

UNIVERSITETI I GJAKOVËS

“FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI: *INFIERMIERI*



PUNIM DIPLOME

Artriti reumatoid

Mentori:

Prof. Ass. Dr. IDRIZ BERISHA

Kandidati:

BAJRAM AHMETAJ

Gjakovë, 2017

Ky punim është bërë me ndihmën e shënimeve nga librat e arhivave e protokoleve në spitalin rajonal “Isa Grezda” Gjakovë. Në këtë punim janë përfshirë gjithsej, 16 grafikona dhe 16 tabela. Mentori i temës është Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha, Internist – Reumatolog i cili me njohuritë dhe ndihmën e tij rreth punimit në fjalë ka dhënë kontributin dhe gatishmërinë për të arritur rezultatin e duhur.

DEKLARATË STUDENTORE

Deklaroj nën përgjegjësinë time se punimi është i shkruar nga unë, nuk është prezantuar asnjëherë më parë, para ndonjë komisioni ose institucioni tjetër që nuk mban vulën e universitetit dhe degës përkatëse ku është përcaktuar të prezantohet punimi në fjalë.

BAJRAM AHMETAJ, 2017

Falenderimet

Para se të filloj të paraqes punimin timë shprehë mirënjohjen time për personat që dhanë ndihmë për të realizuar deri në fund këtë detyrë. Shprehë falenderimet më të sinqerta për familjen time, për mbështetjen në çdo hap të shkollimit dhe në realizimin përfundimtar të këtij punimi, pa anashkuar dhe shoqërinë që më mbështetën fuqishëm gjatë këtyre tri viteve e deri më sot.

Falenderoj stafin e universitetit, antarët e komisionit të cilët janë pëkushtuar për të arritur finalizimin e këtij rrugëtimi. Falenderoj Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha për ndihmën e tij për hartimin e këtij studimi, gjithashtu edhe asistentët për huazimin e literaturave të nevojshme.

PËRMBAJTJA

- Abstrakt-----	6
- Abstract-----	7
1. Hyrje-----	8
1.1. <i>Objektivat-----</i>	9
1.2. <i>Hipotezat-----</i>	9
1.3. <i>Karakteristikat demografike-----</i>	9
1.4. <i>Faktorët-----</i>	10
2. Artriti reumatoid-----	11
2.1. <i>Anatomia e artikulacioneve-----</i>	12
2.2. <i>Sinovia-----</i>	14
2.3. <i>Epidemiologjia-----</i>	15
2.4. <i>Etiologjia-----</i>	16
2.4.1. <i>Faktorët gjenetik-----</i>	17
2.4.2. <i>Faktorët infektivë-----</i>	17
2.4.3. <i>Faktorët hormonalë-----</i>	17
2.4.4. <i>Faktorët imunologjikë-----</i>	17
2.5. <i>Fispatologjia-----</i>	18
2.6. <i>Autoimuniteti-----</i>	20
2.6.1. <i>Autoimuniteti ndaj peptideve citnulinke-----</i>	21
2.7. <i>Anamneza-----</i>	22
2.7.1. <i>Dhimbja-----</i>	23
2.7.2. <i>Ngurtësimi mëngjesor-----</i>	24
2.7.3. <i>Kufizimi i lëvizjeve-----</i>	24
3. Rezultatet-----	26
4. Diskutimi-----	36
5. Përfundim-----	38
6. Rekomandim-----	39
7. Literatura-----	40

Abstrakt

Artriti Reumatoid është një sëmundje autoimune e cila shkakton inflamacion të shtresës mbështjellëse të nyjave. Ky ind i trupit gabimisht sulmohet nga qelizat mbrojtëse të organizmit. Kjo është një sëmundje kronike, që shoqërohet me faza përmirësimi, ndërsa rikthehet dhe madje përkeqësohet me kalimin e kohës. Trajtimi i hershëm është kyç për të penguar zhvillimin dhe përkeqësimin e kësaj sëmundje.

Sëmundjet reumatizmale janë ndër shqetësimet më të shpeshta të shëndetit edhe në popullatën shqiptare, që prekin kryesisht moshat e rritura, por nuk mungon përhapja e tyre edhe tek më të rinjtë. Sikur ndodh me shumë sëmundje të tjera, trajtimi i hershëm i simptomave reumatizmale luan një rol të rëndësishëm në kontrollimin dhe shmangien e dhimbjeve të gjymtyrëve e deformimit të nyjeve. Këto komplikacione favorizohen nga fakti i shfaqjes së simptomave të dukshme që në stadet më të hershme. Reumatologët bëjnë me dije se këto sëmundje bartin një kosto të madhe, e cila nuk rëndon vetëm individin, por gjithë shoqërinë. Kjo pasi mostrajtimi, përveç dhimbjeve që shkakton tek pacienti, shton edhe mungesat në punë si rrjedhojë e paaftësisë për të kryer aktivitetet e përditshme. Sëmundjet reumatizmale renditen si shkak i dytë pas sëmundjeve të qarkullimit të gjakut, që ndikojnë në rritjen e paaftësie për punë. Kjo sëmundje bëhet më e shpeshtë tek moshat e treta, ku mbi 50 për qind e tyre vuajnë nga format më të ndryshme të reumatizmës. Femrat kanë përqindje më të madhe të kësaj sëmundje.

Fjalët Kyçe: *Lëngu Sinovial, Lubrifikimi, Pannus, Kartilago, Tendinat.*

Artikulationet: *radiocarpale, metacarpofalangeale, proksimale interfalangeale, metotarsfalangeale, Pes Valgus, Pes Planus, Sindroma Felty, Cyclic Citrulline, Antistreptolizina.*

SUMMARY

Rheumatoid Arthritis is an autoimmune disease which causes inflammation of the joints of the joints. This body tissue is mistakenly attacked by the body's protective cells. This is a chronic illness, which means that there are periods when it can be completely removed as it recovers and even worsens over time. Early treatment is key to preventing the development and deterioration of this disease.

Rheumatic diseases are among the most common concerns of the our population health, affecting mainly the adult years, but their proliferation is not lacking even to the youngest. As happens with many other diseases, early treatment of rheumatic symptoms plays an important role in controlling the pain of limb and avoiding bone deformation. These complications are favored by the fact of the appearance of visible symptoms in the earliest stages. Rheumatology suggest that these diseases carry a huge cost, which the individual, but the entire society. This because not treatment ,except pain to the patient, adds absence from work due to the inability to perform daily activities. Rheumatic diseases are ranked as the second after cardiovascular diseases, affecting the growth of incapacity for work. This disease becomes more common in the elderly, where over 50 percent of them suffer from various forms of rheumatism. Women have greater percentage of this disease.

Keywords: *Synovial fluid, Lubrication, Pannus, Kartilago, Tendinite.*

Joints: *radiocarpale, metacarpofaloengeale, proksimale interfalongeale, metotarsofalongeale, Pes Valgus, Pes Planus, Syndrome Felty, Cyclic citrulline, Antistreptolizina.*

1. Hyrje

Megjithëse konsiderohet si një "sëmundje e përbashkët", artriti reumatik shpesh përcillet me manifestime extra artikulare. Analiza krahasuese e artritit reumatoid seronegativ dhe seropozitiv në lidhje me manifestimet jashtë-artikulare është subjekt i shumë studimeve.

Artriti reumatoid është një sëmundje inflamatore sistemike kronike me etiologji të panjohur që prek kryesisht membranat sinoviale. Sëmundja shoqërohet me inflamacion të membranave sinoviale dhe formim të të ashtuquajturit "pannus" që shkakton: dhembje, edemë, ngurtësim mëngjesor dhe humbje të funksionit të nyjeve. Shkaku është i panjohur. Sëmundja haset në të gjitha moshat por është më e shpeshtë mbi 30 vjeç dhe sidomos te gratë. Sëmundja fillon në mënyrë të ngadaltë, të sëmurët ankohen për lodhje, djersitje pas çdo sforcimi ose gjatë natës, kanë zakonisht temperaturë subferile 37-37.5 C, gjendje nervozizmi, rënie të aftësive për punë, ftohje dhe djersitje të pëllëmbëve të durave, ndonjëherë mpirje të tyre. Shpesh herë ato ndiejnë dhimbje të gishtërinjëve të duarve dhe këmbëve sidomos në mëngjes duart janë të ënjtura, kjo quhet ngurtësim mëngjesor e përcjellë me simetritet që shoqërohet me humbje të shkathtësisë së lëvizjes. Me kalimin e kohës ënjtja dhe dhimbja në kyçe bëhen më të forta dhe sëmundja përhapet dhe në kyçet e tjera si në gjunjë, bërryla, shpatulla dhe kështu mund të shpie deri në pikën kur i sëmuri të bëhet invalid. AR jep dëmtime në muskuj, në sy zemër, mushkëri dhe enë të gjakut derisa në lëkurë shfaqen nyje të forta që quhen nyje reumatoide. Ai është relativisht i shpeshtë dhe me një prevalencë rreth 1% tek të rriturit në të gjithë botën. AR-ja shkurton jetën dhe ndikon shumë në cilësinë e jetës së pjesës më të madhe të pacientëve. Në thelb, të gjithë pacientët kanë disa karakteristika sistemike si lodhje, temperaturë subfebrile, anemi dhe rritje të proteinave të fazës akute (shpejtësia e eritrosedimentit-ESR) dhe proteina C-riaktive (CRP). Pavarësisht këtyre karakteristikave, shënjestra kryesore e AR-së është membrana sinoviale, e cila është përgjegjëse për tiparet e ndryshimeve klinike. Indi sinovial proliferohet në mënyrë të pakontrolluar, duke çuar kështu në prodhim të tepërt të lëngut sinovial, shkatërrim të kartilagos, erozion të skajeve të kockave dhe dëmtim të tendinave dhe ligamenteve. Në dekadën e fundit ecuria e trajtimit të AR-së ka ndryshuar shumë. Terapitë aktuale japin përmirime klinike të rëndësishme për pjesën më të madhe të pacientëve, veçanërisht nëse diagnoza vendoset shpejt dhe nëse trajtohen me barnat e duhura antreumatike që modifikojnë sëmundjen (DMARD).¹

¹ D.Ausiello, "Traktati mjekësor i Cecil-it" Cap XXII, "Sëmundjet e reumatizmale" fq, 1992

1.1. Objektivat Specifike të Studimit - Vlerësimi i prevalencës së artritet reumatoid në qytetin e Gjakovës për periudhën Janar 2012 – Dhjetor 2014.

- Vlerësimi i incidencës mesatare vjetore të artritet reumatoid në popullsinë e qytetit të Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.
- Vlerësimi i shpërndarjes së artritet reumatoid në popullsinë adulte të qytetit e Gjakovës.
- Vlerësimi i faktorëve të rrezikut të artritet reumatoid në popullatën adulte të qytetit e Gjakovës:
 - faktorët gjenetikë;
 - konsumi i ekzagjeruar i alkoolit;
 - konsumi i ekzagjeruar i mishit.

1.2. Hipotezat e Studimit

- Prevalenca e artritet reumatoid në qytetin e Gjakovës është pak a shumë e njëjtë me qytetet tjera të vendit tonë, por më e ulët në krahasim me prevalencën e raportuar nga shumë popullata të vendeve perëndimore.
- Në mënyrë të ngjashme, incidenca e artritet reumatoid në qytetin e Gjakovës është e ngjashme me incidencën e vërejtur në qytetet tjera të vendit tonë, por më e ulët në krahasim me raportimet e shumë vendeve perëndimore të cilat karakterizohen nga një incidencë më e latë e kësaj patologjie.
- Faktorët gjenetikë janë përgjegjës kryesorë në zhvillimin e artritet reumatoid edhe në popullatën adulte të qytetit e Gjakovës.

1.3. Karakteristikat demografike dhe social-ekonomike të individëve:

- Moshë: u vlerësua sipas vetë-raportimit të datës së lindjes të subjekteve dhe datës së ekzaminimit të tyre. Në analizën e të dhënave, moshë u trajtua si variabël numerik, por edhe si variabël kategorik (dikotomik/binar) për komponentin e artritet reumatik (50-59 vjeç vs. ≥ 60 vjeç).
- Gjinia: variabël binar/dikotomik (meshkuj vs. femra).
- Edukimi: vetë-raportimi i viteve të shkollës të secilit individ në studim. Në analizën e të dhënave, niveli i edukimit u trajtua si variabël kategorik (ordinal): 0-8 vjet (edukim i ulët), 9-12 vjet (edukim i mesëm), dhe >12 vjet (edukim i lartë).
- Gjendja e punësimit: sipas vetë-raportimit të gjendjes aktuale të punësimit nga secili pjesëmarrës në studim. Variabël nominal: punësuar, papunë, dhe pension.

