

MEDICUS

ISSN 1409-6366 UDC 61 Vol · 25 (2) · 2020

Original scientific paper

- 140 IMMUNOGENETIC ASPECTS OF THE ORIGIN OF PREECLAMPSIA**
Maja Pejkovska Ilieva¹, Mirjana Kjaeva Pejkovska², Ana Pejkovska Ilievska³
- 146 INDICATIONS FOR OPERATION AND RESULTS FROM SURGICAL TREATMENT OF VESICOURTERAL REFLUX**
Gani Çeku¹, Mile Petrovski², Shaban Memeti³, Nexhmi Hyseni⁴, Sejdi Statovci⁵, Blerim Berisha⁶
- 152 EVALUATION THE VALUE OF INFLAMMATORY BIOCHEMISTRY MARKERS AT THE NEWBORNS WITH SEPSIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT**
Aspazija Sofijanova, Silvana Naunova Timovska, Elizabeta Shuperlika, Sonja Bojadzieva, Olivera Jordanova
- 157 CLINICAL AND MICROBIOLOGIC PATTERNS OF ACUTE GASTROENTERITIS IN INFANTS OF DIFFERENT AGE**
Marija Dimitrovska-Ivanova¹, Elizabeta Zisovska²
- 164 EARLY DIAGNOSTIC OF SEPSIS IN NEWBORNS WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME**
Elizabeta Shuperlika, Aspazija Sofijanova, Silvana Naunova Timovska, Sonja Bojadzieva, Avdi Murtezani
- 170 THE ROLE OF PRO-INFLAMMATORY CYTOKINES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN CHILDREN**
Sonja Bojadzieva, Aco Kostovski, Aspazija Sofijanova, Olivera Jordanova, Filip Duma
- 175 TREATMENT OF NERVES INJURIES ASSOCIATED WITH PEDIATRIC SUPRACONDYLAR HUMERAL FRACTURES-OUR EXPERIENCE**
Todorovic L¹, Kamiloski M², Memeti Sh³, Cokleska N⁴, Mikjnovikij Lj⁵, Racaj A⁶
- 179 INCIDENCE OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE IN "QUEEN GERALDINE" UNIVERSITY HOSPITAL FROM 2010-2019**
Demaliaj, E.; Ismaili, B.; Elmasllari, A.; Balla, F.
- 182 КЛИНИЧКА ПРИМЕНА НА РАЗЛИКИТЕ ВО БАЗИЧНИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ КАЈ ПАЦИЕНТИ КАЈ КОИ СЕ ИЗВЕДУВА АНГИОГРАФСКИ И ИВУЗ-ВОДЕНО СТЕНТИРАЊЕ НА ДОЛГИ ЛЕЗИИ**
Никола Бакарчески¹, Виолета Мојсовска², Резеарта Елези³, Невзат Елези⁴, Никола Оровчанец⁵

Profesional paper

- 187 ДЕГЕНЕРАТИВНО ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЦЕРВИКАЛНИОТ СЕГМЕНТ ОД 'РБЕТОТ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ЦЕРВИКОБРАХИЈАЛЕН СИНДРОМ**
Јаневски Петар¹, Митреска Н², Арсовска А³, Јаневски Г⁴
- 192 IMPACT OF SYSTEMATIC PELVIC LYMPHADENECTOMY ON SHORT TERM POSTOPERATIVE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH EARLY STAGE ENDOMETRIAL CANCER**
Tanturovski Mile¹, Jovanovska Viktorija², Stojovski Marjan³, Tanturovski Dragan⁴, Stojchevski Sasho⁵, Aluloski Igor⁶
- 200 INTERVENIMI I HERSHËM NË ÇREGULLIMET E SPEKTRIT TË AUTIZMIT**
Naser DURMISHI¹, Siendrra MEHMETI², Bunjamin MEHMETI³, Rrezearta Elezi⁴
- 203 THE USE OF FRACTIONAL FETAL ARM VOLUME IN FETAL WEIGHT ESTIMATION**
Sotir Nikolovski^{1,2}, Stefan Matic³, Gordana Ristevska-Dimitrovska⁴, Viktorija Jovanovska⁵, Vesna Janevska⁶
- 209 PANDEMIA ME COVID 19 NË KLINIKËN UNIVERSITARE TË PSIKIATRISË - SHKUP DHE KËNAQËSIA E PACIENTËVE NGA PËRDORIMI I TELEMJEKËSISË**
GJATË MJEKIMIT TË TYRE NË SPITALIN DITOR.
Kadri Haxhibamza¹, Slavica Arsova², Stojan Bajraktarov³, Gjorgji Kalpak⁴, Branislav Stefanovski⁵, Antoni Novotni⁶, Milos Milutinoviq⁷
- 214 ПРОЦЕНКА НА ПРИСУСТВО НА АНКСИОЗНОСТ КАЈ РОДИТЕЛИТЕ НА ДЕЦА ВО ПУБЕРТЕТ НА ТЕРИТОРИЈА НА ОПШТИНА ГОСТИВАР**
Емире Билали¹, Елена Косевска², Бетни Зафирова Ивановска³
- 222 PACIENTËT E MJEKUAR ME ARTRIT URNIK NË QENDRËN KLINIKE UNIVERSITARE TË KOSOVËS GJATË VITEVE 2014-2019**
Shend Kryeziu, Shpresë Emini, Selver Smaili, Yll Shala, Tonibler Gashi
- 227 КАРАКТЕРИСТИКИ НА ДЕНТАЛНИОТ ТУРИЗАМ - СТОМАТОЛОШКИ КАПАЦИТЕТИ И ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТИТЕ ОД СТРАНСТВО**
Наташа Павлоска¹, Весна Велик Стефановска², Киро Ивановски³, Влатко Коколански⁴
- 234 DIAGNOSTIKIMI DHE TRAJTIMI I HERSHËM I DEPRESIONIT PARA DHE PAS LINDJES**
Slavica Arsova¹, Kadri Haxhibamza², Stojan Bajraktarov³, Nensi Manusheva⁴

Review

- 242 УЛОГАТА НА NGAL, CYSTATIN С И В2-MICROGLOBULIN КАКО РАНИ МАРКЕРИ ЗА ДИЈАБЕТИЧНА НЕФРОПАТИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ДИЈАГНОСТИЦИРАН ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС ТИП 2: РЕВИЈАЛЕН ТРУД**
Argjent Muca¹, Gazmend Amza², Besarta Jonuzi Ibrahim³, Muhamed Ibrahim⁴, Tatjana Milenkovic⁵

Case report

- 246 ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROM**
Prim. Dr. Bekim Pocesta
- 250 KWASHIORKOR FROM DIETARY RESTRICTION SECONDARY TO COW'S MILK ALLERGY**
Kareva L, Mironska K, Stavrik K, Hasani A, Bojadzieva S
- 254 ROLE OF FAMILY PHYSICIAN IN SMOKING CESSATION IN DAILY WORK USING A COMBINED METHOD: VERY BRIEF ADVICE AND PHARMACOTHERAPY - CASE REPORT**
Dragan Gjorgjeviski¹, Svetlana Kocheva², Katarina Stavrikj^{3,5}, Svetlana Stojkova⁴, Natalija Saurek-Aleksandrovska⁶, Bekim Ismaili⁷
- 258 CARDIAC AND LIPID MARKERS AS PREDICTORS FOR CORONARY ARTERY DISEASE IN PREDIBET PATIENTS**
Dr. Vera Penschovska Nikolova
- 263 RECONSTRUCTION OF THE URINE BLADDER WALL WITH SURROUNDING TISSUE FLAP AFTER EXCISION OF POST TRAUMATIC VESICOCUTANEOUS FISTULA**
Ivchev J^{1,2}, Izairi A³, Minev P, Markovski D¹, Ivcheva N³, Ivchev Lj⁴
- 268 TRANSVERSUS ABDOMINIS RELEASE: A CASE REPORT**
D-r Aleksandar Mitevski L2, D-r Ilija Milev3, D-r Tahir Shenol4, D-r Nikola Trokovski3, D-r Petar Markov2, D-r Katerina Nikoloska5
- 272 TRAJTIMI I KANINIT TË RETINUAR (RAPORTIM RASTI)**
Msc. Iris Çaçani; Prof. Vergjini Mulo
- 277 WEGENER GRANULOMATOSIS PRESENTED WITH EPISTAXIS, HEMOPTYSIS AND POLYARTHRALGIA: A CASE REPORT**
Buklioska Ilievska D²
- 282 RADIOLOGICAL EVALUATION OF RENAL CELL CARCINOMA, CASE REPORT**
Katerina Kitanovska¹, Dragana Mogilevska Gruevska², Argjend Imeri³
- 286 COCHLEAR IMPLANTATION AND VERTIGO - A CASE REPORT**
Marija Dokoska¹, Irena Duma - Vasovska², Marina Davcheva-Chakar³, Jane Netrovska⁴
- 289 ЛЕБЕР КОНГЕНИТАЛНА ОПТИЧКА НЕВРОПАТИЈА - ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ**
Трпеска Шекеринов Наташа, Иванова Маја, Голубовиќ Милена
- 295 ПËRDORIMI I OMENTUMIT PËR MBULIMIN E PLAGËS ME VASKULARIZIM TË DEJTMUAR NGA RREZATIMI I HEMITORAKSIT TË MAJTË - RAPORTIM RASTI**
Artan Dika, Gjorgje Xhokiq, Natasha Dosevska, Ermira Bexheti



