

MEDICUS

ISSN 1409-6366 UDC 61 Vol · 18 (1) · Maj/MAY 2013

Punime origjinale shkencore

- 9 MEDICAL EDUCATION: BASIS FOR HEALTHCARE REFORM**
Alfred Prittanji, Eralda Turkeshi, Azis Pollozhani, Anyla Bulo
- 15 HDL-CHOLESTEROL VALUES AT ACTIVE UNTREATED AND TREATED PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**
Hysni Ismaili, Meral Rexhepi, Atilla Rexhepi, Ekrem Ismani, Nexhmedin Karemami
- 22 CULTURALLY COMPETENT COMMUNICATION IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA**
Azis Pollozhani, Elena Kosevska, Kostadin Petkovski, Shaban Memeti, Blerim Limani
- 32 KRAHASIMI I EFEKTEVE TE KARVEDILOLIT ME ATENOLOLIN NE KONVERTIMIN DHE KONTROLLIN E FREKUENCES VENTRIKULARE NE FIBRILACIONIN ATRIAL PAROKSISTIK**
Julian Ranxha, Gentian Vyshka, Anesti Kondili
- 38 ФРЕКВЕНЦИЈАТА НА HPV16, HERPES SIMPLEX VIRUS, SHLAMYDIA TRACHOMATIS И TRICHOMONAS VAGINALIS KAJ ПАЦИЕНТКИ СО ПРЕКАНЦЕРОЗНИ ЦЕРВИКАЛНИ ЛЕЗИИ КАЈ КОИ Е ИНДИЦИРАНА КОНИЗАЦИЈА КАКО ТРЕТМАН НА ИЗБОР**
Димитров Горан, Циљкова Елена, Руфати Нагип, Антовска Весна, Димитров Глигор
- 43 SITUATA EPIDEMIOLOGJIKE E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, NË VITIN 2011**
Marjeta Dervishi, Silvia Bino, Roland Bani, Shpëtim Qyra, Redona Dudushi, Florinda Balla
- 49 ECURIA E PROCESIT KARIOZ NË DENTACIONIN E PËRZIER TE FËMIJËT E MOSHËS 7 DERI NË 10 VJEÇ NË QARKUN E DURRËSIT, SHQIPËRI**
Fiorda Mezini
- 55 DIAGNOZA SEROLOGJIKE DHE EPIDEMIOLOGJIA E SIFILIZIT**
Dhurata Torba, Mirela Lika (Çekani), Zhaneta Abazaj, Silva Bino, Shpëtim Qyra
- 61 SURVEJANCA BIOLOGJIKE E AGJENTËVE INFEKTIVE TEK INDIVIDËT E POLITRANSFUZUAR NË SHQIPËRI**
Eugena Tomini, Silva Bino, Artan Simaku, Mimoza Basho, Shpëtim Qyra
- 66 PERDORIMI I DUHANIT TEK ADOLESHENTET TË GRUP MOSHES 15 - 18 VJEÇ NE VENDIN TONE 2009.**
Rudina Çumashi, Rovena Daja
- 70 NDIKIMI I AMBIENTIT EDUKATIV NË ZHVILLIMIN PSIKO-MOTOR TË FËMIJËVE PARASHKOLLORË NË QYTETIN E VLOËS, SHQIPËRI**
Aurela Sallaj, Ermira Kola, Lorena Lazaj, Dona Manaj
- 78 VLERESIMI I FAKTOREVE ETILOGJIKE NE TELOGEN EFFLUVIUM**
Albana Lufi, Loreta Kuneshta, Ermira Vasili³
- 86 KORELACIONI I ASTMËS DHE IGE-VE SPECIFIKE TE FËMIJËT DERI NË 3 VJET**
Hajdin Ymeri, Drita Telaku-Qosaj, Majlinda Berisha, Afijete Gërçari-Ymeri, Arlinda Maloku, Abdurrahim Gerguri, Shendvere Hasani
- 91 KARAKTERISTIKAT TERRITORIALE TË PREVALENCËS SË POLINOZËS NGA POLENI I KARAFILEJGJENIT NË QYTETET KRUIË, BERAT DHE TIRANË**
Kastriot Shtajaj, Arben Boçari, Mehmet Hoxha, Elona Gjebrea, Leonard Deda
- 96 IMPAKTI I POLITIKAVE TË ISKSH-SË NË REZULTATET E REFORMËS FINANCIARE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI**
Gazmet Koduzi

Punime reviale

- 103 MICROBIOLOGICAL MONITORING AND DECONTAMINATION OF AIR: METHODOLOGY**
Popovska Katja
- 117 STRATEGJITË E PËRBALLIMIT TË STRESIT TEK PËRKUJDESËSIT E PACIENTËVE ME KANCER**
Veronika Duci
- 108 ETIOLOGJIA, DIAGNOZA, MENAXHIMI I SHTATZANIVE ME PLASJE TE PARAKOHESHME TE MEMBRANAVE**
Alma Nurçe, Vjollca Hajro, Enkeleida Kamberi, Alban Bajrami, Edmond Pistulli
- 122 CRREGULLIMET E SISTEMIT KARDIOVASKULAR SI PASOJË E CIANOZËS KRONIKE TE FËMIJËT ME KEQFORMIME CIANOTIKE TË LINDURA TË ZEMRËS**
Nijazi Gashi, R. Bejiqi, V. Kotori, R. Retkoceri, H. Bejiqi, A. Retkoceri

Punime profesionale

- 131 PUNIM PROFESIONAL/ PROFESIONAL PAPER KIRURGJI PLASTIKE SURGICALL TREATMENT OF HAND BURNS**
Violeta K Zatriqi, Hysni M Arifi, Skender Zatriqi
- 142 PËRDORIMI I TRANSPLANTEVE KOCKORENE DËMTIMET E MAKSILLËS DHE MANDIBULËS, SHKAKTUAR NGA ARMËT E ZJARRIT**
Lozana Binjaku, Ramazan Isufi
- 136 ПРЕДИЗВИЦИ НА ЛАПАРОСКОПСКАТА ПОПРАВКА НА ИНГВИНАЛНА ХЕРНИЈА**
Александар Митевски, Светозар Антовик, Огнен Костовски, Кемал Рушти, Никола Јанкуловски²

Prezantime rasti

- 146 MYASTHENIA GRAVIS ASSOCIATED WITH PARANEOPLASTIC SYNDROME**
Joveva Simeonovska E, Illova Karakoloska M, Serafimov A, Petrovski C, Skenderi V
- 150 THE FIRST CASE WITH DOUBLE AORTIC ARCH DIAGNOSED AND OPERATED IN ALBANIA**
Numila Kuneshta (Maliqari), Evda Vevecka, Albert Kojja, Durim Cela, Altin Veshti, Arben Baboci, Loreta Teneqexhi.
- 154 KARDIOMIOPATIA E SHKAKTUAR NGA TAKIKARDITË**
Fatmir Ferati, Nexhedin Karemami
- 159 EPILEPSIA ME MAJA DHE VALË TË VAZHDUESHME GJATË GJUMIT TË NGADALSHËM**
Naim Zeka, Ramush Bejiqi, Abdurrahim Gerguri, Ragip Retkoceri
- 163 УСПЕШНО МЕНАЦИРАЊЕ НА БРЕМЕННОСТ И ПОРОДУВАЊЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛУАНТАЦИЈА НА БУБРЕГ**
Мерал Реџеџи, Хусни Исмаили, Сани Бајрами, Флорин Бесими





MEDICUS

Punime origjinale shkencore

- 9 MEDICAL EDUCATION: BASIS FOR HEALTHCARE REFORM**
Alfred Priftanji, Eralda Turkeshi, Azis Pollozhani, Anyla Bulo
- 15 HDL-CHOLESTEROL VALUES AT ACTIVE UNTREATED AND TREATED PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**
Hysni Ismaili, Meral Rexhepi, Atilla Rexhepi, Ekrem Ismani, Nexhmedin Karemani
- 22 CULTURALLY COMPETENT COMMUNICATION IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA**
Azis Pollozhani, Elena Kosevska, Kostadin Petkovski, Shaban Memeti, Blerim Limani
- 32 KRAHASIMI I EFEKTEVE TE KARVEDILOLIT ME ATENOLOLIN NE KONVERTIMIN DHE KONTROLLIN E FREKUENCES VENTRIKULARE NE FIBRILACIONIN ATRIAL PAROKSISTIK**
Julian Ranxha, Gentian Vyshka, Anesti Kondili
- 38 ФРЕКВЕНЦИЈАТА НА HPV16, HERPES SIMPLEX VIRUS, CHLAMYDIA TRACHOMATIS И TRICHOMONAS VAGINALIS KAJ ПАЦИЕНТКИ СО ПРЕКАНЦЕРОЗНИ ЦЕРВИКАЛНИ ЛЕЗИИ КАЈ КОИ Е ИНДИЦИРАНА КОНИЗАЦИЈА КАКО ТРЕТМАН НА ИЗБОР**
Димитров Горан, Цикова Елена, Руфати Нагип, Антовска Весна, Димитров Глигор
- 43 SITUATA EPIDEMIOLOGJIKE E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, NË VITIN 2011**
Marjeta Dervishi, Silvia Bino, Roland Bani, Shpëtim Qyra, Redona Dudushi, Florinda Balla
- 49 ECURIA E PROCESIT KARIOZ NË DENTACIONIN E PËRZIER TE FËMIJËT E MOSHËS 7 DERI NË 10 VJEC NË QARKUN E DURRËSIT, SHQIPËRI**
Fiorda Mezini
- 55 DIAGNOZA SEROLOGJIKE DHE EPIDEMIOLOGJIA E SIFILIZIT**
Dhurata Torba, Mirela Lika (Çekani), Zhaneta Abazaj, Silva Bino, Shpëtim Qyra
- 61 SURVEJANCA BIOLOGJIKE E AGJENTËVE INFEKTIVE TEK INDIVIDËT E POLITRANSFUZUAR NË SHQIPËRI**
Eugena Tomini, Silva Bino, Artan Simaku, Mimoza Basho, Shpëtim Qyra
- 66 PERDORIMI I DUHANIT TEK ADOLESHEHENTET TË GRUP MOSHES 15 - 18 VJEC NE VENDIN TONE 2009.**
Rudina Çumashi, Rovena Daja
- 70 NDIKIMI I AMBIENTIT EDUKATIV NË ZHVILLIMIN PSIKO-MOTOR TË FËMIJËVE PARASHKOLLORË NË QYTETIN E VLOËS, SHQIPËRI**
Aurela Saliaj, Ermira Kola, Lorena Lazaj, Dona Manaj
- 78 VLERESIMI I FAKTOREVE ETILOGJIKE NE TELOGEN EFFLUVIUM**
Albana Lufi, Loreta Kuneshta, Ermira Vasili³
- 86 KORELACIONI I ASTMËS DHE IGE-VE SPECIFIKE TE FËMIJËT DERI NË 3 VJET**
Hajdin Ymeri, Drita Telaku-Qosaj, Majlinda Berisha, Afijete Gërçari-Ymeri, Arlinda Maloku, Abdurrahim Gerguri, Shendvere Hasani
- 91 KARAKTERISTIKAT TERRITORIALE TË PREVALENCËS SË POLINOZËS NGA POLENI I KARAFILJGJENIT NË QYTETET KRUIË, BERAT DHE TIRANË**
Kastriot Shytaj, Arben Boçari, Mehmet Hoxha, Elona Gjebrca, Leonard Deda
- 96 IMPAKTI I POLITIKAVE TË ISKSH-SË NË REZULTATET E REFORMËS FINANCIARE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI**
Gazment Koduzi

Punime reviale

- 103 MICROBIOLOGICAL MONITORING AND DECONTAMINATION OF AIR: METHODOLOGY**
Popovska Katja
- 108 ETIOLOGJIA, DIAGNOZA, MENAXHIMI I SHTATZANIVE ME PLASJE TE PARAKOHESHME TE MEMBRANAVE**
Alma Nurçe, Vjollca Hajro, Enkeleida Kamberi, Alban Bajrami, Edmond Pistulli
- 117 STRATEGJITË E PËRBALLIMIT TË STRESIT TEK PËRKUJDESËSIT E PACIENTËVE ME KANCER**
Veronika Duci
- 122 ÇRREGULLIMET E SISTEMIT KARDIOVASKULAR SI PASOJË E CIANOZËS KRONIKE TE FËMIJËT ME KEQFORMIME CIANOTIKE TË LINDURA TË ZEMRËS**
Nijazi Gashi, R. Bejiqi, V. Kotori, R. Retkoceri, H. Bejiqi, A. Retkoceri

Punime profesionale

- 131 PUNIM PROFESIONAL/ PROFESIONAL PAPER KIRURGJI PLASTIKE SURGICALL TREATMENT OF HAND BURNS**
Violeta K Zatriqi, Hysni M Arifi, Skender Zatriqi
- 136 ПРЕДИЗВИЦИ НА ЛАПАРОСКОПСКАТА ПОПРАВКА НА ИНГВИНАЛНА ХЕРНИЈА**
Александар Митевски, Светозар Анговик, Огнен Костовски, Кемал Рушити, Никола Јанкуловски²
- 142 PËRDORIMI I TRANSPLANTEVE KOCKORENE DËMTIMET E MAKSILLËS DHE MANDIBULËS, SHKAKTUAR NGA ARMËT E ZJARRIT**
Lozana Binjaku, Ramazan Isufi

Prezantime rasti

- 146 MYASTENIA GRAVIS ASSOCIATED WITH PARANEOPLASTIC SYNDROME**
Joveva Simeonovska E, Illova Karakoloska M, Serafimov A, Petrovski C, Skenderi V
- 150 THE FIRST CASE WITH DOUBLE AORTIC ARCH DIAGNOSED AND OPERATED IN ALBANIA**
Numila Kuneshta (Maliqari), Evda Vevecka, Albert Koja, Durim Cela, Altin Veshiti, Arben Baboci, Loreta Teneqexhi.
- 154 KARDIOMIOPATIA E SHKAKTUAR NGA TAKIKARDITË**
Fatmir Ferati, Nexhbedin Karemani
- 159 EPILEPSIA ME MAJA DHE VALË TË VAZHUESHME GJATË GJUMIT TË NGADALSHËM**
Naim Zeka, Ramush Bejiqi, Abdurrahim Gërguri, Ragip Retkoceri
- 163 УСПЕШНО МЕНАЦИРАЊЕ НА БРЕМЕННОСТ И ПОРОДУВАЊЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИЈА НА БУБРЕГ**
Мерал Реџеџи, Хусни Исмаили, Сани Бајрами, Флорин Бесими

Betimi i Hipokratit

Në zastin 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

Reviste Mjekesore | Medical Journal

MEDICUS

ISSN 1409-6366 UDC 61 Vol · 18 (1) · Maj/MAY 2013

Revistë Shkencore Ndërkombetare 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)31 25 044**
Zhiro llogaria / drawing account: **200-000031528193**
Numri tatimor / tax number: **4028999123208**
Adresa e Redaksisë-Editorial Board Address: **50 Divizija, No 6, 1000 Shkup**
e-mail: **medicus.shmshm@gmail.com**

Kryeredaktori

Prof. Dr. Aziz K. Pollozhani

Editor-in-Chief

Prof. Dr. Aziz K. Pollozhani

Redaktoret

Dr. Sci. Besnik Bajrami, Boston, SHBA

Dr. Sci. Atilla Rexhepi

Editors

Besnik Bajrami, MD, PhD, Boston, USA

Atilla Rexhepi, MD, PhD

Koordinator i Redaksisë

Dr. Shenasi Jusufi

Editorial Coordinator

Shenasi Jusufi, MD

Këshilli Redaktues

Nobelisti Prof. Dr. Ferid Murad, Hjuston, SHBA

Prof. Dr. Rifat Latifi, Arizona, SHBA

Prof. Dr. Alex Leventa, Jerusalem, Izrael

Prof. Dr. Sedat Üstündağ, Edirne, Turqi

Prof. asoc. dr. Avdyl Krasniqi, Prishtinë, Kosovë

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

Prof. dr Rozalinda Isjanovska, Shkup, Maqedoni

Kadri Haxhihamza, MD, PhD, Shkup, Maqedoni

Prof. dr. sci. Elena Qoseska, Shkup, Maqedoni

Prof. dr Gentian Vyshka, Tiranë, Shqipëri

Prim. dr Gani Karamanaga, Ulqin, Mali Zi

Prof. dr Sylejman Rexhepi, Prishtinë, Kosovë

Editorial Board

Nobel Laureate Ferid Murad, MD, PhD, Houston, USA

Rifat Latifi, MD, PhD, Arizona, USA

Alex Leventa, MD, PhD Jerusalem, Israel

Sedat Ustundağ, Edirne, Turkiye

Avdyl Krasniqi, MD, PhD, Prishtina, Kosova

Minir Hasani, MD, PhD, Germany

Alfred Priftanji, MD, PhD, Tirana, Albania

Naser Ramadani, MD, PhD, Prishtina, Kosova

Yovcho Yovchev, MD, PhD, Stara Zagora, Bulgaria

Rozalinda Isjanovska, MD, PhD, Skopje, Macedonia

Kadri Haxhihamza, MD, PhD, Skopje, Macedonia

Elena Qoseska, MD, PhD, Skopje, Macedonia

Gentian Vyshka, MD, PhD, Tirana, Albania

Gani Karamanaga, MD, Ulcinj, Montenegro

Sylejman Rexhepi, MD, PhD, Prishtina, Kosova

Bordi Këshillëdhënës

Prof. Dr. Remzi Izairi,
Prof. dr. Shpëtim Telegrafi, Nju Jork, SHBA
Prof. dr. Gëzim Boçari, Tiranë, Shqipëri
Prof. dr. Donço Donev, Shkup, Maqedoni
Prof. Dr. Ramadan Jashari, Belgjikë
Prof. Dr. Florin Ramadani, Austri
Prof. Dr. Holger Tietzt, Gjermani
Prof. Dr. Vjollca Meka-Sahatçiu
Prof. Dr. Ilhami Goranci
Prof. Dr. Isuf Dedushaj, Prishtinë, Kosovë
Doc. Dr. Arben Taravari, Shkup, Maqedoni

Sekretariati i redaksisë

Dr. Besnik Hamiti
Dr. Sead Zeynel
z. Armend Hiseni

Këshilli Botues

Prof. Dr. Nevzat Elezi
Prim. Dr. Ali Dalipi
Prim. Dr. Ferit Muça
Prim. Dr. Lavdërim Sela
Dr. Bekim Ismaili
Dr. Nadi Rustemi
Dr. Bedri Veliu
Dr. Arif Latifi
Dr. Gafur Polisi
Dr. Valvita Reçi
Dr. Xhabir Bajrami
Dr. Gazi Mustafa
Prim. Dr. Beqir Ademi
Dr. Murat Murati
Dr. Dukagjin Osmani
Dr. Bari Abazi
Dr. Atip Ramadani

Dizajni & Pamja

Besnik Hamiti

Shtypur në

Shtypshkronjen "Aj-Graf MATBAA", Shkup

Medicus shtypet në tirazh: 600 ekzemplarë
Revista shperndahet falas

Advisory Board

Remzi Izairi, MD, PhD
Shpetim Telegrafi, MD, PhD, New York, USA
Gezim Bocari, MD, PhD, Tirana, Albania
Donco Donev, MD, PhD, Skopje, Macedonia
Ramadan Jashari, MD, PhD, Belgjum
Florin Ramadani, MD, PhD, Austria
Holger Tietzt, MD, PhD, Germany
Vjollca Meka-Sahatciu, MD, PhD
Ilhami Goranci, MD, PhD
Isuf Dedushaj, MD, PhD, Prishtina, Kosova
Arben Taravari, MD, PhD, Skopje, Macedonia

Editorial Secretariat

Besnik Hamiti, MD
Sead Zeynel, MD
Mr. Armend Hiseni

Editorial Council

Nevzat Elezi, MD, PhD
Ali Dalipi, MD
Ferit Muca, MD
Lavderim Sela, MD
Bekim Ismaili, MD
Nadi Rustemi, MD
Bedri Veliu, MD
Arif Latifi, MD
Gafur Polisi, MD
Valvita Reci, MD
Xhabir Bajrami, MD
Gazi Mustafa, MD
Beqir Ademi, MD
Murat Murati, MD
Dukagjin Osmani, MD
Bari Abazi, MD
Atip Ramadani, MD

Design & Layout

Besnik Hamiti

Printed in:

Print House "Aj-Graf MATBAA", Skopje

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

Shoqata e Mjekëve Shqiptar në Maqedoni (SHMSHM) u themelua më v. 1994, në kushte specifike të rrethanave shoqërore dhe të zhvillimit të profesionit të mjekut dhe shëndetësisë në veçanti në Republikën e Maqedonisë. Misioni i Shoqatës ishte që të gjejë rrugët për të mbrojtur dhe avancuar në mënyrë të organizuar pozitën dhe rolin e mjekëve dhe pacientëve në një periudhë specifike dhe për shumëçka sfiduese. Ndonëse e themeluar në keto rrethana specifike, roli i saj, me kohë shtohet, fuqizohet dhe me aktivitetet e veta formësoi identitetin e vet duke u qëndruar në ballë të mbrojtjes së interesit të mjekëve, themelues të saj, dhe punëtorëve tjerë shëndetësorë si dhe pacientëve, duke u vënë kështu në rrjedhat globale bashkëvepruese me shoqatat tjera në botë për të avancuar “artin dhe shkencën mjekësore në interes të pacientëve dhe shëndetit publik”.

Parë historikisht, kjo ka qenë rruga dhe sfidat që ka përcjellë edhe shoqatat e para të themeluara edhe ndër kombe tjera. Ndër të parat e këtij lloji mund të përmendet Société Royale de Médecine, e themeluar në 1730 në Paris. Në Britaninë e Madhe, në vitin 1832 u themelua British Medical Association, e cila prej vitit 1857 e boton revistën e njohur British Medical Journal (BMJ). Në ShBA-të, në vitin 1847 u themelua American Medical Association (AMA), e cila boton Journal of the American Medical Association (JAMA). Me kohë, mbi të njëtat parime janë themeluar dhe funksionojnë asociacione në nivel të shteteve, njësi federale në vende të ndryshme, ato mbi baza lingustike, specialistike dhe në bazë të specifikave të tjera. Ato kanë mision “që të përparojnë artin dhe shkencën e mjekësisë për të mirën e shëndetit në shoqëri, të avancojnë interesat e mjekëve dhe pacientëve të tyre, të promovojnë shëndetin publik, të llojnë për zgjidhje ligjore më të favorshme për mjekët dhe pacientët e tyre si dhe të mbledhin fonde për edukimin mjekësor.”

Me kohë u paraqit nevoja e ndërtimit të strukturave mbinacionale për harmonizimin e standardeve dhe nevojave tjera të profesionit mjekësor në një botë që po rritej, zhvillohej dhe globalizohej. Kështu me takimin e Komitetit Organizativ nga 17 asociacione kombëtare, në vitin 1946 në Paris u inicua, dhe një vit më vonë në Asambleshën e përgjithshme të OBSH-së u themelua “The World Medical Association”(WMA), Asociacioni Botëror Mjekësor nga 27 asociacione nacionale prezente. Ky asociacion është ndërmjetësi dhe promotori i aktiviteteve të OBSH-së në drejtim të Organizatave nacionale me qëllim të realizimit të synimeve të planifikuara për implementim në shkallë botërore. Për realizimin e të njëjtit qëllim në nivel të vendeve evropiane më vonë, në 1984, filloi konstituimi i Forumit Evropian të Asociacioneve Mjekësore (European Forum of Medical Associations -EFMA).

Në ndërkohë funksionojnë edhe asociacione të tjera që kanë në fokus aktivitete të ndryshme të bashkëpunimit me qëllim të harmonizimit, standardizimit dhe avancimit të aspekteve të ndryshme në fushën e shëndetësisë. Ndër më

The Association of Albanian Medical Doctors from Macedonia (AAMD - Macedonia) was founded in 1994, at times of specific societal circumstances and specific conditions of the development of the medical profession and health care in particular, in the Republic of Macedonia. The mission of the association was to protect and promote the position and the role of doctors and patients in an organized manner, amid specific, and in many ways, challenging period of time. Nonetheless, over the time its role has strengthened and its activities shaped its identity, standing at the forefront of the interests of its founders-the doctors, and the interests of the other health care workers, as well as patients’ interests. Thus, the association has placed itself in the mainstream of global interaction with the other associations abroad in order to advance the art and science of medicine toward the patients’ interests and health promotion.

Historically, it has been the very same route and the same challenges encountered by the newly established associations worldwide. One of the first of this kind, Société Royale de Médecine, founded in 1730 in Paris. In Great Britain, the British Medical Association was founded in 1832, which publishes the well known British Medical Journal (BMJ), since 1857. In the U.S. in 1847 was founded the American Medical Association (AMA), which publishes the Journal of the American Medical Association (JAMA). Over the time, upon identical principles were established and functioning up to date associations at state and federal level, in different countries, according to language, specialty or, other specifications. Their mission is “to advance the art and science of medicine for the benefit of health in the society, to advance the interests of physicians and their patients, to promote public health, to advocate for favorable legal solutions for physicians and their patients and to raise funds for medical education “

Over the time, a need for building international structures for standard harmonization has appeared, as well as other needs of the medical profession in a world that was growing, developing and globalizing. Thus, at the meeting of the Organizing Committee of the 17 national associations, in 1946 in Paris, was initiated, and a year later ,at the World Health Organization’s (WHO’s) General Assembly was founded “The World Medical Association” (WMA) World Medical Association out of 27 national associations attending the meeting. This association is a mediator and promoter of the WHO activities to the national member organizations in order to achieve the planned goals and their implementation on a global scale. In order to achieve the same goals at a European level, later, in 1984, the constitution of the European Forum of Medical Associations (EFMSA) has been established.

In the meantime, there are other associations that focus on various cooperation activities with the aim of

aktualet gjithësesi që është European Accreditation Council for Continuinual Medical Education (EACCME®). (Këshilli Evropian i Akreditimit të Edukimit Mjekësor Kontinual) që u themelua në vitin 1999. Ky këshill është rregulatori i ngarkuar për harmonizimin e edukimit kontinual në shëndetësi dhe akreditimin e aktiviteteve për këtë qëllim në hapsirën evropiane.

Në këtë kontekst, duke vërejtur rrjedhat historike të organizimit të shoqatave, si edhe duke parë qëllimet për formimin e tyre, Shoqata e Mjekëve Shqiptar të Maqedonisë (themeluese e Revistës “Medicus”) përfaqëson një strukturë legjitime për qëllimet e veta dhe mundësi e shkëlqyer për t’u vënë në mbështetje të nevojave të kohës, si për mjekët poashtu edhe për pacientët. Nevoja për përparimin e shëndetit si dhe të shërbimeve shëndetësore, nevoja për format më adekuate të mbrojtjes së interesit të mjekut dhe pacientit si dhe obligimi për edukim mjekësor për të qënë gjithmonë në nivelin e kërkesave profesionale të kohës, do të mbesin në qendër të misionit të kësaj shoqate. E vetëdijshme për këtë obligim, SHMSHM, në vazhdimësi të programit të vet veprues, dhe në përputhje me kërkesat e kohës, ka zgjeruar aktivitetin e vet në disa drejtime. Kështu, nga ky vit (2013) shoqata mori vendim që Revista Mjekësore Ndërkombëtare Medicus (International Medical Journal Medicus- IMJM) të botohet tre herë në vit. Gjithashtu shoqata ka marrë mbi vete përgjegjësinë për edukimin kontinual të mjekëve duke u akredituar për këtë qëllim nga ana e Odës së Mjekëve të RM. Organizimi i edukimit kontinual për mjekët është një hap i rëndësishëm që paraqet një avansim cilësor të fushëveprimit të Shoqatës. Pasurimi i takimeve profesionale me ligjërata tematike plotësuese si edhe aktivitete tjera në rrafsh kombëtar dhe ndërkombëtar, poashtu paraqesin vlera shtesë në punën e saj.

Ne jemi dëshmitarë për dinamikën marramendëse në të gjitha fushat e mjekësisë, që do të ofrojnë mundësi të reja si për mjekët poashtu edhe për pacientët dhe nevojat e tyre. Ne poashtu duhet të jemi të vetëdijshëm që e ardhmja do të imponojë edhe kërkesa tjera që do të na vëndojnë para sfidave të llojllojshme që do të kërkojnë zgjidhje. Vendi dhe roli i strukturave profesionale në këtë mes do të shtohet. Forcimi dhe strukturimi adekuat i këtyre shoqatave, në këtë kontekst edhe i Shoqatës tonë, do të mbetet imperativ për kohën që vjen. Dinamizimi i aktiviteteve përmbajtësore në interes të anëtarëve të saj dhe ngritja profesionale dhe akademike e anëtarëve të saj, janë garanca për ballafaqimin dhe përballimin me sukses të këtyre sfidave nga ana e SHMSHM.

Me respekt,

Prof. Dr. Aziz K. Pollozhani
Kryeredaktor i Revistës Medicus



harmonization, standardization and improvement of various aspects in the field of health promotion. Among the most actual is the European Accreditation Council for Continual Medical Education (EACCME ®) that was founded in 1999. This council is in charge for the harmonization of the continuous medical education and the accreditation of the activities aimed for that purpose within the European area.

In this context, noting the historical course of organizing the associations, as well as taking into consideration the motives for their foundation, the Association of the Albanian Medical Doctors from Macedonia (publishing the International Medical Journal - Medicus) represents a legitimate structure for its own purposes and excellent opportunity to meet the needs imposed by the time, both for doctors' and their patients' needs. The need for health promotion and health services, the need for adequate forms of advocating the doctors' and patients' interests, as well as the obligation for continuous medical education in order to be always at the height of the requirements of the duty, they all will remain at the heart of the association's mission. Being aware of the aforementioned, the AAMD, following its own action plan, and in accordance with the requirements of time, has widened the scope of its activities in several directions. Therefore, starting from this year (2013), the association has made a decision to publish the International Medical Journal Medicus (IMJM) in three issuances per year. Moreover, the association has assumed the responsibility for the continuous medical education via its accreditation for this purpose, granted by the Doctors' Chamber of the Republic of Macedonia. Carrying out the continuous medical education as the associations' activity represents an important step towards a qualitative advancement of the scope of the Association. The wide variety of topic-based discussions and other activities in our professional meetings, both nationally and internationally, represent added value of our work.

We are witnessing breathtaking dynamics in all areas of medicine, which will provide new opportunities for both, physicians and patients and their needs. We also need to be aware that the future will impose other requirements that will put us in front of various challenges to be resolved. The place and role of the professional structures in this prospect will become more important. Strengthening and adequate structuring of these associations, as well as ours', in this context, will remain imperative for the time to come. The dynamics of substantial activities in the interest of its members and their academic and professional development warrants that these future challenges would be successfully met by our association.

Best regards,

Aziz K. Pollozhani, MD, PhD
Editor-in-Chief of the Journal Medicus



MEDICAL EDUCATION: BASIS FOR HEALTHCARE REFORM

Alfred Priftanji¹, Eralda Turkeshi¹, Azis Pollozhani², Anyla Bulo¹

¹ Faculty of Medicine, University of Medicine in Tirana

² Institute for public health of the Republic of Macedonia

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 9 -14

ABSTRACT:

Background: Medical education has gone through huge developments in the past several decades both in USA and Europe. It is time that these developments are reflected and incorporated in the medical education systems of the countries of Western Balkans in order to support the healthcare reforms in these countries to improve the health of the region as well as their shared pursuit for integration in the European Union

Aim and method: Based on a literature review of the current trends in medical education development as well as the issues presented and discussed during the first scientific forum “Medical education - basis for healthcare reform” that was held in February 20th, 2013 in Skopje FYROM, this paper aims to provide a snapshot of the possibilities for development in medical education in our region.

Conclusion: Opportunities and needs for development and improvement of medical education in our region are enormous. These opportunities call for cooperation and sharing of expertise and experience within our countries as well as with international experts to produce initiatives and interventions that will benefit the quality of medical training as well as the quality of the medical services in our region.

Key words: medical education, new curriculum models, new assessment methods, educational strategies, healthcare reforms

The scientific forum “Medical education - basis for healthcare reform” was an initiative of the “Medicus” scientific journal and its partners at the Faculty of Medicine, University of Medicine in Tirana. The forum aimed to provide a platform that will facilitate the sharing of experiences in medical education and curriculum reforms of countries in our region recognizing its importance in further reforms and developments of our healthcare systems. It also aimed to explore developing opportunities for closer cooperation in the region in the area of medical education.

The participants in the forum came from Faculty of Medicine, University of Medicine in Tirana, Faculty of Medicine, University of Skopje, Faculty of Medicine, University of Stip and Tetova, Faculty of Medicine, University of Medicine in Prishtina as well as from the University “Rezonanca” from Prishtina and the Higher education Agency for accreditation in Kosovo. The medical education institutions in the forum shared about recent developments in their undergraduate medical curricula. All of these curricula have gone through some

major changes in the past few years in order to align them with the Bologna process requirements esp. in regard to application of ECTS and applying diploma supplement and recognition. The participants recognized that reforms in healthcare could not be successful unless accompanied by major reforms of the medical education system esp. the undergraduate/basic medical education programs. It was also agreed that it is very important to engage in regional cooperation to harmonize the medical education in the region and join forces in aligning it with the European and international standards. The forum also recognized the need for capacity building in medical education in the region due to the enormous developments in this new area in the past several decades all over Europe and the world.

During the forum presenters informed on some key development in the medical education arena in Europe such as the recent changes in the European directive for professional qualifications (expected to have final approval in May 2013) incorporating the important shift from discipline to competency based medical curricula (19).

The forum briefly reviewed the history of changes in medical education starting with Flexner's report in 1910 that for the first time defined the medical curricula and included them in the university level emphasizing the importance of the basic sciences in the formation of the future physicians (5). The scientific emphasis to health care curricula in the early 20th century and the expansion of the medical knowledge and technology led to the specialization of the medical workforce and divisions in the medical curriculum to teach the new knowledge and technology. The medical schools gradually moved into being ivory towers of science and research, while the care offered to patients became 'fragmented, depersonalized and costly' (3). In the second part of the 20th century, the lack of social accountability and relevance of medical education triggered a wave of change in medical education that was supported by the developments in social-behavioral sciences and educational theories and principles, as well as by the call to orient healthcare systems toward primary care and preventive services.

These changes in medical education emphasized the importance of integrating basic sciences (including behavioral sciences) with clinical medicine and orientating the medical school curriculum towards the healthcare needs of patients in their communities (3). Health care has changed its focus from the individual to the community, from the cure to the prevention of disease, from fragmented to continuous and comprehensive care, from single physician to team approach of provision of healthcare services, from doctor centered to patient centered models (12). Changes in healthcare delivery, medical knowledge, doctors' availability and workload, as well as patients' and students' expectations have demanded responses of medical education (4). "High quality medical education is central to high quality medical care" (12) thus in their continuous attempt to provide quality health care, national and international medical education organizations such as the General Medical Council (GMC) in the UK, the World Federation of Medical Education (WFME) and the World Health Organization (WHO) have required and supported important changes in medical education in the past two decades (8,17,18). One century after Flexner's report, 130 international organizations and experts in medical education in an initiative supported by WHO and WFME agreed on "Global consensus for Social Accountability of Medical Schools" (7). This consensus calls medical schools to think and contribute not only towards scientific developments but also toward playing an important role in the performance

of the healthcare system and the quality of its services for the citizens in their countries.

In the light of these developments and the international literature and recommendations the following areas of trends in medical education were briefly presented during the forum in Skopje:

NEW CURRICULUM MODELS

The traditional/conventional model of medical school curriculum is a combination of preclinical years with intensive teaching of basic science followed by the clinical years with clinical rotations in hospital settings (2). Innovative curricula such as the 'inverted triangles' curriculum (13) teach basic and clinical science together with early exposure to clinical skills. In 'total integration curriculum' (13) or the 'spiral' curriculum (2), clinical and communication skills, clinical science, biological and behavioral sciences as well as professional development are integrated and progress together into higher levels of complexity throughout the curriculum timeline (13,2).

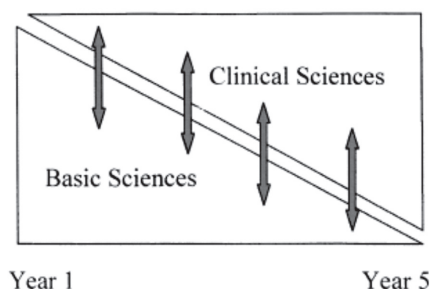


Figure 1: The inverted triangle model of the medical curriculum (2)

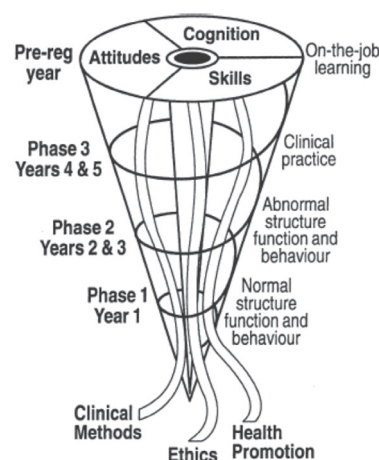


Figure 2: The spiral model of the medical curriculum (2)

The concept of curriculum has evolved from including just the content and examinations to assess, into the emphasis of learning methods, educational strategies, aims and objectives and lately the outcomes, thus shifting focus from the process to the product/results (10). Outcome based models of medical curriculum have become very important as an ‘*approach to education in which decisions about the curriculum are driven by outcomes that students should display by the end of the course*’ (10).

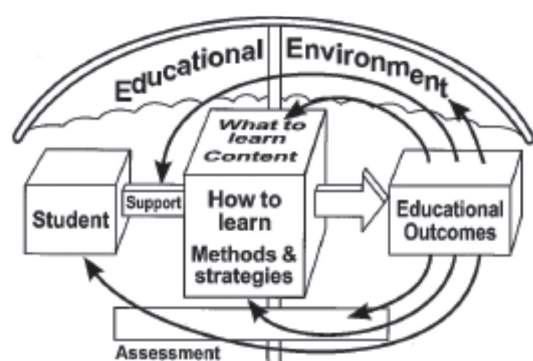


Figure 3: The model of outcome based curricula (10)

The latest Tomorrow’s Doctors (8) in the UK describes three outcomes: the doctor as a scholar and scientist, the doctor as a practitioner and the doctor as a professional while the CANMEDS (6) medical education outcomes are defined as seven roles that each physician should fulfill: medical expert, communicator, collaborator, manager, health advocate, scholar and professional. The Scottish Doctor (15) describes the 12 outcomes of medical education under three main areas:

- a - What a doctor is able to do: 1. clinical skills; 2. practical procedures; 3. patient investigation; 4. patient management; 5. health promotion and disease prevention; 6. communication; 7. medical informatics.
- b - How the doctor approaches the practice: 8. understanding of basic, behavioral and clinical sciences; 9. attitudes, ethical and legal responsibilities; 10. decision making, clinical reasoning and judgment.
- c - The doctor as a professional: 11. role of the doctor within the health service; 12. personal development.

The Association of American Medical Colleges in USA describes the outcomes of the undergraduate medical education as four attributes that any graduate should have: altruistic, knowledgeable, skillful and dutiful (1).

The basic medical curricula in the Western Balkans

region will need to move from a discipline to an outcome/competency based curricula. The above mentioned models of outcomes could be discussed and adopted to the regional and national needs and profiles of the healthcare workforce. These outcomes then should be central and guide the other components of the curriculum (see fig.3). This is an area where both in a national and regional levels there is room for improvement, sharing and discussing with all the relevant stakeholders. There are already attempts to develop harmonized learning outcomes for undergraduate medical education in Europe that could be consulted and considered as well (www.tuning-medicine.com) especially in the light of the countries in our region aspiring for EU membership.

NEW EDUCATIONAL STRATEGIES

As a result of a better understanding of the needs and learning process of adults, a variety of new educational strategies have been developed and implemented such as self directed learning, problem based learning, integrated learning, task based learning, team based learning and multi-professional learning (4). Harden et al (9) presented six important educational strategies of a medical school curriculum as a continuum with two extremes in the SPICES model:

Student centered	-----	Teacher Centered
Problem Based	-----	Information gathering
Integrated	-----	Discipline based
Community based	-----	Hospital based
Electives	-----	Standard program
Systematic	-----	Apprenticeship based

The right side of the continuum is a description of the more traditional medical school curricula while the innovative models would be in the left side, but each school has to define its own profile of the SPICES model that best fits its aims and setting (9).

Each of the medical schools in our region will need to discuss and position itself in this SPICES spectrum in a way that best fits their institutions and the expected competencies of their graduates (outcomes). The common understanding in the forum is that most of the medical schools represented are still in the right end of the spectrum. There has been a private university in Prishtina (“Rezonanca”) that has attempted to implement a more left sided SPICES innovative curriculum, but

currently their program has stopped running. There is huge room for improvement and development in this area in our region.

NEW LEARNING SITUATIONS

Beside lectures and bedside learning now there is independent learning and small group learning taking place not just in hospitals, but also in clinical skills centers, ambulatory care centers and primary care settings (4). The community is being used more in undergraduate medical education, as a teaching and learning setting not just on community based, primary care healthcare services, but also on communication, clinical and other generic professional skills (2).

These international developments raise the issue of developing more partnerships between medical schools in our region and the communities and their healthcare services moving more of the teaching into the community especially in the light of the initiatives for development and strengthening of primary care as the core of the healthcare systems in the region. Some of the medical schools in the region are developing opportunities for learning clinical skills in clinical skills labs before approaching patients, but this is yet an area that needs development in our region.

NEW TOOLS AND AIDS (TECHNOLOGY)

Computer assisted, internet based and mobile learning programs, study guides to facilitate independent learning, videos for teaching and assessing communication skills and simulators to teach physical exam and procedures have been increasingly recognized as valuable teaching tools in medical education (4). Developing and sharing electronic learning management platforms between the medical schools in our region is an opportunity for growth and partnership esp. in light of an increase of use of internet and mobile devices in the new generation of medical students and the explosion of tools available online to further and supplement medical education activities.

NEW ASSESSMENT METHODS

Assessment is a key component of medical curricula as it is recognized that it drives learning. Worldwide, the variety of educational strategies and the emphasis toward integration and outcomes has led to the development of integrated and comprehensive assessment methods

such as Objective Structured Clinical Examination (OSCE), Extended Matching Items (EMIs), standardized patients, formative assessment, portfolio, work-based assessment and progress tests that aim to assess not just knowledge and skills, but competence, professionalism and performance (4). The aim now is to use assessment methods that are valid, reliable, feasible and with educational value, leading to assessment of higher levels in the Miller's pyramid (fig 4).

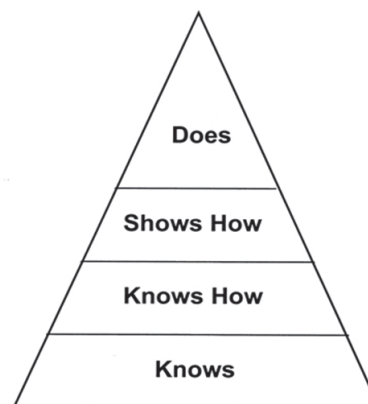


Figure 4: Miller's pyramid of assessment (14)

While a few medical schools in the region have attempted assessment of competence through OSCEs, the common understanding during the forum was that much needs to be done in this area as well to overcome the current tradition of assessing just in the lower levels of the assessment pyramid. There are opportunities to discuss and share experience and resources among the medical schools in the region in this area.

FACULTY DEVELOPMENT STRATEGIES

The implementation of new concepts and strategies in medical education requires the acquisition of these concepts and skills by the academic staff (faculty) of medical schools in our region. Faculty development programs in medical education have become an important part of the activities of medical schools all over the world in view of the above developments and changes in medical school curricula. These programs improve the academic performance of medical school faculty and their enthusiasm for teaching and involvement in new educational activities (16).

With the expansion of medical education research and accountability in the recent years there has also been a move toward Best Evidence Medical Education (BEME)

“the implementation by teachers and educational bodies in their practice, of methods and approaches to education based on the best evidence available” moving the practice of medical education from opinion-based to evidence-based (10). International medical education organization such as AMEE (Association of Medical Education in Europe www.amee.org) provide a rich resource of medical education courses and conferences that could be used by the medical schools in our region who were encouraged to take advantage of these opportunities.

The Faculty of Medicine, University of Medicine in Tirana shared about their initiative of holding an annual conference of medical education since 2010 with international speakers. The conference has provided an opportunity for their faculty to be exposed to current trends in medical education and be inspired for improvement supporting the initiatives for curriculum transformation in the medical school. There are opportunities to cooperate in this area as well between the medical schools in our region by jointly developing and implementing with the support of EU partners faculty development activities and online trainings that increase capacity for curriculum reforms/transformation in the respective institutions.

Medical education will continue to change, focusing on outcome driven curricula, adapting a diversity of educational strategies to different settings and learner needs, assessing with comprehensive methods such as portfolio and work-based assessment, exploring e-learning and virtual learning environments and promoting and expecting competence and scholarship in teaching through faculty development programs (4). All medical schools in our region have the responsibility to comply with EU and international standards of medical education and assure the production of graduates that fit the profile of the medical work force needed in their respective countries and broader. There is a need and enormous benefit in cooperating together in the region in developing capacity for curriculum reforms and transformation and for tapping into EU partnerships, resources and funding that would support these much needed developments in our region.

Skopje's scientific forum on medical education opens the way for such platform of communication and cooperation and the participants agreed to pursue a formalization of this forum to arrange periodical meetings in the region. The “Medicus” journal has also offered to open

a new publishing category on medical education in its coming editions. It is hoped that these very important developments to support regional initiatives in medical education would benefit the health care systems in our region and the health of our populations.

REFERENCES

1. American Association of Medical Colleges (1998) *Report 1 Learning objectives for medical school education: guidelines for medical schools*, American Association of Medical Colleges, Washington DC, www.aamc.org
2. Bligh, J (1999), ‘Curriculum design revisited’, *Medical Education*, 33:82-85.
3. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E (2002), *Improving health systems: the contribution of family medicine. A guidebook*. World Organization of Family Doctors, Singapore, pp.74-78.
4. Dent J A & Harden R M (2009), ‘New Horizons in medical education’, in Dent J A and Harden R M (eds.), *A practical guide for medical teachers*, 3rd ed., Elsevier.Churchill Livingstone, Edinburgh.
5. Flexner (1910) ‘Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching’, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, USA, www.carnegiefoundation.org
6. Frank J R ed. (2005) ‘The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care’. Ottawa. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
7. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (2010) www.healthsocialaccountability.org
8. GMC (2009), *Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education*, Education Committee of the General Medical Council, General Medical Council, www.gmc-uk.org
9. Harden R M, Sowden S & Dunn D R (1984), ‘ASME Medical Education Research Booklet No.18:The SPICES Model’, *Medical Education*, 18(4):284-297.
10. Harden R M, Grant J, Buckley G, Hart I R (1999), ‘BEME Guide Nr.1: Best evidence Medical Education’, *Medical Teacher*, 21(6):553-562.
11. Harden R M, Crosby J R, David M H (1999), ‘AMEE guide No 14: Outcome Based Education : Part 1- An introduction to Outcome Based Education’, *Medical Teacher*, 21 (1): 7- 14

12. Jones R, Higgs R, de Angelis C & Prideaux D (2001), 'Changing face of medical curricula', *The Lancet*, 357(3):699-703.
13. Leinster S (2005), 'New Horizons in medical education', in Dent J A and Harden R M (eds.) *A practical guide for medical teachers*, 2nd edition, Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh, pp.19-27.
14. Miller, GE (1990) "The assessment of clinical skills/competence/performance"*Academic Medicine*, 65(9): s63-s67.
15. Scottish Deans' Medical Education Group (2008) '*The Scottish doctor: learning outcomes for medical undergraduate in Scotland- a foundation for competent and reflective practitioners*', 3rd ed., Association for Medical Education in Europe, Dundee.
16. Steinert Y, Mann K, Centene A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, Prideaux D (2006), 'A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide Nr.8', *Medical Teacher*, 28(6): 497-526.
17. WFME (1988), The Edinburgh declaration, *Lancet*, 332(8068):462
18. WHO (1991), *Changing medical education: an agenda for action*, World Health Organization, Geneva.
19. U.E.M.S (2013) The newsletter of European Medical Specialists, February 2013, European Union of Medical Specialists, Brussels, www.uems.net

EDUKIMI MJEKËSOR: BAZË PËR REFORMAT NË SHËNDETËSI

Alfred Priftanji¹, Eralda Turkeshi¹, Azis Pollozhani², Anyla Bulo¹

¹Fakulteti i Mjeksisë, Universiteti i shkencave mjekësore, Tiranë

²Instituti i shëndetit publik i RM

ABSTRAKT:

Hyrje: Arsimit mjekësor ka përjetuar zhvillime madhore në dekadat e fundit si në ShBA edhe në Europë. Ka ardhur koha që këto zhvillime të reflektohen dhe përfshihen në sistemet e arsimit mjekësor në vendet e Ballkanit Perëndimor në mënyrë që të mbështeten reformat e kujdesit shëndetësor në këto vende për të përmirësuar shëndetin në këto rajone si dhe për përpjekjet e tyre për integrim në Bashkimin Europian.

Qëllimi dhe metoda: Bazuar në një shqyrtim të literaturës mbi tendencat aktuale në zhvillimin e arsimit mjekësor si dhe në çështjet e paraqitura dhe diskutuara gjatë forumit të pare shkencor "Arsimi Mjekësor- baze e reformave të kujdesit shëndetësor" që u mbajt në 20 shkurt 2013 në Shkup, ky artikull synon të paraqesë një pamje përmblëdhëse të mundësive për zhvillim në arsimin mjekësor të rajonit tonë.

Përfundime: Mundësitë dhe nevojat për zhvillim dhe përmirësim të arsimit mjekësor në rajonin tonë janë të jashtëzakonshme. Këto mundësi bëjnë thirrje për bashkëpunim dhe ndarje ekspertize dhe eksperiencash ndërmjet vendeve tona dhe me eksperte ndërkombëtare në mënyrë që të prodhohen iniciativa dhe nderhyrje që do të ndikojnë në përmirësimin e cilësive të trajnimit mjekësor si dhe në cilësinë e shërbimeve mjekësore në rajonin tonë.

Flaet kuc: arsimit mjekësor, modeli i ri i kurikulës, metoda e re e vlerësimit, strategjitë arsimore, reforma shëndetësore.

HDL-CHOLESTEROL VALUES AT ACTIVE UNTREATED AND TREATED PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Hysni Ismaili¹, Meral Rexhepi², Atilla Rexhepi¹, Ekrem Ismani³, Nexhmedin Karemani¹

¹ SUT, Medical Faculty, Tetova, Macedonia.

² Clinical hospital, Department of Ginekology, Tetovo, Macedonia.

³ Clinical Hospital, Department of Transfuziology, Tetovo, Macedonia.

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 15-21

ABSTRACT

Objective: To examine the values of high-density lipoproteins cholesterol (HDL-C) at patients with active and untreated rheumatoid arthritis (RA), impact of immunomodulatory therapy on the values of HDL-C after 6 and 12 months treatment, and values of acute phase reactants before and after treatment.

Material and methods: 30 patients with active and untreated RA were treated with immunomodulatory therapy. The age of patients varied from 32 to 59 years old. The average age was 45.7 years old and the average disease duration was 6.2 years. The diagnosis was determined according to ARA (American Rheumatology Association) criteria of 1988. Before the treatment, all patients had done clinical and laboratory examinations. Drugs were prescribed according to the protocol for treatment, while HDL-C values were recorded at the beginning of the study, the 6-month mark and at the end of study, respectively end of month 12.

Results: Changes in HDL-C levels between the start of the study, at 6 months and again in one year after the start of the study for $x^2 = 54.7$ and $p < 0.001$, were with significant differences. Levels of HDL-C's at the 12month, for $Z = 5.5$ and $p < 0.001$ were significantly higher when compared to the results obtained at the beginning of the study.

Conclusion: Use of immunomodulatory therapy at patients with active and untreated RA had reduced effect on disease activity and inflammation but also had beneficial effect increasing antiatherogenic HDL-C.

Key Words: HDL cholesterol, Rheumatoid arthritis, acute phase reactants, dyslipidemiae.

INTRODUCTION

Rheumatoid arthritis (RA) is the most common form of inflammatory, chronic and progressive arthritis. It represents the locomotory system damage and is best seen in peripheral joint extremities. Rheumatologist's goals focus on: controlling symptoms, preventing further damage to joints and improving current functions. Studies conducted fifty years back have also shown that patients with RA die at a younger age compared to the general population (1,2,3). In general, the most common cause of death has been cardiovascular disease, but patients with RA are at a risk of 2 to 5 times more likely to develop a cardiovascular disease which in turn leads to a lifespan of 5-10 years less than that of the general population. It is thought that inflammation that is present with associated nodes is also present in the vascular wall (4,5). Various studies have confirmed that endothelial dysfunction

and dyslipidemiae are present in patients with RA and the Systemic Lupus. This data supports the view that chronic inflammation affects the vascular walls and with dyslipidemiae may be the mechanisms that explains at least the increased mortality and morbidity that occurs in patients with RA. Also, immune deregulations with systemic inflammation are integral to development of atherogenesis at RA. There are many parallels between the immunological and pathological processes occurring in synovium and atheromatic lesions in blood vessel walls. Some markers, such as: production of antibodies Rheumatoid factor (RF), anticitrulines, (aCL), markers of systemic inflammation (Erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-Reactive protein (CRP), Tumor necrosis factor (TNF), Interleukin (IL-6), the number of inflamed joints, early dysfunction and the presence of extraarticular changes, are certified that are very closely related to cardiovascular changes that occur to RA. (6,7,8,9,10)

In general, with some variations between different studies, lipid profiles of patients with active and untreated RA are characterized by decrease in serum levels of HDL-C and high serum levels of Total Cholesterol (TC) and LDL (low density lipoproteins) cholesterol. It is important to note that the reduction of HDL-C levels has consequences in increasing the ratio of TC / HDL-C. This ratio represents an atherogenic index, which in turn is a very important prognostic marker for cardiovascular diseases. When this index is 5 or above as opposed to ideal 4 or lower, the risk for myocardial infarction increases significantly. The levels of TC and HDL cholesterol in RA are inversely correlated with disease activity, which suggests the potential role for inflammation in the atherogenic profile of these patients. (11,12,13,14)

Another group of researchers focus on function of HDL cholesterol. Atherosclerosis starts when LDL cholesterol infiltrates the artery walls and is oxidized by reactive oxygen species to oxidized LDL (ox-LDL). This ox-LDL, leads to phospholipids release, activating endothelial cells, which in turn initiate an inflammatory process that leads to the formation of foam cells and fatty streaks. The normal-HDL-C shows its antiatherogenic role by protecting LDL cholesterol from oxidation and inhibition of the expression of adhesion molecules and their role in the reverse transport of cholesterol. This antiinflammatory HDL-C can be distinguished from the so-called proinflammatory HDL-C which does have these properties and actually may promote inflammation. According to McMahon's and colleagues, proinflammatory HDL-C was detected more often in patients with AR (n = 48) than in controls, (n = 72), or 20% versus 4% and because of this, proinflammatory HDL-C can be a novel biomarker for the increased atherosclerotic risk RA. (16,17,18,19,20,21.)

Because HDL-C has a strong antiatherogenic effect and it is in relation with the acute phase reactants, we will analyze the concentration of HDL-C in patients with active untreated and treated RA.

AIM OF STUDY

The purpose of this study is to examine the HDL cholesterol values in detection of new patients with active and untreated RA, and impact of immunosuppressive therapy on HDL cholesterol levels of the same patients after 6 months and one year of treatment, and values of acute phase reactants before and after treatment.

MATERIAL AND METHODS

A group of 30 patients with active and untreated RA patients at a time of one year, and a group of 30 healthy individuals who will serve as a control group, will be followed during this study. The study was conducted in the Rheumatology Clinic at the Clinical Center of Skopje. All patients were female, age range between 32 to 59 years old. The average age was 45.7 years old and the average disease duration was 6.2 years. All met the revised criteria by ARA (American Rheumatology Association) of 1987 for the classification of acute RA. Those criteria are: morning stiffness, arthritis in three or more sets of joints, arthritis in the joints of the hands, symmetrical arthritis, rheumatoid nodule, the serum Rheumatoid factor and typical radiological changes. The study did not include patients with disease or condition that directly or indirectly may affect the status of lipids, such as: sin.Cushing, cancer, diabetes mellitus, acute infections, vegetarians, diseases of liver, kidney, thyroid, cerebrovasculare insults, cardiovascular disease, patients undergoing therapy with beta blockers, vitamin E, antilipid drugs, oral contraceptives, pregnant women, patients with excessive body weight, etc. (22). Laboratory tests were done at the Institute of Biochemistry in Skopje. In all patients, the serum levels of HDL cholesterol were determined through immunoturbidimetric techniques. Also, the value of sedimentation of erythrocytes (SE) and C-reactive protein (CRP) were routinely determined, before and after treatment. Clinical disease activity of patients with RA is measured by: duration of morning stiffness of the joints, number of swollen joints, number of deformed joints, questions modified to improve the health (MHAQ), visual analog scale for pain (VAS) and the general definition of physician. Blood samples were taken in the morning, at least 12 hours of fasting, as well as after consumption of greasy food the day before giving blood.

Statistical processing: statistical processing is extracted with 7.1 Statistic statistical programs.

RESULTS

Patients and control groups who participated in our study were allocated several parameters such as: age, sex BMI (Body mass index), duration of illness, MHAQ (1-4), morning stiffness, the affected joints, swollen joints,

VAS index, global doctor assessment, sedimentation of Er, CRP, and RF. These parameters show disease activity in early studies. (Table 1).

Table 1 Characteristics of patients and controls

	RA (n=30)	Controls (n=30)
Age (year)	45.7 +9.8	45.2 +9.8
Sex: M/F	30 F	6/24
BMI (kg/m ²)	22.3 +-2.6	21.8 +-2.2
Duration of disease (month)	6.2 +-16.6	
MHAQ (1-4)	1.5 +-0.5	
Morning stiffness	111.4 +-133.2	
Affected joints	7.8 +-7.1	
Swollen joints	5.2 +-3.7	
VAS (0-10)	7.0 +-2.1	
Global doctors assessment	4.5 +-2.3	
Sedimentation rate(mm/h)	45.5 +-30.3	
CRP (mg/l)	41.4 +-29.4	
RF (positive/negative)	22/8	

BMI: Body Mass Index; MHAQ: Question modified to improve health,

VAS: visual pain score; CRP: C-reactive protein.

During the study, 30 patients with newly discovered active and untreated RA were treated with immunomodulatory drugs, such as: 16 of them were treated with Methotrexate, 9 with Hydroxychloroquine, 3 with Sulfasalazine, 1 with gold salts, 1 with Azathioprine. These 30 patients were selected according to those who have responded the therapy. The patients who did not respond to the therapy (7 in number) were excluded from the study.

Table 2 presents values of sedimentation of erythrocytes at the beginning of the study, after 6 months and after a year from starting the study. SE at the beginning of the study was in the range 45.5 + -30.3 mm/1h. The minimum value was 5.5 while the maximum 125 mm/1h.

After 6 months of study, SE had lower values ranging between 29.8 + -24.6, with a 3.0 minimum value and a maximum value of 100mm/1h.

After a year of commencement of the study interval, SD (Standard deviation) values were between 23.7 + - 24.8, while the minimum and maximum values were maintained at the constant rate as they were at the end of the 6 month study, respectively 3.0 and 100 mm/1h. (Table 2).

Table 2.

Timeframe	Parameters	Valid D	Mean	Confid. +- 95%	Min	Max	SD
Beginning	SE 0	30	45.5	35.3 50.2	5.5	125	30.3
6 months	SE 6	30	29.8	24.6 36.7	3.0	100	24.6
1 Year	SE 12	30	23.7	20.3 32.5	3.0	100	24.8

Table 3 presents research on C-reactive protein at the beginning of the study, after 6 months and one year mark.

CRP at the beginning of the study was in the range of 25.4 + -16.5 mg / l. After 6 months of study, CRP was ranging between 23.8 +-38.9mg / l, the +/- 95% Conf.int was between 12.7 and 31.3 with a minimum value of 1.1 mg / l, and a maximum of 295.7 mg / l.

After a year of initiation of the study, CRP was in the range of 14.2 +-12.4mg / l, the +/- 95% Conf.int was between 9.1 and 16.5 12.7 and 31.3 with a minimum value of 0.0 mg / l, and a maximum of 65.1 mg / l.

Table 3.

Timeframe	Parameters	Valid N	Mean	Confid. -95%	Confid. +95%	Min	Max	SD
Beginning	CRP 0	30	25.4	18.2	26.8	1.9	66.6	16.5
6 months	CRP 6	30	23.8	12.7	31.3	1.1	295.7	38.9
1 Year	CRP 12	30	14.2	9.1	16.5	0.0	65.1	12.4

Table 4 presents HDL cholesterol research at the beginning of the study, after 6 months and one year of starting the study. HDL-C at the beginning of the study was in the range of 1.4 + - 0.4 mmol / l, the +/-95.0% Confid.int. was between 1.3 + and - 1.5., while the minimum value was 0.7 mmol / l and the maximum at 3.1mmol / l.

After 6 months of starting the study, HDL-C ranged between 1.5 + and -0.4 mmol / l, the +/-95.0% Confid. int. was between 1.4 and 1.6., while the minimum value was 0.8 mmol / l and maximum at 2.7 mmol / l.

After a year of starting the study, HDL-C was in the range between 1.8 + and -0.5 mmol / l, the +/-95.0% Confid.int. was between 1.7 and -1.9., with a minimum value of 0.8 mmol / l and the maximum value of 4.0 mmol / l.

Table 4.

Timeframe	Parameters	Valid N	Mean	Confid. -95%	Confid. +95%	Min	Max	SD
Beginning	HDL-C 0	30	1.4	1.3	1.5	0.7	3.1	0.4
6 months	HDL-C 6	30	1.5	1.4	1.6	0.8	2.7	0.4
1 Year	HDL-C 12	30	1.8	1.7	1.9	0.8	4.0	0.5

Table 5 shows that for $\chi^2 = 54.7$ and $p < 0.001$ have significant differences between HDL-C values at the beginning of the study, 6 months and one year of commencement of the study.

For $Z = 2.9$ and $p < 0.01$ value of HDL, cholesterol is increased in value significantly in the month 6 compared with to the beginning of the study.

In the beginning of the study HDL cholesterol values for $Z = 5.4$ and $p < 0.001$ are significantly higher at the 6 month mark then the beginning of the study.

Value of HDL cholesterol at the end of the 12th month, for $Z = 5.5$ and $p < 0.001$ was significantly higher compared to the beginning of the study.

Table 5

Timeframe	Parameters	Valid	T/t	Z	p-value	P	Sig/n.sig
Beginning	HDL-C 0	30	290.5	2.9	0.004	$P < 0.01$	n. sig
6 months	HDL-C 6	30	104.0	5.4	0.00000	$P < 0.001$	Sig
1 Year	HDL-C 12	30	96.0	5.5	0.00000	$P < 0.001$	Sig

DISCUSSION

Our goal was to determine the values of HDL cholesterol in patients with active and untreated RA and variations in HDL-C's values after treatment with drugs that modulate the progress of the disease, such as methotrexate, hydroxychloroquine, sulfasalazin, azathioprine and gold salts. According to our results, these patients with active and untreated RA had low levels of HDL cholesterol. After 6 months and one year treatment with immunomodulators, patients with RA showed significantly higher levels of HDL cholesterol compared to HDL cholesterol levels at the beginning of the study. Also, the values of acute phase reactants (erythrocyte sedimentation and C-reactive protein) were lower after

6 months and one year of treatment. This suggests that increasing levels of HDL cholesterol are followed with decreasing of inflammation at the end of the study. Or, in other words it tells us that inflammation in some way interact proatherogenic lipid profile, the metabolism of lipoproteins and high disease activity is associated with low values of HDL cholesterol and other lipid changes. Conventional therapy with immunomodulators has positive effects on HDL cholesterol values and with that in lipid profile in patients with RA and this enables us to conclude that treatment with immunomodulators affect the mechanisms that influence cardiovascular morbidity and mortality of these patients. (7, 8,11,13)

Lipid profile in patients with RA was investigated in several studies. Some have reported lower values of HDL cholesterol and total cholesterol (TC), and increased the concentration values of Lp (a)(Lipoprotein-a) and increase the proportion of TC / HDL and LDL / HDL in patients with active and untreated RA patients, compared with the general population (16,20,31). Meanwhile, several other studies have not shown significant differences in lipid profile of RA patients compared with the healthy population. There are also studies that show a decline across the lipid fraction in the acute phase of illness. Such differences that arise in different cases can be explained by the size of samples, type of study (prospective or cross sectional), differences in the disease type (early or established) or disease activity, etc.(14,16,23,24,25).

Due to inflammation, we have increased sedimentation rate and CRP and these are the contributing factor for the introduction and spread of atherosclerosis. For this thought atherosclerosis and RA have a common predisposition. CRP which is increased in active disease, may contribute to atherosclerosis because it stimulates macrophages to produce tissue phactor, a procoagulant that is found in atherosclerotic plaques. The presence of CRP in atheromatic lesions also suggest a cause and effect relationship between this acute phase reactant and coronary events. (11,13,14,24,25,26,27,28).

In his study, Taysi S. et al., presents significantly higher values of Lp (a) in serum of patients with RA compared with those of control group ($p < 0.01$) and HDL cholesterol values and Apolipoprotein A1 (Apo A1) values were significantly lower in patients with RA ($p < 0.01$). Sedimentation values and the CRP have been higher in these patients and these parameters have correlated positively with the values of Lp (a) in serum of RA patients, and negatively with HDL-C. She emphasizes that these

patients, with these lipid values are at risk for developing cardiovascular disease and atherosclerosis. (27).

Van Halm et al. support the observations that patients with RA have a atherogenic lipid profile even 10 years before the clinical onset of RA, which in itself may explain the increase of cardiovascular risk in patients with RA. The study was conducted on 79 patients, blood donors who later have developed RA. These patients had low levels of HDL cholesterol and high levels of TC, TG (Trygliceride), Apolipoproteins B (Apo B) compared with controls, even the 10 years before the disease appears. This suggests that lipid changes can make people more susceptible to the appearance of RA or these patients are genetically in predisposition for dyslipidaemia, or the transcription of these genes are altered by the presence of inflammation. (28)

Management of dyslipidaemias should be considered as part of cardiovascular risk at patients with RA. It is clear that good-controlling managing and taking control of the disease has positive effects on lipid profile and thereby reduces cardiovascular events in these patients. Good and adequate treatment of cardiovascular risk factors is most necessary in these patients but taking into account other epidemiological research in this area as well as more precise and comprehensive guidelines for tackling this issue.(29,30,31,32,33,34).

CONCLUSION

Our results indicate that patients with active and untreated RA have low levels of atheroprotective HDL-C. Treatment of these patients should be done as early as possible in order to control the inflammatory process, increasing the levels of HDL cholesterol and thereby reducing atherosclerosis and cardiovascular risk in patients with RA.

LITERATURE

- Gabriels S.E. The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2001;27:269-281
- Deborah P.MM. Epidemiology of Rheumatoid Arthritis: determinants of onset, persistence and outcome. *Clin Rheum.* 2002; 111,172-7
- Gabriel SE, Crowson CS, Kremers HM, Doran MF, Turesson C, O Fallen WM, Matteson EL Survival in rheumatoid arthritis: apopulation-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum.*2003;48:54-58. doi:10.1002/art.10705.
- Mutru O, Laakso M, Isomaki H, Koota K. Ten year mortality and causes of death in patients with rheumatoid arthritis. *BMJ.* 1985; 290:1797-1799.
- Watson DJ, Rhodes T, Guess HHA, All-cause mortality and vascular events among patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, or no arthritis in the UK. *General Practice research Database. J.Rheumatology.* 2003;30:1196-1202.
- Toms T.E, Panoulas V.F, Kitas G.D. Dyslipidemia in Rheumatological Autoimmune Disease. *The open Cardiovascular Medicine Journal*, 2011; Vol. 5, 64-75.
- Nurmohamed MT. Atherogenic lipid profile and its management in patients with rheumatoid arthritis. *Vasc. Health Risk Manag.* 2007;3(6):845-52.
- White D, Favez S,, Doube A. Atherogenic lipid profiles in rheumatoid arthritis. *N.Z..Med J.* 2006 18;119(1240)U2125.
- Hurlimann D, Enseleit F, Ruschizka F. Rheumatoid arthritis, inflammation, and atherosclerosis. *HerzKreislaufr-Zentrum, Kardilogie,UniversitatsSpital.*2004; 29(8):760-8.
- Libby P.. Role of inflammation in atherosclerosis associated with rheumatoid arthritis. *Am J Med.* 2008;121(10 Suppl 1):S21-31.
- Hensel B, Bruckert E. Lipid profile and cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis:effect of the disease and drug therapy. *Ann Endocrinol (Paris)* 2010; 71(4):257-63.
- Lee YH, Choi SJ, Ji JD, Seo HS, Song GG. Lipoprotein (a) and lipids in relation to inflammation in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2000;19(4):324-5.
- Dursunoglu D, Evrengul H, Tanriverdi H, Polat B, Cobankara V, Kaftan A, Kilic M. Lp(a) lipoprotein and lipids in patients with rheumatoid arthritis: serum levels and relationship to inflammation. *Rheumatol Int.* 2005;25(4):241-5.
- Myasoedova E. Lipid paradox in rheumatoid arthritis: the impact of serum lipid measures and systemic inflammation on the risk of cardiovascular disease. *Ann Rheum Dis* 2011;70:482-487.
- Papadopoulos NG, Alamanos Y, Papadopoulos IA, Tsifetaki N, Voulgari PV, Drosos AA. Disease modifying antirheumatic drugs in early rheumatoid arthritis: along term observational study. *J.Rheumatology* 2002;29(2):261-6.
- Morris SJ,Wasko MC, Antohe JL, Sartorius JA,, Kirchner HL, Dancea S, Bili A. Hydroxychloroquine use associated with improvement in lipid profiles in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63(4):530-4.

17. Garcia-Gomez C, Nolla JM, Valverde J, Castro MJ, Pinto X. Conventional lipid profile and lipoprotein (a) concentrations in treated patients with rheumatoid arthritis. *J.Rheumatol* 2009;36(7):1365-70.
18. Boyer JF, Gourraud PA, Cantagrel A, Davignon JL, Constantin A. Traditional cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Joint Bone Spine* 2011;78(2):179-83.
19. Ansell BJ, Navab M, Watson KE et al. Antiinflammatory properties of H16. Arnet F, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of the rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31:315-24.
20. McMahan M, Grossman J, Fitzgerald J, et al. Proinflammatory high density lipoprotein as biomarker for atherosclerosis in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*.2006;54:2541-9.
21. Navab M, Hama SY, Hough GP, et al. A cell-free assay for detecting HDL that is dysfunctional in preventing the formation of or inactivating oxidized phospholipids. *J.Lipids Res*.2001;42:1308-17.
22. Arnett FC, Edworthy SMM, Bloch DA, McShanne DJ, Friers JF et al. The American rheumatism association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis rheum*. 1988;31:315-324.
23. Morow DA, Ridker PM. C-reactive protein, inflammation and coronary risk. *Med Clin North Am* 2000;84:149-61.
24. Dessein PH, Stanwix AE. Rheumatoid Arthritis and cardiovascular disease may share similar risk factors. *Reumatology* 2001;40:703-704.
25. Wallberg-Jonsson S, Cvetkovic JT, Sunqvist KG. Activation of the immune system and inflammatory activity in relation to markers of atherothrombotic disease and atherosclerosis in rheumatoid arthritis. *J Rheumatology* 2002;29(5):875-882.
26. Situnayake R, Kitas G, Dyslipidemia and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1997;56:341-2
27. Taysi S., Bakan E.,Kuskay S., et al Correlation between levels of lipoprotein (a) and disease activity score in patients with rheumatoid arthritis. *Pain Clinic*, Vol 16, 1, 2004, pp. 53-58 (6).
28. van Halm VP, Nielen MMJ, Nurmohamed MT, et al. Lipids and inflammation: serial measurements of the lipid profile of blood donors who later developed rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:184-188.
29. Dahlqvist-Rantapa S., Wallberg-Jonsson S., Dahlen G. Lipoprotein (a), lipids and lipoproteins in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic disease* 1991; 50:366-368.
30. Morris S., Wasko M.Ch., Antohe J. et al Hydroxychloroquine use associated with improvement in lipid profiles in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis care and research*. 2011;Vol 63,4; 530-534.
31. del Rincon I, Williams K, Stern M, Freeman G, Escalante A. High Incidence of Cardiovascular Events in a Rheumatoid Arthritis Cohort not Explained by traditional CardiacRisk Factors. *Arthritis Rheum* 2001;44(12):2737-2745.
32. Kitas G.D., Erb N. Tackling ischaemic heart disease in rheumatoid arthritis. *British Society of Rheumatology*. *Reumatology* 2003; 42:607-613.
33. Kitas GD, Banks MJ, Bacon PA. Cardiac involvement in rheumatoid disease. *Clin Med JRCPL* 2001;1:18-21.
34. Banks M, Flint J, Bacon PA. Rheumatoid arthritis is an independent risk factor for heart disease. *Arthritis Rheum*. 2000;43 (Suppl. 9):S385.

VLERAT E KOLESTEROLIT HDL TEK PACIENTËT ME ARTRIT REUMATOID (AR) AKTIV TË PAKURUAR DHE TË KURUAR

Hysni Ismaili ¹, Meral Rexhepi ², Atilla Rexhepi ¹, Ekrem Ismani ³, Nexhmedin Karemani ¹

¹ USHT, Fakulteti i shkencave Mjekesore, Tetove, Maqedoni

² Spitali Klinik Tetovë – Reparti i Gjinekologjisë

³ Spitali Klinik Tetovë – Reparti i Transfuziologjisë.

REZYME

Qëllimi: Studimi i vlerave të kolesterolit me dendesi të lartë (HDL-C) të pacientëve me Artrit reumatoid (AR) aktiv dhe të pakuruar, ndikimi i terapisë me imunomodulatore në vlerat e HDL-C pas trajtimit 6 dhe 12 muajsh, si dhe vlerat e reaktantëve të fazës akute para dhe pas trajtimit.

Materiali dhe metodat: 30 pacientë me AR aktiv të posazbuluar ishin nënshtruar në terapi me imunosupresive. Pacientët ishin të moshës prej 32 deri 59 vjeç me moshë mesatare 45.7 vjeç dhe me kohëzgjatje mesatare të sëmundjes prej 6.2 vjeç. Diagnoza e sëmundjes ishte vendosur në bazë të kritereve të ARA-s prej vitit 1988. Para trajtimit të të gjithë pacientët janë bërë ekzaminime laboratorike dhe klinike. Barërat janë ordinuar sipas protokollit të paraparë, ndërsa vlerat e HDL-C janë regjistruar në fillim të studimit, në muajin e 6-të dhe në fund të studimit, gjegjësisht në muajin e 12-të.

Rezultati: Ndryshimet në vlerat e HDL-C në mes të fillimit të studimit, në 6 dhe 12 muaj pas fillimit të studimit për $x_2 = 54.7$ dhe $p < 0.001$ kishin dallime sinjifikante. Vlerat e HDL-C-it në muajin e 12-të për $Z = 5.5$ dhe $p < 0.001$ ishin sinjifikante më të larta krahasuar me vlerat në fillim të studimit.

Përfundimi: Përdorimi i terapisë me imunomodulatore të pacientëve me AR aktiv dhe të pakuruar kishte efekt reduktues në aktivitetin e sëmundjes dhe inflamacionin, por gjithashtu edhe efekte të volitshme në rritjen e nivelit të HDL-C antiaterogjen.

Fjalët kyçe: HDL-C, artrit reumatoid, reaktantet e fazës akute, dislipidemie.

CULTURALLY COMPETENT COMMUNICATION IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA

Aziz Pollozhani¹, Elena Kosevska^{1,2}, Kostadin Petkovski³, Shaban Memeti¹, Blerim Limani⁴

¹ Institute of Public Health of the Republic of Macedonia, Skopje, Republic of Macedonia

² Medical Faculty, University Ss. Cyril and Methodius, Skopje, Republic of Macedonia

³ University of Kliment Ohridski, Bitola, Republic of Macedonia

⁴ Institute of Political and Intercultural Studies, Skopje, Republic of Macedonia

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 22-31

ABSTRACT

Aim To examine the existing situation, barriers and consequences of the intercultural communication in health institutions and to offer training models for strengthening and improving communication skills of health professionals in the Republic of Macedonia.

Methods Two cross-sectional surveys were done to assess the relationship between patients and health professionals. A total of 813 health professionals (302 physicians and 511 other medical staff) from different healthcare institutions, and 1016 patients participated in cross-sectional survey performed in autumn 2010. The second WIN/GIA survey was conducted with 1210 participants in autumn 2011. Questionnaires and scales, interview and tests were used as research techniques. Descriptive and analytical statistical methods were used.

Results The research in 2010 showed that each third examined patient thought that his/her physician or the other medical personnel had no understanding for his/her emotions and gave no answer to all of his/her questions. From the other side, 60% of the physicians declare that they have a good communication with patients speaking other language than their mother tongue. Only 60% of physicians said that they know good the culture of their patient and 52% of the other medical staff said that they adjusted the treatment to the patient culture (religion, attitudes, language, life style). Survey in 2011 showed that 36% of Albanian are confident with their physicians which is different from the Macedonian (43.8%) and patients with another nationality (47.6%)

Conclusion There are some gaps in current provision of health care practice in an aspect of effective interactions and communication skills of health professionals to meet patient needs in a multicultural and multi-lingual setting. A training model is proposed for strengthening communication skills of health professionals.

Keywords: communication, health management, physician, patient, health professionals, culture, cultural sensitivity, cultural competences.

INTRODUCTION

A key role in providing quality of healthcare service is played by the medical staff and management. Regarding the issue of healthcare management in the Republic of Macedonia, health professionals show considerable lack of knowledge in this field. Besides the necessary basic education, human resources in healthcare should have some new skills. As a priority in this context, countries of the European Union specified the following issues: skills for using information and communication

technology (ICT), entrepreneurial and social skills, such as communicability, leadership and teamwork. In order to achieve these high standards and expectations, although higher education institutions educate health professionals, both managers and true leaders are necessary. For this purpose vocational and professional training is necessary (1).

In this day and age, managers in health and healthcare workers, in addition to professional competence, should pay special attention to the question of mutual

communication and behavior of healthcare workers and patients. The tendency for the development of a democratic society, also presents the need for re-considering the circumstances in healthcare services with the purpose of overcoming the problems stemming from the ethnic and cultural diversity. It is expected that such problems will lead to reduced work capacity of health workers and reduced quality in the provision of healthcare services, which would mean reduced satisfaction of health insurers and patients.

DEFINITION AND IMPORTANCE OF COMMUNICATION

It is rather hard to try and give the best definition about what is communication; therefore, we will just give few concepts that we think are suitable for the present article. DeWine (2, p5), states that communication is interactional process which occurs in any environment where people share meaning verbally and nonverbally. Moreover, she continues to argue that since communication is a dynamic and ever-changing process, one can never move backward.

Pearce (3, p91) suggests that “Communication is not everywhere and at all times the same thing. In other words, is neither an either-or choice, which one does or does not perform: nor is it a continuum along which one may do more or less, better or worse. Rather, communication is a ubiquitous aspect of human functioning, constitutive of being human”.

Almost always, there are barriers in the communication, or the so-called “distracters”. Thus, the effect of the status during communication has to be taken into account. In the healthcare sector such is the case in the communication between a physician and a patient, or a physician and a medical nurse, or a physician and a pharmacist, etc. Communication obstacles very often produce conflicts as adverse phenomena in the business world.

Communication in the healthcare sector faces one additional obstacle of particular significance and influence on the quality of the healthcare services - language and culture, that is, not knowing the language of the patients and cultural aspects by the providers of the healthcare services that eventually affects the quality of the healthcare services as well as the satisfaction of both the physician and the patient. Education and training on communication competences of the participants in the communication helps in overcoming the barriers and

significantly facilitates the communication. According to Perloff and al.(4) communication between minority patients and physicians has elements of linguistic asymmetry, self-fulfilling prophecy spirals and perception of discrimination. Roter and Hall (5, p4) stated that “talk is the fundamental element by which physician-patient interaction is enabled and by which therapeutic goals are achieved”. Thus, language is the major factor in establishing good relationship between physicians and patients.

The key to successful communication among people lies in their need for mutual respect and trust. “The physician-patient interactions are often characterized with a certain sense of danger, ambivalence and anxiety and hence, confidence is the key element in building the physician-patient relationship that is going to be utilized in the process of treatment”, conclude Mechanic and Schlesinger (6, p1693-7).

Physician-patient communication is one of the most important components of public health. Dealing with this social phenomenon clearly indicates the existence of the problem of poor mutual communication and good relationship between healthcare providers and users of health services.

The opinion that communication skills are part of the human nature (character) has started to be changed and is directed to that “communication is not a feature of the character, but a skill that can be learnt” and that “experience by itself is not sufficient to gain such a skill/ability”. According to Lee et al. (7, p464) both verbal and nonverbal interactions which are part of physician-patient communication create a basis for their relationship. Perloff et al. (4) in their research related to communication in the healthcare sector used cultural variables and they defined “cultural competence” as a very important variable in the health sector.

In the Republic of Macedonia, as a country that is historically characterized with ethnic and cultural diversity, despite the engagements in mitigating the obvious barriers, they are still present in many different forms.

In our country and in the region, this issue is going to be a priority in the field of health policy. Finding the most appropriate models of education and training in this field remains to be a priority in different health and educational institutions and professional associations.

The aim of this study was to examine the existing situation of the intercultural communication in health institutions of the Republic of Macedonia and to offer a training model for strengthening and improving communication skills of health professionals. In order to design an appropriate model, it was previously necessary to diagnose the present state concerning the existing models and instruments in the field of communication in the entire health sector as well as to diagnose the present state concerning the conditions and concrete specifics of the multiethnic (multicultural environment) Macedonia.

The general hypothesis is as follows: the lack of knowledge and the low level of communication competences of the healthcare providers in a multi-ethnic and multicultural environment have a negative effect in the relationship between the healthcare providers and their patients. It also negatively affects the quality of healthcare services. Training the healthcare providers based on a well-defined model will increase their communication competences and will thus have a positive effect on the quality of healthcare services.

METHODS/PARTICIPANTS

Survey in 2010

For the accomplishment of the aim of this study, in the year 2010, a research was undertaken, entitled "Communication skills and quality of healthcare services" (8, 9, p3). Applying three instruments, the following has been analyzed: attitudes, opinions and behavior of the health personnel and patients. Questionnaires and scales, analysis of the content, interview and tests were used as research techniques. This was followed by an interview with health workers and managers discussing the prepared model of training.

This research had two tenacities: methodological/scientific and practical/applicative:

- Methodological/scientific aim: based on examination and verification of the existing models and instruments, to design new models and instruments in the field of communication;
- Practical/applicative aim of the research related to concrete suggestions for composing and conducting programs and activities in the field of communication, with a special focus on the system of education and training of health professionals. A transversal study was realized, consisting of two components:

- Descriptive - referring to description/assessment of the level of communication competences of the health workers in R. Macedonia;
- Analytical - referring to assessment of the determining factors of communication competences of the health workers in R. Macedonia.

The stratified sample was taken based on two subsets of data: the subset of the health statistical data from the Institute for Public Health for the number of hospital staff and the subset of the number of annual hospital admissions. In this stratified sample the sampling frame is divided into non-overlapping groups or strata, e.g. municipalities of Skopje, Bitola, Tetovo, Stip, Kumanovo and Struga. A simple random sample is taken from each subset within each stratum, That's why the method of sampling is referred to as **stratified random sampling**.

The research included a total of 813 physicians and other medical personnel (nurses, laboratory workers, radiologists, physiotherapists, etc.) from different healthcare institutions, that is, 302 physicians and 511 other health professionals and 1016 patients in Skopje, Bitola, Tetovo, Stip, Kumanovo and Struga.

SPSS 16 software was used for analyzing and presenting the data. The response rate from the physicians and other medical personnel (nurses, laboratory workers, radiologists, physiotherapists, etc.) questionnaire was 78% and the response rate for the patients' questionnaire was 82%.

Survey in 2011

The Worldwide Independent Network of Market Research, the largest independent organization of Market Research firms (WIN™), with members in 64 countries, prepared this landmark review of physician-patient communication (10). Physician-Patient communication critically influences the effectiveness of medical education initiatives, treatment decisions and patient compliance to recommended treatments. The International survey was conducted by WIN/ GIA (GIA = Gallup International Association) in 39 countries. BRIMA Skopje was the responsible agency for Macedonia. Communication Assessment Tool (CAT), developed by Makoul et al (10), assesses patient perceptions of physicians' interpersonal and communication skills. The CAT is a 15-item survey that is easily administered in a paper-and-pencil format, via the phone or Internet. The CAT asks respondents to rate different dimensions of the

communication and interpersonal skills of the physician using a 5-point rating scale (1=poor, 2=fair, 3=good, 4=very good, 5=excellent). Makoul et al found that scoring the CAT based on the proportion of items rated as excellent was more meaningful than summarizing the scores using means (10). Their psychometric analysis of response scales indicated that “a rating of ‘excellent’ was akin to ‘yes’, while even ‘very good’ was closer to ‘no’ than ‘yes.’” Data for the present study were analyzed using the sum of the items scored as excellent divided by the number of items answered.

Questionnaires and scales, interview and tests were used as research techniques. The stratified sample consists of 181 starting points in 67 municipalities (strata). 137 were in Macedonian sub set (Macedonian + other nationality) and 44 in Albanian sub set. The response rate was 74%. The fieldwork was done during the first week of September 2011 with network of 75 investigators (58 Macedonian and 17 Albanian). The sample was prepared based on the demographic data from State Statistical Office (population census in 2002 and the estimation of population, 31.12 2009) for population older than 15 years (1.689.300 citizens), the structure of population by sex, age, education level, urban/rural area and nationality. The sample size was N=1210 with the margin of error ± 2.8%. The selection of the participant was by the rule “first next birthday”. 557 are male (46%), after weighting 49.8% and 653 are female (54%), after weighting 50.2%. 912 (75.4%) are Macedonian and other nationality, after weighting 75.8% and 298 (24.6%) are Albanian, or 24.2% after weighting. 820 participants who were visit a doctor within the last 12 months were selected as a representative sample for this survey. SPSS software was used for presenting the data. The authors were involved in the process of analyzing and presenting the data.

RESULTS

Survey in 2010

Demographic characteristics of the health workers

Regarding gender, 188 (23.1%) of the participants were males and 625 (76.9%) were females. Regarding age, 222 (27.3%) of the participants were 35 or younger, 384 (47.2%) were between 36 and 50, and 207 (25.4%) were older than 50. Regarding profession, 302 (37.1%) were physicians, and 511 (62.9%) were other health personnel. Regarding education level, about half of participants have had university level education (49.3%). Regarding mother

tongue, 75.9% of the participants use the Macedonian language, whereas 17.3% the Albanian language.

Demographic characteristics of the patients

There were 1016 patients included in the study. 438 (43.1%) were males and 578 (56.9%) were females. Regarding age, 44 (4.3%) were between 14 and 18 years old, 338 (33.3%) were between 19 and 30, 375 (36.9%) were between 31 and 50 and 256 (25.2%) were older than 50. Regarding education level, most participants have had university level education (41.8%). Regarding mother tongue, 64.7% of the participants use the Macedonian language, whereas 28.8% the Albanian language.

The research showed that each third examined patient thought that his/her physician or the other medical personnel had no understanding for his/her emotions and gave no answer to all of his/her questions (Table 1). In terms of confidence, 73.1% of the patients gave positive answer to the question “I am confident with my physician” (Table 2). At first sight it seems that this percentage is not so bad; however, it has to be pointed out that majority of the examined patients being either hospitalized or in a stress situation, gave milder statements, critics and grades influenced by the fear and dependency on the health personnel. Only 61.6% of the participants said that their physician takes into account their attitudes, needs and opportunities before suggesting treatment method (Table 3). This is vital, so we believe that this proportion is not good enough. Below refer to the tables:

Table 1. My physician encourage me to ask questions

Answers	No. of respondents	(%) of respondents
I agree completely	743	73.1
I haven't opinion	218	21.5
I don't agree absolutely	53	5.2
No answer	2	0.2
Total	1016	100.0

Table 2. I 'm confident with my physician

Answers	No. of respondents	(%) of respondents
I agree completely	626	61.6
I haven't opinion	312	30.7
I don't agree absolutely	64	6.3
No answer	14	1.4
Total	1016	100.0

Table 3. My physician takes into account my attitudes, needs and opportunities before suggesting treatment method

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	.7	.7	.7
1,2	700	68.9	68.9	69.6
3,4,5	241	23.7	23.7	93.3
6,7	68	6.7	6.7	100.0
Total	1016	100.0	100.0	

On the other side, the question “I know well the culture of my patient” was answered affirmatively by 59% of the physicians or by every second physician. This is an issue to be anxious about, having in mind the multicultural and multiethnic society of the Republic of Macedonia. The answer to the question “I adjust the therapy depending on the culture of the patient (habits, language, religion, tradition, lifestyle...)” showed that a low 48% of the physicians had behaved according to this statement. To the question “I have a good communication with patients speaking other language than my mother tongue”, 60% of the physicians gave a positive answer. However, in reality, the situation is different, since a very small number of physicians know the language of the other ethnic communities even on the basic level. According to patients’ attitudes, the interpersonal relationships between physicians and the other medical and health personnel are not on a satisfactory level. The question “I think physicians have a good communication with

nurses and the other medical personnel” was positively answered by 56% of the participants.

Survey in 2011

The survey confirms the situation from 2010 because the results showed that there is no some significant change regarding the communication between physician and patient. The research showed that only 15.1% examined patient thought that his/her physician had no understanding for his/her emotions and gave no answer to all of his/her questions. In terms of confidence, 42.8% of the patients gave positive answer to the question “I am confident with my physician”, 36% of Albanian are confident with their physicians which is different from the Macedonian (43.8%) and patients with another nationality (47.6%). Only 58% of the participants said that their physician takes care for them in a excellent way, and again Albanian are satisfied in 34,5%, other nationality in 53,2% and 64,3% of Macedonian participants. This is vital, so we believe that this proportion is not good enough. The answers to the question “During the last your visit to the physician, estimate your communication with the doctor in this aspect: He/her talk on a understandable way“ showed that a low 4,5% of patients gave a negative answer (10.8% from Albanian patients, 3% from Macedonian, 5.4% from other ethnicity). 59.1% or 470 from total 796 participants said that communication with the doctors is excellent. Net promoter score showed that 59% of Macedonian participants are promoters, 52.2% of participants from another nationality and only 23.1% from Albanian participants (Table 4).

