



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË**

DISERTACION

I paraqitur nga:
ALLMA KOÇINAJ

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE “**DOKTOR**”
Specialiteti: Dermatologji

Tema:
**KRAHASIMI LABORATORIK DHE KLINIK I EFEKTSHMËRISË
SË ANTIMYKOTIKËVE TË NDRYSHËM MBI AGJENTËT FUNGAL
SHKAKTARË TË MYKOZAVE KUTANE**

Udhëheqës shkencor: **Prof.Dr. Andi KORAQI**

TIRANË, 2021

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

FAKULTETI I MJEKËSISË

DISERTACION

I paraqitur nga:

ALLMA KOÇINAJ

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE “DOKTOR”

Specialiteti: Dermatologji

Tema:

**KRAHASIMI LABORATORIK DHE KLINIK I EFEKTSHMËRISË SË
ANTIMYKOTIKËVE TË NDRYSHËM MBI AGJENTËT FUNGAL SHKAKTARË
TË MYKOZAVE KUTANE**

Udhëheqës shkencor: Prof.Dr. Andi KORAQI

Mbrohet më datë.....

PËRPARA JURISË

1.....(Kryetar)

2.....(Antarë/Oponent)

3.....(Antarë/Oponent)

4..... (Antarë)

5..... (Antarë)

TIRANË, 2021

©Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit

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

Falenderim

Falenderoj udhëheqësin e punimit, Prof.Dr.Andi Koraqi për sygjërimet dhe këshillat e dhëna gjatë realizimit të këtij punimi. Falenderoj kolegen dhe mikën time Prof.Asoc.Monika Fida për ndihmën e ofruar. Po ashtu klinikistët, edhe kolegët nga Instituti Mikrobiologjik pa ndihmën e të cilëve nuk do të ishte i mundshëm realizimi i këtij punimi.

Një falenderim i posaçëm ia dedikoj bashkëshortit tim Prof.Asoc. Dardan Kocinaj i cili me një insistim të palodhshëm dhe me ndihmën e pashoq më ka shtyer përpara përgjatë këtij rrugëtimi dhe realizimin deri në fund të temës.

Fëmijët e mi, Donatin dhe Tomorin, që më përcollën përgjatë kësaj rruge mjaft të gjatë dhe tejkaluan mungesën time.

PËRMBAJTJA E LËNDËS

Indeksi i tabelave.....	VI
Indeksi i grafikeve dhe figurave.....	VIII
Parathënie.....	IX
Abstrakt.....	X
Abstract.....	XI
Lista e shkurtimeve të përdorura në tekst.....	XII
Qëllimi i studimit.....	1
I KAPITULLI I PARË – PJESA TEORIKE.....	2
I.1. Mykozat e lëkurës.....	2
I.1.1. Izolimi i shkaktarit.....	3
I.1.2. Agjentët fungal.....	4
I.2. Paraqitja klinike e mykozave kutane.....	6
I.2.1. Infeksionet sipërfaqësore joinflamatore.....	6
I.2.2. Infeksionet sipërfaqësore inflamatore.....	6
I.3. Diagnozat diferenciale.....	8
I.4. Trajtimi antimykotik.....	8
II. KAPITULLI I DYTË – MATERIALI DHE METODA.....	11
II.1. STUDIMI KLINIK.....	11
II.2. STUDIMI LABORATORIK.....	11
II.3. TIPI I STUDIMIT.....	12
II.4. ANALIZA STATISTIKORE.....	13

III. KAPITULLI I TRETË – REZULTATET DHE DISKUTIMI.....	14
III.1. Të dhënat e përgjithshme karakteristike për popullatën e analizuar	14
III.2. Rezultatet nga diagnostikimi klinik i ndryshimeve mykotike në lëkurë.....	20
III.3. Trajtimi i manifestimeve ne lekure mykotike.....	32
III.4. Korrelimi në mes të disa parametrave të krahasueshëm ne popullaten e analizuar.....	37
IV. KONKLuzionET.....	45
V. REKOMANDIMET.....	49
VI. BIBLIOGRAFIA.....	50

Indeksi i tabelave

Tabela 1. Karakteristikat bazike të popullatës së analizuar.....	14
Tabela 2. Popullata e analizuar sipas gjinisë dhe vendbanimit.....	14
Tabela 3. Të sëmurët me mykoza të prezentuar në grupmosha sipas gjinisë.....	15
Tabela 4. Grupmoshat e popullatës së analizuar sipas vendbanimit.....	15
Tabela 5. Angazhimi në punë dhe profesioni te grupmoshat e caktuara.....	16
Tabela 6. Shkalla e arsimimit tek grupmoshat e caktuara të popullatës së analizuar.....	17
Tabela 7. Prania e sëmundjeve kronike te popullata e analizuar sipas grupmoshave.....	18
Tabela 8. Angazhimi në punë dhe profesioni konform vendbanimit.....	18
Tabela 9. Shkalla e arsimimit dhe vendbanimi i popullatës së analizuar.....	19
Tabela 10. Diagnozat klinike të mykozave ne lekure varësisht nga lokalizimi trupor.....	19
Tabela 11. Diagnozat klinike më te hasura sipas gjinive.....	20
Tabela 12. Shkaktarët e identifikuar te mykozat kutane.....	21
Tabela 13. Shkaktarët e izoluar sipas gjinisë.....	22
Tabela 14. Shkaktarët e izoluar te popullata në vendbanime të ndryshme.....	23
Tabela 15. Speciet e ndryshme të izoluar nga popullata varësisht nga angazhimi në punë ose profesioni.....	24
Tabela 16. Të analizuarit e ndarë sipas shkallës së arsimimit dhe shkaktarëve të izoluar.....	25
Tabela 17. Prezenca e shkaktarëve mykotik te sëmundjet kronike.....	25
Tabela 18. Shkaktarët e izoluar nga manifestimet ne lekure në regjione të ndryshme.....	26
Tabela 19. Izolimi i shkaktarëve mykotik tek diagnozat klinike.....	28
Tabela 20. Prezantimi i shkaktarëve sipas grupmoshave.....	29

Tabela 21. Shkaktarët e izoluar ne popullate në bazë të angazhimit në punë dhe profesionit.....	30
Tabela 22. Paraqitja e lokalizimeve të ndryshimeve te grupmoshat e caktuara.....	31
Tabela 23. Trajtimi lokal i aplikuar në bazë të diagnozave klinike.....	32
Tabela 24. Trajtimi lokal antimykotik ne lokalizimet e ndryshme trupore.....	33
Tabela 25. Trajtimi antimykotik te ndryshimet klinike me shkaktarë të izoluar.....	34
Tabela 26. Vlerësimi i parë i përmirësimit klinik të manifestimeve ne lëkure dhe terapia lokale antimykotike e përdorur.....	35
Tabela 27. Vlerësimi i dytë i përmirësimit klinik të manifestimeve ne lekure dhe terapia lokale antimykotike e përdorur.....	35
Tabela 28. Testimi laboratorik i antimykotikëve.....	36

Indeksi i grafikeve

Grafiku 1. Ndarja e shkaktarëve të identifikuar nga ndryshimet mykotike te popullata e analizuar.....	21
Grafiku 2. Shkaktarët e izoluar sipas gjinisë.....	22
Grafiku 3. Vendbanimi i popullatës së analizuar nga të cilët u izoluan speciet e ndryshme shkaktarë.....	23
Grafiku 4. Shpërndarja e shkaktarëve te popullata ne varesi te angazhimit në punë dhe profesion.....	24
Grafiku 5. Shkaktarët e izoluar te personat me sëmundje kronike.....	26
Grafiku 6. Lokalizimet e ndryshme trupore dhe shkaktarët e izoluar.....	27
Grafiku 7. Paraqitja e shkaktarëve në diagnozat klinike.....	28
Grafiku 8. Ndryshimet klinike të trajtuara me shkaktarë të izoluar.....	34
Grafiku 9. Antimykotikët dhe testimi laboratorik te mostra e rastësishme.....	36
Grafiku 10. Korrelimi ndermjet pranisë së sëmundjeve kronike dhe numrit të regjioneve të prekura.....	37
Grafiku 11. Korrelimi ndermjet efikasitetit të trajtimit lokal dhe moshës në javën e parë.....	38
Grafiku 12. Korrelimi ndermjet efikasitetit të trajtimit lokal dhe moshës në javën e dyte.....	38

PARATHËNIE

Infeksionet mykotike janë sëmundje mjaft të shpeshta dhe mund të paraqiten në forma të ndryshme klinike.

Këto infeksione manifestohen klinikisht me formën sipërfaqësore dhe të thellë, ne varësi nga shkaktari. Më e shpeshta në praktiken e përditshme është forma sipërfaqësore që paraqitet klinikisht me papula roze në të kuqërremtë në forme unaze me skuame të lehte me tendencë zgjerimi ndërsa qendra duket e shëruar.

Diagnostifikimi bëhet nga pamja klinike, ekzaminimi direkt mikroskopik dhe kultura. Ne disa raste të rralla vecanerisht në jatrogjeni është e nevojshme dhe kryerja e biopsive kutane për të konfirmuar diagnozen e sakte. Në praktiken e përditshme jo gjithënjë është mundësia e kryerjes së analizës verifikuese pasi këtë e ofron vetëm shërbimi terciar.

Mos trajtimi ose trajtimi jo-adekuat i këtyre infeksioneve pasohet me perkeqesim të kuadrit klinik, përhapje të infeksionit, si dhe mbivendosje bakteriale të metejshme.

Shpeshherë mjekimi i infeksioneve mykotike kryhet nga mjekë familje, mjekë pediater dhe mjekët dermatolog në qendra mjekesore ku nuk mund të mundesohet kryerja e analizave specifike për të pëcaktuar shkaktarin dhe ndjeshmërinë ndaj trajtimit. Pikërisht kjo mund të rezultojë deri në rezistencë terapeutike.

Shërbimi terciar shëndetësor ofron mundësinë e trajtimit të pacientëve të cilët nuk janë diagnostikuar në mënyrë adekuate e për pasoje dhe nuk janë trajtuar në mënyrë adekuate.

Dilemat mund të paraqiten në diagnostifikim, mjekim, në kërkim të analizave plotësuese.

Studimi i thelluar i këtij problemi do të ndihmonte në nxjerrjen e të dhënave të sakta për sa i përket përhapjes së infeksioneve mykotike, identifikimin e strukturës dhe frekuencës së agjentëve fungal, format klinike të këtyre infeksioneve në lëkurë, krahasimin in vitro dhe in vivo të efikasitetit të mjekimit.

ABSTRAKT

Infeksionet sipërfaqësore fungale të lekurës të shkaktuar nga dermatofitet quhen Tinea dhe janë infeksione më të shpeshta që prekin rreth 15% të popullatës në botë. Trajtimi i tyre realizohet me antimykotikë dhe zakonisht mjafton vetëm trajtimi lokal. Qëllimi kryesor i punimit tonë është që të bëhet vlerësimi i përmirësimit të manifestimeve klinike të sëmundjeve mykotike pas trajtimit lokal dhe vlerësimi laboratorik i efikasitetit të antimykotikëve të shkaktarët e izoluar. Në studim janë përfshirë 120 pacientë, të cilët janë referuar në qendrën terciare që kanë rezultuar me mikroskopi direkte pozitive për sëmundje mykotike. Moshë mesatare e popullatës të analizuar është 35.2 ± 19.23 vjeç, me pjesëmarrje më të madhe të gjinisë femrore (56.67%). Shkaktari më i shpeshtë i izoluar është *Trichophyton* spp. Pas trajtimit në 88.33% të rasteve të të gjithë të analizuarve u vërejt përmirsim i mirë klinik. Ekzistojnë lloje të ndryshme specie mykotike të cilët mund të izoloohen nga vende të ndryshme të lokalizimit në trup prandaj këto sëmundje meritojnë një qasje më të përmiresuar trajtimi me preparatet antimykotike duke përfshirë edhe masat parandaluese tek popullata.

Fjalët kyçe: Tinea, dermatofitet, antimykotikët, ekzaminim direkt, kulture.

ABSTRACT

Superficial cutaneous fungal infections caused by dermatophytes are called Tinea affecting somewhere around 15.% of the worldwide population. Antimycotic agents can be classified into several classes and usually topical treatment is based on the clinical feature. The main goal of our study was to evaluate the clinical improvement of these diseases after topical treatment and in vitro antimycotic evaluation. The study included 120 patients referred to a tertiary center that had positive direct microscopy result for mycotic infection. The average age of the population was $35.2 \pm 19:23$, with greater participation of female (56.67%). Trichophyton spp. were the most common agent isolated. After the treatment in 88.33% of cases good clinical improvement was noted. There are different types of fungal agents that can be isolated from various body localization therefore these diseases deserve an improved approach including preventive measures in the population.

Key words: Tinea, dermatophytes, antimycotics, direct microscopy, culture.

LISTA E SHKURTIMEVE

HIV – Virusi i Imunodeficiencës Humane

C - Clotrimazole

F - Fluconazole

M - Myconazole

T- Terbinafine

QËLLIMI

Qëllimi: Përcaktimi i efikasitetit të mjekimit me antimykotik në sëmundjet mykotike të lëkurës nëpërmjet krahasimit laboratorik dhe klinik.

Objektivat:

- Të përcaktohet struktura dhe frekunca e agjentëve fungal, shkaktarë të mykozave kutane
- Të përcaktohet frekuenca e paraqitjeve klinike të patologjive mykotike në lëkurë
- Të përcaktohet ndjeshmëria ndaj antimykotikeve e shtameve shkaktarë të sëmundjeve kutane të izoluara nga pacientët që vuajnë nga këto sëmundje
- Të krahasoje in vitro dhe in vivo efikasitetin e preparateve antimykotikëve të ndryshëm.

I. KAPITULLI I PARË – PJESA TEORIKE

I.1. Mykozat e lëkurës

Infeksionet sipërfaqësore fungale të shkaktuar nga dermatofitet janë infeksione më të shpeshta te lekures që prekin rreth 15% të popullatës në botë. Dekadave të fundit vërehet trendi në rritje të këtyre infeksioneve me prekje te lekures se kokës dhe thonjve sidomos në vendet e zhvilluara (1).

Klima e nxehtë dhe lagështia paraqesin kushte ideale për rritjen e mykozave që shkaktojnë infeksione kutane. Infeksionet sipërfaqësore mykotike të flokëve, lëkurës dhe thonjve janë shkaktarë madhor të morbiditetit në botë, sidomos në vendet tropikale (2-4).

Në këtë grup hyjnë dermatofitozot, kandidoza dhe pityriasis versicolor, të cilat kanë afinitet të parazitojnë në lëkurë (5). Këto sëmundje transmetohen nga sipërfaqja e lekures se kontaminuar tek tjetri përmes kontaktit direkt nga njeriu i infektuar; përmes kafshëve dhe përdorimit të sendeve personale (6).

Dermatofitet shkaktojnë infeksionet më të shpeshta fungale në botë, duke përfshirë përafërsisht 20% të popullatës (7). Përkundër prevalencës së tyre të lartë dhe trendit të lartë të shkakimit të sëmundjeve sot biologjia bazike e këtyre mikroorganizmave nuk njihet mirë (8). Më parë është konsideruar se këto infeksione janë shkaktuar më së shpeshti si pasojë e higjienës së dobët të individëve apo kushteve të rënda të jetesës. Por viteve të fundit është vërejtur një rritje drastike e rasteve me infeksione mykotike të skalpit dhe thonjve sidomos në vendet e zhvilluara të Evropës dhe Amerikës dhe kjo edhe në kushte të një higjienë të mirë personale (9).

Të dhënat epidemiologjike mbi përhapjen e infeksioneve mykotike ndryshojnë në varesi nga regjioni gjeografik. Shtimi i incidencës së infeksioneve mykotike mund të jetë pasojë e përdorimit të antibiotikëve, preparateve medikamentoze imunosupresore dhe gjendjeve të caktuara si p.sh. transplantimi i organeve, sëmundjet onkologjike, leukemitë, infeksionet me HIV (10). Infeksionet mykotike ndikojnë mjaft në cilësinë e jetesës së pacientit por dhe në përkujdesjen shëndetësore dhe shpenzimet ekonomike, të cilat prej vitit në vit janë duke u rritur (11). Pra impakti që ka në shoqëri është shumë i madh.

Aktualisht ekzistojnë një spektër mjaft i gjërë i preparateve antimykotike efikas në trajtimin e patologjive mykotike për përdorim lokal apo sistematik. Agjentët antifungal që janë në treg

për trajtimin e dermatomykozave janë inhibitorë të biosintezës së ergosterolit. Ekzistojnë tri lloje të këtyre inhibitorëve që janë testuar klinikisht si: azolet (miconazole, ketokonazole, intrakonazole, fluconazole), allylamine (terbinafine) dhe morpholines (amorolfine) (12). Edhe ditët e sotme antifungal më efektiv janë ata të cilët përdoren në periudhë sa më shkurtër dhe me sa më pak efekte anësore. Kategoritë kryesore janë allylamine (terbinafine) dhe grupi i azoleve (imidazole), të cilat janë përdorur mjaft dhe kanë treguar efikasitet të lartë profil sigurie të lartë. Ndërsa pjesa e përket Nystatines dhe Griseofulvin që janë përdorur më shumë se 50 vite rezultatet më të mira keto preparate i kanë treguar në mjekimin e kandidozës (13). Edhe pse ekzistojnë protokollet e trajtimit të këtyre infeksioneve, një problem të madh paraqesin infeksionet e përsëritura, të cilat, nuk dihet se a janë pasojë e infeksionit të ri apo riaktivizimit të atij të mëparshëm (14).

Kushtet e ambientit luajnë rol të konsiderueshëm në infektimin dhe paraqitjen e infeksioneve fungale dhe për këtë arsye duhet të bëhet edukimi i pacientit lidhur me kushtet të cilat e favorizojnë paraqitjen e tyre (15). Dermatomykozat më së shpeshti shkaktohen nga mykrat filamentoz siç janë Trichophyton, Microsporum, apo Epidermophyton species. Këto lloje mykrash kanë afinitet të lartë për keratinën, si komponent përbërës i lëkurës, flokëve dhe thonjëve. Mykozat sipërfaqësore kufizohen zakonisht vetëm në epidermë dhe rrallë invadojnë shtresën dermale. Në raste shumë të rralla mund të përfshihen edhe organet e brendshme.

Zakonisht në trajtimin e infeksioneve mykotike sipërfaqësore mjafton vetëm trajtimi lokal përveç në raste kur infeksioni është mjaft i theksuar dhe faktorët favorizues të këtij infeksioni janë të shumtë atëherë aplikohet terapia sistemike (16). Terapia sistemike përdoret tek infeksionet mykotike të kokës dhe thonjëve ndërsa ajo lokale aplikohet tek infeksionet në pjesët tjera të trupit sic mund të jënë Tinea pedis, Tinea cruris, Tinea corporis.

