

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI: INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

Tema: Kujdesi infermieror te të sëmurët me artrit reaktiv

Studentja:

Albana Gjocaj

Mentori:

Prof.Ass.Dr.Idriz Berisha

Gjakovë, Nëntor 2017

Ky punim është bërë në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agai” Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri, ndërsa të dhënat për pacientët janë marrë nga Klinika e Reumatologjisë në Prishtinë.

Mentor i temës është Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha.

Ky punim ka gjithësej 38 faqe, 2 grafikone, 2 tabela dhe 4 figura.

DEKLARATË STUDENTORE

Deklarojë se ky është punim i imi personal dhe i cili nuk është publikuar askund tjetër më parë.

Ky punim është bërë në Universitetin e Gjakovës si dhe dhënat në lidhje me pacientët janë marrë në Klinikën e Reumatologjisë në Prishtinë.

FALENDERIMET

Falenderojë Mentorin e temes Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha për udhëzimet dhe ndihmën e dhënë në përgaditjen gjatë këtij punimi të diplomës.

Falenderojë gjithashtu edhe familjen për mbështetjen e dhënë gjatë gjithë kësaj kohe deri në diplomimin tim gjë të cilin pa ndihmën e tyre nuk do ta kisha arritur.

Përmbajtja:

1. Abstrakti	8
2. Hyrje	9
2.1. Anatomia e artikulacioneve.....	10
2.3. Artriti reaktiv.....	11
2.4. Epidemiologjia.....	15
2.5. Patogjeneza.....	15
2.6. Ekzaminimet laboratorike dhe radiologjike.....	16
2.7. Diagnoza.....	18
2.8. Diagnoza diferenciale.....	19
2.9. Trajtimi.....	19
2.10. Artriti reaktiv dhe HIV-i.....	20
2.11. Kujdesi infermieror.....	22
3. Qëllimi i punimit	24
4. Materiali dhe metoda	25
5. Analiza statistikore	26
6. Rekomandimet	31
7. Diskutime	32
8. Përfundimi	33
9.a) Rezyme	34
9.b) Summary	35
10. Referencat	36
CVe Studentit	37

Shkurtesat :

ARe- Artriti reaktiv

RZP- Reaksioni zingjiror i polimereve

AND- Acidi dezoksiribonukleik

ARN- Acidi ribonukleik

AS- Spondiliti ankilozant

EKG- Elektrokardiograma

ESR- Eritrosedimentimi

SpA- Spondiloartropati

SST- Sëmundjet seksualisht të transmetueshme

HIV- Virusi i imunodeficiencës

Lista e tabelave , gafikoneve dhe figurave

Tab.1. Numri i pacienteve femra të prekura me ARe sipas moshës.

Tab.2. Numri i pacienteve meshkuj të prekur me ARe sipas moshës.

Graf.1. Shpërndarja e pacienteve me ARe sipas gjinis.

Graf.2. Shpërndarja e pacienteve me ARe me përqindje sipas vendbanimeve.

Fig.1. Gishat si salqiqe.

Fig.2. Vendet që atakohen më shumë nga ARe .

Fig.3. Radiologjia e artikulacioneve.

Fig.4. Ndryshimet brenda artikulacionit.

1.Abstrakti

Ky punim është bërë në Universitetin e Gjakovës “ Fehmi Agani”, Fakultetin e Mjekësisë, Programi Infermieri.

Të dhënat për numrin e pacientëve janë marrë nga Klinika e Reumatologjisë në Prishtinë.

Qëllimi i këtij punimi është që të dihet më tepër për artritin reaktiv, për mënyrën se si shkaktohet, cilat janë moshat më të prekura si dhe për mënyrën se si mjekohet.

Mentori i këtij punimi është Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha.

Ky punim ka gjithësej 38 faqe, 2 grafikone, 2 tabela dhe 4 figura.

2.Hyrje

Termi artrit reaktiv u prezantua në vitin 1969 nga Aho në Finlandë, ku kombinimi i një prevalence të lartë të HLA B27 dhe infeksionit gastro-intestinal nga yersinia dha mundësin për studimin e sëmundjes. Megjithatë sëmundja është dalluar së pari në shek. XVIII dhe XIX si një artrit i cili pasonte dizenterin ose sëmundjen veneriane dhe kishte përshkrime nga Hans Reiter. Termi sindroma Reiter është përdorur gjerësisht që nga ajo kohë, por tani është më pak i përdorshëm për disa arsye: Reiter nuk ishte i pari që e përshkroi sëmundjen; ai gabimisht ia atribuoi atë infeksionit nga spiroketet dhe triada e cila përbën sëmundjen Reiter- artrit, konjuktiviti dhe uretriti\cerviciti-nuk është një nëngrup me kuptim klinik brenda artritit reaktiv.

Termi artrit reaktiv (ARe) përdoret për të mbuluar çdo formë të artriti, përfshirë këtu edhe artritin postviral, ethe reumatike, sëmundjen Lyme, dhe forma të tjera të artriti të cilat nuk kanë tipare klinike të përbashkëta¹.

Artriti reaktiv në 1-4% të pacientëve u takojnë formave të sëmundjes që paraqiten pas një infeksioni urogjenital me shkaktarë të ndryshëm bakterialë. Sindromi Reiter është një formë tipike e artriti reaktiv me urethritis, konjuktivitis dhe me ndryshime lëkurore fakultative. Një artrit reaktiv mund të kalojë me pasqyrë klinike të një artriti kronik në formën e sëmundjes me ndryshime inflamtoare edhe të shtyllës kurrizore, me antigjenin HLA B27 pozitiv. Termi sindromi Reiter nuk nënkupton rastet që nuk përcillen me uretrit dhe së paku edhe me ndryshime lëkurore.

Manifestimet visceral tek artriti reaktiv mund të prekin edhe zemrën. Nga artriti reaktiv sëmurën njësojë si meshkujt ashtu edhe femrat. Artriti kronik reaktiv mund të ndalet pas 3-9 muajsh, pas një infeksioni urogjenital ose gastrointestinal. Te 10-20% e të sëmurve mund të hasim një formë kronike të sëmundjes.

Shkaktaret e një artriti reaktiv, mund të jenë Chlamydia dhe ureaplasma uroliticum që shkaktojnë infeksione urogjenitale dhe salmonella, shigella dhe campylobacter që shkaktojnë infeksione gastrointestinale.

Me teknikën e imunoflureshencës mikroskopike elektronike dhe me reaksionin zingjiror të polimereve në sinovien e nyjës së sëmurë gjejmë antigjenë specifik bakterial, posaqërisht tek infeksonet me salmonella shigella dhe yersinia.

Me metodën e reaksionit zingjiror të polimereve (RZP) në punktat gjejmë pjesë të

¹David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Firth, Eduard J. Benz, Jr Traktati i Oksfordit për mjekësinë :57

bakterieve, të klamidiave si në ADN dhe ARN. Mjaft shpesh të njejtat materie mund të gjinden në mukozë të zorrëve pas infeksioneve bakteriale gastrointestinal. Membrana e artikulationit pas një kontakti me antigjenin baktrial reagon me një reaksion imunologjik, që qon drejt një artriti reaktiv.

Te artriti reaktiv kronik numri i pacientëve me antigjenin HLA-B 27 është 90 %.

Rëndësia e antigjenit HLA-B 27 për zhvillimin e artriti reaktiv të infeksionet urogjenitale dhe gastrointestinale qëndron në vet strukturën e antigjenit HLA-B 27. Kjo ecuri kronike lidhet me një strukturë tipike “artritogjene” të artikulationit, për një peptid vetjak specifik për molekulat e antigjenit HLA-B 27. Një sensibilizim i limfociteve T kundër këtij peptidi, pas një infeksioni me shkaktarët bakterial, do të reagojë edhe me peptide të ngjashme të artikulationit dhe mund të fillojë një artrit kronik nëpërmjet “autoreaksionit me qeliza T “. Pas pak ditësh, zakonisht 2 javë pas një uretriti jo specifik edhe enteritis, hasim një kuadër të sëmundjes me temperaturë dhe me një oligoartrit ose poliartrit asimetric. Rrallë hasim me një formë monoartritike².

