



UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

DEGA INFERMIERI

PUNIM DIPLOME

TEMA:

“KUJDESI INFERMIEROR TE TË SËMUARIT ME
POLYMYOSIT – DERMATOMYOSIT”

Kandidatet: z. Milazim Delija

z. Gazmend Morina

Mentori: Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha

Gjakovë, dhjetor, 2017

INFORMATAT RRETH PUNIMIT

Ky punim është realizuar në bazë të literaturës. Duke u bazuar se numri i të sëmuarve nga kjo sëmundje është minor apo bazuar në numrin e banorëve të Kosovës është i vogël atëherë nuk kemi mundur të bëjmë një analizë të të sëmuarve në Kosovë.

Më tepër jemi përqendrua në elaborimin e sëmundjes nga shkaktarët, ecurinë e saj, mjekimin dhe prognozën.

Punimi përmban 30 faqe, 4 figura si dhe 5 grafikone.

Në mbështetje të Rregullores për Studime Themelore të Fakultetit të Mjekësisë neni 46 dhe të keshillit të fakultetit të Mjekësisë të datës 02.10.2017 nr.ref 005/368 deklarojmë se

1. Pjesën e parë të temës së diplomës, Etiologjinë dhe simptomatologjin është punuar nga unë Milazim Delija
2. Pjesa e temës: Diagnostifikimin, trajtimin dhe pjesën e fundit të temës është punuar nga unë Gazmend Morina.

DEKLERATË

Me këtë deklarojmë se të gjitha të dhënat e paraqitura në këtë punim janë marr nga literatura dhe janë të evidentuara në kapitullin Literatura.

FALËNDERIMET

Në fillim e falënderojmë Universitetin “Fehmi Agani” gjegjësisht Fakultetin e Mjekësisë, Dega Infermieri, që na e mundësuan të jemi student të këtij institucioni si dhe gjatë shkollimit na përgatiten profesionalisht dhe na e hapen diapazonin e dijës.

Falënderim i veqanët i takon mentorit, Prof. Dr. Idriz Berisha i cili gjatë përgatitjes së Temës na ndihmoj ku ishte i përkushtuar në mënyrë maksimale.

Komisionit vlerësues i jemi mirënjohës se gjeti kohë dhe durim të bëjë vlerësimin e Temës si dhe përgatitjen tonë.

Nuk mundemi pa e falënderua edhe familjet tona të cilët në çdo moment të jetës si dhe shkollimit na përkrahen pa rezerva.

PËRMBAJTJA

1. HYRJA.....	7
1.1. Etiologjia.....	7
1.2. Shpeshtësia e paraqitjes.....	7
1.3. Simptomatologjia.....	8
1.4 Simptomat nga artikulacionet	11
1.5 Hulumtimet Laboratorike	11
1.6 Elektromioneurografia	11
1.7 Metodatat imunohistologjike	12
1.8 Miozitet me inkluzion me bërthama	12
1.9 Autoantitruapat te PM dhe DM.....	13
1.10. Kriteret diagnostike të PM dhe DM.....	15
1.11 Diagnostika standarde.....	16
1.12 Diagnostika diferenciale.....	17
1.13 Mjekimi.....	19
1.14 Prognoza.....	20
1.15 Qëllimet e planit të trajtimit.....	21
1.16. Kujdesi infermieror.....	21
2. QËLLIMI I PUNIMIT.....	24
3. MATERIALI DHE METODA.....	25
4. REZULTATET.....	26
5. DISKUTIMI.....	29
6. PËRFUNDIMI.....	30
7. LITERATURA.....	31

ABSTRAKTI

Hyrje:

Polymyositis dhe Dermatomyositis janë sëmundje të cilat bëjnë pjesë në Miopati Inflatore. Këto janë sëmundje e natyrës sistemike të indit lidhor me një paraqitje më të shpeshtë të inflamacionit të muskulaturës skeletore. Për dallim nga Polymyositis të Dermatomyositis kemi shenja apo simptome edhe në lëkurë¹.

Materiali dhe Metoda:

Ky punim është realizuar në bazë të literaturës. Duke u bazuar se numri i të sëmurave nga kjo sëmundje është minor apo bazuar në numrin e banorëve të Kosovës është i vogël, atëherë nuk kemi mundur të bëjmë një analizë të të sëmurave në Kosovë.

Më tepër jemi përqendruar në elaborimin e sëmundjes nga shkaktarët, ecurinë e saj, mjekimin dhe prognozën.

Rezultati:

Këto dy sëmundje pra Polimioziti dhe Dermatomioziti nuk hynë në sëmundje me paraqitje të shpeshtë. Duke e analizuar se në 100.000 banor kemi vetëm një të sëmur atëherë lirisht mund të themi se është sëmundje e rrallë. Dermatomioziti është sëmundje që zakonisht i sulmon dy grup moshë të caktuara gjegjësisht ata të moshës së adoleshencës si dhe moshën mesatare mes 50 dhe 60 vite. Ndërsa Polimioziti më së shumti i sulmon personat e moshuar.

Përfundimi:

- ❖ Diagnostifikimin sa më i mirë dhe i hershëm si dhe përmes diagnozave diferenciale është shumë i rëndësishëm për pacientët.
- ❖ Vendosja e menjëhershme e terapisë sa më adekuate duke përdorur ato më pak të dëmshme e zvogëlon mundësin e atakimit të organeve vitale si zemra, mushkëritë, etj.
- ❖ Pacientët me këto sëmundje përpos terapisë mendikamentoze kanë nevojë dhe duhet të ju ofrohet edhe terapia fizikale në mënyrë që të eliminojmë kontrakturat e ndryshme të cilat mund të na sjellin gjer te invaliditeti.
- ❖ Si në ordinimin e terapisë po ashtu edhe në edukimin dhe terapinë fizikale roli i infermierëve është i një rëndësi e të veqanët.

¹ Rula A. Hajj-ali, MD, Associate Professor; Staff Physician, Center of Vasculitis Care and Research, Department of Rheumatic and Immunologic Disease, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University; Cleveland Clinic

1. HYRJE

Polymyositis dhe Dermatomyositis janë sëmundje të cilat bëjnë pjesë në Miopatit Inflammatorë. Këto janë sëmundje të natyrës sistemike të indit lidhor me një paraqitje më të shpeshtë të inflamacionit të muskulaturës skeletore. Për dallim nga Polymyositisi të Dermatomyositisi kemi shenja apo simptome edhe në lëkurë².

1.1 Etiologjia:

Është interesant se shkaktari i këtyre sëmundjeve ende nuk dihet. Në bazë të kërkimeve të gjertanishme vërehet se kemi një induksion viral, mirëpo në tersi dihet se për zhvillimin e këtyre sëmundjeve, proceset autoimune janë vendimtare.

Ndërsa tek të moshuarit mbi 60 vjeç në mënyrë të posaçme tek Dermatomioziti kemi prezent edhe ndonjë sëmundje malinje por me lokalizime të ndryshme.

1.2 Shpeshtësia e paraqitjes.

Këto dy sëmundje pra Polimioziti dhe Dermatomioziti nuk hynë në sëmundje me paraqitje të shpeshtë. Duke e analizuar se në 100.000 banor kemi vetëm një të sëmur atëherë lirisht mund të themi se është sëmundje e rrallë³.

