

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI: INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

TEMA: OSTEOPOROZA - PREZANTIM RASTI

Kandidatja:

Arbnesha Shala

Mentori:

Prof.Ass.Dr.Dardan Koçinaj

Gjakovë, 2018

Punim është bërë në Fakultetin e Mjekësisë “Fehmi Agani” Gjakovë

Mentori: Prof.Ass.Dr. Dardan Koçinaj

Punimi përfshinë:

33 Faqe

2 Figura

4 Tabela

DEKLARATË STUDENTORE

Unë **Arbnesha Shala**, deklarojë se kjo temë e Diplomës, “**Osteoporoza**” është punimi im origjinal.

I gjithë punimi është punuar dhe pergaditur duke respektuar dhe mbështetur në këshillat dhe rregullorën për pergaditjen e temës së diplomës të përcaktuar nga Universiteti “**Fehmi Agani**” Gjakovë.

FALËNDERIMET

Një falënderim dhe mirënjohje shkon për familjen time, për kurajën dhe mbështetjen që më kanë ofruar në rrugën e gjatë të arsimimit, ku në sajë të tyre gjeta mbështetjen e duhur që të filloj dhe t'i mbarojë studimet.

Një falënderim të posaqem shkon për profesorin e nderuar, Prof.Ass.Dardan Koçinaj, për mbështetjen e çmuar që më ofroi përgjatë gjithë punës.

PËRMBAJTJA

1. ABSTRAKTI.....	7
2. HYRJE.....	8
2.1 SISTEMI KOCKOR FUNKSIONI DHE ZHVILLIMI.....	9
2.2 KLASIFIKIMI DHE PËRBËRJA E KOCKAVE	10
2.3 OSTEOPOROZA DHE KLASIFIKIMI.....	11
2.4 EPIDEMIOLOGJIA, ETIOLOGJIA DHE FAKTORËT E RREZIKUT	13
2.5 SIMPTOMAT	17
2.6 DIAGNOSTIFIKIMI	18
2.7 TRAJTIMI	19
2.8 VLERËSIMI I PACIENTIT PËR RIAFTËSIM.....	21
3. QËLLIMI I PUNIMIT	23
4. METODOLOGJIA (MATERIALET DHE METODAT)	24
5. STUDIM RASTI.....	25
6. DISKUTIM.....	28
7. PËRFUNDIMI	29
8.a REZYME	30
8.b SUMMARY	31
9. REFERENCAT.....	32
10. CV.....	33

Lista e tabelave:

Tabela 1. Klasifikimi i osteoporozës

Tabela 2. Faktorët e rrezikut për fraktura në osteoporozë

Tabela 3. Faktorët madhorë të rrezikut për rrëzim

Lista e figurave:

Figura 1.1 Kocka normale dhe kocka osteoporike

Figura 1.2 Lokalizimet e preferuara të osteoporozës

1. ABSTRAKTI

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë, drejtimi Infermieri, në bashkëpunim me Spitalin e Pejës.

Qëllimi i këtij punimi është shtjellimi i osteoporozës në përgjithësi si sëmundje, komplikimet akute të kësaj patologjie dhe kujdesi infermieror të pacientet me osteoporoz. Në këtë punim kemi edhe një prezantim rasti ku të dhënat për prezentimin e rastit janë marrë nga Spitali i Pejës me aprovim paraprak të pacientit.

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

Punimi përfshin 4 tabela 2 figura dhe ka gjithsej 33 faqe

2. HYRJE

Osteoporoza është një sëmundje metabolike kockore e gjeneralizuar, qe karakterizohet nga formimi i pamjaftushëm ose rezorbimi i shtuar i matriksit kockor, qka rezulton në pakësim të masës kockore. Karakterizohet nga një thyshmëri e rritur e kockës, si rrjedhojë e uljes së cilësis dhe sasisë së saj. Osteoporoza është sëmundje shumë e përhapur tek dy gjinitë, por më shumë e shprehur tek femrat pas menopauzës. Nuk jep shenja për një kohë të shkurtër, por afatgjate; do të thotë 4-5 vjet pas menopauzës, ku 30% e kockës humbet. Me paraqitjen e saj, simptomat e para janë dhimbje akute dhe ose kronike në shpinë, kerrusje. Tek trajtimi i osteoporozës vlerat e kalciumit dhe të vitaminës D, janë të rëndësishme duke filluar që nga fëmijëria, për një zhvillim sa më të mirë të skeletit, ku nevoja për kalcium vazhdon tërë jetën.

2.1 SISTEMI KOCKOR FUNKSIONI DHE ZHVILLIMI

Osteologjia është pjesë e anatomisë që merret me studimin e eshtrave. Eshtrat janë organe të forta që duke u bashkuar ndërmjet tyre formojnë skeletin. Skeleti i njeriut ka një sërë funksionesh të rëndësishme:

1. **Funksion mbështetës:** që konsiston në kapjen në pjesë të ndryshme të tij të indeve dhe organeve.
2. **Funksion mbrojtës:** shume eshtra duke u bashkuar me njëra-tjetren formojnë kanale apo kavitate ku vendosen organe me rëndësi jetike, si kanali vertebral brenda të cilit vendoset palca kurrizit, kafazi i kraharorit, në të cilin vendosen mushkërite dhe zemra, kafka, brenda të cilës vendoset truri dhe organet shqisave.
3. **Funksion lëvizës:** eshtrat përbëjnë pjesën pasive të aparatit lokomotor.

Skeleti gjatë zhvillimit të tij kalon tre stade

- Stadi membranoz
- Stadi kercor
- Stadi kocko

Zhvillimi i eshtrave:

Ostifikimi fillon në fund të periudhës embrionale ato paraqiten nga një model kockor ose membranoz që në mënyrë progressive do të transferohen në ind kockor.