² Rexhepi. S Reumatologjia 2006:74

2.1. Anatomia e artikulacioneve

Kockat mund të lidhen midis tyre me lidhje të pandërprer, pra kur ato janë të lidhura, me njëra- tjetrën me lloje të ndryshme indesh si p.sh. Ind lidhor , kercor, kockor etj, ose me lidhje të ndërprera me hapsirë ndërmjet tyre. Për këtë arsye lidhjet e kockave grupohen në :

-synarthroses, apo lidhjet të pandërprera

-diarthrosis, apo lidhje të ndërprera

Sinartrozat(synarthroses)

Kockat lidhen midis tyre në mënyre të pandërprer , pa çarje apo hapsirë dhe për këtë arsye ato janë pak ose aspak të lëvizshme.

Në bazë të indit me të cilin ato lidhen sinartrozat i ndajmë në :

-syndesmosis kur lidhje midis kockave bëhet me ind lidhor

-syncondrosis kur lidhje midis kockave bëhet me ind kercor

-synostosis kur lidhja bëhet me ind kockor

-synsarcosis kur lidhja e kockave bëhet me ind muskolor

Diartrozat(dyarthrosis)

Diartrozat janë lidhjet midis kockave me ndërpreje, me hapsirë (cavitet), janë lidhje në të cilat kryhen levizje, janë lidhjet më të përsosura.

Në çdo diartroz dallojmë këto elemente:

- a) Prania e hapsirës (cavitetit)
- b) Egzistenca e dy ekstremiteteve
- c) Prania e dy faqeve artikulare
- d) Kapsula artikular³

³ Totozani. D, Qamirani. S Anatomia Normale e Njeriut Tiranë 2001

2.3.Artriti reaktiv

Artriti reaktiv është një artrit aseptik që shfaqet pas një infeksioni ekstra-artikular zakonisht të traktit gastrointestinal ose atij urogjenital. Patogjenet kryesor tek infeksionet gastrointestinale janë salmonella typhimurium, yersinia enterocolitica, shigella flexneri dhe campylobacter jejuni. Nga ana tjetër, agjenti kryesor i infeksioneve urogjenitale është chlamidia trachomatis.

Artriti reaktiv shfaqet në mënyrë tipike 1-3 javë pas infeksionit të traktit gastrointestinal ose atij urogjenital, por përcaktimi i saktë i kohës është i vështirë të bëhet⁴.

Infeksioni neisseria gonorrhoeae nuk shkakton artriti reaktiv, por duhet të shmanget një artikulation septik, siç është ai që shkaktohet nga infeksioni gonokokal. Infeksionet gastrointestinale që shkaktohen prej shigella, salmonella, campylobacter, klebsiella ose yersinia, mund të shkaktojnë artriti reaktiv.

Gjatë kohës që çlirohet gastroenterit, zhvillohet artriti. Agjenti nxitës bakterial nuk mund të kultivohet prej fecesit. Infeksionet pulmonare me Chlamydia pneumonia mund të jenë gjithashtu shkakuar të sëmundjes. Konjunktiviti ndodh në të njejtën kohë, ose disa ditë pas artritit, por mund të mos shfaqet fare.

Te pacientet meshkuj mund të mos manifestohet me një sekrecion mukopurulent, por me një hematurit të madhe, që shkaktohet prej një cistiti hemorragjik.

2/3 e pacientëve me artriti reaktiv janë HLA-B 27 pozitivë, gjë që tregon se faktorët gjenetik, janë po aq sa infeksioni, shkaktarët e influencave⁵.

Simptomat e uretritit mund të jenë mjaft të lehta dhe te femrat shpesh mungojnë.

Simptomat konstitucionale të etes dhe të humbjes në peshë mund të jenë të lehta.

Në fillim të sëmundjes pacienti ankohet për ngurtësim artikular, për mialgji dhe për dhimbje të pjesës së fundit të shpinës. Kombinimi i tenosinovitit, periostit dhe artriti që prek gishata e duarve ose të këmbëve mund të çojë në shfaqjen e ënjtjeve difuze karakteristike, të njohur gjithashtu si salqije.

⁴Goldman L, Ausiello D Traktati mjekësorë i Cecil-it Tiranë 2013 :.2019

⁵ Robert E.Rakel.MD Traktati i Mjekësisë së Familjes Tiranë 2013 :937

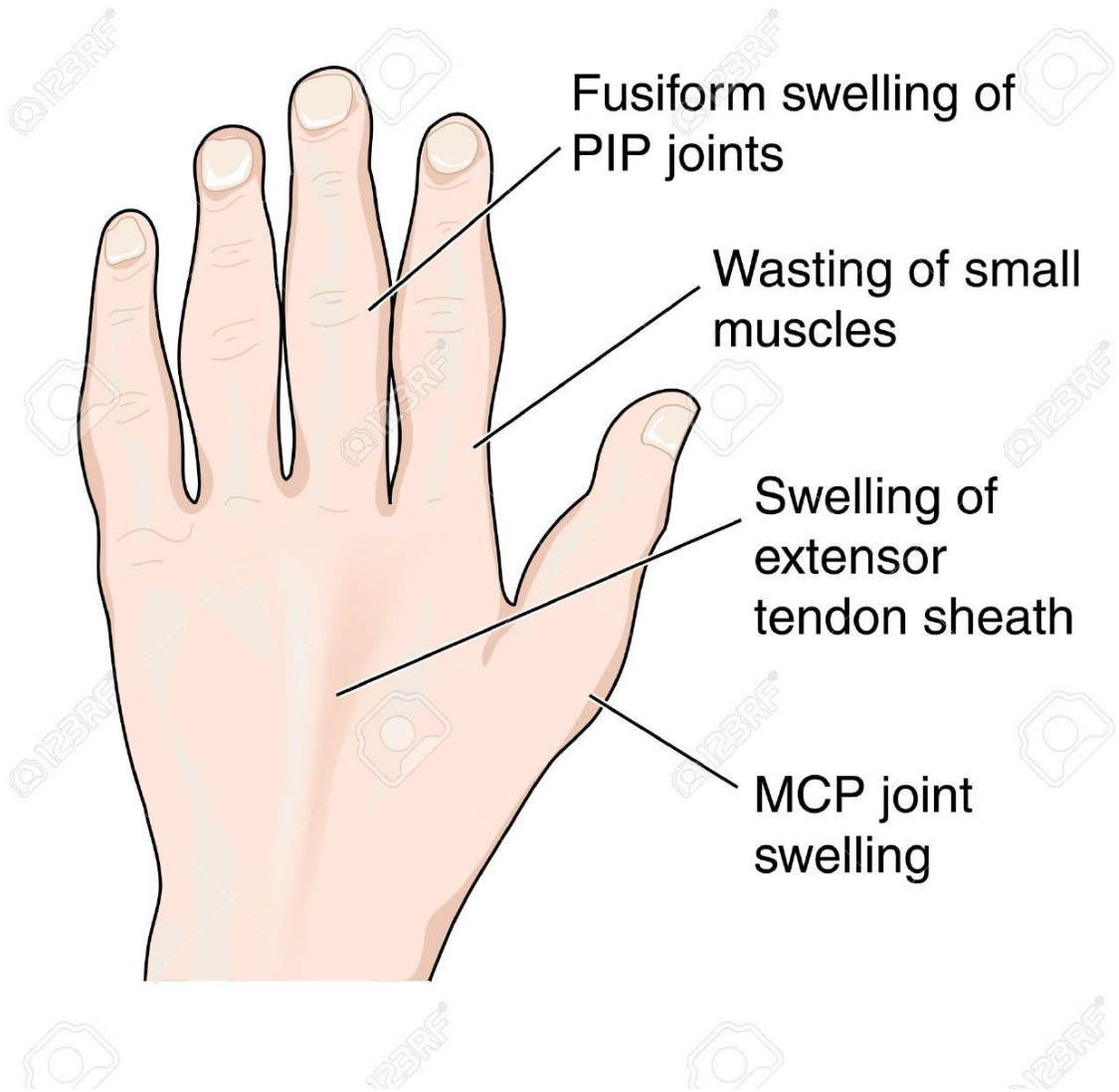


Fig.1. Gishtat si salqiqe

Burimi: <https://www.mayoclinic.org/-/media/kcms/gbs/patient-consumer>

Afro 20% e pacienteve me formën post veneriane të artriti reaktiv shfaqin lezionin kutan klasik, keratoderma blennorrhagicum. Ai është shumë i ngjashëm me psoriazen pustulare dhe në mënyrë tipike prek shputat e këmbëve, por mund të prek gjithashtu organet gjenitale, skalpin dhe trungun e trupit. Thonjët mund të preken nga onikoliza dhe mund të hollohen, circante balanitis shkakton erozione sipërfaqësore, të padhimbshme. Shpesh shfaqet konjuktiviti i cili mund të jetë i lehtë dhe asimptomatik, ndërsa uveiti anterior akut, një tjetër manifestim okular, është i lidhur ngushtë me pacientet B 27- pozitivë. Ndërlëkimet kardiake, pulmonare, renale dhe neurologjike mund të ndodhin në një mënyrë dhe me një shpeshësi të ngjashme si në spondilitin ankilozant (AS). Afërsisht 1% e pacientëve preken nga artriti reaktiv pas uretritit joganokoksik të lidhur

me Chlamydia trachomatis. 2% deri ne 3% e pacientëve preken nga artriti reaktiv pas një infeksioni enterik nga një ose disa specie salmonella, shigella flexneri, campylobacter jejuni, ose nga yersinia. Forma postenterike paraqet shpërndarje të barabartë gjinore, ndërsa tipi postvenerian prek më shumë meshkujtë⁶.

