



UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANE

REPUBLIKA E SHQIPERISE

UNIVERSITETI I MJEKESISE TIRANE

FAKULTETI I MJEKESISE

DISERTACION

PER MBROJTJEN E GRADES SHKENCORE

“DOKTOR”

**ASPEKTET EPIDEMIOLOGJIKE, KLINIKE, IMAZHERIKE, BIOKIMIKE, TE
PREKJES PULMONARE TE SUBJEKTET ME HIV/AIDS**

Doktorante:

Dr. Matilda Gjergji

Udheheqes shkencor:

Prof. Dr. Jul Bushati

Tirane, 2017

REPUBLIKA E SHQIPERISE
UNIVERSITETI I MJEKESISE TIRANE
FAKULTETI I MJEKESISE

DISERTACION
I PARAQITUR NGA
Dr. Matilda Gjergji
UDHEHEQUR NGA
Prof. Dr. Jul BUSHATI

PER MARRJEN E GRADES SHKENCORE

“DOKTOR”

SPECIALITETI: PNEUMOLOGJI

TEMA:

**ASPEKTET EPIDEMIOLOGJIKE, KLINIKE, IMAZHERIKE, BIOKIMIKE, TE
PREKJES PULMONARE TE SUBJEKTET ME HIV/AIDS.**

MBROHET ME DATE _____/_____/2017 PARA JURISE

- 1. _____ KRYETAR**
- 2. _____ ANETAR (OPONENT)**
- 3. _____ ANETAR (OPONENT)**
- 4. _____ ANETAR**
- 5. _____ ANETAR**

PARATHENIE

Në vitin 1981, kur AIDS u njoh për herë të parë, rastet ishin të rralla dhe sëmundja është konsideruar kryesisht si një kuriozitet. Në mes të viteve 1980, ishte zbuluar dhe pjesërisht karakterizuar shkaktari etiologjik i HIV, duke lejuar për të filluar vlerësimin e monstroozitetit të pandemisë. U bë i njohur se infeksioni HIV është një sëmundje kronike, historia natyrore e së ciles mund të përfshijë më shumë se një dekadë, me simptoma që shfaqen përkohësisht brenda dy muajve të parë për disa pacientë dhe gjatë viteve të fundit të jetës për pothuajse të gjitha pacientet.

Në fillim të viteve 1980, menaxhimi bazohej në diagnostikimin dhe trajtimin e infeksioneve të vona oportuniste. Me zbulimin dhe zhvillimin e terapisë antiretrovirale, qasja klinike ka ndryshuar në mënyrë dramatike. Personat e infektuar me HIV vendosen tashmë nën mbikëqyrje mjekësore sa më shpejt që ata janë të diagnostikuar, me ose pa simptoma. Duke disponuar grup me të madh të testeve diagnostike dhe shumëllojshmëri edhe aplikim më të gjerë të barnave të reja antiretrovirale, shërbimi shëndetësor ofron më shumë për këta pacientë se më parë. Kjo ka patur si rezultat reduktimin në vdekshmërinë dhe përmirësimi i cilësisë së jetës, të cilat janë arritje me të vërtetë të rëndësishme.

Nderlikimet pulmonare janë një nga shkaqet më të zakonshme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në Sindromën e imunodeficiences së fituar (AIDS). Pacientët seropozitivë janë të prirur për sëmundje infektive dhe jo infektive. Megjithatë, lloji i nderlikimeve pulmonare varet nga shkalla e deficitit imunitar.

Vlerësimi i simptomave respiratore në pacientët e infektuar me HIV mund të jetë i vështirë për një numër arsyesh. Simptomat respiratore janë ankesa të shpeshta në individët e infektuar me HIV dhe mund të shkaktohen nga një spektër i gjerë sëmundjesh. Spektri i sëmundjeve të mushkërive në pacientët e infektuar me HIV përfshin si ato të lidhura me HIV dhe jo të lidhura me HIV. Sëmundjet pulmonare të lidhura me HIV përfshijnë infeksionet oportuniste dhe neoplazmat. Infeksionet oportuniste përfshijnë ato bakteriale, mykobakteriale, fungale, virale dhe nga patogjene parazitare. Secila nga këto sëmundje oportuniste dhe neoplazmat ka një paraqitje karakteristike klinike dhe radiografike. Megjithatë, mund të ketë ndryshim të konsiderueshëm dhe mbivendosje në këto prezantime. Prandaj, nuk ka konstelacione patognomonike të simptomave, rezultateve të ekzaminimit fizik, anomalive laboratorike dhe tabllorëve radiologjike të toraksit ose specifike për një sëmundje të caktuar. Prandaj, kur është e mundur, është e preferueshme diagnoza mikrobiologjike definitive apo diagnoza patologjike ndaj mjekimit empirik. Testet diagnostike përfshijnë kulturat nga sputum dhe gjaku dhe të mostrave respiratore të marra me procedura invazive si bronkoskopi, torakocenteze, agobiopsia transtorakale me CT, torakoskopi, mediastinoskopi dhe biopsi të hapur të mushkërive.

Si pasojë e menaxhimit më të mirë të individëve HIV +, dalin në pah dhe bëhen më të rëndësishme komorbiditetet e pacientit. Me mjekimin antiretroviral, PCP dhe TB janë bërë më pak të shpeshta dhe vdekshmëria pulmonare ka rënë. HIV shkakton deficit imun që rrit rrezikun e pneumonisë. Veçanërisht në pacientët me problem respirator dhe deficit të avancuar të imunitetit, është thelbësore për të marrë parasysh të gjitha diagnozat diferenciale.

Qëllimi i këtij punimi është për të përshkruar manifestimet e ndryshme dhe pasojat respiratore ne pacientet HIV/AIDS. Objektivi dhe shpresa ime eshte, qe ky punim mbi nderlikimet pulmonare të infeksionit HIV do të sigurojë një burim reference për informacion thelbësor të nevojshem per personelin shëndetësor dhe punimeve shkencore. Gjithashtu mund të mundësojë personelin shëndetësor, që të ofrojne nivelin më të lartë të kujdesit të mundur për pacientët e tyre.

PERMBLEDHJE

Nderlikimet pulmonare janë një nga shkaqet me te zakonshme te sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në Sindromen e imunodeficiences së fituar (AIDS). Pacientët seropozitivë janë të prirur për semundje infektive dhe jo infektive. Megjithatë, lloji i nderlikimeve pulmonare varet nga shkalla e deficitit imunitar. Studimi eshte observues retrospektiv i shtrirë në vitet 2004-2015 dhe eshte kryer me qëllim vlerësimin e modeleve dhe karakteristikave te nderlikimeve respiratore në pacientët HIV/AIDS.

Paciente me HIV/AIDS qe kane patur nderlikime pulmonare jane te moshes nga 30 gjer 71 vjec (mosha mesatare 46.4 ± 10.2 vjec), prej te cileve 53 (68.9%) jane ne grup moshen nga 35 gjer 54 vjec, me numrin me te madh (15 apo 19.5%) ne moshen 40-44 vjec.

Sipas gjinise vihet re predominim i gjinise mashkull, ku 64 (83.1%) paciente me nderlikime pulmonare jane meshkuj dhe 13 (16.9%) jane femra. Ne se krahasohen me te dhenat e rasteve me HIV/AIDS ne vendin tone gjer ne nentor 2015 rezulton se nga totali i 870 rasteve 613 (70.5%) jane te gjinise mashkull. Nuk rezultojne dallime sinjifikante ne rastet me HIV/AIDS dhe atyre me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine.

Sipas origjines rezultuan qytetare – 60 (77.9%). HIV/AIDS mbetet një sëmundje me mbizotërim akoma urban në vendin tonë pasi 72.8 % e personave vijnë nga zonat urbane dhe 27.2 % nga ato rurale. Ka korrelacion ne lidhje me numrin e qelizave CD4+ dhe prejardhjes qytetar/fshatar, gje lidhet me kushte me te disfavorshem ne kerkesen dhe mbulimin e sherbimit shendetesor ne fshat, nivelit me te ulet te edukimit shendetesor.

Me arsimim fillor jane 2 (2.6%) paciente, rastet me te shpeshta me arsim 8 vjecar – 36(46.8%) dhe arsim te mesem – 25 (32.5%) dhe me arsim te larte 14 (18.2%) paciente.

Rezulton se ne personat me arsim 8-vjecar ka rritje te numrit te rasteve me renjen e nivelit te numrit te qelizave CD4+. Rezultatet tregojne qe semundja AIDS vazhdon te konsiderohet nje epidemi e injorances, frikes dhe mohimit.

Ne lidhje me profesionin pjesa me e madhe jane te pa pune – 29 (37.7%) paciente, punetore – 22(28.6%), bujq – 5(6.5%), nepunes – 7 (9.1%) dhe me profesione te tjera - 14(18.2%). Vihet re se shumica e rasteve jane te papune dhe punetore. Niveli i ulet arsimor dhe kushtet specifike social-ekonomike ndikojne mbi vulnerabilitetin dhe rrezikun per nje perhapje te shpejte te epidemise HIV/AIDS dhe ecuri jo te mire, vecanerisht ne grupet me risk te larte te popullates. Kultura e pamjaftueshme, papunesia, te ardhurat e pakta financiare jane faktore ne infektimin

dhe progredimin ne semundjen HIV/AIDS, kjo lidhur dhe me shpeshesine me te madhe te sjelljeve te rrezikshme.

Gjithashtu shumica predominuese e pacienteve jane fumatore – 63 (81.8%), gje qe shton riskun per semundje te mushkerive. Si me personat imunokompetent, pacientët të infektuar me HIV, të cilët janë duhanpirës janë në risk te rritur të një shumëllojshmërie të sëmundjeve të frymëmarrjes.

Zbulimi i infektimit te pacienteve te studiuar me HIV/AIDS ne shumicen e rasteve eshte bere ne Spitalin infektiv – 45 (58.4%) paciente, ne SUSM “Sh. Ndroqi” – 24 (31.2%), ne sherbime te tjera – 4 (5.2%) dhe jashte shtetit – 4 (5.2%). Nga keto te dhena rezulton se ne 31.2 % te rasteve kane qene semundjet pulmonare apo TB, qe kane bere te evidentohet infeksioni HIV.

Ne te dhenat mbi sjelljen seksuale dhe rrugen e infektimit rezulton se shumica predominuese e pacienteve jane heteroseksuale – 61 (79.2%), biseksual – 3 (3.9%), homoseksual – 2 (2.6%), nga hemotransfuzion dhe nga intervente kirurgjikale – 10 (13%) dhe ne grup risku – 1 (1.3%).

Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare rezulton se njihen te semure ne peridudhe kohore < 3 vite ne 13 (16.9%) raste, ne shumicen e rasteve prej 3 – 5 vitesh – 29 (37.7%) dhe prej 6 – 8 vitesh – 28 (36.4%), prej 9 – 12 vitesh – 7 (9.1%). Megjithate nga studimi rezultojne raste te zbuluara njekohesisht HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare.

Fillimi i mjekimit ka qene qe ne vitin 2004, me shpesh ne vitin 2008 dhe me pas, me rastet me te shumta ne vitin 2012 – 16 (20.8%). Jane mjekuar rregullisht 68 (88,3%) raste. Sipas kohezgjatjes se mjekimit rezulton se 10 (13%) paciente jane mjekuar ≤ 1vit, 32(41.6%) per 2-4 vite, 24(31.2%) per 5-7 vite dhe 11(14.3%) per 8-10 vite. Dallime sinjifikante rezultuan ndermjet pacienteve te gjinise mashkull dhe femer ne lidhje me marrjen e mjekimit antiretroviral, ku grate kane frekuence me te rritur ne te pamjekuar.

Ne pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare nuk jane evidentuar ndryshime sinjifikante ne simptomat klinike dhe llojit te nderlikimit. Rezulton se ne nderlikimin tuberkular dhe ne pneumonine recidivuese u konstatua adenopati hilario-mediastinale, gje qe flet per stad me te avancuar te deficitit imunitar dhe llojit te nderlikimit pulmonar. Kemi konstatuar se sipas menyres se fillimit te semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se frekuence me te madhe te fillimit akut kane pneumonite dhe subakut Tb pulmonar. Kjo gje, pervec rolit te shkaktarit infektues, perkon dhe me fuqine reaguese te organizmit ne lidhje me gjendjen imunitare, ne ndryshimin qe pneumonia ndodh ne nivel me te larte te CD4 se TB. Sipas pulmonit te prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se TB pulmonar dhe PCP kane patur me shpesh lokalizim bilateral, ndersa sipas fushes pulmonare te prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re lokalizim atipik i TB pulmonar ne fushen e mesme dhe te poshtme te pulmonit (43.2% te rasteve).

Ne lidhje me nivelin e numrit te qelizave CD4+ rezulton se 6 (7.8%) paciente kishin 300-399 qeliza/ml, 15 (19.5%) paciente me 200-299 qeliza/ml, ne shumicen e rasteve – 28 (36.4%) ne nivelin 100-199 qeliza/ml dhe ne 28 (36.4%) < 100 qeliza/ml. Ky eshte tregues i një niveli të

lartë të diagnozës të vonë. Nivelet e CD4 në lidhje me nderlikimin pulmonar rezultojnë se në pneumoninë për herë të parë kanë qenë në raste të barabarta në CD4 300-399 dhe 200-299/ml, asnjë rast në nivele më të ulta të CD4. Pneumonia recidivuese është e pare në numër rastesh të barabarta në nivele të CD4 200-299, 100-199 dhe <100 /ml dhe asnjë rast në nivelet 300-399/ml. PCP ka ndodhur në 60.6% në pacientë me nivel CD4 100-199 qeliza /ml dhe 39.4% në nivelin < 100 qeliza/ml, asnjë rast në nivele të qelizave CD4>199/ml. TB pulmonar është konstatuar në pacientë me nivel të CD4 200-299 qeliza/ml në 26.1 %, 100-199 qeliza/ml në 34.8% dhe 39.1% në nivelin < 100 qeliza/ml. Këto rezultate tregojnë dhe përkojnë me të dhënat e literaturës ku niveli i deficitit imunitar, i rëndësishëm se numri i qelizave CD4 përcakton ndjeshëm llojin e nderlikimit pulmonar.

Sipas nderlikimit pulmonar rezultojnë të këtu qenë pneumoni bakteriale (episodi I) në 12 (14.3%) raste, pneumoni bakteriale rekurren – 9 (10.6%). Patologjia më e shpeshtë ka qenë PCP – 33 (39.3%), pasuar nga tuberkulozi – 27 (32.2%), prej të cilëve 23 (27.4%) – TB pulmonar dhe 4 (4.8%) TB i gjeneralizuar. Janë konstatuar 2 (2.4%) raste me Sarcoma Kaposi dhe 1 (1.2%) rast me SPOK. Kështu rezultojnë se pacientët me HIV/AIDS më shpesh kanë pasuar PCP, tuberkuloz dhe pneumoni bakteriale.

Rezultojnë korrelacioni i fuqishëm ndërmjet llojit të nderlikimit pulmonar në lidhje me numrin e qelizave CD4+. Në pacientët e infektuar me HIV, diagnoza diferenciale e çrregullimeve pulmonare varet pjesërisht në numrin e qelizave CD4 +. Njohja e numrit të qelizave CD4 mund të jetë e dobishme në ngushtimin e fushës së diagnozës diferenciale dhe njohuritë e frekuencave relative të këtyre sëmundjeve pulmonare mund të jenë të dobishme në renditjen e diagnozave të mundshme dhe duke bërë të mundur sugjerimin e planit diagnostik dhe terapeutik.

Në përfundim të studimit në vitin 2015 jetonin 64(83.1%) e pacientëve, ndërsa vdekur 13(16.9%) pacientë. Dhe shpeshësia e rasteve me përfundim letal në pacientët me nderlikime pulmonare të lidhura me HIV është më e lartë në femrat (23%) se në meshkujt (15.6%). Vihet re korrelacioni i njohur pozitiv në mes të moshës dhe vdekjes. Gjithashtu, pas moshës 65 vjeçare nuk ka asnjë të mbijetuar. Në analizimin e të dhënave për proporcionin me numrin e rasteve për çdo profesion rezultojnë se vdekjet më shpesh janë në bujqit (20%) dhe të pa punët (17%), asnjë rast në nepunës. Megjithatë numri më i madh i rasteve të vdekur është në qytetarë, nëse shihet në proporcionin me rastet qytetar/fshatar rezultojnë respektivisht raporti 15%/ 24%, është më i lartë në fshatarë. Sipas arsimimit rastet më të shumta të vdekjes janë në pacientët me arsim 8 vjeçar (13% e totalit të vdekjes), ndërsa në lidhje me pacientët e këtij grupi rezultojnë 28 % e rasteve. Nderlidhje llogjike të njohura rezultojnë me mjekimin e kryer, ku ata që praktikisht nuk janë mjekuar kanë pasuar exitus laetalis në 67% të rasteve. Rezultojnë korrelacioni pozitiv ndërmjet periudhës së mjekimit dhe vdekjes, por si faktor konfundues ndërhyjnë dhe kohezgjatja e sëmundjes. Kemi konstatuar nderlidhje të njohura ndërmjet vdekjes dhe llojit të nderlikimit pulmonar. Nëse nderlikimi ka qenë TB i gjeneralizuar rezultojnë të vdekur 75% e rasteve, për TB pulmonar - 20% dhe për PCP – 18.5%. Përveç pneumonisë, vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit të CD4 janë të grupuara në nivele CD4 < 199 qeliza/ml. Numri i qelizave CD4 është parashikues i fortë për rrezikun e vdekjes dhe AIDS-it

SHKURTIME FJALESH

ABG - presioni parcial i gazrave të gjakut arterial
AIDS- Acquired Immune Deficiency Syndrome
Sindroma e Pamjaftueshmerise Imunitare te Fituar
BAL - lavazh bronkoalveolar
CMV - cytomegalovirus
FBS - fibrobronkoskopia
FNA - punkSION aspirim me age te holle
FOB - bronkoskopi fleksibël fiberoptik.
GFATM - Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
HAART – terapia antiretrovirale shume efektive
HIV- Virusi i Pamjaftueshmerise Imunitare te Njeriut
[Human immunodeficiency Virus]
ART - Terapi Antiretrovirale [Antiretroviral Therapy]
LDH - laktat dehidrogenaza serike
LGBT- personat **Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transgender**
LTBI – infeksion latent tuberkular
MAC - Mycobacterium Avium Complex
MSM - Meshkujt qe kryejne seks me meshkuj
NHL – Non Hodgkin Lymphoma
PAH – Hipertensioni Arterial Pulmonar
PCP – pneumoni nga pneumocisti carinni
PLWHA- People Living With HIV/AIDS
PMTCT - transmetimin e HIV-it nga nëna tek fëmija
PWID - People Who Inject Drugs
PY - patient years
QSUT - Qendra Spitalore Universitare "Nene Tereza" ne Tirane
SPOK - Semundja Pulmonare Obstruktive Kronike
SUSM “SH. Ndroqi” – Spitali Universitar i Semundjeve te Mushkerive “Sh. Ndroqi”
TBB - biopsi transbronkiale
TTNA - biopsi transtorakale
UNAIDS- Kombet e Bashkuara kunder AIDS-it [Joint United Nations Programme on HIV/AIDS]
UNAIDS - Programi i Kombeve te Bashkuara per AIDS-in
[United Nations Programme per HIV/AIDS]
VATS – kirurgji transtorakale e asistuar me video

PASQYRA E LENDES

PARATHENIE

PERMBLEDHJE

SHKURTIME FJALESH

PASQYRA E LENDES

Lista e tabelave

Lista e figurave

1 HYRJA

1.1 Te dhena historike

1.2 Te dhena te pergjithshme

1.3 Te dhena epidemiologjike

1.4 Te dhena per Shqiperine

1.5 Nderlikimet pulmonare te HIV/AIDS

1.5.1 Diagnoza

1.5.1.1 Qasja e pergjitheshme

1.5.1.2 Anamneza dhe ekzaminimi fizik

1.5.1.3 Ekzaminimet jo-invazive

1.5.1.4 Ekzaminime invazive

1.5.2 Nderlikimet pulmonare me te shpeshta

1.5.2.1 Infeksionet bakteriale

1.5.2.2 Pneumonite bakteriale

1.5.2.3 Pneumonia nga pneumocystis carinii (PCP)

1.5.2.4 Viruset

1.5.2.5 Tuberkulozi

1.5.2.6 Pneumonia fungale

1.5.2.7 Sarkoma Kaposi

1.5.2.8 Limfoma

1.5.2.9 Pneumonia intersteciale limfocitare

1.5.2.10 Kanceri pulmonar

2. MATERIALI DHE METODIKA

2.1 Qëllimi i studimit

2.2 Objektivat specifike:

3. Rezultate

3.1 Karakteristika te pergjithshme te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

3.2 Karakteristika te semundjeve pulmonare ne te semuret me HIV/AIDS

3.3 Te dhena mbi nivelin qelizor CD4+ ne te semuret me HIV/AIDS me semundje pulmonare

3.4 Te dhena ne te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine

3.5 Te dhena mbi vdekjet ne te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

3.6 Korelacione ne lidhje me moshen ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

3.7 Te dhena sipas llojit te nderlikimit pulmonar ne pacientet HIV/AIDS

4. Diskutim

4.1 Karakteristika te pergjithshme te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

- 4.2 Karakteristika te semundjeve pulmonare ne te semuret me HIV/AIDS
- 4.3 Te dhena mbi nivelin qelizor CD4+ ne te semuret me HIV/AIDS me semundje pulmonare
- 4.4 Te dhena ne te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine
- 4.5 Te dhena mbi vdekjet ne te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare
- 4.6 Korelacione ne lidhje me moshen ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare
- 4.7 Te dhena sipas llojit te nderlikimit pulmonar ne pacientet HIV/AIDS
- 5 PERFUNDIME
- 6 REKOMANDIME
- 7 BIBLIOGRAFIA
- 8 ANEKSI

Lista e tabelave

Tab.1.5.1 Shkaktaret e infeksioneve pulmonare ne subjekte te infektuar me HIV

Tab.1.5.2 Numri i qelizave CD4 sipas probalitetit te semundjeve respiratore

Tab.1.5.3 Tabllo radiologjike te prezantimit te HIV/AIDS ne mushkeri

Tab. 2.3.1 Karakteristika te pacienteve ne studim

Tab.3.1.1 Rastet sipas grupmoshes me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

Tab. 3.1.2 Pacientet sipas vitit te fillimit te mjekimit

Tab.3.1.3 Pacientet ne lidhje me mjekimin

Tab.3.1.4 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas periudhes se mjekimit antiviral

Tab.3.1.5 Rastet me HIV/AIDS me menyren e shfaqjes se nderlikimit pulmonar

Tab.3.2.1 Semundjet pulmonare qe kane pesuar te semuret HIV/AIDS

Tab. 3.2.2 Pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikimet e tyre pulmonare

Tab.3.2.3 Pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare sipas semundjeve shoqeruese

Tab. 3.2.4 Semundjet shoqeruese ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.2.5 Simptomat ne pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

Tab.3.3.1 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me grup moshen e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.2 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me gjinine e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.3 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me profesionin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.4 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me prejardhjen e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.5 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me arsimimin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.6 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me perdorimin e duhanit e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.7 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me rrugen e infektimit e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.8 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me strukturen ku eshte kryer zbulimi i infektimit HIV

Tab.3.3.9 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me periudhen qe njihen te semure me HIV/AIDS

Tab. 3.3.10 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me menyren e fillimit te nderlikimeve pulmonare ne te semureve HIV/AIDS

Tab. 3.3.11 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me simptomat dhe shenjat klinike e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.12 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me patologjine pulmonare e te semureve HIV/AIDS

Tab. 3.1.13 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me mjekimin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.14 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me periudhen e mjekimit ne vite te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.15 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me perfundimin letal te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.4.1 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen dhe gjinine

Tab. 3.4.2 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me profesionin dhe gjinine

Tab. 3.4.3 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me prejardhjen dhe gjinine

Tab. 3.4.4 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe strukturen ku eshte zbuluar infeksioni HIV

Tab. 3.4.5 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe rrugen e infeksioni HIV

Tab. 3.4.6 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe periudhen qe njihen te semure

Tab. 3.4.7 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe menyren e fillimit te semundjes pulmonare

Tab. 3.4.8 Pacientet me HIV/AIDS sipas gjinise dhe llojit te nderlikimit pulmonar

Tab. 3.4.9 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe mjekimin

Tab. 3.4.10 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe periudhen e mjekimit

Tab. 3.4.11 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe gjendjen aktuale

Tab. 3.5.1. Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen

Tab. 3.5.2 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me profesionin

Tab. 3.5.3 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me prejardhjen

Tab. 3.5.4 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me arsimimin

Tab. 3.5.5 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me strukturen ku eshte zbuluar semundja

Tab. 3.5.6 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me rrugen e infeksionit

Tab. 3.5.7 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS ne lidhje me menyren e fillimit te semundjes pulmonare

Tab. 3.5.8 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me periudhen qe njihet i semure

Tab. 3.5.9 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Tab. 3.5.10 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me mjekimin

Tab. 3.5.11 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me kohen e mjekimit

Tab. 3.6.1 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe periudhen qe njihen te semure

Tab. 3.6.2 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe periudhen e mjekimit

Tab. 3.6.3 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe menyren e infektimit

Tab. 3.6.4 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe patologjine pulmonare
 Tab. 3.6.5 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe profesionin
 Tab. 3.6.6 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe prejardhjen
 Tab. 3.6.7 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe strukturen e zbulimit te infektimit HIV
 Tab. 3.7.1 Struktura e moshes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.2 Struktura gjinore (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.3 Struktura sipas vesit te fumacionit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.4 Struktura e arsimimit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.5 Struktura e prejardhjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.6 Struktura e profesionit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.7 Nivelet e CD4 (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.8 Menyra e fillimit te semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.9 Simptomat e semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.10 Pulmoni i prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.11 Fusha pulmonare e prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.12 Periudha e njohjes se semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.13 Periudha e mjekimit me antiretrovirale (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
 Tab. 3.7.14 Vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4
 Tab. 3.7.15 Vdekjet sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4

Lista e figurave

Fig.1.3.1 Intensifikimi i depistimit per TB ne pacientet me HIV (ne milion)
 Fig.1.4.1 Numri Vjetor i rasteve te reja te HIV te diagnostikuar: Shqipëria, 1993-2014
 Fig. 1.5.1 Numri absolute i llogaritur vdekjeve nga TB (ne milion) 1990- 2012
 Fig.1.5.2 Numri absolute i llogaritur vdekjeve nga TB (ne milion) 1990- 2012. Trendi i incidences
 Fig. 1.5.3 Përqindja e pacienteve TB me HIV
 Fig. 1.5.4 Numri absolut i llogaritur i vdekjeve nga TB (ne milion) 1990- 2012
 Fig.1.5.5 Incidenca e TB ne Shqiperi ne vitet 2001-2013 (per 100000)
 Fig. 1.5.6 Përhapja e HIV (majtas) dhe incidenca TB (djathtas) sipas qarqeve, Shqipëri
 Fig. 1.5.7 Algoritmi për metodiken menaxhuese në pacientët me imunitet deficitar me dyshim per infeksione të mushkërive, bazuar në tabllone radiografike/CT.
 Fig.3.1.1 Rastet sipas grupmoshes me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare
 Fig.3.1.2 Rastet sipas gjinise me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare
 Fig.3.1.3 Rastet sipas qytetar/fshatar me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare
 Fig.3.1.4 Rastet sipas profesionit me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare
 Fig.3.1.5 Rastet me HIV/AIDS sipas arsimimit dhe nderlikime pulmonare
 Fig. 3.1.6 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas perdorimit te duhanit
 Fig. 3.1.7 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas struktures
 Fig. 3.1.8 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas menyres se infektimit
 Fig. 3.1.9 Rastet dhe nderlikime pulmonare sipas periudhes qe njihen te semure me HIV/AIDS

Fig.3.1.10 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas vitit te fillimit te mjekimit

Fig.3.1.11 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare ne lidhje me marrjen e mjekimit antiviral

Fig.3.1.12 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare ne lidhje me periudhen e marrjes se mjekimit antiviral

Fig.3.1.13 Rastet me HIV/AIDS me menyren e shfaqjes se nderlikimit pulmonar

Fig.3.1.14 Pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikimet e tyre pulmonare sipas numrit te qelizave CD4+

Fig.3.1.15 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjendjen aktuale

Fig.3.2.1 Nderlikimet pulmonare ne pacientet me HIV/AIDS

Fig.3.2.2 Pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikimet e tyre pulmonare

Fig.3.2.3 Semundjet shoqeruese ne pacientet me HIV/AIDS

Fig.3.2.4 Simptomat ne pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

Fig. 3.2.5 Lokalizimi i nderlikimeve pulmonare ne pacientet me HIV/AIDS

Fig.3.3.1 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me grup moshen e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig.3.3.2 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me gjinine e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig.3.3.3 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me profesionin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig.3.3.4 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me prejardhjen e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig.3.3.5 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me arsimimin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig. 3.3.6 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me perdorimin e duhanit e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig.3.3.7 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me rrugen e infektimit e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig. 3.3.8 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me strukturen ku eshte kryer zbulimi i infektimit HIV

Fig.3.3.9 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me periudhen qe njihen te semure me HIV/AIDS

Fig. 3.3.10 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me menyren e fillimit te nderlikimeve pulmonare ne te semureve HIV/AIDS

Fig. 3.3.11 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me simptomat dhe shenjat klinike e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig. 3.3.12 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me konstatimin e adeopatise ne radiografi dhe CT

Fig. 3.3.13 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me patologjine pulmonare e te semureve HIV/AIDS

Fig.3.3.14 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me mjekimin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig. 3.3.15 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me periudhen e mjekimit ne vite te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig. 3.3.16 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me perfundimin letal te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fig. 3.4.1 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen dhe gjinine

Fig. 3.4.2 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen dhe gjinine

Fig. 3.4.3 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me profesionin dhe gjinine

Fig. 3.4.4 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me prejardhjen dhe gjinine

Fig. 3.4.5 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe strukturen ku eshte zbuluar infeksioni HIV

Fig. 3.4.6 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe rrugen e infeksioni HIV

Fig. 3.4.7 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe periudhen qe njihet i semure

Fig. 3.4.8 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe menyren e fillimit te semundjes pulmonare

Fig. 3.4.9 Pacientet me HIV/AIDS sipas gjinise dhe llojit te nderlikimit pulmonar

Fig. 3.4.10 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe mjekimin

Fig. 3.4.11 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe periudhun e mjekimit

Fig. 3.4.12 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe gjendjen aktuale

Fig. 3.5.1 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen

Fig. 3.5.2 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me profesionin

Fig. 3.5.3 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me prejardhjen

Fig. 3.5.4 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me arsimimin

Fig. 3.5.5 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me strukturen ku eshte zbuluar semundja

Fig. 3.5.6 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me rrugen e infeksionit

Fig. 3.5.7 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS ne lidhje me menyren e fillimit te semundjes pulmonare

Fig. 3.5.8 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me periudhen qe njihet i semure

Fig. 3.5.9 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Fig. 3.5.10 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me mjekimin

Fig. 3.5.11 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me kohen e mjekimit

- Fig. 3.6.1 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe periudhen qe njihen te semure
- Fig. 3.6.2 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe periudhen e mjekimit
- Fig. 3.6.3 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe menyren e infektimit
- Fig. 3.6.4 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe patologjine pulmonare
- Fig. 3.6.5 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe profesionin
- Fig. 3.6.6 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe prejardhjen
- Fig. 3.6.7 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe strukturen e zbulimit te infektimit HIV
- Fig. 3.7.1 Struktura e moshes mesatare ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.2 Struktura e moshes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.3 Struktura gjinore (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.4 Struktura sipas vesit te fumacionit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.5 Struktura e arsimimit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.6 Struktura e prejardhjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.7 Struktura e profesionit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.8 Nivelet e CD4 (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.9 Menyra e fillimit te semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.10 Pulmoni i prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.11 Fusha pulmonare e prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.12 Periudha mesatare e njohjes se semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.13 Periudha e njohjes se semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.14 Periudha mesatare e mjekimit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.15 Periudha e mjekimit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar
- Fig. 3.7.16 Vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4
- Fig. 3.7.17 Vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4

1 HYRJA

HIV/AIDS-i është quajtur nga shumekush si kriza me shkaterruese në historinë e shëndetit të njeriut. Vitet e fundit, ky fenomen ka prekur edhe vendet e Europës Lindore, përfshirë Shqipërinë, vende që megjithatë paraqesin ende shifra të ulëta, kanë ritmet me të shpejta të përhapjes së sëmundjes.

Sindromi i Imunodeficiencës së Fituar (AIDS) është një sëmundje me origjinë virale, shkaktohet nga Virusi i Imunodeficiencës Humane (HIV) i familjes së Retroviruseve, që kompromenton në mënyrë serioze shumë aspekte të funksionit imunitar dhe është shkaktar për shumë patologji infektive dhe neoplazi. (1)

1.1 Te dhena historike

Si burimi i prejardhjes së infeksionit të HIV tek njerëzit besohet të jetë një lloj shimpanze në Afrikën Perëndimore. Versioni i virusit të imunodeficiencës së shimpanzes (i quajtur virus simian i imunodeficiencës ose SIV) probabilitetsh është transmetuar tek njerëzit dhe ka pësuar mutacione në HIV. Me kalimin e dekadave, virusi është përhapur ngadalë nëpër Afrikë dhe më pas në pjesë të tjera të botës. Rasti më i hershem që njihet i infeksionit me HIV-1 tek njeriu u zbulua në një mostër të gjakut të marre në vitin 1959 nga një person në Kinshasë, Republikën Demokratike të Kongos. Analiza gjenetike e kësaj mostre gjaku supozon se HIV-1 mund të ketë zanafillë nga një virus i vetëm në periudhën e viteve 1940 - 1950. (2) Në vitin 1982 filloi përdorimi i termit "sindroma e imunodeficitit të fituar" ose AIDS, për të përshkruar prezencën e infeksioneve oportuniste, Sarkomës Kaposi dhe pneumonise nga Pneumocystis jirovecii në njerëz më parë të shëndetshëm. Në vitin 1983 u zbulua virusi. Deri 1980, nuk dihet se sa ishin të infektuar me HIV ose të sëmurë me AIDS. HIV ishte i panjohur dhe transmetimi nuk është i shoqëruar me shenja ose simptoma të dukshme. Ndërsa raste sporadike të AIDS-it janë dokumentuar para vitit 1970, të dhënat e disponueshme tregojnë se epidemia e tanishme ka filluar nga mesi gjer në fund të viteve 1970. Në vitet 1980, HIV mund të ishte përhapur tashmë në pesë kontinentet (Amerika e Veriut, Amerika e Jugut, Evropë, Afrikë dhe Australi). Në këtë periudhë, mund të kenë qenë tashmë të infektuar 100.000 gjer 300.000 individë. (3)

Në vitin 1981, kur mjekët raportuan pacientë me sëmundje nga cytomegalovirus dhe pneumonia nga pneumocystis në Los Angeles dhe me sarkomë Kaposi në Nju Jork, u bë njohja e një sëmundje të karakterizuar nga mosfunksionimi imunitar ekstrem. (4, 5) Njëkohësisht, në komunitetet tregtare Ugandan pranë liqenit Viktoria, punonjësit e shëndetësisë patën rritjen e numrit të pacientëve me diarre, dobësim të theksuar, kandidoze orale dhe eriteme makulopapulare me prurit të theksuar. Kjo gjendja – e quajtur "slim disease", - u mendua fillimisht që paraqiste një patologji të ndryshme nga patologjia, që po rritej në mënyrë epidemike në Shtetet e Bashkuara dhe Europë, për atë që tani quhet Sindroma e deficitit imunitar të fituar (AIDS). (6) Megjithatë, prezantimet e ndryshme klinike nuk janë pasqyruese të sëmundjeve të ndryshme, por më tepër një epidemi e përbashkët e infektimit të njeriut nga virusi i deficitit të imunitetit (HIV) të ndodhur në mjedisë të ndryshme.

Nga këto pak pacientë fillestare, HIV është përhapur në të gjithë botën, me një barrë të vlerësuar globale prej 36.7 milionë njerëz të infektuar në vitin 2015. (7) Ndërsa Afrika sub-Sahariane është përgjegjëse për shumicën e infeksioneve, janë gjithashtu të prekur shumë rajonet e tjera, veçanërisht zonat me incidence të larta të tuberkulozit (TB). Në të vërtetë, kryqëzimi global i këtyre dy epidemive paraqet sfida të jashtëzakonshme të reja klinike në diagnostikimin,

parandalimin dhe trajtimin, dhe nënvizion nevojën për vaksinat efektive për të dyja sëmundjet. Mbeten dallime të mëdha në tiparet klinike të infeksionit HIV në mes të vendeve me të ardhura të pasura dhe të ardhurave të kufizuara. Disa nga këto dallime të dukshme mund t'i atribuohen mospërputhjeve në aftësitë diagnostikuese dhe mbikqyrjes, disponueshmërinë e ndryshme të terapisë antiretrovirale (ART). Përveç kësaj, faktorët social-ekonomike, TB konkomitant, hepatiti viral, abuzimi me drogë, sëmundje parazitare dhe faktorë të tjerë mund të ndryshojnë karakteristikat klinike të epidemisë HIV. (8)

1.2 Te dhena te pergjithshme

HIV/AIDS-i është quajtur nga shumekush si kriza me shkatërruese në historinë e shëndetit të njeriut. Vitet e fundit, ky fenomen ka prekur edhe vendet e Europës Lindore, përfshirë Shqipërinë, vende që megjithëse paraqesin ende shifra të ulëta, kanë ritmet me të shpejta të përhapjes së sëmundjes. (9)

Virusi HIV (Human Immuno-deficiency Virus), virusi i deficitit të imunitetit tek njeriu është një virus që shkatërron sistemin imunitar. AIDS-(Acquired Immune Deficiency Syndrome), Sindroma e deficitit imunitar të fituar është gjendja që pason kur organizmi, që është i infektuar me virusin HIV kalon nga faza e mbartësit të virusit në fazën e sëmundjes. Faktikisht, HIV dëmton sistemin imunitar të organizmit, duke e bërë organizmin të prekshëm ndaj sëmundjeve të tjera dhe infeksioneve. Është e pamundur që të llogaritet koha e saktë nga momenti i infektimit deri në zhvillimin e sëmundjes AIDS, si dhe shfaqjen e shenjave të dukshme. Kjo kohë është e ndryshme për individë të ndryshëm dhe është në varësi të stilit të jetesës, të mënyrës së të ushqyerit, terapisë dhe mbështetjes sociale e psikologjike. Përgjithësisht kjo periudhë është 2 deri në 15 vjet. Me futjen e terapisë antiretrovirale dhe profilaksisë për infeksionet, që shfaqen më pas është zgjatur koha e fillimit të sëmundjes dhe mbijetesa e të sëmurëve.

Infeksioni HIV/AIDS kalon nëpër disa faza: Infeksioni fillestar, periudha dritare, faza asimptomatike, faza simptomatike dhe stadi AIDS.

Infeksioni fillestar

Me hyrjen në organizmin e njeriut të virusit HIV sasia e tij në gjak fillon të rritet me shpejtësi. Gjatë kësaj periudhe shumica e të infektuarve nuk kanë asnjë shenjë kështu, që nuk kanë mundësi të kuptojnë nëse janë infektuar. Megjithatë një pjesë e tyre mund të ankohen për shenja të ngjashme me ato të gripit si temperaturë, dhimbje koke, lodhje, dhimbje muskulare, dhimbje të kyçeve, djersë natën, nauze, të vjella, si dhe diarre apo zmadhim të gjëndrave.

Periudha dritare

Mbasi një person është infektuar, sistemi imunitar i tij futet në veprim duke prodhuar antitruapat për të luftuar virusin. Periudha nga momenti i infektimit me virusin HIV deri në shfaqjen e këtyre antitruapave në gjak, quhet “periudha dritare”. Nëse një person i infektuar me HIV bën testin e thjeshtë gjatë kësaj periudhe ai do të rezultojë negativ, mbasi antitruapat nuk janë akoma të evidentueshem. Në këtë periudhë ky person mund të infektojë të tjerët pa e ditur as vetë.

Periudha asimptomatike

Më pas fillon një periudhë pa shenja që mund të zgjasë nga disa muaj deri në disa vite. Gjatë kësaj periudhe personat e infektuar ndihen mirë, bëjnë një jetë normale dhe duken të shëndetshëm, por ata janë infektues për të tjerët.

Periudha simptomatike

Mbas një periudhe me një shëndet relativisht të mirë fillojnë të shfaqen simptoma të lehta, që tregojnë se sistemi imunitar ka filluar të dëmtohet. Shenjat përfshijnë: temperaturë, djersë natën, humbje në peshë, prurit, herpes, infeksione mykotike etj. Në këtë periudhe personat me HIV pozitiv fillojnë të preken nga infeksionet, të cilet shkaktohen nga mikroorganizma, që në persona të shëndetshëm nuk shkaktojnë sëmundje dhe që përbëjnë një kërcënim të madh për jetën. Me dobësimin e mëtejshëm të sistemit imunitar është i vështirë të luftohet infeksioni dhe personi kalon në stadin AIDS.

Stadi AIDS

Dëmtimi i parikthyeshëm dhe progresiv i sistemit imunitar të njeriut prej virusit HIV, bën të ç'organizohet i tërë sistemi imunitar i tij. Në këtë situatë organizmi nuk është i aftë të reagojë ndaj agjentëve parazitarë, viralë, mykotikë apo të kontrollojë shfaqjen e disa tumoreve, duke u shfaqur kështu AIDS. Shenjat më të shpeshta të kësaj faze janë: humbje e madhe në peshë, dobësi, këputje, diarre e vazhdueshme që zgjat më tepër se një muaj dhe që nuk dominohet nga mjekimi, myk i shprehur, herpes, temperaturë e vazhdueshme, djersitje natën si dhe shenja sipas infeksioneve të ndryshme të infeksioneve oportuniste.

1.3 Te dhena epidemiologjike

HIV vazhdon të jetë një çështje e madhe globale e shëndetit publik. Në vitin 2015, rreth 36.7 milionë njerëz jetonin me HIV (duke përfshirë edhe 1.8 milionë fëmijë) - një përhapje globale HIV prej 0.8%. Pjesa më e madhe e këtij numri jetojnë në vendet me të ardhura ulëta dhe të mesme. Në të njëjtin vit, 1.1 milion njerëz vdiqën nga sëmundje të lidhura me AIDS. Që nga fillimi i epidemisë, rreth 78 milionë njerëz janë infektuar me HIV dhe 35 milionë njerëz kanë vdekur nga sëmundje të lidhura me AIDS. Rreth 25.5 milion njerëz të infektuar me HIV jetojnë në Afrikën sub-Sahariane. Pjesa më e madhe e tyre (përafërsisht 19 milionë) jetojnë në lindje dhe në jug të Afrikës e cila pati 46% të infeksioneve të reja me HIV globalisht në 2015. Rreth 40% e të gjithë individëve të infektuar me HIV nuk e dijnë se janë të infektuar. Në vitin 2015, kanë ndodhur rreth 2,1 milionë infeksione të reja me HIV, 150,000 prej të cilëve ishin në fëmijë. Shumica e këtyre fëmijëve jetojnë në Afrikën sub-Sahariane dhe janë infektuar përmes nënave të tyre HIV-pozitive gjatë shtatzënisë, lindjes ose ushqimit me gji. Përparimi në renjen e infeksioneve të reja me HIV në të rriturit është ngadalësuar në vitet e fundit. Që nga viti 2010, numri vjetor i infeksioneve të reja në të rritur (15+ vjec) ka mbetur statik në 1.9 milion. Një krahasim i të dhënave të vendeve të ndryshme tregon mospërputhje të mëdha në përpjekjet për të ngadalësuar përhapjen e infeksioneve të reja. Disa vende kanë arritur një rënie prej 50% ose më shumë në infeksionet e reja me HIV në të rriturit në 10 vitet e fundit, ndërkohë që shumë prej tyre nuk kanë bërë asnjë progres të matshëm. Megjithatë, ka vende të tjerë që janë duke përjetuar rritje shqetësuese të infeksioneve të reja HIV. Pavarësisht këtyre sfidave, përpjekje të reja globale kanë bërë që numri i individëve që marrin trajtim të HIV-it është rritur në mënyrë të

rrefshme në vitet e fundit, veçanërisht në vendet me burime të varfëra. Që nga dhjetori 2015, 17 milion individë të infektuar me HIV kanë marrë terapinë antiretrovirale (ART) – gjer ne 15.8 milionë në qershor 2015 dhe 7.5 milion në vitin 2010. Kjo do të thotë se 46% e të rriturve dhe 49% e të gjithë fëmijëve të infektuar me HIV kanë akses ne ART. Progres i rëndësishëm është bërë edhe në parandalimin e transmetimin te HIV-it nga nëna tek fëmija (PMTCT). Në vitin 2015, 77% e të gjitha grave shtatzëna të infektuara me HIV moren trajtim për të parandaluar transmetimin e HIV-it në bebet e tyre. (7)

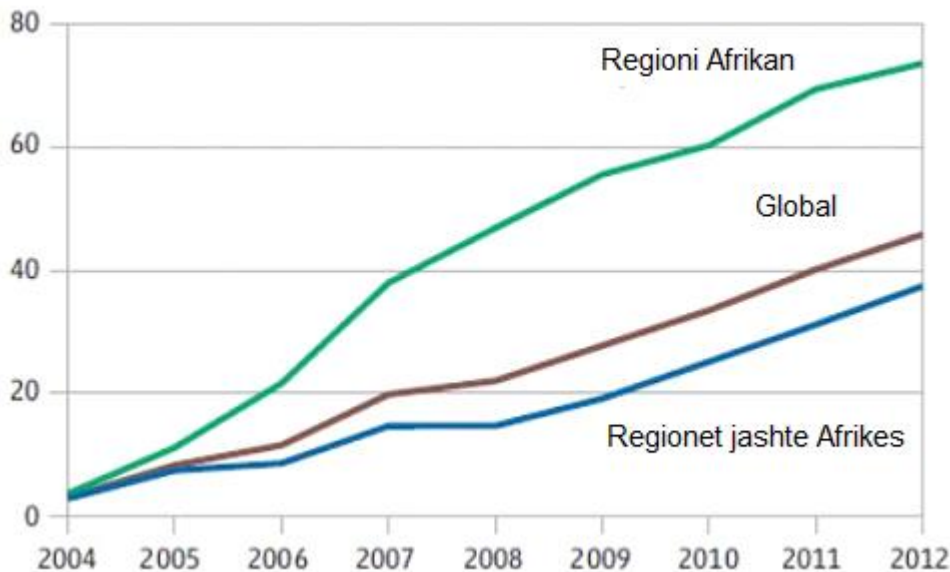


Fig.1.3.1 Intensifikimi i depistimit per TB ne pacientet me HIV (ne milion) (sipas 10)

Sipas (11) ne fund te vitit 2015 variojne 34.0 -39.8 milion individë globalisht të infektuar me HIV, 1.8 -2.4 milion persona u infektuan me HIV, 69.5 – 87.6 milion njerëz janë infektuar me virusin HIV që nga fillimi i epidemisë, 29.6 - 40.8 million njerëz kanë vdekur nga sëmundje që lidhen me AIDS që nga fillimi i epidemisë, 0.94 -1.3 milion njerëz vdiqën nga sëmundje të lidhura me AIDS, ne qershor 2016 rezulton se 18.2 milion (16.1 -19.0 milion) individë në terapi antiretrovirale. Në vitin 2015, rreth 43-50% e të gjithë individëve të infektuar me HIV kane marre trajtim, rreth 69-86% e grave shtatzëna të infektuar me HIV kane pasur qasje në ilaçe antiretrovirale për të parandaluar transmetimin e HIV-it për foshnjat e tyre. Infeksionet e reja me HIV në fëmijët kanë rënë me 50% që nga viti 2010, por nuk ka pasur rënie në infeksionet e reja me HIV në të rriturit. Çdo vit që nga viti 2010, rreth 1.9 - 2,2 milion te rritur kanë pesuar infeksion te ri me HIV. (11)

Vdekjet e lidhura me AIDS kanë rënë me 45% që nga kulmi në vitin 2005. Në vitin 2015 vdiqën nga shkaqe që lidhen me AIDS në të gjithë botën 1.1 milionë (0.94 -1.3 milion) njerëz, në krahasim në 2 milionë (1,7 - 2.3 milion) në vitin 2005. (11)

Tuberkulozi mbetet shkaku kryesor i vdekjeve në personat që jetojnë me HIV, që llogaritet për rreth një në tre vdekje që lidhen me AIDS. Vdekjet të lidhura me tuberkulozin në individet me HIV kanë rënë me 32% që nga viti 2004. Në vitin 2014, përqindja e identifikuar e pacientët HIV- pozitiv të tuberkulozit, që kane filluar ose vazhduar terapinë antiretrovirale ka arritur në 77%. (11)

Sipas të dhënave në lidhje me investimet rezulton se në fund të 2015, 19 miliardë US \$ është investuar në përgjigje të AIDS në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme (pa përfshirë vendet që kanë kaluar kohët e fundit në kategori me të ardhura të larta) dhe se burimet e brendshme përbënin 57% të totalit të burimeve për HIV në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme në vitin 2015. Vlerësimet e fundit të perditësuar të UNAIDS tregojnë se 26.2 miliard US \$ do të jenë të nevojshme për përgjigjen ndaj AIDS në 2020 dhe me 23.9 miliarde US \$ të nevojshme në vitin 2030. (11)

Në vitin 2015 në SHBA u diagnostikuan 39,513 me persona me HIV. Numri vjetor i diagnozave të reja ka rënë me 9% nga viti 2010 në 2014. Rreth 1.2 milionë njerëz në SHBA ishin të infektuar me HIV në fund të vitit 2013, nga të cilët rreth 13%, ose 1 në 8, nuk e dinin se ishin të infektuar. (12)

HIV dhe AIDS mbetet problem për Shtetet e Bashkuara dhe gjithë vendet e botës. Megjithatë është bërë progres i madh në parandalimin dhe trajtimin e HIV, ka ende shumë për të bërë. Në Shtetet e Bashkuara vdiqën 6,721 nga HIV/AIDS në vitin 2014. HIV mbetet shkak i rëndësishëm i vdekjes për popullatën e caktuar. Në vitin 2014 renditesh si shkaku i tërë të vdekjes për ata të moshës 25-34 dhe i nënti për ata të moshës 35-44. (12)

Kosova njihet si një ndër vendet me incidence të larta me tuberkuloz në Europë, por infeksioni me HIV-i nuk është ndër shtytestit e paraqitjes së rasteve me TB. Në një studim të Mjeteve të Botes (SHBA) të implementuar në shtator të vitit 2001, në 99 paciente me TB të shtruar në institucionet shëndetësore të Kosovës dhe të testuar në HIV, asnjëri nuk doli pozitiv. Po ashtu, në 300 paciente me TB të ekzaminuar për HIV, në kuadër të projektit për TB të financuar nga GFATM vetëm njëri prej tyre ishte pozitiv. (13)

1.4 Të dhëna për Shqipërinë

Shqipëria mbetet që të ketë një numër të ulët të rasteve të vdekjeve të lidhura me HIV. Shkalla e përhapjes së HIV/AIDS në të rritur: 0.04% (2013). (14)

Rasti i parë i personit të infektuar me HIV në Shqipëri u diagnostikua në maj 1993 nepermjet një kontrolli rutine të gjakut. (15).

Epidemia e HIV në Shqipëri vazhdon të ketë prevalencë të ulët. Deri në fund të dhjetorit të vitit 2014, janë raportuar një total prej 782 rasteve me HIV; megjithatë, numri i diagnozave të reja është rritur deri në vitin 2013. Ndërsa numri vjetor i rasteve të raportuara mbetet e ulët deri në vitin 2006 (nën 40 vjeç), ndërmjet 2008 dhe 2013 numri vjetor i diagnozave të HIV është më shumë se i dyfishuar nga 49 në 124 raste. Në vitin 2014, numri i rasteve të reja me HIV ka rënë në 83 (figura 1.4.1). Shkaku i rritjes së rasteve nuk është përcaktuar me siguri, por mendohet të jetë dhe shtrirja e testimit, që ka bërë të mundur me tëpër evidentime. Kështu shifrat e paraqitura

duhet të observohen me kujdes. Së pari, ata janë të bazuara në të dhënat e testimit, dhe si të tilla janë në varësi të numrit të testeve të kryera për HIV. Në vitin 2014 numri i testeve për HIV ka rënë në 33,419 (nga 37,478 në vitin 2013), gjë që mund të shpjegojë rënien në 2014. Së dyti, testimi i HIV ka rezultuar të kryhet në fazat e vona të infeksionit (rreth 60% të rasteve të reja të raportuara) dhe për këtë arsye shifrat nuk paraqesin me saktësi shkallën aktuale infeksionit. (16)

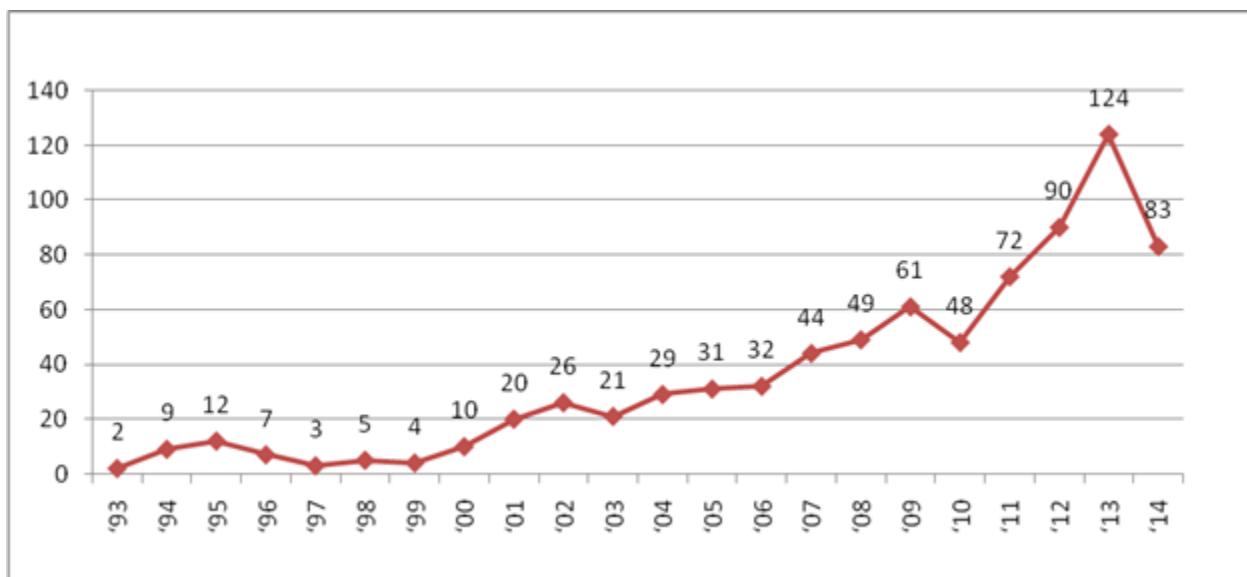


Figura:1.4.1 Numri Vjetor i rasteve të reja të HIV të diagnostikuara: Shqipëria, 1993-2014 (16)

Në vitin 2014, numri i diagnozave ishte e barabartë me 3.0 për 100,000 njerëz (popullsisë së përgjithshme të Shqipërisë sipas INSTAT, regjistrimit të vitit 2011). Ndërsa kjo normë është më e ulët në krahasim me 7.8 për 100,000 raportuar në rajonin e Evropës, ajo është më shumë se 2.2 për 100,000 popullate në rajonin e Evropës Qendrore. Epidemia e HIV në Shqipëri është përqendruar në kryeqytet, Tiranë, në të cilën jeton më shumë se një e katërta e popullsisë shqiptare 2.9 milion. Në përgjithësi, 50% e të gjitha diagnozat HIV janë kryer në Tiranë, e ndjekur nga qytetet e Durrësit dhe Elbasanit, të cilat janë në afërsi të Tiranës, si dhe qytetin bregdetar të Vlorës, në jug të Shqipërisë. Megjithatë, raste janë raportuar në 33 nga 36 rrethe të Shqipërisë. (16)

Ndërmjet viteve 1992 dhe deri në fund të vitit 2011, Shqipëria ka raportuar gjithsej 487 raste me HIV. Në këta 487 raste: 83.1% janë si pasoje e kontaktit heteroseksual, 12.7% ishin të transmetuar nëpërmjet kontaktit seksual mes meshkujve dhe 4.2% janë transmetuar nga nëna tek fëmija. Asnje rast të HIV të transmetuar përmes përdorimit të drogave injektuese. Në vitin 2011, Shqipëria kishte një total 71 infeksione të reja me HIV, 38 raste me AIDS dhe 9 vdekje të lidhura me AIDS. Nga rastet e reja të raportuara me HIV, 73% ishin meshkuj. Megjithatë, Shqipëria mbetet që të ketë një mbulim të ulët të testimit HIV për publikun e saj të përgjithshëm. Vetëm

2% e klinikave dhe institucioneve shëndetësore në Shqipëri kanë ofruar shërbime të testimit HIV. Në të testuarit, 48% ishin meshkuj, që ishin në kontakt seksual me një burrë tjetër. (17)

Gjatë 2013-2014, në mesin e popullsisë së përgjithshme të burgjeve (5000) ka pasur 13 raste pozitive HIV (1 femer, 12 meshkuj). Deri më sot, dy prej tyre vdiqën dhe tre janë larguar nga burgju. Nga tetë HIV pozitiv burgosurve shtatë janë në ART. (16)

UNAIDS internet database “AIDSinfo” tregon një prevalencë të HIV-it në popullatën e përgjithshme në Shqipëri prej 0.0375% në vitin 2013. Vlerësimet formale të prevalencës kombëtare të HIV-it në Shqipëri megjithatë nuk ekzistojnë dhe ka informacion shumë të kufizuar në lidhje me grupet e popullsisë brenda të cilave po ndodh transmetimi i HIV. Kjo është pjesërisht për shkak se norma e transmetimit të HIV-it mbetet e trendeve të ulët dhe kështu dhe modelet janë më të vështirë për të dalluar grupet me një nivel më të rëndësishëm të transmetimit. Përveç kësaj, edhe pse çështja e raportimit të dhënave jep një informacion të vetë-raportuar mbi rrugët e transmetimit, kjo nuk do të japë informacion në lidhje me rreziqet e veçanta, veçanërisht në mesin e personave të cilët konsiderohen se kanë fituar HIV heteroseksualisht. (16)

Pjesëtuar numrin e diagnozave me HIV në vitin 2014 (83) me numrin e testeve të HIV kryer (33,419) ofron një normë të pozitivitetit prej 0.24%. Megjithatë, shumica e diagnozave janë bërë në një fazë të vonë të infeksionit dhe për këtë arsye ka të ngjarë të jenë teste të “rekomanduara”; dhe kjo do të thotë se shkalla e 0.24% ka të ngjarë që të nënvlerësojnë prevalencën aktuale e HIV-it. (16)

Normat relativisht të larta të transmetimit të raportuara përmes seksit midis burrave dhe raporti i lartë i infeksioneve me HIV prezent në meshkuj, të dy tregojnë se transmetimi në MSM ka të ngjarë të jetë një rrezik i madh për transmetimin e HIV-it. Te dhënat e anketës së bio-sjelljes (2011) tregojnë shkallë të ulët të infeksionit HIV midis MSM dhe PWID dhe HIV negativeve në popullatën romë. Te dhënat treguan gjithashtu se sjellje të rrezikshme, të cilat do të ishin të favorshme për transmetimin e HIV-it ishin të pranishëm në të gjitha nën-popullatat e studiuara, veçanërisht në mesin e MSM dhe PWID. (16)

Diagnoza fillestare është shtyrë deri në fazat e vona të sëmundjes për shkak të vonësive në testim. Më shumë se 70 për qind e të sapo diagnostikuar janë simptomatike dhe rreth gjysma e pacientëve të sapo regjistruar në vitin 2014 janë paraqitur shumë të vonuara me CD4 <200 qeliza. (16)

Numri i personave që marrin ART është rritur në vitet e fundit nga 161 në vitin 2011 në 335 në vitin 2014. (16)

1.5 Nderlikimet pulmonare të HIV/AIDS

Në pacientët e infektuar me HIV zakonisht janë të prekura mushkëritë, me mbi 60% e pacientëve kanë pasur të paktën një episod respirator gjatë ecurisë së sëmundjes së tyre. Kur reagimi imunitar është i ruajtur relativisht mirë në periudha të hershme të infeksionit HIV, modeli i

infeksioneve respiratore është i ngjashëm me atë të konstatuar në popullatën e përgjithshme, por me frekuencë më të madhe. Rreziku i infeksioneve oportuniste dhe tumoreve rritet me progredimin e imunosupresionit të induktuar nga HIV. Gjatë viteve të fundit ka pasur disa ndryshime në modelin e sëmundjeve të mushkërive që takohen në pacientet e infektuar me HIV. Këto ndryshime mund të atribuohen nga disponueshmëria e gjerë dhe marrja e profilaksisë për pneumonine nga *Pneumocystis carinii* dhe terapisë së kombinuar antiretrovirale (e njohur edhe si terapi shumë aktive antiretrovirale ose HAART). (18)

Si sëmundje të frymëmarrjes të lidhura me HIV mund të rradhiten:

Infeksione

- Bronkiti bakterial/sinuzit
- Pneumonia bakteriale
- Tuberkulozi
- Pneumonia *P carinii*
- Pneumonia fungale
- Pneumonia cytomegalovirus

Tab.1.5.1 Shkaktaret e infeksioneve pulmonare në subjekte të infektuar me HIV

Me frekuentet	Shkaqe të rralla
<i>Pneumocystis carinii</i>	<i>Legionella</i>
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Nocardia asteroides</i>
<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Mycobacterium avium complex</i>
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	<i>Rhodococcus equi</i>
	<i>Toxoplasma gondii</i>
	<i>Cryptosporidium</i>
Jo shume frekvente:	
<i>Staphylococcus aureus</i>	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
Enteric gram-negative bacilli	
<i>Cryptococcus neoformans</i>	
<i>Histoplasma capsulatum</i>	
<i>Aspergillus species</i>	
Cytomegalovirus	

Neoplazi

- Sarkoma Kaposi
- Limfoma
- Kanceri i mushkërive

Patologji jo-malinje

- Pneumonia interstiale limfoide
- Pneumonia jo-specifike

Veçanërisht në pacientët me probleme respiratore dhe deficit imun te avancuar, është thelbësore për të konsideruar të gjitha diagnozat diferenciale,

Numri i qelizave CD4+ është tregues i shkëlqyer i rrezikut individual ndaj infeksioneve oportuniste të pacientit. Mbi 200 qeliza/ml, infeksionet tipike oportuniste janë pak të mundshme. Në këta pacientë, në përgjithësi mund të priten probleme të tilla të "zakonshme" si bronkit akut dhe pneumoni bakteriale. Megjithatë, gjithmonë duhet të kihet parasysh TB. Edhe pse rritet rreziku me deficitin imunitar, më shumë se gjysma e pacientëve me HIV + TB kanë më shumë se 200 qeliza / ml (19, 20, 21).

Tab.1.5.2 Numri i qelizave CD4 sipas probalitetit te semundjet respiratore

Numri i qelizave CD4 <500 qeliza/mm3	Numri i qelizave CD4 <100 qeliza/mm3
Pneumonia bakteriale (rekurente)	Sarkoma pulmonare Kaposi
Pneumonia mykobakteriale (jotuberkulare)	Pneumonia nga toxoplasma
	Pneumonia bakteriale (bac. Gr - dhe Staph. Aur.)
Numri i qelizave CD4 <200 qeliza/mm3	Numri i qelizave CD4 <50 qeliza/mm3
Pneumoni nga Pneumocystis carinii	Histoplasma capsulatum e diseminuar
Pneumonia nga Cryptococcus neoformans	Coccidioides immitis e diseminuar
Pneumonia bakteriale (+ bakteremi/sepsis)	Pneumonia nga Cytomegalovirus
Tuberkulozi i diseminuar apo extrapulmonar	Mycobacterium avium complex I diseminuar
	Mycobacterium (jotuberkular) I diseminuar
	Pneumonia nga Candida
	Pneumonia nga Aspergillusi

1.5.1 Diagnoza

1.5.1.1 Qasja e pergjitheshme

Simptomat e kollës dhe dispnese, me ose pa temperature, dhe djersitja identifikojnë praninë e sëmundjeve të frymëmarrjes në pacientët me HIV pozitiv, por këto janë jo-specificke dhe pacientët simptomatike duhet të ekzaminohen.

Qasja diagnostike fillon me një rishikim të plotë të anamnezës dhe ekzaminimit fizik. Mbi këtë bazë, pacientët tek të cilët ekziston dyshimi i sëmundjes pulmonare duhet t'i nënshtrohen testeve laboratorike të zgjedhura dhe radiografise torakale. Rezultati radiologjik duhet të krahasohet me imazhe të marra më parë, nëse janë në dispozicion. Shpesh, prezantimet klinike dhe radiografike do të sugjerojnë një diagnozë diferenciale dhe një plan diagnostik dhe të menaxhimit. Herë pas here, ekzaminime të tjera, të tilla si CT torakal me rezolucion të lartë (HRCT) dhe testet e funksionit të mushkërive mund të jenë të nevojshme për të vlerësuar më tej shkakun e simptomave dhe të përsosin më tej diagnozën diferenciale. Kur është e mundur, qasja diagnostike duhet të përfshijë testet që mund të ofrojnë një diagnoze mikrobiologjike definitive apo patologjike. Këto teste përfshijnë kulturat e sputumit dhe gjakut. Ato gjithashtu përfshijnë kulturat nga mostrat respiratore të marra nga bronkoskopia (me lavazh bronkoalveolar, biopsite transbronkiale, biopsi me furçim, agobiopsi apo forceps), likuidi pleural (me ose pa biopsi pleurale), biopsi transtorakale e drejtuar me CT, torakoskopi, mediastinoskopi dhe sipas rastit, biopsia e hapur e mushkërive. Mostrat mund të ekzaminohen mikroskopikisht ose me kulture për bakterie, mykobakterie, funge, viruse dhe patogjenë parazitare dhe gjithashtu mund të dërgohen për ekzaminim citopatologjik dhe patologjik.

Herë pas here, mostra nga lokalizime të tjera (p.sh., të lëkurës, të nyjeve limfatike, palcës kockore, lëngu cerebrospinal) ofrojnë te dhena për diagnozën e sëmundjes ekstrapulmonale apo të diseminuar. Për disa sëmundje infektive oportuniste mund të sigurojnë ose fuqimisht sugjerojnë diagnozën analiza serologjike të gjakut apo urinës (p.sh., antigjeni serik cryptococcal, antigjeni urinar i histoplazmes) ose teknikat molekulare të tilla si analizat e bazuara në PCR.

Vendimi në lidhje se cilët ekzaminime duhen kryer dhe trajtime duhen filluar mbështetet në një

diagnozë të saktë diferenciale, që rrjedh nga një anamneze e plotë dhe ekzaminimi fizik, të dhëna të përzgjedhura laboratorike dhe studimet e imazherise.

1.5.1.2 Anamneza dhe ekzaminimi fizik

Qëllimi i rishikimit të anamnezës dhe i ekzaminimit fizik është për të vendosur bërjen e diagnozës diferenciale dhe për të vlerësuar nevojën për ekzaminim të mëtejshëm (p.sh. testet laboratorike, radiografi toraksi). Edhe pse secila nga sëmundjet infektive oportuniste dhe neoplazmat kanë një paraqitje karakteristike klinike, këto prezantime mund të ndryshojnë dhe të mbivendosen në mënyrë të konsiderueshme. Si rezultat, asnjë kombinim i simptomave apo shenjave nuk është diagnostikues i një sëmundjeje të veçantë. Megjithatë, disa informacione klinike janë të dobishme për të sugjeruar një diagnozë të veçantë ose diagnoza ndoshta mund të arrihet jo me më shumë të dhëna se sa numëri i qelizave CD4.

Ekzaminimi i plotë fizik, duke përfshirë shenjat vitale, mund të japë të dhëna të rëndësishme për natyrën dhe gravitetin e sëmundjes. Pacientët e infektuar me HIV me pneumoni mund të jenë febrile, takikardik dhe takipneik. Konstatimi i hipotensionit lidhet me proces fulminant të sëmundjes. Puls oksimetria shpesh zbulon renje të saturimit të oksigjenit dhe tregon për gravitetin e sëmundjes. Konstatimi i desaturimit të induktuar nga eforti, hipoksia ose rritje në gradientin alveolar-arterial të oksigjenit të orjenton për PCP. (22)

Ekzaminimi i mushkërive mund të sugjerojë etiologjinë. Të paktën 50% e pacientëve me PCP nuk kanë të dhëna në perkusion dhe auskultacion. Në të kundërt, pacientët me pneumoni bakteriale shpesh kanë të dhëna fokale në mushkëri. Prezenca e wheezing në një pacient të infektuar me HIV, i cili ka anamneze të astmës, sugjeron acarim të astmës, ndërsa dobesimi i respiracionit në një pacient, i cili ka anamneze të gjatë të përdorimit të duhanit, mund të tregojë për emfizemë pulmonare. Në një pacient me fillimin e papritur të dhimbjes pleuritike torakale ose dispne, mungesa e respiracionit në auskultim, orjentojnë për pneumotoraks.

