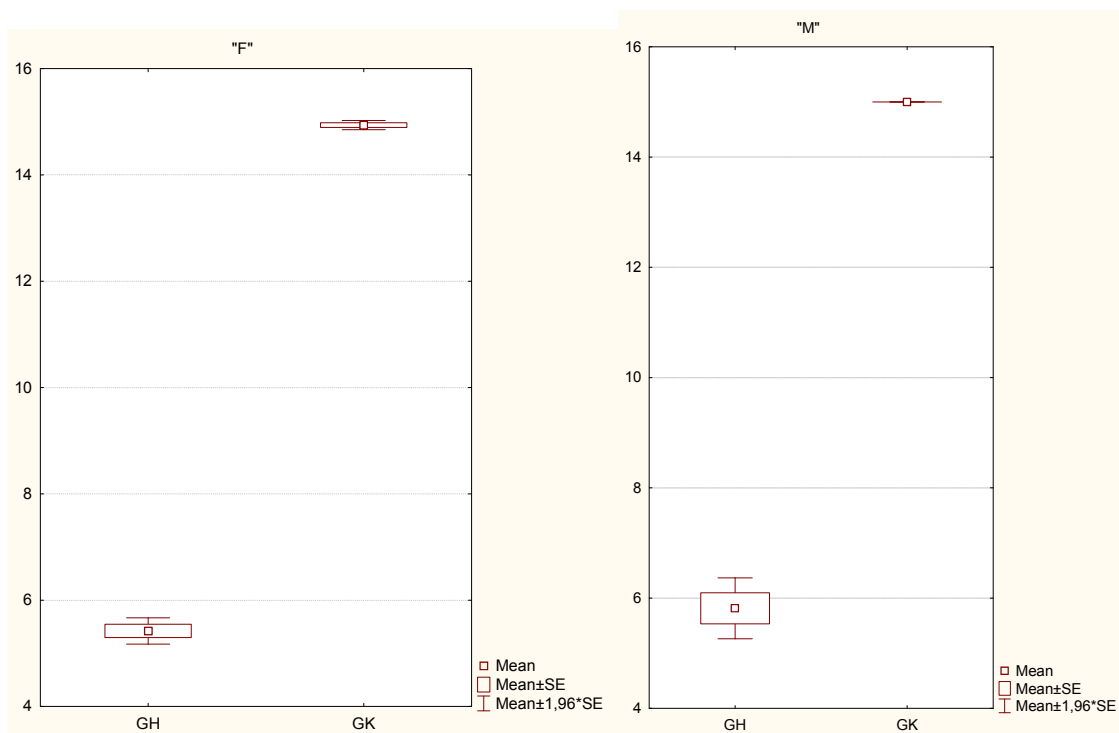
Rank Sum - GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N - GH	N - GK
18358,00	57497,00	213,0000	-16,8621	0,00	190	199

Pacientëve nga GH mesatarisht u nevojiten 5.5 ditë që t'u kthehen aktiviteteve të përditshme, ndërsa pacientëve nga GK u nevojitet shumë më tepër, përkatësisht 15 ditë (Tab. dhe Graf. 26). Sipas Mann-Whitney U-testit, ky dallim në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$) (Tab.27).

Tabela nr. 28. Pasqyra e numrit mesatar të ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve ditore sipas gjinisë në të dy grupet dhe pasqyra e t-testit

	$\bar{X} - M$	$\bar{X} - F$	t-test	p	N - M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.Stad. - F
GH	5,8	5,4	1,369572	0,172454	38	152	1,737586	1,550588
GK	15,0	14,9	-0,699078	0,485328	160	39	0,557256	0,00
t-test	-33,0145	-72,8427						
p	0,00	0,00						

Grafikoni nr. 28. Pasqyra e numrit mesatar të ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve ditore sipas gjinisë në të dy grupet



Numri mesatar i ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve ditore në GH, te gjinia mashkullore është 5.8 ditë, ndërsa te gjinia femërore është 5.4. Dallimi midis numrit mesatar të ditëve për t'u kthyer aktiviteteve të përditshme midis gjinive, në pikëpamje statistikore është josingjifikativ për $p > 0.05$ ($p = 0,172454$) (Tab. 28).

Numri mesatar i ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve ditore në GK, te gjinia mashkullore është 15 ditë, ndërsa te gjinia femërore është 14.9. Dallimi midis numrit mesatar të ditëve për t'u kthyer aktiviteteve të përditshme midis gjinive, në pikëpamje statistikore është josingjifikativ për $p > 0.05$ ($p = 0,485328$) (Tab. 28).

Dallimi që regjistrohet midis numrit mesatar të ditëve deri në kthimin në aktivitetet e përditshme, te pacientët e gjinisë mashkullore nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$) (Tab. dhe Graf. 28)

Dallimi që regjistrohet midis numrit mesatar të ditëve deri në kthimin në aktivitetet e përditshme, te pacientet e gjinisë femërore nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$) (Tab. dhe Graf. 28)

Tabela nr. 29. Pasqyra e numrit mesatar të ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve të punës

Grupet	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	8,8	190	2,82857	8,0	30,0
GK	29,8	199	1,49996	15,0	30,0

Grafikoni nr. 29. Pasqyra e numrit mesatar të ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve në punë

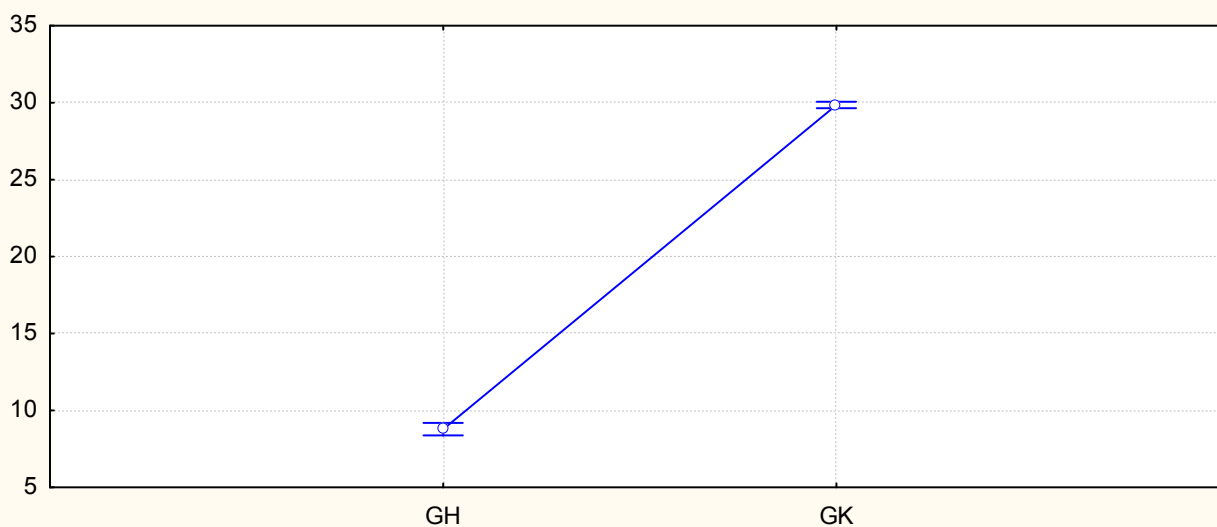


Tabela nr. 30. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

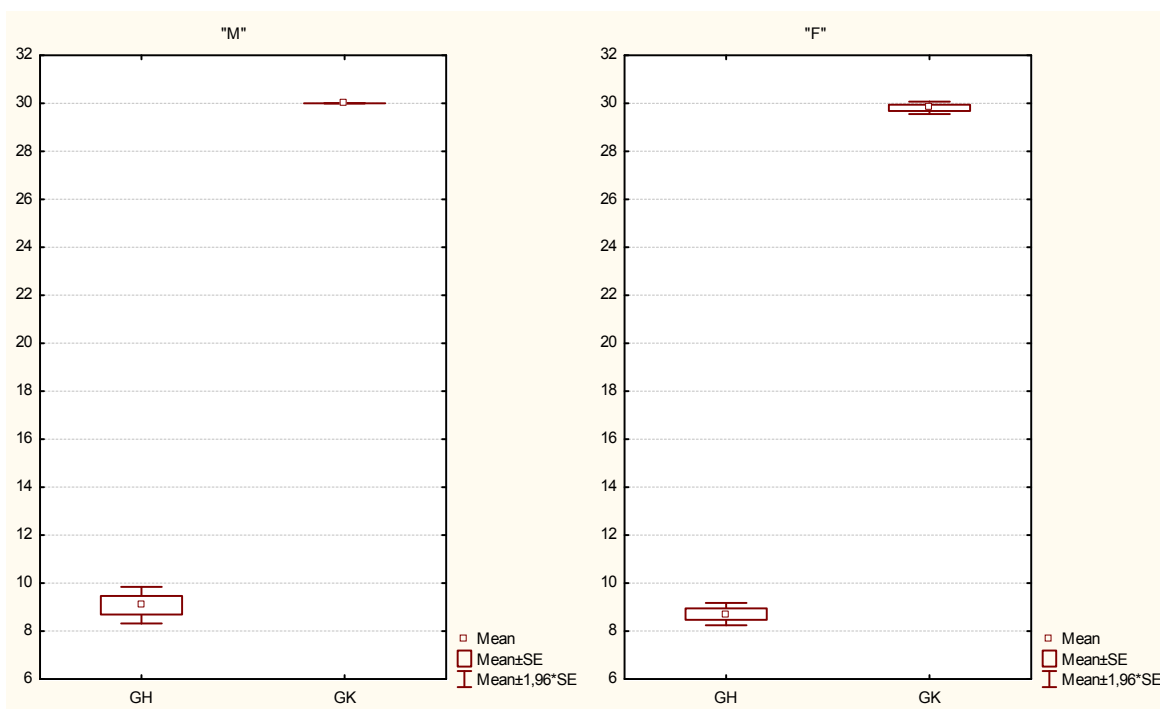
Rank Sum – GH	Rank Sum – GK	U	Z	p-level	N – GH	N – GK
18359,00	57496,00	214,0000	-16,8612	0,00	190	199

Te pacientët e GH, mesatarisht u nevojiten 8.8 ditë që t’u kthehen aktiviteteve të punës, ndërsa pacientëve nga GK u nevojitet shumë më tepër, përkatësisht 29.8 ditë (Tab. dhe Graf. 29). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi i regjistruar në ditë midis GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$) (Tab.30).

Tabela nr. 31. Pasqyra e numrit mesatar të ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve në punë sipas gjinisë në të dy grupet dhe pasqyra e t-testit

	\bar{X} - M	\bar{X} - F	t-test	p	N - M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.Stad. - F
GH	9,1	8,7	0,717225	0,474125	38	152	2,397990	2,928806
KG	30,0	29,8	0,699078	0,485328	39	160	0,00	1,671769
t-test	-54,4935	-78,6464						
p	0,00	0,00						

Grafikoni nr. 31. Pasqyra e numrit mesatar të ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve në punë sipas gjinisë në të dy grupet



Numri mesatar i ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve në punë në GH, te gjinia mashkullore është 9.1 ditë, ndërsa te gjinia femërore është 8.7 ditë. Dallimi midis numrit mesatar të ditëve për t'u kthyer aktiviteteve në punë midis gjinive, në pikëpamje statistikore është josingjifikativ për $p > 0.05$ ($p = 0,474125$) (Tab. dhe Graf. 31)

Numri mesatar i ditëve deri në kryerjen e aktiviteteve në punë në GK, te gjinia mashkullore është 30 ditë, ndërsa te gjinia femërore është 29.8. Dallimi midis numrit mesatar të ditëve për t'u kthyer aktiviteteve në punë, midis gjinive, në pikëpamje statistikore është josingjifikativ për $p > 0.05$ ($p = 0,485328$) (Tab. dhe Graf. 31)

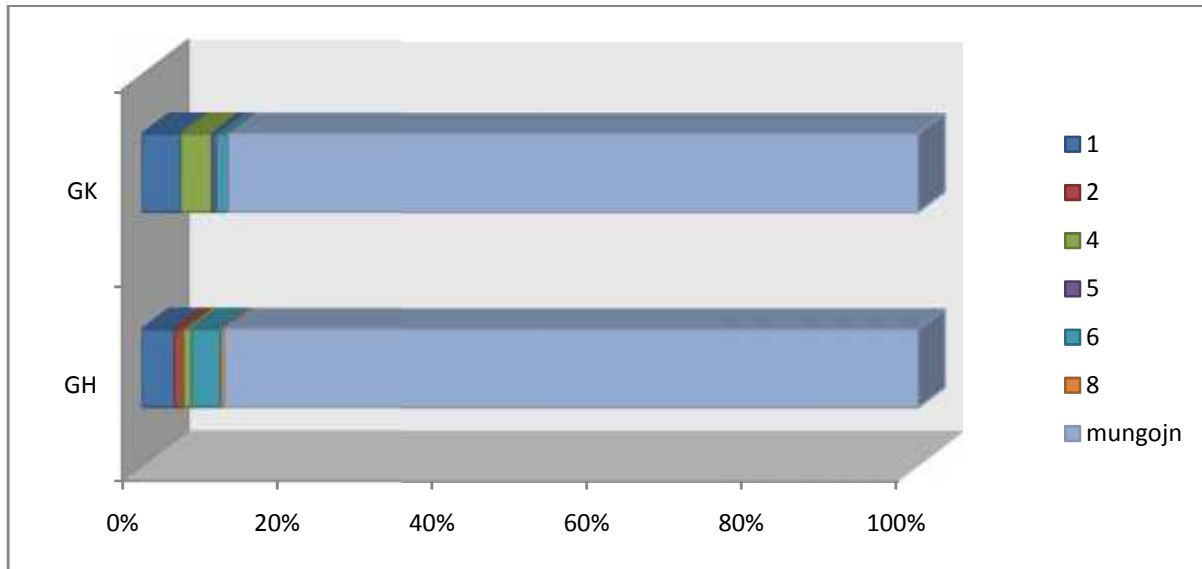
Dallimi që regjistrohet midis numrit mesatar të ditëve deri në kthimin në aktivitete pune, te pacientët e gjinisë mashkullore nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.00)$ (Tab.31)

Dallimi që regjistrohet midis numrit mesatar të ditëve deri në kthimin në aktivitete pune, te pacientet e gjinisë femërore nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.00)$ (Tab. dhe Graf. 31).

Tabela nr. 32. Pasqyra e regjistrimit të komplikimeve të tjera te të dy grupet

GH	N	%
Hemoragjia intraoperative	8	4,2
Lendime vaskulare	2	1,1
Rjedhje biliare	2	1,1
Infeksioni i portave	7	3,7
Hernia e portave	1	0,5
mungojn	170	89,4
GK		
Hemoragjia intraoperative	10	5,0
Rjedhje biliare	8	4,0
Lendimi zorreve	1	0,5
Infeksioni i plagës	3	1,5
mungojn	177	88,9

Grafikoni nr. 32. Pasqyra e regjistrimit të komplikimeve të tjera te të dy grupet



Komplikimet sipas klasifikimit të Claviensit regjistrohen te 20 pacientë në GH dhe te 22 pacientë në GK. Nga komplikimet sipas klasifikimit të Claviensit në GH, më së shpeshti regjistrohen hemorragji intraoperative te 8 pacientë, infektim i portave te 7 pacientë, te 2 pacientë regjistrohen lëndime vaskulare dhe rrjedhje biliare, ndërsa te një pacient herni e portës. Nga komplikimet sipas klasifikimit të Claviensit në GK, më së shpeshti regjistrohen hemorragji intraoperative te 10 pacientë, rrjedhje biliare te 8 pacientë, infektim i plagës te 3 pacientë dhe lëndimi i zorrëve te një pacient (Tab. dhe Graf. 32).

Në që të dy grupet regjistrohen vlera të rritura të SE mbi vlerat referente (4-10), në GH është 20.2, ndërsa në GK 23.7 (tab 33). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,003331$) (Tab.34).

Numri i Er në GH (4,3) dhe në GK (5,4) është në kufirin e vlerave referente (4,2-5,5) (tab 33). Dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ (Tab.34).

Numri i Le në GH (10,4) dhe në GK (10,9) është rritur, përkatësiht është mbi vlerat referente (4-9) (tab 33). Dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ (Tab.34).

Numri i Tr në GH (268.6) dhe në GK (267.6) është në kufirin e vlerave referente (140-340) (tab 33). Dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ (Tab.34).

Hemoglobina në GH (125.8) dhe në GK (126.2) është në kufirin e vlerave referente (120-160) (tab 33). Dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Vlerat e hematokritit në GH (1.3) dhe në GK (0.8) janë mbi vlerat referente (0.37-0.54) (Tab. 33). Dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Bilirubini i drejtpërdrejtë në GH (3.2) dhe në GK (1.8) është në kufirin e vlerave referente (1.5-6.8) (tab 33), ndërsa dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Bilirubini total në GH (16.2) dhe në GK (16.2) është në kufirin e vlerave referente (6.8-20.5) (tab 33), ndërsa dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Vlerat e AST në GH (37.2) dhe në GK (42.7) janë mbi vlerat referente (10-34) (tab 33), ndërsa dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Vlerat e ALT në GH (40.1) dhe në GK(45.1) janë në kufirin e vlerave referente (10-45) (tab 33), ndërsa dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Vlerat e ureas në serum në GH (6.3) dhe në GK (6.4) janë në kufirin e vlerave referente (2.7-7.8) (tab 33), ndërsa dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Vlerat kreatinines në serum në GH (79.8) dhe në GK (83.5) janë në kufirin e vlerave referente, (45-109) (tab 33), ndërsa dallimi sipas Mann-Whitney U-testit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p<0.05$ ($p=0,000163$) (Tab.34).

Vlerat e glukozës në GH (5.5) dhe në GK (5.8) janë në kufirin e vlerave referente (3.5-6.5) (Tab. 33), ndërsa dallimi sipas Mann-Whitney U-testit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p<0.05$ ($p=0,044876$) (Tab.34).

Albuminat janë matur vetëm te tre pacientë në GK dhe vlera mesatare është 37.3 dhe është në kufirin e vlerave referente (35-50) (tab 34).

Vlerat e amilazës në GH (74.1) dhe në GK (78.9) janë në kufirin e vlerave referente (30-110) (tab 33), ndërsa dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Lipaza është matur vetëm te një pacient në GH (tab33).

Vlerat e fosfatazës alkale në GH (171.8) dhe në GK (183.6) janë mbi vlerat referente (38-126) (tab 33), ndërsa dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab.34).

Tabela nr. 33. Pasqyra e vlerave mesatare të rezultateve të analizave biokimike

	GH					GK				
	N	\bar{x}	Minim.	Maxim.	Dev.Stad	N	\bar{X}	Minim.	Maxim.	Dev.Stad
SE (ora 1)	190	20,2	8,0	60,0	9,6	199	23,7	9,0	68,0	12,1
Er (x10 ¹²)	190	4,3	2,1	48,0	4,4	199	5,4	3,2	307,0	21,5
Le (x10 ⁹)	190	10,4	4,40	19,2	3,2	199	10,9	4,6	21,9	4,11
Tr (x10 ⁹)	190	268,6	189,0	376,0	28,3	199	267,6	167,0	328,0	30,0
HgB	190	125,8	103,0	163,0	7,8	199	126,2	106,0	162,0	8,9
Htc	190	1,3	0,3	49,0	6,0	199	0,8	0,3	43,8	4,3
Biliru.dire	6	3,2	2,0	4,6	0,9	2	1,8	1,7	2,0	0,2
Biliru. tota	190	16,2	1,4	34,8	4,6	199	16,2	6,4	49,3	5,5
AST	190	37,2	11,3	108,5	21,4	199	42,7	12,5	259,0	32,2
ALT	190	40,1	5,3	134,0	25,6	199	45,1	5,3	128,8	31,8
Urea	190	6,3	2,4	8,9	1,2	199	6,4	3,1	9,2	1,2
SCr	190	79,8	7,0	102,3	10,4	199	83,5	67,0	146,90	9,2
LDH	1	315,0	315,0	315,0		0				
Glu	190	5,5	3,50	8,9	0,9	199	5,8	4,2	10,2	1,1
Alb	0					3	37,3	31,2	42,2	5,6
Amylaza	190	74,1	36,8	148,40	14,5	199	78,9	23,1	647,8	44,4
Lipaza	1	58,8	58,8	58,8		0				
Phos Alk	190	171,8	44,6	683,0	74,5	199	183,6	7,4	361,3	78,2

Tabela nr. 34. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

	Rank Sum - GH	Rank Sum GK	U	Z	p-level	N - GH	N - GK
SE (ora 1)	33796,00	42059,00	15651,00	-2,93544	0,003331	190	199
Er (x10 ¹²)	37223,50	38631,50	18731,50	0,15651	0,875628	190	199
Le (x10 ⁹)	36426,50	39428,50	18281,50	-0,56246	0,573803	190	199
Tr (x10 ⁹)	36739,50	39115,50	18594,50	-0,28010	0,779399	190	199
HgB	36998,50	38856,50	18853,50	-0,04646	0,962945	190	199
Htc	37651,00	38204,00	18304,00	0,54216	0,587707	190	199
Bilirub. direkt	32,50	3,50	0,50	1,83333	0,066754	6	2
Bilirubina totale	38968,50	36886,50	16986,50	1,73068	0,083510	190	199
AST	36924,00	38931,00	18779,00	-0,11366	0,909504	190	199
ALT	36312,50	39542,50	18167,50	-0,66530	0,505860	190	199
Urea	36429,00	39426,00	18284,00	-0,56020	0,575340	190	199
SCr	32871,00	42984,00	14726,00	-3,76988	0,000163	190	199
Glu	34826,50	41028,50	16681,50	-2,00582	0,044876	190	199
Amylaza	36301,00	39554,00	18156,00	-0,67567	0,499249	190	199
Phos Alk	35140,00	40715,00	16995,00	-1,72301	0,084887	190	199

Tabela nr. 35. Pasqyra e vlerave mesatare të CRP në të dy grupet

GK	N	\bar{x}	Minim.	Maxim.	Dev.Stad.
CRP	199	9,9	0,8	38,4	9,184933
GH					
CRP	187	8,7	1,2	32,0	8,072075