I.1.1. Izolimi i shkaktarit

Sa i përket metodave identifikuese dhe diagnostifikuese përmendim ekzaminimi direkt mikroskopik me tretesirën KHO dhe kulturen (kultivimi në Sabouraud agar).

Mikroskopia direkte kryhet përmes vendosjes së materialit të marre me kujdes nepermjet gervishtjes në qelqin mikroskopik me KOH 10% dhe mbulimit me qelq, për identifikimin e elementeve mikotike (filamente mykotike, spore).

Kultura - Mbjellja realizohet në Sabouraud agar dhe pastaj inkubimi për të realizuar rritjen e kulturave mikotike dhe diferencimin edhe në bazë të ngjyrës.

I.1.2. Agjentët fungal

Mikroorganizmat Funge janë përshkruar për herë të parë me 1840 (17). Ato janë organizma eukariot, shumëbërthamor apo shumëqelizor zakonisht me një rritje karakteristike filamentoze (hifet). Muri i tyre qelizor ka natyrë polisaharidike komplekse, të cilat mund të ngjyrosen në mënyrë specifike. Membrana e fungeve përbëhet prej steroleve kryesisht ergosterolit, e që paraqet ne shumicën e rasteve vendin e veprimit të preparateve antimykotike. Ushqyerja e fungeve realizohet qoftë përmes ambientit ku jetojnë apo si saprofit në organizmat tjerë të gjallë. Në bazë të rritjes funget ndahen në maja apo kërpudha (18, 19).

Infeksionet mykotike sipërfaqësore të lëkurës mund të ndahen në dermatofite, kandidozat dhe jo-dermatofite (20).

Pra, dermatomikozat janë infeksionet të lëkurës, thonjëve dhe flokëve që mund të shkaktohen nga dermatofitet, maja dhe mykra (21).

Dermatofitozat janë infeksione mykotike të njeriut dhe kafshëve që kufizohen në shtresat sipërfaqësore të lëkurës, thonjëve dhe flokëve. Dermatofitet janë funge aerobike dhe disa prej tyre kanë aftësi të prodhojnë dhe pigment. Ato nuk penetrojnë në shtresat me qeliza të gjalla, dhe për këtë qëndrojnë në shtresën korneale ku rriten si hifë të degezuara. Mund të kenë tri rrugë të përhapjes antropofile, gjeofile dhe zoofile. Transmetimi i sëmundjes mund të bëhet me anë të kontaktit të drejtpërdrejtë ose përmes sendeve të kontaminuara.

Sëmundjet e shkaktuara nga dermatofitet quhen Tinea, të cilës i shtohet edhe emri latin i pjesës së përfshirë si p.sh. Tinea capitis, barbae, corporis, cruris, pedis, unguium, faciei, etj.

Infeksionet nga majat shkaktohen nga llojet e ndryshme të kandidave dhe speciet e *Malassezia*. Sa i përket kandidave mund të paraqiten si infeksione akute apo subakute të sipërfaqes së lëkurës, membranave mukozale, thonjëve e rrallë indeve të thella (si organeve të ndryshme). Burimi i infeksionit është gjithmonë endogjen. Faktorët favorizues janë ata që ndikojnë në rënien e imunitetit qofshin si pasojë e sëmundjeve apo medikamenteve të ndryshme si antibiotike, imunosupresore (22).

Ndërsa sa i përket të specieve të *Malassezia* karakterizohet me infeksione sipërfaqësore të lëkurës, më i shpeshti Pityriasis versicolor.

Shqetësuese na paraqiten rastet e onichomykozës së thonjëve të këmbëve të shkaktuar nga mykrat jodermatofite (23).

Dermatofitet zoofilike

Burimi infeksionit janë kafshët sidomos ato shtëpiake dhe janë të shpeshta te fëmijët dhe adoleshentët. Ato tani po izoloohen edhe në Europë nëpër kopshte dhe shkolla, por në disa raste në literaturë janë të lidhura edhe me migrimin e popullësisë. Mund të jenë të formave kronike kur përcillen me qelb dhe formimin e abscesit.

Përhapja e dermatofiteve në shtëpi

Burimi më i shpeshtë i infeksionit është në mes të anetarëve të familjes dhe perhapja e infeksionit mykotik realizohet në mënyrë horizontale ose vertikale ku përfshihen bashkëshortët ose gjeneratat e ndryshme të familjes e personave që bashkejetojnë. Vendet e njohura të përhapjes janë ambientet sanitare, ambientet publike te dusheve etj (24).

Sëmundjet kronike

Semundja bashkeshoqeruese me e shpeshte e sëmundjeve mykotike te lekures (përfshirë tinea pedis dhe onychomycosis) është sëmundja e Diabetit melitus. Nga studimet e bëra shihet se dermatofitet, majat dhe mykrat janë po ashtu prezente te pacientët në hemodializë dhe infeksionet duket të jenë më të shtuara nëse këta pacient kanë edhe Diabet melit(25).

Virulenca e dermatofiteve

Përkundër faktit se është e rëndësishme gjendja e imunitetit te bujtesit për dermatofitozat një faktorë me rëndësi është edhe virulenca e dermatofiteve. Sipas disa studimeve faktorë kyç mendohet të jetë aktiviteti keratolitik i shkaktarit. Kur ky aktivitet enzimatik bashkohet me temperaturën trupore dhe pH e lëkurës krijojnë kushtet e adaptimit për dermatofite (24).

Faktorë të tjerë por jo më pak të rëndësishëm për lokalizimin dhe zhvillimin e dermatofiteve janë edhe prania e glukoproteinave në membranën qelizore të fungeve që mundësojnë adherencën, ngjitjen e dermatofiteve në indin epitelial dhe prania e hifeve me anë të cilave mundësohet depërtimi në thellësi të lekures (26).

I.2. Paraqitja klinike e mykozave kutane

Ekzistojnë dy kategori të infeksioneve sipërfaqësore mykotike:

- ❖ Inflammatorë,
- ❖ Joinflamatorë (2, 3, 27)

I.2.1. Infeksionet sipërfaqësore joinflamatorë

Pityriasis versicolor

Infeksion sipërfaqësor i shkaktuar nga lloji *Malassezia* që klinikisht paraqitet me makula ovale apo të rrumbullakta, hipopigmentuese ose lehtësisht hiperpigmentuese, me skuame të lehte dhe lokalizim më të shpeshtë në zonat seboroike në trung (2, 28, 29).

Tinea nigra

Është sëmundje karakteristike për vendet tropikale dhe subtropikale. Shkaktohet nga *Exophiala werneckii* dhe paraqitet me njolla të vogla, të zeza në shuplaka, dhe rrallë në shputa. Forma e zezë e sëmundjes lokalizohet më tepër në flokë, përderisa ajo e bardhë më tepër nën sqetulla, fytyrë dhe në cruris (30, 31).

I.2.2. Infeksionet sipërfaqësore inflamatorë

Këto sëmundje janë të shkaktuara nga një grup i mykrave që parazitohen në keratinën e lëkurës, flokëve dhe thonjëve (32).

Për vetë faktin që këto infeksione shkaktohen nga dermatofitet edhe emërtohen dermatophytosis, ndërsa sëmundja tinea emërtohet në varesi të lokalizimit (30).

Tinea capitis

Njihet si infeksion i folikulit të qimes që klinikisht paraqitet me rënje të flokëve dhe skuame të shtuar në lëkurë (34, 35).

Tinea faciei

Shpesh është prezente pas autoinokulimit me kaakteristike papulat e vendosura ne fytyre dhe rrethin e kuq karakteristikë (36).

Tinea corporis

Afekton shtresën korneale të lëkurës përveç shputave, shuplakave dhe ijeve. Paraqitet te të gjitha moshat dhe më së shpeshti shkaktohet nga trichofitet. Klinikisht karakterizohet me pllaka skuamoze dhe me një unazë periferike të kuqe që tregon pjesën aktive të infeksionit (37).

Tinea cruris

Zakonisht është gjendje që shkaktohet nga autoinfeksioni, nga infeksioni mykotik i shputave ose thonjëve. Faktorë predispozues janë: Diabeti mellitus, obeziteti, djersitja e shtuar, lageshtia. Karakterizohet me lezione eritematoze dhe skuamoze (19).

Tinea pedis dhe manum

Shkaktohen zakonisht nga Trikofitet me lokalizim në shputa dhe shuplaka. Mund të ketë karakter akut dhe kronik (38).

Tinea unguium

Ky infeksion karakterizohet me përfshirjen e thonjëve. Klinikisht paraqitet me coptim të pllakës së thonit, sidomos në skajin periferik, trashje të saj dhe diskolorim. Këtë infeksion e favorizon po ashtu prezenca e lagështisë dhe rënja e imunitetit te individit qofte nga patologji te ndyshme qofte nga mjekime imunosupresive (39).

Tinea inguinalis

Është infeksion që zakonisht paraqitet si rezultat i autoinokulacionit te pacientët që kanë tinea pedis dhe unguium. Meshkujt preken me shume se femrat (40).

Tinea barbae

Karakterizohet me përfshirjen nga infeksioni mylotik i qimeve të mjekrrës (41).

Candidiasis

Shkaktohet nga Candida albicans më së shpeshti, pa i përjashtuar edhe llojet tjera . Infeksioni nga kandida mund të përfshijë lëkurën, mukozat, thonjte dhe organet e tjera. Klinikisht mund

të shfaqet si kandidoza orale që është më e shpeshtë te të posalindurit dhe te të moshuarit por po ashtu edhe te personat me rënie të imunitetit. Lezionet janë në formë të erozioneve me pseudomembranen në ngjyrë të bardhë ose forma kronike me ngjyrë të kuqe (19, 42).

Kandidiaza intertrigjinoze

Afekton palosjet e lëkurës me leziona karakteristike erozive, të bardha, dhe me fisura.

Kandidiaza e thonjëve

Zakonisht atakon pjesën e sipërme të pllakës së thoit dhe laterale. Haset me shpesh te thonjt e duarve për shkak të kontaktit më të shpeshtë me ujin. (19, 42)

Perleche

Është infeksion që përfshinë skajet e buzëve dhe paraqitet me çarje të tyre. Zakonisht shkaktohet te personat e moshuar që kanë problem me protezat dhe kanë lageshtirë të shtuar në keto zona.

I.3. Diagnozat diferenciale

Diagnoza diferenciale e Tinea të lokalizuar në fytyrë përfshin patologji si dermatiti i kontaktit, dermatiti atopik, lupusi eritematoz diskoid, eritema migrans, impetigo, psoriasis vulgaris, rozacea, dermatiti seboroik.

Në rastet e Tinea të lokalizuar në kokë diagnozë diferenciale duhet të bëhet me patologjite si alopecia areata, folikulitet, keratozis aktinike, piodermite, trichotilomania, pitiriza dhe psoriaza e kokës (43).

I.4. Trajtimi antimykotik

Preparatet antimykotike janë substanca që mjekimin e tyre e bazojnë me veprimin në mënyrë direkte apo indirekte në mykra. Terapia antifungale është përdorur për herë të parë në vitin 1888 (44).

Rreth fundit të viteve '70-te me zbulimin e derivateve të imidazolit është bërë një kthesë e madhe në trajtimin e infeksioneve mykotike sipërfaqësore dhe të thella. Në dy dekadat e fundit janë zbuluar agjentë të ri antifungal me një absorbim më të mirë dhe efektivitet të konsiderueshem me të lartë (14, 45).

Sa i përket trajtimit lokal, ai nuk varet vetëm nga lloji i lezionit, mekanizmi i veprimit të agjentit, por edhe nga viskoziteti, aftësitë hidrofobike dhe aciditeti i përmbajtjes së tij. Produktet për aplikim lokal gjenden në treg në formë të kremeve ose solucioneve por gjenden edhe si pomada, pudra dhe shampo për aplikim në pjesët e caktuara të trupit (46, 47).

Ekzistojnë antifungal të shumtë për trajtimin e mykozave (13, 48). Preparatet antimykotike mund të klasifikohen në disa klasa (31, 49-51).

Bazuar në mekanizmin e veprimit ata ndahen në (52):

- Polyene
- Azole
- Allylamine
- Equinoiocandine, dhe
- të tjera (griseofulvina, flukocitozina)

Azolet janë më tepër të përdorura si agjentë antifungal dhe veprojnë duke inhibuar enzimen citokrom P450, 14 α dimetilaza. Në aspektin e përdorimit klinik dallohen dy grupe; ai i imidazoleve dhe ai i triazoleve.

Në grupin e imidazoleve hyjnë disa lloje:

- a) Clotrimazole është një ndër derivatet e para të imidazolit. Ka përdorim të gjërë në trajtimin e dermatofiteve në lekure. Gjendet në forma të ndryshme aplikimi. Indikacionet më të shpeshta për përdorimin e këtij preparati janë infeksionet me dermatofite, tinea versicolor apo kandidoza mukokutane.
- b) Econazole është preparat që ndërpre shëndrrimin e lanosterolit në ergosterol kështu që bllokon drejtpërdrejt rritjen e mykut. Indikohet në mjekimin e dermatofiteve, kandidozës dhe tinea versicolor.
- c) Ketokonazole është antimykotiku i parë i prodhuar për administrim oral dhe sigurisht paraqitet dhe në forma lokale të ndryshme si pomade, krem shampo ose solucion.
- d) Miconazole indikohet më së shpeshti tek infeksionet mykotike sipërfaqësore.
- e) Oxiconazole indikohet tek të gjitha infeksionet mykotike sipërfaqësore.

Triazole janë grup i agjentëve antimykotik ku hyn itraconazole, i cili është triazol sintetik dhe fungistatik. Indikohet sidomos të infeksionet mykotike të thonjëve dhe kandidiazës.

Fluconazole është substacë e tretshme në ujë dhe me një absorbim mjaft të mirë oral. Sidomos përdoret te infeksionet e shkaktuar nga Candida.

Equinocandine përdoren më rrallë dhe me se shumti ne infeksionet mykotike invazive. Ekinokandinet me tre përfaqësues të rëndësishëm klinik: caspofungin, micafungin dhe anidulafungin. Që të trija keto preparate kanë treguar aktivitet të mirë in vitro për trajtimin e Candida dhe Aspergillus.

Përfaqësuesi më i zakonshëm i përdorur te infeksionet e thonjëve dhe lëkurës në grupin e allylamineve është terbinafina e cila mund të përdoret në mënyrë lokale dhe orale.

Për infeksionet fungale të lëkurës ose të mukozave zakonisht mund të menaxhohen me sukses me anë të përdorimit të preparateve lokale të imidazolit.

II. KAPITULLI I DYTË – MATERIALI DHE METODAT

II.1 STUDIMI KLINIK

Ne studim janë përfshirë paciente ambulatorë që i janë drejtuar Qendres Universitare terciare për diagnostikim e trajtim të sëmundjes së tyre.

Ekzaminimi klinik

Ekzaminimi klinik është realizuar në mënyrë ambulatorë, në ambient me ndriçim të mjaftueshëm natyral dhe artificial me ndihmën mjekut specialist dermatolog dhe një tekniku. Të dhënat personale demografike dhe ato klinike janë evidentuar në kartelen mjekësor të hartuar më parë.

Marrja e materialit

Marrja e materialit është realizuar nga personeli mjekësor në dhomën e ekzaminimit; me anë të gërryerjes, fshirjes së lëkurës, tërheqjes së fijes së flokut me rrënjën e saj. Paraprakisht pacientit i është sqaruar procedura. Materiali është marrë nga periferia e lezionit, të lezionet e shumëfishta dhe nga lezioni më i ri. Qimja është tërhequr me anë të pincetës nga pjesa e afektuar, e cila më pas është gërryer. Materiali i marrë është vendosur në pllakën e qelqit (lame) dhe në terrenet ushqyese për kultivim. Për gërryerje është përdorur skalpeli. Materiali i marrë është shënuar duke shënuar shifrën e identifikimit.

II.2. STUDIMI LABORATORIK

Mikroskopia direkte

Në qelqin mikroskopik (lame) është vendosur materialit dhe mbi të përkohet solucion KOH 10% dhe është mbuluar me qelqin mbulues. Mikroskopia direkte është kryer nga personeli mjekësor me përvojë menjëherë pas ekzaminimit klinik me qëllim të identifikimit të elementeve mikotike (miceleve dhe hifeve).

Ekzaminimi mikrobiologjik

Materiali i marrë është mbjellur në terrenet Sabourand agar, në ato me përmbajtje të antibiotikut (gentamicin/chlorotetracycline) dhe cycloheximide, në Institutin e Mikrobiologjisë dhe është inkubuar deri në 21 ditë në temperaturën 22-27 gradë Celcius.

Gjatë kësaj kohe në periudhe periodike është studiuar rritja e kulturave mykotike, po ashtu është verejtur ndërrimi i ngjyrës si rezultat i pranisë së kataboliteve. Nga materiali është realizuar identifikimi makroskopik dhe mikroskopik kështu dhe përcaktimi i llojit të agjentit. Rezistenca antimikotike e agjentëve në disa lloje të antimikotikëve është realizuar me metodën e disqeve.

II.3. TIPI I STUDIMIT

Studimi është i tipit cross-sectional, prospektiv. Në studim janë të përfshirë të sëmurët që janë referuar ose kanë kërkuar ndihmë mjekësore në klinikën e Dermatologjisë në Prishtinë si institucion i nivelit terciar. Të sëmurët janë të të gjitha moshave.

Aspekti etik i studimit

Aprovimi me shkrim është kërkuar nga secili pacient i përfshirë në studim dhe posedohet. Projekti është paraqitur dhe prezentuar për informim dhe leje etiko-profesionale nga institucioni.

Kriteret e përfshirjes

Ndryshimet kutane dhe adneksive të saj që i përgjegjen manifestimeve klinike të sëmundjeve mykotike dhe mikroskopia direkte pozitive për sëmundje mykotike.

Kriteret përjashtuese

Personat me sëmundje imunodeficiente, në hemodializë kronike, nën trajtim nga sëmundje të lekures për së paku 8 ditët e fundit.