Table 4. Typology of patients (Net promoter score)

	Nationality						Total	
	Macedonian		Albanian		Other nationality			
	No of respondents	%	No of respondents	%	No of respondents	%	No of respondents	%
Negative	96	16.3	56	39.6	15	22.0	167	21.0
Neutral	141	24.0	49	34.6	17	25.9	208	26.1
Promoter	346	59.0	33	23.1	35	52.2	414	52.0
Don't know/ refuse	4	0.6	4	2.8	0	0	8	0.9
Total	587	100.0	142	100.0	67	100.0	796	100.0

DISCUSSION

It can be seen that the situation is relatively good, but not at a satisfactory level. That may be a result of a low level of communicational skills that the physicians and

other medical staff have, and sometimes it can be a result of their low motivation level or not having enough care sense for their patients. The patients need more extensive information about their own health status from their

physicians and other medical staff. This means that the medical staff does not take into account the patients' emotions, their feelings of not being cared for enough. Kenny et al. (11, p763-768) in their study comprising 91 physicians and 1749 patients came to a conclusion of a different perception of the patients related to physicians' work. In their study, these authors included the expertise of the communication experts whose perception differed both from the perception of the healthcare providers and from the perception of the patients. This leads to lower level of doctor-patient confidence and sometimes reduced level of healthcare quality. Broadly speaking, all of the before mentioned conclusions suggest that there is no satisfactory level of readiness as well as communicational skills from the medical staff' side. There is a need for better understanding for the patient's cultural, religion and traditional differences, including their mother tongue. The general hypothesis was proven: If there were a defined model for training health professionals about necessary communication skills, including knowledge of the language and culture of the patient, under assumption of having necessary professional knowledge and skills in the profession, then the quality of communication among all subjects in the process of health care and service would be improved, and that would lead to better efficiency and quality of health services. WIN™(10) conducted this ground-breaking study on physician-patient communication throughout the world to provide the healthcare stakeholders with a better understanding on how patients perceive communication skills of their doctor, how patients engage their physician, how treatment choices are influenced, the frequency and preferred modes of interaction and sources of influential information. Communication Assessment Tool (CAT™) showed the communication between doctor and patients is poor with a very low score of 22%. High CAT scores have citizens in Armenia, Australia, Bosnia, Canada, Chile, Columbia, France, Germany, Greece, Ireland, Lebanon, Macedonia (56%), Saudi Arabia, Sweden, Switzerland, and the USA. They are very satisfied with their communication with their doctors with CAT scores above average. Only a quarter or less rate their doctor as excellent in all of the categories. Only 18% of respondents felt their doctor encouraged them to ask question. With only 25%, "talk in terms I could understand" this is the attribute that received the rating of excellent most frequently. Cultural sensitivity is a parameter that determines the quality of interactions between two parties that influence on the mutual communication. A study by Ulrey and Amason (12,

p458) examined the relations among cultural sensitivity, effective intercultural communication and anxiety for health care providers. Furthermore, Ulrey et.al, did find a positive relation between cultural sensitivity and effective intercultural communication, and there was a negative correlation between health care providers' intercultural communication effectiveness and their levels of anxiety and providers' cultural sensitivity and their levels of anxiety. Therefore, it is argued that since these terms are related than studies regarding these concepts can be linked and perhaps united. According to Wachler and Troein (13, p861), "cultural competence" is defined as a "sum of acquired skills that enable broadening individual knowledge and understanding of cultural differences".

RECOMMENDATION

Education and training on communication competences is included in the training process organized by health, educational and professional institutions. In the education process, many theories suggest that the individual has to possess knowledge, skills and a specific type of behavior in order to be recognized as an expert in his/her profession (see Sue et al. cited by Perloff (4)). Similar studies confirm that physicians who do not have good inherent communication skills can improve them by performing their everyday profession, having in mind the specific settings. Training will be organized within the formal education system as well as other short-term and long-term trainings (within the permanent education - lifelong learning). For the purpose of improving the physician-patient communication the so-called Conceptual framework (14) has been constructed. The most utilized is the Framework of Calgary Cambridge Guide designed by the scientists from those Universities and applied in many countries. The proposed model for training in this paper contains measures for improving the communication. This model is recommended for traditional, multiethnic and multicultural communities. The model and program for training on "communication skills, built on the principles of conceptual framework" is indispensable for mitigating and overcoming the barriers identified in this field. The model consists of three groups of competences aimed for the relevant groups for training:

- The first group comprises communication skills and cultural competences necessary for the physicians, starting from the top management of the organizational unit (Table 5).

Table 5. Module for training on communication skills: Training on communication skills of physicians

What:	Why:	How:	Where:	Who:	When:	
Training on communication skills of physicians	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forms of communication ■ Non-verbal communication ■ Barriers in communication ■ Cultural competent communication ■ Communication with unpleasant interlocutors ■ How to understand the nature of the other people ■ How to convince the other people ■ Conflicts and dealing with conflicts ■ Organization and moderation of meetings ■ Skills for presentation ■ Business ethics ■ Rules for business behavior ■ Public relations 	Improvement of communication competences of the physicians in order to improve efficacy and quality of healthcare service	Individual improvement – consulting literature, Internet Lectures from the sphere of communications Organized trainings on the level of health institution Organized trainings by external providers	At work At home At work At work In specialized organizations for conducting trainings At the University (certified training for doctor's license)	The health worker himself Experts for communication skills, physicians Trainers Professors, assistants, trainers	Continuing Once a month Twice per year Twice per year

- The second group includes an adequate program for the reinforcement of communication skills and cultural competences necessary for the other health workers in health institutions (physiotherapists, language and speech therapists, biochemists, administrators, etc.) and health workers with secondary education (nurses, medical technicians, etc.) (Table 6).

Table 6. Module for training on communication skills: Training on communication skills of the other health professionals

What:	Why:	How:	Where:	Who:	When:	
Training on communication skills of the other health professionals	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forms of communication ■ Non-verbal communication ■ Barriers in communication ■ Cultural competent communication ■ Communication with unpleasant interlocutors ■ How to understand the nature of the other people ■ How to convince the other people ■ Conflicts and dealing with conflicts ■ Business ethics ■ Rules for business behavior ■ Relations with relatives and friends of the patients 	Improvement of communication competences of the other health professionals in order to improve efficacy and quality of healthcare service	Individual improvement – consulting literature, Internet Lectures from the sphere of communications Organized trainings on the level of health institution Organized trainings by external providers	At work At home At work At work In specialized organizations for conducting trainings At the University (certified training for doctor's license)	The health worker himself Experts for communication skills, physicians, charge nurse Trainers Trainers	Continuing Twice per year Twice per year Twice per year

- The third group encompasses anticipated program topics for improvement of cultural competences of all health professionals, with forms and methods of teaching about these competences. Based on the module for training, the program gives in details the form and mode of realization of the module in duration of 5 days (30 working hours) (Table 7).

Table 7. Module for training on communication skills: Training organized for physicians and the other health personnel on teaching the language of the other ethnic communities

What:		Why:	How:	Where:	Who:	When:
Training organized for physicians and the other health personnel on teaching the language of the other ethnic communities	Improvement of mutual trust and respect, better mutual understanding as a prerequisite for efficiency and quality of healthcare	Improvement of communication competences of the physicians in order to improve efficacy and quality of healthcare service	Individual improvement – consulting literature, Internet and specially prepared dictionary of medical phrases for physicians and other health personnel	At work At home	The health worker himself	Continuing and if need emerges
			Organized trainings on the level of health institution	At work	Colleagues-physicians and other health personnel	
			Organized trainings by external providers	In specialized organizations for conducting trainings At the University (certified training for doctor's license)	Lecturers	

The results obtained in this research and recommendations based on other research conducted in many countries impose the need for a more active approach of all responsible institutions and organizations for monitoring and undertaking measures in order to overcome the unsatisfactory conditions in the sphere of communication in the health system. Inadequate managing of this relationship and lack of concepts for overcoming the barriers lead to reduced work capacity of health workers and poor health service delivery, with elements of breaking the equality guaranteed to all citizens, for health services as public wealth of special interest, which results in dissatisfaction of health insurers and patients.

Eventual misunderstandings and inadequate communication due to the language barrier, having in mind the specific rights of the patients guaranteed with the law, might have serious consequences (15, p3).

In line with this, the aim and motive of this paper are

clearer. Analyzing the quality of communication and identifying the obstacles in this relationship, particularly those involving language and culture, this research suggests a model for overcoming them. This model has to be an integral part of the teaching programs for the reinforcement of the communication skills at universities of medical sciences. It should be a part of the mandatory continuing education of professional associations and regulatory bodies (chambers) of physicians and other interested parties (institutions, societies of patients, non-governmental organizations). This will affect the quality of health professional-patient communication, conquering the barriers and hence improving health services and patient satisfaction.

ACKNOWLEDGMENTS

We thank Institute of Public Health staff, and all doctors and their coworkers who participated in Communication

skills and quality of healthcare services – study, as well as all patients and citizens for their contribution to this study and the study in 2011. We thank BRIMA Skopje, the responsible agency for Macedonia and WIN/ GIA (GIA = Gallup International Association) for the international survey's data. Institute of Public Health financially supported the study in 2010 and data set for health from the physician-patient communication survey in Macedonia in 2011. Especially we thank Prof. Donco Donev, the director of Institute for Social Medicine, Medical faculty, University Ss. Cyril and Methodius in Skopje for expert's support and very useful contribution - help and appreciate opinion for the paper's results of these sensitive and very first surveys for doctor-patient communication in the Republic of Macedonia.

REFERENCES

1. Flew T. Creativity, Cultural Studies, and Services Industries. *J Communication and Critical/Cultural Studies*. June 2004; 1 (2): pp. 176-193
2. DeWine S. *The Consultant's Craft: Improving Organizational Communication*. 2nd ed. Boston: Bedford; 2001. p.5.
3. Pearce WB. *Communication and the Health Condition*. Illinois: Southern Illinois University Press; 1989. p. 91.
4. Perloff R, Bonder B, Ray G, Berlin Ray L, Siminoff L. Doctor-Patient Communication, Cultural Competence, and Minority Health: Theoretical and Empirical Perspectives. *American Behavioral Scientist*. 2006, 49; pp. 835-852 p. 835.
5. Roter DL, Hall JA. *Doctors talking to patients/patients talking to doctors: improving communication in medical visits*. Westport, CT: Auburn House; 1992. p. 4.
6. Mechanic, D. & Schlesinger, M. *The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and their Physicians. The Patient-Physician Relationship*. 1996. p. 1693-1697.
7. Lee S, et al. *Enhancing Physician-Patient Communication*. *American Society of Hematology*. 2002. pp464-483. p. 464.
8. Pollozhani A. *Communication skills and quality of healthcare services*. Doctoral dissertation. Medical Faculty Tirana. 2010.
9. Pollozhani A, Petkovski K. *Modern Aspects in Health-Care Management*. Skopje. 2009 p.3.
10. *Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research. Doctor - Patient Global Communication Performance*. Fall, 2011
11. Kenny D, Veldhuijzen W, van der Weijden T, LeBlanc A, Lockyer J, Legare F, Campbell C. *Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication*. *Online Journal*. 2009. p. 763-768.
12. Ulrey KL, Amason P. *Intercultural Communication Between Patients and Health Care Providers: An Exploration of Intercultural Communication Effectiveness, Cultural Sensitivity, Stress, and Anxiety*. *Health Communication*. 2001.13(4); pp449-463. p.458.
13. Wachtler C, Troein M. *A hidden curriculum: mapping cultural competency in a medical programme*. *Med Educ*. 2003; 37(10); pp 861-8. p. 861.
14. Kurtz S. *Doctor- Patient Communication : Principles and Practices*. *Can. J. Neurol. Sci*. 2002; 29(Suppl.2), pp 23-29.
15. *Law on protection of patient's rights*. *Official Gazette of the Republic of Macedonia*. No.82/08, p.3.

KOMUNIKIMI NDERKULOROR NE ORGAIZATAT SHËNDETËSORE NË R. E MAQEDONISË

Aziz Pollozhani¹, Elena Kosevska^{1,2}, Kostadin Petkovski³, Shaban Memeti¹, Blerim Limani⁴

¹ Instituti i shëndetit publik i RM, Shkup

² Fakulteti i mjeksisë, Universiteti Sh.Kirili dhe Metodi, Shkup, RM

³ Universiteti Sh.Klimenti i Ohrit, Manastir, RM

⁴ Instituti i studimeve politike dhe interkulturore , Shkup. RM

ABSTRAKT

Qëllimi: Për të shqyrtuar gjendjen ekzistuese, pengesat dhe pasojat e komunikimit ndërkulturor në institucionet shëndetësore dhe për të ofruar modele trajnimi për forcimin dhe përmirësimin e aftësive të komunikimit të profesionistëve shëndetësore në Republikën e Maqedonisë.

Metodat: Janë bërë dy studime transferzale për të vlerësuar marrëdhëniet mes pacientëve dhe profesionistëve në shëndetësi. Në studimin e realizuar në vitin 2010 kanë marrë pjesë 813 punëtorë shëndetësorë (302 mjekë dhe 511 personel tjetër shëndetësor) dhe 1.016 pacientët në RM. Hulumtimi i dytë është kryer me 1.210 pjesëmarrës në 2011 nga WIN / GIA. Si teknika hulumtimi janë përdorur pyetësorë të shkallëzuar, intervista dhe testimi. Analiza e rezultateve është bërë me metodën përshkruese analitike me software SPSS.

Rezultatet: Kërkimore në vitin 2010 tregon se cdo pacient i tretë i ekzaminuar mendon se mjeku apo personeli tjetër shëndetësor, nuk kishte mirëkuptim për emocionet e tij / saj dhe se ata nuk iu përgjigjën të gjitha pyetjeve që ata e shqetësonin. Nga ana tjetër, 60% e mjekëve deklarojnë se ata kanë një komunikim të mirë me pacientët që flasin gjuhë tjetër përveç gjuhës së tyre amtare. Vetëm 60% e mjekëve tha se ata e dinë mirë kultura e pacientit të tyre dhe 52% e personelit tjetër mjekësor tha se ata e adaptojnë qëndrimin e tyre gjatë trajtimit në përputhje me kulturën e pacientit (fenë, botëkuptimet, gjuhën). Anketa në vitin 2011 tregoi se 36% e shqiptarëve ndjehen të sigurt me mjekët e tyre që ndryshon nga maqedonët (43.8%) dhe pacientët me etni tjera që tregojnë një ndjenjë sigurie më të madhe (47.6%)

Përfundim: Studimi tregon se gjatë ofrimit të shërbimeve shëndetësore, në aspektin e komunikimit të ndërsjellë, në një ambient multikulturor dhe multienik ka disa dobësi në mes të ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe pacientëve. Për të tejkaluar këto mungesa me qëllim të përmirësimit dhe forcimit të aftësive komunikuese të punëtorëve shëndetësor, propozohet një model trajnimi.

Falet kyç: komunikimi, menaxhimi shëndetësor, punëtorët shëndetësor, ndjeshmëri kulturore, kompetencat kulturore.

KRAHASIMI I EFEKTEVE TE KARVEDILOLIT ME ATENOLOLIN NE KONVERTIMIN DHE KONTROLLIN E FREKUENCES VENTRIKULARE NE FIBRILACIONIN ATRIAL PAROKSISTIK

Julian Ranxha¹, Gentian Vyshka², Anesti Kondili³

¹Spitali Rajonal Berat.

²Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës.

³QSU "Nene Tereza" Tiranë.

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 32-37

ABSTRAKT

Qëllimi i studimit: Të krahasojë efektshmërinë e karvedilolit përkundrejt atenololit në konvertim dhe kontrollin e frekuencës ventrikulare të fibrilacionit atrial paroksistik.

Materiali dhe metoda: Studimi është prospektiv, i randomizuar, krahasues dhe one-blind. Në studim u përfshinë 41 pacientë, burra dhe gra, të ndarë përkatësisht 21 në grupin e karvedilolit dhe 20 në grupin e atenololit, me moshë mesatare përkatësisht 61.3 ± 18.3 dhe 67.2 ± 10.0 me kufij 21-82 vjec dhe 43-80 vjec. Randomizimi u krye në këtë mënyrë, çdo i sëmurë me FA paroksistik që i përkiste një numri rendor tek do të merrte 50 mg karvedilol sublingual dhe numrat çift 50 mg atenolol sublingual. Çdo të sëmurë iu mat tensioni arterial, iu krye EKG, EKO e zemrës dhe iu morën elektrolitet në momentin e ardhjes dhe pastaj u monitorua TA dhe frekuenca kardiake çdo 30 min, 1 orë, 3 orë, 6 orë dhe 12 orë. Si pikë mbërritje të studimit u përcaktuan: konvertimi në ritëm sinusal, kontrolli i frekuencës kardiake, ndikimi në tensionin arterial.

Rezultatet: Midis dy grupeve të studimit nuk ka ndryshim të rëndësishëm statistikor. Rezultati ka qënë pozitiv vetëm në një rast (konvertim në ritëm sinusal në orën e 3) në grupin e karvedilolit, gjatë kohës së gjysmëjetës dhe negativ në gjithë të tjerët por pa një sinjifikancë statistikore të rëndësishme. Përsa i përket dy pikëmbërritjeve të tjera, krahasimi i efekteve të atenololit me karvedilolin në kontrollin e frekuencës së FA dhe ndikimin në tensionin arterial, shihet se midis grupit të atenololit dhe karvedilolit nuk ka ndryshim të rëndësishëm statistikor në frekuencën kardiake ($p = 0.43$), ndërkohë që shihet që ka një ndryshim statistikisht të rëndësishëm midis dy medikamenteve përsa i përket tensionit arterial sistolik ($p = 0.028$) dhe atij diastolik ($p = 0.018$) pas 12 orësh.

Konkluzion: Karvediloli nuk bën përjashtim nga beta-blokuesit e tjerë përsa i përket konvertimit në ritëm sinusal dhe kontrollit të frekuencës së FA paroksistik. Në dallim nga beta-blokuesit e tjerë ka efekt më të shprehur në uljen e tensionit arterial sistolik dhe diastolik.

Fjalët kyç: Fibrilacion atrial paroksistik, beta-blokuesit, karvedilol, atenolol.

HYRJE:

Fibrilacioni atrial (FA) është përshkruar për herë të parë nga Bouillaud si "folia e zemrës ose delirium cordis" që më 1836. Ai megjithatë mbetet çrregullimi i ritmit më i hasur dhe problematik në praktikën klinike (1, 2, 3).

FA është një takiaritmi supraventrikulare e karakterizuar nga nxitja joharmonike atriale me pasojë përkeqësimin e funksionit mekanik atrial. Në elektrokardiogramë, paraqitet me zëvendësimin e valëve të qëndrueshme P me valëzime të dendura, ose valë fibriluese të cilat ndryshojnë në madhësi, formë, periodë dhe që shoqërohen me një përgjigje ventrikulare të çrregullt,

mjaft herë të shpeshtë, kur përcimi atrioventrikular është i padëmtuar. FA klasifikohet në:

- paroksizmal, kur zgjat deri 7 ditë ose më pak, me konvertim spontan në ritëm sinusal.
- persistent, kur zgjat mbi 7 dite dhe kërkon kardioversion farmakologjik ose elektrik.
- permanent, kur është refraktar ndaj kardioversionit dhe zgjat mbi një vit.
- rekurent, më shumë se një episod FA.
- i vecuar (lone AF), kur ndodh nën 60 vjec dhe pa semundje kardiopulmonare (klinikisht dhe ekokardiografikisht).

- valvular, kur ndodh në paciente me histori apo sëmundje reumatizmale mitrale ose proteza valvular.

Sipas statistikave më të reja të American Heart Association (AHA) dhe të American Stroke Association, FA prek rreth 2.2 milion paciente në SHBA. Për më tepër 13-27% e pacientëve me FA kanë insuficiencë kardiake kronike (IKK) dhe disfunktion të ventrikulit të majtë (12, 13). Është rritur interesi për të ekzaminuar rolin e β -blokuesve në kontrollin e frekuencës dhe konvertimin në ritëm sinusal. Studime klinike të kontrolluara për karvedilolin kanë treguar që ai redukton mortalitetin, morbiditetin dhe permirëson hemodinamikën në pacientë me IK (14, 15). Të dhënat më të reja tregojnë se këto përfitime shtrihen dhe në pacientët me IKK të komplikuar me FA dhe që karvediloli siguron përfitime më të mëdha në frekuencën kardiake kur përdoret i kombinuar me digoksinën, terapia standarte për pacientet me FA persistent dhe IK. Për më tepër, në një studim tregohet se karvediloli reduktonte FA postoperator dhe parandalonte relapsin e tij pas kardioversionit (4, 7).

Karvediloli u zbulua në departamentin e kërkimit kardiovaskular në Boehringer Mannheim. Ai u aprovua në USA në shtator 1995 për trajtimin e pacientëve me HTA esencial dhe në maj 1997, në bazë të shumë studimeve klinike të kryera (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23) u bë α -blokuesi i parë që mori aprovimin për trajtimin e insuficiencës kardiake simptomatike (5). Ai është një aryloxypropanolaminelipofile, që shkakton vazodilatacion prekapilar nëpërmjet α 1-blokimit dhe β -blovimit joselektiv dhe nuk ka aktivitet simpatomimetik intrinsek (24). Vazodilatacionin karvediloli e shkakton kryesisht nëpërmjet α 1-blovimit, megjithëse në përqëndrime të larta ai bllokton dhe hyrjen e kalciumit (25, 26). Nuk ka efekt në receptorët e angiotenzinës (27). Karvediloli ka gjithashtu in vitro aktivitet antioksidant, rëndësia e të cilit është ende e panjohur (28).

QËLLIMI I STUDIMIT

Të krahasojë efektshmërinë e karvedilolit përkundrejt atenololit në konvertim dhe kontrollin e frekuencës ventrikulare të fibrilacionit atrial paroksistik.

MATERIALI DHE METODA

Studimi është prospektiv, i randomizuar, krahasues dhe one-blind.

Në studim u përfshinë 41 pacientë, burra dhe gra, të ndarë përkatesisht 21 në grupin e karvedilolit dhe 20

në grupin e atenololit, me moshë mesatare përkatesisht 61.3 ± 18.3 dhe 67.2 ± 10.0 me kufij 21-82 vjeç dhe 43-80 vjeç. Randomizimi u krye sipas një rregulli të caktuar: çdo i sëmurë që i përkiste një numri rendor tek do të merrte karvedilol dhe numrat çift atenolol.

Kriteret e përfshirjes në studim:

Çdo i sëmurë me FA paroksistik që paraqitej në spital brenda 48 orëshit të parë të fillimit të sëmundjes. Në kriteret e përcaktimit të FA paroksistik u vlerësuan të dhënat klinike dhe ato elektrokardiografike.

Kriteret e përjashtimit nga studimi:

- Pacientët me hipersensibilitet të njohur ndaj β -blovuesve.
- Hipotension grave (TA sistolik < 90 mm Hg).
- Insuficiencë kardiake NYHA IV.
- BPOK me komponentë bronkospastike (astmë bronkiale).
- FA i shoqëruar me bllok atrio-ventrikular (dukuria Fridrich).
- Insuficiencë hepatike.
- Barra dhe laktacioni
- Pacientë me sëmundje të rënda malinje, çrregullime psiqike, abuzim droge, alkooli.

Per çdo grup u përdorën përkatesisht: 50 mg karvedilol dhe 50 mg atenolol sublingual.

Efektshmëria e barit u vlerësua nga krahasimi i vlerave të frekuencës kardiake në fillim dhe fund të monitorimit kurse konvertimi në ritëm sinusal u vërtetua me EKG.

Pacienti nuk kishte dijeni për mjekimin që merrte. Çdo të sëmurë iu mat TA iu krye EKG, EKO e zemrës dhe iu morën elektrolitet në momentin e ardhjes dhe pastaj u monitorua TA dhe frekuenca kardiake cdo 30 min, 1 orë, 3 orë, 6 orë dhe 12 orë.

Si pikë mbërritje të studimit u përcaktuan:

- Konvertimi në ritëm sinusal
- Kontrolli i frekuencës kardiake
- Ndikimi në tensionin arterial.

ANALIZA STATISTIKORE

Variablet e vazhdueshme u paraqitën në vlerë mesatare dhe devijacion standard, kurse variablet diskrete u paraqitën në vlerë absolute dhe në përqindje. Për të analizuar diferencat mes variableve të vazhdueshme midis dy grupeve u përdor testi "t" i Studentit për dy mostra të

pavarura. Të dhënat u paraqiten me anë tabelash të tipeve të ndryshme. U konsideruan sinjifikante vlerat e $p \leq 0,05$ (ose 5%).

Për analizën e të dhënave u përdoren paketa statistikore SPSS 10.0 dhe Microsoft excel.

REZULTATET

Pjesa më e madhe e materialit u mblodh gjatë periudhës gusht 2004 - prill 2005, gjatë së cilës në urgjencën e spitalit rajonal të Beratit u paraqitën 41 të sëmurë (13

femra dhe 29 meshkuj) me fibrilacion atrial paroksistik.

41 të sëmurët u randomizuan në dy grupe. 21 pacientë i përkisnin grupit të karvedilolit dhe 20 pacientë grupit të atenololit. Midis dy grupeve të studimit nuk ka ndryshim të rëndësishëm statistikor përsa i përket moshës së pacientëve, zgjatjes së krizës, nivelit serik të elektroliteve (NA, K, Ca), të dhënave ekokardiografike.

Të dhënat paraqiten në tab. 1 ku shihet se ka një ndryshim statistikisht të rëndësishëm mes dy medikamenteve, përsa i përket kohës së fillimit të krizës.

Tabela 1. Karakteristikat e pacienteve te secilit grup.

	Carvedilol	Atenolol	T	df	Vlera e p	95% Conf. Int. of the Difference	
	Mesatare ± SD	Mesatare ± SD				Lower	Upper
MOSHA	61,3 3±18.3	67.20±10.07	-1.261	39	.215	-15.2784	3.5451
FILL_KRI	3.80±2.24	2.60±0.94	2.225	39	.032	.1101	2.3090
ZGJ_KRIZ	22.28±5.33	22.45±3.06	-.120	39	.905	-2.9305	2.6020
NA	139.52±3.14	140.3±3.24	-.778	39	.441	-2.7936	1.2412
K	4.0±0.41	3.83±0.38	1.356	39	.183	-8.3638E-02	.4236
CA	1.17±9.37E-02	1.16±0.18	.288	39	.775	-7.8978E-02	.1052
SEPTUM	11.95±1.07	12.05±0.75	-.335	39	.739	-.6868	.4916

Rezultati ka qënë pozitiv vetëm në një rast (konvertim në RS në orën e 3) në grupin e karvedilolit, gjatë kohës së gjysmëjetës dhe negativ në gjithë të tjerët por pa një sinjifikancë statistikore të rëndësishme. Përsa i përket dy pikëmbërritjeve të tjera, krahasimi i efekteve të atenololit me karvedilolin në kontrollin e frekuencës së FA dhe ndikimin në tensionin arterial, shihet se midis grupit të atenololit dhe karvedilolit nuk ka ndryshim të rëndësishëm statistikor në frekuencën kardiakë ($p = 0.43$), ndërkohë që shihet që ka një ndryshim statistikisht të rëndësishëm midis dy medikamenteve përsa i përket tensionit arterial sistolik ($p = 0.028$) dhe atij diastolik (p

$= 0.018$) pas 12 orësh. (Tab. 2). Paraqitja grafike jepet në figurat (Figurat 1, 2 dhe 3).

Efekte anësore u hasën në 2 të sëmurë (10%) në grupin e karvedilolit (marrje mendsh, nauze, konfuzion) dhe në një të sëmurë (5%) në grupin e atenololit, por pa diferencë të rëndësishme statistikore midis dy preparateve. Në një studim (US carvedilol Heart Failure program) carvediloli u ndërpre në 5% të pacientëve për shkak të insuficencës kardiakë, marrjes së mendve ose bradikardisë. Efektet anësore më të shpeshta në këtë studim dhe të tjere ishin edema, marrja e mendve, bradikardia, hipotensioni, nausea, diarreja dhe errësimi i shikimit (5).

Tabela 2. Krahasimi i efekteve te atenololit dhe karvedilolit.

	Carvedilol	Atenolol	T	df	Vlera e p	95% Conf. Int. of the Difference	
	Mesatare ± SD	Mesatare ± SD				Lower	Upper
TAS_T0	156.23±12.6	162.15±13.0	-1.470	39	.150	-14.0482	2.2244
TAD_T0	87.66±7.10	85.60±4.45	1.110	39	.274	-1.7000	5.8334
Fc_T0	162.09±11.6	159.95±9.6	.640	39	.526	-4.6317	8.9222
TAS_T 12	121.9±11.77	130.75±13.1	-2.275	39	.028	-16.7084	-.9821
TAD_T 12	77.85±7.83	72.25±6.58	2.474	39	.018	1.0227	10.1916
Fc_T 12	124.23±12.1	126.85±8.41	-.795	39	.431	-9.2573	4.0335

Figura 1. Krahasimi i efekteve te atenololit me karvedilol ne kontrollin e Fc.

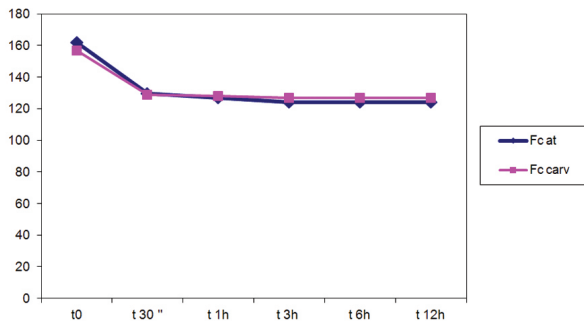


Figura 2. Krahasimi i efekteve te atenololit me karvedilol ne tensionit arterial sistolik

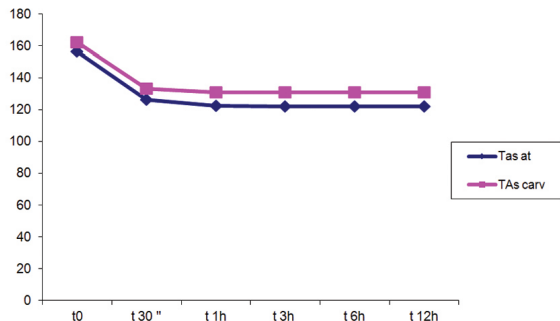
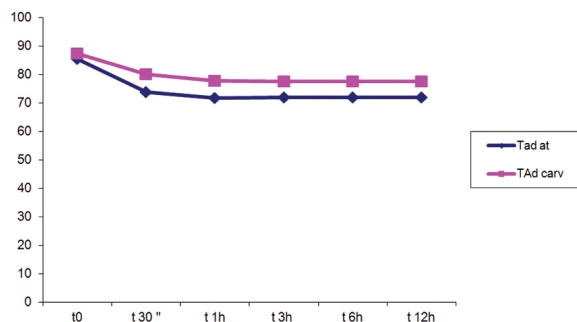


Figura 3. Krahasimi i efekteve te atenololit me karvedilol ne tensionin arterial diastolik.



DISKUTIM

Me zgjerimin e gamës së betablokuesve që përdoren në praktikën tonë të përditëshme, duke përfshirë në to vitet e fundit edhe karvedilolin si një betablokues me cilësi të veçanta dhe me një përparësi në përdorimin e tij sidomos në pacientët me insuficiencë kardiake, ne u perpoqëm të studiojmë efektin e tij në rastet e fibrilacionit atrial

paroksistik duke e krahasuar atë me efektet e atenololit.

Në një studim retrospektiv me 115 pacientë që iu nënshtruan kirurgjisë kardiake, u vu re një reduktim i dukshëm i FA postoperator (8% vs 32%, $p < 0.05$) në pacientët që merrnin karvedilol krahasuar me ata që merrnin metoprolol apo atenolol menjëherë pas kirurgjisë. Beta-blokuesit përdoren shpesh për të trajtuar dhe parandaluar FA. Veç vetive β -blokuese, karvediloli dhe metabolitet e tij kanë dhe veti α -blokuese dhe antioksiduese. Studimet e fundit klinike kanë konfirmuar se markuesit e inflamacionit dhe dëmtimeve oksidative, si proteina C-reaktive janë të rritura në pacientë me FA (8, 9). Prej kësaj lind hipoteza se efektet e karvedilolit në FA mund të jenë pjesërisht pasojë e reduktimit të inflamacionit apo stresit oksidativ si dhe β -blokimit efektiv (4).

Si përfaqësues i β -blokuesve u mor atenololi. Vetitë antiaritmike të tij lidhen me efektin antiadrenergjik si dhe me atë stabilizues të membranës, duke shtuar si mekanizëm të ndërmjetëm pakësimin e kërkesave të miokardit për oksigjen. Ai zgjat kohën e rikuperimit sinusal si dhe atë të përçimit nodal, rrit periudhën refraktare efektive atriale dhe nodale AV, ngadalëson automaticitetin në fijet Purkinje që janë stimuluar nga tonusi adrenergjik, por nuk ndikon në kohën e periudhës refraktare efektive ventrikulare. Në sajë të këtyre vetive shpjegohet dhe efekti më i mirë në aritmitë adrenergjike. Në rastin e FA mendimet janë pothuaj të njëjta, që ai vepron kryesisht duke pakësuar shpejtësinë ventrikulare nëpërmjet ndikimit në nyjen AV gjë që ka interes hemodinamik (3, 6).

Nga ky studim shihet se:

- Karvediloli sikurse dhe atenololi nuk ka efekt të dobishëm në konvertimin e fibrilacionit në ritëm sinusal (pa diferencë statistikore midis tyre).
- Karvediloli përkundrajt atenololit ka ndikim të rëndësishëm në kontrollin e frekuencës ventrikulare të fibrilacionit atrial paroksistik.
- U vu re diferencë në uljen e TA sistolik dhe diastolik midis grupit të karvedilolit dhe atenololit, efekt ky që i dedikohet probablisht vetive β -blokuese të karvedilolit si pasojë e të cilëve kemi uljen e rezistencave periferike.

Të dhënat e studimit tonë përse i përket efekteve të karvedilolit në tensionin arterial përputhen me ato të studimeve të tjera të kryera nga Young PH apo Ruilope LM (10, 11).

PËRFUNDIME

- Karvediloli nuk bën përjashtim nga beta-blokuesit e tjerë përse i përket konvertimit në ritëm sinusal dhe kontrollit të frekuencës së FA paroksistik.
- Në dallim nga beta-blokuesit e tjerë ka efekt më të shprehur në uljen e tensionit arterial sistolik dhe diastolik.

KUFIZIMET E STUDIMIT

Si kufizime të këtij studimi mund të përmendim:

- numrin e vogël të pacientëve të përfshirë në të për shkak të kohës së shkurtër gjatë së cilës u krye studimi.
- mungesën e grupit të kontrollit për shkak të numrit të vogël të pacientëve dhe problemit etik.

REFERENCAT

1. ACC/AHA/ESC, Guidelines for management of Atrial Fibrillation Eur. Heart J. 2001; 22; 1852-1923.
2. Eric N. Prystowsky, MD, Chair; D. Woodrow Benson, Jr, MD, PhD; Valentin Fuster, MD, PhD; D. George Wyse, MD, PhD. Management of patients With Atrial Fibrillation. Circulation 2003(6): 1262.
3. Kondili A. Takikardite paroksizmale. 1990, 17-18.
4. J. Christopher Merrit, MD, Mark Niebauer, MD, Khaldoun Tarakji, MD, Donald Hammer, MD, and Roger M. Mills, MD. Comparison of effectiveness of carvedilol versus Metoprolol or Atenolol for Atrial Fibrillation Appearing after Coronary Artery Bypass Grafting or Cardiac Valve Operation. Am J Cardiol 2003; 92:735-736.
5. William H. Frishman, MD. Carvedilol. The new England Journal of Medicine Vol. 339:1759-1765. December 10, 1998. Number 24.
6. Braunwald Zippes Libby 6th edition. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Ch. 23, 780.
7. Mihai Gheorghide, MD, Joel D. Robbins, MD, and Mary Lukas, MD. Role of Carvedilol in Atrial Fibrillation: Insights from Clinical Trials. Am J Cardiol 2004;93(suppl):53B-57B.
8. Mihm MJ, Yu F, Carnes CA, Reiser PJ, McCarthy PM, Van Wagoner DR, Bauer JA. Impaired myofibrillar energetics and oxidative injury during human AF. Circulation 2001; 104:174-180.
9. Chung MK, Martin DO, Sprecher D, Wazni O, Kanderian A, Caenes CA, Bauer JA, Tchou PJ, Niebauer MJ, Natale A, Van Wagoner DR. C-reactive protein elevation in patients with atrial arrhythmias. Circulation 2001; 104:2886-2891.
10. Young PH. A comparison of carvedilol with atenolol in the treatment of mild-to-moderate essential hypertension. INT-CAR-07. (U.K.) Study Group. J Cardiac Pharmacol. 1992; 19 Suppl.
11. Ruilope LM. Comparison of a new vasodilating beta-blocker, carvedilol, with atenolol in the treatment of mild to moderate essential hypertension. Am J Hypertens. 1994 Apr; 7(4 Pt 1):379.
12. Carson PE, Jonson GR, Dunkman WB, Fletcher RD, Farrell L, Cohn JN, for the V-HeFT VA Cooperative Studies Group. The influence of atrial fibrillation on the prognosis in mild to moderate heart failure: the V-HeFT Studies. Circulation 1993; 87:VII02-VII10.
13. Torp-Pedersen C, Moller, Bloch-Thomsen PE, Kober L, Sandoe E, Egstrup K, Agner E, Carlsen J, Videbaek J, Marchant B, Camm AJ, for the Danish Investigations of Arrhythmia and mortality on Dofetilide Study Group. Dofetilide in patients with congestive heart failure and left ventricular dysfunction. N Engl J Med 1999;341:857-865.
14. Packer M, Bristow MR, Cohn JN, Colucci WS, Fowler MB, Gilbert EM, Shusterman NH, for the US Carvedilol Heart Failure Study Group. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. N Engl J Med 1996;334:1349-1355.
15. Poole-Wilson Pa, Swedberg K, Cleland JG, Di Lenarda A, Hanrath P, Komajda M, Lubsen J, Lutiger B, Metra M, Remme Wj, et al, for the Carvedilol or Metoprolol European Trial Investigators. Comparison of carvedilol and metoprolol on clinical outcomes in patients with chronic heart failure in the Carvedilol or Metoprolol European Trial (COMET): randomized controlled trial. Lancet 2003;362:7-13.
16. Metra M, Nardi M, Giubbini R, Dei Cas L. Effects of short- and long-term carvedilol administration on rest and exercise hemodynamic variables, exercise capacity and clinical conditions in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol 1994;24:1678-1687
17. Krum H, Sackner-Bernstein JD, Goldsmith RL, et al. Double-blind, placebo-controlled study of the long-term efficacy of carvedilol in patients with severe chronic heart failure. Circulation 1995;92:1499-1506
18. Olsen SL, Gilbert EM, Renlund DG, Taylor DO, Yanowitz FD, Bristow MR. Carvedilol improves left ventricular function and symptoms in chronic heart failure: a double-blind randomized study. J Am Coll Cardiol 1995;25:1225-1231.
19. Bristow MR, Gilbert EM, Abraham WT, et al. Carvedilol produces dose-related improvements in left ventricular function and survival in subjects with chronic heart failure. Circulation 1996;94:2807-2816.

20. Packer M, Colucci WS, Sackner-Bernstein JD, et al. Double-blind, placebo-controlled study of the effects of carvedilol in patients with moderate to severe heart failure: the PRE-CISE trial: Prospective Randomized Evaluation of Carvedilol on Symptoms and Exercise. *Circulation* 1996;94:2793-2799
21. Colucci WS, Packer M, Bristow MR, et al. Carvedilol inhibits clinical progression in patients with mild symptoms of heart failure. *Circulation* 1996;94:2800-2806.
22. Cohn JN, Fowler MB, Bristow MR, et al. Safety and efficacy of carvedilol in severe heart failure. *J Card Fail* 1997;3:173-179.
23. Australia/New Zealand Heart Failure Research Collaborative Group. Randomised, placebo-controlled trial of carvedilol in patients with congestive heart failure due to ischaemic heart disease. *Lancet* 1997;349:375-380
24. Morgan T. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of carvedilol. *Clin Pharmacokinet* 1994;26:335-346.
25. Dunn CJ, Lea AP, Wagstaff AJ. Carvedilol: a reappraisal of its pharmacological properties and therapeutic use in cardiovascular disorders. *Drugs* 1997;54:161-185.
26. Nichols AJ, Gellai M, Ruffolo RR Jr. Studies on the mechanism of arterial vasodilation produced by the novel anti-hypertensive agent, carvedilol. *Fundam Clin Pharmacol* 1991;5:25-38.
27. Tomlinson B, Bompert F, Graham BR, Liu J-B, Prichard BNC. Vasodilating mechanism and response to physiological pressor stimuli of acute doses of carvedilol compared with labetalol, propranolol and hydralazine. *Drugs* 1988;36:Suppl 6:37-47.
28. Neugebauer G, Akpan W, von Mollendorff E, Neubert P, Reiff K. Pharmacokinetics and disposition of carvedilol in humans. *J Cardiovasc Pharmacol* 1987;10:Suppl 11:S85-S88.

EFFICACY OF CARVEDILOL COMPARED TO ATENOLOL IN THE CONVERSION AND VENTRICULAR RATE CONTROL IN PAROXISTIC ATRIAL FIBRILLATION

Julian Ranxha¹, Gentian Vyshka², Anesti Kondili³

¹ Regional Hospital, Berat

² Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i shkencave mjekësore , Tiranë

³ QSU “Nene Tereza” Tiranë.

Aim: To compare efficacy of carvedilol versus atenolol, in the conversion and ventricular rate control in the paroxistic atrial fibrillation.

Methods: The efficacy of carvedilol was compared with that of atenolol in a prospective, randomized, comparative, one-blind study in 41 patients with paroxistic atrial fibrillation (not older than 48 hour), men and women, divided respectively 21 and 20 patients with mean age respectively 61.3 ± 18.3 and 67.2 ± 10.0 for each group. Odd patients were randomized to 50 mg carvedilol sublingual and even patients to 50 mg atenolol sublingual. Blood pressure and electrolytes were measured, ECG and echocardiography at the beginning of the study, then blood pressure and ventricular rate every 30 minutes, 1 hour, 3 hours, 6 hours and 12 hours. End points of the study were sinus rhythm conversion, ventricular rate control, blood pressure influence.

Results: There were no significant differences in the baseline characteristics of study population. The result was positive in one patient only (sinus rhythm conversion at third hour), in the carvedilol's group and negative for all others, without important statistical significance. There was no important statistical significance between two groups of study for ventricular rate control ($p=0.43$) and important statistical differences between two medications for systolic blood pressure ($p=0.028$) and diastolic blood pressure ($p=0.018$) after 12 hours of administration.

Conclusion: This study demonstrated that carvedilol doesn't make exception from other beta-blockers for sinus rhythm conversion and ventricular rate control of paroxistic atrial fibrillation, on the contrary decreases more systolic and diastolic blood pressure.

Keywords: Paroxistic atrial fibrillation, beta-blockers, carvedilol, atenolol.

ФРЕКВЕНЦИЈАТА НА HPV16, HERPES SIMPLEX VIRUS, CHLAMYDIA TRACHOMATIS И TRICHOMONAS VAGINALIS КАЈ ПАЦИЕНТКИ СО ПРЕКАНЦЕРОЗНИ ЦЕРВИКАЛНИ ЛЕЗИИ КАЈ КОИ Е ИНДИЦИРАНА КОНИЗАЦИЈА КАКО ТРЕТМАН НА ИЗБОР

Димитров Горан¹, Џикова Елена¹, Руфати Нагип³, Антоvsка Весна¹, Димитров Глигор²

¹ Универзитетска Гинеколошко-Акушерска Клиника Скопје

² Општа болница Ремедика Скопје

³ Клиничка болница Тетово

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 38-42

РЕЗИМЕ

Вовед: Познато е дека сексуално преносливите болести (СПБ) се асоцирани со високата инциденца на цервикалната интраепителијална неоплазија (CIN).

Цел: Да се утврди фреквенцијата на HPV16 и меѓусебниот сооднос со Herpes simplex virus (HSV), Chlamydia Trachomatis (CT) и Trichomonas vaginalis (TV), како кофактори во настанувањето на лезии кај кои е индицирана конизација.

Материјал и методи: Беа испитани 136 пациентки со хистолошки потврден CIN и 50 контроли со нормален цитолошки и колпоскопски наод.

Резултати: Од 136 пациентки со CIN, 56,6% HPV+, 48,5% имале сексуално пренослива болест. Во контролите HPV+ биле 18%. Индицирана конизација била кај 48,5%. Кај 50% од нив биле утврдени HPV16, HSV, CT, TV.

Дискусија: Фреквенцијата на HPV16 е сигнификантна за настанување на CIN; HSV, CT и TV се можни негови кофактори особено за лезии за кои е индицирана конизација.

Заклучок: HPV16 е најважен фактор на ризик во настанувањето особено на повисоки стадиуми на CIN и заедно со СПБ е значаен предизвикувач на CIN лезии кај кои е индицирана конизација.

Клучни зборови: цервикална интраепителна неоплазија (CIN), конизација, хуман паплиома вирус (HPV), ризик фактори и кофактори, Herpes simplex virus (HSV), Chlamydia Trachomatis (CT), Trichomonas vaginalis (TV), цервикални преканцерозни лезии.

ВОВЕД

Високата инциденца на премалигните лезии на грлото на матката како во светот така и во нашата земја, беа примарен мотив за спроведување на студија која би испитала одредени фактори на ризик за настанување на цервикална интраепителијална неоплазија (CIN). Асоцијацијата на сексуалната активност на пациентките и развитокот на CIN е одамна позната во светот. Хипотезата дека причинителот за настанување на CIN се пренесува по сексуален пат доведе до бројни истражувања на таа тема (Kholer 1994)[1]. Хуманиот папилома вирус (HPV) особено неговите онкогени типови се познати како најодговорни причинители за

цервикалната карциногенеза. Најголем придонес во ова сознание има дадено нобеловецот prof.dr.Harald zur Hausen од Универзитетот во Хајделберг кој во своите непроценливи истражувања успеа да ја докаже улогата на овој хетероген род на вируси во настанување на цервикалните преканцерозни лезии. Денес се идентифицирани повеќе од 120 типови на вирус, од коишто 32 имаат генитална локализација (Franco 1999[2], Schneider 2001[3]). Без сомнение онкогенскиот потенцијал е 1000 пати поголем на грлото на матката отколку на другите генитални локализации.

Постојат бројни студии кои ја испитуваат епидемиологијата на CIN и сексуалните преносливи

болести (СПБ). Во една метанализа за TV со 24 епидемиолошки студии (Zhang 1994 год.[4]) е утврдена нивната асоцијација и зголемениот ризик. Бројни автори ја утврдиле релацијата на CT со CIN (Toshiyuki S 1997[13]) особено поради фактот дека 70% од овие инфекции се асимптоматски и остануваат долго време без третман овозможувајќи непречено делување врз цервикалниот епител (Koutsky 1992[5]; Howayda S 2007 [12]). Студиите во 70тите и 80тите години направени за HSV тип2 покажаа зголемена преваленца на овој тип на вирус кај пациентки со CIN како и синергистички механизам на онкогенезата меѓу овој тип на вирус и HPV (zur Hausen 1982[6]). Сепак Richart 1992 год. [7] го елиминираше HSV како причинител во настанувањето на CIN. Бројни студии ја истражувале конизацијата како третман на избор кај висок градус на CIN (Holschneider 1999 [11]; Davies P 2001 [14]).

Во оваа студија се постави хипотеза за влијанието на Herpes simplex virus (HSV), Chlamydia Trachomatis (CT) и Trichomonas vaginalis (TV), како кофактори на онкогениот тип HPV16 во настанувањето на цервикални преканцерозни лезии градус 2 и 3 кај кои е индицирана конизација како третман на избор.

Овој труд е оригинален и дава особен придонес во превенцијата и третманот на цервикалните преканцерозни лезии и канцерот на грлото на матката.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

Во тек на оваа студија испитани се 136 пациентки со хистолошки потврден CIN и 50 контроли со нормален цитолошки и колпоскопски наод на Гинеколошко-Акушерската Клиника во Скопје, Р. Македонија во период од три години. Кај сите пациентки е земен брис за цитолошки, микробиолошки, серолошки и HPV PCR (Polymerase chain reaction) тест. Како методи беа користени цервико-вагинална цитолошка анализа, колпоскопија, биопсија и ендоцервикална киретажа (ECC) на portio vaginalis uteri (PVU). Цитолошката цервиковагинална анализа беше изведена со liquid-based тест изработен во цитолошката лабораторија на Гинеколошко-Акушерската Клиника во Скопје, Р. Македонија. Колпоскопијата според класичните правила на колпоскопски преглед со евентуална диригирана биопсија во колку се укажа потреба од тоа. ECC се изведе во сите случаи на атипична колпоскопска слика, незадоволителна колпоскопска слика, како и во случаи на нормална колпоскопска слика придружена со атипичен, премалигнен или

малигнен цитолошки наод. Хистолошкиот материјал беше изработен во лабораторијата за хистопатологија и клиничка цитологија при Институтот за радиотерапија и онкологија, и Институтот за Патологија, во Скопје, Р.Македонија. Микробиолошките и серолошките анализи беа изработени на Институтот за микробиологија и паразитологија, Скопје, Р.Македонија. Типизација на HPV со PCR (Polymerase chain reaction) беше изработен во лабораторијата за типизација на HPV на Гинеколошко-Акушерската Клиника во Скопје, Р. Македонија.

Униваријантната статистичка анализа на податоците беше направена со помош на табели на контингенција и пресметување на релативниот ризик (RR). Статистичката сигнификантност на факторите беше пресметана со 2 тест (Fisher exact test) и Mantel-Haentzel-овиот тест. Кај некатегоризираните варијабли, t-тестот (Studentov test) и F-тестот беа употребени за пресметка на сигнификантноста. За мултиваријантната анализа беше употребен безусловен логистички регресионен модел за пресметување на RR за настанување на CIN и беше направено подесување за HPV статус за да се утврди дали постои влијание при меѓусебна асоцијација со испитуваните кофактори и колку тоа доведува до појава на цервикални преанцерози кои треба да бидат хируршки третирани.

РЕЗУЛТАТИ

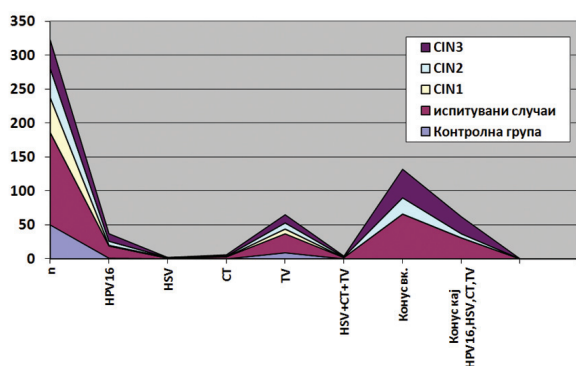
Од 136 пациентки со хистолошки потврден CIN, 51 пациентка била со CIN1, 43 пациентки со CIN2, и 42 пациентки со CIN 3. Од нив 56,6% (77) биле HPV позитивни. Од HPV позитивните 13,2% (18) биле типизирани како HPV16, и тоа пациентки со CIN1 2% (1), со CIN2 14% (6), и со CIN3 26,2% (11). Од вкупниот број на пациентки со хистолошки потврден CIN, 66 или 48,5% имале сексуално пренослива болест (СПБ), и тоа кај пациентките со CIN1 33,3% (17), CIN2 46,5% (20), CIN3 69% (29). HSV е најден кај 0,7% (1), и тоа кај пациентки со CIN1 2% (1), CIN2 0, CIN3 0. CT е најдена кај 2,2% (3), и тоа кај пациентки со CIN1 0, со CIN2 2,3% (1), CIN3 4,8% (2). TV е најден кај 20,6% (28), и тоа кај пациентки со CIN1 13,7% (7), CIN2 20,9% (9), CIN3 28,6% (12). HSV,CT и TV заедно се најдени кај 1,5% (2), и тоа кај пациентки со CIN1 0, CIN2 2,3% (1), CIN3 2,4% (1). Во контролните 50 пациентки HPV позитивни биле 18% (9), од кои HPV16 биле 2% (1), HPV негативни биле 82% (41). СПБ имале 40% (20) и тоа HSV 0, CT 0, TV 18% (9) и пациентки со комбинирана инфекција со HSV,CT и TV, 0. Конизација беше индицирана како

третман на избор кај вкупно 48,5%(66), од кои 24,3%(31) и 100%(42) од кои 59,5%(25) со HPV16, HSV, CT и TV беа со HPV16, HSV, CT и TV инфекција. Од нив 55,8%(24) вкупно од кои 14%(6) со HPV16, HSV, CT и TV беа со CIN2, и 100%(42) од кои 59,5%(25) со HPV16, HSV, CT и TV беа со CIN3. Резултатите се табеларно и графички прикажани на табела 1 и графикон 1.

Табела 1:

	n	HPV +	HPV -	HPV16	СПБ +	СПБ -	HSV	CT	TV	HSV+CT+ TV	Конизација вкупно/ HPV, HSV, CT, TV
Контролна група	50	9 18%	41 82%	1 2%	20 40%	30 60%	0	0	9 18%	0	0
испитувани случаи	136	77 56,6%	59 43,4%	18 13,2%	66 48,5%	70 51,5%	1 0,7%	3 2,2%	28 20,6%	2 1,5%	66/31 48,5%/24,3%
CIN1	51	20 39,2%	31 60,8%	1 2%	17 33,3%	34 66,7%	1 2%	0	7 13,7%	0	0
CIN2	43	24 55,8%	19 44,2%	6 14%	20 46,5%	23 53,5%	0	1 2,3%	9 20,9%	1 2,3%	24/6 55,8%/14%
CIN3	42	33 78,6%	9 21,4%	11 26,2%	29 69%	13 31%	0	2 4,8%	12 28,6%	1 2,4%	42/25 100%/59,5%

Графикон 1:



ДИСКУСИЈА

Целта на оваа студија беше да се открие фреквенцијата на онкогениот тип HPV16 и влијанието на неговата асоцијација со HSV, CT и TV инфекции во настанувањето на цервикални преканцерозни кои треба да бидат хируршки третирани.. Студијата беше дизајнирана како проспективна типична case-control студија на хоспитална база и се изведуваше во тек на три години на Гинеколошко-Акушерската Клиника во Скопје, Р. Македонија. Идејата за избор на факторите на ризик утврдување на нивната асоцијација во настанување на CIN е добиена од бројни претходно изведувани

студии во коишто е утврдено дека настанувањето на преканцерозните цервикални лезии зависи во голема мера од сексуалното однесување на пациентката. Резултатите покажуваат дека постои статистичка сигнификантност $p < 0,25$ со Odds Ratio (OR) од 1,29 и интервал на доверба 0,7928-2,0091 во фреквенцијата на онкогениот тип HPV16 кај CIN. Истотака се утврди дека HSV, CT и TV инфекциите се можни кофактори на онкогените типови на HPV во настанувањето и развојот на цервикални преканцерозни лезии. Оваа асоцијација меѓу CIN и СПБ коишто се среќаваат во нашата студија е публикувана во минатото и од бројни други автори (Schmauz 1989[8], Kharsany 1993[9]). Хипотезата дека хроничната цервико-вагинална инфламација може да ја зголеми онкогеноста на HPV се наоѓа во многу студии, но има и такви кои ја отфрлаат таа можност (de Sanjose 1994[10]).

Во нашата студија се утврди дека онкогените типови на HPV сепак се најважни фактори во настанувањето и развојот на цервикалните преканцерози, но постои и сигнификантна асоцијација на оваа хетерогена група на вируси со HSV, CT и TV инфекции како можни кофактори во настанувањето и развитокот на CIN (табела1 и график1) особено градус 2 и 3 кај кои е индицирана конизација како третман на избор.

ЗАКЛУЧОК

HPV а особено онкогениот тип HPV16 е најважен фактор на ризик во настанувањето на CIN, а неговата асоцијација се зголемува со степенот на лезијата. Тој во содејство со сексуално преносливите болести завзема големо место меѓу предизвикувачите на цервикалните преканцерозни лезии особено оние кај кои е индициран хируршки третман, заради што употребата на вакцината против HPV инфекцијата, заштитениот сексуален однос како и зголемување на имунитетот на пациентките може да одиграат значајна улога во нивната превенција.

ЛИТЕРАТУРА:

1. KOHLER U., WUTTKE P. Results of a case-control study of a current effect of various factors on a risk of cervix cancer. 1 Factors in reproduction, sex behaviour and infectious genital diseases. Zentralbl Gynakol: 116 (6): 194
2. FRANCO EL. Epidemiology and natural history of HPV-induced disease. 17th International Papillomavirus Conference; 1999 Jan 12th. Charleston, SC, USA.
3. SCHNEIDER A., HOYER H., DURST M. Bedeutung des Nachweises von humanen Papillomviren für die Vorsorge, Dt Dtztebl 2001;98 [Heft 39]: A 2517-21.
4. ZHANG ZF., BEGG CB. Is trichomonas vaginalis a cause of cervical neoplasia/ Results from a combined analysis of 24 studies. Int J Epidemiol 1994;23:683.
5. KOUTSKY LA., HOLMES KK., CRITCHLOW CW. et al. A cohort study of the risk for cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. N Engl J Med 1992;327:1272.
6. ZUR HAUSEN H. Human genital cancer: Sinergism between two virus infections or synergism between a virus infection and initiating events? Lancet 1982;2:1370.
7. RICHART RM., WRIGHT TC. Human papillomavirus. Curr Opin Obstet Gynecol 1992;4:662.
8. SCHMAUZ R., OKONG P., de VILLIERS EM. et al. Multiple infections in cases of cervical cancer from a high-incidence area in tropical Africa. Int J Cancer 1989;43:805-9.
9. KHARSANY AB., HOOSEN A., MOODLEY J., BAGERTEE J., GOUWS E. The association etween sexually transmitted pathogenes and cervical intraepithelial neoplasia in a developing community. Genitourin Med 1993 Oct;69(5):357-60.
10. de SANJOSE S., MUNOZ, BOSCH FX., et al. Sexually transmitted agents and cervical neoplasia in Colombia and Spain. Int J Cancer 1994;56:358-63
11. HOLSCHNEIDER, CHRISTINE H. MD; GHOSH, KRIS MD; MONTZ, F. J. MD, KM. See-and-Treat in the Management of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix: A Resource Utilization Analysis Obstetrics & Gynecology: 1999;94 (3):377-385
12. HOWAYDA S ABD EL ALL, AMANY REFAAT, AND KHADIGA DANDASH Prevalence of cervical neoplastic lesions and Human Papilloma Virus infection in Egypt: National Cervical Cancer Screening Project Infect Agent Cancer. 2007; 2: 12.
13. TOSHIYUKI S, YU-ZHEN D, KIYOFFUMI S, SHIN-ICHIROU S, MASAYA T & MASAKI I. Human Papillomavirus Infection and Risk Determinants for Squamous Intraepithelial Lesion and Cervical Cancer in Japan, Jpn J Cancer Research 1997 April;88:376-384.
14. DAVIES P, KORNEGAY J, IFTNER T. Current methods of testing for human papiullomavirus. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001; 15:677-700.

FRUENCA E HPV16, HERPES SIMPLEX, CHLAMYDIA TRACHOMATIS DHE TRICHOMONAS VAGINALIS TE PACINTËT ME LEZIONE PREKANCEROZE CERVIKALE TË MITRËS TE TË CILËT INDIKOHET KONIZIMI

Dimitrov Goran¹, Xhikova Elena¹, Rufati Nagip³, Antovska Vesna¹, Dinitrov Gligor²

¹ Klinika Universitare Gjonekol,ogjike-obstetrike

² Spitali I pergjithshem Remedika Shkup

³ Qendra Klinike spitalore Tetovë

PËRMBLEDHJE

Hyrje: Është e njohur se sëmundjet që barten në mënyrë seksuale (SBS) asocohen me incidencë të lartë të neoplazisë cervikale intraepitelijale (NCI)

Qëllimi: Të përdëftohet frekuenca e HPV16 dhe bashkëveprimi i ndërsjelltë me Herpes simplex virus (HSV), Chlamydia Trachomatis (CT) dhe Trichomonas vaginalis (TV), si dhe faktorët e ndodhisë të lezioneve të cilat është inicuar konizimi.

Metodat dhe materialet: Janë testuar 136 paciente me NCI të vërtetuar me histologji dhe 50 kontrollime me rezultate normale citologjike dhe kolposkopike.

Rezultatet: Prej 136 pacienteve me NCI, 56.5% HPV+, 48.5% kanë pasur sëmundje që barten në mënyrë seksuale. Në kontrollimet HPV+ ishin 18%. Konizim i inicuar ishte tek 48.5%. Në 50% prej tyre janë vërtetuar HPV16, HSV, CT, TV.

Diskutimi: Frekuenca e HPV16 është e rëndësishme për ndodhjen e NCI. HSV, CT dhe TV janë kontrafaktorë të mundshëm sidomos për lezionet për të cilat është inicuar konizimi.

Përfundim: HPV16 është faktori më i rëndësishëm që rrezikon ndodhjen sidomos të stadiumeve më të larta të NCI dhe sëbashku me SBS është nxitës i rëndësishëm i lezioneve NCI të cilat është inicuar konizimi.

Fjalët kryesore: Neoplazia cervikale intraepitelijale (NCI), konizimi, human paplioma virus (HPV), faktorë të rrezikut dhe kofaktorë, Herpes simplex virus (HSV), Chlamydia Trachomatis (CT), Trichomonas vaginalis (TV), leziona cervikale parakancerogjene.

SITUATA EPIDEMIOLOGJIKE E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, NË VITIN 2011

Marjeta Dervishi¹, Silvia Bino¹, Roland Bani, Shpëtim Qyra¹, Redona Dudushi¹, Florinda Balla¹

¹Instituti Shëndetit Publik, Tiranë, Shqipëri

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 43-48

PËRMBLEDHJE

Bazuar në statistika Shqipëria mbetet një vend me prevalencë të ulët të infeksionit HIV. Deri në fund të infeksionit 2011, në Shqipëri janë raportuar 485 raste me HIV/AIDS. Shpërndarja e rasteve HIV pozitive në vite tregon që tendenca është në rritje. Në vitin 2011 janë raportuar 72 raste të reja, 40 prej të cilave në stadin AIDS. Niveli i infeksionit HIV në 2011 ishte 2.25 për 100 000 banorë, niveli më i lartë vjetor i hasur në periudhën 1993-2011. Në total, 40% e rasteve kanë zhvilluar AIDS dhe 19 % e tyre kanë vdekur nga shkaqe të lidhura me AIDS. Shpërndarja sipas seksit tregon se 70% janë meshkuj dhe 30% janë femra. Rruga seksuale është mënyra kryesore e transmetimit të infeksionit HIV, 82% e kanë marrë këtë infeksion nëpërmjet rrugës heteroseksuale, 10% përmes marrëdhënieve homo-biseksuale, 4% nga nëna te fëmija, 2.5% nga transfuzioni i gjakut, më pak se 1% janë raportuar si përdorues intravenozë të drogës. Shumica e rasteve ose 66% i përket grupmoshës 25-49 vjeç, 5% e totalit i përket fëmijëve të grupmoshës 0-15 vjeç. 33% e rasteve që jetojnë me HIV/AIDS marrin terapinë me antiretrovirale (ART). Vetëm institucioni publik Qendra Spitalore Universitare Tirane, (QSUT), siguron ndjekjen dhe trajtimin me anti retrovirale për personat që jetojnë me HIV/AIDS. Në 2011, afërsisht 26000 persona mbi 15 vjeç, janë testuar për HIV në Shqipëri.

Fjalë kyçe: HIV/AIDS, epidemiologji, prevalencë, rrugë transmetimi.

HYRJE

HIV/AIDS-i është një nga problemet më madhore të shëndetit, pasi sëmundjet e lidhura me AIDS-in përbëjnë një nga shkaqet më të rëndësishme të vdekjeve në botë. Sipas parashikimeve, ato do të vazhdojnë të jenë një nga shkaqet kryesore të vdekjeve të parakohshme edhe në dhjetëvjeçarët e ardhshëm. Nga të dhënat e raportit të UNAIDS-it të vitit 2010 mbi epideminë botërore të AIDS-it vlerësohet se në vitin 2010 afro 34 milionë (31.6-35.2 milion) njerëz jetonin me HIV dhe midis tyre 2.5 milionë (1.6 - 3.4 milionë) ishin fëmijë nën 15 vjeç. Njëkohësisht, po në vitin 2010, janë evidentuar rreth 2.7 milionë (2.4-2.9 milionë) raste të reja me HIV. Numri i rasteve të infektuara me HIV është duke u ulur, madje në disa vende më shpejt se në të tjerët. Incidenca e HIV-it ka rënë në 33 vende, 22 prej të cilave në Afrikën Sub-Sahariane, që mbetet rajoni më i prekur nga epidemia e AIDS-it. Ndërkohë, si pasojë e rritjes së aksesit në shërbimet e parandalimit nga nëna të fëmija, vërehet një ulje e numrit total të fëmijëve të lindur me HIV.

Në vitin 2010 u diagnostikuan vetëm 390 000 (340 000-450 000) raste të reja të fëmijët duke evidentuar një rënie prej 30% krahasuar me vitet 2002-2003 ku

kjo shifer ishte 560 000 (500 000-630 000). Në vitin 2010, numri i vdekjeve të lidhura me AIDS-in është ulur nga 2.2 milionë (1.9-2.3 milionë) që ishte në mesin e viteve 2000 në shifra që vlerësohen të jenë 1.8 milionë (1.6-1.9 milionë). Kjo ulje pasqyron rritjen e mundësisë për trajtim me antiretrovirale, por edhe për kujdes e mbështetje. Gjithsesi, vlerësimet tregojnë se në vitin 2010 humbën jetën nga sëmundjet e lidhura me AIDS-in 260.000 (150.000-360.000) fëmijë, një shifër prej 19% më pak se ajo që u vlerësua në vitin 2004. Kjo prirje pasqyron edhe njëherë shtrirjen e shërbimeve të parandalimit të transmetimit të HIV-it te fëmijët si dhe rritjen, ndonëse të ngadaltë, të aksesit në trajtimin për fëmijët (1, 2, 3, 6).

Epidemia e HIV/AIDS-it në Shqipëri është shfaqur relativisht më vonë krahasuar me vendet e tjera evropiane. Në rast se do t'u referoheshim shifrave të EUROHIV-it, ku pasqyrohet mbikëqyrja e HIV/AIDS-it në Evropë sipas OBSH-së dhe ECDC-së, Shqipëria bën pjesë në vendet e Evropës Qendrore së bashku me shumicën e vendeve të Evropës Juglindore (Shqipëria, Bosnja dhe Hercegovina, Bullgaria, Kroacia, Maqedonia, Mali i Zi, Rumania dhe Serbia) dhe vende të tjera të BE-së (Çekia, Hungaria, Polonia, Qiproja, Sllovakia, Sllovenia) dhe

Turqia. Ky rajon paraqet shifrat më të ulëta të rasteve të reja me HIV (1.4/100000 banorë), por me një numër më të lartë të rasteve në moshat e reja krahasuar me Evropën Perëndimore dhe atë Lindore (18.9%). Bazuar në të dhënat seroepidemiologjike që nga viti 1993 (vit në të cilin është diagnostikuar personi i parë i infektuar me virusin HIV) deri në fund të vitit 2011, numri i të diagnostikuarve me HIV/AIDS në vendin tonë arrin në 485 persona (4). Burimet kryesore të të dhënave të profilit epidemiologjik të HIV/AIDS në vendin tonë janë si me poshtë:

1. Programi Kombëtar i HIV/AIDS.
2. Shërbimi Infektiv pranë QSUT.
3. Shërbimi Pediatrik pranë QSUT
4. Spitali Universitar i Sëmundjeve të Mushkërive.
5. Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut.
6. Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar në nivel prefekturë.
7. Organizata të ndryshme jo-qeveritare (OJQ)
8. Drejtoritë e Shëndetit Publik në rrethe, etj.

QËLLIMI I PUNIMIT

Të rishikojë, të analizojë dhe të dokumentojë situatën epidemiologjike të HIV/AIDS në Shqipëri, deri në fund të vitit 2011.

MATERIALI DHE METODA

Në këte punim janë paraqitur të dhënat e rasteve seropozitivë të diagnostikuara deri në fund të vitit 2011.

Në periudha të ndryshme janë serosurvejuar grup-popullata të ndryshme:

- Persona të suspektuar nga klinika të ndryshme.
- Dhuruesit e gjakut
- Persona me sjellje rrisht për HIV/AIDS (vullnetarë)
- Persona që i përkasin grupeve vulnerabël ndaj HIV/AIDS (Përdorues të drogës me injektim, punëtorët e seksit, meshkuj që kryejnë seks me meshkuj, viktimat e trafikimit etj)
- Persona të politransfuzuar
- Gra shtatzana
- Persona që kërkojnë testim për efekt dokumentash

Pasqyra 1: Shpërndarja e rasteve me HIV/AIDS në vitet 1993-2011

Vitet	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
HIV+	2	9	12	7	3	5	4	10	20	26	21	29	31	32	44	49	61	48	72
AIDS		1	4	3	2	1		4	12	10	5	6	9	7	18	20	32	25	40

Duke qenë se vendi ynë është një vend me prevalencë të ulët të infeksionit HIV, atëherë vëmendja është përqendruar te grupet më në risk.

Sipas rekomandimeve të OBSH mbi Survejancën e Gjeneratës së Dytë, janë kryer disa herë Studimet Biologjike dhe të Sjelljeve (Bio- BSS, përkatësisht në vitet 2005, 2008 dhe 2011), në grupet vulnerabël të listuara më poshtë (8).

- Përdoruesit e drogës me injektim (PDI)
- Meshkuj që kryejnë seks me meshkuj (MSM)
- Komuniteti ROM

Në studimin e vitit 2005 është kryer kjo survejancë edhe në popullatën e përgjithshme.

Këto studime përcaktojnë prevalencën e HIV-it në grupet me risk më të lartë dhe ndihmojnë në një planifikim më të mirë të programeve të parandalimit.

Të dhënat e sjelljeve për personat që testohen për HIV mblidhen nga plotësimi i skedës së HIV-it, skedë e miratuar nga Ministria e Shëndetësisë.

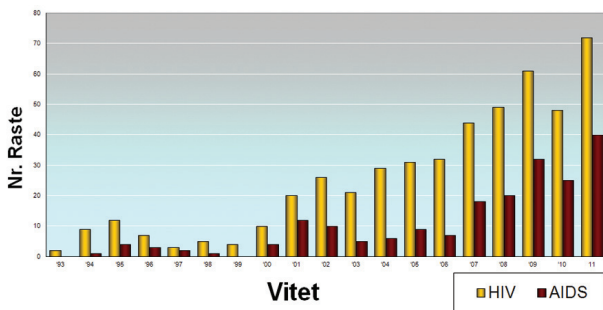
Përsa i përket pjesës biologjike kampionet pozitive (reaktive) me ELISA janë konfirmuar me testin Western Blott në Laboratorin Kombëtar të Referencës së HIV/AIDS në Institutin e Shëndetit Publik ose pranë Laboratorit të Mikrobiologjisë, në QSUT.

REZULTATET DHE DISKUTIMI

Gjatë vitit **2011** janë diagnostikuar **72 raste** me HIV/AIDS, duke paraqitur një nivel të rasteve të reja të infektuara me HIV/AIDS prej **2.25 raste /100 000 banore**, niveli më i lartë i hasur në vendin tonë. Numri i përgjithshëm (kumulativ qysh prej vitit 1993 të rastit të parë të diagnostikuar me HIV në vendin tonë) i rasteve HIV pozitive rezulton të jetë **485 raste**, (Pasqyra 1, Grafiku 1). Vihen re qartë tendencat në rritje të infeksionit HIV nga viti në vit. Nga **72 rastet** incidente të vitit 2011, **40 raste** kanë shfaqur AIDS-in .

Numri total i rasteve me AIDS shkon në **199 raste ose 41%**, ndërsa numri i vdekjeve nga AIDS shkon në **93 raste ose 19%** (7 raste janë vdekje nga AIDS në 2011, 6 prej të cilëve janë raste të diagnostikuara në vitin 2011 dhe 1 rast i diagnostikuar në vitin 2008).

Grafiku 1: Shpërndarja e rasteve HIV/AIDS në vitet 1993-2011



Nga ky grafik duket qartë tendenca në rritje e numrit të rasteve të diagnostikuara nga viti në vit. Një pjesë e madhe e rasteve diagnostikohen në stadin AIDS, pra bëhet fjalë për një diagnostikim të vonshëm të tyre. Ky fakt mbështetet edhe nga të dhënat e shpërndarjes së rasteve sipas referimit të tyre, të treguara në pasqyrën 2.

Pasqyra 2: Shpërndarja e rasteve me HIV/AIDS në vitet sipas referimit 1993-2011

Referimi	Perqindja
Klinikat	60 %
Vullnetare	14 %
Ndjekje epidemiologjike	14 %
QKTGJ	11%
Per efekt dokumenta	1%
Total	100.0%

Shpërndarja e rasteve me HIV/AIDS sipas gjinisë, tregon se në vitet e para të fillimit të epidemisë së HIV/AIDS në vendin tonë (1993-2000), femrat përbënin një përqindje mjaft të ulët në krahasim me meshkujt; më pas u duk qartë një tendencë feminizimi, vitet e fundit kjo tendencë në rritje po zëvendësohet me nivel të qëndrueshëm të peshës specifike të femrave në totalin vjetor të rasteve të raportuara për çdo vit. (pasqyra 3, Grafiku 2).[7,8]

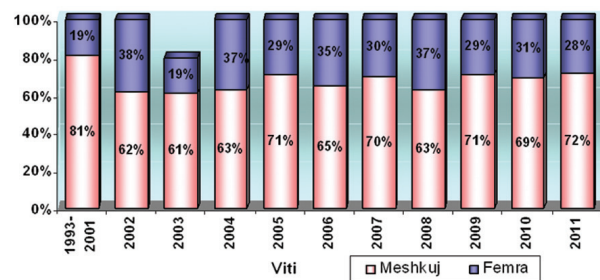
Shpërndarja totale tregon se meshkujt përbëjnë 70% të rasteve kundrejt femrave që zënë 30% të ketij totali.

Nëse i referohemi vitit të fundit 2011, nga 72 rastet e reja të vitit 2006, 52 janë meshkuj dhe 20 janë femra. Është rritur numri i rasteve që diagnostikohen në çift, vetëm në vitin 2011, 16 raste HIV pozitive janë diagnostikuar në çift, cka thekson edhe njëherë rrugën seksuale të transmetimit HIV-it në vendin tonë.

Pasqyra 3: Shpërndarja e rasteve HIV+ sipas gjinisë për periudhën 1993-2011

Vitet	Meshkuj (Nr. Raste)	Femra (Nr. Raste)
1993-1996	24	6
1997	3	
1998	5	
1999	4	
2000	7	3
2001	17	3
2002	16	10
2003	13	8
2004	18	11
2005	22	9
2006	21	11
2007	31	13
2008	30	19
2009	43	18
2010	33	15
2011	52	20
Totali	339	146

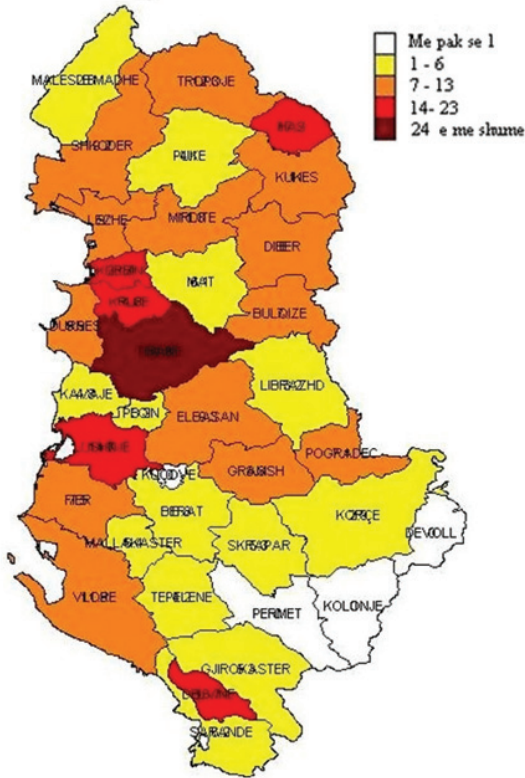
Grafiku 2: Shpërndarja e rasteve në përqindje sipas gjinisë për periudhën 1993-2011



Shpërndarja gjeografike e rasteve me HIV/AIDS tregon se 54.5 % e tyre i përket vendbanimit Tiranë, ndërsa rrethet e tjera në ndryshim të madh nga Tirana zënë një përqindje më të vogël (< 5%). Një informacion më të saktë mbi shpërndarjen e rasteve sipas vendbanimit jep harta e prevalencës (raste /100000 banorë) së HIV-it sipas rretheve.

Harta tregon se shpërndarja e rasteve është shtrirë në shumicën e rretheve të vendit, duke mbetur jashtë vetëm 4 rrethe të vogla.

Prevalenca (raste/100000 banore) e HIV/AIDS sipas rretheve deri ne vitin 2011



Rastet e diagnostikuara si seropozitive për HIV janë të shpërndara (0-5 vjeç) deri në moshën e avancuar (mbi 65 vjeç).

Grupmosha më e prekur nga HIV/AIDS rezulton të jetë ajo 25-49 vjeç, që zë 73 % të totalit të rasteve. Kjo grupmoshë, seksualisht aktive tregon edhe njëherë që në vendin tone predominon rruga seksuale e transmetimit.

Të rinjtë 15-24 vjeç zënë pothuajse 8.5% të totalit të rasteve, por nisur nga studimet e ndryshme të sjelljeve me risk të fokusuar te ky grup, ne i konsiderojmë kete grupmoshë si një grup vulnerabël [Most At Risk Adolescents (MARA); BIO-BSS etj].

Fëmijët (0-15vjeç) përbëjne 5% të rasteve në total, ku 18 ose 75% e tyre e kanë marrë këtë infeksion nëpërmjet transmetimit vertikal dhe vetëm 6 ose 25 % e tyre nëpërmjet transfuzionit të gjakut.

Vetëm në vitin 2011 u raportuan tre raste të reja të infektuara me HIV nëpërmjet transmetimit vertikal, fakt ky që dëshmon se ka ardhur koha për krijimin e një Programi Kombëtar të Parandalimit të HIV nga nëna te fëmija. Nga një vlerësim i nevojave psiko-sociale dhe ekonomike të familjeve të femijeve që jetojne me HIV/AIDS në vendin tone, dolën një seri problemesh që bashkëshoqëronin problemin shëndetësor të këtyre

fëmijëve, për të cilat u sugjeruan dhe rekomandimet përkatëse. Disa prej këtyre rekomandimeve janë:

- Përfshirja e testimit dhe e këshillimit për HIV për gratë shtatzëna në paketën e shërbimeve bazë të kujdesit të paralindjes.
- Krijimi i një Programi Kombëtar për Parandalimin e Transmetimit nga Nëna te Fëmija (PKPTNF) që do të reduktonte lindjen e një fëmije HIV pozitiv nga nëna e infektuar me HIV. [5]
- Mbështetja psikosociale dhe ekonomike për fëmijët me HIV/AIDS dhe për familjet e tyre.
- Njohja e Ligjit të HIV/AIDS-it nga të gjithë aktorët dhe zbatimi i tij me korrektësi. Shoqërimi i Ligjit me mjete financiare e ndoshta edhe me një udhëzues për të lehtësuar zbatimin e tij. [11]
- Trajnimi i vazhdueshëm i personelit shëndetësor (i mjekëve, infermierëve), mesuesve, psikologeve mbi problemet e HIV/AIDS-it.
- Fuqizimi i qendrave të këshillimit dhe të testimit për HIV në rrethe, rishikimi i protokolleve dhe i standardeve të funksionimit të tyre për t'i bërë këto shërbime sa më të efektshme.
- Trajnimi i medias mbi problemet e HIV/AIDS-it në mënyrë që të mos përballemi më me situatat e pakëndshme që e kanë thelluar më tej stigmatizimin ndaj personave me HIV/AIDS. Fushatat sensibilizuese të shtrihen gjatë gjithë vitit dhe jo vetëm me rastin e 1 Dhjetorit.

Pasqyra 4: Shpërndarja e rasteve HIV/AIDS sipas grup-moshave gjatë periudhës 1997-2011

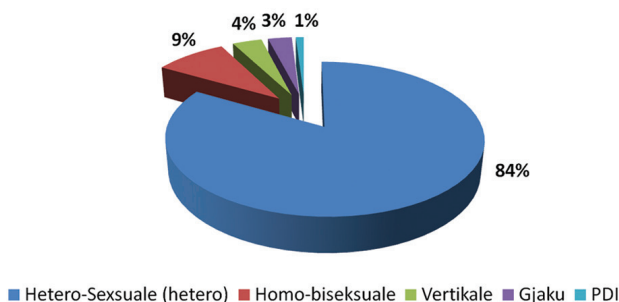
Vitet	<1vj	1-4vj	5-9vj	10-14vj	15-19vj	20-24vj	25-29vj	30-34vj	35-39vj	40-44vj	45-49vj	50-54vj	55-59vj	60-64vj	65+
1997	1							2							
1998						1	2		1		1				
1999								1	1		1		1		
2000						3	1	1	2	1			1	1	
2001							4	4	5	4	2	1			
2002	1				1	1	5	6	4	4	1	1		1	1
2003		2	1			1	3	2	7	4		1			
2004			1			1	4	9	4	6	3		1		
2005		1		1	1	3	2	1	6	7	5		1	1	1
2006	1	2	2			1	1	6	9	3	4		1	1	1
2007		4			2	1	6	7	9	6	4	1	1	2	2
2008			1			5	3	9	9	12	4	3	1		2
2009		2				7	9	8	9	5	5	6	2	3	1
2010					2	3	3	6	10	3	6	2	3	4	2
2011		2		1	1	2	12	9	12	9	8	7	1	3	1
Totali	2	14	5	2	7	29	55	71	88	64	44	22	13	14	11

Shpërndarja sipas rrugës së transmetimit tregon se në **84 %** te rasteve, HIV/AIDS është transmetuar nëpërmjet rrugës heteroseksuale, **9%** e rasteve i përkasin grupit të meshkujve që kryejnë seks me meshkuj (MSM), afërsisht **4%** e zë rruga vertikale e transmetimit, **2.5 %** e zë rruga e transmetimit të HIV nëpërmjet gjakut dhe në përqindje mjaft të vogël e kemi ndeshur këtë infeksion tek përdoruesit e drogës me injektim, duke mos qenë të sigurtë për mënyrën sesi e kanë marrë këta përdorues këtë infeksion, nëpërmjet shkëmbimit të shiringave apo rrugës seksuale.

Pasqyra 5: Shpërndarja e rasteve HIV/AIDS sipas rrugëve të transmetimit gjatë periudhës 1993-2011

Vitet	hetero	homo-bisex	Gjaku	Përdorues drogë	Transmetimi vertikal	I papërcaktuar
1993	1	1				
1994	5	2	2			
1995	9	2	1			
1996	5	1	1			
1997	1	1			1	
1998	3	2				
1999	2	1				1
2000	8	2				
2001	16	4				
2002	22	2		1	1	
2003	16	2			3	
2004	26	1	1	1		
2005	26	1	4			
2006	27				4	
2007	37	1	2	1	3	
2008	42	6			1	
2009	51	7		1	2	
2010	44	3	1			
2011	64	5			3	
Totali	405	44	12	4	18	1

Grafiku 3: Shpërndarja e rasteve HIV/AIDS sipas grup-moshave gjatë periudhës 1993-2011



Nga viti 2004 në vendin tonë ofrohet terapia falas me antiretrovirale, 161 raste (147 te rritur dhe 14 femije) marrin këtë terapi pranë Sherbimit Infektiv dhe atij Pediatric, pranë QSUT deri në fund të vitit 2011. Që nga viti 2007 në vendin tonë funksionojnë qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar (KTV) në nivel prefekturë, të cilat ofrojnë këshillim për të gjithë personat që testohen për HIV. Megjithatë duhet të theksohet se pavarësisht nga kjo, numri i testeve vullnetare mbetet në nivele të ulëta çka do të thotë se duhet të punohet më shumë për t'i bërë më efektive këto shërbime.

Pasqyra 6 sjell një informacion të detajuar mbi numrin e testeve për HIV gjatë vitit 2011 (vullnetarë, të rekomanduara dhe të detyruara) të shpërndara sipas qendrave ku janë kryer këto teste. Shihet qartë se dominojnë testimet e detyruara te donatorët e gjakut, ndërsa testimet vullnetare zënë vetëm 6.4 % të totalit të testeve të kryera për HIV.

Pasqyra 6: Shpërndarja e numrit të testeve për HIV gjatë vitit 2011, sipas institucioneve ku janë kryer këto teste

INSTITUCIONI	TESTIME VULLNETARE	TESTIME TE REKOMANDUARA	DONATORE GJAKU	TOTALI
ISHP	316	930	0	1 246
VCT NE RRETHE (12)	1 060	0	0	1 060
QKTGJ	0	0	22 745	22 745
KLINIKA AMBULATORE	301	653	0	954
TOTALI	1 677	1 583	22 745	26 005

Të gjithë personave që janë paraqitur si vullnetarë në Institutin e Shëndetit Publik ose në VCT e rretheve, ju është ofruar këshillimi para dhe pas testimit.[9]

PËRFUNDIME

1. Shqipëria vazhdon të mbetet një vend me prevalencë të ulët të infeksionit HIV, me një tendencë në rritje, duke fokusuar vëmendjen në grupet me risk më të madh.
2. Në vendin tonë predominon rruga seksuale e transmetimit të HIV.
3. HIV/AIDS ndeshet në të gjitha moshat, por grupmosha

- më e prekur është 25-45 vjeç, çka thekson edhe njëherë dominimin e rrugës seksuale të transmetimit.
4. Rastet më të shumta të të infektuarve me HIV janë në Tiranë.
 5. Numri i testimeve vullnetare për HIV mbetet në nivele të ulëta dhe një përqindje e konsiderueshme e rasteve HIV pozitive diagnostikohen në stad të avancuar, ndaj kërkohet informim i vazhdueshëm i popullatës për HIV/AIDS-in dhe të nxitet testimi vullnetar për HIV.
 5. WHO 2011. Towards the elimination of mother to child transmission of HIV.
 6. UNAIDS, WHO, 09 AIDS epidemic update.
 7. QYRA SH. Studim seroepidemiologjik mbi infeksionin HIV për vitin 2005 në Shqipëri. Revista mjekësore 2006; 2; 19-28.
 8. BOCI M. HIV/SIDA në Shqipëri, vështrim i përgjithshëm, 2006.
 9. UNAIDS /WHO. World Health Organization and joint united nations programme on HIV/AIDS , 2000: "Guidelines for second generation HIV surveillance".
 10. WHO, Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adult.
 11. Ligji Nr. 9952, Datë 14.7.2008 "Për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS-it".

BIBLIOGRAFIA

1. UNAIDS. Report on the global aids epidemic,
2. CDC. The global HIV/AIDS pandemic 2010.
3. ECDC. HIV/AIDS surveillance report 2010.
4. ISHP. Raporti vjetor i HIV/AIDS, 2011.

SERO-EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF HIV INFECTION ON 2011 IN ALBANIA

Marjeta Dervishi¹, Silvia Bino¹, Roland Bani,¹Shpëtim Qyra¹, Redona Dudushi¹, Florinda Balla¹

¹Institute of Public Health, Tirana, Albania

SUMMARY

Based on the statistics Albania remains a low HIV prevalence country. By the end of 2011, Albania has reported a cumulative total of 485 cases. The distribution of HIV cases in years shows that the trend is going up. For the year 2011, 72 new cases were reported, 40 out of them in the stage of AIDS. The rate of newly diagnosed HIV infections in 2011 was 2.25 per 100 000 population, which is the highest rate /per year, in the period 1993-2011. In total 40% of them have developed AIDS and 19 % of them died from AIDS-related causes. According to the distribution by sex, 70% were males male and 30% females. Sexual transmission is most common way of infection, 82% were transmitted via heterosexual contact, 10% via homo-bisexual intercourse, 4% from mother to child transmission, 2.5 % from blood transfusion, less than 1% has been reported as IDU (Injecting Drug User). Most of the cases (or 66%) of them belong to the age group 25-49 yr. old; 5% of the total belong to the age group 0-15 yr. old. 33% of PLWHA were on antiretroviral therapy (ART). The only governmental institution providing follow-up and antiretroviral therapy (ART) for people living with HIV in Albania is the University Hospital Centre, in the capital city of Albania. In 2011, approximately 26 000 people over 15 yr. old were tested for HIV in Albania.

Key words: HIV/AIDS, epidemiology, prevalence, way of transmission

ECURIA E PROCESIT KARIOZ NË DENTACIONIN E PËRZIER TE FËMIJËT E MOSHËS 7 DERI NË 10 VJEÇ NË QARKUN E DURRËSIT, SHQIPËRI

Fiorda Mezini

Specialiste stomatologjie në Qendrën e Shëndetit Durrës Pedagoge në Universitetin Planetar të Tiranës

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 49-54

ABSTRAKT

Kariesi i dhëmbëve është një problem madhor i shëndetit të gojës. Megjithatë, studimet e bëra në lidhje me këtë sëmundje të dhëmbëve dhe në veçanti në raport me denticionin e përzier te fëmijët, janë disi në numër të kufizuar.

Qëllimi i këtij studimi ishte të përcaktohej niveli i kariesit të dhëmbëve te fëmijët 7-10 vjeç të qarkut të Durrësit.

Kariesi i dhëmbëve u vlerësua në përputhje me kriteret e OBSH(1997) duke përdorur indeksin *dmft* për dhëmbët e qumështit dhe indeksin *DMFT* për dhëmbët e përhershëm, ku *d/D* tregon numrin e dhëmbëve të prishur, *m/M* tregon numrin e dhëmbëve të munguar për shkak të kariesit; *f/F* tregon numrin e dhëmbëve të mbushur, dhe *t/T* dhëmbët.

Në përfundim të studimit rezultoi që *dmft* për fëmijët e moshave 7,8,9 dhe 10 vjeç ishte respektivisht 3.7 , 4.3 , 3.6, 2.1. *DMFT* po për këta fëmijë të moshave 7,8,9 dhe 10 vjeç ishte respektivisht 0.48 , 4.3 , 3.6 , dhe 1.7.

Prevalenca e kariesit ishte 92.1%. Duket që prevalenca e lartë e kariesit në dhëmbët e përkohshëm është një faktor që rrit riskun për karies të dhëmbëve të përhershëm.

Fjalët kyç: karies i dhëmbëve, denticion miks, prevalencë, *dmft*, *DMFT*.

HYRJE

Kariesi i dhëmbëve është një problem madhor i shëndetit oral. Pasojat e tij janë dhimbja, vuajtja dhe ulja e cilësisë së jetës te fëmijët [3]. Prevalenca e kariesit të dhëmbëve në popullata dhe shtrirja e tij në individ varion. Prevalenca e kariesit gjithashtu varion me kalimin e kohës dhe në varësi të zonave gjeografike. Mbi 95% e vendeve të zhvilluara janë të prekura nga kariesi [16,1,23].

Shumë studime janë kryer për të përcaktuar etiologjinë, prevalencën dhe trajtimin e kariesit, por numri i studimeve në lidhje me prevalencën e kariesit në denticionin e përzier është shumë i kufizuar. Mbledhja e të dhënave në lidhje me shfaqjen e kariesit në denticionin e përzier ka një rëndësi të madhe sepse kjo periudhë është koha kur në gojë gjenden si dhëmbët e qumështit dhe ata të përhershëm. Kjo periudhë normalisht zgjat nga mosha 6-11 vjeç.

Kariesi i dhëmbëve u vlerësua në përputhje me kriteret e OBSH (1997) duke përdorur indeksin *dmft* për dhëmbët e qumështit dhe indeksin *DMFT* për dhëmbët e përhershëm, ku *d/D* tregon numrin e dhëmbëve të prishur, *m/M* tregon numrin e dhëmbëve të munguar për shkak të kariesit; *f/F* tregon numrin e dhëmbëve të mbushur, dhe *t/T* dhëmbët.

