

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI: INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

Parkinsonizmi te të moshuarit

Kandidatja :

Dorentina Gjugja

Mentori:

Prof.Ass.Dr. Dardan Kocinaj

Gjakove,Janar 2017

Deklaratë

Unë Dorentina Gjugja deklaroj se kjo temë e Diplomës është punimi im origjinal. Si studente e Fakultetit të Mjekësisë "Fehmi Agani" zgjedha këtë temë me përgjegjësi të madhe e gjithë literatura dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara. Gjithashtu, ky punim nuk është përdorur më parë si projekt në këtë universitet apo në ndonjë institucion tjetër. Mirëpo në rast të dyshimeve, shprehi gatishmërinë të mbroj punimin me fakte, se gjithçka është origjinale.

Dorentina Gjugja

Gjakovë, 2017

Falënderimet

Nuk mund te përshkruhen te gjitha ato qe kanë ndodhur qe kur fillova studimet. Por, do te veçoj disa prej shumë personave. Një falënderim special shkon për udhëheqësin tim Proff.Ass.Dr. Dardan Koçinaj për ndihmën gjatë gjithë punës sime dhe për kontributin e tij në finalizimin e punimit tim të diplomës, produkt i shumë orëve konsultimi, këshillimi dhe mbështetje nga ana e tij. Faleminderit profesor !

Falënderoj shoqërinë time të cilat më kanë mbështetur në çdo qastë.

Dëshiroj që në fund, të shpreh një mirënjohje të thellë për familjen time të cilës i detyrohem shumë për fillimin besimin e pa fund dhe finalizimin me sukses të këti udhëtimit, sa të vështirë aq edhe të bukur.

Faleminderit nga zemra të gjithëve !

Përmbajtja

1. Abstrakt.....	6
2. Hyrja.....	7
2.1 Truri.....	8
2.2 Parkinsonizmi te të moshuarit.....	9
2.3 Patologjia.....	11
2.4 Epidemiologjia.....	11
2.5 Parkinsonizmi i nxitur nga medikamentet.....	15
2.6 Parkinsonizmi postencefalitik.....	16
2.7 Parkinsonizmi vaskular.....	17
2.8 Trajtimi.....	18
2.9 Stadet e sëmundjes Parkinson.....	22
2.10 Kujdesi infermieror te të moshuarit me parkinsonizëm.....	29
2.11 Vlerësimi fillestar infermieror.....	29
2.12 Vlerësimi fizik.....	29
2.13 Vlerësimi Psikosocial.....	30
2.14 Diagnoza infermiore.....	31
2.15 Planifikimi infermieror.....	32
3. Qëllimi i punimit.....	33
4. Metodologjia.....	34
5. Rezultatet.....	35
6. Diskutim.....	41
7. Përfundimi dhe rekomandimet.....	42
8. a) Rezyme	43
b) Summary.....	44
9. Referencat.....	45
10. CV e shkurtër e kandidatit.....	46

Lista e shkurtesave

PD - Sëmundja Parkinsonizmit

MPTP - 1 - metil - 4- il 1,2,3,6 – tetrahidroperidina

L-DOPA- Levodopa

SNQ - Sistemi Servor Qëndror

MAO-B - Inhibitorët e Monoamine oxidase – B

MSA - Atropia Multi Sistemike

COMT - Katekolamine-0-Metiltfansferaza

Lista e figurave

Figura. 1. Truri

Figura. 2. Simptomat dhe shenjat

Figura. 3. Parkinsonizmi i nxitur nga medikamentet

Figura. 4. Kujdesi infermieror

Lista e tabelave

Tabela. 1. Simptomat fillestare të sëmundjes Parkinson

Tabela. 2. Renditja e medikamenteve të dobishme në Parkinsonizëm

Tabela. 3. Pesë rezultatet përfundimtare kryesore pas përdorimit të terapisë me levodopë për më shumë se 5 vjet

Tabela. 4. Efektet e padëshirueshme në sjellje gjatë trajtimit me levodopë

Tabela. 5. Struktura e pacienteve me Parkinsonizëm ne te dy gjinitë

Tabela. 6. Pacientet sipas moshës me Parkinsonizëm

Tabela. 7. Struktura e pacienteve me kohëzgjatje ne spital

Tabela 8. Kohëzgjatja e mjekimit me levodopa

Tabela. 9. Numri i personave që shfaqin çrregullime motorike

Tabela. 10. Personat që shfaqin diskinezi

Lista e grafikonave

Grafiku. 1. Struktura e pacienteve me Parkinsonizëm ne te dy gjinitë

Grafiku. 2. Pacientet sipas moshës me Parkinsonizëm

Grafiku. 3. Struktura e pacienteve me kohëzgjatje ne spital

Grafiku. 4. Numri i personave që shfaqin çrregullime motorike

Grafiku. 5. Personat që shfaqin diskinezi

1. ABSTRAKT

Punimi është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermierëve të ardhshëm për sëmundjen e Parkinsonizmit. Duke shikuar që në vendin tonë është në rritje kjo sëmundje dhe ka pak njohuri rreth saj un vendosa te merrja ketë temë për të bërë ndërgjegjësimi dhe sensibilizimi i pacientëve për pasojat që shkakton kjo sëmundje. Lexuesit mund te informohen se në cilën moshë prek kjo sëmundje dhe si pasoj e kujt shkaktohet. Punimi i kësaj teme është bërë me vlerësimin e pacientëve me Parkinsonizëm gjatë periudhës kohore Qershor–Dhjetor 2015. Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë, Programi Infermieri.

Mentori i kësaj teme është Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj.

Punimi përfshin: 46 faqe, 9 tabela, 5 grafikone , 5 figura.

Fjalët kyçe: Parkinsonizmi, Levodopa, rigiditeti, bradikinezia, tremori.

1. Hyrja

Duke e vlerësuar rendësin e shëndetit kjo temë synon te prezantoj si te kujdesemi, çfarë rëndësie ka kjo sëmundje, si mund ta parandalojmë të kemi sa më shumë informacione për Parkinsonizmin. Marrja e informatave për këtë sëmundje dhe për vetëdijesimin na shpie deri në një përfundim më të lehtë për trajtimin e tij. Detyra jonë profesionale është të jetë gjithnjë në gatishmëri për ndihmën e kërkuar nga ne, por asnjëherë të mos mungoj kujdesi moral ndaj tyre për arsye që ata të mos e ndjejnë veten të prekur shpirtërisht nga të tjerët.

Kjo sëmundje nuk është e shërueshme por e trajtueshme.

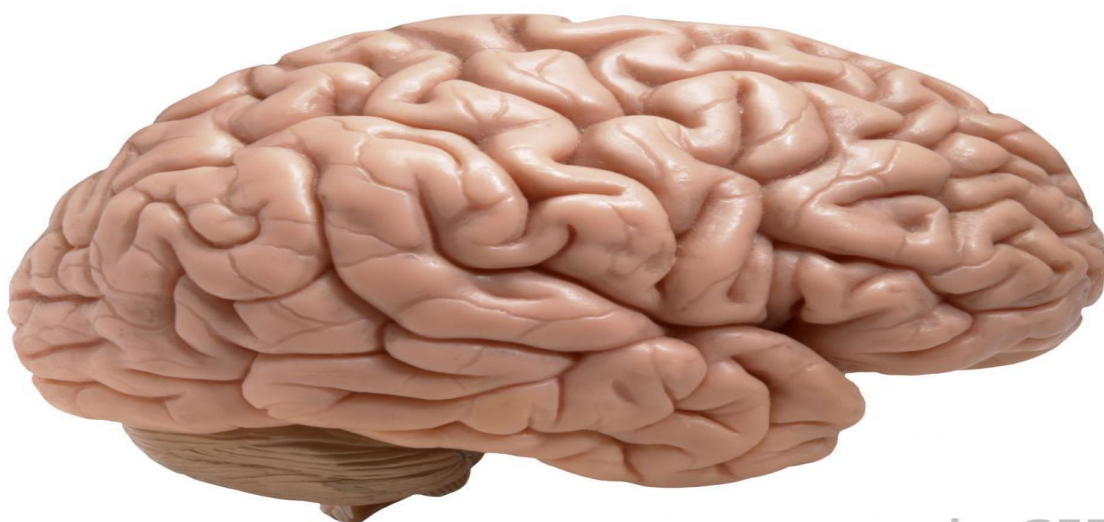
Një punim diplome ka një qëllim dhe një strukturë të caktuar, përmes të cilës studenti përfundon studimet Universitare. Unë, në këtë jam përpjekur, sigurisht nën udhëheqjen e prof.ass.Dr Dardan Koçinaj, t'i përmbahem disa rregullave formale dhe strukturore për të krijuar një punim sa më të plotë.

2.1 Truri

Truri (latinisht cerebrum –kokë) është pjesa më e rëndësishme dhe një organ tejet i ndërlikuar i sistemit nervor. Pra, truri është pjesa e trupit që gjendet në kokë i mbrojtur nga kafa dhe nga cipa trunore dhe na shërben për kapjen, përpunimin dhe ruajtjen e njoftimeve të marra nëpërmjet organeve shqisore. Ai veçanërisht luan rol shumë të rëndësishëm për zhvillimin e një psikike të njeriut: rregullon funksionimin e organeve, harmonizon organizmin në përgjithësi, bënë të mundur lidhjen e organizmit me realitetin objektiv (nëpërmjet transmetimit të impulseve nervore) dhe paraqet bazën fiziologjike për tërë jetën psikike. Pra, është bartësi i të gjitha proceseve psikike.

Ai përbëhet nga më shumë se 200 miliardë neurone secili i lidhur nga 10.000 të tjerë. Këto lidhje formojnë trurin e njeriut me kompleksin e tij që veprojnë si pajisje e sigurt e cila mban edhe kujtimet më të vogla të një personi. Nuk ka dyshim që truri i njeriut është me të vërtetë një organ i pabesueshëm i cili kërkon kujdes maksimal për të mbajtur në lëvizje proceset vitale të trupit të njeriut. Këto janë vetëm disa nga funksionet vitale që kryen trupi i njeriut.

