

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Znj. VJOLLCA KOKO

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

TEMA:

Epidemiologjia e Sëmundjeve Inflammatorë Reumatizmale
në Rajonin e Gjirokastrës
(Janar 1995 – Dhjetor 2011)

Udhëheqës shkencor:

Prof. Dr. Skënder Skënderaj

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Znj. Vjollca KOKO

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: **SHËNDET PUBLIK**

TEMA:

Epidemiologjia e Sëmundjeve Inflamatore Reumatizmale
në Rajonin e Gjirokastrës
(Janart 1995 – Dhjetort 2011)

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Skënder SKËNDERAJ

MBROHET MË DATË...../...../2014 PARA JURISË

- | | |
|---------|-------------------------|
| 1. | KRYETAR |
| 2. | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. | ANËTAR |
| 5. | ANËTAR |

Përmbajtja

Parathënie.....	V
Falenderime.....	VI
1.HYRJA.....	VII
1.1Epidemiologjia.....	VIII
1.2Patologjia.....	VIII
1.3Etiologjia.....	X
1.4Historiku njohjes së SIR	XII
3.1Evolucioni konceptit Artrit Reumatoid	XIII
3.2Evolucioni konceptit Spondylit Ankylosant.....	XIV
3.3Evolucioni konceptit Artrit Juvenil Idiopatik	XIV
1.5Menaxhimi i SIR	XIV
1.6 Ndikimi i SIR	XVI
1.6.1Ndikimi mbi individin.....	XVI
1.6.2Ndikimi në shëndetin e popullatës-paafësia dhe vdekshmëria.....	XVII
1.6.3Ndikimi mbi shoqërinë.....	XVII
2.QËLLIMI.....	1
2.1Hyrje.....	1
2.2Qëllimet e studimit.....	1
3.MATERIALI DHE METODA.....	1
3.1Tipi studimit.....	1
3.2Shtrirja gjeografike.....	2
3.3Kriteret e përfshirjes në studim.....	3
3.4Burimet e informacionit.....	3
3.4.1Të dhënat mbi të sëmurët.....	3
3.4.2Të dhënat mbi popullatën e përgjithshme.....	4
3.4.3Institucionet dhe personat e përfshirë në studim.....	4
3.5Mbledhja e të dhënave.....	5
3.6 Përpunimi i të dhënave.....	6
3.6.1Parametrat epidemiologjike.....	6
3.6.1.1Prevalenca.....	7
3.6.1.2Incidenca.....	7
3.6.1.3Barra e sëmundshmërisë në rajon (DALY).....	7
3.6.1.4 YLL.....	8
3.6.1.5 YLD.....	8
3.6.2Parametrat klinike	8
3.6.3Definicioni i grupeve.....	9

3.7 Analiza statistikore.....	9
4. REZULTATET E STUDIMIT.....	10
4.1 Artriti Reumatoid (AR).....	10
4.1.1 Situata epidemiologjike e AR në rajonin Gjirokastrë.....	10
4.1.1.1 Prevalenca e AR.....	10
4.1.1.2 Incidenca e AR.....	12
4.1.1.3 Ngarkesa e AR.....	14
4.1.2 Të dhënat demografike-klinike të të sëmurëve me AR.....	15
4.1.3 Parametrat demografike-klinike të të sëmurëve me AR sipas gjinise.....	20
4.1.4 Parametrat demografike-klinike të të sëmurëve me AR sipas stadeve	21
4.1.5 Parametrat demografiko-klinike sipas invaliditetit.....	23
4.1.6 Parametrat demografiko-klinike sipas anamnezës familjare.....	26
4.1.7 Parametrat demografiko-klinike sipas duhanit.....	28
4.1.8 Të dhënat e analizës multivariate	29
4.2 Spondyliti Ankilozant (SA)	30
4.2.1 Epidemiologjia e SA në rajonin Gjirokastrë	30
4.2.1.1 Prevalenca e SA	30
4.2.1.2 Incidenca e SA	31
4.2.2 Të dhënat demografiko-klinike të të sëmurëve me SA	31
4.2.3 Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me SA sipas stadeve	35
4.2.4 Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me SA sipas invaliditetit ...	36
4.2.5 Të dhënat e analizës multivariate	38
4.3 Artriti Juvenil Idiopatik (AJI)	39
4.3.1 Epidemiologjia e AJI në rajonin Gjirokastrë	39
4.3.1.1 Prevalenca e AJI	39
4.3.1.2 Incidenca e AJI	39
4.3.2 Të dhënat demografiko-klinike të të sëmurëve me AJI	40
4.3.3 Të dhënat demografike-klinike të të sëmurëve sipas formave të AJI	44
4.3.4 Të dhënat demografike-klinike të të sëmurëve sipas stadeve	47
5. DISKUTIMI	50
5.1 Artriti Reumatoid (AR)	50
5.2 Spondyliti Ankylosant (SA)	54
5.3 Artriti Juvenil Idiopatik (AJI)	57
5.4 Përfundime	60
5.5 Rekomandime	62
5.6 Fotografi të pacientëve të studimit	63
REFERENCAT	66

Parathënie

Sëmundjet Reumatizmale (SR) kanë një ndikim të madh dhe në rritje në të gjitha vendet në botë. Janë shkaktari i dytë më i madh i paaftësisë në rang global. SR prekin mbi 1.7 miliardë njerëz në botë dhe një në katër adultë në Europë.

Vendet e pellgut Mesdhetar bëjnë pjesë në vendet me perqindjen më të lartë të mjekimit për kohë të gjatë për shqetësimet me muskujt, kockat dhe artikulationet.

Prej vitit 2000, Organizata Bone and Joint Decade, u bën thirrje kërkuesve në të gjithë botën, të shqyrtojnë të gjitha sëmundjet reumatizmale, të identifikojnë efektin që ato kanë mbi njerëzit dhe shoqërinë.

Aleanca Globale për Shëndetin Muskuloskeletal, u bën thirrje qeverive dhe Organizatës Botërore të Shëndetësisë, të bëjnë prioritet shëndetin muskuloskeletal, duke u nisur nga të dhënat e studimit të barrës globale të sëmundjeve të vitit 2010.

Ky studim shkencor ofron një panoramë të përgjithshme lidhur me ndodhinë dhe përgjegjësitë e Sëmundjeve madhore Inflamatore Reumatizmale në Rajonin Gjirokastër (Artritin Reumatoid, Spondylitin Ankylosant për moshën adulte dhe Artritin Juvenil Idiopatik për moshën fëmijërore).

Informacioni lidhur me epidemiologjinë dhe përgjegjësitë e Sëmundjeve Inflamatore Reumatizmale në Rajonin Gjirokastër do të kontribuojë në profilin e epidemiologjisë dhe përgjegjësisë të SIR në vendin tonë.

Ky informacion, mund të ndihmojë në kërkimin dhe vendosjen e Sëmundjeve Reumatizmale në perspektivën e politikave të Kujdesit Shëndetësor dhe në politikat e parandalimit të Shëndetit Publik në Shqipëri.

Gjithashtu mund të bëhet një mjet në kërkimin dhe gjetjen e burimeve për të përmirësuar standartet e kujdesit në nivel lokal, për të parandaluar pasojat (vdekjen, paaftësinë), për të përmirësuar mbijetesën dhe cilësinë e jetës për të sëmurët në Rajonin Gjirokastër.

Falenderim

Dëshiroj të falenderoj në mënyrë të veçantë udhëheqësin tim shkencor, Prof. Dr. Skënder Skënderaj, për mbështetjen dhe inkurajimin e tij të vazhdueshëm përgjatë gjithë periudhës së studimit dhe të hartimit të disertacionit përfundimtar.

Falenderoj për zemërsisht Prof. Dr. Argjend Tafaj për ideimin dhe fillimin e këtij studimi shkencor.

Falenderime të veçanta për Dekanin e Fakultetit të Mjekësisë, Prof. Dr. Bajram Hysa, për mbështetjen dhe besimin e tij, në realizimit të këtij studimi shkencor epidemiologjik në nivel lokal.

Dëshiroj të falenderoj në veçanti Prof. As. Dr. Teuta Backa (Çiço), shefe e Klinikës Reumatologjike në Qendrën Spitalore Universitare, Tiranë, e cila gjatë viteve të studimit ka ndihmuar e përkrahur të sëmurët e referuar nga shërbimi ynë lokal, për një diagnostikim të hershëm dhe korrekt të sëmundjeve në studim.

Falenderoj Dr. Ana Ndrepepa për gadishmërinë dhe ndihmën e saj në përpunimin statistikor të të dhënave të këtij studimi.

Falenderoj Mjekët e Familjes në Rajon, për ndihmën e tyre në raportimin e rasteve, grumbullimin e të dhënave të pacientëve. Komunikimi i rregullt me ta u mbajt gjatë gjithë kohës së këtij studimi.

Së fundi, dëshiroj të falenderoj nënën time, për mbështetjen e madhe të saj përgjatë gjithë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

1.Hyrje

Sëmundjet Reumatizmale (SR) janë të zakonshme në meshkujt dhe femrat e të gjitha moshave, në të gjitha shtresat socio-demografike të shoqërisë [1]. Janë ndër shkaktarët më të shpeshtë të sëmundshmërisë dhe paaftësisë për kohë të gjatë në popullsi me prevalencë 4-10 % [2] [3]. Janë një problem madhor i shëndetit publik në mbarë botën [4]. Ndikojnë në të gjitha aspektet e jetës nëpërmjet dhimbjes dhe kufizimit të aktivitetit të jetës së përditshme zakonisht duke prekur lëvizshmërinë. Kontribuojnë në pjesmarrjen e kufizuar me pasoja të mëdha për individët, familjet dhe shoqërinë [1]. Prevalenca e këtyre sëmundjeve rritet me moshën, me pasoja në të ardhmen e një popullsie drejt plakjes [1] [2]. Frekuenca dhe ashpërsia e tyre ndryshojnë me moshën, gjininë, originën etnike dhe vendin [3]. Shpesh, shkaku i saktë i tyre është i panjohur [1].

Në vendet e zhvilluara të botës rreth 30 % e popullsisë adulte ka simptoma muskuloskeletale dhe rreth 20 % raportojnë probleme të mëdha shëndetësore në sajë të këtyre sëmundjeve. 0.5% e të prekurve bëhen të paaftë në një shtrirje të tillë, sa të kërkojnë asistencë të përditshme në të gjitha veprimet jetësore. SR janë shkak jo i shpeshtë i mortalitetit, koeficienti i vdekjeve vjetore është më pak se 0.02% [2]. Në vendet në zhvillim, gjendja është më pak e dokumentuar, megjithatë është e mundur të jetë krejt e ndryshme [2].

SR janë një grup i shumëllojshëm sëmundjesh përsa i përket patofiziologjisë, por janë të lidhura nga pikëpamja anatomike dhe nga shoqërimi i tyre me dhimbjen dhe funksionin fizik të përkeqësuar [1]. Përfshijnë një spektër të gjerë sëmundjesh, duke përfshirë sëmundjet inflamatore si Artriti Reumatoid, sëmundjet që lidhen me moshën si Osteoporoza dhe Osteoarthritis, sëmundjet e zakonshme të etiologjisë së paqartë si dhimbjet e shpinës dhe Fibromyalgjia, sëmundjet që lidhen me veprimtari ose lëndime si çrregullimet muskuloskeletale profesionale, dëmtimet sportive ose pasojat e rrezimeve dhe traumave të mëdha.

Artriti Reumatoid (AR), Spondyliti Ankylosant (SA) janë sëmundjet më të rëndësishme inflamatore kronike poliartikulare në adultët [5], ndërsa Artriti Juvenil Idiopatik (AJI) është sëmundja inflamatore kronike më e zakonshme në fëmijëri, duke përfshirë artropatitë kronike inflamatore idiopatike që fillojnë para moshës 16 vjeç [6] Këto sëmundje, karakterizohen nga inflamacioni artikular, i cili mund të çojë në dhimbje, deformim dhe paaftësi [1].

Me këtë studim synuam të sjellim sa më shumë informacion në lidhje me ndodhinë dhe përgjegjësitë e Sëmundjeve madhore Inflamatore Reumatizmale në Rajonin Gjirokastrë.

1.1 EPIDEMIOLOGJIA

Sëmundjet Infiamatore Reumatizmale (SIR) kanë një shpërndarje pothuajse në mbarë botën [3] [4] [7].

Incidenca e Artritit Reumatoid (AR) varion midis 20 dhe 50 raste në 10^5 njerëz në Evropën Veriore dhe në Amerikën e Veriut dhe midis 9 dhe 24 raste në 10^5 njerëz në vendet e Europës Jugore [8]. Normat e prevalencës për RA në botë, rradhitën nga 0.4% dhe 1%. Evropa Veriore dhe Amerika e Veriut kanë prevalencën më të lartë nga 0.4% në 1% në krahasim me pjesën tjetër të botës. Europa Jugore ka normën më të ulët, duke filluar nga 0.3% deri në 0.7%. Normat e prevalencës në Afrikë dhe Azi synojnë të jetë më të ulta, midis 0.2% dhe 0.3%. Në Lindjen e Mesme normat e prevalencës janë të ngjashme me shtetet e veriut [8]. Prevalenca maksimale 7.1% është gjetur në fiset indiane të Amerikës (Eskimos) [9] dhe minimalja 0.0 % në aborijenët e Australisë [10] dhe Nigeri [11].

Incidenca e Spondylitit Ankylosant (SA) është raportuar nga 6.9 deri në 7.2 për 10^5 adultë në vendet e Europës Veriore dhe Amerikën e Veriut [12]. Në Japoni dhe Greqi incidenca dhe prevalenca e SA janë gjetur të jenë shumë më të ulta në krahasim me incidencën shumë më të lartë në Rajonet Arktike [13] [14]. Është e rrallë në Afrikë [16]. Prevalenca e SA është 0.2 – 1.2% për popullsitë kaukaziane [15]; 0.1 – 1.4% në Evropën Veriore [12]. Prevalenca maksimale 6.1% është gjetur në Haida dhe Bella Indians [17], minimalja 0.0% në aborijenët e Australisë. [12].

Incidentat dhe prevalencat e SA në përgjithësi pasqyrojnë frekuencën e Human Leukocyte Antigenit (HLA) – B 27 në popullsi, e cila shpjegon mungesën virtuale në Afrikën Jugore, normat e ulta në Japoni, Greqi, normat më të larta në Norvegji në krahasim me vendet e tjera Evropiane, si dhe norma shumë të larta në mesin e popujve vendas të Arktikut rrethpolar dhe rregjioneve Subarktike të Eurasia dhe Amerikës së Veriut [12].

Incidenca e Artritit Juvenil Idiopatik (AJI) varion nga 0.8 në 23 dhe prevalenca varion nga 7 në 400 për 10^5 fëmijë të moshës nën 16 vjeç. AJI ndodh më shpesh në fëmijët me origjinë evropiane sesa në fëmijët me origjinë afrikane apo të indisë lindore [18]. Tregohet një gradient veri jug në incidencën e AJI në Europë [19]. Norma e prevalencës 400/ 10^5 fëmijë në Australi [21] është maksimalja, ndërsa 0.83/ 10^5 fëmijë në Japoni është nga më të ultat e dokumentuar [21].

1.2 PATOLOGJIA

Sistemi imunitar njerëzor ka evoluar për të njohur dhe për të nxënë një shumëllojshmëri të mikroorganizmave me mundësi patogene. Te njerëzit ekzistojnë shumë mekanizma për gjenerimin e diversitetit të repertorit imunologjik dhe mjeteve të sulmit imunitar, duke garantuar që të gjithë mikroorganizmat të mund të sulmohen në një mënyrë apo një tjetër [22]. Nëpërmjet njohjes së antigenëve të huaj nga Limfocitet T dhe B, qelizat imunitare të një individi mund t'i përgjigjen kolektivisht një numri të pakufizuar të antigeneve të huaja. Në mënyrë të jashtëzakonshme këto limfocite nuk i përgjigjen indeve të vetë individit [24]. Kjo mospërgjigje selektive ndaj antigenëve të vet, emërohet tolerancë imunologjike dhe është njohur për një kohë të gjatë si një karakteristikë kryesore e sistemit normal imunitar [23] [24].

Megjithatë, ekuilibri midis nevojës për tu përgjigjur ndaj gjithësisë të patogenëve të fuqishëm dhe nevojës për të parandaluar autoimunitetin nuk është i përsosur. Si pasojë, rreth 5% e njerëzve kanë sëmundje autoimmune dhe kronike inflamatore që rrjedhin nga aktivizimi jo i rregullt i sistemit imunitar dhe dështimit të vetë tolerancës [22] [24] [25]. Sistemi imunitar në këto raste nuk është në gjendje të dallojë midis vetes dhe jovevetes dhe njohja e auto-antigenëve nga lymphocitet është kryesisht e përfshirë në dëmtimet patologjike të organeve [24] [25]. Hapat e përfshira në patogenezën e sëmundjeve autoimmune janë treguar në figurën 1.1[23].

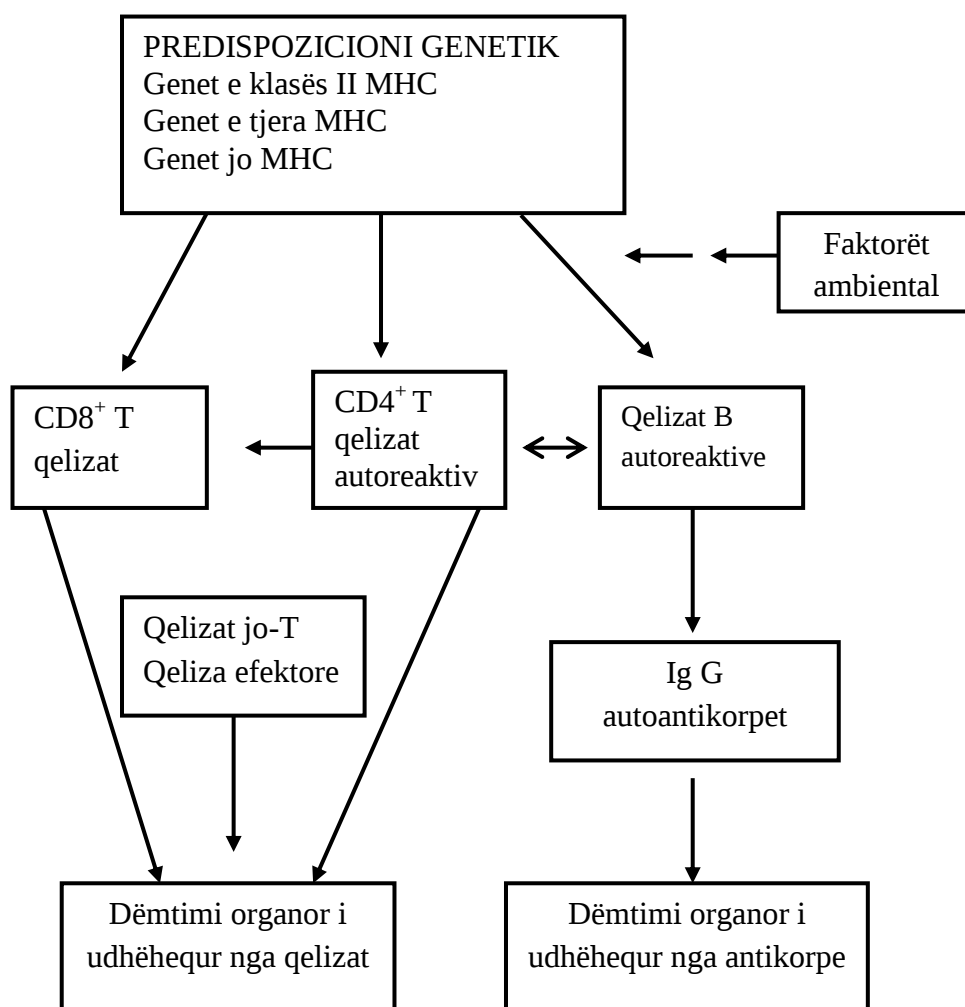


Figura 1.1 Hapat e përfshira në patogenezën e sëmundjeve autoimmune. Kontributi i geneve të ndjeshmërisë mund të ndodhë në disa nivele, nga prishja tolerancës në dëmtimin e organeve. MHC, kompleksi madhor i histokompatibilitetit; [23]

Tradicionalisht këto sëmundje janë organizuar si organ specifike dhe jo organ specifike. Sëmundjet organ specifike mund të paraqesin përgjigjet normale immune që prodhojnë sëmundje për shkak se ato janë keqorientuar kundër një auto – antigeni ose një organi. Në sëmundjet jo organ specifike, organe dhe inde të shumta janë objektiv për sulme immune, dhe aktivizimi kronik i qelizave të imunitetit të lindur dhe të fituar është zakonisht i pranishëm [24].

AR është konsideruar si sëmundje e një procesi jo organ specifik. Synoviumi është objektivi kryesor i sëmundjes [23]. Qelizat synoviale mund të shfaqin sjellje që i ngjan një tumori të lokalizuar, i cili pushton dhe shkatërron kartilagon artikulare, kockën subchondrale, tendinet dhe ligamentet [26]. Prania e autoantitropave ndaj autoantigeneve organ joselektiv, siç janë Rheumatoid Faktor dhe Proteinat Citrullinate e bëjnë AR sistematike, të egër e të shoqëruar me manifestime ekstraartikulare [23] [24].

Kartilagua mund të jetë targeti kryesor për një përgjigje immune si ngjarja fillestare në sëmundjen e SA. Veçoria patologjike karakteristike përfshin inflamacionin në artikulacionet aksiale, artikulacionet e mëdha periferike, dhe enthesit të shoqëruar me inflamacionin në kockat subchondrale [27].

Gjithashtu synoviumi i inflamuar është vula patologjike e AJI [6]. Kartilagua është organi kryesor target që preket si pjesë e procesit patogenik në AJI [28]. Proceset destruktive brenda artikulacionit, janë dëshmi e fortë e imunorregullimit të vazhduar [6].

1.3 ETIOLOGJIA

Etiologjia e SIR vazhdon të jetë e panjohur [6] [22] [27]. Edhe pse kanë një predispozicion të fortë genetik të lidhur me genet që kodojnë Human Leukocyte Antigen (HLA), dhe genet e shumëfishta jo MHC, kjo nuk është e mjaftueshme [24] [25]. Një shumëllojshmëri e faktorëve të mjedisit mund të ndërveprojnë me këtë predispozicion genetik dhe të rezultojnë në sëmundje [23] [24]. Shpërthyesit ambjental janë të domosdoshëm jo vetëm në zhvillimin e këtyre sëmundjeve, por janë parë të influencojnë dhe në shprehjen e manifestimeve klinike [29].

Faktorët genetik Genet lozin një rol kyç në ndjeshmërinë dhe ashpërsinë e SIR [30] [27] [19]. Genet e klasës II MHC (Major Histocompatibility Complex) janë genet dominuese të rrezikut total në masën 25 % në AR [30], afërsisht 50% në SA [27] dhe 17% për AJI [31]. Genet e tjera jo MHC ofrojnë më pak se 5% të rrezikut total në AR [32] dhe është demonstruar përfshirja e tyre në SA [27] dhe fëmijët me artritis [33]. Më shumë se gjysma e trashëgueshmërisë së këtyre sëmundjeve mbetet pa shpjegim [34].

Ndikimi i gjinisë Baza e ndryshimeve gjinore nuk është e njohur, por është hamendësuar se është e lidhur me veprimin e mjedisit hormonal mbi funksionin imun [35]. Kështu, AR mbizotëron në femrat dhe raporti Femra/Meshkuj është 2:1 deri 3:2 [26] [32]. Mekanizmat e veçantë përgjegjës për ndjeshmërinë e rritur në femrat janë të paqartë. SA në shumë studime të fundit, është gjetur të jetë në raportet M/F 2 deri 3:1 [16]. Përgjithësisht AJI preferon më tepër vajzat sesa djemtë, por shpërndarja sipas gjinisë varion me nënlllojin e sëmundjes [19].

Faktorët mjedisore dhe të mënyrës së jetesës

Agjentët infeksioz (viruset, bakteriet) të kudo ndodhur mund të jenë përgjegjës për sëmundjen në një individ gjenetiksht të prekshëm [30]. Agjentët infeksiozë mund të kontribuojnë në fillimin ose vazhdimin e sëmundjes përmes një shumëllojshmërie mekanizmash, duke përfshirë imitacionin molekular, aktivizimin e qelizave T nga superantigenët mikrobikë dhe zgjerimin e qelizave T të aktivizuara më parë në një vend inflamator [36].

The diagram illustrates the pathogenesis of autoimmune diseases, showing the interplay between environmental factors, genetic predisposition, and immune system activation leading to autoimmunity.

Ambienti (Environmental Factors):

- Psh: duhanpirja, rrezet UV, agentët infeksioz

Autoimuniteti (Autoimmunity):

- Përgjigjia imunitare e lindur
- ↓
- Inflamacion jospecifik vetkufizues

Faktorët genetik (Genetic Factors):

- Faktorët genetik
- Gjinia , origjina etnike
- Genet mbrojtëse të bujtësit (TLR7, FcR. TNF)
- Genet e përgjigjes imunitare (HLA-DR, PTPN22, FcRIIB, IL – 10, CTLA4, PD-1, Fas)
- Genet reagues – të indit

Procesi i Aktivizimit (Activation Process):

- Aktivizimi i sistemit imunitar te fituar. Humbja e vetëtolerancës.

Imunoregullimi (Immunoregulation):

- Imunoregullimi (treg, clonal deletion, anergy)

Prodhimi i autoantitropave (Production of Autoantibodies):

- Prodhimi i autoantitropave

Qelizat T autoagresive (Autoaggressive T Cells):

- Qelizat T autoagresive

Dëmtim i indit (Tissue Damage):

- Dëmtim i indit

The diagram shows a central flow from the initial immune response (Përgjigjia imunitare e lindur) through inflammation (Inflamacion jospecifik vetkufizues) to the activation of the immune system (Aktivizimi i sistemit imunitar te fituar. Humbja e vetëtolerancës). This activation leads to the production of proinflammatory cytokines (Cytokinat proinflamatore), which then triggers the production of autoantibodies (Prodhimi i autoantitropave) and the activation of autoaggressive T cells (Qelizat T autoagresive). Both autoantibodies and autoaggressive T cells contribute to tissue damage (Dëmtim i indit). Environmental factors (Ambienti) and genetic factors (Faktorët genetik) influence the process. Immunoregulation (Imunoregullimi) acts as a negative feedback loop, inhibiting the activation of the immune system. A central image of a person is shown, likely representing the patient affected by the disease.

XI

Mekanizmat e mundshëm nëpërmjet të cilëve duhanpirja çon në sëmundje [39] [40] janë: lëshimi i antigjeneve intraqelizore nëpërmjet nekrozës qelizore të ndërmjetësuar nga hypoxia ose toksinat, mund të përshpejtojnë një reagim imun në individët e prekshëm. Mund të zmadhojë gjithashtu autoreaktivitetin e qelizave B dhe të stimulojë proliferimin (shtimin) e limfociteve periferike T.

Faktorë e tjerë mjedisorë të hetuar janë **ushqyerja** dhe **parametrat socioekonomike** [41]. Vitamina D, si një modulator i rëndësishëm i përgjigjes inflamatore dhe rolit në homeostasen minerale dhe kockore është raportuar në mbrojtje kundër riskut për zhvillimin e AR [30]. Dietat e pasura në vitaminën C shoqërohen me risk të reduktuar të poliartritis inflamator [42]. Gjendja socioekonomike mund të përfaqësojë faktorët sociale dhe/ose ambientale në ndjeshmërinë ndaj AR [43]. Në rrezikun e AJC janë zbuluar efekt i variableve socioekonomike [44].

Shpërndarja e SIR pothuajse në të gjithë botën, ka treguar se cilido ekspozim ambiental shkrehës i sëmundjes në një person gjenetikisht të ndjeshëm, ndodh nga Arctic deri në Azi dhe është i kudo ndodhur [22]. Figura 1.2 tregon zhvillimin e sëmundjeve autoimune [24].

1.4 Historiku i njohjes së SIR

Historia e njohjes së AR, SA, AJI ka kaluar në shekuj. SA gjykohet të ketë egzistuar qindra vjet më parë, nisur nga përshkrimet e anomalive skeletale në faraonët egjiptiane, literatura mjekësore, jomjekësore dhe artet vizuale [45]. Snarrason dhe autorë të tjerë, kanë argumentuar që AR duhet të jetë një sëmundje e re, qëkur përshkrimet jobindëse të sëmundjes i përkasin kohës përpara viteve 1800 ose ndoshta përpara fundit të shekullit të XVII [46].

Në shekullin e XX u bë një zhvillim i shpejtë në të kuptuarin e indeve dhe organeve që ndërtojnë sistemin muskuloskeletal dhe mekanizmat bazë të sëmundjeve, siç është inflamacioni dhe shkatërrimi indor [50]. Zhvillimet moderne të imunologjisë, bakteriologjisë dhe biologjisë molekulare, ndihmuan në dallimet midis sëmundjeve në anominë dhe pathofiziologjinë e anëve kryesore të dëmtimit, psh, synoviumi në AR dhe entesis në SA [5].

Tabela 1.1 Literatura dhe historia e SIR

1850	Brodei përshkruante një burrë 31 vjeç me shtyllë ankylotike dhe inflamacion të egër të syve [27].
1859	Garrod krijoi termin AR. Ky term përfshinte jo vetëm poliarthritis inflamator por edhe polyartikular osteoarthritis [47]
1897	Fredric Still përshkroi me gojë një poliarthrit febril në fëmijët të dallueshme nga ethet rheumatike dhe AR në adultët [5], unifikuar me termin JRA.
1922	Termi AR mbuloi vetëm poliarthritis inflamator [48]
1930	Shenja radiografike e SA u konsiderua sacroiliitis [53]
1940	U kuptua domethënia diagnostike dhe patogenike e Faktorit Rheumatoid [5]
1958	U përjashtuan Arthritides Seronegative nga termi AR [49]

AR, Artriti Reumatoid; AS, Ankylosing Spondylitis; JRA, Juvenil Rheumatoid Arthritis

Paralelisht me evolimin në të kuptuarit patofiziologjik të SIR, gjithashtu u zhvilluan ndër vite dhe grupe të ndryshme diagnostike dhe kriteret klasifikuese për identifikimin e AR, SA, JIA, dhe popullatën homogjene të pacientëve për studime epidemiologjike dhe prova klinike. Grupet e kriterëve klasifikuese kanë kombinuar llojet e ndryshme të informacionit, simptomat, shenjat, gjetjet laboratorike, imazherike, faktorët gjenetike dhe agjentët etiologjike [51]. Shumica e zhvillimeve të fundit në kriteret kanë qenë brenda kontekstit klinik [27].

1.4.1 Evolucion i konceptit Artrit Reumatoid

Kriteret për të vendosur diagnozën e AR mbështeten në historinë klinike të vërtetë, egzaminimin fizik, testet laboratorike dhe përjashtimet e diagnozave të tjera. Asnjë shenjë e vetme as test laboratorik, nuk është i mjaftueshëm për një diagnozë përfundimtare [52]. Disa grupe kriteresh për klasifikimin e AR janë përdorur në të kaluarën [53] [54] [55].

Kriteret e Kolegjit Amerikan të Reumatologjisë të vitit 1987 [56] ishin kriteret klasifikuese gjerësisht të përhapura, internacionalisht të përdorura për përcaktimin e AR deri në vitin 2010. (tabela 1.2) Më pas këto kriteret u debatuan për shkak të mungesës së ndjeshmërisë në sëmundjen e hershme, duke u përdorur kryesisht për pacientët me AR afatgjatë. [57]

Tabela 1.2 Kriteret e RA 1987 Formati tradicional Riprodhuar nga Arnett et al

1. Ngurtësimi mëngjesor në të paktën një orë *
2. Artriti në të paktën 3 artikulacione ** me likid*
3. Artriti i artikulacioneve të duarve (të paktën një zonë e enjtur në artikulacionet radiocarpal, MCPPh ose PIPh) *
4. Enjtja dhe përfshirja simetrike artikulare*
5. Nodujt subcutaneal
6. Ndryshimet tipike radiografike
7. Faktori Reumatoid pozitive

*Të paktën 4 kriteret duhet të plotësohen për klasifikim AR. Nuk përjashtohen pacientët me dy diagnoza klinike. *të jenë prezente për të paktën 6 javë
 **PIPh, Proximal interphalangeal të djathtë ose të majtë; MCPPh, Metacarpo-phalangeale; radiocarpal; bërryli; gjuri; MTPPh, Metatarsophalangeale.*

Në Qershor 2010 u publikuan kriteret e reja klasifikuese për AR të zhvilluara nga Kolegji Amerikan i Reumatologjisë dhe Liga Europiane kundër Reumatismës (ACR/EULAR) 2010. Kriteret e reja fokusohen në sëmundjen e hershme [58]. (Tabela 1.3). Synovitis klinik është tipari kryesor në kriteret e reja, të cilat përfshijnë gjithashtu numrin e artikulacioneve të prekura, anomalitë serologjike, fazën akute të rritur dhe zgjatjen e simptomave [58].

Tabela 1.3. Kriteret ACR/EULAR për Artrit Reumatoid* [58]

1. Artikulacionet (0 - 5) • 1 artikulacion i madh (0) • 2 -10 artikulacione të mëdha (1) • 1 – 3 artikulacione të vegjël (me/ose pa prekjen e artikulacioneve të mëdha) (2) • 4-10 artikulacione të vegjël (me/ose pa prekjen e artikulacioneve të mëdha) (3) • > 10 artikulacione (të paktën një artikulacion të vogël) (5)
2. Serologji (0 - 3) • Negative RF dhe negative ACPA (0) • RF positive i lehtë ose ACPA i lehtë positive (2) • RF positive i lartë ose ACPA positive i lartë (3)
3. Zgjatja e simptomave (0 – 1) • < 6 javë (0) • ≥ 6 javë (1)
4. Reaguesit e fazës acute (0 – 1) • Normal CRP dhe normal ESR (0) • Anormal CRP ose anormal ERS (1)

*Në kllapa janë pikët. * Rezultati për AR: $\geq 6/10$; RF, Rheumatoid factor; ACPA, anticitrullinated antibodies; CRP, C-reactive protein; ERS, Erythrocyte sedimentation rate.*

1.4.2 Evolucion i konceptit Spondyliti Ankylosant (SA)

Diagnoza e SA bëhet duke kombinuar kriteret klinike me gjetjet radiografike, nuk ka teste laboratorike të veçanta [59]. Në vite janë përdorur disa kriteret klasifikuese për klasifikimin dhe diagnozën e SA [60] [61] [62] [63]. Kriteret e modifikuara të New Yorkut janë kriteret më gjerësisht të përdorura për klasifikimin dhe diagnozën e SA [64] (Tabela 1.4).

Sipas kriterëve të modifikuara të New Yorkut një pacient mund të klasifikohet të ketë SA përfundimtar, nqs janë plotësuar një kriter klinik plus kriterin radiologjik (sacroiliitis radiografik, grada 2 bilateral ose grada 3 unilateralisht).

