

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË

TEMA:

**“ASPEKTET EPIDEMIOLOGJIKE TË UROLITIAZËS
NË LUGINËN E PRESHEVËS DHE KOSOVËN LINDORE”**

Disertacion doktorate

Kandidati:

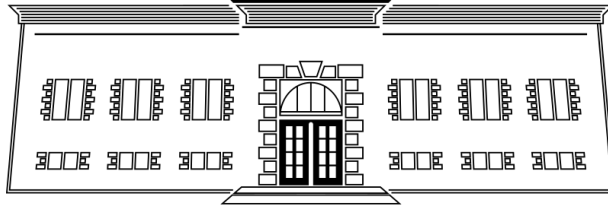
Dr. Avni Fetahu

Udhëheqësi shkencor:

Prof. Ass. Enton Bollano

Tiranë, 2022

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Z. AVNI FETAHU

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: UROLOGJI

**TEMA: “ASPEKTET EPIDEMIOLOGJIKE TË UROLITIAZËS NË
LUGINËN E PRESHEVËS DHE KOSOVËN LINDORE”**

MBROHET NË DATË: 26.09.2022 PARA JURISË:

1. Prof. Edmond Çeliku	Kryetar
2. Prof. Arvin Dibra	Oponent
3. Prof. Mustafa Xhani	Oponent
4. Prof. Alma Idrizi	Anëtar
5. Prof. Elizana Petrela	Anëtar

Falënderoj institucionet shtetërore të Shqipërisë - Ministrinë e Arsimit dhe Fakultetin e Mjekësisë - Tiranë, që na mundësuan studimet e doktoratës për mjekët nga mbarë trojet shqiptare.

Falënderoj mentorin tim, Prof. Ass. Enton Bollanon për këshillat profesionale dhe shkencore që më ndihmuan në realizimin e punimit.

Falënderoj Prof. dr Edmond Çelikun-Shefin e Repartit Kirurgjik si dhe stafin e shërbimit të Urologjisë të QSUT për mikëpritjen dhe përkrahjen morale në realizimin e projektit, po ashtu falënderoj prof. dr. Mustafa Xhanin, shef i Repartit të Urologjisë, i cili me sugjerimet dhe këshillat profesionale më ndihmoi në realizimin e punimit.

Posaçërisht falënderoj gruan time Hatixhen si dhe fëmijët e mi Flaqonin, Florentin, Majlindën dhe Ragmiun të cilët më mbështetën gjatë tërë kohës dhe ishin inspirues për kryerjen e doktoratës.

Një falenderim i veçantë për kolegët dhe edukatorët e mi profesional Prof. dr. Flamur Tartari (tashmë i ndjerë), Prof. dr. Xhemil Bytyqi, Ass. dr. sci. Tunë Pervorfi, Prof. dr. Naser Ramadani, Ass. dr. sci. Isa Haxhiu, Dr. sci. Arbër Neziri si dhe Dr. sci. Xhevdet Çuni të cilët më ndihmuan në realizimin e këtij projekti madhore.

**“Injoranca është mallkim i Zotit,
dituria është krahu me të cilin fluturojmë drejt parajsës.”**

William Shakespeare

PËRMBAJTJA

I. HYRJE	7
Lugina e Preshevës	7
Urolitiza	8
Etimologjia.....	9
Historiku i sëmundjes dhe i shërimit të gurëve në organet urinare në kohet e lashta	9
Urolitiza në Ballkan e posaçërisht në Republikën e Kosovës, Republikën e Shqipërisë dhe Luginën e Preshevës.....	10
1.1. Epidemiologjia.....	12
Shpërndarja gjeografike	12
Konsumimi i ujit	12
Burimet ujore.....	13
1.2. Etiopatogjeneza.....	20
1.3. Llojet e gurëve	21
1.4. Hipotezat mbi urolitiazën.....	28
1.5. Diagnostifikimi i të sëmurëve me gurë në traktin urinar	30
Anamneza.....	30
Analizat laboratorike	30
Ultrasonografia	31
Rentgeni nativ i urotraktit	32
Urografia intravenoze	33
Pyelografia retrograde	35
Scintigrafia dinamike e veshkave	35
Renovazografia (arteriografia renale).....	36

Tomografia e kompjuterizuar	36
Rekomandimi	38
II. QËLLIMI I PUNIMIT	39
III. MATERIALI DHE METODAT	40
IV. REZULTATET E HULUMTIMIT	46
V. DISKUTIMI	68
VI. PËRFUNDIMI	75
VII. REKOMANDIMET	76
VIII. REZYME	77
Materiali dhe metodat	77
Rezultatet	78
Përfundime	78
VIII. RESUME	79
Material & Methods	79
Results	79
Conclusions	80
IX. LITERATURA	81
X. AUTOBIOGRAFIA	86

I. HYRJE

Lugina e Preshevës

Lugina e Preshevës, siç e quajtën amerikanët në vitin 2001, që u përqafua si emërtim nga shqiptarët dhe të huajt, ose Kosova Lindore apo tri komunat në jug të Serbisë (Presheva, Bujanoci dhe Medvegja), shtrihet në rreth 1250 km².

Si popullatë rezidenciale në këtë territor, tashmë të njohur si Lugina e Preshevës, para dy-tri dekadave jetonin rreth 100.000 shqiptarë, të shtrirë në 67 fshatra dhe në tri qendra urbane.

Lugina e Preshevës shtrihet në pjesën verilindore gjeoetnikumit shqiptar dhe është pjesë e pandashme e tij. Shtrirja gjeografike e saj në pjesën qendrore të korridorit më të rëndësishëm natyror të Gadishullit Ballkanik i cili kalon nëpër Luginën e Moravës dhe të Vardarit, i jep asaj vlera të veçanta gjeokomunikative dhe gjeostrategjike. Me një sipërfaqe prej 1249 km², Lugina e Preshevës përfshin në vete komunat e Preshevës, Bujanocit dhe Medvegjës ku jetojnë rreth 110.000 banorë.



Urolitiza

Urolitiza është proces patologjik – sëmundje e cila karakterizohet me formimin e gurëve në sistemin urinar.

Urolitiza është sëmundje tek e cila shkalla e incidencës ka rritje të vazhdueshme.

Llogaritet se 15% e njerëzve gjatë jetës mesatare 75 vjet, formojnë gurë në sistemin urinar, ku nga kjo sëmundje nuk kursehen banorët e asnjë shtrirje gjeografike, grupeve etnike apo edhe moshe.

Klinikisht manifestohet në mes të decenies së tretë dhe gjashtë të jetës.

Urolitiza është sëmundje e proceseve të shumta multifaktoriale e cila përbëhet nga: Faktorëve socio-ekonomik, Faktorëve gjenetik dhe konstitucional.

Etimologjia

Procesi i formimit të gurëve në veshkë në mjekësi quhet **Nefrolitiazë** (lat. - nefrolithiasis).

Meqenëse gurët mund të formohen jo vetëm në veshkë, por edhe në të gjitha pjesët e sistemit urinar është vendosur termi **Urolitiasis** (lat. - urolithiasis).

Historiku i sëmundjes dhe i shërimit të gurëve në organet urinare në kohet e lashta

Urolitiazë është sëmundje ku njerëzimi vuan me mijëra vite dhe ekzistojnë shumë shënime me mijëra vite para erës sonë duke filluar nga Egjiptasit e vjetër, Hindusët dhe Grekët e vjetër.

Gurët në traktin urinar janë gjetur edhe në mumjet El Amrahu në Egjipt 4800 vjet p.e.s.

Gurët mund të paraqiten në të gjitha pjesët e rrugëve urinare: Në kalikset e veshkëve, në parenhim të veshkës në pyelon ose ureter.

Fshikëza urinare si dhe divertikujt e fshikëzës urinare po ashtu janë vende ku mund të paraqiten gurët urinar.

Guri mund të përqëndrohet edhe në uretër por edhe në prostatë. Në praktikën Urologjike infeksionet urinare si dhe sëmundjet e prostatës janë me incidencë më të lartë se sa Litiiza urinare.

Hipokrati në Greqi (460 – 370 p.e. s) e më vonë edhe Celzius dhe Galen në mbretërin e Romës ishin kundër operacioneve në veshkë, sepse e dinën që ato janë mjaft vdekje prurëse.

Një mijë vitë më vonë edhe mjeku i njohur Arab Ibn Sina (Avicena) ishte i mendimit të njëjtë.

Përparimit operativ të veshkës nga gurët mundëson zhvillimi i shpejtë i Urologjisë në tërësi.

Operacionet klasike në veshkë për shkak të gurëve, një kohë ishtë e vetmja mundësi e shërimit të pacientit, por me zhvillimin dhe avancimin e Urologjisë sot operohen vetëm 1-3% e pacientëve me operacione të hapura.

Urologjia llogaritet si dega më e vjetër e kirurgjisë prandaj është me interes të dihet se si kanë menduar dikur mjekët dhe si e kanë trajtuar sëmundjet me gurë në rrugët urinare.

Periudha antike – Në periudhën parahistorike njeriu ka tentuar të luftojë me shumë sëmundje dhe po ashtu me gurët në veshkë dhe rrugët urinare. Vlenë të theksohet se në atë kohë ishte **magjia** trajtimi bazë i sëmundjeve të njerëzimit.

Njeriu antik shfrytëzonte dhëmbët e mprehtë apo gurët e mprehtë për drenazh të abscesëve apo edhe me të njëjtin mjet kryheshin cirkumcisionit.

Periudha e bakrit e më vonë edhe e hekurit shpjen deri të zhvillimi i mjeteve kirurgjike me çka intervenohet dhe bëhen ndërhyrje kirurgjike edhe më të ndërlikuara.

Urolitiazë në Ballkan e posaçërisht në Republikën e Kosovës, Republikën e Shqipërisë dhe Luginën e Preshevës

Në bazë të hulumtimeve mund të konstatohet se urolitiazë në Ballkan ka një incidencë mjaft të lartë me çka tregojnë shënimet nga kohërat e vjetëra para erës sonë, respektivisht në mesjetë e pastaj në shekullin e XIX e deri në ditët e sotme.

Dokumentacioni medicinal arkiv mund të shihet se urolitiazë ishte prezente në Ballkan përgjatë bregdetit Dalmatin, Malit të zi dhe Kosovës, me çka vërtetohet nga arkivi i Dubrovnikut.

Përshkrimi i parë nga arkivi i Dubrovnikut përmendet urolitiaza në vitin 1349 nga ana e kirurgut empirik Mikinus de Presarin (Milqin nga Prizreni).

Në periudhën e më vonshme gjatë Perandorisë Turke dhe deri në fund të shekullit XIX në regjionin e Ballkanit deri tek Azia e vogël pacientët me gurë në fshikëz urinare i kanë trajtuar dhe shëruar, shëruesit nga Shqipëria veriore (Protiq, cit. Ostojiq 1970).

Kirurgët e njohur të cilët janë marrur me problemet e Litotomisë në shekullin e XIX dhe fillimin e shekullit XX ishin: Emin Karanfili, Arif Karanfili, Llukman Naumi dhe të tjerë.

Është me rëndësi të ceket se në fshatin Baul që kishte 100 shtëpi kishte 45 kirurgë – xharrah, që shkonin fshat më fshat dhe bënë litotomin.

Në Plevle ishte i njohur Beqir Aga që bënte nxjerrjen e gurëve nga fshikëza urinare.

1.1. Epidemiologjia

Ekzistojnë shumë faktorë epidemiologjikë të cilët janë të rëndësishëm në gjenezën e urolitiazës. Këto faktorë mund të ndahen në të brendshëm dhe të jashtëm. Faktorët e brendshëm (intrinsic) janë sëmundjet biokimike dhe anatomike e vetive të organizmit, ku aty mund të jenë: sëmundjet trashëguese, mosha dhe gjinia.

Në faktorët e jashtëm (extrinsic) janë ndikimi gjeografik dhe klimatik, ushqimi, konsumimi i lëngjeve, profesioni, mënyra e jetës dhe shprehitë e saj.

Shpërndarja gjeografike

Ndikimi gjeografik përfshin veprimet komplekse të shumë faktorëve si: kushtet klimatike (temperature, lagështia) mënyra e jetesës para se gjithash mënyra e të ushqyerit. Incidencë e lartë është gjetur në SHBA, Britaninë e madhe dhe vendet Skandinave, Evropën qendrore si dhe vendet e mesdheut.

Konsumimi i ujit

Tek urologët ekziston se marrja e lëngjeve në sasi më të mëdha dhe diureza e sforcuar zvogëlon formimin e gurëve në traktin urinar. Rregulla themelore e shërimit të litiazës është marrja e lëngjeve në sasi më të mëdha. Diureza e rritur në të vërtetë do të thotë dilucion i urinës. Por edhe pse në urinën e dilucuar rritet aktiviteti i joneve dhe formimi i kristaleve, por diureza e sforcuar e zvogëlon përmbajtjen e kristaleve në rrugët urinare.

Përdorimi i ujit dhe lëngjeve tjera është edhe çështje e shprehive. Hulumtimet në Izrael kanë treguar që kalkuloza është më e shpeshtë tek emigrantët nga vendet Evropiane sesa tek Izraelitët vendor, për shkak të shprehive në vendet e tyre.

Burimet ujore

Uji përbën një ndër resurset më të rëndësishme të çdo rajoni. Në Kornizën e BE-së mbi ujërat, uji trajtohet si trashëgimi i cili duhet të mbrohet dhe trajtohet si i tillë. Sasia e mjaftueshme e këtij resursi paraqet një parakusht të mirë për zhvillimin e rajonit të caktuar, ndërsa mungesa e tij shpeshherë paraqitet si faktor kufizues për zhvillim.

Lugina e Preshevës nuk disponon me resurse të mjaftueshme të ujërave sipërfaqësore. Lumi Moravica ka prurje të vogël të ujit që sillet prej 80-100 l/sek, kurse degët e saj prej 20-25 l/sek. Më e pasur me resurse ujore sipërfaqësore është fusha e Bujanocit nëpër të cilën rrjedh Morava e Binçit me një prurje prej 10.5 m³/sek.

Sa i përket Luginës së Preshevës rëndësinë më të madhe ekonomike e kanë ujërat nëntokësore të cilat ndodhen në sedimente aluviale të Moravës së Binçit dhe të Moravicës së Preshevës, kurse diçka më pak burimet në gëlqeroret e mermerizuar në viset kodrinore-malore të Karadakut.

Popullsia e qytetit të Preshevës dhe fshatit Çukarkë furnizohet me ujë përmes sistemit të ujësjellësit nga burimet në fshatin Zhunicë të cilat ndodhen në sedimentet pliocen-kuaternare në përbërjen e të cilave marrin pjesë zhavorret dhe rërat që paraqesin kompleksin e shkëmbinjve me ujëlëshueshmëri relativisht të mirë. Në kuadër të këtij kompleksi është formuar horizonti i ujërave nëntokësore me sipërfaqe të lirë. Ushqimi i këtij horizonti bëhet pjesërisht nga rrjedhjet sipërfaqësore dhe pjesërisht nga infiltrimi i reshjeve. Këto burime kanë kapacitet prej 32 l/sek. Prej burimeve tjera janë ai në lokalitetin “Toplik”, “Valevë” dhe “Guri i shpuem” me 10 l/sek, të cilat ndodhen në gëlqerorët e mermerizuara, burimet në fshatin Çukarkë si dhe burimi karstik i Vrellës së Ilincës. Prej burimit të Vrellës së Ilincës me 10 l/sek furnizohet me ujë fshati Rahovicë. Prurjet e përgjithshme të ujërave të kaptuara nga këto burime janë gjithsej 52 l/sek.

