

**UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË**

**FAKULTETI I MJEKËSISË**

**PROGRAMI: INFERMIERI**



**PUNIM DIPLOME**

**TEMA:KUJDESI INFERMIEROR TE TË SEMURËT ME  
ETHE REUMATIKE**

**Mentori:  
Prof.ass.Dr Idriz Berisha**

**Kandidatet:  
Manuella Nrejaj  
Robertina Gojani**

**Gjakovë, 2018**

**UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË**

**FAKULTETI I MJEKËSISË**

**PROGRAMI: INFERMIERI**



**PUNIM DIPLOME**

**TEMA:KUJDESI INFERMIEROR TE TË SEMURËT ME  
ETHE REUMATIKE**

**Mentori:  
Prof.ass.Dr Idriz Berisha**

**Kandidatet:  
Manuella Nrejaj  
Robertina Gojani**

**Gjakovë, 2018**

## **Deklarimi**

Deklarojmë se punimi i diplomes me titull:**Kujdesi infermieror te të sëmuret me ethe Reumatike** i llojt të studimit: **rishikim i literatures** është punimi ynë original dhe se çdo shënim në të është i cituar dhe i referuar .Ky punim është realizuar për të zgjeruar njohuritë mbi Ethet Reumatike . Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës Fakulteti i Mjekësisë “**Fehmi Agani,** Dega Infermieri.

Mentori **Prof.ass.Dr Idriz Berisha**, Internist-Reumatolog, i cili na ofroj përkrahjen e tijë gjatë realizimit të këtijë punimi.

Në mbështetje të rregullores për studime themelore të Fakultetit të Mjekësisë **neni 46** dhe të vendimit të Këshillit të Fakultetit të Mjekësisë të datës **02.10.2017** nr.ref.**005/368** deklarojmë se :

**Pjesa e parë** e temës së diplomës duke e përfshirë hyrjen deri tek konfirmimi i diagnozës është punuar nga kandidatja **Robertina Gojani** .

**Pjesa e dytë** e temës duke përfshirë mjekimin dhe kujdesin ndaj ethes reumatizmale është punuar nga kandidatja **Manuella Nreaj** .

## **Falënderime**

Ne **Robertina Gojani** dhe **Manuella Nrejaj** dëshirojmë të falenderojmë familjet tona për përkrahjen, kujdesin dhe mbështetjen e tyre të pa lodheshme gjatë studimeve.

Gjithashtu dëshirojmë të falenderojmë stafin e Universitetit , antaret e komisionit të cilet janë përkushtuar për të arritur finalizimin e këtij rrugëtimi.

Falenderojmë Prof.Ass.Dr .Idriz Berisha për mbështetjen dhe ndihmën e tij të pa kursyer, për korrektësinë dhe këshillat e dhëna për realizimin e këtij punimi.

## **Përmbajtja**

Hyrja.....	8
Përkufizimi .....	8
EPIDEMIOLOGJIA .....	8
PATOGJENEZA .....	9
Veçoritë klinike.....	12
Nyjet subkutane.....	12
Eritema marginatum .....	13
Përfshirja e zemrës - Karditi.....	14
Përfshirja e artikulacioneve .....	16
INSUFICIENCA KARDIAKE KONGJESTIVE.....	17
KOREA .....	18
Konfirmimi i diagnozës.....	20
MJEKIMI .....	23
PROGNOZA .....	24
MËNYRAT E PARANDALIMIT .....	25
Referencat.....	30
Cv e Studentit .....	31

## **Shkurtesat**

**Ethja Reumatizmale akute - (ARF)**

**Ethja Reumatike – (ER)**

**Sëmundja reumatizmale e zëmres – (RHD)**

**Barnat antiinflamatore josteroide – (NSAID -ët)**

**Infeksionet streptokoksike – (PANDAS)**

**Artriti reaktiv pastreptokoksik –(PSRA)**

**Ky punim Punimi përfshinë:**

**29-Faqe**

**2 - Tabela**

**4 - Figura**

## Hyrja

Në grupin e tretë të infeksioneve që shkaktohen nga streptokoket e beta Hemoletik e grupit A (kryesisht Streptococcus pyogenes) futen sëmundjet poststreptokoksike. Këto sëmundje janë ethet reumatike dhe glomerulonefriti akut. Ethja reumatike është një sëmundje inflamatore që shfaqet kryesisht pas faringjitit streptokoksik dhe shkakton dëmtimin e miokardit dhe të valvulave. Në ethet reumatike vërehet një reaksion i kryqëzuar në mes të antitropave antistrep-tokoksike të të sëmurit me indet e zendrës. D.m.th këtu kemi të bëjmë me një reaksion an-tigjen-antitrop. Muri qelizor i streptococcus pyogenes përmban proteinën M e cila është jashtzakonisht shumë antigjenike. Antitropat të cilat sistemi imun i gjeneron kundër pro-teinave M mund të reagojnë në një reaksion të kryqëzuar me miozinën e miofibreve kardiake madje edhe me muskujt e lëmuar të arterieve duke përfshirë këtu çlirimin e citokinave dhe shkatërrimin e indeve. Gjatë ethes reumatike vërehen ndryshime inflamatore jo vetëm në zemër por edhe në kyçe, enët e gjakut dhe në indin subkutan.<sup>1</sup>

**Përkufizimi :** Ethja Reumatizmale akute(ARF) është një sëmundje multisistemike,e cila vjen si pasojë e një reaksioni autoimune ndaje infeksioneve me streptokokët e grupit A.Dëmtimet më të rënda dhe shpesh të përhershme , paraqiten në zemër , gjersa në organet e tjera ndryshimet e tjera janë kryesisht reverzibile .Është e njohur që moti thënia se “**Ethja reumatizmale i lëmon nyjet , por e kafshon zemrën**” Përrjashtimin e përbën dëmtimi valvu-lar kardiak[sëmundja reumatizmale e zendrës (RHD)], e cila mund te vazhdojë te jete e pran-ishme pas largimit të veçorive të tjera.

## EPIDEMIOLOGJIA

ARF-ja dhe RHD -ja janë sëmundje të varfërise .Ato shfaqeshin shpesh në të gjitha vendet perpara fillimit te shekullit XX, kohë në te cilen incidenca e tyre në vendet e industrializuara fillojë të bjerë.Kjo rënje ju ngarkua për mirësimin të kushtëve të jetesës,vecanërisht jetesës në banesa me më pak persona dhe higjenës më të mirë,gjë qe çoi në ulje të transmetimit të streptokokëve të grupit A. Futja e antibiotikëve dhe përmisimi i sistemit të përkujdesit

---

<sup>1</sup> <https://sq.wikipedia.org/wiki/Streptokoket>

shëndetsor janë pjesë përbërëse e efekteve shtesë .Shpërthimet e shpeshta të ARF-së filluan në vitet 1980 në rajonin e Maleve Shkëmbore në Shtetet e Bashkuara të Amerikes ,ku vazhdon të ketë ende nivele të larta të sëmundjes . RHD-ja përbën shkakun më të shpeshtë të sëmundjeve kardiake te fëmijet e vendeve në zhvillim dhe është gjithashtu shkak madhor i vdekshmërisë dhe i sëmundshmërisë te të rriturit.

Kohët e fundit është përlogaritur se në të gjithë botën ka 15 deri 19 milionë persona të prekur nga RHD-ja dhe cdo vit ndeshen afërsisht 250,000 vdekje .Përvec kësaj ,95% e rasteve të ARF-së dhe vdekjeve të RHD-së në ditët e sotme ndeshen në vendet në zhvillim

-ARF-ja është një nga sëmundjet kryesore te fëmijët e moshës 5-14 vjeçare .ARF-ja është një nga sëmundjet kryesorë të fëmijëve të moshës 5-14 vjeçare.