Truri ynë përdor 20% të oksigjenit që futet në qarkullimin e gjakut. Truri është vetëm 2% e peshës trupore dhe konsumon më shumë oksigjen se çdo organ tjetër duke e bërë mjaft të ndjeshëm nga dëmtimet që shkaktohen nga mungesa e oksigjenit. Kështu që merrni frymë thellë, në mënyrë që truri juaj të mund të notojë në oksigjenin e mjaftueshëm.



wiseGEEK

Fig. 1. Truri

Burimi: <https://www.google.com/search?q=truri>

Truri i të porsalindurit është katër herë më i lehtë se ai i një njeriu të rritur.

Truri peshon rreth 1400 gr, tek njerëzit truri vazhdon të rritet deri në moshën 20 vjeçare.

Me të drejtë fiziologu Sherington, i cili zbuloi shumë ligje të funksionimit të trurit, e quajti atë “ top magjik” dhe konsideroi se truri do të mbetet fshehtësia e natyrës, e cila e fundit do të zbulohet njerëzimit.¹

2.2 Parkinsonizmi te të moshuarit

Në vitin 1817, James Parkinson përshkroi karakteristikat klinike madhore të asaj që sot njihet si kompleksi simptomatologjik i manifestuar nga këmbimi i gjashtë veçorive kyçe: tremori i qetësisë, rigiditeti, bradikinezi, pozicionimi i fiksuar, humbja e refleksëve posturale dhe fenomeni i ngrirjes. Në shumicën e sëmundjeve, degjenerimi i sistemit dopaminergjik rezultojn në humbje të theksuar të përmbajtjes dopaminergjike në striatum.

Parkinsonizmi i nxitur nga medikamentet vjen si rezultat i bllokimit të receptorëve të dopaminës, ose i zbrazjes së depozitave të dopaminës. Megjithatë, nuk dihet mënyra se si hidrocefali apo metabolizmi jonormal i kalciumit japin Parkinsonizëm.

Veçoritë klinike të tremorit, rigiditetit dhe pozicionimit në refleksion quhen dukuri pozitive dhe ato shihen të parat; ndërsa bradikinezia, humbja e refleksëve postural dhe dukuria e ngrirjes janë dukuri negative. Në përgjithësi, dukuritë negative janë më individualizuese. Tremori i qetësisë me shpeshtësi 4-5 Hz, është i pranishëm në anësi, gati gjithmonë në pjesën distale të tyre; tremori karakteristik, i cili ngjan me "numërimin e monedhave", përfshin gishtin e madh dhe atë tregues të dorës. Tremori i qetësisë zhduket gjatë veprimt, por rishfaqet kur anësitë kthehen në gjendje qetësie. Tremori i qetësisë është gjithashtu i shpeshtë për buzët, mjekrën dhe gjuhën. Tremori i qetësisë i duarve shtohet gjatë ecjes dhe mund të jetë një shenjë e hershme kur të tjerat nuk janë shfaqur ende. Stresi përkeqëson tremorin.²

✚ Rigiditeti është një rritje e tonusit muskolor, e cila mund të nxitet kur ekzaminuesi lëviz gjymtyrët, qafen apo trungun e pacientit. Dukuria e ashtuquajtur "rrota e dhëmbëzuar" shkaktohet nga tremori bazë edhe kur mungon tremori i dukshëm me sy të lirë. Dukuria e rrotës së dhëmbëzuar shfaqet te pacientët me tremor esencial.

¹ Moore. Keith, Dalley. Arthur, Agur. Anne. Tiranë 2014 “Anatomia me orientim klinik. Kap 7, fq 878

² Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 829

Rigiditeti i anësisë pasive rritet ndërkohë që anësia tjetër angazhohet për të bërë një lëvizje aktive të vullnetshme.

Humbja e reflekseve të pozicionimit sjell në rrëzime të papritura dhe në paaftësi për të qëndruar pa u ndihmuar nga të tjerët. Refleksët e pozicionimit testohen nga testi i tërheqjes, që kryhet nga ekzaminuesi, i cili qëndron prapa pacientit, e tërheq atë pa prituri në supë dhe kontrollon për reagimin mbrapsht. Nëse i thuhet paraprakisht për këtë, personi normal mund të rikthehet në pozicion me një hap.

Ekzaminuesi duhet të jetë gjithmonë i gatshëm që të mbajë pacientin kur kryhet ky test; përndryshe, një person i cili i ka humbur reflekset e pozicionimit mund të rrëzohet përtokë. Në momentin që dëmtohen reflekset e pozicionimit, pacienti ngec në karrige në përpjekje për t'u ulur. Ecja karakterizohet nga nxitimi, ku pacienti ecën gjithmonë e më shpejt, duke u munduar që të lëvizë këmbët përpara për të qenë nën qendrën e gravitetit të trupit të flectuar dhe, si rrjedhim, të parandalojë rrëzimin.

✚ Dukuria e ngrirjes është paaftësia e përkohshme për të kryer lëvizje aktive. Ajo vihet re më shpesh në këmbë kur ecën pacienti, por mund të përfshijë edhe hapjen e qepallave, të folurit dhe të shkruarit. Dukuria e ngrirjes shfaqet papritur dhe është e përkohshme; zakonisht, ajo nuk zgjat më shumë se disa sekonda. Këmbët duket sikur janë "të ngjitura në dysheme" dhe pastaj pa prituri "shqiten", duke bërë të mundur që pacienti të ecë përsëri. Ngrirja ndodh në mënyrë tipike kur pacienti fillon të ecë (hezitimi i fillimit), përpiqet të kthehet gjatë ecjes, kur i afrohet destinacionit, siç është karriga në të cilën do të ulet (hezitimi i destinacionit) dhe kur ka frikë në lidhje me paaftësinë për t'u përballur me barrierat e perceptuara, apo me veprimtaritë me kohë të kufizuara, siç është hyrja në dyer që rrotullohen, në dyert e ashensorëve që mund të mbyllen, apo kalimi i rrugës me trafik të dendur (ngrirja e papritur kalimtare).

Ngrirja tejkalohet shpeshherë nga shenjat vizive, siç është shikimi i hapit të pacientit mbi një objekt dhe më rrallë kur pacienti ecën në tokë të pjerrët e jo të rrafshët. Kombinimi i ngrirjes me humbjen e reflekseve të pozicionimit sjell pasoja mjaft të rënda. Kur këmbët ndalojnë papritur së lëvizuri përpara, pacienti rrëzohet, duke qenë se pjesa e sipërme e trupit të tij vazhdon të lëvizë si rezultat i paaftësisë për t'u rikthyer në qëndrim të drejtë përsëri. Me shumë mundësi kjo lidhet me dukurinë e ngrirjes edhe vështirësinë e pacientët me Parkinsonizëm për të kryer dy veprime motore njëkohësisht.

2.3 Patologjia

Patologjia e sëmundjes Parkinson (PD) mund të dallohet lehtësisht. Në neuronet që përmbajnë neuromelaninë në trugun e trurit ndodh degjenerimi, në veçanti në lidhësen ventrale të pjesës kompakte të substancës nigra; shumica e neuroneve mbijetues përmbajnë inkluzione eozinofilike të proteinizuara në brendësi të citoplazmës, të njohura me emrin trupat lewy, të cilët përbëjnë edhe veçorinë e kësaj sëmundjeje. Në momentin që shfaqen simptomat, substanca nigra do të ketë humbur tashmë rreth 60% të neuroneve dopaminergjike dhe përqendrimi i dopaminës në nivel striatal është rreth 80% më i ulët.³

2.4 Epidemiologjia

Mosha e shfaqjes formon një kurbë me formë të lakuar me mesatare në moshën 55-vjeçare në të dyja gjinitë dhe me kufij të gjerë nga mosha 20-80-vjeçare. Shfaqja përpara moshës 20 vjeç është quajtur Parkinsonizen juvenil; kur është parësore, ajo është zakonisht familjare dhe pa trupa lewy në substancën nigra të degjeneruar. Parkinsonizmi juvenil nuk është gjithmonë parësor dhe mund të vijë edhe si rezultat i sëmundjeve siç është sëmundja Huntington dhe sëmundja Wilson. Shfaqja e Parkinsonizmit parësor ndërmjet moshës 20-40-vjeçare njihet edhe si PD me shfaqje të hershme. PD është më e shpeshtë të meshkujt. Prevalenca e PD është afërsisht 160 për 100 000 dhe incidenca është rreth 20 për 100000 persona në vit. Prevalenca dhe incidenca rriten me kalimin e viteve. Në moshën 70-vjeçare, prevalenca është përafërsisht 550 për 100 000, ndërsa incidenca është rreth 120 për 100 000 persona në vit.⁴

³ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 830

⁴ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 831

Simptomat dhe shenjat

Veçorit klinike motore të PD janë gjashtë veçoritë kyçe të përshkruara në pjesën e përgjithshme për Parkinsonizmin. Shfaqja është tinëzare; tremori është simptoma e parë në 70% të rasteve (tabela 1). Simptomat fillojnë shpeshherë në njërin anë, por me përparimin e sëmundjes, ato bëhen bilaterale. Sëmundja të mbetet e kufizuar vetëm në një vend në trup edhe pse përkeqësimi i vazhdueshëm kërkon shumë vite përpara se të preket edhe ana tjetër. Sëmundja ka një ecuri të ngadaltë dhe, nëse nuk trajtohet, pacienti është i detyrueshëm të lëviz me karrige me rrota dhe të izohet në shtrat.



