

APOLONIA

REVISTA STOMATOLOGJIKE | JOURNAL OF DENTISTRY



viti | year

27

maj | may

2025

faqe | pages

1-193

Tetovë | Tetovo

nr. | no.

58-59



BETIMI I HIPOKRATIT

Me të hyrë ne rradhët e anëtarëve të profesionit mjekësor, betohem solemnisht se jetën time do ta vë në shërbim të humanitetit:

Për mësuesit e mi do të kemë gjithmonë miradi e respekt të merituar.

Detyrën time do ta ushtrojë me ndërgjegje e dinjitet.

Brengosja ime më e madhe do të jetë shëndeti i pacientit tim.

Do t'i ruaj me tërë fuqinë që kam nderin dhe traditën fisnike të profesionit mjekësor.

Kolegët e mi do ti kem vëllezër.

Në punën time me të sëmurët nuk do te ndikojë kurrfarë paragjykimi mbi përkatësinë fetare, kombëtare, racore, politike a klasore.

Jetën e njeriut do ta respektojë absolutisht, që nga zanafilla e saj.

Nuk do të lejojë as në rrethana kërcënimi që dija ime jetësore të përdoret në kundërshtim me ligjete humanitetit.

Këtë betim e jap solemnisht dhe me vullnet duke u mbështetur në nderin tim.

HIPPOCRATIC OATH

At the time of being admitted as a Member of the medical profession I solemnly pledge my self to dedicate my life to the service of humanity:

I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due;

I will practise my profession with conscience and dignity;

The health and life of my patient will be my first consideration;

I will respect the secrets which are confided in me;

I will maintain by all means in my power, the honour and the noble traditions of the medical profession;

My colleagues will be my brothers:

I will not permit considerations of religion, nationality, race, politics or social standing to intervene between my duty and my patient;

I will maintain the utmost respect for human life, from the time of its conception.

Even under threat,

I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity;

I make these promises solemnly, freely and upon my honour.

Kryeredaktor | Editor in Chief
Lindihana EMINI
Redaktorë përgjegjës | Assistant editors
Fadil MEMETI, Fuat BISLIMI
Sekretar | Secretary
Vleran SELIMI

Këshilli redaktues ndërkombëtar | International editorial council

Assoc. Prof. Clemens KLUG

Deputy. Head of the University Clinic of Oral and Maxillofacial surgery
Medical University of Vienna, Vienna General Hospital.

Dr. Gabriele MILLESI, M.D., D.M.D

Ass. Professor
Dept. of Cranio-Maxillofacial Surgery,
Medical University of Vienna

Mutlu ÖZCAN, Prof., Dr.med.dent., Ph.D.

University of Zürich - Head of Dental Unit
Center, Center for Dental and Oral Medicine

Prof. dr. sc. Ivica ANIČ

School of Dental Medicine University of Zagreb

Prof. Dr. Dubravka Knezović ZLATARIČ

Assoc. Professor at School of Dental
Medicine University of Zagreb

Prof. Dr. Ata ANIL

Lecturer at Berlin University and Mainz
Dentist Chamber, Germany

Prof. Dr. Francesco INCHINGOLO

Universita di Bari, Italy

Gianna DIPALLMA

Universita di Bari, Italy

Ciro Gargiulo ISACCO

Universita di Bari, Italy

Giuseppina MALCANGI

Universita di Bari, Italy

Prof. Dr. Mirjana POPOVSKA

Department of Periodontology
University of Skopje

Doc. Dr. Ilijana MURATOVSKA

Department of Conservative and
Endodontic University of Skopje

Dr. Glip GUREL

Founder and the honorary President of EDAD
(Turkish Academy of Aesthetic Dentistry)
Honorary diplomat of the American Board of
Aesthetic Dentistry (ABAD)

Prof. Dr. Selim PAMUK

President of Turkish Academy of Esthetic
Dentistry (EDAD)

Prof. Dr. Giancarlo PONGIONE

Sapienza University

Prof. Dr. Sead REDZEPAGIC

University of Sarajevo

Prof. Asoc. Edit XHAJNAKA

Dean of Dental School, Faculty of Medicine,
University of Tirana

Prof. Dr. Ruzhdie QAFMOLLA

Prosthodontic Department, Faculty of
Medicine University of Tirana

Prof. Dr. Adem ALUSHI

Department of Periodontology
Al-Dent University Albania

Prof. Dr. Besnik GAVAZI

Endodontics Department, Faculty of
Medicine by Tirana University

Maxillofacial Surgery Department, Faculty of
Medical Science by University of Prishtina

Prof. Dr. Hrvoje JURIC

Department of Pediatric Dentistry of School
of Dental Medicine, University of Zagreb

Department of Oral Medicine, School of
Dental Medicine, University of Zagreb

Doc. Dr. Luba SIMJANOVSKA

Department of Oral Surgery,
University of Skopje

Mr. Sci. Nedim KASAMI

Department of Maxillofacial Surgery,
University of Skopje

Dr. Sci. Hasim HAVZIU

Previous secretary of Albanian Dental Society

Mr. Sci. Xhelal IBRAIMI

Previous President of Albanian Dental Society

Prof. Dr. Sabetim ÇERKEZI

President of Albania Dental Society, Faculty of
Medical Science-Branch Dentistry University
of Tetova, Faculty of Dental Medicine IBU -
International Balkan University

Prof. Dr. Kenan FERATI

Faculty of Medical Science-Branch Dentistry
University of Tetova

Merita BARDHOSHI

Faculty of Dentistry, Tirana

Alketa QAFMOLLA

Faculty of Dentistry, Tirana

Prof. Asoc. Silvana BARDHA

Faculty of Dentistry, Tirana

Prof. Vergjini MULO

Deputy Dean of the Faculty of Dental Medicine

Prof. Prunela POLIČI

Department of Medical Sciences University Our
Lady Of Good Counsel

Prof. Ramazan ISUFI

Lecturer and Head of Department at the
OMF&Preclinical Surgery Department, Faculty
of Dental Medicine

Dr. Shk. Andis QENDRO

Lecturer of Oral and Maxillofacial Surgery,
Dental Implantology, University Hospital
Centre, Tirana

Doc. Dr. Abdyl IZAIRI

University of Tetova

Prof. Ass. Miranda STAVILECI

University of Prishtina

Prof. Ass. Nexhmije AJETI

UBT - Pristina

Prof. Ass. Mergime PREKAZI

University of Prishtina

Këshilli botues | Publisher council

Qenan SAQIPI
Qanije AJETI
Agim IZAIRI
Sabit MUSI
Abdulnadi NAZIFI

Mirsad IBRAHIMI
Muhamet SELIMI
Arben ASANI
Liridona ZEKIRI
Ridvan ALILI

Yllzana DURMISHI
Elmaza LUSHI
Rilind RAMADANI
Merisa ALIU
Visar JASHARI

Jeta BEXHETI
Armend REXHEPI
Krenar TARAVARI
Krenar PAPRANIKU
Arben EMINI
Hana LATIFI

