

*p < 0.05
 **p < 0.001
 ***p < 0.0001

Λ Përfshijë edhe PhS
 P është vlerësuar sipas testit t Student.

Summary

GLYCEROLIPID METABOLISM IN THE BRAIN TISSUE DURING EXPERIMENTAL EPILEPSY

The experiment was carried out with rats of the Wister race weighing 150-200 g. Convulsive attacks were provoked by administering various convulsing substances (pyridoxal phosphate, penicillin). The glycerolipid metabolism was studied by intraventricular injections of radioactive glycerol [glycerol (2-3 H)] which is readily incorporated in the brain glycerides. The rate of radioactivity incorporated by each lipid class (phosphatidylethanolamine and phosphatidylcholine) increases with the passage of time (3 — 60 minutes) after the injection of radioactive glycerol, while the radioactivity incorporated as diglycerides and phosphatidic acid decreases.

Intraventricular injection of pyridoxal phosphate together with radioactive glycerol lowers the radioactivity of phosphatidylethanolamine but raises that of the diglycerides. This «lipidic effect» is also observed after administering penicillin and ouabain. Intraperitoneal administration of bicuculine has an influence on the lipid metabolism of the cerebellum.

Résumé

ETUDE SUR LE METABOLISME GLYCERO-LIPIDIQUE DU TISSU NERVEUX DANS LES EPILEPSIES EXPERIMENTALES

L'auteur s'est servi de souris de la race Wister ayant un poids corporel de 150 à 200 g. Les crises convulsives ont été provoquées par diverses substances convulsivantes (phosphates de pyridoxale, pénicilline, ouabaine et bicuculine). Le métabolisme glycérolipidique a été étudié en injectant dans les cavités ventriculaires du glycérol radioactif [glycérol (2 — 3 H)] qui s'associe aux glycérides du tissu nerveux. Le pourcentage de la radioactivité, ainsi associé dans chaque classe lipidique (phosphatidyléthanolamine, phosphatidylcholine, acide phosphatidique, phosphatidylinositol, diacylglycerol) dépend du temps écoulé depuis le moment d'injection du précurseur (glycérol 2 — 3 H). L'auteur a constaté une augmentation de la radioactivité sous forme de phosphatidyléthanolamine et phosphatidylcholine en fonction du temps (3-60 min), tandis qu'il a trouvé une baisse de la radioactivité dans les composants diglycéride et acide phosphatidique.

Le pyridoxal phosphate et le glycérol radioactif par voie intraventriculaire font baisser la radioactivité de la phosphatidylethanolamine et, par contre, augmentent celle des diglycérides. Cet «effet lipidique» a été observé aussi après emploi de la pénicilline et de l'ouabaine. L'administration de la bicuculine par voie intrapéritonéale influe sur le métabolisme lipidique du cervelet.

TRAJTIMI I THYERJEVE ME ARMË ZJARRI ME MUNGESA TË MËDHA INDESH

(Studim eksperimental)

— HALO KERAJ —

(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ushtarake)

Edhe në ditë tona, thyerjet e hapura me mungesa të indit kockor dhe të indeve të buta muskulokutane mbeten një problem i vështirë trajtimi. Shkatërrimi i gjerë indor dhe prania e ndotjes së madhe mikrobike vazhdimisht lënë të hapur shtegun për zhvillimin e infeksionit, këtij ndërlikimi aq të padëshirueshëm për kirurgun. Plotësimi i mungesave indore, sidomos atyre kockore, kërkon kushte të përshtatshme të plagës, pastërtinë edhe vitalitetin e indeve. Të trajtuara me procedura të zakonshme mjekimi, këto plagë kërkojnë një kohë të gjatë për shërimin e tyre. Luftërat e sotme, me përdorimin e armëve me fuqi shkatërruese të madhe, japin të tilla dëmtime në përqindje të konsiderueshme. Në kohë paqeje, këto dëmtime janë të rralla. Për këto arsye ndërmorrëm këtë studim eksperimental në kafshë me pikësynimin që në këto grupe të vëzhgojnë mundësinë e plotësimit të defekteve kockore dhe muskulokutane me njëherë pas fazës përfundimtare të përpunimit parësor kirurgjik (PPK), pra në një kohë sa më të hershme. Për të realizuar këtë, kërkohen disa kushte:

Së pari, është e domosdoshme që PPK-ja të jetë në atë shkallë sa të parandalojë burimin e infeksionit.

Së dyti, të sigurohet stabilitet i plotë i thyerjeve kockore me përdorimin e fiksuesit të jashtëm të qëndrueshëm, i cili lejon procedurat e mëvonshme kirurgjikale për të plotësuar mungesat indore.