Episodet fillestare bëhen më pak të shpeshta tek adoleshentët më të rritur dhe te të rinjtë, ndërkohë që ndeshen shumë rallë te të rriturit >30 -vjeçare.Nga ana tjetër, episodet e përsëritura,të ARF-së mbeten relativisht të shpeshta tek adoleshentët dhe të rinjtë. Ky model është në kontrast me prevalencën e RHD-së,piku i së cilës është në moshën 25-40 vjeçare. Edhe pse për ARF-në nuk mund të shihet asnjë lidhje e qartë me gjininë, RHD-ja prek më shpesh femrat, madje frekuencat e tyre është ndonjëherë sa dyfishi i frekuencës të meshujt.<sup>2</sup>

## **Etiologjia**

Ekzistojnë të dhëna të sigurta epidemiologjike dhe imunologjike se ethja reumatizmale është pasojë e infeksionit të grykës me streptokokun  $\beta$ -hemolitik të grupit A dhe se pa këtë infeksion nuk ka as ethe reumatizmale .

Ekzistojnë 80 tipe të streptokokut  $\beta$ -hemolitik, por më të njohur janë:

- a) Tipet reumatogjen të streptokokut ,tipet M(1,3,5,6,18,19,24 etj)
- b) Tipet nefrogjen të streptokokut (12,49 etj).

## **PATOGJENEZA**

Shkaktar i ER është streptokoku beta-hemolitik i grupit A. Prania e tij është evidentuar vetëm nga të dhenat indirekte. Teoria më e pranueshme për të shpjeguar patogenezën e ER është

---

<sup>2</sup> Shih :Prof.ass.dr.Mehemedali Azemi dhe prof.dr Mujë Shala me bashkëpunorë ,PEDIATRIA ,Universiteti i Prishtinës,2010, fq .662 .



alergjia bakteriale ose autoimuniteti. Si pasojë e infeksionit streptokoksik, trupi prodhon anti-trupa. Duke qenë se struktura e streptokokut ka ngjashmëri në ndërtim me pjesë të organizmit, antitruapat antistreptokok sulmojnë edhe qelizat e organizmit, pra kemi të bejmë me reaksione imunitare të kryqëzuara. Pikerisht reaksionet imunitare janë burimi i inflamaionit dhe dëmtimit të organeve të organizmit. Dëshmitë e tjera për implikimin e streptokokut  $\beta$ -hemolitik në patogjenezën e etes reumatizmale janë ekzaminime të shumta epidemiologjike ,laboratorike dhe klinike,p.sh

- Paraqitja e ER rritet në epidemit e tonsiliteteve streptokoksike dhe skarlatinës ,
- Mjekimi adekuat i infeksioneve streptokoksike me penicilinë mund të parandalojë atakun e parë të ER
- Profilaksia e vazhdueshme me Benzatin Penicilinë parandalon recidivet e ER

Megjithatë mekanizmi i saktë , me anë të cilit streptokoku  $\beta$ -hemolitik i grupit A , shkakton atakun e etes reumatizmale , ende nuk i dihet .

Ekzistojnë 3 teori të cilat mundohen ta shpjegojnë patogjenezën e etes reumatike

1. Reaksioni i drejtpërdrejtë i organizmit me substanca jashtëqelizore ,të streptokokut  $\beta$ -hemolitik (streptolozina O,S),
2. Proceset imunologjike të cilat të cilat i inician vetë infeksioni streptokoksik ku bëjnë pjesë :
  - a) Reaksioni antigjen –antitrup
  - b) Antigjenet e streptokokut  $\beta$ -hemolitik fiksohen në indet e të sëmurit , pastaj reagojnë me antitruapat qarkullues duke shkaktuar dëmtime të indeve
  - c) Teoria e reaksionit të tërthortë të antigjenit të murit të streptokokut me antigjenet e sarkolemes së fijeve muskulore (carditis ) nucleus caudatus te trurit (chorea minor ), fijeve të lëmuara të eneve të gjakut .Kjo teori ,teoria e mimikërisë molekulare(teoria e Kaplan-it),por ka më së shumti dëshmi,por edhe mjaft mendime kontraverse .
3. Streptokoku,vetë ose me variante të mundështme ,në mënyre të drejtpërdrejtë depetonë në gjakë dhe drejtpërdrejtë apo indirekt,shkaktojnë dëmtim reumatizmal.Megjithatë , patogjenza e etes reumatizmale është e panjohur,ose në mënyrë jo plotësisht të panjohur.

Perveq infeksionit streptokoksik në paraqitjen e etes reumatizmale,rol të rëndësishëm

luajnë edhe faktorët predispozues;

1. **Kushtet sociale-ekonomike** (ambienti jetësor shumëantarësh, me lagështi të tepert, ushqimi jo adekuat) kontribuojnë në paraqitjen e infeksioneve streptokoksike dhe të ethes reumatizmale.
2. **Mosha.** Edhe pse sëmundja mund të paraqitet në qdo moshë, ajo paraqitet shumë rrallë para moshës 3 vjeqare dhe më së shpeshti paraqitet në moshën 5-15 vjeq.
3. **Predispozicioni familjar.** Fakti që vërtetë 3% të infeksioneve me streptokok ndërlikohen me ethe reumatizmale, zgjon dyshimin se ndoshta predispozicioni familjar luan ndonjë rol në këtë drejtim. Hulumtimet e shumta kanë vërtetuar se prania e alo antigenit 993 është e lidhur ngushtë me ethe reumatizmale.
4. **Kushtet klimatike dhe gjeografike** (viset e ftohëta dhe me lagështi). Më shpesh paraqitet prej vjeshtës gjere në pranverë, rrallë gjatë verës. Kjo vazhdohet me faktin se mundësija për infeksione streptokoksike është më e madhe në vendet e mbyllura gjatë muajve të ftohët dhe me lagështi.<sup>3</sup>

## Pasqyra klinike

-Fillimisht pacientët vuajnë nga një faringit akut i cili shfaqet me temperaturë të lartë 38-40 C, me dhimbje dhe djegie fyti, ethe dhe temperatura trupore, rrahje të shpejtuara të zemrës, gjendje e lodhjes së përgjithshme, humbja e oreksit me rënie në peshë, djersitje, dhimbje koke, gjakderdhje nga hunda, vjellje. Pas kalimit të faringitit ka një periudhë latente qetësie ku pacienti ndihet mirë, pa asnjë shenjë klinike. Kjo periudhë zgjat mesatarisht 19 ditë. Intervali është 7 ditë – 5 javë. Sëmundja mund të fillojë me një nga shenjat madhore të ER si: artriti, karditi, chorea, nyjet subkutane, dhe eritema marginale. Këto manifestime klinike quhen madhore për rëndesine e tyre si kritere diagnostifikuese të ER.<sup>4</sup>

## Faktoretë e organizmit

-Duke u bazuar te të dhënat që janë aktualisht të disponueshme, mund të themi se ARF-ja shkaktohet ekskluzivisht nga infeksioni i traktit të sipërm respirator me streptokokët e grupit A. Tashmë mendohet se secili prej shtameve të streptokokëve të grupit A ka potencial për të shkakuar ARF-në. Aktualisht po bëhen kërkime mbi rolin potencial të infeksionit të lëkurës

---

<sup>3</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2092.