Artriti reaktiv sulmon nyjet, më shumë nyjat e gjurit dhe nyjat talo-krurale dhe më pas pjesa e përparme e shputave me ënjtje të nyjave, temperaturë të rritur dhe me skuqje. Gjithashtu shpesh sulmohet edhe nyja PIP e gishtit të madh të këmbës ose tërë gishti i madh i këmbës (dakylitis), që mund të na orientojë në diagnozë të gabuar në arthritit urica. Sinovitet në duar dhe në bërryla janë më të rralla.

Tempertura dhe dhimbja shfaqen në filim të sëmundjes, e cila vazhdon me javë të tëra, me pakësim të kohëpaskohshëm. Më vonë, kemi dhimbje në shputa si pasojë e një tendoostis calcanei në tetivën e akilit ose në aponeurozën plantare. Uretriti është shenja e parë e formës kronike te sindroma Reiter.

Paraqiten dhimbjet dhe pengesat dizurike. Mund të gjindet skuqje rreth uretrës.

Simptomet largohen në përgjithësi pas disa javësh, por munden edhe të përsëriten.

Te femrat zakonishtë hasim inflamacione në mitër. Uretriti te femrat zakonisht manifestohet me një sekrecion seroz.

Dëmtimet në sy i hasim në njërin, por edhe në tjetrin sy në formë të një konjuktiviti të rëndë. Ndonjëherë hasim njëkohësisht edhe një iritis, i cili te format kronike të sëmundjes duhet të vihet diagnoza herët nga oftalmologu. Në të vërtetë, konjuktiviti pas disa javësh mund të largohet edhe vetë, por ekziston mundësia që të përsëritet.

Në lëkurë hasim ndryshime në formë të papulave, eritemave të dhembshme në glans penis. Gjithashtu, edhe në mukozë të gojës dhe në gjuhë gjejmë ndryshime eritematoze, erozione të dhimbshme, ndryshimet hiperkerarotike të lëkurës hasen te format kronike dhe të rënda të sëmundjes. Tipike janë ndryshimet në shuplaka dhe në shputa, që njihen si keratoderma blenorrhagicum.

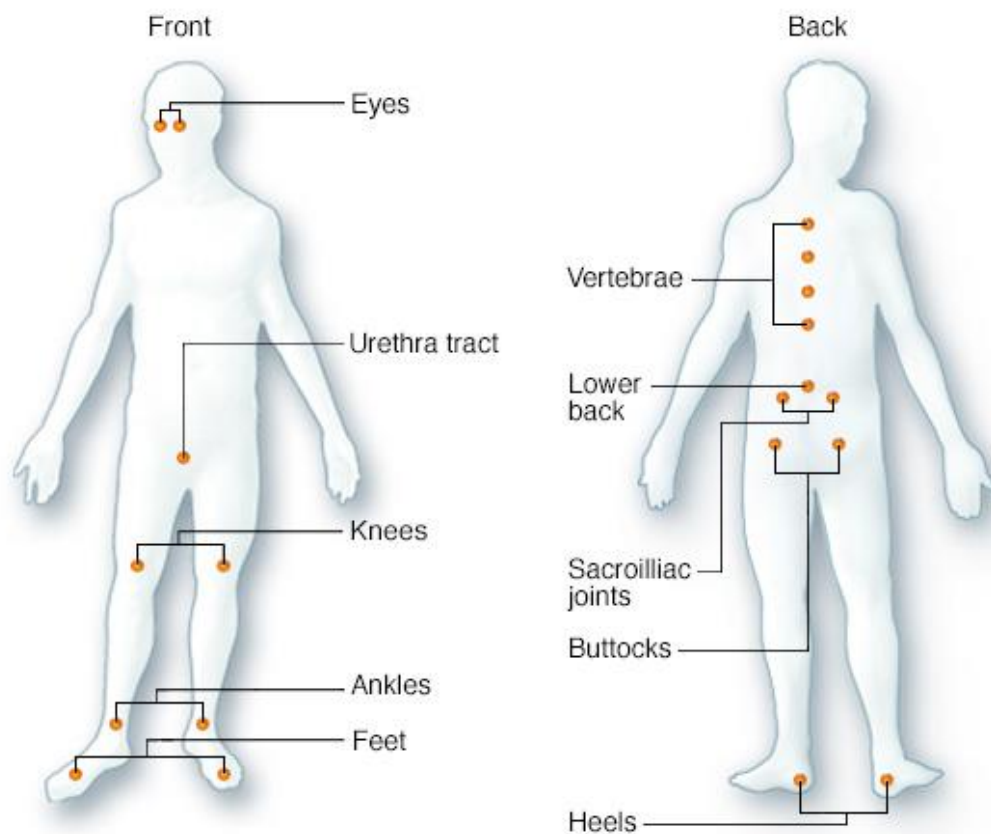
Në zemër mund të hasim një miokardit në fazën akute, në EKG hasim ndryshime në përçueshmërinë AV dhe në ngacmueshmërinë e zemrës. Më vonë valvuliti në aortë mund të shnërrohet në insuficiencë aortal.

Te 10-20% e pacientëve do të kemi një vazhdim kronik të sëmundjes me oligoartrit ose poliartrit, me sulmim jo konstant të shtyllës kurrizore. Te këto forma tipike janë ndryshimet destruktive dhe poliferative të artikulacionti si te artriti psoriatik.

⁶Noble J. Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor :1284

Sulmimi i artikulacionit është jotipik dhe më shumë sulmohen ekstremitet e poshtme dhe me kalimin e kohës edhe ekstremitet e epërme⁷.

Artriti reaktiv prekë edhe fëmijët, është vërejtur se te disa fëmijë me artrit reaktiv, që kanë antigenin HLA B 27 pozitivë zhvillojnë spondiloartropati, gjë që tregon që disa lloje të HLA çojnë në artrit reaktiv. Fëmijët me artrit reaktiv që pason infeksionet e zorrëve, zakonisht zhvillojnë sëmundjën inflamatore të zorrës disa muaj ose vite pas shfaqjes së tij. Që të dyja, uvetit dhe karditi janë vënë re te fëmijët e diagnostikuar me artrit reaktiv⁸.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Fig.2. Vendet që atakohen më shumë nga artriti reaktiv

Burimi:<https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases.../Reactive-Arthritis>

⁷ Rexhep. S Reumatologjia 2006 :75

⁸ Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton “Manuali Nelson i pediatriisë :1024

2.4.Epidemiologjia

Incidenca dhe prevalenca e artritis reaktiv nuk janë përcaktuar mirë⁹. Incidenca te artriti me rëndësi klinike është përgjithsisht e ulët në studimet në komunitet të pacientëve të infektuar dhe e lartë te pacientet, infeksioni i të cilëve është i një shkalle aq të rëndë sa të ketë nevojë për shtrim në spital, por studimet e kujdesshme në popullatë të infeksionit nga campylobacter kanë treguar një incidencë të lartë (7 -26 %) të simptomave muskuloskeletike me ashpërsi jo të mjaftueshme për të pasur nevojë për vëmendje reumatologjike.

Ashtu si në format tjera të spondiloartropative, ndikimi i HLA-B 27 në incidencë është i rëndësishëm 60-80 % e pacientëve me artritis reaktiv që paraqiten në klinikat e reumatologjisë do të jenë B 27 pozitivë, por midis atyre me sëmundje të lehtë shifra bie në 30%, në krahasim me prevalencën 7-10% të popullatës. Në këtë mënyrë B27 është e lidhur kryesisht me shkallën e ashpërsisë në persistencën e artritis, më tepër se me incidencën e tij¹⁰.