Ekzistojnë dy tipe të ostifikimit:

Osifikimi membranoz dhe osifikimi endchondral

Ostifikimi membranoz është karakteristik për kockat e kalvaria krani dhe për disa prej kockave të fytyrës. Aktiviteti i osteoblasteve fillon në qendër të modelit membranoz të kockës së ardhshme, prej nga përhapet në formë rrezesh drejt periferisë. Shtresat sipërfaqësore të indit lidhor mbeten si periost, nga i cili fillon zmadhimi i kockës në trashësi.¹

¹ Drita Totozani, Sofika Qamirani, Anatomia normale e njeriut Tiranë, 2001, Cap.II.Faqe 9

2.2 KLASIFIKIMI DHE PËRBËRJA E KOCKAVE

Njihen shume klasifikime të kockave por me domëthënës është ajo që bazohet në formën, funksionin, dhe ndërtimin e tyre.

1. Kockat tubukare, të cilat janë dy llojesh:

a) Kocka të gjata, ku bëjnë pjesë ato të gjymtyrëve të sipërme dhe të poshtme, p.sh.humerus, radius, ulna, femur, tibia, fibula. Epifizat janë të paisura me faqe artikulare. Diafizat janë të ndërtuara nga lëndë kompakte, brenda të cilës gjendet kanali medular i mbushur me palce, kurse epifizat nga lenda e sfungjert.

b) Kocka të shkurta, ku bëjnë pjesë metakarpet, metatarset dhe falanget, paraqiten me përmasa më të vogla. Këto kanë të njëjtën strukturë si kockat e gjata, por paraqiten me përmasa më të vogla.

2. Kockat spongioze, të cilat janë disa llojesh:

a) Kocka të gjata, brinjët, sternum. Ndërtohen kryesisht nga lënda e sfungjerte e rrethuar me një shtresë të hollë lënde kompakte.

b) Te shkurtera, të vertebrat, karpet, tarset, të formuara nga lenda e sfungjert.

c) Sesamoide, patella dhe kocka të tjera të vogla të gishtërinjëve të duarve dhe këmbëve.

3. Kockat e sheshta:

a) Të kafkës

b) Të rretheve scapula, os coxae me strukturë të sfungjertë.

Kockat janë pjesë të forta dhe të qëndrueshme, me formë dhe madhësi të ndryshme të cilat mundësojnë lëvizjet tona. Të lidhura me strukturën e tyre, si dhe me praninë e lëndëve kimike organike dhe inorganike. Lëndët organike përfaqësohen nga oseina që u jep kockave elasticitetin, kurse lëndët inorganike përfaqësohen nga kriprat e kalciumit që u japin fortësinë. Kocka gjithashtu është një organ mekanik, nga pikpamja statike ajo siguron mbështetje e trupit, mbajtjen dhe mbrojtjen e organëve të ndryshëm. Gjatë jetës kockat në mënyrë të vazhdueshme u nënshtrohen veprimit të forcave të ndryshme, si në shtypje, tërheqje.²

² Drita Totozani, Sofika Qamirani, Anatomia normale e njeriut Tiranë, 2001, Cap.II.Faqe10/12

2.3 OSTEOPOROZA DHE KLASIFIKIMI

Osteoporozja është një patologji e cila karakterizohet nga pakësimi i masës kockore dhe degjenerim i mikroarkitekturës së indit kockor, gjë e cila dërgon në rritje të brishtësisë kockore, duke rritur në këtë mënyrë riskun për frakturë. Frakturat ndodhin atëherë kur mbi kockë ushtrohet një peshë e cila e tejkalon kapacitetin e kockës. Ky kapacitet është në varësi të shkallës së mineralizimit të kockës dhe arkitekturës së saj. Ndërkohë që osteoporozja përparon, si mineralizimi ashtu edhe arkitektura e brendshme degradojnë, duke rritur rrezikun që një ngarkesë të shkaktojë frakturë. Është një patologji e cila shfaqet tek pacientët në riaftësim, në formën e saj parësore dhe dytësore. Një numër i madh individësh bëhen subjekte të paaftësive fizike dhe kanë dhimbje kronike si pasojë e osteoporozës. Pjesa më e madhe e frakturave të kockave të gjata shkaktohen si pasojë e rrëzimeve dhe rrjedhimisht është kombinimi i pakësimit sasior dhe cilësor të kockës, paqëndrueshmërisë relative neuromuskulore dhe rreziqeve që ndodhen në mjedisin e jetesës.³

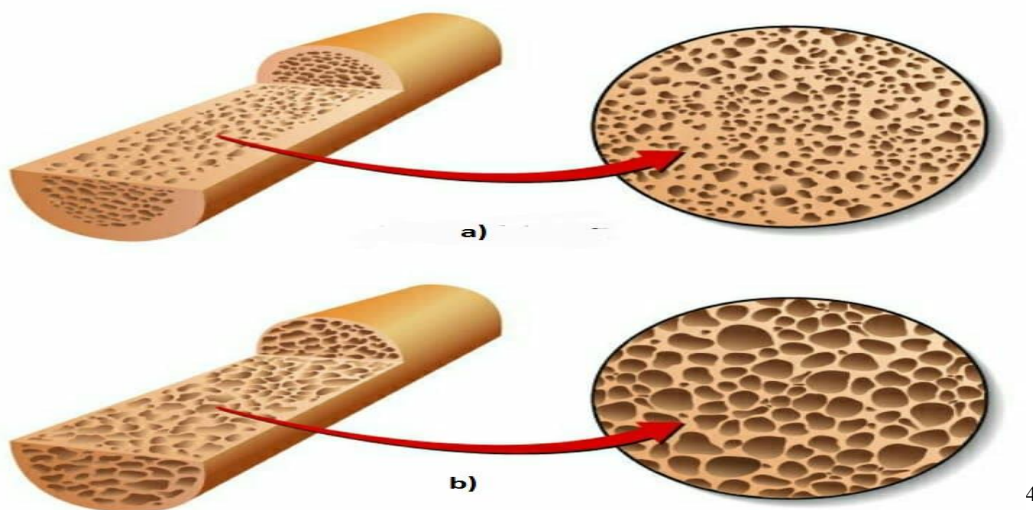


Figura 1.1 a) kocka normale b) kocka osteoporike

³ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, Robert Lindsay, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV Osteoporozja. Faqe 699