Tabela 1.4 Kriteret e modifikuara të New Yorkut

1. Dhimbja në fund të shpinës për të paktën 3 muaj, përmirësuar nga ushtrimet dhe mosqetësuar në shtrat
2. Kufizim i lëvizshmërisë së shpinës lumbare në planet sagitale dhe frontale
3. Reduktimi i zgjerimit / hapësirës të gjoksit në varësi me vlerat normale për moshën
4a. Unilateral Sacroiliitis grada 3 – 4
4b. Bilateral Sacroiliitis grada 2 – 4

1.4.3 Evolucion i konceptit Artritit Juvenil Idiopatik (AJI)

Klasifikimi i Artritit Juvenil ka qenë një sfidë për shkak të heterogenitetit të sëmundjes dhe për të përshkruar sëmundjen e artritit të fëmijëve janë përdorur temra të ndryshëm dhe janë zhvilluar sisteme të ndryshme klasifikimi [19] [65] [66] [67] [68].

Në vitin 1995, International League of Associations for Rheumatology (ILAR) propozoi klasifikimin e ri duke përdorur termin Artriti Juvenil Idiopatik (AJI).

Tabela 1. 5. Klasifikimi ILAR për AJI, rishikimi i dytë, Edmonton 2001 [69].

Kategoria	Përcaktimi
Artriti Sistemik	Artriti në 1 ose më shumë artikulacione me/ose të parapirë me ethe ditore për të paktën 2 javë, të jetë i përditshëm për të paktën 3 ditë, të shoqëruar me 1ose më shumë prej: 1) Rash erytematos kalimtar (jo i fiksuar) 2) Zmadhim lymphonodul e gjeneralizuar 3) Hepatomegali dhe/ose splenomegali 4) Serositis Përgjashtimet: a, b, c, d
Oligoartriti 1. Persistent 2. I përhapur	Artriti prek 1 deri në 4 artikulacione gjatë 6 muajve të parë. 1. Prek më pak se 4 artikulacione gjatë gjithë ecursisë. 2. Prek më shumë se 4 artikulacione pas 6 muajve të parë. Përgjashtimet: a, b, c, d, e
Poliartriti (RF- negative)	Artriti prek më shumë se 4 artikulacione gjatë 6 muajve të parë. Testet për RF janë negative. Përgjashtimet: a, b, c, d, e
Poliartriti (RF - positive)	Artriti prek 5 ose më shumë artikulacione gjatë 6 muajve të parë. 2 ose me shumë teste për RF të jenë pozitive të paktën 3 muaj përveç gjatë 6 muajve të parë të sëmundjes. Përgjashtimet: a, b, c, e
Artriti Psoriatik	Artriti dhe psoriasis ose artriti dhe të paktën 2 nga 3: 1.Dactylitis 2. Nail pitting dhe oncholisis 3. Psoriasis në një të afërm të shkallës së pare Përgjashtimet: b, c, d, e
Artiti i lidhur me Enthesitis	Artriti dhe enthesiti ose artriti ose enthesiti dhe të paktën 2 prej: 1. Prani ose histori ndjeshmërie në artikulacionet sacroiliac dhe /ose dhimbje inflamatore lumbosacrale 2. Prania e antigenit HLA – B 27 3. Fillimi i arthritit në mashkull me të madh se 6 vjet 4. Uveitis acut anterior (symptomatic) 5. Histori e ankylosing spondylitis, enthesitis të lidhur me artritit, sacroiliitis me sëmundjen sëmundjen inflamatore të zorrës, Reiter's syndrome, ose acute uveitis anterior në 1të afërm të shkallës së parë Përgjashtimet: a, d, e
Artriti i padiferencuar	Artriti që nuk përmbush kriteret në as 1 ose 2 ose më shumë nga kategoritë e mësipërme

**Përgjashtimet: a. Psoriasis ose 1 histori të psoriasis ose 1 i afërm i shkallës së parë;
b. Artritis në një mashkull HLA – B 27 pozitive, pas ditëlindjes së 6-të.
c. Ankylosing Spondylitis, enthesitis të lidhur me artritit, sacroiliitis me sëmundjen inflamatore të zorrës, Reiter's syndrome, ose uveitis acute anterior ose 1 prej këtyre sëmundjeve në 1 të afërm të shkallës së parë.
d. Prania e IgM RF në të paktën dy raste në të paktën 3 muaj;
e. Prania e Systemic Juvenile Idiopatik arthritis në pacientin.*

Klasifikimi ILAR që u botua në 2004 [69], (tabela 1.5) përbën standardin aktual ndërkombëtar diagnostikues për të gjitha artritet kronike të fëmijëve me etiologji të panjohur, me qëllim për të arritur komunikimin global shkencor dhe klinik. Ky klasifikim, përcakton shtatë grupe reciprokisht të dallueshme të Artritit Idiopatik në fëmijët me prezantimet mbizotëruese klinike, karakteristikat e veçanta imunologjike dhe ecuritë klinike. Secila kategori ka një listë të përjashtimeve duke e bërë diagnozën (AJI), një diagnozë përjashtimesh [69].

ILAR e përkufizoi në mënyrë definitive Artritën Juvenil Idiopatik si artrit me origjinë të panjohur që fillon para moshës 16 vjeç dhe që zgjat të paktën 6 javë [69].

1.5 Menaxhimi i SIR

Menaxhimi i pacientëve me SIR është një sfidë e rëndësishme, për shkak të kronicitetit të këtyre sëmundjeve dhe nevojës për monitorim të vazhdueshëm të aktivitetit të sëmundjes, statusit funksional, reagimit të pacientit ndaj sëmundjes brenda kontekstit të jetës së pacientit, nevojës për një qasje multidisciplinare terapeutike [70] [71]. Strategjitë terapeutike madhore në sëmundjet reumatike janë: farmakoterapia, kirurgjia, terapia jofarmakologjike: rehabilitimi, edukimi, terapia fizike [70]. Asnjëra nuk ofron një shërim për pacientin e prekur nga sëmundjet reumatike dhe më e mira është të shihen të punojnë në bashkërendim, për të kontrolluar ose për të përmirësuar proceset e sëmundjes ose ndikimin e saj në funksionin [71].

1.6 Ndikimi i SIR

1.6.1 Ndikimi mbi individin

SIR janë sëmundje kronike, që karakterizohen nga qetësime dhe acarime, ecuria e të cilave është e paparashikueshme [71]. Janë të vazhdueshme dhe progresive dhe personi do të kalojë nga një fazë e hershme dhe/ose e butë në një fazë të vonë dhe/ose të rëndë [1] [2]. Mund të ndikojnë thellësisht në shumë aspekte të jetës së individit duke përfshirë mirëqënien fizike dhe mendore, mirëqënien ekonomike, marrëdhëniet fizike dhe emocionale [1].

Ndikimi i SIR në individët mund të konsiderohet në kuadrin e klasifikimit ndërkombëtar të OBSH, të funksionit, paaftësisë dhe shëndetit (ICF -International Classification Functioning Disability and Health – ICF) [72]. ICF tenton të ofrojë një pamje koherente të shëndetit nga një këndvështrim perspektiv biologjik, individual dhe shoqëror. Një gjendje shëndetësore mund të bashkëveprojë me të gjitha aspektet e funksionimit.

Sipas kësaj skeme sëmundja shkakton dëmtime, të përcaktuara si ‘çdo humbje apo anomali e strukturës psikologjike, fiziologjike, anatomike ose funksionit’; Dëmtimi vetë mund të çojë në aftësinë e kufizuar, të përcaktuar si ‘kufizim ose mungesa e aftësisë për të kryer një veprimtari në një mënyrë ose brenda kufijve të konsideruar normal për një qenie njerëzore’.

Dëmtimet dhe aftësitë e kufizuara, duke ndërvepruar me mjedisin fizik dhe social mund të rezultojë në handikap, e përcaktuar si një ‘dëmtim për individin që kufizon ose e pengon në përmbushjen e një roli që është normal’, dhe më në fund në sëmundjen me handikap të vazhduar në mund të gjejnë cilësinë e jetës, një përfundim që mund të ndikohet nga një sërë faktorësh të tjerë, siç janë vetë vlerësimi, aftësitë përballuese, mosha, gjinia, dhe etnia [1] [2].

1.6.2 Ndikimi në shëndetin e popullatës – paaftësia dhe vdekshmëria

Njerëzit me SIR kalojnë nga të paturit e një shëndeti normal, në të qenurit në risk dhe më pas në zhvillimin e shenjave klinike dhe mund të vazhdojnë në një gjendje me shëndet të dëmtuar në të gjithë jetën e tyre. Disa vdesin para kohe si pasojë e sëmundjes ose sëmundjeve bashkëshoqëruese, efekteve anësore të medikamenteve, megjithëse vdekshmëria është e ulët për këto sëmundje [1] [2]. Natyra e ndikimit mbi individin do të ndryshojë në çdo stad dhe kjo përshkruhet nga gjendja shëndetësore. Ndikimi i sëmundjes në jetën e individit duket në vitet e jeturara më paaftësinë e shkaktuar nga sëmundja [1].

1.6.3 Ndikimi mbi shoqërinë

Përveç ndikimit të rëndësishëm njerëzor, SIR kanë një ndikim të madh ekonomik [2] [73], mbi ekonominë kombëtare dhe mikroekonominë e individit [73] [74]. Kanë kosto direkte mbi kujdesin shëndetësor dhe social në komunitet për të siguruar diagnostikimin, trajtimin, dhe rehabilitimin e të sëmurëve. në provincë. Në këto kosto reflektohen rregullat e rimbursimit për kujdesin e njerëzve me SIR [74]. Gjithashtu për individin kanë kosto të tjera direkte, të cilat lidhen me çdo ndryshim në statusin e të jetuarit, ndryshime këto të domosdoshme për të përshtatur e për ta bërë sa më funksional mjedisin shtëpiak [74]. Për individin, familjarët, kanë dhe kostot indirekte, pasojë e sëmundjes duke përfshirë humbjen e punës dhe daljen e parakohshme në pension [74]. Humbja e funksionit, shtimi i dhimbjes, ulja e cilësisë së jetës së pacientit hyjnë në kostot e paprekshme [74]. Kroniciteti i SIR nënkupton që këto sëmundje janë me pasojë për individët, familjet dhe për komunitetin [2].

Informacioni rreth incidencës, prevalencës, njohja e barrës së sëmundjeve inflamatore reumatizmale në komunitet, ndikimi mbi individin, pesha e aftësisë së kufizuar, vdekshmëria, etj, janë çelësat për të argumentuar prioritetin e menaxhimit dhe kërkimit [1], në rajonin Gjirokastrë.

2. QËLLIMET E STUDIMIT

2.1 Hyrje

Sëmundjet Reumatizmale (SR) kanë një ndikim të madh dhe në rritje në të gjitha vendet në botë. Janë shkaktari i dytë më i madh i paaftësisë në rang global [75]. Ky fakt është njohur nga Organizata Botërore e Shëndetësisë [76]. SR prekin mbi 1.7 miliardë njerëz në botë [84], dhe një në katër adultë në Europë [76].

Vendet e pellgut mesdhetar bëjnë pjesë në vendet me % të lartë të mjekimit për kohë të gjatë për shqetësimet me muskujt, kockat dhe artikulationet [77]. Prej vitit 2000, organizata Bone and Joint Decade u bën thirrje kërkuesve në të gjithë botën të shqyrtojnë të gjitha sëmundjet muskuloskeletale, të identifikojnë efektin që ato kanë mbi njerëzit dhe shoqërinë [75].

Me studimet e ndërmara në këtë drejtim do të kuptojmë ndikimin e këtyre sëmundjeve të zakonshme, paaftësuese por përgjithësisht jofatale, do të sigurojmë prova për të mbështetur zhvillimin e politikave për parandalimin dhe menaxhimin efektiv të tyre [75].

2.2 Qëllimet e studimit

- Vlerësimi epidemiologjik i Sëmundjeve Inflamatore Reumatizmale (SIR) në rajonin Gjirokastrë (nivelet e shpeshtësisë: incidencë e prevalencë, mortalitet, tendencat me kohën, shpërndarja gjeografike).
- Gjetja e ngarkesës së sëmundjeve në rajon.
- Sqarimi i historisë natyrale dhe vlerësimi i kontribuesve gjenetikë dhe ambientale në ecurinë e SIR.

3. MATERIALI DHE METODA

3.1 Tipi i studimit

Ky është studim epidemiologjik vëzhgues (observational), me prerje transversale (cross-sectional), për evidentimin dhe mbledhjen e të gjitha rasteve me AR, SA dhe AJI, me banim në rajonin e Gjirokastrës dhe që analizon karakteristikat klinike të të sëmurëve me AR, SA dhe AJI, me fokus ndikimin e faktorëve të ndryshëm mbi ecurinë dhe gravitetin e sëmundjes. Identifikimi i rasteve është bërë në dy faza: fazën retrospektive, që është realizuar nëpërmjet mbledhjes retrospektive të rasteve të diagnostikuara me këto sëmundje gjatë viteve 1995 deri 2009 dhe fazën e dytë prospective, që konsiston në grumbulimin prospektiv të të dhënave gjatë viteve 2010 dhe 2011. Ndikimi i faktorëve të ndryshëm mbi ecurinë e sëmundjes u bë nëpërmjet studimit të asociimit të tyre me dy pikëmbërritje: invaliditetin dhe statet e sëmundjes.

3.2 Shtrirja gjeografike

Studimi u realizua në Rajonin e Gjirokastrës, i cili përfshin 3 rrethe (Gjirokastrë, Përmet, Tepelenë); 6 Bashki, 26 Komuna, 273 fshatra. Ka një sipërfaqe 2884, 26 km². (Figura 3.1). Popullsia e përgjithshme për vitin 2011: 75.172 banorë (Instat).



Figura 3.1 Rajoni Gjirokastrë ku u krye ky studim.

3.3 Kriteret e përfshirjes në studim

Materiali studimor përfshin 284 të sëmurë (194 me AR, 54 me SA, 36 me AJI) banorë në Rajonin e Gjirokastrës në periudhën Janar 1995- Dhjetor 2011. Të sëmurët ishin diagnostikuar nga shërbimi i reumatologjisë, Spitali Rajonal Gjirokastrë. Të gjithë ishin të konsultuar ose në Klinikën e Reumatologjisë QSU Tiranë, (AR: 145; SA: 43; AJI: 31) ose në klinikat reumatologjike jashtë vendit (AR: 49; SA: 11, AJI: 5).

Diagnoza për AR, në vitet 1995 – 2009, u bazua në kriteret e Kolegjit Amerikan të Reumatologjisë (ACR) të vitit 1987 [56], të cilat mund të përdoren jo vetëm në spitale, por edhe në studimet mbi popullatat [78]. Për vitet 2010 – 2011, u bazua në kriteret klasifikuese të Kolegjit Amerikan të Reumatologjisë dhe Ligës Europiane Kundër Reumatismës (ACR/EULAR) 2010 [58] me qëllim diagnostikim sa më të hershëm.

Për diagnozën SA janë përdorur kriteret e modifikuara të New Yorkut [64].

Për AJI diagnoza është përcaktuar sipas ILAR rishikimi i dytë Edmonton 2001[69].

3.4 Burimet e informacionit

Në studim u përdorën të gjitha burimet e mundshme të informacionit, me qëllim kapjen dhe zbulimin e të gjitha rasteve me SIR në rajonin tonë. Gjithashtu u morën të dhëna edhe mbi popullsinë në këtë rajon, me qëllim të zbardhjes së situatës epidemiologjike, duke përshkruar edhe ndryshimin e saj gjatë viteve të studimit tonë. Më e rëndësishmja ishte paraqitja e situatës epidemiologjike e viteve të fundit, me qëllim të njohjes së situatës aktuale në rajon dhe parashikimeve për të ardhmen.

3.4.1 Të dhënat mbi të sëmurët

Në studim janë përfshirë të sëmurë të diagnostikuar me SIR para dhe gjatë periudhës Janar 1995 – Dhjetor 2011 me banim në rajonin Gjirokastrë. Të sëmurët u grumbulluan në sajë të punës dy-vjeçare 2010-2011. Në identifikimin e pacientëve u përdorën të gjitha burimet e mundshme të informacionit. Si burim informacioni për të sëmurët shërbyen:

- Poliklinika e Specialiteteve Gjirokastrë: regjistri i të sëmurëve kronike, kartelat.
- Kartoteka e Spitalit të Gjirokastrës, regjistri i hospitalizimeve, kartelat.
- KMCAP (Komisioni Mjekësor i Caktimit të Aftësisë për Punë) në Gjirokastrë, Përmet, Tepelenë: regjistrat e paaftësisë, dosjet personale.
- QSU Tiranë (Qendra Spitalore Universitare): regjistrimet e hospitalizimeve në vitet e fundit.
- QSH në Rajon (Qendrat Shëndetësore): regjistrat e të sëmurëve kronike, kartelat.

3.4.2 Të dhënat mbi popullatën e përgjithshme

Të dhënat mbi popullatën e përgjithshme në rajon u përfituan nga Instituti Kombëtar i Statistikave, INSTAT, që mbulon vitet 2001-2010 (Tabela 3.1). Duhet theksuar që për vitin e fundit të dhënat zyrtare janë përfutur nga Censusi 2011, ndërsa për vitin e parë të studimit 1995 (1996 për AR), janë marrë nga Këshilli i Qarkut Gjirokastrë, regjistri statistikor i rretheve. Të dhënat e popullsisë 0 – 14 vjeç janë marrë nga Drejtoria Rajonale e Institutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.

Tabela 3.1. Të dhënat e popullsisë sipas INSTAT

Vitet	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Meshkuj	56865	57192	57527	57825	53592	52281
Femra	55966	56301	56651	56969	52193	51513
Total	112831	113493	114178	114795	105785	103794
0-14 vjeç*	30160					21098

Vitet	2007	2008	2009	2010	2011**
Meshkuj	51330	51460	51648	51767	38194
Femra	50567	50772	50863	50782	36978
Total	101897	102232	102511	102549	75172
0-14vjeç*	25897	22949	20448	19982	20415

* Të dhënat nga Drejtoria Rajonale e Institutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.

**Të dhënat janë përfutur nga Censusi 2011.

3.4.3 Institucionet dhe personat e përfshirë në studim

Për të bërë të mundur depistimin dhe kapjen e të gjitha rasteve me SIR në rajonin tonë, u përgatitën fletë anketimi për çdo mjek familjeje (MF) nëpër qendrat shëndetësore (QSH). Në këto fletë anketimi kërkohet prej tyre të deklaronin të sëmurët e diagnostikuar ose të dyshuar me sëmundjet e studimit në zonat ku punonin (Tabela 3.2). Nga materiali i grumbulluar u vlerësuan rastet e reja, të pakartelizuara nga shërbimi i specializuar rajonal i reumatologjisë, por që ishin të kartelizuar nga MF. Kështu, nga ky bashkëpunim u identifikuan 28 raste me AR, 4 me SA dhe 6 me AJI, të cilët ishin diagnostikuar në QSUT dhe jashtë shtetit.

Bashkëpunimi me mjekët e familjes, vizitat mjekësore të pacientëve pranë poliklinikës gjatë viteve të studimit, ishin burimet kryesore në mbledhjen e të dhënave individuale. Gjatë viteve të studimit funksionoi i rregullt sistemi i referimit duke favorizuar regjistrimin pranë poliklinikës të të gjithë të sëmurëve të referuar nga mjekët e familjes apo mjekët specialist të tjerë pranë QSUT.

Përveç QSH, burime të tjera të informacionit ishin spitali Gjirokastrë, Poliklinika Gjirokastrë, KMACP në të tre rrethet, QSUT Tiranë. Nga të dhënat e grumbulluara nga të gjitha këto burime të informacionit, u identifikuan dhe u përfshinë në studim 284 të sëmurë, nga të cilët 194 të sëmurë ishin me AR, 54 me AS dhe 36 me AJI (Tabela 3.3).

Tabela 3.2 Qendrat shëndetësore dhe mjekët e familjes në rajon.

Rrethet	QSH	MF
Gjirokastrë	19	25
	Qytet 8	12
	Fshat 11	13
Përmet	9	15
	Qytet 1	3
	Fshat 8	10
Tepelenë	9	13
	Qytet 1	5
	Fshat 8	8
Total	37	53

Tabela 3. 3. Rastet e zbuluara nga burimet e përdorura

Burimi i informacionit	AR	SA	AJI
Poliklinika Gjirokastrë/2009	54	27	13
Kartoteka Spital Gjirokastrë	8	4	2
KMACP Gjr, Pr, Tp	5	1	1
QSUTiranë	10	3	4
QSH në Rajon	28	4	6
Poliklinika Gjirokastrë 2010 – 2012*	89	15	10
Total	194	54	36

*Grumbullimi i rasteve në poliklinikë u shtri deri në fund të vitit 2012, për shkak të kohës që nevojitet deri në vënien e diagnosës definitive, që ka qenë mbi një vit për secilën sëmundje.

Zgjedhëm këtë metodë mbështetur në mendimin se ‘studimet e bazuara në klinikë mbështeten në pacientët që kanë kërkuar kujdesin mjekësor, duke qenë (pak a shumë) diagnostikuar saktë, dhe duke u referuar te specialisti përkatës [25]. Gjithashtu “Me sëmundjet e ashpra jetë kërcënuese në mënyrë të arsyeshme mund të supozohet që të gjitha rastet janë përmendur” [25] dhe të tilla janë sëmundjet të cilat ne studiuam.

3.5 Mbledhja e të dhënave

Për të gjithë pacientët e identifikuar u përgatitën fletë anketimi individuale, me të cilat u krijua database i studimit. Fleta e anketimit përbëhej nga tre tip të dhënash:

Në pjesën e parë u kërkuar të dhënat e përgjithshme (emër, mbiemër, gjini, viti i lindjes); të dhënat demografike (vendlindja, vendbanimi, duke përcaktuar edhe zonën urbane dhe rurale), të dhëna rreth historikut të sëmundjes (viti i fillimit të ankesave, viti i diagnostikimit, institucioni që ka bërë diagnostikimin). Në pjesën e dytë u kërkuar të dhëna për faktorët riskues e ambientale (të afërm me sëmundjen, zakonin e duhanpirjes, arsimimi, profesioni, përdorimin e alkolit). Në pjesën e tretë u kërkuar të plotësoheshin nga mjekët të dhëna mbi kohëzgjatjen e sëmundjes, vonesën në diagnozë, stadin e sëmundjes, invaliditetin dhe vitet e paaftësisë.

Si *kohëzgjatje e sëmundjes* u përcaktua koha nga viti i fillimit të ankesave deri në momentin e përfundimit të studimit. Vonesa në diagnozë u përcaktua nga viti i fillimit të sëmundjes sipas vetëraportimit të të sëmurit, deri në vitin e vendosjes së diagnozës.

Për vlerësimin e stadeve të sëmundjeve (AR, AS, AJI,) u përdor klasifikimi i statusit global funksional sipas Kolegjit Amerikan të Rheumatologjisë, 1991 [79]. Sipas këtij klasifikimi, pacientët të cilët janë në gjendje të:

- kryejnë aktivitetet e zakonshme të jetës së përditshme (vetëkujdesje, profesionale, joprofesionale), vlerësohen: Klasa I
- kryejnë aktivitetet e zakonshme të vetëkujdesjes dhe profesionale, por me kufizim në aktivitetet joprofesionale, vlerësohen: Klasa II
- kryejnë aktivitetet e zakonshme të vetëkujdesjes, por të kufizuar në aktivitetet profesionale dhe joprofesionale, vlerësohen: Klasa III
- kufizuar aftësisë për të kryer aktivitetet e zakonshme të vetëkujdesjes, aktivitetet profesionale dhe joprofesionale, vlerësohen: Klasa IV.

Invaliditeti: Invalidë janë përcaktuar të sëmurët që kanë përfituar statusit e invaliditetit në bazë të kriterëve orientuese për përcaktimin e aftësisë në punë të invalidëve, 1991, 2010 [80]. Koha e fillimit të invaliditetit u përcaktua nga viti i referimit të të sëmurëve KMCAP- të rretheve. Sipas këtyre kriterëve:

- lëvizshmëria e ruajtur, por me dhimbje, nuk vlerësohet me grup invaliditeti. (Stadi I)
- lëvizshmëria e reduktuar por pa aktivitet biologjik të sëmundjes vlerësohet me grupin IV të invaliditetit: Aftësi për punë me orar të reduktuar. (Stadi II, IIIa)
- kufizimi i lëvizshmërisë, vlerësohet me grupin e II të invaliditetit: Paaftësi për punë. (Stadi IIIb, IV, V).

Vitet me paaftësi: Për personat invalidë vite me paaftësi janë konsideruar vitet prej përfitimit të invaliditetit deri në momentin e studimit. Për të sëmurët që nuk e kanë përfituar statusin e invalidit, për arsyen e moshës së vonë të fillimit apo progresionit të vonë të sëmundjes (pension), vitet me paaftësi u përcaktuan vitet e humbjes së lëvizshmërisë deri në momentin e studimit.

Tek AJI, u bë një ndarje e të sëmurëve edhe mbi bazën e formës klinike të fillimit të sëmundjes: po (poliartikular), o (oligoartikular), s (systemik), e (të lidhur me enthesitis), sipas kriterëve ILAR, rishikimi i dytë Edmonton 2001 [69]. Ky klasifikim përcakton shtatë grupe reciprokisht të dallueshme në AJI. Ne vendosëm vetëm 4 prej tyre, ato të hasurat në rajonin tonë. (forma poliartikulare për shkak të numrit të vogël të pacientëve përmbledh dy grupet po RF – dhe po Rh +).

Në studim u përfshinë tre entitete sëmundjesh: Në pjesën e parë të studimit u morën në studim të sëmurët e diagnostikuar me AR, në pjesën e dytë të sëmurët e diagnostikuar me SA dhe në pjesën e tretë të sëmurët e diagnostikuar me AJI.

3.6 Përpunimi i të dhënave

3.6.1 Parametrat epidemiologjike

Përshkrimi i situatës epidemiologjike në rajon u bë nëpërmjet parametrave të prevalencës dhe incidencës, ndërsa ngarkesa e sëmundjes në rajon u përcaktua nëpërmjet treguesit epidemiologjik DALY (Disability – Adjusted Life Year).

3.6.1.1.Shpeshtësia

Prevalenca Definohet si raporti i numrit total të rasteve të diagnostikuara në një moment kohor të caktuar mbi numrin total të popullatës në atë moment (prevalenca pikësore; point prevalence) ose si numër total i rasteve të njohura në një periudhë kohore të caktuar mbi popullatën gjatë asaj periudhe (prevalenca në një periudhë kohore; period prevalence).

Tek AR, prevalenca u përcaktua si point prevalence, dhe si period prevalence. Point prevalenca u llogarit mbështetur tek popullata totale, tek femrat dhe meshkujt si dhe tek popullata e rritur (> 14 vjeç). Period prevalenca e fundit (2007-2011) u përcaktua mbi popullatën totale dhe mbi adultët, ndërsa në 1996-2001 dhe 2002-2006 u llogarit vetëm tek popullata totale.

Tek SA, prevalencat u llogaritën si point prevalenca mbi popullatën e përgjithshme dhe tek adultët, në vitet 1995, 2001, 2010 dhe 2011.

Për AJI prevalencat u llogaritën si point prevalenca mbi numrin total të popullsisë, si dhe tek fëmijët (0-14vjeç) në vitet 1995, 2001, 2006, 2010 dhe 2011)

Incidenca Definohet si raporti i numrit të rasteve të reja gjatë një periudhe kohore caktuar mbi numrin e popullatës « at risk » në fillim të periudhës. Megjithëse llogaritja e incidencave kryhet në përgjithësi në studimet prospektive dhe transversale (cross-sectional), në këtë studim janë llogaritur, përveç incidencave mbi të dhënat prospektive, edhe incidencat e viteve të kaluara, duke u bazuar mbi të dhënat retrospektive. Kjo u bë për të patur një panoramë epidemiologjike më të shtrirë në kohë për këtë sëmundje.

Incidenca u llogarit si incidence kumulative (tek AR) për një vit dhe si incidence kumulative për 5-vjet, (AR, SA, AJI).

Për AR, incidenca në 2010 dhe 2011 u llogarit si incidence kumulative, bazuar tek numri total i popullatës, tek adultët, tek femrat dhe tek meshkujt. Veç kësaj, u llogaritën dhe incidencat në çdo vit, bazuar vetëm tek popullata e përgjithshme. Gjithashtu, tek AR u llogarit edhe incidenca për 5 vjet për periudhën 1996-2001, 2002-2006 dhe 2007-2011 tek popullata totale, adultët, femrat dhe meshkujt.

Për SA dhe AJI incidencat u llogaritën si incidence kumulative 5-vjeçare, duke filluar nga intervali 2001-2005 dhe intervali më aktual 2006-2010, bazuar tek popullata e përgjithshme dhe adultët për SA dhe tek fëmijët dhe e përgjithshme për AJI.

3.6.1.2 Barra e sëmundshmërisë në rajon (DALY)

Barra e sëmundshmërisë (“disease burden”), u përcaktua nëpërmjet treguesit DALY, i cili u vlerësua nga shuma e dy pjesëve përbërëse të tij, YLL dhe YLD [84]. DALY u përllogarit vetëm për AR, ndërsa për dy entitetet e tjera nuk u përcaktua, gjykuar nga numri i vogël i rasteve incidente të tyre dhe nga paqartësia e vlerës së koeficientit të paaftësisë (disability weight) për këto sëmundje.

YLL

YLL (Years of life lost) përcaktohet nga shuma e viteve të humbura tek çdo i sëmurë, si rezultat i vdekjes së parakohshme të tij. Për të llogaritur vitet e supozuara të humbura, bëhet diferenca e moshës që pritej të arrinte pacienti me moshën reale të arritur prej tij. Si moshë e pritshme meret jetëgjatësia mesatare e brezit të lindur në të njëjtin vit me të sëmurin. Në këtë studim, si moshë e pritshme u mor jetëgjatësia mesatare e popullatës në rajonin e Gjirokastrës, sipas të dhënave të Qarkut Gjirokastrë për vitin 2011.

YLD

Përcaktimi i viteve të jetuara me paaftësi (years lived with disability, YLD) u bë nëpërmjet formulës: $YLD = I \times DW \times L$ [82].

- I është numri i rasteve incidente të periudhës që studiohet;
- DW është një koeficient që përdoret për të përcaktuar paaftësinë që shkakton sëmundja.
- L kohëzgjatja mesatare e sëmundjes në vite.

Për koeficientin e paaftësisë DW (disability weight) u mor vlera 0.2, e rekomanduar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë sipas studimit “Global Burden of Disease” (2). Ky parametër i përdorur gjerësisht për llogaritjen e YLD për AR, është llogaritur nga autorët Murray/Lopez në 1996 [83].

YLD u përcaktua për një vit (2011), dhe për periudhën 15 vjeçare të studimit 1995-2011. Ajo u përcaktua për popullatën e përgjithshme, për femrat dhe meshkujt. Vlera që u përcaktua është një parametër i përafërt i YLDs për Artritin Rreumatoid, pasi nuk u bazua mbi bazë të modelit të sëmundjes, që mer parasysh shumë faktorë që ndikojnë mbi sëmundshmërinë dhe paaftësinë, [84] por u llogarit me përafërsi sipas formulës së mësipërme.

3.6.2 Parametrat klinike

Të sëmurët u klasifikuan në bazë të gjinisë, banimit (fshat/qytet), rrethit, arsimit (në 3 grupe), profesionit, invaliditetit (2 grupe), stadit funksional ku ndodhej i sëmuri (4 grupe), anamnezës familjare (në 2 grupe). Gjithashtu u tentua dhe grupim mbi bazë lidhjesh familjare. U konsideruan me anamnezë familjare pozitive nëse kishin në rrethin familjarë të afërm (prindër, vëllezër, gjyshër, dhe lidhje të nivelin të dytë, teze, xhaxha dhe kushërinj të parë) të diagnostikuar me SIR. Ndarja në nëngrupe sipas anamnezës familjare ishte e mundur vetëm tek AR dhe SA, ndërsa tek AJI nuk ishte e mundur, për shkak të numrit të vogël të rasteve.

Të dhëna u morën edhe për pirjen e duhanit dhe alkolit. Ndikimi i këtyre faktorëve u studjua vetëm në aspektin cilësor, pasi një analizë sasimore dozë – efekt për këta faktorë nuk ishte e mundur.

Profesionet u grupuan në dy grupe: punë fizike (punëtor, minator, fermerë, teknik, etj) dhe jo fizike (nxënës, student, arsimtar, ekonomist, etj).

Sipas arsimimit, të sëmurët u ndanë në 3 grupe: arsim 8-vjeçar, i mesëm (8-12 vjeçar) dhe i lartë (> 12 vjet). Të dhëna u morën edhe rreth lindjes së fëmijëve dhe numrit të tyre:

Paraqitja e të dhënave u bë në total dhe në grupe, sipas studimit që u ndërmor.

3.6.3 Definicioni i grupeve

Të sëmurët u ndanë në grupe sipas graviteti të sëmundjes. Graviteti i sëmundjeve u përcaktua duke ndarë të sëmurët në grupe sipas pikëmbërritjeve (outcomes) të sëmundjeve. Si pikëmbërritje (ose outcome) të sëmundjes shërbyen parametrat e stadi të sëmundjes dhe invaliditetit. Sipas invaliditetit, të sëmurët u ndanë në 2 grupe (invalidë dhe jo invalidë), sipas stadi, të sëmurët u ndanë në 4 grupe.

Këto grupime mundësuan vlerësimin e asociimit të faktorëve të ndryshëm me format e avancuara të sëmundjes – pikëmbërritjet e përmendura më lartë. Vdekshmëria nuk u studiua si pikëmbërritje e veçantë për arsye të numrit të vogël të vdekjeve.

Për arsye të numrit të kufizuar të të sëmurëve në disa stade, gjatë analizës univariante, të sëmurët e stadeve konsektive (psh stadi I-rë + II-të apo III-të + IV-t) u bashkuan për të rritur besueshmërinë e analizës statistikore. Kështu, të sëmurët u grupuan në dy grupe (St. I+II) dhe (St.III+IV), sipas ruajtjes, humbjes së aftësisë për punë dhe vetëkujdesjes.

Të sëmurët me AJI u ndanë edhe sipas formës së sëmundjes (4 grupe).

3.7 Analiza statistikore

Variablat numerike u përfaqësuan me mesatare $\pm$ deviacion standart në rastet kur kishin shpërndarje normale, ose si median me percentilet 25 dhe 75 kur kishin shpërndarje jonormale. Normaliteti i shpërndarjes së të dhënave të vazhdueshme u studiua me testin Kolmogorov-Smirnov. Krahassimi i të dhënave me shpërndarje normale u bë me t-test (për 2 grupe të pavarura) ose me testin ANOVA për më shumë se 2 grupe. Në rastin e përdorimit të testit ANOVA, krahassimi ndërmjet grupeve u bë me testin post-hoc Bonferroni.

Për vlerat joparametrike (vitet e paaftësisë) u përdor testi Mann-Whitney për 2 grupe dhe testi Kruskal-Wallis për më shumë se 2 grupe.