Fig. 2. Shenjat dhe simptomat

Burimi: <https://www.google.com/search?q=parkinsonism>

TABELA 1: Simptomat fillestare të sëmundjes Parkinson

	Numri i rasteve	
	(n= 183)	Përqindja
Tremori	129.1	70.5
Rrigiditeti ose ngadalësia në lëvizje	36	19.7
Humbja mbizotërimit të dorë dhe/ose turbullime në të shkruar	23	12.6

Vështirësitë në të ecur	21	11.5
Dhimbjet dhe krampet muskulore	15	8.2
Depresioni, nervozizmi apo		
Turbullimet e tjera psikiatrike	8	4.4
Turbullimet në të folut	7	3.8
Lodhja e përgjithshme, dobësia muskulore	5	2.7
Hipersalivacioni	3	1.6
Humbja e diapazonit të shtrirjes së krahëve	3	1.6
Fytyra si maskë	3	1.6
Disfagia	1	0.5
Disfagia	1	0.5
Parestezia	1	0.5
Numri mesatar simptomave fillestare për pacient	1.4	5

Burimi: "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 831

Ndryshimet në personalitet janë:

- ✚ Pacienti bëhet ngadalë më i varur,
- ✚ Ka më shumë frikë,
- ✚ Është i pavendosur dhe pasiv.

Bashkeshorti/ja gradualisht fillon të marrë më shumë vendime dhe shëndrrohet në partnerin mbizotërues. Pacienti flet më pak spontanisht, rri ulur pjesën më të madhe të ditës dhe është joaktiv, me përjashtim të rasteve kur nxitet të bëjë ushtrime. Pasiviteti dhe mungesa e motivimit janë të shpeshta dhe shprehen nga neveria e pacientëve ndaj vizitave të miqve. Depresioni është i shpeshtë te pacientët me PD, i cili shfaqet 2% në vit. Dëmtimet e kujtesës nuk janë karakteristike për PD; përkundrazi, pacienti përgjigjet ngadalë ndaj pyetjeve që i bëhen, dukuri kjo që quhet bradifreni. Nëse pacientit i lihet mjaftueshëm kohë për t'u përgjigjur, ai jep përgjigjen e saktë. Shenjat e fshehta të bradifrenisë, siq janë paaftësia për të ndryshuar shpejt përqendrimin mendor, mund të paraqitet që herët gjatë

⁵ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 831

ecurisë së sëmundjes. Përveç kësaj, 15-20% e pacientëve me PD kanë demencë më të shprehur, e cila është e ngjashme me atë të sëmundjes Alzheimer.

Simptomat sensore nuk janë shumë të shpeshta, por dëmtimet sensore objektive nuk hasen në PD. Simptomat e dhimbjes, djegies dhe therjes shfaqen në regjionin motor të prekur. Si simptomë të hershme të sëmundjes, pacienti mund të ketë dhimbje të topitur në njërin sup, e cila merret shpeshherë gabimisht për artrit, por mund të paraqitet edhe përpara se të paraqiten simptomat e qarta të PD në atë krahë. Problemet e gjumit përfshijnë gjumin me fragmente dhe çrregullimin e sjelljes në gjumin REM; ky i fundit trajtohet zakonisht me sukses me klonazepam. Problemet e tjera të gjumit hasen gjatë përdorimit të medikamenteve dopaminergjike, ku përfshihet edhe përgjumja gjatë ditës dhe atakët e papritura të gjumit pa prodromë. Turbullimet e sistemit autonom hasen gjithashtu gjatë PD. Lëkura është më e ftohtë, konstipacioni përbën ankesë madhore, zbrazja e vezikës urinare është jo e plotë.⁶

Diagnoza diferenciale

Diagnoza e PD bazohet në karakteristikat klinike të Parkinsonizmit:

- ✚ Shfaqjen asimetrike dhe tinëzare
- ✚ Ecurinë e ngadaltë dhe mungesën e karakteristikave të tjera në anamnezë
- ✚ Ekzaminim objektiv apo teste laboratorike, të cilat do ishin tregues për ndonjë shkak tjetër të Parkinsonizmit.

Një ndër çrregullimet që ngatërrohet më shpesh me PD është tremori esencial i cili karakterizohet nga tremori i postural dhe i lëvizjes, por jo i qetësisë. Një sërë shenjash klinike sugjerojnë se një pacient me Parkinsonizëm ka një formë të sindromave të tjera, që nuk janë PD. Në përgjithësi, PD shfaqet shpeshherë me simptoma vetëm në njërin anë të trupit, ndërsa pacientët me Parkinsonizëm simptomatik kanë pothuajse gjithmonë simptoma dhe shenja simetrike.

Në mënyrë të ngjashme, tremori i qetësisë flet gati gjithmonë në emër të PD, duke qenë se ai haset shumë rrallë në Parkinsonizmin simptomatik, të cilat përfshijnë edhe tremorin e qetësisë. Pacienti që nuk ka shfaqje të njëanshme apo tremor të qetësisë, mund të ketë PD, e

⁶ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 832

cila fillon në mënyrë simetrike dhe pa tremor. Ndihma më e rëndësishme për diagnostikimin e PD mund të jetë përgjigja ndaj levodopës. Pacienti me PD kanë gati gjithmonë përgjigje të kënaqshme ndaj këti medikamenti. Nëse pacienti nuk përgjigjet asnjëherë ndaj levodopës, atëherë ka më shumë mundësi që diagnoza t'i takojë ndonjë forme tjetër të Parkinsonizmit. Megjithatë, përgjigja ndaj levodopës nuk konfirmon diagnozën e PD, duke qenë se shumë raste të Parkinsonizmit simptomatik në stadet e para të tyre përgjigjen gjithashtu mirë ndaj levodopës.⁷

2.5 Parkinsonizmi i nxitur nga medikamentet

Medikamentet që bllokojnë receptorët të dopaminës, apo që zbrazin depozitat striatale të dopaminës, mund të nxisin një çrregullim Parkinsonik. Ky çrregullim është i rikthyeshëm kur ndërpritet agjenti shkaktar i tij, por mund të kalojë disa javë deri sa të arrihet rikthimi. Parkinsonizmi, i cili vazhdon më shumë se 6 muaj, ka në bazë PD e cila bëhet e dukshme gjatë ekspozimit ndaj këtyre medikamenteve antidopaminergjike. Medikamentet antikolinergjike mund të përmisojnë shenjat dhe simptomat Parkinsonike.⁸



Fig. 3. Parkinsonizmi i nxitur nga medikamentet

Burimi: <https://www.google.com/search?q=parkinsonism>

Ekspozimi ndaj magnezit, monoksidit të karbonit ose disulfideve, cianidit dhe metanolit gjithashtu mund të sjellin në një gjendje të Parkinsonizmit. Shkalla e ashpërsisë së

⁷ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 833

⁸ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 835

simptomave Parkinsoniane zakonisht përputhet me dozën e përdorur ose me ekspozimin ndaj medikamentit ose toksinës.⁹

Sindroma hemiparkinsonizëm-hemiatrofi

Kjo sindromë relativisht beninje ka të bëjë me hemiparkinsonizëm dhe hemiatrofi të pjesës ipsilaterale të trupit, si dhe me hemiatrofi të pjesës kontralaterale të trurit. Parkinsonizmi fillon te të rriturit e moshës së re dhe shpeshherë mbetet në formën e hemiparkinsonizmit, madje disa herë edhe në formën e hemidistonisë. Ai priret të jetë joprogresiv, ose me ecuri të ngadaltë në krahasim me PD. Çrregullimi mendohet se vjen si pasojë e dëmtimeve të trurit më herët gjatë jetës, me shumë mundësi edhe në periudhën perinatale. Dhe nuk përgjigjet mirë ndaj mjekimeve.

Hidrocefalia me presion normal

Çrregullimet e të ecurit në hidrocefalinë me presion normal ngjajnë me ato të parkinsonizmit, me hapa të shkurtër duke i tërhequr këmbët zvarrë dhe më humbje të reflekseve të pozicionit dhe, ndonjëherë, me ngrirje. Karakteristikat e inkontinencës urinare dhe demencës shfaqen më vonë, ndërkohë që tremori është i rrallë.

Ventrikujt shumë të zmadhuar sjellin në vendosjen e diagnozës së saktë, me përmisim të simptomave pas largimit apo shumimit të likidit cerebrospinal. Diagnoza diferenciale madhore për Parkinsonizmin e pjesës së poshtme përfshin Parkinsonizmin vaskular dhe çrregullimin idiopatik të të ecurit të të moshuarit.

2.6 Parkinsonizmi postencefalitik

Edhe pse sot haset rrallë, Parkinsonizmi postencefalitik ka qenë i shpeshtë në gjysmën e parë të shekullit të kaluar. Ai ishte pasoja më e theksuar e pandemisë së encefalitit letargjik, që u përhap në të gjithë botën gjatë viteve 1919-1926. Edhe pse agjenti shkaktar nuk u arrit të izolohej asnjëherë, ai prekte kryesisht trurin e mesëm. Pacientët me Parkinsonizëm postencefalitik janë më të ndjeshëm ndaj levodopës , me tolerancë të kufizuar për shkak të

⁹ Delong, Mahlon , Juncos Jorge. "Parimet e Mjeksisë interne Harrison" kap.366,fq2559

shfaqjes së diskinezive, manisë apo hiperseksualitetit në doza të ulëta. Megjithatë, antikolinergjikët janë agjentë që tolerohen mirë dhe janë të efektshëm edhe për okulogirinë.¹⁰

2.7 Parkinsonizmi vaskular

Parkinsonizmi vaskular, nuk është i shpeshtë, por mund të diagnostikohet me anë të neuroimazherisë me imazherinë me rezonancë magnetike. Hipertensioni duhet të jetë zakonisht i pranishëm që të shfaqet ky çrregullim.