⁴ Burimi: <https://www.google.com/>

Të dy gjinite tregojnë një humbje graduale të kockës gjatë jetës, mirëpo gratë në vitet e menopauzës e humbin shpejte kockën, kjo quhet osteoporozë primare dhe nuk i dihet etiologjia. Humbja e shpejte e kockës që shkakton osteoporozën sekondare, mund të shkaktohet prej barnave të caktuara, imobilizimit, duhanit, alkoholit.⁵ Osteoporozë është entitet i veçantë në grupin e sëmundjeve reumatike. Shfaqja e sëmundjes tek femrat pas klimaksit quhet osteoporozë postklimakterike, ndërsa në moshën e pleqërisë osteoporozë senile. Nuk është e rrallë të personat me çrregullime endokrine, me sëmundje sistematike, gastrointestinale, me çmobilizim të gjatë dhe me aktivitet të dobët fizik, por edhe të personat e mjekuar me kortikosteroide.⁶

Tabela 1. Klasifikimi i osteoporozës

<p>A. Osteoporozë parësore me etiologji bazë të panjohur dhe e pashoqëruar me sëmundje</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osteoporozë në menopauzë: tek gratë e moshuara 2. Osteoporozë senile: tek meshkujt e moshuar.
<p>B. Osteoporozë dytësore: është dytësore si pasojë e çrregullimeve/sëmundjeve të fituara ose të trashëguara, ose aberracioneve fiziologjike.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperparatiroidizmi 2. Sëmundja Cushing 3. Mieloma Multiple 4. Hipertirodizmi 5. Malabsorbimi 6. Deficiti i vitaminës D 7. Gjendjet të cilat shoqërohen me mungesë të aktivitetit. 8. Alkoolizmi 9. Artrit reumatid

⁵ Gaw Allan, Begolli Luljeta, Baruti Zana. "Biokimia klinike". 2012. Faqe 76

⁶ Sylejman Rexhepi. "Reumatologjia" Prishtine, 2006. Faqe 197

⁷ Burimi i modifikuar nga: Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, Robert Lindsay, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV Osteoporozë. Faqe 700. Tabela 30-1

2.4 EPIDEMIOLOGJIA, ETIOLOGJIA DHE FAKTORËT E RREZIKUT

Osteoporozja është një problem i shëndetit publik, duke prekur një numër prej 75 milion individësh duke përfshirë një në tri femra të cilat janë në menopauzë, pjesa më e madhe e të cilave janë të moshuara, gjithashtu, preken edhe meshkujt. Osteoporozja është përgjegjëse për rreth shtatëdhjetë përqind të frakturave, të cilat ndodhin tek personat e moshës mbi 45 vjeç. Një e treta e grave mbi 65 vjeç do të pësojë një frakturë të vertebrës. Tek femrat, të cilat kalojnë në menopauzë, risku i frakturave të këllkut është 17% për të bardhat, 12% për hispaniket dhe 8% për zezaket. Megjithatë tek femrat të cilat hyjnë në menopauzë humbja e masës kockore është më e lartë se tek meshkujt, në moshat 65 deri 70 vjeç e me lartë absorbimi i kalciumit pakësohet njëllor në të dy gjinit, duke qar në një shkallë të njëjtë të pakësimit të masës kockore midis meshkujve dhe femrave. Tek meshkujt është një problem i rëndësishëm klinik dhe i shëndetit publik. Rritja e vdekshmërisë pas frakturave të këllkut, në fakt është më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat. Pas moshës 75 vjeçare, osteoporozja prek në mënyrë të barabartë gjysmën e popullatës së femrave dhe të meshkujve.⁸ Etnia dhe ndryshimet e seksit luajnë një rol kryesor në epidemiologjinë e frakturave. Meshkujt kanë një densitet më të lartë kockor se femrat dhe amerikanët afrikanë kanë një densitet mineral kockor më të lartë gjatë rritjes së tyre, me krahasim me të bardhët. Këto ndryshime janë pjesërisht të lidhura me efektet e përberjes trupore si forca muskulore, shpërndarja e dhjavit në trup dhe madhësia e kockës. Si rrjedhojë, frakturat ndodhin më shumë tek amerikanët afrikanë, sesa tek aziatikët dhe të bardhët, veçanërisht ata me prejardhje evropiane.⁹

Rreziku për frakturë nga osteoporozja është në varësi të masës kockore individuale dhe forcës së kockave, që mundë të arrijë një individ gjatë gjithë jetës së tij dhe humbjes së mëparshme kockore, ekzistojnë faktorë risku dhe shkaqe specifike, të cilat qojnë në pakësim të masës kockore dhe shfaqjen e osteoporozës. Patogjeneza e humbjes së kockës dhe osteoporozës është komplekse dhe përfshin predispozita gjenetike dhe ndryshime në sistemin hormonal, përfshirë këtu edhe ndikimin e mjedisit. Të shumica e pacientëve manifestohen dy mekanizma

⁸ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, Robert Lindsay, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV Osteoporozja. Faqe 699

⁹ Goldman. Ausiello, "Traktat mjekësor i Cecil-it" Pjesa XX Semundja e kockave. Faqe 1879

patogjenetikë në zhvillimin e osteoporozës: 1) Pika relativisht e ulët e densitetit kockor rrit rrezikun e osteoporozës në moshën e shtyrë dhe shkakton humbje jo të konsiderushme kockore, 2) Shkalla e shpejtë e humbjes kockore e paraqitur në menopauzë dhe ose në moshën e pleqërisë. Ekzistojnë dy shkaktëtarë të osteoporozës: 1) niveli normal i masës kockore i shoqëruar me humbje rapide të masës kockore, 2) niveli i ulët i masës kockore me humbje në shkallë normale të masës kockore.¹⁰ Baza patogjene e masës kockore të pamjaftueshme, veçanërisht tek moshat e vjetra, mund të vlerësohet gjithashtu nga pikëpamja e anomalive qelizore, hormonale, indor dhe gjenetike.