Së treti, autotransplantet kockore të jenë me përbërje spongjotike, që, siç dihet, kanë vitalitet të madh, dhe të mbulohen me lembo muskulare apo muskulokutane me vaskularizim të padëmtuar.

Metodika dhe materiali

Eksperimentet i kryen në 14 qen. Plaga u shkaktua me pushkë të kalibrit 5.6 mm, me 1-2 predha, në kontakt të drejtpërdrejtë me lëkurën në 1/3-ën e mesme të kërcirit të majtë. Në të gjitha rastet, u shkaktuan plagë të mëdha me shkatërrim të kockës nga 2-5 cm (mesatarja 3 cm) dhe dëmtime të indeve të buta në përmasa edhe më të mëdha. Plaga u mbulua me fashaturë sterile, ndërsa në rastet kur kishte hemorragji të shprehur u vendos fashaturë kompresive. Kafsha merret në sallën e operimit pas 1 orë. Ndërhyrja kryhet me anestezi të përgjithshme me tiopental

natriumi endovenoz 0.5-1 g në varësi nga pesha e kafshës. PPK-në e vlerësuam si moment me shumë rëndësi, kusht përcaktues për vazhdimin e mëtejshëm të eksperimentit. PPK-ja filloi me pastrimin dhe jodimin e lëkurës rreth plagës. Larjen e plagës e bëmë me tretësirë të bollshme saline, derisa u bindëm për pastërtinë e saj. Tretësira antiseptike për larje të plagës nuk kemi përdorur.

Prerjen e indeve të buta e kemi bërë në mënyrë që tërësia e plagës të shihet me sy. Heqjen e indeve të buta të devitalizuara, duke filluar nga sipërfaqja në thellësi, shtresë pas shtrese, jemi munduar ta bëjmë në mënyrë sa më të plotë. Nuk jemi ndikuar aq shumë nga kujdesi për të ruajtur indet e buta, sesa nga fakti se indet pa jetë të mbetura në plagë janë terren i përshtatshëm për zhvillimin e mikrobeve. Pra, gjithmonë kemi synuar të shkojmë deri tek indet e shëndosha, duke ruajtur nga dëmtimi struktura të rëndësishme, si vazot dhe nervat. Me instrument kirurgjikal kemi hequr copërat metalike të plumbit dhe gjithë thyerjet e lira kockore të palidhura me indet e buta të shëndosha. Fundet e copëzave kockore i kemi ekspozuar duke mos i shpëputur nga indet e buta dhe i kemi pastruar mekanikisht. Kockat e lidhura me indet e buta të shëndosha nuk i kemi luajtur. Po kështu kemi vepruar edhe kur kanë qenë copëza të vogla kockore, por të lidhura me inde të shëndosha duke u nisur nga fakti i njohur se ato veprojnë siosteotransplante që stimulojnë osteogjenezën (5, 6, 11, 14).

Në të gjitha rastet, për fiksimin e thyerjeve kockore kemi përdorur sintezën jashtë vatrës së dëmtimit. Hemostazën e kemi bërë të plotë, por duke mbajtur parasysh që të fusim sa më pak material lidhës në plagë. Pas këtyre procedurave të PPK-së e kemi larë plagën edhe një herë me tretësirë saline. Në indet e buta rreth plagës infitruam 400 mijë unite peniciline të tretur me 10 cc ujë të bidestiluar. Plaga lihet e hapur, duke vendosur brenda saj gazra të njomura me tretësirë fiziologjike. Bandazhi i trashë përfshin plagën dhe fiksuesin. Gjatë operimit dhe 1 ditë pas tij, kafshës i jepet 1 litër tretësirë glukozë 10% me 5 cc tretësirë vitaminë C. Fillohen antibiotikët, që vazhdonin 15 ditë. Jemi kujdesur që kafsha të mos e heqë fashaturën dhe fiksuesin. Fazën përfundimtare të përpunimit parësor kirurgjik e kemi kryer pas 3 ditësh në 6 qen dhe pas 7 ditësh në 8 qen. Plaga i është nënshtruar një kontrolli tjetër të kujdesshëm. Kemi hequr pjesët nekrotike, copëzat metalike dhe kockore të mbetura në plagë pas përpunimit të parë. Pasi u bindëm për vitalitetin e indeve dhe pastërtinë e plagës, të vërtetuar edhe nga ana bakteriologjike. Kemi bërë shpëlarjen e saj me tretësirë të bollshme saline, që tanimë është e gatshme për të plotësuar defektet. Ky është edhe qëllimi kryesor i eksperimentit.

Autotransplantet kockore i morrëm nga fleta dilaie.

