

**UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”**

**FAKULTETI I MJEKËSISË**

**INFIERMIERI E PËRGJITHSHME**



Punim diplome

**PACIENTËT E SËMURË ME TUBERKULOZË NË  
REGJIONIN E GJAKOVËS**

Studenti:

Mendim Avdimetaj

Mentori:

Prof. Ass. Ramush Bejiqi

Gjakove, Tetor 2017

Ky punim është bërë në Spitalin Rajonal “ISA GREZDA” në Gjakovë.

Mentor i punimit është Prof. Ass. Ramush Bejqi.

Punimi përfshinë: 32 faqe, 1 tabelë, 3 grafikone dhe 4 figura

**Fjalëtkyqe:** TBC, BCG, Pacienti, Vaksina, Bacili.

*Unë, Mendim Avdimetaj, student i Fakultetit të Mjekësisë, Dega Infermieri ne Gjakovë, deklaroj se kjo temë diplome është punim origjinal. E gjithë literatura dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara*

## **Falënderime**

Faleminderit stafit të universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, që ma dhanë mundësinë për përzgjedhjen e kësaj teme. Poashtu, një falenderim i veçantë shkon për Prof. Ass. Ramush Bejiqit, pa ndihmën e të cilit nuk do të ishte i mundur punimi i kësaj teme. Ndihma e tij, kritikën dhe sugjerimet kanë qenë të mirëpritura nga ana ime.

Një falenderim të posaqem kanë edhe familja dhe shoqëria ime, të cilët me mbështetjen e tyre të jashtëzakonshme më dhanë kurajo për përfundimin e këtij punimi.

Ju faleminderit të gjithëve !

## **Lista e shkurtesave**

**TBC** – Tuberkulozi

**OBSH** – Organizata Botërore e Shëndetësisë

**HIV** – Virusi i imunodeficiencës humane

**PCR** – Reaksioni zinxhiror i polimerazës

**BCG** – Bacille Callmete – Guerin

**CT** - Tomografia e kompjuterizuar

# Permbajtje

|  |    |
|--|----|
| I. HYRJE .....   | 7  |
| 1.1 Etiologjia.....  | 7  |
| 1.2 Mënyra e infeksionit .....   | 8  |
| 1.3 Faktorët predispozues dhe grupet e fëmijevë me rrezik të lartë për tuberkulozë ..... | 9  |
| 1.4 Alergjia dhe Imuniteti.....  | 10 |
| 1.5 Diagnoza e tuberkulozit.....   | 11 |
| 1.6 Patogjeneza dhe ndryshimet anatomopatologjike .....                                  | 12 |
| 1.7 Manifestimet klinike të tuberkulozit parësor .....                                   | 14 |
| 1.8 Mjekimi i tuberkulozit .....   | 15 |
| 1.9 Masat e përgjithshme.....  | 16 |
| 1.10 Mjekimi me antituberkulotikë .....  | 17 |
| 1.11 Ndërhyrjet kirurgjike dhe veprimet e tjera .....                                    | 19 |
| 1.12 Profilaksia e tuberkulozit.....   | 20 |
| II. QËLLIMI I PUNIMIT .....  | 21 |
| III. METODOLOGJIA .....  | 22 |
| IV. REZULTATET .....   | 23 |
| V. DISKUTIMI .....   | 27 |
| VI. PËRFUNDIMI .....   | 28 |
| VII. ABSTRAKTI.....  | 29 |
| VIII. REFERENCAT .....   | 31 |
| IX. CV e shkurtër e kandidatit.....  | 32 |

# I. HYRJJE

Tuberkulozi është sëmundje infektive kronike, e pranishme gjatë gjithë historisë së njerëzimit, e përhapur në tërë botën e cila i përfshinë të gjitha moshat. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) 1/3 e popullatës në botë është e infektuar nga bacili i tuberkulozit. Çdo ditë në botë sëmuren nga tuberkulozi më shumë se 20.000 njerëz dhe 5.000 prej tyre vdesin çdo vit nga kjo sëmundje. Më i përhapur është në vendet e pa zhvilluara dhe në ato në zhvillim. Në vendet e zhvilluara të Europës, të Amerikës Veriore dhe të Azisë tuberkulozi është eliminuar si sëmundje masive, por ende nuk është arritur eradikimi në tërësi. Për fat të keq, në fundin e shekullit XX paraqitja e tuberkulozit edhe në këto vende ka filluar të rritet si pasojë e shtimit të migrimit të popullatës dhe përhapjes së infeksionit me virusin e imunodeficiencës humane (HIV)

## 1.1 Etiologjia

Shkaktari i tuberkulozit është *Micobacterium tuberculosis*, ose bacili i Koch-ut. Nga shumë tipe të *M. Tuberculosis*, tipi human është më patogjen dhe më i shpeshtë për njeriun, kurse tipi bovin është më i rrallë. Në dhjetëvjetëshin e fundit janë vërejtur të ashtuquajturat format atipike të *M. tuberculosis* si: *M. avium*, *M. kansasii*, *M. crophulaceum*, *M. paratuberculosis*, *M. aricanum*, *M. marinum*, *M. microti* dhe *M. canetti*. *M. tuberculosis* është bacil i palëvizshëm, me gjatësi 2-4µm, aerob, gram pozitiv, acidorezistent, ngjyroset me metodën e Ziehl-Neelsen-it. Mund të jetojë dhe të jetë virulent në ambient të thatë dhe në errësirë për shumë muaj. Në dritë dhe temperaturë të lartë ngordh për një kohë të shkurtër. Bacili nuk prodhon ekzotoksine, veprimi i tij lidhet me endotoksinën.

## 1.2 Mënyra e infeksionit

Burim i infeksionit të fëmijëve janë të rriturit në familje dhe më gjerë, të cilët vuajnë nga tuberkulozi latent dhe format active. Rastet e padiagnostikuara janë më të rrezishkme për fëmijët. Fëmijët rrallë mundë të jenë burim i infeksionit. Burimi i infeksionit, në rradhë të parë, gjendet në rrethin e ngushtë familjar, pastaj në kontaktet e përditshme (shkollë, institucionet parashkollore etj.). Burim për infeksionin me tipin M bovin janë kafshët e sëmura nga tuberkulozi, përmes qumshit të kontaminuar dhe të papërpunuar.

