



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I MJEKËSISË  
DEPARTAMENTI I SEMUNDJEVE INFEKTIVE DHE DERMATOLOGJISË

DISERTACION

PER MARRJEN E GRADES SHKENCORE  
“DOKTOR I SHKENCAVE MJEKSORE”

TEMA

ASPEKTE ETIOLGJIKE, NOZOLOGJIKE, DIAGNOSTIKE  
DHE LETALE TE URGJENCAVE INFEKTIVE

Disertanti:

ELDA QYRA

Udhehqs Shkencor:

PROF.ASC.ARJANA STRAKOSHA

Tiranë,2023



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I PARAQITURA NGA

ZJ ELDA QYRA  
PER MARRJEN E GRADES SHKENCORE  
DOKTOR

SPECIALITETI: SEMUNDJE INFEKTIVE

TEMA: ASPEKTE ETIOLGJIKE, NOZOLOGJIKE, DIAGNOSTIKE DHE  
LETALE TE URGJENCAVE INFEKTIVE

MBROHET NE DT 16/02/2023 PARA JURISE

PROF ARJAN HARXHI  
PROF NESTOR THERESKA  
PROF PELLUMB PIPERO  
PROF EDMOND ZAIMI  
PROF MARGARITA RESULI

KRYETAR  
ANETAR (OPPONENT)  
ANETAR (OPPONENT)  
ANETAR  
ANETAR

Disertacion

I paraqitur nga

Znj. Elda Qyra

Për marrjen e gradës shkencore “Doktor”

Specialiteti: Sëmundjet infektive.

Tema: Aspekte etiologjike, nozologjike, diagnostike dhe letale të urgjencave infektive.

## **FALENDERIME**

Pa dyshim që ishte një rrugë e gjatë për të arritur deri këtu, dhe mund të them që ishte edhe e vështirë. Nuk mundesh dot të besh i vetëm një dizertacion, dhe unë mund të them e bindur që ndihma dhe përkrahja ka qenë e pafund dhe e pakushtëzuar.

Së pari nga profesoret dhe pedagogët e mi, Prof Najada Como, Prof Pëllumb Pipero, Prof Arjan Harxhi dhe nga të gjithë kolegët e mi që kanë punuar dizertacione të shkëlqyera dhe më dhanë mundësinë të hulumtoj mes tyre.

Dua të falenderoj edhe udhëheqësin tim shkencor, Dr Arjana Strakosha për idetë, mbështetjen dhe mundësimin e realizimit të këtij projekti.

Faleminderit,

## SHKURTIME

PCR protein C reactive

ESR eritrosedimenti

TBC tuberkuloz

AIJS antiinflamator jo steroid

HIV viruse I imunodeficiences humane

AIDS sindromi I imunodeficiences humane

AST aspartat aminotransferaza

ALT alanin aminotransferaza

LDH laktat dehidrogjenza

HBV hepatitis B

HCV hepatiti C

HAV Hepatiti A

INR raporti internacional i normalizuar

EH ethe hemorragjike

FIB fibrinogjen

CAP pneumoni e fiutar ne komunitet

EI endokardit infektiv

IDU perdorues te drogave intravenoze

**PASQYRA E LENDES**

<b>SHKURTIME</b> .....	fq 3
<b>PASQYRA E LENDES</b> .....	fq 4
<b>LISTA E TABELAVE</b> .....	fq 6
<b>LISTA E FIGURAVE</b> .....	fq 7
<b>Abstrakt</b> .....	fq 8
<b>1.PËRKUFIZIMI I SËMUNDJEVE INFEKTIVE DHE URGJENCAVE INFEKTIVE..</b>	fq 9
<b>Trendi i sëmundjeve infektive</b> .....	fq 9
<b>Sëmundjet infektive përmes historisë :</b> .....	
<b>2. Të dhëna epidemiologjike</b> .....	fq 12
<b>“Ngarkesa” globale e sëmundjeve infektive</b> .....	fq 12
<b>Ndryshimi i “pamjes” së epidemiologjisë së sëmundjeve infektive</b> .....	fq 13
<b>Ndryshimet në popullatën e rriskuar.</b> .....	fq 13
<b>3.Të dhëna etiologjike</b> .....	fq 15
<b>4. Metodat diagnostike të sëmundjeve infektive</b> .....	fq 18
<b>5. Treguesit klinikë të sëmundjeve infektive</b> .....	fq 24
<b>6. Faktorë të rëndësës dhe të vdekshmërisë së sëmundjeve infektive</b> .....	fq 28
<b>II STUDIMI</b> .....	fq 31
<b>Qellimi i studimit</b> .....	fq 31
<b>Objektivat</b> .....	fq 31
<b>Materiali dhe Metodika</b> .....	fq 31
<b>Metodologjia e analizës statistikore</b> .....	fq 33
<b>1.URGJENCAT INFEKTIVE</b> .....	<b>fq 34</b>
<b>Klasifikimi epidemiologjik</b> .....	fq 36
<b>Klasifikim topografik</b> .....	fq 37
<b>Klasifikimi sindromik</b> .....	fq 37
<b>Karakteristikat e shtrimeve</b> .....	fq 39

<b>Sindromet kryesore infektologjike.....</b>	<b>fq 50.</b>
<b>1. Sindromi hepato-renal.....</b>	<b>fq 50</b>
<b>2. Sindromi ikterik.....</b>	<b>fq 55</b>
<b>3. Sindromi gastro-enteritik.....</b>	<b>fq 59</b>
<b>4. Sindromi septik.....</b>	<b>fq 61</b>
<b>5. Sindromi meningo-encefalitik.....</b>	<b>fq 66</b>
<b>Urgjencat epidemiologjike.....</b>	<b>fq 70</b>
<b>Hep C.....</b>	<b>fq 70</b>
<b>Malaria .....</b>	<b>fq 70</b>
<b>Infeksioni HIV/AIDS.....</b>	<b>fq 71</b>
<b>Infeksionet ne IDU.....</b>	<b>fq 74</b>
<b>III. Vdekshmeria .....</b>	<b>fq 78</b>
<b>IV. Diskutime... ..</b>	<b>fq 84</b>
<b>V. Rekomandime .....</b>	<b>fq 87</b>
<b>VI. Perfundime.....</b>	<b>fq 88</b>
<b>VII. Referenca .....</b>	<b>fq 89</b>

## LISTA E TABELAVE

Tabela.1.2 Shkaktarët kryesore të vdekjeve botërore nga infeksionet.....	fq 29
Tabela 3. 1 Karakteristikat e shtrimit të pacienteve.....	fq 41
Tabela 3. 1 Shpërndarja e diagnozave sipas gjinise.....	fq 43
Tabela 3. 2 Krahasimi i moshës mesatare të pacienteve sipas diagnozave.....	fq 45
Tabela 3. 3 Shpërndarja e diagnozave sipas grupmoshës.....	fq 46
Tabela 3. 4 Frekuenca e rasteve në terapi intensive sipas sëmundjeve.....	fq 47
Tabela 3. 5 Frekuenca e rasteve në terapi intensive sipas sëmundjeve.....	fq 48
Tabela 3. 6 Frekuenca e rasteve në terapi intensive sipas grupmoshës.....	fq 49
Tabela. 3.2.1 Paraqitje e profesioneve.....	fq 53
Tabela 3.2.2. Shenjat klinike të sindromit ikterik.....	fq 56
Tabela 3.2.3 Te dhëna etiologjike për hepatitet.....	fq 57
Tabela.3.2.4 Shenjat klinike të sindromit diarreik.....	fq 59
Tabela. 3.2.5 Agjentë etiologjikë të izoluar.....	fq 60
Tabela 3.2.6 shenjat dhe simptomat kryesore të sindromit septik.....	fq 64
Tabela 3.2.7 Te dhëna etiologjike.....	fq 67
Tabela 3.2.8 Te dhënat klinike të sindromit meningo-encefalitik.....	fq 67
Tabela 3.2.9 Të dhënat e ekzaminimit objektiv në pacientët me sindrom meningeal.....	fq 68
Tabela. 3.2.10 Patologjite kronike në SRK.....	fq 70
Tabela 3.2.11. Prezantimet klinike të pacienteve.....	fq 76
Tabela 3.2.12. Prezantimi i diagnozave.....	fq 76
Tabela. 3.2.13 Paraqitje e rasteve fatale.....	fq 77
Tabela 4.1 Raste fatale sipas diagnozës.....	fq 79
Tabela 4.2 Karakteristikat e pacienteve me exitus.....	fq 79
Tabela 4.3 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë dhe grupmoshës.....	fq 81