Shfaqja e simptomave, zakonisht janë me çrregullim të ecurit, është tinëzore, ndërsa ecuria është progresive. Të ecurit preket rëndë (Parkinsonizëm i pjesës së poshtme të trupit), me dukurinë e ngrirjes dhe humbjen e refleksëve të pozicionit. Tremori është i rrallë. Përgjigjja ndaj medikamenteve antiparkinsonike tipike është e dobët.¹¹ Shumica kanë shenja neurologjike që dallon nga ato që shoqërojnë PD siç janë shenjat motoneuronit të sipërm, paraliza pseudobulare ose demenca. Karakteristikë është përgjigjja e varfër ndaj terapisë me levodopa.¹²

Degjenerimi ganglionar kortikobazal

Të folurit është hezitues, të ecurit është i dobët dhe, në disa raste, është i dukshëm tremori i qetësisë. Sëmundja përhapet zakonisht ngadalë dhe përfshinë të dyja anët e trupit, ndërkohë që vështirësitë në shikimin supranuklear shfaqen më vonë. Ajo mund të ngjajë me paralizën supranukleare progresive dhe të dyja sëmundjet shoqërohen me grumbullimin e proteinës tau. Medikamentet nuk kanë qenë të efektshme.

¹⁰ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 835

¹¹ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 835

¹² Delong,Mahlon , Juncos Jorge. "Parimet e Mjeksisë interne Harrison" kap.366,fq2559

Sindromat e tjera Parkinson-demencë

Demenca shfaqet edhe te rreth një e pesta e pacientëve. Incidenca e demencës rritet me moshën dhe ata që kanë demencë, kanë nivele më të larta të vdekshmërisë. Dy substratet morfologjike më të shpeshta për demencën në Parkinsonizëm janë ndryshimet karakteristike që hasen edhe në sëmundjen Alzheimer, si dhe prania e trupave lewy.

Në mënyrë të ngjashme me këtë, nuk dihet nëse përhapja e trupave lewy në korteks është karakteristikë e përparimit të PD, apo një etitet i veçantë. Prania e demencës kufizon tolerancën e agjentëve antiparkinsonikë, duke qenë se ata priren të shtojnë konfuzionin dhe të japin psikozë.¹³

2.8 Trajtimi

Trajtimi i Parkinsonizmit në përgjithësi bazohet në trajtimin e PD, që është qendra e vëmendjes së këtij seksioni. Për momentin qëllimi i trajtimit është kontrollimi i simptomave, duke qenë se përparimin e sëmundjes nuk e parandalon asnjë metodë medikamentoze apo kirurgjikale. Trajtimi individualizohet duke qenë se secili pacient ka tablo karakteristike të simptomave, shenjave, përgjegjës ndaj medikamenteve dhe duhet të merren parasysh shumica e nevojave:

- ✚ Shoqërore,
- ✚ Profesionale dhe
- ✚ Emocionale.

Synimi i tërë kësaj është që të mbahet funksionimi i pavarur i pacientit sa më gjatë që të jetë e mundur. Udhëheqës praktik janë simptomat dhe shkalla e dëmtimit funksional, si dhe përfitimet dhe risqet e pritura të preparateve terapeutike.¹⁴

¹³ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 836

¹⁴ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 837

Terapia medikamentoze

Edhe pse farmakoterapia është baza e trajtimit, fizioterapia është gjithashtu e rëndësishme.

Ajo ka të bëjë me pacientët që:

- ✓ Kujdesen për vetveten
- ✓ Nxit ushtrimet
- ✓ Mban muskujt aktivë dhe
- ✓ Ruan lëvizshmërinë.

Kjo metodë është në veçanti e dobishme ndërkohë që përparon Parkinsonizmi, duke qenë se shumica e pacientëve priren të mbeten të ulur në karrige dhe pasivë. Asistenca psikiatrike mund të kërkohet për t'u përballur me depresionin dhe problemet shoqërore dhe familjare, të cilat mund të zhvillohen me këtë sëmundje invalidizuese kronike.

Tabela 2 rendit medikamentet e dobishme në Parkinsonizëm, sipas mekanizmit të veprimit të tyre. Ajo nxjerr gjithashtu në pah disa nga metodat kirurgjikale.

Tabela 2: Renditja e medikamenteve të dobishme në Parkinsonizëm

Medikamentet

Pararendësi i dopaminës: levodopë ± karbidopë; standarde dhe me qlirim të ngadaltë

Agonistët e dopaminës; bromokriptina, pergolidi, pramipeksoli, ropiniroli, lizuridi, apomorfina, cabergolina

Frenuesit e katekolaminë-O-metiltransferazës: selegilina dhe rasagilina

Qliruesi i dopaminës: amantadina

Antagonisti i glutamatit: amantadina

Frenuesit e formës B të monoaminë oksidazës: selegilina dhe rasagilina

Antikolinergjikët: triheksifenidili, benztropina, etopropazina, biperidini, cikrimina, prociklidina

Antihistamenikët: difenhidramina, orfenadrina, fenindamina, klorfenoksamina

Antidepresivët: amitriptilina dhe triciklikët e tjerë, fluoksetina dhe frenuesit e tjerë të kapjes së serotoninës

Miorelaksantët: ciklobenzaprina, diazepami
Antidopaminergjikët periferikë: domperidoni
Antipsikotikët: klozapina, ketiapina
Agjentët anksiolitikë: benzodiazepinat

Kirurgjia

Kirurgjia ablative

Talamotomia

Palidotomia

Kirurgjia rregulluese

Transplanti i indit dopaminergjik embrional

Stimulimi i thellë i trurit

Stimulimi talamik

Stimulimi i palidumit

Stimulimi subtalamik

15

Përzgjedhja e medikamenteve më të përshtatshme për secilin pacient dhe marrja e vendimit për kohën kur do të përdoren ato në ecurinë e sëmundjes, janë sfidat e klineistit trajtues.

Duke qenë se PD është kronike dhe progresive, trajtimi zgjat për gjithë jetën. Medikamentet dhe dozat e tyre ndryshohen me kalimin e kohës, kur shfaqen efektet e padëshirueshme të tyre, apo kur shfaqen simptoma të reja. Strategjia taktike bazohet në shkallen e rëndesës së simptomave.

Duke qenë se antikolinergjikët mund të shkaktojnë humbje të kujtesës, madje dhe psikozë, ata duhet të përdoren me kujdes te pacientët më të ndjeshëm (tek ata që janë mbi 70-vjeç). Antihistamenikët, triciklikët dhe ciklobenzaprina kanë karakteristika antikolinergjike më të lehta, të cilat i bëjnë ato më të përdorshme në PD, në veçanti te pacientët e moshuar, të cilët nuk duhet të trajtohen për një kohë të gjatë me antikolinergjikë të fortë. Antidepresivët nevojiten për trajtimin e depresionit.¹⁶ Medikamentet ndërpriten nëse reduktohet numri u rruazave të bardha të gjakut. Ketiapina, një medikament i ngjashëm, nuk ka nevojë për monitorim hematologjik, prandaj është më e përshtatshme që të provohet që në fillim për

¹⁵ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 837

¹⁶ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 838

tejkalimin e psikozës. Pacientet e moshuar dhe ata me forma të PD-së me rigiditet akinetik kanë një risk më të ulur për ndërlikime motore dhe diskinezi në krahasim me mesataren e pacientëve me PD dhe mund të trajtohen në mënyrë të kënaqshme me levodopa.¹⁷

Kirurgjia

Ripërtrirja e kirurgjisë është motivuar nga fakti që pas 5 ose më shumë vitesh trajtim shumë pacient zhvilluan luhatje të theksuar motore dhe diskinezi.¹⁸ Tremori mund të lehtësohet në të paktën 70% të rasteve. Edhe pse një lezion unilateral mbart risk të ulët, operacionet bilaterale rezultojnë në dizartri të 15-20% e pacientëve. Studimet kirurgjikale të kontrolluara të implantit të indit dopminergjik kanë vënë në dukje se përfitimet janë më pak të efektshme nga sa është raportuar më parë në një hulumtim të hapur dhe kanë qarë në zhvillimin e diskinezive. Deri sa të arrihet të zgjidhet ky problem, ndërhyrja kirurgjikale me transplant nuk mund të konsiderohet si alternativë. Levodopa pranohet në mënyre uniforme si medikamenti më i efektshëm i disponueshëm për lehtësimin e simptomave të PD. Nëse do të ishte në mënyrë uniforme e suksesshme dhe, gjithashtu, pa ndërlikime, strategjitë e reja të trajtimit nuk do të nevojiteshin fare. për fat të keq, 75% e pacientëve kanë ndërlikime serioze 5 vjet pas përdorimit të rregullt të levodopës (Tabela 3).

Tabela3: Pesë rezultatet përfundimtare kryesore pas përdorimit të terapisë me levodopë për më shumë se 5 vjet (N = 330 pacientë)

Përgjigje të mira të qëndrueshme, n = 83 (25%)
Fluktuacionet e mundimshme, n = 142 (43%)
Diskinezitë e mundimshme, n = 67 (19%)
Toksiciteti në doza terapeutike apo subterapeutike, n = 14 (4%)
Humbje e plotë apo domethënëse e efektshmërisë, n = 27 (8%)

¹⁹

Në përgjithësi, vendime marrja për kirurgji duhet të kryhet nga një neurolog i specializuar për çrregullimet e lëvizjes, i cili është pjesë e një stafi, bashkë me neurokirurgun, neurofizilogun dhe programuesin.²⁰

¹⁷ Delong, Mahlon, Juncos Jorge. "Parimet e Mjeksisë interne Harrison" kap.366, fq2554

¹⁸ Delong, Mahlon, Juncos Jorge. "Parimet e Mjeksisë interne Harrison" kap.366, fq2557

¹⁹ Wland, Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115, fq 838

2.9 STADET E SËMUNDJES PARKINSON

Stadi i hershëm

Fakti nëse përdorimi i hershëm i levodopës është përgjegjës për fluktuacionet e mëvonshme dhe ndërlikimet e tjera të vonshme është ende në diskutim e sipër. Në përgjithësi, autorët pajtohen me faktin se në stadet e hershme të PD, kur simptomat vihen re, por nuk janë problematike, trajtimi simptomatologjik nuk është i nevojshëm. Të gjitha medikamentet simptomatologjike mund të nxisin shfaqjen e efekteve anësore dhe nëse pacienti nuk ka probleme shoqërore dhe profesionale nga simptomat e lehta, terapia medikamentozë mund të shtyhet deri në momentin kur simptomat të bëhen më të theksuara.²¹

Vendimi kryesor ka të bëjë me përcaktimin e momentit kur duhet të fillohet trajtimi me levodopë dhe e medikamentit më të efektshëm. Të gjithë pacientet kanë mundësi të shfaqin ndërlikimet shoqërore të përdorimit të gjatë të saj. Pacientët më të rinj kanë më shumë mundësi për të shfaqur përgjigje të luhatshme, ndaj në fillim të trajtimit medikamentoz duhet të përdoren medikamente të tjera antiparkinsonike, të cilat shtyjnë fillimin e përdorimit të levodopës; kur është e domosdoshme, fillohet livodopa me dozën më të ulët të mundshme. Kjo metodë njihet si strategjia kryesore e levodopës.