Prevalenca e kariesit për fëmijët me moshë 6-11 vjeç vlerësohet nga shuma totale e regjistruar e vlerave të *dmft* dhe *DMFT* respektivisht për dhëmbët e qumështit dhe për dhëmbët e përhershëm.

Ka evidenca të mjaftueshme që dëshmojnë se prevalenca e kariesit është reduktuar ndjeshëm gjatë dy dekadave të fundit për grup-moshën e re të popullsisë në shumë vende të zhvilluara. Edhe pse shkencëtarët nuk bien dakort kur është fjala për renditjen e faktorëve që kanë ndikuar në këtë dukuri, përdorimi i gjerë i florit shpesh cilësohet si faktori që ka luajtur rolin kryesor [2,11,18].

Studimet epidemiologjike bëjnë të mundur monitorimin e popullatës për të vlerësuar nivelin e trendeve të indikatorëve të shëndetit të gojës. Për pasojë, morbiditeti dhe nevojat për trajtime mund të orientojnë ndërmarjen e nismave për programe të shëndetit që përmbushin këto nevoja të tij.

Një numër i madh studimesh epidemiologjike të kryera kudo në botë kanë dëshmuar për një lidhje direkte midis kariesit dhe faktorëve të ndryshëm, sikurse janë: faktorët e sjelljes, faktorët social, faktorët ekonomik dhe faktorët klinik. Në këto studime theksohet se larja e dhëmbëve dhe praktikatat e ruajtjes së higijenës së gojës janë faktorë

kryesorë të lidhur me përhapjen e kariesit [19,24,4]. Autorë të tjerë kanë arritur në përfundimin se prevalenca e kariesit shtohet me rritjen e moshës [4,5-12].

Në shumë studime të bëra në vende të ndryshme rezultojnë se kariesi i dhëmbëve të qumështit ndikon më shumë se variablat e tjerë në kariesin e dhëmbëve të përhershëm. Kjo lidhje mes tyre ndryshon nga ndikimi i kariesit nga faktorët socio-ekonomik [4,12,9,15,13].

Autorë të tjerë kanë publikuar një lidhje midis kariesit dhe gjinisë. Sipas tyre, te meshkujt vihet re një prevalencë më të lartë e kariesit sesa te femrat [7,12,10]. Një situatë e ngjashme është vënë re edhe për dhëmbët e përhershëm [17,20,21,22].

Ky studim u krye për tu dhënë përgjigje pyetjeve të mëposhtme:

1. Cila është gjendja e kariesit të dhëmbëve te fëmijët 7-10 vjeç?
2. Si të përmirësohen në të ardhmen politikat për menaxhimin e kariesit në denticionin e përzier?
3. Të grumbullohen të dhëna që do të shërbejnë si referenca për krahasime me studime të ngjashme në të ardhmen që të percaktohet nëse situata është përmirësuar apo është përkeqësuar?

MATERIALET DHE METODAT

Për kryerjen e këtij studimi u përzgjedhën në total 585 (n=585) fëmijë të moshës 7-10 vjeç të qarkut të Durrësit. Studimi filloi në shtator të vitit 2011 dhe përfundoi në prill të vitit 2012. Për këtë qëllim, fillimisht u plotësua një pyetësor për çdo fëmijë ku u regjistruan emri, mosha, gjinia.

Në studim u përfshinë vetëm ata fëmijë të cilët dhanë pëlqimin e tyre dhe për të cilët u mor dhe aprovimi i mësuesve dhe prindërve të tyre.

Ekzaminimet intraorale u bënë nëpër klasa në shkolla 9 vjeçare, me anë të sondës, pasqyrës dhe dritës. Radiografitë nuk u përdorën për të diagnostikuar kariesin.

Të dhënat e grumbulluara për kariesin e dhëmbëve u regjistrua duke përdorur indeksin *DMFT* për dhëmbët e përhershëm, dhe *dmft* për dhëmbët përkohshëm, ku (D=të prishur, M=mungojnë, F=të mbushur, T=dhëmbë), në përputhje me kriteret e OBSH(1997).

Të dhënat e grumbulluara u përpunuan me versionin 10.0 të programit SPSS që përdoret për përpunime statistikore shëndetësore.

REZULTATET

Mostra e studimit

U mblodhën të dhëna për 585 fëmijë të moshës 7-10 vjeç të cilët përbëheshin nga 293 (50.1%) fëmijë meshkuj dhe 292 (49.9%) fëmijë femra. Mesatarja e moshës së fëmijëve të marrë në studim ishte 8.5 .Mesatarja e moshës për fëmijët meshkuj ishte 8.4 dhe për fëmijët femra ishte 8.6, të cilat nuk përbëjnë ndonjë ndryshim domethënës. Nga përpunimi i të dhënave të formularëve të plotësuar me të dhënat e mbledhura rezultuan parametrat mëposhtëm:

PRANIA E KARIESIT TË DHËMBËVE

Dhëmbët e qumështit

Njëqind e një fëmijë (17.2%) nuk kishin karies në dhëmbët e qumështit. Nga këta 51 (8.7%) ishin meshkuj dhe 50 (8.5%) ishin femra.

Katërqind e tetëdhjetë e katër fëmijë (N=484) (82.7%) rezultuan se kishin karies në një ose më shumë dhëmbë qumështi.

Shpërndarja e fëmijëve që kishin nga 1 deri në 12 dhëmbë të prishur paraqitet në tabelën 1.

Tabela 1. Shpërndarja e indeksit të *DMFT* për dhëmbët e qumështit dhe të përhershëm të mostrës në studim.

dmft/DMFT	dh.e përkohshëm nr (%)	dh.e përhershëm nr (%)
0	101	301
1	69	79
2	86	130
3	73	38
4	78	32
5	53	3
6	39	1
7	29	1
8	27	
9	12	
10	7	
11	6	
12	5	
Total	585 (100)	585 (100)

Tabela 2 tregon vlerën e mesatares së *dmft* ndërmjet meshkujve dhe femrave.

Tabela 2. Krahasimi i dmft/DMFT ndërmjet meshkujve dhe femrave

Numri	Mesatarja e dmft/DMFT
Dh.qumështi	
Meshkuj	3.4
Femra	3.3
Dh.Përhershëm	
Meshkuj	0.9
Femra	1.0

Frekuenca e prekjës së dhëmbëve të përhershëm

Ne tabelën 3 është paraqitur numri total i dhëmbëve të përhershëm me $DMFT \geq 0$ dhe përqindja e rasteve të prekur nga kariesi ($DMFT \geq 0$) për secilin prej këture dhëmbëve.

Tabela 3. Nr.dhe përqindja e dhëmbëve të përhershëm të prekur nga kariesi ($DMFT \geq 0$).

Dhëmbi	Numri i rasteve me karies	Përqindja e kariesit (%)
11	9	1.5
12	6	1
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	75	12.5
21	4	0.7
22	3	0.5
23	0	0
24	2	0.3
25	1	0.2
26	77	12.8
31	1	0.2
32	0	0
33	0	0
34	1	0.2
35	2	0.3
36	211	35
41	1	0.2
42	1	0.2
43	0	0
44	1	0.2
45	11	1.8
46	195	32.4
TOTAL	601	100

Gjendja e molarëve të qumështiit te fëmijët 7,8,9 dhe 10 vjeçar është paraqitur përkatësisht në tabelat 4,5,6,7.

U vu re se ndërmjet dhëmbëve me karies, kariesi i patrajtuar rezultoi dukuri në shumicën e dhëmbëve, duke u pasuar nga indikatorit tjetër- dhëmbët që mungonin. U konstatuan shumë pak dhëmbë qumështi të mbushur.

Dhëmbët e përhershëm

Treçind e një fëmijë (51.4%) nuk kishin karies në dhëmbët e përhershëm. Nga këta 157(26.8%) ishin meshkuj dhe 144 (24.6%) ishin femra. Pravalenca e kariesit ishte 48.6%.

Fëmijët me karies kishin vlera të $DMFT$ nga 0 në 7 nga të cilët 247 (42.2%) kishin një $DMFT$ ndërmjet 1 dhe 3.

Vlerat e frekuencës së kariesit për premolarët e përhershëm 45, 44, 25, 24 ishin respektivisht 1.8%, 0.2%, 0.2%, 0.3%. Më shumë të prekur nga kariesi rezultuan molarët e parë të poshtëm të përhershëm (36-35% dhe 46-32.4%), krahasuar me molarët e përhershëm të sipërm (16-12.5% dhe 26 -12.8%).

Fëmijët që nuk kishin karies as në dhëmbët e qumështit dhe as në dhëmbët e përhershëm përbënin 7,8% (N= 46) të fëmijëve të marë në studim. Pravalenca e kariesit në total dmth $dmft$ dhe $DMFT > 0$ ishte 92.1% (N=539).

Tabela.4 Gjendja e 8 molarëve të qumështit te 7 vjeçarët

nr	Nr (%)			
	0	1	2	3
D55(142)	100	42	-	1
D54(138)	96	42	-	5
D65(141)	100	41	-	2
D64(141)	106	33	2	2
D75(136)	86	49	1	7
D74(136)	75	61	-	7
D85(137)	84	53	-	6
D84(137)	91	46	-	6

Gjendja e dhëmbëve: 0=i shëndetshëm; 1=i prishur; 2=i mbushur; 3=mungon.

Tabela 5. Gjendja e 8 molarëve të qumështit te 8 vjeçarët

nr	Nr (%)			
	0	1	2	3
D55(151)	96	55	-	6
D54(155)	111	42	2	9
D65(153)	92	61	-	4
D64(148)	104	44	-	9
D75(131)	64	66	1	26
D74(136)	80	56	-	21
D85(138)	74	64	-	19
D84(133)	76	57	-	24

Gjendja e dhëmbëve: 0=i shëndetshëm; 1=i prishur; 2=imbushur; 3=mungon.

Tabela 6. Gjendja e 8 molarëve të qumështit te 9 vjeçarët

nr	Nr (%)			
	0	1	2	3
D55(113)	77	35	1	7
D54(113)	94	19	-	7
D65(115)	87	28	-	5
D64(113)	94	19	-	7
D75(103)	65	36	2	17
D74(108)	74	33	1	12
D85(104)	64	39	1	16
D84(107)	78	29	-	13

Gjendja e dhëmbëve: 0=i shëndetshëm; 1=i prishur; 2=i mbushur; 3=mungon.

Tabela 7. Gjendja e 8 molarëve të qumështit te 10 vjeçarët

nr	Nr (%)			
	0	1	2	3
D55(159)	130	18	11	6
D54(162)	145	14	3	3
D65(161)	112	44	5	4
D64(161)	143	15	3	4
D75(149)	118	28	3	16
D74(155)	140	13	2	10
D85(148)	111	33	4	17
D84(156)	133	22	1	9

Gjendja e dhëmbëve: 0=i shëndetshëm; 1=i prishur; 2=i mbushur; 3=mungon.

DISKUTIME

Ky studim, ndër të tjera përcakton frekuencën e kariesit në fëmijët e moshës 7-10 vjeç në qarkun e Durrësit, Shqipëri. Prevalenca e kariesit rezultoi të ishte 92.1%. Prania e kariesit të dhëmbëve te fëmijët e kësaj grup-moshe analizohet me anë të vlerave të mesatares së *dmft* dhe *DMFT* të cilat përkatësisht rezultuan të ishin 3.4 dhe 1.04. Indeksi i kariesit për dhëmbët e qumështit ishte $SiC=6.6$. Për dhëmbët e përhershëm ky indeks rezultoi të ishte $SiC=2.6$.

Një nga shkaqet për nivelin e lartë të shfaqjes së kariesit u vlerësua mungesa e florizimit të ujit të pijshëm. Arsye të tjera mund të jenë praktikat e gabuara në ushqyerje dhe praktikat e gabuara dhe të varfra në ruajtjen e higjenes së gojës.

Edhe pse kariesi është studiuar gjersësisht, është bërë shumë pak në lidhje me studimin e korelacionit të kësaj sëmundjeje të dhëmbëve me denticionin e përzier, veçanërisht për fëmijët në Shqipëri. Ka qenë shumë e vështirë të gjendeshin studime të ngjashme për këtë grup-moshë, prandaj dhe është e vështirë që të bëhen krahasime për përfundimet arritura në këtë studim, me studime paraardhëse.

Në përgjithësi, studimet e kryera në vende të tjera tregojnë se kariesi në denticionin e përzier është në nivele më të larta se kariesi në grup-moshat 6 dhe 12 vjeç [6,8]. Shkaku i kësaj gjendjeje ndoshta ka lidhje me faktin se këto studime paraqesin nivelin e kariesit për moshën 6 dhe 12 vjeç duke u fokusuar veçanërisht ose për dhëmbët e qumështit ose për dhëmbët e përhershëm. Sidoqoftë, në denticionin e përzier, dhëmbët e qumështit që janë në gojë kanë tendencë për tu kariuar për shkak të natyrës grumbulluese të sëmundjes, ndërsa dhëmbët e përhershëm që sapo dalin kanë një rrezik të madh për tu prekur nga kariesi gjatë kësaj periudhe. Dhëmbët e rinj të sapo dale, dihet që kanë përqendrime më të larta të karbonateve në smaltin e tyre, duke shkaktuar ndryshime në rrjetën kristalore të hidroksiapatitit, duke bërë që sipërfaqja e smaltit të jetë më acide [14]. Përveç kësaj, dhëmbët gjatë daljes nuk kanë një kontakt funksional në okluzion, duke rritur mundësinë për grumbullime ushqimore në ta dhe duke penguar larjen e tyre [14].

Prania e kariesit në molarët e qumështit është parë se përshejton daljen e premolarëve me 2-8 muaj [15]. Këto faktorë ndihmojnë për të shpjeguar shkaqet e shfaqjes së parakohshme të kariesit te premolarët si dhe praninë e kariesit në premolarët dhe molarët e sapodalë te fëmijët e përfshirë në këtë studim.

Nivelet e larta të kariesit në molarët e parë të përhershëm mund të ndikohen gjithashtu edhe nga disa faktorë të tjerë shtesë, si p.sh. pozicionimi i dhëmbit në pjesën e fundit të gojës gjatë periudhës së denticionit miks, zhërvjellësia e pamjaftueshme e fëmijës në këtë moshë për larjen e rregullt të dhëmbëve në kohën kur këta dhëmbë dalin, dhe të paturit e gropëzave dhe fisurave më të thella në krahasim me dhëmbët e qumështit.

Një shqetesim i madh i prevalencës së lartë të kariesit në denticionin miks mendohet të jetë edhe risku i lartë për karies në dhëmbët e përhershëm. Është vënë re se fëmijët me *DMFT* dhe *dmft* ≥ 0 ishin më të prirur për karies në dhëmbët e përhershëm, krahasuar me fëmijët pa karies në të dyja denticionet [14]

KONKLUZIONE

Edhe pse problemet e kariesit të dhëmbëve nuk rrezikojnë jetën, ato shmangen me trajtime të kushtueshme.

Studimet e prevalencës së kariesit të komunitetit janë të dobishme për planifikuesit e kujdesit të shëndetit për të identifikuar burimet e nevojshme për shërbimet dentare në komunitet dhe për të ofruar shërbime parandaluese dhe kurative për shëndetin e dhëmbëve. Për më tepër, studimet kanë dëshmuar se kariesi i dhëmbëve ndikon në frekuencimin e shkollës dhe shkakton shtimin e ditëve me aktivitet të kufizuar [1]. Shumë autorë theksin e vënë në planifikimin e programve promocional për shëndetin e gojës nëpër shkolla që në periudhën e denticionit të përzier.

REFERENCA

- Almas K, Afzal M, Fauzi Z. Prevalence of dental caries in Al Qassem region Saudi Arabia. *PODJ* 93; 13: 19-27.
- Birkeland JM, Haugejorden O, von der Fehr FR. Analyses of the caries decline and incidence among Norwegian Adolescents 1985-2000. *Acta Odontol Scand* 2002; 60:281-9
- Casamassimo PS, Thirkkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E (2009). Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc*, 140 (6): 650-657.
- Casanova-Rosaldo AJ, Medina-Solis CE, Casanova - Rosaldo JF, Vallejos-Sanchez AA, Maupome G, Avila-Burgos L. Dental caries and associated factors in Mexican schoolchildren aged 6-13 years. *Acta Odontol Scand* 2005; 63:247-51.
- Chu CH, Fung DSH, Lo ECM. Dental caries status of preschool children in Hong Kong. *Br Dent J* 1999; 187:616-20
- Dye BA, Arevalo O, Vargas CM (2010). Trends in pediatric dental caries by poverty status in the United State, 1988-1994 and 1999-2004. *Int J Pediatr Dent*, 20(2):132-143.
- Gonçalves Leite I, Almeida-Ribero R. Dental caries in the primary dentition in public nursery school children in Juiz De Fora, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 2000;16:717-22.
- Gonçalves Leite I, Almeida-Ribero R. Dental caries in the primary dentition in public nursery school children in Juiz De Fora, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 2000;16:717-22.
- Gratrix D, Holloway PJ. Factors of deprivation associated with dental caries in young children. *Community Dent Health* 1994; 11:66-70.
- Hallett KB, O'Rourke PK. Dental caries experience of preschool children from the North Brisbane region. *Aust Dent J* 2002; 47:331-8.
- Helminen SKJ, Vehkalahti MM. Does caries prevention correspond to caries status and orthodontic care in 0-18-year-olds in the free public dental service? *Acta Odontol Scand* 2003; 61: 29-33.
- Herrera MS, Medina-Solis CE, Rosaldo-Vila G, Minaya-Sanchez M, Vallejos-Sanchez AA, Casanova-Rosaldo JF. Prevalence of a suburban community of Campeche-2001.
- Irigoyen ME, Maupome G, Mejia AM. Caries experience and treatment needs in a 6-to 12-year-old urban population in relation to socio-economic status. *Community Dent Health* 1999; 16:245-9.
- Kassawara AB, Tagliaferro EP, Cortelazzi KL, Ambrosano GM, Assaf AV, Meneghim Mde C, Pereira AC (2010). Epidemiological assessment of predictors of caries increment in the 7-10-year-olds: a 2-year cohort study. *J Appl Oral Sci*, 18(2):116-120.
- Leroy R, Bogaerts K, Lesaffre E, Declereck D (2003). Impact of caries experience in the deciduous molars on the emergence of the successors. *Eur J Oral Sci*, 111 (2):106-110.
- Maqbool G. Prevalence of dental caries in school children in Al-Khobar, Saudi Arabia. *J dent Child* 1992; 59:385-86.
- Maupome G, Borges YA, Ledesma MC, Herrera ER, Leyva HE, Navarro AA. The prevalence of caries in marginal rural and peripheral urban areas. *Salud Publica Mex* 1993; 35:357-67.
- Maupome G, Clark DC, Levy S. M, Berkowitz J. Patterns of dental caries following the cessation of water fluoridation. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:37-47.
- Milgrom P, Riedy CA, Weinstein P, Tanner AC, Manibusan L, Bruss J. Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6- to 36-month-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:295-306.
- Nieto-Garcia VM, Nieto-Garcia MA, Lacalle-Remigio JR, Abdel-Kader-Martin L. Oral health of schoolchildren in Ceuta. Influences of age, sex, ethnic background and socioeconomic level. *Rev Esp Salud Publica* 2001; 75:541-50.

21. Peterson PE, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. Oral health status and oral health behaviour of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand. *Int Dent J* 2001; 51:95-102.
22. Sanchez-Perez L. Dental caries in southern DF. *Pract Odontol* 1987; 8:25-30.
23. Sheiham A. Changing trend in dental caries. *Int J Epidemiol* 1984; 13:142-47.
24. Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Bogaerts K, Declerck D. Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:424-34.

THE PROGRESS OF DENTAL CARIES IN THE MIXED DENTITION OF 7-10-YEAR-OLD CHILDREN IN DURRES DISTRICT, ALBANIA

Fiorda Mezini

Dentistry specialist in Durrës Health Center Lecturer at Planetar University of Tirana

Abstract

Dental caries is a major oral health problem. However, studies on this dental disease, and in particular in relation to mixed dentition in children, are somewhat limited in number.

The aim of this study is to determine the level of dental caries in 7-10-year-old children in Durrës district.

Dental caries was assessed according to WHO criteria (1997) using the dmft index for milk teeth and DMFT index for permanent teeth, where d / D indicates the number of broken teeth, m / M indicates the number of missing teeth due to caries; f / F indicates the number of filled teeth, and t / T = teeth.

The study showed that dmft for 7-8-9-10-year-old children was respectively 3.7, 4.3, 3.6, 2.1, whereas DMFT for the same sample of children was respectively 0.48, 4.3, 3.6 and 1.7.

The presence of caries in the examined sample of children resulted to be very high. The caries was present even in the new permanent teeth. The prevalence of caries was 92.1%. It seems that the high prevalence of caries in temporary teeth is a factor that increases the risk for dental caries in permanent teeth.

Key words: dental caries, mix dentition, prevalence, dmft, DMFT.

DIAGNOZA SEROLOGJIKE DHE EPIDEMIOLOGJIA E SIFILIZIT

Dhurata Torba¹, Mirela Lika² (Çekani), Zhaneta Abazaj³, Silva Bino¹, Shpëtim Qyra¹

¹ Departamenti i sëmundjeve infektive, Instituti i Shëndetit Publik Tiranë, Shqipëri

² Departamenti i biologjisë, Fakulteti i Shkencave të Natyrës Tiranë, Shqipëri

³ Qendra Kombëtare e Konservimit të Gjakut Tiranë, Shqipëri

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 55-60

ABSTRAKT

Sifilizi është një sëmundje seksualisht e transmetueshme e cila shkaktohet nga bakteri *Treponema pallidum*. Tjetër rrugë transmetimi është marrja e gjakut të infektuar dhe rruga verikale, nga nëna tek feta, kur nëna është e infektuar me këtë sëmundje. Qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i incidencës, i grup moshës më të ekspozuar ndaj sëmundjes, i shpërndarjes së sëmundjes në Shqipëri, i sensibilitetit dhe specificitetit të metodave diagnostikuese dhe krahasimi i këtyre të dhënave me studimet e mëparshme. Ky është një studim prospektiv, unicentrik, i realizuar në Institutin e Shëndetit Publik Tiranë, në periudhën kohore një vjeçare (1 prill 2011 deri në 1 maj 2012). Kemi ekzaminuar serumet e personave vullnetarë, serumet e pacientëve nga Shërbimi i Sëmundjeve Infektive në QSUT "Nënë Tereza", dhe rastet për konfirmim nga Qendra Kombëtare e Dhurimit të Gjakut Tiranë. Për vënien e diagnozës kemi përdorur reaksionet serologjike Rapid plasma reagin (RPR) dhe *Treponema pallidum* haemagglutination assay (TPHA). Analiza e të dhënave është bërë me metodën statistikore SPSS 20, testin χ^2 dhe one way ANOVA. Konkluzione. Gjatë periudhës një vjeçare kemi patur 59 raste të reja me sifiliz. Grup moshë 25-34 vjeç ka qënë më e ekspozuar ndaj Sifilizit. Kanë mbizotëruar rastet pozitive në rrethin e Tiranës. Në studimin tonë RPR ka patur sensibilitet 77% dhe specificitet 85% dhe TPHA ka patur sensibilitet 99% dhe specificitet 98%.

Fjalë kyç: *Treponema pallidum*, sifilis, RPR, TPHA, bakter

HYRJE

Sifilizi është sëmundje seksualisht e transmetueshme dhe shkaktohet nga spiroketa *Treponema pallidum*. Është një infeksion që prek vetëm njeriun. Rruga e transmetimit është kryesisht ajo seksuale. Ai kalon në dy stadi: Sifilizi recent (ngjitës) dhe sifilizi tardiv (jo ngjitës). Në stadin recent futet periudha e inkubacionit, stadi primar, stadi sekundar dhe stadi i sifilizit latent. Në sifilizin tardiv futen gjëndjet e vonuara të sifilizit latent dhe komplikacionet e rënda të sëmundjes. Incidenca e sifilizit varion në vartësi të faktorëve social, ekonomik, kulturës mjekësore mbi infeksionet seksualisht të transmetueshme dhe traditës së vendeve. Në SHBA, në vitin 2010 incidenca e sifilizit ishte 7.9 raste për 100000 burra dhe 1.1 raste për 100000 gra. Edhe pse shumica e rasteve me sifiliz është parë mes homoseksualeve edhe mes bashkëshortëve vazhdon të jetë problem. (1) Organizata Botërore e Shëndetësisë raporton 12 milionë raste të reja të sifilizit çdo vit. (2) Në shumë vende të Evropës Lindore rastet me sifiliz janë ende dukshëm më lartë sesa në Evropën Perëndimore. (3) Incidenca e sifilizit për 100.000 banorë për vendet e rajonit është raportuar: Bullgari (2009) 5.5 raste, Rumani (2007) 25.71 raste, Slloveni (2009) 2.3 raste, Turqi (2000)

4.95 raste. (4) Nga viti 1973 deri në 1995 në Shqipëri nuk është raportuar asnjë rast me sifiliz. Nga viti 1995 numri i rasteve ka qënë gjithnjë në rritje.

Tabela 1. Incidenca e Sifilizit në Shqipëri sipas viteve

Vite	Raste	Përqindje
1995	3	1.18%
1996	3	1.18%
1997	15	5.9%
1998	34	13.4%
1999	22	8.69%
2000	14	5.53%
2001	19	7.50%
2002	6	2.37%
2003	5	1.97%
2004	6	2.37%
2005	14	5.53%
2006	12	4.74%
2007	34	13.4%
2008	11	4.34%
2009	29	11.4%
2010	26	10.2%

Kjo sëmundje kalon nëpër disa faza të cilat kanë karakteristika të ndryshme klinike. Në 95% të rasteve infeksioni transmetohet me rrugë seksuale, nëpërmjet membranave mukoze ose gërvishtjeve shumë të vogla të lekurës. Rrugë tjetër transmetimi është nëpërmjet transfuzionit të gjakut, si dhe nga nëna e sëmurë tek fetausi dhe shpesh shkakton dështim, vdekje fetale, neonatale ose pasoja të rënda të tilla si: verbëri dhe shurdhësi, zhvillim mendor të vonuar. (5) Treponemat janë të shumta në erozionet e mukozave genitale, anale dhe bukale. Treponema pallidum është bakter i gjatë, i hollë dhe i përdredhur në formë spirale me gjërësi 0.2 mikron dhe gjatësi 5-15 mikron që lëviz në formë spiraleje. (6) Fig 1, 2



Fig. 1. Spiroketa Treponema Pallidum

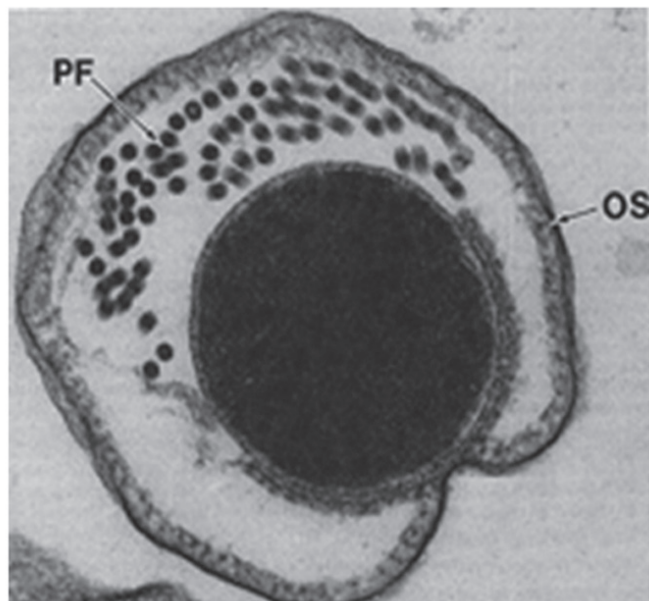


Fig. 2. Prerja transversal e spiroketës

Treponema pallidum qëndron i gjallë në mjedisin e jashtëm për një kohë relativisht të shkurtër. Ngordh shpejt në thatësi, nxehtësi, në dritën e diellit dhe ujë. Në

temperaturë 41°C ngordh për një orë. (7) Mbetet i gjallë për 24 orë në gjakun e mbajtur në 4 °C. Treponema pallidum jeton më shumë në përqëndrime të ulëta të oksigjenit. (8) Treponema është e ndjeshme ndaj çdo dezinfektuesi. Tradicionalisht, metodat diagnostike janë ndarë në metodat e zbulimit të drejtpërdrejtë (imunofluoreshenca direkte, ekzaminimi mikroskopik me fushë të errët, inokulimi në kafshë) dhe ato serologjike për përcaktimin e pranisë së antitropave kundër Treponema pallidum. Metodat serologjike janë të ndarë në: teste jotreponematoze, Rapid plasma reagin (RPR) dhe teste treponematoze: Treponema pallidum haemagglutination assay (TPHA) dhe immunofluoreshenca indirekte (Fta-abs test). (9) Sifilizi është i shërueshëm me antibiotikë standartë. (10)

MATERIALI DHE METODAT

Ky punim është kryer në periudhën kohore 1Prill 2011 deri 1 Maj 2012 dhe është realizuar në Departamentin e sëmundjeve infektive, Instituti i Shëndetit Publik Tiranë, Shqipëri. Kemi ekzaminuar 336 serume, të marra nga personat vullnetarë, nga Qendra Kombëtare e Dhurimit të Gjakut dhe Shërbimi i sëmundjeve infektive në QSUT “Nënë Tereza”. Kemi përdorur reaksionet serologjike RPR dhe TPHA për venien e diagnosis. Fig 3, 4

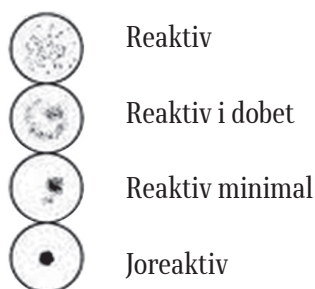


Fig. 3. Teknika e reaksionit RPR (Rapid Plasma Reagin)

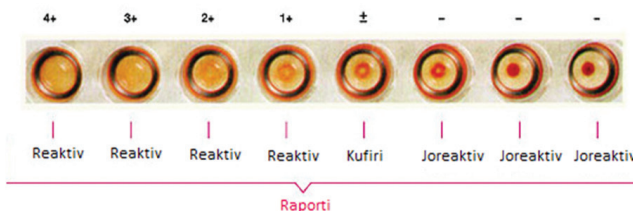


Fig. 4. Teknika e reaksionit TPHA (T. pallidum Haemagglutination Assay)

RPR është konsideruar pozitiv në aglutinim latex në titër antitropash >1:2 (11)

TPHA është konsideruar pozitiv në titër antitropash > 1:100 (12)

Analiza e të dhënave u bë me metodën statistikore SPSS 20. Është përdorur testi χ^2 për krahasimin e proporcioneve ndërmjet variablave kategorikë. One way ANOVA është përdorur për krahasimin e variablit të vazhduar “moshë” sipas kategorive. Intervali konfidencës është pranuar 95% dhe niveli i sinjifikancës $\alpha < 0.05$.

REZULTATI

Mosha mesatare e personave të ekzaminuar ka qënë 34.8 vjeç (SD ± 12.0), duke variuar nga 15 deri në 68 vjeç.

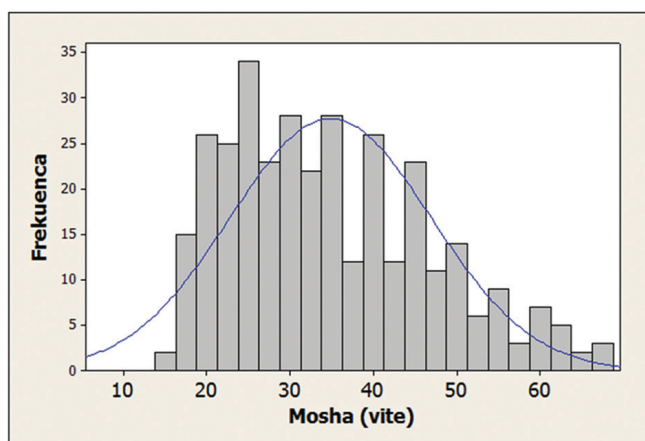


Fig. 5. Shpërndarja e sifilizit sipas grup-moshave

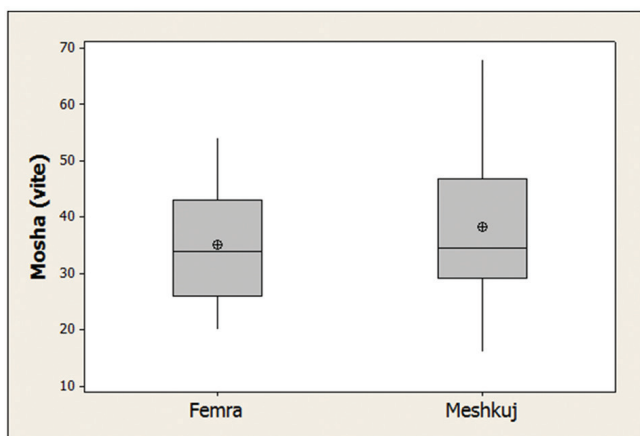


Fig. 6. Moshë e seropozitivëve Meshkuj-Femra

Shpërndarja e seropozitivëve sipas gjinisë ka qënë: 48 raste ose 81.4% meshkuj dhe 11 raste ose 18.6% femra. Moshë mesatare e meshkujve të cilët kanë rezultuar pozitivë ishte 38.1 vjeç (SD ± 11.1) ndërsa moshë mesatare

e femrave pozitivë ishte 35.1 vjeç (SD ± 10.4), shihet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet tyre ($t = 0.8$ $p = 0.4$) Meshkujt kanë 1.2 herë më tepër gjasa sesa femrat për të rezultuar pozitivë por pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (OR=1.2, 95% CI: 0.6 - 2.5 $p = 0.5$).

Shihet mbizotërim të rasteve pozitivë tek meshkujt, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm në raport me femrat $p < 0.01$.

Tabela 2. Rezultatet sipas grupmoshës

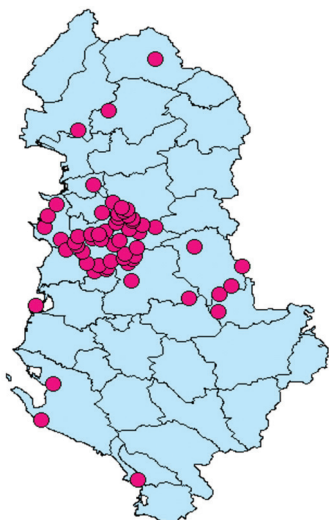
Grupmosha	Pozitivë	Negativë	OR	95% CI	P
15-24	5	72	-	-	-
25-34	25	84	4.2	1.5-11.7	< 0.01
35-44	12	60	2.8	0.9-8.6	0.06
45-54	12	42	4.1	1.3-12.4	0.01
55-64	4	17	3.4	0.8-13.9	0.09
>65	1	2	7.2	0.5-93.6	0.1

Grupmosha 25-34 vjeç ka 4.2 herë më tepër gjasa që të rezultojë pozitivë krahasuar me grupmoshën 15-24 vjeç, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (OR=4.2 95%CI 1.5 - 11.7 $p < 0.01$).

Grupmosha 45-54 vjeç ka 4.1 herë më tepër gjasa që të rezultojë pozitivë krahasuar me grupmoshën 15-24 vjeç me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (OR=4.1 95%CI 1.3 - 12.4 $p < 0.01$).

Tabela 3. Seropozitivët sipas grupeve të ekzaminuara

Grupe të ekzaminuara	Pozitivë	Negativë	OR	95% CI	P
Vullnetarët	13	144	-	-	-
Qendra Kombëtare e Dhurimit të Gjakut	22	68	3.6	1.7-7.8	< 0.001
Shërbimi i Sëmundjeve Infektive QSUT	24	65	4.3	2.1-8.9	< 0.001



Rrethe	Raste	%
Kukësi	1	1.69
Shkodra	2	3.38
Durrësi	3	5.07
Tirana	38	64.22
Elbasani	5	8.45
Fieri	2	3.38
Korca	5	8.45
Vlora	2	3.38
Gjirokastra	1	1.69

Fig. 7. Shpërndarja e rasteve pozitivë sipas rretheve

Vërehet mbizotërim i rasteve pozitivë në rrethin e Tiranës me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm me rrethet e tjera, $p < 0.01$.

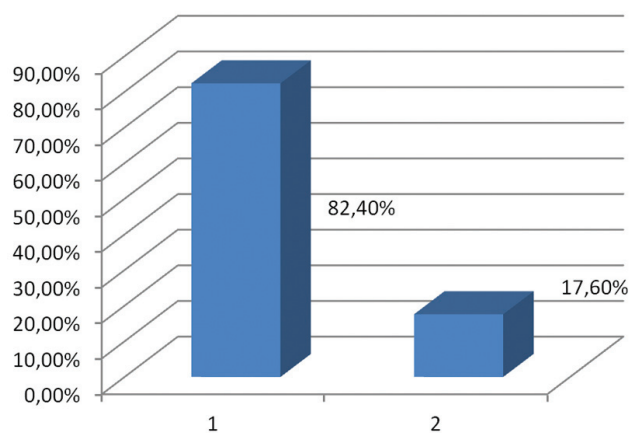


Fig 8. Përqindja e rasteve pozitivë dhe negative

Nga 336 serume të ekzaminuara, 59 persona ose 17.6% serume rezultuan pozitivë.

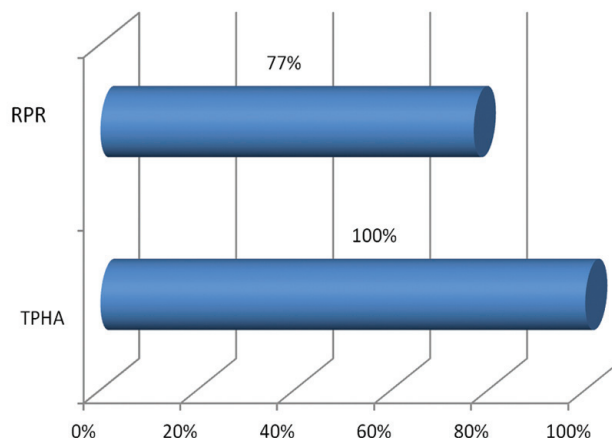


Fig 9. Përqindjet e rasteve pozitivë me RPR dhe TPHA

Ne kemi përdorur dy metoda diagnostikuese. Fillimisht kemi bërë testimin me RPR. Me këtë test kanë rezultuar pozitivë 45 raste ose 77% të rasteve pozitivë. Rezultatet tona tregojnë që sensibilitet i RPR ka qënë 77% dhe specificitet 86%. Të gjitha serumet janë testuar edhe me testin TPHA dhe kanë rezultuar pozitivë 59 raste ose 17.6% e të gjitha serumeve të testuara.

DISKUTIMI

Sifilizi është një sëmundje që haset në të gjitha moshat. Në studimin tonë sifilizi është hasur nga moshë 15 deri në moshën 65 vjeç. Moshë mesatare ka qënë 33 vjeç. Duke krahasuar të dhënat e dalë nga studimi ynë me studimin e kryer nga Torba Dh & Lika M, 2005-2006, ne mund të themi që rezultatet janë relativisht jo të ndryshme. Shihet mbizotërim i rasteve pozitivë tek meshkujt. Grupmosha 25-34 vjeç ka qënë grup moshë me e ekspozuar ndaj sëmundjes. Kjo është e lidhur me riskun e shtuar të kësaj grup moshë për të qënë më të ekspozuar ndaj sëmundjeve seksualisht të transmetueshme.

Serumet e personave të ekzaminuar nga Qendra Kombëtare e Dhurimit të Gjakut kanë rezultuar pozitiv në 24%. Ky grup ka 3.6 herë më tepër gjasa që të rezultojë pozitivë krahasuar me vullnetarët. Shihet ndryshim statistikiqisht i rëndësishëm ndërmjet tyre (OR=3.6 95%CI 1.7 - 7.8 $p < 0.001$).

Serumet e personave të ekzaminuar nga Spitali Infektiv kanë rezultuar pozitiv në 27%. Ky grup ka 4.3 herë më tepër gjasa që të rezultojë pozitivë krahasuar me vullnetarët me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (OR=4.3 95%CI 2.1 - 8.9 $p < 0.001$).

Sigurisht që ishte e pritshme kjo tendencë, sepse nga Qendra Kombëtare e Dhurimit të Gjakut serumet kanë ardhur për tu konfirmuar për sifiliz tek ne, si qendër reference. Ndërsa serumet për ekzaminim nga Shërbimi i Sëmundjeve Infektive në QSUT i përkasin personave të sëmurë, në rastin e të cilëve duhet të konfirmohet ose të përjashtohet pozitiviteti për sifiliz.

Duke analizuar seropozitivët sipas grupeve të ekzaminuara vërehet që numri më i vogël i individëve pozitivë me 13 raste ose 22% e totalit prej 59 individëve pozitivë i përkasin grupit të vullnetarëve me diferencë statistikisht të rëndësishme me dy kategoritë e tjera ($\chi^2=17.7$ $p<0.01$).

Në studimin tonë numrin më të madh të rasteve me sifiliz e kemi hasur në qytetin e Tiranës. Ky rezultat është i justifikueshëm, sepse në Tiranë jeton thuajse gjysma e popullsisë së Shqipërisë.

TPHA ka patur sensibilitet 99%, dhe specificitet 98% në diagnozë. Vetëm një rast ose 1.7% ka rezultuar fallso pozitivë me RPR dhe negativë me TPHA.

Të dhënat e mësipërme janë të ngjashme dhe me studimet e realizuara më parë nga Papajorgji M & Lika M, 2001, si dhe Torba Dh & Lika M, 2005-2006, ku pozitiviteti ka qenë respektivisht 18% dhe 19.4 %, por theksojmë se numri i të diagnostikuarve ka qenë shumë më i madh.

Autorë të ndryshëm nga vende të ndryshme raportojnë sensibilitet të RPR që varion 58.8%, 69.7%, 78%, 92.3% dhe specificitet 33.3 %, 96.5%, 99%, 99% . (13, 14, 15, 16) Po këta autorë raportojnë sensibilitet të TPHA që varion 100.0 %, 95% dhe specificitet 66.7%, 99%. (13, 15)

Rezultatet tona tregojnë që sensibiliteti i RPR ka qënë 77% dhe specificitet 86%. Ky reaksion, i cili është jotreponematoz, ka fallso-pozitivitet për disa sëmundje autoimune si Lupus eritemadotes, apo në persona me faktor pozitiviteti reumatik, apo dhe në shumë sëmundje të tjera infektive si: leptospirozë, leprozë, tuberkuloz, rikeciozë, malarie dhe sëmundja e quajtur Lyma.

KONKLUZIONE

Gjatë periudhës një vjecare kemi shtim të rasteve të reja me sifiliz. Grup moshë 25-34 vjeç ka qënë më e ekspozuar ndaj sëmundjes së Sifilizit. Kanë mbizotëruar rastet pozitivë në rrethin e Tiranës. Në studimin tonë RPR ka patur sensibilitet 77% dhe specificitet 85% dhe TPHA ka patur sensibilitet 99% dhe specificitet 98%.

Diagnoza serologjike e sifilizit vetëm me një test është e pamjaftueshme, konfirmimi i saj duhet të bëhet të paktën me dy teste.

LITERATURA

- Centers for Disease Control and Prevention. Primary and secondary syphilis – Jefferson County, Alabama, 2002–2007. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009; 58:463-7.
- Gerbase, A. C., J. T. Rowley, D. H. Heymann, S. F. Berkley, and P. Piot. 1998. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. Sex. Transm. Infect. 74(Suppl.1):S12-S16.
- Uusküla A, Puur A, Toompere K, DeHovitz J. Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995-2005. Sex Transm Infect. 2010 Feb; 86(1):6-14.
- Liam J. Herbert and Stephen I. Middleton. An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe. J Glob Health. 2012 June; 2(1): 010402. doi: 10.7189/jogh.02.010402.
- Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, et al. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. Sex Transm Dis 2007; 34: S5-S10.
- Goldstein, S. F., and N. W. Charon. 1990. Multiple-exposure photographic analysis of a motile spirochete. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 87:4895-4899
- Fieldsteel, A. H., D. L. Cox, and R. A. Moeckli. 1981. Cultivation of virulent *Treponema pallidum* in tissue culture. Infect. Immun. 32:908-915
- Fraser, C. M., S. J. Norris, G. M. Weinstock, et al. Complete genome sequence of *Treponema pallidum*, the syphilis spirochete. 1998. Science 281:375-388.
- S A Larsen, B M Steiner and A H Rudolph. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. Clin. Microbiol. Rev. 1995, 8(1):1.
- Donovan B, Dayan L. Syphilis. In: Warrell DA, Cox TM, Firth JD, editors. Oxford textbook of medicine. Oxford: Oxford University Press, 2010: 885-896.
- Reyes MP, Hunt N, Ostrea EM Jr, George D. Maternal/congenital syphilis in a large tertiary-care urban hospital. Clin Infect Dis. 1993 Dec; 17(6):1041-6.
- Mahalakshmi. B, Therese Lily. K, Devipriya. U, Pushpalatha. V, Margarita. S & Madhavan. H.N. Infectious aetiology of congenital cataract based on torchestorches screening in a tertiary eye hospital in Chennai, Tamil Nadu, India. Indian J Med Res 131, April 2010, pp 559-564

13. Ozolins. D, Katkovska. S, Bobojeda. L, Rancane. A. Screening Assays to find out Late Latent Syphilis Cases – Which is the best one? Internet Journal of Medical Update 2009 July;4(2):29-35
14. Van Dyck E, Van de Velden L, Ndoye I, Piot P, Meheus A. Evaluation of the rapid plasma reagin “teardrop” card test for screening of syphilis in field conditions. Sex Transm Dis. 1993 Jul-Aug; 20(4):194-7.
15. Wiwanitkit. V. A cost-utility analysis of Treponema pallidum haemagglutination (TPHA) testing for syphilis screening of blood donors: is the TPHA test useful for syphilis screening in a blood centre? Blood Transfus. 2009 January; 7(1): 65–66.
16. Perryman. M W, Larsen. S A, Hambie. E A, Pettit. D E, Mullally. R L, Whittington.W. Evaluation of a new rapid plasma reagin card test as a screening test for syphilis. J. Clin. Microbiol. August 1982 vol. 16 no. 2 286-290

SEROLOGICAL DIAGNOSIS AND EPIDEMIOLOGY OF SYPHILIS

Dhurata Torba ¹, Mirela Lika² (Çekani), Zhaneta Abazaj³, Silva Bino¹, Shpëtim Qyra¹

¹ Department of infectious diseases, Institute of Public Health Tirana, Albania

² Department of Biology, Faculty of Natural Science, University of Tirana, Albania

³ National Centre of Blood Conservation Tirana, Albania

SUMMARY

Syphilis is a sexually transmitted disease which is caused by the bacterium *Treponema pallidum*. Another way that syphilis can be transmitted is by getting infected blood and vertical way, from mother to fetus when the mother is infected with the disease. The purpose of this study is to evaluate: the incidence, the age group most exposed to this disease, the distribution of the disease in Albania, the sensitivity and specificity of diagnostic methods and the comparison of these data with previous studies. This is a prospective study, unicentric, that was conducted in the Institute of Public Health, Tirana, in the time frame of one year (1 April 2011 to 1 May 2012). We have examined sera of volunteers, sera of patients from the Service of Infections Disease in the University Hospital Center “Mother Theresa”, and cases for confirmation from National Blood Donor Center, Tirana. To determine the diagnosis, we have used serological reactions the Rapid plasma reagin (RPR) and *Treponema pallidum* haemagglutination assay (TPHA). Data analysis were performed with SPSS 20 statistical method, chi-square test (χ^2) and one-way analysis of variance (ANOVA). Conclusions. During the period of one year, there were 59 new cases of syphilis. The 25-34 year age group was the most exposed to syphilis. Cases with positive syphilis was predominantly in Tirana city. The RPR used in our study had a sensitivity of 77% and a specificity of 85% and the TPHA had a sensitivity of 100% and a specificity of 99%.

Key words: *Treponema pallidum*, syphilis, RPR, TPHA, bacteria.

SURVEJANCA BIOLOGJIKE E AGJENTËVE INFEKTIVE TEK INDIVIDËT E POLITRANSFUZUAR NË SHQIPËRI

Eugena Tomini¹, Silva Bino¹, Artan Simaku¹, Mimoza Basho¹, Shpëtim Qyra¹

¹Instituti Shëndetit Publik, Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive.

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 61-65

REZYME

Kontrolli i gjakut për HIV dhe të agjentëve të tjerë infektivë në Shqipëri është i detyrueshëm me ligj kushtetues. Individët që marrin transfuzion të shumta, si dhe grupeve tjera të rrezikuara janë kontrolluar në mënyrë rutinore për praninë e agjentëve infektivë. Qëllimi: Për të vlerësuar përhapjen agjentëve infektivë në individët që politransfuzionohen. Metoda: mostrat janë mbledhur nga pacientët që marrin transfuzion të shumta në njësitë e hemodialises dhe oncohematologji, talasodrepanocitare në disa rrethe të vendit gjatë periudhës 2006-2008. Mostrat janë testuar për HbsAg, HCV dhe HIV. Eshtë përdorur metoda e ELISA. Rezultatet: 118 (32.4%) e mostrave janë pozitive, nga një total prej 364 mostrave (95% CI 27,8-37,4) $p < 0.001$. 2 (0.5%) raste janë infektuar me HIV, 27 (7.4%) raste me HBsAg, 89 raste (24.5%) me HCV. Përsa i përket HBsAg, 17 (63%) prej tyre ishin meshkuj dhe 10 (37%) femra. OR (meshkuj / femra) = 1.3 (95% CI 0.5-3.1) $p = 0.6$. Më e prekur grupmosha 25-44 vjeç, me 9 (33.3%) raste dhe 45 - 65 vjeç me 12 (44.4%) raste. Me HCV, më e prekur grupmosha e re aktive 15-25 vjeç me 27 (30%) raste, grupmosha 25-45 vjeç me 21 (24%) raste dhe grupmosha 5-15 vjeç dhe 45-65 vjeç me 9 (10%) raste respektivisht. Përfundime: Survejanca nga viti 2006 ka përfshirë individë që marrin transfuzione të shumta prej shume vitesh. Rastet HIV, janë konfirmuar në pacientët pediatrik para zbatimit të survejancës në vitin 2006. Nuk u gjet ko-infeksioni me HCV. Në gjashtë raste është gjetur co-infeksion HBsAg + HCV.

Fjalë kyce: Politransfuzuar, agjente infektiv, muster gjaku, transfuzion.

HYRJE

Parandalimi i përhapjes së agjentëve infeksioz tek të politransfuzuarit dhe indirekt vlerësimi i sigurisë së gjakut, ka një rëndësi të veçantë në Shëndet Publik. Kontrolli i gjakut për HIV dhe agjentë të tjerë infektivë rregullohet me ligjin nr. 8689 "Për parandalimin e përhapjes së infeksionit të HIV/AIDS në Republikën e Shqipërisë" (1). Sipas ligjit çdo njësi gjaku e dhuruar në Shqipëri kontrollohet për praninë e agjentëve infektivë që transmetohen nëpërmjet tij si HIV, Hepatit B dhe C, CMV dhe Sifiliz (2). Një numër i konsiderueshëm i dhuruesve me pagesë i përket grupeve vulnerabël ose atyre veçanërisht vulnerabël (popullsia Rome, përdoruesit e drogës, migrantët nga zonat rurale në ato urbane), kështu që ndërgjegjësimi për vetë-përrjashtim është i ulët (3, 4, 5). Proçesi i garantimit të sigurisë së gjakut kalon nëpër stadet e mëposhtme: vetë-përrjashtimi i dhuruesit, përrjashtimi gjatë intervistës me stafin e bankës së gjakut, përrjashtimi në rast se testi rezulton pozitiv ose i

papërcaktuar (6, 7, 8, 9). Personat e politransfuzuar janë ata që jetën e tyre e kanë të lidhur me transfuzione ritmike të herë pas hershme dhe që rreziku për kontaminim me agjentët infeksioz që transmetohen nëpërmjet gjakut është i lartë (10, 11, 12, 13).

Sipas OBSH (14,15,16) duke iu referuar te dhënave në lidhje me sigurinë e gjakut, grumbullimi Global i tij përcaktohet me rreth 92 milionë donacione çdo vit nga të gjitha mënyrat e dhuruesve të gjakut (të papaguara vullnetare, familja / zëvendësues dhe të paguara). Përafërsisht gjysma e këtyre donacioneve të gjakut janë mbledhur në vendet me të ardhura të larta, për 15% të popullsisë së botës.

Donacionet vullnetarë të gjakut, në 62 vende të botës, mbulojnë rreth 100%, ose pothuajse më shumë se 99% dhurimet vullnetare të gjakut pa pagesë.(17). Dyzetë vende mbledhin më pak se 25% të furnizimit të tyre të gjakut nga donatorët vullnetar të gjakut pa pagesë. Megjithatë orjentimi nga (WHO) Organizata Botërore e Shëndetësisë është për të gjitha vendet, për të marrë

të gjitha furnizimet e gjakut nga donatorët vullnetarë të papaguar deri në vitin 2020.

Rreth 8 000 qendra të gjakut në 159 vende raportojnë për grumbullimet e tyre të gjakut.(18). Mbledhja mesatare vjetore për një qendër të gjakut është 30 000 njësi në vendet me të ardhura të larta, 7 500 në vendet me të ardhura të mesme dhe 3 700 në vendet me të ardhura të ulëta, duke demonstruar gjerë dallimet në efektshmërinë e mbledhjes së gjakut ndër vendet me të ardhura më të larta. Në 39 vende, dhurimet e gjakut ende nuk testohen në mënyrë rutine për infeksione që transmetohen nga transfuzioni (ITTs) duke përfshirë HIV, hepatit B, hepatit C, dhe sifiliz; 47 % të donacioneve në vendet me të ardhura të ulëta mbeten akoma në nivelin e testeve jo me cilësi të sigurimit. Vetëm 31% e gjakut të grumbulluar në vende me të ardhura të ulëta është e ndarë në komponentë të gjakut. Kapacitetet për të siguruar pacientëve komponentë të ndryshme të gjakut që u nevojitet, është ende e kufizuar në këto vende.(19,20)

Globalisht, 106 vende kanë udhëzimet kombëtare në klinikë, të përshtatshëm për përdorim të gjakut në mënyrë të sigurt. Megjithatë, vetëm 13% e vendeve me të ardhura të ulëta - në krahasim me 30% të vendeve me të ardhura mesatare dhe 78% vende me të ardhura të larta - kanë një sistem kombëtar hemovigjilance për të monitoruar dhe për të përmirësuar sigurinë kombëtare të procesit të transfuzionit.(21,22)

QËLLIMI

Vlerësimi i përhapjes së agjentëve infeksiozë tek individët që politransfuzionohen në klinikat e hemodializës në Shqipëri dhe tek individët talasemikë dhe talaso-drepanocitarë . Në mënyrë indirekte arrihet dhe vlerësimi i sigurisë së gjakut, për agjentet infektive HIV, HepB, HepC, CMV dhe Sifiliz.

METODOLOGJIA

Për çdo pacient që transfuzionohet është përgatitur një skedë individuale e cila plotësohet pasi i është marrë mostra e gjakut. Çdo mostër gjaku e prelevuar është ruajtur në frigorifer +2 - +8 ose nëse i është nënshtruar centrifugimit, serumi ruhet në - 20°C. Mostrat e marra janë testuar për prezencën e Hep B, Hep C dhe HIV, në laboratorin e Hep/Hiv/Aids, në ISHP sipas metodës së ELISA. Në studim janë përfshirë rrethet Tiranë,

Durrës, Lushnjë, Gjirokastër, Shkodër, Korçë, Vlorë dhe Hemodializa e QSUT gjatë periudhës 2006 -2008.

REZULTATET

Gjatë vitit 2006 u vendos Survejanca biologjike për agjentët infektive tek individët e politransfuzuar.

Gjatë vitit 2006 është arritur të testohen të gjithë pacientët talasemikë dhe talaso-drepanocitar të repartit të onko-hematologjisë në QSUT në një total prej 135 pacientësh.

Rezultatet e testeve për 135 raste Onko-Hematologji, QSUT 2006

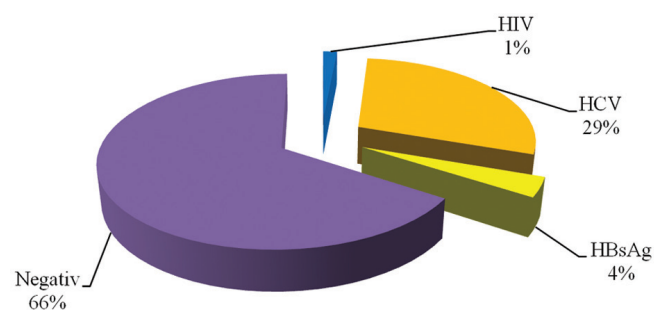


Figura 1. Rezultati i testimit për 135 raste të shërbimit të Onko-Hematologjisë.

Më pas gjatë viteve 2007-2008, survejanca përfshiu 7 rrethe të vendit si dhe hemodializën e Tiranës.

- Rrethet Gjirokastër, Korçë dhe Shkodër janë testuar për pacientët e hemodializuar.
- Lushnja, Vlora dhe Durrësi janë testuar për pacientët talasemikë dhe talaso-drepanocitar.
- Në rrethin e Tiranës janë testuar pacientët talasemikë dhe të hemodializuar.

Rezultatet e testimit:

118 (32.4%) e mostrave rezultuan positive për një total të 364 mostrave të testuara (95% CI 27.8-37.4) $p < 0.001$.

2 (0.5%) e rasteve janë të infektuar me HIV, (tab.3).

27 (7.4%) e rasteve me HBsAg, (tab.1).

89 (24.5%) e rasteve me HCV, (tab.2).

Në lidhje me HBsAg, 17 (63%) e tyre janë meshkuj dhe 10 (37%) e tyre femra. $OR_{(males/females)} = 1.3$ (95% CI 0.5-3.1) $p = 0.6$.

Tabela 1. Përqindja e rasteve të testuar për HbsAg, me metodën ELISA sipas rretheve

Nr.	Rrethi	Të testuar	HBsAg (ELISA)			
			+	%	-	%
1	Tiranë	116	3	2.6	113	97.4
2	Durrës	13	1	7.7	12	92.3
3	Lushnjë	97	2	2.1	95	97.9
4	Gjirokastrë	8	4	50.0	4	50.0
5	Shkodër	15	2	13.3	13	86.7
6	Korçë	4	2	50.0	2	50.0
7	Vlorë	6	0	0	6	100
8	Hem/dializa Tiranë	105	13	12.4	92	87.6

Tabela 2. Përqindja dhe numri i rasteve të testuar për HCV, me metodën ELISA sipas rretheve

Nr.	Rrethi	Të testuar	HCV (ELISA)			
			+	%	-	%
1	Tiranë	116	26	22.4	90	77.6
2	Durrës	13	0	0	13	100
3	Lushnjë	97	23	23.7	74	76.3
4	Gjirokastrë	8	1	12.5	7	87.5
5	Shkodër	15	3	20.0	12	80.0
6	Korçë	4	1	25.0	3	75.0
7	Vlorë	6	1	16.7	5	83.3
8	Hem/dializa Tiranë	105	33	31.4	72	68.6

Tabela 3. Përqindja e rasteve të testuar dhe të konfirmuar për HIV, me metodën ELISA sipas rretheve

Nr.	Rrethi	Të testuar	HIV(ELISA)			
			+	%	-	%
1	Tiranë	116	2	1.7	114	98.3
2	Durrës	13	0	0	13	100
3	Lushnjë	97	0	0	97	100
4	Gjirokastrë	8	0	0	8	100
5	Shkodër	15	0	0	15	100
6	Korçë	4	0	0	4	100
7	Vlorë	6	0	0	6	100
8	Hem/dializa Tiranë	105	0	0	105	100

Grupmosha më e prekur rezulton ajo nga 25-44 vjeç me 9 (33.3%) të rasteve dhe 45-65 vjeç me 12 (44.4%) të rasteve (fig.2).

Në lidhje me HCV, më e prekur është hasur grupmosha e re aktive 15-25 vjeç me 27 (30%) raste e ndjekur nga grupmosha 25-45 vjeç me 21 (24%) raste dhe grupmosha 5-15 vjeç dhe 45-65 vjeç me 9 (10%) raste respektivisht (fig.3).

Rezultatet e testimeve per 364 raste

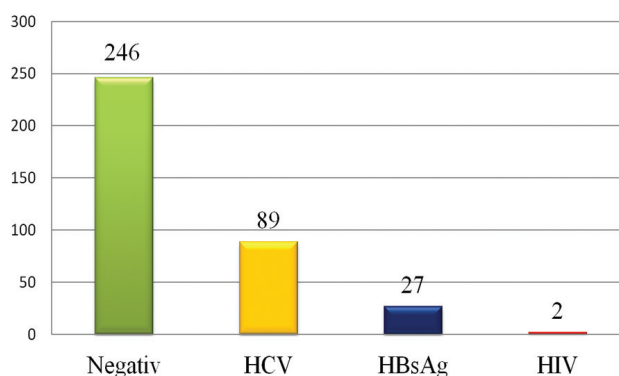
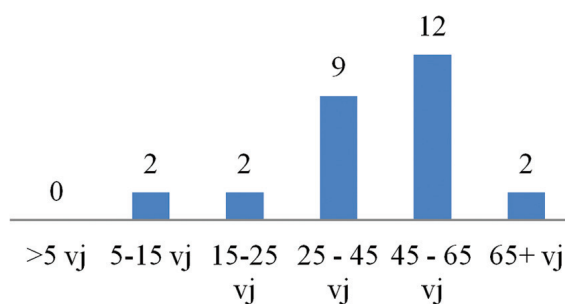


Figura 2. Shpërndarja sipas agentëve infektiv të diagnostikuar, të rasteve të testuara.

HBsAg sipas grupmoshes



HCV sipas grupmoshes

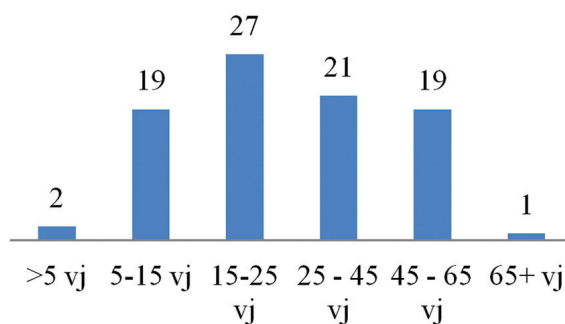


Figura 3. Paraqitja e rasteve sipas grup moshës për HBsAg dhe HCV.

KONKLUZIONE

1. Rastet pediatrike të konfirmuara me HBsAg dhe HCV të vitit 2008 krahasuar me vitin 2006 rezultojnë të njëjtat pa asnjë rast rinfeksioni apo rast të ri të infektuar (situatë e njëjtë me 2006).
 - Nga rastet e paraqitura nuk rezultoi asnjë pacient pozitiv për agjentët infeksiozë i infektuar pas transfuzionit të parë
 - Vetëm një rast me bashkëekzistencë të dy infeksioneve (HIV + HCV).
 - Të gjitha rastet HCV+ dhe HBsAg+ janë të konfirmuara më parë.
2. Për vitin 2008 nga ekzaminimet e të politransfuzuarve rezultoi se:
 - Nga rastet e paraqitura nuk rezultoi asnjë pacient pozitiv për agjentët infeksiozë i infektuar pas transfuzionit të parë.
 - Survejanca biologjike tek të hemodializuarit, në momentin e testimit, është kryer pas disa vitesh politransfuzimesh.
 - Asnjë rast i infektuar me HIV.
 - Pesë raste me bashkëekzistencë të dy infeksioneve HBsAg + HCV (hemodializë e Tiranës).
 - Një rast me dy infeksione HBsAg + HCV (hemodializë e Korçës).
 - Një rast HIV + HCV (pediatrik, talasemik, 2006).

BIBLIOGRAFIA

1. Gresens CJ and Holland PV. Current risks of viral hepatitis from blood transfusion. *J Gastroenterology and Hepatology* 1998; 13:443-449.
2. Dr.Shk.Gj. Koja, Prof.Ass.A. Shehi, A.Njëhrrena, I.Minga Legjislacioni Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë për periudhën 1992-2010. Volumes I, II, III.
3. Bethesda, MD, Standards for Blood Banks and Transfusion Services. 18. American Association of Blood Banks, 1997, 41, K2.000.
4. Kleinman S, Chiavetta J, Hindieh F, Pi D, Ricketts M, Robillard P, Sher G, Chan P. The Surveillance and Epidemiology of Transfusions Working Group Final Report. Ottawa, 1999.
5. Kicklighter EJ and Klein HG. Hemolytic transfusion reactions. In: Linden JV and Bianco C, editors. *Blood Safety and Surveillance*. New York: Marcel Dekker, Inc. 2001:47-70.
6. Moor ACE, Dubbelman TMAR, VanSteveninck J, Brank A. Transfusion Transmitted diseases: risks, prevention nd perspectives. *Eur J Haematol* 1999; 62:1-18.
7. Goldman M and Blajchman MA. Blood-product associated bacterial sepsis: *Transfusion Medicine Reviews*. 1991; 5:73-83.
8. Dodd RY. Transmission of parasites and bacteria by blood components. *Vox Sang* 2000; 78(Suppl.2):239-242.
9. McQuiston J. Transmission of tick-borne agents of disease by blood transfusion. *The Compendium*. 53rd AABB annual meeting. 2000; Washington. DC: 29-31.
10. Chiavetta JA, Maki E, Gula CA, and Newman A. Estimated risk of Transfusion Transmitted infection in the Canadian blood supply (1987-1996). *Vox Sang* 2000; 78(Suppl. 1); P360 (abstract).
11. Blajchman MA. Reducing the risk of bacterial contamination of cellular blood components. *Advances in Transfusion Safety, Dev Biol*. 1999; 102:183-193.
12. Gresens CJ and Holland PV. Other reactions and all immunization. In: Linden JV and Bianco C, editors. *Blood Safety and Surveillance*. New York: Marcel Dekker, Inc. 2001:71-86.
13. WHO. Blood Safety. Key global fact and figures in 2011 Fact sheet n°279 | June 2011.
14. Kopko PM and Holland PV. Mechanisms of severe transfusion reactions. *Transfus Clin Biol* 2001; 8:278-281.
15. Popovsky MA. Transfusion and lung injury. *Transfus Clin Biol* 2001; 8:272-277.
16. Webb IJ and Anderson KC. Graft-versus-host disease. In: Linden JV and Bianco C, editors. *Blood Safety and Surveillance*. New York: Marcel Dekker, Inc. 2001:109-124.
17. Kondili LA, Tosti ME, Szklo M et al The relationship of chronic hepatitis and cirrhosis to alcohol intake, hepatitis B and C and delta virus infection: a case control study in Albania. *Epidemiology and Infection* 1998; 121:391-395.
18. Malamitsi Puchner A, Papacharitonos S, Sotos D et al. Prevalence study of different hepatitis markers among pregnant Albanian refugees in Greece. *Eur J Epidemiol* 1996;12:297-301.
19. Chironna M, Germinaro C, Lopalco PL, Quarto M, Barbuti S et al. HBV, HCV and HDV infections in Alba-

- nian refugees in Southern Italy (Apulia region) *Epidemiol and Infection* 2000; 125:163-167.
20. Stroffolini T, Mele A, Tosti ME, Gallo G, Balocchini E, Ragni P, Santonastasi F, Marzolini A, Cocozzi M, Moraghi A. The impact of the hepatitis B mass immunisation campaign on the incidence and risk factors of acute hepatitis B in Italy. *J Hepatol* 2000 33:980-985.
21. Stroffolini T. The changing pattern of hepatitis B virus infection over the past three decades in Italy. *Dig Liver Dis* 2005 37:622-627.

BIOLOGICAL SURVEILLANCE OF INFECTIOUS AGENTS AMONG INDIVIDUALS RECEIVING MULTIPLE TRANSFUSIONS IN ALBANIA

Eugena Tomini¹, Silva Bino¹, Artan Simaku¹, Mimoza Basho¹, Shpëtim Qyra¹

¹Institute of Public Health, Tirana, Albania

ABSTRACT

Introduction: Control of blood for HIV and other infectious agents in Albania is mandatory by constitutional law. Individuals receiving multiple transfusions as well as other vulnerable groups are routinely checked for the presence of infectious agents. **Aim:** To estimate the prevalence of infectious agents among individuals receiving multiple transfusions. **Method:** Blood specimens were collected from patients receiving multiple transfusions in units of hemodialysis and oncohematology in several districts of the country over the period 2006-2008. All specimens were tested for viral hepatitis B and C, and HIV. All specimens were tested using ELISA method. **Results:** 118 (32.4%) specimens resulted positive out of a total of 364 specimens tested (95%CI 27.8-37.4) $p < 0.001$. 2 (0.5%) cases were infected with HIV, 27 (7.4%) cases with HBsAg, 89 cases (24.5%) with HCV. With HBsAg, 17 (63%) of them were males and 10 (37%) females. $OR_{(males/females)} = 1.3$ (95% CI 0.5-3.1) $p = 0.6$. Most affected : agegroup 25-44yrs , 9 (33.3%) cases and 45-65yrs, 12 (44.4%) cases. With HCV, most affected the young active agegroup 15-25yrs with 27 (30%) cases followed by agegroup 25-45yrs with 21 (24%) cases and agegroups 5-15 yrs and 45-65yrs with 9 (10%) cases respectively. **Conclusions:** The surveillance from 2006 onwards, encompassed individuals receiving multiple transfusions from several years.. HIV cases were already confirmed in pediatric patients before implementation of the surveillance in 2006. In of them was found co-infection with HCV. In six cases was found co-infection of HBsAg + HCV.

Key words: Poly transfused, infectious agents, blood specimens, transfusion

PERDORIMI I DUHANIT TEK ADOLESHENTET TË GRUP MOSHES 15 - 18 VJEC NE VENDIN TONE 2009.

Rudina Çumashi¹, Rovena Daja¹

Instituti i Shëndetit Publik

Departamenti i Informacionit Shëndetëor, Teknologjisë dhe Komunikimit, Tiranë, Shqipëri

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 66-69

REZYME

Survejimi sistematik i sjelljeve të rrezikshme tek të rinjtë kishte si qëllim përcaktimin e prevalencës së duhanpirjes tek të rinjtë, moshën e pirjes së cigares së parë, aksesin për të blerë cigaret nga vetë adoleshentët, pirjen e duhanit në ambientet e shkollës, grumbullimin e të dhënave në nivel kombëtar dhe lokal si dhe sipas ndarjes së të rinjve nëpër klasa. Kampioni ishte prej 3200 nxënës të grup moshës 15-18 vjec, të përzgjedhur në 12 Qarqet e vendit si dhe Bashkia e Tiranës. Si instrument i studimit u përdor një pyetësor i standartizuar. Rezultatet: 59% e të rinjve kishin pirë ndonjë herë duhan, 12.8% e të rinjve kishin pirë duhan në moshën ≤ 12 vjec. Midis të rinjve duhan pirës <18 vjec 14.2% e tyre e kishin blerë vetë duhanin. 9.6% e nxënësve duhan pirës e kanë pirë atë në ambientet e shkollës dhe 11.7% e nxënësve duhan pirës kanë pirë 2 ose më shumë cigare për ditë. Më shumë pijnë duhan meshkujt sesa femrat.

Fjalë kyç: duhan pirja, të rinjtë, Republika e Shqipërisë

HYRJE

Duhani është ende shkaku kryesor i vdekjeve të parandalueshme në botë. Përdorimi i duhanit tek adoleshentët është një indikator kyç jo vetëm në fillimin e duhan pirjes por gjithashtu për trendin në të ardhmen të prevalencës së varësisë ndaj duhanit si dhe të sëmundjeve të lidhura me duhanin te të rriturit¹. Konsumi i duhanit është një faktor i njohur rreziku për sëmundjet kardiovaskulare, i cili shkakton kancer të mushkërive dhe forma të tjera kanceri, si dhe ndikon në shfaqjen e pneumonisë, emfizemës dhe bronkitit kronik².

Pjesa me e madhe e të rinjve janë të shëndetshëm. Megjithatë një numër i madh të rinjsh angazhohen në sjellje që rrezikojnë jo vetëm gjëndjen aktuale të shëndetit të tyre por shpesh shëndetin e tyre për vitet e ardhshme. Rreth 2/3 e vdekjeve të parakohshme dhe 1/3 e sëmundshmërisë tek të rriturit janë të lidhura me kushte apo sjellje të cilat fillojnë që në rini si: përdorimi i duhanit, mungesa e aktivitetit fizik, marrëdhënie seksuale të pambrojtura si dhe ekspozimi ndaj dhunës³.

Pjesa më e madhe e përdoruesve të duhanit në mbarë botën e kanë filluar atë kur kanë qënë adoleshentë përpara moshës 18 vjec^{4,5}. Sot është vlerësuar se 150 milion të rinj ne bote janë përdorues të duhanit³. Ky numër është rritur

në mënyrë globale dhe në mënyrë të vecantë tek femrat e reja¹. Të rinjtë që janë duhan pirës përveç problemeve me shëndetin u rritet shume edhe rrishtu për përdorim të alkoolit, të drogave të ndryshme në krahasim me bashkëmoshatarët të cilët nuk janë duhanpirës⁹.

Studime të ndryshme kanë treguar se përdorimi i duhanit është problem si në vendet e zhvilluara ashtu edhe në ato në zhvillim⁶. Statistikat tregojnë se në Amerikë 19.5% e të rinjve të shkollave të mesme janë duhanpirës⁷. Rajoni i Europës e ka prevalencën e përdorimit të duhanit 20% për meshkujt dhe 15% për femrat të grup moshës 13 - 15 vjec⁸. Prevalencë të lartë të duhan pirjes te grup mosha 15 vjec e kanë vendet si Bullgaria, Croaci, Slovakia, Franca ku prevalenca e përdorimit të duhanit në 30 ditët para studimit shkonte afërsisht 40%¹⁰.

Në vendin tonë studime të ndryshme kanë treguar se prevalenca e duhan pirjes tek ne vazhdon të jetë në rritje dhe sidomos tek femrat fenomeni i duhan pirjes ka pasur një rritje në vitet e fundit^{2,11}. Për të monitoruar si dhe vlerësuar sjelljet riskante për shëndetin tek të rinjtë e vendit tonë u ndërmor « Studimi i Sjelljeve me risk tek të rinjtë e shkollave të mesme » në vitin 2009 - 2010. Ky studim do të vlerësonte sjelljet riskante më problematike të të rinjve si: përdorimin e duhanit, alkoolit dhe

drogave të tjera, sjelljet seksuale të cilat kontribuojnë në shtatzani të padëshirueshme, sëmundjet seksualisht të transmetueshme dhe SIDA, sjellje që kontribuojnë në aksidente dhe dhunë, aktivitetin fizik tek të rinjtë si dhe praktika ushqyerje jo të shëndetshme.

QËLLIMI

Survejimi sistematik dhe gjithëpërfshirës i sjelljeve riskante tek të rinjtë e grup moshës 15 - 18 vjec kishte si qëllim: përcaktimin e prevalences se pirjes se duhanit tek te rinjte, prevalencës së obezitetit dhe mbipeshës, prevalencën e pjesmarrjes në aktivitete fizike, përcaktimin e ecurisë në kohë të tyre, grumbullimin e të dhënave në nivel kombëtar dhe lokal si dhe sipas kategorive të të rinjve. Këtu do të fokusohemi kryesisht tek përdorimi i duhanit tek adoleshentët.

METODOLOGJIA

Ky është një studim kombëtar në të cilin u përzgjedhën të rinjtë e shkollave të mesme publike dhe profesionale të grupmoshës 15 - 18 vjec. Përzgjedhja e të rinjve u udhëhoq nga parimi i përfaqësimit sa më të saktë të masës totale të të rinjve në arsimin e mesëm. Totali i nxënësve të cilët u përfshinë në studim ishte 3200 nxënës. U krye një përzgjedhje e randomizuar dhe e ponderuar sipas numrit të nxënësve në secilin nga 12 Qarqet e vendit si dhe në Bashkinë e Tiranës që u trajtua si njësi më vete. Në cdo qark në mënyrë të rastësishme u përzgjedhën 3 shkolla dhe në këto shkolla u përzgjedh një klasë në mënyrë të rastësishme për cdo vit. Si instrument i studimit u përdor një pyetësor i standartizuar. Pyetësori ishte i vetëadministrueshëm dhe përmbante pyetje llogjike me qëllim sigurimin e informacionit mbi një sërë ndryshorësh si demografike ashtu edhe lidhur me sjelljet riskante për shëndetin. Për organizimin e pyetësorit u mbështetëm në ekspertizën dhe përvijën e Centers for Disease Control and Prevention (CDC), SHBA. Analiza e të dhënave u krye me programin SPSS.

REZULTATET

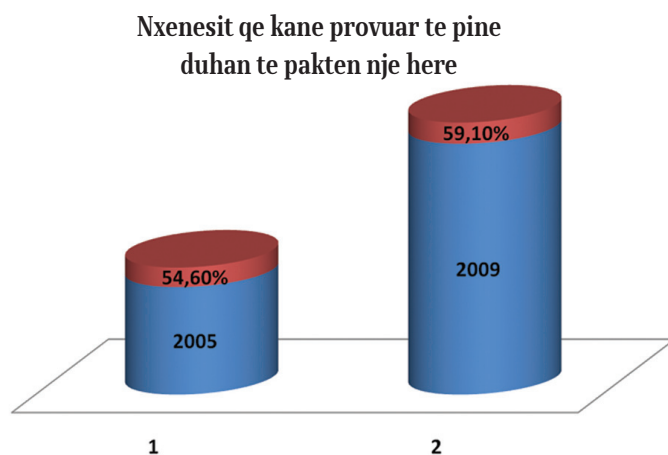
Pyetjet që u janë bërë nxënësve në lidhje me duhanin masin duhan pirjen përgjatë jetës si dhe duhanpirjen aktuale, moshën kur kanë filluar ta pijnë për herë të parë, aksesin për të blerë cigare, pirjen e duhanit në ambientet e shkollës si dhe përpjekjet për ta lënë duhanin. Në Nëntor të 2006 u aprovua ligji “Për mbrojtjen e shëndetit nga produktet e duhanit” në nenin 9 të të cilit thuhet

se “ndalohet shitja ose furnizimi, për qëllime tregtimi, i produkteve të duhanit personave nën moshën 18 vjec. Në këtë studim të kryer në nxënësit e shkollave të mesme 14.8% e nxënësve që pinin duhan me moshë < 18 vjec i kanë blerë cigaret vetë në një dyqan ose si cigare të hapura në rrugë.

Prevalenca e nxënësve të shkollave të mesme që kanë pirë ndonjë herë duhan ka ardhur duke u rritur nga viti 2005 kur është bërë studimi i parë deri në 2009, përkatësisht nga 54.6% në 59.1%. Grafiku 1

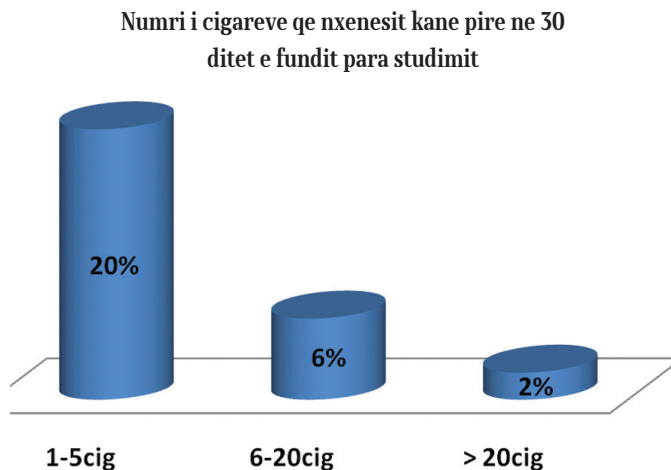
Në përgjithësi prevalenca e të provuarit të duhanit te paktën ndonjëherë në jetë ishte më e lartë në klasat e 10 dhe 11, përkatësisht (62.8% dhe 60.3%) sesa në klasat e 12 ku ishte 51.5%. Gjithashtu prevalencat ndryshojnë edhe midis meshkujve dhe femrave me 67.9% dhe 52.8%. Këto prevalenca kanë ardhur duke u rritur krahasuar me studimin që është bërë në 2005 të cilat ishin 64.4% e meshkujve dhe 46.9% e femrave kishin provuar të pinin ndonjëherë duhan. Ajo që vihet re është se kemi një rritje të përqindjes së femrave që kanë provuar duhanin më shumë sesa meshkujt përkatësisht me 6% femrat dhe 4% meshkujt krahasuar me 2005. Në qoftë se do të shikonim a kemi ndryshim mes zonave urbane dhe rurale vëmë re një diferencë të madhe të prevalencave përkatësisht 41.3% në zonat urbane dhe 17.7% në zonat rurale.

Në lidhje me moshën kur adoleshentët kanë pirë për herë të parë një cigare të plotë në studim u vu re se midis nxënësve të shkollave të mesme 11.5% e tyre kanë pirë një cigare të plotë për herë të parë në moshën 13 - 14 vjec dhe 22.3% në moshën 15 - 16 vjec. Në studim u vu re se 12.8% e nxënësve kanë pirë një cigare të plotë në moshën ≤ 12 vjec përqindje më e lartë kjo krahasuar me atë të studimit të vitit 2005 ku kjo përqindje ka qënë 10.9%. Grafiku 2.



Grafiku 1.

Përsa i përket duhan pirjes aktuale të të rinjve 28.8% e nxënësve kishin pirë duhan në 1 ose më shumë ditë gjatë 30 ditëve para se të kryheshe studimi. Prevalencat ndryshonin në mënyrë sinjifikative midis meshkujve dhe femrave, përkatësisht 43.1% dhe 18.7%, ndërsa në ndarjet sipas klasave nuk kishte ndonjë diferencë të dukshme. Nxënësit raportuan se në lidhje me numrin e cigareve që kishin pirë në 30 ditët para studimit 22% e tyre kishin pirë nga një deri në 5 cigare në ditë dhe 6% kishin pirë nga 6 - 20 cigare në ditë dhe 2% kishin pirë më shumë se 20 cigare në ditë. Grafiku 3



Grafiku 3.

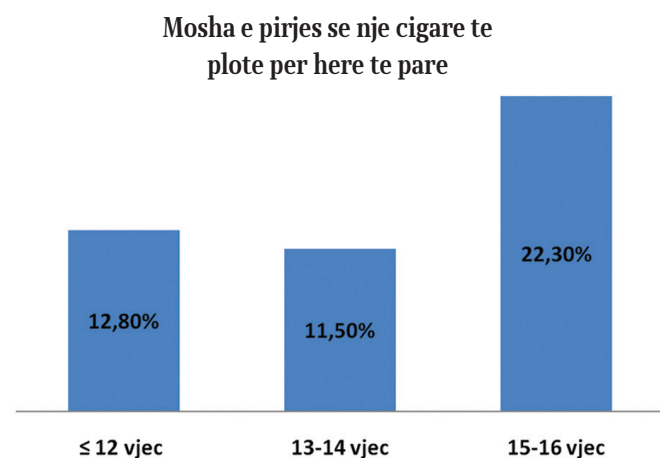
Edhe pse në vendin tonë është aprovuar ligji në 2006 « Për mbrojtjen e shëndetit nga produktet e duhanit » ku në nenin 9 të saj cilësohet « ndalohet shitja ose furnizimi, për qëllime tregtimi i produkteve të duhanit personave nën moshën 18 vjeç » 14.8% e nxënësve të shkollave të mesme që pinin duhan me moshë < 18 vjeç i kishin blerë vetë ato në një dyqan ose si cigare të hapura. Gjithashtu ajo që u vu re në studim ishte se gjatë 30 ditëve të fundit para studimit 9.5% e nxënësve të shkollave të mesme kanë pirë duhan në mjediset e shkollës, dhe prej këtyre më shumë meshkujt 19.6% sesa femrat 2.3%.

PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

Gjithashtu përgjatë jetës së tyre 9.5% e nxënësve duhan pirës kishin pirë duhan përditë për më shumë se 30 dite. Kjo prevalencë ka ardhur duke u rritur nëse e krahasojmë me të njëjtin studim të kryer në 2005 e cila ka qënë 8%. Përsa i përket përpjekjeve që nxënësit kishin bërë për të lënë duhanit ata raportuan se 16.4% e nxënësve duhan pirës ishin përpjekur vitin e fundit shkollor për ta lënë atë ku 27.5% ishin meshkuj dhe 8.6% femra.

Studimi nga të dhënat që nxori konfirmoi se duhan pirja tek të rinjtë e vendit tonë vazhdon të jetë një problem shqetësues. Përdorimi i duhanit vazhdon të ketë rritje me kalimin e viteve. Kjo vihet re nga prevalencat që kanë ardhur duke u rritur duke i krahasuar me të dy studimet që janë bërë në vitin 2005 dhe në 2009. Duhan pirja është e përqëndruar më shumë tek meshkujt sesa tek femrat megjithatë edhe tek femrat fenomeni i pirjes së duhanit ka ardhur duke u rritur. Ka më shumë femra të cilat pijnë duhan sot. Gjithashtu u vu re se kishim edhe përdorim të duhanit në mjediset e shkollës si dhe aksesit për blerjen e duhanit nga të rinjtë ishte shumë e lehtë gjë që tregon një mosfunksionim shumë të mirë të ligjit kundër duhanit.

Si përfundim mund të themi se studimi tregoi se duhan pirja tek të rinjtë vazhdon të jetë një problem ndaj rekomandojmë sa më poshtë vijon:



Grafiku 2.

- Promocion aktiv mbi efektet negative që duhani jep në shëndet.
- Në kurrikulat mësimore të ketë një hapësirë më të gjerë për edukim shëndetësor, për faktorët e ndryshëm të rrezikut për shëndetin tek të rinjtë.
- Punonjësit e shëndetësisë që janë nëpër shkolla si dhe vetë mësuesit të bëjnë një punë më sensibilizuese për të mos lejuar përdorimin e duhanit në ambientet e shkollës.

BIBLIOGRAFIA

1. Statistics on youth smoking in different countries. National Institute for health and Welfare.
2. Raporti i Studimit Demografik dhe Shendetesor ne Shqiperi, 2008 - 2009
3. Young People: health risks and solution. WHO August 2011.
4. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. Atlanta Georgia: Public health Services, CDC, Office on Smoking and Health, 1994.
5. Secretary of State for Health and Secretaries Of State for Scotland, Wales and Northern Ireland. Smoking kills. A White paper on tobacco, 30 November 1999.
6. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross country comparison. Tobacco control 2002, 11: 252-270.
7. Center for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2009 Surveillance Summaries, MMWR 2010; 59 (No. SS-5).
8. WHO Regional Offices, 2009.
9. CDC, preventing Tobacco use Among Young People - A report of the Surgeon General, 1994
10. The 2001 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European countries.
11. Ross H, Zaloshnja E, Levy T D, Tole Dh. Results from the Albanian adult tobacco.cent Eur J Public Health 2008 ; 16 (4): 182-188

USE OF TOBACCO AT ADOLESCENTS IN AGE GROUP 15 - 18 YEARS IN ALBANIA 2009

Rudina Çumashi¹, Roven Daja¹

¹Institute of Public Health

RESUME

Health risk behaviors contribute on the leading causes of death, disability and social problems among youth and adults. These behaviors often established during childhood and early adolescence.

The purpose of Youth Risk Behavior Surveillance System among adolescents was: to determine the prevalence of smoking among young, the age of smoking the first cigarette, the access to buy tobacco by adolescents, smoking on school premises, determining their progress over time, data collection at the national and local level and according to the division in classes of adolescents. Sample size of 3200 student (15 - 18 years) was selected in 12 districts of the country and the Municipality of Tirana. As the survey instrument a standardized questionnaire was used, adapted from Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Results: 59% of adolescent had tried cigarette smoking, 12.8% of adolescents had smoked at age ≤ 12 year. Between youth tobacco smoking < 18 year 14.2% of them had buy the tobacco by themselves. 9.6% of youth that are smoker had smoked on school premises and 11.7% of adolescent's smoker had smoked 2 or more cigarette per day.

Some recommendations are: Continuing promotion on the damage that cigarette smoking has on health, efficient health education, and greater focus of health education in school curricula.

Key words: tobacco smoking, youth, the Republic of Albania.

NDIKIMI I AMBIENTIT EDUKATIV NË ZHVILLIMIN PSIKO-MOTOR TË FËMIJËVE PARASHKOLLORË NË QYTETIN E VLOËS, SHQIPËRI

Aurela Saliaj¹, Ermira Kola², Lorena Lazaj³, Dona Manaj³

¹Departamenti i Kujdesit për Nënë dhe Fëmijën, Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti "Ismail Qemali", Vlorë, Shqipëri

²Reparti i Terapisë Intensive, Spitali Pediatrik, QSUT, Tiranë, Shqipëri

³Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti "Ismail Qemali", Vlorë, Shqipëri

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 70-77

PËRMBLEDHJE

Vlerësimi i parametrave psikometrikë të fëmijëve parashkollorë (3-6 vjeç) është një nga aspektet më të rëndësishme të fëmijëve në këtë moshë, dhe për fat të keq më i neglizhuari. Ndërkohë që investimi i bërë nga shoqëria në këtë periudhë të jetës së fëmijës është përcaktues për zhvillimin e potencialit të plotë në jetën e tyre si adultë. Një nga faktorët që kontribuon ndjeshëm në këtë aspekt të zhvillimit të fëmijëve është stimulimi dhe motivimi që u bëhet atyre nga ana e ambientit edukativ në kopshtet, ku edhe kalojnë pjesën më të madhe të ditës. Me anë të një studimi cros-seksional ne vlerësuam nivelin e zhvillimit psiko-motor të fëmijëve parashkollorë të rregjistruar në disa nga kopshtet publike dhe private në qytetin e Vlorës, si dhe cilësinë e ambientit edukativ të këtyre kopshteve nëpërmjet testeve ndërkombëtare të standartizuara. Në përfundim të studimit u konstatua se përqindja e fëmijëve me vonesa të zhvillimit psiko-motor pothuaj në të gjitha kopshtet ishte e konsiderueshme, cilësia e ambienteve edukative të kopshteve në përgjithësi u klasifikua mbi minimal (afër mirë) dhe kishte një lidhje statistike të rëndësishme midis cilësisë së ambientit edukativ dhe përqindjes së fëmijëve me 2 apo më shumë parametra psikometrikë nën normalen e grup-moshës.

Fjalët kyçe: parametrat psikometrikë, zhvillimi psikomotor, ambienti edukativ, kopshtet e qytetit të Vlorës, Shqipëri.

HYRJA

E ardhmja e çdo shoqërie varet nga aftësia që ajo ka për të mundësuar shëndetin dhe mirëqënien e gjeneratës vijuese. Fëmijët e sotëm janë qytetarët, punëtorët dhe prindërit e së ardhmes. Kur ne investojmë me mençuri tek fëmija dhe familja, gjenerata që do të vijë do të na e shpërblejë këtë investim nëpërmjet një jete të tërë produktiviteti dhe qytetarie të përgjegjshme. Nëse ne dështojmë në realizimin e asaj çfarë nevojitet për ndërtimin e një baze të fortë për jetën e shëndetshme dhe produktive, e vemë zhvillimin dhe sigurinë tonë të ardhme në rrezik.

Vlerësimi i parametrave psikometrikë të fëmijëve parashkollorë është një pjesë e rëndësishme e vlerësimit të mirëzhvillimit të fëmijëve të kësaj moshe. Ka disa faktorë që kontribuojnë në zhvillimin e funksioneve psikomotorë, si statusi socio-ekonomik, ndërveprimi nënë (edukator)/ fëmijë dhe cilësia e ambientit edukativ (8). Në këtë punim ne jemi përqëndruar në nivelin që

paraqet zhvillimi psikomotor i fëmijëve parashkollorë që frekuentojnë kopshtet e Vlorës dhe në kontributin që ambienti edukativ ka në nivelin e parametrave psikometrikë të këtyre fëmijëve.