Për anomalitë qelizore nuk ka prova përfundimtare të cilat tregojnë për kontributin e anomalive qelizore në patogjenezën e osteoporozës. Ndërsa shumë hormone mund ndikojnë në funksionin e qelizave të kockës dhe masës kockore. Deficiti i estrogenit vazhdon të mendohet që të jetë shkak i më tërë për osteoporozën e shfaqur tek gratë pas menopauzës, ndërsa tek meshkujt, si një faktor madhor konsiderohet deficiti i testosteronit po ashtu deficiti i kalcitoninës mendohet të jetë më tërë për rënien e mëtejshme të masës kockore, megjithatë mendohet se roli i saj patogjen në osteoporozë është i vogël. Çrregullimi bazë në të gjitha tipet e osteoporozës është një çrregullim në nivel indor, i sekuencës normale të rimodelimit kockor. Ndikimi i çrregullimeve gjenetike në pakësimin e masës kockore, nuk është vërtetuar. Është përshkruar një çrregullim i një receptori të vitaminës D. Mendohet se gjene të shumta përfshihen si në arritjen e masës kockore, ashtu edhe në ripërtëritjen e mundshme kockore.¹¹

¹⁰ Sylejman Rexhepi. "Reumatologjia" Prishtine, 2006. Faqe 197

¹¹ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, Robert Lindsay, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV Osteoporozë. Faqe 702-703

Tabela 2. Faktorët e rrezikut për fraktura në osteoporozë

Faktorët e rrezikut për fraktura në osteoporozë

1. Anamnezë personale për fraktura si pasojë e traumave shumë të lehta
2. Densitet mineral aktual, i ulët
3. Histori për fraktura tek kushërinjët e shkallës së pare
4. Mosha e vjetër
5. Seksi femër
6. Demenca
7. Rrëzimet e përsëritura
8. Aktivitet fizik i papërshtatshëm
9. Shëndet i dobët
10. Duhanpirësit
11. Pesha e ulët trupore
12. Deficiti i estrogenit
13. Përdorimi i kortikosteroideve
14. Deficiti i vitaminës D
15. Deficiti i testosteronit
16. Marrja e kalciumit në sasi të pakët gjatë jetës
17. Alkoolizimi¹²

¹²Burimi i modifikuar nga: Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, Robert Lindsay, “Mjekësia fizike dhe riaftësimi” Vëllimi I, Cap. IV Osteoporozë. Faqe 701. Tabela 30.3

Tabela 3. Faktorët madhorë të rrezikut për rrëzim.

Ambienti i jetesës

Ndriqimi i pamjaftueshëm

Pengesat mbi sipërfaqe gjatë ecjes

Mungesa e pajisjeve mbështetëse në banjë

Dyshemeja e lagur e kuzhinës dhe e banjës

Këpucë, të cilat nuk përshtaten mirë me këmbën

Mjekësore

Shikimi i dobët

Hipotensioni ortostatik

Çrregullime të aftësive për t'u zhvendosur dhe për të lëvizur

Medikamentet

Depresioni

Ankthi

Neuromuskulore

Ekuilibrë i dobët

Muskuj të dobët

Demografik

Mosha e madhe

Gjinia femërore

Rrëzim i mëparshëm

13

¹³ Burimi i modifikuar nga: Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, Robert Lindsay, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap.IV Osteoporozë. Faqe 715. Tabela 30.9

2.5 SIMPTOMAT

Osteoporoza është një sëmundje e fshehtë. Nuk jep shenja për një kohë të shkurtër por afatgjatë. 3-4 vjet pas menopauses 30 % e kockës humbet dhe asnjë mjekim nuk mund ta kompensojë humbjen e madhe kockore. Nëse është krijuar osteoporoza vihet re kërrusje dhe dhimbje të belit dhe shpinës. Sidomos kockat e vertebrës janë shumë delikate. Edhe kockat e kyçit të dorës ndikohen. Tek tipi i dytë vihen re më shumë dhimbjet e kockave. Me rritjen e moshës rritet mundësia e thyerjes së kockave të legenit. Këto lloj thyerjesh janë tepër të rrezikshme për jetën apo për ta bërë të sëmurin të mos lëviz nga shtrati.

Fillimisht shenjat e osteoporozës janë: pakësim i masës kockore, zvogëlim i gjatësisë së kockës, dëmtime të lokalizuara, shtypje në nivelin e vertebrave, sidomos atyre të mesit, dëmtime të kyçit të dorës, qafës së femurit ose edhe në vende të tjera kur gruaja pëson një traumë. Osteoporoza shkakton dhimbje vetëm në rastet e thyerjeve dhe të dëmtimit të vertebrave.

Në fazat e vonshme të sëmundjes, simptomat kryesore janë këto:

- Dhimbjet të kockave
- Frakturat me traumë të vogël ose pa traumë fare
- Dhimbjet e mesit apo të qafës si pasojë e frakturave të shtyllës kurrizore
- Deformime të postures, kifoza ose “gungacët”¹⁴



Figura 2. Lokalizimet e preferuara të osteoporozës

¹⁴ Sylejman Rexhepi. "Reumatologjia" Prishtine, 2006. Faqe 198

¹⁵ Burimi: <http://www.csid.ro/health/sanatate/osteoporoza-simtome-factori-de-risc-metode-de-diagnosticare-16929311/>

2.6 DIAGNOSTIFIKIMI

Treguesi i parë klinik i osteoporoses si parësore ashtu edhe asaj dytësore, zakonisht është një frakturë. Pacienti paraqitet me dhimbje dhe ekzaminimet radiologjike vërtetojnë praninë e frakturave. Diagnoza e qartë e osteoporozës, zakonisht vendoset kur pacienti pëson një frakturë traumatike, në prani të masës së ulët kockore (në mënyrë tipike të kolonës vertebrore, femurit dhe ose pjesës distale të ulnës ose radiusit). Kjo ka mjaft vlerë nga pikëpamja e menaxhimit të pacientit, si për vlerësimin e pacientit në risk përpara se të ndodhë një tjetër frakturë ashtu edhe në përcaktimin e shkaqeve të frakturës tek një pacient, i cili tashmë ka pësuar frakturë. Procedurat diagnostike, zakonisht skanimi i kockës me radionukleide, mund të përdoren për të vlerësuar dhimbjen komplekse të pacientëve.¹⁶

Tabela 4. Ekzaminimet laboratorike per diagnostifikimin e osteoporozes

Minimale	Maksimale
Kalciumi serik	Ekzaminimet minimale plus të mëposhtmët
Fosfatet serike	Kalciumi i jonizuar
Fosfatet alkaline	iPTH
(totale)	25-OH- vitaminë D
	1 , 25 (OH)2 vitaminë D
	Elektroforeza e proteinave
	Provat e funksionit të tiroides
	Ekzaminimet e SMA-12
	Analizë e plotë e qelizave të gjakut
	Treguesit urinarë dhe serikë të rezorbimit dhe formimit të kockës
	Biopsi e kreshtës së kockës iliake me tetraciklinë ¹⁷

