

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

INFIERMIERI E PËRGJITHSHME



PUNIM DIPLOME

**ROLI I INFIERMIERES NË KUJDESIN NDAJ TË
SËMURËVE ME TUBERKULOZ**

Mentori:

Prof. Ass. Ramush Bejqi

Kandidatja:

Sara Jakupi

Gjakovë, 2017

Ky punim është bërë në Spitalin Rajonal “Prim. Dr. Daut Mustafa” në Prizren.

Mentor i punimit është: Prof. Ass. Ramush Bejqi.

Punimi përfshinë: 39 faqe, 1 Tabelë dhe 7 grafikone

Fjalët kyqe: Tuberkulozi, Vaksina BCG, Bacili i Koch-it.

Unë, Sara Jakupi, studente e Fakultetit të Mjekësisë, Dega Infermieri, ne Gjakovë, deklaroj se kjo temë diplome është punim original. 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” në Gjakovë, që ma dhanë mundësinë për përzgjedhjen e kësaj teme. Po ashtu, një falenderim i veçantë shkon për Prof. Ass. Ramush Bejiqin, pa ndihmën e të cilit nuk do të ishte i mundur ky punim. Ndihma e tij, kritikën dhe sugjerimet kanë qenë te mirëpritura nga ana ime.

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

Ju faleminderit të gjithëve !

Sara Jakupi

Lista e shkurtesave

TBC - Tuberkulozi

BK - Bacili i Kochut

EP - Ekstra Pulmonare

PPD - Derivati proteinik të purifikuar i tuberkulinës

BCG - Bacile Calmette Guerin

INH - Isoniazidi

RFM - Rifampicina

PZA - Pirazinamidi

EMB - Etambutoli

STM - Streptomicina

OBSH - Organizata Botërore e Shëndetësisë

HIV - Virusi i imunodeficiencës humane

Përmbajtja

I. HYRJA	- 7 -
1.1. Etiologjia	- 10 -
1.2. Epidemiologjia dhe patogjeneza e tuberkulozit.....	- 10 -
1.3. Ndjeshmëria dhe imuniteti.....	- 10 -
1.4. Tuberkulozi dhe shtatzënia.....	- 12 -
1.4.1. Mjekimi i tuberkulozit në shtatzëni	- 13 -
1.5. Tuberkulozi dhe diabeti melit.....	- 14 -
1.5.1. Mjekimi i tuberkulozit te diabetikët dhe prognoza	- 14 -
1.6. Pacientët me infeksionin HIV.....	- 15 -
1.7. Të dhënat e përgjithshme për mjekimin e tuberkulozit	- 16 -
1.8. Mjekimi me antituberkulotikë	- 17 -
1.8.1. Përdorimi i kortikosteroideve për mjekimin e tuberkulozit.....	- 19 -
1.8.2. Prova e tuberkulinës.....	- 19 -
1.8.3. Vaksina BCG	- 20 -
1.8.4. Vaksina të reja.....	- 21 -
1.9. Prevenca e tuberkulozit.....	- 21 -
1.10. Marrja e materilit për ekzaminim te i sëmurit me sëmundje respiratore	- 22 -
1.11. Rezultatet e mjekimit.....	- 23 -
1.12. Kujdesi për të sëmurët nga tuberkulozi i mushkërive.....	- 23 -
1.13. Edukimi shëndetësor i të sëmurëve nga tuberkulozi	- 24 -
II. QËLLIMI I PUNIMIT	- 25 -
III. METODOLOGJIA E PUNIMIT	- 26 -
IV. REZULTATET.....	- 27 -
V. DISKUTIMI.....	- 35 -
VI. PËRFUNDIMI.....	- 36 -
VII. ABSTRAKTI	- 37 -
VIII. REFERENCAT	- 38 -
IX. BIOGRAFIA E SHKURTËR E KANDIDATES.....	- 39 -

I. HYRJA

Tuberkulozi është sëmundje ngjitëse, me etiologji të njohur, shumë e përhapur në popullatë. Lokalizimi i sëmundjes më së shpeshti është në mushkëri, por mund të jetë edhe në të gjitha organet e trupit të njeriut.

TBC-i është një sëmundje infektive që shkaktohet nga *Mycobacterium tuberculosis*, më rrallë shkaktohet nga *Mycobacterium bovis* apo *Mycobacterium avium*. Numri i pacientëve me TBC është në rritje, në mënyrë të veçantë në pacientët me HIV apo me sindromin e imundeficiencës (AIDS).

TBC transmetohet nga një person me sëmundje aktive pulmonare me anë të teshtitjes, kollitjes, së të folurit, të kënduarit. Një person sensibil bie në kontaktë me spëklat të cilat përmbajnë bacilin e tuberkulozit dhe infektohet.

Personat që janë në rrezik për infeksion nga TBC-a janë:

- personat që kanë qenë më parë të infektuar,
- personat tek të cilët bacili i tuberkulozit ka qenë jo aktive, personat të cilët janë në kontaktë me personat e infektuar me TBC,
- personat tek të cilët testi i tuberkulinës duhet të përsëritet (sepse nuk është plotësisht e qartë) për të treguar se ka një reaksion,
- personat me rezistencë të ulët për shkak të faktorëve të tillë si alkoolizmi, personat të cilët marrin terapi me kortikosteroide ose imunosupresive etj.

Jetesa në bashkësi, niveli i ulët i jetesës dhe një përkujdesje jo e mjaftueshme ndikojnë në përhapjen e TBC-it. TBC-i është një nga sëmundjet më të përhapura në botë, që nga koha kur bota jetonte në varfëri.

Zbulimi i hershëm i TBC varet nga të dhënat subjektive dhe nga prezantimi i simptomave. TBC ka një fillim të fshehtë dhe shumë pacientë nuk janë të vetdijshëm për simptomat derisa sëmundja të avansohet.

Pacienti me TBC zakonisht ka lodhje, letargji, nauze, anoreksi, humbje në peshë, cikël menstrual jo të rregulltë, temperaturë subfebrile, e cila mund të ketë qenë prezente për javë apo muaj. Temperatura mund të jetë e shoqëruar me djerësitje gjatë natës. Pacienti së fundi paraqitet me kollë dhe me një sputum mukoid dhe mukopurulent, e cila herë pas here shoqërohet me gjak. Kolla mund të shoqërohet dhe me një dhimbje krahrori.¹

¹ INFIRMIERISTIKA NË SPECIALITETE-UNIVERSITETI I TIRANËS-FAKULTETI I INFIRMIERISË. E.Peka, L.Neçaj, E.Rustami, D.Bego, A.Imami-Lelçaj, M.Çela, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane. Tiranë,2005 Isbn 21-24

TBC-i parësor. Përfshinë të gjitha manifestimet klinike, të lidhura me kontaktin e parë me *Mycobacterium tuberculosis* dhe zhvillimin e sëmundjes tek fëmija. Ndryshimet patologjike të TBC-it parësor gjenden në portën e hyrjes dhe në gjëndrat limfatike regjionale, ku paraqitet një reaksion lokal, i kufizuar, me hiperermi dhe proces eksudativ përreth.

Mushkëritë janë porta 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. Më vonë 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 paaktivizuar dhe barten përmes rrugëve limfatike deri te gjëndrat limfatike regjionale. Produkt tipik i infeksionit në indin mushkëror është *nodusi parenkimatos (afekti parësor) ose vatra parësore*. Ndryshimi është i rrumbullakët, i vogël dhe nuk kalon madhësinë më shumë se 2cm. Tuberkuli përmban në fillim, pak qeliza leukocitare, kryesisht mononukleare, epiteliiale, limfoide dhe qeliza gjigante (Langerhans). Në mes të vatrës parësore shfaqen abscese të vogla, të përcjella më vonë me nekrozë qendrore, të rrethuar nga qeliza limfoide dhe 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, limfangjiti dhe limfadeniti formojnë *kompleksin parësor tuberkular (complexus primarius tuberculosis)*.

Vendi i lokalizimit të vatrës parësore më së shpeshti është në mushkërinë e djathtë, subpleurale, më rallë në pleurë, me ç'rast mund të shkaktojë pleuritit eksudativ, por mund të gjendet edhe në thellësi të parenkimit të mushkërive. Lokalizimi jashtëmushkëror është shumë i rrallë. Mund të paraqitet në: gingiva, në vendin e dhëmbimit të dëmtuar ose të nxjerrë, tonzila, veshin e mesëm, zorrë dhe lëkurë (shumë i rallë). Ndryshimet patologjike në format jashtëmushkërore nuk dallojnë shumë nga ato mushkërore.

Përveç ndryshimeve tuberkulare në portën hyrëse, në të njejtën kohë paraqiten edhe ndryshimet imunologjike, siç janë: imuniteti dhe tejndjeshmëria kundrejt franksionit proteinik të bacilit të tuberkulozit. Imuniteti është i tipit të fituar qelizor, kurse tejndjeshmëria mund të vërtetohet me testin e tuberkulinës.

Varësisht nga porta hyrëse paraqiten forma të ndryshme të TBC-it parësor:

- *tuberkulozi parësor i mushkërive,*
- *tuberkulozi i gjëndrave limfatike të mushkërive me ndërlikimet e tyre,*
- *tuberkulozi parësor i tonzileve, tuberculosi i gjëndrave limfatike të qafës, tuberkulozi i zorrëve etj.*

Tuberkulozi pasparësor. Përfshinë të gjitha format e TBC-it që paraqitetn 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 parësore e freskët dhe aktive, ose nga vatra e vjetër e pashëruar që quhet riaktivizimi i procesit tubercular. Për paraqitjen e TBC-it pasparësor rëndësi të madhe ka ulja e imunitetit të organizimit dhe çrregullimi i baraspeshës mes organizmit dhe bacilit të tuberkulozit. TBC-i pasparësor dallon nga forma parësore me mungesë të afeksionit të gjëndrave limfatike regjionale, ka evaluim progresiv, procesi përhapet zakonisht në rrugë hematogjene, limfogjene dhe bronkogjene. Në aspektin histopatologjik ekzistojnë dy forma: forma eksudative dhe forma produktive.