Variablat kategorike (proporcionet) janë paraqitur si numra absolute dhe përqindje dhe janë krahasuar me testin e chi katrorit. Kur differencat ishin signifikante, efekti u llogarit edhe si odds ratio (OR) ose relative risk (RR).

Asociimi (bashkëshoqërimi) i faktorëve ambientale dhe i variableve klinike relevante me pikëmbërritjet (outcomes) e sëmundjes, u axhustua duke aplikuar modelin e regresionit logjistik të shumfishtë.

Të dhënat janë llogaritur me paketën statistikore SPSS (version 15). Vlerat e P së dy-anshme (2-sided) <0.05 janë konsideruar signifikante.

4. REZULTATET E STUDIMIT

4.1 Artriti Reumatoid (AR)

4.1.1 Situata epidemiologjike e AR në rajonin Gjirokastrë

Sëmundshmëria e Artritit Reumatoid në rajonin Gjirokastrë është paraqitur nëpërmjet treguesve epidemiologjike të prevalencës dhe incidencës, kurse ngarkesa që shkakton kjo sëmundje mbi popullatë u vlerësua me treguesin DALY, dhe dy përbërësit e tij, YLL dhe YLD.

4.1.1.1 Prevalenca AR

Gjatë periudhës së studimit në rajon u diagnostikuan dhe u përfshinë gjithsej 194 raste me AR. Deri në vitin 1996 ishin të diagnostikuar 60 raste me AR, në 2001 ishin 109 raste të diagnostikuar, në 2006 në rajon banonin 151 të sëmurë me AR, ndërsa në 2010 në total në rajon jetonin 179 raste; në 2011 jetonin 187 të sëmurë me AR në rajon. Gjatë periudhës së studimit 7 të sëmurë kanë vdekur, prej të cilëve 6 ishin femra dhe 1 mashkull. Më konkretisht, gjatë 2006, 2 të sëmura (37 dhe 43 vjeç), 1 e sëmurë (47 vjeç) gjatë 2008, një i sëmurë në 2009 (63 vjeç). Gjatë 2010 ka vdekur një e sëmurë (61 vjeç), ndërsa gjatë 2011 2 të sëmura (55 dhe 69 vjeç).

Bazuar në popullsinë e përgjithshme, për vitin 2011 prevalenca totale e AR, shprehur si point prevalencë, rezultoi 0.25%, ose 249 raste për 10^5 banorë, ndërsa e shprehur si prevalenca e periudhës 2007-2011, rezultoi 0.20%, ose 197 raste për 10^5 banorë.

Prevalenca u llogarit në të dy gjinitë, femrat dhe meshkujt dhe e shprehur si point prevalence, tek femrat në 2011 rezultoi 400 raste për 10^5 femra, ndërsa tek meshkujt (2011) 102 raste për 10^5 meshkuj.

Gjithashtu, u morën parasysh dhe diferencat në lidhje me moshën. Për këtë qëllim, prevalenca u llogarit edhe në popullatën adulte, e cila për 2011 e shprehur si point prevalence rezultoi 0.34%, ose 341 raste për 10^5 adultë, ndërsa e shprehur si period prevalence për periudhën 2007-2011 rezultoi 0.27%, ose 266 raste për 10^5 adultë.

Për të parë dinamikën e prevalencës në vite, përveç vitit 2011, ajo u llogarit edhe në disa prerje të tjera gjatë gjithë studimit, në 1996, në 2001, 2006, 2010, bazuar mbi popullatën e përgjithshme, adultët, femrat dhe meshkujt. Të gjitha këto vlera të prevalencës në vite jepen në Tabelën 4.1.

Tabela 4.1 Point prevalenca në vite në popullatën totale, adulte, femrat dhe meshkujt.

Prevalence	Popullata totale	Adulte(>14 vjeç)	Femra	Meshkuj
1996*	0.036%	-	0.057%	0.016%
2001	0.097%	0.13%	0.16%	0.039%
2006	0.14%	0.18%	0.24	0.054
2010	0.18%	0.22%	0.28	0.068
2011**	0.25%	0.34%	0.4%	0.1%

*Të dhënat e popullsisë janë nga Këshilli i Qarkut Gjirokastrë, regjistri statistikor i rretheve.

**Të dhënat e popullsisë janë nga Census 2011.

Vihet re që, prevalenca rritej në mënyrë signifikante me kalimin e viteve në të gjitha popullatat. Kështu, në popullatën e përgjithshme ajo ishte 0.036% në 1996, për tu trefishuar në 2001 (rreth 0.1%), vazhdoi të rritej në vazhdim dhe në 2010 rezultoi 0.18%, ndërsa vitin e fundit arrin në 0.25%. ($p < 0.001$). E njëjta rritje me kalimin e viteve vihet re edhe tek adultët. (Figura 4.1), femrat dhe meshkujt (Figura 4.2).

Vlerat më të larta të prevalencës së AR kur llogaritet sipas gjinisë vihen re tek femrat, në të gjitha vitet kur është llogaritur. Të gjitha vlerat e llogaritura të prevalencës së AR në rajonin tonë janë paraqitur me poshtë:

Prevalencat 2011 tek AR

(Point prevalence, periode prevalence, tek pop. e përgjithshme, adulte, femrat, meshkujt)

- Point prevalence 2011 tek popullata e përgjithshme: 0.25%, ose 250 raste/ 10^5 banorë.
- Point prevalence 2011 tek popullata adulte: 0.34%, ose 341 raste / 10^5 banorë adultë.
- Point prevalence 2011 tek femrat: 0.40%, ose 400 raste / 10^5 banore femra;
- Point prevalence 2011 tek meshkujt: 0.10%, ose 102 raste / 10^5 banorë meshkuj
- Periode prevalence (2007-2011) tek popullata e përgjithshme: 0.20%, ose 197 raste / 10^5 banorë
- Periode prevalence (2007-2011) tek adultët: 0.27%, ose 266 raste/ 10^5 banorë tek adultët.

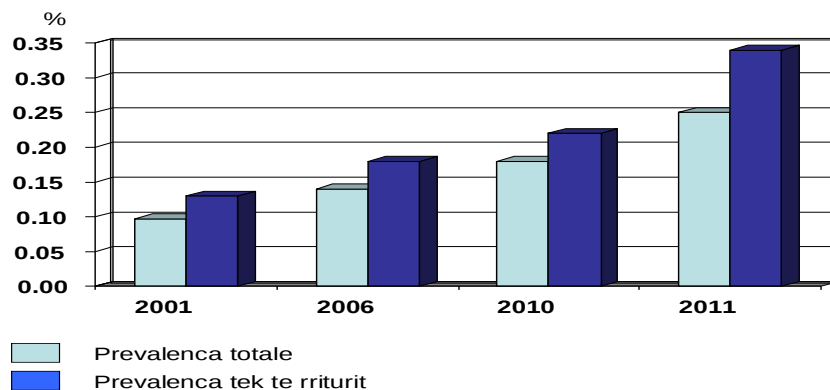


Figura 4.1 Point Prevalencat në vite tek popullsia e përgjithshme dhe e rritur. Të dhënat mbi popullsinë për 2011 janë përfituar nga Censusi.

Point Prevalencat e AR në vite, në popullata të ndryshme (në shifra)

Point prevalence totale 1996: 0.036%, ose 36 raste/ 10^5 banorë.
 Point prevalenca tek femrat: 0.057%, ose 57 raste/ 10^5 femra.
 Point prevalenca tek meshkujt: 0.016%, ose 16 raste/ 10^5 meshkuj.

Point prevalence totale 2001: 0.097%, ose 97 raste për 10^5 banorë.
 Point prevalenca tek adultët: 0.13%, ose 132 raste/ 10^5 adultë.
 Point prevalenca tek femrat: 0.16%, ose 16 raste / 10^5 femra.
 Point prevalenca tek meshkuj: 0.039%, ose 4 raste / 10^5 meshkuj.

Point Prevalence totale 2006: 0.14%, ose 143 raste / 10^5 banorë.
 Point prevalenca tek adultët: 0.18%, ose 180 raste/ 10^5 adultë.
 Point prevalenca tek femrat: 0.24%, ose 24 raste / 10^5 femra.
 Point prevalenca tek meshkuj: 0.054%, ose 5 raste / 10^5 meshkuj.

Point prevalence totale 2010: 0.18%, ose 175 raste/ 10^5 banorë.
 Point prevalence tek adultët: 0.22%, ose 218 raste për 10^5 adultë.
 Point prevalence tek femrat: 0.28%, ose 285 raste/ 10^5 femra.
 Point prevalence tek meshkuj: 0.068%, ose 68 raste/ 10^5 meshkuj.

Period Prevalencat e AR

Periode prevalence (1997-2001): 0.078%, ose 78 raste/ 10^5 banorë.
 Periode Prevalence (2002-2006): 0.14%, ose 137 raste / 10^5 banorë.
 Periode prevalence (2007-2011): 0.20%, ose 197 raste / 10^5 banorë.

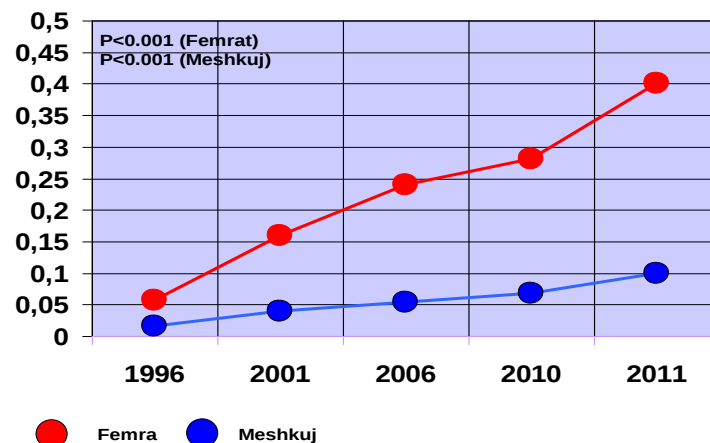


Figura 4.2 Point prevalenca në vite sipas gjinisë. Të dhënat mbi popullsinë në 1996 janë përfituar nga Këshilli i Qarkut, ndërsa në 2011 nga Census.

4.1.1.2 Incidenca e AR

Incidenca e AR u llogarit si kumulative incidence për një vit, dhe për 5 vjet. Ajo u llogarit mbi të dhëna prospektive dhe transversale (cross-sectional) për 2010 dhe 2011 në të gjitha popullatat (totale, femrat, meshkujt adultët). Gjithashtu incidenca e AR u llogarit edhe mbi të dhënat retrospektive, megjithë limitacionet e mundshme që ka vlerësimi retrospektiv. Kjo u bë për të patur një panoramë epidemiologjike më të shtrirë në kohë për këtë sëmundje.

Incidenca 2011 tek AR

Gjatë vitit 2011 u identifikuan 9 raste të reja me AR, nga të cilët 5 ishin femra dhe 4 meshkuj. Gjatë 2011 u llogaritën këto vlera të prevalencës së AR në popullatat e ndryshme:

- Incidenca e përgjithshme e AR (2011) rezultoi 0.012%, ose e shprehur në numër rastesh 12 raste të reja për 10^5 banorë në vitin e fundit 2011.
- Incidenca tek adultët gjatë vitit 2011 ishte 0.016%, ose 16 raste të reja për 10^5 adultë në vit.
- Incidenca tek femrat gjatë vitit të fundit 2011 ishte 0.024%, ose 24 raste të reja për 10^5 femra gjatë vitit të fundit.
- Incidenca tek meshkujt në 2011 rezultoi: 0.010%, ose 10 raste të reja për 10^5 meshkuj. Të gjitha vlerat e incidencës 2011 janë paraqitur grafikisht në Figurën 4.3.
- Incidenca e përgjithshme për 5 vitet e fundit (2007-2011) rezultoi: 0.041%, ose 41 raste për 10^5 banorë.

Për shkak të ndryshimeve të dukshme në numrin e popullatave midis dy viteve të fundit, (të dhënat për 2011 janë përfituar nga Census 2011), incidenca u llogarit në mënyrë të hollësishme në popullatat e ndryshme edhe për vitin 2010, vlerat e të cilës janë paraqitur më poshtë :

Incidenca 2010 tek AR

Gjatë vitit 2010 u identifikuan 9 raste të reja me AR, nga të cilët 7 ishin femra, 2 meshkuj. Vlerat e incidencës së AR në popullatat e ndryshme për këtë vit janë më poshtë:

- Incidenca tek popullata e përgjithshme :
0.0088%, ose rreth 9 raste të reja çdo vit/ 10^5 banorë.
- Incidenca tek adultët:
0.011%, ose rreth 11 raste të reja çdo vit/ 10^5 adultë.
- Incidenca tek femrat:
0.012%, ose 12 raste të reja çdo vit/ 10^5 femra.
- Incidenca tek meshkujt:
0.0058%, ose 6 raste të reja çdo vit/ 10^5 meshkuj.

Incidenca retrospektive janë llogaritur si incidenca 1-vjeçare tek popullata e përgjithshme, vlerat e të cilës jepen më poshtë :

Incidenca AR tek popullata e përgjithshme në një vit

- Incidence 1996: 0.0066%, ose rreth 7 raste/ 10^5 banorë.
- Incidence 2001: 0.0047%, ose rreth 5 raste/ 10^5 banorë.
- Incidence 2002: 0.007%, ose 7 raste/ 10^5 banorë.
- Incidence 2003: 0.007%, ose 7 raste/ 10^5 banorë.
- Incidence 2004: 0.007%, ose 7/ 10^5 banorë.
- Incidence 2005: 0.008%, ose 8/ 10^5 banorë.
- Incidence 2006: 0.0085%, ose rreth 9/ 10^5 banorë.
- Incidence 2007: 0.0077%, ose rreth 8/ 10^5 banorë.
- Incidence 2008: 0.0088%, ose rreth 9 raste/ 10^5 banorë.
- Incidence 2009: 0.0078%, ose rreth 8 raste / 10^5 banorë.
- Incidence 2010: 0.0088%, ose rreth 9 raste / 10^5 banorë.
- Incidence 2011: 0.012%, ose 12 raste të reja në vit/ 10^5 banorë.

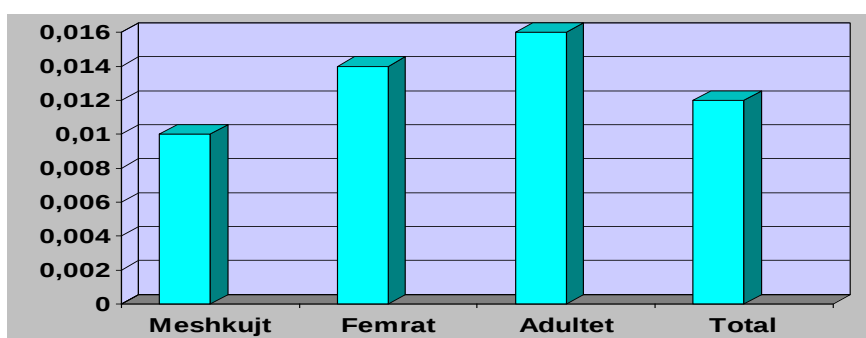


Figura 4.3. Incidenca e AR gjatë 2011 në popullatat e ndryshme.

Gjithashtu, u llogarit edhe incidenca kumulative 5-vjeçare, tek popullata totale, adultët, femrat dhe meshkujt. (Tabela 4.2).

Tabela 4.2. Incidenca kumulative 5-vjeçare në popullatën totale, adulte, femrat dhe meshkujt.

Incidenca kumulative	Intervali 5-vjeçar			Vlera e P
	1997-2001*	2002-2006	2007-2011	
Total	49 (0.029%)	42 (0.037%)	43 (0.014%)	0.259
Adulte	**	42 (0.051%)	43 (0.052%)	0.914
Femrat	39 (0.047%)	36 (0.064%)	32 (0.062%)	0.356
Meshkujt	10 (0.012%)	6 (0.011%)	11 (0.021%)	0.278

*Të dhënat për popullatën janë përftuar nga Këshilli i Qarkut Gjirokastrë. regjistri statistikor i rretheve.

** Numri i popullatës adulte në këtë periudhë nuk ishte i disponueshëm.

Të dhënat në tabelën 4.2 janë numri i rasteve të reja (%). Siç duket, incidenca nuk ndryshon me kalimin e viteve ($p > 0.05$).

4.1.1.3 Barra e Artritit Reumatoid në rajon gjatë periudhës së studimit 1995-2011

Për të gjykuar mbi ngarkesën e AR në rajon, “disease burden”, në studim u vlerësua DALY nëpërmjet dy pjesëve të tij përbërëse, YLL dhe YLD.

Vitet e humbura nga vdekja e parakohshme (YLL)

Për të llogaritur YLL u mor parasysh jetëgjatësia mesatare në popullsinë Gjirokastrë sipas të dhënave të Qarkut Gjirokastrë në 2011, e cila ishte 73.8 vite.

Gjatë viteve të studimit, rezultuan gjithsej 194 të sëmurë me Artrit Reumatoid, nga të cilët 7 prej tyre kanë vdekur, (6 gra dhe 1 burrë). YLL, shuma e viteve të humbura nga vdekja e parakohshme (shuma e diferencës së mesatares së jetëgjatësisë me moshën e arritur nga çdo i sëmurë) rezultoi: YLL= 141.6 vite.

Nisur nga ky rezultat themi që gjatë periudhës së studimit, 1995-2011, në Rajon u humbën 142 vite jete si rezultat i vdekjes së parakohshme të të sëmurëve me AR.

Vitet e jetuara me paaftësi (YLD) tek AR.

Për vitin 2011, tek popullata e përgjithshme u përcaktua kjo vlerë e YLD: $YLD (2011) = 9 \times 12.3 \times 0.2 = 22.14$ vite. Ky rezultat do të thotë që gjatë vitit 2011, për shkak të paaftësisë së shkaktuar nga AR, në popullatën e rajonit Gjirokastrë u humbën 22 vite jete.

Gjatë vitit 2011 tek femrat u mor ky rezultat i YLD: $YLD (2011, \text{femra}) = 5 \times 12.3 \times 0.2 = 12.3$. Ky rezultat do të thotë që gjatë 2011 nga paaftësia për shkak të AR, u humbën 12 vite jete tek femrat.

Gjatë vitit 2011 YLD tek meshkujt rezultoi: $YLD (2011, \text{meshkuj}) = 4 \times 12.5 \times 0.2 = 10.0$. Mund të themi që, gjatë 2011, në rajonin tonë, për shkak të AR, u humbën 10 vite jete tek meshkujt.

Për të gjykuar mbi numrin total të viteve të humbura nga AR gjatë gjithë periudhës së studimit, u llogarit edhe YLD e kësaj periudhe (1996-2011). Gjatë kësaj periudhe morëm këtë vlerë të YLD: $YLD (1996-2011) = 477.24$ vite.

Vlerat e YLD të llogaritura në të dyja gjinitë për gjithë periudhën e studimit rezultojnë:

- YLD (femrat) = 378.84 vite
- YLD (meshkuj) = 100 vite

Kur gjykojmë për të gjitha vitet e studimit, themi që gjatë periudhës pesëmbëdhjetë vjeçare 1996-2011, për shkak të paaftësisë së shkaktuar nga AR, në rajonin Gjirokastrë humbën 477 vite jete të shëndetshme.

Vitet e humbura nga AR gjatë periudhës së studimit (DALY)

Nisur nga vlerat e YLL dhe YLD llogarisim ngarkesën që shkaktoi AR në rajonin tonë gjatë gjithë periudhës së studimit.

$$DALY = YLL + YLD = 141.6 + 477.24 = 615.84$$

Kështu, në rajonin e Gjirokastrës, si rezultat i sëmundshmërisë nga Artriti Reumatoid, gjatë periudhës 1995-2011, humbën afërsisht 616 vite jete.

4.1.2 Të dhënat demografiko-klinike të të sëmurëve me AR

Në këtë studim u përfshinë 194 të sëmurë me AR me banim në rajonin Gjirokastrë, gjatë periudhës Janar 1995 deri në Dhjetor 2011.

Karakteristikat demografike të të sëmurëve me Artrit Reumatoid

Karakteristikat demografike të të sëmurëve me AR janë paraqitur në Tabelat 4.3 dhe 4.4. Siç vihet re, shumica e të sëmurëve janë femra ($n=154$), që kanë një raport 4:1 me meshkujt ($n=40$). Më shumë se gjysma e të sëmurëve banojnë në rrethin e Gjirokastrës (53%), (Fig.4.4) ndërkohë që dy të tretat e të sëmurëve jetojnë në zonat urbane. Shpërndarja e të sëmurëve sipas banimit jepen në Figurën 4.5



Figura 4.4. Shpërndarja e të sëmurëve me AR sipas rretheve

Rreth 60% e tyre paraqiten me arsim 8- vjeçar, ndërkohë që mbi 8% e tyre ishin me arsim të lartë. Përpara se të sëmureshin, 75% e tyre ushtronin profesione që mund të cilësohen si punë fizike.

Nga pikëpamja e stadiit klinik, të sëmurët tanë u përkasin të katër stadeve. Në stadin e parë paraqitet vetëm një e dhjeta e të sëmurëve (9.8%). Gati gjysma e tyre, (45.8%) janë klasifikuar në stadin e tretë dhe të katërt.

Më shumë se një e treta e të sëmurëve (35.6%) rezultojnë invalidë. Të sëmurët me vite paaftësie në punë (n=89) kanë një mesatare prej 9.5 ± 8.5 vitesh paaftësie, ndërkohë që mesatarja e viteve të paaftësisë tek të gjithë të sëmurët (n = 194) është 4.2 ± 7.3 vite.

Mosha mesatare e të gjithë të sëmurëve, në fund të studimit është 56.5 ± 12.0 vite, me moshë minimale 22 vjeç dhe maksimale 83. (Tab.4.4) Shpërndarja e të sëmurëve sipas moshës rezulton gausiane, me numrin më të madh të tyre në grup-moshën 55-60 vjeç. (Fig 4.6).

Mosha mesatare e fillimit të sëmundjes është 44.1 ± 12.0 vite, që varion nga 16 deri 69 vjeç. (Figura 4.7). Shpërndarja është normale, në grafik vemë re që afërsisht gjysma të tyre kanë një moshë fillimi midis këtyre grupmoshave: 40-45, 45-50 dhe 50-55 vjeç.

Tabela 4.4. Të dhëna demografike në të sëmurët me Artrit Reumatoid

Variablet	Numri	Mesatare $\pm$ deviacion standard (Min-Max)
Mosha 2011 (vite)	187*	56.5 ± 12.0 (22-83)
Mosha në fillim (vite)	194	44.1 ± 12.0 (16-69)
Kohëzgjatja AR (vite)	194	12.3 ± 9.7 (1-53)
Diagnoz-vonesa (vite)	194	1.8 ± 1.9 (0-13)
Vite paaftësie (vite) **	194	0.0 [0.0-6.0] **
Numri i lindjeve (nr.)	154	3.0 ± 1.6 (0-8)

* Janë hequr të sëmurët e vdekur para 2011(n=7);

** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogausiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75. Mesatarja $\pm$ deviacion standard për këtë variabël është 4.2 ± 7.3 vjet (nga 0 deri 41 vjet).

SHPERNDARJA E RASTEVE TE SIR (AR)
NE QARKUN GJIROKASTER

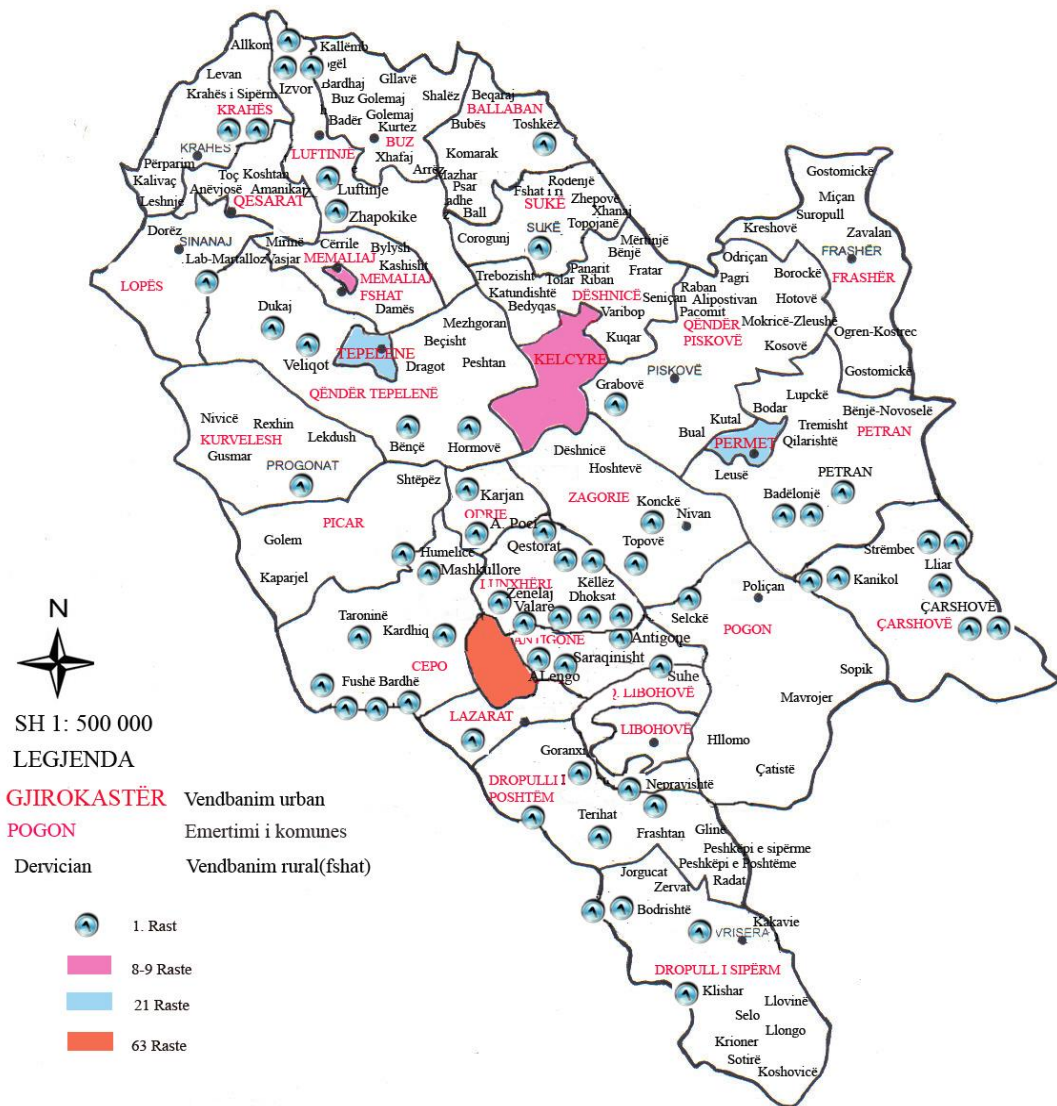


Figura 4.5 Të sëmuret me AR sipas vendbanimit në rajon.

Tabela 4.3. Të dhëna demografike në të sëmurët me Artrit Reumatoid.

Variablet	Vlerat (Nr.; %)
Gjinia (n=194)	
Femra,	154 (79.4)
Meshkuj	40 (20.6)
Rrethi (n=194)	
Gjirokastrë	104 (53.6)
Përmet	46 (23.7)
Tepelenë	44/22.7)
Banimit (n=194)	
Qytet	128 (66)
Fshat	66 (34)
Arsimi (n=194)	
≤ 8vjet	114 (58.8)
8-12vjet	64 (33)
>12vjet	16 (8.2)
Stadi funksional (n=194)	
I	19 (9.8)
II	86 (44.3)
III	80 (41.2)
IV	9 (4.6)
Profesioni (n=194)	
Punë jo fizike	48 (24.7)
Punë fizike	146 (75.3)
Invaliditeti (n=194)	
Po	69 (35.6)
Jo	125 (64.4)
Anamneza familjare qualitative (n=194)	
Negative	162 (83.5)
Pozitive	32 (16.5)
Anamneza familjare (n=194)	
Nëna/Babai/Fëmija	17(8.8)
Gjysh/Gjyshe	2 (1.0)
Vëlla/Motër	9 (4.6)
Kushërinj	4 (2.1)
Negative	162 (83.5)
Duhani (n=194)	
Jo	161(83%)
Po	33 (17%)
Alkooli (n=194)	
Jo	184 (94.8)
Po	10 (5.2)
Vdekur	7 (3.6)

Të dhënat janë paraqitur si numër i të sëmurëve (%).

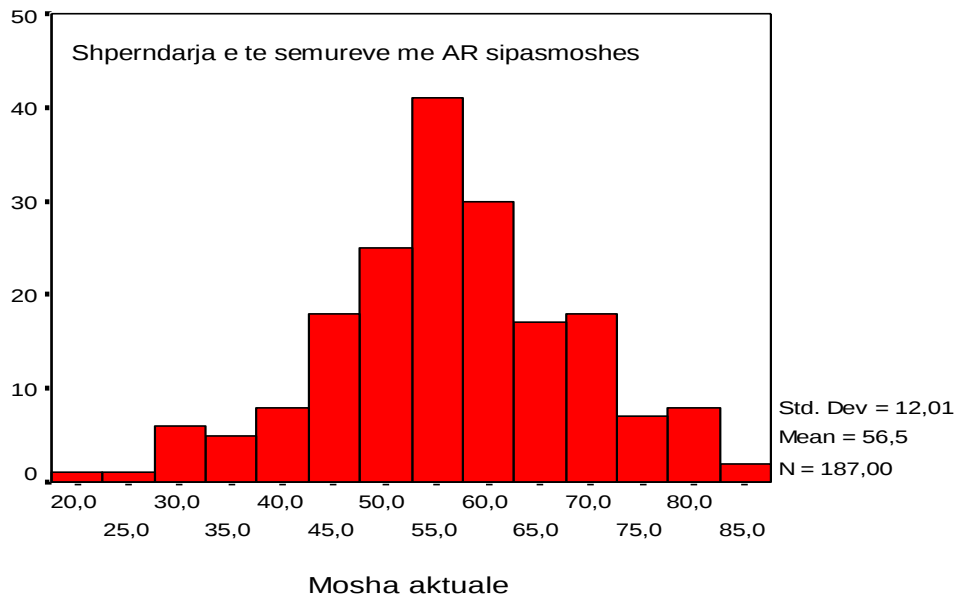


Figura 4.6. Shpërndarja e sëmurëve me AR sipas moshës. Siç shihet shpërndarja është normale. Të sëmurët në pjesën më të madhe ndodhen në grupmoshat 45-50,50-55,55-60, 60-65, me pikun në grupmoshën 55-60 vjeç.

Të sëmurët rezultuan me një kohëzgjatje mesatare të sëmundjes 12.3 ± 9.7 vite, që varion nga 1 vit deri në 53 vjet. Të sëmurët paraqitën një vonesë në diagnostikim prej 1.8 vitesh, (e cila luhet nga 0 deri 13 vjet vonesë).

Gratë kishin lindur mesatarisht 3 fëmijë (min. 0 dhe max.8) dhe 8 prej tyre (5.19%) nuk kishin lindur.

Gjatë viteve të përfshira në studim 7 prej të sëmurëve kanë vdekur, (3.2%), 3 prej të cilëve me insuficiencë renale kronike, 2 me insuficiencë renale akute, 1 me kancer pulmonar, dhe 1 me infarkt myocardial, 6 prej tyre ishin femra dhe 1 mashkull.

Të sëmurët tanë ishin në masën 17% përdorues të duhanit dhe 5.2% të alkoolit. Prej tyre, 16.5% kishin të afërm në familje të diagnostikuar me sëmundje inflamatorë reumatizmale.

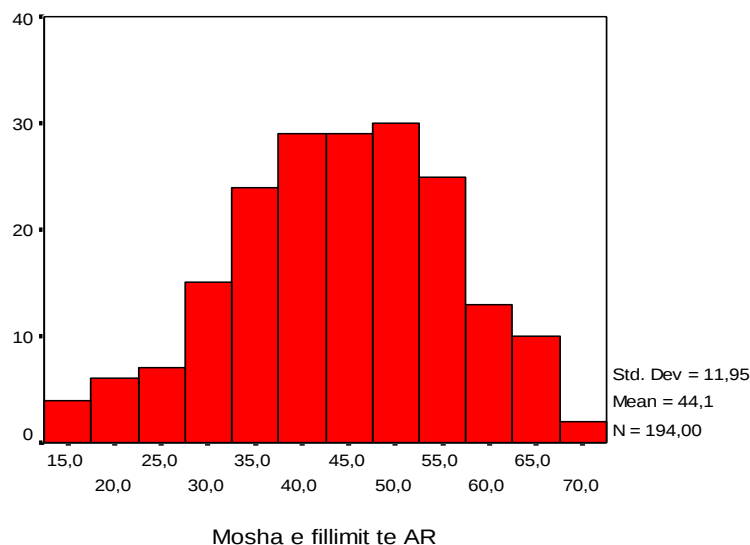


Figura 4.7. Shpërndarja e të sëmurëve sipas moshës së fillimit të AR

4.1.3. Të dhënat demografiko-klinike të të sëmurëve me AR sipas gjinisë

Në këtë studim raporti femra: meshkuj është 4:1. Parametrat demografike të analizuar sipas gjinisë janë paraqitur në Tabelën 4.5.

Tabela 4.5. Të dhënat demografike sipas gjinisë në të sëmurët me Artrit Reumatoid

Variablat	Femra		Meshkuj		P
	Nr.	Vlera *	Nr.	Vlera	
Mosha në vitin 2011 (vite)	148	56.0±12.1	39	58.2± 11.5	0.323
Mosha e fillimit (vite)	154	43.7±12.2	40	45.8±10.7	0.328
Kohëzgjatja e AR (vite)	154	12.3±9.6	40	12.5±10.4	0.896
Vite paaftësie (vite) *	154	0.0 [0.0; 6.0]	40	0.5 (0.0; 4.75)	0.796
Diagnoz - Vonesa (vite)	154	2.0±2.1	40	1.2±0.8	0.001
Invaliditeti (%)	154	49 (31.8%)	40	20 (50.0%)	0.032
Banimi	154		40		0.147
Fshat	48	31.0%	18	45.0%	
Qytet	106	69.0%	22	55.0%	
Arsimi	154		40		0.661
≤8 vjet	88	57.0%	26	65.0%	
8-12 vjet	53	53 34.0%	11	28.0%	
>12 vjet	13	13 (9.0%)	3	7.0%	
Profesioni	154		40		0.015
Punë fizike	110	71.0%	36	90.0%	
Punë jofizike	44	29.0%	4	10.0%	
Duhani pozitiv	154	5 (3.2%)	40	28 (70.0%)	<0.001
Alkooli pozitiv	154	0 (0.0%)	40	10 (25.0%)	<0.001
Anamnza familiare	154		40		0.775
pozitive	26	16.9%	6	15.0%	
negative	128	83.1%	32	85%	
Stadi	154		40		0.305
I	16	10.4%	3	7.5%	
II	70	45.5%	16	40.0%	
III	63	40.9%	17	42.5%	
IV	5	3.2%	4	10.0%	

*Të dhënat janë mesatare ± 1 deviacion standard, median [percentilet 25 dhe 75] ose numër i të sëmurëve (%). **Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogausiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75 dhe krahasuar me testin Mann-Whitney. Mesataret ± deviacionet standarde për këtë parametër, në të dy grupet janë: femrat: 4.2±7.3 vite; meshkuj: 4.2±7.5 vite.