Realizimi i studimit

Pacientet e paraqitur për diagnostikim të patologjive të dyshuara nga mjeku dermatolog si patologji mykotike u është shpjeguar që do të jënë pjesë e një studimi klinik. Pas marrjes së aprovimit me shkrim, në lezionet që manifestohen në lekure është realizuar marrja e materialit dhe është plotësuar skeda teknike (kartela). Materiali i marrë është dërguar për mikroskopi direkte. Nëse rezultati është pozitiv në mikroskopi direkte, atëherë materiali dërgohet edhe për mbjellje- kulture me qëllim të përfitimit të kulturave mykotike. Fillimi i trajtimit bëhet në bazë të ekzaminimit klinik dhe rezultatit pozitiv të mikroskopisë direkte. Në pritje të rezultatit mikrobiologjik të kultures së pacienti u rikontrollua në baza periodike për evaluim klinik dhe subjektiv. Pas marrjes së rezultatit definitiv mikrobiologjik të shoqëruar

me antimykogramen, pacientët u trajtuan në mënyrë të randomizuar në varesi të rezultatit me antimykotikun që ka dhënë rezultat më të mirë invitro. Mjekimi i pacienteve u realizua me preparatet lokale. Vleresimi klinik subjektiv u ri-realizua në baze periodike deri në shërim të plotë të sëmundjes.

II.4. ANALIZA STATISTIKORE

Përpunimi statistikor është realizuar nga të dhënat e hedhura në Microsoft Excel. Për të dhënat e mbledhura u llogaritën mesatarja aritmetike, devijimi standard, vlerat minimale dhe maksimale, u realizua testimi dhe ndryshimi i ndjeshëm, u llogarit me shkallë të besueshmerisë $p < 0.05$. Disa prej parametrave të krahasueshëm u testuan për lidhjet e korreleimit përmes korrelacionit të Pearson-it duke prezentuar edhe koeficientin e korreleimit (r). Prezentimi i të dhënave është bërë me anë të tabelave dhe grafikeve.

III. KAPITULLI I TRETË - REZULTATET DHE DISKUTIMI

III.1. Të dhënat e përgjithshme karakteristike për popullatën e analizuar

Në pjesën e parë të rezultateve do të prezantojmë të dhënat e përgjithshme demografike lidhur me grupin e pacienteve të analizuar. Në punim janë përfshirë gjithsej 120 paciente të analizuar, me pjesëmarrje më të madhe të gjinisë femrore 56.67%. Moshë mesatare 35.2 ± 19.23 vjeç. Moshë më e re e të analizuarve ishte 4 vjeç kurse personi më i vjetër në këtë grup të studimit ishte 72 vjeçar (Tabela 1).

Tabela 1. Karakteristikat bazike të popullatës së analizuar

Modalitetet	Vlera
Gjinia femrore N (%)	68 (56.67)
Moshë mesatare \pm DS (vj.)	35.2 ± 19.23
Moshë minimale (vj.)	4
Moshë maksimale (vj.)	72

Në studimin tonë po ashtu u analizuan dhe të dhëna demografike si vendbanimi dhe është vërejtur se mbi 2/3e pacienteve (71.67%) kishin vendbanim qytetin (Tabela 2) me dominim të gjinisë femrore. Paraqitja e ndryshimeve mykotike sipas zonave ndërlidhet me mënyrën e jetesës, punës, mikrotraumat por dhe me ndergjegjesimin me të madh për tu drejtuar pranë mjekut specialist për të kërkuar mjekim të patologjisë.

Tabela 2. Popullata e analizuar sipas gjinisë dhe vendbanimit

Vendbanimi		Gjinia				Gjithsej	
		F		M			
		N	%	N	%	N	%
F	N	16	23.53	18	34.62	34	28.33
	%	47.06		52.94		100.00	
Q	N	52	76.47	34	65.38	86	71.67
	%	60.47		39.53		100.00	
Gjithsej	N	68	100.00	52	100.00	120	100.00
	%	56.67		43.33		100.00	

Në Tabelën 3 janë prezentuar grupmoshat në raport me gjininë. Vërehet se grupmosha më e hasur në studimin tonë ishte 10-19 vjeçare me 21.67% dhe ajo 20-29 vjeçare me 20%. Tek të gjithë të analizuarit dhe grupmoshat gjinia femrore predominon me pjesëmarrje më të lartë rreth 23.53% në grupmoshën 40-49 vjeçare krahasuar me grupmoshat tjera kurse dy

grupmoshat ajo 10-19, 20-29 vjeçare kishin treguar pjesmarrje më të larte të meshkujve nga 25% krahasuar me grupmoshat tjera.

Tabela 3. Të sëmurët me semundje mykotike të prezentuar në grupmosha sipas gjinisë

Gjinia	Grupmosha																Gjithsej		
	0-9 vj.		10-19 vj.		20-29 vj.		30-39 vj.		40-49 vj.		50-59 vj.		60-69 vj.		70-79 vj.		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
F	N	4	66.67	13	50.00	11	45.83	11	73.33	16	76.19	6	50.00	3	33.33	4	57.14	68	56.67
	%	5.88		19.12		16.18		16.18		23.53		8.82		4.41		5.88		100.00	
M	N	2	33.33	13	50.00	13	54.17	4	26.67	5	23.81	6	50.00	6	66.67	3	42.86	52	43.33
	%	3.85		25.00		25.00		7.69		9.62		11.54		11.54		5.77		100.00	
Gjithsej	N	6	100.00	26	100.00	24	100.00	15	100.00	21	100.00	12	100.00	9	100.00	7	100.00	120	100.00
	%	5.00		21.67		20.00		12.50		17.50		10.00		7.50		5.83		100.00	

Nga Tabela 4 shohim se nga të gjithë të analizuarit grupmosha 10-19 vjeçare u prezentua me përqindje më të larte në vendbanimin rural rreth 32.35% dhe analizuar për tërë vendbanimin e qytetit më e hasur me 19.77% ishte grupmosha 20-29 vjeçare. Përveç në pjestarët e grupmoshës 0-9 vjeçare që kishin vendbanim me përqindje të njëjtë si ate të fshatit ashtu edhe qytetit (50.00%), të tjerat grupmosha kishin pjesmarrje më të larte të vendbanimit të qytetit.

Tabela 4. Grupmoshat e popullatës së analizuar sipas vendbanimit

Grupmosha		Vendbanimi				Gjithsej	
		F		Q			
		N	%	N	%	N	%
0-9 vj.	N	3	8.82	3	3.49	6	5.00
	%	50.00		50.00		100.00	
10-19 vj.	N	11	32.35	15	17.44	26	21.67
	%	42.31		57.69		100.00	
20-29 vj.	N	7	20.59	17	19.77	24	20.00
	%	29.17		70.83		100.00	
30-39 vj.	N	2	5.88	13	15.12	15	12.50
	%	13.33		86.67		100.00	
40-49 vj.	N	5	14.71	16	18.60	21	17.50
	%	23.81		76.19		100.00	
50-59 vj.	N	1	2.94	11	12.79	12	10.00
	%	8.33		91.67		100.00	
60-69 vj.	N	4	11.76	5	5.81	9	7.50
	%	44.44		55.56		100.00	
70-79 vj.	N	1	2.94	6	6.98	7	5.83
	%	14.29		85.71		100.00	
Gjithsej	N	34	100.00	86	100.00	120	100.00
	%	28.33		71.67		100.00	

Subjektet e studimit tonë u analizuan edhe lidhur me angazhimin në punë dhe profesionin. Nga 120 të analizuar 36.67% ishin të papunë ndërsa vetëm 30 (25.00%) ishin të punësuar. Si edhe pritet pjesa më e madhe nga të analizuarit e grupmoshës 10-19 vjeçare i takonte grupit të nxënësve dhe të gjithë të analizuarit e grupmoshës mbi 70 vjeçare ishin të pensioniste. Nga 24 persona të grupmoshës 20-29 vjeçare 33.33% ishin student dhe 58.33% ishin të papunë (Tabela 5).

Pjesmarrje më të larte e të papunëve është gjetur në grupmoshën 20-29 vjeçare me 31.82%, dhe kjo është e lidhur me shkallën e papunësisë në vendin tonë, numrin e popullatës së re, kohëzgjatjen e shkollimit dhe studimeve. Grupmoshat 30-39 vjeçare dhe ajo 40-49 vjeçare kishin nga 33.33% të të punësuarve, që kjo korresponon me moshën më aktive dhe të angazhuar që është karakteristikë për vendet e shumta si edhe ne vendin tonë.

Një përqindje prej 11.36% zë edhe grupmosha 0-9 vjeçare në grupin e të papunëve që i përgjigjet poashtu moshës e cila nuk e ka mundësinë dhe as nuk lejohet të punoj. Numri më i madh prej 72.73% të studentëve i takojnë grupmoshës 20-29 vjeçare dhe 18.18% asaj 10-19 vjeçare, që sikurse përqindjet tek nxënësit (91.67% që i përgjigjet grupmoshës 10-19 vjeçare) dhe pensionerët me 70.00% në grupmoshën mbi 70 vjeçare realisht i përgjigjen trendit të moshës dhe angazhimit të tyre.

Tabela 5. Angazhimi në punë dhe profesioni te grupmoshat e caktuara

Grupmosha	Angazhimi ne pune dhe profesioni												Gjithsej		
	papune		punesuar		amvise		nxenes		pensioner		student				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
0-9 vj.	N	5	11.36	0	0.00	0	0.00	1	4.17	0	0.00	0	0.00	6	5.00
	%	83.33		0.00		0.00		16.67		0.00		0.00		100.00	
10-19 vj.	N	2	4.55	0	0.00	0	0.00	22	91.67	0	0.00	2	18.18	26	21.67
	%	7.69		0.00		0.00		84.62		0.00		7.69		100.00	
20-29 vj.	N	14	31.82	1	3.33	0	0.00	1	4.17	0	0.00	8	72.73	24	20.00
	%	58.33		4.17		0.00		4.17		0.00		33.33		100.00	
30-39 vj.	N	4	9.09	10	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	9.09	15	12.50
	%	26.67		66.67		0.00		0.00		0.00		6.67		100.00	
40-49 vj.	N	10	22.73	10	33.33	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	21	17.50
	%	47.62		47.62		4.76		0.00		0.00		0.00		100.00	
50-59 vj.	N	5	11.36	7	23.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	12	10.00
	%	41.67		58.33		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
60-69 vj.	N	4	9.09	2	6.67	0	0.00	0	0.00	3	30.00	0	0.00	9	7.50
	%	44.44		22.22		0.00		0.00		33.33		0.00		100.00	
70-79 vj.	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	70.00	0	0.00	7	5.83
	%	0.00		0.00		0.00		0.00		100.00		0.00		100.00	
Gjithsej	N	44	100.00	30	100.00	1	100.00	24	100.00	10	100.00	11	100.00	120	100.00
	%	36.67		25.00		0.83		20.00		8.33		9.17		100.00	

Në Tabelën 6 kemi prezentuar shkallën e arsimimit të të analizuarve sipas grupmohave. Në këtë tabelën shihet se pjesa më e madhe nga tërë grupi (37.5%) kishte shkollim të mesëm, por menjëherë pasojnë individët me shkollim të larte 35.83% e nga ky grup 18 (41.86%) i takonin grupmohës 20-29 vjeçare. Janë prezentuar të dhënat e arsimimit të popullatës së analizuar në ballafaqim me grupmoshat e tij që i përgjigjet të dhënave nga tabela e mëparshme ku përqindja më e madhe e të paarsimuarve 55.56% i takon grupmohës 0-9 vjeçare te ajo me arsimim të ulët 52.17% i takon grupmohës 10-19 vjeçare. Njëjtë referuar kësaj grupmoshe me 26.67% i takon arsimimit të mesëm dhe grupmohës 40-49 vjeçare në arsimimin e larte me 20.93%. Shqyrtuar në aspektin tjetër 83.33% të pjesetarëve të grupmohës 0-9 vjeçare të të analizuarve tanë nuk kishin arsimim. Me nga 46.15% dy lloje të arsimimit ai i ultë dhe i mesëm ishin prezent në grupmohën 10-19 vjeçare. Një pjesmarrje me të larte me 75.00% te pjestarët e grupmohës 20-29 vjeçare kishin arsimim të larte, mbi gjysma e të analizuarve 53,33% të grupmohës 30-39 vjeçare kishin arsimim të mesëm. 42.86% të personave që bëjnë pjesë në grupmohën 40-49 vjeçare kanë të kryer arsimimin e larte, ngjajshëm edhe ata të grupmohës 50-59 vjeçare (50.00%). Grupmoshat 60-69 vjeçare dhe mbi 70 vjeçare kishin përqindje më të larte të pjesetarëve me shkollim të mesëm dhe ate 55.56% respektivisht 42.86%, kur flasim brenda të njëjtës grupmoshë.

Tabela 6. Shkalla arsimimit tek grupmoshat e caktuara të popullatës së analizuar

Grupmosha		Arsimi								Gjithsej	
		pa arsim		ulet		mesem		larte			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
0-9 vj.	N	5	55.56	1	4.35	0	0.00	0	0.00	6	5.00
	%	83.33		16.67		0.00		0.00		100.00	
10-19 vj.	N	0	0.00	12	52.17	12	26.67	2	4.65	26	21.67
	%	0.00		46.15		46.15		7.69		100.00	
20-29 vj.	N	1	11.11	0	0.00	5	11.11	18	41.86	24	20.00
	%	4.17		0.00		20.83		75.00		100.00	
30-39 vj.	N	0	0.00	1	4.35	8	17.78	6	13.95	15	12.50
	%	0.00		6.67		53.33		40.00		100.00	
40-49 vj.	N	2	22.22	2	8.70	8	17.78	9	20.93	21	17.50
	%	9.52		9.52		38.10		42.86		100.00	
50-59 vj.	N	0	0.00	2	8.70	4	8.89	6	13.95	12	10.00
	%	0.00		16.67		33.33		50.00		100.00	
60-69 vj.	N	0	0.00	3	13.04	5	11.11	1	2.33	9	7.50
	%	0.00		33.33		55.56		11.11		100.00	
70-79 vj.	N	1	11.11	2	8.70	3	6.67	1	2.33	7	5.83
	%	14.29		28.57		42.86		14.29		100.00	
Gjithsej	N	9	100.00	23	100.00	45	100.00	43	100.00	120	100.00
	%	7.50		19.17		37.50		35.83		100.00	

Gjatë analizimit të prezencës së sëmundjeve kronike (Diabet melitus, Hipertension arterial) vetëm 9 (7.5%) individ u hasen me këto sëmundje, që edhe pritet për shkak të strukturës moshore të subjekteve të përfshirë në studim. Numër më i madh i këtyre personave i takon moshës mbi 70 vjeçare respektivisht 60-69 vjeçare (Tabela 7).

Tabela 7. Prania e sëmundjeve kronike te popullata e analizuar sipas grupmoshave

Grupmosha		semundjet kronike				Gjithsej	
		Jo		Po			
		N	%	N	%	N	%
0-9 vj.	N	6	5.41	0	0.00	6	5.00
	%	100.00		0.00		100.00	
10-19 vj.	N	26	23.42	0	0.00	26	21.67
	%	100.00		0.00		100.00	
20-29 vj.	N	23	20.72	1	11.11	24	20.00
	%	95.83		4.17		100.00	
30-39 vj.	N	15	13.51	0	0.00	15	12.50
	%	100.00		0.00		100.00	
40-49 vj.	N	21	18.92	0	0.00	21	17.50
	%	100.00		0.00		100.00	
50-59 vj.	N	11	9.91	1	11.11	12	10.00
	%	91.67		8.33		100.00	
60-69 vj.	N	6	5.41	3	33.33	9	7.50
	%	66.67		33.33		100.00	
70-79 vj.	N	3	2.70	4	44.44	7	5.83
	%	42.86		57.14		100.00	
Gjithsej	N	111	100.00	9	100.00	120	100.00
	%	92.50		7.50		100.00	

Në Tabelën 8 është prezantuar profesioni dhe angazhimi në punë. Numër më i madh i të papunëve 32 (72.73%) por edhe të të punësuarve 25 (83.33%) ne studimin tone vendbanim kishin qytetin. Në fshat jetonin 54.17% të nxënësve që morrën pjesë në studimin tonë, 70% të pensionisteve dhe respektivisht 90.91% të studentëve të studimit tonë kishin vendbanim qytetin.

Tabela 8. Angazhimi në punë, profesioni dhe vendbanimi

Vendbanimi		Angazhimi ne pune dhe Profesionit												Gjithsej	
		papune		punësuar		amvisë		nxenes		pensioner		student			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F	N	12	27.27	5	16.67	0	0.00	13	54.17	3	30.00	1	9.09	34	28.33
	%	35.29		14.71		0.00		38.24		8.82		2.94		100.00	
Q	N	32	72.73	25	83.33	1	100.00	11	45.83	7	70.00	10	90.91	86	71.67
	%	37.21		29.07		1.16		12.79		8.14		11.63		100.00	
Gjithsej	N	44	100.00	30	100.00	1	100.00	24	100.00	10	100.00	11	100.00	120	100.00
	%	36.67		25.00		0.83		20.00		8.33		9.17		100.00	

Gjatë analizimit të shkallës së arsimimit të subjekteve tona dhe vendbanimit vërehet se të gjithë të analizuarit të ndarë sipas shkallës së arsimimit duke filluar nga të pa-arsimuarit, ata me arsimim fillor, të mesëm dhe të larte kishin vendbanim qytetin më tepër sesa fshatin (Tabela 9).

Tabela 9. Shkalla e arsimimit dhe vendbanimi i popullatës së analizuar

Vendbanimi		Arsimimi								Gjithsej	
		pa arsim		ulet		mesem		larte			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F	N	4	44.44	11	47.83	12	26.67	7	16.28	34	28.33
	%	11.76		32.35		35.29		20.59		100.00	
Q	N	5	55.56	12	52.17	33	73.33	36	83.72	86	71.67
	%	5.81		13.95		38.37		41.86		100.00	
Gjithsej	N	9	100.00	23	100.00	45	100.00	43	100.00	120	100.00
	%	7.50		19.17		37.50		35.83		100.00	

III.2. Rezultatet nga diagnostikimi klinik i ndryshimeve mykotike në lëkurë

Në pjesën e dytë të rezultateve do të prezentojmë rezultatet lidhur me ndryshimet në lëkurë që u diagnostifikuan klinikisht me infeksione mykotike.

Në Tabelën 10 janë prezantuar regjionet e trupit të prekura me ndryshime me diagnozat klinike të cilat i përputhen njëra tjetrës. Regjionet më të prekura rezultuan trupi (30.83%), këmbët (23.33%), të pasuar me fytyrën (15.83%) dhe duart (15%). Nga tabela vërehet që pjesa më e madhe e të analizuarve kishin një regjion të trupit të prekur, por kishte pacientë që kishin edhe dy regjione dhe tre regjione të prekura nga infeksioni.