Grafikoni nr. 35. Pasqyra e vlerave mesatare të CRP në të dy grupet

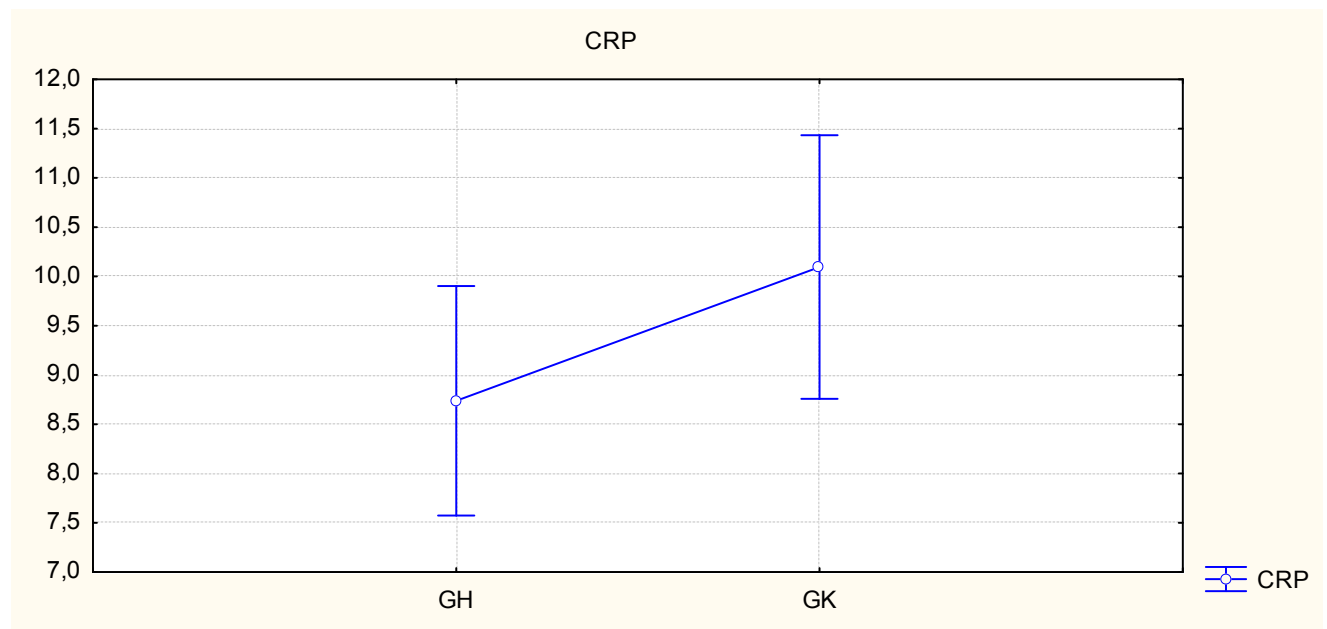


Tabela nr. 36. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

Rank Sum - GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N - GH	N - GK
35585,50	39105,50	18007,50	-0,546783	0,584529	187	199

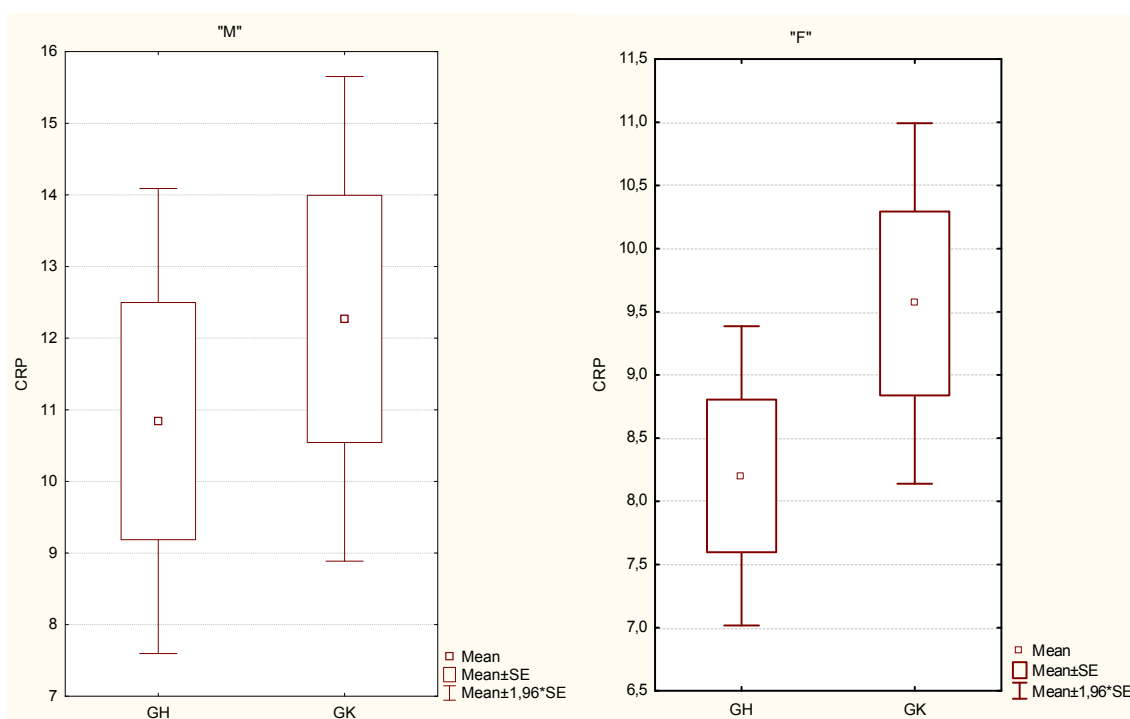
Vlera mesatare e CRP në GH është 8.7 ± 8.1 , minimum 1.2, ndërsa maksimum 32. Vlera është mbi vlerat referente (<6). Vlera mesatare e CRP është më e lartë në GK dhe arrin $9,9 \pm 9.1$, minimum 0.8, ndërsa maksimum 38.4. Vlera është mbi vlerat referente (<6) (Tab. dhe Graf. 35). Dallimi që regjistrohet midis vlerave mesatare të CRP ndërmjet dy grupeve sipas Mann-Whitney U-testit, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,584529$) (Tab.36).

Për tre pacientë të GH mungojnë vlerat për CRP.

Tabela nr. 37 Pasqyra e vlerave mesatare të CRP në të dy grupet sipas gjinisë dhe pasqyra e t-testit

	\bar{x} - M	\bar{x} - F	t-test	p	N - M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.Stad. - F
GH	10,8	8,2	1,811150	0,071740	38	149	10,21003	7,375663
KG	12,3	9,3	1,823121	0,069801	39	160	10,77832	8,691852
t-test	-0,596179	-1,18965						
p	0,552851	0,235105						

Grafikoni nr. 37. Pasqyra e vlerave mesatare të CRP në të dy grupet sipas gjinisë



Vlera mesatare e CRP në GH te gjinia mashkullore është 10.8 ± 10.2 , ndërsa te gjinia femërore është 8.2 ± 7.4 . Të dyja vlerat janë mbi vlerat referente (<6). Vlera mesatare e CRP është më e lartë në GK dhe te gjinia mashkullore është 12.3 ± 10.8 , ndërsa te gjinia femërore është 9.3 ± 8.7 . Të dyja vlerat janë mbi vlerat referente (<6). (Tab. dhe Graf. 37).

Dallimi që regjistrohet midis vlerave mesatare të CRP ndërmjet gjinive në të dy grupet sipas

t-testit, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,071740$; $p = 0,069801$) (Tab. 37).

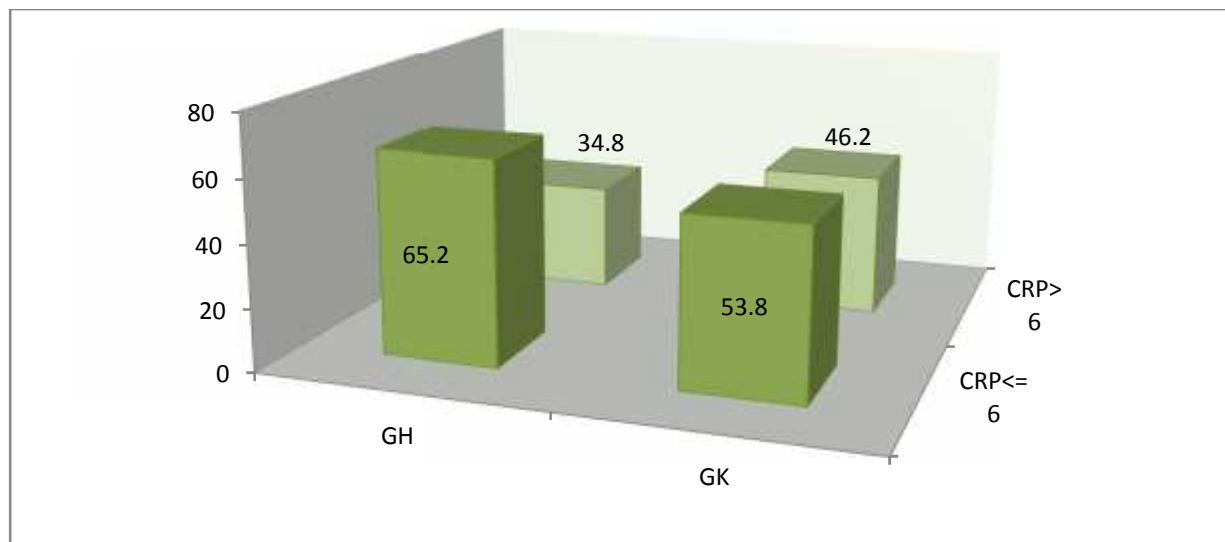
Dallimi që regjistrohet midis vlerave mesatare të CRP midis gjinisë mashkullore në GH dhe GK sipas *t-testit*, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,552851$) (Tab. 37).

Dallimi që regjistrohet midis vlerave mesatare të CRP ndërmjet gjinisë femërore në GH dhe GK, sipas *t-testit*, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,235105$) (Tab. 37).

Tabela nr. 38. Pasqyra e përfaqësimit të vlerave të CRP në kufirin e vlerave referente dhe mbi to, në të dy grupet

grupet	CRP >6		CRP ≤6		totali	
	N	%	N	%	N	%
GH	65	34.8	122	65.2	187	100.0
GK	92	46.2	107	53.8	199	100.0

Grafikoni nr. 38 Pasqyra e numrit të pacientëve, vlerat e CRP të të cilëve janë në kufirin e vlerave referente dhe mbi to, në të dy grupet



Në GH, CRP > 6 regjistrohet te 34.8% e pacientëve, ndërsa te 65.2% e pacientëve regjistrohen vlerat <=6. Në GK, te 46.2% regjistrohen vlerat >6 të CRP (Tab. dhe Graf. 38). Dallimi procentual midis regjistrimit të CRP>6 në GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p<0.05(p=0.0232)$.

Regjistrohet asociacioni që në pikëpamje statistikore është sinjifikant, midis grupeve të ekzaminuara (GH;GK) dhe vlerave të CRP (<=6; >6) për $p<0.05$ (Pearson Chi-square: 5,25787, $df=1$, $p=0,021850$).

Në GH regjistrohen 76.9% e gjinisë femërore me vlera të rritura të CRP > 6, ndërsa 23.1% te gjinia mashkullore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p<0.06(p=0.000)$ (Tab. dhe Graf. 39).

Në GK regjistrohen 80.4% e gjinisë femërore me vlera të rritura të CRP > 6, ndërsa 19.6% te gjinia mashkullore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p<0.05(p=0.000)$ (Tab. dhe Graf. 39).

Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinive të njëjta (M me M; F me F) të të dy grupeve, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05(p=0.5417)$ (Tab. dhe Graf. 39).

Tabela nr. 39. Pasqyra e përfaqësimit të CRP >6 në të dy grupet sipas gjinisë

gjinia	GH		GK	
	N	%	N	%
M	15	23,1	18	19,6
F	50	76,9	74	80.4
totali	65	100.0	92	100.0

Grafikoni nr. 39. Pasqyra e përfaqësimit të CRP >6 në të dy grupet sipas gjinisë

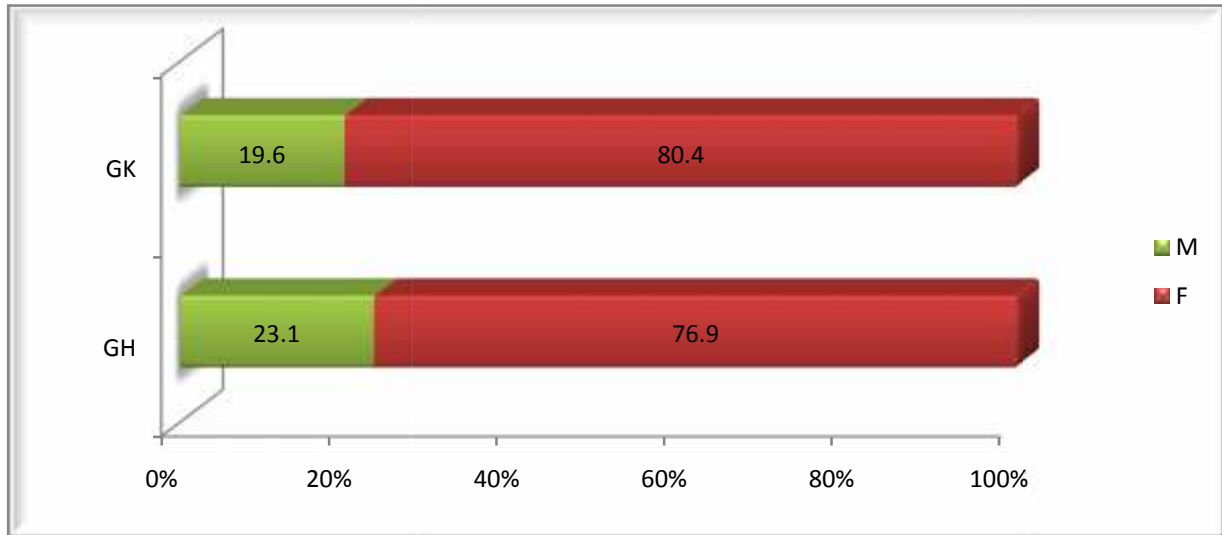
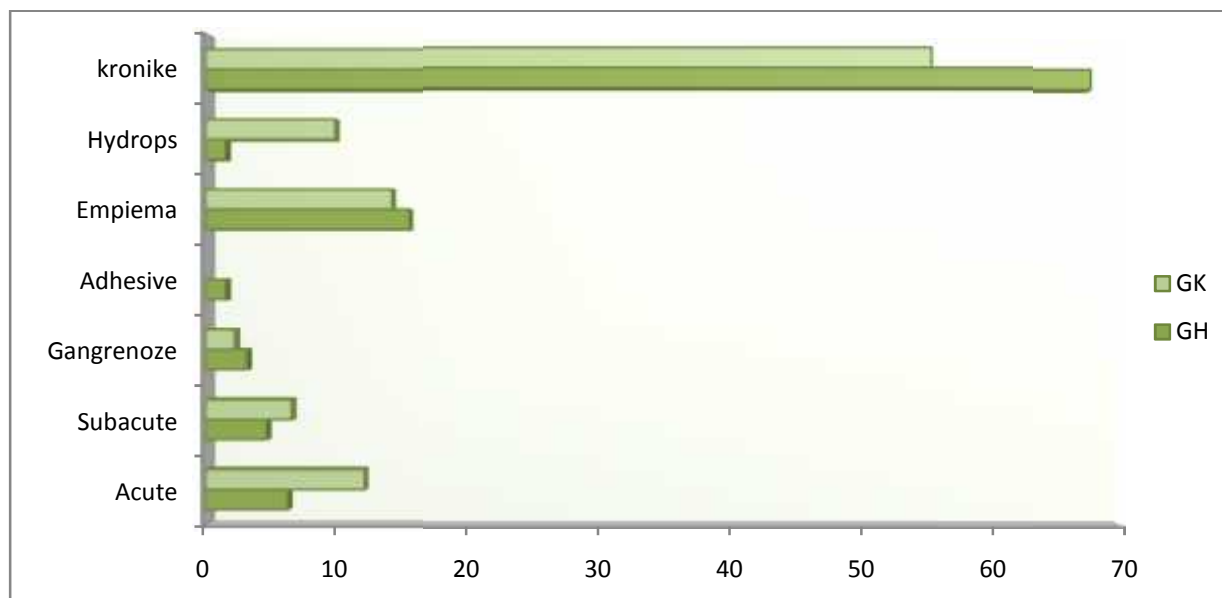


Tabela nr. 40. Pasqyra e përfaqësimit të CRP >6 në të dy grupet sipas indikacioneve

indikimet	GH		GK	
	N	%	N	%
Acute	4	6,2	11	12,0
Subacute	3	4,6	6	6,5
Gangrenoze	2	3,1	2	2,2
Adhesive	1	1,5		
Empiema	10	15,4	13	14,1
Hydrops	1	1,5	9	9,8
kronike	44	67,7	51	55,4
totali	65	100.0	92	100.0

Grafikoni nr. 40. Pasqyra e përfaqësimit të CRP >6 në të dy grupet sipas indikacioneve



Përqindje më e madhe te pacientët e GH që kanë CRP>6 regjistrohet te forma kronike 67.7%, pason me 15.4% empiema, 6.2%- forma akute, 4.6% forma subakute, 3.1% forma gangrenoze dhe te nga një pacient regjistrohet te hydropsi dhe te atesiva. Dallimi procentual që regjistrohet në GH midis CRP>6 te forma kronike dhe modaliteteve të tjera, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$ (Tab. dhe Graf. 40).

Përqindje më e madhe te pacientët e GK që kanë CRP>6 regjistrohet te forma kronike 55.4%, pason me 14.1% empiema, 12.0%- forma akute, 9.8% hydropsi, 6.5% forma subakute dhe 2.2% forma gangrenoze. Dallimi procentual që regjistrohet në GK midis CRP>6 te forma kronike dhe modaliteteve të tjera, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$ (Tab. dhe Graf. 40).

Dallimi procentual që regjistrohet midis modaliteteve nga GK dhe modaliteteve (formave) nga GH që kanë CRP>6, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$. Vetëm dallimi procentual (1.5% vs 9.8%), në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05 (p = 0.0000)$ te hydropsi.

Përqindje më e madhe te pacientët e GH që kanë CRP>6 regjistrohet në moshën prej 51 deri 60 vjeç - 24.6%, pason me 20.0% moshë prej 41 deri 50 vjeç, 18.5% - prej 31 deri 40 vjeç, 16.9% prej 61 deri 70 vjeç, 13.8% prej 71 deri 80 vjeç, 4.6% prej 21 deri 30 vjeç dhe 1.5% te moshë >

81vjeç. Dallimi procentual që regjistrohet në GH midis CRP>6 të modaliteteve të moshës së rritur, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab. dhe Graf. 41).

Përqindje më e madhe të pacientëve të GK që kanë CRP>6 regjistrohet në grupin e moshës prej 51 deri 60 vjeç – 27.2%; pason me 21.7% prej 61 deri 70vjeç, 20.7% - od 31 deri 40 vjeç, 16.3% prej 41 deri 50 vjeç, 6.5% prej 71 deri 80 vjeç, 5.4% e moshës prej 21 deri 30 vjeç dhe 2.2% mbi 81 vjeç. Dallimi procentual që regjistrohet në GK midis CRP>6 të grupet e moshës së rritur, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$ (Tab. dhe Graf. 40).

Dallimi procentual që regjistrohet midis modaliteteve të GK dhe modaliteteve të moshës së rritur të GH që kanë CRP>6, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p>0.05$.

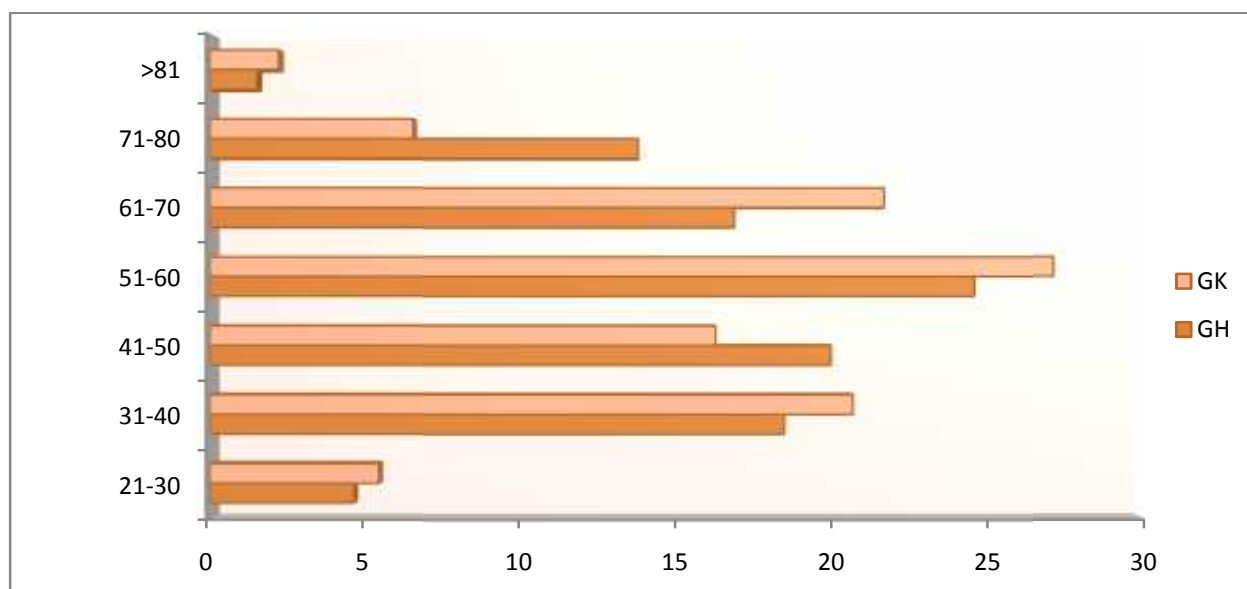
Ndryshimi në përqindje të GH dhe GK që kanë CRP>6 të moshës 51 deri 60 vjeç dhe të moshës prej 21 deri 30 vjeç (24.6% dhe 4.6%) në pikëpamje statistikore është sinjifikante $p<0.05(p=0.0001)$.

Ndryshimi në përqindje të GK dhe GH që kanë CRP>6 të moshës 51 deri 60 vjeç dhe të moshës prej 71 deri 80 vjeç (27.2% dhe 13.8%) në pikëpamje statistikore është sinjifikante $p<0.05(p=0.0003)$.