Artriti reaktiv haset më shumë në moshat 18-40 vjeç por mund të ndodhë edhe te fëmijët mbi 5 vjeç dhe te të moshuarit.¹¹

2.5.Patogjeneza

Titrat e rritur dhe të qëndrueshëm të antitritit IgA ndaj këtyre organizmave në artritis reaktiv në krahasim me infeksionin e pakomplikuar gjithashtu favorizojnë idenë e perzistencës. Këto të dhëna theksojnë se dallimi midis artritis septik dhe atij postinfeksioz është bërë i dyshimtë, pasi në artikulacionin në forma të ndryshme të artritis postinfeksioz mund të zbulohen organizmat të gjallë, duke përfshirë sëmundjen Lyme dhe artritis reaktiv, megjithëse mund të jetë e vështirë ose e pamundur rritja e tyre në kulturë nga likidi sionovial ose sinovia. Brenda artikulacionit, përgjigjet imunitare ndaj bakterieve përgjegjëse për nxitjen e artritis reaktiv zbulohen me lehtësi, veçanërisht ndërmjet

⁹ Goldman L, Ausiello D Traktai i Cecil-it Tiranë 2013:2019

¹⁰David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Firth, Eduard J. Benz, Jr Traktai i Oksfordit për mjekësinë :57

¹¹Fauci, Braunwel, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo Parimet e mjekësisë interne,HARRISON :2113

limfociteve T helper CD4+, por edhe limfociteve T CD8+. Interesant është fakti se, megjithëse lidhja me HLA B27 shpesh merret për të lënë të kuptohet se limfocitet T CD8+ janë qeliza efektore kryesore në sëmundje, vëzhgimet e artriti reaktiv te pacientet HIV pozitiv tregojnë se ata paraqiten me artrit gjatë infeksionit të fazës 1, kur numri i limfociteve T CD4+ është më pak i zvogëluar. Nga ana tjetër, artriti mund të jetë relativisht i qetë në AIDS të shfaqur plotësisht. Limfocitet CD4+ dhe CD8+ prodhojnë citokina proinflatore si interferoni γ , të cilat do të mund të udhëhiqnin inflamacionin artikular nëpërmjet efekteve dytësore ndaj sinoviociteve. Ekzistojnë disa hipoteza se si HLA B 27 mund të ndikojë mbi ecurinë e artritit reaktiv, veçanërisht mbi shkallën e ashpërsisë dhe perzistencën e tij. P.sh infeksioni mund të prodhojë një përgjigje me kufizim të B 27 nga limfocitet T CD8+ ndaj një peptidi bakterial i cili ka reaktion të kryqëzuar me një përbërës të artikulacionit, d.m.th. infeksioni nxit autoimunitetin nëpërmjet imitimit molekular. Një përgjigje imunitare e tillë nuk është demonstruar ende. Nga ana tjetër, B 27 mund të dëmtojë efektshmërinë me të cilin sistemi imunitar eliminon organizmin shpërthyes. Në këtë rast sëmundja nuk ka nevojë për autoimunitet, por kryesisht udhëhiqet nga antigjene bakteriale të qëndrueshme. Së fundi, B 27 mund të ndikojë mbi përgjigjen imunitare ndaj organizmit shpërthyes në mënyrë cilësore, për shembull, duke lejuar përgjigjen e shtuar ndaj antigjenteve të veçantë, ose duke drejtuar përgjigjen imunitare në favor të prodhimit të citokinave proinflatore¹².

2.6. Ekzaminimet laboratorike dhe radiologjike

Ekzaminimi duhet të përfshijë pyetjet mbi një ngjarje të mundshme shkaktarët p.sh. një episod diarrije apo dizurie. Gjatë ekzaminimit fizik duhet të kushtohet vëmendje, edhe përfshirjes së artikulacioneve si dhe vendeve të mundshme ku mund të ketë përfshirje ekstra-artikulare si p.sh. sytë, membranat mukozale, lëkura, thonjtë dhe organet gjenitale¹³.

¹²David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Firth, Eduard J. Benz, Jr Traktati i Oksfordit për mjekësinë :57-58

¹³Fauci, Braunwel, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo Parimet e mjekësisë interne HARRISON :2114

Analiza e likidit është e rëndësishme për përjashtimin e infeksionit dhe të sëmundjes me Kristal, shpesh ESR është e ngritur. Mund të shfaqen leukocitoza dhe anemia normocitare. Përcaktimi i HLA-B 27 mund të ndihmoj në rastet e vështira për vendosjen e diagnozës, veçanërisht në vlersimin e një artriti jokarakteristik monoartikular kronik, ku nuk ka shenja tjera dalluese. Ky antigjen mundet gjithashtu të japë informacione diagnostike rreth shfaqjes së uveitit dhe sëmundjes aksilare¹⁴.

Në analizat e gjakut komplet mund të vihet re leukocitozë neutrofilike dhe anemi e moderuar, rritje e moderuar e sendimetimit eritocitar, rrije e moderuar e proteinës C reaktive dhe të niveleve të C3/C4 .

Duhet të bëhet koprokultur nëse kemi dizenteri perzistente dhe duhet të kryhet analiza e HIV-it sidomos nëse do të fillohet me terapi imunofrenuese¹⁵.

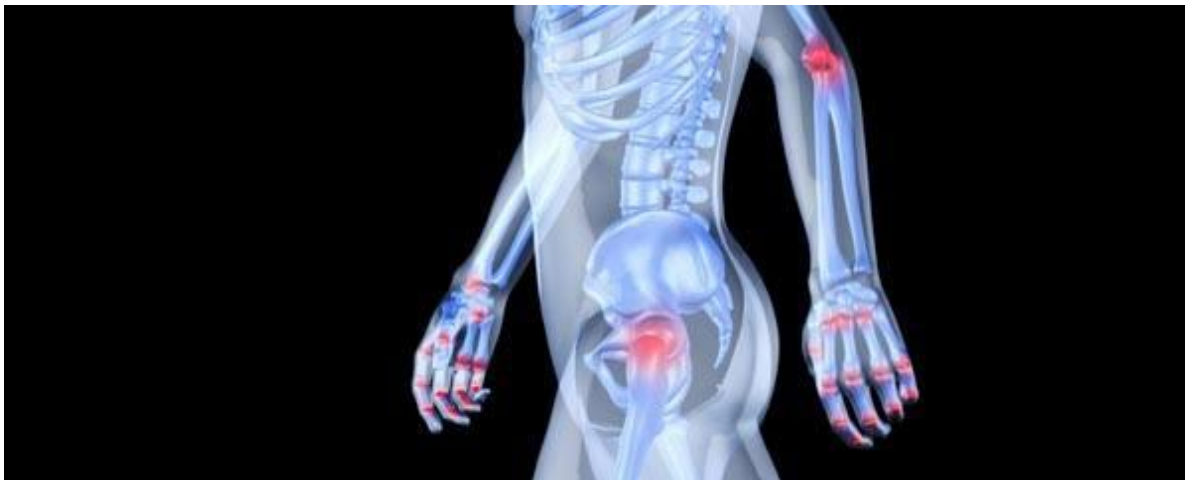


Fig.3. Radiologjia e artikulacioneve.

Burimi:https://1C1GCEA_enXK758XK758&tbm=isch&q=reactive+arthritis+radiology&chips

Në fazat akute të sëmundjes, radiologjia nuk është e dobishme nga ana diagnostike dhe anomalitë e vetme janë ënjtë e indit të butë dhe ndonjëherë osteoporoza periartikulare në artikulacionet e prekura.