Nganjehere, të dhënat e ekzaminimit fizik janë rezultat i patologjise jo pulmonare. Për shembull, konstatimi i raleve së bashku me galop kardiak S3 dhe presionit të ngritur venoz të qafës sugjeron etiologji kardiak të simptomave respiratore. Sëmundja pulmonare embolike duhet të konsiderohet në një pacient hipoksik, veçanërisht në qoftë se ka faktorë predispozues (p.sh. anamneza e mëparshme, trombozë të venave të thella).

Pjesa e mbetur e ekzaminimit fizik gjithashtu mund të sugjerojë një etiologji në lidhje me simptomat respiratore, sepse shumë nga infeksionet oportuniste dhe neoplazmat që kanë prekur mushkërinë mund të shkaktojnë patologji ekstrapulmonare ose të diseminuar. Për shembull, gjetja e një statusi mental të alteruar në një pacient të infektuar me HIV me nivel të CD4 që është <200 qeliza/ml mund të sugjerojnë *C. neoformans*, si shkak si i sëmundjes neurologjike dhe të mushkërive. Lezionet kutane të reja mund të reflektojnë një sëmundje të diseminuar fungale, ndërsa hepatosplenomegalia sugjeron sëmundje të diseminuar mikobakteriale ose fungale ose limfoma jo-Hodgkin. Pacientët me sarkomë mukokutaneale Kaposi mund të kenë përfshirje të konsiderueshme pulmonare; megjithatë, mungesa e përfshirjes mukokutaneale nuk e përjashton sarkomën pulmonare Kaposi. Huang et al. konstatuan se 15% e 168 pacientëve të infektuar me HIV dhe të diagnostikuar në bronkoskopi me sarkomë pulmonare Kaposi nuk kishin të dhëna të sëmundjes mukokutaneale në kohën e kryerjes së bronkoskopisë. (23) Shtrirja e sarkomës

trakeobronkiale Kaposi shkon nga leziona të izoluara trakeale gjer ne përfshirjen difuze / te shtrire. Nuk ka simptoma klinike apo shenja specifike, qe mund të dallojnë pacientët me sarkomë Kaposi pulmonare nga ata me sarkomë Kaposi pulmonare dhe infeksion oportunist konkomitant pulmonar.

1.5.1.3 Ekzaminimet jo-invazive

Këto teste në mënyrën ideale duhet të lejojnë vendosjen e një diagnoze specifike dhe të monitorohet reagimi terapeutik me një metodë në dispozicion të shpejtë, të lirë dhe universale. Për fat të keq, asnjë nga këto teste nuk plotëson kriteret, por ndihmojnë për:

- Përcaktimin e pranisë ose mungesës së sëmundjeve të mushkërive.
- Vlerësojnë gravitetin e sëmundjes.
- Përcaktimin nëse është i indikuar një test invaziv për të bërë një diagnozë etiologjike.

Ne menyre te permbledhur ekzaminimet per sëmundjet respiratore jane:

- Imazheria
- Gazrat arterial të gjakut ose oksimetria
- Testet e funksionit pulmonar
- Analiza laboratorike

Diagnostikimi i një infeksioni pulmonar në një individ me imunitet të komprometuar është shpesh i vështirë, sepse spektri i agjentëve të mundshëm është i gjerë. Sputumi shpesh nuk është në dispozicion dhe titri i antitropave zakonisht është jo sensibil dhe jo specifik. Ekzaminimi i sputumit, spontan apo i induktuar nga inhalimi i sol NaCl hipertonicë (3%-5%), mund të jetë i dobishme për të diagnostikuar sëmundjen mikobakteriale (sputum spontan apo i induktuar) ose infeksionin nga *P. carinii* (sputum i induktuar). (24, 25) Në pacientët e infektuar me HIV ka rezultat më të lartë me sputum te induktuar për të diagnostikuar infeksionin nga *P. carinii* dhe varion nga 55% në 95%. (24) Nëse është dyshuar TB, sputumi i induktuar duhet të jetë i rezervuar për pacientët, që nuk ekspektorojne sputum ose kur sputum rezulton BK direkt negativ. Analiza e sputumit për të diagnostikuar pneumonine bakteriale në këta paciente është e diskutueshme. Rezultati BK direkt pozitiv është i mjaftueshem per te filluar mjekimin anti tuberkular. Ngjyrimet speciale te sputumit aplikohen për të siguruar informacion të menjëhershëm diagnostik. Ekzaminimi i sputumit është me vlerë më të madhe, kur izolohen mikroorganizma, që nuk janë zakonisht të pranishëm në orofarings apo të izoluar në kulturë. Për shembull, kulturat e sputumit, që rezultojnë pozitiv për *Cryptococcus* dhe *Nocardia* janë pothuajse gjithmonë patogjene në individet me imunitet të komprometuar, ndërkohë që izolimi i specieve *Candida* zakonisht përfaqëson kontaminim ose kolonizimin te traktit te sipërm respirator.

Prania e antigjenit serik cryptococcal është konsideruar shumë e dobishme në diagnozën e kriptokokozës invazive dhe përcaktimi i antigjenit të *Histoplasma capsulatum* ka qenë i dobishëm në diagnostikimin e histoplazmozës dhe për ndjekjen e pacientëve me HIV ndaj trajtimit. Testet e tjere kutane dhe serologjike janë me vlerë shumë të vogël në diagnozën e infeksioneve akute në individet me imunitet të komprometuar. (26)

PCR, ekzaminimet e ADN-së, hibridizimi i acidit nukleinik dhe zbulimi i antigjeneve janë teknika potenciale për diagnostikimin e shpejtë të mjaft infeksioneve, por numri i testeve në

dispozicion është i kufizuar. Për PCR në sputum në diagnozën e infeksionit të Mycobacterium tuberkulozit janë raportuar sensibilitet dhe specificiteti mbi 90%. (27) Rezultate të ngjashme janë raportuar për PCR në lavazhet orale në diagnozën e PCP. (28)

Teste laboratorike te gjakut

Testet laboratorike mund të japin të dhëna të rëndësishme për diagnozën. Pacientët e infektuar me HIV shpesh kanë anomali laboratorike të shumta, që mund të rezultojnë nga vetë infektimi me HIV, nga një infeksion oportunist apo neoplazme e lidhur me HIV-in, ose nga medikamentet që përdoren për trajtimin e infeksionit HIV, ose patologji e lidhur me HIV. Prandaj, nuk ka anomali laboratorike, që është specifike për një sëmundje të caktuar pulmonare dhe klinicisti duhet të jetë i kujdesshëm para se të atribuojë një anomali laboratorike për një sëmundje pulmonare.

Analizat laboratorike të cilat mund të jenë të dobishme përfshijnë gjakun komplet me numurin e leukociteve dhe formulën leukocitare, niveli i laktat dehidrogjenazës serike (LDH) dhe të presionit parcial të gazrave të gjakut arterial (ABG). Këto teste shërbejnë si markues prognostik dhe si vlerë bazale për matjet e mëvonshme. Ekzaminimet seriale janë të dobishme për çdo pacient i cili nuk ka reagim klinik në një interval kohe të përshtatshme dhe me çdo pacient i cili është përkeqësuar klinikisht pavarësisht terapisë adekuate.

Numëri i leukociteve shpesh është i rritur në krahasim me vlerën fillestare të pacientit në ata që pesojnë pneumoni bakteriale. Shpesh, kjo rritje relative është e shoqëruar me deviacion të majtë të formules. Pacientët e infektuar me HIV me neutropeni janë në rrezik më të lartë të disa infeksioneve bakteriale dhe fungale (*Aspergillus* spp). Në të kundërt, pacientet me PCP mund të kenë numer leukocitesh të ngritur, normal apo edhe ulur. Në këta pacientë, numëri i leukociteve më shpesh pasqyron shkallën e imunosupresionit, përdorimin e medikamenteve imunosupresore ose praninë e një lezioni të infiltrativ të palcës ose neoplazme, sesa praninë e PCP.

Niveli i rritur i LDH në serum mund të sugjerojë diagnozë të PCP, por matja LDH ka dobi më të madhe si test prognoze se sa test diagnostik. LDH është shpesh e rritur në pacientët me PCP. (29, 30, 31) Studimet kanë raportuar sensibilitet diagnostik 83-100% të nivelit të rritur të LDH në serum për PCP. Megjithatë, duhet të theksohet, se niveli i LDH është jo specifik për PCP dhe mundet që LDH të rritet si rezultat i shumë patologjive pulmonare dhe jo pulmonare (përfshirë pneumonine bakteriale). Për më tepër, pacientët me PCP mund të kenë nivel të ngritur minimalisht apo normal serik të LDH dhe gjithashtu mund të ketë mbivendosje midis vlerës së LDH serike në pacientët me PCP me ato të pacientëve me pneumoni të tjera. Shumica e studimeve të publikuara kanë analizuar pacientë të hospitalizuar me PCP, disa prej të cilëve me insuficiencë respiratore dhe me ventilim mekanik. Studimi që raportoi ndjeshmërinë më të ulët diagnostike të nivelit të rritur serik të LDH për PCP përbëhet nga pacientët ambulatorë të paraqitur në strukturë të kujdesit urgjent (32), i cili sugjeron se graviteti i sëmundjes dhe kohorti i pacienteve, që janë në studim mund të ndikojnë ndjeshmërinë diagnostike.

Pavarësisht nga kufizimet e tij si markues diagnostik, shkalla e rritjes së nivelit të LDH serike ka rezultuar të korrelojë me prognozë dhe në reagimin ndaj terapisë. (30) Pacientët me PCP dhe me

nivelin fillestar serik te LDH te rritur dukshem ose me rritje te nivelit serik te LDH pavarësisht trajtimit te PCP, kanë një prognozë të keqe dhe mbijetesës të ulur.

Radiologjia e toraksit

Radiografia torakale mund të jetë normale në pacientët me HIV pozitiv me sëmundje respiratore të shkaktuara nga pneumonia P. carinii. Anomalitë më të zakonshme që shihen në pacientët me pneumoni P. carinii është theksim i vizatimit bilateral perihilar, gje që mund të jetë shumë delikate dhe lehtë të kalohet pa u vene në dukje. Pacientët më shumë të rëndë mund të kenë hije më të përhapura intersticiale, të cilat mund të progredojnë në konsolidime të theksuara në të dy fushat e mushkërive, duke lene pa prekur apekset dhe sinuset kostofrenike. Këto tabllo radiografike janë jo-specifike dhe po ashtu mund të shihen në infeksionet bakteriale piogjenike, mikobakteriale dhe fungale, gjithshu dhe në sarkomën Kaposi dhe pneumonine intersticiale limfoide. Në 5% gjër 10% te pacientëve me pneumonia pneumocistike ka tabllo radiografike atipike torakale duke paraqitur tabllone e ndryshimeve cistike, infiltrate të lobit të sipërm duke imituar tuberkulozin, limfadenopati hilare ose mediastinale ose konsolidim fokal. Radiografia torakale në pneumonine pneumocistike mund të përkeqësohet shumë shpejt në vetëm pak ditë nga të qenit normal në venjen në dukje të anomalive të rënda. Në të kundërt, rikuperimi radiografik mund të jetë i ngadalshëm. Hijet fokale, adenopatia dhe likuidi pleural në radiografinë torakale sugjerojnë infeksionin me Mycobacterium tuberculosis, Sarkoma Kaposi ose Limfoma. (18)

Tab.1.5.3 Tabllo radiologjike te prezantimit te HIV/AIDS ne mushkeri

Radiografi normale	Adenopati hilare
Pneumonia Pneumocystis carinii (10% e rasteve)	Tuberculosis
Tuberculosis (10 % e rasteve)	Histoplasmosis
Cryptococcosis	Coccidioidomycosis
	Infeksion M. avium complex
	Limfoma pulmonare
Infiltrate difuze intersticiale	Formacione nodulare apo masa
Pneumonia Pneumocystis carinii	Tuberculosis
Tuberculosis	Cryptococcosis
Histoplasmosis	Infeksion Mycobacterium avium complex
Cryptococcosis	Aspergillosis
Coccidioidomycosis	Histoplasmosis
Toxoplasmosis	Nocardia infection
CMV, Herpes simplex, infeksione virale	Limfoma pulmonare
Pneumonia intersticiale limfocitare	Sarkoma Kaposi
Sindroma e hipersensibilitetit nga Abacavir	
Erresime dense te karakterit fokal	Formacione kavitare unike apo multiple
Pneumonia bakteriale piogjenike	Pneumonia bakteriale piogjenike (Staph.aur, bac gr-)
Tuberculosis	Tuberculosis

Infeksion nga Legionella	Infeksion Rhodococcus equi
	Cryptococcosis
	Histoplasmosis
	Aspergillosis
	Infeksion M avium complex

Testet e funksionit pulmonar

TLCO, koeficienti transferimit (KCO), kapaciteti total i mushkërive (TLC) dhe kapaciteti vital (VC) - të gjithë reduktohen në pacientët me pneumoni nga P. carinii. Reduktimet në TLCO deri 70% e vleres normale të parashikuar ndodhin në pacientët HIV pozitiv me pneumoninë P. carinii dhe sëmundje të tjera të frymëmarrjes, duke përfshirë edhe sarkomën Kaposi dhe infeksionet bakteriale, kështu që kjo gjetje nuk është specifike.

Teste jo invazive të tilla si shintigrafia me galium, testet e funksionit pulmonar dhe oksimetria në qetësi dhe efort janë të ndjeshme për zbulimin e sëmundjeve të mushkërive, por janë jo specifike për një diagnozë etiologjike. Këto teste janë më të dobishme kur dyshohet prania e sëmundjeve pulmonare, sidomos kur tabloja radiologjike e toraksit është normale apo me ndryshime diskrete.

Gazrat arterial të gjakut dhe oksimetria

Hipoksemia dhe rritja e gradientit alveola-arterial të oksigjenit janë shumë të ndjeshme për diagnozën e pneumonisë nga P. carinii, por mund të ndodhë edhe në patologji të tjera.

Desaturimi arterial i induktuar nga eforti i ekzaminuar në oksimetri është gjithashtu i ndjeshëm për diagnozën e pneumonisë nga P. carinii; desaturimi mund të vazhdojë për disa muaj në vijim të rikuperimit nga pneumonia P carinii dhe ndodh gjithashtu rrallë edhe në pneumonine nga cytomegalovirus, por është e pazakontë në patologji të tjera të frymëmarrjes.

Presionet parciale të gazrave të gjakut shpesh janë anormale në pacientët me sëmundje të rëndësishme të mushkërive. Në mënyrë tipike, pacientët kanë hipoksemi, rritje të diferencës alveolare-arteriale të oksigjenit dhe alkalozë respiratore. Në mënyrë të qartë, këto anomali nuk janë specifike për ndonjë infeksion oportunist ose neoplazi të mushkërive. Kështu, në mënyrë të ngjashme si me testin serik të LDH, matja ABG ka dobi më të madhe si test prognoze dhe si markues i gravitetit të sëmundjes pulmonare sesa si test diagnostik.

1.5.1.4 Ekzaminime invazive

- Sputumi i induktuar
- Bronkoskopia fiberoptike dhe Lavazhi bronkoalveolar me ose pa biopsi transbronkiale
- Biopsi e hapur e mushkërive

Sputumi i induktuar me sol. kripte hipertone

Kjo procedurë duhet të kryhet larg pacientëve të tjerë dhe personelit në një dhomë të veçantë, në mënyrë ideale në dhomë me "presion negativ" në mënyrë që të zvogëlohet rreziku i transmetimit të infeksionit nozokomial, duke përfshirë tuberkulozin. Pacienti inhalon 20-30 ml sol. kripte 2.7%

nëpërmjet një nebulizuesi ultrasonik. Depozitimi i sol. kripes në rrugët e frymëmarrjes periferike dhe alveola, shkakton irritim dhe indukon sekrecionet bronkiale. Likuidi gjithashtu kalon nga intersticiumi në rrugët e frymëmarrjes, duke lehtësuar eksudatin inflamator të ekspektorohet. Është e nevojshme përgatitja e kujdesshme e pacientit, duke përfshirë të qenit esell për disa orë para procedurës dhe pastrimit rigoroz të gojës për të hequr mbeturinat e gojës në mënyrë që mostra e sputumit të mos jetë e kontaminuar (mbeturinat e ushqimit dhe të squames vështirësojnë analizën). Purulenca e mostrave të sputumit sugjeron një shkak bakterial. Infeksioni nga *P. carinii* zakonisht evidentohet në mostra sputumi të qarta “te ngjajshme me pështymë” që bëhen viskoze në temperaturën e ftohtë të dhomës. Gjithashtu me këtë teknikë mund të diagnostikohen infeksionet fungale dhe infeksioni mykobakteriale. Shumë qendra nuk kryejnë ekzaminimin e sputumit të induktuar për shkak të nevojës për pajisje speciale dhe rendimentit të ulët në krahasim me fibrobronkoscopin, si për diagnozën e pneumonisë *P. carinii* dhe patogjenëve të tjerë. Disa pacientë gjatë procedurës së sputumit të induktuar e ndjejnë vehten në gjendje të pakëndshme dhe kanë nauze ose pesojnë dispne. Gjatë procedurës mund të ndodhë desaturim arterial .

Fibrobronkoscopia

Procedurat invazive më të përdorura për të bërë një diagnozë specifike përfshijnë FBS me biopsi transbronkiale (TBB) dhe lavazh bronkoalveolar (BAL), biopsi transtorakale (TTNA) ose punkcion aspirim me agje të holle (FNA) dhe VATS ose biopsi të hapur të mushkërive). Vendimi për të kryer një procedurë invazive shpesh varet nga mundësitë terapeutike (p.sh., amfotericina B vs terapi kortikosteroide), periudha e sëmundjes, prognoza e pacientit varur nga sëmundja bazë dhe së fundi, dëshira e pacientit.

Zgjedhja e procedurës optimale invazive përcaktohet nga natyra (fokale vs. difuze) dhe lokalizimi i lezioneve të mushkërive, gjendja e përgjithshme e pacientit, duke përfshirë parametrat e koagulimit si dhe strukturën mjekësore në dispozicion dhe aftësitë e mjekut kurues. Në lezionet difuze mirret mostra e materialit zakonisht nga TBB dhe BAL, ndërsa në nodulet, veçanërisht nëse ato janë lokalizim periferik, mirret material më së miri nga TTNA, FNA apo procedura biopsie të hapur (VATS, biopsi e hapur e mushkërive). (22, 33, 34, 35, 36)

Në vitin 1967, Shigeto Ikeda projekttoi dhe të standardizoi bronkoscopin fleksibel fiberoptik. FOB fleksibel është teknika e vetme më e rëndësishme që ka avancuar diagnozën e çrregullimeve pulmonare në individët me imunitet të komprometuar. Ajo është ideale për këtë grup pacientesh për shkak se mund të kryhet në mënyrë të sigurtë në pacientët në ventilim mekanik dhe me trombocitopeni ose çrregullime të tjera të trombocitëve. Në përgjithësi bronkoscopia me BAL dhe TBB ka arritur të përgjithshëm diagnostike gjer 90% në pacientët që i nënshtrohen procedurës të infektuar me HIV. Rezultati është më i lartë në komplikacione infektiv se në jo infektive dhe infeksionet e diagnostikuara më së shpeshti me bronkoscopi përfshijnë PCP, infeksion CMV dhe sëmundje mykobakteriale. Rëndësia e bronkoscopisë në diagnostikimin e pneumonisë CMV është në rënie si pasojë e përdorimit të antigjenit serik CMV në pacientët në risk të lartë (37). Sëmundjet infektive që zakonisht kalojnë pa u evidencuar përfshijnë sëmundjet fungale, sidomos aspergiloza. Kur konsiderohen infeksione të tjera të

ndryshme nga pneumonia bakteriale, ekzaminuesit kanë raportuar sensibilitet dhe specificitet më të lartë se 90% në pacientët e infektuar me HIV.

Fibrobronkoscopia lejon inspektimin e bronkeve dhe mund të identifikohen lezionet e sarkomës Kaposi. Lavazhi bronkoalveolar kryhet në mënyrë rutinore nga lobi i mesëm ose nga zona e anomalisë maksimale, që shihet në radiografine torakale. Biopsite transbronkiale tani bëhen shumë rrallë pasi shtojnë pak në rendimentin diagnostik për *P. carinii* dhe diagnozat e tjera dhe teknika është e lidhur me efekte negative, duke përfshirë hemorragji dhe pneumotoraks. Nëse nuk është kryer biopsia transbronkiale, diagnoza e pneumonise intersticiale jo-specificike ose limfocitare mund të kalojë pa u diagnostikuar.

Në përgjithësi për të shmangur procedurat e shumta vijuese, shumica e ekspertëve, kur është e mundur, rekomandojnë TBB dhe BAL. Megjithatë, në varësi të deficitit imunitar të pacientit, anamnezën e kohëve të fundit të terapisë dhe profilaksisë dhe të probabilitetit të sëmundjes pulmonare, ndryshojnë mostrat e marra nga bronkoscopia. Në infeksionet oportuniste të lidhura me HIV, BAL është shumë i ndjeshëm për shkak se një numër i madh i mikroorganizmave janë të pranishëm në lavazhin alveolar. Në pacientët të cilët ka të ngjarë të kenë pneumoni bakteriale, mostra duhet të përfshijë materiale nga zona e lezionuar e marre me kateter të mbrojtur. Për këtë teknikë, që të ketë specificitet dhe sensibilitet të duhur, duhet të kryhet analiza sasiore bakteriale. Terapia me antibiotikë ul rezultatin. Për shkak të kësaj pengese, procedura nuk ka fituar përdorim të gjerë.

Kufizimi i dukshëm i BAL është se nuk ofron material indor për ekzaminim histologjik. Për këtë arsye, BAL duhet të plotësohet me TBB, sidomos kur dyshohet etiologji jo infektive. Biopsia shton rrezikun e procedurës bronkoscopike, veçanërisht në pacientët me çrregullim të koagulimit të pa korigjuar apo hipertension pulmonar. TBB gjithashtu përfshin një risk për pneumotoraks, i cili është i rritur në pacientët në ventilim mekanik. Megjithatë, shpeshësia e nderlikimeve të mëdha të bronkoscopisë në individët me imunitet të komprometuar mbeten të ulëta dhe variojnë nga 0.08% në 5%, me frekuencën e vdekshmërisë nga 0.01% në 0.5%. Përveç hemorragjës dhe pneumotoraksit, komplikime të tjera të rënda përfshijnë depresionin respirator dhe hipotension nga sedacioni, laringospazma, bronkospazma dhe hipoksemia. Zakonisht ka ethe pas bronkoscopisë dhe BAL, por është e vetë-kufizuar dhe jo e lidhur me infeksion. FOB mbart një rrezik shumë të ulët për infeksion, dhe nuk rekomandohet në mënyrë rutinore antibiotikët profilaktik.

Aspirim me age të hollë transtorakal

Indikacioni kryesor për TTNA të drejtuar nepermjet të fluoroskopisë ose CT është prania e noduleve në mushkëri, sidomos nëse ata janë periferike. TTNA ka avantazhin e marrjes mostrave direkt në zonën sëmurë, që mund të ekzaminohet mikrobiologjikisht dhe citologjikisht. Rezultatet diagnostike për infeksionet shkojnë nga 40% në 90%, me rendimentet më të larta të raportuara për infeksione jo bakteriale. Nderlikimi më i shpeshtë i TTNA është pneumotoraksi, e cili ndodh në 10% deri 37% të procedurave; megjithatë, vendosja e drenit torakal është e nevojshme në më pak se gjysmën e pacientëve. Nderlikime të tjera përfshijnë hemoptysis, e cila është zakonisht e vetë-kufizuar, hemorragji intraparenkimale, emboli gatore venoze, emfizemë subkutane dhe rrallë hemoperikardium, kur lezionet janë të vendosura në afërsi të arteries pulmonare. Mortaliteti i lidhur me këto procedura është rreth 0.2%. Kundërindikimet për kryerjen TTNA

(FNA) përfshijnë pacient jo bashkëpunues, kolle të theksuar, koagulopati jo e korigjueshme dhe cist hydatid. Kontraindikacione relative përfshijnë emfizemë të rënde, pneumonektomi të mëparshme, hipertension të arteries pulmonare, ventilim mekanik dhe suspekt lesion të enëve të gjakut. (18)

Biopsia e hapur e mushkërive dhe VATS

Është rrallë e nevojshme për të kryer biopsi të hapur të mushkërive për shkak të vlerës së lartë diagnostike nga lavazhi bronkoalveolar. Kjo procedure mund të jetë e nevojshme nëse bronkoskopia fiberoptike dhe BAL nuk arrijnë të identifikojnë një diagnozë apo në rastet kur një pacient me një diagnozë bronkoskopike, keqesohet pavarësisht trajtimit specifik. (18)

Procedurat e biopsise së hapur pulmonare janë më të besueshme për marrjen e indeve të mushkërive dhe diagnozë specifike arrihet në 65% gjër 88% të pacientëve, me 5% në 8% morbiditetit dhe 0.5% në 2% mortalitet. (38) Përparësia e procedurave të hapura është se mund të kryhen menjëherë; diagnoza mund të bëhet shpejt dhe pa u shqetësuar se ndonjë lesion mbetet pa u evidentuar. Përparësi shtesë e procedurave të hapura janë se marrja e mostres mund të përzgjidhet me pamjen direkte, mund të arrihet hemostaza efektive edhe në prani të koagulopatise, procedura mund të kryhet dhe në pacientët me sëmundje rëndë në ventilim mekanik. Edhe kur nuk arrihet diagnoza definitive, disa terapi toksike shpesh mund të ndërpriten duke përjashtuar disa diagnoza të caktuara. Disavantazhet përfshijnë kërkesën për sallë operatore dhe anestezi të përgjithshme, potencialin për infeksion postoperative ose rrjedhje kronike të ajrit, dhimbje postoperative dhe vendosjen drenit torakal.

Në këta paciente, VATS, duket të jetë me saktësisë të barabartë diagnostikuese dhe mund të jetë më pak invaziv se torakotomia standarde, me më pak morbiditet postoperator. Në pacientët të cilët nuk janë me deficit imunitar, komprometimi i respiracionit, dhimbja, drenimi torakal dhe qëndrimin në spital janë të gjithë më pak pas VATS se pas torakotomise konvencionale. Rezultatet diagnostike dhe ndërlikimet e VATS janë të ngjashme me ato të torakotomise konvencionale në pacientët me deficit imunitar. VATS gjithashtu duket të jetë i sigurtë në pacientët me trombocitopeni, por mund të kryhet vetëm në ata që mund të tolerojnë ventilim me një mushkëri. (18)

1.5.2 Nderlikimet pulmonare me të shpeshta

1.5.2.1 Infeksionet bakteriale

Mikro organizma të tilla si *S. pneumoniae* dhe *H. influenzae*, të cilët zakonisht infektojnë pacientët me imunitet normal, janë edhe shkak më i zakonshëm i pneumonisë në pacientët me deficit imunitar.

Infeksionet e traktit të sipërm respirator dhe infeksioni bakterial piogjenik (sinuzit, bronkit dhe pneumonia) ndodhin më shpesh në individë të infektuar me HIV se sa në popullatën e përgjithshme. Infeksionet bakteriale janë veçanërisht të zakonshme në përdoruesit e drogave intravenoze, që janë HIV pozitive. Mikrobet që izoloohen më shpesh janë *Streptococcus pneumoniae* dhe *Haemophilus influenzae*. Gjithashtu mund të ndodhë pneumoni e rënde për shkak të *Staphylococcus aureus* apo baktereve gram negative, të tilla si *Pseudomonas aeruginosa*, *Sidomos* në fazat e vonshme të AIDS-it. Infeksioni respirator mund të ndodhë me fillim të

shpejtë, pacientet paraqesin kollë me ose pa sputum dhe ethe me të dridhura; pacientët shpesh janë bakteremik. Ka një shkallë të lartë të nderlikimeve, duke përfshirë formimin e abscesit intrapulmonar dhe empiemes. Zakonisht ndodh reagim i shpejtë në trajtimin me antibiotikë të duhur, por mund të ndodhin recidiva. Disa autore rekomandojnë që të gjithë pacientët me HIV pozitiv duhet të imunizohen me vaksinën e pneumokokut polivalent edhe pse jo të gjithë studimet kanë treguar reagime efektive të antitropave të këtij agjenti, veçanërisht në pacientët me numer qelizor CD4 <200. (18)

1.5.2.2 Pneumonite bakteriale

Patogjenet me frekuate të pneumonise bakteriale janë: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, Bacilet gram-negative, *Pseudomonas aeruginosa* (shpesh shoqërohet me neutropeni). (39, 40, 41)

Pneumonia bakteriale ndodh edhe me një status relativisht të mirë imunitar (CD4 > 200 qeliza/ml). Nuk është e lidhur aq ngushtë me deficitin e imunitetit. Për më tepër, ulja e incidences, që nga epoka HAART ka qenë më e moderuar se për infeksione të tjera oportuniste. Vetëm pneumonia recidivans (pneumonia akute më shpesh se një episod në 12 muajt e fundit) konsiderohet AIDS. Si në pacientët HIV-negative, pneumonia e fituar në komunitet duhet të dallohet nga pneumonia nozokomiale. Pacientet e infektuar me HIV kanë një rrezikshmeri 100 here më të madh për pneumokoksi invazive krahasuar me popullatën. *Streptococcus pneumoniae* llogaritet për 15% - 22% të rasteve me pneumoni të absceduar. (18)

Bakteret, që janë konstatuar më shpesh, që kanë shkaktuar pneumoni të fituar në komunitet në pacientët HIV pozitiv janë pneumokoku dhe *Haemophilus influenzae*. *Mycoplasma* është e rëndësishme të merret në konsideratë, veçanërisht në pacientë të rinj. *Klebsiella*, *Staphylococcus aureus* dhe *Pseudomonas aeruginosa* janë patogjenë të tjera të zakonshme. *Legionella* është shkaktar i rrallë.

Përdoruesit të drogës intravenoze zhvillojnë pneumoni të fituar në komunitet në mënyrë të konsiderueshme më shpesh se grupet e tjera të pacienteve. Faktoret e rrishtjes së mortalitetit në pacientet me pneumoni bakteriale HIV +, përfshijnë: numrin e qelizave CD4 < 100/ qel/mm³, progresionin radiologjik të sëmundjes (versament pleural, krijimin e kavitetëve, me/pa infiltrate multilobare) dhe shock-un. Faktorë të tjerë rreziku janë sëmundjet shoqëruese, alkoolizmi dhe pirja aktuale e duhanit (42, 43). Ndërprerja e terapise dhe pirja e duhanit ishin edhe faktorët kryesorë të rrezikut. (44). Nderprerja e pirjes së duhanit në mënyrë të konsiderueshme zvogëlon rrezikun e pneumonisë bakteriale (45). Niveli i ulet i qelizave CD4+ dhe ciroza hepatike ekzistuese janë faktorët kryesorë të rrezikut për raste të rënda (46).

Pneumonia nozokomiale shpesh shkaktohet nga mikrobet spitalore të tilla si *Klebsiella*, *Staphylococcus*, *Pseudomonas* (47).

Shenjat dhe simptomat / Diagnoza

Janë tipike fillimi akut, zakonisht temperatura e lartë, kollë produktive. Mund të ketë dhimbje gjate frymemarrjes për shkak të pleuritit shoqërues, dyspnea e shprehur është e rrallë. Te dhenat e auskultacionit pothuajse gjithmonë lejojnë dallimin nga PCP, ku nëse ka të dhena auskultatore,

atëherë PCP nuk ka gjasa. Radiografia torakale siguron diagnozën. CRP është e rritur në mënyrë të konsiderueshme, LDH zakonisht normal. Është thelbësore marrja e hemokulturave në gjendje temperature mbi 38.5°C para fillimit të trajtimit. Problem në lidhje me hemokulturën është se kërkon kohë (24-48 orë) dhe nuk është aq e ndjeshme. Megjithatë kjo është e vetmja procedurë që lejon testimin e rezistencës. Kultura e sputumit është metodë e thjeshtë duke lejuar përcaktimin e etiologjisë në rreth gjysmën e të gjitha rasteve - por shfrytëzimi i saj në përgjithësi mbetet i diskutueshem dhe rezultatet varen shume nga përvoja e klinikistit (48). Kjo vlen edhe për përcaktimin e antigjenit të pneumokokut në urinë dhe diagnostikimin e viruseve të tjera specifike të cilat nuk janë të rekomanduara në udhëzimet aktuale. (49).

Vaksina Pneumovax® siguron mbrojtje efektive. Duhet të përdoret në të gjithë pacientët HIV + me CD4 > 200 qelizat / ml. Megjithatë, të dhënat më të reja tregojnë se Pneumovax® ka efekt të rëndësishëm, të pavarur mbrojtës kundër sëmundjeve të shkaktuara nga pneumokoku, pavarësisht nga numëri i limfociteve CD4 (50). Edhe pse nuk shmang pneumoninë në të gjitha rastet, duket të ketë një efekt pozitiv në ecurinë e mëtejshme të trajtimit (51).

1.5.2.3 Pneumonia nga pneumocystis carinii (PCP)

Pavarësisht përdorimit të gjerë të profilaksisë anti-pneumocistike dhe HAART, pneumonia nga P. carinii mbetet diagnozë e zakonshme në pacientët me AIDS, të cilët në prezantimin me pneumoni nuk janë në dijeni të statusit serologjik të HIV ose që, edhe pse duke ditur se kanë infeksion me HIV, nuk janë kooperues ose kanë intolerancë në profilaksinë dhe/ose HAART. Është shenja e parë e sëmundjes në shumë të gjysmën e pacientëve me AIDS. Është infeksioni oportunist më frekuent (39, 52) në SHBA, mortaliteti hospitalor nga HIV + PCP është afërsisht 14% - 27%. Në pacientët në ICU: 55% dhe në pacientët që kërkojnë ventilacion mekanik kjo përqindje shkon në 80%. Shpesh trajtohet me sukses zakonisht nga kombinimi i antibiotikeve për 2 - 3 javë apo më gjatë. PCP nuk është ngjites. Rreth 80% e pacientëve me HIV të pamjekuar bëjnë PCP. Shfaqet kur numri i CD4 < 200. (18)

Pacientët ankohen për kollë jo-produktive dhe dispne progresive (gjatë mbi dy deri në tre javë ose më shumë); ata gjithashtu mund të kenë ethe dhe djersitje. Radiografia torakale mund të jetë normale ose të paraqesë infiltrime intersticiale - në pneumoni të rënda mund të ketë konsolidime të përhapura alveolare. (18)

Prognoze të keqe tregojnë prekje bilaterale pulmonare, infeksionet pulmonare të njekoheshme, PCP rekurente, insuficienca respiratore, nivele të rritura të LDH (në 83% të rasteve), dhe një gradient oksigjeni alveolar-arterial (A-a) > 30 mm Hg. Rralle përhapet jashtë pulmonit. Oganet që preken janë: hepar, lien, limfonoduj, palca kockore, syte, gl. adrenale dhe tiroide. Sensibiliteti për zbulimin e PCP në HIV varion 60% - 90%. Diagnoza vendoset me BAL (ndjeshmeria e BAL është 95% deri 100%), biopsi transbronkiale. (18)

1.5.2.4 Viruset

Pneumonia nga cytomegalovirus (CMV)

CMV është shkaku më i rëndësishëm i pneumonisë virale në individet me imunitet të komprometuar. Shenjat dhe simptomat e pneumonisë CMV janë jo specifike dhe përfshijnë ethe, dispne, kollë jo produktive dhe hipoksemi. Tabloja më e zakonshme radiografike janë infiltrate intersticiale bilaterale. Gjithashtu janë të përshkruara nodule solitare dhe multiple dhe konsolidime fokale.

Rëndësia klinike e pneumonisë CMV në pacientët e infektuar me HIV mbetet e diskutueshme. Studimet e shumta kanë treguar prezencën e shpeshtë të CMV në mostra bronkoskopike në pacientët e infektuar me HIV pa sëmundje pulmonare. (53) CMV nuk shkakton hipoksemi, tablo anormale radiografike ose vdekshmëri. Kur trajtohet për infeksione shoqeruese shumica e pacientëve shërohen pa terapi të veçantë anti-CMV. Përveç kësaj, nuk ka ndryshim të rëndësishëm në ecurinë klinike në pacientët me bashkëshoqerim CMV dhe PCP dhe pacientëve vetëm me PCP. (54, 55) Rezultatet e autopsisë, megjithatë, kanë treguar CMV si shkak i sëmundjeve pulmonare në një përqindje të vogël të pacientëve të infektuar me HIV. Në një studim, 44 nga 75 autopsitë kanë treguar të dhena histologjike të infeksionit CMV. Në 21 të këtyre rasteve, CMV është konsideruar të jetë një kontribues i rëndësishëm në sëmundjen pulmonare, përfshirë edhe pesë raste në të cilat CMV ishte patogjeni i vetëm i izoluar. (56)

Dilema klinike është për të identifikuar ata pacientë me infeksion HIV që duhet të trajtohen për pneumoni CMV. Aktualisht, nuk ka markues në dispozicion për të identifikuar në mënyrë të besueshme. Terapia me Ganciclovir është e rezervuar në përgjithësi për pacientët me të dhena të CMV dhe përkeqësim të insuficiencës respiratore në mungesë të infeksioneve të tjera të trajtueshme apo pavarësisht trajtimit të infeksioneve bashkëqenese. Mund të demtoje trurin dhe traktin gastrointestinal, shkak i zakonshëm i retinitit dhe verberise në paciente me AIDS në nivel të $CD4 < 50$ qeliza/ml.

Virusi i influencës

Gjatë epidemive në komunitet, virusi i gripit duhet të konsiderohet si një shkak i mundshëm i pneumonisë në individët me imunitet të kompromituar. Infeksioni me virusin e gripit paraqitet si një sëmundje respiratore akute e shoqëruar me shenja dhe simptomave sistemike, duke përfshirë ethe, dhimbje koke, mialgia dhe rraskapitje. Pneumonia e shoqëruar me infeksion mund të jetë një pneumonia gripale primare, pneumoni bakteriale sekondare ose pneumonia me karakteristika të të dyjave. Pneumonia primar gripale manifestohet radiografikisht si infiltrate difuze intersteciale ose si floke debore. Pneumonia sekondare bakteriale shpesh zhvillohet pasi të zbutet sindromi akut viral. Në patogjenet më të zakonshme bakteriale janë *S. aureus* dhe *S. pneumoniae*.

Roli i virusit të gripit si një shkak i pneumonisë në individët me imunitet të komprometuar nuk është studiuar mirë. Graviteti i sëmundjes duket të jetë i lidhur me shkallën e imunosupresionit themelor. Imuniteti qelizor rezulton të luajë një rol të rëndësishëm në pastrimin viral. Infeksioni me virusin e gripit, duke përfshirë edhe pneumoni, është raportuar në të rriturit e infektuar me HIV. Pneumonia gripale shpesh nuk mund të dallohet klinikisht nga pneumonia me shkaqe të tjera të mundshme. Virusi i influencës mund të izolohet nga mostra respiratore in vitro brenda 72 orëve (57).

1.5.2.5 Tuberkulozi

Tuberkulozi është një sëmundje bakteriale, që përhapet nga njeriu tek njeriu, kryesisht me rrugë aerogjene. Shkaktari i sëmundjes është *Mycobacterium tuberculosis*. Në pak raste burim infeksioni mund të jetë *Mycobacterium bovis*, i cili transmetohet tek njeriu nga lopët e infektuara nëpërmjet qumështit të pa sterilizuar. Tuberkulozi mund të prekë çdo organ të trupit. Tuberkulozi pulmonar është lokalizimi më i zakonshëm; tuberkulozi ekstrapulmonar është më pak i shpeshtë. Faktorë që shpejtojnë progredimin nga infeksioni në sëmundje janë faktorët, që reduktojnë

efikasitetin e forcave mbrojtëse të organizmit si kequshqyerja, gjendje që shkaktojnë deficit imunitar si infeksioni HIV, diabeti, trajtim për kohe të gjata me kortikosteroide ose imunodepresore. Ndërmjet këtyre faktorëve infeksioni HIV luan rolin kryesor: rrit probabilitetin e progredimit nga infeksion në sëmundje dhe rrit riskun e riaktivizimit të tuberkulozit të vjetër. Risku, që individët e infektuar me HIV të zhvillojnë tuberkuloz, është 5–8% në vit.

Personat që përmbajnë mikrobin kanë infeksion latent TB, që mund të riaktivizohet më pas gjatë jetës. Studimet e infeksionit TB latent të fituar në fëmijëri apo adoleshencë tregojnë për risk riaktivizimi të *M. tuberculosis* në rreth 10%. Faktor risku riaktivizimi më i fuqishëm është infeksioni HIV, i cili rrit riskun e riaktivizimit 1000 herë.

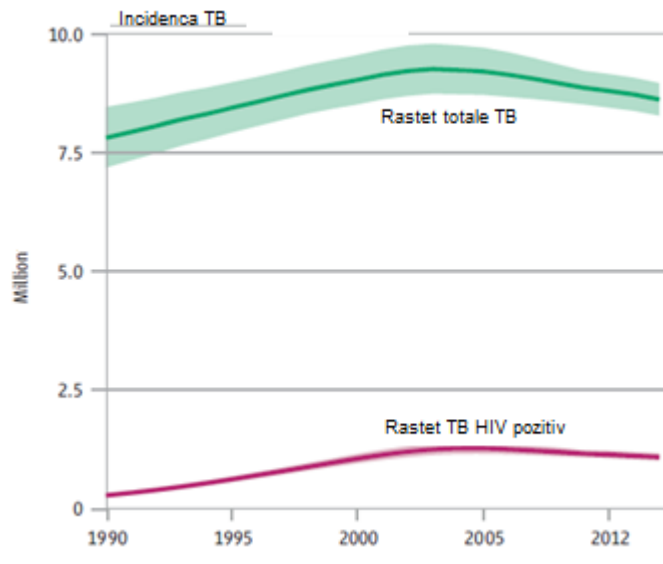


Fig. 1.5.1 Numri absolute i llogaritur vdekjeve nga TB (në milion) 1990- 2012 (10)

Ndryshe nga infeksionet oportuniste në AIDS, tuberkulozi është gjithashtu infektiv për individë të shëndetshëm. Tuberkulozi është një ndikues potent i imunitetit qelizor dhe kështu mund të përshpejtojë historinë natyrore të sëmundjes HIV. Rritja e incidencës së tuberkulozit është e lidhur drejtpërdrejt me efektet e HIV-it në popullata të caktuara. Tiparet e paparashikueshme të epidemisë HIV në heteroseksualët, migrantët dhe përdoruesit e drogës me injektim do të thotë se është e nevojshme vëgjelica e kujdesshme për tuberkuloz. Tuberkulozi mund të paraprijë zhvillimin e AIDS-it, të diagnostikohet në të njëjtën kohë, ose të ndodhë në çdo kohë gjatë ecurisë së AIDS. Tuberkulozi në pacientët me HIV pozitiv është përcaktues i AIDS dhe në shumicën e vendeve është një sëmundje që duhet sipas ligjit të denoncohet .

Mbi dy të tretat e rasteve të tuberkulozit në pacientët e infektuar me HIV janë sëmundje të mushkërive. Paraqitja klinike varion sipas fazës së sëmundjes HIV. Në fazat e herëshme, me imunitet qelizor relativisht të ruajtur mirë, tuberkulozi pulmonar i ngjan atij postprimar në adulte me infiltrate në lobet e sipërme dhe kaverna; testi i tuberkulinës zakonisht është pozitiv dhe shpesh BK direkt pozitiv në sputum. Me sëmundje të avancuar HIV dhe me imunitetin qelizor të demtuar, prezantimi është jo-spezifike me ethe, humbje peshe dhe lodhje, me ose pa kollë. Pacientët me nivel CD4 të ulët, gjithashtu mund të kenë sëmundje ekstrapulmonare, prekje palcës së kockave, nyjeve limfatike, sistemin nervor qendror apo heparin. Në toraks, modeli klinik është ai i infeksionit primar me adenopati hilare dhe mediastinale, hije difuze ose miliare; likuidi pleurale është jo i zakonshëm. Kaverna ndodh rrallë dhe deri në 10% të radiografive

torakale janë normale. Testi tuberkulinës është zakonisht negativ, sputumi (dhe lavazhi bronkoalveolar) janë shpesh BK direkt negative dhe kultura mundet gjithashtu të jetë negative. Me që kultura dhe identifikimi i speciet mund të marrin deri në gjashtë javë, infeksion M. tuberculosis duhet të supozohet nëse BK direkt janë konstatuar në mostrën respiratore, në aspirat ose biopsi, apo gjak, dhe duhet filluar terapia konvencionale antituberkulare. Trajtimi mund të ndryshohet nëse kultura më pas zbulon një Mycobacterium atipike dhe jo M. tuberkular. Tuberkulozi mund të përshpejtojë historinë natyrore të sëmundjes HIV. (18)

Ne te dhenat boterore TB eshte shkak kryesor i vdekjes ne personat, qe jane HIV pozitiv. TB dhe HIV jane “a deadly duo” – secili shpejton progredimin e tjetrit. 1/3 e rasteve ne rritjen e incidences se TB ne 5 vitet e fundit i atribohet HIV, aktualisht HIV eshte faktori me i fuqishem unik qe shkakton semundje ne te infektuarit me TB. Personi me HIV pozitiv dhe i infektuar me TB ka probabilitet 30 here me te madh te semuret me TB se personi HIV negativ. Ne fund te vitit 2000 ishin 36.1 milion njerez me HIV/AIDS; 70.1% e te cileve ne Afriken sub sahariane. Ne Indi 2 milion jane te infektuar me HIV dhe TB. TB llogaritet per 40% te vdekjeve te AIDS ne Afrike dhe Azi. 10 fakte rreth tb dhe AIDS

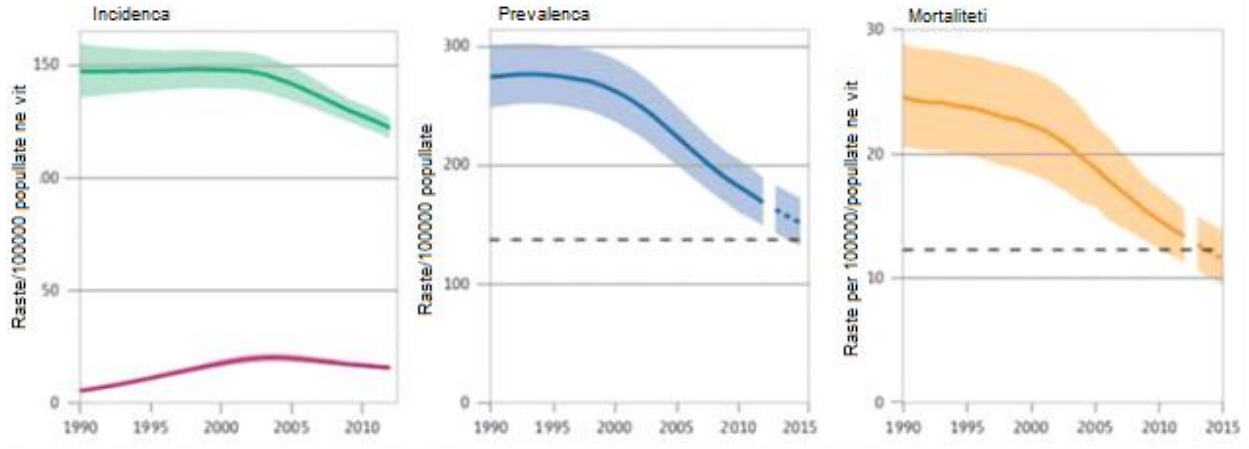


Fig.1.5.2 Numri absolute i llogaritur vdekjeve nga TB (ne milion) 1990- 2012 Trendi i incidences llogaritur/100mije (incidenca TB jeshil, e kuqe HIV pozitiv –TB). (10)

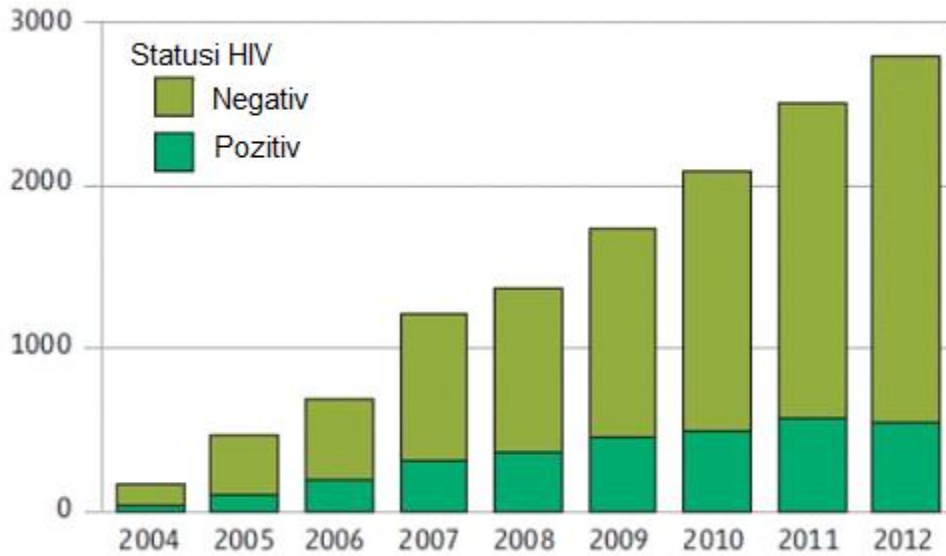


Fig. 1.5.3 Struktura e pacienteve TB me HIV (10)

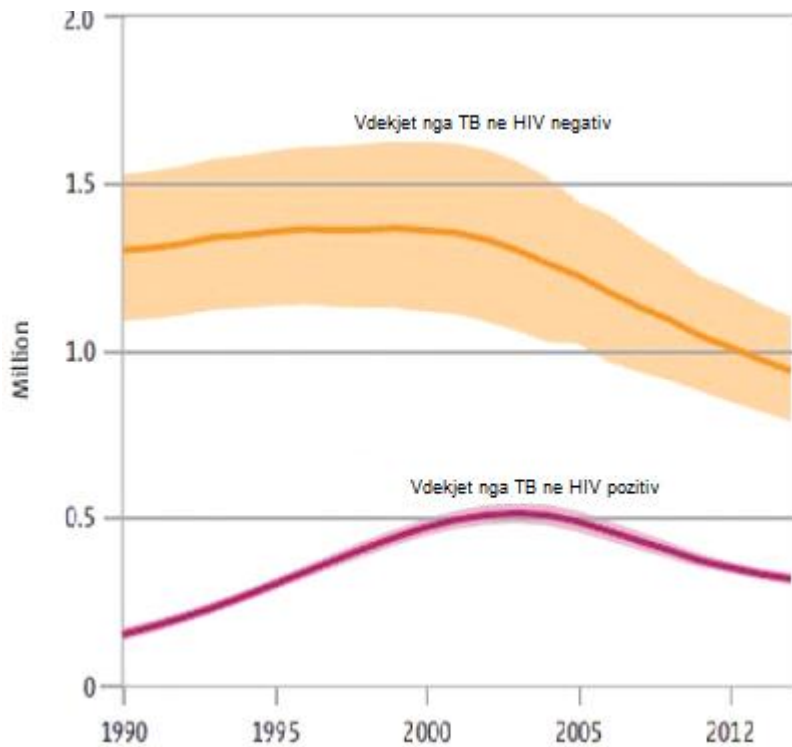


Fig. 1.5.4 Numri absolute i llogaritur vdekjeve nga TB (ne milion) 1990- 2012 Trendi global i llogaritur i incidences, prevalences dhe mortalitetit TB. Tek incidenca jeshil HIVpozitiv -TB, e kuqe HIV pozitiv. Linjat e nderprera tregojne objektivin e STOP TB Partnership, me ulje 50% te prevalences dhe mortalitetit. (10)

Sipas (16) në popullatat të rrezikura për tuberkuloz janë PLWHA (People Living With HIV/AIDS) - për të cilin TB përfaqëson shkakun e parë të vdekshmërisë. Vendet me mbivendosje të lartë të tuberkulozit dhe HIV-it duhet të paraqesin koncept të vetem, që

perfaqeson secilin program të veçantë, si shtesë te programimit të integruar dhe të përbashkët të dy sëmundjeve.

Epidemia e TB në Shqipëri, e cila ka qenë e qëndrueshme gjatë viteve të fundit, është përkeqësuar në 2013. Pas dhjetë vjet të një incidencë gradualisht në rënie në një nivel tashmë të ulët (nga 18.6 raste për 100.000 banorë në vitin 2004 në 13.5 raste në vitin 2012), kjo rritur në 16.8 raste në vitin 2013. (16)

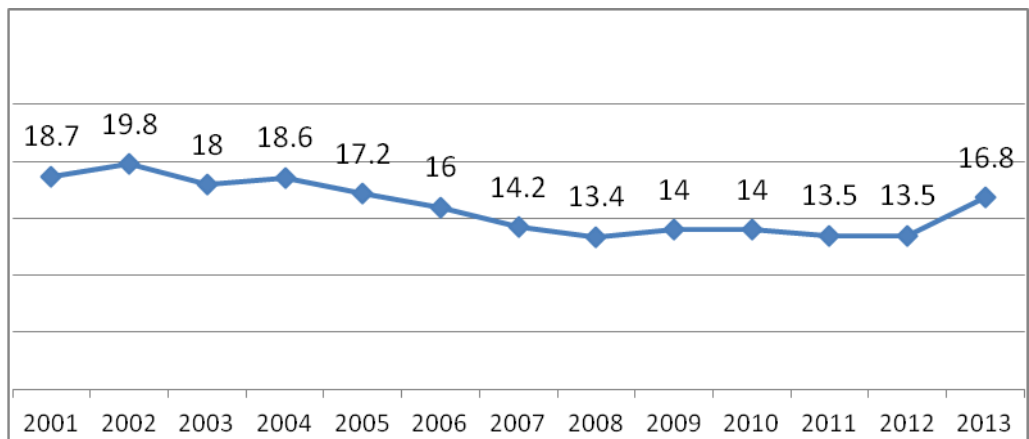


Fig.1.5.5 Incidenca e TB ne Shqiperi ne vitet 2001-2013 (per 100000) (10)

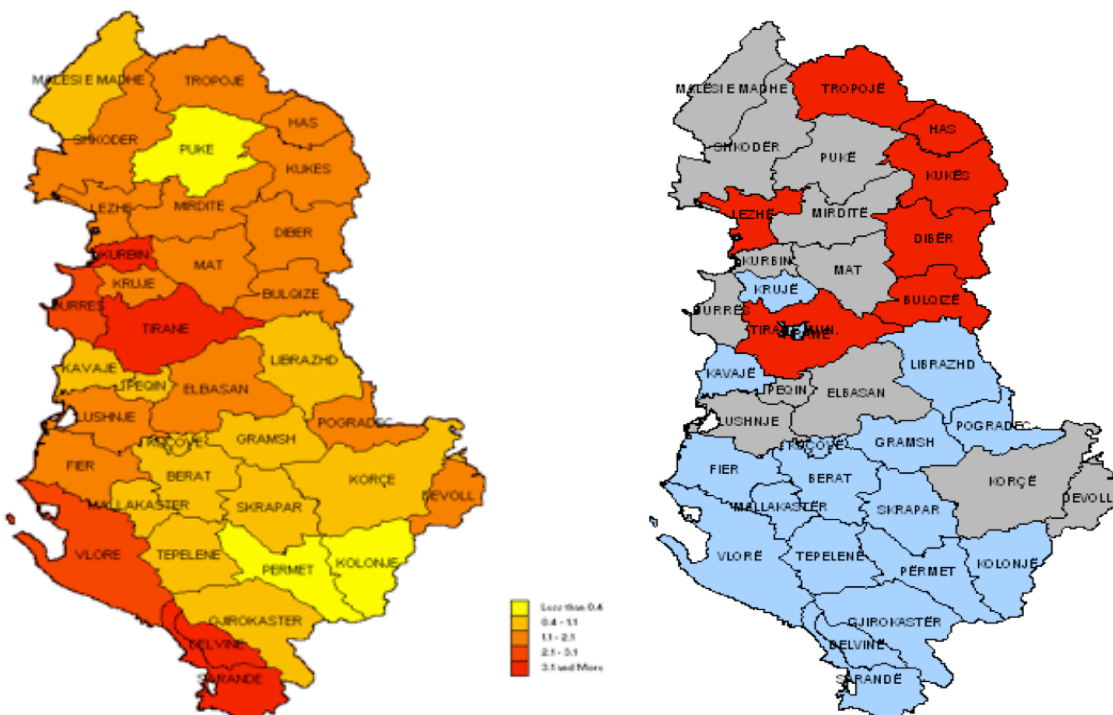


Fig. 1.5.6 Përhapja e HIV (majtas) dhe incidenca TB (djathtas) sipas qarqeve, Shqipëri
 Burimi: HIV/AIDS in Albania, National Report, National AIDS Program. Institute of Public Health, December 2014;
 National TB Programme Annual Reports 2013 (kuqe>20, gri>10 &<20, blu<10)

Për sa i përket diferencës gjinore, meshkujt vazhdojnë të jenë dy herë më të prekur nga të gjitha format e tuberkulozit në krahasim me gratë. Ky raport ka qenë i njëjtë për shumë dekada, duke ngritur dyshime për nën-diagnozën e TB në mesin e grave. Dyshohet se pacientët e tuberkulozit femra janë të nën-denoncuar për shkak të një sërë faktorësh socio-kulturore dhe / ose çështje të ndryshme që lidhen me aksesin në shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe kujdesin shëndetësor. (16)

Numri i individëve me bashkeqenje TB dhe HIV është i vogël, me dy raste të reja në vitin 2013. Megjithatë, kjo është një kategori që nuk duhet neglizhuar sepse rastet janë në rritje, edhe pse ngadalë. Sipas Raportit Global UNAIDS 2013, 100% e rasteve të vlerësuara TB të rasteve pozitive HIV kanë marrë trajtim si për TB dhe HIV dhe 55% të pacientëve me TB pozitiv me HIV ishin në ART, në vitin 2012. (16)

Pacientet HIV + infektohen me TBC 100 here me shpesh se sa HIV – negativet. Rreth 12 milione njerëz në mbare botën janë të infektuar me HIV + TBC. Tuberkulozi ka rëndësi shumë të madhe si infeksioni oportunist që shkakton rreth 15% të vdekjeve nga AIDS në mbare botën. (39, 40, 41).

Ne SHBA: rreth 10% të gjithë rasteve me TBC janë subjekte të infektuar me HIV.

Studimet in vitro kanë treguar se TBC shton replikimin e HIV në mbi 160 here.

Studimet klinike kanë demonstruar që rreziku i mortalitetit në paciente me HIV + TB është 2 here më i madh sesa në paciente HIV-pozitive që nuk kanë TB, pavarësisht nga numri i qelizave CD4. Të gjithë pacientet me HIV që janë të ekspozuar ndaj TB duhet të trajtohen.

Pozitiviteti i vendosjes së diagnozës me ane të BAL është në 84% të rasteve, me biopsi transbronkiale në 82% të rasteve. Rezultati pozitiv i ekzaminimit të BK direkt në individët HIV pozitiv është në 30% - 40% të rasteve, ndërsa në HIV negativ ka pozitivitet në 70 – 80% të rasteve. BK direkt pozitiv lidhet me shtrirjen dhe llojin e prekjës pulmonare, pacientet me kaverne rezultojnë me shpesh BK direkt pozitiv sesa ata me prekje intersticiale apo limfadenopati. Testi i tuberkulinik kutan mund të rezultojë negativ në paciente HIV +, vecanërisht nëse numri i CD4⁺ < 200/mL apo manifestimi i AIDS është prezent.

HIV redukton reaksionin inflamator dhe kavitetet në pulmon. Për pasojë, radiografia e pulmonit të pacientit mund të rezultojë normale edhe nëse në sputum vihen re bacilet e tuberkulozit. (18)

Infeksioni HIV dhe MDR-TB

Bashkeinfeksioni HIV është një sfidë sinjifikante për prevenimin, diagnozën dhe trajtimin e MDR-TB. Prevalenca lokale epidemiologjike e HIV, MDR-TB dhe MDR-TB të lidhur me HIV është treguese në strategjinë e trajtimit të HIV dhe Tb rezistent. Prandaj të gjithë programet e kontrollit të TB rezistent inkurajohen të përcaktojnë shtrirjen dhe bashkeqenjen e MDR-TB dhe HIV. Rekomandimet e aktiviteteve të përbashkëta për kontrollin TB/HIV. Programet duhet të përcaktojnë shtrirjen dhe mbivendosjen e MDR-TB dhe epidemisë së HIV. Kjo mund të bëhet në dy mënyra: të dhenat e TB DRS mund të lidhen me testimin e HIV të atyre pacientëve me TB DRS; dhe/ose kur të bëhet ekzaminimi për HIV në pacientet Tb, TB DST bëhet për të gjithë pacientet apo nëngrupe me risk. Të bëhet testimi për HIV në të gjithë pacientet Tb. WHO dhe the Joint

United Nations Programme per HIV/AIDS (UNAIDS) rekomandon qe te gjithë pacientet me TB duhet te kryejne ne rutine testin HIV dhe keto te dhena te perdoren si baze per HIV ne pacientet me Tb. Prioritet i jipet ne ata vende qe kane prevalence HIV mbi 1% ose ku prevalenca e HIV ne pacientet Tb eshte me e madhe se 5%. Kultura e Bk sputum, likuit, inde ndihmon ne diagnozen e pacienteve me TB Bk direkt negativ. Kjo eshte vecanerisht e rendesishme ne pacient Tb te infektuar me HIV. (58)

Aplikim i mjekimit antiretroviral menjehere ne pacientet me MDR-TB/HIV. TB eshte nje indikator i sëmundjes per ART, pavarësisht nga numri i qelizave CD4. Nqs dihet numri i qelizave CD4, ata mund te udhezojne ne vendimin ne cfare kohe te fillohet ART. ART ne menyre te ngjashme eshte indikuar ne rastet MDR-TB/HIV, si pasoje e mortalitetit te rritur ne keta paciente te bashkeinfektuar. Ne fakt ART nuk duhet te vonohet nga frika e dhenjes se pacientit teper medikamente. (58)

Tabloja klinike dhe diagnoza e MDR-TB ne pacientet me HIV

Paraqitja klinike e MDR-TB ne pacientet e infektuar me HIV nuk ndryshon nga ajo e Tb sensibel ne te infektuar me HIV. Diagnoza e Tb ne personat HIV-pozitiv eshte me e veshtire dhe mund te ngatërrohet me infeksione te tjere pulmonare apo sistemike. Jane me te shpeshta format ekstra pulmonare apo Bk direkt negativ se ne pacientet Tb te painfektuar me HIV. Kjo mund te coje ne gabim diagnostik apo diagnoze me vonese, qe con ne morbozitet dhe mortalitet te larte. Përdorimi i radiologjise dhe /ose kultures permireson mundesine e diagnozes Tb ne pacientet me HIV, gje qe eshte e rekomandueshme ku eshte e mundur. (58)

Ne regionet ku njihet qe MDR-TB eshte problem ne HIV-pozitivet, dhe ku e lejojne mundesite, te gjithë pacientet HIV me TB duhet te ekzaminohen per MDR-TB me DST. Duhet te aplikohen teknikat e shpejta diagnostike per MDR-TB me qe pacientet Tb te infektuar me HIV ne mjekim jo te pershtatshem antituberkular ose pa mjekim, dhe per periudha te shkurtra kohe jane ne me risk te larte vdekje. (58)

Implikimi i HIV ne kontrollin e infeksionit per MDR-TB

Shpërthimet e MDR-TB kryesisht kane perfshire pacientet HIV-positive dhe transmetim nozokomial. Vonesat ne njohjen e MDR-TB, zgjatja ne periudhen e infeksiozitetit, dhoma spitali te mbingarkuara, përzierja e pacienteve Tb dhe HIV kontribuojne ne transmetimin nozokomial. Keto praktika kane kontribuar ne shpërthimet e MDR-TB qe prekin si pacientet HIV-pozitiv dhe negative. Kryerja e nje kontrolli te pershtatshem te infeksionit redukton dukshem transmetimin nozokomial. Masat shtepiAKE si dhome e veçante, maska per vizitoret, ventilim efektiv mund te jene gjithashtu efektive. (58)

Koordinimi i kujdesit per HIV dhe TB: përfshirja e bordit TB/HIV

Programet nacionale te kontrollit TB dhe HIV/AIDS duhet te jene nje plan strategjik te bashkërenduar per te bashkëpunuar me sukses dhe sistematikisht ne zbatimin e veprimtarive te perbashketa. Programi i bashkërenduar duhet bere per trajtimin e pacienteve ne te cilet eshte diagnostikuar Tb rezistent dhe infeksioni HIV. Alternativisht, komponente mund te futen ne programet e tyre respektive per te siguruar diagnoze adekuate, kujdes, trajtim dhe referim te pacienteve me Tb rezistent shoqeruar me infeksion HIV. Veprimtari te koordinuara trajnimi duhet te përqendrohen ne zhvillimin e nje grupi personeli te specializuar si ekip multidisciplinor me njohuri te përshtatshme ne te dy sferat. Duhet te përcaktohen qarte roli dhe pergjegjesite e cdo programi ne nivel nacional dhe zonal, po ashtu si dhe roli individual i secilit pjestar te ekipit. (58)

Mykobakteret jo tuberkulare

Infeksioni më i zakonshëm me mykobakterie jo tuberkulare është infeksion Mycobacterium Avium Complex (MAC). Në pacientët e infektuar me HIV, sëmundja nuk është e mushkërive, por e diseminuar (59). MAC zakonisht konsiderohet si një kolonizator në sputum. Në mungesë të evidentimit të sëmundjes difuze, vendimi për të trajtuar bëhet vetëm pasi infeksionet e tjera pulmonare të jenë përjashtuar. Sëmundja pulmonare është parë më shumë në mënyrë tipike në pacientët e moshuar apo ata me sëmundje të mushkërive kronike sesa në pacientët me imunitet deficitar të infektuar me HIV. MAC prek 20 – 30 % e pacienteve HIV +. Bakteri shperndahet ne mjedis por rralle shkakton semundje. Nuk ka te dhena te transmetimit nga njeriu tek njeriu. Ne presence te HIV, MAC ne pulmon jep kolle, sputum, hemoptizi, por mund te komplikohet me insuficience respiratore. MAC paraqitet gjithashtu me anemi, limfadenopati te gjeneralizuar, futet ne gjak dhe ne gjithe trupin. (39, 60)

1.5.2.7 Pneumonia fungale

Infeksioni me Cryptococcus neoformans, Histoplasma capsulatum, Aspergillus fumigatus dhe kërpudhave të tjera është i njohur mire në pacientët HIV pozitiv në SHBA dhe Afrikë. Infeksioni me këto mikro organizma është relativisht i pazakontë në Mbretërinë e Bashkuar. Pneumonia cryptococcale shpesh ndodh si pjesë e një infeksioni te diseminuar me fungemi dhe meningoencefalit; simptomat respiratore te kollës dhe dispnese janë jo-specifike. Pacientet paraqesin temperature, kolle, dhimbje gjoksi, dhimbje koke. Radiografia torakale mund të jetë normale ose të paraqesë infiltrate dense unike apo multiple, shpesh te konturuara mire; kavitetet, versamenti pleural dhe adenopatia hilare jane jo te shpeshta. Edhe pse porta e hyrjes është mushkëria, infeksioni pulmonar është shpesh i heshtur dhe sistemi nervor qendror është shpesh vendi i infeksionit simptomatik. Në pacientët me sëmundje pulmonare, me ose pa sëmundje te diseminuar, simptomat pulmonare, nëse të pranishme, mund të jenë minimale. Zbulimi ne serum i antigjenit cryptococcal është shumë i ndjeshem dhe specifik për sëmundje invazive, por nuk tregon lokalizimin e infeksionit. Në pacientët e infektuar me HIV, sensibiliteti dhe specificiteti i antigjenit serik cryptococcal janë më të larta se 90% për sëmundjen e diseminuar (61). Prania e sëmundjes se diseminuar mund të konfirmohet duke konstatuar mikroorganizmat në lokalizimet sterile, duke përfshirë lëngun cerebrospinal, gjak dhe urinë. Diagnoza e kriptokokozës pulmonar percaktohet nga prania e mikro organizmit në ekzaminimin direkt te sputumit ose mostrave të indeve të frymëmarrjes, duke përfshirë sputum, BAL, ind të mushkërive dhe lëngun pleural. Kultura e sputumit eshte positive vetem ne 10% te rasteve.