Krijimi i kushteve të përshtatshme për zhvillimin e hershëm të fëmijës duket të jetë më tepër efektiv dhe më pak i kushtueshëm sesa adresimi i problemeve në moshat e mëvonshme. Shkencëtarët përdorin termin 'plasticitet' për t'iu referuar aftësisë së trurit për të ndryshuar dhe ky plasticitet është maksimal në fëmijërinë e hershme dhe bie me rritjen e moshës. Megjithatë 'dritarja e mundësive' për aftësitë e sjelljes adaptive dhe zhvillimit psiko-motor qëndron e hapur për shumë vite, tentativa për të ndryshuar sjelljet apo për të krijuar aftësi të reja në strukturën bazë të qarqeve trunore (të paformuar si duhet që në fillim) kërkon më tepër punë dhe është më "e kushtueshme". (8)

Këto të dhëna e drejtojnë vëmendjen tonë tek rëndësia e suportit informal familjar dhe e suportit formal të

institucioneve edukative përpara së fëmijët të shfaqin probleme të rëndësishme në sjellje dhe zhvillim. Një klimë instruktuese dhe zhvilluese e përshtatshme është nxitëse për aftësinë e fëmijës për të mësuar, së bashku me nevojën për lëvizje 'të planifikuara' në ambientin për të mësuarit motor (motorika globale dhe fine) (12).

Të dhënat e studimeve të ndryshme konkordojnë në faktin se cilësia e ambientit ku rritet fëmija ndikon në disa nivele. Nëse do të shpreheshim në kuadrin e eksperiencës së përditshme të fëmijëve, ata duken më të lumtur dhe më të përfshirë nga pikëpamja konjitive në institucionet ku edukatorët ndërveprojnë me ta pozitivisht dhe atje ku raporti edukator:fëmijë është më i ulët. (2,8)

Fëmijët që frekuentojnë institucione me cilësi të lartë (e matur kjo nëpërmjet performancës së edukatorëve, paisjeve të kopshtit, aktiviteteve të përshtatshme për moshën e fëmijëve dhe karakteristikave strukturale) shfaqin kompetenca konjitive, gjuhësore dhe sociale më të mira në testet e standartizuara psikometrike sipas prindërve, mësuesve dhe vlerësuesve profesionistë. (2,11)

Fëmijët që kanë ndërveprime më pozitive me edukatorët e tyre dhe marrdhënie më të sigurt me ta duket të jenë më prosocialë dhe më pozitivisht të përfshirë me bashkëmohatarët e tyre. Fëmijët që kanë mundësi të përfshihen në aktivitete si arte, kuba, dhe pjesë teatrale demonstrojnë siguri më të madhe konjitive gjatë lojës së lirë (2).

Sipas një studimi të Rrjetit Kërkimor për Kujdesin në Fëmijërinë e Hershme USA (Early Child Care Research Network, 1999a) fëmijët, që në moshën 36 muajshe kanë pasur edukatorët të specializuara apo me më tepër edukim arsimor, shfaqën më pak probleme në sjellje dhe arritjen rezultate më të larta në lexim dhe perceptim gjuhësor në shkollë (8).

Të tjera studime kanë konkluduar se parashkollorëve mund t'iua reduktojmë pabarazitë në arritjet akademike të arsimit fillor duke i mbrojtur fëmijët nga disavantazhet familjare me anë të ambienteve edukative të cilësive të larta (11). Vetëm identifikimi dhe ndërhyrja e shpejtë mund ti reduktojë risqet e vonësve të zhvillimit (9).

Të dhënat e studiuesve të ndryshëm përforcojnë nevojën për të transformuar hapësirat e institucioneve në ambiente më mbështetëse për të patur më tepër përfitime në zhvillimin dhe shëndetin mendor të fëmijëve (1,7, 8). Rezultatet tregojnë se një klimë motivuese e shkallës së

lartë sjell përfitime psikologjike të lidhura me arritjet e motivimit. Këto të dhëna duhet të inkurajojnë edukatorët e arsimit parashkollor për të marrë në konsideratë efektin e klimës instruktuese në vet-perceptimin e fëmijëve (7).

QËLLIMI

Të vlerësohet sesi ndryshimi i ambientit edukativ ndikon zhvillimin psikomotor të fëmijëve parashkollorë, në mënyrë që të hidhet dritë mbi pikat e forta dhe të dobëta të parametrave psikometrikë të parashkollorëve të Vlorës dhe të ambientit ku ata edukohen.

Objektivat:

1. Identifikimi i nivelit të zhvillimit psiko-motor të fëmijëve parashkollorë që frekuentojnë kopshtet e qytetit të Vlorës, nëpërmjet vlerësimit të shpërndarjes së parametrave psikometrikë tek ta sipas standarteve të stadit të zhvillimit të grup-moshës.
2. Vlerësimi i cilësisë së ambientit edukativ që u ofrohet këtyre fëmijëve në kopshtet që frekuentojnë.
3. Hipotezë: Sa më e lartë cilësia e ambientit edukativ, aq më e ulët përqindja e parametrave psikometrikë nën normën e zhvillimit të grup-moshës.

MATERIALI DHE METODA

Në këtë studim kros-seksional, deskriptiv dhe analitik, u përfshinë të gjithë fëmijët parashkollorë (3-6 vjeç) të rregjistruar në disa prej kopshteve ditore (private dhe publike) në qytetin e Vlorës, Shqipëri. Nga studimi u përjashtuan fëmijët me sindroma gjenetike, hantikape shqisore apo vonesa mendore të diagnostikuara. Pasi u bë matja e parametrave psiko-metrikë të fëmijëve, u vlerësua sesi parametrat afër dhe nën minimumin e zhvillimit të grup-moshës vareshin nga ambienti edukativ që u ofrohej këtyre fëmijëve në kopshtet që frekuentonin.

Matja e parametrave psiko-metrikë u bë në bazë të testit ndërkombëtar të standartizuar Age&Stage Questionnaires-3 (ASQ-3) (Jane Squires & Diane Bricker 2009) (13), referuar moshës kronologjike të fëmijëve. Vlerësimi i cilësisë së ambientit edukativ u bë në bazë të sistemit pikëzues Early Care Environment Rate Scale - Revised (ECERS-R) (Harms, Clifford&Cryer, 2005) (6). Përpunimi statistikor u realizua në paketën statistikore SPSS ver.17.

REZULTATET

I - Identifikimi i nivelit të zhvillimit psiko-motor të fëmijëve parashkollorë që frekuentojnë kopshtet e qytetit të Vlorës.

Gjatë këtij studimi u vlerësuan parametrat psikometrikë të 141 fëmijëve parashkollorë të rregjistruar në 6 kopshte ditore (3 private dhe 3 shtetërore) në qytetin e Vlorës gjatë periudhës Janar-Qershor 2012. Në përfundim të tij u konstatua se (tab.nr.3) 63% e fëmijëve kishin vonesë zhvillimi psikomotor në të paktën 1 sektor, 30% e tyre kishin vonesa në 2 apo më shumë sektorë dhe 2% e fëmijëve kishin vonesë totale zhvillimi nën minimalen e grup-moshës.

Në tabelën nr.1 paraqitet shpërndarja e parametrave psikometrikë të të gjithë fëmijëve të marrë në studim sipas sektorëve të ASQ-3 duke iu referuar minimumit të pikëzimeve të grup-moshave të përcaktuara në këtë test. Sektori psikomotor me përqindjen më të ulët të zhvillimit ishte sektori Personal-Social (32% vonesa psikomotore) dhe sektori me përqindjen më të lartë të zhvillimit ishte Motorika globale (17% vonesa).

Me pikëzim shumë të ulët predominojnë qartë tre sektorë: Komunikimi, Zgjidhja e problemeve dhe Sektori personal-social me nga 9% të fëmijëve që nuk arrijnë as minimalen e zhvillimit të grup-moshës. Ndërsa zhvillimi në Motorikën globale dhe fine arrihen nga një numër më i madh fëmijësh (respektivisht 6 dhe 5%).

Tab.1 - Shpërndarja e parametrave psiko-metrikë të fëmijëve sipas minimumit të zhvillimit të grup-moshës (në bazë të pikëzimit të kapur në sektorët e ASQ-3).

	Komunikimi		Motorika globale		Motorika fine		Aftësia për të zgjidhur problemet		Sektori personal-social	
	Niveli	Pikëzim	Niveli	Pikëzim	Niveli	Pikëzim	Niveli	Pikëzim	Niveli	Pikëzim
Mbi minimumin e kërkuar	109	77%	117	83%	114	81%	103	73%	96	68%
Afër minimumit të kërkuar	19	14%	16	11%	20	14%	25	18%	32	23%
Nën minimumin e kërkuar	13	9%	8	6%	7	5%	13	9%	13	9%

II - Vlerësimi i cilësisë së ambientit edukativ që u ofrohet këtyre fëmijëve në kopshtet që frekuentojnë.

Në këtë studim u përfshinë me përzgjedhje të rastësishme tre kopshte private dhe tre kopshte publike të qytetit të Vlorës, të shpërndara në të gjithë territorin e qytetit (qendër dhe periferi). Në tabelën nr.2 janë paraqitur profilet e kopshteve në studim sipas klasifikimit ECERS-R. Në bazë të këtij klasifikimi vlerësohet si 'i papërshtatshëm' pikëzimi mesatar 1, si 'minimal' pikëzimi mesatar 3, si 'mirë' pikëzimi mesatar 5 dhe si 'shkëlqyer' pikëzimi mesatar 7.

Pikëzimin më të lartë e kanë kopshtet private, dy prej të cilave (Aulona dhe Montesori) janë rreth vlerësimit 'mirë' me 5.1 dhe 4.8 të pikëzimit mesatar. Por edhe kopshti privat Binjaket, me 4.65 nuk është larg vlerësimit 'mirë'.

Nga kopshtet publike më mirë paraqitet kopshti nr.10 me një pikëzim 4.05, ndërsa dy kopshtet e tjera me vlerësimet 3.7 dhe 3.26 e kalojnë 'minimalen', por janë larg vlerësimit 'mirë'.

Në total kopshtet e marra në studim në qytetin e Vlorës paraqisnin një pikëzim mesatar prej 4.3 pikësh, që është një nivel jo vetëm mbi 'minimalen', por edhe afër vlerësimit 'mirë'. Nëngrupi i shkallës klasifikuese ECERS-R me pikëzimin më të lartë për të gjitha kopshtet ishte nëngrupi 'Ndërveprimet' me 5.26 pikë, dhe që ka të bëjë me mbikëqyrjen e fëmijëve, disiplinën dhe bashkëpunimin midis stafit. Ndërsa pikëzimin më të ulët e kishin nëngrupet Komunikimi/Arsyetime dhe Aktivitetet (respektivisht me 3.75 dhe 3.4 pikë), sektorë që kanë të bëjnë me punën edukative (stimuluese, instruktuese dhe motivuese) me fëmijët nga ana e stafit profesional.

Tab.2 - Profili ECERS-R për kopshtet në studim, Vlorë

Nëngrupet e profilit	Elementët e nëngrupit	Pikëzimi mesatar						
		Aulona	Montesori	Binjakët	No. 10	Teli Ndini	No. 8	Pikëzimi mesatar
Hapësirat dhe paisjet	<i>Hapësira e brendshme Paisjet për kujdesin e përditshëm, lojën dhe mësimin. Paisjet për shlodhje Hapësirat për privatësi Ekspozimet e lidhura me fëmijët Hapësira për motorikën globale Paisjet për motorikën globale</i>	5	4.25	5.6	4.4	4	2.75	4.3
Rutina e kujdesit personal	<i>Përshëndetjet / Përcjellja Vaktet e ngrënies Gjumi / Pushimi Përdorimi i tualetit Higjiena Siguria</i>	6.5	4.7	6.2	4	4.2	3.3	4.8
Komunikimi-Arsyetimi	<i>Librat dhe figurat Inkurajimi i fëmijëve për të komunikuar Përdorimi i gjuhës për të zhvilluar aftësitë e arsytimit Përdorimi informal i të folurës</i>	5.75	4.5	3.75	3.5	2.5	2.5	3.75
Aktivitetet	<i>Motorika fine Artet Muzika /Llëvizjet Kubat Rëra / Uji Pjesët teatrale Natyra / Shkenca Matematika / Numrat Përdotimi i TV, DVD dhe kompiuterave Promovimi i pranimit të diversitetit</i>	4.2	4.1	4	2.9	3.4	1.8	3.4
Ndërveprimet	<i>Mbikëqyrja e aktiviteteve të motorikës globale Mbikëqyrja e përgjithshme e fëmijëve Disiplina Ndërveprimi staf-fëmijë Ndërveprimi midis fëmijëve</i>	6.4	5.6	5.2	5	4.4	5	5.26
Struktura e programit	<i>Programi Loja e lirë Koha në grup Masat për fëmijët me hantikape</i>	5	4.75	3	3.5	3.25	5.5	4.2
Prindërit dhe stafi edukues	<i>Masat për prindërit Masat për nevojat personale të stafit Masat për nevojat profesionale të stafit Ndërveprimi dhe bashkëpunimi i stafit Mbikëqyrja dhe vlerësimi i stafit Mundësitë për rritje profesionale</i>	4.3	6.17	4.2	5.5	3.8	3.8	4.6
Pikëzimi mesatar total		5.1	4.8	4.65	4.05	3.7	3.26	4.3

III – Lidhja midis cilësisë së ambientit edukativ në të cilin rriten fëmijët dhe zhvillimit psikomotor të tyre.

Në të gjitha kopshtet e marra në studim kishte fëmijë me parametra psiko-metrikë jo komform stadi të zhvillimit të grup-moshës.

Në tabelën nr.3 janë paraqitur pikëzimet mesatare të

kapura nga vlerësimi i cilësisë së ambientit edukativ të kopshteve në studim dhe rastet (përqindjet) e vonesave të zhvillimit psikomotor tek fëmijët që frekuentojnë këto kopshte. Në bazë të të dhënave të kësaj tablele u llogarit koeficienti i korrelacionit Pearson për të vlerësuar lidhjen midis ambientit edukativ dhe nivelit të zhvillimit të fëmijëve.

Tab.3 - Shpërndarja e fëmijëve me vonesa zhvillimi sipas kopshteve në studim

Kopshtet	ECERS-R	Fëmijë pa asnjë vonesë në sektorët e zhvillimit		Fëmijë me vonesë në 1 sektor zhvillimi		Fëmijë me vonesë në ≥ 2 sektorë zhvillimi		Fëmijët me vonesë totale zhvillimi
		Numri	Përqindje	Numri	Përqindje	Numri	Përqindje	
Aulona	5.1	9	60%	4	27%	2	13%	0
Montesori	4.8	5	42%	4	33%	3	25%	1
Binjakët	4.65	4	29%	6	43%	4	28.5%	0
No. 10	4.05	18	37.5%	19	40%	11	23%	0
Teli Ndini	3.7	5	23%	7	32%	10	45.5%	2
No. 8	3.26	12	40%	6	20%	12	40%	0
TOTAL	4.3	53	37%	46	33%	42	30%	3 = 2%
		r = +0.52, P>0.05		r = +0.36, P>0.05		r = -0.82, P<0.05		

Nga përpunimi i të dhënave të studimit tonë nuk duket se ka lidhje statistikisht të rëndësishme midis ambientit edukativ dhe përqindjes së fëmijëve me një ose asnjë vonesë zhvillimi. Ndërsa, koeficienti i korrelacionit Pearson midis cilësisë së ambientit edukues dhe përqindjes së vonesave në ≥ 2 sektorë zhvillimi u gjet $r = -0.82, P < 0.05 (P = 0.043/0.022)$.

Figura nr.1 paraqet Regresioni linear Alpha (y-intercept) = 88. Regresioni linear Beta (slope) = -13.8.

Në tabelën nr.4 paraqiten përqindjet e parametrave

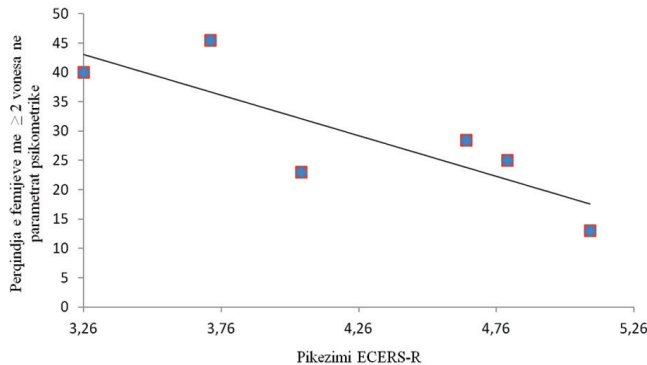


Fig.1 Modeli i regresionit linear per ndikimin e ambientit edukativ mbi vonesat e zhvillimit psikomotor.

psikometrikë jonormalë për secilin nga sektorët e testit ASQ-3 sipas kopshteve që frekuentojnë fëmijët.

Përqindjen më të lartë të vonesave psikomotore pothuaj në të gjithë sektorët e paraqet kopshti Teli Ndini.

Duke i marrë me rradhë: kopshti Aulona përqindjen më të lartë të vonesave e ka në sektorët e Motorikës globale dhe fine, si dhe në Aftësinë për të zgjidhur problemet (13%). Kopshtet Montesori, Teli Ndini dhe Nr.10 sektorin më problematik kanë Sektorin personal-social (respektivisht 42%, 52% dhe 37.5%). Dy sektorët më problematikë të kopshtit Binjakët janë Komunikimi dhe Aftësia për të zgjidhur problemet (36%). Kopshti nr.8 sektorin me përqindjen më të lartë të vonesave ka sektorin e Komunikimit (33%).

Nëse analizojmë vonesat sipas parametrave psikometrikë shohim se në sektorin e Komunikimit dhe të Zgjidhjes së Problemeve përqindjet më të larta të fëmijëve që nuk janë në nivelin e zhvillimit të grup-moshës i kanë kopshtet Binjakët dhe Teli Ndini (36%-41%). Përqindja më e lartë e fëmijëve me Motorikë globale jo komform grup-moshës u vu re tek kopshti Binjakët (21%). Në sektorin e Motorikës fine dhe Personal-social përqindjet më të larta të vonesave i kishin kopshtet Montesori dhe Teli Ndini (nga 25% deri në 52%).

Tab.4 - Shpërndarja sipas kopshteve e fëmijëve me parametra psiko-metrikë afër dhe nën minimumin e zhvillimit të grup-moshës (në bazë të pikëzimit të kapur në sektorët e ASQ-3).

Kopshtet	ECERS-R	Komunikimi		Motorika globale		Motorika fine		Aftësia për të zgjidhur problemet		Sektori personal-social	
		1	7%	2	13%	2	13%	2	13%	1	7%
Aulona	5.1	1	7%	2	13%	2	13%	2	13%	1	7%
Montesori	4.8	3	25%	1	8%	3	25%	4	33%	5	42%
Binjakët	4.65	5	36%	3	21%	3	21%	5	36%	3	21%
No. 10	4.05	5	11%	9	19%	8	17%	10	21%	18	37.5%
Teli Ndini	3.7	8	36%	4	18%	7	32%	9	41%	11	52%
No. 8	3.26	10	33%	5	17%	5	17%	8	27%	7	23%
TOTAL	4.3	32	23%	24	17%	28	20%	38	27%	45	32%

DISKUTIMI

Nga ky vlerësim depistues i nivelit psikomotor të fëmijëve parashkollorë të qytetit të Vlorës u konstatua një përqindje shqetësuese e fëmijëve me vonesa zhvillimi (63%). 30% prej tyre kishin vonesa zhvillimi në më shumë se 1 sektor, dhe kjo përqindje përbën sigurisht kontigjentin më problematik me të cilët duhet bërë një punë e personalizuar. Por edhe përqindja e parashkollorëve me vonesë vetëm në një sektor zhvillimi (33%), që nënkupton fëmijët me kapacitete krejtësisht normale, por të cilët nuk janë stimuluar mjaftueshëm për të zhvilluar potencialin e tyre të plotë, ngre një pikëpyetje të madhe mbi mjaftueshmërinë e suportit informal të familjes apo suportin formal të institucionit ku edukohen këta fëmijë.

Siç mund të vërehet në tabelën nr.1 ka një përqindje shumë të lartë fëmijësh me pikëzim afër minimumit të kërkuar në të gjithë parametrat psikometrikë, që nënvizon sërish punën e pamjaftueshme që bëhet me këta fëmijë për ti stimuluar e motivuar të realizojnë aktivitetet normale të stadiit të zhvillimit. Një nga treguesit më negativë të punës së pamjaftueshme që bëhet me këta fëmijë është përqindja shumë e lartë e pikëzimit afër minimumit në Sektorin Personal-Social (23%) ku instruktimi dhe motivimi janë faktorët kryesorë që çojnë në përvetsimin e rutinës së përditshme dhe vendosjes së ndërveprimeve sociale.

Nëse analizojmë përqindjet e fëmijëve me parametra psikometrikë nën minimumin e pikëve të stadiit të zhvillimit shohim se janë relativisht përqindje të konsiderueshme, që variojnë 5-9%. Përqindjet më të ulta të vonesave të

zhvillimit i kanë sektorët e Motorikës globale dhe fine (6% dhe 5%) ndërsa në sektorët e tjerë të Komunikimit, Zgjidhjes së Problemeve dhe Sektorit personal-social 9% e fëmijëve kanë vonesa të rëndësishme zhvillimi.

Duhet të kemi parasysh që ASQ-3 është një test depistues, pra këta fëmijë konsiderohen normale dhe do të lejohen të futen në shkollë si fëmijët e tjerë, ndërkohë që nuk i kanë kapacitetet normale të stadiit të zhvillimit të grup-moshës së tyre dhe nuk do të kenë të njëjtat mundësi për të patur rezultate shkollorë si fëmijët e tjerë. Në këtë aspekt shifrat 30% e parashkollorëve kanë ≥ 2 vonesa psikometrike dhe 9% kanë pikëzim nën minimumin e nevojshëm të stadiit të zhvillimit në 3 nga 5 parametrat psikometrikë të testuar, janë me të vërtetë shqetësuese.

Përsa i përket vlerësimit të cilësisë së ambientit edukues të kopshteve të qytetit të Vlorës pikëzimi mesatar 4.3 në total është një pikëzim midis mjaftueshëm dhe mirë, që mund të konsiderohet i kënaqshëm për një vend me nivelin e zhvillimit të Shqipërisë. Por po të bëjmë një analizë më të detajuar të nëngrupeve të klasifikimit, do të shohim se pikët e larta kapen në sektorë të tillë si mbikëqyrja e fëmijëve, lejimi i kohës së lirë me aktivitete sipas dëshirës apo disponimi i hapësirave dhe paisjeve të mjaftueshme për zhvillimin e aktiviteteve të motorikës globale e fine (që reflektohet edhe në përqindjet më të ulta të vonesave në këta dy sektorë). Kjo e fundit, veç të tjerash mundësohet nga fakti se 3 prej kopshteve janë privatë, ndërsa 2 prej kopshteve publike janë rikonstruktuar dhe paisur nga donacione shtetërore apo private.

Ndërkohë vijnë shumë shqetësuese pikët e ulta në sektorët e Komunikim/Arsyetimit dhe Aktiviteteve që janë përcaktuese në instruktimin dhe motivimin e fëmijëve në parametrat psikometrikë të Komunikimit dhe Zgjidhjes së problemeve, çka reflektohet edhe në përqindjet e larta të vonesave në këta sektorë dhe bën të nevojshëm rritjen e kapaciteteve profesionale të stafit në drejtim të stimulimit psikomotor të fëmijëve. Këto rezultate mbështesin padyshim konkluzionin edhe të studimeve të tjera në këtë fushë (11,12) se vonesat e zhvillimit psikomotor të këtyre fëmijëve duket se shkaktohen nga suporti i pamjaftueshëm formal i kopshteve ku ata edukohen.

Duke analizuar në total lidhjen midis rankimit të kopshteve në klasifikimin ECERS-R dhe përqindjes së fëmijëve me ≥ 2 vonesa psikomotorë, vihet re qartë trendi për uljen e kësaj përqindjeje me rritjen e cilësisë së kopshteve, që përforcon akoma më tepër konkluzionet e nxjerra më sipër nga ky studim apo edhe nga studimet e bëra në vendet e tjera (2,8).

Devijacionin më të madh të variancës që vërehet tek ky trend e ka kopshti Teli Ndini (i rikonstruktuar dhe pajisur nga fonde shtetërore), ku me gjithë pikët e larta në cilësinë e ambientit edukativ, është kopshti me përqindjet më të larta të vonesave psikomotorë në total dhe pothuaj në të gjithë sektorët psikometrikë më vete. Kjo sepse, ashtu si konkordojnë edhe shumë studiuës të ndryshëm (3,9), zhvillimi psikomotor i fëmijës ndikohet gjithashtu së tepërmi edhe nga statusi socio-ekonomik dhe inteligjenca verbale e nënës, që në vlerësimin e zhvillimit psikomotor të fëmijëve të këtij kopshti kanë një peshë të konsiderueshme si faktorë konfondues.

KONKLuzionET

Niveli i parametrave psikometrikë tek fëmijët e qytetit të Vlorës lë për të dëshëruar. 63% e fëmijëve paraqesin vonesa zhvillimi psikomotor në të paktën 1 sektor psikometrik, 30% në 2 apo më shumë sektorë dhe 2% e fëmijëve kanë zhvillim psikomotor total nën minimalen e grup-moshës. Sektori psikomotor me përqindjen më të ulët të zhvillimit konform grup-moshës është sektori Personal-Social (32% vonesa psikomotorë) ndërsa Motorika globale është sektori me përqindjen më të lartë të zhvillimit normal (17% vonesa).

Në total kopshtet e marra në studim në qytetin e Vlorës paraqesin një pikëzim mesatar prej 4.3 pikësh, që është një nivel jo vetëm mbi 'minimalen', por edhe afër vlerësimit 'mirë'. Kopshtet private kanë pikëzim më të lartë se

kopshtet publike. Nëngrupi i shkallës klasifikuese ECERS-R me pikëzimin më të lartë për të gjitha kopshtet ishte nëngrupi 'Ndërveprimet' me 5.26 pikë. Ndërsa pikëzimin më të ulët e kishin nëngrupet Komunikimi/Arsyetimi dhe Aktivitetet (respektivisht me 3.75 dhe 3.4 pikë).

Nga përpunimi i të dhënave të studimit tonë nuk duket se ka lidhje statistiki të rëndësishme midis ambientit edukativ dhe përqindjes së fëmijëve me një ose asnjë vonesë zhvillimi. Ndërkaq duket se ka një trend të dukshëm të rritjes së përqindjes së fëmijëve me vonesa në ≥ 2 sektorë zhvillimi dhe uljes së cilësisë së ambientit edukativ ($r = -0.82, P < 0.05$).

REKOMANDIMET

Fusha e zhvillimit psikomotor është një fushë e pavlerësuar dhe e paeksploruar si duhet. Kërkime të mëtejshme duhet të realizohen në këtë drejtim me anë të studimeve screening apo analitike.

Vlerësimi i zhvillimit psikomotor të fëmijëve duhet të kryhet periodikisht, me anë të testeve psikometrike profesionale dhe jo në mënyrë intuitive. Plani i instruktimit dhe motivimit psikomotor të fëmijëve duhet të jetë i personalizuar (një-për-një) dhe i specializuar.

Trajnimi i stafit të kopshteve për realizimin e vlerësimit psiko-motor dhe rritja e kapaciteteve në stimulimin psikomotor të fëmijëve duhet të jetë pjesë e objektivave imediate të veprimtarisë së arsimit parashkollor.

REFERENCAT DHE BIBLIOGRAFIA

1. Aylward GP. *Developmental screening and assessment: what are we thinking?* J Dev Behav Pediatr. 2009;30(2):169-173.
2. Deborah Lowe Vandell and Barbara Wolfe. *Child Care Quality: Does It Matter and Does It Need to be Improved?* Institute for Research on Poverty University of Wisconsin-Madison (2000)
3. Elise Roze, Lisethe Meijer, Koenraad NJA van Braeckel. *Developmental trajectories from birth to school age in healthy term-born children.* Pediatrics 2010;126:e1134: doi:10.1542/peds.2010-0698. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1134.full.html>
4. Gauvain M, Munroe RL. *Child Dev. Contributions of societal modernity to cognitive development: a comparison of four cultures.* 2009 Nov-Dec;80(6):1628-42.
5. Guadarrama-Celaya F, et al. *Public Health Nurs. Screening of neurodevelopmental delays in four communities*

- of Mexico and Cuba. 2012 Mar-Apr;29(2):105-15. doi: 10.1111/j.1525-1446.2011.00982.x. Epub 2011 Oct 5.
6. Harris Thelma, Clifford Richard M., Cryer Debby. Teachers College, Columbia University. (2005) **Early childhood environment rating scale – revised edition**. ISBN – 13 978-0-8077-4549-6.
 7. Murray GK, Jones PB, Kuh D, Richards M. *Infant developmental milestones and subsequent cognitive function*. Ann neurol. 2007;62(2):128-136.
 8. National Scientific Council on the Developing Child. *The science of early childhood development: closing the gap between what we know and what we do*. <http://www.developingchild.net> (2007)
 9. Noble KG, McCandliss BD, Farah MJ. *Socio-economic gradients predict individual differences in neurocognitive abilities*. Dev Sci. 2007;10(4)464-480.
 10. Plek JP, Dawson L, Smith LM, Gasson N. *The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability*. Hum Mov Sci. 2008;27(5):668-681.
 11. Robinson LE, Rudisill ME, Goodway JD. Res Q Exerc Sport. *Instructional climates in preschool children who are at-risk. Part II: perceived physical competence*. 2009 Sep;80(3):543-51.
 12. Robinson LE, Goodway JD. Res Q Exerc Sport. *Instructional climates in preschool children who are at-risk. Part I: object-control skill development*. 2009 Sep;80(3):533-42.
 13. Squires Jane, Ph.D, Twombly Elizabeth, M.S., Bricher Diane, Ph.D, Potter LaWanda, M.S. (2009). *Ages & Stages Questionnaires – A parent-Completed Child Monitoring System, third edition. Psychometric studies of ASQ*. Retrieved from http://agesandstages.com/pdfs/asq3_technical_report.pdf.

THE IMPACT OF LEARNING ENVIRONMENT IN THE PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF PRESCHOOLERS IN VLORA, ALBANIA

Aurela Saliaj¹, Ermira Kola², Lorena Lazaj³, Dona Manaj³

¹Mother&Child Care Department, Faculty of Public Health, University of Vlora, Albania.

²Intensive care unit, Pediatric Hospital, University Centre ‘Mother Theresa’, Tirana, Albania

³ Faculty of Public Health, University of Vlora “Ismail Qemali”, Albania.

ABSTRACT

The assessment of preschooler's psychometric parameters is an important part of the growth&development evaluation of children at this age and unfortunately the most neglected. Furthermore the investment of the society in early childhood is fundamental for the full potential development in their adult life. One of the most important contributing factors in children psychomotor development is the stimulation and the motivation from the learning environment in the kindergartens where they spend the most part of their day.

Using a cross-sectional approach we assessed the level of psychomotor development of preschoolers enrolled in some of the public and private kindergartens in the city of Vlora, and evaluated their quality of learning environment through the international standardized tests and rates.

In the end of this study we noticed that the percentage of preschool children with psychometric delays was considerable in almost all kindergartens under the study, their care and learning environment in general was rated as above minimal (near good), and that exist a statistically significant relationship between quality of care environment and the percentage of children with 2 or more psychomotor delays for the age-group.

Key words: psychometric parameters, psychomotor development, early care environment, kindergartens of city of Vlora, Albania.

VLERESIMI I FAKTOREVE ETILOGJIKE NE TELOGEN EFFLUVIUM

Albana Lufi¹, Loreta Kuneshka², Ermira Vasili³

¹ Spitali Ushtarak Qendror Universitar

² Departamenti i Shendetit Publik Fakulteti i Mjekesise Tirane

³ Klinika e Dermatologjise QSUT "Nene Tereza"

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 78-85

HYRJE

Renia difuze e flokeve ne te gjithë siperfaqen e kokës perben ate qe ne e quajme deffluvium ose effluvium capelli. Kjo renie mund te jete e tipit imediat (effluvium anagen distofik) ose e tipit te vonshem (alopecia telogenike).

Qellimi: Vlerësimi i ndikimit te patologjiave te tiroides, të anemise, te stresit, te medikamenteve te perdorura per probleme te tjera, te semundjeve shoqeruese lokale te scalpit ose sistemike, dietes se mbajtur per te rene ne peshe dhe faktoreve ekzogjene ne telogen effluvium.

Materiali dhe metoda: Jane marre ne studim 219 paciente me diagnozen telogen effluvium dhe 219 paciente te perdorur si grup kontolli te paraqitur ne sherbimin ampulator te SUQU gjate periudhes janar 2010-mentor 2011. Per grup kontrolli jane perdorur paciente te cilet jane paraqitur tek dermatologu per probleme te tjera dhe nuk referonin renie te flokeve.

Rezultatet: Ne telogen effluvium crregullimet e tiroides jane hasur ne 17.8% te pacienteve, anemia ne 40.2%, stresi fizik dhe psikologjik ne 28.7%, kane perdorur medikamente 8.7% e pacienteve, semundje shoqeruese kane paraqitur rreth 25.1% e pacienteve, dieta eshte gjetur ne 20.1% te rasteve dhe faktoret ekzogjene kane ndikuar ne 2.7% te rasteve.

Konkluzioni: Anemia, crregullimet e tiroides, stresi, dhe semundjet shoqeruese ndikuan ne shfaqjen e telogen effluvium. Perdorimi i medikamenteve, dietat e mbajtura per te rene ne peshe dhe faktoret ekzogjene nuk ndikuan ne shfaqjen e telogen effluvium.

Fjale kyç: Telogen effluvium, faktoret e mundshem etiologjike

DISA TE DHENA MBI TELOGEN EFFLUVIUM

Defluvium capelli eshte patologji qe haset shpesh ne praktiken e perditshme te mjekëve dermatologje, ze vendin e dyte ne reniet e flokeve pas alopecise androgjenike dhe shkakton shpeshhere stres mjaft te madh tek pacientet. Vlen te theksojme se 1.7% e popullates zhvillon nje forme te renieve te flokeve gjate gjithë jetes se tyre.

Rritja gjithmone e me teper e numrit te rasteve me defluvium capelli na shtyn ta studiojme me teper kete patologji kryesisht ne aspektin etiologjik per te patur rezultate sa me te mira ne trajtimin e saj.

Per te kuptuar patogjenezën e effluvium capelli fillimisht po japin disa te dhena per ciklin e rritjes se flokeve.

Flokët nuk rriten ne menyre te vazhdueshme, por cdo folikul i pa sinkronizuar me folikujt e tjere ndjek nje ritëm ciklik me faza rritje dhe pushimi. Ne pushim te cdo faze

pushimi floku bie dhe fillon nje faze e re me formimin e nje floku te ri. Shumica e njerezve kane 100.000 fije floku dhe 10 deri 15 % e ketyre flokeve jane ne fazën telogene¹. Renia e 100 fije telogene ne dite eshte normale². Renia e flokeve anagene asnjehere nuk eshte normale. Renia e flokeve vjen si pasoje e nderprerjes se nje nga fazat e ciklit flokut^{3,4}

Dallohen tre faza ne ciklin e rritjes se flokut^{2,4}:

- 1.Faza anagene ose faza e rritjes.
- 2.Faza katagene ose faza tranzitore.
- 3.Faza telogene ose faza e pushimit.

Faza anagene: Floku se bashku me medulen, korteksin, kutikulen, dhe pjesen e thelle te rrenjes, formohen nga nje sasi e vazhdueshme mitozash. Ne kete faze cdo flok human rritet rreth 0.35mm ne dite dhe qendron per rreth 2-8 vjet⁵. Floku ne kete faze nuk bie vete dhe mund ta shkepusesh vetem me dhimbje.

Faza katagene: Kjo faze zgjat 4- 6 jave, papritur mitozat ndalojne, bulbi keratinizohet dhe floku pergatitet per ne fazen telogene.

Faza telogene: Kjo faze zgjat 2-3 muaj 5. Floku ne kete faze mund te shkeputet pa dhimbje. Ne fund te fazes floku bie vete ose mbetet ne kreher gjate krehjes.

Cikli i flokeve eshte i percaktuar gjenetikiisht per cdo folikul te flokeve, per cdo individ dhe per cdo zone te trupit.

Defluvium capelli mund te jete e tipit imediat effluvium (anagen distofik) ose e tipit te vonshem (alopecia telogenike).

ALOPECIA E TIPIT IMEDIAT OSE EFFLUVIUM ANAGEN DISTROFIKE

Gjate fazes anagene matriksi i flokeve ka nje aktivitet shume te larte mitotik dhe ne kete faze eshte vecanerisht sensitiv ndaj toksicitetit. Shume demtime serioze te folikujve ne kete faze cojne brenda disa oreve ose diteve kalimin e folikujve nga nje faze normale anagene ne nje faze anormale distrofike anagene. Frenohet aktiviteti metabolik dhe mitozat e shtuara, qe cojne ne ulje te madhesisse te matriksit floke- formues dhe si rezultat floku bie si nje flok anagen distrofik. Floket mund te bien brenda pak diteve pas demtimit. Trichograma tregon nje perqindje normale te flokeve ne fazen telogene por nje ulje te flokeve anagen normal dhe nje rritje relative te flokeve anagen distrofik (norma 1-2%).

ALOPECIA E TIPIT TE VONSHEM E NJOHUR SI TELOGEN EFFLUVIUM OSE ALOPECIA TELOGENIKE

Gjate fazes inaktive mitotike (fazes telogene) folikuli i flokut eshte jo sensitiv. Demtim i lehte ne matriksin e flokut ne fazan anagene con ne nje perfundim premature por fiziologjik te fazes anagene me kalim te folikulit ne fazen telogene. Keto floke te skalpit bien ne fund te fazes telogene. Telogen effluvium nuk zhvillohet deri 2-4 muaj pas ngjarjes demtuese. Trichograma eshte e alternuar ne favor te flokeve ne fazen telogene.

SHKAKTARET ME TE SHPESHTE TE ALOPECISE TE TIPIT IMEDIAT

- Kimioterapia

Pas nje doze kimioterapie floket bien disa dite- 3jave pasi ka filluar kimioterapia dhe behet mjaft e dukshme

1-2 muaj me von. Floket e kokes jane ne pergjithesi me te prekur, por te gjithë floket e trupit duke perfshire qerpiket dhe vetullat mund te preken⁶

- Radioterapia⁷
- Citostatiket⁶
- Helmimi nga metalet e renda dhe helmimet me acid borik⁸ ;
- Situatat me stres emocional te rende.

TELOGEN EFFLUVIUM (ALOPECIA E TIPIT TE VONSHEM)

Demtim i lehte ne matriksin e flokut ne fazan anagene con ne nje perfundim premature por fiziologjik te fazes anagene me kalim te folikulit ne fazen telogene⁹. Keto floke te skalpit bien ne fund te fazes telogene. Telogen effluvium nuk zhvillohet deri 2-4 muaj pas ngjarjes demtuese. Zakonisht mbi 100 fije bien cdo dite dhe kjo periudhe renie mund te zgjase nga 6 muaj - 6 vjet ose me shume nese shkaku vazhdon te persistoje dhe rezulton me nje ndryshim dramatik te paraqitjes se personit¹⁰. Trichograma eshte e alternuar ne favor te flokeve ne fazen telogene.

Telogen effluvium akut eshte percaktuar renia qe zgjat me pak se 6 muaj¹¹. Telogen effluvium kronik eshte percaktuar renia qe zgjat me shume se 6 muaj¹²

SHKAKTARET ME TE SHPESHTE TE TELOGEN EFFLUVIUM

- Alopecia post partum
- Crregullimet e tiroides hypo dhe hipertireoza¹³ (me shpesh hypotireoza)
- Sindromi i Ovarit Policistik^{14,15} (PCO)
- Mungesa e hekurit
- Infeksionet e shoqeruara me temperature te larte si Ethja tifoide, Influenca, Sifilizi sekundar, Erizipela¹⁶.
- Stresi psikologjik (fizik) si traumat kirurgjikale¹⁶, temperaturat e larta, semundjet kronike sistemike.
- Stresi emocional i rendesishem (vdekje, divorc, falimentim).
- Stadet e hershme te alopecise androgjenike¹⁸ Alopecia androgjenike ne stadet e para te saj prezantohet si telogen effluvium para se ajo te shfaqe kliniken e saj tipike.
- Fillimi dhe nderprerja e kontrceptiveve orale¹⁹.

- Semundjet akute psikiatrike.
- Semundjet kronike sistemike si amiloidoza sistemike¹⁵, Eritrodermia, Dermatomioziti, Lupusi sistematik, Diabeti melitus, semundje qe cojne ne kaheksi, AIDS, tumore, semundjet hepatike, morbus Crohn's¹⁶
- Semundjet inflamatore te kokes si psoriasis, dermatit seborhoik dhe dermatiti alergjik i kontaktit^{11,20}.
- Faktoret dietetike si mungesa e zinkut dhe e biotines^{15,17}, deficienca e acideve te rendesishme yndyrore, sindroma e malabsorbimit, mungesa e vitamines D.
- Dietat drastike dhe uljet e medha ne peshe per nje kohe te shkurter.
- Medikamentet per probleme te tjera .
- Demtimet ekzogjene te flokut si dekolorimet, permanenti.

Qellimi i studimit: Vlerësimi i ndikimit te patologjive te tiroides, të anemise, te stresit, te medikamenteve te perdorura per probleme te tjera, te semundjeve shoqeruese lokale te scalpit ose sistemike, dietes se mbajtur per te rene ne peshe dhe faktoreve ekzogjene ne telogen effluvium.

Materiali dhe metoda: Jane marre ne studim 219 paciente me diagnozen telogen effluvium prej te cileve 197 femra dhe 22 meshkuj dhe 219 paciente te perdorur si grup kontolli (165 femra dhe 54 meshkuj) te paraqitur ne sherbimin ampulator te SUQU gjate periudhes janar 2010-mentor 2011. Per grup kontrolli jane perdorur paciente te cilet jane paraqitur tek dermatologu per probleme te tjera si ekzema , pityriasis versicolor, lichen planus , acne vulgaris , infeksione mykotike , bakteriale dhe virale .Pacientet e grupit te kontrollit nuk referonin renie te flokeve. Per secilin pacient u plotesua nje pyetesor sipas te cilit pacientet duhet te kryenin nje sere ekzaminimesh dhe konsultash

si: niveli i ferritines, dozimi i hormoneve te tiroides, AAN, testi HIV, pyetje rreth semundjeve te tjera shoqeruese, medikamentet e perdorura per probleme te tjera, pyetje rreth stresit , dietes e anamnezes familjare. I njejti pyetesor u perdor dhe per pacientet e perdorur si grup kontrolli.

Tipi i studimit: kros-seksional (transversal).

Regresioni logjistik binar u përdor për vlerësimin e lidhjeve mes faktorëve te riskut dhe shfaqjes se semundjes.

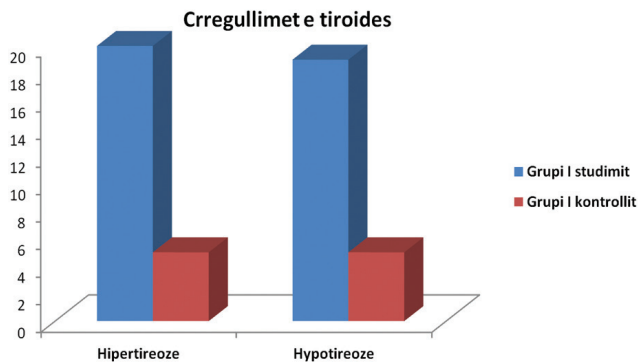
REZULTATET E STUDIMIT

Tabela nr 1

Faktoret e riskut	Grupi I studimit		Grupi I kontrollit		p
	N	%	N	%	
Çrregullimet e tiroides	39	17.8	10	4.56	p=0.032
Hipertireoze	20	9.1	5	2.28	
Hypotireoze	19	8.7	5	2.28	
Anemia	88	40.2	27	12.4	p=0.009
Stresi fizik	63	28.7	12	5.4	p=0.039
emocional	11	5			
Semundje shoqeruese	52	23.7	12	5.4	p=0.01
lupus	55	25.1	13	6	
diabeti melitus	8	3.7			
psoriasis capitis	3	1.4	11	5	
dermatiti seboroik	13	5.8	1	0.5	p=0.44
Medikamentet e perdorura	31	14.2	1	0.5	
Antidepressive	19	8.7	10	4.6	
Izotretinoine	4	1.8			
Kontraceptive	3	1.4	1	0.5	
Terbinafine	9	4.1	3	1.4	p=0.07
Dieta	3	1.4	6	2.7	
Faktore ekzogjene	44	20.1	10	4.6	
Dekolorim	6	2.7	3	1.4	p=0.705
Permanent	4	1.8			
	2	0.9	3	1.4	

Ne tabelen nr 1 pasqyrohet numri dhe perqindja e faktoreve te riskut ne grupin e te semureve dhe ne grupin e kontrollit. Kollona e p ne tabele tregon nese kane qene ose jo sinjifikante faktoret e riskut ne grupin e te semureve.

Grafiku 1

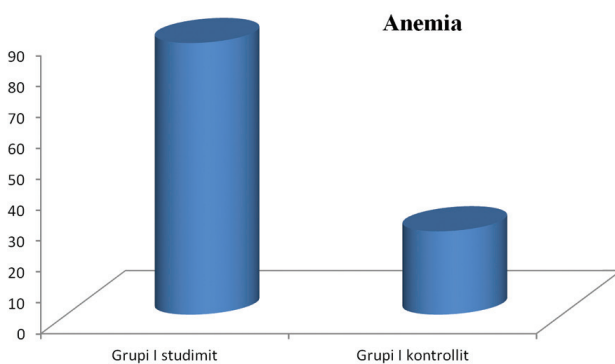


Ne grafikun 1 kemi paraqitur crregullimet e funksionit te tiroides ne pacientet e grupit te studimit me telogen effluvium dhe ne grupin e kontrollit.

Crregullimet e funksionit te tiroides jane hasur ne 17.8% te pacienteve te grupit te studimit. Hipertireoza eshte hasur ne 9.1% (20 paciente)dhe hypotireoza ne 8.7%, (19 paciente)kurse ne grupin e kontrollit crregullimet e tiroides jane hasur ne 4.56% ku hipertireoza eshte gjetur ne 2,28%(5 paciente) dhe hypotireoza ne 2,28%(5 paciente).

Pas analizes me regresion logjistik u pa qe crregullimet e tiroides jane faktor sinjifikant ne telogen effluvium $p= 0.032$

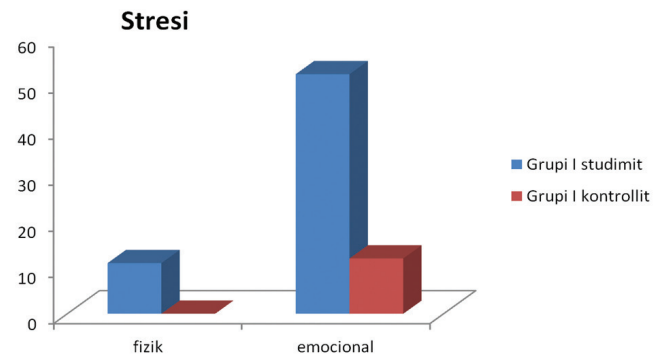
Grafiku 2



Ne grafikun 2 kemi paraqitur pranine e anemise ne grupin e studimit me telogen effluvium dhe ne grupin e kontrollit. Ne grupin e studimit anemia eshte vene re ne 40,2% ose ne 88 paciente, kurse ne grupin e kontrollit anemia eshte gjetur ne 12,4% ose ne 27 paciente.

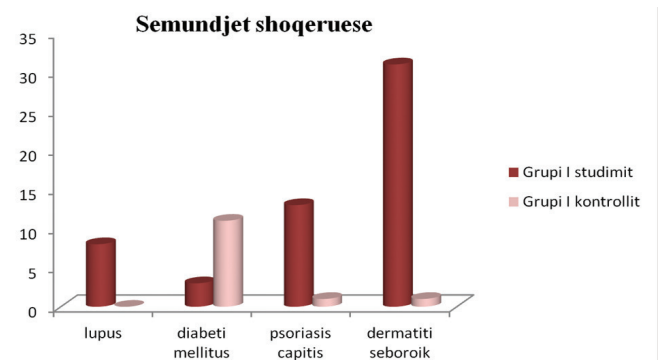
Pas analizes me regresion logjistik u pa anemia eshte faktor sinjifikant ne telogen effluvium $p= 0.009$

Grafiku 3



Ne grafikun 3 kemi paraqitur pranine e stresit ne grupin e studimit me telogen effluvium dhe ne grupin e kontrollit. Stresi eshte hasur ne 28.7% (ose ne 63 paciente) ne grupit te studimit ku 5% (ose 11 paciente) e perben stresi fizik dhe 23,7% (52 paciente) stresi emocional. Kurse ne grupin e kontrollit stresi eshte vene re ne 5.4 % (12 paciente) dhe ky eshte stress emocional. Pas analizes me regresion logjistik u pa se stresi eshte faktor sinjifikant ne telogen effluvium $p=0,039$

Grafiku 4



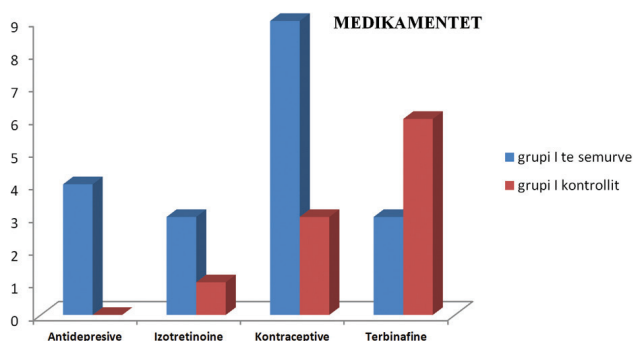
Ne grafikun 4 kemi paraqitur ndikim e semundjeve shoqeruese ne grupin e studimit pra ne pacientet me telogen effluvium dhe pranine e ketyre semundjeve shoqeruese ne grupin e kontrollit.

Semundje shoqeruese kane paraqitur 25,1% e pacienteve te grupit te studimit. Lupusi sistemik eshte vene re ne 3.7%(8 paciente),diabeti mellitus ne 1.4% (3 paciente),psoriasis capitis ne 5.8% (13 paciente)dhe dermatit seboroik ne 14.2% (ose 32 paciente)

Ne grupin e kontrollit semundje shoqeruese kane paraqitur 6% e pacienteve prej te cileve: diabeti melitus eshte hasur ne 5% (11 paciente), psoriasis capitis ne 0.5%, (1 pacient) dermatiti seboroik ne 0.5%(1 pacient).

Pas analizës me regresion logjistik u pa se semundjet shoqeruese janë faktor sinjifikant ne telogen effluvium $p=0,01$

Grafiku 5



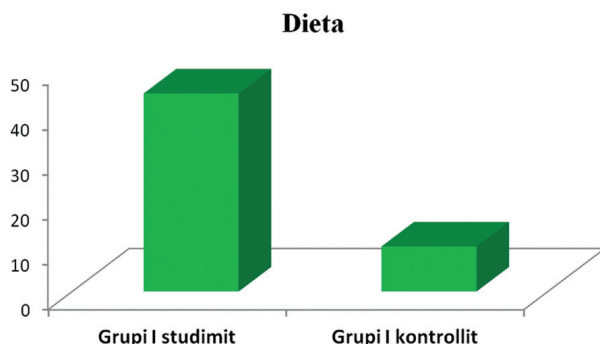
Ne grafikun 5 kemi paraqitur ndikimin e medikamenteve te perdorura per probleme te tjera nga pacientet e grupit te studimit me telogen effluvium dhe nga grupi i kontrollit

Kane perdorur medikamente 8.7% e pacienteve te grupit te studimit. 1.8% e pacienteve (4 paciente) kane perdorur medikamente antidepresive, 1.4% (3 paciente) kane perdorur Izotretinoine, 4.1% (9 paciente) kane perdorur kontraceptive dhe 1.4% e pacienteve (3 paciente) kane perdorur Terbinafine.

Ne grupin e kontrollit kane perdorur medikamente per probleme te tjera 4.6% e pacienteve. 0.5% (1 pacient) ka perdorur izotretinoine, 1.4% (3 paciente) kane perdorur kontraceptive dhe 2.7% e grupit te kontrollit (6 paciente) kane perdorur Terbinafine.

Pas analizës me regresion logjistik u pa se perdorimi i medikamenteve rezultoi faktor jo sinjifikant ne telogen effluvium $p=0,44$

Grafiku 6

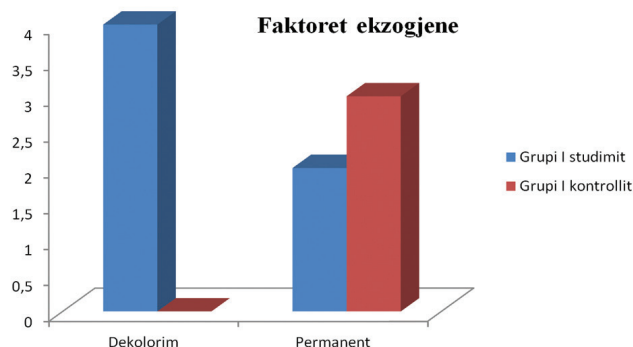


Ne grafikun 6 kemi paraqitur ndikimin e dietes ne pacientet e grupit te studimit me telogen effluvium, dhe pranine e dietes ne grupin e kontrollit .

20.1% e pacienteve te grupit te studimit (44 paciente) kane mbajtur diete per renie ne peshe, kurse ne grupin e kontrollit diete kane mbajtur 4.6% (10 paciente) .

Pas analizës me regresion logjistik u pa se dieta rezultoi faktor jo sinjifikant ne telogen effluvium $p=0,07$

Grafiku 7



Ne grafikun 7 kemi paraqitur ndikimin e faktoreve ekzogjene ne pacientet e grupit te studimit me telogen effluvium, dhe pranine e ketyre faktoreve ne grupin e kontrollit.

Faktoret ekzogjene kane qene te pranishem ne 2.7% te pacienteve te grupit te studimit ku dekolorimi perbente 1.8% (4 paciente) dhe permanenti 0.9% (2 paciente). Ne grupin e kontrollit faktoret ekzogjene kane qene te pranishem ne 1.4% (3 paciente).

Pas analizës me regresion logjistik u pa se faktoret ekzogjene rezultuan faktor jo sinjifikant ne telogen effluvium $p=0,705$

DISKUTIMI

Defluvium capelli është patologji që haset shpesh ne praktiken e perditshme te mjekeve dermatologe, vjen e dyta pas alopecise androgjenike dhe shkakton shpeshhere stres mjaft te madh tek pacientet.

Hormonet e tiroides kane nje ndikim te madh ne metabolizmin qelizor te proteinave, karbohidrateve, yndyrave dhe mineraleve. Qelizat e matrixit te flokeve, per shkak te shkalles se larte te veprimtarise metabolike jane mjaft te ndikuara nga mungesa ose

prodhimi i tepert i hormoneve te tiroides sepse folikujt e flokeve kane receptore per hormonet e tiroides vecanerisht per triiodothyronine (T_3). Ne studimin tone crregullimet e tiroides jane hasur ne 17.8% ose ne 39 paciente ku hipertireoza eshte hasur ne 9.1% (20 paciente)dhe hypotireoza ne 8.7%, (19 paciente)dhe pas analizes me regresion logjistik u pa qe crregullimet e tiroides jane faktor sinjifikant ne telogen effluvium $p=0.032$.

Hekuri luan nje rol te rendesishem ne organizem kryesisht ne prodhimin e hemoglobines, mioglobulines ,oxigjenimin e ruazave te kuqe te gjakut ,gjithashtu ai luan rol kryesor per rritjen dhe mirembajtjen e flokeve. Reniet e flokeve si pasoje e mungeses se hekurit haset me teper ne grate e reja me cikël menstrual te zgjatur ose tek femrat qe bejne diete dhe shume rralle tek burrat. Ne studimin tone anemia eshte hasur ne 40.2% ose ne 88 paciente (79 femra dhe 9 meshkuj)dhe pas analizes me regresion logjistik u pa qe anemia eshte faktor sinjifikant ne telogen effluvium $p=0.009$.

Lidhjet ndermjet stresit emocional dhe renieve te flokeve eshte shpesh here veshtire te percaktohet dhe renia e flokut shpesh here perben stres per pacientin. Ka mjaft te dhena per lidhjen midis stresit emocional madhor dhe renieve te flokeve. Stresi ka qene prej kohesh si nje faktor i rendesishem ne reniet e flokeve (Bosse and Gieler ,1987,PAUS,200 Botcharev 2003). Megjithate lidhjet midis renieve difuze kronike te flokeve dhe stresit psikologjik jane disa here kontradiktore¹⁷. Evidencat per kete lidhje jane te pakta dhe stresi i perditeshem eshte i pamjaftueshem si shkak i renies se flokeve^{12,15}. Ne studimin tone stresi eshte hasur ne 28.7% ose ne 63 paciente dhe pas analizes me regresion logjistik u pa se eshte faktor sinjifikant ne telogen effluvium $p=0.039$.

Renia e flokeve ndodh në rreth 45 për qind të njerëzve me lupus gjatë dekursit së sëmundjes së tyre. Më shpesh renia e flokëve ndodh në fillimin e sëmundjes, dhe mund të jetë një nga simptomat e para të sëmundjes të njohura nga personi. Renia e flokeve ne me te shumten e rasteve është e shperndare ne gjithe siperfaqien e kokes por ndonjëherë flokët bien dhe me vatra . Kur sëmundja është sjellë nën kontroll, flokët rriten përsëri. Ndonjëherë ne pacientet me lupus vihet re një skuqje të lëkurës e kokës, zakonisht ne lupusin subacut ose kronik dhe ne keto raste alopecia eshte e perhershme.

Edhe diabeti melitus shoqerohet shpesh here me renie te flokeve. Humbja e shpeshtë e flokëve është konsideruar

shpesh një nga simptomat e para të diabetit, i cili kërkon trajtim të menjëhershëm, në mënyrë që të shmangen ndërlikimet e mëtejshme. Diabeti shkakton qarkullim të dobët të gjakut. Qarkullimi i dobët i gjakut mund të ndikojë në aftësinë e folikujve te flokëve për të vepruar normalisht. Në kushte normale, flokët rritet për 2-6 vjet, pastaj floku shkon në fazen katagene , dhe përfundimisht ai bie dhe floke i ri prodhohet per te zvendesuar ate qe bie. Kur qarkullimi i gjakut është i varfër, gjëndra e flokut nuk eshte ne gjendje te prodhoje floke te rinj per te zvendesuar floket qe bien dhe si rrjedhim floket jane me te holle dhe me te ralle. Stresi është i lidhur direkt me diabetin dhe me renien e flokeve .Diabeti si sëmundje shkakton stres dhe ankth të tepërt, e cila nga ana tjetër bëhet shkak i renies së flokëve. Gjithashtu medikamentet qe perdoren per te trajtuar diabetin mund te shkaktojne renie te flokeve por kjo zakonisht eshte individuale, dhe çdo njeri reagon ndryshe për medikamente specifike.

Psoriasis dhe dermatiti seboroik i kokës ne format e shprehura mund të shkaktojnë renie te flokeve krahas skuamave dhe pllakave te trasha. Megjithatë, kjo forme e renieve te flokeve eshte kalimtare dhe renia rikuperohet pas trajtimit te psoriasis. Ka mendime te ndryshme qe lidhin psoriasis dhe dermatitin seboroik me telogen effluvium: heqia me force e skuamave, kruarjet e shpeshta qe shkaktojne ne koke mund te shkaktojne terheqie te flokeve, ndonjëherë medikamentet qe perdoren per trajtimin e ketyre patologjive shkaktojne humbjen e flokëve. Disa ilaçe që përdoren për të trajtuar psoriasis e kokës te tilla si acidi salicilici mund te demtoje përkohësisht flokët dhe të çojë në renien e tyre Në shumicën e rasteve, flokët rritet përsëri, kur trajtimi ndalet. Gjithashtu stresi qe shoqeron pacientet me psoriasis ose dermatit seboroik çon në renien e flokëve. Gjithashtu ka mendime se psoriasis eshte nje patologji autoimmune dhe renien e flokeve e lidhin me kete fakt.

Semundjet shoqeruese ne studimin tone u hasen ne 25.1% ose ne 55 paciente ku vendin kryesor e zinte dermatiti seboroik me 14.2%(31 paciente),psoriasis capitis eshte hasur ne 5.8%(13 paciente),lupusi sistemik eshte gjetur ne 3.7%(8 paciente) dhe diabeti melitus eshte gjetur ne 1.4%(3paciente) Semundjet shoqeruese rezultuan sinjifikante $p=0.01$.

Medikamente te ndryshme qe perdoren per te trajtuar probleme te tjera shkaktojne renie te flokeve duke interferuar ne ciklin normal te rritjes se flokeve kryesisht ne fazen anagene dhe gjate fazes telogene.Ne fund te

fazes telogjene floku bie dhe ai zvendsohet nga flok i ri. Medikamentet mund te shkaktojne dy tipe te renies se flokeve: telogen effluvium and anagen effluvium. Telogen effluvium eshte forma me e shpeshte e renies se flokeve e shkaktuar nga medikamentet dhe zakonisht shfaqet dy deri kater muaj pas marrjes se medikamentit. Medikamenti nderhyn ne ciklin e flokeve dhe jep renie te flokeve (100 deri 150 fije ne dite) duke bere kalim me te hershem te flokeve ne fazen telogjene. Shkalla e renies se flokeve varet nga tipi i medikamentit, doza e perdorimit te tij, gjithashtu nga ndjeshmeria individuale e individit ndaj medikamentit. Anagen effluvium eshte renia e flokeve qe ndodh gjate fazes anagene ose fazes se rritjes se flokut. Kjo forme haset tek personat qe bejne kimioterapi. Keto medikamente vrasin qelizat kanceroze te trupit por ato gjithashtu demtojne dhe qelizat e shendetshme duke perfshire matrixin e qelizave te flokeve. Kjo forme e renies se flokeve ndodh zakonisht pak dite deri dy jave nga fillimi i kimioterapise dhe progreson shume shpejt pas nje ose dy muajve (sipas American Cancer Society). Renia e flokeve eshte mjaft e shprehur deri ne renien e te gjitha floke te kokes, gjithashtu shoqerohet me renie te qerpikëve, te vetullave, dhe qimeve te tjera te trupit. Hypotermia e scalpit mund te parandaloje renien e flokeve gjate kimioterapise. Paketa akulli vendosen ne scalp per pak minuta perpara dhe menjehere pas kimioterapise. Akulli do te reduktoje qarkullimin e gjakut ne folikun e flokut dhe medikamentet e perdorura per kimioterapi nuk depertojne brenda folikujve te flokeve.

Ne studimin tone 8.7% ose 19 paciente kane perdorur medikamente per probleme te tjera dhe pas analizes me regresion logjistik u pa qe perdorimi i medikamenteve nuk eshte sinjifikant ne telogen effluvium $p = 0.44$.

Pervec faktoreve te permendur me siper reniet e flokeve mund te vijne dhe ne rastet e deficiencies te vitaminave, aminoacideve ose mineraleve. Reniet e flokeve mund te ndodhin kur dieta eshte e pa mjaftueshme me vitamine B kryesisht B6, biotine, acid folic, magnezium, sulfur dhe zinc. Vitamina B vecanerisht B5 acid pantothenic and B3 (niacin) kane rol te rendesishem ne rritjen e flokeve. Ne rastet e dietave te shpehura riritja e flokeve do te vihej re pas shume muajve te nderprerjes se dietes dhe kompesimit te deficiencies te vitaminave, aminoacideve ose mineraleve te nevojshme per rritjen e flokeve. Ne studimin tone 20.1% ose 44 paciente kane mbajtur diete per renie ne peshe dhe dieta na rezultoi jo sinjifikante $p = 0.07$.

Procedura te ndryshme si permanneti, dekolorimet ose lysterjet e flokeve me bojra mund te shkaktojne dobësi te

flokëve, duke e bërë atë te brishtë ose duke shkaktuar renie te flokeve. Nëse pacientet referojne per lidhje midis renieve te flokeve dhe procedurave te mesiperme (jane perjashtuar faktoret e tjere te mundshem te renieve te flokeve) rekomandohet evitimi i perseritur i ketyre procedurave dhe perdorimi i multivitaminave qe ndikojne ne rritjen dhe forcimin e flokeve. Ne kete studim faktoret ekzogjene jane hasur ne 2.7% ose ne 6 paciente dhe pas analizes me regresion logjistik u pa qe faktoret ekzogjene nuk jane sinjifikant ne telogen effluvium $p = 0.705$

Konkluzioni: Anemia, crregullimet e tiroides, stresi, dhe semundjet shoqeruese ndikuan ne shfaqien e telogen effluvium. Perdorimi i medikamenteve, dietat e mbajtura per te rene ne peshe dhe faktoret ekzogjene nuk ndikuan ne shfaqien e telogen effluvium.

REFERENCAT

1. Bergfeld WF, Mulinari-Brenner F. Shedding: how to manage a common cause of hair loss. *Cleve Clin J Med* 2001; 68:256-261.
2. Headington JT. Telogen effluvium: new concepts and review. *Arch Dermatol* 1993; 129:356-363.
3. Harrison S, Sinclair R. Telogen effluvium. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27:389-395.
4. Kligman AM. Pathologic dynamics of human hair loss. I. Telogen effluvium. *Arch Dermatol* 1961; 83:175-198.
5. Paus R, Cotsarelis G. The biology of hair follicles. *N Engl J Med* 1999; 341:491-497.
6. Rook A, Dawber R. Chapter 1. The comparative physiology, embryology and physiology of human hair. In: Rook A, Dawber R, eds. *Diseases of the Hair and Scalp*. Oxford, UK: Blackwell Science Publications; 1982:1-17.
7. Bergfeld WF. Chapter 9. Telogen effluvium. In: McMichael J, Hordink MK, eds. *Hair and Scalp Diseases: Medical, Surgical, and Cosmetic Treatments*. London, UK: Informa Health Care; 2008:119-136.
8. Sinclair RD, Dawber RP. Androgenetic alopecia in men and women. *Clin Dermatol* 2001; 19:167-178.
9. Sperling LC. Hair and systemic disease. *Dermatol Clin* 2001; 19:711-726.
10. Tosti A, Pazzaglia M. Drug reactions affecting hair: diagnosis. *Dermatol Clin* 2007; 25:223-231.
11. Rook A, Dawber R. Chapter 5. Diffuse alopecia: endocrine, metabolic and chemical influences on the follicular cycle. In: Rook A, Dawber R, eds. *Diseases of the Hair*

- and Scalp. Oxford, UK: Blackwell Science Publications; 1982:115-145.
12. Goette DK, Odum RB. Alopecia in crash dieters. JAMA 1976; 235:2622-2623.
 13. Pillans PI, Woods DJ. Drug-induced alopecia. Int J Dermatol 1995; 34:149-158.
 14. Fiedler VC, Gray AC. Chapter 10. Diffuse alopecia: telogen hair loss. In: Olsen EA, ed. Disorders of Hair Growth: Diagnosis and Treatment. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill Publishing; 2003:303-320.
 15. Apache PG. Eczematous dermatitis of the scalp. In: Zviak C, ed. The Science of Hair Care. New York, NY: Marcel Dekker, 1986:513-521.
 16. Whiting DA. Chronic telogen effluvium. Dermatol Clin 1996;14:723-731.
 17. Whiting DA. Chronic telogen effluvium: increased scalp hair shedding in middle-aged women. J Am Acad Dermatol 1996; 35:899-906.
 18. Olsen EA, Messenger AG, Shapiro J, et al. Evaluation and treatment of male and female pattern hair loss. J Am Acad Dermatol 2005; 52:301-311.
 19. Sinclair R, Grossman KL, Kvedar JC. Chapter 9: Anagen hair loss. In: Olsen EA, ed. Disorders of Hair Growth: Diagnosis and Treatment. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill Publishing; 2003:275-302.
 20. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. J Am Acad Dermatol 2000; 42:549-566.
 20. Shapiro J. Clinical practice. Hair loss in women. N Engl J Med 2007; 357:1620-1630.

ETIOLOGY FACTORS EVALUATION IN TELOGEN EFFLUVIUM

Albana Lufi ¹, Loreta Kuneshka ², Ermira Vasili ³,

¹ Central University Military Hospital, Tirana

² Department of Public Health, Faculty of Medicine, Tirana

³ Clinic of Dermatology, University Center and Hospital "Mother Teresa", Tirana

INTRODUCTION

Diffuse hair loss in the whole head surface is referred to as effluvium or effluvium capelli. This hair loss may be found in two types, the immediate type, anagen dystrophic effluvium or the late type, telogenic alopecia.

Objective: To evaluate the influence of thyroid pathologies, anemia, stress, medication prescribed for other health issues, other local or systemic concomitant diseases, diet with the intention to lose weight and of exogenous factors in telogen effluvium.

Material and method: 219 patients diagnosed with telogen effluvium and 219 patients as a control group, who showed up in the ambulatory service of Central University Military Hospital during the period of time from January 2010 to November 2011, were included in this study. In the control group were included patients who presented to the dermatologist for other health problems and who did not refer to have experienced hair loss.

Results: In the case of telogen effluvium, 17.8% of the patients had thyroid gland disorders, 40.2% anemia, 28.7% psychological and physical stress, 8.7% had used medication, 25.1% had concomitant diseases, 20.1% were in diet, exogenous factors were encountered in 2.7% of the patients.

Conclusion: Anemia, thyroid gland disorders, stress and concomitant diseases significantly influenced in the exertion of telogen effluvium. While applied medication, diet with the intent to lose weight and exogenous factors did not influence in the exertion of telogen effluvium.

Keywords: Telogen effluvium, possible etiology factors.

KORELACIONI I ASTMËS DHE IGE-VE SPECIFIKE TE FËMIJËT DERI NË 3 VJET

Hajdin Ymeri¹, Drita Telaku-Qosaj¹, Majlinda Berisha², Afijete Gërçari-Ymeri¹, Arlinda Maloku², Abdurrahim Gerguri¹, Shendvere Hasani¹

¹Klinika e Pediatrisë, QKUK, Prishtinë, Kosovë

²Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Prishtinës, Kosovë

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 86-90

REZYME

Hyrje: Astma është sëmundje kronike inflamatore e rrugëve të frymëmarrjes, që karakterizohet me obstrukcion akut i cili mund të kalojë në mënyrë spontane ose me medikamente. Qëllimi: Në këtë punim ka qenë intença e paraqitjes së korelacionit në mes Ige-ve specifike dhe astmës te fëmijët e moshës 6 muaj deri 3 vjet në Klinikën e Pediatrisë, QKUK. Metoda: Në hulumtim janë përfshirë gjithsejt 62 fëmijët (34 të hospitalizuar dhe 28 fëmijë të trajtuar në mënyrë ambulantore) të sëmurë nga astma, të cilëve iu janë matur Ige-të specifike. Rezultatet: Nga numri i përgjithshëm i fëmijëve të përfshirë në hulumtim (62 fëmijë). 34 fëmijë kanë qenë të hospitalizuar (21- meshkuj dhe 13- femra) dhe 28 janë trajtuar në mënyrë ambulantore (17-meshkuj dhe 11-femra). Ige-të specifike kanë qenë pozitive në 29 raste ose (46.7%). Te fëmijët e hospitalizuar kanë qenë pozitive te 12 meshkuj dhe 8 femra, ndërsa ata të trajtuar në mënyrë ambulantore 6 meshkuj dhe 3 femra. Sa i përket rasteve ose përqindjes së Ige-ve specifike sipas gjinisë Ige-të specifike kanë qenë në 18 raste ose (62.1%) të gjinisë mashkullore, ndërsa 11 raste ose (37.9%) të gjinisë femërore. Sipas grup-moshave pozitiviteti i Ige-ve specifike për të dy gjinitë prej 6 muajve deri 1 vit ka qenë 4 raste ose (13.79%). Prej moshës 1 deri 2 vjet 10 raste ose (34.48%), ndërsa prej 2 deri 3 vjet 15 raste ose (51.72%).

Konkluzioni: Nga të dhënat tona vërehet se Ige-të specifike janë indikator i rëndësishëm për astëm. Incidenca më e lartë është te fëmijët e gjinisë mashkullore te rastet e hulumtuara.

Përfundimi: Në bazë të rezultateve të përfituara mund të perfundojmë se te fëmijët ka pas lidhshmëri në mes Ige-ve specifike dhe astmës. Ige-të specifike kanë qenë të shprehura me sinjifikacë më të lartë ndaj D. Pteronissinus, D. farine.

Fjalët kyqe. Asthma, obstrukcion akut, Ige specifike

HYRJE

Astma është sëmundja më e shpeshtë kronike e fëmijëve e cila karakterizohet me inflamacion kronik të rrugëve të frymëmarrjes me intenzitet të ndryshuar e përcjellur me bronko-obstrukcion akut i cili mund të kalojë në mënyrë spontane ose me medikamente. Astma është çrregullim kronik me pjesëmarrje të qelizave të shumta duke përfshirë mastocitet, eozinofile dhe qelizat tjera. Kjo te personat me predispozicion shpie deri te paraqitja e simptomave të ndryshme, zakonisht të shoqëruara me obstrukcion të gjenralizuar por të ndryshueshëm të rrugëve të frymëmarrjes, shpesh reverzibil si dhe e shoqëruar me hiper-reagibilitet në stimulues të ndryshëm.(1)

Nga aspekti patofiziologjik, për manifestimin dhe zhvillimin e astmës vie në shprehje atopia, predispozicioni

trashëgues, rrethi jetësor në të cilin jeton fëmiju, hiper-reagibiliteti dhe faktorët tjerë. Vlen të theksohet se zhvillimi i hiper-reagibilitetit bronkial jospesifik dhe astmës është i ndërlidhur me shumë gjene pa marrë parasysh a është në pyetje atopia e që më së miri vërehet me polimorfizmin e gjeneve ADAM33, CTLA4 dhe CD28 (2, 3, 4).

Th-2 limfocitet janë qelizat kyqe për sintezën e Ige, të cilat janë klasa e antitropave përgjegjëse për zhvillimin e reaksionit të hipersenzitivitetit duke u lidhur me receptorët me afinitet të lartë në sipërfaqe të mastociteve dhe bazofileve duke inicuar aktivizimin e këtyre qelizave pas lidhjes me alergjenin(5, 6). Astma shoqërohet me alergjitë respiratore dhe vlerat e rritura të Ige totale në serum(7) dhe sipas studimeve të mëhershme tregohet se niveli i Ige-ve te fëmijët me astmë është më i lartë krahas

fëmijëve pa astmë (8), mirëpo raporti në mes senzibilitetit specifik ndaj alergjenëve të brendshëm dhe astmës te fëmijët nuk është mjaft i hulumtuar (9,13). Shpesh diskutohet për predispozicionin gjenetik i cili ngusht korelon me nivelin e IgE në gjak dhe inflamacionin e rrugëve të frymëmarrjes. Gjeni përgjegjës për rritjen e IgE-ve dhe hiper-reagibilitetit bronkial është i lokalizuar afër lokusit për rregullimin e nivelit të IgE-ve në serum, në kromozomin 5q10.

Astma është problemi më aktual i pulmologjisë, te fëmijët dhe një ndër problemet më të rëndësishme në përgjithësi, duke e pasur parasysh rritjen e prevalencës në dekadën e fundit te moshat e reja.

MATERIALI DHE METODA

Studimi është prospektiv dhe është realizuar gjatë vitit kalendarik Janar 2011- Qershor 2012 në Klinikën e Peditrisë, Reparti i Pulmologjisë. Në hulumtim janë përfshirë .Fëmijët,sipas vendit në të cilën janë bërë analizat (spitalore,dhe ambulatorë).Fëmijët sipas grup-moshave të cilëve iu është bërë analiza e IgE-ve specifike janë ndarë prej 6 muajve-1vjet ,prej 1-2 vjet dhe prej 2-3 vjet. Është analizuar edhe raporti i pozitivitetit të IgE-ve sipas gjinisë. Në hulumtim nuk janë përfshirë fëmijët e sëmurë me sëmundje tjera kronike,sistemike si dhe ata me infestime parazitare. Prindërit e fëmijëve të përfshirë në hulumtim janë informuar në mënyrë gojore dhe të shkruar për hulumtimin si dhe kanë aprovuar pjesëmarrjen e tyre në hulumtim. Të dhënat anamnestike janë marrë nga historia e sëmundjes si dhe janë plotësuar me pyetje shtesë. Analizat e IgE-ve specifike janë bërë sipas metodës RAST. Në hulumtim kanë qenë të përfshirë gjithsejt 62 raste, prej tyre 34 të hospitalizuar dhe 28 ambulatorë.

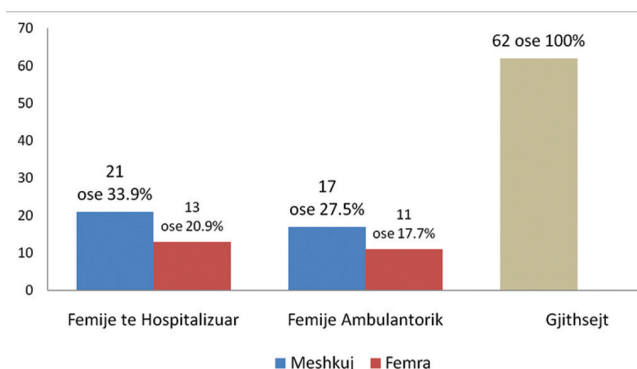
REZULTATET

Numri i fëmijëve të hospitalizuar dhe numri i fëmijëve të trajtuar në mënyrë ambulatorë janë prezantuar në tabelën 1, ku është paraqitur edhe përkatësia gjinore e tyre e prezantuar në mënyrë numerike dhe me përqindje (tabela 1.).

Tabela dhe Grafiku Nr. 1

	Numri	Përqindja %
Numri i fëmijëve të hospitalizuar	m: 21	33.9 %
	f: 13	20.9%
Numri i fëmijëve të trajtuar në mënyrë ambulatorë	m: 17	27.5%
	f: 11	17.7%
Gjithsejt	62	100%

Grafiku Nr.1

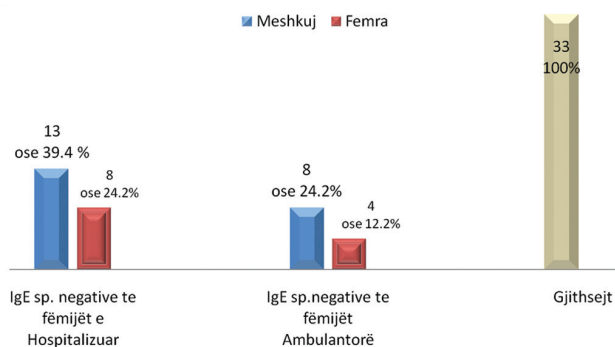


Në Tabelën dhe Grafikon Nr. 1 Shihet se nga numri i përgjithshëm i fëmijëve (62 fëmijët), 34 kanë qenë fëmijë të hospitalizuar prej tyre 21 të gjinisë mashkullore ose (33.9%) dhe 13 të gjinisë femërore ose (20.9%). Në trajtim ambulator kanë qenë gjithsejt 28 fëmijë, prej tyre 17 ose (27.5%) të gjinisë mashkullore dhe 11 ose (17.7%) të gjinisë femërore.Vërehet se ka pasë një diferencë në mes të fëmijëve të hospitalizuar,ndaj rasteve ambulatorë për 6 raste ose (9.6%)

Tabela dhe Grafiku Nr.2. Paraqitja IgE-ve specifike,që kanë rezultuar negative për rastet hospitalore dhe ambulatorike

	Numri	Përqindja%
IgE specifike negative te fëmijët e hospitalizuar	m: 13	39.4 %
	f: 8	24.2%
IgE specifike negative te fëmijët e trajtuar në mënyrë ambulatorë	m: 8	24.2%
	f: 4	12.2%
Gjithsejt	33	100%

Grafiku Nr.2



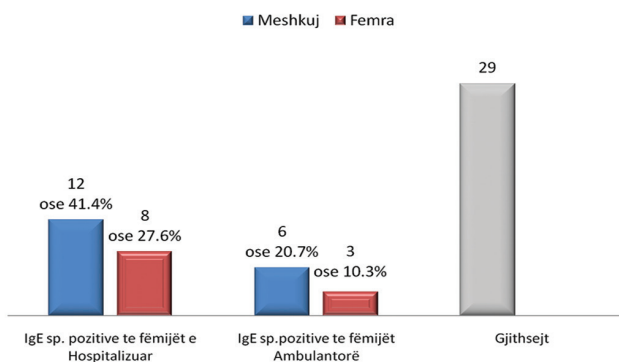
Në tabelën dhe grafikon Nr.2 Eshtë paraqitur numri dhe përqindja e rasteve të IgE-së specifike negative te fëmijët e përfshirë në hulumtim,sipas vendit ku është bërë analiza,

dhe sipas gjinisë. Sipas vendit ka pas 21 raste ose (63.6%) të hospitalizuar, dhe 12 raste ose (36.4%) ambulatorë. Diferenca është prej 9 rasteve ose (27,2%) në favor të rasteve të hospitalizuar. Sipas gjinisë janë 21 raste ose (63,6%) të gjinisë mashkullore, ndërsa 12 raste ose (36,4%) të gjinisë femërore. Diferenca në mes gjinisë është 9 raste ose (27,2%) në favor të gjinisë mashkullore. Numri total i rasteve me IgE specifike negative është 33 ose (53,22%) në raport me numrin e 62 rasteve që janë kryer. Janë matur IgE-të specifike ndaj D.pteronissimus, D.farinae, polenit, kafshëve shtëpiake (macës dhe qenit).

Tabela dhe Grafiku Nr.3. Paraqitja tabelare dhe grafike e IgE-ve specifike pozitive sipas vendit, ku është bërë analiza dhe gjinisë.

	Numri	Përqindja%
IgE-të specifike pozitive te fëmijët e hospitalizuar	m: 12	41.4 %
	f: 8	27.6%
IgE-të specifike pozitive te fëmijët e trajtuar në mënyrë ambulatorore	m: 6	20.7%
	f: 3	10.3%
Gjithsejt	29	100%

Grafiku Nr.3.



Në Tabelën dhe Grafikon Nr.3 janë paraqitur IgE-të specifike pozitive të fëmijët e hospitalizuar dhe ambulatorë sipas gjinisë. Në bazë të vendit ku janë bërë IgE-te specifike, janë 20 raste të fëmijët e hospitalizuar dhe 9 te ata ambulatorë, diferenca është për 11 raste ose (38%).

Sipas gjinisë kanë qënë IgE specifike pozitive me 18 raste të gjinisë mashkullore ose (62.1%), ndërsa të gjinisë femërore 11 raste ose (37.9%), diferenca në mes gjinive është 7 raste ose (24.2%) në favor të gjinisë mashkullore. Nga tabela 3 shihet se IgE-të specifike ka qënë pozitive te 29 ose (46.7%) në raport me numrin prej 62 rasteve të analizuar për IgE-të specifike.

Tabela dhe Grafiku Nr.4 Analizat e IgE-ve specifike sipas grup-moshave

Mosha	Analizat e IgE-ve specifike	Perqindja %
Prej 6 muajve deri 1 vit	12	19.35 %
Prej 1- 2 vjet	17	27.41 %
Prej 2-3 vjet	33	53.22 %
Gjithsejt	62	100 %

Grafiku Nr.4

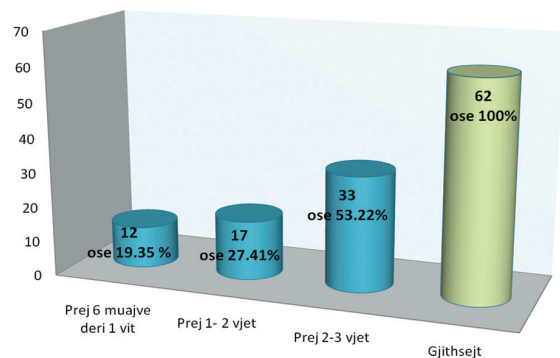


Tabela dhe Grafiku Nr.4 Në bazë të këtyre rezultateve kuptojmë se më së shumti analiza janë bërë prej moshës 2-3 vjet 33 analiza ose (53.22%). Në rendin e dytë vie grup-mosha prej 1-2vjet ku janë bërë 17 analiza ose 27.41, e më së paku janë bërë analiza prej moshës 6 muaj deri 1 vjet, gjithsejt 12 analiza apo (19.35%)

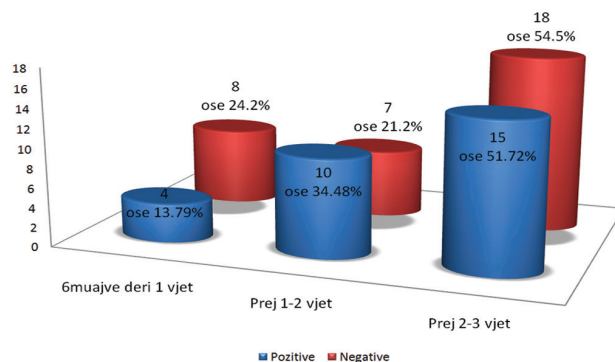


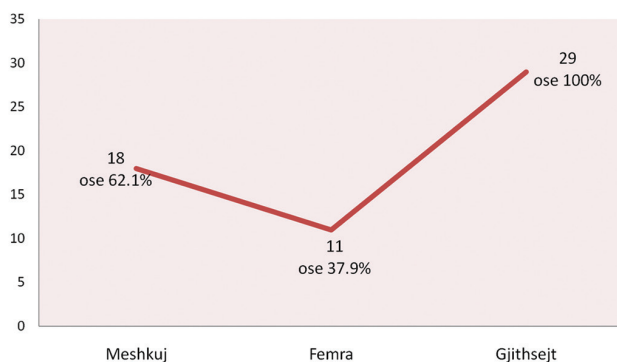
Tabela dhe grafiku Nr.5 Paraqitja tabelare me analizat e bëra pozitive dhe negative të IgE-ve specifike sipas grup-moshave të fëmijët prej 6 muajve deri 1 vjet, prej 1-2 vjet dhe prej 2-3 vjet. Nga rezultatet vërejmë se në grup-moshën prej 6 muaj-1vjet janë 4 raste pozitive ose (13.79%), prej 1-2 vjet 10 raste ose (34.48%) dhe prej 2-3 vjet 15 raste ose (51.72%). Nga numri i përgjithshëm prej 29 rasteve që kanë qënë IgE specifike pozitive.

IgE-të specifike negative sipas grupmoshave prej 6 muajve-1 vjet kanë qënë 8 ose (24.2%) ,prej 1-2 vjet kanë qënë 7 raste ose (21.2%) dhe prej 2-3 vjet kanë qënë 18 raste

apo (54.4%). Mund të konkludojmë se për nga shkalla e IgE-ve negative dominojnë grup-moshat prej 2-3 vjet 18 raste ose (54.4%), pastaj vijnë grup-moshat 6 muaj deri 1 vjet me 8 raste ose (24.2%) dhe së fundi grup-mosha 1-2 vjet me 7 raste ose (21.2%). Numri total i rasteve negative të IgE-ve specifike është 33 raste apo (53.22%).

Tabela dhe Grafiku Nr.6 Raporti gjinorë i IgE-ve specifike pozitive.

IgE-te specifike pozitive sipas gjinisë	Numri i rasteve	Përqindja %
Meshkuj	18	62.1%
Femra	11	37.9%
Gjithsejt	29	100%



Në bazë të Tabelës dhe Grafikut Nr.6 Vërehet se nga 29 raste të të analizuarve me IgE specifike pozitive janë 18 ose (62.1%) të gjinisë mashkullore, ndërsa 11 raste ose (37.9%) të gjinisë femërore. Diferenca është për 7 raste ose (24.2%) në favor të gjinisë mashkullore.

DISKUTIMI

Në bazë të analizave të IgE-ve specifike, sipas vendit ku janë bërë dominojnë rastet e hospitalizuara (34 fëmijë) ndaj atyre të trajtuar në mënyrë ambulatore (28 fëmijë) të prezantuar në tabelat 1,2,3 .Sipas grup-moshave nga tabelat dhe grafikonet nr.4 dhe 5 është paraqitur numri i rasteve të analizuar sipas grup-moshave prej 6 muajve deri në 1 vjet kanë qenë 4 ose (13.79%) raste pozitive, 8 raste ose (24.2%) negative. Prej moshës 1-2 vjet kanë qenë 10 ose (34.48%) raste pozitive, 7 raste ose (21.2%) negative, dhe prej moshës 2-3 vjet kanë qenë 15 ose (51.72%) raste pozitive dhe 18 ose (54.54%) negative. Mund të konkludojmë se numri dhe përqindja më e lartë e fëmijëve me pozitivitet të IgE-ve specifike kanë qenë prej moshës 2-3 vjet, kjo mund të shpjegohet edhe me faktin se fëmijët në këtë moshë kanë kontakt me alergjenët si D.Pteronissimus, D. Farine, polenet, epitelin e shtazëve (macës, qenit) dhe

alergjenet tjerë. Sipas gjinisë vërehet se ka incidencë më të lartë të fëmijëve të gjinisë mashkullore krahas atyre të gjinisë femërore. Të paraqitur në tabelën dhe grafikun nr.6 . Nga numri total i 62 fëmijëve 29 raste ose (46.7%) kanë rezultu pozitive. Të gjinisë mashkullore kanë qenë 18 raste ose (62.1%) ,ndërsa 11 ose (37.9%) raste të gjinisë femërore. Diferenca është për 7 raste ose (24.2%). Raporti i pozitivitetit të IgE-ve specifike sipas gjinisë është 1,6 : 1 në favor të gjinisë mashkullore .Ky raport është analog edhe te fëmijët të cilët kanë astëm që në moshën e hershme ku raporti është 3:2 në favor të gjinisë mashkullore, ndërsa në moshën para pubertetit ky raport përafërsisht është 1:1 (14). Përcaktimi i IgE-ve specifike te fëmijët e vegjël mund të na ndihmojë në identifikimin e fëmijëve potencial për sëmundjet alergjike në të ardhmën(8). Rezultate të përafërta kanë paraqitur edhe autorët e tjerë në punimet e tyre (9).

PËRFUNDIMI

Mund të përfundojmë se pas analizimit të rezultateve të fëmijët e përfshirë në hulumtimin tonë ka pasur lidhshmëri në mes të IgE-ve specifike dhe manifestimit të astmës. Arsyeja tjetër e përdorimit të matjes së IgE-ve specifike është ngase te fëmijët e vegjël nuk mundemi me saktësi të përcaktojmë shkaktarin e alergjisë. Kjo analizë nuk është e ndikuar nga përdorimi i medikamenteve si β_2 agonistët ose kortikosteroidët si dhe nga dermatitet aktuale të fëmijës, Ana negative e kësaj analize është kostoja e lartë e realizimit. Pasi që IgE-të specifike janë indikatorë i rëndësishëm për astëm potenciale në rastin tonë rezultatet kanë qenë pozitive ndaj D.pteronissinus, D, farine që përputhet edhe me rezultate të autorëve tjerë në rajon(10) dhe Botë (11). **Propozimi i masave** Duhet të merren masa preventive të higjienës dhe edukimit të prindërve që ekspozimi i fëmijës ndaj këtyre akarieneve të jetë në kufij minimal. Në rritjen e prevalencës së astmës përveç faktorit gjenetik, ka shumë ndikim edhe mesi në të cilin jeton fëmiju.

