

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE TIRANË
DEPARTAMENTI I INFERMIERISTIKËS

D I S E R T A C I O N

I P A R A Q I T U R N G A

Z. A R B E N G J O N E J

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

NË

SHKENCA INFERMIERORE

**TEMA: PES EQUINOVARUSI KONGENITAL, EKSPERIENCA NËPËRMJET
TRAJTIMIT KONSERVATIV NGA TEKNIKU I GIPSIMIT ORTOPEDIK.**

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. EDUARD GJIKA

Tiranë, 2016

Arben GJONEJ

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË-TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I NFERMIERISTIKËS**

**DISERTACION
I
PARAQITUR NGA
Z. ARBEN GJONEJ
PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
DOKTOR
NË
SHKENCA INFERMIERORE**

**TEMA: PES EQUINOVARUSI KONGENITAL, EKSPERIENCA NËPËRMJET
TRAJTIMIT KONSERVATIV NGA TEKNIKU I GIPSIMIT ORTOPEDIK**

Udhëheqës Shkencor: Prof Dr. EDUARD GJIKA

MIRATOHET ME DATË/..../2016

PARA JURISË

- | | | |
|-----------|-------|--------------------------|
| 1. | _____ | KRYETAR |
| 2. | _____ | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. | _____ | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. | _____ | ANËTAR |
| 5. | _____ | ANËTAR |



Deklaratë

Punimi i kësaj teme është origjinal. Vetëm një pjesë e të dhënave statistikore është përdorur për të përbushur detyrimet gjatë periudhës së doktoraturës. Ky botim i plotë nuk është paraqitur asnjëherë i botuar brënda ose jashtë vendit.

© Arben GJONEJ, 2016

MIRËNJOHJE

Dua të falenderoj udhëheqësin tim Prof. Dr. Eduard GJIKA i cili më udhëhoqi me pasion por edhe me kritikizëm gjatë punimit të këtij disertacioni. Me këshillat e tij të vlefshme bëri që ky punim të vij dinjitoz dhe ashtu siç duhet.

Dua të falenderoj Dekanin e Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike Tiranë Prof. Dr. Petrit BARA për përkrahjen dhe ndihmën e dhënë në kohën e punimit të këtij kërkimi shkencor.

I jam mirënjohës të gjithë atyre individëve, stafit të statistikës pranë Spitalit Ushtarak të cilët më ndihmuan në mbledhjen dhe përpunimin statistikor të të dhënave.

Falenderoj të gjithë miqtë e mi që më përkrahën dhe më motivuan në përgatitjen dhe përfundimin e temës së disertacionit.

Në përfundim dua të falenderoj bashkëshorten dhe tre fëmijët e mi të cilët më suportuan dhe më dhanë kurajo për të ecur përpara duke kaluar të gjitha momentet e vështira por edhe ndjesitë pozitive që përjetova në këtë punim shkencor.

Prandaj këtë punim ia dedikoj bashkëshortes time dhe tre fëmijëve të mi Ajsi , Gloria, Franci arsyeja pse unë eci përpara.

ABSTRAKT

Hyrje

Pes-equinovarus congenitalis, apo këmba e lindur e shtrëmbër është emërtimi për një anomali kongenitale, e cila ende në ditët tona mbetet një shqetësim mjaft serioz për prindërit e fëmisë që e vuan. Kjo është një anomali kongenitale e cila konsiston në një shtrembërim të këmbës në pozicion të kthyer nga brenda në shkallë të ndryshme nuk lejon funksionimin normal të saj.

Qëllimi

Paraqitja e rezultateve të studiuara dhe trajtimi konservati i kësaj patologjie për periudhën 2006-2012.

Materiali dhe metodika

Ky është një studim retrospektiv i realizuar pranë Shërbimit Universitar Ortopedi-Traumatologji- Tiranë. Ky studim shtrihet nga Janari 2006 deri në Dhjetor 2012. Të dhënat janë kodifikuar dhe analizuar me paketën statistikore SPSS 11.5. Të dhënat janë përkthyer në frekuencë dhe përqindje, është llogaritur mesatarja dhe SD, është përdorur H_i^2 testi për variablet e interesuara, është përdorur t-testi për të krahasuar mesataret dhe si sinjifikancë është marrë vlera e $p < 0.05$.

Rrezultatet

Në studim morën pjesë 266 fëmijë me 413 këmbë nga të cilët 147 fëmijë ishin bilateral. 61.7% meshkuj dhe 38.3% femra. 57.9% filluan trajtimin 0-3 muajsh, 27.1% e filluan 3-6 muajsh dhe 15% e filluan 6-9 muajsh. 78% e fëmijëve me patologji janë të lindur nga lindjet e para. Në bazë të trajtimit konservativ efikasitetit shkon në 93% sukses.

Konkluzione

Fillimi i mjekimit konservativ në nivelin infermieristik i kësaj anomalie duhet të fillohet sa më shpejt pas lindjes. Metoda Ponseti është metoda më superiore ndër metodat konservative.

Fjalë kyç: Pes equinovarus, trajtim konservativ, metoda Ponseti, edukim shëndetësor.

PARATHËNIE

Pes equinovarusi është një patologji e shpeshtë në fushën e Ortopedisë. Ajo daton dhe është e njohur që në lashtësi.

Në Shqipëri nuk ka shumë studime për pes equinovarusin dhe i pari që e trajtoi atë duke përdorur vetëm metodën Kite si mjekim konservativ ishte Prof. Dr Panajot Boga. Nga viti 2005 në shërbimin tonë do të futet një trjetër trajtim ai i metodës Ponseti e aplikuar në Shqipëri (për herë të parë por që do të vazhdonte dhe vazhdon të aplikohet) nga Dr. Shk. M Edvin Selmani.

Ky studim ofron një evidentim të numrit të rasteve të kësaj patologjie në Shërbimin Universitar Ortopedi- Traumatologji në Tiranë. Në të do të shohim se si ndikojnë mosha e fëmijës tek rezultati, se çfarë lidhje ekziston mes paritetit dhe pes equinovarusit, se sa e suksesshme është metoda Ponseti dhe se çfarë rezultatesh kemi arritur me këtë metodë.

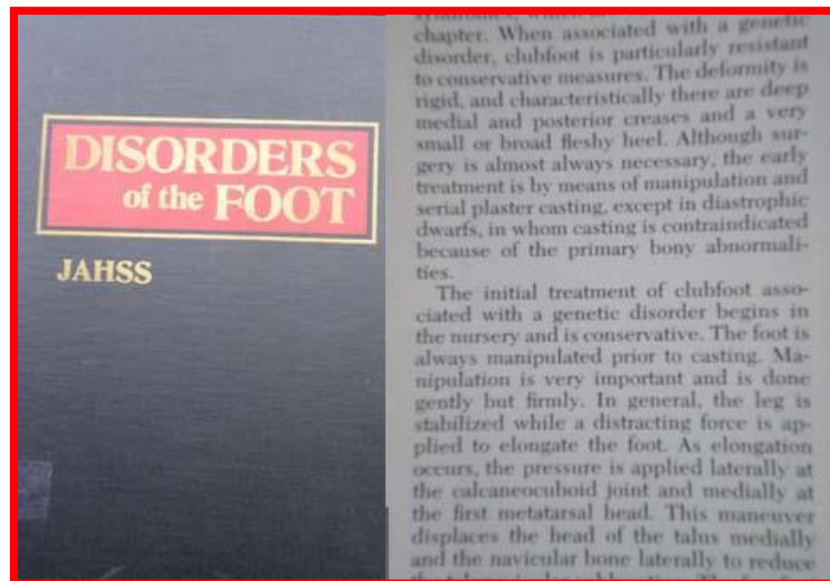
Risia që na sjell ky punim është pikërisht trajtimi infermieror i kësaj patologjie. Ky është punimi i parë i realizuar në Shqipëri në rang infermieror.

Përfundimet e këtij punimi shkencor na krijojnë një tablo të qartë të kësaj anomalie, si duhet të bashkëpunojmë ndërmjet institucioneve dhe si ta trajtojmë në nivel infermieror.

Melvin Jahss, në librin e tij

”Disorders of the foot”, thekson :

“The initial treatment of clubfoot is conservative and begins in nursery



Pasqyra e lëndës

Deklarata.....	iii
Mirënjohje.....	iv
Abstrakt.....	v
Parathënie.....	vi
Pasqyra e lëndës.....	viii
Lista e tabelave dhe grafikëve.....	xi

KAPITULLI I

Hyrje.....	xiii
1.1 Të dhëna të përgjithëshme mbi p.e.v. congenitalis.....	xv
1.2 Momente historike dhe konstatime shkencore të p.e.v.....	xvi
1.3 Kontributi i ortopedisë shqiptare në trajtimin e p.e.v.....	xxi
1.4 Konsiderata anatomike të ndërtimit të këmbës.....	xxv
1.5 Skeleti i këmbës normale.....	xxvi
1.6- Lidhjet e kockave të këmbës.....	xxviii
1.7 Muskujt e këmbës.....	xxxii
1.7.1 Muskujt jo karakteristikë të këmbës.....	xxxii
1.7.2 Muskujt karakteristikë të këmbës.....	xxxiii

KAPITULLI II

2 Ç'farë është deformimi pes-equinovarus.....	xxxiv
---	-------

2.1 Në planin etiologjik.....	xxxv
2.2 Elementët përbërës të pes-equino varus.....	xxxvi
2.3 Ecuria e pes-equinovarus i pa trajtuar.....	xli
2.4 Të dhëna radiologjike në nivel infermieror.....	xlii
2.5-Osifikimi i kockave të këmbës.....	xliv

KAPITULLI III

Qëllimi i studimit dhe objektivat.....	1
--	---

KAPITULLI IV

Materiali dhe metoda e studimit.....	3
Materiali faktik i studimit.....	4

KAPITULLI V

Rezultatet.....	5
5.1 Shpërndarja e rasteve sipas viteve dhe gjinisë.....	6
5.2 Mosha e fëmijeve.....	7
5.3 Incidenca e pes-equinovarus.....	9
5.4 Numuri i lindjeve me Pev.....	10
5.5 Lateraliteti ose ana e deformuar.....	12
5.5.1 Bilateraliteti i deformimit Pev.....	13
5.5.2 Trashegimia apo herediteti.....	13
5.5.3 Graviteti i deformimit të pes-equinovarus-it.....	16
5.6 Pes equinovarusi dhe vendbanimi i fëmijëve.....	17

5.7 Koha e fillimit të trajtimit.....	18
5.7.1 Rradha e korigjimit të elementëve të deformimit pev.....	21
5.7.2 Metodika e aplikimeve dhe manipulimeve lokale.....	22
5.7.3 Montazhe me pamje gjatë redresimit.....	23
 <i>KAPITULL VI</i>	
Diskutime	29
6.1 Mbetjet residual të trajtimit të pes-equinovarusit.....	31
 <i>KAPITULLI VII</i>	
Konkluzione	33
 <i>KAPITULLI VIII</i>	
Rekomandime	35
 <i>KAPITULLI IX</i>	
BIBLIOGRAFIA	36

Lista e tabelave dhe grafikëve

Figura

1.1 Hipokrati.....	xvii
1.2 Aparat mekanik.....	xviii
1.3 Prof Ignacio Ponseti.....	xxi
1.4 Foto e klinikës.....	xxiii
1.5 Prof Panajot Boga.....	xxiv
1.6 Anatomia normale e kockave.....	xxvii
1.7 Pamja e muskujve.....	xxxiii
2.1 Pamje ekografike e këmbës.....	xxxvi
2.2 Deformimi në anomali.....	xxxviii
2.3 Elementët përbërës të deformimit pes-equino varus.....	xxxix
2.4 Pjesa e deformimit maksimal.....	xli
2.5 Pamje radiografike e këmbëve.....	xliii
2.6 Radiografia e këmbës me pev.....	xliv
2.7 Mardhëniet boshtore të talusit dhe kalkaneusit në pev.....	xlv
2.8 Nukleuset e osifikimit.....	xlvi
5.1 Shtypja e mureve të uterusit.....	14
5.2 Pamja e fillimit të korigjimit.....	21
5.3 Manipulimet dhe redresimet korigjuse.....	23
5.4 Korigjimet e para.....	24
5.5 Korigjimet e dyta.....	25
5.6 Tendini i Akilit.....	26
5.7 Shina Denis Brown.....	26
5.8 Aplikimi i bandazheve.....	27
6.1 Foto e një fëmije të trajtuar.....	30
6.2 Mbetje reziduale.....	32

Tabelat

5.1 Shpërndarja sipas gjinisë.....	5
5.2 Shpërndarja e rasteve sipas moshës dhe gjinisë.....	7
5.3 t-testi për variablet moshë/ gjini.....	8
5.4 Graviteti i deformimit.....	16
5.5 Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit.....	17
5.6 Koha e fillimit të trajtimit.....	18
6.1 Rrezultatet e arritura në studim.....	29

Grafikët

5.1 Paraqitja e rasteve në mënyrë grafike.....	5
5.2 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë.....	6
5.3 Shpërndarja e rasteve sipas moshës dhe gjinisë.....	8
5.4 Shpërndarja e rasteve bazuar në numrin e lindjeve.....	10
5.5 Tregon se si ulet mundësia për pes equinovarus nga lindja e parë e në vazhdim.....	11
5.6 Shpërndarja e rasteve me pev sipas lateralitetit.....	12
5.7 Klasifikimi i gravitetit të defomimit sipas Dimeglio.....	16
5.8 Shpërndarja sipas vendbanimit.....	17
5.9 Shpërndarja e rasteve sipas moshës së fillimit të trajtimit.....	19

KAPITULLI I

HYRJE

Pes-equinovarus congenitalis, apo këmba e lindur e shtrëmbër është emërtimi për një anomali kongenitale, e cila ende në ditët tona mbetet një shqetësim mjaft serioz për prindërit e fëmisë që e vuan, për personelin mjekësor të kualifikuar të shërbimit ortopedik, që e trajton sikundër edhe për vetë fëmënë që në moshën e rritur do të ndjejë anët negative të këtij deformimi të lindur. Është pozicionimi rigid i këmbës në pozicion karakteristiksi këmba e kalit.

Ndonëse patologjia teorikisht është përshkruar nga koha e Hipokratit, natyrisht është bërë një progres i konsiderueshëm në trajtimin e kësaj anomalie. Pavarsisht nga ky progres, ende ka shumë konfuzion dhe opinione të ndryshme lidhur me etiologjinë e deformimit, patogenezën e saj, trajtimin madje dhe për rezultatet përfundimtare të këtij trajtimi.

Një anomali kongenitale e tipit të pes-equinovarus-it mund të jetë jo vetëm një këmbë e shtrëmbër në kuptimin e ngushtë të kësaj fjale. Në fakt anomalia lidhet edhe me ndryshime të thella që ndodhin edhe në strukturat e buta dhe të forta me prapambetje në rritjen e skeletit të këmbës, në krijimin e raporteve të reja, prishjen e mardhënieve anatomike dhe funksionale normale të kockave të këmbës, apo edhe nga shoqërimi i deformimit me anomali të tjera sikundër është menigomyelocela, distrofia muskulare primare, arthrigriposis etj., të cilat e vështirësojnë akoma më shumë trajtimin e kësaj anomalie kongenitale.

Deformimi, apo shformimi i lindur i këmbës është ndër anomalitë më të shpeshta gjithashtu dhe me gravitet të konsiderueshëm, i cili ndeshet në 1- 2 raste ndër 1000 lindje të gjalla. Deformimi i pes-equinovarus-it, është një anomali shumë e evidente, lehtësisht e diagnostikueshme, madje që në momentin e lindjes së fëmisë. Nga ana tjetër problemet dhe ndërlikimet gjatë trajtimit janë të shumta. Rruga e shërimit të plotë të këtij deformimi kongenital dhe të shëmtuar, është e gjatë dhe plot surpriza aspak të

këndëshme, madje do të thoja edhe problematike në zgjidhjen e tyre. Ndërsa pasojat invalidizuese janë të përjetëshme në rast se nuk mjekohet në kohë, me përkushtimin e domosdoshëm mjekësor dhe mjeshtri e profesionalizëm infermieror sidomos në vlerësimin e etapave të redresimit të elementëve përbërëse të deformimit që njëherësh janë edhe objektiva të trajtimit.

Njohja personale me këtë anomali është bërë gjatë zhvillimit të ciklit të leksioneve dhe seminareve përkatëse në lëndën e ortopedisë. Kjo njohje u zgjerua më shumë gjatë praktikës mësimore një vjeçare në repartin e gipsit të Shërbimit Kombëtar Universitar të Ortopedi e Traumatologjisë si edhe pas emrimit tim si Teknik i Gipsimit ortopedik pranë Klinikës së Ortopedisë e Traumatologjisë, Tiranë që mban emrin e themeluesit të këtij shërbimi “Prof.Dr. Panajot Boga”. Në këtë shërbim kam një kohë të gjatë punësimi që nga viti 2000 dhe nga ana tjetër kam trajtuar mjaft raste me këtë anomali kongenitale. Lidhur me këto kushte të favorshme lindi edhe idea për thellimin e njohurive teorike të problemit në fjalë në nivelin e një teme disertacioni për një infermier të lartë që ka përfunduar të gjithë shkallën hierarkike të kualifikimit të tij dhe për më tepër që kam një përvojë praktike në trajtimin e kësaj anomalie të vështirë në trajtimin e saj. Të gjithë këta faktorë ndikuan në ndërgjegjësimin dhe nxitën inisiativën për një temë doktorature në nivelin infermieristik.

Në këtë kontekst edhe studimi e përgjithësimi shkencor i kësaj pune tepër të kualifikuar mund të realizohet shumë mirë dhe saktë nga ana shkencore nga një infermier në një punë madhore për nivelin e tij sikundër është tema e disertacionit si finalizim i studimeve teoriko-praktike dhe si manifestim i pjekurisë së tij profesionale. Së fundi e konsideroj nder të madh dhe privilegj të veçantë faktin që më është besuar aftësia ime profesionale, përvoja në trajtimin e kësaj anomalie kongenitale dhe më është dhënë mundësia të paraqes këtë punë madhore në formë e përmbajtje si shkallë të pjekurisë sime profesionale, qytetare dhe si antar i denjë i ekipit të personelit që shërben në shërbimin e Ortopedisë e Traumatologjisë.

1.1-TË DHËNA TË PËRGJITHËSHME PËR PES-EQUINO VARUS CONGENITALIS

Kjo është një anomali kongenitale e cila konsiston në një shtrembërim të këmbës në pozicion të kthyer nga brenda në shkallë të ndryshme nuk lejon funksionimin normal të saj.

Nga ana e performancës është një deformim i shëmtuar i eshtrave dhe nyjeve në të sapo lindur. Kjo anomali ndeshet nga 1-2 në 1000 fëmijë [1-4]. Në bazën e pes-equinovarus mendohet se janë ndryshimet dhe çrregullimet genetike [5-7]. Gjenet përgjegjëse për këmbën e shtrembër aktivizohen në mes të javës së dymbëdhjetë dhe të njëzetë të jetës fetale [8,9].

Nga përparimet e mëdha në shkencën mjeksore në përgjithësi në atë genetike e imazherike është bërë e mundur që edhe gjatë shtatzënisë mund të zbulohet deformimi equinovarus nëpërmjet egzamimit echografik gjatë kontrolleve rutinë të grave shtatëzëna [10,11].

Deformimi equino varus mund të jetë unilateral dhe bilateral në raport pothuajse 1:1 [12-14]. Ka një incidencë më të lartë tek djemtë se tek vajzat [15-17]. Prindërit e një fëmije të lindur me këmbën e shtrembër mund të jenë të sigurtë se fëmija i tyre, nëse kujdesen realisht për të dhe me të merren ekspertët ortopedë, në përfundim të mjekimit ata nuk do të kenë asnjë lloj të aftësisë së kufizuar dhe do të jenë të përkryer në gjendje të bëjnë një jetë normale, aktive.

Në ditët tona, nga përvoja e fituar ndër vite, nga kualifikimi i teknikëve të gipsit, nga njohuritë shkencore që disponojmë, garantohet tërësisht suksesi i mjekimit të p.e.v.

1.2 -MOMENTE HISTORIKE DHE KONSTATIME SHKENCORE TË PES-EQUINOVARUS-IT

Infomacionet më të vjetra për këtë anomali vijnë nga lashtësia e thellë duke filluar nga egjiptianët e vjetër e më tej. Në piktura të vjetra të lëna prej tyre, paraqesin edhe njerëz me deformime të këmbëve të karakterit pes-equinovarus [17,18]. Ndërsa në varret e prijësve dhe udhëheqësve të tyre ushtarakë, në Egjiptin pre historik e të lashtë janë gjetur skelete këmbësh jo normale dhe me mangësi strukturore në tërësinë e tyre [19,20]. Arkeologët në gërmimet e tyre në Meksiko kanë zbuluar që Aztekët e vjetër kishin njohuri për pes-equinovarusin, e trajtonin atë nëpërmjet shinave speciale të sajuara me lëkura kaktusi të thara e të përpunuara në mënyrë të veçantë [21-23]. Kujtojmë se në mitologjinë e lashtësisë, sidomos në atë Greke, Efesti (i quajtur gjithashtu Vulcan ose Mulciber,që në gjuhën latine ka kuptimin vullkan), ishte zot i zjarrit, i farkëtarisë dhe armë punues madhështor.

Biri i Zeusit dhe Herës, (apo vetëm i Herës sipas një varianti tjetër mitologjik); ishte i vetmi zot i tmerrshëm ndër të gjithë të pavdekshëmëve, por me sakatllëkun e tij ishte pika e dobët dhe më e zezë e nënës së tij Hera, bashkëshortja e Zeusit.

Në veprën e Homerit “Iliada” është shkruar se nëna e tij, për turpin që i krijonte një shëmti e tillë e hodhi djalin e saj nga Olimpi, froni i perëndive.