Tabela 10. Diagnozat klinike të semundjeve mykotike të lekures dhe lokalizimi

Dg. klinike	Regjionet e trupit																								Gjithsej
	kapiliciumi		Trupi		Fytyra		Duart		këmbet		kockat		Shpinë		Fytyra/Trupi		Fytyra/Duart		Duart/këmbet		Duart/kockat				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
imnorigjimi	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	9.56	15	95.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	16	15.00
	%	0.00		0.00		0.00		9.56		89.59		0.00		0.00		0.00		0.00		11.11		0.00		100.00	
Tinea capitis	N	9	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	9	7.50
	%	100.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
tinea corporis	N	0	0.00	37	100.00	0	0.00	0	0.00	19	46.48	1	100.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	54	45.00
	%	0.00		89.52		0.00		0.00		34.07		18.5		8.70		0.00		0.00		0.00		18.5		100.00	
tinea corporis et faciei	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1.67
	%	0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
Tinea faciei	N	0	0.00	0	0.00	19	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	19	15.83
	%	0.00		0.00		100.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
tinea faciei et manuum	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	0.83
	%	0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00		0.00		0.00		100.00	
tinea manuum	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	17	94.44	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	17	14.17
	%	0.00		0.00		0.00		100.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
Grëni Total	N	9	100.00	37	100.00	19	100.00	18	100.00	29	100.00	1	100.00	2	100.00	2	100.00	1	100.00	2	100.00	1	100.00	120	100.00
	%	7.50		90.89		15.89		15.00		29.89		0.83		1.67		1.67		0.83		1.67		0.83		100.00	

Diagnoza klinike më e shpeshte ishte Tinea corporis në 45% të rasteve. Diagnozatat tjera më të shpeshta klinike rezultuan rreth 15.83% Tinea faciei, Tinea interdigitalis 15.00% dhe Tinea manus 14.17%. Sa i përket gjinisë edhe tek femrat edhe tek meshkujt e analizuar regjioni më i prekur me ndryshime ishte trupi respektivisht femrat me 39.71% dhe tek meshkujt me 51.92% (Tabela 11) me diagnozë klinike Tinea corporis.

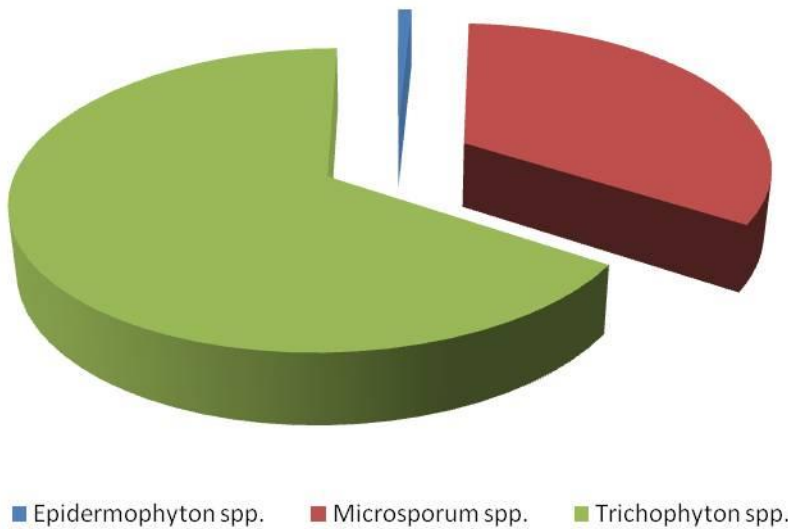
Tabela 11. Diagnozatat klinike të verejtura sipas gjinive

Dg. Klinike		Gjinia				Gjithsej	
		F		M			
		N	%	N	%	N	%
interdigital	N	11	16.18	7	13.46	18	15.00
	%	61.11		38.89		100.00	
Tinea capitis	N	5	7.35	4	7.69	9	7.50
	%	55.56		44.44		100.00	
tinea corporis	N	27	39.71	27	51.92	54	45.00
	%	50.00		50.00		100.00	
tinea corporis et faciei	N	2	2.94	0	0.00	2	1.67
	%	100.00		0.00		100.00	
Tinea faciei	N	9	13.24	10	19.23	19	15.83
	%	47.37		52.63		100.00	
tinea faciei et manus	N	1	1.47	0	0.00	1	0.83
	%	100.00		0.00		100.00	
tinea manus	N	13	19.12	4	7.69	17	14.17
	%	76.47		23.53		100.00	
Gjithsej	N	68	100.00	52	100.00	120	100.00
	%	56.67		43.33		100.00	

Në Tabelën 12 dhe Grafikonin 1 janë renditur shkaktarët që janë izoluar në laborator nga materiali i marre prej ndryshimeve në lëkurë të pacientëve të analizuar. Te të gjithë 120 pacientët të analizuarit në 65.83% të rasteve është izoluar *Trichophyton* spp., *Microsporum* spp. në 33.33% dhe *Epidermophyton* spp. me 0.83% ose në një rast.

Tabela 12. Shkaktarët e identifikuar te mykozat kutane

Shkaktari	Gjithsej	
	N	%
Epidermophyton spp.	1	0.83
Microsporum spp.	40	33.33
Trichophyton spp.	79	65.83
Gjithsej	120	100.00

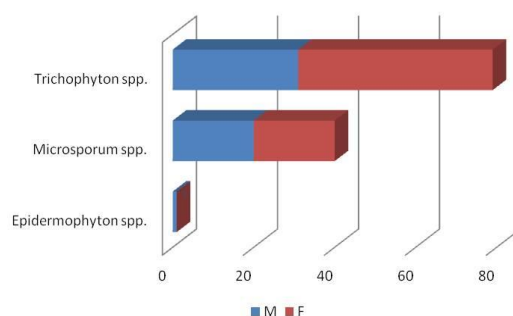


Grafiku 1. Ndarja e shkaktarëve të identifikuar nga ndryshimet mukotike ne popullaten e analizuar

Referuar gjinisë (Tabela 13 dhe Grafiku 2) ne 70.59 % të femrave u izolua Trichophyton spp. ndërsa Microsporum spp. u izolua ne 29.41% të femrave. Edhe në gjininë mashkullore shkaktari më i izoluar ishte Trichophyton spp. (59.62%) pasuar me Microsporum spp. (38.46%) dhe vetem nje rast me Epidermophyton floccosum. Microsporum spp. Rezulton i njëjtë i shpërndare në të dy gjinitë ndërsa në 60.76% të rasteve Trichophyton spp. Rezulton prezent te gjinia femërore.

Tabela 13. Shkaktarët e izoluar sipas gjinisë

Shkaktari		Gjinia				Gjithsej	
		F		M			
		N	%	N	%	N	%
Epidermophyton spp.	N	0	0.00	1	1.92	1	0.83
	%	0.00		100.00		100.00	
Microsporum spp.	N	20	29.41	20	38.46	40	33.33
	%	50.00		50.00		100.00	
Trichophyton spp.	N	48	70.59	31	59.62	79	65.83
	%	60.76		39.24		100.00	
Gjithsej	N	68	100.00	52	100.00	120	100.00
	%	56.67		43.33		100.00	

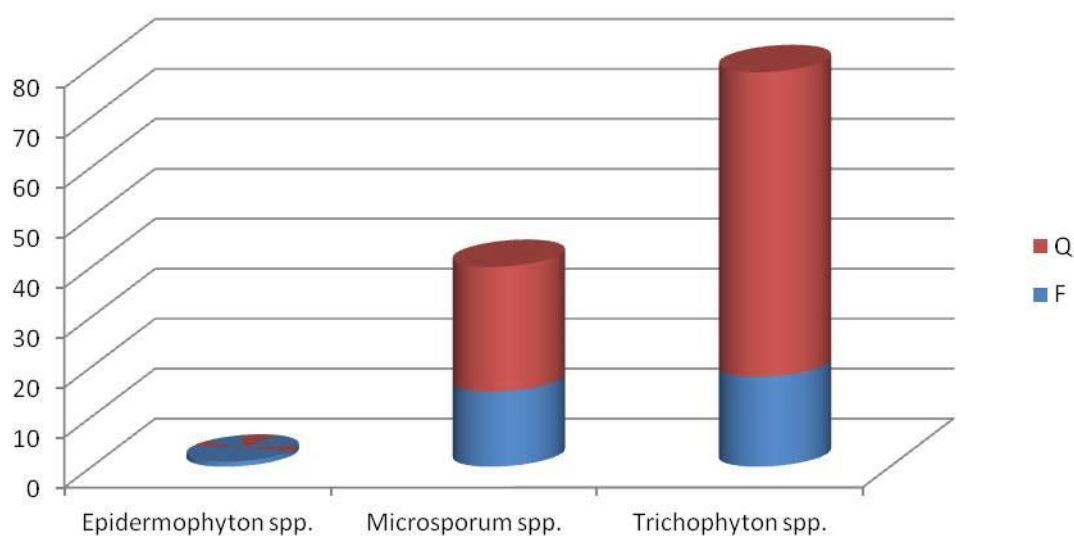


Grafiku 2. Shkaktarët e izoluar sipas gjinisë

Në Tabelën 14 dhe Grafikun 3 janë prezantuar shkaktarët e izoluar në mënyrë laboratorike dhe vendbanimi i personave në studim. Ne mbi 52.94% të të ekzaminuarve me vendbanim në fshat u izolua Trichophyton spp. pasuar me 15 raste të izolimit të Microsporum spp. (44.12%). Edhe rasti i vetëm me Epidermophyton spp. kishte vendbanim fshatin. Te 70.93% të personave që jetojnë në qytet u izolua Trichophyton spp. dhe 29.07% Microsporum spp. Nëse analizohen shkaktarët veç e veç atëherë të të dyja speciet përafërsisht dy herë më tepër u izoluan nga pacientët që vendbanim kishin qytetin.

Tabela 14. Shkaktarët e izoluar te popullata në vendbanime të ndryshme

Shkaktari		Vendbanimi				Gjithsej	
		F		Q			
		N	%	N	%	N	%
Epidermophyton spp.	N	1	2.94	0	0.00	1	0.83
	%	100.00		0.00		100.00	
Microsporum spp.	N	15	44.12	25	29.07	40	33.33
	%	37.50		62.50		100.00	
Trichophyton spp.	N	18	52.94	61	70.93	79	65.83
	%	22.78		77.22		100.00	
Gjithsej	N	34	100.00	86	100.00	120	100.00
	%	28.33		71.67		100.00	



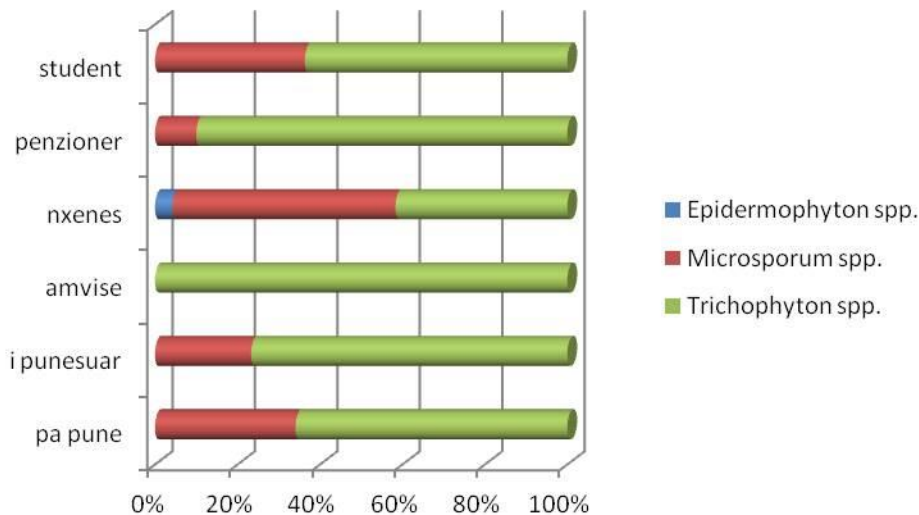
Grafiku 3. Vendbanimi i popullatës së analizuar nga të cilët u izoluan speciet e ndryshme të shkaktarëve

Në tabelën 15 dhe grafikun 4 u prezantuan shkaktarët e izoluar sipas angazhimit në punë dhe profesionit. Dominim si te të punësuarit (76.67%) ashtu edhe tek të papunët 65.91% kishte izolimi i Trichophyton spp. Te 1/3 e të papunëve (34.09%) u izolua Microsporum spp. që mund të arsyetohet me kontaktin më të madh të individëve me kafshët te të cilat mund të izolohet i njëjti shkaktarë. Sa i përket të të punësuarëve Microsporum spp. ishte prezent në 23.33%. Te një rast i amvises u izolua Trichophyton spp., rasti i vetëm i Epidermophyton

spp. u izolua tek një nxënës përderisa në këtë grup përqindje më të larte të shkaktarit të izoluar zë *Microsporum* spp. me 54.17% që po ashtu mund të ndërlidhet me qëndrimin dhe kontaktin që fëmijët kanë me kafshët. Edhe në grupin e studentëve 63.64%, por edhe të pensionisteve 90% më së shumti u izolua *Trichophyton* spp.

Tabela 15. Speciet e ndryshme të izoluar nga popullata lidhur me angazhimin në punë ose profesionin

Shkaktari	Angazhimi ne pune dhe profesioni												Gjithsej		
	pa pune		i punesuar		amvise		nxenes		pensioner		student				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Epidermophyton</i> spp.	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	4.17	0	0.00	0	0.00	1	0.83
	%	0.00		0.00		0.00		100.00		0.00		0.00		100.00	
<i>Microsporum</i> spp.	N	15	34.09	7	23.33	0	0.00	13	54.17	1	10.00	4	36.36	40	33.33
	%	37.50		17.50		0.00		32.50		2.50		10.00		100.00	
<i>Trichophyton</i> spp.	N	29	65.91	23	76.67	1	100.00	10	41.67	9	90.00	7	63.64	79	65.83
	%	36.71		29.11		1.27		12.66		11.39		8.86		100.00	
Gjithsej	N	44	100.00	30	100.00	1	100.00	24	100.00	10	100.00	11	100.00	120	100.00
	%	36.67		25.00		0.83		20.00		8.33		9.17		100.00	



Grafiku 4. Shpërndarja e shkaktarëve të popullata lidhur me angazhimin në punë dhe profesionin.

Analizimin e shkaktarëve të izoluar e kemi realizuar edhe sa i përket arsimimit të popullates tonë. Tek të analizuarit me arsimim dhe të paarsimuar ka dominuar Trichophyton spp. dhe ate: te ata me arsimim të ultë 69.57%, të mesëm 60.00%, të larte 69.77% respektivisht te të paarsimuarit me 66.67%. Prej të gjitha rasteve ku është izoluar Trichophyton spp. numri më i madh u izolua te personat me arsimim të larte (37.97%); kurse nga të gjitha rastet ku u izolua Microsporum spp. përqindje më e larte (42.5%) u gjet te individët me arsimim të mesëm. Microsporum spp. ishte shkaktari i dytë më tepër i izoluar në personat sipas arsimimeve përkatëse dhe ate ne rreth 1/3 e rasteve (tabela 16).

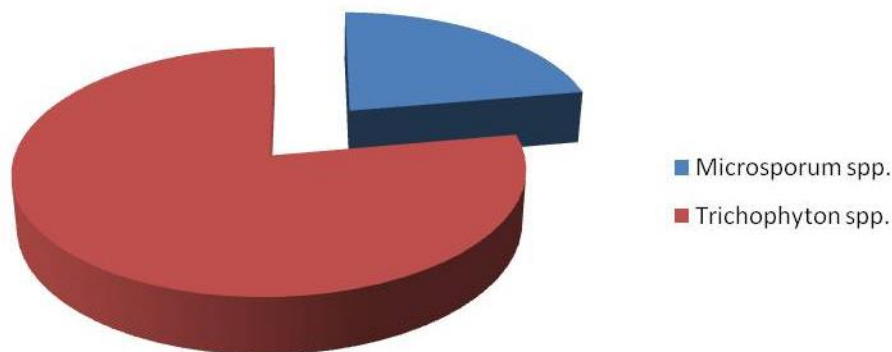
Tabela 16. Të analizuarit e ndarë sipas shkallës së arsimimit dhe shkaktarëve të izoluar

Shkaktari		Arsimimi								Gjithsej	
		pa arsim		ulet		mesem		larte			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Epidermophyton spp.	N	0	0.00	0	0.00	1	2.22	0	0.00	1	0.83
	%	0.00		0.00		100.00		0.00		100.00	
Microsporum spp.	N	3	33.33	7	30.43	17	37.78	13	30.23	40	33.33
	%	7.5		17.5		42.5		32.5		100	
Trichophyton spp.	N	6	66.67	16	69.57	27	60.00	30	69.77	79	65.83
	%	7.59		20.25		34.18		37.97		100.00	
Gjithsej	N	9	100.00	23	100.00	45	100.00	43	100.00	120	100.00
	%	7.5		19.16667		37.5		35.83333		100	

Referuar semundjeve kronike dhe shkaktari më i izoluar tek ky grup i pacientëve ka qenë Trichophyton spp. me 77.78% gjithsej 7 prej 9 rasteve. Në dy raste u izolua Microsporum spp. (Tabela 17 dhe Grafiku 5).

Tabela 17. Prezenca e shkaktarëve mykotik te pacientet me sëmundje kronike

Shkaktari		Semundje kronike				Gjithsej	
		JO		PO			
		N	%	N	%	N	%
Epidermophyton spp.	N	1	0.90	0	0.00	1	0.83
	%	100.00		0.00		100.00	
Microsporum spp.	N	38	34.23	2	22.22	40	33.33
	%	95.00		5.00		100.00	
Trichophyton spp.	N	72	64.86	7	77.78	79	65.83
	%	91.14		8.86		100.00	
Gjithsej	N	111	100.00	9	100.00	120	100.00
	%	92.50		7.50		100.00	

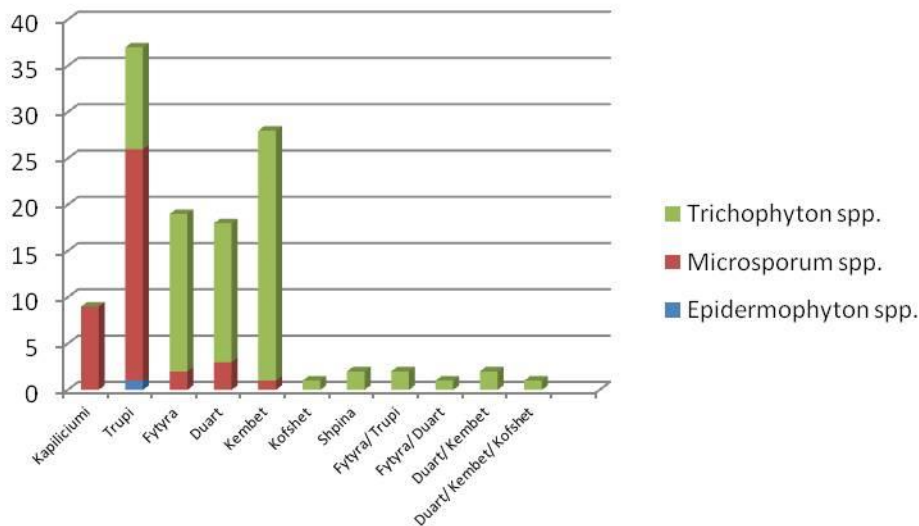


Grafiku 5. Shkaktarët e izoluar te personat me sëmundje kronike

Në Tabelën 18 dhe Grafikon 6 i kemi prezantuar shkaktarët e izoluar në mënyrë laboratorike dhe regjionet e prekura. Të gjitha, nëntë rastet e izoluar nga regjioni koke ishin me Microsporum spp., në trup 69.57% u izolua Microsporum spp., nga materialet e marra në fytyrë në 89.47% u izolua Trichophyton spp. Te duart shkaktari më i shpeshtë i izoluar rezulton Trichophyton spp. (83.33%), shkaktar i njëjtë po ashtu edhe në këmbë në pothuajse të gjitha rastet (96.43%), edhe pse në numër tejet të vogël në të gjitha rastet në kofshë dhe në shpinë si dhe në rastet kur kishim më tepër se një regjion të prekur. Lokalizimi më i shpeshtë i Trichophyton spp. ishte në këmbë me 84.18%, ndërsa Microsporum spp. në 62.50% të rasteve u izolua nga materiali i fituar nga ndryshimet mykotike në trup.