- Niveli ekonomik: sipas vetë-raportimit të të ardhurave nga secili subjekt i studimit. Variabël ordinal: nivel ekonomik i ulët, i mesëm, i lartë.
- Shtresa shoqërore: sipas vetë-raportimit të subjekteve. Variabël ordinal: shtresë shoqërore e ulët, e mesme, e lartë.

1.4. Faktorët e stilit/mënyrës së jetesës:

- Duhanpirja: përfshiu vlerësimin e gjendjes aktuale të konsumit të duhanit si dhe në të shkuarën për individët që morën pjesë në komponentin e artritit reumatoid të studimit. Në analizën e të dhënave, ky variabël u dikotomizua në: duhanpirës (aktual dhe/ose në të shkuarën) vs. jo duhanpirës.
 - Konsumi i alkoolit: përdorimi i alkoolit u vlerësua nga disa pyetje lidhur me frekuencën (shpeshësinë) e konsumit, sasinë e konsumuar, tipin/llojin e pijeve alkolike të konsumuar, si dhe stilin/mënyrën e konsumit të alkoolit nga ana e pjesëmarrësve në studimin e artritit reumatoid. Në analizën e të dhënave, individët u klasifikuan në dy grupe: konsum i alkoolit vs. jo konsum i alkoolit (variabël binar/dikotomik).
 - Konsumi i ekzagjeruar (i shpeshtë) i mishit: të gjithë individët e komponentit të artritit reumatoid të studimit u pyetën lidhur me shpeshësinë dhe sasinë e konsumit të mishit dhe në bazë të përgjigjeve përkatëse u klasifikuan në dy grupe: konsum i ekzagjeruar (i shpeshtë) i mishit vs. jo konsum i ekzagjeruar i mishit (variabël binar/dikotomik).
 - Konsumi i ekzagjeruar (i shpeshtë) i yndyrnave: të gjithë individët e komponentit të artritit reumatoid të studimit u pyetën lidhur me shpeshësinë dhe sasinë e konsumit të yndyrnave në tërësi dhe në bazë të përgjigjeve përkatëse u klasifikuan në dy grupe: konsum i ekzagjeruar (i shpeshtë) i yndyrnave vs. jo konsum i ekzagjeruar i yndyrnave (variabël binar/dikotomik).
 - Dieta e varfër në kalcium: u vlerësua sipas vetë-raportimit të individëve të komponentit të osteoporozës dhe u trajtua si variabël dikotomik/binar në analizën e të dhënave (jo vs. po).
 - Aktiviteti fizik: sipas vetë-raportimit të individëve në studim në bazë të frekuencës, intensitetit dhe kohëzgjatjes së aktivitetit fizik të ushtruar në punë, në shtëpi dhe gjatë kohës së lirë. Në analizën statistikore, aktiviteti fizik u trajtua si variabël dikotomik/binar (jo vs. po, d.m.th. individë aktivë vs. individë sedentarë).
- Mjekimi i artritit reumatoid: kortikosteroide, anti-inflamatorë, imunosupresorë, antimalarikë, medikamente biologjike, antifibrinolitikë, preparate të tjera.

2. ARTRITI REUMATOID

Artriti reumatoid nga greqishtja arthro-nye itis-inflamacion, është sëmundje kronike inflamatore sistemike e indit lidhor me etiologji të panjohur, e cila më shumë shkatrron sistemin lokomotor dhe më mire manifestohet te nyjet periferike të ekstremiteteve në kuptim të ndezjes kronike simetrike të më shumë nyjeve, i cili zakonisht fillon në nyje të vogla ndërsa më pas përhapet në duar, bërryla, shpatulla, gjunjë, kyçe.²

Artriti reumatoid (AR) është një sëmundje kronike multisistemike me shkaktarë të panjohur. Megjithëse ka një numër të madh simptomash sistemike, karakteristika kryesore e një artriti reumatoid të vendosur është një sinovit inflamator i vazhdueshëm që prek zakonisht artikulationet periferike në një mënyrë simetrike. Në këtë sëmundje, inflamacioni sinovial ka aftësinë të shkaktojë dëmtime kërcore dhe erozione kockore me pasojë deri në paaftësi. Nisur nga prania e autoantitropave si faktori reumatoid (FR) dhe antitropave anti-citrullinik (anti-CCP) që paraprijnë manifestimet klinike të AR me shumë vite, artriti reumatoid konsiderohet një sëmundje autoimune.

Autoimuniteti dhe procesi inflamator sistematik dhe artikular janë përgjegjës për progresionin artikular të sëmundjes. Megjithëse ndryshimet strukturore që mund të shikohen në pamjet radiografike konvencionale ose me teknika të tjera imazherike arrijnë të diferencojnë AR nga artropatitë e tjera, dëmtimet artikulare janë të pranishme në stadet e hershme të sëmundjes dhe akumulohen me kalimin e kohës.

Gjatë viteve të fundit përdorimi si duhet i medikamenteve modifikuese të sëmundjes së artritit reumatoid (DMARD) si psh metotreksati dhe dalja e preparateve të reja biologjike, kanë rritur ndjeshëm suksesin në trajtimin e AR. Është pranuar se trajtimi i hershëm terapeutik përmirëson ecurinë klinike dhe redukton dëmtimet artikulare.

Padyshim trajtimi i pacientëve në një stad në të cilin ecuria e dëmtimeve artikulare mund të frenohet do të ishte ideale. Sot testimet klinike të trajtimit të pacientëve me AR pengohen në një farë mënyre nga mungesa e kriterëve për përfshirjen në studim të pacientëve në stadet e hershme të sëmundjes. Kriteret e reja të ACR/EULAR për klasifikimin e AR paraqesin një metodë të re në identifikimin e pacientëve me kohë zgjajtje të shkurtër të simptomave të cilët mund të përfitojnë nga fillimi i hershëm i terapisë me DMARD.

Incidenca e sëmundjeve të indit lidhor është e ndryshme dhe varet nga diferenca në metodologjinë e studimeve. Diferencat më të mëdha qëndrojnë në kohëzgjatjen e studimit, kriteret klasifikuese të përdorura për diagnostikimin dhe vendi në të cilin realizohet studimi.

² Dr. Besi “Sëmundjet Reumatizmale Manual” Londër 2015 fq, 1

Incidenca e lupusit eritematoz të diseminuar luhartet nga 3.3 deri në 4.8 raste për 100 000 banorë në vit.³ Incidenca e sklerodermisë e publikuar në vendet europiane luhartet nga 4.5 deri në 18.7 raste për 1 milion banorë në vit.⁴ Meqënëse polidermatomioziti është klasifikuar si një sëmundje e rrallë, studimet epidemiologjike kanë raportuar një incidencë vjetore që luhartet nga 2 deri në 10 raste për 1 milion banorë në vit. Incidenca vjetore e artritis reumatoid raportohet në vlerat nga 20 deri në 50 raste për 100 000 banorë. Duke u nisur nga të dhënat epidemiologjike e sipërpërmendura dhe nga eksperiencia e përditshme lidhur me sëmundjet e indit lidhor, që të mund të formonin një grup pacientësh për studim me numër të mjaftueshëm, u kufizua në sëmundjen e artritis reumatoid si një nga sëmundjet me incidencë më të lartë midis sëmundjeve të indit lidhor.

2.1. Anatomia e artikulacioneve

Sëmundjet autoimune janë një grup sëmundjesh ku sistemi imun fillon të sulmojë indin e vet. Një aspekt i këtyre sëmundjeve është formimi i antittrupave që janë të drejtuar kundër vet-antigjenëve (autoantittrupat). Sëmundjet autoimune mund të ndahen në dy grupe kryesore: organ specifike ku autoantittrupat veprojnë ndaj një organi specifik dhe jo-organ specifik (ose sistemike) ku autoantittrupat veprojnë ndaj shumë sisteme organesh. Sëmundjet autoimune reumatizmale sistemike janë një grup sëmundjesh që përfshijnë artritin reumatoid (AR), lupusin eritematoz të diseminuar (LED), sindromën Sjogren, sklerozën sistemike, polimiozitin dhe dermatomiozitin. Artriti reumatoid është një nga sëmundjet me prevalencë më të madhe në këtë grup.

Artriti reumatoid (AR) është një sëmundje kronike multisistemike me natyrë inflamatore me shkaqe jo të përcaktuara qartë. Megjithëse ka një numër të madh simptomash sistemike progresive, karakteristika kryesore e artritis reumatoid të vendosur është sinoviti inflamator i vazhdueshëm që prek zakonisht artikulationet periferike në mënyrë simetrike. Por çdo artikulation që ka membranë sinoviale mund të preket nga inflamacioni. Në këtë sëmundje, inflamacioni sinovial ka aftësinë të shkaktojë dëmtime kërcore dhe erozione kockore me pasojë deri në paaftësi.

Artikulationet të cilat preken më shpesh në AR janë metakarpofalangealet (MKF), radiokarpalet, interfalangealet proksimale, të gjurit, metatarsofalangealet (MTF) dhe më pak artikulationet e tjera. Ecuria e AR megjithë praninë e këtij inflamacioni sinovial mund të jetë

³ Boric I, Potočki K, Babić-Naglić Đ, Ćurković B. Vrijednost Larsenovog indeksa u procjeni radioloških promjena kod reumatoidnog artritisa (RA) u dugoročnoj studiji. Medicinski vjesnik 1998;30(1-2):129-136

⁴ Rajko Pavlović, Stanko Belina, Darija Granec Usporedba uzv i mr nalaza šaka u poliartritisu koji ne zadovoljavaju ara kriterije za dijagnozu reumatoidnog artritisa (ra) comparison of ultrasound and mri findings of hands in polyarthritises that do not fulfill ara criteia for diagnosis of rheumatoid arthritis (ra)

e ndryshme. Disa pacientë mund të kenë prekje mesatare oligoartikulare për një kohë të shkurtër me dëmtime të vogla artikulare, por shumica kanë një poliartrit progresiv me dëmtime funksionale të dukshme.

Ekzaminimet laboratorike nuk janë patognomonike për AR, por prania e përbashkët e faktorit reumatoid dhe antitropave anti-CCP është tepër specifike për artritin reumatoid dhe tregues cilësorë për agresivitetin e sëmundjes.

Terapia e hershme me modifikues të sëmundjes (DMARD) është bërë terapia e zgjedhur pasi jo vetëm mund të vonojë progresionin e sëmundjes por edhe mund të nxisë remisioonin. Kujdesi i duhur për pacientët me AR kërkon një terapi të përshtatshme farmakologjike dhe jo-farmakologjike si DMARD-të, biologjike, AIJS, analgjezikë, glukokortikoidë dhe imunomodulorë.

Shtresa sinoviale e artikulacioneve diartrodiale është një shtresë e hollë qelizash që i mungon membrana sinoviale dhe përbëhet nga dy tipe kryesore qelizash: makrofagët dhe fibroblastet. Kërci artikular e merr ushqimin përmes difuzionit nga lëngu sinovial. Ndërveprimi i kërcit me elementët e lëngut sinovial kontribuon për fërkimin e ulët midis sipërfaqeve artikulare.

Artikulacioni normal është një strukturë e specializuar që përbëhet nga një numër elementësh të indit lidhor duke përfshirë muskujt, tendinet, ligamentet, sinovian dhe kapsulën, kërcin dhe kockën. Ato janë të organizuara në atë mënyrë që lejon stabilitetin dhe lëvizjen e skeletit human. Strukturat artikulare janë vendosur në atë mënyrë që të shpërndajnë normalisht forcat mekanike dhe për mbajtjen e ngarkesave. Devijimi nga strukturat normale dhe fiziologjia e indit artikular sugjerohet si shkaktar në patogjenezën e formave të ndryshme të artritit.

Artikulacionet në organizmin human sigurojnë strukturat nëpërmjet së cilave kockat artikulojnë me njëra – tjetrën dhe mund të klasifikohen sipas karakteristikave histologjike të bashkimit dhe amplitudës së lëvizjeve artikulare. Ka tre tipe të artikulacioneve: 1- artikulacionet sinoviale ose diartrodiale që artikulojnë me lëvizje të lira, kanë membranë sinoviale që mbulon hapësirën artikulare dhe përmbajnë lëng sinovial; 2- amfiartrozis, ku kockat fqinje janë të ndara nga kërci artikular ose disku fibrokërcor dhe janë të rrethuara nga ligamente të holla që lejojnë lëvizje të kufizuara (simfiza pubike, disqet intervertebrale të trupave të vertebrae, artikulacioni tibiofibular distal etj) dhe 3- sinartrozis, që gjenden vetëm në kafkë (linjat e qepjes) ku indi i hollë fibroz ndan pllakat kraniale fqinje që bashkohen për

të parandaluar lëvizjet e dukshme përpara përfundimit të rritjes normale, por që lejon rritjen në fëmijëri dhe adoleshencë.⁵

Artikulationet mund të klasifikohen sipas pranisë së indit lidhor. Simfizat kanë disk fibrokërcor që ndan fundet kockore që bashkohen nga ligamente të holla (p.sh, simfiza pubike dhe artikulationet intervertebrale). Në sinkondrozat, fundet kockore janë të mbuluara me kërc artikular, por nuk ka sinovia ose kavitet artikular (p.sh, artikulationi sternomanumbrio). Në sindosmosis, kockat bashkohen direkt nga ligamentet fibroze pa një kontakt kërcor (artikulationi tibiofibular distal është i vetmi artikulation i këtij tipi përveç artikulationeve të kafkës). Në sinostosis, midis kockave prodhohen ura kockore duke krijuar ankilozis.