## LISTA E FIGURAVE

<b>Figura 3. 1</b> Shperndarja e rasteve totale sipas gjinise.....	fq 42
<b>Figura 3. 2</b> Histogrami i moshes se pacienteve.....	fq 42
<b>Figura 3. 3</b> Krahasimi i moshës mesatare sipas gjinisë.....	fq 43
<b>Figura 3. 4</b> Shperndarja e diagnozave sipas gjinise.....	fq 44
<b>Figura 3. 5</b> Krahasimi i moshes mesatare sipas diagnozave.....	fq 45
<b>Figura 3. 6</b> Shperndarja e diagnozave sipas grupmoshes.....	fq 46
<b>Figura 3. 7</b> Frekuenca e rasteve ne terapi intensive, totali i pacienteve.....	fq 48
<b>Figura 3. 8</b> Frekuenca e rasteve ne terapi intensive sipas gjinise.....	fq 48
<b>Figura 3. 9</b> Frekuenca e rasteve ne terapi intensive sipas grupmoshave.....	fq 49
<b>Figura 3. 10</b> Krahasimi i moshes mesatare te pacienteve ne terapi intensive dhe jo.....	fq 50
<b>Figura 3.2.1</b> Harta e shperndarjes se leptospire ne Shqiperi.....	fq 51
<b>Figura 3.2.2</b> Harta e shpërndarjes se ethes hemorragjike ne Shqiperi.....	fq 52
<b>Figura 3.2.3</b> Shenjat dhe simptomat klinike në sindromin hepato-renal.....	fq 53
<b>Figura 3.2.4</b> Shkaqet e vdekshmerise ne sindromin hepato-renal.....	fq 54
<b>Figura 3.2.5</b> Klasifikimi sipas grupmoshave per pacientet me sindrom ikterik.....	fq 56
<b>Figura 3.2.6</b> Te dhenat klinike të pacienteve me sindrom ikterik.....	fq 57
<b>Figura 3.2.7</b> Numri i pacienteve te diagnostikuar me sindrom ikterik.....	fq 58
<b>Figura 3.2.8</b> Shenja dhe simptoma të pacieteve me sindrom gastro-enteritik.....	fq 60
<b>Figura 3.2.9</b> Grupmoshat e diagnostikuara si gjendje septike/sepsis.....	fq 61
<b>Figura 3.2.10</b> Patologjite shoqeruese ne pacientet me sepsis.....	fq 62
<b>Figura 3.2.11</b> Shfaqjet klinike të pacienteve në sepsis.....	fq 64
<b>Figura 3.2.12</b> Paraqitja grafike e perqindjeve te rasteve me sepsis sipas sistemeve apo organeve.....	fq 65
<b>Figura 3.2.13</b> Të dhena etiologjike te pacienteve me sepsis.....	fq 66
<b>Figura 3.2.14</b> Të dhena anamnestike të pacienteve me sindrom meningeal.....	fq 68
<b>Figura 3.2.15</b> Te dhenat klinike.....	fq 69
<b>Figura 3.2.16</b> Paraqitje e moshes se pacienteve.....	fq 75
<b>Figura 4.1</b> .Shperndarja e rasteve totale sipas gjinise.....	fq 80
<b>Figura 4.2.</b> Krahasimi i moshes mesatare te rasteve exitus sipas gjinise.....	fq 80
<b>Figura 4.3.</b> Shperndarja e rasteve sipas grupmoshes.....	fq 81
<b>Figura 4.4.</b> Shperndarja e rasteve sipas gjinise dhe grupmoshes.....	fq 82
<b>Figura 4.5.</b> Shperndarja e rasteve sipas viteve.....	fq 82

**ABSTRAKT**

Sëmundjet Infektive janë një grup sëmundjesh të shkaktuara nga patogjenë mikrobikë të përhapur në tërë botën. Përhapja e tyre dhe sëmundshmëria nga sëmundjet infektive zënë një vend të rëndësishëm në spektrin e gjithë patologjive. Ato janë një shkak madhor i invaliditetit dhe vdekshmërisë.

Përparimi i teknologjisë, globalizmi dhe ndryshimi i stilit të jetesës është shoqëruar me rritjen e numrit të sëmundjeve infektive që më parë shiheshin në një zonë të caktuar, si dhe me shfaqjen e sëmundjeve të tjera të panjohura. Zbulimi i agjentëve të rinj patogjen, me veti të reja e veshitëson punën e mjekut klinikist për vendosjen e diagnozës. Prandaj lind nevoja e teknikave të reja të diagnostikimit në mjekësi.

Ashtu si patologjitë e tjera që rrezikojnë jetën e pacientit edhe sëmundjet infektive janë shpesh herë jetëkërcënuese, prandaj keto sëmundje renditen ndër vendet e para të shkaqeve të vdekshmërisë.

Vendi ynë është vend në zhvillim ekonomik-social dhe prandaj nuk përjashtohet nga trendi i sëmundjeve infektive si në vendet e tjera.

Përcaktimi sa më parë i diagnozës, i terapisë adekuate padyshim con ne shërim të plotë të pacientit, dhe e kundërta. Për fat të keq vihet re jo pak përdorimi pa kriter i antibiotikëve, orientimi i gabuar për sëmundjet infektive dhe kjo sjell shfaqjen e komplikacioneve të ndryshme dhe rrezikimin e jetës së pacientit.

Urgjencat infektive duhen trajtuar shpejt dhe në kohën e duhur. Pa dyshim nje gastro-enterit akut nuk mund të cojë në vdekje, por nëse kemi humbje të shpejtë dhe menjëhershme të lëngjeve dhe moszëvendësimi i shpejtë i tyre, çon në komplikacione të thella dhe prekje multiorganore.

Koha jo pak herë na ka treguar se sëmundjet infektive përhapen shume shpejt dhe janë aq kontagioze sa shumë shpejt ato marrin karakter epidemik, përmendim SARS, Covid 19, Gripin e shpendëve dhe të dërrit, apo sëmundje si HIV dhe TBC që gjithashtu janë të përhapura në mbarë botën.

Mos të harrojmë rezistencën antimikrobike (bakterie, myk apo ndaj TBC) që tashmë është një problem madhor global.

Pra sëmundjet infektive janë patologji që jo vetëm kanë përhapje të gjerë dhe vdekshmëri të lartë por treguan që mund të gjunjëzohen botën.

**Fjale kyçe:** Sëmundje Infektive, urgjenca mjekësore

## 1. PËRKUFIZIMI I SËMUNDJEVE INFEKTIVE DHE URGJENCAVE INFEKTIVE

### Trendi i sëmundjeve infektive

Pavarësisht progresit në drejtim të parandalimit dhe të trajtimit, sëmundjet infektive mbeten një shkak madhor i vdekjeve dhe invaliditetit dhe përgjegjëse për një nivel jetese jo të mirë në mbarë botën. Infeksionet shpesh i vendosin mjekët para një sfide duke vënë në provë aftësitë e tyre diagnostikuese dhe të diagnozave diferenciale.

**Sëmundjet infektive janë crregullime të shkaktuara nga mikroorganizma si bakterie, viruse, funge apo parasite.** Shume mikroorganizma jetojnë brenda apo mbi trupin tone dhe normalisht janë të padëmshëm por në kushte dhe situata të ndryshme ato mund të shkaktojnë sëmundje. Disa prej këtyre sëmundjeve mund të transmetohen nga njeriu tek njeriu dhe të tjera nga pickimet e insekteve apo kafshimet. Dhe të tjera transmetohen nga ekspozimi në ambient ose i ujit dhe ushqimeve të ndotura.<sup>1,2</sup>

Shenjat dhe simptomat variojnë dhe varen nga mikroorganizmi shkaktar dhe si rrjedhim edhe shfaqja e sëmundjes mund të jetë nga e lehtë deri në situata të rënda që mund të përfundojnë edhe me humbjen e jetës. Shumë sëmundje infektive mund të parandalohen nga vaksinimi.