Selegilina vonon nevojën e fillimit të terapisë me levodopë, me një mesatare prej 9 muajsh. Një studim në grup kontrolli, i cili vlerësoj selegilinën në prani të terapisë me levodopë, tregoj se ata që merrnin selegilinë kryenin më mirë detyrat në krahasim me subjektet që ishin në trajtim, duke dhënë prova se selegilina ka mundësi të japë njëfarë mbrojtjeje neurologjike dhe, si rrjedhim, duhet të merret parasysh si terapi kur arrihet diagnoza e PD. Selegilina ka efekte të pakta të pa dëshirueshme kur jepet pa levodopën, por kur jepet së bashku me të, ajo mund të shtojë efektin dopaminergjik, bën të mundur përdorimin e dozave më të ultë të levodopës dhe kontribuon në toksicitetin dopaminergjik.²²

²⁰ Delong, Mahlon, Juncos Jorge. "Parimet e Mjeksisë interne Harrison" kap.366, fq.2557

²¹ Wland, Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115, fq. 838

²² Wland, Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115, fq. 839

Stadi kur simptomat dhe shenjat kërkojnë trajtim simptomatologjik

PD është progresiv, ndaj duhet të përdoret trajtimi simptomatologjik. Problemet më të shpeshta, të cilat janë të rëndësishme për klinikistët për sa i preket marrjes së vendimit për fillimin e trajtimit me agjent për simptomat, janë:

- ✚ Kërcënimi i vendit të punës
- ✚ Kërcënimi i aftësisë për t'u marrë me punë shtëpiake, financiare apo shoqërore
- ✚ Kërcënimi i përballimit të veprimtarive të jetës së përditshme dhe
- ✚ Përkeqësimi i dukshëm i të ecurit dhe drejtpeshimit.

Në praktiken klinike, gjykimi i përgjithshëm për fillimin e një trajtimi të tillë bëhet nga diskutimet ndërmjet pacientit dhe mjekut trajtues. Çështja tani është nëse duhet të fillohet levodopa apo ndonjë medikament tjetër antiparkinsonik, siç është amantadina, një antikolinergjik, apo një agonist dopaminergjik.

Amantadina

Amantadina është një agjent dopaminergjik në veprime të tërthortë, që vepron duke ndihmuar çlirimin e dopaminës nga vendet e depozitimit të saj dhe, më shumë mundësi, duke bllokuar rihapjen e dopaminës në mbaresat presinaptike. Efekti mund të jetë domethënës. Për fat të keq, përfitimi nga ajo në PD më të përparuar është zakonisht afatshkurtër, ku pacientët raportojnë efekte të reduktuar pas disa muajve pas trajtimit. Pasi të jenë zbratur depozitat e dopaminës, zbehet efekti i Amantadinës. Disa herë, kur medikamentet ndërpriten, mund të ndodhë përkeqësimi i shenjave të Parkinsonizmit, gjë që tregon se medikamenti është i dobishëm. Doza e zakonshme është 100mg, dy herë në ditë, por disa herë mund të kërkohet një dozë më e lartë (deri 200 mg, dy herë në ditë).

Amantadina mund të përdoret jo vetëm në stadet e hershme të terapisë simptomatike, me përdorim paraprirës të levodopës, por edhe në stadet e përparuara, si medikamente ndihmëse për levodopën dhe agonistët dopaminergjikë.²³

²³ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 839

Medikamentet antikolinergjike (antimuskarinike)

Medikamentet antikolinergjike mendohet se permisojnë Parkinsonizmin në rreth 20% të rasteve. Shumica e klinecistëve vënë re se kur tremori nuk lehtësohet nga një agonist dopaminergjik, apo nga levodopa, shtesa e medikamentit antikolinergjik mund të jetë e efektshme. Përdorimi i medikamentit mund të jetë i dobishëm nëse shtohet një agonist dopaminergjik apo levodopa. më vonë, nëse tremori lehtësohet nga agjenti dopaminergjik, medikamenti antikolinergjik mund të ndërpritet.²⁴

Agonistët dopaminergjikë

Mund të përdorën si terapi ndihmëse me levodopë, për të përforcuar efektin antiparkinsonik, për të reduktuar dozën e nevojshme vetëm për levodopën dhe për të tejkaluar disa efekte të padëshirueshme të përdorimit afatgjatë të levodopës, apo si terapi në stadet e hershme të sëmundjes për të vonuar fillimin e trajtimit me levodopë. Përdorimi i hershëm i agonistëve dopaminergjik, duke vonuar fillimin e levodopës, mund të reduktojë kohën e shfaqjes së ndërlikimeve të terapisë kronike me levodopë. Agonistët janë më pak të efektshëm se levodopa si agjentë antiparkinsonikë dhe pjesa më e madhe e pacientëve kërkojnë shtesë të levodopës brenda pak viteve. Të gjithë agonistët priren të nxisin hipotension ortostatik në veçanti kur medikamenti përdoret për herë të parë.²⁵

Levodopa

Gati të gjithë pacientet me PD përgjigjen ndaj levodopës dhe një gjë të tillë e arrijnë shpejt. Nga ana tjetër, vetëm një pjesë e tyre përfitojnë diçka nga përdorimi i vetëm i agonistëve dopaminergjik dhe duke qenë se ndodh ngritja graduale më e ngadaltë e dozave, për të zbuluar këtë mund të nevojiten muaj të tërë. Për këtë arsye, nëse nevojitet shpejt përgjigjja definitive, Levodopa është e parapëlqyeshme. Nga ana tjetër, nëse nuk ka urgjencë për përdorim për të arritur një përgjigje të shpejtë klinike dhe nëse pacienti nuk ka probleme kognitive dhe është më i ri se 70 vjeç, atëherë fillimi vetëm i agonistëve dopaminergjikë bën

²⁴ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 840

²⁵ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 840

të mundur përdorimin e strategjisë kursyese të Levodopës. Pacientët më të moshuar se 70 vjeç kanë më pak mundësi të shfaqin fluktuime të përgjigjeve në trajtimin e levodopës dhe kanë më shumë mundësi të shfaqin konfuzion dhe halucinacione gjatë përdorimit të agonistëve dopaminergjikë. Për këtë arsye, në këtë popullatë, Levodopa do të ishte zgjedhje më e mirë si medikament fillestar. Në studimet e kontrolluara që krahasojnë levodopën dhe agonistët si terapi fillestare, levodopa shfaqti përgjigje klinike më të mirë.²⁶

Tabela 4: Efektet e padëshirueshme në sjellje gjatë trajtimit me levodopë

Përgjumja
Deluzionet
Cikli i mbrapshtë gjumë zgjim
Paranoja
Ëndrrat e gjalla
Konfuzioni
Halucinacionet beinje
Demenca
Halucinacionet malinje
Faza "off" e sjelljes
Depresioni, ankthi, paniku, dhimbja, disforia

27

Diskinezitë

Hasen shpeshherë gjatë trajtimit me levodopë, por më shpesh janë aq të lehta sa kalojnë pa u vënë re fare nga pacienti. Format e rënda, duke përfshirë distoninë, mund të jetë invalidizuese. Incidenca dhe shkalla e rëndesës rriten me kohëzgjatjen dhe dozën e trajtimit me levodopë, por mund të shfaqen edhe në stadet e para te pacientët me Parkinsonizëm të rëndë. Sipas kohës së marrjes së dozës levodopës, diskinezit ndahen në këto kategori:

1. Diskinezitë e dozës maksimale shfaqen në piken maksimale të efekteve të dëshirueshme antiparkinsonike (20 minuta deri 2 orë pas marrjes së dozës).

²⁶ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 841

²⁷ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 842

2. Diskinezitë disfazike prekin zakonisht këmbët, dhe shfaqen në fillim ose në fund të intervalit të dozës.
3. Distonia "off", e cila mund të jetë në formën e krampeve të qëndrueshme të dhimbshme, shfaqet gjatë gjendjeve "off" dhe mund të shihet fillimisht në formën e distonisë së hershme në mëngjes, që paraqitet në formën e krampeve të këmbëve, këto lehtësohen nga doza e ardhshme e levodopës.²⁸

Amandatina mund të reduktojë shkallën e rëndesës së Diskinezive, por kërkohet doza minimale prej 400 mg/ditë dhe nuk dihet se për sa kohë mund të zgjasë efekti. Më i efektshëm është kalimi në agonist dopaminergjik si medikament antiparkinsonik kryesor; dozat e ultë të levodopës përdoren si preparate ndihmëse. Parimi trajtimit të distonisë "off" është që të bëhen përpjekje të mbahen pacientët në fazën "on" në pjesën më të madhe të kohës. Përdorimi i agonistit të dopaminës, si agjent antiparkinsonik madhor, me doza të vogla ndihmëse të levodopës, mund të jetë shpeshherë i efektshëm.