Sasia e tyre varet nga madhësia e defektit kockor, por, që boshllëku midis fundeve kockore tibial të mbushej plotësisht, i morrëm në sasi të mjaftueshme. Në 10 raste, defektet e indeve të buta që ndodhen pikërisht mbi defektin kockor i mbuluam me lembomuskulare. Qysh në këtë moment, vendosëm mbi lembon muskulare lembo lëkure rrëshqitëse, duke e mbyllur plagën me qepje të rralla. Në 4 raste, defektin e indeve të buta e mbuluam me lembo muskulokutane. Për lembo muskulare u përdorën muskujt *gastrocnemus tibialis anterior*, *flexor hallucis lon-*

gus të veçantë ose të ndërthurur me njëri-tjetrin, në varësi nga madhësia e defektit. Marrja e tyre u bë me bazë të gjerë, duke u vendosur lirshëm dhe papërdredhje mbi vendin e defektit. Në mbarim të operimit infitruam në plagë 400 mijë unite penicilinë. Mbi plagë vendoset shtresë e trashë fashature. Pas 3 ditësh u kontrollua plaga dhe u ndërrua fashatura. Ndjekja e mëtejshme u bë sipas veçorive që paraqiti secili eksperiment. Gjendja e përgjithshme e kafshës u ndoq nëpërmjet temperaturës, ekzaminimit të gjakut periferik, oreksit etj. Ecuria e plagës u ndoq nëpërmjet gjendjes lokale, ekzaminimit bakteriologjik, radiologjik dhe histologjik. Ekzaminimi radiologjik u bë në këto afate: pas PPK-së, pas vendosjes së autotransplanteve kockore dhe lembove muskulare apo muskulokutane, pas 2, 4, 6, 8, 12 dhe 24 javësh. Ekzaminimi histologjik u bë pas 4, 6, 8, 12, 24 javësh, në lidhje edhe me të dhënat radiologjike. Materiali histologjik u muar me daltë në shtresa të holla, nga mesi i autotransplanteve kockore.

Rezultatet e eksperimenteve

Në përgjithësi, gjendja e përgjithshme e kafshëve që e mirë, me oreks të ruajtur. Temperatura pati luhatje të vogla mbi normë, me përjashtim të një rasti ku vazhdimisht qëndroi e lartë (septike). Ky qen pati infeksion lokal të rëndë të plagës, që u thellua deri në kockë, dhe ngordhi. Pas operimit, gjaku periferik pati një tablo pothuajse të njëjtë tek të gjitha kafshët. Eritrosedimenti është i lartë (40-60 mm) deri në javën e 8-të. Pas javës së 8-të filloi të ulet, duke u normalizuar në javën e 10-12-të. Leukocitoza ka qenë e pranishme në të gjitha rastet (20000-30000 mijë) me rritje të përqindjes së neutrofileve. Numri i leukociteve dhe përqindja e neutrofileve erdhën duke u normalizuar në javën e 2-3-të pas plagosjes.

Ecuria e plagëve

Ecuria e plagës u ndoq e ndarë në dy faza, në varësi nga koha e PPK-së. Faza e parë fillon nga momenti i plagosjes deri në momentin e PPK-së përfundimtare. Patëm këto dukuri: në 12 eksperimente plagët qenë të pastra, indet e buta me vitalitet të mirë, sekrecione serosanguine të pastra, pa erë. Në dy eksperimentet e tjera, nga plagët pati sekrecione të shumta, të trasha me fibrinë dhe me erë. Në përpunimin që iu bë këtyre dy eksperimenteve ditën e 3-të, u pa se kishte inde të buta nekrotike në brendësi të plagës. Pasi u hoqën këto inde, plagët u lanë të hapura dhe PPK-ja përfundimtare u bë ditën e 7-të. Nga vërtetimet e bëra, pamë se diferencimi i indeve me vitalitet nga indet me vitalitet të ulët apo nektorike bëhet i dallueshëm që në ditën e 3-të, por ky diferencim është më i qartë pas 5-7 ditësh. Tek të gjitha plagët pa përjashtim, duke përfshirë edhe ato që në pamje të tyre nuk kishin sekrecione dhe ne i konsideruam të pastra, gjithmonë në fazën përfundimtare të PPK-së gjendej diçka për t'u hequr, si copëza kockore, metalike etj. Kjo tregon se plaga duhet të lihet e hapur për t'ju nënshtruar një kontrolli tjetër dytësor dhe mandej të mbyllet.

Faza e dytë e ecurisë së plagës fillon nga momenti i vendosjes së autotransplanteve kockore dhe lembove muskulokutane deri në shërim.