Infeksioni me Aspergillus është raportuar në rritje në pacientët me infeksion HIV. Ai zhvillohet në rreth 1% të pacientëve të infektuar me HIV, zakonisht në ata me numër të qelizave CD4 + nën 50 / mm³, në terapi me kortikosteroide ose me neutropenia (62)

Aspergiloza pulmonare (invasive) shpesh paraqitet me temperature, kolle dhe dispne.

Radiologjikisht konstatohen infiltrate pulmonare fokale ose difuze bilaterale me tendence krijim kavitetesh.

Infeksioni pulmonar nga Aspergillus ka një prognozë shumë të keqe, pavarësisht trajtimit me amfotericinë. Kjo ndodh pothuajse ekskluzivisht në pacientët me sëmundje të avancuar HIV, që janë neutropenike ose që kanë marrë antibiotikë me spektër të gjerë. (18)

Kandidoza në pacientët e infektuar me HIV ka si manifestime me te zakonshme te gojes, ezofagut dhe vagines; kandidoza e diseminuar është e rrallë, përveç se në pacientët me kateter iv (63). Diagnoza definitive e pneumonise invazive nga kandida kërkon biopsi të mushkërive, sepse mikroorganizmi është izoluar shpesh në sekrecionet respiratore të kontaminuara nga flora orofaringeale.

C. neoformans jep shpesh pneumoni dhe meningit. Klinika: temperature, kolle, dispne, në disa raste hemoptizi. Në >90% të pacientëve në radiografi hasen infiltrate fokale apo difuze. Nga ana tjetër, sëmundja mund të ketë lokalizim lobar, mund të krijojë kavitete, versament pleural dhe adenopati hilare apo mediastinale.

Histoplasma paraqet simptoma të pakta respiratore, kolle dhe dispne (10 - 30% e pacientëve). Në 50% të pacientëve ndeshet radiografi torakale jo normale me infiltrate difuze intersticiale apo noduj të vegjël difuze. Në pacientët me defekte të imunitetit qelizor lidhur me AIDS, Histoplazmoza është një sëmundje e diseminuar (64). Në vitin 1995, më shumë se 90% e të gjitha rasteve të histoplazmozën të shpërndara në Shtetet e Bashkuara ka ndodhur në pacientët me AIDS. (65) Histoplazmoza zhvillohet në 5% gjer në 27% të pacientëve të infektuar me HIV, që jetojnë në zonat e endemicitet, ka shumë të ngjarë si pasojë e progresit të një infeksioni primar (65). Megjithatë, disa raste përfaqësojnë riaktivizimin e infeksionit latent në kondita të rences së imunitetit. Histoplazmoza e izoluar pulmonare është e rrallë në individet me imunitet të komprometuar, por përfshirja e mushkërive është e shpeshtë në pacientët me sëmundje të diseminuar, të cilët paraqesin një sëmundje progresive febrile karakterizuar nga humbje peshe, hepatosplenomegali dhe kollë.

Në pacientët e infektuar me HIV, zbulimi i antigjenit të histoplazmozës në urinë dhe serum është shumë sensibil dhe një rezultat negativ i testit praktikisht përjashton diagnozën e histoplazmozës difuze (65). Përqendrimi i antigjenit zvogëlohet nga mjekimi dhe rritet në recidive dhe është e dobishme për monitorimin e terapise (66).

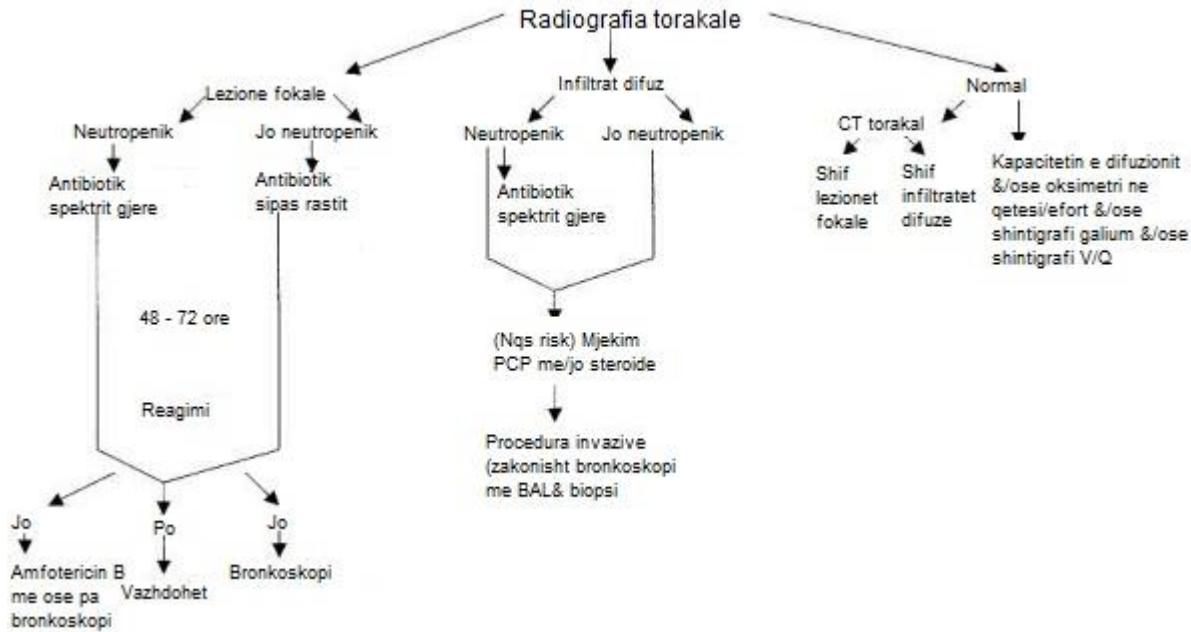


Fig. 1.5.7 Algoritmi për metodiken menaxhuese në pacientët me imunitet deficitar me dyshim për infeksione të mushkërive, bazuar në tabllone radiografike/CT. Në pacientët me HIV mund të jetë e dobishme për të udhëzuar terapine fillestare ekzaminimi i sputumit direkt dhe kulture për baktere, kërpuçha dhe BK dhe kur dyshohet *Pneumocystis pneumonia carinii* ose tuberkulozi kryhet sputum i induktuar. (18)

1.5.2.7 Sarkoma Kaposi

Sarkoma Kaposi është përshkruar fillimisht në 1872 nga dermatologu Hungarez Moritz Kaposi. Para AIDS-it epidemik ishte një sëmundje e rrallë. Përdominon në meshkujt homoseksuale dhe biseksuale. Ndryshe nga infeksionet oportuniste, Sarkoma Kaposi nuk varet nga niveli i qelizave CD4+. Patogjeneza e Sarkoma Kaposi është komplekse. Kjo sëmundje nuk rezulton nga një transformim neoplazik i qelizave kështu që nuk është sarkomë e vertetë. Sarkoma Kaposi është manifestim i shtuar i qelizave që besohet të kenë origjinë vaskulare dhe vecori të përbashkët me qelizat endoteliale dhe ato të muskulatës së lemuar. Në HIV, zhvillimi i Sarkoma Kaposi varet nga shumë faktore si vetë HIV – 1, HHV-8 (human herpes virus), aktiviteti imunitar dhe sekretimi i citokinave. Është provuar se in vitro, qelizat endotheliale mund të transformohen nga HHV-8. Ky virus shërben si agjent etiologjik i sëmundjes.

Sarkoma Kaposi mund të shfaqet si shenjë fillestare e deficienës imunitare. Nëse pacienti HIV + nuk mjekohet me antiretrovirale, lezionet e Sarkoma Kaposi mund të orientojnë drejt fillimit të terapise, megjithatë ngarkesa virale, numri i CD4 dhe faktore të tjera si simptomatologjia dhe infeksione të mëparshme oportuniste, duhen pasur në konsideratë në fillimin e terapise.

Sarkoma pulmonare Kaposi është shfaqja jo-infektive pulmonare më e zakonshme nga AIDS. Pothuajse të gjithë pacientët me sarkomë Kaposi të mushkërive kanë sarkomë muko-kutaneale dhe të nyjeve limfatike. Sarkoma Kaposi e palatumit (me ose pa sarkomë Kaposi muko-kutaneale) parashikon fuqimisht për praninë e sarkomës Kaposi pulmonare. Sarkoma Kaposi pulmonare mund të prekë parenkimin pulmonar, bronket, pleurën dhe nyjet limfatike hilare/mediastinale.

Sarkoma Kaposi është neoplazi multicentrike që konsiston në noduj vaskulare multiple në lëkurë, membranë mukoze dhe organet. Lezionet konfluente përparojnë në limfedemë dhe mund

te perparojne ne fytyre, ekstremitete te poshtme apo artikulacione. Pervec lekures, limfonodujve traktit gastrointestinal (50%), shume shpesh preken dhe pulmonet. Leziona jane gjetur ne cdo organ pefshire zemren dhe sistemin nervor qendror. (67)

Radiografia torakale me shpesh paraqet tipare jo-specifike, me infiltrate intersteciale bilaterale (shpesh nodular) ose alveolar; me shume se 40% e pacienteve kanë likuid pleural dhe 25% kanë zgjerimin nyje limfatike mediastinale. Testet rutine te funksionit te frymëmarrjes paraqesin rënie të FEV dhe FVC dhe te TLCO; obstrukcioni bronkial mund të ndodhë ne sarkomë Kaposi të shtrire në rrugët e frymëmarrjes. (18)

Në bronkoskopine fiberoptike 45% e pacientëve me sarkomë Kaposi pulmonare kanë leziona te dukshme endotrakeale dhe endobronkiale te përbërë nga leziona të shumta, të kuqe ose vjollcë, te sheshta apo proeminente. Biopsia nuk është bërë në mënyrë rutinore me qe shumica e pacientëve e kanë diagnozën te bërë nga prania e sarkomës kutane Kaposi, për shkak të rrezikut të hemorragjise (deri në 30% kanë hemoragji sinjifikante) dhe të nivelit të ulët diagnostik (<20%), e cila ndodh për shkak te shpërndarjes submukoze të tumorit trakeobronkial. (18)

Biopsia transbronkiale, gjithashtu, ka arritje të ulët diagnostike prej më pak se 20%, për shkak të natyrës ne forme vatrash te shperndara të sëmundjes parenkimale. Diagnoza histologjik është e vështirë të bëhet në biopsine bronkiale ose transbronkiale me qe artefaktet nga thermimi dhe fibroza indore reaktive kanë paraqitje të ngjashme. Biopsia e hapur mushkërive ka arritje diagnostike prej > 75%, por kjo procedurë është shumë invazive dhe ndoshta duhet të shmanget me qe pacientët me sarkomë Kaposi te mushkërive kanë një prognozë të keqe. (18)

1.5.2.8 Limfoma

Limfoma ndodh më shpesh në pacientët me HIV pozitiv, sidomos në ata me sëmundje të avancuar HIV. Shumica limfomave janë në origjinë te qelizave B dhe janë të klasës së lartë. Sëmundja intratorakale më shpesh ndodh në kontekst të sëmundjes së diseminuar. Simptomat janë jo-specifike. Radiografia torakale mund të tregojë limfadenopati mediastinal, leziona pleurale ose anomali fokale parenkimale. Prognoza është e keqe dhe ka frekuencë të lartë recidive pas trajtimit. Mbijetesja mesatare është <1 vit, duke reflektuar fazën e avancuar të sëmundjes HIV. (18)

1.5.2.9 Pneumonia intersteciale limfocitare

Pneumonia intersteciale limfocitare (LIP) është një sëmundje e jo e zakonshme. Në Shtetet e Bashkuara, megjithatë, ajo është gjetur në 22-75% të pacientëve pediatrikë me HIV që kanë sëmundje pulmonare. Në të kundërt, në pacientët adulte me HIV, LIP llogaritet për vetëm 3% të patologjive të mushkërive te lidhura me HIV.

Shumica e rasteve të LIP qe nuk jane te lidhura me HIV ndodhin në dekadat e katërt dhe të shtatë të jetës, me një moshë mesatare prej 56 vjetësh. LIP është e zakonshme vetëm në fëmijët me HIV. Në fëmijët me infeksion HIV, pneumonia limfocitare intersteciale është percaktuar sëmundje AIDS nga US Centers for Disease Control and Prevention.

Zmadhimi i parotisit dhe infiltrimi limfocitar i heparit dhe palcës së kockave mund të shoqërojnë përfshirjen pulmonare. Pacientët shpesh paraqiten me dispne me progresion te ngadaltë dhe kollë, simptoma që nuk mund të dallohen nga infeksioni. Ekzaminimi fizik i toraksit mund të jetë normal ose të kostatohen kreptacione ne fund te inspiracionit. Radiografia torakale zakonisht paraqet infiltrime bilaterale retikulonodulare, por mund të paraqese dhe hije difuze, duke imituar pneumonine nga P. carinii. Diagnoza vendoset nga biopsia transbronkiale apo biopsia e hapur e mushkërive.

Ecuria klinike e LIP është variabel. Kohëzgjatja është 1 muaj gjer 11 vjet. Ajo shpesh është stabel për disa muaj pa trajtim dhe nganjëherë përmirësohet në mënyrë spontane. Simptomat shpesh janë të përsëritura dhe nganjëherë mund të çojnë në fibrozë apo bronkoektazi.

Pacientët me LIP të lidhur me HIV paraqesin rënie të ngadaltë të numrit të qelizave CD4 + dhe mbijetesë më të gjatë se individët të cilët kanë infeksionin HIV, por nuk kanë LIP. (68)

1.5.2.10 Kanceri pulmonar

Studimet e shumta tregojnë rritjen e incidencës së karcinomës bronkiale dy deri në tetë-fish (69, 70, 71, 72). Në epokën ART shumë pacientë vdesin nga karcinoma bronkiale se sa nga shumica e lezioneve malinje të lidhura me AIDS (73).

Kanceri pulmonar në pacientët e infektuar me HIV paraqet një moshë më të re se në popullatën e përgjithshme dhe duket të ketë prognoze më të dobët, pasi është më agresiv. Pirja e duhanit është e lidhur fort me zhvillimin e kancerit të mushkërive.

Eshte vene re se pacientet HIV+ pesojne me shpesh kancer pulmoni sesa ata HIV – . Studiues amerikane kane zbuluar se pacientet HIV + kane rrezik 6.5 here me te madh per kancer pulmonar sesa ata HIV – dhe nje rrezik 13.6 here me te madh per semundje malinje pulmonare. Gjithashtu ka rezultuar se pacientet HIV + pesojne me heret kancer pulmonar sesa HIV – (mesatare 38 – 53 vjet). Gjate ketij studimi u zbulua se pacientet HIV+ shume shpesh jane duhanpires te forte. Numri mesatar i CD4 ne grupin HIV + rezultoi 150. (74, 75)

Një frekuencë relativisht i lartë i adenocarcinomes dhe sëmundje të avancuar në diagnozën, si dhe prognoze me e keqe është vërejtur në pacientet me HIV. Megjithatë, nuk është vërejtur korrelacion në mes të kancerit të mushkërive dhe shkallën e deficitit imune.(74, 76, 77)

Disa të dhena epidemiologjike (78, 79) dhe klinike. (80, 81) sugjerojnë rritje të rrezikut të kancerit të mushkërive në pacientët HIV + dhe prognozë më të keqe. Megjithatë, jo në të gjithë studimet vërehet rritje e tillë. (82, 83, 84, 85, 86, 87)

Në vitin 1996, vdekshmëria për shkak të AIDS-it filloi të ulet ndjeshëm në vendet e industrializuara pas futjes së trajtimit shumë aktive antiretrovirale (HAART). (88) Megjithatë, kjo u shoqërua me një rritje në përqindjen e vdekjeve për shkak të malinjiteteve. (89, 90) Kanceri i mushkërive llogaritet për tre herë më shumë vdekje se sa Limfoma jo-Hodgkin, 11-40% e vdekjeve nga kanceret dhe 1,6-4,25% e të gjitha vdekjeve në pacientet HIV +. (77, 89, 91) Kanceri i mushkërive ka rezultuar në mënyrë të konsiderueshme në një moshë më të re në pacientët HIV + se kancerit të mushkërive në popullata në përgjithësi, (74, 76, 92, 93) burrat janë dukshëm më të rrezikuar se sa gratë, raporti mashkull: femra 9-10: 1. (74,76, 92, 93) Kjo reflekton epidemiologjinë e kancerit të mushkërive dhe të HIV / AIDS, ku në të dy patologjite janë prekur meshkujt më shumë se femrat për arsye të lidhura me faktorët përkatës të rrezikut.

Rreziku i kancerit të mushkërive, sidomos NSCLC, duket të jetë më i madh në popullsinë e HIV +, por ndryshimet në zakonet e duhanit nuk janë ndoshta i vetmi shpjegim. Llojet histologjike dhe fazat janë të ngjashme me atë të kancerit të mushkërive të popullsisë në përgjithësi të moshës të ngjashme, por prognoza është e keqe, pjesërisht për shkak, për performaces të ulët në kohën e diagnozës.

3. MATERIALI DHE METODIKA

2.1 Qëllimi i studimit

Ky studim ka për qëllim vlerësimin e modeleve dhe karakteristikave të nderlikimeve respiratore në pacientët HIV/AIDS.

2.2 Objektivat specifike:

2.2.1 Vlerësim i karakteristikave të përgjithshme të sëmurëve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

2.2.2 Vlerësim i karakteristikave të sëmundjeve pulmonare në të sëmurët me HIV/AIDS

2.2.3 Të dhëna mbi nivelin qelizor CD4+ në të sëmurët me HIV/AIDS me sëmundje pulmonare

2.2.4 Të dhëna në të sëmurët HIV/AIDS me nderlikime pulmonare në lidhje me gjininë

2.2.5 Të dhëna mbi vdekjet në të sëmurët HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

2.2.6 Korelacionet në lidhje me moshën në pacientët HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

2.2.7 Të dhëna sipas llojit të nderlikimit pulmonar në pacientët HIV/AIDS

3.3 Materiale dhe metodat

Ky është një studim observues retrospektiv i shtrirë në vitet 2004-2015. Studimi është zhvilluar në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, Spitali i Sëmundjeve Infektive.

Jane marrë në studim 77 (64 meshkuj dhe 13 femra) paciente me HIV/AIDS të cilët kanë patur nderlikime me patologji pulmonare, të moshës nga 30 gjer 71 vjeç (mosha mesatare 46.4 ± 10.2), që njiheshin të sëmurë prej 1 gjer 12 vitesh (mesatarisht 5.1 ± 2.4) dhe me periudhë mjekimi prej 0.2 – 10 vite (mesatarisht 4.5 ± 2.5 vite).

Tab. 2.3.1 Karakteristika të pacientëve në studim

Pacientë gjithsejt	77
Meshkuj	64 (83.1%)
Femra	13 (16.9%)
Qytetar	60 (77.9%)
Fshatar	17 (22.1%)
Mosha mesatare	46.4 ± 10.2 vite
Njiheshin të sëmurë mesatarisht	5.1 ± 2.4 vite
Periudhë mesatare e mjekimit	4.5 ± 2.5 vite
Jetojnë	64 (83.1%)
Vdekur	13 (16.9%)

Në bazë të një protokollit janë vjelur të dhëna demografike dhe karakteristikat kliniko-radiologjike- nivelet e CD4 të manifestimeve pulmonare.

Perpunimi statistikor

Të gjitha të dhënat e mbledhura u hodhën në programin Microsoft-Excel, nga ku u eksportuan në SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 dhe Medstat, me të cilët janë kryer analizat statistikore të të dhënave. Për të gjithë variablat (ndryshorët) kategorikë (nominale, përfshi shkallën binare/dikotomike dhe ordinale), u llogaritën numrat absolute dhe përqindjet përkatëse. Për të gjithë variablat numerike, ku të dhënat i nënshtroheshin shpërndarjes normale, u llogaritën mesataret aritmetike \pm deviacionet standarde përkatëse. Për të dhënat joparametrike (ordinale) u llogaritën koeficientët e korrelacionit Kendall tau.

Diferencat mes grupeve të variablave diskrete, u kryen me anë të testit Hi-katror. Paraqitja e të dhënave u krye me anë të tabelave të thjeshta dhe të përbëra, si dhe nëpërmjet grafikëve. U konsideruan sinjifikante Vlerat e $p \leq 0.05$.

3. Rezultate

3.1 Karakteristika të përgjithshme të semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Paciente janë të moshës nga 30 gjër 71 vjeç (mosha mesatare 46.4 ± 10.2 vjeç), prej të cilëve 53 (68.9%) janë në grup moshën nga 35 gjër 54 vjeç, me numrin më të madh (15 apo 19.5%) në moshën 40-44 vjeç. (Tab.3.1.1 dhe Fig.3.1.1)

Tab.3.1.1 Rastet sipas grupmoshës me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

Grupmosha	Raste	%
< 35	9	11.7
35-39	13	16.9
40-44	15	19.5
45-49	12	15.6
50-54	13	16.9
55-59	4	5.2
60-64	7	9.1
65-69	2	2.6
70-74	1	1.3
75-79	1	1.3
Total	77	100.0

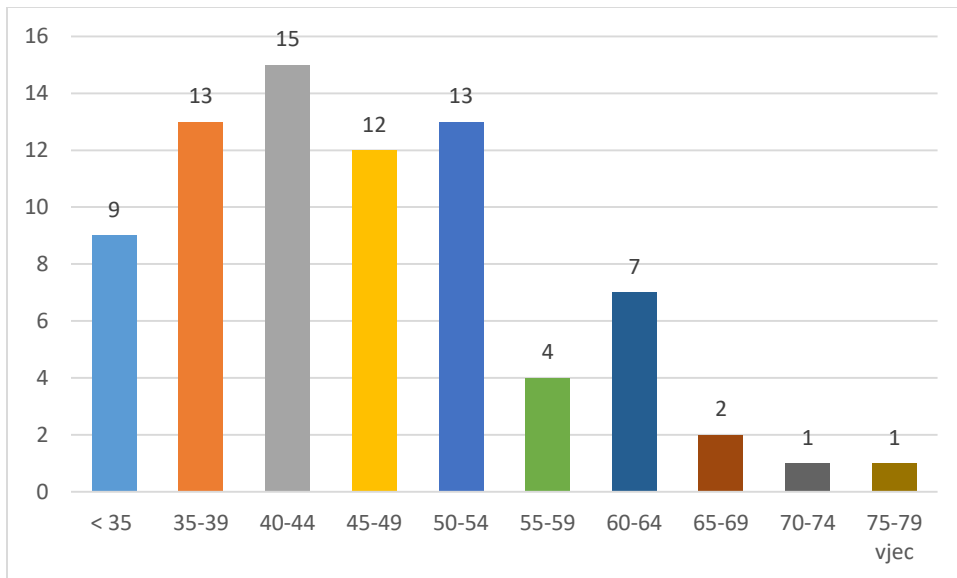


Fig.3.1.1 Rastet sipas grupmoshes me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

Sipas gjinise 64 (83.1%) paciente jane meshkuj dhe 13 (16.9%) jane femra (Fig.3.1.2), jane qytetare – 60 (77.9%) dhe 17 (22.1%) fshatar (Fig.3.1.3). Ne lidhje me profesionin pjesa me e madhe jane te pa pune – 29 (37.7%) paciente, punetore – 22(28.6%), bujq – 5(6.5%), nepunes – 7 (9.1%) dhe me profesione te tjera - 14(18.2%). (Fig.3.1.4)

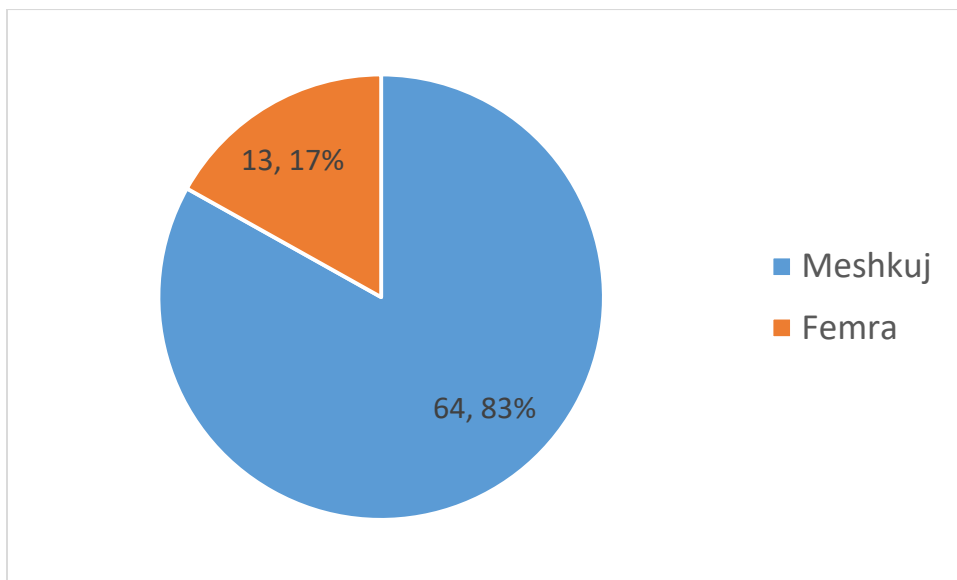


Fig.3.1.2 Rastet sipas gjinise me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

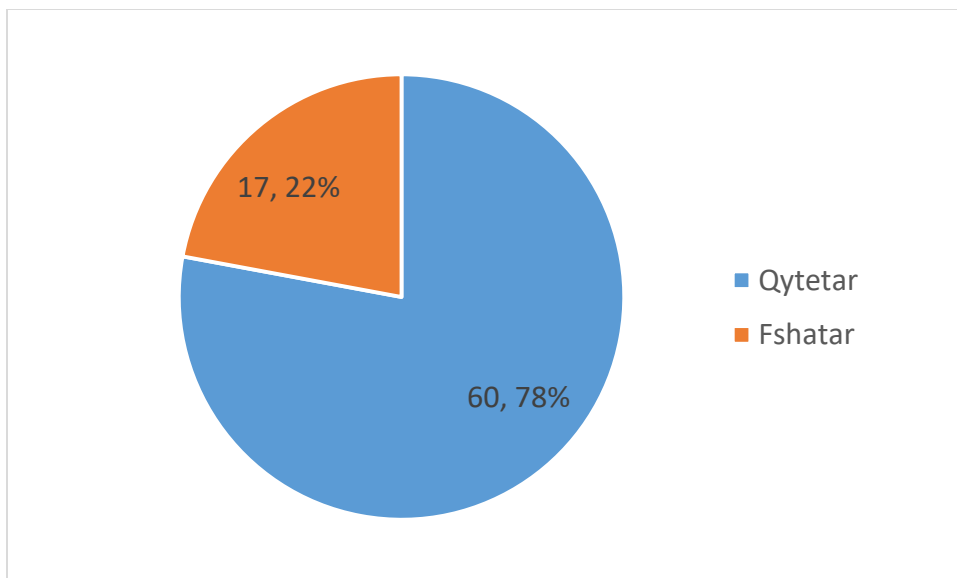


Fig.3.1.3 Rastet sipas qytetar/fshatar me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

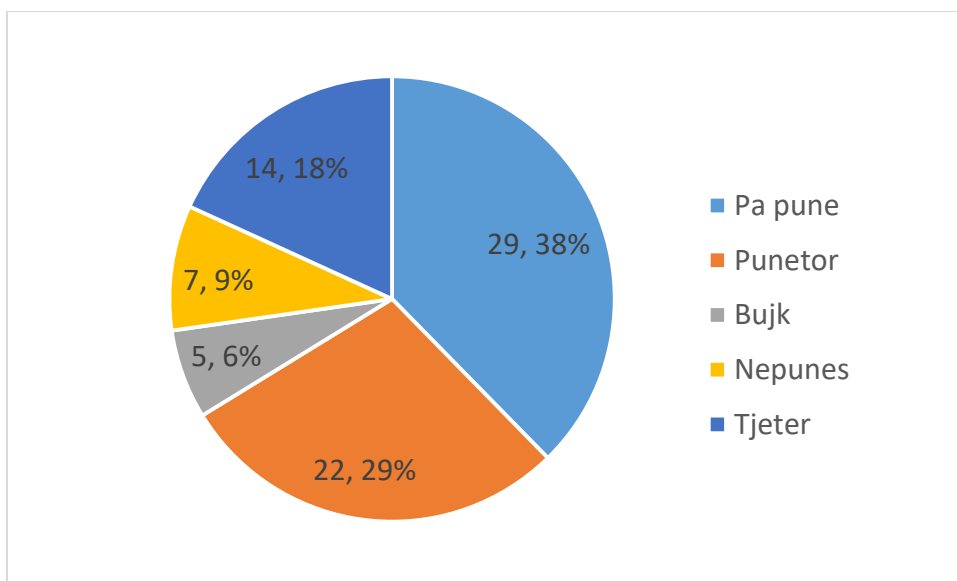


Fig.3.1.4 Rastet sipas profesionit me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

Me arsimim fillor jane 2 (2.6%) paciente, rastet me te shpeshta me arsim 8 vjecar – 36(46.8%) dhe arsim te mesem – 25 (32.5%) dhe me arsim te larte 14 (18.2%) paciente (Fig.3.1.5).

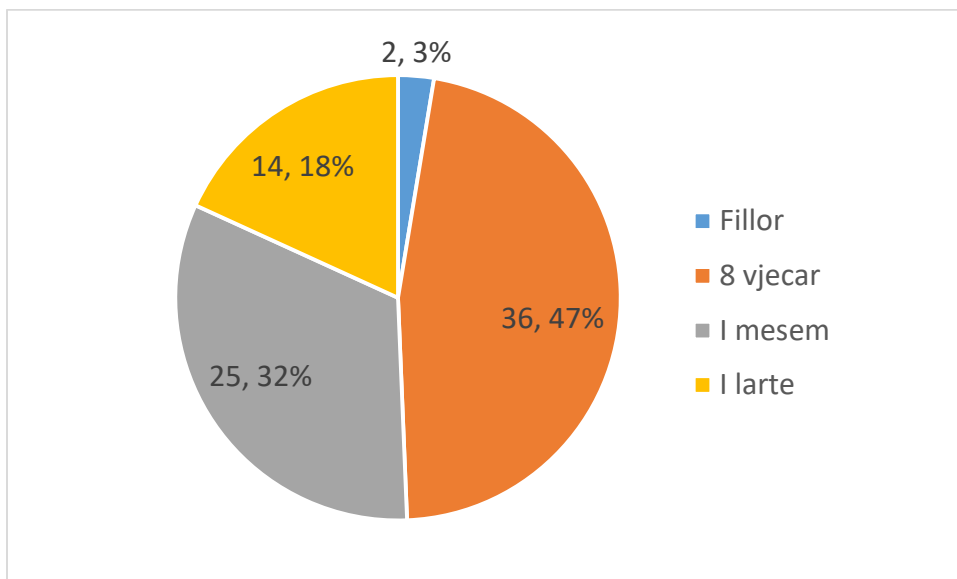


Fig.3.1.5 Rastet me HIV/AIDS sipas arsimimit dhe nderlikime pulmonare

Shumica predominuese e pacienteve jane fumatore – 63 (81.8%) (Fig. 3.1.6).

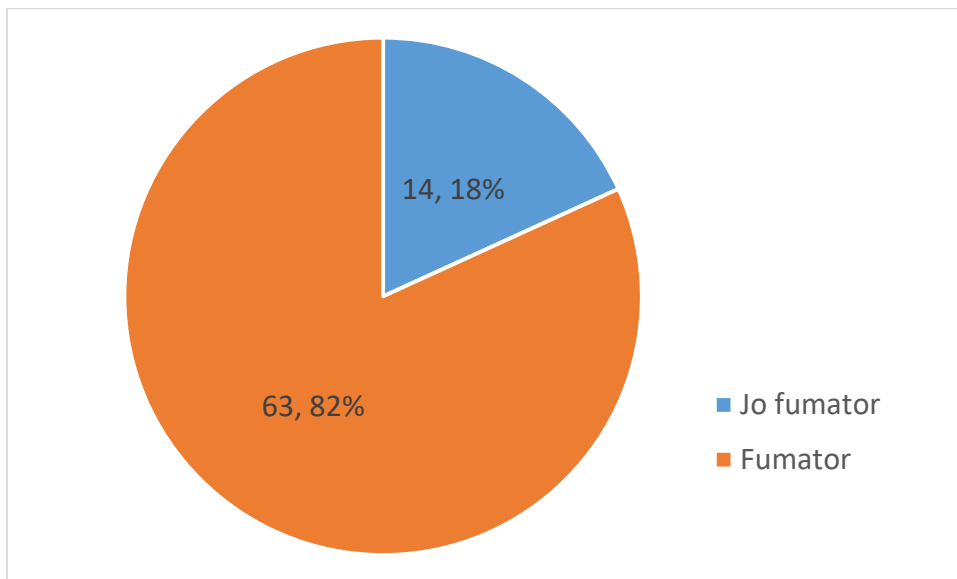


Fig. 3.1.6 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas perdorimit te duhanit

Zbulimi i infektimit te pacienteve me HIV ne shumicen e rasteve eshte bere ne Spitalin infektiv – 45 (58.4%) paciente, ne SUSM “Sh. Ndroqi” – 24 (31.2%), ne sherbime te tjera – 4 (5.2%) dhe

jashte shtetiti – 4 (5.2%) (Fig. 3.1.7). Ne te dhenat mbi sjelljen seksuale dhe rrugen e infektimit rezulton se shumica predominuese e pacienteve jane heteroseksuale – 61 (79.2%), biseksual – 3 (3.9%), homoseksual – 2 (2.6%), nga hemotransfuzion dhe nga intervente kirurgjikale – 10 (13%) dhe ne grup risku – 1 (1.3%) (Fig. 3.1.8).

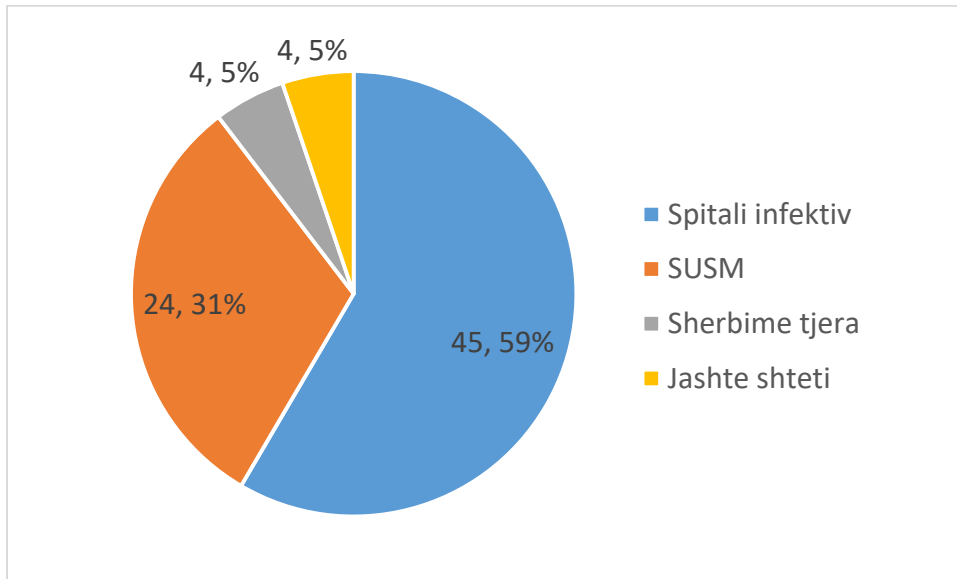


Fig. 3.1.7 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas struktures mjekesore ku eshte bere diagnostikimi

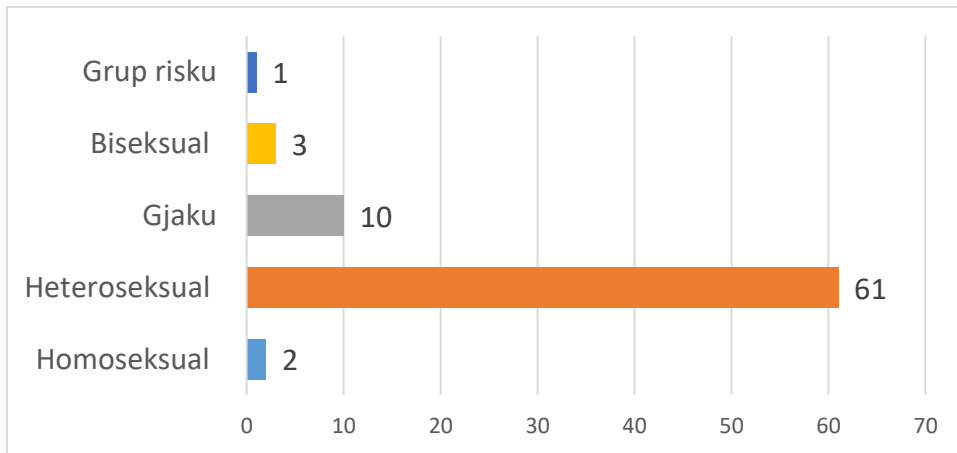


Fig. 3.1.8 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas menyres se infektimit

Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare rezultojn se njihen te semure ne periudhe kohore < 3 vite ne 13 (16.9%) raste, ne shumicen e rasteve prej 3 – 5 vitesh – 29 (37.7%) dhe prej 6 – 8 vitesh – 28 (36.4%), prej 9 – 12 vitesh – 7 (9.1%) (Fig. 3.1.9).

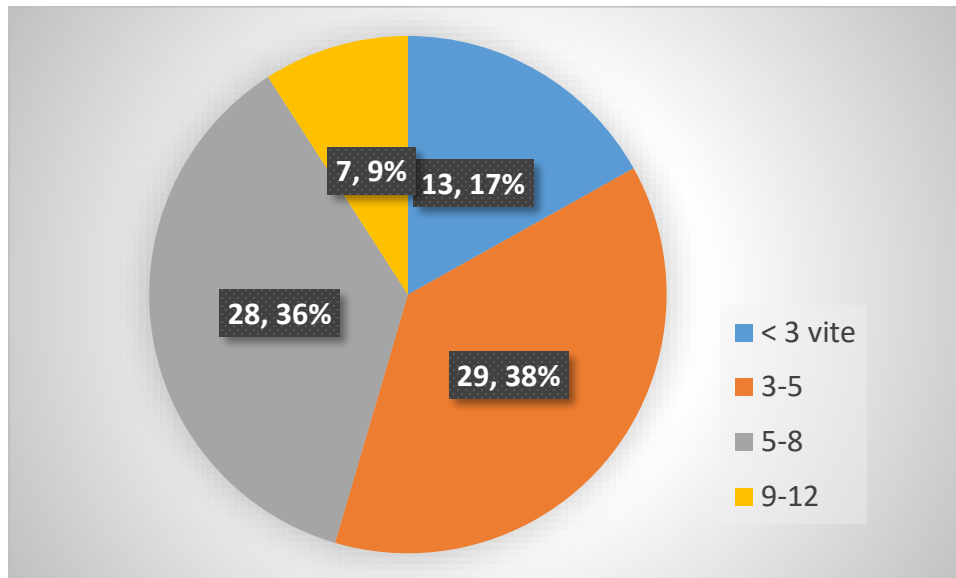


Fig. 3.1.9 Rastet dhe nderlikime pulmonare sipas periudhes qe njihen te semure me HIV/AIDS

Tab. 3.1.2 Pacientet sipas vitit te fillimit te mjekimit

Viti i fillimit te mjekimit	Raste	%
2004	1	1.3
2006	2	2.6
2007	2	2.6
2008	10	13.0
2009	7	9.1
2010	11	14.3
2011	9	11.7
2012	16	20.8
2013	7	9.1
2014	7	9.1

2015	5	6.5
Total	77	100.0

Ne rastet ne studim rezulton se fillimi i mjekimit ka qene qe ne vitin 2004, me shpesh ne vitin 2008 dhe me pas, me rastet me te shumta ne vitin 2012 – 16 (20.8%) (Tab. 3.1.2 dhe Fig.3.1.10). Jane mjekuar rregullisht 68 (88,3%) raste (Tab.3.1.3 dhe Fig.3.1.11).

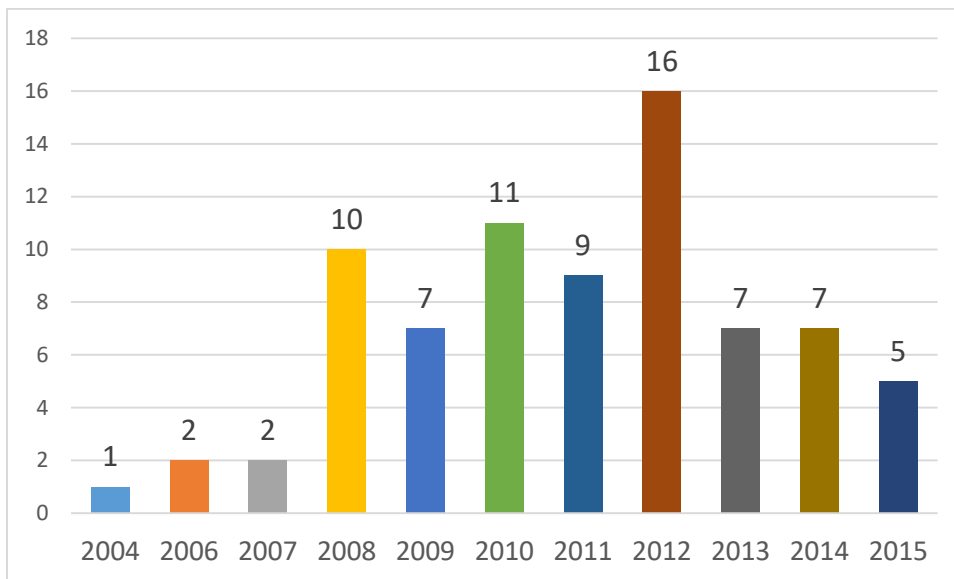


Fig.3.1.10 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas vitit te fillimit te mjekimit

Tab.3.1.3 Pacientet ne lidhje me mjekimin

Mjekuar rregullisht	Raste	%
jo	9	11.7
po	68	88.3
Total	77	100.0

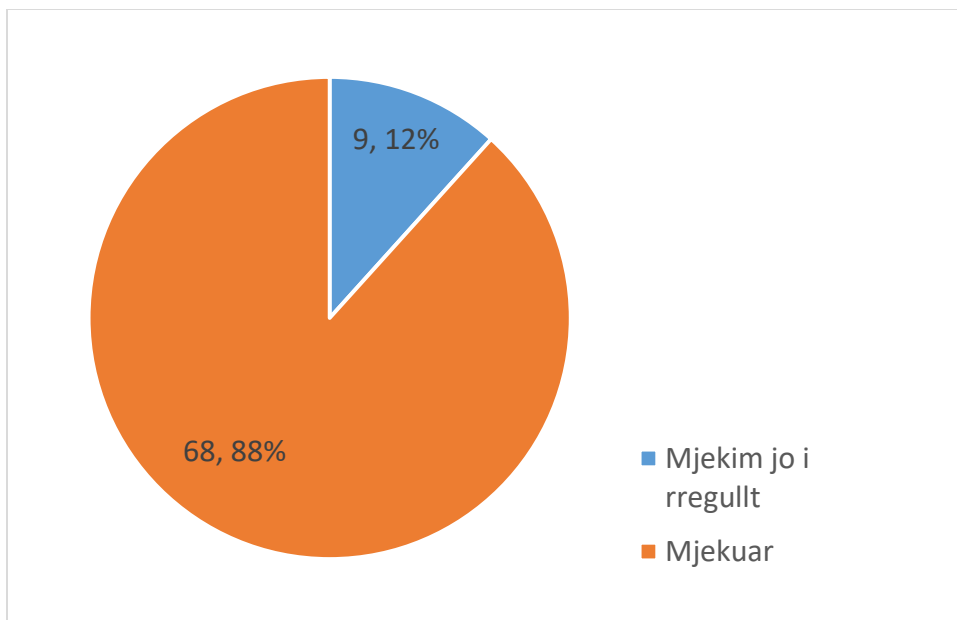


Fig.3.1.11 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare ne lidhje me marrjen e mjekimit antiviral

Tab.3.1.4 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare sipas periudhes se mjekimit antiviral

Periudha mjekimit	Raste	%
≤ 1	10	13.0
2-4	32	41.6
5-7	24	31.2
8-10	11	14.3
Total	77	100.0

Sipas kohezgjatjes se mjekimit rezulton se 10 (13%) paciente jane mjekuar ≤ 1 vit, 32(41.6%) per 2-4 vite, 24(31.2%) per 5-7 vite dhe 11(14.3%) per 8-10 vite (Tab.3.1.4 dhe Fig.3.1.12).

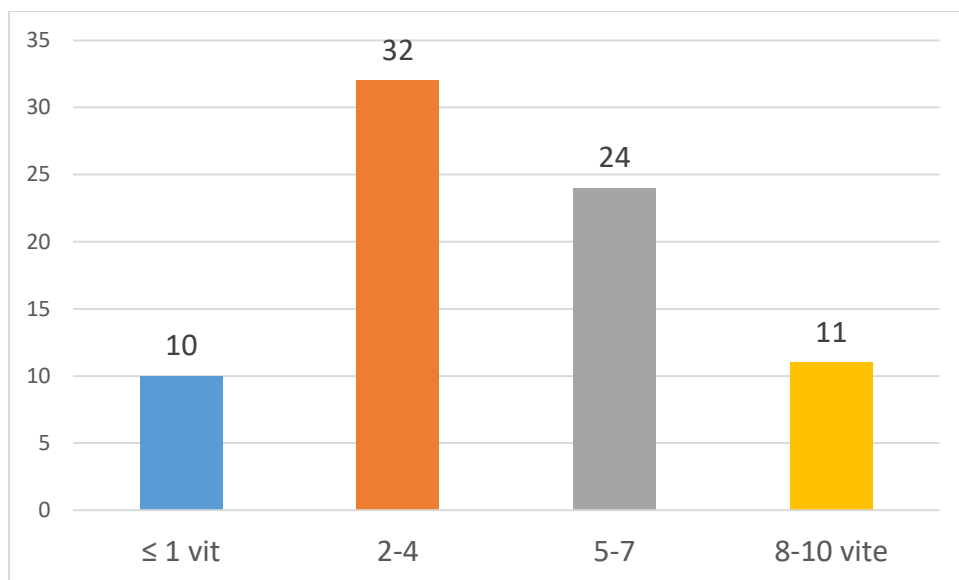


Fig.3.1.12 Rastet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare ne lidhje me periudhen e marrjes se mjekimit antiviral

Tab.3.1.5 Rastet me HIV/AIDS me menyren e shfaqjes se nderlikimit pulmonar

Fillimi Semundjes pulmomare	Raste	%
Akut	37	48.1
Subakut	34	44.2
Kronik	6	7.8
Total	77	100.0

Fillimi semundjes pulmonare me shpesh ka qene akut – 37 (48.1%) raste dhe subakut – 34 (44.2%) raste dhe kronik ne 6 (7.8%) raste (Tab.3.1.5 dhe Fig.3.1.13).

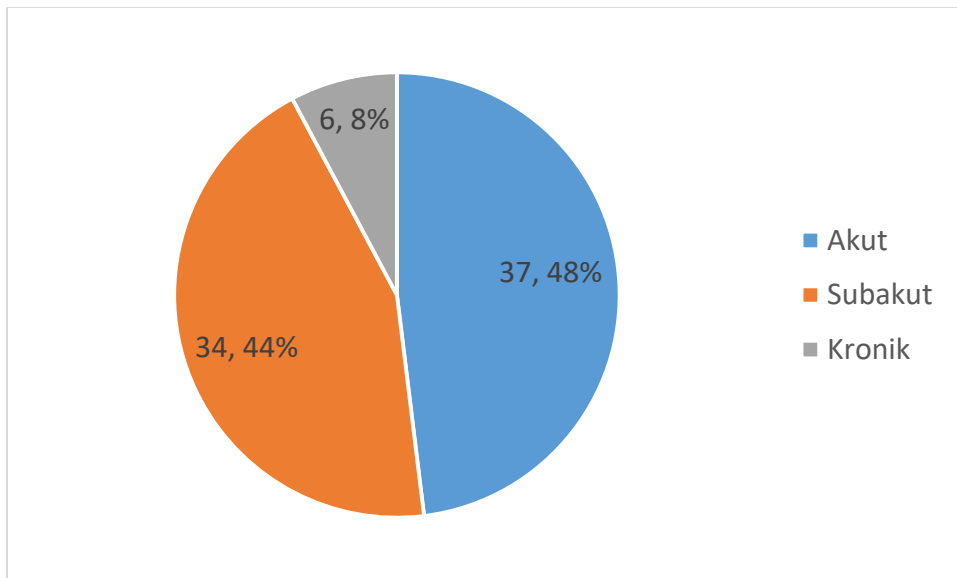


Fig.3.1.13 Rastet me HIV/AIDS me menyren e shfaqjes se nderlikimit pulmonar

Ne lidhje me nivelin e numrit te qelizave CD4+ rezulton se 6 (7.8%) paciente kishin 300-399 qeliza/ml, 15 (19.5%) paciente me 200-299 qeliza/ml, ne shumicen e rasteve – 28 (36.4%) ne nivelin 100-199 qeliza/ml dhe ne 28 (36.4%) < 100 qeliza/ml (Fig.3.1.14).

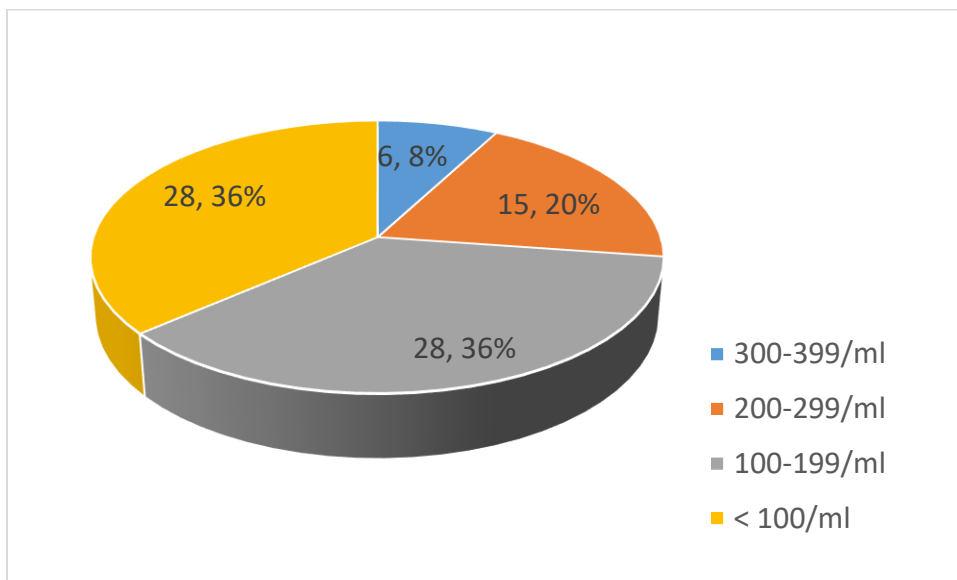


Fig.3.1.14 Pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikimet e tyre pulmonare sipas numrit te qelizave CD4+

Ne perfundim te studimit ne vitin 2015 jetonin 64(83.1%) e pacienteve, ndersa vdekur 13(16.9%) paciente (Fig.3.1.15).

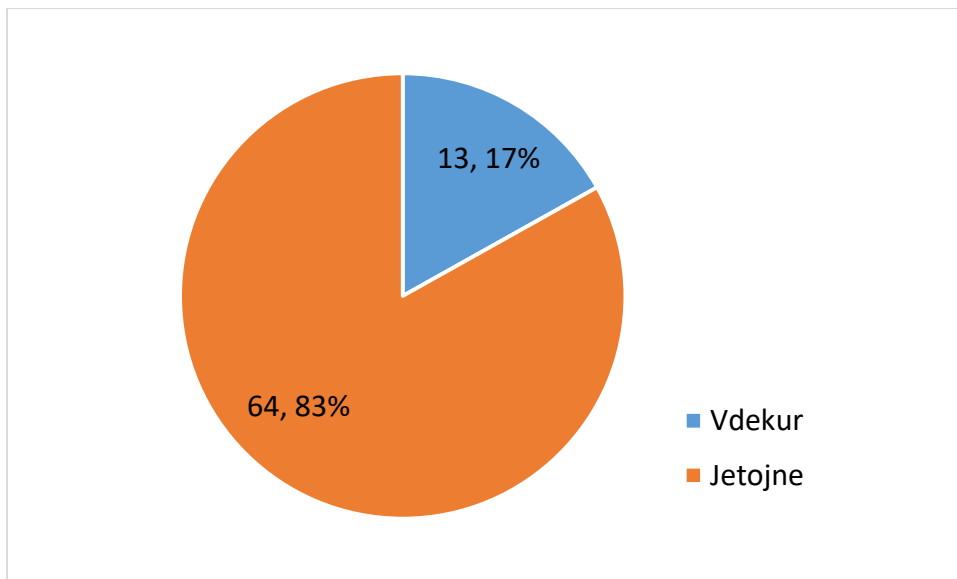


Fig.3.1.15 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjendjen aktuale

3.2 Karakteristika te semundjeve pulmonare ne te semuret me HIV/AIDS

Ne 77 paciente me HIV/AIDS ka patur 84 nderlikime me patologji pulmonare. Sipas nderlikimit pulmonar rezulton te kete qene pneumoni bakteriale (episodi I) ne 12 (14.3%) raste, pneumoni bakteriale rekurente – 9 (10.6%). Patologjia me e shpeshte ka qene PCP – 33 (39.3%), pasuar nga tuberkulozi – 27 (32.2%), prej te cileve 23 (27.4%) – TB pulmonar dhe 4 (4.8%) TB i gjeneralizuar. Jane konstatuar 2 (2.4%) raste me Sarcoma Kaposi dhe 1 (1.2%) rast me SPOK.

Tab.3.2.1 Semundjet pulmonare qe kane pesuar te semuret HIV/AIDS

Semundja pulmonare	Raste	%
Pneumoni bakteriale (episodi I)	12	14.3
Pneumoni bakteriale rekurente	9	10.6
PCP	33	39.3
TB pulmonar	23	27.4
TB i gjeneralizuar	4	4.8
Sarcoma Kaposi	2	2.4

SPOK	1	1.2
Total	84	100

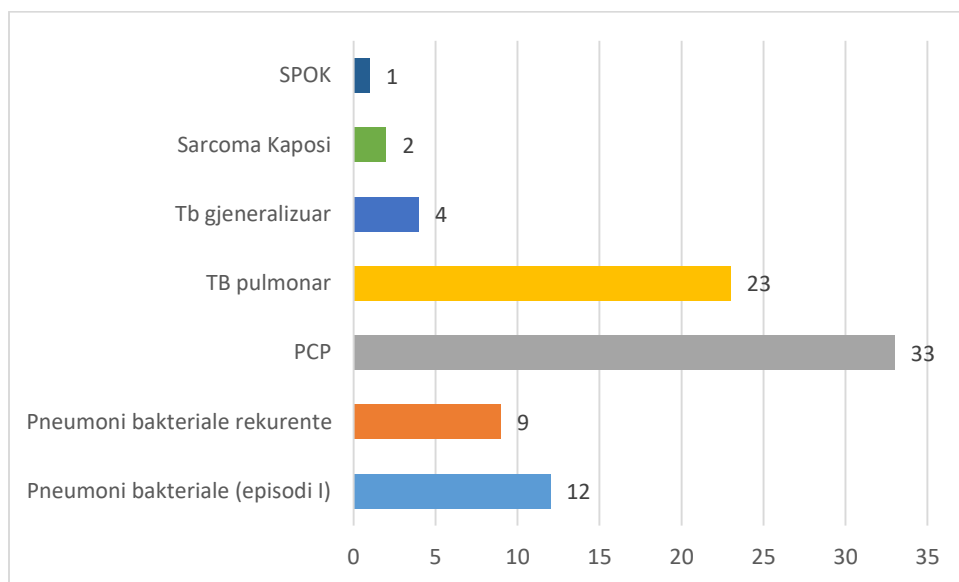


Fig.3.2.1 Nderlikimet pulmonare ne pacientet me HIV/AIDS

Ne pacientet me HIV/AIDS jane konstatuar nderlikimet pulmonare si me poshte: Pneumoni bakteriale (episodi I) – 12 (15.6), Pneumoni bakteriale rekurente – 8 (10.4%), Pneumonia bakteriale rekurrenente dhe PCP – 1 (1.3%), PCP – 27 (35.1%), PCP dhe Tb pulmonar – 3 (3.9%), TB pulmonar – 19 (24.6%), TB i gjeneralizuar – 4 (5.2%), TB dhe SPOK – 1 (1.3%), PCP dhe Sarcoma Kaposi – 2 (2.6%). Keshtu rezulton se pacientet me HIV/AIDS me shpesh kane pesuar PCP, tuberkuloz dhe pneumoni bakteriale.

Tab. 3.2.2 Pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikimet e tyre pulmonare

Nderlikime pulmonare	Raste	%
Pneumoni bakteriale (episodi I)	12	15.6
Pneumoni bakteriale rekurente	8	10.4
Pneumonia bakteriale rekurrenente, PCP	1	1.3
PCP	27	35.1
PCP, Tb pulmonar	3	3.9

TB pulmonar	19	24.6
TB i gjeneralizuar	4	5.2
TB, SPOK	1	1.3
PCP, Sarcoma Kaposi	2	2.6
Total	77	100.0

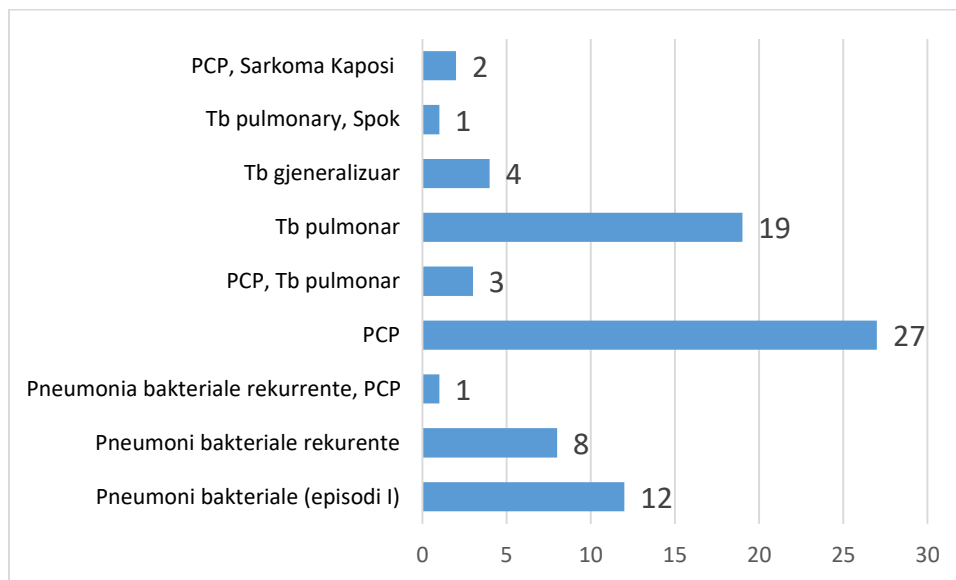


Fig.3.2.2 Pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikimet e tyre pulmonare

Semundje shoqeruese kane patur 8 (10.4%) paciente me HIV/AIDS, me shpesh semundje kardiovaskulare.

Tab.3.2.3 Pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare sipas semundjeve shoqeruese

Semundje shoqeruese	Raste	%
Kardiovaskulare	1	1.3
Kardiovaskulare Diabet	1	1.3
Kardiovaskulare Diabet Herpes zoster	1	1.3

Kardiovaskulare Nefrologjike	1	1.3
SPOK	1	1.3
Perdorues droge	2	2.6
Dermatid seborroik	1	1.3
Total	8	10.4
Pa semundje	69	89.6
Total	77	100.0

Tab. 3.2.4 Semundjet shoqeruese ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Semundje shoqeruese	Raste	% ndaj semundjeve shoqeruese	% ndaj totalit te pacienteve
Kardiovaskulare	4	33	5.2
Diabet	2	17	2.6
Herpes zoster	1	8	1.3
Nefrologjike	1	8	1.3
SPOK	1	8	1.3
Perdorues droge	2	17	2.6
Dermatid seborroik	1	8	1.3
Total	12	12 (100)	77 (100)

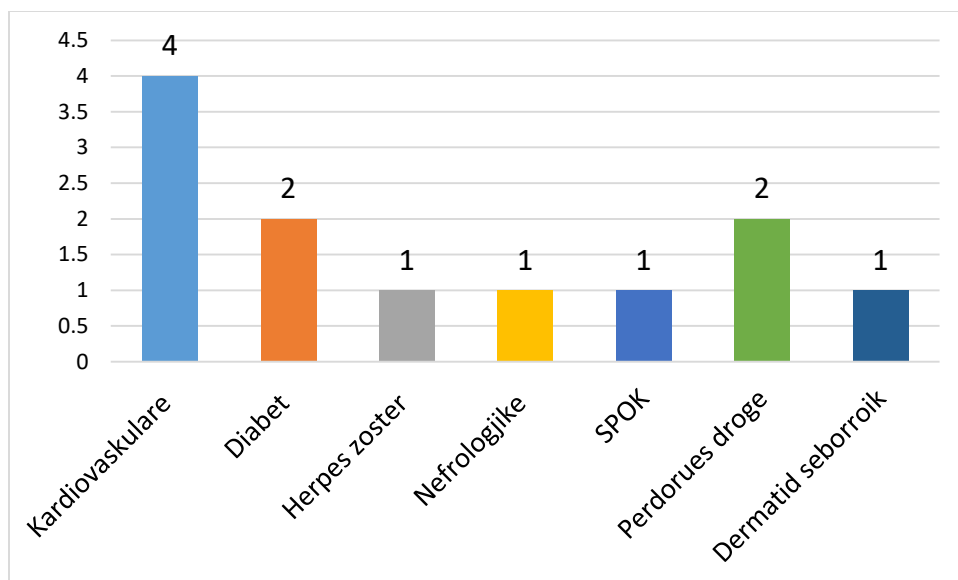


Fig.3.2.3 Semundjet shoqeruese ne pacientet me HIV/AIDS

Ne pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare kane paraqitur simptomat klinike: dobesi – 62(80.5%) raste, kolle – 61(79.2%), temperature – 51 (66.2%), renje ne peshe – 50 (64.9%), anoreksi – 49 (63.6%), sputum – 31 (40.3%), dispne eforti – 29 (37.7%), dispne ne qetesi – 26 (33.8%), dhimbje gjoksi – 24 (31.2%), hemoptizi – 22 (28.6%), dhimbje osteoartikulare – 3 (3.9%), djersitje – 3 (3.9%), diare – 2 (2.6%), dhimbje koke – 1 (1.3%). Ne ekzaminimin CT eshte konstatuar adenopati ne 12 (15.6%) te rasteve.

Tab.3.2.5 Simptomat ne pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

Simptoma	Raste	%
Kolle	61	79.2
Sputum	31	40.3
Dispne qetesi	26	33.8
Dispne effort	29	37.7
Dhimbje gjoksi	24	31.2
Hemoptizi	22	28.6
Renje peshe	50	64.9
Dobesi	62	80.5
Temperature	51	66.2
Anoreksi	49	63.6
Dhimbje osteoartikulare	3	3.9
Djersitje	3	3.9
Dhimbje koke	1	1.3
Diare	2	2.6
Gjetje te tjera		

Adenopati CT	12	15.6%
Paralize	1	1.3
Splenomegali	1	1.3

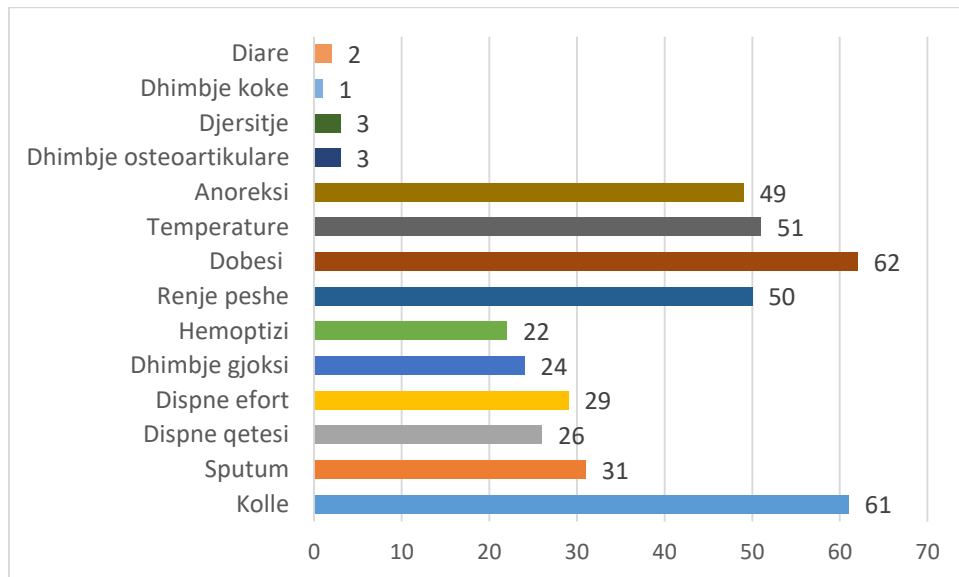


Fig.3.2.4 Simptomat ne pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare

Lezionet pulmonare jane lokalizuar ne anen e djathte ne 23 (29.9%) raste, ne te majte ne 28 (36.4%) dhe bilateral ne 26 (33.8%) raste.

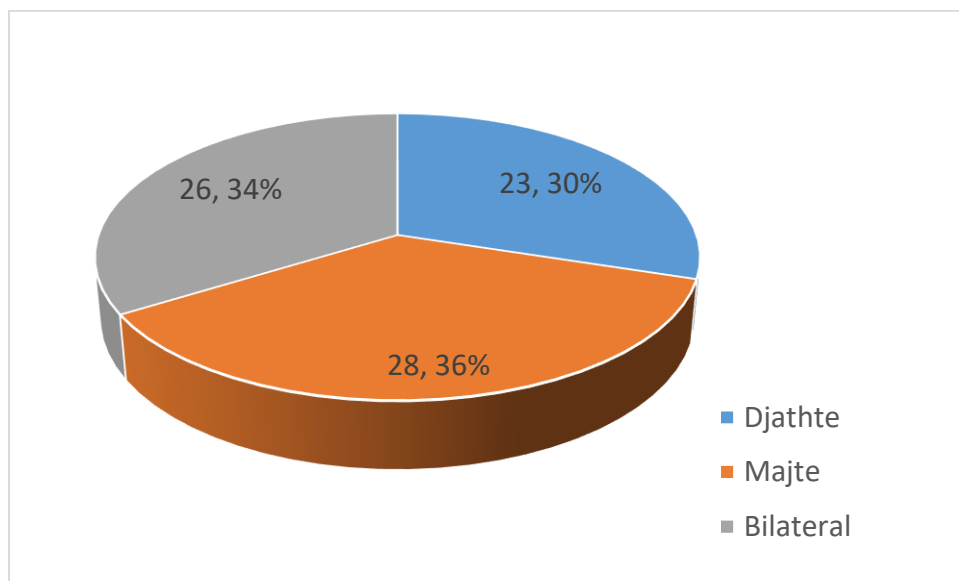


Fig. 3.2.5 Lokalizimi i nderlikimeve pulmonare ne pacientet me HIV/AIDS

3.3 Te dhena mbi nivelin qelizor CD4+ ne te semuret me HIV/AIDS me semundje pulmonare

Ne lidhje me moshen nuk rezulton nderlidhje sinjifikante me nivelin e CD4+. Vihet re tendence lidhje inverse, gje qe lidhet dhe me vjetersine me te madhe te semundjes.