Autori i këtij punimi ka bërë analizat biokimike të ujit dhe të metaleve në Institutin Kombëtar të Shëndetësisë Publike në Kosovë. Janë marrë 5 mostra të ujit nga 5 burime të ujit nga e cila rreth 70% e popullatës e shfrytëzojnë këtë ujë të pijshëm. Shih rezultatet:

**QENDRA E LABORATOREVE TESTUESE****RAPORTI I TESTIMIT**

R-5.10-3

IKSHPK

ver. 1.0

faqe 1 nga 1

ANALIZA PERIODIKE FIZIKO- KIMIKE E UJIT NR.3 LUJ -1.2.3

Emri i klientit :Lugina e Preshevës

Adresa e klientit:Zhuricë

Lloji i mostres së testuar:pus

Data dhe koha e pranimit të mostrës:30.04. 2012/12.00

Data e dhe koha e kryerjes së testimit:04.05.12/8.00

Metoda e marrjes së mostrës: ISO 5667-5:2006

REZULTATET E TESTIMIT

Partametrat e testuar	Metoda standarde	Kufijtë e lejuar		Rezultatet e testimit
		Njësia	Vlera	
Temperatura		⁰ C	8-12	23
Era	BS EN 1508:1999		Pa	pa
Ngjyra	ISO 7887:1994	⁰ Co-Pt	10.0-20.0	pa
Shija	BS EN 1508:1999		Pa	pa
Fortësia	ISO 6059:1984	d ⁰ H	30	11.42
Klori i lirë(rezidual)	ISO 7393-1:2000	mg/l	0.2-0.5	0.00
Kloruret	ISO 9297:1989	mg/l	200	34.02
Turbullira	ISO 7027:1999	NTU	1.2-2.4	0.00
Vlera e pH	ISO 10523:2008		6.8-8.5/6.5-9.5	7.45
Mbetja pas avullimit	Gravimetri	mg/l	800-1000	666
Përqeshmëria	ISO 27888:1985	µS/cm	1500	705
Hekuri-Fe	ISO 6333:1986	mg/l	0.3	0.01
Mangani-Mn	ISO 6333:1986	mg/l	0.0 5	0.005
Alumini-Al	SMWW 3500-Al	mg/l	0.2	0.09
Sulfatet-SO ₄ ²⁻	ISO 9280:2000	mg/l	200	89.62
Amoniaku-N-NH ₃	ISO 7150-5:1986	mg/l	0.1	0.01
Nitritet-N-NO ₂ ⁻	ISO 6777:1984	mg/l	0.005	0.001
Nitratet-N-NO ₃ ⁻	ISO 7890-2:1988	mg/l	10	14
Hargjimi KMnO ₄	ISO 8467:1993	mg/l	8-12	2.5
Diksid karboni-CO ₂	SMWW 4500 CO2	mg/l	4900	
Magnezi-Mg	ISO 6059:1984	mg/l	50	68.09
Azoti-N	SMWW 4500-N	mg/l	1.0	Nld
Oksigjeni-O ₂	SMWW 2710-B	mg/l	5	2.9
Fenolet	SMWW 5530-B	mg/l	0.005	0.0
Fosfori-P	ISO 6878:2004	mg/l	1.5	0.13
Fluoruret	SSH 2639-17:1989	mg/l	1.5	013
Cianuret	SMWW 4500-CN	mg/l	0.05	<0.002
Kromi VI-Cr	SMWW 3500-Cr	mg/l	0.05	0.01
Kalciumi-Ca	ISO 6059:1984	mg/l	200	112.0
Bikarbonatet-HCO ₃	SSH 2639-22:1990	mg/l		390.4
Karbonatet-CO ₃	SSH 2639-23:1990	mg/l	/	192.0
Jodi-J	SMWW 4500-J	mg/l	/	<0.05
Bori-B	SMWW 4500-B	mg/l		<0.005

Analisti:

Shefi i Laboratorit:

1.

2.

3. _____



QENDRA E LABORATOREVE TESTUESE

RAPORTI I TESTIMIT

R-5.10-3

IKSHPK

ver. 1.0

faqe 1 nga 1

NR. LUJ -123/

**ANALIZA E METALEVE NE UJERA
LABORATORI ANALITIK INORGANIK**

Emri i klientit: AVNI FETAHU

Adresa e klientit: ZHUMICE

Lloji i mostrës së testuar: UJI nga burimi

Data dhe koha e pranimit të mostrës: 30.04.2012

Data e dhe koha e kryerjes së testimit: 4.05.2012

Metoda e marrjes së mostrës: ISO 5667-5:2000

REZULTATET E TESTIMIT

Partametrat e testuar	Metoda standarde	Kufijtë e lejuar		Rezultatet e testimit
		Njësia	Vlera	
Zinku (Zn)	APHA 3111B	mg/l	3.0	0.028
Bakri (Cu)	APHA 3111B	mg/l	2.0	< 0.019
Kadmiumi (Cd)	APHA 3111B	mg/l	0.005	< 0.0032
Plumbi (Pb)	APHA 3111B	mg/l	0.050	< 0.048
Kobalti (Co)	APHA 3111B	mg/l		< 0.0013
Nikeli (Ni)	APHA 3111B	mg/l	0.001	< 0.0011
Natriumi (Na)	APHA 3111B	mg/l	150	18.53
Kaliumi (K)	APHA 3111B	mg/l	12	0.918

Analisti:

Shefi i Laboratorit:

**QENDRA E LABORATOREVE TESTUESE****RAPORTI I TESTIMIT**

R-5.10-3

IKSHPK

ver. 1.0

faqe 1 nga 1

ANALIZA PERIODIKE FIZIKO- KIMIKE E UJIT NR.4 LUJ -1.2.3

Emri i klientit :Lugina e Preshevës

Adresa e klientit:Ilincë

Lloji i mostres së testuar:pus

Data dhe koha e pranimit të mostrës:30.04. 2012/12.00

Data e dhe koha e kryerjes së testimit:04.05.12/8.00

Metoda e marrjes së mostrës: ISO 5667-5:2006

REZULTATET E TESTIMIT

Partametrat e testuar	Metoda standarde	Kufijtë e lejuar		Rezultatet e testimit
		Njësia	Vlera	
Temperatura		⁰ C	8-12	23
Era	BS EN 1508:1999		Pa	pa
Ngjyra	ISO 7887:1994	⁰ Co-Pt	10.0-20.0	pa
Shija	BS EN 1508:1999		Pa	pa
Fortësia	ISO 6059:1984	d ⁰ H	30	10.75
Klori i lirë(rezidual)	ISO 7393-1:2000	mg/l	0.2-0.5	0.00
Kloruret	ISO 9297:1989	mg/l	200	19.14
Turbullira	ISO 7027:1999	NTU	1.2-2.4	0.00
Vlera e pH	ISO 10523:2008		6.8-8.5/6.5-9.5	7.67
Mbetja pas avullimit	Gravimetri	mg/l	800-1000	422
Përqeshmëria	ISO 27888:1985	µS/cm	1500	597
Hekuri-Fe	ISO 6333:1986	mg/l	0.3	0.02
Mangani-Mn	ISO 6333:1986	mg/l	0.0 5	0.004
Alumini-Al	SMWW 3500-Al	mg/l	0.2	0.08
Sulfatet-SO ₄ ²⁻	ISO 9280:2000	mg/l	200	43.54
Amoniak-N-NH ₃	ISO 7150-5:1986	mg/l	0.1	0.01
Nitritet-N-NO ₂ ⁻	ISO 6777:1984	mg/l	0.005	0.001
Nitratet-N-NO ₃ ⁻	ISO 7890-2:1988	mg/l	10	0.8
Hargjimi KMnO ₄	ISO 8467:1993	mg/l	8-12	1.89
Diksid karboni-CO ₂	SMWW 4500 CO2	mg/l	4900	
Magnezi-Mg	ISO 6059:1984	mg/l	50	67.12
Azoti-N	SMWW 4500-N	mg/l	1.0	Nld
Oksigjeni-O ₂	SMWW 2710-B	mg/l	5	4.0
Fenolet	SMWW 5530-B	mg/l	0.005	0.0
Fosfori-P	ISO 6878:2004	mg/l	1.5	0.15
Fluoruret	SSH 2639-17:1989	mg/l	1.5	0.05
Cianuret	SMWW 4500-CN	mg/l	0.05	<0.002
Kromi VI-Cr	SMWW 3500-Cr	mg/l	0.05	0.01
Kalciumi-Ca	ISO 6059:1984	mg/l	200	110.4
Bikarbonatet-HCO ₃	SSH 2639-22:1990	mg/l		390.4
Karbonatet-CO ₃	SSH 2639-23:1990	mg/l	/	192.0
Jodi-J	SMWW 4500-J	mg/l	/	<0.05
Bori-B	SMWW 4500-B	mg/l		<0.005

Analisti:

Shefi i Laboratorit:

1.

2.

3. _____

Fillonid Durrachium

Babai i mjekësisë Shqiptare 2000 vjet më parë. Ka shkruajtur 45 libra të mjekësisë.

Mjek i cili ka punuar në Durrës 2000 vjet më parë dhe ka folur gjatë mbi përdorimin e infuzioneve, çajrave dhe të ujit mineral të vendit tonë në mjekimin e gurëve të aparatit urinar dhe në kolikat renale.

Duhet të citojmë se edhe Hipokrati përdorte mjekimin kurortologjik të urolitiazës me përdorimin e ujërave minerale të Greqisë në ishullin Kos.

Në Azi, mjeku i vjetër Avicena shkruante në librat e tij mbi përdorimin e ujërave minerale në sëmundjet e veshkave.

Në Shqipëri, në vendin tonë, janë bërë disa punime shkencore mbi përdorimin e ujërave minerale ku mbi të gjitha predominojnë punimi i Prof. Përparim Tepelenës, Prof. Rexhep Bregut, etj.

Gjithashtu, klinika urologjike në sesione shkencore të shumta për urolitiazën si dhe në temën qeveritare mbi urolitiazën në Shqipëri kanë përmendur shumë herë përdorimin e ujit të Glinës në kurimin konservativ të urolitiazës.

Dobia dhe përdorimi i ujit të Glinës për mjekimin e urolitiazës dhe pielonefriteve kronike mund të shtohet vetëm në qoftë se dërgimi i të sëmurëve me urolitiazë dhe me pielonefrit kronik për mjekim balneologjik në Glinë do të bëhet në mënyrë të drejtë në bazë të indikacioneve të pranura nga praktika balneologjike dhe urologjike.

Sa i përket epidemiologjisë së urolitiazës ajo rritet në decenien e parë të shekullit XXI. Shkaktar i rritjes së saj është ushqimi i pasur me proteine shtazore dhe rritjen e standartit jetësor të shoqërisë.

Incidenca vjetore e formimit të gurëve në botën e industrializuar supozohet se është 1500 – 2000 raste në 1 milion banorë.

Prevalenca është 2-3% dhe supozohet se 5% e femrave dhe 12% e meshkujve mund të presin një episodë të kolikës renale deri në moshën 70 vjeçare.

Urolitiaza më së shpeshti paraqitet në moshën më produktive të jetës nga 30 – 50 vjeçare.

Meshkujt sëmuren më shpesh sesa femrat, marrëdhënia mashkull-femër është në raport 3 me 1 (përjashtim bëjnë gurët struvit).

Incidenca më e shpeshtë te meshkujt spjegohet me prodhimin e rritur endogjen të oksalateve në mëlqi nën ndikimin e testosteronit.

Hulumtimet kanë treguar se androgjenet rrisin kurse estrogjenet zvogëlojnë sekrecionin e oksalateve në mëlqi.

Tek femrat është gjetur sasia më e lartë e citrateve të cilat rrisin tretshmërinë e kalciumit.

Të gjithë faktorët epidemiologjik mund të ndahen në:

1. Faktorët e brendshëm (vetitë trashëguese, biokimike dhe anatomike);
2. Faktorët e jashtëm (ndikimi klimatik gjeografik, ushqimi, konsumimi i lëngjeve, profesioni, veset jetësore).

1.2. Etiopatogjeneza

Etiopatogjeneza e urolitiazës ende nuk është e sqaruar në tërësi. Te lindja e saj marrin pjesë çrregullimet endokrino-metabolike të organizmit, çrregullimit anatomo-funksionale të sistemit urinar si dhe ndikimi i faktorëve të ndryshëm të ambientit.

Edhe pse shumica e gurëve formohen për shkak të çrregullimeve metabolike prapë se prapë te shumica e pacientëve ende nuk mund të gjindet çrregullimi specifik.

Tri çrregullime metabolike të cilat përmenden si shkaktar të litiazës idiopatike me përmbajtje të kalciumit e cila është dominante me një përqindje 75 – 85% janë:

1. Hiperkalciuria absorptive;
2. Hiperkalciuria tubulare;
3. Hiperoksaluria e fituar.

Për diagnostifikimin e këtyre çrregullimeve metabolike nevojitet një testim komplet metabolik e cila realizohet vetëm në qendrat e specializuara medicinale.

Urolitiazja nënkupton formimin e gurëve kudo në sistemin urinar, duke përfshirë veshkët, ureterët, fshikëzën urinare, lozhën prostatike dhe rrallëherë në uretër.

Gurët në veshkë formohen si rezultat i faktorëve fizik dhe gjenetik ku vjen deri te supersaturimi i urinës dhe formimi i gurëve nga kripërat apo rrallë herë nga infeksionet e sistemit urinar me bakterie ureazo prodhuese.

Po ashtu gjatë anomalive të lindura të sistemit pielokaliceal dhe mbetjes së urinës në to mund të formohen në atë sistemë.

E kundërta me të, gurët në fshikëzën urinare formohen ekskluzivisht si rezultat i stagnimit të urinës nga obstrukcioni subvezikal (pengesave) si: hyperplazioni i prostatës, strikturat e uretrës, stenoza e meatusit ekstern të uretrës apo edhe çrregullimeve të motilitetit të fshikëzës urinare – fshikëza neurogjene.

1.3. Llojet e gurëve

Në bazë të përmbajtjes kimike gurët mund të ndahen në:

1. Gurët oksalat;
2. Gurët struvit;
3. Gurët cistin;
4. Gurët ksantin.

1. Gurët oksalat

Forma më e shpeshtë e gurëve është në përmbajtje kalciumi dhe paraqitet në formën kalcium-oksalatit ose formën e përzier kalcium oksalat-fosfat.

Etiologjia:

Janë tre shkaktarë të formimit të gurëve me përmbajtje Ca:

1. Hiperkalciuria,
2. Hiperoksaluria,
3. Prezenca në urinë e kristaleve të ndryshme (acidi urik dhe urateve), të cilat me procesin e Epitaksës fillon formimi i kristaleve të Ca oksalateve dhe Ca fosfateve.

Me epitaksë (epitaxy) nënkuptojmë deponimin e kristaleve të një materie në sipërfaqe kristalore të materies tjetër, ku kristalet e njëres materie me renditje të rregullt të joneve formojnë rrjetën kristalore.

Koncentrimi i përgjithshëm i Ca në serum është prej 2.18 – 2.64 mmol / L dhe e përbëjnë tri fraksione:

1. Katjonet dy valente të lira (47-52%);
2. Ca i lidhur për proteinat e plazmës (albuminat dhe globulinat 47%);
3. Ca i lidhur për jonet jo organike dhe organike (fosfatet, citratet, bikarbonatet dhe sulfatet).

Homeostazën e Ca e rregullon hormoni i gjëndrës paratiroide (PTH) dhe tireokalcitonin – Hormon të cilat e prodhojnë qelizat parafolikulare të gjëndrës tiroide.

Simptomatologjia:

Sikurse të gjithë gurët por te gurët me Ca – oksalate mund të jenë edhe simptomat dhe shenjat e çrregullimeve metabolike si hiperparatiroidizmi, sarkoidoza mieloma multiple apo sindromi i kushingut.

Diagnoza:

Procedurat standarde diagnostifikuese (Rtg nativ i urotraktit UIV dhe Echo). Përcaktimi i nivelit të Ca, Oksalateve dhe fosfateve në serum dhe në urinë në 24 orë, pasi që pacienti nuk ka ngrënë dhe pas ushqimit nëse kemi 600 mg Ca tregon se kemi çrregullim metabolik. Përcaktimi i vlerave të PH në urinë dhe koncentrimi i acidit urik jep të dhëna shtesë për formimin e kristaleve të Ca-Oksalateve (PH prej 5.6 - 6.6 dhe rritja e nivelit të acidit urik në urinë).

Terapia:

Rritja e diurezës, zvogëlimi i marrjes së ushqimeve të pasura me Ca, oksalate kanë rëndësi në prevencën dhe recidivin e këtyre llojeve të gurëve.

Shërimi i hiperkalciuris mund të jetë:

1. Operative (paratiroidektomia);

2. Medikamentoze (Diuretikët tiazit 25-50 mg 3 x në ditë), Antireumatikët josteroid-Indometacina, Diklofeni, pastaj Mg oksidi (150 mg 4 x në ditë), Alopurinoli 300 mg në ditë, tejnepja e urinës me Mg, Fosfate, joneve të amoniumit dhe Ca.

2. Gurët struvit

Gurët struvit makroskopikisht janë zhelatinoz, pak i mineralizuar (I ashtuquajtur “Guri matrix”), i cili përmban sasi të madhe të mukopolisaharideve dhe karbohidrateve, ky lloj guri mund të mbushë komplet kalikset e veshkëve (Gurë koraliform), ku mund të çojë deri në obstrukcion parcial apo të plotë të kalikseve dhe pyelonit.

Simptomat:

Dhembjet në pjesën lumbale, temperaturë e ngritur e organizmit si dhe shenja të infeksionit kronik urinar.

Në 25% të rasteve sëmundja me këtë lloj të gurëve mund të jetë asimptomatike.

Diagnostifikimi:

Diagnostifikimi është si te llojet e tjerë të gurëve përveç që në native të urotraktit kanë hije të dobët në formë lloqi.

URATET

Pas gurëve me përmbajtje të Ca, Uratet zënë vendin e dytë për nga incidenca.

Në vendet perëndimore incidenca e këtyre llojeve të gurëve është 15-30% kurse në botë variron prej 1.8-39.5% të rasteve.

Te fëmijët incidenca është e rrallë. Për disa autorë guri uratik është ai i cili përbëhet nga acidi urik i pastër. Variacionet dhe shkalla e incidencës e gurëve uratik nëpër botë është e ndryshme dhe varet nga mënyra e të ushqyerit, si dhe klima ka rëndësi të madhe.