¹⁶Francis J. Bonner, Charles H.Chesnut III, Robert Lindsay, “Mjekësia fizike dhe riaftësimi” Vëllimi I, Cap.IV Osteoporozë.Faqe704

¹⁷ Burimi i modifikuar nga: Francis J. Bonner, Charles H.Chesnut III, Robert Lindsay, “Mjekësia fizike dhe riaftësimi” Vëllimi I, Cap.IV Osteoporozë.Faqe705.Tabela30.5

2.7 TRAJTIMI

Me anë të trajtimit të osteoporozës synohet ruajtja dhe përmirësimi i masës kockore në zona të veçanta. Masa kockore është përcaktues kryesor për ndodhjen e frakturavë. Përmirësimi dhe ruajtja e masës kockore shoqërohet me një pakësim të riskut që pacienti të pësojë frakturë. Pacienti duhet këshilluar për ndryshimin e sjelljeve, të cilat kanë të bëjnë me një stil të keq jetese dhe çojnë në pakësimin e masës kockore, duke përfshirë duhanpirjen, marrja e alkoolit me sasi të mëdha, mos kryerjen e ushtrimeve fizike.¹⁸Me rëndësi është, që të ndërpritet duhani. Në menopauzë, terapia zëvendësuese hormonale është e dobishme jo vetëm për lehtësimin e simptomave në menopauzë, por edhe për të shmangur humbjen e shpejtë të kockës.¹⁹Për të kuptuar logjikën e përdorimit të medikamenteve të ndryshme terapeutike, të cilat ruajnë dhe përmirësojnë densitetin e masës kockore ose masën kockore, janë të nevojshme disa njohuri në lidhje me procesin e rimodelimit të kockës. Gjithashtu ka një numër medikamentesh, të cilat nxisin formimin e kockës.

Regjimi dietal

Kalciumi

Kalciumi është shumë i rëndësishëm për parandalimin dhe trajtimin e osteoporozës. Akademia kombëtare e shkencës rekomandon marrjen e një sasi kalciumi prej 1,200 mg/ditë, si për burrat, ashtu edhe për gratë mbi 50 vjeç. Kalciumi është i sigurt për t'u përdorur, relativisht i pakushtueshëm dhe i thjeshtë. Qumështi dhe produktet e tjera të bulmetit janë burime të rëndësishme të kalciumit, si dhe marrja e kalciumit shtesë. Megjithëse marrja e sasisë së 1% e burrave dhe e grave më shumë se 70 vjeç arrijnë që t'i plotësojnë nevojat e tyre ditore për kalcium me anë të dietës.

Vitamina D

Akademia kombëtare e shkencës rekomandon një marrje ditore të vitaminës D prej 400 UI për meshkujt dhe femrat midis moshës 51 dhe 70 vjeçare, ndërsa tek meshkujt dhe femrat mbi 70 vjeç, rekomandohet marrja e 600 UI vitaminë D. Efikasiteti i formave aktive të vitaminës D, të

¹⁸ Francis J. Bonner, Charles H.Chesnut III, Robert Lindsay, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap.IV Osteoporozë.Faqe705

¹⁹ Gaw Allan, Begolli Luljeta, Baruti Zana."Biokimia klinike". 2012.Faqe76

tilla si kalцитроли është ende i pavërtetuar. Roli i këtyre medikamenteve është shtimi i përthithjes së kalciumit në zorrë.

Proteinat

Bashkë me marrjen e shtesës të kalciumit dhe vitaminës D, marrja e proteinave shtesë ka dhënë rezultate të mira tek pacientët, të cilët kanë pësuar fraktura të këllkut. Në një studim të kryer nga Schurch e të tjerët, pacientëve të moshuar, me anë të dietës iu dha një shtesë proteinash prej 20g/dite për 6 muaj pas frakturave të këllkut. Tek këta pacientë u arrit të evitohet humbja e shpejtë e masës kockore, që ndodh zakonisht në anën e kundërt të këllkut, gjatë një viti. Rekomandimet për proteina është 44g/ditë për femrat dhe 56g/ditë për meshkujt.

Terapia medikamentoze

Bisfosfonatet

Bisfosfonatet alendronate (Fosamax, Merck&Co, ËestPoint, PA) dhe rizedronate (Actonel; Proctor&Gamble,Cincinnati) ndihmojnë në ruajtjen e masës kockore të kolonës vertebrore, këllkut dhe kyçit të dorës, si dhe ndihmojnë në parandalimin e frakturave në këto zona të skeletit. FDA ka miratuar përdorimin e tyre për parandalimin dhe trajtimin e osteoporozës tek meshkujt dhe femrat në menopauzë. Është spekuluar se përmirësimi i BMD, i arritur përmes trajtimit afatshkurtër, do të jetë i qëndrueshëm edhe pas ndërprerjes së trajtimit. Bisfosfanatet akumulohen dhe qëndrojnë në kocka. Efektet afatgjata të këtij fenomeni janë të panjohura. Medikamenti duhet të përdoret në mëngjes, të paktën gjysmë ore para ngrënies ose përpara se të pihet diçka dhe pacienti nuk duhet të qëndrojë shtrirë, në mënyrë që të shmanget rreziku i ulqerimit të ezofagut, një efekt i cili konsiderohet si i pazakontë.

Estrogjeni

Dhënia e estrogjenit është e rëndësishme për trajtimin e përgjithshëm të osteoporozës tek femrat. Në një studim të randomizuar me grup kontroll placebo, ku u përdoren tableta të përbëra estrogjen/progestin (0.625mg estrogjen,2.5mg progestin) ose placebo në rreth 17.000 gra në menopauzë me uterus të paprekur, u ndal herët, pasi u pa se përdorimi i tyre kishte efekt të dëmshëm, duke ndikuar në rritjen e incidencës së shfaqjes së kancerit të gjirit, insulltit, trombozës së venave, sëmundjes koronare të zemrës dhe embolia pulmonare.