Tabela nr. 41. Pasqyra e përfaqësimit të CRP >6 në të dy grupet sipas grupeve të moshës së rritur

nga deri	GK		GH	
	N	%	N	%
21-30	5	5,4	3	4,6
31-40	19	20,7	12	18,5
41-50	15	16,3	13	20,0
51-60	25	27,2	16	24,6
61-70	20	21,7	11	16,9
71-80	6	6,5	9	13,8
>81	2	2,2	1	1,5
totali	92	100.0	65	100.0

Grafikoni nr. 41. Pasqyra e përfaqësimit të CRP >6 në të dy grupet sipas grupeve të moshës së rritur



Madhësia mesatare e kolcistave në GH është 10.4 ± 1.0 , minimum 8.3, ndërsa maksimum 14.5. Madhësia mesatare e kolecistave në GK është më e vogël dhe është 9.8 ± 1.0 , minimum 8.5, ndërsa maksimum 13.6 (tab 42). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis madhësisë mesatare të kolecistave nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.000000$) (tab43).

Tabela nr. 42 Pasqyra e madhësisë mesatare të kolecistave

Grupet	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	10,4	190	1,018919	8,3	14,5
GK	9,8	199	0,952368	8,5	13,6

Tabela nr. 43. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

Rank Sum - GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N - GH	N - GK
44332,00	31523,00	11623,00	6,569097	0,000000	190	199

Madhësia mesatare e kolecistave te gjinia femërore në GH është 10.4, ndërsa te gjinia mashkullore 10.3 (Tab. dhe Graf. 44), ndërsa dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.73351$) (tab44). Madhësia mesatare e kolecistave te gjinia femërore në GK është 9.8, ndërsa te gjinia mashkullore 9.9 (Tab. dhe Graf. 44), kurse dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.788754$) (tab44).

Dallimi që regjistrohet në raport me madhësinë mesatare të kolecistave midis gjinisë mashkullore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.04772$) dhe dallimi te gjinia femërore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.000001$) (Tab.44).

Tabela nr. 44. Pasqyra e madhësisë mesatare të holecistave sipas grupeve dhe gjinisë si dhe pasqyra e t-testit

	\bar{X} - GH	\bar{X} - GK	t-test	p	N - GH	N - KG	Dev.Stad. - GH	Dev.Stad. - GK
F	10,4	9,8	5,000577	0,000001	152	160	1,011444	0,970112
M	10,3	9,9	2,03126	0,04577	38	39	1,060623	0,886798
t-test	- 0,34096	0,26829						
p	0,73351	0,78875						

Grafikoni nr. 44 Pasqyra e madhësisë mesatare të kolecistave sipas grupeve dhe gjinisë

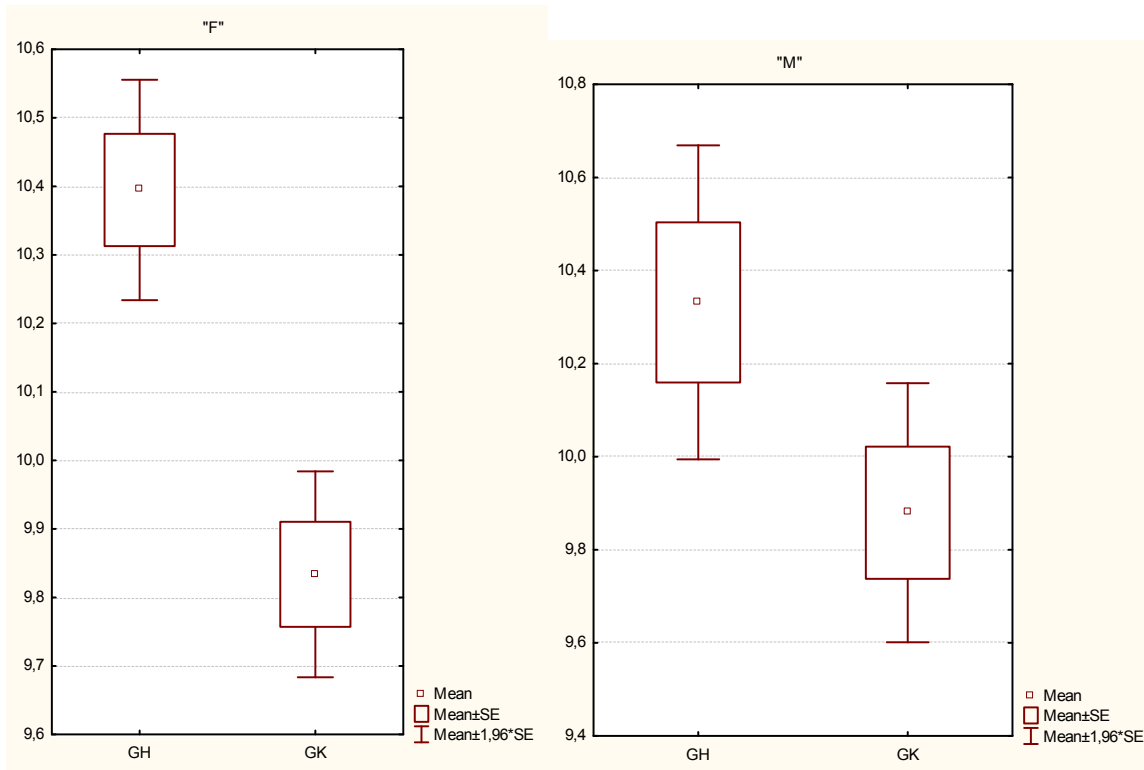


Tabela nr. 45. Pasqyra e madhësisë mesatare të kalkuluseve në të dy grupet

Grupet	\bar{x}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	1,8	190	0,723699	1,0	3,3
GK	1,6	199	0,410828	1,1	2,7

Tabela nr. 46. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

Rank Sum GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N - GH	N - GK
36498,00	39357,00	18353,00	-0,497960	0,618513	190	199

Madhësia mesatare e kalkulozës në GH është 1.8 ± 0.7 , minimum 1.0, ndërsa maksimum 3.3. Madhësia mesatare e kalkulozës në GK është më e vogël dhe arrin 1.6 ± 0.4 , minimum 1.1, ndërsa maksimum 2.7 (Tab. 45). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis madhësisë mesatare të

kalkulave nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.618513$) (Tab. 46).

Madhësia mesatare e kalkulozave te gjinia femërore në GH është 1.76, ndërsa te gjinia mashkullore 1.75 (Tab. dhe Graf. 47). Dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.919919$) (Tab.47).

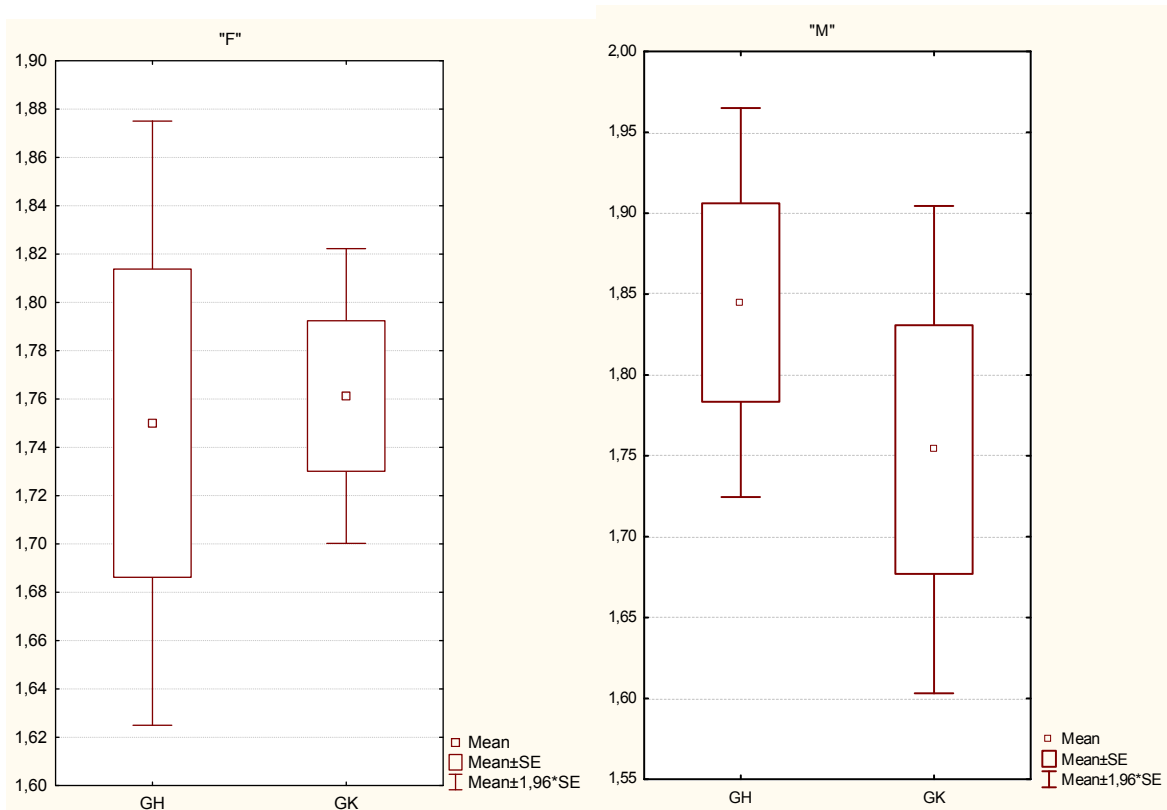
Madhësia mesatare e kalkulosave te gjinia femërore në GK është 1.75, ndërsa te gjinia mashkullore është 1.84 (Tab. dhe Graf. 47), kurse dallimi, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.471897$) (Tab.47).

Dallimi që regjistrohet në krahasim me madhësinë mesatare të kalkulave midis gjinisë mashkullore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.359874$), ndërsa dallimi te gjinia femërore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.872250$) (Tab.47).

Tabela nr. 47. Pasqyra e madhësisë mesatare të kalkuluseve sipas grupeve dhe gjinisë dhe pasqyra e t-testit

	$\bar{X} - F$	$\bar{X} - M$	t-test	p	N - F	N - M	Dev.Stad. - F	Dev.Stad. - M
GH	1,76	1,75	0,100664	0,919919	160	39	0,393818	0,480047
GK	1,75	1,84	-0,720851	0,471897	152	38	0,786559	0,378259
t-test	-0,160935	0,921249						
p	0,872250	0,359874						

Grafikoni nr. 47. Pasqyra e madhësisë mesatare të kolecistave sipas grupeve dhe gjinisë

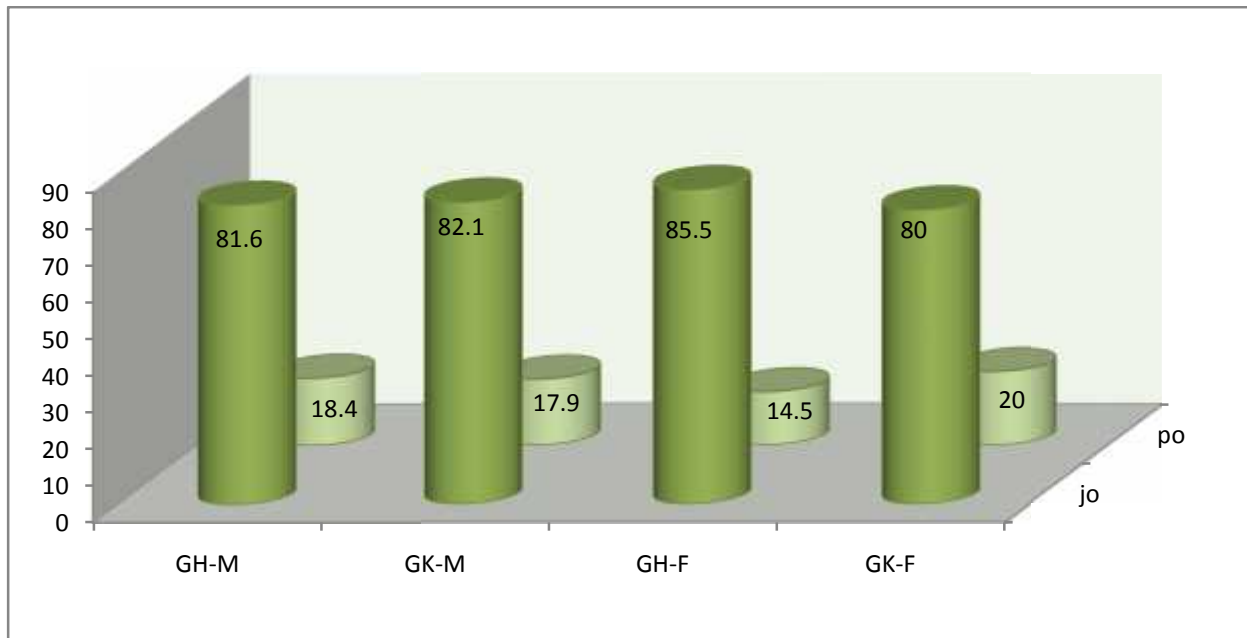


Ciroza dhe hipertensioni portal nuk regjistrohet te asnjë pacient i grupeve të ekzaminuara.

Tabela nr. 48. Shpërndarja e pacientëve sipas grupit, gjinisë dhe përfaqësimit të diabetes melitu(DM)

DM	GH		GH/M		GH/F	
	N	%	N	%	N	%
jo	161	84,7	31	81,6	130	85,5
po	29	15,3	7	18,4	22	14,5
totali	190	100.0	38	100.0	152	100.0
	GK		GK/M		GK/F	
jo	160	80,4	32	82,1	128	80,0
po	39	19,6	7	17,9	32	20,0
totali	199	100.0	39	100.0	160	100.0

Grafikoni nr. 48. Shpërndarja e pacientëve sipas grupit, gjinisë dhe përfaqësimit të diabetes melitus



Në përqindje më të madhe se 80.4% në GK dhe 84.7% në GH, te pacientët nuk regjistrohet DM, ndërsa dallimi procentual në raport me regjistrimin, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ (tab 48). Në GH, diabetes melitus regjistrohet te 18.4% e gjinisë mashkullore dhe te 14.5% e gjinisë femërore. Në GK, diabetes melitus regjistrohet te 17.9% e gjinisë mashkullore dhe te 20.0% e gjinisë femërore (Tab. dhe Graf. 48). Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinive në raport me përfaqësimin e diabetes melitus në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$.

Tabela nr. 49. Pasqyra e vlerave mesatare GGT në të dy grupet e ekzaminuara

Grupet	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	36,0	190	21,09098	11,8	102,3
KG	41,8	199	25,42800	10,6	106,2

Tabela nr. 50. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

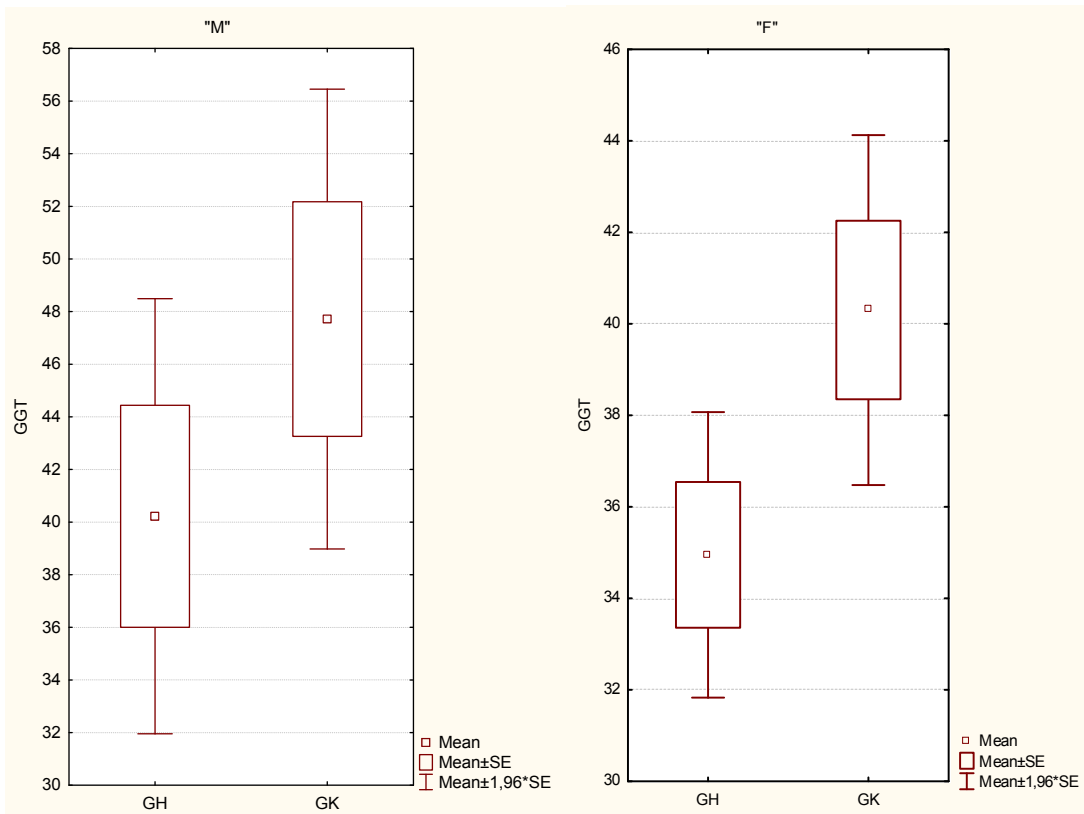
Rank Sum GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N - GH	N - GK
34370,00	41485,00	16225,00	-2,41763	0,015623	190	199

Vlera mesatare e GGT në GH është 36 ± 21.1 , minimum 11.8, ndërsa maksimum 102.3. Vlera mesatare e GGT në GK është 41.8 ± 25.4 , minimum 10.66, ndërsa maksimum 106.2 (Tab. 49). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerës mesatare të GGT nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,015623$) (tab50).

Tabela nr. 51. Pasqyra e vlerave mesatare GGT sipas grupeve dhe gjinisë dhe pasqyra e t-testit

	\bar{X} - M	\bar{X} - F	t-test	p	N - M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.Stad. - F
GH	40,2	34,9	1,381094	0,168889	38	152	26,00448	19,63368
KG	47,7	40,3	1,639970	0,102607	39	160	27,83614	24,68097
t-test	-1,22048	-2,11269						
P	0,226105	0,035427						

Grafikoni 51. Pasqyra e vlerave mesatare GGT sipas grupeve dhe gjinisë



Vlera mesatare e GGT te gjinia femërore në GH është 34.9, ndërsa te gjinia mashkullore 40.2 (Tab. dhe Graf. 51), kurse dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,168889$) (Tab.51).

Vlera mesatare e GGT te gjinia femërore në GK është 40.3, ndërsa te gjinia mashkullore 47.7 (Tab. dhe Graf. 51), kurse dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,102607$) (Tab. 51).

Dallimi që regjistrohet në raport me vlerën mesatare të GGT midis gjinisë mashkullore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,226105$), kurse dallimi te gjinia femërore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,035427$) (Tab.51).

Tabela nr. 52. Pasqyra e vlerave mesatare të kohës së koagulimit (mpiksjes, ngjizjes) në të dy grupet e ekzaminuara

	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	7,4	190	0,5	2,39	9,45
GK	7,4	199	0,45	2,28	8,28

Tabela nr. 53. Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

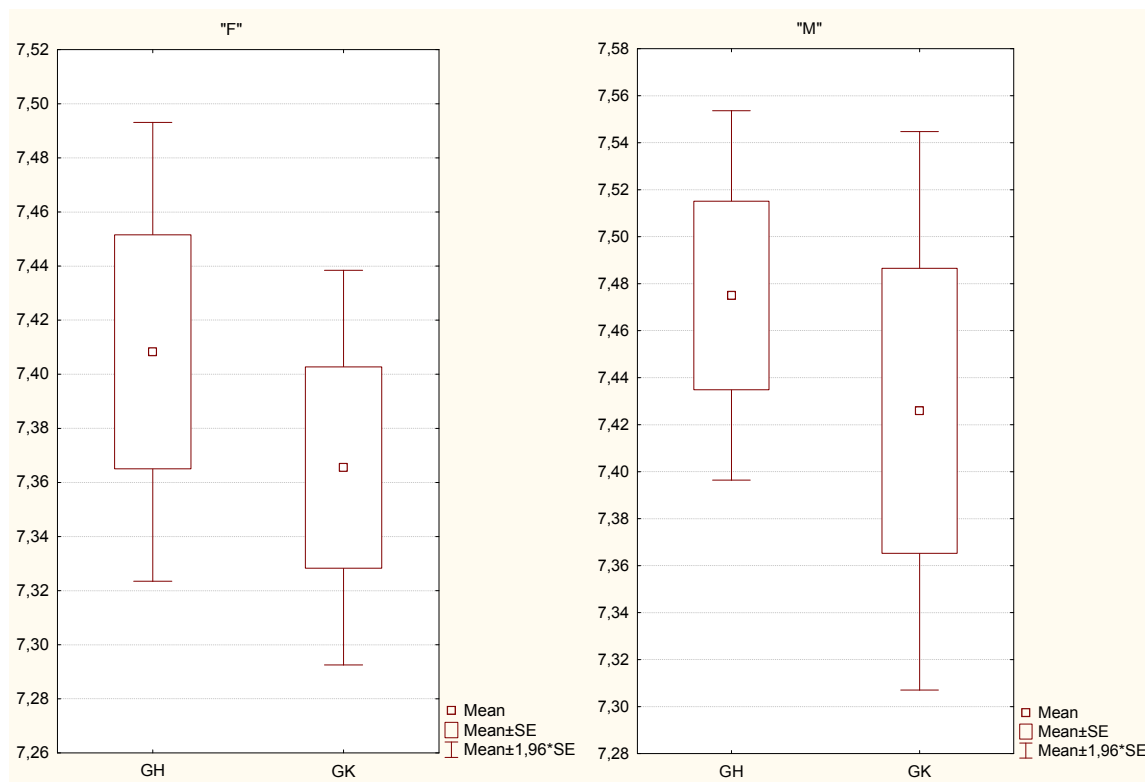
Rank Sum - GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N- GH	N – GK
37744,50	38110,50	18210,50	0,62651	0,530982	190	199

Koha mesatare e koagulimit në GH është 7.4 ± 0.5 , minimum 2.39, ndërsa maksimum 9.45. Vlera mesatare e koagulimit në GK është 7.4 ± 0.45 , minimum 2.28, ndërsa maksimum 8.28 (Tab. 52). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerës mesatare të kohës së koagulimit nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0,530982$) (Tab. 53).