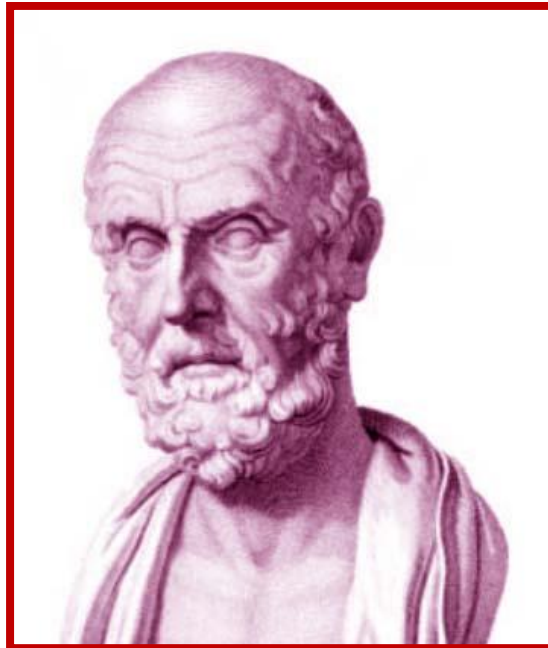
Në një version tjetër mitologjik, hedhjen nga Olimpi të Efestit-it ja atribuojnë Zeusit,pasi ishte grindur me Herën, që kishte marrë nën mbrojtje pa drejtësisht Efestin.

Pavarsisht nga sakatllëku i tij dhe nga peripecitë e tij, ai mbeti një perëndi popullore si në Olimp ashtu edhe në tokë; njëkohësisht edhe avokat i paqes. Ai ishte mbrojtës i artizanëve , artistëve dhe i farkëtarëve. Madje nga historitë e lashtësisë ky zot me një sakatllëk permanent, kryesonte ceremonitë në të cilën fëmijët pranoheshin në jetën publike të qytetit, ishte një person sakat dhe i çalë. Në fakt prej këtij momenti në historinë njerëzore ndeshen termat sakat, i çalë, të cilët do të përdroreshin më pas si nocione të përgjithëshme për të shprehur një situatë jo normale të një individi në relacion me individët e tjerë ku performanca fizike apo edhe ajo mendore është normale.

Në shekullin XII p.C. në Egjiptin e lashtë mbretëronte një faraon me emrin Siptah. Nga kërkimet arkeologjike në varrin e tij është gjetur se anësitë inferiore të mumifikuara kanë qënë në deformim equinovarus.

Hipokrati (fig. 1.1), babai i mjeksisë, ishte i pari që përshkroi, teorikisht por edhe mjekoi deformimet e këmbës rreth viteve 300 përpara erës sonë [23,24].

Fig.1.1.Bustit i Hipokratit vendosur në ishullin Kos-Greqi, vendlindja e tij.



Në mesjetë, pes equinovarus konsiderohej si një sinjal me origjinë hyjnore; nëkuptimin e ndeshkimit që u dërgohej njerëzve [25,26].

Në vitin 1642 Jusepe Ribera realizoi një pikturë, për mëkëmbësin e mbretit Dukën e madh të las Torres, ku paraqitet një lypës i vogël, që kishte një këmbë të shtrembër, i cili mban një copë letër ku shënohet "Jepini lëmoshë për dashurinë e Perëndisë". Në fakt këmba e djaloshit nuk është një këmbë e shtrembër idiopatike apo me deformimin

karakteristik të pes equinovarusit, por një këmbë më e shkurtër për më tepër duke iu referuar edhe dorës së djathtë e cila është mbështetur për trupi, jepet kuptimin e një hemiplegie e anësisë së sipërme dhe të poshtme të djathtë (hemiplegia dexter).

Në mesin e shekullit 17, mjekë të dëgjuar si Ambrois Paré (Ambruaz Pare), Arceus, Felix Eürst etj, lidhur me pes equinovarus-in rekomandonin , redresimet graduale me aparate të posaçme mekanike, me të cilët mendonin se, gradualisht do të eleminonin deformimin [27].

Fig.1.2 Aparat mekanik që përdorej në fillimet e shekullit XX për redresimet e defomimit equinovarus të këmbës.



Mendimi i këtyre mjekëve u përkrahën madje u avancuan më tej në fillimet e shekullit të njëzetë. Në këtë periudhë të ecurisë së mendimit për trajtimin e pes equinovarusit janë evidentuar përpjekjet për korrigjimin me mjetet ortopedike, “aparatura redresuese” të këmbës së shtrembër, si makina e Profesor F.Schultze (fig 1.2) e cila krijonte mundësi nëpërmjet manipulimeve dhe tërheqjes të korrigjoheshin "me forcë" ndoshta edhe "me vuajtje" deformimet anatomike [28,29].

Gjatë kësaj periudhe, pas redresimeve mekanike apo edhe manuale, filluan të përdoreshin edhe imobilizimet me bandazhe solide [30,31].

Qëllimi i përdorimit të bandazheve fiksuese ishte mbajtja dhe ruajtja e pozicionit të ri këmbës pas redresimit manual e gradual të saj.

Është interesant fakti që bandazhet lyheshin me të bardhë veze dhe pluhur mielli. Këto substanca pasi përziheshin shpërndaheshin uniformisht mbi copat e rrobave që mbështillnin këmbët dhe nga mpiksja e tyre formohej një substancë e fortë që mbante këmbët në pozicion të fiksuar [32,33].

Këto elementë ndonëse në mënyrë më të sofistikuar përdoren edhe sot nga mjekët popullorë në fiksimin e frakturave në formën e “jakisë së famshme”.

Pra sikundër shikohet edhe nga rikujtimi historik i problemit për të cilin po diskutojmë, ende trajtimi është empirik, pa njohuri shkencore për natyrën dhe etiopatogenezën e anomalisë, pa dije praktike të anatomisë normale të këmbës, pa dijeni shkencore për ndryshimet anatomo patologjike që ndodhin në shformimin e P.e.v.

Koha bëri të sajën, mjekët dhe xerahët popullorë, duke përgjithësuar të dhënat e praktikës, duke ju përgjigjur nevojës për trajtimin e shumë semundjeve në këtë kuadër edhe të pes equinovarusit, filluan të zgjerojnë njohuritë teorike lidhur me këtë deformacion kongenital.

Kështu në mënyrë graduale po grumbullohej një pervojë e re edhe për anomalinë e këmbës së shtrëmbër kongenitale.

Mjeku i shquar italian Skarpa, në traktatet e tij shkencore, përshkroi ndryshimet patologjike në anatominë e skeletit të këmbës [30,31]. Në këto tekste ai shkruante se “deformimi i lindur i formës së pes-equinovarusit është një përdredhje e kockave të këmbës rreth kockës së talusit”, madje ky autor këtë shformim të këmbës e konsideroi të vështirë në korrigjimin e tij dhe e emërtoi: “luksacion kongenital të kompleksit talo-kalkaneo-navikular [32].

Nga tjetër ai përshkroi edhe ndryshimet e karakterit të kontrakturave të indeve të buta, madje ideoi edhe aparatën me susta të posaçme për korigjimin e këtyre kontrakturave.

Më pas arsenali i trajtimit konservativ të deformimit kongenital të pes equinovarusit u pasurua edhe me metoda kirurgjikale si elementë të trajtimit parësor apo edhe plotësuese të korigjimit të anomalisë [33].

Prerja e tendinit të Akilit, metodë e cila përdoret ende edhe në ditët tona, u propozua dhe u vu në zbatim nga Lorenz që në vitin 1782. Më pas filluan të përdoren edhe veprimet apo interventet në kocka e në strukturat e tjera të buta në korigjimet e pes equinovarusit në mosha me të rritura [34,35]

Zbulimi i rrezeve “X” në vitin 1895 nga Wilhelm Kondrat Röntgen ishte një progres njëkohësisht edhe ndihmesë e madhe në studimin dhe diagnostikimin e sëmundjeve të brëndshme në përgjithësi edhe të skeletit në veçanti [36].

Në këtë kontekst përdorimi i studimeve radiografike edhe në mardhëniet e kockave të këmbës në deformimet e saj krijoji kushte të reja kuptimi të natyrës së anomalisë, e lidhur me këtë edhe për korigjimin e saj.

Në vitin 1947, autori amerikan Mc-Cauley (Makkulei) theksonte rëndësinë e evidentimit radiologjik tëveprimeve manuale për të kuptuar vërtetësinë e redresimit dhe krijimin e raporteve të reja anatomike normale në skeletin e kockave të këmbës [37,38].

Përvoja botërore e mbledhur për anomalinë kongenitale të pes equinovarusit, mënyrat konservative dhe kirurgjikale të trajtimit etj, janë grumbulluar gradualisht mbi suksese e dështime, rastësi dhe oportunitete të cilat së fundi u kolauduan dhe sot shërbejnë si bazë njohurish dhe pranohen si të vërteta shkencore në trajtimin e kësaj anomalie kongenitale [39,40].

Një kontribut të shquar në trajtimin e pes equinovarusit pa dyshim ka **Profesor Ponseti**, i cili ka një aktivitet të gjatë mjekues të kësaj patologjie invalidizuese. Ai ishte kirurg ortoped pediater dhe ishte lindur në Spanjë në vitin 1915 [41,42].

Gjatë karrierës së tij praktike u bë Profesor i Ortopedisë në Universitetin e Ioua-s, (**Spital Ortopedik i Fëmijëve-Shtetet e Bashkuara,**) ku punoi si Profesor, më pas Profesor Emeritus dhe së fundi si Presidenti Fondacionit që mban emrin e tij deri në tetor 2009.

Gjatë punës së tij ,filloi të studiojë, në mesin e shumë sëmundjeve të tjera ortopedike të fëmijërisë, edhe këmbën e shtrembër (P.E.V.) dhe në vitin 1948, përshkroi metodën e ideuar dhe vënë në zbatim prej tij duke hedhur poshtë të gjitha konceptet e njohura deri në atë kohë [43-45]. Metoda, është bazuar në trajtimin konservativ të patologjisë. Kjo metodë është bazuar në manipulimin gradual të korigjimit të elementëve deformativë të strukturave të këmbës e pasuar me një prerje të tendinit të Achilit dhe me plotësim e mjekimit duke mbajtur një shinë të posaçme për të konsoliduar korigjimin e arritur nëpërmjet redresimeve në gips.

Fig.1.3-Prof Ignacio Ponseti lindur 1915 në Spanjë



Në vitin 1963, Prof. Ponseti shkruan me rastin e botimit të parë në mars të këtij viti të përvojës së deri atëhershme në trajtimin e kësaj anomalie.

“ Ishte shumë e pakëndshme për mua që artikulli im i parë për këmbën e lindur të shtrëmbër, botuar në **Journal of Bone and Joint Surgery**, nuk u vlerësua madje edhe nuk u lexua nga shumë kirurgë autoritarë të kohës që merreshin me të njëjtin problem”[46]. Ndërsa më pas rezultatet e aritura me teknikën Ponseti, u botuan në revistën shkencore ortopedike më të rëndësishme në botë, gjë që zgjoi interes të madh jo vetëm të prindërve dhe të fëmijëve të lindur me këtë anomali por edhe të komunitetit shkencor [47,48].

1.3- KONTRIBUTI I ORTOPEDISË SHQIPTARE NË TRAJTIMIN E PROBLEMEVE TË PES-EQUINO VARUS-IT

Në këtë kapitull të kësaj teme disertacioni nuk mund të neglizhohet kontributi i mjekëve shqiptarë në trajtimin e deformimit kongenital të pes-equinovarusit [14,15]. Në fakt ashtu sikundër në mbarë botën mjeksia shkencore ka fillimet e saja në mjeksinë popullore edhe në Shqipëri lidhja e mjeksisë popullore me atë shkencore është e hershme e në këtë kontekst edhe trajtimi i deformimeve skeletike përfshirë edhe pes equinovarusin. Shumë xherahë e mjekë popullorë janë marë me korrigjimin e deformimeve të skeletit, thyerjeve të ndryshme e në këtë kuadër edhe me redresime të pes-equinovarusit. Njihen mjekët popullorë si Ceni i lakut në Tiranë, Ceni i Shijakut, Koç Milori në Sarandë e shumë të tjerë, që përveç trajtimit të frakturave janë marë edhe me redresimet e deformimeve equinovarus të këmbëve, luksacioneve kongenitale kokso femorale etj. Nga hulumtimet në arkivat e Spitalit kirurgjikal në Tiranë u gjetën materiale tepër kureshtarë, historike e në të njetën kohë edhe shkencore, madje dhe interesante në kuptimin historik dhe të trajtimit të kësaj patologjie invalidizues. Mjekët e dëgjuar: Dr. Osman Jonuzi, kirurgu duar-artë, i famshmi Prof. Dr. Frederik Shiroka, etj, kanë qenë nga të parët në vendin tonë, që trajtuan pes equinusin kongenital përfshirë këtu teknikat konservative dhe ato kirurgjikale.

Në vitin 1967 u krijua e Klinika së Ortopedisë e Traumatologjisë sot, **Shërbimi Universitar Spitalor Ortopedi –Traumatologji “Prof .Dr. Panajot Boga”** emërtuar kështu për të nderuar punën titanike të themeluesit të ortopedisë shkencore shqiptare.

Mjeku i degjuar, kirurgu ortoped Prof. Dr. Panajot Boga, së bashku me kirurgë të tjerë ortopedë kanë merita të veçanta në rritjen cilësore të ortopedisë shkencore shqiptare.

Fig.1.4- Klinika e ortopedi traumatologjise sot mban emrin e Prof.Dr.Panajot Boga



Lidhur me këtë fakt ai grumbulloi një përvojë të vyer edhe në trajtimin e kësaj anomalie, dhe jo vetem kaq, por ka punuar me këmbë ngulje dhe egzigjencë në edukimin e mjekëve të rinj dhe infermierëve të cilët mjekuan dhe vazhdojnë të mjekojnë me sukses shumë fëmijë me këtë anomali. I ndjeri Zef Martini (Vuksanleka) i cili ishte infermier mjeshtër në trajtimin konservativ të kësaj anomalie, madje e konsideronin edhe skulptori i allçisë në Ortopedi. Ai ishte nga të parët nxënës të Prof. Bogës. Nxënësit e tij më të rinj, si Teknikët e gipsimit ortopedik si Astrit Peka, Valter Natolli, Arben Gjonej vazhdojnë me sukses rrugën e ustallarëve të tyre dhe sot bëjnë një punë të kualifikuar, shkencore dhe artistike mahnitëse në trajtimin e pes equinovarusit. Në përfundimin e kësaj pjese përbërëse të këtij disertacioni dhe duke përmbledhur esencën e zhvillimeve historike të anomalisë kongenitale të pes equinovarusit theksoj se sot të gjithë mjekët e autorët që janë marrë me studimin e trajtimin e kësaj anomalie mendojnë në mënyrë unanime se trajtimi konservativ është më rezultativ.

Fig .1.5 Prof.Dr. Panajot Boga themeluesi i ortopedisë shkencore shqiptare.



Megjithatë, pavarësisht nga progresi i konsiderueshëm teorike praktik i bërë që nga koha e Hipokratit, ende ka probleme e mistere të pa zgjidhura. Kjo përforcohet edhe nga vëllimet e shumta të literaturës bashkëkohore, të mendimeve disa herë edhe kontradiktore të autorëve në përshkrimin e detajeve të kësaj anomalie, të metodave e mjeteve të shumta që përdoren për redresimet e pes equinovarusit etj [50,51]. Në vështrimin dhe studimin e literaturës voluminoze bashkohore lidhur me pes equinovarusin, vihet re që pasuesit e mësuesve të tyre, të cilët janë marrë e merren me këtë anomali gjithnjë bëjnë përparime e rezultatet vijnë në rritje [52-54].

E gjithë kjo falë pervojës së fituar dhe e transmetimit të saj nga brezi në brez. Madje Profesor Boga edhe titullin shkencor **“Kandidat i shkencave mjeksore”**, sikundër quhej deri në vitin 1993 e ka të mbrojtur me studimin e tij mbi pes equinovarusin. Kirurgët ortopedë antarë të ekipeve kirurgjikale ortopedikë, teknikët e gipsit gjithnjë janë përpjekur të korrigojnë deformimin e rëndë të pes-equinovarusit nëpërmjet redresimeve graduale dhe sipas renditjes logjike të elementëve përbërës të tij duke filluar nga supinationi i rëndë [55,56].

Ky element i deformimit është jo vetëm i lidhur me këmbën e shtrembër por është edhe elementi kryesor i deformimit. Kjo realizohet përmes një pronacioni të detyruar, të sforcuar dhe të vazhdueshëm [57]).

Këmba e shtrembër korrigjohet më lehtë kur trajtuesi i këtij deformimi është në dijeni të anatomisë funksionale të këmbës, të drejtimit të deformimit etj. Në këtë kuadër edhe kjo temë e nivelit të një doktorature infermieristike e një tekniku gipsi me një përvojë të konsiderueshme në trajtimin e pes equinovarusit në mënyrë konservativë, kjo punë individuale e realizuar me përkushtim e devocion i bashkëngjitet përpjekjeve titaike të punonjësve të mjeksisë në ruajtjen e mjekimin e shëndetit në këtë kontekst edhe të përmirësimit fizik të popullit shqiptar.

1.4-KONSIDERATAT ANATOMIKE TË NDËRTIMIT TË KËMBËS

Njohja e anatomisë normale të këmbës, në të gjithë komponentet e saj është shumë e rëndësishme për të kuptuar pes equinovarus-in si deformim anatomik me pasoja evidente shëmtimi dhe invalidizuese në funksionimin normal të saj. Këmba është një formacion anatomik kompleks i përbërë nga shumë kocka, të unifikuara ndërmjet tyre me artikulacione, të cilët forcohen nga ligamente të fuqishme dhe vihen në levizje nga muskuj gjithashtu të fuqishëm, që fiksohen në kockat e këmbës. Nga ana tjetër edhe artikulacioni talo-krural si element i veçantë anatomik funksionalisht është pjesë përbërëse funksionale e këmbës. Madje të dy këto struktura, pra këmba dhe artikulacioni talo-krural duhet të konsiderohen si një entitet unik pasi marrëdhëniet ndërmjet tyre në elementë të veçantë dhe në biomekanikën e levizjeve plotësojnë të njëjtin qëllim: **zhvendosjen e trupit në terrene të ndryshme**, nëpërmjet adaptimit të këmbës në plane të pjerrëta, të tatëpjeta, të përpjeta të ngritura, shkallë etj. Të gjitha kockat e këmbës kanë sipërfaqe të rregullta artikulare të cilat shërbejnë për t'u bashkuar me njëra tjetrën në mënyrë që këmba të jetë si njësi unike jo vetëm anatomikisht por edhe funksionalisht [58,59]. Marrëdhëniet normale dhe raportet e drejta ndërmjet kockave të këmbës konfirmohen jo vetëm në aspektin e konfiguracionit të jashtëm të këmbës por

edhe nga raportet ndërmjet talusit e kalkaneusit në preriet radiografike të këmbës. Këto raporte janë të niveleve të ndryshme në varësi të shkallës së deformimit .

1.5-SKELETI I KËMBËS NORMALE

Ndërtimi anatomik i këmbës normale, vlerësimi i marëdhënieve të të gjitha artikulacioneve përbërëse ndërmjet tyre, ka rëndësi jo vetëm në kuptimin funksional të saj, por edhe në kuptimin sepse është e domosdoshme. Vetëm duke ditur ndërtimin anatomik bagazhi teorik për mjekimin pes equinovarus-it pa dyshim që do të jetë i plotë.

Nga ana tjetër vetë korrigjimi i elementëve përbërëse të anomalisë bëhet në nivelet maksimale të deformimit. Në këndveshtrimin anatomo-funksional, këmba është fundi i gjymtyrës së poshtme të trupit të njeriut. Ajo është një organ kompleks, i përbërë nga një numër i madh lidhjesh kockore, të cilat lejojnë lëvizjet në të si dhe mundësojnë përshtatshmërinë në të gjitha sipërfaqet. Ajo është një strukturë anatomike solide dhe ushtron aktivitetin e saj funksional si njësi unike. Në të veprojnë të gjitha ngarkesat fizike që krijohen nga lëvizja e trupit, si në sport dhe në jetën e përditshme, po ashtu edhe vetë pesha trupore e individit. Sistemi i kontrollit të antigravitetit (sistem postural ose sistemi i balancës), ka mundësuar njeriun të qëndrojë vertikalisht dhe, gjatë ecjes t'i përshtatet terrenit ku individi ecën. Skeleti i këmbës është i përbërë nga 28 kocka përfshirë edhe kockat sesamoide. Ky numër mund të ndryshojë nga individi në individ si pasojë e numrit jo konstant të kockave sesamoide (eshtra shtojce, eshtra aksesore). Këto kocka janë të vendosura në zona të ndryshme të këmbës dhe si rregull ato ndeshen tek një numër i caktuar njerëzish. Këto janë pasojë e prezencës së shumë qëndrave të osifikimit, të cilat në fazën e osifikimit mund të kockëzohen e të krijojnë si të vecanta këto kocka ose të osifikohen së bashku me kockën më të afërt.

Në tërësinë e saj këmba ndahet në:

➔ **Pjesa e përparme** e saj ku përfshihen **gishtat e këmbës dhe metatarset**. Secili gisht ka nga tre falanga me përjashtim të gishtit të madh i cili ka dy falanga. Metatarset janë pesë në numër.

➔**Pjesa e mesme e këmbës.** Në këtë zonë të skeletit të këmbës ndodhen **kocka kuboide, kocka navikulare, tre kockat kuneiforme.**

➔**Pjesa e prapme e këmbës:** Në këtë pjesë të këmbës ndodhen **talusi dhe kalkaneusi.**

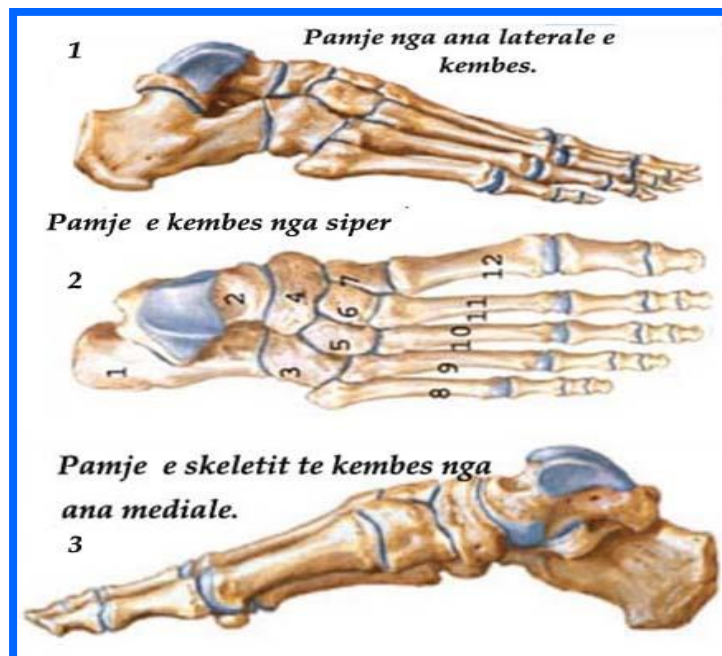
Eshtrat e këmbës janë të ndarë në tre grupe (fig.1.6)

①- **Kockat e tarseve, Tarsus,** të cilat artikulojnë me pjesën e fundit të këmbës, kjo përfshin kockat e mëposhtme: kalkaneusi, navikulare, kuboide dhe tre kockat kuneiforme (mediale , laterale dhe e mesme)

②-**Kockat Metatarsale,** që formojnë pjesën e ndërmjetme të këmbës, dhe përbëhen nga pesë kockat metatarsale, të cilat artikulojnë me tre kockat kuneiforme dhe kuboiden.