Sic shihet, femrat dhe meshkujt nuk kanë dallime përsa i përket moshës, moshës së fillimit, kohëzgjatjes dhe viteve të paaftësisë. Ndërsa vonesa në diagnozë tek femrat është më e madhe (2 ± 2.1 vite), në krahasim me meshkujt (1.2 ± 0.8 vite), ($P=0.001$).

Mes parametrave të gravitetit, ndryshime të rëndësishme sipas gjinisë vëmë re vetëm për *invaliditetin*.

Kështu, 32 % e femrave janë invalide, ndërkohë që 50% e meshkujve janë të tillë, ($p=0.032$). Këtu kemi llogaritur këtë efekt të gjinisë: $OR=2.14$ me konfidence interval 95% [1.06; 4.3]. Kështu, meshkujt me AR në këtë studim kanë bërë më shpesh invalidizim sesa femrat me AR, dhe ky efekt është 2.1. Figura 4.10 përmban paraqitjen grafike të shpërndarjes së të sëmurëve sipas gjinisë dhe invaliditetit.

Gjithashtu, diferencë signifikante mes grupeve u gjet edhe për *përdorimin e duhanit* dhe *alkoolit*. Meshkujt me AR pijnë më shpesh duhan dhe alkool sesa femrat me AR.

Në popullatën e përgjithshme kemi këto të dhëna rreth përdorimit të duhanit: Femrat pijnë duhan mesatarisht në masën 3%-4%, ndërsa burrat e përdorin duhanin mesatarisht 49% [140]. Bazuar në të dhënat e studimit tonë, gratë me AR rezultuan 3.2 % duhanpirëse. Kështu, nuk ka diferenca midis pirjes së duhanit tek gratë me AR dhe grave në përgjithësi.

Burrat me AR rezultuan si 70% duhanpirës. Tek popullata e përgjithshme në 2010 janë 25333 burra duhanpirës, 26367 burra joduhani. (Tabela 2.1 mbi popullsinë tek metoda dhe të dhënat rreth duhanit në referencën 140). Tek AR, burra që pijnë duhan janë 28, burra që nuk përdorin duhan janë 12. Në bazë të këtyre të dhënave, u llogarit ky efekt: $OR=2.43$ me CI 95 % [1.23;4.78], $P=0.0079$. Që do të thotë, që burrat me AR në rajonin tonë janë 2.4 herë më të rrezikur për të pirë duhan sesa burrat në popullatën e përgjithshme.

Si përfundim, 79,3% e të sëmurëve të këtij studimi janë femra. Të dy gjinitë paraqesin karakteristika të ngjashme për shumicën e parametrave të studiuar. Nga ana tjetër, u vu re që, femrat kanë një vonesë më të madhe në diagnostikim, ndërsa meshkujt janë më shpesh invalidë, pijnë më shumë duhan dhe alkool, sesa femrat me AR.

4.1.4 Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me AR sipas stadeve

Në këtë studim, 89 të sëmurë (45.8%) ndodheshin në stadi të avancuara të sëmundjes. Parametrat demografike të të sëmurëve me Artrit Reumatoid në stadet e ndryshme janë paraqitur në tabelën 4.6.

Siç shihet, të sëmurët tanë, në dy stadet e para të sëmundjes kanë një moshë mesatare të fillimit të sëmundjes 46.0 ± 12.4 vite, ndërsa në dy stadet e avancuara sëmundja ka filluar në moshë më të re (41.9 ± 11.0 vite). Ky ndryshim që vihet re në moshën e fillimit mes dy grupeve është me rëndësi statistikore, ($p=0.018$). (Fig.4.8).

Diferencë me rëndësi statistikore mes dy grupeve vihet re dhe tek kohëzgjatja e artritit. Kështu, të sëmurët e stadeve III dhe IV kanë një kohëzgjatje më të madhe të sëmundjes sesa ata të dy stadeve të tjera, (15.3 ± 10.6 vite, përkundrajt 9.8 ± 8.2 vite).

Të sëmurët në stadin I+II kanë mesatarisht 0.2 ± 2.1 vite paaftësie, përkundrajt 9 ± 8.5 vite në stadet III dhe IV. Ndryshimet mes stadeve në lidhje me këto parametra janë me shumë signifikance. ($p<0.001$).

Tabela 4.6. Të dhënat demografike sipas stadeve në të sëmurët me Artrit Reumatoid.

Variablet	Stadi I+II		Stadi III+IV		P
	Nr.	Vlera*	Nr.	Vlera	
Mosha në vitin 2011 (vite)	105	55.7±12.7	82	57.5±11.1	0.325
Mosha e fillimit (vite)	105	46.0±12.4	89	41.9±11.0	0.018
Kohëzgjatja e AR (vite)	105	9.8±8.2	89	15.3±10.6	<0.001
Vite paaftësie (vite) **	105	0.0 [0.0; 0.0]	89	6.0 [2.0;11]	<0.001
Diagnoz - Vonesa (vite)	105	1.8±1.9	89	1.8±2.0	0.996
Gjinia (%)	105		89		0.345
Femra	86	81.9 %	68	76.4%	
Meshkuj	19	18.1%	21	23.6%	
Banimi	105		89		0.408
Fshat	33	31.4%	33	37.0%	
Qytet	72	68.6%	56	63.0%	
Arsimi	105		89		0.883
≤8 vjet	60	57.2%	54	60.1%	
8-12 vjet	36	34.2%	28	32.0%	
>12 vjet	9	8.6%	7	7.9%	
Profesioni	105		89		0.5
Punë fizike	77	87%	69	77.5%	
Punë jofizike	28	13%	20	22.5%	
Duhani pozitiv	15/105	14.3%	18/89	20.0%	0.338
Alkooli pozitiv	2/105	1.9 %	8/89	9.0%	0.046
Anamnza familiare pozitive	12/105	11.4%	20/89	22.5%	0.039
Invaliditeti	3/105	2.8%	66/89	74.0%	<0.001

*Të dhënat janë mesatare ± deviacion standard, median [percentilet 25 dhe 75] ose numër i të sëmurëve (%).

** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogaussiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75 dhe krahasuar me testin Mann-Whitney . Mesatarja ± deviacioni standard në stadet e ndryshme është: Stadi (I+II): 0.2±2.1 vite; Stadi (II+IV): 9.0±8.5 vite.

Të sëmurët tanë kanë një moshë aktuale pa ndryshime në stadet e ndryshme, (55.7±12.7 vite, përkundrejt 57.5±11.1 vite, (p = 0.325).

E njëjta gjë mund të thuhet edhe për vonesën në diagnozë, e cila rezulton të jetë pa ndryshime signifikante në të dy grupet.

Në dy stadet e para invalidët përbëjnë vetëm 2.8 % të të sëmurëve, kurse në stadet III+IV, invalidët përbëjnë 78% të të sëmurëve.

Ndër faktorët ambientale (banimi, profesioni, arsimi) nuk vihen re ndryshime mes dy grupeve. Shpërndarja e të sëmurëve sipas gjinisë në stadet e ndryshme është gjithashtu pa ndryshime të rëndësishme.

Ndër parametrat e tjerë, diferenca me rëndësi statistikore paraqesin të sëmurët me *anamnezë familjare pozitive*, dhe ata që pijnë alkool. Kështu, në dy stadet e avancuara janë 20 të sëmurë që kanë anamnezë familjare pozitive, në krahasim me 12 të sëmurë me anamnezë pozitive në stadet I+II. (p=0.039). OR= 2.25 me CI 95% [1.03; 4.90].

Pra, të sëmurët tanë me anamnezë familjare rezultojnë që kishin një risk më të lartë për të zhvilluar stadi të avancuar, sesa ata pa histori të pranishme familjare. Ky asociacion midis stadeve të avancuara dhe pranisë së historisë familjare është diskutuar edhe në kapitullin mbi anamnezën familjare. Figura 4.11 tregon shpërndarjen e të sëmurëve në stadi sipas anamnezës familjare.

Alkooli: Në grupin e dytë janë 8 të sëmurë që pijnë alkool, në krahasim me 2 të sëmurë në grupin e parë. Efekti i këtij faktori në të dhënat tona rezultoi: OR= 5.09, me konfidencë interval 95% [1.05; 24.6]. Kështu, ekziston një asociim i rëndësishëm midis formave të rënda të AR dhe konsumit të alkoolit në të sëmurët e këtij studimi.

Si përfundim, 45,8 % e të sëmurëve të këtij studimi gjenden në stadi të avancuar të AR. Të sëmurët e stadeve të ndryshme kishin të njëjtën moshë, vonesë në diagnozë, nuk kishin preferencë në lidhje me banimin, edukimin dhe profesionin, si dhe përdorimin e duhanit. Ata kishin një moshë më të re të fillimit të AR, më shumë kohëzgjatje të AR, më shumë vite që jetonin me paaftësi. Gjithashtu, stadi të avancuara bashkëshoqërohej në mënyrë të rëndësishme me invaliditetin, anamnezën familjare pozitive dhe përdorimin e alkoolit.

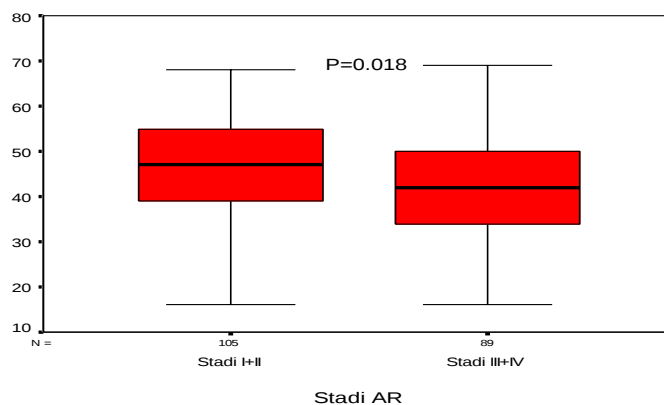


Fig.4.8. Paraqitja në box-plot e moshës së fillimit të AR në Stadi I+II dhe III+IV. Në të sëmurët e stadeve të avancuara AR ka filluar në moshë më të re, ($P=0.018$)

4.1.5 Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me AR sipas invaliditetit

Në këtë studim, 69 të sëmurë (36%) me AR rezultuan invalidë. Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me AR sipas invaliditetit janë paraqitur në tabelën 4.7.

Tek invalidët vihet re një moshë fillimi më e re (40.2 ± 9.7 vjet, përkundërsht joinvalidëve 46.3 ± 12.5 vjet), dhe kohëzgjatje më e madhe (15.4 ± 10.8 vjet përkundërsht 10.6 ± 8.6 vjet), (Figura 4.9).

Invalidët kanë mesatarisht 9.6 ± 9.1 vite pa aftësi, krahasuar me 1.3 ± 3.6 vite te joinvalidëve. ($p < 0.001$).

Përsa i përket shpërndarjes së invalidëve nëpër stadi, shohim që në stadin e parë nuk ka asnjë invalid, ndërsa në stadin e katërt asnjë joinvalid. Në stadin e tretë shumica e të sëmurëve janë invalidë (82.6%).

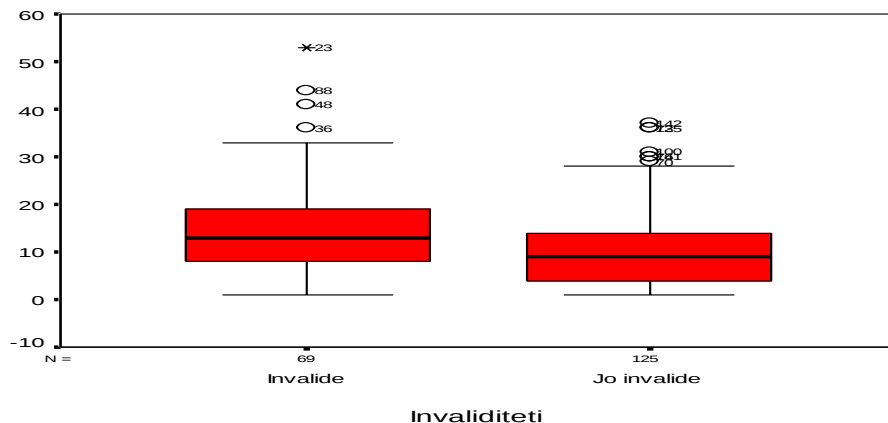


Figura 4.9. Kohëzgjatja e AR në box-plot sipas invaliditetit. Invalidëve kanë një kohëzgjatje më të madhe (afërsisht 5-20 vite), sesa joinvalidët (3-13 vite)

Gjinia, profesioni, përdorimi i alkoolit dhe duhanit në grupet me dhe pa invaliditet, kanë rezultuar me signifikançë.

Gjinia: sipas të dhënave të Tabelës 4.7, gjysma e meshkujve (n=20) janë invalidë, dhe ata përbëjnë 29% të invalidëve (29 në 69), përkundrajt 16% të joinvalidëve. Asociimi i seksit mashkull me invaliditetin është paraqitur edhe në Tabelën 4.5 dhe efekti OR i llogaritur për këtë asociim është diskutuar në kapitullin mbi gjininë, ndërsa paraqitja grafike ndodhet në Figurën 4.10.

Profesioni: 87% e invalidëve dhe 69% e joinvalidëve bëjnë punë fizike. Kur krahasohen me chi-katror, këto përqindje rezultojnë me signifikançë. Efekti i punës fizike në invaliditet është: $OR=3.02$, me confidence interval 95% [1.36; 6.7]. Kështu, bazuar në këto të dhëna themi që, të sëmuret që kanë profesione të cilësuar si punë fizike janë 3 herë më shpesh invalidë, sesa ata që ushtrojnë profesion jofizik.

Duhani: Edhe duhani na rezulton me efekt të rëndësishëm mbi invaliditetin. Kështu, në 69 invalidë, 18 pijnë duhan, tek 125 joinvalidë, 15 pijnë duhan. $OR= 2.58$, me konfidence interval 95% [1.2; 5.5]. Kështu, duhani rezultoi i asociuar në mënyrë signifikante me invaliditetin. Ky asociacion i invaliditetit me duhanin është paraqitur edhe në kapitullin mbi duhanin. Figura 4.13 paraqet grafikisht shpërndarjen e të sëmurve sipas duhanit dhe invaliditetit

Alkooli: Invalidët tanë kanë konsum më të shpeshtë të alkoolit (8 invalidë), në krahasim me joinvalidët (2 joinvalidë konsumojnë alkool). Këtu është llogaritur ky efekt: $OR=8.06$ me konfidence interval 95% [1.52; 56.84], $P= 0.0026$. Kështu, invalidët tanë konsumonin 8 herë më shumë alkool, sesa joinvalidët.

Anamneza familjare del me prirje për invaliditet por, nuk e kalon pragun e signifikançës, ($p=0.062$). Ndërsa efekti i arsimit dhe i banimit dalin pa signifikançe mes dy grupeve.

Tabela 4.7. Të dhënat demografike sipas invaliditetit në të sëmurët me Artrit Reumatoid.

Variablat	Invalid		Joinvalid		P
	Nr.	Vlera*	Nr.	Vlera	
Mosha në vitin 2011 (vite)	63	55,8±10.6	124	56,8±12.7	0.629
Mosha e fillimit (vite)	69	40.2±9.7	125	46.3±12.5	0.001
Kohëzgjatja e AR (vite)	69	15.4±10.8	125	10.6±8.6	0.001
Vite paaftësie (vite) *	69	6.0 [2.5; 16]	125	0.0 [0.0;0.0]	<0.001
Diagnoz - Vonesa (vite)	69	1.6±1.4	125	1.9±2.2	0.200
Gjinia (%)	69		125		0.032
Femra	49	71%	105	84%	
Meshkuj	20	29%	20	16%	
Banimi	69		125		0.868
Fshat	24	35%	42	33.6%	
Qytet	45	65%	83	66.4%	
Arsimi	69		125		0.568
≤8 vjet	40	58%	74	59.2%	
8-12 vjet	25	36.2%	39	31.2%	
>12 vjet	4	5.8%	12	9.6%	
Profesioni	69		125		0.005
Punë fizike	60	87%	86	69%	
Punë jofizike	9	13%	39	31%	
Duhani pozitiv	18/69	26%	15/125	13.6%	0.012
Alkooli pozitiv	8/69	11.6%	2/125	1.6%	0.003
Anamnza familiare pozitive	16/69	23.2%	16/125	12.8%	0.062
Stadi	69		125		<0.001
I	0	0.0%	19	15.2%	
II	3	4.4%	83	66.4%	
III	57	82.6%	23	18.4%	
IV	9	13.0%	0	0.0%	

*Të dhënat janë mesatare ± deviacion standard, median [percentilet 25 dhe 75] ose numër i të sëmurëve (%).** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogausiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75 dhe krahasuar me testin Mann-Whitney.

Mesataret ± deviacioni këtë parametër në të dy grupet janë: invalid: 9, 6±9.1 vite; joinvalid: 1.3±3.6 vite.

Si përfundim, 35,6% e të sëmurëve me AR janë invalidë. Invalidët nuk ndryshojnë nga joinvalidët me AR përsa i përket moshës, vonesës së diagnozës, banimit, arsimit dhe anamnezës familjare. Ata kanë signifektivisht një moshë fillimi të AR më të re, më shumë vite me AR dhe vite me paaftësi dhe ndodhen në stadet më të rënda të AR. Gjithashtu, vërehet asociacion signifikan i invaliditetit me seksin mashkull, profesionet e natyrës fizike, pirjen e duhanit dhe alkoolit.

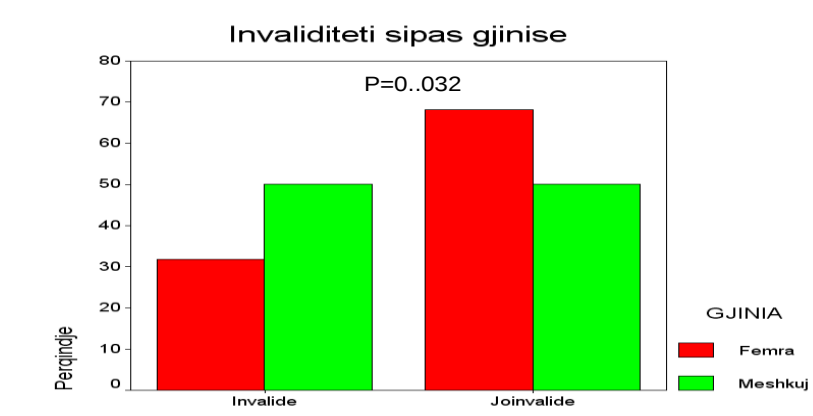


Figura 4.10. Shpërndarja e invaliditetit sipas gjinisë. Gjysma e meshkujve rezultojnë invalidë, ndërkohë që femrat janë invalide në 1/3 e tyre

4.1.6 Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me AR sipas anamnezës familjare.

Parametrat me ndryshime signifkante tek të sëmurët me anamnezë familjare positive dhe negative janë paraqitur në Tabelën 4.8

Vërejmë që të sëmurët me anamnezë familjare pozitive kanë moshë fillimi më të hershme, në krahasim me të sëmurët pa anamnezë familjare (39.1 ± 11.9 vite, përkundrejt 45.1 ± 11.7 vite). Gjithashtu, ky grup të sëmurësh ka kohëzgjatje më të madhe, (17 vite kundrejt 11.4) dhe vite paaftësie më shumë (mesatarisht 13.5 vite përkundrejt 8.3 vite tek të sëmurët pa anamnezë).

Stadet e sëmundjes: 20 të sëmurë me anamnezë familjare pozitive ndodhen në stadin III+IV, ndërsa në stadin e I+II ndodhen 12 të sëmurë me anamnezë familjare. Shpërndarja e të sëmurëve në stade sipas anamnezës familjare është paraqitur në Figurën 4.11.

Invaliditeti vihet re më shpesh tek të sëmurët me anamnezë familjare pozitive (16 janë invalidë, ose 50 % e të sëmurëve me anamnezë familjare janë invalidë), në krahasim me 53 të sëmurë, ose 32.7% e të sëmurëve pa anamnezë që janë invalidë. Por siç shihet, meqënëse ky efekt është shumë afër signifkancës (0.062), por pa e kaluar pragun 0.05, e konsiderojmë si trend për asociacion signifikan.

Nga faktorët ambientale, banimi rezultoi me ndryshime statistikore. Kështu, vumë re që, të sëmurët me anamnezë familjare banonin me shpesh në fshat (62.5%) e tyre, në krahasim me 28% e të sëmurëve pa anamnezë që banonin në fshat.

Si përfundim, të sëmurët tanë që kishin të afërm me SIR, kishin filluar AR në moshë më të re, kishin më shumë vite me sëmundjen dhe më shumë vite me paaftësi. Ata banonin më shpesh në zonat rurale si dhe ndodheshin në stadi më të avancuara, në krahasim me të sëmurët pa anamnezë familjare

Tabela 4.8. Të dhënat demografike sipas anamnezës familjare në të sëmurët me AR.

Variablat	Anamneza Familjare Negative		Anamneza Familjare Pozitive		p
	Nr.	Vlera*	Nr.	Vlera	
Mosha e fillimit (vite)	162	45.1±11.7	32	39.1±11.9	0.009
Kohëzgjatja e AR (vite)	162	11.4±8.7	32	17.0±13.0	0.003
Vite paaftësie (vite) **	162	0.0[0.0;5.0]	32	4.0 [0.0;16.0]	0.004
Invaliditeti	53/162	32.7%	16/32	50%	0.062
Stadi	162		32		0.039
I+II	93	57%	12	37%	
III+IV	69	43%	20	63%	
Banimi	162		32		<0.001
Fshat	46	28%	20	62.5%	
Qytet	116	72%	12	37.5%	

* Të dhënat janë mesatare ± deviacion standard, median [percentilet 25 dhe 75] ose numër i të sëmurëve (%). ** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogausiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75 dhe krahasuar me testin Mann-Whitney. Mesataret ± deviacioni standard për këtë parametër në të dy grupet janë: Anamneza familiare negative: 8.3±7.4 vite; anamneza familjare pozitive: 13.5±10.5 vite.

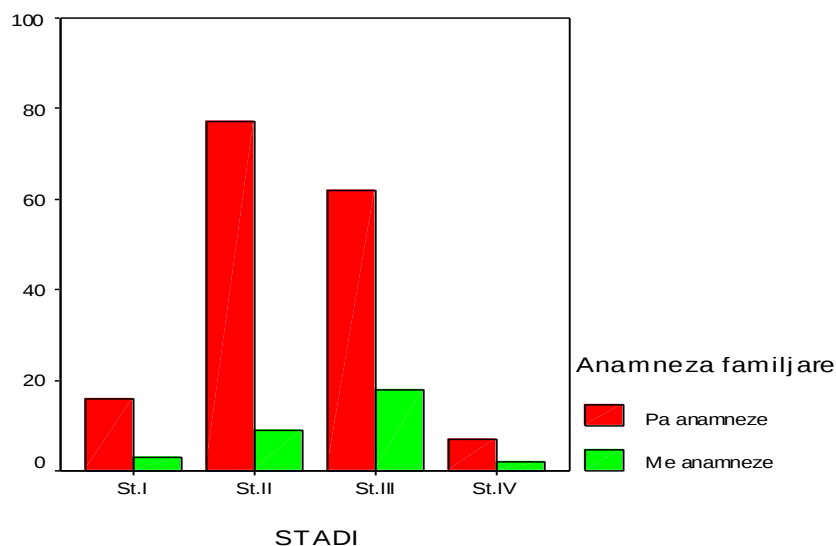


Figura 4.11. Shpërndarja e të sëmurëve me AR në stadi sipas anamnezës familjare. Shpërndarja në të grupet është gausjane. Pjesa më e madhe e të sëmurëve me anamnezë familjare ndodhen në stadin III, ndjekur nga stadi II, ata pa anamnezë ndodhen më shumë në stadin II ndjekur nga stadi III, ($p=0.039$)

4.1.7 Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me AR sipas duhanit

Këtu janë prezantuar edhe një herë rezultatet e analizës univariate sipas stadeve dhe invaliditetit, në grupin e të sëmurëve që konsumojnë duhan dhe ata që nuk konsumojnë duhan. Në Tabelën 4.9 janë paraqitur vetëm rezultatet me diferenca signifikante.

Kështu, të sëmurët që pinin duhan, kishin një vonesë në diagnozë mesatarisht 1.15 ± 0.76 vite, ndërsa të sëmurët që nuk pinin duhan kishin 1.96 ± 2.1 vite vonesë në diagnozë. Ky ndryshim midis grupeve në vonesën në diagnozë rezultoi signifikant.

U vu re gjithashtu që, të sëmurët me duhan bënë me shpesh punë fizike (93.9%), në krahasim me ata që nuk pinin duhan (71.4%).

Duhani rezultoi i bashkëlidhur me invaliditetin (Figura 4.12 paraqet shpërndarjen e të sëmurëve sipas invaliditetit dhe pirjes së duhanit). Kështu, më shumë se gjysma e të sëmurëve që pijnë duhan, rezultuan të jenë invalidë (54.6%), kundrejt 1/3 të joduhanpirësve (31.5%), që janë invalidë. Nga këto të dhëna llogaritem këtë efekt të duhanit mbi invaliditetin, nëpërmjet OR: OR= 2.58, me konfidence interval 95% [1.2; 5.5]. Kështu, duhani rezultoi i asociuar në mënyrë signifikante me invaliditetin.

Si përfundim, bazuar në këto rezultate të analizës univariate, të sëmurët tanë që pinin duhan rezultuan me një vonesë në diagnostikim më të pakët, ushtronin më shpesh profesione të cilësuar si punë fizike dhe ishin më shumë invalidë, në krahasim me të sëmurët me AR që nuk konsumonin duhan.

Tabela 4.9. Të dhënat demografike-klinike në të sëmurët me AR sipas përdorimit të duhanit.

Variablat	Duhan pozitiv		Duhan negativ		p
	Nr.	Vlera*	Nr.	Vlera	
Diagnoz – Vonesa (vite)	33	1.15 ± 0.76	161	1.96 ± 2.1	0.029
Prof - punë fizike	31/33	93.9%	115/161	71.4%	0.006
Invaliditeti	18/33	54.6%	51/161	31.5%	0.012

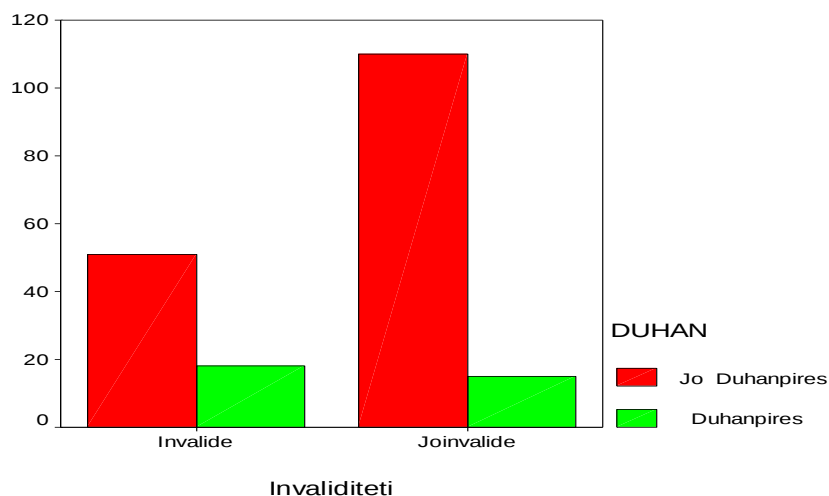


Figura 4.12. Shpërndarja e të sëmurëve me AR sipas duhanit dhe invaliditeti. Pesha që zenë të sëmurët që pijnë duhan tek invalidët është më e madhe, sesa tek joinvalidët.

4.1.8 Të dhënat e analizës multivariate

Për të përcaktuar prediktorët (parametrat) që lidhen në mënyrë independente dhe signifikante me dy pikëmbërritjet e studimit, invaliditetin dhe stadet e AR, u përdor analiza multivariate e shumfishtë (regresioni logistik multiple).

Parametrat e pavarura të futura në model për stadet ishin: gjinia, arsimi, banimi, mosha, mosha e fillimit të sëmundjes, kohëzgjatja, vonesa në diagnozë, profesioni, anamneza familjare, duhani, dhe alkooli. Regresioni logistik u krye me metodën "Backward Wald".

Parametri dependent (stadet) u nda në dy kategori: Stadi I+II dhe stadi III+IV. Kjo ndarje korrigjon numrin e vogël të të sëmurëve në stade të veçanta dhe bën të përshtatshëm aplikimin e regresionit logistik të shumfishtë. Nga modeli u identifikuan këto parametra, si prediktorë të pavarur dhe signifikant, në lidhje me stadet: mosha dhe mosha e fillimit. Vlerat e koeficientit β dhe të probabilitetit (p), jepen në Tabelën 4.10.

Tabela 4.10. Prediktorët e stadeve sipas regresionit logistik të shumfishtë.

Variabli	β -koeficienti	p
Mosha 2011	0.56	0.002
Mosha në fillim	-0.062	0.001

Regresioni logistik i shumfishtë i kryer për invaliditetin si variabël i varur u krye me të njëjtën metodë "Backward Wald". Variablat e pavarura të futura në model ishin: gjinia, banimi, arsimi, mosha, mosha e fillimit, kohëzgjatja, vonesa në diagnozë, profesioni, anamneza, duhani, alkooli.

Nga modeli dolën këto variabla: gjinia (meshkujt), vonesa në diagnozë, profesioni (i natyrës fizike), mosha. Këto parametra rezultojnë të lidhur në mënyrë independente, signifikante me invaliditetin; β -koeficienti dhe p ndodhen në Tabelën 4.11.

Tabela 4.11. Prediktorët e invaliditetit sipas regresionit logistik të shumfishtë.

Variabli	β -koeficient	p
Gjinia (meshkujt)	1.656	0.033
Diagnoz-vonesa	0.277	0.034
Profesioni(pune fizike versus mendore)	1.490	0.015
Mosha 2011	0.064	0.01

4.2 SPONDYLITI ANKYLOSANT (SA)

4.2.1 Epidemiologjia e Spondilitit Ankylosant në Rajonin Gjirokastrë

Situata epidemiologjike në rajon, për Spondylitin Ankylosant (SA), është paraqitur nëpërmjet treguesve të prevalencës dhe incidencës, të cilët janë llogaritur tek të rriturit (>14 vjeç) dhe tek popullata e përgjithshme.

4.2.1.1 Prevalenca SA

Gjatë periudhës së studimit 1995-2011, në rajonin e Gjirokastrës u diagnostikuan 54 të sëmurë me SA. Deri në vitin 1995 në rajonin tonë ishin të identifikuar dhe banorin 34 pacientë me SA, numri i tyre në 2001 rezultoi 44, ndërsa në 2011 jetonin 50 pacientë me SA në këtë rajon. 4 të sëmurë kanë vdekur gjatë kësaj periudhe. (7.4%), një me Insuficiencë Renale Akute (41 vjeç), një me Insuficiencë Renale Kronike (70 vjeç) dhe dy me Infarct Myocardial (71vjeç, 73 vjeç).

Prevalenca e SA u llogarit për vitin 1995, 2001, 2010 dhe 2011. Meqë të dhënat mbi popullatën në vitin 2011, paraqesin ndryshime të ndjeshme me vitet e mëparshme, prevalenca e SA u vlerësua në 2010 dhe 2011. Prevalenca u llogarit si point prevalencë në popullatën e përgjithshme dhe në të rriturit (> 14 vjeç).

Kështu, prevalenca e SA në rajonin Gjirokastrë në 2011 rezulton 0.067% tek popullata e përgjithshme, ose 67 raste/10⁵ banorë dhe 0.089% tek adultët, ose 89 raste/10⁵ adultë. Vlerat e prevalencës në vite, në popullatën e përgjithshme dhe tek adultët janë paraqitur më poshtë. Figura 4.13 përmban grafikun që tregon ndryshimin e prevalencës në vite në popullatën e përgjithshme dhe të rritur.

Prevalencat SA tek popullata e përgjithshme

Point prevalence 1995: (41) 0.025% ; ose 25 raste/10⁵ banorë.

Point prevalence 2001: (48) 0.043%, ose 43 raste/10⁵ banorë.

Point prevalence 2010: (50) 0.049%, ose 49 raste/10⁵ banorë.

Point prevalence 2011: (50) 0.067%, ose 67 raste/10⁵ banorë.

Prevalencat SA tek adultët (mbi 14 vjeç)

Point prevalence 2001 : (nr.47) 0.048%, ose 48 raste për 10⁵ adultë.

Point prevalence 2010 : (nr.49) 0.059% ose 59 raste /10⁵ adultë.

Point prevalence 2011 : (nr. 49) 0.089% ose 89 raste/10⁵ adultë.

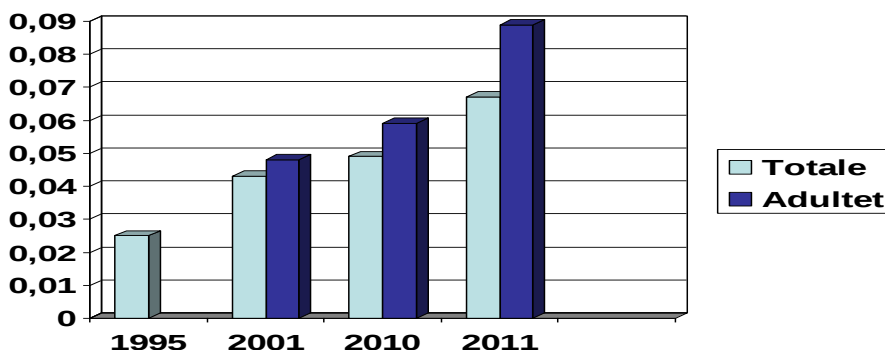


Figura 4.13. Prevalenca në vite e SA në rajonin Gjirokastrë, tek popullata e përgjithshme dhe e rritur (>14 vjeç). Të dhënat e popullsisë në 1995 janë përfituar nga Këshilli i Qarkut.

4.2.1.2 Incidenca SA

Incidenca e SA në rajon u llogarit mbi të dhënat retrospektive të rasteve të diagnostikuara për periudhën 5-vjeçare 2006-2010, në popullatën e përgjithshme dhe në të rriturit. Incidenca e SA rezulton 0.0038%, ose rreth 4 raste/ 10^5 banorë në 5 vjet dhe 0.0048%, ose rreth 5 raste të reja / 10^5 adultë për 5 vjet. Vlerat e incidencës në vitet e mëparshme (intervali 1996-2000 dhe 2001-2005 për popullatën e përgjithshme dhe 2001-2005 për të rriturit jepen më poshtë):

Incidentat SA tek popullata e përgjithshme

- Incidence 1996-2000: (nr.6) 0.0036% ose rreth 4 raste të reja në 5 vjet për 10^5 banorë.
- Incidence 2001-2005: (nr.3) 0.0018% ose rreth 2 raste të reja në 5 vjet për 10^5 banorë.
- Incidence 2006-2010: (nr.4) 0.0038% ose rreth 4 raste të reja për 5 vjet në 10^5 banorë.