Sipas mënyrës së reaksionit të organizmit, dallohen dy lloje të TBC-it pasparësor:

1. **Tuberkulozi pasparësor i hershëm (tuberkulozi dytësor).** Ndodh në fazën e sensibilizimit alergjik të fortë të organizmit dhe me imunitet specifik relativisht të dobët. Kjo fazë karakterizohet me reaksion eksudativ shumë të shprehur. Nga forma parësore dallohet me mungesën e afeksionit parësor të gjëndrave limfatike regjionale. Format më të shpeshta të TBC-it pasparësorë të hershëm janë: *meningjiti tuberkular, pleuriti serofibrinoz tuberkular, tuberkulozi miliar dhe peritoniti specifik*. Këto forma të TBC-it zakonisht paraqiten disa muaj (3 muaj) pas TBC-it parësor. Disa autorë në këtë grup e radhisin edhe TBC-in osteoartikular, të përhapur në mënyrë hematogjene, zakonisht brenda disa viteve (1-3 vite) pas TBC-it parësor.
2. **Tuberkulozi pasparësor i vonshëm (tuberkulozi tretësor).** Karakterizohet me procese kronike produktive (joeksudative) të organeve dhe destruksionin e tyre, me tendencë për përhapje per continuitatem dhe me reaksion alergjik minimal. TBC-i pasparësor i vonshëm përhapet me riaktivizim i vatrave të vjetra ose nga vatrave të reja me rrugë limfogjene, hematogjene ose bronkogjene. Format më të shpeshta të TBC-it pasparësor të vonshëm janë: *tuberkulozi kronik pasparësor i mushkërive ose ftiza e mushkërive (phtisis pulmonum), tuberkulozi urogjenital, tuberkulozi i lëkurës (lupus vulgaris) dhe tuberkulozi osteoartikular*. Këto forma paraqiten pas disa vitesh pas TBC-it parësor. Për shembull, TBC-i i veshkave paraqitet pas 5 - 15 vjet pas TBC-it parësor dhe kryesisht tek adoleshentët.²

²PEDIATRIA-UNIVERSITETI I PRISHTINËS -FAKULTETI I MJKËSISË. Mehmedali Azemi & Mujë Shala , Me bashkëpunëtorë Prishtinë,2010. Isbn 511-529

1.1. Etiologjia

Shkaktari i TBC 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 rallë. Në dhjetëvjetëshin e fundit janë vërejtur të ashtuquajturat format atipike të *M. tuberculosis* si: *M. avium*, *M. kansasi*, *M. crophulaceum*, *M. paratuberculosis*, *M. africanum*, *M. marinum*, *M. microti* dhe *M. canetti*.

1.2. Epidemiologjia dhe patogjeneza e tuberkulozit

TBC-i është sëmundje ngjitëse. Burimi i infeksionit është njeriu i sëmurë nga tuberkulozi. Bacilli gjendet në këlbazën e të sëmurëve. Sëmundshmëria dhe vdekshmëria nga TBC në Kosovë është ende e lartë. Në kohën e fundit është evidentuar rënie e numrit të sëmurëve nga TBC dhe rritje e paraqitjes në popullatën e re. Për shkak të situatës epidemiologjike të pavolitshme kërkohet aplikim rigoroz i masave profilaktike ekspozicionale dhe dispozicionale.

Rruga e përhapjes së infeksionit është kryesisht aerogjene; në këtë mënyrë infektohen 98% të njerëzve. Infektimi mund të bëhet edhe me kontakt të drejtpërdrejtë me materialin e infektuar.

Vendi hyrës. Bacilet që depërtojnë në rrugët respiratore ngjiten në mukozë. Sekretet dhe epiteli ciliar eliminojnë shumicën e bacileve të TBC. Vetëm një sasi e vogël e bacileve depërtojnë deri në alveole, ku hasin në makrofagjet alveolare, të cilat i fagocitojnë dhe i fusin në intersticium interalveolar.

1.3. Ndjeshmëria dhe imuniteti

Shumica e të infektuarve nuk kanë simptoma dhe shenja të sëmundjes. Në patogjenezën e TBC-i rolin kryesor e ka moshë kur vjen deri te infeksioni. Ndjeshmëri më të madhe ndaj infeksionit me bacil të TBC-it kanë foshnjat dhe motakët. Të gjithë ata që infektohen në këtë moshë do të sëmuren nga TBC-a. Rezistenca natyrore rritet gradualisht me moshë kështu që në moshën dhjetëvjeçare nga të infektuarit sëmuren vetëm 12%; pastaj në moshën e pubertetit rezistenca bie dhe më se 30% e të infektuarve sëmuren nga TBC-i. Të rriturit janë relativisht rezistentë, kurse njerëzit në moshë të shtyer kanë ndjeshmëri të shtuar në infektim me BK. Faktorët negativë që e zvogëlojnë imunitetin natyror janë sëmundjet infektive, sëmundjet endocrine (diabeti), graviditeti, alkoolizmi, sëmundjet malinje dhe infeksionet virale. Gjithashtu

terapia me immunosupresiv, citostatil, kortikosteroide e radioterapia e rrisin ndjeshmërinë ndaj infeksionit me BK. Pra, a do të zhvillohet sëmundja varet shumë nga imuniteti, përkatësisht ndjeshmëria e organizmit në infeksion.

Vetitë e bacilit të tuberkulozit. Rëndësi të posaçme në patogjenezën e TBC-it ka numri i bacileve të tuberkulozës gjatë infeksionit, virulenca e tyre dhe rezistenca ndaj antituberkulotikëve.

BK ka formë shkopi të hollë, gjatësia është 1-4 mikrometra, trashësia 0,2 - 0,5 mikrometra. BK nuk ka kapsulë, nuk ka flagjele dhe nuk krijon spore. Bacilli ngjyroset vështirë me karbofuksinë, por njëherë kur e pranon ngjyrën atë nuk e humb edhe nëse shpërllahet me acid apo alkool. Për shkak të kësaj vetie thuhet se BK është acido-alkoolo rezistent. BK është aerob. Më se miri kultivohet në temperaturë 37°C. Ka rritje të ngadalsuar. Kolonitë vërehen pas 3-4 javësh. BK është i ndjeshëm ndaj temperaturës, tharjes dhe rrezeve të diellit. Është i ndjeshëm ndaj tretësve të yndyrnave (fenolit, krezolit). Shumë lehtë shkatërrohen me veprimin e nxehtësisë. Temperatura prej 62°C e shkatërron BK për 30 minuta (pasterizimi), ndërsa sterilizimi në temperaturë 100°C për disa sekonda. BK nuk prodhon ekzotoksine.

Bacili i TBC-ës rritet dhe shumohet vetëm në organizmin e të sëmurit. Gjendet në sekretet dhe ekskretet e tij: këlbazë, likidin pleural dhe peritoneal, qelb të gjendrave limfatike, lëngun e lukthit, likuor, urinë, etj.

Diagnoza bakterilogjike e TBC-it bëhet me ekzaminimin e materialit të marrë. Ky material është kryesisht këlbaza e fituar në mëngjes, shpërlarja e lukthit tek fëmijët, strishoja nga gryka, punktati pleural, urina, qelbi dhe likuori. Materiali merret dhe dërgohet në laborator në gotë sterile për ekzaminim bakterilogjik.

Metodat e ekzaminimit bakterilogjik të tuberkulozit janë:

1. metoda e mikroskopimit të drejtpërdrejtë,
2. metoda e kultivimit të materialit në ushqimore bakterilogjike dhe
3. metoda e eksperimentit biologjik (inokulimi në kafshë eksperimental).

Pasi të gjendet BK me njërin nga metodat e përmendura diagnoza është vërtetuar. Është e rëndësishme të përcaktohet rezistenca e bacilit të TBC ndaj antituberkulotikëve.

Ndërrimet patoanatomike. Me depërtimin e bacilit të TBC në mushkëri paraqiten ndryshimet patoanatomike siç janë:

- ndryshimet nekrotike të mbushura me bacile,
- ndryshimet eksudative, dhe
- ndryshimet proliferative me përbërje nga qelizat epiteloide, qeliza gjigante dhe limfocitë që e rrethojnë masën nekrotiko-kazeoze.

Kështu përbëhet një granulom tuberkulare, si element patohistologjik, karakteristik për TBC. Nëse granulomi tuberkular përbën më tepër qeliza polimorfonukleare të cilat lirojnë enzime proteolitike, zhvillimin e TBC merr kahun e zhvillimit të pavolitshtëm. Në këto raste dominon procesi i nekrozës kazeoze; më vonë paraqitet kolekvacioni (zbutja) i indit nekrotik. Kur ky arrin në hapsirë të bronkut eliminohet jashtë dhe formohet kaverna.

Kaverna tuberkulare është karakteristikë e zhvillimit të avansuar të tuberkulozit. Kaverna është zbrazëti që ka mbetur pas eliminimit të indit nekrotik përmes bronkit. Ka formë të rrumbullakët, ovale ose të parregullt. Muri i kavernës është i ndërtuar nga shtresa e brendshme nekrotike dhe shtresa e jashtme që është e përbërë nga indi granulativ, i cili së shpejti krijon fibra kolajene që kanë tendencë ta mbyllin kavernën me anë të retraksionit.³

1.4. Tuberkulozi dhe shtatzënia

Manifestimi i TBC-it gjatë shtatzënisë është dukuri mjaft e shpeshtë, dukuri kjo që në periudhën para antituberkulotikëve ka shkaktuar morbiditetet dhe mortalitetet shumë të lartë.

Rënia e imunitetit gjatë shtatzënisë bën që kjo gjendje fiziologjike të jetë faktor risku për manifestimin e TBC-it.

Paraqitja e TBC-it gjatë shtatzënisë paraqet rrezik permanent për të porsalindurin, sidomos nëse shtatzëna nuk fillon mjekimin me kohë. Rëndom kemi të bëjmë me probleme perinatale si: prematuriteti, peshë të vogël në lindje, ditës akut neonatal etj. Dhe së fundi edhe manifestim të TBC-it kongjenital. TBC i foshnjave mund të shkaktohet in utero (nga shpërndarja e bacileve prej endometriumi në fetus - përhapje limfogjene, ose rrugët hematogjene prej v.umbilikale me placentë), por mund të shkaktohet edhe post partum (nga aspirimi i lëngut amniotik të infektuar nga ana e fetusit).

Kur duhet dyshuar në tuberkuloze të një shtatzënë?

1. shtatzëna që ka kontakt të afërt me të sëmurin nga TBC active;
2. shtatzënëna që vuajn nga diabeti ose HIV infeksioni;
3. shtatzënëna me prejardhje nga rrethet sociale me prevalencë të lartë të TBC;
4. shtatzënëna që punojnë në spitale, burgje, shtëpi të pleqve etj.

³MJEKËSIA INTERNE ME KUJDES-Tefik Bektashi, Emrush Kryeziu, Ymer Elezi, Halil Ahmetaj, Rexhep Manaj, Kelmend Pallaska, Rukije Mehmeti, Agron Kerliu, Gazmend Zhuri

Pasqyra klinike e TBC-it tek shtatzënat nuk ndryshon nga kategoritë e tjera. Madje, shpeshherë ndodhë që pasqyra klinike të jetë asimptomatike. Sidoqoftë, simptomat dominuse janë: plogështia, anoreksia, humbja në peshë, temperatura e herë pas hershme, kolla.

Nuk është vërtetuar se TBC-i ndikon në rrjedhën e shtatëzanisë dhe mënyrën e lindjes. Prandaj, shtatëzënia nuk ndërpritet, mirëpo tretmani fillon menjëherë pas zbulimit të kësaj sëmundje.