③-**Kockat e falangave** të cilat janë tre për secilin gisht (proksimal, i ndërmjetëm, bazale ose distale), përveç në gishtin e parë në të cilin janë vetëm dy (proximal dhe skajor) për një total prej katërmëdhjetë segmenteve të kockave

Fig. 1.6 Anatomia normale e kockave të këmbës



1-Klakanus.2-Talus.3-Kocka kuboide,4-Kocka navikulare, 5-6-7Tre kockat kuneiforme. 8-9-10-11

Studimi i raporteve të sipërfaqeve artikulare të kockave të këmbës, i ligamenteve përforcuese të të gjithë njësive të këmbës, muskujve nuk është qëllim i kësaj teme diplome, por nga ana tjetër njohja me disa elemente të anatomisë normale të këmbës është e domosdoshme në kuptimin dhe konkretizimin e devijacionit boshtor të këmbës në përbërësit e saj dhe për pasojë edhe në funksionin e saj [61].

Vëmëndje të veçantë meritojnë sipërfaqet e pjerrëta të kockës së kalkaneusit ,të cilat janë shumë të rëndësishme në biomekanikën e këmbës.

Talusi (një nga kockat me më pak vaskularizim nga kockat e trupit të njeriut është i mbuluar në 80 % të sipërfaqes së tij me kërc hialin për të krijuar mundësi të larta rrjedhshmërie në lëvizje). Kjo kockë është në qendër të këmbës. Nëpërmjet kësaj kocke shpërndahen në harqet e këmbës pesha trupore dhe më pas prej këtej në tre pikat kryesore mbështetëse që janë tuber kalkanei, kokat e metatarseve I dhe V [62].

1.6- LIDHJA E KOCKAVE TË KËMBËS

Rëndësi të veçantë i duhet dhënë kuptimit të lidhjes dhe marrëdhënieve ndërmjet kockave të këmbës që krijojnë artikulacionet e shumta, gjë që lehtëson realizimin dhe veprimtarinë funksionale të këmbës.

Lidhjet ndërmjet kockave të këmbës klasifikohet si më poshtë :

► **Artikulacionet intertarsale** :Janë tre artikulacione intertarsale, përkatësisht:

► **Artikulacioni subtalar** që realizohet nga sipërfaqeja e poshtëme e talusit me atë të sipërme të kalkaneusit

► **Artikulacioni kalkaneo-kuboid.**

Këto dy artikulacionet e fundit në tërësinë e tyre krijojnë një bashkësi funksionale i quajtur artikulacioni transtarsal. Ky element anatomik i quajtur edhe trina e këmbës e përshkron këmbën transversalisht artikulacioneve talo-kalcaneo-navikular si entiteti më i rëndësishëm i këmbës në të cilën realizohen pjesa më e madhe e lëvizjeve të saj.

► **Artikulacioni talo-kalkaneo-navicularis:**

Është një artikulacion kompleks dhe përfshin të gjithë bashkimet ndërmjet kokës së talusit, fundit të përparshëm të kalkaneusit dhe të kockës navikulare. Kompleksi i artikulacioneve talo-kalkaneo-navikular funksionon si një artikulacion pothuajse sferik. Dihet që artikulacionet e tipit sferik realizojnë vëllimin më të madh të lëvizjeve. Elementet përforcuese të tij janë të vendosur në shumë drejtime, gjë që e bën entitetin anatomik “këmbë” solid, të fuqishëm dhe të lëvizëshëm. Nga ana e shputës përforcohet nga ligamenti plantar i cili është shumë i fuqishëm dhe së bashku me muskujt që aty fiksohen krijojnë momentetë rëndësishme funksionale të këmbës. Nga ana dorsale, elementet përforcues të tij sikundër janë kapsula artikulare talonavikulare, ligamenti deltoid dhe tendini i muskullit tibialis posterior, kanë një rol shumë të rëndësishëm jo vetëm në drejtim të stabilitetit të kësaj lidhjeje por edhe në mënyrën se si formacionet dhe indet e buta lejojnë kordinimin e lëvizjeve [63].

► **Artikulacionet tarso-metatarsale :**

Kockat e tarseve, në veçanti 3,5,6,7 artikulojnë me metatarset në formë pyke me metatarset përkatëse.

► **Artikulacionet intermetatarsale.**

Krijojnë lidhje të cilat lejojnë levizje minimale në to.

► **Artikulacionet metatarso-falangeale.**

Këto artikulacione krijojnë lidhje ndërmjet pesë kockave metatarsale me falangat proksimale përkatëse.

► **Artikulationet interfalangeale.**

Këto lidhje janë tre për secilin gisht me përjashtim të gishtit të madh, i cili ka dy lidhje. Të gjithë këta elemente të veçantë funksionojnë në unison gjatë lëvizjeve të këmbës. Lëvizjet e këmbës realizohen në të gjithë artikulationet e saj. Çdo lëvizje në vetë-vete ka të gjithë komponentet apo përbërësit **“që vijnë”** nga të gjithë artikulationet e këmbës.

Të gjitha kockat e këmbës janë mbuluar me një shtresë kërci hialin, elastik dhe i qëndrueshëm në kuptimin e stabilitetit dhe nga ana tjetër ndihmon në realizimin e lëvizjeve në të gjithë artikulationet e më sipër përmendur pa fërkime dhe njëkohësisht shërben si një jastëk mbrojtës, për thithjen e ndikimeve negative gjatë ecjes. Në vetvete këmba e mbështetur në tokë nuk krijon kontakt të plotë me terrenin. Ajo merr një hark dhe me një sipërfaqe konkave të kufizuar nga tre harqe të formuara nga elementet anatomikë kockorë. Këto quhen harqe të shputës pasi janë të vendosur në këtë pjesë të këmbës dhe emërtohen; harqet e gjatësisë, të cilët janë dy dhe janë:

- a) Harku i gjërësisë së këmbës
- b) Harku i gjatësisë.

Harqet e shputës kanë funksionin e transformimit të forcave që veprojnë në këmbë në shumë drejtime, vetëm në drejtimin vertikale anësore për të përmirësuar në këtë mënyrë shpërndarjen e peshës trupore në sipërfaqe të vogël të këmbës. Në veçanti, harku mesor (qendra e këmbës) është i caktuar për të mbështetur të gjithë peshën e trupit (në pozicion vertikal qendra e gravitetit trupor shkarkohet në kulmin e harkut mesor, e cila shpërndan peshën në metatarsalen e tij të parë dhe të pestë dhe kalkaneus [64, 65].

Çdo hark ka përkuljet e tija, që formohet nga kockat e veçanta të tarseve dhe metatarsave, dhe një parim bazë, kocka më apikale që përbën harkun ka si karakteristikë futjen e një muskul në të me qëllim mbështetjen dhe pengimin e harkut të jetë i qëndrueshëm.

Ashtu si në arkitekturë, mënyra e ndërtimit dhe e mbështetjes së harkut, ky i fundit është në gjendje për të mbajtur ngarkesa vertikale, sa kohë që bazat ku ai mbështetet janë të qëndrueshme, përndryshe ai do të përkulet. Veprimi i muskujve ka drejtimin e kundërshtimit në mbështetjen tek themeli i harkut. Ndër të tjera, duke qenë harku nuk përbëhet nga një kockë të vetme, e cila do ta bënte atë të ngurtë dhe të pamjaftueshëm për të mbajtur streset dinamike, forca e ligamenteve dhe muskujve bëhet e rëndësishme: kjo forcë dinamike stabilizon harkun e këmbës. Ekzistojnë tri lloje të lartësisë së harkut shputës. Kush ka këmbën e sheshtë apo një hark shumë të ulët, ka tendencë të ketë një këmbë në hiperpronacion Nga ana tjetër, ata që kanë një hark të lartë, këmba ka tendencë që të ketë një supinacion ose një hipopronacion.

Formacioni këmbë duhet të mbrohen me përdorimin e këpucëve të përshtatshme, larg takave të larta dhe me maje të holla. Në këto lloj këpucësh transmetimi i peshës së trupit, në tokë nëpërmjet takës së hollë dhe të lartë ka si pasojë deformimin e zonave të peshë mbajtjes nga ana e këmbës dhe më pas të të gjithë këmbës. Nga ana tjetër ndryshime ndodhin edhe në kolonën vertebrale sidomos në pjesën lumbare të saj. Një këmbë që nuk manifeston shenja të jashtme të deformimit të saj nëvetvete është një këmbë normale, ndërsa një këmbë që ju "ndjehet" mund të jetë një këmbë e keqe. Mund të ndodhë me trauma, sëmundjet degjenerative, inflamacion, deformime të lindura apo të fituara që ndryshojnë lëvizjen e këmbës, ecje apo sjellje të të gjithë trupit [66].

1.7-MUSKUJT E KËMBËS

Ashtu sikundër pjesë të tjera të skeletit edhe këmbët kanë elementët e tyre aktivë në realizimin e lëvizjeve dhe këto janë muskujt, dhe funksioni i të cilëve është themelor për statikën e këmbës njëkohësisht edhe për dinamikën e saj. Ata janë elementi kryesor në realizimin e balancës posturale jo vetëm të këmbëve por edhe të forcave biomekanike që nëpër to kalojnë, duke krijuar kështu njëbilanc statiko-dinamik dhe postural të të gjithë trupit tonë. Muskujt e këmbës janë ndarë në jo karakteristikë të këmbës, por që ndikojnë në veprimtarinë biomekanike të këmbës (extrinsec) dhe në muskuj karakteristikë të këmbës, apo muskujt e vetë këmbës (intrinsic).

1.7.1 MUSKUJT JO KARAKTERISTIKË TË KËMBËS (MUSKUJT EXTRINSIKË)

Muskujt ekstrinsikë të këmbës e kanë origjinën larg këmbës, në kockat e kërcirit; dhe më pas pikën e fiksimit e kanë në këmbë duke patur funksionin e tyre lëvizjen e këmbës. Këta muskuj ndahen në tre grupe: në grupin anterior, në grupin lateral dhe në atë posterior.

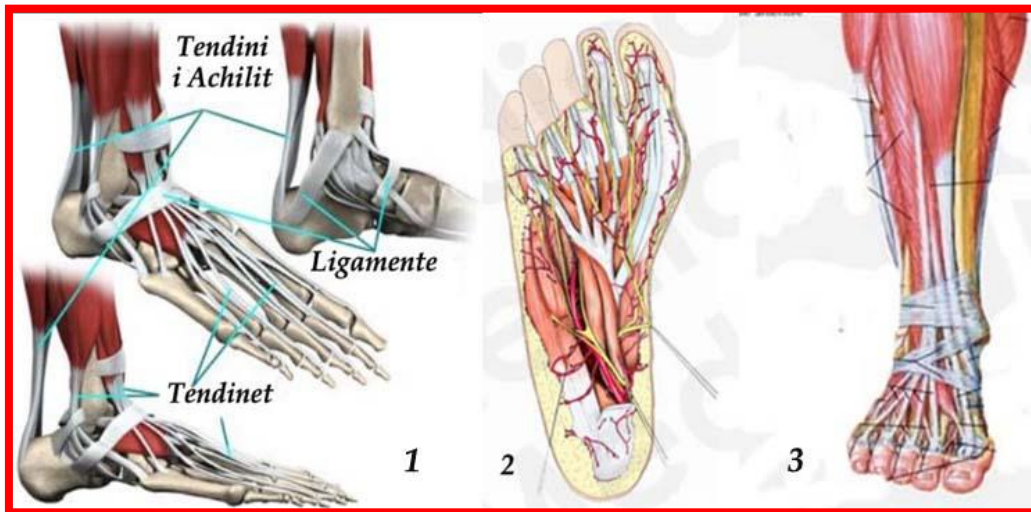
Në përgjithësi grupi anterior realizon dorsi fleksionin e këmbës, ekstensionin e gishtit të madh të këmbës, ekstensionin e katër gishtave lateralë të këmbës si dhe lëvizje të përafërta me to. Grupi lateral i muskujve ekstrinsikë të këmbës realizojnë lëvizjet pronatore të këmbës, ndërsa grupi posterior realizojnë lëvizjet e fleksionit plantar dhe të supinacionit.

► **Grupi anterior** (e cila përfshin m. tibialis anterior, muskulin extensor digitorum longus dhe muskulin extensor hallucis longus). Të gjithë këta muskuj në veprimtarinë e tyre realizojnë dorsi fleksionin e këmbës, të gishtave II-V si edhe ekstensionin e gishtit të madh.

► **Grupi lateral** i muskujve ekstrinsikë të këmbës përbëhet nga muskujt peroneus longus dhe peroneus brevis dhe nga ndonjëherë bashkë me ta ndodhet edhe musculus peroneus tertius. Ky grup ndodhet në anën laterale të kërcirit dhe fiksime të tyre fillojnë nga fibula dhe pasi kalojnë pas maleolit lateral fiksohen në bazën e metatarsit të pestë dhe kanë funksionin kryesor të pronacionit të këmbës dhe të stabilizimit lateral të artikulacionit talo-krural.

► **Grupi posterior** i muskujve të këtij grupi ndodhen në pjesën e prapme të kërcirit dhe formojnë të ashtu quajturën **pulpën e kërcirit**. Në këtë grup janë musculus gastrocnemius, m. soleus, musculus tibialis posterior, musculus flexor digitorum longus, musculus flexor hallucis longus. Të gjithë këta muskuj janë anatagonistë me muskujt e grupit anterior.

Fig 1.7 Pamje e muskujve qëushtrojnë aktivitetin e tyre nëkëmbë



1.7.2. MUSKUJT KARAKTERISTIKË TË KËMBËS (MUSKUJT INTRINSEKË)

Muskujt e brendshëm origjinën dhe pikën e fiksimit e kanë në këmbë. Këta muskuj janë të ndarë në të shputës dhe në grupin e muskujve të anës dorsale të këmbës.

►Muskujt e shputës janë të ndarë në:

Mesor të shputës (rrëmbyes dhe adductor të gishtit e madh, brevis flexor). Ana shputës (rrëmbyes i gishtit V, kundërshtar i gishtat e pestë dhe flexor e shkurtër e gishtit të pestë), Shputës ndërmjetme (flexor digitorum brevis, lumbrical, interosseous). Këto muskujt duhet të posedojnë aftësinë për të kontraktuar dhe të çlodhur ritmin gjatë rrugës dhe në të njëjtën kohë të përshtaten me këpucët apo vrazhdësinë e tokës, duke garantuar funksionin themelor të absorbimit të shokut (amortizimin) të këmbës. Këto funksione mund të duken të parëndësishëm, por në të vërtetë janë të rëndësishme sepse kur këmbë është më pak elastike, ose më e ngurtë, mbingarkesa do të veprojë në artikulacionet e sipërme si gjuri apo koksofemoriali. Gishtat e këmbës, për shembull, janë kritike në fazën e fundit të ecjes, kur thembra është e ngritur nga toka dhe mbi ta ushtrohet ngarkesë më e madhe e peshës trupore [67].

KAPITULLI II

DEFORMIMI EQUINO-VARUS NË PLAN IN ANATOMIK DHE FUNKSIONAL

2-ÇFARË ËSHTË DEFORMIMI PES EQUINOVARUS (P.E.V.) I KËMBËS

Këmba e shtrembër, e quajtur edhe **Pes equinovarus congenitalis** është një anomali e zhvillimit të këtij formacioni unik si në planin anatomik ashtu dhe në atë funksional. Emërtimi i anomalisë kongenitale që po paraqesim në gjuhën latine, si gjuhë e përbotëshmmjeksore, quhet **pes equinovarus congenitalis**.

Ndërsa në anglisht emërtohet **clubfoot**, në gjuhën italiane quhet **piede torto**, në gjuhën frënge quhet **pie bot**. **Klumpfuss** quhet në gjermanisht.

Të gjitha këto emërtime, pavarisht se në gjuhë të ndryshme janë sinonime për këmbën e indur të shtërmbër. Është një anomali e zhvillimit që shëmton së tepërmi performancën anatomike të këmbës, pengon në mënyrë të vazhdueshme mënyrën e të ecurit karakteristike sipas mënyrës njerëzore, paraqet vështirësi trajtimi, madje në disa raste mbeten edhe pasoja.

Anomalia kongenitale e tipit p.e.v., veç të tjerave është evidente që në momentin e lindjes së fëmijës. Këmba e shtrembër është një cen kongjenital i këmbës, e cila karakterizohet me qëndrim të vazhdueshëm dhe të gabuar, gjë që pengon një mbështetje normale në terrene të ndryshme.

P.e.v. në etiologjinë e tij karakterizohet nga një kompleksitet shkaqesh, së paku të realizuara nga zbulimet e deritanishme, shkaqe të cilat ende të pa vërtëtuara saktësisht ndikojnë në këtë shformim të rëndë të këmbës në zhvillimin e saj intrauterin dhe thellimin e tij pas lindjes në rast se nuk merren masat e duhura mjekuese [68].

2.1 NË PLANIN ETIOLOGJIK:

P.e.v. fillon të instalohet pas muajit të dytë të jetës intrauterine. Aktualisht nuk ka preventim apo parandalim të kesaj anomalie. Sot konceptet për diagnostikimin e hershëm të deformimit kanë ndryshuar tërësisht. Deformimi i këmbës në formën e pes equinovarusit mund të evidentohet edhe gjatë jetës intrauterine. Zhvillimi i këmbës gjatë rritjes brenda mitrës (morphogenesi) fillon shumë herët pas ngjizjes së fëmisë. Ky zhvillim është vërtetuar se ndodh që në fillimet e 2 muajve të parë të jetës intrauterine moshës [69]. Gjatë shtatzënisë pas muajit të dytë, nëpërmjet echografisë mund të përcaktohet edhe deformimi pes equinovarus. Këmba e shtrembër mund të jetë unilaterale ose bilaterale. Kjo është anomali që e shëmton këmbën është anomalia më e shpeshtë dhe më e zakonshme e eshtrave dhe nyjeve të këmbës në të sapolindur: ndodh në raportin 1 në 1000 fëmijë [70].

Pavarsisht se shkaqet e këtij deformimi nuk dihet ende në tërësinë e tij, por ka shumë të ngjarë se është një çrregullim gjenetik. Shanset për të pasur një fëmijë të dytë me një këmbë e shtrembër janë përafërsisht 1 në 30. Gjenet përgjegjëse për këmbë e shtrembër aktivizohen në mes të javës së dymbëdhjetë dhe të njëzetë të jetës fetale.

Kjo patologji ka një incidencë më e lartë tek meshkujt se tek femrat. Prindërit e një fëmije të lindur me këmbë e shtrembër mund të jenë të sigurtë se fëmija i tyre, nëse mjekimin e anomalisë e fillojnë menjëherë pas lindjes dhe konform protokolleve të trajtimit, përvojës së ekspertit, fëmijët e tyre nuk do të kenë asnjë pasojë apo invaliditet të përhershëm, dhe nuk kanë asnjë lloj kufizimi të aftësisë. Ata do të jenë në gjendje të bëjnë një jetë normale, aktive madje edhe cilësore në rast se këta do të mjekohen në kohën e duhur dhe me mënyren e duhur. Në këtë kuadër kjo temë modeste e cila shpreh edhe përpjekjet e mia për ngritjen time profesionale, kjo punë individuale e realizuar me perkushtim e devocion i bashkëngjitet përpjekjeve titaike të punonjësve të mjeksisë në ruajtjen e mjekimit e shëndetit në këtë kontekst edhe të përmirësimit fizik të popullit shqiptar dhe në mënyrë të vecantë në mjekimin e deformimeve kongenitale, të këtij kapitulli ende të vështirë të ortopedisë [71].

Fig.2.1 Pamje echografike e këmbës me pes –equinovarus.Fëmija ende intrauterin



2.2-ELEMENTET PËRBËRËS TË PES-EQUINOVARUS-IT

Në përshkrimin e këtyre elementëve një meritë të madhe ka mjeku italian Skarpa, i cili i pari publikoi një përshkrim të hollësishëm të anatomisë patologjike të pes-equinovarusit [72].

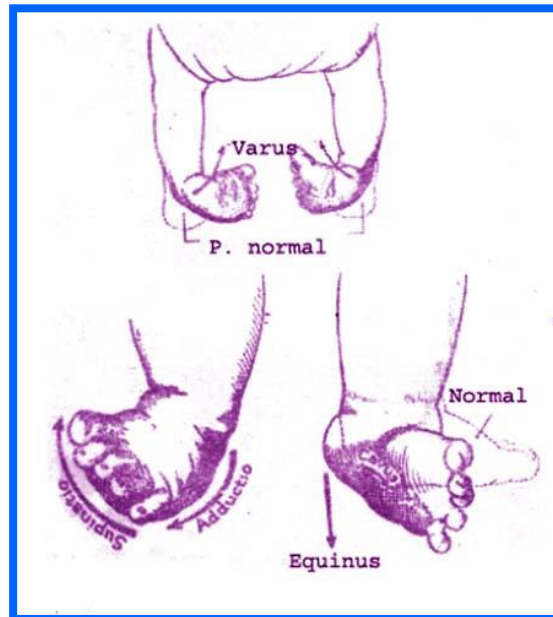
Në atë kohë ai mendonte se deformimi është pasojë arkitektonike ndërmjet kockave të tarseve. Ai gjithashtu përshkroi rrotullimin e kalkaneusit dhe të kockës navikulare rreth talusit dhe e quajti si një **“luksacion kongenital të kompleksit talo-kalkaneo-navikular “**.

Më pas Adams, në vitin 1866 përshkroi të njejtat anomali, madje ky autor tërhoqte vëmendjen edhe në kokën e qafën e talusit që pësonte ndryshme, dhe kjo thellonte deformimin equino-varus të këmbës.