Dermatomioziti është sëmundje që zakonisht i sulmon dy grup moshë të caktuara gjegjësisht ata të moshës së adoleshencës si dhe moshën mesatare mes 50 dhe 60 vite. Ndërsa Polimioziti më së shumti i sulmon personat e moshuar⁴.

Ndërsa sa i përket gjinisë në të dy sëmundjet më së shumti atakohen femrat ku proporcioni në mes tyre është tek Polimioziti 2 : 1 ndërsa te Dermatomioziti 3 : 1 në dëm të femrave⁵.

² Rula A. Hajj-ali, MD, Associate Professor; Staff Physician, Center of Vasculitis Care and Research, Department of Rheumatic and Immunologic Disease, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University; Cleveland Clinic.

³ Cooper, Glinda S.; Stroehla, Berrit C. (2003-05-01). "The epidemiology of autoimmune diseases". *Autoimmunity Reviews*. 2 (3): 119–125. ISSN 1568-9972. PMID 12848952.

⁴ Po aty

⁷ Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

Ndarja e Dermatomiozitet dhe Polimiozitet sipas tipave:

Tip 1.	Polimiozitet
Tip 2 .	Dermatomioziti
Tip 3.	Polimiozitet
Tip 4.	Polimiozitet dhe Dermatomioziti
Tip 5.	Polimiozitet dhe Dermatomioziti në sindromën OVERLAP

Tabela. 1

1.3 Simptomatologjia.

Ndër simptomat më të shpeshta tek Polimiozitet dhe Dermatomioziti kemi dobësimin e muskujve të ekstremiteteve të epërme si dhe në të dy pjesët e supeve. Mirëpo kemi raste të shpeshta kur sëmuren edhe ekstremitetet e poshtme. Pacientet me këto sëmundje zakonisht ankohen në mialgji të lehtë ndërsa rrallë ndodh që të kenë edhe dhimbje të forta muskulore. Gjatë aktiviteteve fizike të sforcuara vërehet dobësimi i muskujve sidomos gjatë ngritjes, pas uljes, ngritjes në shkallë, ngritjes së peshave, etj. Zakonisht dhimbjet janë më të theksuara natën dhe në mëngjes⁶.

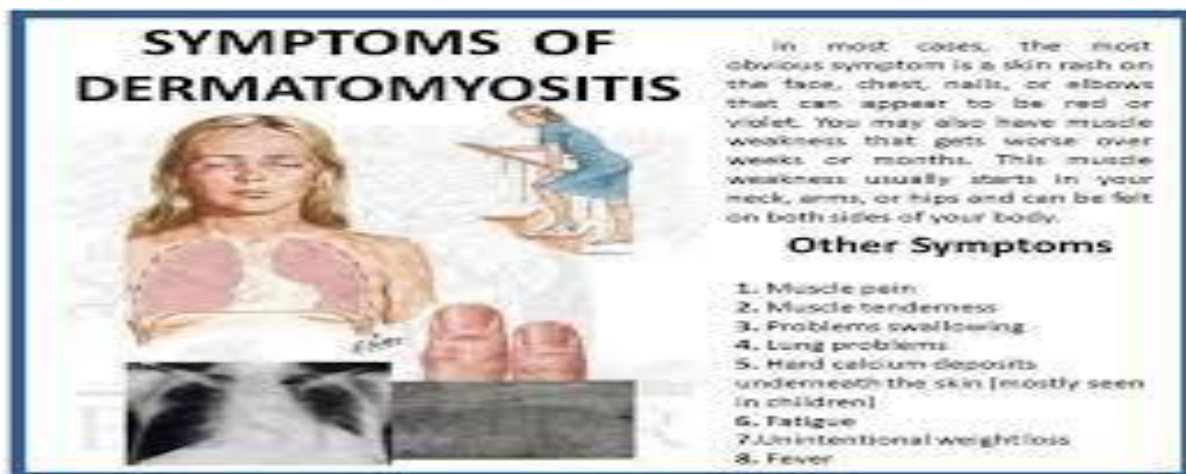


Fig. 2 Simptomat e Dermatomioziti

⁶ Rula A. Hajj-ali, MD, Associate Professor; Staff Physician, Center of Vasculitis Care and Research, Department of Rheumatic and Immunologic Disease, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University; Cleveland Clinic

Këto dy sëmundje shumë rrallë fillojnë me ethe akute dhe me ndjenjën e përgjithshme të sëmundjes. Nëse miozitet vazhdojnë për një kohë të gjatë qojnë drejt paraqitjes së atrofisë së muskujve dhe deri te kontrakturat muskulore.

Përpos atakimit të muskujve këto dy sëmundje atakojnë edhe organe të ndryshme. Në bazë të përvojës klinike atakimi i organeve të ndryshme përpos muskujve arrin nga 20 – 50 % të rasteve.

Gjatë përfshirjes së organeve tjera kemi edhe paraqitjen e pengesave të ndryshme në bazë të organit i cili përfshihet nga këto sëmundje. Nëse kemi disfoni me ndërrim të zërit kemi përfshirjen e muskujve gjegjës. Në rastin e përfshirjes së muskujve të ezofagut kemi pengesa në gëlltitje. Përfshirja e zorrëve nga kjo sëmundje është më e shpeshtë tek fëmijët.

Gjatë përfshirjes nga këto sëmundje në rëntgen vërejmë një atoni dhe motilitet të zvogëluar të ezofagut, lukthit dhe zorrëve⁷.

Një ndër problemet më të mëdha është kur përfshihet zemra. Në këtë rast vërehet me EKG me pengesa në ngacmueshmërinë e muskujve të zemrës, përçueshmërinë e impulseve si dhe me çrregullim të ritmit të zemrës. Për shkak të këtyre ndryshimeve vie deri te insuficienca e zemrës me pasoja deri në dispne dhe edem.

Nëse përfshihen mushkëritë vjen deri të pneumonia interstiale e percjellur me dispne dhe kollitje të thatë posaçërisht gjatë aktiviteteve fizike. Në këto raste mund të vie edhe deri te aspirimet gjatë gëlltitjes si dhe hipoventilit kur kemi të dëmtuar muskulaturën e frymëmarrjes.

Nëse kemi hipertoni të mushkërive si pasoj e edemes së pulmoneve e shkaktuar nga sëmundja bazë ku vie deri të ngushtimi i arterieve dhe arteriolave pulmonare si dhe fibrotizimi i tyre pacientin e qon në insuficiencë të zemrës së djathtë.

Te Dermatomioziti lëkura është e ënjtur me ngjyrë të kuqërremët në të kaltër. Zakonisht preken rajonet periorbitale dhe fytyra dhe kjo shkakton edhe ndryshime në mimikë ku vërehet një shprehje depressive e fytyrës. Mirëpo ndryshimet mund të paraqiten edhe në pjesët tjera të trupit si në qafë, duar dhe këmbë. Shpesh na paraqiten edhe hiperpigmentacionet të lëkurës, vitiligo dhe trashje të saj. Këto shenja në lëkurë paraqiten në fazat përfundimtare të sëmundjes dhe kur të tërhiqen lënë ndryshime atrofike në lëkurë.