Incidentat SA tek adultët (mbi 14 vjeç):

- Incidence 2001-2005: (nr.3) 0.0036%, ose rreth 4 raste për 10^5 adultë për 5-vjet.
- Incidence 2006-2010: (nr.4) 0.0048%, ose 5 raste për 10^5 adultë për 5 vjet.

2.2 Të dhënat demografiko-klinike të të sëmurëve me Spondylit Ankylosant

Gjatë periudhës së studimit Janar 1995- Dhjetor 2011 u identifikuan dhe u përfshinë në studim 54 të sëmurë me Spondylit Ankylosant me banim në rajonin Gjirokastrë. Karakteristikat e përgjithshme demografike të të sëmurëve me SA janë paraqitur në Tabelat 4.12 dhe 4.13.

Në rajonin Gjirokastrë banojnë 54 të sëmurë me SA, nga të cilët 88.9% janë meshkuj. Më shumë se gjysma e të sëmurëve banojnë në rrethin Gjirokastrë (53.7 %). Rreth dy të tretat e gjithë të sëmurëve banojnë në zona urbane (64.8%). Figura 4.14 paraqet shpërndarjen e rasteve me SA në këtë rajon sipas vendbanimeve të tyre.

Këta të sëmurë kanë tre nivele të arsimimit, ku shumica e tyre (57.4. %) kanë arsim 8-vjeçar dhe 7.4 % e tyre kanë arsim të lartë. Shumica dërrmuese e të sëmurëve ka ushtruar profesione të natyrës fizike (87%).

Përsa i përket gravitetit të SA, të sëmurët janë të shpërndarë në 4 stadet funksionale, ku dy të tretat e tyre ndodhen në stadin e tretë (63%) dhe dy e treta (64.8 %) janë invalidë. Gjatë periudhës së studimit 1995-2011, 4 të sëmurë kanë vdekur (7.4%), një me Insuficiencë Renale Akute (41 vjeç), një me Insuficiencë Renale Kronike (70 vjeç) dhe dy me infarct myocardial (71vjeç, 73 vjeç).

Prania e anamnezës familjare pozitive është në masën 18,5.%, këta të sëmurë janë 53.7% % përdorues të duhanit dhe 25.9 % të alkoolit. Prania e faktorëve të tjerë është përshkruar më lart.

Mosha mesatare e të sëmurëve me SA në vitin 2011 është 51.6 ± 12.7 vjeç, ku mosha minimale është 21 vjeç (n=1) dhe maximale 86 vjeç (n=1). Shpërndarja e të sëmurëve sipas moshës paraqitet në Figurën 4.15, ku vihet re që shumica e të sëmurëve kanë një moshë < 60 vjeç, dhe grupmosha më e shpeshtë është 55 vjeç dhe 45 vjeç.

Tabela 4.13. Të dhëna demografike në të sëmurët me Spondylit Ankylosant

Variablet	Numri	Mesatare $\pm$ deviacion standard (Min-Max)
Mosha 2011 (vite)	50*	51.6 $\pm$ 12.7 (21-86)
Mosha në fillim (vite)	54	29.7 $\pm$ 8.4 (10-45)
Kohëzgjatja AS (vite)	54	22.7 $\pm$ 11.2 (1-51)
Diagnoz-vonesa (vite)	54	2.8 $\pm$ 2.4 (0.-10)
Vite paaftësie (vite)**	54	5.0 [0.0 ; 19.3]

* Janë hequr të sëmurët e vdekur para 2011(n=4);

** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogausiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75. Mesatarja $\pm$ deviacion standard për këtë variabël është 9.1 $\pm$ 10.7 vjet (nga 0 deri 33 vjet).

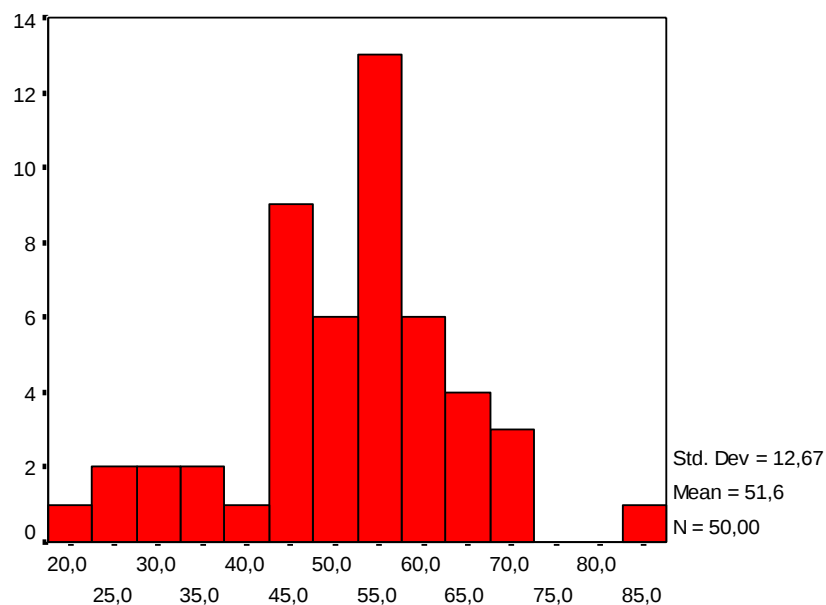


Figura 4.14. Shpërndarja e rasteve me SA në rajonin Gjirokastrë sipas vendbanimit.

Tabela 4.12. Të dhëna demografike në të sëmurët me Spondylit Ankylosant.

Variablet	Vlerat (Nr.; %)
Gjinia (n=54)	
Femra,	6(11.1)
Meshkuj	48(88.9)
Rrethi (n=54)	
Gjirokastrë	29 (53.7)
Përmet	11 (20.4)
Tepelenë	14 (25.9)
Banimit (n=54)	
Qytet	35 (64.8)
Fshat	19 (35.2)
Arsimi (n=54)	
≤ 8vjet	31 (57.4)
8-12vjet	19 (35.2)
>12vjet	4 (7.4)
Stadi funksional (n=54)	
I	3 (5.6)
II	15 (27.8)
III	34 (63.0)
IV	2 (3.7)
Profesioni (n=54)	
Punë jo fizike	7 (13.0)
Punë fizike	47 (87.0)
Invaliditeti (n=54)	
Jo	19 (35.2)
Po	35 (64.8)
Anamneza familjare qualitative (n=54)	
Negative	34 (63.0)
Pozitive	20 (37.0)
Anamneza familjare (n=54)	
Nëna/Babai/Fëmija	10 (18.5)
Gjysh/Gjyshe	1 (1.9)
Vëlla/Motër	7 (13.0)
Kushërinj	2 (3.7)
Negative	34 (63.0)
Duhani (n=54)	
Jo	25 (46.3)
Po	29 (53.7)
Alkooli (n=54)	
Jo	40 (74.1)
Po	14 (25.9)
Vdekur	4(7.4%)

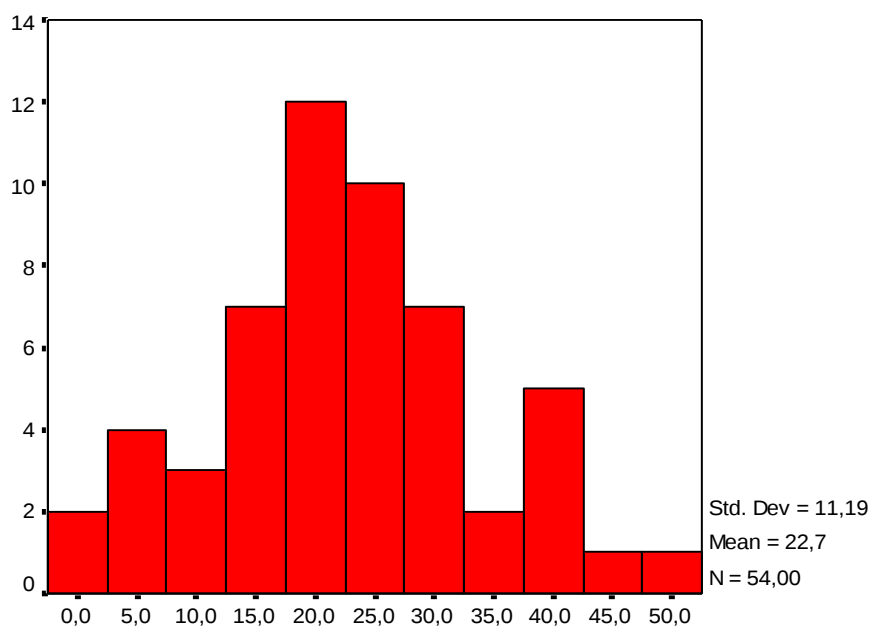
Të dhënat janë paraqitur si numër i të sëmurëve (%).



Moshë e të sëmurëve me SA në 2011

Figura 4.15. Shpërndarja e të sëmurëve me SA sipas moshës (vite).

Shpërndarja e të sëmurëve sipas kohëzgjatjes së SA është normale; ata kanë mesatarisht 22.7 vite me sëmundshmëri, e cila luhet nga 1 vit deri në 51 vite (Figura 4.16). Gjithashtu, të sëmurët me SA kanë vite paaftësie, kjo vlerë është mesatarisht 9.1 ± 10.7 vite, me vlerë minimale 0 vite (nga 0 deri 33 vjet).



Kohëzgjatja e SA

Figura 4.16. Shpërndarja e të sëmurëve sipas kohëzgjatjes (vite) të SA.

4.2.3 Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me SA sipas stadeve

Në dy stadet e para janë 18 të sëmurë me SA (33.3%) ndërsa në stadet III+IV janë 36 të sëmurë. Parametrat demografike të të sëmurëve me SA në stadet e ndryshme janë paraqitur në tabelën 4.14

Tabela 4.14 Të dhënat demografike sipas stadeve në të sëmurët me SA

Variablet	Stadi I+II		Stadi III+IV		P
	Nr.	Vlera*	Nr.	Vlera	
Mosha në vitin 2011 (vite)	17	50.0±14.8	33	52.4±11.6	0.527
Mosha e fillimit (vite)	18	33.2±8.0	36	28.0±8.2	0.031
Kohëzgjatja e SA (vite)	18	17.9±11.0	36	25.2±10.6	0.023
Vite paaftësie (vite)**	18	0.0 [0.0; 0.0]	36	8.0 [2.25;20.75]	<0.001
Diagnoz - Vonesa (vite)	18	1.9±1.5	36	3.3±2.7	0.053
Gjinia (%)	18		36		0.012
Femra	5	27.8%	1	2.8%	
Meshkuj	13	72.2%	35	97.2%	
Banimit	18		36		0.081
Fshat	3	16.7%	16	44.4%	
Qytet	15	83.3%	20	55.6%	
Arsimi	18		36		0.012
≤8 vjet	8	44.4%	23	63.9%	
8-12 vjet	6	33.3%	13	36.1%	
>12 vjet	4	22.2%	0	0.0%	
Profesioni	18		36		0.152
Punë fizike	14	77.8%	33	91.7%	
Punë jofizike	4	22.2%	3	8.3%	
Duhani pozitiv	4/18	22.2%	25/36	69.4%	0.001
Alkooli pozitiv	1/18	5.5%	13/36	38.2%	0.029
Anamnza familiare pozitive	3/18	16.7%	17/36	47.2%	0.053
Invaliditeti	3/18	16.7%	32/36	88.9%	<0.001

*Të dhënat janë mesatare ± deviacion standard, median [percentilet 25 dhe 75] ose numër i të sëmurëve (%). ** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogausiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75 dhe krahasuar me testin Mann-Whitney. Mesatarja ± deviacioni standard e stadet e ndryshme është: Stadi (I+II): 3.5±8.3 vite; Stadi (III+IV): 11.9±10.7 vite, $p=0.005$

Mosha mesatare e të sëmurëve me SA në stadin I+II nuk ndryshon nga mosha e të sëmurëve të stadi III+IV, $p=0.527$.

Përsa i përket moshës së shfaqjes së sëmundjes, të sëmurët e stadeve më të avancuara fillojnë më herët sëmundjen sesa ata të stadeve I dhe II (28.0 vite versus 32.2 vite; $p=0.031$).

Përveç kësaj, tek të sëmurët e stadeve III dhe IV vihet re një kohëzgjatje më e madhe e sëmundjes (25.2 vite përkundrejt 17.9 vite; $p=0.023$).

Vitet e paaftësisë vihen re kryesisht tek stadet e avancuara, (mediana 8.0 vite), ndërkohë që është 0 vite tek stadet e para. ($p<0.001$).

Gjithashtu, shohim që ka diferencë midis stadeve përsa i përket vonesës në diagnozë, por kjo diferencë nuk e arrin rëndësinë statistikore (3.3 vite vonesë në stadet III+IV, përkundrejt 1.9 vite vonesë në stadet I+II; $p=0.053$). Shpërndarja e të sëmurëve invalidë nëpër stade paraqet diferenca të rëndësishme statistikore ($p<0.001$). Kështu, 88.9% e invalidëve ndodhen në stadet III+IV.

Vëmë re që gjinia paraqet preferencë përsa i përket shpërndarjes nëpër stade. Kështu 80 % e femrave me SA ndodhen në dy stadet e para, të cilat përbëjnë 27.8% të të sëmurëve në këto stade. Ndërkohë që vetëm 37% e meshkujve ndodhen në stadet e para, të cilët përbëjnë 72.2% të të sëmurëve në këto stade. Këtu kemi llogaritur këtë efekt të gjinisë mbi stadet: [OR] = 13.5 confidence interval [CI] [1.43 to 126.38] $P=0.023$ duke treguar një risk më të lartë të meshkujve për të arritur stadet e avancuara radiologjike.

Nga tabela vëmë re që anamneza familjare ka një trend të fortë për efekt mbi stadet, por nuk e arrin signifikançën. Një arsye mund të jetë numri i pamjaftueshëm i rasteve për të arritur në ndonjë konkluzion në lidhje me rolin e anamnezës.

Përsa i përket efektit të *duhanit* mbi stadet, kemi llogaritur këtë vlerë: (OR=7.95 [2.13 to 29.72], $P=0.002$). Kështu, themi që stadet e avancuara të SA asociohen në mënyrë signifikante me përdorimin e duhanit.

Alkooli: Këtu kemi llogaritur OR= 9.61 me CI [1.13; 80.72], $p=0.037$. kështu, stadet e avancuara të AR rezultojnë të asociuar në mënyrë signifikante me konsumin e alkoolit.

Diferenca mes grupeve ka edhe për nivelin arsimor të të sëmurëve ($p=0.012$). Kështu, dy të tretat e të sëmurëve të stadeve të avancuara (63.9 %), janë me arsim 8 vjeçar dhe asnjë nuk ka arsim të lartë, ndërkohë që 22.2 % e të sëmurëve të stadeve të para janë me arsim të lartë.

Si përfundim, 66,7% e të sëmurëve me SA ndodhen në stadet e avancuara të sëmundjes. Stadet e rënda të SA bashkëshoqërohen në mënyrë signifikante me moshën më të re të fillimit të SA, kohëzgjatjen më të madhe të sëmundjes, më shumë vite me paaftësi, vonesë më të madhe në diagnozë, invaliditet, gjininë mashkull, arsimin e ulët, përdorimin e duhanit dhe alkoolit. Variablat që paraqesin një trend të fortë për ndryshim, por pa e arritur signifikançën janë: banimi dhe anamneza familjare.

4.2.4 Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me SA, sipas invaliditetit

Nga të sëmurët me SA 35 prej tyre rezultojnë invalidë (65%), nga të cilët 32 ndodhen në stadet III dhe IV. Parametrat demografiko-klinike të të sëmurëve me SA sipas invaliditetit janë paraqitur në tabelën 4.15.

Mosha mesatare e invalidëve me SA është 52.1 ± 9.4 , e cila nuk ndryshon nga mosha e joinvalidëve, 50.8 ± 17.0 , $p=0.774$.

Tek invalidët vëmë re një moshë të fillimit të sëmundjes më të re (28.1), në krahasim me joinvalidët (32.8vite), $p=0.046$.

Gjithashtu vëmë re një kohëzgjatje më të madhe të SA tek invalidët 25.3 vite, përkundrejt 18.0 vite tek joinvalidët, $p=0.020$.

Tabela 4.15 Të dhënat demografike sipas invaliditetit në të sëmurët me SA.

Variablat	Invalid		Joinvalid		P
	Nr.	Vlera*	Nr.	Vlera	
Mosha në vitin 2011 (vite)	31	52.1±9.4	19	50.8±17.0	0.774
Mosha e fillimit (vite)	35	28.1±8.1	19	32.8±8.4	0.046
Kohëzgjatja SA (vite)	35	25.3±9.7	19	18.0±12.5	0.020
Vite paaftësie (vite) *	35	11.0 [5.0; 23.0]	19	0.0 [0.0 ;0.0]	<0.001
Diagnoz -Vonesa (vite)	35	3.0±2.7	19	2.4±2.0	0.411
Gjinia	35		19		0.168
Femra	2	5.7%	4	21.1%	
Meshkuj	33	94.3%	15	78.9%	
Banimi	35		19		0.683
Fshat	13	37.1%	6	31.6%	
Qytet	22	62.9%	13	68.4%	
Arsimi	35		19		0.014
≤8 vjet	23	65.7%	8	42.1%	
8-12 vjet	12	34.3%	7	36.8%	
>12 vjet	0	0.0%	4	21.1%	
Profesioni	35		19		0.376
Punë fizike	32	91.4%	15	78.9%	
Punë jofizike	3	8.6%	4	21.1%	
Duhani pozitiv	22/35	62.9%	7/19	36.8%	0.067
Alkooli pozitiv	12/35	34.3%	2/19	10.5%	0.057
Anamneza familjare pozitive	17/35	48.6%	3/19	15.8%	0.032
Stadi	35		19		<0.001
I	0	0.0%	3	15.7%	
II	3	8.6%	12	63.2%	
III	30	85.7%	4	21.1%	
IV	2	5.7%	0	0.0%	

*Të dhënat janë mesatare ± 1 deviacion standard, median [percentilet 25 dhe 75] ose numër i të sëmurëve (%). ** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogaussiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75 dhe krahasuar me testin Mann-Whitney. Mesataret $\pm$ deviacioni standard për këtë parametër në të dy grupet janë: Inv.: 14.1±10.3 vite; joinv.: 0.0±0.0vite, $p<0.001$.

Vitet e paaftësisë tek invalidët kanë vlera shumë të larta (mediana 11.0 vite, me percentile 25 0.0 vite dhe percentil 75 21.0 vite) në krahasim me joinvalidët (këtu mediana është 0.0 vite me percentile 25 0.0 vite dhe 75 0.0 vite), $p<0.001$.

Arsimi: vihet re një prirje më e madhe për arsim 8 vjeçar tek invalidët, (65.7%) përkundrajt 42.1% tek joinvalidët, ndërsa të sëmurët me shkollë të lartë i hasim vetëm tek joinvalidët 21.1%, $p=0.014$.

Rezultatet që vihen re tek grupet e gjinisë, banimit dhe profesionit nuk janë signifikante. Për anamnezën familjare kemi këto të dhëna të treguara në Tabelën 4.16.

Tabela 4.16. Proporcionet e të sëmurëve sipas invaliditetit dhe anamnezës.

	invalid	joinvalid	total
Anamneza +	17	3	20
Anamneza -	18	16	34
total	35	19	54

Sipas tabelës 4.16 (crosstabele), ne llogarisim efektin e anamnezës mbi invaliditetin nëpërmjet Odds ratio: $OR=17/18 \times 3/16 = 5.04$ me CI [1.08 ; 26.5], $p = 0.032$. Ky rezultat tregon që invaliditeti asociohet në mënyrë signifikante me anamnezën familjare.

Si përfundim, 63 % e të sëmurëve me SA janë invalidë, të cilët gjenden në shumicë dërrmuese (91,4%) në stadet e avancuara. Invaliditeti u asociua në mënyrë signifikante me moshë të fillimit të SA më të re, kohëzgjatja më të madhe të sëmundjes, më shumë vite me paaftësi, me stadet e avancuara, me arsimim më të pakët, me anamnezë familjare pozitive.

4.2.5 Të dhënat e analizës multivariate

Për të përcaktuar prediktorët (parametrat) që lidhen në mënyrë independente dhe signifikante me dy pikëmbërritjet e studimit, invaliditetin dhe stadet e SA, u përdor analiza multivariate e shumfishtë (regresioni logistik multiple).

Parametrat e pavarura të futura në model për stadet ishin: gjinia, arsimi, banimi, mosha, mosha e fillimit të sëmundjes, kohëzgjatja, vonesa në diagnozë, profesioni, anamneza familjare, duhani, dhe alkooli. Regresioni logistik u krye me metodën "Backward Wald".

Parametri dependent (stadet) u nda në dy kategori: Stadi I+II dhe stadi III+IV. Kjo ndarje korrigjon numrin e vogël të të sëmurëve në stade të veçanta dhe bën të përshtatshëm aplikimin e regresionit logistik të shumfishtë.

Nga modeli u identifikuan këto parametra, si prediktorë të pavarur dhe signifikant, në lidhje me stadet: mosha, mosha e fillimit, profesioni, duhani. Vlerat e koeficientit β dhe të probabilitetit (p), jepen në Tabelën 4.17.

Tabela 4.17. Prediktorët e stadeve sipas regresionit logistik të shumfishtë.

Variabli	β -koeficienti	P
Mosha 2011	0.350	0.035
Mosha në fillim	-0.599	0.023
Profesioni	6.162	0.022
Duhani	7.354	0.009

Regresioni logistik i shumfishtë i kryer për invaliditetin si variabël i varur u krye me të njëjtën metode "Backward Wald". Variablat e pavarura të futura në model ishin: gjinia, banimi, arsimi, mosha, mosha e fillimit, kohëzgjatja, vonesa në diagnozë, profesioni, anamneza, duhani, alkooli.

Nga modeli dolën këto variabla: arsimi dhe mosha e fillimit. Këto parametra rezultojnë të lidhur në mënyrë independente, signifikante me invaliditetin; β -koeficienti dhe p ndodhen në Tabelën 4.18.

Tabela 4.18. Prediktorët e invaliditetit sipas regresionit logistik të shumfishtë.

Variabli	β -koeficient	P
Arsimi	1.296	0.021
Mosha e fillimit	0.109	0.041

4.3 Artriti Juvenil Idiopatik (AJI)

4.3.1 Epidemiologjia e AJI në rajonin Gjirokastrë

Në këtë studim, situata epidemiologjike në rajonin Gjirokastrë për Artritin Juvenil Idiopatik (AJI) është paraqitur nëpërmjet treguesve të prevalencës dhe incidencës, të cilët janë llogaritur tek fëmijët (0-14 vjeç) dhe tek popullata e përgjithshme.

4.3.1.1 Prevalenca AJI

Gjatë periudhës së studimit në rajonin tonë u diagnostikuan 36 të sëmurë me AJI. Në fillim të studimit, në 1995 ishin të diagnostikuar 15 pacientë me AJI, në 2001 ishin 20 të tillë. Në 2006 në këtë rajon banonin 26 të sëmurë me AJI, ndërsa në 2010 ky numër shkoi në 35 dhe në 2011 njiheshin gjithsej 36 të sëmurë të diagnostikuar. Gjatë kësaj periudhe një i sëmurë (2,8%) ka vdekur në 2004, nga insuficienca renale kronike në moshën 45 vjeçare. Prevalenca e AJI u përcaktua në fund të studimit (2011) dhe në disa prerje të bëra çdo 5 vjet gjatë periudhës së studimit (1995, 2001, 2006, 2010). Prevalenca u llogarit si point prevalencë (prevalencë e një momenti kohor), në popullatën e përgjithshme dhe tek fëmijët e moshës 0-14 vjeç.

Kështu, AJI në rajon, në 2011 ka një prevalencë 0.047% tek popullata e përgjithshme, ndërsa tek fëmijët (0-14 vjeç) ka një prevalencë prej 0.12%.

Vlerat e prevalencës në vite, në popullatën e përgjithshme dhe tek fëmijët (0 deri 14 vjeç), janë paraqitur në Tabelën 4.19. Kurba e rritjes së prevalencës në vit në të dy popullatat tregohet në grafikun e paraqitur në Figurën 4.18.

Tabela 4.19. Prevalenca e AJI në popullatën e përgjithshme dhe fëmijët.

Viti	Point prevalenca	
	Popullata përgjithshme	Fëmijët (0-14)
1995*	0.009%	***
2001	0.018%	0.04%
2006	0.024%	0.08%
2010	0.033%	0.12%
2011	0.047%	0.12%

*Të dhënat mbi popullsinë janë përfituar nga Këshilli i Qarkut

**Mungojnë të dhënat e popullsisë së fëmijëve për këtë vit.

4.3.1.2 Incidenca AJI

Incidenca e AJI u llogarit për një periudhë 5-vjeçare, bazuar në popullatën e përgjithshme dhe tek fëmijët (0-14vjeç). Llogaritja u bë mbi të dhënat retrospektive të rasteve, për periudhat e studimit 1996-2000, 2001-2005, dhe 2006-2010. Incidenca e AJI gjatë periudhës 2006-2010 tek fëmijët rezulton 0.033%, ose 33 raste /10⁵ fëmijë (0-14 vjeç), ndërsa incidenca totale për të njëjtën periudhë është 0.0095% (ose 10 raste /10⁵ banorë. Vlerat e incidencës 5 vjeçare për të tre periudhat në popullatën e përgjithshme dhe tek fëmijët jepen më poshtë.

Incidenat AJI tek popullata e përgjithshme:

- Incidence 1996-2000: (5) 0.0030%, ose 3 raste të reja në 5 vjet /10⁵ banorë.
- Incidence 2001-2005: (5) 0.0044%, ose mbi 4 raste të reja në 5 vjet /10⁵ banorë.
- Incidence 2006-2010: (10) 0.0095%, ose afërsisht 0.01%, ose rreth 10 raste të reja në 5 vjet /10⁵ banorë.

Incidenat AJI tek fëmijët (0-14 vjeç):

- Incidence 2001-2005: (nr.5) 0.017%, ose 17 raste të reja në 5 vjet për 10⁵ fëmijë.
- Incidence 2006-2010: (nr.7) 0.033%, ose 33 raste të reja në 5 vjet /10⁵ fëmijë.

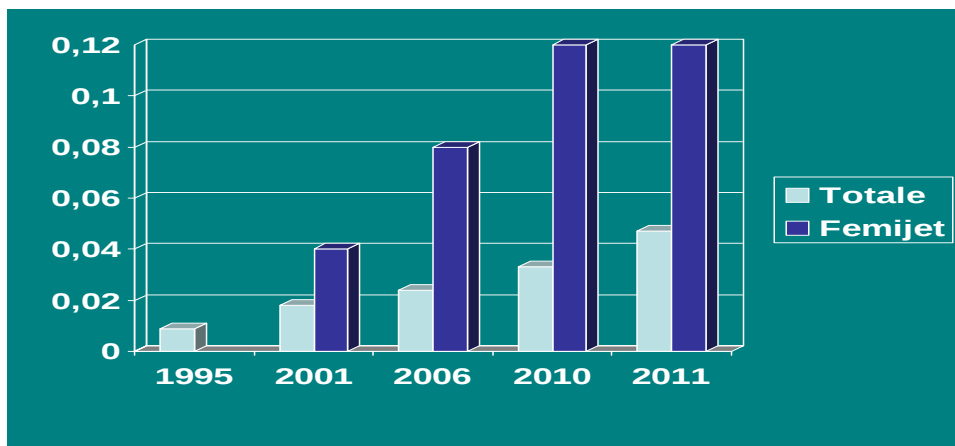


Figura 4.17. Point prevalenca e AJI në popullatën e përgjithshme dhe tek fëmijët.

4.3.2 Të dhënat demografiko-klinike të të sëmurëve me AJI

Gjatë periudhës së studimit 1995-2011 u identifikuan dhe u përfshinë 36 të sëmurë me Artrit Juvenil Idiopatik me banim në rajonin Gjirokastrë. Karakteristikat e përgjithshme demografike të të sëmurëve me AJI janë paraqitur në Tabelat 4.20 dhe 4.21.

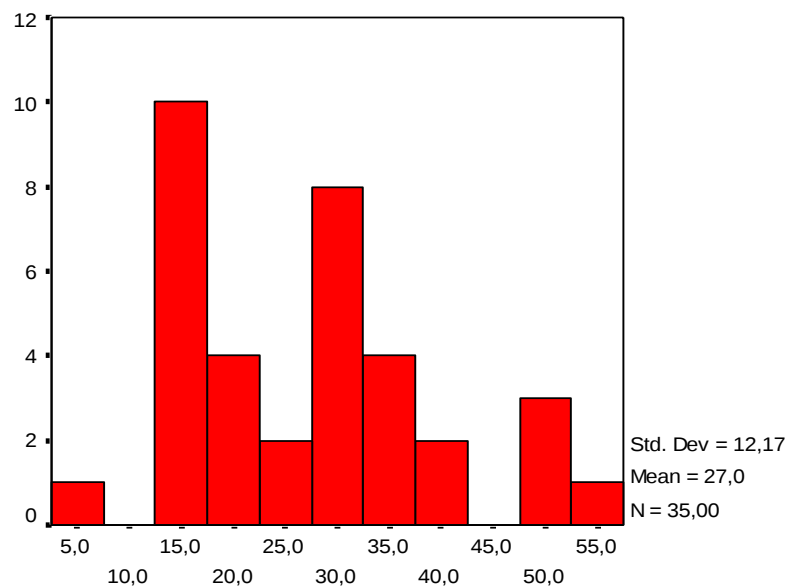
Në rajon banojnë 36 të sëmurë me AJI, nga të cilët rreth 2/3 janë femra (63.9%). Gjysma e të sëmurëve banojnë në rrethin e Gjirokastrës, ndërsa 61.1% e gjithë të sëmurëve banojnë në zona urbane). Shpërndarja e të sëmurëve në rajon sipas vendbanimit jepet në figurën 4. 19.

Rreth gjysma e tyre kanë arsim të mesëm, (48.6%), ndërkohë që 11.4% e tyre është me arsim të lartë (> 12 vjeçar).

Të sëmurët paraqesin katër forma të AJI, përkatësisht poAJI, oAJI, sAJI dhe eAJI, ku përqindjen më të madhe e ka oAJI (36.1%) dhe më të vogël sAJI (13.9%).

Mosha mesatare e të sëmurëve me AJI në vitin 2011 është 27.0±12.2 vjeç. Shpërndarja e të sëmurëve sipas moshës është paraqitur në Figurën 4.20. Grupmosha që haset më shpesh është 15 vjeç (10 të sëmurë), e ndjekur nga grupmosha 30 vjeç (8 të sëmurë), ndërkohë që një i sëmurë është 6 vjeç dhe një tjetër 55 vjeç.

Në të sëmurët tanë, sëmundja ka filluar mesatarisht në moshë 13 vjeç, që luhet nga mosha 3 deri 16 vjeç. Shumica e të sëmurëve (25 të sëmurë) e kanë moshën e fillimit nga 13-16 vjeç. (Figura 4.18).



Shpërndarja sipas moshës e të sëmurëve me AJI

Figura 4.18 Histogrami i shpërndarjes sipas moshës i të sëmurëve me AJI në Rajonin Gjirokastrë.

Të sëmurët me AJI kanë mesatarisht deri në fund të 2011 rreth 15 vite me sëmundjen, minimalisht 0 dhe maksimalisht 41 vite. Të sëmurët tanë paraqesin një vonesë në diagnozë prej 1.3 ± 1.4 vjet. Të sëmurët janë të shpërndarë në 4 stadi funksionale, përkatësisht, stadi I 41.7%, stadi II 25.0%, stadi III 13.9% ndërkohë që 19.4% e tyre gjenden në stadin IV.

Tabela 4.21. Të dhëna demografike në të sëmurët me Artrit Juvenil Idiopatik.

Variablet	Numri	Mesatare $\pm$ deviacion standard (Min-Max)
Mosha 2011 (vite)	35*	27.0 ± 12.2 (6-55)
Mosha në fillim (vite)	36	12.9 ± 2.8 (3-16)
Kohëzgjatja SA (vite)	36	14.6 ± 12.1 (0-41)
Diagnoz-vonesa (vite)	36	1.3 ± 1.4 (0-7)
Vite paaftësi (vite)**	36	0.00. [0.00 ; 5.75]

* Janë hequr të sëmurët e vdekur para 2011 (n=1);

** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogausiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75. Mesatarja $\pm$ deviacion standard për këtë variabël është 5.6 ± 10.2 vjet (nga 0 deri 35 vjet).

Statusin e invalidit e kanë 27.8% e të sëmurëve me AJI, të cilët (invalidët) kanë mesatarisht 20.5 vite paaftësie (e shprehur si mediane), me percetil 25 [16.5 vite] dhe percentil 75 [25.0 vite]]. Mesatarja e viteve të paaftësisë tek të gjithë të sëmurët me AJI (n=36) është 0 vite (e shprehur si mediane) me percentile 25 [0 vite] dhe 75 [5.75 vite].

Prania e të afërmeve me sëmundje inflamatore reumatizmale është në masën 13.9%.

Mortaliteti gjatë viteve të studimit rezulton 2.8% (1 i sëmurë, i cili ka vdekur në moshën 45 vjeç nga insuficiena renale kronike).