Brockman në vitet 1930 konkludoi se të gjitha këto ndryshime anatomo-patologjike të konstatuara nga autorët që ishin marrë me studimin e pes-equinovarus kongenitalis [73].

Një koncept më i ri është se anomalia në pes-equinovarus ndodh në artikulacionin e mesëm tarsal madje ky koncept thellohet më tej duke theksuar e duke sjellë edhe ndryshime në kockat e tjera që janë adaptive, përfshirë edhe pozicionimin në varus të kockës së kalkaneusit, ishin rezultat i **“atrezisë kongenitale”** të artikulacionit talo-kalkano-navikular.

Fig.2.2 Paraqitje skematike e elementëve përbërës të deformimit pes-equinovarus..



Deformimi në anomalinë kongenitale pes-equinovarus përbëhet nga këta elemente (fig.2.2)

Thembra është e fiksuar në:

1-pozicionin equinus dhe varus.

Pjesa e përparme e këmbës ose trina është në:

2-pozicioni supinacioni, buza mediale e këmbës mund të jetë e kthyer, madje ajo mund të takojë edhe buzën mediale të tibies. E gjithë këmba është e kthyer nga brenda.

3-kontraktura duke fiksuar këmbën në kavus dhe flektuar plantarisht

4-kontrakturë me metatarset në adduksion.

➔Diagnoza e pes equinovarus-it bazohet në elementët përbërës të deformimit karakteristik të këmbës në këtë anomali kongenitale e cila është konstante e shoqëruar me një rigiditet dhe kontrakturë në plane të ndryshme.

▶*Pozicioni i equinizmit të këmbës dhe artikulacionit talo-krural*

▶*Pozicioni i supinacionit të këmbës*

▶*Pozicionimi në cavus i këmbës*

▶*Adduksioni i pjesës së përparme të këmbës*

▶*Pozicioni varus i pjesës së prapme të këmbës*

▶Pozicioni equinus i këmbës dhe i artikulacionit talo krural :

Duke e parë këmbën nga anët, shikohet që maja e këmbës apo edhe gishtat janë drejtuar nga poshtë. Thembra gjithashtu është e fiksuar me drejtim poshtë apo equinus. E gjithë këmba gjithashtu ka edhe komponentin varus (fig2.3). Pozicioni equinus është elementi themelor i p.e.v. dhe ka të bëjë me pozicionimin e këmbës në mënyrë karakteristike të kthyer nëfleksion plantar (**shiko nr.1 ne fig.2.3**) të theksuar, mbi 90° si pasojë e tërheqjes lart të tendinit të Akilit, ndërkohë që pozicionimi i talusit është vendosja e kundërt e këtij elementi anatomik kockor, në një hyper fleksion dorsal të këmbës. Pozicionimi varus i këmbës ka kuptimin e devijacionit nga brenda të boshtit longitudinal të këmbës, ndërkohë që pozicioni valgus ka kuptimin e kundërt pra devijacionin e boshtit longitudinal të këmbës nga ana e jashtme

▶Pozicioni supinatio i këmbës :

Duke e vështruar këmbën nga përpara, shikojmë që shputa e këmbës është e rrotulluar nga sipër dhe lart. Buza mediale e këmbës mund të jetë e kthyer, nga brenda, madje ajo mund të takojë edhe buzen mediale të tibies. E gjithë këmba është kthyer nga brenda. Ndërsa maja e gishtit të madh dhe e të gjithë gishtave të tjerë shikojnë nga ana

mediale. Ky pozicionim i këmbës konsiderohet si element i dytë ideformimit të këmbës së lindur shtrëmbër (P.E.V.).

Fig.2.3 Elementët përbërës të deformimit pes-equino varus



1-Pozicioni equinus i këmbës, 2- Pozicioni supinatio i këmbës;3-Pozicioni cavus i këmbës dhe 4-Pozicioni adductio i këmbës

Kjo ka të bëjë me pozicionimin e saj në mënyrën që këmba është e ngritur në anën e saj mediale dhe kjo e fundit është embështetur në tokë tërësisht me anën e saj laterale madje në këtë qëndrim ajo ka edhe disa gradë pronacioni. Pjesa e përparme e këmbës ose trina është në adduksion.

►Elementi kavusi këmbës

Prania e këtij elementi i jep pamjen këmbës së deformuar sikur është e këputur në mesin e saj dhe sikur harku i këmbës është rritur në mesin e metatarseve.

►Elementi i adduksionit

të pjesës së përparme të këmbës dhe duke e vështruar këtë të fundit nga poshtë shikohet që pjesa e përparme e këmbës, së bashku me gishtat kanë drejtimin nga ana e brendshme e këmbës.

Në pes-equinvarus, ndryshime anatomike gjejmë në të gjithë strukturat e këmbës goftë të forta apo edhe të buta. Ndryshimet gjenden në kocka, ligamente, kapsulën artikulare, muskuj dhe tendine. Këto ndryshime janë rezultat i drejt-përdrejt i natyrës kongenitale të anomalisë, ndërsa të tjerat i shtohen anomalisë si elemente kompensatore apo si detyrim për adaptimin ndaj pozicionit jo korrekt të këmbës. Ligamentet e pjesës mediale të tarseve, aponeuroza plantare, kapsula posteriore e artikuklacionit talo-krural, tendini i Akilit, janë të gjitha të shkurtuara. Gjithashtu të shkurtuar janë edhe muskujt e anës mediale të kërcirit. Ndërsa muskujt peronealë janë të zgjatur dhe atonikë. Këmbët me deformim pes equinvarus janë më të shkurtra sesa ato pa këtë anomali. Me rritjen e fëmijës dhe sidomos, pasi ai ka filluar të ecë, në anën dorsale të këmbës që mbështetet në tokë, me kohë formohet një bursë si rezultat i së cilës lëkura trashet.

Në përmbledhje të kësaj pike të rëndësishme të anomalies kongenitale të pes-equinvarusit theksojmë se baza anatomo-patologjike e deformimit është **subluksacioni kongenital i artikuklacionit talo-kalkaneo-navikular** (elementet 1-2-4, figura2. 3). Niveli i transformimeve anatomike ndryshon nga fëmija në fëmijë dhe është në vartësi të gravitetit të deformimit, moshës së fëmijës në momentin e paraqitjes për mjekim dhe nga manipulimet e mundëshme të bëra më parë. Elementet e tjerë të këtij deformimi kongenital gjithashtu plotësojnë shkallën e anomalisë dhe gravitetin e tij, i cili bëhet evident gjatë periudhës së trajtimit të kësaj patologjie. I vlerësuar, ky deformim në këndveshtrimin e trajtimit, në mënyrë përmbledhëse mund të theksojmë se rradha e punës në korigjimin e elementëve përbërës të kësaj anomalie lidhet me eliminimin e adduksionit e supinacionit e së fundi me korigjimin e pes equinusit (korigjimin e këmbës së kalit).

2.3 ECURIA E PES-EQUINO VARUS TË PA TRAJTUAR

Pes equino varus congenitalis nuk ka tendencë natyrale për vetë-korrigjim, por deformimi përforcohet në kuptimin e rigiditetit të kontrakturave dhe me kohë deformimi theksohet, artikulacionet e interesuara dhe të përfaqëruara fiksohet më shumë.

Fig. 2.4- Pjesa e deformimit maksimal , e cila mbështet në tokë ka lekuren me te trashë , madje në këto nivel formohet një bursë mukoze.



Me rritjen e fëmijës dhe sidomos, pasi ai ka filluar të ecë dhe nuk ka marrë asnjë lloj mjekimi redresues, në anën dorsale të këmbës që mbështet në tokë, me kohë formohet një bursë si rezultat i së cilës lëkura trashet.

Ndryshime të tjera gjenden në kocka, ligamente, kapsulën artikulare, muskuj dhe tendine. Këto ndryshime janë rezultat i drejtpërdrejtë i natyrës kongenitale të anomalisë, ndërsa të tjerat i shtohen anomalisë si elemente kompensatore apo si detyrim për adaptimin ndaj pozicionit jo korrekt të këmbës [74].

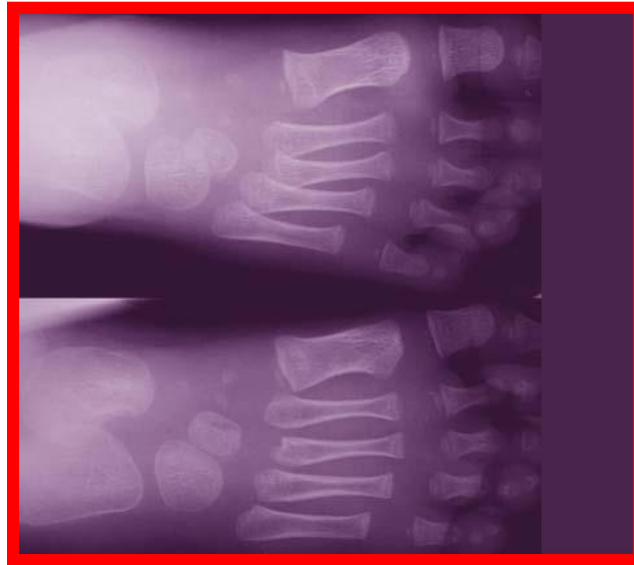
2.4 TË DHËNA RADIOLOGJIKE NË NIVELIN INFERMIEROR

Radiografite e bëra menjëherë pas lindjes kanë interes jo vetëm në evidentimin e ndryshimeve të mardhënieve kockore në p.e.v., por edhe për të dalluar edhe ndonjë anomali tjetër shoqëruese të këtij deformimi. Të tilla deformime sikundër janë defektet teratogene të kockave të këmbëve, janë një faktor negativ në rezultatin e trajtimit të deformimit pes-equinovarus.

Shumë prej kockave tarsale, në lindjen e fëmijës janë ende të pa osifikuara dhe për këtë arsye janë radiologjikisht të pa dukshme (**shiko piken 2.4 të këtij kapitulli**). Në përgjithësi egzaminimi radiologjik i këmbës në fazën neonatale të fëmijës me p.e.v. nxjerr në pah vetëm nukleuse të vogla osifikimi, të cilat nuk janë forma përfundimtare të kockës që do të zhvillojnë. Në një këmbë normale të një fëmije të porsalindur, janë të dukshme nga ana radiologjike vetëm qendrat e osifikimit të kockave talus, kalkaneus dhe të metatarseve, osifikimi i kockave të tjera bëhet më vonë. Ndërsa në një këmbë me deformimin pes-equino varus, tek një fëmijë i porsalindur ka imazhin e saj të plotë radiografik, i cili nuk mund të keq interpretohet, pavarësisht së vështirësitë janë serioze sidomos në kuptimin e çrregullimeve të ossifikimit.

Radiografite e bëra tek fëmijët e porsalindur jo vetëm vënë në pah deformimin nëequinovarus të këmbës por njëkohësisht nëpërmjet tyre verifikohen edhe strukturat e tjera skeletike, sikundër mund të jenë defektet në zhvillimin e kockave apo deformime e mangësi në formimin e zhvillimin e kockave të këmbës. Në studimin radiologjik të pes equinovarus-it është e rëndësishme radiografia në projeksion lateral.

Fig.2.5 Pamje radiografike e këmbëve normale tek një fëmi



Në këtë pozicion studiohen marrëdhëniet e boshteve të kockës kalkanare me atë të talusit. Në rast se boshtet e hequra nëpër kalkaneus dhe nëpër talus janë paralele (**fig2.6,pamja a.**), këto marrëdhënie tregojnë për anomali pes equinovarus në shkallë të ndryshme deformimi. Ndërsa kur këto boshte ndërpritën ndërmjet tyre e formojnë një kënd prej 20-30° tregon për marrëdhënie normale ndërmjet këtyre kockave dhe për pasojë edhe deformimi pes equinovarus mungon. (**fig.2.7,pamja b.**) Nëpërmjet egzaminimit radiografik mund të dalin në pah edhe ndryshme apo anomali teratogjene të cilat evidentohen me rritjen e fëmijës.

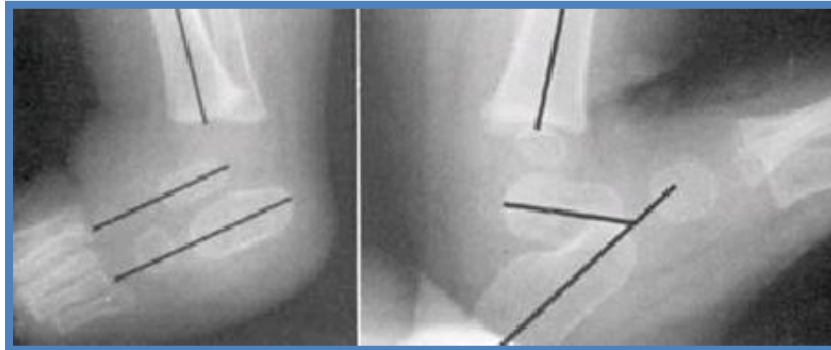
Nga ana tjetër, nëpërmjet studimit radiologjik, sidomos gjatë redresimeve të deformimit, kontrollohet dhe cilësia e redresimeve, gjë që lidhet edhe me faktin sepse mbi këtë bazë planifikohet thellimi i mëtejshëm i redresimeve dhe drejtimi e plani i redresimit të më vonshëm [75]. Verifikimi radiologjik i redresimeve, gjithashtu është i domosdoshëm të realizohet rregullisht dhe të jetë pjesë e protokollit të trajtimit të pes equinovarus, pasi mund të ndodhë që kalkaneusi nga ana klinike të pozicionohet normalisht ndërsa radiologjikisht mund të paraqesë një imazh të marrëdhënieve jo normale ndërmjet tij dhe të talusit.

Fig.2.6 Radiografi e këmbëve me pes-equinovarus



Vetëm nëpërmjet radiografisë mund të verifikohet një imazh fallco i të dhënave klinike pas redresimeve. Në përmbledhje të kësaj pjese, të egzaminimit radiografik i fëmijës me p.e.v. në fazën neonatale evidentohen që nukleuset e osifikimit janë të vogla, të cilat gjithashtu nuk evidentojnë ende formën e kockës për të cilat po diskutojmë. Ndërsa në fazën infantile të fëmijës ndryshimet kockore në planin radiologjik thellohen jo vetëm në këndvështrimin e nukleuseve të osifikimit por edhe në rradhën dhe rregullin e renditjes së kockave sipas sistemimit të tyre normal anatomik. Fillojnë të shfaqen deformimet boshtore në marrëdhëniet normale të kockave sidomos ndërmjet talusit e kalkaneusit (shiko fig 2.6). Sa më të deformuara këto marrëdhënie boshtore aq më i thellë është deformimi dhe aq më i rëndë do të jetë trajtimi i patologjisë.

Fig.2.7. Marëdhëniet boshtore të talusit dhe kalkaneusit në deformimin pes-equinovarus



a

b

2.5 OSIFIKIMI I KOCKAVE TË KËMBËS.

Në situatën e p.e.v. osifikimi i bërthamave të kockave tarsale zakonisht është më i ngadalsuar se sa në rastet e fëmijëve me këmbë normale. Tek fëmijët, me p.e.v. të pa trajtuar kjo dukuri qëndron deri në moshën 5-6 vjeç.

Osifikimi i kockës naviculare në rastet me p.e.v. është shumë karakteristik në kuptimin e vonimit të osifikimit, e ndikimit reciprok për ruajtjen e marëdhënieve anatomike normale.

Nga studimet dhe observimet e bëra, kjo është më e evidente sidomos në artikulacionin talo-navicular.

Vonesat e osifikimit në kockat tarsale krijojnë kushte për prishejën e marëdhënieve normale me pasojë thellimin e prishjes dhe eliminimin e stimulit bilateral të ndikimit të secilës kockë, por sidomos më shumë ndaj kockës naviculare.

Autorë të huaj të cilët janë marë me studimin dhe trajtimin e pes-equinovarus; kanë konstatuar se tek disa fëmijë me p.e.v. të pa trajtuar dhe në moshëtë rritur, nukleusi i osifikimit i kockës naviculare është shumë i vogël dhe ai rritet shumë shpejt pas korrigjimit kirurgjikal të subluksacionit talo-navikular [76].

Fig. 2.8 Nukleuset e osifikimit të tarseve në një këmbë me pes-equino varus



Ky fakt evidenton se edhe mardhëniet biomekanike ndërmjet artikulacioneve të tarseve ndikojnë në formatimin normal të kockave të këmbës. Nga ana tjetër ky fenomen gjithashtu vë në pah se edhe mardhëniet ndërmjet kockave janë restauruar.

Në lindjen e fëmijës shumë prej kockave tarsale janë të padukshme nga ana radiologjike.

Në këtë stad të zhvillimit të skeletit të këmbës mund të evidentohen ndonjë bërthamë e vogël osifikimi. Vetëm ky element nuk mund të merret në konsideratë si element sinjifikativ i deformimit pes equinovarus[77]

KAPITULLI III

QËLLIMI

Njohja dhe mjekimi i anomalive kongenitale në përgjithësi dhe i pes-equinovarus-it në veçanti paraqet interes dhe përbën objekt studimi jo vetëm në planin teoriko-pergjithësues por edhe në kënd veshtrimin praktik të trajtimit të anomalisë. Në thelbin e tij studimi që po paraqesim ka qëllimin e përgjithshëm, që të shërbejë edhe si udhëheqës praktik për mamitë në repartet e obstetrikës e në konsultoret, për infermierët e reparteve të gipsit në shërbimet ortopedike e pa dyshim edhe për sensibilizimin e prindërve e rinj, që të kuptojnë dhe të ndërgjegjësojnë idenë se egziston një anomali të tillë e cila mjekohet me sukses. Të gjitha këto kanë të bëjnë me faktin se diagnostikimi i pes equinusit lidhet edhe me mamitë e reparteve të obstetrikës, mjekët neonatologë në kuptimin e diagnostikimit të hershëm, ndonë se, nga ana tjetër trajtimi i tij fillohet dhe përfundon në repartet ortopedike, madje edhe në nivelin infermieristik, të cilët me mënyrat e veprimet e tyre të kodifikuara e protokolluara, progressive, bëjnë redresimin manual të elementëve të kësaj anomalie dhe më pas e imobilizojnë në gips në intervale kohëzgjatje të caktuar.

Lidhur sa më sipër studimi ka për qëllim të sqjarojë këto çështje kryesore :

1-Të evidentojë në nivelin infermieror anomalinë kongenitale të pes equinovarus-it në tërësinë e tij duke theksuar disa momente të vecanta :

- a-** Diagnostikimin e hershëm të anomalisë dhe fillimin detyrimisht të hershëm të trajtimit të saj.
- b-** Evidentimin e etapave të trajtimit në korigjimin e elementeve përbërës të deformimit.

Arben GJONEJ

- c-** Evidentimin e rezultateve të trajtimit konservativ të serisë së marrë në studim duke vënë në pah momentet e perkujdesjet infermieristike, momente emundeshme te neglizhimeve të perkujdesjes së familjarëve si dhe momente të tjera lidhur me ndërlikimet e mundëshme .
- d-** Të nxjerrë në pah punën infermieristike si bagazh dhe nivel i mjaftueshëm njohurish në trajtimin konservativ të anomalisë.

2-Të paraqesë, bazuar në serinë studimore të marrë në konsideratë ndërlikimet e trajtimit dhe rrugët e zgjidhjes së tyre.

3-Të nxisë opinionin e personelit infermier të pergjitheshem , mami, infermier në konsultore prindër etj., që diagnostikimi dhe trajtimi i hershëm i kësaj anomalie është çelësi i suksesit të pa diskutueshëm në trajtimin e saj dhe me kosto shumë të ulët ekonomike .

4-Të nxjerë përfundime të drejta dhe të bazuara në materialin konkret, me karakter teorik e praktik lidhur me trajtimin konservativ te pes-equinovarus-it në nivelin infermieror.

KAPITULLI IV

MATERIALI DHE METODA E STUDIMIT

Pes-equinovarus manifestohet si një grumbullim ndryshimesh të evidentuara që me lindjen e fëmijës (anomalia është kongenitale). Në prezantimin e anomalisë, këmba e fëmijës është e përdredhur gjë që deformon formën e saj si edhe orientimin normal të saj. Në deformimin equino varus të këmbës elementët lidhës të këmbës, muskujt që fiksohen në kockat e saj janë më të shkurtër se zakonisht dhe shumë të tendosur. Termi këmbë e shtrembër (e deformuar) i referohet mënyrës se si këmba është pozicionuar në deformimin e saj. Shkalla e deformimit mund të jetë e mesme ose e rëndë, në varësi të deformimit dhe kjo në vetvete përmban shkallën e interesimit të strukturave të buta dhe në mënyrë të veçantë edhe vështirësitë dhe shkallën e gravitetit të trajtimit të këtij deformimi.

Nga ana tjetër duhet të theksojmë se metoda e përdorur prej fillimit të aktivitetit të klinikës së Orthopedisë që mban emrin e “**Prof Panajot Boga**” është jo vetëm bashkohore por edhe më rezultativja edhe në kuptimin e rezultateve të përfituara në nivelin ndërkombëtar por edhe në ata kombëtar. Në planin e shkrimeve shkencore lidhur me aplikimet praktike të metodës që ne përdorim në trajtimin e kësaj anomalie kongenitale, gjithashtu jo vetëm që janë të shumta dhe të gjitha e rekomandojnë këtë mënyrë trajtimi, por nga ana tjetër kjo teknikë ka qënë nxitje për thellimin e studimeve si në aspektin teorik ashtu edhe në atë praktik. Të gjitha këto arsyetime u bënë shkaktarë dhe nxitës të kësaj teme desertacioni ne nivelin infermieristik për të sqaruar si qëllimin e studimit ashtu edhe metodën e tij e domosdoshmërisht të lidhura këto me mënyrën e mjekimit dhe pa diskutim edhe me rezultatet e këtij mjekimi.

Grupi target i studimit

Popullata e marrë në studim janë ato individë të cilët paraqesin dhe reflektojnë patologjikë e Pes equinovarusit. Personat e prekur janë diagnostikuar nëpërmjet ekzaminimit klinik dhe atij radiologjik.

Grupi i përjashtuar nga studimi

Ndërsa personat të cilët janë përjashtuar nga kjo patologji janë ato pacientë të cilët si pasojë e problemeve kromozomike kanë përjetuar pes equinovarus por njëkohësisht janë përjashtuar edhe pes equinovarus paralitik.

