

UNIVERSITETI ``FEHMI AGANI``GJAKOVË
FAKULTETI MJEKËSISË

DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR TE
PACIENTET ME KARCINOM TE GJIRIT**

Punoi:
Arlinda Krasniqi

Mentor:
Dr.Mr.Sci:Skender Ukaj

Gjakovë, Nëntor 2017

Punimi i temës së diplomës”**KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTT ME KARCINOM TË GJIRIT**” të kandidatës **Arlinda Krasniqi** u punua në Fakultetin e Mjekësis në Universitetin “Fehmi Agani” Gjakovë

MENTOR I PUNIMIT:

Dr.Mr.Sci: Skender Ukaj

Profesor i Fakultetit të Mjekësis i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë

Punimi përmban:

46 faqe

3 tabela

4 figura.

DEKLARATA E KANDITATIT

Unë Arlinda Krasniqi deklaroj se kjo temë e Diplomes “**KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTËT ME KARCINOM TË GJIRIT**” është punimi im origjinal. E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

I gjithë punimi është punuar dhe përgatitur duke rrespektuar dhe duke u mbështetur në rregullorën për përgatitjen e temës së diplomës të përcaktuara nga ana e Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

FALËNDERIM

Falënderime në radhë të parë i dedikoj familjës time, për mbështetjen dhe përkrahjen në çdo hap të shkollimit për realizimin përfundimtar të këtij punimi.

Një falënderim i veçant shkon për profesorin Dardan Koçinaj, e çmoj shumë për durimin dhe përkushtimin që pati për diskutimet, këshillat dhe kritikrat që mi dha për ta përfunduar këtë punim diplome.

Nuk mund të anashkaloj pa i falënderuar të gjithë profesorët e fakultetit të infermierisë, që punuan me ne gjatë këtyre tre viteve duke dhënë maksimumin e tyre që të ngrihem në nivelin akademik-shkencor.

Falënderoj gjithashtu edhe shoqërin time që vijuan studimet së bashku dhe bashkëpunimin që patëm keto tri vite:

Falënderoj të gjithë ata që më ndihmuan në këtë punim në çfarëdo mënyre që të marr formatin e duhur.

Përmbajtje

ABSTRAKT	5
ABSTRACT	6
1. ÇKA JANË GJINJËT	7
2. ÇKA ËSHTË KANCERI I GJIRIT	8
3. ETIOLOGJIA E KANCERIT TË GJIRIT	8
3.1 FAKTORËT E RISKUT	9
3.2 FAKTORËT E RREZIKUT TË CILËT NUK MUND T’I NDRYSHOJMË	9
3.3 FAKTORËT TË CILËT MUND TI KONTROLLOJMË:	10
4. METODAT E EKZAMINIMIT	12
4.1 INSPEKSIONI	12
4.2 PALPACIONI	13
4.3 METODAT DIAGNOSTIKE TË GJIRIT	13
4.4 NDARJA E KANCERIT TË GJIRIT NË BAZË TË SISTEMIT TNM	17
5. KLASIFIKIMI I KANCERIT TË GJIRIT NË BAZË TË PATOLOGJISË	20
5.1 PATOLOGJIA	20
5.2 SËMUNDJA IN SITU	21
5.3 KANCERI JOINFILTRATIV APO LOBULAR IN SITU	24
5.3.1 KANCERI LOBULAR INVAZIV	24
5.5 KANCERI GJATË SHTATËZANISË	27
5.7 SARKOMA E GJIRIT	28
6. MJEKIMI I KANCERIT TË GJIRIT	28
6.1 MJEKIMI I KANCERIT INVAZIV TË GJIRIT NË STADIUMIN E I-RË DHE STADIUMIN E II-TE	29
6.2 MJEKIMI I STADIUMIT TË III – TË TË KANCERIT TË GJIRIT	31
6.3 MJEKIMI NË STADIUMIN E IV-TË TË KANCERIT TË GJIRIT	32
7. STATISTIKAT MBI NEOPLAZMAT MALINJE TË GJIRIT (C50-C50) NË KOSOVË	34
8. KUJDESI INFERMIEROR TË PACIENTËT ME KARCINOMË TË GJIRIT	35
8.1 KUJDESI INFERMIEROR.- PROCESI I PËRKUJDESJES	36
8.2 ROLI INFERMIEROR	40
9. REFERENCAT	42

Abstrakt

Hyrje:

Profesioni universal i infermierit , shumë i respektuar dhe i nderuar nga të gjithë, historikisht është parë si mëshirim i vlerave humane në shërbim të individit dhe të kolektivit, si një mision i lartë për të ndihmuar ata që vuajnë nga sëmundjet. Personeli infermieror, në aktivitetin për të kryer kujdesin infermieror, aplikon tërë kapacitetin profesional e shpirtëror për parandalimin e kurimin e sëmundjeve, për tu shërbyer atyre që kanë nevojë për ndihmë jo vetëm mjekësore por edhe shpirtërore, psikologjike e morale. Sa më të përgatitur profesionalisht të jenë infermierët, aq më i kualifikuar e rezultativ është shërbimi dhe aq më të mëdha janë përfitimet mjekësore, shpirtërore e morale për të sëmurin.

Të dhënat e përgjithshme: Kanceri i gjirit është tumor malinjë më i shpeshtë te gratë. Kanceri i gjirit rritet ngadalë duke dyfishuar numrin e qelizave tumoroze. Në 15 – 40% të rastëve është multicentrik, por qdo tumor fillon të rritet nga qelizat e veta. Statistikat tregojnë se përhapja e kancerit të gjirit është 1 në 8 femra, mirëpo mund të paraqitet edhe te meshkujt por me shkallë më të ulët të rrezikut 1 deri në 100 raste. Rreth 95% të sëmurave të cilat vdesin nga kanceri i gjirit kanë metastaza të largëta. Ende nuk dihet sakt se kush e shkakton sëmundjen e kancerit, megjithatë disa faktor janë të identifikuar. Faktorët e riskut i ndajmë në dy grupe: në faktorët të cilët nuk mund ti ndryshojmë dhe faktorët të cilët mund ti kontrollojmë. Metodatat e vlerësimit të kancerit të gjirit janë: shiqimi fizik (inspektionin dhe palpimin) e gjirit, të aksillës dhe të regjionit supraklavikular; cdo herë duhet palpuar abdomenin dhe heparin dhe të hulumtohet ndieshmëria e shtyllës kurrizore në shtypje dhe në ramjet e vogla (sukusioni)mamografia dhe eventualisht galaktografia; punkcioni citologjik i nyjes dhe biopsisë operative; pasqyrën e gjakut dhe fosfatazën alkaline; rentgenografinë e mushkërive dhe të kockave, scintigrafinë e heparit dhe të kockave të cilat shërbejnë për zbulimin e metastazave të largëta. Mjekimi i kancerit të gjirit përbëhet si rregull prej më tepër metodave kurse varet nga stadiumi i sëmundjes, nga histologjia dhe diferencimi i tumorit, nga rezultati i receptorëve steroid (estrogenik dhe progesteronik) në indin e tumorit dhe nga mosha e të sëmurës duke marur parasysh ciklin menstrual. Metodatat e mjekimit janë: intervenimi kirurgjik, rrezatimi, kemoterapia dhe terapia hormonale.

Qëllimi i punimit: Të paraqesim kujdesin e infermierëve tek pacientët me karcinom te gjirit.

Përfundim: Duhet pasur kujdes nga se afër 6% të këtyre grave me këtë patologji mund të kalojnë në sëmundje të keqe ose karcinom si dhe kujdesi i kësaj moshe (40-60 vjet) nga se në këtë moshë paraqitet më së shpeshti karcinoma i gjinjëve.

Fjalët kyqe: Kanceri i gjirit, faktorët e rriskut, klasifikimi, diagnostikimi, mjekimi

Abstract

Intruduction: The universality proffesion of the nurse respected, and honored by all, historically has been seen mercy of the human values of the service of the individual and the collective, as a high mission to help those who suffer from illnesses. Nursing staff, in the nursing care activity, applies all the professional and spiritual capacity to prevent and cure diseases, for those who need not only medical but psychological and more support. The more professionally prepared to be nourse, the more qualitative and the resultant the service is and the greater the spiritual and moral health benefits for the sick.

General information: Breast cancer is the most common malignant tumor in women. Breast cancer increases slowly by doubling the number of tumor cells. In 15-40% of cases it is multicentric, but each tumor begins to grow from its own cells. Statitics show that the spread of breast kancer is 1 in 8 females but may also occur in males but with lower risk levels of 1 to 100 cases. About 95% of those who die from breast cancer have far-reaching metastases. It is still not know exactly who causes cancer, but some factors are identified. The risk factors are devided into two groups: the factors we can not change and the factors we can control. Breast cancer assessment methods include: physical examination (inspection and palpation) of breast, axillary and supraclavicular regions; everynow and again the palpitations of the abdomen and heparin should be palpated and the spinality of the backbone should be investigated in small breasts (germination) mammography and galactography cytological nodal function and galactography cytological nodal function and operative biopsy: blood reflection and alkaline phosphatase; rheumatoid arthrosis of hepatic and bone scintigraphine boneand bone that serve to detect metastatic disorders. Breast cabcer treatment is a rule by methods and depends on the age of the males considering the menstrual cycle. The methods of treatment include: surgery, radiation chemotherapy and hormone therapy.

Purpose of the work: To present the care of nurses in breast cancer patients:

Conclusion: It should be against the fact that close to 6% of these women with this pathology can pass into bad illness or carcinoma and care for this age is more likely to be breast carcinoma.

Key words: Breast cancer, risk factors, classification, diagnosis, treatment.

1. Çka janë gjinjtë

Gjinjtë janë gjëndra qumështore të vendosura ndërmjet lëkurës së gjoksit dhe sipërfaqes së përparshme të musculus pectoralis major. Ato janë të formuara nga indi dhjamor, indi lidhor dhe grandular. Gjëndrat e qumështit hasen në të dy gjinitë, por te meshkujt dhe te vajzat e reja para pubertetit janë të pazhvilluara. Gjinjtë si nga forma dhe nga madhësia nuk janë njësoj në të gjitha femrat. Ky ndryshim varet nga masa e indit glandular, indit lidhor dhe fiksimit në gjoks.

Simetria.-Zakonisht gjinjtë kanë një rritje dhe zhvillim simetrik. Mirëpo nuk është e parëndomtë që njëri gjinj të jetë më i madhë se tjetri (asimetri e gjinjëve) dhe kjo mundë të jetë dukuri krejt normale.

Areola dhe thimthi i gjirit.- Areola dhe thimthi i gjirit janë të pigmentuar në mënyrë intensive. Regjioni i areolës ka një perimetër prej rreth 35 deri në 50 mm. Në qendër të areolës së gjirit ndodhet thimthi, i cili ka madhësi dhe forma të ndryshme. Thithkat dhe alveola janë të zhvilluara nga një lëkurë e hollë e ngjyrosur në ngjyrë kafe. Në areolat për rreth janë të zhvilluara në formë grupimesh kokrriza rreth e përçark thithkave, me një madhësi të vogël mbi nivelin e lëkurës e me ngjyrë të zbehtë. Këto janë glandulae areolares Montgomeri, rundimente të gjëndrave të qumështit që modifikojnë gjëndrat e qumështit gjatë shtatëzanisë.