### a) Trendi i sëmundjeve infektive, e shkuara, e tashmja dhe e ardhmja.

Pavarësisht progresit për trajtimin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive, ato përsëri mbeten një shkak madhor i vdekjeve apo i përkeqësimit të jetesës në shumë vende në mbarë botën.

Me zbulimin e agjentëve antimikrobike (antibiotikë, antiparazitare, antivirale etj) shume mjekë dhe studiues menduan se sëmundjet infektive do të mbeteshin histori.

Por nuk ndodhi ajo që pritej, dhe sëmundjet infektive jo vetëm që nuk u zhdukën por përkundrazi u zhvilluan shumë të reja. Shekulli i 20 solli si armë antimikrobikët, që veprojnë me sukses ndaj baktereve, viruseve, fungeve dhe parazitëve dhe në fakt, shume prej këtyre agjentëve antimikrobike janë të fuqishëm dhe jetëshpëtues. Por, ndërkohë që ne zhvillojmë armë të reja kundër patogjenëve edhe mikroorganizmat zhvillojnë mekanizma për ti shpëtuar atyre madje edhe për të “sulmuar” me metoda të reja mbijetese, si rrjedhim kemi shfaqjen e sëmundjeve të reja emergjente dhe rriemergjente infektive.

Nga ana tjetër ne jemi të ndërgjegjshëm se sëmundjet infektive kanë ndryshuar si në drejtim të transmetimit ashtu edhe të shfaqjes së tyre. Jo vetëm, por ka ndryshuar edhe konceptimi mbi etiologjinë e disa patologjive që më parë konsideroheshin me origjinë joinfektive. Tashmë dihet roli i agjenteve mikrobike në disa prej patologjive, H. Piloni në ulcerat gastro-duodenale, EBV si shkaktar i disa lloj limfomash, HPV në kancerin cervikal etj. Gjithnjë e më shumë po kuptojmë se sëmundje të reja infektive po kërcenojnë botën dhe të vjetrat po adaptohen.

**b) Faktorët madhore që aktualisht kontribuojnë në rritjen e prevalences së sëmundjeve infektive emergjente dhe riemergjente.**<sup>3,4,13</sup>

Faktorë kryesore	Faktorë ndihmues	Trendi i të ardhmes
Ndryshime të popullatës globale; demografia dhe shpërndarja	Rritja e popullsisë dhe e densitetit, migrimi në zona urbane, udhëtimet e lira, imigrimi, densiteti në shtëpi banimi	Të gjithë këta faktorë priren të rriten
Ndryshimi i sjelljes njerëzore	Praktikat seksuale, nevoja për ti rritur fëmijët jashtë shtëpisë (puna), abuzimi me drogat dhe alkoolin, praktikat e transportit dhe shpërndarjes së ushqimeve, praktikat e imunizimit (refuzimi).	Ndryshimet e stilit të jetesës duhet të jenë të kontrolluara, të rriten kontrollet në paketimin dhe shpërndarjen e ushqimeve, të sensibilizohen për imunizimin e fëmijëve.
Ka ndryshuar përdorimi i tokave dhe ambientit.	Ndryshimet klimaterike si ngrohja globale, shpyllëzimi, dhe katastrofat natyrale.	Të gjithë faktorët kontribues priren të vazhdojnë të rriten
Manifestimet kronike të sëmundjeve infektive	Zhvillimi i teknologjisë mjekësore ka bërë që të rritet jetëgjatësia e pacientëve me patologji kronike	Rritja e shpenzimeve për shëndetësinë në vendet e industrializuara për procedurat e shtrenjta si transplantet dhe kimioterapia për sëmundjet malinje
Zgjerimi i spektrit të zbulimit të patogjenëve	Metodat molekulare kanë zgjeruar shumë këtë spektër (edhe për mikroorganizma që nuk kultivohen zbulohen mënyra të reja diagnostikimi)	Dhe pritet që këta patogjenë të zbuluar me këto metoda të përhapen
Evoluimi mikrobik	Mikroorganizmat natyrisht adaptohen në ambient që të mund të mbijetojnë.	Pathogjenët do të vazhdojnë të evoluojnë me ritëm të shpejtë; mikrobet zhvendosen në ambiente të reja; rezistenca antimikrobike për një numër të

		madh mikroorganizmash do vijoje të rritet.
Prishja e sistemit të shëndetit publik dhe bioterrorizmi.	Ulja e fondeve për shëndetin publik; mungesa e strukture së sistemit, lëvizja e popullatës; imigrimi dhe refugjatët; luftrat; bioterrorizmi.	Ngjarje të ndryshme (p.sh. SARS, bioterrorizmi) do të duhet të rrisin vëmendjen që të shpejtohet në drejtim të fondeve për shëndetin publik global; rrjeti i sistemit shëndetësor primar do duhet të behet pjese më aktive.

### Sëmundjet infektive përmes historisë:

Sëmundjet infektive kanë qënë dhe janë një shkak madhor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. Janë evidentuar shenja të lisë (smallpox) në mumjet egjiptiane dhe kineze të para 3000 viteve, dhe në papiruset e tyre janë të përshkruar sëmundje si poliomeleti apo malaria.<sup>4,15,16</sup>

Në shekullin e 14 plasja ose ethja e zezë shkaktoi rreth 20 milion vdekje.

Në fillim të shekullit të 20, gripi (influenca) shkaktoi mbi 50 milion vdekje në mbarë botën.

HIV/AIDS edhe këto ditë vazhdon të shkaktojë vdekje dhe që vlerësohet të kenë kaluar mbi 20 milion pacientë që kanë humbur jetën.

Hipokrati shkruante për përhapjen e sëmundjeve nëpërmjet ajrit, ujit, vendeve dhe bënte lidhje midis kushteve të klimës dhe jetesës.

Me zbulimin e mikroskopit në v.1600, shkencëtarët ishin në gjendje të vizualizonin mikroorganizma për herë të parë. Artikuj të ndryshëm flasin për eradicimin e disa sëmundjeve si varicela por ngrenë shqetësimin për të tjera.

Kështu shqetësim mbeten sëmundje si HIV, kroniciteti i HCV dhe HBV, impakti në shoqëri dhe sidomos me gratë shtatëzëna dhe të sapolindurit.

Një problem madhor i vendeve në zhvillim mbetet Tuberkulozi dhe rezistenca e antituberkularëve.

Jo vetëm, por rezistenca ndaj antibiotikëve (disa prej tyre edhe multidrug resistant) e bëjnë të vështirë mjekimin e infeksioneve të ndryshëm.

Eventet e dekadave të fundit na tregojnë që nuk duhet të ulim vëmendjen ndaj kontrollit të sëmundjeve infektive, sesi duhet të studiojmë metoda të reja në drejtim të diagnostikimit të shpejtë dhe mjekimit.

Në këtë prizëm edhe vendi ynë nuk bën përjashtim sipas trendit global, pasi tashmë edhe tek ne janë prezente patologji si infeksioni HIV/AIDS, apo edhe tuberkulozi, hepatitet, dhe përdorimi pa asnjë kriter i antibiotikëve në çdo nivel të shëndetësisë (shërbimi parësor deri në atë terciar, universitar) etj.

## **2. Të dhëna epidemiologjike**

Studimi epidemiologjik i sëmundjeve infektive është te kuptojme si dhe pse përhapen ato ne popullata te ndryshme, dhe cilat jane strategjite qe mund te parandalojne semundjen ne popullate, ose ta frenojne sa me shpejt ate.

Në sëmundjet infektive studimi epidemiologjik bazohet në studimin e grupit, ndryshe nga patologjitë jainfektive që janë më shumë individuale. Kjo sepse bashkëveprimi i individëve në grup konsiderohet i një rëndësie parësore për shkak të mënyrës së transmetimit.