Mënyra kryesore e përhapjes së infeksionit (rreth 95%) për latantët dhe fëmijët e periudhës së hershme parashkollore është rruga aerogjene përmes spërklave. I sëmuri me tuberkuloz aktiv (të hapur), gjatë kollës, tështitjes, të qeshurit, ose duke folur me zë të lartë përhap përrreth spërkla të padukshme për syrin (nukleuse aerogjene), të cilat, nëpërmjet ajrit, depërtojnë në organet e frymëmarrjes. Më pak të rëndësishme janë rrugët e tjera të infeksionit, si nëpërmjet spërklave të thara, të ashtuquajtura spërklat e Flüggel-ut, që gjëndem në orendi dhe objekte tjera të përdorimit të përditshëm, nga sekretet e fistulave tuberkulare, ose nga dëmtimet e lëkurës. Porta hyrëse për infeksionin me rrugë aerogjene më së shpeshti janë mushkëritë, e më rrallë tonsilet, Ndërsa për infeksionin e shkaktuar me tipin bovin, porta e hyrjes janë tonsilet dhe zorrët. Kjo formë e infeksionit është shumë e rrallë në vendet e zhvilluara. Në raste të rralla porta e hyrjes mund të jenë lëkura, mukozat e syrit, hundës etj.

Tuberkulozi i lindur (konatal) paraqitet në raste të jashtëzakonshme, ku infeksioni i fetusit është bërë gjatë shtatzënisë ose gjatë lindjes. Në këto raste zakonisht paraqitet vatra kazeoze në placentë dhe bacilemi te nëna. Në këtë mënyrë bacilet e tuberkulozit kalojnë në qarkullim fetal, e kjo bëhet me anë të venës umbilikale, pastaj në mëlçi, ku edhe paraqiten ndryshimet anatomopatologjike. Në raste kur vatra kazeoze ka kontaminuar lëngun aminotik, paraqitet infeksioni gjatë lindjes me aspirimin e lëngut aminotik të kontaminuar.



### **1.3 Faktorët predispozues dhe grupet e fëmijevë me rrezik të lartë për tuberkulozë**

Nga të gjithë të infektuarit, vetëm një numër i vogël (5-10%) sëmuren nga tuberkulozi klinikisht i manifestuar. Faktorët predispozues ose favorizues luajnë rol të madh në infeksionin me *M. tuberculosis* dhe në paraqitjen e sëmundjes, më të rëndësishëm janë: numri i bacileve dhe virulence e tyre, moshë, imuniteti i fëmijës etj. Ndjeshmeri të rritur ndaj tuberkulozit tregojnë latantët, fëmijët nën 5 vjeç dhe adoleshentët.

Çdo kontakt i latantit me bacilin e tuberkulozit është rrezik serioz për paraqitjen e formave të rënda të tuberkulozit. Disa sëmundje, siç është diabeti melit dhe limfomat, rrisin ndjeshmërinë ndaj tuberkulozit. Fruthi, kolla e madhe, varicella, influenza, përkohësisht ulin imunitetin ndaj infeksionit me *M. tuberculosis*. Në grupet me rrezik të lartë për paraqitjen e tuberkulozit hyjnë fëmijët e infektuar me virusin e imunodeficiencës humane (HIV), sëmundjet malinje, të sëmuarit që mjekohen me barna imunosuprimeuese etj. Në faktorët predispozues rol të rëndësishëm luajnë edhe kushtet sociale - ekonomike (standardi i ulët jetësor, banimi i papërshtatshëm, ushqimi jo adekuat, nënushqyerja, arsimimi i ulët shëndetësor etj). Disa autorë mendojnë se ekziston ndjeshmëria familjare ndaj bacilit të tuberkulozit.

Trashigimia nuk ndikon në paraqitjen e tuberkulozit. Në përgjithësi, mendohet që disa faktorë konstitucionalë e ulin ose e shtojnë rezistencën ndaj tuberkulozit. Trashëgimia e terrenit mund të luajë rol edhe në vetë evaluimin e tuberkulozit. Edhe faktori psikik ka rëndësi në zhvillimin e sëmundjes, i cili, duke ndërruar reaktivitetin e përgjithshëm të organizmit, ndërron edhe qëndrueshmërinë ndaj tuberkulozit. Disa fëmijë kanë rezistencë më të madhe se të tjerët; edhe tek i njëjti fëmijë rezistenca mund të ndryshojë me kohën

## 1.4 Alergjia dhe imuniteti

Imuniteti ndaj tuberkulozit është aftësi specifike e organizimit, e fituar gjatë infeksionit të parë me bacilin e tuberkulozit dhe ka aftësi të mbrojtë organizmin nga infeksionet e përsëritura nga i njëjti antigjen. Kjo është dukuri komplekse, ku rolin kryesor e ka imuniteti qelizor, kurse antitruapat humoral nuk luajnë rol të madh praktik. Proteinat, të cilat gjenden në membranën e bacilit të tuberkulozit si antigjen, ndikojnë në shkaktimin e reaksionit imunologjik qelizor, përkatësisht shkaktojnë alergji. Alergjia është reaksion i modifikuar specifik i organizmit, i fituar gjatë kontaktit të mëparshëm me antigjen. Reaksioni alergjik është i tipit të vonshëm dhe mund të bartet në mënyrë pasive vetëm me limfocite të gjalla, e jo edhe me antitruapa humoralë. Alergjia e organizmit kundrejt infeksionit tuberkular vihet në dukje 3-8 javë pas infeksionit të parë të organizmit me bacilin e tuberkulozit dhe manifestohet me paraqitjen e reaksionit pozitiv të tuberkulinës.

Koha nga hyrja e bacilit të tuberkulozit në organizëm deri te paraqitja e simptomave të para të sëmundjes quhet periudha e inkubacionit. Kalimi i reaksionit të tuberkulinës nga negative në pozitiv quhet konvertim i reaksionit dhe vërtetohet me testin e tuberkulinës.

Sipas rekomandimeve të Organizatës Botërore të Shëndetësisë dhe Shoqatës Ndërkombëtare Kundër Tuberkulozit dhe sëmundjeve të mushkrive, më i besueshëm dhe më i përshtatshëm është testi intrakutan i tuberkulinës, sipas metodës Mantoux, e cila përdoret edhe te ne. Për testin e tuberkulinës përdoret PPD<sub>3</sub> derivati i pastër i proteinës (*purified protein derivative*). Ky është filtrat i kulturës së *M. tuberculosis*. Testi zbatohet me shiringa të posaçem prej 1 ml dhe gjilpëra speciale. Injektimi bëhet në sipërfaqen volare, në pjesën e sipërme të llërës së dorës së majtë. Jepet rreptësisht intrakutan, 0.1 ml nga tretja e PPD<sub>3</sub> (3 njesi internacionale - NI.) në ç'rast krijohet një papulë e zbehtë me sipërfaqe jo të rrafshët me madhësi 6-10 mm. Leximi bëhet pas 72 orëve duke matur zonën e indurimit, por jo edhe skuqjen. Skajet e indurimit përcaktohen me inspektion dhe palpacion. Matja bëhet në dy drejtime, me vizore plastike të tejdukshme. Testi është *negative (joreaktor)* nëse nuk vërehet indurimi (infiltrate i fortë) ose indurimi është nën 5 mm. indurimi me diametër 6-9 mm quhet *reaction i dobët*, reagimi 10-14 mm llogaritet si *hipereaktor*, kurse indurimi me diametër mbi 15 mm *hipereaktor i fortë*. Reaksioni pozitiv dëshmon se i testuari është i infektuar, por jo edhe i sëmurë.