Etiologjia:

Acidi urik është produkt përfundimtar i zbërthimit të proteinave, nukleoproteineve gjegjësisht pjesëve përbërese të tyre – PURINET.

Tretshmëria e acidit urik varet nga aciditeti i lëngut në këtë rast urinës. Në mesin acidik tretshmëria e acidit urik dhe kripërave të saj dukshëm zvoglohet. Prandaj shkaqet më të shpeshta të formimit të gurëve të cilin e përmban acidi urik ose kripërat e saj Urat-Na dhe Uratamoniumi janë Hiperurikozuria dhe urina acidike, këtu është niveli i ulët i PH në urinë.

Guri do të formohet edhe më lehtë nëse është diureza e ulët. Nëse pacienti eliminon më shumë se 600 mg acid urik për 24 orë, atëherë llogaritet sikur Hiperurikozuri, e cila lind edhe si pasojë nga ushqimi i pasur me proteinë të botës shtazore të cilat janë të pasura me Purine.

Simptomatologjia:

Simptomat janë të njëjta si të gurët tjetër përveç që te pacientët që kanë probleme me nyje apo Gihti i diagnostifikuar dhe kanë kolika renale duhet të mendojmë për gurët uratik. Këta pacientë mund të urinojnë urinë të kuqërremtë apo me ngjyrë si tullat, ngjyrë e cila lindë si pasojë e agregimit të kristaleve të acidit urik apo kristaleve të urateve.

Diagnostifikimi:

Gurët nuk shihen me rentgen nativ, shihen me Echo si dhe me UIV.

Në urinë kemi rritje të nivelit të acidit urik, PH e urinës është < 5.5 deri në < 5.0 .

Terapia:

Nga të gjithë llojet e gurëve, gurët uratik më së lehti shërohen:

1. Zvogëlimi i tajimit të acidit urik.
2. Duke rritur nivelin e PH të urinës (përdorimi i portokajve, limonit, grejfrutit, lëngjet e pemëve si dhe tableta URALIT-U).
3. Rritja e diurezës (2-3 litra ujë).

3. Gurët cistin

Epidemiologjia:

Gurët me përmbajtje të cistinës (cistina është aminoacid e cila merrë pjesë në formimin e molekulave të proteinave) e përbëjnë 1-3% te të rriturit si dhe 5-6% te fëmijët.

Etiologjia:

Shkaktar i sëmundjes është çrregullimi trashëgues në metabolizmin e proteineve dhe bartet Autozom-recesiv. Pacientët me këtë çrregullim tajojnë sasi të madhe të cistinës përmes urinës por eliminojnë edhe aminoacide tjera: Arginin, Lizin dhe Ornitin.

Personat e shëndoshë tajojnë përmes urinës 40 – 80 mg cistinë për 24 orë.

Simptomat:

Simptomat te ky lloj i gurëve janë të njëjta si dhe te gurët tjerë.

Diagnostifikimi:

Në Rtg nativ të urotraktit me vështirësi apo edhe nuk vërehen fare.

Vërehen me Echo si dhe me UIV.

Pacientët përmes urinës eliminojnë mbi 400 mg cistinë për 24 orë. Në urinën acidike tretshmëria e cistinës është e dobët kurse në mesin alkalik mbi 7.5 PH rritet tretshmëria e cistinës.

Gurët cistinë kanë ngjyrë tipike - ngjyrë mjalti dhe ka sipërfaqe të lëmuar, ky lloj i gurëve ka konzistencë mjaftë të fortë.

Terapia:

1. Dieta – të zvogëlohet përdorimi i proteinave.
2. Rritja e diurezës – përdorimi deri në 4 litra lëngje në ditë.
3. Alkalizimi i urinës (jepet bikarbonat natriumi 10 gram për 24 orë, Diuretik-Acetazolamid (Diamox) në dozë 250 – 500 mg ku arrihet të pengohet koncentrimi i urinës gjatë natës.

Si terapi e përhershme jepet 3 x 1,0 gram bikarbonat natriumi në ditë si dhe 250 mg Acetazolamid para gjumit.

Vitamina C (Acidi askorbinik) gjithnjë e më tepër përdoret në profilaksën e gurëve Cistinë, përdoren tableta në formë shkume të cilët bëjnë alkalizimin e urinës pasi që përmbajnë bikarbonate.

Gurët cistin kanë strukturë të lëmuar dhe konzistencë elastike dhe nuk janë të përshtatshëm për ESWL.

4. Gurët ksantin

Gurët ksantin janë mjaft të rrallë dhe atakohen në çdo 2000-3000 të pacientëve me gurë.

Etiologjia:

Ksantina është produkt metabolik i cili lind me zbërthimin e nukleoproteineve endogjene në organizëm si dhe me zbërthimin e proteineve të cilat merren me ushqim.

Hiperksanturia primare është pasojë e çrregullimit gjenetik, i cili bartet autozom-recesiv. Te këta pacienta mungon aktiviteti i I ksantin – Oksidazës si pasojë ksantina nuk zbërthehet.

Vlerat normale të ksantinës janë 100 mg për 24 orë.

Simptomat:

Simptomat edhe te ky lloj i gurëve janë sikur të gurët tjerë.

Diagnostifikimi:

Me Rtg nativ nuk shihen ky lloj i gurëve pasë që janë radio transparent. Me Echo shihen si dhe me urografi intravenoze.

Terapia:

Terapia kauzale nuk është produktive të ky lloj i gurëve.

Terapia bazike – Zvogëlimi i ksantinës në urinë bëhet me rritjen e diurezës 2-3 litra lëngje.

Alkalizimi i urinës e rritë tretshmërinë e ksantinës dhe në këtë rast jepet Alopurinol.

1.4. Hipotezat mbi urolitiazën

Ekzistojnë katër hipoteza mbi urolitiazën:

1. Hipoteza e supersatorimit dhe kristalizimit;
2. Hipoteza e deficit të inhibitorëve të kristalizimit;
3. Hipoteza e matriksit kalkuloz;
4. Hipoteza – fenomeni i epitaksës.

Etiopatogjeneza e urolitiazës ka treguar se ngopja e urinës me ndonjë materie dhe formimi i kristaleve gjatë PH së caktuar ka rëndësi të madhe.

Urina nuk duhet të jetë gjithnjë e hiperkoncentruar që të lajmërohen apo rriten kristalet.

Mjafton supersatorimi e cila lajmërohet gjatë dehidrimit (humbja e langjeve nga organizmi) apo pas ushqimit.

Pasi që urina është një tretje e komplikuar, disa faktorë ndikojnë në jone gjatë procesit të kristalizimit, ashtu që potenciali kristalizes i Ca-Oksalateve nuk është i kushtëzuar me koncentrimin e gjithëmbarshtëm të Ca dhe oksalateve në urinë, sesa aktiviteti kimik i joneve në tretje.

Duke i falënderuar veprimet të joneve aktive dhe molekulave organike rritet tretshmëria e materieve të ndryshme, të cilat gjatë arritjes së koncentrimin të mjaftueshtëm formojnë kristale.

Materiet siç janë citratet dhe fosfatet formojnë komplekse me Ca, Mg, Na, formojnë komplekse me oksalatet ashtu që zvoglojnë koncentrimin e lirë të këtyre joneve.

Supersatorimi i urinës si i vetmi faktorë nuk mund të formoj gurë.

Pacientët që kanë gurë, tajojnë më tepër kristale dhe agregatë të kristaleve në raport me personat e shëndoshë.

Personat e shëndoshë kanë inhibitorë të kristalizmit, siç janë:

1. Inhibitorët multimolekularë ku bëjnë pjesë: citratet, pirofosfatet.
2. Molekulat e mëdha ku bëjnë pjesë: glikozaminglikani, nefrokalcina dhe proteina e tomforsfalit.

Urina e të sëmurëve me gurë recidivues me përmbajtje të kalcium oksalateve ka më tepër ngopje me kalcium oksalate dhe më pak inhibitorë në krahasim me urinën e jo të sëmurëve nga gurët.

Agregimi i kristaleve dhe përqëndrimi i tyre brenda veshkës është parakusht që nga këto kristale të formohet guri.

Agregimi i kristaleve është i rritur te personat që i mungon inhibitori i agregimit.

1.5. Diagnostifikimi i të sëmurëve me gurë në traktin urinar

Meqenëse se gurët në traktin urinar mund të paraqiten duke filluar prej veshkës, ureterit si dhe në traktin e poshtëm urinar fillojmë me këto ekzaminime:

Anamneza

Krahas të të dhënave të cilat janë të rëndësishme për diagnozë të kalkulozës dhe dallimit nga sëmundjet e tjera abdominale. Në anamnezë mund të përfitojmë të dhëna të cilat mund të tregojnë për etiologjinë e kalkulozës. Rëndësi etiologjike kanë sëmundjet kronike të zorrëve të shoqëruara me sindromën e malabsorbimit, infeksionet kronike urinare, imobilizimi i gjatë i pacientëve, anomalitë dhe lëndimet e traktit urinar, trupat e huaj, obstrukcioni urinar e të tjera.

Analizat laboratorike

Çdo pacienti i kërkohen analizat biokimike rutinore të gjakut si dhe të urinës. Leukocituria mund të gjindet edhe te kalkulozat jo infektive. Piuria e theksuar është shenjë e theksuar e kalkulozës infektive. Prezenca e kristaleve në sediment të urinës gjatë kolikave tregon tipin e kalkulozës (acidi urik, uratet, cistin dhe kalcium oksalat).

pH e urinës është shumë me rëndësi për gjenezën e disa llojeve të kalkulozës.

Urinokultura bënë pjesë në ekzaminimet rutinore diagnostike.

Ultrasonografia

Ultrasonografia sot përdoret si metodë primare për diagnostifikimin e gurëve në traktin urinar. Ajo është e sigurtë pasi që nuk ka kundërrindikacione, as efekte anësore dhe mund të përdoret te të gjithë pacientët qoftë te shtatëzënat, pacientët me insuficiencë renale, te fëmijët e të tjerë. Me anë të ultrazërit mund të identifikojmë gurët e lokalizur në kalikset e veshkës, qafën pielo-ureterike, regjionin prevezikal, intravezikal si dhe në prostatë. Te gurët në veshkë më të mëdhenj se 5 mm ultrazëri tregon senzitivitet 96% dhe specifitet prej 100%.

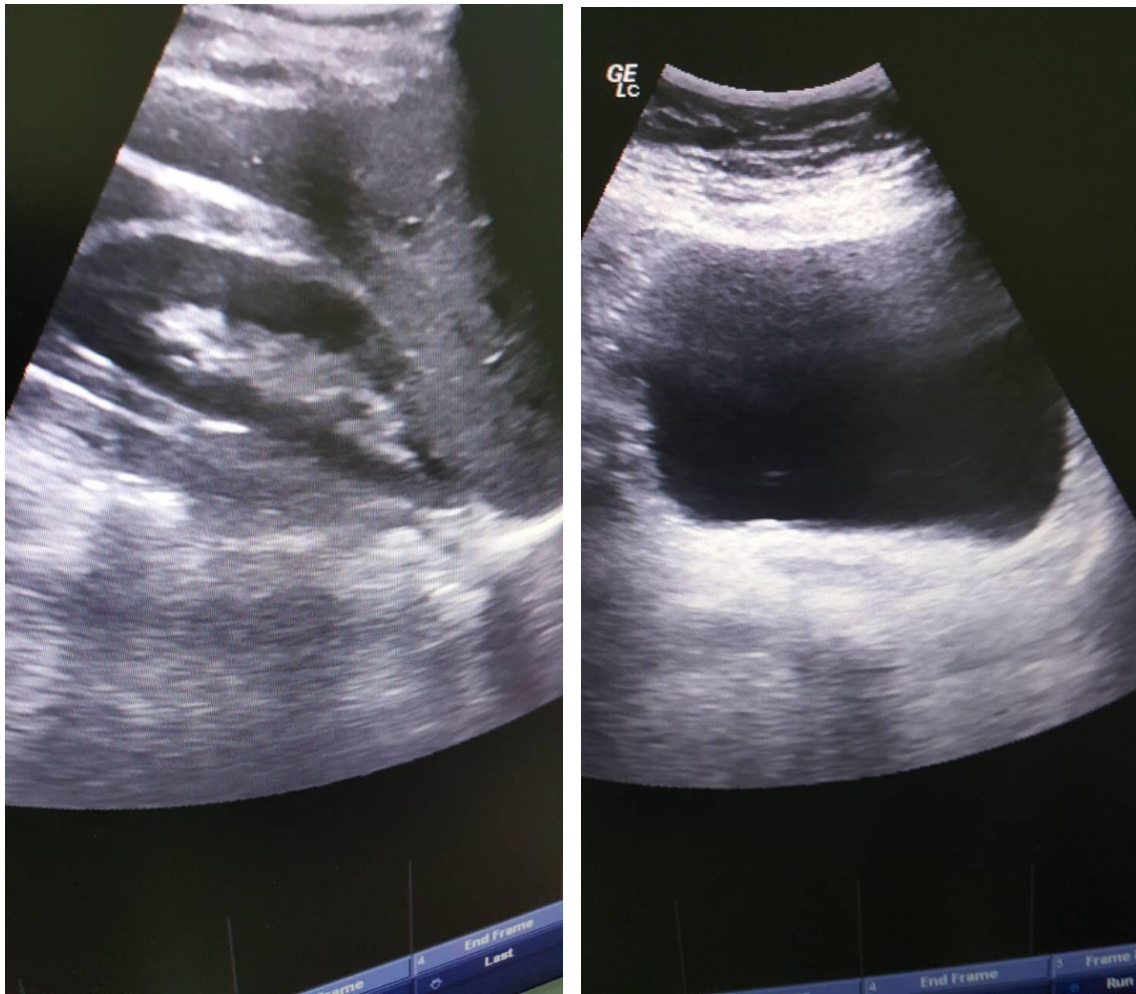


Fig. 1. Ultrasonografia

Me anë të ultratingullit mund të detektojmë të dy llojet e gurëve, qoftë me strukturë organike apo edhe inorganike. Prandaj ultratingulli është metodë e artë për diagnostifikim të gurëve apo edhe sëmundjeve të tjera të veshkës si hidronefroza, tumoret e veshkës, cistat e veshkës e të tjera.

Rentgeni nativ i urotraktit

Rentgeni nativ i urotraktit ka rëndësi esenciale në diagnostifikimin e urolitiazës, deri në 90% të gurëve mund të vërehen me anë të këtij ekzaminimi, kurse 5-10% të konkrementeve janë radio transparente.



Fig. 2. Rentgeni nativ i urotraktit demonstroi gurin në veshkë

Radiodensiteti i disa gurëve dallon. Gurët me kalcium fosfate janë më së paku transparent. Në rentgenin nativ nuk shihen fare konkretet e përbëra nga acidi urik, ksantin, ndërsa këta urolit lehtë i lëshojnë rrezet e rentgenit (konkrement radiolucet).

Sa i përket historikut, themelues i radiologjisë shqiptare është Dr. Ismail Tartari, i cili lindi më 1898 në qytetin e Durrësit, nga një familje durrsake patriotike. Specializoi radiologjinë në Romë gjatë viteve 1926-1929. Hapi radiologjinë në Shqipëri në vitin 1929 dhe radioskopinë e parë ia bëri mbretit Zogu i parë më 17.08.1929. Në vitin 1930 bëri radiografinë e parë renovezikale, kurse pas specializimit në Vjenë më 1931 bëri urografinë e parë intravenoze. Pas inaugurimit të spitalit të ri “Zogu i I” në vitin 1932 formohet instituti i parë i Rentgen diagnostikës me drejtor Dr. Ismail Tartari. Zhvillimin e radiologjisë e mundësojnë pastaj mjekët e tjerë radiolog si P. Prela, I. Pustina, V. Ruli e të tjerë.

Po ashtu pyelografia e parë anterograde bëhet nga Prof. Dr. Flamur Tartari me Dr. V. Bakallin dhe F. Locin në vitin 1971 te një djalë 21 vjeçar, me një strikturë traumatike të ureterit ku më herët janë bërë dy ekzaminimet: urografia intravenoze dhe kateterizimi retrograd nuk kanë dhënë qartë diagnozën e ngushtimit ureteral.

Urografia intravenoze

Urografia intravenoze apo urografia ekskretore mund të na tregojë një hije suspekte se a i takon traktit urinar apo jo. Te kalkulozat në veshkë ajo tregon lokalizimin e gurit (kalikse, pyelon) dhe ndikimin e saj në gjendjen anatomike dhe funksionale të veshkës (stazë, dilatim dhe shenjat e infeksionit). Ky ekzaminim jep të dhëna për prezencën e faktorit obstruktiv apo ekzistimin eventual të ndonjë patologjie tjetër qoftë të lindur apo të fituar.