Epidemiologjia e sëmundjeve infektive nënkupton që të shkosh në komunitet, të flasësh me njerëzit, kontaktet, punonjësit e shëndetësisë në bazë, të obesrvosh ambientin (kushtet e jetesës, aktivitetet, përgatitjet e ushqimeve, uji), të kuptuarit e drejtperdrejt dhe “mbyllja” e të dhënave, investigimet në një shkallë të vogël, rezultate të menjëhershme.<sup>15,16,17</sup>

### **“Ngarkesa” globale e sëmundjeve infektive**

Sëmundjet infektive janë një shkak madhor i vuajtjes njerëzore, si në drejtim të sëmundshmërisë ashtu edhe të vdekshmërisë përgjatë historisë njerëzore. Përhapja e tyre është influencuar nga disa hapa përgjatë zhvillimit të njerëzimit. P.sh mbajtja e kafshëve favorizon sëmundjet parazitare dhe sëmundjet zoonotike, përhapja e infeksioneve virale aerogjene dhe bakteriale, si dhe zgjerimi i urbanizimeve. Përgjate epokave të ndryshme, njerëzimi ka vuajtur nga pandemi të ndryshme si kolera, varicela, murtaja, gripi, por edhe nga “vrases” më të heshtur si tuberkulozi dhe sifilizi (sëmundje infektive kronike).

Sëmundshmëria nga sëmundjet infektive mbetet e lartë pavaresisht progresit të arritur.

Sipas WHO në vitin 2010 u vlerësuan 300-500 milion raste me malarie, rreth 330 milion raste të infeksioneve seksualisht të transmetueshme (sufiliz, klamidia, gonorre dhe trikomonas), 33 milion raste të HIV/AIDS, 14 milion të infektuar me TB, 3-5 milion raste të koleres.

Edhe pse sëmundjet infektive janë më të përhapura në vendet jo të industrializuara, prevalenca e tyre mbetet e lartë edhe në vendet e industrializuara. Diarreja, influenza, H1N1, infeksionet nga

HSV, HPV, Hepati A, Hep C, Hep B janë disa nga patologjitë më të shpeshta sidomos ne moshën të reja.

Epidemiologjia konsiderohet si shkenca bazike e mjekesisë parandaluese. Të parandalosh sëmundjet është e rëndësishme të njohesh agjentet shkaktarë, faktorët e rriskut dhe rrethanat që kanë cuar në shfaqjes e sëmundjeve infektive, dhe sidomos kjo është e rëndësishme për të thyer zinxhirin e transmetimit.<sup>19,20</sup>

### **Ndryshimi i “pamjes” së epidemiologjisë së sëmundjeve infektive<sup>24</sup>**

Përgjatë dekadave të fundit janë zbuluar më shumë se 40 patogjenë të rinj, disa prej tyre me rëndësi globale. *Bartonella henselae*, *Borrelia burgdorferi*, *Campylobacter*, *Cryptosporidium*, *Cyclospora*, ebola virus, *Escherichia coli* 0157:H7, *Ehrlichia*, hantaan virus, *Helicobacter*, Hepatitis C dhe E, HIV, HTLV-I dhe II, human herpes virus 6 dhe 8, *Legionella*, në variant Creutzfeldt-Jakob disease, norovirus, Parvovirus B19, rotavirus, severe acute respiratory syndrome (SARS), etj.

#### **Ndryshimet e agjenteve etiologjike.**

Virusi i influencës është shembulli tipik i ndryshimeve për të fituar aftësi të reja që të infektojnë popullatën që është infektuar më parë dhe imunizuar.

#### **Ndryshimet në popullatën e rriskuar.**

Dekadat e fundit është vënë re rritje e individëve me rrisht në popullatën e përgjithshme. Në vendet e industrializuara rritja e jetëgjatësisë i bën këta persona më të prekshëm ndaj infeksioneve dhe rrjedhimisht edhe komplikacioneve. Përmirësimi në shërbimin mjekësor në këto vende ka shkaktuar një rritje të pacientëve imunodeficientë, mbijetesë e pacientëve me kancer, pacientet e transplantuar, apo pacientë me long-term terapi imunosupresive për sëmundje autoimune. Disa nga situatat patologjike që rrisin ndjeshmërinë ndaj sëmundjeve infektive janë pacientet me kimio dhe radioterapi, leukozat, limfomat, sëmundjet e heparit, diabeti, alkolizmi, sëmundjet kronike të veshkave, pacientët e dializës etj. Këta pacientë janë jo vetëm më të prekshëm nga infeksionet por shpesh komplikacionet janë të rënda dhe mund të shpien pacientit drejt vdekjes.

Në vendet në zhvillim vihet re tendencë në rritje e infeksioneve si HIV/AIDS dhe infeksioneve oportuniste të lidhura me të. Ndryshimet e stilit të jetesës rrisin mundësinë e transmetimit të infeksioneve në popullata që më parë ishin me rrisht të ulët. Përdorimi i drogave intravenoze rrit mundësinë e infektimit nga hepatitet dhe IST, apo konsumimi i ushqimeve të papërpunuara rrit mundësinë e infeksioneve parazitare.

Udhëtarët jo vetëm që mund të infektohen me ushqime tradicionale gjatë udhëtimit të tyre por bëhen edhe transmetues të infeksionit apo dhe vektorëve të ndryshëm.



### 3. Të dhëna etiologjike

Sëmundjet infektive janë aq të larmishme përsa i perket shkaktarëve patogjenë. Cdo infeksion ka tipin dhe nëntipet për këta agjente mikrobikë. Sëmundjet infektive shkaktohen nga agjente mikrobike të shumellojshme që janë <sup>10,22,24</sup>

- Bakterie
- Viruse
- Parasite
- funge

Shkurtimisht ata paraqiten në këtë skemë.

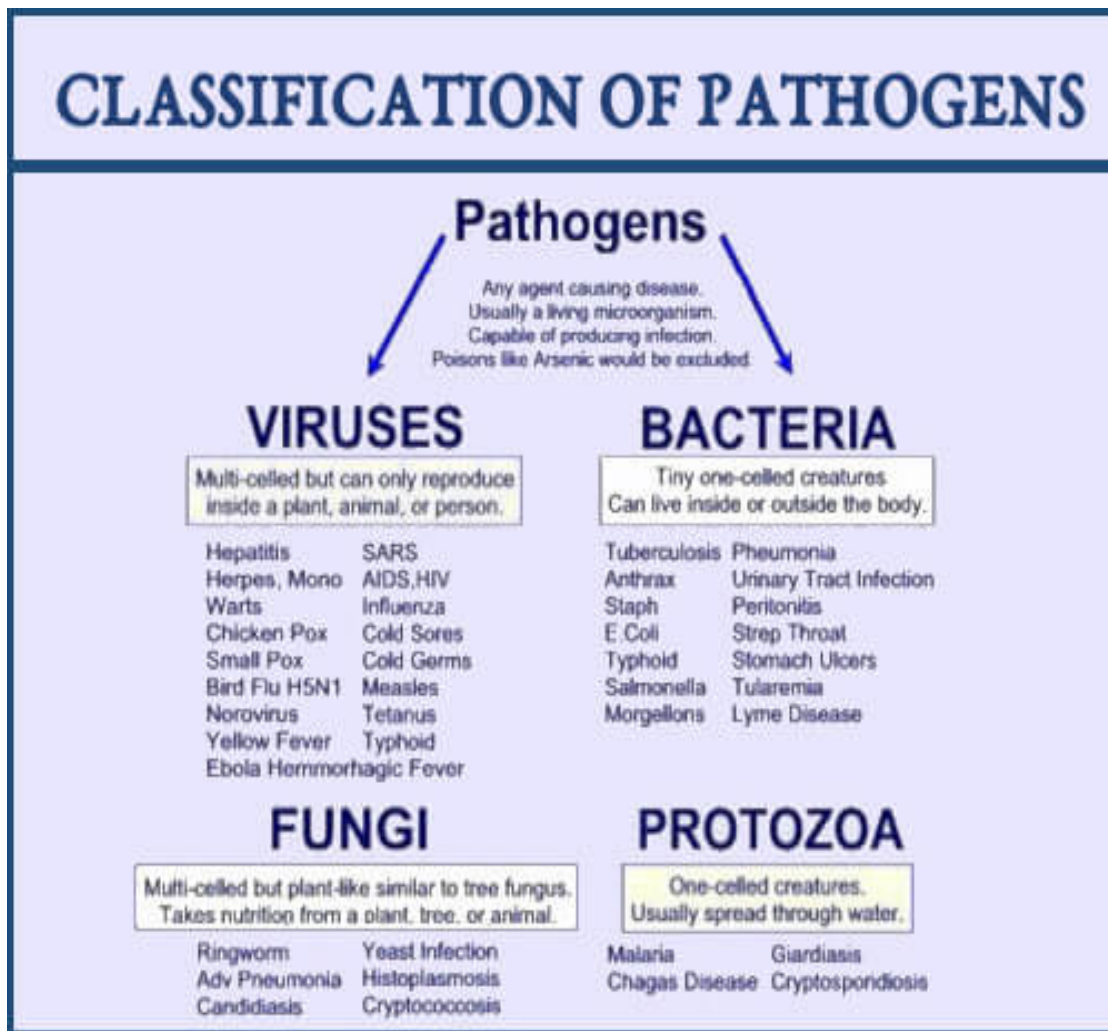


Fig. 1.1 Klasifikimi i patogjeneve

Në mënyrë skematike janë treguar infeksionet virale dhe patologjitë përkatëse sipas organeve të trupit.<sup>7</sup>