Tabela nr. 54. Pasqyra e vlerave mesatare të kohës së koagulimit sipas grupeve dhe gjinisë dhe pasqyra e t-testit

	\bar{X} - F	\bar{X} - M	t-test	p	N - F	N - M	Dev.Stad. - M	Dev.Stad. - F
GH	7,4	7,5	-0,749966	0,454213	152	38	0,533380	0,247263
GK	7,36	7,4	-0,744168	0,457662	160	39	0,470805	0,378604
t-test	0,752165	0,671911						
P	0,452523	0,503705						

Grafikoni nr. 54. Pasqyra e vlerave mesatare të kohës së koagulimit sipas grupeve dhe gjinisë



Koha mesatare e koagulimit te gjinia femërore në GH është 7,4, ndërsa te gjinia mashkullore 7,5 (Tab. dhe Graf. 54), kurse dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,454213$) (Tab.54).

Koha mesatare e koagulimit te gjinia femërore në GK është 7.36, ndërsa te gjinia mashkullore 7.4 (Tab. dhe Graf. 54), kurse dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,457662$) (Tab. 54).

Dallimi që regjistrohet në raport me kohën mesatare të koagulimit midis gjinisë mashkullore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,503705$), kurse dallimi te gjinia femërore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,452523$) (Tab.54).

Tabela nr. 55. Pasqyra e vlerave mesatare të kohës së gjakderdhjes në të dy grupet e ekzaminuara

	\bar{X}	N	Dev.Stad.	Minim.	Maxim.
GH	1,5	190	0,198297	1,03	2,55
GK	1,5	199	0,185635	1,04	2,21

Tabela nr. 56 Pasqyra e Mann-Whitney U-testit

Rank Sum - GH	Rank Sum - GK	U	Z	p-level	N - GH	N - GK
35189,00	40666,00	17044,00	-1,67881	0,093190	190	199

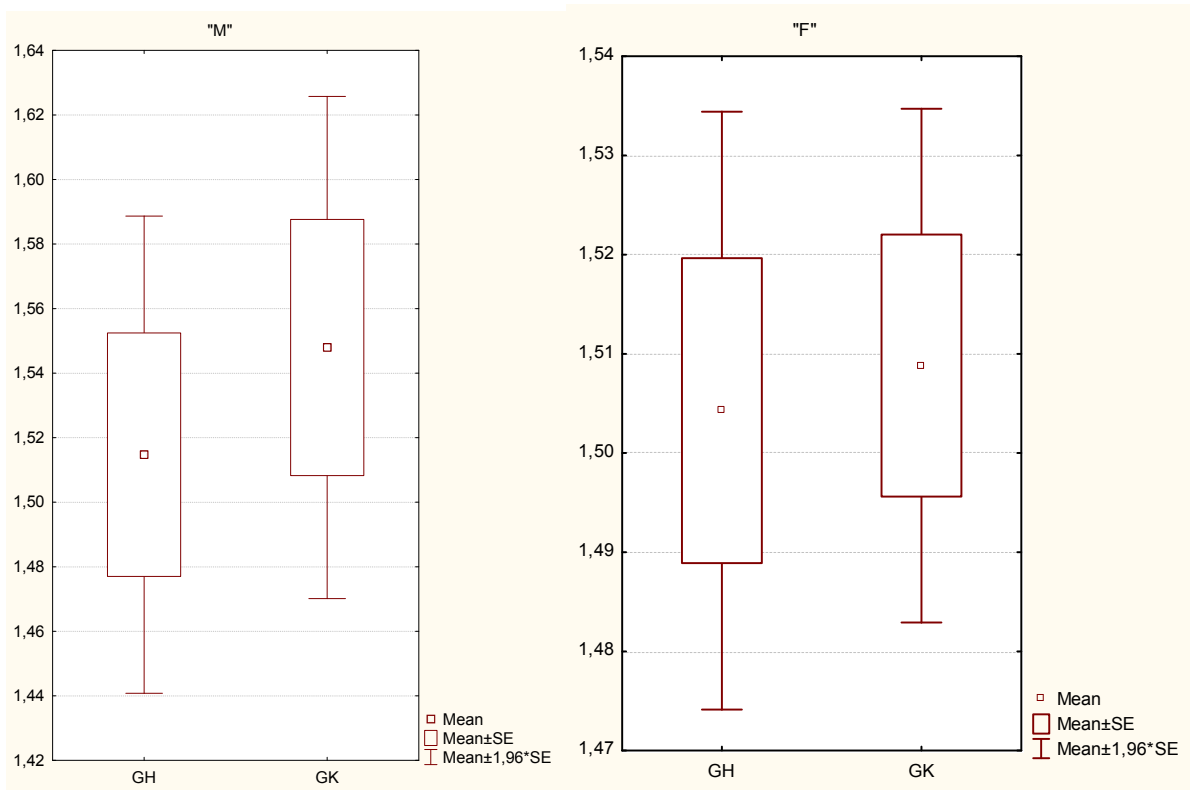
Koha mesatare e gjakderdhjes në GH është 1.5 ± 0.19 , minimum 1.03, ndërsa maksimum 2.55. Koha mesatare e gjakderdhjes në GK është 1.5 ± 0.18 , minimum 1.04, ndërsa maksimum 2.21 (Tab. 55). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerës mesatare të kohës së gjakderdhjes nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0,093190$) (Tab.56).

Koha mesatare e gjakderdhjes te gjinia femërore dhe te gjinia mashkullore në GH dhe GK është 1.5. (Tab. dhe Graf. 57)

Tabela nr. 57. Pasqyra e vlerave mesatare të kohës së gjakderdhjes sipas grupeve dhe gjinisë dhe pasqyra e t-testit

	\bar{X} - M	\bar{X} - F	t-test	p	N - M	N - F	Dev.Stad. - M	Dev.stad. - F
GH	1,514737	1,504276	0,290148	0,772023	38	152	0,232562	0,189585
GK	1,547949	1,508813	1,181733	0,238736	39	160	0,247909	0,167100
t-test	-0,605939	-0,224483						
P	0,546385	0,822529						

Grafikoni nr. 57. Pasqyra e vlerave mesatare të kohës së gjakderdhjes sipas grupeve dhe gjinisë



25. Diskutimi

Metodat standarde kirurgjike në mjekimin operativ të kolecistit kronik kalkuloz është kolecistektomia laparoskopike dhe hapur. Procedurat laparoskopike sot paraqesin "standardin e artë" në mjekimin e sëmundjeve të përmendura. Procedurat laparoskopike kanë treguar përparsitë e shumta në krahasim me metodën e hapur, që është dëshmuar me studime klinike dhe eksperimentale. Përparsitë rrjedhin nga vetë teknika e operimit, e cila nënkupton prerjen më të vogël operative dhe traum më të vogël operative. Kundërindikimet për kolecistektomi laparoskopike në të kaluarën kanë qenë të shumta, por sot janë zvogëluar në minimum, kryesisht si kundërindikim është peritoniti septik, koagulopatitë e rënda, pengesat serioze kardiorespiratore dhe sëmundjet tjera të rënda për shkak të cilave pacienti nuk mund të përballon anestezionin e përgjithshëm.

Në këtë studimin prospektiv janë përfshirë 389 pacientë me kolecistit kronik kalkuloz të hospitalizuar në Spitalin Regjional të Gjilanit. Sa i përket trajtimit, ata janë ndarë në dy grupe: grupi i hulumtuar (GH) ku është zbatuar trajtimi laparoskopik në 190 pacient; dhe grupi i kontrollit (GK) me trajtim të hapur klasik ku janë trajtuar 199 pacient.

Në këtë studim janë pëfshirë 80.2% pacient të gjinisë femërore (F), ndërsa 19.8% të gjinisë mashkullore (M). Dallimi procentual në mes të dy gjinive sipas testit diferencues, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0,05$).

Po ashtu te autorët tjerë në sëmundjet e studijura kanë dominuar pacientët e gjinisë femrore. Në një studim të një autori janë përfshirë 400 pacientë me kolecistit kronik kalkuloz. Pacientët e gjinisë femrore kanë qenë 72%, kurse të gjinisë mashkullore 28%. Prandaj struktura gjinore e pacientëve është në përputhshmëri me autorët tjerë për prevalencën e sëmundjeve të fshikzës biliare (111, 112).

Mosha mesatare e pacientëve në grupën hulumtuese (GH) është 50.4 ± 13.7 vjeç. Mosha mesatare e pacientëve në grupën kontrolluese (GK) është 51.7 ± 13.9 vjeç. Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi i moshës mesatare midis GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant ($p > 0.05$). Kurse disa autor kanë shfrytëzuar pacient me moshë mesatare të operuar me laparaskopi 56.70 vjetë, kurse te pacientët e operuar me metodën klasike është 61.5 vjetë. Pacientët në grupën me laparotomi klasike janë më të vjetër në mënyrë sinjifikante se sa

pacientët e operuar meolecistektomi laparoskopike. Hulumentimet e autorëve suedez Rosa dhe bp. kanë treguar se struktura e moshës është e njëjtë te pacientët meolecistektomi të hapur. Rezultate të njëjta ka prezentuar edhe Leo me bp. (distribuimi i moshës është sjellur ndërmjet 46 dhe 68 vjetë) (113, 114). Peshë mesatare në grupën hulumtuese (GH) është 78.6 ± 13.6 , ndërsa në grupën kontrolluese (GK) është 76.6 ± 12.8 kg. Sipas t-testit, dallimi në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.136276$).

Te disa autor peshë mesatare e pacientëve të operuar meolecistektomi laparoskopike është 67.02 kg, kurse te metoda klasike 75.50 kg. Pacientë me metodën klasike kanë pasur në mënyrë sinjifikante peshë më të madhe. Boguli dhe bp. Kanë konstatuar se 232 pacienta të operuar kanë qenë me peshë 70.68 kg. me që në grupën e pacientëve të operuar me metodën klasike ka qenë 76.98 kg. Leo dhe bp. Kanë ardhur deri te përfundimet e njëjta (114).

Përcjellja e ndjenjës subjective te pacientët ka treguar se vlerat mesatare në grupën e pacientëve me mini laparaskopi kanë vlera më të ulta në raport me grupën e operuar me metodën klasike. Me analizën e rezultateve është fituar një ndryshim sinjifikant i lartë. Pacientët me incision më të madhë kanë pasur në mënyrë subjective intenzitet më të lartë të dhimbjes. Navicki dhe bp. Kanë ardhur deri te përfundimet e njëjta në analizën komparative të tyre (120, 121).

Autorët e ndryshëm kanë treguar vlerat subjektive duke e matur dhimbjen me shkallë vizuale analoge (VAS), (118) dhe është konstatuar se teolecistektomia laparoskopike kanë pasur vlera dyfish më të ulta, në krahasim me metodën e operuar në mënyrë klasike. Me analizën statistikore duke i krahasuar të dy grupet kemi fituar një ndryshim të lartë sinjifikant. Navicki me bp. duke shfrytëzuar shkalën analoge vizuale kanë vërtetuar vlera më të ulta për të dy grupet e pacientëve të studijuar dhe kanë ardhur në përfundim për ekzistimin e ndryshimeve statistikore të rëndësishme nëpër grupe (122).

Matja dhe vlerësimi i distresit psikogjen me dhimbje është e paraqitur me vlersimin e disponimit sipas shkallës MOOD (mm). Vlerat mesatare të fituara te pacientët me mini laparatomy kanë qenë më të larta në raport me vlerat mesatare te operimi klasik i pacientëve dhe analiza statistikore ka treguar ndryshime sinjifikante (123).

Giacinti dhe bp. (124) kanë konstatuar ndryshime sinjifikante të disponimit gjatë periodës postoperative ndërmjet dy grupeve të pacientëve, dhe vijnë në përfundim se pacientët e grupës me laparaskopi janë rehabilituar shumë më shpejtë dhe më shpejtë janë këthar në aktivitete të përditshme jetësore në periodën e më vonshëme. Navicki dhe bp. Nuk kanë mundër të

verifikojnë prezencën e këtyre ndryshimeve që është me rëndësi për rehabilitim të përgjithshëm postoperative (125).

Kirurgët më herët nuk kanë menduar shumë për atë se sa është “stres” për organizëm, plaga laparotomike, sepse kjo ka qenë e vetmja dhe mënyra e pashmangshme që të arrihet deri te organet e sëmura. Kirurgjia endoskopike ka treguar këtë që pikërishtë plaga operative është, për të sëmurin shpesh problemi më i madhë në ecurin postoperative të intervenimeve të hapura. Plaga e hapur e ka vështirësuar ngritjen dhe ecjen, frymarrjen dhe nxjerrjen e këlbazës, kurse krejt kjo mund të sjellë deri te komplikimet e reja.

Me qëllim të qartësimit të etiopatogjenezës së formimit të gurëve biliar janë analizuar edhe grupet e gjakut. Sipas rezultateve të fituara nga aspekti gjenetik për sëmundjet kalkuloze të sistemit biliar janë të predisponuar personat me grupën e gjakut O, Rh-pozitiv gjë që në literatur nuk kemi hasur në një analizë të këtillë. Duhet hulumtime të mëtejme për të hulumtuar këtë predisponim të pacientëve me grupën e gjakut O Rh-pozitiv ndaj sëmundjeve kalkuloze.

Në grupën hulumtuese (GH) më së shpeshti është përfaqësuar grupa e gjakut O me Rh faktorin pozitiv me 44.2%; pason grupa A+ me 29.5%, pastaj grupa B+ me 14.7%. Grupet e tjera të gjakut dhe Rh faktori janë nën 6.5%. Përfaqësimi procentual i grupës O Rh-pozitiv dhe përfaqësimi i modaliteteve të tjera të grupeve të gjakut dhe të Rh faktorit, në pikëpamje statistikore janë sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$).

Përfaqësimi procentual i grupeve të gjakut dhe i Rh faktorit në grupën kontrolluese (GK), me sistemim të ngjashëm është 45.2% grupa e gjakut O Rh faktori pozitiv. Pastaj pason grupa A+ me 30.7%, dhe grupa B+ me 14.6%, ndërsa grupet tjera të gjakut dhe Rh faktorët janë nën 3.5%. Dallimi procentual i përfaqësimit të grupës O+ dhe përfaqësimit të modaliteteve të tjera të grupeve të gjakut dhe të Rh faktorëve, në pikëpamje statistikore janë sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$).

Në grupën hulumtuese (GH), te pacientët e gjinisë mashkullore, në përqindje më të madhe regjistrohet grupa e gjakut O+ te më tepër se gjysma 52.6%, ndërsa grupa A+ me 21.1%. Në GH, te pacientet e gjinisë femërore, në përqindje më të madhe regjistrohet grupae gjakut O Rh- pozitiv te 42.1%. Pason grupa A+ me 31.6%. Dallimi procentual që regjistrohet në GH midis përfaqësimit të grupeve të gjakut dhe Rh faktorëve sipas gjinisë, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($O+/p = 0.2452$; $A+/ p = 0.2058$).

Në grupën kontrolluese (GK), te pacientet e gjinisë femërore grupa e gjakut O Rh faktori pozitiv regjistrohet te 45.6%, ndërsa grupa A+ me 29.4%. Në GK, te pacientët e gjinisë mashkullore, në

përqindje më të madhe regjistrohet grupa e gjakut O+ te 43.6%. Pason A+ me 35.9%. Dallimi procentual që regjistrohet në GK midis përfaqësimit të grupeve të gjakut dhe Rh faktorëve, sipas gjinisë, në pikëpamje statistikore janë jo sinjifikant $p > 0.05$ (O+/p=0.8222; A+/ p=0.4309).

Dallimi procentual i përfaqësimit të grupeve të gjakut dhe Rh faktorëve që regjistrohet midis GH dhe GK sipas gjinive, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$.

Rezultatet e fituara tregojnë se pacientët me grupën e gjakut O Rh-pozitiv janë të predisponuar gjenetikisht për paraqitjen e sëmundjeve kalkuloze të rrugëve biliare më tepër se sa grupet tjera të gjakut. Me qëllim të qartësimit të etiopatogjenezës të formimit të gurëve biliar duhen hulumtime të mëtejme për të sqaruar këtë fenomen gjenetik.

Përgjigja hormonale vetëm sa e plotëson rezultatet tona dhe në të ardhmen na udhëzojnë për një hulumtim të gjërë i cili do të ketë për qëllim hulumtimin kompletë hormonal dhe biokimik të përgjigjes së organizmit në stresin kirurgjikal si të ndërhyrjes operative me laparoskopji po ashtu edhe metodës së hapur.

Qëllimi i studimit ka qenë që të shifen vlerat e CRP në fazën preoperative në serum të të dy grupet (GH dhe GK); CRP sipas gjinisë; CRP sipas indikacioneve; dhe sipas grup moshave. Gjë që në literatur nuk kemi hasur në një analizë të këtillë të hulumtit. Duhet studime të mëtejme për të verifikuar rolin e CRP në shfaqjen e gurëve biliar.

Trauma akute shkakton përgjigjen e organizmit me ndryshimin e metabolizmit të biosintezës së proteinave në mëlqi. Këtu rolin kryesor e kanë protein C reaktive dhe mediatorët (IL6), të cilët janë reaktorët kryesor të fazës akute të përgjigjes së organizmit. Rezultatet e fituara janë në përputhshmëri të plotë me studimet e Shietrome dhe bp. (115, 116).

Kjo lloj mënyre e operimit direkt ndikon në zvoglimin apo mungesën e përgjegjjes hipermetabolike në “ stres”. Hulumtimet tregojnë që pas intervenimeve laparoskopike është zvogluar përgjigja neuroendokrine dhe citokine në raport me intervenimet kirurgjike të “ hapura” te të cilat egziston edhe plaga e madhe e murit të abdomenit. Shkalla immunosupresive rëndom është e përhershme dhe pasojë e pritur e intervenimeve kirurgjike, por intenziteti i saj është më i vogël nëse plaga është më e vogël.

Në grupën hulumtuese (GH), CRP > 6 regjistrohet te 34.8% e pacientëve, ndërsa te 65.2% e pacientëve regjistrohen vlerat ≤ 6 . Në GK, te 46.2% regjistrohen vlerat > 6 të CRP. Dallimi procentual midis regjistrimit të CRP>6 në GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ (p=0.0232).

Regjistrohet asociacioni që në pikëpamje statistikore është sinjifikant, midis grupeve të ekzaminuara (GH;GK) dhe vlerave të CRP (≤ 6 ; >6) është $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 5,25787, $df=1$, $p=0,021850$).

Në GH regjistrohen 76.9% e gjinisë femërore me vlera të rritura të CRP > 6 , ndërsa 23.1% te gjinia mashkullore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p=0.000$).

Në GK regjistrohen 80.4% e gjinisë femërore me vlera të rritura të CRP > 6 , ndërsa 19.6% te gjinia mashkullore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p=0.000$).

Përqindje më e madhe te pacientët e GH që kanë CRP >6 regjistrohet në moshën prej 51 deri 60 vjeç - 24.6%, pason me 20.0% moshë prej 41 deri 50 vjeç, 18.5% - prej 31 deri 40 vjeç, 16.9% prej 61 deri 70 vjeç, 13.8% prej 71 deri 80 vjeç, 4.6% prej 21 deri 30 vjeç dhe 1.5% te moshë > 81 vjeç. Dallimi procentual që regjistrohet në GH midis CRP >6 të modaliteteve të moshës së rritur, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant ($p > 0.05$).

Ndryshimi në përqindje te GH dhe GK që kanë CRP >6 të moshës 51 deri 60 vjeç dhe të moshës prej 21 deri 30 vjeç (24.6% dhe 4.6%) në pikëpamje statistikore është sinjifikante $p < 0.05$ ($p=0.0001$).

Ndryshimi në përqindje te GK dhe GH që kanë CRP >6 të moshës 51 deri 60 vjeç dhe të moshës prej 71 deri 80 vjeç (27.2% dhe 13.8%) në pikëpamje statistikore është sinjifikante $p < 0.05$ ($p=0.0003$).

Në grupën hulumtuese (GH), në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientë nga mjedisi urban -58.3%, ndërsa 41.7% janë nga mjedisi rural. Dallimi procentual që regjistrohet në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p=0.0010$).

Përqindje më e madhe te pacientët e grupës hulumtuese (GH) që kanë CRP >6 regjistrohet te forma e kolecistitit kronik kalkuloz 67.7%, pason me 15.4% empiema, 6.2%- forma akute, 4.6% forma subakute, 3.1% forma gangrenoze dhe nga një pacient regjistrohet te hidropsi dhe te adhesiva. Dallimi procentual që regjistrohet në GH midis CRP >6 te forma kronike dhe modaliteteve të tjera, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p=0.0000$).

Përqindje më e madhe te pacientët e GK që kanë CRP >6 regjistrohet te forma kronike 55.4%, pason me 14.1% empiema, 12.0%- forma akute, 9.8% hidropsi, 6.5% forma subakute dhe 2.2%

forma gangrenoze. Dallimi procentual që regjistrohet në GK midis $CRP > 6$ te forma kronike dhe modaliteteve të tjera, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0000$).

Në grupën hulumtuese (GH) në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët, indikacioni i të cilëve për trajtim është forma kronike e kalkulozës 85.3%, pason empiema me 5.8%. Indikimet tjera janë përfaqësuar me më pak se 5 pacientë (tab 10a). Dallimi procentual që regjistrohet midis formës kronike dhe modaliteteve të tjera të indikacioneve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0000$).

Në grupën hulumtuese (GH), në përqindje më të madhe regjistrohet forma kronike eolecistitit kalkuloz, e pikërisht te gjinia femërore 86.8% dhe te gjinia mashkullore 78.9%. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$. Në vendin e dytë me 5.3% te gjinia femërore është empiema, ndërsa te gjinia mashkullore me 7.9% forma subakute dhe empiema. Në vendin e tretë, sipas përfaqësimit procentual me 2.6% është forma akute te gjinia femërore dhe 2.6% forma akute dhe hidropsi te gjinia mashkullore. Te gjinia femërore pason me 2.0% forma adhesive dhe hidropsi. Dallimi procentual që regjistrohet midis formës kronike dhe modaliteteve të tjera të formave të indikacionit edhe te gjinia femërore, edhe te gjinia mashkullore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0000$).