Artikulationet sinoviale klasifikohen me tej sipas formës së tyre duke përfshirë artikulationet ball-and-socket (artikulationi kokso-femoral), si nyje (artikulationet interfalangeale), si shalë (artikulationi karpometakarpal i parë) dhe i rrafshët (artikulationi patello-femoral). Këto struktura reflektojnë funksionet e ndryshme pasi format dhe përmasat e sipërfaqeve artikulare përcaktojnë drejtimin dhe amplitudën e lëvizjes dhe lejojnë fleksionin, ekstensionin, abduksionin, adduksionin ose rotacionin. Disa artikulatione mund të lëvizin në një (humero-ulnar), në dy (radio-karpal) ose në tre akse (skapulo-humeral).⁶

2.2. Sinovia

Sinovia siguron ushqim për kërcin dhe prodhon lubrifikant për artikulationin.

Shtresa intimale e sinovias paraqet qelizat sinoviocite të ngjashme me makrofagët dhe/ose fibroblastet.

Nënshtresa përmban qeliza imune të shpërndara, fibroblaste, enë gjaku dhe qeliza dhjamore.

Sinoviocitet të ngjashme me fibroblastet në shtresën intimale shprehin proteina të specializuara që sintetizojnë proteoglikanet si p.sh, acidi hialuronik.

Sinovia është një strukturë membranore që shtrihet nga buzët e kërcit artikular dhe mbulon kapsulën e artikulationeve diartrodiale duke përfshirë artikulationin temporomandibular⁷ dhe artikulationet e fascetave të trupave të vertebrave. Sinovia normale mbulon tendinet intra-artikulare, ligamentet dhe indin dhjamor, por nuk mbulon kërcin artikular ose menisqet. Normalisht membrana sinoviale ka dy elementë: intima ose shtresa qelizore dhe subintima ose ndryshe nënshtresa (shtresa mbështetëse). Intima përfaqëson kontaktin midis kavitetit që

⁵ Iniq S., Deliq M.: Uticaj balneoterapiskih činilaca Igala u lečenju reumatoidnog artritisa. 4. Kongres fizijatara Srbije i Crne Gore, Zbornik radova, Banja K 24.oktobar, 2004, 197-201.

⁶ Po aty.

⁷ Đuroviq A.: Fizikalna terapija. Reumatoidni artrit. Vo Terapija reumatičnih obolenja. Ur. Popović M. i sar., Vojnoizdavački zavod, Beograd, 1999, 192-207.

përmban lëngun sinovial dhe shtresës subintimale. Nuk ka membranë bazale të mirëformuar për të ndarë intimën nga subintima. Subintima përbëhet nga ind lidhor fibrovaskular dhe bashkohet me indin fibroz të kolagjenit të kapsulës artikulare.⁸

2.3. Epidemiologjia

Artriti reumatoid është artriti inflamator simetrik, që prek kryesisht artikulacionet e vogla të duarve dhe këmbëve.

Artikulacionet e mëdha mund të preken më vonë në mënyrë simetrike.

Janë të zakonshme destruksioni kërcor dhe erozioni kockor sidomos në pacientët me anti-CCP pozitiv ose FR pozitiv.

Sinoviti i pakontrolluar mund të çojë në deformime të rënda, humbje të funksionit dhe një rritje të mortalitetit.

Terapia agresive e hershme mund të përmirësojë prognozën në artritin reumatoid.

Manifestimet sistemike përfshijnë sëmundjet pulmonare, vaskulitin, nodulet reumatoide dhe prekjat okulare Perinaditiv.

Incidenca vjetore e artritis reumatoid vlerësohet në rreth 3 raste për 10 000 banorë dhe prevalenca është afërsisht 1%. Prevalenca rritet me moshën dhe diferenca sipas seksit zvogëlohet drejt moshave të vjetra. AR ndeshet në gjithë botën dhe prek të gjitha racat. Fillimi i sëmundjes është më i shpeshtë gjatë dekadës së katërt dhe të pestë të jetës, ku 80% e pacientëve zhvillojnë sëmundjen midis moshës 35 dhe 50 vjeç. Incidenca e AR rritet deri në 6 herë më shumë në femrat e moshuara krahasuar me femrat e moshës 18 deri në 29 vjeç. Kohët e fundit nga të dhënat rezulton një ulje e incidencës dhe një zbutje e agresivitetit të sëmundjes dhe kjo mbase nga përdorimi terapive më agresive.⁹

Studimet në bazë familje tregojnë që sëmundja ka një predispozicion gjenetik. P.sh. AR forma e rëndë gjendet deri në 4 herë më tepër sesa normalja në kushërinjtë e parë të individëve me sëmundje të shoqëruar me praninë e antittrupave përkatës; pothuajse të gjithë të sëmurët me AR kanë ose do të kenë një kushëri të parë të prekur nga kjo sëmundje. Binjakët monozigotë janë deri në katër herë më të predispozuar për AR sesa binjakët bizigotikë, të cilët kanë risk për AR të ngjashëm me individët jo binjakë. Vetëm 15 – 20% e binjakëve monozigotikë kanë predispozicion për AR, duke treguar që faktorë të tjerë marrin pjesë në etiopatogenezën e AR.¹⁰

⁸ Po aty.

⁹ Gaçeva I., Bikinov I., Sarafova N.: Fizikalna terapia i rehabilitacia na zabolavaniata v detskata vozrast, medicina i fiskultura, Sofia, 1987.

¹⁰ Po aty.

Femrat preken nga AR afërsisht 3 herë më shumë se meshkujt, por në moshat e vjetra kjo diferencë zvogëlohet.

Deri më sot faktorët gjenetikë mendohet të shpjegojnë rreth 60% të rasteve me AR. Rreziku më i lartë i predispozicionit për AR është vënë re në binjakët të cilët kanë dy alele HLA-DRB1 që dihet për shoqërimin me AR. Alelet HLA-DR4 të klasës së II të kompleksit madhor të histokompatibiliteti dhe alelet e lidhur me to dihet që janë faktorë gjenetikë rrisht madhorë për AR. Studime të mëparshme kanë treguar që rreth 70% e pacientëve me artrit reumatoid shprehin HLA-DR4 krahasuar me 28% të individëve në grup kontrolli. Ky shoqërim është më shumë i shprehur për individët që shfaqin AR të shoqëruar me antitruapat anti-citrulinikë (anti-CCP). Gjene të tjerë në kompleksin HLA-D mund të marrin pjesë në predispozicionin për AR.

Por faktorët gjenetikë nuk japin përgjigje plotësisht për incidencën e AR, duke sugjeruar që faktorët ambientale mund të marrin pjesë në etiologjinë e kësaj sëmundjeje. Kjo ide përforcohet nga studimet epidemiologjike në Afrikë ku kushtet klimaterike dhe urbanistika kanë treguar një ndikim të madh në incidencën dhe gravitetin e sëmundjes në grupe me karakteristika të ngjashme gjenetike. Duhanpirja është përfshirë në faktorët e rrisht për AR në personat që shprehin alelet HLA-B1. Individë të tillë kanë rrisht të lartë për shfaqjen e AR të shoqëruar me anti-CCP.

Është vënë re që incidenca ka prirje të rritet nëse rritet periudha e ndjekjes që nga shfaqja e simptomave të hershme të poliartritisit “të padiferencuar” në pacientë të veçantë dhe përpjekjes për klasifikim të tyre sipas kriterëve të ACR. Me rritjen e moshës së popullatës, prevalenca e AR mund të rritet ose të qëndrojë e njëjtë edhe pse incidenca mbetet e njëjtë ose ulet pasi njerëzit me AR jetojnë më gjatë. Incidenca e AR rritet ndjeshëm gjatë moshës së adultit.¹¹

2.4. Etiologjia

Sëmundja e AR shoqërohet me shumë patogjenë duke përfshirë viruset, retroviruset dhe mykoplazmën, megjithëse nuk është përcaktuar një element i saktë etiologjik.

Të dhënat sugjerojnë që nuk ka një patogjen të vetëm specifik.

Ataket e përsëritura inflamatore sidomos përmes receptorëve të specializuar që njohin molekulat e zakonshme të prodhuara nga patogjenët, në një individ të dyshimtë gjenetiki mund të kontribuojnë për të thyer tolerancën dhe vazhdimësinë e autoimunitetit.

Shkaku i AR mbetet i panjohur. Faktorët gjenetikë, ambientale, imunologjikë dhe infektivë marrin pjesë të vetëm ose sëbashku në këtë sëmundje; një kontribut nga secili është

¹¹ Grazio S.: Toplinska terapija. Vo Fizikalna medicina i opca rehabilitacija. Ur. Jajiq I. Shkolska knjiga, Zagreb, 2000, 185-209.

i nevojshëm por i pamjaftueshëm për shpërthimin e plotë të sëmundjes. Shëmbulli më kuptimplotë është në binjakët monozigotikë në të cilët incidenca është rreth 30 deri në 50 % kur një binjak preket nga sëmundja, krahasuar me 1% për popullatën e zakonshme. Mund të marrin pjesë edhe faktorë të tjerë si ata socialekonomik, psikologjik. Kohët e fundit është gjetur një lidhje midis konsumit të duhanit, fillimit të hershëm të sëmundjes në pacientët me AR.

2.4.1. Faktorë gjenetike

Faktorët gjenetikë zënë rreth 50% të rrezikut për zhvillimin e AR. Rreth 60% e pacientëve me AR në USA mbajnë një epitop të HLA-DR4 i cili përbën një nga vendet e lidhjes peptidike të disa molekulave HLA-DR që shoqërojnë artritin reumatoid (p.sh, HLA-DR beta 0401, 0404 ose 0405). Gjene të tjera përveç atyre të kompleksit madhor të histokompatibilitetit (MHC) marrin pjesë në patogjenezën e AR dhe të dhënat nga gjetet sekuencialë të familiarëve me AR sugjerojnë prezencën e një numri gjenesh të dyshuara.

2.4.2. Faktorët infektivë

Për shumë vite është menduar që agjentët infektivë mund të nxisnin AR. Këtu mund të përmëndim mykoplazmat, viruset Epstein-Barr dhe rubeolën etj. Kjo mbështetet nga këto elemente: nxitja e artritis në kafshët eksperimentale me anë të baktereve ose produkteve bakteriale të ndryshme; raportime të rasteve me çrregullime që paraprijnë gjendjen e artritis; prania e produkteve bakteriale në artikulacionet e pacientit me AR; veprimi i efektshëm i agjentëve që kanë afekte antimikrobiale si modifikuesit e sëmundjes (minociklina e antimalarikët).

2.4.3. Faktorët hormonalë

Nisur nga numri i madh i femrave me këtë sëmundje, përmirësimi i saj gjatë gravidancës dhe acarimi menjëherë pas lindjes; reduktimi i incidencës gjatë përdorimit të kontraktivëve, mendohet se hormonet seksuale luajnë një rol të rëndësishëm në sëmundjen e artritis reumatoid.

2.4.4. Faktorët imunologjikë

Në kuadrin e fillimit të sëmundjes, avancimit dhe ruajtjes së aktivitetit autoimun të AR, elementët imunologjikë luajnë një rol të rëndësishëm. Aktiviteti në nivel qelizor dhe citokinat që çojnë drejt pasojave patologjike si proliferimi sinovial dhe destruksioni articular i vazhdueshëm, janë të ndërthurura. Aty përfshihen limfocitet T dhe B, qelizat prezantuese të antigjenit (qelizat B, makrofagët dhe qelizat dendritike) dhe një numër citokinash.

Qelizat T luajnë rol kyç në fillimin e AR dhe më kryesori është qeliza T ndihmëse CD4. Këto qeliza mund të aktivizojnë makrofagët dhe qeliza të tjera duke përfshirë fibroblastet sinoviale. Makrofagët dhe fibroblastet sinoviale janë ndër prodhuesit kryesorë të citokinave proinflamatore TNF-alfa dhe IL-1. Qelizat B janë të rëndësishme në procesin patologjik dhe mund të shërbejnë si qeliza prezantuese të antigjenit. Ato mund të prodhojnë shumë autoantitrupa (FR, anti-CCP) dhe të sekretojnë citokinat.