Kur duhet filluar me terapi? Nëse PPD është positive, për eliminimin e sëmundjes domosdo duhet bërë radiografinë e mushkërive. Në rast të ekzaminimit rëntgenologjik negative, atëherë duhet bërë hulumtime në drejtim të TBC-it ekstrapulmonare. Nëse PPD është negative kurse simptomatologjia është positive, atëherë përsëri bëhet radiografia e mushkërive.

1.4.1. Mjekimi i tuberkulozit në shtatzëni

Streptomycina dhe Pyrazinamina, në princip janë të kontrainduara!

Në tre muajt e parë: kurrsesi Streptomycin! Për BK pozitivë, ordinohej RPM+INH+ETMB.

Për BK negativë, duhet të pritet deri në muajin e katërt të shtatëzënisë, vazhdimisht duke e përcjellë gjendjen e shtatëzënisë.

Ne tre muajt e dytë: nëse nuk ka problem ordinohej RPM+INH+ETMB.

Në tre muajt e tretë: RPM+INH+ETMB. Meqë kanoset rreziku nga paraqitja e ikterit, në këtë periudhë duhet përcjellë bilirubinën në 10ditë dhe në rast të çrregullimeve biokimike ndërpritet INH.

Mjekimi me kohë dhe i rregullt, është mënyra më e mirë që të pengohet përhapja e infeksionit në të porsalindurin. I porsalinduri është i rrezikuar vazhdimisht. Prandaj, gruaja që ushqen fëmijën në gji duhet të marrë terapinë complete kundër TBC-it. Kuptohet, gjithnjë duke u kujdesur që të mbajë maskë mbrojtëse gjatë dhënies se gjirit. Pas dhënies se gjirit, foshnja duhet larguar nga nëna tuberkulotike derisa të ekzistojë rreziku nga infeksioni. Të gjithë antituberkulotikët mund të jepen gjatë laktacionit; prandaj nëna mund të vazhdojë terapinë complete. Preferohen që antituberkulotikët të merren pas dhënies së gjirit.

1.5. Tuberkulozi dhe diabeti melit

Një rrethanë e volitshme për infeksionin dhe zhvillimin e sëmundjes së TBC-it është edhe diabeti melit.

Për shkak të imunitetit të dobësuar dhe metabolizmit të çrregulluar diabetikët kanë predispozicion të shtuar për infeksione, ndër to edhe për TBC.

Dihet prej kohësh për lidhshmërinë reciproke të këtyre dy sëmundjeve. Në shekullin XIX, studimet post mortem të asaj kohe vërtetojnë TBC, shkaktarë të vdekjes së diabetikëve në 50% të rasteve (Zack, Nichols). Sot, falë terapisë me antituberkulotikë me programe të kontrolluara dhe me antidiabetikë kjo vdekshmëri është zvogëluar dukshëm.

Studimet epidemiologjike tregojnë se TBC-i te diabetikët është disa herë më i shpeshtë se te popullata në përgjithësi. Magussi nga Tanzania (1990), konstaton shpeshësinë e TBC-it tek diabetikët 4 herë më të lartë; Bloom dhe Zack në SHBA dhe Sign (Indi), konstatojnë shpeshësinë 10% më të lartë.

Zakonisht diabeti i paraprindës së sëmundjes së TBC-it, por në 32% të rasteve ndodhë e kundërta, TBC-i i paraprindës së diabetit. Të shpeshta janë rastet kur të dy sëmundjet, paraqiten në të njëjtën kohë.

1.5.1. Mjekimi i tuberkulozit te diabetikët dhe prognoza

Stabilizimi i ngadalësuar i glikemisë te diabetikët me TBC bën që edhe regresioni i ndërrimeve specifike të jetë i ngadalësuar. Prandaj, mjekimi duhet filluar sa më parë. Trajtimi është i njëjtë si tek çdo formë e TBC-it.

Gjatë përdorimit të antituberkulotikëve duhet përmbajtur rregullave të mjekimit të kontrolluar. Njëkohësisht, insistohet në stabilizimin e glikemisë.

Preferohet dhënia e Pyrazinamidës e cila ka efekt shumë të mirë në këto ndryshime metabolike, ku dominon anemia dhe pH gjakut kah aciditeti. Dihet se Pyrazinamida është baktericid që vepron në ambient acidik, në bacile, në makrofag ose në muret e kavrnës.

Gjatë mjekimit vazhdimisht përcillet funksioni i mëlçisë dhe veshkave, parametrat biokimike, sepse komplikimet në këto gjendje të imunokomprimetuara janë më të shpeshta se në rastet e tjera, sidomos nga fakti se kemi të bëjmë me pacient të moshuar.⁴

⁴PULMOLOGJIA-Grup autorësh. Isbn 149-206

1.6. Pacientët me infeksionin HIV

TBC-i është infeksioni oportunist më i rëndë, i rëndësishëm i vëzhguar te pacientët me infeksion nga HIV-i në vendet në zhvillim, pasi ai ndodh më shpesh, është i transmetueshëm te të dytë personat e infektuar me HIV dhe të painfektuar, mund të trajtohet pa vështërsi si dhe mund të parandalohet. Në mbarë botën, TBC-i është shkaku kryesor i vdekjes te personat me infeksionin nga HIV-i, duke numëruar një të tretën e vdekjes në sajë të AIDS-it. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) vlerësoi se numri i njerëzve të infektuar me bacilin e tuberkulozit është një e treta në popullatën e botës, kudo në botë, një infeksion i ri me TBC ndodh te njerëzit që jetojnë në Azi, Afrikën Subsahariane dhe në Amerikën Latine, ku rreth gjysma e popullatës së të rinjëve është e infektuar. Këto janë të njëjta zona në të cilat HIV-i vazhdon të rritet rregullisht. OBSH-ja e konsideron HIV-in si faktorin e vetëm më të rëndësishëm që drejton rritjen e incidencës së TBC-it në Afrikë gjatë 10 viteve të kaluar.

Rritja e TBC-it në kombinim me HIV-in ka rezultuar në kërkesa të rritura të programeve të TBC-it, që janë të mbingarkuara edhe kësisoj. Gjatë fazave fillestare të epidemisë së HIV-it, kur përqindja e incidencës rritet në mënyrë dramatike, ritmi i TBC-it rritet gjithashtu.

Gjatë periudhës 1997-1999, numri i vlerësuar i rasteve të mundshme me TBC u rrit nga 8.0 milionë në 8.4 milionë. Nëse prirja aktuale vazhdon, OBSH-ja vlerëson 10.2 milionë raste të reja të pritshme nga viti 2005. Rritja progresive është zgjeruar në sajë të pandemisë së HIV/AIDS-it.

Për të parandaluar TBC-in aktiv janë vaksinuar mbi 70% e fëmijëve në të gjithë botën me BCG. Fatëkeqësisht, efienca e BCG-së në popullatën e infektuar me HIV është e paqartë. Një studim i kryer nuk gjeti përfitim nga vaksinimi te fëmijët HIV- seropozitivë; një tjetër studim gjeti një përfitim nga vaksinimi në fëmijëri i të rinjëve HIV- seropozitivë dhe mbrojtje nga sëmundja e shkaktuar nga M. tuberculosis. Të dhënat e fundit, duke sugjeruar një efekt përfitues nga vaksinimi i hershëm me BCG në vdekshmërinë nga të gjithë shkaktarët te fëmijët e painfektuar me HIV, tregojnë që masat e përfitimit te njerëz HIV-seropozitivë duhet të jenë më të zgjeruar se parandalimi i thjeshtë i TBC-it. OBSH-ja rekomandon që BCG-ja duhet t'u jepet njerëzve që kanë infeksion simptomatik nga HIV-i në zona me risk të lartë të infeksionit nga TBC-i. Në zona me risk minimal të TBC-it, BCG-ja nuk rekomandohet, veçanërisht për ata që janë të infektuar me HIV. Vaksinat e bazuara në vektorë rekombinantë të BCG-së janë vlerësuar në modele kafshësh për përdorim potencial në vaksinimin kundër AIDS-it.

Infeksioni HIV nuk prek në nivel të lartë reagimin ndaj kimioterapisë afatshkurtër në mungesë të rezistencës ndaj barnave. Niveli i përkeqësimit të TBC-it të trajtuar me barna të linjës së parë është më pak se 5% te pacientët e përputhshëm, por rritet ndjeshëm nëse nuk përdoren rifampina dhe isoniazidi. Megjithatë pacientët me HIV pozitiv dhe TBC kanë një rrezik ndjeshmërie pesë deri katërbëdhjetëfish më të lartë, megjithëse superinfeksioni dhe sëmundja e

shkaktuar nga patogjenë të tjerë oportunistë kontribon në nivelin e vdekshmërisë. Te pacientët HIV dhe TBC, katër barna ndoshta duhet të jepen rregullisht në fazën hyrëse të trajtimit. Nga ana tjetër, prognoza e pacientëve që kanë sëmundje MDR është e pamjaftueshme dhe më e keqe sesa ajo e pacientëve me HIV-negativë. Pacientët me HIV-pozitiv kanë më shumë gjasa të kenë reagime të pafavorshme ndaj mjekimit antituberkulare, veçanërisht tiacetazonit, por edhe ndaj barnave të tjera. Mjekimet antituberkulare dhe antiretrovirale, duke përfshirë inhibitorët e proteazës dhe inhibitorët e transkriptazës së kundërt jonukleoside, kanë ndërveprime të shumëta dhe komplekse⁵.

1.7. Të dhënat e përgjithshme për mjekimin e tuberkulozit

Në të kaluarën TBC-i ka qenë sëmundje e pashërueshme, vdekjeprurëse, sidomos format e rënda (meningjiti tubercular, tuberkulozi miliar etj.). Njeriu që nga lashtësia është munduar të gjejë shërim, dhe atë me ndonjë mënyrë (zakonisht me ushqime të ndryshme), ndonjë bar (kryesisht bimët mjekuese) ose në ndonjë vend (sanatoriumet klimatike, banjat terminale etj.). Të gjitha këto i takojnë periudhës së hershme që bazohej në përvojë (emporium), apo eksperimentim, kurse sot janë të shërueshme të gjitha format e tij. Antituberkulotikët si bazë e mjekimit modern kanë merita të pakontestueshme për ndryshimin rrënjësor në evaluimin dhe prognozën e sëmundjes. Parakusht për mjekim të suksesshëm të TBC-i është diagnoza e hershme dhe zbatimi i përpiktë i mënyrës së dhënies së antituberkulotikëve, që do të thotë kombinimi i antituberkulotikëve, administrimi i drejtë në dozë të nevojshme dhe kohëzgjatja e duhur e mjekimit. Mjekimi i TBC-it përfshin:

- a) zbatimin e masave të përgjithshme (higjieno-dietetike),
- b) përdorimin e antituberkulotikëve dhe barnave të tjera (kortikosteroideve),
- c) masat plotësuese, siç janë imobilizimi te forma osteoartikulare dhe intervenimet kirurgjike.