## 1.5 Diagnoza e tuberkulozit

Për diagnostikimin e tuberkulozit, rëndësi të madhe kanë të dhënat anamnestike, ekzaminimi objektiv, manifestimet klinike, ekzaminimi radiologjik dhe analizat laboratorike. Prezenca për një kohë të gjatë e manifestimeve klinike rrisin dyshimin për tuberkuloz. Krahas manifestimeve klinike të tuberkulozit, të dhënat epidemiologjike për një kontakt të mundshëm me të sëmurin nga tuberkulozi mund ta rrisë dyshimin për tuberkuloz. Testi pozitiv i tuberkulinës vërteton praninë e infeksionit me bacilin e tuberkulozit.

Për diagnostikim të sëmundjes ka rëndësi ekzaminimi radiologjik i mushkrive në dy drejtime (A-P dhe leteral), veshkave, kockave etj. Tomografia e kompjuterizuar dhe bronkosopia fleksibile kanë rëndësi të posaqme në vërtetimin e sëmundjes. Analizat biokimike të gjakut, urinës, lëngut trunoro-shpinor, analiza e lëngut peritoneal dhe pleural janë gjithashtu të nevojshme. Shpejtimi i sedimentimit të eritrociteve vlerëson aktivitetin e procesit tuberkular në organizëm.

Rolin kyç për caktimin e diagnozës e ka izolimi i bacileve të tuberkulozit. Bacilet e tuberkulozit kërkohen sipas rastit në: sputum, lavazh të lukthit, lavazh bronkoalveolar, në lëngun pleural, peritoneal dhe lëngun trunoro-shpinor, në punktat ose biopsi të gjëndrave limfatike periferike, biopsi të pleurës, palcës së kockave dhe mëlçisë. Për izolimin e bacilit të tuberkulozit mostrat e materialeve përpunohen në laboratorët për tuberkulozë.

Kultura më e përshtatshme për rritjen e bacileve të tuberkulozit është kultura e Löwenstein-Jansen-it, ku rezultati është gati pas 4-8 javësh. Metoda më e re për izolimin e bacileve është metoda e kultivimit të *M. tuberculosis* në terene të lëngta-BACTEC (rezultati është i gatshëm për 2 javë). Diagnoza serologjike ka hapur mundësi të reja për diagnostikim. Ajo mbështetet në përcaktimin e titrit të IgG dhe IgM kundër tuberkulozit. Metodën më të reja molekulare-gjenetike bazohen në kërkimin dhe vërtetimin e gjenomit bakteror të bacilit të tuberkulozit në material, me ndihmën e reaksionit zinxhiror të polimerazës (PCR) ose me përcaktimin e variabilitetit të gjatësisë së fragmenteve restriktive (RFLP) me përgjigje për 48 orë. Këto metoda janë më të ndjeshme, krahasuar me metodat bakteriologjike klasike.

## 1.6 Patogjeneza dhe ndryshimet anatomopatologjike

### Tuberkulozi parësor

Përfshin të gjitha manifestimet klinike, të lidhura me kontaktin e parë me *M. Tuberculosis* dhe zhvillimin e sëmundjes tek fëmija. Ndryshimet patologjike të tuberkulozit parësor gjenden në portën e hyrjes dhe në gjëndrat limfatike regjionale, ku paraqitet një reaksion lokal, i kufizuar me hiperemi dhe proces eksudativ përreth.

Mushkëritë janë portë hyrëse në 98% të rasteve. Bacilli i tuberkulozit fillimisht shumohet brenda alveoleve dhe duktuseve alveolare, i quajtur *alveoliti parësor tubercular*, duke e dëmtuar epitelin e alveoleve dhe kapilarët; pas kësaj paraqitet eksudati i pasur me fibrinë. Reaksioni i parë i organizmit është aktivizimi i qelizave fagocitare, në fillim polimorfonuklearet e më vonë makrofagët. Shumica e bacileve mbyten nga makrofagët, por disa mbijetojnë në makrofagë të paaktivizuara dhe barten përmes rrugëve limfatike deri te gjëndrat limfatike regjionale.

Produkt tipik i infeksionit në indin mushkëror është *nodusi parenkimatoz (afekti parësor) ose vatra parësore*. Ndryshimi është i rrumbullakët, i vogël dhe nuk kalon madhësinë më shumë se 2 cm. Tuberkuli përmban, në fillim pak qeliza leukcitare, kryesisht mononukleare, epiteliale, limfoide dhe qeliza gjigante (qelizat e Langerhans-it). Në mes të vatrës parësore shfaqen abcese të vogla, të përcjella më vonë me nekrozë qendrore, të rrethuara nga qelizat limfoide dhe me fibrinë. Nga vatra parësore parenkimatoze bacilet me anë të rrugëve limfatike (shkaktojnë *lymphangitis*) arrijnë në gjëndrat limfatike hilare duke shkaktuar inflamacion të tyre – *lymphadenitis*. Edhe në këto dy formacione anatomike paraqiten alterime të ngjashme me ato të vatrës parësore. Vatra parësore, limfangiti dhe limfadeniti formojnë *kompleksin parësor tuberkular (complexus primaries tuberculosis)*.

Vendi i lokalizimit të vatrës parësore më së shpeshti është në mushkërinë e djathtë, subpleural, më rrallë në pleurë, me ç'rast mund të shaktojë pleurritin eksudativ, por mund të gjendet edhe në thellësi të parenkimit të mushkerive. Lokalizimi jashtëmushkëror është shumë i rrallë. Mundë të paraqitet në: gingiva, në vendin e dhëmbit të dëmtuar ose të nxjerrë, në tonzila, në veshin e mesëm, zorrë dhe lëkurë (shumë rrallë). Ndryshimet patologjike në format jashtëmushkërore nuk dallojnë shumë nga ato mushkrore. Përveç ndryshimeve tuberkulare në

portën hyrëse, në të njëjten kohë paraqiten edhe ndryshimet imunologjike, siç janë: imuniteti dhe tejdjeshmëria kundrejt fraksionit proteinik të bacilit të tuberkulozit.