Tab.3.3.1 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me grup moshen e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Grup mosh		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
< 35	Raste		2	3	4	9
	% ndaj totalit		2.6%	3.9%	5.2%	11.7%
35-39	Raste	2	3	4	4	13
	% ndaj totalit	2.6%	3.9%	5.2%	5.2%	16.9%
40-44	Raste	3	2	3	7	15
	% ndaj totalit	3.9%	2.6%	3.9%	9.1%	19.5%
45-49	Raste		2	6	4	12

	% ndaj totalit		2.6%	7.8%	5.2%	15.6%
50-54	Raste	1	4	4	4	13
	% ndaj totalit	1.3%	5.2%	5.2%	5.2%	16.9%
55-59	Raste		1	1	2	4
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%	2.6%	5.2%
60-64	Raste		1	4	2	7
	% ndaj totalit		1.3%	5.2%	2.6%	9.1%
65-69	Raste			1	1	2
	% ndaj totalit			1.3%	1.3%	2.6%
70-74	Raste			1		1
	% ndaj totalit			1.3%		1.3%
75-79	Raste			1		1
	% ndaj totalit			1.3%		1.3%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 90.924, P = 0.8345

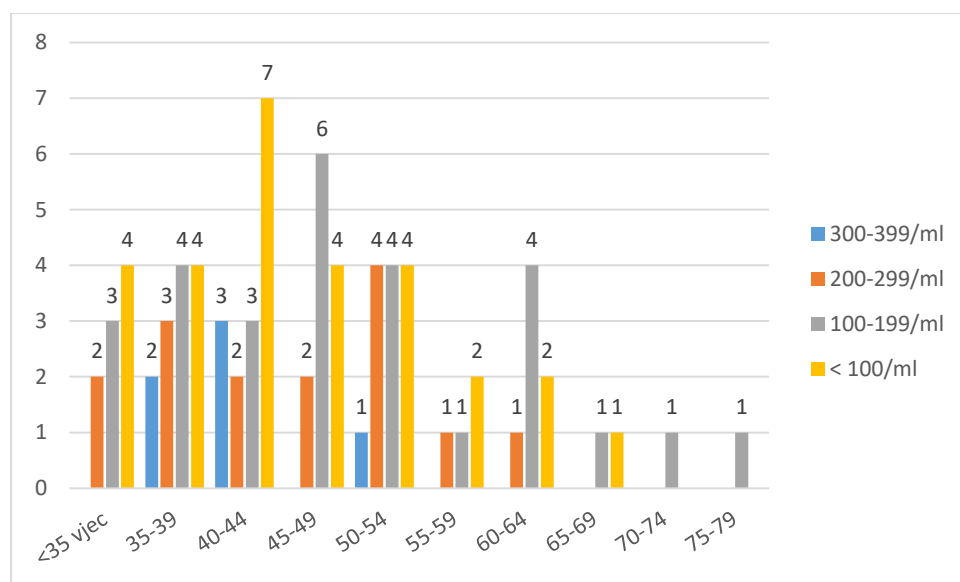


Fig.3.3.1 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me grup moshen e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Nuk vihet re nderlidhje sinjifikante ndermjet gjinise dhe nivelit te CD4+.

Tab.3.3.2 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me gjinine e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

GJINIA		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Meshkuj	Raste	3	12	25	24	64
	% ndaj totalit	3.9%	15.6%	32.5%	31.2%	83.1%
Femra	Raste	3	3	3	4	13
	% ndaj totalit	3.9%	3.9%	3.9%	5.2%	16.9%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared (trend) 2.842, Significance level P = 0.0918

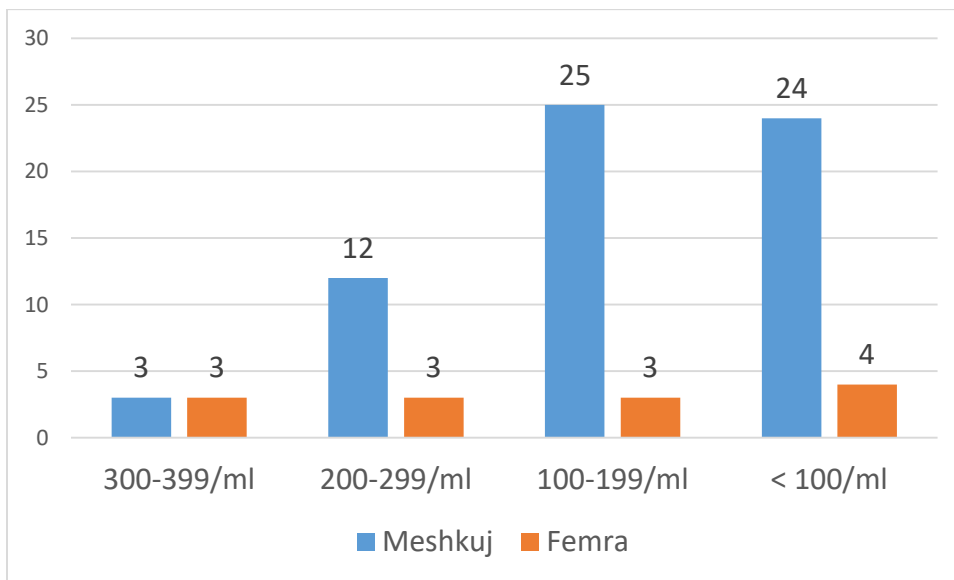


Fig.3.3.2 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me gjinine e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Nuk rezulton korrelacion sinjifikant ndermjet profesionit dhe nivelit te CD4+. Ne te pa punet dhe punetoret ka rritje te numrit te rasteve me renjen e numrit te CD4+.

Tab.3.3.3 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me profesionin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Profesioni		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Pa pune	Raste	2	3	11	13	29
	% ndaj totalit	2.6%	3.9%	14.3%	16.9%	37.7%
Punetor	Raste	3	6	5	8	22
	% ndaj totalit	3.9%	7.8%	6.5%	10.4%	28.6%
Bujk	Raste			3	2	5
	% ndaj totalit			3.9%	2.6%	6.5%
Nepunes	Raste	1	3	2	1	7
	% ndaj totalit	1.3%	3.9%	2.6%	1.3%	9.1%
Tjeter	Raste		3	7	4	14
	% ndaj totalit		3.9%	9.1%	5.2%	18.2%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 12.254, P = 0.4255

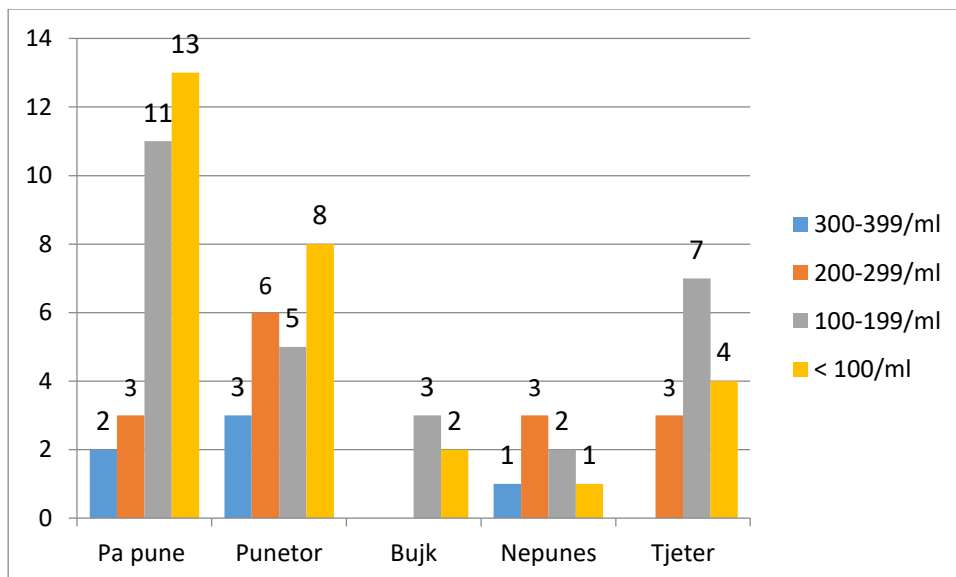


Fig.3.3.3 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me profesionin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Ka korrelacion sinjifikant ne lidhje me numrin e qelizave CD4+ dhe prejardhjes qytetar/fshatar.

Tab.3.3.4 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me prejardhjen e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Qytetar/Fshatar		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Qytetar	Raste	6	14	23	17	60
	% ndaj totalit	7.8%	18.2%	29.9%	22.1%	77.9%
Fshatar	Raste		1	5	11	17
	% ndaj totalit		1.3%	6.5%	14.3%	22.1%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 8.880, P = 0.0309

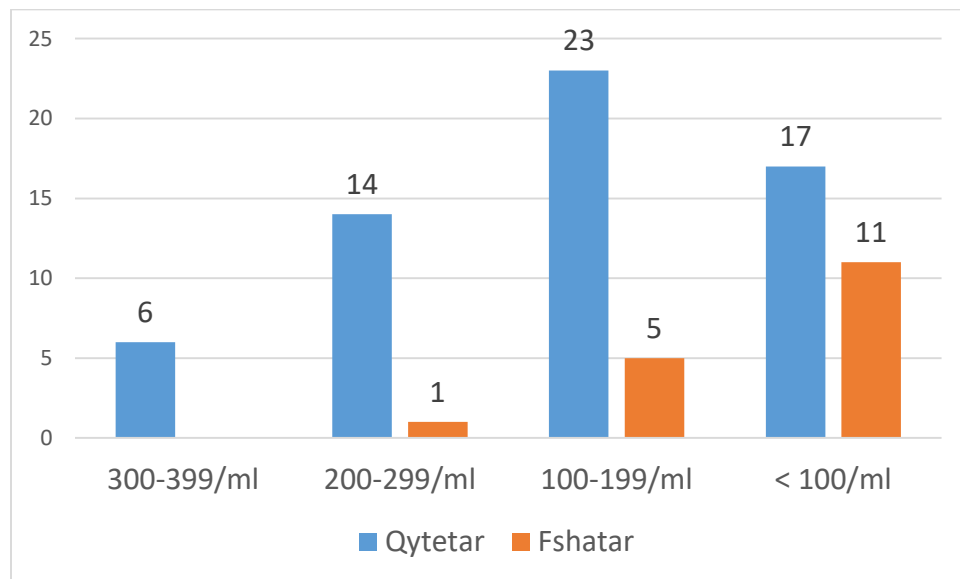


Fig.3.3.4 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me prejardhjen e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Sic shihet ne tabelen 3.3.5 ne personat me arsim 8-vjecar ka rritje te numrit te rasteve me renjen e nivelit te numrit te qelizave CD4+. Po ashtu eshte prirja dhe per ata me arsim te mesem.

Tab.3.3.5 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me arsimimin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Arsimimi		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Fillor	Raste		1		1	2
	% ndaj totalit		1.3%		1.3%	2.6%
8 vjecar	Raste	1	4	14	17	36
	% ndaj totalit	1.3%	5.2%	18.2%	22.1%	46.8%
I mesem	Raste	4	6	9	6	25
	% ndaj totalit	5.2%	7.8%	11.7%	7.8%	32.5%
I larte	Raste	1	4	5	4	14
	% ndaj totalit	1.3%	5.2%	6.5%	5.2%	18.2%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 9.940 , P = 0.3553

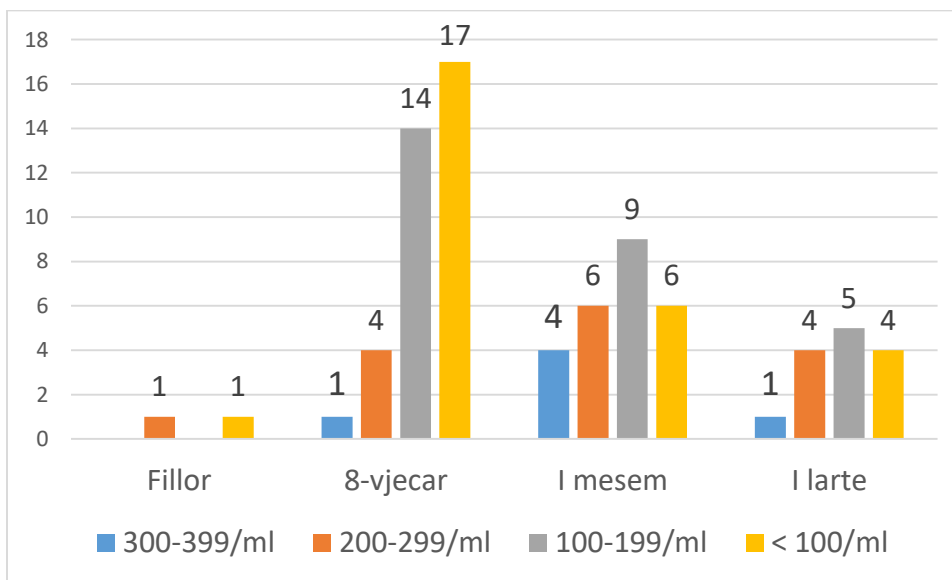


Fig.3.3.5 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me arsimimin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Ne pacientet fumatore vihet re se ka renje te numrit te qelizave CD4+ me rritjen e sasise se fumacionit.

Tab.3.3.6 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me perdorimin e duhanit e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Fumacioni		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
jo	Raste		5	5	4	14
	% ndaj totalit		6.5%	6.5%	5.2%	18.2%
po	Raste	6	10	23	24	63
	% ndaj totalit	7.8%	13.0%	29.9%	31.2%	81.8%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 3.936, P = 0.2685

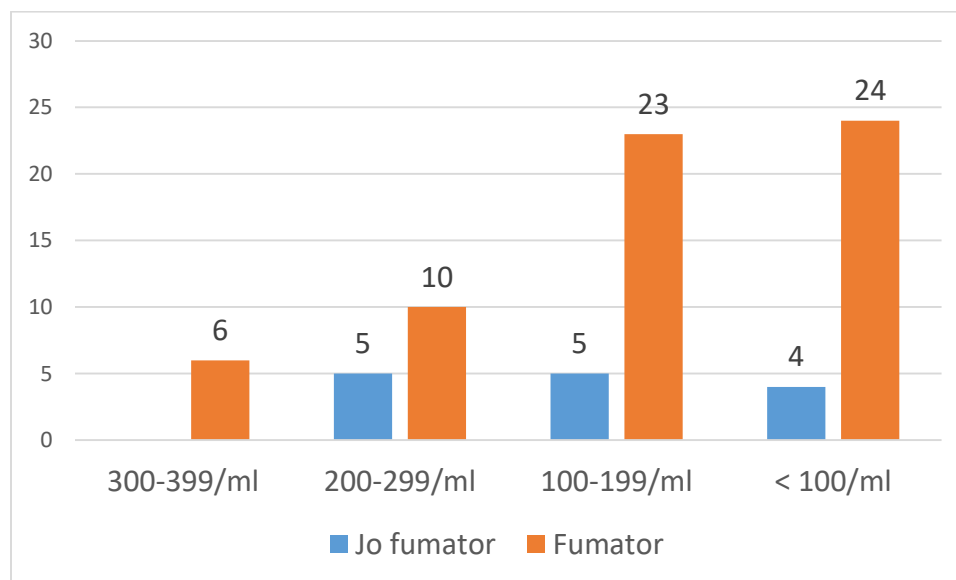


Fig. 3.3.6 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me perdorimin e duhanit e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Ne tabelen 3.3.7 vihet re se ne heteroseksualet ka rritje te numrit te rasteve me renjen e numrit te qelizave CD4+.

Tab.3.3.7 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me rrugen e infektimit e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Rruga infektimit		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Homoseksual	Raste	1		1		2
	% ndaj totalit	1.3%		1.3%		2.6%
Heteroseksual	Raste	5	12	19	25	61
	% ndaj totalit	6.5%	15.6%	24.7%	32.5%	79.2%
Hemotransfuzion Post intervent	Raste		2	6	2	10
	% ndaj totalit		2.6%	7.8%	2.6%	13.0%
Biseksual	Raste		1	2		3
	% ndaj totalit		1.3%	2.6%		3.9%
Grup risku	Raste				1	1
	% ndaj totalit				1.3%	1.3%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 13.801, P = P = 0.3136

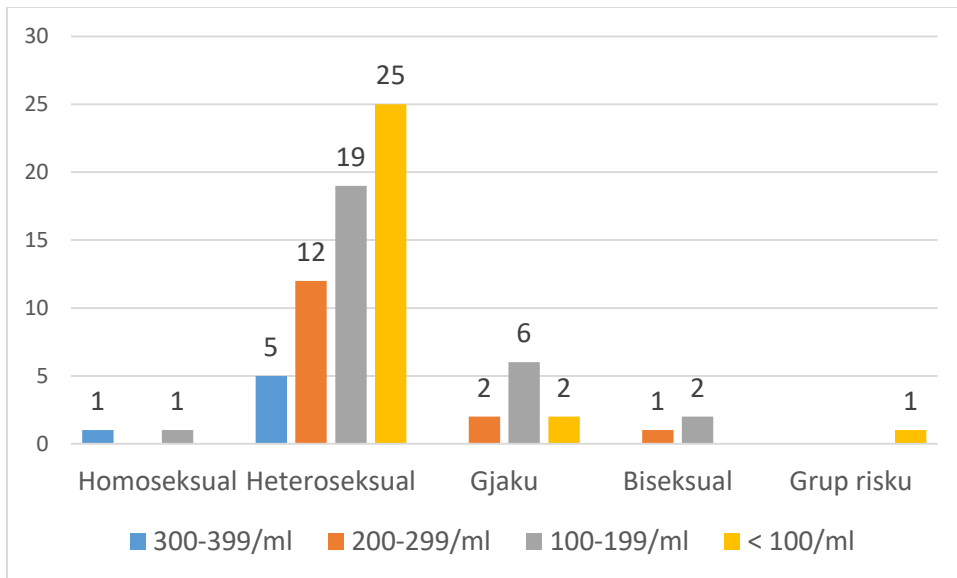


Fig.3.3.7 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me rrugen e infektimit e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Ne tabelen vihet re se pavaresisht struktures mjekesore ku eshte kryer diagnostikimi i infeksionit HIV, shumica e rasteve bejne pjese ne grupimet me numet te ulur te qelizave CD4+.

Tab.3.3.8 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me strukturen ku eshte kryer zbulimi i infektimit HIV

Struktura e zbulimit		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Spitali infektiv	Raste	3	12	12	18	45
	% ndaj totalit	3.9%	15.6%	15.6%	23.4%	58.4%
SUSM	Raste	3	3	10	8	24
	% ndaj totalit	3.9%	3.9%	13.0%	10.4%	31.2%
Sherbime te tjera	Raste			2	2	4
	% ndaj totalit			2.6%	2.6%	5.2%
Jashte shteti	Raste			4		4
	% ndaj totalit			5.2%		5.2%

Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 12.623, P = 0.1804

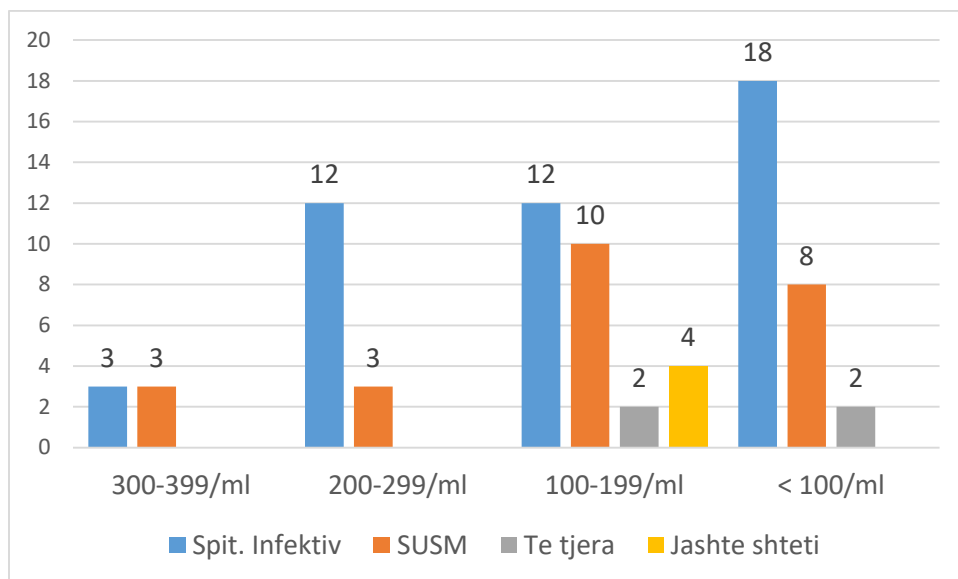


Fig. 3.3.8 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me strukturen ku eshte kryer zbulimi i infektimit HIV

Nuk rezulton korelacion ne mes te periudhes qe pacientet njihen te semure dhe nivelit te qelizave CD4+, por tendenca e grupimit te rasteve eshte ne ata me nivel qelizor CD4+ me te ulet.

Tab.3.3.9 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me periudhen qe njihen te semure me HIV/AIDS

Periudha qe njihen te semure		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
< 3 vite	Raste		3	6	4	13
	% ndaj totalit		3.9%	7.8%	5.2%	16.9%
3-5	Raste	5	6	10	8	29
	% ndaj totalit	6.5%	7.8%	13.0%	10.4%	37.7%
6-8	Raste	1	5	8	14	28
	% ndaj totalit	1.3%	6.5%	10.4%	18.2%	36.4%
9-12	Raste		1	4	2	7

	% ndaj totalit		1.3%	5.2%	2.6%	9.1%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 23.840, P = 0.7792

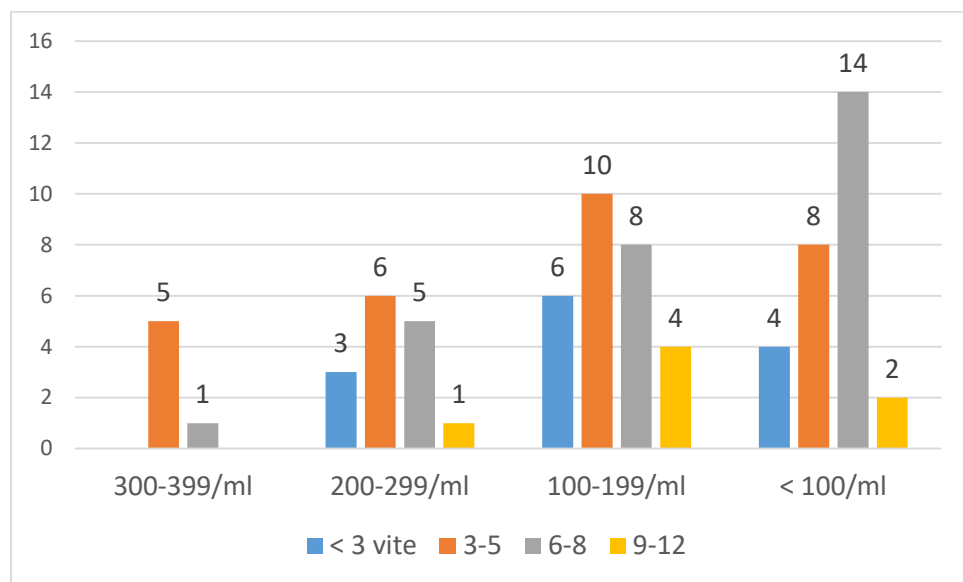


Fig.3.3.9 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me periudhen qe njihen te semure me HIV/AIDS

Ne tabelen 3.3.10 nuk vihet re korelacion sinjifikant ne mes te menyres se fillimit te semundjes pulmonare dhe numrit te qelizave CD4+, por vihet re karakteristika e pergjithshme e pacienteve qe jane shumica me numer me te ulet qelizor dhe ne fillimin kronik ka shpeshtesi me te madhe me nivelin e qelizave CD4 < 100/ml.

Tab. 3.3.10 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me menyren e fillimit te nderlikimeve pulmonare ne te semureve HIV/AIDS

Fillimi i semundjes pulmomare		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Akut	Raste	5	8	12	12	37
	% ndaj totalit	6.5%	10.4%	15.6%	15.6%	48.1%
Subakut	Raste	1	6	15	12	34
	% ndaj totalit	1.3%	7.8%	19.5%	15.6%	44.2%

Kronik	Raste		1	1	4	6
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%	5.2%	7.8%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 6.261, P = 0.3946

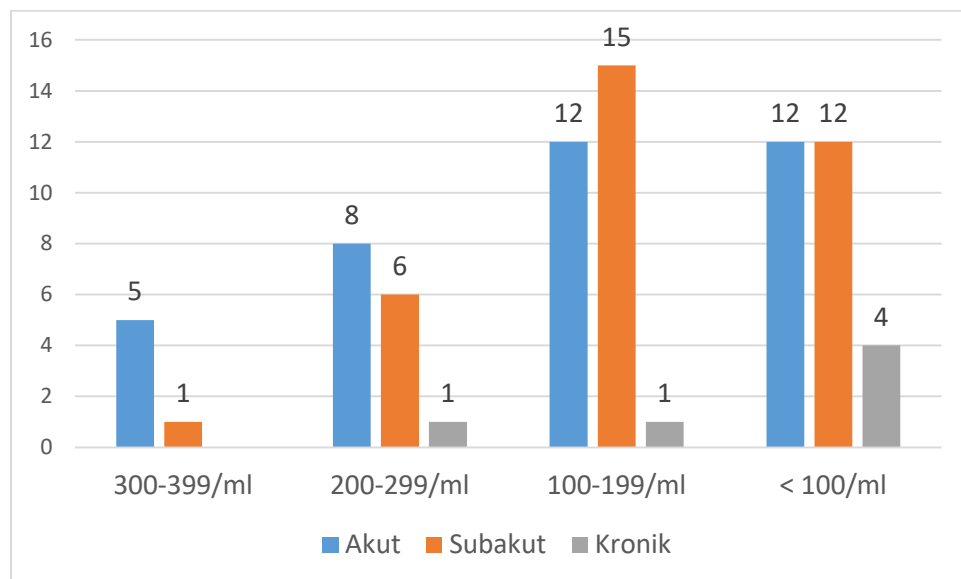


Fig. 3.3.10 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me menyren e fillimit te nderlikimeve pulmonare ne te semureve HIV/AIDS

Ne nderlidhjen ne mes te simptomave klinike dhe nivelit qelizor te CD4+ rezulton korelacion domethenes me dispnene ne qetesi ($p = .027$) dhe dhimbjen e gjoksit ($p = .009$). Gjithashtu shfaqja e adenopatisve mediastinale ndodh ne nivel te ulet te qelizave CD4+ dhe evidentohet me mire me CT.

Tab. 3.3.11 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me simptomat dhe shenjat klinike e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Simptomat		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Kolle	Raste	5	13	23	20	61
	%	6.5%	16.9%	29.9%	26.0%	79.2%
Sputum	Raste	3	8	11	9	31

	%	3.9%	10.4%	14.3%	11.7%	40.3%
Dispne qetesi	Raste	2	10	7	7	26
	%	2.6%	13.0%	9.1%	9.1%	33.8%
Dispne efort	Raste	2	8	11	8	29
	%	2.6%	10.4%	14.3%	10.4%	37.7%
Dhimbje gjoksi	Raste	2	10	5	7	24
	%	2.6%	13.0%	6.5%	9.1%	31.2%
Hemoptizi	Raste	2	6	8	6	22
	%	2.6%	7.8%	10.4%	7.8%	28.6%
Renje peshe	Raste	2	11	18	19	50
	%	2.6%	14.3%	23.4%	24.7%	64.9%
Dobesi	Raste	5	14	21	22	62
	%	6.5%	18.2%	27.3%	28.6%	80.5%
Temperature	Raste	3	10	19	19	51
	%	3.9%	13.0%	24.7%	24.7%	66.2%
Anoreksi	Raste	2	13	18	16	49
	%	2.6%	16.9%	23.4%	20.8%	63.6%
Adenopati rtg	Raste			1	1	2
	%			1.3%	1.3%	2.6%
Adenopati CT	Raste			4	8	12
	%			5.2%	10.4%	15.6%

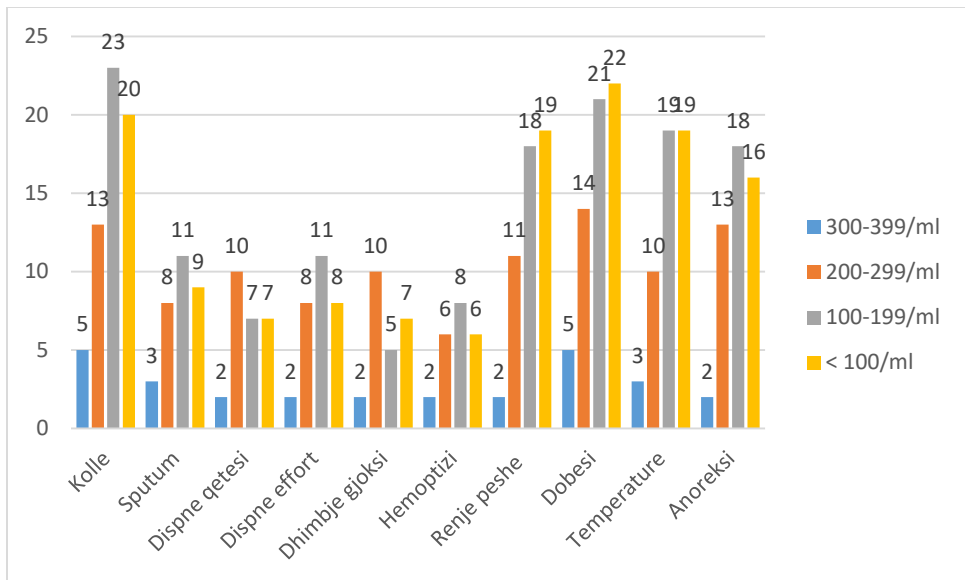


Fig. 3.3.11 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me simptomat dhe shenjat klinike e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

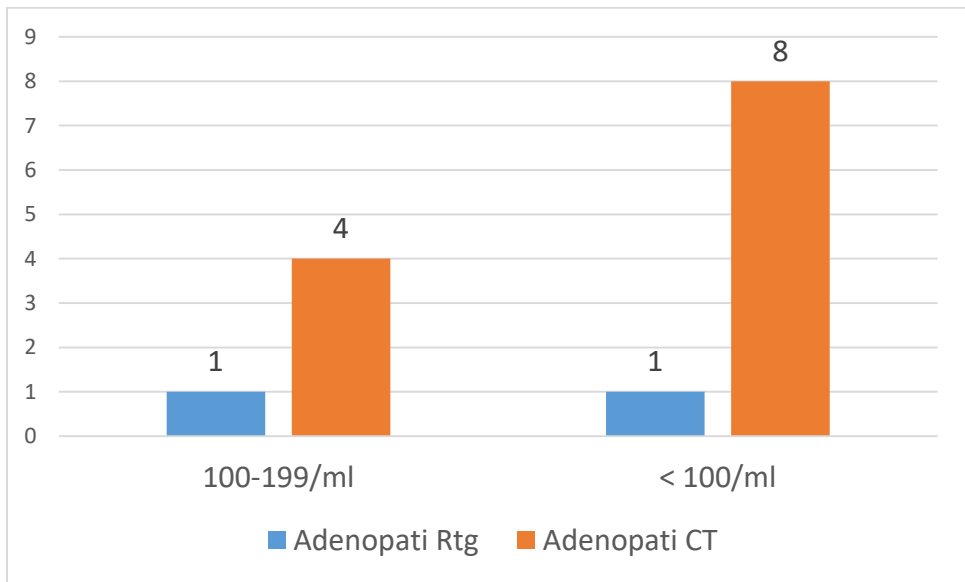


Fig. 3.3.12 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me konstatimin e adenopatis ne radiografi dhe CT

Rezultoni korrelacionin e fuqishem ndermjet llojit te nderlikimit pulmonar ne lidhje me numrin e qelizave CD4+ ($p < 0.0001$).

Tab.3.3.12 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me patologjine pulmonare e te semureve HIV/AIDS

Semundja pulmonare	Numri i qelizave CD4+				Total
	300-	200-	100-	<	

		399/ml	299/ml	199/ml	100/ml	
Pneumoni bakteriale (episodi I)	Raste	6	6			12
	% ndaj totalit	7.8%	7.8%			15.6%
Pneumoni bakteriale rekurente	Raste		3	2	3	8
	% ndaj totalit		3.9%	2.6%	3.9%	10.4%
Pneumonia bakteriale rekurrente PCP	Raste			1		1
	% ndaj totalit			1.3%		1.3%
PCP	Raste			15	12	27
	% ndaj totalit			19.5%	15.6%	35.1%
PCP <i>Sarkoma Kaposi</i>	Raste			2		2
	% ndaj totalit			2.6%		2.6%
PCP Tb pulmonar	Raste			2	1	3
	% ndaj totalit			2.6%	1.3%	3.9%
Tb pulmonar	Raste		5	6	8	19
	% ndaj totalit		6.5%	7.8%	10.4%	24.7%
Tb pulmonar Spok	Raste		1			1
	% ndaj totalit		1.3%			1.3%
Tb gjeneralizuar	Raste				4	4
	% ndaj totalit				5.2%	5.2%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

	totalit					
--	---------	--	--	--	--	--

Chi-Square Tests

Pearson Chi-Square 74.922 Asymp. Sig. (2-sided) .000

Likelihood Ratio 77.109 Asymp. Sig. (2-sided) .000

Koeficinti i korrelacionit 0.587, $p < 0.0001$

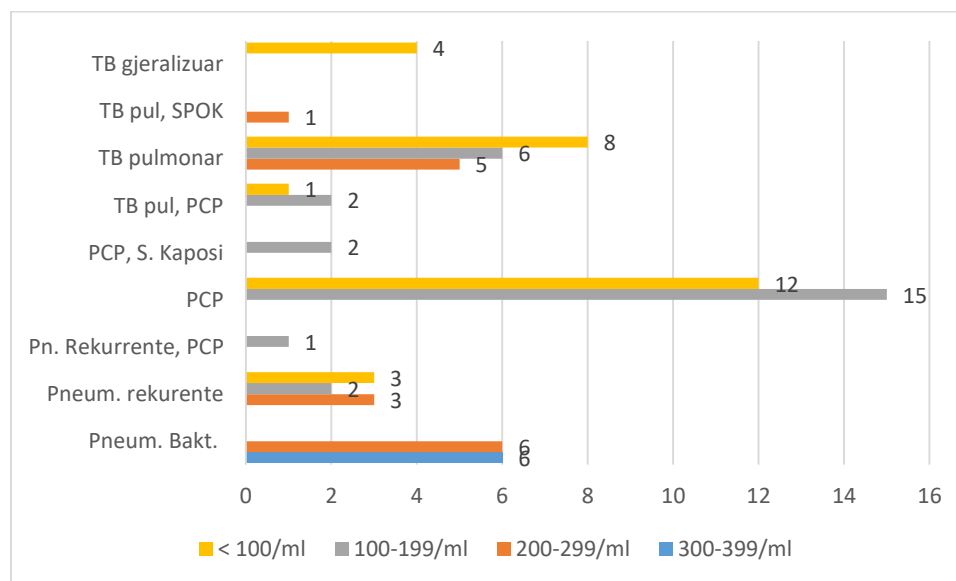


Fig. 3.3.13 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me patologji pulmonare e te semureve HIV/AIDS

Si ne te mjekuarit dhe ata qe nuk kane marre mjekim te rregullt ndiqet tendenca e pergjithshme e rasteve te grupuar ne nivele me te ulta te CD4+. Po e njeta gjer dhe ne lidhje me kohen e mjekimit te pacienteve.

Tab. 3.1.13 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me mjekimin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Mjekuar rregullisht		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
Jo	Raste	2	1	2	4	9
	% ndaj totalit	2.6%	1.3%	2.6%	5.2%	11.7%
po	Raste	4	14	26	24	68
	% ndaj totalit	5.2%	18.2%	33.8%	31.2%	88.3%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 3.833, P = 0.2800

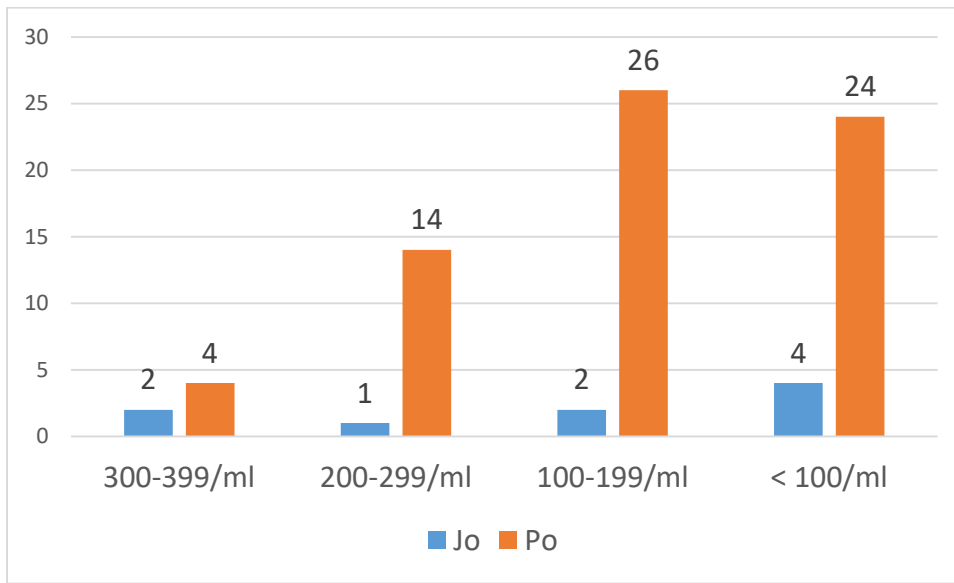


Fig.3.3.14 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me mjekimin e te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Tab.3.3.14 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me periudhen e mjekimit ne vite te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Periudha e mjekimit (vite)		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
≤ 1	Raste	1	1	4	4	10
	% ndaj totalit	1.3%	1.3%	5.2%	5.2%	13.0%
2-4	Raste	4	9	10	9	32
	% ndaj totalit	5.2%	11.7%	13.0%	11.7%	41.6%
5-7	Raste	1	3	8	12	24
	% ndaj totalit	1.3%	3.9%	10.4%	15.6%	31.2%
8-10	Raste		2	6	3	11

	% ndaj totalit		2.6%	7.8%	3.9%	14.3%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 27.079, P = P = 0.8584

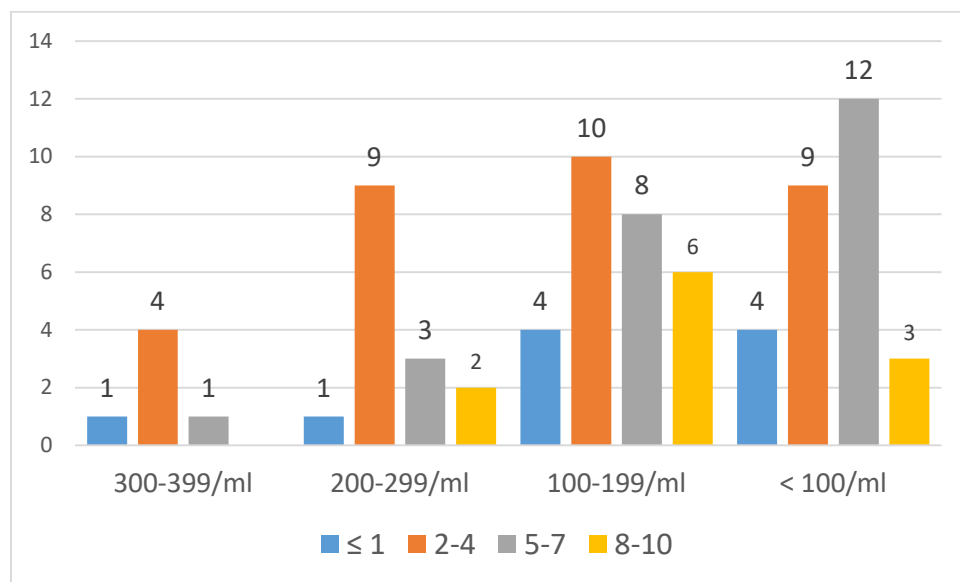


Fig. 3.3.15 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me periudhen e mjekimit ne vite te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Ne tabelen vihet re se vdekjet kane ndodhur ne nivel qelizor te CD4+ nen 199/ml.

Tab.3.3.15 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me perfundimin letal te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Vdekur		Numri i qelizave CD4+				Total
		300-399/ml	200-299/ml	100-199/ml	< 100/ml	
jo	Raste	5	15	21	23	64
	% ndaj totalit	6.5%	19.5%	27.3%	29.9%	83.1%
po	Raste	1		7	5	13
	% ndaj totalit	1.3%		9.1%	6.5%	16.9%
Total	Raste	6	15	28	28	77
	% ndaj totalit	7.8%	19.5%	36.4%	36.4%	100.0%

Chi-squared 4.381, P = 0.2232

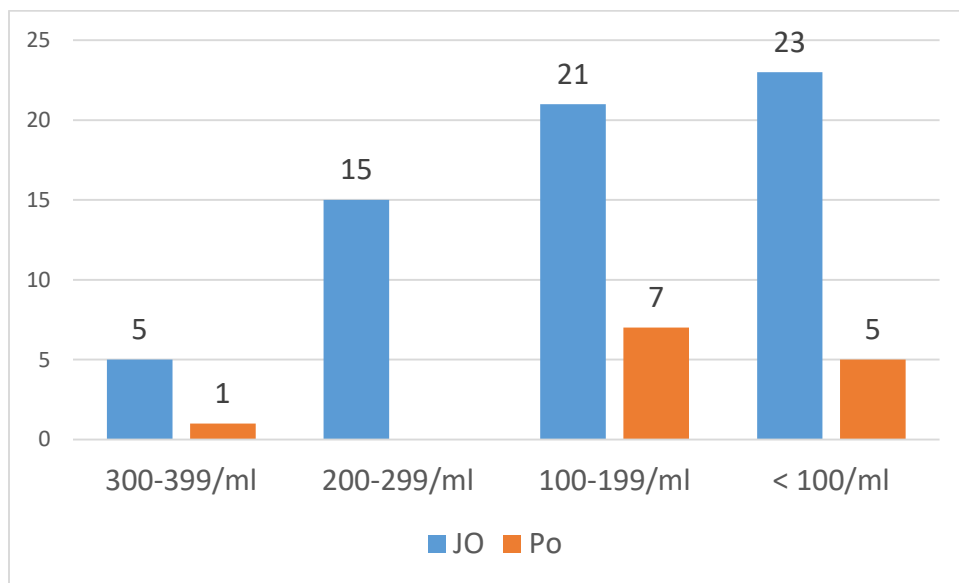


Fig. 3.3.16 Numri i qelizave CD4+ ne lidhje me perfundimin letal te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

3.4 Te dhena ne te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine

Ne lidhje me moshen sipas gjinise nuk verehen ndryshime domethenese – mosha mesatare meshkuj/femra respektivisht 46.9/43.7.

Tab.3.4.1 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen dhe gjinine

Grup mosha		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
< 35	Raste	7	2	9
	% ndaj totalit	9.1%	2.6%	11.7%
35-39	Raste	10	3	13
	% ndaj totalit	13.0%	3.9%	16.9%
40-44	Raste	11	4	15
	% ndaj totalit	14.3%	5.2%	19.5%
45-49	Raste	10	2	12
	% ndaj totalit	13.0%	2.6%	15.6%
50-54	Raste	12	1	13
	% ndaj totalit	15.6%	1.3%	16.9%
55-59	Raste	4		4
	% ndaj totalit	5.2%		5.2%
60-64	Raste	6	1	7
	% ndaj totalit	7.8%	1.3%	9.1%
65-69	Raste	2		2
	% ndaj totalit	2.6%		2.6%
70-74	Raste	1		1
	% ndaj totalit	1.3%		1.3%
75-79	Raste	1		1
	% ndaj totalit	1.3%		1.3%

Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 4.003 Asymp. Sig. (2-sided) .911
 Likelihood Ratio 5.337 Asymp. Sig. (2-sided) .804
 Linear-by-Linear Association 2.477 Asymp. Sig. (2-sided) .116
 Spearman Correlation -.183 Asymp. Sig. (2-sided) .111

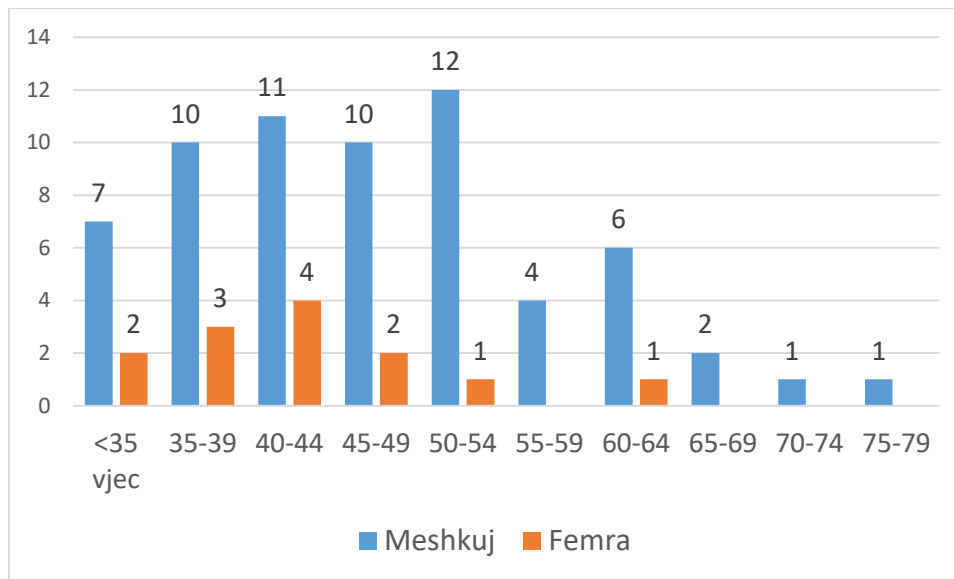


Fig. 3.4.1 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen dhe gjinine

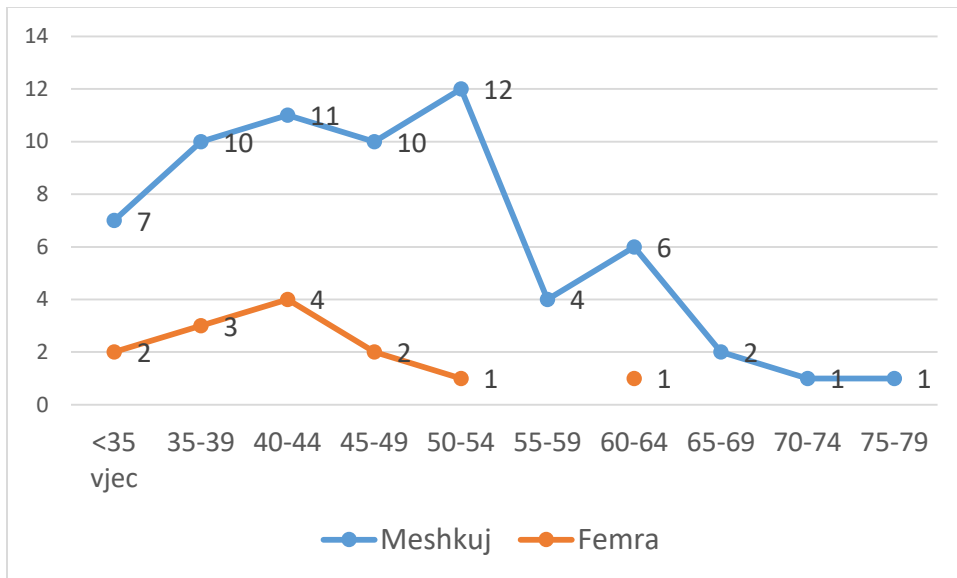


Fig. 3.4.2 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen dhe gjinine

Ne lidhje me gjinine profesionet jane: pa pune – 39.1% e meshkujve dhe 30.8% e femrave, punetore – 26.6% e meshkujve dhe 38.5% e femrave, bujqesi – 4.7% e meshkujve dhe 15.4% e femrave dhe nepunes – 9.4% e meshkujve dhe 7.7% e femrave.

Tab. 3.4.2 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me profesionin dhe gjinine

Profesioni		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
Pa pune	Raste	25	4	29
	% ndaj totalit	32.5%	5.2%	37.7%
Punetor	Raste	17	5	22
	% ndaj totalit	22.1%	6.5%	28.6%
Bujk	Raste	3	2	5
	% ndaj totalit	3.9%	2.6%	6.5%
Nepunes	Raste	6	1	7
	% ndaj totalit	7.8%	1.3%	9.1%
Tjeter	Raste	13	1	14

		% ndaj totalit	16.9%	1.3%	18.2%
Total	Raste		64	13	77
	% ndaj totalit		83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 3.617 Asymp. Sig. (2-sided) .460
Likelihood Ratio 3.392 Asymp. Sig. (2-sided) .494
Linear-by-Linear Association .507 Asymp. Sig. (2-sided) .477
Spearman Correlation -.010 Asymp. Sig. (2-sided) .933

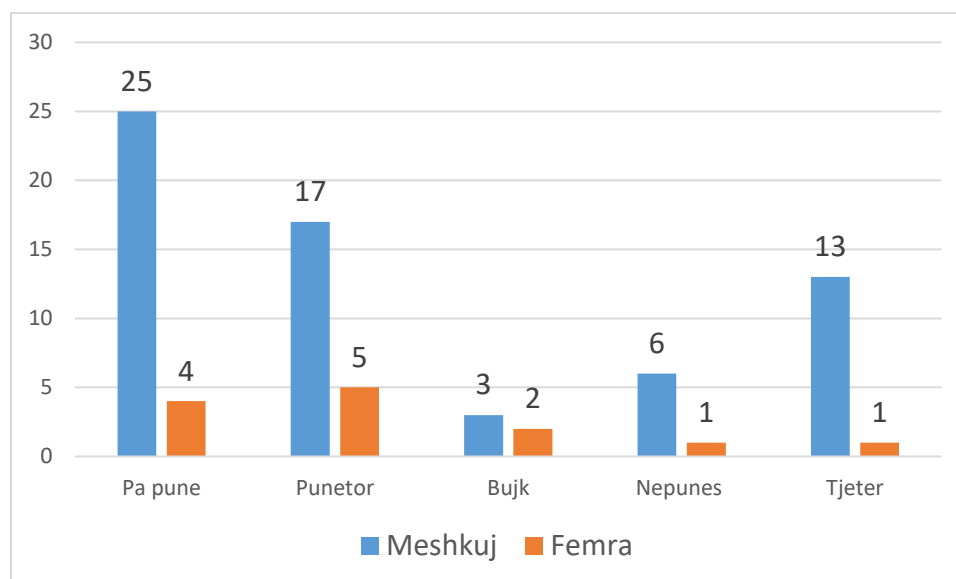


Fig. 3.4.3 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me profesionin dhe gjinine

Sipas prejardhjes qytetar jane 76.6% e meshkujve dhe 84.6% e femrave, fshatar – 23.4% e meshkujve dhe 15.4% e femrave, diferenca jo sinjifikante.

Tab. 3.4.3 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me prejardhjen dhe gjinine

Qytetar/ Fshatar		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
Qytetar	Raste	49	11	60

	% ndaj totalit	63.6%	14.3%	77.9%
Fshatar	Raste	15	2	17
	% ndaj totalit	19.5%	2.6%	22.1%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square .407 Asymp. Sig. (2-sided) .523
Likelihood Ratio .436 Asymp. Sig. (2-sided) .509
Linear-by-Linear Association .402 Asymp. Sig. (2-sided) .526
Spearman Correlation -.073 Asymp. Sig. (2-sided) .530

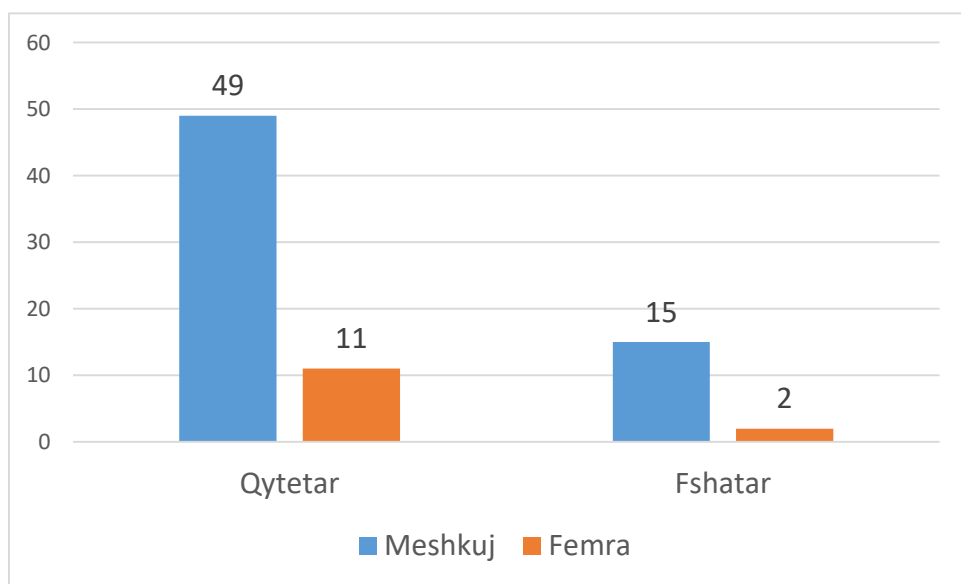


Fig. 3.4.4 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me prejardhjen dhe gjinine

Sipas struktures mjekesore ku eshte bere zbulimi rezulton se rapoti meshkuj/femra ne Spitalin infektiv ishte 60.9%/46.2%, ne SUSM -29.7%/38.5%, sherbime te tjera – 4.7%/7.7%, jashte shtetit – 4.7%/7.7%.

Tab. 3.4.4 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe strukturen ku eshte zbuluar infeksioni HIV

Struktura e zbulimit	GJINIA		Total
	Meshkuj	Femra	

Spitali infektiv	Raste	39	6	45
	% ndaj totalit	50.6%	7.8%	58.4%
SUSM	Raste	19	5	24
	% ndaj totalit	24.7%	6.5%	31.2%
Sherbime te tjera	Raste	3	1	4
	% ndaj totalit	3.9%	1.3%	5.2%
Jashte shteti	Raste	3	1	4
	% ndaj totalit	3.9%	1.3%	5.2%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 1.047 Asymp. Sig. (2-sided) .790
 Likelihood Ratio 1.019 Asymp. Sig. (2-sided) .797
 Linear-by-Linear Association .914 Asymp. Sig. (2-sided) .339
 Spearman Correlation .116 Asymp. Sig. (2-sided) .313

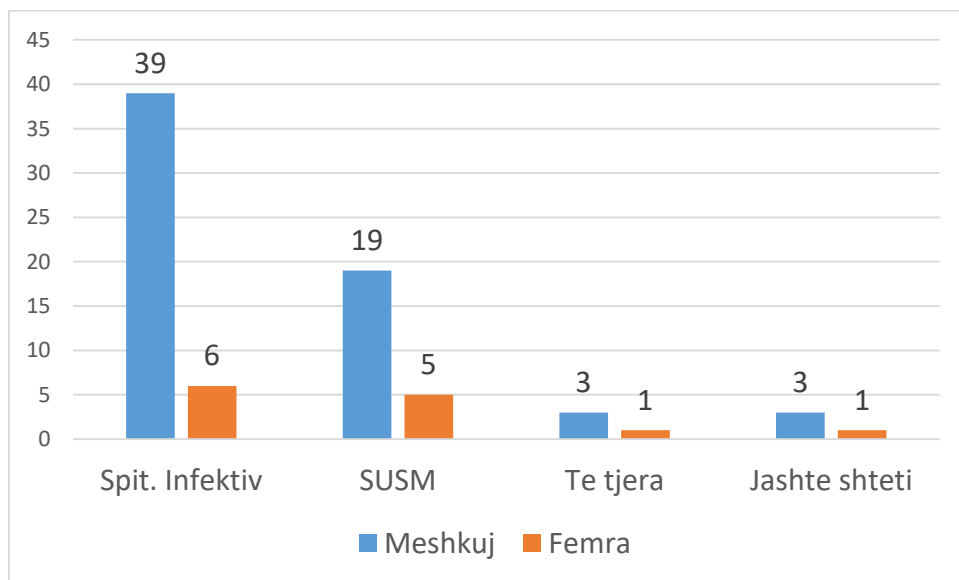


Fig. 3.4.5 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe strukturen ku eshte zbuluar infeksioni HIV

Nuk vihen re ndryshime ne rrugen e infektimit ne lidhje me gjinine.

Tab. 3.4.5 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe rrugen e infeksioni HIV

Rruga infektimit		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
Homoseksual	Raste	2		2
	% ndaj totalit	2.6%		2.6%
Heteroseksual	Raste	49	12	61
	% ndaj totalit	63.6%	15.6%	79.2%
Hemotransfuzion Post intervent	Raste	9	1	10
	% ndaj totalit	11.7%	1.3%	13.0%
Biseksual	Raste	3		3
	% ndaj totalit	3.9%		3.9%
Grup risku	Raste	1		1
	% ndaj totalit	1.3%		1.3%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 1.895 Asymp. Sig. (2-sided) .755
 Likelihood Ratio 2.928 Asymp. Sig. (2-sided) .570
 Linear-by-Linear Association 1.014 Asymp. Sig. (2-sided) .314
 Spearman Correlation -.094 Asymp. Sig. (2-sided) .418

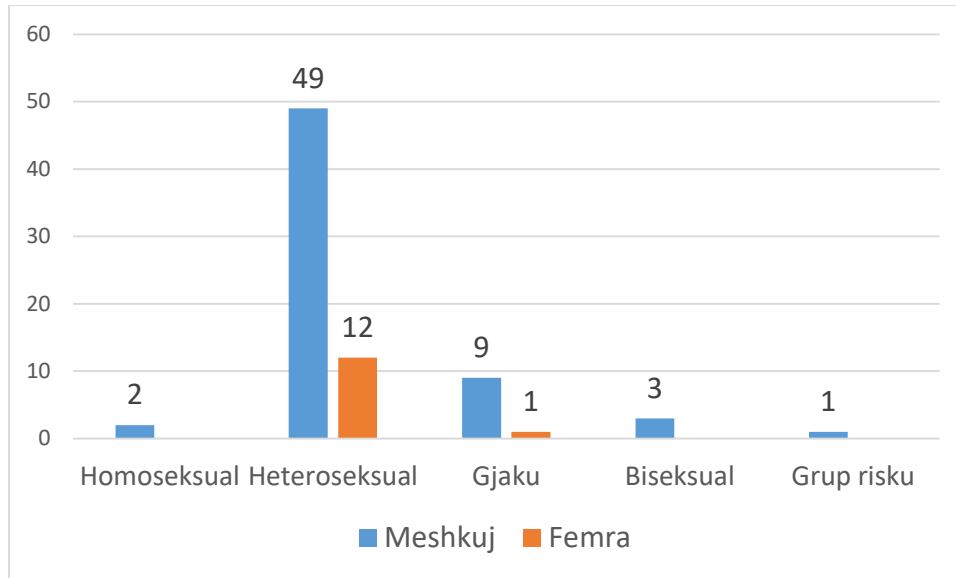


Fig. 3.4.6 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe rrugen e infeksioni HIV

Tab. 3.4.6 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe periudhen qe njihet i semure

Periudha qe njihet i semure		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
< 3 vite	Raste	12	1	13
	% ndaj totalit	15.6%	1.3%	16.9%
3-5	Raste	20	9	29
	% ndaj totalit	26.0%	11.7%	37.7%
6-8	Raste	25	3	28
	% ndaj totalit	32.5%	3.9%	36.4%
9-12	Raste	7		7
	% ndaj totalit	9.1%		9.1%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square
Likelihood Ratio

7.102Asymp. Sig. (2-sided) .069
7.878 Asymp. Sig. (2-sided) .049

Linear-by-Linear Association 1.016 Asymp. Sig. (2-sided) .314
 Spearman Correlation -.130 Asymp. Sig. (2-sided) .261

Sipas periudhes qe pacientet njihen te semure rezulton se numri me i madh i meshkujve eshte ne periudhen kohore 6-8 vjecare, ndersa femrat ne periudhe kohore 3-5 vjecare.

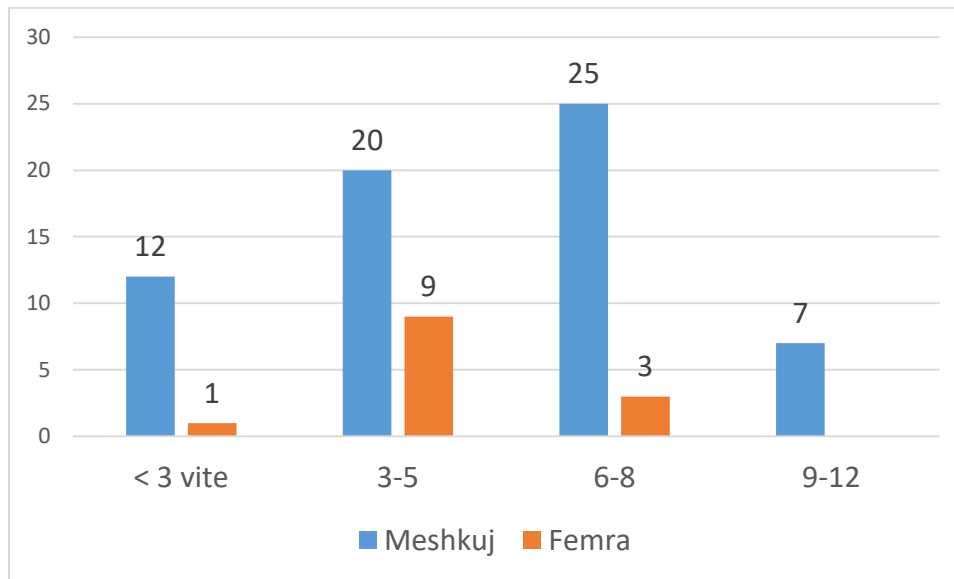


Fig. 3.4.7 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe periudhen qe njihet i semure

Tab. 3.4.7 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe menyren e fillimit te semundjes pulmonare

Fillimi i semundjes pulmonare		GJINIA		Total	
		Meshkuj	Femra		
Akut	Raste	31	6	37	
	% ndaj totalit	40.3%	7.8%	48.1%	
Subakut	Raste	27	7	34	
	% ndaj totalit	35.1%	9.1%	44.2%	
Kronik	Raste	6		6	
	% ndaj totalit	7.8%		7.8%	
Total		Raste	64	13	77

	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%
--	----------------	-------	-------	--------

Pearson Chi-Square 1.563 Asymp. Sig. (2-sided) .458
Likelihood Ratio 2.546 Asymp. Sig. (2-sided) .280
Linear-by-Linear Association .135 Asymp. Sig. (2-sided) .713

Ne tab. 3.4.7 dhe fig. 3.4.8 vihet re se fillimi i nderlikimit pulmonar ka qene kryesisht akut dhe subakut dhe asnje rast me fillim kronik ne femra.

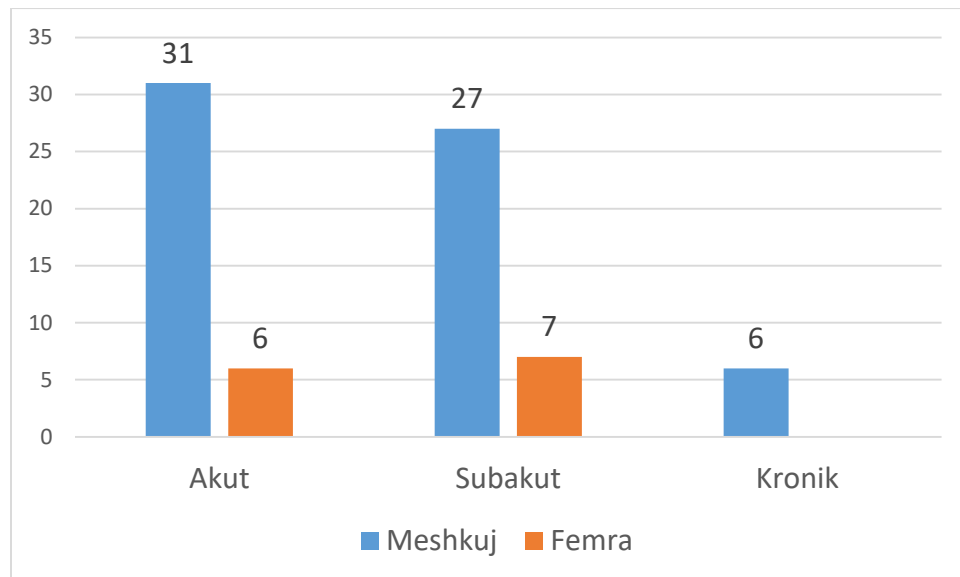


Fig. 3.4.8 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe menyren e fillimit te semundjes pulmonare

Ne lidhje me gjinine vihet re se llojet e patologjive jane me frekuence te ndryshme.

Tab. 3.4.8 Pacientet me HIV/AIDS sipas gjinise dhe llojit te nderlikimit pulmonar

Semundja pulmonare		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
Pneumoni bakteriale (episodi I)	Raste	6	6	12
	% ndaj totalit	7.8%	7.8%	15.6%
Pneumoni bakteriale rekurente	Raste	7	1	8
	% ndaj totalit	9.1%	1.3%	10.4%
Pneumonia bakteriale rekurrente	Raste	1		1

PCP	% ndaj totalit	1.3%		1.3%
PCP	Raste	24	3	27
	% ndaj totalit	31.2%	3.9%	35.1%
PCP <i>Sarkoma Kaposi</i>	Raste	2		2
	% ndaj totalit	2.6%		2.6%
PCP Tb pulmonar	Raste	3		3
	% ndaj totalit	3.9%		3.9%
Tb pulmonar	Raste	18	1	19
	% ndaj totalit	23.4%	1.3%	24.7%
Tb pulmonar Spok	Raste	1		1
	% ndaj totalit	1.3%		1.3%
Tb gjeneralizuar	Raste	2	2	4
	% ndaj totalit	2.6%	2.6%	5.2%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 16.505 Asymp. Sig. (2-sided) .036
 Likelihood Ratio 15.039 Asymp. Sig. (2-sided) .058
 Linear-by-Linear Association 4.424 Asymp. Sig. (2-sided) .035
 Spearman Correlation -.214 Asymp. Sig. (2-sided) .062

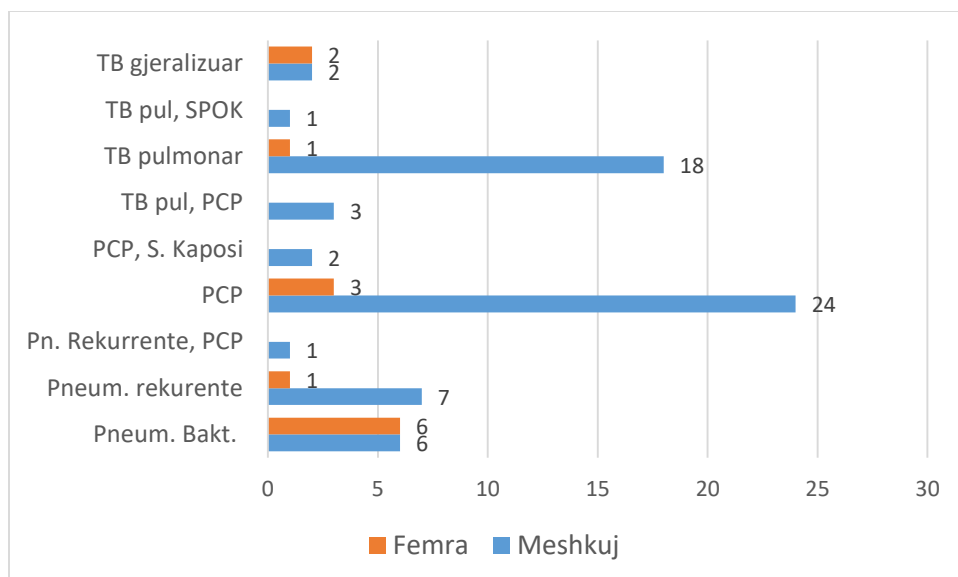


Fig. 3.4.9 Pacientet me HIV/AIDS sipas gjinise dhe llojit te nderlikimit pulmonar

Rezulton se grate kane pjesmarrje me te dobet ne mjekim te rregullt dhe ne kohezgjatjen e mjekimit antiretroviral.

Tab. 3.4.9 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe mjekimin

Mjekuar rregullisht		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
jo	Raste	5	4	9
	% ndaj totalit	6.5%	5.2%	11.7%
po	Raste	59	9	68
	% ndaj totalit	76.6%	11.7%	88.3%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 5.517 Asymp. Sig. (2-sided) .019
 Likelihood Ratio 3.517 Asymp. Sig. (2-sided) .061
 Linear-by-Linear Association .036 Asymp. Sig. (2-sided) .039
 Spearman Correlation -.268 Asymp. Sig. (2-sided) .019

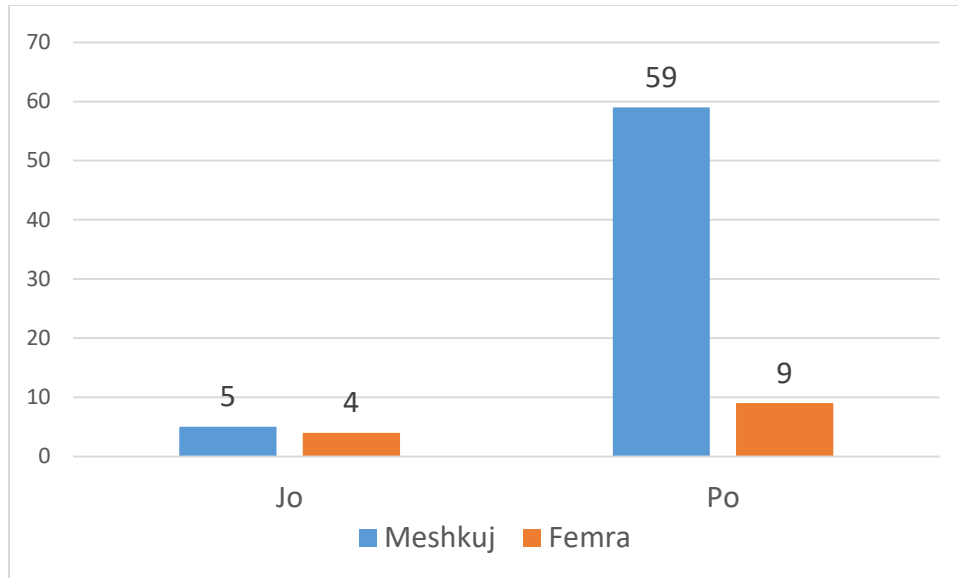


Fig. 3.4.10 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe mjekimin

Tab. 3.4.10 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe periudhen e mjekimit

Periudha e mjekimit (vite)		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
≤ 1	Raste	7	3	10
	% ndaj totalit	9.1%	3.9%	13.0%
2-4	Raste	24	8	32
	% ndaj totalit	31.2%	10.4%	41.6%
5-7	Raste	22	2	24
	% ndaj totalit	28.6%	2.6%	31.2%
8-10	Raste	11		11
	% ndaj totalit	14.3%		14.3%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square
Likelihood Ratio

6.213Asymp. Sig. (2-sided) .102
7.945 Asymp. Sig. (2-sided) .047

Linear-by-Linear Association 5.761 Asymp. Sig. (2-sided) .016
 Spearman Correlation -.280 Asymp. Sig. (2-sided) .014

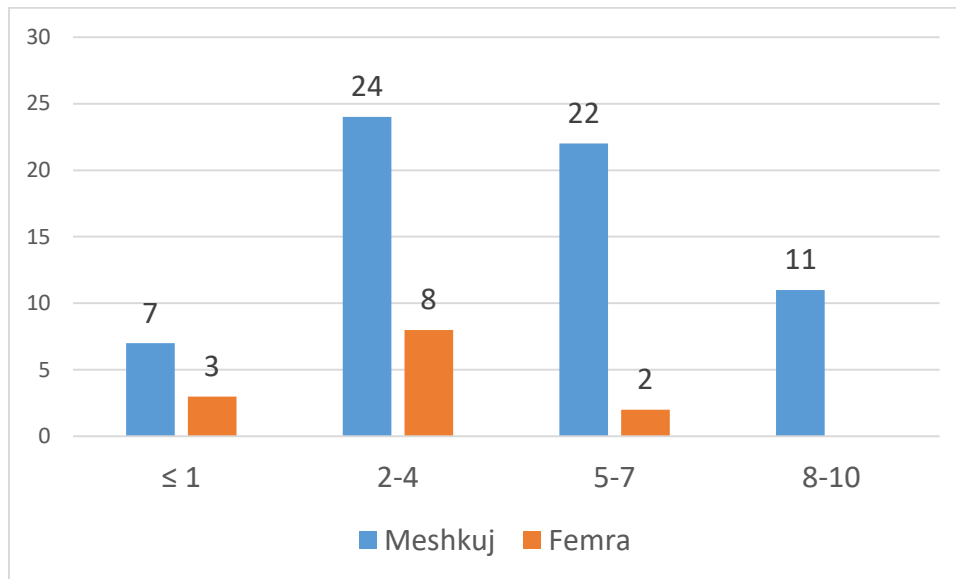


Fig. 3.4.11 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe periudhun e mjekimit

Rastet me perfundim letal kane qene me frekuate ne pacientet femra me nderlikime pulmonare te lidhura me HIV, se sa ne meshkujt.

Tab. 3.4.11 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe gjendjen aktuale

VDEKUR		GJINIA		Total
		Meshkuj	Femra	
jo	Raste	54	10	64
	% ndaj totalit	70.1%	13.0%	83.1%
po	Raste	10	3	13
	% ndaj totalit	13.0%	3.9%	16.9%

Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square .428 Asymp. Sig. (2-sided) .513
 Likelihood Ratio .400 Asymp. Sig. (2-sided) .527
 Linear-by-Linear Association .422 Asymp. Sig. (2-sided) .380
 Spearman Correlation .075 Asymp. Sig. (2-sided) .520

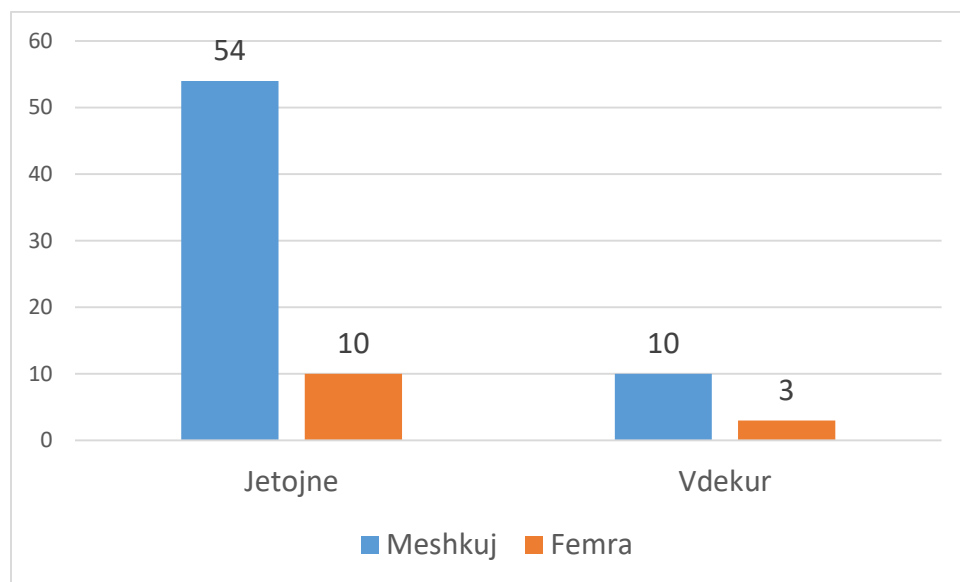


Fig. 3.4.12 Pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine dhe gjendjen aktuale

3.5 Te dhena mbi vdekjet ne te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare kane qene ne grupmoshen 40-49 vjec dhe 60-69 vjec. Gjithashtu , pas moshers 65 vjecare nuk ka asnje te mbijetuar. Vihet re korelacion sinjifikant pozitiv ne mes te moshes dhe vdekjeve.

Tab. 3.5.1.Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen

Grup mosha		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
< 35	Raste	8	1	9
	% ndaj totalit	10.4%	1.3%	11.7%
35-39	Raste	13		13
	% ndaj totalit	16.9%		16.9%
40-44	Raste	12	3	15
	% ndaj totalit	15.6%	3.9%	19.5%
45-49	Raste	10	2	12
	% ndaj totalit	13.0%	2.6%	15.6%
50-54	Raste	12	1	13
	% ndaj totalit	15.6%	1.3%	16.9%
55-59	Raste	4		4
	% ndaj totalit	5.2%		5.2%
60-64	Raste	5	2	7
	% ndaj totalit	6.5%	2.6%	9.1%
65-69	Raste		2	2
	% ndaj totalit		2.6%	2.6%
70-74	Raste		1	1
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%
75-79	Raste		1	1
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%

Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 24.927 Asymp. Sig. (2-sided) .003
Likelihood Ratio 22.389 Asymp. Sig. (2-sided) .008
Linear-by-Linear Association 9.495 Asymp. Sig. (2-sided) .002
Spearman Correlation .117 Approx. Sig. .016

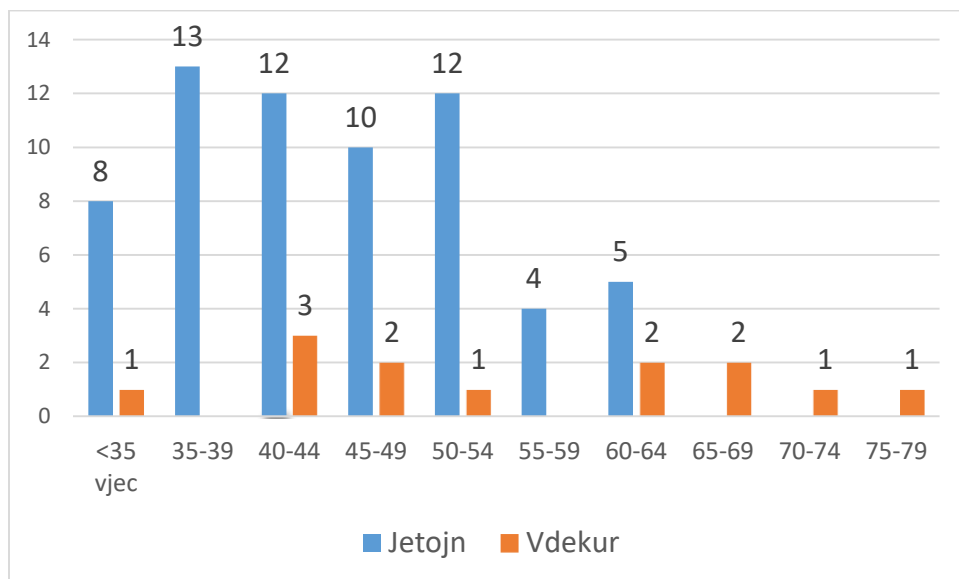


Fig. 3.5.1 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me moshen

Shpeshesia me e madhe e vdekjeve – 5(6.5%) raste, ka qene ne te pa punet. Ne se analizimi behet ne proporcion me numrin e rasteve per cdo profesion rezulton se vdekjet me shpesh jane ne bujqit (20%) dhe te pa punet (17%), asnje rast ne nepunes.

Tab. 3.5.2 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me profesionin

Profesioni		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
Pa pune	Raste	24	5	29
	% ndaj totalit	31.2%	6.5%	37.7%
Punetor	Raste	20	2	22
	% ndaj totalit	26.0%	2.6%	28.6%
Bujk	Raste	4	1	5

	% ndaj totalit	5.2%	1.3%	6.5%
Nepunes	Raste	7		7
	% ndaj totalit	9.1%		9.1%
Tjeter	Raste	9	5	14
	% ndaj totalit	11.7%	6.5%	18.2%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 5.949 Asymp. Sig. (2-sided) .203
 Likelihood Ratio 6.601 Asymp. Sig. (2-sided) .159
 Linear-by-Linear Association 2.275 Asymp. Sig. (2-sided) .131
 Spearman Correlation .090 Asymp. Sig. (2-sided) .434

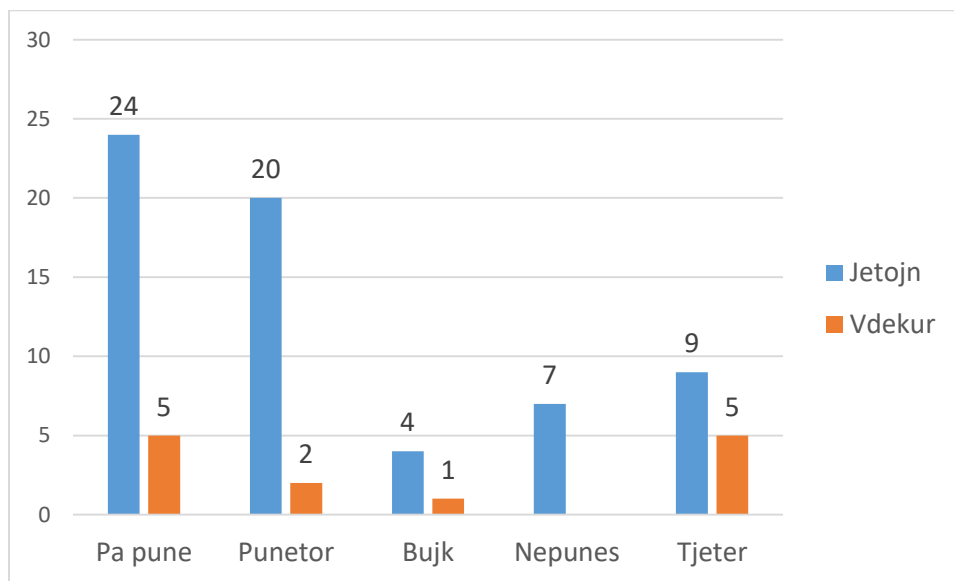


Fig. 3.5.2 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me profesionin

Megjithese numri me i madh i rasteve te vdekur eshte ne qytetare, ne se shihet ne proporcion me rastet qytetar/fshatar rezulton respektivisht raporti 15%/ 24%, eshte me i larte ne fshatare.

Tab. 3.5.3 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me prejardhjen

Qytetar/ Fshatar	Gjendja aktuale		Total
	Jetojne	Vdekur	

Qytetar	Raste	51	9	60
	% ndaj totalit	66.2%	11.7%	77.9%
Fshatar	Raste	13	4	17
	% ndaj totalit	16.9%	5.2%	22.1%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square .687 Asymp. Sig. (2-sided) .407
 Likelihood Ratio .645 Asymp. Sig. (2-sided) .644
 Linear-by-Linear Association .678 Asymp. Sig. (2-sided) .422
 Spearman Correlation .094 Asymp. Sig. (2-sided) .414

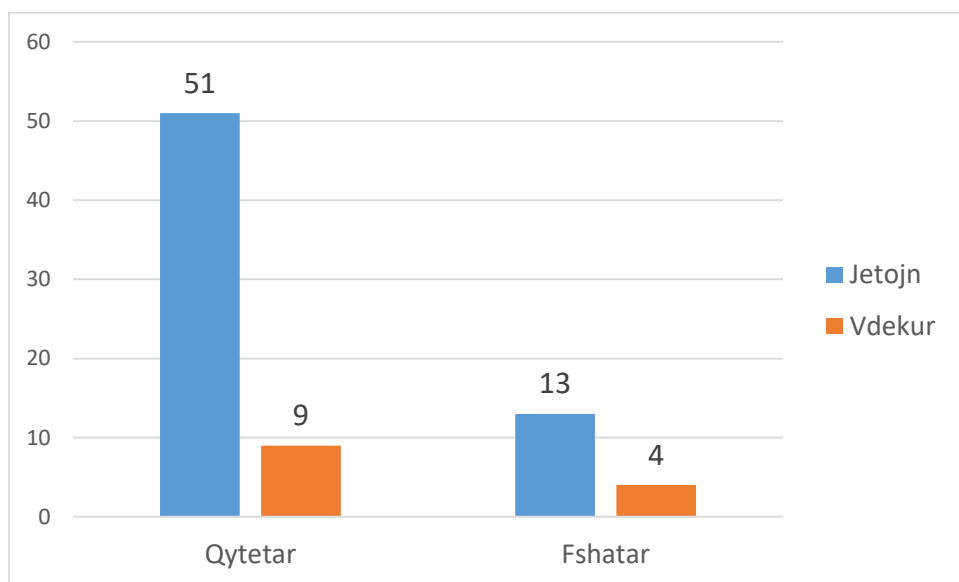


Fig. 3.5.3 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me prejardhjen

Sipas arsimimit rastet me te shumta te vdekjeve jane ne pacientet me arsim 8 vjecar (13% e totalit te vdekjeve), ndersa ne lidhje me pacientet e ketij grupi rezulton 28 % e rasteve.

Tab. 3.5.4 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me arsimimin

Arsimimi		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
Fillor	Raste	2		2

	% ndaj totalit	2.6%		2.6%
8 vjecar	Raste	26	10	36
	% ndaj totalit	33.8%	13.0%	46.8%
I mesem	Raste	23	2	25
	% ndaj totalit	29.9%	2.6%	32.5%
I larte	Raste	13	1	14
	% ndaj totalit	16.9%	1.3%	18.2%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 5.804 Asymp. Sig. (2-sided) .122
 Likelihood Ratio 6.236 .101
 Linear-by-Linear Association 3.037 .081
 Spearman Correlation -.218 Approx. Sig. .057

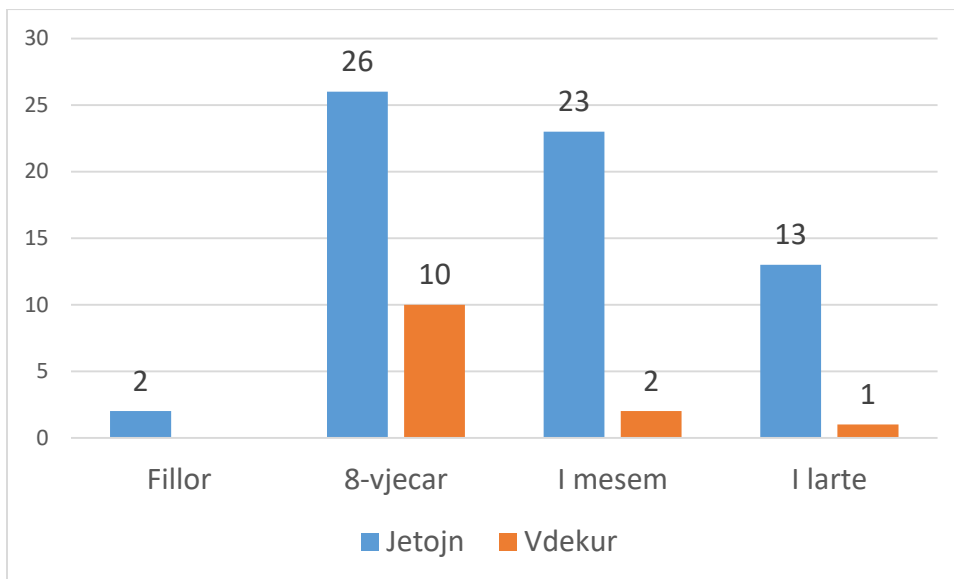


Fig. 3.5.4 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me arsimimin

Rastet me te pakta te vdekjeve, qofte si ne lidhje me totalin apo proporcional, jane ne pacientet e zbuluar ne spitalin infektiv. Rastet e zbuluara ne SUSM kane pesuar vdekje ne 33.3% te raste, gje qe lidhet me zbulimin me te vonë, kur tashme kane paraqitur patologji pulmonare. Po ashtu ne proporcion me rastet vihet re vdekshmeri e larte ne ata zbuluar jashte shtetit (50% dhe ne sherbuime te tjera (33,3%).

Tab. 3.5.5 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me strukturen ku eshte zbuluar semundja

Struktura e zbulimit		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
Spitali infektiv	Raste	41	4	45
	% ndaj totalit	53.2%	5.2%	58.4%
SUSM	Raste	18	6	24
	% ndaj totalit	23.4%	7.8%	31.2%
Sherbime te tjera	Raste	3	1	4
	% ndaj totalit	3.9%	1.3%	5.2%
Jashte shteti	Raste	2	2	4
	% ndaj totalit	2.6%	2.6%	5.2%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 6.490 Asymp. Sig. (2-sided) .090
 Likelihood Ratio 5.888 Asymp. Sig. (2-sided) .117
 Linear-by-Linear Association 5.972 Asymp. Sig. (2-sided) .015
 Spearman Correlation .271 Asymp. Sig. (2-sided) .017

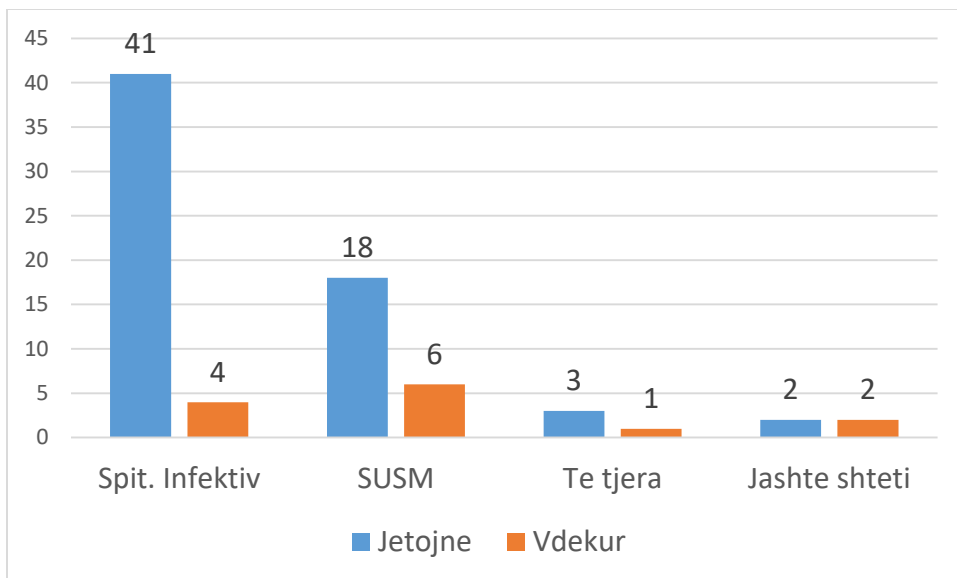


Fig. 3.5.5 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me strukturen ku eshte zbuluar semundja

Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me rrugen e infeksionit kane ndodhur ne ata me infeksion nepermjet gjakut (50% e rasteve) dhe ne heteroseksual (13.1% e rasteve). Rezulton nderlidhje sinjifikante ndermjet rruges se infeksionit dhe vdekjeve.

Tab. 3.5.6 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me rrugen e infeksionit

Rruga infektimit		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
Homoseksual	Raste	2		2
	% ndaj totalit	2.6%		2.6%
Heteroseksual	Raste	53	8	61
	% ndaj totalit	68.8%	10.4%	79.2%
Hemotransfuzion Post intervent	Raste	5	5	10
	% ndaj totalit	6.5%	6.5%	13.0%
Biseksual	Raste	3		3
	% ndaj totalit	3.9%		3.9%
Grup risku	Raste	1		1

		% ndaj totalit	1.3%		1.3%
Total	Raste		64	13	77
	% ndaj totalit		83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 9.652 Asymp. Sig. (2-sided) .047
 Likelihood Ratio 8.653 Asymp. Sig. (2-sided) .070
 Linear-by-Linear Association 2.203 Asymp. Sig. (2-sided) .138
 Spearman Correlation .219 Asymp. Sig. (2-sided) .055

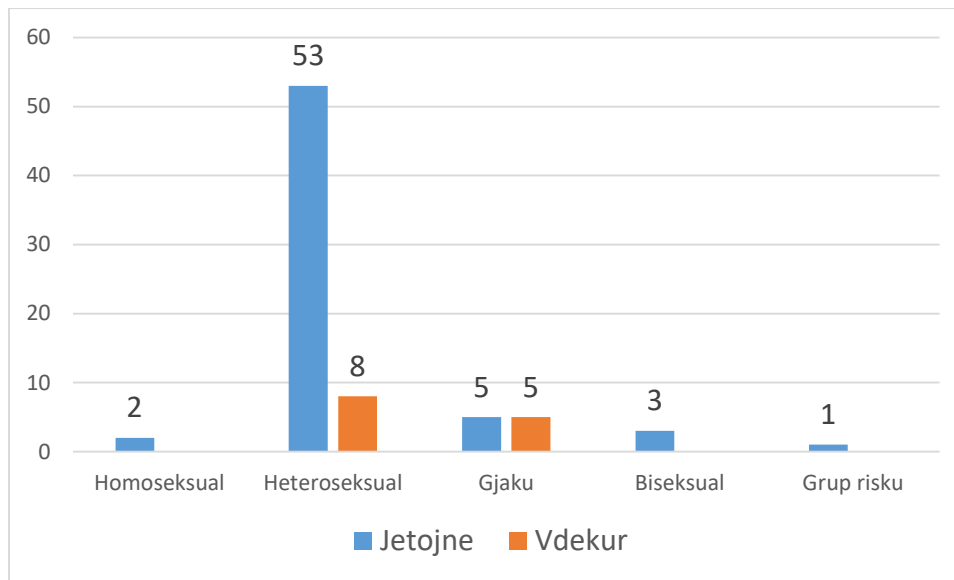


Fig. 3.5.6 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me rrugen e infeksionit

Nuk verehet korelacion ndermjet vdekjeve dhe menyres se fillimit te semundjes pulmonare.

Tab. 3.5.7 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS ne lidhje me menyren e fillimit te semundjes pulmonare

Fillimi i Semundjes pulmomare		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
Akut	Raste	32	5	37
	% ndaj totalit	41.6%	6.5%	48.1%
Subakut	Raste	26	8	34

	% ndaj totalit	33.8%	10.4%	44.2%
Kronik	Raste	6		6
	% ndaj totalit	7.8%		7.8%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 2.588 Asymp. Sig. (2-sided) .274
Likelihood Ratio 3.513 Asymp. Sig. (2-sided) .173
Linear-by-Linear Association .013 Asymp. Sig. (2-sided) .911
Spearman Correlation .042 Approx. Sig. .912

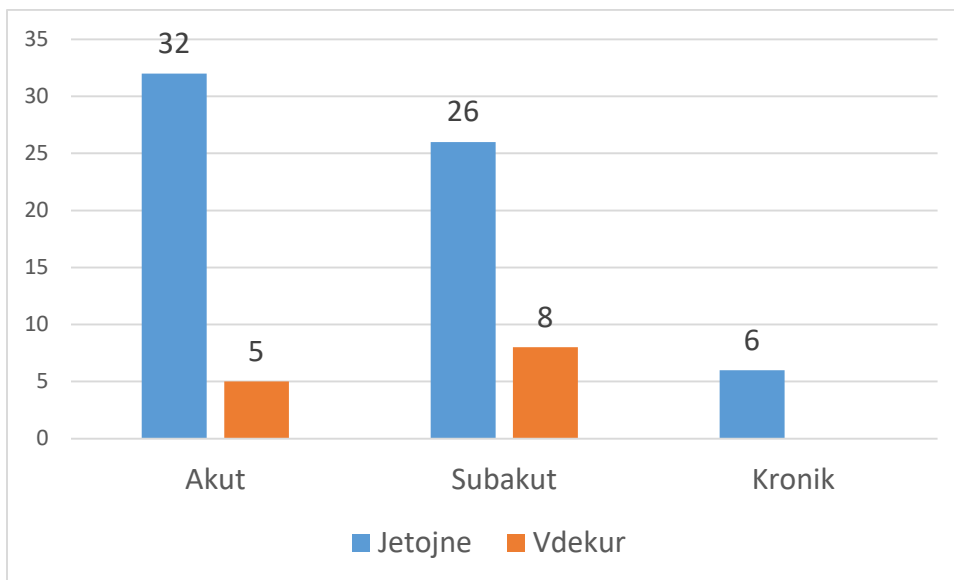


Fig. 3.5.7 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS ne lidhje me menyren e fillimit te semundjes pulmonare

Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me periudhen qe njihen te semure rezultojne: < 3 vite – 23% e rasteve, 3-5 vite – 13.7% e rasteve, 6-8 vite - 12% e rasteve dhe ne ata qe njihen prej 9-12 vite me e larte – 42.9%, por pa nderlidhje sinjifikante ne teresine e pacienteve.

Tab. 3.5.8 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me periudhen qe njihet i semure

Periudha qe njihet i semure	Gjendja aktuale		Total
	Jetojne	Vdekur	

< 3 vite	Raste	10	3	13
	% ndaj totalit	13.0%	3.9%	16.9%
3-5	Raste	25	4	29
	% ndaj totalit	32.5%	5.2%	37.7%
6-8	Raste	25	3	28
	% ndaj totalit	32.5%	3.9%	36.4%
9-12	Raste	4	3	7
	% ndaj totalit	5.2%	3.9%	9.1%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 4.677 Asymp. Sig. (2-sided) .197
 Likelihood Ratio 3.977 Asymp. Sig. (2-sided) .264
 Linear-by-Linear Association .148 Asymp. Sig. (2-sided) .701
 Spearman Correlation .029 Approx. Sig. .803

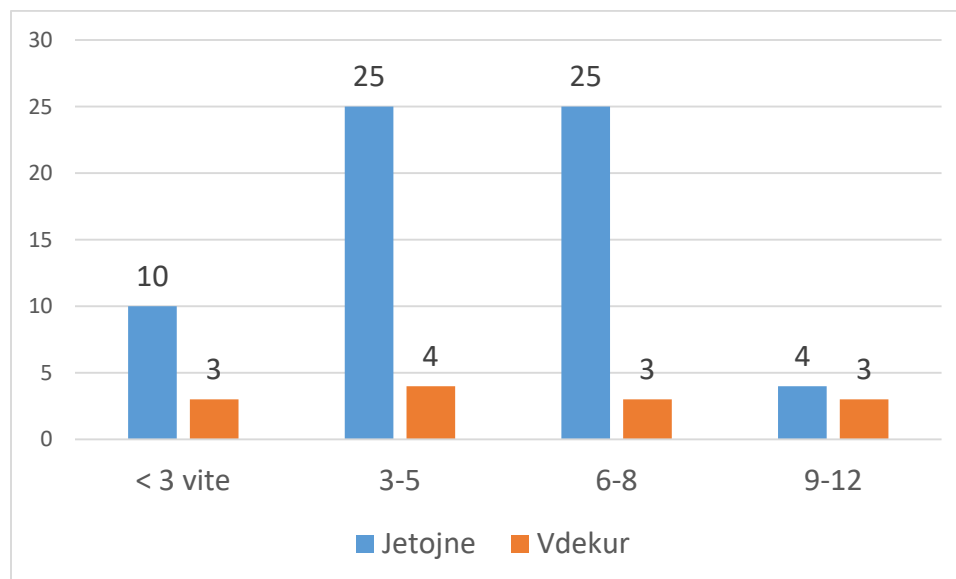


Fig. 3.5.8 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me periudhen qe njihet i semure

Ka nje nderlidhje sinjifikante ndermjet vdekjeve dhe llojit te nderlikimit pulmonar. Ne se nderlikimi ka qene TB i gjeneralizuar rezultojne te vdekur 75% e rasteve, per TB pulmonar - 20% dhe per PCP – 18.5%.

Tab. 3.5.9 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Semundja pulmonare		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
Pneumoni bakteriale (episodi I)	Raste	11	1	12
	% ndaj totalit	14.3%	1.3%	15.6%
Pneumoni bakteriale rekurente	Raste	8		8
	% ndaj totalit	10.4%		10.4%
Pneumonia bakteriale rekurrente PCP	Raste	1		1
	% ndaj totalit	1.3%		1.3%
PCP	Raste	22	5	27
	% ndaj totalit	28.6%	6.5%	35.1%
PCP <i>Sarkoma Kaposi</i>	Raste	2		2
	% ndaj totalit	2.6%		2.6%
PCP Tb pulmonar	Raste	3		3
	% ndaj totalit	3.9%		3.9%
Tb pulmonar	Raste	15	4	19
	% ndaj totalit	19.5%	5.2%	24.7%
Tb pulmonar Spok	Raste	1		1
	% ndaj totalit	1.3%		1.3%
Tb gjeneralizuar	Raste	1	3	4
	% ndaj totalit	1.3%	3.9%	5.2%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 13.587 Asymp. Sig. (2-sided) .093
 Likelihood Ratio 13.106 Asymp. Sig. (2-sided) .108
 Linear-by-Linear Association 5.176 Asymp. Sig. (2-sided) .023
 Spearman Correlation .247 Asymp. Sig. (2-sided) .031

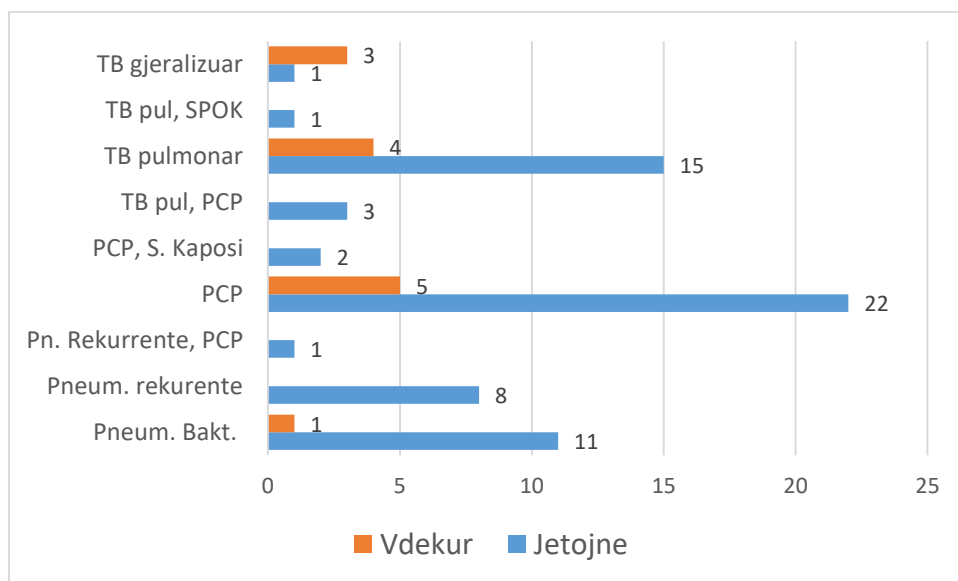


Fig. 3.5.9 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Nderlidhje llogjike sinjifikante rezulton me mjekimin e kryer, ku ata qe praktikisht nuk jane mjekuar kane pesuar exitus laetalis ne 67% te rasteve.

Tab. 3.5.10 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me mjekimin

Mjekuar ne rregull		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
jo	Raste	3	6	9
	% ndaj totalit	3.9%	7.8%	11.7%
po	Raste	61	7	68
	% ndaj totalit	79.2%	9.1%	88.3%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 17.999, Asymp. Sig. (2-sided) .000
 Likelihood Ratio 13.379 Asymp. Sig. (2-sided) .000
 Linear-by-Linear Association 17.765 Asymp. Sig. (2-sided) .000
 Spearman Correlation -.483 Asymp. Sig. (2-sided) .000

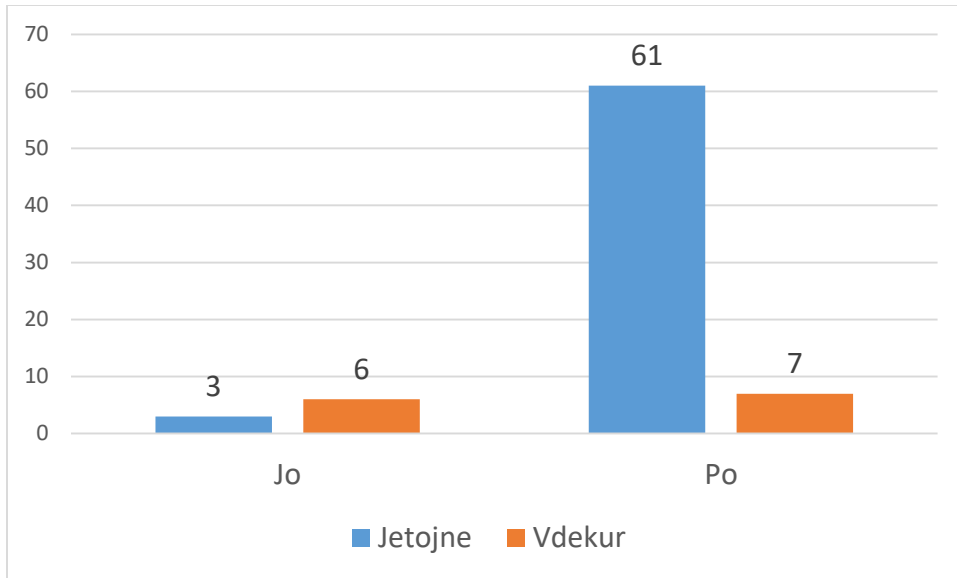


Fig. 3.5.10 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me mjekimin

Rezulton korrelacion pozitiv ndermjet periudhes se mjekimit dhe vdekjeve, por si faktor konfundues nderhyn dhe kohezgjatja e semundjes.

Tab. 3.5.11 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me kohen e mjekimit

Koha mjekimit (vite)		Gjendja aktuale		Total
		Jetojne	Vdekur	
.20	Raste		1	1
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%
.25	Raste		1	1
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%
.50	Raste		1	1
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%
1.00	Raste	4	3	7
	% ndaj totalit	5.2%	3.9%	9.1%
2.00	Raste	8	1	9

	% ndaj totalit	10.4%	1.3%	11.7%
3.00	Raste	7	2	9
	% ndaj totalit	9.1%	2.6%	11.7%
4.00	Raste	13	1	14
	% ndaj totalit	16.9%	1.3%	18.2%
5.00	Raste	13	1	7
	% ndaj totalit	9.1%		9.1%
6.00	Raste	11	1	12
	% ndaj totalit	14.3%	1.3%	15.6%
7.00	Raste	5		5
	% ndaj totalit	6.5%		6.5%
8.00	Raste	6		6
	% ndaj totalit	7.8%		7.8%
9.00	Raste	2	1	3
	% ndaj totalit	2.6%	1.3%	3.9%
10.00	Raste	1	1	2
	% ndaj totalit	1.3%	1.3%	2.6%
Total	Raste	64	13	77
	% ndaj totalit	83.1%	16.9%	100.0%

Pearson Chi-Square 25.901 Asymp. Sig. (2-sided) .011
 Likelihood Ratio 23.865 Asymp. Sig. (2-sided) .021
 Linear-by-Linear Association 4.531 Asymp. Sig. (2-sided) .033
 Spearman Correlation -.276 Asymp. Sig. (2-sided) .015

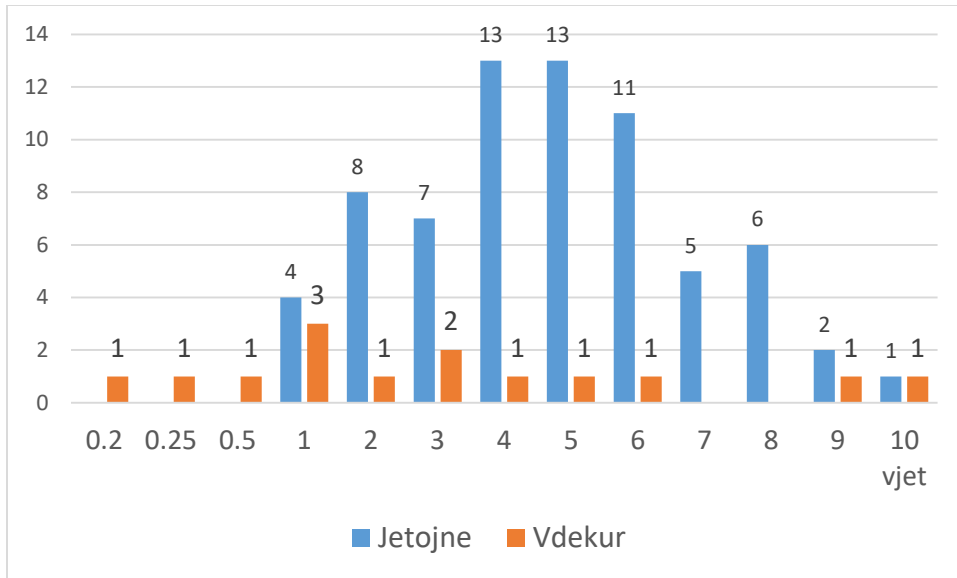


Fig. 3.5.11 Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me kohen e mjekimit

3.6 Korelacione ne lidhje me moshen ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Nga studimi rezultoi se ka diference ndermjet modhes dhe periudhes qe njihen te infektuar me HIV (Tab. 3.61 dhe Fig. 3.6.1). Gjithashtu (Tab.3.6.2 dhe Fig. 3.6.2) rezulton se grupmosha 45-54 jane me periudhe me te gjate mjekimi.

Tab. 3.6.1 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe periudhen qe njihen te semure

Moshë		Periudhe qe njihet semure				Total
		< 3 vite	3-5	6-8	9-12	
< 35	Nr.rasteve	2	4	3		9

	% ndaj totalit	2.6%	5.2%	3.9%		11.7%
35-39	Nr.rasteve		8	5		13
	% ndaj totalit		10.4%	6.5%		16.9%
40-44	Nr.rasteve	2	8	5		15
	% ndaj totalit	2.6%	10.4%	6.5%		19.5%
45-49	Nr.rasteve		3	7	2	12
	% ndaj totalit		3.9%	9.1%	2.6%	15.6%
50-54	Nr.rasteve	5	2	4	2	13
	% ndaj totalit	6.5%	2.6%	5.2%	2.6%	16.9%
55-59	Nr.rasteve	1		2	1	4
	% ndaj totalit	1.3%		2.6%	1.3%	5.2%
60-64	Nr.rasteve	3	3	1		7
	% ndaj totalit	3.9%	3.9%	1.3%		9.1%
65-69	Nr.rasteve			1	1	2
	% ndaj totalit			1.3%	1.3%	2.6%
70-74	Nr.rasteve		1			1
	% ndaj totalit		1.3%			1.3%
75-79	Nr.rasteve				1	1
	% ndaj totalit				1.3%	1.3%
Total	Nr.rasteve	13	29	28	7	77
	% ndaj totalit	16.9%	37.7%	36.4%	9.1%	100.0%

Pearson Chi-Square 43.751 Asymp. Sig. (2-sided) .022
 Likelihood Ratio 45.447 Asymp. Sig. (2-sided) .015
 Linear-by-Linear Association .732 Asymp. Sig. (2-sided) .392
 Spearman Correlation .122 Approx. Sig. (2-sided) .498

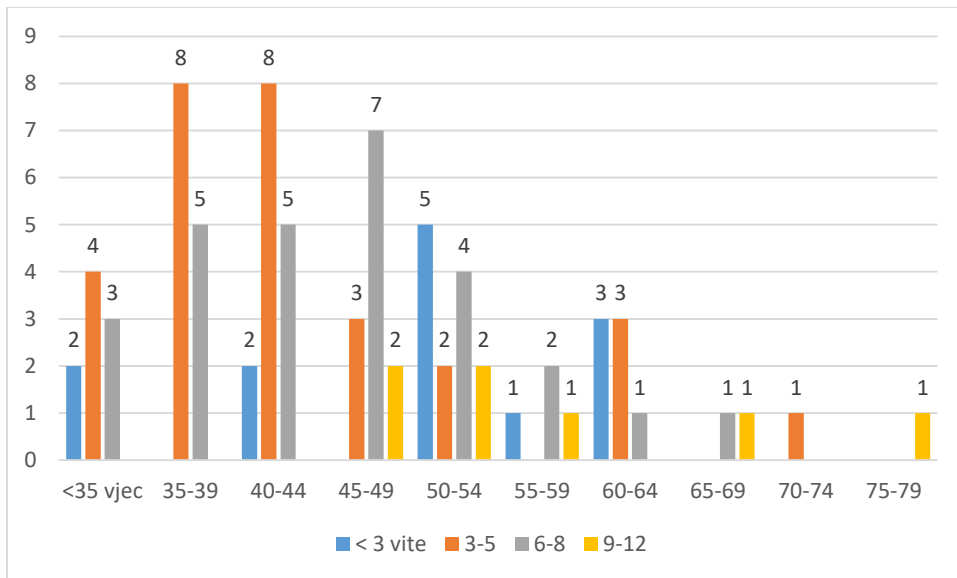


Fig. 3.6.1 Patientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe periudhen qe njihen te semure

Tab. 3.6.2 Patientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe periudhen e mjekimit

Moshë		Periudha e mjekimit (vite)				Total
		≤ 1	2-4	5-7	8-10	
< 35	Nr.rasteve	1	5	3		9
	% ndaj totalit	1.3%	6.5%	3.9%		11.7%
35-39	Nr.rasteve		7	6		13
	% ndaj totalit		9.1%	7.8%		16.9%
40-44	Nr.rasteve	2	8	5		15
	% ndaj totalit	2.6%	10.4%	6.5%		19.5%
45-49	Nr.rasteve	1	2	5	4	12
	% ndaj totalit	1.3%	2.6%	6.5%	5.2%	15.6%
50-54	Nr.rasteve	4	4	2	3	13
	% ndaj totalit	5.2%	5.2%	2.6%	3.9%	16.9%
55-59	Nr.rasteve		1	1	2	4
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%	2.6%	5.2%
60-64	Nr.rasteve	2	2	2	1	7
	% ndaj totalit	2.6%	2.6%	2.6%	1.3%	9.1%
65-69	Nr.rasteve		2			2

	% ndaj totalit		2.6%			2.6%
70-74	Nr.rasteve		1			1
	% ndaj totalit		1.3%			1.3%
75-79	Nr.rasteve				1	1
	% ndaj totalit				1.3%	1.3%
Total	Nr.rasteve	10	32	24	11	77
	% ndaj totalit	13.0%	41.6%	31.2%	14.3%	100.0%

Pearson Chi-Square	36.333	Asymp. Sig. (2-sided)	.108
Likelihood Ratio	39.808	Asymp. Sig. (2-sided)	.053
Linear-by-Linear Association	.762	Asymp. Sig. (2-sided)	.383
Spearman Correlation	.114	Approx. Sig. (2-sided)	.477

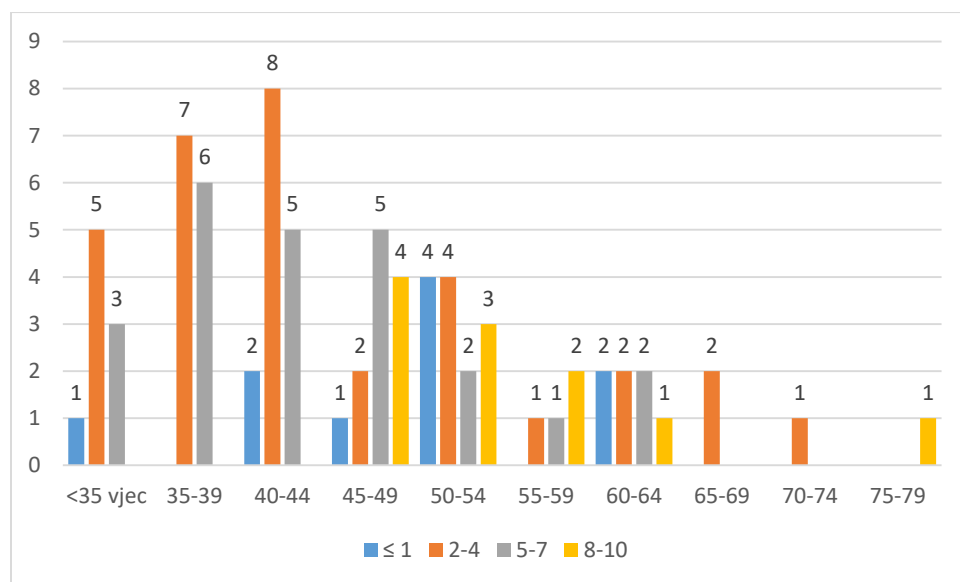


Fig. 3.6.2 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe periudhen e mjekimit

Sipas rruges se infektimit eshte deklaruar homoseksuale vetem ne grupmoshen 35-39 vjec me 2.6% te rasteve. Rruga heteroseksuale, qe perben shumicen e rasteve (79.2%), rezulton me shpesh ne grupmoshen 40-44 vjec (18.2% e totalit te rasteve) dhe 45-49 e 50-54 vjec me nga 14.3% secili.

Tab. 3.6.3 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe menyren e infektimit

Moshë		Infektimi				Total
		Homoseksual	Heteroseksual	Hemotransfuzion Post intervent	Biseksual	
< 35	Nr.rasteve		8	1		9
	% ndaj totalit		10.4%	1.3%		11.7%
35-39	Nr.rasteve	2	10	1		13

	% ndaj totalit	2.6%	13.0%	1.3%			16.9%
40-44	Nr.rasteve		14			1	15
	% ndaj totalit		18.2%			1.3%	19.5%
45-49	Nr.rasteve		11		1		12
	% ndaj totalit		14.3%		1.3%		15.6%
50-54	Nr.rasteve		11	1	1		13
	% ndaj totalit		14.3%	1.3%	1.3%		16.9%
55-59	Nr.rasteve		3		1		4
	% ndaj totalit		3.9%		1.3%		5.2%
60-64	Nr.rasteve		3	4			7
	% ndaj totalit		3.9%	5.2%			9.1%
65-69	Nr.rasteve			2			2
	% ndaj totalit			2.6%			2.6%
70-74	Nr.rasteve		1				1
	% ndaj totalit		1.3%				1.3%
75-79	Nr.rasteve			1			1
	% ndaj totalit			1.3%			1.3%
Total	Nr.rasteve	2	61	10	3	1	77
	% ndaj totalit	2.6%	79.2%	13.0%	3.9%	1.3%	100.0%

Pearson Chi-Square 58.632 Asymp. Sig. (2-sided) .010
 Likelihood Ratio 45.634 Asymp. Sig. (2-sided) .130
 Linear-by-Linear Association 9.824 Asymp. Sig. (2-sided) .002
 Spearman Correlation .106 Approx. Sig. (2-sided) .001

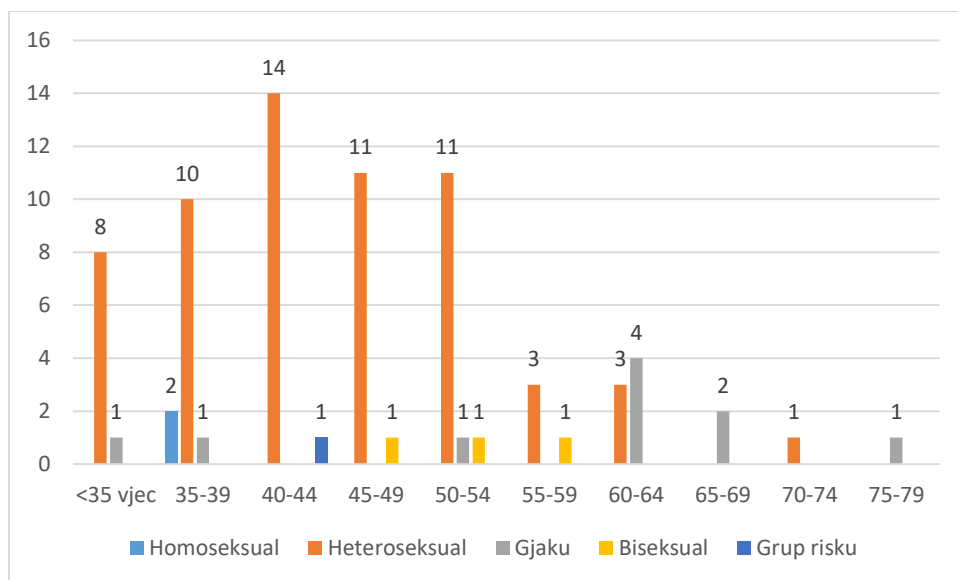


Fig. 3.6.3 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe menyren e infektimit

Nderlikimi pulmonar i lidhur me HIV ka qene me shpesh ne gruomoshen 40-44 vjec, me PCP – 35-49 vjec dhe me TB 45-49 vjec.

Tab. 3.6.4 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe patologjine pulmonare

Moshë		Nderlikime pulmonare								Total	
		Pneumoni bakteriale (episodi D)	Pneumoni bakteriale rekurente	Pneumonia bakteriale rekurente ncrp	PCP	PCP <i>Sarkoma Kaposi</i>	PCP Tb pulmonar	Tb pulmonar	Tb pulmonar Spok		Tb gjeneralizuar
< 35	Nr.rasteve		3		3			2		1	9
	% ndaj totalit		3.9%		3.9%			2.6%		1.3%	11.7%
35-39	Nr.rasteve	4	1		5			3			13
	% ndaj totalit	5.2%	1.3%		6.5%			3.9%			16.9%
40-44	Nr.rasteve	5	1		4	1		2		2	15
	% ndaj totalit	6.5%	1.3%		5.2%	1.3%		2.6%		2.6%	19.5%
45-49	Nr.rasteve		1		5		1	5			12
	% ndaj totalit		1.3%		6.5%		1.3%	6.5%			15.6%
50-54	Nr.rasteve	3	2		2	1	1	4			13
	% ndaj totalit	3.9%	2.6%		2.6%	1.3%	1.3%	5.2%			16.9%
55-59	Nr.rasteve				3			1			4
	% ndaj totalit				3.9%			1.3%			5.2%

60-64	Nr.rasteve			1	2		1	1	1	1	7
	% ndaj totalit			1.3%	2.6%		1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	9.1%
65-69	Nr.rasteve				1			1			2
	% ndaj totalit				1.3%			1.3%			2.6%
70-74	Nr.rasteve				1						1
	% ndaj totalit				1.3%						1.3%
75-79	Nr.rasteve				1						1
	% ndaj totalit				1.3%						1.3%
Total	Nr.rasteve	12	8	1	27	2	3	19	1	4	77
	% ndaj totalit	15.6%	10.4%	1.3%	35.1%	2.6%	3.9%	24.7%	1.3%	5.2%	100.0%

Pearson Chi-Square 62.245 Asymp. Sig. (2-sided) .787
Likelihood Ratio 58.049 Asymp. Sig. (2-sided) .883
Linear-by-Linear Association 2.169 Asymp. Sig. (2-sided) .141
Spearman Correlation .107 Approx. Sig. (2-sided) .160

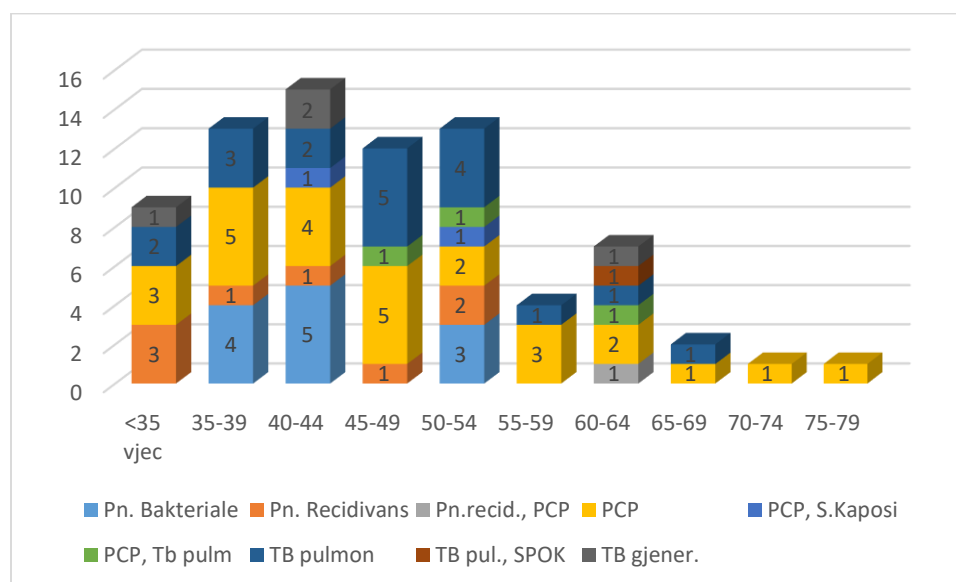


Fig. 3.6.4 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe patologjine pulmonare

Sipas profesionit rezulton se te pa pune kane qene me shpesh ne grupmoshen 35-44 vjec, punetor ne grupmoshen 44-49 vjec, bujq ne grupmoshen < 35 vjec dhe 40-44 vjec dhe nepunes ne grupmoshen 50-5 vjec. Sipas prejardhjes qyteraret kane qene me shpesh ne grupmoshen 40-44 vjec dhe fshataret nen moshen 54 vjec.

Tab. 3.6.5 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe profesionin

Moshë	Nr.rasteve	Profesioni					Total
		Pa pune	Punetor	Bujk	Nepunes	Tjeter	
< 35		3	2	2	1	1	9

	% ndaj totalit	3.9%	2.6%	2.6%	1.3%	1.3%	11.7%
35-39	Nr.rasteve	6	4		2	1	13
	% ndaj totalit	7.8%	5.2%		2.6%	1.3%	16.9%
40-44	Nr.rasteve	6	5	2		2	15
	% ndaj totalit	7.8%	6.5%	2.6%		2.6%	19.5%
45-49	Nr.rasteve	5	5			2	12
	% ndaj totalit	6.5%	6.5%			2.6%	15.6%
50-54	Nr.rasteve	6	3	1	3		13
	% ndaj totalit	7.8%	3.9%	1.3%	3.9%		16.9%
55-59	Nr.rasteve	1	2		1		4
	% ndaj totalit	1.3%	2.6%		1.3%		5.2%
60-64	Nr.rasteve	1	1			5	7
	% ndaj totalit	1.3%	1.3%			6.5%	9.1%
65-69	Nr.rasteve	1				1	2
	% ndaj totalit	1.3%				1.3%	2.6%
70-74	Nr.rasteve					1	1
	% ndaj totalit					1.3%	1.3%
75-79	Nr.rasteve					1	1
	% ndaj totalit					1.3%	1.3%
Total	Nr.rasteve	29	22	5	7	14	77
	% ndaj totalit	37.7%	28.6%	6.5%	9.1%	18.2%	100.0%

Pearson Chi-Square 44.882 Asymp. Sig. (2-sided) .147
 Likelihood Ratio 44.648 Asymp. Sig. (2-sided) .153
 Linear-by-Linear Association 9.235 Asymp. Sig. (2-sided) .002
 Spearman Correlation .121 Approx. Sig. (2-sided) .092

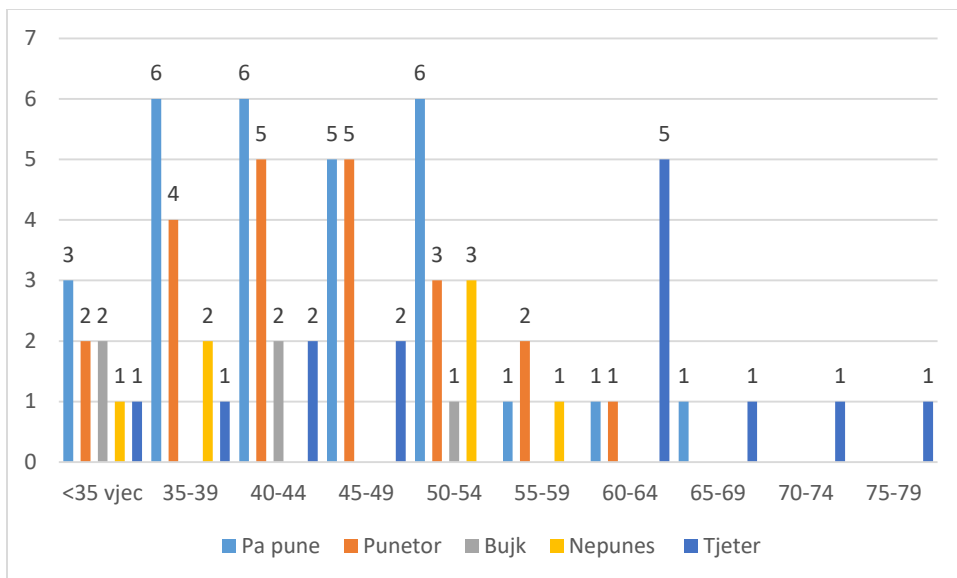


Fig. 3.6.5 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe profesionin

Tab. 3.6.6 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe prejardhjen

Moshë				Total
		Qytetar	Fshatar	
< 35	Nr.rasteve	6	3	9
	% ndaj totalit	7.8%	3.9%	11.7%
35-39	Nr.rasteve	10	3	13
	% ndaj totalit	13.0%	3.9%	16.9%
40-44	Nr.rasteve	13	2	15
	% ndaj totalit	16.9%	2.6%	19.5%
45-49	Nr.rasteve	9	3	12
	% ndaj totalit	11.7%	3.9%	15.6%
50-54	Nr.rasteve	10	3	13
	% ndaj totalit	13.0%	3.9%	16.9%
55-59	Nr.rasteve	3	1	4
	% ndaj totalit	3.9%	1.3%	5.2%
60-64	Nr.rasteve	7		7
	% ndaj totalit	9.1%		9.1%
65-69	Nr.rasteve	1	1	2
	% ndaj totalit	1.3%	1.3%	2.6%

70-74	Nr.rasteve	1		1
	% ndaj totalit	1.3%		1.3%
75-79	Nr.rasteve		1	1
	% ndaj totalit		1.3%	1.3%
Total	Nr.rasteve	60	17	77
	% ndaj totalit	77.9%	22.1%	100.0%

Pearson Chi-Square 8.126 Asymp. Sig. (2-sided) .521
Likelihood Ratio 9.200 Asymp. Sig. (2-sided) .419
Linear-by-Linear Association .004 Asymp. Sig. (2-sided) .952
Spearman Correlation .120 Approx. Sig. (2-sided) .754

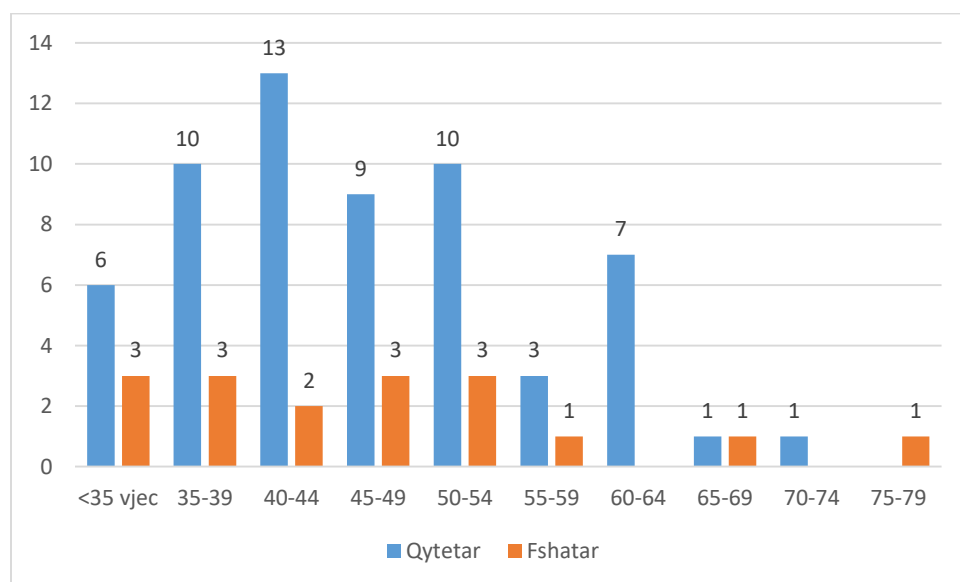


Fig. 3.6.6 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe prejardhjen

Sipas struktures moshore zbulimi i infeksionit HIV ne Spitalin infektiv kane qene me shpesh ne grupmoshen 40-44 vjec, ndersa ne SUSM ne grupmoshen 45-49 vjec.

Tab. 3.6.7 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe strukturen e zbulimit te infektimit HIV

Moshë		Struktura e zbulimit				Total
		Spitali infektiv	SUSM	Sherbime te tjera	Jashte shteti	
< 35	Nr.rasteve	6	3			9
	% ndaj totalit	7.8%	3.9%			11.7%
35-39	Nr.rasteve	8	3	1	1	13
	% ndaj totalit	10.4%	3.9%	1.3%	1.3%	16.9%
40-44	Nr.rasteve	11	4			15

	% ndaj totalit	14.3%	5.2%			19.5%
45-49	Nr.rasteve	4	7	1		12
	% ndaj totalit	5.2%	9.1%	1.3%		15.6%
50-54	Nr.rasteve	9	4			13
	% ndaj totalit	11.7%	5.2%			16.9%
55-59	Nr.rasteve	4				4
	% ndaj totalit	5.2%				5.2%
60-64	Nr.rasteve	3	2	1	1	7
	% ndaj totalit	3.9%	2.6%	1.3%	1.3%	9.1%
65-69	Nr.rasteve		1		1	2
	% ndaj totalit		1.3%		1.3%	2.6%
70-74	Nr.rasteve			1		1
	% ndaj totalit			1.3%		1.3%
75-79	Nr.rasteve				1	1
	% ndaj totalit				1.3%	1.3%
Total	Nr.rasteve	45	24	4	4	77
	% ndaj totalit	58.4%	31.2%	5.2%	5.2%	100.0%

Pearson Chi-Square 61.588 Asymp. Sig. (2-sided) .000
 Likelihood Ratio 37.934 Asymp. Sig. (2-sided) .079
 Linear-by-Linear Association 8.705 Asymp. Sig. (2-sided) .003
 Spearman Correlation .121 Approx. Sig. (2-sided) .094

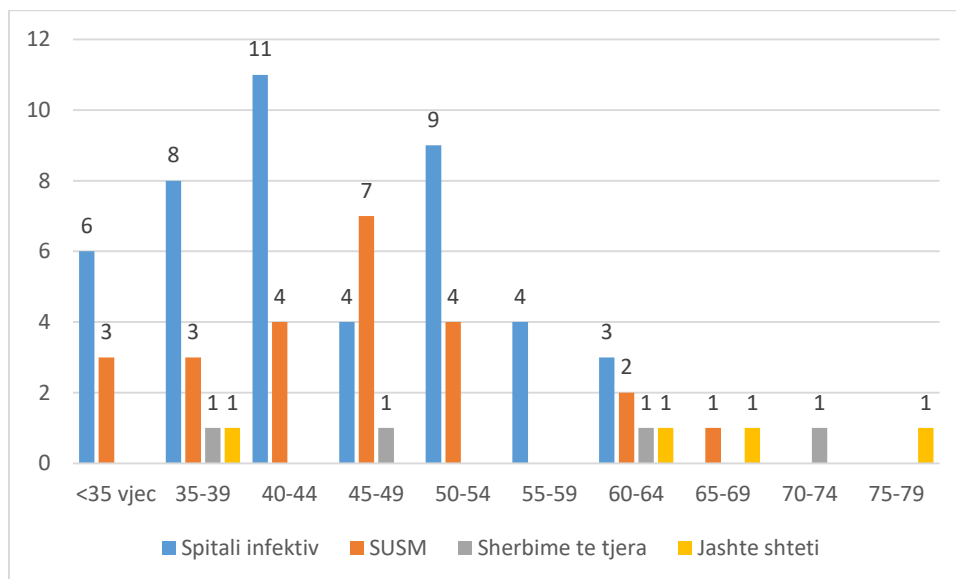


Fig. 3.6.7 Pacientet me HIV/AIDS ne lidhje me moshen dhe strukturen e zbulimit te infektimit HIV

3.7 Te dhena sipas llojit te nderlikimit pulmonar ne pacientet HIV/AIDS

Ne 77 paciente me HIV/AIDS ka patur 84 nderlikime me patologji pulmonare. Sipas nderlikimit pulmonar rezulton te kete qene pneumoni bakteriale (episodi I) ne 12 (14.3%) raste, pneumoni bakteriale rekurente – 9 (10.6%). Patologjia me e shpeshte ka qene PCP – 33 (39.3%), pasuar nga tuberkulozi – 27 (32.2%), prej te cileve 23 (27.4%) – TB pulmonar dhe 4 (4.8%) TB i gjeneralizuar. Jane konstatuar 2 (2.4%) raste me Sarcoma Kaposi dhe 1 (1.2%) rast me SPOK.

Mosha mesatare ne pacientet HIV/AIDS, qe kane pesuar pneumoni per here te pare ka qene 42.9 ± 5.9 vjec (35 gjer 52 vjec); per ata me pneumoni recidivuese – 44.1 ± 10.9 vjec (31 gjer 64 vjec); per ata me PCP - 48.2 ± 11.8 vjec (30 gjer 71 vjec); per ata me Tb pulmonar – 48.1 ± 9.8 vite (32 gjer 67 vite); per pacientet me Tb gjeneralizuar – 47.8 ± 10.2 vjec (42 gjer 63 vjec).

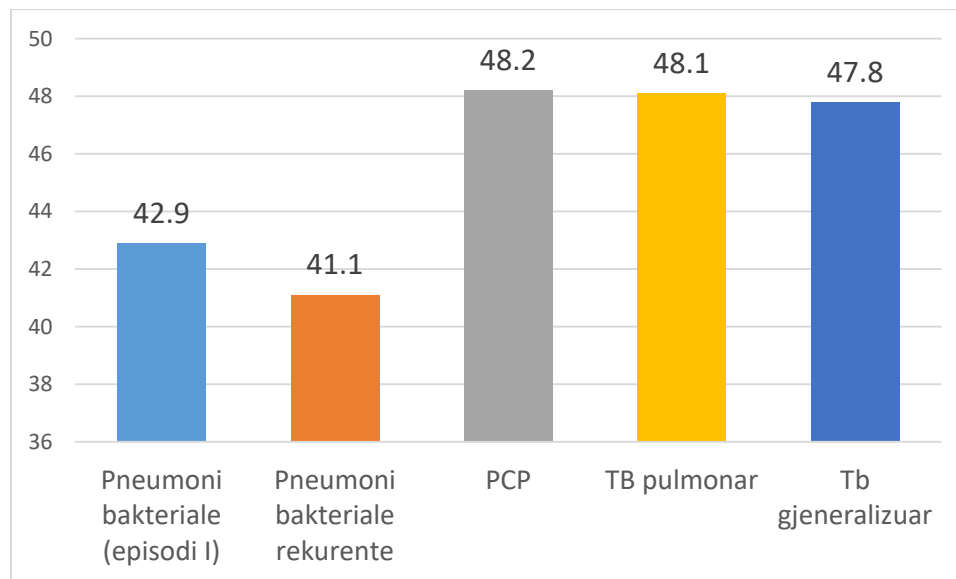


Fig. 3.7.1 Struktura e moshes mesatare (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Tab. 3.7.1 Struktura e moshes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Grupmosha	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
< 35		33.3	9.1	8.7
35-39	33.3	11.1	15.2	13.0
40-44	41.7	11.1	15.2	8.7
45-49		11.1	18.2	26.1
50-54	25.0	22.2	12.1	21.7
55-59			9.1	4.3
60-64		11.1	12.1	13.0
65-69			3.0	4.3
70-74			3.0	
75-79			3.0	

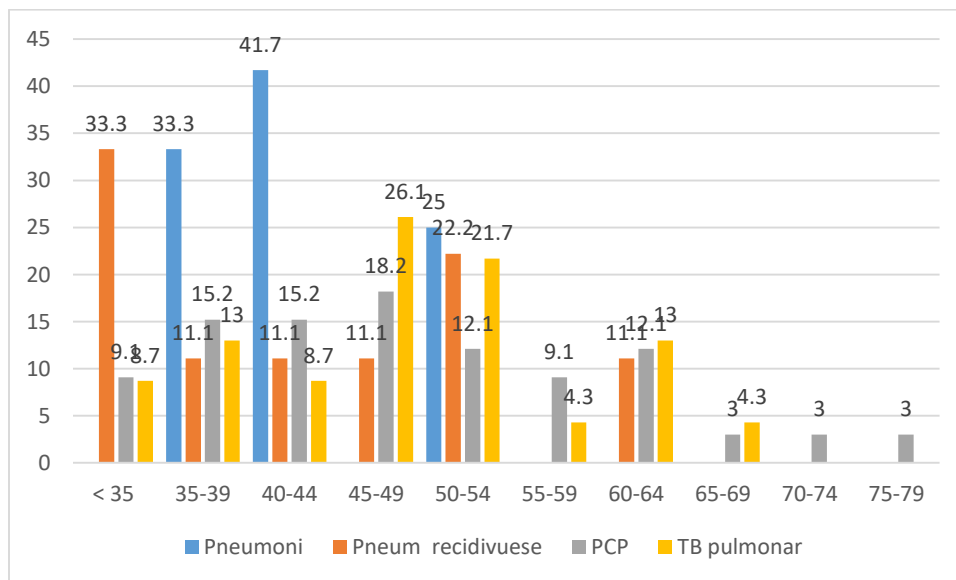


Fig. 3.7.2 Struktura e moshes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Nderlikimi pulmonar i lidhur me HIV ka qene i njejte per te dyja gjinite ne lidhje me pneumonine dhe ka predominuar ne gjinine mashkull ne rastet e pneumonise recidivuese, PCP dhe TB.

Tab. 3.7.2 Struktura gjinore (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Gjinia	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
Mashkull	50.0	88.9	90.9	95.7
Femer	50.0	11.1	9.1	4.3

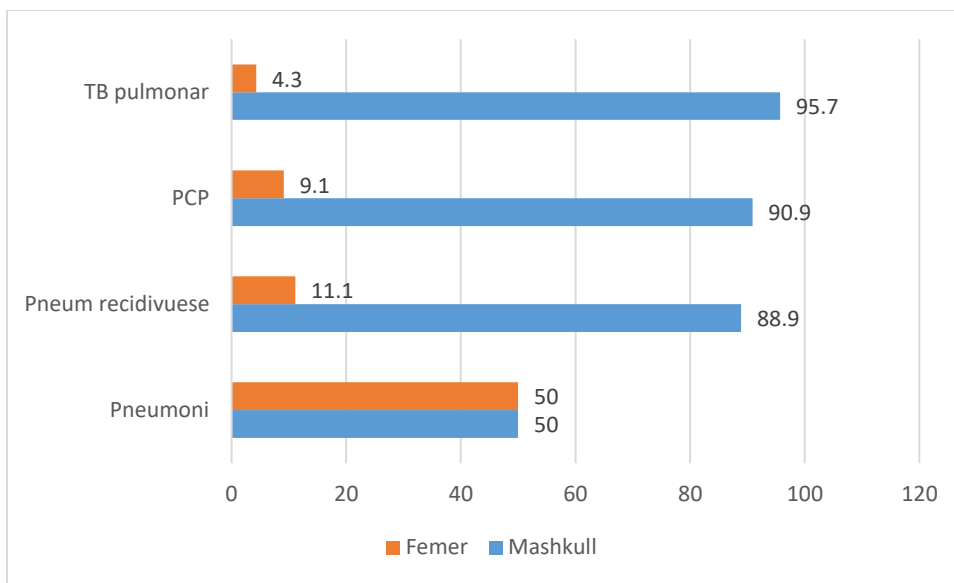


Fig. 3.7.3 Struktura gjinore (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Nderlikimet me pneumoni, PCP dhe TB kane predominuar ne pacientet HIV/AIDS fumatore.

Tab. 3.7.3 Struktura sipas vesit te fumacionit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Fumacioni	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
Jo fumator	16.7	55.6	15.2	8.7
Fumator	83.3	44.4	84.8	91.3

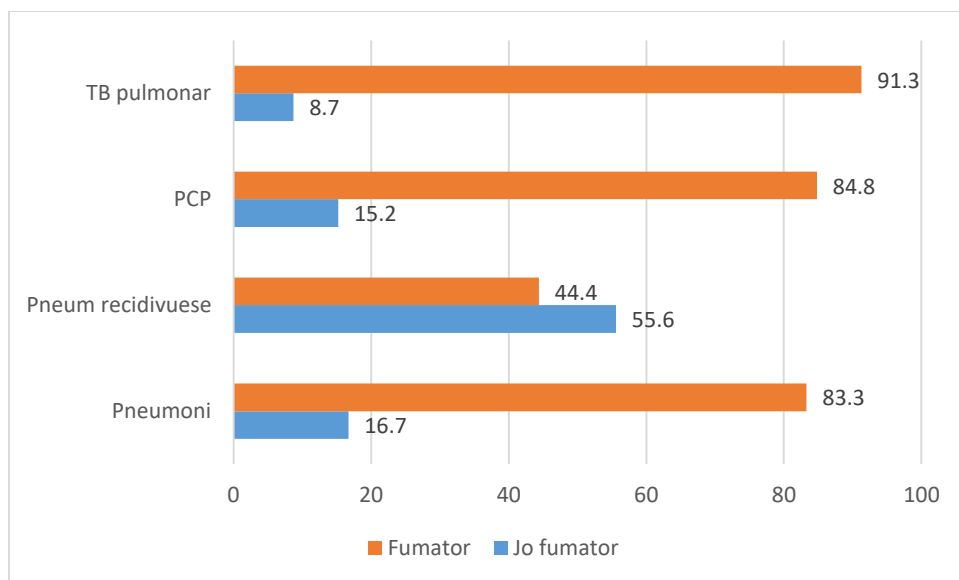


Fig. 3.7.4 Struktura sipas vesit te fumacionit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Ne pacientet me nderlikime pulmonare aresimi i larte ka qene me pak frekuent, gjithashtu ne strukturen e prejardhjes me shpesh kane qene qytetaret.

Tab. 3.7.4 Struktura e arsimimit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Arsimimi	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
Fillor	8.3		3.0	
8-vjecar	16.7	44.4	51.5	47.8
I mesem	58.3	11.1	27.3	39.1
I larte	16.7	44.4	18.2	13.0

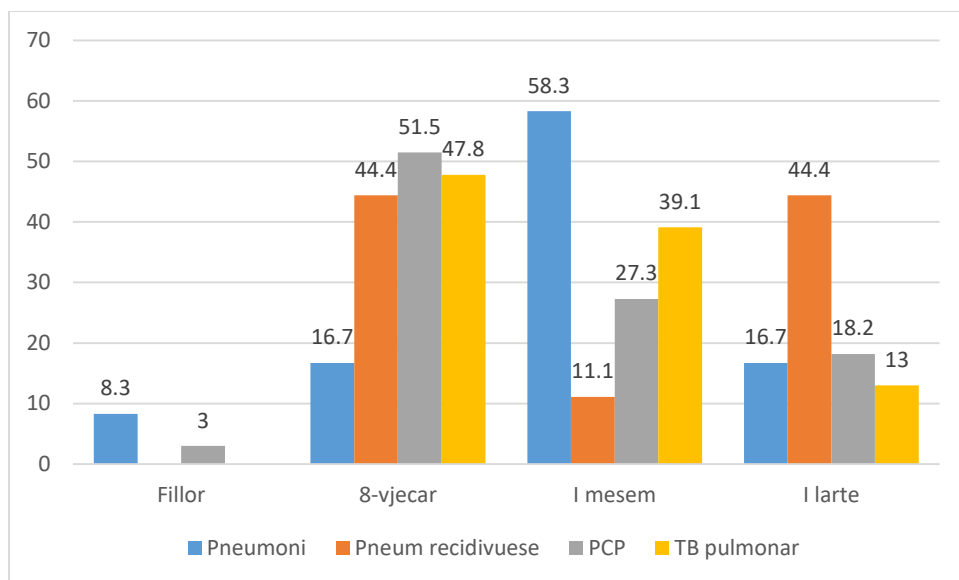


Fig. 3.7.5 Struktura e arsimimit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Tab. 3.7.5 Struktura e prejardhjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Prejardhja	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
Qytetar	100.0	55.6	81.8	69.6
Fshatar		44.4	18.2	30.4

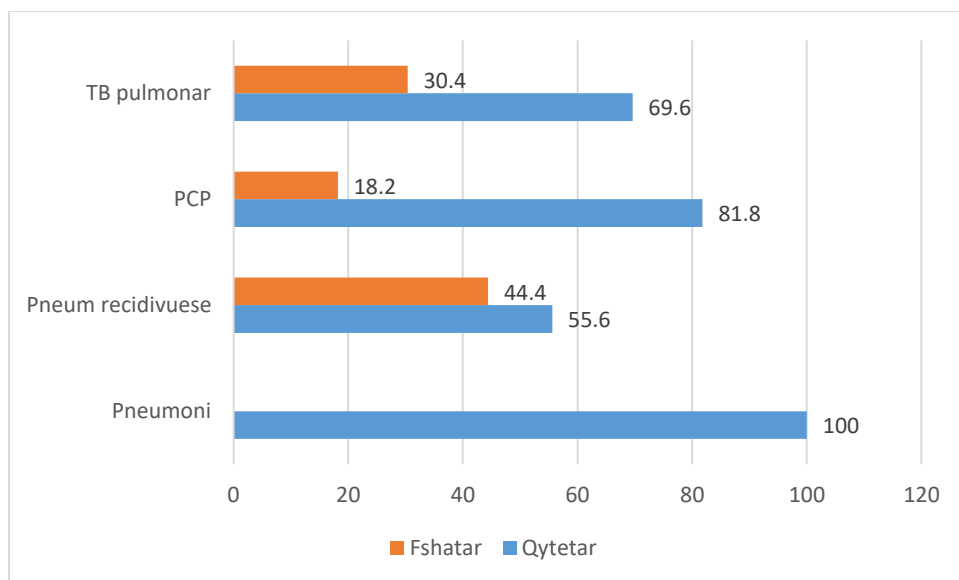


Fig. 3.7.6 Struktura e prejardhjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Ne lidhje me strukturen e profesioneve TB dhe PCP kane qene me shpesh ne te pa pune dhe punetore.

Tab. 3.7.6 Struktura e profesionit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Profesioni	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
Pa pune	33.3	33.3	42.4	39.1
Punetor	50.0	11.1	24.2	26.1
Bujk		22.2	6.1	
Nepunes	16.7	22.2	6.1	4.3
Tjeter		11.1	21.2	30.4

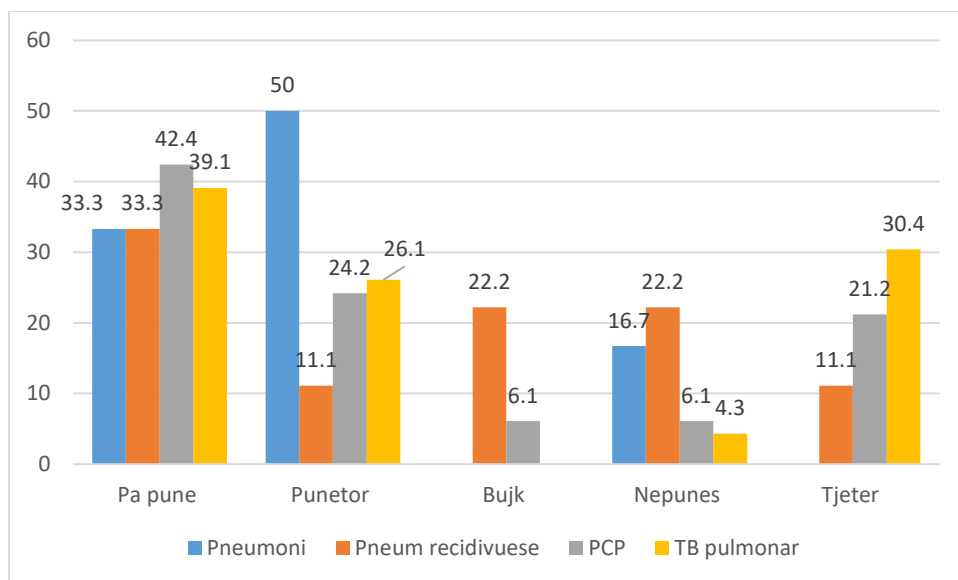


Fig. 3.7.7 Struktura e profesionit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Nivelet e CD4 ne lidhje me nderlikimin pulmonar rezultojne se ne pneumonine per here te pare kane qene ne raste te barabarta ne CD4 300-399 dhe 200-299/ml, asnje rast ne nivele me te ulta te CD4. Pneumonia recidivuese eshte pare ne numer rastesh te barabarta ne nivele e CD4 200-299, 100-199 dhe <100 /ml dhe asnje raste ne nivelet 300-399/ml. PCP ka ndodhur ne 60.6% ne paciente me nivel CD4 100-199 qeliza /ml dhe 39.4% ne nivelin < 100 qeliza/ml, asnje rast ne nivele te qelizavae CD4>199/ml. Tb pulmonar eshte konstatuar ne paciente me nivel te CD4 200-299 qeliza/ml ne 26.1 %, 100-199 qeliza/ml ne 34.8% dhe 39.1% ne nivelin < 100 qeliza/ml.

Tab. 3.7.7 Nivelet e CD4 (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

CD4	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
300-399/ml	50.0			
200-299/ml	50.0	33.3		26.1
100-199/ml		33.3	60.6	34.8
< 100/ml		33.3	39.4	39.1

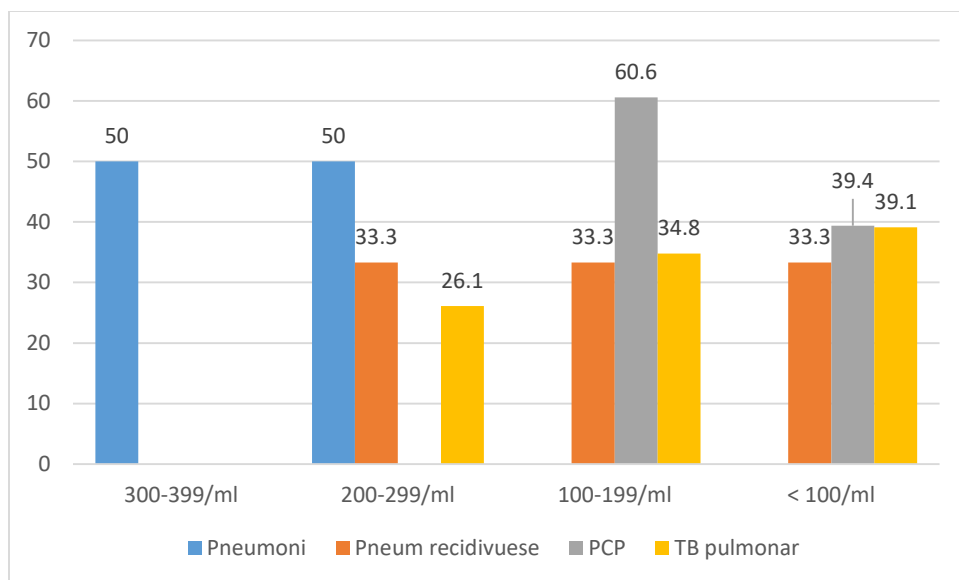


Fig. 3.7.8 Nivelet e CD4 (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Sipas menyres se fillimit te semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se frekuence me te madhe te fillimit akut kane pneumonite dhe subakut Tb pulmonar.

Tab. 3.7.8 Menyra e fillimit te semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Menyra e fillimit te semundjes	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
Akut	58.3	66.7	48.5	39.1
Subakut	33.3	11.1	48.5	52.2
Kronik	8.3	22.2	3.0	8.7

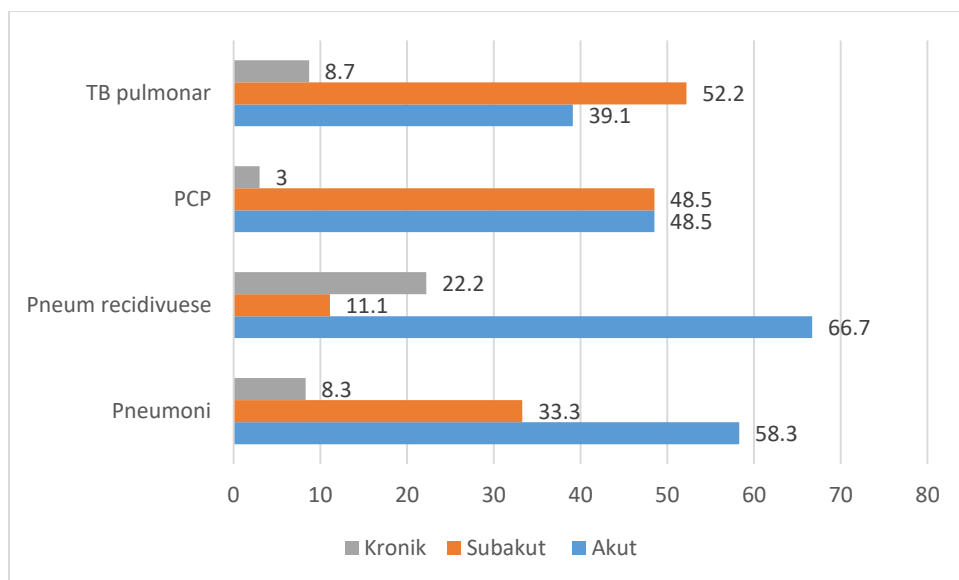


Fig. 3.7.9 Menyra e fillimit te semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Tab. 3.7.9 Simptomat e semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Simptoma	Total		Tb pulmonar		Pneumoni		Pneumoni recidivuese		PCP		TB gjeneralizuar	
	Raste	%		%		%		%		%		%
Kolle	61	79.2	17	73.9	10	83.3	7	77.8	25	75.8	4	100
Sputum	31	40.3	10	43.5	5	41.7	4	44.4	12	36.4	2	50
Dispne qetesi	26	33.8	8	34.8	7	58.3	3	33.3	6	18	2	50
Dispne effort	29	37.7	6	26.1	6	50	3	33.3	12	36.4	2	50
Dhimbje gjoksi	24	31.2	6	26.1	6	50	3	33.3	8	24.2	1	25
Hemoptizi	22	28.6	6	26.1	5	41.7			6	18.2	1	25
Renje peshe	50	64.9	15	65.2	7	58.3	7	77.8	21	63.6	3	75
Dobesi	62	80.5	20	87	10	83.3	9	100	25	75.8	2	50
Temperature	51	66.2	18	78.3	7	58.3	6	66.7	21	63.6	3	75
Anoreksi	49	63.6	18	78.3	7	58.3	6	66.7	20	60.6	1	25
Dhimbje osteoartikulare	3	3.9	1	4.3			1	11.1	1	3		

Djersitje	3	3.9	3	13								
Dhimbje koke	1	1.3									1	25
Diare	2	2.6	1	4.3			1	11.1				
Gjetje te tjera												
Adenopati CT	12	15.6%	7	30.4			3	33.3	2	6.1	2	50
Adenopati			5	21.7			2	22.2	1	3	1	25
Paralize	1	1.3									1	25

Ne tab. 3.7.7 paraqiten manifestimet klinike sipas llojit te nderlikimit. Ne nderlikimin tuberkular ne 7 (30.4%) raste u konstataua adenopati hilaro-mediastinale ne CT, ndersa ne 5 (21.7%) raste ne radiografine torakale.

Sipas pulmonit te prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se TB pulmonar dhe PCP kane patur me shpesh lokalizim bilateral.

Tab. 3.7.10 Pulmoni i prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Pulmoni i prekur	Pneumoni	Pneumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
Djathte	50.0	22.2	27.3	21.7
Majte	33.3	44.4	30.3	34.8
Bilateral	16.7	33.3	42.4	43.5

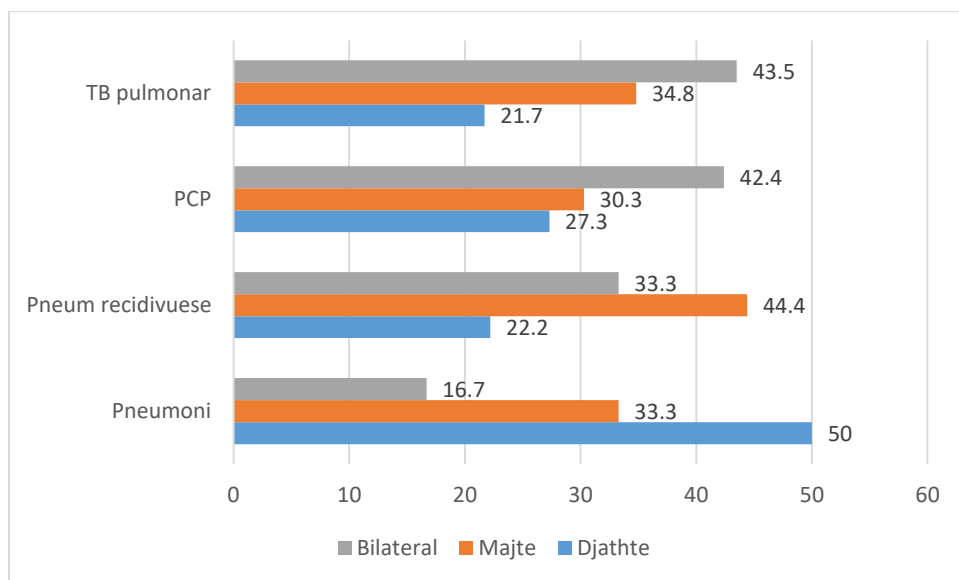


Fig. 3.7.10 Pulmoni i prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Sipas fushes pulmonare te prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re lokalizim atipik i TB pulmonar ne fushen e mesme dhe te poshtme te pulmonit (43.2% te rasteve).

Tab. 3.7.11 Fusha pulmonare e prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Fusha e prekur	Pneumoni	Pneumumoni recidivuese	PCP	TB pulmonar
Superior	16.7	22.2	18.2	56.5
Mesme	33.3	55.6	69.7	30.4
Inferior	50.0	22.2	12.1	13.0

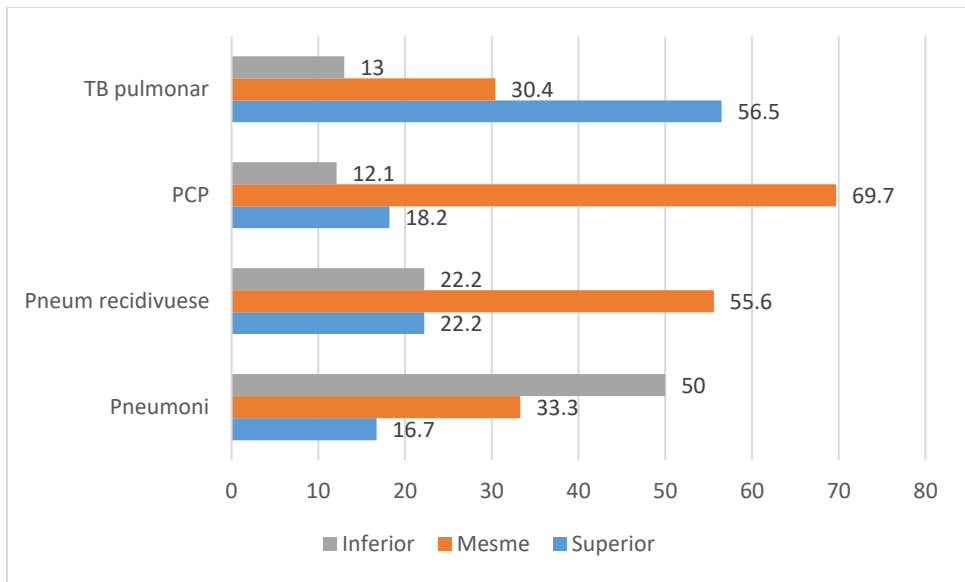


Fig. 3.7.11 Fusha pulmonare e prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Periudha kohore qe njihen te infektuar per pacientet HIV/AIDS, qe kane pesuar pneumoni per here te pare ka rezultuar 4.2 ± 1.9 vjet (2 gjer 8 vjet); per ata me pneumoni recidivuese – 3.9 ± 1.8 vite (1 gjer 6 vite); per ata me PCP – 5.3 ± 2.6 vite (1 gjer 12 vite); per ata me Tb pulmonar – 6.2 ± 2.2 vite (2 gjer 10 vite); per pacientet me Tb gjeneralizuar – 4 ± 2.2 vite (1 gjer 6 vite).

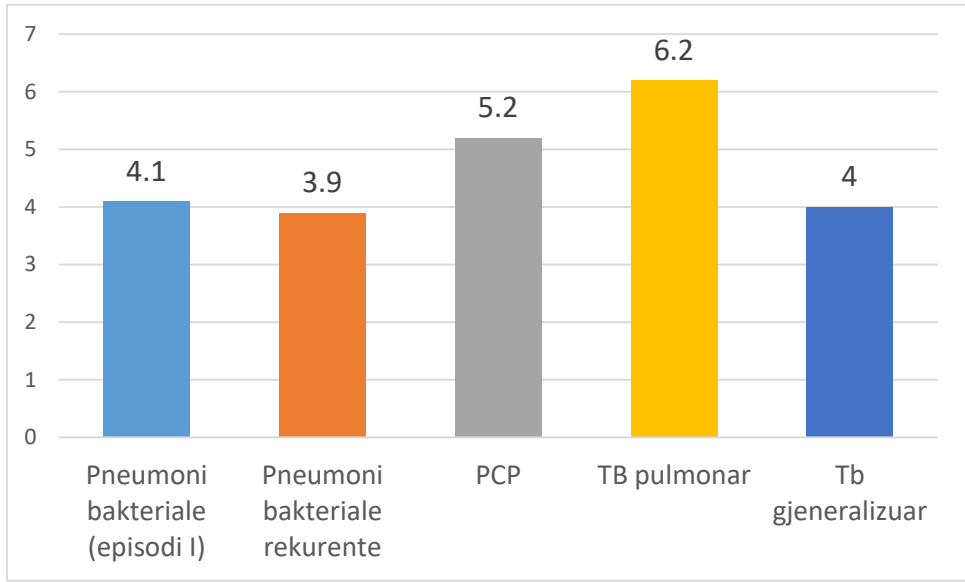


Fig. 3.7.12 Periudha mesatare e njohjes se semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Sipas periudhes se njohjes se semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se frekuence me e madhe e rasteve me TB dhe PCP kane kohezgjatje me te madhe.

Tab. 3.7.12 Periudha e njohjes se semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Periudha qe njihen te semure	Pneumoni	Pneum recidivuese	PCP	TB pulmonar
< 3 vite	8.3	33.3	18.2	8.7
3-5	75.0	44.4	27.3	30.4
6-8	16.7	22.2	45.5	39.1
9-12			9.1	21.7

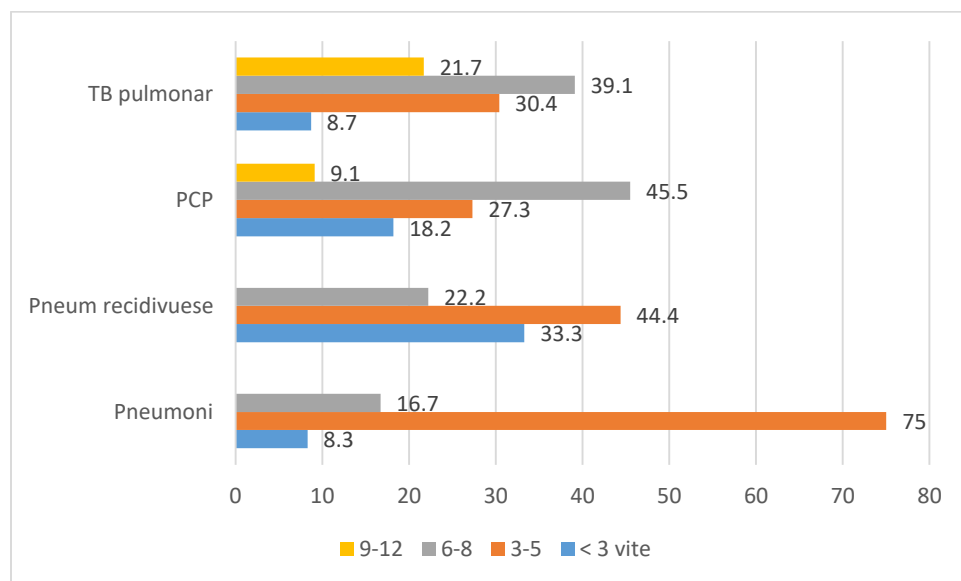


Fig. 3.7.13 Periudha e njohjes se semundjes (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Periudha kohore qe jane mjekuar me antiretrovirale per pacientet HIV/AIDS, qe kane pesuar pneumoni per here te pare ka rezultuar 3.4 ± 1.8 vjet (1 gjer 8 vjet); per ata me pneumoni recidivuese – 3.9 ± 1.8 (1 gjer 6 vjet); per ata me PCP – 4.9 ± 2.5 vite (0.25 gjer 9 vite); per ata me Tb pulmonar – 5.3 ± 2.8 vite (1 gjer 10 vite); per pacientet me Tb gjeneralizuar – 2.9 ± 3 vite (0.2 gjer 6 vite).

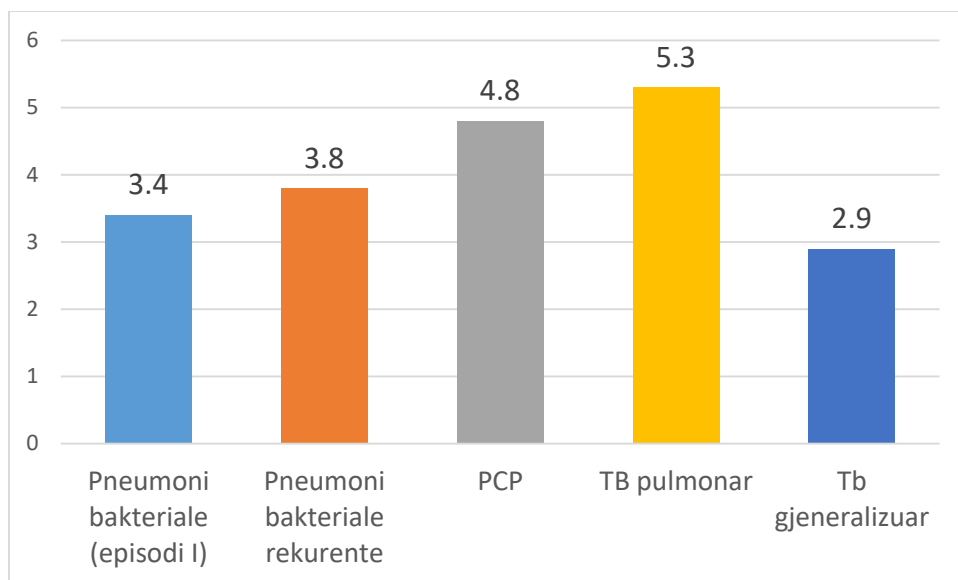


Fig. 3.7.14 Periudha mesatare e mjekimit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Ne Tab. 3.7.13 paraqitet periudha e mjekimit me antiretrovirale (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar, ku shumica e rasteve me nderlikime jane ne periudhen kohore te mjekimit 2-4 vjet, ne kohezgjatjen e mjekimit 5-7 vjet ka shpeshtesi rastesh me pneumoni recidivuese, PCP dhe TB. Ne paciente te mjekuar prej 8-10 vitesh verehen numer i konsiderueshem rastesh me TB dhe PCP.

Tab. 3.7.13 Periudha e mjekimit me antiretrovirale (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Periudha mjekimit	Pneu moni	Pneum recidivuese	PCP	TB pulmonar
≤ 1	8.3	22.2	9.1	8.7
2-4	75.0	44.4	36.4	34.8
5-7	8.3	33.3	36.4	30.4
8-10	8.3		18.2	26.1

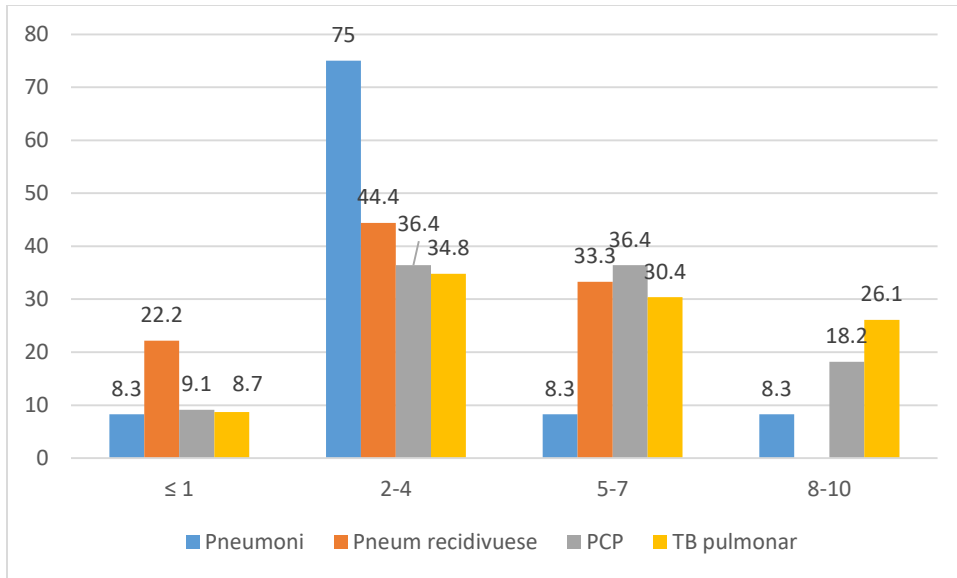


Fig. 3.7.15 Periudha e mjekimit (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar

Pervec pneumonise, vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4 jane te grupuara ne nivele CD4 < 199 qeliza/ml.

Tab. 3.7.14 Vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4

CD4	Pneumoni	Pneum recidivuese	PCP	TB pulmonar
300-399/ml	8.3			
200-299/ml				
100-199/ml			12.1	13
< 100/ml			3	4.3

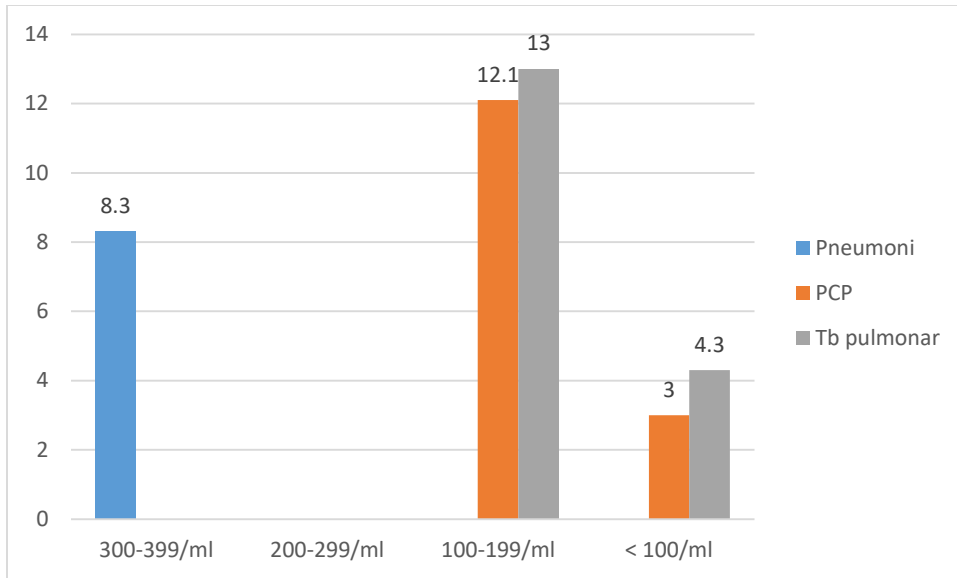


Fig. 3.7.16 Vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4

Tab. 3.7.15 Vdekjet sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4

CD4	Pneumoni	Pneum recidivuese	PCP	TB pulmonar
300-399/ml	1			
200-299/ml				
100-199/ml			4	3
< 100/ml			1	1

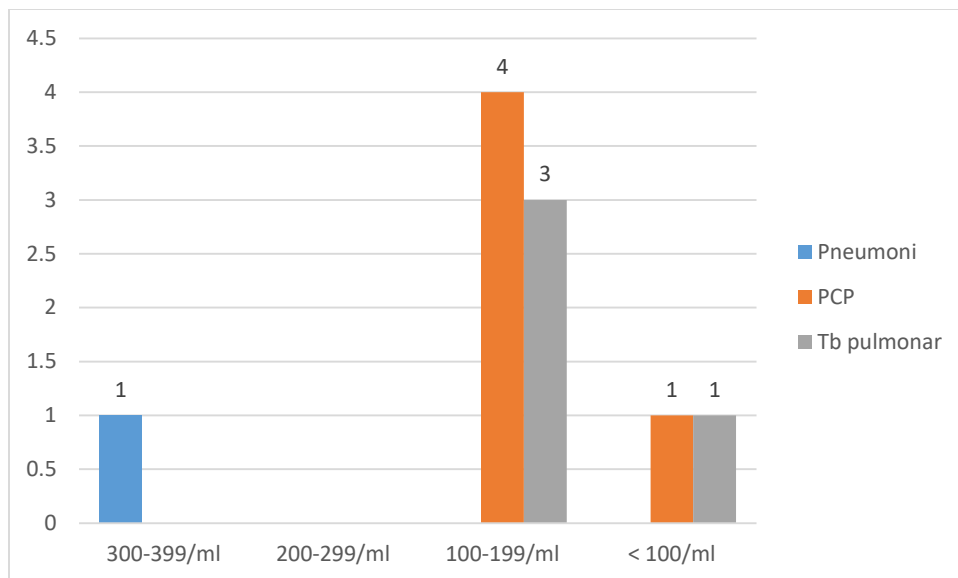


Fig. 3.7.17 Vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4

4. Diskutim

4.1 Karakteristika te pergjithshme te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Pacientet me HIV/AIDS qe kane patur nderlikime pulmonare jane te moshes nga 30 gjer 71 vjec (mosha mesatare 46.4 ± 10.2 vjec), prej te cileve 53 (68.9%) jane ne grup moshen nga 35 gjer 54 vjec, me numrin me te madh (15 apo 19.5%) ne moshen 40-44 vjec. Ndersa ne se krahasohen me te dhenat per HIV/AIDS rezulton se shpërndarja sipas grupmoshave tregon se në vendin tonë predominon grupmosha 35-44 vjec (30,8%), e ndjekur nga grupmosha 25-34 vjec (28.3%) që është një grupmoshë seksualisht aktive. Grupmosha 45-54 vjec zë 16.6%, të rinjtë 16-24 vjec përbëjnë 9.04%, 55-64 vjec përbën 8.3% të totalit të rasteve të infektuara me HIV kurse fëmijët (0-15 vj.) përbëjnë 4.6%. Një përqindje më të ulët paraqet grupmosha mbi 65 vjec, në vlerën 2.3%. (94) Duke patur te dhenat se shumica e rasteve te HIV ne Shqiperi jane zbuluar ne grupmoshen 25-44 (95) rezulton se pacientet HIV/AIDS me nderlikimet pulmonare kane moshe mesatarisht 10 vite me te larte se mosha qe rezulton ne kohen e zbulimit te infeksionit HIV.

Sipas gjinise vihet re predominim i gjinise mashkull, ku 64 (83.1%) paciente me nderlikime pulmonare jane meshkuj dhe 13 (16.9%) jane femra. Ne se krahasohen me te dhenat e rasteve me HIV/AIDS gjer ne nentor 2015 rezulton se nga totali i 870 rasteve 613 (70.5%) jane te gjinise mashkull. (94) Nuk rezultojne dallime sinjifikante ne rastet me HIV/AIDS dhe atyre me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine ($p > 0.05$).

Sipas origjines rezultuan qytetare – 60 (77.9%). HIV/AIDS mbetet një sëmundje me mbizotërim akoma urban në vendin tonë pasi 72.8 % e personave vijnë nga zonat urbane dhe 27.2 % nga ato rurale. (94) Dhe sipas te dhenave te literatures HIV është kryesisht një sëmundje urbane, me shumicën e rasteve në zona metropolitane me 500,000 ose më shumë banore. (12)

Ne Shqiperi shumica e popullsisë jeton në fshat, e cila paraqet një barrë të rritur në sistemin shëndetësor, sepse nuk ka objekte të mjaftueshme shëndetësore për t'u marrë me popullsinë rurale. Prandaj sigurimi shëndetësor është më e mirë në zonat urbane dhe nevojat e banorëve rurale nuk janë përmbushur në mënyrë të barabartë. (16)

Me arsimim fillor jane 2 (2.6%) paciente, rastet me te shpeshta me arsim 8 vjecar – 36(46.8%) dhe arsim te mesem – 25 (32.5%) dhe me arsim te larte 14 (18.2%) paciente. Rezultatet tregojne qe semundja AIDS vazhdon te konsiderohet nje epidemi e injorances, frikes dhe mohimit. (96)

Ne lidhje me profesionin pjesa me e madhe jane te pa pune – 29 (37.7%) paciente, punetore – 22(28.6%), bujq – 5(6.5%), nepunes – 7 (9.1%) dhe me profesione te tjera - 14(18.2%). Vihet re se shumica e rasteve jane te papune dhe punetore. Niveli i ulet arsimor dhe kushtet specifike social-ekonomike ndikojne mbi vulnerabilitetin dhe rrezikun per perhapje te shpejte te epidemise HIV/AIDS dhe ecuri jo te mire, vecanerisht ne grupet me te rrezikuara (grupet me risk te larte) te popullates. Kultura e pamjaftueshme, papunesia, te ardhurat e pakta financiare jane faktore ne infektimin dhe progredimin ne semundjen HIV/AIDS, kjo lidhur dhe me shpeshtesine me te madhe te sjelljeve te rrezikshme.

Gjithashtu shumica predominuese e pacienteve jane fumatore – 63 (81.8%), gje qe shton riskun per semundje te mushkerive. Si me personat imunokompetent, pacientët të infektuar me HIV, të cilët janë duhanpirës janë në risk te rritur të një shumëllojshmërie të sëmundjeve të frymëmarrjes. Si bronkiti bakterial dhe bronkopneumonia janë më të shpeshta në duhanpirësit e infektuar me HIV se sa në jo fumatore dhe eksfumatore. (97) Pacientët të infektuar me HIV, të cilët kanë anamneze të gjatë të përdorimit të duhanit, mund të kene si shkak te simptomave respiratore SPOK-un. (98, 99) Gjithashtu, fumatorët e infektuar me HIV kanë më shumë gjasa se jo fumatorët për të zhvilluar tumore bronkogjenike. (78) Keshtu, është e rëndësishme për klinikistët, që në personat e infektuar me HIV të vlerësojnë përdorimin e duhanit. (99) Duhet te kihet ne konsiderate dhe nderveprimi i bupropion me antiretroviralet. (100)

Pirja e duhanit është më e dëmshme për individët HIV + dhe është më e zakonshme sesa e personave negative. (71) Pirja e duhanit nxit deficiencë lokale në mushkëri. Ajo zvogëlon numrin e qelizave alveolare CD4 dhe prodhimin e citokineve të rëndësishme pro-inflamatore (101) dhe frenon kapacitetin fagocitik dhe makrofaget alveolare (102). Sëmundjet pulmonare si të lidhur me HIVdhe pa HIV janë më të zakonshme në duhanpirësit. Kjo vlen për pneumonine bakteriale dhe PCP, por edhe për astmen, SPOK dhe tumoret pulmonar. (71, 97)

Motivimi i pacientit HIV + për të lënë duhanin është i rëndësishem. Strategjitë premtuese të cilat janë mbështetur nga dëshmi shkencore janë ndërhyrje të shkurtëra verbale, pjesëmarrja në grupe

motivuese, zëvendësues të nikotines dhe medikamenti bupropion. Për bupropionin, duhet të merret në konsideratë ndërveprimi me ART. (100)

Zbulimi i infektimit të pacientëve të studiuar me HIV/AIDS në shumicën e rasteve është bërë në Spitalin Infektiv – 45 (58.4%) pacientë, në SUSM “Sh. Ndroqi” – 24 (31.2%), në shërbime të tjera – 4 (5.2%) dhe jashtë shtetit – 4 (5.2%). Nga këto të dhëna rezulton se në 31.2 % të rasteve kanë qenë sëmundjet pulmonare apo TB, që kanë bërë të evidentohet infeksioni HIV.

Në të dhënat mbi sjelljen seksuale dhe rrugën e infektimit rezulton se shumica e pacientëve janë heteroseksuale – 61 (79.2%), biseksual – 3 (3.9%), homoseksual – 2 (2.6%), nga hemotransfuzion dhe nga intervente kirurgjikale – 10 (13%) dhe në grupin e rrezikut – 1 (1.3%). Dhe në lidhje me transmetimin e virusit HIV të dhënat në vendin tonë rezulton se rruga seksuale vazhdon të dominojë, e cila konstatohet në 94 % të rasteve; rruga heteroseksuale dhe homoskesuale përbën përkatësisht 82.3 % dhe 11.6 % sipas të dhënave kumulative (1993- Nëntor 2015) në momentin e zbulimit për herë të parë të statusit HIV pozitiv të personit, pavarësisht se shpesh është e vështirë të diskutohet për shkak të rezervave që ekzistojnë për të zbuluar nëse kryejnë ose jo marrëdhënie homoseksuale. Transmetimi vertikal ose nga nëna e infektuar të fëmija përbën 3.6% të totalit, ndërsa nëpërmjet transfuzioneve të gjakut ose nënprodukteve të tij janë infektuar 1.4%. Vetëm 0.6% e rasteve i përkasin grupit të përdoruesve me injektim, por nuk është vërtetuar se e kanë marrë këtë infeksion nëpërmjet shkëmbimit të shiringave. Ndërsa në 0.5 % të totalit rruga e transmetimit është e papërcaktuar. Numri i ulët i transmetimit në përdoruesit intravenozë të drogave konfirmohet edhe nga studimet e sjelljes dhe ato biologjike të kryera në vitin 2005 dhe 2008. (94)

Në vitin 2005, më shumë se 70 për qind e rasteve të raportuara me HIV ishin të rinj që jetonin jashtë vendit dhe që raportonin se e kishin marrë sëmundjen jashtë vendit. (103) Në ShBA në lidhje me mënyrën e transmetimit të virusit HIV rezulton se meshkujt homoseksual dhe biseksualë janë më në rrezik. Në vitin 2015, meshkujt homoseksual dhe biseksualë llogariten për 67% të të gjitha diagnozave të reja me HIV. Në të njëjtin vit, individët e infektuar përmes seksit heteroseksual përbënin 24% të të gjitha diagnozave të reja me HIV. (12)

Ndërkohë që Shqipëria ka ligje kundër diskriminimit që lidhen me homoseksualë, lesbike, biseksualë dhe transeksualë (LGBT), këta mbeten një popullsi e fshehur dhe stigmatizuar në Shqipëri. Personat LGBT nuk janë të dukshme në media, dhe OJQ-të LGBT raportojnë nivele të larta të stigmës, përfshirë abuzimin verbal dhe fizik. Është e mundur që rezultatet në përqindje të larta të rrugës heteroseksuale të transmetimit është pjesërisht për shkak të homofobisë në shoqëri. (16)

Pacientët me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare rezulton se njihen të sëmurë në periudhë kohore < 3 vite në 13 (16.9%) raste, në shumicën e rasteve prej 3 – 5 vitesh – 29 (37.7%) dhe prej 6 – 8 vitesh – 28 (36.4%), prej 9 – 12 vitesh – 7 (9.1%). Megjithatë nga studimi rezultojnë raste të zbuluara njëkohësisht HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare. Gjithashtu rezulton se nga

87 rastet e reja të diagnostikuar gjatë vitit 2015, 63% kanë paraqitur CD4 më të ulët se 350 qeliza/ml cka flet për një diagnozë të vonë; tregues ky i diagnozës shumë të vonë, pra pothuajse gjysma prej tyre janë diagnostikuar në stadin AIDS. (94)

Ne rastet në studim rezulton se fillimi i mjekimit ka qenë që në vitin 2004, më shpesh në vitin 2008 dhe më pas, me rastet më të shumta në vitin 2012 – 16 (20.8%). Arritje në menaxhimin e HIV/AIDS është ofrimi i terapise me antiretrovirale, e cila që prej vitit 2004, ofrohet falas në vendin tonë. (96, 104).

Sipas një studimi të zhvilluar në vitin 2008, 53 % e personave që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri nuk përfitojnë nga skema e ndihmes ekonomike, pasi nuk duan të zbulojnë statusin e tyre HIV pozitiv. Rreth 68% e rasteve raportojnë se qëndrimet e të tjerëve kanë ndryshuar në momentin që ata kanë mesuar për statusin HIV pozitiv. Nevoja për mbështetje psikologjike është mjaft e madhe: 78% e rasteve raportojnë se kanë nevojë që të flasim me një psikolog. Niveli i lartë i stigmes dhe paragjykitimit i detyron shpesh personat që jetojnë me HIV që të heqin dorë nga shërbimet dhe të zhvillojnë mekanizma mbrojtëse dhe barriera, që të mos jenë të depertueshëm për të tjerët. (96)

Ndërsa shumica e rasteve HIV janë supozuar të jenë të fituar heteroseksualisht, raporti meshkuj/femra 2 me 1 tregon se mund të jenë të konsiderueshme nën-raportimet e infeksioneve të fituara përmes seksit midis burrave. Homoseksual, biseksual dhe të tjera MSM mbetet një popullsi e fshehur dhe stigmatizuar. (16)

Fillimi sëmundjes pulmonare më shpesh ka qenë akut – 37 (48.1%) raste dhe subakut – 34 (44.2%) raste dhe kronik në 6 (7.8%) raste. Kjo varur nga lloji i patologjisë dhe niveli qelizor i CD4+, ku nivelet e ulëta qelizore bëjnë të ketë me shumë atipi në shfaqjet klinike.

Në lidhje me nivelin e numrit të qelizave CD4+ rezulton se 6 (7.8%) paciente kishin 300-399 qeliza/ml, 15 (19.5%) paciente me 200-299 qeliza/ml, në shumicën e rasteve – 28 (36.4%) në nivelin 100-199 qeliza/ml dhe në 28 (36.4%) < 100 qeliza/ml.

Nga 87 rastet e reja të diagnostikuar gjatë vitit 2015, 88% e tyre janë paraqitur pranë Shërbimit Infektiv për ndjekje të mëtejshme, 63% kanë paraqitur CD4 më të ulët se 350 qeliza/ml, gje që flet për një diagnozë të vonë; dhe 50% e atyre që ju është ofruar kujdes dhe trajtim kanë paraqitur CD4 më të ulët se 200 qeliza/ml, tregues ky i një niveli të lartë të diagnozës shumë të vonë, pra pothuajse gjysma prej tyre janë diagnostikuar në stadin AIDS. Një pjesë e këtyre pacientëve mund të kenë qenë të infektuar prej vitesh pa shfaqur simptoma. Për pasojë, këta persona mund të kenë qenë të infektuar, pa e ditur, edhe mund të kenë infektuar partnerët e tyre gjatë një periudhe kohe relativisht të gjatë. Efekti i mundshëm i shumëfishtë i kësaj situate, po të kemi parasysh se secili person mund të ketë pasur disa partnerë, është shumë i rëndësishëm dhe hedh dritë mbi nevojën e ngutshme për ta diagnostikuar infeksionin qysh në fazat e hershme të tij. (94)

Numri i qelizave CD4 është tregues i shkëlqyer i rrezikut individual të infeksioneve oportuniste te pacientit. Më i rëndësishëm është numëri aktual i qelizave CD4. Mbi 200 qeliza / ml, infeksionet tipike oportuniste nuk kane gjasa. Në këta pacientë në përgjithësi mund të priten problemet e "zakonshme" të tilla si bronkit akut dhe pneumonia bakteriale. Megjithatë, TB gjithmonë duhet të kihet parasysh. Edhe pse rritet rreziku me renjen e imunitetit, më shumë se gjysma e pacientëve me HIV + TB kanë më shumë se 200 qeliza / ml. (20).

Në pacientët me më pak se 200 qeliza CD4 / ml sëmundjet më të zakonshme të mushkërive është pneumonia bakteriale dhe është gjithashtu tipike PCP. Sarkoma pulmonare Kaposi dhe infeksioni pulmonar nga Toxoplasma gondii kanë tendencë të paraqiten në më pak se 100 qeliza / ml, por janë parë rrallë. Në nivelin me poshtë se 50 qeliza / ml, ndodhin infeksionet pulmonare me CMV (kryesisht në kombinim me PCP), aspergilloze pulmonare invazive, funget endemike (Hispoplasma capsulatum, Coccidioides immitis) dhe infeksionet me mikobakterie atipike. Sidomos në pacientët me imunitetit të avancuar, sëmundjet pulmonare mund të jenë tregues i infeksionit sistemik (p.sh. aspergillozës). Diagnoza e shpejte invazive është e këshillueshme për pacientët me nivel te ulët te qelizave CD4.(105)

Ne perfundim te studimit ne vitin 2015 jetonin 64 (83.1%) e pacienteve, ndersa vdekur 13(16.9%) paciente. Numri i vdekjeve nga AIDS ne vendin tone qysh nga fillimet e epidemisë rezulton të jetë 161 vdekje, dhe vetëm gjatë vitit 2015 janë raportuar 9 vdekje nga AIDS, ku perfshihen 6 nga rastet e reja të raportuara në 2015 dhe 3 raste nga rastet e viteve të mëparshme. (94)

Në Shtetet e Bashkuara, 6,721 njerëz vdiqën nga HIV dhe AIDS në vitin 2014. HIV mbetet shkak i rëndësishëm i vdekjes për popullata të caktuara. Në vitin 2014 ishte ne vendin e 8-te te shkaqeve kryesor te vdekjeve për ata të moshës 25-34 dhe i 9-ti për ata të moshës 35-44. (16)

4.2 Karakteristika te semundjeve pulmonare ne te semuret me HIV/AIDS

Ne 77 paciente me HIV/AIDS ka patur 84 nderlikime me patologji pulmonare. Sipas nderlikimit pulmonar rezulton te kete qene pneumoni bakteriale (episodi I) ne 12 (14.3%) raste, pneumoni bakteriale rekurente – 9 (10.6%). Patologjia me e shpeshte ka qene PCP – 33 (39.3%), pasuar

nga tuberkulozi – 27 (32.2%), prej te cileve 23 (27.4%) – TB pulmonar dhe 4 (4.8%) TB i gjeneralizuar. Jane konstatuar 2 (2.4%) raste me Sarcoma Kaposi dhe 1 (1.2%) rast me SPOK. Ne pacientet me HIV/AIDS jane konstatuar nderlikimet pulmonare si me poshte: Pneumoni bakteriale (episodi I) – 12 (15.6), Pneumoni bakteriale rekurente – 8 (10.4%), Pneumonia bakteriale rekurrente dhe PCP – 1 (1.3%), PCP – 27 (35.1%), PCP dhe Tb pulmonar – 3 (3.9%), TB pulmonar – 19 (24.6%), TB i gjeneralizuar – 4 (5.2%), TB dhe SPOK – 1 (1.3%), PCP dhe Sarcoma Kaposi – 2 (2.6%). Keshtu rezulton se pacientet me HIV/AIDS me shpesh kane pesuar PCP, tuberkuloz dhe pneumoni bakteriale.

Në epokën e tanishme terapisë të kombinuar antiretrovirale, frekuenca e infeksioneve oportuniste të lidhur me HIV dhe neoplazmat ka rënë. (106, 107) Në kontrast, frekuenca e komplikacioneve jo infektive si sëmundjet kronike obstruktive të mushkërive (SPOK), hipertensionit arterial pulmonare (PAH) dhe kanceri i mushkërive, mundet të jene ne rritje. Infeksioni HIV duket të jetë një faktor i pavarur rreziku për COPD dhe PAH. (108)

Te dhenat mbi udhëtimet dhe vendbanimi mund të japin informacion në lidhje me ekspozimin ndaj mikroorganizmave të caktuara dhe mundësinë e sëmundjes prej tyre. Udhëtimi apo rezidenca në një rajon gjeografik, që është endemik për një nga funget endemike (*H capsulatum*, *C immitis*), është një përcaktues i fuqishëm i rrezikut të ekspozimit / infeksionit dhe sëmundjes. Pacientët e infektuar me HIV pa një anamneze të tillë nuk ka të ngjarë të jenë të ekspozuar dhe të infektohen me këto mikroorganizma; për këtë arsye, ata nuk kanë gjasa për të zhvilluar sëmundje si një manifestim i infeksionit të tyre HIV.

TB është më i zakonshëm në zona të caktuara gjeografike dhe në popullata të caktuara (p.sh. emigrantë nga Azia dhe Amerika Latine, të pastrehë ose të strehuar jo definitiv, të burgosur). Pacientët e infektuar me HIV, që kanë lindur ose kanë udhëtuar në një vend me prevalencë të lartë të TB dhe pacientët të cilët janë të pastrehë, strehim jo stabil apo më parë të burgosur janë në rrezik më të lartë të ekspozimit ndaj M tuberkulozi. Në mënyrë të qartë, pacientët të cilët raportojnë ose kanë një rezultat pozitiv të reaksionit tuberkulinik (përcaktuar si > 5 mm induracion në persona të infektuar me HIV) janë në rrezik të rritur të zhvillimit të TB, (109) po ashtu si ata që janë përdorues të drogës me injeksion të cilët janë të anergjike. (110)

Gjithashtu duhen patur në konsideratë sëmundje të mëparshme dhe profilaksia e përdorur. Disa infeksione oportuniste të lidhura me HIV përsëriten shpesh dhe njohja e anamnezës së sëmundjeve të kaluara të mushkërive të pacientit mund të sugjerojë etiologjinë e sëmundjes së tanishme. Fakti, që pneumonia bakteriale është e zakonshme dhe shpesh recidivuese (pneumonia recidivuese bakteriale duke u përcaktuar si > 2 episode brenda një periudhe 12-mujore) në pacientët e infektuar me HIV (111) çoi në përfshirjen e pneumonisë bakteriale si një patologji të AIDS që në vitin 1993. (112) Pacientët me anamneze të PCP janë në rrezik të lartë të përsëritjes dhe duhet të aplikohet profilaksi sekondare ndaj PCP pavarësisht nga numëri i tyre celular CD4. (113) Në mënyrë të ngjashme, pacientët të infektuar me HIV, me anamneze të kriptokokozës, koksidioidomikozës ose histoplazmozën janë në rrezik të lartë të riaktivizimit / recidive dhe duhet të marrin flukonazolin (për kriptokokozën dhe koksidioidomikozën) ose itrakonazol (për

histoplazmozën) si terapi mbajtese gjatë gjithë jetës pas përfundimit të trajtimit të infeksionit akut. (113) Përfshirja nga këto rregulla përfshijnë pacientët në të cilët numëri qelizor CD4 rritet mbi pragun specifik kritik për një minimum prej 3-6 muaj, si pasojë e terapisë antiretrovirale. Në këta individë, studime të shumta kanë dokumentuar se profilaksia sekondare / e terapise mbajtese mund të ndërpritet në mënyrë të sigurtë në shumicën e pacientëve. Simptomat respiratore në një pacient të infektuar me HIV, që nuk është kooperues me profilaksine e rekomanduara / terapine mbajtese, shpesh janë pasojë e riaktivizimit apo recidives së sëmundjes.

Faktor risku është dhe prezenca e LTBI. Një studim i kryer në mesin 1,684 të burgosur treguan një normë LTBI prej 48%, ndërsa 35% e tyre rezultuan në një tuberkulozi në testin Mantoux të lëkurës (TST) më e lartë se 10 mm., gje që përben faktor risku në këto popullata.

Kemoprofilaksia dhe depistimi aktiv në të burgosurit janë të njohura si elemente vitale në luftimin e epidemisë TB. (16)

Në studimin tone pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare kanë paraqitur simptomat klinike: dobësi – 62(80.5%) raste, kolle – 61(79.2%), temperatura – 51 (66.2%), renje në peshe – 50 (64.9%), anoreksi – 49 (63.6%), sputum – 31 (40.3%), dispne eforti – 29 (37.7%), dispne në qetësi – 26 (33.8%), dhimbje gjoksi – 24 (31.2%), hemoptizi – 22 (28.6%), dhimbje osteoartikulare – 3 (3.9%), djersitje – 3 (3.9%), diare – 2 (2.6%), dhimbje koke – 1 (1.3%). Në ekzaminimin CT është konstatuar adenopati në 12 (15.6%) të rasteve.

Vlerësimi i simptomave respiratore në pacientët e infektuar me HIV mund të jetë i vështirë për një numër arsyesh. Simptomat respiratore janë ankesa të shpeshta në individët e infektuar me HIV dhe mund të shkaktohen nga një spektër i gjerë sëmundjesh. Spektri i sëmundjeve të mushkërive në pacientët e infektuar me HIV përfshin si ato të lidhura me HIV dhe jo të lidhura me HIV. Sëmundjet pulmonare të lidhura me HIV përfshijnë infeksionet oportuniste dhe neoplazmat. Infeksionet oportuniste përfshijnë ato bakteriale, mykobakteriale, fungale, virale dhe nga patogjene parazitare. Secila nga këto infeksione oportuniste dhe neoplazmat kanë paraqitje karakteristike klinike dhe radiografike. Megjithatë, mund të ketë ndryshim të konsiderueshëm dhe mbivendosje në këto prezantime. Prandaj, nuk ka konstelacione patognomonike të simptomave, rezultateve të ekzaminimit fizik, anomalive laboratorike dhe tablloze radiologjike të toraksit ose specifik për një sëmundje të caktuar. Prandaj, kur është e mundur, është e preferueshme diagnoza mikrobiologjike definitive apo diagnoza patologjike ndaj mjekimit empirik. Testet diagnostike përfshijnë kulturat nga sputum dhe gjaku dhe të mostrave respiratore të marra me procedura invazive si bronkoskopi, torakocentesis, agobiopsia transtorakale me CT, torakoskopi, mediastinoskopi dhe biopsi të hapur të mushkërive.

Infeksionet oportuniste dhe neoplazmat mund të kufizohen në mushkëri, por përfshirja e mushkërive mund të jetë vetëm një manifestim i një sëmundje multiorganike. Për shkak se diagnoza e shpejte dhe institucioni ku do të kryhet mjekimi i duhur janë esenciale për trajtimin e suksesshëm të shumë prej këtyre patologjive të lidhura me HIV, vlerësimi fillestar i simptomave

respiratore shpesh dhe në mënyrë të përshtatshme ben te mundur vendosjen e diagnozës te patologjise te lidhur me HIV ose neoplazmes.

Simptomat respiratore përfshijnë kollën, dispne dhe dhimbjen pleuritike torakale, qoftë te vetme apo në kombinim. Kolla mund të jetë jo produktive ose produktive e tipit mukoid, purulent, sputum me rrema gjaku apo hemoragji e paster. Dispnea mund të jetë e lehtë apo e rëndë dhe e pranishme në qetesi. Mund të jenë te pranishme ankesa të tilla si ethe, frisione, djersitje natën, lodhje, anoreksi dhe humbje peshe. Përveç këtyre mund të jenë të pranishme dhe mund të ndihmojnë në diferencimin e infeksioneve te ndryshme oportuniste dhe neoplazive simptomat ekstrapulmonale (p.sh., dhimbje koke, rigiditet nukal, fryrje apo rezistenca abdominale).

Shpesh simptomat respiratore shkaktohen nga pneumonia bakteriale dhe PCP dhe diferencimi i tyre behet shpesh duke u bazuar ne pranine ose mungesen e purulences se sputumit dhe kohëzgjatjen e simptomave respiratore. (114)

PCP paraqitet ne menyre karakteristike me ethe, dispne dhe kollë të thatë, jo produktive. Kur kolla është produktive, ajo është sputum i paster mukoz. Simptomat respiratore janë zakonisht subakute dhe janë të pranishme që prej disa javësh. Kovacs e bshp. raportuan se kohëzgjatja mesatare e simptomave ishte 28 ditë. (115)

Në të kundërt, pneumonia e shkaktuar nga S pneumoniae ose H influenzae ne menyre karakteristike paraqet ethe, frisione, dispne, dhimbje pleuritike ne toraks dhe kollë produktive me sputum purulent. Simptomat zakonisht janë akute dhe të pranishme prej 3-5 ditësh. Në një pacient të infektuar me HIV me nivel qelizor të CD4 <200 qeliza / ml (dhe për këtë arsye në risk për të dy pneumonitë), mungesa e sputumit purulent dhe kohëzgjatja e simptomave prej disa javësh favorizon fort diagnozën e PCP me tepër se te pneumonise bakteriale. Në të kundërt, prania e purulences ne sputum dhe kohëzgjatja e simptomave prej pak ditësh, favorizon diagnozën e pneumonisë bakteriale. Pacientët që kanë PCP dhe që raportojnë kollë produktive ose sputum, shpesh kanë infeksion bakterial konkomitant (bronkit ose pneumoni). Pacientët të diagnostikuar me pneumoni bakteriale, të cilët fillimisht reagojne ndaj antibiotikëve, por më pas përkeqësohen, shpesh kanë PCP që eshte bërë klinikisht simptomatik.

Ne studim rezulton se semundje shoqeruese kane patur 8 (10.4%) paciente me HIV/AIDS, me shpesh semundje kardiovaskulare. Është e rëndësishme të kujtohet, se pacientët e infektuar me HIV mund të kenë semundje preekzistuese ose mund të zhvillojnë semundje (p.sh., emboli pulmonare, astma ose tumor bronkogjenik në një duhanpirës) pa lidhje me infektimin me HIV, që mund të shkaktojë ankesa respiratore. Përveç kësaj, faktorët që kontribuojnë në infeksionin me HIV, të tilla si përdorimi i drogës me injeksion, mund të kontribuojnë në sëmundje të frymëmarrjes (p.sh., sëmundje pulmonare vaskulare). Klinikistët duhet të konsiderojnë me kujdes

këto sëmundje të frymëmarrjes jo të lidhura me HIV para se të bëhet një kërkim shterues për një infektion akut pulmonar të lidhur me HIV ose neoplazme

Lezionet pulmonare në të sëmurët në studim janë lokalizuar në anën e djathtë në 23 (29.9%) raste, në të majtë në 28 (36.4%) dhe bilateral në 26 (33.8%) raste. Radiografia torakale është themelore në vlerësimin diagnostik të simptomave të frymëmarrjes në pacientët e infektuar me HIV. Për arsye se secili prej infeksioneve dhe neoplazmat të lidhura me HIV kanë tablo karakteristike radiografike, radiografia (e kombinuar me informacionin e marrë nga anamneza, ekzaminimi fizik dhe teste të selektuara laboratorike) mund të ngushtojë mundësitë diagnostike dhe të sugjerojnë një qasje diagnostike. Për shembull, PCP është shkaku më i zakonshëm i tabloze retikulare ose granulare të opaciteteve të sëmundjeve të mushkërive, që gjithashtu rezultojnë nga C neofomans, patogjenet bakteriale (H influenzae), patogjeneve fungale (H capsulatum), cytomegalovirus apo Limfoma jo-Hodgkin. Kështu, kur një pacient paraqitet me të tillë tablo radiografike dhe me numer qelizor CD4 <200 qeliza / ml, qasja diagnostike zakonisht fokusohet në diagnostikimin PCP. Në të kundërt, PCP është një shkak shumë më pak i zakonshëm i një tabloje miliare se sa në tuberkuloz ose patogjene fungale (H capsulatum, C immitis, C neofomans). Dallimet demografike dhe rajonale mund të ndryshojnë spektrin e diagnozave diferenciale. Për shembull, pacientët të cilët janë përdorues të drogës me injeksion kanë një incidencë në rritje të tuberkulozit dhe pneumonise bakteriale krahasuar me jo përdorues të drogës. (97, 110, 116, 117)

Pacientët shpesh paraqesin kombinime të këtyre tablove radiografike. Marrja në konsideratë e kombinimeve radiografike gjithashtu mund të ndryshojë në mënyrë dramatike spektrin e diagnozave diferenciale të paraqitura. Për shembull, PCP është shkaku më i zakonshëm i infiltreteve difuze. Kombinimi i infiltreteve difuze dhe efuzionet pleurale, është më sugjerues për pneumoni bakteriale, TB, patogjene fungale dhe sarkomë pulmonar Kaposi se sa për PCP, sepse këto sëmundje mund të paraqesin likuid pleural, gjë që është relativisht e rrallë në PCP. Shqyrtimi se bashku i numrit qelizor të CD4 dhe radiografisë torakale mund të ndryshojnë diagnozën diferenciale. Për shembull, PCP është shumë e pazakontë në një pacient të infektuar me HIV me një CD4 dukshëm më e lartë se 200 qeliza / ml. Në një pacient të tillë, një radiografi torakale me infiltrete difuze mund të jetë sugjестive për pneumoni bakteriale fulminante (influenzae H) se sa për PCP.

Në shumicën e rasteve, nuk është e nevojshme CT torakale, sepse tabloja klinike dhe radiografike sugjerojnë një diagnozë të vetme apo numer të vogël diagnozash, që duhen marrë në konsideratë. Megjithatë, HRCT mund të jetë e dobishme në rastet e dyshuar klinikisht për PCP, në të cilët radiografia torakale është normale ose e pandryshuar. (118) Pacientët me PCP dhe një radiografi normale torakale kanë zona tabloje të ground-glass në HRCT. Megjithëse prania e tabloze ground-glass është jo specifike dhe mund të haset në një numër të çrregullimeve pulmonare, mungesa e saj orjenton fuqimisht kundër diagnoses se PCP. (118)

Gjithashtu, CT torakale mund të jetë e dobishme në rastet në të cilat radiografia torakale zbulon nodule te shumta ne mushkëri. (119, 120) Predominimi i noduleve <1 cm në diametër në shpërndarje centrilobulare fuqimisht sugjeron praninë e pneumonise bakteriale, TB, pneumonise fungale), ndërsa një epërsi e noduleve > 1 cm në diametër sugjeron neoplazi (sarkoma pulmonare Kaposi, Limfoma jo-Hodgkin). Nëse nodulet janë kryesisht <1 cm në diametër, prania e adenopatise intratorakale, veçanërisht në qoftë se me densitet te ulët (një tjetër përdorim i mundshëm për CT), tregon se është e mundshme sëmundja mikobakteriale (ose fungale). (121) Nëse nodulet janë kryesisht > 1 cm në diameter shoqeruar me ntrashje peribronkovaskulare sugjeron fuqimisht përfshirjen pulmonare nga sarkoma Kaposi. Gjithashtu, CT mund të orjentojë procedura diagnostike të tilla si bronkoskopia, agobiopsi transtorakale e drejtuar me CT dhe procedurat kirurgjikale

4.3 Te dhena mbi nivelin qelizor CD4+ ne te semuret me HIV/AIDS me semundje pulmonare

Nga te dhenat e studimit rezulton korrelacion i fuqishem ndermjet llojit te nderlikimit pulmonar ne lidhje me numrin e qelizave CD4+ (Koeficienti i korrelacionit 0.587, $p < 0.0001$; Pearson Chi-Square 74.922 Asymp. Sig. (2-sided) 0.000; Likelihood Ratio 77.109 Asymp. Sig. (2-sided) 0.000).

Një karakteristikë e pacientët me imunitet është ndjeshmëria e tyre ndaj infeksionit nga agjentët me pak virulencë. (122).

Në pacientët e infektuar me HIV, diagnoza diferenciale e çrregullimeve pulmonare varet pjesërisht në numrin e qelizave CD4 +. Kur numri i qelizave CD4 + është më e lartë se 500 / ml, pacienti ka gjasa të ketë pneumoni bakteriale apo TB, ndërsa infeksioni me agjentë oportune, si P. carinii, CMV dhe Aspergillus zhvillohet kur numri i qelizave CD4 + është shumë më të ulët (123).

Numërimi i qelizave CD4 është një tregues i shkëlqyer i rrezikut të zhvillimit të një infeksioni oportunist apo neoplazme të veçantë, me sa duket për shkak se CD4 pasqyron fazën e sëmundjes HIV dhe shkallën e imunokomprometimit të pacientit të infektuar me HIV. Secila prej

sëmundjeve respiratore që lidhet me HIV zakonisht zhvillohet në ose nën një nivel karakteristik të qelizave CD4 dhe çuditërisht ose rrallë ndodh mbi këto nivele. Sëmundje të frymëmarrjes si infeksionet e traktit të sipërm respirator, sëmundje obstruktive bronkiale, pneumonia bakteriale, TB, Limfoma jo-Hodgkin, embolia pulmonare dhe karcinoma bronkogjenike mund të ndodhë në persona imunokompetente. Shumë nga këto sëmundje, megjithatë, janë më të zakonshme në personat e infektuar me HIV se sa në ato imunokompetent. Këto sëmundje shfaqen në pacientët e infektuar me HIV në të gjitha nivelet qelizore të CD4. Me rënien e numrit të qelizave CD4, rritet incidenca e shumë prej këtyre sëmundjeve. Për shembull, ka një incidence më të lartë të pneumonisë bakteriale në pacientët e infektuar me HIV me një nivel të qelizave CD4 <250 qeliza / ml në krahasim me pacientët me një nivel CD4 > 250 qeliza / ml. (124)

Kur numri i CD4 bie nën <500 qeliza / ml, episodet e pneumonisë bakteriale mund të jenë rekurente dhe mund të ndodhin sëmundje nga mikobakterie të tjera përveç M tuberkulozit (p.sh. M kansasii). (125, 126)

Në një nivel CD4 <200 qeliza / ml, pneumonia bakteriale shpesh është e shoqëruar nga bakteremi dhe sepsis dhe infeksioni nga M tuberkulozit është shpesh ekstrapulmonar ose i diseminuar. Gjithashtu, duhet pasur në konsideratë PCP dhe pneumonia / pneumonia e shkaktuar nga Cryptococcus neoformans.

Në një nivel të CD4 <100 qeliza / ml, diagnostikohen në rritje baktere patogjene si Staphylococcus aureus dhe Pseudomonas aeruginosa dhe përfshirja pulmonare nga sarcoma Kaposi ose Toksoplazma gondii. (127)

Në një nivel të CD4 prej <50 qeliza / ml, zhvillohen sëmundjet e frymëmarrjes të shkaktuara nga kërpudhat endemik (p.sh. Histoplasma capsulatum, Coccidioides immitis), disa viruse (më së shpeshti cytomegalovirus), Mykobakteriet (Mycobacterium avium kompleks) dhe mykrat jo endemike (p.sh. specie e Aspergillus). Shpesh, këto sëmundje janë të lidhura me sëmundje ekstrapulmonare ose të diseminuar, që dominon prezantimin klinik. Me përjashtim të patogjenëve endemike fungale, identifikimi i këtyre mikroorganizmave në sputum ose lavazhin bronkoalveolar, mund të përfaqësojnë ose kolonizimin bronkial ose sëmundje aktuale pulmonare. Në këto raste, shqyrtimi i kujdesshëm i situatës klinike dhe vleresimi me metoda invazive (p.sh. biopsi e mushkërive) është shumë i rëndësishëm para fillimit të trajtimit.

Me që çdo infeksion oportunist dhe neoplazi zakonisht zhvillohet në ose nën një nivel karakteristik të numrit të qelizave CD4, njohja e numrit të qelizave CD4 të pacientit të infektuar me HIV mund të jetë jashtëzakonisht e dobishme në përcaktimin e diagnozave të mundshme. Për shembull, pneumonia bakteriale (dhe ndoshta TB, në varësi të demografisë dhe rajonit), por jo PCP duhet të jetë në konsideratë të lartë për diagnozën diferenciale në një pacient të infektuar me HIV nivel CD4 i të cilit është dukshëm më i lartë se 200 qeliza / ml. Të treja këto patologji, por jo pneumonia e shkaktuar nga funge endemike ose cytomegalovirus, duhet të konsiderohen në një pacient të infektuar me HIV me nivel CD4 i të cilit është <200 qeliza / ml por edhe mbi 50 qeliza / ml. Së fundi, shumica ose të gjitha sëmundjet të diskutuara më lart janë mundësi diagnostike (megjithatë disa janë më të shpeshta se të tjerat) në një pacient të infektuar me HIV

niveli CD4 i të cilit është <50 qeliza / ml. Në secilin prej këtyre shembujve, është i domosdoshem për përpunimin e mëtejshëm të diagnozës diferenciale, informacioni mbi frekuencat relative të shkaktareve të ndryshëm infektiv dhe neoplazive brenda një game të caktuar të numrit të qelizave CD4.

Sipas një studimi të kryer nga “The Centers for Disease Control and Prevention's Adult and Adolescent Spectrum of HIV Disease Project” (128) pjesa më e madhe ($> 80\%$) e pneumonive bakteriale dhe TB pulmonar kanë ndodhur në subjekte me numër të CD4 <400 qeliza / ml. Prandaj, të dyja këto sëmundje duhet të kihet në konsideratë në çdo nivel të qelizave CD4, por janë më të zakonshme kur numëri i qelizave është <400 / ml. Megjithatë, rezultatet në këtë grup kanë treguar se pneumonia bakteriale (1,418 episode; 8.4%) ishte shkak shumë më i zakonshëm i sëmundjes pulmonare se sa TB (149 episode, 0.8%). Në të kundërt, shumica e episodeve PCP kanë ndodhur në subjekte me një numër qelizor të CD4 <200 qeliza / ml (1,097 episode; 7.3%).

Njohja e numrit të qelizave CD4 mund të jetë e dobishme në ngushtimin e fushës së diagnozës diferenciale dhe njohuritë e frekuencave relative të këtyre sëmundjeve pulmonare mund të jenë të dobishme në renditjen e diagnozave mundshme dhe duke bërë të mundur sugjerimin e planit diagnostik dhe terapeutik. Për shembull, nëse një pacient i infektuar me HIV paraqet simptoma respiratore dhe nivel qelizor të CD4 > 200 qeliza / ml, PCP nuk ka gjasa dhe pneumonia bakteriale është më shumë gjasa se TB. Në këtë rast, plani diagnostik duhet të përfshijë sputumin dhe hemokulturën për bakteret dhe terapia probabilitet duhet të ketë objektivi patogjenet më të zakonshëm bakteriale.

Ne lidhje me moshën nuk rezultojnë ndërlidhje të rëndësishme me nivelin e CD4+. Vihet re tendence lidhje inverse, gjë që lidhet dhe me vjetërsinë me të madhe të sëmundjes. Nëse plakja natyrore në personat HIV-negativë të çon në një rënie afatgjatë në sistemin imunitar, duke përfshirë numrin e qelizave CD4 nëpërmjet të shkallës së ulët të aktivizimit kronik imunitar / inflamacion, atëherë mund të presim të shohim rënie më të madhe ose më të hershme të numrit të qelizave CD4 në pacientët e moshuar HIV-pozitiv me rritjen e kohëzgjatjes së ART. Infeksioni HIV për kohe të gjata, pavarësisht frenimit viral nga ART është menduar që përshpejton trajektoren natyrore të plakjes së trupit kryesisht për shkak të aktivizimit të vazhdueshëm imunitar dhe induktimit nga ART të efekteve pro-inflamatore që çojnë në immunosenescencën parakohshme (plakjen e sistemit imunitar). Nuk është e qartë nga këto studime nëse plakja natyrore (matur me kalimin e kohës) së bashku me frenimin afat-gjatë të virusit HIV nëpërmjet ndikimeve të ART afatgjatë ndikon në trendet e numrit të qelizave CD4 apo jo. Autorët sugjerojnë se kohëzgjatja e ART dhe rritja e moshës nuk rezultojnë në zvogëlimin e ndryshimeve mesatare të numrit të qelizave CD4 në kohë afat-gjatë të pacientëve me frenim virologjik. Rezulton se niveli i rikuperimit imunitar të arritur gjatë 5 viteve të para të trajtimit ka qëndruar për kohe afatgjatë. (129)

Ngarkesa aktuale virale, në një shkallë shumë më të madhe se çdo matje e mëparshme, përcakton ecurin e normës të numërit të renjes së CD4. Sipas (130) “Moshë është e lidhur në mënyrë të konsiderueshme me ndryshimin e ngarkesës virale. Rritje më të shpejta të ngarkesës virale janë vërejtur në njerëz të moshuar.”

Në individet që nuk janë në trajtim antiretroviral, infeksioni HIV zakonisht përfshin një rritje të qëndrueshme në ngarkesën virale shoqëruar nga një rënie në numrin e qelizave CD4. Nëse terapia HIV nuk është filluar, kjo çon në zhvillimin e infeksioneve oportune dhe vdekje të lidhura me AIDS.

Ne studim nuk vihet re ndërlidhje sinjifikante ndërmjet gjinisë dhe nivelit të CD4+. Dhe në literaturë në përgjithësi, nuk rezultojnë korelacione në mes të gjinisë, racës apo përdorimit të drogës së injektuar dhe rritjes së ngarkesës virale. Megjithatë, ka pasur disa të dhëna të një ndërveprimi të moshës-gjinisë ($p = 0.03$). Ngarkesa virale është rritur me një mesatare prej $0.16 \log_{10}$ / kopje / ml çdo vit në gratë e moshës 55 dhe me të vjetra, në krahasim me një rritje mesatare prej $0.11 \log_{10}$ / kopje / ml në meshkuj në këtë grup moshë. Moshë është një faktor i rëndësishëm ($p < 0,05$) në normën e rënies së CD4. Seksi, raca dhe përdorimi i drogës së injektuar nuk kanë qenë të lidhur me rënien e CD4, as ka ndonjë dëshmi të ndërveprimit në mes të këtyre faktorëve. (130) Nuk rezultojnë korelacione ndërmjet profesionit dhe nivelit të CD4+. Në të pa punët dhe punetoret ka rritje të numrit të rasteve me rënjen e numrit të CD4+, gjë që mund të lidhet me nivelin me të ulet të kërkesës së shërbimeve mjekësore, edukimit shëndetësor me të ulet dhe kushteve sociale ekonomike me të vështira.

Ka korelacione në lidhje me numrin e qelizave CD4+ dhe prejardhjes qytetar/fshatar ($P = 0.03$), gjë që lidhet me kushte me të disfavorshme në kërkesën dhe mbulimin e shërbimit shëndetësor në fshat, nivelit me të ulet të edukimit shëndetësor.

Në studim rezultojnë se në personat me arsim 8-vjeçar ka rritje të numrit të rasteve me rënjen e nivelit të numrit të qelizave CD4+. Po ashtu është prirja dhe për ata me arsim të mesëm, gjë që lidhet me të njëjtet faktor socio-kulturor dhe ekonomik të përmendur më sipër.

Në pacientet fumatore vihet re se ka rënie të numrit të qelizave CD4+ me rritjen e sasisë së fumacionit. Pirja e duhanit nxit deficiencë lokale në mushkëri. Ajo zvogëlon numrin e qelizave alveolare CD4 dhe prodhimin e citokineve të rëndësishme pro-inflamatore (101) dhe frenon kapacitetin fagocitik dhe makrofaget alveolare (102).

Nuk ka rezultuar korelacione në mes të rrugës së infektimit dhe numrit të qelizave CD4+. Ka rezultuar se në heteroseksualet ka rritje të numrit të rasteve me rënjen e numrit të qelizave CD4+. Pothuajse tre të katërtat e diagnozat HIV janë bërë në një fazë të vonë të infeksionit HIV me numër të qelizave CD4 prej më pak se 350, nga të cilat gati gjysma e tyre (47.1%) e pranishme

me numer qelizash CD4 më pak se 200. Kjo nënkupton se një pjesë e madhe e njerëzve që jetojnë me HIV ka të ngjarë të mos jenë në dijeni të infeksionit HIV tyre dhe të mbeten të pa diagnostikuar deri në sëmundje apo referimi i sjell për testim. Diagnoza e vonë ka të ngjarë të jenë të lidhur me normat e larta të vdekjes, veçanërisht brenda vitit të parë të diagnostikimit dhe më vonë për transmetimin e HIV-it. Një total kumulativ i 122 ose 17,5% të vdekjeve janë raportuar në PLWHA; megjithatë, raportet e vdekjes ka të ngjarë të jetë nën-vlerësuar. (16) Diagnostikimi me vonese vihet në dukje dhe nga rezultatet në studim se pavaresisht strukturës mjekësore ku është kryer diagnostikimi i infeksionit HIV, shumica e rasteve bëjnë pjesë në grupimet me numer të ulur të qelizave CD4+.

Nuk rezulton korelacion në mes të periudhës që pacientet njihen të sëmurë dhe nivelit të qelizave CD4+, por tendenca e grupimit të rasteve është në ata me nivel qelizor CD4+ me të ulët, gjë që lidhet me zbulimet me vonese. Nga rezultatet e studimit gjithashtu nuk vihet re korelacion në mes të mënyrës së fillimit të sëmundjes pulmonare dhe numrit të qelizave CD4+, por vihet re karakteristika e përgjithshme e pacientëve, që janë shumica me numer me të ulët qelizor.

Në nderlidhjen në mes të simptomave klinike dhe nivelit qelizor të CD4+ rezulton korelacion domethenës me dispneë në qetësi ($p = .027$) dhe dhimbjen e gjoksit ($p = .009$). Gjithashtu shfaqja e adenopatise mediastinale ndodh në nivel të ulët të qelizave CD4+ dhe evidentohet më mirë me CT.

Simptomat respiratore janë ankesa të shpeshta në individët e infektuar me HIV. Ky fakt ka zanafillë që me studimin "Pulmonary Complications of HIV Infection Study" studim prospektiv vëzhgimor i një grupi prej më shumë se 1,150 subjekte të infektuar me HIV, të kryer në 6 vende në Shtetet e Bashkuara. (131) Grupi i personave të studiuar ishte i ngjashëm si në strukturën e rasteve të AIDS të raportuara në Shtetet e Bashkuara që nga viti 1990 në lidhje me gjininë, racën apo përkatësinë etnike, si dhe me kategoritë e transmetimit të HIV-it. Subjektet kanë patur një gamë të gjerë të nivelit të CD4 (<200 qeliza / ml: 19%; 200-499 qeliza / ml: 44%; ≥500 qeliza / ml: 37%). (131) Studimi vuri në dukje se simptomat respiratore janë një ankesë e zakonshme në individët e infektuar me HIV dhe janë gjithnjë e më të shpeshta, kur niveli i CD4 ka rënë në <200 qeliza / ml. Subjektet e studimit raportuan kollë në 27%, dispneë në 23% dhe ethe në 9% në më shumë se 12.000 vizita klinike. Këto simptoma kanë qenë edhe më të shpeshta në subjektet me nivel të CD4 <200 qeliza / ml në kohën e vizites apo më parë. Në këtë grup në më shumë se 4,000 vizita, subjektet raportuan kollë në 34%, dispneë në 34% dhe ethe në 17%. (131) Rezultatet e një studimi janë analizuar në një qendër të subjekteve të infektuar dhe të pa infektuar me HIV. (132) Në këtë grup, simptomat respiratore ishin më të shpeshta në mënyrë statistikisht në grupin e infektuar me HIV se në grupin pa infeksion HIV. Këto simptoma përfshinin dispneë (41.6% vs 7.7%), kollën (40% vs 25%), dhe sputumin (41.9% vs 23.1%). Studiuesit zbuluan se pirja e duhanit aktualë ose në të shkuara ishte parashikuesi më i rëndësishëm i simptomave respiratore në grupin e infektuar me HIV

Nga 1221 adoleshentëve të depistuar, 1072 janë studiuar; 60.1% ishin vajza. Shkalla e incidencës TB ishte 16.32 për 100 PYO (person years observation) gjatë terapisë para antiretrovirale (pre-ART), por zbriti në 2.25 për 100 PYO pas fillimit të ART. Stadi klinike të avancuar sipas WHO dhe numëri CD4 <350 qeliza / ml parashikon incidence të TB në grupin para-ART. Përdorimi kimioprofilaksisë me INH u shoqërua me një reduktim të ndjeshëm në TB incidencës në grupin ART, por jo në grupin para-ART. (133)

Si në të mjekuarit dhe ata që nuk kanë marrë mjekim të rregullt ndiqet tendenca e përgjithshme e rasteve të grupuar në nivele më të ulëta të CD4+. Po e njëjta gjë dhe në lidhje me kohën e mjekimit të pacientëve. Rezulton se vdekjet kanë ndodhur në nivel qelizor të CD4+ nën 199/ml.

4.4 Të dhëna në të semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare në lidhje me gjininë

Sipas rezultateve të studimit në lidhje me gjininë nuk vërehen ndryshime domethënëse në moshën e pacientëve me nderlikime pulmonare, ku moshën mesatare meshkuj/femra është respektivisht 46.9/43.7. Në lidhje me profesionet janë: pa punë – 39.1% e meshkujve dhe 30.8% e femrave, punetore – 26.6% e meshkujve dhe 38.5% e femrave, bujqësi – 4.7% e meshkujve dhe 15.4% e femrave dhe nepunës – 9.4% e meshkujve dhe 7.7% e femrave. Këto shifra tregojnë se gratë janë më pak të favorizuara në lidhje me profesionin. Nuk rezultuan diferenca statistikisht të rëndësishme në lidhje me prejardhjen, ku qytetarë janë 76.6% e meshkujve dhe 84.6% e femrave, fshatare – 23.4% e meshkujve dhe 15.4% e femrave.

Shoqëria shqiptare po bën përpjekje për të siguruar barazim gjinor dhe për të rritur pjesëmarrjen e grave në të gjitha sferat e jetës. Qeveria shqiptare ka ratifikuar Konventën për Eliminimin e të gjitha Formave të Diskriminimit kundër Grave si dhe është angazhuar për të arritur një nga Objektivat e Mijëvjeçarit për Zhvillim për Barazim dhe Fuqizim Gjinor, por persëri gratë dhe vajzat shqiptare, sidomos në zonat rurale vuajnë diskriminimin në familje dhe shoqëri. (9) Megjithatë të arsimuara njesoj si meshkujt dhe megjithatë ligji shqiptar e denon diskriminimin gjinor në punësim, shifrat tregojnë se gratë vuajnë papunësinë më shumë se burrat. Nga ana tjetër dukuri si shkatërrimi i bujqësisë dhe zhvendosjet masive të popullsisë në zonat urbane, kanë bërë që të shfaqet një imazh i ri për gratë dhe vajzat: ato duhet të kujdesen për shtëpinë në kushtet e një vegimi të plotë social. Në fakt, sipas një vlerësimi të bërë nga PNUD-i në vitin 2001, Shqipëria kishte indeksin e zhvillimit gjinor më të ulët ndër të gjithë vendet e Europës Lindore. Ndërsa Studimi i Shëndetit Riprodhues tregoi se 8 % e grave kishin përjetuar dhunë në familje, ndërkohë që 25 % kishin përjetuar një formë dhune gjatë jetës së tyre. (9) Edhe pse raporti meshkuj - femra është 2.4-1, vëhet re një tendencë e feminizimit të epidemisë, ku numri i femrave të infektuara po rritet në mënyrë të vazhdueshme nga 19 për qind në vitin 2002 në 24 për qind në vitin 2003 dhe 40 për qind në vitin 2004.

Gratë duket se kanë risk më të rritur të progredimit të AIDS në krahasim me burrat me të njëjtin ngarkesë virale. Ato kanë ngarkesë më të ulët virale në krahasim me burrat në sëmundjen në fazat

fillestare, por arrijnë deri në sëmundje të avancuar. Për shkak të depresionit dhe faktorëve të tjerë psikologjikë, gratë mund të kenë nevojë më të madhe të shërbimeve mbështetëse dhe kjo mund të ndikojë në suksesin e terapisë antiretrovirale. (134)

Në epokën para HAART, vlerësimi i progredimit të sëmundjes HIV është fokusuar kryesisht në mbijetesën. Studimet retrospektive epidemiologjike kanë raportuar periudha më të shkurtra të mbijetesës dhe një rritje të riskut relativ të vdekjes për gratë me AIDS, në krahasim me riskun relativ të vdekjes për burrat me AIDS. (135, 136, 137) Kjo diferencë besohet të jetë për shkak të çështjeve sociale të qasjes në kujdesin shëndetësor, në krahasim me faktorët biologjik të lidhur me gjininë. (138) Shumica e femrave me AIDS në Shtetet e Bashkuara janë të papuna dhe 83% jetojnë në familje me të ardhura të ulëta. (139) Grate nuk kërkojnë ndihmë mjekësore në fazat e hershme të sëmundjes. (140) Dallimet gjinore sociale mbizotërojnë në lidhje me aksesin në kujdesin shëndetësor. (141) Studimet nga periudha para-HAART kanë konstatuar se gratë me AIDS ka marrë më pak shërbime shëndetësore se meshkujt me AIDS. (142, 143) Nderkohe, në literaturën për vendin tone rezulton se 59 përqind e grave të reja në zonat rurale nuk dinin të dallonin asnjë nga mitet apo mesazhet e shtremberuara rreth HIV-it dhe AIDS-it. (9)

Estrogenet dhe progesteroniket mendohet të kenë efekte imunoregulatorë nëpërmjet prodhimit të citokinave. (144) Hormoni luteinizues mund të rrisë përqindjen e qelizave cirkulatore CD4, ndërsa hormonet stimulus folikular mund të ulë përqindjen e qelizave CD4, por të rrisin përqindjen e qelizave CD8. (145) Përdorimi i pilulave kontraceptive orale ka rezultuar të jetë i lidhur me një prirje drejt një numri më të ulët absolut të qelizave CD4. (146) Nivelet e larta serike të prolaktines kanë rezultuar të jenë të lidhur me infeksionin HIV simptomatike kundrejt asimptomatik, pavarësisht nga gjinia, numëri i qelizave CD4 ose shkalla e frenimit viral. (147)

Numri absolut i qelizave CD4 dhe përqindja rezultoi dukshëm më i lartë në gratë HIV-seronegative se në heteroseksuale burra HIV-seronegative. (146) Në vlerësimin bazë, gratë HIV seropozitive kanë numer më të lartë absolut të qelizave CD4 dhe raport më të lartë CD4:CD8 se në burrat (148) Ky ndryshim mund të vazhdojë për deri në 5 vjet pas infektimit me HIV. (149) Gratë gjithashtu kanë numer më të lartë të qelizave CD4 në instalimin e AIDS se sa burrat. (150) Prandaj, për çdo nivel të qelizave CD4, gratë mund të jenë në risk më të lartë për progredimin e HIV-it se sa burrat. Në burra, ekziston një korrelacion invers në mes të nivelit plazmatik të HIV RNA dhe numrit të qelizave CD4. (151, 152) Megjithatë, në çdo numer të qelizave CD4, përqendrimet plazmatike HIV RNA paraqesin ndryshim të gjerë interindividual. (151, 152)

Ka shumë dallime gjinore që potencialisht mund të ndikojnë në zhvillimin e sëmundjes HIV dhe respektivisht nderlikimet pulmonare. Qasja në shërbimet e kujdesit shëndetësor apo për medikamente antiretrovirale mund të ndryshojnë, si dhe toksiciteti i medikamenteve antiretrovirale. Faktorë psikologjik, të tilla si depresioni, mund të jenë të ndryshme në burra dhe gra të infektuar me HIV. Faktorët sociale dhe mjedisore, të tilla si përgjegjësitë në rritjen e fëmijës, mund të interferojnë me aftësinë për të marrë kujdes shëndetësor dhe mund të ndikojnë në progredimin e sëmundjes. Numri i qelizave CD4 rezulton të jetë më i lartë për femrat sesa për

meshkujt, që kanë të njëjtën shkallë të sëmundjes. Në fazat e hershme të sëmundjes HIV, niveli i HIV RNA në plazem duket të jetë më e ulët, por rritet më shpejt dhe përfundimisht arrin deri në nivelet për burrat në fazat e avancuara të sëmundjes. (134)

Nuk vihen re ndryshime në rrugën e infektimit lidhur me gjininë. Sipas strukturës mjekësore ku është bërë zbulimi rezultoi se raporti meshkuj/femra në Spitalin infektiv ishte 60.9%/46.2%, në SUSM -29.7%/38.5%, shërbime të tjera – 4.7%/7.7%, jashtë shtetit – 4.7%/7.7%. Vihet re se frekuenca me e lartë se në meshkuj është zbulimi në SUSM, që tregon për zbulim të vonë dhe tashmë me nderlikime pulmonare. Gjithashtu përqindje me e lartë tek femrat se meshkujt është dhe në zbulimet e bëra jashtë shtetit, që mund të lidhet me sjellje të rrezikshme seksuale.

Në pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare në lidhje me periudhën që njihen të semurë sipas gjinise rezultoi se shumica e meshkujve janë në periudhën kohore prej 6-8 vjetësh, ndërsa femrat në periudhën kohore prej 3-5 vjetësh. Ky rezultat mund të lidhet me diagnozë me me vonë të infeksionit HIV tek femrat për arsye të përmendura më sipër, por mund të jetë pasojë dhe se kanë rrisur të progredimit në AIDS në krahasim me burrat me të njëjtin ngarkesë virale. Ato kanë ngarkesë fillestare virale me të ulëta se burrat në sëmundjen në fazat fillestare, por arrijnë deri në sëmundje të avancuara. (134) Dyshohet se femra janë të nëndiagnostikuara për shkak të një gamë të gjerë të karakteristikave social-kulturore dhe / ose faktorëve të ndryshëm që lidhen me aksesin në shërbimet e kujdesit shëndetësor ose kujdesit shëndetësor që kërkojnë sjellje. Faktorët kryesorë janë të njohur të jenë të dhunës në familje dhe pabarazia gjinore. (16) Në pacientet e të dy gjinive fillimi i sëmundjes pulmonare të lidhur me HIV ka qenë kryesisht akut dhe subakut dhe në femrat nuk pa patur asnjë rast me fillim kronik.

Dallime statistikisht të rëndësishme rezultuan ndërmjet pacientëve të gjinise mashkull dhe femer në lidhje me marrjen e mjekimit antiretroviral, ku gratë kanë frekuenca më të rritur në të pamjekuar.

Dhe në të dhenat e literaturës vihen re dukje dallimesh gjinore në lidhje me aksesin në kujdesin shëndetësor. (141) Studimet nga periudha para-HAART kanë konstatuar se gratë me AIDS kanë marrë më pak shërbime shëndetësore se meshkujt me AIDS. (142, 143) Qasja në shërbimet e kujdesit shëndetësor apo për medikamente antiretrovirale mund të ndryshojnë, si dhe toksiciteti i medikamenteve antiretrovirale. Faktorë psikologjik, të tilla si depresioni, mund të jenë të ndryshme në burra dhe gratë të infektuar me HIV. Faktorët socialë dhe mjedisorë, mund të interferojnë me aftësinë për të marrë kujdes shëndetësor dhe mund të ndikojnë në progredimin e sëmundjes.

Dhe shpeshtesia e rasteve me përfundim letal në pacientet me nderlikime pulmonare të lidhura me HIV është më e lartë në femrat (23%) se në meshkujt (15.6%).

4.5 Te dhena mbi vdekjet ne te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

AIDS eshte sëmundja me vdekjeprurëse e kohes modern, me mortalitet shume here me te madh se numri i te vrarëve te luftërave botërore. (153) Vdekja është konsideruar e lidhur me AIDS, kur shkak i vdekjes eshte një ngjarje e lidhur me AIDS. (154)

Para aplikimit të terapisë shumë aktive antiretrovirale (HAART), shkaqet kryesore të vdekjes së pacientëve të infektuar me HIV ishin evente të lidhura me AIDS. Disa studime mbi shkaqet e vdekjes të kryera në Francë, Evropë, SHBA dhe Kanada para vitit 1997 kanë raportuar se eventet e lidhura me AIDS kanë kontribuar në rreth 85% të vdekjeve në pacientët të infektuar me HIV. (155) Që nga vitet 1996-1997, kur HAART u aplikua në masë të madhe në menaxhimin rutinë të rastit, vdekshmëria ka rënë në mënyrë dramatike në pacientët e infektuar me HIV. Megjithatë, ajo ka mbetur dukshëm më e lartë se në popullatën e përgjithshme (156) dhe HAART mund të ketë ndryshuar modelet e vdekshmërisë në këta pacientë. Prandaj, vdekshmëria duhet të monitorohet në mënyrë të vazhdueshme dhe të hetohet për të identifikuar shkaqet e reja të vdekjes dhe, në këtë mënyrë, për të përmirësuar mbikqyrjen epidemiologjike dhe menaxhimin e rasteve të pacientëve të infektuar me HIV në epokën e HAART.

Ne studimin tone vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare kanë qene ne grupmoshen 40-49 vjec dhe 60-69 vjec. Gjithashtu , pas moshers 65 vjecare nuk ka asnje te mbijetuar. Vihet re korelacion sinjifikant pozitiv ne mes te moshes dhe vdekjeve. Shpeshesia me e madhe e vdekjeve – 5(6.5%) raste, ka qene ne te pa punet. Ne se analizimi behet ne proporcion me numrin e rasteve per cdo profesion rezulton se vdekjet me shpesh jane ne bujqit (20%) dhe te pa punet (17%), asnje rast ne nepunes. Megjithese numri me i madh i rasteve te vdekur eshte ne qytetare, ne se shihet ne proporcion me rastet qytetar/fshatar rezulton respektivisht raporti 15%/24%, eshte me i larte ne fshatare.

Sipas arsimimit rastet me te shumta te vdekjeve jane ne pacientet me arsim 8 vjecar (13% e totalit te vdekjeve), ndersa ne lidhje me pacientet e ketij grupi rezulton 28 % e rasteve.

Rastet me te pakta te vdekjeve, qofte ne lidhje me totalin apo proporcional, jane ne pacientet e zbuluar ne spitalin infektiv. Rastet e zbuluara ne SUSM kanë pesuar vdekje ne 33.3% te raste, gje qe lidhet me zbulimin me te vonë, kur tashme kanë paraqitur patologji pulmonare. Po ashtu ne proporcion me rastet vihet re vdekshmeri e larte ne ata zbuluar jashte shtetit (50% dhe ne sherbime te tjera (33,3%).

Vdekjet ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me rrugen e infeksionit kanë ndodhur ne ata me infeksion nepermjet gjakut (50% e rasteve) dhe ne heteroseksual (13.1% e rasteve). Rezulton nderlidhje sinjifikante ndermjet rruges se infeksionit dhe vdekjeve.

Pothuajse tre të katërtat e diagnozat HIV janë bërë në një fazë të vonë të infeksionit HIV me një nivel qelizor të CD4 prej më pak se 350, nga të cilat gati gjysma e tyre (47.1%) e pranishme me nivel qelizor CD4 më pak se 200. Kjo nënkupton se një pjesë e madhe e individëve që jetojnë me HIV nuk ka të ngjarë të jetë në dijeni të infeksionit të tyre HIV dhe të mbeten të padiagnostikuar deri në sëmundje apo referimi i sjell ata për testim. Diagnoza e vonë ka të ngjarë të jenë të lidhur me normat e larta të vdekjes, veçanërisht brenda vitit të parë të diagnostikimit dhe më vonë për transmetimin e HIV-it. Një total kumulativ i 122 ose 17,5% të vdekjeve janë raportuar në mesin PLWHA; Megjithatë, raportet e vdekjes ka të ngjarë të jetë te nën-vlerësuar. (16)

Nuk kemi verejtur korelacion ndermjet të vdekjeve dhe menyres se fillimit të sëmundjes pulmonare.

Vdekjet në pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare në lidhje me periudhen që njihen të sëmurë rezultojnë: < 3 vite – 23% e rasteve, 3-5 vite – 13.7% e rasteve, 6-8 vite - 12% e rasteve dhe në ata që njihen prej 9-12 vite me e lartë – 42.9%, por pa nderlidhje sinjifikante në teresinë e pacienteve. Por vihet në dukje se ka vdekje në periudhe të shkurtra pas njohjes së infektimit HIV, gjë që lidhet me diagnoze të vonë dhe aderim të pa mjaftueshëm me shërbimin mjekësor dhe marrjen e trajtimit të duhur.

Nderlidhje llogjike sinjifikante rezulton me mjekimin e kryer, ku ata që praktikisht nuk janë mjekuar kanë pësuar exitus laetalis në 67% të rasteve. Rezultoni korrelacion pozitiv ndermjet periudhës së mjekimit dhe vdekjeve, por si faktor konfundues nderhyn dhe kohezgjatja e sëmundjes. Sipas një studimi spanjoll, pacientët të cilët nuk kanë marrë më shumë se 10% të barnave të trajtimit të tyre paten një rritje të katërfishtë të rrishtit të mortalitetit. (157). Këto të dhëna janë konfirmuar dhe në studime të tjera. (158, 159)

Eventet e lidhura me AIDS- nuk janë shkaqet kryesore të vdekjes së pacientëve të infektuar me HIV në epokën e HAART. Ky evoluim i modelit të vdekshmërisë justifikon adaptimin e mbikëqyrjes epidemiologjike dhe monitorimit klinik të pacientëve të infektuar me HIV. (160)

Kemi konstatuar nderlidhje sinjifikante ndermjet vdekjeve dhe llojit të nderlikimit pulmonar. Në se nderlikimi ka qenë TB i gjeneralizuar rezultojnë të vdekur 75% e rasteve, për TB pulmonar - 20% dhe për PCP – 18.5%. Tuberkulozi mbetet shkaku kryesor i vdekjes në individët e infektuar me HIV, që llogaritet për rreth një në tre vdekje që lidhen me AIDS. Megjithatë, është bërë përparim me një rënie prej 32% të vdekjeve nga tuberkulozi të lidhura me HIV që nga viti 2004. (7) Në të dhenat boterore TB është shkaku kryesor i vdekjes në personat, që janë HIV pozitiv. TB dhe HIV janë “a deadly duo” – secili shpejton progredimin e tjetrit. 1/3 e rasteve në rritjen e incidencës së TB në 5 vitet e fundit i atribuohet HIV, aktualisht HIV është faktori më i fuqishëm unik që shkakton sëmundje në të infektuarit me TB. Personi me HIV pozitiv dhe i infektuar me TB ka probabilitet 30 here më të madh të sëmurës me TB se personi HIV negativ. Në fund të vitit 2000 ishin 36.1 milion njerëz me HIV/AIDS; 70.1% e të cilëve në Afrikën sub sahariene. Në Indi 2 milion janë të infektuar me HIV dhe TB. TB llogaritet për 40% të vdekjeve të AIDS në

Afrike dhe Azi. (161) Mortaliteti gjatë trajtimit është mbi tre herë më i lartë në mesin e pacientëve me TB HIV-pozitive ndaj atyre TB (11% kundrejt 3.4%). (162) Nivel i lartë i bashke-infeksionit HIV dhe tuberkuloz është konstatuar në Afrikë (p.sh. Lesoto dhe Swaziland - 74%), por edhe në disa vende europiane si Letonia (20%), Portugali (18%) dhe Ukraina (16%). (162) Me mjekimin ART, PCP dhe TB janë bërë më pak të shpeshta dhe vdekshmëria pulmonare ka rënë. (163, 164).

Vdekshmëria e pacientëve me më pak se 100 qeliza CD4 / ml është e rritur me më shumë se gjyshtëfish. (165).

Sipas një studimi ka rezultuar që evente jo të lidhura me AIDS janë bërë shkaqet kryesore të vdekjes në pacientë të infektuar me HIV (52%). Para përdorimit të gjerë të HAART, kjo kategori e vdekjeve llogaritej për 15% të të gjitha vdekjeve në vitin 1995 dhe 35% në vitin 1997. (155)

Sipas punimit (166) shkaqet kryesore të vdekjeve jo të lidhura me AIDS, nga janari 1995 deri në qershor të vitit 1996, para përdorimit të HAART, ishin suicidi (2% të totalit të vdekjeve), sëmundjet infektive (1.5%), sëmundjet e heparit (1.2%), te zemrës dhe sëmundje pulmonare (1%) dhe neoplazia (0.8%). Rritja e përqindjes së shkaqeve të vdekjes jo të lidhura me AIDS që nga epoka para-HAART, mund të jetë pjesërisht për shkak të rënies të numrit absolut të vdekjeve që lidhen me AIDS. Ndër shkaqet e vdekjes, që lidhen me AIDS, shumica e infeksioneve oportuniste kanë kontribuar në 3.5-11.5% të vdekjeve dhe dukshëm janë zvogëluar që nga përdorimi i HAART. (166) NHL është shkaku i vetëm i vdekjes, që lidhet me AIDS, i cili është tashmë një nga shkaqet kryesore të vdekjes (5.2%) 1996-97 (155) dhe mbetet shkaku kryesor i vdekshmërisë në epokën e HAART (14%).

Faktorët që lidhen me vdekshmërinë janë moshë e vjetër, niveli i ulët hemoglobinës dhe PaO₂ i ulët në pranimin në spital. (167, 168)

Sot deri në 90% të sëmundjeve të lidhura me AIDS, kanë viremi - kryesisht pacientë të pa trajtuar. Kjo vlen në masë të madhe për infeksionet oportuniste klasike të tilla si PCP, por edhe për të tuberkulozi dhe Limfoma jo-Hodgkin. Në një analizë britanike të 387 vdekjeve të pacientëve HIV + në vitet 2004/2005, rreth 24% e vdekjeve në total dhe 35% e vdekjeve të lidhura me HIV / AIDS u atribuohet diagnozës së vonuar të HIV. (169)

Një analizë llogaritese tregoi se, shpenzimet e trajtimit rriten me 200% kur në kohën e diagnostikimit me HIV ka më pak se 200 qeliza CD4. (170)

Sipas literatures vdekshmëria është e ndryshme në vende të ndryshme. Edhe në vendet perëndimore, mbeten dallime të konsiderueshme në vdekshmërinë e përgjithshme të pacientëve HIV +. Shkalla më e lartë e vdekshmërisë në Amerikën e Veriut, në krahasim me ato europiane, mund të jetë për shkak të përfshirjes së më shumë pacientëve të marginalizuar shoqëror me rrezik të vdekshmërisë më të lartë. Një nga risqet më të rëndësishme të vdekshmërisë për pacientët me HIV+ në vendet e industrializuara mbetet ende e lënë pas dore: pirja e duhanit. Fumoret HIV + humbasin më shumë vjet-jetë me pirjen e duhanit se sa nga HIV. Vdekshmëria e duhanpirësve është trefishuar. (171).

4.6 Korelacione ne lidhje me moshen ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

Nga studimi rezultoi se ka difference ndermjet moshes dhe periudhes qe njihen te infektuar me HIV. Gjithashtu rezulton se grupmosha 45-54 eshte me periudhe me te gjate mjekimi. Me rritjen e moshes shtohet dhe prevalence e semundjeve shoqeruese. Mqs semundjet jo te lidhura me AIDS - kardiovaskulare, hepatike dhe te veshkave njihen gjithnjë e më shumë si komorbiditete te rëndësishme në plakjen e pacientëve te infektuar me HIV (172), është veçanërisht me interes për përcaktimin e barrës së nderlikimeve jo infektive në krahasim me nderlikimet infektive pulmonare. (173)

Nga te dhenat e literatures, nderlikimet më te pakta infektive dhe një frekuencë më e madhe e semundjeve te pa lidhura me HIV te mushkërive, sidomos në grupin e SPOK-u, duket se paralelizon barrën më të madhe të semundjeve shoqeruese jo infektive kronike, qe rezultuan në shumë pacientë te moshur te infektuar me HIV (174).

Sipas rruges se infektimit jane deklaruar homoseksuale vetem ne grupmoshen 35-39 vjec me 2.6% te rasteve. Rruga heteroseksuale, qe perben shumicen e rasteve (79.2%), rezulton me shpesh ne grupmoshen 40-44 vjec (18.2% e totalit te rasteve) dhe 45-49 e 50-54 vjec me nga 14.3% secili.

Ka ndryshueshmeri ne prekjen sipas moshës. Ne ShBA, të rinjtë e moshës 13-24 janë të prekur veçanërisht nga HIV. Në vitin 2015, ata përbënin 16% të popullsisë amerikane, por llogariten për 22% të të gjitha diagnozave të reja me HIV. Megjithate, të gjithë të rinjtë nuk janë njësoj në rrezik. Të rinj gay dhe biseksualë llogariten për 84% të të gjitha diagnozave të reja me HIV tek njerëzit e moshës 13-24 në vitin 2015. (12)

Nderlikimi pulmonar i lidhur me HIV ka qene mesatarisht me shpesh ne grup moshen 40-44 vjec, me PCP ka rezultuar 35-49 vjec dhe me me e larte jo sinjifikante per TB ne 45-49 vjec. Sipas profesionit rezulton se te pa pune kane qene me shpesh ne grupmoshen 35-44 vjec, punetore ne grupmoshen 44-49 vjec, bujq ne grupmoshen < 35 vjec dhe 40-44 vjec dhe nepunes ne grupmoshen 50-55 vjec. Pra rezulton se nepunesit kane moshe me te larte, qe lidhet probabilisht me koperimin ne kujdesin me te mire shendetesor. Sipas prejardhjes qytetaret kane qene me shpesh ne grupmoshen 40-44 vjec dhe fshataret nen moshen 54 vjec.

Sipas struktures moshore zbulimi i infeksionit HIV ne Spitalin kane qene me shpesh ne grupmoshen 40-44 vjec, ndersa ne SUSM ne grupmoshen 45-49 vjec.

Sipas te dhenave te literatures ka rezultuar se pacientët e infektuar me HIV kishin më shumë gjasa që të kishin diagnoza shoqeruese të semundjeve jo infektive kronike, duke përfshirë SPOK, kancer të mushkërive, hipertension pulmonar dhe fibrozë pulmonare, si dhe infeksione pulmonare - përfshirë pneumoni bakteriale, PCP dhe TB kur krahasohet me pacientët te pa infektuar me HIV. Në të kundërt, incidenca e astmës (semundje që shpesh zhvillohet në moshë te

reja, që mund të paraprijnë infeksionin HIV) nuk ndryshojnë sipas statusit HIV. Pneumonia bakteriale dhe SPOK ishin dy sëmundjet më të shpeshta të diagnostikuara pulmonare. Kjo është në kontrast me studimin “Pulmonary Complications of HIV Infection Study” të kryer në epokën e para kombinimit të ART, në të cilin dy komplikime më të shpeshta pulmonare ishin PCP ndjekur nga pneumonia bakteriale (175). Frekuenca e infeksionit pulmonar aktualisht është ndjeshëm më e ulët se në disa studime të kohës para kombinimit ART, edhe pse krahasime të tilla duhet të interpretohet me kujdes lidhur me dallimet në popullatat e pacientëve dhe metodat diagnostike dhe raportimit (97, 175).

Studimet janë të rëndësishme për ofruesit e kujdesit shëndetësor për të marrë parasysh, kur të vlerësohen pacientët e infektuar me HIV, veçanërisht ata të cilët mund të paraqesin simptoma respiratore. Edhe pse shkalla e rritjes së rrezikut të lidhur me infeksionin HIV për SPOK është modeste, incidenca e SPOK dhe rëndësia klinike janë të konsiderueshme. Frekuenca e SPOK ka gjasa të jetë ekskluzive për një popullsi të moshës së vjetër, për shkak se prevalenca e pirjes së duhanit në popullatën e infektuar me HIV është po aq e lartë. (176) Se sa SPOK dhe sëmundje të tjera kronike të mushkërive shoqeruese ndikojnë në rrezikun për morbiditet, infeksione pulmonare dhe mortalitet në pacientët e infektuar me HIV kërkon hetim të mëtejshëm. (173) Sipas studimit (173) të dhenat perkojnë me ato të mëparshme duke mbështetur rritje të rrezikut për SPOK (98, 108), kancer të mushkërive (177) dhe hipertension pulmonare (178) në pacientët e infektuar me HIV. Bashkeshoqerimi i infeksionit HIV me astmën ose hiperreagibilitetin bronkial është kontradiktore në studimet e mëparshme. (179) Nuk janë gjetur lidhje midis infeksionit HIV dhe incidencës së astmës dhe në fakt astma ka qenë më e frekuentë në pacientët me HIV-negativ në krahasim me pacientët e infektuar me HIV. (173)

Studimet mbështesin gjasat që në pacientët e infektuar me HIV rritja e moshës së pacientëve shoqerohet me rritjen e barres së shumë sëmundjeve infektive dhe jo infektive të mushkërive. Ka rezultuar se mosha është faktor i rëndësishëm i rrezikut për shumë sëmundje pulmonare në pacientët të infektuar me HIV. Gjithashtu ka rezultuar se shkalla e incidencës relative krahasuar pacientët e infektuar me HIV dhe të pa-infektuar në përgjithësi ka rënë me avancimin e moshës. Një shpjegim për ngushtimin e incidencës relative mund të jetë rreziku kompetitiv i mortalitetit në pacientët e infektuar me HIV që rezultojnë në nivele të ulëta fallse në pacientët e moshuar në krahasim me pacientët HIV-negativ. Pacientët e infektuar me HIV nuk mund të mbijetojnë për të zhvilluar sëmundjet që ndodhin në pacientët të vjetër HIV-negativ, duke patur parasysh se të infektuarit me HIV kanë mortalitet që është afërsisht dy herë më i lartë se në ata HIV-negativ. (180) Kjo mund të shpjegojë bashkëveprimin e rëndësishëm pozitiv në modelet statistikore në mes të infeksionit HIV dhe moshës për disa sëmundje të mushkërive. (173)

Incidenca më e madhe e sëmundjeve të mushkërive që lidhen zakonisht me plakjen dhe paraqitjen e tyre në moshat e reja në pacientët e infektuar me HIV gjithashtu rrit mundësinë që infeksioni HIV përshpejton rënien në shëndetin e mushkërive të lidhur me plakjen, paralelisht me atë që është përshkruar për zhvillimin e sëmundjeve të tjera shoqëruese. (172) Infeksioni HIV mund të bëjë më të ndjeshme mushkëritë ndaj shfaqjes me të hershme të sëmundjeve të tilla si

SPOK, i cili ka qenë sugjeruar si sëmundje që përshpejton plakjen e mushkërive (181). Pirja e duhanit, e cila është e përhapur në individet e infektuar me HIV, përkeqëson më tej senescencen celulare. (182)

4.7 Te dhena sipas llojit te nderlikimit pulmonar ne pacientet HIV/AIDS

Nga përshkrimet e para të HIV/AIDS, trakti respirator ka qenë lokalizimi i prekur më shpesh nga sëmundja. Sipas rezultateve të gjeturave të autopsisë, mushkëritë ishin prekur me një incidencë që varion nga 100% në periudhën e hershme të epidemisë në 70% në epokën HAART. Deri në 70% të pacientëve me HIV kanë patur ndërlikime pulmonare gjatë evolucionit të sëmundjes, kryesisht nga etiologji infektive. Infeksionet e traktit të poshtem respirator janë 25-fish më te zakonshem në pacientët me HIV se në komunitetin e përgjithshëm, që ndodhin në deri në 90 raste në 1000 persona-vite. Aktualisht, infeksionet pulmonare, jo vetëm infeksionet oportuniste te lidhura me AIDS, mbeten shkaku kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë dhe një nga shkaqet më të shpeshta të shtrimit në spital në individet të infektuar me HIV në mbarë botën. Rezulton incidence prej 20-25 episode për 100 të shtrimeve në spital në vit. Këta shifra japin ide të madhësisë së problemit të infeksioneve pulmonare në pacientët me HIV. Për më tepër, ka qenë sugjeruar se PCP, tuberkulozi (TB) dhe pneumonia bakteriale janë të lidhur me ecuri në mënyrë të konsiderueshme më të keqe të sëmundjes HIV, madje edhe me rënie të përhershme të funksionit të mushkërive edhe pse jo të gjithë studimet janë dakord me këto rezultate. (cituar 183)

Ne studimin tone ne 77 paciente me HIV/AIDS ka patur 84 nderlikime me patologji pulmonare. Sipas nderlikimit pulmonar rezulton te kete qene pneumoni bakteriale (episodi I) ne 12 (14.3%) raste, pneumoni bakteriale rekurente – 9 (10.6%). Patologjia me e shpeshte ka qene PCP – 33 (39.3%), pasuar nga tuberkulozi – 27 (32.2%), prej te cileve 23 (27.4%) – TB pulmonar dhe 4 (4.8%) TB i gjeneralizuar, gje qe perkon dhe me te dhenat e literatures. Jane konstatuar 2 (2.4%) raste me Sarcoma Kaposi dhe 1 (1.2%) rast me SPOK.

Kanë ndodhur ndryshime të rëndësishme në epidemiologjinë e infeksioneve pulmonare te lidhura me HIV. Në përgjithësi, shkaqet kryesore janë përshkrimi i profilaksisë së *Pneumocystis jirovecii* dhe futja e terapise shumë aktive antiretrovirale (HAART). Aktualisht, diagnoza më e shpeshtë në vendet e zhvilluara është pneumonia bakteriale, veçanërisht pneumonia nga pneumokoku, shkaku i dytë më i shpeshtë është pneumonia nga *pneumocystis* dhe e treta është tuberkulozi. Megjithatë, në Afrikë, tuberkulozi mund të jetë ndërlikimi më i zakonshem pulmonar i HIV-it. (183)

Pneumonia bakteriale është e zakonshme në pacientët e infektuar me HIV dhe incidenca rritet me progresionin e imunokomprometimit. The Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group ka monitoruar një kohort prej 1,130 pacientëve të rriturit të infektuar me HIV dhe 167

HIV-negativë për 64 muaj (97, 184). Në atë periudhë, pacientët e infektuar me HIV kane patur 237 raste të pneumonisë bakteriale, frekuence prej 5.5 episode për 100 paciente-vite, krahasuar me 6 episode për të rriturit HIV-negativ, një frekuence prej 0.9 për 100 episode të paciente-vite. Shpeshtesia e pneumonisë rritet me rënjen e numrit të qelizave CD4 +. Kur pacientët janë stratifikuar në grupe sipas numrit të qelizave CD4 + për milimetër kub mbi 500, në 200 - 500 dhe më ulët se 200, frekuenca e pneumonisë ishte respektivisht 2.3, 6.8 dhe 10.8 episode për 100 paciente-vite. Cordero dhe bshp (185) konstatoi trend të ngjashëm. Në një studim të kufizuar prej 26 pacientësh të infektuar me HIV, të hospitalizuar me pneumoni nga H. influenzae, shumica e pacientëve (73%) kishin numër të qelizave CD4 + nën 100 / ml. Pavarësisht nga numëri i qelizave CD4 +, incidenca e pneumonisë ishte më e lartë në përdorues të drogës me injeksion se në pacientët e tjerë të infektuar me HIV.

Reagimi i individit ndaj TB është i kontrolluar pothuajse tërësisht nga imuniteti qelizor, në radhë të parë nga makrofagët dhe qeliza CD4 +. Mund të pritët që incidenca e sëmundjes klinike TB pas infektimit të jetë më e lartë në pacientët me imunitet të dëmtuar qelizor, me rritjen e numrit të rasteve të sëmundjes primare dhe të diseminuar.

Para epidemisë HIV, vetëm 10% e rasteve me TB ishin sëmundje primare. Përveç incidencës më të lartë të sëmundjes primare, pacientët e infektuar me HIV kanë gjithashtu një incidencë më të lartë të sëmundjes së diseminuar. Sëmundja ekstrapulmonale është e zakonshme në pacientët e infektuar me HIV. Nuk ka organ që mund të neglizhohet. Zmadhimi i nyjeve limfatike ekstratorakale është i pranishëm në 20% të pacientëve të infektuar me HIV me TB dhe 77% janë BK direkt pozitive në aspirate. (186)

Rreziku për progredimin në TB klinik pas infektimit me MTB është më i lartë në pacientët e infektuar me HIV; sëmundje klinike zhvillohet në rreth 10% çdo vit, kur ajo zhvillohet në 10% të individëve imunokompetent gjatë gjithë jetës. Në shumë klinika të tuberkulozit rreth 10% e të semurve janë me HIV+. Në shumë raste tek HIV pozitivët zhvillohen forma progresive të tuberkulozit sidomos në fazën e AIDS-it. Numri i CD4 në tuberkuloz në këto raste është 200-300 qeliza/ml me heret se infeksionet e tjera oportune. Në të semuret me AIDS në 70% të rasteve shihen forma ekstrapulmonare të tuberkulozit, por mund të takohen dhe TB miliare dhe prekje të mushkerive nga tuberkulozi pa kavite (187). Shpesh në të semuret me AIDS diagnoza e TB-se bëhet me vonese për shkak të manifestimit atipik të zhvillimit të sëmundjes. Në të semuret HIV+ në 32-76% të rasteve zhvillohen forma ekstra-pulmonare të tuberkulozit, ndërsa në 60-70% të rasteve zhvillojnë TB të mushkerive (cituar 188)

P. carinii shkakton pneumoni të rrezikshme për jetën në individët me imunitet të komprometuar. Me fillimin e epidemisë së AIDS në fillim të viteve 1980, numri i rasteve është rritur në mënyrë eksponenciale. Me përmirësimet në diagnozën, trajtimin dhe profilaksinë, numri i rasteve të PCP është ulur tashmë në mënyrë dramatike. (189). Kur filloi epidemia e AIDS, PCP u zhvillua në 75% të pacientëve me AIDS gjatë sëmundjes së tyre. Me përdorimin e profilaksisë PCP dhe HAART, incidenca e PCP është ulur në mënyrë dramatike. Pacientët e infektuar me HIV kanë tendencë për të paraqitur ecuri më të shpejtë se pacientët e pa infektuar me HIV. Në pacientët e

infektuar me HIV, numëri i qeliza CD4 + është treguesi më i rëndësishëm i rrezikut për PCP, por kjo në vetëvehte nuk është diagnostike e PCP. Kur numri i qelizave CD4 + bie nën 200 / ml, rritet rrishti për PCP. Në disa pacientë, PCP mund të zhvillohet në nivele të larta, por rrishti është i ulët.

Kategoria e transmetimit të HIV të pacientit dhe zakonet (p.sh. pirja e duhanit) sigurojnë njohuri në frekuencën relative të infeksioneve të ndryshme dhe neoplazive të lidhura me HIV dhe gjendjeve jo të lidhura me HIV. Pneumonia bakteriale është më e zakonshme në pacientët e infektuar me HIV, që janë përdorues të drogës me injeksion se në pacientët pa anamneze të IDV. (97) Në mënyrë të ngjashme, TB është më e zakonshme në pacientët e infektuar me HIV, të cilët përdorin droga me injeksion se në pacientët pa anamneze të përdorimit të drogave intravenoze. Nga ana tjetër, Sarkoma Kaposi është parë në ShBA pothuajse ekskluzivisht në meshkujt që kanë seks me meshkuj (MSM). Përdorimi i drogës me injeksion apo drogave të tjera të paligjshme mund të shkaktojë një shumëllojshmëri të sëmundjeve pulmonare jo të lidhura me HIV (p.sh. emboli septike të lidhur me endokarditin apo pneumoni, depresion respirator, edemë pulmonare). Studimi “The Pulmonary Complications of HIV Infection Study” tregoi se infeksionet e traktit të sipërme respirator, të tilla si sinuziti, faringiti dhe bronkiti akut ishin më shpesh shkak i simptomave respiratore se sa Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP), pneumonia bakteriale, tuberkulozi ose sarkoma pulmonare Kaposi. (175) Ky spektër i sëmundjeve pulmonare dominuar nga infeksionet e traktit të sipërme respirator dhe bronkiti akut në një klinikë ambulatorë zhvendoset në mënyrë të qartë drejt pneumonisë oportuniste në një mjedis intraspitalor dhe më shpesh PCP në një mjedis klinikë të njesisë së kujdesit intensiv. (190) Përveç kësaj, ndryshimet demografike dhe rajonale ndikojnë në spektrin e sëmundjeve pulmonare. Prandaj, qasja diagnostike për vlerësimin e simptomave respiratore në një pacient të infektuar me HIV duhet të marrë në konsideratë të gjithë këta faktorë.

Mosha mesatare në pacientët HIV/AIDS, që kanë pësuar pneumoni për herë të parë ka qenë 42.9 ± 5.9 vjeç (35 gjer 52 vjeç); për ata me pneumoni recidivuese – 44.1 ± 10.9 vjeç (31 gjer 64 vjeç); për ata me PCP - 48.2 ± 11.8 vjeç (30 gjer 71 vjeç); për ata me Tb pulmonar – 48.1 ± 9.8 vite (32 gjer 67 vite); për pacientët me Tb gjeneralizuar – 47.8 ± 10.2 vjeç (42 gjer 63 vjeç). Kështu vëhet re spostim në drejtim të moshës më të madhe për PCP dhe TB, gjë që lidhet dhe me rritjen e deficitit imunitar, me rënjen e numrit të qelizave CD4 dhe progredimin e HIV/AIDS me kalimin e kohës.

Nderlikimi pulmonar i lidhur me HIV ka qenë i njëjti për të dyja gjinitë në lidhje me pneumoninë dhe ka predominuar në gjininë mashkull në rastet e pneumonisë recidivuese, PCP dhe TB.

Nderlikimet me pneumoni, PCP dhe TB kanë predominuar në pacientët HIV/AIDS fumatore, kjo lidhur dhe me ndikimin negativ të përkthuar për duhanin në lidhje me progredimin e infeksionit HIV. Në pacientët me nderlikime pulmonare aresimi i lartë ka qenë më pak frekuent, gjë që lidhet me faktorët social-kulturore dhe mjekësore. Gjithashtu në strukturën e prejardhjes më shpesh kanë qenë qytetarët, gjë që mund të jetë ndikuar dhe faktorë të nendiagnozës në zona rurale.

Ne lidhje me struktura e profesioneve TB dhe PCP kane qene me shpesh ne te pa pune dhe punetore, ku ndikojne faktore social ekonomike dhe aderimi mjekesor.

Ne te dhenat e studimit rezulton se nivelet e CD4 ne lidhje me nderlikimin pulmonar rezultojne se ne pneumonine per here te pare kane qene ne raste te barabarta ne CD4 300-399 dhe 200-299/ml, asnje rast ne nivele me te ulta te CD4. Pneumonia recidivuese eshte pare ne numer rastesh te barabarta ne nivele e CD4 200-299, 100-199 dhe <100 /ml dhe asnje raste ne nivelet 300-399/ml. PCP ka ndodhur ne 60.6% ne paciente me nivel CD4 100-199 qeliza /ml dhe 39.4% ne nivelin < 100 qeliza/ml, asnje rast ne nivele te qelizave CD4>199/ml. Tb pulmonar eshte konstatuar ne paciente me nivel te CD4 200-299 qeliza/ml ne 26.1 %, 100-199 qeliza/ml ne 34.8% dhe 39.1% ne nivelin < 100 qeliza/ml. Keto rezultate tregojne dhe perkojne me te dhenat e literatures ku niveli i deficitit imunitar, i renjes se numrit te qelizave CD4 percakton ndjeshem llojin e nderlikimit pulmonar.

Vlerat vjetore te incidences se diagnozave te semundjeve respiratore jane vleresuar ne grupin ne tere si dhe sipas numrit te CD4 apo kategorise te transmetimit te HIV-it. Çrregullimet me te shpeshta respiratore jane infeksionet e traktit te siperm te frymëmarrjes, por incidenca e infeksioneve te traktit te poshtem respirator eshte rritur kur bie numri i qelizave CD4. Infeksionet specifike te traktit te poshtem te frymëmarrjes paraqesin modele te vecanta sipas numrit te qelizave CD ne hyrje ne studim dhe kategoria e transmetimit. Bronkiti akut ishte infeksioni mbizotërues ne traktin e poshtem respirator i individeve me nivel CD4 > ose = 200 qeliza / ml. Ne individet me nivel CD4 200 deri ne 499 qeliza / ml, incidenca nga pneumonia bakteriale dhe Pneumocystis carinii per secilen rritet me një mesatare prej 40% ne vit. Ne individet me nivel CD4 <200 qeliza / ml, bronkiti akut, pneumonia bakteriale dhe pneumonia P. carinii ndodhin ne frekuence te larte, pavarësisht kemoprofilaksë ne me shumë se 80% pas vitit pare dhe frekuenca e infeksioneve te tjera oportuniste te mushkërive rritet me kalimin e kohës. Çdo vit, përdoruesit drogave me injeksion kishin një incidencë me te lartë te pneumonisë bakteriale sesa ne meshkujt homoseksualë. Frekuenca vjetore e tuberkulozit ishte <3 episode/100 person-vite ne çdo nivel CD4 dhe grupit transmetimit HIV. (175)

Numëri i CD4 mat shkallën e imunosupresionit ne pacientët HIV-pozitiv. Ekziston një marrëdhënie e anasjelltë ndërmjet numrit te CD4 dhe shkallës se imunosupresionit. Numëri i CD4 është përdorur ne monitorimin e përparimin te sëmundjes, duke vendosur se kur do te fillojë terapia, stadin e sëmundjes, duke përcaktuar dështimin e trajtimit dhe përcaktimin e rrezikut te transmetimit nga nëna tek fëmija. Disa studime kanë treguar se numëri i CD4 është parashikues i fortë i progresit te sëmundjes dhe mbijetesës. (191) Kostoja e numërimit te CD4 është me e lirë sesa per ngarkesën virale dhe është duke u bërë gjithnjë me e përballueshme për pacientët ne vendet me burime te varfëra.

Tendencat kohore te çrregullimeve respiratore te lidhura me HIV jane te përcaktuara nga faza e sëmundjes HIV dhe ndikuar nga kategoria e transmetimit. Ndërsa bronkit akut është frekuent gjate gjithë fazave te infektimit me HIV, normat e incidencës te pneumoni bakteriale dhe

pneumonia *P. carinii* rritet në mënyrë të vazhdueshme gjatë progredimit në sëmundje të avancuar. Në sëmundje të avancuar, incidenca e bronkitit akut, pneumoni bakteriale dhe *P. pneumoniae carinii* është e lartë, pavarësisht kemoprofilaksë. (175)

Sipas menyres së fillimit të sëmundjes (%) në lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se frekuence më të mëdha të fillimit akut kanë pneumonite dhe subakut TB pulmonar. Kjo gjë, përveç rolit të shkaktarit infektues, përkon dhe me fuqinë reaguese të organizmit në lidhje me gjendjen imunitare, në ndryshimin që pneumonia ndodh në nivel më të lartë të CD4 se TB.

Në studimin tonë në pacientet me HIV/AIDS dhe nderlikime pulmonare nuk janë evidentuar ndryshime statistikisht në simptomat klinike dhe llojit të nderlikimit. Rezulton se në nderlikimin tuberkular dhe në pneumoninë recidivuese u konstatua adenopati hilare-mediastinale, gjë që flet për stad më të avancuar të deficitit imunitar dhe llojit të nderlikimit pulmonar.

Sipas pulmonit të prekur (%) në lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se TB pulmonar dhe PCP kanë patur më shpesh lokalizim bilateral., ndërsa sipas fushës pulmonare të prekur (%) në lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re lokalizim atipik i TB pulmonar në fushën e mesme dhe të poshtme të pulmonit (43.2% të rasteve).