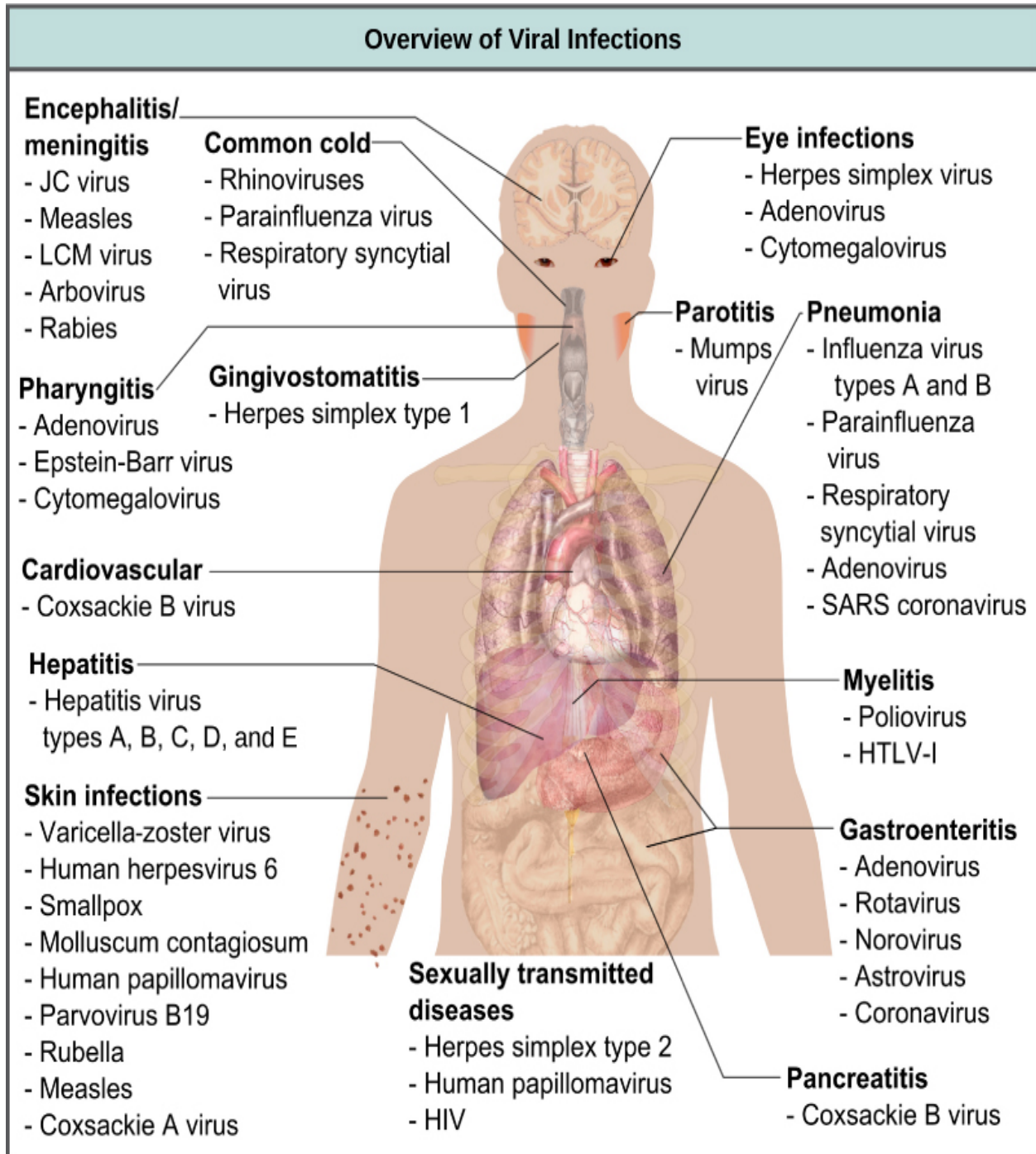


Fig. 2 Patogjenet virale

Infeksionet nga bakteriet janë më të shpeshtit dhe më të shumtët ndër infeksionet, dhe sic e kemi thënë ata mund të shkaktojnë infeksione të lokalizuara ose të gjeneralizuara.<sup>7</sup>