Indi gjëndëror i gjirit.-Njësia themelore histologjike në strukturën gjëndërore është acinusi. Disa acinuse kur bashkohen përbëjnë lobulusin e gjirit. Në anën e përparme të gjinjëve e në thithkat janë kanalzet e gjëndrave të qumështit.

Në brendësi të masës së gjëndrave të gjirit qëndron Corpus fibrosum mammae, me madhësi të ndryshme. Në këtë masë të indit lidhor numërohen 15-20 lobuse të rradhitura në formë radiale nga thimthi. Të gjitha kanë një zbrazje të veçantë në ductus lactiferous, vijnë para thithkës e zgjërohen, formojnë sinus lactiferous e pastaj komunikojnë me vrimen e thithkës.

Rrugët limfatike.- Limfa derdhët në enët limfatike:

- aksilare
- subklavikulare, mediastinale
- një pjesë të mëlqisë dhe
- subdiafragmale.

Në qdo nënsqetull ka rreth 20-30 nyje limfatike, që drenojnë limfën nga gjinjtë.

Lëkura e gjinjëve. – Lëkura që i mbulon gjinjtë, ka një trashësi rreth 0,5 deri në 2 mm. Përreth areolës së gjirit, lëkura është më e hollë dhe më e fortë.

2. Çka është kanceri i gjirit

Kanceri i gjirit është një tumor që zhvillohet nga qelizat e vetë gjirit. Kanceri i gjirit është rritja jashtë kontrollit dhe përhapja e qelizave jo normale të indit të gjirit. Këto qeliza grumbullohen dhe formojnë një tumor, i cili shtyp, përhapet dhe shkatërron indin normal të gjirit. Kanceri i gjirit është kancer që fillon në indet e gjirit. Statistikat tregojnë se përhapja e kancerit të gjirit është 1 në 8 femra, mirëpo mund të paraqitet edhe te meshkujt por me shkallë më të ulët të rrezikut 1 deri në 100 raste.

3. Etiologjia e kancerit të gjirit

Kanceri i gjirit rrallë paraqitet para moshës 20 vjeqare, kurse shpeshtësia gradualisht rritet, dhe më i shpeshti është midis moshës 55 dhe 70 vjeqare. Rreziku nga kanceri i gjirit rritet te ato gra:

- të cilat menstruacionin e parë e kanë pasur para moshës 12 vjeqare,
 - të cilat kanë pasur menopauzën pas moshës 50 vjeqare ,
 - të cilat nuk kanë lindur, ose kanë lindur pas moshës 30 vjeqare,
 - në të cilat te biopsia e gjirit është gjetur hiperplazion epithelial me atipi të epitelit,
 - të cilat janë operuar për shkak të kancerit të njërit gji (paraqitja e sigurt e kancerit në gjirin tjetër është rreth 60%)
 - kur ka një anamnezë familjare pozitive dhe me përdorimin e terapisë hormonale.
- Më pak se 1% e rasteve me kancer gjiri shfaqet te gratë në moshë më të re se 25 vjeç. Megjithatë, pas moshës 30 vjeç vihet re një rritje e fortë në incidencën e kancerit të gjirit. Me përjashtim të një grupi ``plato``ndërmjet moshës 45 dhe 50 vjeç, incidence e kësaj patologjie rritet në përpjestim me moshën.

3.1 Faktorët e riskut

Ende nuk dihet sakt se kush e shkakton sëmundjen e kancerit, megjithatë disa faktor janë të identifikuar. Faktorët e riskut i ndajmë në dy grupe: në faktorët të cilët nuk mund ti ndryshojmë dhe faktorët të cilët mund ti kontrollojmë.

3.2 Faktorët e rrezikut të cilët nuk mund t'i ndryshojmë

3.2.1 Moshë dhe gjinia

Moshë më e prekur nga kjo sëmundje është moshë mbi 50 vjet. Mirëpo vlen të cekët se në moshë më të reja karcinoma ka gjasa të jetë më agresive sesa tek moshat më të shtyera.

3.2.2 Anamneza familjare pozitive e kancerit të gjirit

Anamneza familjare e kancerit të gjirit përfshin 15% të femrave me histori familjare të kësaj sëmundjeje janë të rrezikuara, përafërsisht mbi 85% të grave me kancer të gjirit kanë anamnezë familjare negative. Në rast se nëna apo motra e një gruaje ka kancer gjiri unilateral përpara menopauzës, risku për zhvillimin e sëmundjes gjatë jetës së saj i përafrohet 30%, ndërkohë që një grua, nëna ose motra e së cilës ka kancer gjiri përpara menopauzës të dy gjinjët, ka të paktën një rrezik gjatë jetës prej 40-50%. Incidenca e lartë në këtë grup grash i kushtohet onkogjenit të trashëguar.

3.2.3 Anamneza personale

Gratë që janë mjekuar nga kanceri i njërës gji, janë 3–4 herë më të rrezikuara të fitojnë kancer diku tjetër (në gjirin tjetër rreth 6% të rasteve).

3.2.4 Radiacioni jonizues

Rrezatimi në regjionin e gjoksit ka ndikim të dëmshëm nëse është bërë në periudhën e zhvillimit të gjinjëve, në moshë të re.

3.2.5 Gjenet

Gjenet – disa njerëz kanë gjene të cilat e bëjnë të mundur zhvillimin e kancerit të gjirit. Këto defekte janë gjetur në gjenet: BRCA1 dhe BRCA2. Gjени BRCA1 është i lokalizuar në kromozomin e 17-të. BRCA1 mutacionet trashëgohen në mënyrë autosome dominante dhe janë të përcjellura me rritjen e rrezikut të kancerit në 56-85% të rasteve dhe me rritjen e rrezikut të kancerit të ovarëve në 15-45% të rasteve. Gjени BRCA2 është i lokalizuar në kromozomin e 13-të. Alterimet në gjenin BRCA2 janë të përcjella me rritjen e incidencës së kancerit të gjirit të femrat dhe të meshkujt në 6% të rasteve, si dhe është i rritur edhe rreziku nga kanceri i ovarëve, pankreasit, prostatës dhe melanomës.

3.2.6 Cikli menstrual

Cikli menstrual – Femrat të cilat kanë pasur menstruacionin e parë para moshës 12 vjeqare ose kanë arritur menopauzën mbi moshën 55 vjeqare kanë rrezik të rritur për kancer të gjirit.

3.3 Faktorët të cilët mund ti kontrollojmë:

3.3.1 Obeziteti

Obeziteti – Shumë studime tregojnë se rritja e peshës trupore te gratë, sidomos pas menopauzës, e rrisin rrezikun nga kanceri i gjirit. Ovaret prodhojnë sasi më të madhe të estrogjeneve, kështu që rritja e peshës trupore pas menopauzës e rrit nivelin e estrogjenit si dhe rrezikun për kancer të gjirit. Mbajtja e peshës normale trupore sidomos pas menopauzes, e ulë rrezikun nga kanceri i gjirit.

3.3.2 Gjdhënja

Gjdhënja më e gjatë se 12 muaj, e redukton rrezikun nga kanceri i gjirt, sepse gjatë gjdhënies, niveli i estrogjenit është i ulët.

3.3.3 Konsumimi i alkoolit

Përdorimi i alkoolit më tepër se 1 gotë në ditë, e rrit rrezikun nga kanceri i gjirit.

3.3.4 Përdorimi i terapisë plotësuese hormonale

Përdorimi i terapisë plotësuese hormonale, sidomos të kombinuar estrogen progesteron, e rrit rrezikun nga kanceri i gjirit.

3.3.5 Përdorimi i terapisë kontraceptive

Përdorimi i terapisë kontraceptive sipas disa studimeve, shkakton rritje të lehtë të rrezikut nga kanceri i gjirit. Lindja pas moshës 30 vjeqare e rrit rrezikun për kancer të gjirit.

4. Metodatat e ekzaminimit

Metodat e ekzaminimit ndahen në:

Klinike:

- Inspekcioni
- Palpacioni

Laboratorike:

- Pasqyrën e gjakut dhe fosfatazën alkaline
- Punkcioni citologjik i nyjës dhe biopsinë operative

Radiologjike:

- Mamografia dhe eventualisht galaktografia
- Rentgenografinë e mushkërive dhe të kockave
- Scintigrafinë e heparit dhe të kockave të cilat shërbejnë për zbulimin e metastazave të largëta etj.

4.1 Inspeksioni

Inspeksioni është i rëndësishëm nga aspekti klinik i diagnostikimit. Me këtë rast të sëmurën e inspektojmë në tërësi, e në veqanti gjirin e sëmurë. Gjatë inspeksionit gruaja duhet të qëndrojë drejt, e zhveshur deri në bel, dhe trupi duhet të jetë i lirë. Vëmendja jonë duhet të drejtohet në madhësinë, formën dhe simetrinë e gjinjve dhe të majeve të tyre, në ngjyrën e lëkurës si dhe në rrjetën e vizatimit nënlëkurorë të vazave të gjakut. Inspeksioni duhet të bëhet edhe gjatë ndryshimit të pozitës së duarve të pacientës (me duar të lëshuara dhe të ngritura). Inspeksioni duhet të bëhet edhe në pozitën e shtrirë. Ndonjëherë ndodh që të vërehen ndryshime në gjinj, varësisht nga pozita e pacientës. Në stadi fillestar të zhvillimit të sëmundjes veq te M. Paget gjatë inspeksionit nuk vërehen ndryshime. Maja e gjirit e kontrahuar si dhe deformimi i gjirit , mund të na udhëzojnë në ndryshime që kanë lidhje me kancerin e gjirit, por shpesh ndryshimet e tilla janë pasojë e ndryshimeve fibrotike, degjenerative të gjirit. Në veqanti është i dyshimtë ndryshimi në kualitetin e lëkurës së gjirit, e cila merr formën e ngjyrës së portokallit (Peau d'orange). Ky ndryshim vërehet më mirë nëse mblidhet lëkura në mes dy gishtërinjëve.

4.2 Palpacioni

Palpacioni është ndër format kyqe të ekzaminimit. Kryhet me shuplakë të hapur me lëvizje në formë rrethi në gji. Pas palpimit të tillë të përgjithësuar është e nevojshme që gjiri të palpohet me gishtërinjët e të dy duarve në pozitën e krysur lehtë përpara. Gjatë vizitës së tillë muskulatura duhet të jetë e lirë. Veprimi i njejtë përsëritet edhe në pozitën e shtrirë dhe në pozitën me duar të ngritura mbi kokë, sepse disa nga ndryshimet mund të vërehen në pozitë të caktuar. Me palpacion përcaktohet madhësia, forma, sipërfaqja, konzistenca, kufizimi me strukturat e tjera, ndjeshmëria dhe lokalizimi i tumorit në gji. Nëse pacientja vetë e ka vërejtur ndryshimin, në ato raste kërkohet nga ajo që vetë ta përcaktojë lokalizimin e formacionit. Në raste të tilla, vizitën e fillojmë me gjirin e shëndoshë. Lokalizimi i procesit përcaktohet sipas kuadrantëve të gjirit, prandaj palpacioni bëhet sipas rregullës së akrepave të orës. Përcaktohet lëvizshmëria e tumorit në raport me bazën fasciet dhe lëkurën. Vizitën e gjirit e plotësojmë me përcaktimin e statusit nodal të gjëndrave aksillare, subklavikulare, cervikale dhe paramamilare. Palpimi i gjëndrave lokale bëhet sipas renditjes, së pari nga ato aksilare, mandej pasojnë ato të linjës paramamilare, subklavikulare dhe në fund nga gjëndrat cervikale.