Tabela 18. Shkaktarët e izoluar nga ndryshimet ne lekure në regjione të ndryshme

Shkaktari	Regjionete prekur																								Gjithëj	
	Najpoliciumi		Trupi		Fytyra		Duart		Këmbet		Kofshet		Shpina		Fytyra/Trupi		Fytyra/Duart		Duart/Këmbet		Gjithëj					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Epidermophyton spp.	N	0	0.00	1	2.70	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.89	
	%	0.00		100.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00		
Microsporum spp.	N	9	100.00	29	67.57	2	10.58	9	16.67	1	9.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	40	89.89	
	%	22.50		62.50		5.00		7.50		2.50		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00		
Trichophyton spp.	N	0	0.00	11	29.79	17	89.47	15	89.89	27	96.48	1	100.00	2	100.00	2	100.00	1	100.00	2	100.00	1	100.00	79	87.89	
	%	0.00		19.82		21.50		10.89		34.10		1.27		2.58		2.58		1.27		2.58		1.27		100.00		
Gjithëj	N	9	100.00	37	100.00	19	100.00	18	100.00	28	100.00	1	100.00	2	100.00	2	100.00	1	100.00	2	100.00	1	100.00	120	100.00	
	%	7.50		30.89		15.89		15.00		29.89		0.89		1.67		1.67		0.89		1.67		0.89		100.00		

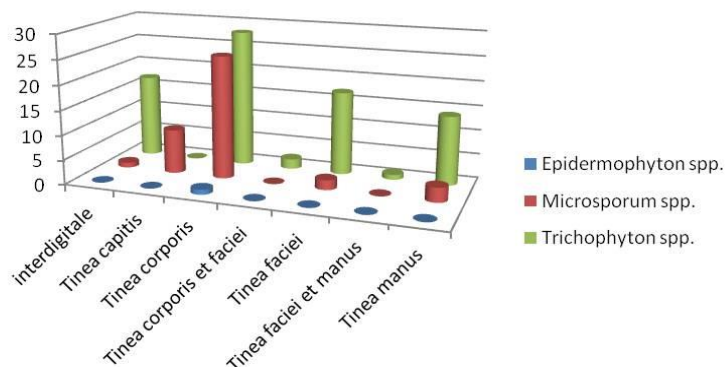


Grafiku 6. Lokalizimet e ndryshme ne trup dhe shkaktarët e izoluar

Në Tabelën 19 dhe Grafikon 7 janë prezantuar diagnozat klinike konform shkaktarëve të izoluar. Nga të gjitha rastet ku u izolua në mënyrë laboratorike *Trichophyton* spp. në 35.44% të rasteve ishin të diagnostifikuar klinikisht me *Tinea corporis*, me nga 21.52% *Tinea faciei* dhe interdigitale, kurse 17.72% të rasteve të izoluar me këtë shkaktarë kishin diagnozë klinike të *Tinea manus*. Edhe rastet me *Microsporum* spp. të izoluar kishin në 62.50% diagnozë klinike të *Tinea corporis*, pasuar me *Tinea capitis* në 22.50% të rasteve të ekzaminimit mikrobiologjik. Rasti i vetem me *Epidermophyton* spp. kishte diagnozë klinike të *Tinea corporis*. Në 94.44% të diagnozave klinike me lokalizim në mes të gishtave u izolua *Trichophyton* spp. Të gjitha rastet me *Tinea capitis* u izolua *Microsporum* spp. *Tinea corporis* kishte më tepër se gjysmën e rasteve 51.85% të izoluar *Trichophyton* spp. Dy rastet e diagnostikuara klinikisht si *Tinea corporis* et *faciei* kishin shkaktarin e izoluar *Trichophyton* spp. ashtu si edhe *Tinea faciei*, *manus* dhe të dyja së bashku që kishin këtë shkaktarë më tepër të izoluar me 89.47%, 82.35% dhe rastin e vetëm në këto dy lokalizime.

Tabela 19. Izolimi i shkaktarëve mykotik tek diagnozat klinike

Dg. Klinike		Shkaktari						Gjithsej	
		Epidermophyton spp.		Microsporum spp.		Trichophyton spp.			
		N	%	N	%	N	%	N	%
interdigital	N	0	0.00	1	2.50	17	21.52	18	15.00
	%	0.00		5.56		94.44		100.00	
Tinea capitis	N	0	0.00	9	22.50	0	0.00	9	7.50
	%	0.00		100.00		0.00		100.00	
tinea corporis	N	1	100.00	25	62.50	28	35.44	54	45.00
	%	1.85		46.30		51.85		100.00	
tinea corporis et faciei	N	0	0.00	0	0.00	2	2.53	2	1.67
	%	0.00		0.00		100.00		100.00	
Tinea faciei	N	0	0.00	2	5.00	17	21.52	19	15.83
	%	0.00		10.53		89.47		100.00	
tinea faciei et manus	N	0	0.00	0	0.00	1	1.27	1	0.83
	%	0.00		0.00		100.00		100.00	
tinea manus	N	0	0.00	3	7.50	14	17.72	17	14.17
	%	0.00		17.65		82.35		100.00	
Gjithsej	N	1	100.00	40	100.00	79	100.00	120	100.00
	%	0.83		33.33		65.83		100.00	



Grafiku 7. Paraqitja e shkaktarëve në diagnozat klinike

Grupmoshat 0-9 vjeçare u karakterizua me 66.67% izolim të *Microsporum spp.* Sa i përket grupmohës 10-19 vjeçare ajo u karakterizuar me *Trichophyton spp.* 53.85%. Grupmosha 20-29 vjeçare me 54.17% u izolua *Microsporum spp.* Grupmosha 30-39 vjeçare në 73.33% u izolua *Trichophyton spp.*, ajo 40-49 vjeçare po ashtu *Trichophyton spp.* me 85.71%. Edhe dy grupmoshat në vijim kishin në shumicën e rasteve të izoluar *Trichophyton spp.*, grupmosha 50-59 vjeçare dhe ajo 60-69 vjeçare me 75.00% respektivisht 77.78%; ndersa ne grupmoshen mbi 70 vjeçare të gjitha rastet (100%) u identifikuan si *Trichophyton spp.* Sa i përket shkaktarëve *Epidermophyton spp.* ishte karakteristike për moshën 10-19 vjeçare ndërsa *Microsporum spp.* më së shpeshti u gjetën në grupmohën 20-29 vjeçare me 32.50% ndersa *Trichophyton spp.* karakterizuan izolimin më të shpeshtë në grupmohën 40-49 vjeçare ne 22.78%. (Tabela 20).

Tabela 20. Prezentimi i shkaktarëve sipas grupmoshave

Shkaktari	Grupmosha																Gjithëj		
	0-9 vj.		10-19 vj.		20-29 vj.		30-39 vj.		40-49 vj.		50-59 vj.		60-69 vj.		70-79 vj.		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<i>Epidermophyton spp.</i>	N	0	0.00	1	3.85	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.83
	%	0.00		100.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
<i>Microsporum spp.</i>	N	4	66.67	11	42.31	13	54.17	4	26.67	3	14.29	3	25.00	2	22.22	0	0.00	40	33.33
	%	10.00		27.50		32.50		10.00		7.50		7.50		5.00		0.00		100.00	
<i>Trichophyton spp.</i>	N	2	33.33	14	53.85	11	45.83	11	73.33	18	85.71	9	75.00	7	77.78	7	100.00	79	65.83
	%	2.53		17.72		13.92		13.92		22.78		11.39		8.86		8.86		100.00	
Gjithëj	N	6	100.00	26	100.00	24	100.00	15	100.00	21	100.00	12	100.00	9	100.00	7	100.00	120	100.00
	%	5.00		21.67		20.00		12.50		17.50		10.00		7.50		5.83		100.00	

Në Tabelën 21 kemi prezentuar angazhimin në punë dhe profesionin në raport me llojet e shkaktarëve të izoluar në mënyrë laboratorike. Edhe tek të papunët (65.91%) por edhe në grupin e të punësuarve të analizuar tek ne (76.67%) dominoi *Trichophyton spp.* Në 54.17% të nxënësve u izolua *Microsporum spp.* ndërsa tek pensionistet dhe studentët ishte prezent *Trichophyton spp.* në 90.00% respektivisht 63.64% të rasteve që i takonin këtyre grupeve të caktuara. Rasti i vetëm me *Epidermophyton spp.* i takon grupit të nxënësve.

Tabela 21. Shkaktarët e izoluar te popullata në bazë të angazhimit në punë dhe profesionit

Shkaktari izoluar	Angazhimi ne pune dhe profesioni												Gjithsej		
	Papune		Ipunesuar		Amvise		Nxenes		Penzioner		Student				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Epidermophyton spp.	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	4.17	0	0.00	0	0.00	1	0.83
	%	0.00		0.00		0.00		100.00		0.00		0.00		100.00	
Microsporum spp.	N	15	34.09	7	23.33	0	0.00	13	54.17	1	10.00	4	36.36	40	33.33
	%	37.50		17.50		0.00		32.50		2.50		10.00		100.00	
Trichophyton spp.	N	29	65.91	23	76.67	1	100.00	10	41.67	9	90.00	7	63.64	79	65.83
	%	36.71		29.11		1.27		12.66		11.39		8.86		100.00	
Gjithsej	N	44	100.00	30	100.00	1	100.00	24	100.00	10	100.00	11	100.00	120	100.00
	%	36.67		25.00		0.83		20.00		8.33		9.17		100.00	

Në Tabelën 22 janë paraqitur regjionet e prekura me ndryshime mykotike nëpër grupmoshat e grupit të studimit. Grupmosha më e re, 0-9 vjeçare dhe ajo 10-19 vjeçare me nga 1/3 e ndryshimeve i kishin në zonen e kokes, njëherit gjysma e pjesëtarëve të grupmoshës 0-9 vjeçare ndryshimet i kishin në kete regjion. Sa i përket trupit grupmosha 20-29 vjeçare kishte lokalizimin më të shpeshtë në krahasim me grupmoshat tjera dhe po ashtu në mbi gjysmën e popullatës së kësaj grupmoshe ndryshimet mykotike ishin të lokalizuara në trup. Te lokalizimi i manifestimeve në fytyrë 27.78% kishte pjesmarrje grupmosha 30-39 vjeçare, e cila grupmoshë në 33.33% të rasteve kishte lokalizim fytyrën. Sa i përket ndryshimeve të lokalizuara në duar u gjetën më së shumti në grupmoshën 40-49 vjeçare dhe ate me 31.58% ndersa 42.86% të pjestarëve të kësaj grupmoshe ndryshimet i kishin të lokalizuara në këmbë. Ndryshimet në këmbë në 32.14% të rasteve u gjetën te grupmosha 40-49 vjeçare.

Në regionin e kofshës rezultoi lokalizim të mykozave vetëm tek një rast pjesetar i grupmoshës 20-29 vjeçare. Poashtu edhe lokalizimi në shpinë te popullata jonë ishte i rrallë dhe ate vetëm në dy raste (1.67%), një pjestar i grupmoshës 50-59 vjeçare e tjetri 60-69 vjeçare. Raste të rralla të më shumë se një lokalizimi poashtu gjetëm në punimin tonë dhe ate nga dy raste me lokalizime të dyfishta në fytyrë dhe trup respektivisht duar dhe këmbë dhe me nga një rast fytyrë, duar respektivisht tri lokalizime duar, këmbë dhe kofshë. Lokalizimi më i shprehur ishte trupi. Të dhënat tona tregojnë poashtu edhe mundësinë e përhapjes së infeksioneve mykotike nëpër regjionet e ndryshme, por edhe në largësi pavarësisht nga

kontakti. Incidenca e lart e Tinea capitis në popullatën e re mund të rezultojë si pasojë e nivelit të acideve yndyrore me veprim fungistatik karakteristikë për periudhën pas pubertetit. Numri i madh i anetarëve të familjes mund të rrisë mundësinë e bartjes së infeksioneve me anë të kontaktit, higjienës jo të mirë, përdorimit të veshmbathjeve të njëjta, materialeve te ndryshme te perkujdesjes higjenike.

Tabela 22. Paraqitja e lokalizimeve të manifestimeve ne lekure te grupmoshat e caktuara

Grupmosha	Regjioni i prekur																								Gjitëje		
	Kapliciumi		Trupi		Fytyra		Duart		Kembet		Kotinet		Shpina		Fytyra/Trupi		Fytyra/ Duart		Duart/ Kembet		Duart/ Kembet/ kotinet						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
0-9 vj.	N	3	88.88	1	2.70	2	11.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	5.00
	%	50.00		16.67		33.33		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00	100.00		
10-19 vj.	N	8	88.88	10	27.08	4	22.22	2	10.58	5	17.86	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	26	21.67
	%	11.54		36.46		15.58		7.69		19.23		0.00		0.00		3.85		0.00		3.85		0.00		0.00	100.00		
20-29 vj.	N	2	22.22	14	87.84	2	11.11	1	5.26	2	7.14	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	24	20.00
	%	8.88		55.58		8.88		4.17		8.88		4.17		0.00		0.00		4.17		4.17		0.00		0.00	100.00		
30-39 vj.	N	0	0.00	3	8.11	5	27.78	5	26.82	2	7.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	12.50
	%	0.00		20.00		33.33		33.33		19.88		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00	100.00		
40-49 vj.	N	0	0.00	1	2.70	4	22.22	6	31.58	8	32.14	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	21	17.50
	%	0.00		4.76		18.05		28.57		42.86		0.00		0.00		4.76		0.00		0.00		0.00		0.00	100.00		
50-59 vj.	N	1	11.11	4	10.81	0	0.00	1	5.26	5	17.86	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	12	10.00
	%	8.88		33.33		0.00		8.88		41.67		0.00		8.88		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00	100.00		
60-69 vj.	N	0	0.00	2	5.41	1	5.56	2	10.58	3	10.71	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	9	7.50
	%	0.00		22.22		11.11		22.22		33.33		0.00		11.11		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00	100.00		
70-79 vj.	N	0	0.00	2	5.41	0	0.00	2	10.58	2	7.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	7	5.88
	%	0.00		28.57		0.00		28.57		28.57		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		14.29	100.00		
Gjitëje	N	8	100.00	37	100.00	18	100.00	19	100.00	23	100.00	1	100.00	2	100.00	2	100.00	1	100.00	2	100.00	1	100.00	1	100.00	120	100.00
	%	7.50		30.83		15.00		15.83		19.38		0.83		1.67		1.67		0.83		1.67		0.83		1.67	100.00		

III.3. Trajtimi i manifestimeve mykotike ne lekure

Në tabelën 23 kemi paraqitur diagnozat klinike dhe trajtimin lokal të aplikuar. Trajtimi më i shpeshtë te e tërë popullata e analizuar ishte terbinafina e përdorur lokalisht me 34.17%. Dy antimykotikët e tjerë për përdorim lokal të përdorur ne manifestimet ne lekure te semundjeve mykotike ishin clotrimazoli me perkatesisht 31.67% dhe mikonazoli me 23.33%. Flukonazoli për shkak të pamundësisë së sigurimit u përdor tek 13 pacientë perkatesisht 10.83%. Klotrimazoli u përdor më së shumti tek tinea corporis me 44.74% të rasteve; njëjtë u përdor edhe flukonazoli me 61.54% të rasteve dhe terbinafina me 51.22%. Sa i përket mikonazolit në përqindje të barabartë u përdor te rastet e tinea corporis dhe te ajo mes gishtave me 28.57%.

Tabela 23. Trajtimi lokal i aplikuar në bazë të diagnozave klinike

Dg. Klinike		Trajtimi lokal								Gjithsej	
		C		F		M		T			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
interdigital	N	5	13.16	3	23.08	8	28.57	2	4.88	18	15.00
	%	27.78		16.67		44.44		11.11		100.00	
Tinea capitis	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	9	21.95	9	7.50
	%	0.00		0.00		0.00		100.00		100.00	
tinea corporis	N	17	44.74	8	61.54	8	28.57	21	51.22	54	45.00
	%	31.48		14.81		14.81		38.89		100.00	
tinea corporis et faciei	N	2	5.26	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1.67
	%	100.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
Tinea faciei	N	7	18.42	0	0.00	7	25.00	5	12.20	19	15.83
	%	36.84		0.00		36.84		26.32		100.00	
tinea faciei et manus	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	2.44	1	0.83
	%	0.00		0.00		0.00		100.00		100.00	
tinea manus	N	7	18.42	2	15.38	5	17.86	3	7.32	17	14.17
	%	41.18		11.76		29.41		17.65		100.00	
Gjithsej	N	38	100.00	13	100.00	28	100.00	41	100.00	120	100.00
	%	31.67		10.83		23.33		34.17		100.00	

Në tabelën 24 të gjitha rastet me lokalizime në regionin e kokës janë trajtuar me terbinafine lokale poshtu edhe më pak se gjysma ose 40.54% të rasteve me lokalizime në trup u trajtuan me terbinafine lokale. Rastet e të sëmurëve me lokalizim të infeksioneve mikotike në fytyrë kryesisht u trajtuan me clotrimazole lokal (36.84%), miconazole lokal (36.84%), si dhe terbinafine lokale (26.32%). Lezionet mykotike të lokalizuara në duar në 44.44% u trajtuan me clotrimazole. Poashtu edhe të lezionet në këmbë dominoi trajtimi me clotrimazole në 35.71% të rasteve. Rasti i vetëm me lokalizim në kofshë është trajtuar me miconazol lokal ndersa të dy rastet me lokalizime në shpinë u përdorën antimikotikë të ndryshëm perkatesisht clotrimazole dhe të pacienti tjetër terbinafine. Sa i përket preparatit clotrimazol ai u përdor edhe të dy rastet klinike me lokalizim të dyfishtë, në trup dhe në fytyrë. Rasti i vetëm me lokalizim në duar dhe këmbë u trajtua me miconazole përderisa ai pacient që kishte të involvuar edhe kofshët ishte trajtuar me terbinafine.