⁹ Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.



Fig 3. Ndryshimet në lëkur të dorës dhe gishtërinjve

Për Dermatomiozitin tipike është paraqitja e eritemës të përcjellura me kruajtje në pjesët e supeve si dhe në shpinë të gishtave zakonisht mbi artikulacione e që njihen si shenja “Gotron”. Po ashtu dëmtohen edhe thonjtë ku ka paraqiten eritemat në shtratin e tyre. Ndonjëherë kemi edhe ndryshime papuloze në shpinë të gishtërinjve. Ka raste kur mund të hasim edhe teleangiëktazitë në zonat e sulmuara të gishtërinjve si dhe në pjesët tjera të gishtërinjve. Vlen të theksohet se me simptomatologji të fenomenit Raynaud më shpesh preken të semuarit me Polimiozitet se sa ata me Dermatomiozitet. Rrallë herë mund të hasim edhe kalcifikim perimuskulorë dhe subkutanë të fëmijët me Dermatomiozitet kronik. Gjithashtu hasen edhe vaskulitetet te dermatomioziti kronik të fëmijët⁸.

⁸ Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

1.4. Simptomatologjia nga artikulacionet:

Shenjat dalluese nga artikulacionet te Polimioziti dhe Dermatomioziti janë artralgjite shëtitëse dhe sinovitet e vogla. Në këtë rast më së shumti sulmohen gjunjët, duart dhe artikulacionet e gishtërinjve.

1.5 Hulumtimet laboratorike:

Në fazat akute të sëmundjes kemi një sedimentacion të rritur si dhe gjinden të pranishme proteinat e fazës akute. Poashtu kemi rritje të enzimave të muskujve (CK, LDH, SGOT), ku këto rritje gjinden në fazën aktive të sëmundjes. Gjithashtu kemi mioglobinemi dhe kreatinuri. CK – MB do të jetë e rritur ku tregon se edhe zemra është përfshirë nga sëmundja⁹.

1.6 Elektromioneurografia:

Me elektromioneurografi në muskulaturën e inflamuar do të gjejmë ndryshime patologjike. Tek inervimi Wilkur i gjejmë të rritura potencialet polifazike me zgjatje të shkurtë dhe amplitudë të vogël si dhe me inervim maksimal dhe një rekrutim i hershëm i njësive motorike. Për të bërë analizat më të thella mund të përdoret edhe rezonanca magnetike.

Në kërkimet mikroskopike mund të gjinden infiltrate inflamatore në shtresat perivaskulare dhe intersticiale të muskujve ku gjinden limfocitet , histocitet, plazmocitet, euzinofilet si dhe granulocitet polimorfonukleare. Mirëpo përpos ndryshimeve inflamatore hasim edhe ndryshime degjeneruese si nekroza të miofibrileve¹⁰.

⁹ Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

¹⁰ Rula A. Hajj-ali, MD, Associate Professor; Staff Physician, Center of Vasculitis Care and Research, Department of Rheumatic and Immunologic Disease, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University; Cleveland Clinic

1.7 Metodat imunohistologjike:

Mundësojnë një diferencim ndërmjet Polimiozitet dhe Dermatomiozitet. Te Dermatomioziti dominojnë në hapësirat perivaskulare qelizat B dhe CD4 – T pozitive. Te Polimioziti në hapësirat endomiozinale hasen qelizat CD8 – T pozitive. Kërkimet kirurgjike, urologjike dhe gjinekologjike, gjegjësisht ekzaminimet e prostatës, ekzaminimet rektale, rëntgenet e mushkërive si dhe një sonografi e abdomenit do të duhej të ishte një rutinë për të bërë diagnozën diferenciale ndërmjet Polimiozitet dhe Dermatomiozitet.

1.8. Mioziti me inkluzion në bërthamat qelizore – Inkluzion Body Miositis (IBM):

Është një formë e veçantë e sëmundjes nga e cila tri herë më shumë sëmurën meshkujt se sa femrat në moshë mesatare apo në moshë të shtyre, pa dhembje të konsiderueshme. Në këtë rast sulmohen njësoj si muskulatura proksimale ashtu edhe ajo distale. Te IBM mikroskopikisht shihen inkluzione në bërthamat qelizore dhe citoplazme të muskulaturës skeletore. Këto vakuola kanë një diametër prej 10 – 25 nm. Rëndësia e tyre deri më tani nuk është sqaruar ende. Kurse ndryshimet histologjike janë të ngjashme si te Polimioziti¹¹.

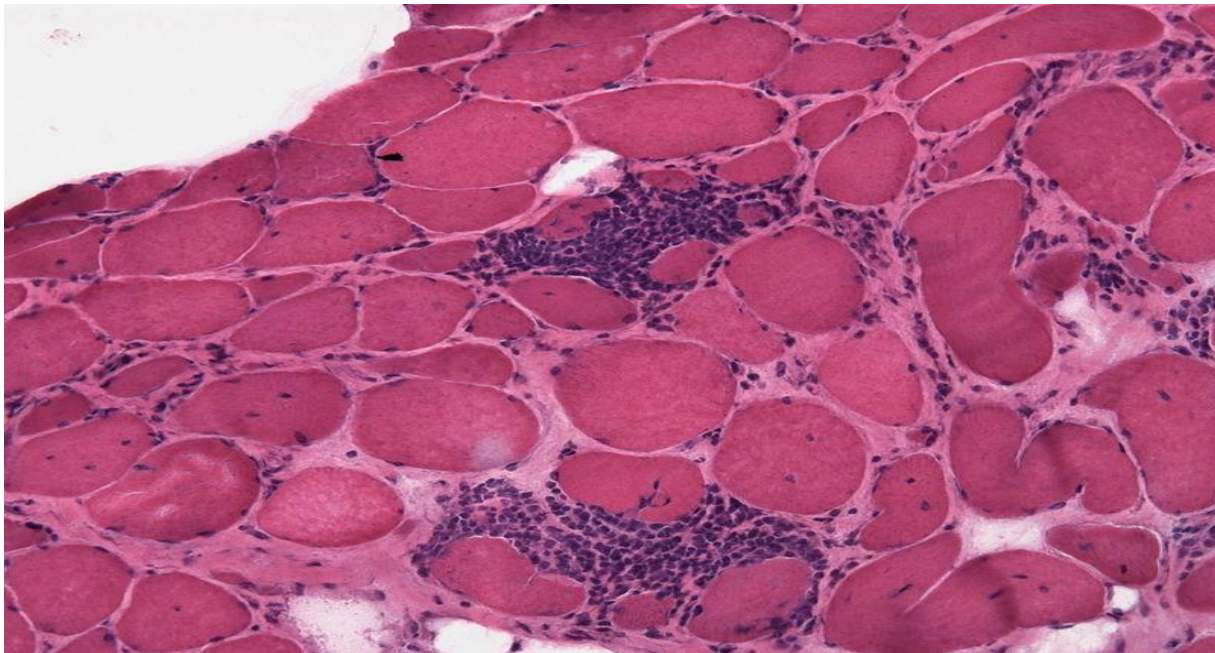


Fig 4. Ndryshimet në inde te Polimioziti

¹¹ Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

1.9. Autoantitruapat te Polimioziti dhe Dermatomioziti:

Mbi 80 % të pacientëve me këto dy sëmundje kanë autoantitruapa specifike dhe jospecifike kundër antigjeneve nukleare ose citoplazmike. Veçanërisht konstatohen antitruapa kundër proteinës nukleare 56 – kDa. Autoantitruapat që janë në lidhshmëri me sëmundjet e tjera inflamatorë të indit lidhor si të Polimioziti ashtu edhe të Dermatomioziti mund të izolohen si p.sh, në titër të ulët si antitruapat: ANTI – U – RNP (15 %), ANTI – PM – SCL (nën 10%), anticentromer, antimitokondrial dhe antitruapat tjerë¹².