Në eksperimentet tona, ecuria e plagëve pati këto dukuri. Në 9 eksperimente, plagët patën ecuri shumë të mirë me mbyllje *per primam* të lëkurës. Në 4 eksperimente ato kishin sekrecione seroze të pakta, edemë të muskujve, që solli si pasojë dejshencën e qepjeve të lëkurës. Këto plagë u mbyllën pas 3-4 javësh. Në kulturat e marra prej tyre nuk pati zhvillim të florës mikrobike. Në një eksperiment sekrecionet ishin të shumta, me qelb dhe me erë të keqe, që vazhduan deri në fljakjen e autotransplantit kockor. Kultura mikrobike tek ky eksperiment rezultoi me stafilokok të artë, të ndjeshëm ndaj të gjithë antibiotikëve. Bilanci përfundimtar i ecurive të plagëve është i tillë: 9 shumë mirë, me mbyllje *per primam* të plagëve; 4 mirë, ku edema e muskujve të transplantuar solli hapjen e qepjeve të lëkurës dhe mbylljen e plagës pas 3-4 javësh; 1 rezultat i keq, që përfundoi me infeksion të rëndë, duke përfshirë dhe kockën.

Vështrim radiologjik

Në eksperimentet tona, vështrimi radiologjik është një tregues me rëndësi, i gërshetuar edhe me vështrimin histologjik. Në mënyrë të përmbledhur, nga të dhënat radiologjike rezultojnë: shenjat e kallusit kockor duken javën e 3-4-të pas operimit, por vetëm në javën e 8-12-të procesi i konsolidimit kockor është intensiv. Në radiografi ky proces i kockëzimit shfaqet me formimin e kallusit periostal të trashë në formën e një këllëfi të gjatë dhe të gjerë. Në figurat e mëposhtme paraqiten radiografitë, duke filluar nga momenti pas PPK-së deri në shërim.

Vështrim histologjik

Histologjia tregon fillimin e konsolidimit në javën e katërt. Arkitektura e indit kockor — e çrregullt. Ndërmjet trabekulave ka palcë kockore të gjallë. Palca e kockës ka elemente hemopojetike. Kapsula fibroze në fillim — e hollë. Në ndonjë vend kocka pëson metaplazi kartikagjinoze. Tek të gjitha shihet përthithja e kockës në periferi dhe porozitet brenda kockës. Pas javës së 8-12-të — indi kockor i zhvilluar mirë. Hapësira medulare — pa ind, disa prej tyre me gjendje fibroze. Një pjesë e trabekulave — me përbërje kartilagjinoze. Indi fibroza rrethues — i pjekur dhe i zhvilluar mirë.

Ekzaminimi bakteriologjik

Në të gjitha eksperimentet me sekrecione nga plagët u bë ekzaminimi bakteriologjik. Të gjitha kulturat, me përjashtim të rastit me infeksionin e rëndë, nuk kanë zhvillim të florës mikrobike.

Diskutim

Plagët e shkaktuara nga armët e zjarrit të kohës së sotme në një pjesë të konsiderueshme të tyre janë të grupit II dhe III me shkatërrime të gjëra indore. Trajtimi i tyre i vështirë ka disa veçori që duhet pasur parasysh që në fillim kur ndeshemi me to. Pas gjykitimit të parë mbi gjendjen e përgjithshme të të dëmtuarit, lirim të rrugëve të frymë-

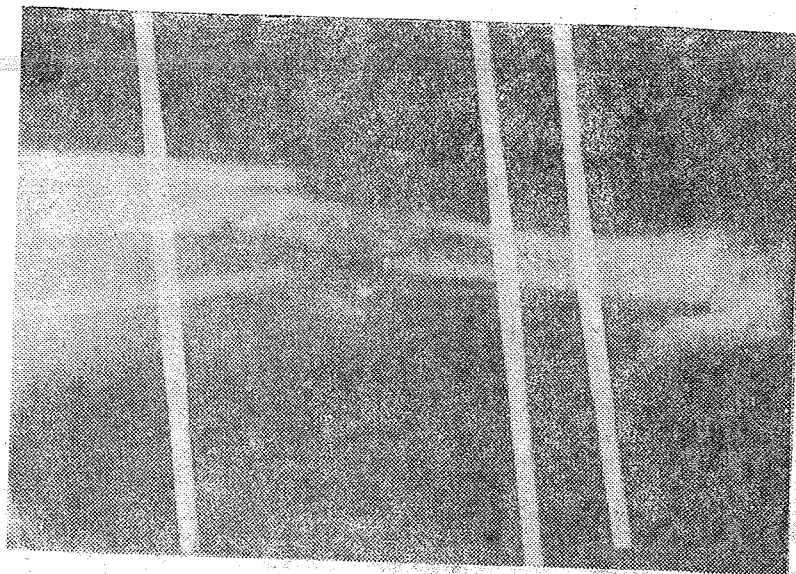


Foto 2 Rografia pas vendosjes së autotransplantit kockor.



Foto 1 Rografia pas PPK-së përfundimtare.