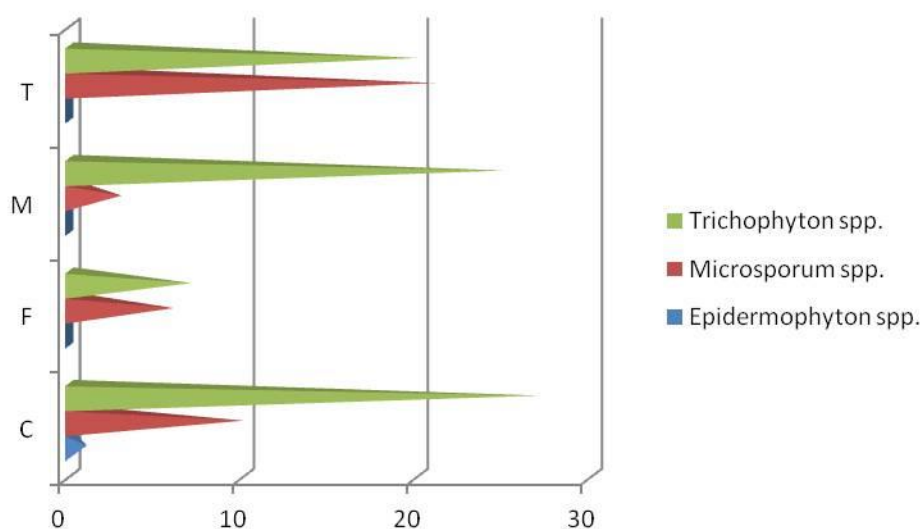
Tabela 24. Trajtimi lokal me preparatet antimykotik ne lokalizimet e ndryshme trupore

Regjioni i materialit		Trajtimi lokal								Gjithsej	
		C		F		M		T			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kapiliciumi	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	9	21.95	9	7.50
	%	0.00		0.00		0.00		100.00		100.00	
Trupi	N	10	26.32	6	46.15	6	21.43	15	36.59	37	30.83
	%	27.03		16.22		16.22		40.54		100.00	
Fytyra	N	7	18.42	0	0.00	7	25.00	5	12.20	19	15.83
	%	36.84		0.00		36.84		26.32		100.00	
Duart	N	8	21.05	2	15.38	5	17.86	3	7.32	18	15.00
	%	44.44		11.11		27.78		16.67		100.00	
Kembet	N	10	26.32	5	38.46	7	25.00	6	14.63	28	23.33
	%	35.71		17.86		25.00		21.43		100.00	
Kofshet	N	0	0.00	0	0.00	1	3.57	0	0.00	1	0.83
	%	0.00		0.00		100.00		0.00		100.00	
Shpina	N	1	2.63	0	0.00	0	0.00	1	2.44	2	1.67
	%	50.00		0.00		0.00		50.00		100.00	
Fytyra/ Trupi	N	2	5.26	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1.67
	%	100.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
Fytyra/ Duart	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	2.44	1	0.83
	%	0.00		0.00		0.00		100.00		100.00	
Duart/ Kembet	N	0	0.00	0	0.00	2	7.14	0	0.00	2	1.67
	%	0.00		0.00		100.00		0.00		100.00	
Duart/ Kembet/ Kofshet	N	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	2.44	1	0.83
	%	0.00		0.00		0.00		100.00		100.00	
Gjithsej	N	38	100.00	13	100.00	28	100.00	41	100.00	120	100.00
	%	31.67		10.83		23.33		34.17		100.00	

Në tabelën 25 dhe grafikun 8 kemi paraqitur agjentet shkaktarë dhe terapinë e përdorur ku verëhet se clotrimazole (C) nga të gjitha ndryshimet klinike ku u përdor në 71.05% u izolua Trichophyton spp. Sa i përket preparatit fluconazol (F) në 46.15% të rasteve të trajtuara me këtë antimykotikë lokal u izolua Microsporum spp. ndërsa me një përqindje pak më të madhe 53.85% u izolua Trichophyton spp. Miconazoli (M) në 89.29% të lezioneve që u trajtuan me këtë antimykotik u izolua Trichophyton spp. gjersa terbinafina (T) në rreth gjysmën e rasteve të trajtuara me këtë agjentë (51.22%) u izolua Microsporum spp. Mëtej, 52.50%, pra mbi gjysma, e ndryshimeve të këtuara nga të cilat u izolua Microsporum spp. ishin trajtuar me T, kurse nga ana tjetër, 34.18% të lezioneve në lëkure nga të cilat u izolua Trichophyton spp. ishin trajtuar me Clotrimazol lokal.

Tabela 25. Trajtimi antimykotik ne ndryshimet klinike me shkaktarë të izoluar

Shkaktari	Trajtimi								Gjithsej		
	C		F		M		T				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Epidermophyton spp.	N	1	2.63	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.83
	%	100.00		0.00		0.00		0.00		100.00	
Microsporum spp.	N	10	26.32	6	46.15	3	10.71	21	51.22	40	33.33
	%	25.00		15.00		7.50		52.50		100.00	
Trichophyton spp.	N	27	71.05	7	53.85	25	89.29	20	48.78	79	65.83
	%	34.18		8.86		31.65		25.32		100.00	
Gjithsej	N	38	100.00	13	100.00	28	100.00	41	100.00	120	100.00
	%	31.67		10.83		23.33		34.17		100.00	



Grafiku 8. Ndryshimet klinike të trajtuara me shkaktarë të izoluar

Në tabelën 26 kemi prezantuar rezultatet sa i përket përdorimit lokal të antimykotikëve dhe përmirësimeve klinike të vërejtura dhe të ekzaminuara javën e parë pas fillimit të trajtimit. Në 88.33% të rasteve të të gjithë të analizuarve të trajtimit me këta katër lloje të antimikotikëve u vërejt përmirsim i mirë klinik ndërsa në 11.67% të rasteve të mbetura përmirsimi klinik ishte jo i kënaqshëm. Sa i përket vlerësimit në përfundim të javës së dytë me këtë terapi në 96.67% të rasteve përmirsimi klinik u vlerësua si i mirë dhe vetëm në 4 (3.33%) raste përmirsimi klinik ishte jo i kënaqshëm.

Tabela 26. Vlerësimi i parë i përmirësimit klinik të manifestimeve në lëkure dhe terapia lokale antimykotike e përdorur

Trajtimi lokal		Përmirësimi klinik (I)				Gjithsej	
		I mirë		Jo kënaqshëm			
		N	%	N	%	N	%
C	N	33	31.13	5	35.71	38	31.67
	%	86.84		13.16		100.00	
F	N	13	12.26	0	0.00	13	10.83
	%	100.00		0.00		100.00	
M	N	25	23.58	3	21.43	28	23.33
	%	89.29		10.71		100.00	
T	N	35	33.02	6	42.86	41	34.17
	%	85.37		14.63		100.00	
Gjithsej	N	106	100.00	14	100.00	120	100.00
	%	88.33		11.67		100.00	

Tabela 27. Vlerësimi i dytë i përmirësimit klinik të manifestimeve klinike dhe terapia lokale antimykotike e përdorur

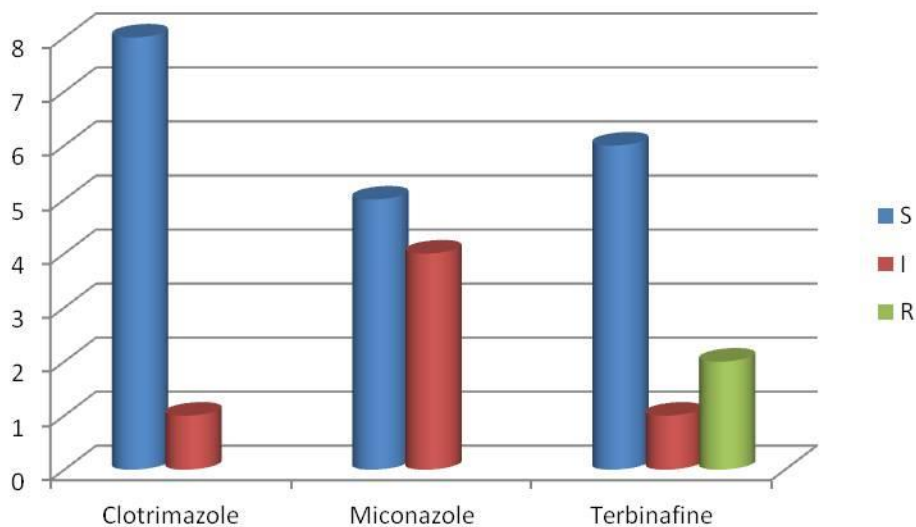
Trajtimi lokal		Përmirësimi klinik (II)				Gjithsej	
		I mirë		Jo kënaqshëm			
		N	%	N	%	N	%
C	N	36	31.03	2	50.00	38	31.67
	%	94.74		5.26		100.00	
F	N	13	11.21	0	0.00	13	10.83
	%	100.00		0.00		100.00	
M	N	27	23.28	1	25.00	28	23.33
	%	96.43		3.57		100.00	
T	N	40	34.48	1	25.00	41	34.17
	%	97.56		2.44		100.00	
Gjithsej	N	116	100.00	4	100.00	120	100.00
	%	96.67		3.33		100.00	

Në tabelën 27 kemi prezantuar vlerësimin e dytë klinik të lezioneve në lëkure pas aplikimit të terapisë ku shihet një rritje e përmirësimit klinik me vlerësimin e mirë në 96.67% të të gjitha rasteve të trajtuara. Vlen të përmendet që të gjitha rastet e trajtuara me Flukonazol kanë patur përmirësim klinik qysh në vlerësimin e parë, me siguri për shkak të përdorimit jo të shpeshtë dhe rutinë të këtij antimykotiku në trevat tona. Nga gjithsej katër raste që në vlerësimin e dytë kanë pasur përmirësim klinik jo të kënaqshëm, gjysma i takonte lezioneve të trajtuara me Clotrimazol dhe nga një rast ishin të trajtuar me Myconazol respektivisht terbinafine.

Në tabelën 28 dhe grafikun 9 kemi paraqitur rezistencën antimykotike të realizuar në kushte laboratorike te një mostër më e vogël, e zgjedhur në mënyrë të rastësishme. Vërehet se te mostra e analizuar, sensitiviteti ishte 88.89% te testimi me clotrimazole që mund të shpjegohet me shkallen e gjërë te veprimit të tij; përderisa te testimi me Miconazole 44.44% të mostrave treguan rezultat intermediar, pjesa tjetër (55.56%) kishte ndjeshmëri në këtë lloj të antimykotikut. Te rastet e testuara me Terbinafinë lokale u paraqit rezistenca te 2 (22.22%) mostra të testuara dhe kjo ndoshta është e lidhur me tendencën e përdorimit më të shpeshtë të këtij angjenti antimykotik vitet e fundit.

Tabela 28. Testimi laboratorik i antimykotikëve

Agjentet antifungal		C		M		T		Gjithsej	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Senzitiv	N	8	88.89	5	55.56	6	66.67	19	70.37
Intermediar	N	1	11.11	4	44.44	1	11.11	6	22.22
Rezistent	N	0	0.00	0	0.00	2	22.22	2	7.41
Gjithsej	N	9	100.00	9	100.00	9	100.00	27	100.00

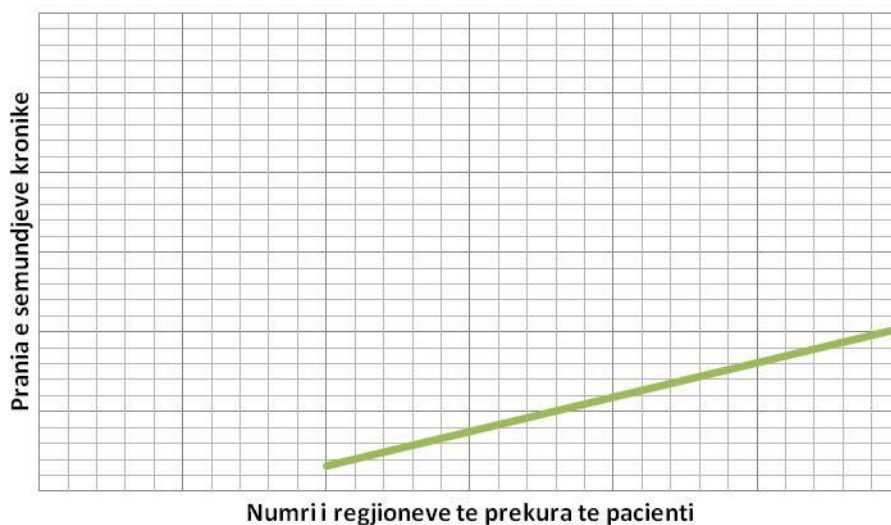


Grafiku 9. Antimykotikët dhe testimi laboratorik te mostra e rastësishme

III.4. Korrelimi ndërmjet disa parametrave të krahasueshëm të popullata e analizuar

Në pjesën e katërt të rezultateve prezantohet korrelimi (lidhshmëritë) e gjetura ndërmjet disa parametrave të analizuar tek popullata jonë.

Në grafikun 10 kemi paraqitur numrin e regjioneve të prekura të pacienti në korrelim me praninë ose jo të sëmundjeve kronike. Shihet qartë se është gjetur korrelim i drejtë, pozitiv ndërmjet këtyre dukurive, por i shkallës së ultë ($r=0.2$), që tregon se shtimi i regjioneve të prekura ka qenë prezent te pacientët edhe me sëmundje kronike.

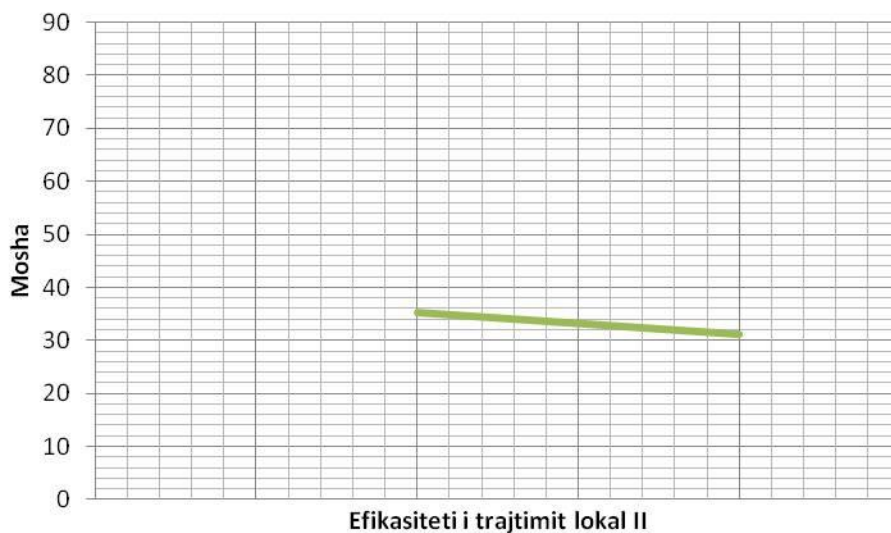


Grafiku 10. Korrelimi ndërmjet pranisë së sëmundjeve kronike dhe numrit të regjioneve të prekura.

Në Grafikun 11 është paraqitur efikasiteti i trajtimit lokal, i vlerësuar me përfundimin e javës së parë të trajtimit në lidhshmëri me moshën. Është vërejtur korrelim i dobët i trendit negativ ($r= -0.1$), i zhdrejtë në mes këtyre dy parametrave që na tregon se kemi rënje të lehtë të efikasitetit të trajtimit lokal në javën e parë dhe në javën e dytë (grafiku 12) me rritjen e moshës. Të njëjtin trend e kemi gjetur edhe kur është korreluar përsëri mosha me efikasitetin e trajtimit lokal, por tani në javën e dytë të trajtimit ($r= -0.04$).



Grafiku 11. Korrelimi ndërmjet efikasitetit të trajtimit lokal dhe moshës në javën e parë
 Gjatë testimit të dy grupeve, grupit ku trajtimi lokal u vlerësua efikas dhe ai me vlerësim jo-efikas të trajtimit rezultoi dallim jo signifikant (jo i ndjeshëm) statistikor ($p=0.51$) sa i përket moshës së pacientëve.



Grafiku 12. Korrelimi ndërmjet efikasitetit të trajtimit lokal dhe moshës në javën e dytë

Shkaktarët më të shpeshtë tek fëmijët dhe të rriturit janë dermatofitet zoofile. Burimi i infeksionit janë kafshët. Për shkak të migrimit të popullësisë poashtu edhe dermatofitet antropofile janë duke u paraqitur më shpesh (38).

Publikimet e viteve të fundit tregojnë se këto infeksione kanë paraqitje më të larte në vendet e zhvilluara që plotësisht e kanë ndryshuar lidhmërinë e higjenes së dobët dhe kushteve të vështira me sëmundjet, që ka mbizotru shumë kohë më parë. Përveç faktit që studimi është kryer në qendren universitare terciare në njesinë ambulatorie të saj ku drejtohet një pjesë e madhe e popullatës së vendit mbizotrimi i të pacienteve tonë me vendbanim në qytet korrelohet dhe me të dhënat e mësipërme nga literatura (9).

Autori Borgers dhe bashkeautorët kanë theksuar në studimin e tyre se shkaktarë të dermatomikozave janë specie të myshqeve filamentoze si *Trichophyton*, *Microsporum* ose *Epidermophyton*, që u identifikuan edhe në materialin tonë të analizuar; e që këta agjentë kanë afinitet për invadimin e keratinës që është pjesë përbërëse e lëkurës me anekset e saj (12).