Fig. 3. Urografia intravenoze

Urografia infuzive po ashtu mund të aplikohet për arsye të kualitetit të mirë të fotografisë anatomike me ç'rast ekspozimi aplikohet pas 6, 12 dhe 24 orëve. Gurët radiolucet shihen si defekt i mbushjes me kontrast (“Filling defect”). Ky lloj i ekzaminimit ka edhe kundër indikacionet e veta:

- alergjia në kontrast,
- niveli i kreatinës serumale > 200 mikromol/L,
- pacientët me terapi me metformin,
- pacientët me sëmundjen myelomatosis.

Pyelografia retrograde

Mungesa e vizualizimit të veshkës pas injektimit intravenoz të kontrastit, si dhe alergjitë në kontrast janë indikacione për pyelografi retrograde. Gurët radiolucet shihen si defekt i mbushjes në kontrast.



Fig. 4. Pyelografia retrograde

Scintigrafia dinamike e veshkave

Scintigrafia dinamike e veshkave shërben për diagnostifikimin e obstruksionit dhe vlerësimit të funksionit tubulosekretues të veshkës. Ky ekzaminim realizohet me aplikimin e ^{99m}Tc acidit teknetium dimer kaptosukcinik.

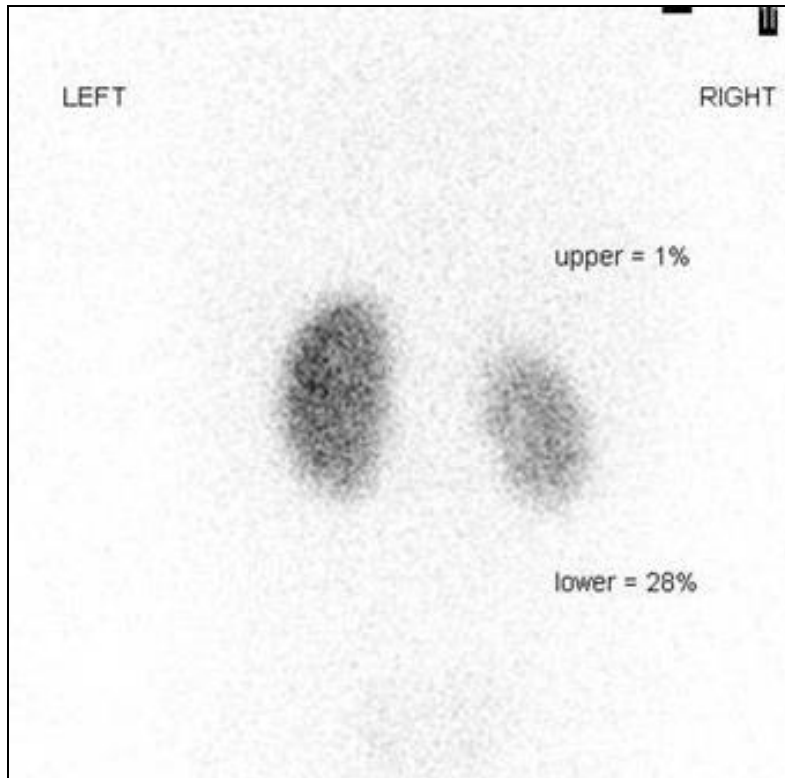


Fig. 5. Scintigrafia dinamike e veshkave

Renovazografia (arteriografia renale)

Ekzaminimi angeografik i veshkës ka rëndësi për planifikime tek operacionet konzervative sidomos te veshkët anomalike, ku duhet të njihet anatomia vaskulare.

Tomografia e kompjuterizuar

CT pa kontrast është bërë me metodë standarde e diagnostifikimit të dhembjes akute lumbale. Kjo ka zëvendësuar urografinë intravenoze, e cila për vite me radhë ka qenë standard i artë diagnostifikues.

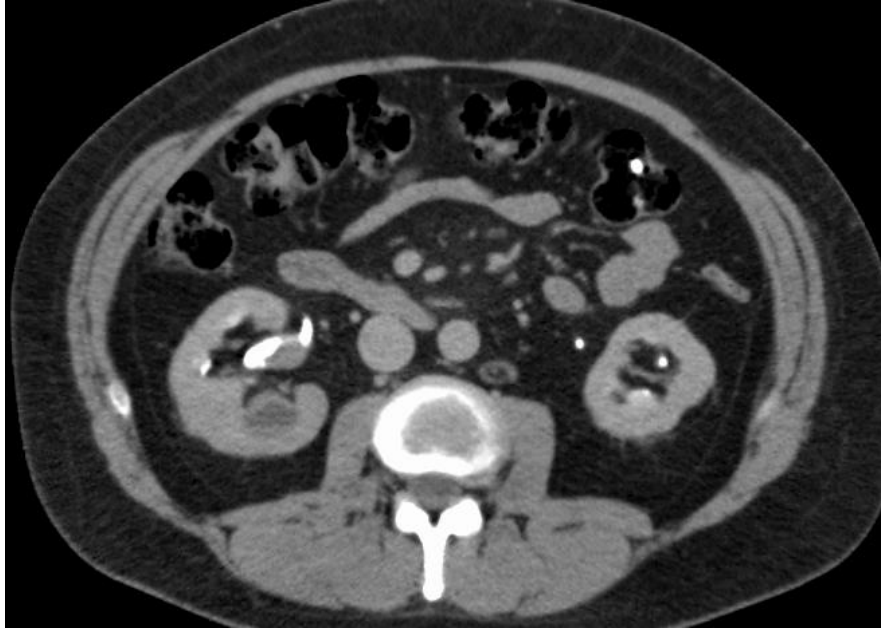


Fig. 6. CT e urotraktit

CT mund të identifikojë prezencën e gurëve, diametrin dhe densitetin. Kur gurët nuk janë prezent, shkaktari i dhembjes akute lumbale duhet të identifikohet. Në krahasim me urografinë intravenoze CT pa kontrast tregon senzitivitet dhe specifitet më të lartë në identifikimin e gurëve urinar.

Tabela I. Krahasimi i CT pa kontrast dhe Urografisë intravenoze

Referimi	Ct pa kontrast		Urografia intravenoze	
	Senzitiviteti	Specificiteti	Senzitiviteti	Specificiteti
Miller	96%	100%	87%	94%
Nail	100%	92%	64%	92%
Sourtzis	100%	100%	66%	100%
Yilmaz	94%	97%	52%	94%
Wang	99%	100%	51%	100%

Rekomandimi

CT pa kontrast duhet të përdoret që të kofirmojë diagnozën e urolitiazës te pacientët me dhembje akute lumbale sepse ka superioritet ndaj urografisë intravenoze.

Gurët nga acidi urik janë radiolucent në rentgen nativ, këta mund të detektohen me CT pa kontrast. Veç kësaj CT pa kontrast mund të determinojë densitetin mesatar të gurëve dhe distancën nga lëkura te guri, nga të cilat varen rezultatet e ESWL-it.

Rreziku nga rrezatimi mund të zvogëlohet duke përdorur CT me dozë të vogël. Poleri ka treguar që CT-ja ka qenë 86% sensitive për detektimin e gurëve ureteral < 3 mm dhe 100% senzitiv për detektimin e gurëve > 3 mm.

Tabela II. Ekspozimi ndaj rrezatimit në modalitetet e ndryshme imazherike

Metoda	Ekspozimi ndaj rrezatimit (mSv)
Rentgeni nativ i urotraktit	0.5-1
Urografia intravenoze	1.3-3.5
Doza e rregullt e CT pa kontrast	4.5-5
Doza e ulët e CT pa kontrast	0.97-1.9
CT pa kontrast	25-35

Ekzaminimet me CT me kontrast ose Urografia intravenoze indikohen kur planifikohet trajtimi i gurëve renal.

II. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i këtij punimi është hulumtimi epidemiologjik i urolitiazës të popullatës së kësaj treve. Dukë pasur parasysh që vendlindja ime është pikërisht në këtë trevë dhe deri tash ende nuk është bërë asnjë hulumtim shkencor lidhur me aspektin epidemiologjik të urolitiazës, kam vendosur që pikërisht unë ta marrë këtë detyrë dhe të mundohem që sado pak të zbulojë incidencën e gurëve në traktin urinar të kësaj popullate.

1. Analizimi i aspektit epidemiologjik me urolitiazë te pacientët në Luginën e Preshevës;
2. Përcaktimi i raportit meshkuj-femra i pacientëve me urolitiazë;
3. Përcaktimi i grupmoshave;
4. Përcaktimi i komunës-vendbanimit;
5. Përcaktimi i incidencës dhe prevalencës;
6. Krahasimi i prevalencës së urolitiazës në Luginën e Preshevës me Kosovë dhe Shqipëri;
7. Analiza e përbërjes kimike të gurëve duke u mbështetur në analizën spektrometrike të gurëve të bëra nga ekspertët kosovarë.

III. MATERIALI DHE METODAT

- Në periudhën mars-prill të vitit 2010-2015 janë bërë hulumtime epidemiologjike të popullatës së kësaj treve (Lugina e Preshevës) ku është përfshirë në anketim një numër i popullatës sipas kriterëve të njëjta epidemiologjike.
- Anketimi i banorëve është bërë në 441 familje në të cilat janë kryer intervistat dhe të dhënat janë marrë për 2506 anëtarë të familjeve, prej të cilëve 1687 ose 67.3% të gjinisë mashkullore dhe 819 ose 32.7% të gjinisë femërore. Me X²-test kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore sipas gjinisë (X²=53.1, P<0.001).
- Përpunimi i të dhënave është bërë me paketin statistikor InStat 3. Të dhënat statistikore janë prezantuar përmes tabelave dhe grafikoneve. Prej parametrave statistikor janë llogaritur mesatarja aritmetike, devijimi standard, mediana, vlera minimale dhe maksimale. Testimi i të dhënave kualitative është bërë me X² test. Testimi i të dhënave kuantitative që nuk kanë pasur shpërndarje normale me Kruskal-Wallis test dhe Mann Whitney test. Verifikimi i testeve është bërë me shkallën e besueshmërisë 99.7% (p<0.01) dhe me besueshmëri prej 95% (p<0.05).
- Anketimi i banorëve është bërë nga vetë autori i këtij punimi dhe fleta anketuese duket kështu:

FLET ANKETIM PËR UROLITIAZË

I Nr. telefoni: fiks _____ celular _____

1. Emri _____ Mbiemri _____ Komuna _____

A Kryefamiljar B Familjar

2. A Qyteti _____ B Fshati _____ C Migruar _____

3. Në familjen tuaj a ka dikush gurë në veshka: PO JO

4. Si quhet personi që ka gurë _____ Viti i lindjes _____

5. Prej kur e din se ka gurë në veshka Viti _____

6. A ka qitur spontanisht dikush gurë në familjen tuaj Viti _____

7. Guri është dokumentuar me Rengen PO JO

8. Ka thyer gurë me aparat ESWL-i Qyteti _____

9. A është operuar personi që ka gurë PO JO

10. Në cilën anë të veshkës ka patur gurë Djathtë Majtë

11. Ka patur gurë në kanale të veshakve (ureter) Djathtë Majtë

12. Ka patur përsëritje të formimit të gurit PO JO

13. Sa familjar kanë pasur gurë në familjen tuaj _____

14. Gjendja ekonomike e juaj Lartë Mesme Vobekt

15. Gjithsejt sa anëtarë në familje jeni _____

Qyteti, fshati _____ Data _____ Nënshkrimi _____



Harta e Luginës së Preshevës



Harta e Republikës së Kosovës



Harta e Republikës së Shqipërisë



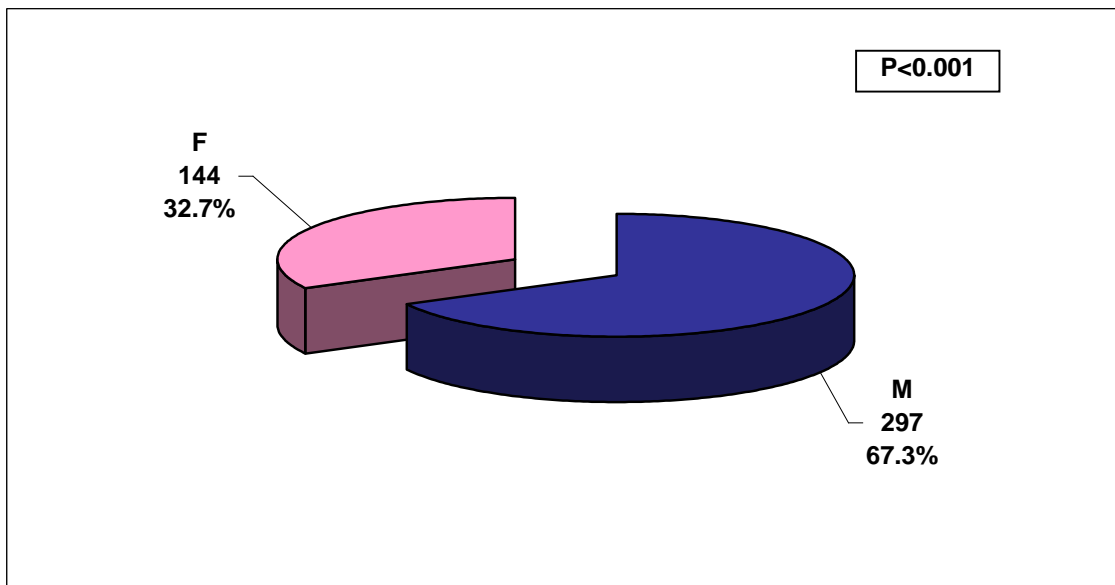
HARTA E KOMUNËS
SË PRESHEVËS

IV. REZULTATET E HULUMTIMIT

Tabela 1. Të hulumtuarit sipas gjinisë

Gjinia	N	%	X ² -test
M	297	67.3	X ² =53.1 P<0.001
F	144	32.7	
Gjithsj	441	100.0	

Nga 2506 anëtarët e anketuar, prej tyre me urolitiazë janë 441 persona, prej të cilëve 297 ose 67.3% të gjinisë mashkullore dhe 144 ose 32.7% të gjinisë femërore. Me X2-test kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore sipas gjinisë (X2=53.1, P<0.001), (Tabela 1).



Grafiku 1. Struktura e të hulumtuarëve sipas gjinisë

Tabela 2. Moshë mesatare e të hulumtuarëve sipas gjinisë

7Moshë (vjet)	Gjinia		Gjithsej
	M	F	
N	297	144	441
Mesatarja	46.3	44.9	45.9
DS	12.4	15.2	13.4
Min	14	19	14
Max	90	89	90
Mann-Whitney test	P=0.027		

Moshë mesatare e të hulumtuarëve ishte 45.9 vjet (DS \pm 13.4 vjet) rang 14 – 90 vjet. Moshë mesatare e të hulumtuarëve të gjinisë mashkullore ishte 46.3 vjet (DS \pm 12.4 vjet) rang 14 – 90 vjet. Moshë mesatare e të hulumtuarëve të gjinisë femërore ishte 44.9 vjet (DS \pm 15.2 vjet) rang 19 – 89 vjet (Tabela 2).

Tabela 3. Përgjigjet e të hulumtuarëve në pyetjen: Sa anëtarë në familje jeni?

Sa anëtarë në familje jeni?	Gjinia				Gjithsej	
	M		F			
	N	%	N	%	N	%
2	4	1.3	1	0.7	5	1.1
3	12	4.0	5	3.5	17	3.9
4	55	18.5	22	15.3	77	17.5
5	85	28.6	36	25.0	121	27.4
6	73	24.6	39	27.1	112	25.4
7	39	13.1	21	14.6	60	13.6
8	17	5.7	12	8.3	29	6.6
9	5	1.7	4	2.8	9	2.0
10	3	1.0	1	0.7	4	0.9
11	1	0.3	2	1.4	3	0.7
12	1	0.3	-	-	1	0.2
14	2	0.7	1	0.7	3	0.7
Gjithsej	297	100.0	144	100.0	441	100.0

Familjet në Luginën e Preshevës janë zakonisht familje të mëdha 27.4% kanë nga pesë anëtarë në familje, 25.4% nga gjashtë anëtarë, 13.6% nga shtatë anëtarë dhe 11 familje kanë qenë me 10 e më shumë anëtarë (Tabela 3).

Tabela 4. Përgjigjet e të hulumtuarëve në pyetjen: Sa anëtarë në familje jeni?

Sa anëtarë në familje jeni?	Të intervistuar	Gjithsej të anketuar
	N	%
2	5	10
3	17	51
4	77	308
5	121	605
6	112	672
7	60	420
8	29	232
9	9	81
10	4	40
11	3	33
12	1	12
14	3	42
Gjithsej	441	2506

Nga 441 familjet në të cilat janë kryer intervistat të dhënat janë marrë për 2506 anëtarë të familjes (Tabela 4).

Tabela 5. Të anketuarit sipas pozitës në familje dhe gjinisë

Pozita në familje	Gjinia				Gjithsej	
	M		F			
	N	%	N	%	N	%
Kryefamiljar	225	75.8	16	11.1	241	54.6
Familjar	72	24.2	128	88.9	200	45.4
Gjithsej	297	100.0	144	100.0	441	100.0

Nga numri i përgjithshëm i të intervistuarëve 241 ose 54.6% ishin Kryefamiljar dhe 200 ose 45.4% ishin Familjar. Meshkujt më shpesh ishin Kryefamiljar 75.8% krahasuar me femrat 11.1% (Tabela 5).