Shintigarfia me radionuklide mund të jetë e dobishme për të demonstruar sakroilitin akut

¹⁴ John Noble Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësorë :1284

¹⁵ Jeffrey J, Schaider, Stepfen R, Hayden, Richard E. Wolfe, Roger M. Barkin, Peter Rosen Konsulta Mjekësore e Urgjencës së Pesë Minutave të Para:76

dhe mund të tregojë shtrirjen e plotë të sinovitisit akut dhe të entezitit, por zakonisht nuk nevojitet për menaxhimin klinik. Ndryshimet radiologjike janë të kufizuara te një numër i vogël pacientesh me sëmundje të qëndrueshme me kohëzgjatje më shumë se një vit. Tiparet kryesore janë erozioni i artikulacioneve të prekura, duke përfshirë artikulacionin sakroiliak dhe formimin e kockes së re të manifestuar si periostit të kockave metatarsale ose metakarpale dhe “entezofite”, si sqepat plantar. Në shtyllën kurizore osifikimi paravertebral mund të shihet në regjionin lumbar: ky është asimetric dhe ndryshon nga ndryshimet klasike në spondilitin ankilozues. Ndryshimet erosive shihen gjithashtu në vendet e entezitit si kalkaneusi¹⁶

2.7.Diagnoza

Modeli i prekjes artikulare te artriti reaktiv është ai i një oligoartriti josimetrik, i cili prek veqanërisht ekstremitet e poshtme gjë që nuk është një model i përbashkët i pjesës më të madhe të sindromave të spondiloartropative (SpA). Enteriti mund të shfaqet si tendini i akilit ose di fasciti plantar gjithashtu , mund të shihet edhe daktiliti që shfaqet me gishtat si salqije, i cili është rezultati i drejpërdrejt i ndryshimeve inflammatore që prekin kapsulen artikulare, entezat, struktura periartikular dhe kocken periosteale. Sakroileiti mund të shihet në fazën akute , por ndryshimet radiografike shihen kryesisht te pacientët, në të cilët sëmundja ka një ecuri më kronike.

Uretriti mund të shfaqet me disuri ose sekrecione, ndërsa rashi mund të shfaqet si balaniti circular, i cili duket si vezikul ose ulceracion i cekët në glans penis . Mund të shihet gjithashtu edhe ulçeracione orale ose linguinale të padhimshme . Fakti që cerviciti mund të jetë më pak simptomatik, mund të jetë pjesërisht shkaku i nëndiagnostikimit te grat. Shfaqja klasike e lëkurës me artriti reaktiv është keratoderma blenorragjike, si dhe një erupcion papuloskuamoz i padhimshëm në pëllëmbë dhe shputa.

Gjithashtu , mund të vihet re distrofia e thoit me grobëzime dhe onkoliza , ose keratoza subunguale . Konjuktiviti mund të jetë bilateral dhe i dhimbshëm , ndryshe nga uveiti anterior akut që mund të vihet re gjithashtu, por zakonisht është i padhimshëm dhe unilateral.

¹⁶David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Firth, Eduard J. Benz, Jr Traktati i Oksfordit për mjekësinë :60

2.8. Diagnoza diferenciale

Diagnoza diferenciale më e rëndësishme për artropatitë reaktive është artriti septik¹⁷. Në prezencën e eritemës nodoze të nëngjurit, diagnozën dalluese me sindromin Lofgren e menjanojmë me ndihmën e metodave rentgenologjike. Nëpërmjet analizave serologjike dhe të jashtëqitjes duhet të eliminohet gjithashtu një artriti me yersina. Me gjithë prezencën ende të etheve reumatike, diagnoza dalluese me këtë sëmundje nuk paraqet vështirësi. Nëpërmjet ekzaminimit të punktutit, hulumtimit bakterial, në format e sëmundjes me lokalizim në një nyje apo monoartrit, me lehtësi bëjmë diferencimin diagnostik me artritin bakterial, gihtin dhe pseudogihtin, edhe të kolagjenozat nëpërmjet ekzaminimeve serologjike mund ta bëjmë diferencimin diagnostik. Një rrjedhë mjaft aktive, progresive do ta kemi tek artriti reaktiv të sëmurët me AIDS¹⁸.

2.9. Trajtimi

Në fazën akute artikulacionet e përfshira duhet të mbahen në qetësi deri sa të përmissohen. Efuzionet sinoviale duhet të aspirohen që të përjashtohet artriti septik. Fizioterapia dhe këshilla në lidhje me ushtrimet janë të dobishme, ku funksioni i kuadricepsit kërkon vëmendje të veçantë për shkak të përfshirjes së shpejtë të gjunjëve¹⁹. Te rastet kur simptomat janë perzistente mund të përdoren kortikosteroidet në mënyrë perorale, veçanërisht nëse kemi diagnostikuar karditin. Te monoartritit dhe te tendopatitë mund të aplikohen kortikoide në mënyrë lokale.

Te ecuria e favorshme e sëmundjes, medikamentet me kohë të gjatë veprimi gjejnë shprehje me efektin e tyre. Tek artriti kronik reaktiv në rendë të parë përdoret sulfasalazina, e cila e përmisson dhe e shkurton në masë të madhe ecurinë progresuese të sëmundjes.

Përdorimi i antibiotikëve, veçanërisht të tetraciklinës për 10-14 ditë është adekuat sidomos te rastet akute me uretritis dhe enteritis. Përdorimi i teraciklinës, veçanërisht i doksiciklinës prej 0.1g në afat prej tre muajsh tek artritet e indikuara nga kalmidia, është treguar i sukseshëm sidomos te rastet kur shkaktari është latent në organizëm. Për të

¹⁷ Goldman L, Ausiello D Traktati i Cecil-it Tiranë 2013 :2020.

¹⁸ Rexhepi S. Reumatologjia 2006:77

¹⁹ David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Firth, Eduard J. Benz, Jr Traktati i Oksfordit për mjekësinë :60

penguar riinfeksionin, është i nevojshëm edhe trajtimi me antibiotik i partnerit²⁰.

Para shtrimit në spital është e nevojshme që pacientit ti ofrohet kujdes mbështetës, ti jepen lëngje IV nëse është në hipovolemi për shkak të dizenterisë dhe të aplikohet akull në nyjen e inflamuar²¹.

Te pacientët me HIV dhe artriti reaktiv, pjesa më e madhe e të cilëve kanë lezionet të rënda në lëkurë, lezionet e lëkurës përfshijnë përgjigjen veçanërisht ndaj terapisë antiretrovirale. Komplikacionet kardiake trajtohen në rrugë të zakonshme, ndërkohë që trajtimi i komplikacioneve neurologjike është simptomatik. Te trajtimi gjithëpërfshirës bën pjesë këshillimi i pacientëve, në mënyrë që të shmangin sëmundjet e transmetueshme seksualisht (SST-të) dhe ekzpozimin ndaj enteropatogjenëve ashtu si dhe përdorimin e përshtatshëm të terapisë fizike, këshillimin profesional dhe mbikqyrjen e vazhdueshme për komplikacionet afatgjata²².

2.10.Artriti reaktiv dhe (HIV)

Infeksioni nga HIV-i është shoqëruar me një spekter të gjerë të çrregullimeve kutane dhe muskuloskeletike, duke përfshirë artritin dhe entezopatitë. Gjithsesi, domethënia e këtyre sëmundjeve reumatizmale e shoqëruar me infeksionin nga HIV, mund të shfaqet përpara, në të njetën kohë, ose pas shfaqjes së shenjave të imunodeficiencës. Shpesh artriti reaktiv i shoqëruar me sëmundjen nga HIV është më i rëndë, me simptoma konstitucionale të theksuara dhe me artrit e entezit agresiv. Dëmtimi i këmbes dhe i kyçit qon edhe në pengesa në lëvizje dhe në formimin e “këmbes së AIDS-it”. Entezopatia prek gjithashtu gjymtyrët e sipërme. Dëmtimi i artikulacionit koksofemoral dhe i skeletit aksial është i pazakontë. Atrofia e rëndë muskulore mund të jetë manifestim i dallueshëm. Shpesh, terapia standarde me medikamente antiinflamator josteroide (NSAID-të) është e pa përshtatshme.

Rëndësia e lidhjes së HIV-it me artrit reaktiv është e dyfishtë. Së pari, në fillim të infeksionit nga HIV, të njëjti pacient që paraqitet me sindromën Reiter, mjeki duhet të ketë parasysh artitin psoriatik, ose artitin tjetër monoartikular apo pauciartikula të pashpjegueshëm. Së dyti, infeksioni nga HIV duhet të përjashtohet përpara se të jepet

²⁰ Rexhepi S Reumatologjia 2006 :77

²¹ Jeffrey J, Schaider, Steffen R, Hayden, Richard E. Wolfe, Roger M. Barkin, Peter Rosen Konsulta Mjekësore e Urgjencës së Pesë Minutave të Para :77

²² Fauci, Braunwel, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo Parimet e mjekësisë interne HARRISON :2115

terapia imunosupresore për sëmundjen refaktare. Për shkak të ashpërsisë së manifestimeve klinike dhe çështjeve të vështira të trajtimit, një ndihmesë në koordinimin e menaxhimit mund të japë konsultimi ndërmjet një reumatologu, një dermatologu dhe ekspertëve të sëmundjes infektive²³.