MEDICUS

Original scientific paper

- 140 IMMUNOGENETIC ASPECTS OF THE ORIGIN OF PREECLAMPSIA**
Maja Pejkovska Ilieva¹, Mirjana Kjaeva Pejkovska², Ana Pejkovska Ilievska³
- 140 IMMUNOGENETIC ASPECTS OF THE ORIGIN OF PREECLAMPSIA**
Maja Pejkovska Ilieva¹, Mirjana Kjaeva Pejkovska², Ana Pejkovska Ilievska³
- 146 INDICATIONS FOR OPERATION AND RESULTS FROM SURGICAL TREATMENT OF VESICOURETERAL REFLUX**
Gani Çeku¹, Mile Petrovski², Shaban Memeti³, Nexhmi Hyseni⁴, Sejdi Statovci⁵, Blerim Berisha⁶
- 152 EVALUATION THE VALUE OF INFLAMMATORY BIOCHEMISTRY MARKERS AT THE NEWBORNS WITH SEPSIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT**
Aspazija Sofijanov, Silvana Naunova Timovska, Elizabeta Shuperlika, Sonja Bojadzieva, Olivera Jordanova
- 157 CLINICAL AND MICROBIOLOGIC PATTERNS OF ACUTE GASTROENTERITIS IN INFANTS OF DIFFERENT AGE**
Marija Dimitrovska-Ivanova¹, Elizabeta Zisovska²
- 164 EARLY DIAGNOSTIC OF SEPSIS IN NEWBORNS WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME**
Elizabeta Shuperlika, Aspazija Sofijanov, Silvana Naunova Timovska, Sonja Bojadzieva, Avdi Murtezani
- 170 THE ROLE OF PRO-INFLAMMATORY CYTOKINES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN CHILDREN**
Sonja Bojadzieva, Aco Kostovski, Aspazija Sofijanov, Olivera Jordanov, Filip Duma
- 175 TREATMENT OF NERVES INJURIES ASSOCIATED WITH PEDIATRIC SUPRACONDYLAR HUMERAL FRACTURES-OUR EXPERIENCE**
Todorovic L, Kamiloski M, Memeti Sh, Cokleska N, Mikjumovikij Lj, Racaj A
- 179 INCIDENCE OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE IN "QUEEN GERALDINE" UNIVERSITY HOSPITAL FROM 2010-2019**
Demaliaj, E.; Ismaili, B.; Elmasllari, A.; Balla, F.
- 182 КЛИНИЧКА ПРИМЕНА НА РАЗЛИКИТЕ ВО БАЗИЧНИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ КАЈ ПАЦИЕНТИ КАЈ КОИ СЕ ИЗВЕДУВА АНГИОГРАФСКИ И ИВУЗ-ВОДНО СТЕНТИРАЊЕ НА ДОЛГИ ЛЕЗИИ**
Никола Бакарчески¹, Виолета Мојсовска², Резерта Елези³, Невзат Елези⁴, Никола Оровчанец⁵

Profesional paper

- 187 ДЕГЕНЕРАТИВНО ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЦЕРВИКАЛНИОТ СЕГМЕНТ ОД 'РЕБОТ' КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ЦЕРВИКОБРАХИЈАЛЕН СИНДРОМ**
Јаневски Петар¹, Миреска Н², Арсовска А³, Јаневски Г⁴
- 192 IMPACT OF SYSTEMATIC PELVIC LYMPHADENECTOMY ON SHORT TERM POSTOPERATIVE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH EARLY STAGE ENDOMETRIAL CANCER**
Tanturovski Mile¹, Jovanovska Viktorija², Stojovski Marjan³, Tanturovski Dragan⁴, Stojchevski Sasho⁵, Aluloski Igor⁶
- 200 INTERVENIMI I HERSHËM NË ÇREGULLIMET E SPEKTRIT TË AUTIZMIT**
Naser DURMISHI¹, Siëndrra MEHMETI², Bunjamin MEHMETI³, Rrezearta Elezi⁴
- 203 THE USE OF FRACTIONAL FETAL ARM VOLUME IN FETAL WEIGHT ESTIMATION**
Sotir Nikolovski^{1,2}, Stefan Matik³, Gordana Ristevska-Dimitrovska⁴, Viktorija Jovanovska⁵, Vesna Janevska⁶
- 209 PANDEMIA ME COVID 19 NË KLINIKËN UNIVERSITARE TË PSIKIATRISË - SHKUP DHE KËNAQËSIA E PACIENTËVE NGA PËRDORIMI I TELEMJEKËSISË**
Slavica Arsova¹, Kadri Haxhihamza², Stojan Bajraktarov³, Nensi Manusheva⁴
- ГЈАТË МЈЕКИМ ИТ ТË ТЫРЕ НË СПИТАЛИН ДИТОР.**
Kadri Haxhihamza¹, Slavica Arsova², Stojan Bajraktarov³, Gjorgji Kalpak⁴, Branislav Stefanovski⁵, Antoni Novotni⁶, Milos Milutinovic⁷.
- 214 ПРОЦЕНКА НА ПРИСУСТВО НА АНКСИОЗНОСТ КАЈ РОДИТЕЛИТЕ НА ДЕЦА ВО ПУБЕРТЕТ НА ТЕРИТОРИЈА НА ОПШТИНА ГОСТИВАР**
Емире Билали¹, Елена Косевска², Бети Зафирова Ивановска³
- 222 PACIENTËT E MJEKUAR ME ARTRIT URNIK NË QENDRËN KLINIKE UNIVERSITARE TË KOSOVËS GJATË VITEVE 2014-2019**
Shend Kryeziu, Shpresë Emiri, Selver Smaili, Yll Shala, Tonibler Gashi
- 227 КАРАКТЕРИСТИКИ НА ДЕНТАЛНИОТ ТУРИЗАМ - СТОМАТОЛОШКИ КАПАЦИТЕТИ И ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТИТЕ ОД СТРАНСТВО**
Наташа Павлоска¹, Весна Велик Стефановска², Киро Ивановски³, Влатко Коклански⁴
- 234 DIAGNOSTIKIMI DHE TRAJTIMI I HERSHËM I DEPRESIONIT PARA DHE PAS LINDJES**
Slavica Arsova¹, Kadri Haxhihamza², Stojan Bajraktarov³, Nensi Manusheva⁴

Review

- 242 УЛОГАТА НА NGAL, CYSTATIN С И В2-МИКРОГЛОБУЛИН КАКО РАНИ МАРКЕРИ ЗА ДИЈАБЕТИЧНА НЕФРОПАТИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ДИЈАГНОСТИЦИРАН ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС ТИП 2: РЕВИЈАЛЕН ТРУД**
Argjent Muca¹, Gazmend Amza², Besarta Jonuzi Ibrahim³, Muhamed Ibrahim⁴, Tatjana Milenkovic⁵