Trichophyton rubrum është dermatofiti më i shpeshtë në botë por edhe me një incidencë të larte edhe në Europë. Ky dermatofit më rrallë prek folikulin e qimes. *Trichophyton rubrum* si target ka stratum corneum të epidermisit dhe keratinën e thonjëve. *Trichophyton rubrum* dhe *mentagrophytes* (interdigitale) në 90% të rasteve janë përgjegjës në të gjitha rastet e dermatofitozave në Poloni (1). Poashtu llogaritet e njëjta mbizotrojnë edhe në Britaninë e Madhe dhe Suedi (53). Në Poloni, forma më e shpeshtë e infeksioneve fungale është ajo e *tinea unguium pedum* (42.2%) dhe *tinea pedis* (41.1%); *tinea corporis* (5.6%), *tinea manuum* (4.1%), *tinea unguium manum* (3.0%), *tinea capitis* (2.4%) dhe *tinea cruris* (1.3%) janë më pak të shpeshta (21). Këto të dhëna nuk korelojnë me ato të punimit tonë pasi që nuk i kemi përfshirë rastet me mykun e thonjëve.

Së bashku me *tinea pedis* dhe *tinea unguium*, infeksionet me *Trichophyton rubrum* janë në rritje edhe në pjesët e tjera të trupit (54). Një shembull është *tinea faciei* nga *Trichophyton rubrum* pas autoinokulimit nga *tinea pedis* (55). *Trichophyton rubrum* është e pazakonshme të shkaktojë *tinea capitis* gjë që korelojnë me të dhënat e punimit tonë.

Patogeni më i shpeshtë i raportuar në *tinea pedis* dhe mykoza e thonjëve janë dermatofitet antropofile si p.sh. *Trichophyton rubrum*, *interdigitale* dhe *Epidermophyton floccosum*. Burimi më i zakonshëm i infeksionit është banjo, me këtë edhe përhapja tek antarët tjerë të familjes. Burimet tjera të infeksionit dhe ambjente që favorizojnë përhapjen janë frekuentimi i palestrave, studio aplikimi sporti ose masazhe, dhomat e zhveshjes në pishina publike etj.

Trichophyton interdigitale është raportuar si dermatofiti i dytë më i shpeshti në Gjermani (56). Këto të dhëna korespondojnë me punimin ato të punimit tonë ku mbizotrojnë rastet me Trichopyton spp.

Bazuar në një studim të kryer në Italinë qendrore 13% të maceve që jetojnë në shtëpi private ishin bartëse të Microsporum canis; ku patogjeni është identifikuar 100% tek të gjitha strishot e bëra. Macet poashtu mund të jenë edhe bartës asimptomatik (38). Në studimin tonë u vërejt që poashtu të të gjitha rastet me infeksion mykotik të kokës u izolua Microsporum spp.

Kontakti direkt me tokën vecanerisht dheun shoqerohet me risk për infektim si infeksionet me dermatofitet gjeofile si Microsporum gypseum. Shpeshherë infeksioni mund të paraqitet tek fëmijët kur ata luajnë në natyrë si tinea manus (57). Poashtu kjo vërehet edhe tek kopshtarët profesional.

Në literaturë, Epidermophyton floccosum raportohet si dermatofiti patogjen i katërt (58). Tek punimi ynë gjithashtu gjendet shumë më pak.

Mykrat kanë përhapje shumë të gjere në ambient dhe për këtë mundësia për infektim nga keto mikroorganizma është shumë e madhe (59). Sidoqoftë ky studim është i dobishëm për të përcaktuar madhësinë e problemit dhe ka të bëjë me ndikimin e tij vecanerisht në parandalimin e këtyre infeksioneve. Në hulumtimin tonë kemi gjetur incidencën më të lartë të infeksioneve mykotike tek femrat sikurse në studimet tjera (20, 60).

Disa nga sëmundjet, sidomos Tinea pedis, në fazën akute, gjithashtu Tinea corporis mund të jenë prezente në më shumë se një vendlokalizim (61, 62). Kjo e gjetur e literatures korrelohet dhe me gjetjet në studimin tonë.

Ky punim vë në pah se mundësitë e mëdha të përhapjes së infeksionit në anetarë të ngushtë të familjes sidomos nga personat që individualisht kanë disa lokalizime (lezione multiple) (22). Në punimin tonë edhe pse shumica e të analizuarëve kishin vetëm një lezion kishim raste të individëve me më tepër se një lezion dhe atë dy dhe tri leziona mykotike, që i përgjigjet autoinokulimit.

Në studimin e Rahbar dhe autorë të tjerë është gjetur se incidenca më e lartë e infeksioneve mykotike është te gjinia femrore (20). Këta autor gjetën shpeshtësi më të madhe të izolimit të *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton mentagrophytes* dhe *T. rubrum* me 12.20% respektivisht me nga 11.11%. Ndryshimet në shpeshtësinë e izolimit të shkaktarëve mund të jenë të lidhur për faktorët e ndryshëm ambjental, klimatikë, individual (63, 64). Për dallim nga punimi ynë ku më shumë mbizotrojnë rastet me *Trichophyton* spp.

Infeksionet mykotike sipërfaqësore në lëkurë, flokë dhe thonjë, sipas autorëve shfaqen te grupmosha e trete (15).

Këta individë të analizuar kishin lokalizime të ndryshme të manifestimeve në lëkurë si në thonj, nën-gjunj, trup, shputa, fytyrë, etj. Tetë paciente prej 208 kishin edhe sëmundjen e Diabetit mellitus prezent (20).

Sipas autorëve Ghannoum dhe të tjerë bashkeautor në studim faktorët të rrezikut në paraqitjen e këtyre sëmundjeve janë sëmundjet kronike si Diabetes mellitus dhe çrregullimet e qarkullimit të gjakut. Disa prej të analizuarëve të grup moshave të trete në punimin tonë raportuan sëmundje kronike dhe atë Diabetin mellitus dhe Hipertensionin Arterial, të cilat treguan edhe korrelim të drejtë ndërmjet prezencës së këtyre sëmundjeve dhe numrit të regjioneve të prekura.

Te shumica e infeksioneve me dermatofite, shkaktari më i shpeshtë është *Trichophyton* spp. duke përfshirë më së shpeshti *Tinea capitis*, *Tinea pedis* dhe *Tinea unguium* (15). Ndërsa te punimi ynë mbizotrojnë rastet me *tinea corporis*.

Gjithashtu edhe sipas autorit Gupta me bashkeautor *Trichophyton* spp. ishte më i shpeshtë sesa *Microsporum* spp. ose *Epidermophyton*, gjë që u vërejt edhe në punimin tonë, ku *Trichophyton* spp. më së tepërmi e izoluar nga ndryshimet lëkurore (16).

Edhe këta autorë radhisin përdorimin lokal të antimikotikëve si terbinafine dhe fluconazole si terapi të sukseshme në trajtimin e këtyre infeksioneve (16) gjë që korespondon edhe me të dhënat e punimit tonë.

Te publikimi i Ghannoum me bp. ritheksohet izolimi i specieve *Trichophyton*, *Microsporum* dhe *Epidermophyton* spp. te shumica e infeksioneve me dermatofite të cilat çdo ditë e më tepër po bëhen shqetësuese si për individin ashtu edhe për profesionistin shëndetësor në tendencat për trajtim adekuat (22).

Në punimin e udhëhequr nga Asticcioli me bp. shihet se lokalizimi më i shpeshtë ishte *Tinea corporis*, përcjellur nga *Tinea pedis* dhe *unguim* ndërsa në këtë punim 50.5% kishte meshkuj me një shtrirje të moshës nga disa muajsh deri në 73 vjeçar. Shkaktari më i shpeshtë i izoluar ishte *Trichophyton rubrum* me 42.3% dhe *Microsporum canis* 31%, i cili ishte më shpesh i izoluar nga ndryshimet në lëkurë dhe kokë. *Trichophyton rubrum* ishte izoluar nga ndryshimet në *tinea unguinum*, *pedis* dhe *cruris* dhe të gjitha ishin tek adultët. Edhe ky punim gjeti prezencë më të ultë të *Epidermophyton floccosum* me vetëm 1% (65).

Në punimin e realizuar në Brazil (Leite me bp.) gjinia e Trikofiteve ishte më e hasur, dhe në 33.3% të rasteve u gjet *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes* 36.00% (66).

Në studimin e Barchies-it me bp.u testua in vitro aktiviteti i posaconazole si preparat antifungal i ri, potent ku u gjet se kjo molekulë ishte aktive in vitro aq sa itraconazole in vivo, mirëpo me aktivitet më të lartë fungiocid sa i përket gjinisë *Microsporum* (67).

Rahman me bashkëpunëtor (68) në studimin e tyre kishin 51.58% meshkuj, 30% të pjesemarrësve ishin 0-14 vjeçar, 59% 15-64 vjeçar dhe 11.00% mbi 64.00%. *Tinea corporis* në këtë punim është më prevalentja 22.63%, *Tinea capitis* 10.32%, *Tinea pedis* 9.82% dhe *Tinea cruris* 8.32%. Sa i përket infeksioneve sipërfaqësore tek fëmijët 0-14 vjeçar *Tinea capitis* ishte më prezentja me 26.67% kurse *tinea corporis* 13.33%. Tek popullata e grupmohës 15-64 vjeçare më frekuentja është *Tinea corporis* 25.49%, kurse *Tinea cruris* 12.32%. Ndërsa te pjestarët e moshës mbi 65 vjeçare ndryshimet me infeksionet sipërfaqësore fungale në 21.88% të rasteve janë prezente si *Tinea pedis*.

Në vijim nga një rishikimi i literaturës mbi trendet epidemiologjike të mykozave lëkurore në botë të publikuar nga Havlickova, shohim se autorët e ndryshëm në studimet e tyre epidemiologjike kanë gjetur incidenca të ndryshme, interesante. Lange me bashkëpunëtor (69) në 2/3 izoi *Microsporum canis*. Poashtu edhe Korstanje (70) 40.9% gjetën të njëjtin shkaktarë. *Trichophyton mentagrophytes* te ky studim është 11.4%. Autorët Monod me bashkëpunëtor (71), Lehenkari (72) me bashkëpunëtor dhe Lupa me bashkëpunëtor (73) prezentuan *Trichophyton rubrum* me shpeshësi më të lartë në 62.5% të rasteve, 66.00% respektivisht 41.6% të rasteve. Përderisa Dolenc-Voljc (74) dhe Prohic (75) raportojnë në

përqindje më të lart *Microsporum canis* me 46.8% respektivisht 90.4% të rasteve. Të dhënat janë përmbledhje për kontinentin e Europës.

Në studimin e Abbas me bp. (76) është vërehet se 46.00% të të analizuarëve i takojnë infeksioneve sipërfaqësore të dermatofiteve, prej të cilave shumica janë të lokalizuara në lëkurën e trupit por u gjetën edhe lokalizime në kapilicium, shputa dhe thonj. Speciet më të shpeshta në 57.2% të dermatofiteve izolohehet *Trichophyton* në 23.8%, *Microsporum* ndërsa *Epidermophyton* në 19.00%.

Në punimin e Flores me bp. (77) që studioi epidemiologjinë e infeksioneve sipërfaqësore fungale, dominojnë meshkujt me 64.00% dhe dukshëm kishte dominim të *Trichophyton rubrum* (59.7%). Regjioni më i prekur me ndryshime është ai interdigjital i shputave.

Tan me bp. (78) na jep të dhëna epidemiologjike nga Singapori nëpër vite ku shohim se dermatofitet dhe onihomikoza kishin ngritje dhe poashtu tinea pedis dhe onihomikoza kanë trend të ngjajshëm të zhvillimit.

Në literaturë Borgers me bp. trajtimi i këtyre infeksioneve kryesisht bëhet përmes inhibitorëve të biosintezës së ergosteroilit, që janë vërtetuar se kanë efekt klinik si mikonazoli, ketokonazoli, flukonazoli, terbinafina dhe kohëve të fundit amorolfina. Në punimin tonë gjithashtu treguan efikasitet në përmirsimin e kuadrit klinik aplikimi lokal i klotrimazolit, flukonazolit, mikonazolit dhe terbinafinës. Hulumtimet e reja synojnë aplikimin e agjentëve të rinj antifungal më efektiv, sa më pak efekte anësore dhe kohëzgjatje të shkurtër të trajtimit (12).

Në publikimin e Millikans me bp. poashtu theks i posaçëm vendoset mbi aplikimin e sukseshëm të allylamines dhe imidazolit, si agjentë të aplikuar mbi 20 vite dhe kanë treguar efikasitet dhe siguri (13).

Edhe pse trajtimi i këtyre infeksionet njihet gjerësisht se është lokal edhe/ose lokal fillimi i trajtimit të tinea corporis, tinea manum dhe tinea pedis është lokal, me aplikim të agjentëve antimykotik një herë ose dy herë në ditë. Të analizuarit tanë u trajtuan me antifungal lokal të aplikuar dy herë në ditë. Autorët rekomandojnë aplikimin e terapisë orale të rastet e përfshirjes së sipërfaqeve më të gjëra nga infeksioni ose ku terapia lokale nuk ka pasur sukses. Autorët poashtu e potencojnë se rikthimi i infeksionit mbetet problem klinik sidomos

ne rast të mykozës së shputës dhe thonjëve, prandaj mendojmë se aplikimi i mjekimit deri në rikuperim të plotë është më se i nevojshëm (14).

IV. KONKLUSIONE

Nga rezultatet e studimit tone kemi arritur këto konkluzione:

- Në punim janë përfshirë gjithsej 120 paciente të analizuar, me moshë mesatare 35.2 ± 19.23 , me pjesëmarrje më të madhe të gjinisë femrore dhe popullatës me vendbanim në qytet;
- Nga të analizuarit 36.67% ishin të papunë ndërsa vetëm 30 (25%) ishin të punësuar;
- Grupmosha 40-49 vjeçare u karakterizua me arsimim të lartë me 20.93%
- 9 (7.5%) individë kanë dhe sëmundje kronike dhe shumica e tyre i përket gjeneratës së tretë.
- Regjionet më të prekura me manifestime mykotike ishin trupi (30.83%), këmbët (23.33%), fytyra (15.83%) dhe duart (15%);
- Pjesa më e madhe e të analizuarve kishin një regjion të trupit të prekur, por kishte pacientë që kishin edhe dy ose tri regjione të prekura nga patologjia;
- Diagnoza klinike më e hasur ishte *Tinea corporis* në 45% të rasteve. Diagnoza të tjera më të shpeshta klinike ishin 15.83% *Tinea faciei*, *Tinea interdigitalis* 15% dhe *Tinea manus* 14.17%;
- Tek femrat 39.71% edhe tek meshkujt 51.92% regjioni më i prekur me manifestime klinike ishte trupi me diagnozë klinike *Tinea corporis*;
- Te të gjithë 120 të analizuarit në 65.83% të rasteve është izoluar *Trichophyton spp.*, *Microsporum spp.* në 33.33% dhe *Epidermophyton spp.* në një rast (0.83%).
- *Microsporum spp.* u izolua me shpërndarje të njëjtë në të dy gjinitë, ndërsa 60.76% të rasteve me *Trichophyton spp.* ishin të gjinia femërore.
- Rasti i vetëm me *Epidermophyton spp.* kishte vendbanim fshatin.
- Përveç në grupin e nxënësve ku ishte izoluar prani më e madhe e *Microsporum spp.*, në të gjitha grupet tjera të analizuar sipas angazhimit në punë (profesionit) mbizotëroi *Trichophyton spp.* e izoluar.
- Shkaktari më i izoluar te grupi i pacientëve me sëmundje kronike ka qenë *Trichophyton spp.* me 77.78% (7 prej gjithsej 9 rasteve).
- Tek të gjitha rastet me *Tinea capitis* ishte izoluar *Microsporum spp.*, në trup 69.57%, ndërsa në fytyrë në 89.47% u izolua *Trichophyton spp.* si dhe e njëjta specie u izolua edhe në duar (83.33%) dhe këmbë (96.43%).

- Lokalizimi më i shpeshtë i Trichophyton spp. ishte në këmbë me 84.18%, ndërsa Microsporum spp. në 62.50% të rasteve u izolua nga materiali i fituar nga ndryshimet mykotike në trup.
- Nga të gjitha rastet ku u izolua në mënyrë laboratorike Trichophyton spp. në 35.44% të rasteve ishin të diagnostifikuara klinikisht me Tinea corporis, 21.52% Tinea faciei dhe interdigitale, kurse 17.72% me Tinea manum.
- Rastet me Microsporum spp. të izoluar kishin në 62.50% diagnozë klinike të Tinea corporis, Tinea capitis 22.50% të rasteve, kurse rasti i Epidermophyton spp. kishte diagnozë klinike të Tinea corporis.
- Në 94.44% të diagnozave klinike me lokalizim interdigital u izolua Trichophyton spp.
- Te të gjitha rastet me Tinea capitis u izolua Microsporum spp. ndërsa në Tinea corporis u izolua Trichophyton spp. (51.85%).
- Grupmosha 0-9 vjeçare u karakterizua me 66.67% izolim të Microsporum spp., ndërsa te grupmosha mbi 70 vjeçare të gjitha rastet u identifikuan me Trichophyton spp.
- Epidermophyton spp. ishte karakteristike për moshën 10-19 vjeçare ndërsa Microsporum spp. më së shpeshti u gjetën në grupmoshën 20-29 vjeçare (32.50%) gjersa Trichophyton spp. karakterizuan izolimin më të shpeshtë në grupmoshën 40-49 vjeçare me 22.78%.
- Grupmosha më e re, 0-9 vjeçare dhe ajo 10-19 vjeçare rreth 1/3 e ndryshimeve i kishin në zonen e kokës.
- Grupmosha 20-29 vjeçare kishte lokalizimin më të shpeshtë trupin në krahasim me grupmoshat tjera.
- Sa i përket ndryshimeve të lokalizuara në duar, u gjetën keto manifestime më së shumti në grupmoshën 40-49 vjeçare.
- Raste të rralla të më shumë se një lokalizimi rezultuan dy raste me lokalizime të dyfishta duar dhe këmbë dhe fytyrë dhe duar respektivisht tri lokalizime duar, këmbë dhe kofshë.
- Trajtimi më i shpeshtë te e tërë popullata e analizuar, bazuar në diagnozat klinike ishte terbinafina lokale (34.17%). Antimykotikët tjerë ishin clotrimazoli lokal (31.67%), mikonazoli lokal (23.33%) dhe flukonazoli lokal (10.83%).
- Klotrimazoli u përdor më së shpeshti tek Tinea corporis (44.74%); njëjtë u përdor edhe flukonazoli me 61.54% të rasteve dhe terbinafina me 51.22%. Sa i përket

mikonazolit në përqindje të barabartë u përdor te rastet e Tinea corporis dhe te ajo interdigitale me 28.57%.