Sista dhe bp. e tij kanë krahasuar dy grupet e pacientëve të cilët janë operuar me laparoskop për shkak tëolecistitit akut kalkuloz. Grupa e parë e pacientëve është operuar me ndihmën e ultrazërit disektor, dhe grupi i dytë me procedurë standarde gjatëolecistektomisë laparoskopike, dmth. me termokauter. Janë monitoruar: CRP, leukocitet, limfocitet, interleukina 6 dhe neutrofil elastazat në të dy grupet, gjatë dhe pas operacionit me laparoskop. Rezultatet treguan se vlerat e parametrave të analizuar, ishin në mënyrë sinjifikante më e lartë në pacientët te të cilëtolecistektomia është bërë me termokauter, në krahasim me grupin qëolecistektomia është bërë me ultrazë disektor (128). Nëolecistektomin me një port në tre orët e para pas operacionit reagimi inflamator i organizmit, duke përfshirë vlerën e proteinës C-reaktive është më e ulët se teolecistektomia klasike multiporte (129).

Kolecistiti akut dhe kronik mund të zhvillohet në empiemë të vezikës biliare, nëolecistitin me perforacion të vezikës, pavarësisht terapisë me antibiotikë. Në secilën prej këtyre rasteve indikohet kryerja e menjëhershme eolecistektomisë, nëse pacienti mund t'i rezistojë anestezisë. Te shumë pacientë,olecistektomia mund të kryhet dhe përmban trajtimin më të mirë përolecistitin akut të ndërlikuar. Në disa raste, procesi inflamator mund t'i vështirsoj strukturat në

trekandëshin e Calotit, duke penguar disekimin dhe ligaturën e përshtatshme të duktusit cistik. Te këta pacientë kolecistektomia e pjesshme dhe kauterizimi i pjesës së mbetur të mukozës së vezikës, si dhe drenazha, e shmangin dëmtimin e duktusit biliar komunis. Te pacientët që konsiderohen si të paqëndrueshëm për ta toleruar laparoskopinë, mund të kryhet nën anestezi lokale kolecistektomia transhepatike perkutane, për të drenuar vezikën biliare. Kjo procedurë e lë vezikën biliare në organizëm, fakt ky që mund të shkaktojë zhvillimin e sepsës. Drenimi dhe dhënia e antibiotikëve IV, mund të kryhen pas tre apo katër muajsh, periudhë që do t'i japë mundësi pacientit të shërohet nga inflamacioni.

Gurët e duktusit biliar komunis klasifikohen sipas vendit dhe janë parë te 6 deri në 12% të pacientëve me gurë të fshikëziës së tëmthit. Shumica e gurëve të duktusit biliar në vendet perëndimore fillojnë në fshikëzën e tëmthit dhe migrojnë nga duktusi cistik në duktusin biliar komunis. Gurët identifikohen si kalkulus dytësor, për t'i dalluar ata nga gurët parësorë të duktusit biliar komunis, të cilët formohen brenda rrugëve biliare. Gurët në duktus koledokus janë përcaktuar gjithashtu edhe si të mbajtur; nëse ato zbulohen brenda dy viteve pas kolecistektomisë, ose nëse ato zbulohen më shumë se dy vite pas kolecistektomisë. Gurët dytësorë zakonisht janë të tipit me pigment kafe. Identifikimi i gurëve kafe në duktus koledokus duhet ta alarmojnë kirugun për gjasat e mëdha të përsëritjes së gurëve dhe nevojën për procedurën e drenimit biliar-enterik. Gurët parësorë janë parë më shpesh në popullsinë aziatike. Një nga shkaqet e stazës biliare, që qon në zhvillimin e gurëve parësorë, është spazmi biliar, stenoza papilare, tumoret ose prania e ndonjë guri tjetër (dytësor).

Për shkak të shpeshtësisë së kolecistektomisë laparoskopike që kryhet sot, kirurgu duhet të jete i informuar rreth një spektri të plotë të problemeve të hershme të kësaj procedure. Identifikimi dhe trajtimi i menjëhershëm janë kritikë për rezultate të mira.

Shumica e strikturave nga tumori beninj përcjellin dëmtimin jatrogjen të duktit biliar, më shpesh gjatë kolecistektomisë laparoskopike. Shumica e dëmtimeve njihen gjatë periudhës intraoperative ose gjatë periudhës së hershme postoperative, ndërsa rezultalet afatgjata pranohen me menaxhimin (trajtimin) e duhur. Pasojat afatgjate të strikturave biliare të panjohura ose të menaxhuara në mënyrë të papërshtatshme mund të çojnë në kolangit të herëpashershëm, në cirozë dytësore biliare dhe në hipertension portal.

Incidenca e dëmtimeve biliare u rrit ndjeshëm në vitin 1990, me përhapjen gjithë përfshirëse të kolecistektomisë laparoskopike. Megjithëse incidenca e dëmtimeve të duktusit biliar gjatë

kolecistektomisë së hapur është vetëm 0,1 deri 0,2 %, sipas të dhënave nga disa studime të mëdha, vlerësimet e dëmtimeve të duktusit biliar dhe rrjedhjet pas kolecistektomisë laparoskopike janë 0,85%.

Gjatë kolecistektomisë laparoskopike, në dëmtimet e duktusit biliar mund të përfshihen një sërë faktorësh. Këtu përfshihen inflamacioni akut ose inflamacioni kronik, obeziteti, variacionet anatomike dhe hemorragjia. Teknikat kirurgjike me ekspozimin e natyrshëm dhe dështimin e identifikimit të strukturave para se të ligohen ose të ndahen janë shkaqet më të zakonshme të dëmtimit të rëndësishëm biliar. Përqindja e dëmtimit të duktusit biliar rritet te pacientët me komplikacione të gurëve të tëmthit, duke përfshirë kolecistitin, pankreatitin, kolangitin dhe ikterin obstruktiv. Trajnimi i kirurgut dhe përvoja e tij, nga të dhënat e hershme, njihen si faktorët e dëmtimeve laparoskopike të duktusit biliar. Me rritjen e eksperiencës së kirurgut, në më shumë se 20 raste, dëmtimet e duktusit biliar pakësohen. Të dhënat e fundit kanë treguar se gabimet që çojnë në dëmtimet laparoskopike të duktusit biliar vijnë nga keq përceptimi, dhe jo nga gabimet e aftësive profesionale, të njohurive apo të gjykimit. Shkaku parësor i gabimit në 97% të rasteve ishte një iluzion perceptimi, ndërsa vetëm 3% e dëmtimeve ndodhën për shkak të gabimeve të aftësive teknike (130).

Në GH, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët me komplikime intraoperative (Cuschnier scale) të shkalla I -shkallë e lehtë - 84.2%, pason shkalla II - shkallë e mesme me 7.9%, me 0.7% shkalla III -shkallë e rëndë dhe vetëm në këtë grup me 7.4% regjistrohet shkalla IV - konvertimi. Dallimi procentual që regjistrohet midis shkalla I dhe modaliteteve të tjera të shkallëve të komplikimit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0000$).

Kohëzgjatja mesatare e trajtimit operativ të grupa hulumtuese ka zgjatur 50.2 ± 14.6 min, minimumi 37, ndërsa maksimum 105 min. Kohëzgjatja mesatare e trajtimit operativ në GK ka zgjatur 76.0 ± 7.1 min, minimum 60, ndërsa maksimum 97 min. Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerave mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$).

Hospitalizimi mesatar i pacientëve të grupa hulumtuese (GH) ka zgjatur 1.6 ± 1.9 ditë, minimum 1, ndërsa maksimum 10 ditë. Hospitalizimi mesatar i pacientëve në GK ka zgjatur 9.2 ± 0.5 ditë, minimum 7, ndërsa maksimum 10 ditë. Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerave mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.00$).

Temperatura mesatare e pacientëve në GH ka qenë 36.3 ± 0.4 , minimum 35.1, ndërsa maksimum 38.1°C . Temperatura mesatare e pacientëve në GK ka qenë 36.5 ± 0.6 , minimum 35.5, ndërsa maksimum 38.0°C . Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerave mesatare të temperaturës ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është josingifikant ($p > 0.05$).

Rritja e temperaturës së trupit ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) tregon një manifestim sistemik të një procesi inflamator të lokalizuar në fillim. Kontaminimi bakterial i sistemit biliar është një tipar i zakonshëm i kolecistitit akut dhe i koledokolitiazës me obstrukcion dhe mund të pritët pas kolangiografisë endoskopike dhe perkutane. Kombinimi i dhembjes abdominale në kuadrantin e sipërm të djatht, ikteri dhe temperatura njihen si triasi i Sharkut dhe tregon një infeksion aktiv të sistemit biliar, të quajtur kolangiti akut. Duke u shtuar të dhënave të mësipërme një status mendor të ndryshuar dhe hipotensionin, ajo përfaqëson kolangitin e rëndë dhe është quajtur edhe si pentada Rejnolds.

Mjekimi me drenazh regjistrohet te 4.8% (9) e pacientëve në GH dhe te 15.6% (31) e pacientëve në GK. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0005$).

Në GK, mjekimi me drenazh regjistrohet te 25.6% e pacientëve të gjinisë mashkullore dhe te 13.1% e pacientëve të gjinisë femërore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.054$).

Gjatë krahasimit të rezultateve me metodën laparoskopike dhe atë klasike të mjekimit operativ të kolecistitit kalkuloz akut, kemi fituar rezultate të cilat janë të njëjta me rezultatet e kësaj sëmundje të prezentuar në literaturën botënore.

Nëse gurët nuk mund të pastrohen, ose kur duktusi është shumë i dilatuar (me diametër me të madh se 1,5 cm), duhet të kryhet procedura e drenimit koledokal me T dren ose me ERCP të nxirret guri. Sot po bëhet edhe përmes kolangioskopit me laparoscop dhe po nxirret guri nga koledoku që është metoda më e preferuara. Preferencat e kirurgut tregojnë se cila nga metodat duhet të përdoret.

Dhimbja regjistrohet edhe te pacientët e të dy grupeve. Në GH, dhimbje e lehtë regjistrohet te 88.9%, ndërsa dhimbje mesatare te 11.1%. Në GK, dhimbje e lehtë regjistrohet te 76.4%, ndërsa dhimbje mesatare te 23.1%, por te një pacient regjistrohet edhe dhimbje e rëndë. Sipas testit diferencues, dallimi procentual që regjistrohet midis dhimbjes së lehtë ndërmjet dy grupeve dhe

dhimbjes mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0013$; $p = 0.0019$).

Analgjetikët si terapi regjistrohen te pacientët e të dy grupeve. Në GH, analgjetikë – jo opioid regjistrohen te 88.9% e pacientëve, ndërsa opioid te 11.1%. Në GK, jo opioid regjistrohen te 76.4%, ndërsa opioid te 23.6%. Sipas testit diferencues, dallimi procentual që regjistrohet midis jo opioid analgjetikëve ndërmjet dy grupeve dhe opioid midis dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.0013$).

Kolecistektomia laparoskopike zvogëlon dhimbjen postoperative, zvoglimin e nevojës për analgjetikë dhe antibiotikë pas operacionit, shkurton qëndrim në spital, prej 1 jave në më pak se 24 orë, dhe këthim të pacientit në aktivitet të plotë brenda 1 jave në krahasim me 1 muaj pas kolecistektomisë me të hapur (KH). Kolecistektomia laparoskopike gjithashtu ofron kozmetikë të përmirësuar dhe kënaqësinë e pacientit të përmirësuar në krahasim me kolecistektominë e hapur (126, 127).

Plagët e vogla te intervenimet laparoskopike janë me dhimbje të parëndësishme, kështu që një numër i të sëmurëve edhe nuk kërkon analgjetikë. Përveq kësaj, të sëmurët herët fillojnë të lëvizin, më lehtë dhe më thellë marrin frymë dhe nxjerrin këlbazën, kurse komplikimet në lidhje me plagët janë përjashtimisht të rralla. Këto janë arsyet për të cilat intervenimi laparoskopik është jo vetëm më i këndshëm për të sëmurin por edhe me veprime më të mira estetike, por, çka është më e rëndësishme, është i ngarkuar me numër më të pakët me komplikime të përgjithshme kirurgjike.

Antibiotikët janë dhënë në të dy grupet. Në GH, antibiotiku është dhënë në kohëzgjatje mesatare prej 1.6 ± 1.7 ditë, minimum 1, ndërsa maksimum 10 ditë. Në GK, antibiotiku është dhënë në kohëzgjatje mesatare prej 8.2 ± 0.7 ditë, minimum 4, ndërsa maksimum 10 ditë. Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi në pikëpamje statistikore është sinjifikant midis kohës mesatare të dhënies së antibiotikëve ndërmjet dy grupeve $p < 0.05$ ($p = 0.00$).

Zgjedhja dhe dozat e antibiotikëve dhe analgjetikëve janë identike për të gjithë pacientët, përveq rasteve ku nuk kemi mund ti aplikojmë për shkak të reaksioneve alergjike. Të dhënat e rëndësishme për studim janë marr nga lista operative, historiat i sëmundjes, listës adekuate të përpiluar enkas për këtë studim.

Dëmtimi hepatoqelizor shkakton niveleve të larta të bilirubinës së pa konjuguar ose me veprim indirekt, për shkak të rritjes së prodhimit të bilirubinës, lidhjes së vogël nga hepatocitet me

konjugim. Hiperbilirubinemia e konjuguar ose direkte ndodh për shkak të defekteve në ekskretimin e bilirubinës (kolestaza intrahepatike), ose të obstrukcionit ekstrahepatik biliar. Përveç hiperbilirubinemisë, një nivel i lartë i fosfatazës alkaline është praktikisht simptom i obstrukcionit të duktusit biliar. Te pacientët me dyshim klinik të madh për kolecistitin, por që shoqërohen me rritje të bilirubinës, fosfatazës alkaline dhe aminotransferazës, duhet të dyshohet në kolangit. Nivelet e transaminazës në serum gjithashtu mund të rriten lehtë te sëmundja e sistemit biliar ose për shkak të dëmtimit direkt të mëlçisë afër fshikëzës së tëmthit të inflamuar, ose nga efekti i sepsës biliar mbi integritetin e membranës hepatoqelizore. Leukocitoza, e përbërë kryesisht nga neutrofilet, shpesh shfaqet me një kolangit ose kolecistit akut, por kjo është një e dhënë jospesifike që nuk i dallon ato nga shkaqe të tjera infektuse ose inflamatore.

Kur përqendrimi i bilirubinës në serum rritet me rreth 2,5 mg/dL, ngjyrimi në të verdhë i sklerës bëhet i dukshëm (ikteri i sklerave). Ikteri përfaqëson një ngjyrim të lëkurës, me nivele të bilirubinës në serum prej më tepër se 5 mg/dL. Ndryshimet në ngjyrë tregojnë për depozitim të pigmenteve biliare tek indet e prekura. Prania e bilirubinës së konjuguar në urinë është një nga ndryshimet e para që vihen re nga pacientët. Çrregullimet që shkakton ikteri mund të ndahen në ato që shkaktojnë ikterin "mjekësor", siç është prodhimi i lartë i bilirubinës, konjugimi i bilirubines me hepatocite të ulët, ekskretimi i bilirubinës i zvogëluar, dhe gabimet që shkaktojnë ikter "kirurgjik" nga lidhja e strukturave biliare. Shkaqet e zakonshme të prodhimit të lartë të bilirubinës përfshijnë aneminë hemolitike dhe shkaqet e fituara të hemolizës, si sepsa, djegëjet, reaksionet e transfuzionit dhe medikamentet. Ekskretimi i dëmtuar i bilirubinës çon në kolestazë intrahepatike dhe hiperbilirubinemi të konjuguar, që mund të ndodhë për shkak gjendjeve të tilla, si hepatiti nga alkooli ose hepatiti viral, cirroza dhe kolestaza e shkaktuar nga medikamentet.

Albuminat janë matur vetëm te tre pacientë në GK dhe vlera mesatare është 37.3 dhe është në kufirin e vlerave referente (35-50).

Albuminet si proteina kanë një rol të rëndësishëm në organizëm para se gjithash në mbajtjen e shtypjes plazmatike, transportit dhe deponimit të komponimeve dhe si burim i aminoacideve endogjene. Nëse në kushte fiziologjike i sintetizon mëlqia, në literaturë albuminat për shkak të vetive të tyre janë të radhitura në proteina "negative" (117). Prandaj albuminat janë si një reaktant i rëndësishëm i fazës akute të përgjigjes së organizmit në traum. Çdo traum ose infektion ka ndikim në sintezën e albuminave në mëlqi dhe vjen deri te rënja e përqendrimit të albuminave në serum (119).

Komplikimet sipas klasifikimit të Claviensit të tjera regjistrohen te 20 pacientë në GH dhe te 22 pacientë në GK. Nga komplikimet sipas klasifikimit të Claviensit në GH, më së shpeshti regjistrohen hemoragji intraoperative te 8 pacientë, infektim i portave te 7 pacientë, te 2 pacientë regjistrohen lëndime vaskulare dhe rrjedhje biliare, ndërsa te një pacient herni portale. Nga komplikimet sipas klasifikimit të Claviensit në GK, më së shpeshti regjistrohen hemoragji intraoperative te 10 pacientë, rrjedhje biliare te 8 pacientë, infektim i plagës te 3 pacientë dhe lëndimi i zorrëve te një pacient.

Hulumtimet udhëzojnë edhe në efektin e knaqshëm të intervenimeve me laparoskop në funksionin e zembrës te të sëmurët kardiak, dhe se numri i komplikimeve kardiovaskulare në raport me kirurgjinë e “ hapur” dukshëm është më i vogël. Poashtu njëjtë është vërtetuar që funksioni i mushkërive pas intervenimeve laparoskopike është dukshëm më i mirë dhe se numri i komplikimeve respiratore është dukshëm më i vogël. Zgjatja e pseudoileusit postoperativ pas intervenimit laparoskopik është i shkurtë. Shenjat e para të peristaltikës lajmërohen pas disa orëve, kurse shumica e të sëmurëve kryen nevojën e madhe ditën e dytë edhe pa stimulim.

Rritja e shtypjes në abdomen për shkak të pranisë së pneumoperitoneumit pengon qarkullimin venoz në këmbë. Gjithashtu pozita e kundërt e Trendelenburg-ut rritë stazën venoze. Krejt kjo, posaqërishtë nëse është e shoqëruar me zgjatjen e intervenimit operativ, rritë rrezikun për trombozën venoze postoperative. Nga ana tjetër, lëvizshmëria e hershme e të sëmurit pas intervenimit dhe “ stresi” më i vogël, dhe poashtu edhe hiperkoagulabiliteti më i vogël zvoglojnë rrezikun për trombozë. Megjithatë, për shkak të tromboprofilaksës mekanike e cila përfshinë përdorimin e fashave elastike dhe mobilizimin e shpejt të të sëmurit , shpeshtësia e tromboembolisë është shumë e ultë dhe sillet diku midis 0 – 0.68 % (57) dhe çështja e aplikimit të tromboprofilaksës medikamentoze edhe në ditët e sotme ka kundërthënje. Megjithatë është e dëshirueshme që para operacionit në këmbë të vendosen fashat elastike apo çarapët.

Anatomia jonormale biliare shpesh është përmendur si një faktor në dëmtimet bilare. Duktusi biliar mund të jetë i ngushtë dhe mund të keqkuptohet si duktus cistik. Duktusi cistik mund të vazhdojë paralelisht me duktusin biliar komun, para se të bashkohet me të, duke e drejtuar keq kirurgun në vendin e gabuar. Gjithashtu, duktusi cistik mund të hyjë në duktusin hepatic të djathtë, duke vazhduar në trekëndeshin Calot dhe duke hyrë në duktusin hepatic komunis. Një sërë faktorësh të tjerë teknikë janë përfshirë gjithashtu në dëmtimet biliare. Dëmtimi klasik ndodh kur tërheqja e tepërt me drejtim nga koka e fshikëzës së tëmthit mund të drejtoje duktusin

cistik me duktusin biliar komunis, duke e lejuar këtë të fundit të keqkuptohet si duktusi cistik. Përdorimi i pakujdesshëm i elektrobisturisë mund të shkaktojë dëmtim termal. Disekimi i thellë në parenkimën e mëlçisë mund të shkaktojë dëmtimin e duktusit intrahepatik, ndërsa një vendosje e dobët e kapëses pranë zonës hilare ose strukturat e pa vizualizuara mirë mund të shkaktojnë një kapje përmes duktusit biliar.

Përdorimi rutinë i kolangiografisë intraoperative për parandalimin dhe dëmtimin e duktusit biliar është kontradiktore (131). Kjo mund ta kufizojë shtrirjen e dëmtimit, por nuk duket se parandalon atë. Gjithsesi, nëse dyshohet një dëmtim i duktusit gjatë kolecistektomisë, mund të bëhet kolangiografia për identifikimin e anatomisë.

Pacientët me dëmtimet e duktusit biliar mund të paraqiten gjatë periudhës intraoperative, në periudhën e hershme postoperative, muaj apo vite, pas dëmtimit fillestar. Rreth 25 për qind e dëmtimeve më të rëndësishme të duktusit njihen në periudhën intraoperative, për shkak të rrjedhjes biliare, kolangiografisë anormale ose njohjes së vonë të anatomisë. Prezantimi më i zakonshëm i një okluzioni të vonë të duktusit biliar ose hepatic është ikterusi, me ose pa dhembje abdominale. Pacientët mund të shfaqen me muaj ose vite më vonë pas kirurgjisë së parë me kolangjit ose cirozë prej dëmtimit të rrugëve biliare.

Trajtimi i dëmtimit të duktusit biliar varet nga koha e diagnozës, si dhe nga shtrirja dhe niveli i dëmtimit. Trajtimi i papërshtatshëm i strukturave biliare mund të shkaktojë vdekshmeri, për shkak të komplikimeve, si ciroza biliare ose kolangjiti. Në një përmbledhje të përgjithshme të 12 viteve, të 130 pacientëve me striktura postoperative biliare, shkaqet e vdekshmërisë lidheshin të gjitha me praninë e sëmundjes parenkimale të mëlçisë me hipertension portal. Njëzet e tre nga këta pacientë kishin të dhënat e hipertensionit portal, në kohën e paraqitjes së tyre (132).