Case report

- 246 ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROM**
Prim. Dr. Bekim Pocesta
- 250 KWASHIORKOR FROM DIETARY RESTRICTION SECONDARY TO COW'S MILK ALLERGY**
Kareva L, Mironska K, Stavrik K, Hasani A, Bojadzieva S
- 254 ROLE OF FAMILY PHYSICIAN IN SMOKING CESSATION IN DAILY WORK USING A COMBINED METHOD: VERY BRIEF ADVICE AND PHARMACOTHERAPY - CASE REPORT**
Dragan Gjorgjeviski¹, Svetlana Kocheva², Katarina Stavrik^{3,4}, Svetlana Stojkova⁵, Natalija Saurek-Aleksandrovska⁶, Bekim Ismaili⁷
- 258 CARDIAC AND LIPID MARKERS AS PREDICTORS FOR CORONARY ARTERY DISEASE IN PREDIBET PATIENTS**
Dr. Vera Peshovska Nikolova
- 263 RECONSTRUCTION OF THE URINE BLADDER WALL WITH SURROUNDING TISSUE FLAP AFTER EXCISION OF POST TRAUMATIC VESICOCUTANEOUS FISTULA**
Ivchev J^{1,2}, Izairi A³, Minev I⁴, Markovski D⁵, Ivcheva N⁶, Ivchev Lj⁷
- 268 TRANSVERSUS ABDOMINIS RELEASE: A CASE REPORT**
D-r Aleksandar Mitevski^{1,2}, D-r Ilija Milev³, D-r Tahir Shenol⁴, D-r Nikola Trokovski⁵, D-r Petar Markov², D-r Katerina Nikolska⁵
- 272 TRAJTIMI I KANINIT TË RETINUAR (RAPORTIM RASTI)**
Msc. Iris Çaçani; Prof. Vergjini Mulo
- 277 WEGENER GRANULOMATOSIS PRESENTED WITH EPISTAXIS, HEMOPTYSIS AND POLYARTHRALGIA: A CASE REPORT**
Buklioska Ilievska D²
- 282 RADIOLOGICAL EVALUATION OF RENAL CELL CARCINOMA, CASE REPORT**
Katerina Kitanovska¹, Dragana Mogilevska Gruevska², Argjend Imeri³
- 286 COCHLEAR IMPLANTATION AND VERTIGO- A CASE REPORT**
Marija Dokoska¹, Irena Duma - Vasovska², Marina Davcheva-Chakar³, Jane Netkovski⁴
- 289 ЛЕБЕР КОНГЕНИТАЛНА ОПТИЧКА НЕВРОПАТИЈА- ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ**
Трпеска Шекеринов Наташа, Иванова Маја, Голубовиќ Милена
- 295 PËRDORIMI I OMENTUMIT PËR MBULIMIN E PLAGËS ME VASKULARIZIM TË DËMTUAR NGA RREZATIMI I HEMITORAKSIT TË MAJTË - RAPORTIM RASTI**
Artan Dika, Gjorgje Xhokiq, Natasha Dosevska, Ermira Bexheti

Betimi i Hipokratit

Në çastin kur po hy në radhët e anëtarëve të profesionit mjekësor premtoj solemnisht se jetën time do ta vë në shërbim të humanitetit. Ndaj mësuesve do ta ruaj mirënjohjen dhe respektin e duhur.

Profesionin tim do ta ushtroj me ndërgjegje e me dinjitet. Shëndeti i pacientit tim do të jetë brenga ime më e madhe. Do t'i respektoj e do t'i ruaj fshehtësitë e atij që do të më rrëfëhet. Do ta ruaj me të gjitha forcat e mia nderin e traditës fisnike të profesionit të mjekësisë.

Kolegët e mi do t'i konsideroj si vëllezër të mi.

Në ushtrimin e profesionit ndaj të sëmurit tek unë nuk do të ndikojë përkatësia e besimit, e nacionalitetit, e racës, e politikës, apo përkatësia klasore. Që nga fillimi do ta ruaj jetën e njeriut në mënyrë absolute. As në kushtet e kërcënimit nuk do të lejoj të keqpërdoren njohuritë e mia mjekësore që do të ishin në kundërshtim me ligjet e humanitetit. Këtë premtim po e jap në mënyrë solemne e të lirë, duke u mbështetur në nderin tim personal.

The Oath of Hippocrates

Upon having conferred on me the high calling of physician and entering medical practice, I do solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity. I will give my teachers the respect and gratitude which is their due. I will practice my profession with conscience and dignity. The health of my patient will be my first consideration. I will respect the secrets which are confided in me, even after the patient has died. I will maintain by all the means in my power, the honor and the noble traditions of the medical profession.

My colleagues will be my brothers.

I will not permit considerations of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient. I will maintain the utmost respect for human life from its beginning even under threat and I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity. I make these promises solemnly, freely and upon my honor

Medical Journal

MEDICUS

ISSN 1409-6366 UDC 61 Vol · 25 (2) · 2020

Revistë Shkencore Nderkombëtare e Shoqatës së Mjekëve Shqiptarë të Maqedonisë
International Journal of Medical Sciences of the Association of the Albanian Doctors from Macedonia

Botues/ Publisher: **SHMSHM / AAMD**

Tel. i Kryeredaktorit / Contact: **+389 (0) 71 240 927**

Zhiro llogaria / drawing account: **200-000031528193**

Numri tatimor / tax number: **4028999123208**

Adresa e Redaksisë-Editorial Board Address: **Mehmed Pashë Deralla nr. 16, Tetovë**
e-mail: **shmshm@live.com**

Kryeredaktori

Prof. Dr. Nevzat Elezi

Editor-in-Chief

Nevzat Elezi, MD. PhD

Redaktorët

Dr. Sci. Besnik Bajrami, Boston, SHBA
Prof. Dr. Atilla Rexhepi, Tetovë, Maqedoni
Prof. Dr. Lul Raka, Prishtinë, Kosovë
Prof. Dr. Kastriot Haxhirexha, Tetovë Maqedoni - Dekan i
Fakultetit të Shkencave Mjekësore - Tetovë
Doc. Dr Rexhep Selmani, Shkup, Maqedoni

Editors

Besnik Bajrami, MD, PhD, Boston, USA
Atilla Rexhepi, MD, PhD, Tetovo, Macedonia
Lul Raka, MD, PhD, Prishtina, Kosova
Kastriot Haxhirexha, MD, PhD, Tetovo, Macedonia - Dean of
Faculty of Medical Sciences - Tetovo
Rexhep Selmani, MD, PhD, Skopje, Macedonia

Këshilli Redaktues

Nobelisti Prof. Dr. Ferid Murad, Hjuston, SHBA
Prof. Dr. Rifat Latifi, Arizona, SHBA
Prof. Dr. Alex Leventia, Jerusalem, Izrael
Prof. Dr. Sedat Üstündağ, Edirne, Turqi
Prof. asoc. dr. Avdyl Krasniqi, Prishtinë, Kosovë
Prof. dr. sci. Kirk Milhoan, Texas, SHBA
Dr. sci. Minir Hasani, Gjermani
Prof. dr sci. Alfred Priftanji, Tiranë, Shqipëri
Prof. dr. sci. Naser Ramadani, Prishtinë, Kosovë
Prof. dr Yovcho Yovchev, Stara Zagora, Bullgari
Doc. Dr. Skender Saiti, Shkup, Maqedoni
Prof. Dr. Milka Zdravkovska, Shkup, Maqedoni
Prof. dr Gentian Vyshka, Tiranë, Shqipëri
Prim. dr Gani Karamanaga, Ulqin, Mali Zi
Prof. dr Ramush Bejiqi, Prishtinë, Kosovë
Dr. Sc. Spec. Meral Rexhepi, Tetovë, Maqedoni
Dr. Sc. Irfan Ahmeti, Shkup, Maqedoni

Editorial Board

Nobel Laureate Ferid Murad, MD, PhD, Houston, USA
Rifat Latifi, MD, PhD, Arizona, USA
Alex Leventia, MD, PhD Jerusalem, Israel
Sedat Ustundağ, Edirne, Turkiye
Avdyl Krasniqi, MD, PhD, Prishtina, Kosova
Kirk Milhoan, MD, PhD, Texas, USA
Minir Hasani, MD, PhD, Germany
Alfred Priftanji, MD, PhD, Tirana, Albania
Naser Ramadani, MD, PhD, Prishtina, Kosova
Yovcho Yovchev, MD, PhD, Stara Zagora, Bulgaria
Skender Saiti, MD, PhD, Skopje, Macedonia
Milka Zdravkovska, MD, PhD, Skopje, Macedonia
Gentian Vyshka, MD, PhD, Tirana, Albania
Gani Karamanaga, MD, Ulcinj, Montenegro
Ramush Bejiqi, MD, PhD, Prishtina, Kosova
Meral Rexhepi, MD, PhD, Tetovo, Macedonia
Irfan Ahmeti, MD, PhD, Skopje, Macedonia