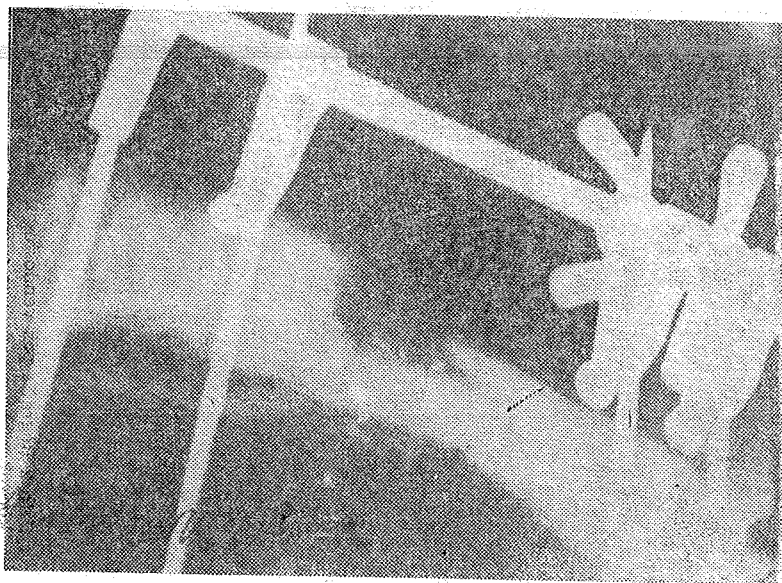


Foto 4 Rëgrafia pas 12 javëve tregon konsolidim të fragmenteve.



Foto 3 Rëgrafia pas 4 javëve, ku shohet kallusi kockor.

marrjes, luftën kundër hemorragjisë dhe shokut, duhet ta drejtojnë vëmendjen tek plaga. Thyerjet e hapura janë urgjenca kirurgjikale (5, 6, 10, 12, 14, 17). Plagët nga armët e zjarrit janë të infektuara në shkallë të ndryshme. Predha, duke depërtuar nëpër inde të shkatërron ato dhe formon kanalin e plagës. Por dëmtimet indore shtrihen edhe jashtë kufijve të kanalit të plagës (5, 10). Kjo shpjegohet me dukurinë e të ashtuquajturës goditje anësore nga vala goditëse dhe formimi i zgavrës së përkohshme. Kështu që dëmtimi shoqërohet me shkatërrim të gjerë të indeve dhe mungesa të tyre. Madhësia e defektit varet nga forca goditëse e armës, madhësia dhe shpejtësia e predhës. Shkatërrimi i indeve është edhe më i madh nga shpërthimet e minave dhe granatave. Plotësimi i mungesave të mëdha kockore e muskulokutane kërkon procedura të gjata mjekimi, që ndonjëherë vazhdojnë me muaj dhe vite. Qëndrimi i gjatë në spital, infeksionet që vazhdojnë e shtyjnë pacientin dhe mjekun ndonjëherë drejt amputimit. Ndërsa metoda e trajtimit që e eksperimentuam dhe po e zbatojmë edhe klinikisht në ato rastë të rralla që kemi, shmang procedurat e gjata në spital, «taktikën e të priturit» deri sa plaga të pastrohet dhe të kokrrizohet. Por, që të arrijmë suksesin e kërkuar për të vendosur sa më shpejt transplantet kockore dhe muskulokutane, duhen krijuar kushte lokale të plagës. Parandalimi i infeksionit mbetet problem i vështirë, por më i rëndësishmi, të cilit i duhet kushtuar vëmendje që në momentin e parë. Vendosja e fashaturës së pastër mbi plagë menjëherë pas plagosjes pengon infektimin e mëtejshëm të saj, sidomos gjatë transportimit të të dëmtuarit. Së bashku me imobilizimin e copëzave, fashatura e plagës është fillimi i një pune të mbarë. PPK-ja duhet të bëhet sa më parë në sallë të përshtatshme, me përgjegjësinë e një operimi të rëndësishëm nga mjekë të specializuar në trajtimin e traumave. Ulja e ndotjes së plagës nëpërmjet larjes me tretësirë të bollshme është një mjet mjaft i mirë (3, 4, 5, 6, 8, 10, 14, 18). Që larja të jetë e plotë, duhet bërë ekspozimi i plagës deri te xhepat më të thellë. Mbetja e trupave të huaj dhe indeve pa jetë në brendësi të plagës çon patjetër në zhvillimin e infeksionit, sepse indet e devitalizuara janë ushqimi mikrobik. Heqja e indeve të devitalizuara deri në inde të shëndosha, heqja e trupave të huaja dhe copëzave kockore të palidhura me indet e buta të shëndosha, mbeten faktori kryesor për parandalimin e infeksionit (5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 17). Por mbetja e tyre në plagët e mëdha me defekte osteomuskulokutane nga PAZ është gjithmonë e mundshme. Në PPK të plagës të bërë pas kohë pas plagosjes, dallimi i indeve pa jetë nga ato me jetë është i vështirë. Ne studiuam kohën kur ky dallim është më i qartë, duke i ndarë eksperimentet në dy grupe. Konstatuam klinikisht gjatë përpunimit kirurgjik dhe na e vërtetuan dhe rezultatet më të mira të eksperimenteve, se koha më e përshtatshme për të bërë PPK-në përfundimtare është pas ditës 6-7-të. Ditën e 3-të është akoma herët për ta mbyllur plagën. Ne patëm 3 eksperimente me sekrecione (50%), duke përfshirë edhe atë me qelbëzim. Kur plaga u mbyll pas 3 ditësh vetëm 2 eksperimente (25%), patën sekrecione nga plaga, që ishin si pasojë e pezmatimit dhe e edemës së muskulit të transplantuar, kur plaga u mbyll pas 7 ditësh. Kur plaga është e pastër, me inde të gjalla, që ka kushte për të pranuar autotransplantin kockor dhe lembon muskulokutane shtypja e operimit tej