Revista Apolonia është organ i Shoqërisë Stomatologjike Shqiptare

Journal Apolonia is organ of Albanians' Stomatological Society

e-mail: apolonia_editor@yahoo.com

Themelues | Founded by

Shoqata e stomatologëve Apolonia - Tetovë | Dentists' association Apolonia - Tetova

Botues | Published by

Shoqëria Stomatologjike Shqiptare | Albanians' Stomatological Society

Radhitja kompjuterike, dizajni dhe shtypi: Arbëria Design, Tetovë

Type setting, design and print: Arbëria Design, Tetova

Revista stomatologjike Apolonia del dy here në vit

Journal of dentistry Apolonia is published two times a year

Tirazhi | Edition: 1000 copë | exemplars

Xhiro llogaria | C.A.: 290400000398022

Nr. tatimor | T.I.N.: 4028005145666

Depozitues | Depozitor: TTK-Banka

www.albstom.org | e-mail: albstom_contact@yahoo.com

Adresa/Shoqëria Stomatologjike Shqiptare, Qendra e Re Tregtare, Kati II, lok. 7 - Tetovë

Address/Albanians' Stomatological Society, NTC, Sec. floor, loc. 7 - Tetova

Dorëshkrimet, artikujt dhe shënimet e tjera nuk kthehen

Manuscripts, articles and other correspondences are not returned

The Journal of dentistry Apolonia is a scientific and professional non-profit journal in the field of dental, oral and cranio-facial sciences. Journal Apolonia publishes original scientific papers, preliminary communications, professional papers, review papers, case reports, conference papers, reviews, news, comments, presentations.

Review articles are published by invitation from Editor-in-Chief by acclaimed professionals distinct fields of stomatology.

All manuscripts are subjected to peer review process.



APOLONIA

Revistë shkencore, profesionale dhe informative
Professional Scientific and Informative Journal

PËRMBAJTJA / CONTENT

PUNIME BURIME SHKENCORE | SCIENTIFIC RESOURCE WORKS

- 6-17** **NDIKIMI I EKZAMINIMIT PERIODONTAL BAZIK NË TRAJTIMIN ORTODONTIK INTERCEPTIV**
THE IMPACT OF BASIC PERIODONTAL EXAMINATION IN INTERCEPTIVE ORTHODONTIC TREATMENT
Ekrem Çitaku, Emire Çitaku, Ana Minovska, Vasilka Renxhova
- 18-29** **KRAHASIMI I NDIKIMIT TË PROTOKOLEVE TË IRRIGIMIT NË MIKRORRJEDHJEN APIKALE TEK DHËMBËT E OBTURUAR ME TEKNIKA TË NDRYSHME: NJË STUDIM IN VITRO**
COMPARISON OF THE IMPACT OF IRRIGATION PROTOCOLS ON APICAL MICROLEAKAGE IN TEETH OBTURATED WITH DIFFERENT TECHNIQUES: AN IN VITRO STUDY
Emire Çitaku, Ekrem Çitaku, Vasilka Renxhova, Ana Minovska
- 30-39** **NDIKIMI I SJELLJES ERGONOMIKE NË SHFAQJEN E ÇRREGULLIMEVE MUSKULOSKELETORE TE STOMATOLOGËT**
IMPACT OF ERGONOMIC BEHAVIOR ON THE OCCURRENCE OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN DENTISTS
Jetmire Alimani Jakupi, Lindihana Emini, Amella Cana, Zana Jusufi Osmani, Liburn Kurtishi, Orel Esati, Gent Vela
- 40-48** **NDIKIMI I EKSTRAKSIONIT TË PARAKOHSHËM TË DHËMBËVE TË QUMËSHTIT NË DIMENSIONET E SEGMENTIT MBËSHTETËS DENTAR**
THE IMPACT OF PREMATURE EXTRACTION OF PRIMARY TEETH ON THE DIMENSIONS OF THE SUPPORTING DENTAL SEGMENT
Dr. Stefanija Zimoska, Prof. Dr. Sofija Carceva Salja, Ass. Prof. Dr. Sandra Atanasova, Ass. Prof. Dr. Elena Petrova
- 49-62** **VULOSJA E FISURAVE TË MOLARËVE TË PARË TË PËRHERSHËM SI MASË PREVENTIVE TE FËMIJËT E MOSHËS 6-7 VJEÇ**
FISSURE SEALING OF THE FIRST PERMANENT MOLARS AS A PREVENTIVE MEASURE IN CHILDREN AGED 6-7 YEARS
Emira Alimi Selimi, Olga Kokoceva-Ivanovska, Vesna Ambarkova
- 63-70** **KRAHASIMI I DIMENSIONEVE MEZIO-DISTALE TË KURORAVE TË DHËMBËVE MIDIS INDIVIDËVE ME PREJARDHJE ETNIKE MAQEDONASE DHE SHQIPTARE**
COMPARISON OF THE MESIODISTAL DIMENSIONS OF DENTAL CROWNS BETWEEN SUBJECTS OF MACEDONIAN AND ALBANIAN ETHNIC ORIGIN
Zlatko Samojlovski, Cvetanka Bajraktarova Mishevska, Tanja Ilievska Zafirovska, Altina Karai Hajdari

PREZENTIME RASTI | CASE REPORT

- 71-78** **REHABILITIMI FUNKSIONAL DHE ESTETIK NEPERMJET ORTODONCISE DHE IMPLANTEVE DENTARE - RAPORTIM I RASTIT**
FUNCTIONAL AND ESTHETIC REHABILITATION THROUGH ORTHODONTICS AND DENTAL IMPLANTS - CASE REPORT
Vjollca Xh. Selimi, Jasna Petrovska, Shkëlqim Selimi
- 79-86** **MENAXHIMI I DIVIZIONIT 2 TË KLASËS II TË SKELETIT ME KAFSHIM TË THELLË DUKE PËRDORUR MEKANIKËN RETRO-HARK - RAPORT I RASTIT**
MANAGEMENT OF SKELETAL CLASS II DIVISION 2 WITH DEEP BITE USING RETRO-ARCH MECHANICS - CASE REPORT
D-r. Monika Mileva