Bordi Këshillëdhënës

Prof. dr. Shpëtim Telegrafi, Nju Jork, SHBA
Prof. dr. Gëzim Boçari, Tiranë, Shqipëri
Prof. dr. Donço Donev, Shkup, Maqedoni
Prof. Dr. Isuf Dedushaj, Prishtinë, Kosovë
Prof. Dr. Ramadan Jashari, Belgjikë
Prof. Dr. Holger Tietzt, Gjermani
Prof. Dr. Vjollca Meka-Sahatçiu
Prof. Dr. Milena Petrovska, Shkup, Maqedoni

Sekretariati i redaksisë

Dr. Bekim Ismaili, Maqedoni
Dr. Sead Zeynel, Maqedoni
Dr. Rihan Saiti, Maqedoni

Këshilli Botues

Prim. Dr. Ali Dalipi
Prim. Dr. Ferit Muça
Prim. Dr. Lavdërim Sela
Prim. Dr. Shenasi Jusufi
Dr. Nadi Rustemi
Dr. Bedri Veliu
Dr. Gafur Polisi
Dr. Baki Alili
Dr. Ilber Besimi
Dr. Gazi Mustafa
Dr. Edip Sheji
Dr. Murat Murati
Dr. Dukagjin Osmani
Dr. Bari Abazi
Dr. Fadil Murati
Dr. Fadil Maliqi
Dr. Besa Pocesta-Islami
Dr. Jakup Jakupi
Dr. Muharem Saliu
Dr. Sufjan Belcista-Ferati
Dr. Xhabir Bajrami
Dr. Sc. Majlinda Ademi

Dizajni & Pamja

Aleksandar Kostadinovski

Shtypur në

Shtypshkronjen "Pruf Print", Shkup

Medicus shtypet në tirazh: 600 ekzemplarë
Revista shperndahet falas

Advisory Board

Shpetim Telegrafi, MD, PhD, New York, USA
Gezim Bocari, MD, PhD, Tirana, Albania
Donco Donev, MD, PhD, Skopje, Macedonia
Isuf Dedushaj, MD, PhD, Prishtina, Kosova
Ramadan Jashari, MD, PhD, Belgjum
Holger Tietzt, MD, PhD, Germany
Vjollca Meka-Sahatciu, MD, PhD
Milena Petrovska, MD, PhD, Skopje, Macedonia

Editorial Secretariat

Bekim Ismaili, MD, Macedonia
Sead Zeynel, MD, Macedonia
Rihan Saiti, MD, Macedonia

Editorial Council

Ali Dalipi, MD
Ferit Muça, MD
Lavderim Sela, MD
Shenasi Jusufi, MD
Nadi Rustemi, MD
Bedri Veliu, MD
Gafur Polisi, MD
Baki Alili, MD
Ilber Besimi, MD
Gazi Mustafa, MD
Edip Sheji, MD
Murat Murati, MD
Dukagjin Osmani, MD
Bari Abazi, MD
Fadil Murati, MD
Fadil Maliqi, MD
Besa Pocesta-Islami, MD
Jakup Jakupi, MD
Muharem Saliu, MD
Sufjan Belcista-Ferati, MD
Xhabir Bajrami, MD
Majlinda Ademi, MD, PhD

Design & Layout

Aleksandar Kostadinovski

Printed in:

Print House "Pruf Print", Skopje

The Journal Medicus is printed and distributed free
of charge with a circulation of 600 copies.

DIAGNOSTIKIMI DHE TRAJTIMI I HERSHËM I DEPRESIONIT PARA DHE PAS LINDJES

Slavica Arsova¹, Kadri Haxhihamza¹, Stojan Bajraktarov¹, Nensi Manusheva¹

¹Klinika Universitare e Psikiatrisë – Shkup

Medicus 2020, Vol. 25 (2): 234-241

ABSTRAKT

Sfondi: Statistikat tregojnë një rritje të depresionit në të gjithë botën, dhe shifrat janë dy herë më të larta tek gratë, veçanërisht në periudhat e rrezikut siç janë shtatzënia, periudha pas lindjes dhe menopauza. Konsiderohet se çrregullimi depresiv më së shpeshti fillon në periudhën riprodhuese, rreth moshës 20 vjeç, dhe kështu 1 nga 20 vajza në këtë periudhë vuan nga depresioni, e nga ana tjetër, vetëm 1 nga 3 prej tyre do të trajtohet me terapi adekuate farmakologjike .

Parathënie: Sipas treguesve statistikorë të Shoqatës Psikiatrike Amerikane (APA) të marra nga ekspertët e shëndetit mendor perinatal, vetëm gjysma e nënave me depresion perinatal janë duke u diagnostikuar dhe trajtuar.

Autorët britanikë mendojnë se depresioni tek nënat e reja është dukshëm më i lartë sot sesa më herët ose në krahasim me gjeneratat e nënave të tyre. Me shumë mundësi shkaqet e rritjes së depresionit tek të rinjtë janë: stresi kronik, privimi i gjumit, ushqimi i dobët i nënës, mënyra sedentare e jetesës, presioni ndaj nënave për t'u rikthyer në punët e tyre sa më shpejt të jetë e mundur pas lindjes, duke u përballur me vështirësitë në menaxhimin e numrin e shumtë të roleve: të qenurit nënë, grua, punëtore e zellshme dhe në të njëjtën kohë të kesh një jetë shoqërore. Rreziku më i madh për nënën e re në depresion është vetëvrasja, e cila po konsiderohet shkaku i dytë i vdekjes tek të rinjtë gjatë viteve të riprodhimit. Fatkeqësisht, kjo ndodh zakonisht në fund të shtatzënisë ose gjatë vitit të parë pas lindjes.

Materialet dhe metodat: Studimi përfshinte 69 pacientë në moshë midis 18 dhe 44 vjeç, me diagnozën e vendosur F32 gjatë shtatzënisë ose F32.01 ose F32.02, që është depresion pas lindjes. Pacientët u diagnostikuan sipas kritereve të KNS 10 dhe u trajtuan gjatë shtatzënisë dhe periudhës pas lindjes në Departamentin për trajtimin e grave shtatzëna ose grave pas lindjes. Pacientët me instrumente psikodiagnostike u monitoruan gjatë gjithë procesit, dhe matjet me HAM-A dhe HAM-D paraqiten në fillim të trajtimit dhe pas tre muajsh.

Rezultatet: Rezultati mesatar e shkallës HAM-A në muajin e parë ishte 30.8 ± 2.4 , në diapazon nga 26 deri në 38 dhe tregoi një ankth të fortë. Pas tre muajve me terapi, rezultati mesatar i HAM-A u ul në 21 dhe demonstroi një ankth të moderuar. Sipas testit Wilcoxon Matched Pair, diferenca ishte statistikisht e rëndësishme për $p < 0.05$. Rezultati mesatar e shkallës HAM-D në muajin e parë ishte 30.3 ± 2.7 , në diapazon nga 26 deri në 36, dhe demonstroi një depresion të rëndë. Pas tre muajve me terapi, rezultati mesatar i HAM-D u ul në 3.4, dhe demonstroi një depresion të moderuar. Sipas palëve të përputhura Wilcoxon, diferenca ishte statistikisht e rëndësishme për $p < 0.05$.

Diskutim: Rezultatet kanë treguar prani statistikisht të rëndësishme të faktorëve të rrezikut te pacientet me depresion prenatal ose postnatal. Numri më i madh i pacienteve përjetuan episodet e mëparshme depresive, ngjarje traumatike, shtatzëni të paplanifikuar ose dhunë familjare.

Përfundim: Njohja e hershme e faktorëve të rrezikut për zhvillimin e depresionit para lindjes çon drejt parandalimit të shfaqjes së depresionit antenatal ose postnatal. Trajtimi i hershëm që përbëhet nga një trajtim të kombinuar (me ndërhyrje psikologjike dhe antidepressantë SSRI) që sjellë uljen e ankthit dhe depresionit dhe forcimin e mekanizmëve mbrojtëse psikologjike të nënës dhe gjithashtu zvogëlon rrezikun e lindjes së parakohshme, lindjes cezariane dhe kujdes më të mirë si për nënën ashtu edhe për fëmijën , në periudhën para lindjes dhe pas lindjes.

Fjalët kyçe: depresioni, shtatzënia, faktorë të rrezikut, SSRI, psikoterapia postnatale.