Kalcitonina

Studimet e kryera mbi efektet e kalcitoninës kanë treguar se ajo ka aftësi për të ruajtur masën kockore dhe ka shumë mundësi të parandalojë edhe frakturat. Aktualisht, ky medikament mund të administrohet në formën e injeksioneve ose si spraj nazal. Një nga përfitimet e përdorimit të saj është se ajo lehtëson dhimbjen, mendohet me anë të nxitjes së prodhimit të β -endrofinave, në rastin e frakturave të kolonës vertebrore. Kalcitonina ka pak efekte anësore të rëndësishme.

Raloksifeni

Përdorimi i raloksifenit shkakton një rritje të lehtë të masës së kockës dhe një pakësim të riskut për të pësuar frakturë të vertebrave me 40% deri në 50%. Gjithashtu, duket se përdorimi i saj pakëson riskun për shfaqjen e kancerit të gjirit estrogjen vartës, por rrit riskun për trombozë të venave. FDA ka aprovuar përdorimin e saj për trajtimin dhe parandalimin e osteoporozës tek femrat në menopauzë, por jo për trajtimin e simptomave të menopauzës.

Hormoni paratiroid

Hormoni paratiroid ose fragmentet molekulare të paprekura të molekulës peptidike, mund të jenë të vlefshme në trajtimin e osteoporozës ku përdoren në mënyrë paraenterale. Një përdorim i tillë bazohet në një efekt të supozuar metabolik të hormonit të paratiroides kur administrohet si fragment, gjithashtu përdorimi i tij ka vlerë edhe kur osteoporoza është shfaqur, pasi ai nxit formimin e kockës. FDA më 2002 miratoi përdorimin e hormonit paratiroid për trajtimin e osteoporozës.

2.8 VLERËSIMI I PACIENTIT PËR RIAFTËSIM

Menaxhimi riaftësues i pacientit me osteoporozë varet si nga vlerësimi i kujdesshëm i humbjes së masës kockore, ashtu edhe nga përcaktimi i shëndetit të dobët dhe i prirjes së pacientit për t'u rrëzuar. Osteoporoza është një sëmundje e cila përparon vazhdimisht, që nga dëmtimet minimale të skeletit për t'i rezistuar stresit, e deri në një gjendje e cila karakterizohet nga brishtësi e kockave, deformim, dhimbje kronike dhe invalidizim. Rrjedhimisht, pacientët mund të paraqiten tek mjeku me një spektër të gjerë ankesash, të cilat kanë nevojë për nivele të ndryshme ekzaminime dhe ndërhyrje. Pacientët mund të kategorizohen në katër grupe, të cilat variojnë që nga ata të cilët kanë nevojë vetëm për një program parandalues, e deri tek ata të cilët

kanë nevojë vetëm për një program të hollësishëm ndërhyrjeje. Individët të cilët paraqiten me pakësim të masës kockore, por që nuk kanë faktorë risku, kanë nevojë të edukohen për parandalimin e osteoporozës, duke i kushtuar rëndësi shmangies së faktorëve të riskut dhe ruajtjes së masës kockore. Të tjerët paraqiten me një pakësim të masës kockore dhe kanë nevojë për një vlerësim diagnostik.

Anamneza është një pjesë e rëndësishme e vlerësimit, duhet ekzaminuar për probleme të zorrës dhe vezikës urinare. I kushtohet vëmendje marrjes së kalciumit, ushtrimeve fizike, menopauzës dhe të gjitha medikamenteve të përdorura së fundmi. Një ekzaminim fizik i përgjithshëm duhet të përfshijshë dokumentimin e gjatësisë dhe peshës trupore, pozicionin, qëndrimin, ecjen dhe ekuilibrin. Duhet bërë ekzaminime imazherike të zonave simptomatike të skeletit, për të identifikuar praninë dhe shkallën e deformimit. Matja e masës kockore ka vlerë për të përcaktuar objektivat dhe intensitetin e programit ushtrimor terapeutik.

Ushtrimet

Ushtrimet terapeutike janë një element i rëndësishëm i programit të riaftësisimit për pacientët me osteoporozë dhe duhen përshtatur sipas aftësisë fizike të pacientit, si dhe riskut që ka për të pësuar frakturë. Pacientët mund të klasifikohen në bazë të shkallës së dëmtimit, me ose pa aftësi. Efektet përfituese të ushtrimeve shihen në pakësimin e humbjes së masës kockës, si dhe në rritjen e forcës dhe ruajtjen e ekuilibrit, me qëllim parandalimin e rrëzimeve dhe shmangien e frakturave. Sipas rezultateve të publikuara të studimeve të fundit, me anë të kryerjes së ushtrimeve fizike me intensitet të moderuar një ose dy herë në javë, mund të arrihen rezultate të mira neuromuskulore.²⁰

²⁰ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, Robert Lindsay, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap.IV Osteoporozë. Faqe 705-710

3. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i këtij punimi është shtjellimi e sëmundjes se osteoporozës në përgjithësi komplikimet akute dhe kronike të kësaj patologjie dhe kujdesi infermieror të pacientet po ashtu edhe prezantimi i një rasti.

4. METODOLOGJIA (MATERIALET DHE METODAT)

Për realizimin e këtij punimi është përdorur Prezentimi i rastit. Të dhënat për prezentimin e rastit janë marrë nga Spitali Rajonal i Pejës, me aprovim paraprak edhe të pacientit.

5. STUDIM RASTI

Vlerësimi Fillestar

Të dhënat Subjektive:

Pacientja e gjinis femër 62 vjeçare është lajmëruar ne urgjencen e Pejës prej nga dërgohet në repartin e ortopedis per hospitalizim me dhimbje të pjesës së fund shpinës që propagon kah këmbet ne të dy anët, vështirësi në realizimin e aktiviteteve ditore, paqëndrushmëri, pagjumësi.

Të dhënat Objektive:

Pacientja në pranim e vetëdijshme e orjentuar në hapsirë, kohë dhe ndaj rrethit, afebrile, acianotike, anikterike, lekura dhe mukozat e dukshme lehtë hiperonike. Gjëndrat limfatike nuk palpohen, merr pozitë active në shtratin e pacientit mesatarisht të sëmurë. Jeton në fshat me kushte mesatare ekonomike. Duhan dhe alkool nuk konsumon perveq qaj të zi. Alergji në penicilin.