- KALCIFIKIMI I DHËMBËVE KORONAR - NJË PENGESË PËR HYRJEN NË KANALET E RRËNJËVE - RAPORTI I RASTIT**
87-94 CORONAL DENTAL CALCIFICATION - OBSTRUCTION TO ENTER THE ROOT CANALS - CASE REPORT
Z. Tahiri, P. Aleksova, M. Eftimoska, I. Redzeqi
- AUTOTRANSPLANTATION OF A LOWER THIRD MOLAR - CASE REPORT**
95-104 АВТОТРАНСПЛАНТАЦИЈА НА ДОЛЕН ТРЕТ МОЛАР - ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ
Valjon Sulejmani, Oliver Temelkov, Visar Jashari, Simona Temelkova, Mirjana Markovska Arsovska, Ljuba Simjanovska
- SFIDAT KIRURGJIKE TEK PACIENTËT ME KOAGULOPATI (HEMOFILIA B): RAST KLINIK I CISTËS RADIKULARE MANDIBULARE**
105-108 SURGICAL CHALLENGES IN PATIENTS WITH COAGULOPATHY (HEMOPHILIA B): A CLINICAL CASE OF MANDIBULAR RADICULAR CYST
Kenan Ferati, Arbëresha Bexheti Ferati, Sadi Bexheti, Armend Rexhepi, Jeta Bexheti, Sabetim Çerkezi, Lindihana Emini
- TRAJTIMI I KARCINOMËS BAZOCELULARE TË REGJIONIT INFRAORBITAL: RAST KLINIK**
109-112 TREATMENT OF INFRAORBITAL REGION BASAL CELL CARCINOMA: A CLINICAL CASE
Kenan Ferati, Arbëresha Bexheti Ferati, Sadi Bexheti, Armend Rexhepi, Jeta Bexheti
- APLIKIMI I UDHËZUAR I RIGJENERIMIT KOCKOR (GBR) PËR VENDOSJEN E IMPLANTIT TE ARDHSHËM - RAST KLINIK**
113-123 APPLICATION OF GUIDED BONE REGENERATION (GBR) FOR FUTURE IMPLANT PLACEMENT - A CASE REPORT
Visar Jashari, Oliver Temelkov, Ljuba Simjanovska, Simona Temelkova, Mirjana Markovska Arsovska, Sofija Gerasimova Pisevska
- SHQYRTIME TË LITERATURËS**
- NDRYSHIMET NË MADHËSINË DHE MORFOLOGJINË E GINGIVËS NGA ASPEKTI ORTODONTIK - NJË PËRMBLEDHJE**
124-139 CHANGES IN GINGIVAL SIZE AND MORPHOLOGY FROM AN ORTHODONTIC PERSPECTIVE - A REVIEW
Amella Cana, Lindihana Emini, Jetmire Alimani Jakupi
- RËNDËSIA E DIZAJNIT TË KAVITETIT HYRËS NË EFIKASITETIN E RESTURIMEVE DENTARE**
140-148 THE IMPORTANCE OF ACCES CAVITY DESIGN IN THE EFFICIENCY OF DENTAL RESTORATIONS
L.Emini, J.Alimani-Jakupi, A.Cana. Z.Osmani
- KORRIGJIMI I ÇARJES SË BUZËS OSE QIELLZËS**
149-157 UPDATE OF CLEFT LIP AND PALATES
Filipovski Igor, Azizi Fadilj, Dimova Cena, Naskova Sanja, Trpevska Vesna, Markovska Arsovska Mirjana
- OPSIONET E TRAJTIMIT PËR HIPODONCIONIN E INCIZIVËVE LATERALË MAKSILARË -VËSHTRIM**
158-166 TREATMENT OPTIONS FOR MAXILLARY LATERAL INCISOR HYPODONTIA: A REVIEW
Dr. Irena Zlateska Ivanovska
- EKSPOZIMI KIRURGJIAL DHE TRAJTIMI ORTODONTIK I KUSPIDES MAKSILARE - PREZANTIM RASTI**
167-179 SURGIAL EXPOSURE AND ORTHODONTIC TREATMENT OF THE MAXILLARY CUSPIDS - CASE REPORT
Çeljana Toti, Sabetim Çerkezi, Almiro Gurakuqi, Gerta Kaçani, Rozela Xhemnica, Enida Petro
- MENAXHIMI ORTODONTIK - KIRURGJIKAL I KANINËVE TË IMPAKTUAR MAKSILARË**
180-189 ORTHODONTIC - SURGICAL MANAGEMENT OF THE MAXILLARY IMPACT CANINES
Lidija Kanurkova, Flamur Havziji, Zeqir Havziji, Ivica Kuzmanovski, Ajnur Xhelil
- UDHËZIME PËR AUTORE**
190-193 INSTRUCTIONS TO AUTHORS



KORRIGJIMI I ÇARJES SË BUZËS OSE QIELLZËS

Igor Filipovski, Fadil Azizi, Cena Dimova, Sanja Naskova, Vesna Trpevska, Mirjana Arsovska Markovska

Fakulteti i Shkencave Mjekësore, Universiteti Goce Dellçev Shtip, Maqedoni e Veriut

cena.dimova@ugd.edu.mk

UPDATE OF CLEFT LIP AND PALATES

Filipovski Igor, Azizi Fadilj, DimovaCena, Naskova Sanja, Trpevska Vesna, Markovska Arsovska Mirjana

Faculty of Medical Sciences, Goce Delcev University Stip, N.Macedonia

cena.dimova@ugd.edu.mk

ABSTRAKT

Deformimet kongjenitale të buzës dhe qiellzës paraqiten gjatë lindjes për arsye të çrregullimit në formimin e qiellzës dhe buzës së epërme në zhvillimin e hershëm embriologjik të fetusit. Defektet e buzës së epërme mund të jenë çarje nga njëra ose të dy anët. Çarja mund të zgjatet dhe mbulon të gjithë buzën ose të vazhdon deri te hunda, duke formuar të ashtuquajturën buzë lepur. Përderisa qiellza e çarë mund të paraqitet si defekt i pavarur ose në kombinim me çarjen e buzës së epërme. Qiellza e çarë paraqitet si defekt i uvulës së fytit, pastaj çarje e qiellzës së butë ose, në mënyrë alternative, çarje e qiellzës së butë dhe asaj të fortë. Kontrollat mjekësore kanë treguar se deformimet e buzës së epërme dhe qiellzës janë trashëguese dhe paraqiten tek pasardhësit e një familje. Për këtë arsye, prindërit e ardhshëm duhet të bëjnë të ashtuquajturën harta gjenetike, kur planifikojnë familje për të zbuluar prezencën e defektit të mundshëm në gjen.

Paraqitja e buzës ose qiellzës së çarë tek të porsalindurit është një tronditje e madhe për prindërit, posaçërisht për nënën. Konsultimet e hershme me kirurgun dhe kontrolli i të porsalindurit mund të i siguron prindërit, të cilët duhet ta shpjegojnë deformimin detajisht si dhe metodat për trajtim kirurgjik. Ka disa teknika kirurgjike për mbylljen e defektit parësor të qiellzës dhe buzës së epërme, të cilat kryhen sipas llojit të deformimit, seriozitetit të defektit dhe moshës. I zakonshëm për të gjitha teknikat kirurgjike është rezultati përfundimtar- duke mbyllur çarjen e qiellzës, duke formuar një qiellzë të lëvizshme të epërme dhe ndarjen e kavititetit nazal nga kaviteti oral. Kjo parandalon kalimin e ushqimit dhe lëngjeve në hundë dhe një qarkullim normal të ajrit gjatë frymëmarrjes.