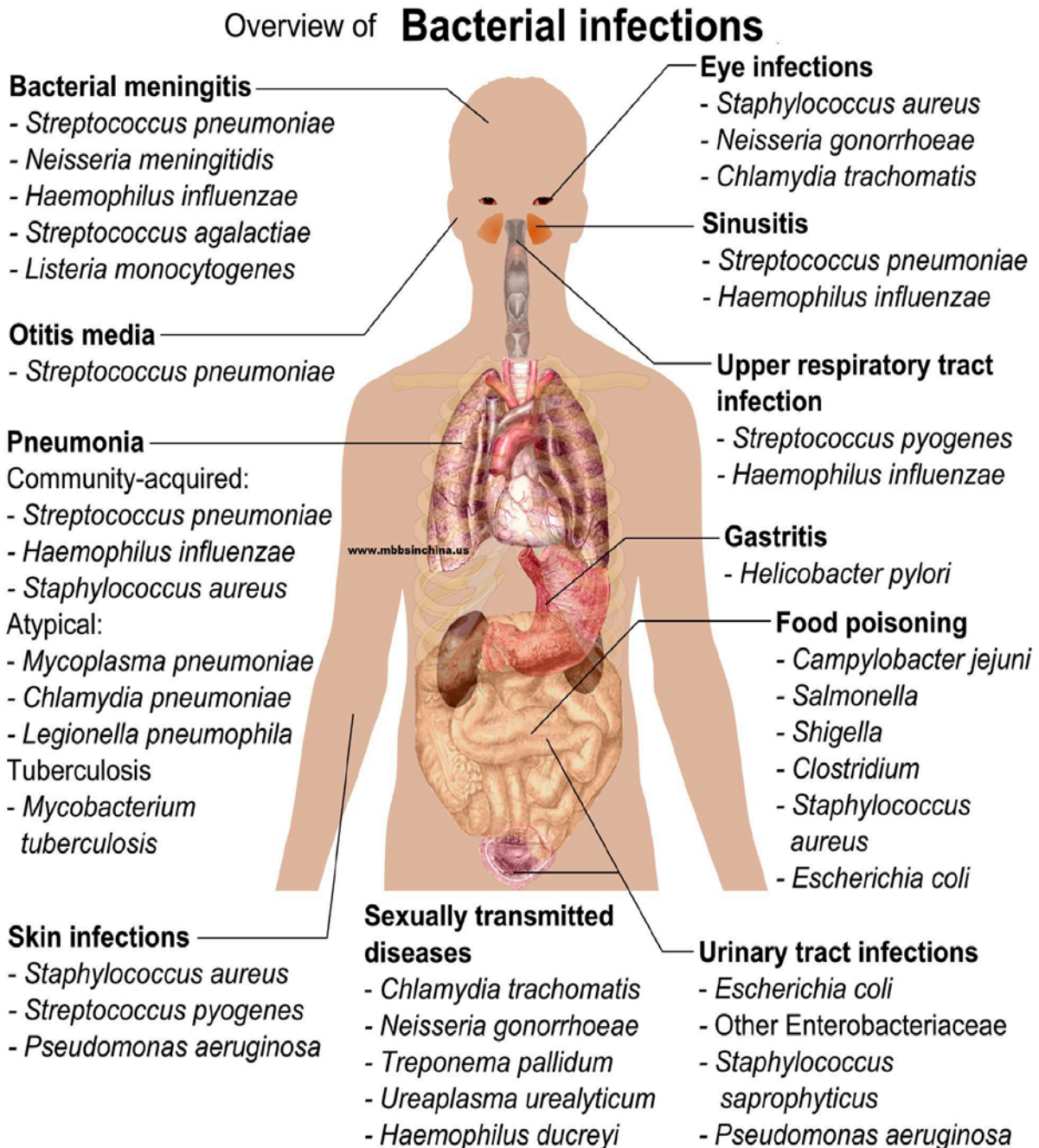


Fig. 1.3 Patogjenet bakteriale

## Infeksionet nga parazitet

Parazitet janë agjente patogjene që jetojnë jashtë organizmave bujtës dhe kane nevojë për të që të mbijetojnë. Disa parazitë nuk ndikojnë mbi organizmin, ndërsa të tjerë rriten, riprodhohen dhe invadojnë organe apo sisteme dhe shkaktojnë sëmundje tek bujtësi, duke rezultuar në një infektion parazitik.<sup>5</sup>

## Infeksionet helmentike

ascariasis

echinococcosis

enterobiasis

fascioliasis

filariasis

hookworm disease

rat lungëorm disease (angiostrongyliasis)

schistosomiasis

strongyloidiasis

trichinosis

trichuriasis

## protozoar:

amebiasis

amebic dysentery

avian malaria

babesiosis

balantidiosis

blackëater fever

Chagas disease

coccidiosis

enterohepatitis

giardiasis

leishmaniasis

malaria

sleeping sickness

toxoplasmosis

trichomoniasis

trypanosomiasis

## Infeksionet fungale

Infeksionet fungale që shpesh quhen edhe mykoza, në përgjithësi janë të padëmshme për organizmin dhe nuk shkaktojnë patologji, por në disa situata të tjera ato shkaktojnë sëmundje. Në pacientet me imunodepresion të thellë hasen infeksione mykotike të thella dhe që jo rrallë janë jetëkërcenuese për pacientin.<sup>8</sup>

### ➤ Infeksionet nga Candida

1. Kandidoza është një infektion i shkaktuar nga një fungus i quajtur candida.

Mund të prekë lëkurën, thonjtë dhe mukozën ne gjithë trupin.

2. Mykozat e thonjve dhe gishtave

3. Vaginoza vaginale, e quajtur vaginal yeast infection.

4. Ringworm – infeksion fungal i lëkurës unazor.

➤ Infeksione fungal që prekin udhëtarët apo që jetojnë në zona të vecanta

1. Blastomykozis shkaktuar nga fungusi blastomyces, ne vende të lagështa, në Amerikë dhe Kanada

2. Koksikoidomykozis, shkaktuar nga coccidoides, dhe shihet ne disa pjesë të amerikës, Meksikes, etj.

3. Histoplazmoza, shkaktuar nga histoplasma, dhe gjendet ne amjente ku rriten shume zogj apo gjende mbeturina te lakurqeve të natës.

4. Parakoksikoidomikoza, shkaktuar nga paracoccidoides, ne Amerikën Qendrore dhe Jugore, dhe shfaqet në pacientë qe punojnë në zona rurale.

➤ Infeksione fungale qe prekin pacientë me imunitet të dëmtuar

1. Aspergiloza, shkaktuar nga asperligus, një myk që jeton brenda dhe jashtë ambjenteve

2. Kandida, që normalisht mund të jetojë edhe në organizëm por që nuk shkakton problem. Në situatë të caktuara shkakton infeksion.

3. Kandida invasive, një infeksion I rëndë që prek gjakun, sytë, zemrën, kockat në pacientë të hospitalizaur.

4. Infeksioni nga kriptokoku neoformans, shkakton meningit, më shumë e hasim në pacientë që jetojnë me HIV/AIDS.

5. Pneumonia nga Pneumocisti Carinii, shkaktuar nga P, jiroveci.

➤ Te tjera infeksione mykotike

1. Infeksion fungal I syve, më shpesh nga traumat ose post-kirurgjikale.

2. Sporotrikoza, shkaktuar nga sporothrix, gjendet në vende me lagështirë.

3. Mycetoma, shkatuar nga një grup bakteriesh dhe fungesh, që gjenden në uje dhe zakonisht në zonat rurale të Afrikës.

Patogjenët mund të gjenden në kompartimente të ndryshme të trupit, dhe pikërisht aty luftohen nga mekanizmat mbrojtës të tij.


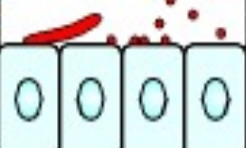


	Extracellular		Intracellular	
	Interstitial spaces, blood, lymph	Epithelial surfaces	Cytoplasmic	Vesicular
Site of infection				
Organisms	Viruses Bacteria Protozoa Fungi Worms	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> Worms Mycoplasma <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Vibrio cholerae</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Candida albicans</i> <i>Helicobacter pylori</i>	Viruses <i>Chlamydia</i> spp. <i>Rickettsia</i> spp. <i>Listeria monocytogenes</i> Protozoa	<i>Mycobacteria</i> <i>Salmonella typhimurium</i> <i>Leishmania</i> spp. <i>Listeria</i> spp. <i>Trypanosoma</i> spp. <i>Legionella pneumophila</i> <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Histoplasma</i> <i>Yersinia pestis</i>
Protective immunity	Antibodies Complement Phagocytosis Neutralization	Antibodies, especially IgA Antimicrobial peptides	Cytotoxic T cells NK cells	T-cell and NK-cell dependent macrophage activation

Fig.1.4 Mekanizmat mbrojtës imune

#### 4. Metodatat diagnostike të sëmundjeve infektive

Në patologjitë infektive, investigimi laboratorik duhet të drejtohet nga të dhënat klinike dhe epidemiologjike, në mënyrë që ti afrohet sa më shumë vërtetimit diagnostik. Midis

ekzaminimeve laboratorike dallohen ekzaminime orientues (të përgjithshme) që evidentojnë prezencën e një procesi inflamator, dhe ekzaminimeve të lidhura direkt me agjentin shkaktar etiologjik, si dhe ekzaminime që përcaktojnë përgjigjen imunitare të induktuar nga kontakti me mikroorganizmin (indirekt).<sup>24,26,27,28,29</sup>

- **Analiza e gjakut.**

- **Hemograma :**

**Leukocitet** përfaqësojnë komponentin qelizor të përgjigjes inflamatore dhe imunitare, vlera normale e tyre varion 4-11 x 10<sup>3</sup> /μl. Neutrofilet përfaqësojnë 54-62 %, limfocitet 25-33 %, monocitet 3-7 %, eosinofilet 1-3 % dhe basofilet 0-0,75 %.

Numërimi total i formulës leukocitare mund të japë një orientim të parë drejt diagnostikimit. Në rastin e infeksioneve vihet re rritje e numrit të neutrofileve, neutrofili, që quhet edhe devijim i majtë i formulës leukocitare. Më shpesh e gjejmë në infeksionet e shkaktuara nga baktere gram pozitive, të cilët janë infeksione akute dhe të lokalizuara si abceset. Infeksionet nga gram negativët (me përjashtim të kokeve), japin një rritje më të moderuar të leukociteve dhe neutrofileve, e njëjta gjë edhe për spiroketat, disa lloj rikeciash.

Nuk ndikojnë zakonisht në neutrofilet infeksioni i TB, mykozat, infeksionet nga klamidiat dhe disa viroza.

Ndërkohë vihet re neutropeni në infeksionet nga tifo abdominale, disa lloje salmonelash, bruceloza, pjesa më e madhe e rikeciave, protozoarët, helmintet. Me rënien e numrit të neutrofileve rritet graviteti i infeksionit.