4.3 Metodat diagnostike të gjirit

4.3.1 Sonografia e gjirit

Sonografia e gjirit (ekografia apo ultrazëri i gjirit) sot është metoda komplementare më e shpeshta për shiqimin e gjirit. Përparsia e ultrazërit para metodave tjera është se mund të dalloj qartë tumefaktet cistike prej ndyshimeve tjera solide (tumorët) dhe ndyshimeve fibrocistike.

Duke marrur parasysh atë që saktësia e ultrazërit në zbulimin e tumorit të gjirit më të vogël se 1 cm është rreth 82% kurse saktësia e mamografisë 92%, preferohet që me sonografi të bëhet edhe mamografia, sepse atëher saktësia diagnostike është rreth 98%.

4.3.2 Mamografia

Mamografia sot është metoda radiologjike bazë e shqimit të gjirit, kurse perfshinë fotografimin rentgenologjik të gjirit në projeksione. Tomografia e kompjuterizuar (CT)

e gjirit dhe rezonanca e kompjuterizuar (MRU) nuk aplikohet ne praktikën e përditshme. Vlera e vërtet e mamografisë është në zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit para se tumori të mund të palpohet, posaqërisht në zbulimin e mikrocalcifikatëve patologjike, dhe për këtë saktësia diagnostike është më e madhe.

4.3.3 Scintimamografia

Scintimamografia është shiqimi i gjirit me izotope radioaktive ,kurse mund të aplikohet si metodë plotësuese te rezultati i mamografisë së dyshimit. Zakonisht aplikohet per te verifikuar prezencen e ndryshimeve metastatike në sistemin kockor.

4.3.4 Galaktografia

Galaktografia është një procedur diagnostike mamografike ku përafërsisht 1 ml kontrast injektohet nëpërmjet një kanuleje të futur në hyrjen duktale të areolës. Galaktografia do të thotë paraqitje rentgenografike e kanaleve përques me kontrast të tretshëm ne ujë. Kryhet te pacientët te të cilët nga thimthi iu del gjak, sekrecione spontane përmes thimthit dhe te kanalët duktale të mbyllura.

4.3.5 Pneumocistografia

Pneumocistografia do të thotë paraqitja me roentgen të cistave të gjirit duke aspiruar më parë përmbajtjen e cistës me injektimin e ajrit në cistë. Kjo metodë në ditët e sotme më nuk përdoret, sepse kemi hulumtime më të sigurta, sonografinë (ultrazërin) e gjirit.

4.3.6 Analizat citologjike

Analiza citologjike. Aspirimi i indit me gjilpërë të hollë apo marrja e indit me gjilpërë të posaqme fitohet material për analizë citologjike. Saktësia e analizës citologjike sillet 85 deri 90%. Tumefaktët palpabil mund të punktohen “në të verbët”. Për tumefaktët që nuk palpohen dhe për grumbullimet e mikrocalcifikateve është e detyrueshme mamografia-stereotaksike apo kryerja e punktimit të cistës

4.3.7 Biopsia operative

Biopsia operative është procedurë e marrjes së indit për analizë histologjike. Diagnoza përfundimtare e kamcerit të gjirit dhe vendimi për intervenimin operativ adekuat si rregull bazohet në rezultatin histologjik.

Egzistojne tri lloje të biopsive:

Biopsia aspirative

Biopsia me gjilpërë

Biopsia kirurgjikale

4.3.8 Përkrahja psikologjike

Fakti që ju keni kancer, ndikon në përceptimin tuaj dhe bën që jeta juaj të ndryshojë. Por kjo nuk do të thotë se ju duhet të hiqni dorë nga aktivitetet tuaja të përditshme. Përveç kujdesit mjekësor profesional, të cilën pacientët e marrin nga ana e specialistëve, një domethënie të madhe ka dhe mbështetja psikologjike nga ana e infermierëve. Mendja dhe trupi janë në komunikim të vazhdueshëm. Psikologjia pozitive ndikon pozitivisht mbi trupin

4.3.9 Onkologjia Molekulare

Onkologjia mjekësore është degë shkencore e cila përfshinë jo vetëm mjekimin e pacientëve me kancer, por edhe mbrojtjen nga kanceri, përcjelljen e të sëmurëve me kancer dhe metodat për diagnostifikimin e hershëm. Me fjalë të tjera, secila fazë e sëmundjes malinje është lëndë e onkologjisë mjekësore. Rëndësia e gjenetikës në diagnostikimin dhe trajtimin e kancerit është në rritje e sipër. Sot onkologjia molekulare luan rol të rëndësishëm në parashikimin dhe kontrollin e rrezikut të të sëmurët me sëmundje malinje. Qasja në mjekimin sipas karakteristikave gjenetike të qelizave të kancerit, parashikimi i rrjedhës së sëmundjes, mbikëqyrja mbi efektivitetin e mjekimit

dhe diagnoza e hershme në rastin e kthimit të sërishëm, është i mundur vetëm me mbështetjen e onkologjisë molekulare.

4.4 Ndarja e kancerit të gjirit në bazë të sistemit TNM

Me së shpeshti aplikohet ndarja e unionit Ndërkombëtar kundër kancerit (UICC) në bazë të sistemit TNM: T- tumori primar, N- nyjet limfatike regjionale, M- metastazat e largëta.

Tabela.1 Klasifikimi i sistemit TNM

T-tumori primar
Tx- tumori primar nuk mund të palpohet, të lokalizohet e as të matet
To: nuk ka dëshmi të tumorit primar
Tis:carcinoma in situ: kanceri intraduktal apo kanceri lobular in situ sëmundja e Paget-it e areolës pa tumor. Shenim: Sëmundja e Paget- it me tumor klasifikohet sipas madhësis së tumorit.
T1: tumori 2 cm apo më I vogël T1a:0,5cm apo më I vogël T1b: prej 0,5 deri në 1 cm T1c: prej 1 deri në 2 cm
T2: tumori prej 2 deri në 5 cm
T3: tumori më i madhë se 5 cm
T4:tumori i qfarëdo madhësie me zgjerim direkt në murin torakal apo në lëkurë. Shënime: Muri torakal përfshinë brinjët, muskujt interkostal dhe muskulin seratus anterior, por jo murin pektoral. T4a: zgjerim në murin torakal T4b: edemë e lëkurës së gjirit (duke përfshirë lëvoren e portokallit peau d'orange) apo ulceracionin e lëkurës apo nyjet satelitore në lëkurë të njejtit gj T4c: të dy 4a dhe 4b T4d:kanceri i pezmetuar (inflamator)
N- nyjet limfatike regjionale
Nx- nyjet limfatike regjionale nuk mund të palpohen (psh. Veç janë hequr)
No-nuk ka metastaza në nyjet limfatike regjionale
N1-metastazat në nyjet aksillare të njejtës anë janë të lëvizshme
N2 -metastazat në nyjet aksillare të njejtës anë në mes veti janë të fiksuara apo për strukturat tjera

N3- metastazat në nyjet aksillare të njejtës anë parasternale përgjat arteries mammaria interne
M - metastazat e largëta
Mx - praninë e metastazave të largëta nuk mund të vërtetohet
Mo - nuk ka metastaza të largëta
M1 - egzistojnë metastazat e largëta apo metastazat në nyjet limfatike supraklavikulare.

Tabela.2 Ndarja e kancerit sipas stadiumeve

Ndarja e kancerit të gjirit sipas stadiumeve				
Stadiumi	O	Tis	No	Mo
Stadiumi	I.	T1	No	Mo
Stadiumi	II.A	To T1 T2	N1 N1 No	Mo Mo Mo
Stadiumi	II.B	T2 T3	N1 No	Mo Mo
Stadiumi	III.A	To T1 T2 T3	N2 N2 N2 N1,N2	Mo Mo Mo Mo
Stadiumi	III.B	T4 Cdo T	CdoN N3	Mo Mo
Stadiumi	IV.	Cdo T	Cdo N	M1

4.4.1 Prognoza

Kanceri minimal: më tepër se 90% mbijetojnë 10 vite.

Stadiumi I: 80-90% mbijetojnë 5 vite, kurse rreth 65% 10 vite.

Stadiumi II: 40-60% mbijetojnë 5 vite, kurse më pak 25% 10 vite.

Përçindja e të mbijetuarve sipas numrit të metastazave në nyjet limfatike aksillare. Te 1-3 metastaza 62% mbijetojnë 5 vite, kurse rreth 38% 10 vite. Te 4 e më tepër metastaza 32% mbijetojnë 5 vite, kurse rreth 13% 10 vite.

Stadiumi III: rreth 41% mbijeton 5 vite.

Stadiumi IV: rreth 10% mbijeton 5 vite.

4.4.2 Indikatorin prognostik i Nottingham

Indeksi prognostik Nottingham (NPI) përdoret për të përcaktuar progresin e kancerit të gjirit. Vlera e saj llogaritet duke përdorur tre kritere patologjike: madhësia e plagës, numri i nyjeve limfatike të përfshira dhe shkalla e tumorit.

Indeksi llogaritet duke përdorur formulën:

$$NPI = [0,2 \times S] + N + G$$

ku:

S është madhësia e indeksit të lesionit në cm.

N është statusi i nyjes: 0 nyje = 1, nyje 1 – 4 = 2, > 4 nyje = 3

G është klasa e tumorit: Klasa I = 1, Klasa II = 2, Klasa III = 3.

Tabela.3 Vitet e mbijetesës Faktori prognostik Nottingham

Rezultati	5-vite mbijetesë
≥ 2.0 to ≤ 2.4	93%
> 2.4 to ≤ 3.4	85%
> 3.4 to ≤ 5.4	70%
> 5.4	50%

5. Klasifikimi i kancerit të gjirit në bazë të patologjisë

5.1 Patologjia

Karcinomat e gjirit paraqesin rëndësi shumë të madhe sepse janë të shpeshta dhe të rrezikshme. Prandaj qdo masë në gji, pavarësisht nga përmasat dhe nga mosha e gruas duhen vlerësuar seriozisht dhe duhen ndjekur me kujdes. Në gjëndrën e gjirit mund të lajmërohen numër i konsiderueshëm i tumorëve të cilat janë me origjinë nga lëkura, indi yndyrorë, indi mezenkimal dhe strukturat epiteliale.