SHPERNDARJA E RASTEVE TE SIR(AJI)
NE QARKUN GJIROKASTER

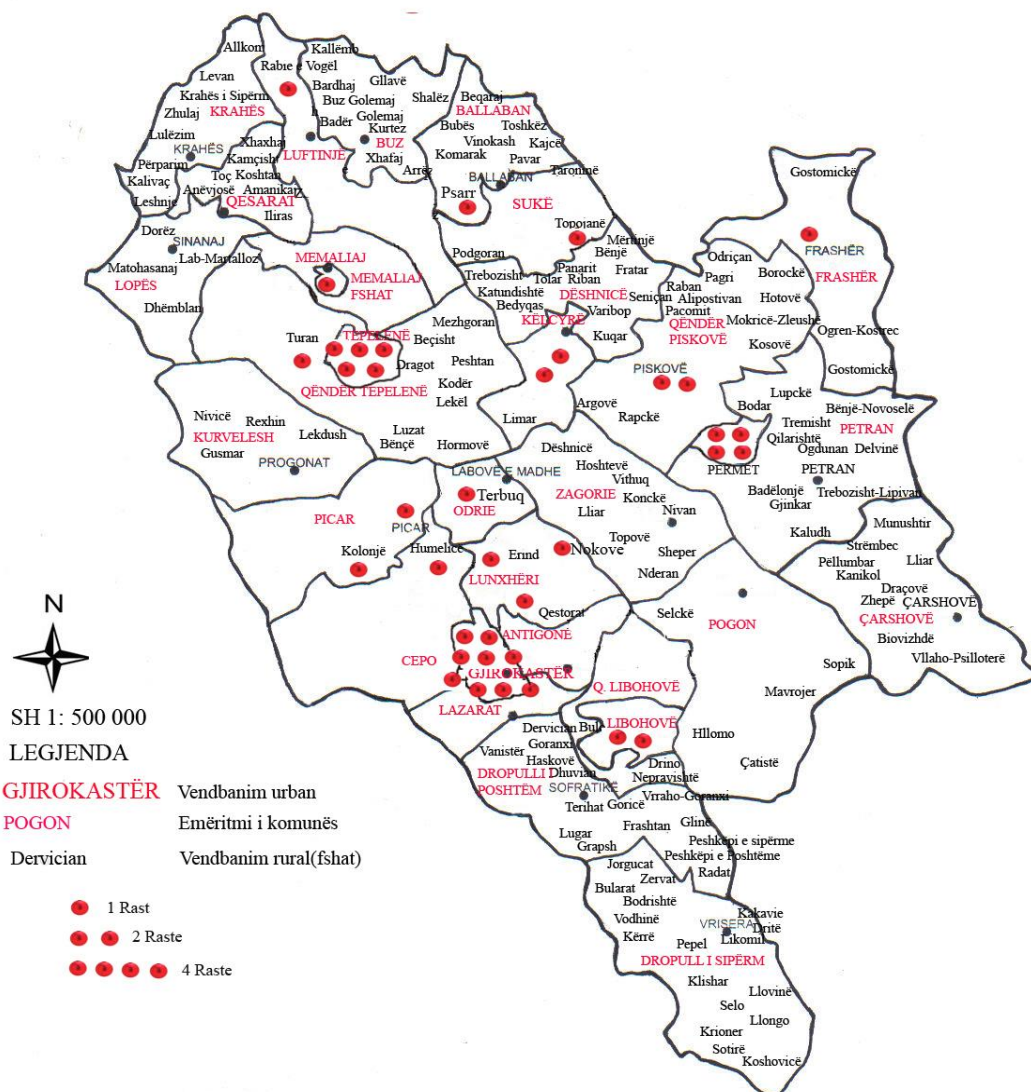


Figura 4.19. Shpërndarja e të sëmureve me Aji sipas vendbanimit në rajon.

Tabela 4.20. Të dhëna demografike në të sëmurët me Artrit Juvenil Idiopatik.

Variablet	Vlerat (Nr.; %)
Forma (36)	
poAJI	10 (27.8)
oAJI	13 (36.1)
sAJI	5 (13.9)
eAJI	8 (22.2)
Gjinia (n=36)	
Femra,	23 (63.9)
Meshkuj	13(36.1)
Rrethi (n=36)	
Gjirokastrë	18 (50.0))
Përmet	10 (27.8)
Tepelenë	8 (22.2)
Banimit (n=36)	
Qytet	22 (61.1)
Fshat	14 (38.9)
Arsimi (n=35)	
≤ 8vjet	14 (40.0)
8-12vjet	17 (48.6)
>12vjet	4 (11.4)
Stadi funksional (n=36)	
I	15 (41.7)
II	9(25.0)
III	5 (13.9)
IV	7 (19.4)
Invaliditeti (n=36)	
Po	10 (27.8)
Jo	26 (72.2)
Anamneza familjare qualitative (n=36)	
Negative	31 (86.1)
Pozitive	5 (13.9)
Anamneza familjare (n=36)	
Nëna/Babai/Fëmija	3 (8.3)
Gjysh/Gjyshe	1 (2.8)
Vëlla/Motër	0 (0.0)
Kushërinj	1 (2.8)
Negative	31 (86.1)
Vdekur	1 (2.8)

Të dhënat janë paraqitur si numër i të sëmurëve (%)

4.3.3 Të dhënat demografike-klinike të të sëmurëve me AJI sipas formave

Në këtë kapitull analizohen karakteristikat e të sëmurëve me AJI sipas formës së tyre, të cilat janë paraqitur në Tabelën 4.22.

Shpërndarja e të sëmurëve sipas gjinisë në format e ndryshme të AJI paraqet ndryshime me rëndësi statistikore ($p = 0.039$). Kështu, në tre forma (poAJI, oAJI dhe sAJI), femrat zenë një % më të madhe sesa meshkujt, ndërsa tek eAJI, janë meshkujt që zënë % më të madhe (75%). Kjo predispozitë e gjinisë për format e ndryshme të AJI është më e dukshme tek forma poAJI, ku raporti femra/meshkuj është 9:1 dhe tek forma eAJI ku ky raport femra/meshkuj është 1:3. (Figura 4.20).

Shumica e të sëmurëve me formën poAJI banojnë në zonat urbane, në raport 9:1 me zonat rurale. Forma sAJI, paraqet një raport të përmbysur qytet-fshat (1:4), ndërsa dallimet në banim në dy format e tjera (oAJI dhe sAJI), janë më pak të dukshme dhe e humbasin signifikançën ($p = 0.061$).

Niveli arsimor në format e ndryshme të AJI paraqet dallime me rëndësi statistikore ($p = 0.005$). Të sëmurët me formën poAJI kanë arritur tre nivele të arsimimit, ku gjysma e tyre (50%) kanë arsim 8-vjeçar, ndërsa 30% kanë arsim të lartë. Të gjithë të sëmurët me formën sAJI janë vetëm me arsim 8-vjeçar, ndërsa dy format e tjera, (oAJI dhe eAJI) kanë ngjashmëri në nivelin arsimor të të sëmurëve, 75 % e të sëmurëve në këto dy forma janë me arsim të mesëm.

Anamneza familjare pozitive mungon tek oAJI, ndërsa tek poAJI dhe sAJI është e pranishme në masën 20%, ndërkohë që haset në 25% të rasteve me eAJI. Megjithatë këto diferenca midis formave të ndryshme nuk janë të rëndësishme ($p = 0.335$).

Mosha aktuale e të sëmurëve me AJI paraqet ndryshime të rëndësishme në format e ndryshme. Kështu, mosha më e madhe vihet re tek forma sAJI, (40, 8 vite), e ndjekur nga poAJI, me 32. 8 vite, ndërkohë që oAJI paraqet moshën më të re të të sëmurëve me mesatare 20.7 vjet. ($p = 0.004$, Figura 4.21).

Përsa i përket kohëzgjatjes së sëmundjes, tek sAJI hasim mesataren më të lartë nga të gjitha format, 29.8 vite. ($p = 0.010$).

Të sëmurët me AJI nuk paraqesin diferenca përsa i përket moshës së fillimit të sëmundjes. Ajo varion nga 11.8 ± 2.8 vjeç tek sAJI deri në 14.4 ± 1.4 vjeç tek eAJI, por këto diferenca nuk janë signifikante, ($p = 0.192$).

Vonesa në diagnostikim në të gjitha format e AJI është pa ndryshime, (0.6 vite tek sAJI deri në 2.1 vite tek eAJI, $p = 0.195$).

Vitet e paafësisë paraqiten me diferenca të rëndësishme statistikore ($p < 0.001$). Kështu, ato mungojnë totalisht në formën oAJI, dhe janë në nivel shumë të ulët tek eAJI (0.6 vite mesatarisht), ndërkohë që vlerën më të lartë e hasim tek sAJI.

Përsa i përket dy outcomes (pikëmbërritjeve) të sëmundjes (invaliditetit dhe stadeve), forma sAJI paraqet variantin më të rëndë nga të gjitha format, e ndjekur nga poAJI, ndërkohë që oAJI paraqet variantin më të lehtë të sëmundjes. Kështu, vihet re që sAJI ka nivelin më të lartë të invaliditetit (100% të të sëmurëve), ndjekur nga poAJI me 40%, ndërkohë që oAJI ka nivelin më të ulët të invaliditetit (asnjë të sëmurë).

Rezultate shumë të ngjashme me invaliditetin vihen re dhe për shpërndarjen e të sëmurëve në stadet e ndryshme. Kështu, stadet e avancuar hasen në 100% të rasteve tek sAJI, ndërkohë që mungojnë totalisht tek oAJI.

Tabela 4.22. Të dhënat demografike sipas formës në të sëmuret me AJI.

Variablet	Format*								P
	po AJI		o AJI		s AJI		e AJI		
	Nr	Vlera**	Nr	Vlera	Nr	Vlera	Nr	Vlera	
Mosha 2011	10	32.8±14.3	13	20.7±8.9	4	40.8±6.4	8	23.1.±7.6	0.004
Mosha në fillim	10	13.5±2.1	13	12.0±3.6	5	11.8±2.8	8	14.4±1.4	0.192
Kohëzgjatja AJI	10	19.3±14.0	13	8.7±7.2	5	29.8±8.5	8	8.8±6.5	0.010
Diagnoz - vonesa	10	1.3±1.4	13	1.0±0.6	5	0.6±0.5	8	2.1±2.2	0.195
Vite paaftësi	10	8.3±12.7	13	0.0±0.0	5	21.0±2.0	8	0.6±1.8	<0.001
Gjinia	10		13		5		8		0.039
Femra	9	90%	9	69.2%	3	60%	2	25%	
Meshkuj	1	10%	4	30.8%	2	40%	6	75%	
Banimi	10		13		5		8		0.061
Qytet	9	90%	7	53.8%	1	20%	5	62.5%	
Fshat	1	10%	6	46.2%	4	80%	3	37.5%	
Arsimi	10		12		5		8		
8-vjet	5	50%	2	16.7%	5	100%	2	25%	0.005
12 vjet	2	20%	9	75%	0	0.0%	6	75%	
>12vjet	3	30%	1	8.3%	0		0	0%	
Anamneza familjare	2/10	20%	0/13	0.0%	1/5	20%	2/8	25%	0.335
Stadi aktual	10		13		5		8		0.001
I+II	6	60%	13	100%	0	0.0%	5	62.5%	
III+IV	4	40%	0	0.0%	5	100%	3	37.5%	
Invaliditeti	4/10	40%	0/13	0.0%	5/5	100%	1/8	12.5%	<0.001

*poAJI, poliartikulare AJI; oAji, oligoartikulare AJI, sAJI, sistemike AJI; eAji, enthesitis të lidhur me Artritin;

**Të dhënat janë mesatare ± deviacion standard, ose numër i të sëmurve (%).

Si përfundim, të sëmuret me AJI në rajonin Gjirokastrë paraqesin katër forma të sëmundjes, të cilat kanë ngjashmëri dhe diferenca midis tyre. Këto parametra paraqesin ndryshime mes formave të ndryshme: mosha, kohëzgjatja, vitet me paaftësi, gjinia, arsimi, stadi dhe invaliditeti. Forma që haset më shpesh është oAJI, e ndjekur nga poAJI. Forma më e rëndë paraqitet sAJI (100% invalidë dhe të sëmuret ndodhen në dy stadiet e avancuara), e ndjekur nga poAJI (40% invalidë, të sëmuret gjenden në të 4 stadiet), përkundrajt eAJI, e cila 12.5% të të sëmurve i ka invalidë, dhe të sëmuret ndodhen në tre stadiet e para. Forma oAJI paraqet formën me ecuri më të favorshme, të gjithë të sëmuret janë në stadi I dhe II dhe nuk ka asnjë invalid.

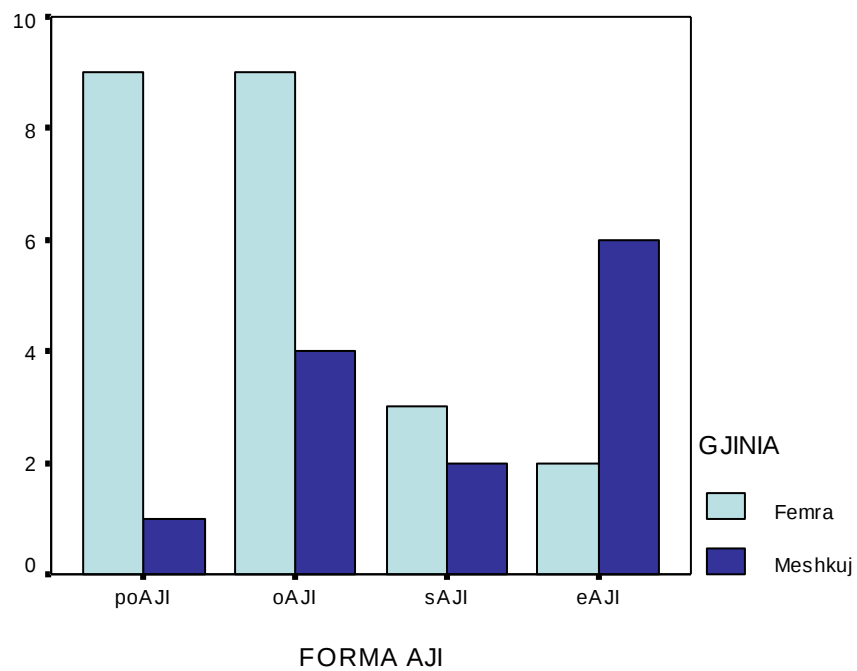


Figura 4.20 Shpërndarja e të sëmurëve sipas gjinisë në format e ndryshme të AJI.

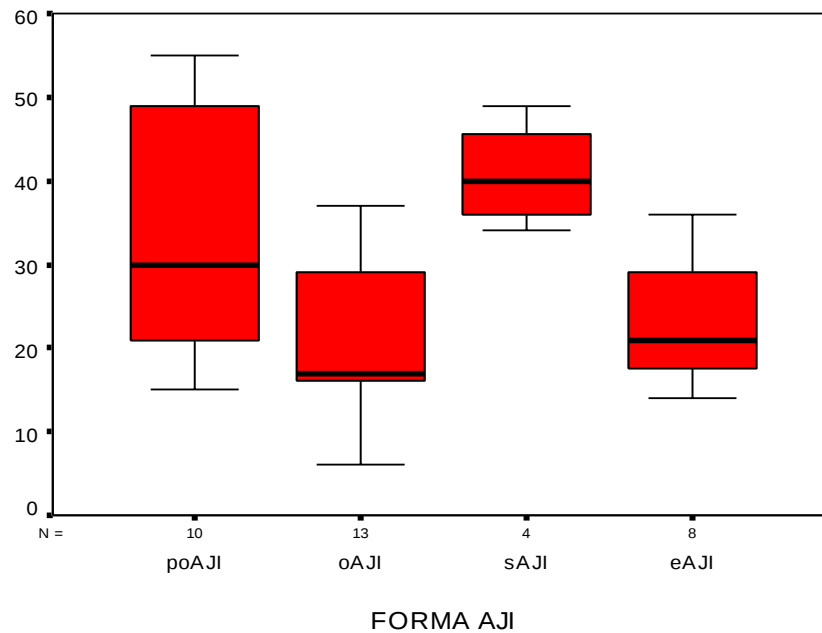


Figura 4.21. Mosha në box-plot e të sëmurëve sipas formës së AJI.

4.3.4 Të dhënat demografike-klinike të të sëmurëve me AJI sipas stadeve

Vlerësimi i gravitetit të AJI është bërë duke analizuar parametrat demografike-klinike të të sëmurëve me AJI sipas stadeve. Rezultatet e kësaj analize janë paraqitur në Tabelën 4.23.

Tabela 4.23. Të dhënat demografike sipas stadi në të sëmurët me AJI.

Variablat	Stadi I+II		Stadi III+IV		P
	Nr.	Vlera*	Nr.	Vlera	
Mosha në vitin 2011 (vite)	24	22.4±8.2	11	37.0±13.7	<0.001
Mosha e fillimit (vite)	24	12.8±3.1	12	13.1±2.1	0.806
Kohëzgjatja e AJI (vite)	24	9.6±7.2	12	24.6±13.8	<0.001
Vite paaftësie (vite) **	24	0.0 [0.0; 0.0]	12	20.0 [5.25 ; 23.25]	<0.001
Diagnoz - Vonesa (vite)	24	1.4±1.4	12	1.0±1.3	0.403
Forma	24		12		0.001
poAJI	6	25%	4	33.3%	
oAJI	13	54.2%	0	0.0%	
sAJI	0	0.0%	5	41.7%	
eAJI	5	20.8%	3	25%	
Gjinia (%)	24		12		0.624
Femra	16	66.7%	7	58.3%	
Meshkuj	8	33.3%	5	41.7%	
Banimit	24		12		0.334
Qytet	16	66.6%	6	50.0%	
Fshat	8	33.3%	6	50.0%	
Arsimi	23		12		<0.001
≤8 vjet	3	13.0%	11	91.7%	
8-12 vjet	16	69.6%	1	8.3%	
>12 vjet	4	17.4%	0	0.0%	
Anamnza familiare pozitive	4/24	16.7%	1/12	8.3%	0.496
Invaliditeti	0/24	0.0%	10/12	83.3%	<0.001

*Të dhënat janë mesatare ± 1 deviacion standard, median [percentilet 25 dhe 75] ose numër i të sëmurëve (%).

** Vitet e paaftësisë kanë shpërndarje jogaussiane prandaj janë paraqitur si median me percentilet 25 dhe 75 dhe krahasuar me testin Mann-Whitney. Mesataret ± deviacioni standard për këtë parametër në të dy grupet janë: stadi I+II= 0.0±0.0 vite; stadi III+IV: 16.7±11.3vite, $p<0.001$

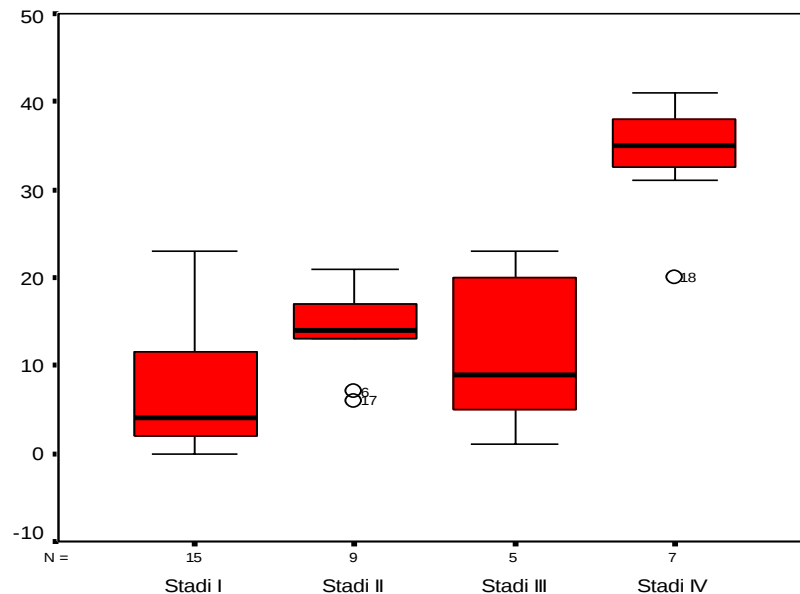


Figura 4.22. Box-plot i viteve me sëmundshmëri në stadet e ndryshme të AJI.

Të sëmurët e stadeve të ndryshme të AJI paraqesin diferenca të rëndësishme përsa i përket moshës, viteve me sëmundjen, viteve të paaftësisë. Gjithashtu, shpërndarja e të sëmurëve në stadet e ndryshme paraqet ndryshime statistikore të rëndësishme në lidhje me format e AJI, arsimin dhe invaliditetin. Parametrat që nuk paraqesin ndryshime të rëndësishme kur analizohen sipas stadeve janë: mosha e fillimit të AJI, vonesa në diagnozë, gjinia, banimi, anamneza familjare.

Mosha e të sëmurëve në dy stadet e para është 22.14 ± 8.2 , e cila është në mënyrë signifikante më e vogël sesa mosha në dy stadet e avancuara (37.0 ± 13.7 , $p < 0.001$).

Të sëmurët në stadin III+IV kanë më shumë vite me sëmundjen sesa ata të stadeve të para (24.6 ± 13.8 vite, përkundrajt 9.6 ± 7.2 vite, (Figura 4.22, $p < 0.001$), gjithashtu këta të sëmurë kanë mesatarisht 20 vite paaftësie në punë. Vitet e paaftësisë mungojnë në dy stadet e para ($p < 0.001$).

Format e ndryshme të AJI paraqesin preferenca të rëndësishme për stadet e sëmundjes ($p = 0.001$). Numrin më të madh të të sëmurëve në stadet III+IV e përbëjnë të sëmurët me formën sAJI (41.7%), të ndjekur nga poAJI, (33.3%) dhe eAJI (25%), ndërkohë që nuk ka asnjë të sëmurë me formën oAJI. Pjesa më e madhe e të sëmurëve në stadin I+II janë të formës oAJI (54.2%), të ndjekur nga poAJI (25 %) dhe eAJI (20.8%), ndërkohë që nuk ka asnjë të sëmurë me sAJI. (Figura 4.23).

Shumica dërmuese e të sëmurëve në stadet III+IV kanë arsim 8-vjeçar (91.7%), ndërkohë që asnjë i sëmurë nuk ka > 12 vjet arsimim. Në stadin I+II, më shumë se 2/3 e të sëmurëve kanë arsim të mesëm (69.6%) dhe 17.4% kanë arsim të lartë. ($p < 0.001$).

Invalidët ndodhen të gjithë në dy stadet e avancuara të sëmundjes, duke përbërë 83.3% të të sëmurëve në këto stade.

Si përfundim, një e treta e të sëmurëve me AJI ndodhen në stadin III+IV (33.3%). Të sëmurët që ndodhen në stadet e avancuara kanë moshë më të madhe, kohëzgjatje më të madhe të sëmundjes dhe më shumë vite me paaftësi pune, sesa të sëmurët që ndodhen në stadet I+II. Ata kanë një nivel arsimimi më të ulët, 83.3% e tyre janë invalidë. Të sëmurët e stadeve III+IV i përkasin formës sAJI, poAJI dhe eAJI.

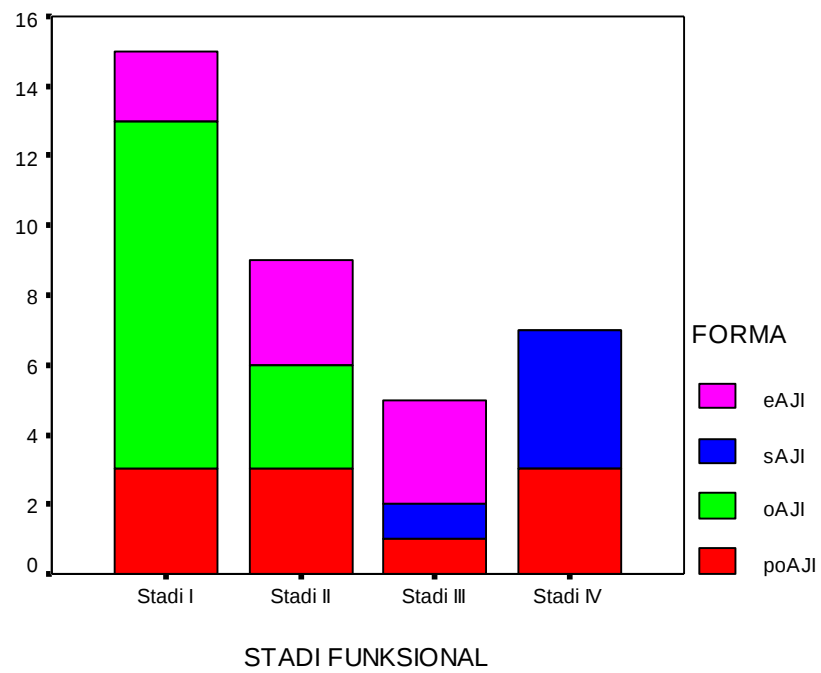


Figura 4.23. Shpërndarja e të sëmurëve në stade të ndryshme sipas formës së AJI.

5. DISKUTIMI

Ky studim vlerësoi për herë të parë mbi baza dhe metodologji shkencore, prevalencën, incidencën, barrën, praninë e faktorëve të njohur riskues dhe bashkëshoqërimin e mundshëm të parametrave me format e avancuara të SIR në Rajonin Gjirokastrë, në një grup prej 284 pacientësh (194 AR; 54 SA; 36 AJI), të cilët kanë qenë banorë të Rajonit në periudhën Janar 1995- Dhjetor 2011. Më poshtë rradhiten në mënyrë të përmbledhur gjetjet kryesore të këtij studimi dhe bëhet krahasimi i tyre me të dhënat e literaturës bashkëkohore.

5.1 ARTRITI REUMATOID (AR)

Një numër total prej 194 pacientësh ishin të diagnostikuar me AR në popullsinë e Rajonit gjatë periudhës Janar 1995 – Dhjetor 2011. Prevalenca e AR në vitin 2011 rezultoi 0.25% për popullsinë e përgjithshme, 0.34% për popullsinë adulte, 0.40% për femrat dhe 0.10% për meshkujt.

Vlera e prevalencës për vitet e studimit, në popullsinë e përgjithshme ishte: 0.036% në 1996, u trefishua në vitin 2001 (rreth 0.1%) dhe vazhdoi të rritej deri në 0.18% në vitin 2010.

Prevalenca në popullsinë adulte (>14 vjeç) nga 0.13% në vitin 2001, u rrit në 0.18% në 2006, arriti 0.22% në 2010. Prevalenca ishte më e lartë në femrat sesa në meshkujt gjatë gjithë periudhës së studimit, ajo rritej progresivisht në të dy gjinitë, sidomos në femrat, 0.057% në vitin 1996, 0.16% në vitin 2001, 0.24% në vitin 2006, 0.28% në vitin 2010.

Period prevalencat në popullsinë e përgjithshme ishin 0.078%, për periudhën 1997 – 2001, 0.14% për periudhën 2002 – 2006, dhe 0.20% për periudhën 2007 – 2011.

Incidenca e AR në vitin 2011 rezultoi 0.012% për popullsinë e përgjithshme; 0.016% në popullsinë adulte; 0.024% për femrat; dhe 0.010% për meshkujt; Incidenca luhatej 7 raste/10⁵ banorë në vitet 1996 - 1998, 5 – 6 raste për 10⁵ banorë në vitet 1999 – 2001, 7 – 8 raste për 10⁵ banorë në vitet 2002 – 2005, 8 – 9 raste për 10⁵ banorë në vitet 2006 – 2010. Incidenca në femrat ishte më e lartë se në meshkujt. Incidenca kumulative 5 vjeçare në popullatën totale, adulte, femrat dhe meshkujt nuk ndryshoi me kalimin e viteve.

Pamja e normave të prevalencës dhe të incidencës së AR në rajonin Gjirokastrë, përshtatet me luhatjet në vendet e tjera: “Ndërsa popullsia plaket, prevalenca mund të rritet ose të qëndrojë e njëjtë, megjithëse incidenca qëndron e njëjtë ose e ulur, thjesht se njerëzit me AR janë duke jetuar gjatë” [26].

Shumica e vlerësimeve për prevalencën e AR në botë nga studimet e bazuara në kriteret 1987 ACR, japin vlera që variojnë nga 0.2 % dhe 1.2%, incidencën në gratë sa dyfishin e burrave [52]. Europa Veriore ka shkallë më të lartë të prevalencës, duke filluar nga 0.4% në 1% në krahasim me pjesën tjetër të botës. Europa Jugore ka normë më të ulët duke filluar nga 0.3% deri në 0.7% [85]. Incidenca e konstatuar në Europën Jugore është 16.5 raste për 100 mijë popullsi [8]. Në Itali, Cimmino et al. 1998 raportojnë një prevalencë prej 0.33% [86]. Në vitin 1998, Stojanovic et al. raportojnë vlerën 0.2% në ish Republikën e Jugosllavisë [87]. Një prevalencë 0.7% raportojnë Adrianakos et al. në vitin 2003 në Greqi [88]. Në vitin 1997, Drosos et al [89] për Greqinë veriperëndimore (rajoni i Janinës) për vitet 1987–1995 kanë raportuar 428 raste AR, me një incidencë vjetore që luhetet midis 12 – 36 raste për 10⁵ persona të moshës 16–75 vjeç. Incidenca në femra 0.4 dhe në meshkuj 0.1.

Vlerat e prevalencës së AR në Rajonin Gjirokastrë, për moshën adulte 0.34% dhe incidenca vjetore 16 raste për 10⁵ banorë mbi 14 vjeç ishin shumë të përafërta me vlerat përkatëse të gjetura në rajonin e Janinës, Greqi. Po ashtu dhe incidenca sipas seksit 0.4 për femrat dhe 0.1 për meshkujt ishte e njëjtë me këtë rajon [89]. Studimet mbi incidencën dhe prevalencën e AR sugjerojnë ndryshime midis popullsisë të ndryshme, madje edhe brenda të njëjtit shtet [8] [90] [91] [92]. Shpjegimet e mundshme përfshijnë ndryshimet rajonale në faktorët e sjelljeve, klimës, ekspozimet ambientale, diagnozën e AR dhe faktorët genetik [93], [94].

Për vitin 2011 vlerat e prevalencës (0.25%) dhe incidencës totale (12 raste për 10⁵ banorë) ishin më të larta krahasuar me vlerat në vitin 2010 për shkak të ndryshimit të numrit të popullsisë në rajon të rishikuar nga censusi, i cili bazohet mbi numrin e popullsisë reale që banon aktualisht në rajon (prezente në momentin e regjistrimit), duke reflektuar edhe lëvizjet e popullsisë në sajë të emigracionit. Për këtë arsye kishte një diferencë në popullatë mbi 25 mijë banorë më pak në 2011 në krahasim me 2010.

Për periudhën 1995 -2000 vlerat e prevalencës dhe incidencës ishin më të ultat për shkak të ndryshimit të numrit të popullsisë, sepse studimi u bazua mbi numrin e popullsisë së Prefekturës, referuar Regjistrat Statistikor të rretheve, Këshilli i Qarkut Gjirokastrë, i cili pasqyron numrin e popullsisë banuese të regjistruar pranë gjendjes civile duke mos reflektuar lëvizjet e popullsisë nga emigracioni. Për këtë arsye kishte një diferencë rreth 50 mijë banorë më shumë nga viti 2001. Kjo u bë nga mungesa e të dhënave nga Instat për vitet e përmendura.

Gjatë vitit 2011 për shkak të paaftësisë së shkaktuar nga AR në popullatën e rajonit Gjirokastrë humbën 22 vite jete, 12 vite tek femrat dhe 10 vite jete te meshkujt. Gjatë periudhës pesëmbëdhjet vjeçare 1996 – 2011 në rajonin Gjirokastrë u humbën 142 vite jetë si rezultat i vdekjes së parakohshme të të sëmurëve me AR (YLL), gjithashtu gjatë kësaj periudhe humbën 477 vite jete të shëndetshme, për shkak të paaftësisë së shkaktuar nga AR (YLD). Si rezultat i sëmundshmërisë nga AR, gjatë periudhës 1995-2011, humbën afërsisht 616 vite jete. (DALY) Sipas OBSH, Global Burden of Disease 2009, DALY i lidhur me AR sipas rajoneve Europiane dhe në Amerikë ka pjesën më të lartë të barrës së sëmundshmërisë në popullatë. Më e ulta është në Afrikë dhe Mesdheun Lindor dhe Rajonet e Azisë Juglindore. YLD është më e larta në rajonin European dhe atë Amerikan. Ndërkohë që më e ulta është në Rajonet e Afrikës dhe Azisë Juglindore [95]. Deklarimi i të dhënave tona mendojmë se do ndihmojnë në krijimin e profilit kombëtar të barrës së SIR në Shqipëri. Do ndihmojnë institucionet e interesuara rreth sëmundshmërisë, kostos si dhe politikat e planifikimeve.

Më shumë se gjysma e të sëmurëve (53.6%) banonin në rrethin Gjirokastrë, 23.7% banonin në rrethin Përmet dhe 22.7% banonin në rrethin Tepelenë, ndërkohë që dy të tretat e të sëmurëve jetonin në zonat urbane.

Në Rajonin Gjirokastrë, të sëmurët me AR qëndronin në raportin 4:1 sipas gjinisë femra/meshkuj. Mbizotërimi i AR tek femrat është gjetur edhe nga Duraj et al , ku sipas këtij studimi në Tiranë 65 % e të sëmurëve me AR janë femra dhe 35% janë meshkuj [139]. AR është një nga shumë sëmundjet autoimune që mbizotërojnë në femrat. Mekanizmat e veçantë përgjegjës për ndjeshmërinë e rritur në femrat janë ende të paqarta [26]. Faktorët hormonal dhe riprodhues kontribuojnë më tepër në femrat dhe lindjet, ushqyerja me gji, hormonet exogene, janë modifikues të riskut [26]. Numri mesatar i lindjeve ishte 3 fëmijë, 8 prej femrave (5.19%) nuk kishin lindur fëmijë. Femrat nuk raportonin përdorim të kontraktivëve oral. Përdorim i ulët i kontraktivëve oral nga femrat, 8%, raportohet në vendin tonë [140].

Megjithëse AR haset më shpesh në femrat se në meshkujt (në studimin tonë u gjetën në raport 4:1), meshkujt rezultojnë mbi 2 herë më të riskuar për invaliditetet se femrat. Ky asociim i seksit maskull me invaliditetin u gjet i pavarur dhe signifikant. Kjo e dhënë mund të mbështetet nga përfundimet e studimeve të tjera, se nuk ka gjetje të qëndrueshme që gratë me AR të kenë rritje të paaftësisë për punë [107].

AR mund të fillojë në çdo moshë, kulmi i fillimit të tij është në dekadën e katërt dhe të pestë të jetës [45]. Afërsisht gjysma e pacientëve tanë kishin moshë të fillimit të sëmundjes midis grupmoshave 40 – 45, 45 – 50, 50 – 55 vjeç. Kështu të dhënat tona koincidojnë me studimet përse i përket moshës së fillimit të sëmundjes [45]. Kohëzgjatja mesatare e sëmundjes ishte 12.3 vite dhe vonesa në diagnostikim ishte 1.8 vjet.

AR prek të gjitha aspektet e cilësisë së jetës në të dyja gjinitë dhe në të gjitha grupmoshat [85]. Paaftësia për punë është një pasojë e zakonshme e AR [1]. Në studimin tonë, 69 të sëmurë (35.9 %) rezultuan të paaftë për punë (invalidë), ndërsa në statet e avancuara të sëmundjes ndodheshin 89 të sëmurë (45.8%). Numri i të sëmurëve në stadin e III dhe të IV ishte më i madh se i invalidëve, pasi këta të sëmurë kishin një fillim të vonë ose progresion me të ngadaltë të sëmundjes, çfarë bën që ata të arrijnë moshën e pensionit. Të dhënat e studimit tonë përkojnë me studimet në vendet tjera.” Kështu gjatë ecurisë së sëmundjes deri në 50% e të sëmurëve (pas 20.9 vjetësh), bëhen invalidë, kryesisht gjatë dekursit të vonë të sëmundjes [101]. Ndërkohë, 30 % e të sëmurëve me AR bëhen të paaftë pas 5 vjet të sëmundjes [102].