këtij afati nuk është e nevojshme. Menjëherë me vendosjen e autotransplanteve, bëhet edhe mbushja e defektit me lembon muskulare me pendunkul. Ndërsa lemboja kutane mund të vendoset ose menjëherë në këtë moment ose si procedurë e shtyrë pas disa ditësh. Vendosja e saj pas disa ditësh ka përparësi, sepse muskulit mund t'i hiqet ndonjë nekrozë e mundshme. Aspekti i dytë që duhet pasur parasysh është fiksimi i qëndrueshëm i copëzave. Fiksimin jashtë vatrës së thyerjes ne e parapëlqyem për ato avantazhe që dihen, siç janë: mosfutja e trupave të huaj brenda vatrës së thyerjes, stabiliteti i qëndrueshëm i copëzave, ruajtja e gjatësisë dhe aksit të kockës. Por, nga ana tjetër, ai na lejoi që të kryejmë procedurat e mëtejshme rindërtuese në kockë dhe inde të buta, në prani të tij. Fiksimi i qëndrueshëm i copëzave kockore jo vetëm që është i domosdoshëm për shërimin e kockës, por edhe ndihmon për shërimin e indeve të buta.

Vendosjen e pllakave metalike dhe gozhdëve nuk i kemi përdorur dhe ajo nuk rekomandohet për mangësitë që ka në trajtimin e dëmtimeve të hapura me mungesa indesh. Në të gjitha eksperimentet, autotransplantet kockore u morën nga fleta diliake. Për këtë jemi ndikuar nga punimet e shumë autorëve të tjerë, që kanë vërtetuar vetitë më të larta të osteogjenezës dhe rezistencën më të madhe ndaj infeksionit tek transplantet spongioze (3, 10, 13). Fleta iliake në eksperimente, sikundër dhe në klinikë, siguron transplantet të bollshme, pa e dëmtuar aspak qëndrimin në këmbë. Transplantet u morën me daltë duke i ruajtur nga shtypjet dhe shkatërrimet e panevojshme.

Në kafshët eksperimentale transplantet muskulare u morën pa vështirësi nga ata muskuj që përmendëm më sipër. Por në klinikë ndryshon puna, sepse muskuli i përdorur për transplant e humbet funksionin e tij. Prandaj nuk duhet të përdoren ata muskuj që nuk prishin apo prishin fare pak funksionin e anësisë. Më e rekomandueshme është përdorimi i lembove muskulare sesa përdorimi i lembove muskulokutane. Lembot muskulare janë më të lehta në përdorim dhe mbulojnë sipërfaqe më të gjëra (1, 6, 14, 15). Tek 10 eksperimentet tona, ku përdoren lembot muskulare, pamë se përdorimi i tyre është më i arsyeshëm.

Në rastet klinike ne kemi përdorur gastroknemurin e mesëm. Në eksperimente i kemi përdorur të dyja. Lembot muskulare dhe muskulokutane përmirësojnë kushtet lokale të indeve të dëmtuara ku ato transferohen, duke rritur furnizimin me gjak të indeve në plagë dhe kockës së transplantuar, dhe ndihmojnë për parandalimin dhe shërimin e infeksionit (3, 14, 15).

Përdorimi i autotransplanteve kockore me pedunkul muskular është një mundësi tjetër, të cilën jemi duke e eksperimentuar. Në këto raste autotransplantet kockore urëzojnë defektin në afërsi.