**Limfocitet** kanë një jetë të gjatë dhe riqarkullojnë midis lienit, limfonodujve, palcës së kockave dhe duktusit toracik. Në infeksione si mononukleozë infektive, pertusis, tuberkulozi, sifilizi, vihet re limfocitozë, ndërsa në rastin e sepsisit vihet re limfopeni.

Receptorët në sipërfaqen e limfociteve, njihen nga antitrupa monoklonale, gjë që lejon dallimin mes tipeve të ndryshme të limfociteve dhe natyrën e shumë patologjive limfo dhe mielo proliferative.

- Antigenët në sipërfaqen e leukociteve quhen cluster differentiation (CD). Patologjia tipike infektive në të cilën ka vlerë absolute numërimi i saj është infeksioni HIV/AIDS.

**Monocitet**, rritje të numrit të tyre e vëmë re në brucelozë, endokarditin bakterial subakut, leishmanioza, disa lloj rikeciash, etj.

**Eozinofilia** haset në infeksionet parazitare si shistosomiaza, *Toxocara* spp, *Trichinella* apiralis e filarie, *Strongyloides stercoralis* etj.

**Eritrocitet** Për shkak të jetës së gjatë (rreth 120 ditë), modifikimet e tyre zakonisht ndodhin në infeksionet kronike, dhe në raste të rralla në infeksionet akute kur agjenti etiologjik ka tropizëm për rruazat e kuqe.

Anemia, shfaqet në kuadrin e infeksioneve kronike si endokarditi bakterial jo akut, osteomieliti, abceset e ndryshme, pielonefriti, tuberkulozi, malaria, leishmania. Anemia është normokrome, normocitare, prodhimi në palcë është normal por përmbajnë më pak hekur.

Retikulociti është normal.

Ndër infeksionet që mund të provokojnë hemorragji janë amebiazat intestinale akute dhe kronike, tifo abdominale e komplikuar, insuficienca hepatike nga viruset hepatike, leptospiroza, ethja hemorragjike. Në këtë rast anemia është normo ose mikrocitare, hipokromike, hiposideremike dhe ka rritje të retikulociteve.

**Trombocitet.** Disa infeksione akute dhe kronike të cilat kanë prekje të lienit (splenomegali) p.sh, hepati kronik, leishmania viscerale, malaria, shfaqin trombocitopeni për shkak të konsumimit të lienit. Disa patologji të tjera e shfaqin trombocitopeninë si rezultat të dëmtimit endotelial dhe i vëmë re në endokarditin akut dhe subakut, leptospiroza, rikecioza. Ndërsa si rezultat i prodhimit të autoantikorpëve antitrombotike, e shohim në infeksionin HIV/AIDS, infeksionin nga EBV.

Trombocitoza, rritja e numrit të trombociteve, mund të vihet re në infeksionet akute dhe mund të interpretohet si fenomen reaktiv i procesit të fazës akute.

Deficite, dhe shpeshhere të rënda të faktorëve të koagulimit e shohim në dëmtimet e rënda të parenkimës hepatike, si hepatitet virale, ethet hemorragjike. Nje komplikacion mjaft i rëndë është koagulimi intravaskular i diseminuar, rrjedhë e hemorragjive dhe konsumit, sepsis meningokoksemik është shembulli tipik. Endotoksinat bakteriale dhe materialet nekrotike të



cliruara në vendet e infeksionit përfaqsojnë momentet patogjenetike kryesore, për të nxitur kaskadën e faktorëve të koagulimit.

**Eritrosedimenti**, jo specifik vetëm për sëmundjet infektive, megjithatë mund të kemi rritje të tij në infeksionet nga gram negativët (koke dhe bacile, aerobe dhe anaerobe).

- **PCR, proteina C reaktive** është një protein serike, dhe nuk prodhohet në personat e shëndetshëm. Rritja e PCR korrelohet me nivelin e inflamacionit.
- **Testet biokimike.** Vlera e tyre mund të mos jetë specifike për sëmundjet infektive, por në rastin e pacientëve me sëmundje bashkëshoqëruese si diabeti, insuficiencia renale kronike, anemitë e lindura, patologji autoimune, sëmundjet malinje, ato ndihmojnë në vlerësimin me të mirë klinik të pacientit.

Ndërsa në rastin e sëmundjeve infektive, si p.sh. hepatitet, leptospirozat, ethe hemorragjike, ato kanë vlerë të madhe në ndjekjen e pacientit.

- **Përcaktimi direkt i agjentit shkaktar**

Përcaktimi i agjentit shkaktar mund të bëhet në mënyra të ndryshme, kryesorja është *kultura*.

Qëllimi kryesor i laboratorit mikrobiologjik është ai që të identifikojë agjentin shkaktar të sëmundjes dhe ndjeshmerinë ndaj antibiotikut. Për këtë arsye, metodikat e identifikimit prezantohen me identifikimin e llojit, species, seriotipit, biotipit e fagotipit, (plus ndjeshmerinë ndaj antibiotikut). Bakteriet në përgjithësi rriten lehtësisht në terrenet acelulare, por ka disa grupe si anaerobët e detyruar, mykoplazmat apo bakterie që sillen si viruse (klamidia apo rikeciet) ka vështirësi në rritjen dhe kultivimin e tyre.

#### **Mbledhja dhe transporti i mostrave.**

Sigurisht që ekzistojnë disa rregulla për marrjen e mostrave, p.sh ka rëndësi të njihen rruget e eliminimit të shkaktarit (salmonela në javën e parë të infeksionit izolohet me lehtë në gjak dhe me pak në fece, dhe e kundërta me ecurinë e infeksionit).

Ideale do të jete që të merren kulturat para fillimit të antibiotikoterapise, por kjo nuk do të thote që të mos vazhdoje investigimi edhe me pas.

Materiali duhet te jete ne sasi te mjaftueshme dhe sigurisht te sigurohemi per moskontaminim e mostrave me mikroorganizmat komensiale te pranishem ne lekure apo mukoza.

Marrja e kulturave bazike (gjak, likid pleural, peikarial, peritoneal, artikular, likuori cerebrospinal, biopsite) ofrojne kushte sterile dhe e rendesishme ne kete rast eshte shpejtesia e dergimit ne laborator dhe mbjellja ne kulturat perkatese.

Kulturat e disa materialeve te tjere, te kontaminuar paraprakisht (urine, fece, sekrecione uretrale dhe vaginale, sputum) kerkojne procedura me komplekse .

Rendesia qe materialet te dergohen sa me shpejt ne laborator dhe konservimin e tyre ne menyre qe mikrobet patogjene te ruajne vitalitetin dhe te mund te izoloohen.

Tamponet zakonisht kane vlere per marrjen e materialve muko-kutane (te jene jo prej pambuku, jo te yndyrshem).

- **Analiza e urines.** Test jo invaziv, i padhimshëm. Për të evituar kontaminimet e mundshme pacienti duhet të instruktohet për higjënë të mirë të zonës uro-gjenitale (mundësisht me antiseptik). Vleresohet ekzaminimi mikroskopik dhe kultura e urinës.

- **Tampon nazo-faringeale.**

Duhet marre me tampone sterile, dhe të dërgohen në laborator të vendosur në terrene përkatëse në bazë të asaj që duam të identifikojmë, ka vlerë në identifikimin e patogjenëve bakteriale dhe virale.

- **Tampon vaginal dhe sekrecione uretrale.**

Kanë vlerë si në sëmundjet seksualisht të transmetueshme ashtu edhe për mikroorganizma të tjerë (stafilokoku).

- **Ekzaminimi i feceve.**

Mostrat e feceve mund të mblidhen për të izoluar parazitë apo mikroorganizma të tjerë.

- **Punksion lumbar.**

Një nga ekzaminimet jo shumë i shpeshtë por mjaft i rëndësishëm në praktikën klinike të sëmundjeve infektive, si për të vendosur diagnozën e neuroinfeksioneve apo edhe për të bërë diagnozë diferenciale me patologjite neurologjike.

- **Kultura:**

Kultura mikrobiologjike është metoda e shumimit të organizmit mikrobial në terrene të caktuara, nën kontroll laboratorik.