Membrana sinoviale me aktivitet të shtuar, shëndrohet në ind me panus dhe atakon kërcin dhe kockën, e cila nga ana e vet fillon më vonë të degradohet nga aktivizimi i osteoklasteve. Ndryshimi kryesor midis AR dhe formave të tjera të artriteve inflamatore si ai psoriatik qëndron në aftësinë e shtuar destruktive të membranës sinoviale të AR si dhe nga autoimuniteti lokal e sistemik. Nuk dihet nëse këto dy procese janë të lidhura, por përgjigjia autoimmune çon në formimin e komplekseve imune që aktivizojnë procesin inflamator në një nivel më të lartë. Kjo teori mbështetet nga të dhënat për një prognozë më të keqe në pacientët me AR me faktorin reumatoid pozitiv.¹²

2.5. Fispatologjia

Dëmtimi mikrovaskular dhe një rritje në numrin e qelizave sipërfaqësore sinoviale duket të jetë dëmtimi i parë në sinovitin reumatoid. Natyra e kësaj ngjarje dëmtuese që shkakton këtë përgjigje është e panjohur. Në vazhdim, kemi një rritje të numrit të qelizave të shtresës sinoviale përgjatë infiltrimeve perivaskulare me qeliza mononukleare. Përpara shfaqjes së simptomave klinike, infiltrimet perivaskulare janë të përbëra kryesisht nga qeliza mieloide, ndërsa në artritin simptomatik mund të gjenden qelizat T, por numri i tyre nuk korrelohet me simptomat. Me avancimin e procesit, sinovia bëhet më edematoze dhe futet në kavitetin artikular në trajtë vilesh.

Sinovia në pacientët me AR karakterizohet nga prania e produkteve të sekretuar nga aktivizimi i limfociteve, makrofagëve dhe fibroblasteve. Prodhimi lokal i këtyre citokinave dhe kemokinave luan një rol të rëndësishëm në shfaqjet patologjike dhe klinike të AR. Në këto molekula efektore përfshihen ato që rrjedhin nga limfocitet T, ato nga qelizat mieloide të aktivizuara dhe ato të sekretuara nga tipe të tjera qelizash në sinovium si p.sh, fibroblastet dhe qelizat endoteliale. Veprimi i kemokinave dhe citokinave duket të marrë pjesë në shumë nga cilësitë e sinovias reumatoide si inflamacioni i indit sinovial, inflamacioni i lëngut sinovial, proliferimi sinovial dhe dëmtimi i kërcit dhe kockës.

¹² Horvat B.: Hidrogimnastika. Vo Fizikalna medicina v lokomotornoi rehabilitaciji. Zbornik predavanj. VIII rehabilitacijski dan. Ur. Shtefançiç M. IRSR., Ljubljana, 1996, 61-64.

Këto të dhëna sugjerojnë që vazhdimësia e artritis reumatoid është një ngjarje imunologjike, megjithëse stimuli i parë nuk është përkufizuar saktësisht. Mbetet i panjohur nëse aktivizimi i vazhdueshëm i qelizës T përfaqëson një përgjigje ndaj antigjenit të jashtëm të vazhdueshëm ose ndaj autoantigjenëve të ndryshuar si kolagjeni, imunoglobulina ose CCP. Nga ana tjetër ky aktivizim mund të përfaqësojë një përgjigje të vazhdueshme ndaj qelizave autologe të aktivizuara si në rastin e infeksionit nga virusi Epstein- Barr, ose përgjigje e vazhdueshme ndaj antigjenit të huaj ose një superantigjeni në indin sinovial.

Inflamacioni në artritin reumatoid mund të përfaqësojë stimulimin e vazhdueshëm të qelizave T nga antigjenët me origjinë sinoviale të cilët ndërveprojnë me përcaktuesit e paraqitur gjatë fazës së ekspozimit ndaj antigjenëve të huaj ose mikroorganizmave infektivë. Rëndësia e rolit të limfociteve B në procesin inflamator kronik është demonstruar me anë të observimeve ku trajtimi me një antitrop monoklonal ndaj markuesve të qelizës B, ka shkaktuar rënie të menjëhershme të limfociteve B, ulje të nivelit të titrimit të FR dhe një përmirësim i pjesshëm i shenjave dhe simptomave të inflamacionit.

Bashkë me inflamacionin kronik në indin sinovial zhvillohet edhe një proces inflamator akut në lëngun sinovial. Lëngu sinovial eksudativ përmban më shumë polimorfonukleare sesa qeliza mononukleare. Në eksudacionin e lëngut sinovial marrin pjesë shumë mekanizma. Prodhimi lokal i antitropave ndaj elementëve indorë dhe komplekset imune mund të aktivizojnë komplementin dhe të prodhojnë anafilatoksinat dhe faktorët kemotaktikë.

Manifestimet sistematike të AR mund të shprehen përmes çlirimit të molekulave inflamatore efektore nga sinovia. Këtu përfshihen IL-1, TNF dhe IL-6 të cilat janë përgjegjëse për simptoma si diskomforti, lodhja dhe nivelet e larta serike të treguesve të fazës akute të inflamacionit. Rëndësia e TNF në prodhimin e këtyre manifestimeve duket në përmirësimin e menjëhershëm të simptomave pas administrimit të një antitropi monoklonal ndaj TNF. Kjo shoqërohet me një zvogëlim në prodhimin e citokinave të tjera proinflamatore si IL-1 dhe IL-6. Komplekset imune të prodhuara brenda në sinovia kalojnë në qarkullim dhe janë përgjegjëse për elementë të tjerë të sëmundjes si vaskuliti sistematik.

Mekanizmi patologjik i AR zhvillohet gjatë ecures kronike të sëmundjes. Ngjarja më e hershme ose e para duket të jetë një përgjigje inflamatore jospesifike e filluar nga një stimulim i panjohur dhe karakterizohet nga grumbullimi i makrofagëve dhe qelizave të tjera mononukleare brenda shtresës intime të sinovias. Aktiviteti i këtyre qelizave demonstron me anë të rritjes së shfaqjes së citokinave prej makrofagëve si TNF, IL-1B dhe IL-6. Më pas ndodh aktivizimi dhe diferencimi i qelizave të memories T CD4+, si përgjigje ndaj shfaqjes së peptideve antigjenike nga një numër qelizash prezantuese të antigjenit në indin sinovial.

Qelizat T të memories të aktivizuara janë të afta të prodhojnë citokina sidomos TNF-gama, e cila përforcon dhe vazhdon inflamacionin. Prania e qelizave T aktive që shprehin ligandin CD40 mund të nxisë stimulimin e qelizave B poliklonale dhe diferencimin e qelizave B të memories dhe të qelizave plazmatike që prodhojnë autoantitrupa lokalisht.

Kaskada e citokinave të prodhuara në sinovia aktivizon një numër qelizash në sinovia, kockë dhe kërc për të prodhuar molekulat efektore që mund të shkaktojnë dëmtimin indor, karakteristikë kjo e inflamacionit kronik. Është e rëndësishme të theksohet që nuk ka një rrugë të përgjithshme për të përcaktuar progresin nga një stad i inflamacionit te tjetri. Karakteristika të rëndësishme të këtij modeli përfshijnë: 1- ngjarjet madhore patologjike ndryshojnë në kohë në sëmundjen kronike; 2- koha e nevojshme për të avancuar nga një stad te tjetri mund të ndryshojë në pacientë të ndryshëm dhe ngjarjet që mund të jenë stabilizuar, mund të zhvillohen njëkohësisht; 3- ngjarjet madhore patogjenike që zhvillohen në një pacient të caktuar mund të ndryshojnë në kohë të ndryshme; 4- procesi është kronik dhe përsëritës, me ngjarje të mëvonshme që stimulojnë amplifikimin progresiv të inflamacionit; 5- pas gjenerimit të qelizave T të memories dhe qelizave B, terapia anti-inflamatore dhe anti-citokinë mund të jetë e aftë të suprimojë manifestimet e sëmundjes por jo të parandalojë përsëritjen e aktivitetit të sëmundjes pas ndërprerjes së terapisë.¹³

2.6. Autoimuniteti

Të dhënat për imunitetin mund të jenë të pranishme në AR shumë vite më përpara se të shfaqen simptomat e artritit klinik.

Autoantitruapat si faktori reumatoid (FR) dhe antitruapat anti-citrulinikë shoqërojnë sëmundjen e AR.

Autoantitruapat e pranishëm në AR njohin antigjenët artikulare të tillë si tipi i II i kolagjenit ose antigjenët sistemikë si glukozë fosfat izomeraza.

Potenciali i autoantitruapeve mund të kontribuojë në inflamacionin sinovial përmes shumë mekanizmave duke përfshirë aktivizimin lokal të komplementit.

Identifikimi dhe emërtimi i FR si një autoantitrup që lidhet me pjesën FC të IgG, ishte e dhëna e parë direkte që autoimuniteti mund të luajë rol në AR. Për shumë vite komplekset immune që përfshijnë FR dhe imunoglobulinat e tjera, mendohet që ishin përgjegjësit e vetëm për AR. Sot prania e FR dhe e pasojave të tyre patogjenike supozohet të jenë akoma karakteristika kryesore e AR. Studimet longitudinale tregojnë që prodhimi FR paraprin

¹³ Ivanisheviq G.: Tradicionalne sastavnice fizikalne medicine i rehabilitacija: prirodni lekoviti činiteqi i balneoklimatologija. Vo Fizikalna medicina i rehabilitacija u Hrvatskoj, Ur. Bobinac-Georgievski A., Hrvatski Liječnički Zbor, Zagreb, 2000, 289-309

vendosjen e AR me shumë vite. Megjithëse disa pacientë janë fillimisht seronegativë për AR dhe më pas shëndrohen në seropozitivë, kjo ndodh zakonisht gjatë vitit të parë të aktivitetit të sëmundjes.

Roli i FR në patogjenezën e AR është sugjeruar nga të dhënat e marra. Pacientët me teste pozitive për FR në gjak, kanë një klinikë të sëmundjes më të acaruar dhe më shumë komplikacione sesa të sëmurët seronegativë. FR është një gjendje të lidhë dhe të aktivizojë komplementit përmes rrugës klasike dhe ka një të dhënë të qartë për prodhimin dhe konsumin lokal të komplementit në artikulacionet reumatizmale. Në indin sinovial reumatoid prodhohen sasi të mëdha të FR IgG dhe formohen komplekset imune. Në eksperimentet e realizuara në pacientët me AR, është vënë re një shpërthim i përgjigjes inflamatore kur FR prej pacientëve injektohet në artikulacion dhe nuk ndodh kur injektohet një IgG normale.¹⁴

2.6.1. Autoimuniteti ndaj peptideve citrulinike

Antitruapat anticitrulinikë janë raportuar në serum in e 80 deri në 90% të pacientëve me AR. Në disa studime, ata janë më specifike për AR sesa faktori reumatoid, me një specificiteti 90%. Ashtu si FR, antitruapat anti-CCP mund të shfaqen shumë kohë më përpara shfaqjes së shenjave të artritisit klinik dhe mund të jenë një tregues specifik për hiperreaktivitetin imun dhe informacionin subklinik. Antitruapat anti-CCP mund të prodhohen edhe nga qelizat B në indin sinovial dhe mund të dallohen në lëngun sinovial. Këta antitruapa janë parashikues për një sëmundje agresive e karakterizuar nga destruksioni kockor dhe kërcor. Disa të dhëna sugjerojnë që shoqërimi me HLA-DR për AR është për shkak të shoqërimit midis epitopit të dyshuar dhe prodhimit të antitruapave anti-CCP.

Antitruapat anti-CCP mund të kenë kapacitet patogjen. Megjithëse antitruapat anti-CCP kanë efekt minimal kur injektohen direkt në minj, ata shtojnë fuqinë artritogjenike të antitruapave anti-kolagjen tipi II në modelet e artritisit të nxitur nga kolagjeni. Antitruapat nuk janë vetëm tregues të sëmundjes por mund të marrin pjesë procesin e sëmundjes. Procesi i citrulinimit mund të rrisë përgjigjen e qelizës T ndaj antigjenëve artritogjenikë.¹⁵

¹⁴ Arnet FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315 – 24.

¹⁵ Larsen A, Dale K, Eek M. Radiographic evaluation of rheumatoid arthritis and related conditions by standard reference films. *Acta Radiol Diagn* 1977; 18: 481 – 91.

2.7. *Anamneza*

Marrja e një anamneze të detajuar është e rëndësishme për vendosjen e një diagnoze korrekte për pacientët me sëmundje muskuloskeletale.