### **Tuberkulozi pasparësor**

Përfshin të gjitha format e tuberkulozit që paraqiten me përhapjen e bacileve të tuberkulozit nga kompleksi parësor, ose nga ndonjë vatër tjetër, me rrugë hematogjene ose limfogjene. Përhapja e bacileve mund të ndodhë nga vatra parësore e freskët dhe aktive, ose nga vatra e vjetër, e pashëruar që quhet riaktivizim i procesit tuberkular. Për paraqitjen e tuberkulozit pasparësor rëndësi të madhe ka ulja e imunitetit të organizmit dhe çrregullimi i baraspeshës mes organizmit dhe bacilit të tuberkulozit. Tuberkulozit pasparësor dallon nga forma parësore me mungesë të afeksionit të gjëndrave limfatike regjionale, ka evoluim progresiv, procesi përhapet zakonisht në rrugë hematogjene, limfogjene dhe bronkogjene.

# **TUBERKULOZI (TBC)**

## **BACILLUS KOCH**



## 1.7 Manifestimet klinike të tuberkulozit parësor

Manifestimet klinike të tuberkulozit parësor ndryshojnë nga një rastë në tjetrin. Semundja mund të kalojë pa simptoma dhe shenja klinike (forma latente e tuberkulozit).

*Forma latente* më shpesh paraqitet tek fëmijët shkollorë dhe tek adoleshentët. I vetmi manifestim është konvertimi i provës tuberkulinike nga negative në pozitive, që ndodhë pas kohës së ikubacionit (3-8 javë). Në raste të tjera manifestimet janë pak të theksuara në formën e lehtë të sëmundjes. Fëmijët parashkollorë, e në veçanti latentët me tuberkuloz parësor, mund të kenë manifestime klinike të përgjithshme dhe lokale.

*Manifestimet e përgjithshme* janë identike për të gjitha format e tuberkulozit parësor, kurse ato lokale varen nga organet të përfshira nga sëmundja. Nga manifestimet e përgjithshme të tuberkulozit parësor, e rëndësishme është ngritja e temperaturës trupore. Temperatura mund të qendrojë subfebrile (nën 38°C) disa javë. Në raste tjera temperatura për 2-3 javë qëndron në mes të 38-39 °C ose ndonjëherë arrin të kalojë 40°C. Shpesh herë temperatura e lartë mund të jetë simptoma e vetme e tuberkulozit parësor. Krahas temperaturës së lartë mund të paraqiten edhe simptomat jospesifikë të përgjithshme, si: anoreksia, zbehja, apatia, lodhja, zvogëlimi i masës trupore, dhembja e nyjeve, kokëdhembja dhe nganjëherë djersitja. Me ngritjen e temperaturës ose në fund të periudhës febrile disa herë shfaqet eritema nodoze, si reaksion alergjik jospesifik që, më së shpeshti, është si pasojë e alergjisë tuberkulare, por mund të jetë edhe si pasojë e ndonjë infeksioni tjetër, siç është infeksioni me streptokok, spiroheta, fungje ose barna (sulfonamidet, jodi).

## 1.8 Mjekimi i tuberkulozit

Në të kaluarën tuberkulozi ka qenë sëmundje e pashërushme, vdekjeprurëse, sidomos format e rënda (meningjiti tuberkular, tuberkulozi miliar etj), kurse sot janë të shërushme të gjitha format e tij.

Antituberkulotikët, si bazë e mjekimit modern, kanë merita të pakontestushme për ndryshimin rrenjësor në evaluimin dhe porognozën e sëmundjes. Parakusht për mjekim të suksesshëm të tuberkulozit është diagnoza e hershme dhe zbatimi i përpiktë i mënyrës së dhënies së anti-tuberkulotikëve, administrimi i drejtë në doza të nevojshme dhe kohëzgjatja e duhur e mjekimit.

Mjekimi i tuberkulozit përfshinë:

- a. *Zbatimin e masave të përgjithshme ( higjierno-dietetike ),*
- b. *Përdorimin e antituberkulotikëve dhe barnave tjera ( kortikosteroideve ),*
- c. *Masat plotësuese, siç janë imbolizimi te forma osteoartikulare dhe intervenimet kirurgjike..*



## 1.9 Masat e përgjithshme

Ushqimi i fëmijëve të sëmurë nga tuberkulozi duhet të jetë i mjaftueshëm në sasi dhe i ekuilibruar në cilësi, duke përmbajtur sasi të mjaftueshme të proteinave, hidrateve të karbonit, yndyrave dhe vitaminave, por asnjëherë nuk duhet kaluar në mbipeshë (adipozitet). Pushimi në shtrat është i nevojshëm vetëm në rast të temperaturës së lartë dhe me shenja të tjera gjatë evaluimit të sëmundjes. Me përmisimin e gjendjes dhe me regresionin e shenjave radiologjike e klinike pushimi i pandërprerë në shtrat nuk është i nevojshëm. Aktiviteti i lirë fizik, por pa lodhje, lejohet pas mjekimit klinik dhe tërheqjes së shenjave dhe simptomave të sëmundjes. Preferohet aktiviteti fizik i kufizuar, qëndrimi në ajër të pastër, me kusht që ngarkesa të mos japë lodhje dhe ngritje të temperaturës. Ndërprerja e aktivitetit dhe pushimit në shtrat për 2-3 orë në ditë është e preferuar. Pushimi në shtrat, për një kohë të gjatë, siç është praktikuar në të kaluarën, është i gabuar dhe i paqëndrueshëm. Fëmijët e sëmurë nga tuberkulozi duhet të mbrohen nga infeksionet interkurente, siç janë infeksionet virusale ose bakterore akute. Në përgjithësi fëmijët e sëmurë nga tuberkulozi duhet vaksinuar sipas kalendarit, me kusht nëse fëmija nuk gjendet në fazën akute të sëmundjes dhe nëse nuk është në fazën e dobësimit të imunitetit. Me rëndësi të veçantë është që fëmija të mbrohet nga fruthi dhe kalla e madhe. Nuk duhet harruar në zhvillimin intelektual, psikik dhe edukativ të fëmijës fëmijëve të sëmurë nga tuberkulozi duhet mundësuar shoqërimin me të afërmit dhe moshatarët, në mënyrë që të mos ndihen të vetmuar, në veçanti duhet krijuar kushte për vazhdimin e shkollimit. Indikimet për hospitalizimin e fëmijëve me tuberkuloz janë: fëmijët me forma të rënda të tuberkulozit (tuberkulozi miliar, meningjiti tuberkular, tuberkulozi parësor mushkëror i ndërlikuar, perikarditi tuberkular, peritoniti tuberkular, tuberkulozi osetoartikuar, etj). Pastaj latantët me tuberkuloz, fëmijët tek të cilët kërkohen ekzaminime diagnostikue të veçanta (biopsia, bronkoskopia, lavazhi i lukthit), si dhe fëmijët të cilëve duhet dhënë korikosteroide. Hospitalizimit u nënshtrohen edhe fëmijët të cilëve u mungojnë kushtet optimale jetësore në familje, kujdesi, mjekimi i duhur dhe në raste kur ekziston burimi i infeksionit në familje.