Tabela 6. Të hulumtuarit sipas vendbanimit dhe gjinisë

Vendbanimi	Gjinia				Gjithsej	
	M		F			
	N	%	N	%	N	%
Qytet	140	47.1	74	51.4	214	48.5
Fshat	157	52.9	70	48.6	227	51.5
Gjithsej	297	100.0	144	100.0	441	100.0
X ² -test	X ² =0.542, P=0.462					

Pak më shumë se gjysma e të hulumtuarëve 51.5% ishin me vendbanim në fshat dhe 48.5% e të intervistuarëve ishin me vendbanim në qytet. Në qytet në strukturë më të lartë kanë dhënë intervistë femrat 51.4% krahasuar me fshat me shpesh meshkujt 52.9% por pa dallim sinjifikant (X²-test=0.542, P=0.462 pra P>0.05), (Tabela 6).

Tabela 7. Të hulumtuarit me vendbanim në fshat sipas fshatrave

Fshati	Gjinia					
	M		F		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Bilaç	3	1.9	4	5.7	7	3.1
Breznicë	1	0.6	-	-	1	0.4
Bukurocë	5	3.2	3	4.3	8	3.5
Bushtran	-	-	2	2.9	2	0.9
Corroticë	6	3.8	2	2.9	8	3.5
Cukarkë	-	-	1	1.4	1	0.4
Geraj	3	1.9	1	1.4	4	1.8
Gosponicë	2	1.3	-	-	2	0.9
Ilincë	-	-	1	1.4	1	0.4
Kurbali	1	0.6	-	-	1	0.4
Letovicë	2	1.3	2	2.9	4	1.8
Lluçan	1	0.6	-	-	1	0.4
Miratocë	9	5.7	7	10.0	16	7.0
Norçë	4	2.5	2	2.9	6	2.6
Oslarë	1	0.6	1	1.4	2	0.9
Rahovicë	79	50.3	17	24.3	96	42.3
Raincë	14	8.9	13	18.6	27	11.9
Samolic	4	2.5	1	1.4	5	2.2
Shoshajë	2	1.3	2	2.9	4	1.8
Strezoc	3	1.9	1	1.4	4	1.8
Tërnoc	1	0.6	1	1.4	2	0.9
Tërrnavë	8	5.1	4	5.7	12	5.3
Turi	2	1.3	-	-	2	0.9
Zhunicë	6	3.8	5	7.1	11	4.8
Gjithsej	157	100.0	70	100.0	227	100.0

Në hulumtim janë përfshirë banorë të 24 fshatrave të komunës së Preshevës (Tabela 7). Kemi pasur vetëm 2 raste që kanë qenë migrant në Zvicër dhe në momentin e intervistës kanë qenë për pushime në Preshevë (Tabela 8).

Tabela 8. Të hulumtuarit që jetonin në emigracion

Migruar	Gjinia					
	M		F		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Zvicërr	1	0.3	1	0.7	2	0.5
Jo	296	99.7	143	99.3	439	99.5
Gjithsej	297	100.0	144	100.0	441	100.0

Tabela 9. Përgjigjet e të anketuarëve në pyetjen: A keni anëtarë në familje me gurë në veshka? sipas gjinisë

Në familje gurë në veshka	Gjinia					
	M		F		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Po	134	45.1	72	50.0	206	46.7
Jo	163	54.9	72	50.0	235	53.3
Gjithsej	297	100.0	144	100.0	441	100.0
X ² -test	X ² =0.743, P=0.389					

Në pyetjen a keni anëtarë të familjes me gurë në veshka 46.7% e të intervistuarëve janë përgjigjur Po. Nga 297 meshkujt e intervistuar 134 ose 45.1% kanë deklaruar se kanë dikë në familje që ka gurë në veshka dhe nga 144 femrat e intervistuar 72 ose 50.0% kanë deklaruar se kanë dikë në familje që ka gurë në veshka. Në mesin e përgjigjeve në këtë pyetje sipas gjinisë nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore (X²=0.743, P=0.389), (Tabela 9).

Tabela 10. Përgjigjet e të anketuarëve në pyetjen: Kush ka gurë në veshka në familje? sipas gjinisë

Kush ka gurë	Gjinia					
	M		F		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Vet	33	11.1	7	4.9	40	9.1
Anëtarët e familjes	101	34.0	65	45.1	166	37.6
Jo	163	54.9	72	50.0	235	53.3
Gjithsej	297	100.0	144	100.0	441	100.0
X ² -test	X ² = 5.731, P = 0.017					

Në 9.1% të rasteve personat e intervistuar kanë pasur vetë gurë, në 37.6% të rasteve kanë pasur gurë anëtarët e familjes së të intervistuarëve. Meshkujt e intervistuar kanë pasur më shpesh vet gurë krahsuar me femrat e intervistuar (M 11.1% vs. F 4.9%), dallim ky me sinjifikancë të rëndësishme statistikore (X²=5.73, P=0.017 pra P<0.05), (Tabela 10).

Tabela 11. Përgjigjet e të anketuarëve në pyetjen: A keni bërë rentgen? sipas gjinisë

Rentgen	Gjinia					
	M		F		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Po	45	33.6	19	26.4	64	31.1
Jo	89	66.4	53	73.6	142	68.9
Gjithsej	134	100.0	72	100.0	206	100.0
X ² -test	X ² = 0.820, P = 0.365					

Vetëm 31.1% e rasteve që kanë deklaruar se kanë gurë në veshka kanë deklaruar se kanë bërë ekzaminim me Rentgen meshkujt me shpesh 33.6% krahasuar me femrat 26.4% por pa dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore (X^2 -test =0.820, $P=0.365$ pra $P>0.05$), (Tabela 11).

Tabela 12. Përgjigjet e të anketuarëve në pyetjen: Keni/kanë thyer gurë me ESWL? sipas gjinisë

Ka thyer gurë me ESWL?	Gjinia					
	M		F		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Po	10	7.5	6	8.3	16	7.8
Jo	124	92.5	66	91.7	190	92.2
Gjithsej	134	100.0	72	100.0	206	100.0
X^2 -test	$X^2=0.821, P=0.365$					

Siç shihet në tabelë 7.8% e rasteve me gurë në veshka ose ureter kanë deklaruar se i kanë thyer gurët me ESWL. Femrat i kanë thyer më shpesh gurët me ESWL 8.3% krahasuar me meshkujt 7.5% por me X^2 -test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore (X^2 -test=0.821, $P=0.365$ pra $P>0.05$), (Tabela 12).

Tabela 13. Përgjigjet e të anketuarëve në pyetjen: A jeni/janë operuar për shkak të gurëve në veshka? sipas gjinisë

Operuar	Gjinia				Gjithsej	
	M		F			
	N	%	N	%	N	%
Po	12	9.0	4	5.6	16	7.8
Jo	122	91.0	68	94.4	190	92.2
Gjithsej	134	100.0	72	100.0	206	100.0
X ² -test	X ² =0.356, P=0.551					

Siç shihet në tabelën 13, 7.8% e rasteve me gurë në veshka ose ureter kanë deklaruar se janë operuar. Meshkujt janë operuar më shpesh 9.0% krahasuar me femrat 5.6% por me X²-test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore (X²-test=0.356, P=0.551 pra P>0.05).

Tabela 14. Të hulumtuarit me gurë në veshka sipas lokalizimit të gurit

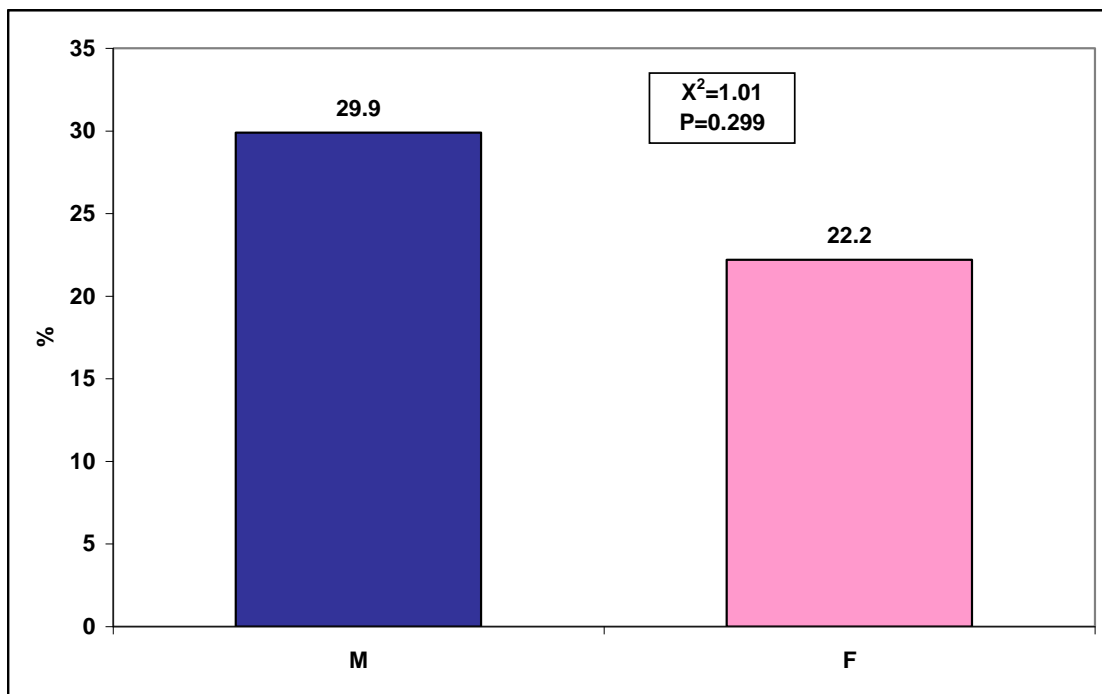
Veshka me gurë	Gjinia				Gjithsej	
	M		F			
	N	%	N	%	N	%
Djathtë	58	43.3	30	41.7	88	42.7
Majtë	54	40.3	26	36.1	80	38.8
Të dy anët	22	16.4	12	16.7	34	16.5
Jo në veshka	-	-	4	5.6	4	1.9
Gjithsej	134	100.0	72	100.0	206	100.0
X ² -test	X ² = 0.096, P=0.953					

Nga të gjitha rastet me gurë në veshka 88 ose 42.7% kishin gurë në veshkën e djathtë, 80 ose 38.8% majtas, 34 ose 16.5% kishin gurë në të dy veshkat dhe 4 ose 1.9% nuk kishin gurë në veshka në momentin e diagnostikimit por vetëm në ureter. Ndërsa sipas gjinisë, meshkujt më shumë kishin gurë në anën e djathtë 58 ose 43.3%, po ashtu dhe femrat me shumë kishin në anën e djathtë 30 ose 41.7%. Me X²-test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore në anën e gurëve në veshka sipas gjinisë (X²=0.096, P=0.953 pra, P>0.05), (Tabela 14).

Tabela 15. Përgjigjet e të anketuarëve në pyetjen: A ka qenë ureteri me gurë? sipas gjinisë

Ureteri me gurë	Gjinia					
	M		F		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Gjithsej	134	100.0	72	100.0	206	100.0
Djathtë	23	17.2	9	12.5	32	15.5
Majtë	15	11.2	5	6.9	20	9.7
Të dy anët	2	1.5	2	2.8	4	1.9
Gjithsej me gurë në ureter	40	29.9	16	22.2	56	27.2
X ² -test	X ² =1.028, P=0.598					

Nga numri i përgjithshëm i rasteve me gurë gjithsej 56 ose 27.2% kishin gurë në ureter, femrat 22.2% dhe meshkujt 29.9%. Te dy gjinitë më së shpeshti kishin gurë në ureterin e djathtë (M 17.2% vs. F 12.5%), pastaj në të majtin (M 11.2% vs. F 6.9%), dhe në të dy anët (M 1.5% vs. F 2.8%). Me X²-test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore në anën e gurëve në ureter sipas gjinisë (X²=1.028, P=0.598 pra, P>0.05), (Tabela 15 dhe Grafiku 2).



Grafiku 2. Struktura e të hulmtuarëve me gurë në ureter sipas gjinisë

Tabela 16. Përgjigjet e të anketuarëve me gurë në pyetjen: A keni pasur përsëritje të gurëve? sipas gjinisë

Përsëritje të gurëve	Gjinia					
	M		F		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Po	28	20.9	12	16.7	40	19.4
Jo	106	79.1	60	83.3	166	80.6
Gjithsej	134	100.0	72	100.0	206	100.0
X ² -test	X ² = 0.584, P=0.299					

Nga 206 e të gjithë të anketuarëve sa ishin pyetur, 40 ose 19.4% janë përgjigjur Po, në pyetjen se a kanë pasur përsëritje të gurëve dhe 166 ose 80.6% janë përgjigjur Jo. Ndërsa

sipas gjinisë, 28 ose 20.9% e meshkujve kanë pasur përsëritje të gurëve dhe 12 ose 16.7% e femrave kanë pasur përsëritje të gurëve. Me X^2 -test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore në përsëritjen e gurëve sipas gjinisë ($X^2=0.584$, $P=0.299$ pra, $P>0.05$), (Tabela 16).

Tabela 17. Përgjigjet të intervistuarëve në pyetjen: Sa familjarë kanë gurë në veshka?

Sa familjar kanë gurë	Gjithsej familje	Gjithsej persona me gurë
1	173	173
2	26	52
3	7	21
Gjithsej	206	246

Në 206 familjet që kanë deklaruar se kanë dikë me gurë në veshka 173 familje kanë një anëtar me gurë në veshka, 26 familje kanë dy anëtarë dhe 7 familje kanë tre anëtarë me gurë në veshka pra, gjithsej kemi 246 persona me gurë në veshka në 441 familjet e anketuara (Tabela 17). Siç shihet në tabelën 18 nga gjithsej 441 familjet e anketuara ishin 2506 anëtarë të familjes prandaj prevalenca e gurëve në veshka ishte 9.8%.

Tabela 18. Prevalenca e gurëve në veshka në familjet e anketuara

	N	%
Gjithsej të anketuar	2506	100.0
Gjithsej me gurë në veshka	246	9.8

Tabela 19. Prevalenca e gurëve në ureter në familjet e anketuara

	N	%
Gjithsej të anketuar	2506	100.0
Gjithsej me gurë në ureter	56	2.2

Nga 2506 anëtarët e anketuar 56 ose 2.2% kishin gurë në ureter pra prevalenca e gurëve në ureter në komunën e Preshevës ishte 2.2% (Tabela 19).

Tabela 20. Numri i anëtarëve në familje në familjet me dhe pa gurë në veshka

Nr. anëtarëve në familje	Në familje gurë në veshka		Gjithsej
	Po	Jo	
N	206	235	441
Mesatarja	5.68	5.69	5.68
DS	1.69	1.67	1.68
Min	2	2	2
Max	14	14	14
T-test	T=0.06, P=0.950		

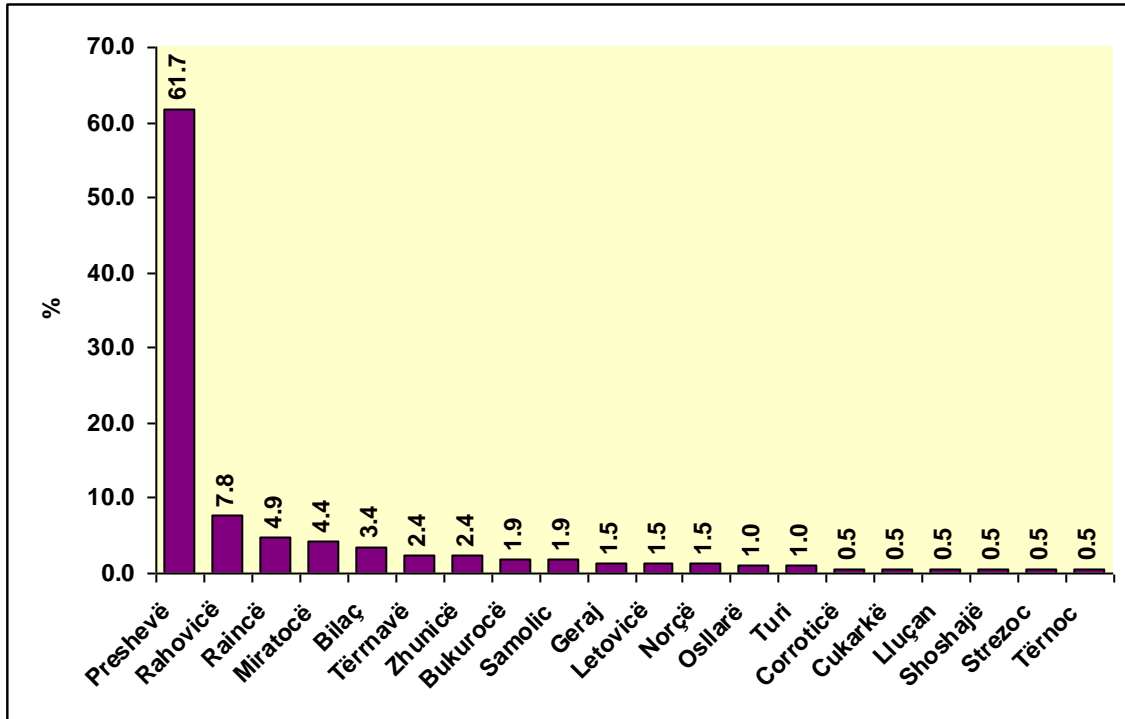
Familjet e anketuara mesatarisht kishin 5.68 anëtarë në familje, familjet me gurë në veshka kishin mesatarisht 5.68 anëtarë kurse ato pa gurë në veshka kishin mesatarisht 5.69 anëtarë. Me T-test të mesatarës nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore në mes të numrit të anëtarëve në familjet me dhe pa anëtar me gurë në veshka (T=0.06, P=0.950), (Tabela 20).