Antitruapat citoplazmatik kundër enzimave të proteinë biosintezës si antigjen të Polimioziti dhe Dermatomioziti hasen në 40 % të rasteve. Kjo formë përcillet me temperaturë, sinovite, deformime, sindroma Raynaud "Duart e mekanikut" dhe me një sëmundje intersticiale të mushkërive. Sindroma tipike e Polimiozitetit të antitruapave miozit specifike.

Sindroma – Antisintetaz	Sindroma – Anti – Mi – 2	Sindroma – Anti – Mi – 2
Sëmundjet intersticiale e mushkërive	Dobësi akute muskulore	Dermatomioziti tipik
Polisinovitis	Përfshirja e zemrës	Ekzantemë tipike
Duart e mekanikut	Dhembje muskulore	Hypertrofia e thonjve
Sindroma i Raynaud-it		
Temperaturë		

Tabela 2.¹³

¹² Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

¹³ Plotz dhe Miller dhe Klippel, J.H.P.A. Diepp: Rheumatology, Mosby, St. Louis, 1994

Antitruapat	Antigjen	Shpejtësia	Sëmundja
Antisintetazat			
Anti – Jo – 1	Histidil–tRNA – sintetaza	14-40%	Sy – antisintetazë
Anti – P1 – 7	Threonyl– tRNA - sintetaza	<5%	Sy – antisintetazë
Anti – P1 – 12	Alanyl–tRNA – sintetaza	<5%	Sy – antisintetazë
Anti – OJ	Isoleucin– tRNA– sintetaza	<5%	Sy – antisintetazë
Anti – EJ	Glycyl–tRNA – sintetaza	<5%	Sy – antisintetazë
Anti – SRP	Signal recognition particle	<5%	PM – akut i rëndë
Anti – FER	Elongacion faktor 1	<1%	E pa definuar
Anti – KJ	Proteinë jo e njohur	<1%	Sëmundjet intersticiale mushkërive
Anti – MAC	RNA jo e njohur	<1%	Rabdomiolizë e indikuar me alkool
Anti – MI – 2	Proteinë jo e njohur	<10%	DM tipik

Tabela 3.

Sindroma – Anti – JO – 1:

Shpeshherë ka një asocim me antigenin HLA – DR3, gjegjësisht me antigenin HLA - DRË 52 te sindroma – antisintetazë.

Sindroma-anti SRP:

Është i njohur nëpërmjet antitropave kundër Signal recognition particle me një fillim akut të sëmundjes, me sulmim gjithashtu edhe të muskulaturës së ekstremiteteve të poshtme, zemrës dhe mialgjive.

Anti – MI – 2, antitropat kundër një proteine deri më tani të paverifikuar janë një sëmundje tipike të Dermatomioziti me simptoma klasike si ekzantemat në toraks, mbi krah dhe në duar. Këtu kemi një asocim me antigenin HLA – DR7¹⁴.

1.10 Kriteret diagnostike të Polimiozitetit dhe Dermatomiozitetit sipas Engel-it:

1. Dobësim i muskujve në pjesët proksimale zakonisht simetrike
2. Rritje e aktivitetit serumal të ashtuquajturave enzime muskulore (kreatinikinaza, aldolaza).
3. Ndryshime multifokale miopatike në elektromiogram me ose pa aktivitet spontan patologjik.
4. Nekroza të fijeve muskulore të verifikuara me biopsi, regjenerim të fijeve muskulore dhe infiltrate mononukleare me ose pa atrofi perifascikulare:
 - Polimioziti i sigurt, të plotësuar katër kriteret.
 - Polimioziti me gjasa të mëdha, të plotësuar tri kriteret.
 - Dermatomioziti, ndryshime shtesë në lëkurë¹⁵.

¹⁴ Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

¹⁵ Rula A. Hajj-ali, MD, Associate Professor; Staff Physician, Center of Vasculitis Care and Research, Department of Rheumatic and Immunologic Disease, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University; Cleveland Clinic

1.11 Diagnostika standarde te dyshimi në një sëmundje inflamatore muskulore:

Anamneza	Kërkimet klinike	Laboratori	RTG e toraksit
Zgjatja e sëmundjes dhe simptomatologjia	Parezat	CK (kreatinikinaza)	Infiltrate
Mialgjitë	Atrofitë muskulore	Ck – Izoenzimet	Rritja e hilusit
Dobësimi i muskujve	Përfshirja e lëkurës	GOT	Rritja e zemrës
Përfshirja e lëkurës	Artritis	GPT	Elektromiografia
Artralgjitë		LDH	Miosonografia
Pengesat në frymëmarrje		Pasqyra diferenciale e gjakut	Spintomatografia e bërthamave
Sëmundjet paraprijëse inflamatore		Se	Tomografia me rezonance magnetike
			Biopsia muskulore

Tabela 4

1.12. Diagnoza diferenciale;

Miozitet te infeksionet:

a) Sëmundjet virusale:

Miozitet mund të hasen te shumë sëmundje me viruse si coxackie, echo dhe viruset e influencës. Simptomat e miozitetit te këto sëmundje largohen vet, për afërsisht për dy javë. Rrallë ndodh që një miozitet të vazhdojë me nekrozë të muskujve në lidhshmëri me hepatit B, Epstein-Barr dhe viruse HTL – I. Infeksionet me virus vërtetohen në mënyrë serologjike¹⁶.

b) Infeksionet bakteriale:

Abscese muskulore solitare ose multiple, si shenjë të një mioziteti, hasen veçanërisht në viset tropikale të shkaktuara nga stafilokokët. Posaçërisht të rënda janë këtu absceset osteomiolitike. Për diagnozë duhet bërë sonografia, rezonanca magnetike e kompjuterizuar dhe kërkimet në punktat¹⁷.

c) Infeksionet me protozoa:

Te toksoplasmoza gjithashtu, përpos afeksioneve cerebrale, hasen edhe miozitetet. Relativisht shpesh te PM do të hasen IgM të rritur me testin e Sbin – Feldman-it, që flasin për një riaktivizim të infeksionit të freskët me toksoplazmozë¹⁸.

d) Mioziti granulomatoz:

Haset te sarkoidoza dhe Morbus Crohn, por mund të hasen edhe i izoluar. Histologjikisht gjejmë grumbullim të qelizave epiteloide, histocite dhe qeliza të Langer – Hansit. Miozitetet granulocitare hasen më shpesh te gratë e moshës së mesme, me dhembje muskulore dhe me disfagi.

e) Mioziti eozinofilike:

Është formë e rrallë e miozitetit, që zakonisht është i izoluar dhe shkon me simptoma të përgjithshme të një sindrome – hipereozinofilike (eozinofili në pasqyrë të gjakut dhe infiltrim i organeve me eozinofile, pa pasur të dhëna për një sëmundje parazitare). Me siguri se granulocitet eozinofile kanë një efekt shkatërrues në indet lidhore¹⁹.