## 1.10 Mjekimi me antituberkulotikë

Antituberkulantët janë të pazëvendësueshëm në mjekimin e tuberkulozit dhe me paraqitjen e tyre është bërë i mundshëm mjekimi i suksesshëm e të gjitha formave të tuberkulozit. Efikasiteti i tyre më i dukshëm është në format akute dhe në tuberkulozin pasparësor të hershëm, në të cilat shumimi i bacilit është i shpejtë. Në format pasparësore të vonshme të tuberkulozit antituberkulotikët kanë efekt më të dobët.

Qëllimi i mjekimit është të pengohet zgjerimi i bacileve të tuberkulozit nga vatërat parësore përreth dhe shërimi i tij. Antituberkulotikët me veprimin e tyre baktericid dhe bakteriostatik bëjnë sterilizimin e vatrave tuberkulinike dhe eradikimin e bacileve nga organizmi i infektuar. Për mjekim të suksesshëm terapia duhet filluar sa më herët, në mënyrë të rregullt, me kohëzgjatje të duhur, me doza të plota që merren një herë në ditë në esëll. Mënyra se si do të zbatohet mjekimi inicial i sëmundjes ka ndikim të madh në përfundimin e suksesshëm të mjekimit. Në fazën iniciale kombinohen 3 ose 4 antituberkulotikë për shkak të pengimit të paraqitjes së rezistencës së bacilit ndaj antituberkulotikëve. Problem kryesor në zbatimin e mjekimit me antituberkulotik është bashkëpunimi i të sëmuarit në programin e zgjatur farmakoterapeutik.

Në dy dhjetëvjetëshat e fundit mjekimi i tuberkulozit ka pësuar ndryshime rrënjësore, si në suksesin ashtu edhe në kohëzgjatjen e tij. Në të kaluarën mjekimi ka zgjatur 12-18 muaj, kurse tani mjekimi me antituberkulotikë zgjatë 6 muaj, si alternativë merrren 9 muaj. Sipas protokoleve standarde në këtë kohëzgjatje (6 muaj) mjekohen tuberkulozi parësor i mushkërive, tuberkulozi parësor i gjëndrave limfatike trakeobronkiale me ndërlikimet e tyre dhe tuberkulozi pasparësor i vonshëm. Për format shumë të rënda si tuberkulozi konatal (i lindur), tuberkulozi osteoartikular, forma e avancuar e tuberkulozit miliar dhe meningjiti tuberkular, mjekimi mund të zgjasë 12 muaj. Sot ekziston një numër i madh i antituberkulotikeve që kanë vetu dhe efekte të ndryshme. Efikasiteti i tyre vlerësohet me efektin baktericid, sigurinë e tërapisë (raportin në mes dozës terapeutike dhe tokstike) dhe tolerancës së tyre.

Mjekimi standard fillon me dy antituberkulotikë (izoniazid dhe rifampicin), në doza të mjaftueshme me kohëzgjatje prej 6 muajve. Në vitet e fundit, për shkak të paraqitjes së rezistencës së bacileve ndaj Isoniazidit dhe Rifampicinit, preferohet mjekimi me 3

antituberkulotikë ( Isoniazid, Rifampicin dhe Pirazinamid), 2 muaj, kurse 4 muaj vijues me 2 antituberkulotikë (Isoniazid dhe Rifampicin). Propozimet më të reja për mjekimin e tuberkulozit janë për mjekimin 6 mujor: në dy muajt e parë zakonisht japen 4 antituberkulotikë ( Isoniazidi, Rifampicina, Pirazinamidi dhe Etambutoli), kurse 4 muaj vijues jepen vetëm 2 antituberkulotikë (Isoniazidi, Rifampicina). Në rastë nevoje mund të përdoren barna të tjera sipas rezultateve të ndjeshmërisë të bacileve,

Protokolli i njëjtë përdoret edhe për mjekimin e rasteve të rënda të tuberkulozit (tuberkulozi konatal, tuberkulozi miliar dhe meningjti tuberkular), ku mjekimi në fazën initiale bëhet me 4 antituberkulotikë për 2 muaj e pastaj mjekimi vazhdohet me 2 antituberkulotikë edhe 8 muaj.

Te tuberkulozi osteoartikular dhe urogjenital mjekimi mund të zgjasë 12 muaj. Tuberkulozi jashtëmushkëror mjekohet në të njëjtën mënyrë sikurse tuberkulozi mushkëror.

Protokolli më i përshtatshëm mendohet se është përdorimi i antituberkulotikëve: Isoniazidi, Rifampicina, Etambutoli dhe Streptomocina për 2 muaj, prej të cilëve duhet të vazhdohen edhe 4 muaj vetëm Isoniazidi dhe Rifampicina. Studimet e bëra kanë trëguar rezultate të mira deri në 95% të rasteve



## 1.11 Ndërhyrjet kirurgjike dhe veprimet e tjera

Ndërhyrjet kirurgjike tek fëmijët me tuberkuloz nuk janë të shpeshta. Gjëndrat limfatike të qafës mund të mënjanohen me ndërhyrje kirurgjike, me ç'rast shkurtohet koha e mjekimit me antituberkulotikë. Indikimet për ndërhyrje kirurgjike të tuberkulozi i mushkërive janë adenopatia masive me sindromën kompresive të shprehur (dispneja, cianoza), adenopatia me emfizemën ibstruktive të zgjatur, bronhektazitë, etj. Rrallë herë duhet bërë resekcioni i ndonjë segmenti ose lobi të mushkërive në raste të atelektazës së vjetër. Bronkoskopia si metodë invazive përdoret për diagnostikim dhe për mënjanimin e masave kazeoze. Intervenimi kirurgjik nuk bëhet gjatë procesit aktiv të sëmundjes, por ai vjen në shprehje në rast kur mjekimi 6 mujor me antituberkulotikë nuk është i suksesshëm.



## 1.12 Profilaksia e tuberkulozit

Profilaksia e tuberkulozit mbështetet në një kompleks masash të lidhura njëra me tjetrën.

Ekzistojnë dy mënyra të profilaksisë:

- a) *Profilaksia ekspozicionale, dhe*
- b) *Profilaksia dispozicionale.*

**a) Profilaksia ekspozicionale.** Pengon infeksionin e fëmijëve të shëndoshë. Ajo përmban masat e përgjithshme, siç janë: zbulimi i hershëm i tuberkulozit tek të rriturit, izolimi dhe mjekimi i tyre. Kjo e bën të mundur uljen e mundësisë së infeksionit tek fëmijët. Për zbulimin e tuberkulozit tek të rriturit përdoren metodat e depistimit tuberkular dhe radiologjik. Kontrollimi i personave që vijnë në kontakt me të sëmurin, kontrollimi i personelit që punon me fëmijët (shkollat, institucionet parashkollore, institucionet shëndetësore). I sëmuri nga tuberkulozi aktiv duhet të izolohet dhe të mjekohet fillimisht në institucione shëndetësore, me ç'rast pengohet përhapja e sëmundjes në anëtarët e familjes.