Analizimi i të dhënave

Të dhënat janë grumbulluara nga kartelat mjekësore pranë Shërbimit Universitar Ortopedi- Traumatologji, Tiranë. Këto të dhëna janë kodifikuar, hedhur fillimisht në programin Exel dhe më pas janë kaluar në paketën statistikore SPSS 11.5. Janë analizuar variable të tilla si mosha, gjinia, pariteti koha e fillimit të trajtimit. Është llogaritur mesatarja dhe deviacioni standart si edhe është përdorur Hi-katror testi, t-testi dhe sinjifikanca $p < 0.05\%$.

Materiali faktik i studimit

Si material në studimin tonë shërbejnë **266** femijë ose **413 këmbë** (pasi **147 femijë** janë bilaterale) me pes-equinovarus kongenitalis, të trajtuar në Shërbimin Kombëtar Universitar të Ortopedi e Traumatologjisë prej muajit janar të vitit 2006-deri në Qershor të vitit 2012. Studimi është retrospektiv i realizuar mbi të dhënat e regjistrit në repartin e gipsit në këtë shërbim, në kontrollet e rregullta periodike sipas protokollit të ndjekjes së kësaj anomalie dhe në vrojtimet radiografike gjatë dhe pas përfundimit të mjekimit sikundër edhe në përvojën personale, pasi të gjitha këto raste janë trajtuar nga disertanti.

KAPITULLI V

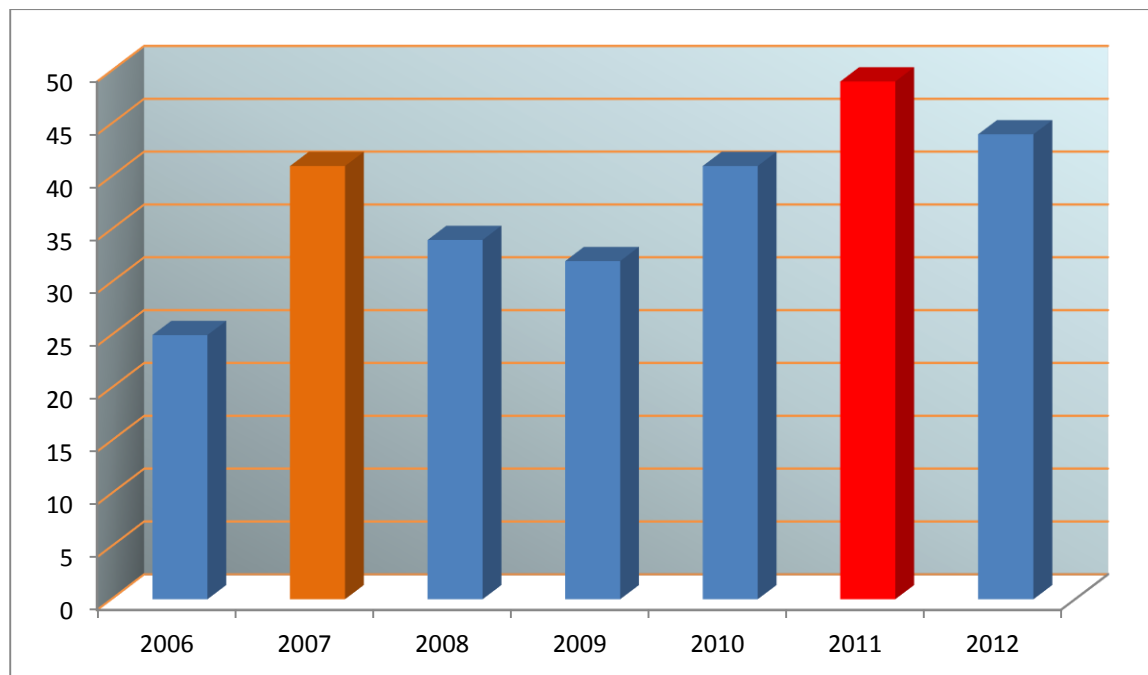
REZULTATET

Studimi i realizuar nga Janari 2006 deri në Dhjetor 2012 përfshiu 266 pacientë me 413 këmbë të prekur nga anomalia e pes equinovarusit. Prej tyre 147 pacientë janë pes equinovarus bilateralë, në 51 pacientë paraqesin pes equinovarus sinistra dhe 68 dekstra.

Tabela 5.1 paraqet shpërndarje e rasteve sipas viteve

Vitet	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nr. i rasteve	25	41	34	32	41	49	44

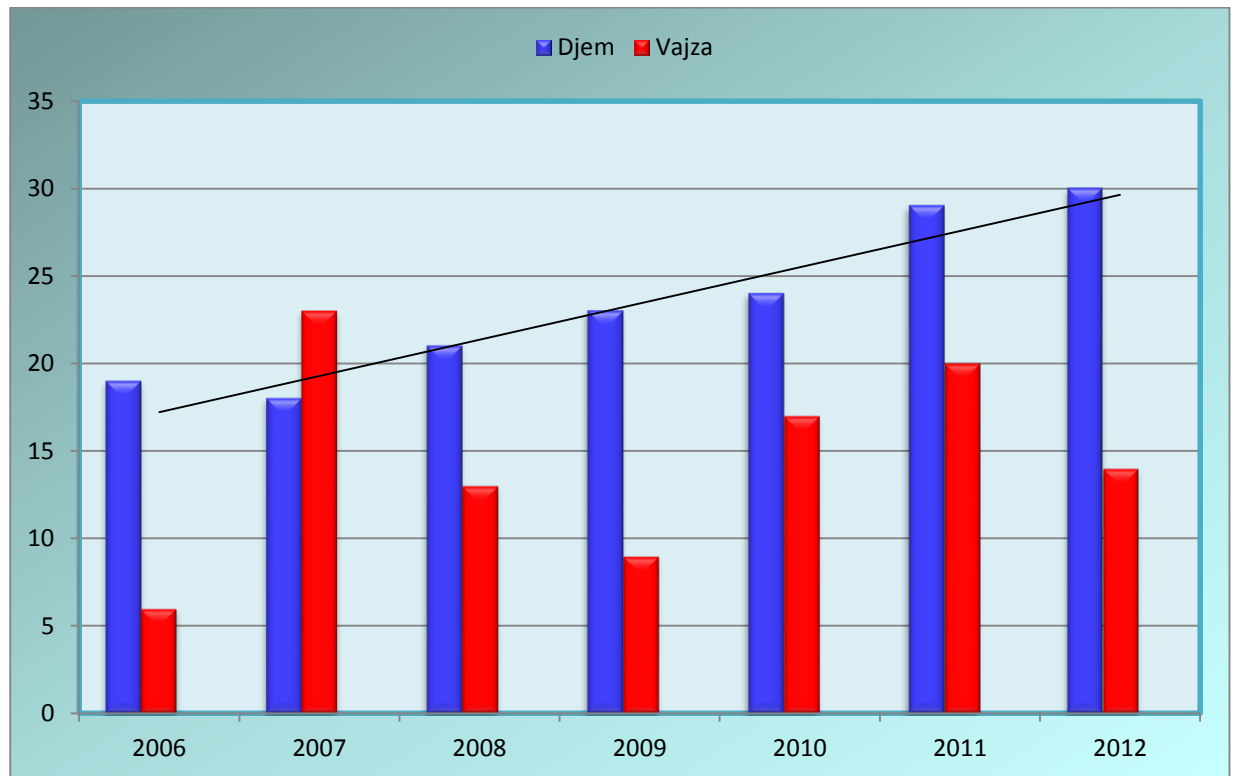
Grafiku 5.1 Paraqitja e rasteve në mënyrë grafikore



Ky grafik na lejon të kuptojmë që viti 2011 kulmon me numrin më të lartë të rasteve me 49 pacientë.

5.1 Shpërndarja sipas gjinisë

Grafikur 5.2 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë



Shpërndarja e gjinisë së fëmijëve bazuar në vitet e marra në studim nuk paraqitet sinjifikante ($p > 0.05$). Në studimin tonë në pjesën dërmuese të rasteve janë meshkujt që dominojnë me këtë patologji duke përjashtuar vitin 2007 ku dominojnë vajzat. Gjiniya mashkullore paraqet një trend në rritje. Raporti meshkuj/femra në studim na paraqitet në raport 1.6/1.

5.2 Mosha e fëmijëve

Mosha e fëmijëve: Në serinë tonë prej **266** fëmijësh me pes-equinovarus kongenitalis, **164** janë djem (**61.7 %**) dhe **102** janë vajza ose (**38.3 %**). Në këtë tabelë të rëndësishme është koha e fillimit të paraqitjes së fëmijëve dhe e fillimit të trajtimit. Sikundër shikohet edhe nga tabela në këtë periudhë kemi **154 fëmijë ose 57.9 %** që e fillojnë tratimin 0-3 muajsh, të të gjithë serisë të marrë në studim. Kjo përqindje ulet në moshën **3-6 muaj** në shifrat **72 fëmijë ose 27.1%** dhe mbi **6 muajsh me 40 fëmijë** e shprehur në **15.%**

Tabela 5.2 Shpërndarja e rasteve sipas moshës dhe gjinisë.

Mosha	0-3 muaj	3-6 muaj	Mbi 6 muaj	Totali
<u>Djem</u>	<u>89</u>	<u>46</u>	<u>29</u>	<u>164</u>
<u>Vajza</u>	<u>65</u>	<u>26</u>	<u>11</u>	<u>102</u>
<u>Total</u>	<u>154</u>	<u>72</u>	<u>40</u>	<u>266</u>

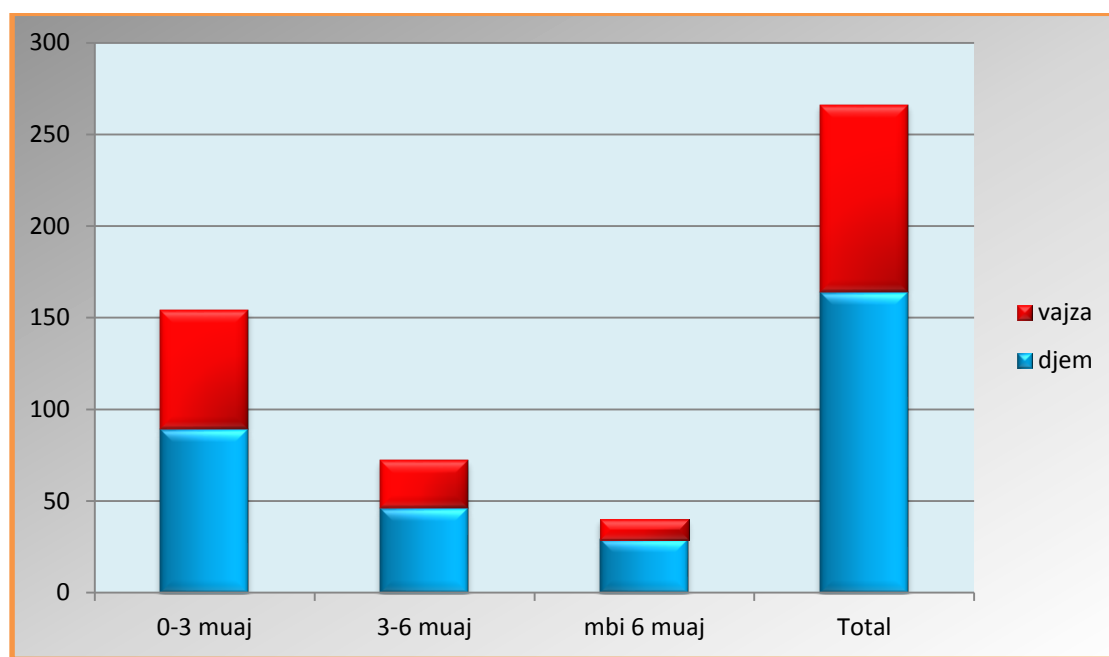
Ndërsa në moshën mbi 6 muaj në serinë tonë mbetet një numër i konsiderueshëm prej **40 fëmijësh ose 15 %** e të gjithë serisë së marrë në studim. Fëmijët me këtë anomali kongenitale i përkasin të dy seksëve dhe sikundër shikohet në tabelën nr 5.2 shpërndarja e tyre është 164 djem dhe 102 vajza.

Tabela 5.3 t-testi për variablet moshë/ gjini

Variablet	t-testi	P value	Mean ± SEM	Difference between means	95% confidence interval	R squared
Djem	t=0.8643 df=4	0,4362	55.67 ± 17.85	19.67 ± 22.75	-43.50- 82.83	0.1574
Vajza			36.00 ± 14.11			

Nga analizimi statistikorë dalim në përfundimin se nuk ka diferenca statistikore sinjifikante (p=0.4362).

Grafiku 5.3 Shpërndarja e rasteve sipas moshës dhe gjinisë



5.3 Incidenca e pes equinovarus-it

Sikundër shikohet edhe nga tabela 5.2, raporti djem vajza në këtë anomali në serinë tonë studimore është në shifrat rreth 1.6/1.

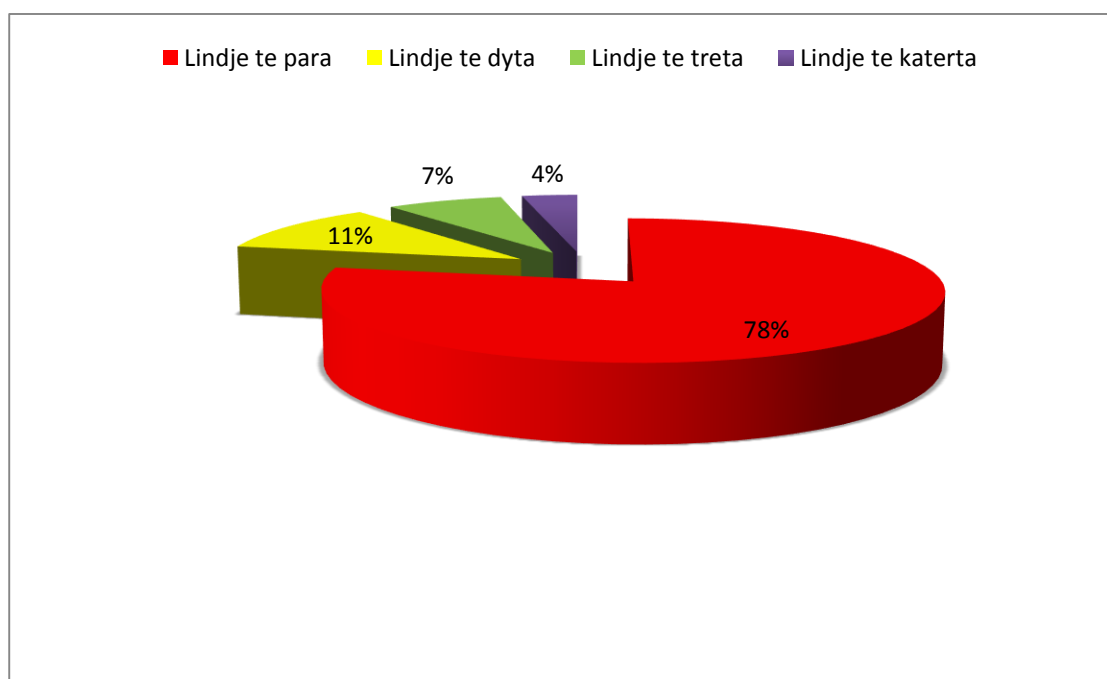
Në literaturën e konsultuar pes equinovarusi ndeshet në shifrat 1-2 lindje për 1000 lindje të gjalla. Ndërsa në vendin tonë kemi vlerësuar të dhënat e marra nga tekstet e Ortopedisë të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike, Tiranë [3,11]. Mbi këtë bazë kemi gjetur se edhe në vëndin tonë incidenca e pes equinovarusit është në këto shifra 1-2 në 1000 lindje të gjalla. Këto të dhëna përkojnë edhe me gjetjet e autorëve të konsultuar për problemin në fjalë. Në Sh.B.A. nga studimi në 160 spitale incidenca e pes equinovarusit është në shifrat prej 2,29 rastesh në 1000 lindje [2,5,6]. Madje me një ndryshim prej 0,2 rastesh më shumë në sektorin veri-lindor të Sh.B.A-së. Këto të dhëna sigurisht kanë rëndësi statistikore.

Në studimin tonë dhe në kuptimin praktik edhe në planin e rezultateve të mjekimit të anomalisë më e rëndësishme është të njihen faktet: pse instalimi i anomalisë është më e shpeshte tek djemtë? Apo akoma më qartë, pse pes equinusi kongenital është sëmundje kryesisht e djemve? Duke u nisur nga raporti 1.6/1 i gjetur në serinë tonë, nuk është ndonjë event sinjifikativ pasi numëri i marrë në konsideratë është i pa rëndësishëm në kuptimin statistikor.

5.4 Numri i lindjeve me pes equinovarus

Vlerësimi i numrit të lindjeve në instalimin e pes equinovarusit është një çështje e cila duhet të kihet në konsideratë. Bazuar në teorinë e shtypjes së mureve të uterusit të cilat janë më të fuqishëm në lindjet e para (torsi muskular është më i fortë) apo situata e fëmijës në një ambient uterin me oligo-hydroamnion mund të japë edhe shpjegimet përkatëse të të dhënave dhe gjetjeve tona rreth kësaj pyetje të shtruar prej nesh.

Grafiku 5.4 Shpërndarja e rasteve bazuar në numrin e lindjeve



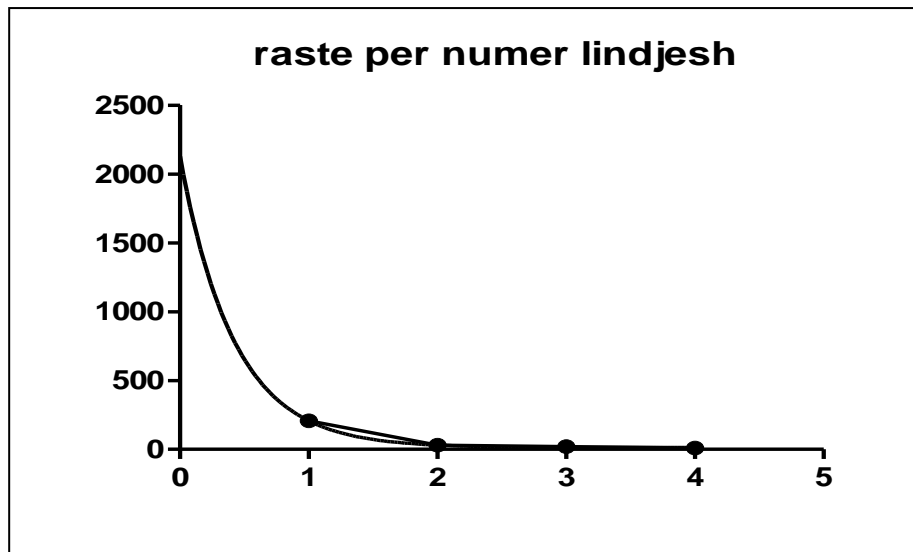
Nga të dhënat shifrore të këtij problemi, kemi gjetjet e më poshtëme;

- ➔Nga lindjet e para kemi gjetur **208** fëmijë me pev, e barabartë kjo shifër me **78 %**
- ➔Nga lindjet e dyta kemi një rënie drastike të numrit të fëmijëve me pev. në shifrat prej **30** rastesh ose **11.2 %**.
- ➔Nga lindjet e treta, numri i fëmijëve me pev vazhdon të bjerë në shifrat prej **19** rastesh ose **7 %** e të gjithë serisë.

►Ndërsa në lindjet e katërta kjo shifër është akoma më e vogël. Ajo shënon gjithsej 9 raste ose 3%.

Këto të dhëna ndonëse në një seri të vogël studimore është në favor të teorisë së presionit të mureve uterine në një uterus me pak liquid amniotik.

Grafiku 5.5 Tregon se si ulet mundësia për pes equinovarus nga lindja e parë e në vazhdim



Arrijmë në këtë përfundim duke përdorur funksionin eksponencial $Y=(Y_0 - \text{Plateau}) \cdot \exp(-K \cdot X) + \text{Plateau}$. $R^2 = 0.9986$ $df=1$ 95% CI $K > 0.0$

5.5 Lateraliteti ose ana e deformuar

Lidhur me këtë problem, të dhënat tona japin këto shifra:

→Pev- dexter: 68 femijë ose 25.5 % e të gjitha rasteve të studiuara.

→Pev- sinister: 51 femije ose 19.2 % e të gjitha rasteve të studiuara.

→Pes- bilateralis: 147 femije ose 55.3 % e të gjitha rasteve të studiuara.

Grafiku 5.6. Shpërndarja e rasteve me pev sipas lateralitetit.



Nga konsultimet që kemi bërë me literaturën bashkohore nuk gjetëm shpjegime për këtë prevalencë, apo preferencë të instalimit në këmbën e majtë apo të djathtë të kësaj anomalie.

Ndoshta lidhur edhe me faktoret që ndikojnë në këtë anomali, shpjegimi mund të jepet me **teorinë mekanike të shtypjes së mureve uterine në një ambient intrauterin me liquor amniotik të pakët.** Një gjë e tillë pengon fetusin të lëvizë lirish në uterus. Si rezultat i lëvizjeve ai ndryshon edhe pozicionimin e këmbëve. Mungesa e lëvizjeve dhe presioni i mureve të uterusit ndihmon në fiksimin e këmbës në pozicion equino-varus[8,9]. Nga ana tjetër fakti që pes-equinovarusi ndeshet deri në 80-85 % në lindjet e para (ku muret uterine janë më të forta dhe presioni mbi

fetusin rrjedhimisht është më i madh); se sa në lindjet e dyta e të treta, është në favor të kësaj teorie të instalimit të pes-equinovarusit. Ky mekanizëm shpjegon bilateralitetin e anomalisë. Instalimi i anomalisë në këmbën e majtë apo të djathtë varet nga pozicioni se cila këmbë është më afër murit uterin, gjë që do të krijojë presion dhe do të deformojë këmbën në fjalë, pra të majtë apo të djathtë në instalimin unilateral të deformimit. Kritikat për këtë teori të instalimit të pes-equinovarusit nga autorët bëhen nisur nga disa arsye të mëdha. Pse presioni uterin të ndikojë vetëm në shtypjen e këmbëve? Cila është arsyeja më e madhe që anomali ka një selektivitet të veçantë vetëm për këmbën e afektuar? Nga ana tjetër pse kjo anomali nuk është ndeshur ndonjëherë në barrën binjake, ku logjikisht presioni uterin është më i madh dhe vepron në të dy fetuset?