¹⁶ Prof. As. Dr. Jahja Pula, Sëmundjet Infektive, Universiteti i Prishtinës, 2005.

¹⁷ Po aty.

¹⁸ Po aty.

¹⁹ Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

f) Kolagjenozat dhe vaskulitet:

Polymialgia reumatica të dhembja dhe dobësimi i muskujve të trupit duhet diferencuar nga sëmundje të tjera inflamatore të muskujve. Substrakti histologjik i polymialgia reumatica është arteriti. Në muskulaturë nuk mund të vërehet reaksione inflamatore. CK nuk është e rritur, Se është mjaft i rritur dhe EMNG normale.

Miozitet mund të hasen gjithashtu edhe te kolagjenozat e ndryshme dhe vaskulitet si te: panarteritis nodoza, sklerodermia difuza, LES, sindroma – Sharp, sindroma – Sjogren dhe granulomatoza e Eëgener-it. Gjithashtu në fazën më aktive të sëmundjes te A. R. mund të hasim miozite. Në diagnozën dalluese ndihmon një kërkim neurologjik profesional, analiza shtesë serologjike si dhe EMNG²⁰.

g) Shkaktaret toksik dhe medikamentoz:

Ndryshimet toksike në muskuj hasen te personat që konsumojnë alkoolin dhe që përdorin medikamente siç janë: Clifibrat, Colchicin, Lovostatin, Zidovudin dhe medikamente të tjera. Po ashtu nga përdorimi i medikamenteve si Chloroquina, D – penicilamina dhe kortikoidet është e mundur të paraqiten në reumatologji, mopatitë.

²⁰.Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

h) Çrregullimet metabolike:

Edhe çrregullimet në muskuj proksimal si dhe sëmundjet e tjera endokrinologjike janë të paraqitura në formë tabelare:

	Polimioziti	Polymialgia reumatica
Mosha	Mosha prej 50 – 70 vjeq	Mbi 55 vjeq
Të sëmur të rinj / vit	1/100.000	20 – 30 / 100.000
Dobësim dhe dhembje të muskujve	Proksimale	Proksimale
Histologjia	Myositis	Artritis
EMNG	Patologjike	Normale
Enzimët muskulore	Të rritura	Normale
Lëkura	Eritemë	Normale
Manifestimet viscerale	Intestinë, zemër	Mbyllje e enëve të gjakut
Malignoma	10 – 30 %	?
Prognoza	E keqe	E mirë

Tabela 5.

1.13 Mjekimi:

Të format akute të Polimioziti dhe Dermatomioziti aplikohet terapia me kortikoidet me doza 60 – 100 mg në ditë të prednizonit ose të preparateve të ngjashme orale për 4 – 6 javë doza të ndërsa të fëmijët është 1 – 2 mg / kg në ditë.

Të format mjaft aktive të sëmundjes aplikohen doza të larta të terapisë bullus me kortikoidet prej 500 – 1000 mg të methylprednizolonit, për tri ditë për të arritur një përmirësim të shpejt. Pas përmirësimit të simptomave inflamatore të muskujve kalojmë në një reduktim të ndjeshëm të dozave të larta të kortikoideve.

Në rastet kur pas dozave të larta të terapisë me kortikoidet për disa javë nuk kemi përmirësime të dukshme të dobësisë muskulore, parametrave laboratorike, pas sulmimit të organeve si muskujt, zemra dhe zorrët, caktohet një fillim i terapisë me imunosupresivë si dhe methotrexati dhe azathioprina.

Të përdorimi i Cyclophosphamidit dhe Cyclosporinës do të duhej të presim efekte të forta anësore dhe mu për këtë arsye këto medikamente hyjnë në grupin e tretë të përdorimit. Gjithashtu edhe plazmafereza dhe imunoglobulinat e aplikuara me rrugë intravenoze, në disa raste të Polimiozitetit dhe Dermatomiozitetit kanë treguar sukses.

Terapia fizikale posaçërisht lëvizja aktive dhe pasive të muskujve të caktuar, të sulmuar nga sëmundja, si dhe artikulacioneve të sëmura, do të lehtësonte dukshëm rrjedhjen e sëmundjes. Gjithashtu duhet të mësohet në kuadër të gjimnastikës edhe ushtrimi i frymëmarrjes, që në rastet progrediente të sëmundjes ka një rëndësi të veqanët.

E tërë kjo bëhet për të penguar kontrakturat dhe për të kompensuar atrofinë muskulore²¹.

Për të zbatuar një rehabilitim të suksesshëm të sëmuarve me këto sëmundje, infermierët duhet të ketë njohuri të vlerësimit në praktikën klinike dhe të shërbejë si një model i mirë në rolin e saj/tij tek këta sëmurë me rrezik invaliditeti. Në fazën e shërimit dhe rehabilitimit, infermierët janë të parët që i qasen menaxhimit të pacientit.

Roli infermieror tek pacientet të cilët përjetojnë këto sëmundje është jashtëzakonisht i rëndësishëm dhe nëse kryhet në mënyre korrekte shton pasqyre të madhe në planifikimin e trajtimit dhe menaxhimit të saktë. Në raste të këtyre sëmundjeve, infermieret duhet të kenë një koordinim në mes të ekipit ku si një ekip pa ndonjë konfuzion dhe sipas rolit të tyre duhet të vazhdojnë me procedurat të cilat ku i shënon të gjitha medikamentet e dhëna, fluidet dhe kohën kur ato janë ordinuar. Shenjat dalluese nga artikulacionet te Polimioziti dhe Dermatomioziti janë artralgjite shëtitëse dhe sinovitet e vogla. Në këtë rast më së shumti sulmohen gjunjët, duart dhe artikulacionet e gishtërinjve.

1.14 Prognoza:

Me përdorimin e kortikoideve si dhe monoterapi ose në kombinim me Azathioprina arrihet një remision i Polimiozitetit dhe Dermatomiozitetit në afërsisht 90 % të rasteve. Recidive të Polimiozitetit dhe Dermatomiozitetit priten në 3 – 5 vjetët e ardhshëm.

²¹Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

1.15 Qëllimet e planit të trajtimit:

Pasi që janë sëmundje autoimune dhe nuk dihet shkaktari i tyre nuk kemi mundësi të kemi një planë të parandalimit. Mirëpo rregullisht duhet të jemi në gatishmëri për një veprim në trajtimin e këtyre sëmundjeve si:

- të mjekojmë rastin kur ato ndodhin
- të mbrojmë dhe reduktojmë dëmtimin e organeve dhe problemet tjera të mundshme.

Trajtimi po ashtu mund të përhijë edhe barna të cilat ndihmojnë:

- reduktimin e ënjtjeve dhe dhimbjes
- reduktimin ose parandalimin e dëmtimit të nyjave
- eliminimin e mundësive të kemi invaliditet
- parandalimin e kalimit të sëmundjes në organet vitale²².