ABSTRAKT

Congenital deformities of the lip and palate occur at birth because of a disorder in the formation of the palate and upper lip in the early embryonic development of the fetus. Defects of the upper lip can be clefts on one or both sides. The cleft can extend and cover the entire lip or continue all the way to the nose, forming the so-called hare lip. While the cleft palate can occur as an independent defect or in combination with a cleft of the upper lip. Cleft palates occur as defects of the uvula of the throat, then clefts of the soft palate or, alternatively, clefts of the soft and hard palate. Medical examinations have proven that a third of the deformations of the upper lip and palate are hereditary and occur in descendants in one family. Therefore, future parents should make a so-called genetic map when planning a family to detect the presence of a possible defect in the genome.

The appearance of a cleft lip or palate in a newborn is a strong shock for parents, especially for the mother. Early consultation with the surgeon and examination of the newborn can reassure the parents, which should explain the deformity in detail as well as the methods for its surgical treatment. There are several surgical techniques for closing the primary defect of the palate and upper lip, which are performed according to the type of deformity, the complexity of the defect and the age. Common to all surgical techniques is the end result - closing the cleft palate, creating a mobile upper palate and separating the nasal cavity from the oral cavity. This prevents the passage of food and liquids to the nose and normal airflow during breathing.



HYRJE

Çarjet janë anomalitë dytësore më të zakonshme kongjenitale të cilat paraqiten gjatë mbylljes së plasaritjeve embrionale, për shembull gjatë bashkimit të papërfunduar ose segmenteve individuale të sistemit orofacial përgjatë zhvillimit embrional (5-10 javë nga zhvillimi embrional). Ata prekin pjesën muskulore dhe skeletore të fytyrës, gojës, faringut dhe dallojnë sipas formës, llojit, lokacionit dhe shkallës së seriozitetit. Buza e çarë (cheiloschisis) dhe çarja e qiellzës (palatoschisis), të cilat munden disa herë po ashtu të paraqiten si buzë dhe qiellzë e çarë (ceilognathopalatoschisis), janë anomali kongjenitale të cilat paraqiten gjatë zhvillimit embrional. Çarja është një hapje ose plasaritje. Cila pjesë do të preket nga çarja, varet nga vendi se ku ka dështuar bashkimi ose procesi facial dhe i faktorëve të dëmshëm gjatë kohës së veprimit, për shembull moshës së zhvillimit të embrionit. Çarjet nuk paraqiten vetëm te buzët dhe qiellza por mund të shfaqen edhe në pjesë tjera të fytyrës, siç janë çarjet e syve, veshëve, faqeve dhe ballit.

Çarjet mund të prekin vetëm buzën, mund të jenë vetëm në qiellzë ose mund të jenë të kombinuara dhe të prekin gojën dhe qiellzën, me deformim të hundës. Më shpesh, çarjet janë të njëanshme, duke prekur pjesën e majtë, por ato mund të paraqiten edhe në vijën mediale.

Shkalla e seriozitetit të çarjes dallon nga një përfshirje e tërësishme e pjesëve të buta dhe skeletore të gojës, deri në variacione të ndryshme të çarjeve të pjesshme.

Po ashtu ekzistojnë edhe çarje submuzokale- çarje të cilat nga pjesa e jashtme janë të padukshme, nga se çarja e muskulit të buzës së epërme është lidhur nga një membranë e brendshme dhe nga lëkura në pjesën e jashtme.

Çarjet shpesh prekin edhe qiellzën dytësore (pjesën e pasme të qiellzës së fortë). Çarjet të cilat hasen shumë rrallë përfshinë llojet e mëtutjeshme: çarje mediale të buzës së epërme, fistul e verbër e buzës së poshtme, çarje faciale të zhdrejta dhe çarje mikroformale, siç janë çarjet e uvulës (uvula) dhe çarja submuzokale e qiellzës së butë dhe të fortë.

INTRODUCTION

Clefts are the second most common congenital anomalies that occur during the closure of embryonic fissures, i.e., during incomplete fusion of individual segments of the orofacial system during early embryonic development (5-10 weeks of embryonic development). They affect the muscular and bony parts of the face, mouth, and pharynx, and differ in shape, type, localization, and degree of severity. Cleft lip (cheiloschisis) and cleft palate (palatoschisis), which can sometimes also occur as cleft lip and palate (cheilognathopalatoschisis), are congenital anomalies that occur during embryonic development. A cleft is an opening or fissure. Which part will be affected by the cleft depends on the place where the fusion of the facial processes failed and on the time of action of the harmful factors, i.e., the age of the developing embryo. Clefts do not only occur on the lips and palate but can also appear on other parts of the face, such as clefts of the eyes, ears, nose, cheeks, and forehead.

Clefts can affect only the lip, can be only on the palate or can be combined and affect both the mouth and palate, with deformation of the nose. Most often, clefts are unilateral, affecting the left side, but they can also be in the midline. The degree of severity of the clefts ranges from complete involvement of the soft and bony parts of the mouth, to various variations of incomplete clefts.

There are also submucosal clefts - clefts that are externally invisible because the cleft of the muscles of the upper lip is bridged by a membrane on the inside and by skin on the outside. Clefts often also affect the secondary palate (the back of the hard palate). Clefts that are very rarely encountered include the following types: medial cleft of the lower lip, blind fistula of the lower lip, oblique facial clefts, and microform clefts, such as cleft of the uvula (uvula) and submucosal cleft of the soft and hard palate.

Cleft lip: If the cleft does not involve the palatine structure of the mouth, it is a cleft lip (cheiloschisis). The cleft can vary from a small or incomplete cleft or continue into the nasal cavity (complete cleft). It can also occur on one side (unilateral) or on both sides (bilateral cleft). A mild form of cleft lip can



Buza e çarë: Në qoftë se çarja nuk përfshinë strukturën e qiellzës së gojës, është çarje e buzës (cheiloschisis). Çarja mund ta variojë nga çarje e vogël ose e pjesshme ose të vazhdon në zgavrën nazale (çarje e tërësishme). Po ashtu mund të paraqitet në një anë (e njëanshme) ose në të dy anët (çarje e dyanshme). Po ashtu mund të paraqitet formë e butë e çarjes, e cila shfaqet vetëm në pjesën e kuqërremte të buzëve dhe përngjanë me një mbresë. Në disa raste, preket indi muskolor nën çarjen dhe është e patjetërsueshme të intervenohet.

Çarja e qiellzës: Çarja e qiellzës (palatoschisis) është sëmundje në të cilën të dy pllakat e qiellzës nuk janë tërësisht të ngjitura. Qiellza e butë në këto raste është po ashtu e ndarë, dhe shpesh paraqitet me çarje të buzës. Çarja mund të jetë e tërësishme (çarje e qiellzës së fortë dhe të butë, ku nofulla e sipërme është e ndarë) ose e paplotësuar (çarje ose hapje vetëm në qiellzën e butë). Kur paraqitet çarja e qiellzës, uvula është zakonisht e ndarë.