BIBLIOGRAFIA

1. NIH(National institutes of health) Global initiative For Asthma.A pocket guide for asthma management and prevention for physicans and nurses.NIH Publication 96-3659B.Bethseda,MD:NIH, 1998
2. Michael S, Lang L, Depner M et al, Unifying candidate gene and GvAS aproaches in astma, PloS, www.plosne.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0013894

3. Howard TD, Postma DS, Hawkins GA, Koppelman GH, Zheng SL, Wysong AK, Xu J, Meyers DA, Bleecker ER. Fine mapping of an IgE controlling gene on chromosome 2q: Analysis of CTLA4 and CD28. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110:743-51.
4. Kyu-Young Oh,¹ Mi-Jin Kang,² Won-Ah Choi,² Ji-Won Kwon,³ Byoung-Ju Kim,³ Jinho Yu,³ Soo-Jong Hong^{3*}, Association Between Serum IgE Levels and the CTLA4 +49A/G and FCER1B -654C/T Polymorphisms in Korean Children With Asthma, *Allergy Asthma Immunol Res.* 2010 April;2(2):127-133.
5. Platts-Mills TA. The role of immunoglobulin E in allergy and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:S1-S5. [PubMed: 11704610]
6. Nelson Textbook of Pediatrics, 19th edition, 2011, 130: 743-747
7. Gern J, Lemanske R Jr, Busse W. Early life origins of asthma. *J Clin Invest* 1999;104:837-843. [PubMed: 10510321] Borish L, Chipps B, Deniz Y, Gujrathi S, Zheng B, Dolan CM. Total serum IgE levels in a large cohort of patients with severe or difficult-to-treat asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;95:247-253. [PubMed: 16200815]
8. Halfon N, Newacheck PW. Childhood asthma and poverty: differential impacts and utilization of health services. *Pediatrics* 1993;91:56-61. [PubMed: 8416505]
9. Sly PD, Boner AL, Björkstén B et al. Identification of atopy in the prediction of asthma in children. *Lancet* 2008; 372:1100-6
10. Demetra Z. Rotsides¹, Inge F. Goldstein¹, Stephen M. Canfield², Matthew Perzanowski, Robert B. Mellins⁴, Lori Hoepner³, Maxine Ashby-Thompson¹, and Judith S. Jacobson¹, ASTHMA, ALLERGY, AND IgE LEVELS IN NYC HEAD START CHILDREN, *Respir Med.* 2010 March ; 104(3): 345-355. doi:10.1016/j.rmed.2009.10.016.
11. Kovač K, Dodig S, Tješić-Drinković D, Raos M. Correlation between asthma severity and serum IgE in asthmatic children sensitized to Dermatophagoides pteronyssinus. *Arch Med Res* 2007;38:99-105. [PubMed: 17174732]
12. Naqvi M, Choudhry S, Tsai H, Thyne S, Navarro D, Nazario S, et al. Association between IgE levels and asthma severity among African American, Mexican, and Puerto Rican patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:137-143. [PubMed: 17498790]
13. Pearce N, Pekkan J, Beasley R. How much asthma is really attributable to atopy? *Torax* 1999; 54:268-72
14. Semundžet Traktit te frymemarjes te femijet .Evda Vevecka / Prof.Dr. Luljeta Serbo-Kotta 2005 ; 205

CORRELATION OF ASTHMA AND SPECIFIC IGE IN CHILDREN UP TO THREE YEARS OF AGE

Hajdin Ymeri¹, Drita Telaku-Qosaj¹, Shendvere Hasani¹, Majlinda Berisha², Afijete Gerçari-Ymeri, Arlinda Maloku², Abdurrahim Gerguri¹

¹Pediatric Clinic, University Clinical Center of Kosova (UCCK)

²Faculty of Medicine, University of Pristina

RESUME:

Aim. Aim of this study was to present correlation between specific IgE and asthma in children aged 6 months- 3 years in Pediatric Clinic, UCCK. **Methods.** In this study in total, 62 children were involved (34 were hospitalised and 28 were ambulatory patients), which were diagnosed with asthma, and to whom specific IgE was measured. **Results.** From the total number of children involved in this study (62 children), 34 children were hospitalised (21 male and 13 female) and 28 of them were ambulatory patients (17 male and 11 female). Specific IgE was positive in 29 cases (46.7%). In hospitalised children it was positive in 12 males and 8 females while ambulatory patients IgE was positive in 6 males and 3 females. **Conclusion.** Correlation between asthma and specific IgE was 46.7% of the cases included in the research. Specific IgE was significantly positive towards D. Pteronissinus and D. farine. On the basis of positive specific IgE-s dominant males in the ratio 1.6: 1 to feminine

Key words: Asthma, akute obstruction, specific IgE

KARAKTERISTIKAT TERRITORIALE TË PREVALENCËS SË POLINOZËS NGA POLENI I KARAFILJGJENIT NË QYTETET KRUIJË, BERAT DHE TIRANË

Kastriot Shytaj¹, Arben Boçari², Mehmet Hoxha³, Elona Gjebrea³, Leonard Deda⁴

¹Departamenti i Diagnostikës dhe Reabilitimit Mjekësor, Fakulteti i Infermierisë, Universiteti i Tiranës, Tiranë, Shqipëri.

²Departamenti i Matematikës dhe Informatikës, Fakulteti i Ekonomisë dhe Agrobiznesit, Universiteti Bujqësor Tiranë, Tiranë, Shqipëri.

³Klinika e Alergjologjisë, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tirana, Shqipëri.

⁴Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës.

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 91-95

ABSTRAKTI

Hyrje Karafiljgjeni (*Parietaria*) është një bimë shumë alergjike që gjendet kryesisht në rajonin e Mesdheut. Ajo shkakton kryesisht Astme Bronkiale të bashkëshoqëruar me Rrufe Alergjike. Ajo rritet kryesisht në terrene të thata pranë mureve të vjetra siç edhe janë ato të kështjellave

Metoda. Ky është një studim retrospektiv i bazuar në informacionin e marrë nga kartelat e pacienteve të paraqitur në klinikën e Alergjologjisë QSUT “Nënë Tereza” Tiranë në periudhën 1996-2002 nga qytetet e Tiranës, Krujës, dhe Beratit. U analizuan 1368 pacientë kushti i vetëm i përfshirjes në studim ishte të kishin bërë provat alergjike të lëkurës me alergjene të ajrit (ku përfshihesh edhe Karafiljgjeni) dhe të kishin rezultuar pozitiv të paktën për njerin prej tyre

Rezultatet. Nga ky studim rezultoi që prevalenca e kësaj alergjie ishte në mënyrë sinjifikante ($p < 0.001$) më e lartë në Krujë dhe Berat se sa në Tiranë. Ndërkohë rezultoi se nuk kishte dallim të rëndësishëm statistikor në prevalencë midis Krujës dhe Beratit.

Përfundim. Tirana, Kruja dhe Berati ndodhen në Shqipërinë e Mesme dhe shumë afër detit. Dallimi qëndron në faktin se qytetet e Krujës dhe Beratit ndodhen shumë pranë kështjellave të lashta dhe kjo shpjegon edhe arsyen se pse në këto qytete ka një prevalencë më të lartë të personave alergjike nga poleni i karafiljgjenit në raport me alergjitë e tjera.

Fjalë kyçe: Karafiljgjeni (*Parietaria*), polinoza, Astma Bronkiale, Rrufa Alergjike.

NE VEND TE HYRJES - NJE PERSHKRIM PER PARIETAREN

Karafiljgjeni (lat. *Parietaria*, ang. *Pellitory of the wall*) i përket familjes dythelbore të Urticaceae (ku futet edhe hithra) e ku bëjnë pjese mbi 10 specie të veçanta. Në rajonin e Mesdheut me të shpërhapura janë: *P. Judaica* (diffusa), *P. Officinalis*, *P. Lusitanica*, *P. Cretinica*, *P. Mauritanica*, etj.



Figura 1. Bima e karafiljgjenit

P. judaica është një bime që rritet deri në 30 - 40 cm, me gjethe ovoidale (3 - 12 cm), e lule të vogla që dalin në sjetullat e gjetheve pothuajse gjatë gjithë vitit (fig. 1). Ajo ka një polen me forme të rrumbullakët, diametër 14 - 19 µm, trizonoporat me ekzine mikroverrukatë e intime të bute me polenizim të tipit anemofil. Polenizimi i saj varet nga temperatura, lagështira dhe drita (M). Ajo rritet kryesisht në brigjet e Mesdheut por s'është e rradhë edhe në kontinent (1-3). Në shpërhapjen e saj në vende të ndryshme të globit ka ndikuar shumë njeriu pasi kjo bime është përdorur për efektet e saj kurative. Në rajonin e Mesdheut kjo bime lulëzon pothuajse gjatë gjithë vitit dhe poleni i saj mund të kapet në ajër nga Marsi (Shkurti) deri në Nëntor (4). Ka dy pike kur nivelet janë të afte të japin simptoma: mars - qershor - korrik dhe gusht - tetor.

Alergjenët me të rëndësishëm të gjitha specieve të saj janë glikoproteina të vogla me peshe molekulare ndërmjet 10 dhe 14 kDa, dhe ndaj tyre ka reagim të kryqëzuar të shprehur, kjo është edhe arsyeja pse janë ekuivalente si për diagnostikim ashtu edhe për imunoterapi pavarësisht nga cila specie është sensibilizuar pacienti (5,6). Gjithsesi alergjenët me të rëndësishëm janë Par o 1 (13.5 kDa) dhe Par j 1 (12 kDa). Po ashtu të dhënat e fundit dëshmojnë se poleni i Parietaria judaica ka në përbërje një aminopeptidazë e cila i hap rrugë alergjenit të polenit përgjatë barrierës epiteliale duke i lehtësuar kontaktin me qelizat dentritike (7).

Kjo bime preferon zona të thata kryesisht rreze mureve të vjetër (që këtej del edhe domethënia e emrit latin Parietaria si edhe atij anglez *Pellitory of the Wall* që do të thotë bima e mureve) në lartësinë 900 - 1000 m, në tokat e pasura me azot.

Poleni i Parietaries mund të shkaktojë astmë bronkiale, rrufe alergjike si dhe konjuktivit alergjik. Shume studime dëshmojnë që poleni i *Parietarias* është një nga shkaqet me të shpeshte të polinozave në rajonin e Mesdheut (6) (8 - 15).

Poleni i karafillejgenit zë 8% të poleneve të atmosferës së Tiranës (16). Përqendrime të larta të polenit të Karafillejgenit janë kapur që në fund të prillit e deri në fund të tetorit. Këto ndryshojnë nga viti në vit në varësi të kushteve meteorologjike (16).

Vendi ynë ndodhet në zonën mesdhetare ndaj edhe është e pritshme edhe një prevalencë e lartë e polinozës ndaj këtij poleni. Por Shqipëria dallohet edhe gjithashtu edhe për shumëllojshmërinë e relievit apo mikroklimave. Qëllimi i këtij studimi është pikërisht ndikimi i relievit, mikroklimave apo karakteristikave të tjera lokale në prevalencën e polinozës nga Parietaria.

MATERIALI DHE METODA

Ky është një studim retrospektiv i bazuar mbi të dhënat e ruajtura nga Klinika e Alergologjisë dhe Imunologjisë Klinike, QSU "Nene Tereza" Tirane. U shfrytëzuan kartelat e pacientëve që kishin bërë provat e lëkurës me alergjenë të ajrit ku përfshihesh edhe *Parietaria officinalis*. U përfshinë në studim të gjithë pacientet e paraqitur në klinike nga Kruja e Berati gjatë periudhës kohore 1996-2002, respektivisht 207 dhe 218 pacientë. Nga numri total i pacientëve të paraqitur në klinikë nga Tirana gjatë kësaj periudhe (over 6000 patients) u zgjedhën në mënyrë të rastësishme (randomizuar) 943 pacientë. Përzgjedhja u bë me ndihmën e "Research Randomizer" duke përdorur si subjekt të randomizimit numrin e kartelës mjekësore respektive për secilin pacient (17). Nuk kishte dallim të rëndësishëm statistikor në moshë mesatare, ndarje sipas sekseve, shpërndarje sipas diagnozave apo në ndarjen në dy kategori; të monosensitizuar dhe të polisensitizuar.

Kriteri i vetëm seleksionimi ishte të kishin të paktën një alergjen pozitiv në provat e lëkurës me alergjenë të ajrit. Moshë mesatare 31.2 ± 13.1 , Maksimumi = 62, Minimumi = 7 vjeç.

Krahasimi i prevalencave të sensibilitetit nga poleni i Parietaries, seksit dhe diagnozave u bë me testin e χ^2 . Krahasimi i moshës mesatare u bë me T-testin variantin "two-tailed distribution, homoscedastic".

REZULTATET

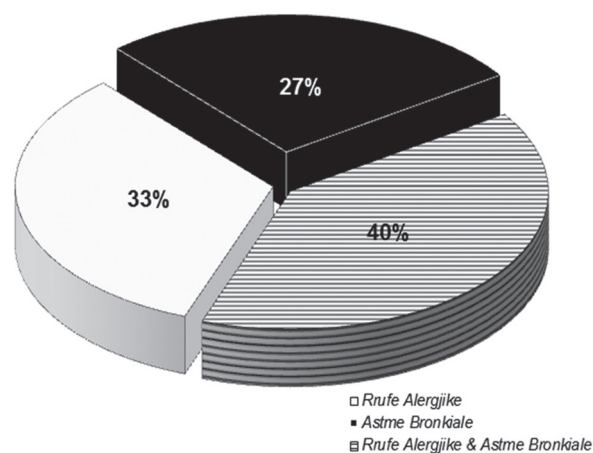


Figura 2. Shpërndarja e diagnozave tek pacientet me SPT pozitiv për karafillejgenin.

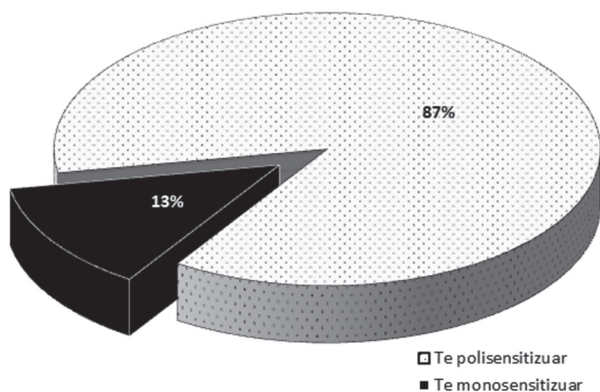


Figura 3. Shpërndarja të monosensitivizuar dhe të polisensitivizuar.

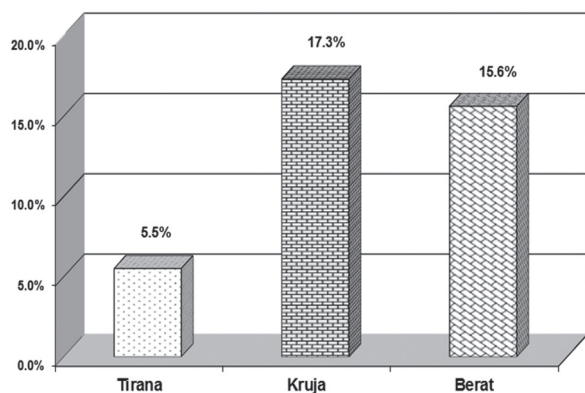


Figura 4. Prevalenca e sensibilizimit nga karafillejjeni tek pacientet me të paktën një SPT pozitiv nga Tirana, Kruja dhe Berati.

Nga 943 pacientet e ardhur nga Tirana që kishin kryer provat e lëkurës për alergjenët e ajrit (ndër këto edhe për Parietaren) 52 rezultojnë të kishin dalë pozitivë për Parietaren, 5.5%. Kjo prevalencë ishte dukshëm më e lartë sesa tek pacientet e ardhur nga Kruja ($p < 0.001$) dhe po ashtu edhe se ata të ardhur nga Berati ($p < 0.001$). Prevalenca e pozitivitetit të SPT për Parietaren për pacientet nga Kruja dhe Berati ishte përkatësisht 17.3% dhe 15.6%. Dallimi midis pacientëve të ardhur nga Kruja dhe Berati nuk kishte rëndësi statistikore. Sensibilitetit nga poleni i Parietares (Testet e lëkurës pozitive nga alergjenët e polenit të parietares) rezultojnë 2.9 herë ($p < 0.001$) më i shpeshtë në pacientet nga Kruja dhe Berati sesa në ato që banojnë në Tiranë. Më së shpeshti pozitiviteti i SPT për

Parietaren bashkëshoqërohet me atë të Akarieneve dhe Graminaceve (fig. 5). Përsa i përket kësaj nuk kishte dallime të rëndësishme statistikore midis tre qyteteve.

Tabela 1. Përqindja e pacientëve me teste të lëkurës pozitive nga Parietaria.

Qyteti	SPT pozitiv për Parietaren	SPT pozitiv për të paktën një pneumoalergjen	%	Dallimi me Tiranën (p)
Tirana	52	943	5.5	
Kruja	36	207	17.4	<0.001
Berati	34	218	15.6	<0.001

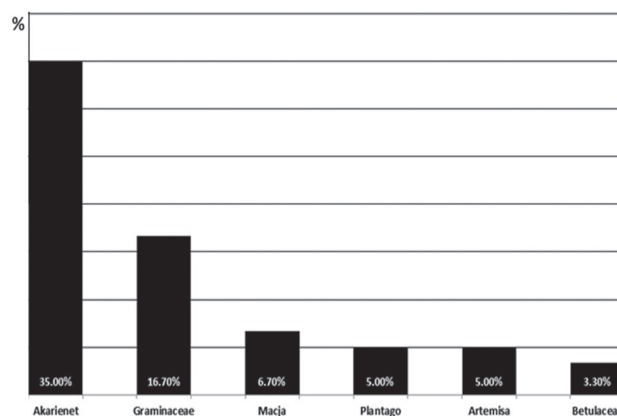


Figura 5. Alergjenet që bashkëshoqërojnë më shpesh sensibilizimin nga poleni i Parietares sipas rezultateve të testeve të lëkurës për të tre rajonet në studim sëbashku. Në boshtin vertikal shprehet përqindja e pacientëve tek të cilët takohet bashkëshoqërimi i alergjenit përkatës (sipas shtyllave).

DISKUTIM

Siç vihet re nga rezultati ka një dallim të rëndësishëm statistikor në prevalencën e polinozës nga Parietaria midis qyteteve të Krujës e Beratit nga njëra anë dhe Tiranës nga ana tjetër. Kjo bimë preferon vende të thata dhe mure të ndërtesave të vjetra për të patur një rritje dhe zhvillim normal. Kruja dhe Berati janë qytete që lokalizohen pranë mureve të vjetra të kalave përkatëse (për me tepër në Berat ka banesë edhe brenda kalasë), ndaj mund të sugjerojmë që kjo bimë gjendet më shpesh

në këto ambiente e si rrjedhim edhe përqendrimi i polenit të saj në ajrin e këtyre qyteteve duhet të jete më i lartë se në Tiranë.

Njohja e terreneve ku mund të gjendet më shpesh një bimë e caktuar si karafillejgjeni është e dobishme për pacientet alergjike ndaj poleneve të tyre pasi i ndihmon ata që t'i shmangin këto zona. Gjithsesi referohet se prevalenca e sensibilizimit nga *Parietaria* është më e lartë tek te ardhurit vonë në zonën përkatëse sesa tek popullata autoktone, çka dëshmon se mund të jetë shumë e rëndësishme nëse individit është ekspozuar ndaj këtij poleni që në fëmijërinë e hershme (6) Përsa i përket desensibilizimit me imunoterapi ajo ngelet si opsion vetëm tek paciente astmatike të përzgjedhur mirë pasi dhe rezultatet nuk janë shumë konsistente (18). Gjithashtu duhet theksuar që reaksionet lokale dhe sistematike ndaj kësaj vaksine janë të shpeshta (19,20)

Gjithsesi duhet përmendur që studimi mbart të metat e metodave retrospektive, që kanë si pasojë kontrollin relativisht të dobët mbi të dhënat, duke rritur kështu mundësinë e gabimit nga shpërndarja. Kjo bën të nevojshëm ndërmarrrjen e studimeve të tjera më të kontrolluara për të rikonfirmuar rezultatet e mësipërme.

Duke qenë se Shqipëria dallohet për shumëllojshmëri të relievit dhe mikroklimave studime të mëtejshme mund të bëhen për këtë bimë apo edhe të tjera. Njohuritë që do të dilnin nga këto studime do të ishin me vlerë ndër të tjera edhe për mjekësinë veçanërisht për alergologjinë pasi do të ndihmonte në diagnostikimin dhe trajtimin e polinozave ndaj poleneve përkatëse.

REFERENCAT

1. Serafini U. Studies on hay fever with special regard to pollinosis due to *Parietaria officinalis*. *Acta Allergol* 1975;11:3-20.
2. Bousquet J, Hewitt B, Guerin B, Dhivert H, Michel FB. Allergy in the Mediterranean area. II: crossallergenicity among *Urticaceae* pollens (*Parietaria* and *Urtica*). *Clin Allergy* 1986;16:57-64.
3. Holgate ST, Jackson L, Watson HK, Ganderton MA. Sensitivity to *Parietaria* pollen in the Southampton area as determined by skin-prick and RAST tests. *Clin Allergy* 1988;18:549-56.
4. D'Amato G, Ruffilli A, Sacerdoti G, Bonini S. *Parietaria* pollinosis: a review. *Allergy* 1992;47:443-9.
5. Colombo P, Bonura A, Costa M, et al. The allergens of *Parietaria*. *Int Arch Allergy Immunol* 2003;130: 173-9.
6. Cvitanović S. Allergy to *Parietaria Officinalis* Pollen. *Croat Med J*. 1999;40(1):42-8.
7. Cortes L, Carvalho AL, Todo-Bom A, Faro C, Pires E, Verissimo P. Purification of a novel aminopeptidase from the pollen of *Parietaria judaica* that alters epithelial integrity and degrades neuropeptides. *J Allergy Clin Immunol* 2006;118:878-84.
8. Hernández Prieto M, Lorente Toledano F, Romo Cortina A, et al. Pollen calendar of the city of Salamanca (Spain). *Aeropalynological analysis for 1981-1982 and 1991-1992*. *Allergol Immunopathol (Madr)* 1998;26:209-2.
9. Bousquet J, Cour P, Guerin B, Michel FB. Allergy in the Mediterranean area. I. Pollen counts and pollinosis of Montpellier. *Clin Allergy* 1984;14:249-58.
10. Papageorgiou PS: Particularities of pollen allergies in Greece. *Pediatr Pulmonol Suppl* 1999; 18:168-71.
11. Terzioğlu E, Sin A, Kokuludağ A, et al. Sensitivity to *Parietaria* pollen in Izmir, Turkey as determined by skin prick and serum specific IgE values. *J Investig Allergol Clin Immunol* 1998;8:180-3.
12. Toubi E, Kessel A, Blant A, Golan TD. Follow-up after systemic adverse reactions of immunotherapy. *Allergy* 1999;54:617-20.
13. D'Amato G, Spieksma FT, Liccardi G, et al. Pollen-related allergy in Europe. *Allergy* 1998;53:567-78.
14. D'Amato G, Lobefalo G. Allergenic pollens in the southern Mediterranean area. *J Allergy Clin Immunol* 1989;83:116-22.
15. Busse WW, Reed CE, Hoehne JH. Where is the allergic reaction in ragweed asthma? *J Allergy Clin Immunol* 1972;50:289-93.
16. Gjebrea E, Priftanji A, Shytaj. *Aerobiologjia - një disiplinë e re në shërbim të alergologjisë. të dhëna mbi situatën polenike në Tiranë. Studime biologjike*. 2001;5 - 6;507-9.
17. <http://www.randomizer.org/form.htm>
18. Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Is allergen immunotherapy effective in asthma? *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:969-74.
19. Cvitanović S, Zekan L, Capkun V, Marusić M. Specific hyposensitization in patients allergic to *Parietaria officinalis* pollen allergen. *J Investig Allergol Clin Immunol* 1994;4:283-90.
20. Barnes PJ. Is there a role for immunotherapy in the treatment of asthma? *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1227-8.

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION CHARACTERISTICS OF PARIETARIA POLLINOSIS IN THE CITIES OF KRUIJA, BERAT AND TIRANA

Kastriot Shytaj¹ Arben Boçari², Mehmet Hoxha³, Elona Gjebrea³, Leonard Deda⁴

¹Diagnostics and Medical Rehabilitation Department, Faculty of Nursing, Tirana Univeristy, Tirana, Albania.

²Informatics and Mathematics Department Faculty of Economics and Agrobusiness, Tirana University of Agriculture, Tirana, Albania.

³Clinic of Allergy, Univeristy Hospital Centre “Mother Teresa”, Tirana, Albania.

⁴Faculty of Medicine, University of Tirana.

ABSTRACT

Background. Parietaria is a highly allergenic herb that is found mainly in the Mediterranean area. Bronchial Asthma associated with rhinoconjunctivitis is the main disease of Parietaria pollinosis. This is most commonly found in rough and dry areas around ancient castles. The aim of this study was to find out if exposure to this allergen increases sensitivity in allergic patients.

Method. This is a retrospective study based on review of clinical records of patients presented at Allergology Clinic of University Health Centre “Mother Theresa” of Tirana Clinic between 1996-2002 from districts of Kruja, Berat and Tirana.

Results. 1368 patients were found to have respiratory symptoms. All of them had undergone a skin prick test with a standard battery of 20 most common pneumoallergens with at least one positive allergen. There was no significant difference between prevalence of sensitization from Parietaria among Kruja and Berat, but there were a very significant differences ($p < 0.001$) between these two regions and Tirana. 17% of patients had Allergic Rhinitis only, and 83% had both Allergic Rhinitis and Bronchial Asthma.

Discussion and Conclusion Tirana, Kruja and Berat are regions located both in the Middle of Albania with close proximity to each other and nearly the same distance from the sea shore. Citizens of Kruja and Berat are living near ancient castles, which are areas that are infested by Parietaria. Patients from these two regions had increased prevalence of sensitization compared to patients residing in Tirana.

Key words: Parietaria, polinosis, Bronchial Asthma, Allergic Rhinitis.

IMPAKTI I POLITIKAVE TË ISKSH-SË NË REZULTATET E REFORMËS FINANCIARE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI

Gazment Koduzi ¹

¹ Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), Tirane, Shqipëri

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 96-102

REZYME

Ky studim ka për qëllim të masë impaktin e mekanizmave të financimit të qendrave shëndetësore të artikuluar në politikat e ISKSH në funksion të performances së personelit të tyre. Kjo do të arrihet përmes matjes të maten 3 komponentëve: a-Financat e qendrave shëndetësore në vite – do të maten nëpërmjet buxhetit vjetor të realizuar dhe atë të planifikuar, marrë nga sistemi i informacionit financiar të ISKSH-së; b-Performanca e qendrave shëndetësore – do të matet nëpërmjet indikatorëve të performancës dhe të bonusit të vendosura zyrtarisht nga ISKSH-ja në kontratën e qendrave shëndetësore; c-Niveli i njohurive të personelit shëndetësor për reformën – do të matet nëpërmjet një pyetësi të vetëadministruar. Nga analizimi i të dhënave duket qartë që politikat financiare të ndjekura nga ISKSH për të maksimalizuar rezultatet e reformës në kujdesin shëndetësor parësor kanë qenë të sukseshme. Performanca e QSh është rritur në mënyrë të qëndrueshme, duke reflektuar rritjen e besimit të popullatës të mjeku i familjes. Krahasuar me vitin 2007, performanca është rritur ndjeshëm deri në vitin 2010 me 37.5%.

Bonusi është rritur me gati 7% në vitin 2009 krahasuar me vitin 2008, ndërkohe që në vitin 2010 është ulur me gati 15% krahasuar me vitin 2008 dhe është ulur me 22% krahasuar me vitin 2009, me një diferencë statistikisht të rëndësishme mes tyre. Nga intervistimi i stafit shëndetësor doli që shumica e Drejtorëve të QSh shprehën se janë dakort dhe shumë dakort që dokumenti i reformës është i qartë (86%) ndërkohë vetëm 14% nuk janë dakort ose aspak dakort që dokumenti i reformës është i qartë. Shumica e Drejtorëve (69%) u shprehën që janë dakort dhe shumë dakort që trainingimi për reformën ishte i mjaftueshëm, ndërsa 31% u shprehën që nuk janë dakort ose aspak dakort.

Fjalë Kyç: Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), reforme, indikatore, performance, bonus, Qëndrat Shëndetësore (QSh), kujdesi shëndetësor parësor (KShP)

HYRJE

Pas Luftës së Dytë botërore Shqipëria u bë pjesë e bllokut socialist të lindjes nën ndikimin sovjetik. Pjesë e këtij ndikimi u bë edhe fusha e shëndetësisë, ku Shqipëria zbatoi sistemin Shemashko. Nën diktaturë rolin e politik bërësit, financuesit dhe ofruesit të shërbimeve shëndetësore e luante Ministria e Shëndetësisë. Me ndryshimin e sistemit politik në Shqipëri në vitin 1992 nuk kishte institucione financiare që mund të parandalonin shkatërrimin financiar të familjeve shqiptare nga pasojat financiare të semundjeve si dhe të kryente funksionin e blerjes së shërbimeve shëndetësore për popullatën e mbuluar me sigurim shëndetësor. Për këtë qëllim në vitin 1995 u krijua Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH). Fillimisht ISKSH kishte kontrata financimi me Mjekët e familjes dhe farmacistë e rrjetit të hapur (që ishin të gjitha private) për lëshimin

dhe rimbursimin e barnave me recetë. Me fillimin e reformës financiare, organizative dhe ligjore në kujdesin parësor në vitin 2007, ISKSH u bë financuesi i vetëm i këtij shërbimi përmes kontratave me Qendrat shëndetësore. Qëllimi kryesor ishte shpërblymimi financiar i praktikave më të mira dhe përmirësimi i rezultateve të kujdesit shëndetësor, si dhe të krijojë stimul për ofruesit që të jenë efficient ose më të përgjegjshëm ndaj përdoruesve të shërbimeve shëndetësore. Ky ishte një prej mekanizmave kryesorë të përdorur nga ISKSH në kontraktimin e Qendrave Shëndetësore (QSh) që prej fillimit të reformës shëndetësore në kujdesin shëndetësor parësor. Formula e re e financimit: 85% e buxhetit fiks për aktivitetin e përditshëm të QSh, 10% e buxhetit sipas performancës së mjekëve të familjes dhe 5% e buxhetit sipas indikatorëve të procesit (te quajtur bonus) me qëllim matjen e rezultateve të kujdesit shëndetësor në popullatën nën kujdesin e QSh. QSh kanë të drejtë që bazuar në mjetet

financiare të fituara bazuar në performancë, të japin dy herë në vit shpërblim për stafin mjeksor deri në dy paga mujore me qëllim motivimin financiar të tyre. Tema e studimit “Impakti i politikave të ISKSH-së në rezultatet e reformës financiare në kujdesin shëndetësor parësor në shqipëri” ka për qëllim hulumtimin nëse ka qënë e sukseshme politika financiare e ISKSH-së, bazuar në rezultatet e matura përmes indikatorëve dhe opinionit të personelit shëndetësor në qendrat shëndetësore të përzgjedhura për studim.

QELLIMI STUDIMIT

Të masë impaktin e mekanizmave të financimit të qendrave shëndetësore të artikuluar në politikat e ISKSH në funksion të performances së personelit të tyre.

MATERIALI DHE METODAT

Studimi është i tipit cross sectional. Target i studimit janë Qendrat Shëndetësore (QSh) në kujdesin parësor, mjekët e familjes dhe infermieret që punojnë në qendrat shëndetësore të përzgjedhura.

Ky studim synon të masë impaktin e mekanizmave financiare në QSh në funksion të performancës së personelit shëndetësor, sipas këtyre komponentëve: financat e QSh, performance e QSh dhe niveli I njohurive I stafit mjeksor për reformën, në qendrat shëndetësore të përzgjedhura.

Zgjedhja e mostrës:

Sistemi parësor në Shqipëri është i përbërë nga 419 qendra shëndetësore (QSh) të krijuara me fillimin e reformës në kujdesin shëndetësor parësor në vitin 2007. Të gjitha QSh kanë kontrate financimi me Insitutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor e cila është njëjtë për të gjitha. Pra, të gjitha qendrat shëndetësore janë të përshtatshme për të qënë pjesë e procesit të përzgjedhjes së mostrës.

52 qendra shëndetësore u përzgjedhën në mënyrë të rastësishme për të qënë pjesë e studimit. Intervistimi I stafit mjeksor u krye duke përdorur një pyetësor të strukturuar paraprakisht dhe të vet-administruar. Të dhënat për aktivitetin financiar u morën nga database e ISKSH-së.

Instrumentat për mbledhjen e të dhënave janë: Pyetësor i vetëadministruar për vlerësimin e njohurive të personelit shëndetësor për reformën në parësor; të dhënave për indikatorët e performancës dhe bonusit janë marrë

nga Sistemi i Informacionit Shëndetësor (Sistemi i Informacionit Shëndetësor); analizimi i buxhetit të qendrave shëndetësore nga sistemi i raportimit financiar të ISKSH-se.

Metodat e mbledhjes e të dhënave:

Procesi i mbledhjes së të dhënave bazuar në instrumentat e përmendur më lart:

- 1- Pyetësor i vetëadministruar për vlerësimin e njohurive të personelit shëndetësor për reformën në parësor. I njëjti pyetësor u aplikua te të gjithë personeli shëndetësor i QSh të përzgjedhura për studim, që u gjenden në vendin e punës ditën e intervistimit. Pyetësori u përpilua duke patur parasysh komponentet kryesorë të reformës në parësor të zbatuara gjatë viteve 2007-2010 për të cilët do të merrej informacioni dhe opinion i personelit. **Testimi në terren** i pyetësorit u krye përpara se të përdorej për studimin, me qëllim për të finalizuar mënyrën e përpilimit të pyetjeve dhe gjuha e përdorur të ishte e kuptueshme nga personeli që do të intervistohesh.
- 2- Sistemi i Informacionit Shëndetësor është i bazuar në informacionin e mbledhur nga “Formulari i vizitës” dhe “Formulari i procedurave mjeksore” të plotësuar në mënyrë individuale për çdo vizitë të kryer nga mjekët apo infermieret në QSh. Ky system është funksional mbarë kombëtar prej vitit 2009. Plani i analizës i cili u mbështet në SISH, përfshinte variablet e indikatorëve të përdorur për matjen e performancës (10%) dhe bonusit (5%).
- 3- Sistemi i raportimit financiar është i bazuar në informacionin që raportohet për realizimin e buxhetit të qendrave shëndetësore bazuar në 3 komponentet e buxhetit: 80 % (financimi bazë) + 10% (performanca) + 5 % (bonusi)

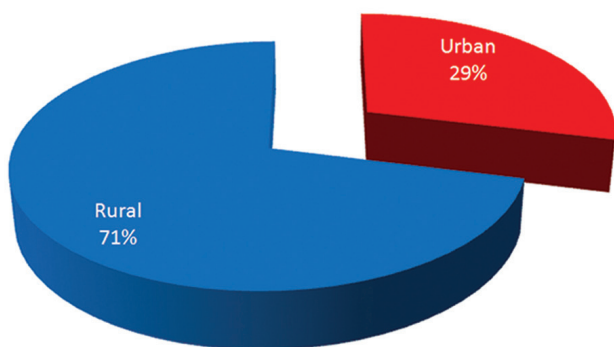
Plani i analizës bazohet në buxhetin e planifikuar dhe në buxhetin e realizuar nga QSh gjatë vitit përkatës fiskal.

Analizimi I të dhënave u krye duke përdorur SPSS 19.0. Indikatorë të përzgjedhur u ekzaminuan kundrejt një seti variablash duke përdorur Chi-square test dhe ANOVA.

REZULTATET

Studimi u krye në 52 QSh në të gjithë vendin, ku shumica e tyre 71% ushtrojnë aktivitetin në zonat rurale dhe 29% në zonat urbane (Grafiku 1)

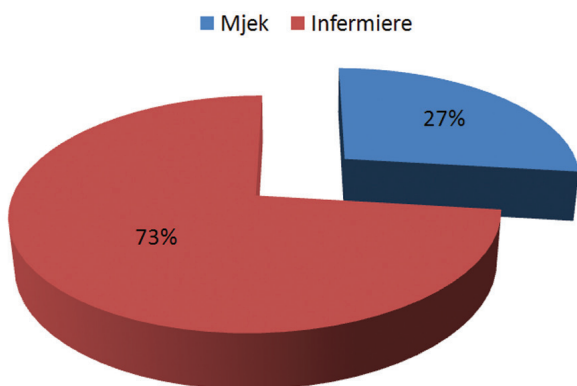
QSH sipas Urban/Rural



Grafiku 1: Shpërndarja e QSH në studim sipas zonave Urban / Rural

Shumica e personelit të intervistuar janë infermiere 73% ndërsa vetëm 27% e tyre i përkasin profesionit Mjek (Grafiku 2).

Struktura e personelit te intervistuar (%)



Grafiku 2: Struktura e personelit të intervistuar sipas profesionit Mjek / Infermier

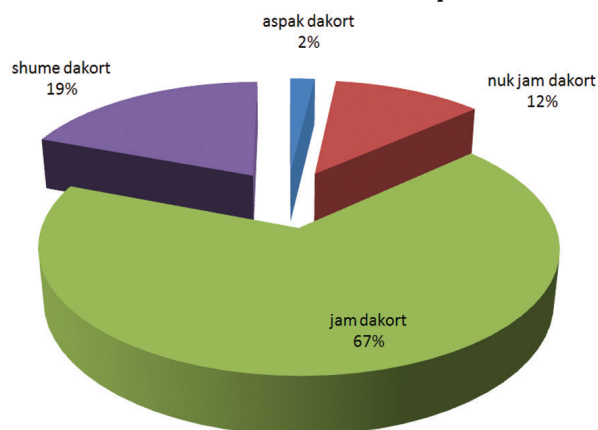
Në të gjitha QSh pjesë e studimit, pyetjes nëse jeni Drejtor apo jo, i janë përgjigjur pozitivisht 52 Mjekë. Kjo tregon që aktualisht menaxherët e QSh-ve në kujdesin shëndetësor parësor janë me profesion Mjek(Tabela 1).

Tabela 1: Struktura e Drejtorëve të QSh sipas profesionit Mjek / Infermier

Profesioni	A jeni Drejtor i nje QSH		Total
	Po	Jo	
Mjek	52	132	184
Infermiere	0	500	500
Total	52	632	684

Shumica e Drejtorëve të QSh shprehen se janë dakort dhe shumë dakort që dokumenti i reformës është i qartë (86%) ndërkohë vetëm 14% nuk janë dakort ose aspak dakort që dokumenti i reformës është i qartë (Grafiku 3).

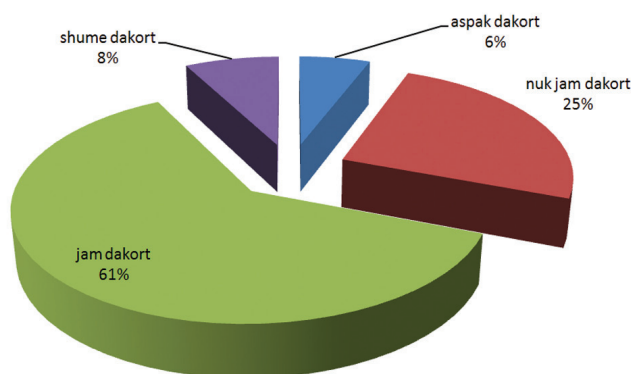
Dokumentit i reformes eshte i qarte



Grafiku 3: Dakortësia e Drejtorëve të QSh për dokumentin e refrmës në parësor

Kur filloi reforma në KShP në vitin 2007 Mjekët që u emëruan Drejtues të QSh-ve nuk kishin studiuar për menaxhim shëndetësor, kështu që u ndërmorën disa trainime për sqarimin e elementëve të reformës. Pyetjes nëse trainimi për refomën ishte i mjaftueshëm, 69% u shprehën që janë dakort dhe shumë dakort, ndërsa 31% u shprehën që nuk janë dakort ose aspak dakort (Grafiku 4).

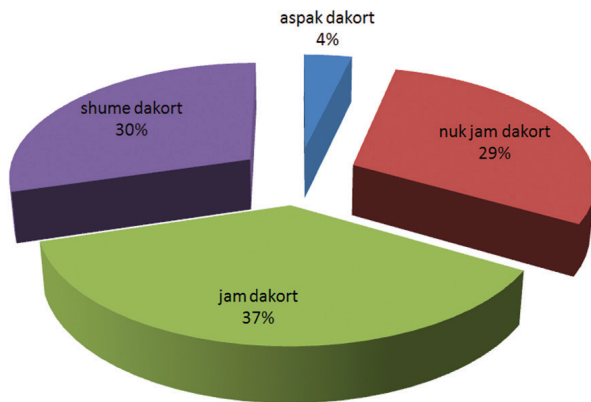
Trajnimi mbi reformen eshte i mjaftueshem



Grafiku 4: Dakortësia e Drejtorëve të QSh mbi trainimin mbi refomën

Megjithëse shumica e Drejtorëve shprehen që trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm, kur pyeten nëse kanë nevojë për më shumë trainim për të zbatuar reformën, 67% shprehen se janë dakort ose shumë dakort, dhe vetëm 33% shprehen se nuk kanë nevojë për më shumë trainim për refomën (Grafiku 5).

Kam nevoje per me shume trajnim per te zbatuar reformen



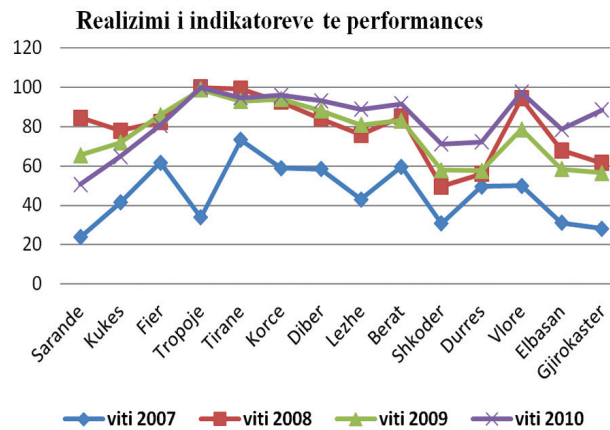
Grafiku 5: Dakortësia e Drejtorëve të QSh mbi nevojën për më shumë trainim për refomën

Krahasuar me vitin 2007, performanca është rritur ndjeshëm deri në vitin 2010 me 37.5%, me diferencë statistikisht të rëndësishme ($p < 0.001$). Performanca është rritur 33% në vitin 2008 krahasuar me v.2007, ndërkohë është ulur me gati 3% në vitin 2009 krahasuar me vitin 2008 (por pa një diferencë statistikisht të rëndësishme, $p = 0.986$), ndërkohe që në vitin 2010 është rritur me 4% krahasuar me vitin 2008 dhe po ashtu është rritur me rreth 7% krahasuar me vitin 2009, pa diferencë statistikisht të rëndësishme mes tyre ($p = 0.519$). (Testi ANOVA one-ëay)(Tabela 2).

Tabela 2: Ecuria e performancës gjatë viteve 2007-2010

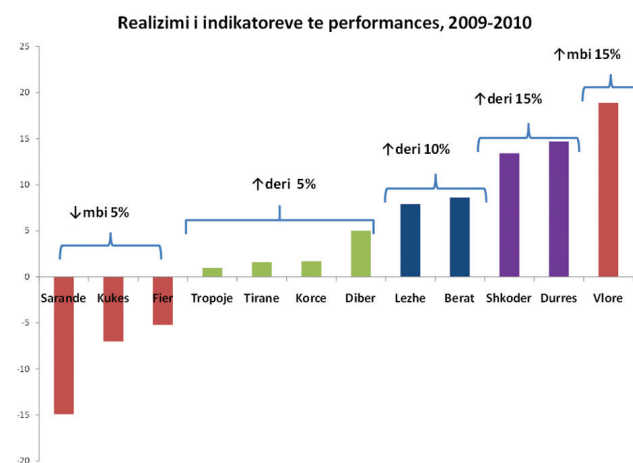
	Rajoni	Viti 2007	Viti 2008	Viti 2009	Viti 2010
1	Berat	59.7	85	83.1	91.7
2	Diber	58.4	84	88.2	93.2
3	Durres	49.7	56	57.5	72.2
4	Elbasan	31.1	67.9	58.5	78.6
5	Fier	61.8	82.4	86	80.8
6	Gjirokastrer	21.1	61.6	56.6	88.6
7	Korce	59.0	92.7	94.3	96
8	Kukes	41.5	78	71.9	64.9
9	Lezhe	43.1	75.9	80.9	88.8
10	Shkoder	30.8	49.6	57.9	71.3
11	Tirane	73.3	99.2	93.1	94.7
12	Vlore	50.0	94.5	78.7	97.6
13	Sarande	23.8	84.5	65.5	50.6
14	Tropoje	33.8	100	99	100
	Mesatare	46.0	79.4	76.5	83.5
	Diferenca mes v.2007 dhe ..	-	↑ 33.4%	↑ 30.5%	↑ 37.5%
	Diferenca mes v.2008 dhe ..	-	-	↓ 2.8%	↑ 4%
	Diferenca mes v.2009 dhe 2010	-	-	-	↑ 6.9%

Grafiku 6 e shpreh në mënyrë vizuale më të qartë se si ka evoluar realizimi i performancës gjatë viteve 2007-2010, sipas Rajoneve ku kryejnë veprimtarinë QSh e përfshira në studim si dhe nivelit të realizimit.



Grafiku 6: Ecuria e performancës sipas viteve dhe Rajoneve ku kryejnë aktivitetin QSh

Megjithëse mesatarja e rritjes së performancës ishte 7% në vitin 2010 krahasuar me 2009, nëse bëjmë një grupim të rajoneve bazuar në diferencën e nivelit të performancës 2010-2009, sipas kriterëve: rritje deri 5%, deri 10%, deri 15% dhe mbi 15%, si dhe ulje mbi 5%, kemi një pamje shumë interesante. Shumica e rajoneve kanë patur rritje deri 5% (4 nga 12 rajone), nga 2 rajone kanë patur rritje deri në 10% dhe deri 15%, dhe vetëm 1 rajon ka patur rritje mbi 15% të performancës. Ndërkohë janë 3 rajone që kanë patur ulje mbi 5% të performancës gjatë vitit 2010 (Grafiku7).



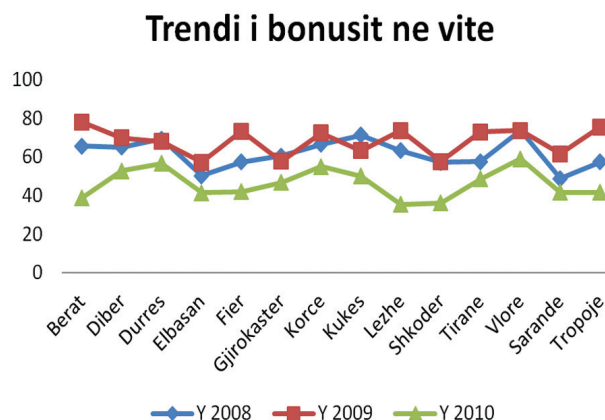
Grafiku 7: Grupimi i rajoneve sipas nivelit të ndryshimit të performancës

Indikatorët për matjen e bonusit(6 gjithsej) u përcaktuan në kontratën midis ISKSH dhe QSH në vitin 2008, dhe u realizua në masën 61.9%. Bonusi është rritur me gati 7% në vitin 2009 krahasuar me vitin 2008 (por pa një diferencë statistikisht të rëndësishme, $p=0.07$), nderkohe që në vitin 2010 është ulur me gati 15% krahasuar me vitin 2008 dhe është ulur me 22% krahasuar me vitin 2009, me një diferencë statistikisht të rëndësishme mes tyre ($p<0.001$) (Testi ANOVA one-ëay) (Tabela 3).

Tabela 3: Realizimi i bonusit gjatë viteve 2008-2010

	Rajoni	Realizimi i bonusit (%)		
		Viti 2008	Viti 2009	Viti 2010
1	Berat	65,8	78,2	38,8
2	Diber	65,2	70	53
3	Durres	69,4	68,1	56,9
4	Elbasan	50,5	57,3	41,7
5	Fier	57,5	73,5	42,2
6	Gjirokaster	60,6	58	46,9
7	Korce	66,8	72,5	55,1
8	Kukes	71,4	63,4	50,2
9	Lezhe	63,4	73,9	35,5
10	Shkoder	57,3	57,7	36,4
11	Tirane	57,8	73,1	48,7
12	Vlore	73,9	73,9	59,2
13	Sarande	49	61,8	41,9
14	Tropoje	57,6	75,7	41,9
Mesatarja		61,9	68,4	46,3
Diferenca midis v.2008 dhe		-	↑ 7%	↓ 14,9%
Diferenca midis v.2009 dhe		-	-	↓ 22%

Ndërkohë ecuria e bonusit ndër tre vitet e para që u mat, trendi dhe niveli i realizimit pasqyrohet në mënyrë shumë të qartë në Grafikon 8.



Grafiku 8: Ecuria e bonusit gjatë viteve 2008-2010

DISKUTIMI

Reforma financiare si bazë e refomës në KSHP që nisi në Shqipëri në vitin 2007 kishte si qëllim motivimin e stafit mjekësor për ofrimin e një shërbimi sa më cilësor, si dhe demotivimin e barazitizmit. Këto objektiva u synuan të arriheshin përmes një formule financimi të QSh që zbatohet për herë të parë në Shqipëri: 85% e buxhetit i jepej QSh që në fillim të muajit për paga+sigurime shoqërore dhe shëndetësore, si dhe blerjen e mallrave dhe shërbimeve, 10% e buxhetit bazuar në performancën e QSh (që matej si numri mesatar i vizitave kryer nga një Mjek familje në një ditë pune), 5% bazuar në indikatorë cilësie për matjen e rezultateve shëndetësore në popullatën që mbulon QSh me shërbim (e quajtur bonus).Mekanizmi i ri i financimit i përdorur për qendrat shëndetësore është perceptuar nga stafi mjekësor si një mekanizëm motivues, duke marrë në konsideratë që ato marrin shpërblim dy herë në vit bazuar në rezultatet e arritura.

Performanca e QSH është rritur në mënyrë të qëndrueshme, duke reflektuar rritjen e besimit të popullatës të mjeku I familjes. Mënyra e matjes së indikatorit që mat performancën nuk ka ndryshuar gjatë këtyre viteve mënyrën e llogaritjes duke mos ndikuar në nivelin e realizimit të tij. SISH i zbatuar në vitin 2010 ndikoi në saktësinë e të dhënave për llogaritjen e indikatorit të performancës, por nuk ndikoi në nivelin e arritjes të indikatorit.

Bonusi është rritur në v.2009 krahasuar me vitin paraardhës duke treguar që politika financuese e ISKSH-së

nëpërmjet indikatorëve të vendosur ka qënë e drejtë dhe motivuese. Rënia e bonusit në v.2010 krahasuar me vitin e mëparshëm lidhet me disa ndërhyrje në sistemin e raportimit dhe mënyrën e llogaritjes së indikatorëve, si më poshtë:

1. zbatim i SISH si një sistem i raportimit të aktivitetit në QSh, nga i cili u matën indikatorët mbi të cilët është llogaritur bonusi
2. me hyrjen në fuqi të Ligjit të licensimit dhe rilicensimit të profesioneve të rregulluara, u fut një formulë e re llogaritje të indikatorit të Edukimit Mjekësor në Vazhdim (EMV)
3. tre indikatorë të rinj u shtuan në listën e bonusit (nga 6 indikatorë u shtuan në 9).

Nga intervistimi I stafit shëndetësor doli që shumica e tyre pamvarësisht se deklarojnë që trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm, përsëri deklarojnë se kanë nevojë për më shumë trainim për arritje të rezultateve më të larta.

PERFUNDIMI

Cdo reformë e ndërmarrë në fushën e shëndetësisë me qëllim arritjen e rezultateve të synuara duhet të shoqërohet me motivimin financiar të zbatuesve të reformës, menaxherëve të institucioneve dhe personelit shëndetësor që është i punësuar në këto institucione.

Matja e saktë e rezultateve të reformës duhet të shoqërohet me sistem informacioni shëndetësor për raportimin e saktë dhe në kohë e aktiviteteve të institucioneve dhe

personelit shëndetësor, me qëllim që cdo përpjekje për sukses të përkthehet në incentivë financiare.

Sa herë që për matjen e performancës apo rezultateve vendosen indikatorë të rinj, paraprakisht duhet punuar për konsolidimin e mënyrës së raportimit dhe të llogaritjes përpara përdorimit për financim, me qëllim që të mos ndikojnë negativisht në rezultatet e institucioneve shëndetësore.

Elementi më i rëndësishëm në cdo reformë është burimet njerëzore që bëjnë zbatimin e reformave. Për këtë, është shumë e rëndësishme trainimi i njerëzve se si t'i zbatojnë elementët e reformës së ndërmarrë që të arrihet rezultati i dëshiruar. Bazuar në këtë, pamvarësisht se sa të mira janë politikat apo rregulloret që përgatiten, më e rëndësishmja është sa të përgatitur janë personat që do zbatojnë këtë reformë.

REFERENCAT

1. Observatory Studies series 21, 2010
2. Kornai J (1992) The socialist system: the political economy of communism. Oxford, Clarendon press
3. Davis C (1993) The health sector in the Soviet and Russian economies: from reform to fragmentation to transition
4. Cashin C, McEuen M (2010) – Purchasing of health care services
5. Kutzin J (2001) a descriptive framework for country – level analysis of health care financing arrangements. Health policy, 56

HII POLICY IMPACT TO RESULTS OF FINANCIAL REFORM IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICE IN ALBANIA

Gazment Koduzi ¹

¹Health Insurance Institute (HII), Tirana, Albania

ABSTRACT:

By 2007, health centers (HC) in Primary Health Care are public entities, financed by HII and managed by Manager. HC are financed performance based according to a new formula: 85% of budget was given monthly for normal function of services, 10% was given monthly as performance based and 5% quarterly as bonus. This study mean to measure impact of financing mechanism of HC articulated in HII policies in function of their health staff performance. This study shows that financial policy implemented by HII in order to maximize results of primary health care has been successful.

Performance of HC is increased steadily, reflecting increase of population confidence to family doctor. Performance was increased 33.4% in year 2008 compared with yr.2007 , meanwhile in yr.2010 was increased 4% comparing with yr.2008 and increased 7% compared with yr.2009 ($p=0.519$). Performance is increased by 37.5% in 2010 comparing with 2007($p<0.001$). Bonus is increased by 7% in y.2009 comparing with y.2008 ($p=0.07$), meanwhile in y.2010 is decreased by 15% comparing with y.2008, and is decreased by 22% comparing with y.2009 ($p<0.001$), with statistically significant difference.

Most of Directors of HC do agree and very agree that health reform document is clear (86%) meanwhile only 14% disagree or fully disagree that reform document is clear. Most of Directors (69%) agree and fully agree that training about reform is sufficient, meanwhile 31% disagree or fully disagree with it.

Key words : Health Insurance Institute (HII), health care reform, indicators, performance, bonus, Health Centers (HC), Primary health care (PHC)

MICROBIOLOGICAL MONITORING AND DECONTAMINATION OF AIR: METHODOLOGY

Popovska Katja

Institute for microbiology and parazitology, UKIM Skopje R.Macedonija

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 103-107

ABSTRACT

Microorganisms in the air are present as very small individual particles and they can be an important source of infection in medical facilities and can contaminate enanimate environmenth.

It is important to perform biological sampling to locate the sources of indoor microorganisms and to check if it contains more organisms than would normally be present. There are numerous techniques to evaluate the level of indoor microorganisms, but comparisons are only possible when measured volumes of air are sampled and results are expressed with volumetric measurements.

Combination of culturable nad non- culturable methods is recommended for proper monitoring od biological quality of the air.

Culturable methods are divded in two groups: passive method - sedimentation of air over nutritient plate and active method - sampling with air-sampler over nutritint plate Principle in both methods is enumeration of the visible colonies on the plate after the growth period of 3 to 5 days after the sample collection.

Non- culturable method represent fluorescent stained microorganisms, collected over polymair plate which does not contain nutrient agents, and visualization by Chemscan cytometer within 3 hours. In aim to achive good biological quality of the air it is very important to use good biodecontaminattion technique such as Ultraviolet Germicid Irradiattion (UVGI) or Hydrogen Peroxide Vapour (HPV). The most intensive germicidal effect has short UV waves (λ283) which convertes environmentalh microorganisms into inert bioproducts.

Hydrogen Peroxide Vapour (HPV) is new golden standard of biodecontaminattion because it echive 6log reduction of the biomasse, does not leave any residua and is not time cossuming.

Key words: air, monitoring, methods, biodecontaminattion

INTRODUCTION

According to the National Center for Health Statistics, 2001 National Health Interview Study, over 7.6 million children 5-17 years and over 12.7 million young adults (18-44 years) suffer from asthma. The United States Environmental Protection Agency (EPA) ranked indoor air pollution among the top five environmental dangers to the public. EPA research also concluded that indoor air can be two to five times (and sometimes as much as 100 times!) more polluted than the WORST outside air! Since research indicates Americans spend 90% of their time indoors, it's no wonder that asthma and allergy suffering is on the rise.

Bioaerosols are individual particles in the air with biological source such as bacterial and fungal cells, spores and pollen. Microorganisms in the bioaerosols

are present as very small individual particles that stay suspended for long periods or as larger clumps and aggregates that settle rapidly onto surfaces. They can be an important source of infection in medical facilities and can contaminate sensitive manufacturing operations.

In the absence of formal limits a mixture of bacteria with no predominating colony is considered normal air flora for most environments.

The most common bacterial types found in an indoor air sample are: *Micrococcus*, *Staphylococcus*, *Corynebacterium* and Gram negative non-fermenters.

A mixture of all these organisms is considered normal even if high counts are present. Things to look out for are: high counts of Gram negative non-fermenters - indicate high levels of moisture and high counts of *E. coli* - indicate sewage contamination.

MICROBIOLOGICAL MONITORING OF THE AIR

It is important facilities for production of pharmaceuticals and medical devices (is essential and well established) in hospitals - very important, food factories and even in office buildings and other working environments.

In most countries it is a regulatory requirement, and international standards have been published for biocontamination control in cleanrooms and other controlled environments (ISO 14698-1/2).

The goal of biological sampling is used to locate the sources of indoor microorganisms and facilitate an effective remediation. Sampling provides us with a method to establish in a scientific way whether the environment in question contains more organisms than would normally be present. There are numerous techniques that may be used to evaluate the level of indoor microorganisms. We believe, however, that scientific comparisons are only possible when measured volumes of air are sampled and when results of surveys are expressed in terms of volumetric measurements.

HOW TO AIR SAMPLE

There are no widely accepted protocols or regulations regarding biological air sampling, but some conditions are accepted for proper Air sampling:

- all new or refurbishment work has been completed;
- all engineering commissioning procedures have been completed;
- the ventilation system has been running continuously for 24 hours following completion of structural work (during this time the theatre surfaces and fixed equipment can be cleaned); and
- ducting and air diffuser plates have been cleaned.

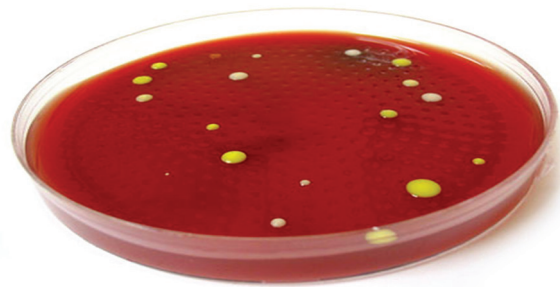
There are culturable and non-culturable methods for air sampling

Inaccurate characterization of the area sampled can arise because of: some bacteria and fungal spores can cause disease only when they are alive (viable), others are capable of producing allergies or irritation when no longer living. cultures may permit greater accuracy in speciating some fungal organisms present, spores vary widely in their ability to grow and compete on laboratory media. Therefore, a complete sampling protocol for the biological flora in any environment uses both a culturable and non-culturable sampling method. Very

often in practice this is not possible due to time and budget constraints, so non-culturable methods - provides a more accurate "snapshot" of the air and is usually the best choice when only one sampling method can be used.

Culturable methods can be perform as Passive monitoring (settle plates) or Active monitoring (Air-sampler).

6. **Passive monitoring (settle plates)** are performed with tandard Petri dishes containing appropriate (usually non-selective) culture media. It is recomended to expose three Petri dishes on three levels/theatre: floor, theatre table and human upper respiratory tract opened for a given time (2- 4h) and then incubated to allow visible colonies to develop and be counted/48h. This method **cannot sample specific volumes of air, so the results are not quantitative.**



Active monitoring (Air- sampler).. There are two types impingers and impactors.

Impingers - which use a liquid medium for particle collection.

Impactor samplers use a solid or adhesive medium (55mm and 90mm plates) such as agar, for particle collection and are much more commonly used in commercial applications than impingers, (100l/min)

Using **aseptic technique** air sample should be undertaken. By following protocol:

A **single sample** should be collected from each operating theatre.

- Space/ theatre - **left vacant for a minimum of 15 minutes, but preferably one hour.**
- **doors must be kept closed - Note: doors must be kept closed and the theatre empty until sampling is complete.**
- The air sampler should be placed in the middle of the theatre table

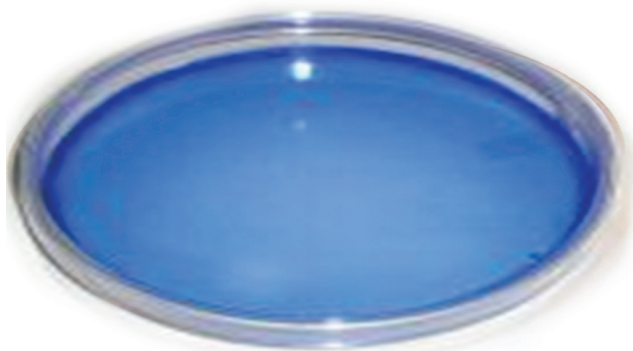
- The air sampler should then be switched on either by remote control or manually, before leaving the room.
- Sampling period 3-5 min.
- **Sampling volume** needs to be greater than 0.25 m³ (250 L) and **optimally around 1 m³ (1000 L)**.
- A **control sample** should be taken from an uncontaminated area for comparison
- Samples should be **sent overnight to the laboratory** to minimize changes in the bacterial population during shipping.

Cultivable methods has some limitations such as:

- **Can not provide more accurate “snapshot”** of the air because of the not detectable particles slowly growing, microorganisms especially Fungi, “environmental alteration”/stress - agar growth medium in the plates may deteriorate if they are exposed for too long and smaller particles or droplets suspended in the air.
- **Contamination** from non-airborne sources
- **Overgrowth** in heavily contaminated conditions and interpretation of the data they produce can be difficult.
- **Late results** in 3-5 days which unables proper reaction on time

Non-culturable Method

Polym’Air is ultra-rapid and sensitive method. It has two phases: **Solid-phase** (cytometry) scanning - for the real time enumeration of micro-organisms and **Polym’Air** - sterile water-soluble gel. Synthetic compound, composed of long molecular chains, doesn’t contain any nutrients (ready-to-use standard 90 mm Petri dish).

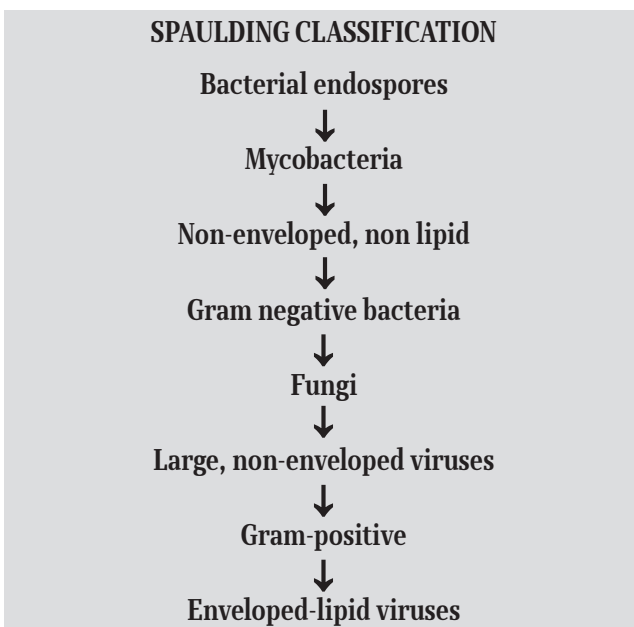


This inert and non selective polymer allows the collection of all micro-organisms including stressed or slow-growth micro-organisms. An air sample is collected using an

air sampler which allows the automatic traceability of operator, Polym’Air plate and sampling location through bar code identification and 21CFRpart11 compliant software.. (Sampl’Air from AES Laboratoire). Dissolving the polymer 40 ml of sterile Fluid A is added. The solution is then filtered on a 0.4 µm membrane in order to concentrate the micro-organisms. Further step is fluorescent labelling of the micro-organisms present at the filter and counting by scanning with RDI cytometer (Chemunex) which takes 3 minutes per membrane. Unique protocol allows the simultaneous enumeration of mesophilic bacteria, (sporulated or not), yeasts, mycelium, and mould spores within 3 hours.

DECONTAMINATION OF AIR:

Spaulding has given classification of resistant microorganisms that are needed to be destroyed by sterilization or disinfection.



Ultraviolet Germicidal Irradiation (UVGI) - UVC 254 (253,7 nm).

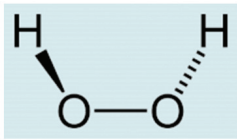
Effects of UV irradiation is intensive germicidal effect.

Mechanisms of this irradiation is converting susceptible microorganisms (viruses, bacteria, fungi) from the environment into inert bioproducts

Effective destruction in few seconds as result of double effect over DNA direct alteration over DNA and inhibition of capability for reproduction. UV-dosage is defined by UV intensity and period of time needed for microorganisms to be exposed in «UV killing zone». Most effective when used in:

Controlled environment, micro waves which is calibrated, continuous air flow and in combination with luminary surfaces (Al)

Hydrogen Peroxide Vapour (HPV)



New golden standard for biodecontamination which achieves 6-log reduction of biomass, no rest residues and minimum waste of time. HPV is improved biodecontamination agent with wide spectrum of biological activity that can inactivate microorganisms faster and more effectively than a lot of traditional biodecontamination methods (formaldehyde).

HPV is introduced into a room using a dual axis vapour distribution system, which ensures that the HPV is introduced to the room evenly, and that each surface is comparably exposed to the HPV.

The equipment lays down approximately 1 micron of H₂O₂ onto exposed surfaces where micro-organisms may reside. The micro-organisms themselves act as nuclei for the formation of micro-condensation, thus speeding action of the process.

The room or equipment being exposed to HPV is sealed and monitored by electrochemical hand held HPV sensors to ensure that there is no leakage and that the level of HPV has returned to safe environmental levels after the cycle.

This method obtains high safety level for work, there are no toxic residues. After decontamination is finished the rest of HPV converts catalytically into water steam and oxygen. HPV can completely be neutralised into specific field by using strong attraction or in conjunction with HVAC system in the building.

REFERENCES

1. Colquhoun J, Partridge L. Computational Fluid Dynamics Applications in Hospital Ventilation Design. *The Australian Hospital Engineer* 2003; 26(1):35-40.
2. Davis N, Curry A, Gambhir AK, Panigrahi H, Walker CR, Wilkins EG, Worsley MA and Kay PR. Intraoperative bacterial contamination in operations for joint replacement. *J Bone Joint Surg Br* 1999; 81-B:8869.
3. Dharan S, Pittet D. Environmental controls in operating theatres. *J Hosp Infect.* 2002; 51(2):7984.
4. Geeta Mehta. Microbiological surveillance of operation theatre. <http://www.orthoteers.org/content/content.aspx?article=372>. Accessed 6 April 2005.
5. Hoffman PN, Williams J, Stacey A, Bennett AM, Ridgeway GI, Dobson C, Fraser I, Humphreys H. Microbiological commissioning and monitoring of operating theatre suites. *J Hosp Infect* 2002; 52(1):1-28.
6. Streifel AJ. Design and Maintenance of Hospital Ventilation Systems and the Prevention of Airborne Nosocomial Infections. In Mayhall CG (ed) *Hospital Epidemiology and Infection Control*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999: 1211-1221.
7. Department of Health, Western Australia. Private Hospital Guidelines, 3rd edition. 1998. <http://www.health.wa.gov.au/publications/>
8. Madoe M.:The role of air ventilation and air sampling in reducing the incidence of surgical wound infection rates., Infection control measures in surgical wards and operating theatres; Article in Japanese
9. Kanemitsu K, Kaku M., Infection Control Unit, Tohoku University Hospital, Sendai, Japan.
10. Tharanga Abeysekera: Bacteria - A General Overview on Sampling EMLab™ Analyst
11. Jonathan Otter, Rachel Jarman-Smith: Hydrogen Peroxide Vapour (HPV): The new Gold Standard for Biodecontamination in the Bio Pharmaceutical and Pharmaceutical Industries?; Bioquell UK Ltd.
12. MoldExpert | Views: 438 | 0 Comments | Rating: Itaviolet Germicidal Lights and Mold Removal: An effective requirement for your Battle against Mold

МЕТОДИ ЗА МИКРОБИОЛОШКИ МОНИТОРИНГ И ДЕКОНТАМИНАЦИЈА НА ВОЗДУХОТ

Поповска Каќа

Институт за микробиологија и паразитологија Мед. Фак. Скопје УКИМ

Микроорганизмите во воздухот се присутни како многу мали индивидуални партикули и може да бидат многу важен извор на инфекции во медицинските установи и загадувачи на неживата средина.

Многу е важно да се прави микробиолошка контрола на воздухот за да лоцираат изворите на микроорганизми во воздухот во затворен простор и да се провери дали во него има поголемо количество микроорганизми отколку што е дозволено. Постојат бројни техники за проценка на нивото на микроорганизмите во воздухот во затворени простори, но компарација на истото е можна само кога мерените волумени на засаден воздух се искажани со волуметриски мерења.

За биолошки мониторинг на квалитетот на воздухот се препорачува примена на комбинација на култивабилни и не-култивабилни методи. Култивабилните методи се поделени во две групи: пасивни методи - метод на седиментација на воздухот врз хранителни подлоги и активни методи - засадување со семплер врз хранителни подлоги. Принципот на двата типа методи е енумерација на видливите колонии пораснати на подлогата после инкубација од 3-5 дена.

Не-култивабилниот метод претставува флуоресцентно бојење на микроорганизмите, собрани врз подлога од полимери која не содржи воопшто хранливи материи, и нивна визуелизација со Chemscape цитометар во рок од само 3 часа. За да се оствари добар биолошки квалитет на воздухот потребен е и избор на добра техника за био-деконтаминација на воздухот во просториите, како што се Ултравioletната Гермицидна Ирадијација (УВГИ) или Хидроген Пероксид Вапор (ХПВ). Најинтензивен гермициден ефект имаат УВ зраците со кратка бранова должина (λ 283) која ги конвертира микроорганизмите од неживата средина во инертни биопродукти.. ХПВ е новиот “златен стандард” за био-деконтаминација на воздухот бидејќи овозможува постигнување на бгoг редукција на биомасата, не остава токсични резидуи, а исто така не троши многу време.

Клучни зборови: воздух, мониторинг, методи, био-деконтаминација

ETIOLOGJIA, DIAGNOZA, MENAXHIMI I SHTATZANIVE ME PLASJE TE PARAKOHESHME TE MEMBRANAVE

Alma Nurçe¹, Vjollca Hajro¹, Enkeleida Kamberi², Alban Bajrami³, Edmond Pistulli¹

¹ Fakulteti i Infermierisë, Universiteti i Tiranës, Shqipëri

² Spitali Obsetrik-gjinekologjik “Koço Glozheni” Tiranë

³ Fakulteti i Mjekësisë, Tiranë, Shqipëri

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 108-116

REZYME

Ruptura e parakohëshme e membranave është plasja e membranave fetale përpara fillimit të aktivitetit të lindjes. Në shumicën e rasteve, kjo ndodh afër termit, por kur ruptura e membranave ndodh përpara 37 javëve të moshës së barrës, njihet si rupturë e parakohëshme e membranave të pretermit. Ajo komplikon 3% të shtatzanive dhe një të tretën e lindjeve premature. Ajo rrit rrezikun e prematuritetit dhe mund të çojë në sëmundshmëri serioze perinatale, përfshirë sindromin e detresit respirator, sepsin neonatal, prolaps të kordonit umbilikal, shkollitje të placentës dhe vdekje fetale. Ecuria dhe menaxhimi i përshtatshëm janë të rëndësishëm për përmirësimin e rezultateve të neonatit. Trajtimi ndryshon në varësi të moshës së barrës dhe përfshin lindjen kur ruptura e membranave ndodh pas 34 javë moshë barre. Kortikosteroidet mund të ulin shumë komplikacione neonatale, veçanërisht hemorragjinë intraventrikulare dhe sindromin e detresit respirator, dhe antibiotikët janë efektive për rritjen e periudhës së latencës.

Fjalët kyç: rupturë e parakohëshme e membranave, lindje e shpejtë, menaxhim pritës i lindjes, kortikosteroidet antenatal, antibiotikë

HYRJE

Ruptura (plasje) spontane e membranave (ROM) është një komponent normal i fillimit të aktivitetit të lindjes. ROM e parakohëshme (PROM) i referohet rupturës së membranave fetale para fillimit të lindjes pavarësisht nga moshja e barrës.(1,2) Pas rupturës së membranave, lindja rekomandohet të jetë e shpejtë kur rreziku i infeksionit në ngjitje tejkalon rrezikun e prematuritetit. Kur PROM ndodh në kohë, lindja zakonisht ndodh vetvetiu ose është i detyruar brenda 12 ÷ 24 orë. Menaxhimi i shtatzënive komplikuar me PROM tek prematurit (përcaktuar si PROM që ndodh para 37 javëve të shtatzanisë) është më sfiduese. (2) PROM parakohe komplikon 2 ÷ 20% të të gjitha lindjeve dhe është i lidhur me 18 ÷ 20% të vdekjeve perinatale. Opsionet e menaxhimit duhet të përfshijnë diagnozën, infeksioni dhe administrimin e kortikosteroidëve antenatal dhe të antibiotikëve me spektër të gjerë veprimi.

Rupturë e parakohëshme e membranave (PROM) i referohet këputje të membranave fetale para fillimit të

aktivitetit të lindjes, dhe mund të ndodhë në çdo moshë barre madje edhe në 42 javësh. PROM mund të ndodh të termi apo pretermi (<37 javë). (1) PROM quhet i zgjatur kur është më shumë se 24 orë dhe është i lidhur me një rritje të rrezikut të infeksionit ngjitës (1,2).

SHTRIRJA E PROBLEMIT

Rreth 8 ÷ 10% e shtatzanive në term mund të përjetojnë ROM spontane para fillimit të aktivitetit të lindjes. (1-4) PROM parakohe përcaktohet si PROM para 37 javëve të moshës së barrës dhe komplikon 2 ÷ 4% të të gjithë shtatzanive të vetme dhe 7 ÷ 20% të binjakëve (1,2,5,6). Ajo është shkaku kryesor i identifikueshëm i lindjes së parakohëshme dhe llogaritet për rreth 18 ÷ 20% e vdekjeve perinatale në US (1,2,5-7,9).

ETIOLOGJIA DHE FAKTORËT E RREZIKUT

Janë identifikuar një numër faktorësh të rrezikut për PROM spontane (Tab. 1), (1,2,8).

Tabela 1. Faktorët e rrezikut për PROM spontane

<p>Faktorët e nënës:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ruptura parakohe e membranave (PROM) në një shtatzani të mëparshme premature (rreziku i përsëritjes është 16 ÷ 32% krahasuar me 4% në gratë me një lindje në term të mëparshme e pakomplikuar) ■ Gjakderdhje vaginale antepartum ■ Terapi kronike me steroide ■ Çrregullime vaskulare të kolagenit ■ (sindromi Ehlers-Danlos, Lupus eritematoz sistemik) ■ Traummat direkte të barkut ■ Lindja premature ■ Pirja e duhanit ■ Drogat të paligjshme (kokaina) ■ Anemia ■ Indeksi i ulët i masës trupore (BMI <19.8 kg/m²) ■ Mangësitë ushqyese të bakrit dhe acidin askorbik ■ Statusi i ulët social-ekonomike 	<p>Faktorët Uteroplacental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Anomali të mitrës (të tilla si mur ndarës i mitrës) ■ Shkëputje placentare (mund të ndodh në 10 ÷ 15% të PROM) ■ Zgjerim i avancuar i qafës së mitrës (pamjaftueshmëri e mitrës) ■ conization Para qafës së mitrës ■ Shkurtimi i qafës së mitrës në tremujorin e 2^{të} (<2.5 cm) ■ Tendosje e mitrës (polyhydramnios, shtatzani e shumëfishtë) ■ Infeksioni i brendshëm amniotik (chorioamnionitis) ■ Ekzaminimet shumëfishta vaginale (por jo me spekulum steril apo ekzaminimet transvaginal me ultratinguj) <p>Faktorët fetale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Shtatzënisë shumëfishtë (PROM premature komplikon 7 ÷ 10% e shtatzënive binjake)
---	--

HISTORIA NATYRALE E SHTATZANIVE KOMPLIKUAR NGA PROM PARAKOHE

Një nga pasojat më të zakonshme e PROM parakohe është lindja e hershme. Periudha latente, është koha nga ruptura e membranave deri në lindje. Kjo periudhë lidhet me disa faktorë që ndikojnë mbi mirëqënien e fetusin dhe përfshihen:

- Moshën e barrës. Një marrëdhënie e anasjelltë

ekziston midis moshës së barrës në term, rupturës dhe latencës. Tek termi, 50% e shtatzënive të ndërlikuar nga PROM do të shkojnë në lindje në mënyrë spontane brenda 12 orëve, 70 % brenda 24 orësh, 85% brenda 48 orë, dhe 95% brenda 72 orësh në mungesë të ndërhyrjes obstetrikale.(1,2,4,) Në gratë me PROM larg nga termi, 50% do shkojnë në lindje brenda 24 ÷ 48 orë dhe 70% ÷ 90 % brenda 7 ditëve. (1, 2,) Për më tepër, gratë me PROM parakohe në 24 ÷ 28 javë të shtatzënisë ka të ngjarë që të kenë një periudhë latente më të gjatë se sa ata me PROM afër termit

- Shkalla e oligohydramniosit (sasi e pakët e likidit amniotik). Oligohydramnios i shkallës së rëndë, shkurton periudhën latente. Oligohydramnios mund të evidentojë kompromentimit të hershëm fetale. (10, 11)
- Numri i fetusit. Në përgjithësi, shtatzënitë binjake komplikuar me PROM kanë një periudhë më të shkurtër latence se shtatzanitë me një fetus
- Shtatzënia e komplikuar. Dëshmia e komplikacioneve të shtatzanisë (të tilla si infeksioni i brendshëm amniotik, shkëputje placentare, apo lindje aktive), do të çojë në lindjen e hershme dhe një interval të shkurtuar latence.

KOMPLIKACIONET

Membranat fetale shërbejnë si një barrierë për infeksionet ngjitëse. Pasi këputen membranat, si nëna ashtu edhe fetusit janë në rrezik për infeksion si dhe komplikime të tjera. Komplikimet neonatale kanë të bëjnë në radhë të parë me moshën e barrës në të cilën ndodh ruptura e membranave. PROM te prematuri shoqërohet me një rritje prej 4-fish të vdekshmërisë perinatale dhe 3-fish në sëmundshmërinë neonatale, përfshirë sindromin e detresit respirator (RDS), e cila ndodh në 10 ÷ 40% të rasteve me PROM parakohe dhe është përgjegjës për 40 ÷ 70% të vdekjeve neonatale; infeksione të brendshëm amniotike nga mikrobe të shumtë, ndodhin në 15 ÷ 30% e rasteve me PROM parakohe dhe llogaritet në 3 ÷ 20% të vdekjeve neonatale; hemorragji intraventricular (IVH), (1,2).

Pavarësisht propozimeve fillestare, shumica e të dhënave në literaturë sugjerojnë se PROM premature nuk është e lidhur me përshtetimin të pjekurisë pulmonare. Komplikimeve të tjera neonatale përfshijnë hypoplasi pulmonare e fetusit, i cili zhvillohet në 26% të PROM te prematuri, deformim skeletik, që komplikon 12% të PROM parakohe; prolaps i kordonit umbilikal, veçanërisht në

shtatzani me prezantim jo me vertex i fetusit, dhe në rritjen e lindjes cesareane për keq prezantim të fetusit (1, 2).

Oligohydramnios i rëndë në vendosjen e PROM parakohe çon në rritje të incidencës të shtypjes (kompresionit) të kordonit umbilikal dhe vuajtje fetale në lindje, duke çuar në një rritje të lindjeve cezariene. Në këtë mjedis, amnioinfuzioni me solucion fiziologjik mund të ulur rrezikun e lindjes cezariene, por nuk është e qartë nëse një qasje e tillë përmirëson rezultatin perinatale. PROM parakohe dhe ekspozimi ndaj inflamacion/infeksion intrauterine janë të lidhur me një rrezik të rritur për dëmtim të zhvillimit nervor (2,12). Infeksioni, aksident i kordonit dhe faktorët të tjerë kontribuojnë që 1 ÷ 2% e neonatëve të rrezikojnë për vdekjes fetale pas PROM parakohe.

Komplikacionet e nënës klinikisht të dukshëm evidentojnë infeksionin e brendshëm amniotik, e cila ndodh në 13 ÷ 60% të grave me PROM parakohe krahasuar me 1% tek termi, dhe pas lindjes endometritis, e cila ndodh në 2 ÷ 13% e grave me PROM parakohe (1, 2). Chorioamnionitisi ndodh më shpesh në rastet me zgjatjen e kohës së rapturës, në oligohydramniosin e rëndë, në ekzaminimet vaginale të shumta si dhe në një moshë barre të vogël (10).

Përveç kësaj, për shkak se shumë fetuse me PROM parakohe paraqiten me keq prezantim (p.sh. podalik), rreziku për të lindur me nderhyrjen cezariene është më e lartë në PROM parakohe në krahasim me lindjen në term.

RËNDËSIA E KONFIRMIMIT TË DIAGNOZËS

Diagnoza e hershme dhe e saktë të PROM parakohe do të lejojë për moshë barre specifike projektimin e ndërhyrjes obstetrikale për të optimizuar rezultatin perinatale dhe minimizuar komplikacionet serioze, të tilla si prolapsi i kordonit umbilikal, dhe sëmundshmërisë infektive (chorioamnioniti, sepsisi neonatal) (1,6,7). Nga ana tjetër, një test fals-pozitive për diagnozën e PROM parakohe mund të çojë në ndërhyrjeve të panevojshme obstetrikale, duke përfshirë hospitalizimin, administrimi i antibiotikëve dhe kortikosteroidet, dhe madje edhe induksionin e lindjes (1, 13-16).

MENAXHIMI

Mënyra se si do të vepohet në rastet me PROM ende ka polemika. Pasi membranat plasin, lindja rekomandohet kur rreziku i infeksionit ngjites tejkalon rrezikun e pre-maturitetit. Kur PROM ndodh te termi, lindja zakonisht

është spontane ose induktohet (është i detyruar) brenda 12÷24 orësh. Menaxhimi i shtatzënisë komplikuar nga PROM parakohe, është më sfiduese. Ndonëse menaxhimi i shtatzënisë duhet të jetë individuale, një algoritëm për menaxhimin e PROM parakohe është paraqitur në Figurën 1.

Menaxhimi fillestar i një gruaje e paraqitur me dyshim për PROM duhet të përqëndrohet në konfirmimin e diagnozën, vlerësimin e moshës së barrës, dokumentimin e mirëqenies së fetusit, dhe për mënyrën e lindjes (e cila varet nga moshja e barrës, prezantimi i fetusit, dhe ekzaminimit të qafës së mitrës) (1,2). Dy janë qëndrimet për mënyrën si do të realizohet lindja, lindja e shpejtë (induksion) dhe menaxhimi pritës. Çdo përpjekje duhet të merren për të përjashtuar kundërindikacionet për menaxhimin pritës. Kundërindikacion absolute përfshijnë infeksioni i brendshëm amniotik (chorio-amnionitis), dhe lindja aktive. Është shumë e rëndësishme dhe trajtimi përpara lindjes i nënave me PROM me disa medikamente për të ulur rrezikun e problematikës së neonatit

KORTIKOSTEROIDET ANTENATAL

Kortikosteroidet ulin sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë perinatale pas PROM parakohe (31,33). Administrimi antenatal (para lindjes) i glukokortikoidëve (Betamethasone, 12 mg IM 24 orë x 2 doza ose dexamethasone, 6 mg IM çdo 12 orë x 4 doza) ka treguar ulje të incidencës të RDS, IVH, dhe enterocolitis nekrotizues (NEC) me rreth 50% nëse u jepet grave me membranat e paprekur që janë të kërcënuara për të lindur para 34 javë të moshës së barrës (2,17). Efekti arrihet 24 ÷ 48 orë pas dozës së parë dhe ky efekt zgjat për së paku 7 ditë. Ka prova se disa dobi klinike mund të arrihet brenda 4 ÷ 6 orëve të administrimit. Një efekt i ngjashëm i dobishëm është konfirmuar në shtatzënitë e komplikuar nga PROM para 32 javë moshë barre (2,17). Gjithashtu nuk ka prova për të mirat e kortikosteroideve antenatal kur përdoren pas 34 javëve të shtatzënisë, edhe pse disa nëngrupe me rrezik të lartë mund të përfitojnë (18,19). Shumë trajtime me steroide nuk rekomandohen në mënyrë rutin për shkak të mungesës së të dhënave për përfitimet që sjell dhe për shkak të shqetësimit në lidhje me efektet negative në rritjen e fetusit dhe, ndoshta, të zhvillimit neurologjik afatgjatë. Megjithatë, një dozë (shpëtimi) e përsëritur ose një cikël duhet të merret në konsideratë nëse cikli fillestar është përfunduar para 28 ÷ 32 javëve të moshës së barrës (20,22).

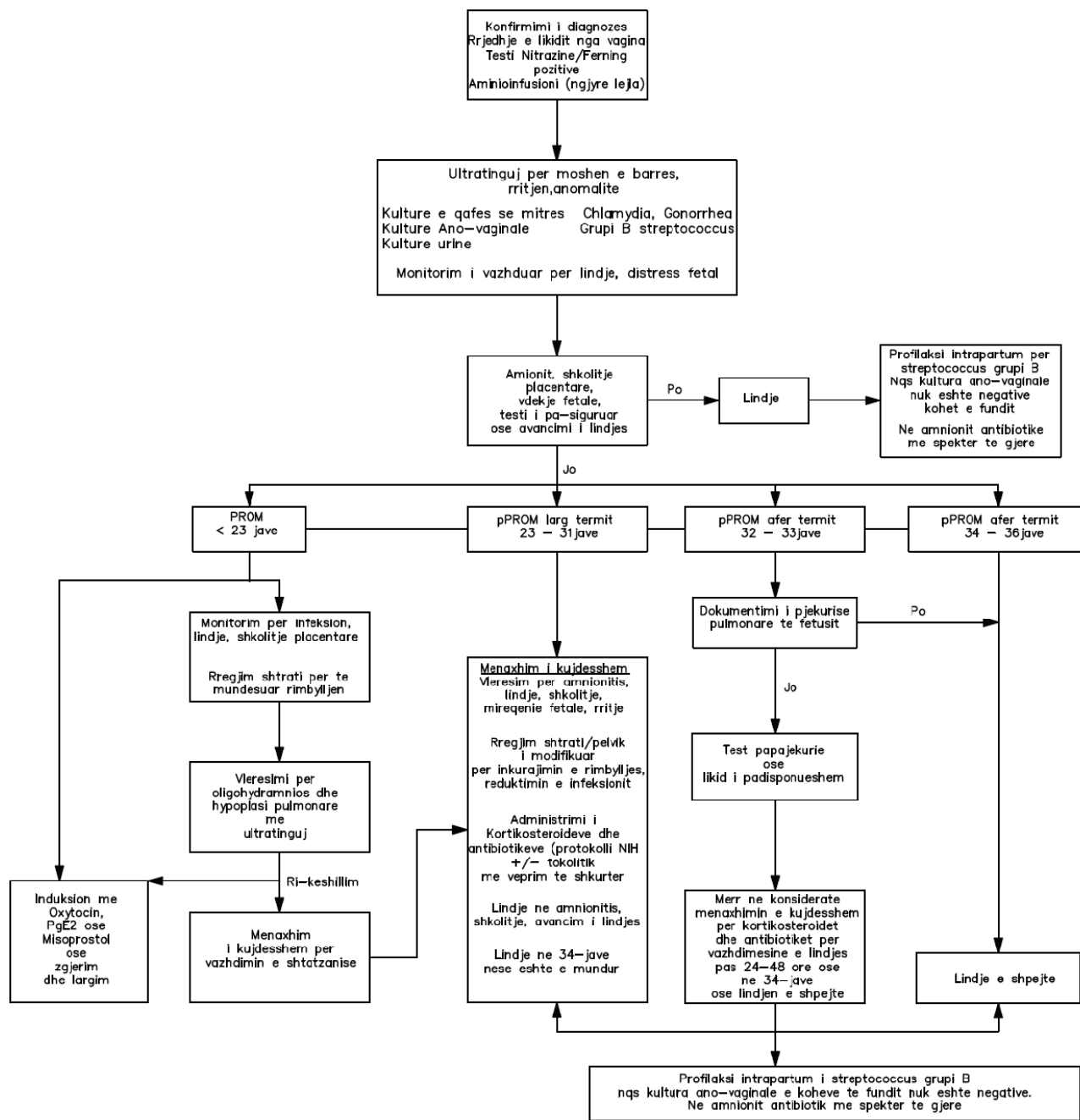


Figura 1 Algoritmi i menaxhimit të rrupturës së parakohëshme e membranave

TOKOLIZA

PROM premature është një kundërrindikacion relativ për përdorimin e agentëve tokolitikë. Edhe pse agent të tillë mund të jenë në gjendje për të vonuar lindjen nga 24-28 orë, nuk janë bindëse të dhëna që ata mund të vonojë lindjen përtej këtij afati dhe nuk ka të dhëna se ata mund të përmirësojnë sëmundshmërisë afatgjatë ose vdekshmërisë perinatale (23,24). Si e tillë, përfitimet e tokolitikëve në PROM parakohe duket të jetë i kufizuar, dhe duhet të përdoret vetëm për të lejuar kurën e parë të kortikosteroidëve antenatal për të kompletuar dhe/ose

për të transferuar pacienten në një qendër të kujdesit terciar.

TERAPI PROFILAKTIKE E STREPTOCOCCUT TË GRUPI B BETA-HEMOLITIK

Profilaksia intrapartum por jo antepartum për Streptococcus e Groupit B beta-hemolitik (GBS) ka treguar që ul ndjeshëm incidencën e sepsit të hershëm dhe vdekshmërinë neonatale. Prandaj ajo indikohet për të gjitha gratë që kërcënojnë për lindje parakohe, përveç rasteve kur një kulturë perineal për GBS është negative

brenda para 5 javëve. Penicillina intravenoze është trajtimi i zgjedhur, dhe minimumi rekomandohet 4 orë para lindjes. Një kulturë perineal dhe perianale (jo i qafës së mitrës) për GBS duhet të merret nga të gjitha gratë që paraqesin PROM parakohe nëse nuk ka të dhëna për GBS (26,27).