Rigiditeti

Dukuria e rigiditetit përcaktohet shpesh si formë e fluktuacionit, për shkak të vështirësive kalimtare në fillimin e lëvizjeve, por kjo dukuri duhet të dallohet nga format e tjera të këtyre fluktuacioneve. Rigiditeti i fazës "off", duhet të dallohet nga rigiditeti i fazës "on". Rigiditeti i fazës "off", i cili konsiderohet si karakteristikë e vetë Parkinsonizmit, është vënë re edhe para zbulimit të levodopës. Objektivi i trajtimit të rigiditetit të fazës "off" që pacienti të mos hyjë në këtë fazë. Rigiditeti "on" mbetet një enigmë; ai priret të përkeqësohet me rritjen e dozave të levodopës, ose nga shtimi i agonistëve të dopaminës me veprim të drejtpërdrejt apo selegilinës, pa reduktimin dozës së levodopës. Ajo reduktohet duke ulur dozën e levodopës. Të dyja format e rigiditetit duket se ndikojnë edhe në kohëzgjatjen e sëmundjes, edhe në kohëzgjatjen e trajtimit me levodopa.

²⁸ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 843

Terapia kirurgjikale

Forma më e shpeshtë e ndërhyrjeve kirurgjikale është përdorimi i stimulimit elektrik të nukleusit subtalamik. Një stimulim i thellë i trurit (DBS) redukton jo vetëm tremorin, por edhe bradikinezinë dhe regiditetin, duke bërë të mundur reduktimin e dozës së medikamenteve dopaminergjike. Rezultatet më të mira kemi hasur tek pacientët me moshë më të re. Prania e problemeve kognitive apo mungesa e përfitimeve nga levodopa përbëjnë kunderindikime. Problemet kognitive përkeqësohen gjatë penetrimit kirurgjikal në tru. Efektet e padëshirueshme nga ndërhyrjet kirurgjikale përfshijnë hemorragjinë cerebrale (e rrallë), infeksionin nga trupat e huaj, dëmtimet e të folurit, distoninë dhe këputjen e qepjeve.²⁹

Ndryshimet mendore dhe ne sjellje

Efektet e padëshirueshme të konfuzionit, halucinacioneve, deluzioneve, paranojës dhe manisë, janë propabilisht të lidhura me aktivizimin e receptorëve dopaminergjikë në regjionet jostriatale. Pacientët e moshuar dhe ata që kanë sëmundje difuzë me trupa lewy apo sëmundje Alzheimer, janë të ndjeshëm ndaj dozave të vogla të livodopës. Pacientët me sensore "off" të shprehura priren të marrin gjithmonë e më shumë levodopë. Psikoza mund të trajtohet shpeshherë pa përkeqësim të Parkinsonizmit.³⁰

Ecuria

Format degjenerative të Parkinsonizmit, duke përfshirë PD, përkeqësohen me kalimin e kohës. përpara zbulimit të levodopës, PD shkaktonte invalidizime të rënda dhe vdekje te 25% e pacientëve brenda 5 viteve pas momentit të shfaqjes, të 65% e rasteve gjatë 5 viteve në vazhdim dhe te 89% e rasteve pas 15 vitesh. Më parë, niveli i vdekshmërisë nga PD ka qenë tri herë më i lartë se në popullatën e përgjithshme me moshë, gjini dhe origjinë racore të njëjtë. Nivelet e vdekshmërisë janë reduktuar në 50% ndërsa jetëgjatësia është shtuar me shumë vite. Sindroma hemiparkinsonizëm përparon më ngadalë dhe mund te mos shkaktojë asnjëherë invalidizimin që haset te PD. Një tjetër formë relativisht beninje e Parkinsonizmit është distonia me shfaqje në moshë të rritur që përgjigjet ndaj dopës.

²⁹ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 844

³⁰ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 844

Në këtë çrregullim shfaqen karakteristikat e PD, por pacientët vazhdojnë të përgjigjen ndaj trajtimit me doza të ulëta të dopës dhe asnjëherë nuk shfaqin ndërlikimet që hasen aq shpesh gjatë ecurisë së PD. Një pikë për të cilën debatohet ende në trajtimin e PD është shkaku i reduktimit të efektshmërisë nga vazhdimi i trajtimit të levodopës, i cili haset te shumica e pacientëve. PD në stadet përfundimtare paraqitet kur përgjigja ndaj levodopës është e pamjaftueshme për të ndihmuar pacientin në përmbushjen e veprimtarive të jetës së përditshme. Përparimi i sëmundjes me humbje të mëtejshme të vendeve të depozitimit të dopaminës në përfundimet presinaptike nuk mund të jetë shpjegimi për këtë rezultat, duke qenë se humbja e këtyre strukturave në Parkinsonizmin postencefalitik rezulton në rritje dhe jo në ulje të ndjeshmërisë ndaj levodopës.³¹

³¹ Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014" kap.115,fq 845

2.10 Kujdesi infermieror te të moshuarit me Parkinsonizëm

2.11 Vlersimi fillestar infermieror

Menjëherë sa paraqitet pacienti në spital infermieri bën mbledhjen e të dhënave, pyet pacientin në këtë rast të moshuarin nëse është në gjendje të përgjigjet dhe familjaret e tij për faktorët rrezikues dhe për faktorët që kanë shkaktuar. Moshë është e rëndësishme sepse incidensa Parkinsonizmit rritet në moshën mbi 50-vjeçare. Sëmundjet e mëparshme dhe historia mjekësore ose medikamentet e përdorura rrisin rrezikun për këtë sëmundje. Gjithashtu i moshuari apo familjaret pyeten nëse pacienti ka përjetuar nga problemet e mëposhtme:

- Ngadalësim në lëvizje
- Vështirësi në të ecur
- Depresion, nervozizëm
- Lodhje e përgjithshme, dobësia muskulore
- Humbja e mbizotërimit të dorës
- Turbullime në të folur
- Dridhje në qetësi³²

2.12 Vlerësimi fizik

Pacienti me PD mund të ketë një zë të bute ose mermerit ose fjalim të shpejta. Dridhjet në PD mund të ndodhë në gjuhë, nofulla, dorë ose në këmbë, dridhjet përkeqësohen me vëmendjen e pacientit me detyrat mendore, etj. Çrregullime pozicioni të këmbëve mund të tregojë se pacienti ka një ataksi ndijore në krye të problemeve të PD. Pacienti mund të ketë vështirësi në ngritje nga karriga, mund të ketë vështirësi në marrjen e hapit të pare, mund të ketë kufizime në kthim, Statusi mental, pjesa formale e ekzaminimit neurologjik të gjendjes mendore është prezantimi me pacientin duke thënë: “Do të më pëlqente tu bëja disa pyetje të zakonshme”. Ekzaminimi i statusit mental përbëhet nga vlerësimi i pikave të mëposhtme:

³² <https://www.americannursetoday.com/caring-for-patients-with-parkinsons-disease/>

- Niveli I vetëdijes
- Të folurit (ligjëratat)
- Orientimi
- Njohuria mbi ngjarjet e fundit
- Gjykimi
- Abstraksioni
- Fjalori
- Reagimet emocionale
- Kujtesa
- Aftësia për të kryer llogari
- Njohja e objekteve

2.13 Vlerësimi psikosocial

Pacientët me sëmundjen e Parkinsonizmit përjetojnë ndryshime në humor dhe/ose duke menduar sëmundja përparon. Sëmundja e Parkinsonizmit është lidhur me ndryshimet në neurotransmetimin në tru, e cila mund të rezultojë në depresion, ankth, dhe madje edhe halucinacione.

Pacientët mund të përjetojnë probleme me gjumin, një gjendje ku pacientit i mungon interes apo emocioni, sëmundja përparon. Edhe pse ndryshimet në disponim janë të zakonshme në mesin e pacientëve me sëmundjen e Parkinsonizmit. Studimet kanë treguar se ushtrimi në pacientët me sëmundjen e Parkinsonizem mund të ketë një efekt pozitiv në humor.

Pacientët mund të fillojnë të kenë vështirësi me detyrat që kërkojnë zgjidhjen e problemeve në punë monitorimi për gabimet, planifikimin, organizimin, dhe pengon sjellje të papërshtatshme ose fjalime të papërshtatshme. Psikologët mund të trajtojnë simptomat e ankthit dhe depresionit, përveç për aftësitë e mësimdhënies për të përmirësuar cilësinë e gjumit. Neuropsikologu mund të vlerësojë ndryshimet në humor dhe/ose njohje dhe të bëjë rekomandime të trajtimit në mënyrë të maksimizuar përparësitë e pacientit.³³

³³ <https://www.americannursetoday.com/caring-for-patients-with-parkinsons-disease/>

2.14 Diagnostifikimi infermieror

- Dëmtim të lëvizjes fizike kjo e lidhur me rigiditetin muskolor dhe dobësimin e vazhdueshëm të lëvizjes.
- Deficite të mëdha në vetëkujdesje (ushqyerja, veshja, higjiena vetjake) e lidhur me avancimin e sëmundjes.
- Prani e vazhdueshme e konstipacionit kjo e lidhur me mjekimin dhe mungesën e lëvizjeve.
- Deficite në ushqyerje kjo si pasojë e tremorit, vështirësive në gëlltitje dhe pamundësia për të përlytur ushqimin.
- Dëmtim në komunikimin verbal lidhur me uljen e volumit të zërit, vështirësitë në të folur dhe pamundësia për të lëvizur muskujt facial.
- Ulje e vazhdueshme e humorit si pasojë e depresionit dhe përparimit të sëmundjes.
- Mungesë njohurish mbi sëmundjen.
- Risk i lartë për dëmtime.
- Intolerancë të aktiviteteve të përditshme.
- Shqetësime të vazhdueshme përfshi edhe familjaret në procesin e sëmundjes.³⁴

³⁴ <https://www.americannursetoday.com/caring-for-patients-with-parkinsons-disease/>

2.15 Planifikimi infermieror

Plani I kujdesit te këta të sëmurë duhet të përcaktohet për një kohë të gjatë për vet specifikën dhe ecurinë e sëmundjes e cila fatkeqësisht qon gradualisht në invalidizim te sëmurit dhe që e rrit në maksimum koston e kujdesit.