5.1.1 Mikroskopisht dallohen disa tipe

- karcinoma intraduktale, e cila ende nuk ka marrë zhvillim makroskopik;
- karcinoma lubulare, e cila zëvendësohet në kufirin acino-kanalikular;
- karcinoma infiltrative, e cila sipas raportit të qelizave tumorale me stromën mund të jetë e formës skirroze ose medulare, dhe
- carcinoma mukoide, e cila shoqërohet me prodhim të shtuar të mukosit dhe mikroskopikisht karakterizohet nga qelizat si “unazë me gurë”. Një formë e posaqme e karcinomave mammarë është sëmundja Paget

5.1.2 Në bazë të evolucionit paraqiten tri forma të ndarjes:

1. tipi skiroz – forma e evolucionit të ngadalshëm, te gratë e moshuara,
2. mastitis carcionomatoso – forma e evolucionit të shpejtë, te moshat e reja,
3. forma e evolucionit progresiv – e cila vërehet zakonisht me kancerin e gjirit.

5.1.3 Ndarja në bazë të pamjes klinike:

- **kanceri i tipit mastitis** – infiltrati tumoroz shoqërohet me temperaturë të lartë, dhimbje të forta dhe zmadhim të theksuar të gjendrës. Në qoftëse ky tip i kancerit zhvillohet gjatë shtatëzënisë ose laktacionit atëherë mund të merret gabimisht për mastit akut ose abces.
- **kanceri i tipit erysipelas** – në gjëndrën e zmadhuar të gjirit vërehen njolla të kuqe të qelta, edema e gjirit, tumori nuk palpohet, ka temperaturë lokale

- **kancer pancir – kanceren cuirasse.** Në kancerin e tipit skiroz lëkura dhe adipoza kutane janë të infiltruara nga noduse të shumta metastatike, të cilat shkaktojnë ngurtësi të indit lidhor dhe si rezultat rrudhet mbulesa kutane, ngjishet dhe shtrëngohet sa pengon të sëmurin në frymëmaarrje.
- **Kanceri okult i gjirit** – rrallë ndodh që te pacientja të konstatohet zmadhim i limfonodulave aksilare nga metastaza e kancerit të gjirit, ndërsa te ekzaminimi i gjëndrave të gjirit nuk vihet në dukje asnjë tumor.

5.2 Sëmundja in situ

Karcinoma lobulare dhe duktale mund të kufizohen nga membranat bazale të doktuseve. Të dyja këto karcinoma nuk prekin indet përreth, dhe, teorikisht, nuk kanë aftësi të shpërndahen.

- Karcinoma duktal in situ (DCIS) si dhe,
- Karcinoma lobulare in situ (LCIS)

Kanceri i gjirit në më tepër se 90% të rasteve paraqitet në epitelin e kanaleve (i ashtuquajhuri kanceri duktal), kurse rreth 10% në epitelin e lobuseve (i ashtuquajhuri kanceri lobular).

5.2.1 Kanceri joinvaziv apo duktal in situ (carcinoma ductale in situ)

Kanceri joinvaziv nuk infiltron dhe nuk kalon në membranën bazale të kanaleve. Në rreth një të tretën e të sëmurave është multicentrik, kurse në rreth 25% të sëmurave gjinden fokuset edhe në gjirin tjetër.

Ndahet në nëntipe dhe atë:

I. komedo me nekrozë, II. kribriforme- papillare me nekrozë, III. kribriforme me pak nekrozë apo pa të, IV. Mikropapillare pa nekroze. Nëntipi I. dhe II. Tregojnë rrezik të madhë (deri 25%) për recidive pas ekscizionit, derisa te tipi III. dhe IV. Ai rrezik është shumë i vogël.

CARCINOMA INVASIVO

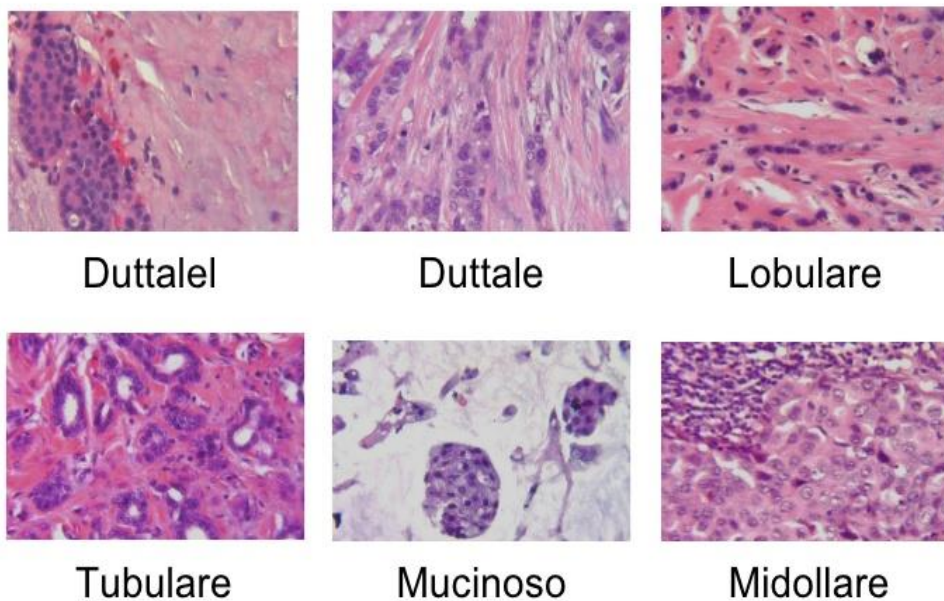


Fig.1 Llojet e karcinomes invazive

5.2.2 Kanceri duktal invaziv

Kanceri duktal invaziv zgjerohet përmes membranës bazale dhe infiltrohet në indin ekstraduktal. Përbënë 70-80% të të gjithë kancereve të gjirit, kurse është multicentrik në 10-30% të rasteve.

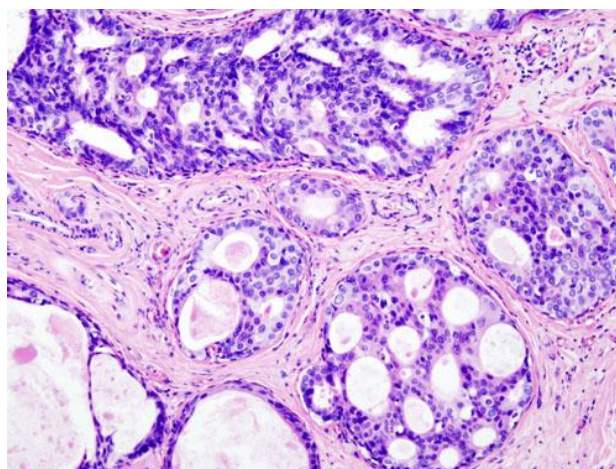


Fig 2. Karcinoma duktale

5.2.3 Kanceri sciroz

Kanceri sciroz është forma më e shpeshtë e kancerit duktal invaziv i cili paraqitet si i kufizuar, nyje e fortë, me madhësi të ndryshme prej 2-5 cm, kurse infiltron strukturat për rreth. Të rralla janë format tjera të kancerit duktal, të cilat përbëjnë grupin heterogjen, të cilat janë të diferencuara prej kancerit sciroz, dhe se kanë prognoze relativisht të mirë. Këta janë:

5.2.4 Kanceri medular

Kanceri medular paraqitet në rreth 5-10% të rasteve. Tumori ka konzistencë të butë, mirë i kufizuar dhe shpesh mesatarisht i madhë (5-10 cm). Paraqitet te gratë të moshës midis 25 dhe 35 vjeqare, rëndom më të reja se 50 vjeqare. Prognoza është më e mirë se sa kanceri duktal invaziv;

5.2.5 Kanceri mucinoz apo koloid,

Kanceri mucinoz apo koloid i cili paraqitet më rrallë(1-3%) zakonisht në personat e vjetër. Tumori rritet ngadal, rrallë jep metastaza dhe ka prognozë më të mirë. Mund të krijoj masë të madhe zhelatinoze, dhe se është jashtëzakonisht i butë;

5.2.6 Kanceri papillar,

Kanceri papillar, i cili gjithashtu është tip i rrallë i tumorit (rreth 1%), rritet ngadal dhe ka konzistencë të butë. Tumori rritet mesatarisht para se të jep metastaza në aksillë dhe ka prognozë mesatarisht më të mirë nga format tjera të kancereve;

5.2.7 Kanceri tubular,

Kanceri tubular, i cili është formë e rrallë (rreth 2%), por shpesh gjindet së bashku me tipet tjera të kancereve. Prognoza është relativisht e mirë edhe atëherë kur egzistojnë metastazat në aksillë.

5.3 Kanceri joinfiltrativ apo lobular in situ

Kanceri lobular in situ nuk zgjërohet nëpër membranën bazale të lobit. Shpeshësia është rreth 0,8-3,6%. Si rregull zbulohet rastësisht me rastin e biopsisë për ndonjë arsye tjetër, sepse nuk ka simptomë klinike, e as mikrocalcifikimet në mamografi nuk janë karakteristike. Zakonisht paraqitet te gratë e reja para menopauzës. Shpesh është multicentrike (50-70% të rasteve) dhe bilaterale. Disa konsiderojnë se kanceri lobular in situ nuk është i vërtet por tregues (marker) i rrezikut të shtuar nga paraqitja e kancerit. Për këtë Haagense-ni propozon që të flitet për neoplazinë lobulare, kurse jo për kancerin lobular in situ, sepse emri “kancer” do jep të mendosh për nevojën e operacionit radikal.

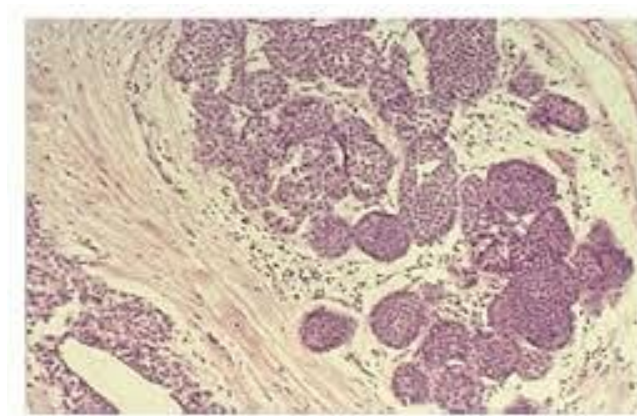


Figura 2. Carcinoma lobular in situ.

Fig 3. Karcinoma lobulare

5.3.1 Kanceri lobular invaziv

Kanceri lobular invaziv është tumor i cili infiltron, zgjërohet përmes membranës bazale të lobusit. Përbën rreth 10% të të gjitha formave të kancerit të gjirit, kurse multicentrik munde të jetë në rreth 20-50% të rasteve. Prognosa është e ngjajshme sikur edhe te kanceri dukтал invaziv.