Ndikimi i AR në cilësinë e jetës së individit duket në vitet e jetuara me paaftësi [1] Invalidët dhe të sëmurët e stadeve të avancuara në studimin tonë kishin përkatësisht 15.4 dhe 15.3 vjet me sëmundje. Në studimin tonë invalidët kishin një mesatare prej 9.6 vite paaftësie, dhe pacientët e stadi III dhe IV kishin një mesatare prej 9.0 vite paaftësie, të cilat ishin në mënyrë signifikante më të larta sesa tek të sëmurët joinvalidë dhe ata që ndodheshin në statet e para të sëmundjes ($p < 0.001$).

Mosha e re në fillim të sëmundjes është një faktor i keq prognostik për disa sëmundje autoimmune, por për disa të tjera, përfshirë dhe Artritin Reumatoid, të dhënat janë kontradiktore [103]. Të dhënat e studimit tonë treguan që mosha e re në fillim të AR shoqërohet me shpeshtësi më të madhe të invaliditetit. Megjithëse mekanizmat shpjegues për këtë asociacion nuk janë të qartë, ne mendojmë që faktorë të tillë si format më të rënda të AR në mosha të reja, kohëzgjatja më e madhe e sëmundjes ose terapi të jo efektive në kohën e diagnostikimit të tyre kanë patur ndikim.

Artriti Reumatoid është pjesërisht i trashëgueshëm [108]. Faktorët gjenetikë luajnë një rol kyç në ndjeshmërinë e AR [30]. Në grupin tonë të studimit, 32 pacientë (16.5%) raportonin familjarë të sëmurë me sëmundje inflamatore reumatizmale, prej të cilëve 29 raportonin familjarë me AR. Në studimin tonë, prania e faktorëve gjenetikë nuk ndryshonte sipas gjinisë, ndërkohë që sipas Duraj në Tiranë është gjetur diferencë e rëndësishme e këtyre faktorëve midis gjinive të ndryshme [139].

Roli i trashëgimisë në destruksionin kockor është vlerësuar 45-58% [109]. Në studimin tonë, faktorët gjenetikë rezultuan të asociuar me statet e përparuara të sëmundjes. Sidoqoftë kjo e dhënë nuk u mbështet nga rezultatet e analizës multivariate e cila nuk sanksionoi një asociim signifikant dhe të pavarur ndërmjet anamnezës familjare dhe invaliditetit.

Studimet në vende të tjera tregojnë një shoqërim të anasjelltë midis gjendjes socioekonomike të matur nga edukimi dhe profesioni dhe rrezikut për AR [96]. Në studimin tonë rreth 60 % e pacientëve u paraqiten me arsimim të ulët.

Përpara se të prekeshin nga AR, 75% e tyre ushtronin profesione që cilësohen, punë fizike (punëtor, bujk, minator). Gjendja socioekonomike mund të përfaqësojë faktorët sociale dhe/ose ambientale në ndjeshmërinë ndaj AR [43].

Një numër faktorësh ambjentale dhe gjenetikë ndikojnë mbi ecurinë e AR, të cilët mund të parashikojnë dekursin e pafavorshëm të sëmundjes. Kështu, profesioni (punë fizike) ka një risk të rritur për paaftësi [104]. Në studimin tonë ne gjetëm një associm signifikant ndërmjet punës fizike dhe invaliditetit. Një associm signifikant dhe i pavarur ndërmjet profesionit si punë fizike dhe invaliditetit u gjet në analizën univariate dhe multivariate, çfarë tregon një ndikim të fortë të këtij faktori. Nga ana tjetër studimi ynë tregoi që asociacioni i punës fizike me stadet e sëmundjes humbi lidhjen e rëndësishme statistikore pas axhustimit në analizën multivariable. Megjithatë, faktorët që ndikuan në humbjen e këtij asociimi nuk janë të qartë, ne mendojmë që kjo e dhënë mund të shpjegohet me praninë në stadet e avancuara të një numri të sëmurësh që kanë arritur moshën e pensionit.

Faktorët kulturorë dhe ekonomikë kanë rëndësinë e tyre në influencimin e paaftësisë për punë [1]. Gjithashtu karakteristikat demografike dhe niveli i arsimit influencojnë në statusin e punës së personave me AR [105]. Në grupin tonë të studimit 60% e të sëmurëve në stadet III dhe IV ishin me arsim të ulët dhe 77.5% me profesione të cilësuar punë fizike, ndërkohë që 58% e invalidëve ishin me arsim të ulët dhe 87% me profesion punë fizike përpara invalidizimit. Individët me gjendje të ulët social ekonomike kanë sëmundje më të rëndë dhe progresion më të madh të sëmundjes [106].

Duhanpirja është faktori ambjental i njohur më shumë, i studiuar më mirë dhe gjerësisht për AR, qysh prej 1980 kur u raportua shoqërimi i parë [30] [97]. Arsytet e ndikimit të tij në zhvillimin e synovitis ende nuk janë përcaktuar mirë, por mund të përfshijnë aktivizimin e imunitetit të lindur dhe peptidyl arginase deiminase në rrugët ajrore [26]. Bazuar në asociimet statistikore, llogaritet që duhanpirja është përgjegjëse për 22% të të gjithë AR [98]. Në grupin tonë 33 të sëmurë (17%) raportonin përdorimin e duhanit. Të gjithë ishin duhanpirës para fillimit të sëmundjes dhe 30 prej tyre vazhdonin të ishin duhanpirës kronike. Në studimin tonë doli që burrat me AR përdorin 2.4 herë më shumë duhan, krahasuar me burrat në popullatën e përgjithshme. Kjo e dhënë mund të ketë edhe vlerë sensibilizuese në popullatë mbi dëmet që shkakton duhani mbi shëndetin. Risku për AR rritet me intesitetin (pako në ditë) dhe kohëzgjatjen e përdorimit të duhanit [99]. Risku individual do të mbetet i lartë deri në 20 vjet pas ndërprerjes së duhanit [100].

Ne gjetëm një përdorim 2.6 herë më të madh të duhanit tek invalidët krahasuar me joinvalidët. Kjo e dhënë është në të njëjtën linjë me të dhënat e studimeve të tjera, të cilat e kanë gjetur duhanin si një faktor madhor risku që mund të rrisë 2 herë riskun për AR [110]. Gjithashtu ka të ngjarë që të sëmurët me AR që pijnë duhan të kenë sëmundje më të përparuar [76].

Alkooli shihet si një faktor i mundshëm ambjental me rol mbi artritin [109], por konsumimi i alkoolit, nuk ka qenë konsideruar si një çështje madhore për pacientët me sëmundje reumatizmale [111]. Përkundrajt kësaj gjetje, në studimin tonë konsumi i alkoolit rezultoi i shtuar në invalidët dhe në të sëmurët e stadit III dhe IV. Sipas mendimit tonë, gjetja e përdorimit të shtuar të alkoolit në pacientët mund të lidhet me faktorë psikologjikë ose për arsye analgjezike.

Si përfundim, të dhënat e këtij studimi tregojnë se AR në rajonin Gjirokastrë ka një prevalencë prej 0.25% në popullatën e përgjithshme dhe 0.34% në popullatën e rritur si dhe një incidencë prej 16 rastesh për 100 000 banorë mbi 14 vjeç në vitin 2011. Gjatë viteve 1995-2011, në rajonin Gjirokastrë, AR ishte përgjegjës për 142 vite jetë të humbura si rezultat i vdekjes së parakohshme të të sëmurëve, 477.2 vite të jetuara me paaftësi si dhe për një ngarkesë totale të sëmundjes prej 615.8 vitesh (vitet e humbura plus vitet e jetuara me paaftësi). Këto të dhëna mund të ndihmojnë institucionet përkatëse të interesuara rreth sëmundshmerisë, kostos si dhe politikave të planifikimeve në rajon.

Studimi ynë tregoi që më shumë se një e treta e të sëmurëve me AR (35.6%) kanë grada të ndryshme të invaliditetit dhe gjykuar sipas stadeve të sëmundjes rreth gjysma e të sëmurëve iu përkasin stadeve III dhe IV të AR. Invaliditeti dhe stadet e përparuara të AR ishin të asociuara në mënyrë signifikante me një numër faktorësh demografike dhe ambientale. Asociim signifikant dhe të pavarur me invaliditetin patën seksi mashkull, vonesa në diagnozë, profesionet e cilësuar si punë fizike, mosha dhe stadet ndërsa me stadet e sëmundjes patën mosha e të sëmurëve dhe mosha e fillimit të sëmundjes.

Edukimi do të ndihmojë njerëzit me AR se çfarë mund të bëjnë për veten e tyre për të reduktuar barrën e sëmundjes mbi ta, familjen dhe shoqërinë.

5.2 SPONDYLITI ANKYLOSANT (SA)

Në rajonin Gjirokastrë gjatë periudhës Janar 1995 – Dhjetor 2011 u diagnostikuan 54 pacientë me SA. Deri në vitin 1995 në rajonin tonë ishin identifikuar dhe banorin 34 pacientë me SA, numri i tyre në 2001 rezultoi 44, ndërsa në 2011 jetonin 50 pacientë me SA në këtë rajon. 4 të sëmurë kanë vdekur gjatë kësaj periudhe.

Prevalenca e SA tek adultët (>14 vjeç) rezultoi: 0.089% në vitin 2011, 0.059% në vitin 2010, 0.048% në vitin 2001, për 10^5 adultë. Prevalenca e SA tek popullata e përgjithshme rezultoi: 0.067% në vitin 2011, 0.049%, në vitin 2010, 0.043% në vitin 2001 dhe 0.024% në vitin 1995 për 100 mijë banorë.

Incidenca e SA tek adultët (>14 vjeç) rezultoi: 0.0048%, ose 5 raste të reja për 10^5 adultë për 5 vjet për periudhën 2006 – 2010, 0.0036% ose rreth 4 raste për 10^5 adultë për periudhën 2001 – 2005. Incidenca e SA tek popullata e përgjithshme rezultoi: 0.036% ose rreth 4 raste të reja në 5 vjet për 10^5 banorë për periudhën 1996 – 2000, 0.0018% ose rreth 2 raste të reja në 5 vjet për 10^5 banorë për periudhën 2001-2005, 0.0038% ose rreth 4 raste të reja për 5 vjet në 10^5 banorë për periudhën 2006 – 2010.

SA ndodh në të gjitha pjesët e botës, por prevalenca e saj paraqet ndryshime në grupime të ndryshme etnike [12]. Për prevalencën dhe incidencën e SA ka disa studime. Studimet nga Finlanda, Norvegjia [112], ShBA [113] dhe Japonia [14] sugjerojnë ndryshime të rëndësishme gjeografike në shfaqjen e SA. Prevalenca e SA është raportuar të jetë 0.29% në Greqinë qendrore (Larissa) [114], në një studim tjetër në 2002 në Greqi, 0.24% [115], në Izmir, Turqi, 0.49% [116]. Në Greqinë veriperëndimore, Janinë, për vitet 1983 - 2002 incidenca vjetore tek popullsia adulte (≥ 16 vjeç) është raportuar 1.5 raste për 10^5 banorë, prevalenca për popullsinë ≥ 16 vjeç është raportuar 29.5 raste për 10^5 banorë [117].

Sipas rezultateve të studimit tonë normat e incidencës të SA në rajon (5 raste për 10^5 adultë për 5 vjetë) dhe prevalencës (89 raste për 10^5 adultë) janë më të ulta se në popullsitë e Amerikës Veriore dhe Europës Veriore, por janë më të larta se në popullsinë Japoneze dhe të përafërta me ato në rajonin e Greqisë Veriperëndimore.

Faktorët genetikë, etnikë, raciale dhe ambientale janë të mundur të influencojnë në ndodhinë dhe ashpërsinë e SA [117]. Sëmundja është më pak e zakonshme midis amerikanëve të zinj sesa në të bardhët dhe duket të jetë shumë e rrallë midis popullsisë afrikane të zezë. Sëmundja është konsideruar të jetë e lidhur ngushtë me shoqërimin me HLA – B 27. Prevalenca e HLA B 27 paraqet ndryshime të rëndësishme midis popullsisë, megjithëse ndryshimet etnike dhe raciale të SA duket të jenë të lidhura dhe me faktorë të tjerë. [118 – 120]. HLA – B 27 ka një prevalencë rreth 7% në kaukazianët dhe 14% në popullsinë finlandeze, ndërsa është raportuar të jetë më pak se 1% në popullsinë japoneze [14] [121]. Për prevalencën e HLA B-27 në popullsinë e vendit tonë, si dhe për pacientët tanë, nuk zotërojmë të dhëna. Në shumicën e pacientëve adultë, SA mund të diagnostikohet klinikisht pa HLA – B 27 [27]. Kriteret e përdorura janë pothuaj të njëjtat [64] [121].

Faktorët dietetikë siç janë vaji i peshkut, dhe konsumimi i peshkut në dietat mesdhetare mund të mbrojnë kundër zhvillimit të sëmundjes. Përveç kësaj, ekspozimi në diell dhe rrezatimi ultraviolet mund të kenë veti imunosupresive [122-123]. Së fundi, kushtet klimaterike të buta në zonën mesdhetare mund gjithashtu të kontribuojë në faktorët ambientale, që janë të ndryshme nga ato në USA dhe Europën Veriore. Megjithatë, roli i faktorëve të mësipërm mbetet i paqartë [117].

Gjatë periudhës së studimit 1995-2001, vdekshmëria nga SA në rajon ka qenë 7.4% (4 të sëmurë). Më shumë se gjysma e të sëmurëve (53.7%) banonin në rrethin Gjirokastrë, 20.4% në Përmet dhe 25.9 % në Tepelenë. Rreth dy të tretat e të gjithë të sëmurëve jetonin në zonat urbane (64.8%).

SA shkakton dhimbje të rëndësishme, paaftësi dhe barrë sociale në të gjithë botën [27]. Një pjesë e pacientëve me sëmundje kronike progresive paaftësuese shfaqin aftësi të kufizuara për shkak të fuzionit spinal, shpesh me kyphosis torakale ose sëmundje erosive [125].

Shkëputja nga puna për pacientët me punë të rëndë fizike varion nga 10% pas 20 vitesh të zgjatjes së sëmundjes deri në 30% pas 10 vitesh [27]. Në studimin tonë rezultuan 35 invalidë (65%) me kohëzgjatja të sëmundjes 25.3 ± 9.7 vite.

Kufizimet funksionale rriten me kohëzgjatjen e sëmundjes [16] por shumica e pacientëve mund të ruajnë aftësi funksionale të mirë dhe mundësinë për të punuar, madje dhe me sëmundje të zgjatur [126]. Te të sëmurët e stadeve III dhe IV me kohëzgjatje të sëmundjes 25.2 ± 10.6 vite, 88.9% e tyre kishin humbur aftësinë për punë (invalidizuar). Ndërsa te të sëmurët e stadit I dhe të II me kohëzgjatje 17.9 ± 11.0 vite, vetëm 16.7 % kishin humbur aftësinë për punë.

Mosha mesatare e të sëmurëve tanë ishte 51.6 vjeç, ndërsa mosha e shfaqjes së sëmundjes 29.7 vjeç. Mosha e fillimit të sëmundjes tek meshkujt (29 vjet) në studimin tonë ishte më e ulët se në femrat (35.3 vjet). Kjo diferencë midis gjinive nuk është gjetur në studimin në Greqi [117]. Në studimin në Japoni mosha mesatare e diagnostikimit ishte shumë më e lartë midis femrave. SA zakonisht fillon në adoleshencën e vonë ose herët në moshën e adultit, fillimi pas moshës 45 vjeç është i pazakontë [124]. Në grupin tonë të studimit grupmosha me shpeshtësinë më të madhe janë 25 – 35 vjeç.

Fillimi i sëmundjes në moshën e re është tregues i prognozës së varfër [125]. Në studimin tonë mosha e shfaqjes së sëmundjes në pacientët e stadeve të avancuara III dhe IV ishte më e hershme se në të sëmurët e stadeve I dhe II. Në të njëjtën mënyrë dhe mosha e fillimit të sëmundjes ishte më e hershme në të sëmurët invalidë krahasuar me joinvalidët.

Në studimin tonë raporti sipas seksit ishte rreth 8 : 1. Meshkujt ishin në numër 8 herë më të lartë se femrat. Ky raport ndryshon shumë midis studimeve të bazuara në popullsitë. Në Greqinë Veriperëndimore raporti sipas seksit është raportuar 4.7 :1 [117], Greqinë Qëndrore 4 :1 [114]; 5.4 :1 në studimet në Japoni [14] dhe 2.3 :1 në studimet në Finlandë [127], 8.1:1.0 në popullsinë koreane [124]. Studimet e bazuara në pacientët gjithashtu sugjerojnë një predominancë në meshkujt, raportet sipas seksit ndryshojnë shumë midis grupeve raciale dhe etnike [117]. Një arsye për ndodhinë e ulët të SA midis femrave mund të jetë se femrat kërkojnë një ngarkesë ndjeshmërie genetike më të lartë para se ato të paraqesin sëmundjen [128 – 130].

Pacientët meshkuj zhvillojnë shumë më shpesh kufizime funksionale sesa gratë [126] dhe kjo u pasqyrua dhe në studimin tonë. Prekja aksiale u gjet në meshkujt dhe kolona Bamboo u has në 24 meshkuj, 3 meshkuj kishin bërë artroplastikë totale në artikulacionet Coxofemorale. Meshkujt me SA rezultuan të ishin 13 herë më të riskuar se femrat për të zhvilluar stadet e avancuara të sëmundjes.

Një histori familjare positive për SA është një faktor risku i lartë për sëmundjen [27]. Prania e anamnezës familjare pozitive ishte në masën 37.0 % (nr 20), nga të cilët, 13 (24.0%) pacientë familjarin me SA e kanë brenda grupit të studimit. Edhe studime në vende të tjera kanë treguar që pacientët me SA janë në mënyrë të rëndësishme të lidhur me njëri tjetrin [126]. Për më shumë se 40 vjet, SA është e njohur që përhapet në familje dhe kjo ndodh për shkak të faktorëve të ndjeshmërisë të cilët janë të shpërndarë midis anëtarëve të familjes. Këta faktorë mund të jenë mjedisorë (të rastësishëm ose të zakonshëm) ose genetik [131]. Gjithashtu është parë se trashëgueshmëria ndikon në manifestimet klinike të sëmundjes (fenotipin), në moshën e fillimit të simptomave [27] [132]. Në studimin tonë anamneza familjare u gjet e asociuar në mënyrë signifikante me gravitetin (stadet dhe invaliditetin). Moshë e fillimit të sëmundjes ishte më e re në individët me anamnezë pozitive sesa ata me anamnezë negative.

Punët e krahut, niveli i ulët arsimor janë të shoqëruara me risk të lartë për paafësi në punë [27]. Në studimin tonë 91.7% e të sëmurëve të stadeve III, IV, dhe 78.9% e invalidëve ishin me profesion punë fizike. Arsim të ulët kishin 63.9% e të sëmurëve të stadeve të avancuara dhe 64.7% të invalidëve. Të sëmurët me arsimim të lartë ishin në masën 22.2 % të të sëmurët e stadeve të para dhe 21.1% të joinvalidët.

H. Y Chung bashkëpunëtorët në studimin e tyre kanë treguar që duhanpirja shoqërohet me fillimin e hershëm të dhimbjes inflamatore të shpinës, aktivitet të lartë të sëmundjes [133]. Në grupin tonë studimor 53.7% e të sëmurëve ishin duhanpirës dhe të sëmurët përdorues të duhanit ishin 3 herë më të riskuar se të sëmurët joduhani për të harritur në stadet e avancuara të sëmundjes.

Konsumimi i alkolit konsiderohet si një nga mekanizmat përballues për sëmundjet stresuese si dhimbja kronike dhe pacientët me artrit kronik janë akuzuar se konsumojnë alkol për shkak të efektit të tij analgjezik. Myllykangas-Luosurjarvi et al. sugjerojnë se problemet emocionale të krijuara nga dhimbja e SA, mund të shkaktojnë të ashtëquajturën ‘pirje çliruese’ [134]. Studimi ynë tregoi se 25.9 % e pacientëve ishin përdorues të alkolit, dhe u gjet një bashkëshoqërim (asociim) signifikant i stadeve të avancuara me përdorimin e alkoolit. Sirmali et al e përkufizuan SA si një shqetësim psikosocial dhe sugjerojnë nevojën e përdorimit të qasjes psikoterapeutike për t'i larguar pacientët e SA nga konsumimi i alkolit dhe duhanit [135].

Si përfundim, të dhënat e këtij studimi tregojnë që SA në Rajonin Gjirokastrë kishte një prevalencë në vitin 2011: 0.067% në popullatën e përgjithshme, 0.089% në popullatën e rritur si dhe një incidence 0.0038% ose rreth 4 raste të reja për 5 vjet në 10^5 banorë. Studimi ynë tregoi se rreth 67 % e të sëmurëve i përkisnin stadeve të avancuara dhe 88.9% ishin invalidë. Invaliditeti dhe stadet e avancuara ndikohen nga një sërë faktorësh demografikë dhe ambientale. Në studimin tonë ne gjetëm një asociim signifikant me stadet, të moshës së fillimit, profesionit dhe përdorimit të duhanit. Ndërsa një asociim signifikant dhe të pavarur mbi invaliditetin patën arsimimi dhe mosha e fillimit të sëmundjes. Në Rajon nevojitet edukimi i pacientëve për parandalimin e përdorimit të alkolit dhe duhanit.

Të dhënat tona epidemiologjike rreth SA në rajon, karakteristikave të të sëmurëve dhe ndikimit të faktorëve të ndryshëm mbi ecurinë dhe gravitetin e SA, do të ndihmojnë në zbardhjen e situatës epidemiologjike në vendin tonë; si dhe të dhënat rreth paaftësisë që ato kanë shkaktuar mund të shërbejnë institucioneve të interesuara, mjekësore dhe planifikuese.

5.3 ARTRITI JUVENIL IDIOPATIK (AJI)

Një numër total prej 36 pacientësh ishin të diagnostikuar me AJI në popullsinë e Rajonit, gjatë periudhës Janar 1995 – Dhjetor 2011. Në fillim të studimit, në 1995 ishin të diagnostikuar 15 pacientë me AJI, në 2001 ishin 20 të tillë. Në 2006 në këtë rajon banonin 26 të sëmurë me AJI, ndërsa në 2010 ky numër shkoi në 35 dhe në 2011 njiheshin gjithsej 36 të sëmurë të diagnostikuar. Gjatë kësaj periudhe një e sëmurë (2,8%) ka vdekur në 2004, nga insuficienca renale kronike në moshën 45 vjeçare.

Prevalenca e AJI në vitin 2011, tek fëmijët (0-14 vjeç) në rajon, rezultoi 0.12%, ndërsa vlerat e prevalences në vite tek fëmijët (0-14 vjeç) ishin: 0.04% për vitin 2001; 0.08%, për 2006; 0.12%, për 2010; Në përgjithësi, u vu re një prevalencë më e madhe e AJI në fëmijët sesa në popullatën e përgjithshme, me një raport 2:1, që shkon deri në 3:1. Prevalenca është rritur me vitet në të dy popullatat, tek ajo totale dhe tek fëmijët, por kjo rritje është me e dukshme tek fëmijët. Incidenca gjatë periudhës 2006-2010 tek fëmijët (0 – 14 vjeç) (nr 7) rezultoi 0.033%, ose 33 raste të reja në 5 vjet / 10^5 fëmijë, ndërsa incidenca në popullatën totale për periudhën 2006-2010 rezultoi rreth 3 herë më e ulët (10 raste / 10^5 banorë). Incidenca për periudhën 2001-2005: (nr.5) rezultoi 0.017%, ose 17 raste të reja në 5 vjet për 10^5 fëmijë. Ky dyfishim i incidencës mund të ketë të bëjë me lëvizjet e popullsisë nga zonat rurale drejt atyre urbane në këto vite, çfarë ka mundësuar kërkimin dhe kontaktin më të hershëm me shërbimin shëndetësor. Nëse ka një rritje reale të rasteve të reja me AJI në rajonin tonë, nuk mund ta themi në këtë studim, por ky do të ishte një rekomandim për studime të mëtejshme në këtë fushë.

AJI ndodh në të gjithë botën [19], më shpesh në fëmijët me origjinë Europiane [18] Incidenca e artritisë në fëmijët është dokumentuar të jetë 3.5 -13.9 fëmijë për 10^5 fëmijë në vit, në studimet që kanë përdorur klasifikimet e vjetra të Artritis Juvenil Reumatoid ose Juvenil Chronic Arthritis dhe studimet e bazuara në popullsitë që kanë përdorur kriteret ILAR kanë sugjeruar 15/ 10^5 fëmijë në vit [28]. Vlerat tona janë të përafërta me të studiuesve në vende të tjera.

Mortaliteti gjatë viteve të studimit rezultoi 2.8% (1 paciente ka vdekur në moshën 45 vjeç. Diagnostikuar me sAJI në moshën 10 vjeçare. Kishte bërë artroplastikë totale në disa artikulacione. Jetonte e gozhduar në krevat dhe karrocë. Shkaku i vdekjes Insuficienca Renale Kronike.

Klasifikimi ILAR që përbën standartin aktual ndërkombëtar diagnostikues për të gjitha artritet kronike të fëmijëve me etiologji të panjohur, përcakton shtatë grupe reciprokisht të dallueshme të Artritit Idiopatik në fëmijët me prezantimet mbizotëruese klinike, karakteristikat e veçanta imunologjike dhe ecuritë klinike [69].

Të sëmurët tanë janë të shpërndarë në të katër format AJI, përkatësisht poAJI, oAJI, sAJI dhe eAJI. (për shkak të numrit të vogël të të sëmurëve poRF- dhe poRF+ , i grupuam në një grup poAJI). Përqindjen më të madhe (36.1%) e ka forma oAJI, ndjekur nga poAJI, (27.8%); eAJI (22.2%) dhe % më të vogël e ka sAJI (13.9%).

Janë konfirmuar dallime të konsiderueshme në shpërndarjen e nënlojit të AJI mes grupeve të ndryshme etnike, duke sugjeruar se ekziston predispozicioni i faktorëve genetike [19]. Në popullsinë e bardhë Europiane, oligoartriti përbën të paktën gjysmën e të gjitha rasteve me incidence AJI; rreth 20% kanë sëmundje poliartikulare, dhe më pak se 10% me shfaqje sistemike të sëmundjes [136].

Nënlojet e ndryshme të AJI kanë shpërndarje karakteristike në moshën e fillimit [19]. Në përgjithësi, ka patur dy kulme kryesore në fillimin e sëmundjes, të vëzhguar në moshën 2-3 vjeç dhe në moshën 11-12 vjeç [19]. Mosha mesatare e fillimit të sëmundjes në të sëmurët tanë ishte 13 vjeç, duke u luhatur nga 3 deri në 16 vjeç. Për 25 të sëmurë mosha e fillimit ishte midis 13 – 16 vjeç.

Mosha mesatare e të sëmurëve tanë në vitin 2011 ishte 27.0 ± 12.2 vjeç, dhe mosha më e madhe u has tek forma sAJI, (40,8 vite), ndjekur nga poAJI, me 32.8 vite, ndërkohë që oAJI u paraqit me moshën më të re të të sëmurëve, me mesatare 20.7 vjet. Grupi ynë i të sëmurëve me AJI ka larmi në grupmosha, 10 të sëmurë i përkasin grupmoshës 15 vjeç, 8 të sëmurë, grupmoshës 30 vjeç, ndërkohë që 1 i sëmurë është 6 vjeç dhe 1 tjetër 55 vjeç. Kujdesi për pacientët me AJI, kërkohet ndërsa ata ecin nga foshnjëria në fëmijëri dhe deri në moshën madhore [28].

Studimet epidemiologjike në shekullin e 21 – të që vlerësojnë rezultatet e pacientëve me artrit juvenil në Amerikën e Veriut dhe Europë, kanë konfirmuar se pas 15 vitesh të kohëzgjatjes së sëmundjes, më shumë se një e treta e të rinjve me AJI përfetojnë dëmtime të rëndësishme artikulare dhe/ose ekstraartikulare [19]. Rreth 40% e të rriturve në moshë të re me AJI kufizohen në aftësitë e tyre funksionale dhe 10% kanë nevojë për asistencë dhe/ose ndihmë për të menaxhuar rutinën e tyre të përditshme [137]. Në të njëjtën mënyrë dhe një e treta e të sëmurëve tanë ndodheshin në stadin funksional III+IV (33.3%) dhe 19.4% e tyre në stadin IV. Statusin e invaliditetit e kishin përfutur 27.8% e të sëmurëve të cilët kishin mesatarisht 20.5 vite paaftësie.

Te të sëmurët tanë, sAJI paraqet variantin më të rëndë nga të gjitha format, e ndjekur nga poAJI, ndërkohë që oAJI paraqet variantin më të lehtë të sëmundjes. Stadet e avancuara u hasen në 100% të rasteve tek sAJI ndërkohë që mungonin totalisht tek oAJI. sAJI kishte nivelin më të lartë të invaliditetit (100% të të sëmurëve), ndjekur nga poAJI me 40%, ndërkohë që oAJI kishte nivelin më të ulët të invaliditetit (asnjë të sëmurë).

Vitet e paaftësisë ishin më të shumta në formën sAJI (21 vite), ndjekur nga forma poJIA (8.3 vite) dhe mungonin totalisht në formën oAJI.

Kohëzgjatja e sëmundjes mesatarisht deri në fund të 2011 arrinte rreth 15 vite me sëmundjen, minimalisht 0 dhe maksimalisht 41 vite. Tek sAJI u has mesatarja më e lartë nga të gjitha format, 29.8 vite, ndjekur nga poAJI me kohëzgjatje 19.3 vite, ndërkohë që oAJI dhe eAJI u paraqitën me kohëzgjatjen më të pakët, afërsisht 9 vite.

Të dhënat tona u mbështeten nga studimet që deklarojnë se Systemic JIA është heterogjene në ashpërsi, ecurinë e sëmundjes dhe përfundimet [28]. Përfundimet në këtë grup, janë të varfëra me shumë fëmijë me paaftësi funksionale për kohë të gjatë [28].

Për shumicën e fëmijëve me fillim oligoarthritis paaftësia funksionale është e pazakontë dhe në përgjithësi këta fëmijë kanë perspektivë prognostike perfekte [19].

Përgjithësisht AJI preferon më tepër vajzat sesa djemtë [19] dhe në grupin tonë rreth 2/3 e pacientëve, ishin femra (63.9%). Shpërndarja sipas gjinisë varion me nënlllojin e sëmundjes, ku femrat janë më të shumta në fillimin oligoartikular dhe atë poliarikular (raporti 3 :1) dhe meshkujt mbizotërojnë në artritin të lidhur me enthesitis (raport 2 – 3 :1) [19], dhe kjo shpërndarje sipas gjinisë pasqyrohet dhe në grupin tonë. Femrat ishin në % më të madhe sesa meshkujt në tre format: poAJI, oAJI dhe sAJI, ndërsa meshkujt ishin në % më të madhe tek eAJI (75%). Raporti femra: meshkuj në formën poAJI ishte 9:1, ky raport u bë 4:1 tek forma oJIA, ndërsa tek forma eAJI u paraqit invers 1:3.

Fillimi sistematik i JIA është një përjashtim me një raport 1:1 F/M [28] dhe në grupin tonë raporti femra/meshkuj në fillimin sistematik ishte 3:2.

Anamneza familjare pozitive ishte e pranishme në masën 13.9% midis të sëmurëve tanë. Në format poAJI dhe sAJI ishte e pranishme në masën 20%, dhe në formën sAJI u has në 25% të rasteve, ndërsa mungonte tek oAJI. Faktorët genetikë luajnë rol të rëndësishëm, jo vetëm në përcaktimin e prekshmërisë, por dhe në shprehjen e AJI [19].

Niveli arsimor në të sëmurët tanë, paraqiste dallime në format e ndryshme të AJI. Të gjithë të sëmurët me formën sAJI ishin vetëm me arsim 8-vjeçar. Izolimi social është përshkruar mbizotërues në grupin sAJI [28]. Të sëmurët me formën poAJI kishin tre nivele të arsimimit, ku gjysma e tyre (50%) kishte arsim 8-vjeçar, ndërsa 30% arsim të lartë, ndërsa dy format e tjera, (oAJI dhe eAJI) kishin ngjashmëri në nivelin arsimor të të sëmurëve, 75 % e të sëmurëve në këto dy forma ishin me arsim të mesëm.

Gjysma e të sëmurëve banonin në rrethin Gjirokastrë, 27.8% në rrethin Përmet dhe 22.2% në rrethin Tepelenë, ndërsa 61.1% e gjithë të sëmurëve banonin në zonë urbane. Preferencën më të madhe për zonat urbane e ndeshëm në formën poAJI (raporti qytet- fshat këtu ishte 9:1, ndërsa në formën sAJI ky raport ishte i përmbytur (1:4). Një studim kombëtar i popullsisë daneze, ka zbuluar një efekt të variableve socioekonomike në rrezikun e Artritit Juvenil Kronik, me një rrezik 8 herë më të lartë të artritit në fëmijët e vetëm, që jetonin në apartament, me prindër me të ardhura të larta në krahasim me një fëmijë me motra – vëllezër që jetonin në fermë, me prindër me të ardhura të ulta [138].

Si përfundim, mund të themi se AJI në Rajonin Gjirokastrë në 2011 kishte prevalencën 0.12% tek fëmijët (0 – 14 vjeç) dhe incidenca për periudhën 2006 – 2010 ishte 0.33% tek fëmijët (0-14 vjeç). AJI ishte e shoqëruar më sëmundshmëri të konsiderueshme, paaftësi kronike dhe pjesmarrje të kufizuar në shoqëri (invaliditet në masën 27.8%, stadi III + IV 33.3%). AJI ishte përgjegjëse për përfundime të varfra shëndetësore dhe arsimore. Grupi sAJI ishte grupi me përfundimet më të varfra: nivelin më të lartë të invaliditetit (100%), me kohëzgjatjen më të madhe të sëmundjes, (29.8 vite), vite paaftësie më të shumta (21 vite), nivel arsimor të ulët. Forma oAJI paraqiste formën me ecuri më të favorshme me të sëmurë në stadin I dhe II (100%), nuk kishte invalidë, me mungesë të viteve të paaftësisë, 75% arsimim të mesëm. Të dhënat tona mund t'u interesojnë institucioneve të interesuara për sëmundshmërinë e AJI në Rajon.

Limitacionet

Këtij studimi i njohim disa limitacione. Megjithëse jemi bazuar mbi të dhëna zyrtare, të dhënat mbi popullatën në vite të ndryshme janë marrë nga dy burime të ndryshme.

Për shkak të mungesës së informacionit mbi strukturën moshore të popullsisë, nuk mund të vlerësojmë prevalencën në grupmosha specifike.

Për shkak të tipit të studimit, kauzaliteti midis parametrave të studiuar, si duhani, anamneza familjare, gjinia, dhe gravitetit të sëmundjeve nuk mund të provohet. Duhet thënë që kauzaliteti i këtyre faktorëve është i provuar në studime të tjera [97] [141] [142] [143].