<sup>4</sup> <https://telegrafi.com/ethja-reumatike-diagnoza-trajtimi-i-semundjes/>

dhe streptokokëve dhe grupeve C dhe G dhe është marrë si i mirëqënë fakti që janë të nevojshme një seri infeksionësh paraprake me streptokokë përpara "ndezyes" së sistemit imun në infeksion përfundimtarë, i cili shkakton sëmundjen në mënyrë të drejtpërdrejtë.

Përgjigjja imune -Në rastin kur një bujtës i ndjeshëm takohet me streptokokët e grupit A, fillon një reaksion autoimun, i cili shpie në dëmtimin e indit të njeriut si pasojë e reaktionit të kryqëzuar ndërmjet epitopeve të organizmit dhe bujtësit.

Epitopet e pranishme në murin qelizor, membranën qelizore të regjionet e përsërituara A, B dhe C të proteinës streptokoksike M, janë imunologjikisht të ngjashme me molekulat e miozinës, tropomiozinës, keratinës, aktinës, lamininës, vimentinës dhe N-acetilglukozaminës së njeriut. Ky imetim molekular është baza e përgjigjes autoimune, e cila shprijë në ARF.

## **Veçoritë klinike**

Ndërmjetë infeksionit të streptokokut të grupit A përgjegjës dhe shfaqjes së tipareve klinike të ARF-së ka një periudhë latente prej afërsisht 3 javësh (1-5 javë). Në këto raste përbënë përjashtim korea dhe karditi latent, i cili mund të ndjekë periudha latente më të zgjatura, që shkojnë deri në 6 muaj. Megjithatë një pjesë e pacientëve raportojnë një plagë në grykë, infeksioni paraprak me streptokokë të grupit A është zakonisht subklinike; në këto raste ai mund të konfirmohet duke përdorur vetëm teste me antitrupe kundër streptokokeve. Manifestimi klinik më i shpeshtë i ARF-së është poliartriti dhe ethja. Poliartriti është i pranishëm 60-75% të rasteve, kurse karditi 50-60%. Prevalenca e koresë në ARF ndryshon dukshëm ndërmjet popullatave të ndryshme, duke shkuar < 2% - 30%. Eritema Margiratum dhe nyjet subkutane janë të rralla tashmë pasi ndeshën vetëm në < 5% të rasteve.<sup>5</sup>

## **Nyjet subkutane**

•Janë manifestime shumë karakteristike të etes reumatizmale por paraqiten shumë rrallë (<1%) zakonisht janë të shoqeruara me shenjat e tjera të sëmundjes (zakonisht me kardit). Nuk paraqiten në fazën akute të sëmundjes, por pas disa javësh dhe mund të zgjasin poashtu

---

<sup>5</sup> Shih :Grup autorësh , parimet e mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2093.

disa javë, duke sugjeruar me kardit të zgjatur. Paraqiten si nyje që gjenden nën lekurë. Këto janë forme të rrumbullakët, janë të buta, të padhimbshme, të levizshme me madhësi nga 0,5-2 cm. Lokalizohen mbi prominencat kockore dhe në tendinat ekstensore të duarve dhe këmbëve. Janë të perkohshme, shfaqen dhe zhduken vazhdimisht. Në përgjithësi përzishtë për një ose dy javë.



Fig.1

## **Eritema marginatum**

- Është po ashtu manifestim i rrallë i etes reumatizmale (<3%), por specifik për eten reumatizmale dhe shoqërohet me manifestime të tjera të mëdha të etes reumatizmale. Është shenjë më e rrallë se të tjerat. Ka pamje rrethore, ngjyre roze në të kuqe, nuk kruhet, e padhimbshme, jo e induruar, që zhduket e tëra në presion dhe përsiston për një periudhë të shkurtër, me madhësi 1-2cm shfaqet kryesisht në trup dhe në ekstremitete, por jo në fytyrë. Fillimisht është si njollë e kuqe e lehtë, me pas me qender të zbehtë dhe në periferi ka kufij të çrregullt, që kufizohet mirë me lekurën e shëndoshë dhe shpesh krahasohet me rrathët e tymit të duhanit. Mund të bëhen më intenzive pas nxehjes së lekurës. Është karakteristike se ndryshimet zgjasin shumë shkurtë dhe hiqen pa lënë asnjë gjurmë.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Shih :Grup autorësh , parimet e mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2093-2094.



Fig.2 ( ERITEMA MARGNATUM )<sup>7</sup>

### **Përfshirja e zezrës - Karditi**

-Është manifestim kryesorë i sëmundjes dhe përgjegjës për prognozën e sëmundjes. Paraqitet tek 40-50% e të sëmurëve.Është proces aktiv inflamatorë aktiv i cili përfshinë, edokarditin,perikarditin dhe miokardin .Mendohet se në masë të madhe apo të vogel të ethja reumatizmale janë të përfshira tri shtresa të zezrës. Dëmtimi më i rëndësishëm është endokarditi. Në bazë të simptomatologjisë klinike dhe radiologjike egzistojnë tri forma të karditit:

- Karditi i lehtë (shkalla 1),është e pranishme vetëm zhyrma mbi zezër,radiografia e zezrës është pa ndryshime.
- Karditi i mesëm (shkalla 2), e pranishme me zhurmë në zezër dhe në radiografi shihet kardiomegalia,
- Karditi i rëndë (shkalla 3 ), me zhurmë në zezër ,kardimegali dhe pamjaftueshmëri të zezrës.

Për fat, format e lehta janë më të shpeshta (85%), gjersa ato të mesme (13%) dhe të rëndat (2%) janë shumë më të rralla.

Manifestimet klinike varen nga shkalla e involvimit të pjesëve të ndryshme të zezrës,por egzistojnë 4 shenja që janë të rëndësishme të karditit

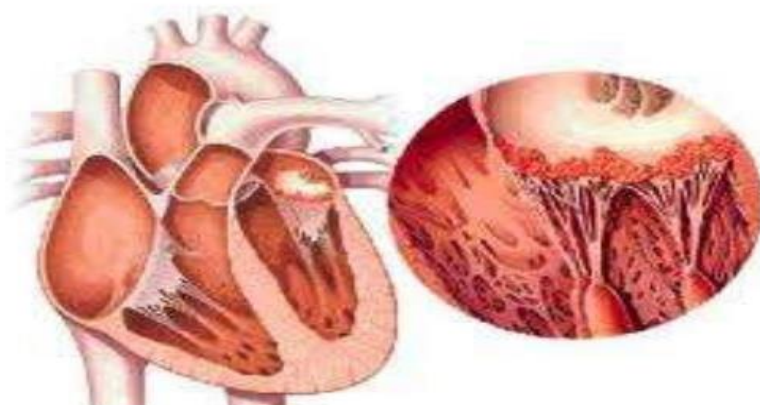
- a) Zhurma në zemër,
- b) Kardimegalia,
- c) Perikarditi,
- d) Pamjaftueshmëria e zemrës,
- e) Takikardia ose bradikardia.