Tabela 21. Vendbanimi i të anketuarëve sipas prezencës së gurëve në familje

Vendbanimi	Në familje gurë në veshka				Gjithsej	
	Po		Jo			
	N	%	N	%	N	%
Bilaç	7	3.4	-	-	7	1.6
Breznicë	-	-	1	0.4	1	0.2
Bukurocë	4	1.9	4	1.7	8	1.8
Bushtran	-	-	2	0.9	2	0.5
Corroticë	1	0.5	7	3.0	8	1.8
Çukarkë	1	0.5	-	-	1	0.2
Geraj	3	1.5	1	0.4	4	0.9
Gosponicë	-	-	2	0.9	2	0.5
Ilincë	-	-	1	0.4	1	0.2
Kurbali	-	-	1	0.4	1	0.2
Letovicë	3	1.5	1	0.4	4	0.9
Lluçan	1	0.5	-	-	1	0.2
Miratocë	9	4.4	7	3.0	16	3.6
Norçë	3	1.5	3	1.3	6	1.4
Oslarë	2	1.0	-	-	2	0.5
Rahovicë	16	7.8	80	34.0	96	21.8
Raincë	10	4.9	17	7.2	27	6.1
Samolicë	4	1.9	1	0.4	5	1.1
Shoshajë	1	0.5	3	1.3	4	0.9
Strezoc	1	0.5	3	1.3	4	0.9
Tërnoc	1	0.5	1	0.4	2	0.5
Tërnavë	5	2.4	7	3.0	12	2.7
Turi	2	1.0	-	-	2	0.5
Zhunicë	5	2.4	6	2.6	11	2.5
Preshevë	127	59.3	87	40.7	214	48.5
Gjithsej	206	100.0	235	100.0	441	100.0

Në përqindje të lartë 59.3% gurë në mesin e anëtarëve të familjes kishin familjet e anketuara në qytetin e Preshevës. Prej fshatrave në përqindje më të lartë kishte fshati

Rahovicë me 7.8%, pastaj Raincë 4.9%, Miratocë 4.4%, Bilaç 3.4%, Tërnavë 2.4%, Zhunicë 2.4%, Samolicë 1.9%, Bukurocë 1.9% etj. Pra në fshatrat që janë anketuar më shumë familje përqindja e atyre që kanë deklaruar se kanë anëtarë në familje me gurë në veshka është më e lartë (Tabela 21 dhe Grafiku 3).

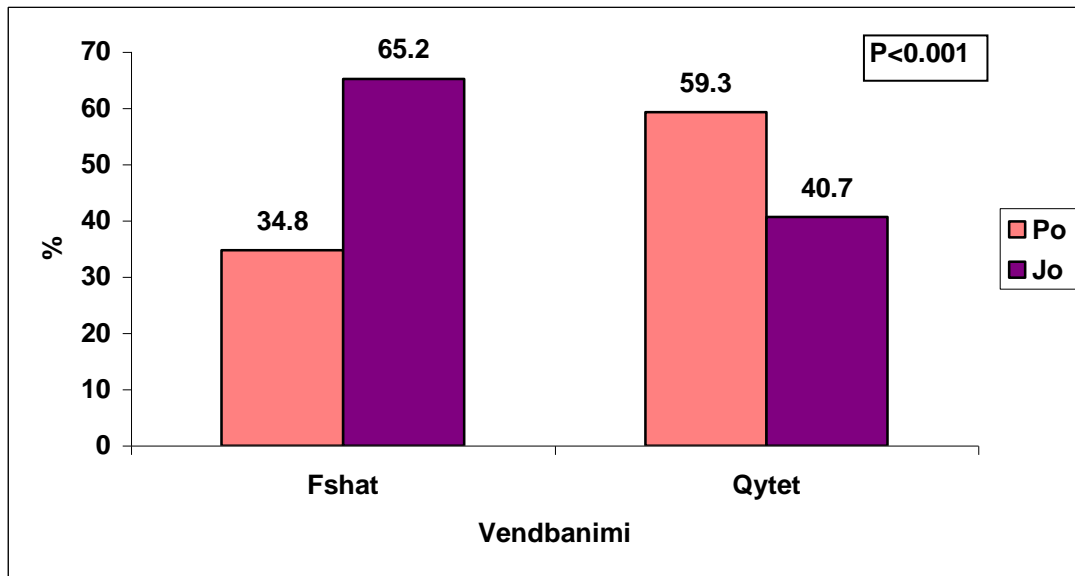


Grafiku 3. Struktura e të anketuarëve me gurë në veshka sipas vendbanimit

Tabela 22. Vendbanimi i të anktuarëve sipas prezencës së gurëve në familje

Vendbanimi	Në familje gurë në veshka				Gjithsej	
	Po		Jo			
	N	%	N	%	N	%
Fshat	79	34.8	148	65.2	227	100.0
Qytet	127	59.3	87	40.7	214	100.0
Gjithsej	206	46.7	235	53.3	441	100.0
X ² -test	X ² =25.6, P<0.001					

Nga 227 familjet e anketuara në fshat 79 ose 34.8% kanë deklaruar se kanë anëtarë në familje me gurë në veshka për dallim nga 214 familjet e anketuara në qytet të cilat në 59.3% të rasteve kanë deklaruar se kanë anëtarë në familje me gurë në veshka dallim ky me sinjifikancë të rëndësishme statistikore ($X^2=25.6$, $P<0.001$), (Tabela 22 dhe Grafiku 4).



Grafiku 4. Struktura e të anketuarëve me gurë në veshka sipas vendbanimit

Tabela 23. Gjendja ekonomike e të anktuarëve sipas prezencës së gurëve në familje

Gjendja ekonomike	Në familje gurë në veshka				Gjithsej	
	Po		Jo			
	N	%	N	%	N	%
E lartë	21	63.6	12	36.4	33	100.0
E mesme	182	45.6	217	54.4	399	100.0
E vobekt	3	33.3	6	66.7	9	100.0
Gjithsej	206	46.7	235	53.3	441	100.0
X ² -test	X ² =4.63, P=0.098					

Prezenca e gurëve në veshka sipas gjendjes ekonomike të familjeve nuk ka treguar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore ($X^2=4.63$, $P=0.098$, $P>0.05$). Ndonëse në familjet me gjendje ekonomike të lartë shpeshësia e gurëve ishte më e madhe 63.6% krahasuar me familjet me gjendje ekonomike të vobekt 33.3% (Tabela 23).

Tabela 24. Kohëzgjatja e gurëve në veshka

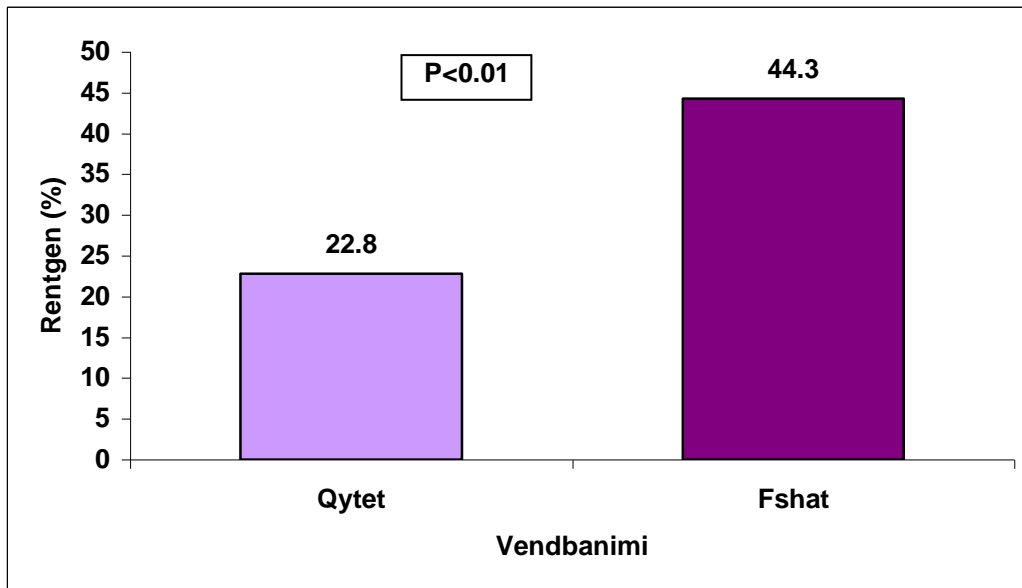
Kohëzgjatja e gurëve në veshka (vjet)	
N	206
Mesatarja	13.4
DS	10.0
Min	1
Max	40

Të anketuarit kanë deklaruar se i kanë gurët në veshka mesatarisht 13.4 vjet ($SD \pm 13.4$ vjet), rangi 1 deri 40 vjet (Tabela 24).

Tabela 25. Përgjigjet e të anketuarëve me gurë në veshka: A keni/kanë ekzaminuar me rentgen gurët në veshka? sipas vendbanimit

Rentgen	Qytet		Fshat		Gjithsej		
	N	%	N	%	N	%	
Po	29	22.8	35	44.3	64	31.1	
Jo	98	77.2	44	55.7	142	68.9	
Gjithsej	127	100.0	79	100.0	206	100.0	
X^2 -test	$X^2=9.5$, $P=0.002$						

Gurët në veshka kanë deklaruar se i kanë ekzaminuar me Rtg 22.8% e të anketuarëve me gurë në veshka me vendbanim në fshat krahasuar me 44.3% e atyre me vendbanim në qytet me dallim sinjifikancë sipas vendbanimit ($X^2=9.5$, $P=0.002$; $P<0.01$), (Tabela 25 dhe Grafiku 5).

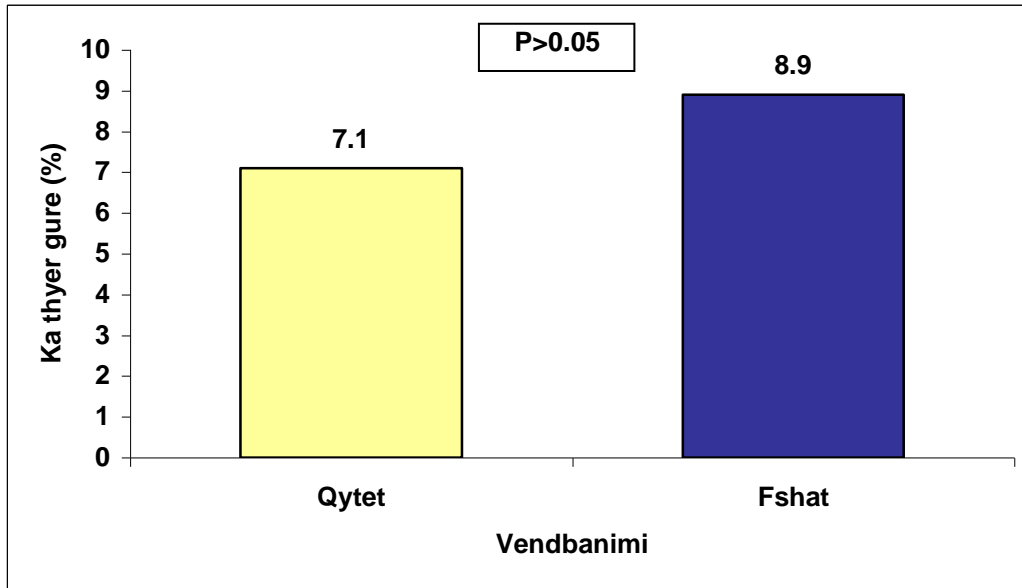


Grafiku 5. Struktura e rasteve që kanë bërë Rtg sipas vendbanimit

Tabela 26. Përgjigjet e të anketuarëve me gurë në veshka: A keni/kanë thyer me ESWL gurët në veshka? sipas vendbanimit

Ka thyer gurë me ESWL	Qytet		Fshat		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Po	9	7.1	7	8.9	16	7.8
Jo	118	92.9	72	91.1	190	92.2
Gjithsej	127	100.0	79	100.0	206	100.0
X ² -test	X ² =0.038, P=0.845					

Gurët në veshka kanë deklaruar se i kanë thyer me ESWL 8.9% e të anketuarëve me gurë në veshka me vendbanim në fshat krahasuar me 7.1% e atyre me vendbanim në qytet pa dallim sinjifikant sipas vendbanimit ($X^2=0.038$, $P=0.845$; $P>0.05$), (Tabela 26 dhe Grafiku 6).

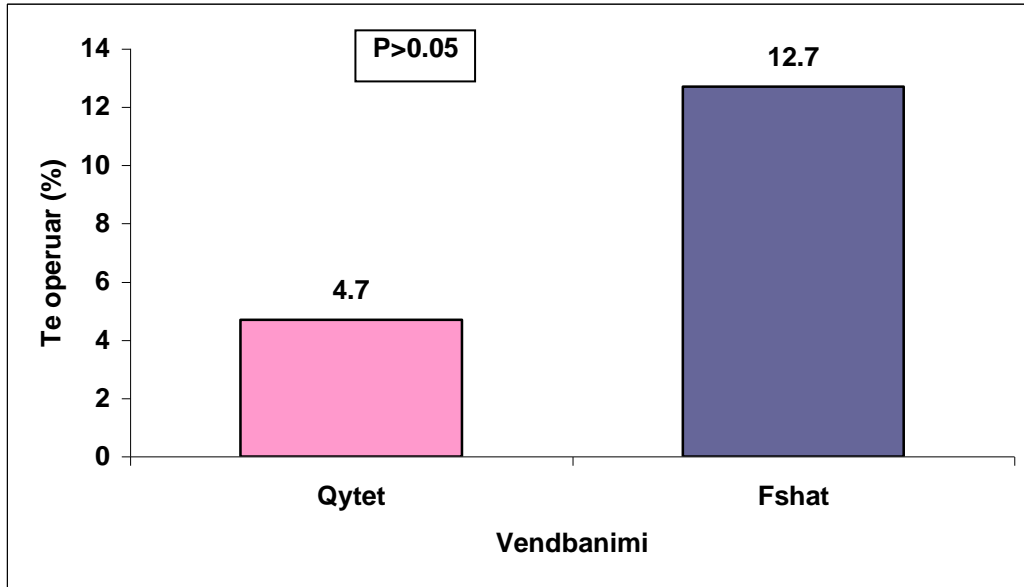


Grafiku 6. Struktura e rasteve që kanë thyer gurët me ESWL sipas vendbanimit

Tabela 27. Përgjigjet e të anketuarëve me gurë në veshka: A jeni/janë operuar nga gurët në veshka? sipas vendbanimit

Operuar	Qytet		Fshat		Gjithsej		
	N	%	N	%	N	%	
Po	6	4.7	10	12.7	16	7.8	
Jo	121	95.3	69	87.3	190	92.2	
Gjithsej	127	100.0	79	100.0	206	100.0	
X ² -test	X ² =3.24, P=0.07						

Më shpesh janë operuar nga gurët në veshka banorët e fshatit 12.7% krahasuar me ata me vendbanim në qytet që kanë pasur gurë në veshka 4.7%, mirëpo me X²-test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore (Tabela 27 dhe Grafiku 7).



Grafiku 7. Struktura e të operuarëve sipas vendbanimit

Trajtimi i pacientëve me urolitiazë të Luginës së Preshevës në Klinikën e Urologjisë – QKUK Prishtinë

Shumica e pacientëve të Luginës së Preshevës si pikë referuese për trajtim të urolitiazës e kanë Klinikën e Urologjisë në QKUK Prishtinë, edhe pse ekzistojnë edhe qendrat e tjera për trajtim, si p.sh. Shkupi 50 km, Nishi 150 km, Tiranë 320 km, Beogradi 350 km, prapë se prapë shumica e pacientëve orientohen për në Klinikën e Urologjisë në Prishtinë.