Artriti te pacientët me HIV ndahet në dy modele klinike:

1 poliartritis ose

2 një oligoartritis me ndërpreje, i cili prek më shpesh anët e poshtme.

Te këta pacientë mund të shihet enteritis, fasciti, konjuktiviti dhe uretriti, gjithashtu edhe sakroileti, megjithëse formimi i sindezmofiteve spinale të mëdha nuk është i zakonshëm²⁴.

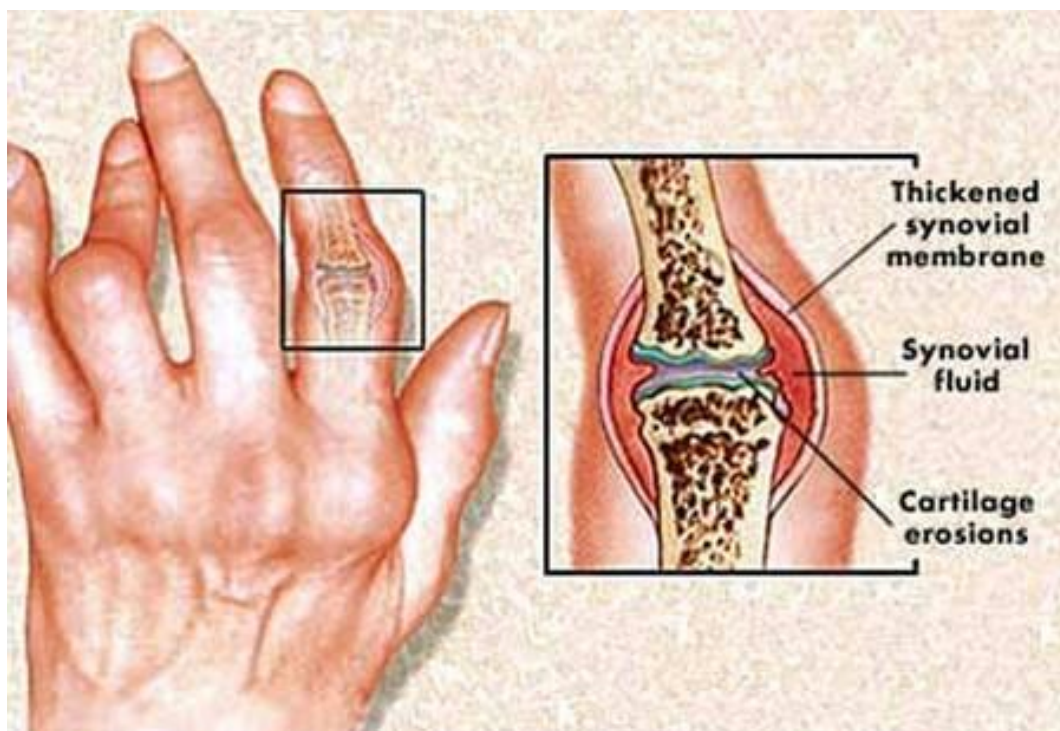


Fig.4. Ndryshimet brenda artikulationit.

Burimi: [https:// reactive+arthritis&tbm=isch&tbs](https://reactive+arthritis&tbm=isch&tbs)

²³ Noble J Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësorë :1285

²⁴ Goldman L, Ausiello D Traktati i Cecil-it Tiranë 2013.:2020

2.11. Kujdesi infermieror

Procesi i kujdesit infermieror është një procedurë që ndërtohet nga vet i sëmuri dhe zbatohet nga infermieri/ja. Shikohet si një process problem zgjidhës që punon sipas një përkujdesje infermiere të individualizuar. Qëllimi i kujdesit infermieror është të siguroj kujdesin në ndihmë të pacientit dhe plotësimin të nevojave të tij për të ruajtur dhe përmisuar shëndetin dhe kthimin e mirëqenjes së tij. Procesi i kujdesit infermieror përfshinë²⁵:

Vlersimin infermieror:

I cili fillon me mbledhjen e të dhënave dhe me ekzaminimin fizik. Duhet të vlersohen faktorët rrezikues, historia familjare, infeksionet e mëparshme.

Ekzaminimi fizik i një pacienti përfshinë vlersimin e sistemit kardiovaskular, pulmonal, renal, muskulo-skeletik.

Vlersimi i sistemit skeletik bëhet në detaje sepse ndryshimet në këtë sistem janë treguesit më të hershëm për ekzistencën e një sëmundjeje reumatizmale. Në fillim infermierja verson kyçet e ekstremiteteve të sipërme, të trungut dhe ekstremiteteve të poshtme. Pacienti duhet të jetë i çlodhur gjatë ekzaminimit fizik. Observohet pacienti me anë të palpacionit për temperaturë lokale, ënjtje kyçesh, dhimbje dhe ç'rregullime të tjera. Një kyç i ngrohtë, i enjtur dhe i dhimbshëm tregon për një inflamacion, një kyç i ftohtë sygjeron një ulje të furnizimit me gjak. Pas inspeksionit dhe palpacionit infermierja verson kyçet për aftësinë për të kryer një sërë lëvizjesh pasive.

Diagnoza infermieror përfshin:

- Prishje të komfortit të lidhur me inflamacionin që zhvillohet në kyçe;
- Prishje e aktivitetit fizik;
- Paafësi për tu vetkujdesur për shkak se kyçet janë të lodhura;
- Shqetsimet e pacienteve rreth sëmundjes në lidhje me prognozen e sëmundjes;
- Prishje të imazhit trupor;

Ndërhyrjet infermieror përfshijnë lehtësimin e dhimbjeve dhe diskomfortit. Lehtësimi i dhimbjes bëhet me anë të aplikimit të terapisë medikamentoze dhe jomedikamentoze.

Parandalimi i dhimbjes në mënyrë medikamentoze bëhet me aplikimin e barnave antiinflamatore.

²⁵ Kraja E Bazat e infermieris I

Ndërsa me mënyrë jomedikamentoze parandalimi i dhimbjeve bëhet me aplikimin e kompresave të ftohta ose qese me akull mbi nyjet e inflamuara. Sepse komperast e ftohta janë analgjezike për receptorët e nervave të dhimbjes dhe relaksojnë spasmat e muskujve.

Pushimi është një faktor tjetër për të lehtësuar dhimbjen. Pushimi përcaktohet sipas shkallës së përfshirjes së inflamacionit.

Pozicionimi i pacientit është shumë i rëndësishëm pasi që një pozitë e përshtatshme ndikon për të minimizuar dhimbjet në kyçe.

Përmisimi i imazhit trupor ka për qëllim që të demostroj sjellje që tregojnë një përmisim të imazhit trupor si psh .pjesmarrje në aktivitete sociale.

Infermierja/i duhet që të jenë në kontaktat të vazhdueshëm me pacientet dhe të fitojë besimin e tyre, si dhe të inkurajojnë pacientët.

Infermieret duhet të bëjnë edhe promovim shëndetësor duket ju ofruar këshilla pacientëve në lidhje mbi ushqimet që duhet të konsumojnë. Ushqimi i pacientëve duhet të jetë i pasur me vitamina A dhe C, multivitamina, të pinë sa më shumë çajra bimore, të bëjnë vizita sistematike tek mjeku, të mos konsumojnë alkool, të mos konsumojnë duhan, të merren me aktivitete fizike, ti kushtojnë rëndësi infeksioneve urogjenitale dhe gastrointestinal²⁶.

²⁶ E.Paka, L.Neçaj, E.Rustemi, D.Bego, A.Imami-Lelçaj, M.Çela, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane
Infermieristika në specialitetet Tianë 2005

3.Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij punimi është që të rriten njohurit për artitin reaktiv, se çka e shkakton atë, cilat janë moshat më të prekura dhe mënyren e mjekimit. Gjithashtu qëllimi i këtij punimi është edhe paraqitja e numrit të pacientëve të prekur me artrit reaktiv në Klinikën e Reumatologjis në Prishtinë për periudhën janar – tetor 2017.