Shpeshtësia dhe shkaktarët e çarjeve: Shpeshtësia e çarjeve nuk dihet saktësisht, por mendohet se ka një shkallë prej 0.53 deri 1.98 për njëmijë persona. Zhvillimet faciale janë të koordinuara nga një seri e ngjarjeve të komplikuar morfogjenetike dhe zgjerimit të shpejt proliferativ, duke racionalizuar shkallën e lartë të anomalive faciale. Përgjatë 6-8 javëve të para të shtatzënisë, formohet koka e embrionit. Pesë indet primitive fillojnë të rriten:

- Njëra fillon në majën e kokës, poshtë buzës së ardhshme të sipërme (prominenca frontonazale),
- E dyta fillon në të dyja anët e faqeve dhe lidhet me indin e parë për të formuar buzën e sipërme (prominenca maksillare),
- E dyta fillon nën faqet për të formuar mjekrën dhe buzën e poshtme (prominenca mandibulare).

Në rast se këto inde dështojnë të lidhen, shfaqet një zbrazëtire, ku duhej të paraqitet lidhja. Kjo mund të shfaqet në cilëndo anë të lidhjes, ose në të gjitha njëherazi.

Kjo zbrazëtirë dallon në madhësi dhe shtrirje, për shembull, mund të shfaqet nga një plasaritje e vogël deri në një fytyrë tërësisht të deformuar. Buza e sipërme formohet më herët se qiellza nga të tri indet e para. Formimi i qiellzës është hapi final në lidhjen

also occur, which appears only on the rosy part of the lips and resembles a scar. In some cases, the muscle tissue under the cleft is affected and must be intervened.

Cleft palate: A cleft palate (palatoschisis) is a condition in which the two plates of the palate are not completely fused. The soft palate in these cases is also split, and a cleft lip is often present. The cleft may be complete (a cleft of the hard and soft palate, where the upper jaw is separated) or incomplete (a cleft or opening in only the soft palate). When a cleft palate occurs, the uvula is usually separated.

Frequency and causes of clefts: The frequency of clefts is not precisely known, but it is thought to range from 0.53 to 1.98 per thousand individuals. Facial development is coordinated by a series of complex morphogenetic events and rapid proliferative expansion, rationalizing the high rate of facial malformations. During the first 6-8 weeks of pregnancy, the embryo's head forms. Five primitive tissues begin to grow:

- One starts at the top of the head, down to the future upper lip (frontonasal prominence),
- Two start on either side of the cheeks and fuse with the first tissue to form the upper lip (maxillary prominence),
- Two start under the cheeks to form the chin and lower lip (mandibular prominence).

If these tissues fail to fuse, a gap appears where the fusion should have occurred. This can occur at any one of the fusion sites, or at all of them at once. The gap can vary in size and extent, for example, it can appear from a small fissure to a completely malformed face. The upper lip forms earlier than the palate of the first three tissues. The formation of the palate is the final step in the fusion of the five primitive tissues and involves the posterior parts of the second and third tissues. These two tissues grow towards each other until they fuse in the middle. This process is very sensitive to several toxic substances, natural pollutants, and nutritional imbalances. Endogenous factors include hereditary factors where the disorder occurs due to gene mutation. This, in turn, can lead to associated anomalies that appear in the form of syndromes, and occur because of chromosomal aberrations (changes in chromosomes). These



e pesë indeve primitive dhe përfshinë pjesët e pasme të indeve të dyta dhe të treta.

Këto dy inde rriten drejt njëra tjetrës derisa ata bashkohen në mes. Ky proces është shumë i ndjeshëm për substanca të ndryshme toksike, ndotës natyror dhe çekuilibre ushqyese. Faktorët endogjen përfshinë faktorët trashëgues, ku çrregullimi paraqitet për arsye të mutacionit të gjenit. Kjo, me radhë, mund të sjell deri në anomali të lidhura të cilat shfaqen në formë të sindromave, dhe shfaqen për arsye të devijimit të kromosomeve (ndryshim në kromosome).

Këto sindroma po ashtu përfshinë anomali të ndryshme kongjenitale të zemrës, fytyrës dhe gjymtyrëve, pengesë në dëgjim dhe vonesë të lehtë mentale.

Faktorët e jashtëm (ekzogjen) prekin direkt ose indirekt rritjen dhe zhvillimin e rajonit orofacial nëpërmjet nënës. Mes faktorëve të shumtë, infeksionet virale në tre muajt e parë të shtatzënisë, ekspozimi ndaj pesticideve, sëmundjet specifike të nënës (herpes, sifilis, hepatit, rubeolë, grip, epilepsi, diabet, rreze rëntgen, citostatikë, terapie hormonale për të ruajtur shtatzëninë, ushqim i mangët, alkoolizëm, medikamente, pirja e duhanit) etj.

Përmbledhje e shkaktarëve më të zakonshëm të cilët çojnë drejt shfaqjes së çarjeve:

- faktorët trashëgues;
- mjekimet (diazepam nuk duhet të merret 2-3 muaj gjatë shtatzënisë);
- të ushqyerit e mangët;
- faktorët kimik;
- stresi psikologjik;
- rrezatimi;
- sëmundjet ngjitëse.

Problemet te fëmijët me çarje: Fëmijët me çarje kanë probleme të theksuara posaçërisht me të ushqyerit, sëmundje të frymëmarrjes, e zakonisht është humbja e dëgjimit dhe pengesa në zhvillimin e të folurit. Nënata e fëmijëve me këto deformime frikohen kur ushqejnë fëmijët e tyre, sepse ushqimi kthehet përsëri nëpërmjet hundës, kollitjes, vjelljes, vështirësisë për gëlltitje, depërtimit të ushqimit në mushkëri dhe cianoze.

syndromes also include various congenital anomalies of the heart, face and limbs, hearing impairment and mild mental retardation.

External (exogenous) factors directly or indirectly affect the growth and development of the orofacial region through the mother. Among the numerous factors, viral infections in the first three months of pregnancy, exposure to pesticides, specific diseases of the mother (herpes, syphilis, hepatitis, rubella, influenza, epilepsy, diabetes, X-rays, cytostatic, hormone therapy to maintain pregnancy, poor nutrition, alcoholism, drugs, smoking), etc.

Overview of the most common causes that lead to the occurrence of clefts:

- hereditary factors;
- medications (diazepam must not be taken 2-3 months of pregnancy);
- deficient nutrition;
- chemical factors;
- psychological stress;
- radiation;
- infectious diseases.

Problems in children with clefts: Children with clefts have particularly pronounced feeding problems, respiratory diseases, hearing loss and difficulties in speech development are common. Mothers of children with this malformation are afraid when feeding their child because food comes back through the nose, coughing, vomiting, difficulty swallowing, aspiration of food into the lungs and cyanosis. Feeding these children requires more attention, skill, patience, and time at each meal. Feeding is carried out by breastfeeding with the help of a bottle and pacifier, spoons, and a tube, or in a combined way, to stimulate the function of sucking and swallowing, that is, to cause activity of the tongue and pharyngeal muscles that are necessary for the development of speech. The feeding of these infants can be improved by using an orthodontic appliance, i.e., an acrylic plate that closes the opening through which the oral and nasal cavities communicate and acts as a stimulator for preoperative treatment (artificial palate).