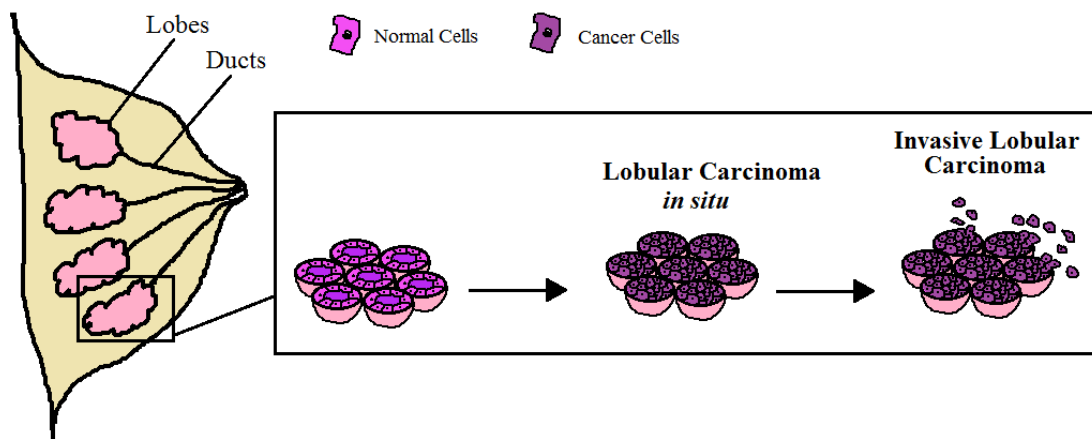


Fig.4 Karcinoma lobulare invazive

Shpeshtësia e kancerit në disa pjesë të gjirit:

-kuadranti i sipërm i jashtëm	-45%
-kuadranti i poshtëm i jashtëm	-10%
-kuadranti i sipërm i brendshëm	-15%
-kuadranti i poshtëm i brendshëm	-5%
-pjesa e mesme (areola)	-25%

5.3.2 Kanceri i dyanshëm i gjirit.

Manifestimi klinik i kancerit të gjirit në të njejtën kohë në të dy gjinjët haset në rreth 1% të sëmurëve. Më vonë, pas mjekimit të kancerit në njërin gj, shpeshtësia e paraqitjes së kancerit në gjirin tjetër është 6%. Shpeshtësia e kancerit të gjirit tjetër pas mastektomisë është rreth 1% në vit, qka do të thot që rreziku kumulativ prej kancerit në gjirin tjetër është 20% në gratë të cilat përjetojnë njëzet vite pas mastektomisë. Për këtë shkak në ato gra është i nevojshëm kontrolli klinik dhe mamografia një herë në vit. Kanceri në të dy gjinjët është më i shpesht në gratë nën 50 vjeqare dhe në ato të cilat kanë pasur kancerin lobular.

5.3.3 Kanceri Paget i gjirit

Kanceri Paget i gjirit apo sëmundja e Paget-it e ka përshkruar James Paget në vitin 1874. Proqesi bazë i kancerit duktal rëndom është kancer invaziv (infiltrativ), rrallë kancer joinvaziv in situ. Paraqitet në 0,7-2,3% të të gjithë kancereve të gjirit.

Histologjikisht mund të gjindet procesi intraduktal i madhë, ndërsa ndryshimet makroskopike në mamillë janë të parëndësishme dhe tumori shpesh nuk palpohehet (në rreth 40% të sëmurave). Simptomi i parë dhe më i shpeshti është ndjenja djegëse në mamillë me erasion sipërfaqësor apo me ulceracion. Për këtë shpesh këto ndryshime shpesh keq kuptohen si egzeme dhe infeksione bakteriale, dhe se diagnoza e saktë vendoset më vonë. Dallimi klinik midis egzemës dhe kancerit Paget është kjo:

Egzema e areolës dhe mamillës:

- Ndryshimet zakonisht janë të dyanshme,
- Procesi është intermitent me zhvillim të shpejt,
- Ndryshimet në areolë dhe mamillë janë të langshme,
- Buzët nuk janë të theksuara kuart,
- Mamilla mund të jetë e ruajtur,
- Ndjenja e djegëse shpesh është e pranishme.

Kanceri Paget:

- Ndryshimet janë të njëanshme,
- Procesi ka ecuri kontinuele me progresion të ngadalshëm,
- Areola dhe mamilla mund të jenë të lëngshme (e ashtuquajtura formë `` e lëngshme `` e sëmundjes Paget) apo të thata (e ashtuquajtura forma e `` e thatë `` e sëmundjes Paget,
- Buzët janë të parregullta, por janë të theksuara kuart,
- Mamilla qdo herë është e përfshirë me ulceracione dhe krejtësisht mund të humbet te procesi i avancuar i sëmundjes,
- Humbet te procesi i avansuar
- Ndjenja e djegëse shpesh është e pranishme.

Biopsia (ekscizioni i pjesërishtë i mamillës, areolës dhe indit të gjirit nën areolë) dhe analiza histologjike si rregull më i sigurtë dhe më e shkurtër deri te diagnoza e saktë.

Mjekimi. Nëse me biopsi dhe me shiqim histologjik gjindet kanceri intraduktal, bëhet mastektomia totale pa disekcion të nyjeve limfatike aksillare. Nëse gjindet kanceri invaziv, është e nevojshme mastektomia radikale e modifikuar. Te sëmundja e Paget-it shpesh gjindet fokusi okult i kancerit në kuadrantet tjera të gjirit.

5.4 Kanceri gjatë shtatëzarisë

Kanceri i gjirit paraqitet në 1-2% të grave gjatë kohës së shtatëzarisë apo gjatë dhënjes së gjirit. Diagnoza shpesh vendoset me vonesë, për shkak të ndryshimeve hormonale fiziologjike në gjii të cilat paraqiten gjatë shtatëzarisë dhe gjatë dhënies së gjirit. Për këtë shkak te rezultati i dyshimit në gjii duhet bërë biopsia.

Shtatëzania dhe dhënia e gjirit nuk janë kontraindikacion për operacion. Mjekimi bazohet sipas stadiumit të sëmundjes si dhe në sëmundjet tjera. Supozohet që rritja e nivelit të estrogjeneve gjatë shtatëzarisë dëmshëm vepron në të sëmurat me metastaza okulte të kancerit i cili është i ndieshëm në estrogjene. Ndërprerja e shtatëzarisë së hershme do të jetë e arsyeshme nëse metastazat janë të pranishme në nyjet limfatike aksillare, sepse kemioterapia dëmshëm do të veprojë në fetus. Megjithatë, ndërprerja e shtatëzarisë së vonshme nuk është krejtësisht e arsyeshme. Te kanceri inoperabil i gjirit dhe stadiumi i IV-të këshillohet ndërprerja e shtatëzarisë për shkak të mundësisë së veprimit të dëmshëm të rrezatimit dhe citostatikëve në fetus.

Shtatëzania pas kryerjes së mjekimit është problem i posaqëm, i cili nuk është i thjeshtë për tu zgjidhur. Të sëmurat në stadiumin e II-të të sëmundjes kanë prognozë relativisht të keqe dhe se metastazat mund të priten brenda 10 viteve. Për këtë shkak nuk preferohet graviditeti, kurse në rast të shtatëzarisë në mënyrë mjeksore është i arsyeshëm aborti. Në stadiumin e I-rë prognoza është e mirë dhe rreziku nga ndikimi i shtatëzarisë është më i vogël në metastazat okulte. Në stadiumin e IV-të të shtatëzarisë duhet ndërprerë për shkak të veprimit të mundshëm të dëmshëm në fetus të rrezatimit dhe të kemioterapisë.

5.5 Kanceri i gjirit te meshkujt

Te meshkujt, zakonisht mbi 50 vite, kanceri i gjirit paraqitet rrallë, dhe është krejt 1% e kancereve të gjirit. Megjithatë, te meshkujt me sindromin e Klinefelter-it shpeshtësia e kancerit të gjirit përafërsisht është e njëjtë sikur edhe te gratë me siguri për shkak të ngjajshmërisë gjenetike. Sindromi i Klinefelter-it është anomali kongjenitale, te e cila

meshkulli ka kromosomin (X) femëror plotësues, dhe në vend të XY normal mashkullor ka XXY. Këta meshkuj janë të lartë me ind yndyror të shperndar nënlëkurë sikur te femrat, testisët janë atrofik dhe rëndom kanë ginekomasti të parëndësishme apo të shprehur. Te meshkujt me sindromin e Klinefelter-it preferohet mastektomia totale profilaktike, sidomos nëse në familje ka anëtar me kancer të gjirit.

Simptomet. Paraqitet nyja në gji, ekstrakti nga mamilla, mamilla e tërhequr dhe eventualisht ulceracione. Nga kanceri i gjirit te mashkulli duhet dalluar ginekomastinë dhe kancerin metastatik në gji (psh nga prostata).

Mjekimi. Bëhet mastektomia, kurse te diseminimi i tumorit është i nevojshëm orhidektomia dhe kemioterapia. Nëse pas kësaj terapie paraqiten metastazat e reja, në konsiderim vjenë adenektomia bilaterale apo aminoglutetimid. Terapia estrogjene (diethyl – stilbestrol) rrallë ka veprim, kurse në kohën më të re tentohet mjekimi me tamoksifen.

Prognoza. Mbijetesja pesëvjeqare te stadiumi i parë i sëmundjes është rreth 58% kurse te stadiumi i dytë rreth 38%. Mbijetesja mesatare prej 5 vjetëve është përafërsisht 36%, kurse prej 10 viteve 17%.

5.6 Sarkoma e gjirit

Cistosarkoma filodes malinje është forma më e shpeshtë e sarkomës së gjirit. Më rrallë paraqiten fibrosarkomet, liposarkomet, rabdomiosarkomet dhe hemangiosarkomet. Limfosarkoma mund të zhvillohet primarisht në gji në të dy gjinitë, kurse sëmundja Hodgkin mund të përfshijë gjirin pa zgjërime të drejtpërdrejtë nga nyjet limfatike aksillare. Te sarkoma e gjirit është e nevojshme mastektomia, por prognoza nuk është e mirë sepse herët paraqiten metastazat hematogjen në mushkëri.

6. Mjekimi i kancerit të gjirit

Mjekimi i kancerit të gjirit përbëhet si rregull prej më tepër metodave kurse varet nga stadiumi i sëmundjes, nga histologjia dhe diferencimi i tumorit, nga rezultati i receptorëve steroid (estrogjenik dhe progesteronik) në indin e tumorit dhe nga mosha e të sëmurës duke marur parasysh ciklin menstrual. Metodat e mjekimit janë: intervenimi kirurgjik, rrezatimi kemioterapia dhe terapia hormonale.