Patjetër duhet të bëhet izolimi i përkohshëm i të posalindurit nga nëna e sëmurë me tuberkuloz aktiv. Kontrolli i fëmijëve, të cilët kanë qenë në kontakt me të rriturit e sëmurë nga tuberkulozi, jepet mundësia e vënies në jetë të masave të veçanta parandaluese siç është kimioprofilaksia. Rëndësi të madhe për profilaksen e tuberkulozit me tipin bovin të *M. tuberculosis* ka zierja e qumështit si dhe masat tjera të nevojshme veterinare.

**b) Profilaksia dispozicionale.** Përmbledh një mori masash që ndikojnë në ngritjen e imunitetit dhe përmisimin e shëndetit të fëmijëve dhe të rriturve. Kjo arrihet me përmisimin e standardeve të përgjithshme higjienike, përmirësimin i ushqimit dhe kondicionit fizik. Imunizimi aktiv me vaksinën BCG (*Bacille Callmete – Guerin*) është masa më e rëndësishme dispozicionale që ka zvogëluar incidencën e tuberkulozit në botë. Qëllimi i vaksinimit është stimulimi i imunitetit specifik, i cili duhet t'i kundërvihet infeksionit të mundshëm me bacilin virulent të tuberkulozit. Vaksina ka treguar vlerën e vet në uljen e numrit të të sëmurëve me forma të rënda të tuberkulozit ( tuberkulozit miliar dhe meningjtit tuberkular). Në bazë të eksperiencës së deritanishme mund të thuhet se vaksina BCG është metoda më efikase, më e thjeshtë dhe më e lirë për parandalimin e tuberkulozit. Në vendin tonë vaksinimi me BCG është i obligueshëm tek të posalindurit kurse rivaksinimi bëhet në moshën 6 vjeçare gjithmonë pas testit të tuberkulinës. Në faktorët dispozicionalë bën pjesë edhe përdorimi profilaktik i antituberkulotikëve.

## II. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi kryesor i punimit është analizimi i karakteristikave bazike të pacientëve me TBC në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" Gjakovë për vitin 2001 edhe 2016.

Qëllimet tjera të punimit janë :

- Identifikimi i pacientëve të sëmurë nga tuberkulozi në rajonin e Gjakovës
- Gjendja e tyre shendetësore
- Trajtimi i tyre
- Vlerësimi i marrjes së terapisë më rregull

### **III. METODOLOGJIA**

Materiali i përdorur për këtë punim është siguruar në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" Gjakovë, përkatësisht në Ambullancën Pulmologjike.

Në këtë institucion janë marrë të dhënat e pacientëve të sëmurë me TBC.

Nga këto të dhëna u nxjerrën: Identifikimi i pacientëve të sëmurë nga tuberkulozi në rajonin e Gjakovës, gjendja e tyre shendetësore, trajtimi i tyre, vlerësimi i marrjes së terapisë më rregull.

Metoda e këtij hulumtimi është retrospektive.

Rezultatet janë shprehur me numra absolute dhe me përqindje.

Paraqitja e rezultateve është bërë me tabelë dhe me grafikone.

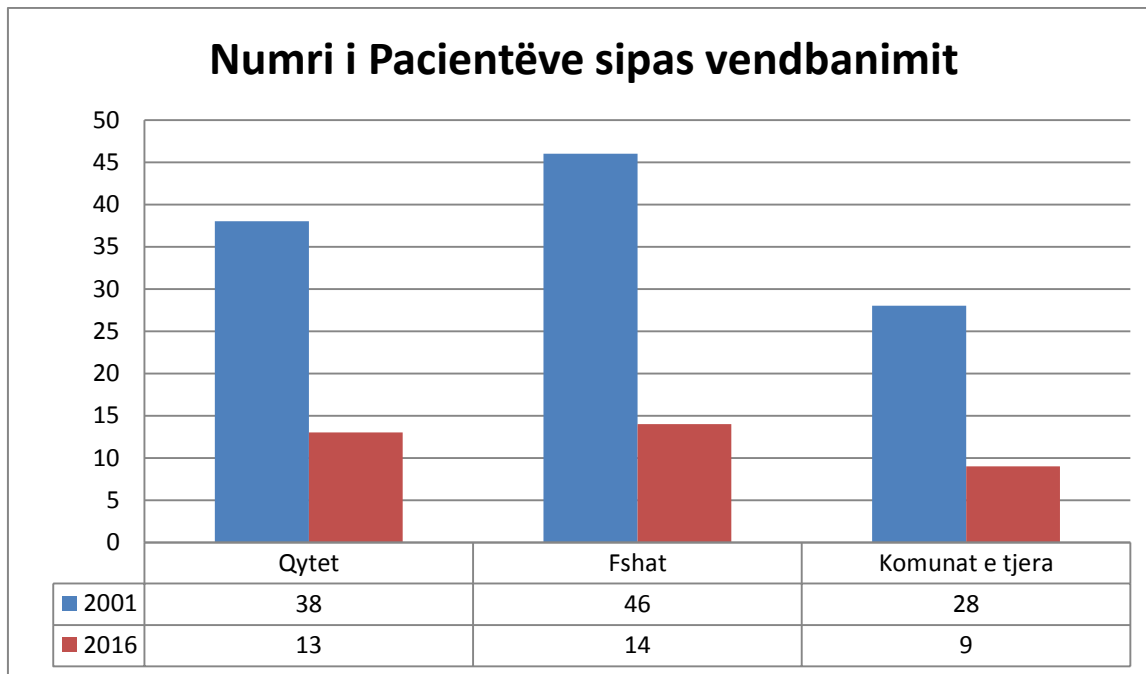
## IV. REZULTATET

Në vitin 2001 dhe në vitin 2016 në Spitalin “Isa Grezda” Gjakovë janë regjistruar këta pacientë

**Tabela 1. Numri i pacientëve të sëmurë TBC.**

| <b>Viti</b> | <b>Nr. I<br/>Pacientëve</b> | <b>Qytet</b> | <b>Fshat</b> | <b>Komunat<br/>tjera</b> | <b>Femra</b> | <b>Meshkuj</b> | <b>Mosha<br/>mesatare</b> |
|-------------|-----------------------------|--------------|--------------|--------------------------|--------------|----------------|---------------------------|
| <b>2001</b> | 112                         | 38           | 46           | 28                       | 52           | 60             | 30-40 Vj.                 |
| <b>2016</b> | 36                          | 13           | 14           | 9                        | 17           | 19             | 65-70 Vj.                 |

Nga rezultatet e lartëcekura shihet qartë se në vitin 2001 numri i pacientëve ishte shumë më i madh, 112 pacientë. Në vitin 2016 ishte numri dukshëm më i vogël - ishin vetëm 36 pacientë.