Diagnosis: The diagnosis is usually made immediately after the baby is born, through a



Ushqimi i këtyre fëmijëve kërkon më shumë vëmendje, aftësi, durim dhe kohë me secilin ushqim. Ushqimi kryhet nëpërmjet gji dhënies me ndihmë të një shisheje dhe biberoni, lugë dhe gypi, ose në mënyrë të kombinuar, për të stimuluar funksionin e thithjes dhe gëlltitjes, kjo është për arsye të nxitjes së aktivitetit të gjuhës dhe muskujve faringeal, të cilat janë të domosdoshëm për zhvillimin e të folurit. Ushqimi i këtyre foshnjave mund të përmirësohet duke përdorur aparate ortodontike, për shembull një pllakë akrilike e cila e mbyll hapjen, nëpërmjet të cilës komunikojnë kavitetet orale dhe nazale dhe vepron si nxitës për trajtim para operacionit (qiellzë artificiale).

Diagnoza: diagnoza zakonisht bëhet menjëherë pasi të lind foshnja, nëpërmjet kontrollit fizik. Sot, mund të kryhet edhe diagnoza para lindjes për çarje faciale nëpërmjet mitrës së nënës.

Terapia e çarjes: ekipi i ekspertëve merr pjesë në trajtimin e këtij problemi të komplikuar: pediatri, ortodonti, kirurgu plastik, audiologu, logopedi dhe psikologu me një bashkëpunim maksimal nga prindërit. Në çarjet me gjerësi të tërësishme (çarjet e dyanshme të buzës, qiellzës së fortë dhe të butë) është e domosdoshme të fillohet me trajtim ortodontik para operacionit sa më herët të jetë e mundur (dy deri tre ditë pas lindjes). Trajtimi është më efektiv gjatë muajit të parë dhe të dytë pas lindjes, për arsye të rritjes intensive të segmenteve maksillare. Trajtimet e hershme nuk mundësojnë vetëm korrigjimin e deformimit, por gjithashtu janë një mundësi më e madhe për fëmijën të mësohet me protezën dhe të përmirëson të ushqyerit. Në kockëzimin e avancuar, nuk mund të aplikohet terapia paraoperacionale. Mënyra e fundit paraoperacionale për trajtimin e çarjeve është Latham. Është një aparat ortodontik, i cili implantohet nëpërmjet operacionit në procesus të qiellzës, duke përdorur gjilpëra, kur foshnja ka 4-5 muaj.

Aparati përbëhet nga pllaka labiale me një grep labial dhe dy pllaka laterale me grepa lateral. Pllakat laterale janë të lidhura në mes me një vidë, e cila mbërthehet një herë në ditë, për të sjell të dy anët e qiellzës së bashku, për të bërë operacionin më të lehtë më vonë. Rezultatet e kënaqshme në trajtim arrihen, në rast se trajtimi fillohet në kohë dhe ka një

physical examination. Today, prenatal diagnosis of facial clefts can also be established, in the mother's uterus.

Cleft therapy: A team of experts participates in the treatment of this complex problem: a pediatrician, orthodontist, plastic surgeon, audiologist, speech therapist and psychologist with maximum cooperation from the parents. In complete wide clefts (bilateral clefts of the lip, hard and soft palate) it is necessary to start preoperative orthodontic treatment as early as possible (two to three days after birth). Treatment is most effective during the first and second months after birth, due to the intensive growth of the maxillary segments. Early treatment allows not only correction of the deformity, but also a greater opportunity for the child to get used to the prosthesis and improve nutrition. In advanced ossification, preoperative therapy cannot be applied. The latest preoperative method for treating clefts is Latham. It is an orthodontic appliance that is surgically implanted into the processus palatinus using pins when the baby is 4-5 months old. The appliance consists of a labial plate with a labial hook and two lateral plates with lateral hooks. The lateral plates are connected in the middle with a screw, which is screwed in once a day to bring the two sides of the palate together, to make the surgery easier later. Satisfactory results in treatment are achieved if treatment is started on time and there is impeccable cooperation with the parents. When the preoperative orthodontic treatment is successfully completed, and the bone elements have united, then in the fifth or sixth month of the child's life the first surgical procedure can be performed - closing the lips, and interventions on the palate are performed in the period up to eighteen months of age. Orthodontic therapy continues throughout the entire developmental period of the dentition (growth of milk and permanent teeth). The timing of the surgical intervention is of great importance not only for the development of the orofacial region, but also in the further development of the child's speech. Clefts are anomalies that end with successful treatment, but the type of treatment depends on the type and severity of the cleft.

Cleft lip surgery: Within the first 2-3 months of



bashkëpunim të papenguar me prindërit. Kur trajtimi ortodontik paraoperativ përfundohet me sukses, dhe janë bashkuar elementet kockore, atëherë në muajin e pestë ose gjashtë të jetës së fëmijës, mund të kryhet procesi i parë operativ- mbyllja e buzëve dhe intervenimet në qiellzë kryhen në periudhë deri në tetëmbëdhjetë muaj prej moshës.

Terapia ortodontike vazhdon përgjatë tërë periudhës zhvilluese të dhëmbëzimit (rritjes së dhëmbëve të qumështit dhe dhëmbëve të përhershëm). Koha e intervenimit kirurgjik është me rëndësi të madhe jo vetëm për zhvillimin e rajonit orofacial, por po ashtu edhe për zhvillimin e mëtutjeshëm në të folurit e fëmijës. Çarjet janë anomali të cilët përfundojnë me trajtim të suksesshëm, por lloji i trajtimit varet nga lloji dhe serioziteti i çarjes.

Operimi i çarjes së buzës: Brenda 2-3 muajve të parë të lindjes kryhet operacioni për të mbyllur buzën e çarë. Edhe pse ky operacion mund të kryhet menjëherë pas lindjes, më mirë është të ndiqet “rregulli i 10”, i cili do të thotë se foshnja duhet së paku të jetë në moshë prej 10 javësh, të ketë 10 gram hemoglobinë dhe të peshojë 4.5 kilogram (10 paund). Në rast se çarja është e dyanshme, nevojiten dy kirurg për të kryer me sukses operacionin, i pari në një anë dhe pastaj në anën tjetër pas disa javësh. Shpesh një çarje e pjesshme kërkon të njëjtat procedura kirurgjike si çarja e tërësishme. Për të krijuar një mbresë sa më pak të dukshme dhe një pamje më natyrale, kirurgu qep plagën përgjatë këndit të filtrumit. Te çarjet e pjesshme, kirurgu duhet të operon më shumë inde dhe mund të krijojë një buzë të epërme më të hollë dhe më natyrale.