Gjatë kësaj periudhe të hulumtimit tonë (2010-2015) në protokolet e Klinikës së Urologjisë janë trajtuar 186 pacientë me urolitiazë, ku prej tyre 86 pacientë janë trajtuar me ESWL, ndërsa 48 pacientë iu kanë nënshtruar intervenimit të hapur nefrolitotomi, 12 cistolitotomi, 14 ureterolitotomi, 26 URS-litotomi.

V. DISKUTIMI

Në studimin tonë 5 vjeçar (2010-2015) janë anketuar 441 familje me gjithsej 2506 anëtarë, prej të cilave 1687 ose 67.3% të gjinisë mashkullore dhe 819 ose 32.7% të gjinisë femërore. Me X²-test kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore sipas gjinisë (X²=53.1, P<0.001) (Tabela 1).

Karakteristikë e këtij punimi është se të gjitha anketat epidemiologjike janë bërë nga vetë autori, me ç'rast të gjitha anketat ruhen në dosjen e vetë autorit.

Mosha mesatare e të hulumtuarëve është 45.9 vjet (DS ± 13.4 vjet) rang 14 – 90 vjet. Mosha mesatare e të hulumtuarëve të gjinisë mashkullore është 46.3 vjet (DS ± 12.4 vjet) rang 14 – 90 vjet. Mosha mesatare e të hulumtuarëve të gjinisë femërore ishte 44.9 vjet (DS ± 15.2 vjet) rang 19 – 89 vjet (Tabela 2).

Incidenca – e urolitiazës definohehet si numri i rasteve të reja të pacientëve me urolitiazë në një popullatë, përgjatë një periudhe kohore të definuar, zakonisht brenda një viti.

Prevalenca- definohehet si numër i gurëve të pranishëm në një popullatë të mbikëqyrur në një moment të veçantë kohor.

Prevalenca e jetës – definohehet si prezencë e gurëve në çdo moment kohorë në historinë e pacientit.

1. Nga 2506 të anketuar, ku prej tyre 441 persona ishin me urolitiazë konkludojmë se numri më i madh i incidencës ishte te meshkujt 297 meshkuj apo 67.3% e shprehur në përqindje dhe 144 ose 32.7% të gjinisë femërore.

Sipas profesorit të njohur amerikan Gary C. Curhan, në punimin e tij epidemiologjia e urolitiazës thekson se rreziku jetësor për paraqitjen e urolitiazës në USA kalon 12% te meshkujt dhe 6% te femrat, që do të thotë se është në raport 2:1. Edhe në rastin e studimit tonë raporti meshkuj-femra është përafërsisht 2:1.

Disa studime kanë vërtetuar se ratat e incidencës me urolitiazë variojnë nga moshë, gjinia dhe raca. Sikurse prevalenca, incidenca është më e lartë te meshkujt e bardhë. Për meshkujt incidenca fillon të rritet pas moshës 20 vjeçare dhe kulmin e arrinë në mes moshës 40-60 vjeçare me 3 raste të reja në 1000 banorë dhe pastaj fillon të bie. Për femrat ratat e incidencës duket të jenë më të larta në të 20-tat e vonshme pastaj zbrit në 1 rast në 1000 banorë në moshën 50 vjeçare. Megjithëse studimet e mëhershme kanë treguar se ratat e incidencës rritet në USA, studimet së fundmi nga Rochesteri-Minnesota tregojnë se trendet mund të ndryshojnë me kalimin e kohës. Duke përdorur metodologjinë e njëjtë si studimi i bërë para 30 viteve i cili ka treguar për rritjen e incidencës te meshkujt dhe femrat mes viteve 1950-1974, studimet e fundit kanë zbuluar se ratat e incidencës ngaviti 1990 mund të bien te meshkujt dhe te femrat të mbërrijnë platon.

2. Moshë mesatare nga të anketuarit është 45.9 vjet (DS \pm 13.4 vjet) rang 14-90 vjet. Moshë mesatare e të hulumtuarëve të gjinisë mashkullore është 46.3 vjet (DS \pm 12.4 vjet) rang 14 – 90 vjet, ndërsa moshë mesatare nga të hulumtuarit të gjinisë femërore është 44.9 vjet (DS \pm 15.2 vjet) rang 19 – 89 vjet (Tabela 2).

Gjate këtij hulumtimi kemi hasur urolitiazë te fëmijët e moshës 14-16 vjeçare, gjithsej 19 raste që do të thotë se as moshat e reja nuk janë të kursyera nga kjo epidemiologji.

Në studimin e **Prof. dr. Mustafa Xhani** “Nefrolitiazë në moshën femërore” gjatë viteve 1975-1978 ka hasur gjithsej në 128 raste te fëmijët me gurët në traktin urinar. Megjithëse nefrolitiazë te fëmijët është më e rrallë, që dokumentohet edhe në statistikat e klinikave të ndryshme në botë, e kjo sqarohet me këta faktorë:

- Gurët e vegjël eliminohen nga ushqimi i pasur hidrik që merr fëmija në këtë moshë.
- Pyeloni te fëmijët ka formën e një hinke vertikale të favorshme për rrjedhjen e urinës dhe daljen e gurëve, pikë kritike është segmenti pyelo-ureteral, sepse ureteri i fëmijës është shumë elastik.

Në Iran, Japoni dhe SHBA është karakteristike se kulmi i incidencës haset në grup moshën 40-49 vjeç, kurse në hulumtimin tonë moshë mesatare e të hulumtuarëve është 45.9 vjet, që do të thotë se është gati e njëjtë me vendet e lartëcekura.

3. Lateralizimi i gurëve në veshkë te të gjithë këta pacienta është i ndryshëm. Nga të gjitha rastet me gurë në veshka 88 ose 42.7% kishin gurë në veshkën e djathtë, 80 ose 38.8% majtas, 34 ose 16.5% kishin gurë në të dy veshkat dhe 4 ose 1.9% nuk kishin gurë në veshka në momentin e diagnostifikimit por vetëm në ureter. Ndërsa sipas gjinisë, meshkujt më shumë kishin gurë në anën e djathtë 58 ose 43.3%, po ashtu edhe femrat më shumë kishin gurë në anën e djathtë 30 ose 41.7%.

Trajtimi i pacientëve të anketuar me urolitiazë është bërë me ESWL, kirurgji të hapur dhe URS Litotripsi. Siç shihet nga tabela nr. 12, 7.8% e rasteve me gurë në veshka ose ureterin proksimal i kanë thyer me ESWL. Femrat i kanë thyer gurët më shpesh me ESWL 8.3% krahasur me meshkujt 7.5%.

Nga tabela me nr.13 mësojmë se 7.8% të pacientëve me gurë në veshka ose ureter kanë deklaruar se janë operuar. Meshkujt janë operuar më shpesh 9% krahasuar me femrat 5.6%.

Nga të gjitha rastet me gurë në veshka 88 ose 42.7% kishin gurë në veshkën e djathtë, 80 ose 38.8% majtas, kurse 34 ose 16.5% kishin gurë në të dy veshkat dhe 4 ose 1.9% nuk kishin gurë në veshka në momentin e diagnostifikimit por vetëm në uretër. Ndërsa, sipas gjinisë, meshkujt më shumë kishin gurë në anën e djathtë 58 ose 43.3%, po ashtu dhe femrat më shumë kishin në anën e djathtë 30 ose 41.7%.

Nga të gjitha këto të dhëna konkludojmë se prevalenca e gurëve në veshka është 9.8% (tabela 18) kurse 2.2% është prevalenca e gurëve në ureter. Recidivat e gurëve në traktin urinar te këta pacientë të intervistuar është mjaftë e lartë me 19.4%. Sipas gjinisë nga 40 pacientë që kanë pasur recidivë ose përsëritje të gurëve është 20.9% te meshkujt dhe 16.7% te femrat.

Prof. dr. Flamur Tartari në punimin e tij “Trajtimi kirurgjikal i recidivave pas operatore të urolitiazës në klinikën e Urologjisë Tiranë” e shtjellon në mënyrë shumë profesionale përsëritjen e gurëve, ku nga 525 raste të operuar 64 prej tyre kanë qenë raste për shkak të gurëve të përsëritur ose 12.2% e shprehur në përqindje.

Analiza spektroskopike e gurëve te pacientët është marë nga studimi i bërë nga **Prof. Dr. Xhemil Bytyqi**, ku në studimin e tij janë përfshirë 193 gurë dhe në 132 prej tyre është analizuar bërthama dhe mbështjellësi dhe nga 61 prej tyre është analizuar mesatarja. Në 132 gurë me analizë të përbërjes së bërthamës dhe mbështjellësve të gurit në 12.12% të rasteve janë oxalate, në 9.1% fosfate, 6.81% urate (gjegjësisht amonium hidrogjen urat), 24.24% oxalofosfate, pastaj 36.36% oksalourate (gjegjësisht amonium hidrogjen urat), në 4.53% oxalofosfatourate dhe në 3.03% fosfato urate. Kurse në 61 gurë sipas mesatares janë fituar këto rezultate 52.45% oxalate, 9.83% fosfate dhe 37.70% oxalofosfate. Në përbërje të këtyre gurëve nuk paraqitet komponenta e urateve gjegjësisht hidrogjen urateve.

Nga 193 gurë të analizuar në 24.35% janë gjetur oxalatet, 9.32% fosfatet, 4.66% uratet (amonium hidrogjen uratet), në 29.01% oxalofosfat, në 38% oxalourat, në 3.1% oxalofosfato-urat, 2.07% fosfato-urat dhe në 1.55% grupeve tjera dhe substancave të paidentifikuara.

Po ashtu është bërë studim shumë frytëdhënës sa i përket përbërjes kimike të gurëve në Kosovë nga **Ass. dr. Sci. Isa Haxhiu** ku nga 104 gurë të marrë nga pacientët për studim, shumica e gurëve përbëhen nga dy apo më tepër komponente, komponenta kryesore është përdorur si bazë për klasifikim të gurëve. Kështu vevelliti (Kalcium oxalat monohidrati) si komponente kryesore e gurit është hasur në 63.55% të gurëve, Apatiti (Karbonat apatit fosfati) në 14.95% të gurëve, pastaj Struviti (Magnezium amonium fosfati) 9.35% të gurëve, Vedelliti (Kalcium oxalat dihidrati) në 6.54% të rasteve nga acidi urik në 3.74% të rasteve.

Në traktin e sipërm gurët ishin të përbërë nga oxalatet vevellit dhe vedellit shpesh të kombinuar me apatit. Kurse në traktin e poshtëm urinar gurët infektiv si apatiti dhe struviti janë dominante. Pra, si konkluzion na paraqitet se vevelliti (kalcium oxalat

monohidrati) në 63.55% dhe vedelliti në 6.54% të rasteve janë dominante sikurse në shumicën e vendeve me standard të lartë ekonomik.

Disa raste të pacientëve me gurë në traktin urinar të operuara nga vetë autori i kësaj teme:

1. Kalkuloza në lozhën prostatike

Pacienti i moshës 56 vjeçare me infeksion kronik të traktit urinar i pa trajtuar nga ana mjekësore, me ankesa që 10 vite. Pacienti bie në retencë complete urinare dhe pas ekzaminimeve rutinore urologjike, vërtetohet se pacienti ka gurë në lozhën prostatike dhe pas intervenimit kirurgjikal nxjerrim këta gurë. Shih foton më poshtë:



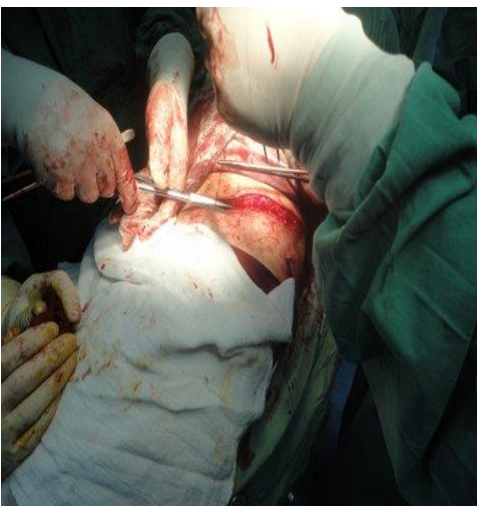
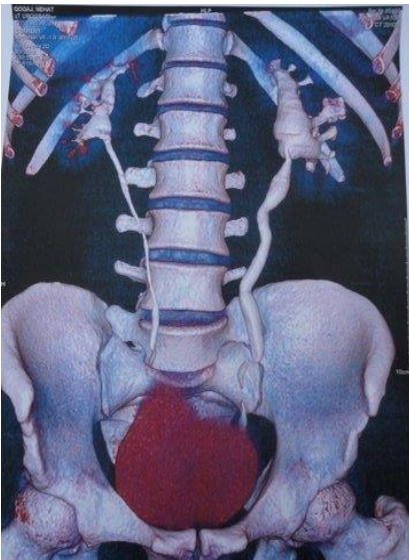
2. Cistolitiaza e shoqëruar me obstrukcion subvezikal

Pacienti i moshës 70 vjeçare me hipertrofi beninje të prostatës si dhe rezidu të urinës me vite të tëra dhe pas ekzaminimit urologjik, konstatojmë se ka një gurë voluminoz në fshikëzën urinare. Edhe ky pacient trajtohet në mënyrë kirurgjikale me qasje transvezikale, së pari hiqet guri me madhësi mbi 5 cm e pastaj bëhet enukleimi i prostatës.



3. Guri koraliform në veshkë

Pacienti i moshës 27 vjeçare me dhembje kronike të pjesës lumbale majtas i trajtuar një kohë të gjatë si sindromë lumbale por pas ardhjes te ne dhe ekzaminimeve urologjike si: Echo e urotraktit dhe CT-urografi me kontrast konstatojmë se kemi të bëjmë me gurë koraliform gati komplet. Operacioni realizohet me lumbotomi me qasje të pyelokalikotomisë anteroie dhe guri nxjerret në tërësi.



VI. PËRFUNDIMI

Meqenëse në këtë regjion të Luginës së Preshevës deri më tani nuk është bërë asnjë hulumtim e kësaj natyre dhe si Urolog i parë dhe i vetëm i kësaj treve, mora obligim moral dhe profesional, të bëjë një hulumtim epidemiologjik. Duke u bazuar në këto rezultate mund të konkludojmë se:

1. Urolitiaza në Luginën e Preshevës ka një prevalencë mjaft të madhe dhe nga të gjithë të anketuarit konstatojmë se prevalenca e gurëve në veshka është 9.8% kurse gurët në ureter kanë një prevalencë prej 2.2%.

Ky rezultat është mjaft shqetësues për shkak të rritjes së prevalencës së gurëve edhe pse në hulumtimet e mëparshme në ish-Jugosllavi, posaçërisht në regjionin e Anamoravës që përfshin 5 komuna si: Gjilani, Vitia, Kamenica, Presheva dhe Bujanovci. Ky regjion njihej me incidencë të lartë të nefropatisë kronike.

2. Këto rezultate u fituan nga anketimi i qytetarëve me fletëanketa dhe falë përpunimit statistikor të bëra në mënyrë profesionale.
3. Diagnostifikimi i kësaj patologjie është bërë me rentgen nativ të urotraktit, echosonografia, urografia intravenoze. Vlenë të theksohet se në këtë trevë ende mungojnë aparaturat moderne imazherike si: CT apo Magnet Rezonanca si dhe mungesë të kuadrove të specializuara për këtë lëmi, gjë që e vështirëson diagnostifikimin e rasteve me gurë në traktin urinar.
4. Trajtimi i pacientëve me gurë siç shihet nga tabelat në 7.8% të rasteve janë trajtuar me ESWL, 4.8% të pacientëve deklarojnë se kanë pasur ndërhyrje kirurgjikale dhe mbi 5% të pacientëve deklarojnë se kanë pasur eliminim spontan të gurëve nga trakti urinar.

VII. REKOMANDIMET

1. Një ndër synimet kryesore të shoqërisë në këtë trevë duhet të jetë ngritja e infrastrukturës shëndetësore, ngritja dhe edukimi i vazhdueshëm i kuadrove të reja në mënyrë që diagnostifikimi dhe trajtimi i urolitiazës të bëhet në kohë dhe vendin e duhur.
2. Të bëhet mundësia e realizimit dhe ngritja e laboratorëve modern në mënyrë që të bëhen testet e tjera laboratorike për (pH e urinës), analizat mikrobiologjike (urinokultura me antibiogram, strisho uretrale etj.), nëpër të gjitha qendrat e mjekësisë familjare në mënyrë që sa më herët të detektohen shkaktarët e urolitiazës dhe infeksionet urinare.
3. Edukimi i vazhdueshëm i personelit mjekësor, ndjeka e ligjeratave, simpoziumeve, kongreseve, botimi i revistave shëndetësore ku çdo qytetar do të informohet për sëmundjet urologjike dhe patologjitë tjera. Po ashtu do të ishte shumë me rëndësi për parandalimin e urolitiazës sugjerimi që popullata duhet të konsumojë ujë të pijshëm mbi 1.5 litra në ditë si dhe shtimi i aktivitetit fizik për personat jo aktiv.
4. Ngritja e vetëdijes qytetare mbi shëndetin ku së paku një herë në vit të bëhen analizat laboratorike bazike si: Urinë, Hemogram, Urea, Kreatinina, SE, Glicemia, si dhe Echo e urotraktit dhe abdomenit pasi që nuk është ekzaminim invaziv e as rrezatues që dëmton shëndetin.