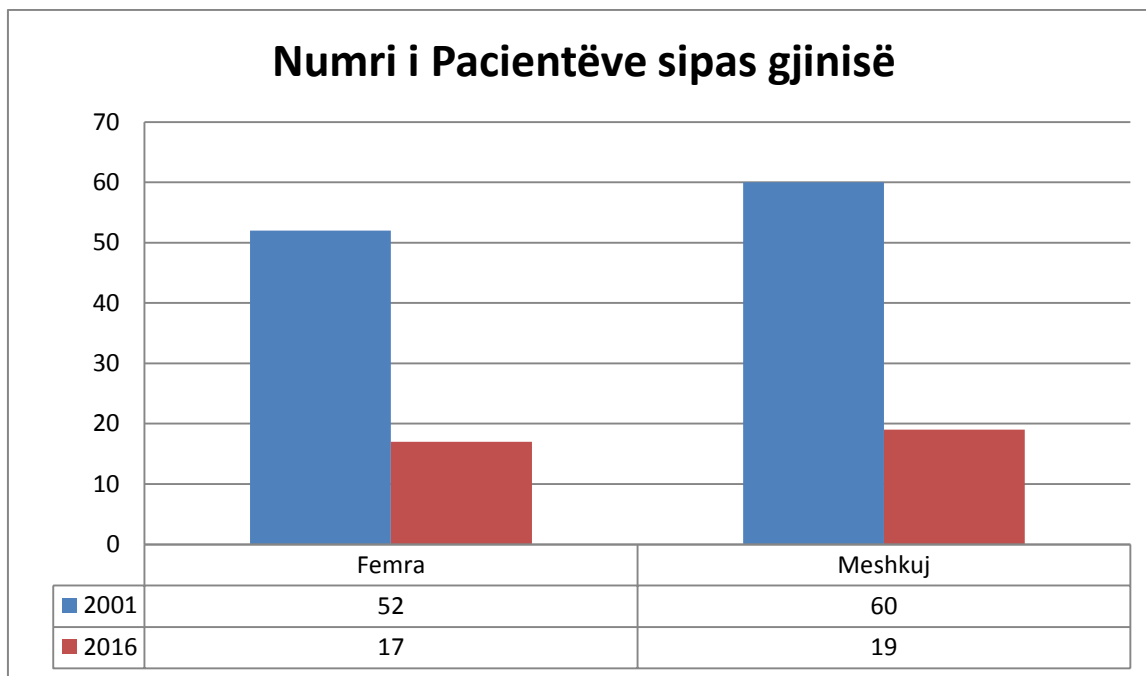


**Grafikoni 1.** Numri i pacientëve sipas vendbanimit.

Numër dukshem më i madh me këtë sëmundje u vërejt nga fshatrat e komunes së Gjakovës. Në vitin 2001, nga 112 pacientë 46 prej tyre ishin nga fshatrat e Gjakovës.

Në vitin 2016 nga 36 pacientë ,14 prej tyre ishin nga fshatrat e kësaj komune. (Graf 1)



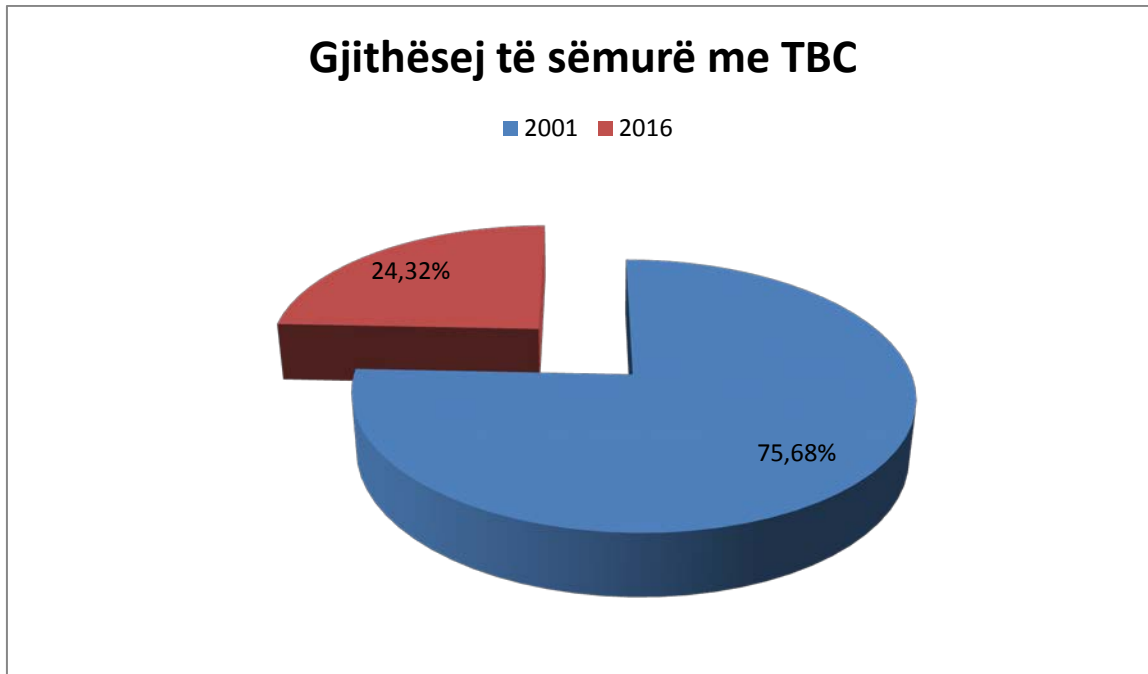


**Grafikoni 2.** Numri i pacientëve sipas gjinisë.

Nuk ka te dhena statistikore ku njëra gjini dominon tjetëren por nga të dhënat tona meshkujt janë më të atakuar.

Në vitin 2001 nga 112 pacientë 60 prej tyre ishin meshkuj.

Në vitin 2016 nga 36 pacientë 19 prej tyre ishin meshkuj. (Graf. 2)



**Grafikoni 3.** Gjithsej të vaksinuar në 4 QMF.

Në vitin 2001, si pasojë e kushteve të rënda ekonomike dhe kushteve të jetes pas lufte, ishte numri më i madh i rasteve me TBC në dekadën e fundit në Kosovë. Numri i pacientëve ishte 112.

Në vitin 2016 ka pasur një rënie e dukshme të rasteve me TBC, ku janë regjistruar vetëm 36 pacientë. Përmirësimi i kushteve të jetes, qasja më e lehtë në institucionet shëndetsore, disponimi me medikamente, vaksinimi i rregullt janë faktorët që numri i pacientëve është me i vogël duke e krahasuar me numrin e pacientëve të vitit 2001. (Graf. 3)

## **V. DISKUTIMI**

Sipas statistikave të nxjerra nga spitali “Isa Grezda” në Gjakovë në vitin 2001 ishin 112 pacientë të sëmurë me TBC, kurse në vitin 2016 vetëm 36 pacientë. Prej tyre në vitin 2001 nga qyteti ishin 38 kurse në vitin 2016 nga qyteti ishin 13.