6.1 Mjekimi i kancerit invaziv të gjirit në stadiumin e I-rë dhe stadiumin e II-të.

6.1.1 Mjekimi kirurgjik

Ka për detyrë largimin e sëmundjes malinje lokale dhe regjionale në gji dhe në nyjet limfatike në aksillë. Në pesëdhjetë vitet e para të këtij shekulli për këtë qëllim është aplikuar mastektomia radikale e Halsted-it (heqja e gjirit, e të dy muskujve pectoral dhe nyjeve limfatike prej aksillës), kurse nganjëherë edhe mastektomia e radikale e zgjeruar, të cilat janë hequr edhe nyjet limfatike parasternale përgjatë arteries mamaria-me reseksion të një pjese të murit torakal (i ashtuquajturit operacioni i Urban-it). Pas kësaj është e futur mastektomia radikale e modifikuar me heqje të muskulit të vogël pectoral (i ashtuquajturit operacioni i Patey-se) apo me ruajtje të dy muskujve pectoral (i ashtuquajturit operacioni i Madden-it)

Në mes të viteve 1970 dhe 1980 fillon të aplikohet operacioni kursyes i gjirit (tumorektomia, mastektomia parciale apo kuadrantektomia) me disekcion të njëkohshëm të nyjeve limfatike prej aksillës si mastektomi alternative. Pas operacionit gjiri rrezatohet. Nëse në aksillë gjinden metastazat, është e nevojshme edhe terapia sistematike (citostatikë dhe/apo hormone).

Në mënyrë që t'i iket disekcionit të nyjeve limfatike negative në aksillë, preferohet që më parë të markohen të ashtuquajturat nyje limfatike sentinel apo nyja roje në afërsi të tumorit të gjirit (me injektim të ngjyrës vitale apo të izotopit radioaktiv në atë regjion), kurse pastaj me bërë biopsinë e nyjes. Nëse me shiqim patohistologjik të nyjes së hequr limfatike nuk gjinden metastaza, konsiderohet se nuk është e nevojshme disekcioni i nyjeve limfatike aksillare.

Analizat statistike e një numri të madhë të të sëmuarve të përcjellura dhjetë vite e më shumë pas mjekimit ka treguar që rezultatet e operacionit të kursyer dhe rrezatimit janë të njëjta sikur edhe të mastektomia radikale e modifikuar, por kualiteti i jetës së grease është më i mirë, sepse është ruajtur gjiri. Për këtë shkak në ditët e sotme operacioni i kursyer dhe rrezatimi si rregull aplikohen nëse tumori është më i vogël si 4 cm

6.1.2 Mastektomia radikale

Mastektomia radikale e modifikuar duhet të bëhet patjetër atëher kur operacioni i kursyer nuk është i indikuar, kurse kjo është në këto raste:

- nëse nuk është e mundur të bëhet si duhet rrezatimi pas operacionit,
- nëse e sëmura nuk dëshiron të ruaj gjirin dhe i jep përparësi mastektomisë në mënyrë që t'i ik rrezatimit,
- te kanceri multicentrik i gjirit,
- te mikrokalcifikimet e mëdha multifokale apo difuzive të cilat janë zbuluar në mamografi,
- te gratë me tumor të madhë në gji të vogël, sepse pas mjekimit rezultati estetik do të ishte i dobët,
- te disa sëmundje vaskulare kolagjene,
- te tumori me diametër më të madhë se 4 cm.

6.1.3 Rrezatimi

Aplikohet pas operacionit që të shkatërrojë qelizat tumuroze dhe kështu të zvogëloj shpeshësinë e recidiveve lokale.

6.1.4 Kemoterapia

Jepet si mjekim adjuvant në të sëmurat me metastaza në aksillë sepse metodat agresive lokale-regionale (mastektomia dhe rrezatimi) nuk kanë përmisuar prognozën e kancerit operabil të gjirit. Në shumicën e të sëmuarve, megjithatë, shkaktari më i shpeshtë i vdekjes ka qenë diseminimi i tumorit, e jo recidivi lokal.

Te gratë më të reja se 50 vjeqare (paramenopauzës) jepet polikemoterapia, më së shpeshti ciklofosamid, metotreksat dhe 5-fluoruracil (CMF), doxorubicin dhe ciklofosamid (AC) apo ciklofosamid doxorubicin dhe 5-fluorouracil (CAF). Të sëmuarve mbi 50 vite (pas menopauzës) mund ti jepet polikemoterapia dhe/apo terapia hormonale (Tamoksifen). Hormonet aplikohen kryesisht kur tumori është i varur hormonal (në indin e tumorit receptorët estrogen progesterone janë pozitiv).

Terapia adjuvante sistemike në të sëmurët pa metastaza në aksillë. Në rreth 25% të këtyre të sëmurave pesë viteve pas mjekimit do të zhvillohen metastazat diseminuse të largëta. Faktorët prognostikë të cilët tërheqin vëmendjen në rrezikun e madhë për diseminim

janë: 1. tumori më i madhë se 1 cm; 2. Diferencimi i dobët histologjik i tumorit (e ashtuquajtura shkalla 3); 3 receptorët hormonal negative.

Sipas përvojës fillestare kemoterapia adjuvante te ky grup i të semuarëve, permison prognozën dhe zgjatë jetën pa simptoma të sëmundjes. Nëse receptorët hormonal janë negative, jepen citostatikët. Kur receptorët hormonal janë pozitiv, kurse faktorët tjerë tërheqin vëmendjen për prognoz të keqe (tumori më i madh se 2 cm, diferencimi histologjik i dobët) mund të jepët tamoxifen apo citostatikët (paramenopauzës)

Kemoterapia me doza të larta me gjithë rezistencën e qelizave amë(me transplatim të palcës kockore apo nga gjaku periferik) në mjekimin e kancerit primar dhe kancerit metastatik të gjirit nuk është aq i sukseshëm në mënyrë që të futet në praktikën rutinore *Rrezatimi si mjekim primar i kancerit të gjirit.* Në disa institucione mjekësore në Europë dhe SHBA aplikohet tumorektomia dhe rrezatimi si metodë e mjekimit të kancerit të gjirit të stadiumit I dhe të II-të. Pesëvjetori i mbijetesës në stadiumin e I-rë është 93% kurse në stadiumin e II-të 82%. Rrezatimi nuk është pranuar si metodë kryesore dhe e vetme e mjekimit të kancerit primar të gjirit.

Mjekimi primar me citostatikë dhe me hormone. Mjekimi primar me citostatikë është futur në vitin 1970 te kanceri i avancuar lokal i gjirit në kombinim me rrezatimin, me operim apo me të dy metodat. Kemioterapia primare ka treguar se madhësia e tumorit i cili në pamje të parë është dukur inoperabil.

Aplikohen kombinime të ndryshme të polikemoterapisë: adriamycin dhe vincristin, cyclophosphamid, adriamycin dhe 5-fluorouracil (CAF), apo CAF, methrotrexat, leucovorin, primarin dhe tamoxifen. Tani hulumtohet vlera e citostatikëve si mjekim primar (e ashtuquajtura terapi joadjuvante) te kanceri i gjirit i stadiumit të I-rë dhe të II-të. Me këtë procedurë dëshirohet të vlerësohet edhe veprimi lokal i citostatikëve me veprimin e tyre të përgjithshëm. Kështu do të zgjërohet aplikimi i operacioneve kursyese edhe te tumorët me dimensione të medha dhe do të zvogëlojë përqindjen e recidiveve lokale.

6.2 Mjekimi i stadiumit të III-të të kancerit të gjirit

Kanceri i gjirit i stadiumit të III-të është kancer lokal i avancuar, i cili gjindet në rreth 5% të sëmurave. Stadiumi III-të ndahet në dy nëngrupe:

Stadiumi I III.A: To T1 T2

Stadiumi i III.B cdo TN3

T3 N1 T2

cdo T4 Cdo N

Në momentin e diagnozës së kancerit lokal të avansuar të gjirit janë të pranishme mikrometastazat e largëta, dhe duhet kuptuar si sëmundje sistematike. Për këtë shkak duhet filluar me polikemoterapi, pastaj pason mastektomia apo rrezatimi gjegjësisht të dy mënyrat e terapisë lokale. Së pari mund të jepen 3-4 cikle citostatikësh, pastaj kryhet operacioni dhe/apo aplikohet rrezatimi, dhe në fund kemoterapia. Rezultatet janë të ndryshme, dhe pesëvjetori i mbijetesës është prej 38–80%, varësisht nga nëngrupet e të sëmurave.

6.3 Mjekimi në stadiumin e IV-të të kancerit të gjirit

Stadiumi IV-të i kancerit të gjirit është me metastaza të largëta apo me metastaza në nyjet limfatike supraklavikulare.

Rrezatimi. Te kanceri lokal inoperabil i avansuar i gjirit me metastaza të largëta aplikohet rrezatimi paliativ i gjirit dhe i nyjeve limfatike regjionale. Rrezatimi gjithashtu aplikohet te metastazat kockore në mënyrë që të lehtësohen dhimbjet dhe eventualisht të pengohen frakturat patologjike.

6.3.1 Mjekimi hormonal.

Mund të aplikohet te metastazat e largëta, kurse bazohet në praninë e receptorëve hormonal në tumorin primar dhe/apo metastaza. Sot si rregull aplikohet terapia hormonale medikamentoze me antiestrogjene(tamoxifen), të cilat bllokojnë receptorët hormonalë, dhe me aminoglutethimid, i cili bllokoi sintezën e hormoneve. Adrenalektomia kirurgjike dhe hipofizektomia si rregull nuk kryhen sepse disponojmë me terapi endokrinologjike medikamentoze vepruese. Veprim të mjaftueshëm të terapisë endokrinologjike presim nëse kanceri i gjirit është i varur në hormone.

6.3.2 Kemoterapia

Është e nevojshme në këto raste:

- Te metastazat visceral (sidomos në tru dhe te limfangitisi pulmonal)
- Te metastazat e kancerit të gjirit i cili nuk është i varur në hormone (receptorët negativ),
- Nëse mjekimi endokrinologjik nuk ka qenë i suksesshëm
- Te progresioni i sëmundjes pas suksesit paraprak më terapi hormonale.

Si rregull aplikohet polikemoterapia (doxorubicin dhe cyclophosphamid, apo kombinimi cyclophosphamid, vincristin, methotrexat dhe fluorouracil). Në kohën më të re aplikohet taksani dhe kapecutibini, kurse nga mjetet biologjike transtuzumab–anti HER–2 antitruapat monoklonik. Te metastazat kockore jepet bifosfanati.