Mjekimi medikamentoz përkatësisht kimiterapia kundërtuberkulare (antituberkulotikët) është më e rëndësishmja. Kjo terapi duhet të merret me rregull e kombinuar dhe një kohëzgjatje të caktuar sipas regjimit përkatës. Kësaj terapie-kauzale mund t'i shtohet edhe terapia adjuvante (shtesë) sipas nevojës kortikosteroidet, si dhe terapia multimineralo-vitaminoze.

Regjimi higjienodietetik nënkupton programim të veçantë të aktiviteteve fizike e intelektuale të pacientit. Ushqimi duhet të jetë kualitativ dhe në sasi të mjaftueshme, gjumi i rregullt dhe i qetë si dhe ambienti i pastër. Efekti kryesor që arrihet me pushim maksimal është ulja e nivelit të metabolizmit dhe zvogëlimi i kërkesës së organizmit për oksigjen me çka

⁵SËMUNDJET INFEKTIVE -Seth F.Berkley, Thierry Calandra, Nathan Clumeck, Roger G.Finch,Scott M.Hammer, Steven M.Holland, Timothy E.Kiehn, Dennis G.Maki, Keith P.W.J.Mcadam, S.Ragnar Norrby, Steven M.Opal, Allan R.Ronald,Claus O. Solberg, Jan Verhoef.VËLLIMI II.TABERNAKUL. isbn 401-417

pengohet shumimi i bacileve. Duhet pasur parasysh edhe komponentet psiko-sociale që ka rol të madh në mjekimin gjithëpërfshirës të të sëmurit nga TBC.

Mjekimi kirurgjik në të kaluarën kishte rëndësi shumë të madhe, duke filluar nga kolapsoterapia e deri te lobektomia. Ky mjekim kryesisht përdoret në sanimin e pasojave të TBC, si p.sh., dekortikimet e drenimet. Nëse bëhet fjalë për infeksion me bacil multirezistent, që është i lokalizuar vetëm në njërën anë të mushkërisë, atëherë vjen në konsiderim edhe bilobepulmectomia.

Mjekimi klimatiko-rehabilitues ndihmon në ngritjen e kualitetit të mjekimit të përgjithshëm. Preferohen vendet me lartësi të mëdha mbidetare për shkak të koncentrimit më të vogël të oksigjenit, i cili është favorizues në shumimin e bacileve të tuberkulozit.

Mjekimi popullo/alternative, në të kaluarën ishte i rëndësishëm dhe, ndonjëherë i vetëm. Terapia alternative mund të jetë vetëm shtesë e asaj kauzalës e kurrresi zëvendësim. Pacientët pinin ujin e gëlqeres së shkrirë që përmban sasi të mëdha të kalciumit i cili ndikon në përshpejtimin e kalcifikimit të vatrës nekrotike të granulomës. Në esencë, edhe tash me ushqime e tablet multiminerales (kalciumit), arrihet i njëjti efekt. Në princip, nuk duhet ndaluar automedikamentimin apo mjekimin suplementar (shtesë) nëse ai nuk është i dëmshëm dhe në kundërshtim me principet e mjekimit të TBC-it.

1.8. Mjekimi me antituberkulotikë

Antituberkulotikët janë të pazëvendësueshëm në mjekimin e TBC-it dhe me paraqitjen e tyre është bërë i mundshëm mjekimi i suksesshëm i të gjitha formave të TBC-it. Efikasiteti i tyre më i dukshëm është në format akute dhe në TBC-in pasparësor të hershëm, në të cilat shumimi i bacilit është i shpejtë. Në format pasparësore të vonshme të TBC-it antituberkulotikët kanë efekt më të dobët. Qëllimi i mjekimit është të pengohet zgjerimi i bacileve të tuberkulozit nga vatrë 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 initiale kombinohen 3 ose 4 antituberkulotikë për shkak të pengimit të paraqitjes së rezistencës së bacileve ndaj antituberkulotikëve. Problem kryesor në zbatimin e mjekimit me antituberkulotik është edhe bashkëpunimi i të sëmurit në programin e zgjatur farmakoterapeutike.

Antituberkulotikët, që përdoren më së shpeshti për mjekimin e formave të ndryshme të TBC-it janë: *Izoniazidi* (INH), *Rifampicina* (RFM), *Pirazinamidi* (PZA), *Etambutoli* (EMB), *Streptomycina* (STM).

Izoniazidini (INH). Spektri i veprimit të INH është i kufizuar në bacilin e tuberkulozit dhe ka veprim baktericid. Depërtimi i INH është i mirë në të gjithë organet, përqëndrimi i duhur në gjak dhe sputum arrin për disa orë. Kryesisht eliminohet përmes urines. Manifestimet toksike varen nga doza dhe shpejtësia e inaktivizimit të izoniazidit. Manifestimi neurologjik si polineuriti periferik është me siguri si pasojë e inhibimit të metabolizmit së piridokinës (B₆), manifestimi toksik në mëlqi (rritja e përqëndrimeve të transaminazave) rrallëherë mund të paraqiten çrregullime në sjellje ose ndryshime në lëkurë dhe mukoza në formë të dëmtimeve pelagroide. Dozat ditore janë të ndryshme (mesatare 10mg/kg të masës trupore) duke lëvizur prej 10-15mg/kg të masës trupore në ditë varësisht nga moshë. Doza maksimale është 300mg në ditë. Merret per oral, ndonjëherë edhe parenteral kur është i çrregulluar refleksi i gëlltitjes. Me INH duhet ordinuar vitmainën B₆ për parandalimin e çrregullimeve neurologjike.

Rifampicina (RFM). Ka efekt bakteriostatik dhe baktericid. Absorbohet lehtë në traktin tretës, përqëndrimi maksimal në serum e arrin pas 2-3 orësh dhe rënia e përqëndrimit fillon pas 8 orësh. Depërtimi i barit është i mirë në mushkëri, kocka, mëlqi, shpretkë, kurse depërtimi më i dobët është në tru. Eliminimi i saj bëhet kryesisht nëpërmjet traktit biliar dhe më pak nëpërmjet veshkave. Për këtë shkak duhet të ekzaminohet rregullisht funksioni i mëlçisë. Prej efekteve anësore mund të shkaktojë çrregullime në traktin tretës dhe veprim toksik në mëlqi, zakonisht më të theksuar janë kur jepet në kombinim me INH. Paraqitet ngjyrosja asimptomatike e urinës dhe lotëve, ngritja asimptomatike e transaminazave, të cilat mund të përmisohen me zvogëlimin e dozës ditore. Mund të paraqitet edhe trombocitopenia. Doza ditore është 15-20mg/kg të masës trupore në ditë, doza maksimale ditore është 600mg, merret per oral një herë në ditë, një orë para ushqimit ose dy orë pas ushqimit.

Pirazinamidi (PZA). Karakteristikë kryesore e tij është depërtimi i lehtë në meningje, përqëndrimin në lëngun trunoro - shpinor përputhet me përqëndrimin në serum. Ka efekte anësore në mëlqi, më rrallë paraqiten artralgjia dhe hiperuricemia. Doza ditore është 20-40mg/kg të masës trupore në ditë, merret per oral i ndarë në 2-3doza ditore. Doza maksimale ditore është 2 gram.

Etambutoli (EMB). Dhënia e EMB te fëmijët e moshës së hershme është e rrezikshme për shkak të efekteve toksike në sy (neurit të nervit optik). Një dozë prej 15mg/kg të masës trupore në ditë ka efekt bakteriostatik, kurse një dozë prej 25mg/kg të masës trupore në ditë ka efekt baktericid. Doza maksimale ditore është 2.5 gram. Merret per oral në një dozë ditore. Përdoret në rast të rezistencës bakterore ndaj antituberkulotikëve tjerë.

Streptomycina (STR). Krahasuar me të kaluarën tani përdoret më pak për shkak të veprimeve anësore të shumta te fëmijët. Aplikimi i saj është i rëndësishëm në raste kur paraqitet

rezistenca ndaj barnave të tjera. Mund të zëvendësojë EMB. Depërton mjaft mirë në meningjet e inflamuar, nuk kalon në meningje të joinflamuara. Jepet në mënyrë intramuskulare dhe mund të shkaktojë interaksione. Veprimi më i madh toksik i STR është në nervin vestibulokoklear, kurse veprimi toksik në veshka është më i rallë. Doza ditore është 15-25mg/kg të masës trupore në ditë, doza maksimale është 1 gram, jepet në mënyrë intramuskulare. Doza deri 500mg jepet një herë në ditë, kurse doza prej 1 gram jepet e ndarë në dy doza ditore.

1.8.1. Përdorimi i kortikosteroideve për mjekimin e tuberkulozit

Kortikosteroidet në kombinim me antituberkulotikët kanë efekt pozitiv në mjekimin e TBC-it. Kortikosteroidet përmirësojnë gjendjen e përgjithshme, kanë veprim antiinflamator, mundësojnë depërtimin e antituberkulotikëve në ndryshimet tuberkulare dhe shpejtojnë resorbimin e eksudatit seroz. Dhënia e tyre pa antituberkulotikë mund të rrisë rrezikun e riaktivizimit të një TBC-e latent. Indikimet për dhënien e kortikosteroideve janë: meningjiti tuberkular, në ç'rast përmirësojnë qarkullimin e gjakut dhe zvogëlimin e edemës së trurit. Po ashtu përdoren te tuberkulozi endobronkial, i cili ndërlikohet me pengesa ventiluese (atelektaza dhe emfizema e mushkërive), te perikarditi tuberkular, pleuriti tuberkular, peritonitis tuberkular dhe tuberkulozi miliar. Nuk ekzistojnë prova bindëse që një lloj i kortikosteroidit është më efikas se tjetri. Zakonisht përdoret Prednizoni në mënyrë per orale, në dozë 1-2mg/kg të masës trupore në ditë, jepet një herë në ditë në mëngjes, ose në dy doza të ndara në kohëzgjatje për 4-6 javë me zvogëlim gradual të dozës.⁶

1.8.2. Prova e tuberkulinës

Prova e tuberkulinës bëhet për ta vërtetuar praninë e ndjeshmërisë ndaj produkteve të bacilit të tuberkulozit e që fitohet pas infektimit me bacile virulente apo pas vaksinimit. Për këtë qëllim përdoren preparatet që përmbajnë protein të BK. Më së shpeshti përdoret Alt - tuberkulina që është filtrate i sterilizuar i ushqimoreve, ku janë kultivuar bacilet e tuberkulozës dhe PPD - tuberkulina (purified protein derivate) që është preparat i pastruar.

Alt - tuberkulina është preparat i koncentruar. Është stabil dhe kështu mund të ruhet me vite. Para përdorimit duhet të hollohet me tretje fiziologjike në raport 1:1000. Në këtë formë nuk mund të qëndrojë gjatë, prandaj kur të hollohet duhet të përdoret për disa ditë.