Objektivat e këtij punimi janë:

- Numri i pacientëve me ARe sipas gjinisë;
- Numri i pacientëve femra të prekura me ARe sipas moshës;
- Numri i pacientëve meshkuj të prekur me ARe sipas moshës;
- Numri i pacientëve të prekur me ARe sipas vendbanimeve;

4. Materiali dhe Metodat

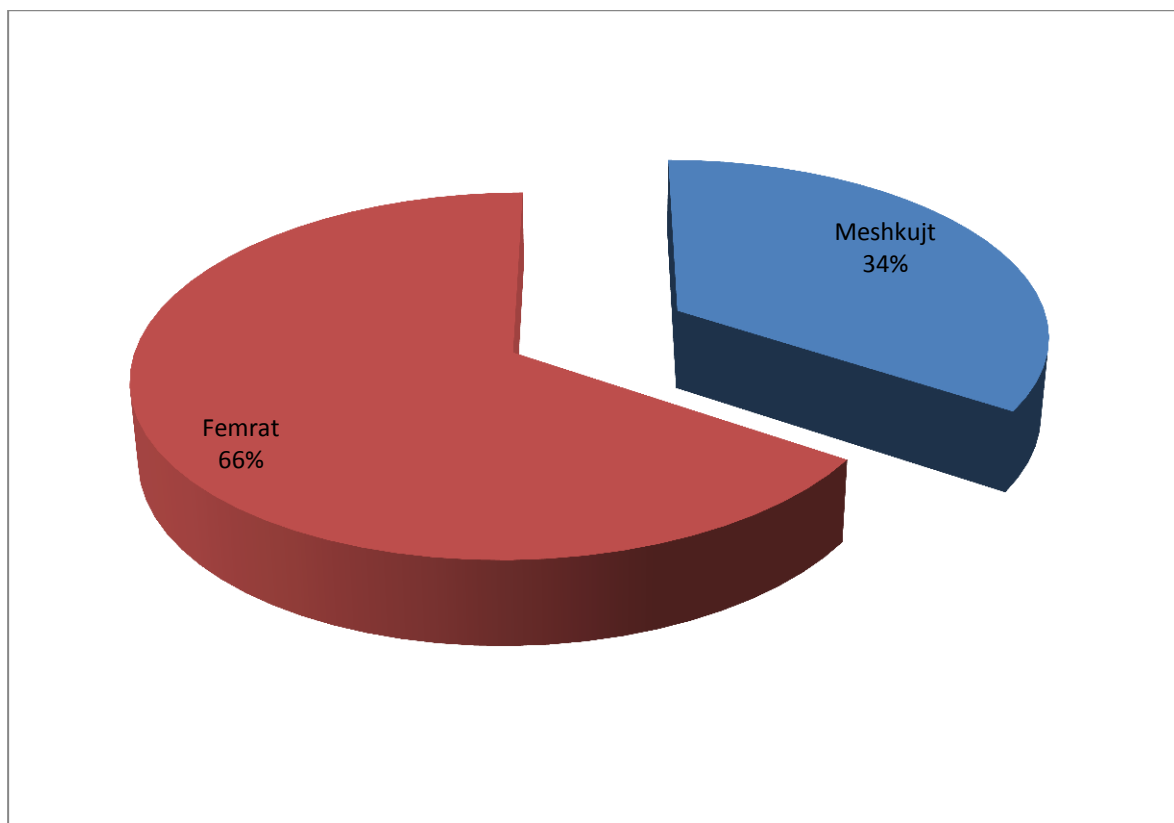
Në realizimin e këtij punimi është përdorur metoda rishikim literature si dhe janë marrë statistikat mbi numrin e pacientëve të mjekuar me artrit reaktiv në Klinikën e Reumatologjisë në Prishtinë për periudhën janar – tetor 2017. Paraqitja e të dhënave mbi numrin e pacientëve është bërë me tabela dhe grafikone.

5. Analiza statistikore

Në vijim janë paraqitur rastet me artrit reaktiv në Klinikën e Reumatologjisë – QKUK Prishtinë.

Rastet e regjistruara në Klinikën e Reumatologjisë në Prishtinë me artrit reaktiv për periudhën janar-tetorë 2017 janë gjithsej 35 pacientë, prej të cilëve janë 23 femra dhe 12 meshkuj.

Graf.1. Shpërndarja e pacientëve me ARe sipas gjinisë.



Komenti 1: Të prekur me ARe pacient meshkuj janë 34% ndërsa femra janë 66%.

Tab.1. Numri i pacienteve femëra të prekura me ARe sipas moshës

Numri i pacienteve	Gjinia	Mosha
4	Femër	18
1	Femër	19
1	Femër	20
3	Femër	25
2	Femër	27
1	Femër	30
2	Femër	32
1	Femër	33
1	Femër	36
1	Femër	44
1	Femër	45
1	Femër	46
1	Femër	47
1	Femër	48
1	Femër	53
1	Femër	54

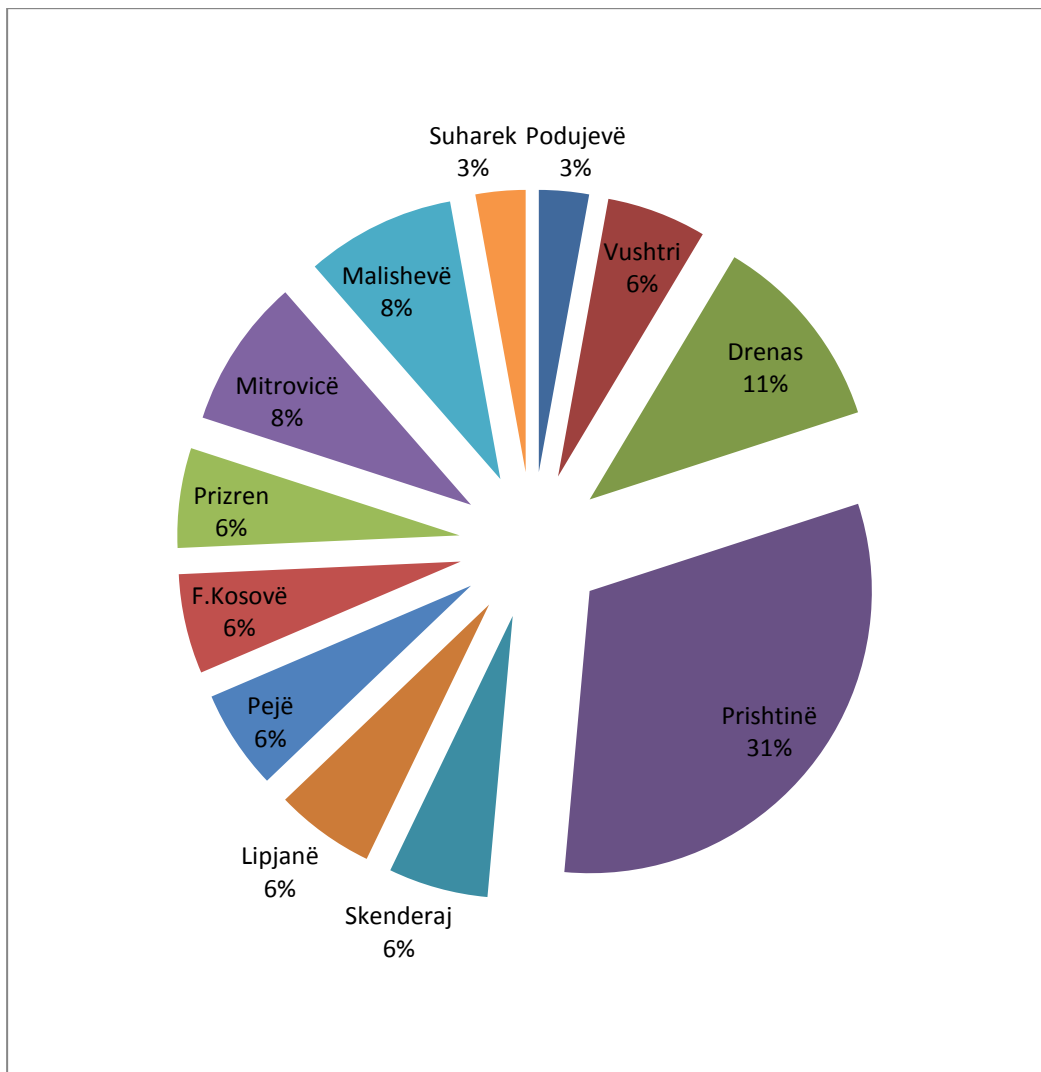
Komenti:2. Nga tabela kuptojmë se moshat më të prekura të femrave kanë qenë nga mosha 18-54 vjeç.