7. Statistikat mbi neoplazmat malinje të gjirit (C50-C50) në Kosovë

Vitet	Femër	Mashkull	Gjithsej
2012	-	-	207
2013	218	6	224
2014	431	12	443
2015	427	12	439

Tab. 4 Numri i personave të trajtuar me neoplazmë malinj të gjirit në vitet 2012-2015

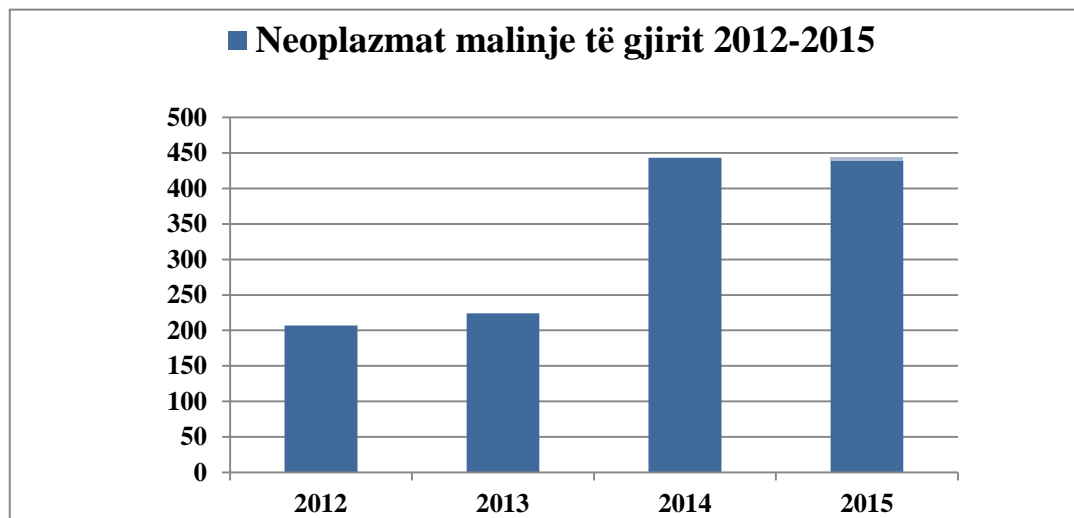


Fig.5 Neoplazmat malinje te kancerit te gjirit 2012-2015

Burimi: Agjensia e statistikave të Kosovës

Numri i rasteve të trajtuara me sëmundje malinje të gjirit rreth viteve 2012-2015.

Të dhënat janë marrë nga Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike për periudhat pëkatëse (2012, 2013, 2014, 2015).

Në bazë të dhënave shihet se kanceri i gjirit është në rritje e sipër çdo vitë e më shumë.

8. Kujdesi infermieror të pacientët me karcinomë të gjirit

Profesioni universal i infermierit, shumë i respektuar dhe i nderuar nga të gjithë, historikisht është parë si mishërim i vlerave humane në shërbim të individit dhe të kolektivit, si një mision i lartë i ushtruar për të ndihmuar ata që vuajnë nga sëmundjet. Personeli infermier, në aktivitetin për të kryer kujdesin infermieror, aplikon tërë kapacitetin profesional e shpirtëror për parandalimin e kurimin e sëmundjeve, për t'u shërbyer atyre që kanë nevojë për ndihmë jo vetëm mjekësore por edhe shpirtërore, psikologjike e morale. Sa më të përgatitura profesionalisht të jenë infermierët, aq më i kualifikuar e rezultativ është shërbimi dhe aq më të mëdha janë përfitimet mjekësore, shpirtërore e morale për të sëmurin. Vlen të theksohet se roli i mjekut është i rëndësishëm në diagnozën e kurimin e të sëmurit, por sukcesi i punës së tij varet nga aktiviteti profesional që ushtrojnë infermierët. Këto vlera e dimensionet e profesionit infermieror, shtojnë si detyrë që infermieri të vihet në vendin e në funksionin që i takon, jo vetëm në shërbimin shëndetësor, por gjërësisht në shoqëri. Figura e infermierit nuk mund të nënvlerësohet e për më tepër të përçmohet, nuk duhet të reduktohet vetëm si një aktivitet praktik shërbyes për të sëmurin, ose të shikohet thjeshtë si një zbatuese e detyrave dhe e këshillave të mjekut, por të vlerësohet me individualitetin e vet profesional, si figurë e rëndësishme se parë krahas mjekut në shërbimin e devotshëm njerëzor, profesional e shkencor mjekësorë në ndihmë të sëmurit, për të rikthyer atij shëndetin, qetësinë e shumëpritur pas vuajtjes nga lengimi, për t'i lehtëuar dhimbjet e mundimet që i ka shkaktuar sëmundja, për ta rehabilituar shëndetin duke e kthyer në aktivitet të plotë individual, familjar e shoqëror. Jo vetëm kaq por infermierët kanë detyra të shumta dhe në mbrojtjen e shëndetit, sidomos në parandalimin e sëmundjeve duke vënë në shërbim të shoqëris të gjithë potencialin profesional, kulturor e edukativ si operatore sanitare në edukimin dhe marrjen e masave parandaluese ndaj sëmundjeve. Siç shihet, në figurën e infermierit, krahas vlerave profesionale, janë të mishëruara dhe vlerat shpirtërore, kulturore, sociale, etike dhe estetike, të cilat në veqanti e në kompleks, vihen në shërbim të atyre që kanë nevojë për kujdes infermieror. Për të gjithë duhet të bëhet e qartë se infermieri ka pozicionin e pavarur profesional e shpirtëror, është figura e cila qëndron më afër e më gjatë me të sëmurin, që lidh mjekun me të sëmurin dhe anasjelltas. Profesionin infermieror nuk është një zanat praktik, por një

profesion me përmbajtje thellësisht shkencore, është art me vete, i vënë në shërbim të mbrojtjes dhe forcimit të shëndetit të individëve dhe kolektivave.

8.1 Kujdesi infermieror.- Procesi i përkujdesjes

Për marrjen në dorëzim të pacientëve personeli infermieror përdor metodat klinike, të cilat mundësojnë posedimin korrekt. Metoda klinike e përdorur nga personeli infermieror quhet edhe si proces i përkujdesjes infermiore. Ky proces lejon një njohje të thellë të pacientit, lejon aplikimin e procedurave të specializura në varësi të kushteve dhe gjendjes të pacientit dhe ndihmon personelin të vlerësojë rezultatet e arritura. Procesi i përkujdesjes infermiore ndahet në pesë faza:

- Vlerësimi infermieror
- Diagnoza infermiore
- Përcaktimi i objektivave dhe përcaktimi i ndërhyrjeve
- Zbatimi i planit të përcaktuar
- Vlerësimi i rezultateve

Realizimi i këtyre fazave mund të përshkruhet më përshkrim në:

- a)-Kartelen infermieristike ose në planin e personalizuar të çdo pacienti
- b)-Kartelen e integruar pra kartelen e përbashkët të mjekëve dhe infermierëve
- c)-Të memorizojë. Shpesh infermierët ekspertë dokumentojnë vetëm pjesërisht çfarë i ndodh pacientit, veprimet e kryera dhe të dhënat e grumbulluara. Një pjesë e madhe e përkujdesjes infermiore mbetet një proces mendor pak i dokumentueshëm, sidomos për sa i përket veprimeve urgjente apo atyre të rutinës.

Infermierët mund të shkruajnë çfarë kanë menduar për pacientin apo atë që kanë kryer dhe observuar.

Vlerësimi infermieror

Vlerësimi përbën fazën e parë të përkujdesjes infermiore dhe përmbledh të dhënave të rëndësishme të anamnezës të pacientit.

Mund të realizohet nga infermieri i pavionit apo ai i pranimit nëpërmjet intervistës me pacientet dhe vlerësimin objektiv të tyre. Përzgjedhja e të dhënave që duhet vlerësuar duhet të jetë shumë e kujdesshme. Shpesh pacientët referojnë mjaft aspekte personale intime, prandaj të dhënat duhet të jenë të rezervuara dhe të ruhen me kujdes.

Grumbullimi i të dhënave mund të realizohen parimisht, direkt nga pacienti ose sekondarisht, kur pacientët nuk janë në gjendje të kujtojnë apo të përgjigjen. Në këto raste të dhënat mirren nga të afërmit apo nga dokumente klinike të mëparshme ose nga shërbimi mjeksor që ka pasur më parë në ndjekje

Nëpërmjet vlerësimit të sëmundjes së kancerit, personeli infermieror synon të informohet:

- a)-Si e përjeton pacienti sëmundjen e kancerit
- b)-Sa është i përgatitur ti përballoj intervenimet dhe sa është në gjendje ti mobilizojë të gjitha aftësitë e veta për ti përballuar vuajtjet
- c)-Preferencat e tij në lidhje me asistimet
- d)-Nevojën e tij për përkujdesje infermieristike

Grumbullimi i të dhënave duhet të jetë i kujdesshëm. Pyetjet duhet të rezervohen vetëm për të dhënat që kanë rëndësi në vlerësimin e situatës së tij shëndetsore, pa u shtrirë në pyetje të panevojshme intime që mund ta bezdisin pacientin.

Diagnozat infermiore

Ato shprehin problemet për të cilat pacienti mund të ndihmohet nga personeli infermieror. Ato identifikohen në fazën e vlerësimit infermieror dhe mund të shprehin në bazë të disa klasifikimeve si NANDA etj.

Klasifikimi ndërkombëtar ndihmon për përcaktimin e një gjuhe infermiore homogjene. Ky homogjenitet ndihmon kërkimin infermieror, bën komunikimin midis infermierëve më të sigurt dhe eficient dhe sqaron problemet me të cilat merret infermieri.

Problemet e pacientëve duhen të individualizohen nëpërmjet gjykimit diagnostik, ose nëpërmjet analizës, interpretimit dhe kolerimit të të dhënave të grumbulluara gjatë vlerësimit infermieristik,

Koncepti i diagnozës infermiore sqaron se këto probleme duhet t'i vlerësohen nga infermierët, ndryshe nga diagnoza klinike që i përket mjekëve. Infermierët nuk duhet të individualizojnë sëmundjen, por reagimin e pacientëve ndaj saj. Disa diagnoza infermieristike tipike janë:

- a) Ankth i lidhur me mungesën e informacionit psh në pacientët e pa informuar.
- b) Dëmtime të integritetit të indeve lidhur me kancerin në gji.

- c) Dëmtime të integritetit të lëkurës lidhur me avancimin e kancerit.
- d)Ndryshim i jetës seksuale dhe i pamjes fizike
- e) Ankth i lidhur me sëmundjen e kancerit dhe operacionit që do ti nënshtrohet

Planifikimi i nderhyrjeve infermierore

Planifikimi përfaqëson fazën e tretë të procesit të kujdesit infermieror, megjithëse shpesh përshkruhet në mënyrë të gabuar si tërë procesi i perkujdesit infermieror që përfshin përcaktimin e objektivave, të prioriteteve, të metodave dhe mënyrave për të zgjidhur problemet aktuale apo potenciale të pacientit

Përcaktimi i objektivave përbën fazën e parë të planifikimit dhe për këtë nevojiten aftësi parashikuese. Në mjekësi prognoza është një parashikim në lidhje me dekursin e mëtejshëm dhe mbi të gjitha për përfitimin e një kuadri morboz. Për personelin infermieror është i vështirë parashikimi mbi ecurinë e problemeve të pacientit. Objektivat që personeli infermieror ndjek gjatë perkujdesjes të pacientit me probleme onkologjike janë të njejta për të gjithë ata, por në të njejtën kohë edhe objektiva specifike dhe të lidhur me pacientin e veçant.