Vendimi nëse duhet të fillohet antibiotiku duhet të individualizohet në varësi të mundësive që pacientja do të paraqesë në ditët pasuese. Nëse antibiotikët janë filluar dhe vendimi është marrë më pas për të vazhduar me menaxhimin pritës, antibiotiku mund të ndërpritet dhe të rifillohet nëse pacientja është duke lindur dhe kultura GBS kthehet pozitive. Terapia profilaktike nuk indikohet nëse kultura negativizohet, edhe nëse lindja është premature. Nëse pacientja më pas zhvillon infeksion (chorioamnionitis), ajo duhet të trajtohet për të me antibiotik me spektër të gjerë intravenoz. Protokolle të tilla (të cilat zakonisht përfshijnë ampicilinë) do të mbulojë në mënyrë adekuate GBS. Nuk ka ende asnjë rezistencë GBS të dokumentuar për penicilinën, edhe pse rezistenca ndaj erythromycinës dhe Clindamycinës mund të jetë aq të lartë sa 15% ndaj 20% në shumë institucione.

PROFILAKSIA ME ANTIBIOTIKË ME SPEKTËR TË GJERË VEPRIMI

Tani ka prova thelbësore që tregojnë se profilaksia ndihmëse (empirike) me antibiotikë me spektër të gjerë mund të zgjasin dukshëm latencën në PROM te prematurit (2,27-29). Kjo bën të mundur një përmirësim të sëmundshmërisë infektive të nënës dhe neonatit me një reduktim të ndjeshëm në chorioamnionitis, infeksionin neonatal, dhe kultura e gjakut që provon sepsin neonatal. Të tjera përfitime janë ulja e kërkesës për oksigjen, terapi me surfaktant, dhe të anomalive të mëdha cerebrale (29). Edhe pse nuk është një sugjerim që vdekshmëria perinatale në përgjithësi është përmirësuar në mënyrë të ngjashme, jo të gjitha studimet kanë konfirmosur këtë vëzhgim. Një numër i ndryshëm antibiotikë me spektër të gjerë janë ekzaminuar, dhe aktualisht nuk ka asnjë provë për të rekomanduar një trajtim mbi tjetrin. Ndoshta trajtimi më i zakonshëm që përdoret në Shtetet e Bashkuara është ai i cili përdor në fillim terapi intravenoze 48 orët e para me ampicilin dhe Erythromycin, e ndjekur për 5 ditët terapisë nga goja Amoxicillin dhe një erythromycin (2, 28).

Përdorimi oral i acidit Amoxicillin-clavulanic është ndoshta më mirë të shmangët për shkak të rritjes së rrezikut të rritjes së NEC të dokumentuar në një studim, (30) edhe pse duhet theksuar se gjykimi NICHD duke përdorur ampicilin dhe eritromicina gjeti një rrezik

të zvogëluar të NEC (27). Disa studime të fundit kanë tentuar për të përcaktuar nëse një kohëzgjatje e shkurtër i antibiotikëve është i përshtatshëm në PROM parakohe, por këto janë të një madhësie të pamjaftueshme dhe fuqia për të arritur ndonjë rekomandim përfundimtar (2).

NËSE ËSHTË I PRANISHËM NË KOHËN E PROM PARAKOHE NJË SERKLASH (CERCLAGE) I QAFËS SË MITRËS, DUHET TË HIQET?

Vendimi nëse duhet apo jo që të hiqet serklazhi në paciente të tillë mbetet ende e diskutueshme. Tendosja e cerclage mund të zgjasë latencën, duke lejuar një moshë më të favorshme barre për të lindur. Nga ana tjetër, një serklazhi i mbajtur mund të jetë një burim për infeksion. Studimet fillestare sugjeruan se mbajtja e serklazhit pasuar me PROM parakohe u shoqërua me një rritje 7-fish në sëmundshmërisë infektive dhe vdekshmërinë neonatal. Megjithatë, pas kontrollit të infeksionit si shkak i PROM parakohe, studimet e fundit nuk kanë gjetur asnjë ndryshim në rezultatin perinatale ndërmjet rasteve në të cilat serklazhi u hoq apo u mbajt (32). Si i tillë, vendimi nëse janë apo jo për të hequr serklazhi pas PROM premature duhet të individualizohet. Në përgjithësi, serklazhi duhet të hiqet nëse ka dëshmi për infeksion intrauterine, aktivitet lindjeje, gjakderdhje vaginale e pashpjegueshme, ose një moshë barre e favorshme (> 34 javë). Nëse jo, për të zgjatur latencën serklazhi lihet në vend.

CILA ËSHTË KOHA MË E PËRSHTATSHME PËR NEONATIN QË TË REALIZOHET LINDJA?

Një moshë barre e favorshme (siç përcaktohet >34 javë) mund të konsiderohet si një kundëriindikacion i menaxhimit të vazhduar pritës me vendosjen e PROM parakohe, (2) për shkak të rrezikut të lartë të infeksionit ngjitës, rrezikut të ulët i komplikimeve të prematuritetit, dhe mungesa e efikasitetit të dëshmuar të kortikosteroidëve antenatale në përmirësimin e rezultateve perinatale. Ndërkohë që nëna vazhdon të trajtohet me antibiotikë.

Kur PROM parakohe ndodh në 32 ose 33 javësh moshë barre, duhet të merren parasysh të dhënat për maturimin pulmonar, induksionin e lindjes dhe për kujdesin e neonatit premature (34). Zgjatja e panevojshme e shtatzanisë pas dokumentimit të pjekurisë pulmonare rrit gjasat për amnionitin e nënës, shtypje të kordonit umbilikal, qëndrim i gjatë në spital dhe infeksion neonatal (35). Vështirësia në këtë situatë qëndron në faktin se sa do të presim që ky fetus të lindi. Mjekët duhet të balancojnë rrezikun e sindromi të detresit respirator dhe pasojat e

tjera të lindjes prematurë (nëse lindja realizohet shpejt) me problematikën që pason zgjatjen e shtatzënisë, siç janë sepsisi neonatal dhe aksidentet e kordonit umbilikal. Në një situatë të tillë duhet të administrohet një terapi me kortikosteroide dhe antibiotikët në rastet e padokumentuar të pjekurisë së mushkërive të fetusit dhe të merret parasysh lindja 48 orë më vonë, ose të bëhet një vlerësim i kujdesshëm për mirëqenien e fetusit, për të vëzhguar infeksionit amniotic. Së fundi të ndiqet lindja deri në 34 javë. Nëse është vërtetuar për nënën prezencën e infeksionit të amnionitit aplikohet terapi me antibiotikë me spektër të gjerë dhe për Streptokokun e grupit B (nëse është e vërtetuar).

Në 24 ÷ 31 javë: Lindja para 32 javësh të shtatzënisë mund të çojë në sëmundshmëri dhe vdekshmëri neonatale të rënda. Në mungesë të infeksionit të brendshëm amniotik, përpjekjet duhet të bëhen që shtatzania të zgjasë deri në 34 javë. Kundërrindikimet për terapinë konservative përfshijnë chorioamnionitis, shkollitje e placentas. Duhet të administrohet një terapi me kortikosteroide dhe antibiotikë dhe të bëhet një vlerësim për mirëqenien e fetusit nga monitorimi fetale ose Ultrasonografia. Shtypja e kordonit umbilikal është e zakonshme (32 ÷ 76 %) në PROM përpara 32 javësh shtatzanie, prandaj indikohet të paktën ndjekja ditore e fetusit (7). Përveç kësaj, duhet të vëzhgohet për takikardi të nënës ose fetusit, temperatura e nënës, kontraksionet e rregullta, ndjeshmëria e mitrës, ose leukocitoza, të cilat janë tregues të mundshme të amnionitisit. Administrimi i kortikosteroidit mund të çojë në një akuzë për rritjen e leukocitit nëse jepet brenda 5 ÷ 7 ditët e PROM.

Të dhënat tregojnë se periudha latente e zgjatur mund të rrisë rrezikun e infeksionit brenda amnionit. Në një analizë retrospektive 31 e 134 grave me PROM parakohe në 24 ÷ 32 javë shtatzanie që kishin marrë steroid dhe antibiotikë u gjet një prirje jo e rëndësishme drejt inflamacionit intrauterin në pacientet me një periudhë latente më të gjatë se një javë. Lindja është e nevojshme për pacientet me të dhëna për amnionitis. Për pacientet të cilat arrijnë shtatzëninë 32 ÷ 33 javësh, duhet të merret parasysh amniocenteza për pjekurinë e mushkërive të fetusit. Pas dokumentimit të pjekurisë pulmonare ose evidentimit të infeksionit të brendshëm i amnionit duhet të mendohet lindja, në të kundërtën është e mira që lindja të kryhet në 34 javë shtatzanie. (36).

Para 24 javë: Kur PROM ndodh para shtatzanisë 24 javëshe, shumica e nënave linden brenda një jave, me një periudhë latence mesatare prej 6 ditësh. Shumë foshnja, të cilët linden

në këtë moshë barre pas rupturës të membranave fetale vuajnë nga problemet afatgjata të shumta, duke përfshirë sëmundjet kronike të mushkërive, anomalitë e zhvillimit dhe ato neurologjike, hydrocephali, dhe paralizë cerebrale (37).

NDJEKJA E NEONATIT PAS LINDJES

Së pari është shumë e rëndësishme para së gjithash vlerësimi klinik i të porsalindurit për të gjykuar mbi moshën pediatrike si dhe mirëqenien e tij. Kjo do të ndikonte më pas për ndjekjen e problemeve në veçanti që mund të paraqiste ai (38, 39). Së dyti duhet të bëhet një bilanc infektiv meqenëse rrezikshmëria për infeksion të hershëm në raste të tilla është e lartë. Ky bilanc konsiston në marrjen e disa ekzaminimeve laboratorike:

Gjaku komplet me formulë leukocitare, jep një gjykim të saktë nëse merret pas 12 orëve të para të jetës (sepse në qarkullimin e fëmijës janë akoma prezente elemente të nënës). Marrin vlerë për gjyqi leukocitet, neutrocitet, shkopinj si dhe raporti neutrofile të papjekura me ato të pjekura (I/T)

Proteina C-reaktive: Studime të ndryshme raportojnë sensitivitet tepër heterogjen. Sensitiviteti rritet mjaft, nëse bëhet një matje e dytë e PCR, pas 8 ÷ 12 orësh.

1. Cilësore: aglutinimi me serum të paholluar
2. Sasiore: > 1mg/dl

PCR matet në mënyre të njëpasnjëshme, një në lindje dhe 2 herë të tjera çdo mëngjes për të vlerësuar për sepsis të hershëm. PCR e hershme (12 orët e para të jetës) nuk është e besueshme. Nëse 2 matje të PCR të bëra 24 ÷ 48 orë larg (8 ÷ 24 orë pas dyshimit klinik) janë më të ulta se 1mg/dl, tregojnë se infeksioni është pothuajse i pamundur (<1%). PCR >6 mg/dl shoqërohen me mundësi të madhe për një infeksion.

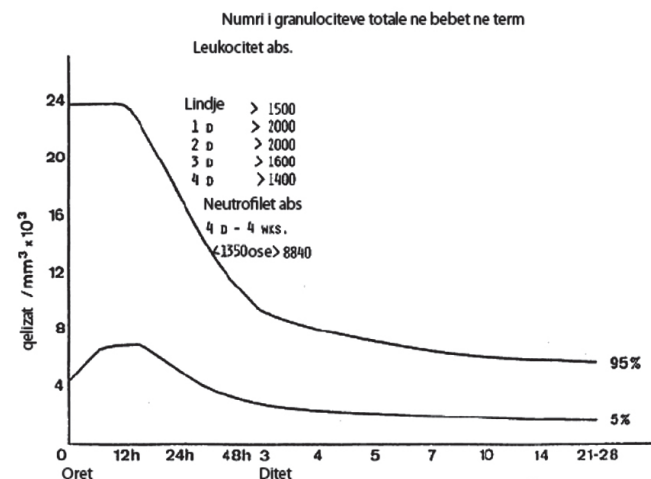


Figura 2 Granulocitet në neonatin në term

Tabela 2 Rishikimi i treguesve të neutrofileve tek i linduri ne term dhe i shëndetshëm

	Mesatarja	10 ÷ 90 %
I/T	0.16	0.05 ÷ 0.27
PMN absolute	15.6	9.5 ÷ 21.5
Forna të reja	1777	700 ÷ 4300

HEMOKULTURA

Për të diagnostikuar septiceminë bakteriale nevojitet një mostër gjaku për hemokulturë nga i porsalinduri, të cilit do t'i bëhet bilanci infektiv. Vena umbilikale ka një frekuencë kontaminimi nga mikroorganizma që ndodhen në umbilikus veçanërisht pas disa orësh, kështu që gjaku për kulturë nga vena umbilikale mund të mos rezultojë reale. Kështu që gjaku për kulturë preferohet të merret nga dy vena periferike. Gjaku duhet të mbillet në dy terrene, një për shkaktarë aerob dhe një tjetër për anaerob. Në më shumë se 90% te rasteve me një kulturë bakteriale positive rritja ndodh brenda 48 orëve te inkubimit. Meqenëse bakteremia te neonati lidhet me një densitet të lartë mikroorganizmash, një sasi e vogël gjaku (>1 ml) është e mjaftueshme për zbulimin e tyre.

Ekzaminime të tjera por që nuk përdoren në rutinë janë dhe punkcioni lumbar dhe prokalcitonina. Punkcioni lumbar është një tjetër egzaminim i rëndësishëm në infeksionin e neonatit veçanërisht në meningite. Prokalcitonina luan rol në diagnozën e hershme te sepsisit neonatal, dhe shihet si një test diagnostik i hershëm sensitive dhe specifike (Prej disa vitesh është propozuar PCT si një markues, jo tregues i inflamacionit). PCT mund të prodhohet nga qeliza të ndryshme dhe nga shumë organe në përgjigje të stimujve proinflatore sidomos ndaj infeksionit bakteriale. Një vlerë negative e PCT ndihmon në përjashtimin e sepsisit neonatal (40).

Veçanërisht ky test merr rëndësi nëse nëna është trajtuar me antibiotikë (hemokultura dhe kulturat e tjera janë fals-negative), si dhe në kontaminimin e mostres (rezultate fals-pozitive). Kampionet e gjakut merren te i porsalinduri që dyshohet për infeksion/sepsis (rrezik amtar, neonatal apo shenjakinike), përpara administrimit të antibiotikëve (41, 42).

Rezultatet sugjerojnë se vlerësimi i parë i PCT në serum ka një saktësi të lartë diagnostikuese për diagnozën e sepsisit neonatal. Gjithashtu ai ka vlere më të lartë parashikuese negative dhe positive se markuesit e tjerë klasikë të përdorur për diagnozën. Megjithatë si çdo test diagnostikues nuk mund të vendosë diagnozën e sepsisit

pa marrë në konsideratë dhe vlerësues të tjerë. Mbetet në diskutim fakti se saktësia diagnostike e PCT është më e mirë për sepsisin neonatal të vonshëm sesa për atë të hershëm.

Së fundmi është e mundur që PCT të performojë ndryshe në sepsisin neonatal për shkak të patogjenëve gram-pozitiv, gram-negativ, ose fungal. Prandaj jo vetëm karakteristikat klinike të neonatëve të përfshirë, por edhe profili mikrobiologjik lokal në një repart të terapisë intensive (NICU) ka të ngjarë të ndikojë në vlerën e PCT

REFERENCAT

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Premature Rupture of Membranes*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1998. ACOG Practice Bulletin No1
2. ACOG Committee on Practice Bulletins Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2007;109:1007-1019
3. Alexander JM, Cox SM. Clinical course of premature rupture of the membranes. *Semin Perinatol*. 1996;20:369-374
4. Duff P. Premature rupture of the membranes in term patients. *Semin Perinatol*. 1996;20:401-408.
5. Ohlsson A. Treatments of preterm premature rupture of the membranes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160:890-906
6. Mercer BM, Goldenberg RL, Meis PJ, et al. The Preterm Prediction Study: prediction of preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing. The NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:738-745
7. Garite TJ. Management of premature rupture of membranes. *Clin Perinatol*. 2001;28:837-847
8. Harger JH, Hsing AW, Tuomala RE, et al. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:130-137
9. Spinillo A, Montanari L, Sanpaolo P, et al. Fetal growth and infant neuro-developmental outcome after preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol*. 2004;103:1286-1293
10. Ramsey PS, Lieman JM, Brumfield CG, Carlo W. Chorioamnionitis increases neonatal morbidity in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Apr;192(4):1162-6

11. Amin AF, Mohammed MS, Sayed GH, AbdelRazik S. In laboring women with oligohydramnios. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;81:183-189
12. Yoon BH, Romero R, Park JS, et al. Fetal exposure to an intraamniotic inflammation and the development of cerebral palsy at the age of three years. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:675-681
13. Erdemoglu E, Mungan T. Significance of detecting insulin like growth factor binding protein-1 in cervicovaginal secretions: comparison with nitrazine test and amniotic fluid volume assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:622-626
14. Hannah ME, Hodnett ED, Willan A, et al. Prelabor rupture of the membranes at term: expectant management at home or in hospital? The Term PROM Study Group. *Obstet Gynecol.* 2000;96: 533-538
15. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: current approaches to evaluation and management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005;32:411-428
16. Di Renzo GC, Roura LC, for the European Association of Perinatal Medicine-Study Group on Preterm Birth. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor. *J Perinat Med.* 2006
17. Rand L, Soto E, Norwitz ER, et al. The efficacy of antenatal corticosteroids between 32 and 34 weeks in patients with preterm premature rupture of membranes [abstract 343]. Presented at 53-rd Annual Meeting of the Society for Gynecologic Investigation; March 22-25, 2006; Toronto, Ontario, Canada
18. Tutchfield P, Whitaker R, Russell I, et al.; Antenatal Steroids for Term Elective Caesarean Section (ASTECS) Research Team. Antenatal betamethasone and incidence of neonatal respiratory distress after elective caesarean section: pragmatic randomised trial. *BMJ.* 2005;331:645-646
19. Peranteau WH, Wilson RD, Liechty KĚ, et al. Effect of maternal betamethasone administration on prenatal congenital cystic adenomatoid malformation growth and fetal survival. *Fetal Diagn Ther.* 2007;22:365-371
20. Wapner RJ, Sorokin Y, Thom EA, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Units Network. Single versus weekly courses of antenatal corticosteroids: evaluation of safety and efficacy. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:633-642
21. Crowther CA, Haslam RR, Hiller JE, et al.; Australasian Collaborative Trial of Repeat Doses of Steroids (ACTORDS) Study Group. Neonatal respiratory distress syndrome after repeat exposure to antenatal corticosteroids: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2006;367:1913-1919
22. Bonanno C, Fuchs K, Wapner RJ. Single versus repeat courses of antenatal steroids to improve neonatal outcomes: risks and benefits. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62:261-271
23. Mercer BM. Is there a role for tocolytic therapy during conservative management of preterm premature rupture of the membranes? *Clin Obstet Gynecol.* 2007;50:487-496
24. Coombs CA, McCune M, Clark R, Fishman A. Aggressive tocolysis does not prolong pregnancy or reduce neonatal morbidity after preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1723-1728
25. Wolfensberger A, Zimmermann R, von Mandach U. Neonatal mortality and morbidity after aggressive long-term tocolysis for preterm premature rupture of the membranes. *Fetal Diagn Ther.* 2006;21:366-373
26. Schrag S, Gorēitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. ; Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. *MMĚR Recomm Rep.* 2002;51:1-22
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion: number 279, December 2002. Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. *Obstet Gynecol* 2002;100:1405-1412
28. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnoē-Mordi W; for the ORACLE Collaborative Group. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabor rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomized trial. *Lancet.* 2001;357:979-988
29. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of the membranes: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;104:1051-1057
30. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;2:CD001058
31. ACOG practice bulletin. Antepartum fetal surveillance. Number 9, October 1999 (replaces Technical Bulletin Number 188, January 1994). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;68:175-185
32. McElrath TF, Norwitz ER, Lieberman ES, Heffner LJ. Management of cervical cerclage and preterm premature rupture of the membranes: should the stitch be removed? *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183:840-846

33. Harding JE, Pang J, Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes?. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:131-9
34. Ehernberg HM, Mercer BM. Antibiotics and the management of preterm premature rupture of the fetal membranes. *Clin Perinatol.* 2001;28:807-18
35. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol.* 2003;101:178-93
36. Rotschild A, Ling J, Puterman ML, Farquharson D. Neonatal outcome after prolonged preterm rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162:46-52
37. Manuck TA, Eller AG, Esplin MS, Stoddard GJ, Varner MW, Silver RM. Outcomes of expectantly managed preterm premature rupture of membranes occurring before 24 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* 2009 Jul;114(1):29-37
38. Linder N, Ohel G, Gas Keidar D, Tamir, B. Reichman Neonatal sepsis after prolonged premature rupture of membranes. *J Perinatol* 1995
39. H W Kilbride, D W Thibeault Neonatal complications of preterm premature rupture of membranes. *Pathophysiology and management. Clin Perinatol.* 2001 Dec; 28 (4):761-85 11817188
40. Shalini T, G.K Malik Neonatal sepsis: past, present and future; a review article. *Journal of Medical* 2010 July; 5 (2):45-54
41. Egarter C, Leitich H, Karas H, F WIESER Husslein P, Kaider A, et al. Antibiotics treatment in preterm premature rupture of membranes and neonatal morbidity: a metaanalysis. *Am J Obst Gynecol* 1996; 174: 589-97
42. Bromberger P, Lawrence JM, Brown D, Saunders B, Contreras R, Petitti DB. The influence of intra-partum antibiotics on the clinical spectrum of Early-Onset group B streptococcal infection in term infants. *Pediatrics* 2000; 106: 244-50

ETIOLOGY, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THE PREGNANCIES WITH PREMATURE RUPTURE OF THE FETAL MEMBRANES

Alma Nurçe¹, Nader Hajro¹, Enkeleida Kamberi², Alban Bajrami³, Edmond Pistulli¹

¹ Faculty of Nursing, University of Tirana, Albania

² Obstetric-Gynecologic Hospital "Koco Glozheni" Tirana

³ Faculty of Medicine, Tirana, Albania

ABSTRACT:

Premature rupture of membranes is the rupture of the fetal membranes before the onset of labor. In most cases, this occurs near term, but when membrane rupture occurs before 37 weeks' gestation, it is known as preterm premature rupture of membranes. It complicates approximately 3% of pregnancies and leads to one third of preterm births. It increases the risk of prematurity and can lead to significant perinatal morbidity, including respiratory distress syndrome, neonatal sepsis, umbilical cord prolapse, placental abruption and fetal death. Appropriate evaluation and management are important for improving neonatal outcomes. Treatment varies depending on gestational age and includes consideration of delivery when rupture of membranes occurs at or after 34 weeks' gestation. Corticosteroids can reduce many neonatal complications, particularly intraventricular hemorrhage and respiratory distress syndrome, and antibiotics are effective for increasing the latency period.

Key words: premature rupture of membranes, early birth, expectant management of labor, antenatal corticosteroids, antibiotic

STRATEGJITË E PËRBALLIMIT TË STRESIT TEK PËRKUJDESËSIT E PACIENTËVE ME KANCER

Veronika Duci¹

¹Universiteti i Tiranës, Fakulteti i Shkencave Sociale, Departamenti i Politikës dhe Punës Sociale, Shqipëri

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 117-121

REZYME:

Ky artikull ka si qëllim të shqyrtojë disa prej studimeve që janë kryer në fushën e përkujdesjes për pacientët me kancer të staveve të ndryshme. Konkretisht, fokusi në këtë artikull vihet në strategjitë e përballimit të stresit të përdorura nga vetë përkujdesësit. Përkujdesja për pacientët me kancer shoqërohet me një sërë problemesh, si në shëndetin fizik ashtu dhe në atë mendor. Në studime të ndryshme janë identifikuar faktorët që ndërmjetësojnë përkeqësimin apo përmirësimin e simptomave fizike dhe mendore të përkujdesjes. Disa nga këta faktorë janë: mbështetja sociale, vlerësimi i përkujdesjes, moshë, statusi funksional i pacientit, cilësia e perceptuar e jetës etj. Strategjitë e përballimit të stresit janë të rëndësishme dhe ndërmjetësuese për vazhdimin e përkujdesjes, por edhe për cilësinë me të cilën po ofrohet.

Fjalë kyç: përkujdesës, kancer, stresi, strategji përballimi, shëndeti.

HYRJE

Kur individët përballet me një ngjarje traumatike, ata duhet të përdorin një sërë strategjish për të përballuar dhe ndryshuar stresin që po përjetojnë. Një nga modelet më të njohura të përballjes me stresin është ai i Lazarus dhe Folkman, i cili përdoret edhe në fushën e stresit që shkaktohet nga kërcënimi për jetën (Lazarus dhe Folkman, 1984). Lazarus dhe Folkman (1984) kanë përkufizuar përballjen me stresin si një përpjekje për të manaxhuar kërkesat e jashtme ose të brendshme. Kërkesat e jashtme i referohen vetë ngjarjes ndërsa ato të brendshme i referohen reagimit emocional ndaj ngjarjes. Dallimi ka çuar në një diferencim mes përballjes së orientuar ndaj problemit (reagimet drejtohen drejt ngjarjes së jashtme) dhe asaj të orientuar ndaj emocionit (reagimet drejtohen ndaj reagimeve emocionale të individit ose ndaj gjendjeve të brendshme). Ajo çfarë modeli sugjeron është se përballja me stresin është një proces dhe jo një ngjarje e vetme.

Kanceri, siç përkufizohet nga Mages dhe Mendelsohn (1979), përmban rrezikun e një stresi të vazhdueshëm dhe të zgjatur në kohë që rezulton nga zbulimi i sëmundjes, procesin e diagnostikimit, ndërhyrjet kirurgjikale, trajtimi mjekësor, monitorimi pas trajtimit dhe frika e ripërsëritjes. Mënyra se si pacientët me kancer përshtaten me këto ndryshime në jetën e tyre, të shkaktuara nga eksperiencia të vazhdueshme stresuese varet nga mënyrat e përballimit të stresit (Spencer, Carver dhe Price, 1998).

Në studime të tjera (Carver, Scheier dhe Weintraub, 1989; Scheier, Carver dhe Bridges, 1994), strategjitë e përballimit klasifikohen për nga rezultati që kanë në ato me vlerë adaptive apo funksionale; efektiviteti i tyre është vlerësuar në terma të eliminimit të stresorit/distresit dhe ruajtjes së funksionimit social si dhe të sensit të mirëqënies (Zeidner dhe Saklofske, 1996). Kërkimet kanë treguar se përballja e orientuar ndaj problemit është më efektive se sa ajo e orientuar ndaj emocioneve në terma të reagimeve emocionale dhe niveleve të performancës në një situatë stresuese. Përpjekjet e orientuara ndaj problemit janë përpjekje për të bërë diçka më konstruktive rreth kushteve stresuese, të cilat mund të dëmtojnë, kërcënojnë ose sfidojnë një individ, ndërsa strategjitë e përballjes të orientuara ndaj emocioneve përfshijnë përpjekje për të rregulluar pasojat emocionale të ngjarjes stresuese. Taylor (1991) thekson se ndonëse të dyja strategjitë mund të përdoren në të gjitha rastet stresuese, përpjekjet për ta zgjidhur problemin janë veçanërisht të dobishme për të kontrolluar stresorë, ndërsa ato për të rregulluar emocionet përshtaten për të manaxhuar impaktin e stresorëve të pakontrollueshëm.

Gjatë përballjes me ngjarje stresuese, individët mund të bazohen në një shumëllojshmëri burimesh për t'i ndihmuar në procesin e përshtatjes dhe përballjes, duke përfshirë burime financiare, mbështetje sociale, arsimit, inteligjencën dhe predispozitat e personalitetit. Në një kontekst mjekësor burimet financiare dhe aftësitë

e personelit shëndetësor janë shumë të rëndësishme. Megjithatë, nuk mund të lihet pa përmendur rëndësia e burimeve sociale dhe personale. Nga këto dy të fundit, mbështetja sociale (formale dhe joformale) konsiderohet si më shumë e rëndësishme: ndihma e prekshme dhe e paprekshme që merr individi nga familja dhe miqtë, si dhe nga stafi i shëndetësisë në situata stresuese (Gilbar dhe Zusman, 2007).

STRATEGJITË E PËRBALLIMIT TË STRESIT

Carver, Scheier dhe Weintraub (1989) kanë ndarë strategjitë e përballimit të stresit në 15 të ndryshme. Ato paraqiten në tabelën e mëposhtme:

Klasifikimi i strategjive të përballjes (Carver, Scheier dhe Weintraub, 1989)	
Tipi i strategjisë	Shembull
Riinterpretimi pozitiv dhe rritja	Kërkoj për diçka të mirë në atë që po ndodh.
Shkëputje mendore	Merrem me punë ose me aktivitete të tjera për ta hequr mendjen nga gjëra të tjera.
Fokus ose shfryrje e emocioneve	Shqetësohen dhe shfryj emocionet e mia.
Përdorimi i mbështetjes sociale instrumentale	Pyes njerëzit me eksperiencë të ngjashme se çfarë kanë bërë.
Përballja aktive	Bëj veprime shtesë në përpjekje për të zgjidhur problemin.
Kthimi drejt besimit fetar	Kërkoj ndihmë nga zoti.
Mohimi	Refuzoj të besoj se ka ndodhur në të vërtetë.
Shkëputje sjellore	Braktis përpjekjet për të marrë atë që dua.
Kufizimi	Detyroj veten të pres për kohën e duhur për të bërë diçka.
Marrja e mbështetjes sociale emocionale	Flas me dikë për mënyrën se si ndihem.
Pranimi	Mësoj të jetoj me situatën.
Përdorimi i substancave	Përdor alkool ose substance të tjera për të kaluar problemin.
Shtypja e aktiviteteve konkurruese	Nuk merrem me aktivitete të tjera në mënyrë që të merrem me këtë problem.
Planifikimi	Hartoj një strategji për atë që duhet të bëj.
Humori	bëj shaka lidhur me situatën

FAKTORËT INTRAPERSONALË

Stili i përballimit të stresit tek përkujdesësit

Shmangia është lidhur me një përshtatje të varfër psikologjike tek përkujdesësit (Rodrigue dhe Hoffman, 1994). Ata që shmangnin çështje që lidheshin me gjendjen mjekësore të pacientëve ose me trajtimin ose dorëzoheshin me pasivitet në studimin e Rodrigue dhe Hoffman (1994) ishin më të stresuar. Morse dhe Fife (1998) studiuuan partnerët pas marrjes së diagnozës, në relapsin e parë, pas rikthimit dhe kur pacientët/et ishin në një stad të avancuar. Ata gjetën se shmangia (si p.sh. nuk i tregonin të tjerëve se sa keq ndiheshin ose përdorimi i alkoolit apo medikamenteve) lidhej me një përshtatje më të keqe mes partnerëve, ndërsa mohimi (minimizimi i impaktit të sëmundjes në jetën e tyre) lidhej me një përshtatje pozitive. Mënyra e përballimit të stresit nga pacientët lidhej me distresin e përjetuar nga përkujdesësit. Ey dhe kolegët (1998) gjetën se pacientët burra, të cilët përdornin më shumë shmangien kishin nivele më të larta të ankthit dhe depresionit se sa gratë e tyre. Ptacek dhe kolegët (1994) gjetën se burrat raportojnë më pak probleme të shëndetit mendor kur pacientët përdornin më shumë strategjinë e përballimit të orientuar ndaj problemit dhe më pak atë shmangëse (Pitceathly dhe Maguire, 2003)

KËRKIMI I INFORMACIONIT SI STRATEGJI PËR PËRBALLIMIN E STRESIT

Një mënyrë tjetër për të përballuar stresin lidhet me kërkimin e informacionit. Disa individë priren të kenë më pak stres kur ata janë më të informuar ndërsa disa të tjerë e shmangin atë (monitorimi përkundrejt shmangies së informacionit). Në një studim është eksploruar niveli në të cilin korrespondojnë stilet e përballimit informative të stresit në reagimin psikologjik të 98 çifteve të martuara, ku njëri/a ishte pacienti/ja ndërsa tjetri/a përkujdesësi/ja kryesore. U analizuan efektet e korrespondimit dhe e ndikimit të rolit (pacient përkundrejt përkujdesës) si dhe ato të gjinisë. Rezultatet treguan një model të ndryshëm bazuar në gjininë dhe rolin. Për pacientet femra, korrespondimi në stilin e monitorimit të informacionit me partnerin e tyre lidhej me një reagim psikologjik më të mirë, ndërsa për pacientët burra korrespondimi në stilin e shmangies së informacionit lidhej me një reagim më të mirë psikologjik. Modelet e ndryshme që u morën për nga gjinia dhe roli treguan se roli dhe mungesa e kërkimit të informacionit ishin faktorët kryesorë që ndikonin sjelljen (Barnoy, Bar - Tal dhe Zisser, 2006).

Përkujdesja për individë me sëmundjen e Alzheimer – it mund të konsiderohet si një ngjarje stresuese dhe të kërkojë për strategji adaptimi. Janë studiuar shumë variabla, të cilat janë parë si ndërmjetësuese të ankthit dhe depresionit tek përkujdesësit. Edhe strategjitë e përballimit të stresit janë një nga këto variabla, megjithatë marrëdhënia me barrën e përkujdesjes dhe ankthit dhe depresionin është ende e paqartë. Në këtë studim u vërtetua hipoteza, sipas së cilës përkujdesësit me ankth dhe depresion klinikisht të rëndësishëm kishin më shumë mundësi të përdornin strategji shkëputjeje se sa ata jo – ankthiozë dhe jo – depresivë.

Nga ana tjetër, përkujdesësit, të cilët përdornin strategji përballimi që përfshinin angazhimin raportin nivele ankthi dhe depresioni më të ulëta. Për më tepër, këto rezultate tregojnë se marrëdhënia mes strategjive shkëputjeje të përballimit dhe ankthit/depresionit ishte e fortë, pavarësisht nga karakteristikat demografike dhe klinike si tek pacienti ashtu dhe tek përkujdesësi. Për rrjedhojë, përballimi me stresin është një parashikues i rëndësishëm i distresit të përjetuar nga përkujdesësi (Alberca e të tjerë).

STRATEGJITË E PËRBALLIMIT TË STRESIT DHE CILËSIA E JETËS

Përballja me kancerin e gjirit në një fazë të avancuar është një sfidë si për vetë gratë ashtu dhe për përkujdesësit familjarë. Të rëndësishme në këtë proces janë strategjitë e përballimit të stresit të pacientes dhe të përkujdesësit. Në studimin Kershaw dhe kolegëve (2004) është eksploruar marrëdhënia mes strategjive të përballimit të stresit dhe cilësisë së jetës në diadën paciente – përkujdesës. Analiza e profilit ka treguar se pacientët raportonin një përdorim më të madh të mbështetjes emocionale, mbështetjes në besimin fetar, rimendimit pozitiv, shpërqendrimit, ajrosjes dhe humorit ndërsa përkujdesësit raportonin një përdorim të madh të strategjisë së alkoolit/substancave. Analiza e regresionit tregoi se si tek pacientet ashtu dhe tek familjarët e tyre përballja aktive lidhej me një cilësi jetese më të lartë se sa shmangia. Për më tepër, niveli i distresit ndërmjetësonte lidhjen mes përballjes dhe cilësisë së jetës. Marrëdhënia negative strategjive shmangëse të përballjes dhe shëndetit mendor ishte më e fortë në rastet kur pacientët kishin nivele të ulëta të distresit dhe më e dobët kur pacientet kishin nivele të larta të distresit (Kershaw e të tjerë, 2004)

Në një studim tjetër u eksploruan eksperiencat emocionale dhe strategjitë e përballimit të stresit të përkujdesësve, kur ata kalonin nga diagnoza e një familjari me kancer terminal në fazën e përkujdesjes dhe pas humbjes së tij/saj. Disa gjetje mbështetën literaturën aktuale, sipas së cilës përkujdesja ka një impakt shumë të madh, por gjetje të tjera përballen me konceptin e “barrës”, duke zbuluar se emocione të forta pozitive përjetoreshin nga ata përkujdesës, të cilët e perceptonin përkujdesjen si një mundësi për të shprehur dashurinë e tyre. Pas humbjes u raportua përjetimi i emocionit të zisë në nivele të larta. Kishte një mungesë totale të mbështetjes emocionale nga profesionistët e shëndetësisë, veçanërisht në fazën e humbjes kur ishte shumë e nevojshme (Parker dhe Maddocks, 2001).

Sipas Teschendorf dhe kolegëve (2007) ka dy forma primare të përballjes. Një metodë është ajo e reflektimit personal për mendime specifike në lidhje me eksperiencën e përkujdesjes dhe vlerës apo kuptimit që ka. E dyta, lidhej me përdorimin e mekanizmave vetërregulluese për të shtypur ndjenja të padëshirueshme dhe për të nxjerrë më shumë mesazhe pozitive gjatë kryerjes së rolit. Duke përdorur metodën e parë të përballjes, reflektimin dhe procesimin e brendshëm, përkujdesësit vazhdonin të ishin optimist dhe përpiqeshin të transmetonin këtë shpresë tek pacientët/et. Flisnin për rëndësinë e të qenit pozitiv dhe besimin se ata mund të mbanin përgjegjësinë që iu ishte dhënë. Nga ana tjetër, ata ndiheshin të deprivuar, një koncept që lidhej me burimet e kufizuara, kishin mungesë mbështetjeje dhe më pak kohë për veten e tyre dhe humbje të kënaqësisë. Ata e dinin se dëgjoreshin si “egoist”, por këto ndjenja i kompensonin me dhembshuri, shpresë, durim dhe sensin e përgjegjësisë.

Disa funksione të rëndësishme në jetën e tyre anulloheshin për të ofruar më mirë përkujdesjen; për rrjedhojë, përjetonin humbje të gëzimit dhe liri të kufizuar. Marrëdhëniet familjare të tensionuara çonin në zemërim, frustracion dhe probleme në komunikim. Kërkesat për vëmendje nga pacientët ndonjëherë i linin përkujdesësit me probleme të pazgjidhura në familjen e tyre. Kombinimi i marrëdhënieve konfliktuale në familje, kërkesave të përkujdesjes dhe ndjenja e mungesës së forcës çonin në një besim të ulët dhe mjerim për përkujdesësin, në situata që interpretoreshin si vuajtje. Individët që diskutonin konfliktin, frustracionin dhe vuajtjen përdornin më shumë një metodë dialogu të brendshëm,

ose të mendimeve për të bindur veten se po bënin një gjë të mirë. I thonin vetes së tyre që të jenë të durueshëm, të përgjegjshëm dhe tolerantë ndaj paqëndrueshmërive të të tjerëve. Dialogu i brendshëm shërbente si një metodë për të zbutur emocionet negative dhe për të përforcuar vendosmërinë për sukses.

Metoda e dytë e përballjes me stresin përfshinte përdorimin e vetërregullimit për të kryer rolin. Përkujdesësit ishin të dhembshur dhe mbrojtës; shumë prej tyre rezistonin tundimin për të vendosur nevojat e tyre para atyre të pacientëve. Kontrollonin ndjenjat e tyre kur kryenin detyra të vështira si ndërrimet e rrobave. Me kalimin e kohës, u rrit besimi në detyrën e përkujdesësit, i cili përforcoi bindjen se po bënin një punë të mirë.

Përkujdesësit gjetën mënyra të reja për të mbrojtur veten nga ana emocionale për rolin që kishin ndërmarrë. Mendonin se ishte thelbësore të kontrollonin veten e tyre në mnyrë që të vazhdonin dhe të fshehnin ankthin e tyre. Disa përkujdesës merrnin pak ndihmë për detyrat e vështira. Aspekte specifike të rolit ishin mjaft jo - tërheqëse duke ei detyruar ata të gjejnë metoda inovative për të përmbushur detyrën e tyre ndërsa e fshehnin reagimin e tyre personal nga pacienti/ja. Mbanin një "maskë", shtirreshin së ishte e lehtë një detyrë ndonëse ishte e vështirë (Teschendorf e të tjerë, 2007).

PËRFUNDIME

Stresi është një përjetim i pakëndshëm që lind të momentin që individët përballen me një situatë të panjohur. Çdo individ përdor strategji të veçanta për të përballuar stresin e tij dhe për të vazhduar mirëfunksionimin në jetën e pëditshme. Disa nga këto strategji mund të lidhen drejtpërdrejtë me zgjidhjen e problemit - stressor, ndërsa disa të tjera me shikëputjen, largimin apo mohimin e problemit. Në të shumtën e rasteve, individët kërkojnë më shumë informacion për situatën në të cilën gjenden, në mënyrë që të zbusin tensionin psikologjik.

Përkujdesësit e pacientëve me kancer ndërmarrin një rol shumë të ri për ata: atë të përkujdesësit. Në shumë raste ata detyrohen nga rrethanat, normat, detyrimet etj. që ta marrin përsipër këtë detyrë. Për këtë arsye, por edhe për shkak të natyrës së sëmundjes së kancerit, shumë përkujdesës përballen me një sasi të konsiderueshme stresi në jetën e tyre, e cila buron si nga "barra" e përkujdesjes, ashtu dhe nga problemet e tjera që rrjedhin nga ajo. Strategjitë e përballimit të stresit i shërbejnë përkujdesësve për të rregulluar dhe zbutur gjendjen e

tyre emocionale si dhe për të qenë më efektiv në detyrën që kryejnë (Teschendorf e të tjerë, 2007).

REFERENCAT

1. Alberca HMG, Cruz B, Lara JP, Garrido V, Gris E, Lara A, Castilla C. Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. Results from the MÁLAGA-AD study, *Journal of Affective Disorders*, Article in press
2. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personal Social Psychology* 1989;56:267-288.
3. Ey S, Compas B, Epping-Jordan J, Worsham N. Stress responses and psychological adjustment in patients with cancer and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1998; 16, 59-77.
4. Gilar O dhe Zusman A. The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 2007; 16: 1010-1018
5. Grbich C, Parker D, Maddocks I. The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. *Journal of Palliative Care*. 2001; 17(1):30-6.
6. Kershaw T, Northouse L, Kritpracha Ch, Schafenacker A & Mood D. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers, *Psychology & Health*, 2004; 19, 2, 139-155
7. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer: New York: 1984.
8. Mages N, Mendelsohn C. Effects of cancer on patients' lives: a psychological approach. Në Hund A, Slone G, Cohen F (eds), *Health Psychology*. Jossey-Bass: San Francisco, 1979; 255-284.
9. Morse S, Fife B. Coping with a partner's cancer: adjustment at four stages of the illness trajectory. *Journal of Cancer*, 2003; 1517-152
10. Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1994; 12, 47-72.
11. Ptaceck J, Ptaceck J, Dodge K. Coping with breast Oncology Nursing Forum 1998, 25, 751-760.
12. Rodrigue J, Hoffman III R. Caregivers of adults with cancer: multidimensional correlates of psychological

- distress. *Journal of Clinical Psychology* 1994, 1, 231-244.
13. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism, trait anxiety, self-mastery, and self-esteem: a reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personal Social Psychology* 1994; 67:1063-1078.
 14. Sivia Barnoy, Yoram Bar-Tal, Bracha Zisser, Correspondence in informational coping styles: How important is it for cancer patients and their spouses?, *Personality and Individual Differences*, 2006; 105-115
 15. Spencer SM, Carver CS, Price AA. Psychological and social factors in adaptation. In Holland J (ed.), *Psycho-Oncology*. Oxford University Press: New York, 1998; 211-222.
 16. Taylor SE. *Health Psychology*. Random House: New York, 1991
 17. Teschendorf B, Schwartz C, Estwing Ferrans C, O'Mara A, Novotny P, dhe Sloan. *Caregiver Role Stress: When Families Become Providers*, *Cancer Control*, 2007, Vol. 14, No. 2
 18. Zeidner M, Saklofske D. Adaptive and maladaptive coping. In Zeidner M, Endler NS (eds), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Wiley: New York, 1996; 505-531.

STRESS COPING STRATEGIES IN CANCER CAREGIVERS

Veronika Duci¹,

¹ Lecturer at the University of Tirana, Faculty of Social Sciences, Department of Social Policy and Social Work, Albania

SUMMARY

This article aims to explore some of the studies conducted in the field of caregiving for patients with cancer in different stages. Specifically, the focus in this article is on the stress coping strategies used by caregivers. Caring for cancer patients is associated with a range of problems, such as physical and mental health. Various studies report the intermediate factors that mediate the worsening or improving of symptoms of physical and mental health in caregivers. Some of these factors are: social support, appraisal of care, age, patient's functional status, perceived quality of life etc. Strategies for coping with stress are important mediators for continuing care, but also for the quality of which they are offered.

Key words: caregiver, cancer, stress, coping strategies, health.

ÇRREGULLIMET E SISTEMIT KARDIOVASKULAR SI PASOJË E CIANOZËS KRONIKE TE FËMIJËT ME KEQFORMIME CIANOTIKE TË LINDURA TË ZEMRËS

Nijazi Gashi ¹, R. Bejiqi ², V. Kotori ¹, R. Retkoceri ², H. Bejiqi ³, A. Retkoceri ³

¹Shërbimi i Endokrinologjisë, Klinika e Pediatriës, QKUK Prishtinë, Kosovë

²Shërbimi i Kardiologjisë, Klinika e Pediatriës, QKUK Prishtinë, Kosovë

³Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare, Prishtinë, Kosovë

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 122-130

ABSTRAKTI

Te fëmijët me keqformime cianotike të lindura të zemrës hipoksemia kronike çon deri te ndryshimet në strukturën dhe funksionin e enëve të gjakut. Disa prej këtyre ndryshimeve janë progresive dhe e ndërlikojnë funksionin e sistemit kardiovaskular, duke e rritur mundësinë e lajmërimit të trombozave dhe embolive. Hulumtimet e fundit tregojnë se çrregullimi i funksionit të endotelit, si pasojë e cianozës kronike, është faktor i rëndësishëm në patogenezën e rrezikut kardiovaskular, të shoqëruar me cianozë kronike. Hipoksemia e rëndë dhe rritja e përqendrimit të hemoglobinës në hapsirën intravaskulare të cianoza kronike, kontribuojnë në çrregullimin e funksionit të sistemit vaskular. Njëkohësisht, eritrocitoza kompenzuese ndikon në rritjen e viskozitetit të gjakut, i cili ndikon në enët e gjakut me ndryshimin e hemodinamikës, të strukturës dhe funksionit të vaskulaturës. Si pasojë e këtyre ndryshimeve redukohet perfuzioni i indeve dhe furnizimi i tyre me oksigjen. Si pasojë përfundimtare, këto ndryshime kanë zvoglimin e funksionit të sistemit kardiovaskular dhe janë faktor i rëndësishëm i morbiditetit dhe mortalitetit siç janë infarkti dhe tromboembolia pulmonare.

Qëlimi i punimit është të diskutohet mbi efektet dhe ndryshimet përcjellëse në sistemin kardiovaskular, të shkaktuara nga cianoza qendrore, me fokus të posaqëm në implikimin dhe ndryshimet në endotel të fëmijët me sëmundje të lindura të zemrës, të përcjellura me cianozë qendrore. Poshtu do të diskutohet për pasojat patofiziologjike dhe mekanike të eritrocitozës kompenzatore dhe mekanizmave të mundshëm të disfunkcionit vaskular të fëmijët me cianozë qendrore.

Fjalë kyç: Cianoza qendrore, hipoksia kronike, keqformimet e lindura të zemrës, Syndroma e hiperviskozitetit, Syndroma Eisenmenger

HYRJE

Hipoksemia e rëndë dhe rritja e përqendrimit të hemoglobinës në hapsirën intravaskulare të cianoza kronike, kontribuojnë në çrregullimin e funksionit të sistemit vaskular. Njëkohësisht, eritrocitoza kompenzuese ndikon në rritjen e viskozitetit të gjakut, i cili ndikon në enët e gjakut me ndryshimin e hemodinamikës, të strukturës dhe funksionit të vaskulaturës. Si pasojë e këtyre ndryshimeve redukohet perfuzioni i indeve dhe furnizimi i tyre me oksigjen. Si pasojë përfundimtare, këto ndryshime kanë zvoglimin e funksionit të sistemit kardiovaskular dhe janë faktor i rëndësishëm i morbiditetit dhe mortalitetit siç janë infarkti dhe tromboembolia pulmonare.

Cianoza pjesërisht e përfshinë endotelin vaskular, i cili ka funksion më shumë se një mbështjellës dhe barrierë e thjeshtë ndërmjet gjakut dhe indeve. Hulumtimet e fundit tregojnë se endoteli është strukturë komplekse e cila merr pjesë në rregullimin e tonusit vaskular si dhe në rregullimin e angiogenezës dhe hemostazës. Oksidi nitrik, i prodhuar nga endoteli, luan rol kryesor në rregullimin e tonusit të muskulaturës së lëmuar në muret e enëve të gjakut dhe, në këtë mënyrë, edhe në rregullimin e garkullimit të gjakut. Disfunkcioni i endotelit është faktori kryesor në patogenezën e shumë sëmundjeve ku disa prej tyre si ateroskleroza, hipertensioni dhe pamjaftueshmëria e zemrës tani janë mirë të hulumtuara dhe të definuara. Hulumtimet e fundit tregojnë se endoteli mund të përjetojë ndryshime të sëmundjet e ndryshme të lindura të zemrës, posaqërisht te ato të përcjellura me cianozë.

MANIFESTIMI KLINIK I SËMUNDJEVE VASKULARE TE KEQFORMIMET E LINDURA TË ZEMRËS, TË PËRCJELLURA ME CIANOZË QENDRORE

Ekziston një numër i madh i shkrimeve ku prezantohet bashkveprimi ndërmjet disfunktionit të endotelit dhe rritjes së incidencës së çrregullimeve vaskulare të rriturit si dhe në përkeqësimin e morbiditetit dhe mortalitetit të pacientët me pamjaftueshmëri kronike të zemrës. E njëjta ka ngjajshmëri edhe te adoleshentët me keqformime të lindura të zemrës, të përcjellura me cianoze qendrore, ku cianoza si shenjë klinike, funksionalisht është më së shpeshti e përfshirë në këtë grup të sëmundjeve. Studimet multicentrike tregojnë se mbi 14 % e pacientëve me keqformime cianotike të lindura të zemrës kanë pasur insulte cerebrovaskulare dhe se kjo fundamentalisht prekë dhe e ndryshon kualitetin e jetës (1). Për më tepër, hulumtimet radiologjike tregojnë se 1/3 e pacienteve me Sindromën Eisenmenger kanë pasur trombozë mesatare ose masive në pjesën proksimale të arteries pulmonare, krahasur me zero incidencën e trombozës të pacientët me hipertension primar pulmonar. Në anën tjetër, të njëjtat hulumtime tregojnë se incidenca e trombozës pulmonare nuk është në korelim me shkallën e përkeqësimit të hipoksemisë. Kjo mund të sqarohet me faktet se funksioni i endotelit të ndryshuar ka një rëndësi të posaçme në fillimin dhe provokimin e këtyre ndryshimeve vaskulare përkundër çrregullimeve komplekse në sistemin e hemostazës, me tendencë të zhvillimit të hemorragjisë të keqformimet e lindura të zemrës, të përcjellura me cianoze qendrore.

The Euro Heart Survey ka treguar se keqformimet e lindura të zemrës me cianoze kanë mortalitet 5 vjeçar 12.5 % dhe është shkaku më i lartë i vdekshmërisë të të rriturit me keqformime të lindura të zemrës. Te të rriturit me sindromën Eisenmenger, te më shumë se gjysma e tyre shkaktar i vdekjes është vdekja e papritur kurse në autopsi gjetja dhe shkaktari më i shpeshtë i është raptura masive e ndonjë arterie, më së shpeshti arteries pulmonare. Ende nuk janë të qartë mekanizmat por dihet se ndryshimet e endotelit janë shkaktar i zgjerimeve aneurizmale dhe rapturave të arterieve (1,2).

ÇRREGULLIMET VASKULARE SI PASOJË E ERITROCITIZËS DHE HIPERVISKOZITETIT

Eritropoeza dhe eritrocitoza, si pasojë e cianozës kronike, ndikojnë në rritjen e viskozitetit dhe shkaktojnë çrregullime reologjike të gjakut, ndikojnë në funksionin e endotelit dhe shkaktojnë çrregullime në funksionin e

sistemit vaskular, me tendencë të zhvillimit të trombozës dhe tromboembolive masive.

Viskoziteti definohet si rezistenca e lëngjeve gjatë qarkullimit dhe varet prej vetive të lëngut dhe diametrit të enës së gjakut në të cilën zhvillohet qarkullimi. Hematokriti është determinanta kryesore e viskozitetit të gjakut dhe në enët e mëdha të gjakut ekziston realcioni linear ndërmjet viskozitetit të gjakut dhe hematokritit. Te cianoza kronike eritrocitoza kompensatore është shkaktari kryesor në ngritjen e viskozitetit të gjakut kurse pasojat e hiperviskozitetit varen prej shpejtësisë së qarkullimit dhe diametrit të enëve të gjakut në të cilin qarkullimi zhvillohet. Kur shpejtësia e gjakut është e vogël, si p.sh. në qarkullimin venoz, viskoziteti rritet eksponencialisht me mundësi të zhvillimit të agregimit të eritrociteve dhe formimit të formacioneve trombotike. Në anën tjetër, kur shpejtësia e gjakut është e madhe si në qarkullimin arterial viskoziteti mbetet konstant. Përndryshe, vetitë e viskozitetit në mikroqarkullim dallojnë shumë nga qarkullimi në enët e mëdha të gjakut ku viskoziteti manifeston rënie progresive i njohur si efekti i Fahraeus-Lindqvist-it (2,3).

VISKOZITETI I GJAKUT ZVOGËLOHET NË MIKROQARKULLIM

Me 1929 *Fahraeus* e përshkroi fenomenin e zvoglimit të viskozitetit në mikroqarkullim: “Sqarimi i këtyre rezultateve eksperimentale pa dyshim qendron në faktin se gjaku, duke qarkulluar në gypa të ngushtë, ka më shumë plazmë dhe më pak elemente qelizore sesa kur gjaku qarkullon në gypa të gjërë. Në studimet e veta *Lipowski* gjithashtu e ka vërtetuar rënien e njëtrajtshme të hematokritit në qarkullimin periferik. Si pasojë, viskoziteti i gjakut zvogëlohet në enët e vogla të gjakut deri në diametrin mesatar të kapilarëve prej 10 µm. Këto veti biomekanike të gjakut janë të rëndësishme për jetën normale sepse në një pjesë të enëve të gjakut ka më shumë eritrocite me qëllim të furnizimit të indeve me shumë oksigjen kurse në pjesën kapilare gjaku ka më pak hemoglobinë dhe është më i pasur me plazmë. Kjo mundëson “pastrimin e plazmës” prej elementeve qelizore duke eliminuar në mënyrë selektive eritrocitet prej qarkullimit në enët e vogla të gjakut (4).

Në periferi, me zvogëlimin progresiv të diametrit të enëve të gjakut, eritrocitet marrin pozicion rreshtimi në kapilare, varësisht prej diametrit të kapilarëve. Qarkullimi në rresht në njërin anë zhvillohet me hematokrit të zvogëluar kurse në anën tjetër kontakti dhe

fërkimi ndërmjet qelizave është i vogël dhe pothuajse i pa rëndësishëm. Në këtë mënyrë mund të sqarohet se si në periferi viskoziteti më shumë është i varur prej mediumit suspendues - plazmës sesa prej elementeve të formuara - hematokritit. Studimet *in vivo* kanë treguar se me zvoglimin e diametrit të kapilarëve nën 2.7 µm vjen deri te deformimi dhe ripozicionimi i formës së eritrociteve dhe ata me vështirësi arrijnë në pjesën venoze të kapilarëve (5,6).

Ndryshimet e komplikuar në qarkullimin e gjakut në nivelet e ndryshme të shtratit vazal rezultojnë me dallime të rëndësishme në shkallën e fërkimit dhe stresit në mure të enëve të gjakut. Dhe përfundimisht, ndikimi i eritrocitozës është i ndryshëm në enët e mëdha të gjakut në krahasim me ndikimin në mikroqarkullim. Kjo është pasojë e eksponimit dhe veprimit kronik të stresit në mure të enëve të gjakut të eritrocitoza kompensatore, e cila lajmërohet te cianoza dhe hipoksia kronike, ku enët e mëdha të gjakut janë shumë më të eksponuara ndaj stresit se sa mikroqarkullimi, edhe pse kjo pjesë ende nuk është mirë e hulumtuar.

NDIKIMI I MUNGESËS SË HEKURIT NË ERTROCITE DHE MURE TË ENËVE TË GJAKUT ËSHTË KUNDRËSHTUES

Në mungesën e hekurit rriten ndryshimet dhe deformimet e eritrociteve, një dukuri e shpeshtë të cianoza kronike dhe eritrocitoza kompensatore, pjesërisht edhe te venepunksioni terapeutik. Më tepër se katër dekada janë zhvilluar debate të ndryshme, shpeshherë kontraverze lidhur me viskozitetin e gjakut dhe morfologjinë e eritrociteve, si pasojë e mungesës së hekurit. Linderkamp me bashkpunëtorë i ka analizuar fëmijët me cianoze dhe ka ardhë deri në përfundim se zvoglimi minimal i vëllimit mesatar të eritrociteve në shkallë sinjifikante ndikon në rritjen e deformabilitetit të eritrociteve, e rritë shkallën e agregimit dhe e rritë viskozitetin e gjakut. Poashtu, ai ka treguar se vëllimi mesatar i eritrociteve ose sasia mesatare e hemoglobinës është e shoqëruar me ngritje eksponenciale të viskozitetit të gjakut. Një purputhshmëri e mundur, e paraqitur në studim ndërmjet masës së eritrociteve dhe viskozitetit, është se para studimit është bërë korrigjimi i gjakut në vlera fikse të hematokritit ose hulumtimet janë bërë me gjak të ambalazhuar para hulumtimit të viskozitetit. Disa autorë tjerë në studimet e veta nuk kanë gjetur korrelim të rëndësishëm ndërmejt vëllimit mesatar të eritrociteve, sasisë mesatare të hemoglobinës dhe viskozitetit të gjakut.

Studimet e fundit të kryera nga Broberg me bashkpunëtorë, kanë shprehur dyshim në këtë teori, ku mungesa e hekurit ndikon në ngritjen e viskozitetit të gjakut, në kuadër të teorisë të eritrocitozës. Ata i kanë krahasuar 14 pacientë me mungesë të hekurit dhe me sëmundje cianotike të lindur të zemrës, me moshë mbi 16 vjeç, me 25 pacientë tjerë me sëmundje cianotike të zemrës dhe pa mungesë të hekurit. Të dy grupet e pacientëve kanë sindromën Eisenmenger. Pacientët me mungesë të hekurit kanë vlera më të ulta të hemoglobinës, kanë kapacitet më të ulët rezidual për oksigjen, e kanë vëllimin mesatar më të ulët kurse numri i eritrociteve është më i lartë. Vlerat e hematokritit në të dy grupet janë të njëjta. Viskoziteti i gjakut është matur me viskozimetër rotacional dhe teknikë të standardizuar. Pastaj, hematokriti është rregulluar në vlera 45 % me dhënien e plazmës autologe dhe prap është vlerësuar viskoziteti. Nuk është regjistruar dallim në viskozitetin e gjakut. Viskoziteti i plazmës poashtu është i njëjtë në të dy grupet (6,7). Kontraverza më e madhe e këtij studimi është shoqërimi i mungesës së hekurit me rritje të rrezikut për sëmundje kardiovaskulare te pacientë me keqformime cianotike të lindura të zemrës. Njëkohësisht është treguar se mungesa e hekurit e zvogëlon deformitetin e eritrociteve, e rrit viskozitetin dhe rrezikun për zhvillimin e trombozës dhe insulteve cerebrovaskulare. Poashtu, sipas publikimeve të fundit, mungesa e hekurit dhe rritja e viskozitetit të gjakut janë pjesërisht kontradiktore pasi që mungesa e hekurit është e shoqëruar me insulte edhe te fëmijët e shëndoshë. Kështu, mekanizmat e rritjes së rrezikut për insulte cerebrovaskulare te pacientët me mungesë të hekurit dhe me sëmundje të lindura të zemrës, të përcjellura me cianoze, mbasin të panjohura. Megjithatë, ndoshta mungesa e hekurit ka pasoja negative te keqformimet cianotike kongjenitale të zemrës. Kompensimi i hekurit me qëllim të parandalimit të insulteve iskemike nuk është vërtetuar, por kompensimi i kujdesshëm mund të arsyetohet te pacientët me mungesë të hekurit (8).

EFEKTI I ERTROCITOZËS NË FUNKSIONIN E ENDOTELIT

Shumë kohë më herët është vërtetuar se rritja e qarkullimit të gjakut e rrit diametrin e enëve të gjakut, fenomen i njohur si dilatim i provokuar me qarkullim. Hulumtimet teorike kanë treguar se faktori kryesor në këtë proces është viskoziteti i gjakut por i cili negativisht vepron në muret e enëve të gjakut, posaqërisht në endotel.

NGRITJA E PËRNJËHERSHME E STRESIT SHPIE DERI TË VAZODILATIMI

Me 1993 *Koller* dhe bashkpunëtorët kanë treguar se muskuli kremaseter dilatohet si përgjigje në rritjen e stresit vetëm nëse endoteli është intakt. Punimet e kujdeshme të *Tsai-t* dhe bashkpunëtorëve kanë treguar se qarkullimi në arteriole dhe venula rritet më shumë nëse bëhet transfuzioni i lëngjeve me viskozitet të lartë sesa atyre me viskozitet të ulët, duke sugjeruar se dallimi në stresin e mureve, me ngritjen e viskozitetit, shpie deri te vazodilatimi dhe rritja e perfuzionit të indeve. Më vonë kjo teori është vërtetuar në shumë studime. Sot është plotësisht e qartë se stresi i mureve në enët e gjakut është një trigger i rëndësishëm në rritjen e sintezës dhe në vlerat e oksidit nitrik të endotelit, kurse niveli i sintezës të acidit nitrik shpie deri te vazodilatimi dhe është i varur nga gjendja e endotelit në arterie (9).

EFEKTI I OKSIDIT NITRIK NË RELAKSIMIN VASKULAR, I SHOQËRUAR ME NDRYSHIMET E STRESIT TË MUREVE TË ENËVE TË GJAKUT

De Wit me bashkpunëtorë kanë vërtetuar se dilatimi i sistemit arterial mund të ndalohej me dhënien e L-N G monomethyl-argininës, një inhibitor i oksidit nitrik, i cili sintetizohet në endotel. Ngritja akute e viskozitetit të gjakut mund të ndikojë në rritjen e liritimit akut të oksidit nitrik, rritjen e vazodilatimit dhe perfuzionit kurse ngritja kronike, e cila shihet te eritrocitoza kompensatore, ka efekt shumë më kompleks si rimodelimi i vaskulaturës, me rritjen e diametrit të enëve të gjakut, me qëllim të normalizimit të stresit në muret e tyre. Elementi tjetër i rëndësishëm të rritja e hematokritit është mundësia që hemoglobina e lirë dhe brendaqelizore ndikon në pastrimin e oksidit nitrik. Pra, është e mundur që te eritrocitoza sekondare, stresi në muret e enëve të gjakut dhe rezistenca vaskulare janë të rritura si pasojë e inaktivizimit të oksidit nitrik, me prejardhje prej endotelit dhe i cili inaktivizohet prej një faktori të varur prej hemoglobinës.

HEMATOKRITI NDIKON NË FUNKSIONIN E ENËVE TË GJAKUT PËRMES PASTRIMIT TË OKSIDIT NITRIK

Një numër i konsiderueshëm i shkencëtarëve ka bërë hulumtime në drejtim të efektit të hematokritit në vazodilatimin e varur prej endotelit dhe kanë ardhur deri te përfundimi se te personat e shëndoshë, vazodilatimi i ndërmjetësuar prej qarkullimit, është në korelim të

anasjelltë me përqëndrimin e hemoglobinës, pavarësisht prej qarkullimit dhe diametrit të enëve të gjakut. Dilatimi i ndërmjetësuar prej qarkullimit është dy herë më i lartë te personat me vlera të hemoglobinës nën 14 g/dl sesa te personat me hemoglobinë të lartë. Po e njëta nuk ndodh te të sëmurët me diabet melit tip 2, të shoqëruar me disfunkcion të membranës bazale të endotelit. Zbulimet tjera te pacientët me anemi kronike sugjerojnë se, rritja e liritimit bazal të oksidit nitrik kontribuon në zvoglimin e rezistencës vaskulare sistemike. Është vërtetuar se aktiviteti vazodilatativ i acetil-kolinës është në korrelim me nivelin e hemoglobinës në qarkullim. Reagimi i rrjetit vaskular ndaj acetil-kolinës është i varur prej oksidit nitrik të endotelit. Është treguar se efekti i tij është dukshëm më i vogël te pacientët me policitemi dhe hipoksi në krahasim me pacientët me normocitemi dhe hipoksemi. Disa autorë (*Sutton et al, Rosenthal et al*) kanë treguar se pacientët me keqformime cianotike kongjenitale të zemrës dhe eritrocitozë të rëndë, ku hematokriti është më i lartë së 66 -73 %, eritrocitet izovolemike ndikojnë në zvoglimin e rezistencës së përgjithshme periferike dhe ngritjen e cardiac output-it, ngritjen e vëllimit goditës, rritjen e qarkullimit sistematik dhe furnizimit me oksigjen (7,8,9).

Studimet e mëhershme poashtu kanë treguar rritjen e cardiac output-it gjatë ngarkesës fizike. Këto hulumtime sugjerojnë se hematokriti i lartë në cianoze ka efekt negativ në enët e gjakut duke shkaktuar vazokonstriksion, duke e përkrahur teorinë e pastrimit të oksidit nitrik me rritjen e hemoglobinës. Ndonëse duket logjike se eritrocitoza e rritur rezulton me përmirësimin e liritimit të oksigjenit dhe stresit në muret e enëve të gjakut dhe përmirësimin e perfuzionit, nga një këndvështrim tjetër duket se ky mekanizëm kompensator mund të shkaktojë pengesa në qarkullim.

Aftësia e hemoglobinës në inhibimin e efektit relaksues të faktorit të liruar nga endoteli, deri tash i panjohur, tregon se bëhet fjalë për oksidin nitrik. Një kohë të gjatë në literaturë është debatuar roli i hemoglobinës në eliminimin e oksidit nitrik dhe mekanizmave të tij fiziologjike. Rruga kryesore në inaktivizimin e oksidit nitrik në sistemin vaskular është rruga e oksidimit; oksidi nitrik reagon me hemoglobinën e oksigjenuar dhe e jep methemoglobinën. Kinetika e këtij reaksioni *in vitro*, duke përdorur hemoglobinën e lirë, është shumë e shpejtë dhe oksidi nitrik nuk ka kohë të shfaqë ndonjë efekt të rëndësishëm në muskulaturën e lëmuar të enëve të gjakut. Kjo duket nga një aspekt se hemoglobina e

inkapsuluar në eritrocite është stabilizator i oksidit nitrik i cili gjendet në qarkullim. Oksidi nitrik mund të deponohet në eritrocite, të transferohet dhe të lirohet në hapsira të cilat janë më pak të oksigjenuara. Materiet të cilat e bëjnë deponimin e hemoglobinës përfshijnë nitritet dhe S-nitroso-hemoglobinën. Kjo lëmi është fushë e hulumtimeve aktive dhe kontroverzave të mëdha ndërmjet shkencëtarëve (6,11,12).

KEQFORMIMET CIANOTIKE TË LINDURA TË ZEMRËS DHE FUNKSIONI I ENDOTELIT

Disfunksioni i endotelit sqarohet me dëmtimin e vazodilatimit të varur prej endotelit, si pasojë e humbjes së bioaktivitetit të oksidit nitrik. Është vërtetuar se disfunksioni i endotelit është tregues i mirë i prognozës së keqe të pacientët me pamjaftueshmëri të zemrës, por roli i tij është ende i panjohur te keqformimet cianotike të lindura të zemrës. Gjatë ngarkesës fizike rritet qarkullimi i gjakut në muskulaturën punuese për t'i përbushur kërkesat metabolike. Vazodilatimi i varur prej endotelit e luan rolin kyq në shpërndarjen e gjakut gjatë aktivitetit fizik. Mendohet se rritja e acidozës dhe gradientit të oksigjenit arteriovenoz në muskulaturën punuese, të pacientët me pamjaftueshmëri kronike të zemrës është pasojë e zvoglimit të qarkullimit të gjakut, si pasojë e disfunksionit të endotelit. Oechlin me bashkpunëtorë e kanë përcjellë funksionin e endotelit te 11 pacientë me keqformime cianotike të lindura të zemrës dhe reagimin në acetyl-kolinë, nitropruside dhe L-N monomethyl-argininë. Megjithatë, shkalla e hipoksemisë e krahasuar me shkallen e disfunksionit të endotelit reflekton zvoglimin e bioaktivitetit bazal të oksidit nitrik, përmes zvoglimit të sintezës së oksidit nitrik nga endoteli, përkundër ekzistimit të stresit kronik në mure të gjakut ose shpeznimit të tij. Zvoglimi i sintezës të oksidit nitrik nga endoteli është vërtetuar edhe nga miokardi dhe endoteli i aortës të pacientët me sëmundje cianotike të lindur të zemrës (12,13).

Hulumtimet e shumta kanë treguar se, pavarësisht nga shkalla e stresit në mure të enëve të gjakut, oksigjeni është një rregullator lokal i rëndësishëm i tonusit vaskular. Oksidi nitrik është mediatori kryesor i vazodilatimit si reaksion në hipoksinë akute kurse hipoksia kronike, me zvoglimin e përqendrimit të oksigjenit, shpie deri te vazokonstriksioni dhe kjo prap duket se shkon përmes një mekanizmi të varur prej endotelit. Faktorët

kompensatore të cilët teorikisht shkaktojnë vazodilatim përmes ngritjes së nivelit të oksidit nitrik të endotelit janë më të rëndësishëm se mekanizmat tjerë dhe këta mund të jenë pastrimi i oksidit nitrik dhe adaptimi në kronicitet.

Është e njohur se hipertensioni arterial idiopatik pulmonar mund të jetë i shoqëruar me disfunktion të endotelit, e cila gjë është relevante te sindroma e Eisenmenger-it, ku hipertensioni arterial pulmonar është sekondar i shkaktuar nga anomalia e lindur e zemrës. Por ende është e panjohur se në çfarë shkalle është dëmtimi në krahasim me hipoksinë, eritrocitozën sekondare, zvoglimin e kardiak output-it ose ndonjë faktori tjetër, ende të panjohur. Gjithashtu kjo tingëlon tërheqëse për ta karakterizuar më tutje këtë çështje duke i krahasuar pacientët cianotike me ata me policitemia rubra vera, pacientët me çrregullime mieloproliferative dhe disfunktion intrinsik të endotelit, madje edhe pas reduktimit të numrit të qelizave si pasojë e citoterapisë. Krahasimet tjera interesante i përfshijnë njerëzit me hemoglobinë me afinitet të lartë ndaj oksigjenit (hemoglobina fetale) ose me pacientë me sindromën Eisenmenger dhe atyre me qarkullim të zvogluar pulmonar; megjithëse, studimet e tilla ende nuk janë bërë (6,12).

Hipoksia i inicion ndryshimet tjera në funksionin e endotelit duke prodhuar gjendje protrombotike dhe prokoagulante. Diskutimet e detajuara lidhur me mekanizimin molekular i cili i shoqëron këto procese është jashtë sferës së këtij artikulli por është mirë i shqyrtuar në tjerë artikuj. Është vërtetuar se proteina antitrombotike tromobomodulin/proteina C/proteina S ndikon në zvoglimin e gjendjes protrombotike dhe prokoagulante te anomalitë cianotike të lindura të zemrës, ndoshta përmes ngritjes së stres rezistencës të mureve që është edhe një prej pasojave eventuale të cianozës kronike në endotel. Anasjelltas, hemostaza abnormale, mirë e njohur dhe shenjë e rëndësishme klinike në pacientët me sëmundje cianotike të lindura të zemrës, me siguri përcjellat përmes mekanizmave të cilet e përfshijnë shpenzimin e faktorëve të koagulimit, përqendrimin e lartë të produkteve të faktorit von Willebrand. Hipoksia poashtu i stimulon faktorët e angiogjenzës si faktori vaskular i rritjes së endotelit dhe faktori themelor i rritjes së fibroblasteve. Rritja e përqendrimit të këtyre substancave luan ndoshta rol kryesor në zhvillimin e keqformimeve vaskulare të cilat shpesh i hasim të anomalitë e lindura të zemrës (12,14).

RIMODELIMI VASKULAR

Te fëmijët me keqformime cianotike të lindura të zemrës shpesh janë përshkruar ndryshimet në enët e gjakut si zgjerimi, forma torturoze ose aneurizma, posaçërisht në qarkullimin pulmonar, koronar dhe në qarkullimin e retinës. Këto çrregullime janë më larg mundësisë së vazodilatimit të varur prej endotelit por janë rezultat i rimodelimit vaskular, si përgjigje në hipoksi dhe stres rezistencës së mureve të enëve të gjakut. Hulumtimet në autopsi kanë treguar se arteriet koronare te pacientët me keqformime cianotike të lindura të zemrës manifestojnë humbjen e qelizave të muskujve të lëmuar në mure, rritjen e kolagenit medial dhe matriksit ekstracelular, përçarjen e lamina elastica media dhe displasionin fibromuskular. Përpos kësaj, në mikroqarkullim, arteriolet koronare janë të dilatuara si rezultat i rritjes së qarkullimit bazal, me qëllim të mbajtjes së oksigjenimit adekuat të zemrës. Është interesante se këta pacientë janë të kursyer nga mundësia e zhvillimit të aterosklerozës. Ky rimodelim vaskular zhvillohet si reaksion adaptiv ndaj rupturave vaskulare, me pasoja katastrofale dhe i cili është shkaktar i rëndësishëm i vdekshmërisë në grupin e fëmijëve me keqformime cianotike të lindura të zemrës.

CIANOZA DHE QARKULLIMI NË RETINË

Papilloedema, dilatimi i enëve të gjakut të retinës dhe tortuoziteti janë vështruar te pacientët me keqformime cianotike të lindura të zemrës. Ende është e paqartë se a janë këto ndryshime rezultat i eritrocitozës sekondare, stazës venoze apo hipoksemisë. Enët e gjakut të cilat e furnizojnë me gjak trurin dhe retinën vijnë nga arteria carotis interna dhe me siguri ekziston një proces i ngjajshëm autorregullator në këto degë. Vlerësimi dhe hulumtimi i qarkullimit të gjakut në retinë na sqaron qarkullimin cerebral. Retina është njëri prej indeve me metabolizëm më aktiv në trup. Ajo kërkon më shumë oksigjen për gram të indit se sa truri. Këtu qëndron arsyetimi se në sëmundjet me hipoksi të rëndë kronike retina është një prej organeve që më së shumti dëmtohet (8,12,17,20).

Qarkullimi i retinës është i përbërë prej dy qarkullimeve: njëri përmban enë korioidale të cilat e furnizojnë pjesën e jashtme të retinës dhe më së shumti fotoreceptorët kurse tjetri është prej enëve të retinës të cilat me oksigjen e furnizojnë pjesën e brendshme të retinës. Qarkullimi korioidal për dallim nga qarkullimin retinal më pak e liron oksigjenin në krahasim me qarkullimin e lartë që e

ka, gjë që e bën më pak sensitiv në ndryshimet e presionit parcial të oksigjenit në gjakun arterial. Hulumtimet në kafshë kanë treguar se retina e brendshme ka aftësi të jashtëzakonshme të dilatimit me qëllim të mbajtjes së përqendrimit konstant të oksigjenit për aq sa presioni parcial i oksigjenit është më i lartë se 35 mmHg. Në retinë e jashtme hipoksia rezulton me redukimin e presionit parcial të oksigjenit në pleksusin korioidal, për arsye se pamjafteshmëria në qarkullimin korioidal rritet gjatë hipoksisë. Disa hulumtime të fundit te alpinistët kanë treguar së enët korioidale dilatohen vetëm në kushte kur alpinistët arrijnë në lartësi ekstreme. Procesi i cili kërkon më së shumti energji në fotoreceptore është të pamurit në errësi. Madje, edhe në kushte normoksike pamja në errësi është e kufizuar nga furnizimi me oksigjen aq sa presioni parcial i oksigjenit përrreth fotoreceptorëve i afrohet zeros. Janë përshkruar ndryshime në retinë, në krahasim me disa kushte ku mbretëron zvoglimi i saturimit arterial. Hipoksia e rëndë kronike hipobarike në lartësi të mëdha shkakton dilatimin e arterieve dhe venave të retinës (15,16,18).

Ky efekt është i kthyeshëm me kthimin në lartësi normale. Në lartësitë e mëdha saturimi i oksigjenit arterial bie në mënyrë dramatike në korelim me zvoglimin e presionit parcial të oksigjenit në atmosferë. Retinopatia e lartësive të mëdha është një gjendje e cila veçohet me çrregullime si papilloedema e kohë pas kohëshme dhe gjakrrjedhja në corpus vitreus. Kjo gjendje më së shpeshti vërehet në turistët e pa përgaditur për qëndrim në lartësi të mëdha. Mirëpo edhe popullata e zakonshme, e adaptuar në kushte klimatike të lartësive të mëdha, zhvillon ndryshime të ngjajshme si retinopatia e lartësive, kur qëndron në lartësi edhe më të mëdha se lartësitë ku zakonisht jetojnë. Papilloedema e cila lajmërohet të sëmundja e lartësive mendohet se është në korelim me edemën cerebrale, e cila është rezultat i perfuzionit të rritur e i cili është përgjegjës ndaj hipoksisë së bashku me edemën citotoksike. Gjithashtu, është raportuar për retinopati të shoqëruar me hipertension pulmonar dhe disa sugjerojnë se shkaktohet si pasojë e hipertensionit venoz. Frymëmarrja hiperkapnoike është një kohë të gjatë e shoqëruar me rritje të presionit intracerebral dhe papilloedemë sekondare. Rritja e përqendrimit të dioksidit të karbonit shkakton rritje më të madhe të vazodilatimit cerebral, në krahasim me hipoksinë - mungesën e oksigjenit, por ende nuk është e sigurtë sesa kontribuojnë në këtë gjendje faktorët si: hipoksia, eritrocitoza sekondare dhe staza venoze (15,19,21).

Me 1925 *Schwenitz* dhe *Woods* i kanë përshkruar ndryshimet në retinë të pacientët me policitemi rubra vera. Duke u bazuar në dilatinim venoz ata me një siguri të madhe propozuan dhe pyetën: “a janë të mundura ndryshimet aq të mëdha në eritrocite dhe serum ose a ekziston ndonjë substancë e panjohur që lirohet nga palca kockore hiperplastike dhe ka veprim të drejtpërdrejtë në mure të enëve të gjakut ose ka efekt depresiv në sistemin nervor autonom por edhe është përgjegjëse për dilatinim e venave”. Retina te pacientët me policitemia vera dhe sindromat tjera të përcjellura me hiperviskozitet si makroglobulinemia Waldenstrom kanë ndryshime të ngjajshme me ato që shihen te retinopatia në lartësitë e mëdha ose keqformimet cianotike të lindura të zemrës (14,15,16).

Me 1972 *Petersen* dhe *Rosenthal* e kanë përshkruar një grup prej 83 pacientëve me keqformime cianotike të lindura të zemrës; 52 pacientë kanë manifestuar një formë të retinopatisë dhe te 12 është evidentuar papilloedema; format e rënda të retinopatisë ose edemë e diskut optik janë regjistruar të pacientet me saturim të oksigjenit nën 86% dhe me hematokrit mbi 46%. Punksioni lumbal është kryer te 5 pacientë me retinopati të rëndë; tre prej tyre me papilledemë. Presioni i likvorit ka qenë mbi vlera normale në tre pacientë, kurse te të tjerët ka qenë normal. Gjetja në autopsi e sistemit nervor qendror ka qenë me ndryshime te dy pacientë të cilët kanë vdekur gjatë studimit. Nuk është vërejtë korelim ndërmjet sëmundjes së retinës dhe presionit parcial të dioksidit të karbonit në gjakun arterial, si dhe ndryshime në presionin qendror venoz prej llojit të anomalisë dhe moshës së pacientëve (12,13).

Harino me bashkpunëtorë e ka studiuar retinën te dy pacientë me sindromën Eisenmenger, me metodën e skopisë së fundusit dhe me angiografi. Te të dy pacientët janë regjistruar mikroaneurizmat dhe gjakrrjedhje të imëta në pjesën periferike të retinës. Angiografia fluorescente ka treguar dilatinim të kapilarëve dhe venave, mikroaneurizma dhe tortuozitet të enëve të gjakut. Në të njëjtën kohë edhe disa grupe tjera të shkencëtarëve kanë raportuar për ndryshime të njëjta. *Mansour* me bashkpunëtorë i ka përshkruar ndryshimet në sy te 240 pacientë me keqformime cianotike të lindura të zemrës ku 87 prej tyre kanë qenë cianotike. Ata kanë gjetur se shkalla e tortuozitetit varet prej saturimit me oksigjen. Disa studime më të vogla kanë treguar se ndryshimet më të rënda janë në korelim me hematokrit të lartë dhe se e njëjta trajtohet me intervenime kirurgjike (18,19).

SYTË DHE VLERËSIMI I ENDOTELIT

Enët e gjakut në sy mund të ofrojnë informata të rëndësishme lidhur me funksionin e endotelit dhe kjo pjesërisht ka kuptim duke u bazuar në lidhjet e ngushta të qarkullimit në sy me qarkullimin trunor. Diametri i enëve të gjakut të retinës, pjesërisht venulat me diametër më të madh, janë të shoqëruara me obezitet, diabet melit, pirjen e duhanit, dislipidemitë, si shenjë e inflamacionit sistemik. Pas verifikimit të faktorëve tjerë të rrezikut në popullatën e moshuar *Wong* me bashkpunëtorë kanë treguar se venat me diametër më të gjërë janë të shoqëruara më risk më të lartë për sëmundje iskemike të zemrës dhe insult cerebrovaskular. Rreziku nga ateroskleroza në studimet e popullatës në moshë të mesme kanë treguar se arteriolet me diametër të vogël ose venulat me diametër të madh janë të shoqëruara me insult trunor dhe sëmundje iskemike të arterieve koronare. Gjithashtu në studimin e syve *Beaver - Dam* kanë treguar se diametri i vogël arterio-venoz është i shoqëruar me mortalitet të lartë kardiovaskular te të rinjtë.

Kawagishi me bashkpunëtorë kanë treguar se në diabetin tip 2 përqesimi i ndryshimeve aterosklerotike përpos në arteriet brakiale dhe arteriet renale është edhe reagimi vaskular i varur prej endotelit retinal (i vlerësuar me Doppler eksonografi) pas infuzionit të L-argininës. Qarkullimi në enët e gjakut të retinës rritet me dritën që ndizet dhe fiket; kjo sqarohet përmes rrugës së varur prej oksidit nitrik. *Delles* me bashkpunëtorë kanë gjetur se në popullatën me presion arterial normal L-NG monomethyl arginina e zvoglon qarkullimin kapilar në retinë por nuk ka efekt në pacientët hipertenziv (21,22).

PËRMIRËSIMI TERAPEUTIK I FUNKSIONIT TË ENDOTELIT

Substancat të cilat e përmirësojnë funksionin e endotelit mund të ndikojnë në ngadalsimin e procesit të çrregullimeve vaskulare në cianozën kronike. Në fakt, siç është përmendur më lartë, disa medikamente janë përdorur për përmirësimin e funksionit të endotelit te sëmundjet tjera. Enzimet që ndikojnë në inhibimin e konvertimit të angjiotenzinës kanë treguar zvoglimin e proteinurisë në pacientët me anomali cianotike të lindura të zemrës dhe në modelet eksperimentale. Ky grup i medikamenteve duket se e përmirëson apoptozën e shkaktuar nga hipoksia dhe e rregullon prodhimin e nitritit oksid nga endoteli. Roli pozitiv i oksidit nitrik

është regjistruar në eksperimentet në minjë të cilët janë trajtuar me L - NG monomethyl argininë, i cili është inhibitor selektiv i oksidit nitrik endotelial, e zvoglon nivelin e oksidit nitrik dhe e rritë incidencën e infarktimit të miokardit dhe insultin cerebrovaskular. Të dhënat e fundit tregojnë se rosuvastatina e zvoglon riskun nga embolia venoze në popullatën e shëndoshë (me nivel të lartë të proteinës C reaktive). Është e mundur që ky efekt është i ndërmjetësuar me përmirësimin e funksionit endotelial. Tromboza venoze është pjesërisht e rëndësishme në grupin e keqformimeve cianotike të lindura të zemrës sikurse edhe tromboza e sinusit qendror cerebral që është shkaku kryesor i insultit cerebrovaskular te fëmijët. Njëkohësisht, shumë pacientë me keqformime të lindura të zemrës kanë edhe shunt djathtas-majtas i cili është shkaktar i embolive paradoksale (23,24).

REFERENCAT

1. Lerman A, Zeiher AM. Endothelial function: cardiac events. *Circulation* 2005; 111: 363 - 368.
2. Fischer D, Rossa S, Landemsser U, et al. Endothelial dysfunction in patients with chronic heart failure independently associated with increased hospitalization, cardiac transplantation, or death. *Eur Heart J* 2005; 26: 65 - 69.
3. Ammash N, Warnes CA. Cerebrovascular events in adult patients with cyanotic congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 1996; 28:768 - 772.
4. Silversides CK, Granton JT, Konen E, Hart MA, Webb GD, Therrien J. Pulmonary thrombosis in adults with Eisenmenger syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 1982 - 1987.
5. Preis AR, Secomb TW. Microvascular blood viscosity in vivo and the endothelial surface layer. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2005; 289: H2657 - H2664.
6. Broberg CS, Bax BE, Okonko DO, et al. Blood viscosity and its relationship to iron deficiency, symptoms, and exercise capacity in adults with cyanotic congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 356 - 365.
7. Maguire JL, de Veber G, Parkin PC. Association between iron-deficiency anemia and stroke in young children. *Pediatrics* 2007; 120: 1053 - 1057.
8. Cabrales P, Tsai AG. Plasma viscosity regulates systemic and microvascular perfusion during acute extreme anemic conditions. *Am J Physiol* 2006; 291: H2445 - H2452.
9. Tsai AG, Acero C, Nance PR et al. Elevated plasma viscosity in extreme hemodilution increase perivascular nitric oxide concentration and microvascular perfusion. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2005; 288: H1730 - H1739.
10. Wang XQ, Vaziri ND. Erythropoietin depresses nitric oxide synthase expression by human endothelial cells. *Hypertension* 1999; 33: 894 - 899.
11. Gidding SS, Stockman JA 3rd. Erythropoietin in cyanotic heart disease. *Am Heart J* 1988; 116 (Part 1): 128 - 132.
12. Madsen PL, Scheuermann Freestone M, Neubauer S, Channon K, Clarke K. Haemoglobin and flow-mediated vasodilatation. *Clin Sci (Lond)* 2006; 110: 467 - 473.
13. Gladwin MT, Lancaster JR, Freeman BA, Schechter AN. Nitric oxide's reactions with hemoglobin: a view through the SNO - storm. *Nat Med* 2003; 9: 496 - 500.
14. Maiorana A, O'Driscoll G, Dembo L, et al. Effect of aerobic and resistance exercise training on vascular function in heart failure. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2000; 279: H1999 - H2005.
15. Nase GP, Tuttle J, Bohlen HG. Reduced perivascular PO₂ increases nitric oxide release from endothelial cells. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2003; 285: H507 - H515.
16. Karakantza M, Giannakoulas NC, Zikos P, et al. Markers of endothelial and in vivo platelet activation in patients with essential thrombocythemia and polycythemia vera. *Int J Hematol* 2004; 79: 253 - 259.
17. Lessiani G, Dragani A, Falco A, Fioritoni F, Santilli F, Davi G. Soluble CD40 ligand and endothelial dysfunction in aspirin-treated polycythemia vera patients. *Br J Haematol* 2009; 145: 538 - 540.
18. De PS, Soares R, Maeda NY, Bydlowski SP, Lopes AA. Markers of endothelial dysfunction and severity of hypoxaemia in the Eisenmenger syndrome. *Cardiol Young* 2005; 15: 504 - 513.
19. Dedkov EI, Perloff JK, Tomanek RJ, Fishbein MC, Gutterman DD. The coronary microcirculation in cyanotic congenital heart disease. *Circulation* 2006; 114: 196 - 200.
20. Perloff JK. The coronary circulation in cyanotic congenital heart disease. *Int J Cardiol* 2004; 97 (Suppl 1): 79 - 86.
21. Mansour AM, Bitar FF, Traboulsi EI, et al. Ocular pathology in congenital heart disease. *Eye* 2005; 19: 29 - 34.
22. Petersen RA, Rosenthal A. Retinopathy and papilledema in cyanotic congenital heart disease. *Pediatrics* 1972; 49: 243 - 249.

23. Wiedman M. High altitude retinal hemorrhage. Arch Ophthalmol 1975; 93: 401 – 403.
24. Shults WT, Swan KC. High altitude retinopathy in mountain climbers. Arch Ophthalmol 1975; 93: 404 – 408.

DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM AS A CONCEQUENCE OF CENTRAL CYANOSIS IN CHILDREN WITH CIANOTIC CONGENITAL HEART DISEASE

Njazi Gashi¹, R. Bejqi², R. Retkoceri², H. Bejqi, A. Retkoceri

¹Pediatric Clinic ,Faculty of Medicine, Prishtina

²Cardiology Clinic ,Faculty of Medicine, Prishtina

³Center for Family Medicine , Prishtina, Kosova

ABSTRACT

In children with cyanotic congenital heart malformations chronic hypoxemia leads to changes in the structure and function of blood vessels. Some of these changes are progressive and complicate the function of the cardiovascular system, increasing the possibility of notification and embolive thrombosis. Recent research has shown that disruption of the endothelium function, as a result of chronic central cyanosis, is an important factor in the pathogenesis of cardiovascular risk associated with chronic cyanosis. At the same time, compensatory erythrocytosis increases the blood viscosity, which affects the blood vessels changing hemodynamics, the structure and vascular function. As a result of these changes reduced tissue perfusion and oxygen supply. As a consequence, these changes reduce the function of the cardiovascular system and they are an important factor of morbidity and mortality, such as stroke and pulmonary tromboembolia. Aim of presentation In this article we will discuss about pathophysiological consequences and mechanical contribution of the compensatory erythrocytosis and possible mechanisms of vascular dysfunction in children with central cyanosis. Also we will show that the severe hypoxemia and increasing concentration of the hemoglobins in chronic cyanosis and increasing of the intravascular space, contributing to the disruption function of the vascular system.

Key words: Central cyanosis, chronic hypoxemia, congenital heart disease, syndrome of hyperviscosity, Eisenmenger syndrome

SURGICAL TREATMENT OF HAND BURNS

Violeta K Zatriqi¹, Hysni M Arifi¹, Skender Zatriqi²

¹ Department of Plastic and Reconstructive Surgery, University Clinical Center Of Kosovo

² Department of Abdominal Surgery University Clinical Center Of Kosovo

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 131-135

ABSTRACT

Introduction: Hands participate in everyday humans activities and they are the most vulnerable parts of a human body.

Objective: The objective of this study is to understand the common causes of deep burned hand, the methods of surgical interventions, duration of hospitalization and distribution of deep burned hand in 11 year period regarding the age.