- a) *Zhurma në zemër* . Nese më parë nuk është ndëgjuar, është manifestim i sigurtë i karditit. Zhurma paraqitet për shkak të insuficiencës mitrale, është helosistolike, apikale, regurgitve, e intensitetit të mesëm dhe propagon në drejtim të aksillës së majtë.
- b) *Kardiomegalia* . Është poashtu manifestim i sigurtë i etes reumatizmale. Paraqitet në afro 20% te të sëmurëve dhe është parameter i rëndësishëm për përcaktim të diagnozës, ashtu edhe për evaluimin e sëmundjës. Paraqitet për shkak të pankarditit, perikarditit ose dekompenzimit të zemrës.
- c) *Perikarditi*. Është gjithmone manifestim i pankarditit, paraqitet në forma të rënda të karditit dhe manifestohet me dhembje prekordiale, tonet të dobësuar, ferkim perkikardial, rrallë tamponadë të zemrës.
- d) *Pamjaftueshmëria e zemrës*. Është zakonishtë globale. Është pasojë e aftësisë së kofizuar kontraktive të miokardit. Karakterizohet me goditje, dhembje substernale, dispne, ortopne, lodhje të shpejtë, djersitje dhe hepatomegali.
- e) Përveq këtyre manifestimeve kryesore të karditit egzistojne edhe manifestime të tjera më pak specifike dhe më të lehta:  
*Takikardia* ose *Bradikardia*. Pulsu duhet të matet në gjendje qetësie (ndryshimi është më i madh se 10)<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Shih :Prof.ass.dr.Mehemedali Azemi dhe prof.dr Mujë Shala me bashkëpunorë ,PEDIATRIA ,Universiteti i Prishtinës,2010, fq .666.

## Karditi



**Fig. 3 (Përfshirja e zemres )**

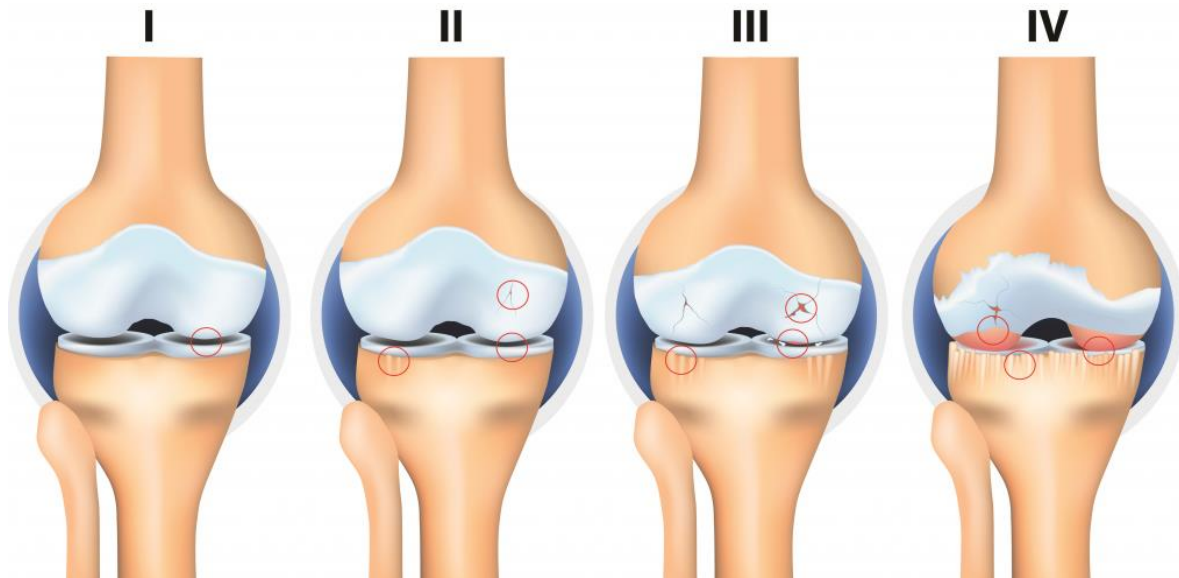
### **Përfshirja e artikulacioneve**

Për tu klasifikuar si një manifestim madhor ,përfshirja e artikulacioneve në ARF duhet të jetë artritike, p.sh. e shoqëruar me të dhëna objektive inflamacioni me artikulacione të skuqura, të ngrohta, të ënjtura dhe/ ose të ndjeshme ,si dhe duhet të përfshihet më tepër se një artikulacion (p.sh. poliartriti). Artriti tipik është migrues ,duke levizur nga një artikulacion në tjetrin për një periudhë disa orëshe .

ARF-ja prek pothuajse gjithmonë artikulacionet e mëdha,më shumë gjunjët ,kycin e këmbës ,ijet dhe bërrylat,si dhe është josimetrike .Kur nuk është filluar ende mjekimi me antiinflamatorë ,dhimbja është e rëndë dhe zakonisht invalidizuese .Relativisht e shpeshtë është dhe përfshirja me pak e rëndë e artikulacioneve, por kjo klasifikohet vetem si një manifestim i minor. Artraaligjia pa inflamacion objektiv të artikulacioneve prek zakonisht artikulacionet e mëdha, sipas të njëjtit model migrues si poliartriti. Nën disa popullata monoartriti joseptik mund të përbëjë tiparin paraqitës të ARF-së dhe kjo mund të ndodhë për shkakë të mjekimit të hershëm antiinflamator përpara se të rrënjoset modeli migrues tipik.

Manifestimet e ARF- së në artikulacione përgjigjen shumë mirë ndajë salicilateve dhe barnave të tjera antiinflamatore josteroide (NSAID-ët). Në fakt, perfshirja e artikulacioneve, vazhdon për mua më shumë se 1 ose 2 ditë pas fillimit të salicilateve, nuk ka gjasa që të vijë

për shkak të ARF-së. Nga ana tjetër, nese salicilatet fillohen në fazat e hershme të sëmundjes ,perpara shfaqjes se etheve dhe poliartritis migrues, percaktimi i diagnozes se ARF-së mund te jete i veshtirë. Për këtë arsye, salicilatet dhe NSAID-ët e tjera nuk duhet të merren deri në momentin e konfirmimit të diagnozës (dhimbja trajtohet me acetaminofen ose kodeinë).<sup>9</sup>



**Fig .4 (Fazat e përfshirjës së artikulacioneve)**

## **INSUFICIENCA KARDIAKE KONGJESTIVE**

Glukokortikoidet.Përdorimi i glukokortikoideve në ARF mbetet i diskutueshëm.Dy metaanaliza kanë dështuar në vërtetimin e përfitimeve nga glukokortikoidet,krahasuar me placebo ose salicilatet,në përmirësimin e karditit për një periudhë afatshkurtër dhe afatgjatë. Megjithatë studimet e përfshira në këto metaanaliza janë kryer >40 vite më parë dhe nuk përdorën barnat që shfrytëzojmë sot. Në pjesë e mjekëve trajtojnë rastet e karditit të rëndë (që shkakton incufiencë kardiake) me glukokortikoide, duke besuar se ata mundë të reduktojnë inflamacionin akut dhe mundë të sjellin një kurim më të shpejtë të incufiencës. Megjithatë, përfitimet potenciale të këtij trajtimi duhet vlerësuar për sa i përketë mundësisë së shfaqjës së efektëve të pa dëshiruara, duke përfshirë këtu hemorragjinë gastrointestinale dhe mbajtjen e lëngjëve. Nëse përdoret prednizoni ose prednizoloni, rekomandohen doza 1-2 mg/kg në ditë (maksimumi ,80mg). Metilpredniyoloni intervenoz mund të përdoret në karditin e rëndë. Glukokortikoidet janë shpesh herë të nevojshme vetëm për disa ditë,ose maksimumi për 3 javë.

<sup>9</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2094-2095



## Trajtimi i incufiencës kardiake

### Regjimi i shtratit

-Rekomandimet tradicionale për regjim shtrati afatëgjatë dikur kanë qenë guri i themelit i trajtimit, por tashmë nuk praktikohen në formë shumë të përhapur. Në fakt, regjimi i shtratit duhet rekomanduar atëherë kur bëhet fjalë për artritet dhe artralgi, si dhe për pacientët me incufiencë kardiake. Në momentin që arrihet një kontroll i mirë mbi simptomat, mund të fillojë edhe levizja graduale.