Terapia për çarjet e qiellzës: Më shpesh, çarja e qiellzës mbulohet me një obturator pallatal (zëvendësim protetik i bërë për t’iu përshtatur qiellzës dhe për të mbushur hapjen). Çarjet e qiellzës mund të korrigjohen me operacion, i cili zakonisht kryhet në moshë mes 6-12 muajsh. Te rreth 20-25% e çarjeve, nevojitet vetëm një operacion, për të arritur të folur të mirë, jo-hiper nazal. Por më shpesh nevojitet kombinimi i metodave të ndryshme operative, të cilat përsëriten përdërisa fëmija rritet. Në rast se çarja përfshinë edhe kreshtën alveolare, hapja mbushet me ind kockor, më së shpeshti i cili merret nga mjekra e pacientit, brinjët ose legëni.

birth, surgery is performed to close the cleft lip. Although this surgery can be done immediately after birth, it is best to follow the “rule of 10,” which means that the baby must be at least 10 weeks old, have 10 grams of hemoglobin, and weigh 4.5 kilograms (10 pounds). If the cleft is bilateral, two surgeons are needed to perform the surgery successfully, first on one side and then on the other side a few weeks later. Often, an incomplete cleft requires the same surgical procedure as a complete cleft. To create a less visible scar and a more natural appearance, the surgeon stitches the wound along the edge of the philtrum. With an incomplete cleft, the surgeon has more tissue to operate on and can create a more subtle and natural upper lip.

Cleft palate therapy: Most often, the cleft palate is covered with a palatal obturator (a prosthetic replacement made to fit the roof of the mouth and fill the opening). Cleft palates can be corrected with surgery, which is usually performed between 6-12 months. In about 20-25% of clefts, a single surgery is needed to achieve good, non-hyper nasal speech. But most often, combinations of different surgical methods are needed, which are repeated as the child grows. If the cleft involves the alveolar ridge, the opening is filled with bone tissue, most often taken from the patient's chin, rib or pelvis. For the success of speech rehabilitation, cooperation with a speech therapist and orthopedist from an early age and an active role of the speech therapist as a coordinator between the professional team and the child's parents are necessary. Parents need to be well educated and familiar with the condition from the very birth of the child. After the first surgical intervention, the speech therapist prepares the speech organs for proper speech development and voice articulation, and after the second intervention, favorable anatomical and physiological conditions for speech development are created. Therefore, speech development in children with clefts depends on the timing of the surgical intervention. If they are completed before the establishment of speech function (by the end of the second year), there will be no great difficulties in the development of normal articulatory speech. If cleft surgeries are performed after this period, that is, after the child's third year, then the benefit from them will not be great, since it is very difficult and slow to



Për suksesin e rehabilitimit të të folurit i nevojshëm është bashkëpunimi me një legoped dhe ortoped nga mosha e hershme dhe një rol aktiv e logopedit si koordinues mes ekipit profesional dhe prindërve të fëmijës. Prindërit duhet të jenë të informuar mirë dhe të njoftuar me sëmundjen nga lindja e fëmijës. Pas intervenimit të parë kirurgjik, logopedi përgatit organet e të folurit për zhvillim të drejtë të të folurit dhe artikulum të zërit, pas intervenimit të dytë krijohen kushtet e favorshme anatomike dhe fiziologjike për zhvillim të të folurit. Për këtë arsye, të folurit e fëmijës me çarje varet nga koha e intervenimit kirurgjik. Në rast se këto përfundohen para krijimit të funksionit të të folurit (në fund të vitit të dytë), nuk do të ketë vështirësi të mëdha në zhvillimin e të folurit të artikuluar. Në rast se operacionet e çarjeve kryhen pas kësaj periudhe, dmth pas vitit të tretë nga lindja e fëmijës, atëherë përfitimi nga këto nuk do të jetë i madh, sepse është shumë e vështirë dhe e ngadaltë të korrigjohet modeli i cili veç më është zhvilluar i të folurit. Si plotësim i mundësive të kufizuara për terapi të të folurit, intervenimet kirurgjike të vonuara të çarjeve mund të kontribuojnë në shfaqjen e traumave psikologjike te këta fëmijë, të cilat krijojnë pengesa në zhvillimin e personalitetit të shëndetshëm. Për arsye të anomalive të cilat janë të dukshme në fytyrë, shpesh shfaqet ndjenja e vlerës së humbur, izolimit dhe frikës, e cila mund të prek zhvillimin e personalitetit shëndetësor, të ketë pasoja për mësimin dhe socializimin e fëmijës. Intervenimi në kohë siguron paqe psikologjike për fëmijën, si dhe mungesën e panikut dhe pasigurisë te prindërit. Intervenimi në kohë arrin korrigjimin estetik dhe funksional të organeve të të folurit, mbështetjen maksimale nëpërmjet bisedimeve me psikolog dhe bëhen përpjekje të mëdha për zhvillim normal të të folurit dhe gjuhës.

Obturatorët e çarjes: Janë pajisje për bllokim të çarjeve të cilët mbyllin çdo fistul në qiellzën e fortë dhe të butë, duke i siguruar foshnjës një qiellzë akrilike artificiale mbi kavitetin oral. Ata janë si mbajtëset dentare, vetëm pa harkun labial. Bllokuesit janë proteza të përkohshme të cilët e mbyllin çarjen në qiellzën e fortë dhe të butë, për të përmirësuar ushqimin e foshnjave dhe parandalon aspirimin e ushqimit dhe lëngjeve, për të përmirësuar frymëmarrjen dhe të folurit, përderisa të

correct already developed incorrect speech patterns. In addition to the limited possibilities for speech therapy, delayed surgical interventions on clefts also contribute to the occurrence of psychological trauma in these children, which create obstacles to the development of a healthy personality. Due to the anomalies that are visible on the face, a feeling of diminished value, isolation and fear often occurs, which can affect the development of a healthy personality, have consequences for the child's learning and socialization. Timely intervention ensures psychological peace in the child, as well as the absence of panic and uncertainty in the parents. Timely intervention achieves both functional and aesthetic correction of the speech organs, maximum support through a conversation with a psychologist, and great efforts are made for the normal development of speech and language.

Cleft Obturators: A palatal obturator is a prosthetic device that closes any fistula in the hard and soft palate, providing the baby with an acrylic artificial roof over the oral cavity. They are like dental retainers, only without the labial arch. Obturators are temporary prostheses that close the cleft in the hard and soft palate to improve the baby's nutrition and prevent aspiration of food and liquids, to improve breathing and speech, until surgery can be performed. Sometimes, even after surgery, a residual oronasal opening may remain on the palate or alveolar ridge, and an acrylic plate is used to close the opening. The obturator can be in the form of an acrylic plate, i.e., covering only the hard palate, or with an acrylic extension in cases where the soft palate is also affected, to cover the cleft and activate the palate. They are made indirectly in the laboratory. First, a standard metal tray with perforations is selected for impression taking. The impression is made with irreversible hydrocolloid, and to make the cleft more beautiful, pink wax is applied to the cleft of the impression. To prevent the impression mass from flowing into the nasal cavity and pharynx, sterile gauze and tamponade are placed in the cleft. The resulting impression is cast from alabaster plaster and an individual tray is made on it and a functional impression is taken. Perforations are made on the individual tray for better retention of the hydrocolloid. The obturator is most often made of