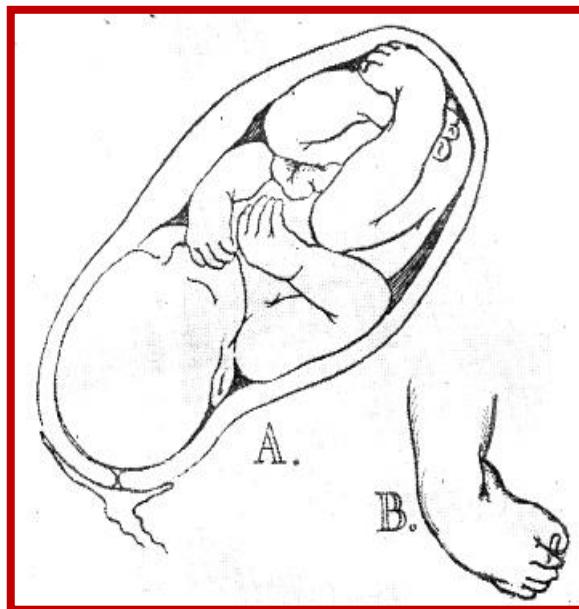
5.5.1 Bilateraliteti i anomalisë Pev

Në serinë tonë studimore kemi gjetur se bilateraliteti i kësaj anomalie është shifrat prej 147 të fëmijëve. Kjo përkon me 55.2 % të të gjithë serisë së marrë në studim. Këto të dhëna korrespondojnë me gjetjet e shumë autorëve të huaj, si Turco, Kite, Ponseti etj. Në këtë rubrikë është interesant të theksohet se gjatë trajtimit konservativ të këtyre fëmijëve u hasën vështirësi dhe korrigjimi i kontrakturave të këmbëve ishte më i vështirë se sa në rastet unilaterale, qofshin këto të anës së djathtë apo edhe të anës së majtë.

5.5.2 Trashegimia apo herediteti

Në serinë tonë prej 34 fëmijësh me pes-equinovarus kemi ndeshur edhe probleme të lidhura me trashëgiminë. Ndër ta 8 fëmijë kanë qënë me prindër me anomali kongenitale, 5 nga babai ose 81.9 % e të gjithë serisë së marrë në studim dhe 3 nga nëna ose 1.1 % numrit të përgjithshëm.

Fig.5.1 A-Shtypja e mureve mbi këmbë në uterus me pak likuid amniotik, pengon lëvizjet e lira të fetusit gjate jetës intrauterine. B-Kjo shtypje sjell si pasojë pes-equinovarusi



Ndërsa fëmijë të shoqëruar me anomali të tjera kongenitale janë ndeshur në 4 raste. Prej të cilëve 2 arthrogriposis, 1 me luksacion kongenital kokso femoral dhe 1 me agenezi të femorit të djathtë, që ishte në anën e kundërt me anomalinë e pes-equinovarusit. Të gjithë këta fëmijë u mjekuan edhe për anomali të tjera kongenitale. Gjetjet tona, sadomodeste në numër, flasin në favor të natyrës hereditare të anomalisë, pavarësisht se cila është fizpatologjia e zhvillimit dhe e instalimit të anomalisë, trashëgimia luan një rol të rëndësishëm në etiologjinë e pes-equinovarusit kongenital. Në literaturën bashkohore në shumë raste, njihet dhe përmendet tendenca e trashëgimisë familjare. Studimet e Palmer, Wynne-Davies [4,6] kanë vërtetuar se ka një rritje të rasteve të lidhura me trashëgimi familjare, të cilët transmetojnë pes-equinovarus kongenitalis. Bazuar në studimet koherente kjo lidhet sidomos me çrregullimet e kromozomeve dhe plazmës germinative. Kjo teori e sugjeruar nga Irani dhe Sherman [8] ka në bazën e saj idenë se defektet e plazmës germinative ndikojnë drejtë për së drejti në kokën dhe qafën e talusit. Në studimet e tyre anatomo-patologjike në fëmijë me pes-equinovarus, këta autorë gjetën se në këtë anomali nuk kishte defekte të vazave, të muskujve dhe tendineve. E vetmja patologji e gjetur prej tyre ishte ndryshimi anatomik në pjesën e përparme të talusit. Mbi këtë teori është

thelluar e zhvilluar më tej edhe mendimi **se në origjinën e tij pes-equinovarusi kandërprerjen e zhvillimit normal të këmbës së embrionit në muajt e parë të gravidancës.**

Pavarësisht nga këto të dhëna, studimet e vërtetimet shkencore janë akoma të pakta për të dhënë përgjigje të gjitha pyetjeve lidhur me deformimin e lindur të këmbës. Në studimet e tij Ildeberger, ka gjetur deri 33% çrregullime kromozomiale me pasojë pes-equinovarusin në terrene të lindjeve binjake, dhe me interesantja është që keto çrregullime kromozomiale i kishin vetëm djemtë.

Shumë anomali të tjera kongenitale si luksacioni kongenital kokso femoral, meningomyelocela, skolioza kongenitale janë sëmundje me çrregullime kromozomiale multifaktoriale, kanë të njëjtën incidence 1 në 1000 lindje. **Por cili është shkaku që nga këto preken më shpesh vajzat? Pse kjo ndarje gjinore e disa anomalive kongenitale? Pse disa i vuajnë djemtë dhe disa i vuajnë vajzat?** Mund të shtrohen edhe shumë pyetje të tjera, por zgjidhja akoma nuk është dhënë. Ky konfuzion ende egziston, pasi në bazën e kësaj anomalie kongenitale ka shumë faktorë, disa prej të cilëve akoma janë të pa zbuluar por të suspektuar, e nga ana tjetër defektet kongenitale ndryshojnë shumë nga njeri tjetri dhe instalimi i anomalisë kushtezohet jo vetëm nga trauma, pra shtypja uterine, por gjithashtu edhe nga (e cila është më e rëndësishme) koha e stadi i zhvillimit të embrionit human. Në mënyrë të përmbledhur theksojmë se i njëjti faktor etiologjik në situata dhe në ndikime të ndryshme është i aftë të instalojë anomali të ndryshme kongenitale.

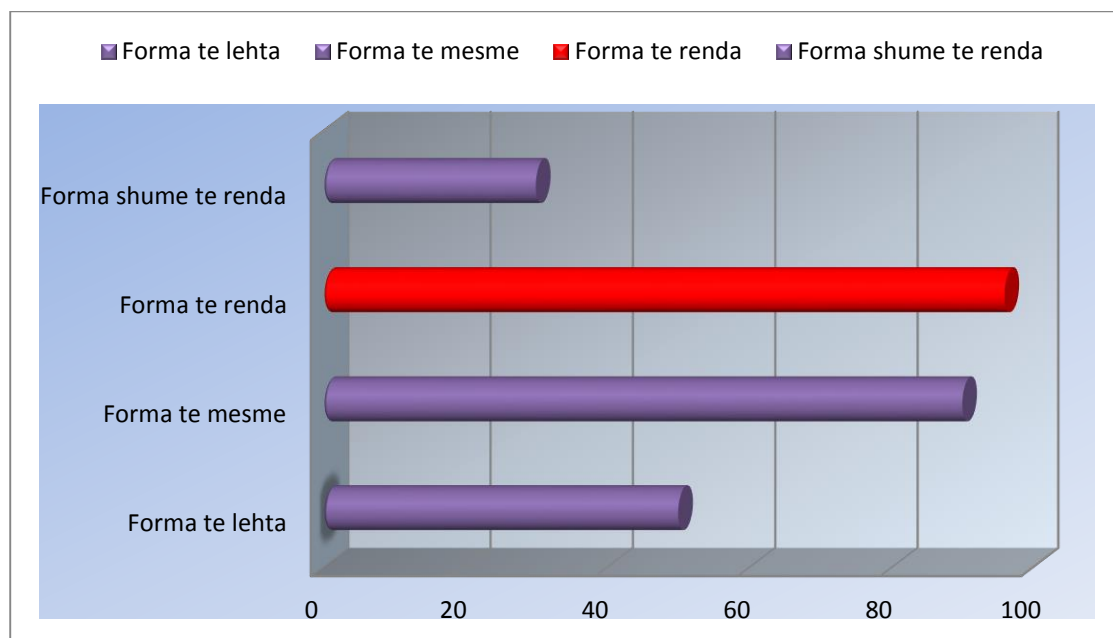
5.5.3 Graviteti i deformimit pes-equinovarus.

Në përcaktimin e gravitetit apo shkallës së vështirësive të trajtimit të kësaj patologjie kemi përdorur klasifikimin e Dimeglio. Ky është një klasifikim shumë i përdorshëm që prej vitit 1995. Ka vlera praktike, madje parashikon edhe ecurinë e trajtimit. Ky klasifikim bazohet në shkallët e deviacioneve të deformimit në plane të caktuara; sagital, në planin frontal dhe në planin horizontal të cilat maten me gradë. Në studimin tonë prej 266 rastesh, bazuar në këtë klasifikim kemi gjetur si më poshtë:

Tabela 5.4 Graviteti i deformimit

Graviteti i deformimit	Frekueca	Përqindja
Raste të lehta	50	19 %
Raste të mesme	90	33.8 %
Raste të rënda	96	36.0 %
Raste shumë të rënda	30	11.2 %

Grafiku 5.7 Klasifikimi i gravitetit të defomimit sipas Dimeglio



Sikundër shikohet edhe nga tabela rastet e rënda dhe shumë të rënda përfaqësohen nga 126 fëmijë ose 47.4 % të të gjithë serisë. Kjo ka kushtëzuar edhe

vështirësitë e redresimeve, zgjatjen e kohës së mbatjes së gipsit si edhe ka ndikuar mjaft negativisht në rezultatet përfundimtare.

5.6 Analiza e fëmijëve me pes equinovarus në lidhje me vend banimin e tyre

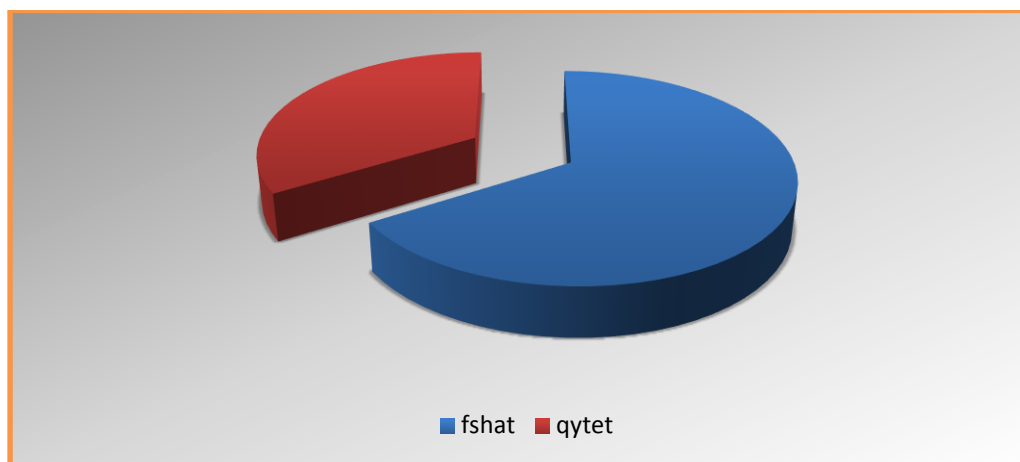
Lidhur me këtë rubrikë theksojmë se është shumë e rëndësishme bashkëpunimi ndërmjet prindërve të fëmijëve dhe trajtuesit të deformimit. Kjo lidhet me ndjekjen e fëmijës në shtëpi, pozicionimin e këmbës, konsultat dhe ardhjet e rregullta për aplikimet e reja të gipsit dhe të redresimeve të radhës.

Tabela 5.5 Shpërndarja e rasteve në varësi të banimit të tyre

Vendbanimi	Frekuenca	Perqindja
Fshat	176	66.1%
Qytet	90	33.9%
Totali	266	100%

Në serinë tonë studimore kemi patur 176 fëmijë nga zonat rurale dhe 90 fëmijë nga zonat urbane. Ka një korelacion i cili nuk duhet të neglizhohet lidhur me distancën e largësisë së fëmijës me pes equinovarus i cili duhet të redresojë deformimin e tij çdo 10-14 ditë. Nga ana tjetër duhet të meren parasysh nevojat për të komunikuar me mjekët nga ana e prindërve lidhur kjo mendjekjen e kujdesshme pasi vetëm kështu eliminohen apo paksohen mundësitë e ndërlikimeve. Nga ana tjetër faktor i rëndësishëm që gjithashtu nuk duhet neglizhuar është edhe gjëndja social kulturore apo edhe arsimore e familjarëvetë këtyre fëmijëve. Sa më larg nga qendra e trajtimit të këtyre fëmijëve aq më të shpeshta mangësitë e trajtimit, si edhe recidivat pas përfundimit të trajtimit.

Grafiku 5.8 Shpërndarja sipas vendbanimit



5.7 Koha e fillimit të trajtimit

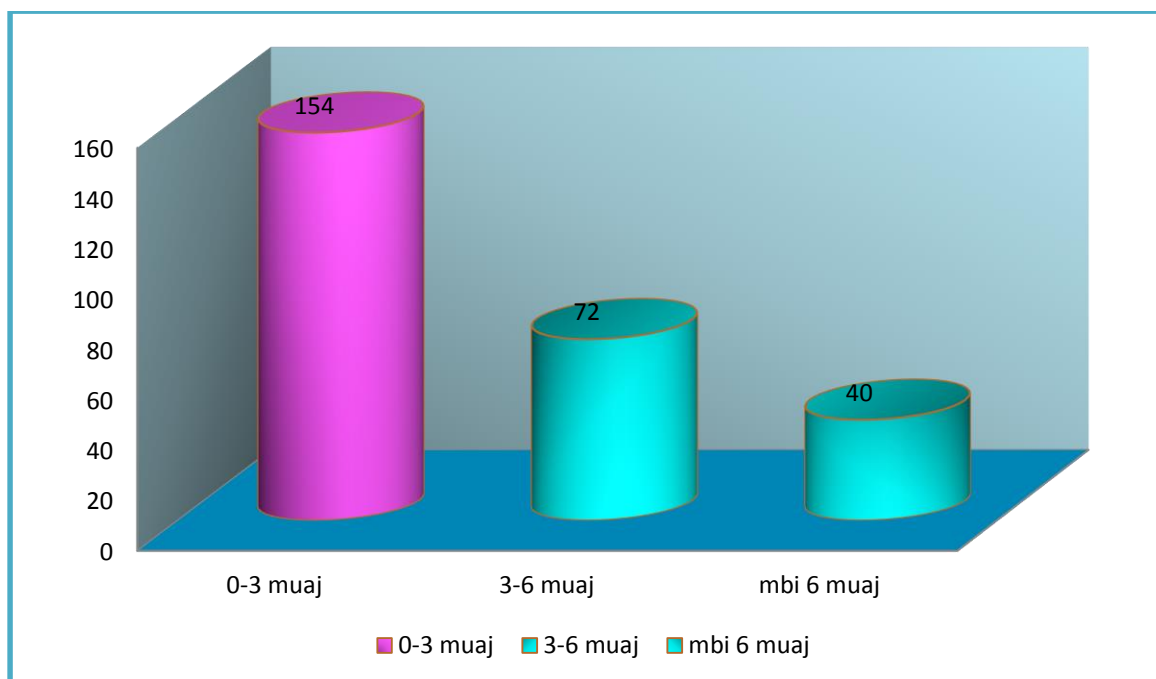
Është me vend të përdorim shprehjen e Jahss ne librin e tij ” **Disorders of the foot**”, i cili në faqen 242 shkruan “ *The initial treatment of clubfoot begins in the nursey and is conservative.*”

Qëllim i trajtimit konservativ të kësaj anomalie është që nëpërmjet redresimeve manuale të realizuara sipas nje programi të paracaktuar të arrijme një korreksion në drejtim të akomodimit normal të skeletit të këmbës, të korrigjojmë kontrakturat e strukturave të buta të saj, të krijojmë një këmbë të manovrueshme dhe të pranueshme nga ana kozmetike. Diagnostikimi i anomalisë nuk është e vështirë të bëhet pasi një pes-equinovarus, njihet shume lehtë nga të gjithë. Vetë deformimi tërheq vëmendjen e prindërve të cilët kërkojnë ndihmë tek mjeku i përgjithshëm, pediatri, infermieri i komunës, apo fshatit etj. Nga ana tjetër duhet të theksojmë se diagnostikimi i anomalisë duhet të bëhet menjëherë pas lindjes së bebit të vogël që në maternitet, konsultoren e fëmijëve apo edhe nga momenti i fillimit të mjekimit ka rëndësi shumë të madhe në rezultatin përfundimtar të trajtimit të pes-equinovarus-it.

Tabela 5.6 Koha e fillimi të trajtimit

Mosha e fillimit të trajtimit	Frekuenca	Përqindja
0-3 muaj	154	57.9 %
3-6 muaj	72	27.1 %
mbi 6 muaj	40	15 %

Grafiku 5.9 Shpërndarja e rasteve sipas moshës së fillimit të trajtimit



Në gjetjet tona periudha nga lindja në fillimin e trajtimit shkon nga 8 ditë deri 140 ditë me një mesatare prej 52 ditësh (gati dy muaj), gjë që është një periudhë shumë e gjatë e humbur kot dhe shumë e vlefshme në fillimin e trajtimit të këtij deformimi. Mjekimi i kësaj anomalie lidhet me manipulime graduale të realizuara me butësi dhe përkujdesje të posaçme nga ana e personit që kryen redresimet manuale të këmbës së deformuar tek një fëmijë i porsalindur, me mundësi reale e potenciale të dëmtimeve shtesë sidomos në drejtim të lëkurës shumë delikate të fëmijës ashtu edhe në drejtim të kuptimit intuitiv të shkallës së korigjimit të deformimit equinovarus.

Sikundër shikohet edhe nga kjo tabelë, rreth gjysma e fëmijëve trajtohen pas moshës tre muajshe pas lindjes. Sensibilizimi i strukturave ndihmëse, sikundër janë konsultoret, mjekët e familjes, mjekët pediatër duhet të bëj dhe të ndikojë tek prindërit që trajtimi këtyre fëmijëve të fillojë menjëherë pas lindjes. Afati më optimal i trajtimit është java e parë pas lindjes së fëmijës.

Teknika e përdorur në shërbimin tonë e quajtur metoda Ponseti është trajtimi kryesor për pes-equinovarus-in, pasi është efektive, e logjikshme në realizimin e saj dhe bazuar në të kemi rezultate shumë të mira afatgjata.

Kjo metodë përfshin seanca redresuese të deformimit çdo javë dhe të realizuara nga specialist të kualifikuar për këtë problem.

Ai do të manipulojë këmbë e fëmijësme duart e tij për të ndryshuar gradualisht deformimin dhe kthimin e këmbës në një këmbë normale. Pas redresimeve të buta, do të vendoset gips nga gishtërinjtë deri në kofshën e fëmijës, për të mbajtur këmbën në pozicionin e saj të ri.

Gipsi do të ndryshohet në çdo seancë javore pasuese, dhe këmba e fëmijës do të ndryshohet pak më shumë çdo herë. Mesatarisht, pesë apo gjashtë seanca redresuese japin një imazh parashikues për përfundimin me sukses të trajtimit. Në raste ku deformimi është i theksuar kohëzgjatja e redresimeve do të jetë më e gjatë.

Procedura nuk duhet të dëmtojë fëmijën, pasi ky është një manipulim i butë. Bebet shpesh qajnë, por kjo nuk është për shkak të dhimbjes.

Të gjithë fëmijët me Pev janë trajtuar në Shërbimin e Ortopedisë e Traumatologjisë, në repartin e gipsit sipas një protokollit të përcaktuar i cili është detyruesisht i zbatueshëm.

Ky protokoll përmban të gjitha rregullat dhe momentet e trajtimit të fëmijëve me këtë deformim.

5.7.1 Rradha e korrigjimit të elementëve të pes-equinovarusit

Korrigjimi i deformimit konsiston në manipulime e redresime graduale të kujdesshme të elementëve përbërës të këtij deformimi sipas një rradhe të paracaktuar.

Gjatë manipulimeve redresuese dhe aplikimeve të gipsit, nuk ka nevojë për përdorimin e anestezisë. Në tre muajt e parë korrigjohen elementët përbërës të anomalisë sipas rradhës së më poshtëme;

Fig.5.2 Pamje e përgjithshme nga momenti i fillimit të korrigjimit të një deformimi equinovarus të këmbës



- ▶ **Korrigjohet pozicioni në adduksion i pjesës së përparme të këmbës**
- ▶ **Korrigjohet pozicioni në supinacion i trinës së këmbës**
- ▶ **Korrigjohet pozicioni në varus i thembrës.**

Sikundër e kemi theksuar edhe më sipër të gjithë këta elementë që përbëjnë deformimin e pes-equinovarusit korrigjohen me redresime të vazhdueshme, graduale dhe të përsëritura çdo 7-14 ditë. Komponenti equinus korrigjohet i fundit pasiprishja e rradhës së korrigjimit të elementëve përbërësndikon në instalimin e anomalive të pa korigjueshme më pas sikundër është deformimi **rocker bottom**.

Dorsi fleksioni i kalkaneusit si procedurë e domosdoshme, që do të korigjonte pozicionin equinus, nuk mund të realizohet për aq kohë sa talusi ndodhet irrotulluar

nga brenda dhe në pozicion varus. Ky pozicion korrigohe lehtësisht pasi të jetë korrigjuar adduksioni, gjë që do të sjellë edhe përmirësimin e këndit talo-kalkanear dhe kalkaneusi do të dorsiflektohet pa shkaktuar këtë deformim apo ndërlikim të pa korrigjueshëm më pas.