- Të gjitha rastet me lokalizime në koke u trajtuan me terbinafine.
- Infeksionet mykotike në fytyrë kryesisht u trajtuan me clotrimazole (36.84%) dhe miconazole (36.84%) dhe terbinafine (26.32%).
- Ndryshimet e lokalizuara në duar në 44.44% u trajtuan me clotrimazole po ashtu edhe ndryshimet në këmbë në 35.71% të rasteve. Rasti i vetëm me lokalizim në kofshë është trajtuar me miconazole.
- Nga të gjitha ndryshimet klinike ku u përdor Clotrimazole (C) në 71.05% u izolua Trichophyton spp. Sa i përket fluconazole (F) në 46.15% të rasteve të trajtuara u izolua Microsporum spp. ndërsa në 53.85% u izolua Trichophyton spp.
- Miconazoli (M) në 89.29% të lezioneve që u trajtuan u izolua Trichophyton spp. gjersa terbinafina (T) në rreth gjysmën e rasteve të trajtuara (51.22%) u izolua Microsporum spp.
- Prej 52.50% të manifestimeve në lekure nga të cilat u izolua Microsporum spp. ishin trajtuar me Terbinafine, 34.18% të lezioneve nga të cilat u izolua Trichophyton spp. ishin trajtuar me Clotrimazol.
- Javën e parë pas fillimit të trajtimit në 88.33% të rasteve të të gjithë të analizuarve të trajtuar me këta katër lloje të antimykotikëve u vërejt përmirsim i mirë klinik ndërsa në 11.67% të rasteve të mbetura përmirsimi klinik ishte jo i kënaqshëm.
- Në përfundim të javës së dytë të trajtimit me këtë terapi në 96.67% të rasteve përmirsimi klinik u vlerësua si i mirë dhe vetëm në 4 (3.33%) raste përmirsimi klinik ishte jo i kënaqshëm.
- Gjatë testimit në kushte laboratorike sensitiviteti në rastet e trajtuara me Clotrimazole ishte 88.89% të mostra e zgjedhur në mënyrë të rastësishme.
- Është gjetur korelim i drejtë, pozitiv ndërmjet numrit të regjioneve të prekura të pacienti në korelim me praninë ose jo të sëmundjeve kronike, i shkallës së ultë ($r=0.2$).
- Është vërejtur korelim i dobët i trendit negativ ($r= -0.1$), i zhdrejtë në mes të efikasitetit të trajtimit lokal, të vlerësuar me përfundimin e javës së parë përkatësisht javës së dytë ($r= -0.04$) të trajtimit dhe moshës.

- Gjatë testimit të grupit ku trajtimi lokal u vlerësua efikas dhe ai pa-efikasitet të trajtimit u verejt dallim jo sinjifikant (jo i ndjeshëm) statistikor ($p=0.51$) sa i përket moshës së pacientëve.

Prevalenca e rritur e manifestimeve ne lekure te semundjeve mykotike meritojnë një qasje më të përmirsuar drejt këtyre sëmundjeve duke përfshirë edhe masat parandaluese tek popullata. Ekzistojnë lloje të ndryshme të agentëve fungal të cilët mund të izoloohen nga vendet e ndryshme të lokalizimit.

V. REKOMANDIMET

- ✓ Realizimi i studimeve me numër më të madh të rasteve dhe metodave më të avansuara për diferencimin e specieve të ndryshme të dermatofiteve paraqitet si një domosdoshmeri e kohës.
- ✓ Sensibilizimi i punonjeseve në shëndetesi dhe popullatës (vecanërisht ato që frekuentojnë ambientet me risk më të lartë infektimi) rreth sëmundjeve mykotike dhe mënyrës së transmetimit të infeksionit paraqitet si një kërkesë e domosdoshme.
- ✓ Edukimi i pacientëve lidhur me kushtet që favorizojnë infektimin dhe ri-infektimin nga sëmundjet mykotike duke vënë theksin në masat e higjenes.
- ✓ Edukimi i pacientëve mbi trajtimin, efikasitetin e tij dhe rëndësinë e fillimit të terapiës pas ekzaminimeve laboratorike.
- ✓ Kontrolli i rregullt dhe periodik, kujdesi i specializuar për kafshët shtëpiake si dhe edukimi mbi mundësitë e bartjes së sëmundjeve mykotike.
- ✓ Kontrolli mjekësor të të gjithë antarëve të familjes së pacientit.
- ✓ Përdorimi i antifungalëve adekuat pas ekzaminimit dhe kultures dhe përdorimi i gjeneratave të reja që nuk paraqesin rezistencë në mjekim.
- ✓ Edukimi i vazhdueshëm profesional i mjekëve të familjes, mjekëve pediater për diagnostifikim të hershëm dhe trajtimin adekuat të këtyre sëmundjeve,
- ✓ Realizimi i analizave mykologjike dhe identifikimi i specieve të caktuara që të mundësojë mjekimin korrekt dhe të kontribuojë në praktiken klinike të dermatologëve.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Nenoff P, Ginter-Hanselmayer G, Tietz HJ. Fungal nail infections--an update: Part 1- prevalence, epidemiology, predisposing conditions, and differential diagnosis. *Hautarzt*. 2012;63(1):30-8.
2. Verma S, Heffernan MP. Superficial fungal infection: dermatophytosis, tinea nigra, piedra. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p.1807-21.
3. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC, Heins-Vaccari EM, Melo NT. *Tratado de Micologia Médica Lacaz*. 9 ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.252-340.
4. Hay RJ, Ashbee HR. Superficial mycoses. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8 th. Singapore: Wiley Blackwell; 2010. p.36.5-36.68.
5. Degreef H. Clinical forms of dermatophytosis (ringworm infection). *Mycopathologia*. 2008;166:257-65.
6. Dias MFRG, Quaresma-Santos MVP, Bernardes-Filho F, Amorim AGF, Schechtman RC, Azulay DR. Therapeutic update on superficial mycoses: review article part I. *An Bras Dermatol*. 2013;88(5):764-74.
7. Achterman R, Smith A, Oliver B, White Th. Sequenced dermatophyte strains: growth rate, conidiation, drug susceptibilities, and virulence in an invertebrate model *Fungal Genet Biol*. 2011;48(3):335–341.
8. White TC, Oliver BG, Graser Y, Henn MR. Generating and testing molecular hypotheses in the Dermatophytes. *Eukaryot Cell* 2008;7:1238–1245.
9. Ginter-Hanselmayer G. Dermatophytosis with epidemic proportions: Tinea capitis and onychomycosis . *Wien Med Wochenschr*. 2007;157(19-20):511-6.
10. Havlickova B, Czaika V, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycosis worldwide. *Mycoses*, 51 (Suppl.4), 2-15.
11. Wilson L, Reyes C, Stolpman M, Speckman J, Alen K, Beney J. The direct cost and incidence of systemic fungal infections. *Value in health* 2002;5(1):26-34.
12. Borgers M, Degreef H, Cauwenbergh G. Fungal infections of the skin: infection process and antimycotic therapy *Curr Drug Targets*. 2005;6(8):849-62.
13. Millikan LE. Current concepts in systemic and topical therapy for superficial mycoses *Clin Dermatol*. 2010;28(2):212-6.

14. Gupta AK, Cooper EA. Update in antifungal therapy of dermatophytosis. *Mycopathologia* 2008;166:353–367.
15. Goldstein AO, Smith KM, Ives TJ, Goldstein B. Mycotic infections. Effective management of conditions involving the skin, hair, and nails *Geriatrics*. 2000;55(5):40-2, 45-7, 51-2.
16. Gupta AK, Ryder JE, Chow M, Cooper EA. Dermatophytosis: the management of fungal infections. *Skinmed*. 2005;4(5):305-10.
17. Graybill JR. New antifungal agents. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1989;8(5):402-12.
18. Tamburi A, Byku B, Fuga L, Andoni R, Jacaj Z. Mikrobiologjia mjekësore
19. Dobreci S me bp. Dermatologjia. Botimi i katërt i plotësuar dhe përmirsuar. Grafoprint Prishtinë 2009;71-93.
20. Rahbar M, Mehrabani H, Dahim P, Molanei S, Roodaki M. Prevalence and etiological agents of cutaneous fungal infections in Millad Hospital of Tehran, Iran. *Egyptian Dermatology online journal* 2010;6(2):3, 1-5.
21. Budak A, Bogusz B, Tokarczyk M, Trojanowska D. Dermatophytes isolated from superficial fungal infections in Krakow, Poland, between 1995 and 2010. *Mycoses* 2013;56(4):422-8.
22. Ghannoum M1, Isham N. Fungal nail infections (onychomycosis): a never-ending story? *PLoS Pathog*. 2014;10(6):e1004105.
23. Gupta AK, Drummond-Main C, Cooper EA, Brintnell W, Piraccini BM, Tosti A. Systematic review of nondermatophyte mold onychomycosis: diagnosis, clinical types, epidemiology and treatment. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:494-502.
24. Kacar N, Ergin S, Ergin C, Erdogan BS, Kaleli I. The prevalence, aetiological agents and therapy of onychomycosis in patients with psoriasis: a prospective controlled trial. *Clin Exp Dermatol* 2007;32:1-5.
25. Lamb FM, Ottonelli Stopiglia CD, Vettoratto G, Goldani JC, Scroferneker ML. Frequency of onychomycosis in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis in porto alegre, Brasil. *Acta Dermatovenerol Croat* 2013;21:19-23.
26. Kasperova A, Kunert J, Raska M. The possible role of dermatophyte cysteine dioxygenase in keratin degradation. *Med Mycol* 2013; 51: 449-54.
27. Charles AJ. Superficial cutaneous fungal infections in tropical countries. *Dermatol Ther*. 2009;22:550-9.

28. Crespo Erchiga V, Delgado Florencio V. *Malassezia* species in skin diseases. *Curr Opin Infect Dis.* 2002;15:133-42.
29. Savin R. Diagnosis and treatment of tinea versicolor. *J Fam Pract.* 1996;43:127-32.
30. Diniz LM. Study of nine observed cases of Tinea Nigra in Greater Vitória (Espírito Santo state, Brazil) over a period of five years. *An Bras Dermatol.* 2004;79:305-10.
31. Giraldo S, Marinoni LP, Bertogna J, Abbage KT, Oliveira VC. Tinea nigra: six cases in Parana state. *An Bras Dermatol.* 2003;78:593-600.
32. Seebacher C, Bouchara JP, Mignon B. Updates on the epidemiology of dermatophyte infections. *Mycopathologia* 2008;166: 335-52.
33. Lai-Cheong J, McGrath J. Images in clinical medicine. Tinea. *N Eng J Med* 2010; 363:e39.
34. Roberts BJ, Friedlander SF. Tinea capitis: a treatment update. *Pediatr Ann.* 2005;34:191-200
35. Patel GA, Schwatz RA. Tinea capitis: still an solved problem? *Mycoses* 2011; 54:183-8.
36. Kawachi Y, Ikegami M, Takase T, Otsuka F. Chronically recurrent and disseminated tinea faciei/corporis-autoinokulation from asymptomatic tinea capitis carriage. *Pediatr Dermatol* 2010;27:527-8.
37. Azulay RD, Azulay DR, Abulafia LA. Micoses superficiais. In: Azulay DR. *Dermatologia.* 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.419-39.
38. Iorio R, Cafarchia C, Capelli G, Fasciocco D, Otranto D, Giangaspero A. Dermatophytoses in cats and humans in central Italy: epidemiology aspects. *Mycoses* 2007;50:491-5.
39. Hay RJ, Baran R. Onychomycosis: a proposed revision of the clinical classification. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:1219-27
40. Veraldi S, Persico MC, Schianchi R. Isoconazole nitrate vs isoconazole nitrate and diflucortolone valerate in the treatment of tinea inguinalis: results of a multicenter retrospective study. *J Drugs Dermatol.* 2012;11(11):e70-3.
41. Buruiana AM, Mihali CV, Popescu C. Sequence-Based Identification of a Zoophilic Strain of *Trichophyton interdigitale* in a Rare Case of Tinea Blepharo-Ciliaris Associated with Tinea Barbae. *Mycopathologia.* 2015;180(5-6):403-6.
42. Hube B, Hay R, Brasch J, Veraldi S, Schaller M. Dermatophytes and inflammation: The adaptive balance between growth, damage, and survival. *J Mycol Med.* 2015;25(1):e44-58.

43. Mehlig L, Garve C, Ritschel A, Zeiler A, Brabetz W, Weber C, Bauer A. Clinical evaluation of a novel commercial multiplex-based PCR diagnostic test for differential diagnosis of dermatomycoses. *Mycoses* 2014; 57:27-34
44. Canteros CE, Toranzo A, Suárez-Alvarez R, Davel G, Castañon-Olivares LR, Nápoli J. Genetic characterization of the fungus involved in the first case of coccidioidomycosis described by Alejandro Posadas in 1892. *Medicina (B Aires)*. 2009;69(2):215-20.
45. Rand S. Overview: the treatment of dermatophytosis. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:S104-12.
46. Roberts DT. Onychomycosis: current treatment and future challenges. *Br J Dermatol*. 1999;141:1-4.
47. Lecha M, Effendy I, Feuilhade de Chauvin M, Di Chiacchio N, Baran R; Taskforce on Onychomycosis Education. Treatment options - development of consensus guideline. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:25-33.25.
48. Kelly BP. Superficial fungal infections. *Pediatr Rev*. 2012;33(4):e22-37.
49. Chen SC, Sorrell TC. Antifungal agents. *Med J Aust*. 2007;187:404-9.
50. Brasch J. New aspects in the diagnosis and therapy of dermatomycoses. *Hautarzt*. 28. 2012;63:390-5.
51. Türel O. Newer antifungal agents. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2011;9:325-38.
52. Sharon CA Chen, Sorrell CT. Antifungal agents. *Med J Aust* 2007;187(7):404-409.
53. Drakensjo IT, Chryssanthou E. Epidemiology of dermatophyte infections in Stockholm, Sweden: a retrospective study from 2005-2009. *Med Mycol* 2011; 49:484-8.
54. Tchernev G, Cardoso JC, Ali MM, Patterson JW. Primary onychomycosis with granulomatous tinea faciei. *Braz J Infect Dis* 2010; 14: 546-7.
55. Nenoff P, Mugge C, Herrman J, Keller U. Tinea faciei incognito due to *Trichophyton rubrum* as a result of autoinoculation from onychomycosis. *Mycoses* 2007; 50(Suppl 2):20-5.
56. Elavarashi E, Kindo AJ, Kalyani J. Optimization of PCR-RFLP directly from the skin and nails in cases of dermatophytosis, targeting the ITS and the 18S ribosomal DNA regions. *J Clin Diagn Res* 2013;7:646-51.
57. Schönborn C, Pöhler H. Dermatophytosen des Inguinalbereiches, unter besonderer Berücksichtigung einer *Microsporum-gypseum*- Infektion. *Dermatol Monatsschr* 1972;158:586-94.

58. Schönborn C, Schuhmann P. Dermatomycoses caused by *Epidermophyton floccosum*. *Dermatol Monatsschr* 1973;159:690–8.
59. Mackenzie DWR. The extra-human occurrence of *Trichophyton tonsurans* var *sulfureum* in a residential school. *Sabouraudia* 1961;1:58- 64.
60. Zahra LV, Gatt P, Boffa MJ, Borg E, Mifsud E, Scerri L, Briffa DV, Pace JL. Characteristics of superficial mycoses in Malta. *Int J Dermatol* 2003;42:265-71.
61. Shiraki Y, Hiruma M, Hirose N, Sugita T, Ikeda S. A nationwide survey of *Trichophyton tonsurans* infection among combat sport club members in Japan using a questionnaire form and the hairbrush method. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:622.
62. Adams BB. *Tinea corporis gladiatorum*. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:286.
63. Omidynia E, Farshchian M, Sadjjadi M, Zamanian A, Rashidpouraei R. A study of dermatophytoses in Hamadan, the governmentship of West Iran. *Mycopathologia*. 1996;133(1):9-13.
64. Chadeganipour M, Shadzi S, Dehhan P, Movahed M,. Prevalence and aetiology of dermatophytoses in Isfahan, Iran. *Mycoses*. 1997;40(7-8):321-324.
65. Asticcioli S, Di Silverio A, Sacco L, Fusi I, Vincenti L, Romero E. Dermatophyte infection in patients attending a tertiary care hospital in Northern Italy. *New Microbiologica* 2008;31:543-548.
66. Leite DP, Amadio JV, Simoes Sde A, de Araujo SM, da Silva NM, Anzai MC, Hahn RC. Dermatophytosis in military in the central-west region of Brazil: literature review. *Mycopathologia*. 2014;177(1-2):65-74.
67. Barchiesi F1, Arzeni D, Camiletti V, Simonetti O, Cellini A, Offidani AM, Scalise G. In vitro activity of posaconazole against clinical isolates of dermatophytes. *J Clin Microbiol*. 2001;39(11):4208-9.
68. Rahman MH, Hadiuzzaman Md, Bhuiyan MKJ, Islam N, Ansari NP, Mumu SA, Chowdhury IJ. Prevalence of superficial fungal infection in the rural areas of Bangladesh. *Iran J Dermatol* 2011;14:86-91.
69. Lange M, Nowicki R, Rybak WB, Bykowska B. Dermatophytosis in children and adolescents in Gdansk, Poland. *Mycosis*, 2004;47:326-9.
70. Korstanje MJ, Staats CG. *Tinea capitis* in Northwestern Europe 1963-1993: Ethnologic agents and their changing prevalence. *Int J Dermatol* 1994;32:548-9.
71. Monod M, Jaccoud S, Zaugg C, Lechenne B, Baudraz F, Panizzon R. Survey of dermatophyte infections in the Lausanne area Switzerland. *Dermatology* 2002;205:201-3.

72. Lehenkari E, Silvennoinen- Kassinen S. Dermatophytes in Northern Finland in 1982-90. *Mycosis* 1995;38:411-4.
73. Lupa S, Seneczko F, Jeske J, Glowacka A, Szymanska AO. Epidemiology of dermatomycosis of humans in central Poland. Part III. *Tinea pedis*. *Mycosis* 1999;42:563-5.
74. Dolenc- Voljc M. Dermatophyte infections in the Ljubljana region, Slovenia, 1995-2002. *Mycosis* 2005;48:181-6.
75. Prohic A. An epidemiological survey of *Tinea capitis* in Sarajevo, Bosnia and Herzegovina over a 10 year period. *Mycosis* 2008;51:161-4.
76. Abbas KA, Mohammed AZ, Mahmoud SI. Superficial Fungal infections. *Mustansiriyah Medical Journal* 2012;11(1):75-77.
77. Flores MJ, Castillo BV, Franco CF, Huata BA. Superficial fungal infections.: clinical and epidemiological study in adolescents from marginal districts of Lima and Callao, Peru. *J Infect Dev Countries* 2009;3(4):313-317.
78. Tan HH. Superficial fungal infections seen at the National Skin Centre, Singapore. *Jpn. J. Med. Mycol.* 2005;46:77-80.