kryhet operacioni. Disa herë, edhe pas intervenimit kirurgjik, mund të mbetet hapja oronazale në qiellzë ose kreshtën alveolare dhe pllaka akrilike përdoret për të mbyllur këtë hapje. Bllokuesi mund të jetë në formë të pllakës akrilike, për shembull duke mbuluar vetëm qiellzën e fortë, ose me një zgjatim akrilik në raste kur preket qiellza e butë, për të mbuluar çarjen dhe për të aktivizuar qiellzën. Ata bëhen në mënyrë indirekte në laborator. Zgjidhet masa e parë standarde metalike me vrima për marrjen e mbresave. Mbresat bëhen me hidrokoloid të pakthyeshem për të bërë çarjen më të bukur, aplikohet dyll me ngjyrë rozë tek çarja e mbresës. Për të parandaluar masën e mbresës nga rrjedhja në kavitetin nazal dhe faring, vendosen gaza sterile dhe tamponë në çarje. Mbresa që rezulton derdhet nga suva prej alabasteri dhe krijohet një masë individuale mbi të dhe merret mbresa funksionale. Perforimet bëhen në masa individuale për mbajtje më të mirë të hidrokoloidit. Bllokuesi më së shpeshti është nga akrilati që lidhet vetë me cilësi të lartë. Në rast se intervenimi kirurgjik vonohet dhe nevojitet të bëhet një bllokues për fëmijë me dhëmbë, bllokuesi bëhet në formë të skeletit metalik me grep për të mbajtur atë për dhëmbëve dhe zgjatimi për çarjen në qiellzën e butë bëhet nga akrilati.

PËRFUNDIM

Kur zgjidhet problem i qiellzës së çarë, sendi më i rëndësishëm është funksionaliteti - të ushqyerit dhe frymëmarrja normale, pastaj estetika. Teknika kirurgjike për trajtim të çarjes së buzës së epërme, pas së gjithash është një korrigjim estetik i defektit, i cili në mënyrë plotësuese të pengesës së funksionit të buzës së epërme, shpërfytyron më shumë pamjen. Korrigjimi i çarjes së buzës është trajtim kompleks, sepse çarja e buzës mbyllet dhe korrigjohet deformimi i hundës. Duke marrë parasysh se fëmija rritet shpejt dhe mbresa e krijuar gjatë korrigjimit primar të çarjes mund të jetë shumë i keq për pamjen, duke dhënë shpërfytyrime të përhershme estetike. Pas zgjidhjes primare të deformimit, trajtimi vazhdon me korrigjimin e deformimeve në nofullën e sipërme dhe dhëmbëve. Bashkëpunimi me logopedin është i nevojshëm për mësimin e drejtë të fjalëve.

high-quality self-bonding acrylate. If the operation is postponed and an obturator needs to be made for a child with teeth, the obturator is made in the form of a metal skeleton with hooks to retain it for the teeth, and the extension for the cleft of the soft palate is made of acrylate.

CONCLUSION

When solving the problem of a cleft palate, the most important thing is functionality - normal nutrition and breathing - and then aesthetics. The surgical technique for treating a cleft upper lip is primarily an aesthetic correction of the defect, which, in addition to disrupting the function of the upper lip, greatly disfigures the appearance. Correction of a cleft lip is a complex treatment because the cleft lip is closed, and the deformation of the nose is corrected. It is considered that the child grows quickly, and the scar created during the primary correction of the cleft can be very bad in appearance, giving a permanent aesthetic disfigurement. After the primary resolution of the deformation, treatment continues with the correction of the deformities of the upper jaw and teeth. Cooperation with a speech therapist is also necessary for proper learning of words.



REFERENCAT

1. Haoyue Liu, Lingling Pu, Chialing Tsauo, Xiaoming Ėang, Qian Zheng, Bing Shi, Chenghao Li. A neë congenital cleft palate Neë Zealand rabbit model for surgical research. *SciRep.* 2021; 11: 3865.
2. Rafael Denadai, Lun-Jou Lo. Reducing delayed detection of isolated cleft palate-related deformity: a call for routine intraoral examination of neëborns *J Pediatr (Rio J)* 2024 Jul-Aug; 100(4): 350–359.
3. Rika Narumi, Shujie Liu, Naohiro Ikeda, Osamu Morita, Junichi Tasaki. Chemical-Induced Cleft Palate Is Caused and Rescued by Pharmacological Modulation of the Canonical Ėnt Signaling Pathëay in a Zebrafish Model. *Front Cell Dev Biol.* 2020; 8: 592967.
4. Mārtiņš Vaivads, Ilze Akota, Māra Pilmane. PAX7, PAX9 and RYK Expression in Cleft Affected Tissue. *Medicina (Kaunas)* 2021 Oct; 57(10): 1075.
5. Arvin Shahbazi, Andreas A. Mueller, Szilvia Mezey, Sebastian Gschëindt, Tamás Kiss, Gábor Baksa, Reha S. Kisnisci. Is the collateral circulation pattern in the hard palate affected by cleft deformity? *Clin Oral Investig.* 2024; 28(5): 277.
6. Jamie L. Perry, Katelyn J. Kotlarek, Bradley P. Sutton, David P. Kuehn, Michael S. Jaskolka, Xiangming Fang, Stuart Ė Point, Rauccio RT Frank. Variations in velopharyngeal structure in adults ëith repaired cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2018 Nov; 55(10): 1409–1418.

REFERENCES

1. Haoyue Liu, Lingling Pu, Chialing Tsauo, Xiaoming Ėang, Qian Zheng, Bing Shi, Chenghao Li. A neë congenital cleft palate Neë Zealand rabbit model for surgical research. *SciRep.* 2021; 11: 3865.
2. Rafael Denadai, Lun-Jou Lo. Reducing delayed detection of isolated cleft palate-related deformity: a call for routine intraoral examination of neëborns *J Pediatr (Rio J)* 2024 Jul-Aug; 100(4): 350–359.
3. Rika Narumi, Shujie Liu, Naohiro Ikeda, Osamu Morita, Junichi Tasaki. Chemical-Induced Cleft Palate Is Caused and Rescued by Pharmacological Modulation of the Canonical Ėnt Signaling Pathëay in a Zebrafish Model. *Front Cell Dev Biol.* 2020; 8: 592967.
4. Mārtiņš Vaivads, Ilze Akota, Māra Pilmane. PAX7, PAX9 and RYK Expression in Cleft Affected Tissue. *Medicina (Kaunas)* 2021 Oct; 57(10): 1075.
5. Arvin Shahbazi, Andreas A. Mueller, Szilvia Mezey, Sebastian Gschëindt, Tamás Kiss, Gábor Baksa, Reha S. Kisnisci. Is the collateral circulation pattern in the hard palate affected by cleft deformity? *Clin Oral Investig.* 2024; 28(5): 277.
6. Jamie L. Perry, Katelyn J. Kotlarek, Bradley P. Sutton, David P. Kuehn, Michael S. Jaskolka, Xiangming Fang, Stuart Ė Point, Rauccio RT Frank. Variations in velopharyngeal structure in adults ëith repaired cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2018 Nov; 55(10): 1409–1418.