Koka: forme normale, ndryshmëri palpatoe ne regjionin parietal dhe okcipital, piloziteti normal.

Fytyra: pa veçori **Sytë:** Shikim normal, **Goja:** buzët normal, gjuha e shtesume, bajamet e skuqura. **Qafa:** cilindrike, levizje pasive me dhimbje ne fleksion dhe në rotacion. **Kafazi**

krahërorit: cilindrik, simetrik. **Mushkëritë:** frymarrje bronkovezikulare në të dy mushkëritë.

Zemra: tone te qarta, zhurma jo, pulsi radial 78/min. **Abdomeni:** muri pa veçori, ndjeshmëri në palpim sipërfaqësor dhe të thellë. **Ekremitetet:** pa edema në këmbë pa varikozitete. **SNQ:** pa deficioz neurologjike pa lateralizim.

Diagnoza infermierore

Pacientja në pranim e vetëdijshme e orjentuar në hapsirë, kohë dhe ndaj rrethit, afebrile, acianotike, lekura dhe mukozat me ngjyre normale. Ankesat vin e shtohen qdo dit, lodhje, rënia në peshë, anoreksi, muskulaturë e dobët për arsye të pakësimit të aktiviteteve fizike, dhimbje akute dhe kronike e shpinës.

Planifikimi infermieror

- Shpjegimi i trajtimeve dhe testeve që do të bëhen
- Aplikimi i terapisë sipas udhëzimit të mjekut
- Matja e shenjave vitale dhe marrja e gjakut dhe urines për analiza laboratorike
- Përgaditja psiqike e pacientit për ekzaminime radiologjike
- Parandalimi e komplikacioneve
- Kujdesi për imobilizim
- Menagjimi i dhimbjes
- Mbajtja e peshës nën kontroll

Ekzaminimet Plotësuse

Gjatë qëndrimit hospitalor pacientet i janë bërë të gjitha ekzaminimet e nevojshme dhe janë fituar keto rezultate të analizave laboratorike: SE=30 mm/h, Le=5.5 x10⁹/L, Er=3.9 x10¹²/L, Hgb=118g/L, Plt=276x10⁹/L, Urea=15mmol/L, Kreatinina=121mmol/L, Glikemia=8.7mmol/L, Kolesterolit 4.7 mmol/L, Trigliceridet 0.8 mmol/L, Total bilirubina 12.5mmol/L/, CRP 32, ALT 22 U/L, AST 24 U/L, Anti CCP 9.7 Negative. Po ashtu janë bërë edhe ekzaminime plotësuse si: EKG, ECHO E ABDOMENIT, CT E KURRIZIT L/S.

ECHO E ABDOMENIT

Hepari me madhësi dhe pozitë normale me struktur homogjene pa ndryshime fokale. Rrugët biliare intra dhe ekstra hepatike nuk janë të dilatuara. Pankerasi dhe lieni me formë, madhësi, dhe echostrukturë normale pa lozione fokale patologjike. Veshka e djathtë dhe e majte me madhësi dhe pozitë normale me parenkim të ruajtur, pa shenja staze me shenja mikrolitaze. Fshikeza urinare e zbrazet.

CT E KURRIZIT L/S

Ekzaminohen pjesa lumbosacrale e boshtit kurrizor ku verehen shenja të osteoporozës me ndryshime të theksuara degjenerative ne kuptim të Spondylarthrozës me ngushtim te hapsirave I.V. me skleroze subchondrale me osteofite marginale ventrale dhe dorzale me degjerimi te disqeve I.V. me presence te vacuum fenomenit ne te gjitha nivelet.

Ne nivelin L3-L4 verehet fryrje e lehte (Bulging) e discut I.V.

Ne nivelin L4-L5 verehet fryrje (Bulging) e discut I.V. me komprimim ne sac.dural

Ne nivelin L5-S1 verehen shenja te fryrjes (Bulging) te discut I.V me komprimim me sac.dural

Ndryshim degjenerativ verehet edhe në art facet dhe sacroiliake në të dy anet.

Vlerësimi Përfundimtar

Pacientja ka qëndruar per 12 ditë ne repartin e ortopedise dhe gjatë qëndrimit pacientes i janë bërë të gjitha ekzaminimet e nevojshme. Gjatë kësaj kohe është trajtuar me tretje fiziologjike, analgjetik, kortikosteroide dhe terapi tjetër konform gjëndjës së pacientës, lëshohet ne shtëpi me rekomandimi qe të përdor këtë terapi: analgjetik për dhimbje, kalcium si dhe keshilla per ushqyrje te shëndetshem.

6. DISKUTIM

Në mbarë botën, osteoporozja shkakton më shumë se 8.9 milion fraktura në vit, duke rezultuar në një frakturë osteoporotike çdo 3 sekonda.

Osteoporozja vlerësohet të prekë 200 milionë gra në mbarë botën - përafërsisht një e dhjeta e grave të moshës 60 vjeçare, një e pesta e grave të moshës 70 vjeçare, dy të pestat e grave të moshës 80 dhe dy të tretat e grave të moshës 90 vjeçare. Në mbarë botën, 1 në 3 gra mbi moshën 50 vjeç do të përjetojnë fraktura osteoporotike, ashtu si do të ketë 1 në 5 meshkuj mbi 50 vjeç .

80%, 75%, 70% dhe 58% të parakrahit, humerus, hip dhe thyerje të shpinës, përkatësisht, ndodhin në gratë. Në përgjithësi, 61% e frakturave osteoporotike ndodhin tek femrat, me një raport femër-mashkull prej 1,6.²¹

Në rastin tonë pacienti i takonë gjinis femrore moshë 62 vjeçare, është e diagnostikuar me Lumboischialgia bill, Osteoporosis. Pacientja është paraqitur në qëndren urgjente me dhimbje të ashpra të pjesës së fund shpinës, është hospitalizuar dhe trajtuar me terapinë e ordinuar nga mjeku dhe pas 12 ditë qëndrimi në repartin e ortopedisë është lëshuar në shtëpi në gjendje me të përmirësuar si dhe i janë dhënë këshilla rreth sigurimit të komfortit për parandalimin e komplikacioneve dhe përdorimit të rregullt të terapisë mjekësore.