### KOREA

Alterim neurologjik që karakterizohet nga levizje të pavullnetshme, të paqellimshme, të shpejta, nga dobësi muskulare dhe labilitet emocional. Levizjet janë të prera, jo ritmike dhe perseritëse. Të gjitha këto levizje zhduken gjatë gjumit ose në qetësi. Këto lëvizje prekin gjithë muskujt e trupit, por me shumë muskujt e duarve, fytyrës dhe këmbëve. Mund të zgjase nga një javë deri në 2 vjet, por përgjithsisht zgjat 8-15 javë. Asnjëherë nuk haset njëkohsisht me artritet, por shpesh shoqëron karditin. Manifestimet minore të atakut në ER. Temperatura e lartë që shkon 38-40 C. Mund të zgjase 3-4 javë. Përgjithsisht temperatura ulet pas javës së parë pa përdorur antipiretik. Dhimbjet abdominale, epistaksa, pneumonia reumatike. Mjekimi për të kontrolluar lëvizjet anormale nuk alterojnë kohëzgjatjen ose rezultatin e Koreas. Rastet më të lehta mund të trajtohen zakonisht me anë të sigurimit të një mjedisi të qetë. Të pacientët me korea të rëndë parapëlqehet karbamazepina ose valproati i nateriumit në vend të haloperidolit. Në këto raste mund të mos vihet re përgjigje gjatë 1-2 javëve të para, ndërkohë që kur flitet për përgjigje të suksesshme, kjo ka të bëjë me lehtësimin dhe jo me kurimin e lëvizjeve jonormale. Mjekimi duhet vazhduar për 1-2 javë pas qetësimit të simptomave.<sup>10</sup>

*Imunoglobulina intravenoze* -Studimet e vogla kanë sugjeruar se imunoglobulina intravenoze mund të qojë në kurim më të shpejtë të Koreas, por nuk ka shfaqur përfitime terapeutike afatshkurta apo afatgjata për karditin e ARF-së të pashoqëruar me korea. Në mungesë të të dhënave më të sakta, imunoglobulina intravenoze nuk rekomandohet, me përjashtim të rasteve

---

<sup>10</sup> Shih :Grup autorësh , parimet e mjekësisë Interne , HARRISON , Tabernakul , Shkup, 2013, fq 2095.

të Koreas së rëndë që nuk pergjigjet ndaj mjekimeve të tjera .

**Korea e Sydenham-it** ,ndodhë zakonisht në mungesë të manifestimeve të tjera, vjen pas një periudhe të gjatë latente pas infeksionit me streptokokë të grupit A dhe haset më shpesh te femrat. Lëvizjet koreiforme prekin veçanërisht koken (duke shkaktuar lëvizje karakteristike të shpejta të gjuhës) dhe anësitë e sipërme .Ato mund të jenë të përgjithshme ose të kufizuara në një ane të trupit (hemikorea). Korea ndryshon për sa i përket shkallës së saj; në raste të lehta ajo mund të jetë e dukshme vetëm gjatë ekzaminimit të kujdesshëm, ndërkohë që në pjesën më të madhe të rasteve të rënda, individët e prekur janë të paaftë që të kryejnë aktivitete të jetës së përditshme dhe kanë rrezik për vetëdëmtim. Korea shrohet plotësisht brenda 6 javëve .Paraqitet në 25% te të sëmurëve me ethe reumatizmale; mundë të paraqitet e vetmuar ,si atak i parë i ethes reumatizmale, por mund të shfaqet edhe në shoqërim në manifestimet e tjera të mëdha sidomos me karditin.Fillimi i sëmundjes te Kora është në mënyrë tinzake dhe paraqitet në formë të 3 manifestimeve kryesore klinike:

- *Lëvizjet koreatike*
- *Hipotonia muskulare*
- *Labiliteti emocional*

Manifestimet e Koreas zgjasin 2-3 javë por mund të zgjasin 2-3 muaj, mirpo me mjekimin adekuat ajo kalon pa pengesa neurologjike dhe mentale.Tek qdo rast i koreas kanoset rreziku që i ataku i ardhëshëm të jetë karditi.

**Tipare të tjera** –Në pjesën më të madhe të rasteve me ARF ndeshen edhe ethet, megjithëse kjo ndodh rrallëherë në rastet e koreas së pastër.Megjithëse si rregull temperatura duhet të jetë e lartë ( $\geq 39^{\circ} \text{C}$ ), nuk janë të rralla dhe rritjet më të vogla të temperaturës. Rritja e proteinave të fazes akute është e pranishme gati në të gjitha rastet. Shpeshherë, proteina C-reaktive dhe eritrosedimentimi (ESR) janë të rritura jashtë mase. Nga ana tjetër, sasia e leukociteve periferike është lehtësisht e rritur në disa raste .

**Të dhëna mbi një infeksion të mëparshëm nga streptokoku I grupit A** – me përjashtim të koresë dhe karditit në shkallë të ulët,të cilët mund të shfaqen me disa muaj vonesë, të dhënat për një infeksion paraprak me streptokokë të grupit A janë thelbësore për përcaktimin e diagnozës së ARF-së .Duke qenë së në pjesën më të madhe të rasteve nuk ka pozivitete në kulturën e materialit të marrë me tampon nga gryka ose në testin antgjenik të shpejtë , zakonisht

nevoiten të dhëna serologjike .Testet serologjike më të shpeshta përfaqsohen nga matja e antistreptolizinës O (ASO) dhe anti-DNazë B(ADB). Kur është e mundur ,duhet të përcaktohen vlera referente në popullatat vendore të individëve të shëndetshëm dhe pa infeksione të kohëve të fundit të streptokokut të grupit A.

11

### **Sindroma të tjera passtreptoksike që mund të ngatrron me ethe reumatizmale**

Artriti reaktiv pastreptokoksik (PSRA) dallohet nga ARF-ja duke u bazuar në :

- përfshirjen e vogël të artikulacioneve , e cila është shpesh simetrike ;
- një periudhë të shkurtër latente pas infeksionit streptokoksik (zakonisht < 1 javë)
- faktin që ndonjëherë shkaktar mund të mos jetë një infeksion i streptokokëve të grupit A β-hemolitik
- në një përgjigje më të ngadaltë ndaj salicilateve mungesen e veçorive të tjera të ARF-së ,veçanërisht karditit.

Çrregullimet neuropsikiatrike autoimmune pediatrike të lidhura me infeksionet streptokoksike(PANDAS) përfshinë një term që lidh një sër çrregullimesh të tikeve nervore si dhe simptoma obsesivo-kompulsive me infeksionet e streptokokeve te grupit A .Mendohet se individet me PANDAS nuk janë në risk për të zhvilluar kardit, ndryshe nga pacientët me korenë Sydenham .Diagnozat e PANDAS dhe PSRA-së duhet të hasen rrallëherë në popullatat me incidencë të lartë ARF-je .

### **Konfirmimi i diagnozës**

Duke qenë se nuk ka një test përfundimtar diagnoza e ARF-së mbështetet në praninë e kombinimit të vëzorive klinike tipike me provat e një infeksioni me streptokok të grupit A precipitues ,si dhe me anë të përjashtimit të diagnozave të tjera. Kjo paqartësi bëri që Dr.T.Duckett Jones të hartonte në vitin 1944 një set kriteresh ( të cilat më pas u njohën si *kriteret e Jones*) për të ndihmuar diagnozën .Një panel ekspert i thirrur nga Organizata Botrore e Shëndetsisë (OBSH) qartësoi përdorimin e kriterëve të Jones në rishfaqjen e ARF-së .Këto kritere përfshijnë një infeksion streptokoksik të grupit A paraparak, ashtu si dhe kombinimin e manifestimeve madhore me ato minore. **Tab 1.**

---

<sup>11</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2095-2096.