Materials and methods: This is a retrospective study that included a 853 patients with burns localized in upper limbs treated in Department of Plastic Surgery Kosovo 2000-2010 period, from which in 572 cases the burns were localized in hand. The data were collected and analyzed from the archives and protocols of the University Clinical Center of Kosovo.

Conclusion: Based on our own experience as well as from the vast literature search, we have come to the conclusion that even the hands not saved from thermal injuries

Key words: Hand burns, human activities, thermal injuries

INTRODUCTION

Hands participate in everyday humans activities and they are the most vulnerable parts of a human body. They are often injured because of being closest to dangerous facilities (1, 2). Hands are often injured trying to cover other parts of a body from the fire or other destructive factors (1). Hand burns occur commonly both as part or larger burn injuries as well as isolated injuries and are leading cause of impairment after burn injury (3,4). Primary involvement of the bones and joints, or exposure of partly destroyed tendons, constitutes a rare but serious clinical form of deep thermal injuries to the hand. The estimated frequency is 5% of all hand burns treated in burns centers (5, 6). Even though the hands constitute only 5% of the total body surface area (TBSA), = thermal injury in the hands is not only one of the commonest burns but also one of the most difficult pathologies for burn surgeons to treat (7, 8). The most important objective in treating wounds of the hand is preservation of proximal interphalangeal joint motion (9, 10). There

have been a number of studies that have examined the optimal management and outcomes of patients with both partial-thickness and full-thickness burns of the hand. Sheridan studied 305 hands with partial-thickness tissue loss that did not require surgery and found that 97% of patients had good functional outcome defined as normal or near normal based on staff impression. Many of the studies on surgical management of hand burns have focused on the timing of excision and the techniques of skin grafting. Full-thickness hand burns have been described as having mostly good outcomes (3, 11). Among patients surviving large burns, morbidity always includes scarring and frequently includes infections, loss of bone and muscle mass, poor wound healing, hormonal imbalance, and pulmonary, hepatic, or renal failure. Loss of skin appendages makes heat regulation and skin care more difficult. Even small burns can cause significant morbidity, such as loss of hand function or facial deformity. There are often psychological sequelae in burned patients, including post-traumatic stress disorder and depression (12-14).

OBJECTIVE

The objective of this study is to understand the common causes of deep burned hand, the methods of surgical interventions, duration of hospitalization and distribution of deep burned hand in 11 year period regarding the age.

MATERIALS AND METHODS

This is a retrospective study that included a 853 patients with burns localized in upper limbs treated in Department of Plastic Surgery Kosovo 2000-2010 period, from which in 572 cases the burns were localized in hand. The data were collected and analyzed from the archives and protocols of the University Clinical Center of Kosovo.

RESULTS

We included in study 853 patients treated in Department of Plastic and Reconstructive Surgery 2000-2010 period with burns in upper limbs from which in 572 cases the burns were localized in hands. We found that the most common cause of burns in upper limbs were flame with 505 cases, scalds with 328 cases and in 20 patients burns were caused by the others agents (radiation and chemical substances). From 572 patients with burned hand caused by flame in 295 cases the cause were derivatives of gasoline and gas flame, while in 210 cases cause were electric flame of low voltage. In 61 patients with burned hands the cause was scald and in 6 patients the cause was other agents (radiation and chemical substances) (Table 2). Burns in upper limbs dominates in male gender with 560 cases or 65.6% and 293 cases or 34.3% were female gender. From 572 cases localized in hands 261 cases or 45.6% had unilateral localization and 311 or 54.4% had bilateral localization (Table 2). From these burned hands dominates male gender with 456 or 79.7% while 116 or 20.3% were female gender (Table 1). The average age of patients with hand burns was 26 year. Depending on the depth of burns 381 cases or 66.6% were with partial thickness burns and 191 cases or 43.4% cases were with full thickness burns (Fig.1,2). During this period 191 cases with full thickness burns of the hands were treated surgically, most of the cases 168 or 87.9% after necrectomy were covered with split thickness skin graft (STGS), while 11 cases or 5.75% cases with abdominal distant flap (Fig. 1-6), 7 or 3.6% cases after hand amputation at different levels were covered with radial island flap. In 5 cases or 2.6% full thickness burns were localized in finger, these cases were treated with cross finger flaps. (Table 2)

Table 1. General characteristics of patients with burned hands.

Gender	No	%
Male	456	79.7
Female	116	20.3
Age groups		
0-10	92	16
11-20	74	12.9
21-30	156	27.2
31-40	212	37
41-50	125	21.8
51-60	88	15.3
61-70	75	13.1
71-80	31	5.4
Mean±SD	26 ± 10.0	

Duration of hospitalization ranged from 7-123 days. The mean hospitalization was 44 days. Regarding the age group dominates the age group from 31-40 with 212 cases, followed by the age group from 21-30, 41-50 years 125 cases, 0-10 years 92 cases, 51-60 years 88 cases, 61-70 years 75 cases, 11-20 years 74 cases and 71-80 years 31 cases. The youngest patient was 8 months and the oldest was 72 year old. Distribution of burned limbs in years had the following features: the 2001 is the year were the incidence of burns was the higher with 102 cases followed by 2003 with 94 cases, 2000 with 92 cases, 2009 with 88 cases, 2010 and 2002 with 85 cases, 2008 with 77 cases, 2004 with 72 cases, 2005 with 64 cases, 2006 with 50 cases, and 2007 with 44 cases (Table 1).

Table 2. Localization, cause and methods of surgical interventions.

Localization	No	%
Unilateral	261	45.6
Bilateral	311	54.4
Cause		
Flame	505	88.2
Scald	61	10.6
Chemical substances	20	3.4
Surgical methods		
STSG	168	87.9
Abdominal flap	11	5.7
Island radial flap	7	3.6
Cross finger flaps	5	2.6



Fig. 1. Deep dermal burn hand



Fig. 2. Deep dermal burn hand in same patient



Fig. 3. Deep dermal burned hand after necrectomy.



Fig. 4. The raise of radial forearm flap.



Fig. 5. The defect after necrectomy covered by radial forearm flap.



Fig. 6. The same defect covered by radial forearm flap.

Superficial dermal burns are always treated conservatively, and full-thickness burns always require surgery. However, more than 50% of burn wounds are deep second degree or deep dermal burn wounds. The treatment of choice for these 'intermediate thickness' burns is still much debated and controversial (15-19). In

this study were presented 191 patient with deep dermal burns of the hand who undergone surgical interventions. We included in study 853 patients treated in Department of Plastic and Reconstructive Surgery 2000-2010 period with burns in upper limbs from which in 572 cases the burns were localized in hands. We found that the most

common cause of burns in upper limbs were flame with 505 cases, scalds with 328 cases and in 20 or 3.4%, burns were caused by the others agents (radiation and chemical substances). From 572 patients with burned hand caused by flame in 295 cases the cause were derivatives of gasoline and gas flame, while in 210 cases cause were electric flame of low voltage. In 61 patients with burned hands the cause was scald and in 6 patients the cause was other agents (radiation and chemical substances). We found in study that the most common cause of hand burns in adults were flame with 505 cases or 88.2%. These findings in the study may be explained by the postwar period in our country after 1999. Reduction of electricity in household in our country was up to 12 hours and more, so that the population has been forced to use other alternatives: aggregates with fuel for production of electricity, gas flame for preparation of food, therefore injuries of this nature have been quite frequent. Burns in upper limbs dominates in male gender with 560 cases or 65.6% and 293 cases or 34.3% were female gender. In other similar studies conducted by Atiyeh B.S. et al. in 787 burn patients dominates the male gender with 59.3% and female gender with 40.6% (7). From 572 cases localized in hands 261 cases or 45.6% had unilateral localization and 311 or 54.4% had bilateral localization. From these burned hands dominates male gender with 456 or 79.7% while 116 or 20.3% were female gender. The average age of patients with hand burns was 26 year. In other similar studies conducted by Enver Ilhan et al. in 449 patients the most affected area was hands in this patients with 159 patients, the mean age of this patients was 33.2 (20). Depending on the depth of burns 381 cases or 66.6% were with partial thickness burns and 191 cases or 43.4% cases were with full thickness burns. During this period 191 cases with full thickness burns of the hands were treated surgically, most of the cases 168 or 87.9% after necrectomy were covered with split thickness skin graft (STGS), while in 23 cases of deep burned hands were exposed tendons and joints and in 11 cases or 5.75% were covered with abdominal distant flap, 7 or 3.6% cases after hand amputation at different levels were covered with radial island flap. In 5 cases or 2.6% full thickness burns were localized in finger, these cases were treated with cross finger flaps. Duration of hospitalization ranged from 7-123 days. The mean length of hospitalization was 44 days. In other similar studies conducted by H.Onarheim et al. The mean length of hospitalization was 19.5±19.8 in 1294 patients included hand burns and other body localization (21). This discrepancy in our study probably results because our

Department of Plastic and Reconstructive Surgery is the only department in our country who treated this cases starting from initial evaluation of burns, reanimation and surgical interventions of this kind of thermal trauma. Regarding the age group dominates the age group from 31-40 with 212 cases, followed by the age group from 21-30, 41-50 years 125 cases, 0-10 years 92 cases, 51-60 years 88 cases, 61-70 years 75 cases, 11-20 years 74 cases and 71-80 years 31 cases. The youngest patient was 8 months and the oldest was 72 year old. Distribution of burned limbs in years had the following features: the 2001 is the year were the incidence of burns was the higher with 102 cases followed by 2003 with 94 cases, 2000 with 92 cases, 2009 with 88 cases, 2010 and 2002 with 85 cases, 2008 with 77 cases, 2004 with 72 cases, 2005 with 64 cases, 2006 with 50 cases, and 2007 with 44 cases.

CONCLUSION

The most important and the optimal treatment of deep hand burns is early surgical treatment to prevent subsequent deformity for good functional recovery.

Based on our own experience as well as from the vast literature search, we have come to the conclusion that even the hands not saved from thermal injuries. The male gender is attacked more often than female gender as they are carriers of vital activities. Superficial burns are mainly due to hot liquids, deep dermal burns usually are caused by flame and electrical flame. Surgical interventions reduce time of hospitalization, complications and morbidity. Complications usually occur on deep burns that are not treated surgically.

ACKNOWLEDGMENTS

We thank the archive and all the staff of the Department of Plastic Surgery for their technical support.

REFERENCES

25. Kestutis Maslauskas et al. Analysis of of burned hand function(early versus delayed treatment) *Medicina (Kaunas)* 2005;41(10):846-851.
26. Mooney EK. Daniel Drake's account of his own hand burns (1830). *Plastic Reconstruct Surg* 1998; 102:1748-54.
27. Karen J. Kowalske et al. Hand Burns, *Journal of Burn Care & Research*, Vol.28(4)2007:1-4.
28. Anzarut A, Chen M, Shankowsky H, Tredget EE. Quality of-life and outcome predictors following massive burn injury *Plastic Recon Surg* 2005; 116:791-7.

29. Jean-Philippe Pradier, Christophe Oberlin and Eric Bey, Acute deep hand burns covered by pocket flap –graft, Journal of burns and wounds Vol.6, 2007:1-32.
30. Sheridan RL, Hurley J, Smith MA, et al. The acutely burned hand: management and outcome based on a ten-year experience with 1047 acute hand burns. J Trauma. 1995; 38(3):406–411.
31. Atiyeh B.S. et al., Surgical management of the burned hand: an update and review of the literature, Annals of Burns and Fire Disasters 2000; XIII (4):230-233.
32. Hunt J.L... Sato R... Baxter C.R.: Early tangential excision and immediate mesh auto grafting of deep dermal hand burn. Ann. Surg.189:1-17-51, 1979.
33. Erle E. Peacock, Jr., John W. Madden, William C. Trier, Some studies on the treatment of burned hands, Annals of Surgery, Vol. 171(6), 1970:903-914.
34. Peacock, Erle E., Jr.: Preservation of Interphalangeal Joint Function: A Basis for the Early Care of Injured Hands. Southern Med.J.56:56, 1963.
35. Sheridan RL, Hurley J, Smith MA, et al. The acutely burned hand: Management and outcome based on a ten-year experience with 1047 acute hand burns. J Trauma 1995;38: 406–11.
36. Denis P. Orgill, Excision and skin grafting of thermal burns, N ENGL J MED, 2009:360- 9.
37. Jeschke MG, Chinkes DL, Finnerty CC, et al. Pathophysiologic response to severe burn Injury. Ann Surg 2008; 248:387-401.
38. Van Loey NE, Faber AW, Tail LA. Do burn patients need burn specific multidisciplinary Outpatient aftercare: re-search results. Burns 2001; 27:103-10.
39. S. Monstrey et al. A conservative approach for deep dermal burn wounds using polarized- Light therapy, British Journal of Plastic Surgery, 2002, 55:420-426.
40. Salisbury RE. Thermal burns. In McCarthy JG, ed. Plastic Surgery.Philadelphia:W. B. Saunders, 1990: 805.
41. Heimbach D, Engrav L, Grube B, Marvin J. Burn depth: a review. World J Surg 1992; 16:10–15.
42. Hlava P, Moserová J, Königova R. Validity of clinical assessment of the depth of a Thermal injury. Acta Chir Plast 1983; 25: 202–8.
43. Engrav LH, Heimbach DM, Reus JL, Harnar TJ, Marvin JA. Early excision and grafting vs. nonoperative treatment of burns of indeterminate depth: a randomized prospective study. J Trauma, 1983; 23: 1001–4.
44. Enver İlhan et al. Evaluation of the burn patients presenting to emergency clinic education hospital, J Clin Anal Med 2012;3(3):268-70.
45. H.Onarheim et all. Burns treated at the Haukeland University Hospital Burn Centre-20 year experience, Tidsskr Nor Legeforen, 2008; 128:1168-71.

TRAJTIMI KIRURGIK TEK DJEGJET E DUARVE

Violeta K Zatriqi¹, Hysni M Arifi¹, Skender Zatriqi²

¹ Departamenti i Kirurgjise Plastike dhe Rekonstruktive Qendra Klinike Universitare e Kosoves Prishtine

² Kirurgjia Qendra Klinike Universitare e Kosoves Prishtine

REZYME

Hyrje Dora merr pjesë në aktivitetet ditore të njeriut dhe janë pjesa më vulnerabile e trupit të njeriut.

Qëllimi i punimit Qëllim i këtij punimi është që të studiohet dhe të kuptohet shkaktari i djegieve të thella të duarve, metodat e intervenimeve kirurgjikale, zgjatja e trajtimit në spital dhe distribuimi i djegies së dorës me djegie të thelle në periudhën kohore prej 11 viteve duke parë edhe moshën.

Materiali dhe metoda Kz është një studim retrospective që i përfshinë 853 pacientë me djegie të lokalizuara në ekstremitetet e sipërme të trajtuara ne Departamentin e Kirurgjisë Plastike dhe Rekonstruktive periudha kohore 2000 deri 2010, prej të cilave raste 572 ratse djegiet ishin të lokalizuara në dorë. Të dhënat janë mare dhe analizuar nga arkiva dhe protokolet e Qendrës Klinike Universitare të Kosovës.

Konkluzë Bazuar në eksperiencën tone dhe nga hulumtimi i literaturës së gjërë, ne kemi konkluduar se duart nuk kursehen nga lëndimet termale.

Fjalë Bosht: Djegie e dorës, aktivitete njerëzore, lëndime termike

ПРЕДИЗВИЦИ НА ЛАПАРОСКОПСКАТА ПОПРАВКА НА ИНГВИНАЛНА ХЕРНИЈА

Александар Митевски¹, Светозар Антовиќ², Огнен Костовски², Кемал Рушити², Никола Јанкуловски²

¹ Клиничка болница, Штип

² Универзитетска Клиника за Дигестивна хирургија, Скопје

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 136-141

РЕЗИМЕ

Воведувањето на минимално инвазивната хирургија, лапароскопијата, доведе до огромен напредок во хирургијата. Се намалија периоперативниот стрес, се поедностави контролата на болката и постоперативните текови и проблеми, се намалија трошоците и се скрати на онеспособеноста на пациентите за работа постоперативно. Поправката на ингвиналните хернии лапароскопски во светот си најде советно место, меѓутоа во Македонија освен инцидентни обиди нема сериозен пристап и план за развој на овој вид на лапароскопска хирургија и покрај бенефитот кој го има.

Во трудот ќе ги претставиме и разгледаме податоците во литературата и одделни студии за лапароскопски третман на ингвинални хернии за да ја доближиме идејата за примена на минимално инвазивните техники.

Податоците во литературата и студиите укажуваат дека сериозно треба да ги преиспитаеме ставовите за натамошен традиционален хируршки третман и постоперативна нега. Воведувањето и примената на новите можности како лапароскопијата со цел подобрување на целокупниот хируршки исход.

Клучни зборови: лапароскопија, ингвинална кила, минимално инвазивна хирургија.

ВОВЕД

Херниопластиката е најчестата хируршка интервенција во светот. Околу 2 милиона херниопластики се изведуваат годишно, од кои 800 илјади во САД (1). Се користат лапароскопски (минимално инвазивни техники) и отворени методи за херниопластика.

Отворената херниопластика со протеза (најчесто проленска мрежа) изведена во локална анестезија претставува добра метода и е стандард за херниопластика (2, 3), сепак како таква се изведува во центрите за хернии додека во сите останати се користи регионална или општа анестезија. Резултатите од минимално инвазивните техники зборуваат за редуцирана постоперативна болка (1,8% споредено со 3,5% кај отворената) и побрзо враќање на работоспособноста на пациентите (4, 5, 6). Помал е и бројот на постоперативните компликации на местото на оперативната рана. Негативностите се во смисла на поголеми оперативни трошоци (10), употребата на општа анестезија и поголема крива на учење.

Овој преглед на досегашните искуства за лапароскопска херниопластика и презентација на една од техниките со анатомијата на регијата за лапароскопска поправка на ингвинална кила има за цел да ги претстави како методи кои се повеќе треба да се применуваат за подобрување на хируршкиот исход.

ШТО Е ЛАПАРОСКОПСКА ПОПРАВКА НА ИНГВИНАЛНА ХЕРНИЈА ?

Лапароскопската херниопластика подразбира една од следните три процедури :

- a. TAPP (transabdominal preperitoneal)
- б. TEP (totlly extraperitoneal)
- в. IPOM (intraperitoneal onlay mesh)

IPOM (intraperitoneal onlay mesh) е техника која скоро и да не се изведува повеќе. Користи стандарден лапароскопски пристап и користи протези кои не се адхерентни за висцералните органи, има минимална ткивна дисекија. Заради поголем број на рецидиви

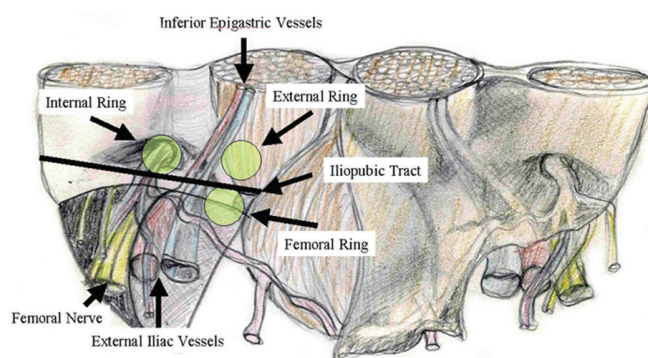
и повреди на анатомски структури се поретко се користи.

TEP (totlly extraperitoneal) е техника која користи преперитонеален пристап, нема отварање на перитонеалната шуплина (затоа не претставува лапароскопска техника во потесна смисла) што е единствена “предност”. Имаме поголема преперитонеална дисекција и како техника има похоризонтална крива на учење, се смета дека се потребни 250 случаи. Претставува техника која е потешка за примена и учење, има добри резултати, но споредена со TAPP нема предности.

TAPP (transabdominal preperitoneal) користи класичен лапароскопски пристап, како и лапароскопската холецистектомија која е најчеста и со која се запознаени најголем број на хирурзи. Има многу стрмна крива на учење, потребни се 25 случаи како и кај отворената техника за ингвинални хернии. Претставува техника која е поедноставна и полесна за примена со добри резултати.

TEP (totlly extraperitoneal) и TAPP (transabdominal preperitoneal) техниките се најчесто применувани техники денес. (4, 6, 7)

Познавањето на анатомијата, постериорниот преглед (лапароскопски) е од особено значење во лапароскопската хиерниопластика. Компликациите и кривата на учење се поврзани со степенот на познавање на анатомијата. (8, 9)



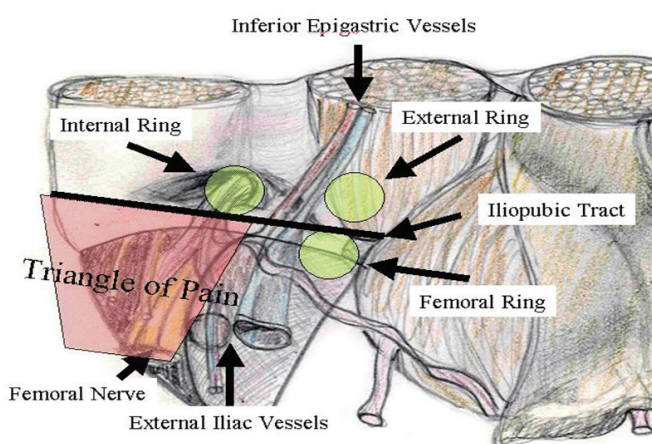
Сл. 1. Постериорен преглед (лапароскопски)

Постериорниот преглед се карактеризира со три умбиликални плики на перитонеумот: средна (median) која е непарна и оди од умбиликусот до мочниот меур и го покрива урахусот; медијалната која е парна,

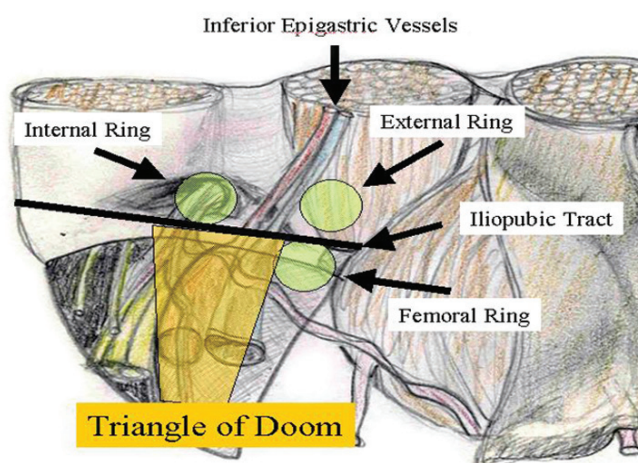
поставена полатерално и ги покрива облитерираните умбиликални артерии; латерална, исто така парна и ги покрива долните епигастрични крвни садови. Овие три плики ограничуваат три простори или јами. Суправезикална, меѓу средната и медијалната (место каде се јавуваат суправезикалните хернии), медијална меѓу медијалната и латералната (место каде се директните хернии) и е проекција на надворешниот прстен и латерална, латерално од латералната плика, проекција на внатрешниот прстен и место на појава на индиректните хернии. (11, 12) Под перитонеумот лежи трансверзалната фасција.

Значајна е презентацијата на миопектинеалниот отвор (myorectineal orifice) како анатомски поим од Fruchaud. (11) Ограничен е горе со долните рабови на внатрешниот кос абдоминален и трансверзалниот абдоминален мускул, латерално со илеопсоасот, медијално со правиот абдоминален мускул и од долната страна со гребенот на пубичната коска (pectin ossis pubis и Соорег-овиот лигамент). Овој инковиден простор е поделен од ингвиналниот лигамент и илеопубичниот тракт на горен и долен дел, низ горниот дел поминува фуникулусот а низ долниот феморалните крвни садови и феморалниот нерв, кон перитонеумот е затворен со трансверзалната фасција. Концептот на Fruchaud е дека херниите се јавуваат како резултат на слабост на трансверзалната фасција и протрузија на перитонеумот низ овој отвор. На овој концепт се базира и поправката на ингвиналните хернии лапароскопски, односно целта е да се замени трансверзалната фасција над отворот со доволно преклопување на протезата над ивиците.

За лапароскопскиот преглед на регијата битни се големите анатомски структури и можноста за нивна повреда. Наједноставна презентација е преку триаголниците на болка и судбина. Се наоѓаат под илеопубичниот тракт со теме на внатрешниот отвор на ингвиналниот канал. Триаголникот на болката (Triangle of pain) е ограничен од горе со илеопубичниот тракт, а медијално и долу со сперматичните крвни садови. Низ него поминува феморалниот нерв и полатерално латералниот феморален кутан нерв. Триаголникот на судбината (Triangle of doom) е ограничен латерално од сперматичните крвни садови а медијално од дуктус деференс. Низ него поминуваат феморалните крвни садови. (12, 13)



Сл.2. Triangle of pain



Сл. 3. Triangle of doom

Која лапароскопска техника да се избере ?

Од трите презентирани лапароскопски техники TAPP (transabdominal preperitoneal) и TEP (totally extraperitoneal) техниките се денес најчесто применуваните. Според студиите (14) кои ги споредуваат скоро и да нема значајна разлика во постоперативниот тек и резултати. Заради познавањето на хирурзите на класичниот лапароскопски пристап, препознатливоста на интраперитонеалната анатомија и помалата крива на учење се одлучивме да ви ја презентираме TAPP (transabdominal preperitoneal) техниката.

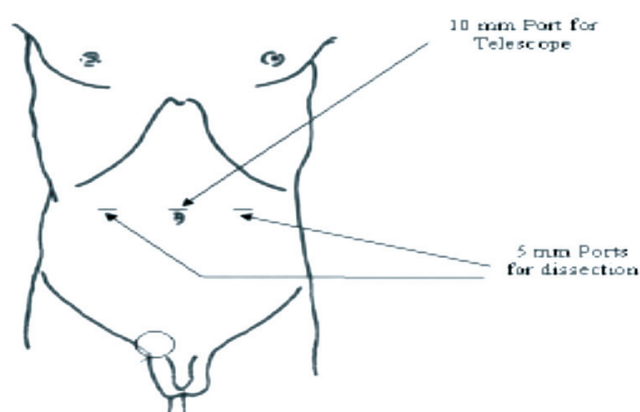
Се изведува во општа анестезија со профилатичка администрација на една доза на антибиотик (најчесто цефалоспорински) пред првата инцизија на кожата.(15)

Пациентот е во Trendelenburg-ова положба на 10°.

Првиот троакар, 10 мм (кој е и оптички), се поставува супраумбиликално. Се користи отворена метода,

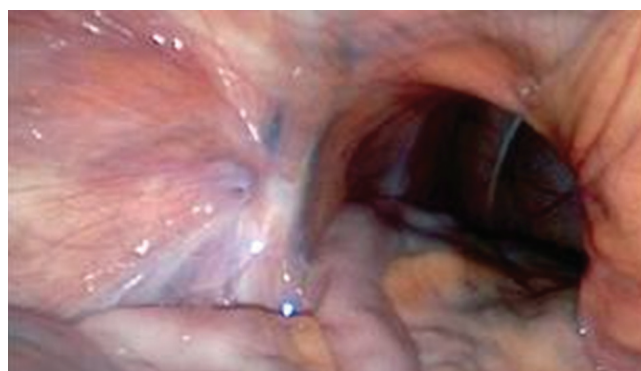
заради поголема сигурност. По отварање на кожата, поткожата, апоневрозата на белата линија и перитонеумот низ мала инцизија се внесува првиот троакар и се воспоставува пневмоперитонеум (до 12 ммHg). Другата можност е низ Veres-ова игла да се постигне пневмоперитонеум и “слепо“ да се внесе првиот троакар.

Под лапароскоп се поставуваат работните троакари најчесто 5 мм на медиоклавикуларните линии на умбиликално ниво (некои автори ги поставуваат на назлично ниво).



Сл. 4. Типични места за поставување троакари

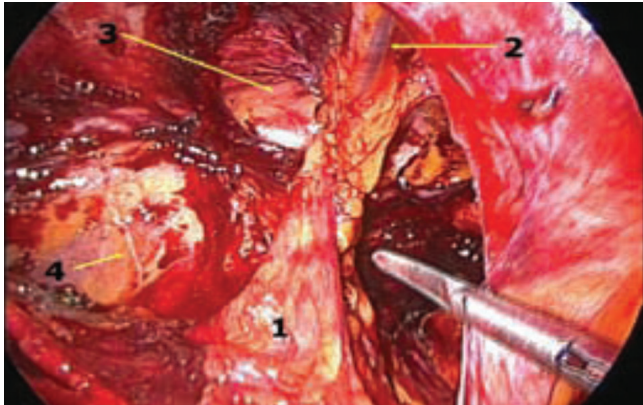
Се експлорира абдоминалната празнина и ингвиналната регија, се препознаваат епигастричните крвни садови, сперматичните и дуктус деференс. Се препознава килниот дефект.



Сл.5. Килен дефект(лапароскопски преглед)

Следи инцизија на перитонеумот која се изведува над горната предна илијакална спина и се до коренот на медијалниот умбиликален лигамент. Перитонеумот се дисецира од трансверзалната фасција со прикажување на целиот илеопектинеален отвор и со ослободување

на ивиците за 3-4 цм. Потребно е да се дисецира цело килно кесе од елементите на фуникулот, а кај големи килни кесиња моѓе и да се ресецира. Лабавата трансверзална фасција, обично над директните хернии се превиткува и фиксира за пектенот на пубичната коска.

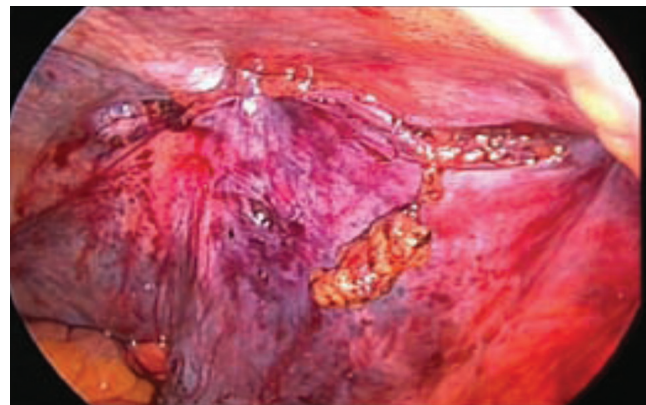


Сл. 6. ¹ елементи на фуникулот, ² епигатрични садови, ³ индиректен дефект, ⁴ феморална гранка на генито-феморален нерв

Потоа следи поставувањето на најчесто проленска мрежа со димензии 10-15 цм која треба да го покрие целиот илеопектинелен отвор со прекривање на ивиците од најмалце 3 цм. Мрежата се фиксира на пектинеалниот лигамент и на горната ивица на мрежата. При фиксацијата треба да се внимава на анатомските структури кои минат низ илеопектинеалниот отвор. Може да се фиксира со шевови или со такери (метални или ресорптивни). Над мрежата се прекрива со дисецираниот перитонеум кој се фиксира исто со шев или такери. (11, 15)



Сл. 7. Фиксација на протезата



Сл.8. Покривање со перитонеум

ДИСКУСИЈА

Направивме споредба меѓу лапароскопските техники и помеѓу ТЕП и ТАПП техниките и конвенционалните (отворените) техники.

Презентираната техника во однос на другите лапароскопски техники има помал број на рецидиви кои се докажани во неколку студии со слични резултати:

Wright et al. 1996 ; Collaboration EH, 2000 ;Sarli et al., 1997; Schrenk et al. , 1996; Vogt et al. , 1995

IPOM	6%
TAPP (n = 1896)	2%
TEP (n = 911)	2.6%

Споредено со ТЕП (14) нема големи разлики во траењето на оперативниот зафат, постоперативната болка, враќањето на нормалните активности

Резултатите од студиите во кои се споредувани конвенционалните херниопластики и лапароскопските зборуваат за супериорни резултати на лапароскопските техники. И тоа во однос на постоперативната болка во тек на 5 годишно следење (5) , кое се движи од 11% спрема 21.7% во првата година до 1.9 %спрема 3.5% во петтата година. Во однос на останатите постоперативни компликации има 4.5% во конвенционалната група спрема 3% во лапароскопската, а рекуренцата по првата година е под 1% во обете групи. Сигнификантна разлика има во испушањето од болница и враќањето на нормалните активности. Единствено има подолго траење на оперативниот зафат , но не претставува сигнификантна разлика. (4, 6, 7, 10). Во однос на цената иницијално лапароскопијата е поскапа, но сметано со

цената на продуктивноста на пациентите се елиминира иницијалната разлика во цената. (10)

Во Република Македонија податоци за болни лекувани од ингвинална кила има до период од 2006 (според Центарот за Јавно здравје), со пораст од 100 херниопластики секоја година од 2001 до 2006 кога имаме вкупно 1851 (според годишниот пораст сметаме дека во 2012 има околу 2000 херниопластики). Бројот на пластики на ингвинална кила во 2012 во Клиничка болница Штип изнесувал 235 (нема лапароскопски), а на Клиника за Дигестивна хирургија во Скопје 147, од нив само 4 се лапароскопски (работени со ТАПП). Сеуште нема систематизиран и сериозен пристап кон воведувањето на лапароскопската пластика на ингвинална кила во Р.Македонија.

КАКВА Е ИДНИНАТА

Минимално инвазивните хируршки техники пополека преовладуваат во сите хируршки гранки. Намалениот пероперативен стрес и соодветно на тоа намалениот постоперативен одговор на истиот овозможи поедноставна контрола на болката и скратен постоперативен тек. Лапароскопската херниопластика се покажа дека е метода која треба да се воведи во третманот на ингвиналните хернии. Во светот околу 20% од пластиките на ингвинална кила се изведуваат лапароскопски. Резултатите кои беа презентирани се во правец на лапароскопијата, но нејзино рутинско изведување ќе створи искусни тимови кои уште повеќе ќе ги подобрат сегашните резултати.

Време е во Македонија да се постават здрави основи на еден систематски и плански развој на минимално инвазивната хирургија кои ќе го надградат традиционалниот хируршки третман и постоперативна нега до еден современ светски тренд.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2003. *Surg Clin North Am.* Oct 2003;83(5):1045-51, v-vi
2. Lichtenstein IL, Shulman AG. Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair. *Int Surg.* 1986 Jan-Mar;71(1):1-4.
3. Kark AE, Kurzer M, Waters KJ. Tension-free mesh hernia repair: review of 1098 cases using local anaesthesia in a day unit. *Ann R Coll Surg Engl.* Jul 1995;77(4):299-304.
4. Kuhry E, van Veen RN, Langeveld HR, Steyerberg EW, Jeekel J, Bonjer HJ. Open or endoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair? A systematic review. *Surg Endosc.* Feb 2007;21(2):161-6.
5. [Best Evidence] Eklund A, Montgomery A, Bergkvist L, Rudberg C. Chronic pain 5 years after randomized comparison of laparoscopic and Lichtenstein inguinal hernia repair. *Br J Surg.* Apr 2010;97(4):600-8.
6. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons R Jr, Dunlop D, Gibbs J, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med.* Apr 29 2004;350(18):1819-27.
7. Memon MA, Cooper NJ, Memon B, Memon MI, Abrams KR. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic inguinal hernia repair. *Br J Surg.* Dec 2003;90(12):1479-92
8. Brick WG, Colborn GL, Gadacz TR, Skandalakis JE. Crucial anatomic lessons for laparoscopic herniorrhaphy. *Am Surg.* Feb 1995;61(2):172-7
9. Vidovic D, Kirac I, Glavan E, et al. Laparoscopic totally extraperitoneal hernia repair versus open Lichtenstein hernia repair: results and complications. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* Oct 2007;17(5):585-90
10. McCormack K; Wake B; Perez J; Fraser C; Cook J; McIntosh E; Vale L; Grant AHealth Services Research Unit, Institute of Applied Health Sciences, University of Aberdeen, UK . Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: Systematic review for effectiveness and economic evaluation *Health Technol Assess.* 2005 9(14):1-203, iii-iv (ISSN :1366-5278)
11. F. Charles Brunicaudi (Editor). *Schwartz's Principles of surgery*, eighth edition, McGraw- Hill. 2009
12. Skandalakis JE, Skandalakis PN, Skandalakis LJ (Editors). *Surgical anatomy and technique: a pocket manual.* 2nd ed. New York: Springer; 2000.
13. Malley KJ, Monkhouse WS, Qureshi MA, Bouchier-Hayes DJ. Anatomy of the peritoneal aspect of the deep inguinal ring: implications for laparoscopic inguinal herniorrhaphy. *Clin Anat.* 1997;10(5):313-7.
14. Wake BL, McCormack K, Fraser C, Vale L, Perez J, Grant AM. Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) vs totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev.* Jan 25 2005;CD004703.

15. Sanabria A, Dominguez LC, Valdivieso E, Gomez G. Prophylactic antibiotics for mesh inguinal hernioplasty: a meta-analysis. *Ann Surg.* Mar 2007;245(3):392-6.
16. Danny A Sherwinter MD, Chief, Associate Program Director, Department of Minimally Invasive and Bariatric Surgery, Maimonides Medical Center . Laparoscopic inguinal hernia repair (Medscape)

CHALLENGES OF LAPAROSCOPIC INGUINAL HERNIA REPAIR

Aleksandar Mitevski ¹, Svetozar Antovic ²,
Ognen Kostovski ², Kemal Rusiti ², Nikola Jankulovski ²

¹ Klinica Hospital Stip

² University Clinic for digestiv surgery, Skopje

SUMMARY

Introduction of minimal invasive surgery, laparoscopy, brought out huge leap in surgery. Peroperative stress declined, the control of pain and postoperative course was simplified. It cuts off the costs and shortened the postoperative inability to return to work. World wide it is recognized and routine but in Macedonia there is no fundamental, profound approach to laparoscopic inguinal hernia repair .

Our goal is to present and compare the data in literature and individual studies concerning laparoscopic approach in inguinal hernia repair. Thus show the benefits and make it more familiar approach when choosing the technique for inguinal hernia repair.

Key words: inguinal hernia, minimal invasive surgery, laparoscopic surgery.

PËRDORIMI I TRANSPLANTEVE KOCKORENE DËMTIMET E MAKSILLËS DHE MANDIBULËS, SHKAKTUAR NGA ARMËT E ZJARRIT

Lozana Binjaku¹, Ramazan Isufi¹

¹Spitali Qëndror Universitar Ushtarak Shqipëri – Tiranë

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 142-145

REZYME

Hyrja: Armët e zjarrit shkaktojnë dëmtime të mëdha kockore të mandibulës e maksillës, që shoqërohen edhe me humbje të mëdha indesh të forta e të buta, zëvendësimi i të cilave kërkon zëvendësimin e këtij defekti me transplante kockore dhe plastikë të indeve të buta.

Objekti: Përmes këtij studimi retrograd do të pasqyrojmë veçoritë, klinikën, diagnostikimin e planin e trajtimit në pacientë me dëmtime masive të maxillës e mandibulës me humbje fragmentesh kockore.

Materiali dhe metoda: Në studim janë përfshirë dy pacientë të moshës 23 vjeç dhe 44 vjeç dëmtuar me armë zjarri në regjionin maxillar (K.Gj – i pari, dhe L.M – i dyti), të cilët u trajtuan në Repartin e Kirurgjisë Oro-Maksillo-Faciale në Spitalin Qendror Ushtarak – Tiranë.

Rezultatet: Pacientëve fillimisht iu janë siguruar rrugët e frymëmarrjes, (me trakeostomi – pacienti i pare) dhe (heqjen e trupave të huaj – pacienti i dytë), e u është ndaluar hemoragjia me suturime e më pas i janë nënshtruar interventit kirurgjikal duke zëvendësuar defektet me transplant të oss iliake, e cila është fiksuar me minipllaka titaniumi.

Konkluzioni: Dëmtimet kockore me armë zjarri është vështirë të trajtohen me reponim të thjeshtë të fragmenteve, pasi krijohen mungesa kockore, kështu që përdorimi i transplanteve në defektin e krijuar rikthen funksionin, estetikën e ushqyerjen normale.

Fjalët kyç: transplant, kocka iliake, minipllaka titaniumi.

HYRJE

Dëmtimet maksillo – faciale nga armët e zjarrit janë dëmtime që shoqërohen me humbje kockore, humbje të indeve të buta, prishje të funksionit e estetikës, kështu që restaurimi funksional e kozmetik i kavitetit oral është një sfidë e vazhdueshme për kirurgjinë rikonstruktive(1).

Qëllimi kryesor i këtyre rikonstruksioneve është të rivendosin aftësinë e sfinkterit të gojës, pamjen e mëparshme të fytyrës, okluzionin e rregullt dentar e të lejojnë lehtësimin e përtpjes, e ushqyerjes e të folurën normale (1). Disa autorë mbrojnë teorinë e ndërhyrjes në një stad për rikonstruksionin e të gjitha strukturave të prekura (2-4). Disa të tjerë përkrahin trajtimin jooperativ (jo të menjëhershëm të dëmtimeve (6-11). Fillimisht kontrollohen rrugët e frymëmarrjes që mund të bllokohen nga gjaku, trupat e huaj, të vjellat. Në rastet urgjente aplikohet trakeostomia (9) e pastaj vazhdohet me rikonstruksion kirurgjikal.

QËLLIMI I PUNIMIT

Përdorimi i transplaneve kockore në dëmtimet maxillare e mandibulare me humbje fragmentesh e indesh shkaktuar me armë zjarri me qëllim që të rikthehet pamja normale, funksioni, të folurit në një kohë sa më të shkurtër e sa më perfekte.

MATERIALI DHE METODAT

Në këtë punim retrospektiv janë marrë në studim rastet e dy pacientëve meshkuj të dëmtuar me armë zjarri në regjionin e fytyrës të shtruar e trajtuar në Repartin e Kirurgjisë Oro-Max-Fac në Spitalin Qendror Ushtarak – Tiranë. Pacienti K.Gj, moshë 23 vjeç me nr. Kartele = 7337 me dëmtime maxillare (foto 1), e pacienti L.M, moshë 44 vjeç me N. Kartele = 2868 me dëmtime maxillare e mandibulare (foto 2).

Në të dy rastet pacientët kanë pasur dëmtime kockore me humbje fragmentesh. Pacienti i parë është paraqitur

direkt pas dëmtimit, kurse i dyti është paraqitur pas 12 orësh. Pacienti K.Gj është paraqitur në gjendje të rëndë e me një rrugë të plumbit nga regjioni zygomatik djathtas në regjionin distal të maxillës e pastaj plumbi është gëlltitur, duke kaluar në ezofag, stomak e ka dalë pas 10 ditësh me jashtëqitje. Pacienti L.M është paraqitur në gjendje jo të rëndë me plagë masive faciale majtas, me dëmtim të mandibulës, maxillës me humbje kockore, indesh të butë e dhëmbësh. (foto 2)



Foto 1



Foto 2

REZULTATET

Pacienti i parë i është nënshtruar ekzaminimeve (CT-koke, CT-toraxi,...) dhe për arsye të gjendjes së rëndë e vështirësisë në frymëmarrje i është bërë trakeostomia urgjent, kurse pacienti i dytë i është nënshtruar ekzaminimeve si vijon CT-capitis, ECHO abdominal e grafi mandibule e për arsye të hemoragjisë së madhe nga plaga massive e fytyrës iu bë urgjent përpunimi i plagës në 3 shtresa (mukozale, muskulare, dermale). Pacientët u trajtuan me antibiotiko-terapi, qetësues, vitamina e perfuzione deri në përmirësimin e gjendjes së përgjithshme e uljen e edemës e pas 4-5 ditësh i janë nënshtruar ndërhyrjes kirurgjikale. Fillimisht është derdhur modeli i masës së marrë në vendin e defektit e është bërë matja e defektit për të përcaktuar përmasat e transplantit (foto 3).



Foto 3

Si transplant është përdorur kocka iliake e vetë pacientit. Interventet kirurgjikale janë kryer nën anestezinë e përgjithshme dhe në bashkëpunim kirurgu oro-maksillo-facial dhe kirurgu ortoped. Pas heqjes në përmasa të caktuara të kockës iliake nga ortopedi (foto 4 foto 5)



Foto 4



Foto 5

transplanti vendoset në sol fiziologjik përzier me gjak nga vetë pacienti (foto 6).



Foto 6

Pastaj u kalua në vendin e defektit, i cili është liruar nga mukoza me lembo. Përshtatet transplanti në vendin e defektit e pas shpëlarjeve të plagës operatore me sol fiziologjik me sasi të bollshme bëhet fiksimi i transplantit me kockën e shëndoshë me minipllaka + vida titanium të Strajkerit (foto 7, 8).



Foto 7



Foto 8

Pastaj kocka u mbulua me mukozë me teknikën e rrëshqitjes. Lembat siguruan mbulimin total të kockës (foto 9, 10).

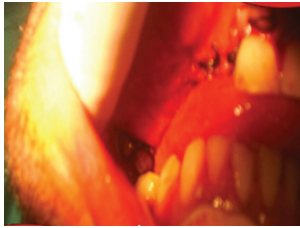


Foto 9



Foto 10

Periudha postoperative ka qenë e mirë. Është trajtuar me mjekim lokal të plagës operatore me ujë të oksigjenuar + sol fiziologjik + betadinë + rifocinë. Hospitalizimi ka zgjatur 10 ditë. Pacientët kanë dalë nga spitali në gjendje të përgjithshme e lokale shumë të mirë.

DISKUTIMI

Demtimit maxillo-faciale nga armët e zjarrit shoqerohen me demtime masive të indeve të buta dhe atyre kockore, në shumicën e rasteve me humbje të fragmenteve e cila kërkon zvendësimin e tyre për të siguruar vazhdimësinë kockore, formën e funksionit normal të tyre. Sipas literaturës përdorimi i grafeve kockore është shpesh e nevojshme për të rivendosur kockën që mungon në vend duke marrë material prej një vendi tjetër. Ky material kockor mund të merret nga trupi i vetë pacientit (autograft), nga kadavrat njerëzore (allograft), me origjinë nga kafshët (xenograft) dhe material sintetike. Vendosja e grafeve kockore autogjene është një teknikë që ka avantazh në potencialin osteogjenetik, ruajtjen e formës e kufijve kockore duke përdorur bllok kockor, e aftë të korrigjojë deformimin e formës e masës dhe eliminon mundësinë për një reaksion imunogjenetik. Disavantazhet lidhen me krijimin e një plaje tjetër në vendin donator të kockës, rezorbimin e paparashikuar të kockës si dhe vështirësitë në menaxhimin e mbulesës së indit të butë. Kjo rrit kohën e trajtimit dhe riskun për efekte anësore. Megjithatë graftet kockore autogjene janë konsideruar si materiale ideale për procedurat rikonstruktive (10). Sipas literaturës principet që i bëjnë graftet kockore të kënaqësive janë: (1) Reagimi kockor i cili udhëheq rritjen kompesuese të kockës natyrore, (2) Stimulimi kockor që inkurajon qelizat e padiferencuara të kthehen në osteoblaste aktive dhe (3) Osteogjeneza ku qelizat kockore në materialin e graftit kontribuojnë në rimodelimin e kockës. Janë sugjeruar disa vende dhenese për grafte kockore, por kështu anterior e kockës iliace është më e zakonshme dhe përdoret (11). Kjo kockë mund të sigurojë një sasi të madhe kockore dhe ajo është një vend donator mjaft i shëndetshëm. Keto parametra e bëjnë kështu

anterior e iliace zgjedhjen e parë për vendin e graftit.

Sipas opinionit tonë, kur armët e zjarrit shkaktojnë dëmtime kockore me humbje fragmentesh, reponimi i fragmenteve të mbetura me miniplaka nuk është rruga e duhur për trajtimin, sepse nuk realizon as funksionin, as estetikën. Përdorimi i transplanteve (të llojeve të ndryshme) e reponimi e fiksimit i tij me pjesën tjetër kockore me miniplaka titanium është rruga më e favorshme për të plotësuar të gjitha kriteret. Transplanti duhet të modelohet sa më mirë që të ketë kontakt maksimal në të gjitha anët ku do të fiksohet me kockën ekzistuese. Mbulimi plotësisht i transplantit kockor me lembo mukozale është domosdoshmëri për jetëgjatësinë e transplantit. Është zgjedhur kocka iliace, e cila sipas literaturës (9) paraqet një lidhje më të mirë vertikale me kockën e mbetur e siguron një rezultat më të mirë protetik (9).

PËRFUNDIMI

Dëmtimet maksillare e mandibulare nga armët e zjarrit të llojeve të ndryshme, në shumicën e rasteve kërkojnë përdorimin e transplanteve kockore. Përdorimi i kockës iliace si transplant përdoret në pacientë me moshë të re dhe ata që kanë të ruajtur lartësinë e duhur mandibulare (9). Trajtimi me transplant kërkon higjienë maksimale të gojës, mjekim lokal të vazhdueshëm për 1 javë-10 ditë për të ruajtur rezultatet e arritura në momentin e parë.

REFERENCAT

1. Khan, Mumtaz J. MD-Developments in oromandibular reconstruction-Current opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery-August 2001, Volume 9, Issue 4- pp 205-208
2. Mladick RA, Georgiade NG. Royer J: Immediate flap reconstruction for maxilla
3. Clark N. Birely, Manson PN, et al. High-energy ballistic and abusive facial injuries. Classification, patterns and an algorithm for primary reconstruction. Blast Reconstruction Surgery 98:583, 1996
4. Chen AY, Stewart MG, Raup G, Penetrating injuries to the face. Otolaryngol Head Neck Surg 115 464. 1996
5. Williams CN. Cohen M, Schulta RC: Immediate and long-term management of gunshot wounds to the lower face. Plast Reconstr Surg 82: 433, 1999
6. Mac Farlane C. Management of gunshot wounds. The Johannes. Burg experience. Int Surg 84 : 93, 1999

7. Kihner T, Ivatury RR, Simon RJ et al : Early management of civilian gunshot wounds to the face. J. Trauma 35-569,1993
8. Larry Hollier, MD, Elena P, Grantcharova MD and Moan Kattash, MD= Facial Gunshot Wounds A 4-year experience J. Oral Maxillo - Fac Surg 59: 277 -282,2001
9. Iliac crest free flap in oromandibular reconstruction.
10. A.BAJ. S. FERRARI, B. BIANCHI, F. LAGANA, G. BELLOCCHIO, A. SESENNA. CLINIC OF MAXILLO- FACIAL-SURGERY UNIVERSITY OF PARMA ITALY.
11. Sailer F.A new method of inserting edentulous implants in totally atrophic maxilla.Int Oral Maxillo-Fac Surg 1989;17;299-305
12. Sjostrom M, Sennerby L, Nilson H, Lundgren S. Reconstruction of the atrophic edentulous maxilla with free iliac crest grafts and implants;A 3-year report of prospective clinical study.Clin Implant Dent Related Res 2007;9:46-59.

THE USE OF OSSEOUS TRANSPLANTS IN DAMAGES OF MAXILLA AND MANDIBLE CAUSED BY FIREARMS.

Lozana Binjaku¹, Ramazan Isufi¹

¹Military University Central Hospital Albania - Tirana

SUMMARY

Resume

Introduction: Firearms caused a big damage of mandible and maxille bones that was associated with loss of soft and strong tissue, replacement of which requires osseous transplants and plastic of soft tissue.

Objective: Through this retrograde study with reflect features clinic, diagnosis and the treatment plan in patients with massive injuries of maxilla and mandible with loss of osseous fragments.

Material and methods: The study involved two patients (one was 23 old years and the other was 44 old years) damaged by firearms in maxillar region (the first) and in maxillar and mandibular region (the second), who were treated in department of ORO - MAX - FAC Surgery in Hospital Central Military of Tirana- Albania.

Results: The first patients were secured the airways with tracheostomy (the first) and removal of foreign bodies (the second). They have undergone surgical intervention, replacing defects with transplant of osseous iliace wich are fixet with titanium plates.

Conclusion: Osseous damage by firearms is difficult to be treated with simple fixation of fragments, because it will create osseous lack, so use of transplantes in the created defect restores the function, esthetics and normal nutrition.

Key words: transplants, oss iliace, titanium plates.

MYASTHENIA GRAVIS ASSOCIATED WITH PARANEOPLASTIC SYNDROME

Joveva Simeonovska E¹, Ilova Karakoloska M¹, Serafimov A¹, Petrovski C¹, Skenderi V²

¹ Faculty of Medical Sciences – Stip, University Goce Delcev -Stip

² Skenderi V, Clinical Hospital of Tetovo

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 146 -149

ABSTRACT

Paraneoplastic neurologic disorders can affect any part of the nervous system. Rarely, the motor neuron or motor axons may be affected in patients with cancer, leading to clinical signs and symptoms that resemble ALS. Myasthenia gravis (MG) is the prototypic autoimmune disorder of the nervous system. In most cases, MG is an idiopathic disorder, and the events leading to the production of acetylcholine receptor autoantibodies are not known. About 15% of the patients have a paraneoplastic form of MG associated with a thymic neoplasm (thymoma). Patients with paraneoplastic MG typically have late-onset generalized MG and require long – term immunosuppression. Another form of neuromuscular junction disorder, the Lambert - Eaton myasthenic syndrome, often occurs as a paraneoplastic manifestation of small cell lung cancer. Together, MG and Lambert - Eaton syndrome are the most common paraneoplastic neurologic disorders.

Key words: Paraneoplastic neurologic disorders. Myasthenia gravis, thymoma, long term immunosuppression.

INTRODUCTION

Paraneoplastic neurologic disorders are diseases of the nervous system that occur in association with cancer but are not due to direct effects of the tumor or its metastases. These disorders are caused by remote effects of malignancy believed to be mediated by the immune system. The mechanism likely involves the expression of antigens by the tumor that stimulates an immune response involving T cells, antibodies, or both, that is directed against not only tumor cells but also neural or nerve/muscle cells.

An association of MG with thymic tumor first was reported in 1903 (Laquer,1903) (1). As many as 40% to 50% of patients with thymoma have MG, and approximately 15% of patients with MG have thymoma (Thomas CR,1999)(2). MG is caused by autoantibodies against postsynaptic nicotinic acetylcholine receptors (AChRs) at the neuromuscular junction (Willcox,1993) (3). The resulting deficit in neuromuscular transmission results in the characteristic symptoms of weakness and fatigue of bulbar and proximal muscles.

Paraneoplastic MG is clinically identical to MG without thymoma with few exceptions. The majority of patients with thymoma are older than 50 years, with a mean age

of 55. However, thymoma may be found in myasthenic patients as young as 20 years and rarely in childhood MG. The female predominance seen in younger patients with MG is not evident in paraneoplastic or thymomatous MG. The symptoms of myasthenia are typically generalized, may have a more rapid onset, and may be difficult to control until the thymoma is removed. After appropriate thymoma treatment, contemporary studies indicate that the prognosis of paraneoplastic MG is similar to other cases of late-onset similar to other cases of late-onset, nontymomatous MG (Bril et al, 1998, de Perrot et al, 2002)(4).

Thymoma is a relatively rare neoplasm of thymic epithelial cells, which is unique because of its frequent association with autoimmunity, probably due to dysregulation of lymphocyte selection (Morgenthaler et al, 1993)(5). Thymoma-related autoimmunity also may be caused by presentation of self -antigens expressed by the neoplastic cell. Autoractive T lymphocytes may proliferate, leave the tumor, and stimulate B cells for antibody production. Unlike the case for thymic hyperplasia, no significant autoantibody production occurs within the thymus itself. Other tumors that originate in the anterior mediastinum (lymphoma, carcinoid) do not demonstrate the same association with autoimmunity.

ANTIBODY PROFILES IN PARANEOPLASTIC MYASTHENIA GRAVIS

Autoantibodies specific for skeletal muscle AChR, striated muscle antigens as well as neuronal antigens, are common in patients with thymoma and may be found even in absence of clinical evidence of MG (Vernino and Lennon, 2004)(6). Muscle AChR antibodies are the most commonly detected antibodies with thymoma. In most studies, all patients with thymoma and MG have muscle AChR binding antibodies (Lindstrom et al, 1998) (7). In other words, thymoma is associated with neither seronegative MG nor muscle-specific receptor tyrosine kinase (MuSK) antibodies (Leite et al, 2005)(8). AChR modulating antibodies cause a reduction in surface AChR, and blocking antibodies are those that interfere with the acetylcholine AChR modulating antibody levels are generally high in patients with thymoma.

Striational antibodies were the first autoantibodies recognized with thymoma and MG. These antibodies recognize muscle cytoplasmic proteins, including titin, myosin, actin alpha-actinin. Striational antibodies are detected in a majority of patients - 85% with thymomatous MG and also in a minority of thymoma patients without MG (Somnier and Engel, 2002)(9). Other antibodies that can be found are against glutamic acid decarboxylase (GAD65), collapsing-response mediator protein (CRMP5), voltage-gated potassium channels (VGKCs), antinuclear antibodies, antimitochondrial antibodies and others.

Motive and Purpose: Timely treatment of patients with Myasthenia gravis which is associated with thymoma improves the quality of life, reduce complications, reduces morbidity on the one hand and prolongs survival time of the other.

The purpose of the cases is to see the connection of Myasthenia gravis with thymoma as often paraneoplastic neurological disease.

Material and Methods: The study is a review of two cases (case report):

First case:

- Patient 32 years old, female, unemployed.
- The disease began in June 2009 with progressive bilateral symmetrical ptosis, diplopia in horizontal view left and right, dysarthria and proximal muscle weakness of all limbs, mostly in upper limbs. At the same time, the patient complained of dyspnea with lower limb swelling.

- Because of the above symptoms the patient is hospitalized et neurological unit
- During hospitalization are made several examinations: laboratory with normal findings. The creatine kinase level was elevated. Prostigmine test was positive after 15 minutes with improvement the ptosis, diplopia and muscle weakness. Echocardiogram revealed mild dilated cardiomyopathy with reduced ejection fraction. Chest CT showed a well-encapsulated anterior mediastinal mass. Conciliar thoracic surgeon: set indication for surgery
- Before the operation the patient was treated with corticosteroids, with inhibitors of acetylcholine esterase and plasma exchange on three occasions.
- Performances improvement of clinical picture with the withdrawal of neurological symptoms.
- Complete thymectomy is made and after the operation the patient is set on corticosteroid and immunosuppressive therapy (azathioprine) and pyridostigmine with recommended regular audits by the neurologist and surgeon.
- Ambulatory before surgery was advised to make test serum present antibodies to acetylcholine receptors. Serum tests were positive for AChR-binding (12.0 nmol/l) and AChR - modulating (96% loss of AChR) antibodies.

Results: the patient is with stable clinical picture of the disease and set regular therapy for Myasthenia gravis

Comments and discussion: even though this patient is young, the subacute onset of severe generalized form of Myasthenia gravis as well as the presence of serum antibodies raises the suspicion of paraneoplastic Myasthenia gravis related to thymoma. The coexistence of myocarditis has increased the likelihood of the presence of thymoma.

Second case:

- Patient 76 year old, man
- The first symptoms of disease have occurred in October 2011 with an intense dry cough
- Because of the above symptoms the patient is hospitalized et internal unit.
- During hospitalization are made several examinations: laboratory with normal findings, but the sedimentation was elevated. X ray chest showed expansion of anterior mediastinum and advised to make chest CT. Chest CT showed large anterior

- mediastinal mass with indistinct margins encasing the great vessels as well as pleural metastases. Conciliar thoracic surgeon: set indication for surgery
- He underwent subtotal resection of an invasive thymoma followed by radiation therapy.
 - Before surgery and 6 months later the patient had no neurological symptoms of Myasthenia gravis
 - Six months later, he came to neurologist with progressive dysphagia, dyspnea and proximal muscle weakness. Neurological examination demonstrated moderate weakness of m .orbicularis oculi, neck flexors and proximal limb muscles after performing tests of neuromuscular fatiguing.
 - Ambulatory before surgery was advised to make test serum present antibodies to acetylcholine receptors. Serum tests were positive for AChR-binding (4 nmmol/l) AChR - modulating (100% loss of AChR) and striational antibodies.
 - Repeat chest CT showed residual thymoma in anterior mediastinum encasing the great vessels as well as pleural metastases. Prostigmine test was positive after 15 minutes with improvement in limb and neck strength, but swallowing and respiratory symptoms persisted.
 - The patient is set on corticosteroids, immunosuppressive therapy and physiotherapy with regular controls et neurologist and surgeon.

Results: the patient is with stable clinical picture of the disease and set regular therapy for Myasthenia gravis. In the same time he is monitored by the surgeon and internist because of symptoms from local tumor invasiveness.

Comments and discussion: However, in about 2% of cases , the first Myasthenia gravis symptoms develop after the initial treatment of thymoma. One - third of thymoma cases are diagnose during evaluation of chest symptoms such as cough or dyspnea. All autoantibodies can be present in patients with thymoma who have no signs or symptoms of Myasthenia gravis, and they do not necessarily indicate that Myasthenia gravis will develop later. In cases of malignant thymoma that fail initial therapy, however, the prognosis is guarded because of local complication of invasive tumor. Chemotherapy has been shown to improve survival in metastatic thymoma. With invasive thymoma, symptoms of dysphagia and dyspnea may be attributed to damage to the phrenic or recurrent laryngeal nerves from tumor invasion, radiation or surgery rather than Myasthenia gravis.

Because of that those symptoms may not respond to Myasthenia gravis therapies.

The relapse rate for encapsulated tumors is less than 5% but the relapse rate is much higher for invasive or more malignant tumors. Thymoma recurrence can be heralded by worsening of myasthenia or the appearance of other paraneoplastic phenomena.

Postoperative radiotherapy is used for invasive malignant thymoma or other incomplete resection. Radiotherapy alone in unresectable, widely invasive disease can produce local disease control with a 5 year survival rate of 45% to 50%.

Conclusion: Thymomatous MG was considered to be more severe and refractory to treatment than MG without thymoma. This observation probably reflected the older age in these patients, or coincidence of other autoimmune conditions .Recent case series show no significant difference in long - term MG prognosis related to the presence of thymoma. Likely factors leading to this improvement in outcome are advances in diagnostic imaging that allow earlier detection of thymoma, improvements in thymectomy techniques, and better perioperative myasthenia management.

REFERENCES

13. Laquer L.Ueber die Erb'sche Krankheit (myasthenia gravis).Neurol Zentralbl 1903,20:594-597
14. Thomas CR, Wright CD, Loehrer PJ. Thymoma: state of the art J Clin Oncol 1999;17:2280-2289
15. Willcox N. Myasthenia gravis . Curr Opin Immunol 1993,5(6):919-917
16. Bril V,Kojic J, Dhanani A. The long-term clinical outcome of myasthenia gravis in patients with thymoma. Neurology 1998, 51(3):1198-1200.
17. de Perrot M, Liu J, Bril V, et al.Prognostic significance of thymoma in patients with myasthenia gravis. Ann Thorac Surg 2002, 74(5):1658-1662
18. Morgenthaler TI, Brown LR,Colby TV ,et al. Tymoma. Mayo Clin Proc 1993,68 (11):1110-1123
19. Vernino S, Lennon VA. Autoantibody profiles and neurological correlations of thymoma. Clin Cancer Res 2004,10(21):7270-7275
20. Lindstrom JM, Seybold ME, Lennon VA, et al. Antibody to acetylcholine receptor in myasthenia gravis: prevalence, clinical correlates , nd diagnostic value.1975. Neurology 1998,51(4):933-939

21. Leite MI, Strobel P, Jones M, et al. Fewer thymic changes in MuSK antibody-positive than in MuSK antibody-negative MG. *Ann Neurol* 2005;57(3):444-448
22. Somnier FE, Engel PJ. The occurrence of anti-titin antibodies and thymomas: a population survey of MG 1970-1999. *Neurology* 2002;59(1):92-98

МИАСТЕНИЈА ГРАВИС ПРИДРУЖЕНА СО ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИОТ СИНДРОМ

Јовева Симеоновска Е¹, Илова Караколоска М¹, Серафимов А¹, Петровски С¹, Скендери В²

¹ Медицински факултет Штип,

² Клиничка болница, Тетово

АБСТРАКТ

Паранеопластичните невролошки пореметувања можат да го зафатат било кој дел од невролошкиот систем. Ретко кога моторниот неврон или моторните аксони можат да бидат афектирани кај пациенти со канцер, но сепак доколку се зафатат води до појава на клинички знаци и симптоми кои наликуваат на Амиотрофична латерална склероза. Друго заболување кое е прототип за автоимуно заболување на нервниот систем е Myasthenia gravis. Во повеќето случаи етиологијата е идиопатска и начините за продукција на автоантителата за ацетилхолинските рецептори сеуште не се познати. Сепак 15% од пациентите имаат паранеопластична форма на Myasthenia gravis асоцирана со тимом. Пациентите обично имаат генетализирана форма со доцен почеток и истите бараат долгогодишен третман со имunosупресија. Друга форма на нарушување на невромускулната синапса е Sy. Lambert – Eaton, што често е придружен со ситноклеточниот карцином на белите дробови.

Клучни зборови: Паранеопластичните невролошки пореметувања, Миастенија гравис, тимом.

THE FIRST CASE WITH DOUBLE AORTIC ARCH DIAGNOSED AND OPERATED IN ALBANIA

Numila Kuneshka (Maliqari)¹, Evda Vevecka², Albert Koja¹, Durim Cela³, Altin Veshti⁴, Arben Baboci⁴, Loreta Teneqexhi⁵.

¹ Uniteti i Kardiopediatrise-Sherbimi iPediatrise , QSUT

² Sherbimi i Pneumo-alergologjise pediatrike

³ Sherbimi i Imazherise

⁴ Sherbimi i Kardiokirurgjise

⁵ Departamenti i Shendetit Publik

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 150 -153

ABSTRACT

A 4-year-old female child had inspiratory and expiratory stridor, failure to thrive, recurrent respiratory infection and feeding problems since 1 month of age. The stridor was not related to her position. At first she was suspected for laryngomalacia, then was diagnosed with a reflux gastro-esophageal and finally was diagnosed with a double aortic arch through barium esophageal examination and CT mediastinal. The patient underwent surgical intervention that consisted of the division of the right aortic arch through a left poster lateral thoracotomy (3rd intercostal space) approach, intervent that was realized for the first time in Albania.

Keywords: stridor, vascular ring, double aortic arch

INTRODUCTION

Vascular ring represents less than 1% of all congenital cardiovascular anomalies, and cause respiratory symptoms or feeding problems. Double aortic arch (DAA) is the most common vascular ring (40%). Double aortic arch, first reported in 1737 by Hommel, is due to the presence of right and left aortic arches encircling and compressing the trachea and the esophagus. The symptoms are related to the compression of the trachea, esophagus or both by the complete vascular ring. This is a case report of a double aortic arch, presented like inspiratory and expiratory stridor.

CASE PRESENTATION

A 4-year-old female child was referred to CHU for evaluation of inspiratory and expiratory stridor. From the anamnesis resulted that since 1 month of age she had stridor, frequent interrupted feedings, recurrent respiratory infection, failure to thrive. She was suspected for laryngomalacia. It was excluded a fistula tracheo-esophageal and a cystic fibrosis, and was diagnosed with echography an expressed reflux gastro-esophageal. The

mother refused many times to make the bronchoscopy. She was treated with antibioticotherapy, chest physical therapy and antireflux treatment. It was thought that the child should be assessed for another pathology because this therapy is not working. Echocardiographic evaluation showed normal cardiac anatomy and a right aortic arch. ECG findings were normal. Barium esophageal showed narrowing of the esophagus in the form of the letter S that suggested the vascular rings (Fig.1). Patient was further evaluated with CT mediastinal which revealed the origin of two aortic arch from ascendant aorta, with dominance of right arch, encircling the trachea and esophagus, that are joined in descendant aorta on the right position (Fig. 2). The distal trachea and proximal left bronchus were compressed by the vascular ring. So, the child represented a double aortic arch which explained the stridor. The patient underwent division of the right aortic arch through a left poster lateral thoracotomy (3rd intercostal space) approach, intervent that was realized for the first time in Albania. The child was extubated on the first postoperative day and she was stable and comfortable without any clinical evidence of respiratory obstruction or stridor. The patient continues to be free of respiratory compromise at follow-up of two years.

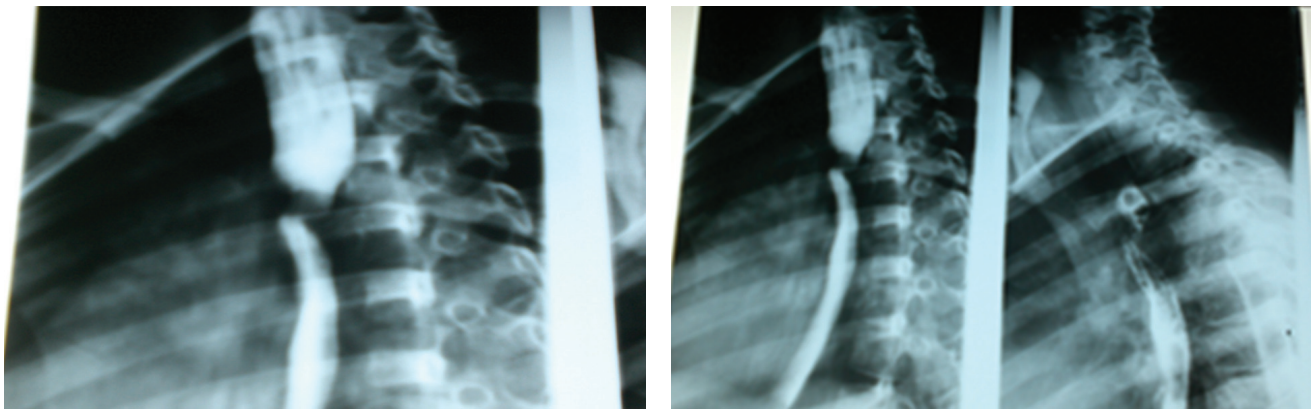


Fig.1 Barium esophageal showed narrowing of the esophagus in the form of the letter S

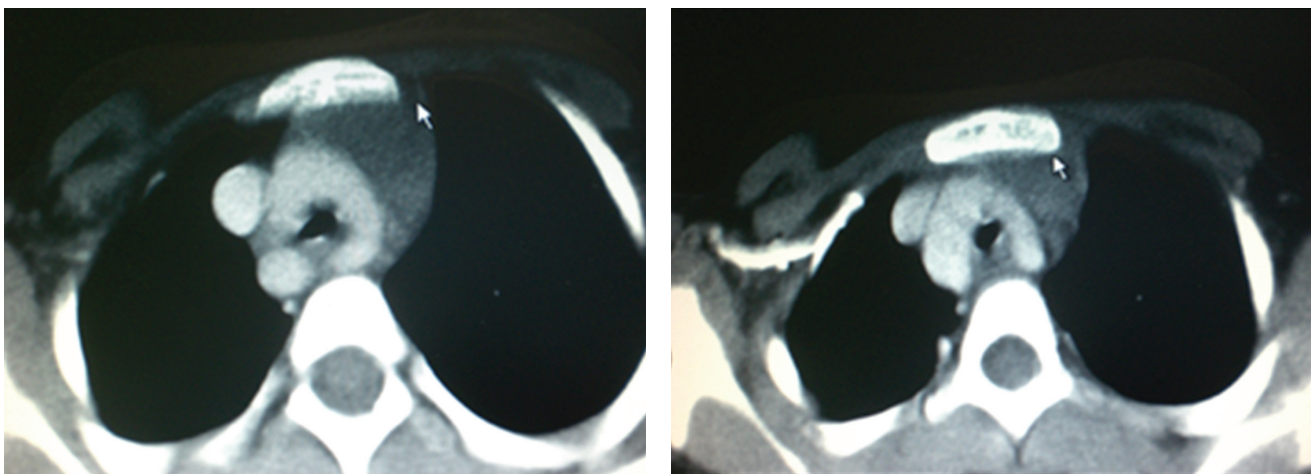


Fig.2 CT mediastinal revealed the origin of two aortic arch from ascendant aorta, with dominance of right arch, encircling the trachea and esophagus,

DISCUSSION

Complete vascular rings are aortic arch anomalies in which the trachea and esophagus are compressed by the aortic arches and their derivatives. Vascular rings were among the first congenital cardiovascular anomalies repaired surgically, and surgical management has been the standard of care for more than 50 years. Robert Gross performed the first successful surgical division of a vascular ring in 1945 at Boston Children's Hospital through a left antero-lateral chest approach [1].

Anatomically, the ascending aorta arises normally and, as it exits the pericardium, it divides into two - right and left aortic arches which encircle the trachea and the esophagus and reunite posteriorly to form the descending aorta. Hypoplasia of one of the aortic arches is common with one arch, more commonly the right aortic arch, being dominant. Atresia can be uncommonly present in any of the segments of either of the aortic arches, resulting in

various subtypes of double aortic arch with atresia [5]. The posterior descending aorta formed by the union of the two aortic arches can be on the left or on the right of the thoracic vertebrae. This abnormal position can cause compression of the airway between the pulmonary artery and the descending aorta postoperatively, leading to persistence of symptoms following surgery [6].

Patients with double aortic arch can be asymptomatic or present with symptoms ranging from nonspecific complaints to life threatening respiratory distress. The symptoms of stridor breathing, dysphagia, a "barky" chronic cough, susceptibility to bronchopneumonia, head retraction, malnutrition, onset during early infancy, and an increase of respiratory distress during feeding were described by Wolman et al [1]. Life threatening episodes of respiratory arrest and apnea have also been described [9]. No sex predilection has been documented in patients with double aortic arch or its various subtypes. Conventional

chest x-ray may show indentation of tracheal shadow, retro tracheal opacity, and anterior tracheal bowing. Specific radiological signs have been described for barium esophagography [12]. Barium swallow is diagnostic in the majority of cases. However, MDCT and MRI have become increasingly utilized in the diagnosis and evaluation of aortic arch anomalies, including double aortic arch [8]. The assessment of the arch dominance and surrounding tissues in the mediastinum has improved with these radiological modalities, especially when the barium swallow is negative, there is innominate artery compression, or in complex cases. Presently angiography is rarely indicated or necessary for adequate evaluation of aortic arch anomalies. Echocardiography is recommended to rule out associated congenital cardiac defects [8, 9, 11, 13].

Factors responsible for the aberrant persistence of certain aortic arch segments have not been clearly identified, and the pathogenesis of this anomaly remains a mystery. [12,16]

In a study at the author's institution, band 22q11 deletions were found in 3 of 22 patients (14%) with double aortic arch.[12]. This chromosomal anomaly is associated with aortic arch anomalies in patients with other forms of conotruncal heart disease and other isolated vascular abnormalities, and band 22q11 deletion is likely to be an important etiologic factor in double aortic arch. Most such mutations arise de novo, and no recognizable inheritance pattern is present.

Familial recurrence of double aortic arch has been reported, supporting a genetic etiology for this anomaly. Teratogen-induced double aortic arch in animal models also has been reported. The mechanisms and significance of these models have not been elucidated. [11,12,16]

Repair is achieved through a left posterolateral thoracotomy approach, especially those with a dominant right aortic arch [8-11]. The Mayo Clinic recommends a right posterolateral thoracotomy approach in patients with left aortic arch, right-sided descending thoracic aorta, and right ductus or ligamentum arteriosum; a double arch with atresia of the right posterior segment; or when anastomosis of an aberrant right subclavian artery to the ascending aorta is performed [14]. Backer and Mavroudis [15] recommend that innominate artery compression be approached from the right side, with suspension of the innominate artery to the sternum. Repair through a median sternotomy is recommended

when concomitant repair of intracardiac defects is performed [13, 14].

Post-operative complications include bleeding, vocal cord paralysis, pneumonia, pneumothorax, chylothorax, feeding difficulties, and residual respiratory obstruction. Residual respiratory complaints have been noted in up to 54% of patients [9-11]. While the residual respiratory symptoms are usually due to tracheobronchomalacia, anatomic compression of the trachea by the postoperative arch and the anterior remnant of the divided arch, or by midline descending aorta, can be present [7].

Conclusion. In the case of the stridor must be thought that a possible case could be tracheo-esophageal compression from a vascular ring, more commonly the double aortic arch, the clinical suspicion and diagnosis of which can lead to early surgical intervention and relief or avoidance of immediate or long term respiratory complications.

REFERENCES

1. Wolman IJ. Syndrome of constricting double aortic arch in infancy: report of a case. *J Pediatr* 1939;14:527-33.
2. Gross RE. Surgical relief for tracheal obstruction from a vascular ring. *N Engl J Med* 1945;233:586-90.
3. Gross RE. Arterial malformations which cause compression of the trachea or esophagus. *Circulation* 1955;11:124-34.
4. Congdon ED. Transformation of the aortic arch system during the development of the human embryo. *Contrib Embryol* 1922;14:47-110.
5. Edwards JE. Anomalies of derivatives of aortic arch system. *Med Clin North Am* 1948;32:925-49.
6. Backer CL, Mavroudis C. Congenital Heart Surgery Nomenclature and Database Project. Vascular rings, tracheal stenosis, and pectus excavatum. *Ann Thorac Surg* 2000;69(suppl):S308-18.
7. Fleck RJ, Pacharn P, Fricke BL, Ziegler MA, Cotton RT, Donnelly LF. Imaging findings in pediatric patients with persistent airway symptoms after surgery for double aortic arch. *AJR* 2002;178:1275-79.
8. Backer CL, Mavroudis C, Rigsby CK, Holinger LD. Trends in vascular ring surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;129:1339-47.
9. Alsenaidi K, Gurofsky R, Karamlou T, Williams WG, McCrindle BW. Management and outcomes of double aortic arch in 81 patients. *Pediatrics* 2006;118:e1336-41.

10. Chun K, Colombani PM, Dudgeon DL, Haller JA Jr. Diagnosis and management of congenital vascular rings: a 22-year experience. *Ann Thorac Surg* 1992;53:597-602.
11. Shanmugam G, Macarthur K, Pollock J. Surgical repair of double aortic arch: 16-year experience. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2005;13:4-10.
12. Lowe GM, Donaldson JS, Backer CL. Vascular rings: 10-year review of imaging. *RadioGraphics* 1991;11:637-46.
13. Woods RK, Sharp RJ, Holcomb GW, et al. Vascular anomalies and tracheoesophageal compression: a single institution's 25-year experience. *Ann Thorac Surg* 2001; 72:434-39.
14. van Son JAM, Julsrud PR, Hagler DJ, et al. Surgical treatment of vascular rings: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clin Proc* 1993;68:1056-63.
15. Backer CL, Mavroudis C. Surgical approach to vascular rings. In: Karp RB, Laks H, Wechsler AS, eds. *Advances in Cardiac Surgery-Volume 9*. St. Louis: Mosby- Year Book;1997:29-64.
16. Noguchi K, Hori D, Nomura Y, Tanaka H. Double aortic arch in an adult. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. Feb 28 2012; 14(6): 900-2.

RASI I PARË ME HARK AORTIAL TË DYFISHTË TË DIAGNOSTIKUAR DHE OPERUAR NË SHQIPËR

Numila Kuneshka (Maliqari)¹, Evda Vevecka², Albert Koja¹, Durim Cela³, Altin Veshti⁴, Arben Baboci⁴, Loreta Teneqexhi⁵.

¹ Uniteti i Kardiopediatrise-Sherbimi i Pediatrise , QSUT

² Sherbimi i Pneumo-alergologjise pediatrike

³ Sherbimi i Imazherise

⁴ Sherbimi i Kardiokirurgjise

⁵ Departamenti i Shendetit Publik

ABSTRAKT

Nj vajzë 4 vjecare paraqiste stridor inspirator dhe ekspirator, vonesë në rritje, infeksione pulmonarë shpeshta, që nga mosha 1muajshe. Stridori nuk ishte i lidhur me pozicionin e qëndrimit. Fillimisht ajo u dyshua për laringomalaci, me pas u diagnostikua për një refluks gastro-ezofageal dhe së fundmi u diagnostikua për një hark aorte të dyfishtë, nëpërmjet ekzaminimit me barium të ezofagut dhe CT (skanerit) të mediastinit. Pacientja iu nënshtrua ndërhyrjes kirurgjikale që konsistoi në ndarjen e harkut aortik të djathtë nëpërmjet torakotomisë posteriore-laterale (hapesira 3të interkostale), ndërhyrje që u realizua për herë të parë në Shqipëri

Fjale kyç: stridor, unazë vaskulare, hark aorte i dyfishtë.

KARDIOMIOPATIA E SHKAKTUAR NGA TAKIKARDITË

Fatmir Ferati¹, Nexhbedin Karemani¹

¹ Spitali Klinik i Tetovës

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 154 -158

REZYME:

Në këtë punim paraqesim rastin e pacientit me kardiopati dilatative dhe fibrilacioni atrial, me të gjitha simptomat e tij si që janë dilatatim I ventrikulit të majtë, Uljes së EF(fraksionit ejectional) të ventrikulit të majtë, disinkronisë së Ventrikulit të majtë, tek I cili koronarografia ishte normale.

Pas aplikimit të dozave të larta të antiaritmikëve, tek pacienti u arrit konversion I fibrilacionit atrial në mënyre medikamentoze nën terapi me kinidin tableta.

Në sinus ritëm, tek pacienti u regjistrua normalizim I të gjitha parametrave klinikë të funksionit të zemrës si dhe rikthimin i plotë i funksionit, madhësi se ventrikulit të majtë si dhe sinkronizimit të miokardit të VM.

Per shkak te rikthimit te plote te funksionit si dhe parametrave te ventrikulit te majte,tek I cili koronarografia ishte normale,ky rast paraqet rast tipit te tachycardia induced cardiomyopathy(kardiomiopati e shkaktuar nga tahikardia)

Fjalët kyç: Fibrilacioni atrial,kardiomiopatia congestive, konversion i ritmit

HYRJE E SHKURTË

Kardiopatia e shkaktuar nga takikardia(TSHK) është një situatë më e rallë, por e cila duhet të merret parasysh tek pacientet tek të cilët vërehet përmirsim I funksionit të zemrës pas kontrollimit të takikardisë ose fibrilacionit atrial.Në përgjithsi mendohet se ky lloj ndryshimi funksional ,paraqitet në situatë kur kemi një takikardi ose fibrilacion atrial me frekvencë të ventrikulit mbi 120/min, dhe e cila shkaton ndryshime strukturale të zemrës ,të cilat janë karakteristike për një kardiopati kongestive,me të gjitha karakteristikat, duke filluar nga dilatin e ventrikulit të majtë si dhe zvoglim e EF të VM.

Si një ndër mekanizmat të cila mundën të sqarojnë këtë ndryshim të papritur,është zvoglim I koncentracionit të ATP në nivel të miociteve, e cila ka ndikim direkt në transportin e joneve të Ca(kalciumit) në miokard , të cilat janë elementet shumë të rëndësishëm në kontraktionin e miokardit.Për shkak se transporti I Ca varret nga niveli I ATP-së, koncentracioni I të cilit gjatë takikardive shpejt ulet ,dhe në situatuata kurrë ai nuk mundet të rregullohet,paraqiten reperkusione në nivel të EF të miokardit të VM(ventrikulit të majtë).

Gjithashtu te shumë pacientë si element tjetër I cili ka efekt në EF të VM,është dhe paraqitja e një disinkronie të VM, cila është tek disa raste shumë e theksuar dhe e cila ka një rezultat direkt në EF e VM.

PREZENTIMI I RASTIT

Në këtë punim analizojmë efektin e ndryshimit të ritmit të zemrës ,dhe atë të fibrilacionit atrial(FA) tek pacienti S.Z I moshës 55 vjecare, tek I cili fibrilacioni atrial u konvertuar pas nje periudhe disamujore.Pacienti në fjalë kishte episode paraprake për disa vjetë të ataqe të fibrilacionit atrial paroksizmal, të cilat zgjasnin prej disa orë gjer më disa ditë, dhe të cilat nuk kishin patur efekt në funksionin e VM gjer atëherë.

Para 2 vitesh , tek pacienti për këtë shkak u bë stress testi koronar, I cili ka qenë negative.

Por me rastin e fundit, tek pacienti u paraqit fibrilacion atrial I cili zgjati për një kohë disamujore.Pas 2 muajsh tek pacienti u shfaqën shenja të dispnesë, ortopnesë, dispnesë paroksizmale nokturale si dhe të zvoglimit të fuqisë së përgjithshme të zemrës.Për këtë shkak pacienti iu nënshtrua kontrollit ekokardiografik me qëllim të përcaktimit të gjendjes së miokardit.

Ekokardiografia u bë me ekokardiograf komercial (sondë S3 me mundësi për harmonic Plus, Sonos 7500 with 3D option, Philips healthcare, USA). Te gjithë imazhet 2D bardhë e zi janë bërë në Harmonic plus opcion dhe janë percjellë me Net link lidhje me Dicom protokol ne Softwarin Tomtec.gmbh i cili ka mundesi për analizat standarde ekokardiografike si dhe per CPA (Cardiac

Performance Analysis), e cila është e bazuar në speckle tracking algoritmin (2D strain) si dhe VVI(velocity vector imaging). Me anë të CPA (cardiac performance analysis) bëhet caktimi i EF më formulën e modifikuar të Simpsonit nga apical 4C dhe 3C, masa e VM, si dhe dV/dT-ja(raporti volum/kohë). Nga pamja parasternale caktohet dhe EF-ja si dhe dA/dt-ja(raporti sipërfaqe/kohë) ,ku dA/dt-ja paraqet ndryshimin e area në kohë.

Në kontrollin e parë i cili iu bë pacientit, u vërtetua shenja

të dilatatimit të VM me zvoglim të EF, si dhe të paraqitjes së një disinkronie të VM.EF I VM gjatë kontrollit të parë ishte 24%, me dv/dt prej 250 ml/sec2 si dhe vlerat të Radial strain (RS) prej 7,50%, longitudinal strain (LS) prej -4,4% si the wall delay prej 170 msec.

Në fig 1dhe 2 kemi 2D strain të VM nga prerja apikale 4C (prerja apikale 4 zgavrove) e në figuren 3 dhe 4 e kemi nga prerja SAX (prerja parasternale) gjatë episodës së fibrilacionit atrial

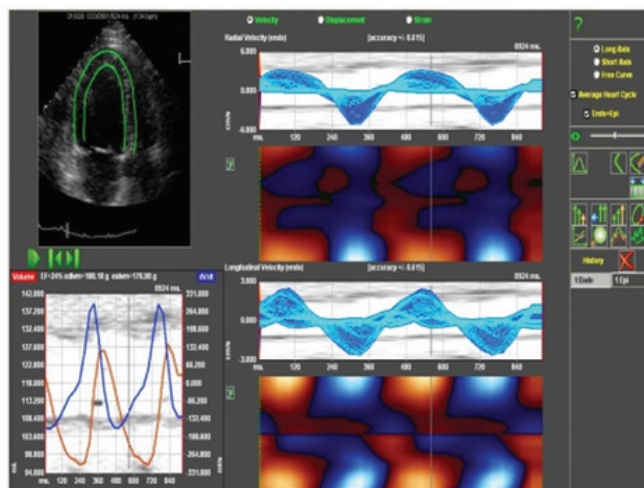
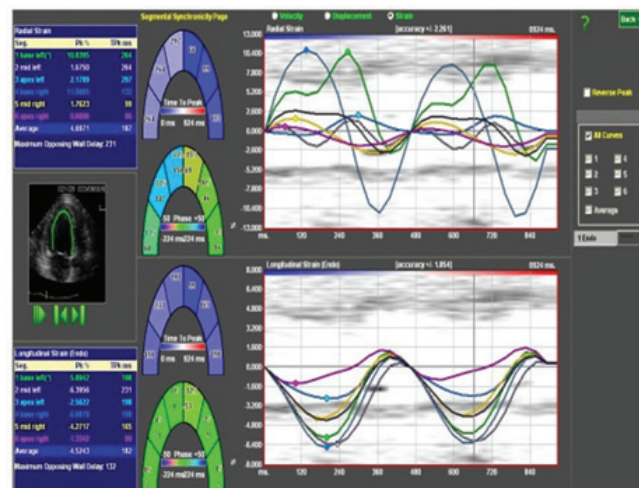


Fig 1 dhe 2

2D strain ne (4C) dhe kolor M Mode gjatë fibr.Atrial (FA)



Vlerat parametrike të 2D strain 4C gjatë fibr.Atrial(FA)

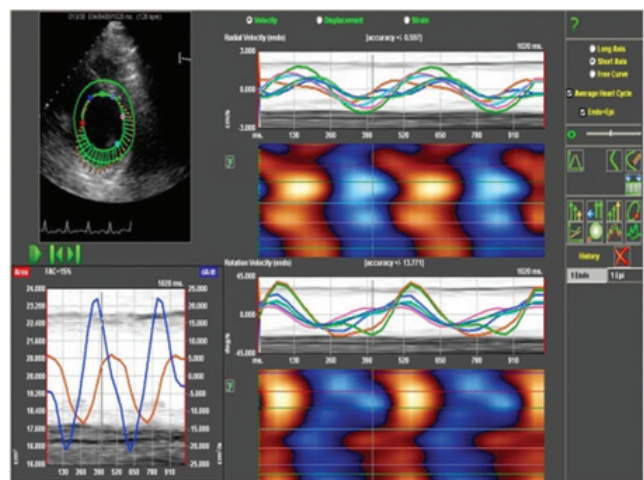
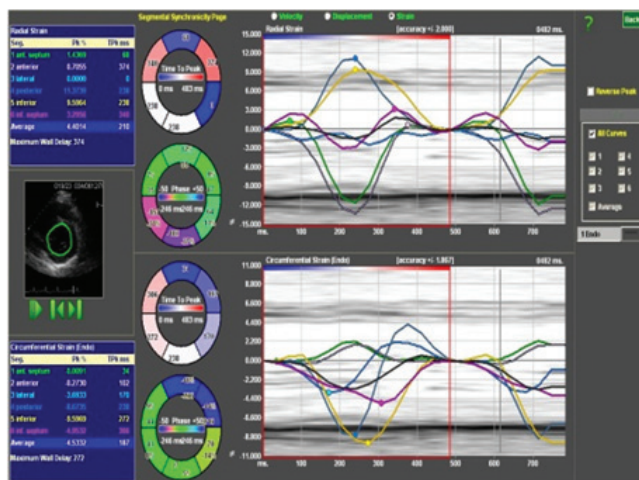


Fig 3 dhe 4

2D strain ne SAX dhe kolor M Mode gjatë fibr.Atrial (FA)



Vlerat parametrike në SAX (4C) gjatë fibr.Atrial(FA)

Për shkak të ndryshimeve të lartpërmendura , pacienti iu nënshtrua koronarografisë ku nuk u gjetën ndryshime në nivel të arterive koronare.

Me qëllim të konverzionit të fibrilacionit atrial, tek pacienti për shkak të refraktritetit ndaj terapise

standard, u aplikua dhe Quinidin në formë durule, dhe pas një periudhe disamujore rezultoi në konverzion të fibrilacionit atrial në sinus ritëm.

Më karakteristike ishte se pas konverzionit të ritmit në sinus ritëm, në ekokardiografin e cila u bë tek pacienti,

Tabela nr 1

	HR/min	EF%	dV/Dt ne ml/s2	Radial %	T2P msec	Long %	T2P/msec	rad mm	T2P	lon mm	T2P	Wall delay
Pacienti me Febratrial	115/min	24%	250 ml/sec2	7,50%	300 msec	-4,40%	238 msec	1,7 mm		1,3 mm		170 msec
Pacienti me Fibratrial pas con medicam.	68/min	68%	335 ml/sec2	23%	224 msec	-19%	229 msec	4,3 mm		5,3 mm		64 msec

u vërtetuar përmisim I plotë I të gjitha parametrave ekokardiografike duke filluar nga EF I cili kishte vlerë prej 68%,dV/dT prej 335 ml/sec2, RS prej 23%, LS prej -19%

dhe wall delay prej 64 msec.