Në lidhje me veprimin e faktorëve si arsimi, përdorimi i alkoolit dhe duhanit, mundësia e ekzistencës së një lidhje shkakësore të kundërt (inverse causality), sipas së cilës, prania e formave të avancuara rrit shpeshtësinë e tyre, ekziston, studime të tjera kanë provuar këtë kauzalitet [144] [145]. Për këtë arsye, në këtë studim këto faktorë janë konsideruar vetëm si faktorë asociues të formave më të avancuara.

Më në fund, në pacientët tanë (por edhe në popullatë), nuk kemi të dhëna mbi shpeshtësinë e HLA B-27, megjithatë në shumicën e të sëmurëve të rritur SA mund të diagnostikohet mbi kriteret klinike edhe pa këtë informacion [146].

5.4 Përfundim

A. Treguesit epidemiologjik

Artriti Reumatoid

1. Prevalenca e AR në rajonin Gjirokastrë ishte 0.25% për popullsinë e përgjithshme, 0.34% për popullsinë adulte, 0.40% për femrat dhe 0.10% për meshkujt (në vitin 2011).
2. Prevalenca rritej me kalimin e viteve në të gjitha popullatat, rritja më e dukshme u vu re tek femrat.
3. Incidenca një vjeçare e AR në rajonin tonë ishte 0.012% për popullsinë e përgjithshme, 0.016% për popullsinë adulte, 0.024% për femrat; 0.010% për meshkujt (në vitin 2011).
4. Vlerat e shpeshtësisë së AR në Rajonin Gjirokastrë, prevalenca 0.34% në popullsinë adulte dhe incidenca vjetore 16 raste për 100 mijë banorë (2011), janë të përafërta me ato të raportuara në Rajonin e Janinës, Greqi. Ato janë brenda kufijve të normave të raportuara për vendet e Europës Juglindore dhe më të ulta se ato në Europën Veriore.
5. Gjatë periudhës 15-vjeçare të studimit, në rajon u humbën afërsisht 616 vite jetë të shëndetshme, si rezultat i sëmundshmërisë nga AR (DALY), nga të cilat [142 vite jetë si rezultat i vdekjes së parakohshme (YLL) dhe 477 vite jetë të shëndetshme si pasojë e paaftësisë së shkaktuar nga AR (YLD)].

Spondyliti Ankylosant

1. Prevalenca e SA në rajonin Gjirokastrë ishte 0.067% në popullsinë e përgjithshme, dhe 0.089% në popullsinë adulte (në vitin 2011).
2. Prevalenca rritej me vitet në të dyja popullatat. Për popullsinë adulte ishte 0.048% në vitin 2001, 0.059% në vitin 2010 dhe 0.089% në 2011.
3. Incidenca kumulative 5-vjeçare në popullsinë adulte ishte 0.0048%, ose rreth 5 raste të reja në 5 vjet për 100 mijë adultë.
4. Incidenca kumulative 5-vjeçare në popullatën e përgjithshme ishte 0.0038%, ose rreth 4 raste të reja për 5 vjet për 100 mijë banorë.
5. Vlerat e shpeshtësisë së SA në Rajonin Gjirokastrë janë më të ulta se normat e raportuara në Europën Veriore dhe të përafërta me normat e raportuara në vendet me afërsi rajonale, Greqinë Veriperëndimore dhe Turqinë.

Artriti Juvenil Idiopatik

1. Prevalenca e AJI në rajonin Gjirokastrë ishte 0.12% për fëmijët (0-14 vjeç), ose 120 raste për 100 mijë fëmijë.
2. Prevalenca u rrit me kalimin e viteve, kështu në fëmijët (0-14 vjeç) ajo ishte 0.04% në vitin 2001, u dyfishua në vitin 2006 (0.08% dhe u trefishua në vitin 2010 (0.12%).
3. Incidenca 5-vjeçare e AJI në rajonin tonë në fëmijët (0-14 vjeç) ishte 0.033%, ose mbi 3 raste në 5 vjet për 100 mijë fëmijë.
4. Vlerat shpeshtësisë së AJI në Rajon janë të përafërta me ato të studiuesve në vendet e tjera me origjinë Europiane.

B. Graviteti i SIR

Gati gjysma e pacientëve me AR në rajonin tonë ndodheshin në stadet funksionale III dhe IV dhe mbi 1/3 e tyre kishin statusin e invalidit.

Dy të tretat e të sëmurëve me SA ndodheshin në stadet funksionale III, IV dhe më shumë se gjysma e tyre rezultonin invalidë.

Një e treta e të sëmurëve me AJI ndodheshin në stadet funksionale III, IV dhe 28% e pacientëve ishin invalidë.

Gaviteti i SIR në të sëmurët tanë bashkëshoqërohej me një numër parametrash demografikë dhe faktorësh ambientale (mosha e fillimit të sëmundjes, gjinia, duhani, prania e anamnezës familjare pozitive, profesioni).

5.5 REKOMANDIME

- ✚ Rezultatet e këtij studimi japin të dhëna të sakta mbi shpeshtësinë dhe gravitetin e SIR në rajonin e Gjirokastrës. Të dhënat tona epidemiologjike mund të shërbejnë për krahasim me të dhënat epidemiologjike të SIR në rajonet e tjera të Shqipërisë.
- ✚ Këto të dhëna mund të shërbejnë për krahasim edhe me vendet e tjera fqinje, me afërsi gjeografike me rajonin tonë.
- ✚ Të dhënat tona të barrës së AR do të ndihmojnë në krijimin e profilit kombëtar të barrës së SIR në Shqipëri.
- ✚ Evidentimi i ndikimit të SIR në Rajon duhet pranuar në mënyrë që të marrë prioritet. Duhet adresuar përgjegjësitë e SIR me qëllimin për të kërkuar dhe lejuar ndërhyrjet për parandalimin dhe kontrollin e përfundimeve të sëmundjeve në komunitet.

5.6 Fotografi të tre pacientëve të përfshirë në studim



Figura A

Me Artrit Reumatoid prej 10 vitesh, femër 66 vjeç. Arsimi 8-vjeçar, profesioni punëtore, aktualisht ndodhet në stadin funksional III. Me deformime, semiankyloza artikulare. Vajza e saj me sAJI, diagnostikuar në moshën 11 vjeçare, mosha aktuale 41 vjeç, me ankyloza, semiankyloza artikulare të gjeneralizuara, e gozhduar në shtrat.



Figura B

Me Spondylit Ankylosant prej 21 vjetësh, mashkull, 47 vjeç, arsimi 8-vjeçar, profesioni punëtor para fillimit të SA, Vëllai dhe djali i tezes gjithashtu me SA. Invalid prej 10 vjetësh, aktualisht në stadin funksional III. Paraqet kolonën bamboo, me semiankyloza artikulare.



Figura C

Me Artrit Juvenil Idiopatik prej 22 vjetësh, mashkull, 36 vjeç. Arsimi 8-vjeçar, pa anamnezë familjare. Prej 20 vjetësh invalid; aktualisht në stadin funksional IV.
Me ankyloza artikulare të shumta. Jeton i izoluar në karrocë.

REFERENCAT

1. Antony D. Woolf, Jo Erwin, Lyn March. The need to address the burden of musculoskeletal conditions. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*. Volume 26. Issue 2. Pages 183 – 224, April 2012.
2. Elisabet M Badley. The provision of Rheumatologic Services. *Rheumatology*. John H Klippel, Paul A Dieppe, second edition, 2000; 3.2.1 – 8
3. Elisabet M Badley. The provision of Rheumatologic Services. *Rheumatology*. John H Klippel, Paul A Dieppe, first edition, 1994; 1-9.1
4. Patience H. White, Rowland W. Chang. Public Health and Arthritis: A growing imperative. *Primer on Rheumatologic Disease* 13-th edition, 2008; 1.1-5.
5. Ravinder N. Maini, Nathan J. Zaifler. Introduction Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthropathy. *Rheumatology*. John H Klippel, Paul A Dieppe. 1994; 3.1.1
6. Kiran Nistala, Patricia Woo, Lucy R. Wedderburn, Juvenil Idiopathic Arthritis; Rheumatic Disease of Childhood; Kelley's Textbook of Rheumatology; Eight Edition. 2009; 1657 – 1672.
7. Lynn H Gerber. Introduction, Rehabilitation. 8:3.1. *Rheumatology* John H Klippel, Paul A Dieppe, 1994.
8. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 2006;36:182-188.
9. Ferucci ED, Templin DW, Lanier AP. Rheumatoid arthritis in American Indians and Alaska Natives: a review of the literature. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2005 Feb; 34(4):662–667.
10. Minaur N, Sawyers S, Parker J, Darmawan J. Rheumatic Disease in an Australian Aboriginal Community in North Queensland, Australia. A WHO-ILAR COPCORD Survey. *Journal of Rheumatology*. 2004;31(5):965–972
11. Silman AJ, Ollier W, Holligan S, Birrell F, Adebajo A, Asuzu MC, et al. Absence of rheumatoid arthritis in a rural Nigerian population. *Journal of Rheumatology*. 1993 Apr; 20(4):618–622.
12. Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009;11:229.
13. Bakland G, Nossent HC, Gran JT. Incidence and prevalence of ankylosing spondylitis in Northern Norway. *Arthritis & Rheumatism*. 2005;53:850–855.
14. Hukuda S, Minami M, Saito T, et al. Spondyloarthropathies in Japan: nationwide questionnaire survey performed by the Japan Ankylosing Spondylitis Society. *Journal of Rheumatology*. 2001; 28:554–559.
15. Sieper J, Rudwaleit M, Khan MA, Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2006;20:401–417.
16. Martin Rudwaleit. Classification and epidemiology of spondyloarthritis. *Rheumatology* 2011; 1123- 1127.
17. Benevolenskaya LI, Boyer GS, Erdesz S, et al. Spondylarthropathic diseases in indigenous circumpolar populations of Russia and Alaska. *Revue du Rhumatisme (English ed.)*. 1996;63:815–822.
18. Saurenmann RK, Rose JB, Tyrrell P, et al. Epidemiology of juvenile idiopathic arthritis in a multiethnic cohort: ethnicity as a risk factor. *Arthritis Rheum* 2007; 56:1974-1984.

19. Kirsten Minden. Classification and epidemiology of juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* 2011, sixth edition; 987- 992.
20. Manners PJ, Bower C. Worldwide prevalence of juvenile arthritis: why does it vary so much? *J Rheumatol* 2002; 29:1520-1530.
21. Fujikawa S, Okuni M. A nationwide surveillance study of rheumatic diseases among Japanese children. *Acta Paediatr Jpn* 1997; 39:242-244.
22. Lars Klareskog, 1 Peter K Gregersen, 2 Tom W J Huizinga Prevention of autoimmune rheumatic disease: state of the art and future perspectives *Ann Rheum Dis* 2010; 69:2062–2066.
23. Brian L Kotzin. Autoimmunity. Kelley's textbook of Rheumatology 2001 ph 305-321.
24. Richard M. Siegel, Peter E. Lipsky. Autoimmunity. Kelley's textbook of Rheumatology, Eighth edition, 2009: ph 259- 277.
25. Cezar Augusto Muniz Caldas, Jozelio Freire de Carvalho. The role of environmental factors in the pathogenesis of non-organ – specific autoimmune diseases. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. Volume 26, Issue 1, Pages 5-11, February 2012.
26. Gary S. Firestein; Etiology and pathogenesis of R A. Kelley's Textbook of Rheumatology. Eight Edition. 2009: ph 1035 – 1086.
27. Sjef M. Van Der Linden; Desiree Van Der Heijde; Walter P. Maksymowych. Ankylosing Spondylitis..Kelley's textbook of Rheumatology. Fifth edition.2009; 1169-1190.
28. Rachelle Donn. Etiology and pathogenesis of juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* 2011. 1009-1015.
29. Cooper GS, Miller FW, Pandey JP. The role of genetic factors in autoimmune disease: implications for environmental research. *Environmental Health Perspectives*. 1999; 107: 693–700.
30. Katherine P. Liao, Elisabeth W. Karlson. Classification and Epidemiology of Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology* 2011: ph 823- 828.
31. Prahalad S, Ryan MH, Shear ES, et al. Juvenile rheumatoid arthritis: linkage to HLA demonstrated by allele sharing in affected sibpairs. *Arthritis Rheum* 2000; 43:2335-2338.
32. Jean Marc Waldburger, Gary S. Firestein. Rheumatoid Arthritis; B. Epidemiology and Pathogenesis. *Primer on Rheumatic Diseases*. 13-th edition. 2007: ph 122 – 132.
33. Rosen P, Thompson S, Glass D. Non-HLA gene polymorphisms in juvenile rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2003; 21:650-656.
34. Harney S, wordswrth BP. Genetic epidemiology of rheumatoid arthritis. *Tissue Antigens*. 2002 Dec;60(6):465–473.
35. Gery S Firestein. Etiology and Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis; *Tekstbook of Rheumatology*, 2001. Ph 921.
36. Wucherpfennig KW. Mechanisms for the induction of autoimmunity by infectious agents. *Journal of Clinical Investigation*. 2001;108:1097–1104.
37. Lars Klareskog, 1 Peter K Gregersen, 2 Tom w J Huizinga Prevention of autoimmune rheumatic disease: state of the art and future perspectives *Ann Rheum Dis* 2010; 69:2062–2066.
38. Smokers in early axial spondyloarthritis have an earlier disease onset, more inflammation and damage: Results from the DESIR Cohort. *Ann of Rheum Dis*, Jun2, 2010, ph97.

39. Grimaldi CM, Cleary J, Dagtas AS, et al. Estrogen alters thresholds for B cell apoptosis and activation. *Journal of Clinical Investigation*. 2002;109:1625–1633.
40. Francus T, Klein RF, Staiano-Coico L, et al. Effects of tobacco glycoprotein (TGP) on the immune system. II. TGP stimulates the proliferation of human T cells and the differentiation of human B cells into Ig secreting cells. *Journal of Immunology*. 1988;140:1823–1829.
41. Boel Andersson Gare. Anders Fasth. Presentations, clinical features, and special problems in children. *Rheumatology* 2011. 956 – 970.
42. Pattison DJ, Silman AJ, Goodson NJ, et al. Vitamin C and the risk of developing inflammatory polyarthritis: prospective nested case- control study. *Ann Rheum Dis* 2004;63:843-847.
43. Bengtsson C, Nordmark B, Klareskog L, et al. Socioeconomic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:1588-1594.
44. Petty RE, Southwood TR, Baum J, et al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. *J Rheumatol* 1998; 25:1991- 1994.
45. Poul Halberg. Rheumatoid Arthritis. History. *Rheumatology*. John H Klippel, Paul A Dieppe. 1994; 3:2.1- 4.
46. Snarrason E. Landre – Beauvalis and his goute asthenique. *Acta Med Scand*. 1952; 142 (suppl 266):115-18.
47. Garrod AB, The nature and treatment of gout and rheumatoid gout. London: Walton and Maberly; 1859.
48. Parish LC. A historical approach to the nomenclature of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1963; 6:138-58.
49. Ropes MW, Benett GA, Cobbs, et al 1958 revision of the diagnostic criteria for rheumatoid arthritis. *Bull Rheum Dis*.1958; 9:175-6.
50. Paul Dieppe & John H Klippel Introduction; Kelley's textbook of Rheumatology; 1994; 4.
51. Deborah P.M. Symmons. Epidemiologic concept and the classification of musculoskeletal conditions. *Rheumatology*. Fifth Edition, 2011. Mosby Elsevier Vol 1: Ph 3-10.
52. Edward D. Harris, Jr, Garry S. Firestein; Clinical Features of RA; P9; Ch 66; ph 1087 -1118; Kelley's Textbook of Rheumatology; Eight Edition; 2009.
53. Ropes MW, Bennett GA, Cobb S et al. 1958 revision of diagnostic criteria for rheumatoid arthritis. *Bull Rheum Dis*.1958; 9:175 – 6.
54. Anonymous. Proposed diagnostic criteria for use in population studies. In Kellgren JH, Jeffrey MR, Ball J.eds. *The epidemiology of chronic rheumatism*. Volume I. Philadelphia: FA Davis Co; 1963; 324-6.
55. Benett PH, Burch TA, New York Symposium on population studies in the Rheumatic Diseasees; New Diagnostic Criteria. *Bull Rheum Dis*. 1967; 17:453-8.
56. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31 : 315 –3 24 .
57. Jon T. Giles. Joan M. Bathon. Management of rheumatoid Arthritis: synovitis. *Rheumatology* 2011. 923-931.
58. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American college of

- rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2010 Sep;69(9):1580–1588.
59. Feldtkeller E, Khan MA, van der Heijde D, et al. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology International*. 2003;23:61–66.
 60. Kellgren JH, Jeffrey MR, Ball J. In: The epidemiology of chronic rheumatism. Vol I. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1963:326-327.
 61. Gofton JP, Lawrence JS, Bennett PH, et al. Sacroiliitis in eight populations. *Ann Rheum Dis* 1966;25:528-533.
 62. Bennett PH, Burch TA. Population studies of the rheumatic diseases. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation, 1968:456-457.
 63. Calin A, Porta J, Fries JF, et al. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. *JAMA* 1977;237:2613-2614.
 64. Van der Linden SM, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of the diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984;27:361-368.
 65. Brewer EJ, Bass J, Baum J, et al, and the JRA Criteria Subcommittee of the Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association Section of the Arthritis Foundation. Current proposed revision of JRA criteria. *Arthritis Rheum* 1977; 20(Suppl):195-199.
 66. Wood PHN. Special meeting on nomenclature and classification of arthritis in children. In: Munthe E, ed. The care of rheumatic children: summarised reports of papers, discussions, and recommendations of the EULAR/WHO workshop on the care of rheumatic children, March 21-24, 1977, Oslo. Basel: EULAR Publishers, 1978:47-50.
 67. Fink CW, and the Task Force for Classification Criteria: Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. *J Rheumatol* 1995; 22:1566-1569.
 68. Petty RE, Southwood TR, Baum J, et al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis, Durban, 1997. *J Rheumatol* 1998; 25:1991-1994.
 69. Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 2004; 31:390-392.
 70. Peter M Brooks & Joseph A Buckwalter Principles of management of patients with rheumatic disease; 3:1.1-4; Rheumatology-second edition- John H Klippel, Paul A Dieppe; 2000.
 71. Lynn H Gerber, Peter M Brooks. Management of Rheumatic Diseases. Introduction. Rheumatology John H Klippel, Paul A Dieppe, 1994. 8:1.1-2
 72. WHO . International classification of function. Geneva 2011; Available from: www.who.int/classification/icf
 73. Anthony D. Woolf. Economic benefit of improving access to care. *Ann of the rheum dis*; June 2011; vol 70, suppl 3; ph 7.
 74. Anthony D. Woolf. Economic Burden of Rheumatic Disorders. Kelley's textbook of Rheumatology; 13-the edition 2009; 439 - 452.
 75. Press Release. Global Alliance for Musculoskeletal Health. Influential global alliance calls on governments and the World Health Organisation to prioritise musculoskeletal health following findings of Global Burden of Disease Study 2010. Truro, UK 15th December 2012.

76. Woolfe AD. The bone and joint decade 2000–2010. *Ann Rheum Dis* 2000; 59:81–82.
77. European Commission . Health in the European Union. *Special Eurobarometer*. 2007; 272.
78. Symmons D. Mathers C., Pfleger B. The global burden of rheumatoid arthritis in the year 2000.
79. Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, Pincus T, Wolfe F, The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum*. 1992; 35: 498 – 502.
80. Kriteret orientuese për përcaktimin e aftësisë në punë të invalidëve, (Ministria e Financave, Drejtoria e Sigurimeve Shqërore Shtetëore, Tiranë 1991), 2010.
81. World Development Report 1993 . World Bank. Oxford University Press;
82. The Global Burden of Disease . A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1). Cambridge M.A., USA: Harvard University Press; 1996.
83. Murray CJ. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994;72(3):429–445.
84. Woolf A.D. [et al](#) How to measure the impact of musculoskeletal conditions. *Clinical Rheumatology*, Volume 24, Issue 6, Pages 723-732, December 2010.
85. Uhlig T, Loge JH, Kristiansen IS, Kvien TK. Quantification of reduced health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis compared to the general population. *The Journal of Rheumatology*. 2007; 34 (6):1241–1247.
86. Cimmino MA, Parisi M, Moggiana G, et al: Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari Study. *Ann Rheum Dis*. 1998;57:315-318.
87. Stojanovic R, Vlajinac H, Palic-Obradovic D, et al: Prevalence of rheumatoid arthritis in Belgrade, Yugoslavia. *Br J Rheumatol*. 1998;37:729-732.
88. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, et al: Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG Study. *J Rheumatol*. 2003;30:1589-1601.
89. Drosos AA, Alamanos I, Voulgari PV, et al: Epidemiology of adult rheumatoid arthritis in northwest Greece 1987-1995. *J Rheumatol*. 1997;24:2129-2133.
90. Abdel-Nasser AM, Rasker JJ, Valkenburg HA. Epidemiological and clinical aspects relating to the variability of rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 1997 Oct; 27(2):123–140
91. Kaipiainen-Seppanen O, Aho K, Nikkarinen M. Regional differences in the incidence of rheumatoid arthritis in Finland in 1995. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2001 Feb; 60(2):128–132.
92. Roux CH, Saraux A, Le Bihan E, Fardellone P, Guggenbuhl P, Fautrel B, et al. Rheumatoid arthritis and spondyloarthropathies: geographical variations in prevalence in France. *Journal of Rheumatology*. 2007 Jan;34(1):117–122.
93. Costenbader KH, Chang SC, Laden F, Puett R, Karlson EW. Geographic variation in rheumatoid arthritis incidence among women in the United States. *Archives Internal Medicine*. 2008 Aug 11;168(15):1664–1670.
94. Gibert M, Sanchez-Mazas A. Geographic patterns of functional categories of HLA-DRB1 alleles: a new approach to analyse associations between HLA-DRB1 and disease. *European Journal of Immunogenetics*. 2003 Oct;30(5):361–374.

95. WHO . Global burden of disease 2009. Geneva Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html2009.
96. Waldburger JM, Firestein GS. Rheumatoid Arthritis; B. Epidemiology and Pathogenesis. Primer on Rheumatic Diseases. 13-th edition. 2007; ph 122–132.
97. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Yeates D. Oral contraceptives, cigarette smoking and other factors in relation to arthritis. *Contraception* 1987; 35:457–64.
98. Källberg H, Ding B, Padyukov L, Bengtsson C, Rönnelid J, Klareskog L, Alfredsson L; EIRA Study Group. Smoking is a major preventable risk factor for rheumatoid arthritis: estimations of risks after various exposures to cigarette smoke. *Ann Rheum Dis*. 2011; 70 (3):508-511.
99. Costenbader KH, Feskanich D, Mandl LA, Karlson Ew. Smoking intensity, duration, and cessation, and the risk of rheumatoid arthritis in women. *Am J Med* 2006;119:503
100. Matthey DL, Hutchinson D, Dawes PT, et al. Smoking and disease severity in rheumatoid arthritis: association with polymorphism at the glutathione S-transferase M1 locus. *Arthritis and Rheumatism*. 2002; 46:640–646.
101. Wolfe F, Hawley DJ. The longterm outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol*. 1998 Nov;25(11):2108-17.9.
102. Young A, Dixey J, Kulinskaya E et al. Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). *Ann Rheum Dis* 2002; 61:335–340.
103. Amador-Patarroyo MJ, Rodriguez-Rodriguez A, Montoya-Ortiz G. How does age at onset influence the outcome of autoimmune diseases? *Autoimmune Dis*. 2012;2012:251730. doi: 10.1155/2012/251730. Epub 2011 Dec.
104. Sokka T. Work disability in early rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21 (Suppl. 31):71–74.
105. Uhlig T. Which patients with rheumatoid arthritis are still working? *Arthritis Research & Therapy*. 2010; 12 (2):114.
106. ERAS Study Group . Socioeconomic deprivation and rheumatoid disease: what lessons for the health service?. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2000;59(10):794–799.
107. De Croon EM, Sluiter JK, Nijssen TF, Dijkmans BA, Lankhorst GJ, Frings-Dresen MH. Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis*. 2004 Nov; 63(11) : 1362-7.
108. Stahl EA, Raychaudhuri S. Rheumatoid arthritis. Evidence for a genetic component to disease severity in RA. *Nat Rev Rheumatol*. 2012 May 31;8(6):312-3.
109. Knevel R, de Rooy DP, Zhernakova A, Gröndal G, Krabben A, Steinsson K, Wijmenga C, Cavet G, Toes RE, Huizinga TW, Gregersen PK, van der Helm-van Mil AH. Association of variants in IL2RA with progression of joint destruction in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum*. 2013 Mar 25. doi: 10.1002/art.37938.
110. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010; 376: 1094-1108.
111. Çay HF, İllez İÖ. Alcohol Consumption Among Inflammatory Rheumatic Patients: A Survey From Turkey. *Turk J Rheumatol* 2012; 27(3):179-184.

112. Gran JT, Husby G, Hordvik M. Prevalence of ankylosing spondylitis in males and females in a young middleaged population of Tromso, northern Norway. *Ann Rheum Dis* 1985; 44:359-367.
113. Desiree Van Der Heijde. Ankylosing Spondylitis A. Clinical Features. *Primer on Rheumatic Diseases*; 211- 217.
114. Ioannis Anagnostopoulos, Elias Zinzaras, Ioannis Alexiou, Aphrodite A Papathanasiou, Evangelos Davas, Athanasios Koutroumpas, Georgia Barouta and Lazaros I Sakkas* The prevalence of rheumatic diseases in central Greece: a population survey *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010, **11**:98.
115. Andrianakos A, Trontzas P, Christogiannis F, Dantis P, Voudouris C, Georgountzos A, Kaziolas G, Vafiadou E, Pantelidou K, Karamitsos D, Kontelis L, Krachtis P, Nikolia Z, Kaskani E, Tavaniotou E, Antoniadis C, Karanikolas G, Kontoyanni A: Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG Study. *J Rheumatol* 2003, 30:1589-601.
116. Onen F, Akar S, Birlik M, Sari I, Khan MA, Gourler O, Ergor A, Manisali M, Akkoc N: Prevalence of ankylosing spondylitis and related spondyloarthritides in an urban area of Izmir, Turkey. *J Rheumatol* 2008, 35:305-9.
117. Y Alamanos, N. G. Papadopoulos. PV Vpularis, C Siozos, AA Drosos. Epidemiology of ankylosing spondylitis in Northwest Greece, 1983–2002. *Oxford Journal Medicine, Rheumatology*, volume 43, Issue 5, ph 615 – 618.
118. 118. Lau CS, Burgos-Vargas R, Louthrenoo W, Mok MY, Wordsworth P, Zeng QY. Features of spondylarthritis around the world. *Rheum Dis Clin North Am* 1998;24:753–70.
119. Brown MA, Jepson A, Young A, Whittle HC, Greenwood BM, Wordsworth BP. Ankylosing spondylitis in West Africans—evidence for a non-HLA-B27 protective effect. *Ann Rheum Dis* 1997; 56:68–70.
120. Gran JT, Husby G. The epidemiology of ankylosing spondylitis. *Semin Arthritis Rheum* 1993; 22:319–34.
121. Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Med* 2002;136:896–907
122. Diskas. Skoldstam L, Hagfors L, Johansson G. An experimental study of a Mediterranean diet intervention for patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:208–14.
123. Diskas. Ponsonby AL, McMichael A, van der Mei I. Ultraviolet radiation and autoimmune disease: insights from epidemiological research. *Toxicology* 2002; 181–182:71–8.
124. Baek, K. C. Shin, Y. J. Lee, S. W. Kang, E.B.Lee, C. D. Yoo,Y. W. Song Clinical features of adult-onset ankylosing spondylitis in Korean patients: patients with peripheral joint disease (PJD) have less severe spinal disease course than those without PJD *Rheumatology* 2004;43:1526–1531.
125. Michael Ehrenfeld: Spondyloarthropathies. *Best practice and Research Clinical Rheumatology*. Volume 26, issue 1, Febrary 2012; 1135-1445.
126. Sjef Van der Linden, Desiree van der Heijde. Spondyloarthropathies. *Kelley's Textbook of Rheumatology*, 6-th ed. Vol II, ph 1040 – 153.
127. Kaipainen-Seppanen O, Aho K, Heliovaara M. Incidence and prevalence of ankylosing spondylitis in Finland. *J Rheumatol* 1997; 24:496–9.
128. Burgos-Vargas R, Naranjo A, Castillo J, Katona G. Ankylosing spondylitis in the Mexican mestizo: patterns of disease according to age at onset. *J Rheumatol* 1989; 16:186–91.

129. Kennedy LG, Will R, Calin A. Sex ratio in the spondyloarthropathies and its relationship to phenotypic expression, mode of inheritance and age at onset. *J Rheumatol* 1993;20:1900–4.
130. Sampaio-Barros PD, Bertolo MB, Kraemer MH, Marques-Neto JF, Samara AM. Primary ankylosing spondylitis: patterns of disease in a Brazilian population of 147 patients. *J Rheumatol* 2001; 28:560–5.
131. Krebs W. Das Roentgenbild des Beckens bei der Bechterewschen Krankheit. *Fortschr Röntgenstrahlen* 1934;50:537-542.
132. Matthew A. Brown. Genetics of Ankylosing Spondylitis. *Rheumatology*; 2011; 1103-1106.
133. H.Y Chung, P. Machado, D. Van der Heijde, M Dougados. Smokers in early axial spondyloarthritis have an earlier disease onset, more inflammation and damage: Results from the DESIR Cohort. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 97.
134. Myllykangas-Luosujärvi R, Aho K, Lehtinen K, Kautiainen H, Hakala M. Increased incidence of alcohol-related deaths from accidents and violence in subjects with ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol* 1998; 37:688-90.
135. Sirmali M, Ozçakar L, Findik G, Kaya S. Ankylosing spondylitis: a perturbing psychosocial concern? *Rheumatol Int* 2003; 23:324-5.
136. Oen K, Malleson PN, Cabral DA, et al. Disease course and outcome of juvenile rheumatoid arthritis in a multicenter cohort. *J Rheumatol* 2002; 29:1989-1999.
137. Flato B, Lien G, Smerdel A, et al. Prognostic factors in juvenile rheumatoid arthritis: a case-control study revealing early predictors and outcome after 14.9 years. *J Rheumatol* 2003; 30:386-393.
138. Nielsen HE, Dorup J, Herlin T, et al. Epidemiology of juvenile chronic arthritis: risk dependent on sibship, parental income, and housing. *J Rheumatol* 1999; 26:1600-1605.
139. Duraj V, Tafaj A, Backa T. Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Tirana, Albania. *Mat Soc Med*. 2013 Jun 25(2): 96-97.
140. Albania Demographic and Health survey 2008 – 2009. Institute of statistics, Institute of Public Health, Tirana, Albania.
141. Symmons DP, Bankhead CR, Harrison BJ, et al. Blood transfusion, smoking, and obesity as risk factors for the development of rheumatoid arthritis: results from a primary care-based incident case-control study in Norfolk, England. *Arthritis and Rheumatism*. 1997;40:1955–1961
142. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, et al. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis* 2010;69:70–81.
143. Cooper GS, Miller FW, Pandey JP. The role of genetic factors in autoimmune disease: implications for environmental research. *Environmental Health Perspectives*. 1999;107:693–700
144. Houssien DA, Scott DL, Jonsson T. Smoking, rheumatoid factors, and rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*. 1998;57:175–176
145. Ward MM, Kuzis S. Risk factors for work disability in patients with ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology*. 2001; 28 (2): 315-321.
146. Khan MA, Khan MK. Diagnostic value of HLA – B 27 testing in ankylosing spondylitis and Reiter’s syndrome. *Ann Intern Med* 1982; 96: 70 – 76.

Abstrakt

Hyrje: Artriti Reumatoid (AR), Spondyliti Ankylosant (SA) janë artropatitë më të rëndësishme inflamatore në adultët, ndërsa Artriti Juvenil Idiopatik (AJI) përfshin arthropatitë inflamatore me fillim para moshës 16 vjeç.

Objektiva: Vlerësimi i epidemiologjisë dhe ngarkesës që shkaktojnë në Rajonin Gjirokastrë. Vlerësimi i kontribuesve gjenetikë dhe ambientale në ecurinë e sëmundjeve.

Materiali dhe metodat: Gjatë studimit u identifikuan 284 të sëmurë (194 me AR; 54 me SA; 36 me AJI), banorë të Rajonit në periudhën 1995 –2011. Diagnostikuar sipas kriterëve përkatëse. Pjesa epidemiologjike, vëzhguese konsiston në evidentimin e të gjithë rasteve dhe vlerësimin e epidemiologjisë së këtyre sëmundjeve në Rajon. Pjesa vëzhguese klinike analizon karakteristikat klinike të të sëmurëve, me fokus ndikimin e faktorëve të ndryshëm të riskut mbi ecurinë dhe gravitetin e këtyre sëmundjeve.

Rezultatet: Prevalenca në popullsinë adulte për AR rezultoi 0.34 % (2011), për AS 0.089%, për AJI tek fëmijët <14 vjeç 0.12%. Incidenca 1-vjeçare (2011) për AR rezultoi 0.016%, incidenca 5 vjeçare (2006-2011) për AS 0.0048% në popullatën adulte, incidenca 5-vjeçare (2006-2011)për AJI në fëmijët ishte 0.033%. 1/3 e pacientëve me AR, mbi 1/3 e pacientëve me AS dhe 28 % e pacientëve me AJI kishin statusin e invalidit.

Konkluzion: Parametrat epidemiologjike të Rajonit rezultojnë të përafërt me parametrat përkatës me vendet e Europës Juglindore. Sëmundjet shkaktojnë ngarkesë të konsiderueshme në popullatë.

Fjalët kyç: Artriti Reumatoid, Spondyliti Ankylosant, Juvenil Idiopatik Arthritis, epidemiologji, ngarkesë.

Abstract

Background: Rheumatoid Arthritis (RA) and Ankylosing Spondylitis (AS) are important chronic inflammatory polyarticular diseases in adults; Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) includes inflammatory arthropathy beginning before age 16.

Objectives: The aims of this thesis were to assess the epidemiology and disease burden of RA, AS and JIA in the region of Gjirokastrë and to investigate the impact of genetic and environmental factors on the course of these diseases.

Material and Methods: The study included 284 patients (194 with AR, 54 with AS; 36 with AJI), who lived in this region during 1995-2011 years. Patients were diagnosed according to accepted criteria. The epidemiological part of the study consisted of the identification of all patients and investigation of the epidemiology of these diseases. The second part characterized these patients and investigated the impact of various risk factors on the severity and evolution of these diseases.

Results: The prevalence was 0.34% for RA, 0.089 % for AS in adult population and 0.12% for JIA in children <14 years old. The one-year (2011) incidence of RA was 0.016%; the 5-year (2006-2011) incidence of AS 0.0048% in adult population; the 5-year (2006-2011) incidence of JIA was 0.033% in children. One-third of patients with RA, 1/3 of patients with AS and 28% of patients with JIA were invalids.

Conclusions: The epidemiological parameters in our region are close to the respective parameters in the South-East Europe. These diseases cause a considerable burden on the population.

Key words: Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis, Juvenil Idiopathic Arthritis, epidemiology, burden.