⁶ PEDIATRIA-UNIVERSITETI I PRISHTINËS -FAKULTETI I MJKËSISË. Mehmedali Azemi & Mujë Shala , Me bashkëpunëtorë Prishtinë,2010. Isbn 511-529

PPD - tuberkulina është substancë e pastër, e izoluar nga kultura e bacileve të tuberkulozit. Zakonisht vjen si paketim i gatshëm, ku 0.1ml përmban 3 njësi tuberkulinike.

Prova e tuberkulinës mund të bëhet në disa mënyra.

Te ne bëhet zakonisht prova sipas Mantoux (Mantu). Testi bëhet në pjesën e përparme të parakrahut. Lëkura dezinfektohet me eter. Me gjilpërë të hollë dhe shiringë të posaçme injektohet intradermal (jo në lëkurë) 0.1ml PPD ose sasia e njëjtë e Alt-tuberkulinës, e cila është zbutur në raport 1:1000. Formohet papula e zbehtë me diametër 6 - 7mm. Mirë është që disa centimetra nën vendin ku është injektuar PPD-ia të injektohet e njëjta tretje fiziologjike, si kontroll. Pacientit i tregohet se vendi i injektimit nuk duhet të shtypet, fshihet apo kruhet.

Testi interpretohet pas 72 orësh. Vleresohet diametri i infiltratit të formuar në vendin e injektimit. Si test pozitiv konsiderohet infiltrimi në rrezën e diametrit 5 - 15mm mund të jetë tregues i ekspozimit ndaj mykobaktereve, imunizimit ose sëmundjes së mëparshme të pacientit të imunodeprimuar. Ngurtësimi më i madh se 5mm konsiderohet si pozitiv te pacientët që kanë infeksionin me HIV⁷.

1.8.3. Vaksina BCG

Bacile Calmette Guerin

Albert Calmette dhe Camille Calmette (1924) i dhurojnë njerëzimit BCG-në, vaksinën kundër TBC-it, e cila përdoret edhe sot. Është një vaksinë e cila përmban bacile të gjalla që e kanë humbur rrezikshmërinë e tyre (bacilët vijnë nga një lloj i TB së gjedhit i rritur në laborator për shumë vjet).

BCG stimulon imunitetin duke rritur mbrojtjen e trupit pa qenë e dëmshme në vetvete. Pas vaksinimit me BCG bacilet e TBC-it mund të hyjnë në trup por në të shumtën e rasteve mbrojtja e forcuar e trupit do t'i kontrollojë apo vrasë ato.

Shkalla e imunitetit pas vaksinimit me BCG-së varet nga shtami i përdorur, faktorët mjedisorë, gjenetika e popullsisë që vaksinohet dhe faktorët mbartës individual, si për shembull moshën. Ka një lidhje të pamjaftueshme midis reaktivitetit tubercular pas vaksinimit që zhvillohet në nivele maksimale brenda 3 muajve dhe mbrojtjes kundër sëmundjes.

Prova të kontrolluara në shumë vende perëndimore kanë treguar se BCG mund të japë 80% mbrojtje ndaj TBC-it për një periudhë 15 vjeçare, nëse bëhet para infeksionit të parë.

⁷ MJEKËSIA INTERNE ME KUJDES-Tefik Bektashi, Emrush Kryeziu, Ymer Elezi, Halil Ahmetaj, Rexhep Manaj, Kelmend Pallaska, Rukije Mehmeti, Agron Kerliu, Gazmend Zhuri

1.8.4. Vaksina të reja

Ka disa metoda të reja vaksinimi/vaksinash:

- E para përfshinë përdorimin e një *M. vaccae* mjedisore simbiotike për të përmirësuar reagimet mbrojtëse imunitare por rezultoi e pasuksesshme.
- Metoda e dytë përfshinë vaksinat me ADN të shpëstjellë që kodonin për antigenet Mycobakterial imunologjikë. Kjo është përdorur me sukses në një model kafshe në të cilin injektimi i kodimit të ADN-së për 65kDa hsp mycobakteriale ishte mbrojtës kundër invazionit me tuberkuloz *M. virulent*.⁸

1.9. Prevenca e tuberkulozit

Prevenca e tuberkulozit fillon qysh në lindje kur bëhet vaksinimi i të gjithë fëmijëve të lindur me peshë normale dhe të shëndoshë. Më vonë periodikisht, deri në shkollë të mesme bëhen provat e tuberkulinës (në moshë 2, 7, 14 e 19 vjeçare) dhe nëse duhet, bëhet vaksinimi e rivaksinimi.

Në regjionet e rrezikuara periodikisht organizohet fluorografimi i grupeve të ndieshme (p.sh. i adoleshentëve).

Fëmijët dhe të rinjtë duhet larguar nga kontakti me të sëmurin. Kjo vështirë realizohet në kushte shoqërore të pavolitshme. Shpesh është mundësia e vetme të izolohet i sëmuri (si burim infeksioni) derisa të bëhet BK negative, çka do të thotë se me terapi është arritur që nga sputumi i të sëmurit të eliminohen bacilet e TBC-it.

Masat socio-preventive nënkuptojnë përmirësimin e kushteve të përgjithshme të jetesës, ngritjen e kulturës dhe të higjienës së banimit, ushqimit e punës, rekreacionin, dhe edukimin shëndetësor.⁹

⁸ SËMUNDJET INFEKTIVE -Seth F.Berkley, Thierry Calandra, Nathan Clumeck, Roger G.Finch, Scott M.Hammer, Steven M.Holland, Timothy E.Kiehn, Dennis G.Maki, Keith P.W.J.Mcadam, S.Ragnar Norrby, Steven M.Opal, Allan R.Ronald, Claus O. Solberg, Jan Verhoef. VËLLIMI II. TABERNAKUL. isbn 401-417

⁹ MJEKËSIA INTERNE ME KUJDES-Tefik Bekteshi, Emrush Kryeziu, Ymer Elezi, Halil Ahmetaj, Rexhep Manaj, Kelmend Pallaska, Rukije Mehmeti, Agron Kerliu, Gazmend Zhuri

1.10. Marrja e materilit për ekzaminim të sëmurit me sëmundje respiratore

Ekzaminimi i sputumit. Sputumi mund të shfrytëzohet për ekzaminim makroskopik, mikroskopik, bakteriologjik dhe citologjik.

Grumbullimi i sputumit për ekzaminimin makroskopik bëhet në pështymore të posaçme të tejdukshme. Sasia mund të jetë deri 1 litër te pacientët me bronkiektzi të inflamuar, abscess pulmonal dhe tuberkuloz kavitar. Sputumi normal është pa ngjyrë. Ngjyra e sputumit mund të jetë karakteristike për disa sëmundje:

- Sputumi rubigjinoz, me ngjyrë ndryshku - pneumonia krupoze;
- Sputumi si zhele i manave - karcinoma e bronkut;
- Gjak me ngjyrë të kuqe të çelët (hemoptoa) - tuberkulozi, infarkti i mushkërive;
- Gjak në formë fijesh (hemoptisie) - bronkiti kronik, stenoza mitrale, edemë e mushkërive;
- Sputumi viskoz, qelqor – faringiti, laringiti e traheiti;
- Qelb me ngjyrë hiri të mbyllët – abscesi e gangrenë e mushkërive. Te gangrena e mushkërive sputumit kundermon me nje erë te rëndë e padurueshme.

Me ekzaminim mikroskopik në sputum mund të shihen grupe bakteriesh (për shembull në formë të rumbullakët - koke; diferencimi i mëtejme është ngjyrosja sipas Gramit), pastaj kërpurdhat, leukocitet e eritrocitet, qelizat epiteliale dhe fijet elastike. Me ngjyrosje speciale (Ziehl-Nielsen) të preparatit të përgatitur nga sputum mund të identifikohen mikrobakteriet.

Materiali për ekzaminim bakteriologjik është shumë i rëndësishëm të merret korrekt. Pacientit i shpjegohet se sputumi duhet të jetë nga rrugët e poshtme të frymëmarrjes dhe jo pështyma që mblidhet në gojë. Pas shpërlarjes së gojës pacienti me kollë duhet ta përfitojë sputumin, i cili pështyhet direkt në enë sterile të Petrit. Kështu i fituar sputumi mbjellët në ushqimore, ku pas fitimit të kolonive të bakterieve ato identifikohen dhe bëhet antibiogrami. Kështu, pos diagnostifikimit etiologjik arrihet edhe te lista e antimikroikëve, të cilët do të jenë më efikas në mjekim.

Lavazha bronkoalveolare është metodë diagnostike bashkohore në caktimin e etiologjisë së sëmundjeve të mushkërive. Me analizën e bronkolavatit mund të caktohet diagnoza e sëmundjeve imunologjike dhe e parenkimës. Zakonisht bëhet në një akt me bronkoskopi, kur përmes kanalit punues futet 5 x 50ml tretje fiziologjike. Përmbajtja e fituar pastaj dërgohet në analizën citologjike e bakteriologjike.

1.11. Rezultatet e mjekimit

Të gjitha këto mënyra të mjekimit, kanë për qëllim të arrijnë këto rezultate:

- a) të mjekohet pacienti me pasoja sa më të vogla për kualitetin e tij jetësor,
- b) të zvogëlohet numri i rasteve recidivuese;
- c) të zvogëlohet numri i rasteve rezistuese në barna, posaçërisht në rezistencë ndaj shumë barnave (MDR = multy drugs resistance);
- d) të parandalohet përhapja e bacilit të tuberkulozit, si mënyrë më efikase në luftën për radikimin e TBC-it;
- e) të parandalohet zhvillimi i formave ekstensive të TBC-it me pasoja të rënda të invaliditetit, komplikimeve ose vdekjes.

Eradikimi i TBC-it do të arrihet vetëm nëse në mënyrë këmbëngulëse, permanente e globale mjekohet çdo i sëmurë nga TBC, në veçanti edhe TBC si sëmundje sociale në përgjithësi.

1.12. Kujdesi për të sëmurët nga tuberkulozi i mushkërive.

Të sëmurët nga TBC duhet të veçohen në dhomë të posaçme që të mos i infektojnë të sëmurët tjerë. Motra medicinale, që punon me këta të sëmurë duhet të jetë me shëndet të mirë. Gjatë çdo kontakti me pacient duhet larë duart. Uniforma duhet të ndërrohet çdo ditë, e gjatë punës është mirë të përdoret maska kirurgjike. Kontrolli i personelit shëndetësor që punon me të sëmurët nga TBC duhet bërë së paku dy here në vit, duke përfshirë edhe radiografinë e mushkërive. Shtatëzënat nuk duhet të punojnë me këtë profil të pacientëve.