Kriteret e Organizatës Botërore të Shëndetit për diagnozën e etheve reumatizmale akute dhe sëmundjes reumatizmale të zemrës 2002-2003 (bazuar në kriterët e Jones, të rishikuara në vitin 1992).

<b>Kategoritë diagnostike</b>	<b>Kriteret</b>
<b>Episodi i parë i etheve reumatizmale</b>	<b>Dy manifestime madhore, ose një manifestim madhor dhe dy minore, plus të dhëna të një infeksioni streptokoksik të grupit A paraprak.</b>
<b>Kriza të përsëritura të etheve reumatizmale të një pacient pa sëmundje reumatizmale të rrënjësor të zemrës.</b>	<b>Dy manifestime madhore ose një madhor dhe dy minore, plus të dhëna të një infeksioni streptokoksik të grupit A paraprak.</b>
<b>Kriza të përsëritura të etheve reumatizmale të rrënjësor të zemrës</b>	<b>Dy manifestime minore ,plus të dhëna të një infeksioni streptokoksik të grupit A paraprak.</b>
<b>Shfaqje latent e karditit reumatizmal</b>	<b>Manifestime të tjera madhore; nuk nevojiten të dhëna të një infeksioni streptokoksik të grupit A paraprak.</b>
<b>Lezione valvulare të sëmundjes reumatizmale të zemrës (pacienti paraqet herën e parë me stenoze mitrale ose sëmundje mikes të valvulës mitrale dhe/ose sëmundje valvulare aortike)</b>	<b>Duke qenë që është një sëmundje reumatizmale e zemrës, ajo nuk ka nevojë për kritere të tjera për diagnostim.</b>

12

### **Manifestimet madhore:**

- Karditi
- Korea
- Poliartrit

<sup>12</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2096.

- Eritema marginatum
- Nyjet subkutane

### **Manifestimet e vogëla (minor):**

Nuk ka ndonjë rëndësi të veçantë në diagnostifikimin e ethes reumatizmale, por mund të ndihmojnë sidomos kur ekziston vetëm një manifestim i madh i sëmundjes. Manifestimet e vogla ndahen në dy grupe : *klinike* dhe *laboratorike* .

a) manifestimet klinike janë:

- temperatur e ngritur
- artralgjitië ,

Temperatura e ngritur është gati gjithnjë e pranishme në fillim të fazës akute të sëmundjes dhe sillet prej 38-39°C (korea minore e izoluar është afebrile ,gjërsa karditi subakut dhe kronik mund të kalojë me temperatura normale apo subfebrile).

Temperatura nuk ka lakore karakteristike dhe është shenjë jo specifike e sëmundjes. Artralgjite janë dhembjet në nyje , pa shenja objektive të procesit inflamator . Është simptom mjaft e shpeshtë të ethja reumatizmale . Dhembjet mund të jenë të lehta gjër tëk ato që e vështirësojnë dhe pamundësojnë ecjen.

b) Gjetjet laboratorike janë:

- Sedimentimi i eritrociteve është e shpejtuar (përveq të korea minor dhe pammjaftshmëria e zemrës ),
- Proteina Creaktive (PCR) është e rritur në fazën e hershme të ethes reumatizmale ,por shpejtë normalizohet,
- Intervali P-Q në EKG është i zgjatur sidomos në fazën akute të sëmundjes.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Shih :Prof.ass.dr.Mehemedali Azemi dhe prof.dr Mujë Shala me bashkëpunorë ,PEDIATRIA ,Universiteti i Prishtinës,2010, fq .665

## **MJEKIMI**

Zakonisht bëhet në spital dhe përfshinë :

- Mjekimin antiinfektiv (antimikrobik)
- Mjekimin antiinflamator
- Pushimin në shtrat
- Parandalimin e endokarditit bakteror .

Mjekimi i ER bëhet me antibiotik dhe duke përdorur salicilatet dhe NSAID-ët.

**ANTIBIOTIKET** -Te gjithë pacientet me ARF duhet te marrin antibiotike te mjaftueshme për të trajtuar infekcionet precipituese me streptokokë të grupit A . Zgjedhja e parë është penicilina, e cila mund të jepet edhe me rrugë orale (si penicilina, 500 mg PO, dy herë në ditë, për 10 ditë), ose si një dozë e vetme me 1.2 milion njësi benzatine penicilin G, eritromicinë IM, 250 mg 2 here në ditë, që mundë të perdoret për pacientet me alergji ndaj penicilines .Duke qene se profilaksia dytësore afategjatë duhet të jetë e nevojshme (nderkohë që zgjedhja e parë për këtë është penicilina), Duhet te konfirmohen raportimet e alergjisë ndaj penicilinës, mundësisht duke u konsultuar me një alergolog.

### **SALICILATET DHE NSAID-ët**

-Këta mund të përdoren për trajtimin e arteritit ,artralgjise dhe ethës pas konfirmimit të diagnozës,por nuk kanë efekt në trajtimin e karditit apo koresë karditit. Zgjedhja e parë është aspirina. Një dozë fillestare prej 80-100 mg / kg në ditë të fëmijet (4-8 / ditë për të rriturit), në 4-5 doza të ndara, është shpeshë herë e nevojshme për ditët e para,deri në dy javë. Nëse simptomat e toksicitetit te saliclateve, si p.sh. nauzea,të vjellat ose tinnitus, bën te dukshme, atëherë duhen përdorur doza më të ulëta. Kur simptomat akute kurohen plotësishtë, doza duhet të reduktohen ose mund te zvogelohet ne 60-70 mg/kg në ditë ,për dy deri në katër javë në vazhdim.

Ethet, manifestimet e artikulacioneve dhe rritja e proteinave të fazës akute ndonjëherë rifshaqet pas një periudhe deri në 3 javë pas ndërprerjes se mjekimit .Kjo nuk tregon ndonjë përseritje dhe mund të trajtohet me anë të rifillimit të salicilateve dhe për nje periudhë të shkurtër. Megjithëse është studiuar më pak,është raportuar se naprokseni në doza 10-20 mg / kg në ditë shpie ne pergjigjie të mirë simptomatike.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2095

## PROGNOZA

-Varet nga prania e dëmtimit në zemër .Dëmtimi është më i vogël nëse mjekimi ka toksicitet të grykes ,me qëllim të parandalimit të paraqitjes së atakut të parë të ethes reumatizmale .Nëse nuk trajtohet, ARF-ja zgjat mesatarishtë 12 jave,por nëse ajo trajtohet, pacentët lënë spitalin zakonishtë brenda 1-2 javëve.Treguesit inflamatorë duhen mbikqyrur çdo 1-2 javë, deri sa ata të normalizohen (zakonishtë Brenda 4-6 javëve); pas një muaji duhet kryer një ekokardiogramë për të përcaktuar nëse ka përparim të karditit. Rastet me kardit me të rëndë kanë nevojë për mbikqyrje të ngushtë klinike dhe ekokardiografike afatëgjatë.<sup>15</sup>

### **Rekomandohet te të gjitha rastet me ARF:**

- numërimi i qelizave të bardha të gjakut,
- eritrosedimentimi ,proteina C-reaktive ,
- hemokultura në qoftë se gjendja është febrile ,
- elektrokardiograma(të përsëritet brenda 2 javëve dhe 2 muajve në qoftë se intervali P-R është i zgjatur ose në raste të anomalive të tjera të ritmi).
- Radiografi e krahërorit nëse ka të dhëna klinike ose ekokardiografike të karditit ,
- ekokardiograma (të merrret në konsideratë përsëritja pas një muaji nëse rezultati është negativ ),
- marrja me tampon e materiait nga gryka (preferohet përpara dhënies së antibiotikëve ) kultura për streptokokët e grupit A,
- serologjia antistreptokoksike : titrat e antistreptolizinës O dhe anti –DN azës B,nëse është e mundur (të përsëritet 10-14 ditë më vonë nëse testi i parë nuk është konfirmues ).