Në të gjitha eksperimentet tona, pas vendosjes së autotransplanteve kockore dhe lembove muskulare, vendosëm menjëherë dhe lembon rrëshqitëse kutane. Por hapja e lëkurës si pasojë e edemës së muskulit dhe sekrecioneve seroze shkaktoi dejshencën e qepjeve të lëkurës në 28%. Nga rekomandimet e disa autorëve të huaj dhe përvoja jonë, mendojmë se është më e arsyeshme që lëkura të lihet hapur edhe për disa ditë të tjera.

Përqindjen e lartë të pseudoartrozave në eksperimentet tona (35%), e kemi gjykuar tek patologjia e rëndë e këtyre traumave, që e kanë të lartë këtë dukuri. Por kemi konstatuar se ka ardhur dhe si pasojë e imobilizimit të pamjaftueshëm të copëzave, që shpesh ka ndodhur edhe nga egërsimi i qenëve pas operimit. Ky ndërlikim dhe imobilizim i pamjaftueshëm nuk mund të zbehin metodën. Fashaturat e tjera mund të shërohen edhe me ndihmën e mjekut, ndërsa thyerjet e hapura me mungesa kockore dhe të indeve të buta nuk mund të shërohen pa ndihmë të specializuar.

Përfundime

1) Kyçi i problemit të trajtimit të plagëve me armë zjarri të anësive me mungesa oseto-muskulo-kutane mbeten PPK-ja. Ajo duhet bërë pavarësisht nga koha kur ka ndodhur plagosja. Faza përfundimtare e PPK-së dhe mbyllja e plagës nuk këshillohen të bëhen më shpejt se dita e 5-7-të.

2) Vendosja e autotransplanteve kockore dhe lembove muskulare menjëherë pas fazës përfundimtare të PPK-së është plotësisht e mundshme dhe këshillohet, sepse siguron kohë shumë të shpejtë në shërimin e dëmtimeve me defekte të mëdha, mënjanon procedurat e gjata të mjekimit në spital, ul përqindjen e invaliditetit. Është metodë me leverdi ekonomike.

3) Fiksimi i copëzave jashtë vatrës së dëmtimit është mjete më i përshtatshëm atje ku ka objekte oseto-muskulore. Përveç përparësive të tjera që ka, ai lejon procedurat e tjera rindërtuese në kocka dhe në inde të buta në prani të tij.

4) Në dëmtimet e mëdha me defekte oseto-muskulore, antibiotikët i konsiderojmë mjete ndihmëse në parandalimin e infeksionit.

Dorëzuar në redaksi më 6.10.1986

BIBLIOGRAFIA

- 1) Antenor V. and all: Soft tissue reconstruction of the leg associated with the use of Hoffman external fixator. The Journal of trauma., 1983, 23, 12.
- 2) Batalli S. e bp.: Aplikimi i osteosintezës metalike në trajtimin e dëmtimeve të kombinuara në frakturat e hapura në kafshë eksperimentale. Simpoziumi mbi frakturat e hapura. IKMU, 1981.
- 3) Boga P.: Problemet e trajtimit kirurgjikal të osteomieliteve. Punime kirurgjikale, 1976, 1, 85.
- 4) Boga P. e bp.: Drenimi aspirativ i plagëve operatore. Punime kirurgjikale, 1974, 4, 116.
- 5) Campbell's operative orthopedics. 1976, V, 1.
- 6) Daniel R.B. and coll.: Treatment of open fractures. The journal of trauma., 1983, 23, 1.
- 7) Decouls P.: La place de l'amputation dans les fractures ouvertes de jambe. Revue chir. orthoped., 1979, 11, 7.
- 8) Duraku E.: Flora bakteriale në frakturat e hapura. Simpoziumi mbi frakturat e hapura. IKMU, 1975, 36.

- 9) Greva L.: Trajtimi i frakturave me AZ të kërcirrit në eksperiment. Buletini i UT «Enver Hoxha» — Seria shkencat mjekësore, 1979, 1, 95.
- 10) Greva L.: Trajtimi i frakturave të hapura të kockave të gjata të anësive. Disertacion, 1980.
- 11) Greva L.: Parimet e trajtimit të thyerjeve të hapura dhe të shkaktuara nga AZ në kockat e kërcirrit. Buletini i UT «Enver Hoxha» — Seria shkencat mjekësore, 1985, 3, 79.
- 12) Gustilo R.B. and coll.: Prevention of infection in the treatment of the open fractures of long bones. Journal of bone and joint surg., 1974, 4, 5.
- 13) Karagozi P.: Pseudoartrozat. Tiranë, 1984.
- 14) Keraj H.: Trajtimi i frakturave të hapura me mungesa të indit kockor dhe të indeve të buta. Buletini i Mjekësisë Ushtarake, 1986, 41.
- 15) James E.T.R. and coll.: Closure of osteomyelitic and traumatic defects of the leg by muscle and musculocutaneous flaps. The journal of trauma, 1983, 23, 1.
- 16) Patzakis M.S. and coll.: The role of antibiotics in the management of open fractures. Journal bone and joint surg., 1974, 4, 532.
- 17) Petrov V.P.: Taktika hirurgjikëske leçenija ognestrelnih parelomov trubçatih kostej, 1984, 6, 84.
- 18) Xoxa P. e bp.: Probleme të trajtimit të thyerjeve të hapura të kockave të gjata të anësive. Shëndetësia popullore, 1978, 2, 41.