Dëmtimi i duktusit biliar lateral të pjesshëm, të vogël, të izoluar, të bazuar jo mbi të djegurit, i njohur në kohën e kolecistektomisë, mund të menaxhohet me vendosjen e një tubi T. Tubi T mund të vendoset në vendin e dëmtimit, nëse ai ka përmasa të njejta me koledokuminë. Gjithsesi, nëse dëmtimi biliar është më i përhapur ose nëse ka dëmtim të rëndësishëm termal, për shkak të traumës së bazuar në të djegurit, ose, nëse dëmtimi përfshin më shumë se 50% të perimetrit të murit të duktusit biliar, duhet të kryhet një koledokojejunostomi nga fundi me anë të një laku Roux-en-Y të jejunumit. Po njëllonj, dëmtimet më të mëdha të duktusit biliar, duke përfshirë edhe resekimet e duktusit biliar komunis ose të duktus koledokus, mund të riparohen, nëse ato njihen në kohën e kolecistektomisë. Duktuset hepaticke të izoluara, më të vogla se 3 mm,

ose ato që drenojnë një segment të vetëm hepatic, mund të ligohen në mënyre të sigurt. Duktuset më të mëdha se 3 mm kanë më shumë gjasa të drenojnë segmente të tjera ose tërë lobin, por duhet të implantohen përsëri. Nuk e teprojmë së thëni se përvoja e rëndësishme dhe gjykimi janë kritikë për të vendosur realizimin e riparimit në kohën e dëmtimit. Nëse një mjek është i pasigurt, ose i mungon eksperiencia dhe nuk ka kolegë me njohuri speciale të menjëhershme e të disponueshme, veprimi vijues më i përshtatshëm është vendosja e një tubi, të ndjekur nga referimet në drejtim të një qendre të specializuar.

Shumica e rasteve raportojnë një incidencë të dëmtimit të duktusit pas kolecistektomisë laparoskopike nga 0,3 deri në 0,85%. Historikisht, pas kolecistektomisë së hapur, 10% e pacientëve janë paraqitur në javën e parë, 70% brenda 6 muajve dhe 80% brenda një viti. Në një studim të fundit, nga 156 pacientët e referuar për menaxhimin e strikturave biliare, që shkaktohen nga dëmtimet e duktusit biliar, 9.3% e dëmtimeve u bënë të njohura gjatë teknikës laparoskopike kundrejt 0% gjatë kolecistektomisë së hapur. Në këto raste, nga 156 pacientë me striktura biliare postoperative, 49 pacientë (31.4%) që u paraqiten me rrjedhje biliare, 42 (26.9%) u shfaqën me ikterus dhe 50 (32.1%) u paraqiten me kolangit (133). Në përgjithësi, pacientët me rrjedhje biliare do të shfaqen herët, ndërsa pacientët vetëm me striktura biliare postoperative zakonisht shfaqen me ikterus ose kolangjit, nga disa muaj në disa vite, pas dëmtimit fillestar.

Kolecistektomia laparoskopike është një metodë e shpejtë me kosto-efektive të ulët se sa kolecistektomia me incizon për kolecistitin akut, si pasojë e qëndrimit më të shkurtër në spital dhe daljes më të shpejtë prej tij (134). Pacientët me simptoma të hershme gjatë kursit të sëmundjes (brenda 48 orësh) kanë më shumë gjasa t'i nënshtrohen laparoskopisë (4%, në krahasim me 23%) sesa pacientët me simptoma që zgjasin më tepër (135). Faktorët shtesë që parashikojnë për nevojën e kryerjes së kolecistektomisë me incizon janë mosha e rritur e pacientit, gjinia mashkullore, obeziteti dhe trashja e murit të vezikës biliare (më shumë se 4 mm). Në Kosovë sipas llogarive nga numri i popullatës prej 2.000 000 banorëve, nga gurët në idhëse vuajnë afër 80 000 - 100 000 raste. Dihet nga literatura se afër 15% të tyre janë raste simptomatike dhe nga kjo del se afër 12 000 deri 15 000 raste kanë probleme me gurët në idhëz dhe komplikimet e tyre. Në Kosovë nuk ka të dhëna për koston e mjekimit të këtij numri të madh të sëmurëve me gurët në idhëz, por duke parë nga literatura se sa shpenzime janë në vendet ku llogariten hospitalizimet del se edhe për këtë numër kaq të madh të pacientëve në Kosovë kostoja është mjaft e lartë.

26. Përfundime

Në bazë të rezultateve të fituara dhe të analizuara kemi ardhur në këto përfundime:

1. Në këtë studim, 80.2% e pacientëve janë të gjinisë femërore (F), ndërsa 19.8% janë të gjinisë mashkullore (M). Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinive sipas testit diferencues, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0,05$). Pse ndodh ky fenomen i dominimit të sëmundjes kalkuloze te femrat në krahasim me mashkujt mbetet për tu hulumtuar.
2. Në grupën hulumtuese (GH), më tepër se gjysma e pacientëve 53.2% regjistrohen në grupin e moshës prej 41 deri 60 vjeç. Dallimi procentual i modaliteteve të tjera të grupeve të moshës, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
3. Në grupën kontrolluese (GK), 49.7% e pacientëve regjistrohen në grupin e moshës prej 41 deri 60 vjeç. Dallimi procentual i modaliteteve të tjera të grupeve të moshave, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
4. Më tepër se gjysma e pacienteve 51.3% të gjinisë femërore nga GH regjistrohet kolecistiti kronik kalkuloz në moshën midis 41 deri 60 vjeç. Dallimi procentual i përfaqësimit të gjinisë femërore i modaliteteve të tjera të moshës, që regjistrohet midis 41 deri 60 vjeç, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
5. Te 60.5% e pacientëve të gjinisë mashkullore nga GH kolecistiti kronik kalkuloz regjistrohet në moshën midis 41 deri 60 vjeç. Dallimi procentual që regjistrohet midis 41 deri 60 vjeç. Dallimi procentual i modaliteteve të tjera të moshës, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
6. Grupa e gjakut në GH është e përfaqësuar 44.2% me grupen O Rh faktorin pozitiv, pason grupa A+ me 29.5%, me pastaj grupa B+ me 14.7%. Grupet e tjera të gjakut dhe Rh faktorët janë nën 6.5%. Përfaqësimi procentual i grupës O, Rh faktori pozitiv dhe përfaqësimi i modaliteteve të tjera të grupeve të gjakut dhe të Rh faktorëve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
7. Përfaqësimi procentual i grupeve të gjakut, grupa O Rh faktorit pozitiv në GK, me sistemim të ngjashëm është 45.2%. Pastaj pason me grupën A+ me 30.7%, pason grupa me B+ me 14.6%, ndërsa grupet e tjera të gjakut dhe Rh faktorët janë nën 3.5%. Dallimi

procentual i përfaqësimit të grupës O –Rh faktori pozitiv dhe përfaqësimi i modaliteteve të tjera të grupeve të gjakut dhe të Rh faktorëve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).

8. Në GH, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët nga mjedisi rural -53.2%, ndërsa 46.8% janë nga mjedisi urban. Dallimi procentual që regjistrohet, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$ ($p = 0.2130$).
9. Në GK, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientë nga mjedisi urban -58.3%, ndërsa 41.7% se janë nga mjedisi rural. Dallimi procentual që regjistrohet në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
10. Në GH në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët, forma kronike e kolecistitit kronik kalkuloz është 85.3%, pason empiema me 5.8%. Indikacionet e tjera janë përfaqësuar me më pak se 5 pacientë. Dallimi procentual që regjistrohet midis formës kronike dhe modaliteteve të tjera të indikacioneve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
11. Në GK, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët, forma kronike e kolecistitit kronik kalkuloz është 78.4%, pason me 6.5% empiema, me 5.5% forma akute, me 5.0% hidropsi, ndërsa indikacionet e tjera regjistrohen te më pak se 6 pacientë (tab 10a). Dallimi procentual që regjistrohet, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
12. Në GH, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët me komplikimet intraoperative sipas klasifikimit Claviens , shkalla e I - shkallë e lehtë - 84.2%; pason shkalla e II - shkallë e mesme me 7.9%, shkalla e III - shkallë e rëndë 0.7%; dhe vetëm në këtë grup me 7.4% regjistrohet shkalla e IV - konvertimi. Dallimi procentual që regjistrohet midis shkallës së I dhe modaliteteve të tjera të shkallëve të komplikimit intraoperative, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
13. Në GK, në përqindje më të madhe janë përfaqësuar pacientët me komplikime intraoperative sipas klasifikimit Claviens, shkalla e I - shkallë e lehtë - 75.4%; pason shkalla II - shkallë e mesme me 22.6% dhe me 2.0% shkalla e III - shkallë e rëndë. Dallimi procentual që regjistrohet midis shkallës së I dhe modaliteteve të tjera të shkallëve të komplikimit, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).

14. Dallimi procentual që regjistrohet midis GH dhe GK, në krahasim me përfaqësimin e shkallës së II - shkallë e mesme (7.9% dhe 22.6%), në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
15. Në GH, në përqindje më të madhe regjistrohet shkalla e I - shkallë e lehtë, e pikërisht 86.2% te gjinia femërore dhe 76.3% te gjinia mashkullore. Në vendin e dytë, me 7.2% te gjinia femërore dhe te gjinia mashkullore me 10.5% regjistrohet shkalla e II. Në vendin e tretë, sipas përfaqësimit procentual, te gjinia mashkullore regjistrohet shkalla e IV - konvertimi me 13.25, ndërsa te gjinia femërore është përfaqësuar me 0.7%. Te gjinia femërore, shkalla e III është përfaqësuar me 5.9%, ndërsa nuk regjistrohet te gjinia mashkullore. Dallimi procentual që regjistrohet midis shkallës së I - shkallë e lehtë dhe modaliteteve të tjera të shkallëve, edhe te gjinia femërore, edhe te gjinia mashkullore, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
16. Kohëzgjatja mesatare e trajtimit në GH ka zgjatur 50.2 ± 14.6 min, minimum 37, ndërsa maksimum 105 min. Kohëzgjatja mesatare e trajtimit operativ në GK ka zgjatur 76.0 ± 7.1 min, minimum 60, ndërsa maksimum 97 min. Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerave mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
17. Hospitalizimi mesatar i pacientëve në GH ka zgjatur 1.6 ± 1.9 ditë, minimum 1, ndërsa maksimum 10 ditë. Hospitalizimi mesatar i pacientëve në GK ka zgjatur 9.2 ± 0.5 ditë, minimum 7, ndërsa maksimum 10 ditë. Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis vlerave mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
18. Mjekimi pa drenazh regjistrohet te 6.3% (12) e pacientëve në GH dhe te 2.0% (4) e pacientëve në GK. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
19. Mjekimi me drenazh regjistrohet te 4.8% (9) e pacientëve në GH dhe te 15.6% (31) e pacientëve në GK. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
20. Antibiotikët janë dhënë në që të dy grupet. Në GH, antibiotiku është dhënë në kohëzgjatje mesatare prej 1.6 ± 1.7 ditë, minimum 1, ndërsa maksimum 10 ditë. Në GK, antibiotiku është dhënë në kohëzgjatje mesatare prej 8.2 ± 0.7 ditë, minimum 4, ndërsa maksimum 10

ditë (Tab. dhe Graf. 20). Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi në pikëpamje statistikore është sinjifikant midis kohës mesatare të dhënies së antibiotikëve ndërmjet dy grupeve ($p < 0.05$).

21. Dhimbja regjistohet edhe te pacientët e të dy grupeve. Në GH, dhimbje e lehtë regjistohet te 88.9%, ndërsa dhimbje mesatare te 11.1%. Në GK, dhimbje e lehtë regjistohet te 76.4%, ndërsa dhimbje mesatare te 23.1%, por te një pacient regjistohet edhe dhimbje e rëndë. Sipas testit diferencues, dallimi procentual që regjistohet midis dhimbjes së lehtë ndërmjet dy grupeve dhe dhimbjes mesatare ndërmjet dy grupeve, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
22. Në GH, te gjinia femërore regjistohet 91.4% dhimbje e lehtë, ndërsa 78.9% te gjinia mashkullore. Dhimbje mesatare regjistohet te 21.1% e gjinisë mashkullore, ndërsa te 8.6% e gjinisë femërore nga GH. Dallimi procentual sipas testit Diferencues, në pikëpamje statistikore është sinjifikant (91.4% dhe 78.9%; 21.1% dh 8.6%) është ($p < 0.05$).
23. Në GH, CRP > 6 regjistohet te 34.8% e pacientëve, ndërsa te 65.2% e pacientëve regjistrohen vlerat ≤ 6 . Në GK, te 46.2% regjistrohen vlerat CRP > 6 t. Dallimi procentual midis regjistrimit të CRP > 6 në GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
24. Në GH regjistrohen 76.9% e gjinisë femërore me vlera të rritura të CRP > 6, ndërsa 23.1% te gjinia mashkullore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.06$).
25. Në GK regjistrohen 80.4% e gjinisë femërore me vlera të rritura të CRP > 6, ndërsa 19.6% te gjinia mashkullore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.06$).
26. Përqindje më e madhe te pacientët e GH që kanë CRP > 6 regjistohet te forma kornike e kolecistitit kalkuloz është 67.7%, pason me 15.4% empiema, 6.2%- forma akute, 4.6% forma subakute, 3.1% forma gangrenoze dhe nga një pacient regjistohet te hydropsi dhe te adhesiva. Dallimi procentual që regjistohet në GH midis CRP > 6 te forma kronike dhe modaliteteve të tjera, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
27. Përqindje më e madhe te pacientët e GK që kanë CRP > 6 regjistohet te forma kronike e kolecistitit kalkuloz 55.4%, pason me 14.1% empiema, 12.0%- forma akute, 9.8%

- hydropsi, 6.5% forma subakute dhe 2.2% forma gangrenoze. Dallimi procentual që regjistrohet në GK midis $CRP > 6$ te forma kronike dhe modaliteteve të tjera, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
28. Dallimi procentual që regjistrohet midis modaliteteve nga GK dhe modaliteteve (formave) nga GH që kanë $CRP > 6$, në pikëpamje statistikore është jo sinjifikant $p > 0.05$. Vetëm dallimi procentual (1.5% dhe 9.8%), në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$ te hidropsi).
 29. Ndryshimi në përqindje te GH dhe GK që kanë $CRP > 6$ të moshës 51 deri 60 vjeç dhe të moshës prej 21 deri 30 vjeç (24.6% dhe 4.6%) në pikëpamje statistikore është sinjifikante $p < 0.05$ ($p = 0.0001$).
 30. Ndryshimi në përqindje te GH dhe GK që kanë $CRP > 6$ të moshës 51 deri 60 vjeç dhe të moshës prej 71 deri 80 vjeç (27.2% dhe 6.5%) në pikëpamje statistikore është sinjifikante $p < 0.05$ ($p = 0.0003$).
 31. Madhësia mesatare e kolecistave në GH është 10.4 ± 1.0 , minimum 8.3, ndërsa maksimum 14.5. Madhësia mesatare e kolecistave në GK është 9.8 ± 1.0 , minimum 8.5, ndërsa maksimum 13.6. Sipas Mann-Whitney U-testit, dallimi midis madhësisë mesatare të kolecistave nga GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
 32. Dallimi që regjistrohet në raport me madhësinë mesatare të kolecistave midis gjinisë mashkullore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$) dhe dallimi te gjinia femërore në të dy grupet GH dhe GK, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0.05$).
 33. Nuk është vërtetuar asnjë konvertim që kishte me vërtetuar se edukimi dhe trajnimi në kirurgjinë laparoskopike është shumë i rëndësishëm për mjekimin përfundimtar të rrjedhes operative ($p < 0.05$).
 34. Paraqitja e komplikimeve (hernis umbilikale) është shumë më e rrallë te KL se sa te metoda e KH ($p < 0.05$).
 35. “Distresi psikogjen” te pacientët e shiquar nga aspekti i disponimit të pacientit gjatë periudhës postoperative është më pak i shprehur te KL, për shkak të përmasave më të vogëla të ndërhyrjes kirurgjikale ($p < 0.05$).
 36. Në bazë të kësaj është konstatuar se KL është “standard i artë” në trajtimin e pacientëve me kolelitiazë.

27. Rekomandime

Me paraqitjen eolecistektomisë laparoskopike janë paraqitur një sërë pyetjesh në të cilat duhet të jepen përgjigje krahas rezultateve të mjekimit me metodën laparoskopike dhe metodën klasike.

- Ministria e Shëndetësisë duhet të themelojë një njësi organizative në kuadër të kirurgjisë abdominale e cila do të merrej me traktin hepatobiliar nga stafi i specializuar, i cili do të mundësonte specializimin e kuadrit të ri dhe tretmanin si duhet të këtyre të sëmurëve.
- Kjo njësi organizative duhet të mirret edhe me llogaritjen e shpenzimeve kirurgjike, koston e mjekimit për çdo të sëmurë dhe operacion duke krahasuar të dy metodat.
- Kostoja e përgjithshme e mjekimit të gurëve të rrugëve biliarë me të dy metodat përfshinë edhe këto llogaritje:
 - Shpenzimet diagnostike,
 - Shpenzimet e vendosjes dhe ushqimit,
 - Shpenzimet medicinale të kujdesit dhe shpenzimi i barnave në repart,
 - Shpenzimet e operacionit,
 - Shpenzimet e rehabilitimit dhe pushimet mjekësore,
 - Shpenzimet diagnostike,
 - Analizat laboratorike,
 - Ultrazëri,
 - Diagnostika radiologjike,
 - Rtg. e mushërive,
 - Kolangiografia i.v.,
 - EKG,
 - Histopatologjia e preparateve.
- Qmimi i përgjithshëm i diagnostifikimit i paraparë për KL është mjaftë i lartë dhe varet nga shteti në shtet si dhe standardi jetësor në ato shtete (shpenzimet e vendosjes dhe

ushqimit). Me metodën laparoskopike qëndrimi mund të jetë 1 ditore ose qëndrim ambulator. Kurse te KH mund të jetë prej 5-7 ditë.

- Tretmani operativ i kolecistektomive laparoskopike kryhet nga kirurgë të shumtë. Për shkak të mundësisë së komplikimeve dhe konvertimeve të shumta preferojmë që kolecistektomit laparoskopike të kryhen nën mbikëqyrjen e ndojnë laparoskopisti - kirurg me shumë përvojë në këtë lëmi.
- Rekomandojmë që më mirë është të përdoret instrumenti i Hassonit se sa gjilpëra e Veresit për shkak të sigurisë më të madhe për të mos lënduar organet abdominale.
- Rekomandojmë që të gjitha rastet të incizohen në videorekorder të cilat do të shërbejnë për kontroll të mëtejshëm, edukim të kuadrove të reja, dokumentacion për prezentime dhe dokumentacion për të sëmurët të cilët kanë dëshirë të kenë CD (fimin) e operacionit të tyre.
- Sa i përket faktit se me sa porta është më mirë të bëhet kolecistektomia laparoskopike ka të dhëna në kohën e fundit se edhe me një portë arrihen rezultate të njëjta çka preferojmë edhe ne që të përdoret vetëm një portë. Kjo varet edhe nga kushtet teknike të qendrave të ndryshme dhe kushtet materiale. Teknika kirurgjike e kolecistotomisë laparoskopike që nga fillimi nuk ka pësuar ndryshime të mëdha, përpos në përsosjen e instrumentariumit dhe të aplikimit me triporta, dy porta dhe një portë.

28. Referencat

1. Chen Li, Tao Si Feng, XY Yuan, Fang Fu, Peng Shu You. Patients quality of life after laparoscopic or open cholecystectomy. Journal of Zhejiang University science. 2005; 68: 678-681.
2. Wickham JEA Minimal invasive surGHry. J Endourol. 1987; 1:70.
3. Anonymous. National Institutes of Health: Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. Couseusus Development Conference Steatment. 1992. 10:1-20.
4. Armananzas L, Ruiz-Tovar J, Arrovo A, Garchia-Peche E, Armananzas E, Diez M, Galindo I, Calpera R. Prophylactic mesh vs suture in the closure et the umbilical trocar-site after laparoscopic cholecystectomy in hiGH risk patients for incisional hernia. A randomized clinical trial. J Am Coll Surg. 2014; 5: 38-40.
5. Wikipedia.org/wiki/Erich_Mühe; 1986.
6. Mouret P. How I developed laparoscopic cholecystectomy. Ann Acad Med Singapore. 1996; 25: 744-747.
7. Dubois F.: New surgical strategy for gastroduodenal ulcer: Laparoscopic approach. World J Surg 2000; 24:270-276.
8. Cala, Z.: Laparaskopska kolecistektomia; Temelji endoskopske kirurgije. Graficki Zavod Hrvatske, Zagreb, 2001; 235.
9. Beqiri, A., et al. Our experience with over five thousand laparoscopic cholecystectomies performed in our clinic, Abstract bosk 19 Albanian Conference of SurGHry, nentor 2011; 27.
10. Krasniqi, S., Kosova Journal of SurGHry vol.2, No.1, October 2008; 46.
11. Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. NIH Consensus Statement 1992; 10:1-28.
12. Nuri Aydin Kama, M. Kologlu, E. Reis, M. Atli and M. Dolapci: Risks score for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. The American Journal of SurGHry. 2001; 6: 520-525.

13. Michael Rosen M.D., Fred Brody M.D. and Jeffery Ponsky M.D.: Predictive factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg.* 2002; 3: 254-258.
14. Spina GP, Pagani M. Prophylactic cholecystectomy for gallbladder calculosis. *Ann Ital Chir* 1998; 69:713-7.
15. Krasniqi, S.: *Kirurgjia Laparoskopike. Shtepia botuese, Libri Shkollor, R.Kosove, Prishtine*, 2015; 164.
16. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. *J Long Term Eff Med Implants.* 2005; 15:329-38.
17. Nuri Aydin Kama, M. Kologlu, E. Reis, M. Atli and M. Dolapci: Risks score for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *The American Journal of SurGHry.* 2001; 6: 520-525.
18. Stulhofer, M.: *Kirurgjia probavnog sustave, Zagreb 1999; fq. 255.*
19. Gorden, A : The history and development of endoscopic surGHry. In *Endoscopic SurGHry for Gynaecologists*, Sutton C, Diamond MP, editors. London, Saunders, 1993; pp. 3–7.
20. Gotz F, Pier A, Schippers E, Schumpelick V. The history of laparoscopy. In: Gotz F, Pier A, Schippers E, Schumpe-lick V, editors. *Color Atlas of Laparoscopic SurGHry.* New York 1993;3-5.
21. Bellows CF, BerGHr DH, Crass RA: ManaGHment of gallstones. *Am Fam Physician.* 2005; 72: 637-642.
22. Stewart L, Oesterle AL, Erdan I, et al: PathoGHnesis of pigment gallstones in Western societies: The central role of bacteria. *J Gastrointest Surg.* 2002; 6:891-903.
23. Owen CC, Bilhartz LE: Gallbladder polyps, cholesterolosis, adenomyomatosis, and acute acalculous cholecystitis. *Semin Gastrointest Dis.* 2003; 14:178-188.
24. Todani T, Watanabe Y. Narussue M et al. CongHnital bile ducy cyst: Clasification, operative procedures, and revive of thirty cases including cancer from choledochal cyst. *Am J Surg.* 1977; 134-269.
25. Glasgow RE, Cho M, Hutter MM, et al: The spectrum and cost of complicated gallstone disease in California. *Arch Surg.* 2000; 135:1021-1025.
26. TrowbridGH RL, Rutkowski NK, Shojania KG: Dows this patient have acute cholecystitis? *JAMA.* 2003; 289:80-86.