HYRJE

Statistikat tregojnë një rritje të depresionit në të gjithë botën, ndërsa shifrat janë dy herë më të larta tek gratë, veçanërisht në periudhat e rrezikut siç janë shtatzënia, periudha pas lindjes dhe menopauza. Konsiderohet se çrregullimi depresiv më së shpeshti fillon në periudhën riprodhuese, rreth moshës 20 vjeç, ashtu që 1 nga 20 vajza në këtë periudhë vuan nga depresioni, dhe nga ana tjetër, vetëm 1 nga 3 prej tyre trajtohet me terapi adekuate farmakologjike. Treguesit thonë se te 54% të vajzave të reja që kanë vuajtur nga ndonjë çrregullim depresiv, rreziku i shfaqjes së depresionit gjatë shtatëzanisë është afërsisht 50% më i lartë në krahasim me ato që nuk kishin episode depresive. Nëse kemi parasysh faktin se në një numër të madh të vajzave në depresion shtatëzanitë janë të paplanifikuara (të paqëllimta), atëherë situata është edhe më delikate për shkak të mos njohjes së depresionit ose për shkak të ndërprerjes së trajtimit ose trajtimit jo adekuat dhe sjelljes së rrezikshme (pirja e duhanit, konsumi i alkoolit, ilaçet, kontrollet e parregullta, kujdesi i dobët shëndetësor) (2, 13).

Sipas treguesve statistikorë të Shoqatës Psikiatrike Amerikane (APA) të marra nga ekspertët e shëndetit mendor perinatal, vetëm gjysma e nënave me depresion perinatal janë diagnostikuar dhe trajtuar (1).

Autorët britanikë, bazuar në rezultatet e tyre të botuar në JAMA në 2018, mendojnë se depresioni tek nënat e reja është dukshëm më i lartë sot sesa më herët ose në krahasim me gjeneratat e nënave të tyre. Me shumë mundësi shkaqet e rritjes së depresionit tek të rinjtë janë: stresi kronik, privimi nga gjumi, ushqimi i dobët i nënës, mënyra sedentare e jetesës, presioni ndaj nënave për t'u rikthyer në punët e tyre sa më shpejt të jetë e mundur pas lindjes, duke u përballur kështu me vështirësitë në menaxhimin e numrit të shumtë të roleve: të qenurit nënë, grua, punëtore e zellshme dhe në të njëjtën kohë të jesh aktive në jetën shoqërore (7).

Rreziku më i madh për nënën e re në depresion është vetëvrasja, e cila konsiderohet shkak i dytë i vdekjes tek të rinjtë gjatë viteve të riprodhimit. Fatkeqësisht, kjo ndodh zakonisht në fund të shtatëzanisë ose gjatë vitit të parë pas lindjes.

Numri më i madh i këtyre grave kryejnë vetëvrasje të dhunshme duke u varur ose duke kërcyer nga lartësia, që është një alarm për njohjen dhe trajtimin e hershëm e depresionit para lindjes dhe pas lindjes (10, 16).

Supozohet se tek 80% të nënave të reja gjatë ditëve ose

muajve të parë pas lindjes ka ndryshime që përkojnë me çrregullim të humorit, por jo të gjitha këto ndryshime kanë të bëjnë me depresionin pas lindjes. Pikëllimi (trishtimi) pas lindjes është i pritur dhe manifestohet me nervozizëm, marramendje, ankth të moderuar, por të gjitha këto nuk ndërhyjnë në aftësinë e nënës për të funksionuar dhe për t'u kujdesur për fëmijën e saj. Përkundër kësaj, depresioni pas lindjes që shpesh i shtohet gjendjes depresive gjatë shtatëzënisë manifestohet me trishtim të veçantë, ankth ekstrem, ndjenjën e irracionalitetit / absurditetit ose dëshpërimit, çrregullim të gjumit, ngurrim, mosgatishmëri, mendime destruktive për veten ose foshnjën që mund të çojë në vetëvrasje ose vrasje të foshnjës (10,13).

Faktorët më të zakonshëm të rrezikut për zhvillimin e depresionit para lindjes ose pas lindjes përfshijnë historinë e gjendjes depresive të mëparshme, faktorët e dobët psikosocial (mbështetje të dobët familjare, prindërit beqarë, sjellja e dhunshme nga partneri intim, shtatzënia e paplanifikuar / e paqëllimshme), ndryshimet hormonale e tj. (3, 4, 15)

Ndikimi i depresionit në zhvillimin e foshnjës është i madh. Përkeqësimi i marrëdhënies midis nënës dhe foshnjës, prania e mendimeve negative për mëmësinë duke e refuzuar atë ose sjellje ndërhyrëse, shprehje (grimasa) negative të fytyrës, ndërprerja e ushqyerjes me gjë (mëntjes), çojnë në probleme të ndryshme emocionale tek fëmija, i cili përjeton vështirësi në të ngrënë, gjumë, plasje (vërshime) zemërimi, tërbimi, hiperreaktiviteti, vonesat në zhvillimin konjitiv dhe çrregullimet e sjelljeve shoqërore, me një rrezik të shtuar të kequshqyerjes ose mbipeshes.

QËLLIMET E STUDIMIT

- Përcaktimi i pranisë së faktorëve të rrezikut për zhvillimin e depresionit antenatal (para lindjes) ose postnatal (pas lindjes),
- Përcaktimi i efikasitetit të procesit terapeutik tek nënat që trajtohen me një trajtim të kombinuar
- Përcaktimi i dallimeve sociodemografike te pacientet me depresion antenatal (para lindjes) ose postnatal (pas lindjes).

MATERIALI DHE METODAT

Kërkimi përfshinte 69 paciente në moshë midis 18 dhe 44 vjeç, me diagnozën e vendosur F32 gjatë shtatëzanisë

ose F32.01 ose F32.02, që është depresion pas lindjes. Pacientet u diagnostikuan sipas kriterëve të KNS 10 dhe u trajtuan gjatë shtatzënisë dhe periudhës pas lindjes në Departamentin për trajtimin e grave shtatzëna ose grave në periudhën pas lindjes. Ata u trajtuan si paciente ambulatore ose në spital. Pacientet u analizuan duke përdorur një intervistë psikiatrike të strukturuar diagnostikuese, një pyetësor të strukturuar jo-standard të sociodemografisë (mosha, arsimi, statusi martesor, numri i shtatëzënive, prania e faktorëve të rrezikut - episodet depresive të mëparshme, dhuna familjare, ndërprerja e terapisë, ngjarjet e traumës), duke përdorur instrumente psikodiagnostike për vlerësimin e ankthit dhe depresionit, shkallës së vlerësimit të ankthit Hamilton (HAM-A) dhe shkallës së vlerësimit të depresionit Hamilton (HAM-D). Depresioni dhe ankthi u vlerësuan në fillim të trajtimit dhe pas tre muaj trajtimi. Pacientet u trajtuan me ndërhyrje psikologjike dhe trajtim farmakologjik, terapi antidepressive SSRI ose SNRI, gjatë shtatëzënisë ose periudhës pas lindjes. Trajtimi antidepressiv gjatë shtatëzënisë përfshiu doza terapeutike që ishin efektive, me ulje graduale. Në periudhën pas lindjes pacientet u këshilluan të zgjasin ushqyerjen me gji të foshnjëve të tyre, me qëllim sigurimin e një bashkëveprimi cilësor nënë-foshnjë. Pacientet dhe familjet e tyre u informuan në detaje në lidhje me trajtimin antidepressiv dhe raportin përfitim-rrezik. U arit një marrëveshje terapeutike me pacientet në lidhje me kontrollin e tyre të rregullta (të paktën një herë në dy javë), monitorim e vazhdueshëm të shëndetit të tyre trupor me vizita të rregullta të kryera tek gjinekologu familjar dhe pediatri, në mënyrë që të kemi një pamje të qartë të gjendjes në periudhën antenatale (para lindjes) dhe postnatale (pas lindjes). Gjatë procesit terapeutik, u përfshinë edhe partnerët intimë të pacienteve, dhe nëse ishte e nevojshme, anëtarët e tjerë të ngushtë të familjes për marrjen e mbështetjes adekuate. Procesi terapeutik përfshinte ndërhyrje intenzive psikiatrike dhe psikologjike te pacientet që synonin të jepnin njohuri për gjendjen e tyre dhe forcimin e gjendjes së tyre psikologjike në sjelljen e vendimeve të pavarura lidhur me shtatëzinë dhe trajtimin e gjendjes depresive në periudhën para lindjes dhe pas lindjes, si dhe në marrjen e vendimeve për mënyrat e ushqimit të fëmijëve të tyre. Gjatë periudhës pas lindjes shpesh këshillohej monitorimi i gjendjes së pacientes (së bashku me regjistrimin e telefonit celular të partnerit) lidhur me procedurat rutinore në lidhje me prindërinë. Kjo ishte e rëndësishme për të forcuar vetëbesimin dhe rolin e nënës, dhe nga ana tjetër, për të forcuar marrëdhëniet

e partnerit dhe pjesëmarrjen e tyre të ndërsjellë në prindëri. Pacientet me instrumente psikodiagnostike u monitoruan gjatë gjithë procesit, dhe matjet me HAM-A dhe HAM-D paraqiten në fillim të trajtimit dhe pas tre muajsh.