Simptomat kryesore të sëmundjeve muskuloskeletale janë dhimbja, ngurtësimi mëngjesor, edema, kufizimi i lëvizjeve, dobësia dhe lodhja.

Njohja e anatomisë, planeve të lëvizjeve dhe veçanërisht konfigurimi i shtresës sinoviale është e rëndësishme për diagnostikimin e saktë.

Është e rëndësishme të regjistrohen të dhënat sasiore e cilësore të ekzaminimit articular për të monitoruar aktivitetin e sëmundjes në pacientët me artriti reumatoid.

Artriti reumatoid (AR) është një sëmundje inflamatore sistemike kronike me shkak të panjohur. Karakteristikë kryesore e kësaj sëmundje është poliartriti simetrik i vazhdueshëm (sinoviti) që prek më shumë artikulacionet e duarve dhe këmbëve. Secili artikulacion që kufizohet me një membranë sinoviale mund të preket në këtë sëmundje. Sëmundja ka ecuri me acarime dhe remisione, por AR kronik shpesh çon në dëmtime artikulare progresive, deformime dhe paaftësi. Manifestimet ekstra-artikulare në organe të ndryshme mund të jenë të shprehura.

Pacientët me AR mund të raportojnë vështirësi në realizimin e aktiviteteve ditore (veshje, ulje, ecje, higjenën personale etj). Ata referojnë për simptoma të përgjithshme si lodhje, ngurtësim mëngjesor, rënie në peshë dhe temperaturë subfebrile. Artriti reumatoid në shumë pacientë ka një fillim të fshehtë. Sëmundja mund të fillojë me simptoma sistemike si temperaturë, diskomfort, artralgjia dhe dobësi trupore, përpara shfaqjes së inflamacionit në artikulacione dhe edemës. Një pjesë e vogël e pacientëve me këtë sëmundje (rreth 10%) kanë fillim të menjëhershëm me një sinovit akut dhe manifestime ekstra-artikulare.

Një përshkrim i detajuar i simptomave muskulo-skeletale është i rëndësishëm, pasi jep shumë të dhëna të nevojshme për vendosjen e diagnozës. Qëllimi i pyetjeve është të kuptohet saktë se çfarë nënkupton pacienti kur përshkruan simptomat. Gjatë marrjes së anamnezës së të sëmurit, mjeku duhet të kontrollojë për detaje që kanë lidhje me pasojat dhe ashpërsinë e simptomave, tipin e progresionit, acarimit ose remisimit të tyre. Efektet e sëmundjeve shoqëruese dhe faktorëve të tjerë të jetës duhet të evidentohen.

Efektet e terapisë aktuale ose të kaluar gjatë dekursit të sëmundjes janë të rëndësishme. Është e rëndësishme të vlerësohet komplainca; edhe një terapi ideale do të dështojë nëse pacienti nuk përshtatet me tipin e programit terapeutik të përcaktuar. Prandaj komunikimi me pacientin është i rëndësishëm në lidhje me efektin e parashikuar dhe në kohën e këtij efekti,

kur një ilaç i ri është futur në përdorim. Shpesh pacientët e përshkruajnë një preparat si jo të efektshëm, nëse nuk kanë patur një terapi të përshtatshme. Kjo është e vërtetë kur kërkohet të testohet efikasiteti i preparateve me veprim të ngadaltë.¹⁶

2.7.1. Dhimbja

Dhimbja është ankesa që paraqesin shumica e pacientëve me sëmundje muskulo-skeletale tek reumatologu. Dhimbja është një ndjenjë komplekse, subjektive që është e vështirë të përcaktohet, të shpjegohet apo të matet. Reagimi i pacientit ndaj dhimbjes ndikohet nga gjendja emocionale dhe përvojat e mëparshme.

Është e rëndësishme që dhimbja të lokalizohet në nivel anatomik. Ekzaminuesi duhet të kuptojë lokalizimin e dhimbjes nga ana e pacientit, pasi pacienti përdor terma në një mënyrë jo anatomike. P.sh, pacienti mund të ankojë për një dhimbje në artikulationin kokso – femoral, ndërkohë që e përshkruan dhimbjen në gluteus ose kofshë. Për të qartësuar këtë, shpesh është e nevojshme ti kërkohet pacientit të vendosi gishtin në vendin e dhimbjes. Nëse dhimbja është në një artikulation, ka shumë mundësi të jemi përpara një çrregullimi artikular. Dhimbja midis artikulacioneve mund të sugjerojë për sëmundje të kockave ose muskujve, ose të jetë një dhimbje referuese. Dhimbja në zonat bursale, në planet fasciale, ose gjatë tendineve, ligamenteve ose shpërndarjes së nervave, sugjeron një sëmundje të këtyre strukturave. Dhimbja që vjen nga strukturat e thella shpesh është më pak e fokusuar sesa dhimbja që vjen nga indet sipërfaqësore. Dhimbja në artikulationet e vogla të duarve ose të këmbëve, tenton të lokalizohet më saktë sesa dhimbja në artikulationet e mëdha dhe proksimale siç janë shpatulla, kokso – femorali dhe shpina. Kur dhimbja është difuze, e ndryshueshme, mezi përshkruhet ose e palidhur me strukturat anatomike, mund të dyshohet për fibromialgjia, probleme malinje ose psikologjike.

Karakterit i dhimbjes është i vlefshëm në kuptimin e sëmundjes. P.sh, “dhimbje” në një artikulation sugjeron për një çrregullim artritik, ndërsa “djegie” në një ekstremitet mund të tregojë për një neuropati. Është e rëndësishme të merret informacion për ashpërsinë e dhimbjes. Shumë mjekë pyesin pacientët të përshkruajnë dhimbjen sipas një shkalle numerike nga 1 në 10. Përshkrimi i dhimbjes si “e patolerueshme” ose “torturuese” në një pacient i cili është në gjendje të realizojë aktivitetet normale ditore, jep informacion që faktorët emocionalë luajnë një rol në amplifikimin e simptomave. Është e rëndësishme të përcaktohet nëse dhimbja është prezente në qetësi. Dhimbja artikulare prezente në qetësi dhe gjatë

¹⁶ McCarty DJ. Treatment of rheumatoid joint inflammation with triamcinolone hexacetonide. *Arthritis Rheum* 1972; 15: 157 – 73.

lëvizjes, tregon për një proces inflamator, ndërsa dhimbja gjatë aktivitetit mund të tregojë një çrregullim mekanik si në artritin degjenerativ.

2.7.2. Ngurtësimi mëngjesor

Ngurtësimi ka kuptime të ndryshme për pacientë të ndryshëm. Disa e barazojnë atë me dhimbjen ose lodhjen; të tjerë e lidhin me dobësinë, vuajtjen ose kufizimin e lëvizjeve. Shumë mjekë reumatologë e përkufizojnë ngurtësimin si një diskomfort të perceptuar nga pacienti në perpjekje për të lëvizur artikulacionet pas një periudhe qetësie. Kur është prezent, ngurtësimi ose “ngrirja”, zakonisht ndodh pas disa orë mosaktiviteti ose qetësie. Ngurtësimi mesatar mund të kalojë brenda pak minutash. Kur është i avancuar si në artritin reumatoid ose polimiagjia reumatika, ngurtësimi mund të zgjasë për shumë orë.

Ngurtësimi mëngjesor mund të jetë një simptomë prodromale e artritis reumatoid dhe është një nga kriteret e Kolegjit Amerikan të Reumatologjisë për diagnozën e artritis reumatoid. Ngurtësimi mëngjesor që shoqëron sëmundjet artikulare jo-inflamatore ka një kohëzgjatje të shkurtër (më pak sesa 30 minuta) dhe është më i lehtë sesa ngurtësimi në sëmundjet artikulare inflamatore. Në sëmundjen artikulare mekanike ose degjenerative, shkalla e ngurtësimit lidhet me shkallën e mbipërdorimit të artikulacionit të dëmtuar dhe reagon brenda pak ditësh ndaj kufizimit të përdorimit të artikulacionit të prekur. Megjithatë mungesa e ngurtësimit nuk përjashton mundësinë e një sëmundje sistematike inflamatorë si artriti reumatoid, mungesa e tij është e pazakontë. Ngurtësimi mund të jetë edhe me origjinë nga sëmundjet neurologjike si morbus Parkinson, megjithatë komponenti i nxehtë nga aktiviteti zakonisht mungon.¹⁷

2.7.3. Kufizimi i lëvizjes

Pacientët me sëmundje reumatizmale shpesh ankojnë për kufizim të lëvizjeve. Kjo ankesë duhet diferencuar nga ngurtësimi mëngjesor; ngurtësimi zakonisht është kalimtar, ndërsa kufizimi i vërtetë në lëvizje është i vazhdueshëm dhe nuk ndryshon. Përcaktimi i shkallës së paaftësisë që vjen si rezultat i mungesës së lëvizjeve ka rëndësinë e vet të përcaktimit. Kohëzgjatja e kufizimit të lëvizjeve është e rëndësishme në përcaktimin e mundësisë që pas ndërhyrjeve medikamentoze ose fizioterapeutike, të rivendoset lëvizja normale artikulare. Gjithashtu duhet përcaktuar nëse kufizimi i lëvizjeve në artikulacion është prezent në lëvizjet aktive apo pasive. Pacientët shpesh nuk janë në gjendje të diferencojnë, por kjo mund të

¹⁷ Farr M, Kendall MJ, Young DW, et al. Assessment of rheumatoid activity based on clinical features and blood and synovial fluid analysis. *Ann Rheum Disease* 1976; 35: 163 – 7.

realizohet nga mjeku gjatë ekzaminimit fizik. Është e vlefshme të dihet nëse kufizimi i lëvizjeve ka filluar menjëherë, e cila sugjeron për një problem me natyrë mekanike si p.sh, rupturë tendini, ose ka filluar ngadalë, e cila është më e zakonshme në sëmundjet artikulare me natyrë inflamatore.¹⁸

¹⁸ Po aty.

3. REZULTATET

Shpërndarja e Artritit Reumatoid në qytetin e Gjakovës.

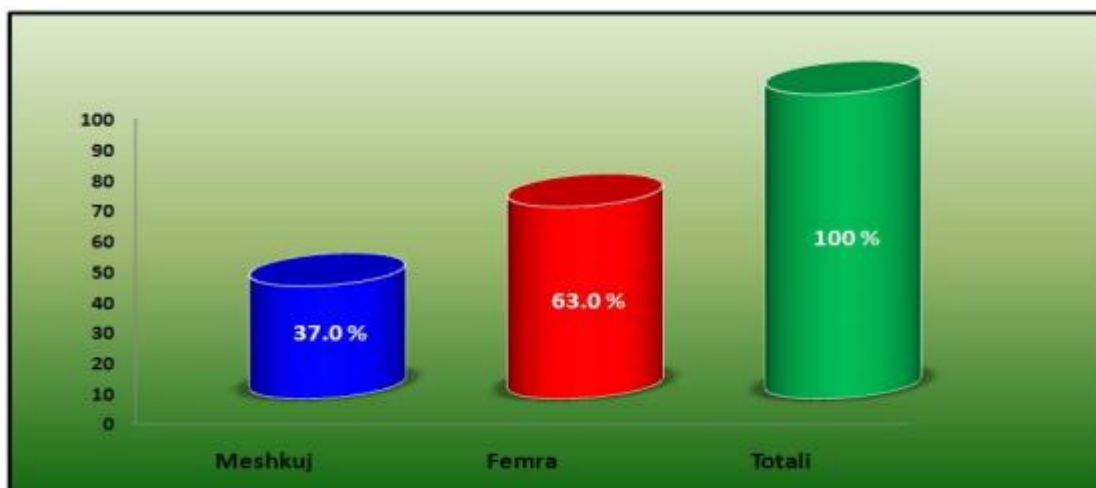
Bazuar në numrin e rasteve të reja dhe numrin e rasteve ekzistuese, incidenca mesatare vjetore e artritit reumatoid në qytetin e Gjakovës është llogaritur në rreth 3,69/100,000 banorë (31 raste të reja gjatë një periudhe trevjeçare në një popullsi prej 279.991 banorësh). Në anën tjetër, prevalenca e periudhës (për tre vitet e studimit), u vlerësua në rreth 78.2/100,000 banorë. Për sa i përket shpërndarjes së artritit reumatoid sipas karakteristikave demografike dhe socio-ekonomike në përdoruesit e sistemit të kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës (Nr.=219), gjatë periudhës 2012-2014, tabela 1, paraqet shpërndarjen sipas gjinisë. Në përgjithësi, ka pasur rreth 81 individë meshkuj ose (37%) të totalit të pjesëmarrësve, dhe 138 individë femra ose (63%) e të gjithë pjesëmarrësve në studim.