27. Stewart L, Robinson TN, Lee CM, et al: RiGHt hepatic artery injury associated with laparoscopic bile duct injury: Incidence, mechanism, and consequences, *J Gastrointest Surg.* 2004; 8:523-530.
28. Alves A, FarGHs O, Nicolet J, et al: Incidence and consequences of an hepatic artery injury patients with postcholecystectomy bile duct structures. *Ann Surg.* 2003; 238:93-96.
29. Kiviluoto T, Siren J, Luukkonen P, et al Randomised trial of laparoscopic dhe open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. *Lancet.* 1998; 351:321-325.
30. Steiner CA, Bass EB, Talamini MA, et al Surgical rates and operative mortality for open and laparoscopic cholecyctectomy in Maryland. *N Engl J Med.* 1994; 330:403-408.
31. Southern SurGHons Club: A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Med.* 1991; 324:1075-1078.
32. Calland JF, Tanaka K, Foley E, et al: Outpatient laparoscopic cholecystectomy: Patient outcomes after implementation of clinical pathway. *Ann Surg.* 2001; 233:704-715.
33. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. *J Long Term EFF Med Implants.* 2006; 15: 329-338.
34. Ozkardes AB, Tokal M, Dumiu EG, Bozkurt B, Cifci AB, Yelisir P, Kilic M. Early dhe delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. A Prospective randomized study. *Int Surg.* 2014; 99:56-61.
35. Hartwig W, Buchler MW. Acute cholecystitis; Early dhe delayed surGHry. *Adv Surg.* 2014; 48: 155-64.
36. Pienowski E, Popowicz A, Lundell L, GHRber P, Gustafsson U, Sinabulya H, Siodahi K, Tserkrekos A, Sandblom G. Early dhe delayed surGHry for acute cholecystitis as an applied treatment strategy when assessed in a population based cohort. *Dig Surg.* 2014. 31:169-76.
37. Catena F, Ansaloni L, Bianchi E, Di Saverio S, Coccolini F, Vallicelli C, Lazzareschi D, Sartelli M, Amaduzzi A, Pinna AD. THE ACTIVE(Acute cholecystitis trial invasive dhe endoscopic) study: Multicenter randomized, double-blind, controlled trial of laparoscopic dhe open surGHry for acute cholecystitis. *Hepatogastroenterology.* 2013; 60: 1552-1556.
38. Kraas E, Farke S. Laparoscopic cholecystectomy surgical standard in cholelithiasis. *Kongressbd Disch GHs Chir Kongr.* 2002; 119:322-327.

39. Del Avila-Silva MR, Zavala-Castillo JC, Corovel-Cruz FM. Laparoscopic cholecystectomy in pregnant patient: Experience in Hospital General de Mexico in a period of 5 years (2008-2012). *Ginecol Obstet Mex.* 2014; 82:509-17.
40. Peker Y, Unalp HR, Durak E, Karabuda T, Yilamz Y, Ghnc H, Hacyanli H. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and older : An analysis of 111 patients . *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2014; 24:173-6.
41. Simopoulos C, Polychronidis A, Botaitis S, Perent S, Pitiakoidis M. Obese Surgery. 2005; 15. 243-246.
42. Park M, Song DY, Je Y, Lee J. Body mass index and biliary tract disease: A Systematic review and meta analysis of prospective studies. *Prev Med.* 2014; 14:21-2.
43. Langballe KO, Bardram I. Cholecystectomy in Danish children: A nationwide study. *J Pediatr Surg.* 2014; 49: 626-30.
44. Picci R, Peril SG, Dalla Torre A, Castaldo P, Meli M, Moraldi A. Therapy of asymptomatic gallstones. Indications and limits. *Chir Ital.* 2005; 57:35-45.
45. Johansson M, Thune A, Nevin I, Lundel L. Randomized clinical trial of day care and overnight stay laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Surgery.* 2005; 93:40-45.
46. Allen NL, Lefth RR, Finan KR, Tishler DS, Vickers SM, Wilcox CM, Hawn MT. Outcomes of cholecystectomy after endoscopic sphincterectomy for choledocholithiasis. *J Gastrointest Surg.* 2006; 10:282-6.
47. Bansal VK, Misra MC, Garg P, Prabhu M. A prospective randomized trial comparing two stages and single stage management of patients with gallstone disease and common bile duct stones. *Surg Endosc.* 2010; 24:1986-1989.
48. Sortini D, Feo CV, Ragazzi R, De Palma M, Liboni A. Randomized clinical trial of the effect of preoperative dexamethason on nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg.* 2006; 93:295-9.
49. Sanchez-Rodriguez PE, Fuentes –Orozco C, Gonzalez-Ojeda A Effect on dexamethason on postoperative symptoms in patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy: Randomized clinical trial. *World J Surg.* 2010; 34:895-900.
50. Alper I, Ulukava S, Entugrul V, Makav O, Uvar M, Balcioglu I. Effects of intraperitoneal levobupivacain in pain after laparoscopic cholecystectomy: A prospective randomized double blinded study. *Agri.* 2009; 21(4):141-145.

51. Singla S, Mittal G, RaGHav G, Mittal RK. Pain manaGHment after laparoscopic cholecystectomy: A randomized prospective trial of low pressure and standard pressure pneumoperitoneum. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8:92-94.
52. Bracale U, MeroCa G, Lazzara F, Pignata G. Spleen rupture: An unusual postoperative complication after laparoscopic cholecystectomy. *Ann Ital Chir.* 2013; 28:84.
53. Dobradin A, Jugmohan S, Dabul LGallstone-related abdominal abscess 8 years after laparoscopic cholecystectomy. *JLS.* . 2013; 17:139-42.
54. Vracko J, Hunt MK, Wiechel KL. Safe laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* 2005; 15:1666.
55. Buell J, Cronin D, Tunaki B, Koffron A, Leef J, Millis M. Devastating and fatal complication associated with combined vascular and bile duct injuries during cholecystectomy. *Arch Surg.* 2002; 137: 703-710.
56. Turk E, Karagulle E, Serefhanoglu K, Turan K, Moray G. Effect of cefazolin prophylaxis on postoperative infectious complications in elective laparoscopic cholecystectomy: A prospective randomized study. *Iran Red Crescent Med J.* 2013; 15: 561-6.
57. Comancujosas J, Hermoso J, Gris P, Jimeno J, Urbeal R, Pares D. Risk factors for umbilical trocar site hernia in laparoscopic cholecystectomy: A prospective 3 year follow up study. *Am J Surg.* 2014; 1:1-6.
58. Hasukić Š. CO₂-Pneumoperitoneum in Laparoscopic SurGHry: Pathophysiologic Effects and Clinical Significance. *World J Lap Surg.* 2014; 7:33-40.
59. Stevens JL, Laliolis A, Gould SV. Hepatocolonic fistula: A rare consequence of retained gallstones after laparoscopic cholecystectomy. *Ann R Coli Surg Engl.* (2013; 95: 39-41.
60. Quail JF, Soballe PW, Gramins DL. Thoracis gallstones : A delayed complication of laparoscopic cholecystectomy. *Surg Infect.* 2014; 15: 69-71.
61. Kirschberg O, Scheduling A, Saers T, Krakamp B. Detection and treatment of an aneurysma spurium of the arteria hepatica dextra after laparoscopic cholecystectomy. *BMC Gastroenterol.* 2013; 13:121.
62. Ray S, Bhattacharva SP. Endoclip migration into the common bile duct with stone formation: A rare complication after laparoscopic cholecystectomy. *JLS.* 2013; 17:330-2.

63. Schols RM, Bouy ND, van Damm RM, Masclee AA, Dejong CH, Slassen LP. Combined vascular and biliary fluorescence imaging in laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* 2013; 27:4511-7.
64. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD, et al: Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: Perioperative results in 200 patients. *Ann Surg* 241:786-792, 2005.
65. Thompson JE Jr, Bennion RS, Doty JE, et al: Predictive factors for bactibilia in acute cholecystitis. *Arch Surg* 125:261, 1990.
66. Lo XM, Liu CL, Fan ST, et al: Prospective randomized study of early and delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg.* 1998; 227:461-467.
67. Lai PB et al: Randomised trial of laparoscopic and open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. *Lancet* 351:321-325, 1998. *Br J Surg.* 1998; 85:767.
68. Gramatica L et al. Laparoscopic cholecystectomy performed under regional anesthesia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Surg Endosc.* 2002;16:472-5.
69. Pursnani KG, Bazza Y, Calleja M, MuGHal MN. Laparoscopic cholecystectomy under epidural anesthesia in patients with chronic respiratory disease. *Surg Endosc.* 1998;8:1082-4.
70. Crabtree JH, Fishman A. Videoscopic surgery under local and regional anesthesia with helium abdominal insufflation. *Surg Endosc.* 1999;13:1035-9.
71. Pecoraro AP, Cacchione RN, Sayad P, Williams ME, Ferzli GS. The routine use of diagnostic laparoscopy in the intensive care unit. *Surg Endosc.* 2001;15:638-41.
72. Poindexter AN, Abdul-Malek M, Fast JE. Laparoscopic tubal sterilization under local anesthesia. *Obstet Gynecol.* 1990;75:1060-2.
73. Pendurthi TK, DeMaria EJ, Kellum M. Laparoscopic bilateral hernia repair under local anesthesia. *Surg Endosc.* 1995;9:197-9.
74. Ferzli G, Sayad P, Kasisht B. The feasibility of laparoscopic extraperitoneal hernia repair under local anesthesia. *Surg Endosc.* 1999;13:588-90.
75. Cozza C, Rambaldi M, Affuso A, Montanari C. Anesthesia. U: Meinero M, Meloti G, Mouret PH, ur. *Laparoscopic surgery.* Milano: Masson;1993; 77-89.
76. Ising M, Holsboer F. Genetics of stress response and stress-related disorders.

- Dialogues Clin Neurosci. 2006; 8: 433-44.
77. Whitehead G, Jo J, Hogg EI, Piers T, Kim DH, Scaton G, Seok H, BPU Moreler G, Son GH, Regan P, Waile E, Kim BC, Kim K, Whilcomb KJ, LiGHTpan SL, Cho K. Acute stress causes rapid synaptic insertion of Ca²⁺ permeable AMPA receptors to facilitate long-term potentiation in the hippocampus. *Brain*. 2013; 136 :3753-65.
 78. Mc Ewen BS, Morrison JH. The brain on stress: Vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*. 2013; 79:16-29.
 79. Scott NB, Kehlet H. Regional anesthesia and surgical morbidity. *Br J Surg*. 1988; 75: 299-304.
 80. Lin E, Gletsu –Miller N. Surgical stress induces an amplified inflammatory responses in patients with type 2 Diabetes. *ISRN Obes*. 2013; 21:48-52.
 81. Gadek-Michalska A, Tadeusz J, Rachwalska P, Bugalski J. Cytokines, prostaglandins and nitric oxide in the regulation of stress response systems. *Pharmacol Rep*. 2013. 65: 1655-62.
 82. Liezman C, Stock D, Peters EM. Stress induced neuroendocrine immune plasticity: A role for spleen in peripheral inflammatory disease and inflammaging. *Dermatoendocrinol*. 2012; 4:271-9.
 83. Deltondo J, Por I, Hu W, Merchenthaler I, Semeniken K, Jojart J, Dudas B. Associations between the human growth hormone- releasing hormone and neuropeptide-Y-immunoreactive systems in the human diencephalon: A possible morphological substrate of the impact of stress on growth. *Neuroscience*. 2008; 153: 1146-52.
 84. Di Padova F, Pozzi C, Tondre MJ, Tritapepe R. Selective and early increase of IL-1 inhibitors, IL-6 and cortisol after elective surGHry. *Clin Exp Immunol*. 1991; 85: 137.
 85. Filaretova LP. Activation of hypothalamic-pituitary-adrenocortical system as important gastroprotective component of stress reaction. *Russ Fiziol Zh Im I M Sechenova*. 2006; 92(2): 249-61.
 86. Widmer IE, Puder JJ, König C, PargGHR H, Zerkowski HR, Girard J, Muller B. Cortisol response in relation to the severity of stress and illness. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90: 4579-86.
 87. Donald RA, Perry EG, Wittert GA, Chapman M, Livesey JH, Ellis MJ, Evans MJ, Yandle T, Espiner EA. The plasma ACTH, AVP, CRH and catecholamine responses to

- conventional and laparoscopic cholecystectomy. *Clin Endocrinol.* 1993; 38: 609-15.
88. Watanabe K, Kashiwaqi K, Kamiyama I, Yamamoto M, Fukunaga M, Kamiyama Y. High dose remifentanyl suppresses stress response associated with pneumoperitoneum during laparoscopic colectomy. *J Anaesth.* 2013; 28:334-40.
89. Meng S, Zhang L, Kang H, Wu YF, Zhao L. Effects of S-reactive protein on chemotaxis ability of monocytes in vitro. *Hua Xi Kou Giang Yi Xue.* 2009 27:673-5.
90. Oda E, Kawai R. Reproducibility of high sensitivity of C-reactive protein as an inflammatory component of metabolic syndrome in Japanese. *Circ J.* 2010; 74:1488-93.
91. Fyjita K, f Hakino A, Harada –Shiba M, Sato Y, Oisui K, Yoshimoto R, Sawamura T. C–reactive protein uptake by monophagocytic cell line via class a scavenger receptor. *Clin Chem.* 2010; 56:478-81.
92. Casalang Verzosa G, Barnes ME, Blume G, Seward JB, Ghosh BJ, Cha SS, Bailey KR, Tsang HS. C reactive protein, left atrial volume and atrial fibrillation: A prospective study in high elderly. *Echocardiography.* 2010; 27:394-99.
93. Radunović M, Radunović M, Radunović M, Lazović R, Panić N, Bulaičić M. Biohumoral endocrine parameters in assessment of surgical trauma in open and laparoscopic cholecystectomy. *Vojnosanit Pregl.* 2013; 20:555-60.
94. Van Cromphout. Hyperglycaemia as a part of the stress response: The underlying mechanisms. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2009; 23:375-86.
95. Dock-Nascimento DB, Aquilar-Nascimento JE, Linetzky Waitzberg D. Ingestion of glutamine and maltodextrin two hours preoperatively improves insulin sensitivity after surgery: A randomized, double blind controlled trial. *Rev Col Bras Cir.* 2012; 39:449-55.
96. Okabayashi T, Nishimuri I, Yamashita M, Sugimoto T, Namikawa T, Maeda H, Yatbe T, Hanazaki K. Preoperative oral supplementation with carbohydrate and branched chain amino acid –enriched nutrient improves insulin resistance in patients undergoing a hepatectomy: A randomized clinical trial using an artificial pancreas. *Amino Acids.* 2010; 38: 901-907.
97. Guo J, Dhaliwall JK, Chan KK, Ghannim K, Al Koudet N, Laml Madadi G, Dandon P, Giacca A, Bendeck MF. In vivo effect of insulin to decrease matrix metalloproteinase 2 and 9 activity after arterial injury. *J Vasc Res.* 2013; 50:278-88.

98. Crema E, Ribeiro EN, Hial AM, Alves Junior JT, Pastore R, Silva AA. Evaluation of the response of cortisol, corticotropin and blood platelets kinetics after laparoscopic and open cholecystectomy. *Acta Cir Bras.* 2005; 20:364-7.
99. Calvo-Solo P, Martinez-Contrearras A, Hernandez BT, Vasquez C. Spinal-GHneral anaesthesia decreases neuroendocrine stress response in laparoscopic cholecystectomy. *J Int Med Res.* 2012; 40: 657-65.
100. Sari R, Sevinc A. The effects of laparoscopic cholecystectomy operation on C-reactive protein, hormones and cytokines. *J Endocrinol Invest.* 2004; 27: 106-10.
101. Grill E, Strong M, Sunnad SS, Sarani B, Pascual J, Collins H, Sims CA. Altered thyroid function in severely injured patients. *J Surg Res.* 2013; 170: 132-7.
102. Jankord R, Turk JR, Schadt JC, Casati J, Ganjam VK, Price EM, Keisler DH, LauGHlin MH. Sex difference in link between interleukin-6 and stress. *Endocrinology.* 2007; 148: 3758-64.
103. Almagor M, Mintz A, Sibirsky O, Durst A. Preoperative and postoperative levels of interleukin-6 in patients with acute appendicitis: comparison between open and laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc.m.* 2005; 19: 331-333.
104. Ohzato H, Yoshizaki K, Nishimoto N et al. Interleukin 6 as a new indicator of inflammatory status: detection of serum levels of interleukin 6 and C reactive protein after surGHry. *SurGHry.* 1992; 111: 201-9.
105. Li P, Xu Q, Ji Z, Gao Y, Zhang X, Duan Y, Guo Z, Zheng B, Guo X, Wu X. Comparison of surgical stress between laparoscopic and open appendectomy in children. *Pediatr Surg.* 2005; 40: 1279-83.
106. Torres K, Torres A, Staskiewicz GJ, Chroscicki A, Les I, Maciejewski R. A comparative study of angioGHnic and cytokine responses after laparoscopic cholecystectomy performed with standard and low pressure pneumoperitoneum. *Surg Endosc.* 2009; 23:2117-23.
107. Maruna P, Frasko R, Lindner J. Disturbances of gastric electrical control activity after laparotomic cholecystectomy are related to interleukin -6 concentrations. *Eur Surg Res.* 2009; 43: 317-24.
108. Sackier JM, et al. Voice activation of a surgical robotic assistant. *Am J Surg* 1997; 174:406-409.

109. Satava RM, Jones SB: Telepresence energy. In: Satava RM (ed) *CyprusurGHry. Advanced technologies for surgical practice*. Wiley and Sons, New York Toronto, p141, 1998.
110. Meliton GB, Lillemoie KD, Cameron JL, et al. Major bile duct injuries associated with laparoscopic Cholecystectomy: effect of surgical repair on quality of life. *Ann Surg*. 2002; 235-895.
111. Kiviluoto T, Siren J., Luukonen P. et al: Ranomised trial of laparoscopis dhe open cholecystectomy for chronic and gangrenous cholecystitis. *Lancet* 1998.351:321.
112. Novitsky Y.W. Kdercher K.W., Czerniach D.R., et al: AdventaGHs of minilaparotomic vs conventional laparotomic cholecystectomy: Results of a prospeciv randomized trial. *Arch Surg*. 2005. 140(12):1178-83.
113. Nilsson E, Ros A., Rahmqvist M., et al: Cholecystectomy: costs and health-related quality of life: a comparasion of two techniques. *Int J Qual Helalth Care*. 2004; 16(6):473-82.
114. Leo J., Filipovic G., Kremntsova J., et al: Open cholecystectomy for all patients in the era of laparoscopic surGHry: a prospective cohort study. *BMC Surg*. 2006; 6:5.
115. Chen L., Tao S.F., Xu Z., et al: Patients quality after laparoscopis or open cholecystectomy. *Zhejiang Univ Sci B*. 2005; 6(7):678-81.
116. McCarthy M.J., Chang C.H., Pickard A.S., et al: Visual analog scals for assessing surgical pain. *J Am Coll surg*. 2005; 201(2):245-52.
117. Ros A., Gustafsson L., Krook H.: Traditional cholecystectomy dhe minilaparotomy cholecystectomy: a prospective, randomized, single-blind study. *Ann Surg*. 2001; 234(6):741-9.
118. Novitsky Y.W., Kercher K.W., Czerniach D.R., et al: AdrentaGHs of minilaparotomic vs conventional laparotomic cholecystectomy: Results of a prospectiv randomized trial *Arch Surg*. 2005; 140: 1178-8.
119. Agnifili A., Ibi I., Guadagni S., et al: Pderioperative pain and stress: A comparison between minilaparotomic and raditional open cholecystectomy. *G Chir*. 1993; 14:7, 344-8.
120. Giacinti I., Di Bello M.G., Marzano P.F.: Current trends in therapeutic indications in gallstones. *G. chir*. 2002; 18(3): 150-154.
121. Novitsky Y.W., Kercher K.W., Czerniach D.R., et al: AdrentaGHs of minilaparotomic vs conventional

- laparotomic cholecystectomy: Results of a prospectiv randomized trial. Arch. Surg. 2005. 140(12) 1178-8.
122. Kinoshita M., Sumiyama Y.: Traditional open cholecystectomy. Nippon Rinsho. 1993; 51(7):1840-5
 123. Joris J., Cigarini I., Legrand M., et al: Metabolic and respiratory chanGHs after cholecystectomy performed via laparotomy of laparoscopy. Br J anaesth. 1992; 69(4):341-5.
 124. Sista F, Schietroma M, Abruzzese V, Bianchi Z, Cariel F, De Santis G, Cecilla EM, Pessia B, Piccione T, Amilocci G. Ultrasonic dhe standard electric dissection in laparoscopic cholecystectomy on patients with acute calculous cholecystitis complicated by peritonitis: Influence on the postoperative systemic inflammation and immune response. A prospective randomized study. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2014; 24:151-8.
 125. Madureira FA, Manso JE, Madureira Filho D, Iglesias AC. Inflammation in laparoendoscopic single-site surGHry versu laparoscopic cholecystectomy. Surg Innov Aug. 2013; 14.
 126. Way LW, Stewart L, Gantert W, et al: Causes and prevention of lapa-rosopic bile duct injuries: Analysis of 252 cases from a human factors and cognitive psychology perspective. Ann Surg 237:460-469, 2003.
 127. Calland JF, Tanaka K, Foley E, Bovbjerg VE, Markey DW, Blome S, et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway. Ann Surg. 2001;233:704-15.
 128. Shea JA, Berlin JA, Bachwich DR, Staroscik RN, Malet PF, McGuckin M. Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and postlaparoscopic eras. Ann Surg. 1998; 227:343-50.
 129. McCarthy M.J., Chang C.H., Pickard A.S., et al: Visual analog scals for assessing surgical pain. J Am Coll surg. 2005; 201(2):245-52.
 130. Bisgaard T., Rosenberg J., Kehlet H.: From acute to chronic pain after open cholecystectomy: A prospective follow-up analysis. Scand J Gastroenterol; 2005 40(11):1358-64.