Pas kurimit të episodeve akute,përparësi në trajtim përbën sigurimi i ndjekjes klinike afatëgjatë dhe komplanca ndaj një regjimi profilaksie dytësore. Pacientët duhet të jenë pjesë e regjistrit local për ARF-në (nëse ky është i pranishëm) dhe duhet të kontaktojnë me mjekë të kujdesit shëndetsor parësor për të siguruar një plan ndjekje dhe administrim të profilaksisë dytësore përpara daljes së tyre nga spitali. Gjithashtu,pacentët dhe familjet e tyre duhen edukuar mbi sëmundjen e tyre ,ndaj profilaksisë dytësore. Nëse është i pranishëm karditi, ata gjithashtu duhet të informohen mbi nevojën e profilaksisë antibiotike kundër endokarditit në procedurat dentare dhe kirurgjikale.

Teste për diagnoza alternative në varësi të vecorive klinike

---

<sup>15</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2096.

- Të përsëritet hemokultura nëse dyshohet për endokardit të mundshëm
- Aspirimi i artikulationit (mikroskopi dhe kulturë) për artrit të mundshëm
- Niveli i bakrit në gjak, ceruloplazmina, antitrupe anitibërthamore, depistim i barnave që shkaktojnë lëvizje koreiforme .
- Serologjia dhe tregues autoimun për artit arboviral, autoimun ose reaktiv .<sup>16</sup>

### **Ndërlikimet**

Manifestimet e etes reumatizmale: poliartriti dhe korea tërhiqen plotësishtë pa lëne pasoja, gjersa vetem në zemër ngelin pasoja afatgjate .Të sëmuret me sëmundje valvulare të zemres si pasojë e etes reumatizmale janë në rrezik të shtuar për zhvillim të endokarditit infektiv .Te të sëmuret përveq ,profilaksisë dytësore të etes reumatizmale me depo penicilinë , duhet aplikuar edhe profilaksin e endokarditit infektiv.<sup>17</sup>

## **MËNYRAT E PARANDALIMIT**

### **Parandalimi parësor**

Ideja do të ishte që parandalimi parësorë të përfshinte dhe eliminimin e faktorëve madhor të riskut për infeksion streptokok, veqanarishtë shtëpitë e mbipopullura dhe infrastrukturat e papërshtatshme të higjienës,por kjo është e vështirë për tu arritur në pjesën më të madhe të vendeve ku është e pranishme ARF-ja. Në keto rrethana, shtylla e parandalimit parësor për ARF-në mbetet profilaksia parësore , p.sh. trajtimi i plotë dhe në kohë me antibiotikë i plagëve.

Në grykë të shkaktuara nga streptokoku i grupit A.Nëse fillohet Brenda 9 ditësh pas shfaqjes së plagës në grykë ,një regjim 10 ditor peniciline V (500mg dy herë në ditë PO tek të rriturit), ose një injektim i vetëm IM i 1.2milionë njësave të benzatinë penicilinës G,do të parandalojë pjesën më të madhe të ARF-së që do të ishin zhvilluar nëse sdo të ishte kryer ky veprim.Kjo strategji e rëndesishme mbështetet në numrin e individëve që paraqiten pranë qendrave të kujdesit shëndetsorë kur kanë iritim në grykë, disponueshmërinë e stafit shëndetsorë dhe mikrobiologjik të trajtuar,si dhe mjetet e nevojshme për të marrë material me tampon në grykë dhe një burim të besueshëm ne vendet në zhvillim.Për më tepër, pjesa dërrmuese e rasteve të

<sup>16</sup> Shih :Prof.ass.dr.Mehemedali Azemi dhe prof.dr Mujë Shala me bashkëpunorë ,PEDIATRIA ,Universiteti i Prishtinës,2010, fq .665 .

<sup>17</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2092.



ARF-së nuk pasojnë një iritrim në grykë mjaftueshëm të rëndë sa për të detyruar pacientin që të kërkojë përkujdesje mjeksore.<sup>18</sup>

## **Parandalimi Dytësorë**

- Shtylla e kontrollit të ARF-së dhe RHD-së është parandalimi dytësor . Parandalimi përfshinë parandalimin e rikthimit të etheve reumatike, e cila ka ndodhur tashmë. Është mbrojtja më e mirë dhe më e sigurtë nga rikthimi i ethes reumatizmale dhe ndërlikimi i saj . Ajo nënkupton parandalimin e rikthimit të infeksionit streptokoksik dhe kolonizimin e grykes me streptokok tek pacientët të cilët e kanë përjetuar atakun e parë të ethes reumatizmale.

Ai përfshin: mbikëqyrjen klinike, trajtimin në kohë të vatrave të infeksionit kronik. Profilaksia sekondare për çdo pacient individualisht zgjat jo më pak se 5 vjet pas sulmit fundit, të pacientët të cilët kanë pasur ethe reumatike pa kardit.<sup>19</sup>

## **Kujdesi Infermior tek Pacientët me Ethe reumatike.**

Planet e kujdesit infermior ofrojnë një mjet komunikimi midis infermierëve, pacientëve të tyre dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor për të arritur rezultatet e kujdesit shëndetësor. Pa procesin e planifikimit, cilësia dhe qëndrueshmëria në kujdesin e pacientit do të humbeshin. Planet e kujdesit përfshijnë ndërhyrjet e infermieres për të trajtuar diagnozat të pacientit dhe për të prodhuar rezultatet e dëshiruara. Planifikimi i kujdesit infermior fillon kur pacienti pranohet në spital dhe përcillet vazhdimisht në ndryshime në gjendjen e pacientit. Planifikimi dhe shpërndarja e kujdesit të individualizuar ose të përqëndruar në pacient është baza për përsosmëri në praktikën e infermierisë.<sup>20</sup>

Hapi i parë dhe mjaftë i rëndësishëm që duhet të ndërmerret në këta pacientë është pushimi dhe regjimi shtrati .Kujdesi fillon me aplikimin e antibiotikeve për të eliminuar streptokok. Bari i zgjedhur në këtë rast është Penicilina , e cila jepet gjatë 10 ditëve .Bar tjetër me rëndësi janë preparatet e salicilateve të cilët po ashtu jepen ne doza të konsiderushme. Ne rastet e

---

<sup>18</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2095

<sup>19</sup> Shih :Prof.ass.dr.Mehemedali Azemi dhe prof.dr Mujë Shala me bashkëpunorë ,PEDIATRIA ,Universiteti i Prishtinës,2010, fq .664 .