1.16. Kujdesi infermieror tek të semuarit me Polymyositis dhe Dermatomyositis

Duke e analizuar se simptomat më të shpeshta tek Polimiozitet dhe Dermatomiozitet janë dobësimin e muskujve të ekstremiteteve të epërme si dhe në të dy pjesët e supeve. Po ashtu kemi raste të shpeshta kur sëmuren edhe ekstremitetet e poshtme. Pacientet me këto sëmundje zakonisht ankohen në mialgji të lehtë ndërsa rrallë ndodh që të kenë edhe dhimbje të forta muskulore. Gjatë aktiviteteve fizike të sforcuara vërehet dobësimi i muskujve sidomos gjatë ngritjes, pas uljes, ngritjes në shkallë, ngritjes së peshave, etj. Zakonisht dhimbjet janë më të theksuara natën dhe në mëngjes. Kur rastet janë më të përshkallëzuara dhe pacienti qëndron më gjatë i shtrirë atëherë mund të vie deri te paraqitja e kontraktuarve në ekstremitete.

Për pacientët që janë të detyruar të qëndrojnë në shtrat për shkak të problemeve fizike kërkohet një kujdes i veçantë. Një rëndësi të veçantë në këtë kapitull kane lëvizjet gjate bërjes së ushtrimeve për të përkrahur mobilitetin dhe për të parandaluar komplikacionet që shoqërohen me kufizim të aktivitetit. Pothuajse të gjithë pacientet kanë nevojë të informohen për aktivitetet dhe ushtrimet që do të kryejnë në jetën e përditshme.

²² . Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.

Për të ekzaminuar pacientin infermiera mund të ketë nevojë për ndihmën e një fizioterapisti. Për të kuptuar parimet e imobilitetit dhe mobilitetit është e nevojshme të njohim anatomicën dhe fiziologjinë e sistemit muskulo-skeletor²³.

Rreziqet e plogështisë.

Fjala sindrome do të thotë një grup shenjash dhe simptomash të marra së bashku. Bashkimi i këtyre shenjave dhe simptomave që krijohen si rezultat i plogështisë shpesh quhet sindroma e mospërdorimit (e plogështisë, inaktiviteti).

Sistemi muskulo-skeletor.

Dobësia e muskujve menjëherë nga plogështia. Kur plogështia është e zgjatur dobësia muskulore mund të bëhet aq e rëndë sa që efektet, pasojat do të jenë më të mëdha se fillimi i sëmundjes.

Tonusi është tendosja e lehtë, e vazhdueshme e muskujve. Rënia e tonusit të muskujve quhet atoni që krijohet inaktiviteti (plogështia). Rënia e tonusit të muskujve shkakton atrofinë që është dobësim i qelizave muskulore. Shumica e pacientëve kanë dhimbje shpine nga qëndrimi në shtrat për disa ditë. Qëndrimi inaktiv në krevat dhe në një dyshek të bute shpesh shkaktojnë dhimbje shpine. Këto dhimbje vijnë si rezultat i tendosjes së muskujve të shpinës.

Inaktiviteti (plogështia) mund të qojë në kontraktura (tkurrje e qëndrueshme muskulore) e cila ndodh në një artikulacion kur ka një rezistencë të lartë, të fiksuar ndaj tendosjes së muskujve.

Udhëzimet bazë gjatë përdorimit të lëvizjes ushtrimore.

Më poshtë po japim udhëzimet bazë kur ndihmohet pacienti që të lëvizë artikulacionet.

- ❖ Infermierja duhet të dijë diagnozën e pacientit dhe pse duhet përdorur këto lëvizje. Kjo gjë e ndihmon infermierën në përcaktimin e tipit të ushtrimeve.
- ❖ Mësoji pacientin cilat ushtrime duhen bërë dhe si bëhen. Infermierja duhet të jetë e kujdesshme për trupin e saj që të shmangë ndonjë tërheqje muskulore apo dëmtimi i kryen ushtrimet për artikulacionet e pacientit.
- ❖ Infermierja s' duhet të stërmundohet dhe s' duhet të bëjë ushtrime që lodhin shumë të sëmurin. Qëllimi i ushtrimit nuk është që të lodhë pacientin. Disa ushtrime mund të mos bëhen ose të shtyhen për më vonë në bazë të gjendjes së pacientit. Si p.sh. ushtrime që kërkojnë qëndrim në këmbë.

²³ E. Kika (Smakaj), R. Pirushi (Duzha), V. Aliju (Xhaxhiu), "Bazat e Infermieristikës", Tiranë 2007.

- ❖ Fillo gradualisht dhe puno ngadalë, te gjitha lëvizjet duhet të jenë të njëtrajtshme dhe me te njëjtin ritëm.
- ❖ Lëvizjet e çrregullta dhe te menjëhershme s'janë komforte për pacientin.
- ❖ Përdor një kapje/shtrëngim të mire komfort kur zë artikulacionet e pacientit. Kjo teknike e tille jep pacientit një mbështetje të saktë.
- ❖ Lëvizë çdo artikulacion derisa pacienti e duron pra s'ndjen dhimbje. Lëvizjet s'duhën bërë duke ushtruar forcë. Tërheqja / zgjatja e tepërt e artikulacioneve mund te japë dëmtime madje dhe rrjedhje gjaku. Kapja e muskujve si tek pulpa e këmbës, tendina e kyqit të këmbës mund të shkaktoje dëmtime muskuli dhe tendine (delli).
- ❖ Ndalo ushtrimet lëvizore të artikulacioneve nëse papritur ndodh një kontraksion muskuli. Shtyp me butësi fundin e muskulit derisa ai të vij në gjendje normale²⁴.
- ❖ Ushtrimet e artikulacioneve duhen bërë dy herë në dite rregullisht. Çdo ushtrim të bëhet 2-5 herë. Shumica e këtyre ushtrimeve mund te bëhen kur pacienti është duke bërë banjë dhe lëvizjet gjatë banjës larjes janë pjesë e kësaj procedure. Veprimet e përditshme si ngrënia, veshja, vajtja në banje, ndihmon në vënien në punë të artikulacioneve dhe këto duhen të inkurajohen për ditë.
- ❖ Përpara se infermierja të filloj lëvizjen ushtrimore të artikulacioneve duhet par që frymëmarrja dhe zemra janë normal.
- ❖ Infermierja duhet të bëjë edhe ushtrime pasive (pra kur pacienti s'merr pjesë është inaktiv), nëse është e nevojshme por duhet te inkurajoj ushtrimet aktive (pra pacienti duhet të jetë aktiv, pjesëmarrës në këto ushtrime) kur pacienti ka mundësi ti bëjë.

Përgatitja e pacientit për ecje

Kur pacienti qëndron në shtrat / krevat për një periudhë të shkurtër kohe, përgatitja e tyre për një aktivitet me te avancuar mund të jetë thjesht një çështje ndihme për të, që të ngrihet nga krevati dhe ta ndihmosh te eci. Por ka disa pacient të cilët kërkojnë parapërgatitje. Këta janë pacient që kanë qëndruar në krevat për periudhë të gjatë kohe. Përveç ushtrimeve të lëvizjes së artikulacioneve mund të bëhen edhe ushtrime të tjera në krevat që ndihmojnë sistemin muskul skeletor për ecje²⁵.