Është e rëndësishme që shumicën e kohës pacientët të pushojnë në shtrat. Çdo i sëmurë duhet ta ketë pështymoren e vet, e cila duhet dezinfektuar me rregull (mundet me aputeks aparate). Funksionet vitale të pacientëve maten dhe evidentohen dy herë në ditë, nëse është e nevojshme edhe më shpesh. Te këta të sëmurë shihet tipi “inverz” i temperaturës, çka do të thotë se temperatura e mëngjesit është më e lartë se ajo e mbrëmjes. Ushqimi i pacientëve duhet të jetë hiperkalorik, hiperproteinik dhe multivitaminizuar dhe duhet të merret pesë herë në ditë. Dhoma ku qëndrojnë pacientët duhet të jetë e pastër dhe e airosur mirë.

Terapia antituberkulare duhet të merret për kohë të gjatë. E gjithë terapia merret zakonisht per os, pos Streptomycinës, e cila jepet çdo ditë me rrugë intramuskulare. Efektet e padëshiruara të terapisë më së shpeshti paraqiten në dy javët e para. Marrja me rregull e terapisë është me rëndësi parësore, prandaj edhe duhet tentuar që çdo fillim i mjekimit të TBC të fillojë në spital, në kushte të kontrolluara. Kjo kohë duhet të shfrytëzohet për edukim adekuat të pacientëve, por edhe të familjes.

Hemoptoa. Si komplikim serioz i tuberkulozit të mushkërive është gjakderdhja masive. Pacienti pështyn gjak të pastër (hemoptoa), është i frikësuar, i zbehtë, me puls të shpejtuar. Pacienti i tillë duhet të vendoset në shtrat dhe të qetësohet. Mjeku duhet menjëherë të alarmohet e derisa të arrijë, pacientit i vendoset qese me akull në krahor dhe i ndalohet të flasë. E njejta gjë mund të bëhet gjatë transportit nga shtëpia deri në spital. Mirë është të vendoset në pozitë të Trendelenburgut (me kokë më poshtë se gjoksi) që gjaku të mos i mbyllë rrugët e frymëmarrjes, por të hudhet jashtë.

1.13. Edukimi shëndetësor i të sëmurëve nga tuberkulozi

Puna në edukimin shëndetësor të të sëmurëve është vetëm një pjesë e edukimit shëndetësor të përgjithshëm, si armë më e fortë në parandalimin e TBC-it. Sidoqoftë, të sëmurët janë kategori e veçantë që është posaçërisht e interesuar gjatë sëmundjes aktive dhe këtë duhet shfrytëzuar. Të sëmurët nga TBC mjekohen gjatë në spitale speciale ose në reparte pulmologjike e pastaj evidentohen dhe kontrollohen në dispanseri antituberkulare regjionale. Derisa janë në spital ata duhet të njoftohen me natyrën e sëmundjes, me rëndësinë e marrjes së barërave me rregull e për kohë të gjatë, si dhe për rëndësinë e pushimit dhe të ushqimit të rregullt. Posaçërisht duhet të mësohen ta shfrytëzojnë ta mirëmbajnë pështymoren. Pirja e duhanit ndalohet rreptësisht e potencohet rëndësia e higjienës personale dhe të ambientit.

Për edukimin shëndetësor shfrytëzohen pllakatat, fletushkat, udhëzimet e shkruara e sidomos fjala e gjallë në formë ligjrate, e diskutimi. Efekte të shkëlqyshëm kanë treguar edhe filmat edukativë si dhe radiostacioni intern. Edukimi vazhdohet edhe gjatë kontrollave në dispanseri, ndërsa efekti më i madh arrihet në shtëpinë e të sëmurit kur me edukim shëndetësor përfshihet e tërë familja. Për edukimin shëndetësor të përgjithshëm dhe specifik janë përgjegjës të gjithë punëtorët shëndetësorë, posaçërisht infermierët të kalojnë kohë më të gjatë me pacientë.

II. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi kryesor i këtij punimi është:

- Roli i infermieres në edukimin shëndetësorë të pacientëve;
- Përcjelljen e gjendjes të pacientëve ekzistues;
- Ekzaminimet, këshillat higjienodietike e të sëmurëve;
- Sqarimi i përdorimit të terapisë efektive (kauzale) por edhe terapisë adjuvante (shtesë);
- Të diagnostikohen pacientët e ri dhe të bëhet regjistrimi i tyre.

III. METODOLOGJIA E PUNIMIT

Për realizimin e këtij punimi është përdorur metoda retrospektive.

Ky punim bazohet në të dhënat e regjistrave që janë siguruar në Spitalin Rajonal të Prizrenit "Prim. Dr. Daut Mustafa".

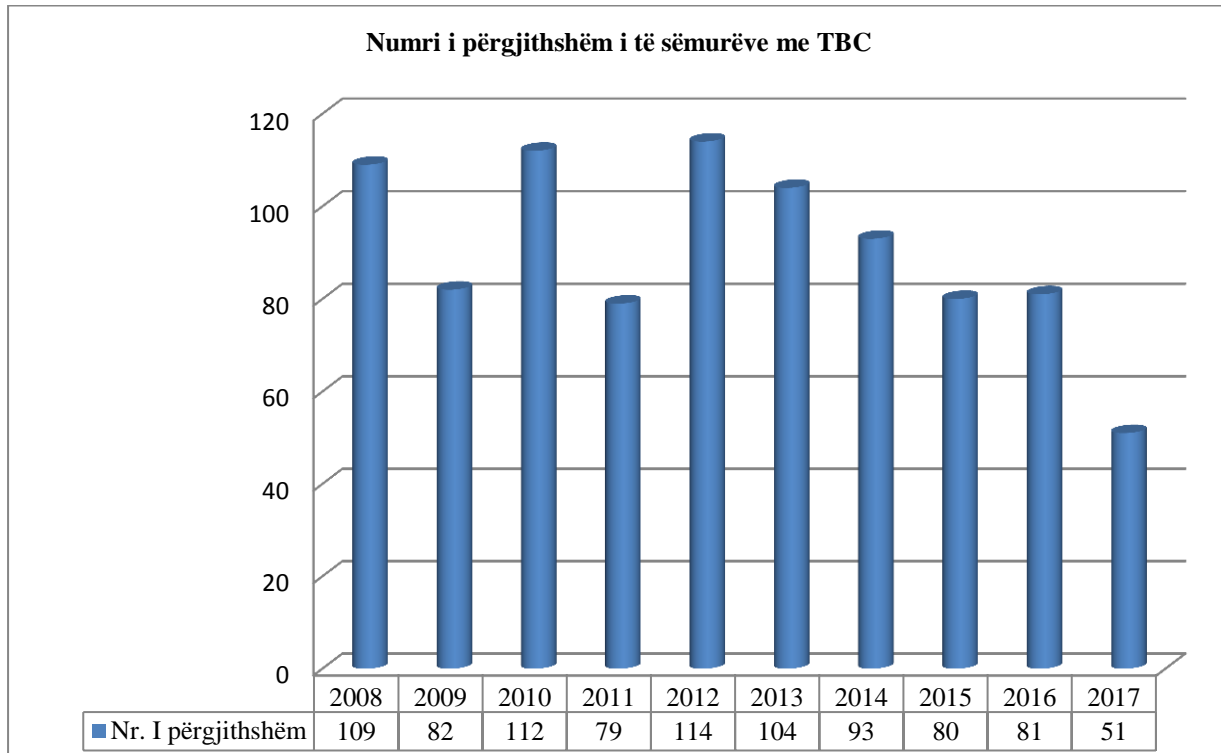
Në këtë punim janë analizuar historitë e pacientëve që janë të sëmurë gjatë 10 viteve të fundit (ne periudhën 2008 – 2017), sipas rajoneve të ndara, Prizren, Therandë, Malishevë, Rahovec, Sharr dhe qyteteve tjera.

Po ashtu, janë analizuar grupmoshat e ndryshme dhe janë ndarë sipas gjinisë të cilët janë trajtuar në spital.

Rezultatet janë shprehur me numra absolute dhe me përqindje. Paraqitja e rezultateve është bërë me tabela dhe me grafikone.

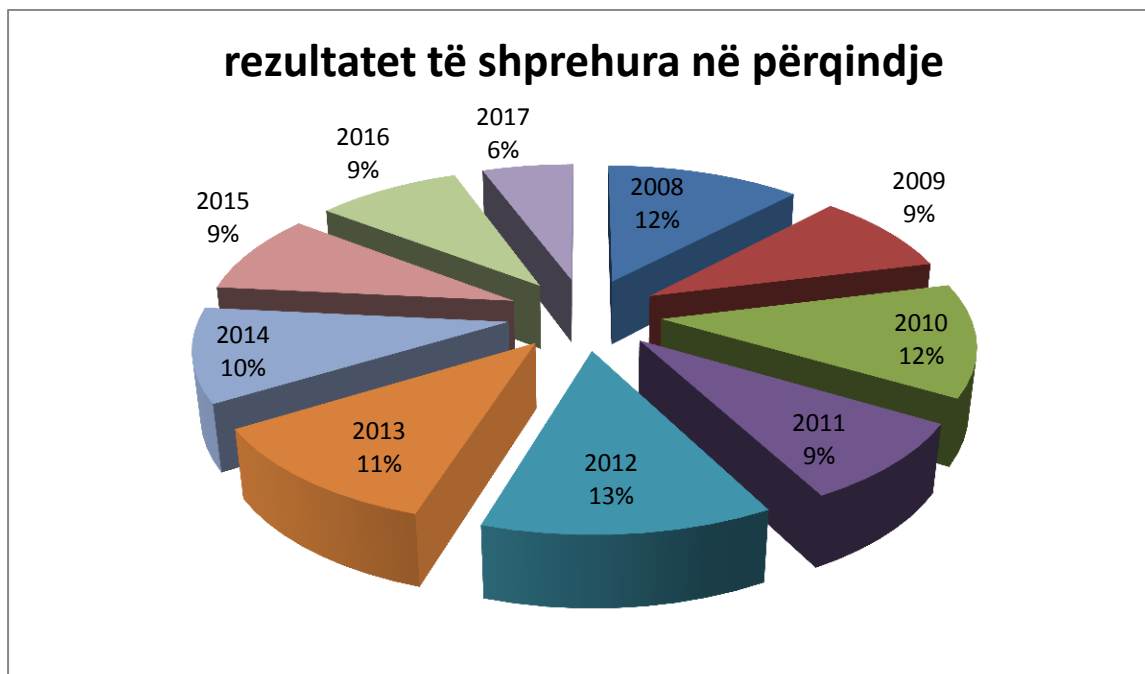
IV. REZULTATET

Në spitalin rajonal “Prim. Dr. Daut Mustafa” në Prizren janë nxjerr këto të dhëna për numrin e përgjithshëm të të sëmurëve nga TBC-a.