<sup>20</sup> <https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/>

prekjes së zemres efekt pozitiv jep edhe përdorimi i kortikosteroideve . Te edhet reumatike vend të rëndësishem dhe mjaftë të posaçëm zë dhe parandalimi ose prevenimi i recidivave ose përsëritjes të sëmundjes .Për këtë përdoret prevenca primare dhe sekondare . Prevenca primare konsiston në mjekimin e drejtë të infeksionit të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes me antibiotikë . Kurse prevenca sekondare konsiston në dhenien e preparateve depo të penicilines ( antibiotik me veprim të zgjatur ) .Kjo bëhet duke dhënë çdo 3-4 javë penicilonë depo ,me rrugë intramuskulare . Kohëzgjatja e dhenies së preparatit në fjalë menagjohet si vijon : -te pacientet pa kardit- jepet një vit Extencilin 600000 UI për fëmijë dhe 1200000 UI për të rritur , çdo 3-4 javë . -te pacientet me kardit ,por pa ves kardiak- jepet 5 vjet ose tek të rinjët deri në moshën 25 vjeç në doza të përmendura më lartë -tek pacientet me vese të krijuara kardiake -profilaksia sekondare e etheve vazhdon gjatë tërë jetës ..<sup>21</sup> Infermieri luan rol të rëndësishem në vlersimin e gjendjes së pacientit .Së pari merret një anamnezë nga pacienti ose nga familjaret apo të afërmit e ti.

Pacientët me ARF të mundshme duhet të ndiqen nga afër,

- për të siguruar në këtë mënyrë konfirmimin e diagnozës,
- ndërmarrjen e trajtimit për insuficiencën kardiake dhe simptomat e tjera,
- për përgatitjen e masave parandaluese ,ku përfshihet fillimi i një profilaksie dytësore,
- përfshirja në një regjistër ARF-je dhe edukimi shëndetsor.

Ekokardiografia duhet kryer në te gjitha rastet e mundshme ,për të ndihmuar diagnozen dhe për të përcaktuar ashpërsinë në gjendjen bazale të çdo karditi.

Testet e tjera janë paraqitur në **Tabelën.2.**

Asnjë nga trajtimet e miratuara për ARF-në nuk ka dhënë prova për alerimin e gjasave të zhvillimit ose ashpërsisë së RHD-së. Me përjashtim të trajtimit të insuficiencës kardiake i cili mund të shpëtoje jetën në rastet e karditit të rëndë, pjesa tjetër e trajtimit të ARF-së është simptomatike<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Shih : Mirela Tushe , Arti dhe shkenca infermiore , 2017 fq 108 -109

<sup>22</sup> Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013, fq 2092.

<b>Kriteret e korigjuara(1992) për diagnozen e etheve reumatike akute.</b>	
<i>Manifestime më të mëdha</i>	<i>Manifestimet më të vogla</i>
Karditi	Zbulimet klinike
Poliarteriti	Artralgjia
Korea	Temperatura
Eritema Marginatum	Zbulimet radiografike
Nyjet subkutane	Reaktatet e lartë të fazës akute
	Përqindja e sentimentit të eritrociteve
	Artralgjia
	Proteina C reaktive
	Interval I te zgjatur PR
Plus: Provat mbështetëse të infeksionit të mëparshëm të grupit A të streptokokut kulturë positive e fytit ose testi i shpejtë i antigjenit të streptokokut. Titrat e lartë të antitropave të streptokokut.	

**Tab.2<sup>23</sup>**

### **Masat parandaluese**

Është i rëndësishem edukimi publik për rreziqet e infeksioneve streptokoksike, sidomos ndër personelin mjekësor, qe paraqesin rreziqe në përhapjen e infeksioneve në spitale ,nëpërmjet mbartësve. Duhet sqaruar sidomos lidhjet e streptokokut me ndërlikimet si reumatizëm, nefritet etj, dhe nevoja për një diagnozë dhe mjekim korrekt të tyre. Të bëhet egzaminimi laboratorik për të përcaktuar tipin e infeksionit të grupin A beta hemolitik .

- a) Të bëhet pasterizimi i qumështit . Të bëhet edukimi shëndetësorë i punonjësve që përgatisin ushqimet me qumësht, me vezë. Të përjashtohen punonjësit e kuzhinës ndë

<sup>23</sup> Shih: Robert E. Raket, Traktati I Mjekësisë së Familjes ,Tabernakul ,Shkup, fq 940.

kohë që kanë plagë të supuruara.

- b) Të bëhet parandalimi i ndërlikimeve due recidive me anën e ineksioneve të benzatinë penicilinës me veprim të zgjatur ,çdo muaj , ose penicilinës nga goja, çdo ditë (për deri 5vjet), kur ka pasur atake reumatizmi, erisipele ose chorea.
- Në autoritetet shëndetësore duhen raportuar sidomos rastet me reumatizëm , skarlatinë ose rastet e epidemive me infeksione streptokoksike .
  - Në rastet me supuracione bëhet drenimi i pusit .Duhet bërë dizinfektimimi shkarkimeve purulente .
  - Në rastet e kontakteve , bëhet evidentimi i mirë i mbartësve dhe mund të bëhet parandalimi i infeksioneve (të cilët mund të nxisin recidivat),bëhet negativizimi i bartësve që paraqesin rrezikshmëri për të tjerët . Mund të bashkëpunohet me O.B.SH në raste të veqanta.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Shih: Prof.assoc.Dr.Elmas Eltari ,Prof.Dr Dhimiter Kraja , Sëmundjet Infektive ,Tiranë, 2009 fq 210.

## Referencat

*Shih :Grup autorësh , Parimet e Mjekësisë Interne , HARRISON ,Tabernakul ,Shkup, 2013.*

*Shih :Prof.ass.dr.Mehemedali Azemi dhe prof.dr Mujë Shala me bashkëpunorë ,PEDIATRIA, Universiteti i Prishtinës,2010,*

*Shih: Robert E.Rakel, Traktati I Mjekësisë së Familjes ,Tabernakul ,Shkup, fq 940.*

*Shih: Prof.assoc.Dr.Elmas Eltari ,Prof.Dr Dhimiter Kraja , Sëmundjet Infektive ,Tiranë, 2009 fq 210.*

*Shih : Mirela Tushe , Arti dhe shkenca infermierore , 2017 fq 108 -109*

*<https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/>*

*<https://sq.ëikipedia.org/ëiki/Streptokoket>*

*<https://telegrafi.com/ethja-reumatike-diagnoza-trajtimi-i-semundjes/>*

## Cv e Studentit

### Te dhenat personale

<b>EMRI :</b>	<b>MANUELLA</b>
<b>MBIEMRI :</b>	<b>NREJAJ</b>
<b>DATA E LINDJES :</b>	<b>01.01.1997</b>
<b>GJINIA</b>	<b>FEMER</b>
<b>VENDBANIMI</b>	<b>GJAKOVE</b>
<b>Tel :</b>	<b>+38349547360</b>
<b>Email :</b>	<b>ela_nrejaj18@hotmail.com</b>
<b>UNIVERSITETI</b>	<b>UNIVERSITETI I GJAKOVES</b> <b>“ FEHMI AGANI”</b>
<b>PROGRAMI</b>	<b>INFERMIERI</b>
<b>STATUSI</b>	<b>E RREGULLT</b>
<b>Nr .ID</b>	<b>150306137</b>

<b>EMRI :</b>	<b>ROBERTINA</b>
<b>MBIEMRI :</b>	<b>GOJANI</b>
<b>DATA E LINDJES :</b>	<b>30.05.1996</b>
<b>GJINIA :</b>	<b>FEMER</b>
<b>VENDBANIMI :</b>	<b>GJAKOVE</b>
<b>Tel :</b>	<b>+38649478092</b>
<b>Email :</b>	<b>Tgojani0@gmail.com</b>
<b>UNIVERSITETI :</b>	<b>UNIVERSITETI I GJAKOVES</b> <b>“ FEHMI AGANI ”</b>
<b>PROGRAMI :</b>	<b>INFERMIERI</b>
<b>STATUSI :</b>	<b>E RREGULLT</b>
<b>Nr. ID</b>	<b>150306155</b>