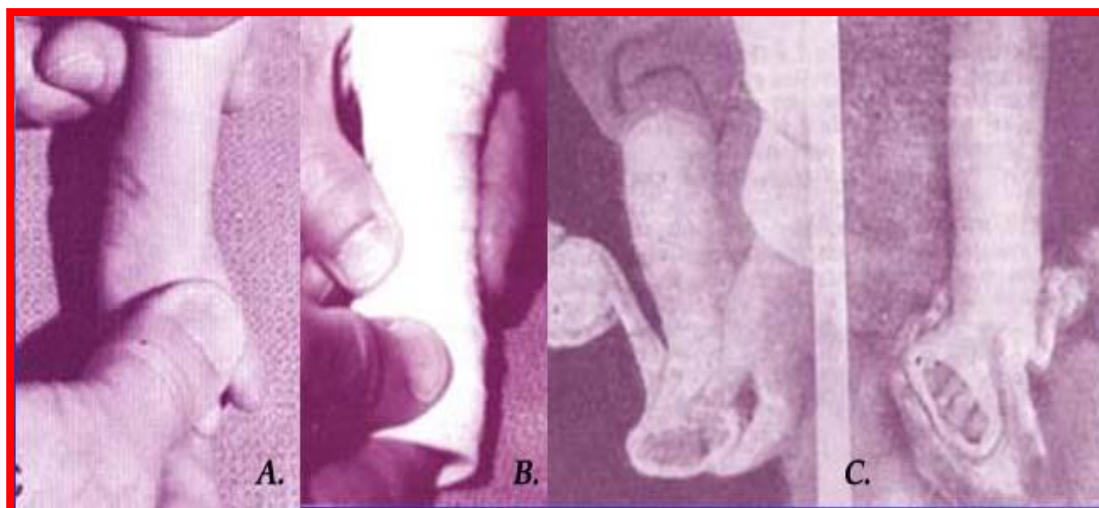
Pra sikundër shikohet ndjekja e rradhës së korrigjimit të elementëve përbërës të deformimit pes-equinvarus është e domosdoshme të bëhet detyruesisht sipas protokollit të mësipërm jo vetëm për të arritur një rezultat shumë të mirë ose të mirë si edhe për të parandaluar këtë ndërlikim.

Aplikimi i gipsit realizohet pasi aplikohen disa manipulime tendosëse (stretching) të indeve të buta nga ana e pjesës mediale të këmbës, pasi aplikohen këto manipulime, madje duke e mbajtur të tendosur këmbën. Është një veprim i domosdoshëm dhe pjesë përbërëse e trajtimit konservativ . Ky veprim bëhet përpara aplikimit të gipsit. Qëllimi i këtij manipulimi është të zbusë kontrakturat e strukturave të buta, sidomos të atyre që ndodhen në anën mediale të këmbës.

5.7.2 Metodika e aplikimeve lokale gjatë redresimeve manuale

Çdo manipulim i rradhës duhet të korrigojë gjithnjë e më shumë kontrakturën nëvarus të këmbës. Është e domosdoshme që gjatë korrigeve të kësaj anomalie duhet të kihet mirë parasysh anatomia e këmbës në të gjithë përbërësit e saj kocka, struktura e buta, ligamente muskuj kapsula artikulare etj. Teknika e korrigjimit dhe e imobilizimit në gips realizohet sipas skemës. Korrigjimi i adduksionit dhe supinacionit, vazhdohet me korrigjimin e pozicionit varus dhe kavus, e së fundi të pozicionit equinus. Të gjitha këto faza realizohen duke redresuar gradualisht deformimin pes-equinvarus në intervale të rregullta çdo 7-14 ditë në vartësi të rigiditetit të kontrakturave të indeve të buta. Vendosja e gipsit bëhet sipas një mënyrë llogjike që edhe mbështjellja me fashot e gipsit të ndihmojnë në mbajtjen e pozicionit anatomik pas korrigjimit të rradhës së deformimit. Ana e rrotullimit të gipsit duhet të bëhet sipas drejtimit që vetë rrotullimi i fashos të jetë faktor që kundërshton deformimin në supinacion të këmbës.

Fig.5.3 Manipulimet dhe redresimet korrigjuese të këmbës fillohen me manipulime zgjatëse tendosësëe të anës mediale të këmbës(fig A, me aplikimin e një shtrese pambuku (fig B) dhe së fundi me vendosjen e gipsit(fig .C)



Në figurën C ky moment konkretizohet pasi tekniku i gipsit pasi e vendos këtë të fundit e bllokun supinacionin me dorën përkatëse bllokun dhe ushtron forcë në anën mediale të këmbës dhe pengon rrotullimin e kalkaneusit me dorën tjetër. Këto redresime në serinë tonë të studimit janë aplikuar për shumicën dërmuese të rasteve deri 12-14 javë. Ky pozicion mbahet deri sa të ngrijë gipsi gjë që ka kuptimin që edhe këmba mbahet e fiksuar në pozicionin e duhur. Pasi vendoset gipsi, akoma pa u mpiksuar ky i fundit, modelohet me kujdes rreth proeminencave të këmbës apo edhe të kofiguracioneve të saj. Në figurat e më poshtëme, në mënyrë të përmblodhur kemi paraqitur disa momente lidhur me nivelin e redresimit, si dhe numrin e tij lidhur me korrigjimin e deformimit.

5.7.3 Montazhe me pamje gjatë redresimit

Lidhur me këtë moment pra të redresimit dhe të imobilizimit në gips, të gjithë mendojnë se redresimi duhet bërë me butësi por në mënyrë të qëndrueshme, pa dhimbje por gjithnjë në progresivite, drejt eliminimit të plotë të kontrakturës. Gjatë kohës së redresimeve dhe imobilizimeve në gips është detyrë e manipuluesit që të

vrojtojë për ndryshime në qarkullimin e gjakut në këmbë, gjë që manifestohet me zbehje apo instalimin e cianozës në këmbën e imobilizuar në gips.

Fig 5.4 Foto të një femije në fillimet e redresimeve. Pamja a përpara fillimit të redresimit, pamja b pas vendosjes së 7 ditëve të fillimit të redresimeve.



Në rast se ndeshen këto ndërlikime masat janë urgjente dhe të menjëhershme, në kuptimin e lirimit të gipsi e të gjithë bandazheve të cilat mund të shtrengojnë këmbën. Edhe gjatë kohës së qëndrimit në shtëpi nga ana e prindërve duhet të tregohet kujdes i madh për gipsin dhe në çdo moment duhet të jenë vigjilentë për ndërlikimet e mundshme. Në shtëpi këmba e imobilizuar në gips të mos mbeshtillet me pelena, por të jetë gjithnjë e dukshme dhe të mbahet e ngritur me lart se trupi duke e vendosur në një jastëk. Të gjitha manipulimet redresuese bëhen butë, pa dhimbje, pa shkaktruar lëndime tek fëmijët, madje këta të fundit është e këshillueshme që të manipulohet ndërkohë që fëmija pi qumësht. Të gjitha redresimet janë progresive dhe vendosja e gipsit ka si qëllim të mbajë redresimin e arritur fillimisht me dorën e teknikut të gipsit.

Fig.5.5 Pamje e këmbës së fëmijës pas etapës së dytë të redresimit



Me vazhdimin e redresimeve në intervale të caktuara kohorë të cilat janë protokoll i detyrueshëm në trajtimin e këtyre fëmijëve përpara fillimit të redresimeve të dyta, të treat, e në vazhdim, këmba e fëmijës duhet të pastrohet nga desquamacionet e lëkurës si edhe të pastrohet me kujdes të mundëshëm. Etapat e redresimeve duhet të realizohen me kujdes edhe në kënd vështrimin e konstatimeve të nekrozave të lëkurës, apo edhe tëndonjë ndërlikimi tjetër. Gjatë këtyre periudhave nëtrajtimin e këtyre fëmijëve nuk kemi hasur ndonjë ndërlikim të kësaj natyre veç indeve desquamative nga imobilizimi prej dy javësh. Në figurën 4.4 është evidente se korrigjimi i redresimeve është realizuar me sukses sidomos të eliminimit të adduksionit. Madje dallohet mirë edhe shkalla e këtij korrigjimi, pasi në këmbë të ndryshmeshkalla e gravitetit të patologjisë ka qënë e ndryshme, djathtas formë e rëndë dhe majtas formë e mesme. Pasi korigjohen elementet si adduksioni, supinacioni, varusi dhe elementi kavus, bëhet prerja e tendinit të Akilit me një incizion të vogël mbi thembrën e këmbës, duke qënë fëmija nën anestezi generale. Pas akilotomisë, këmba imobilizohet në gips për tre javë të tjera.

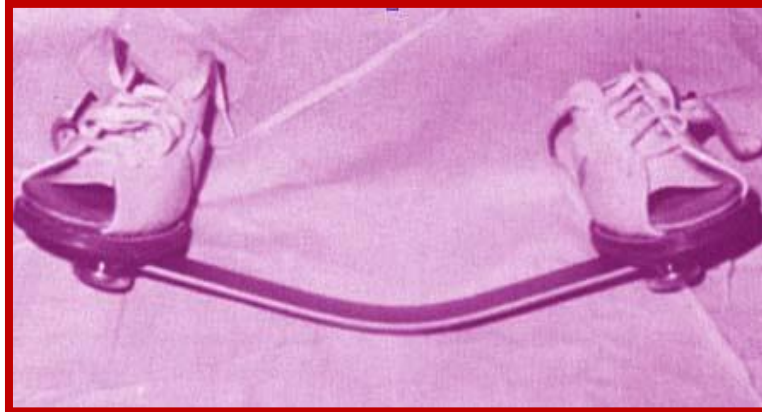
Fig.5.6 Prerja e tendinit të Achilit, pamja a dhe vendosja e gipsit pas korigjimit të equinusit) si moment i korigjimit përfundimisht i të gjithë elementëve të deformimit pes-equinovarus



Vlerësimi i momentit për prerjen e tendinit të Achilit ka rëndësi dhe ka kuptim se **“jane korigjuar të gjithë elementet e deformimit equino-varus”**, përveç pozicionit të equinusit, i cili fillon të korigjohet që nga ky moment. Imobilizimi në gips i këmbës pas Akilotomisë bëhet duke e mbajtur këtë të fundit në ortopozicion, që do të thotë në pozicionin anatomik të këmbës.

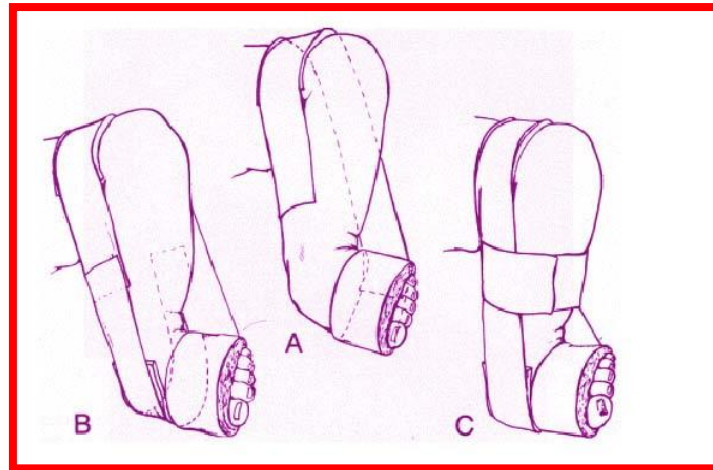
Në këtë periudhë të trajtimit të anomalisë equino-varus nuk ka nevojë të bëhen ndërrime të gipsit, nuk ka nevojë të bëhen redresime të pozicionit fillestar, apo korigjime të tjera të kontrakturave të këmbës. Pas kësaj periudhe, pra pas tre javëve të korigjimit të pozicionit equinus mjekimi vazhdohet duke këshilluar familjarët që fëmijës t'i veshin shinat e Denis Braun-it, te cilat mbahen për 3-4 vjet për të parandaluar recidivën (figura 13).

Fig. 5.7 Shinat e Denis-Braun te cilat perdoren naten pas perfundimit te mjekimit per te penguar zhvillimin e recidivave.



Një mënyrë tjetër e suksesshme në vazhdimin e mjekimit konservativ është edhe bandazhimi i këmbëve sipas mënyrës që paraqitet në figurën 14. Kjo mënyrë vazhdohet në shtëpi nga nënat e fëmijëve të cilët më parë janë trajtuar me redresime manuale. Kjo mënyrë pozicionon dhe mban këmbën në maksimumin e korreksionit të arritur pas përfundimit të mjekimit. Vendosja e bandazheve bëhet sipas rradhës së paraqitur në figurën skematike nr14, nga A-tek C. Bandazhimi fillohet nga pjesa laterale e shputës së këmbës, kalohet në dorsum pedis përsëri në shputën e këmbës e prej andej mbi gju e në anën mediale të kërcirit. Bandazhimet e tjera vendosen sipas skemës së paraqitur. Vendosja e këtyre bandazheve, përdorimi i shinave të Braunit, ose aplikimi i këpucëve të kundërta kanë si qëllim thellimin e pozicionimit anatomik të deformimit tashmë të korrigjuar dhe avancimin e sinergjizmit të strukturave balancuese të këmbës, në mënyrë të veçantë ato të anës laterale të saj. Është e domosdoshme të përdoren metodat e paraqitura më lart për vazhdimin e mjekimit të nisur. Sidomos deri në moshën 7 vjeç kujdesi i prindërve duhet të jetë i madh pasi edhe mundësitë e recidivave në këtë periudhë janë të mëdha.

Fig. 5.8 Aplikimi i bandazheve në këmbët e fëmijës pas korigjimit të deformimit equinovarus



Në serinë tonë studimore ne nuk kemi patur mundësi për një ndjekje në këtë periudhë të vazhdimet të mjekimit. Kjo për shkak të vështirësive që hasin familjarët sidomos ato të zonave të thella rurale për të ndjekur fëmijën në vazhdimësi në planin e mbajtjes së korigjimit të arritur. Për ta është e mjaftueshme që këmbët e deformuara u korigjuan. Megjithatë edhe nga konsultimet me literaturën bashkohore rekomandojmë këtë mjekim si të domosdoshëm për suksesin dhe rezultatet pozitive afat gjata.

KAPITULLI VI

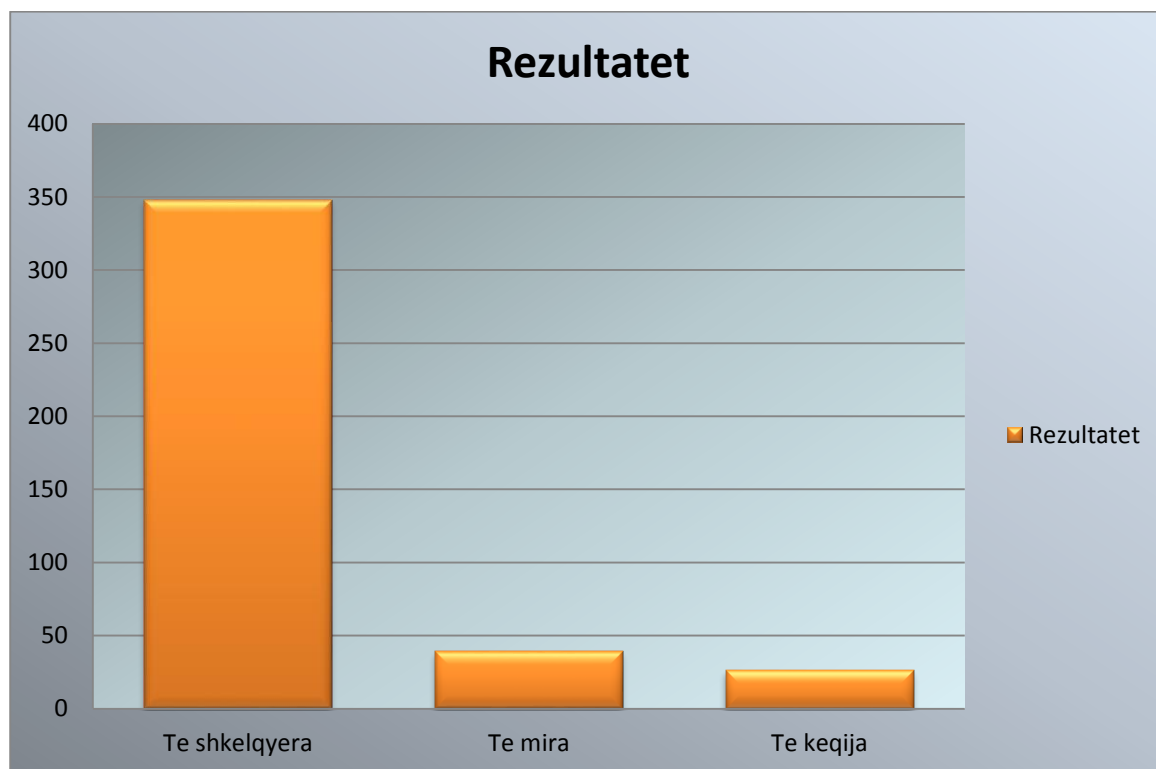
DISKUTIME

I gjithë mjekimi konservativ i kësaj anomalie zgjat për rreth 3 vjet. Korigjimi është gjithnjë i mundur, sigurisht duke respektuar të gjitha etapat e mjekimit sidomos përsa i përket gradualitetit të redresimit të deformimit dhe rradhës së punës sikundër e kemi përshkruar më sipër. Në serinë tone prej **266** fëmijësh ose prej **413** këmbësh me pes-equinovarus të trajtuara konservativisht nëpërmjet redresimeve graduale dhe imobilizimit në gips kemi arritur rezultate inkurajuese, madje më shumë se kaq, të kësaj anomalie kongenitale. Vështirësitë gjatë trajtimit kanë qënë të shumta, sidomos tek fëmijët e zonave rurale, ku kujdesi i prindërve lë për të dëshiruar sidomos në kuptimin e rrëshqitjeve të gipsit, pra në ndërprerjen e mbajtjes së redresimit të arritur. Të gjitha rezultatet e arritura jepen në tabelën e më poshtme.

Tabela 6.1 Rezultatet e arritura nga trajtimi

Rezultatet e arritura nga trajtimi	Frekuenca	Përqindje
Shkelqyer	384	93 %
Mirë	21	5.1%
Keq	8	2%
Gjithsej	413	100 %

Tabela 6.1 Rezultatet e trajtimit te pes-equinovarusit nga viti 2006-2012



Kemi konsideruar **rezultate të shkëlqyera** të gjitha ato këmbë të cilat janë korrigjuar në të gjithë komponentët e pes-equinovarusit, nuk kanë bërë recidiva në ndjekjen e afërt pas trajtimit dhe janë në survejim së paku deri në moshën 7 vjeçare.

Sikundër e tregon edhe tabela më lart, **rezultatet e shkëlqyera** janë në shifrat prej **384 këmbëve ose 93.0%**. Janë rezultate inkurajuese dhe justifikojnë atë kujdes infermieror dhe të prindërve në trajtimin e kësaj anomalie deformante invalidizuese dhe të shëmtuar.

Fig. 6.1 Këmbët e një fëmije me pes-equinovarus bilateralis trajtuar me mënyrën konservative dhe vlerësuar shkëlqyeshëm. Të gjithë elementet e pes-equinovarusit janë të korrigjuara. strukturat e buta kanë elasticitetin e duhur.



Në rezultatet **mire janë 39 këmbë ose 9,4%** të të gjithë serisë së marrë në studim ndërsa rezultate**keq janë 26 këmbë ose 6.3 %**

Të vetmin moment të rëndësishëm që duam të theksojmë lidhur me rezultatet është kujdesi gjatë redersimit të elementëve të deformimit të pes-equinovarusit, pa i tejkaluar si etapa dhe së fundi realizimin e akilotomisë konformë teknikës madje edhe me kapsulotomi posteriore të artikulacionit talo-krural. Kjo procedurë është e domosdoshme të realizohet për të korrigjuar pozicionin equinus të këmbës

6.1 Mbetjet residual të trajtimit të pes-equinovarusit .

Ndonëse nuk është pjesë përbërëse e temës për të cilën diskutuam, por në mënyrë të përmbledhur do të përmend disa momente të mbeturinave reziduale të trajtimit konservativ dhe rrugët e zgjidhjes së tyre. Shpesh herë gjatë trajtimit konservativ të kësaj anomalie, ndonëse me sy këmba duket plotësisht e korrigjuar pozicionimi i kockave të saja në radiografi është jo normal. Shumë autorë kanë shkruar për këtë problem dhe e konsiderojnë si vështirësi teknike gjatë momenteve të redersimit të këmbës. Metatarsus adduktus, pes-planus, pes valgus pes-adduktus, janë mbeturina të trajtimit konservativ ose elemente të pa diagnostikuar më parë dhe evidentohen gjatë rritjes së fëmijës. Të gjithë këto elemente dallohen pasi fëmija fillon të ecë dhe me rritjen e tij evidentimi i tyre bëhet më shumë. Të gjitha këto mbeturina lidhen me trajtimin jo korrekt të elementëve adduksion, supinacioni i trinës apo pozicionimi në varus i thembrës.

Fig.6.2 Mbeturina reziduale të formës adduktus dhe equinus të deformimit pes-equinovarus pas trajtimit konservativ



Përkujdesjet jo adekuate të prindërve janë sidomos rrëshqitjet e hershme të gipsit, nga këmba e fëmijës. Trajtimi plotësues i mëtejshëm i këtij deformacioni në drejtim të mbajtjes së shinave Denis Braun, të këpucëve të kundërta gjithashtu ndikojnë negativisht në instalimin e deformimeve residuale. Në rezultatet e këqija janë përfshirë edhe ndërlikimet gjatë trajtimit të kësaj anomalie sikundër janë ulçeracionet e lëkurës. Këto ndërlikime janë ndeshur në këtë seri në shifrat prej 6 rastesh ose 1.4 % e të gjithë këmbëve të ndërlikuara (ose 23 % e 26 këmbëve me rezultate të këqija).

Gjatë trajtimit të elementëve përbërës të anomalisë equinovarusështë e rëndësishme të theksojmë faktin se etapat e korrigjimit të këtij deformacioni duhet të respektohen gjatë gjithë kohës së korrigjimit dhe redresimeve. Tejkalimi i këtyre etapave, mos korrigjimi i tyre korrekt do të sjellë sirtuata të favorshme dhe permanente të kontrakturave me pasojë thellimin e tyre dhe theksimin e këtyre kontrakturave. Trajtimi elementeve residualë është kirurgjikal dhe në mënyrë të përmbledhur konsiston në korrigjimin e elementeve nëpërmjet zgjatjes së strukturave të buta të kundërndodhura medeformimin, pozicionimin e ri të kockave të deformatuara edhe të larguara nga pozicioni i tyre anatomik normal [78]. etj.

KAPITULLI VII

K O N K L U Z I O N E

Pes-equinovarusi si një anomali kongenitale e instaluar në këmben e fetusit dhe e dukshme menjëherë pas lindjes, është pasojë sipas mendimit të shumë autorëve, e presionit mekanik të mureve që shtypin fetusin i cili ndodhet në një ambient uterin me pak likid amniotik ose pasojë e ndryshimeve gjenetike në plazmën gjerminative që sjell ndërprerjen e zhvillimit normal të këmbës në muajt e parë të barrës. Pavarësisht nga mendimet e ndryshme të origjinës se tij pes equinoivarus-i mjekohet madje me rezultatet të shkëlqyera e pa asnjë pasojë tek femija që e vuan atë.