Këto ndryshime shihen dhe ne figurat 5,6 nga prejte apikale 4C si dhe 7,8 nga prerja parasternale SAX

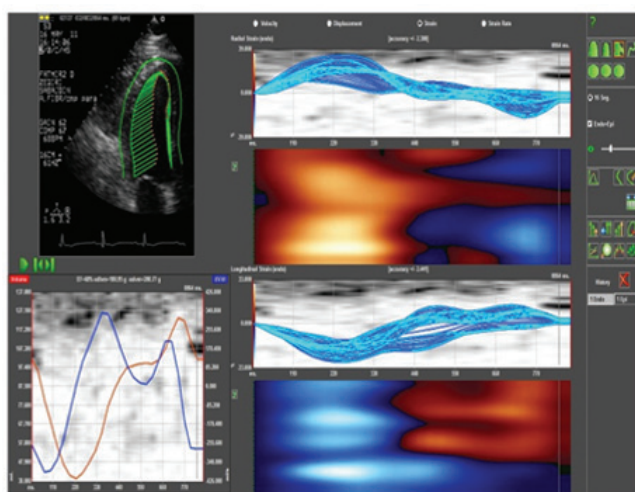
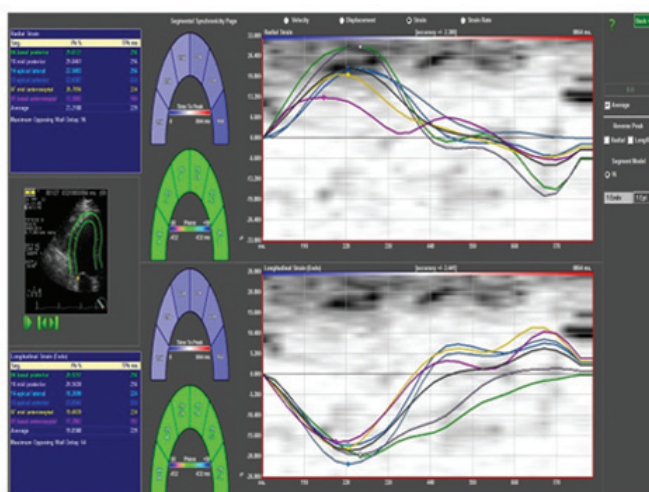


Foto 5 dhe 6

2D strain ne (4C) dhe kolor M Mode pas konverzionit të FA



Vlerat parametrike të 2D strain në (4C) pas konverzionit të FA

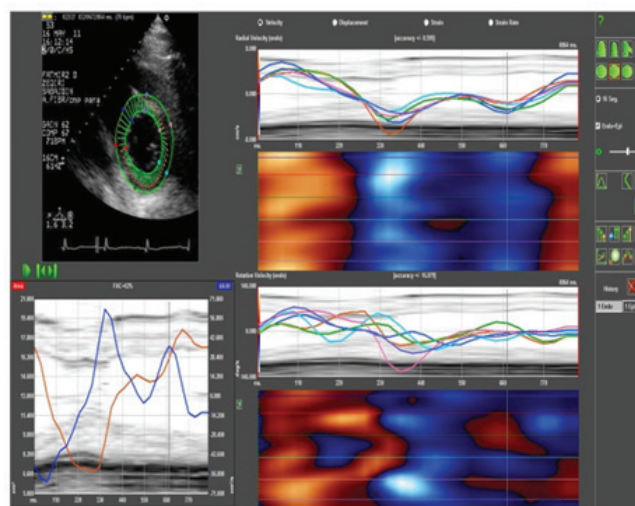
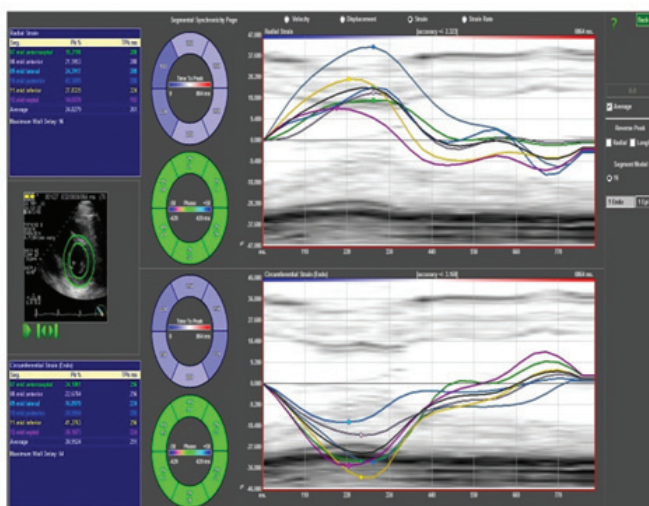


Foto 7 dhe 8

2D strain nëSAX dhe kolor M Mode pas konverzionit të FA



Vlerat parametrike të 2D strain në SAX)pas konverzionit të FA

Për shkak të përmirsimit komplet të funksionit të ventrikulit të majtë, tërëhjekjes të gjitha shenjave të kardiopatisë kongestive, si dhe koronarografisë negative, e cila e menjanoi mundësinë e egzistimit të kardiopatisë ishemike, ky rast paraqet rast tipit të kardiopatisë të shkaktuar nga takikardia (tachycardia induced cardiopathy), e cila si situatë klinike është më e rallë, por për të cilën duhet të mendohet në rast të tërëhjekjes së plotë të shenjave të insuff kongestive pas regullimit të ritmit të zemrës

DISKUTIMI

Në tabelën 1, munden të shihen parametrat hemodinamik të zemrës gjatë fibrilacionit atrial si dhe në sinus ritëm.

Nga këto numra, shihet qartë niveli I përmirsimit të parametrave të VM. Gjersa në kohën kur pacienti ishte në fibrilacion atrial kishim vlera të ulta të vlerave si EF, RS (Radila strain), LS (longitudinal strain) si dhe të dV/dT, në sinus ritëm vlerat e fituar te I njëjti pacient janë normale dhe kemi një përmirsim shumë të madh (EF nga 23% në 68%, dV/dT prej 250 në 335 ml/sec², të RS prej 7,5% në 23% si dhe të LS prej -4,4% në -19%). Një ndër karakteristikat tjera e cila regjistrohet në këtë rast, dhe e cila ka efekt të madh në funksionin e VM, janë dhe paraqitja e disinkronisë gjatë fibrilacionit atrial, gjatë së cilit wal delay ishte 170 msec, e në sinus ritëm është prej 64 msec, dhe e cila flet për një sinkronizim shumë më të mirë për gati 3 herë gjatë sinus ritmit në dallim prej fibrilacioni atrial.

Nga ky rast mundet të shihet rëndësia e konvertimit të ritmit të zemrës tek pacientët të cilët kanë shenja të kardiopatisë kongestive, por pa elemente të cilat mundet të sqarohen paraqitjen e saj si që janë sëmundja ishemike ose ndonjë sëmundje tjetër e zemrës.

Mundet të konkludojmë se në raste të këtilla si rasti I sipërpërmendur, duhet të ndërmeren të gjitha hapat

të cilat janë të nevojshme të regullohet ritmi I zemrës, për shkak të faktit se ky regullim ka mundësi tek disa raste të kthen funksionin e zemrës në normale, dhe e cila mundet pacientëve tu mundëson një jetë normale, pa shenja të dobësisë së saj.

LITERATURA

1. Whipple GH, Sheffield LT, Woodman EG. Reversible congestive heart failure due to chronic rapid stimulation of the normal heart. *Pro N Engl Cardiovasc Soc* 1962; 20:39-40
2. Navin.C.Nanda, Vincent Sorel "Atlas od 3d echocardiography" FBC, Inc NY 2002 113-129, 239-25
3. G.R.Sutherland "Doppler myocardial imaging" BSWK 2006 147-167, 168-199
4. V. Ramesh Iyer, MD. Ventricular Dysfunction: Tachycardia induced Cardiomyopathy. *Indian Pacing and Electrophysiology Journal* 2008 : Suppl. 1: S122-S129
5. Mark E. Josephson. *Clinical cardiac electrophysiology*. 3th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Williams; 2002
6. Ernesto Umana, MD, C. Arturo Solares, MD, Martin A. Alpert, MD. Tachycardia-Induced Cardiomyopathy. *Am J Med*. 2003; 114:51-55.
7. Quiniou G, Chevalier JM, Barbou F, Bire F, Clementy J. Tachycardia-induced cardiomyopathy, unusual and reversible cause of left ventricular dysfunction: Report of 9 cases. *Ann Cardiol Angeiol* 2000; 49(5):301-308.
8. Shinbane JS, Wood MA, Jensen DN, Ellenbogen KA, Fitzpatrick AP, Scheinman MM. Tachycardia-induced cardiomyopathy: A review of animal models and clinical studies. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29(4):709-715.
9. Fenelon G, Wijns W, Andries E, Brugada P. Tachycardiomyopathy: mechanisms and clinical applications. *Pacing Clin Electrophysiol*: 1996; 19:95-106.

TACHICARDIA INDUCED CARDIOMYOPATHY -CASE STUDY

Fatmir Ferati , Nexhbedin Karemani

Clinical Hospital -Tetova

RESUME

In this study we present the case of the patient with dilatative cardiopathy and atrial fibrillation with all the symptoms like dilatation of the left ventricle, decrease of the left EF ventricle, dyschronia of the left ventricle who has a normal coronagraphy.

After the application of big doses of antiaritmics,medicamental conversion of the atrial fibrillation was achieved under the therapy with quinidine tablets.

In the sinus rhythm, normalization of the clinical parameters in the heart function was registered at the patient with total reversion of the function, size of the left ventricle and the synchronization of the LV myocardium.

Because of the full reversion of the function and parameters of the left ventricle in which the coronagraphy was normal, this is the typical case of tachycardia induced cardiomyopathy.

Key words: Atrial fibrillation, Congestive cardiomyopathy, Rhythm conversion Tachycardia induced cardiomyopathy

EPILEPSIA ME MAJA DHE VALË TË VAZHDUESHME GJATË GJUMIT TË NGADALSHËM

Naim Zeka, Ramush Bejiqi, Abdurrahim Gërguri, Ragip Retkoceri

Qendra Klinike Universitare, Klinika e Pediatriisë, Prishtinë, Kosovë

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 159 -162

REZYME

Në këtë punim është prezantuar një rast me epilepsi me maja dhe valë të vazhdueshme gjatë gjumit të ngadalshëm – Epilepsy with continuous spikes and waves during slow-wave sleep (Epilepsy with CSWS) që hyn në grupin e encefalopative epileptogjene. Edhe pse raste të rralla, ky grup sëmundjesh paraqet problem të madh në kuptim të diagnostikimit dhe trajtimit adekuat për të parandaluar sekuelat neurologjike. Epilepsia me maja dhe valë të vazhdueshme gjatë gjumit veçohet nga paraqitja klinike e ataqeve të formave të ndryshme, të manifestuara me ndryshime karakteristike elektroencefalografike ku dominojnë grupe të vazhdueshme të komplekseve majë-valë (slow-wave - SW complex) edhe atë vetëm gjatë gjumit. Veçori e kësaj epilepsie është edhe rezistenca në terapinë antikonvulsive, ashtu që duhet përdorur politerapi për dominim edhe pse jo të plotë të ataqeve konvulsive. Shpesh, krahas ndryshimeve elektroencefalografike (EEG) edhe gjatë rezonancës magnetike të trurit (MRI) vërehen ndryshime në masën trurorë, sidomos të lobit frontal dhe atij temporal.

Fjalë kyq: Epilepsia me maja dhe valë të vazhdueshme gjatë gjumit, lobi frontal, komplekset majë-valë.

HYRJE

Bën pjesë në grupin e encefalopative epileptogjene që karakterizohet me status epileptik gjatë gjumit me valë të ngadalshme.

Karakterizohet me valë dhe maja të vazhdueshme gjatë fazës non rapid eye movement (NREM) të gjumit, me dëmtim neuropsikologjik dhe ataqe të shpeshta konvulsive.

Fillimi i sëmundjes sillet prej moshës 2 muaj deri 12 vjet me pikun e paraqitjes në moshat 4-5 vjet. Si rregull ataqet e para paraqiten natën. Anomalitë e EEG fillojnë 1-2 vjet pas fillimit të ataqeve konvulsive.

Më shpesh prekë meshkujt se sa femrat (62%). Prevalenca është 0.5% të të gjithë fëmijët me sulme (2).

ETIOLOGJIA

Deri më sot nuk është sqaruar etiologjia e kësaj sëmundjeje por mendohet se më shumë prekë fëmijët me çrregullime të zhvillimit të kores trurorë. Më shumë se një e treta e pacientëve me epilepsi CSWS kanë çrregullime të kores trunore me atrofi të njëanshme të korës kortikale, porencefali dhe format tjera të zhvillimit të kores së trurit. Zakonisht nuk ka lidhje me historitë familjare me epilepsi. Në raste të rralla së bashku me epilepsinë rolandike mund të paraqiten në të njejtën familje.

Gjysma e fëmijëve të prekur kanë pasur zhvillim normal para fillimit të sëmundjes. Pjesa tjetër kanë pasur probleme perinatale, ataqe konvulsive gjatë periudhës neonatale apo probleme tjera përcjellëse me hemiparezë, tetraparezë, ataksi dhe probleme gjuhësore.

MANIFESTIMET KLINIKE

Gjatë përcjelljes afatgjatë të të sëmurëve me CSWS nga shumë autorë (2,3,4) është vërejtur se sëmundja kalon nëpër tre faza:

- **Faza e parë** është para zbulimit të CSWS edhe atë fillon me sulme gjatë natës edhe atë sulmet janë të njëanshme dhe më të gjata se 30 minuta (status epileptik hemiklonik). Në rastet tjera sulmet mund të jenë sulme fokale komplekse klonike, mioklonike, qendrore etj.
- **Faza e dytë** zakonisht fillon 1-2 vjet pas sulmit të parë. Zbulimi i CSWS ndodh për shkak të shpeshtësisë së sulmeve dhe bërjes së EEG në gjumë. Kohëzgjatja aktive e CSWS është nga disa muaj deri në 6-7 vjet. Pacientët mund të kenë forma të ndryshme të sulmeve, këtu bëjnë pjesë hemikonvulsionet, sulmet mioklonike, statusi epileptik, etj. Mbi 90% të pacientëve sulmet i kanë natën edhe atë disa sulme gjatë një nate. CSWS në regionin frontal shkaktojnë

hyperkinesi, agjitacion, hutim e deri te psikozat e ndryshme. Çrregullimet motorike shkojnë me ataksi, hemiparezë, dysarthri dhe dyspraxia.

- **Faza e tretë** karakterizohet me përmirësim të gjendjes klinike po shumë rrallë fëmijët i kthehen normalitetit mendor mesatar, shumica e këtyre fëmijëve kanë sekuela neurologjike të përhershme.

DIAGNOZA

Kriteri kryesor për diagnostikimin e sëmundjes janë ndryshimet në EEG edhe atë në EEG e cila realizohet në gjendje të zgjuar, në gjumë dhe video EEG.

EEG në fazën e parë karakterizohet nga ndryshime multifokale të majave në dy të tretat e pacientëve të lokalizuara fronto-temporal, centro-temporal e më pak parieto-occipital.

EEG në fazën e dytë paraqitet me model karakteristik gjatë gjumit me CSWS të vazhdueshme gjatë fazës NREM të gjumit. Përqindja e CSWS është më e koncentruar gjatë ciklit të parë të gjumit me frekuencë 1.5-2.5 Hz. Ky model është gjetur në moshat 4-14 vjet. Përqindja e CSWS është më e theksuar gjatë fazës së parë të gjumit (95-100%). Regjistrimi i EEG është cilësuar si tipari kryesor për diagnostikimin e CSWS.

Me kalimin e kohës shkarkimet gjatë gjumit në EEG bëhen më të rralla dhe deri te normalizimi i EEG mund të kalojë një kohë deri 15 vjet.

Procedurat diagnostike që aplikohen janë ato imazherike si tomografia kompjuterike (CT) e trurit, MRI e trurit ku më shumë se një e treta kanë çrregullime të imazhit (atrofi kortkale, porencefali). Positron emission tomography (PET) zakonisht është normale te pacientët me MRI normale.

DIAGNOZA DIFERENCIALE

Me sindromën Landau-Kleffner bëhet sepse te sindroma Landau-Kleffner ndryshimet në EEG janë gjatë natës por nuk është si rregull. Ndryshimet në sindromin Landau-Kleffner janë bilaterale në lobet temporale ndërsa te CSWS janë në lobet frontale. Në CSWS krahas retardimit mental mund të manifestohet edhe me absans atipik. Në këto raste duhet bërë dallimi me sindromin Lennox-Gastaut, por këtu sulmet janë tonike të cilat nuk paraqiten te CSWS.

Shkarkimet epileptike rrallohen në moshën e adoleshencës. Ngecja në aspektin e zhvillimit psikomotorik

përkon me kohën e paraqitjes së shkarkimeve dhe kohëzgjatjen e tyre. Çrregullimet kognitive dhe të sjelljes tregojnë përmirësim i cili fillon pas përmirësimit të CSWS por shërimi është i ngadalshëm dhe shpesh i pjesërishëm. Shumica e fëmijëve të prekur kurrë nuk kthehen në gjendjen normale.

MJEKIMI

Rekomandimet e ILAE (International League Against Epilepsy) konsiston në përdorimin e valproateve të kombinuara me benzodiazepine dhe ethosuximid. Terastet shumë rezistente përdoren edhe adrenokortikosteroidet - adrenocorticosteroids therapy (ACTH).

RASTI JONË

Fëmijë i gjinisë femrore me moshë 4 vjeq, fëmija i II-të nga shtatzania e II-të, e lindur në termin, me PL=3800 g, me sectio cesarea. Anamneza e jetës dhe familjare negative.

HISTORIA E SËMUNDJES

Ataqet konvulsive kan filluar para 1 viti edhe atë paraqiten vetëm në gjumë dhe janë të shpeshta dhe fokale. Shumica e ataqeve janë ataqe me kohëzgjatje të shkurtër edhe atë me lëvizje të qepallave dhe bulbuseve në drejtime të ndryshme. Shpesh ataqet në fillim kanë qenë fokale pastaj janë gjeneralizuar. Është filluar me terapi antikonvulsive edhe atë me Na valproat çdo 8 h x 150 mg por pa dominim të plotë të ataqeve. Është shtuar edhe medikamenti tjetër antikonvulsiv edhe atë klonazepam 0.5 mg 3 x ½ tabl pas së cilës është vërejtur një stabilizim i gjendjes për 2 muaj. Pas kësaj periudhe ataqet prap janë paraqitur por me kohëzgjatje shumë më të shkurtër edhe atë prap gjatë natës në gjumë. Është ordinuar edhe medikamenti i tretë antikonvulsiv Etosuximidi sirup 250 mg/5 ml çdo 12 x 2,5 ml por pa dominim të plotë të ataqeve.

Statusi Neurologjik Ekzaminimi neurologjik në normë. Për momentin niveli i zhvillimit psikomotorik i përgjigjet moshës. Për shkak të kohës së shkurtër të fillimit të sëmundjes ende nuk kemi çrregullime të zhvillimit në kuptim të çrregullimit të të folurit apo edhe niveleve tjera të funksioneve të larta.

Ekzaminimet laboratorike Eritrosedimenti, hemogrami, glikemia, urea, kreatinina, transamin-azat, elektrolitët, proteinat totale, statusi acidobazik në normë.

Ekzaminimet tjera

Konsulta e optalmologut është pa veqori patologjike.

MRI e kokës: Sistemi ventrikular me madhesi dhe formë

normale, me një dilatatim të lehtë të bririt temporal djathtas që shkon në favor të atrofisë hipokampale, pa shenja për gliozë meziale. Hapsirat subarahnoidale pa përmbajtje patologjike. Ndryshim milimetrik gliotik subkortikal frontal djathtas, strukturat tjera pa veqori patologjike.

EEG në gjumë regjistron aktivitet specifik epileptiform me shkallë të rëndë të pasraqitjes, ku gjatë tërë inqizimit në gjumë vërehen SW komplekse kontinuele.

EEG në gjendje të zgjuar e pastaj në gjumë tregon gjendje normale sa është famija i zgjuar por në momentin e fillimit të gjumit fillon paraqitja e grupeve të vazhdueshme të SW komplekseve dhe atë në formë të 2 c/s gjendje kjo e cila persiston gjatë tërë kohës së inqizimit në gjumë.

EEG e realizuar në gjendje plotësisht të zgjuar regjistron aktivitet i karakterizuar nga një trase normale për moshën.

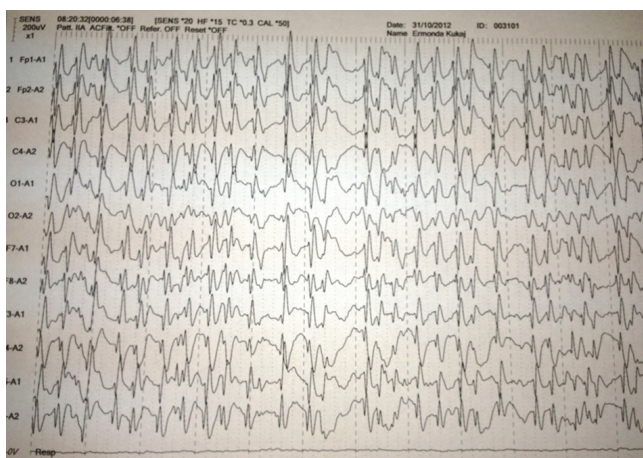


Figura 1. EEG në gjendje gjumi- grupe të SW komplekse kontinuele

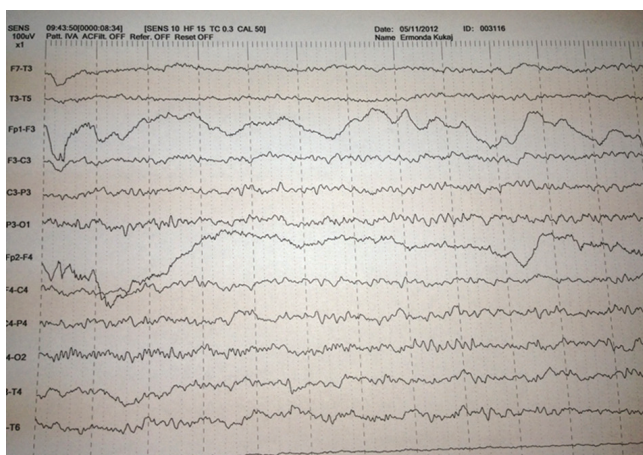


Figura 2. EEG në gjendje të zgjuar- trase normale

Diskutimi: Fillimi i sëmundjes është në moshën 3 vjeqare që perputhet me moshën në të cilën më së shpeshti paraqitet sëmundja(1,3). Ataqtet janë të shkurtëra dhe nuk paraqiten me ataqet të njëanshme që shifet te shumë autorë(5). Zhvillimi psikomotorik i femijës i përgjigjet moshës. Në shumë raste paraqiten çfregullime në sferën kognitive të zhvillimit dhe retardimit mendor(3,10). Në terapi antikonvulsive të kombibuar numri dhe kohëzgjatja e ataqeve nuk është dominuar plotësisht(4). Ndryshimet në EEG janë klasike për CSWS gjë që shihet në krahasimet e EEG në gjendje gjumi dhe të zgjuar, që shpesh shërben edhe për diagnozë diferenciale me sindromin Landau-Kleffner (2,4,6,9). Ndryshimet në MRI të trurit janë në lobin temporal që nuk i përgjigjet ndryshimeve tipike te kjo patologji (7).

LITERATURA

1. Smith MC, Hoepner Tj. Epileptic encephalopathy of late childhood: Landau-Kleffner syndrome and the syndrome of continuous spikes and waves during slow-wave sleep. *J Clin Neurophysiol* 2003;20:442-8.
2. Tasinari CA, Rubboli G, Volpi L, Billard C, Bureau M. Electrical status epilepticus during slow sleep (CSWS) including acquired epileptic aphasia (Landau-Kleffner syndrome). *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*. Fourth edition, pp 295-314. London: John Libbey & Co Ltd, 2005.
3. Van Hirtum-Das M, Licht EA, Koh S, Wu JY, Donald SW, Sankar R. Children with CSWS: variability in the syndrome. *Epilepsy Res* 2006;70 Suppl 1 :S248-58.
4. Beaumanoir A, Bureau M, Deonna T, Mira L, Tassinari CA. Continuous spike and waves during slow sleep. *Electrical status epilepticus during slow sleep*. London, John Libbey & Co. Ltd, 1995.
5. Smith MC, Landau-Kleffner syndrome and continuous spikes and waves during slow sleep. In: Engel JJ, Pedley TA, eds. *Epilepsy: a comprehensive textbook*, volume III. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997.
6. Saltik S, Uluduz D, Cokar O, Demirbilek V, Dervent A. A clinical and EEG study on idiopathic partial epilepsies with evolution into CSWS spectrum disorders. *Epilepsia* 2005;46:524-33.
7. Bourgeois BF, Landau WM. Landau-Kleffner syndrome and temporal cortical volume reduction: cause or effect? *Neurology* 2004;63:1152-3.

8. De Negri M, Electrical status epilepticus during sleep (CSWS). Different clinical syndromes: towards a unifying view? *Brain Dev* 1997;19:447-51.
9. Gaggero R, Caputo M, Fiorio P, Baglietto MG, Muttini P, et al. SPECT and epilepsy with continuous spike waves during slow-wave sleep. *Childs Nerv Syst* 1995;11:154-60.
10. Roulet PE, Davidoff V, Despland PA, Deonna T. Mental and behavioral deterioration of children with epilepsy and CSWS: acquired epileptic frontal syndrome. *Dev Med Child Neurol* 1993;35:661-74.

EPILEPSY WITH CONTINUOUS SPIKE AND WAVES DURING SLOW-WAVE SLEEP

Naim Zeka, Ramush Bejiqi, Abdurrahim Gërguri, Ragip Retkoceri

University Clinic Centre, Pediatric Clinic, Prishtina, Kosovo

ABSTRACT

In this study is presented a case with Epilepsy with continuous spike and waves during slow sleep (Epilepsy with CSWS) who enters the group of epileptic encephalopathy although rare cases in this group of diseases pose major problems in terms of diagnosis and adequate treatment in order to prevent neurological sequels. Epilepsy with continuous spike and waves during slow sleep is characterized by the clinical presentation of different attack forms manifested by characteristic changes elektroencephalography with continuous groups SW complexes and only during sleep. Characteristic of this epilepsy is the resistance in the anticonvulsion therapy, so you should use polytherapi for dominance although incomplete for convulsive attacks. Often along with changes in the elektroencephalography (EEG) during brain magnetic resonance imaging (MRI) there are changes observed in brain size particularly the frontal lobes and the temporal.

Key words: Epilepsy with CSWS , frontal lobe, slow-wave complexes.

УСПЕШНО МЕНАЦИРАЊЕ НА БРЕМЕНОСТ И ПОРОДУВАЊЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИЈА НА БУБРЕГ

Мерал Реџеџи^{1,3}, Хусни Исмаили³, Сани Бајрами², Флорин Бесими^{1,3}

¹ Гинеколошко-акушерско одделение, ЈЗУ Клиничка болница, Тетово

² Неонатолошко одделение, ЈЗУ Клиничка болница, Тетово

³ Медицински Факултет, Државен Универзитет во Тетово

Medicus 2013, Vol. 18 (1): 163-167

РЕЗИМЕ

Трансплантација на бубрег претставува најдобар начин на третман при крајна фаза на хронична инсуфициенција на бубрег. Голем број на случаеви се жени во репродуктивна фаза или деца кои што влегуваат во репродуктивен период. Фертилноста може да се воспостави набргу после трансплантација на бубрег. Утврдено е дека бременоста нема негативен ефект врз трансплантираниот орган. Успешното менаџирање на бременоста би се одвивало под оптимални услови, вклучувајќи стабилна функција на алографтот најмалку една година пред забременувањето без уроинфекција и протеинурија, добра контрола на крвниот притисок и соодветно користење на имunosупресивна терапија. Бременоста кај овие случаи се смета како високоризична и е неопходно заедничко мониторирање од страна на акушер и нефролог. Хипертензија, уроинфекција, анемија, протеинурија и акутно отфрлувањена графтот се најчести ризици за мајката како и предвремено породување и мала телесна тежина на плодот.

Приказ на случај: Пациентка на 30 годишна возраст со трансплантација на бубрег пред 4 години поради крајна фаза на бубрежна инсуфициенција. Спонтано е забременета. Во тек на бременоста примаше имunosупресивна, антихипертензивна, антибиотска и антианемична терапија. Беше под постојан надзор од страна на акушер и нефролог. Бременоста заврши во 33-та гестациска недела со спонтано породување. Роди жив машки плод со РТМ 1910 гр/46цм, А/С 7/8. Следеше интензивен надзор на бебето 10 дена и соодветен постнатален третман на мајката. После 10 дена се воспостави успешен прв подој кај мајката.

Заклучок: Успешно менаџирање на бременоста и породувањето после трансплантација на бубрег е возможно со тимска соработка меѓу нефролог, акушер, диетолог и педијатар коишто ќе обезбедат најдобар третман за мајката и за новороденото.

Клучни зборови: трансплантација на бубрег, бременост, новородено.

ВОВЕД

Бременоста после трансплантација на бубрег претставува висока ризична бременост и треба да се мониторира од страна на нефролог и гинеколог (1,2). Како резултат на напредокот на оперативни техники и предности во имunosупресивната терапија бројот на жените со трансплантиран бубрег е во пораст (3). Првата трансплантација на бубрег е извршена во 1958 година (4) и оттогаш бројот на овие случаеви е во пораст со успешност на бременоста меѓу 60-80% (5,6,7,8). Најчести компликации од страна на мајката се висок крвен притисок (19-65%), (9,10,11,12,13,14) уринарна инфекција

(13,4-47%) (15,16,9) анемија (33-75%) (15,11), прееклампсија (27%) (17,18), гестациски дијабет (1-8.0%) (17,9,18), висок процент на царски рез (30-88%) (18,15,19,20). Нема податоци за зголемени и иреверзибилни промени врз графтот ако функцијата на бубрегот пред бременоста била нормална. (6,7,2,21,22,23). Најчести компликации за фетусот се предвремено породување (3.1-57%) (2,21,18,24,15,12), мала телесна тежина (16,25,26,5,9,10) (19-63%), интраутерин застој во растот (19-27%) (27,9,20,10), спонтани абортуси (11-24%) (14,18,16). Кога функцијата на алографтот е правилно контролирана, бремената жена може да одржи нормална бременост

со мал или никаков ризик за неа и за нејзиниот фетус. Имуносупресивните лекови што им се неопходни за одржување на алогофтоот не се опасни ни за мајката ни за фетусот (2,20,28,29).

ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

Пациентката има хронична бубрежна инсуфициенција од рано детство. До 26-та година лекувана е конзервативно и со уреден хигиено-диететски режим. На 26 години е трансплантиран бубрег од жив донор, при што графтоот е прифатен успешно. Редовните контроли се прават во Клиниката за Нефрологија-Скопје. Постојано е под имуносупресивна и антихипертензивна терапија. Четири години после ренална трансплантација и нормална функција на алогофтоот, пациентката забременува спонтано. Бременоста била планирана, после преконцепциско советување од страна на гинеколог и акушер за можните ризици врз мајката и плодот. Првата контрола е направена во шестата гестациска недела. Направени се сите клинички и лабораториски иследувања. Сите резултати (гликемиа, ОГТТ, уреа, креатинин, јонограм, протеинограм, липиден статус, ддимери, скрининг хемостаза, ЦРП, уринокултура) беа во граница на нормала, освен крвна слика. Пациентката имаше анемија Хкт (0,28), и се третира со железен препарат. Контролите беа редовни, се правеа секој месец од страна на гинеколог и нефролог. Плодот имаше оптимален раст и развој. Поради предвремени контракции на матката прв пат беше хоспитализирана во 20-та гестациска недела. во следниот тек поради истата причина беше хоспитализирана уште три пати. Се третира со интравенска токолитична терапија. Во 28 и 30 гн прими амп. Флостерон 2x2 и.м. За зреење на плодот како превенција за евентуално предвремено породување. Од имуносупресиви примаше табл. Преднисон 2x5мг, табл. Циклоспорин 2x50мг, Азатиоприн 50мг. Артеријалната тензија се одржуваше со табл. Дилтиазем 2x1. Табл. Фолна киселина 1x1 и табл. Фамотидин 20мг примаше секој ден. Пациентката се породила спонтано во 33-та гестациска недела, со епизиотомија. Родил жив машки прематурен плод со РТМ 1910гр/46цм, А/С 7/8. Бебето беше под интензивен надзор во инкубатор 10 дена. Се хранеше со измолзено мајчино млеко. Успешно се воспостави прв подој од страна на мајката после 10 дена.

ДИСКУСИЈА

Транслантацијата на бубрег доведува до стабилизирање на хормоналниот статус, редовни менструации и овулација(9,30). Кај овие пациентки фертилноста обично се воспоставува 1-12 месеци после трансплантацијата (10,22,31) Многу студии покажуваат дека ова состојба овозможува забременување на многу жени со ренална трансплантација во 5-12% од сите случаи (8,2,1,17). Бременоста после бубрежна трансплантација не е контраиндицирана. Не е докажана разлика во преживувањето со контролната група (17). Бременоста треба да биде планирана и да се случи најмалку една година после трансплантирање на бубрег под услов да неговата функцијата биде нормална без хипертензија и инфекција (27). Најдобри резултати се забележани кај пациентки после 24 месеци од трансплантацијата (2,9). Советувањето за успешна бременост треба да започне уште во преконцептивниот период за можните ризици за мајката и фетусот. Бидејќи фертилноста се воспоставува 1-6 месеци после трансплантација се советува контрацепција до една година. Презервативот е најдобар избор. Не се препорачува хормонална контрацепција и спирала поради можната инфекција(30). Во текот на бременоста треба да се мониторира крвниот притисок и да се третира со антихипертензивни. Метил-допа, Клонидин, Калциум-блокатори се лекови на избор. Контраиндицирани АЦЕ инхибитори поради негативно дејство врз фетусот (6,30,7,32,2,27). Функцијата на бубрегот се следи редовно, анемијата и гестацискиот дијабет се корегира соодветно а при инфекции особено при уроинфекции се користат антибиотици по протокол. Имуносупресивната терапија се продолжува и во тек на бременост. Кортикостероиди (20), Циклоспорин (33), Азатиоприне (34,35), Такролимус (36), Сиролимус (35) се лекови без негативни ефекти врз мајката и плодот. Бројни студии препорачуваат избегнување на Микофенолат мофетил при бременост поради бројни негативни ефекти (37,20) Бременоста треба да се води од искусен тим на лекари (24). Препорачливо е породувањето да биде спонтано (2) иако во поголем број на случаи породувањето е со царски рез поради акушерска индикација (18,15,19). Секоја интервенција треба профилатички да биде покриена со антибиотик и да биде помалку трауматска. Користење на анестетици не е контраиндицирано. Според многу

студии ризикот од фетални малформации кај бремени жени со трансплантиран бубрег е ист како и кај здрави бремени жени ако се мониторираани и лекувани соодветно и според светските и европските протоколи. Во пуерпериум реналната функција и артеријалната тензија треба да биде континуирано мониторирано (2).

ЗАКЛУЧОК

Бременоста не е контраиндицирана кај жени после трансплантација на бубрег. Концепцијата треба да биде најмалку после една година од трансплантацијата кај жени со нормална функција на бубрегот без хипертензија и протеинурија. Бременоста треба да се третира како високоризична и да се води од искусен тим на лекари. Особено внимание треба да се посвети на ризиците од инфекција, хипертензија, протеинурија, анемија и акутна рејекција од страна на мајката и прематуритет и ниска телесна тежина за плодот. Се препорачува секојдневна имуносупресивна и антихипертензивна терапија. Породувањето треба да се изврши во високо-специјализирана установа спонтано освен во случаеви кога постои акушерска индикација за царски рез. Интензивно треба да се следи и постпарталниот период и на мајката и на новороденото.

ЛИТЕРАТУРА

- Alston PK, Kuller JA, McMahon MJ. Pregnancy in transplant recipients *Obstet Gynecol Surv.* 2001 May;56(5):289-95. [Medline]
- EBPG Expert Group on Renal Transplantation, European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV: Long-term management of the transplant recipient. *Nephrol Dial Transplant.* 2002;17 Suppl 4:1-67. [Medline]
- <http://emedicine.medscape.com/article/429932-overview>
- Josephson MA, McKay DB, Pregnancy in the renal transplant recipient. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2010 Jun;37(2):211-22. doi: 10.1016/j.ogc.2010.02.008. [Medline]
- Thompson BC, Kingdon EJ, Tuck SM, Fernando ON, Sweeny P, Pregnancy in renal transplant recipients: the Royal Free Hospital experience, *QJM.* 2003 Nov;96(11):837-44. [Medline]
- Armenti VT, Radoski JS, Moritz MJ, Gaughan WJ, Hecker WP, Lavelanet A, McGrory CH, Coscia LA, Report from the National Transplantation Pregnancy Registry (NTPR): outcomes of pregnancy after transplantation, *Clin Transpl.* 2004;103-14. [Medline]
- EBPG Expert Group on Renal Transplantation, European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV: Long-term management of the transplant recipient, *Nephrol Dial Transplant.* 2002;17 Suppl 4:1-67. [Medline]
- Trubian A, Zaza G, Rugiu C, Tomei P, Lupo A, Post-renal transplant pregnancy: a project to plan carefully. *G Ital Nefrol.* 2012 May-Jun;29(3):308-20. [Article in Italian] [Medline]
- Ghanem ME, El-Baghdadi LA, Badawy AM, Bakr MA, Sobhe MA, Ghoneim MA, Pregnancy outcome after renal allograft transplantation: 15 years experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 Aug 1;121(2):178-81. [Medline]
- Pezeshki M, Taherian AA, Gharavy M, Ledger WL, Menstrual characteristics and pregnancy in women after renal transplantation. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004 May;85(2):119-25. [Medline]
- Perales-Puchalt A, Vila Vives JM, López Montes J, Diago Almela VJ, Perales A, Pregnancy outcomes after kidney transplantation-immunosuppressive therapy comparison. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012 Aug; 25 (8):1363-6. doi: 10.3109/14767058.2011.634461. Epub 2011 Nov 25. [Medline]
- Byrd L, Donnai P, Gokal R. Outcome of pregnancy following renal transplantation. *J Obstet Gynaecol.* 2000 Jan;20(1):15-8. [Medline]
- López V, Martínez D, Viñolo C, Cabello M, Sola E, Gutierrez C, Burgos D, González-Molina M, Hernandez D, Pregnancy in kidney transplant recipients: effects on mother and newborn. *Transplant Proc.* 2011 Jul-Aug;43(6):2177-8. doi: 0.1016/j.transproceed.2011.05.026. [Medline]
- Al-Khader AA, Al-Ghamdi, Basri N, Shaheen F, Hejaili, Flaiw, Qureshi J, Jumani A, Pregnancies in renal transplant recipients--with a focus on the maternal issues. *Ann Transplant.* 2004;9(3):62-4 [Medline]
- Vázquez-Rodríguez JG, Ríos-Chavarría AL, Perinatal complications in women with kidney transplant. *Nefrologia.* 2012;32(5):639-46. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2012. May.11234. [Article in English, Spanish] [Medline]
- Yassae F, Moshiri F, Pregnancy outcome in kidney transplant patients, *Urol J.* 2007 Winter;4 (1): 14-7. [Medline]

17. Levidiotis V, Chang S, McDonald S, Pregnancy and maternal outcomes among kidney transplant recipients, *J Am Soc Nephrol*. 2009 Nov;20(11):2433-40. doi: 10.1681/ASN.2008121241. Epub 2009 Sep 24. [Medline]
18. Deshpande NA, James NT, Kucirka LM, Boyarsky BJ, Garonzik-Wang JM, Montgomery RA, Segev DL, Pregnancy outcomes in kidney transplant recipients: a systematic review and meta-analysis, *Am J Transplant*. 2011 Nov;11(11):2388-404. doi: 10.1111/j.1600-6143.2011.03656.x. Epub 2011 Jul 27. [Medline]
19. Sibanda N, Briggs JD, Davison JM, Johnson RJ, Rudge CJ, Pregnancy after organ transplantation: a report from the UK Transplant pregnancy registry, *Transplantation*. 2007 May 27;83(10):1301-7. [Medline]
20. Sivaraman P, Management of pregnancy in transplant recipients, *Transplant Proc*. 2004 Sep;36(7):1999-2000. [Medline]
21. Xu LG, Yang YR, Wang HW, Qiu F, Peng WL, Xu HM, Han S, Liu Y, Tang LG, Fu J, Characteristics of male fertility after renal transplantation, *Andrologia*. 2011 Jun;43(3):203-7. doi: 10.1111/j.1439-0272.2010.01052.x. Epub 2011 Jan 19. [Medline]
22. Concepcion BP, Schaefer HM, Caring for the pregnant kidney transplant recipient, *Clin transplant*. 2011 Nov-Dec;25(6):821-9. doi: 10.1111/j.1399-0012.2011.01492.x. Epub 2011 Aug 2. [Medline]
23. Davison JM, Bailey DJ, Pregnancy following renal transplantation, *J Obstet Gynaecol Res*. 2003 Aug;29(4):227-33. [Medline]
24. Hirachan P, Pant S, Chhetri R, Joshi A, Kharel T, Renal transplantation and pregnancy, *Arab J Nephrol Transplant*. 2012 Jan;5(1):41-6. [Medline]
25. Celik G, Töz H, Ertlav M, Aşgar N, Ozkahya M, Başı A, Hoşçoşkun C. Biochemical parameters, renal function, and outcome of pregnancy in kidney transplant recipient, *Transplant Proc*. 2011 Sep;43(7):2579-83. doi: 10.1016/j.transproceed.2011.06.041. [Medline]
26. McKay DB, Josephson MA, Pregnancy after kidney transplantation, *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008 Mar;3 Suppl 2:S117-25. doi: 10.2215/CJN.02980707. [Medline]
27. del Mar Colon M, Hibbard JU, Obstetric considerations in the management of pregnancy in kidney transplant recipients, *Adv Chronic Kidney Dis*. 2007 Apr;14(2):168-77. [Medline]
28. Sifontis NM, Coscia LA, Constantinescu S, Lavelanet AF, Moritz MJ, Armenti VT, Pregnancy outcomes in solid organ transplant recipients with exposure to mycophenolate mofetil or sirolimus. *Transplantation*. 2006 Dec 27;82(12):1698-702. [Medline]
29. Josephson MA, McKay DB, Considerations in the medical management of pregnancy in transplant recipients. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2007 Apr;14(2):156-67.
30. McKay DB, Josephson MA, Armenti VT, August P, Coscia LA, Davis CL, Women's Health Committee of the American Society of Transplantation. Reproduction and transplantation: report on the AST Consensus Conference on Reproductive Issues and Transplantation, *Am J Transplant*. 2005 Jul;5(7):1592-9. [Medline]
31. Anantharaman P, Schmidt RJ, Sexual function in chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2007 Apr;14(2):119-25. [PubMed]
32. Cardonick E, Moritz M, Armenti V, Pregnancy in patients with organ transplantation: a review, *Obstet Gynecol Surv*. 2004 Mar;59(3):214-22. [Medline]
33. Ostensen M, Treatment with immunosuppressive and disease modifying drugs during pregnancy and lactation, *Am J Reprod Immunol*. 1992 Oct-Dec;28(3-4):148-52. [Medline]
34. Cararach V, Carmona F, Monleón FJ, Andreu J, Pregnancy after renal transplantation: 25 years experience in Spain, *Br J Obstet Gynaecol*. 1993 Feb;100(2):122-5. [Medline]
35. Armenti VT, Moritz MJ, Cardonick EH, Davison JM, Immunosuppression in pregnancy: choices for infant and maternal health, *Drugs*. 2002;62(16):2361-75. [Medline]
36. Kainz A, Harabacz I, Cowrick IS, Gadgil SD, Hagiwara D, Review of the course and outcome of 100 pregnancies in 84 women treated with tacrolimus, *Transplantation*. 2000 Dec 27;70(12):1718-21. [Medline]
37. Zachariah MS, Tornatore KM, Venuto RC, Kidney transplantation and pregnancy, *Curr Opin Organ Transplant*. 2009 Aug;14(4):386-91. doi: 10.1097/MOT.0b013e32832dbc34. [Medline]

SUCCESSFUL MANAGING OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Meral Rexhepi^{1,2}, Hysni Ismaili¹, Sani bajrami¹, Florim Besimi^{1,2}

¹ Clinacal Hospital Tetovo

² Faculty of Medicine, SUT

RESUME

Kidney transplantation is the best treatment for end-stage chronic renal failure. The reported number of cases are women in the reproductive stage or children which enter in the reproductive period. Fertility can be established shortly after kidney transplantation. It is verified that pregnancy has no adverse effect on the transplanted organ. Successful management of pregnancy would be carried out under optimal conditions, including stable allograft function for at least a year before conception without urinary tract infection and proteinuria, good control of blood pressure and appropriate use of immunosuppressive therapy. Pregnancy in these cases are regarded as high-risk and necessary monitoring by the obstetrician and nephrologist. Hypertension, urinary tract infection, anemia, proteinuria and acute graft rejection are common risks for the mother as well as prematurity and low body weight of the fetus.

Case report: We present a case of patient age 30 with a kidney transplant 4 years ago due to end-stage renal failure. She conceived spontaneously four years after transplantation. During pregnancy receiving immunosuppressive, antihypertensive, antibiotic and antianemic therapy. She was under constant surveillance by the obstetrician and nephrologist. Pregnancy ended at 33 weeks of gestation with spontaneous delivery. She delivered healthy male baby with DBM 1910 gr/46cm A/S 7/8. Followed an intensive care of the baby during 10 days and appropriate postnatal maternal treatment. After 10 days was established a successful first breast-feeding.

Conclusion: Successful management of pregnancy and childbirth after kidney transplantation is possible with team collaboration between nephrologist, obstetrician, dietologist and pediatrician who will provide the best treatment for both mother and newborn.

Key words: Kidney transplantation, pregnancy, newborn

Forumi Shkencor: “Edukimi në shkencat mjekësore - baza e reformave në shëndetësi”

Bordi Editorial i Revistës shkencore ndërkombëtare “Medicus”, duke kërkuar që të jetë bashkëkohor, në shërbim të ballafaqimit dhe tejkalimit të sfidave të ndryshme që janë pjesë e rrugës së zhvillimit të mjekësisë, më datë 20.02.2013, në Shkup organizoi Forumin Shkencor me titull “Edukimi në shkencat mjekësore- bazë e reformave në shëndetësi” me pjesëmarrje të profesorëve, ekspertëve dhe studentëve nga fakultetet e mjekësisë të rajonit: Shkup, Tiranë, Prishtinë, Shtip dhe Tetovë si dhe nga Universiteti privat “Rezonanca” në Prishtinë.

Forumi kishte për qëllim informimin, sensibilizimin dhe nxitjen e debatit në trevat shqiptare dhe më gjërë në rajon, mbi zhvillimet aktuale ndërkombëtare në arsimin mjekësor, modelet bashkëkohore të kurrikulave mjekësore universitare, në procesin e reformimit të tyre si bazë për reforma të bazuara gjithpërfshirëse në shëndetësi.

Historikisht, në vitin 1910, Abraham Flexner për herë të parë paraqiti Raportin mbi Edukimin e Mjekëve në Amerikën e Veriut, mbi ç’bazë fakultetet e mjekësisë adaptuan kurrikulën me bazë shkencore. Thelbi i saj ishte zhvendosja e mësimin të mjekësisë nga thjesht kryerja e një stazhi praktik pranë një mjeku me eksperiencë, drejt kryerjes të studimeve universitare ku studentët do të mësonin së pari bazat shkencore në 2-3 vitet e para dhe më pas do të kishin praktikë në ambiente klinike. Në dy tre dekadat e fundit kemi një shpërthim i njohurive dhe teknologjisë mjekësore dhe specializim të tejskashëm të personelit mjekësor; fakultetet e mjekësisë u bënë fortës të shkencës dhe punës kërkimore. Ndërkohë kujdesi shëndetësor i ofruar pacientëve u bë i fragmentuar, i depersonalizuar dhe i kushtueshëm. Në këtë periudhë një valë zhvillimesh madhore ndodhen në shkencat sociale dhe ato të sjelljes si dhe në parimet e teoritë e pedagogjisë. Organizmat ndërkombëtarë bënin thirrje për t’i orientuar sistemet shëndetësore drejt kujdesit parësor dhe shërbimeve parandaluese. Si rrjedhojë, u adoptuan kurrikula që përfshijnë jo vetëm përmbajtjen dhe provimet për ta vlerësuar asimilimin e saj, por edhe metodat e të mësuarit, strategjitë e mësimdhënies, qëllimet dhe objektivat. Së fundmi e mbi të gjitha duhet të përfshijnë kompetencat që duhet të fitojë studenti i diplomuar (outcomes). Përqendrimi tek kompetencat

(outcomes) e ka zhvendosur në këtë mënyrë theksin nga procesi tek produkti. Nevoja për përshtatje dhe ndryshime në edukimin mjekësor identifikohen në shumë dokumente të strukturave të ndryshme (OBSH “Shëndet për të gjithë”, Deklarata e Bolonjës 1999, Global Health in Europe, etj.).

Në 20-të vitet e fundit, arsimit mjekësor në të gjithë botën, ka njohur zhvillime të rëndësishme, në programet, metodat e mësimdhënies e të vlerësimit, në ristrukturimin dhe lidhshërinë e tij. Një shekull pas Raportit të Flexner, në tetor të vitit 2010 u nënshkrua “Konsensusi Botëror mbi Përgjegjësitë Sociale të Fakultetit të Mjekësisë”, i cili paraqet një pikënisje për zhvillimin e mëtejshëm të edukimit mjekësor, i cili bazohet në “a competency-based new curriculum”, që do të realizohet në bashkëpunim me partnerë të tjerë social.

Hapja dhe fjalët përshëndetëse u thanë nga Prof. Dr. Azis K. Pollozhani, Kryeredaktori i Revistës “Medicus”, dhe më pas pasuan ligjëratat nga mysafirët- ekspertë të fushës. I pari prezantoi Prof. Dr. Alfred Priftanji me temën: “Zhvillimet aktuale në edukimin mjekësor ndërkombëtar.” Për të vazhduar me Prof. Dr. Daniela Milladinova me temën: “Reformat në arsimin e lartë mjekësor maqedonas në dekadën e fundit” si dhe Prof. Dr. Avdyl Krasniqi, Prof. dr. Rexhep Hoxha: “Sfidat e reformës kurrikulare në shkencat mjekësore në Kosovë”; Prof. Dr. Branislav Srkanjac: “Si të reformohet arsimi mjekësor”, Dr. Sci. Eranda Turkeshi: “Situata e edukimit mjekësor në Shqipëri dhe mundësitë për bashkëpunim rajonal” dhe Prof. Dr. Lul Raka, Ass. Dr. Shaip Krasniqi: “Procesi i akreditimit programor dhe institucional në fushën Mjekësisë - përvojat e Kosovës”

Pas prezentimeve u zhvillua një debat ku morën pjesë të ftuarit si Prof. Dr. Koço Çakallarovski, Kryetar i Dhomës së mjekëve të R.M., Doc. Dr. Agron Starova, dhe të tjerë. Debatu u përcoll, edhe nga një numër i studentëve të Fakultetit të Mjekësisë të Tetovës dhe Shkupit.

Pas prezentimeve dhe debatit, tribuna u pajtua me këto konkluzat pune:

- Pjesëmarrësit përshëndesin mbajtjen e Tribunes, që organizohet për herë të parë në Republikën e Maqedonisë, si një formë e fillimit të angazhimit,



për senzibilizimin, njohjen dhe kuçjen e edukimit të shkencave mjekësore në rrjedhat reformuese në shëndetësi.

- Tribuna konstatoi se reformat në sistemet shëndetësore janë domosdoshmeri e kohës, por këto reforma nuk mund të realizohen shëndetshëm pa kuçjen edhe të edukimit të shkencave mjekësore në këtë proces.
- Pjesëmarrësit theksuan se për reforma të sukseshme dhe të qëndrueshme në shëndetësi, në pocsin reformues duhet kyçur të gjithë faktorët relevantë edhe ate si mësimdhënësit dhe fakultetet e mjekësisë, punëtorët shëndetësorë, organizatat profesionale ku ato janë të organizuar si edhe studentët e mjekësisë.
- Pjesëmarrësit duke përshëndetur tribunën e organizuar në këtë format, shprehën mendimin e vazhdimit të takimeve të tilla në nivel rajonal por edhe më gjërë me qëllim të informimit të ndërsjellë, ndërrimit të përvojave dhe harmonizimit të hapave

reformus që do të lehtësonin bashkëpunimin rajonal mbi bazen e standardizimit cilësor të shkencave mjekësore dhe mjekësisë në tërësi.

- Pjesëmarrësit u pajtuan që të gjejnë formën më adekuate për formalizimin e takimeve të këtilla në të ardhmen më mënyrë që ato të marrin karakter periodik të organizimit.
- Me qëllim të afirmimit të kësaj iniciativeje dhe sensibilizimin për problematikën e debatuar, u kërkua që Revista ndërkombëtare shkencore “Medicus” të sigurojë një rubrikë të posaçme për edukimin mjekësor.
- Pjesëmarrësit ranë dakord që për këtë takim si dhe për iniciimin e takimeve të ardhshme të informohen instancat ndërkombëtare që merren me këtë çështje.
- Duhet theksuar se mbështës i aktivitetit ishte Komuna e Çairit, për çka shfrytëzojmë rastin për ta faleminderuar publikisht.



Shoqata e Mjekëve Shqiptarë në Maqedoni
Здружение на Лекари Албанци на Македонија
Association of Albanian Medical Doctors in Macedonia
Qendra Medicinale – Tetovë, Medical Center – Tetovë
tel/fax: +389 (0) 44 330 810 – local: 372



Takimi tradicional i ShMSHM u pasurua me tema të akredituara

Me rastin e 7 Prillit – Ditës Botëtare të Shëndetësisë” Shoqata e Mjekëve Shqiptarë në Maqedoni mbajti takimin e vet tradicional .Përveç aktiviteteve tradicionale festive që mbahen me këtë rast, këtë vit dega e Shkupit u kujdes për organizimin e sesionit shkencor, ku ligjeruan profesorë , njohës të fushave respektive. Rrethanat imponuan që këtë vit ky aktivitet të mbahet më datën 06.04.2013 ditën e shtunë, në hapësirat e Hotelit Arka, në Shkup.

Pjesën e rrëgullt, tradicionale të Kuvendit të Shoqatës e hapi Kryetari i Shoqates Doc. Dr. Nevzat Elezi dhe Kryetari i Kuvendit të Shoqates dr. Shenasi Jusufi të cilët prezantuan raportet vjetore respektive që njëzëri u miratuan nga kuvendarët . Kuvendi solli edhe disa vendime, kështu që u formua Komisioni për ndryshime statutare të Statutit të shoqatës si dhe u soll Vendimi për mbajtjen e Simpoziumit të rradhës në qytetin e Strugës me 26,27, Tetor 2013.

Pas mbylljes së punëve të Kuvendit, takimi vazhdoi me pjesët tematike shkencore ku prezentuan:

Doc. Dr. Lutfi Zylbehari me temën Efektet pozitive të Torvex-it (Atorvastatin) në trajtimin e Hiperkolesterolemisë primare, Hipertrigliceridemisë dhe prevenimin e Aterosklerozës së hershme.

Ass. Dr. Irfan Ahmeti :Trajtimi bashkëkohor i Diabetit të tipit 2-DPP4 inhibitorët.

Dr. Nagip Rufati: Sëmundjet seksualisht të transmetueshme, HPV-prevencioni dhe

Ligjërat zgjuan një interesim të madh te pjesëmarrësit. Pastat pasoi ndarja e Mirenjohjeve për mjekët më të dalluar gjatë vitit për kontributin e tyre.

Takimi u mbyll me një aktivitet social- koktej relaksues ku u krijua një ambient i këndshëm dhe i ngrohtë kolegjal.

Primarius i shkencave mjekësore



Prim. Dr. Sadri Sh. Zeqiri, mjek specialist, anesteziolog-reanimatolog, u lind ne fsh. Simnicë të Gostivait më 1958. Shkollimin fillestar dhe te mesëm e kreu me Gostivar, kurse Fakultetin e Mjekësisë ne Prishtinë në vitin 1984. Specializimin nga lëmia e Anesteziologjisë dhe Reanimacionit e përfundoi me sukses superior në Fakultetin e Mjekësisë, K&M në Shkup, 1999.

Është i punësuar në Spitalin e Përgjithshëm “Ferid Murad” në Gostivar. Aktualisht është kryeshef i Repartit të Anestezionit, Reanimacionit dhe shërimit Intenziv pranë spitalit të lartpërmendur dhe dallohet per humanizmin e tijë dhe vrytytet e larta morale.

Dr.S.Zeqiri, është pjesmarës aktiv me punimet e tij shkencoro-profesionale gati në të gjitha Takimet Profesionale Mjekësore të Shoqatës së Mjekëve

Shqiptarë të Maqedonisë. Dallohet edhe si aktivist i shquar i kësaj shoqate. Momentalisht është anëtar i Kuvendit Qëndror të SHMSHM.

Dr.S.Zeqiri, është autor i 16 punimeve dhe bashkëautor i 13 punimeve shkencoro-profesionale. Është gjithashtu pjesmarës aktiv edhe në të gjitha kongreset e Shoqatës së Mjekve së Anesteziologëve te Maqedonisë, kurse tri herë ka qenë pjesmarës në kongreset Europiane të Anesteziologjise. Tre punimet e tij shkencoro-profesionale janë të botuara në revistat ndërkombtare të anesteziologjise: “Update in Anaesthesia”, “Minerva Anaesthesiologica” dhe “TIVA TCI”.

Redaksia e Medicus-it, i uron titullin Primarius, Dr Sadriut dhe i dëshiron suksese të reja në punën e mëtejme profesionale.

Pregatiti: Mr.Sc Rinita Zeqiri, Magjistre e Farmacisë

UDHËZIME PËR AUTORËT

*Këto të dhëna janë në pajtim me
"Kërkesat uniforme për Dorëshkrimet e Pranuara në
Revistat Biomjekësore"
Dokumentin komplet mund ta gjeni në www.icmje.org)*

Medicus është revistë ndërkombëtare që boton punime origjinale shkencore, vështrime revyale, punime profesionale, prezentime rasti, kumtesa të shkurtra, recensione librash, raporte nga tubime shkencore, letra dhe editoriale nga fusha e mjekësisë, stomatologjisë, farmakologjisë si dhe nga fusha tjera të përaferta biomjekësore.

Revista është organ i "Shoqatës së Mjekëve Shqiptarë në Maqedoni."

Gjuha e botimeve është në Gjuhë Shqipe dhe Angleze (këshilli redaktues mund të vendosë nëse botimet do të jenë edhe në gjuhë tjera). Autorëve u kërkohet të lektorojnë dhe të redaktojnë unimin e tyre vetë, në gjuhën përkatëse.

Ju lutemi përdoreni madhësinë standarde të punimit në format: *Word për Windows*, Times New Roman 12.

Dorëshkrimet dërgohen në format elektronik, qoftë me

CD ose përmes e-mailit tek Kryeredaktori,
Prof. Dr. Azis K. Pollozhani,
Zyra e Redaksisë, rr. 50 Divizija, No 6, 1000
Shkup, apo në
e-mail: medicus.shmshm@gmail.com

Revista për një numër pranon jo më shumë se një artikull nga një autor, dhe jo më shumë se dy si ko-autor.

Autorët duhet të deklarojnë se kontributi i tyre nuk është publikuar apo pranuar për publikim diku tjetër, përdërisa nuk përfundon procedura vlerësuese në Revistën tonë.

Autorët gjatë aplikimit duhet të përmbushin formën e kërkuar nga Komiteti Ndërkombëtar i Redaktorëve të Revistave Mjekësore (ICMJE) për **kriteret e autorësisë**, respektivisht "Kërkesave uniforme për Dorëshkrimet e Pranuara në Revistat Biomjekësore", cilën mund ta gjeni në www.icmje.org.

Revista do të **njoftojë pranimin** e artikullit tuaj brenda shtatë ditësh dhe do t'ju bëjë me dije se kur do të informoheni për vendimin e këshillit redaktues.

Artikujt për t'u botuar në **Medicus** do të **recensohen**. Këshilli redaktues do të marrë parasysh komentet e recensuesit dhe pastaj mund të kërkojë nga autori ndryshime apo plotësim të punimit.

INFORMATION FOR AUTHORS

*These guidelines are in accordance with the
"Uniform Requirements for Manuscripts Submitted
to Biomedical Journals"
(The complete document appears at www.icmje.org)*

Medicus is an international journal of that publishes papers from all areas of medical research. Furthermore, the journal intends to bring educational material of high quality to its members for continuous medical education (CME), by publishing original research, professional and review papers, case reports, brief communications, literature summary articles and editorials.

The *Journal* is official organ of the »Association of Albanian Medical Doctors from Macedonia«.

The language of publication is Albanian and English (the editorial board may decide whether other language will be used for publications). Authors are requested to have their paper proof-read and edited for the respective language.

Please use standard-sized paper and submit your article in the following formate: *Word for Windows*, Times New Roman 12.

Manuscripts should be submitted in electronic format, either on disc or by e-mail to the Editor-in-Chief,

Prof. Dr. Aziz K. Pollozhani,
Editorial Office, Str. 50-ta Divizija, No 6, 1000
Skopje,
Email: medicus.shmshm@gmail.com

The *Journal* allows submission of no more than one article as an author, and at most two, being a co-author per issuance.

The authors attest that their contribution has neither been published nor submitted for publication elsewhere, until the editorial procedure is over.

Authors should adhere to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) **authorship criteria** in so far as they apply. These can be found at www.icmje.org.

The *Journal* will **acknowledge receipt** of your article within seven days and let you know when you will be informed of the editorial board's decision.

Articles to be published in **Medicus** will be **peer-reviewed**. The editorial board will take into account the reviewer's comments and may then prompt the author for changes or further work.

Numri i faqeve (përfshirë tabelat dhe/ose figurat/ilustrimet) varet nga lloji i artikullit:

punim original hulumtues –deri ne12 faqe dhe jo më shumë se 6 tabela dhe/ose grafikone/fotografi;

punim profesional ose punim revyjal – deri ne 8 faqe dhe jo më shumë se 4 tabela dhe/ose figura/imazhe;

prezantim rasti apo kumtesë e shkurtër – deri 6 faqe dhe maksimum 3 tabela dhe/ose figura/imazhe.

Letër redaksisë - deri 2 faqe

Së bashku me dorëshkrimin, dorëzoni një faqe me **titullin** e artikullit; **emrin/at e autorit/ve**, duke përfshirë emrin me jo më shumë se dy tituj shkencor; emrin e departamentit dhe institucionit në të cilin është bërë punimi; institucioni ku punon (për secilin autor); si dhe emri dhe adresa e autorit të cilit do ti adresohen kërkesat nga ana e Redaksisë (shihni Informacionet plotësuese për autorët)

Abstrakti duhet te jete me jo më shumë se 250 fjalë. Duhet të konsistojë në katër paragrafë, i klasifikuar në Hyrje, Metodave, Rezultatet dhe Diskutimi (Përfundimet). Ato duhet të përshkruhen shkurt, respektivisht, problem qenësor i studimit, se si është kryer studimi, rezultatet e fituara, dhe perfundimi.

Tabelat, figurat dhe legjendat (shihni Informacionet plotësuese për autorët)

Fjalët kyqe -Tri deri pesë flaje apo fraza te shkurtëra duhet t'i shtohen pjesës së fundme të faqes së abstraktit.

Citatet e referencave në tekst duhet fillimisht të jenë nga revistat e indeksuara në **PubMed**. Stili i referencave që kërkohet nga Medicus është i formatit Vancouver (shihni Informacionet plotësuese për autorët).

Shkurtimet (akronimet) përdoren për njësitë matëse, kurse në raste tjera kur përmendet për herë të parë, ai duhet të jetë i sqaruar me fjalën bazë bashkangjitur.

Për të gjitha barnat duhet të përdoren **emrat gjenerik** ndërkombëtar. Nëse në hulumtim janë të përdorura brendet e patentuara, përfshini emrin e brendit në kllapa në paragrafin e Metodave.

Dorëshkrimi i dërguar tek botuesi duhet të shënohet nga autorët , nëse janë në seksionin e “punimeve origjinale shkencore” apo në pjeset tjera përmbajtësore të revistës.

Autorët marrin dy kopje të botimit përkatës.

The number of pages (including tables and/or figures/illustrations) is dependent upon the type of the article:

original research paper - up to 12 pages and no more than 6 tables and / or graphs / pictures;

professional or review paper - up to 8 pages and no more than 4 tables and / or figures / images;

case report or brief communication - up to 6 pages and a maximum of 3 tables and / or figures/images.

Letter up to 2 pages

With the manuscript, provide a page giving the title of the paper; the name(s) of the author(s), including the first name(s) and no more than two graduate degrees; the name of the department and institution in which the work was done; the institutional affiliation of each author; and the name and address of the author to whom reprint requests should be addressed. (see Additional Information for Authors)

Provide an **abstract** of not more than 250 words. It should consist of four paragraphs, labeled Background, Methods, Results and Conclusions. They should briefly describe, respectively, the problem being in the study, how the study was performed, the salient results, and what the authors conclude from the results.

Tables, figures and legends (see Additional Information for Authors)

Three to five **key words** or short phrases should be added to the bottom of the abstract page.

Quotations of references in the text should primarily be from journals indexed in **PubMed** which have proven their significance. The style of references required by **Medicus** is the Vancouver format (see Additional Information for Authors).

Except for units of measurement, abbreviations are discouraged. The first time an abbreviation appears it should be preceded by the words for which it stands.

The international **generic names** should be used for all drugs. When proprietary brands are used in research, include the brand name in parentheses in the Methods section.

All manuscript sent to the editor should be noted by the authors whether they are meant for the “original research papers” section or the rest of the journal’s content.

The authors receive two copies of the relevant issue.

Informacione plotësuese për autorët

I. Faqja e parë – ballina: Duhet të përmbajë: (a) titullin e punimit, të shkurtër, por informativ; (b) emri, inicialet e emrit të mesëm dhe mbiemrit të secilit autor; (c) institucioni; (d) emri i departamentit që i atribuohet punës shkencore; (e) emri dhe adresa e autorit për t'iu përgjigjur në lidhje me dorëshkrimin; (f) burimi/përkrahja në formë të granteve, paisjeve, barnave dhe në përgjithësi.

II. Faqja e dytë – abstrakti dhe fjalët kyqe: Abstrakti duhet të shkruhet me maksimum prej 150 fjalësh për abstraktet e pastrukturuara, dhe me 250 fjalë për abstraktet e strukturuara (pjesët përmbajtësore: objekti/ete studimit ose hulumtimit, procedurat bazë, siç është përzgjedhja e subjekteve apo kafshët laboratorike, metodat vrojtuese dhe analitike, pastaj, rezultatet/gjetjet përfundimtare (të dhënat dhe rëndësia e tyre statistikore, nëse është e mundur), dhe konkluzionet kryesore. Vini theksin mbi aspektet e reja dhe të rëndësishme të studimit apo vrojtimit. Në abstraktin identifikoni dhe shkruani fjalët kyqe: 3-5 fjalë apo fraza të shkurtëra që do të ndihmojnë në paisjen me tregues të punimit dhe publikimit të abstraktit. Përdorni terme nga lista e Index Medicus për Nëntituj Mjekësor (Medical Sub-Headings [MeSH]); nëse nuk ka term të përshtatshëm në MeSH për disa terme të reja, mund të përdorni termet e dhëna.

III. Faqja e tretë dhe të tjerat – teksti i plotë i artikullit: Teksti i plotë i artikujve hulumtues ose vrojtues normalisht, por jo domosdoshmërisht, duhet të jetë i ndarë në paragraf me këta nëntituj: hyrja, metodat dhe materialet, rezultatet dhe diskutimi.

1. Hyrja: Krijoni një kontekst apo prapavijë(trualli) të studimit (që në fakt është natyra e problemit dhe rëndësia e tij). Për të bërë këtë duhet të bëni një hulumtim të literaturës – duke kërkuar, gjetur dhe lexuar punimet përkatëse, që duhet të jenë si referencë në dorëshkrimin tuaj. Sqaroni hipotezat tuaja dhe planifikoni t'i testoni ato, si dhe përshkruani qëllimet tuaja. Kini qëndrim të qartë se çka prisni të gjeni dhe arsytet që ju udhëhoqën tek hipotezat që keni krijuar. Objekti i hulumtimit më së shpeshti fokusohet kur parashtrohet si pyetje. Mos përfshini të dhëna apo rezultate nga puna që do të raportohet.

2. Metodat & Materialet: Ky paragraf duhet të përfshijë atë informacion që ishte në dispozicion në kohën që plani apo protokoli i studimit po shkruhej. Të gjitha informacionet e marra gjatë studimit i takojnë paragrafit të Rezultateve.

Përshkruani përzgjedhjen tuaj të pjesëmarrësve së vrojtimit ose eksperimentit (pacientët ose kafshët laboratorike, përfshirë kontrollat) qartë, duke përfshirë kriteret e përshtatshme (inkluzive) dhe përjashtuese (ekskluzive).

Parimi udhëheqës duhet të jetë i qartë se si dhe pse studimi është bërë në një mënyrë të caktuar. Jepni detaje të mjaftueshme për metodat, mjetet dhe materialet (jepni emrin dhe adresën e prodhuesit në kllapa), dhe procedurat për të lejuar të tjerët të kuptojnë dhe riprodhojnë rezultatet tuaja.

Nëse një metodë e caktuar që është përdorur është e njohur, atëherë nuk është e nevojshme të jepet përshkrim komplet i saj. Mund t'i referoheni punimit në të cilin së pari herë është përshkruar dhe të

Additional Information for Authors

I. First page - front page: It should contain: (a) title of paper, a short, but informative; (b) the first name, initials of middle name and last name of each author; (c) the institution; (d) the name of the department that is attributable to the scientific work; (e) the name and address of the author with whom to correspond about the manuscript (f) source/support in the form of grants, equipment, drugs, or all.

II. Second page - abstract and keywords: The abstract should be written with a maximum of 150 words for unstructured abstracts and 250 words for structured abstracts (containing parts: objective(s) of study or research, basic procedures, such as selection of subjects or laboratory animals, observational and analytical methods, then, the main findings/results (data and their statistical significance, if possible), and the main conclusions. Emphasize the new and important aspects of the study or observation.

Below the abstract identify and write the keywords: 35 words or short phrases that will assist in indexing the paper and publication of the abstract.

Use terms from the list of Index Medicus for Medical Sub-Headings (MeSH); if there is no appropriate MeSH term for some newly introduced terms, we can use the given terms.

III. Third and further pages – full text of the article: The full text of research or observational articles should normally be, but not necessarily, divided into sections with the following headings: introduction, material and methods, results and discussion.

1. Introduction: Provide a context or background for the study (that is, the nature of the problem and its significance). To do this you must complete a literature review – searching for, finding and reading relevant papers, which must be referenced in your manuscript. Explain your hypotheses and the plan to test them, and describe your aims. Clearly state what you expect to find and the reasoning that led you to the hypotheses that you have made. The research objective is often more sharply focused when stated as a question. Do not include data or conclusions from the work being reported.

2. Methods & Material: This section should include only information that was available at the time the plan or protocol for the study was being written. All information obtained during the study belongs in the Results section.

Describe your selection of the observational or experimental participants (patients or laboratory animals, including controls) clearly, including eligibility and exclusion criteria. The guiding principle should be clarity about how and why a study was done in a particular way.

Give sufficient details of the methods, apparatus and materials (give the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures to allow others to understand and reproduce your results.

If a particular method used is well known then there is no need to give a complete description. You can reference the paper in

përmendni ndonjë modifikim/ndryshim që keni bërë. Jepni arsytet për përdorimin e tyre dhe vlerësoni kufizimet e tyre. Në fund, përshkruani se si i keni analizuar të dhënat tuaja, duke përfshirë metodat statistikore dhe pakon programore që keni përdorur.

Autorët e dorëshkrimeve të rishqyrtuara duhet të përfshijnë një paragraf që përshkruajnë metodat që kanë përdorur për lokalizimin, përzgjedhjen, ekstrahimin dhe sintetizimin e të dhënave. Përdorni formën joveprorë të foljes, në vetën e tretë, kur dokumentoni metodat, gjë që do të fokusonte vëmendjen e lexuesit tek puna që është bërë e jo tek hulumtuesi (P.sh. Janë marrë, janë realizuar, janë prezantuar etj.)

2. a) Statistikat: Përshkruani metodat statistikore me detaje të mjaftueshme për t'ia mundësuar një lexuesi me njohje në atë fushë t'i qaset të dhënave origjinale për të verifikuar rezultatet e raportuara. Kur është e mundur, përcaktoni sasinë e zbulimeve dhe prezantoni ato me indikatorë përkatës të gabimeve në matje apo pasiguri (siç janë inter-valet e besueshmërisë). Evitoni mbështetjen vetëm në testet statistikore të hipotezave, siç janë vlerat p, që dështojnë të transmetojnë informacion të rëndësishëm mbi madhësinë e efektit. Jepni detaje rreth përzgjedhjes së rasteve (randomizimi) dhe përshkruani metodat dhe sukseset e vrojtimit gjatë realizimit të studimeve të verbuara. Definoni termet statis-tikore, shkurtesat dhe më së shumti simbolet. Specifikoni programin kompjuterik që është përdorur.

3. Rezultatet: Ky paragraf duhet t'i bëjë gjetjet tuaja të qarta. Prezantoni rezultatet tuaja në rend logjik në tekst, tabela dhe ilustrime, duke dhënë së pari rezultatet kryesore ose më të rëndësishme. Mos i përsërisni të gjitha të dhënat në tabela apo ilustrime, në tekst. Nënivizoni ose përm-bledhni shkurtimisht vetëm vrojtimit më të rëndësishme.

Kur të dhënat përmbliken në paragrafin e Rezultateve, jepni rezultate numerike jo vetëm si derivate (për shembull, përqindja) por gjithashtu si numra absolut nga të cilët derivatet janë llogaritur, dhe specifikoni metodat statistikore që janë përdorur për t'i analizuar ato.

Kufizoni tabelat dhe figurat në atë sa janë të nevojshme për të sqaruar argumentin e punimit dhe për të vlerësuar të dhënat ndihmëse. Duke përdorur grafikonet për të reprezentuar të dhënat tuaja si alternativë e tabelave, do të rrisë kuptueshmërinë e lexuesit. Mos i dyfishoni të dhënat në grafikone dhe tabela. Duhet të jeni të qartë se cili lloj i grafikoneve është i përshtatshëm për informacionet tuaja. Për shembull, për të reprezentuar korelimin mes dy ndryshoreve, preferohet grafiku vijëzor, krahasuar me grafikun rrethor apo në formë shtyllash.

Sa i përket të gjitha paragrafeve, qartësia dhe të qëniet i thuktë është kyçe. Mos prezantoni të njëjtat të dhëna më shumë se një herë. Kufizojeni veten në të dhënat që ndihmojnë në adresimin e hipotezave tuaja. Kjo është e rëndësishme edhe nëse të dhënat i aprovojnë ose nuk i pranojnë ato. Nëse keni bërë analiza statistikore, duhet të jepni vlerën e probabilitetit (p) dhe të tregoni se është shprehës (sinjig në nivelin që ju po testoni. Varësisht nga analizat e përdorura, gjithashtu mund të jetë e rëndësishme të jepni intervalet e besueshmërisë së rezultateve (Confidence Interval -

which it was first described and mentioned any modifications you have made. Give the reasons for using them, and evaluate their limitations. Finally, describe how you analysed your data, including the statistical methods and software package used.

Authors submitting review manuscripts should include a section describing the methods used for locating, selecting, extracting, and synthesizing data.

Use the third person passive voice when documenting methods which would focus the readers' attention on the work rather than the investigator.(e.g. Were taken, was performed, were presented itd.)

2. a) Statistics: Describe statistical methods with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to verify the reported results. When possible, quantify findings and present them with appropriate indicators of measurement error or uncertainty (such as confidence intervals). Avoid relying solely on statistical hypothesis testing, such as p values, which fail to convey important information about effect size. Give details about the randomization and describe the methods and success of observations while using blinded trials. Define statistical terms, abbreviations, and most symbols. Specify the computer software used.

3. Results: This section should make your findings clear. Present your results in logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first. Do not repeat all the data in the tables or illustrations in the text. Emphasize or summarize only the most important observations.

When data are summarized in the Results section, give numeric results not only as derivatives (for example, percentages) but also as the absolute numbers from which the derivatives were calculated, and specify the statistical methods used to analyze them.

Restrict tables and figures to those needed to explain the argument of the paper and to assess supporting data. Using graphs to represent your data as an alternative to tables will improve the reader's understanding. Do not duplicate data in graphs and tables. You need to be clear what type of graphs is suitable for your information. For example, to represent the correlation between two variables, a line graph is preferred to a pie chart or a bar chart.

As with all sections, clarity and conciseness is vital. Don't present the same data more than once. Restrict yourself to the data that helps to address your hypotheses. This is important whether the data supports or disproves them. If you have carried out a statistical analysis, you should give the probability (P) value and state it is significant at the level you are testing. Depending on the analysis used, it may also be important to give the confidence intervals of the results, or the statistical parameters such as the odds ratios. Provide a caption for each figure making the general meaning clear without reference to the main text, but don't discuss the results. Let the readers decide for themselves what they think of the data. Your chance to say what you think comes next, in the discussion.

3. Tables: Each table should be inserted at the point of the text where they have to be placed logically, typed by the same rules

CI), ose parametrat statistikorë si proporcionet e rastit (odds ratio). Bëni përshkrimin tek secila figurë duke bërë të qartë domethënien e përgjithshme pa referencë në tekstin kryesorë, por mos diskutoni rezultatet në të. Lëreni lexuesin të vendosë vetë se çfarë mendon për të dhënat. Mundësia juaj për të thënë se çfarë mendoni, është në vazhdim, tek diskutimi.

3. Tabelat: Secila tabelë duhet të vendoset në vendin e tekstit ku duhet të vihet logjikisht, e plotësuar me të njëjtat rregulla sikur teksti i plotë. Mos i dërgoni tabelat si fotografi. Secila tabelë duhet të citohet në tekst. Tabelat duhet të jenë me numra ashtu që të jenë në koordinim me referencat e cituara në tekst. Shkruani një përshkrim të shkurtër të tabelës nën titullin. Çdo sqarim shtesë, legjendë ose sqarim i shkurtesave jostandard, duhet të vendoset menjëherë poshtë tabelës.

4. Diskutimi: Ky paragraf është pjesa ku ju mund të interpretoni të dhënat tuaja dhe të diskutoni duke ballafaquar dhe krahasuar gjetjet tuaja me ato të hulumtuesve të mëparshëm. Rishikoni referencat e literaturës dhe shihni nëse mund të përfundoni se si të dhënat tuaja përkojnë me atë që keni gjetur.

Ju gjithashtu duhet të llogarisni rezultatet, duke u fokusuar në mekanizmat në prapavij të vrojtimit. Diskutoni nëse rezultatet tuaja mbështesin hipotezat tuaja origjinale. Gjetjet negative janë aq të rëndësishme në zhvillimin e ideve të ardhshme sikur gjetjet pozitive.

E rëndësishme është se, nuk ka rezultate të këqija. Shkenca nuk të bëjë me të drejtën dhe të gabuarën, por merret me zgjerimin e njohjeve të reja.

Diskutoni si janë paraqitur gabimet në studimin tuaj dhe çfarë hapa keni ndërmarrë për të minimizuar ato, kështu duke treguar se ju çmoni ku-fizimet e punës tuaj dhe fuqinë e përfundimeve tuaja. Duhet gjithashtu të merrni në konsideratë ndërlikimet e gjetjeve për hulumtimet në të ardhmen dhe për praktikën klinike. Lidhni përfundimet me qëllimet e studimit, por evitoni qëndrimet dhe përfundimet e pakualifikuara, që nuk mbështeten në mënyrë adekuate nga të dhënat. Shmangni prioritetet deklarative apo të aludoni në punën që nuk është krahasuar.

5. Referencimi: Referencat janë baza mbi të cilën është ndërtuar raporti juaj. Shqyrtimi i literaturës dhe leximi i referencave gjithmonë duhet të jetë pikë fillestare e projektit tuaj. Ky paragraf duhet të jetë i saktë dhe të përfshijë të gjitha burimet e informacionit që keni përdorur.

Në formatin “Vancouver”, referencat numërohen një nga një, sikur që shfaqen në tekst dhe identifikohen me numra në bibliografi.

Shënoni të gjithë autorët kur janë gjashtë e më pak; kur janë shtatë ose më tepër, shënoni tre të parët, pastaj shtoni “et.al.” Pas emrave të autorëve shkruhet titulli i artikullit; emri i revistës i shkurtuar sipas mënyrës së Index Medicus; viti i botimit; numri i vëllimit; dhe numri i faqes së parë dhe të fundit.

Referencat e librave duhet të jepen sipas emrit të autorit, titulli i librit (mund të citohet edhe titulli i kapitullit para titullit), vendi i botimit, botuesi dhe viti.

as for the full text. Do not send tables as photographs. Each table should be cited in the text. Tables should be numbered so that they will be in sequence with references cited in the text. Provide a brief explanation of the table below the title. Any additional explanations, legends or explanations of non-standard abbreviations, should be placed immediately below the table.

4. Discussion: This section is where you interpret your data and discuss how your findings compare with those of previous researchers. Go over the references of your literature review and see if you can determine how your data fits with what you have found.

You also need to account for the results, focusing on the mechanisms behind the observation. Discuss whether or not your results support your original hypotheses. Negative findings are just as important to the development of future ideas as the positive ones.

Importantly, there are not bad results. Science is not about right or wrong but about the continuing development of knowledge.

Discuss how errors may have been introduced into your study and what steps you took to minimise them, thus showing that you appreciate the limitations of your work and the strength of your conclusions. You should also consider the implications of the findings for future research and for clinical practice. Link the conclusions with the goals of the study but avoid unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data. Avoid claiming priority or alluding to work that has not been compared.

5. Referencing: The references are the foundation on which your report is built. Literature searches and reading of references should always be the starting point of your project. This section must be accurate and include all the sources of information you used.

In the Vancouver format, references are numbered consecutively as they appear in the text and are identified in the bibliography by numerals.

List all authors when there are six or fewer; when there are seven or more, list the first three, then add “et al.” The authors’ names are followed by the title of the article; the title of the journal abbreviated according to the style of Index Medicus; the year of publication; the volume number; and the first and last page numbers.

References to books should give the names of any editors, place of publication, editor, and year.

In the text, reference numbers are given in superscript. Notice that issue number is omitted if there is continuous pagination throughout a volume, there is space between volume number and page numbers, page numbers are in elided form (51-4 rather than 51-54) and the name of journal or book is in italics. The following is a sample reference:

Në tekst, numrat e referencave jepen me indeks të sipërm. Vëreni se çështja e numrave neglizhohet nëse ka numërtim të vazhdueshëm përgjatë gjithë vëllimit, ka hapësirë mes numrit të vëllimit dhe numrit të faqes, numrat e faqeve janë në këtë formë: 51-4 në vend të 51-54, dhe emri i revistës ose librit është në italic. Në vazhdim është një shembull i referencës:

Artikujt e revistave:

1. Lahita R, Kluger J, Drayer DE, Koffler D, Reidenberg MM. Antibodies to nuclear antigens in patients treated with procainamide or acetylprocainamide. *N Engl J Med* 1979;301:1382-5.
2. Nantulya V, Reich M. The neglected epidemic: road traffic injuries in developing countries. *BMJ* 2002;324: 1139.
3. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349: 1498-504.

Librat dhe tekste tjera:

4. Colson JH, Tamour NJJ. Sports injuries and their treatment. 2nd ed. London: S. Paul, 2006.
5. Department of Health. *National service framework for coronary heart disease*. London: DoH, 2000.
www.doh.gov.uk/nsf/coronary.htm (accessed 6 Jun 2003).
6. Kamberi A, Kondili A, Goda A, dhe bp; *Udhërrëfyes i shkurtër i Shoqatës Shqiptare të Kardiologjisë për parandalimin e Sëmundjes Aterosklerotike Kardiovaskulare në praktikën klinike*, Tiranë, 2006
7. Azemi M, Shala M, dhe bp. *Pediatrica sociale dhe mbrojtja shëndetësore e fëmijëve dhe nënave*. Pediatrica, Prishtinë 2010; 9-25

Shmangni përdorimin e abstrakteve si referenca; “të dhëna të papub-likuara” dhe “komunikime personale”. Referencat e pranueshme, por ende të papublikuara lejohet të merren, vetëm nëse shënoni se janë “në shtyp”.

6. Mirënjohjet: Ju mund të keni dëshirë të falënderoni njerëzit që ju kanë ndihmuar. Këto mund të rangohen prej atyre që ju kanë përkrahur me teknika eksperimentale deri tek ata që ju kanë këshilluar deri në bërjen e dorëshkrimit final.

7. Formati i fajllit të të dhënave për ilustrimet (figurat): JPG

Nëse përdoren fotografitë e pacientëve, qoftë subjekti, qoftë fotografitë e tyre nuk duhet të jenë të identifikuar, ato duhet të shoqërohen me lejen e shkruar nga ta për përdorimin e figurës. Format e lejuara janë në dispozicion nga redaksia.

Nëse fajllet e të dhënave janë shumë të mëdha për t'u dërguar me e-mail, rekomandohet dërgimi me CD në adresën tonë.

8. Legjendat për Ilustrimet (Figurat)

Legjenda e tabelës duhet të vendoset mbi tabelë. Referenca e një tablejeje, e cila është marrë nga ndonjë publikim tjetër, duhet të vendoset poshtë tabelës. (Është përgjegjësi e autorit të sigurojë lejen e ribotimit nga botuesit e atij botimi) Legjenda e figurës duhet të vendoset në fund të faqes. Referenca e figurës e marrë nga ndonjë tjetër publikim vendoset në fund të legjendës. (Leja e ribotimit duhet të sigurohet nga botuesi i këtij botimi).

Journal articles:

1. Lahita R, Kluger J, Drayer DE, Koffler D, Reidenberg MM. Antibodies to nuclear antigens in patients treated with procainamide or acetylprocainamide. *N Engl J Med* 1979;301:1382-5.
2. Nantulya V, Reich M. The neglected epidemic: road traffic injuries in developing countries. *BMJ* 2002;324: 1139.
3. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349: 1498-504.

Books and other monographs:

4. Colson JH, Tamour NJJ. Sports injuries and their treatment. 2nd ed. London: S. Paul, 2006.
5. Department of Health. *National service framework for coronary heart disease*. London: DoH, 2000.
www.doh.gov.uk/nsf/coronary.htm (accessed 6 Jun 2003).

6. Osler AG. *Complement: mechanisms and functions*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1976.

Avoid using as references abstracts; “unpublished data” and “personal communications”. References to accepted but yet unpublished articles are allowed to be made, only if you note “in press”.

6. Acknowledgements: You may wish to acknowledge people who have helped you. These can range from those who supported you with experimental techniques to those who read or offered advice on your final manuscript.

7. Data file format for illustrations (figures): JPG

If photographs of patients are used, either the subjects should not be identifiable or their pictures must be accompanied by written permission to use the figure. Permission forms are available from the Editor.

If data files are too big for transmission as an Email attachment submission of a CD to our address is recommended.

8. Legends for Illustrations (Figures)

The legend of a table has to be placed above the table. The reference of a table, which has been taken from another publication, must be placed below the table. (It is the author's responsibility to obtain the permission of reproduction from the publishers of the publication.) Figure legends are to be placed at the end of the paper. The reference of a figure taken from another publication stands at the end of the legend. (Permission of reproduction must be obtained from the publishers of this publication).

TAKIM PROFESIONAL MJEKËSOR

1. Sëmundjet Kardiovaskulare: Rëndësia e prevenimit
2. Neoplazmat malinje – sfida shëndetësore e shekullit XXI
3. Tema të lira

Stugë, 26-27 Tetor, 2013

ORGANIZATOR

Shoqata e Mjekëve Shqiptarë të Maqedonisë

KËSHILLI I NDERIT

Prof. dr sci. Ferid Murati, *nobelist, SHBA*
Prof. dr Shpëtim Telegrafi, *New York, SHBA*
Prof. dr Rifat Latifi, *Arizona, SHBA*
Dr Xhabir Bajrami, *Nënkryetar i Odës së Mjekëve të R. Maqedonisë, Shkup*
Prof. Dr. Remzi Izairi *Kryetar Nderi i SHMSHM, Gostivar*
Dr. sci. dr Agim Ramadani, *Kryetar Nderi i SHMSHM, Tetovë*
Doc. dr sci. Nasir Behxheti, *Dekan e Fakultetit të Shkencave Mjekësore, Tetovë*

KËSHILLI ORGANIZATIV

Doc. Dr. Nevzat Elezi, *Kryetar*
Dr Beqir Ademi, *Zo/kryetar*
Dr Bekim Ismaili, *Sekretar Gjeneral, Tetovë*
Dr Shenazi Jusufi, *Kryetar i Kuvendit, Kumanovë*
Dr Vullnet Bekteshi, *Zo/kryetar i Kuvendit, Strugë*

ANËTARËT

Dr Murat Murati, *Resnjë*
Dr Edip Shehu, *Strugë*
Dr Jakup Jakupi, *Gostivar*
Dr Baki Alili, *Dibër*
Dr Besa Pocesta, *Shkup*
Dr Hasan Bekteshi, *Kërçovë*
Dr Fadil Maliqi, *Kumanovë*
Dr Ylber Besimi, *Tetovë*

KËSHILLI SHKENCOR

Doc. Dr. Nevzat Elezi, *Kryetar, Maqedoni*
Prof. dr. Xheladin Ceka, *Tiranë, Shqipëri*
Prof. dr Rifat Latifi, *Arizona, SHBA*
Prof. dr Sylejman Rexhepi, *Prishtinë, Kosovë*
Prof. dr Yovcho Yovchev, *Stara Zagora, Bullgari*
Prim. Dr Gani Karamanaga, *Ulqin, Mali Zi*
Prof. dr Rozalinda Isjanovska, *Shkup, Maqedoni*
Mr dr Kadri Haxhihamza, *Shkup, Maqedoni*
Dr. sc. Atilla Rexhepi, *Tetovë, Maqedoni*

INFORMATA TË PËRGJITHSHME

Takimi Profesional Mjekësor do të mbahet më 26 dhe 27 Tetor, 2013, në Hotelin "Drim" në Stugë.

PROGRAMI SHKENCOR

Do të fillojë të Shtunë në ora 9.30h më 26 Tetor, 2013 dhe do të përfundojë ditën e Diellë në ora 13.00h më 27 Tetor, 2013.
Koha e prezantimit të referatit është e kufizuar deri në 10 minuta.
Punimet do të prezantohen me video projektor - USB
Është paraparë edhe Poster prezantimi.
Abstraktet e pranuar do të botohen në librin "Përmbledhje e abstrakteve".
Një autor mund të jetë bartës vetëm i një punimi, ndërsa bashkautor në tri punime. Është paraparë kotizimi prej 30 €.

GJUHËT ZYRTARE

Shqip, maqedonisht dhe anglisht.

PROGRAM PLOTËSUES

Gjatë Takimit do të zhvillohen manifestime përcjellëse: promovime, tryeza, work shop, ekspozitë e produkteve farmaceutike nga vendit dhe jashtë.

AFATI I DORËZIMIT

15 Shtator, 2013

ADRESA

Doc. Dr Nevzat Elezi
Kamjan komuna Bogovine
Tel. +389 (0) 44 394 702; Mob. +389 (0)72 275 748
e-mail: shmsm@live.com