VIII. REZYME

Urolitiaza është proces patolojik - sëmundje e cila karakterizohet me formimin e gurëve në sistemin urinar.

Urolitiaza është sëmundje tek e cila shkalla e incidencës ka rritje të vazhdueshme. Llogaritet se 15% e njerëzve gjatë jetës mesatare 75 vjet, formojnë gurë në sistemin urinar, ku nga kjo sëmundje nuk kursehen banorët e asnjë shtrirje gjeografike, grupeve etnike apo edhe moshe. Klinikisht manifestohet në mes të decenies së tretë dhe gjashtë të jetës.

Urolitiaza është sëmundje e proceseve të shumta multifaktoriale e cila përbëhet nga faktorët socio-ekonomik, faktorët gjenetik dhe faktorët konstitucional.

Lugina e Preshevës, përfshin tri komunat në jug të Serbisë me 67 fshatra dhe 3 qendra urbane (Presheva, Bujanovci dhe Medvegja), e cila shtrihet në një sipërfaqe rreth 1250 km katrorë dhe me rreth 100.000 banorë.

Materiali dhe metodat

Në periudhën mars-prill të vitit 2010-2015 janë bërë hulumtime epidemiologjike të popullatës së kësaj treve (Lugina e Preshevës) ku është përfshirë në anketim një numër i popullatës sipas kriterëve të njëjta epidemiologjike.

Anketimi i banorëve është bërë nga vetë autori i këtij punimi ku janë anketuar 441 familje në të cilat janë kryer intervistat dhe të dhënat janë marrë për 2506 anëtarë të familjeve, prej të cilëve 1687 ose 67.3% të gjinisë mashkullore dhe 819 ose 32.7% të gjinisë femërore. Me X²-test kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore sipas gjinisë (X²=53.1, P<0.001).

Rezultatet

Gjatë periudhës 2010-2015 nga 2506 të anketuar moshë mesatare e të hulumtuarëve ishte 45.9 vjet, rang 14-90 vjet. Moshë mesatare e të hulumtuarëve të gjinisë mashkullore ishte 46.3 vjet, rang 14-90 vjet. Moshë mesatare e të hulumtuarëve të gjinisë femërore ishte 44.9 vjet, rang 19-89 vjet.

Nga 2506 anëtarët e anketuar 246 raste ose prevalenca e gurëve në veshka ishte 9.8%. Nga të gjitha rastet me gurë në veshka 107 ose 43.7% kishin gurë në veshkën e djathtë, 98 ose 39.8% majtas, 41 ose 16.5% kishin gurë në të dy veshkat. Ndërsa sipas gjinisë, meshkujt më shumë kishin gurë në anën e djathtë 58 ose 43.3%, po ashtu dhe femrat më shumë kishin në anën e djathtë 30 ose 41.7%.

Nga 2506 anëtarët e anketuar 56 raste ose prevalenca e gurëve në ureter ishte 2.2%. Të dy gjinitë më së shpeshti kishin gurë në ureterin e djathtë (M 17.2% vs. F 12.5%), pastaj në të majtin (M 11.2% vs. F 6.9%), dhe në të dy anët (M 1.5% vs. F 2.8%).

Nga 206 të anketuar (134 meshkuj dhe 72 femra) me gurë në veshka dhe ureter 7.8% e tyre kanë deklaruar se i kanë thyer gurët me ESWL. Femrat i kanë thyer më shpesh gurët me ESWL 8.3% krahasuar me meshkujt 7.5%, kurse me operacione të hapura apo 7.8%, meshkujt janë operuar më shpesh 9.0% krahasuar me femrat 5.6%.

Përfundime

Lugina e Preshevës është e njohur si zonë endemike për urolitiazë ku mund ta vërtetojmë edhe në bazë të rezultatit të incidencës së lartë me urolitiazë të të anketuarëve me 7.6% ku si sëmundje atakon në grup-moshën më produktive të popullsisë 45.9 vjet dhe zbulimi i hershëm i kësaj sëmundjeje trajtohet me aplikimin e metodave më moderne si ESWL, URS lithotripsy si dhe nefrolitholapaksi perkutane.

VIII. RESUME

Urolithiasis is a disease in which the incidence rate is increasing. It is estimated that 15% of people over 75 years average life, form stones in the urinary system, where the disease does not spare the inhabitants of any geographic, ethnic or age groups. Clinically manifested between the third and sixth decade of life. Urolithiasis is a disease of multifactorial multiple processes which consists of socio - economic factors, genetic factors and constitutional factors.

Presevo Valley, includes three municipalities in southern Serbia with 67 villages and 3 urban centers (Presevo, Bujanovac and Medvedja), which extends over an area approximately 1,250 square kilometers and 100,000 inhabitants.

Material & Methods

In March-April period of 2010-2015 epidemiological studies have been made of the area's population (Presevo Valley) which is involved in a number of population survey by the same epidemiological criteria.

The survey of residents was made by the author of this paper which surveyed 441 families in which the interviews were made and the data were obtained for 2506 members of families, of whom 1687 or 67.3% male and 819 or 32.7% of female.

Results

During the period 2010-2015 from the 2506 respondent's surveyed average age was 45.9 years, range 14-90 years. The average age of the surveyed males was 46.3 years, range 14-90 years. The average age of the surveyed females was 44.9 years, range 19-89 years.

From 2506 members surveyed 246 cases or prevalence of kidney stones was 9.8%. Of all cases of kidney stones were 107 or 43.7% of the right kidney stones, 98 or 39.8% left, 41 or 16.5% had stones in both kidneys. While gender, men were more stones on the right side 58 or 43.3%, as well as more women were on the right side 30 or 41.7%.

From 2506 members surveyed 56 cases or ureter stones prevalence was 2.2%. Both genders were mostly right ureter stones (M 17.2% F vs. 12.5%), then to the left, (M 11.2% F vs. 6.9%), and on both sides (M 1.5% vs. F 2.8%).

From 206 respondents (134 men and 72 women) with ureteral stones in the kidney and 7.8% they have stated that they have broken the stones with ESWL. Women more often have broken with stones ESWL 8.3% compared with 7.5% men, and with open surgery or 7.8%, men are more often operated 9.0% compared with 5.6% women.

Conclusions

Presevo Valley is known as endemic area Urolithiasis which could prove even according to the result of the incidence of high Urolithiasis of the respondents 7.6% where as the disease invades the age-group most productive population 45.9 years and early the disease is treated with the application of modern methods ESWL, URS lithotripsy, Percutaneous nephrolitholapaxy.

IX. LITERATURA

1. **Prof. Dr. Falmur Tartari** and coll. Service of Urology Hospital Centre “Mother Tereza”, Tirana, Albania, “Urolithiasis in Albania study of 35 years research”. Albanian Journal of Urology, Tetor 2008, Viti i I-rë i botimit, Nr. 1, 112.
2. **Prof. Dr. Falmur Tartari**, Urologjia, Diagnoza, klinika, mjekimi, raste personale. Historia e Urologjisë Shqiptare. Anomalitë e lindura të Aparatit Gjenital. Shtypur në shtypshkronjën “Gjergj Fishta”, Tiranë, 2002.
3. **Bytyqi, Xh.**, “Prilog etiologiji nefrolitiazë: Kliničko epidemiološko istraživanje na području SAP Kosova”, disertazijska teza, Prishtinë, 95:1986.
4. John Denstedt, Saad Khoury, Stone Disease, 2nd International Consultation on Stone Disease, September 5, 2007, Edition 2008.
5. **Mustafa Xhani**, GPD dhe ndikimi në shëndetësi, Koha Jonë, 2008. 11-13, Tiranë.
6. Haxhiu, I., “Aspektet klinike the patomorfologjike të urolitiazës në Kosovë”, temë e doktoratës, Prishtinë, 78-92, 2002.
7. **Xhemil Bytyqi**, Xhevdet Çuni, Avni Fetahu, Petrit Nuraj, Clinical and epidemiological investigation of nephrolithiasis in Kosova European Journal of Endourology, Volume 26, September 2012. Mary Ann Liebert, DOI: 10.1089/end.2012.201.
8. **Flamur M. Tartari**, Trajtimi kirurgjikal i recidivave postoperatore të urolitiazës në Klinikën e Urologjisë Tiranë. Punime kirurgjikale, vol. 5, fq. 112-131, 1983.
9. Antun Tucak, Milovan Radonić, Helda Füređi-Milhofer, Darinka Dekanić, Ljubomir Čeićuk, Urolitijaza, IC Revija Osijek, Znanstvena jedinica za kliničko medicinska istraživanja opće bolnice Osijek, Osijek 1989.

10. **Flamur M. Tartari**, Epidemiologjia e urolithiazës në rrethin e Tiranës për vitet 1972-1982. Rev. Mjek. Nr. 5, fq. 45-47, 1985.
11. **Flamur M. Tartari**, Urolitiaza te fëmijët e vegjël (material studimor 25 vjeçar). Referat i mbajtur në Konferencën e I-rë Kombëtare me 1986, 10 faqe.
12. Gary C. Curhan, Epidemiology of Stone Disease, Urol Clin North Am. 2007 Aug; 34(3): 287–293.
13. Hesse, A., Brandle, E., Wilbert, D. et al, Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany comparing the years 1979 vs. 2000. Eur Urol. 2003; 44:709–713.
14. Curhan, G., Willett, W., Rimm, E. et al, Family history and risk of kidney stones. J Am Soc Nephrol. 1997; 8:1568–1573.
15. Soucie, J., Coates, R., McClellan, W. et al, Relation between geographic variability in kidney stones prevalence and risk factors for stones. Am J Epidemiol. 1996; 143:487–495.
16. Yoshida, O., Okada, Y. Epidemiology of urolithiasis in Japan: a chronological and geographical study. Urol Int. 1990; 45:104–111.
17. J. Michael Soucie, Michael J. Thun, Ralph J. Coates, William McClellan, and Harland Austin, Demographic and geographic variability of kidney stones in the United States, Volume 46, Issue 3, September 1994, 893–899.
18. Leonardo R. Reyes Rabanal CIN 2003. M.D. Clinical Epidemiology of Urolithiasis in tropical areas page 1-23.
19. Menon M, Koul H: Clinical review 32: Calcium oxalate nephrolithiasis. J Clin Endocrinol Metab 1992; 74:703–707.
20. Ramello A, Vitale C, Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis. J Nephrol 2000-Dec; 13 Suppl 3:S45-50.

21. Kim H, Jo MK, Kwak C, Park SK, Yoo KY, Kang D, Lee C. Prevalence and epidemiologic characteristics of urolithiasis in Seoul, Korea. *Urology*. 2002; 59(4):517- 21.
22. Lee YH, Huang WC, Tsai JY, Lu CM, Chen WC, Lee MH, Hsu HS, Huang JK, Chang LS. Epidemiological studies on the prevalence of upper urinary calculi in Taiwan. *Urol Int*. 2002; 68(3):172-7.
23. Hess B. Pathophysiology, diagnosis and conservative therapy in calcium kidney calculi. *Ther Umsch*. 2003 Feb; 60(2):79-87.
24. Serio A, Fraioli A. Epidemiology of Nephrolithiasis. *Nephron* 1999; 81(suppl 1):26-30.
25. Buchholz NP, Abbas F, Afzal M, Khan R, Rizvi I, Talati J. The prevalence of silent kidney stones-an ultrasonographic screening study. *J Pak Med Assoc*. 2003; 53(1):24-
26. Sutor DJ: The nature of urinary stones. In Finalayson B (ed): *Urolithiasis: Physical Aspects*. Washington DC, National Academy of Sciences, 1972, p 43.
27. Curhan GC, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ: Family history and risk of kidney stones. *J Am Soc Nephrol* 1997; 8:1568–1573.1
28. Resnick M, Pridgen DB, Goodman HO: Genetic predisposition to formation of calcium oxalate renal calculi. *N Engl J Med* 1968; 278:1313–1318.
29. Markovic V. *Urologija. Hirurgija mokracnih Organa. Knjiga 1. Novinsko-izdavacka Ustanova. Beograd* 1997.361-425
30. C. Turk, T. Knoll et al. Guidelines on urolithiasis, European Association on Urology 2011 Edition, 7-103.
31. Tanagho EA, McAninnch. *Smith's General Urology*. USA. Mc.Graw Hill companies 17th edition. 2008; Marshall L. Staler, MD *Urinary Stone Disease*, 246-275.

32. Murray J Favus, M.D.director, Bone Program. Professor and Vice Chair for appointments and promotions. Department of medicine. University of Pritzker School of Medicine. Chicago. Chapter 14. Nephrolithiasis. May 1, 2010.
33. Lieske JC, Pena de la Vega LS, Slezak JM, Bergstralh EJ, Leibson CL, Ho KL, et al. Renal stone epidemiology in Rochester, Minnesota: an update. *Kidney Int.* 2006;69(4):760–4.[PubMed]
34. Gary C. Curhan, MD, ScD, Epidemiology of Stone Disease, *Urol Clin North Am.* 2007 August; 34(3): 287–293.
35. H.-G. TISELIUS, Department of Urology, Huddinge University Hospital and Centre for Surgical Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, ©,Epidemiology and medical management of stone disease, 2003, *BJU INTERNATIONAL* | 91, 758- 767| doi:10.1046/j.1464-410X.2003.04208
36. Michelle Lopez, Bernd Hoppe. History, epidemiology and regional diversities of urolithiasis. *Pediatr (Nephrol)* 2010 25: 49/59.
37. Peter Hughes. Kidney stones epidemiology. *NEPHROLOGY* 2007; 12, S26–S30
38. Gary C. Curhan, MD, ScD. Epidemiology of stone disease *Urol Clin North Am.* 2007 August; 34(3): 287–293. doi: 10.1016/j.ucl.2007.04.003 UK.PUBMED Central.
39. Hesse A, Brandle E, Wilbert D, Kohrmann KU, Alken P. Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany comparing the years 1979 vs 2000. *Eur Urol.* 2003;44(6):709–13.[PubMed]
40. Marshall L.Stoller, MD.Maxwell V.Meng, M.D. *Urinary Stone Disease.* 2007. Humana Press. IncxTotowa, New Jersey.P. 27-55.
41. Victoriano Romero et al, *Kidney stones. A global picture of prevalence, Incidence and Associated Risk Factors.* Wake Forest University School of Medicine, Winston/Salem, NC.2010 MedReviews.LLC.

42. Soucie JM, Thun MJ, et al. Demographic and geographic variability of kidney stones in the United States. *Kidney int.* 1994;46:893-899.
43. Amato M, Lusini ML, Nelli F., Epidemiology of nephrolithiasis today. *Urol Int.* 2004;72(suppl 1):1-5.
44. Taylor EN, Stampfer M, Curhan GC. Obesity, weight gain, and the risk of kidney stones. *JAMA.* 2005;293:455-462.
45. Rajveer S, Purohit and Marshall L, Stoler, Laterality of symptomatic Cystine calculi. From the Department of Urology, University of California, San Francisco, School of Medicine. Submitted: February 7, 2003 accepted March 27, 2003.
46. Kidney stones. University of Maryland Medical Center. Last reviewed by: Harvey Simon, MD. editor in Chief, associate Professor of Medicine, Harvard Medical School/last reviewed on 08.27.2012.
47. **Avni Fetahu**, Epidemiological research and clinical urolithiasis in Presevo valley. *Urologia-Ukrainski naukovopraktični zhurnal Urologija, Antrologija ta Nefrologija*, TOM 20 No 3' 16 (78), ISSN 2307-5279.

X. AUTOBIOGRAFIA

Dr. Avni Fetahu u lind më 09.08.1965 në fshatin Rahovicë, komuna e Preshevës.

Shkollën fillore dhe të mesme i kreu në vendlindje, ndërsa studimet universitare në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë i filloi në vitin shkollor 1986-1987, por për shkak të ndërprerjes së dhunshme të arsimit në Kosovë i mbaroi në vitin 1997.

Pesë vite punoi si mjek i përgjithshëm e pastaj në vitin 2003 filloi specializimin në Qendrën Klinike Universitare në Klinikën e Urologjisë. Specializimin e kreu në vitin 2008.

Ishte në specializim gjatë muajve mars-qershor 2008 në Klinikën Rehts der Ihsar në München të Gjermanisë duke iu falënderuar EAU-së.

Studimet e doktoratës i filloi në vitin 2011 në lëminë e Kirurgjisë në Fakultetin e Mjekësisë të Universiteti të Tiranës (mentor Prof. dr. Flamur Tartari).

Është anëtar i Shoqatës të Urologëve të Evropës (EAU) dhe i Shoqatës të Urologëve të Kosovës (SHUK).

Ka marrë pjesë në simpoziume dhe kongrese të urologjisë në nivel kombëtarë dhe atë ndërkombëtarë si autorë dhe koautorë të shumë punimeve shkencore.