131. Flum DR, DellinGHR EP, Cheadle A, et al: Intraoperative cholangiography and risk of common bile duct injury during cholecystectomy. *JAMA* 289:1639-1644, 2003.
132. Chapman WC, Halevy A, Blumgart LH, et al: Postcholecystectomy bile duct strictures: Management and outcome in 130 patients, *Arch Surg* 130:597-602, 1995.
133. Lillemoe KD, Melton GB, Cameron JL, et al: Postoperative bile duct strictures: Management and outcome in the 1990s. *Ann Surg* 232:430- 441, 2000.
134. Lau H, Lo CY, Patil NG, et al. Early and delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A metaanalysis. *Surg Endosc.* 2006; 20: 82-87.
135. Willsher PC, Sanabria JR, GallinGHR S, et al. Early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A safe procedure. *J Gastrointest Surg.* 1999; 3: 50-53.

30. Abstrakt

Objektivi: Në këtë punim është studijuar metoda operative e kolecistektomisë laparoskopike si grup hulumtuese (GH) dhe kolecistektomisë së hapur si grup kontrolluese (GK) në mjekimin operativ të pacientëve me kalkulozë të rrugëve biliare.

Metodat: Me metodën e randomizuar prospektive klinike është bërë krahasimi i këtyre dy metodave të kolecistektomisë laparoskopike dhe asaj klasike (të hapur) nga Janari i vitit 2012 deri në Janar të vitit – 2014 në repartin e kirurgjisë abdominale në Gjilan. Në studim janë përfshirë 389 pacient me kolecistit kronik kalkuloz. Sa i perket trajtimit, ata janë të ndarë në dy grupe: grupi i hulumtuar (GH) ku është zbatuar trajtimi laparoskopik në 190 pacient dhe grupi i kontrollit (GK) me trajtim të hapur klasik ku janë përfshirë 199 pacient. Këtu kemi të bëjmë me një grup studimor homogjen të hulumtimit. Në këtë studim, 80.2% e pacientëve janë të gjinisë femërore (F), ndërsa 19.8% janë të gjinisë mashkullore (M). Dallimi procentual që regjistrohet midis gjinive sipas testit diferencues, në pikëpamje statistikore është sinjifikant ($p < 0,05$).

Rezultatet: Me qëllim të qartësimit të etiopatogenezës së formimit të gurëve biliar janë analizuar edhe grupet e gjakut. Sipas rezultateve të fituara nga aspekti gjenetik për sëmundjet kalkuloze të sistemit biliar janë të predisponuar personat me grupën e gjakut O, Rh-pozitiv. Te grupa hulumtuese (GH) është prezent grupa e gjakut O Rh faktori-pozitiv me 44.2%, pason grupa A+ me 29.5%, grupa B+ me 14.7%. Grupet e tjera të gjakut dhe Rh faktorët janë nën 6.5%. Përfaqësimi procentual që përfaqësohet te grupet e gjakut në pikëpamje statistikore është sinjifikat ($p < 0.05$).

Në studim janë analizuar vlerat e CRP në fazën preoperative në serum te të dy grupeve (GH dhe GK); CRP sipas gjinisë; CRP sipas indikimeve; dhe sipas grup moshave. Gjë që në literatur nuk kemi hasur në një analizë të këtillë të hulumtit. Duhet studime të mëtejme për të verifikuar rolin e CRP në shfaqjen e gurëve biliar.

Në grupën hulumtuese (GH), CRP > 6 regjistrohet te 34.8% e pacientëve, ndërsa te 65.2% e pacientëve regjistrohen vlerat ≤ 6 . Dallimi procentual midis regjistrimit të CRP > 6 në grupën hulumtuese (GH), në pikëpamje statistikore është sinjifikat $p < 0.05$ ($p = 0.0232$).

Në grupën hulumtuese (GH) regjistrohen 76.9% e gjinisë femërore me vlera të rritura të CRP > 6, ndërsa 23.1% te gjinia mashkullore. Dallimi procentual në pikëpamje statistikore është sinjifikant $p < 0.05$ ($p = 0.000$).

Përqindje më e madhe te pacientëve te grupa hulumtuese (GH) që kanë CRP > 6 regjistrohet te forma kornike 67.7%, pason empiema me 15.4%, forma akute 6.2%-, 4.6%, forma subakute forma gangrenoze 3.1% dhe te nga një pacient regjistrohet hydropsi dhe forma adhesiva. Dallimi procentual që regjistrohet në grupn hulumtuese (GH) midis CRP > 6 te forma kronike dhe modaliteteve të tjera, në pikëpamje statistikore është sinjifikat ($p < 0.05$). Përqindje më e madhe te pacientët e grupës hulumtuese (GH) që kanë CRP > 6 regjistrohet në moshën prej 51 deri 60 vjeç - 24.6%. Të dhënat e rëndësishme për studim janë marr nga lista operative, historiat i sëmundjes, listës adekuate të përpiluar enkas për këtë studim.

Përfundime: Rezultatet e fituara kanë treguar se nuk ka ndryshime sinjifikante në paraqitjen e komplikimeve intraoperative nga aspekti i gjinisë, moshës te të dy metodat. Pacientët e operuar me metodën laparoskopike, pasi që në mënyrë evidente kanë dhimbje më të vogël, dhe më shpejtë aktivizohen fizikisht, kështu që hospitalizimi i përgjithshëm i këtyre pacientëve është më i shkurt. Pacientët e operuar me metodën klasike kanë pasur kufizim të aktivitetit fizik dhe aftësi të kufizuar të ngritjes së peshës, për ndryshim te pacientët të cilët janë operuar me metodën e laparoskopisë të cilët nuk kanë pasur kufizime të tilla. Te grupa hulumtuese (GH) është prezent grupa e gjakut O Rh faktori pozitiv me 44.2% ($p < 0.05$). Përqindje më e madhe te pacientëve te grupa hulumtuese (GH) që kanë CRP > 6 regjistrohet te forma kornike 67.7% ($p < 0.05$). Kurse përqindje më e madhe te pacientët e grupës hulumtuese (GH) që kanë CRP > 6 regjistrohet në moshën 51 deri 60 vjeç - 24.6% që nuk ka pasur asnjë konvertim që vërteton faktin se edukimi i mirë dhe trajnimi i vazhdueshëm në kirurgjinë laparoskopike është shumë me rëndësi për rrjedhjen përfundimtare të operimit me suksë të plotë.

Fjalët kyqe: Kolecistektomia laparoskopike, kolecistektomia klasike.

Abstract

Objective: In this paper have been studied the operating methods of laparoscopic cholecystectomy as study group (SG) and open cholecystectomy as control group (CG) in operating treatment of patients with biliary calculus.

Methods: With the method of randomized clinical prospective was made a comparison of these two methods: laparoscopic cholecystectomy and the classic (open cholecystectomy) from January 2012 to January - 2014 in the department of abdominal surgery in Gjilan. The study included 389 patients with chronic calculus cholecystitis. Regarding the treatment, they were divided into two groups: study group (SG) which is implemented laparoscopic treatment in 190 patients and the control group (CG) with open classic treatment involving 199 patients. Here we are dealing with a homogeneous study group. In this study, 80.2% of patients are female (F), while 19.8% are male (M). Percentage difference between the genders which is registered under Differential test, in statistical perspective is significant ($p < 0.05$).

Results: In order to clarify the etiology of the formation of biliary stones were analyzed also the blood groups. According to the results obtained in terms of genetic aspect for calculus diseases of biliary system, patients with most tendencies are those with blood group Rh O-positive. Study group (SG) includes blood group - Rh factor O-positive (44.2%), followed by A+ group (29.5%), B+ group (14.7%). Other blood groups and Rh factors are below 6.5%. Percentage representation that is represented on blood groups is statistically significant ($p < 0.05$).

The study analyzed CRP values in preoperative serum phase of the two groups (SG and CG); CRP by gender; CRP by indications; and CRP by age. Which in literature we have not encountered similar research analysis. Further study are needed to verify the role of CRP in the appearance of biliary stones.

In study group (SG), CRP > 6 recorded in 34.8% patients, whereas 65.2% of patients recorded values ≤ 6 . Percentage difference between CRP > 6 study group (SG), in statistical view is significant $p < 0.05$ ($p = 0.0232$).

Study group (SG) recorded 76.9% of females with increased CRP values > 6, while 23.1% at males. Percentage difference is statistically significant $p < 0.05$.

Higher percentage of patients in study groups (SG) that have CRP > 6 are registered in chronic form 67.7%, followed empyema with 15.4%, the acute form 6.2%, - 4.6%, subacute gangrenous forms 3.1% and few patients were registered hydropsy and adhesive forms. Percentage difference that is registered in study group (SG) between CRP > 6 at chronic forms and other modalities, in statistical view it is significant ($p < 0.05$). Greater percentage of patients in study group (SG) that have CRP > 6 were registered from 51 to 60 years - 24.6%. The important data for the study were taken from the operating list, history of the disease, adequate list compiled specifically for this study.

Conclusions: The results obtained have shown that there are no significant changes in the appearance of intraoperative complications in terms of gender and age of both methods. Patients operated with laparoscopic method, since evidently have less pain, and recover more faster physically, so the total hospitalization of these patients is shorter. Whilst, patients operated with the classic method had limitation of physical activity. Study group (SG) with blood groups - O Rh factor - positive 44.2% ($p < 0.05$). Greater percentage of patients in study group (SG) that have CRP > 6 registered with chronic form 67.7% ($p < 0.05$). While greater percentage of patients in study group (SG) that have CRP > 6 registered at the age 51 to 60 years - 24.6%. There was no conversion, because good education and continuous training in laparoscopic surgery is very important for the final flow of successfully completed operation.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, classic cholecystectomy.

Forma e anketimit

Table1

Nrhistorisë:	<input type="text" value="09-10"/>	Grupi hulumtues:	<input type="text" value="L3"/>
Iniciale:	<input type="text" value="B."/>	Data Operimit:	<input type="text" value="1/11/2012 (MM/DD/YYYY)"/>
Gjinia:	<input type="text" value="M"/>	Lloji i holecistit:	<input type="text" value="7"/>
Vitet lindjes:	<input type="text" value="1975"/>	Madhesia Fisikezes:	<input type="text" value="10"/> cm
Musha:	<input type="text" value="40"/>	Madhesia e pureve:	<input type="text" value="1.9"/> cm
BMI:	<input type="text"/> kg/m ²		

Komorbiditeti

Cirroza

Hipertension portaj

DM

Analizat Laboratorike

SE (ora 1)	<input type="text" value="20"/>	Bilirubina Direkte	<input type="text"/>	CRP	<input type="text" value="17"/>	Amylaza	<input type="text" value="68.7"/>	Na	<input type="text"/>
Er (x10 ¹²)	<input type="text" value="3.6"/>	Bilir. Indirekte	<input type="text"/>	LDH	<input type="text"/>	Lipaza	<input type="text"/>	K	<input type="text"/>
Lc (x10 ⁹)	<input type="text" value="7.8"/>	Hemoglobina totale	<input type="text" value="10.3"/>	tx	<input type="text"/>	Phos Alk	<input type="text" value="103.1"/>	Cl	<input type="text"/>
Tr (x10 ⁹)	<input type="text" value="210"/>	AST	<input type="text" value="20.8"/>	Glu	<input type="text" value="5.2"/>	GGT	<input type="text" value="62"/>	Ca	<input type="text"/>
Hgb	<input type="text" value="123"/>	ALT	<input type="text" value="18.6"/>	PTT	<input type="text"/>	Koha_Koagulimit:	<input type="text" value="7.19"/>		
Htc	<input type="text" value="0.35"/>	Urea	<input type="text" value="7.4"/>	Alb	<input type="text"/>	Koha_Gjakderdhjes	<input type="text" value="1.54"/>		
		SO ₂	<input type="text" value="88.2"/>						

OPERACIONI

Veshtraresia Opia paroskopik_ Cushtieris_Suale

Kohazgjatja Op ore

Hospitalimi dite

Procedura shises Intraoperative

Shkalla I (Holecistektomia e lehta)

Shkalla II (Holecistektomia me veshtraq mesatare: penholecistiti, korculli asht i maskuar prej aderencave te tjera ose inditit yndyror; mukocela)

Shkalla III (Holecistektomia e veshtra)

Shkalla IV (Konvertimi)

PERIUDHA PASOPERATIVE

Temperatura_postOp grade C

Drenazha

Kohëzgjatja_drenimit dite

ERI konc ml

Gjak i plote ml

Antibioterapia

KohëzgjatjaAntibioterapisë dite

Dhembja_postop

Shkalla e dhembies

Joji analgjezikut

Analgjeziket_dite dite

1 =jo Opioid t'jerat :
ASA, Paracetamol

2 = Opioid+jo Opioid t'jerat :
Coceine, Tramadol,
oxycodone.

3 = Opioid i jo Opioid t'jerat :
Oxycodone, Morphine,
Hydromorphine,
Fentanyl, methadone.

Komplikimet pasOperative
(Clavien's klasifikimi)

Shkalla I referohet komplikacioneve të cilat ndikojnë në tretmanin ideal postoperative dhe kërkojnë trajtim të vetëm lokal

Shkalla IIa përshin komplikime të cilat kërkojnë trajtim konservativ trajtimi të gjatë spitalor por të lënë asnjë pasojë

Shkalla IIb: komplikacione kërkojnë laparotomy ose i-ndërhyrje laparoskopike apo manovra endoskopike me shërim pa pasojë

Shkalla III referonet komplikimeve (të tilla si ngushtimi i tubit biliare), komplikime postoperative me laparoskop ose intervenimi i hapur.

Shkalla IV paraqet vdekjen


Komplikimet

Kthimi_aktiviteteva_ditore_pas dite

Kthimi_në punë pas dite



Euro passCURRICULUM VITAE

1. Mbiemri:	Kosumi	
2. Emri:	Milaim	
3. Nacionaliteti:	Shqiptar	
4. Shtetësia:	Kosovar	
5. Datelindja:	10 02 1963	
6. Gjinia:	M	
7. Detajet kontaktuese:		
Email:	milaim_surg@hotmail.com	
Tel:	+377 44 40 87 47	
8. Niveli Arsimor:		
<i>Institucioni:</i>	Fakulteti i Mjekesise-Universiteti i Prishtinës,Kosove	
<i>Data e diplomimit :</i>	07.06.1996	
<i>Diploma :</i>	Doktor i Mjekesisë	
<i>Institucioni :</i>	QKUK-Klinika Kirurgjisë	
<i>Data e diplomimit:</i>	29 02 2005	
<i>Diploma/ :</i>	Specialist i kirurgjisë së përgjithshme	
<i>Institucioni :</i>	Universiteti i Tiranës	
<i>Data e diplomimit:</i>		
<i>Diploma/ :</i>	PhD kandidat	
9. Publikimet shkencore:		
1.	RIPARIMI I HERNIS INGUINALE ME RRJET LAPARASKOPIKE TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) MilaimKosumi ,FadilSherifi,ArtaDauti,ErnadKosumi. <i>MJEKSIA BASHKËKOHORE Nr.14/2014 f.22-25</i>	
2.	KOMPERACIONI I KOLELITIAZËZ ME LAPAROSKOP DHE METODË TË HAPUR Milaim Kosumi , Ernad Kosumi, Fadil Sherifi,Arta Dauti,Eranda Kosumi. <i>MJEKSIA BASHKËKOHORE Nr.15/2014 f.251-256</i>	

3.	NISSEN FUNDUPLICACIONI LAPAROSCOPIC TE REFLUXI GASTROEZOFAGEAL (GERD) Milaim Kosumi , Ernad Kosumi, Fadil Sherifi, Arta Dauti, Eranda Kosumi, Hasmir Hasani. <i>MJEKSIA BASHKËKOHORE Nr.16/2015 f.283-292</i>
4.	APENDEKTOMIA LAPAROSKOPIKE NË TRETMANIN E APENDICITIT AKUT Kosumi M. , Kosumi E., Sherifi F., Zylbeari L. Medicus 2015, Vol.20(2):269-278
5.	KOLECISTEKTOMIA LAPAROSKOPIKE ME DREN DHE PA DREN NË RASTET ELEKTIVE Kosumi M. , Kosumi E., Islami H. Revista Universi Tetovë 2015 Vol.01-Issue 04, December 2015:206-210
6.	Icteri Obstruktiv Fadil Sherifi, Bexheti S., Kosumi M. <i>MJEKSIA BASHKËKOHORE Nr.14/2014 f.17-21</i>
7.	Varikset e ezofagut Fadil Sherifi, Milaim Kosumi , Sadik Zekaj, Zaim Gashi <i>MJEKSIA BASHKËKOHORE Nr.15/2014 f.469-475</i>
10. Pervoja profesionale :	
<i>Data:</i>	01 October 1996
<i>Lokacioni:</i>	Fsh.Remnik KK Viti
<i>Institucioni:</i>	Ambullant
<i>Pozita:</i>	Doktor i pergjithshëm
<i>Pershkrimi:</i>	Practise, colloquys, exams, seminars, consultations.
<i>Data:</i>	1999-2004
<i>Lokacioni:</i>	Gjilan
<i>Emri i institucionit:</i>	Spitali Rajonal i Gjilanit klinika e kirurgjisë, kam vazhduar në 2000 Qendra Klinike Universitare e Kosoves–Klinika e Kirurgjisë Prishtinë, vazhdoj më 2003 Universiteti”Xherrah Pasha” i Stambollit-Turqi Klinika e kirurgjisë
<i>Pozita:</i>	Specializant i Kirurgjis së përgjithshme
<i>Pershkrimi:</i>	Programi: Specialiazimi Kirurgjia e Përgjithshme
<i>Data:</i>	1999-2004

	Ne 29.04 2005 kam fituar titullin profesional- SPECIALIST I KIRURGJISË SË PËRGJITHSHME
Lokacioni:	Beograd
Institucioni:	Shkolla e Ultrazërit në Jugosllavi
Pozita:	I diplomuar për Sonografi Abdominale,Urologji dhe Nefrologji 20.06.1997
11. Pjesemarrja ne seminare, kongrese dhe simpoziume:	
<ul style="list-style-type: none"> • Simpoziumi i parë Mediko-Kirurgjik, Prishtinë 06-08 .11. 2002 • Simpoziumi i dytë Mediko-Kirurgjik, Prishtinë. 16-18 .10. 2002 • 5th EUROPEAN CONGRESS OF THE I.H.P.B. ISTAMBUL 2003 28-31 MAY 2003 • 15.Turk-Alaman Gastroenterology ve hepatoloji Kongresi ISTAMBUL 10.06.2003 • MEDITERRANEAN & MIDDLE EASTERN ENDOSCOPIC SURGERY ASSOCIATION MMESA 22-25 tetor 2003 Istambul-Turkey • Turkish Association For Endoscopic Laparoscopic Surgery ELCD 22-25 tetor 2003 Istambul-Turkey <p>Simpoziumin e tretë shkencor ndërkombtare Onkologeve ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTIKE NË MJEKËSI 09-10 qershor 2002 Prizeren</p> <ul style="list-style-type: none"> • NYU Department of Urology ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTIKE , 05 shkurt 2009.. Prishtine • Simpoziumi i dytë të gastroenterologve dhe hepatologëve 28.05.2010 Prishtinë • Simpoziumi i tretë të gastroenterologve dhe hepatologëve 20.05.2011 Prishtinë • Konferenca e dytë të shkollës Doktorale,për Evropën juglindore: MJEKËSIA BASHKËKOHORE DHE METODAT APLIKATIVE NË TREVAT SHQIPFOLËSE 25-26 prill 2014 Tetovë. • Konferenca e tretë shkencore ndërkombtare: MJEKËSIA INTERNE DHE TË REJAT BASHKËKOHORENË TREVAT SHQIPFOLËSE 17-18korrik 2014 Prizren. • Takimi professional mjeksor,shoqata e mjekëve shqiptqrë në Maqedoni 30 tetor-01 nëntor 2015,Strugë 	
Data:	2005,2008, 2011 dhe 2014
Kualifikimi i arritur:	I Certifikuar për Kirurgjin Laparoscopike në Abdomen
Tema:	Intervenimet laparoscopike në:Ezofag,Lukth,Hemicolectomin e djath

	dhe e majt,Nissen Fundoplicacionin,Hernie umbilikale,Herniet inguinale TEPP,TAPP,splenectomin,morbus obes dhe hepar.		
Lokacioni:	EUROPEAN SCHOOL OF LAPAROSCOPIC SURGERY SAINT-PIERRE UNIVERSITY HOSPITAL- BRUSSELS Në nëntor 2005,nëntor 2008, nëntor 2011 dhe nëntor 2014 prof.G.B.Cadier dhe Prof.J Himpens		
Niveli nderkombetar:	Universiteti i Stambollit-Turqi Klinika e kirurgjisë abdominale I Certifikuar për kirurgjin laparoscopike në abdomen Intervenimet laparoscopike në:Kolecystektomi, Hemicolectomin e djath dhe e majt,Nissen Fundoplicacionin,Hernie umbilikale,Herniet inguinale TEPP,TAPP,splenectomin. 10.04.2004		
Data:	16.03.2010 deri 16.07.2010		
Kualifikimi:	Trainimi në endoscopin Intervente në gastroscopi,colonoscopi dhe ERCP. QKUK Klinika e Kirurgjisë Reparti i Endoscopis Prishtinë		
Data 18-19.09.2014 ADVANCED COURSE IN LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY In clinical hospital center Rijeka-Croatia, surgery clinic			
12. Informata shitese:			
- aftesi per te vepruar nen stres			
-aftesi per te punuar ne grup			
- komunikim i shkeqlyeshem dhe aftesi analitike			
Aftesi per te punuar me programe kompjuterike:	OS Windows MS Office(Word, Exel, Powerpoint, Access)		
Gjuhete te cilat i flas: (1 to 5):			
<i>Gjuha</i>	<i>Aftesite per bisede</i>	<i>Aftesite per te shkruar</i>	<i>Aftesite per te lezuar</i>
Shqipe	5	5	5
Serbokroate	5	5	5
Angleze	5	5	5
Turke	4	4	4
Shperblimet dhe anetaresite:	Anetar i Shoqatës të Specialistëve të kirurgëve të Kosovës		