Planifikimi përfshin:

- Përmisimin e lëvizjes
- Rivlerësimi i kujdesit për aktivitete
- Përmisimi i problemeve të vazhdueshme te konstipacionit
- Përmisimi i ushqyerjes
- Vlerësimi i gëlltitjes
- Inkurajimi i përdorimit të një plani përkrahës për të sëmuret
- Përmirësimi i komunikimit
- Mbështetja dhe inkurajimi i aftësive të pacientit³⁵



Fig. 4. Kujdesi infermieror

Burimi: <https://www.google.com/search?q=parkinsonism>

³⁵ <https://www.americannursetoday.com/caring-for-patients-with-parkinsons-disease/>

3. Qëllimi i punimit

Termi Parkinsonizem është më pak i njohur ne grupet shoqërore në vendin tonë dhe me shumë njohuri në vendet e zhvilluara kjo krijon një situatë jo te mirë për shëndetin e të moshuarve që prek kjo sëmundje. Qëllimi i punimit tone është analizimi i karakteristikave bazikë te të hospitalizuarit me Parkinsonizëm. Vlerësimi i shpeshtësisë dhe prekja e personave me Parkinsonizëm të analizuar sipas gjinisë, moshës, kohëzgjatjes së hospitalizimit dhe sipas simptomave, si dhe kujdesi infermieror në të gjitha fazat e sëmundjes. Ky studim realizohet për të dhënë një sqarim sa më të qartë të gjendjes aktuale të sëmundjes në qytetin e Gjakovës.

4. Metodologjia

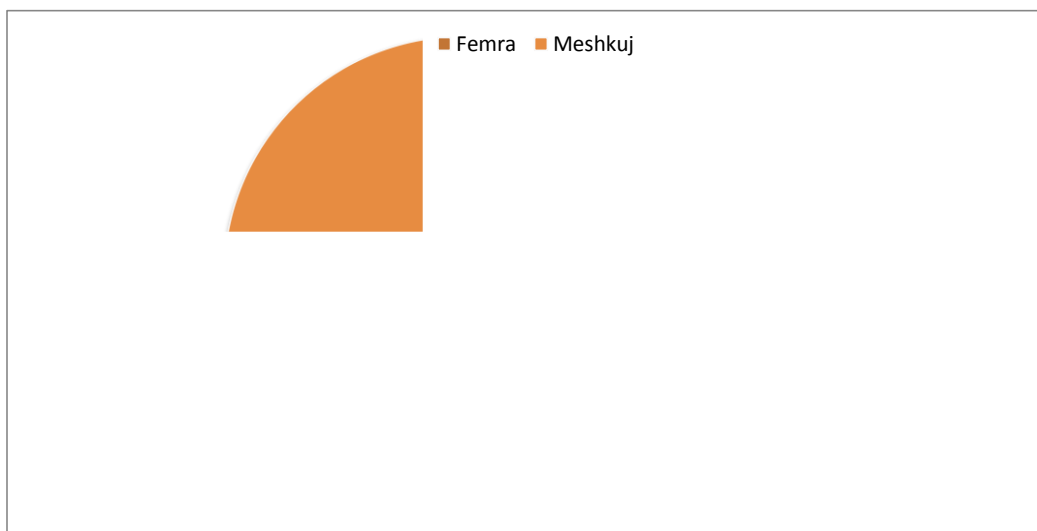
Për realizimin e këtij punimi është rishikuar literatura e botuara 5 viteve të fundit të marr nga biblioteka e qytetit të Gjakovës “Ibrahim Rugova” dhe biblioteka e fakultetit të mjekësisë “Fehmi Agani”, dhe të dhënat nga protokollet e spitalit regjional “Isa Grezda” në Gjakovë për periudhën kohore Qershor–Dhjetor 2015. Të dhënat janë marr nga protokollet në repartin Neurologji në spitalin "Isa Grezda" në Gjakovë. Rezultatet në këtë punim janë përfshirë në tabela dhe grafikone të cilat paraqesin numrin dhe përqindjen e dukurisë së analizuar. Për marrjen e këtyre të dhënave jemi lejuar nga drejtorja e spitalit të Gjakovës.

5. Rezultatet

Gjatë hulumtimit në repartin e Neurologjisë brenda 7 muajve të vitit 2015 u konstatuan 84 pacientë me Parkinsonizëm, dhe atë të gjinisë femërore ishin 39 (46.43%) raste, ndërsa të gjinisë mashkullore ishin 45 (53.57%) raste. Në tabelën 5 dhe në grafikunin 1 janë paraqitur rastet sipas gjinisë, pra janë raportuar se gjinia mashkullore është atakuar me shumë nga ky entitet ose pacientë të gjinisë mashkullore ishin më tepër të hospitalizuar gjatë periudhës së analizuar.

Tabela 5. **Struktura e pacienteve me Parkinsonizëm në bazë të dy gjinive**

Gjinia	Numri	Përqindja
Femra	39	46.43%
Meshkuj	45	53.57%
Gjithsej	84	100.00%

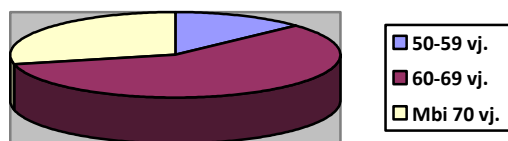


Grafikoni 1. **Struktura e pacienteve me Parkinsonizëm në bazë të dy gjinive**

Nga 84 raste te hospitalizuara me parkinsonizëm përcaktojmë se cila moshe ishte atakuar me shume nga qershori deri në dhjetor te viti 2015. Ne tabelën 6 dhe grafikonin 2 rezulton se prej 84 pacienteve me grup moshë nga 50 – 59 vjeç kishin qenë 11 (13.10%) pacientë, prej grup moshës 60 – 69 vjeç kanë qenë 49 (58.33%) pacientë, dhe mbi moshën 70 vjeç me 24 (28.57%) pacient. Pra mosha më e atakuar është 60-69 vjeç.

Tabela 6. Pacientet sipas moshës me Parkinsonizem

Grup moshë	Nr. i pacienteve	Përqindja
50-59	11	13.10%
60-69	49	58.33%
Mbi 70	24	28.57%

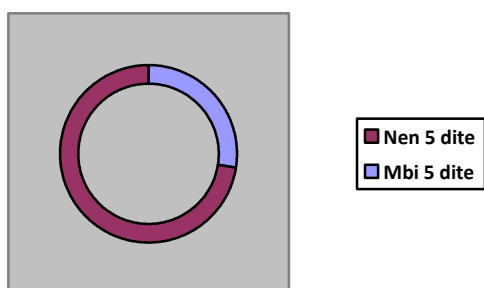


Grafikoni 2. Pacientet sipas moshës me Parkinsonizem

Në tabelën 7 dhe grafikoni 3 janë paraqitur pacientë me Parkinsonizëm sipas kohëzgjatjes së hospitalizimit në repartin e Neurologjisë 84 pacientë ku 23 (27.38%) prej tyre kanë qëndruar mbi 5 ditë, ndërsa 61 (72.62%) prej tyre kanë vazhduar terapinë në shtëpi, pra kanë qenë të hospitalizuar për më pak se pesë ditë, kjo me siguri për arsye sepse shumica e rasteve me parkinsonizëm trajtohen në shtëpi me terapi të vazhdueshme, sëmundja nuk është e shërueshme por është e trajtueshme.

Tabela 7. Struktura e pacienteve me kohëzgjatje në spital

Kohëzgjatja e hospitalizimit	Nr. i pacienteve	Përqindja
Mbi 5 dite	23	27.38%
Nen 5 dite	61	72.62%



Grafiku 3. Struktura e pacienteve me kohëzgjatje në spital

Prej 84 pacientëve me Parkinsonizëm që trajtohen me levodopa, të gjithë i janë nënshtruar ekzaminimit të plot neurologjik. Në tabelën 8 paraqesim kohëzgjatjen e mjekimit, që aplikohet në institucionin ku janë analizuar të dhënat, me levodopa e cila shkonte nga 4 muaj deri në deri në 12 vjet. Ndërsa doza e levodopës ishte nga 150-800 mg/ditë që pozitivisht lidhet me kohëzgjatjen e sëmundjes.

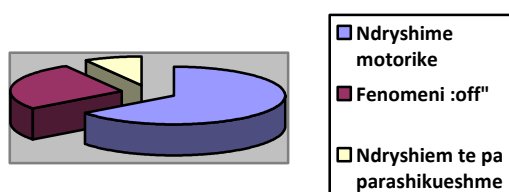
Tabela 8. kohëzgjatja mjekimit me levodopa

Mjekimi me levodopa	84 pacientë
Kohëzgjatja e mjekimit me levodopa	4muaj-12vjet
Doza e levodopes	150-800 mg/ditë

Luhatje motorike janë zbuluar te 48 pacientë. Ndryshime motorike te 31 pacient ose 64.58%, te 13 pacientë ose 27.09% ishte hasur fenomeni "off" (që karakterizohet nga një moslëvizshmëri për disa minuta). Në 4 pacient ose 8.33% të shënuar u shfaqën ndryshime të paparashikueshme. Të gjitha të paraqitura ne tabelën 9 dhe grafikonin 4.