1-Pes-equinovarusi i konvertuar në fjalë të tjera nënkupton prishjen e marrëdhënieve të të gjitha kockave të tarseve të këmbës por sidomos në bashkimin talo-kalkaneo-navikular, madje lidhur me këtë është quajtur edhe luksacion kongenital i nyjes talo-kalkaneo –navikulare [79]. Të gjitha ndryshimet e tjera që ndodhin në stukturat e buta, kapsulare, ligamentare, muskulare apo edhe kockore etj janë pasojë e kësaj anomalie. Këto elemente që adaptohen në varësi të shkallës së deformimit lidhen me ndryshimet në stukturat e buta periartikulare.

Ndonëse nga ana e deformimit stukturat janë të shkurtuara e në kontraktura, nga ana e kundërt e deformimit stukturat janë të lira e pa tonus si ato muskulare, gjë që manifestohet me hipotrofinë apo atrofinë e tyre ashtu edhe elementet ligamentare e kapsulare janë atonike e të lirë.

2- Fillimi i mjekimit konservativ në nivelin infermieristik i kësaj anomalie duhet të fillohet sa më shpejt. Ky trajtim këshillohet të bëhet që në ditët e para pas lindjes së femijes. Lidhur me këtë postulat është e domosdoshme diagnostikimi i hershëm i tij, i cili nuk është i vështirë [80].

Patologjia është e evidente, madje shpesh herë janë prindërit që drejtohen vetë tek personeli shëndetësor për të kërkuar ndihmë.

3-Korrigjimi i deformimit bëhet nëpërmjet redresimeve manuale të të gjithë elementeve përbërës të këtij shtrembërimi të këmbës. Rradha e punës është stereotipe

dhe e përcaktuar saktë [81]. Kjo rradhë duhet të respektohet rigorozisht. Të gjithë përbërësit e pes-equinovarus-it duhet të eliminohen me rradhë. Elementet si adduksioni, supinacioni, inversioni, kavusi dhe së fundi equinusi korrigojnë të gjithë njëri pas tjetrit pa ndryshuar asnjëherë rradhën e korrigjimit të deformimit. Kjo jo për forcë zakoni por sepse korrigjimet sipas kësaj mënyrë plotësojnë njëri tjetrin dhe eliminojnë mundësitë e recidivave [82].

4-Imobilizimet në gips si procedura infermieristike bëhen pas çdo redresimi duke e modeluar këtë të fundit në mënyrë artistike rreth këmbës së deformuar, duke respektuar të gjitha formacionet anatomike, por pa e dëmtuar këmbën e brishtë të fëmijës. Imobilizimet në gips kanë kohë-zgjatjeje standarte, të përcaktuar për çdo element përbërës të deformimit.

5-Korrigjimi kurorëzohet me prerjen e tendinit të akilit si faza e fundit e redresimeve të pes-equinovarus-it dhe më pas imobilizimin në gips për një kohë prej tre javësh [83].

6-Trajtimi i mëtejshëm vazhdohet me përdorimin e shinave të Denis-Braun, apo të bandazheve speciale që e fiksojnë këmbën në pozicion supinacioni të theksuar dhe mbahen kështu për një periudhë kohe të caktuar për të parandaluar recidivat.

7-Trajtimi konservativ i pes-equinovarusit ka përparësi ndaj trajtimit kirurgjikal. Është me rezultate të shkëlqyera e nga ana tjetër realizohet shumë mirë edhe në nivelin infermieror. Këta të fundit gëzojnë një bagazh dijesh teorike të mjaftueshme për organizimin e mjekimit të këtij deformacioni.

8-Parimi i gradualitetit të redresimeve të elementeve përbërës të anomalisë equinovarus, parimi i xhentesës në kryerjen e këtyre manipulimeve dhe imobilizimeve në gips të qëndrueshëm janë elemente të cilët infermierët e lartë mund t'i zotërojnë fare mirë [84].

9-Elementi kosto në trajtimin konservativ është i papërfillshëm e nga ana tjetër kujtojmë edhe përfitimin që kanë këta fëmijë nga shteti, i cili në një vit arrin deri 500 euro.

KAPITULLI VIII

REKOMANDIME

1. Mjekimi konservativ sipas metodës Ponseti është një trajtim tepër si suksesshëm.
2. Diagnostikimi i hershëm dhe fillimi i hershëm i mjekimit konservativ është çelësi i suksesit të trajtimit në nivelin infermieristik të kësaj anomalie kongenitale.
3. I gjithë personeli mami në maternitete, në konsultore, infermierët nëpër lagje apo spitale duhet të propogandojnë diagnostikimin e kësaj anomalie dhe fillimin e hershëm të trajtimit konservativ të saj. Sa më i vogël fëmija aq më të korrektueshme janë strukturat e buta, të cilat kanë fiksuar këmbën në këtë deformim të shëmtuar dhe invalidizues.
4. Vazhdimi i përkujdesjeve të prindërve pas përfundimit të trajtimit është i domosdoshëm deri në moshën 7 vjeç.
5. Gjej rastin dhe tërheq vëmendjen e kujdesit infermieror tek fëmijët e vegjël në kuptimin e depistimit dhe diagnostikimit edhe të anomalive të tjera kongenitale sikundër është luksacioni kongenital kokso femoral, skoliozat idiopatike si edhe të shumë anomalive të tjera kongenitale, pasi kështu parandalohet zhvillimi i mëtejshëm i tyre e nga ana tjetër kanë mjekim më pak të kushtueshëm dhe me më shumë rezultat.

KAPITULLI IX

BIBLIOGRAFIA

1. Arsson J. E bp.: Deformity and disability from treated foot. J. Ped. Oprth. 10.109.1990
2. Bleck. E.E.: Metatarsus adductus; classification and treatment. J. Ped. Oprth. 3.2.1983
3. Boga P. e bp.: Semundjet kirurgjikale, Botimi Fakultetit të mjeksisë .1973 faqe 497.
4. Carroll, N.C.: Congenital clubfoot, pathanatomy and treatment. Instr. Course 1987
5. Dillwyn-Evans D.: Repalsed clubfoot. J. Bone and Joint Surg. 43-b, 1987
6. Dwyer F.C.: The present status of the problem of pes cavus. Clin Orthop. 106, 254, 1975
7. Gomez, V.R.: Clubfeet in congenital annular constricting band. Clin Orthop, 155, 1996
8. Irani, R.N. e bp.: The pathological anatomy of clubfoot. J. Bone and Joint Surg. 0. 1963
9. Jahss, M.: Disorders of the foot. E.B. Saunders Company Toronto 1982, faqe 192
10. Lovell, W.W.: Treatment of congenital talipes equinovarus. Clin Orthop. 70, 79, 1970
11. Pirani S., Outbridge e bp.: A method of evaluating the virgin club-foot with substantial inter-observer reliability. PONSAs meeting Miami Florida 1955
12. Ponseti M.: Congenital club foot. Fundamentals of treatment. Oxford England 1966.
13. Ponseti M.: Club-foot management. Pediatric Journal New York 2000.
14. Strach E.H.: Club foot through centuries. Progress in Pediatric surgery. 1986 Clin Orth.
15. Mazniku I.: Ortopedia dhe traumatologjia për studentet e Fakultetit të infermierisë 2005
16. Hipokrates. Translation by Jones WHS. The Loeb classical Library, Cambridge. MA University Press, 1948.

17. Wynne-Davies R. Families studies and the cause of congenital clubfoot, talipes equinovarus, talipes calcaneovalgus and metatarsus varus. JBJS Br. 1964;46:445-463
18. Carter CD Genetics of Common disorders. Br. Med. Bull. 1969; 25:52
19. Dobs et al. Factors Predictive of outcome after use of Ponseti method for the treatment of idiopathic clubfeet. JBJS Am 2004.; 86-A:22-27
20. Thacker MM et al. Use of the foot abduction orthosis following Ponseti casts: Is it essential? J. Ped. Orthop. 2005;25:225-8
21. Haft GF et al. Early clubfoot recurrence after the use of Ponseti method in the New Zealand population. JBJS (Am) 2007;89-A:487-93
22. Barker S, Chesney D, Miedzybrodzka Z, Maffuli N: Genetics and epidemiology of idiopathic talipes equinovarus. J. Pediat. Orthop. 2003, 23: 265-272.
23. Bensahel H, Guillaume A, Czukonyi Z, Desgrippes Y: Results of physical therapy for idiopathic clubfoot: A long term follow-up study. J. Pediatric Orthop. 21. 137- 141 1990.
24. Boga P. Disa probleme te trajtimit te Luksacionit Koksofemoral Kongenital dhe Pes Equinovarus ne vendin tonë. Punime Kirurgjikale 1977 f. 117-123.
25. Cartlidge IL: Clubfoot in the Polynesians: an epidemiological survey. N Z Med J. 1983; 96:515-517
26. Cooper DM, Dietz FR: Treatment of idiopathic clubfoot. A thirty-year follow-up. J Bone Joint Surg. 1995; 77-A:1477-1489
27. Cummings RJ, Davidson RS, Armstrong PF, Lehman WB: Congenital Clubfoot. Instructional Course Lecture JBJS(A) Volume 84-A Number 2, 2002
28. Delgado MR, Wilson H, Johnston C, Richards S, Karol L: A preliminary report of the use of botulinum toxin A in infants with clubfoot: four case studies. J. Pediatric Orthopaedics 2000; 20; 533-538.
29. Diepstraten AdF M: Congenital clubfoot: How I do it. Acta Orthop. Scand. 1996 67; 312.
30. Dimeglio A: Abstract: Orthopaedic treatment and passive motion machine in clubfoot. Pediatric Orthopaedic Society of North America 2000 Annual Meeting. Rosemont IL. 2000 p. 47
31. Dimeglio A, Bensahel H, Souchet P, Mazeau P, Bonnet F. Classification of Clubfoot, J Pediatric Orthopaedic B 1995; 4: 129
32. Dimeglio A, Bonnet F, Mazeau P, De Rosa V: Orthopaedic treatment and passive motion machine: consequences for the surgical treatment of clubfoot. J. Pediat. Orthop. B. 1996; 5; 173-180

33. Dobbs MB, Rudzky JR, Purcell DB, et al: Factors predictive of outcome after use of the Ponseti method for the treatment of the idiopathic clubfoot. *J Bone Joint Surgery* 2004; 86-A:22-27
34. Guerin M: Division of the tendon Achilles in clubfoot. *Lancet*. 1935; 2:648
35. 14. Herzenberg JE, Radler C, Bor N.: Ponseti versus traditional methods of casting for idiopathic clubfoot. *J. Ped. Orthop.* 2002; 22:517-521
36. Ippolito E, Farsetti P, Caterini R. et al: Long-term comparative results in patients with congenital clubfoot treated with two different protocols. *J Bone Joint Surg.* 2003 85-A: 1286-1294.
37. Ippolito E, Fraracci L, Farsetti P, Di Mario M, Caterini R: The influence of treatment on the pathology of clubfoot: CT study at maturity. *JBJS British* 2004 Volume 86-B Number 4
38. Jaffurs D, Evans CH: The human genome project. Implications for the treatment of musculoskeletal disease. *J. Am Acad. Orthop Surg* 1998; 6:1-14.
39. James LM: Maps of birth defect occurrence in the U.S. Birth defects monitoring program 1970-1987. *Teratology* 1993; 48:551-646.
40. Johnston W, Richards BS: Nonoperative treatment of clubfoot- the French technique. In *Proceedings of Pediatric Orthopaedic of North America Annual meeting 1999: May 15-19 ; Lake Buena Vista Florida* p.25.
41. Kite JH: The treatment of congenital clubfoot. *JAMA* 1932; 99:1156
42. Lovell W, Bailey T, Price CT, Purvis JM: The nonoperative management of the congenital clubfoot. *Orthop. Rev* 1979; 8:113-115
43. Lovell W, Price CT, Meehan PL: The foot, in Lovell W, Winter RB (eds): *Pediatric Orthopaedics*, ed 2 .Philadelphia PA: Lippincott, 1986, pp 895-978
44. Macnicol MF: The management of clubfoot: Issues for debate. *JBJS British* 2003 Volume 85-B, Number 2, 167-170.
45. Morcuende JA, Dolan LA, Dietz FR et al: Radical reduction in the rate of extensive corrective surgery for clubfoot using the Ponseti method. *Pediatrics* 2004; 113:376-380
46. Masse P: Le traitement du pied bot par la methode "fonctionnelle" in *Cahier d'enseignement de la SOFCOT*. Paris, France: Expansion Scientific 1977; 3; 51-56.
47. Noonan KJ, Richards BS: Nonsurgical management of idiopathic clubfoot. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 2003; 11:392 – 402
48. Pirani S, Outbridge H, Moran M, Swawtsky B. A method of evaluating the virgin clubfoot with substantial inter-observer reliability. *POSNA meeting*, Miami, Florida 1995.

49. Ponseti IV (ed): Congenital Clubfoot: Fundamentals of Treatment. Oxford, England: Oxford University Press, 1996
50. Ponseti IV. Common errors in the treatment of congenital clubfoot. *Int. Orthoped.* 1997; 21:137-141.
51. Ponseti IV. Clubfoot Management. Editorial. *Journal of Pediatric Orthopaedic* 2000 20:699-700.
52. Preston ET; Fell TW Jr: Congenital idiopathic club foot. *Clin. Orthop.* 1977; 122:102-109
53. Richards BS 2nd, Johnston CE 2nd, Wilson H: Nonoperative clubfoot treatment comparing the French method to serial below casting. A prospective study. Read at the Annual meeting of Pediatric Orthopedic Society of North America; 2000 May 1-4 Vancouver, British Columbia, Canada.
54. Richards BS 2nd, Johnston CE 2nd, Faulks S. et al: Prospective study for clubfeet. Comparing the Ponseti and the French physical therapy methods. Presented at POSNA Annual meeting, April 2004, St. Louis, Mo.
55. Strach EH: Clubfoot through the centuries. *Progress in Pediatric Surgery* 1986; 20: 215-237.
56. Williams JJ, Shapiro J, Kahn A, Panozzo S: Abstract. Treatment outcomes and cost analysis of using the French taping technique for severe clubfeet. *Pediatric Orthopaedic Society of North America 2001 Annual Meeting.* Rosemont IL. 2001, p 54.
57. Withington ET, translator. *Hippocrates, Volume III*, Loeb Classical Library, London Heinemann; 1927
58. Wynne-Davis R. Aetiology and interrelationship of some common skeletal deformities (talipes equinovarus and calcaneovalgus, metatarsus varus, congenital dislocation of the hip and infantile idiopathic scoliosis). *J. Med Genet.* 1982 :19: 321-328.
59. Cowell HR, Wein BK. Current concepts in review: genetic aspects of clubfoot. *J Bone Joint Surg (Am)* 1980; 62: 1381
60. Danielsson LG. Incidence of congenital clubfoot in Sweden: 128 cases in 138 000 infants, 1946-1990, in Malmö. *Acta Orthop Scand* 1992; 63: 424
61. Kuhlmann RF. A clinical evaluation of operative procedures for congenital talipes equinovarus. *Clin Orthop* 1972; 84:88
62. Harrold AJ, Walker CJ. Treatment and prognosis in congenital clubfoot. *J Bone Joint Surg (Br)* 1983; 65-B: 8-11
63. Ponseti IV, R. Cummings RJ, Davidson RS, Armstrong PF, Lehman WB (2002) The Ponseti Technique for Correction of Congenital Clubfoot *J. Bone Joint Surg. Am.*, 84: 1889 – 1891

64. Laaveg SJ, Ponseti IV. Long-term results of treatment of congenital clubfoot. *J Bone Joint Surg* 1980; 62-A: 23-31.
65. Ponseti IV. Treatment of congenital clubfoot. *J. Bone Joint Surg. Am* 1992; 74: 448 – 454.
66. Bensahel H, Jahanno P, Delaby JP, Themar-Noel C. Conservative treatment of clubfoot: the functional method and its long-term follow-up. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica* 2006; 40: 181-186 (in Turkish).
67. Souchet P, Bensahel H, Themar-Noel C, Pennecot G, Csukonyi Z. Functional treatment of clubfoot: a new series of 350 idiopathic clubfeet with long-term follow-up. *J Paediatr Orthop B* 2004; 13: 189-196
68. Hutchins P, Foster BK, Paterson DC, Cole EA. Long-term results of early surgical release in clubfeet. *J Bone Joint Surg* 1985; 67-B: 791-799.
69. Bensahel H, Csukonyi Z, Desgrippes Y, Chaumien JP. Surgery in residual clubfoot: one-stage medioposterior release “a la carte”. *J Paediatr Orthop* 1987; 7: 145-148.
70. Dobbs MB, Nunley R, Schoenecker PL. Long-term follow-up of patients with clubfeet treated with extensive soft-tissue release. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88: 986-996.
71. Ippolito E, Farsetti P, Caterini R, Tudisco C. Long-term comparative results in patients with clubfoot treated with two different protocols. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85: 1286-1294.
72. Copper DM, Dietz FR. Treatment of idiopathic clubfoot. A thirty year follow-up note. *J Bone Joint Surg Am* 1995; 77: 1477-1489.
73. Hutchins P, Foster BK, Paterson DC, Cole EA. Long-term results of early surgical release in clubfeet. *J Bone Joint Surg* 1985; 67-B: 791-799
74. Wener DR, Rang M. The art and practice of childrens orthopaedics. New York: Raven Press; 1993. pp. 138-165.
75. Herbsfother B, Eckhardt A, Rompe JD, Kullmer K. Significance of radiographic angle measurements in evaluation of congenital clubfoot. *Arch Orthop Trauma Surg* 1998; 117: 324-329.
76. Vitale MG, Choe JC, Vitale MA, Lee FY, Hyman JE, Roye DP Jr. Patient-based outcomes following clubfoot surgery – A 16 year follow-up study. *J Pediatr Orthop* 2005; 25: 533-538.
77. Porat S, Milgrom C, Bentley G. The history of treatment of congenital clubfoot at the Royal Liverpool Childrens Hospital: improvement of results by early extensive posteromedial release. *J Pediatr Orthop* 1984; 4: 331-338.
78. Tarraf Y, Carroll N. Analysis of the components of residual deformity in clubfeet presenting at reoperation. *J Pediatr Orthop* 1992; 12: 207-216.

79. Otremski I, Salama R, Khermosh O, Weintraub S. An analysis of the results of a modified one stage posteromedial release (Turco operation) for the treatment of clubfoot. *J Pediatr Orthop* 1987; 7: 149-151.
80. DeRossa G, Stepro D. Results of posteromedial release for resistant clubfoot. *J Pediatr Orthop* 1986; 6: 590-595
81. Green AD, Lloyd-Roberts GC. The results of early posterior release in clubfeet. *J Bone Joint Surg* 1985; 67B: 588-593.
82. Cummings RJ, Lovell WW. Current Concepts review of operative treatment of congenital idiopathic clubfoot. *J Bone Joint Surg* 1988; 70A: 1108-1112.
83. Simons GW. Complete subtalar release in clubfeet.II. Comparison with less extensive procedures. *J Bone Joint Surg* 1985; 67A: 1056-1065.
84. Ghali NN, Smith RB, Clayden AD, Silk FF. The results of pantalar reduction of congenital talipes equinovarus. *J Bone Joint Surg* 1983; 65B: 1-7.

Abstrakt

Hyrje: Pes-equinovarus congenitalis, apo këmba e lindur e shtrëmbër është emërtimi për një anomali kongenitale, e cila ende në ditët tona mbetet një shqetësim mjaft serioz për prindërit e fëmijë që e vuan. Kjo është një anomali kongenitale e cila konsiston në një shtrembërim të këmbës në pozicion të kthyer nga brenda në shkallë të ndryshme nuk lejon funksionimin normal të saj.

Qëllimi: Paraqitja e rezultateve të studiuara dhe trajtimi konservativ i kësaj patologjie pë periudhën 2006-2012.

Materiali dhe metodika. Ky është një studim retrospektiv i realizuar pranë Shërbimit Universitar Ortopedi-Traumatologji- Tiranë. Ky studim shtrihet nga Janari 2006 deri në Dhjetor 2012. Të dhënat janë kodifikuar dhe analizuar me paketën statistikore SPSS 11.5. Të dhënat janë përkthyer në frekuencë dhe përqindje, është llogaritur mesatarja dhe SD, është përdorur Hi^2 testi për variablet e interesuara, është përdorur t-testi për të krahasuar mesataret dhe si sinjifikancë është marrë vlera e $p < 0.05$.

Rrezultatet: Në studim morën pjesë 266 fëmijë me 413 këmbë nga të cilët 147 fëmijë ishin bilateral. 61.7% meshkuj dhe 38.3% femra. 57.9% filluan trajtimin 0-3 muajsh, 27.1% e filluan 3-6 muajsh dhe 15% e filluan 6-9 muajsh. 78% e fëmijëve me patologji janë të lindur nga lindjet e para. Në bazë të trajtimit konservativ efikasitetit shkon në 93% sukses.

Konkluzione: Fillimi i mjekimit konservativ në nivelin infermieristik i kësaj anomalie duhet të fillohet sa më shpejt pas lindjes. Metoda Ponseti është metoda më superiore ndër metodat konservative.

Fjalë kyç: Pes equinovarus, trajtim konservativ, metoda Ponseti, edukim shëndetësor.

Abstract

Background: Pes Equinovarus is a congenital pathology which is a concern for the parents. This is a congenital anomaly which consists of a distortion pedal in the position of turning inward to varying degrees prevents its normal functioning.

Aim: To present the results and conservative treatment of clubfoot during the periode 2006-2012.

Material and Metod: This is a retrospective study which is conducted in the University Service of Orthopaedic and Traumatology. The period of study is form January 2006 till December 2012. For the analyzing the collected data is used SPSS 11.5. It used Chi- square test, t-test and $p < 0.05$.

Results: In the study participadet 266 children with 413 feet from whom 147 children were bilateral. 61.7% was male and 38.3% female. 57.9 % began treatment 0-3 months after birth, 27.1% 3-6 months after birth and 15% of them began treatment 6-9 months after birth. 93% of patient had excellent results.

Conclusion: Conservative treatment of this pathology should begin as early as possible after birth. The Ponseti method is the best conservative method and should strat immediately after birth.

Key word: Clubfoot, conservative treatmen, Ponseti method, health education.