²⁴E. Kika (Smakaj), R. Pirushi (Duzha), V. Aliju (Xhaxhiu), “Bazat e Infermieristikës”, Tiranë 2007.

²⁵Po aty.

2 QËLLIMI I PUNIMIT

1. Qëllimi i parë është që të kemi njohuri sa më të larta në lidhje me këto sëmundje.
2. Duke pasur parasysh se janë sëmundje shumë të rralla qëllim i dytë është që të jemi në gjendje që sa më herët ti identifikojmë dhe të dërgojmë pacientët në mjekim te specialistët përkatës.
3. Ordinimi i terapisë së përshkruar në mënyrë sa më profesionale si dhe përcjellja e pacientët gjatë terapisë në mënyrë që mos të kemi komplikacione nga terapia.
4. Përcaktimi i formës së kujdesit infermieror ndaj pacientëve me këto sëmundje.
5. Ndihma e pacientëve si dhe edukimi i tyre në ushtrime fizikale për të eliminuar mundësin e ndonjë invaliditeti.

3. MATERIALI DHE METODA

Ky punim është realizuar në bazë të literaturës. Duke u bazuar se numri i të sëmuarve nga kjo sëmundje është minor apo bazuar në numrin e banorëve të Kosovës është i vogël atëherë nuk kemi mundur të bëjmë një analizë të të sëmuarve në Kosovë.

Më tepër jemi përqendrua në elaborimin e sëmundjes nga shkaktarët, ecurinë e saj, mjekimin dhe prognozën.

6. REZULTATËT

1. Polymyositis dhe Dermatomyositis janë sëmundje të cilat të cilat bëjnë pjesë në Miopati Inflammatorë. Këto janë një sëmundje e natyrës sistemike të indit lidhor me një paraqitje më të shpeshtë të inflamacionit të muskulaturës skeletore. Për dallim nga Polymyositisi të Dermatomyositisi kemi shenja apo simptome edhe në lëkurë.
2. Këto dy sëmundje pra Polimioziti dhe Dermatomioziti nuk hynë në sëmundje me paraqitje të shpeshtë. Duke e analizuar se në 100.000 banor kemi vetëm një të sëmur atëherë lirisht mund të themi se është sëmundje e rrallë. Dermatomioziti është sëmundje që zakonisht i sulmon dy grup moshë të caktuara gjegjësisht ata të moshës së adoleshencës si dhe moshën mesatare mes 50 dhe 60 vite. Ndërsa Polimioziti më së shumti i sulmon personat e moshuar.
3. Është interesant se shkaktari i këtyre sëmundjeve ende nuk dihet. Në bazë të kërkimeve të gjertanishme vërehet se kemi një induksion viral, mirëpo në tersi dihet se për zhvillimin e këtyre sëmundjeve, proceset autoimune janë vendimtare. Ndërsa tek të moshuarit mbi 60 vjeç në mënyrë të posaçme tek Dermatomioziti kemi prezent edhe ndonjë sëmundje malinje por me lokalizime të ndryshme.
4. Për të zbatuar një rehabilitim të suksesshëm të sëmuarve me këto sëmundje, infermierët duhet të ketë njohuri të vlerësimit në praktikën klinike dhe të shërbejë si një model i mirë në rolin e saj/tij tek këta sëmurë me rrezik invaliditeti. Në fazën e shërimit dhe rehabilitimit, infermierët janë të parët që i qasen menaxhimit të pacientit.

5. Roli infermieror tek pacientet të cilët përjetojnë këto sëmundje është jashtëzakonisht i rëndësishëm dhe nëse kryhet në mënyre korrekte shton pasqyre të madhe në planifikimin e trajtimit dhe menaxhimit të saktë. Në raste të këtyre sëmundjeve, infermieret duhet të kenë një koordinim në mes të ekipit ku si një ekip pa ndonjë konfuzion dhe sipas rolit të tyre duhet të vazhdojnë me procedurat të cilat ku i shënon të gjitha medikamentet e dhëna, fluidet dhe kohën kur ato janë ordinuar. Shenjat dalluese nga artikulacionet te Polimioziti dhe Dermatomioziti janë artralgjite shëtitëse dhe sinovitet e vogla. Në këtë rast më së shumti sulmohen gjunjët, duart dhe artikulacionet e gishtërinjve.
6. Në fazat akute të sëmundjes kemi një sedimentacion të rritur si dhe gjinden të pranishme proteinat e fazës akute. Poashtu kemi rritje të enzimave të muskujve (CK, LDH, SGOT), ku këto rritje gjinden në fazën aktive të sëmundjes.
7. Nëse miozitet vazhdojnë për një kohë të gjatë qojnë drejt paraqitjes së atrofisë së muskujve dhe deri te kontrakturat muskulore.
8. Përpos atakimit të muskujve këto dy sëmundje atakojnë edhe organe të ndryshme. Në bazë të përvojës klinike atakimi i organeve të ndryshme përpos muskujve arrin nga 20 – 50 % të rasteve.
9. Gjatë përfshirjes së organeve tjera kemi edhe paraqitjen e pengesave të ndryshme në bazë të organit i cili përfshihet nga këto sëmundje. Nëse kemi difoni me ndërrim të zërit kemi përfshirjen e muskujve gjegjë. Në rastin e përfshirjes së muskujve të ezofagut kemi pengesa në gëlltitje. Përfshirja e zorrëve nga kjo sëmundje është më e shpeshtë tek fëmijët.
10. Nëse përfshihen mushkëritë vjen deri të pneumonia intersticiale e percjellur me dispne dhe kollitje të thatë

posaçërisht gjatë aktiviteteve fizike. Nëse kemi hipertoni të mushkërive si pasojë e edemes së pulmoneve e shkaktuar nga sëmundja bazë ku vë deri të ngushtimi i arterieve dhe arteriolave pulmonare si dhe fibrotizimi i tyre pacientin e qon në insuficiencë të zemrës së djathtë.

11. Duke e analizuar se simptomat më të shpeshta tek Polimioziti dhe Dermatomioziti janë dobësimin e muskujve të ekstremiteteve të epërme si dhe në të dy pjesët e supeve. Po ashtu kemi raste të shpeshta kur sëmuren edhe ekstremitetet e poshtme. Pacientet me këto sëmundje zakonisht ankohen në mialgji të lehtë ndërsa rrallë ndodh që të kenë edhe dhimbje të forta muskulore. Gjatë aktiviteteve fizike të sforcuara vërehet dobësimi i muskujve sidomos gjatë ngritjes, pas uljes, ngritjes në shkallë, ngritjes së peshave, etj.
12. Dobësia e muskujve menjëherë vë nga plogështia. Kur plogështia është e zgjatur dobësia muskulore mund të bëhet aq e rënde sa që efektet, pasojat do të jenë më të mëdha se fillimi i sëmundjes. Tonusi është tendosja e lehtë, e vazhdueshme e muskujve. Rënia e tonusit të muskujve quhet atoni që krijohet inaktiviteti (plogështia). Rënia e tonusit të muskujve shkakton atrofinë që është dobësim i qelizave muskulore.
13. Inaktiviteti (plogështia) mund të qojë në kontraktura (tkurrje e qëndrueshme muskulore) e cila ndodh në një artikulation kur ka një rezistence të lartë, të fiksuar ndaj tendosjes së muskujve.