Tabela 1. Shpërndarja e të sëmurëve me artrit reumatoid sipas gjinisë në spitalin rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Numri	Përqindja
Gjinia:		
Meshkuj	81	37.0
Femra	138	63.0
<i>Totali</i>	<i>219</i>	<i>100.0</i>

Figura 1 paraqet përqindjen e meshkujve dhe femrave të sëmurë me artrit reumatoid në spitalin rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë në periudhën 2012-2014, nga ku rezulton se përqindjen më të madhe e mbulon gjinia femërore me rreth 63%.

Përqindja e të sëmurëve me artrit reumatoid sipas gjinisë së pjesëmarrësve në studim.

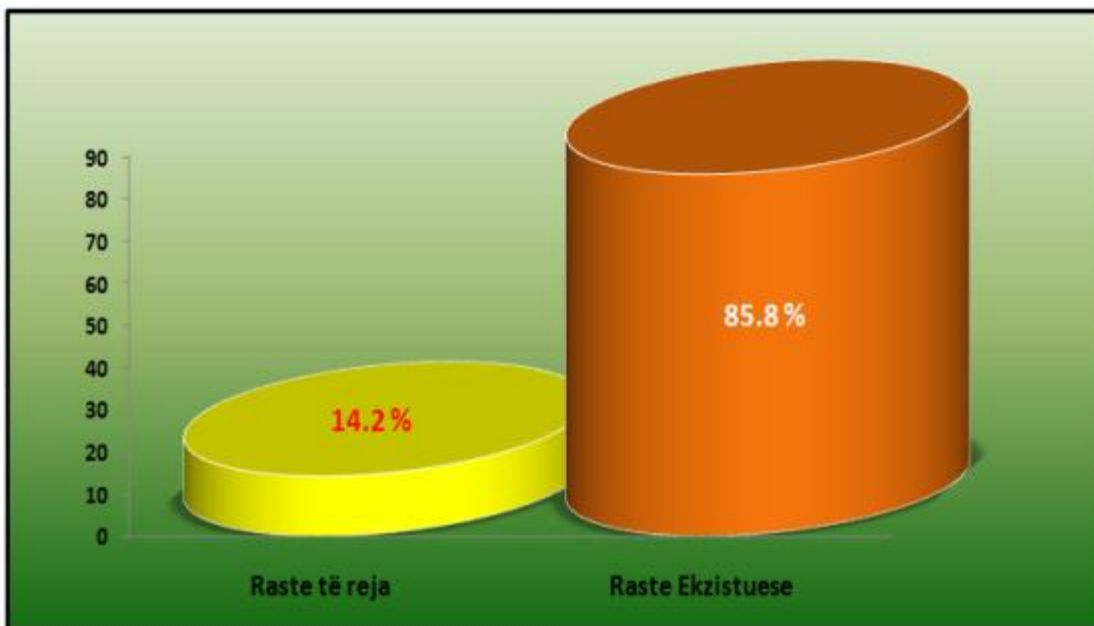


Në mes përdoruesve të sistemit të kujdesit shëndetësor në spitalin rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë gjatë periudhës 2012-2014, midis të sëmurëve me artrit reumatoid ka pasur rreth 31 raste të reja ose rreth (14.2%) të totalit të të gjithë rasteve, dhe rreth 188 raste ekzistuese të artritit reumatoid ose (85,8%) të të gjitha rasteve në total.

Tabela 2. Shpërndarja e të sëmurëve me artrit reumatoid sipas incidencës dhe prevalencës në spitalin rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Numri	Përqindja
Rastet:		
Raste të reja	31	14.2
Raste ekzistuese	188	85.8

Në figurën 2 paraqitet në mënyrë ilustrative prevalenca dhe incidenca e rasteve me artrit reumatoid të pjesëmarrësit në studim, nga ku vihet re se rreth 86% ishin raste prevalente. Përqindja e rasteve të reja dhe rasteve ekzistuese të artritit reumatoid të pjesëmarrësit në studim.



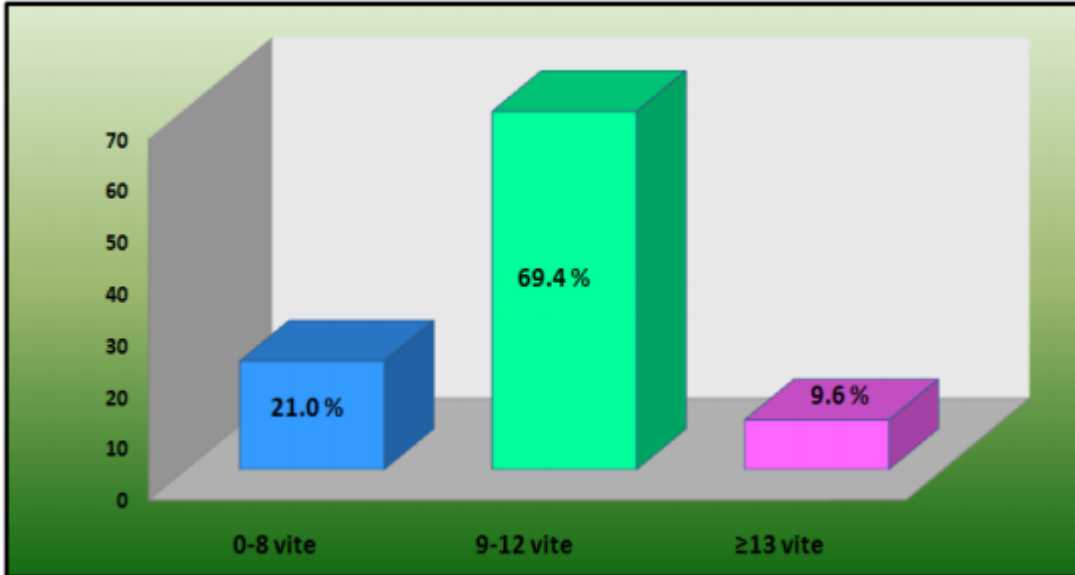
Në tërësi, rreth 21% e rasteve me artrit reumatoid, përdorues të kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës, raportuan një nivel të ulët arsimor (0-8 vite shkollimi), ndërsa rreth 10% rezultoi të kishin nivel të lartë arsimor (≥ 13 vjet shkolle). Pjesa më e madhe e tyre prej rreth 69.4%, referoi se kishin nivel të mesëm arsimor (9-12 vite shkollë).

Tabela 3. Shpërndarja e të sëmurëve me artrit reumatoid sipas nivelit të edukimit në shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Numri	Përqindja
Niveli i edukimit:		
0-8 vite	46	21.0
9-12 vite	152	69.4
≥ 13 vite	21	9.6

Edhe grafiksht duket qartë se përqindja më e madhe e të sëmurëve kishte nivel të mesëm edukimi (9-12 vite shkollë), krahasuar me nivelin e ulët arsimor me 21% dhe nivelin e lartë të edukimit me rreth 9.6%.

Figura 3. Përqindja e të sëmurëve me artrit reumatoid sipas nivelit të edukimit.



Nga të dhënat e studimit rezultoi se rreth 34% e rasteve me artritis reumatoid (tabela 3), ishin të papunë në momentin e kryerjes së studimit, në krahasim me 35% të pjesëmarrësve të cilët ishin të punësuar aktualisht, dhe 31% të individëve të cilët ishin në pension.

Tabela 4. Shpërndarja e të sëmurëve me artritis reumatoid sipas gjendjes së punësimit në shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Numri	Përqindja
Statusi i punësimit:		
Punëuar	77	35.1
Papunë	74	33.8
Pension	68	31.1

Figura e mëposhtme jep detaje mbi gjendjen e punësimit të subjekteve të studimit në qytetin e Gjakovës për periudhën 2012-2014.

Figura 4. Përqindja e të sëmurëve me artritis reumatoid sipas statusit të punësimit.

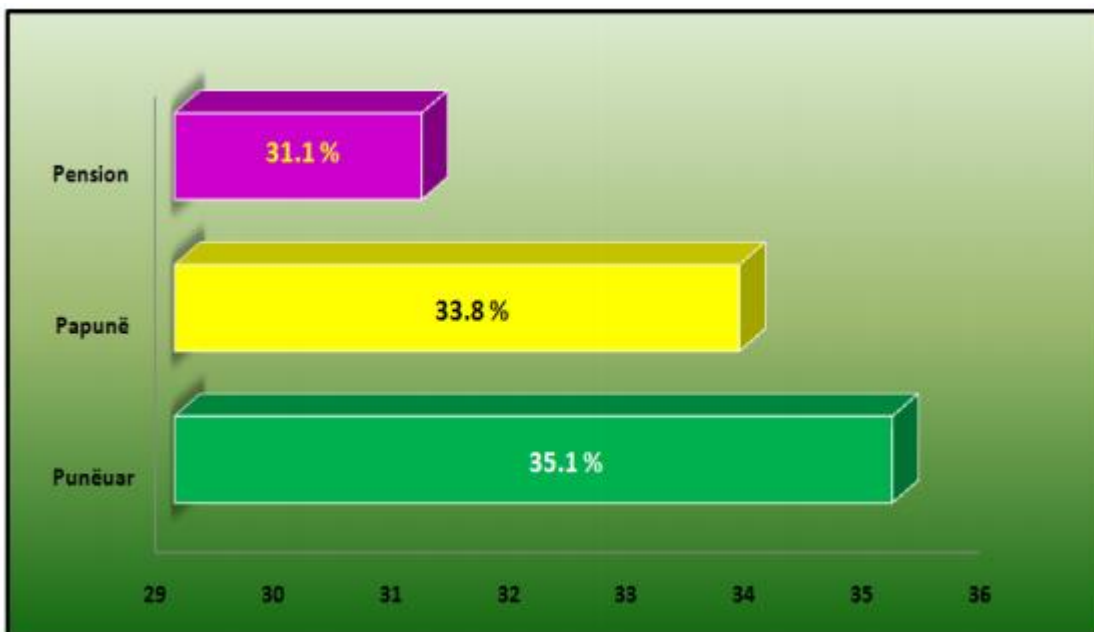


Tabela 5, raporton të dhënat mbi shpërndarjen e artririt reumatoid sipas nivelit të të ardhurave të individëve pjesëmarrës në studim. Rreth 37% e subjekteve ose 81 individë, rezultoi të kishte nivel të ulët të ardhurash, krahasuar me rreth 40% ose 87 individë, të cilët kishin të ardhura mesatare, dhe vetëm 23.3% ose 51 individë raportuan të kishin nivel të lartë të ardhurash.

Tabela 5. Shpërndarja e të sëmurëve me artririt reumatoid sipas nivelit të të ardhurave në shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Numri	Përqindja
Niveli i të ardhurave:		
I ulët	81	37.0
I mesëm	87	39.7
I lartë	51	23.3

Në figurën e mëposhtme ilustron përqindja e të sëmurëve me artririt reumatoid në qytetin e Gjakovës sipas nivelit të të ardhurave, ku pjesën më të vogël prej rreth 23.3% e përfaqësonin individët me të ardhurat të larta.

Figura 5. Përqindja e të sëmurëve me artririt reumatoid sipas nivelit të të ardhurave ekonomike.



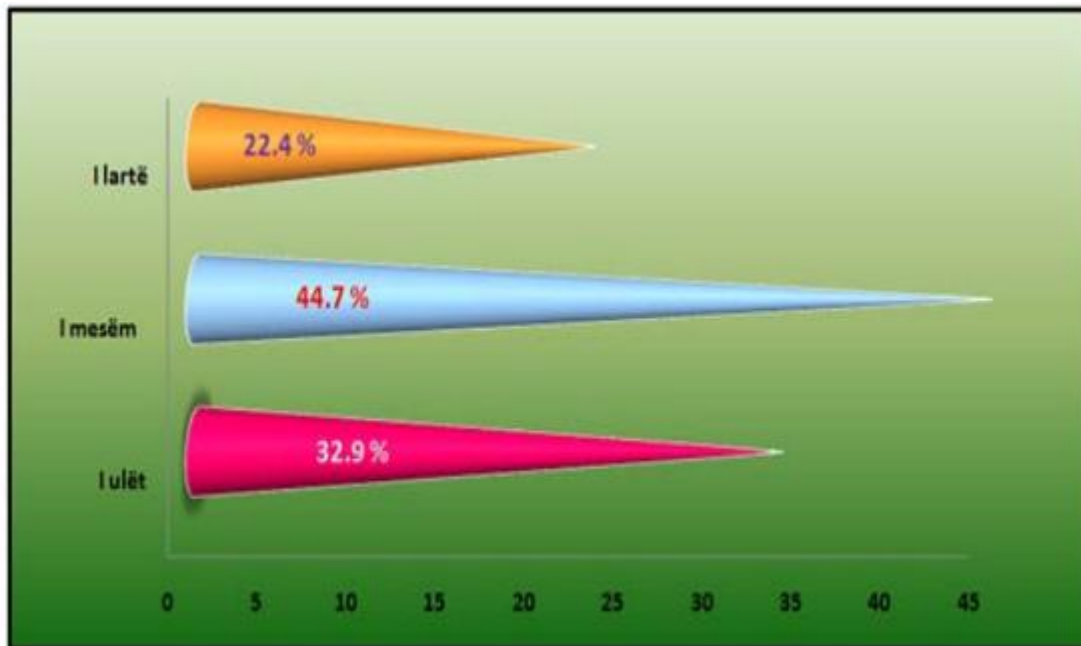
Për sa i përket gjendjes shoqërore, rreth 33% ose 72 individë kanë raportuar status të ulët social, rreth 45% ose 98 individë status social të mesëm, dhe rreth 22% ose 49 individë pjesëmarrës në studim kanë raportuar status të lartë social (tabela 6).