Në 1993 tregon se i është nënshtruar operacionit për largimin e mitrës që është e mundur të ketë kontribut në paraqitjen e osteoporozës për shkak të lidhjes së saktë të esterogjeneve dhe fortësisë së eshterave, që nga ajo kohë në menyrë të heshtur i është rralluar masa.

²¹ <https://www.iofbonehealth.org/facts-statistics>

7. PËRFUNDIMI

Si përfundim osteoporoza është një sëmundje që kërkon një kujdes të veçantësi për nga menyra e jeteses ashtu edhe nga ana e trajtimit.

1. Aktivitetet fizik si ushtrimet për disa orë në javë janë themelet për parandalimin e osteoporozës, sepse optimizojnë pikun e masës kockore që në moshë të re .
2. Ushqimet, si salmoni dhe skumbri, janë të pasur me vitamin D .
3. Dielli luan një rol po ashtu të rëndësishëm, për të prodhuar sasinë e duhur të vitaminës duhet të ekspozohen të paktën 20 minuta në ditë në diell, sidomos ata që qëndrojnë shpesh në shtëpi.
4. Po ashtu e rëndësishme është informimi i të moshuarve për rreziqet që mund të hasin në shtëpi.

Propozimi i masave

- Vizita të rregullta tek mjeku.
- Marrja e rregullt e terapis.
- Konsumimi i ushqimit të shëndetshëm.
- Te mos konsumohet alkohol dhe duhan.
- Te kryhen ushtrime fizike në mënyrë të rregullt.
- Duhet shmangur ushtrimet që kërkojnë forcë të madhe apo ato që paraqesin rrezik rrëzim.
- Përshtatja e ambienteve, ndriqimi sa më i mire.
- Qëndrimi në diell të paktën 20 minua në ditë .
- Identifikimi i personave të rrezikuarë.

8.a REZYME

Hyrje: Osteoporoza është një sëmundje metabolike kockore e gjeneralizuar, qe karakterizohet nga formimi i pamjaftushëm ose rezorbimi i shtuar i matriksit kockor, qka rezulton në pakësim të masës kockore. Karakterizohet nga një thyshmëri e rritur e kockës, si rrjedhojë e uljes së cilësis dhe sasisë së saj. Osteoporoza është sëmundje shumë e përhapur tek dy gjinitë, por më shumë e shprehur tek femrat pas menopauzës.

Qëllimi i punimit: është prezantimi i një rasti me osteoporoz.

Metodologjia: Për realizimin e këtij punimi është përdorur Prezentimi i rastit.

Të dhënat për studimin e rastit janë marrë nga Spitali Rajonal i Pejës

Rezultatet: Pacientja ka qëndruar për 12 ditë në repartin e ortopedis dhe gjatë qëndrimit pacientes i janë bërë të gjitha ekzaminimet e nevojshme. Gjatë kësaj kohe është trajtuar me terapi konform gjendjes së pacientes, lëshohet në shtëpi me gjendje të permisuar rekomandimi që të përdor terpin.

Përfundimi: Si përfundim kemi kuptuar që osteoporoza është një sëmundje që kërkon një kujdes të veçantë si për nga menyra e jetesës ashtu edhe nga ana e trajtimit. Sekretet e parandalimit dhe të trajtimit të kësaj sëmundje janë aktiviteti fizik i përditshëm, mënyra e ushqyerjes, kujdesi ndaj peshës, profesionin dhe gjendjen fiziologjike të personit, trajtimi, edukimi.

Fjalët kyçe: Osteoporoza, fraktura, vitamina D

8.b SUMMARY

Introduction: Osteoporosis is a generalized metabolic bone disease characterized by insufficient formation or increased resorption of the bone matrix, resulting in bone mass decrease. It is characterized by increased bone turnover due to the decrease in quality and quantity her. Osteoporosis is a very common disease in both sexes, but more pronounced in women after menopause.

The purpose of the work: is to present a case with osteoporosis.

Methodology: For the realization of this paper, Case Presentation was used. Case study data was obtained from the Regional Hospital of Peja

Outcomes: The patient stayed for 12 days in the orthopedic ward and during the stay the patient was made all the necessary examinations. During this time it has been treated with therapy in accordance with the condition of the patient, is issued in the home with the recommended condition to use the therapy.

Conclusion: In conclusion, we have come to understand that osteoporosis is a disease that requires particular care both for the lifestyle and the treatment. The secrets of preventing and treating this disease are daily physical activity, nutrition, weight-management, occupation and physiological condition of the person, treatment, education.

Key words: Osteoporosis, fractures, vitamins D

9. REFERENCAT

1. Drita Totozani, Sofika Qamirani, “Anatomia normale e njeriut”Tiranë 2001.
2. Gaw Allan, Begolli Luljeta, Baruti Zana, “Biokimia klinike” 2012.
3. Sylejman Rexhepi, “Reumatologjia” Prishtin, 2006.
4. Francis J. Bonner, Charles H.Chesnut III, Robert Lindsay, “Mjekësia fizike dhe riaftësimi”.
5. Goldman.Ausiello,”Traktat mjeksor i cecil-it”.
6. Adam Greenspan, “Imazheria ortopedike”, Tarberankul 2013.

<https://www.iofbonehealth.org/facts-statistics>

<http://www.csid.ro/health/sanatate/osteoporoza-simptome-factori-de-risc-metode-de-diagnosticare-16929311/>

10. CV

Arbnesha Shala ka lindur më 16.05.1995 në Pejë, me Kombësi Shqiptare dhe Shtetësi Kosovare.

Jeton në fshatin Loxhë në komunën e Pejës.

Shkollën e mesme të ulët e përfundoi në “2 Korriku” Loxhë, në vitin 2011

Shkollën e mesme të lartë e mbaroi në Shkollën e Mesme të Mjekësisë “Ramiz Sadiku” Pejë në vitin 2014, dhe u Diplomua në Drejtimin e Ass.Infermiere e përgjithshme.

Shkollimin universitar e filloi në vitin 2014 në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri.