



UNIVERSITETI I MJEKËSISE, TIRANË

UNIVERSITETI I MJEKËSISE TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISE
DEPARTAMENTI I SHËNDETIT PUBLIK

DISERTACION

**Për Marrjen e Gradës Shkencore
DOKTOR**

INFEKSIONET SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME

Kandidati: Adela Vasili

Udhëheqës Shkencor: Prof. As. Dr. Agim Shehi

TIRANË 2022

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
FAKULTETI I MJEKËSISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Adela VASILI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

TEMA: “INFEKSIONET SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME”

MBROHET NË DATË.....PARA JURISË:

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. Prof. Dr. Genta Qirjako | KRYETAR |
| 2. Prof. Dr. Elizana Petrela | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. Prof. Dr. Enver Roshi | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. Prof. Asc. Dr. Silva Bino | ANËTAR |
| 5. Prof. Dr. Rubena Moisiu | ANËTAR |

© Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit

Ndalohet botimi i plotë ose i pjesshëm, kopjimi, futja në internet apo transmetimi në forma të tjera elektronike dhe/ose çdo formë tjetër qarkullimi tregtar i këtij botimi, pa lejen përkatëse me shkrim të autorit.

Citimi i mundshëm: Universiteti i Mjekësisë, Fakulteti i Mjekësisë, Adela Vasili.
Infeksionet seksualisht të transmetueshme, Temë disertacioni, Tiranë, 2022

Shkurtime

IST	- Infeksione Seksualisht të Transmetueshme
IEK	- Informim-Edukim-Komunikim
KNS	- Komunikimi për Ndryshimin e Sjelljes
NJQS	- Njohuri, Qëndrime, Sjellje
KAP	- Knoëledge, Attitude, Practice
SHR	- Shëndeti Riprodhues
OBSH	- Organizata Botërore e Shëndetësisë
WHO	- World Health Organization
SST	- Sëmundje Seksualisht të Transmetueshme
IST	- Infeksione Seksualisht të Transmetueshme
KNPZH	- Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullsinë e Zhvillimin
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
OZHM	- Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit
MDG-s	- Millennium Development Gols
HPV	- Human PapillomaVirus
AIDS	- Acquired Immune Deficiency Syndrome
ISHP	- Instituti i Shëndetit Publik
ICPD	- International Conference on Population and Developmet
MASH	- Ministria e Arsimit dhe e Shkencës
SPSS	- Statistical Package for Social Sciences
QKTV	- Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar
ADHS	- Albania Demographic and Health Survey

Falenderime

Falenderoj udhëheqësin shkencor Prof. Asc. Dr. Agim Shehi për ndihmën në të gjitha etapat e studimit duke më ofruar eksperiencën dhe ekspertizën e tij në fushën e shëndetit publik.

Falenderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon që më dhanë për të përfunduar me sukses këtë projekt shkencor.

Përmbajtja

I SFONDI / HYRJJE	xi
1.1 Si transmetohen IST-të ?.....	xvii
1.2 Cilët faktorë rrisin rrezikun e transmetimit ?.....	xvii
1.3 Cilat grupe të popullatës janë veçanërisht më të prekshme ?	xix
1.4 Frekuenca dhe Shpërndarja e IST-ve.....	xx
1.5 Komplikacionet (Ndërlikimet) e IST-ve.....	xxi
1.6 Disa fakte të tjera rreth komplikacioneve shëndetësore të IST-ve	xxiii
1.7 Efektet sociale (barra sociale, impakti në shoqëri)	xxiii
1.8 Përse është kaq e vështirë të kontrollosh IST-të ?	xxiv
2.0 Çfare duhet bërë për të kontrolluar IST-të?	xxvi
2.1 Parandalimi primar.....	xxvi
2.2 Parandalimi sekondar.....	xxvi
3.0 Përse duhet kontrolli dhe parandalimi i IST-ve?	xxvii
4.0 Përkufizimi i termit “Infeksione Seksualisht të Transmetueshme”	xxix
5.0 Sëmundjet seksualisht të transmetueshme (SST) dhe HIV/AIDS në Shqipëri	xxx
5.1 Gjendja dhe trendet e IST-ve në Shqipëri dhe problemet ekzistuese lidhur me identifikimin, raportimin, kontrollin dhe parandalimin e tyre	xxxiii
6.0 Survejanca Sindromike	xxxiv
6.1 Menaxhimi Sindromik	xxxiv
6.1.1 Karakteristikat Kryesore të Menaxhimit Sindromik të Rastit me IST.....	xxxv
6.1.2 Integrimi i shërbimeve të IST-ve në kujdesin parësor	xxxv
6.1.3 Gjashtë hapat e menaxhimit të përgjithshëm të rastit me IST jane:	xxxvi
7.0 Përkufizimi i Rastit per Sindromat e lidhura me IST	xxxvi
7.1.1 Sindromi i ulcers gjenitale – jo - vezikulare	xxxvi
7.1.2 Sindromi i ulcerës gjenitale - vezikulare	xxxvi
7.1.3 Sindromi i rrjedhjes uretrale	xxxvii
7.1.4 Sindromi i rrjedhjes vaginale.....	xxxvii
7.1.5 Dhimbja e poshtme abdominale tek femrat	xxxvii
8.0 Të tjerë:	xxxvii
8.1.1 Verruke.....	xxxvii
8.1.2 Bubon inguinal.....	xxxvii
8.1.3 Edemë e skrotumit.....	xxxviii
9.0 Survejaca etiologjike e rasteve me infeksione seksualisht te transmetueshme... xxxviii	
10.0 Infeksioni nga <i>Chlamidia Trachomatis</i>	xliv
10.0 Pse është <i>Chlamydia</i> një Problem i Madh Publik dhe Shëndetsor?.....	xlvi
10.1 Epidemiologji.....	xlvi
10.2 Patologji	xlviii
10.3 Biologjia e <i>Chlamydia</i> s	li

11.0 Diagnoza Laboratorike.....	lii
II METODOLOGJIA	55
2.1 Qëllimi	55
2.2 Objektivat.....	55
2.3 Tipi i studimit.....	56
2.4 Popullata ne studim.....	56
2.5 Periudha kohore e studimit	56
2.6 Metoda e kampionimit	57
2.7 Diagnoza në studimin e prevalencës së Ch. Trachomatis.....	57
2.8 Instrumenti i mbledhjes së të dhënave	58
2.9 Metodologjia e analizës statistikore.....	60
III REZULTATE	61
3.1 Survejanca sindromike e infeksioneve seksualisht të transmetueshme	61
3.2 Survejanca laboratorike e infeksioneve seksualisht te transmetueshme.....	74
3.3 Prevalenca e rasteve me infeksion nga Chlamydia Trachomatis.....	79
IV DISKUTIM.....	82
V PËRFUNDIME	88
VI REKOMANDIME	91
VII SHTOJCA	93
7.1 Skeda Individuale Sindromike.....	93
7.2 Skeda e raportimit laboratorik te IST-ve	94
7.3 Skeda për Chlamydia Trachomatis	95
7.4 Menyra e marrjes se tamponit.....	96
VIII BIBLIOGRAFIA	97

Lista e tabelave

Tabela 3. 1 Të dhënat sociodemografike të rasteve në studim	61
Tabela 3. 2 Statistikë e përmbledhur e moshës.....	63
Tabela 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas burimit të raportimit.....	66
Tabela 3. 4 Lidhja e arsimit me përdorimin e kondomit.....	69
Tabela 3. 5 Lidhja e historive të mëparshme me IST dhe përdorimit të kondomit	74
Tabela 3. 6 Shpërndarja e rasteve tëurvejancës laboratorike sipas viteve.....	74
Tabela 3. 7 Shpërndarja e rasteve tëurvejancës laboratorike sipas grupmoshave.....	75
Tabela 3. 8 Statistikë e përmbledhur e moshës.....	76
Tabela 3. 9 Paraqitja e rasteve sipas mjekut referues	77
Tabela 3. 10 Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimi	77
Tabela 3. 11 Shpërndarja sipas gjinisë dhe shkaktarit të rasteve me IST	78
Tabela 3. 12 Shpërndarja e rasteve me IST sipas laboratorit raportues.....	78
Tabela 3. 13 Numri i rasteve me prani të infeksionit nga Ch. Trachomatis	79
Tabela 3. 14 Prevalenca e infeksioneve nga Ch. Trachomatis sipas moshës dhe nivelit të edukimit	79
Tabela 3. 15 Prevalenca e infeksionit nga Ch. Trachomatis sipas moshës së raportit të parë seksual dhe partnerëve të rinj.....	80
Tabela 3. 16 Prevalenca e infeksionit nga Ch. Trachomatis sipas infeksioneve të mëparshme, përdorimit të kondomit dhe kryerjes së abortit.....	80
Tabela 3. 17 Faktorët e riskut për infeksionin nga Ch. Trachomatis	82

Lista e Figurave

Figura 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë	62
Figura 3. 2 Shpërndarja e rasteve sipas pranisë së shtatëzaniës	62
Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës	63
Figura 3. 4 Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit.....	64
Figura 3. 5 Shpërndarja e rasteve sipas statusit civil	64
Figura 3. 6 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit të arsimit	65
Figura 3. 7 Shpërndarja e rasteve sipas punësimit.....	66
Figura 3. 8 Shpërndarja e rasteve sipas marrëdhënieve seksuale	67
Figura 3. 9 Shpërndarja e rasteve sipas numrit të partnerëve gjatë muajve të fundit	67
Figura 3. 10 Shpërndarja e rasteve sipas numrit të partnerëve <i>të rinj</i> gjatë muajve të fundit	68
Figura 3. 11 Shpërndarja e rasteve sipas përdorimit të kondomit.....	69
Figura 3. 12 . Shpërndarja e rasteve sipas sindromave	70
Figura 3. 13 Shpërndarja e rasteve sipas numrit të sindromave	71
Figura 3. 14 Shpërndarja e rasteve sipas hospitalizimeve	71
Figura 3. 15 Shpërndarja e rasteve sipas referimit ne laborator	72
Figura 3. 16 Shpërndarja e rasteve sipas materialit të marrë në laborator	72
Figura 3. 17 Shpërndarja e rasteve sipas mjekimit me antibiotikë	73
Figura 3. 18 Shpërndarja e rasteve sipas historive të mëparshme me IST	73
Figura 3. 19 Shpërndarja e rasteve sipas shkaktarit të IST-ve.....	75
Figura 3. 20 Shpërndarja e rasteve me IST sipas gjinisë	76
Figura 3. 21 Prania e shenjave klinike në rastet e futura në studim.....	81
Figura 3. 22 Prania e shenjave klinike në rastet me Ch. Trachomatis pozitiv	81
Figura 3. 23 Faktorët e riskut për infeksionin nga Ch. Trachomatis	83

Abstrakt

Hyrje: Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme (IST) përfaqësojnë një nga problemet më të mëdha të shëndetit në mbarë botën. Edhe në Shqipëri për shkak të ndryshimeve demografike, ekonomike, shoqërore dhe të sjelljes këto infeksione kanë filluar të pësojnë një rritje të qëndrueshme. Raportimi i sëmundjeve seksualisht të transmetueshme nëpërmjet në pasyrën mujore 14SH e cila bazohet në semundjen e vecantë dhe të identifikuar nuk paraqet shifrat e vërteta dhe ka mangësi. Nga këto mangësi lindi nevoja e vendosjes së survejancës bazuar në sindroma. Survejanca dhe më tej menaxhimi sindromik bazohet në identifikimin e një grupi sindromash që janë një sindrome apo grup shenjash lehtësisht të dallueshme, dhe në të shumtën e rasteve janë të lidhura me shkakëtarë të njohur të infeksioneve.

Qëllimi: Vlerësimi i tablosë epidemiologjike të sindromave të IST në Shqipëri.

Materiale dhe metoda: Ky studim është deskriptiv, retrospektiv. Të dhënat e këtij studimi janë marrë nga skeda individuale sindromike e infeksioneve seksualisht të transmetueshme të ardhura në ISHP gjatë periudhës 2010 – Dhjetor 2012.

Rezultatet: Për periudhën 3 vjecare të survejancës janë raportuar 5344 raste, 5224 (98%) femra dhe 120(2%) meshkuj. Moshë mesatare e rasteve me IST është 33 vjeç. Vërehet mbizotërim i grupmoshës 20-29 vjeç me 2324 (43.5%) raste me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me grupmoshat e tjera ($\chi^2=4031.1$ $p<0.01$). Pjesa më e madhe e rasteve 3418(64%) raportojnë se nuk kanë përdorur kondomin asnjëherë në jetën e tyre. Numri më i madh i rasteve me IST është raportuar nga konsultori i gruas 4157(77.8%), ndjekur nga raportimet e laboratorëve me 1076(20.1%) të rasteve. Sindroma më e shpeshtë është sindroma “rrjedhje vaginale” me 4895(91.6%) të rasteve, ndërkohë që 1924(36.0%) e rasteve raportojnë për dhimbje abdominale.

Përfundime : Survejanca sindromike tregon për mbizotërim të IST-ve tek femrat e grupmoshës seksualisht aktive të cilat kanë njëkohësisht një nivel të ulët të përdorimit të kondomit sidomos tek rastet me arsim 8-vjeçar. Shpesh vërehet prania e më shumë se një sindrome çka vështirëson ndjekjen e algoritmit të trajtimit të tyre. Pjesa më e madhe e rasteve nuk referojnë asnjë të dhënë për numrin e partnereve dhe për sjelljet seksuale.

Fjale kyç: IST, survejancë, sindromë, menaxhim

I SFONDI / HYRJE

Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme (IST) janë një nga shkaktarët më të mëdhenj të sëmundjeve akute apo kronike me rrjedhje infertilitetin, paaftësi afatgjatë dhe vdekje, me pasoja të rënda psikologjike dhe shëndetësore për miliona burra, gra dhe fëmijë. Impakti negativ i këtyre sëmundjeve shumohet dhe me tej nga forca që ato kanë për ta bërë më të lehtë përhapjen e infeksionit HIV.

Sot, infeksionet seksualisht të transmetueshme, në përgjithësi, dhe sidomos ato në mesin e të rinjëve në veçanti, janë shqetësim i rëndësishëm për të gjithë ekspertët të cilët punojnë për përmirësimin e statusit shëndetësor të popullatës.

IST-të dhe konsekuencat e tyre shëndetësore, janë duke u bërë një problem madhor për shëndetin publik. Në vendet në zhvillim, IST-të dhe komplikacionet e tyre renditen në 5 kategoritë e para të sëmundjeve për të cilat të rriturit kërkojnë kujdes shëndetësor [18]. Edhe në vendet e zhvilluara si psh në Amerikë, IST-të janë një nga problemet kryesore të shëndetit publik, ku gati 19 milion raste të reja ndodhin çdo vit dhe afërsisht gjysma e tyre në grupmoshën 15-24 vjeç [19].

Mbi 80 % e IST-ve të kurueshme, ndodhin në vendet në zhvillim si edhe vendi ynë. Adoleshentët dhe të rinjtë kanë prevalencën më të lartë të këtyre IST-ve [20-23].

Mjaft prej IST-ve zhvillohen pa shenja të dukshme si tek meshkujt ashtu edhe tek femrat. Kështu psh, mbi 70 % e femrave dhe një numur i konsiderueshëm i meshkujve me infektion gonokoksik dhe/ose infektion nga klamidia janë pa simptoma. Të dyja infeksionet si ato me simptoma ashtu edhe ato pa simptoma, çojnë në zhvillimin e komplikacioneve serioze [11].

IST-të, identifikohen ndër rrisqet globale kryesore për vdekshmërinë dhe zënë vendin e dytë për peshën e sëmundshmërisë si dhe për vitet e paaftësisë të arrdhura për shkak të kësaj sëmundshmërie [24].

Globalisht të gjitha këto infeksione krijojnë një problem të madh shëndetësor si dhe një barrë ekonomike, sidomos në vendet në zhvillim, ku ato sjellin rreth 17 % të humbjeve ekonomike të shkaktuara prej sëmundshmërisë. Kostot sociale dhe ekonomike të këtyre infeksioneve dhe komplikacioneve të tyre, janë të konsiderueshme dhe në shumicën e

vendeve në zhvillim shterojnë buxhetet kombëtare për shëndetin si dhe të ardhurat familjare [11,25-27].

IST-të rrisin barrën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nëpërmjet impaktit të tyre direkt në cilësinë e jetës si dhe ndikimit në ekonominë kombëtare dhe individuale. Barra e IST-ve, rritet edhe nëpërmjet impaktit të tyre indirekt duke lehtësuar transmetimin e virusit HIV (**H**–Human **I**-Immunodeficiency **V**–Virus). Parandalimi dhe trajtimi i IST-ve, redukton riskun e transmetimit seksual të HIV. Efekti bashkëshoqërues në transmetimin e HIV është më i lartë në sëmundjet seksualisht të transmetueshme ulçerative: Evidencat tregojnë se një prej IST-ve, herpes genital, mund të jetë përgjegjës për një përqindje të lartë të rasteve të reja me HIV [11,28,29]. Përmirësimi i menaxhimit të rasteve me IST është një ndërhyrje shkencërisht e provuar në reduktimin e incidencës së HIV, në popullatë [11,30-32]. **Objektivi 6-të i Zhvillimit të Mijëvjeçarit (OZHM)**, kërkon reduktimin e përhapjes së virusit HIV në vitin 2015 [11,33]. Parandalimi i IST-ve është një ndërhyrje që në mënyrë të dukshme dhe mjaft kostoeftive kontribon pikërisht në arritjen e këtij objektivi.

IST-të janë ndër shkaqet kryesore të parandalueshme të infertilitetit, në veçanti tek femrat. Rreth 10-40 % e femrave me infeksion të klamidias të patrajtuar, zhvillojnë sëmundje inflamatore pelvike [11,34]. Nga ana tjetër, dëmtimet e tubave të fallopit mbas një IST-je, janë përgjegjës për 30-40 % të rasteve të infertilitetit tek femrat. Femrat të cilat kanë kaluar një sëmundje inflamatore pelvike kanë 6 deri në 10 herë më tepër mundësi për të zhvilluar një barrë ektopike [11,35]. MDGs (**M**illennium **D**evelopment **G**ols) 5 dhe 6 kërkojnë reduktimin e mortalitetit amtar me $\frac{3}{4}$ deri në vitin 2015. Parandalimi i IST-ve, do të kontribojë pikërisht në arritjen e këtij objektivi edhe nëpërmjet parandalimit të vdekjeve tek gratë, të cilat janë të lidhura me barrat ektopike.

Human PapillomaVirus (HPV), një nga viruset i cili është konsideruar si shkaktari kryesor (në rreth 96 % të rasteve) i kancerit invaziv të qafës së mitrës, transmetohet kryesisht nëpërmjet marrëdhënieve seksuale penetrative, por edhe nga kontakti jo penetrativ si ai oral-genital, manual-genital, dhe genital-genital. Parandalimi i infeksionit nga HPV do të reduktohte numrin e femrave të cilat vdesin prej kancerit cervical, kancerit të dytë më të zakonshëm tek femrat mbas atij të gjirit [11,36-38].

IST-të e patrajtuara janë të lidhura gjithashtu, me aborte, lindje parakohe, infeksione kongenitale dhe perinatale të të porsalindurit. Në mesin e grave shtatzëna me sifiliz të patrajtuar, 25 % e tyre rezultojnë në lindje parakohe dhe 14 % në vdekje neonatale [11,39]. Mbi 35 % e grave që kanë një infeksion gonokoksik të patrajtuar rezultojnë në aborte e lindje parakohe dhe mbi 10% në vdekje perinatale [11,40]. Në mungesë të masave parandaluese, gati 30-50 % e fëmijëve të lindur nga nënat me gonorre të patrajtuar si dhe mbi 30 % e fëmijëve të lindur nga nënat me klamidia, do të zhvillojnë oftalmi neonatale, e cila mund të shkaktojë verbëri tek fëmijët. Të dhënat tregojnë se në mbarë botën 1000-4000 bebe të porsalindura verbohën çdo vit për këtë arsye [11,41-43].

Shkakëtarët kryesore që transmetohen me rrugë seksuale dhe infeksionet/sëmundjet (IST/SST) që ata shkaktojnë

<i>Sëmundja</i>	<i>Shkakëtari</i>	Infeksionet/Sëmundjet dhe Manifestimet klinike
Infeksionet bakteriale		
Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Meshkuj: rrjedhje uretrale (uretrit), epididimit, orkit, sterilitet Femra: cervicit, endometrit, salpingit, sëmundja inflamatore e pelvisit, sterilitet, perihepatit Të dy sekset: proktit, faringit, infeksion gonokoksik përhapur Neonatat: konjunktivit, dëmtim i kornesë dhe verbim
Klamidia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Meshkuj: rrjedhje uretrale (uretrit), epididimit, orkit, sterilitet Femra: cervicit, endometrit, salpingit, sëmundja inflamatore e pelvisit, sterilitet, çarje e parakohëshme e membranave,

		perihepatit ; përgjithësisht jo-simptomatik Të dy sekset: proktit, faringit, sindroma e Reiter Neonatat: konjunktivit, pneumoni
Sifilizi	<i>Treponema pallidum</i>	Të dy sekset: ulcera primare (shankri) me adenopati lokale, ekzantemë (rash) në lëkurë, dëmtime kardiovaskulare, dëmtime neurologjike, dëmtime të kockave Femra: abort, lindje feto morto, lindje e parakohëshme(premature) Neonatat: lindje e vdekur, sifiliz kongjenital
Shankroid	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Të dy sekset: ulcera gjenitale të dhimbshme; mund të shoqërohen me bubone
Granuloma Inguinale (Donovanoza)	<i>Klebsiella (Calymmatobacterium) Granulomatis</i>	Të dy sekset: enjtje nodulare dhe leziona ulcerative të zonave inguinale dhe ano-gjenitale
Infeksionet virale		
Aids (sindromi i imunodeficiencës së fituar)	<i>HIV (Virusi i Imunodeficiencës Humane)</i>	Enjtje e gjeneralizuar e limfonoduleve (nyje limfatike),temperaturë e vazhdueshme ,rash në lëkurë ,humbje peshe , me pas infeksione oportuniste sidomos te pulmoneve, demtime te trurit etj
Herpesi gjenital	<i>Herpes simplex virus tip 2 Herpes simplex virus tip 1 (më pak i zanonshem)</i>	Të dy sekset: leziona vezikulare dhe ulçeracione ano-gjenitale Neonatat: herpesi neonatal (shpesh fatal)
Lythet gjenitale	<i>Human papillomavirus (Papilomavirusi human)</i>	Meshkuj: lythë në penis dhe anus; karcinoma e penisit

		Femra: lythe në vulvë, cerviks dhe anus, karcinoma cervikale, karcinoma e vulvës (vulvare), karcinoma e anusit (anale) Neonatat: papiloma e laringut (laringeale)
Hepatiti viral B	<i>Virusi i Hepatitit B</i>	Të dy sekset: hepatit akut, cirrozë e heparit, kancer i heparit
Infeksioni nga citomegalovirusi	<i>Citomegalovirusi</i>	Të dy sekset: temperaturë jo e lartë shpesh jo specifike, enjtje e limfonoduleve (kudo në trup), sëmundje e heparit, etj.
Molluscum Contagiosum	<i>Virusi i Molluscum contagiosum</i>	Të dy sekset: nodule të forta në lëkurë në zonën gjenitale apo dhe të gjeneralizuara
Parazitë		
Trikomoniaza	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Meshkuj: rrjedhje uretrale (uretrit jo-gonokoksik); shpesh jo-simptomatik Femra: vaginozë me rrjedhje profuze në trajtë shkume; lindje e parakohëshme (premature), peshë e vogël e neonatit Neonatat: peshë e vogël në lindje
Kandidiaza	<i>Candida albicans</i>	Meshkuj: infeksion superficial i glans penis Femra: vulvo-vaginit me rrjedhje vaginale të trasha si gjizë, kruajtje apo djegie në vulvë

Infeksioni nga virusi herpes simplex tip 2 është shkaku kryesor i sëmundjes së ulçerës gjenitale në vendet në zhvillim (20% - 80% në femra dhe 10% - 50% në meshkuj). Në SHBA, prevalenca e këtij infeksioni në moshat 15-49 vjeç (femra dhe meshkuj së bashku) është rreth 19%. Në të gjithë botën, nivelet e seropozitivitetit janë më të larta në femrat krahasuar me meshkujt dhe rriten me moshën (5-7).

Human papillomavirus (HPV) (=virusi i papilomës humane), një tjetër patogjen i rëndësishëm viral me transmetim me rrugë seksuale, shkakton çdo vit rreth 500.000 raste

të kancerit cervikal (=kanceri i qafës së mitrës), me rreth 240.000 vdekje, kryesisht në vendet e varfëra.

Virusi i Hepatitit B, që mund të transmetohet seksualisht, si dhe nëpërmjet përdorimit intravenoz të drogës (nga këmbimi i shiringave/ageve), transfuzionit të gjakut, si dhe nga nëna tek fëmija (=transmetim vertikal), rezulton çdo vit në shkallë botërore në 350 milionë raste të hepatitit kronik dhe së paku në 1 milion vdekje nga cirrhoza hepatike dhe kanceri i mëlçisë (vlerësime këto me projeksion). Vaksinimi kundër Hepatitit B është për rrjedhojë mjeti kryesor efikas/efektiv/efiçient i parandalimit parësor të këtij infeksioni (8-10).

Duke patur parasysh trendet sociale, demografike dhe migratore, risku i popullatës për IST-të do të vijojë të rritet në mënyrë dramatike. Barra e tyre është e madhe në vendet në zhvillim, por edhe vendet e industrializuara mundet gjithashtu të ballafaqohen me një rritje të barrës së IST-ve për e çdo familjeje (11-12).

Kujdesi për sekuelat (=pasojat shëndetësore) përllogaritet të përbëjë një proporcion të madh të kostove të kujdesit shëndetësor tretësor lidhur me depistimin (skriningun apo skriningun) dhe trajtimin e kancerit cervikal, menaxhimin e sëmundjes së heparit, hulumtimin për infertilitet, kujdesin për sëmundshmërinë perinatale, verbërinë në fëmijëri, sëmundjen pulmonare në fëmijët dhe dhimbjen kronike pelvike në femrat.

Janë ndërkohë edhe kostot sociale, që përfshijnë konfliktin ndërmjet partnerëve seksuale dhe dhunën në familje. Kostot rriten ende më tej kur merret në konsideratë ko-faktori efekt i IST-ve të tjera ndaj transmetimit të HIV (13-14).

shkak të prevalencës së infeksioneve virale të pa-kurueshme, trendeve në sjelljet seksuale, dhe rritjes së udhëtimeve.

Kostot socio-ekonomike të IST-ve dhe ndërlikimeve të tyre janë substanciale, duke u radhitur ndërmjet 10 arsyeve kryesore të vizitave mjekësore në shumicën e vendeve në zhvillim, dhe duke qenë kështu me një impakt të theksuar si në buxhetin kombëtar për shëndetin ashtu dhe në të ardhurat

1.1 Si transmetohen IST-të ?

Mënyra më e zakonshme e transmetimit të IST-ve është nëpërmjet marrëdhënieve të pambrojtura seksuale (vaginale apo anale).

Mënyra të tjera transmetimi përfshijnë:

1. Nga nëna te fëmija:

- gjatë shatëzarisë (p.sh HIV dhe sifiliz);
- në lindje ,gjatë procesit të lindjes (p.sh gonorea, klamidia dhe HIV);
- pas lindjes (p.sh HIV);
- nëpërmjet qumështit (p.sh HIV);

2. Përmes përdorimit jo të sigurt (jo sterile) të gjilpërave apo injeksioneve (p.sh. përdoruesit e drogave me injektim – IDUs [Intravenous Drug Users]), si dhe kontakteve me gjakun ose produktet e gjakut (p.sh. sifilizi, HIV-i dhe hepati). Duhet patur parasysh që HIV transmetohet në të njëjtat mënyra si çdo infektion tjetër IST.

1.2 Cilët faktorë rrisin rrezikun e transmetimit ?

Faktorët biologjikë

Disa faktorë biologjikë ndikojnë në mënyrën e transmetimit të IST-ve.

Ata janë moshë,gjinia, gjendja imunitare e organizmit strehues dhe virulenca e mikroorganizmit (agjentit infeksioz).

Mosha

Mukoza vaginale dhe indet e qafës së mitrës në femrat e reja është e papjekur dhe i bën ato më të prekshme se femrat e rritura në moshë. Kjo, për arsye se ektopia cervikale, është një konditë normale për femrat e reja, ku qelizat cervikale të sipërfaqes lejojnë lehtësisht marrjen e infeksionit.

Femrat e reja janë veçanërisht në rrezik në vendet me kulturë të martesës në moshë të reja; kur ato martohen apo bëhen seksualisht aktive gjatë moshës së hershme të adoleshencës. Me përafërsi, femrat infektohen në moshë më të re se meshkujt.

Gjinia

Infeksionet hyjnë në trup më lehtësisht përmes sipërfaqes së mukozës si p.sh sipërfaqja vaginale. Meqënëse sipërfaqja e mukozës që bie në kontakt me agjentin infektiv është më e madhe tek femrat sesa tek meshkujt, femrat mund të infektohen më lehtësisht se meshkujt.

Gjendja imunitare e organizmit dhe virulenca e agjentit infeksioz

Gjendja imune e strehuesit receptiv dhe virulenca e agjentit infektiv ndikojnë në transmetimin e IST-ve. Disa IST e rrisin rrezikun e transmetimit të HIV (që është një IST në vetvete). HIV, nga ana e tij, lejon transmetimin e disa IST-ve dhe përkeqëson komplikacionet e IST-ve nëpërmjet dobësimit të sistemit imunitar.

Faktorët e sjelljes

Shumë faktorë të sjelljes mund të ndikojnë në marrjen e IST-ve. Sjellje të tilla njihen si “të rrezikshme”.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Sjelljet e rrezikshme përfshijnë:

Sjelljet e rrezikshme seksuale individuale (personale)

- Ndryshimi i shpeshtë i partnerëve seksualë;
- Pasja e më tepër se një partneri seksual;
- Kryerja e marrëdhënieve seksuale me partnerë "të rastit", punonjëse të seksit ose klientët e tyre;
- Personat të cilët kanë patur një IST më parë, janë në rrezik për t'u infektuar përsëri nëse ata nuk kanë ndryshuar sjelljen e tyre seksuale.

Sjellje të tjera individuale (personale) që mund të shoqërohen me rritje të rrezikut

Piercing në lëkurë, kjo i referohet një game të gjerë praktikash përfshirë përdorimin e ageve josterile që përdoren për injeksion ose tattoos, gërrvishtje apo piercing në trup duke përdorur mjete të përbashkëta;

Përdorimi i alkoolit ose drogave të tjera para apo gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale; alkooli apo droga mund të ndikojnë negativisht në përdorimin e kondomit; alkooli mund të zvogëlojë perceptimin e rrezikut, duke çuar në mospërdorimin e kondomit; ose kondomi nuk përdoret në mënyrën e duhur.

Sjelljet e rrezikshme të partnerit/partnerëve:

- Kryerja e marrëdhënieve seksuale me të tjerë;
- Pasja e një IST-je;
- Drogat e injektueshme;
- MSM – Meshkuj që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkuj.

Një partner me një apo më tepër nga këto sjellje është më i ekspozuar ndaj IST-ve dhe nga ana tjetër ka më tepër gjasa të transmetojë një IST.

Faktorët socialë

Që një person të preket me një IST, mund të ndikojnë një sërë faktorësh socialë të lidhjes së seksit dhe çështjeve të sjelljes, për shembull:

- Në shumicën e kulturave femrat kanë shumë pak pushtet mbi praktikat seksuale dhe zgjedhjet, të tilla si përdorimi i kondomit;
- Femrat priren të jenë ekonomikisht të varura nga partnerët e tyre meshkuj dhe për këtë arsye ka të ngjarë të tolerojnë sjelljet e rrezikshme të tyre për të patur shumë partnere seksuale, duke i vënë ato në rrezik për t'u infektuar;
- Dhuna seksuale ka tendencë të jetë më e lartë ndaj femrave sesa ndaj meshkujve, duke e bërë të vështirë për femrat diskutimin e IST-ve me partnerët e tyre meshkuj;
- Në disa shoqëri vajzat e reja, në moshë shumë të re, tentojnë të martohen jashtë me një të rritur mashkull, duke u ekspozuar ndaj infeksionit;
- Në disa shoqëri u lejohet meshkujve të kenë më tepër se një partnere seksuale.

1.3 Cilat grupe të popullatës janë veçanërisht më të prekshme ?

Në shumicën e vendeve disa grupe njerëzish janë veçanërisht receptive ndaj IST-ve. Kjo mund të ndodhë për shkak se ato janë më shpesh të ekspozuar ndaj partnerëve të infektuar, se sepse ata janë më të ndjeshëm në marrjen e infeksionit çdo kohë që janë të ekspozuar.

Këto grupe përfshijnë:

- Vajzat adoleshente seksualisht aktive;
- Punonjëset e seksit dhe klientët e tyre;

- Meshkujt apo femrat që kanë shumë partnerë seksualë;
- Meshkujt apo femrat punët e të cilëve janë të ndara nga partnerët e tyre të rregullt seksualë për periudha të gjata kohe, si p.sh shoferët që udhëtojnë në distanca të gjata, ushtarët apo emigrantët.

Për arsye të ndryshme, këta persona mund të hezitojnë të shkojnë në institucionet shëndetësore për trajtim. Për ti arritur ato dhe për ti bërë shërbimet të aksesueshme ndaj tyre mund të nevojiten përpjekje të veçanta

1.4 Frekuenca dhe Shpërndarja e IST-ve

Në përgjithësi, prevalenca e IST-ve tenton të jetë më e lartë në zonat urbane sesa në ato rurale, si dhe më e lartë në njerëzit e pamartuar dhe të rinjtë. Sidoqoftë, statistikat rrallë tregojnë një shpërndarje të barabartë midis meshkujve dhe femrave, si dhe nuk tregojnë një shpërndarje të barabartë midis grup-moshave të ndryshme ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Shpërndarja sipas moshës

Shumica e fëmijëve nën moshën 14 vjeç nuk janë të prekur nga IST-të, përveç sifilizit kongjenital, oftalmisë neonatore dhe infeksionit HIV. Rastet e reja të IST-ve fillojnë gjatë adoleshencës dhe tentojnë të jenë më të shpeshta në grup-moshat 15-44 vjeç, duke pësuar një ulje tek më të rriturit.

Shpërndarja sipas gjinisë

Në pamje të parë, do të ishte e arsyeshme të supozojmë se meshkujt dhe femrat janë njëllor të riskuar ndaj IST-ve.

Sidoqoftë, rastet hasen:

- Më shpesh midis femrave sesa meshkujve të grupmoshave 14 dhe 19 vjeç;
- Lehtësisht më pak tek meshkujt sesa tek femrat mbi moshën 19 vjeç.

Pse janë këto diferenca ?

Frekuenca më e lartë midis femrave të moshës 14–19 vjeç mund t'i atribuohet faktorëve të ndryshëm:

- Fillimi i aktivitetit seksual ndodh zakonisht më herët tek vajzat sesa tek djemtë;

- Vajzat kanë tendencë të kryejnë marrëdhënie seksuale me partnerë meshkuj më të rritur, të cilët kanë më tepër eksperiencë seksuale dhe kanë më shumë gjasa të preken nga infeksionet;
- Për shkak të karakteristikave të traktit genital të vajzave të reja, ato janë veçanërisht më të ndjeshme ndaj infeksioneve IST.

Pas moshës 19 vjeç, epërsia e meshkujve mund të jetë për një apo më tepër arsye, si më poshtë.

- Infeksionet seksualisht të transmetueshme zakonisht nuk kanë simptoma ose vetëm shenja të lehta tek femrat
- Deri 70% e femrave dhe 30% e meshkujve të infektuar me Chlamydia mund të mos kenë simptoma.
- Deri në 80% e femrave dhe 10% e meshkujve të infektuar me Gonorre mund të mos kenë asnjë simptomë.

(Disa studime në Afrikë kanë treguar se infeksionet asimptomatike të gonorresë dhe klamidias tek meshkujt të jenë më të larta se ato te paraqitura më sipër. Më qartë, më shumë studime do të hedhin dritë mbi shtrirjen e infeksionit asimptomatik tek meshkujt.)

Kjo do të thotë se më pak se 20% e femrave të infektuara do të vijnë për trajtim, rrjedhimisht pjesa tjetër nuk paraqitet në statistikat. Shërbime në përgjithësi mund të jenë më të aksesueshme nga meshkujt se nga femrat. Për shembull, kur meshkujt migrojnë në zonat urbane për tu punësuar, ata kanë akses ndaj shërbimeve urbane, rrjedhimisht që ata kanë më tepër gjasa të paraqiten në statistika. Gjithashtu kufizimet kulturore dhe ekonomike mund të ndalojnë një pjesë të femrave nga marrja e trajtimit. Një numër i madh meshkujsh mund të infektohen pas praktikimit të seksit të pambrojtur me një numër të vogël punonjësesh seksi. Meshkujt më të rritur mund të jenë seksualisht aktivë më tepër se femrat e të njëjtës moshë. Meshkujt kanë më shumë gjasa të ndryshojnë partneren se femrat.

1.5 Komplikacionet (Ndërlikimet) e IST-ve

IST-të janë me interes për shëndetin publik jo vetëm për shkak të prevalencës së tyre të lartë në gjithë botën, por dhe të potencialit të tyre për të shkaktuar komplikacione serioze dhe të përhershme tek njerëzit e infektuar, të cilët nuk janë trajtuar në kohë dhe në mënyrë

efektive.

Përveç kësaj, ato lehtësojnë marrjen e HIV-it ⁽¹⁹⁻²⁷⁾.

Të dy llojet e infeksioneve si simptomatike ashtu edhe jo-simptomatike mund të çojnë në zhvillim të komplikacioneve të rënda.

Komplikacionet dhe pasojat më të rënda (pasoja afat-gjata) të IST-ve të patrajuara prirën të jenë tek gratë dhe fëmijët e porsalindur. Këto mund të përfshijnë kancerin e qafës së mitrës, sëmundjet inflamatore të pelvisit (salpingitis), dhimbje kronike pelvike, humbje të fetusit, shtatzëni jashtë mitre, dhe si rrjedhojë vdekshmëri amëtare.

Infeksionet e klamidias dhe gonorresë janë shkaktaret kryesore të infertilitetit, veçanërisht tek gratë, me pasoja të rënda sociale. Infeksioni i klamidias është shkaktari kryesor i pneumonisë tek foshnjat. Infeksionet neonatale gonokoksike të syve mund të çojnë deri në verbim.

Sifilizi kongjenital është shkak i rëndësishëm për sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë foshnjore. Tek të rriturit, sifilizi mund të shkaktojë pasoja serioze kardiake, neurologjike dhe pasoja të tjera, të cilat mund të jenë edhe fatale

Komplikacionet (Ndërlikimet) e IST-ve

IST (SST)	Komplikacioni
Infeksioni i Gonokokut dhe Klamidia	Infertilitet tek meshkujt dhe femrat Epididimit Shtatzëni jashtë mitrës si pasojë e dëmtimit të tubave
Gonorea	Verbëri tek fëmijët
Infeksionet e gonokokut, klamidias dhe Infeksionet bakteriale anaerobike	Peritonit i përgjithshëm dhe pelvik
Sifilizi i fituar	Sëmundje e përhershme e zemrës dhe trurit
Sifilizi kongjenital	Shkatërrim madhor i organeve dhe indeve tek fëmijët
Virusi i Papolomes Humane (HPV)	Kancer gjenital

1.6 Disa fakte të tjera rreth komplikacioneve shëndetësore të IST-ve

Sëmundja inflamatore e pelvisit (SIP – PID), e shkaktuar nga gonorea dhe klamidia, është një inflamacion i tubit uterin (endometritis), tubave të fallopit dhe vezoreve. (28-30).

Dhimbja nga SIP është simptoma e parë që gruaja vëren. Nëse tubat e fallopit janë dëmtuar kur gruaja ndien dhimbjen e parë, ky dëmtim është i pakthyeshëm.

SIP dëmton dhe ngushton përgjithmonë tubat e fallopit, duke rritur kështu rrezikun e *shtatzënive ektopike* me shtatë deri në dhjetë herë. Kjo konditë mund të jetë fatale për gruan sepse ruptura e tubave mund të shkaktojë hemorragji të shumta. Shtatzënitë ektopike shkaktjnë afërsisht 1% deri në 5% të gjithë vdekjeve amtare.

Gonorea tek meshkujt mund të çojë në komplikacione dhe pasoja të rënda. Infeksioni mund të përhapet nga uretra (që njihet si urethritis) deri në epididymis (që njihet si epididymitis). Kjo mund të shkaktojë infertilitet.

SIP dhe infertiliteti

Nëse nuk trajtohen, rreth 28% deri në 65% të fëmrave më SIP mund të bëhen infertile. Shumë femra mund të humbasin fertilitetin e tyre pa e kuptuar që ato kanë SIP.

Gjatë shtatzënisë, një infeksion sifilizi mund të përhapet nëpërmjet placentës dhe të infektojë fetusin. Deri në 40% të shtatzënive sifilitike përfundojnë në aborte spontane, vdekje fetale apo vdekje perinatale. Kjo është veçanërisht problematike kur infeksioni i nënës nuk trajtohet gjatë 20 javëve të para të shtatzënisë

Ophthalmia neonatorum prek 5% të të sapolindurve në disa vende në zhvillim.

Pa u trajtuar, ajo dëmton shikimin me 1% deri në 6% të foshnjave të prekura.

Chlamydia mund të përhapet në mushkëritë e të sapolindurit dhe të çojë në pneumoni klamidiale. Të gjitha këto komplikacione mund të shmangen nëse jepet një trajtim korrekt në kohë, përpara se të zhvillohen kushtet për shfaqjen e tyre.

1.7 Efektet sociale (barra sociale, impakti në shoqëri)

Barra sociale dhe ekonomike e IST-ve mund të jetë e madhe. IST-të e patrajuara mund të çojnë në humbje të punës dhe prishje të martesës. Për shembull, një nga efektet biologjike

të sëmundjes inflamatore të pelvikut (SIP) është infertiliteti – efekti tek fëmijet mund të jetë divorci dhe shkatërrimi i familjes. Duke pasur ndërkohë parasysh që nivelet e IST-ve tentojnë të jenë më të larta në grup moshat 15–30 vjeç – periudha në të cilën njerëzit krijojnë familje dhe rritin fëmijët. Për këtë arsye IST-të mund të përbëjnë një barrë financiare për familjet, komunitetin dhe shërbimet shëndetësore.

Nëse ndodh një epidemi IST e pakontrolluar, humbjet për të ardhurat kombëtare do të jenë të konsiderueshme.

1.8 Përse është kaq e vështirë të kontrollosh IST-të ?

Ka një sërë sfidash që duhen marrë në konsideratë në kontrollin dhe parandalimin e IST-ve.

1. Faktorët që kanë lidhje me sistemin shëndetësor

- Shërbimet shëndetësore të afta të diagnostikojnë dhe trajtojnë IST-të mund të jenë:
 - Të padisponueshme apo shumë larg;
 - Shumë të shtrenjta;
 - Konsiderohen se stigmatizojnë personat që shkojnë të vizitohen tek to.

- Vendoset pak theksi në edukimin dhe përpjekjet për parandalimin e infeksionit.
- Shërbimet e IST-ve mund të mos jenë të disponueshme në vizitën e parë të pacientit.
- Më pak se gjysma e pacientëve të referuar në fillim mund të kërkojnë përkujdesje.
- Shërbimet shëndetësore mund të mos jenë në gjendje të ofrojnë mjekimet më efektive, shpesh kjo për shkak të kostos së tyre relative.
- Rezistenca në rritje ndaj mjekimeve në shumë zona kërkon përdorimin e ilaçeve gjithnjë e më të shtrenjta për të arritur kontrollin e tyre.
- Debati i kostos mund të jetë thelbësor në drejtimin e pacientëve drej ofruesëve alternativë.
- Gjithashtu edhe ofruesit privatë të shërbimeve shëndetësore mund të konsiderohen shumë të shtrenjtë.

2. Faktorët biologjikë

- Më lart ne përmendëm se afërsisht 70–80% e femrave të infektuara mund të jenë asimptomatike dhe kështu nuk do të kërkojnë mjekim.
- Kjo vlen gjithashtu dhe për një pakicë të meshkujve.
- Këta njerëz do të vazhdojnë të jenë të infektuar, duke rrezikuar të kenë komplikacione dhe duke infektuar të tjerët.

3. Faktorët socialë

- Ngurrimi për të kërkuar kujdes shëndetësor (sikleti, ndjenjë e fajit, etj).
- Keqinformimi, këto pengesa ekzistojnë në gjithë grup-moshat dhe njerëzit dhe kanë tendencë të përhapen tek adoleshentët dhe të rinjtë – të cilët ka shumë të ngjarë të jenë seksualisht aktivë.
- Praktikrat seksuale, të cilat janë ngulitur thellë në jetën e përditshme të njerëzve dhe komuniteteve të tyre.
- Preferencë për të kërkuar burime alternative shëndetësore të tilla si shëruesit popullorë.
- Hezitim për të ndjekur praktikrat e seksit të sigurt për shumë arsye, përfshirë:
 - Mungesë njohurish për seksin e sigurt;
 - Mospëlqim i kondomit.
- Stigma sociale aq shpesh e lidhur me IST-të. Kjo do të thotë që njerëzit e fshehin atë që mendojnë se është e turpshme, dhe kështu e shmangin kërkimin e trajtimit.
- Dështim në marrjen e kursit të plotë, të përshkruar të trajtimit të IST-ve, për një sërë arsyesh:
 - Kërkon shumë ditë për ta përfunduar;
 - Simptomat e pacientit zhduken dhe ata mendojnë se infeksioni është shëruar dhe ata mund ti ruajnë mjekimet për një herë tjetër apo për njerëz të tjerë.
- Vështirësi në njoftimin e partnerëve seksualë përmes frikës, sikletit apo pasojave të padëshiruara.

2.0 Çfare duhet bërë për të kontrolluar IST-të?

Të gjitha IST-të, përfshirë dhe HIV-in, janë të parandalueshme.

Parandalimi mund të jetë primar ose sekondar:

Parandalimi primar ndihmon në parandalimin e infektimit të njerëzve me IST ose HIV; Parandalimi sekondar ka të bëjë me sigurimin e trajtimit dhe kujdesit për personat e infektuar në mënyrë që të mënjanohet transmetimi i infeksionit tek të tjerët.

2.1 Parandalimi primar

Ka të bëjë me adoptimin e sjelljeve seksuale të sigurta dhe përfshirjen vetëm në marrëdhënie seksuale të sigurta.

Sjelljet seksuale të sigurta nënkuptojnë:

- Abstenimin e plotë ndaj aktivitetit seksual;
- Shtyrjen e kohës së fillimit të aktivitetit seksual;
- Monogaminë e ndërsjelltë të përhershme.

2.2 Parandalimi sekondar

Nënkupton:

- Promovim të sjelljeve të kërkimit të kujdesit për IST-të:
 - fushata edukative publike;
 - sigurimi i qendrave shëndetësore jo-stigmatizuese dhe jo-diskriminuese;
 - sigurimi i cilësisë në perkujdesjen ndaj IST-ve;
 - sigurimi i vazhdueshëm i furnizimit me kondom;
- Trajtim i shpejtë dhe efektiv i personave me IST:
 - menaxhimi gjithëpërfshirës i rastit sindromik me IST;
 - trajnimi i ofruesëve të shërbimit për menaxhimin e rastit;

- Gjetja aktive e rastit:shqyrtimi i simptomave minimale të grave në klinikat për shëndetin e tyre dhe të fëmijës dhe për planifikimin familjar;
- Njoftimi dhe trajtimi i partnerit;
- Edukimi, gjetja dhe trajtimi i grupeve target të popullatës të cilët mund të jenë në rrezik për marrjen e infeksionit, të tillë si punonjëset e seksit, shoferët e kamionëve të distancave të largëta, shërbimet me uniformë, si dhe të rinjtë brenda dhe jashtë shkollës.

3.0 Përse duhet kontrolli dhe parandalimi i IST-ve?

A- Për të reduktuar sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e lidhur me IST.

IST-të përbëjnë një barrë jashtëzakonisht të madhe të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë si në vendet në zhvillim ashtu dhe në ato të zhvilluara, qoftë në mënyrë të drejtpërdrejtë, nëpërmjet impaktit të tyre në cilësinë e jetës, shëndetin riprodhues dhe shëndetin e fëmijës, qoftë në mënyrë të tërthortë, nëpërmjet rolit të tyre në lehtësimin e transmetimit seksual të HIV dhe impaktit të tyre në ekonomine kombëtare dhe atë individuale.

Spektri i rrjedhøjave shëndetësore luhetet nga një sëmundje e lehtë deri në leziona morfologjike të dhimbshme dhe sëmundshmëri psikologjike.

B- Për të parandaluar infeksionin HIV

Parandalimi dhe trajtimi i IST-ve të tjera përveç HIV redukton riskun e transmetimit seksual të HIV, sidomos në moshat e reja, që kanë më shumë gjasa të kenë shumë partnerë seksuale, në veçanti punonjëset e seksit dhe klientët e tyre. Prania e një sëmundje të patrajtuar inflamatore apo ulcerative seksualisht të transmetueshme rrit riskun e transmetimit të HIV gjatë seksit të pambrojtur ndërmjet një të infektuari dhe një partneri të painfektuar. Efekti kofaktor i të tilla IST-ve të tjera veç HIV-it ndaj transmetimit të HIV duket të jetë më i lartë në rastin e sëmundjeve (SST-ve) ulcerative: të dhënat e fundit tregojnë se herpesi gjenital mund të jetë përgjegjës për hasjen e një proporcioni të lartë të rasteve të reja me infeksionin HIV, dhe se trajtimi supresiv i infeksionit nga herpes simplex

tip 2 redukton transmetimin gjenital të HIV në femrat. Shërbimet që ofrojnë kujdes shëndetësor (këshillim dhe trajtim) për IST-të janë një prej pikave kyçe në parandalimin e HIV. Këtu del qartë rëndësia dhe roli i qendrave VCT (qendrat e këshillimit dhe trajtimit vullnetar [*voluntary counseling and testing centers*]) të ngritura aktualisht në vendin tonë (në secilin rajon apo prefekturë/qark si dhe në QSUT). Mesazhet e parandalimit efektiv, trajtimi i IST-ve, dhe promovimi në përdorimin e kondomeve paraqesin një impakt thelbësor në reduktimin e transmetimit të HIV si në popullatën e përgjithshme, ashtu dhe (madje veçanërisht) në grupet-në-risk të popullatës.

C- Për të parandaluar komplikacionet serioze në femrat

IST-të janë shkaku kryesor i parandalueshëm i infertilitetit (papjellshmërisë), veçanërisht në femrat. 10%-40% e grave me infeksion klamidial të patrajtuar zhvillojnë simptomatologjinë e sëmundjes inflamatore pelvike – SIP [PID – *pelvic inflammatory disease*]. Dëmtimi pas infeksionit i tubave është përgjegjës për 30%-40% të rasteve të infertilitetit në femrat. Për më tepër, gratë që kanë pasur SIP kanë 6-8 herë më tepër gjasa për të zhvilluar një barrë ektopike (tubale) krahasuar me ato pa SIP, dhe 40-50% e barrave ektopike mund t'i atribuohen SIP-së së mëparshme.

D- Për të parandaluar rrjedhojat e pafavorshme të shtatzënisë

IST-të e patrajtuara lidhen me infeksionet kongjenitale dhe perinatale në neonatet, veçanërisht në zonat me nivele të larta të hasjes së IST-ve. Në gratë shtatzëna me sifiliz të patrajtuar, 25% e shtatzënisë rezultojnë në lindje të vdekur (feto morto) dhe 14% në vdekje neonatale – një vdekshmëri perinatale e përgjithshme në rreth 40%. Deri 35% e shtatzënisë në gratë me infeksion gonokoksik të patrajtuar rezultojnë në aborte spontane dhe lindje premature, dhe deri 10% në vdekje perinatale. Në mungesë të profilaksisë, 30%-50% e foshnjeve të lindura nga nëna me gonorre të patrajtuar dhe deri 30% e foshnjeve të lindura nga nëna me infeksion klamidial të patrajtuar do të zhvillojnë oftalmi neonatore, që shpie në verbëri; në shkallë botërore, 1.000-4.000 foshnje të posalindura bëhen të verbër çdo vit pikërisht për arsye të oftalmisë neonatore.

4.0 Përkufizimi i termit “Infeksione Seksualisht të Transmetueshme”

Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme janë infeksione të cilat përhapen nga një person tek një tjetër, kryesisht nëpërmjet kontaktit seksual. Disa prej infeksioneve seksualisht të transmetueshme, në mënyrë të veçantë HIV dhe sifiliz mund të transmetohen edhe nëpërmjet gjakut si edhe nga nëna tek fëmija gjatë shtatzënisë, lindjes apo ushqyerjes me gji ^[14].

Sipas fjalorëve mjekësor, infeksionet seksualisht të transmetueshme janë definuar si “Infeksione të cilat mund të transmetohen nga një person tek një tjetër nëpërmjet kontaktit seksual”. Në këtë kontekst, kontakti seksual nënkupton të gjitha format e kontaktit seksual vaginal, anal, oral si dhe përdorimin e lojrave të seksit ^[15].

Për të përshkruar infeksionet seksualisht të transmetueshme janë përdorur terma të ndryshëm që shpesh janë sinonim apo zëvendësim të njeri tjetrit.

Termet më të zakonshëm dhe më së tepërmi të përdorur deri rreth viteve 1990, për të përshkruar *Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme* kanë qenë termi “Sëmundje Seksualisht të Transmetueshme” (SST) apo sëmundje veneriane si dhe termi “Infeksione Seksualisht të Transmetueshme” (IST).

Termi më i preferuar i përdorur vitet e fundit është termi “IST”, i cili është një emërtim shumë më i gjerë se termi SST; një person i infektuar me një IST-të jo domosdoshmërisht mund të ketë simptoma, ndërsa një person me SST ka shfaqur shenjat e sëmundje. Janë më tepër se 30 infeksione seksualisht të transmetueshme, të cilat mund të shkaktohen nga *bakterie* (gonorrea, klamidia, sifilizi, etj), nga *viruse* (AIDS, herpesgenital, hepatit B, infeksionet nga cytomegalovirus) apo *parazitë* (trichomoniasis, candida, scabia pubis) ^[16].

5.0 SËMUNDJET SEKUALISHT TË TRANSMETUESHME (SST) DHE HIV/AIDS NË SHQIPËRI

Ndonëse Sëmundjet Seksualisht të Transmetueshme – SST (apo Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme – IST sipas emërimit aktual) përfshijnë një sërë infeksionesh/sëmundjesh, vetëm SIFILIZI (ICD-9 091), GONORREA (ICD-9 098), dhe HIV (ICD-9 044) dhe AIDS (ICD-9 042-043) janë subjekt i SMBS të survejancës sonë epidemiologjike të sëmundjeve infektive. IST të tjera, si CHLAMYDIASIS, TRICOMONIASIS, INFEKSIONET NGA HERPESVIRUS, INFEKSIONET NGA PAPILOMAVIRUS, etj. janë subjekt i studimeve epidemiologjike (survejimeve ndër-seksionale)

Ndonëse disponueshmëria e të dhënave të survejancës epidemiologjike mbi Sifilizin dhe Gonorrenë në Shqipëri daton qysh prej viteve 1940, do të marrim në konsideratë periudhën prej vitit 1960 e pas (1960-2010), (31-32).

SIFILIZI

Deri në vitet 1950, Shqipëria, sikurse të gjitha vendet rreth saj, ka qenë karakterizuar nga një qarkullim hiper-endemik i sifilizit. Qysh prej viteve 1950, në të gjithë vendin filloi aplikimi i një strategjie shkencore komplekse mbi kontrollin dhe parandalimin e sifilizit, me synim përfundimtar eliminimin e tij si infeksion indigjen në Shqipëri.

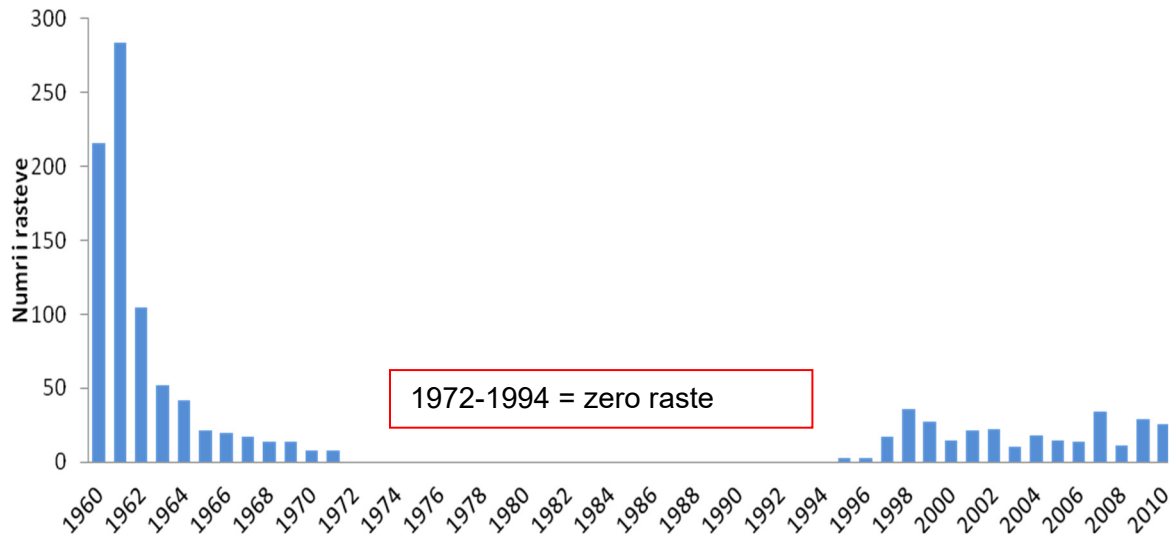
Si rezultat, vitet 1960 shënuan një rënie të theksuar të niveleve të hasjes të infeksionit: ndërsa më 1960 dhe 1961 numri i rasteve të raportuara ishte përkatësisht 216 dhe 284, në vitet 1964-1967 numri i rasteve vjetore të raportuara të sëmundjes ra në 20-40, për të arritur në vetëm 7 raste më 1971. Viti 1972 shënon eliminimin sifilizit në Shqipëri si infeksion indigjen: prej vitit 1972 deri më 1994, dmth gjatë një periudhe prej 22 vitesh, frekuenca vjetore e hasjes të sëmundjes mbetet zero raste.

Viti 1995 shënoi hyrjen e sifilizit në Shqipëri dhe periudha prej vitit 1997 e pas paraqet një trend të qëndrueshëm rritës të niveleve të hasjes së tij: ndërsa më 1995 dhe 1996 u raportuan nga 3 raste, numri mesatar vjetor i rasteve të raportuara gjatë viteve 1997-2010 rezultoi të jete 14. Kjo rritje i atribuohet pjesërisht kolapsit të sistemit të kontrollit dhe parandalimit të IST-ve lidhur konkretisht me zbulimin, raportimin dhe trajtimin në kohë të personave të

infektuar dhe partnerëve të tyre.

FREKUENCA VJETORE (RASTET E RAPORTUARA) GJATË PERIUDHËS 1960-2010

(ZERO RASTE VJETORE ME SIFILIZ INDIGJEN GJATË PERIUDHËS 1972-1994)



GONORREA

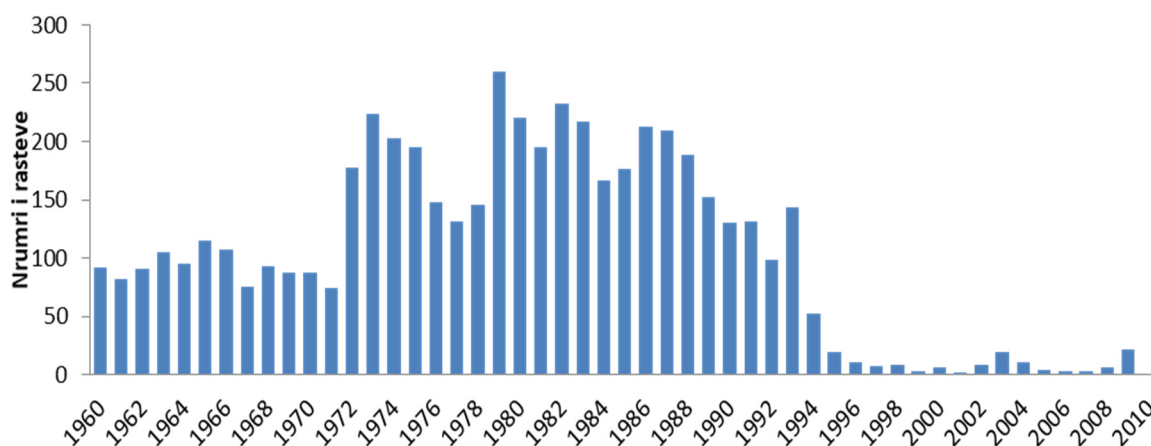
Në periudhën prej mbi katër dekadash 1960-2010 të të dhënave të survejancës epidemiologjike të gonorresë në Shqipëri spikatin dy nën-periudha lidhur me nivelet e frekuencës të hasjes së saj.

Nën-periudha e parë, më e shtrira në kohë, 1960-1993, tregon nivele vjetore të hasjes të sëmundjes nga 74 në 260 raste të raportuara, me një mesatare vjetore prej 149 raste (apo 6 raste për 100.000 banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës).

Ndërkaq, nën-periudha e mëpasshme, prej vitit 1994 e pas (1994-2010), karakterizohet nga nivele shumë më të ulëta të rasteve të raportuara krahasuar me periudhën mbi-tridhjetë-vjeçare 1960-1993: më 1995 u raportuan gjithsej 52 raste me gonorre, më 1997-2010 numri i rasteve të raportuara rezulton të jetë vetëm 2-22 raste në vit në shkallë vendi. Të tilla nivele shumë të ulëta të sëmundjes së raportuar nuk përfaqësojnë kurrsesi realitetin. Është krejtësisht e pamundur që numri vjetor i rasteve me gonorre të jetë nga 2 deri maksimumi 22 raste për të gjithë vendin me 1997-2010 sepse:

- së pari, një shifër e tillë ka qenë faktikisht niveli mesatar vjetor i incidencës (numër rastesh për 100.000 banorë) i gonorrese gjatë periudhës 1960-1993;
- së dyti, pikërisht vitet 1995 e pas shënojnë ri-shfaqjen e lartpërmendur të sifilizit në vendin tonë dhe trendin vijueshmërisht rritës të hasjes së tij (1995-2010);
- dhe, së treti, viti 1993 shënon rastin e parë të identifikuar me infeksionin HIV në Shqipëri dhe periudha 1994 e pas (1994-2010) një trend qëndrueshmërisht rritës të hasjes së HIV në popullatën e vendit.

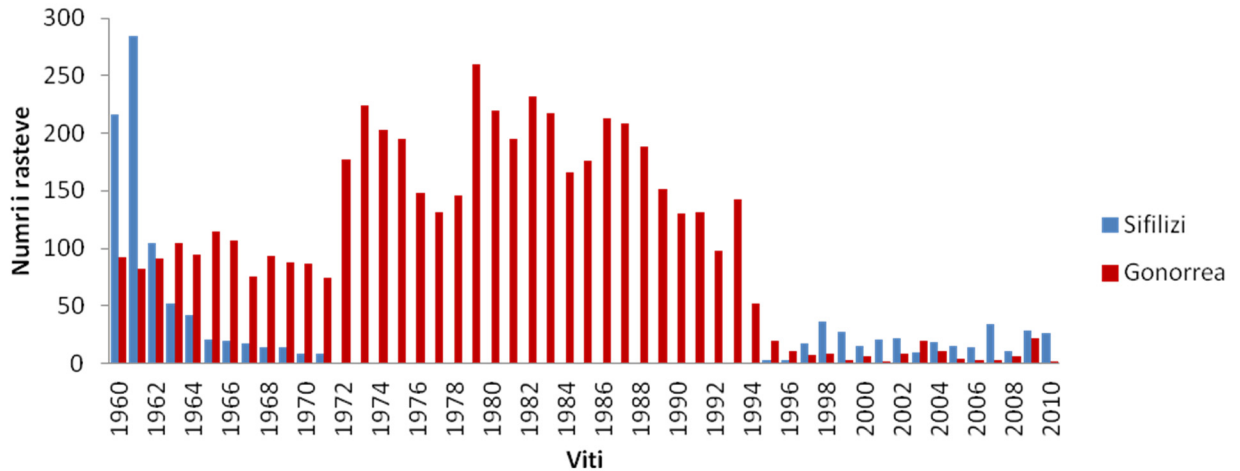
FREKUENCA (RASTET E RAPORTUARA) GJATË PERIUDHËS 1960-2010 GONORREA



Rrjedhimisht, është e dukshme se kemi të bëjmë me një nivel tepër të lartë të nën-raportimit të infeksionit gonokoksik prej vitit 1994-1995 e pas, sepse shumica e rasteve me gonorre nuk regjistrohen, dhe rrjedhimisht nuk raportohen për arsye të mosfunksionimit të survejancës së duhur sentinel kundrejt IST-ve në përgjithësi në vendin tonë.

Gonorea kundrejt sifilizit lidhur me numrin vjetor të rasteve të raportuara :

një nivel real i raportimit të gonorresë gjatë periudhës 1960-1971 (viti 1971 = eliminim i sifilizit indigjen në shqipëri) dhe një nivel i theksuar i nën-raportimit të gonorresë gjatë periudhës 1995-2010 (viti 1995 = ri-shfaqje e sifilizit në shqipëri)



Në vendin tonë i gjithe sistemi i raportimit të sëmundjeve infektive është bërë bazuar në sistemin e madhor të survejancës, ku përfshiheshin 73 sëmundje, ndër të cilat edhe sëmundjet seksualisht të transmetueshme. Sikurse është vënë re këto sëmundje janë pak të raportuara dhe kjo kërkoi nevojën e forcimit të survejancës për këto sëmundje duke u bazuar në komponentet specifik për survejancën e IST-ve.

5.1 Gjendja dhe trendet e IST-ve në Shqipëri dhe problemet ekzistuese lidhur me identifikimin, raportimin, kontrollin dhe parandalimin e tyre

Rastet e dokumentuara të IST-ve në Shqipëri janë aktualisht në numër të vogël. Ekziston një nivel tepër i shprehur i nën-raportimit (apo fallco-negativitetit) për të gjitha IST-të, ndonëse shumë më i spikatur për gonorrenë.

Megjithatë, Shqipëria konsiderohet si një vend me risk të lartë për IST-të për arsye të:

- ✓ moshës së re të popullatës,
- ✓ niveleve të larta të lëvizjes së popullatës (si brenda vendit ashtu dhe emigracion),
- ✓ niveleve në rritje të prostitucionit,
- ✓ niveleve jo adekuate të edukatës shëndetësore në përgjithësi dhe asaj seksuale në veçanti.

Faktorë të tjerë që duhen pasur parasysh lidhur me IST-të në Shqipëri janë:

- ✓ mungesa e një kuadri adekuat legjislativ dhe ekzekutiv në drejtim të identifikimit, raportimit, trajtimit, kontrollit dhe parandalimit të rasteve me IST;
- ✓ mungesa e informimit dhe edukimit adekuat të popullatës së vendit, veçanërisht grupeve më në risk të saj, lidhur me IST-të;

- ✓ dhe një shërbim shëndetësor jo-efiçient në drejtim të pamjaftueshmërisë së burimeve teknike, protokolleve të menaxhimit kompleks të rastit dhe sistemeve të referimit.

Në vendin tonë në vitin 2008 u vendos survejanca sindromike e Infeksioneve seksualisht të transmetueshme (IST). Kjo survejancë bazohet në raportimin mujor të 8 sindromave. Raportimi bëhet në bazë të një skede individuale. Në vitin 2009 u vendos survejanca laboratorike e infeksioneve seksualisht të transmetueshme e cila si dhe survejanca sindromike bazohet në raportimin individual të rastit të diagnostikuar me një nga infeksionet seksualisht të transmetueshme.

6.0 Survejanca Sindromike

6.1 Menaxhimi Sindromik

Tradicionalisht, një IST e dyshuar është diagnostikuar qoftë nëpërmjet vetëm shfaqjes klinike (=Diagnoza Klinike), që, nga ana e vet, është shpesh e pasaktë si diagnozë, qoftë edhe me anë të një testi laboratorik (=Diagnoza Etiologjike Apo Laboratorike), që mund të jetë i nderlikuar dhe i shtrenjtë si kosto dhe që në përgjithësi e vonon trajtimin meqënëse duhet pritur deri në nxjerrjen e rezultateve të tijt. Madje, edhe pse e dëshirueshme, diagnoza e bazuar në laborator shpesh herë është e kufizuar, sidomos në zonat me burime financiare dhe laboratorike të pamjaftueshme, të pakta, pasur parasysh këtu (i) kostot e mbajtjes së laboratorit, (ii) furnizimin e qëndrueshëm në sasi, cilësi dhe kohë të tij me kitet testuese laboratorike, si dhe (iii) sigurimin e kontrollit të cilësisë. Është pikërisht për këto arsye, që OBSH-ja rekomandon menaxhimin sindromik të IST-ve në pacientët që paraqiten me simptoma dhe shenja klinike përherë të njohshme nga ana e personelit shëndetësor, duke përpiluar rrjedhimisht algoritmet përkatëse që mund të përdoren lehtësisht prej personelit mjekësor të kujdesit shëndetësor parësor, dhe që në thelb përbëjnë pikërisht atë që njihet tanimë si “**Menaxhimi Sindromik i Rastit Me IST**”. Menaxhimi sindromik bazohet në identifikimin e një shenje apo grupi simptomash lehtësisht të dallueshme, të lidhura me shkakëtare patogjenë të mirë-përcaktuar të infeksionit. Trajtimi për secilin sindrom përqendrohet ndaj shkakëtarit kryesor, që është përgjegjës për sindromin në atë zonë gjeografike. Përjasja sindromike është treguar të jetë tepër e efektshme për menaxhimin e uretritit (urethritis) dhe epididimitit (epididymitis) tek meshkujt, të ulcerës

gjenitale në meshkuj e femra, si dhe të oftalmisë neonatore te neonatet. Duhet shënuar se sindromi i rrjedhjes vaginale nuk është as specifik dhe as sensitiv në parashikimin (përcaktimin) e infeksioneve gonokoksike, klamidiale apo infeksioneve të tjera cervikale në femrat; megjithatë, nëse objektivi parësor është trajtim i vaginitit – që i atribuohet, për shembull, vaginozës bakteriale apo trikomoniazës – përqsasja sindromike ka rezultuar të jetë e dobishme (efektive) dhe kosto-efektive (efiçiente).

IST-të ekzistojnë shpesh pa simptoma, sidomos në femrat. Kërkohen rrjedhimisht strategji për zbulimin dhe menaxhimin e këtyre infeksione jo-simptomatike. Disa strategji janë kërkim-rasti (=kërkim aktiv i rastit) ose depistim/skrining/skrinim, të cilat optimizojnë ndërhyrjet për arritjen e partnerëve seksuale, për të realizuar kështu menaxhimin e rastit për një IST të suspektuar, dhe rrisin njohuritë dhe ndërgjegjësimin mbi riskun individual. Gjetja e rastit (=gjetja aktive e rastit) i referohet testimit tek individët që kërkojnë kujdes mjekësor për çfarëdolloj arsye tjetër shëndetësore përveç një IST-je. Një ndër aplikimet më të rëndësishme të gjetjes aktive të rastit është dhënia e kujdesit shëndetësor për të tilla infeksione në këshillimoret e kujdesit të paralindjes (=këshillimoret e gruas), në ato të nënës dhe fëmijës, si dhe ato të planifikimit familjar (33-34). Një shembull klasik i gjetjes aktive të rastit është testimi rutinë i grave shtatzëna për sifiliz në klinikat e kujdesit të paralindjes (klinikat antenatale).

6.1.1 Karakteristikat Kryesore të Menaxhimit Sindromik të Rastit me IST

1. Është i orientuar ndaj problemit (përgjigjet me simptomat e pacientit)
2. Është shumë i ndjeshëm dhe nuk humbet infeksionet e përziera
3. Trajton pacientin që në vizitën e parë
4. E bën më të kapshme IST-në që në nivelin e kujdesit shëndetësor paresor
5. Përdor diagrame (algoritma) që udhëheqin punonjesit shëndetësore me hapa logjike
6. Ofron mundësi dhe kohë për edukim dhe këshillim

6.1.2 Integrimi i shërbimeve të IST-ve në kujdesin parësor

Me qëllim që të përmirësohet aksesin, personat me IST duhet që domozdo të shkojnë në një qendër të caktuar për trajtimin e IST-ve. Shërbimi i IST-ve duhet të ofrohet në gjithë qendrat shëndetësore të vendit. Nevojitet të integrohet kujdesi ndaj IST-ve në kujdesin shëndetësor parësor – klinikat e kujdesit parësor, për shëndetin e nënës, fëmijës dhe klinikat

e planifikimit familjar – nëpërmjet menaxhimit sindromik të rasteve me IST. Kjo do të thotë që ofruesit e shërbimeve të jenë të trajnuar për të dalluar IST-të sindromike dhe për ti ofruar pacientëve të tyre kujdes të plotë.

Menaxhimi i infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe infeksioneve të traktit riprodhues (IST-të/ITR-të) brenda qendrave të shëndetit riprodhues (p.sh. antenatale, të planifikimit familjar, etj.) do të kërkojë adaptime të duhura. Për këtë qëllim duhen konsultuar mjete të tilla si Udhëzuesit e Praktikës së Kujdesit Thelbësor për ITR-në, planifikimin familjar, etj, (36-37).

6.1.3 Gjashtë hapat e menaxhimit të përgjithshëm të rastit me IST janë:

- 1) Përcaktimi i saktë i diagnozës;
- 2) Sigurimi i terapisë së saktë antimikrobiale për sindromën IST;
- 3) Edukimi mbi natyrën e infeksionit, sjelljet seksuale të sigurta, marrëdhëniet seksuale të sigurta dhe reduktimin e riskut në mënyrë që të parandalohet apo reduktohet sjellja e rrezikshme (riskante) në të ardhmen;
- 4) Edukimi mbi papajtueshmërinë ndaj trajtimit;
- 5) Demonstrimi mbi përdorimin e saktë të kondomit dhe sigurim i kondomëve;
- 6) Këshillimi se si partnerët e pacientëve mund të kurohen dhe lëshimi i një kartelet referuese për pacientin/en që t’ia kalojë partnerit(ëve) të tij/saj.

7.0 Përkufizimi i Rastit për Sindromat e lidhura me IST

7.1.1 Sindromi i ulcers gjenitale – jo - vezikulare

Ulcer në penis, skrotum ose rektum tek meshkujt dhe në labie, vaginë ose rektum tek femrat me ose pa adenopati inguinale. (Ky sindrom mund të shkaktohet nga sifilizi, shankroidi, limfogranuloma venerum, granuloma inguinale ose raste atipike të herpesit gjenital.)

7.1.2 Sindromi i ulcerës gjenitale - vezikulare

Vezikula gjenitale ose anale tek meshkujt ose femrat . (Ky sindrom shkaktohet kryesisht nga herpesi genital i shkaktuar nga virusi i Herpes Simplex (HSV).

7.1.3 Sindromi i rrjedhjes uretrale

Rrjedhje uretrale tek meshkujt me ose pa dizuri. (Ky sindrom shkaktohet me shpesh nga *Neisseria gonorrhoeae* (*gonokoku*) dhe *Chlamydia trachomatis* (Klamidia); si dhe shkaktarë të tjerë mikrobike që shoqërohen me rrjedhje uretrale si: *Ureaplasma urealyticum*, dhe *Mycoplasma spp.* dhe më rrallë nga *Trichomonas vaginalis*, (Trikomonas),

7.1.4 Sindromi i rrjedhjes vaginale

Rrjedhje vaginale jo normale (përcaktuar nga sasia, ngjyra dhe era) me ose pa dhimbje të poshtme abdominale ose simptoma specifike ose faktorë specifike risku. (Ky sindrom shkaktohet kryesisht nga vaginoza bakteriale, kandidiaza vulvo-vaginale dhe trikomonas; më rrallë nga infeksioni nga gonokoku ose klamidia.)

7.1.5 Dhimbja e poshtme abdominale tek femrat

Simptoma të dhimbjes së poshtme abdominale dhe dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale që shoqërohen në ekzaminim fizik me rrjedhje vaginale, dhimbje abdominale të poshtme në palpim, ose temperaturë >38 C. (Ky sindrom që sugjeron për prani të sëmundjes inflamatore të pelvisit mund të shkaktohet nga infeksione të shkaktuara nga gonokoku, klamidia ose anaerobët.)

8.0 Të tjerë:

8.1.1. Verruke

Ato shkaktohen nga Human Papiloma Virus (HPV). Verruket në organet gjenitale apo anus apo anogjenitale (*Condylomata acuminata*, *Condylomata plana*) vihen re në vulvë, perineum, lëkurën e penisit, përreth anusit etj e shpeshherë janë të bezdishme dhe të dukshme por jo të dhimbshme. Gjithashtu shkakëtojnë papula në organet gjenitale që shpesh janë të hiperpigmentuara dhe të sheshta.

8.1.2 Bubon inguinal

Buboni inguinal është i dhimbshëm shpesh fluctuant me edemë të limfonodulave në pjesën inguinale dhe më tej. Shkaku kryesor është Limfgranuloma venereum (LGV) ose Shankroidi, megjithëse buboni jo i dhimbshëm nuk është i rrallë as tek të sëmurët me Sifiliz. Kështu shkaktarët që shkakëtojnë këtë sindromë janë *Chlamydia trachomatis* dhe

Hemophilus ducreyi. Ulcerat gjenitale vihen re zakonisht përpara se të shfaqen bubonet nga LGV dhe Shankroidi. Gjatë LGV, zakonisht nuk vihet re ulcera gjatë kohës që zhvillohet buboni, ndërsa të dyja simptomat mund të ekzistojnë në rastin e Shankroidit.

8.1.3 Edemë e skrotumit

Shkaku kryesor i edemës skrotale është infeksioni i testeve i cili është një komplikacion serioz i uretritit gonokoksik dhe atij nga klamidia. Gjatë infeksionit akut testet janë edematoze, të nxehta dhe shumë të dhimbshme. Në rast se kjo gjendje nuk trajtohet apo trajtohet me vonesë con në infertilitet si pasojë e shkatërrimit të indit të testeve.

9.0 Survejaca etiologjike e rasteve me infeksione seksualisht te transmetueshme

Diagnoza etiologjike ka rëndësi të madhe për të njohur peshën e tyre specifike në popullatë, por edhe për ndërhyrje efektive në parandalimin e tyre. Po ashtu diagnoza etiologjike ka mjaft rëndësi dhe për mjekimin korrekt etiologjik, parandalimin e komplikacioneve si dhe parandalimin e përhapjes më gjërë në popullatë.

Në Shqipëri, në disa nga këto nozologji ka mangësi të vendosjes së diagnozës etiologjike sidomos në nivelin rajonal të laboratorëve ku është dhe puna rutinë për vendosjen e këtyre diagnozave. Posojë e kësaj dhe mjekimi i tyre është më shumë sindromik se sa etiologjik.

“Liberazimi i shërbimit farmaceutik”, si: dhënia e medikamenteve nga farmacistët, marrja e tyre nga persona që paraqesin shenja klinike për këto infeksione pa konsultën mjekësore bën që të mos njihet pesha që zënë këto nozologji, vështirësinë e marrjes së masave parandaluese dhe për më tepër të priten komplikacione të mundshme prej tyre në sajë të mjekimit jo adekuat.

Laboratori luan një rol të rëndësishëm në tre drejtime:

A. Përcaktimi i rastit

Me anë të metodave specifike laboratorike duke u bazuar dhe në të dhënat klinike përcaktohet rasti me IST/SST. Në këtë drejtim roli i laboratorit është i rëndësishëm për të vendosur diagnozën etiologjike.

Përcaktimi i rastit me IST/SST përmbledh:

- Identifikimin e agjentit patogjen

- Korigjimin e diagnozave të paqarta të mëparshme
- Kontrollimin e efikasitetit të protokolleve diagnostike
- Fillimin e terapisë

B. Në fushën e Epidemilogjisë klinike

Roli i laboratorit është i lidhur me identifikimin e agjentit shkaktar të infeksionit, e lidhur kjo dhe me kuadrin patologjik të shkaktarit. Nga ana tjetër, mund të identifikohen lloje të reja patogjenësh (tipe e nëntipe) të një specie patogjene tashmë të njohur.

Rëndësi ka gjithashtu në përcaktimin e ndjeshmërisë dhe rezistencës ndaj medikamenteve që përdoren për trajtim.

Laboratori tregon dhe variacionet e përbërjes së popullatës së pacienteve që frekuentojnë qendrën e IST/SST-ve dhe të diagnostikuar në këto qendra. Duke u nisur nga të dhënat patologjike e diagnostike, nga sjelljet e personit me risk mund të arrihet tek ajo grup popullate, që është dhe vatra e shpërthimit epidemik.

C. Laboratori jep të dhëna të rëndësishme për shkaktarët patogjenë e variacionet e tyre. Planifikon kapacitete për në vazhdimësi dhe së bashku me sektorin e epidemiologjisë planifikojnë projekte për ndërhyrje në popullatë e sidomos në grupet me risk për këto nozologji.

Tabela 1. Testet diagnostikuese të rekomanduar sipas nivelit dhe kapacitetit të laboratorit në sektorin publik

Agjenti shkaktarë	Testi laboratorik	Laboratori		Qëndror
		Periferik	Rajonal	
Neisseria gonorrhoeae	- Strisho (ngjyrim: Gram, blumetilen;etj)	+	+	+
	- Test i shpejtë	+	+	+
	- Kulturë	-	+	+
	- Sensibiliteti ndaj antibiotikëve	-	+	+
	- PCR	-	-	+
Chlamydia trachomatis	- Strisho (ngjyrim me Gimsa)	+	+	+
	- Test i shpejtë	+	+	+
	- Elisa	-	-	+
	- Imunofruoreshencë	-	-	+
	- Kulturë	-	-	+
	- PCR	-	-	+
Treponema pallidum	- Ek. Mikroskopik në fushë të errët	(+)	+	+
	- RPR	+	+	+
	- TPHA	-	+	+
	- Imunofluoreshencë	-	-	+
	- Elisa	-	+	+
	- Test konfirmues (Ë.b)	-	-	+
	- PCR	-	-	+
Hemophileus ducrey	- Kulturë	-	-	+
	- Sensibiliteti ndaj antibiotikëve	-	-	+

Herpes virus tipi 1 dhe 2	- Test i shpejtë	+	+	+
HSV 1/2	- Elisa	-	+	+
	- Imunofluoreshencë	-	-	+
	- Kulturë	-	-	+
	- PCR	-	-	+
Calymmatobacterium	- Strisho (ngjyrim me Ëright)	-	(+)	+
	- Ekzaminim histopatologjik	-	-	+
Trichomonas vaginalis	- Ekz. Mikroskopik i freskët	+	+	+
	- Kulturë	-	(+)	+
Candida spp.	- Ekz. Mikroskopik i freskët	+	+	+
	- KOH 10%	+	+	+
	- Kulturë	+	+	+
HIV/AIDS	- Test i shpejtë	+	+	+
	- Elisa	-	+	+
	- Test konfirmues (Ë.b)	-	-	+
	- PCR	-	-	+
Human papillomaviruses	- Strisho Pap test	-	(+)	+
	- PCR	-	-	+
Hepatiti B	- Test i shpejtë	+	+	+
	- Elisa	-	+	+
	- PCR	-	-	+
Hepatiti C	- Test i shpejtë	+	+	+
	- Elisa	-	+	+
	- Test konfirmues	-	-	+
	- PCR	-	-	+

Një ndarje e tillë për kryerjen e testeve diagnostikuese sipas niveleve laboratorike nuk mund të jetë statike. Ekzaminimet mund të bëhen bazuar në kapacitetet e tyre, por dhe në

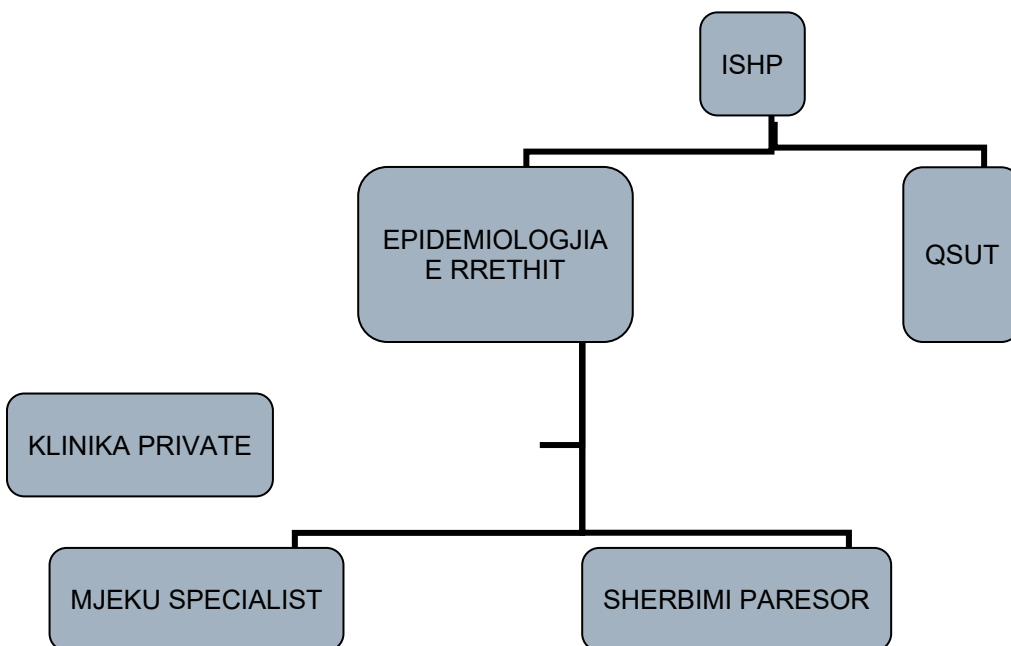
kuadrin e fuqizimit të kapaciteteve të laboratorëve rajonalë.

Shume nga vendet ne zhvillim nuk kane infrastrukture te nevojshme laboratorike per nje raportim etiologjik te rastit ne rutinen e perditeshme; gjithesesi duke kuptuar sa me mire kerkesat per nje raportim etiologjik te rastit ne baze te percaktimeve etiologjike te rastit, kjo mund te kontribuojte qe te kuptojme me mire rendesine e raportimit sindromik te rastit ne vende pa kapacitete te pershtatshme laboratorike.

Raportimi etiologjik i rastit bazuar vetem ne pershtypje klinike, pa perdorimin e testimit laboratorik, nuk eshte i besueshem, dhe rezulton ne nje variacion te gjere te praktikave raportuese, gje qe e ben te veshtire per mos te thene te pamundur interpretimin e te dhenave nga survejanca e IST-ve. Per kete arsye te gjitha raportimet etiologjike te rastit kerkojne testim laboratorik per vendosjen e diagnozes. Ne kushtet e mungeses se nje testimi diagnostik i nje cilesie te larte qe behet ne menyre rutine, raportimi i rastit duhet te jete sindromik.

Ne vendet ku nje pjese e mire e diagnozes klinike vendoset si etiologjikisht dhe ne baze te sindromave, disa eksperte besojne se nje sistem i kombinuar i raportimit sindromik dhe etiologjik mund te perdoret, por duhet bere kujdes qe IST te diagnostikuara ne paciente te vecante te mos raportohen ne te dy sistemet. Ne vendet ku kryhet raportimi etiologjik i rastit, infeksione te shumefishta ne te njejtin person mund te raportohen vec e vec (si psh, gonorrhea dhe klamidia).

Algoritmi i survejancës së Infeksioneve seksualisht të transmetueshme



10.0 Infeksioni nga *Chlamidia Trachomatis*

Chlamydia Trachomatis është infeksioni më i zakonshëm bakterial i transmetueshëm me rrugë seksuale në vendet e industrializuara. Pas një rritje të rasteve të zbuluara, të lidhura me përhapjen e testeve të depistimit në vitet 1980, filloi një ulje e incidencës së këtij infeksioni. Kjo rënie është e hershme në vendet që kanë hartuar dhe zbatuar programe depistimi, sikurse Suedia. Në vitet 2000 në disa vende të Europës Perëndimore filloi rritja e incidencës së infeksioneve nga *Ch. Trachomatis*. Në France rritja e përqindjes së identifikimit u rrit nga 2.9% në vitin 1995 në 10.7% në vitin 2001 dhe 2003(1)

Prevalenca e raportuar në literaturë ndryshon nga 1% në 5% në popullatat asimptomatike dhe nga 8 në 15% në popullatat simptomatike. Ato janë më të larta midis femrave të moshës 18-24 vjeç dhe meshkujve të moshës 25-30 vjeç dhe ndryshojnë nga vendi që i deklaron (qendra të planifikimit familjar, qendrat e testimit vullnetar, gjinekologët, mjekët e përgjithshëm, sektori publik apo privat etj). Ndryshe nga *N. Gonorrhoeae* dhe *T. pallidum* të cilat janë më të shpeshta në popullata që banojnë në zona të mbipopulluara dhe të varfra

urbane, Ch. Trachomatis është e kudogjendur me një shpërndarje më të madhe në popullatën e përgjithshme

Përhapja e infeksionit të Ch. Trachomatis dhe ashpërsia e tij janë [ër shkak të zbulimit të vonë, me një ndikim më serioz tek femrat sesa tek meshkujt. Infeksioni kalon pa u vënë re në 60-70% të tyre. Përfshirja e traktit gjenital të sipërm manifestohet si sindromi inflamator pelvik (salpingiti) I cili mund të komplikohet nga dhimbja kronike, shtatzënia ektopike dhe infertiliteti tubal, që ndodh përkatësisht në 4%, 2% dhe 3% të femrave të infektuara (2). Ch. Trachomatis është etiologjia më e shpeshtë e infertilitetit tubal në vendet e industrializuara.

Deri në fundin e viteve 1990, metodat e zbulimit të Ch. Trachomatis bazoheshin në marrjen e materialit endocervical tek femrat dhe uretral tek meshkujt. Përhapja e metodave molekulare, superior për nga ndjeshmëria dhe specifika, bën të mundur zbulimin e tij në të gjitha mostrat urogjenitale (3). Këto metoda lehtësojnë depistimin edhe në ambiente ku ekzaminimi gjinekologjik nuk është në rutinë. Kështu në vitin 2002 në Francë u rekomandua kryerja e depistimit sistematik të gemrave nën 25 vjeç në klinikat anti-veneriane, në qendrat e planifikimit dhe edukimit familjar dhe në qendrat e testimit vullnetar (4)

Midis viteve 2003-2005 u kryen në Francë 5 depistime sistematike me PCR në urinë ose me vetëmarrje vaginale. rezultatet e tyre treguan që prevalenca e Ch. Trachomatis varioi nga 6-11% afër mesatares së 8% të raportua në një përmbledhje të studimeve të kryera në Mbretërinë e Bashkuar (5).

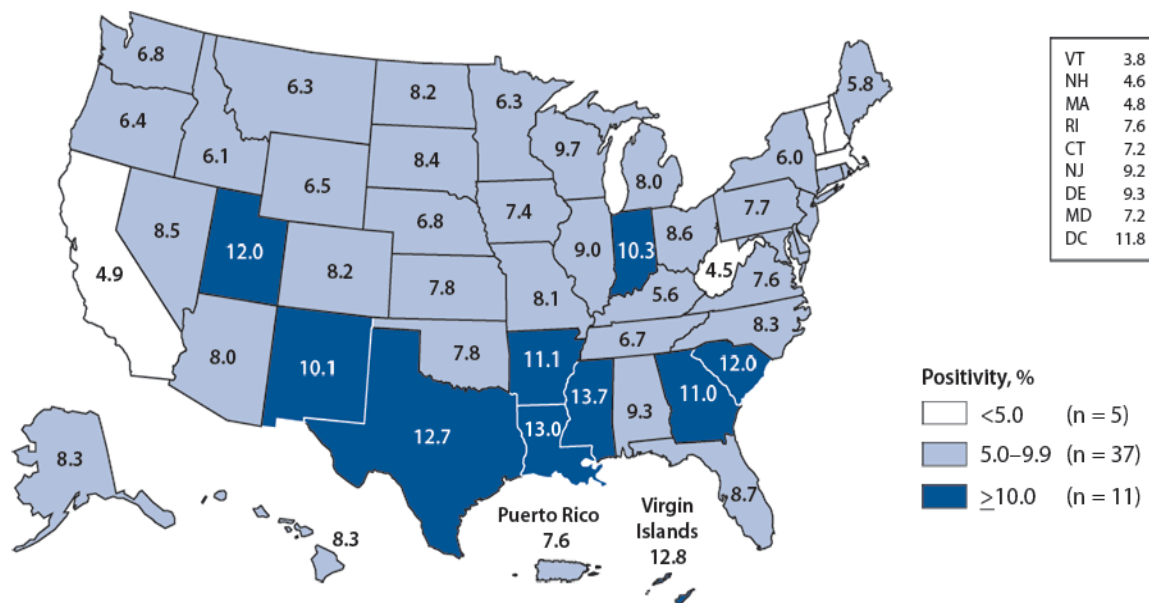
Pranueshmëria shumë e mirë e vetëmarrjes vaginale u përdor në depistimin kombëtar të popullatës së përgjithshme mbi kontakstin e seksualitetit në Francë në vitin 2005 ku mostrat u morën me vetëmarrje në shtëpi dhe u dërguan me postë në laboratorët përkatës. Prevalenca ndërmjet 2-4% raportohet tek femrat e moshës 18-24 vjeç në depistimet kombëtare dhe europiane të kryera në popullatën e përgjithshme.

10.0 Pse është *Chlamydia* një Problem i Madh Publik dhe Shëndetsor?

Termi “infeksion nga *Chlamydia*” i referohet të gjitha infeksioneve të shkaktuara nga specie që i përkasin familjes së baktereve *Chlamydiaceae*. *Ch. trachomatis* gjendet vetëm në organizma humanë.⁽²⁾ Ai është një nga shkaktarët kryesorë të sëmundjeve gjenitale dhe të syrit.⁽³⁾ Infeksioni gjenital i *Chlamydia trachomatis* është infeksioni bakterial seksualisht i transmetueshëm më i raportuar në Europë dhe SHBA. Në vitin 2001 përqindja e infektimit nga *Chlamydia* për grupmoshën 20-29 vjeç ishte 302 për 100,000 banorë.

Vetëm në SHBA vërehen çdo vit rreth 3 milion raste të reja dhe 50 milion raste në të gjithë botën. Ajo është aktualisht sëmundja seksualisht e transmetueshme më e përhapur në SHBA. Incidenca e vërtetë e infeksionit mendohet të jetë më e lartë se sa raportohet. Në veçanti kjo gjendje është më prevalente në moshat 19 deri në 25 vjeç.⁽⁴⁾(shih Fig. 1)

Një studim me përhapje të gjerë, i cili mbulonte disa shtete të Europës si: Finlanda, Norvegjia, Austria, Anglia, Franca, Italia etj, synonte të arrinte një gjithpamje sistematike të përhapjes së infeksioneve asimptomatike të *Ch.trachomatis*. Për këtë studim u mundësua akses i në databazat elektronike të Medline, Embase dhe Aidsline. Studimet e publikuara në çfarëdo gjuhe gjatë periudhës 1980-2000 u përfshinë në këtë raportim. Prevalenca në gratë pa simptoma varioje nga 1.7 në 17% dhe varej nga shumë faktorë. Përfundimi ishte se prevalencat e *Ch.trachomatis* mbeteshin relativisht të larta në shumicën e vendeve të Europës.



Figural. Prevalenca e *Ch. trachomatis* në femrat e moshës 15-24 në shumicën e shteteve të SHBA në vitin 2011.

10.1 Epidemiologji

Ch. trachomatis transmetohet nëpërmjet sekrecioneve gjenitale të infektuara (fluidet e trupit). Përhapet rëndom nëpërmjet marrdhënieve seksuale të pambrojtura, nëpërmjet seksit vaginal, oral dhe anal. Ajo transmetohet gjatë kontaktit heteroseksual si dhe atij homoseksual tek meshkujt.⁽⁵⁾

Chlamydia mund të kalohet nga nëna tek fëmija gjatë lindjes, dhe të rezultojë në infektimin e fëmijës. *Chlamydia* gjatë shtatzanisë rrit rrezikun e një lindjeje të parakohshme, mund të çojë në lindjen e një fëmije nën peshë, deri dhe tek vdekja e të porsalindurit. Tek fëmijët e infektuar nga nëna mund të shkaktojë konjuktivit, pneumoni dhe probleme të tjera të lidhura me mosfunksionimin normal të rrugëve respiratore.⁽⁵⁾

Konjuktiviti ose trakoma klamidiale e syrit është një patologji që çon deri në verbëri. Organizata botërore e shëndetit (Ëorld Health Organisation) vlerëson se *Ch. trachomatis* ka qenë shkaku primar i verbërisë në të gjithë botën, dhe përfshinte 15% të rasteve në vitin 1995, por roli i tij ka rënë ndjeshëm në 3.6% në vitin 2002.⁽⁶⁾

Tek të dy grupet, meshkuj dhe femra është shumë e zakonshme mospatja e simptomave të dukshme. Infeksionet gjenitale të *Chlamydia*s janë asimptomatike në 70% të rasteve tek

femrat, dhe në 50% të rasteve tek meshkujt.

Kjo është dhe arsyeja pse infeksioni i shkaktuar nga *Chlamydia* quhet edhe infeksioni i heshtur (silent epidemic) dhe arsyeja që ajo vazhdon të përhapet në mënyrë të shpejtë dhe të fshehtë, edhe pse trajtimi është pa kosto të lartë dhe shumë i efektshëm.⁽⁷⁾ Sëmundja mund të persistojë për muaj deri në vite përpara se të diagnostikohet. Nëse ka simptoma, ato zakonisht shfaqen nga 1 deri në 3 javë pas ekspozimit. Në disa raste, infeksioni mund të zhduket dhe pa trajtim, por shpesh sëmundja persiston për një kohë të gjatë dhe shfaq komplikacione të rënda.⁽⁸⁾ Të dy sekset mund të paraqesin në një fazë të dytë komplikacione: urethritis, proctitis (sëmundje të rektumit me gjakosje), dhimbje të regjionit pelvik, rrjedhje anormale, trakoma dhe infertilitet. Zakonisht komplikacionet ndodhin në 10-15% të rasteve të infeksioneve të patrajuara. Femrat janë në rrezik më të lartë për të vuajtur nga komplikacione pas infektimit. Gjithashtu shifrat i paraqesin ato më shpesh të infektuara se meshkujt.⁽⁹⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

Duke pasur parasysh se shumica e infeksioneve të shkaktuara nga *Chlamydia* janë asimptomatike, atëherë programet e kontrollit të *Chlamydia*s të zbatuara vitet e fundit bazohen kryesisht dhe gjerësisht mbi screeningun dhe detektimin e infeksioneve asimptomatike sidomos në gratë dhe vajzat e reja seksualisht aktive, duke u dhënë rëndësi të veçantë faktorëve të riskut. Screeningu është një procedurë që mund të ndihmojë në depistim- detektimin e hershëm të bakterit. Në programet e screeningut janë përfshirë një numër i madh femrash, dhe ato që nuk ndjekin qendrat shëndetsore.⁽¹⁰⁾

Me realizimin e këtyre programeve synohet të zvogëlohen maksimalisht pasojat negative dhe komplikacionet e infeksioneve klamidiale duke:

- identifikuar femrat e infektuara dhe kuruar ato përpara se sëmundja të paraqesë komplikacione (psh PID);
- parandaluar transmetimin në popullatë;
- dhe (si pasojë) duke reduktuar incidencën e infeksionit.

Pra synohet parandalimi i infeksioneve të reja dhe detektimi sa më i hershëm i atyre ekzistente. Një rëndësi e veçantë i kushtohet parandalimit të riinfeksionit. Një njohje më e mirë e ecurisë së infeksionit (historia natyrore) si dhe njohja e imunologjisë së bakterit do të ndihmonte në realizimin e programeve optimalë të kontrollit të *Chlamydia*s.⁽¹³⁾

Edhe pse morbiditeti i *Chlamydia*s është i lidhur kryesisht me femrat, meshkujt nga ana

tjetër përbëjnë një rezervuar transmetimi të vazhdueshëm të infeksioneve të reja dhe atyre rekurente tek femrat, duke u bërë dhe ata një nga shënjestrat e sceningut, sidomos nëse janë asimptomatikë.

10.2 Patologji

Tek femrat, *Chlamydia* fillimisht infekton cerviksin dhe uretrën, ku mund të shkaktojë cervicitis dhe urethritis. Nga cerviksi bakteri përparon në rrugët e sipërme gjenitale ku shkakton sëmundjen inflamatore pelvike (PID). PID është një term i përgjithshëm që i referohet infeksionit të endometrit, gypave të fallopit dhe ovareve. PID mund të shkaktohet edhe nga infeksione dhe sëmundje të tjera, por shkaktari kryesor mbetet *Chlamydia trachomatis*. Në rastin më të keq gypat e fallopit bllokohen për shkak të shkarkimeve të shumta. Ato prodhohen jo si pasojë e drejtpërdrejtë e sëmundjes por nga vetë trupi si përpjekje për tu mbrojtur nga *Chlamydia*.

Të dhënat tregojnë se 10-40% të femrave të infektuara që nuk kanë marrë trajtim shfaqin sëmundjen inflamatore pelvike.

Simptomat e PID:

- Menstruacione që zgjasin më shumë dhe me më shumë prurje se zakonisht;
- Dhimbje gjatë menstruacioneve;
- Sekrecione të shtuara;
- Lodhje, këputje, gjendje dobësie, të vjella;
- Dhimbje gjatë interkursës.

Shumë femra të infektuara nga *Chlamydia* nuk paraqesin simptoma të sëmundjes derisa tek ato shfaqet sëmundja inflamatore pelvike.

- 20% e të sëmurave që shfaqin PID bëhen sterile.
- 10% e atyre që vuajnë nga PID zhvillojnë barrë jashtë mitre (shtatzani ektopike).
- Në Mbretërinë e Bashkuar çdo vit shfaqen 6400 raste me sëmundje inflamatore pelvike nga *Chlamydia trachomatis*.⁽¹⁸⁾

Këto komplikacione përveç pasojave psikologjike tek individët, sidomos kur janë të shoqëruara dhe me probleme infertiliteti, kanë një kosto të lartë të shërbimeve shëndetsore që nevojiten.⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Tek meshkujt *Chlamydia* njihet edhe si urethriti jo specifik (non specific urethritis)-NSU.⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾

Meshkujt e infektuar mund të shfaqin këto komplikacione:

- Urethritis (inflamacioni i uretrës);
- Epididymitis (inflamacioni i epididimës);
- Proctitis (inflacioni rektal);
- Sindromi Reiter, etj.

Urethriti, i cili mbulon 40-50% të të gjitha rasteve të infeksioneve jo gonokokale, është manifestimi i parë dhe kryesor i *Chlamydia trachomatis* tek meshkujt. Urethriti zakonisht karakterizohet nga rrjedhje jo normale, djegie dhe dhimbje gjatë urinimit, teste të enjtura etj, edhe pse 25% të meshkujve të identifikuar me urethrit prej *Chlamydia*s nuk paraqesin shenja ose simptoma të infeksionit. Nëse nuk kurohet është e mundur që infeksioni të përparojë duke dhënë epididymitis akut (midis 6-8 javë). 60% e rasteve me epididymitis kanë për shkaktar *Chlamydia*. Infeksioni mund të kalojë në rektum dhe të shkaktojë proctitis. Ky lloj infeksioni është i zakonshëm tek homoseksualët bartës të bakterit. *Chlamydia* është gjithashtu shkaktar potencial i prostatitis. Megjithatë, prevalenca e saktë e kësaj sëmundjeje është e vështirë të përcaktohet duke qenë se ai shpesh vjen si rrjedhojë i kontaminimit nga urethriti. Nëse lihet pa trajtim infeksioni mund të çojë edhe në sindromin Reiter ose arthridin reaktiv. Me këtë emër quhet triada e konjuktivitit, arthritit dhe urethritit. Sëmundja është më frekvente tek meshkujt e moshave të reja. Rreth 15.000 raste të reja me sindromin Reiter shfaqen çdo vit në SHBA, 5000 meshkuj prej të cilëve preken në mënyrë permanente. Të dy sekset mund ta paraqesin këtë komplikacion por ai është më i zakonshëm tek gjinia mashkullore, e cila mendohet se preket 5 herë më shpesh.⁽¹⁸⁾

Ekspozimi i të porsalindurit ndaj *Chlamydia trachomatis* mund të rezultojë në konjuktivit (ophtalmia neonatarum) ose pneumoni që mund të shfaqen nga muaji i parë deri në të tretin. Konjuktiviti shfaqet zakonisht 5-12 ditë nga lindja, por mund të manifestohet në cdo kohë deri në moshën 1 muajshe. Në të gjitha rastet i porsalinduri paraqet enjtje, fryrje të një apo të të dy syve, të shoqëruara me rrjedhje mukopurulente.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Rekomandohet që gjithkush që testohet për infeksionet klamidiale, ti nënshtrohet gjithashtu një testi për gonorrhëan. Ky rekomandim është nisur dhe mbështetur nga një

studim i rëndësishëm në të cilin rezultoi se 20% e meshkujve dhe 42% e femrave të diagnostikuara me gonorrhea ishin po ashtu të infektuar nga *Chlamydia trachomatis*.

Një diagnozë sa më e hershme, është e rëndësishme për të shmangur përhapjen e infeksionit. *Chlamydia*, një herë e diagnostifikuar, mund të trajtohet lehtësisht me anë të antibiotikëve.

Trajtimi për *Chlamydia* është shumë efektiv si tek femrat dhe tek meshkujt, dhe ul rrezikun e komplikacioneve që vijnë si rrjedhojë e kalimit të bakterit në rrugët e sipërme gjenitale. Një dozë e vetme azitromicin ose një javë me doksiciklin (dy herë në ditë) janë trajtimet më të zakonshme të saj. Antibiotikët e rekomanduar gjatë shtatzanisë përfshijnë eritromicinën dhe amoksisilinën.⁽¹⁸⁾

Personat HIV-pozitiv duhet të marrin të njëjtin mjekim si ata HIV- negativë.

Chlamydia nuk krijon imunitet, kështu që personat mund të riinfektohen prej saj. Duke ditur që infeksioni shpesh nuk ka simptoma, një person mund ta transmetojë atë gjatë çdo raporti seksual të pambrojtur. Sa më i madh numri i partnerëve, aq më i lartë është rreziku i infektimit. Në rastet e infeksioneve të përsëritura të patrajtuara rreziku i komplikacioneve është shumë më i lartë.

Numri i rasteve me *Chlamydia* vazhdon të rritet në të gjithë botën. Kjo dukuri nga njëra anë shpjegohet nga përhapja e gjerë e programeve të screenigut në popullatë, nga masivizimi i tyre si dhe sepse testet e diagnostikës janë gjithmonë dhe më të ndjeshëm e specifikë. Pavarsisht këtyre, shumica e rasteve mbeten të padetektuara dhe si pasojë të patrajtuara. Duke mos patur simptome, një individ i infektuar mund të mos ketë arsye ti nënshtrohet një testi diagnostikimi, përveçse ai të përfshihet rastësisht në një program screeningu, ose vihet në dijeni nga një partner që ka manifestuar simptome.⁽¹⁹⁾

Kostoja e trajtimit të *Chlamydia*s është padyshim e lartë por akoma nuk mund të flitet për shifra të sakta pasi si prevalenca e *Chlamydia*s ashtu dhe incidenca e komplikacioneve janë ende të panjohura mirë.

- Në Britani kostoja e komplikacioneve nis nga një vlerë minimale prej 10 milion euro në vit.
- Në SHBA kostoja direkte e *Chlamydia*s dhe komplikacioneve të saj është vlerësuar midis 1 dhe 3 bilion dollarë në vit.⁽²³⁾

Përhapja e një sëmundjeje seksualisht të transmetueshme në popullatë varet kryesisht nga

3 parametra :

- probabiliteti i transmetimit: sa lehtë një patogjen i caktuar kalon nga një individ i infektuar tek një tjetër potencialisht i infektueshëm;
- shkalla e kontaktit: shkalla e kontaktit midis një individi të infektuar dhe një të shëndetshëm;
- zgjatja e infeksionit: sa kohë infeksioni persiston.

Kontrolli i *Chlamydia*s kërkon të ndërhyet në zvogëlimin e secilit prej parametrave. Për shembull, probabiliteti i transmetimit mund të ulet me përdorimin e prezervativit. Shkalla e kontaktit reduktohet duke ulur numrin e partnerëve, si dhe kontaktet pararele me më shumë se 1 partner. Sfida më e madhe në luftën kundër tij mbetet përmirësimi i pikës së tretë përmes diagnostikimit dhe trajtimit më të mirë të sëmundjes.⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

10.3 Biologjia e *Chlamydia*s

Fjala *Chlamydia* vjen nga fjala greke “*chlamys*” që do të thotë mantel që mbështillet rreth shpatullave. Kjo përshkruan mënyrën se si inkluzionet citoplazmatike nga ky bakter “mbështillen” rreth bërthamës së qelizës së infektuar.

Për shkak se simptomat e *Chlamydia*s janë të ngjashme me ato të shumë infeksioneve të tjerë, ajo deri vonë nuk u zbulua si një sëmundje seksualisht e transmetueshme. Në 1963 u vërtetua ekzistenca e *Chlamydia*s si një bakter. Më herët, për shkak të strukturës dhe përmasave të tij, mendohej se *Chlamydia* ishte një virus.

Studimet filogjenetike kanë hedhur dritë mbi historinë evolutive të *Chlamydia*s. *Chlamydia* ka të njëjtin paraardhës si dhe cianobakteret. Këto të fundit janë “stërnipërit” e organizmave të parë endosimbiotike dhe të kloroplasteve të bimëve. Për këtë arsye *Chlamydia* mbart veçori të pazakonta gjenetike dhe fiziologjike, të ngjashme me ato të bimëve të sotme. Në veçanti, enzima L,L-diaminopimetat aminotransferaza, e cila është e lidhur me prodhimin e aminoacidit lizinë tek bimët, gjendet gjithashtu në murin qelizor të *Chlamydia*s, si një pjesë ndërtimore dhe funksionale e tij. Për më tepër, edhe rruga se si kjo enzimë kodohet nga gjenet përkatëse, është në mënyrë të dukshme e njëjtë në të tre grupet-bimët, cianobakteret, dhe *Chlamydia*. Ky fakt përbën një tregues shtesë për origjinën e përbashkët të tyre. Zbulimi i papritur, do të ndihmojë shkencëtarët të

eksplorojnë fusha të reja kërkimi për trajtimin e sëmundjeve të shkaktuara nga *Chlamydia*. Nëse do të zbulohesh një inhibitor i efektshëm për L,L- diaminopimetat aminotransferazën, që të ishte gjithashtu i sigurt dhe jo toksik, atëherë do të zotëronim një antibiotik të ri dhe me specifitet të lartë kundër *Chlamydia*s.⁽²²⁾

11.0 Diagnoza Laboratorike

Përdorimi i metodave të biologjisë molekulare është më sensibil dhe më specifik për depistim. Testet e *Chlamydia*s përdoren për të dhënë një diagnozë dhe për të njohur shkakun e simptomave. Ata mund të përdoren edhe për screeningun e personave seksualisht aktiv. Zakonisht testet përdorin mostra të urinës dhe të fluideve (sekrecioneve) të trupit. Mostra mund të merret dhe direkt nga zonat e prekura; në rastin e femrave merret direkt nga cerviksi.

Për detektimin e *Chlamydia*s përdoren një sërë testesh që përfshijnë : kulturat qelizore, testet e fluoreshences direkte(DFA-direct fluorescent assay), hibridizimi i acidit nukleik, EIA, testi i esterazës së leukociteve (LET-leukocyte esterase test), testet e amplifikimit të acidit nukleik(NAAT-nucleic acid amplification tests), etj. ⁽²⁵⁾

Kultura qelizore është konsideruar për vite të tëra metoda e standartit të artë -metoda më e mirë diagnostike pasi ka një specifitet shumë të lartë. Inokulimi i linjave qelizore ka qenë metoda e standartit për detektimin e *Chlamydia*s. Specifiteti i kësaj teknike është afër 100%, por ndjeshmëria mund të variojë, nga 60% deri në 80% dhe varet nga disa faktorë shtesë si: metodologjia e përdorur, lloji i linjave dhe mënyra e pasazhimit. Ndjeshmëria e moderuar, madje disa herë e varfër limiton përdorimin e kësaj metode për qëllime diagnostike. Pasi janë inokuluar, linjat qelizore inkubohen për 48-72 orë. Në kulturë *Chlamydia* rritet duke prodhuar inkluzionet citoplazmatike karakteristike për këtë bakter. Mënyra më e përshtatshme për të identifikuar këto inkluzione është duke infektuar kulturat me antitropa monoklonal specifik për specien, markuar me një shënjes radioaktiv. Inkluzionet më pas dallohen lehtësisht në mikroskop. *Chlamydia* e izoluar nga mostrat e urinës nuk është e përshtatshme për tu rritur në kulturat qelizore pasi vet urina përmban substanca toksike to. Kjo metodë ka disavantazhe të tjera, që e bëjnë atë jo të përdorshme për testimet rutinë dhe për programet e screeningut. Kulturat qelizore të *Chlamydia*s janë

shumë të kushtueshme, kërkojnë një ndjekje profesionale dhe duhen 2-3 ditë për të përfutur rezultatin e kërkuar. Siç u tha më sipër, kjo metodë nuk analizon dot mostrat e urinës, duke përbërë një tjetër nga kufizimet kryesore të saj.⁽²⁵⁾

Testi ELISA gjithashtu gjen përdorim. Ky test detekton substancat që ndërmjetësojnë përgjigjen e sistemit imun në rast infektimi. ELISA dhe metodat e tjera imunologjike (EIA) që bazohen në detektimin e antigjenit përbëjnë një alternativë më pak të kushtueshme. Testet EIA çalojnë në ndjeshmërinë disi të ulët dhe të krahasueshme me kulturat qelizore, por dhe specifitetin e reduktuar, i cili shpesh çon në rezultate pozitive fallco të reaksioneve. Një teknikë tjetër diagnostikimi është testi direkt i antitropave fluoreshent.(DFA-direct fluorescent assay). Ky test është i thjeshtë në përdorim dhe jep përgjigje të shpejtë. Zbulimi dhe prodhimi i antitropave monoklonalë për shumicën e proteinave të membranës së jashtme të *Ch. Trachomatis* ka bërë të mundur implementimin e testeve DFA gjithmonë e më specifike. Krahasuar me kulturat qelizore DFA ofron specifitet dhe ndjeshmëri të lartë, përkatësisht 98% dhe 92%. Nëse do të krahasohej me NAAT, specifiteti dhe ndjeshmëria do të ishin 85% dhe 80%.

Testi i esterazës së leukociteve (LET) është një test jospecifik i cili tregon praninë e inflamacionit duke detektuar ezimën esterazë në rruazat e bardha. Metoda zakonisht përdoret në mostrat e urinës dhe detekton esterazën e prodhuar nga leukocitet polimorfonukleare, të cilat akumulohen në urinë për shkak të infeksioneve bakteriale. LET mund të shërbejë si një test jospecifik në diagnostifikimin e urethritit, pasi kap vetëm qelizat polimorfonukleare dhe nuk përcakton etiologjinë e sëmundjes. Testi është i përdorshëm vetëm për pacientët meshkuj dhe vetëm për ata me simptoma. Specifiteti dhe ndjeshmeria paraqesin shumë variacion.

Hibrizimi i acidit nukleik punon mbi bazën e detektimit të AND-së së bakterit. Ai ka qenë testi i parë i bazuar në AND i aprovuar për detektimin e *Chlamydiae* në laboratorët e biologjisë molekulare. Nuk është i përdorshëm në mostrat e urinës. Ndjeshmëria është e krahasueshme me atë të metodave EIA dhe kulturave.

Ekzistojnë gjithashtu një sërë testesh të shpejta (rapid-tests) për detektim. Ato zakonisht performohen gjatë kohës kur pacienti pret rezultatin nga të tjera teste. Asnjë prej këtyre testeve nuk ka ndjeshmëri të mjaftueshme për tu konsideruar ose rekomanduar në screeningun e *Ch. Trachomatis*. ClearVieë është një prej tyre, që analizon materialet e

marra nga rrugët gjentiale si tek femrat dhe meshkujt, por nuk përdoret me mostrat e urinës. Chlamydia Optical Immunoassay, një tjetër test i shpejtë, ka gjetur përdorim të gjerë dhe është i dobishëm në rastet kur pacientët rrezikojnë të mos kthehen për të marrë rezultatet si dhe në rastet kur duhet të jepet trajtim mjekësor përpara se personat e infektuar të infektojnë partnerët e tyre.

Testet e amplifikimit të acidit nukleik (nucleic acid amplification-NAAT) në përgjithësi, dhe PCR (polymerase chain reaction) në veçanti, janë metodat më të efektshme dhe të përdorshme në këtë aspekt. Parimi qëndron në detektimin, dhe amplifikimin e materialit gjenetik (AND-së) të bakterit në mostrën e marrë në analizë. Kjo metodë vë në dukje praninë e bakterit me një ndjeshmëri shumë të lartë, që shkon përtej 90% dhe 92%, duke ruajtur në të njëjtën kohë dhe specifikitetin e lartë. Ky është avantazhi kryesor i kësaj metode. Mjafton që në mostrën e marrë të jetë i pranishëm vetëm një bakter; me anë të PCR-së ai mund të amplifikohet në nivele të detektueshme. Ndryshe nga linjat qelizore, kjo metodë jep rezultat duke analizuar si organizma të gjallë dhe jo të gjallë. Me PCR është e mundur që të analizohen jo vetëm mostrat e sekrecioneve trupore por edhe mostrat e marra nga urina (mostra jo invazive), si dhe mostra të individëve meshkuj. Si cdo metodë, PCR ka disavantazhet e saj. Ajo ka një specifikitet jo shumë të lartë krahasuar me metodën e linjave qelizore. Organizma të tjerë me sekuencë të ngjashme AND-je mund të aplifikohen njësoj dhe për rrjedhojë të japin rezultate jo të sakta. Proçedura e PCR mund të realizohet manualisht ose si një metodë tërësisht e automatizuar (COBAS). PCR ofron zakonisht specifikitet dhe ndjeshmëri respektivisht 99% dhe 95%. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

Në popullatat me prevalencë të ulët të Chlamydia, shpesh rekomandohet ritestimi i mostrave PCR-pozitive. Këto mostra, në këtë testim shtesë, duhet ti nënshtrohen një metode diagnostike të ndryshme nga e para, në mënyrë që të mos përsëritet gabimi i bërë. Testet e amplifikimit të acidit nukleik janë momentalisht metodat më sensibil dhe më të efektshme për detektimin e infeksioneve të shkaktuara nga *Chlamydia trachomatis*. PCR është metoda e standartit në ditët e sotme, metoda me të cilën gjithë testet e tjera duhen krahasuar. Përdorimi i PCR ka dhënë një kontribut të madh në njohjen e situatës epidemiologjike të *Ch. trachomatis*. Këto janë arsytet pse dhe në studimin tonë është përzgjedhur dhe standartizuar testi PCR për analizën e mostrave të marra në studim.

II METODOLOGJIA

2.1 Qëllimi

Studimi i infeksioneve seksualisht të transmetueshme në Shqipëri bazuar në një sistem survejance si dhe përcaktimi i peshës specifike që zë në totalin e këtyre infeksioneve ato të shkaktuara nga Chlamydia, Gonococu etj.

2.2 Objektivat

Objektivi i përgjithshëm

Të identifikoi dhe të përcaktoje peshën e infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe mënyrëm më të mirë të kontrollit dhe të survejancës së këtyre infeksioneve

Objektivat specifike

1. Vlerësimi i situatës epidemiologjike të infeksioneve seksualisht të transmetueshme në Shqipëri.
2. Vlerësimi i prevalencës së infeksioneve seksualisht të transmetueshme.
3. Përcaktimi i prevalencës së infeksioneve nga Chlamydia në femrat e moshës riprodhuese.
4. Përcaktimi i metodave laboratorike më të përshtatshme për diagnostikimin e këtyre infeksioneve
5. Shpërndarja e IST-ve sipas karakteristikave sociodemografike
6. Vlerësimi i sjelljeve me risk në rastet me IST
7. Të japi informacion për hartimin e draft protokolleve për survejancën e IST-ve (diagnoza) dhe mjekimin e tyre.

2.3 Tipi i studimit

Ky është një studim retrospektiv deskriptiv, i tipit përshkrues dhe është hartuar në mënyrë të tillë që të grumbullojë informacion nëpërmjet një kampioni të të dhënave të grumbulluara nga survejanca e IST-ve por edhe nga studimi transversal në femrat e moshës riprodhuese për infeksionin ndaj Chlamydia Trachomatis. Kjo metodë u përzgjedh si shumë e përshtatëshme për arritjen e qëllimit të studimit tonë.

2.4 Popullata ne studim

Në studim janë përfshirë të gjitha rastet me infeksione seksualisht të transmetueshme të raportuara në Institutin e Shëndetit Publik gjatë periudhës Janar 2011 – Dhjetor 2013.

Kohorti i studimit është homogjen dhe i papërzgjedhur. Meqënëse në studim janë përfshirë të gjithë pacientët me infeksione seksualisht të transmetueshme për periudhën e sipërpërmendur, kohorti nuk e ka bias-in e përzgjedhjes.

Për studimin e infeksioneve nga Ch. Trachomatis janë përfshirë femra të grupmoshës deri në 40 vjec të cilat kanë vizituar për një arsye të caktuar qendrat e planifikimit familjar dhe konsultorin e gruas në Tiranë. Për këtë studim ka pasur kriteret pranimit sikur të ishin femra seksualisht aktive dhe me moshë më të vogël se 40 vjec dhe të kishin kryer njëherë marrëdhënie seksuale. Kriteret e përjashtimit ishin femra me moshë më të madhe se 40 vjec, gjatë ciklit menstrual, gra shtatzana, dhe të kishin patur një trajtim me antibiotike mbi një javë.

2.5 Periudha kohore e studimit

Gjithë procesi i zbatimit të këtij studimi deri në përfundimin e këtij raporti është realizuar në periudhë 4 vjeçare, 2010- 2014.

Faza e parë u fokusua në përgatitja e pyetësorëve dhe përcaktimi i personave të kontaktit për studimin e infeksionit ndaj Chlamydia Trachomatis. Trajnimi i personave për mënyrën e zgjedhjes së individëve, plotësimin e pyetësorit si dhe mënyrës së marrjes së mostrës. Përgatitja e data-base për hedhjen e të dhënave. Implementimi i studimit dhe fillimi i

grumbullimit të të dhënave

Në një fazë të dytë filloi mbledhja e mostrave dhe plotësimi i pyetësorëve, përpunimi laboratorik i mostrave dhe përpunimi statistikor.

Nga të dhënat eurvejancave sindromike dhe laboratorike u përzgjedhën të dhënat e tre viteve të fundit për tu analizuar dhe për tu përdorur për analizë.

Gjatë kësaj periudhe u realizuan një sërë takimesh dhe konsultash me kolegë të fushës, u bë grumbullimi i materialeve të ndryshme të botuara si dhe navigime në internet. Studimi dhe përzgjedhja e asaj literature që do të ishte e përshtatshme për natyrën e studimit tonë (një pjesë e materialeve të konsultuara është e pasqyruar në seksionin-referenca), ishte hapi tjetër pasues.

Faza tjetër ishte ajo e grumbullimit të të dhënave në terren, e cila vazhdoi me hedhjen dhe analizën e të dhënave dhe u finalizua me shkrimin e këtij raporti.

2.6 Metoda e kampionimit

Për përcaktimin e kampionit të secilit grup në studim do të përdoret metoda rastësore. Për përcaktimin e prevalencës së infeksioneve nga Chlamydia në popullatë të shëndoshë u përcaktua madhësia e kampionit prej 772 individësh, madhësi e cila na lejon të përcaktojmë prevalencën e Chlamydia, me një interval konfidence prej 95% si dhe duke u nisur nga vlerat e pritshme të infeksionit në 20% në një popullatë prej 737465 femrash të moshës riprodhuese.

Është një studim transversal i depistimit tek femrat e moshës riprodhuese simptomatik ose jo për IST që konsultohen tek mjeku obstetër gjinokolog në maternitet apo në këshilloret e gruas në qytet.

2.7 Diagnoza në studimin e prevalencës së Ch. Trachomatis

Biologji molekulare

Kërkimi i Chlamydia Trachomatis me reksionin e PCR (polimerase chain reaction) është metodë që ka sensitivitet dhe specificitet shumë të lartë dhe bën të mundur izolimin e

specieve dhe serotipet e Chlamydia-s. Teknikat e biologjisë molekulare bëjnë të mundur identifikimin e C.Trachomatis në marrjet e zakonshme të mostrave (endocol, ureter). Në studim u përdor mënyra me vetëmarrje të materialit në nivel endocervikal.

2.8 Instrumenti i mbledhjes së të dhënave

Një pyetësor i strukturuar me vetëadministrim u përdor për mbledhjen e të dhënave të këtij studimi. Gjatë fazës së hartimit të pyetësorit u konsultuan një sërë materialesh ¹⁸⁴⁻⁸⁷ si dhe u konsideruan modele pyetësorësh të përdorur për studime afërsisht të ngjashme.

Drafti paraprak i pyetësorit, u konsultua me ekspertë të ndryshëm të fushës, dhe më pasu pretestua me një grup të ngjashëm prej 50 studentësh. Bazuar në rezultatet e pretestimit u bënë modifikimet e nevojshme në pyetësor, dhe u hartua versioni përfundimtar i tij.

Pyetësori u hartua kryesisht me pyetje të mbyllura (vetëm një pyetje ishte e hapur). Kjo sepse gjatë pretestimit të tij u konstatua se pyetjet e hapura nuk ishin të shkruara dhe të shprehura shumë qartë nga ana e të intervistuarve dhe kjo vështirësoi leximin e tyre si dhe hedhjen e të dhënave. Në disa raste të tjera, pyetjet nuk plotësoheshin fare nga subjektet në studim, ose përgjigjia e dhënë ishte pa lidhje me pyetjen. Pyetjet e hapura sigurisht janë të dobishme për marrjen në thellësi të informacionit sidomos për për çështje të tilla të ndjeshme si IST-të, duke sjellë me tepër dritë mbi çështjet, por kërkojnë kujdes për pasqyrimin e të gjithë informacionit të grumbulluar për të shmangur humbjen e informatave të rëndësishme. Përveç kësaj, informacioni i marrë nga pyetjet e hapura është shumë i vështirë për tu analizuar statistikisht sepse pyetjet nuk janë uniforme dhe duhet të jenë të koduara në të njëjtën mënyre ^{188, 89}.

Nga ana tjetër, duke qënë se pyetësori përfshinte pyetje me opsione përgjigjesh të shumfishta të anketuarit ishin të prirur për tu përgjigjur në mënyrë të orientuar, pra të jepnin përgjigje sipas opsioneve të dhëna. Për të shmangur këtë bias të informacionit në çdo pyetje ishte vendosur edhe opsioni “tjetër”, i cili u mundësoi të anketuarëve të shprehnin

mendimet e tyre ashtu si ata i mendonin, pa u kushtëzuar nga opsionet e përgjigjeve të listuara në pyetesor.

Pyetësori përmbante pyetje të cilat grumbullonin informacion për çështjet e mëposhtme: 1) karakteristika sociodemografik 2) njohuritë 3) qëndrimet 4) sjelljet si dhe 5) kanalet e komunikimit të lidhura me IST-të, të ndara këto në kapituj të veçantë.

Të dhënat e këtij studimi janë marre nga skeda individuale sindromike e infeksione seksualisht të transmetueshme të ardhura në ISHP për periudhën Janar 2011 – Dhjetor 2013.

Kjo skedë është plotësuar nga mjekët specialistë:

- Obstetër-gjinekolog
- Infeksionistë
- Dermatologë
- Urologë
- Mjekë laboratory
- Mjekë i përgjithshëm

Burimet e informacionit :

- Konsultori i Gruas
- Qendrat e planifikimit familjar
- Spitalet
- Laboratorët

Bazuar në objektivat e studimit, në mënyrë të veçantë, analiza është fokusuar në shpërndarjen e frekuencave të mëposhtme:

- Numri total të rasteve me infeksione seksualisht të transmetueshme në rrethin e Tiranës
- Karakteristikat socio-demografike të rasteve
- Shpërndarja e rasteve sipas sindromave dhe të dhënave socio-demografike.
- Të dhënat lidhur me sjelljen në rrezik të rasteve
- Prania e shenjave klinike
- Histori të mëparshme për IST

2.9 Metodologjia e analizës statistikore

Për hedhjen dhe analizën statistikore të të dhënave u përdor programi statistikor SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 16. Vetëm një pyetje e hapur nuk u analizua në këtë skemë për shkak të karakterit cilësor të saj. Të dhënat për këtë pyetje u analizuan sipas formatit të analizës së studimeve cilësore.

Analiza dhe interpretimi i të dhënave u bë bazuar mbi standarte të pranuar shkencërisht duke u përqëndruar në gjetjet kryesore më të rëndësishme.

Të dhënat janë analizuar me anë të paketës statistikore SPSS 16.0. Variablat kategorikë janë paraqitur në tabela me frekuencat absolute dhe relative përkatëse. Vlerësimet pikësore janë shoqëruar me vlerësimin intervalor 95%CI. Është përdorur testi χ^2 për krahasimin e proporcioneve dhe raporti i gjasave OR për vlerësimin e shoqërimit të variablave. Është përdorur regresioni linear për vlerësimin e trendit. Testet statistikore janë të dyanshme, niveli i sinjifikancës është përcaktuar për $\alpha \leq 0.05$. Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave dhe rezultateve

III REZULTATE

Në këtë seksion janë paraqitur gjetjet më të rëndësishme të këtij studimi. Të dhënat janë prezantuar të ndara në 3 kapituj të veçantë: 1) të dhënat nga survejanca sindromike, 2) të dhëna nga survejanca laboratorike, 3) të dhëna nga studimi i Chlamydia Trachomatis

3.1 Survejanca sindromike e infeksioneve seksualisht të transmetueshme

Tabela 3. 1 Të dhënat sociodemografike të rasteve në studim

<i>Variablat</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>P</i>
Gjinia			
Femra	5224	97.8	
Meshkuj	120	2.2	<0.01
Mosha, (m±SD)	33	11.4	
Grupmosha,			
0-15	1	0.0	
15-19	260	4.9	
20-29	2324	43.5	
30-39	1382	25.9	
40-49	797	14.9	
50+	580	10.9	<0.01
Vendbanimi			
Qytet	4556	85.3	
Fshat	788	14.7	<0.01
Gjenda civile			
Beqare	452	8.5	
Martuar	4684	87.6	
Divorcuar	68	1.3	
Bashkëjeton	102	1.9	
I/e ve	38	0.7	<0.01
Niveli arsimor			
Pa arsim	57	1.1	
Fillor	169	3.2	
8 vjeçar	1951	36.5	
I mesëm	2125	39.8	
I lartë	1042	19.5	<0.01
Punësimi			
Po	2041	38.2	
Jo	3303	61.8	<0.01

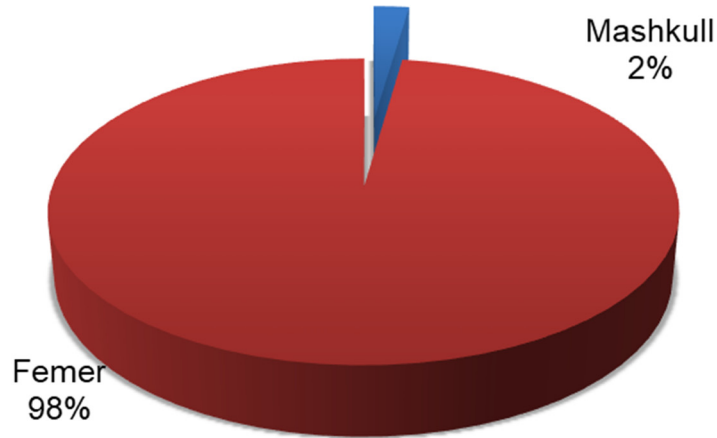


Figura 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë

Në studim janë përfshirë 5224 (98%) femra dhe 120 (2%) meshkuj. Femrat mbizotërojnë me një ndryshim sinjifikant ndaj meshkujve $p < 0.01$

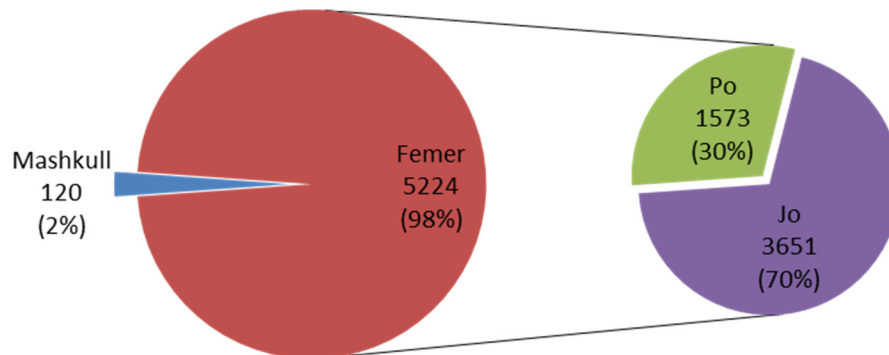


Figura 3. 2 Shpërndarja e rasteve sipas pranisë së shtatëzarisë

Vërehet se nga 5224 (98%) e rasteve femra, 1573 (30%) e tyre janë shtatëzanë ndërsa 3651 (70%) e tyre nuk janë shtatëzanë.

Tabela 3. 2 Statistikë e përmbledhur e moshës

Madhësia e kampionit	5344
Mosha më e vogël	14
Mosha më e madhe	84
Mosha mesatare	33.0
95%CI për mesataren	32.7-33.3
Mediana	30
Varianca	132.1
Deviacioni Standart	11.5

Mosha mesatare e rasteve me IST është 33 vjeç, 95%CI (32.7-33.3). Mosha nuk i nënshtrohet shpërndarjes normale

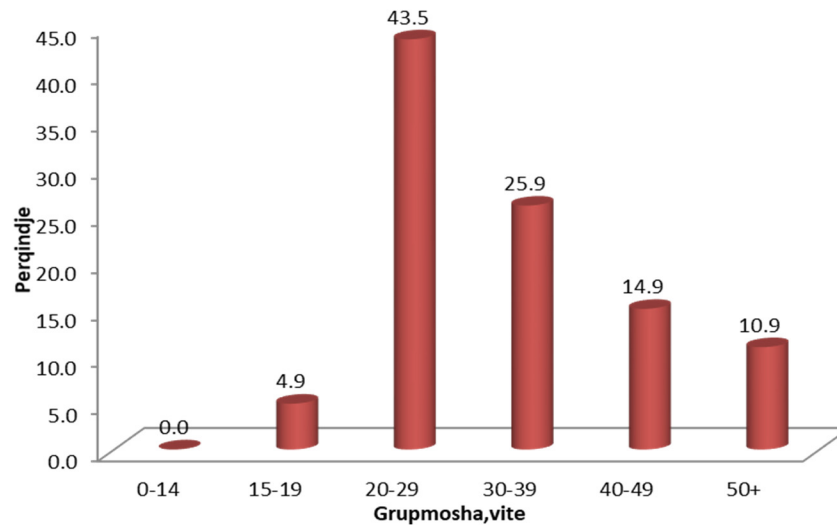


Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës

Vërehet mbizotërim i grupmoshës 20-29vjeç me 2324 (43.5%) raste me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me grupmoshat e tjera ($\chi^2= 4031.1$ $p<0.01$)

Në vend të dytë renditet grupmosha 30-39 vjeç me 1382 (25.9%) të rasteve ndjekur nga grupmosha 40-49vjeç me 813 (14.9%) të rasteve.

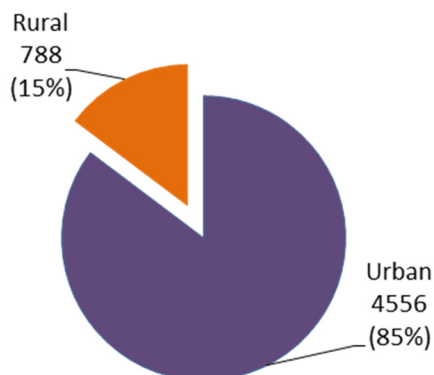


Figura 3. 4 Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit

4556 (85 %) e rasteve banojnë në zonat urbane dhe 788 (15%) jetojnë në zonë rurale me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre $p < 0.01$.

Duke marrë në konsideratë popullatën totale të vendit prevalenca në zonat urbane është 313 raste për 100000 banorë, (4556/ 1.453.784) ndërsa në vendet rurale 46 raste për 100000 banorë (788/1.683.127).

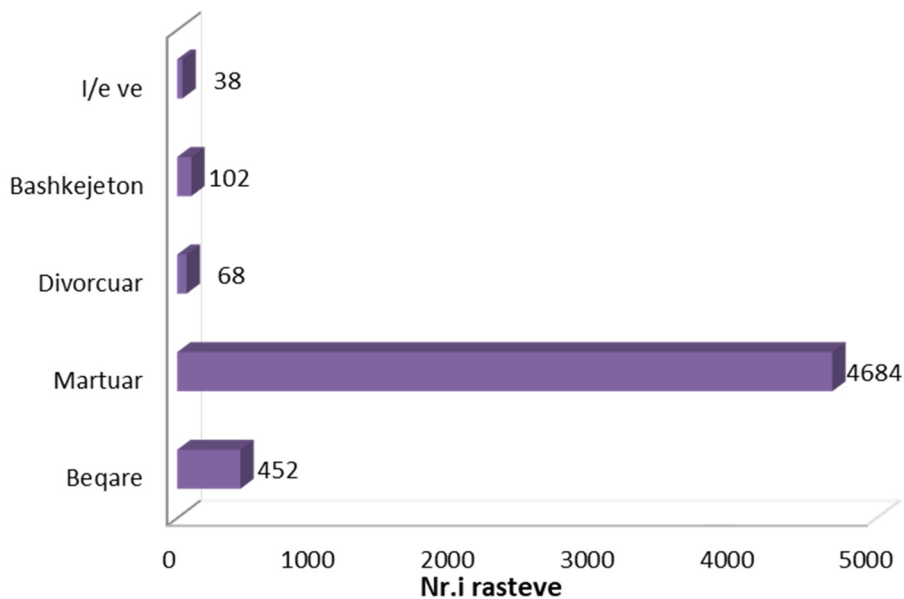


Figura 3. 5 Shpërndarja e rasteve sipas statusit civil

Vihet re që pjesa më e madhe e rasteve me IST referojnë që janë të martuar me 4684 (87.6%) të rasteve, $p < 0.01$

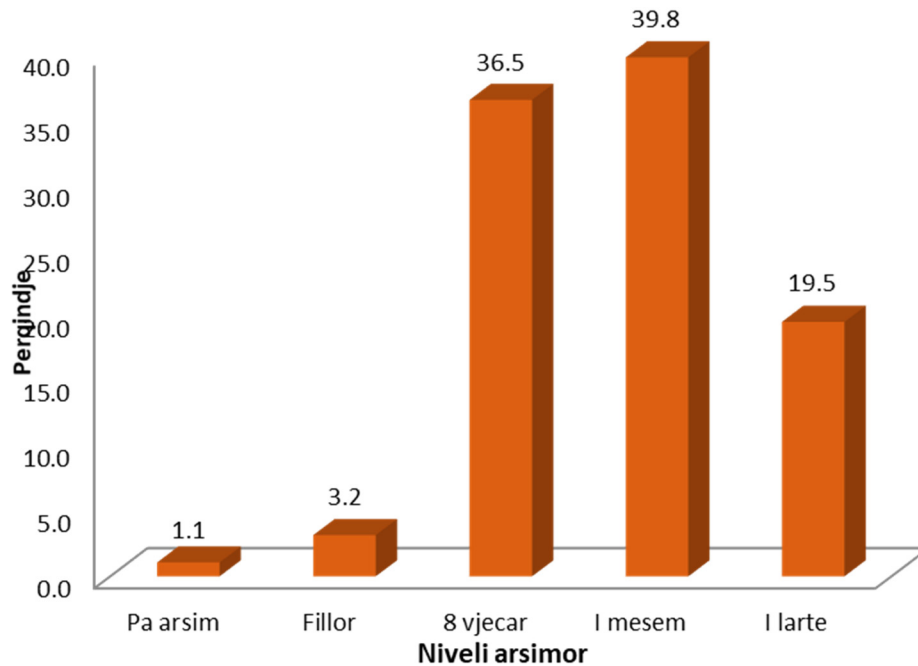


Figura 3. 6 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit të arsimit

Vërehet se pjesa më e madhe e rasteve janë me arsim të mesëm dhe 8 vjeçar përkatësisht me 2125 (39.8%) dhe 1951 (36.5%) ndjekur nga arsimi i lartë me 1042 (19.5%) të totalit me ndryshim statistkisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($\chi^2 = 3487.9$ $p < 0.01$)

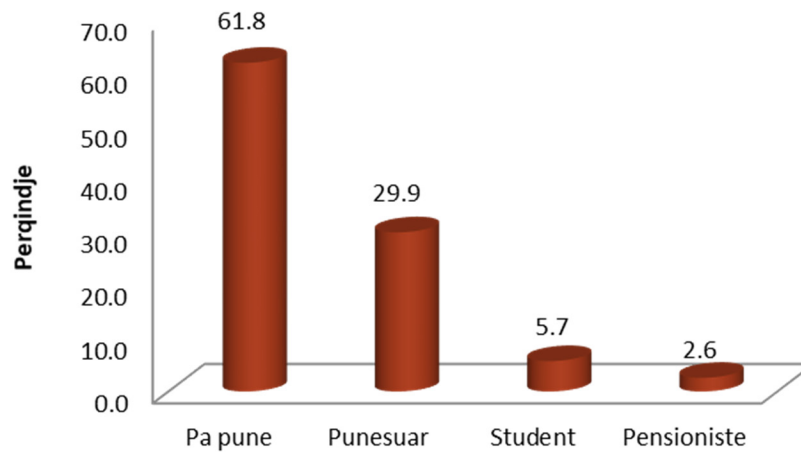


Figura 3. 7 Shpërndarja e rasteve sipas punësimit

Vërehet që pjesa më e madhe e rasteve me IST janë të pa punë me 3303 (61.8%) të rasteve me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera ($\chi^2= 4819.4$ $p<0.01$).

Tabela 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas burimit të raportimit

<i>Burimi</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Konsultori gruas	4157	77.8
Laborator	1076	20.1
Spital	81	1.5
Klinikë ose laborator privat	30	0.6
Total	5344	100

Vërehet se numri më i madh i rasteve me IST është raportuar nga konsultori i gruas 4157 (77.8%) ,ndjekur nga raportimet e laboratorëve me 1076 (20.1%) të rasteve.

81 (1.5%) e rasteve janë raportuar nga spitali ndërsa 30 (0.6%) janë raportuar nga klinika apo laboratore private. ($\chi^2= 8462.8$ $p<0.01$)

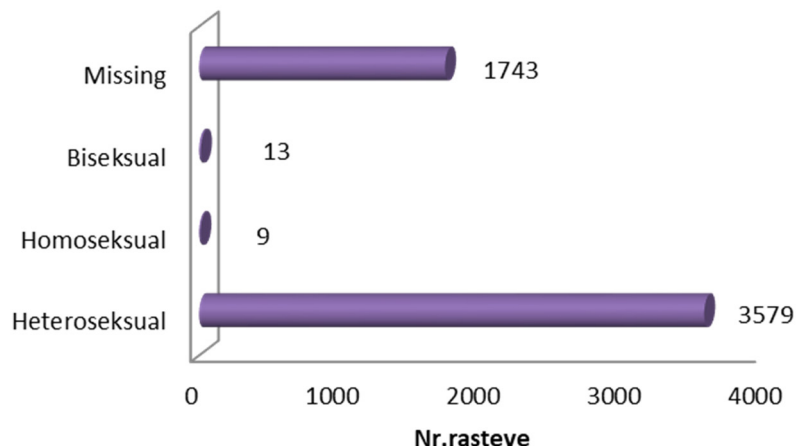


Figura 3. 8 Shpërndarja e rasteve sipas marrëdhënies seksuale

Vërehet se pjesa më e madhe e rasteve raportojnë se janë heteroseksuale me 3579 (99.6%) raste, ndërkohë 13 (0.3%) raportojnë se janë biseksuale dhe 9 (0.1%) e tyre raportojnë se janë homoseksual. 1743 (67%) e rasteve kanë refuzuar ti përgjigjen kësaj pyetje.

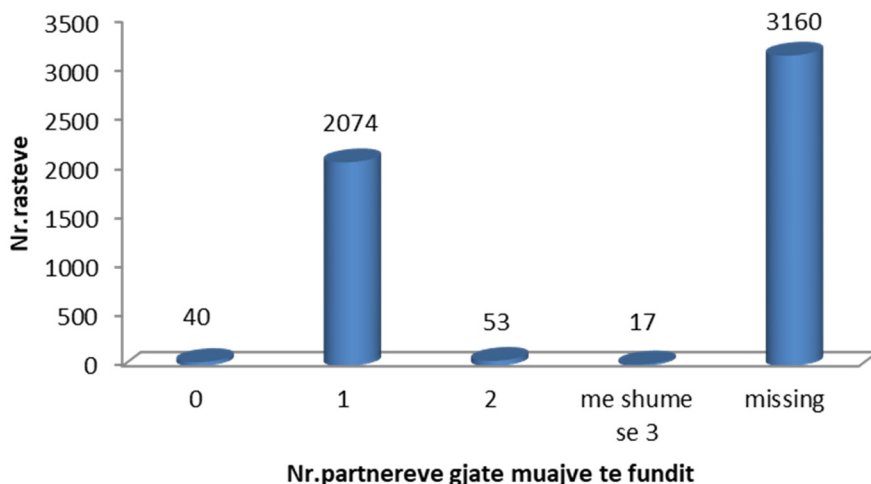


Figura 3. 9 Shpërndarja e rasteve sipas numrit të partnerëve gjatë muajve të fundit

Vihet re se 3160 (59%) e rasteve nuk kanë deklaruar numrin e partnerëve, 2074 (39%) deklarojnë se kanë patur vetëm një partner muajt e fundit, 53 (0.9%) referojnë se kanë patur dy partnerë, ndërkohë që një numër shumë i vogël rastesh 17 (0.3%) raportojnë se kanë

patur më shumë se 2 partnerë muajt e fundit.

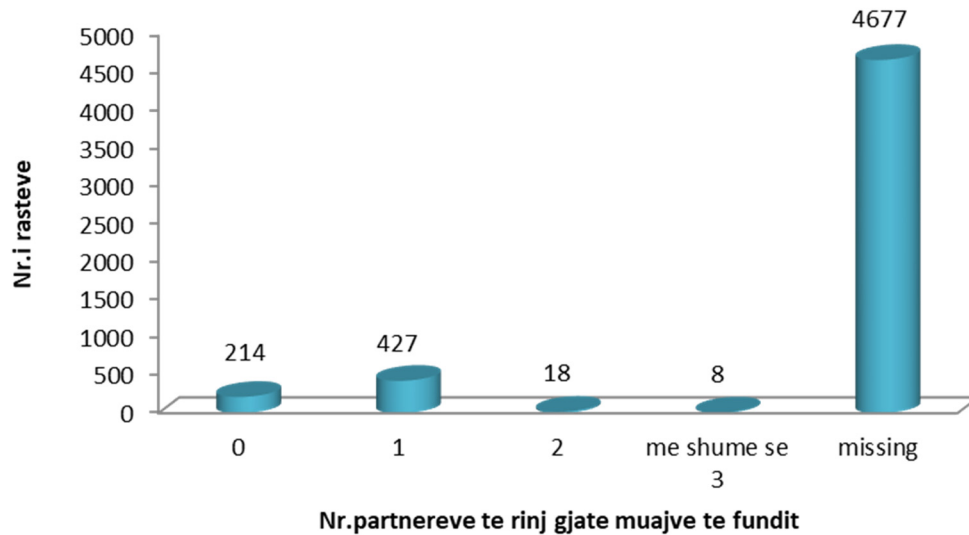


Figura 3. 10 Shpërndarja e rasteve sipas numrit të partnerëve të rinj gjatë muajve të fundit

Vërehet se pjesa më e madhe e rasteve 4677 (87.5%) nuk deklarojnë asnjë të dhënë për partnerët e rinj muajt e fundit, ndërkohë 427 (8%) e rasteve raportojnë se kanë pasur një partner të ri muajt e fundit, 26 (5%) referojnë se kanë patur më shumë se një partner të ri muajt e fundit.

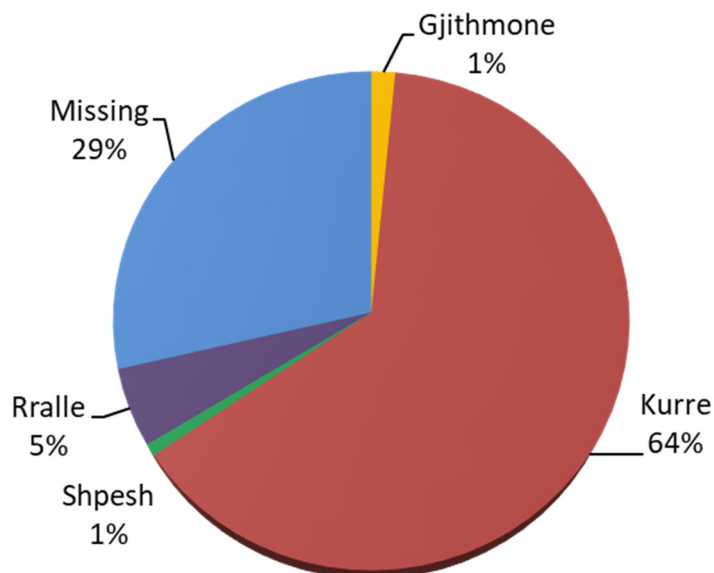


Figura 3. 11 Shpërndarja e rasteve sipas përdorimit të kondomit

Vërehet se pjesa më e madhe e rasteve 3418 (64%) raportojnë se nuk kanë përdorur kondomin asnjëherë në jetën e tyre, rreth 1530 (29%) e rasteve nuk janë përgjigjur për këtë pyetje, 272 (5%) referojnë se rrallë herë kanë përdorur kondom, një numër shumë i vogël 124 (2.3%) referojnë përdorimin në mënyrë të rregullt të kondomit.

Tabela 3. 4 Lidhja e arsimit me përdorimin e kondomit

Arsimi	Përdorimi I kondomit		OR	95% CI	p
	Po	Jo			
Ulët	87	1434	ref		
I mesëm	195	1411	2.2	1.7-2.9	0.0001
I lartë	114	573	3.2	2.4-4.4	0.0001

Vërehet se individet me arsim të mesëm kanë 2.2 herë më shumë gjasa të përdorin kondomin krahasur me individet me nivel arsimit të ulët ndërsa individët me arsim të lartë kanë 3.2 herë më shumë gjasa të përdorin kondomin krahasur me individët me nivel arsimit të ulët.

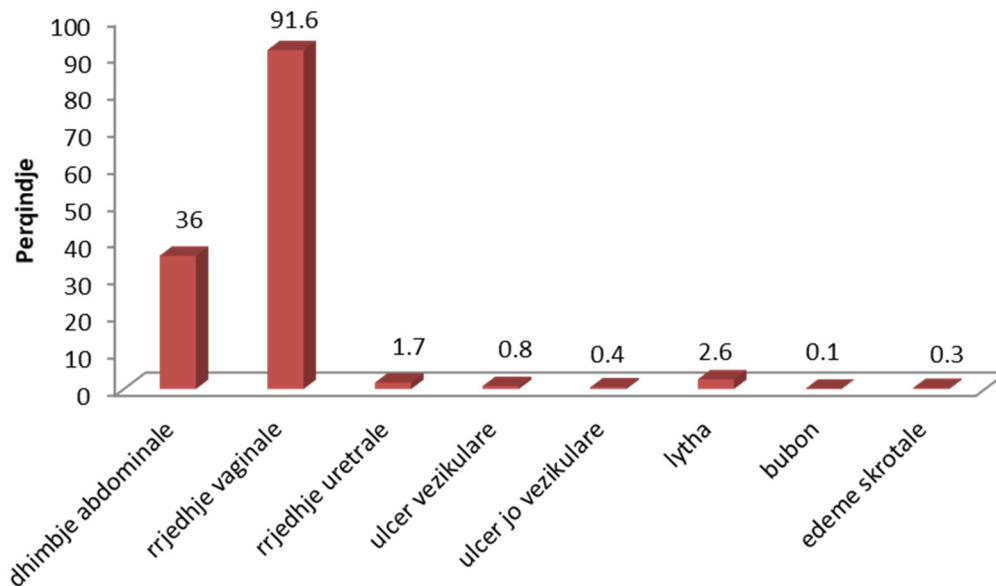


Figura 3. 12 . Shpërndarja e rasteve sipas sindromave

Vërehet se sindroma më e shpeshtë është sindroma rrjedhje vaginale me 4895 (91.6%) të rasteve, ndërkohë që 1924 (36.0%) e rasteve raportojnë për dhimbje abdominal.

139(2.6%) e rasteve raportojnë për lythë

93(1.7%) e rasteve raportojnë për rrjedhje uretrale

42(0.8%) e rasteve raportojnë ulcer genital vezikulare

14(0.3%) e rasteve raportojnë edemë skrotale

23(0.4%) e rasteve raportojnë për ulcer genitale jo vezikulare

2(0.1%) e rasteve raportojnë për bubon inguinal

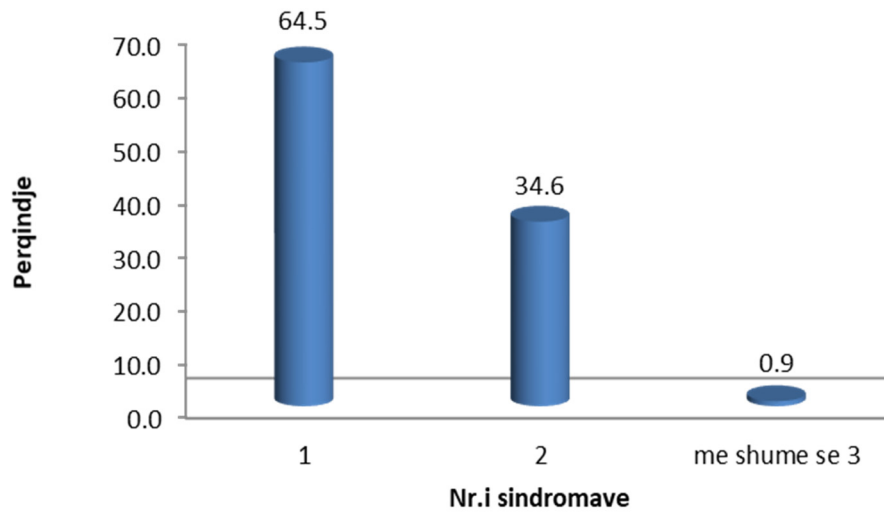


Figura 3. 13 Shpërndarja e rasteve sipas numrit të sindromave

Vërehet se 3445(64%) e rasteve raportojnë praninë e vetëm një sindrome, 1849 (35%) e rasteve raportojnë praninë e dy sindromave, 50 (1%) e rasteve raportojnë praninë e më shumë se dy sindromave me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre $p < 0.01$

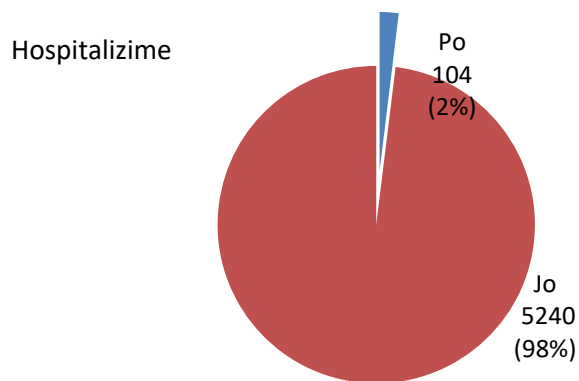


Figura 3. 14 Shpërndarja e rasteve sipas hospitalizimeve

Vërehet se vetëm 104 (2%) e rasteve janë shtruar në spital ndërkohë që 5240 (98%) e tyre nuk janë shtruar në spital me një ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre $p < 0.01$

Referuar ne laborator

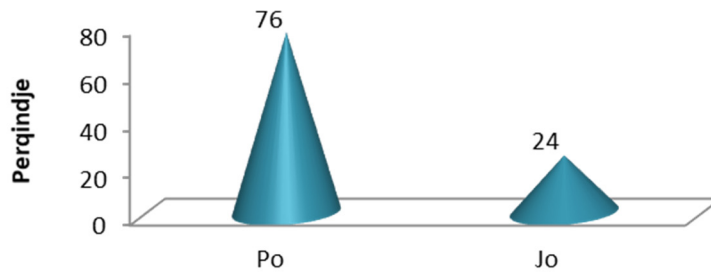


Figura 3. 15 Shpërndarja e rasteve sipas referimit ne laborator

Vërehet se 4061 (76%) e rasteve janë referuar në laborator, ndërkohë që 1283 (24%) nuk janë referuar në laborator me një ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre $p < 0.01$

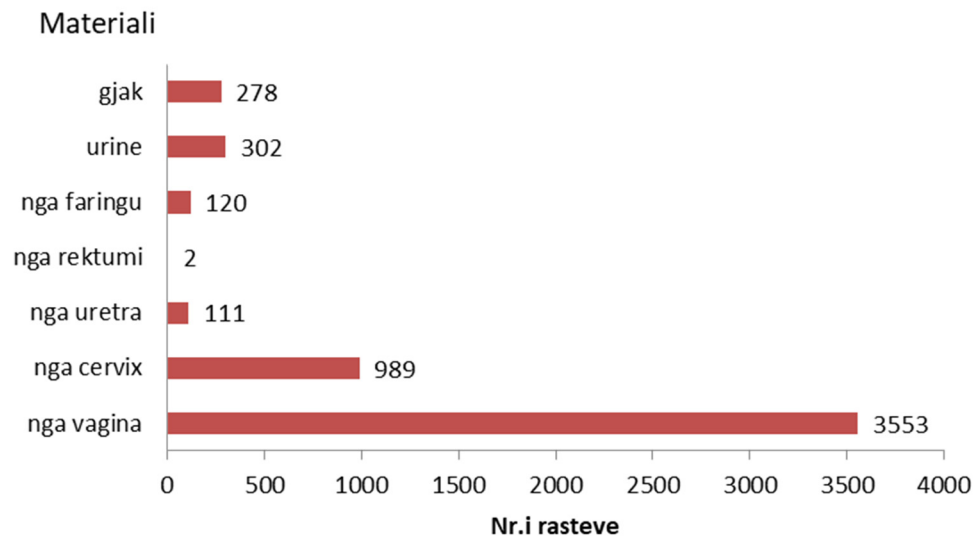


Figura 3. 16 Shpërndarja e rasteve sipas materialit të marrë në laborator

Në 3553 (66.5%) të rasteve materiali i marrë në laborator është marrë nga vagina, në 989 (18.5%) të rasteve materiali është marre nga cervix, 302 (5.6%) nga urina, 278 (5.2%) nga gjaku, 120 (2.2%) nga faringu, 111 (2%) nga uretra dhe në 2 (0.03%) nga rektumi me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p < 0.01$)

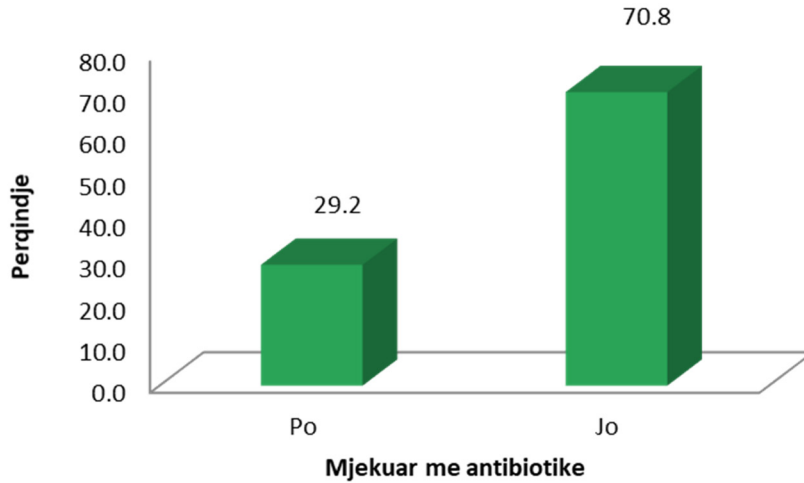


Figura 3. 17 Shpërndarja e rasteve sipas mjekimit me antibiotikë

Vërehet se 3785(70.8%) e rasteve nuk kanë marrë mjekim me antibiotikë ,ndërkohë që 1559 (29.2%) e rasteve kanë marrë mjekim me antibiotikë $p<0.01$.

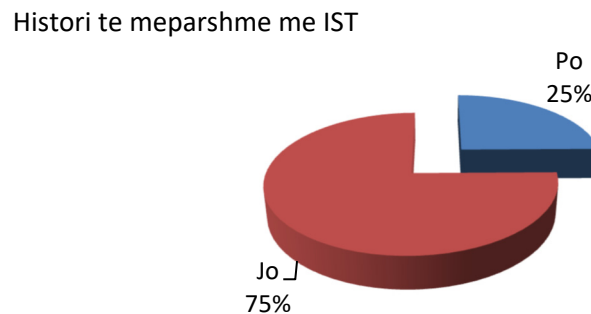


Figura 3. 18 Shpërndarja e rasteve sipas historive të mëparshme me IST

Vërehet se 1326 (25%) e rasteve raportojnë se kanë patur histori të mëparshme me IST përkundrejt 4018 (75%) e rasteve që nuk kanë patur histori të mëparshme me IST.

Tabela 3. 5 Lidhja e historive të mëparshme me IST dhe përdorimit të kondomit

		Përdorimi i kondomit	
		Po	Jo
Histori të mëprashme me IST	Po	128	677
	Jo	232	2480

(OR=2.02, 95%CI=1.6-2.5 , p<0.01)

Vërehet se individët me histori të mëparshme me IST kanë 2 herë më shumë gjasa të përdorin kondom sesa individët që nuk kanë patur histori të mëparshme me IST.

3.2 Survejanca laboratorike e infeksioneve seksualisht te transmetueshme

Të dhënat e survejancës laboratorike për 3 vitet paraqiten në tabelen 8. Aty shikohet që në tre vite survejancë numri i rasteve të raportuara është 5498 pothuajse i njëjtë me rastet e raportuara në survejancën sindromike për 6 vite.

Tabela 3. 6 Shpërndarja e rasteve të survejancës laboratorike sipas viteve

VITI	Nr. i rasteve	%
2012	1829	33.27%
2013	1787	32.50%
2014	1882	34.23%
Total	5498	100.00%

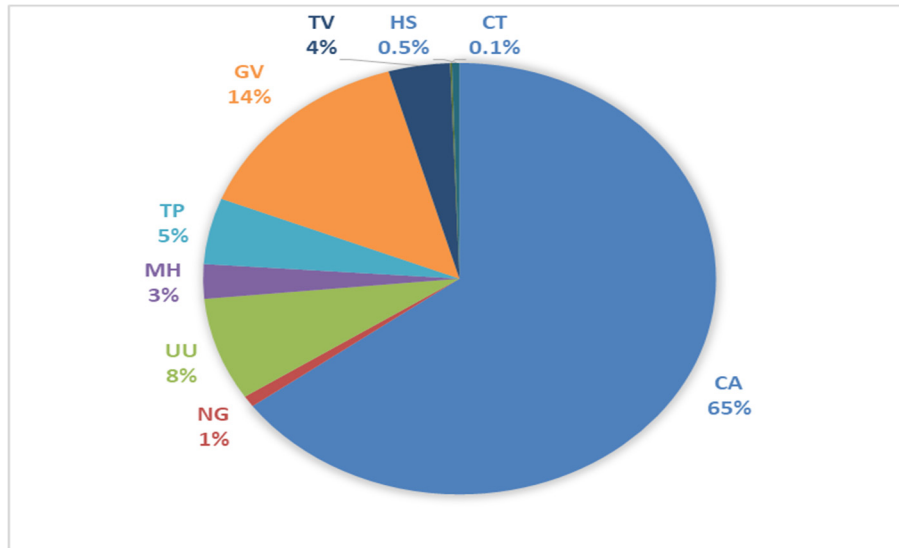


Figura 3. 19 Shpërndarja e rasteve sipas shkaktarit të IST-ve

Vihet re që peshën më të madhe të shkaktarit të IST-ve e ka candida me 65% të rasteve e ndjekur nga gardnerella vaginalis me 14 % të rasteve të pasuara me shkaktarët e tjerë ku përjashtohen HPV dhe HD për të cilat nuk ka asnjë rast të raportuar.

Tabela 3. 7 Shpërndarja e rasteve të survejancës laboratorike sipas grupmoshave

Grupmosha (vjec)	Nr. Rastesh	%
>15	24	0.44%
15-19	255	4.64%
20-29	2111	38.40%
30-39	1280	23.28%
40-49	657	11.95%
50+	395	7.18%
pa moshë	776	14.11%
TOTAL	5498	100.00%

Mosha mesatare e rasteve është 32 vjec me min 15 vjec dhe max. 70 vjec.

Tabela 3. 8 Statistikë e përmbledhur e moshës

Madhësia e kampionit	5498
Mosha më e vogël	14
Mosha më e madhe	84
Mosha mesatare	32.0
95%CI për mesataren	32.7-33.3
Mediana	29
Varianca	129.0
Deviacioni Standart	11.4

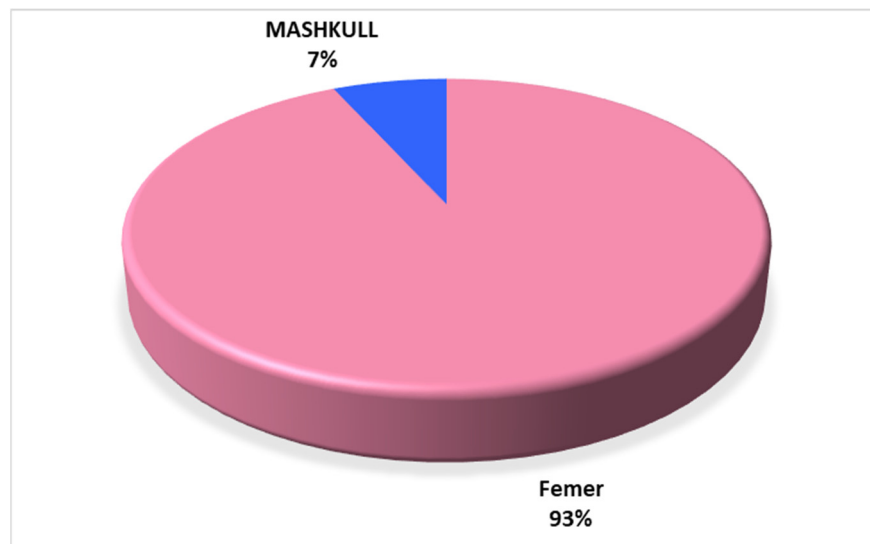


Figura 3. 20 Shpërndarja e rasteve me IST sipas gjinisë

Tabela 3. 9 Paraqitja e rasteve sipas mjekut referues

Mjeku referues	Nr. Rastesh	%
Dermatolog	46	0.84%
Gjinekolog	2722	49.96%
Infeksionist	205	3.76%
Mjek Familje	1255	23.04%
Tjetër	136	2.50%
Urolog	86	1.58%
Vullnetar	998	18.32%
Total	5448	100.00%

Pjesa më e mirë e rasteve të referuara në laborator kanë ardhur nga gjinekologët 49.9% e raste në total dhe nga mjeku i familjes në 23.1% të rasteve. E lartë është edhe vajtja në mënyrë vullnetare e rasteve për të bërë analizë.

Tabela 3. 10 Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimi

Vendbanimi	Nr. rastesh	Përqindje
Rural	923	16.96
Urban	4519	83.04
Total	5442	100

Pjesa më e madhe e rasteve janë në zonat urbane rreth 83%

Tabela 3. 11 Shpërndarja sipas gjinisë dhe shkaktarit të rasteve me IST

Gjinia	Shkaktarët								
	Candida	N. Gonorrhoeae	U. Urealycitum	M. homonis	T. pallidum	G. vaginalis	T. vaginalis	Ch. trachomatis	H. simplex
Femër	3999	27	443	137	90	900	238	6	28
Mashkull	79	26	41	25	220	10	5	1	2

Më të prekurit duket sikur janë femrat, por janë ato që kërkojnë më shumë ndihmën e mjekëve specialist.

Tabela 3. 12 Shpërndarja e rasteve me IST sipas laboratorit raportues

Lloji i laboratorit	Nr. i rasteve	%
Publik	2370	43.09%
Privat	3130	56.91%
TOTAL	5500	100.00%

3.3 Prevalenca e rasteve me infektion nga Chlamydia Trachomatis

Në studimin për Chlamydia Trachomatis numri i femrave të përfshira në studim është 772 nga të cilat 35 raste kanë rezultuar pozitiv për infeksionin ndaj Chlamydia Trachomatis.

Tabela 3. 13 Numri i rasteve me prani të infeksionit nga Ch. Trachomatis

Rezultati i laboratorit	Nr. rastesh	Përqindja
JO	737	95.47%
PO	35	4.53%
TOTAL	772	100.00%

Pozitiviteti i rasteve për infeksionin ndaj Chlamydia është 4.53%

Tabela 3. 14 Prevalenca e infeksioneve nga Ch. Trachomatis sipas moshës dhe nivelit të edukimit

Variablat	Nr. personave	Nr. i Ch. Trachomatis Pozitiv	% pozitivitetit
Mosha			
>=19	48	1	2.1
20-24	292	18	6.2
25-29	167	7	4.2
30+	261	9	3.5
Niveli i edukimit			
5 vjet	13	0	0
9 vjet	134	6	4.48
12 vjet	170	21	12.4
I lartë	451	8	1.8

Mosha më e prekur është ajo 20-24 vjec ku përqindja e pozitivitetit është 6.2%

Tabela 3. 15 Prevalenca e infeksionit nga Ch. Trachomatis sipas moshës së raportit të parë seksual dhe partnerëve të rinj

Variablat	Nr. personave	Nr. i Ch. Trachomatis Pozitiv	% pozitivitetit
Partner te rinj sex ne 6 muajt e fundit			
JO	621	20	3.2
PO	147	15	10.2
Mosha e raportit te pare sex			
<20	371	25	6.7
>20	394	10	2.6

Prevalenca e infeksionit nga Chlamidia në lidhje me moshën e raportit të parë seksual është 6.7% për rastet kur ky raport ka qenë në moshën nën 20 vjec. Prevalenca e infeksionit në rastin e partnerëve të rinj brenda 6 muajve të fundit është 10.2%.

Tabela 3. 16 Prevalenca e infeksionit nga Ch. Trachomatis sipas infeksioneve të mëparshme, përdorimit të kondomit dhe kryerjes së abortit.

Variablat	Nr. personave	Nr. i Ch. Trachomatis Pozitiv	% pozitivitetit
Infeksione të mëparshme seksuale			
JO	415	15	3.6
PO	255	20	7.8
Përdorimi i kondomit në mardhënien e fundit			
PO	131	9	6.9
JO	580	26	4.5
Kryer abort			
PO	196	10	5.1
JO	575	25	4.4

Femrat e marra në studim tregojnë që niveli i përdorimit të kondomit në përgjithësi është i ulët në vlerat 11.4% në total ndërkohë që në ato femra që shfaqin infeksion për qindja është

6.9%

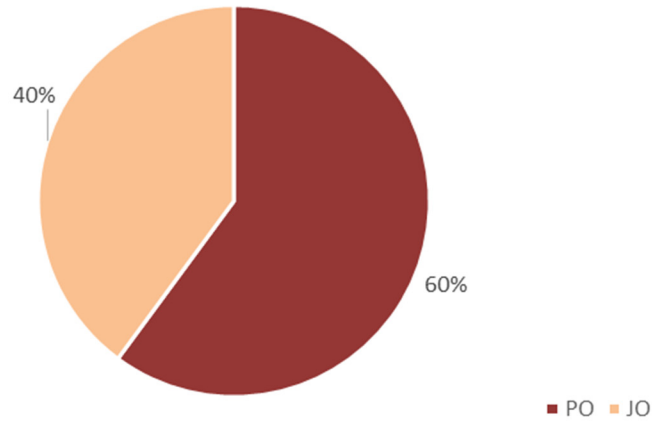


Figura 3. 21 Prania e shenjave klinike në rastet e futura në studim

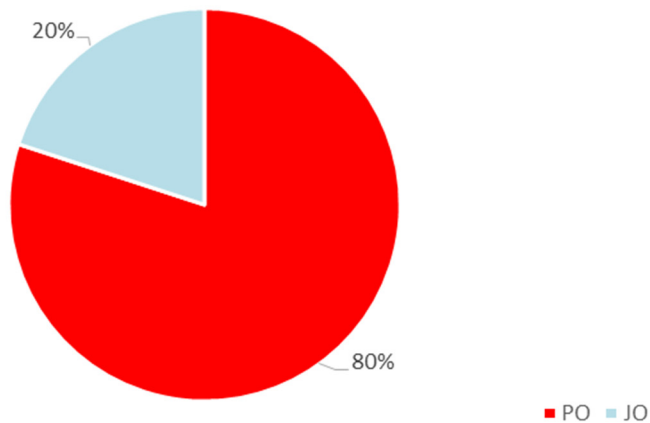


Figura 3. 22 Prania e shenjave klinike në rastet me Ch. Trachomatis pozitiv

Infeksioni nga Ch. Trachomatis tregon që 20% e femrave që janë pozitive për këtë infeksion nuk kanë paraqitur shenja, pra infeksioni është i pranishëm dhe mund të shkaktojë probleme të tjera në traktin riprodhues.

Tabela 3. 17 Faktorët e riskut për infeksionin nga Ch. Trachomatis

Nr. i testeve		Nr. Pozitiv	OR	95%CI	P
Partnerë të rinj sexual ne 6 muajt e fundit					<0.001
JO	621	20			
PO	147	15	6.3	3.2-12.7	
Moshë e raportit të parë sexual					<0.01
<20	371	25	2.7	1.3-5.8	
>20	394	10			
Shenja klinike					0.02
PO	464	28	2.8	1.2-6.4	
JO	308	7			
Infeksione të mëparshme seksuale					0.02
JO	415	15			
PO	255	20	2.2	1.2-4.5	
Përdorimi i prezervativëve në mardhënien e fundit					0.3
PO	131	9			
JO	580	26	1.6	0.7-3.4	

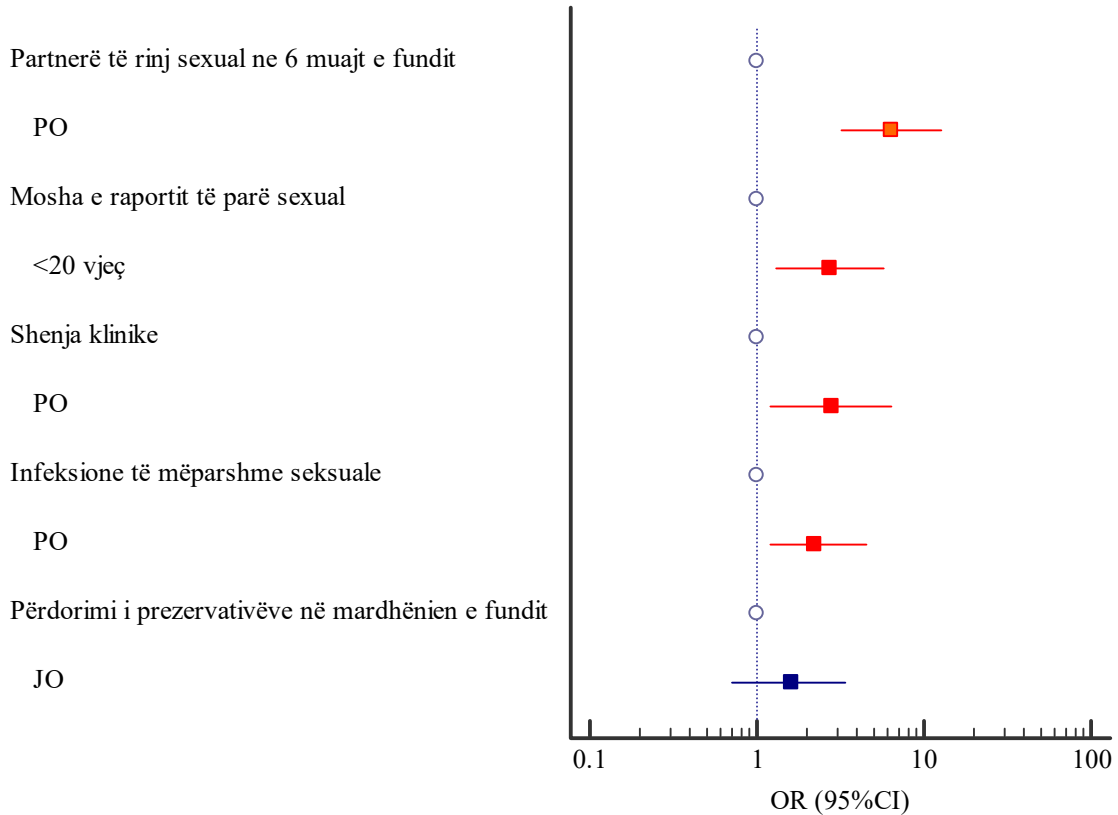


Figura 3. 23 Faktorët e riskut për infeksionin nga Ch. Trachomatis

Në modelin e regresionit logjistik multivariat faktorë parashikues të pavarur të infeksionit nga Ch.Trachomatis janë:

- Partnerët e rinj seksual në 6 muajt e fundit
- Moshë nën 20 vjeç e raportit të parë seksual
- Infeksionet e mëparshme seksuale

Të gjitha këto janë faktorë favorizues të infeksionit nga Chlamydia

IV DISKUTIM

Të dhënat socio-demografike të rasteve me IST

- **Survejanca sindromike**

Nga të dhënat e studimit vërehet se 77.8% e rasteve janë të raportuara nga konsultoret e grave cka shpjegon dhe numrin e madh të femrave (98%) të raportuara përkundrejt një niveli të lartë të nënraportimit të rasteve meshkuj. IST janë infeksione që lidhen drejtëpërdrejtë me aktivitetin seksual të individëve prandaj vërehet mbizotërimin i tyre në grupmoshën 20-39vjec(2,15). Pjesa më e madhe e rasteve janë me arsim të mesëm 2125 (39.8%) dhe të pa punë 3303(61.8%) cka tregon për një nivel të ulët të njohurive në lidhje me sjelljet me risk për IST. 4556(85 %) e rasteve banojnë në zonat urbane dhe 788(15%) jetojnë në zonë rurale. Duke marrë në konsideratë popullatën totale të vendit prevalenca në zonat urbane është 313 raste për 100000 banore, (4556/ 1.453.784) ndërsa në vendet rurale 46 raste për 100000 banorë (788/1.683.127). Niveli i ulët i prevalencës së IST-ve në zonat rurale tregon për një nivel të ulët të raportimit në këto zona (92,121).

- **Survejanca laboratorike**

Nga të dhënat e pjesës së studimit që i përket laboratorit vërehet se 93% e rasteve i përkasin femrave dhe vetëm 7% meshkujve, nga ana tjetër vetëm 1.58% e rasteve janë referuar nga mjeku specialist urolog që tregon një nënraporti të rasteve me IST në gjininë meshkuj. Në lidhje me vendbanimin mund të themi që 83.04% e rasteve janë në zonat urbane dhe vetëm 16.96% janë në zonat rurale. Raportimi sipas grupmoshës tregon që IST prekin grupmoshën seksualisht aktive pra atë 20-39 vjec. Raportimi në nivel laboratorit tregon që 56.9% e rasteve janë raportuar nga laboratorët privat ndërkohe që laboratorët publik kanë një përqindje më të ulët të raportimit (107,109,117).

- **Studimi i prevalencës së Chlamydia trachomatis**

Në studim u përfshinë vetëm femra të moshës riprodhuese dhe përqindjen më të lartë të pozitivitetit e kishte grupmosha 20-24 vjec e ndjekur nga ajo 25-29 vjec. Në studim shpërndarja e rasteve pozitive për chlamydia trachomatis është asnjë rast me nivel arsimor 5 vjecar, 1.8% e rasteve me arsim të lartë, 4.48% e rasteve me arsim 9-vjecar dhe pjesa më e madhe më arsim 12-vjecat që përbëjnë 12.4% të rasteve pozitive (77,89).

Vlerësimi i sjelljeve me risk në rastet me IST

- **Survejanca sindromike**

Numri i partnerëve dhe deklarimi i sjelljes seksuale janë pyetje shumë sensitive dhe shumica e rasteve nuk kanë preferuar të përgjigjen. Pjesa më e madhe e rasteve raportojnë se janë heteroseksuale me 5322 (99.6%) raste, ndërkohë 13 (0.3%) raportojnë se janë biseksuale dhe 9 (0.1%) e tyre raportojnë se janë homoseksual. 1743 (67%) e rasteve kanë refuzuar ti përgjigjen kësaj pyetje. 3160 (59%) e rasteve nuk kanë deklaruar numrin e partnerëve, 2074 (39%) deklarojnë se kanë patur vetëm një partner muajt e fundit, 53 (0.9%) referojnë se kanë patur dy partnerë, ndërkohë që një numër shumë i vogël rastesh 17 (0.3%) raportojnë se kanë patur më shumë se 2 partnerë muajt e fundit. Përdorimi i kondomit është një nga faktorët kryesor për mbrojtjen ndaj IST-ve, e megjithatë pjesa më e madhe e rasteve 3418 (64%) raportojnë se nuk kanë përdorur kondomin asnjëherë në jetën e tyre. Niveli i arsimit është i lidhur drejtpërdrejtë me përdorimin e kondomit. Individët me arsim të mesëm kanë 2.2 herë më shumë gjasa të përdorin kondomin krahasur me individët me nivel arsimit të ulët ndërsa individët me arsim të lartë kanë 3.2 herë më shumë gjasa të përdorin kondomin krahasur me individët me nivel arsimit të ulët (70,72).

- **Survejanca laboratorike**

Në lidhje me të dhënat për sjelljet me risk në survejancën laboratorike këto të dhëna nuk janë pjesë e kësaj survejance.

- **Studimi i prevalencës së Chlamydia trachomatis**

Në analizën e pjesës së studimit që lidhet me vlerësimin e prevalencës së infeksionit nga Ch. Trachomatis vërehet që fillimi i marrëdhënieve seksuale para moshës 20 vjec është një faktor risku dhe këto femra kanë 6.3 herë më shumë risk të infektohen nga Ch. Trachomatis se sa femrat të cilat e kanë filluar aktivitetin seksual pas moshës 20 vjec (89,90).

Ndryshimi i partnerëve seksual gjatë 6 muajve të fundit është një faktor risku dhe OR për këtë kategori është 6.3 CI (3.2-12.7), pra nëse kemi ndryshim të partnerëve seksual në 6 muajt e fundit risku për tu infektuar është 6.3 herë më i madh krahasuar me rastin kur nuk ka ndryshuar partner.

Prania e infeksioneve të mëparshme seksualisht të transmetueshme është faktor risku dhe ato femra që kanë patur infeksione seksualisht të transmetueshme kanë riskun për tu infektuar nga Ch. Trachomatis 2.2 herë më të lartë se femrat që nuk kanë patur infeksione të mëparshme (78, 81).

Evidentimi i sindromave më të shpeshta

- **Survejanca sindromike**

Duke qenë se pjesa më e madhe e rasteve të raportuara janë femra sindroma më e shpeshtë është sindroma rrjedhje vaginale me 4895(91.6%) të rasteve . Në 34.6% te rasteve kjo sindromë është e bashkëshoqëruar dhe me sindromin dhimbje abdominal.Ne meshkuj sindroma më e shpeshtë është rrjedhje uretrale. 2.6% e rasteve raportojnë praninë e lythës,një sindromë karakteristike për praninë e HPV-se në organizëm. Duke qenë se shpesh herë mjekët e kanë të vështirë të përcaktojnë diagnozën përkatëse duke u bazuar vetëm në sindromë , shumica e tyre i referojnë rastet në laborator për konfirmimin laboratorik. Në studim 76% e rasteve me IST janë referuar në laborator dhe vetëm 29.2% e rasteve kanë marrë mjekim me antibiotikë bazuar vetëm në sindromen përkatëse. 25% e rasteve raportojnë se kanë patur histori të mëparshme me IST përkundrejt 4018(75%) e rasteve që nuk kanë patur histori të mëparshme me IST. Prania e nje histori te meparshme me IST ka bërë që individët të ndërjegjesohen më shumë për rrezikun e IST-ve dhe për parandalimin e tyre nëpërmjet përdorimit të kondomit. Individët me histori të mëparshme me IST kanë 2 herë më shumë gjasa të përdorin kondom sesa individët që nuk kanë patur histori të mëparshme me IST.

- **Survejanca laboratorike**

Në survejancën laboratorike vërehët që shkaktari më i shpeshtë i IST-ve Candida me 65% te rasteve, e ndjekur nga Gardnerrella vaginalis me 14 % të rasteve. U. Urealyctum zë 8% të rasteve të diagnostikuara dhe raportuar nga laboratorët. T. Pallidum ose ndryshe Sifilizi zë 5% të rasteve të raportuara. Përçindja e shkaktarëve të tjerë si C. Trachoamtis, H. Simplex është më e vogël se 1%. Si edhe në survejancën sindromike pjesa më e madhe e rasteve është e gjinisë femër dhe në të gjithë shkaktarët e IST-ve të përfshira në survejancë femrat zënë pjesën më të madhe. Përjashtim bën Treponema pallidum (Sifilizi) ku numri

më i madh i rasteve i përkasin gjinisë mashkull rreth 220 raste kundrejt 90 raste tek femrat. Në rastin e sifilizit raportimi bëhet nga ana laboratorike edhe laboratorët e Qendrës Kombëtare të Transfuzionit e cila bën një screenin të dhuruesve të gjakut dhe kjo ka bërë që të kemi një prezantim të rasteve edhe tek meshkujt (83,107).

Duhet theksuar që në të gjitha rastet e identifikimit të shkaktarit janë përdorur metodat tradicionale dhe jo ato bashkëkohore sikurse bëhet tani në botë. Në asnjë rast nuk është raportuar diagnostikimi me metoden PCR.

V PËRFUNDIME

Në studimin e Infeksioneve seksualisht të transmetueshme duke parë të dy survejancat vërejmë që numri i rasteve në survejancën sindromike është në ulje ndërkohë që rastet e deklaruara nga survejanca laboratorike janë të qëndrueshme. Kjo tregon që përcaktimi i shkaktarit të sëmundjes është një faktor shumë i rëndësishëm për të mbajtur një survejancë.

Në studimin e të tre komponentëve të survejancës së IST-ve vërehet që:

- Femrat mbizotërojnë me një ndryshim sinjifikant ndaj meshkujve. Vihet një numër shumë i lartë femrash përkundrejt meshkujve duke qenë se konsultoret e grave kane qenë një burim aktiv në survejance, në ndryshim nga mjeket e familjes dhe spitalet të cilat nuk kanë raportuar rastet ose thënë ndryshe nuk kanë marrë pjesë në survejancë.
- 30% e femrave e tyre janë shtatëzanë që tregon për një nivel risku si për gruan shtatëzanë dhe për fetusin e saj. Ndërkohë kjo tregon që shkërbimi i më aktiv në këto survejanca është ai obstetrik-gjinekologjik.
- Mosha mesatare e rasteve me IST është 33 vjeç. Vërehet mbizotërim i IST ne grupmoshën 20-39vjeç duke qenë se kjo është edhe grupmosha seksualisht me aktive.
- Rreth 87% e rasteve nuk kanë deklaruar numrin e partnerëve të rinj ndërsa 13% e rasteve referojne se kanë patur me shume se një partner të ri 3 muajt e fundit.
- Vërehet nivel i ulët i përdorimit të kondomit. 64% e rasteve nuk kanë përdorur asnjëherë kondom gjatë jetës. Individet me arsim të mesëm dhe të lartë e përdorin kondomin me shpesh se ata më arësim të ulët ose pa arsim. Kjo kërkon një ndërgjegjësim të popullatës dhe kryesisht të rinjve për përdorimin e kondomit si metodë shumë e mire për parandalimin e IST-ve në radheë të parë. Dhe duhet të bëhet e qartë që kjo është metoda më e mirë kontraceptive pasi siguron mbrojtje edhe për IST-të edhe për shtatëzanitë e padëshiruara.
- Sindroma më e shpeshtë është “rrjedhje vaginale” dhe “dhimbje abdominale” duke qenë se shumica e rasteve janë femra. Tek meshkujt sindroma më e shpeshtë është “rrjedhje uretrale”.

- Në survejancën laboratorike duket qartë që laboratorët e sektorit privat janë më aktivë në raportimin e rasteve se ato të sektorit publik c'ka tregon për një ofrim shërbimi më të mirë të këtij sektori
- Në diagnostikimin e rasteve metoda tradicionale është ajo që ka mbizotëruar në dy sektorët.
- Duhet theksuar që diagnoza e *Treponema palidum* (Syphilisit) nga sektori privat është pothuajse e pa përfillshme.
- Prevalenca e infeksioneve seksualisht të transmetueshme të shkaktuar nga *Chlamydia trachomatis* është 4.53% CI 95% (3.28-6.24). Në 772 rastet e marrat në studim, 35 prej tyre dolën pozitive ndaj testit të PCR-COBAS AMPLIKOR CT/NG.
- Prevalenca e *Chlamydia*s paraqitet e lartë. Nëse krahasojmë këtë prevalencë me të dhënat që janë marrë nga survejanca laboratorike shikojmë që prania e këtij infeksioni është e lartë prandaj duhet ti kushtohet më shumë vëmendje diagnostikimit të këtij infeksioni.
- Përdorimi i metodës PCR-COBAS AMPLIKOR CT/NG është një mënyrë shumë e mirë për diagnostikimin e këtij infeksioni apo edhe infeksioneve të tjera seksuale.
- Vendet e zhvilluara i përdorin metodat molekulare për të kryer jo vetëm diagnozën e rasteve por edhe gjatë proceseve të depistimit apo për programe të ndryshme parandalimi dhe diagnostikimi.
- Infeksioni i *Chlamydia trachomatis*, ashtu siç pritej, nuk ka qenë i shoqëruar me shenja klinike të sëmundjes në pjesën më të madhe të rasteve. Vetëm 6 (40%) prej të infektuarave raportojnë prani të një ose më shumë prej shenjave të lidhura me infeksionin, pjesa tjetër 9 (60%) janë asimptomatike. Përqindja e rasteve asimptomatike (60%) përputhet me përqindjen në shkallë globale. Sepse, siç është theksuar dhe më lart infeksionet e *Ch. trachomatis* konsiderohen si infeksione të heshtura.
- Shenjat klinike të shfaqura në ato raste kur sëmundja shoqërohet me simptoma përfshijnë: leukorre, dhimbje abdominale dhe pelvike, prurit. Më të rralla ishin rastet me uretrit, salpingit etj.
- Fillimi i marrëdhënieve seksuale para moshës 20 vjeç është një faktor risku dhe këto femra kanë 6.3 herë më shumë risk të infektohen nga *Ch. Trachomatis* se sa femrat të cilat e kanë filluar aktivitetin seksual pas moshës 20 vjeç.

- Ndryshimi i partnerëve seksual gjatë 6 muajve të fundit është një faktor risku dhe OR për këtë kategori është 6.3 CI (3.2-12.7), pra nëse kemi ndryshim të partnerëve seksual në 6 muajt e fundit risku për tu infektuar është 6.3 herë më i madh krahasuar me rastin kur nuk ka ndryshuar partner.
- Prania e infeksioneve të mëparshme seksualisht të transmetueshme është faktor risku dhe ato femra që kanë patur infeksione seksualisht të transmetueshme kanë riskun për tu infektuar nga Ch. Trachomatis 2.2 herë më të lartë se femrat që nuk kanë patur infeksione të mëparshme

Studimi i të tre komponentëve të survejancës së IST-ve që janë survejanca sindromike, survejanca etiologjike (laboratorike) si dhe studimi i prevalencës së infeksionit nga Ch. Trachomatis tregon që :

- Ndërthurja e dy survejancave nuk ishte e mundur në kushtet kur ato u zhvilluan,
- Survejanca e IST duhet të jetë një e vetme dhe e bazuar në një raportim individual të rastit dhe i plotësuar me të dhënat e shkaktarit të infeksionit
- Nuk është e nevojshme përfshirja e shumë shkaktarëve pasi mundësitë për diagnostikim janë të pakta.
- Përdorimi i metodave molekulare për diagnostikimin e IST-ve do të ishte mënyra më e mirë dhe më e shpejtë.

VI REKOMANDIME


Studimi i të tre komponentëve të survejancës së IST-ve që janë survejanca sindromike, survejanca etiologjike (laboratorike) si dhe studimi i prevalencës së infeksionit nga Ch. Trachomatis tregon që :

- Ndërthurja e dy survejancave nuk ishte e mundur në kushtet kur ato u zhvilluan,
- Survejanca e IST duhet të jetë një e vetme dhe e bazuar në një raportim individual të rastit dhe i plotësuar me të dhënat e shkaktarit të infeksionit
- Nuk është e nevojshme përfshirja e shumë shkaktarëve pasi mundësitë për diagnostikim janë të pakta.
- Zbatimi i standardeve në lidhje me përkufizimin e rastit;
- Rishikimi, standardizimi dhe përmirësimi i përfundimit të të gjitha seksioneve të skedes individuale të raportimit;
- Zhvillimi dhe zbatimi e një sistemi elektronik për mbledhjen e të dhënave
- Përmirësimi i raportimit të Infeksioneve seksualisht të transmetueshme nga çdo rreth;
- Trajnimi i stafit mjekësor siç janë mjekët e familjes, ndihmës-epidemiolog / epidemiolog në lidhje me ndryshimet e formës së raportit të rasteve dhe mënyrat e raportimit;
- Vendoja e survejancea për bazuar në rast;
- Krijimi i një fondi financiar për të mbështetur aktivitetet e survejancës;
- Sigurimi në laboratorët mikrobiologjik të Drejtorive të Shëndetit Publik në rrethet të pajisje të nevojshme dhe kite diagnostikuese për realizimin e diagnostikimit të IST-ve me metodat e biologjisë molekulare;
- Trajnimi i stafit të ri në laboratorë në lidhje me metodat diagnostikuese të infeksioneve seksualisht të transmetueshme;
- Përbushja e nevojave të laboreve mikrobiologjike të rrethit me mikrobiologë;

- Organizimi i studimeve apo edhe programeve për depistim për moshat e reja lidhur me IST-të por më në vecanti për Chlamydia dhe Neisserian shkaktarë të rëndësishëm të problemeve shëndetësore të fertilitetit.
- Hartimi i programeve të kontrollit të Sifilizit, Chlamidias dhe Gonorrese tek gruaja shtatzënë në mënyre që të minimizojë infeksionin e të porsalindurve dhe problemet që mund të paraqesin tek ky i fundit
- Zbatimi i raportimit të detyrueshëm të rasteve nga sektori private;
- Zbatimi i survejances sentinel në grupe me rrezik të lartë si gratë shtatzëna, të burgosurit, IDU, dhe MSM-të.
- Niveli relativisht i ulët i njohurive, keqinformimi, si dhe prezenca e sjelljeve me rrisht të rinjtë, diktojnë nevojën urgjente për ndërhyrje efektive për rritjen e ndërgjegjësimit të komunitetit të të rinjëve lidhur me IST-të
- Materialet e ndryshme informuese për të rinjtë, mbi çështje specifike të lidhura me IST-të, duhet të jenë të unifikuara dhe të standartizuara. Ato duhet të jenë të hartuara prej profesionistëve të fushës për të evituar keqkuptimet e ndryshme të lidhura me to.
- Edukimi seksual në shkolla duhet të jetë një nga objektivat prioritare të ministrive të linjës. Institucionet edukative publike dhe private duhet riorientojnë përmbajtjen e kurrikulave ekzistuese si dhe të përfshijnë edukimin seksual në kurrikulat shkollore në të gjitha nivelet e arsimit parauniversitar, për të siguruar edukimin në vazhdimësi të të rinjëve mbi shëndetin seksual.
- Theksi në të gjithë edukimin seksual duhet të vendoset në përdorimin e prezervativëve si mjeti i vetëm për parandalimin e IST-ve


VII SHTOJCA

7.1 Skeda Individuale Sindromike



REPUBLIKA E SHqipërisë
MINISTRIA E SHëndetësisë

**SKEDA INDIVIDUALE SINDROMIKE
E INFEKSIONEVE SEKSUALISHT TE TRANSMETUESHME**



ISP
INSTITUTI I SHëndetit Publik

MINISTRIA E SHëndetësisë

A. Të dhëna për institucionin

Rrethi

Burimi i informacionit :

Spital

Konsultori gruas

Laborator

Klinikë ose laborator privat

Mjeku raportues (vula):

Emri

Mbiemri

Tel

MINISTRIA E SHëndetësisë

B. Të dhëna social-demografike të pacientit

Emri

Mbiemri

Gjinia Mashkull

 Femër

 shtatzënë PO JO

Mosha [] []

Vendbanimi Qytet Fshat

Etnia

Data e vizitës [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nr. Në regjistër i pacient [] [] [] [] [] []

MINISTRIA E SHëndetësisë

C. Sjellje të rrezikshme

Marrëdhënie seksuale:

Heteroseksuale

Homoseksuale

Biseksuale

Gjendja civile :

Beqare Martuar

Divorcuar Bashkëjeton

i/e ve

Niveli i arsimit :

Pa arsim 8-vjeçar

Fillor I mesëm

I lartë

E/I Punësuar Po Jo

Profesioni

Përdorimi i kondomit gjatë 3 muajve të fundit:

gjithmonë shpesh rrallë kurrë nuk e praktikoj

MINISTRIA E SHëndetësisë

D. Të dhënat klinike

Diagnoza

Prania e shenjave klinike PO JO Nëse PO data e fillimit [] [] [] []

Vendi i infeksionit

Shtuar ne spital PO JO Nëse PO data e shtrimit [] [] [] []

MINISTRIA E SHëndetësisë

Sindromat PO JO

- Dhimbje e poshtme abdominale
- Rrjedhje vaginale
- Rrjedhje uretrale
- Ulcer genitale vezikulare
- Ulcer genitale jo vezikulare
- Lytha
- Bubon inguinal
- Edeme skrotale

Referuar në laborator PO JO

Nëse PO material nga : PO JO

- Vagina
- Cervix
- Uretra
- Rektumi
- Faringu
- Urinë
- Gjak
- Të tjera

MINISTRIA E SHëndetësisë

Mjekuar me antibiotik PO JO

Nëse PO lloji i antibiotikut

1.

2.

Histori të mëparshme për IST PO JO


Trajtim i mëparshëm për IST PO JO

Ekzaminime të mëparshme laboratorike për IST PO JO


Nëse PO çfarë ekzaminimi

KITË KËRKPË E MINISTRIASË TË SHËNDETËSISË

7.2 Skeda e raportimit laboratorik te IST-ve



REPUBLIKA E SHQIPËRIË
MINISTRIA E SHëndETËSISË
INSTITUTI I SHëndETIT PUBLIK
TIRANË



Instituti i Shëndetit Publik

Laboratori _____
 Rrethi _____
 Mjeku mikrobiolog _____
 Muaji _____ Viti _____

Inicialet e pacientit					
Nr. regjstri					
Rrethi i banimit (Inicialet)					
Vendbanimi	F Q	F Q	F Q	F Q	F Q
Mosha (vjeç)					
Gjinia	M F	M F	M F	M F	M F
Vendi i marrjes UR: uretral CO: col UI: urinar OE: sy SP: sperme VA: Vagine AN: Anal SE: Serum	UR CO UI OE SP VA AN SE	UR CO UI OE SP VA AN SE	UR CO UI OE SP VA AN SE	UR CO UI OE SP VA AN SE	UR CO UI OE SP VA AN SE
Shenjat Klinike Nese PO: DA: Dhimbje abdominale RV: Rrjedhje vaginale RU: Rrjedhje uretrale UV: Ulcer genitale vezikulare UJV: Ulcer genitale jovezikulare LY: Lytha BI: Bubon inguinal ES: Edeme skrotale SK: Skuqje PR: Prurit	PO JO DA RV RU UV UJV LY BI ES SK PR	PO JO DA RV RU UV UJV LY BI ES SK PR	PO JO DA RV RU UV UJV LY BI ES SK PR	PO JO DA RV RU UV UJV LY BI ES SK PR	PO JO DA RV RU UV UJV LY BI ES SK PR
Shenja të partneri	PO JO	PO JO	PO JO	PO JO	PO JO
Teknika e identifikimit RPR: Test i shpejtë TPHA I: IF E: Elisa C: kulture PCR SE: serum MI: Mikroskopi	RPR TPHA I E C PCR SE MI	RPR TPHA I E C PCR SE MI	RPR TPHA I E C PCR SE MI	RPR TPHA I E C PCR SE MI	RPR TPHA I E C PCR SE MI
Identifikimi NG: neisseria gonorrhoea UU: ureplasma urealyticum MH: Mykoplasma hominis TP: treponema pallidum GV: gardnerella vaginalis TV: trichomonas vaginalis CA: candida albicans HD: hemophilus ducreyi CT: Chlamydia trachomatis HPV: Papilomma Virus HS: Herpes Simplex	NG UU MH TP GV TV CA HD CT HPV HS	NG UU MH TP GV TV CA HD CT HPV HS	NG UU MH TP GV TV CA HD CT HPV HS	NG UU MH TP GV TV CA HD CT HPV HS	NG UU MH TP GV TV CA HD CT HPV HS
Specialiteti i mjekut referues: G: obsteter-gjinokolog U: urolog D: dermatolog I: infektionist MF: Mjek familje VU: Vullnetar I: jetet	G U D I MF VU I	G U D I MF VU I	G U D I MF VU I	G U D I MF VU I	G U D I MF VU I

U financua nga UNFPA

7.3 Skeda për Chlamydia Trachomatis



SKEDA PER CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Data e marrjes

Rrethi

A. Te dhena social-demografike te pacientit

Vendos kodin e deshiruar _____
(ne vend te emrit)
 Moshë vjeç
 Vendbanimi Qytet Fshat

Gjendja civile :
 Beqare Martuar E ve E divorcuar
 Bashkejeton Ne çift Te tjera

Arsimimi :
 Pa arsim 8-vjecar
 Fillor I mesem
 I larte

Profesioni
Punon PO JO

B. Te dhenat klinike

Prania e shenjave klinike PO JO
 Nese PO :
 ▪ Leucorrhoe(Rrjedhje) Dhimbje pelvike
 ▪ Prurit (Vulv, vagine) Dh. abdominale
 ▪ Uretrit Salpingit
 ▪ Cistit
 Trajtime te meparshme per I.G.J. PO JO

C. Te dhena per riprodhimin

Perdor kontraceptive PO JO
 Nese PO cfare :
 ▪ pilule
 ▪ prezervativ
 ▪ sterile
 ▪ injeksion
 ▪ te tjera

Histori abordesh : PO JO
 Nese PO : PO JO
 1. Spontan
 2. Nderprerje
 ▪ Mjeksor
 ▪ Me kerkese
 Shtatzani numer
 Femije numer

D. Sjellje te jetes seksuale

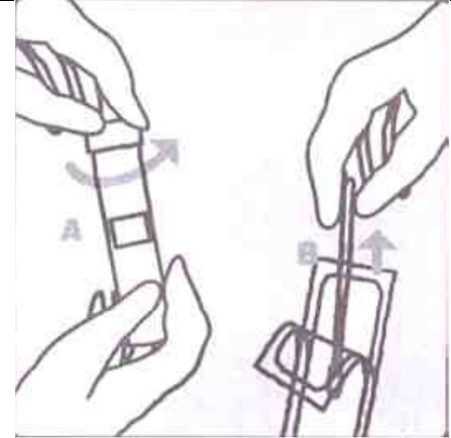
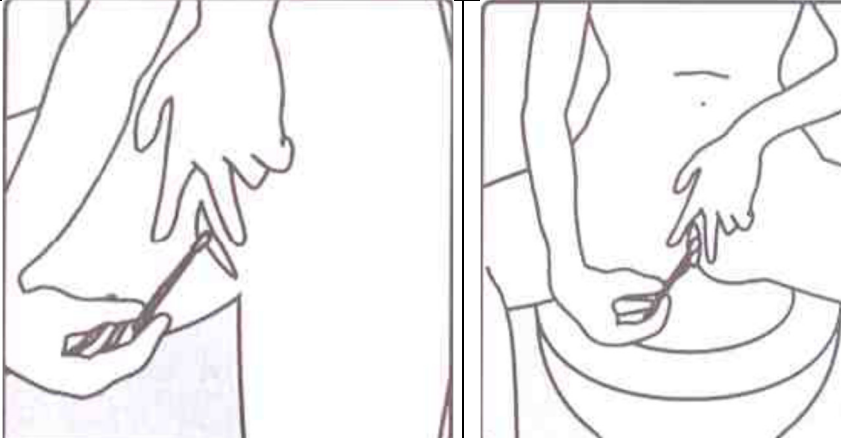
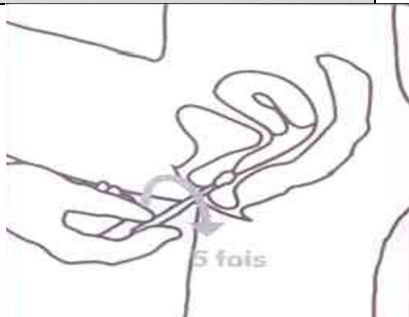
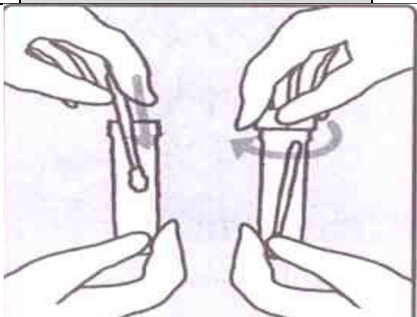
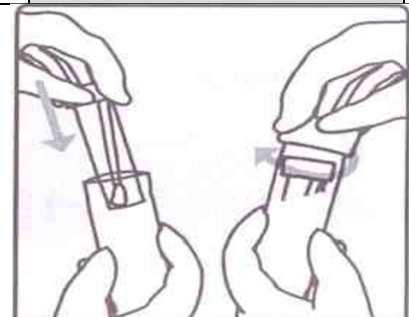
Moshë e raportit te pare seksual vjeç
 Numri i partnereve ne 6 muajt e fundit numer
 Numri i partnereve te rinj ne 6 muajt e fundit numer

Perdorimi i prezervativit gjate 6 muajve te fundit:
 rregullisht here pas here
 rralle asnjehere
 Ke perdorur prezervativ ne marrdhenien e fundit
 PO JO

7.4 Menyra e marrjes se tamponit

Rekomandime te pergjithshme : evitoni periudhen e menstruacioneve, marrjen e mostres para urinimit, preferohet ne mengjes para tualetit intim,

Si te realizojme nje vetemarrje gjenitale

ETAPA 1		ETAPA 2			
					
<p>. Hape kapakun e tubit dhe ruaje ate.</p> <p>. Nxirre tamponin nga paketmi I tij dhe mbaje ndermjet gishtit tregues dhe atij te madh</p>		<p>Zgjidhni pozicionin qe eshte me I pershtatshem per ju : ne kembe ose ulur.</p> <p>Fusni tamponin ne vagine. Nuk ka nevojte te futet shume thelle deri ne ate vend qe e tregon.</p>			
ETAPA 3		ETAPA 4		ETAPA 5	
					
<p>Rrotulloje tamponin 5 here pastaj nxirre nga vagina</p>		<p>Vendose tamponin ne tub brenda dhe mbylle me kapakun e tij</p>		<p>Vendose tubin ne qesen e tij.</p>	
ETAPA 6					
<p>Plteso pyetesorin dhe bashkangjitja tubit ne qese</p>					

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Sexually transmitted infections, 2013 WHO www.euro.who.int
2. Sexually transmitted infections in Europe 1990–2010 www.ecdc.europa.eu
3. Center for Disease Control's Reproductive Health Information Source (www.cdc.gov).
4. Shqipëria në Strategjine Globale të OBSH (2006-2015) për kontrollin dhe parandalimin e IST-ve
5. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young Women. *N Engl J Med* 354:2645, 2006 [PMID: 16790697]
6. Lawrence R. Stanberry, David I Bernstein, Sexually Transmitted Diseases, 2002
7. Holmes K. Sexually transmitted diseases 4th edition, 2008
8. Harrison's Principles of Internal Medicine 16th Edition, 2005
9. Diseases and disorders-Sexually transmitted diseases-Kolesnikow, 2003
10. Joffe GP, Foxman B, Schmidt AJ, Farris KB, Carter RJ, Neumann S, Tolo KA, Walters AM. Multiple partners and partner choice as risk factors for sexually transmitted disease among female college students. *Sex Transm Dis.* 1992 Sep-Oct;19(5):272-8.
11. 12. Hogben, Matthew, Leichter, Jami S. Social Determinants and Sexually Transmitted Disease Disparities. *Sexually Transmitted Diseases: December 2008 - Volume 35 - Issue 12 - pp S13-S18*
12. Columbia University's Health Question and Answer Internet Service (www.goaskalice.columbia.edu). A good source of information and answers to questions regarding STDs and other health issues.
13. Alan Guttmacher Institute (www.agi-usa.org). The Alan Guttmacher Institute provides access to statistics on abortion, teen pregnancy, and contraception, as well as articles from Family Planning Perspectives, International Family Planning Perspectives, and the Guttmacher Report on Public Policy.
14. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75: 3–17.
15. Public Health Agency of Canada: Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections, 2006 ed. Ottawa, Canadian Public Health Association, 2006 (www.publichealth.gc.ca/sti)
16. One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups. NHS February 2007
17. Doble A, Harris JRW, Taylor-Robinson D. Prostatodynia and herpes simplex virus infection. *Urology* 1991; 38: 247–248.
18. Buchacz K, Patel P, Taylor M, et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS* 2004; 18: 2075–2079
19. Danielsson D, Molin L. Demonstration of *N. gonorrhoeae* in prostatic fluid after treatment of uncomplicated gonorrheal urethritis. *Acta Derm Venereol* 1971; 51: 73.

20. Ku, L., St. Louis, M., Farshy, C., Aral, S., Turner, C., Lindberg, L., and Somenstein F.(2002). Risk behaviors, medical care, and chlamydial infection among young men in the united states. *American Journal of Public Health*, 92 (7), 1-4.
21. Journal of the American Medical Association (JAMA) (<http://jama.ama-assn.org>). The website of the official journal of the AMA covers recent breakthroughs in treatment and research.
22. Morrisseau P, Phillips C, Leadbetter G. Viral prostatitis. *J Urol* 1970; 103: 767–769.
23. Corey L, Spear P. Infections with herpes simplex virus (second of two parts). *N Engl J Med* 1986; 314: 749–757.
24. Benson PJ, Smith CS. Cytomegalovirus prostatitis. *Urology* 1992; 40:165–167.
25. Collier A, Handsfield H, Roberts P, et al. Cytomegalovirus infection in women attending a sexually transmitted disease clinic. *J infect Dis* 1990;162: 46–51.
26. Ho M. Epidemiology of cytomegalovirus infection. *Rev Infect Dis* 1990; 12(suppl): 701–710
27. Wasserheit JN, Aral SO. The dynamic topology of sexually transmitted disease epidemics: implications for prevention strategies. *J Infect Dis* 1996; 174(Suppl 2): S201–S213.
28. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75: 3–17.
29. Brunham RC, Pourbohloul B, Mak S, et al. The unexpected impact of a *Chlamydia trachomatis* infection control program on susceptibility to reinfection. *J Infect Dis* 2005; 192: 1836–1844.
30. Kakarriqi E. Epidemiologjia e semundjeve infektive ne Shqiperi (1960-2001) dhe kontrolli e parandalimi i tyre ne kontekstin: fatkeqesite natyrore dhe semundjet infektive. Tirane, 2003
31. Kakarriqi E. Menaxhimi Sindromik i IST-ve
32. Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections. Second edition 2007 WHO
33. Kimberly A. Workowski, Stuart Berman. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 December 17, 2010 / 59(RR12);1-110
34. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ.* 2004 Jun;82(6):454-61
35. Center for Disease Control's Center for HIV, STD and TB Prevention(www.cdc.gov).
36. Anne Rompalo, Preventing sexually transmitted infections: back to basics Published December 1, 2011
37. BASH. Standards for the management of sexually transmitted infections (STIs), January 2010
38. STD Surveillance 2010 – Chlamydia (November 17, 2011)
39. Chlamydia fact sheet from the Centers for Disease Control and Prevention www.SDS.com
40. Datta SD, Sternberg MR, Satterwhite CL, et al. Trends in Chlamydia trachomatis prevalence in the U.S., 1999–2006: results from the National Health

- and Nutrition Examination Survey (NHANES). In: Program and abstracts of the 48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual.
41. Cates W. & Wasserheit J.N. (1991) Genital *chlamydial* infections: Epidemiology and reproductive sequelae: Am J Obstet Gynecol. 164. 1771-81
 42. Stary A, Schuh E, Kerschbaumer M, Gotz B, Lee H. Performance of transcription-mediated amplification and ligase chain reaction assays for detection of chlamydial infection in urogenital samples obtained by invasive and noninvasive methods. J Clin Microbiol 1998;36:2666–70 Meeting (Washington, DC). 2008. Abstract L-657.
 43. Charlotte A. Gaydos, Dennis V. Ferrero and John Papp. Laboratory aspects of screening men for Chlamydia trachomatis. 2007;
 44. Leonhardt RM, Lee SJ, Kavathas PB, Cresswell P (2007). "Severe Tryptophan Starvation Blocks Onset of Conventional Persistence and Reduces Reactivation of Chlamydia trachomatis". *Infect. Immun.* 75 (11): 5105–17. doi:10.1128/IAI.00668-07. PMC 2168275. PMID 17724071
 45. Hu D, Hook EW III, Goldie SJ. Screening for *Chlamydia trachomatis* in women 15 to 29 years of age: A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2004; 141:501-513.
 46. McCoy AJ, Adams NE, Hudson AO, Gilvarg C, Leustek T, Maurelli AT (2006). "L,L-diaminopimelate aminotransferase, a trans-kingdom enzyme shared by Chlamydia and plants for synthesis of diaminopimelate/lysine". *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 103 (47): 17909
 47. Screening for Chlamydial Infection Clinical Summary of Recommendations by the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)
 48. KARL E. MILLER, M.D., University of Tennessee College of Medicine, Chattanooga, Tennessee Diagnosis and Treatment of *Chlamydia trachomatis* Infection
 49. Postgonococcal conjunctivitis due to Chlamydia trachomatis. Scott BD, Fortenberry JD. *Sex Transm Dis.* 1986 Jul-Sep;13(3):172-3. doi: 10.1097/00007435-198607000-00013. PMID: 3764629
 50. Asymptomatic Chlamydia trachomatis urethritis in men. W E Stamm, B Cole PMID: 3764626. Ness RB, Smith KJ, Chang CC, Schisterman EF, Bass DC. Prediction of pelvic inflammatory disease among young, single, sexually active women. *Sex Transm Dis* 2006; 33(3):137–142.
 51. Ness RB, Smith KJ, Chang CC, Schisterman EF, Bass DC. Prediction of pelvic inflammatory disease among young, single, sexually active women. *Sex Transm Dis* 2006; 33(3):137–142.
 52. The Natural History of Untreated Chlamydia trachomatis Infection in the Interval Between Screening and Returning for Treatment Geisler, William M. MD, MPH; Wang, Chengbin PhD; Morrison, Sandra G. BS; Black, Carolyn M. PhD; Bandea, Claudiu I. PhD; Hook, Edward W. III MD
 53. Sami L. Gottlieb, David H. Martin, Fujie Xu, Gerald I. Byrne, and Robert C. Brunham The Natural History and Immunobiology of Chlamydia trachomatis Genital Infection and Implications for Chlamydia Control.
 54. Bakken IJ, Skjeldstad FE, Lydersen S, Nordbo SA. Dis 2007 Births and ectopic pregnancies in a large cohort of women tested for Chlamydia trachomatis. *Sex Transm*; 34(10):739–743.

55. Groseclose SL, Zaidi AA, DeLisle SJ, Levine WC, St. Louis ME. 1996. Estimated incidence and prevalence of genital Chlamydia trachomatis infections in the United States, Sex Transm Dis 1999;26:339–44.
56. Centers for Disease Control and Prevention. Screening Tests To Detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Infections — 2002. MMWR 2002;51(No. RR-15)
57. Row N, Egger M, Sterne JA, et al. Incidence of severe reproductive tract complications associated with diagnosed genital chlamydial infection: the Uppsala Women’s Cohort Study. Sex Transm Infect 2006; 82(3):212–218.
58. James L. Joyner, John M. Douglas, Mark Foster. (2006) Persistence of Chlamydia trachomatis infection detected by Polymerase Chain Reaction in untreated patients.
59. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D et al. (2004). "Global data on visual impairment in the year 2002". Bull World Health Organ 82 (11): 844-851. PMC 2623053.PMID 15640920.
60. Stamm WE. Chlamydia trachomatis infections of the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, et al., eds. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill, 1999:407–22.
61. Screening Tests To Detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Infections — 2002 Morbidity and Mortality Weekly Report October 18, 2002 / Vol. 51 / No. RR-15
62. Groseclose SL, Zaidi AA, DeLisle SJ, Levine WC, St. Louis ME. Estimated incidence and prevalence of genital Chlamydia trachomatis infections in the United States, 1996. Sex Transm Dis 1999;26:339–44
63. WHO/EURO Surveillance Report, Sexually Transmitted Infection in Europe, 1990-2010, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <http://www.ecdc.europa.eu>
64. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2009. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. <http://www.cdc.gov/std/stats>.
65. CDC. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2007. *Morbidity & Mortality Weekly Report* 2008; 1-131
66. Albanian Ministry of Health, 2007. *Albanian National Reproductive Health Strategy*. Situation Analysis, Tirana, Albania
67. *Albanian National Public Health and Health Promotion Strategy, 2002-2012*.
68. Ulqinaku. D : “Monitorimi i Sistemeve të survejancës së hepatiteve virale në Shqipëri, 2000-2005”, Tiranë, 2009.
69. Kakarriqi. E: “Analiza epidemiologjike e sëmundjeve infektive”, Tiranë 1997, 27-49.
70. Kakarriqi. E «Epidemiological background of infectious diseases in Albania (1960-2001) and their prevention and control in the context of natural disasters and infectious diseases, 2003; 45-49
71. Burazeri G, Roshi E, Tavanxhi N, Rrumbullaku L, Dasho E. Knowledge and attitude of undergraduate students in Tirana, Albania, towards sexually transmitted infections. *Croat Med J*

- 2003;44:86-91.
72. Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICF Macro. 2010. *Albania Demographic and Health Survey (ADHS), 2008-09*.
 73. Linda M Niccolai, 1,2 Kara A Livingston, 1 Alison S Laufer, 1 Melinda M Pettigrew Behavioural sources of repeat Chlamydia trachomatis infections: importance of different sex partners. *Sex Transm Infect* 2011;87:248e253. doi:10.1136/sti.2010.045484
 74. V Bremer, U Marcus, A Hofmann, O Hamouda Building a sentinel surveillance system for sexually transmitted infections in Germany, 2003; *Sex Transm Infect* 2005;81:173–179. doi: 10.1136/sti.2004.009878
 75. CHARLOTTE K. KENT, MPH, ANNA BRANZUELA, BA, LYN FISCHER, MPA, Chlamydia and Gonorrhoea Screening in San Francisco High Schools; *Sexually Transmitted Diseases*, July 2002
 76. Chloé Tarnaud, Alice Bouyssou et Anne Gallay PROTOCOLE D'ETUDE DE L'ENQUETE GONOCOQUE 2009 Etude des infections à gonocoque déclarées dans le réseau Rénago; Institut de veille sanitaire, France, 2009
 77. Bertille de Barbeyrac Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un Centre de planification familiale et un Centre d'orthogénie, Bordeaux, France, 2005; *BEH thématique* 37-38 / 3 octobre 2006
 78. Jeanne Boucher, Yvette Perriot, Elisabeth Feur, Marie-Claude Leroux Prévalence des infections génitales basses à Chlamydia trachomatis chez les femmes consultant les Centres de planification familiale du Val-de-Marne, France, 1999; *BEH thématique* 37-38 / 3 octobre 2006
 79. Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique, Direction Générale de la Santé, Décembre 2004, p225-233 http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_integral.pdf
 80. Johanna Riha, Catherine H Mercer, Kate Soldan, Clare E French, Mary Macintosh Who is being tested by the English National Chlamydia Screening Programme? A comparison with national probability survey data; *Sex Transm Infect* (2011). doi:10.1136/sti.2010.047027
 81. Turner KM, Adams EJ, LaMontagne DS, et al. Modelling the effectiveness of chlamydia screening in England. *Sex Transm Infect* 2006;82:496-502
 82. Van Duynhoven YT, van de Laar MJ, Schop WA, et al. Different demographic and sexual correlates for chlamydial infection and gonorrhoea in Rotterdam. *Int J Epidemiol* 1997;26:1373.
 83. Cyril Rousseau et al Régionalisation de la surveillance de la syphilis et d'autres IST : principes et premiers résultats en Languedoc-Roussillon (France), 2009; *BEH* 26-27-28 / 5 juillet 2011
 84. Institut de veille sanitaire. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) au 31 décembre 2009 - Rénago, Rénachla et RésIST. Données au 31 décembre 2009. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 10 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr>
 85. Bouyssou Michel A, Gallay A, Janier M, Dupin N, Halioua B, Alcaraz I, et al. Surveillance de la syphilis en France, 2000-2006 : recrudescence des diagnostics en 2006. *Bull Epidémiol Hebd.* 2008;(5-6):39-42

86. Maithé Clerc, Anne Gallay, Laure Imounga, Chloé Le Roy, Olivia Peuchant, Cécile Bébéar, Véronique Goulet, Bertille de Barbeyrac Trends of rectal lymphogranuloma venereum and rectal infection with non LGV Chlamydia trachomatis strains in France, 2002- 2009 BEH 26-27-28 / 5 juillet 2011
87. Savage EJ, van de Laar MJ, Gallay A, van der Sande M, Hamouda O, Sasse A, et al; European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) network. Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. Euro Surveill. 2009;14 <http://www.eurosurveillance.org/>
88. Hamill M, Benn P, Carder C, Copas A, Ward H, Ison C, et al. The clinical manifestations of anorectal infection with lymphogranuloma venereum (LGV) versus non-LGV strains of Chlamydia trachomatis: a case-control study in homosexual men. Int J STD AIDS. 2007;18(7):472-5.
89. Édith Laurent Increase of Chlamydia trachomatis diagnoses and screening in France, analysis of Renachla data (2007-2009) BEH 26-27-28 / 5 juillet 2011
90. Goulet V, de Barbeyrac B, Raherison S, Prudhomme M, Velter A, Semaille C, et al. Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? Bull Epidémiol Hebd. 2011;(12):160-5.
91. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010. Stockholm: ECDC; 2010. 192 p. <http://ecdc.europa>
92. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2009. GA, Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. 184 <http://www.cdc.gov/std/stats>
93. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France. Paris: Anaes; 2003. Disponible à : <http://www.has-sante.fr>
94. Sophie Raherison, Muriel Prudhomme, Annie Velter, Caroline Semaille Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? BEH 12 / 5 avril 2011
95. Goulet V, de Barbeyrac B, Raherison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J; CSF group Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France Sex Transm Infect 2010;86(4):263-70
96. van den Broek IV, Hoebe CJ, van Bergen JE, Brouwers EE, de Feijter EM, Fennema JS, et al Evaluation design of a systematic, selective, internet-based, Chlamydia screening implementation in the Netherlands, 2008-2010: implications of first results for the analysis BMC Infect Dis 2010;10:89p
97. Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis : Anaes, 2003 ; disponible sur <http://www.anaes.fr>
98. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. Hum Reprod Update. 1999 Sep-Oct; 5(5):433-47.
99. Stock C, Guillen-Grima F, Prufer-Kramer L, Serrano-Monzo I, Marin-Fernandez B, Aguinaga-Ontoso I, Kramer A. Sexual behavior and the prevalence of

- Chlamydia trachomatis infection in asymptomatic students in Germany and Spain. *Eur J Epidemiol.* 2001; 17(4):385-90.
100. Honey E, Augood C, Templeton A, Russell I, Paavonen J, Mardh PA, Stary A, Stray-Pedersen B. Cost effectiveness of screening for Chlamydia trachomatis: a review of published studies. *Sex Transm Infect.* 2002 Dec; 78(6):406-12.
 101. Roberts TE, Robinson S, Barton P, Bryan S, Low N; Chlamydia Screening Studies (CLASS) Group. Screening for Chlamydia trachomatis: a systematic review of the economic evaluations and modelling. *Sex Transm Infect.* 2006 Jun; 82(3):193-200.
 102. Karine Tilatti, Sophie Raherison, Claudine Mathieu, Sandrine Frantz-Blancpain, Maïthé Clerc, Véronique Goulet, Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un Centre de planification familiale et un Centre d'orthogénie, Bordeaux, France, 2005 BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006
 103. Sluzhinska A, Scieux C, Brunat N, Henry-Georges S, HenrySuchet J, Eyoka N, Serfaty D, Bassiri M, Domeika M, Mardh PA: Detection of Chlamydia trachomatis in women first void urine by PCR in a family planning centre, Paris, France. In Proceedings of the third meeting of the European society for Chlamydia Research; Vienna, Austria, Edited by Stary A: societa editrice Esculapio, Bologna, Italy: 1996:408
 104. Schachter J, Chernesky MA, Willis DE, Fine PM, Martin DH, Fuller D, Jordan JA, Janda W, Hook EW: Vaginal swabs are the specimens of choice when screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: Results from a multicenter evaluation of the APTIMA assays for both infections. *Sex Transm Dis* 2005, 32:725-8.
 105. Petzold D, Jappe U, Hartmann M, et al. Sexually transmitted diseases in Germany. *Int J STD AIDS* 2002;13:246–53.
 106. Robert Koch-Institut. Jahresbericht Syphilis. *Epidemiologisches Bulletin* 2003;35:277–9.
 107. Szecsy J, Uphoff H, Ley S, et al. Influenza surveillance: experiences from establishing a sentinel surveillance system in Germany. *J Epidemiol Community Health* 1995;49(Suppl 1):9–13.
 108. Dal Conte I, Lucchini A, Contuzzi E, et al. Sexually transmitted infections in Italy: an overview. *Int J STD AIDS* 2001;12: 813–18
 109. Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique, Direction Générale de la Santé, Décembre 2004, p225-233 http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_integral.pdf
 110. « High Prevalence of Chlamydial and Gonococcal Infection in Women Entering Jails and Juvenile Detention Centers – Chicago, Birmingham and San Francisco, 1998 » Morbidity and mortality weekly report, sept 17, 1999, vol 48, n°36.
 111. Anne Bianchi Dépistage des infections à Chlamydia trachomatis dans les Centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis et intérêt de l'auto-prélèvement, France, 2005, BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006
 112. Oms-Prudhomme M. Dépistage systématique de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis par prélèvement endocervical et par sérologie dans une population de femmes jeunes consultant en PMI. Mémoire pour le diplôme universitaire de contraception. Faculté de Médecine Lariboisière Saint Louis. Paris 7. 1991-1992.

113. Bernard Doury Prevalence of Chlamydia trachomatis in students attending Paris 5 University, France, 2003-2005, BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006
114. Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis : Anaes, 2003 ; disponible sur <http://www.anaes.fr>
115. Stamm WE, Chlamydia trachomatis of the adults, in Sexually transmitted diseases, K. Holmes, et al., Editors. 1999, McGraw-Hill: New York.
116. Jaschek G, Gaydos C, Welsh L, et al. Direct detection of Chlamydia trachomatis in urine specimens from symptomatic and asymptomatic men by using a rapid polymerase chain reaction assay. J Clin Microbiol 1993; 31:1209 –1212.
117. Hammet TM, Kennedy S, Kuch S. National Survey of Infectious Diseases in Correctional Facilities: HIV and Sex Transm Dis March 2007. National Criminal Justice Reference Service. Available at: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/217736.pdf>
118. Björn Herrmann. A new genetic variant of Chlamydia trachomatis. Sexually Transmitted Infections 2007; 83:253-4
119. Lynagh Y, Crowley B, Walsh A. Investigation to determine if newly-discovered variant of Chlamydia trachomatis is present in Ireland. Euro Surveill 2007; 12(2):E070201.2. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2007/>
120. Clerc M, Ngandjo A, Bébéar C, Barbeyrac de B. Development of real-time PCR for Chlamydia trachomatis quantification of plasmid and elementary bodies. In: Deak J, editor. Proceedings fifth meeting of the european society for Chlamydia Research; 2004 september 1-4; Hungary - Budapest: Pauker; 2004. p.75
121. Institut de veille sanitaire (InVS). Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005. Plaquette de synthèse. Juillet 2007. <http://www.invs.sante.fr/publications/>
122. Reed GH, Kent JO, Wittwer CT. High Resolution DNA melting analysis for simple and efficient molecular diagnostics. Pharmacogenomics 2007; 8(6):5

Abstrakt

Hyrje: Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme (IST) përfaqësojnë një nga problemet më të mëdha të shëndetit në mbarë botën. Edhe në Shqipëri për shkak të ndryshimeve demografike, ekonomike, shoqërore dhe të sjelljes këto infeksione kanë filluar të pësojnë një rritje të qëndrueshme. Raportimi i sëmundjeve seksualisht të transmetueshme nëpërmjet në pasyrën mujore 14SH e cila bazohet në semundjen e vecantë dhe të identifikuar nuk paraqet shifrat e vërteta dhe ka mangësi. Nga këto mangësi lindi nevoja e vendosjes së survejancës bazuar në sindroma.

Qëllimi: Vlerësimi i tablosë epidemiologjike të sindromave të IST ne Shqipëri.

Materiale dhe metoda: Ky studim është deskriptiv, retrospektiv. Të dhënat e këtij studimi janë marrë nga skeda individuale sindromike e infeksioneve seksualisht të transmetueshme të ardhura në ISHP gjatë periudhës 2010 – Dhjetor 2012.

Rezultatet: Për periudhën 3 vjecare të survejancës janë raportuar 5344 raste, 5224 (98%) femra dhe 120(2%) meshkuj. Moshë mesatare e rasteve me IST është 33 vjeç. Vërehet mbizotërim i grupmoshës 20-29 vjeç me 2324 (43.5%) raste me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me grupmoshat e tjera ($\chi^2=4031.1$ $p<0.01$). Pjesa më e madhe e rasteve 3418(64%) raportojnë se nuk kanë përdorur kondomin asnjëherë në jetën e tyre. Numri më i madh i rasteve me IST është raportuar nga konsultori i gruas 4157(77.8%), ndjekur nga raportimet e laboratorëve me 1076(20.1%) të rasteve. Sindroma më e shpeshtë është sindroma "rrjedhje vaginale" me 4895 (91.6%) të rasteve, ndërkohë që 1924 (36.0%) e rasteve raportojnë për dhimbje abdominale.

Përfundime : Survejanca sindromike tregon për mbizotërim të IST-ve tek femrat e grupmoshës seksualisht aktive të cilat kanë njëkohësisht një nivel të ulët të përdorimit të kondomit sidomos tek rastet me arsim 8-vjeçar. Shpesh vërehet prania e më shumë se një sindrome çka vështirëson ndjekjen e algoritmit të trajtimit të tyre. Pjesa më e madhe e rasteve nuk referojnë asnjë të dhënë për numrin e partnereve dhe për sjelljet seksuale.

Fjale kyç: IST, survejancë, sindromë, menaxhim

Fusha: Shëndet Publik

Abstract

Introduction: Sexually Transmitted Infections (STIs) represent one of the biggest health problems worldwide. Even in Albania due to demographic, economic, social and behavioral changes these infections have begun to experience a steady increase. Sexually transmitted diseases through the monthly list 14SH which is based on the specific and identified disease does not present the true figures and has shortcomings. From these shortcomings arose the need to establish surveillance based on syndromes.

Purpose: Evaluation of the epidemiological picture of STI syndromes in Albania.

Materials and methods: This study is descriptive, retrospective. The data of this study were taken from the individual syndromic file of sexually transmitted infections coming to IPH during the period 2010 - December 2012.

Results: For the 3-year monitoring period 5344 cases were reported, 5224 (98%) female and 120 (2%) male. The average age of STI cases is 33 years. The predominance of the age group 20-29 years is observed with 2324 (43.5%) cases with statistically significant difference with other age groups ($\chi^2 = 4031.1$ $p < 0.01$). The majority of cases 3418 (64%) report that they have never used a condom in their lifetime. The largest number of cases with STIs was reported by the female consultant 4157 (77.8%), followed by laboratory reports with 1076 (20.1%) cases. The most common syndrome is "vaginal discharge" syndrome with 4895 (91.6%) cases, while 1924 (36.0%) of cases report abdominal pain.

Conclusions: Syndromic Surveillance indicates the predominance of STIs in sexually active women who also have a low level of condom use, especially in cases with 8 years of education. The presence of more than one syndrome is often noticed, which makes it difficult to follow the algorithm of their treatment. Most cases do not refer to any data on the number of partners and sexual behavior.

Keywords: STI, surveillance, syndrome, management

Domain: Public Health