Në vitin 2001 mosha mesatare ishte 30-40 vjeçare, kurse në vitin 2016 mosha mesatare ishte 65-70 vjeçare.

Sipas këtyre statistikave shihet se në vitin 2001 ka më shumë raste të sëmuarve me TBC dhe qendron dallimi në moshë. Kjo mund të arsytohet se nga kushtet e rënda ekonomike të pasluftës, mundësia e përhapjes së tuberkulozit ishte më e madhe.

Arsyet tjera të këtij dallimi të madh mund të jenë nga mosinformimi, pakujdesia dhe pamundësia për tu vizituar të mjeku.

## VI. PËRFUNDIMI

Nga punimi mund të nxirren këto përfundime :

- Në vitin 2001 kemi gjithsej 112 të sëmuarë me tuberkulozë, kurse në vitin 2016 janëvetëm 36 pacientë;
- Në vitin 2001 shumica e pacienteve ishin nga fshatrat e Gjakovës, gjithsej 46 pacientë; poashtu edhe ne vitin 2016 numëri më i madhë I pacienteve ishte në fshatrat e Gjakovës, edhe pse numri ishte dukshem me I vogel.
- Në vitin 2001 mosha mesatare e pacientëve të prekur me tuberkuloz ishte 30-40 vjeçare, ndërsa në vitin 2016 mosha mesatare ishte 65-70 vjeçare;
- Pacientët pas marrjës së terapisë me antituberkulant kanë pasur suksesë të knaqshëm te sherimit;
- Ambullanta dhe Reparti i pulmologjisë janë të paisura me fletushka dhe udhzime për simptomat , shkaqet dhe menyren e trajtimit te TBC.
- Raporti i sëmundshmërisë nga viti 2001 me vitin 2016 është në rënje kjo është si pasojë e kushteve me të mira të jetesës dhe kontakti me i kujdesshëm me pacientet e sëmuar me TBC.

## VII. ABSTRAKTI

**Hyrje.** Tuberkulozi është sëmundje infektive kronike, e pranishme gjatë gjithë historisë së njerëzimit, e përhapur në tërë botën dhe prek të gjitha moshat. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) 1/3 e popullatës në botë është e infektuar nga bacili i tuberkulozit.

Shkaktari i tuberkulozit është *Micobacterium tuberculosis*, ose bacili i Koch-it.

Mjekimi i tuberkulozit përfshin:

- a. *Zbatimin e masave të përgjithshme ( higjieno-dietetike ),*
- b. *Përdorimin e antituberkulotikëve dhe barnave të tjera ( kortikosteroideve )*
- c. *Masat plotësuese, siç janë imbolizimi te forma osteoartikulare dhe intervenimet kirurgjike.*

Antituberkulantët janë të pazëvendësueshëm në mjekimin e tuberkulozit dhe me paraqitjen e tyre është bërë i mundshëm mjekimi i suksesshëm e të gjitha formave të tuberkulozit. Efikasiteti i tyre më i dukshëm është në format akute dhe tek tuberkulozi pasparësor i hershëm

**Metodologjia** Materiali i përdorur për këtë punim është siguruar në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" në Gjakovë, përkatësisht në Ambullanten Pulmologjike të këtij spitali.

Metoda e këtij hulumtimi është retrospektive.

Rezultatet janë shprehur me numra absolut dhe me përqindje.

Paraqitja e rezultateve është bërë me tabelë dhe me grafikone.

**Diskutimi** Sipas statistikave të nxjerra nga spitali "Isa Grezda" në Gjakovë në vitin 2001 ishin 112 pacientë të sëmurë me TBC, kurse në vitin 2016 vetëm 36 pacientë. Prej tyre në vitin 2001 nga qyteti kane qene 38, kurse në vitin 2016 nga qyteti ishin 13.

Në vitin 2001 moshë mesatare ishte 30-40 vjeçare, kurse në vitin 2016 moshë mesatare ishte 65-70 vjeçare.

Sipas këtyre statistikave shihet se viti 2001 ka më shumë raste të sëmuarve me TBC, poashtu edhe dallimi në moshë ishte shumë i madhë. Kjo mund të arsytohet se nga kushtet e rënda ekonomike të pasluftës, mundësija e përhapjes së tuberkulozit ishte më e madhe.

Arsyet tjera të këti dallimi të madhë mundë të jenë nga mosinformimi, pakujdesia dhe pamundësia për tu vizituar të mjeku.

## VIII. REFERENCAT

1. Universiteti i Tiranës, Fakulteti i infermieris (Infermieristika në specialitete) Peka,I.Neçaj, E.Rustam, D.Bego, A.Imami-Lelçaj, M.Çelaj, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane.2005.

2. <https://medlineplus.gov/ency/article/000077.htm>

3. PEDIATRIA

Prof. Assoc. dr. Mehmedali Azemi, Prof. Dr. Mujë shala, dhe bashkëpunëtor.

## IX. CV e shkurtër e kandidatit

Mendim Avdimetaj i lindur me 01.01.1995 në Deçan, jetoj në fshatin Strelc i epërm komuna Deçan.

Shkollën e mesme të ulët e kam kryer në shkollën fillore "Haki Povata" në Strelc.

Shkollën e mesme të lartë e kam përfunduar në Pejë në shkollën e mesme të mjekësisë "Ramiz sadiku" dhe diplomova në drejtimin "Teknik i farmacisë".

Shkollimin Universitar e fillova në vitin 2014 në Universitetin e Gjakovës "Fehmi Agani", Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri, niveli bachelor.

Përveç studimeve kam punuar si infermier vullnetarë në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" në Gjakovë në repartin e Emergjencës në një periudhë 2 mujore.

Gjatë 3 viteve të praktikave infermiere pata mundësinë të jem praktikantë 1 vitë në Q.K.M.F "Adem Ukëhaxhaj" në Deçan dhe 2 vite në Spitalin Rajonalë në Pejë në repartin: Interno, Neurologjisë, Pulmologjisë, Ortopedisë, Urologjisë, Kirurgjisë, Pediatriisë dhe Njesinë Koronare.

Pas kësaj kohe dhe këtyre përvojave e ndjejë vetën të gatshëm dhe të sigurtë që të vazhdojë tutje të punoj me përkushtim si infermier i përgjithshëm.

Nr telefonit: +38643919248

Adresa: Rruga "Enver Avdimetaj" Strelc i epër

Email: avdimetajmendim@gmail.com