Tab.2. Numri i pacientëve meshkuj të prekur me ARe sipas moshës.

Numri i pacientëve	Gjinia	Mosha
2	Mashkull	17
1	Mashkull	18
1	Mashkull	24
2	Mashkull	25
1	Mashkull	28
2	mashkull	29
1	Mashkull	33
1	Mashkull	43
1	Mashkull	45

Komenti:3. Nga tabela kuptojmë se moshat më të prekura te meshkujt janë moshat nga 17-45 vjeç.

Graf.2. Shpërndarja e pacienteve me ARe me përqindje sipas vendbanimeve



Komenti:4. Sipas grafikonit shohim se qyteti me më së shumti pacient me ARe është qyteti i Prishtinës me 31%, ndërsa me më pak pacient me ARe janë qytetet Suharek dhe Podujevë.

6. Rekomandime:

- ✚ Perdorimi i vitaminave C dhe A
- ✚ Zhvillimi i aktiviteteve sportive
- ✚ Përdorimi i multivitaminave
- ✚ Bërja e kompresave të ftohta dhe qeseve me akull mbi nyjet e inflamuar
- ✚ Bërja e vizitave sistematike tek mjeku
- ✚ Konsumimi i çajrave bimor
- ✚ Kujdes nga infeksionet gastrointestinale dhe urogjenitale por edhe nga infeksionet e tjera
- ✚ Të mos konsumojnë duhan
- ✚ Të mos konsumojnë alkool

7. Diskutimet

Duke u nisur nga rishikimi i literatures dhe statistikat e mara në Klinikën e Reumatologjisë në Prishtinë kemi arritur në konkluzion se:

Artititi reaktiv shkaktohet kryesisht nga pesë lloje mikroorganizmave: salmonella typhimurium, yersinia enterocolitica, shigella flexneri, campylobacter jejuni dhe chlamidia trachomatis.

Sipas të dhënave statistikore të marra në Klinikën e Reumatologjisë në Prishtinë del se numri i përgjithshëm i pacientëve i mjekuar në këtë klinik për periudhën janar-tetor 2017 është gjithsej 35 prej të cilëve 23 janë femra ndërsa 12 janë meshkuj.

8. Përfundimi

Artriti reaktiv është një artrit aseptik që shfaqet zakonisht pas një infeksioni ekstra-artikular të traktit gastrointestinal apo të atij urogjenital. Patogjenët kryesorë janë salmonella typhimurium, yersinia enterocolitica, shigella flexneri, campylobacter jejuni dhe chlamidia trachomatis.

Artriti reaktiv është sëmundje që kryesisht prek moshat e reja, po nga kjo sëmundje mund të sëmuren edhe fëmijët mbi 5 vjeç si dhe të moshuarit.

Trajtimi bëhet me antibiotik, barna antiinflatore josteroide, jepen tretje fiziologjike.

Jepet kujdes mbështetës për pacientët.

Infermierja kujdeset për komfortin e pacientit duke penguar dhimbjen dhe diskomfortin.

Duke vendosur kompresa të ftohta dhe qese me akull mbi nyjet e inflamuar.

Duke bërë administrimin e terapive medikamentoze.

9.a) Rezyme

Hyrje: Artriti reaktiv është një artrit aseptik që shfaqet pas një infeksioni gastrointestinal apo atij urogjenital. Patogjenet kryesor tek infeksionet gastrointestinal janë: salmonella typhimurium, yersinia enterocolitica, shigella flexneri dhe campylobacter jejuni. Ndërsa patogjeni kryesor tek infeksionet urogjenitale është chlamidia trahomatis.

Metodologjia: Në realizimin e këtij punimi është përdorur metoda rishikim literature si dhe janë marrë statistikën e pacientëve të mjekuar në Klinikën e Reumatologjisë në Prishtinë për periudhën janar-tetor 2017.

Diskutimet: Duke u nisur nga të dhënat statistikore të pacientëve të mara në Klinikën e Reumatologjisë në Prishtinë, për periudhën janar-tetor 2017 rezultoi se numri i përgjithshëm i pacientëve të mjekuar në këtë klinik është 35 pacient prej të cilëve 23 janë femra ndërsa 12 janë meshkuj. Qyteti me më së shumti pacient rezultoi të jetë Prishtina. Ndërsa qytetet me më pak pacient rezultuan të jenë Suhareka dhe Podujeva.

Përfundim: Artriti reaktiv është sëmundje që prek kryesisht moshat e reja rreth 18-40 vjeç, por që mund të prek edhe fëmijët mbi 5 vjeç si dhe të moshuarit. Trajtimi i artriti reaktiv bëhet me antibiotik., me barna antiinflatore josteroide. Për shkak se HIV shoqërohet me një spekter të gjerë të çrregullimeve përfshin edhe artritin reaktiv ku patogjeni kryesor i infeksioneve urogjenitale është chlamidia trahomatis.

Qëllimi i punimit: Qëllimi i këtij punimi është që të rriten njohurit për artritin reaktiv, se çka e shkakton, cilat janë simptomët, si dhe për mënyrë se si mjekohet.

.

Fjalë kyçe: Artriti reaktiv; Artrit Aseptik;

9.b) Summary

Introduction: Reactive arthritis is an aseptic arthritis that occurs after a gastrointestinal or urogenital infection. The main pathogens in gastrointestinal infections are: salmonella typhimurium, yersinia enterocolitica, shigella flexneri and campylobacter jejuni.

While the main pathogen in urogenital infections is chlamydia trachomatis.

Methodology: Literature review methods were used in this paper and the statistics of patients treated at the Rheumatology Clinic in Prishtina for the period January-October 2017 were used.

Discussions: Starting from the statistical data of patients at the Rheumatology Clinic in Prishtina, for the period January-October 2017 it results that the total number of patients in this clinic is 35 patients, out of which 23 are females and 12 are men. The city with the highest number of patients turned out to be Prishtina. While fewer cities were Suhareka and Podujeva.

Conclusion: Reactive arthritis is an illness that affects young people around the age of 18-40 but can affect children over the age of 5 as well as non-human. Reactive arthritis treatment is done with antibiotics, with non-steroidal anti-inflammatory drugs. Because HIV is associated with a broad spectrum of disorders also includes reactive arthritis where the main pathogens of urogenital infections are chlamydia trachomatis.

Purpose of the work: The purpose of this paper is to increase the knowledge of reactive arthritis, what causes it, what are the symptoms, and how it is treated.

Keywords: Reactive arthritis; aseptic arthritis

10. Referencat:

- ❖ David A. Warrell, Timothy M. Cox. Johan D. Firth, Eduaward J. Benz, Jr.
Traktati i Oksfordit për mjekësinë
- ❖ Totozani D, Qamirani S. Anatomia normale e njeriut
- ❖ Goldman L, Ausiello D. Traktati i mjekësor i Cecil-it
- ❖ Robert E. Rakel MD Traktati i mjekësis së familjes
- ❖ Noble J. Traktati i mjekësis së kujdesit parësor
- ❖ Rexhepi S. Reumatologjia Prishtinë 2006
- ❖ Jeffry J. Schaidler, Stepfen R. Hayden, Richard E. Wolfe, Roger M. Barkin, Peter Rosen Konsulta mjekësore e urgjencës së pesë minutave të para
- ❖ Fauci, Braunwal, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo Parimet e mjekësisë interne HARRISON
- ❖ Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton Manulai Nelson i pediatriisë
- ❖ E.Paka, L.Neçaj, E.Rustemi, D.Bego, A.Imami-Lelçaj, M.Çela, A.Dervishi,
V.Zanaj, V.Mane Infermieristika në specialitetet Tianë 2005
- ❖ Kraja E. Bazat e infermierisë II
- ❖ Tafaj A. Reumatologjia Tiranë 2004

CV e studentit:

Të dhënat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Albana Gjocaj
Datëlindja	23.07.1996
Gjinia	Femër
Të dhënat kontaktuese:	
Nr. Telefonit	045-939-845
Email	albanagjocaj96@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit:	
Shkolla e mesme	SH.M.M “Hysni Zajmi” Gjakovë
Universiteti	“Fehmi Agani” Gjakovë
Fakulteti	I mjekësisë
Program	Infermieri
Statusi	i/e rregullt
ID	140306029