REZULTATET

Ky ishte studim i kryer në periudhë 3-mujore dhe përfshinte 69 pacientë, nga të cilët 71.0% ishin më të vjetër se 30 vjeç, ndërsa 29.0% më të rinj se 30 vjeç. Përqindje më e lartë (49.3%) e pacienteve kishin mbaruar shkollën e mesme, 37.7% kishin diplomë universitare dhe 13.0% kishin mbaruar shkollën fillore. Nga numri i pacienteve të testuara 75.4% ishin të përkatësisë së krishterë dhe 24.6% ishin muslimanë.

Nga numri i përgjithshëm i pacienteve 81.5% morën antidepressantë (sertalinë, escitalopram dhe venlafaksinë), 24.6% kishin pranuar antipsikotikë (olanzapinë, risperidone) dhe anksiolitikë (alprazolam, diazepam), si monoterapi ose në kombinim me barërat tjera.

Numri i shtatëzënive në pacientë shkonte nga një në tre, mesatarisht 1.5 ± 0.7 ; 65.2% e pacientëve kishin vetëm një shtatëzani. Nuk ka asnjë lidhje midis numrit të shtatëzënive dhe moshës së pacientëve (Pearson Chi-shesh: 2.65137, $f = .265621$).

Nga numri i përgjithshëm I pacienteve 91.3% e pacientëve kishin një shtatëzani normale, 17.4% kishin lindje normale, dhe 6.7% kishin lindje cezariane (Tabela 1).

Tabela 1. Karakteristikat e pacienteve

Mosha	Numri	Përqindja
>30	49	71.0
< 30	20	29.0
Niveli i arsimimit		
Universitet	26	37.7
Shkolla e lartë	34	49.3
Shkolla fillore	9	13.0
Religioni (feja)		
Krishten	52	75.4
Musliman	17	24.6
Trajtimi mjekësor		
Pacientë të jashtëme	53	76.8
Pacientë në spital	12	17.4
I kombinuar	4	5.8
Terapia		
Pa terapi	3	4.3

Antidepresant		38	55.1
Anksiolitik		3	4.3
Antipsikotik		4	5.8
Antidepresant, Anksiolitik		8	11.6
Antidepresant, Antipsikotik		7	10.1
Anksiolitik, Antipsikotik		3	4.3
Antidepresant, Anksiolitik, Antipsikotik		3	4.3
Numri i shtatzanive			
1		45	65.2
2		14	20.3
3		10	14.5
Average	Minimum	Maximum	Std.dev.
1.5	1.0	3.0	0.740095
Shtatzania dhe lindja			
Normale		63	91.3
E rezikshme		6	8.7
Lindje normale		12	17.4
Lindje e parakohshme, seksion Cezarian		6	8.7

Faktorët e rrezikut nuk janë regjistruar te 5 paciente (7.2%). Nuk ka të dhëna për faktorët e rrezikut për 4 paciente (5.8%). Në 87.0% të pacienteve janë regjistruar faktorë rreziku. Në numrin më të madh të pacienteve, 29 (42.0%), episodet e mëparshme janë regjistruar vetëm ose në kombinim me faktorët e tjera të rrezikut. Gjendja e stresit postraumatik ishte faktori tjetër i rrezikut i regjistruar në 40.6% (28) të pacienteve, shtatzënia e paplanifikuar në 18.8% (13) dhe dhuna familjare në 17.4% (12) (Tabela 2).

ankthit të Hamilton-it (HAM-A) dhe Shkalla e Vlerësimit të Depresionit të Hamilton-it (HAM-D)

	N	mesatare	minimum	maksimum	Std.dev.	T	Z	p-vlera
HAM-A score	69	30.8	26.0	36.0	2.421751			
HAM-A score/3m	69	21.0	14.0	30.0	3.009788	0.00	7.219578	0.000000
HAM-D score	69	30.3	26.0	38.0	2.705572			
HAM-D score/ 3m	69	19.1	10.0	28.0	3.383678	0.00	7.219578	0.000000

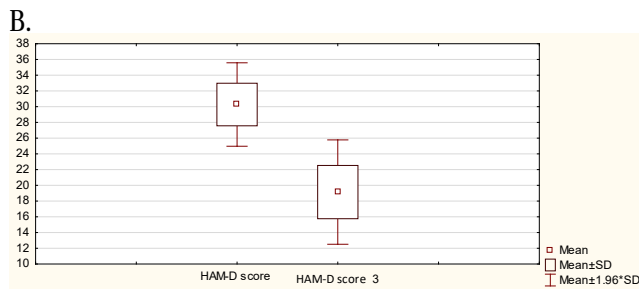
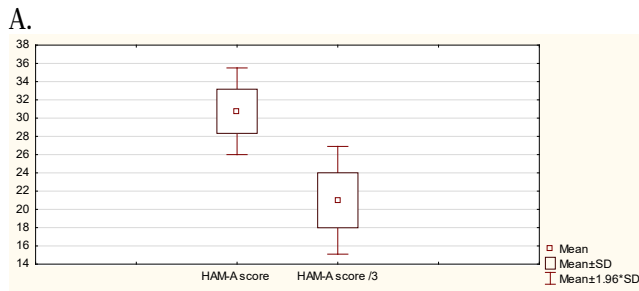
Figura 3. Rezultati mesatar i shkallës së vlerësimit të ankthit të Hamilton-it (HAM-A) dhe Shkallës së vlerësimit të depresionit të Hamilton-it (HAM-D)

Tabela 2. Shpërndarja e pacienteve sipas faktorëve të regjistruar të rrezikut

Faktorët e regjistruar të rrezikut	Numri	Përqindja
Asnjë	5	7.2
Dhuna në familje	6	8.7
Gjendja e stresit postraumatik	17	24.6
Shtatzënia e paplanifikuar	3	4.3
Episodet e mëparshme	15	21.7
Dhuna në familje, gjendja e stresit postraumatik	3	4.3
Dhuna në familje, Episodet e mëparshme	2	2.9
Gjendja e stresit postraumatik, Shtatzënia e paplanifikuar	1	1.4
Gjendja e stresit postraumatik, Episodet e mëparshme	4	5.8
Shtatzënia e paplanifikuar, Episodet e mëparshme	6	8.7
Dhuna në familje, Gjendja e stresit postraumatik, Shtatzënia e paplanifikuar	1	1.4
Gjendja e stresit postraumatik, Shtatzënia e paplanifikuar, Episodet e mëparshme	2	2.9
Nuk ka të dhëna relevante	4	5.8

Rezultati mesatar e shkallës HAM-A në muajin e parë ishte 30.8 ± 2.4 , në diapazon nga 26 deri në 38 dhe tregoi një ankth të fortë. Pas tre muajve me terapi, rezultati mesatar i HAM-A u ul në 21.0 dhe demonstroi një ankth të moderuar. Sipas testit Wilcoxon Matched Pair, diferenca ishte statistikisht e rëndësishme për $p < 0.05$ (Tabela 3 dhe Figura 3a).

Tabela 3. Rezultati mesatar i shkallës së vlerësimit të Depresionit të Hamilton-it (HAM-D)



Rezultati mesatar e shkallës HAM-D në muajin e parë ishte 30.3 ± 2.7 , në diapazon nga 26 deri në 36, dhe demonstroi

një depresion të rëndë. Pas tre muajve me terapi, rezultati mesatar i HAM-D u ul në 3.4, dhe demonstroi një depresion të moderuar. Sipas palëve të përputhura Wilcoxon, diferenca ishte statistikisht e rëndësishme për $p < 0.05$ (Tabela 3 dhe Figura 3b).