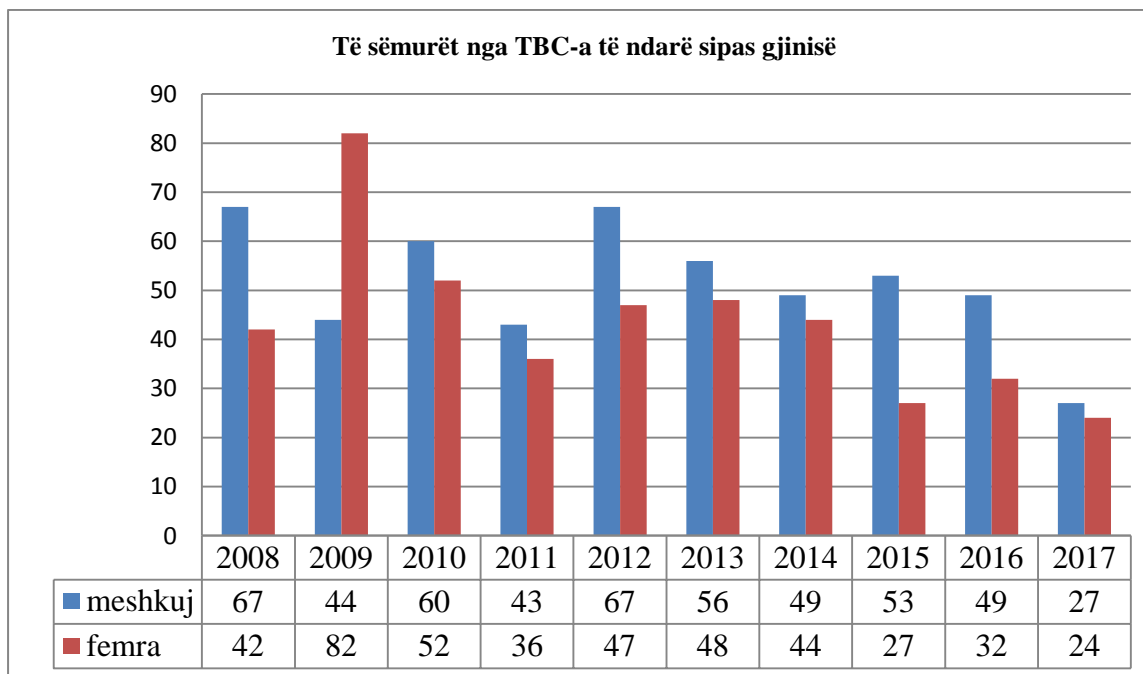
Grafikoni 1. Numri i përgjithshëm i të sëmurëve nga TBC.

Këto të dhëna janë grumbulluar nga data 01.01.2008 deri në datën 22.11.2017. Numri i përgjithshëm i të sëmurëve brenda kësaj periudhe është 905 pacientë, të cilët janë shëruar në spitalin rajonal të Prizrenit “Prim. Dr. Daut Mustafa”.



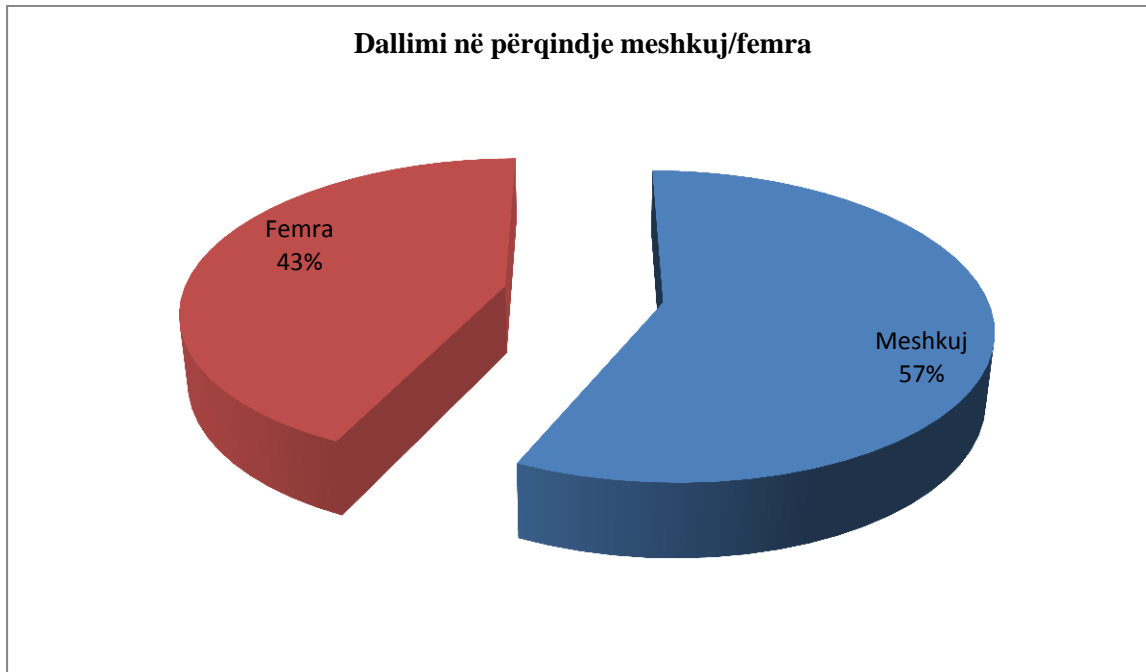
Grafikoni 2. Numri i përgjithshëm i të sëmurëve nga TBC-a për vite e shprehur në përqindje.

Në këtë grafikun janë prezantuar rezultatet në përqindje të të sëmurëve nga TBC-a për vite. Këtu mund të vërehet se nga 905 pacient, 12% prej tyre ishin të shtrirë në spital gjatë vitit 2008, 9% gjatë vitit 2009, 12% gjatë vitit 2010, 9% gjatë vitit 2011, 13% gjatë vitit 2012, 11% gjatë vitit 2013, 10% gjatë vitit 2014, 9% gjatë vitit 2015, 9% gjatë vitit 2016 dhe 6% gjatë vitit 2017.



Grafikoni 3. Numri i të sëmurëve nga TBC-a të ndarë sipas gjinisë

Në spitalin rajonal të Prizrenit “Prim. Dr. Daut Mustafa” brenda periudhës kohore 2008 - 2017 numri i të sëmurëve i gjinise mashkullore që ishin trajtuar në repartin e pulmologjisë ishte 515, kurse të sëmurët e gjinisë femërore ishin 390.



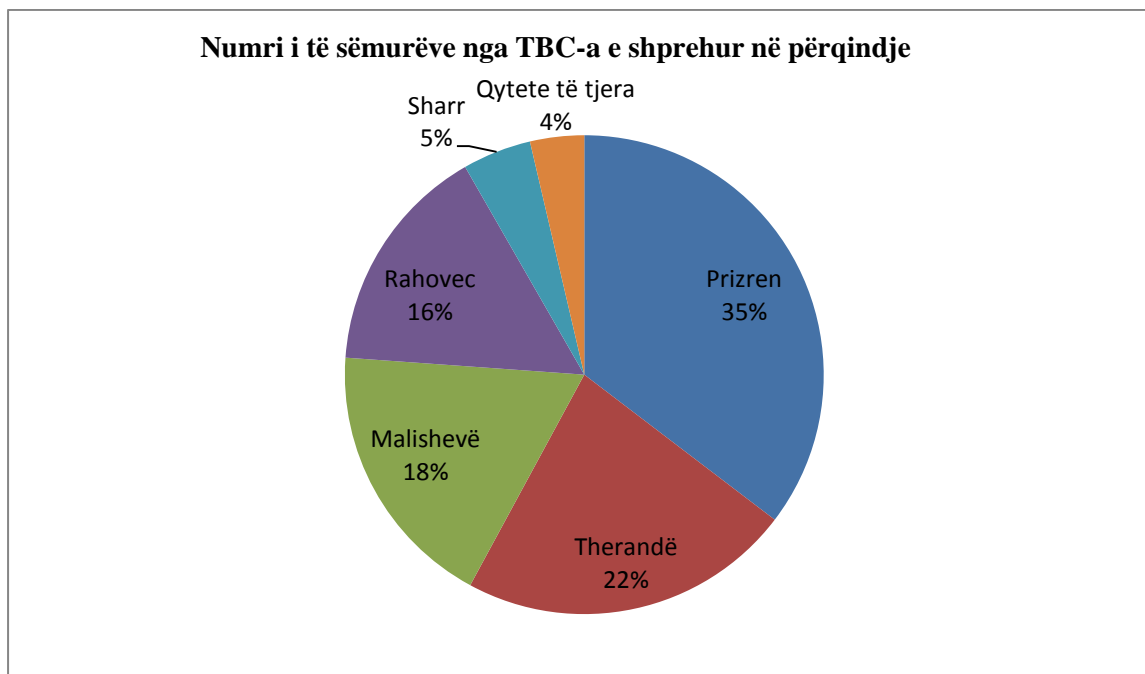
Grafikoni 4. Dallimi në përqindje meshkuj/femra

Në këtë grafikon është prezentuar dallimi në mes të sëmurëve meshkuj dhe femra që ishin trajtuar në spitalin rajonal të Prizrenit. Nga numri i përgjithshëm i të sëmurëve vërehet që 57% të tyre ishin meshkuj kurse 43% ishin femra.

	Prizren	Therandë	Malishevë	Rahovec	Sharr	Qytete të tjera
2008	33	21	21	20	8	6
2009	31	12	22	12	2	3
2010	46	17	20	20	4	5
2011	28	22	12	10	3	3
2012	33	33	23	14	7	4
2013	37	28	17	17	3	2
2014	39	18	17	13	5	1
2015	30	21	10	16	1	2
2016	25	20	16	11	4	5
2017	18	12	6	8	5	2
Gjithsej	320	204	165	141	42	33

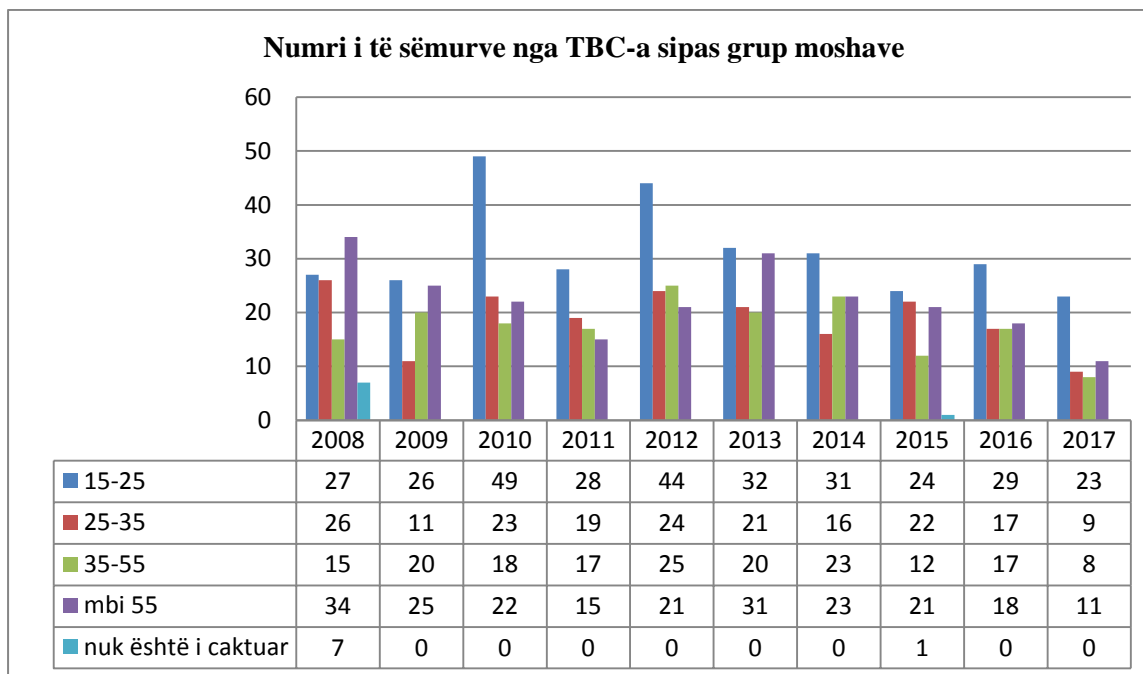
Tabela1. Numri i të sëmurëve nga TBC-a të ndarë sipas rajoneve

Nga kjo tabelë vërehët se nga Prizreni kanë qenë të sëmurë 320 pacientë nga TBC-a, nga Theranda numri i të sëmurëve ka qenë 204, nga Malisheva 165 pacientë, nga Rahoveci 141 pacientë, nga Sharri 42 pacientë, ndërsa nga rajonet tjera kanë qenë 33 pacientë që janë trajtuar në spitalin e Prizrenit.