Edhe për objektivat ka një sistem klasifikimi ndërkombëtar që quhet NOC (Nursing Outcomes Classification), që kontribon për standartizimin e gjuhës më të cilat shprehen rezultatet që varen nga personeli infermieror, lehtëson kërkimin farmaceutik dhe shërben si guide për studentët. Kur infermierët caktojnë objektivat duhet të përshkruajnë në formë të shkruar edhe planin e asistencës së nevojshme. Veprimet që do të kryhen duhet të shkruhen në planin e asistencës. Plani përbën tërësinë e veprimeve që duhen kryer, dhe gjithë personeli ndihmës ndihmon për realizimin e tyre. Plani i asistencës sqaron përgjegjësin midis atij që ka përcaktuar mënyrën e asistencës dhe atij që ka zbatuar aktin përkatës. Kjo është një mënyrë për të organizuar, për të dhënë direktiva dhe kuptim kujdesit infermieror, si dhe ndihmon për të zënë në mënyrë të plotë kohën e punës dhe garanton vazhdimësinë e perkujdesjes infermierore.

Vendimet më të shpeshta lidhen me:

- a) ulje të ankthit dhe të frikës duke përmirësuar aftësinë e përshtatjes
- b) ti qartësohen procedurat pacientit do ti nënshtrohet

- c) në lidhje me mamografinë ti spjegohet që analiza zgjatë afërsisht 20 min, ti kujtohet që do ti bëhet radiografia e gjirit të ndihmohet të vishet dhe të mbështetet psikologjikisht
- d) monitorimin e likideve të administruara dhe eliminuara,
- e) higjienën, mobilizimin dhe pozicionimin e pacientit
- f) kontrollin e infeksioneve hospitalore ushqimin etj.

Është e qartë se është gjendja e pacientit ajo që bënë të klasifikohen si infermieristike disa vendime që kanë të bëjnë me aktivitete normale të jëtës të përditëshme si psh ushqimi apo imobilizimi

Jo të gjitha veprimet duhet të përshkruhen në planin e asistencës, disa veprimë bëhen në moment dhe nuk mund të planifikohen, disa nuk janë standard dhe të tjera janë veprime standard dhe bëjnë pjesë në rutinën e një asistence të mirë. Vetëm veprimet më të rëndësishme, të personalizuar dhe të qëndrueshme duhet të planifikohen, qka do të thotë se jot ë gjithë pacientët kanë nevojën e një plani asistencë të individualizuar.

Zbatimi i planit

Zbatimi i planit të asistencës sigurohet nga një ekip i përberë nga infermier dhe personel ndihmës.

Disa veprime kryhen vetëm nga infermierët si psh: mobilizimi para dhe pas kemioterapisë të përkujdesi, ndërsa veprime të tjera mund të realizohen edhe nga personeli ndihmës, si trajtimi higjienik etj. Besimi i veprimeve të personelit ndihmës është një veprim që duhet vlerësuar me kujdes, për më tepër përpara se ti besojë veprimet personelit ndihmës infermieri duhet ti shtojë vetës disa pyetje:

- a).Komplexiteti i gjendjes së pacientit. Kështu nqs pacienti është shumë kompleks, përkujdesja duhet të jetë kryesisht infermierore ose të paktën mikste, infermier plus personel ndihmës.
- b).Natyra e detyrës. Aktivitetet që i takojnë infermierit nuk mund ti besohen personelit ndihmës, si psh vlerësimi i gjëndjes së pacientit.
 - a) Rrethanat. Disa veprime fare të thjeshta mund të kthehen ne kritike në situata apo pacient të caktuar. Psh transporti i një pacienti nga salla kur ai nuk është stabilizuar dhe kërkon prezencën e një infermieri

- b) Kompetencat e personelit ndihmës. Jo i gjithë personeli ndihmës ka të njejtat kompetenca dhe të njejtin formim. Disa mund të kenë eksperienc ndërsa disa të tjerë të rinjë dhe pa asnjë eksperience. Kështu edhe ndarja e detyrave mund të ndryshojë nga një person tek tjetri.
- c) Komunikimi. Infermieri duhet të shprehet qartë duke saktësuar mirë veprimin që kërkon të realizohet
- d) Supervizimi. Përgjegjësia për veprimet që kryhen nga personeli ndihmës mbetën gjithnjë mbi personelin infermieror. Për këtë arsye ai duhet edhe të mbikqyrë cilësinë e veprimit të kryer.

Vlerësimi i rezultateve

Vlerësimi i rezultateve përbën fazën përfundimtare procesit të kujdesit infermieror. Ai mund të kryhet gjatë periudhës së shtrimit, nëpërmjet vlerësimeve të vazhdueshme por edhe në fund të shtrimit, para se pacienti të dalë për në shtëpi.

Vlerësimi realizohet nëpërmjet observimit, ekzaminimit objektiv, intervistës dhe konsultimit me dokumentacionin. Rezultatet e arritura duhet të pasqyrohen në kartelën përkatëse.

8.2 Roli infermieror

- Roli thelbësor i infermieres qëndron në ndihmën e individit, të sëmurë ose të shëndetshëm, në ruajtjen ose rifitim të shëndetit (ose në ndodhjen pranë çasteve të fundit), nëpërmjet kryerjes së detyrave të cilat ai mund t'i përmbushë vetë nëse do të ketë forcë, vullnet ose do të zotërojë njohuritë e duhura, dhe në lehtësimin e pjesëmarrjes aktive të tij, për ta ndihmuar të rifitojë pavarësinë e tij sa më shpejt të jetë e mundur.
- Roli infermieror është tepër i rëndësishëm, në radhë të parë informon dhe përgatit të sëmurin për ndërhyrje si dhe ka karakter lehtësues, mbështetës dhe mbikqyrës për pacientin me kancer të gjirit.
- Për menaxhim të mirë të sëmundjes infermierja planifikon dhe organizon përkujdesjet e saj ditore në mënyrë të tillë që disa procedura të grupohen dhe të kryhen në të njejtën kohë pa e lodhur pacientin.

- Ankthi dhe frika janë shpesh shoqërues gjatë një ekzaminimi sidomos atë kur e kryen për herë të parë
- Infermierja jep informacione mbi procedurën e ekzaminimit si dhe e ndihmon klientin që të tejkalojë dhimbjen dhe lodhjen në rastin e ndërhyrjeve të tilla.
- Infermierja duhet të ketë njohuri rreth përdorimit të barnave anti-kanceroze.
- Infermierja duhet të informojë rreth efekteve anësore të medikamenteve si nausea, të vjellura alopeci etj.
- Infermierja duhet të ketë shume kujdes rreth dhenies së kemioterapis në mënyrë I.V sepse medikamentet anti-kanceroze japin nekrozë nese nuk gjindet mirë vena
- Infermierja ka për detyrë ti spjegojë pacientës rreth procedurës së radioterapisë dhe efektin që radioterapia ka në lidhje me kancerin e gjirit.
- Në momentin kur pacienti përballet me humbjen e gjoksit është shumë me rëndësi përkrahja psikologjike emocionale nga ana e ekipit mjekësor.
- Infermierja duhet te dokumentojë në mënyrë koncize dhe të qarta duke menjanuar pershkrimet e shumta
- Infermierja duhet të këshilloj pacientën dhe familjarët per mjekimin e vazhdueshëm në shtëpi si dhe ndjekjen e rregullt të kontrollave te mjeku.
- Të këshillojë pacientin për higjienën personale.
- Një qelës i rëndësishëm për shëndetin është dominimi i shumëllojshëm i ushqimeve bimore për pacientët me kancer të gjirit.
- Në raste të gjëndjes terminale ku pacienti merr terapi paliative infermieri duhet të kujdeset ne zbatimin e mjekimit në shtëpi dhe ti njoftoj familjarët për gjëndjen e rëndë dhe stadin terminal të pacientit.
- Infermierja në bashkëpunim me familjarët duhet të lehtësojë gjendjen psikologjike të pacientit duke përdorur medikamente të udhëzuara nga mjeku për tia lehtësuar dhimbjen dhe depresionin pacientës.

9. Referencat

Nga Greane FL, Page DL dhe të tjerë, eds. Breast. In AJCC cancer staging manual, 6th ed. New York, NY: Springer, 2002: 237-239.

1. Haybittle JL, Blamey RE, Elston CW, Johnson J, Doyle PJ, Campbell FC, Nicholson RI, Griffiths K. A prognostic index in primary breast cancer. British journal of cancer. 1982 Mar; 45(3):361-6.
2. Todd JH, Doële C, Eïlliams MR, Elston CE, Ellis IO, Hinton CP, et al. Confirmation of a prognostic index in primary breast cancer. British journal of cancer. 1987;56:489-92
3. Galea MH, Blamey RW, Elston CE, Ellis IO. The Nottingham Prognostic Index in primary breast cancer. Breast Cancer Research & Treatment 1992;22(3):207-19
4. Garner J, Goodfelloë P The Nottingham Prognostic Index Questions for the MRCS vivas 2004 First Edition Page 231
5. Nga Ivan Prpic Kirurgjia për studentët e mjekësisë. Kapitull 7. Mjekimi i stadiumit III dhe IV të kancerit të gjirit 2002.321-443.
6. Nga Gjinekologjia e Berek dhe Novak 2; Kristine E. Calhoun, Armando E. Giuliano kapitulli 38 Kanceri i gjirit faqe 1625.
7. Prof Dr Xhavit Bicaj ``Onkologji me radioterapi``.
8. Haybittle JL, Blamey RE, Elston CE, Johnson J, Doyle PJ, Campbell FC, Nicholson RI, Griffiths K. A prognostic index in primary breast cancer. British journal of cancer. 1982 Mar; 45(3):361-6.
9. Todd JH, Doële C, Eïlliams MR, Elston CE, Ellis IO, Hinton CP, et al. Confirmation of a prognostic index in primary breast cancer. British journal of cancer. 1987;56:489-92
10. Galea MH, Blamey RE, Elston CE, Ellis IO. The Nottingham Prognostic Index in primary breast cancer. Breast Cancer Research & Treatment 1992;22(3):207-19
11. Garner J, Goodfelloë P The Nottingham Prognostic Index Questions for the MRCS vivas 2004 First Edition Page 231
12. Raporti i sëmundjeve malinje për periudhën Janar-Dhjetor 2012 ``Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës. Prishtinë
13. Raporti i sëmundjeve malinje për periudhën Janar-Dhjetor 2013 ``Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës. Prishtinë
14. Raporti i sëmundjeve malinje për periudhën Janar-Dhjetor 2014 ``Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës. Prishtinë
15. Raporti i sëmundjeve malinje për periudhën Janar-Dhjetor 2015 ``Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës. Prishtinë.

16. Infermiera kursi i formimit dhe azhorimit professional për infermierët Lutfi Alia; Nicola Schinala; Piersantë Sestini; Alfonso D´Ambrasio; Meleq Qatipi, faqe 12-14.
17. Kirurgjia për infermierinë Volumi I prof. dr. Arben Gjata Tetor 2015 faqe 16-23.

Biografi e shkurtër e kandidatës – CV (Curriculum Vitae).

Informatat personale	
Emri dhe mbiemri	Arlinda Krasniqi
Datëlindja	29.09.1994
Gjinia	Femër
Numri personal	1243697197
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni	045/ 397-041
Adresa	Xërxe, Rahovec
Emaili	Arlinda_Krasniqi.94
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë ``Hysni Zajmi`` - Gjakovë Dega: Mjekësi e Përgjithme
Universiteti	Universiteti ``Fehmi Agani`` - Gjakovë
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr. ID	140306077