Summary

TREATMENT OF FIRE-ARM FRACTURES WITH IMPORTANT LOSS OF TISSUES

An experimental study, using 14 dogs, was carried out on the treatment of fire-arm fractures with considerable loss of tissues. The conclusion of the authors is that the key of the problem of treatment of fire-arm wounds of the limbs is their primary surgical toilet which has to be performed regardless of the time of injury. Bone antitransplants and muscle lambeaux can be applied and advisable immediately after the surgical toilet.

Résumé

TRAITEMENT DES FRACTURES CAUSEES PAR ARMES A FEU ASSOCIEES UN DEFAT PRONONCE DE TISSUS

Les auteurs ont étudié expérimentalement dans 14 chiens le traitement des fractures associées à un défaut prononcé de tissus causés par armes à feu. Dans ces cas, selon les auteurs, le problème primordial dans le traitement des plaies des extrémités est l'élaboration primaire chirurgicale qui doit être indépendamment du temps écoulé depuis la blessure. Après ce dernier procédé il est conseillé la pose d'antitransplants osseux et de lambeaux musculaires.

RECENSIONE

MBI MONOGRAFINË «MJEKIMI ORTOPEDIK I PARODONTOPATIVE»

Vitin e kaluar, fondit të literaturës stomatologjike iu shtua edhe një vepër tjetër, «Mjekimi ortopedik i parodontopative» i KSHM Ruzhdie Qafmolla. Parodontopatitë, pas sëmundjes së kariesit të dhëmbëve, përbëjnë patologjinë më të shpeshtë. Shumëllojshmëria e formave dhe vështirësia e trajtimit të tyre e bëjnë këtë patologji gjithnjë e më të mprehtë e aktuale për stomatologjinë. Për këtë arsye, edhe publikimet në këtë fushë si në literaturën e huaj, ashtu dhe në atë të vendit tonë kanë qenë dhe janë të shumta. Por çdo punim shkencor që i kushtohet kësaj patologjie, sidomos në aspektin e mjekimit të saj, përbën gjithmonë një ndihmesë që hedh dritë, sadopak, në morinë e problemeve që shtrihen për zgjidhje për mjekun stomatolog praktik.

Monografia «Mjekimi ortopedik i parodontopative», i pari punim i këtij lloji në vendin tonë, është një vepër me vlera teorike dhe praktike. Përveç këtyre, vlen të vihet në dukje se autorja në këtë vepër ndërmerri iniciativën e futjes së eksperimentit dhe përpunimit matematikor, gjë që, pa dyshim, ia rrit edhe më shumë vlerën punimit. Në këtë monografi trajtohen kryesisht mënyrat ortopedike të mjekimit të parodontopative. Ky lloj mjekimi përbën një nga format e mjekimit kompleks të kësaj patologjie, krahas atij terapeutik e kirurgjikal. Mjekimi ortopedik i parodontopative, që kryhet me anën e shinave të ndryshme, ka për qëllim fiksimin e dhëmbëve të lëvizshëm dhe shpërndarjen e trysnisë përtypëse në të gjithë dhëmbët e mbetur në gojë, duke krijuar kështu një bllok të qëndrueshëm, pra duke i kthyer dhëmbët nga elemente të veçanta në të përbashkëta, në një bllok të vetëm, solid dhe të qëndrueshëm.

Monografia përbëhet nga 114 faqe, ndahet në 6 kapituj dhe ilustron me 12 grafikë, 14 skica dhe 25 fotografi origjinale. Autorja është konsultuar me 125 burime bibliografike nga literatura e vendit dhe e huaj, duke shfrytëzuar materiale të kohëve të fundit, si tekste, monografi, artikuj dhe kumtesa të ndryshme, që bëjnë fjalë për këtë problem.

Në kapitullin e parë, pas parathënies dhe hyrjes, autorja, pasi jep disa mendime mbi parodontopatitë në përgjithësi dhe mjekimin ortopedik të tyre, e njeh lexuesin me historikun e mjekimit të kësaj sëmundjeje si në botë, ashtu edhe në vendin tonë. Në kapitullin e dytë jepen njo-