Pneumonia bakteriale e shkaktuar nga *S. pneumoniae* në mënyrë karakteristike paraqet tablloje të bronkopneumonise ose me një tabllë fokale segmentale ose alveolare lobare. Paraqitja radiografike është e ngjashme me atë të pneumonisë pneumokoksike në një person të pa infektuar me HIV. Shpesh, ka likuid pleural shoqëruar. Nganjëherë, paraqitja radiografike është e padallueshme nga ajo e infeksioneve oportuniste të tjera. (192) Në raste të rënda të pneumonisë, tabllëja mund të jetë multifokale ose difuze. Pacientët me tabllë fokale segmentale ose alveolare lobare (me ose pa likuid pleural) në radiografinë torakale duhet të ekzaminohen në sputum, hemokulture për analizë bakteriologjike, si pjesë e vlerësimit të tyre diagnostik. Torakocenteza gjithashtu duhet të kihet në konsideratë për pacientët me likuid pleural. Pneumonia bakteriale që rezulton nga *H. influenzae* është raportuar të ketë tabllë me opacitete difuze të ngjashme me ato që paraqiten në PCP. Në pacientët e infektuar me HIV me imunosupresion të avancuar, ka rritje në frekuencë të pneumonive, që shkaktohen nga *P. aeruginosa* dhe *S. aureus* dhe mund të paraqesin infiltrat kavitari. (193)

Në mënyrë klasike, PCP ka tabllë radiologjike të opaciteteve bilaterale retikulare dypalëshe ose granulare. Në raste të lehta, tabllëja radiografike mund të jetë normale. Në pacientët me PCP dyshuar klinikisht, që kanë një rezultat normal radiografik, HRCT torakale është një test i dobishëm. HRCT vë në dukje fusha ground-glass në pacientët me PCP. Megjithatë, këto opacitete nuk janë diagnostike për PCP dhe mund të shihen në një shumëllojshmëri të infeksioneve dhe sëmundjeve të tjera pulmonare. Prandaj, pacientët të dyshuar me PCP dhe tabllë ground-glass në HRCT duhet t'i nënshtrohen sputumit të induktuar ose bronkoskopisë në një përpjekje për të krijuar një diagnozë definitive. Është e rëndësishme, që mungesa e tabllës ground-glass në HRCT bën jashtëzakonisht jo të mundshme PCP. Gruden e bshp. në San

Francisco General Hospital raportuan se ndjeshmëria diagnostike e HRCT me tablo ground-glass për PCP ishte 100% dhe se specificiteti ishte 89%. (118) Përveç kësaj, vlera parashikuese negative e një HRCT pa tablo ground-glass ishte 100% (asnjë prej 40 pacientëve të skanuar HRCT ne te cilët mungonte tabloja ground-glass nuk kishte PCP). Kështu, HRCT torakale mund të jetë një test i dobishëm për të "përrjashtuar" ose të paktën të bëjë jo probabl diagnozën e PCP, por ajo nuk mund të përdoret për të "vendosur" këtë sëmundje. Tabloja radiologjike karakteristike infiltrative retikulare apo granulare e PCP është bilaterale dhe simetrike. Nganjëherë, infiltratet janë të njëanshëm apo asimetrike. Me teper duhet te theksohet vemendja në modelin e parë (retikular ose granular) sesa të shpërndarjes (bilaterale, simetrike ose difuze). Pacientët me këto tablo radiografike duhet të ekzaminohen me sputum te induktuar ose mostra te marra me bronkoskopi (zakonisht lavazh bronkoalveolar) per prezencen e organizmave te Pneumocystis.

Në pacientët me sëmundje të lehte, ndryshimet imazherike mund të jenë të kufizuara në rajonin perihilar. Me progredimin e sëmundjes, gjetjet radiografike torakale do të përparojnë nga përfshirja kryesisht perihilare në përfshirje më difuze dhe mund te shfaqet model alveolar ose mikst retikular-alveolar. Në rreth 15-20% të imazheve radiografike nga pacientët me PCP janë parë formacione cistike ajrore me mure te holle ose pneumatocela. Kombinimi i opaciteteve bilaterale granular dhe pneumatocelave në një pacient të infektuar me HIV me numer qelizor të CD4 <200 qeliza/ml është fuqimisht sugjerues per PCP. Pneumatocelot mund të jenë unike ose të shumëfishta, të vogla apo të mëdha dhe mund të predispozojne pacientët në zhvillimin e pneumatoraksit, një tjetër prezantim radiografik sugjestiv per PCP. PCP nganjëherë paraqet opacitete fokale, me tablo miliare, tablo nodular ose nodule diskrete, apo me kavitet. Megjithatë, tabloja si e adenopatise intratorakale ose likuidi pleural janë manifestim i rrallë i PCP, gje qe vihet re dhe ne rezultatet tona. Në pacient me PCP, këto gjetje radiografike zakonisht paraqesin një proces konkomitant. Në pacientet e infektuar me HIV me PCP, përmirësimi radiografike shpesh është parë pas 7-14 ditësh. (194)

TB mund të ketë një shumëllojshmëri tabllosh radiografike. (195) Paraqitja karakteristike varet pjesërisht nga shkalla e imunosupresionit. Ne fazat e hershme të infeksionit HIV (kur pacienti ka një nivel relativisht të lartë të qelizave CD4), TB zakonisht paraqet tablo të riaktivizimit, domethënë infiltrate ne zonat e sipërme të mushkërive (segmente apikal dhe posterior të lobeve te sipërme dhe segmenti apikoposterior i lobit inferior), shpesh me destruksion kavitar.

Në të kundërt, kavernat janë një prezantim më pak i zakonshem i tuberkulozit në pacientët e infektuar me HIV me nivel të ulët qelizor te CD4. Këta pacientë kanë më shumë gjasa për të paraqitur ose sëmundje difuze, që mund të jetë miliare ose me infiltrate kryesisht ne zonen e mesme dhe inferior të mushkërive, që mund të vleresohet gabimisht për pneumoni bakteriale. Për diagnozën diferenciale "çelësi" është njohja e numrit te qelizave CD4 të pacientit dhe fakti se kjo paraqitje radiografike e TB mund të ndodhë në një nivel të ulët të qelizave CD4. Likuidi pleural mund të shihet ne TB si në nivel qelizor te lartë dhe të ulët te CD4, por adenopatia intratorakale

është parë shumë më shpesh në pacientët me nivel të ulët qelizor të CD4. Dhe nga të dhënat e studimit të rezultojnë tablo atipike dhe prekje të limfonodulëve.

CT torakal nganjëherë mund të jetë i dobishëm për vlerësimin e pacientëve me adenopati intratorakale dhe për ekzaminimin e të dhënave të dyshimta për adenopati në radiografi.

Absorbimi i ulët i rrezatimit nga nyjet limfatike sugjeron nekrozë qendrore dhe në këtë mënyrë një diagnozë të sëmundjes mikobakteriale ose fungale. Pacientët të dyshuar klinikisht me TB dhe tablo radiografike konsistente për TB duhet të kryejnë deri në 3 ekzaminime të sputumit për BK dhe culture sputum dhe gjak për analizë mykobakteriale, si pjesë e vlerësimit të tyre diagnostike. Toracenteza (me biopsi pleural) duhet të kihet në konsideratë për pacientët me likuid pleural. Ekzaminimi i kujdesshëm fizik mund të zbulojë nodule limfatike periferike të përshtatshme për biopsi. (195)

Sarkoma Kaposi pulmonare në mënyrë karakteristike paraqitet me opacitete bilaterale me lokalizim qendror ose perihilar. Gruden e bshp në San Francisco General Hospital rishikuan tabllote radiografike të 76 pacientëve të njëpasnjëshme me sarkomë Kaposi pulmonare të diagnostikuara me bronkoskopi. (196) Të gjithë këta pacientë kishin kryer lavazh bronkoalveolar që ishte negativ për *Pneumocystis*, *M tuberculosis*, *M avium* complex dhe çdo patogjen bakterial, fungal viral.

Periudha kohore që njihen të infektuar për pacientët HIV/AIDS, që kanë pësuar pneumoni për herë të parë ka rezultuar 4.2 ± 1.9 vjet (2 gjer 8 vjet); për ata me pneumoni recidivuese – 3.9 ± 1.8 vite (1 gjer 6 vite); për ata me PCP – 5.3 ± 2.6 vite (1 gjer 12 vite); për ata me Tb pulmonar – 6.2 ± 2.2 vite (2 gjer 10 vite); për pacientët me Tb gjeneralizuar – 4 ± 2.2 vite (1 gjer 6 vite). Këto të dhëna konfirmojnë atë që progredimi i sëmundjes HIV/AIDS shoqërohet me nderlikime karakteristike sipas llojit. Sipas periudhës së njohjes së sëmundjes (%) në lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se frekuencat më të mëdha të rasteve me TB dhe PCP kanë kohezgjatje më të mëdha.

Periudha kohore që janë mjekuar me antiretrovirale për pacientët HIV/AIDS, që kanë pësuar pneumoni për herë të parë ka rezultuar 3.4 ± 1.8 vjet (1 gjer 8 vjet); për ata me pneumoni recidivuese – 3.9 ± 1.8 (1 gjer 6 vjet); për ata me PCP – 4.9 ± 2.5 vite (0.25 gjer 9 vite); për ata me Tb pulmonar – 5.3 ± 2.8 vite (1 gjer 10 vite); për pacientët me Tb gjeneralizuar – 2.9 ± 3 vite (0.2 gjer 6 vite). Nga studimi jone periudha e mjekimit me antiretrovirale në lidhje me nderlikimin pulmonar, ku shumica e rasteve me nderlikime janë në periudhën kohore të mjekimit 2-4 vjet, në kohezgjatjen e mjekimit 5-7 vjet ka shpeshësi të rasteve me pneumoni recidivuese, PCP dhe TB. Në pacientë të mjekuar prej 8-10 vitesh vërehen numër i konsiderueshëm rasteve me TB dhe PCP.

Infeksionet pulmonare mbeten nga shkaqet më të rëndësishme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në këta pacientë, dhe shkak i parë i pranimit në spital në epokën HAART. Arritja

e diagnozës etiologjike e infeksionit të mushkërive në këta pacientë është e rëndësishme për shkak të pasojave të tij prognostike. (183)

Terapia e kombinuar me agjentë të shumta kundër HIV-it, e njohur si HAART (terapi shumë aktive antiretrovirale), u përdorur gjerësisht në mes të 1996 dhe 1997 në vendet e zhvilluara. Si rezultat, incidenca e infeksioneve oportuniste është ulur dhe jetëgjatësia e personave të infektuar me HIV është rritur. Megjithatë, kjo nuk ka ndodhur në mënyrë uniforme në të gjithë botën për shkak se terapia antiretrovirale nuk është ende në dispozicion për miliona njerëz të infektuar me HIV, kryesisht në vendet me burimeve të kufizuara. Për më tepër, një përqindje e konsiderueshme e pacientëve në vendet e zhvilluara nuk marrin HAART, sepse kanë diagnozë të vonuar të HIV (dmth diagnozë në fazë të avancuar të sëmundjes), ose ata nuk janë në kujdesin aktiv mjekësor, pavarësisht nga disponueshmëria e HAART. (183)

Para futjes dhe përdorimit të gjerë të kombinimit të terapisë antiretrovirale, sëmundjet pulmonare ishin ndër ndërlikimet më të shpeshta të infektimit me HIV dhe ishin të lidhur me sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë konsiderueshme (197). Në epokën e kombinimeve ART, incidenca e pneumonise dhe infeksioneve të tjera oportuniste ka rënë (198).

Në literaturë është ekzaminuar lidhja midis variablave specifike të HIV dhe incidencën e sëmundjeve të mushkërive. Në pacientët e infektuar me HIV, shpeshtesia e sëmundjeve infektive pulmonare ishte dukshëm më e madhe në pacientet që nuk mjekoheshin me ART dhe që kishin më të ulët numrin e qelizave CD4 + dhe nivele më të larta të HIV RNA; këto rezultate janë në përputhje me studimet e mëparshme dhe tregojnë se vlerat e këtyre variablave janë parashikues të rëndësishëm të sëmundjeve të mëvonshëm. (173)

Përveç pneumonise, vdekjet (%) sipas ndërlikimit pulmonar dhe nivelit të CD4 janë të grupuara në nivele CD4 < 199 qeliza/ml. Numëri i qelizave CD4 është parashikues i fortë për rrezikun e vdekjes dhe AIDS-it (199), Robert et al. (13. 200) vlerësuan numërin e CD4 dhe rrezikun e vdekjes në pacientët e infektuar me HIV në HAART dhe rezultoi se gati të gjitha vdekjet kanë ndodhur në pacientët me më pak se 50 qelizave CD4 / mm³.

5 PERFUNDIME

5.1 Ne lidhje me karakteristika te pergjithshme te semureve HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

- Pacientet HIV/AIDS me nderlikimet pulmonare rezultuan me moshe mesatarisht 10 vite me te larte se mosha, qe rezulton ne kohen e zbulimit te infeksionit HIV.
- Sipas gjinise vihet re predominim i gjinise mashkull.
- Shpeshesia me e madhe e rasteve rezultuan qytetare.
- Shumica e rasteve jane me nivel te ulet arsimor dhe kushte specifike social-ekonomike qe ndikojne mbi vulnerabilitetin.
- Shumica predominuese e pacienteve jane fumatore, gje qe shton riskun per semundje te mushkerive.
- Ne rreth 1/3 e rasteve kane qene semundjet pulmonare apo TB, qe kane bere te evidentohet infeksioni HIV.

5.2 Ne lidhje me karakteristika te semundjeve pulmonare ne te semuret me HIV/AIDS

- Nderlikimet me te shpeshta pulmonare ne pacientet me HIV/AIDS jane PCP, tuberkulozi dhe pneumoni bakteriale.
- Simptomat qe kane paraqitur pacientet me nderlikime pulmonare sipas frekuences rradhiten dobësia, kolle, temperature, renje ne peshe, anoreksi, sputum, dispne eforti, dispne ne qetesi, dhimbje gjoksi, hemoptizi, dhimbje osteoartikulare, djersitje, diare, dhimbje koke.
- Semundje shoqeruese ne pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare kane qene me shpesh semundjet kardiovaskulare.

5.3 Ne lidhje me nivelin qelizor CD4+ ne te semuret me HIV/AIDS me semundje pulmonare

- Treguesi me i fuqishem ne lidhje me llojin e nderlikimit pulmonar ne pacientet HIV/AIDS rezulton numri i qelizave CD4+.
- Ne lidhje me moshen nuk rezulton nderlidhje sinjifikante me nivelin e CD4+. Vihet re tendence lidhje inverse, gje qe lidhet dhe me vjetersine me te madhe te semundjes.
- Nuk rezulton korrelacion sinjifikant ndermjet profesionit dhe nivelit te CD4+. Ne te pa punet dhe punetoret ka rritje te numrit te rasteve me renjen e numrit te CD4+.
- Ka korrelacion sinjifikant ne lidhje me numrin e qelizave CD4+ dhe prejardhjes qytetar/fshatar, gje lidhet me kushte me te disfavorshem ne kerkesen dhe mbulimin e sherbimit shendetesor ne fshat, nivelit me te ulet te edukimit shendetesor.
- Rezulton se ne personat me arsim 8-vjecar ka rritje te numrit te rasteve me renjen e nivelit te numrit te qelizave CD4+. Po ashtu eshte prirja dhe per ata me arsim te mesem.
- Nuk rezulton korelacion ne mes te periudhes qe pacientet njihen te semure dhe nivelit te qelizave CD4+, por tendenca e grupimit te rasteve eshte ne ata me nivel qelizor CD4+ me te ulet, gje qe lidhet me zbulimet me vonese.

- Rezulton se vdekjet kane ndodhur ne nivel qelizor te CD4+ nen 199/ml.

5.4 Ne lidhje me te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine

- Ne lidhje me gjinine nuk verehen ndryshime domethenese ne moshen e pacienteve me nderlikime pulmonare.
- Grate jane me pak te favorizuara ne lidhje me profesionin.
- Nuk rezultuan diferenca sinjifikante ne lidhje me prejardhjen qytetare/fshatare dhe rrugen e infektimit.
- Ne pacientet me HIV/AIDS me nderlikime pulmonare ne lidhje me gjinine rezulton se femrat kane diagnoze me me vonese te infeksionit HIV dhe se kanë risk me të rritur të progredimit.
- Dallime sinjifikante rezultuan ndermjet pacienteve te gjinise mashkull dhe femer ne lidhje me marrjen e mjekimit antiretroviral, ku grate kane frekuence me te rritur ne te pamjekuar.
- Shpeshesia e rasteve me perfundim letal ne pacientet me nderlikime pulmonare te lidhura me HIV eshte me e larte ne femrat se ne meshkujt.

5.5 Sipas te dhenave mbi vdekjet ne te semuret HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

- Vihet re korelacion sinjifikant pozitiv ne mes te moshes dhe vdekjeve.
- Ne se analizen ne proporcion me numrin e rasteve per cdo profesion, rezulton se vdekjet me shpesh jane ne bujqit dhe te pa punet, asnje rast ne nepunes.
- Megjithese numri me i madh i rasteve te vdekur eshte ne qytetare, ne se shihet ne proporcion me rastet qytetar/fshatar rezulton respektivisht raporti 15%/ 24%, eshte me i larte ne fshatare.
- Sipas arsimimit rastet me te shumta te vdekjeve jane ne pacientet me arsim 8 vjecar.
- Rastet e zbuluara ne SUSM kane pesuar frekuence te larte te vdekjeve, gje qe lidhet me zbulimin me te vone, kur tashme kane paraqitur patologji pulmonare.
- Rezulton se ka vdekje ne periudhe te shkurter pas njohjes se infektimit HIV, gje qe lidhet me diagnoze te vone dhe aderim te pa mjaftueshem me sherbimin mjekesor dhe marrjen e trajtimit te duhur.
- Nderlidhje sinjifikante rezulton me mjekimin e kryer, ku ata qe praktikisht nuk jane mjekuar kane pesuar exitus laetalis ne 67% te rasteve; korrelacion pozitiv ndermjet periudhes se mjekimit dhe vdekjeve, por si faktor konfondues nderhyn dhe kohezgjatja e semundjes.
- Konstatohet nderlidhje sinjifikante ndermjet vdekjeve dhe llojit te nderlikimit pulmonar. Ne se nderlikimi ka qene TB i gjeneralizuar rezultojne te vdekur 75% e rasteve, per TB pulmonar - 20% dhe per PCP – 18.5%. Tuberkulozi mbetet shkaku kryesor i vdekjes në individet e infektuar me HIV.

5.6 Sipas korelacioneve ne lidhje me moshen ne pacientet HIV/AIDS me nderlikime pulmonare

- Rezultoni se nepunesit kane moshe me te larte, qe lidhet probablisht me koperimin ne kujdesin me te mire shendetesor.

5.7 Sipas llojit te nderlikimit pulmonar ne pacientet HIV/AIDS

- Patologjia me e shpeshte ka qene PCP, pasuar nga tuberkulozi.
- Spostim ne drejtim te moshes me te madhe per PCP dhe TB, gje qe lidhet dhe me rritjen e deficitit imunitar, me renjen e numrit te qelizave CD4 dhe progredimin e HIV/AIDS me kalimin e kohes.
- Nderlikimi pulmonar i lidhur me HIV ka qene i njejte per te dyja gjinite ne lidhje me pneumonine dhe ka predominuar ne gjinine mashkull ne rastet e pneumonise recidivuese, PCP dhe TB.
- Ne te dhenat e studimit rezultoni se nivelet e CD4 ne lidhje me nderlikimin pulmonar rezultojne se ne pneumonine per here te pare kane qene ne raste te barabarta ne CD4 300-399 dhe 200-299/ml, asnje rast ne nivele me te ulta te CD4. Pneumonia recidivuese eshte pare ne numer rastesh te barabarta ne nivele e CD4 200-299, 100-199 dhe <100 /ml dhe asnje raste ne nivelet 300-399/ml. PCP ka ndodhur ne 60.6% ne paciente me nivel CD4 100-199 qeliza /ml dhe 39.4% ne nivelin < 100 qeliza/ml, asnje rast ne nivele te qelizave CD4>199/ml. TB pulmonar eshte konstatuar ne paciente me nivel te CD4 200-299 qeliza/ml ne 26.1 %, 100-199 qeliza/ml ne 34.8% dhe 39.1% ne nivelin < 100 qeliza/ml. Keto rezultate tregojne se niveli i deficitit imunitar, i renjes se numrit te qelizave CD4 percakton ndjeshem llojin e nderlikimit pulmonar.
- Nuk jane evidentuar ndryshime sinjifikante ne simptomat klinike dhe llojit te nderlikimit.
- Sipas pulmonit te prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re se TB pulmonar dhe PCP kane patur me shpesh lokalizim bilateral., ndersa sipas fushes pulmonare te prekur (%) ne lidhje me nderlikimin pulmonar vihet re shpesh lokalizim atipik i TB pulmonar ne fushen e mesme dhe te poshtme te pulmonit.
- Pervec pneumonise, vdekjet (%) sipas nderlikimit pulmonar dhe nivelit te CD4 jane te grupuara ne nivele CD4 < 199 qeliza/ml. Numëri i qelizave CD4 është parashikues i fortë për rrezikun e vdekjes.

6 REKOMANDIME

- Zgjerimi i depistimit dhe menaxhimi i pershtatshem i individeve te infektuar me HIV per te permiresuar ecurine dhe uljen e frekuences se nderlikimeve pulmonare.

- Edukim shëndetësor dhe depistim në grupet e riskut, si faktore të rëndësishme në incidencën dhe ecurinë e infeksionit HIV.
- Aderimi dhe mjekimi i rregullt me terapi të kombinuar HAART për të përmirësuar prognozen dhe paksimin e incidencës së nderlikimeve pulmonare në pacientët HIV/AIDS.
- Fillimi, aplikimi dhe monitorimi i terapisë me ART të bëhet në bazë të udhëzuesit të miratuar të Departamentit/Shërbimit të Sëmundjeve Infektive dhe Shoqatës Shqiptare të Infektivologjisë.
- Promovimi i ndryshimit të sjelljes dhe ofrimit të përkrahjes psikosociale të individëve me HIV/AIDS.
- Personat e infektuar me HIV duhet të këshillohen se qëndrimi në mjediset të identifikuara si zona të mundshme të transmetimit TB, mund të rrisë probabilitetin e infektimit me M. tuberculosis.
- Ambjentet e kujdesit shëndetësor dhe mjediset e tjera, me pacientë me TB infektues të njohur apo të supozuar, me një rrezik të lartë për transmetimin e TB, duhet të jenë të ndara fizikisht nga pacientë të tjerë, por sidomos nga ato me infeksionin HIV.
- Kontrolli për tuberkulozin në individët e infektuar me HIV.
- Kontrolli për infeksionin HIV në individët me tuberkuloz.
- Trajtimi i LTBI është efektiv në uljen e incidencës TB.
- Të gjithë personat e infektuar me HIV të dyshuar për LTBI ose që kanë simptoma që tregojnë TB duhet menjëherë t'i nënshtrohen radiografisë torakale dhe vlerësimin klinik për të përjashtuar TBC aktiv.
- Kur dyshohet për TB aktiv, pavarësisht nga rezultatet e testeve, duhet të fillojë trajtimi empirik për TB aktiv, ndërkohë që priten rezultatet e testeve të mëtejshme diagnostike
- Pacientëve adultë dhe adoleshente me sëmundje të diseminuar MAC duhet të trajtohen me profilaksi sekondare gjatë gjithë jetës, përderisa të kenë rikostitucion imun si rezultat i ART.
- Pacientët HIV/AIDS, të cilët kanë anamnezë të PCP, duhet të marrin kimioprofilaksi gjatë gjithë jetës.
- Rekomandohet që pacientët me HIV duhet të marrin vaksinën trivalente të inaktivizuar të gripit çdo vit para sezonit të gripit.
- Personat me simptoma klinike dhe shenjat që sugjerojnë pneumoni, duhet të ekzaminohen me radiografi torakale.
- Adultëve dhe adoleshentët e infektuar me HIV, të cilët kanë numër të CD4 + > 200 qeliza / ml duhet t'i aplikohet një dozë të vetme e vaksinës polysaccharide të pneumokokut 23-valente (PPV), nëse ata nuk e kanë marrë këtë vaksinë gjatë 5 viteve të mëparshme.
- Parandalimi i infeksioneve oportuniste në pacientët me HIV është i rëndësishëm për optimumin e rezultateve.

- Duhet monitorim i numërit të CD4 për të përcaktuar rrezikun e infektimit në pacient të veçantë dhe do të shërbejë si piknisje për profilaksi medikamentoze apo ndërhyrje të tjera.
- Pacientët duhet të jenë të vetëdijshëm për numërin e CD4 dhe rrezikun për infeksione të veçante.
- Është gjithmonë i përshtatshëm rekomandimi për shmangien e ekspozimeve, por zakonisht është i vështirë për tu zbatuar, sidomos në pacientët më të pakontrollueshëm. Megjithatë, personat e infektuar me HIV duhet të edukohen për të praktikuar higjienë dhe masa dietetike të duhura.
- Ekipi i kujdesit shëndetësor duhet të instruktoje dhe të kontrollojë në lidhje me problemet e profilaksisë; kjo kërkon motivimin dhe bashkëpunim nga ana e pacientit.
- Duhet të ekzaminohen në lidhje me sëmundjet shoqeruese, me që jetëgjatësia është zgjatur dhe frekuencë të rritur të sëmundjeve shoqeruese si pasojë e plakjes së hershme, të cilat shpesh janë shkak i perfundimeve.
- Kryerja e profilaksisë sekondare bëhet për të parandaluar recidivën e infeksioneve oportuniste të trajtuar në mënyrë të përshtatshme, që kanë ndodhur para terapise efektive antiretrovirale (ART).

7 BIBLIOGRAFIA

1. Bonsignore G., Bellia V.: Malattie dell'Apparato Respiratorio. Partecipazione polmonare nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);, 24 (381-386).
2. Faria, N.R. et al (2014) 'The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations' Science 346(6205):56-61.
3. Mann, J.M. (1989) 'AIDS: A worldwide pandemic' in Current Topics in AIDS Volume 2, edited by Gottlieb, M.S. et al. John Wiley & Sons.
4. Gottlieb, M.S., Schanker, H.M., Fan, P.T., Saxon, A. and Weisman, J.D. (1981) Pneumocystis pneumonia—Los Angeles. MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep., 30, 250–252.
5. Hymes, K.B., Cheung, T., Greene, J.B., Prose, N.S., Marcus, A., Ballard, H., William, D.C. and Laubenstein, L.J. Kaposi's sarcoma in homosexual men - a report of eight cases. Lancet, 1981, 2, 598–600.
6. Serwadda, D., Mugerwa, R.D., Sewankambo, N.K., Lwegaba, A., Carswell, J.W., Kirya, G.B., Bayley, A.C., Downing, R.G., Tedder, R.S., Clayden, S.A. et al. (1985) Slim disease: a new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection. Lancet, 2, 849–852.
7. GLOBAL HIV AND AIDS STATISTICS, <http://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics>).

8. Scott Dryden-Peterson, Henry Sunpath and Rajesh T. Gandhi. Clinical Issues in the Diagnosis and Management of HIV Infection. Ne AIDS and Tuberculosis. Edited by Stefan H. E. Kaufmann and Bruce D. Walker, 157-180.
9. Vleresim i Shpejte dhe Pergjigje per HIV/AIDS. ISOP dhe ASSA, nen drejtimin e Arjan Harxhit.
10. Global Tuberculosis Report 2013. WHO/htm/TB/2013.11.
11. Global HIV statistics. Fact sheet November 2016.
<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
12. Center for Diseases Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/hiv/basics/statistics.html>.
13. Plani Strategjik i Kosoves per HIV/AIDS 2009 – 2013. Komiteti Kosovar per AIDS Qershor 2009.
14. Albania HIV/AIDS - adult prevalence rate.
http://www.indexmundi.com/albania/hiv_aids_adult_prevalence_rate.html.
15. Harxhi, A., Dragoti, M., Todhri, F., Stastoli, A., Zazo, A., 2005. Vleresim i Shpejte dhe Pergjigje per HIV/AIDS ne Shqiperi: Te rinjte rome dhe te rinjte meshkuj qe kryejne seks me meshkuj, UNICEF.
16. The Global Fund. To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. TB and HIV. Concept Note. Investing for impact against tuberculosis and HIV.
17. HIV/AIDS in Europe. https://en.wikipedia.org/wiki/HIV/AIDS_in_Europe#Albania.
18. Miller R. AIDS and the lung. Ne ABC OF AIDS, Fifth Edition. Edited by MICHAEL W ADLER, © BMJ Publishing Group 2001, 30 – 37.
19. Wood R, Maartens G, Lombard CJ. Risk factors for developing tuberculosis in HIV-1-infected adults from communities with a low or very high incidence of tuberculosis. J AIDS 2000;23:75-80.
20. Lange C, Schaaf B, Dalhoff K. HIV and Lung. Pneumologie 2004; 58:416-427.
21. HIV 2015/16 www.hivbook.com Edited by Hoffmann Ch., Rockstroh J. K. by Medizin Fokus Verlag, Hamburg 2015
22. Stover DE, Greeno RA, Gagliardi AJ. The use of a simple exercise test for the diagnosis of Pneumocystis carinii pneumonia in patients with AIDS. Am Rev Respir Dis 1989;139(6):1343-1346.
23. Huang L, Schnapp LM, Gruden JF, et al. Presentation of AIDS-related pulmonary Kaposi sarcoma diagnosed by bronchoscopy. Am J Respir Crit Care Med 1996;153(4 Pt 1):1385-1390/

24. Huang L, Hecht FM, Stansell JD. Suspected *Pneumocystis carinii* pneumonia with a negative induced sputum examination. Is early bronchoscopy useful? *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:1866-1871.
25. Anderson C, Inhaber N, Menies D. Comparison of sputum induction with fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:1570-1574.
26. Goodman JS, Kaufman L, Koenig MG. Diagnosis of cryptococcal meningitis: value of immunologic detection of cryptococcal antigen. *N Engl J Med* 1971;285:434-436.
27. Catanzaro A, Davidson BL, Fujiwara PI, et al. Rapid diagnostic tests for tuberculosis. What is the appropriate use? *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:1804-1814.
28. Helweg-Larsen J, Jensen JS, Berfield T, et al. Diagnostic use of PCR for detection of *Pneumocystis carinii* in oral wash samples. *J Clin Microbiol* 1998;36:2068-2072.
29. Kales CP, Murren JR, Torres RA, et al. Early predictors of in-hospital mortality for *Pneumocystis carinii* pneumonia in the acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med* 1987;147(8):1413-1417.
30. Zaman MK, White DA. Serum lactate dehydrogenase levels and *Pneumocystis carinii* pneumonia. Diagnostic and prognostic significance. *Am Rev Respir Dis* 1988;137(4):796-800.
31. Garay SM, Greene J. Prognostic indicators in the initial presentation of *Pneumocystis carinii* pneumonia. *Chest* 1989;95(4):769-772.
32. Katz MH, Baron RB, Grady D. Risk stratification of ambulatory patients suspected of *Pneumocystis pneumonia*. *Arch Intern Med* 1991;151(1):105-110.
33. Williams D, Yungbluth M, Adams G, et al. The role of fiberoptic bronchoscopy in the evaluation of immunocompromised hosts with diffuse pulmonary infiltrates. *Am Rev Respir Dis* 1985;131:880-885.
34. Cazzadori A, Di Perri G, Todeschini G, et al. Transbronchial biopsy in the diagnosis of pulmonary infiltrates in immunocompromised patients. *Chest* 1995;107:101-106.
35. Castellino RA, Blank N. Etiologic diagnosis of focal pulmonary infection in immunocompromised patients by fluoroscopically guided percutaneous needle aspiration. *Radiology* 1979;132:563-567.
36. White DA, Wong PW, Downey R. The utility of open lung biopsy in patients with hematologic malignancies. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:723-729.
37. Feinstein MB, Mokhtari M, Ferreiro R, et al. Fiberoptic bronchoscopy in allogeneic bone marrow transplantation. *Chest* 2001;120:1094-1100.

38. Cockerill PR, Wilson WR, Carpenter HA, et al. Open lung biopsy in immunosuppressed patients. *Arch Intern Med* 1985;145:1398-1404.
39. HIV – associated respiratory diseases. *Lancet* 348, 307 – 312
40. Mycobacterial and nonbacterial pulmonary complications in hospitalized patients with HIV: A prospective cohort study. *BMC Pulm Med* 2001;1
41. USPHS/IDSA Prevention of Opportunistic Infections Working Group. USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in persons Infected with HIV: disease specific recommendations. *Clin Infect Dis* 1995;21 (suppl 1): S32 – S43.
42. Grau I, Pallares R, Tubau F, et al. Epidemiologic changes in bacteremic pneumococcal disease in patients with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. *Arch Intern Med* 2005;165:1533-40.
43. De P, Farley A, Lindson N, Aveyard P. Systematic review and meta-analysis: influence of smoking cessation on incidence of pneumonia in HIV. *BMC Med* 2013, 11:15.
44. Gordin FM, Roediger MP, Girard PM, et al. Pneumonia in HIV-infected persons: increased risk with cigarette smoking and treatment interruption. *Am J Respir Crit Care Med* 2008, 178:630-6.
45. Bénard A, Mercié P, Alioum A, et al. Bacterial Pneumonia among HIV-infected patients: decreased risk after tobacco smoking cessation. ANRS CO3 Aquitaine Cohort, 2000-2007. *PLoS One* 2010, 5:e8896.
46. Manno D, Puoti M, Signorini L, et al. Risk factors and clinical characteristics associated with hospitalization for community-acquired bacterial pneumonia in HIV-positive patients according to the presence of liver cirrhosis. *Infection* 2009, 37:334-9.
47. Franzetti F, Grassini A, Piazza M, et al. Nosocomial bacterial pneumonia in HIV-infected patients: risk factors for adverse outcome and implications for rational empiric antibiotic therapy. *Infection* 2006;34:9-16.
48. Cordero E, Pachon J, Rivero A, et al. Usefulness of sputum culture for diagnosis of bacterial pneumonia in HIVinfected patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002, 21:362-7.
49. Tessmer M. Ambulant erworbene untere Atemwegsinfektionen/ambulant erworbene Pneumonien bei erwachsenen Patienten. *Arzneimitteltherapie* 2010,28:60-7.
50. Penaranda M, Falco V, Payeras A, et al. Effectiveness of polysaccharide pneumococcal vaccine in HIV-infected patients: a case-control study. *Clin Infect Dis* 2007;45.
51. Imaz A, Falcó V, Peñaranda M, et al. Impact of prior pneumococcal vaccination on clinical outcomes in HIVinfected adult patients hospitalized with invasive pneumococcal disease. *HIV Med* 2009, 10:356-63.

52. Predictors of *Pneumocystis carinii* pneumonia in HIV-infected persons. *Am J Respir Crit Care Med* 155:60, 1997, 10.
53. Mann M, Shelhamer JH, Masur H, et al. Lack of clinical utility of bronchoalveolar lavage cultures for cytomegalovirus in HIV infection. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:1723-1728.
54. Millar AB, Patou G, Miller RF, et al. Cytomegalovirus in the lung of patients with AIDS. Respiratory pathogen or passenger? *Am Rev Respir Dis* 1990;141:1474-1477.
55. Miles PR, Baughman RP, Linnemann CC. Cytomegalovirus in the bronchoalveolar lavage fluid of patients with AIDS. *Chest* 1990;97:1072-1076.
56. McKenzie R, Travis WD, Dolan SA, et al. The causes of death in patients with human immunodeficiency virus infection: a clinical and pathologic study with emphasis on the role of pulmonary diseases. *Medicine* 1991;70:326-343.
57. Massad MG, Ramirez AM. Influenza pneumonia in thoracic organ transplant recipients. What can we do to avoid it? *Chest* 2001;119:997-999.
58. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. World Health Organization 2006.
59. MacDonnell KB, Glassroth J. Mycobacterium avium complex and other nontuberculous mycobacteria in patients with HIV infection. *Semin Respir Infect* 1989;4:123-132.
60. The Human Immunodeficiency Virus: Biology, Immunology and Therapy 2000:44 -100, 223 – 371.
61. Eng RH, Bishburg E, Smith SM, et al. Cryptococcal infections in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Med* 1986;81:19-23/
62. Miller WT, Sais GJ, Frank I, et al. Pulmonary aspergillosis in patients with AIDS. Clinical and radiographic correlations. *Chest* 1994;105:37-44.
63. ATS Statement. Fungal infection in HIV-infected persons. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:816-822.
64. Wheat LJ, Slama TG, Norton JA, et al. Risk factors for disseminated or fatal histoplasmosis. *Ann Intern Med* 1982;96:159-163.
65. Davies SF, Sarosi GA. Fungal pulmonary complications. *Clin Chest Med* 1996:725-744.
66. Wheat J, Sarosi G, McKinsey D, et al. Practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis. *Clin Infect Dis* 2000;30:688-695.
67. The epidemiologic, Pathologic and clinical features of AIDS – associated pulmonary Kaposi’s sarcoma. *Chest* 2000; 117 (4): 1128 – 45.

68. Qin L, Wang W, Liu H, Xiao Y, Qin M, Zheng W, et al. Prognosis of nonspecific interstitial pneumonia correlates with perivascular CD4+ T lymphocyte infiltration of the lung. *BMC Pulm Med*. 2015 Oct 24. 15:127. [Medline]
69. Hessol NA, Seaberg EC, Preston-Martin S, et al. Cancer risk among participants in the women's interagency HIV study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004, 36:978-85.
70. Shiels MS, Cole SR, Kirk GD, Poole C. A meta-analysis of the incidence of non-AIDS cancers in HIV-infected individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009, 52:611-22.
71. Crothers K, Huang L, Goulet JL et al. HIV Infection and Risk for Incident Pulmonary Disease in the Combination Antiretroviral Therapy Era. *Am J Respir Crit Care Med* 2011: 183, 388-395.
72. Hoffmann C, Kohrs F, Sabranski M, et al. HIV-associated lung cancer: survival in an unselected cohort. *Scand J Infect Dis* 2013; 45:766-772.
73. Engels EA, Biggar RJ, Hall HI, Cross H et al. Cancer risk in people infected with human immunodeficiency virus in the United States. *Int J Cancer* 2008, 123:187-94.
74. Tirelli U et al. Lung carcinoma in 36 patients with human immunodeficiency virus infection. The Italian Cooperative Group on AIDS and Tumors. *Cancer* 88(3):563-569, 2000
75. Cadranel J, Garfield D, Lavolé A, Wislez M, Milleron B, Mayaud C. Lung cancer in HIV infected patients: facts, questions and challenges. *Thorax*. 2006 Nov; 61(11): 1000–1008. doi: 10.1136/thx.2005.052373
76. Vyzula R, Remick S C. Lung cancer in patients with HIV-infection. *Lung Cancer* 1996;15325–339.339[PubMed]
77. Selik R M, Byers R H, Jr, Dworkin M S. Trends in diseases reported on U.S. death certificates that mention HIV infection, 1987–1999. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;29378–387.387 [PubMed]
78. Johnson C C, Wilcosky T, Kvale P. et al Cancer incidence among an HIV-infected cohort. Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. *Am J Epidemiol* 1997;146470–475.475 [PubMed]
79. Grulich A E, Wan X, Law M G. et al Risk of cancer in people with AIDS. *AIDS* 1999;13839–843.843[PubMed]
80. Faire A E, Awe R J. Lung cancer in association with human immunodeficiency virus infection. *Cancer* 1992;70432–436.436 [PubMed]
81. Karp J, Profeta G, Marantz P R. et al Lung cancer in patients with immunodeficiency syndrome. *Chest* 1993;103410–413.413 [PubMed]
82. Biggar R J, Burnett W, Mikl J. et al Cancer among New York men at risk for acquired immunodeficiency syndrome. *Int J Cancer* 1989;43979–985.985 [PubMed]

83. Lyter D W, Bryant J, Thackeray R. et al Incidence of immunodeficiency virus related and non related malignancies a large cohort of homosexual men. *J Clin Oncol* 1995;13:2540–2546.2546 [PubMed]
84. Chan T K, Aranda C P, Rom W N. Bronchogenic carcinoma in young patients at risk for acquired immunodeficiency syndrome. *Chest* 1993;103:862–864.864 [PubMed]
85. Cooksley C D, Hwang L Y, Waller D K. et al HIV-related malignancies: community-based study using linkage of cancer registry and HIV data. *Int J STD AIDS* 1999;10:795–802.802 [PubMed]
86. International Collaboration on HIV and Cancer Highly active antiretroviral therapy and incidence of cancer in human immunodeficiency virus-infected adults *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1823–1830.1830[PubMed]
87. Grulich A E, Li Y, McDonald A. et al Rates of non-AIDS-defining cancers in people with HIV infection before and after AIDS diagnosis. *AIDS* 2002;16:1155–1161.1161 [PubMed]
88. Mocroft A, Brettle R, Kirk O. et al Changes in the cause of death among HIV positive subjects across Europe: results from the EuroSIDA study. *AIDS* 2002;16:1663–1671.1671 [PubMed]
89. Louie J K, Hsu L C, Osmond D H. et al Trends in causes of death among persons with acquired immunodeficiency syndrome in the era of highly active antiretroviral therapy, San Francisco, 1994–1998. *J Infect Dis* 2002;186:1023–1027.1027 [PubMed]
90. Bonnet F, Lewden C, May T. et al Malignancy-related causes of death in human immunodeficiency virus-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *Cancer* 2004;101:317–324.324[PubMed]
91. Lewden C, Salmon D, Morlat P. et al Causes of death among HIV-infected adults in the era of potent antiretroviral therapy: emerging role of hepatitis and cancers, persistent role of AIDS. *Int J Epidemiol* 2004;34:121–130.130 [PubMed]
92. Sridhar K S, Flores M R, Raub W A., Jr et al Lung cancer in patients with human immunodeficiency virus infection compared with historic control subjects. *Chest* 1992;102:1704–1708.1708 [PubMed]
93. Lavole A, Massiani M A, Wislez M. et al Lung cancer in HIV-infected patients in the era of HAART: a case control study focusing on prognostic factors of survival. *Lung Cancer* 2003;41(Suppl 2):S3–314.314.
94. Instituti i Shëndetit Publik. HIV/AIDS në Shqipëri 2015.
95. Filipi K, Khani A. Assessment of Cervical Cytological Data in Albanian Females. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (5), 2129-2132. DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.5.2129>.
96. Irida Agolli (Nasufi) Zbatimi i te drejtave te njeriut dhe te drejtave per shendet per personat qe jetojne me HIV/AIDS ne Shqipëri.
97. Hirschtick RE, Glassroth J, Jordan MC, et al. Bacterial pneumonia in persons infected with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1995;333(13):845-851.
98. Diaz, PT, King, MA, Pacht, ER, Wewers, MD, Gadek, JE, Nagaraja, HN, Drake, J, and Clanton, TL. Increased susceptibility to pulmonary emphysema among HIV-seropositive smokers. *Ann Intern Med* 2000;132(5):369-372.
99. Crothers, K, Griffith, TA, McGinnis, KA, Rodriguez-Barradas, MC, Leaf, DA, Weissman, S, Gibert, CL, Butt, AA, and Justice, AC. The impact of cigarette smoking on

- mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans. *J Gen Intern Med* 2005;20(12):1142-1145.
100. The Smoking Cessation Handbook of the US Department of Veterans Affairs (http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=2826)
 101. Wewers M, Diaz P, Wewers M, et al. Cigarette smoking in HIV infection induces a suppressive inflammatory environment in the lung. *Am J Respir Crit Care Med* 1998, 158:1543–49.
 102. Elssner A, Carter J, Yunger T, Wewers M. HIV-1 infection does not impair human alveolar macrophage phagocytic function unless combined with cigarette smoking. *Chest* 2004, 125:1071-1076.
 103. Ministria e Shendetesise. Strategjia Kombetare per Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS ne Shqiperi (2010-2015)
 104. Mos na harroni. Femijet dhe HIV/AIDS ne Shqiperi UNICEF/ ISHP, 2011.
 105. Unnewehr M., Hower M., Hchaaf B. HIV and Respiratory Diseases. Ne HIV 2015/16, edited by Christian Hoffmann and Jürgen K. Rockstroh. www.hivbook.com.
 106. Park, DR, Sherbin, VL, Goodman, MS, Pacifico, AD, Rubinfeld, GD, Polissar, NL, and Root, RK. The etiology of community-acquired pneumonia at an urban public hospital: influence of human immunodeficiency virus infection and initial severity of illness. *J Infect Dis* 2001;184(3):268-277.
 107. Rimland, D, Navin, TR, Lennox, JL, Jernigan, JA, Kaplan, J, Erdman, D, Morrison, CJ, and Wahlquist, SP. Prospective study of etiologic agents of community-acquired pneumonia in patients with HIV infection. *Aids* 2002;16(1):85-95.
 108. Crothers, K, Butt, AA, Gibert, CL, Rodriguez-Barradas, MC, Crystal, S, and Justice, AC. Increased COPD among HIV-positive compared to HIV-negative veterans. *Chest* 2006;130(5):1326-1333.
 109. Markowitz N, Hansen NI, Hopewell PC, et al. Incidence of tuberculosis in the United States among HIV-infected persons. The Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. *Ann Intern Med* 1997;126(2):123-132.
 110. Selwyn PA, Sckell BM, Alcabes P, et al. High risk of active tuberculosis in HIV-infected drug users with cutaneous anergy [published erratum appears in *JAMA* 1992;268(24):3434] [see comments]. *JAMA* 1992;268(4):504-509.
 111. Feikin, DR, Feldman, C, Schuchat, A, and Janoff, EN. Global strategies to prevent bacterial pneumonia in adults with HIV disease. *Lancet Infect Dis* 2004;4(7):445-455.
 112. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded case definition for AIDS among adolescents and adults. *JAMA* 1993;269:729-739.
 113. Kaplan, JE, Masur, H, and Holmes, KK. Guidelines for preventing opportunistic infections among HIV-infected persons--2002. Recommendations of the U.S. Public Health Service and the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep* 2002;51(RR-8):1-52.
 114. Huang L, Stansell JD. AIDS and the lung. *Med Clin North Am* 1996;80(4):775-801.
 115. Kovacs JA, Hiemenz JW, Macher AM, et al. Pneumocystis carinii pneumonia: A comparison between patients with the acquired immunodeficiency syndrome and patients with other immunodeficiencies. *Ann Intern Med* 1984;100(5):663-671.

116. Selwyn PA, Feingold AR, Hartel D, et al. Increased risk of bacterial pneumonia in HIV-infected intravenous drug users without AIDS. *AIDS* 1988;2(4):267-72.
117. Selwyn PA, Alcabes P, Hartel D, et al. Clinical manifestations and predictors of disease progression in drug users with human immunodeficiency virus infection [published erratum appears in *N Engl J Med* 1993;328(9):671]. *N Engl J Med* 1992;327(24):1697-1703/
118. Gruden JF, Huang L, Turner J, et al. High-resolution CT in the evaluation of clinically suspected *Pneumocystis carinii* pneumonia in AIDS patients with normal, equivocal, or nonspecific radiographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 1997;169(4):967-975.
119. Jasmer, RM, Edinburgh, KJ, Thompson, A, Gotway, MB, Creasman, JM, Webb, WR, and Huang, L. Clinical and radiographic predictors of the etiology of pulmonary nodules in HIV-infected patients. *Chest* 2000;117(4):1023-1030/
120. Edinburgh, KJ, Jasmer, RM, Huang, L, Reddy, GP, Chung, MH, Thompson, A, Halvorsen, RA, Jr., and Webb, RA. Multiple pulmonary nodules in AIDS: usefulness of CT in distinguishing among potential causes. *Radiology* 2000;214(2):427-432.
121. Jasmer, RM, Gotway, MB, Creasman, JM, Webb, WR, Edinburgh, KJ, and Huang, L. Clinical and radiographic predictors of the etiology of computed tomography-diagnosed intrathoracic lymphadenopathy in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31(3):291-298.
122. Rosenow EC, Wilson WR, Cockerill FR. Pulmonary disease in the immunocompromised host. *Clin Chest Med* 1990;11:55-64.
123. Masur H, Ognibene FP, Yarchoan R, et al. CD4 cells are predictors of opportunistic pneumonias in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann Intern Med* 1989;111:223-231.
124. Wallace JM, Rao AV, Glassroth J, et al. Respiratory illness in persons with human immunodeficiency virus infection. The Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. *Am Rev Respir Dis.* 1993;148:1523-1529.
125. Marras, TK, Morris, A, Gonzalez, LC, and Daley, CL. Mortality prediction in pulmonary *Mycobacterium kansasii* infection and human immunodeficiency virus. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170(7):793-798.
126. Marras, TK, and Daley, CL. A systematic review of the clinical significance of pulmonary *Mycobacterium kansasii* isolates in HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;36(4):883-889.
127. Afessa B, Green B. Bacterial pneumonia in hospitalized patients with HIV infection: the Pulmonary Complications, ICU Support, and Prognostic Factors of Hospitalized Patients with HIV (PIP) Study. *Chest* 2000;117(4):1017-1022.
128. Hanson DL, Chu SY, Farizo KM, et al. Distribution of CD4+ T lymphocytes at diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome-defining and other human immunodeficiency virus-related illnesses. The Adult and Adolescent Spectrum of HIV Disease Project Group. *Arch Intern Med* 1995;155(14):1537-1542.
129. Wright St, Petoumenos K, Boyd M, Carr A, Downing S, O'Connor Cc, Grotowski M, Andmg L. Ageing & long-term CD4 cell count trends in HIV-positive patients with 5 years or more combination antiretroviral therapy experience. *HIV Med.* 2013 Apr; 14(4): 208–216.

130. Natural History Project Writing Group for COHERE Factors associated with short-term changes in HIV viral load and CD4⁺ cell changes in antiretroviral-naïve individuals. *AIDS* 28, online edition. DOI: 10.1097/QAI.0000000000000224, 2014.
131. The Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. Design of a prospective study of the pulmonary complications of human immunodeficiency virus infection. The Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. *J Clin Epidemiol* 1993;46(6):497-507.
132. Diaz PT, Wewers MD, Pacht E, Drake J, Nagaraja HN, Clanton TL. Respiratory symptoms among HIV-seropositive individuals. *Chest* 2003;123(6):1977-1982.
133. Jerene D., Abebe W., Taye K., Suarez P. G., Feleke Y., Hallström I., Ruff A. J. Tuberculosis along the continuum of HIV care in a cohort of adolescents living with HIV in Ethiopia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Volume 21, Number 1, 1 January 2017, pp. 32-37(6).
134. Hewitt R. G., Parsa N., Gugino L. The Role of Gender in HIV Progression. *Medscape* Friday, February 24, 2017. <http://www.medscape.com/viewarticle/410358>
135. Lemp SF, Hirozawa AM, Cohen JB, et al. Survival for women and men with AIDS. *J Infect Dis*. 1992; 166:74-79.
136. Melnick SL, Sherer R, Louis TA, et al. Survival and disease progression according to gender of patients with HIV infection. *JAMA*. 1994;272:1915-1921.
137. Morlat P, Parneix P, Douard D, et al. Women and HIV infection: a cohort study of 483 HIV-infected women in Bordeaux, France, 1985-1991. *The Groupe d'Epidemiologie Clinique du SIDA en Aquitaine. AIDS*. 1992;6:1187-1193.
138. Chaisson RE, Keruly JC, Moore RD. Race, sex, drug use, and progression of HIV disease. *N Engl J Med*. 1995;333:751-756.
139. Ellerbrock TV, Bush TJ, Chamberland ME, Oxtoby MJ. Epidemiology of women with AIDS in the United States, 1981 through 1990: a comparison with heterosexual men with AIDS. *JAMA*. 1991;265:2971-2975.
140. Crystal S, Sambamoorthi U. Gender differences in utilization of health services and informal care. In: Program and abstracts of the 10th International Conference on AIDS; August 7-12, 1994; Yokohama, Japan. Abstract 339.
141. Chu SY, Diaz T. Living situations of women with AIDS. *J AIDS*. 1993;6:431-432.
142. Hellinger FJ. The use of health services by women with HIV infection. *Health Serv Res*. 1993;28:543-561.
143. Stein MD, Piette V, Mor TJ, et al. Differences in access to zidovudine (AZT) among symptomatic HIV-infected persons. *J Gen Intern Med*. 1991;6:35-40.
144. Hunt J, Miller L, Roby K, et al. Female steroid hormones regulate production of pro-inflammatory molecules in uterine leukocytes. *J Reprod Immunol*. 1997;35:87-99.
145. Athreya B, Pletcher J, Zulian F, et al. Subset-specific effects of sex hormones and pituitary gonadotropins on human lymphocyte proliferation in vitro. *Clin Immunol Immunopathol*. 1993;66:201-211.
146. Maini MK, Gilson RJ, Chavda N, et al. Reference ranges and sources of variability of CD4 counts in HIV-seronegative women and men. *Genitourin Med*. 1996;72:27-31.

147. Montero A, Giovannoni AG, Battasso OA, et al. Association between high serum prolactin levels and concomitant infections in HIV-infected patients. In: Program and abstracts of the XIII International Conference on AIDS; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract TuPeA3055.
148. Gorter RW, Vranizan KM, Osmond DH, et al. Differences in laboratory values in HIV infection by sex, race and risk group. *AIDS*. 1992;6:1341-1347.
149. Delmas AC, Jadand C, De Vincenzi I, et al. Gender differences in CD4⁺ cell counts persist after HIV-1 infection. *AIDS*. 1997;11:1071-1073.
150. Prins M, Robertson JR, Brettle RP, et al. Do gender differences in CD4 cell counts matter? *AIDS*. 1999;13:2361-2364.
151. Mellors JW, Rinaldo C, Gupta P, et al. Prognosis in HIV-1 infection predicted by the quantity of virus in plasma. *Science*. 1996;272:1167-1170.
152. Piatak M, Saag K, Yang L, et al. High levels of HIV-1 in plasma during all stages of infection determined by the competitive PCR. *Science*. 1993;259:1749-1754.
153. HIV/SIDA <http://www.slideshare.net/aleksandertylor/hivsida-21026627>
154. Anonymous. 1994 Revised guidelines for the performance of CD4⁺ T-cell determinations in persons with human immunodeficiency virus (HIV) infections. *Morb Mortal Weekly Rep* 1994; 43: 1-21.
155. Vandentorren S, Mercie P, Marimoutou C et al. Trends in causes of death in the Aquitaine Cohort of HIV infected patients, 1985-97. *Eur Epidemiol* 2001; 17: 7-10.
156. Lewden C, Raff F, Chene G, Sobel A, Leport C and the APROCO Study Group. Mortality in a cohort of HIV-infected adults started on a protease inhibitor-containing therapy. Standardization to the general population. *Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 26: 480-482.
157. Garcia de Olalla P, Knobel H, Carmona A, et al. Impact of adherence and HAART on survival in HIV-infected patients. *J AIDS* 2002, 30:105-10.
158. Maher K, Klimas N, Fletcher MA. Disease progression, adherence, and response to protease inhibitor therapy for HIV infection in an Urban Veterans Affairs Medical Center. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999, 22:358-63.
159. Wood E, Hogg RS, Yip B, et al. The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004, 35:261-8.
160. Bonnet F, Morlat P, Chene G, Mercie' P, Neau D, Chossat I, Decoin M, Djossou F, Beylot J, Dabis F for the Groupe d'Epidemiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA). Causes of death among HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy, Bordeaux, France, 1998-1999 *HIV Medicine* (2002), 3, 195-199.
161. 10 facts about tuberculosis and AIDS. TB Advocacy, A Practical Guide 1999, WHO Global Tuberculosis Programme WHO Fact Sheet N° 104, August [Shttp://www.tudogyogyasz.hu/upload/tudogyogyasz/document/facts_aids.pdf](http://www.tudogyogyasz.hu/upload/tudogyogyasz/document/facts_aids.pdf).
162. ECDC 2015. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015. Stockholm, Sweden.
163. Grubb JR, Moorman AC, Baker RK, Masur H. The changing spectrum of pulmonary disease in patients with HIV infection on antiretroviral therapy. *AIDS* 2006, 12;1095-1107.

164. Morris A, Crothers K, Becket J, et al. An Official ATS Workshop Report: Emerging issues and current controversies in HIV-associated pulmonary diseases. *Proc Am Thorac Soc* 2011; 8: 17–26.
165. Cordero E, Pachon J, Rivero A, et al. Community-acquired bacterial pneumonia in human immunodeficiency virus-infected patients: validation of severity criteria. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162:2063-8.
166. Sansone GR, Frengley JD. Impact of HAART on causes of death of persons with late-stage AIDS. *Urban Health* 2000; 77: 166-175.
167. Walzer PD, Evans HE, Copas AJ, et al. Early predictors of mortality from *Pneumocystis jirovecii* pneumonia in HIV-infected patients: 1985-2006. *Clin Infect Dis* 2008;46:625-33.
168. Miller RF, Evans HE, Copas AJ, Huggett JF, Edwards SG, Walzer PD. Seasonal variation in mortality of *Pneumocystis jirovecii* pneumonia in HIV-infected patients. *Int J STD AIDS* 2010, 21:497-503.
169. Lucas SB, Curtis H, Johnson MA. National review of deaths among HIV-infected adults. *Clin Med* 2008, 8:250-2.
170. Krentz HB, Auld MC, Gill MJ. The high cost of medical care for patients who present late (CD4 <200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Med* 2004, 5:93-8.
171. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, et al. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clin Infect Dis* 2013, 56:727-34.
172. Deeks SG, Phillips AN. HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity. *BMJ* 2009;338:a3172.
173. Crothers K., Huang L., Goulet J.L., Goetz M.B., Brown Sh.T., Rodriguez-Barradas M. C., Oursler K.K., Rimland D., Gibert C. L., Butt A. A., Justice A.C. HIV Infection and Risk for Incident Pulmonary Diseases in the Combination Antiretroviral Therapy Era. *AJRCCM*, Vol. 183, No. 3, 2011.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201006-0836OC>
174. Phillips AN, Neaton J, Lundgren JD. The role of HIV in serious diseases other than AIDS. *AIDS*2008;22:2409–2418.
175. Wallace JM, Hansen NI, Lavange L, Glassroth J, Browdy BL, Rosen MJ, Kvale PA, Mangura BT, Reichman LB, Hopewell PC. Respiratory disease trends in the Pulmonary Complications of HIV Infection Study cohort. *Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:72–80.
176. Diaz PT, Wewers MD, Pacht E, Drake J, Nagaraja HN, Clanton TL. Respiratory symptoms among HIV-seropositive individuals. *Chest* 2003;123:1977–1982.
177. Kirk GD, Merlo C, Mehta SH, Galai N, Vlahov D, Samet J, Engels EA. HIV infection is associated with an increased risk for lung cancer, independent of smoking. *Clin Infect Dis* 2007;45:103–110.
178. Mehta NJ, Khan IA, Mehta RN, Sepkowitz DA. HIV-related pulmonary hypertension: analytic review of 131 cases. *Chest* 2000;118:1133–1141.
179. O'Donnell CR, Bader MB, Zibrak JD, Jensen WA, Rose RM. Abnormal airway function in individuals with the acquired immunodeficiency syndrome. *Chest* 1988;94:945–948.

180. Crothers K, Goulet JL, Rodriguez-Barradas MC, Gibert CL, Oursler KA, Goetz MB, Crystal S, Leaf DA, Butt AA, Braithwaite RS, et al. Impact of cigarette smoking on mortality in HIV-positive and HIV-negative veterans. *AIDS Educ Prev* 2009;21:40–53.
181. Ito K, Barnes PJ. COPD as a disease of accelerated lung aging. *Chest* 2009;135:173–180.
182. Nyunoya T, Monick MM, Klingelutz A, Yarovinsky TO, Cagley JR, Hunninghake GW. Cigarette smoke induces cellular senescence. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2006;35:681–688.
183. Benito N., Moreno A., Miro J.M. , Torres A. Pulmonary infections in HIV-infected patients: an update in the 21st century *European Respiratory Journal* 2012 39: 730-745; DOI: 10.1183/09031936.00200210.
184. Beck JM, Rosen MJ, Peavy HH. Pulmonary complications of HIV infection. Report of the fourth NHLBI workshop. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:2120-2126.
185. Cordero E, Pachon J, Rivero A. Haemophilus influenzae pneumonia in human immunodeficiency virus-infected patients. *Clin Infect Dis* 2000;30:461-465.
186. Shafer RW, Kim DS, Weiss JP, et al. Extrapulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Medicine (Baltimore)* 1991;70:384-397.
187. Ioachimescu O., J.Walton Tomford. *Tuberculosis New York*, 2004.
188. Çoçoli H, Bylyku B. *Tuberkulozi. Shtëpia Botuese e Librit Universitar, Tiranë*, 2006.
189. Kovacs JA, Gill VJ, Meshnick S, et al. New insights into transmission, diagnosis, and drug treatment of *Pneumocystis carinii* pneumonia. *JAMA* 2001;286:2450-2460.
190. Wachter RM, Luce JM, Hopewell PC. Critical care of patients with AIDS. *JAMA* 1992;267(4):541-547.
191. Egger M, May M, Chêne G, et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *The Lancet*. 2002;360(9327):119–129.
192. Magnenat JL, Nicod LP, Auckenthaler R, et al. Mode of presentation and diagnosis of bacterial pneumonia in human immunodeficiency virus-infected patients. *Am Rev Respir Dis* 1991;144(4):917-922.
193. Burack JH, Hahn JA, Saint-Maurice D, et al. Microbiology of community-acquired bacterial pneumonia in persons with and at risk for human immunodeficiency virus type 1 infection. Implications for rational empiric antibiotic therapy. *Arch Intern Med* 1994;154(22):2589-2596.
194. Datta, D, Ali, SA, Henken, EM, Kellet, H, Brown, S, and Metersky, ML. *Pneumocystis carinii* pneumonia: the time course of clinical and radiographic improvement. *Chest* 2003;124(5):1820-1823.
195. Pitchenik AE, Rubinson HA. The radiographic appearance of tuberculosis in patients with the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and pre-AIDS. *Am Rev Respir Dis* 1985;131(3):393-396.
196. Gruden JF, Huang L, Webb WR, et al. AIDS-related Kaposi sarcoma of the lung: Radiographic findings and staging system with bronchoscopic correlation. *Radiology* 1995;195(2):545-552.
197. Rosen MJ, Clayton K, Schneider RF, Fulkerson W, Rao AV, Stansell J, Kvale PA, Glassroth J, Reichman LB, Wallace JM, et al. Intensive care of patients with HIV

- infection: utilization, critical illnesses, and outcomes. Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. Am J Respir Crit Care Med 1997;155:67–71.
198. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, Aschman DJ, Holmberg SD. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med 1998;338:853–860.
199. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Department of Health and Human Services; 2008.<http://www.aidsinfo.nih.gov/>.
200. Yarchoan R, Venzon DJ, Pluda JM, et al. CD4 count and the risk for death in patients infected with HIV receiving antiretroviral therapy. Annals of Internal Medicine. 1991;115(3):184–189.

8 ANEKSI

Skede studimi: Nderlikimet pulmonare HIV AIDS

- Emri Mbiemri _____ Nr. _____
- Moshë _____ Vjeç (viti _____)
- Grupmoshë 1-nen 35, 2-35-39; 3-40-44; 4-45-49; 5-50-54; 6 – 55-59; 7-60-64; 8- 65-69; 9-70-74; 10-75-79; 11-80-84; 12 > 84
- Mashkull 1 Femer 2 - Qytetar 1 Fshatar 2
- Profesionit: 1-Shtepiak; 2-punetore; 3- bujk; 4-nepunes, 5- nxenes 6- student
- 7- tjetër _____
- Arsimit:kurs(1), fillor(2), 8vjeçar(3), i mesëm(4), lartë (5)
- Menyra e zbulimit: 1 Spitali infektiv 2SUSM 3 Sherbime të tjera 4 Jashtë shteti
- Menyra e infektimit: 1 Homoseksual 2 Heteroseksual 3 IDU 4 Hemotransfuzion dhe post intervent 5 Biseksual 6 Grup rrisht 7 Vertikal
- Njihet i semurë prej _____ vitesh (viti _____)
- Grnjihet: (1) < 3, (2) - 3-5, (3) – 6-8, (4) 9-12 vjet
- Mjekuar: jo (0) po (1)
- Grup kohë mjekim; (1) ≤1, (2) 2-4, (3) 5-7, (4) 8-10
- Mjekim: i rregullt (1), jo i rregullt (2)
- Perdorimi i duhanit: jo (1), po (2), ex duhanxhi (3)
- Sasia e duhanit _____ cigare/dit, jo (0)
- Kohë e përfundimit të duhanit _____ vjet, jo (0)
- Sasia në paketa/vjet _____ jo (0)
- Moshë e fillimit të duhanit _____ vjet, 0 (0)

Cigare/dite		Paketa/ vjet		Vite duhan	
jo	0	jo	0	jo	0
Gjer 14	1	Gjer 10	1	Gjer 10	1
15-24	2	11-20	2	11-20	2
25-40	3	21-40	3	21-40	3
41-60	4	41-60	4	41-60	4
Mbi 60	5	Mbi 60	5	Mbi 60	5

- Alkoli: jo (0), po (2)

- Sasia e alkolit _____ ml/dit, jo (0)

SHENJA KLINIKE

- Kolle 1-po 0-jo
- Sputum 1-po 0-jo
- Dispne ne qetesi 1-po 0-jo
- Dispne ne eforti 1-po 0-jo
- Dhimbje gjoksi 1-po 0-jo
- Hemoptizi 1-po 0-jo
- Renje peshe 1-po 0-jo
- Dobesi 1-po 0-jo
- Temperature 1-po 0-jo
- Anoreksi 1-po 0-jo
- Dhimbje osteoartikulare 1-po 0-jo
- Hipokratizim I gishtave 1-po 0-jo
- Cianoze 1-po 0-jo

Tjeter 1- adenopati, 2-paralize, 3- djerse, 4- cefale, 5- splenomegali 6-diare

- Fillimi i sëmundjes pulmonare 1-akut 2-subakut 3-kronik

Ndërlikimi pulmonar

- 1- Sinusitis/mastoditis/otitis
- 2- Bronchitis
- 3- "Viral" URI
- 4- Pneumonia bakteriale (episodi 1)
- 5- Pneumonia bakteriale rekurrente
- 6- PCP
- 7- Tb pulmonar, 77 - latent
- 8- Tb gjeneralizuar

- 9- Tb mikobaktere atipike
- 10- Pneumoni virale
- 11- Infeksione fungale
- 12- Sepsis bacterial
- 13- Hypertension pulmonar
- 14- Spok
- 15- Sarkoma Kaposi
- 16- Lymphoma
- 17- Kancer pulmonar
- 18- Pneumonia interstitiale limfociare
- 19- Tjeter _____

Semundjet shoqeruese 1-kardiovaskulare, 2- pulmonare, 3- diabet,4-herpes zoster, 5- nefrourologjike, 6-hepatobiliare, 7-hematologjike, 8-neurologjike, 9-rheumatologjike, 10-gjinekologjike, 11-COPD, 12-psiçike, 13- perdorues droge, 14-dermatit seborroik, 15- te tjere

CD 4+

- 1- CD4+ \geq 500/ml
- 2- CD4+ 300-399/ml
- 3- CD4+ 200-299/ml
- 4- CD4+ 100-199/ml
- 5- CD4+ < 100/ml

Kultura _____

Analiza tjera

Pulmoni i prekur 1-djathte 2-majte 3-bilateral

Fusha e prekur: 1 – fusha siperme 2- mesme 3 - poshtme

Lokalizimi 1-Subpleurale, 2- nje e treta e jashtme 3-nje e treta e mesme 4-Hilus

Formacione 1-solitare 2-multiple

RADIOGRAFIA STANDARTE

Madhesia: 0- retikulare 1- gjer 5mm, 2-6mm-1cm; 3- 1.1- 2; 4- 2.1 – 3; 5- 3.1 – 4; 6- 4.1 – 6; 7– 6.1 – 8; 8- mbi 8

Forma: 1-rrumbullaket 2-lobular 3-spikuluar 4-i dhembezuar 5-poligonal 6-me aureole

Konturi: 1- I rregullt 2- jo i rregullt 3- i prere 4- sfumant 5- shenja e umbilicus
6 – shenja e bishtit
Densiteti: 1 pak intensive 2- mediointensiv 3 – intensive
Homogjeniteti: 1-homogjen 2- jo homogjene
Destruksion: 0-jo; 1- Central 2-Periferik
Kalcifikacion: 1-Centrale 2-Ekscentrike 3- Popkorn 4- Levozhge veze 5 - kalcifikacione
perinodulare 6 -Permbajtje dhjami
Hije satellite: 0-jo 1-po (shisurit)
Adenopati shoqeruese 0-jo 1-po

CT

Madhesia: 0-retikulare 1- gjer 5mm, 2-6mm-1cm; 3- 1.1- 2; 4- 2.1 – 3; 5- 3.1 – 4; 6- 4.1 – 6; 7-
6.1 – 8; 8- mbi 8
Forma: 1-rrumbullaket 2-lobular 3-spikular 4-i dhembezuar 5-poligonal 6-me aureole
Konturi: 1- i rregullt 2- jo i rregullt 3- i prere 4- sfumant 5- shenja e umbilicus
6 – shenja e bishtit
Densiteti: 1 pak intensive 2- mediointensiv 3 – intensive (nr _____)
Marrje kontrasti 0-jo 1-po
Homogjeniteti: 1-homogjen 2- jo homogjene
Destruksion: 0-jo; 1- Central 2-Periferik
Kalcifikacion: 1-Centrale 2-Ekscentrike 3- Popkorn 4- Levozhge veze 5 - alcifikacione
perinodulare 6 -Permbajtje dhjami
Hije satellite 0-jo 1-po
Adenopati shoqeruese 0-jo 1-po
Versament pleural 0- jo 1-po
Likuid perikardial 0- jo 1-po
Pneumotoraks 0- jo 1-po
Nderlikime _____