5. DISKUTIMI

- Sëmundja është autoimune dhe ende nuk dihen shkaktarët e saj.
- Numri i pacientëve i përfshirë nga këto sëmundje është shumë i rrallë.
- Mosha e pacientëve të përfshirë nga këto sëmundje i takon kryesisht dy kategorive si ajo e fëmijërisë po ashtu asaj pas moshës 50 vjeçare.
- Simptomatologjia e Polimiozitet paraqitet kryesisht në muskuj skeletor por mund të përfshin edhe muskujt e organeve të brendshme në rastet më të rënda, ndërsa te Dermatomioziti përfshin lëkurën
- Duke e analizuar shpejtësinë e paraqitjes së sëmundjes, mos njohurit lidhur me shkaktarët si dhe nevojën për trajtim sa më profesional përpos mjekimit të sëmundjes për pacientët nevojitet edhe terapi rehabilituese si dhe trajtim psikosocial i pacientëve.
- Roli i infermierëve në trajtimin e të sëmuarve nga këto dy sëmundje është i rëndësishëm si në ordinimin e terapisë, rehabilitimin fizikale si dhe edukim shëndetësor.
- Një rëndësi të veçantë në këtë kapitull kane lëvizjet gjate bërjes së ushtrimeve për të përkrahur mobilitetin dhe për të parandaluar komplikacionet që shoqërohen me kufizim të aktivitetit. Pothuajse të gjithë pacientet kanë nevojë të informohen për aktivitetet dhe ushtrimet që do të kryejnë në jetën e përditshme.
- Për të ekzaminuar pacientin infermiera mund të ketë nevojë për ndihmën e një fizioterapisti. Për të kuptuar parimet e imobilitetit dhe mobilitetit është e nevojshme të njohim anatominë dhe fiziologjinë e sistemit muskulo-skeletor.
- Dobësia e muskujve menjëherë nga plogështia. Kur plogështia është e zgjatur dobësia muskulore mund të bëhet aq e rënde sa që efektet, pasojat do të jenë më të mëdha se fillimi i sëmundjes.
- Po ashtu përkrahja psikologjike e pacientëve ka një rol të rëndësishëm tek këta të sëmurë.

7. PËRFUNDIMI

Nisur nga fakti se Polimioziti dhe Dermatomioziti janë sëmundje me etiologji të pa njohur, mjekim specifik si dhe me prognozë jo aq të kënaqshme:

1. Diagnostifikimin sa më i mirë dhe i hershëm si dhe përmes diagnozave diferenciale është shumë i rëndësishëm për pacientët.
2. Vendosja e menjëhershme e terapisë sa më adekuate duke përdorur ato më pak të dëmshme e zvogëlon mundësin e atakimit të organeve vitale si zemra, mushkëritë, etj.
3. Pacientët me këto sëmundje përpos terapisë mendikamentoze kanë nevojë dhe duhet të ju ofrohet edhe terapia fizikale në mënyrë që të eliminojmë kontrakturat e ndryshme të cilat mund të na sjellin gjer te invaliditeti.
4. Pothuajse të gjithë pacientet kanë nevojë të informohen për aktivitetet dhe ushtrimet që do të kryejnë në jetën e përditshme. Për të ekzaminuar pacientin infermiera mund të ketë nevojë për ndihmën e një fizioterapisti. Për të kuptuar parimet e imobilitetit dhe mobilitetit është e nevojshme të njohim anatominë dhe fiziologjinë e sistemit muskolor skeletor.
5. Rënia e tonusit të muskujve quhet atoni që krijohet inaktiviteti (plogështia). Rënia e tonusit të muskujve shkakton atrofinë që është dobësim i qelizave muskulore. Shumica e pacienteve kanë dhimbje shpine nga qëndrimi në shtrat për disa ditë. Këto dhimbje vijnë si rezultat i tendosjes së muskujve të shpinës.
6. Si në ordinimin e terapisë po ashtu edhe në edukimin dhe terapinë fizikale roli i infermierëve është i një rëndësi e të veqanët.

8. LITERATURA.

1. Prof. Dr. med. Sylejman Rexhepi, Reumatologjia, Prishtinë 2006.
2. Prof. As. Dr. Jahja Pula, Sëmundjet Infektive, Universiteti i Prishtinës, 2005.
3. Prof. Dr. Argjend Tofaj, reumatologjia Tiranë 2004
4. E. Kika (Smakaj), R. Pirushi (Duzha), V. Aliju (Xhaxhiu), “Bazat e Infermieristikës”, Tiranë 2007.
5. Rula A. Hajj-ali, MD, Associate Professor; Staff Physician, Center of Vasculitis Care and Research, Department of Rheumatic and Immunologic Disease, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University; Cleveland Clinic
6. M Fathi; M Dastmalchi; E Rasmussen; I E Lundberg; G Tornling (2004). "Interstitial lung disease, a common manifestation of newly diagnosed polymyositis and dermatomyositis". *Ann Rheum Dis.* 63: 297–301. doi:10.1136/ard.2003.006122
7. Hajj-ali, Rula A. (August 2013). "Polymyositis and Dermatomyositis". *Merck Manual Home Edition*. Retrieved 20 April 2015.
8. Callen, Jeffrey P.; Eörtmann, Robert L. (2006-09-01). "Dermatomyositis". *Clinics in Dermatology.* 24 (5): 363–373. doi:10.1016/j.clindermatol.2006.07.001. ISSN 0738-081X. PMID 16966018
9. Cooper, Glinda S.; Stroehla, Berrit C. (2003-05-01). "The epidemiology of autoimmune diseases". *Autoimmunity Reviews.* 2 (3): 119–125. ISSN 1568-9972. PMID 12848952.

Emri:	Milazim
Mbiemri:	Delija
Data e lindjes:	23.06.1978
Kombësia:	Kosovar
Vendlindja:	Bardhaniq – Gjakovë
Vendbanimi:	Bardhaniq – Gjakovë
Gjendja civile:	I martuar
Telefoni:	044 415 362
E-maili:	mergimi-76@outlook.com
Shkollimi i mesëm:	SHMN “Hysni Zajmi” Gjakovë
Shkollimi i lartë:	Fakulteti i Infermierisë – UGJ
Dega:	Infermieri
Periudha e përfundimit të universitetit:	2017

Emri:	Gazmend
Mbiemri:	Morina
Data e lindjes:	06.03.1985
Kombësia:	Kosovar
Vendlindja:	Pejë
Vendbanimi:	Pejë
Gjendja civile:	I martuar
Telefoni:	049 930 229
E-maili:	gazmend_63@hotmail.com
Shkollimi i mesëm:	SHMN “Ramiz Sadiku” Pejë
Shkollimi i lartë:	Fakulteti i Infermierisë “UGJ
Dega:	Infermieri
Periudha e përfundimit të universitetit:	2017