Grafikoni 5. Numri i të sëmurëve nga TBC-a të ndar sipas rajoneve të shprehur në përqindje.

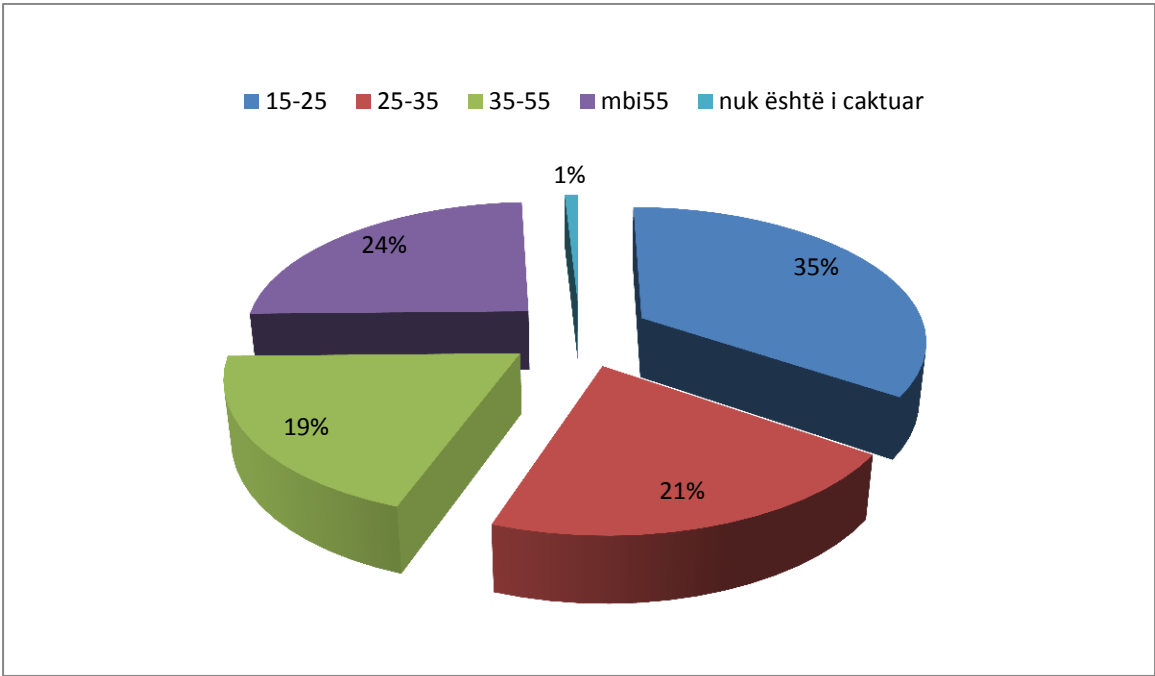
Në këtë grafikon është prezantuar numri i të sëmurëve nga TBC-a të shprehur në përqindje sipas rajoneve të cekura më lart. Nga numri i përgjithshëm i të sëmurëve - 905 pacientë 35% e tyre ishin nga Prizreni, 22% nga Theranda, 18% nga Malisheva, 16% nga Rahoveci, 5% nga Sharri dhe 4% nga qytete e tjera të Republikës së Kosovës.



Grafikoni 6. Numri i të sëmurëve nga TBC-a të ndara sipas grup moshave

Në këtë grafikon është paraqitur ndarja e të sëmurëve nga TBC-a sipas grupmoshave:

- Nga mosha 15 - 25 vjeç numri i të sëmurëve është 313 të sëmurë;
- 25-35 vjeç numri i të sëmurëve është 188 pacientë;
- 35-55 vjeç numri i të sëmurëve është 175 pacientë;
- Mbi moshën 55 numri i të sëmurëve është 221 pacientë;
- 8 pacientë nuk e kanë të percaktuar moshën.



Grafikoni 7. Numri i të sëmurëve nga TBC-a të ndarë sipas grupmoshave e shprehur në përqindje.

Nga të dhënat e lartëcekura të prezantuara në përqindje fitojmë të dhëna ku mosha më e prekur nga TBC-a është mosha 15-25 vjeç me 35%, mosha mbi 55 vjeç me 24%.

V. DISKUTIMI

- Sipas statistikave të lartëcekura në periudhën kohore 2008-2017 në spitalin rajonal të Prizrenit numri i përgjithshëm i të sëmurëve nga TBC-a ishte 905. 57% prej tyre ishin meshkuj kurse 43% femra.
- Moshë më e prekur nga kjo sëmundje ishte moshë prej 15-25 vjeç dhe moshë mbi 55 vjeç.
- Mund të ceket se rajoni më i prekur nga kjo sëmundje ishte Prizreni me 35% dhe Theranda me 22%.
- Gjatë periudhës 10 vjeçare, në vitin 2012 kishte më së shumti persona të sëmurë ose 114 persona, ndërsa në vitin 2017 ishin të sëmurë vetëm 51 pacientë nga kjo sëmundje.

VI. PËRFUNDIMI

Nga ky punim mund të nxjerrim këto përfundime:

- Pacientët derisa janë në spital duhet të njoftohen me natyrën e sëmundjes, me rëndësinë e marrjes së barërave me rregull e për kohë të gjatë, si dhe për rëndësinë e pushimit dhe të ushqimit të rregullt;
- TBC-i është sëmundje infektuese por ajo mund të parandalohet dhe të kurohet apo të mos transmetohet në qoftë se administrohen medikamentet e përshkruara nga mjeku.
- Që të arrihet deri te eliminimi i kësaj sëmundje, infermierja duhet ta këshillojë mirë pacientin për përdorimin e medikamenteve, përdorimin e maskave dhe përdorimi i façoletave gjatë kollitjes.
- Gjatë këtij punimi është vërejtur se meshkujt janë gjinia më e prekur nga kjo sëmundje, dhe moshë 15-25 vjeç është po ashtu më e prekur nga kjo sëmundje.

VII. ABSTRAKTI

Tuberkulozi është sëmundje ngjitëse, me etiologji të njohur, shumë e përhapur në popullatë. Lokalizimi më i shpeshte i sëmundjes është në mushkëri, por mund të jetë edhe në të gjitha organet e trupit të njeriut. TBC-i është një sëmundje infektive që shkaktohet nga Mycobacterium tuberculosis. TBC-a transmetohet nga një person me sëmundje aktive pulmonare me anë të teshtitjes, kollitjes, së të folurit, të kënduarit. Një person sensibil bie në kontaktë me spëklat dhe infektohet.

Për realizimin e këtij punimi është përdour metoda retrospektive. Ky punim bazohet në të dhënat e regjistrave që janë siguruar në Spitalin Rajonal të Prizrenit "Prim. Dr. Daut Mustafa". Në këtë punim janë analizuar historitë e pacientëve që janë të sëmurë gjatë 10 viteve të fundit në periudhën 2008-2017.

Në periudhën 2008-2017 në spitalin rajonal të Prizrenit numri i përgjithshëm i të sëmurëve nga TBC-a ishte 905. Ku 57% e tyre ishin meshkuj kurse 43% femra. Moshë më e prekur nga kjo sëmundje ishte moshë prej 15-25 vjeç dhe moshë mbi 55 vjeç. Mund të ceket se rajoni më i prekur nga kjo sëmundje është Prizreni me 35% dhe Theranda me 22%.

Nga ky punim mund të nxerrim përfundim që TBC-i është infektues, por ai mund të kurohet apo të mos transmetohet në qoftëse administrohen medikamentet e përshkruar nga mjeku.

VIII. REFERENCAT

1. MJEKËSIA INTERNE ME KUJDES

Tefik Bektashi, Emrush Kryeziu, Ymer Elezi,
Halil Ahmetaj, Rexhep Manaj, Kelmend Pallaska,
Rukije Mehmeti, Agron Kerliu, Gazmend Zhuri
Prishtinë,1999

2. PULMOLOGJIA

Grup autorësh.

3. SËMUNDJET INFEKTIVE

Seth F.Berkley, Thierry Calandra, Nathan Clumeck, Roger G.Finch,
Scott M.Hammer, Steven M.Holland, Timothy E.Kiehn, Dennis G.Maki,
Keith P.W.J.Mcadam, S.Ragnar Norrby, Steven M.Opal, Allan R.Ronald,
Claus O. Solberg, Jan Verhoef.

VËLLIMI II.

TABERNAKUL

4. PEDIATRIA-UNIVERSITETI I PRISHTINËS

FAKULTETI I MJKËSISË

Mehmedali Azemi & Mujë Shala
Me bashkëpunëtorë.
Prishtinë,2010

5. INFERMIERISTIKA NË SPECIALITETE-

UNIVERSITETI I TIRANËS

FAKULTETI I INFERMIERISË

E.Peka, L.Neçaj, E.Rustami, D.Bego, A.Imami-Lelçaj,
M.Çela, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane.
Tiranë,2005

IX. BIOGRAFIA E SHKURTËR E KANDIDATES

Të dhënat personale

Emir: Sara

Mbiemri: Jakupi

Data e lindjes: 25/01/1995

Gjinia: Femër

Vendë lindja: Prizren

Vendbanimi: Prizren

Shkollimi: Shkolla fillore “Mati Logoreci” Prizren

Shkolla e mesme e lartë e mjekësisë “Luciano Motroni” Prizren

Niveli bachelor: Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”, drejtimi infermieri

Email: sara.jakupi4@gmail.com