Rezultati mesatar e shkallës HAM-A te pacientet me faktorë rreziku në muajin e parë ishte 2.4 ± 31.0 dhe tregoi një ankth të fortë. Rezultati mesatar e HAM-A te pacientet pa faktorë rreziku në muajin e parë ishte 29.6 ± 1.7 , dhe demonstroi një ankth të rëndë. Sipas testit Kolmogorov-Smirnov, rëndësia statistikore nuk ishte domethënëse, për $p > 0.05$ (Tabela 4).

Tabela 4. Rezultati mesatar i shkallës së vlerësimit të ankthit të Hamilton-it (HAM-A) dhe Shkallës së vlerësimit të depresionit të Hamilton-it (HAM-D) në lidhje me praninë e faktorëve të rrezikut tek pacientët dhe testin Kolmogorov-Smirnov

	Maksimum diferencë negative.	Maksimum diferencë pozitive	p	Mestare - po	Mestare - jo	Std.Dev. - po	Std.Dev. - jo	Nr.- po	Nr - jo
HAM-A score	-0.05	0.25	$p > .10$	31.0	29.6	2.393494	1.673320	60	5
HAM-A score/3m	-0.05	0.25	$p > .10$	21.3	19.6	3.042588	1.673320	60	5
HAM-D score	0.0	0.8	$p < .005$	30.7	27.2	2.578212	1.095445	60	5
HAM-D score/3m	-0.03	0.9	$p < .005$	19.7	15.6	3.164912	0.894427	60	5

Pas tre muajve me terapi, rezultati mesatar i HAM-A u zvogëlua në 21.3 ± 3.0 , dhe demonstroi një ankth të moderuar. Rezultati mesatar i HAM-A pas muajit të tretë në pacientet pa faktorë rreziku ishte 19.6 ± 1.7 , dhe demonstroi një ankth të moderuar. Sipas testit Kolmogorov-Smirnov ndryshimi ishte statistikisht i rëndësishëm për $p > 0.05$ (Tabela 5).

Rezultati mesatar e HAM-D në pacientet me faktorë rreziku në muajin e parë ishte 30.7 ± 2.6 , dhe demonstroi një depresion të rëndë. Rezultati mesatar e HAM-A në pacientet pa faktorë rreziku në muajin e parë ishte 27.2 ± 1.1 , dhe demonstroi një depresion të rëndë. Sipas Kolmogorov-Smirnov ndryshimi ishte statistikisht i rëndësishëm për $p < 0.05$ (Tabela 5).

Pas tre muajve me terapi, rezultati mesatar i HAM-D u zvogëlua në 19.7 ± 3.2 , dhe demonstroi një depresion të moderuar. Rezultati mesatar i HAM-D pas muajit të tretë në pacientet pa faktorë rreziku ishte 0.9 ± 15.6 and,

dhe demonstroi një depresion të moderuar. Sipas testit Kolmogorov-Smirnov ndryshimi ishte statistikisht i rëndësishëm për $p < 0.05$ (Tabela 5).

Gjatë hulumtimit nuk kishte korelacion ndërmjet përkatësisë fetare, moshës, arsimit dhe numrit të shtatzënisë dhe faktorëve të regjistruar të rrezikut (Pearson Chi-square, $f > 0.05$).

DISKUTIMI

Rezultatet kanë treguar prani statistikisht të rëndësishme të faktorëve të rrezikut te pacientet me depresion antenatal ose postnatal. Numri më i madh i pacienteve përjetuan episodet e mëparshme depressive, ngjarje traumatike, shtatzëni të paplanifikuar ose dhunë familjare. Në një grup patientesh, është vërejtur ekzistenca e disa faktorëve të rrezikut, përfshirë episodet e mëparshme, dhunën në familje dhe ngjarjet traumatike në të kaluarën.

Në numrin më të madh të këtyre pacienteve, ekzistonte dhuna në familje, që është një fakt shumë shqetësues pasi që kjo dhunë u zbulua kryesisht në familjen themelore (bërthamë) dhe ndonjëherë vazhdoi në familjen aktuale. Gjithashtu, në numrin më të madh të pacienteve janë parë disa faktorë rreziku në të njëjtën kohë. Në 50% të pacienteve janë zbuluar episodet e mëparshme depresive dhe ato ishin ose të diagnostikuara dhe të patrajuara ose u përkeqësuan gjatë shtatzënisë pas ndërprerjes së ilaçeve antidepressive nga vetë gratë shtatzëna ose me një rekomandim.

Këto rezultate janë në lidhje me hulumtimet që tregojnë rolin e rëndësishëm të faktorëve të rrezikut, të cilat përveç dobësisë biologjike, përfshijnë histori familjare ose individuale të së kaluarës, ndryshime hormonale, por edhe faktorë psikosociale - mungesën e mbështetjes sociale, dhunë familjare, ngjarje traumatike (si humbja financiare e çdo lloji), vdekja e një anëtarit të familjes, ngjarje të tjera të pakëndshme me një rrezik shumë të lartë tek gratë e reja - viktimat të dhunës aktuale të familjes ose të dhunës të mëparshme familjare ose ato me episodet e mëparshme depresive (1, 4, 8, 10, 14).

Kjo është mbështetur nga hulumtimet që sugjerojnë se afërsisht 50% e vajzave, të cilat kishin episode depresive të çfarëdo lloji në të kaluarën, ishin në rrezik të zhvillimit të depresionit antenatal. Nëse kemi parasysh se numri më i madh i tyre nuk janë njohur dhe nuk janë trajtuar, atëherë kjo është me të vërtetë një çështje shqetësuese / problematike (1, 15).

Kërkimi ynë përfshinte paciente, të cilët në numrin më të madh ishin me shtatzëninë e parë; ishin mbi 30 vjeç; depresioni nuk u ndërlihd ndjeshëm me nivelin e arsimit, megjithëse shumica e tyre ishin me shkollë të mesme ose fakultet. Numri më i madh i pacienteve ishte i përkatësisë krishtere dhe një numër i vogël myslimane, që mund të tregojë një shqetësim të shtuar për gjendjen mendore individuale ose kërkimin e ndihmës profesionale si rezultat i dallimeve kulturore.

Depresioni pas lindjes është i ndryshëm nga i ashtuquajturit trishtim pas lindjes, i cili zakonisht shfaqet menjëherë pas lindjes në dy javët e para dhe manifestohet me ankth të shtuar, nervozizëm, episode dramatike të qarjes, por në kundërshtim me depresionin pas lindjes nuk ndërhyjnë në aftësinë e nënës të kujdeset për fëmijën e saj. Nga ana tjetër, depresioni pas lindjes që është i regjistruar në 15% të numrit të përgjithshëm të nënave manifestohet me çregullim të humorit, apati ose shqetësim të prolonguar,

pagjumësi, ide deluzive që lidhen me pamundësinë e nënës për të vepruar si nënë ose për gjendjen e foshnjës dhe rrezik të lartë të vetëvrasjeve ose vrasjes së foshnjave (10, 14, 16).

Rezultatet e marra në studimin tonë kanë treguar një ulje të ndjeshme të ankthit dhe depresionit pas aplikimit të terapisë me SSRI dhe ndërhyrjeve psikologjike individuale dhe grupore duke fuqizuar nënën që të kujdeset për veten dhe fëmijën e saj. Rezultatet kanë treguar gjithashtu se trajtimi me SSRI nuk ishte rrezik për vetë shtatzëninë: përkundrazi, depresioni para lindjes ishte rrezik i lindjes së parakohshme, lindjes së foshnjeve me peshë të ulët ose lindjes cezariene. Disa paciente të paraqitura me përkeqësim të shenjave të depresionit përfshirë ide delirante, mendime vetëvrasëse, të gjitha ishin një tregues për trajtimin spitalor. Vetëvrasja gjatë shtatzënisë është më e larta në javët e fundit të gjestacionit ose menjëherë pas lindjes së fëmijëve, dhe paraqet indikacion absolut për trajtimin në spital (1, 10, 16).

Rezultatet nuk treguan ndonjë dallim statistikor në lidhje me statusin martesor. Numri më i madh i pacienteve kishte arsim të lartë. Disa studime kanë indikuar një nivel dukshëm më të lartë të depresionit tek nënat me gradë universitare, e cila mund të jetë për shkak të vetëdijes së tyre më të lartë për shëndetin e tyre somatik dhe mendor, ose / dhe për nevojën e tyre të kërkojnë ndihmë në kujdesin shëndetësor terciar (7).