Tabela 9. Numri i personave që shfaqin çrregullime motorike

Fenomenet që ndodhin	Numri i personave	Përqindja
Ndryshime motorike	31	64.58%
Fenomeni "off"	13	27.09%
Ndryshime të pa parashikueshme	4	8.33%

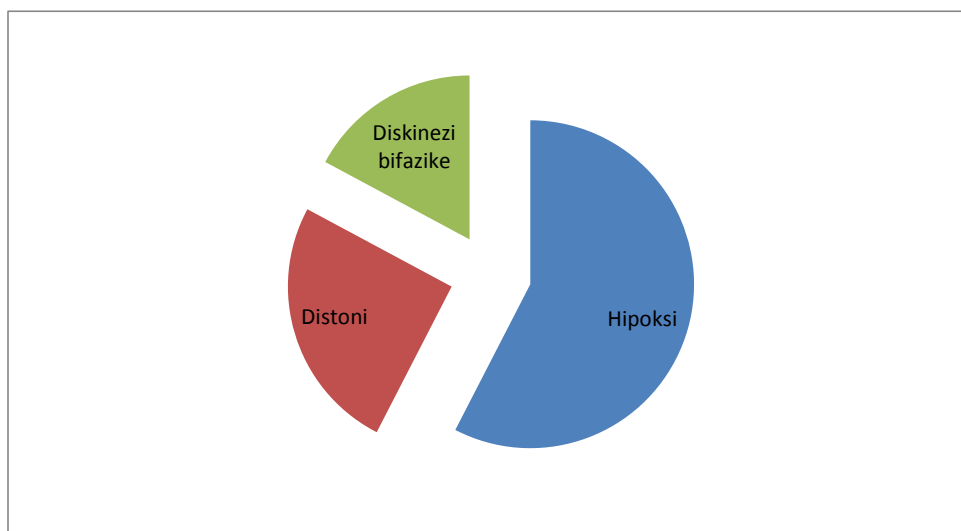


Grafiku 4. Numri i personave që shfaqin çrregullime motorike

Diskinezitë u shfaqën te 28 pacientë. 16 (57.14%) pacientë diskinezia mernte formën e hipërkinezisë përfshirë fytyrën, trungun dhe gjymtyrët e sipërme. 7 (25.00%) pacientë kanë pasur diskinezi në formën e distonisë kryesisht që përfshin gjymtyrët e poshtme. 5 (17.86%) pacientë kishin diskinezi bifazike fillimisht në ekstremitetet e poshtme. Te gjitha te shfaqura në tabelën 10 dhe grafikun 5.

Tabela 10. Personat që shfaqin diskinezi

Fenomenet që ndodhin	Numri i personave	Përqindja
Hiperkinezi	16	57.14%
Distoni	7	25.00%
Diskinezi bifazike	5	17.86%



Grafiku 5. Personat që shfaqin diskinezi

6. Diskutim

Në IPSH të klinikes universitare të Neurologjisë, në Shkup, te reparti për sëmundjet Ekstrapiramidale, janë të analizuar të dhënat për periudhe 1 vjeçare (2008 - 2009). U intervistuan gjithsej 22 pacientë te cilët iu nënshtruan anamnezës se detajuar te ekzaminimit neurologjik. Sipas kësaj analize, gjinia më e atakuar është ajo mashkullore ndërsa mosha e cila është prekur me Parkinsonizem është 55 - 72 vjeç. Ekzaminimet e bëra klinike neurofiziologjike dhe neuropsikologjike tregojnë se ata janë te patjetërsueshme për diagnostikimin dhe përcjelljen e mëtutjeshme te pacienteve me Parkinsonizem.

Te dhënat na tregojnë se pacientet me Parkinsonizem ne qytetin e Gjakovës gjate periudhës qershor – dhjetor te vitit 2015 ishin me 84 paciente. Dallimi mes Shkupit dhe Gjakovës është dukshëm i madh ne bazë të numrit të rasteve , ndërsa mosha e të analizuarve ne spitalin e Gjakovës është 50-70 vjeç, me grupmoshën më të prezantuar 60-69 vjeçare, ndërsa ne Shkup 55-72 vjeç, duket që sipas moshës dhe gjinisë janë ne përputhje me punimin tonë. ³⁶

³⁶ http://www.academia.edu/1234298/ISSN_1409-6366_UDC_61_Vol_XII_2_Dhjetor_2009

7. Përfundimi

- Në spitalin e Gjakovës “Isa Grezda” në repartin e Neurologjisë nga Qershori deri në Dhjetor 2015, kanë qenë 84 pacientë me Parkinsonizem
- Gjinia mashkullore ishte më e shpeshtë
- Moshë e prekur e të analizuarve ishte mbi 50 vjeç me grupmoshën më të prekur 60-69 vjeç
- Rreth 3/4 e pacientëve kanë qëndruar më pak se 5 ditë të hospitalizuar
- Kohëzgjatja e mjekimit me levodopa ishte nga 4 muaj deri në 12 vjet dhe pozitivisht lidhej me kohëzgjatjen e sëmundjes.
- Luhatje motorike 48 pacientë kishin
- Ndryshime motorike kishin 31(64.58%) pacientë
- Te 13 (27.09%) pacientë është hasur fenomeni “off”
- Te 4 (8.33%) pacientë shfaqeshin ndryshime të paparashikueshme
- Diskinezi shfaqën 28 pacientë
- Hiperkinezi shfaqën 16 (57.14%) pacientë
- Distonia u shfaq te 7 (25.00%) pacientë
- Diskinezi bifazike patën 5 (17.86%) pacientë

Rekomandimet për pacientet janë:

- ❖ Rrjedhimisht sëmundja e Parkinsonizmit duhet të ndiqet në vazhdimësi dhe të diskutohet për efektet anësore të sëmuret;
- ❖ Përcaktimi sa më i saktë i mjekimit dhe efekteve anësore tek pacientët me këtë lloj sëmundjeje;
- ❖ Diskutimi sa më produktiv i rrezikut për dëmtime dhe mundësitë për parandalimin e tyre dhe adaptimi në shtëpi;
- ❖ Përshkrimi i nevojave ushqimore, kufizimin e dietës, menaxhimin e disfagisë dhe mënyrat e parandalimit të aspirimit;
- ❖ Menaxhimi i konstipacionit;
- ❖ Shpjegimi për aftësitë e lëvizjes dhe kujdesi për parandalimin e tyre, kujdesi për lëkuren, pneumonitë;
- ❖ Përcaktimi i një program sa më të qartë në lidhje me ushtrimet e përditshme;
- ❖ Ecjet dhe krijimi i një sigurie për vet pacientin;
- ❖ Demonstrimi i aftësive të komunikimit, ushtrimet e fjalëve, teknikat e komunikimit, ushtrimet e frymëmarrjes;
- ❖ Shenja të një infeksioni të mundshëm (urinar apo respirator) që duhet të kuptohen që në momentin e shfaqjes;
- ❖ Përshkrimi i strategjive për promovimin e vetëkujdesit dhe veprimeve të pavarura.

8. a) Rezyime

Në vitin 1817, James Parkinson përshkroi karakteristikat klinike madhore të asaj që sot njihet si kompleksi simptomatologjik i manifestuar nga këmbimi i gjashtë veçorive kyçe: tremori i qetësisë, rigiditeti, bradikinezii-hipokinezia, pozicionimi i fiksuar, humbja e reflekseve posturale dhe fenomeni i ngrirjes.

Qëllimi i këtij punimi është marrja e të dhënave me Parkinsonizëm për përcaktimin e ecurisë së sëmundjes në qytetin e Gjakovës, duke grumbulluar të dhënat e personave të cilët kanë qenë të regjistruar në protokollin e repartit të Neurologjisë në spitalin ‘Isa Gerzda’ Gjakovë. Grumbullimi i të dhënave është marrë në protokollin e repartit të Neurologjisë me të cilat është bërë studimi i këtyre statistikave gjatë periudhës Qershor- Dhjetor 2015 për pacientët me Parkinsonizëm, të dhënat të cilat janë paraqitur në tabela dhe grafike.

Në bazë të grumbullimit të të dhënave tek personat me Parkinsonizem, nga 84 raste të cilët janë paraqitur në repartin e Neurologjisë, 46 janë femra, 54 janë meshkuj. Moshat e prekura, 50-59 vjeç 11 raste, 60-69 vjeç 49 raste dhe mbi 70 vjeç 24 raste. Personat që kanë qëndruar më shumë se 5 ditë kanë qenë 23 raste ndërsa më pak se 5 ditë 61 raste.

Fjalët kyçe: Parkinsonizmi, Levodopa, rigiditeti, bradikinezia, tremori.

8. b)Summary

In 1817, James Parkinson described the clinical features of majority of what is now known as complex simptomatologjik manifested by parts of six key features: tremor of silence, rigidity, bradikinezii-hipokinezia positioning fixed, loss of reflexes postural phenomenon of freezing.

The purpose of this paper is to obtain data for determining the performance Parkinsonism disease in the town of Gjakova, collecting data of persons who have been enrolled in the Department of Neurology protocols in hospital 'Isa Gerzda "Gjakova. Data collection was taken Protocols Department of Neurology which has become the study of these statistics during the period June to December 2015 patients with Parkinsonism, details of which are presented in tables and graphs.

Based on the data collection to Parkinsonizem persons, from 84 cases who are featured in the department of Neurology, 54 female, 46 men. Ages affected 50-59vjeç 11cases, 60-69 years 49 cases and over 70 years 24 cases. Persons who stay more than 5 days have been 23 cases while less than 5 days 61 cases

Key Words: Parkinsonism, Levodopa, rigidity, bradikinezia, tremor.

9. Referencat

Moore. Keith, Dalley. Arthur, Agur. Anne. Tiranë 2014 “Anatomia me orientim klinik.

Wland.Lewis. "Neurologjia e Merritt 2014"

DeLong,Mahlon , Juncos Jorge. "Parimet e Mjeksisë interne Harrison

<https://www.americannursetoday.com/caring-for-patients-with-parkinsons-disease/>

Rezultatet nga protokollet e repartit Neurologji nga Spitali Regjional "Isa Grezda" në Gjakovë

http://www.academia.edu/1234298/ISSN_1409-6366_UDC_61_Vol_XII_2_Dhjetor_2009

<https://www.google.com/search?q=truri>

<https://www.google.com/search?q=parkinsonism>

10. CV e shkurtër e kandidatit

Dorentina Gjugja e lindur me 18.06.1993 në Gjakovë, me kombësi Shqiptare, me nënshtetësi Kosovare, shkollën fillore dhe atë te mesme të ulet kam kryer në shkollën "Anton Qeta" në dol, shkolla e mese e lartë Pediatri në shkollën "Hysni Zajmi" Gjakovë, vazhdimi në Universitetin e Gjakovës "Fehmi Agani" Fakulteti i Mjekësisë programi Infermieri statusi i rregullt nr i ID 130306058.

Nr personal: 1233350105

Nr Tel: +38649149404

Adresa: Fshati "Pjetershan"

Emali: doren.tina@live.no