Tabela 6. Shpërndarja e të sëmurëve me artritis reumatoid sipas gjendjes shoqërore në shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Numri	Përqindja
Statusi social:		
I ulët	72	32.9
I mesëm	98	44.7
I lartë	49	22.4

Figura 6, paraqet shpërndarjen e të sëmurëve me artritis reumatoid sipas shtresës shoqërore përkatëse, nga ku mund të shprehemi se pjesa më e madhe e subjekteve të studimit i përkiste shtresës së mesme shoqërore.

Figura 6. Përqindja e të sëmurëve me artritis reumatoid sipas shtresës shoqërore.



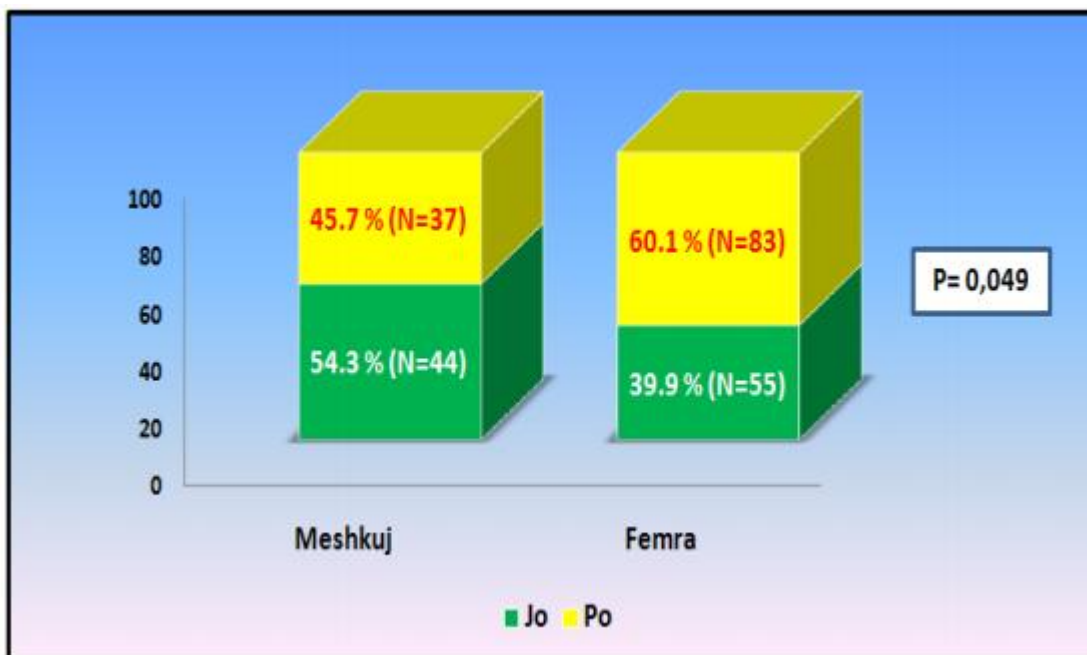
Më poshtë paraqitet shpërndarja e faktorëve gjenetikë dhe e faktorëve të sjelljes/ stilit të jetesës, midis përdoruesve të sistemit të kujdesit shëndetësor parësor me artrit reumatoid në qytetin e Gjakovës. Faktorët gjenetikë (tabela 7), llogariten për rreth 60% të rasteve të femrat me artrit reumatoid në krahasim me rreth 46% të rasteve të meshkujt me artrit reumatoid, me një ndryshim i cili ishte statistikiisht i rëndësishëm ($P = 0,049$).

Tabela 7. Shoqërimi i faktorëve gjenetikë me artritin reumatoid në të sëmuret e kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Meshkuj (N=81)	Femra (N=138)	Vlera e P-së [†]
Faktorët gjenetikë:			
Jo	44 (54.3) [*]	55 (39.9)	0.049
Po	37 (45.7)	83 (60.1)	

Figura e mëposhtme ilustron lidhjen mes faktorëve gjenetikë të meshkujt dhe femrat e sëmure me artrit reumatoid në qytetin e Gjakovës për periudhën 2012-2014.

Figura 7. Lidhja e faktorëve gjenetikë me sëmundjen e artritit reumatoid.



Përgjithësisht nuk kishte asnjë lidhje statistike midis dy gjinive në prevalencën e hipertensionit (27% në meshkuj kundrejt 30% në femra, $P = 0,647$), ku raportohet pothuajse e njëjta përqindje si në meshkuj ashtu edhe në femra (tabela 8).

Tabela 8. Shoqërimi i hipertensionit me artritin reumatoid në të sëmurët e kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Meshkuj (N=81)	Femra (N=138)	Vlera e P-së [†]
Hipertensioni:			
Jo	59 (72.8)	96 (69.6)	0.647
Po	22 (27.2)	42 (30.4)	

Gjithashtu, edhe figura e mëposhtme pasqyron lidhjen mes pranisë së hipertensionit arterial në të sëmurët meshkuj dhe femra me artritin reumatoid.

Figura 8. Lidhja e hipertensionit arterial me sëmundjen e artritit reumatoid.

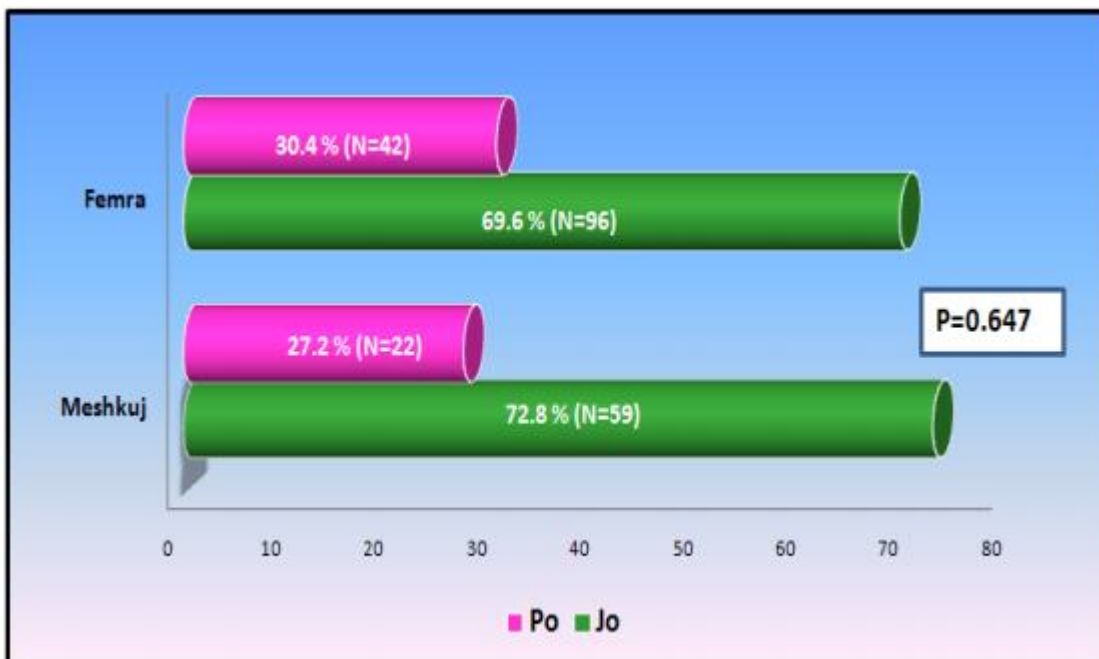


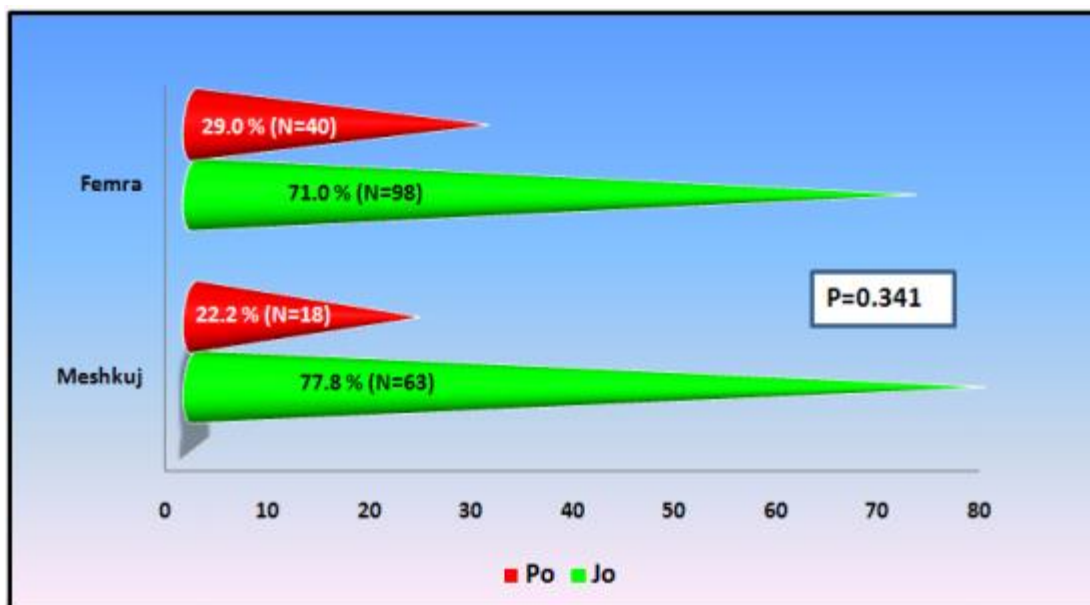
Tabela 9 shfaq të dhënat mbi shoqërimin e sëmundjeve të zemrës dhe artritet reumatoid te të sëmurët meshkuj dhe femra, ku nuk ka prova për lidhje të rëndësishme statistikore mes dy gjinive.

Tabela 9. Shoqërimi i sëmundjeve të zemrës me artritin reumatoid në të sëmurët e kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Meshkuj (N=81)	Femra (N=138)	Vlera e P-së †
Sëmundje të zemrës:			
Jo	63 (77.8)	98 (71.0)	0.341
Po	18 (22.2)	40 (29.0)	

Figura 9 pasqyron lidhjen mes artritet reumatoid në të sëmurët meshkuj dhe femra, me sëmundjet e zemrës të pranishme tek individët e studimit të udhëhequr në qytetin e Gjakovës.

Figura 9. Lidhja e sëmundjeve të zemrës me sëmundjen e artritet reumatoid.



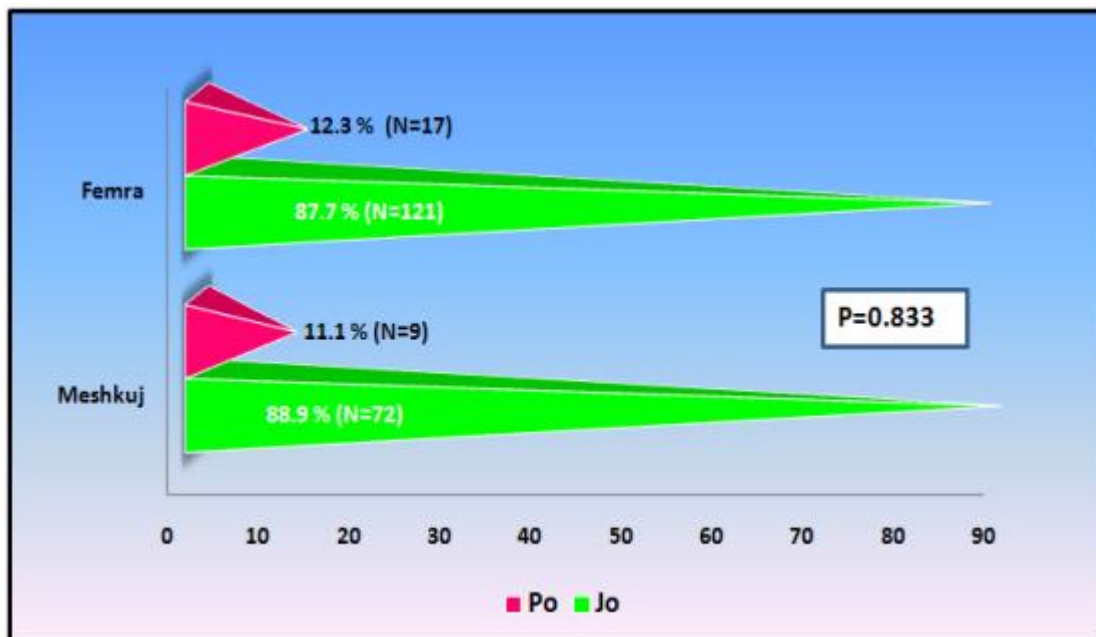
Së fundi, tabela 10 referon shoqërimin e sëmundjes së diabetit me artritin reumatoid të pranishëm në të sëmurët meshkuj dhe femra të studimit (11.1 vs. 12.3, P=0.833), të dhëna të cilat nuk provojnë lidhje domethënëse statistikore në ndryshimet mes të dy gjinive, pasi përqindja e diabetit është pothuajse e njëjtë mes meshkujve dhe femrave.