Kërkimet sugjerojnë që depresioni pas lindjes jo vetëm që shkakton probleme tek nëna por gjithashtu ka ndikim negativ në zhvillimin e ardhshëm psikologjik të fëmijës. Nënat në depresion shfaqin sjellje më negative dhe të shkëputura ndaj foshnjeve të tyre; kanë vështirësi në krijimin e marrëdhënies nënë-fëmijë; tregojnë mënyrë depressive ose me më pak dashuri në komunikimin vokal ose vizual; ndërprerja e ushqyerjes me gj (mëntjes). Të gjitha këto janë parakushte për zhvillimin e dëmtuar psikologjik të fëmijës (10, 12).

Kjo ngrehë alarmin për rritjen e vetëdijes, njohjen e hershme dhe trajtimin e depresionit antenatal dhe pas lindjes në fillimin e shtatzënisë.

Rekomandimet për njohjen dhe trajtimin janë si vijon:

qasje e kujdesshme ndaj grave të reja që kanë vuajtur ose aktualisht vuajnë nga ndonjë ankth ose çrregullim depresiv;

diskutim rreth kontracëpsionit;

diskutime rreth shtatzënisë që do të ndikonin në gjendjen

psikike të nënës;
 diskutim mbi ndikimin e gjendjes psikike tek nëna ose fetusit;
 trajtimi eventual;
 mbështetje për nënën, partnerin e saj intim dhe tërë familjen;
 përfshirja e nënës në marrjen e vendimeve për shtatzëninë e saj, ndërprerjen e saj ose trajtimin në të ardhmen, me përfshirjen e mundshme (të dëshirueshme) të partnerit;
 kujdes i koordinuar me mjekun e familjes, gjinekologun, psikiatërin, pediatri gjatë gjithë shtatëzanisë dhe pas lindjes, vëzhgimin / monitorimin e shëndetit psikik dhe fizik të nënës;
 monitorimin e konsumit / abuzimit të alkoolit dhe ilaçeve;
 qëndrimet e nënës ndaj shtatzënisë;
 bashkëveprimi nënë-fëmijë;
 trajtimi i mëparshëm;
 izolim social;
 historia familjare;
 dhuna në shtëpi;
 aftësia për t'u kujdesur për fëmijët e tjerë.

Ndërhyrje specifike në çrregullimet depresive - ndërhyrje psikologjike intensive (terapia konjitive bihejviorale ose të tjera)-SSRI si barëra të linjës së parë (përveç paroxetinës për shkak të rritjes së rrezikut të keqformimeve kardiake), doza optimale deri në 8 javët e fundit gestacionale kur doza është ulur ose ndoshta ndërpritet; shmangia e përdorimit të anksiolitikëve në tremujorin e parë- SNRI si barëra të linjës së dytë (4, 5, 6, 11, 15).

Rezultatet e marra në studimin tonë kanë treguar se pothuajse të gjithë pacientet janë trajtuar me terapi antidepressive SSRI, përveç paroxetine. Në mbi 90% të tyre është vërejtur shtatzënia normale dhe lindja, dhe vetëm në një përqindje të vogël ka ndodhur lindja e parakohshme ose cezariene.

Hulumtimi ka demonstruar rrezik më të vogël tek nënat e trajtuara me SSRI gjatë shtatëzanisë sesa tek ato që nuk trajtohen duke rezultuar në një rrezik më të vogël të lindjes së parakohshme, lindjes cezariene ose lindjes së bebeve me peshë të ulët (5, 9, 12).

Një studim tjetër zbuloi se një nivel i lartë depresioni tek nënat e patrajtuara rezultoi me zhvillim të vonuar

të funksioneve ekzekutive të fëmijëve të tyre, të cilat u matën në moshën 3 vjeçare, dhe kjo nuk ndodhte me fëmijët, nënat e të cilëve u trajtuan me SSRI (12).

Nënat me rrezik të theksuar ose nënat me episoada depresive të mëparshme zakonisht duhet të ndiqen / monitorohen dhe këshillohen. Nënave pa asnjë episodë depresive të mëparshme ose lloje të tjera ankthi duhet ti parashtrihen disa pyetje të thjeshta nga mjekët familjar ose gjinekologët e tyre, si p.sh.: Gjatë dy javëve të fundit a jeni ndier e trishtuar, e pasigurt, e frikësuar, e mjeruar? Nëse përgjigjet janë pozitive, atëherë kjo mund të tregojë zhvillimin e një gjendje depresive, e cila imponon nevojën e udhëzimit të psikiatri për kontroll të rregullt dhe trajtim (8, 15).

PËRFUNDIM

Siç ka thënë tashmë një nënë, e cila ka vuajtur nga depresioni para lindjes dhe pas lindjes, kujdesi për shëndetin mendor të nënës është kujdesi për të gjithë shoqërinë: për nënën e shëndetshme, fëmijët e shëndetshëm dhe shoqërinë e shëndetshme. Njohja e hershme e faktorëve të rrezikut për zhvillimin e depresionit para lindjes çon drejt parandalimit të shfaqjes së depresionit antenatal ose postnatal.

Trajtimi i hershëm që përbëhet nga një trajtim të kombinuar (me ndërhyrje psikologjike dhe antidepressantë SSRI) që sjellë uljen e ankthit dhe depresionit dhe forcimin e mekanizmëve mbrojtëse psikologjike të nënës dhe gjithashtu zvogëlon rrezikun e lindjes së parakohshme, lindjes cezariene dhe kujdes më të mirë si për nënën ashtu edhe për fëmijën, në periudhën para lindjes dhe pas lindjes.

REFERENCAT

1. ACOG Committee Opinion No. 343: Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(2):469-77. doi: 10.1097/00006250-200608000-00046
2. Anderson P. Prevalence of perinatal depression significantly underestimated. *American Psychiatric Association 2019 (Session 8)*. May 21, 2019. Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/913415>
3. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2007; 20(3):189-

209. doi: 10.1080/14767050701209560
4. Brandon AR, Shivakumar G, Craddock Lee S, Inrig SJ, Sadler J. Ethical issues in perinatal mental health research. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22(6):601-6. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283318e6f
 5. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry*. 2004; 49(11):726-735. doi: 10.1177/070674370404901103
 6. Fischer Fumeaux CJ, Morisod Harari M, Weisskopf E, Eap CB, Epiney M, Vial Y, et al. Risk-benefit balance of SSRI Antidepressant Use during Pregnancy and Lactation Based on Best Available Evidence - An Update. *Expert Opin Drug Saf*. 2019; 18(10):949-963. doi:10.1080/14740338.2019.1658740
 7. Guo N, Robakis T, Miller C, Butwick A. Prevalence of Depression among Women of Reproductive Age in the United States. *Obstet Gynecol*. 2018; 131(4):671-679. doi: 10.1097/AOG.0000000000002535
 8. Malm H, Sourander A, Gissler M, Gyllenberg D, Hinkka-Yi-Salomaki S, et al. Pregnancy Complications Following Prenatal Exposure to SSRIs or Maternal Psychiatric Disorders: Results from Population-Based National Register Data. *Am J Psychiatry*. 2015; 172(12):1224-32. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14121575.
 9. Huang H, Coleman S, Bridge JA, Yonkers K, Katon W. A meta-analysis of the relationship between antidepressant use in pregnancy and the risk of preterm birth and low birth weight. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36:13-18. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.08.002
 10. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JV, Bruyere O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019;15:1745506519844044. doi: 10.1177/1745506519844044
 11. Kieler H, Artama M, Engeland A, Gissler M, Norgard M, Stephansson O, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension in the newborn: population-based cohort study from the five Nordic countries. *BMJ* 2012; 344:d8012. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d8012>
 12. Malm H, Artama M, Brown AS, Gissler M, Gyllenber D, Hinkka-Yli-Salomaki S, et al. Infant and childhood neurodevelopmental outcomes following prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors: overview and design of a Finnish Register-Based Study (FinESSI). *BMC Psychiatry*. 2012; 12:217. doi: 10.1186/1471-244X-12-217
 13. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(10):1012-1024. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.111
 14. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol*. 1984; 93:158. doi: 10.1037/0021-843X.93.2.158.
 15. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Mills Burchell C, Orleans CT, Mulroe CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002; 136(10):765-76. doi: 10.7326/0003-4819-136-10-200205210-00013
 16. Thornton C, Schmied V, Dennis CL, Barnett B, Dahlen HG. Maternal deaths in NSW (2000-2006) from non-medical causes (suicide and trauma) in the first year following birth. *Biomed Res Int*. 2013; 2013: 623743. doi: 10.1155/2013/623743