Tabela 10. Shoqërimi i sëmundjes së diabetit me artritin reumatoid në të sëmurët e kujdesit shëndetësor parësor në qytetin e Gjakovës gjatë periudhës 2012-2014.

Variabli	Meshkuj (N=81)	Femra (N=138)	Vlera e P-së [†]
Diabeti:			
Jo	72 (88.9)	121 (87.7)	0.833
Po	9 (11.1)	17 (12.3)	

Figura e mëposhtme ilustron shoqërimin mes diabetit dhe sëmundjes së artritit reumatoid në të sëmurët meshkuj dhe femra të cilët morën pjesë në studim.

Figura 10. Lidhja e sëmundjes së diabetit me sëmundjen e artritit reumatoid.



4. Diskutimi

Rezultatet kryesore të këtij studimi të udhëhequr në qytetin e Gjakovës dhe në qendrat e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor të të gjithë rretheve të këtij qarku, konsistojnë në raportimin ndoshta për herë të parë në këtë rajon të shpërndarjes së osteoporozës dhe të artritit reumatoid. Në përgjithësi, prevalenca e osteoporozës në kampionin përfaqësues të individëve në qytetin e Gjakovës ishte 59% (Nr.=579). Nga këta, 463 individë ose (80%) ishin femra dhe 116 ose (20%) ishin meshkuj. Përqindja e individëve mbi 60 vjeç ishte dukshëm më e lartë midis pjesëmarrësve me osteoporozë krahasuar me individët pa osteoporozë, përkatësisht 72.2% kundrejt 56.4%. Individët me osteoporozë kishin prevalencë më të lartë të historisë familjare, krahasuar me subjektet pa osteoporozë, përkatësisht 33.5% ndaj 22.5%. Për më tepër, pjesëmarrësit me osteoporozë kishin më të shprehur dietën me nivel të ulët të kalciumit, 36.8% kundrejt 25.7% midis atyre që nuk kishin osteoporozë, nivel më të ulët të aktivitetit fizik, 23.1% ndaj 34.9%, dhe përqindje më të lartë të peshës së ulët trupore, 15.7% ndaj 9.4%. U raportuan të dhëna për një shoqërim të fortë të osteoporozës me gjininë femërore. Për më tepër, pjesëmarrësit më të moshuar kishin rrezik ndjeshëm më të lartë për osteoporozë në krahasim me homologët e tyre më të rinj. Gjithashtu, rezultoi të kishte shoqërim pozitiv të osteoporozës me historinë familjare të sëmundjes, dietës së ulët me kalcium, inaktivitetit fizik dhe peshës së ulët trupore. Nga të dhënat e grumbulluara është paraqitur shpërndarja e karakteristikave demografike dhe socio-ekonomike midis përdoruesve të sistemit të kujdesit shëndetësor parësor të diagnostikuar me artrit reumatoid (Nr.=219), në qytetin e Gjakovës gjatë viteve 2012-2014. Në përgjithësi, u pasqyruan 81 meshkuj ose (37%) dhe 138 femra ose (63%). Gjatë periudhës së studimit u raportuan 31 raste të reja (14.2%) e totalit, dhe 188 raste ekzistuese (85,8%) të artritit reumatoid, në qytetin e Gjakovës. Në tërësi, 21% e rasteve me artrit reumatoid deklaruan nivel të ulët arsimor (0-8 vite shkollë), ndërsa rreth 10% e tyre kishin nivel të lartë arsimor (≥ 13 vite shkollë). Rreth 34% e rasteve me artrit reumatoid ishin të papunë në krahasim me 35% të pjesëmarrësve të cilët ishin të punësuar. Për sa i përket gjendjes shoqërore, rreth 33% e individëve raportuan status të ulët social, 45% status të mesëm, dhe 22% e pjesëmarrësve raportuan status të lartë shoqëror. Bazuar në numrin e rasteve të reja dhe numrin e rasteve ekzistuese, incidenca mesatare vjetore e artritit reumatoid në qytetin e Gjakovës është llogaritur në 3,69/100,000 banorë (31 raste të reja gjatë periudhës trevjeçare të studimit, në një popullsi prej 279.991 banorësh). Në anën tjetër, prevalenca përgjatë tre viteve të studimit u llogarit në 78.2/100,000 banorë. Për sa i përket faktorëve gjenetikë, u llogarit se ishin të pranishëm në rreth 60% të

rasteve te femrat me artrit reumatoid në krahasim me 46% të rasteve te meshkujt. Prevalenca e duhanpirjes ishte më e lartë në meshkuj sesa në femra, përkatësisht 30% kundrejt 18%. Për më tepër, prevalenca e konsumit të alkoolit ishte dukshëm më e lartë te meshkujt se te femrat, respektivisht 33% ndaj 10%. Prevalenca e konsumit të shpeshtë të mishit ishte më e lartë te meshkujt në krahasim me femrat, respektivisht 35% kundrejt 21%. Përveç kësaj, nuk rezultoi të kishte ndryshim të rëndësishëm në shpërndarjen e obezitetit të përgjithshëm, pavarësisht të dhënave për një prevalencë më të lartë te femrat krahasuar me meshkujt, përkatësisht 30% ndaj 24%. Nga ana tjetër, prevalenca e obezitetit abdominal ishte pak më e lartë midis meshkujve sesa femrave, respektivisht 31% dhe 28%. Së fundi, nuk kishte asnjë të dhënë statistikisht domethënëse në dallimin mes dy gjinive në prevalencën e hipertensionit, 27% në meshkuj kundrejt 30% në femra, sëmundjeve të zemrës, 22% në meshkuj ndaj 29% te femrat, apo diabetit, 11% në meshkuj kundrejt 12% te femrat.

5. Përfundim

Ky studim ofron evidencë bashkëkohore dhe shumë të rëndësishme mbi incidencën, prevalencën dhe etiologjinë e artritis reumatoid në popullatën adulte të vendit tonë.

Studimi aktual na paraqet një informacion të rëndësishëm mbi faktorët e rrezikut, të cilët ndikojnë në shfaqjen e artritis reumatoid në individët e diagnostikuar me këto dy nozologji.

Studimi hedh dritë edhe mbi praninë e faktorëve gjenetikë te të diagnostikuarit me artritis reumatoid, ku prezenca e tyre ishte evidente në pothuajse një të tretën e subjekteve. Gjithashtu, nga evidenca e përftuar nga ky studim, parashtrihen të detajuara ndikimet dhe bashkëshoqërimet e artritis reumatoid me sëmundje kronike të tjera të tilla si hipertensioni arterial, sëmundje të tjera të zemrës dhe diabeti.

Në mënyrë të përgjithshme, ky studim identifikon qartë shumë nga faktorët kryesorë të rrezikut për zhvillimin e artritis reumatoid në popullatën adulte në vendin tonë.

6. Rekomandime

- Zbulimi i hershëm, fillimi imediat i mjekimit të duhur, ndjekja e terapive mbështetëse psiko-fizike, janë të një rëndësie shumë të madhe në ecurinë pasuese dhe impaktin ekonomik që shkakton obeziteti dhe artriti reumatoid në popullatë.
- Barra e sëmundshmërisë së artritit reumatoid është e madhe dhe po vjen gjithnjë duke u rritur si te meshkujt ashtu dhe te femrat. Prandaj është me vend të thuhet se është mjaft i rëndësishëm implementimi i masave parandaluese, ku përfshihet depistimi i hershëm i DMK-së, dhe identifikimi i strategjive të reja për përmirësimin e trajtimit sidomos në grupet me rrezik të lartë.
- Përderisa ekziston evidencë e padiskutueshme mbi përfitimet shëndetësore nga rritja e masës së konsumit të kalciumit dhe të vitaminës D në këto grupe të rrezikuara, bëhet e nevojshme rritja e ndërgjegjësimit dhe e investimeve për përmirësimin e dietës dhe gjendjes nutricionalë në përgjithësi, dhe në veçanti për këto grupe vulnerabël.
- Është mjaft i rëndësishëm edhe promovimi i vazhdueshëm për pjesëmarrjen aktive në aktivitete fizike dhe ushtrimore sidomos te grupet vulnerabël, me qëllim konsolidimin e masës totale kockore dhe parandalimin e frakturave.
- Duhet promovuar ndërhyrje efektive për një dietë dhe stil jetese të shëndetshme ndaj osteoporozës dhe artritit reumatoid, por edhe në lidhje me sëmundje të tjera kronike të cilat mund të rrisin ndjeshëm rrezikun për shfaqjen dhe rëndimin e këtyre sëmundjeve, të tilla si: rritja e nivelit të aktivitetit fizik, reduktimi i konsumit të natriumit, rritja e konsumit të frutave dhe perimeve, mbajtja e një peshe të shëndetshme të trupit, reduktimi i konsumit të shpeshtë të yndyrnave shtazore.

7. Literatura

1. D.Ausiello, “ Traktati mjekësor i Cecil-it ” Cap XXII, “Sëmudjet e reumatizmale” fq, 1992.
2. Arkivi i Spitalit Rajonal “Isa Grezda” Gjakovë.
3. Dr. Besi “Sëmudjet Reumatizmale Manual” Londër 2015 fq, 1
4. Borić I, Potočki K, Babić-Naglić Đ, Ćurković B. Vrijednost Larsenovog indeksa u procjeni radioloških promjena kod reumatoidnog artritisa (RA) u dugoročnoj studiji. Medicinski vjesnik 1998;30(1-2);129-136
5. Rajko Pavlović, Stanko Belina, Darija Granec Usporedba uzv i mr nalaza šaka u poliartritisa koji ne zadovoljavaju ara kriterije za dijagnozu reumatoidnog artritisa (ra) comparison of ultrasound and mri findings of hands in polyarthritises that do not fulfill ara criteia for diagnosis of rheumatod arthritis (ra)
6. Iniq S., Deliq M.: Uticaj balneoterapiskih činilaca Igala u lečenju reumatoidnog artritisa. 4. Kongres fizijatara Srbije i Crne Gore, Zbornik radova, Banja K 24.oktobar, 2004, 197-201.
7. Đuroviq A.: Fizikalna terapija. Reumatoidni artritis. Vo Terapija reumatičnih obolenja. Ur. Popoviq M. i sar., Vojnoizdavački zavod, Beograd, 1999, 192-207.
8. Gaçeva I., Bikinov I., Sarafova N.: Fizikalna terapija i rehabilitacia na zabolavaniata v detskata vozrast, medicina i fiskultura, Sofia, 1987.
9. Grazio S.: Toplinska terapija. Vo Fizikalna medicina i opca rehabilitacija. Ur. Jajiq I. Shkolska knjiga, Zagreb, 2000, 185-209.
10. Horvat B.: Hidrogimnastika. Vo Fizikalna medicina v lokomotornoi rehabilitaciji. Zbornik predavanj. VIII rehabilitacijski dan. Ur. Shtefançiç M. IRSR., Ljubljana, 1996, 61-64.
11. Ivanisheviq G.: Tradicionalne sastavnice fizikalne medicine i rehabilitacija: prirodni lekoviti çiniteqi i balneoklimatologija. Vo Fizikalna medicina i rehabilitacija u Hrvatskoj, Ur.Bobinac-Georgievski A., Hrvatski Lijeçnički Zbor, Zagreb, 2000, 289-309
12. Arnet FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1988; 31: 315 – 24.
13. Larsen A, Dale K, Eek M. Radiographic evaluation of rheumatoid arthritis and related condotions by standard reference films. Acta Radiol Diagn 1977; 18: 481 – 91.
14. McCarty DJ. Treatment of rheumatoid join inflammation with triamcinolone hexacetone. Artthritis Rheum 1972; 15: 157 – 73.