Kulturat bakteriale konfirmojnë nëse kemi ose jo infeksion bakterial, gjithashtu edhe llojin e bakteries, gjë që ndihmon edhe në vendimarrjet e trajtimit.

Në përditshmërinë klinike të sëmundjeve infektive kulturat e ndryshme zënë një vend të rëndësishëm në drejtim të diagnozës.

- *hemokultura*; Kultura e gjakut nevojitet për të përcaktuar nëse kemi praninë e bakterieve apo fungeve në gjak. Në situatë normale në gjak nuk ka prezence të tyre, dhe prania e tyre është tregues i një gjëndje mjekësore të rëndë si sepsisi.

- *urokultura*; prania e bakterieve në urinë tregon për infeksionet e traktit urinar

- *kulturat e sekrecioneve vaginale dhe uretrale*, të cilat mund të tregojnë një infeksion bakterial të zakonshëm ose një infeksion seksualisht të transmetueshëm.

- *kultura e plageve*

Të rëndësishme për të përcaktuar shkaktarin sidomos në plagë të thella, në paciente diabetike, trauma. Por jo vetëm të këtyre, por edhe në rast të infektimit të plagëve pas operatore, e cila ka vlerë të madhe edhe epidemiologjike për të parë dhe zbuluar infeksione nozokomiale.

- *kultura e devizave të ndryshme* (kateter urinar, kateter qendror, vigonat, sondat nazogastrike)

Kane vlerë të madhe sidomos në pacientet me ecuri jo të mirë (sepsis, të hospitalizuar në reanimacion, etj.

- *kulturat e sputumit*.

- *kultura e lëngjeve të tjera biologjike* si likuori cerebrospinal, likidi pleural, abdominal, loti etj.

- **Imazheria**

Procedurat imazherike si ro-grafi, ct scan, rezonancat magnetike, mund të ndihmojnë në orientimin e diagnozës dhe të ndihmojnë gjithashtu edhe për diagnozën diferenciale për patologji të tjera që mund të shfaqin të njëjtat simptoma.

- **Biopsi**

Biopsia është një ekzaminim (invaziv) dhe ndihmon në diagnoze dhe prognozë të sëmundjes. P.sh nje biopsi e indit pulmonar mund të na tregojë një infeksion mykotik, apo biopsi e limfonodujve mund te orientojë drejt nje infeksioni toksoplazmik, tuberkular apo malinj.

- **Testet serologjike.**

Në rastin e patologjive infektive këto teste përdoren për të përcaktuar nëse një person ka antitropa kundrejt një patogjeni specifik, ose për të përcaktuar antigjenin që shoqëron patogjenin në mostrën e marrë pacientit. Testet serologjike janë vecanerisht të përdorshëm kur mikroorganizmat janë të vështirë të rriten në kulturat e zakonshme, p.sh treponema pallidum apo viruset.

Prezenca e antitropave kundër patogjenit në gjakun e nje personi tregon që ai është ekspozuar ndaj këtij patogjeni. Shumica e testeve masin dy tipet e antitropave: immunoglobulin M dhe imunoglobulinen G. IgM prodhohet në vlera të larta shpejt pas ekspozimit me patogjenin, dhe prodhimi i saj bie më vonë. Edhe IgG prodhohet pothuaj njekohesisht por jo në vlera aq te larta. Ajo mbetet për një kohë të gjatë në qarkullim, pas ekspozimit.

Kjo ka vlerë për të interpretuar nga ana klinike rezultatet e serologjisë, nëse hasim vlera të larta të IgM pacienti është ekspozuar së fundmi, për vlera positive te IgG dhe negative te IgM mund të themi që pacienti është infektuar në të skuaren ose është imunizuar. Për sëmundjet infektive zakonisht i realizojme në dy faza; atë akute dhe në fazën e rekuperimit. Vlera sasiore e mostrave të marra krahasohen dhe në këtë mënyrë mund të gjykohet edhe për ecurine e sëmundjes. Rezultatet fals negative zakonisht ndodhin në pacientë imunodepresë, pasi prodhojnë titër të ulët antitropash.

## **5. Treguesit klinikë të sëmundjeve infektive**

Faza klinike (e quajtur edhe faza akute) është periudha në të cilën shenjat dhe simptomat janë me evidente. Gjate kesaj faze arrihet piku i gravitetit dhe intesitetit te tyre.

Manifestimet klinike mund të jenë të lidhura me infeksione lokale (celulitet, absceset) ose sistemike dhe mund të prekin disa sisteme organesh njeheresh. Infeksionet e gjeneralizuara, të

rënda mund të jenë edhe jetë-kërcënuese (sepsi, shoku septik). Fatmirësisht, pjesa më e madhe e infeksioneve shërohen plotësisht.<sup>22,23,25</sup>

Çdo infeksion ka shenjat dhe simptomat specifike tipike, por shenjat e përgjithshme që janë të zakonshme për shumicën e sëmundjeve infektive përfshijnë

- **Temperatura:** është shfaqja klinike më e shpeshtë dhe e zakonshme e sëmundjeve infektive, rritja e temperaturës trupore mbi 37.5 °C por që mund të arrije edhe vlera të larta. Ajo mund të jetë:
  - *E vazhdueshme*, kur temperatura qëndron mbi vlerat normale pothuaj gjatë gjithë ditës, dhe nuk ka luhajtje më shumë se 1 gradë në 24 orë.(p.sh pneumonia bakteriale, endokarditi bakterial, etj) Ethja tifoide është një formë e ethes së vazhdueshme dhe karakterizohet nga rritje graduale e temperaturës deri në një pikë të lartë.
  - *Intermitente*, kur temperatura është prezente me periudha, gjatë 24 orëve arrihen edhe vlera normale, (p.sh. malaria, leishmania, etj.).  
Një shembull tipik i temperaturës intermitente është ethja nga malaria, që karakterizohet nga ethja ditore (P. knowlesi), terciare, periodicitet 48 orësh (P. falciparum, vivax, ovale), dhe kuartenare me periodicitet 72 ore (P. malaria).
  - *Remitente*, kur temperatura nuk arrin vlera normale gjatë ditës por të paktën arrihet diferencë mbi 1 gradë gjatë natës. (p.sh bruceloza).
  - Temperaturë e tipit Pel–Ebstein shihet në pacientë me limfomë Hodgkin.
  - Tipi ondulant, (shihet ne brucelozë).

Temperaturë persistente që shpesh nuk shpjegohet edhe me ekzaminime dhe analiza të rutinës klinike, quhet ethe me origjinë të panjohur dhe zakonisht nuk është me origjinë infektive ose është simptomë e pacientëve neutropenikë dhe me patologji malinje.

- **Diarrea**, është ajo situatë mjekësore kur pacienti ka më shumë se 3 dalje të ujshme në 24 orë. Diarreja është akute dhe mund të zgjasë pak ditë, por mund të jetë edhe e zgjatur dhe në këtë rast mund të kemi shfaqjen e shenjave të dehidrimit. Infeksionet

gastrointestinale të shkaktuara nga bakteriet, viruset apo parazitet janë patologjitë tipike që shfaqin këtë simptomë.

Në disa raste diarreja mund të jetë edhe me gjak, sindromi dizanterik.

Përsa i përket diarresë së zgjatur (më shumë se 2 javë) e hasim më tepër në patologjitë jo infektive.

- **Të vjellat**, nxjerrja në mënyrë të pavullnetshme e përmbajtjes së stomakut nëpërmjet gojës. Në patologjitë infektive e shohim më shpesh në infeksionet gastrointestinale, helmimet ushqimore dhe në neuroinfeksionet. Shpeshherë paraprihet nga nauzeja.

- **Mialgjia**, ose dhimbja muskulare është simptomë për shumë patologji. Në sëmundjet infektive është shoqëruese e temperaturës dhe e hasim shpesh në infeksionet virale (gripi, polio). Gjithashtu ajo është simptomë e etes hemorragjike, abceset muskulare.

- **Kolla**, është një simptomë që mund të shfaqet për herë të parë si simptomë ose rëndim i asaj ekzistuese. Kolla persistente zakonisht tregon praninë e një sëmundjeje, ku më të shpeshta janë infeksionet traktit respirator (të sipërm dhe të poshtëm) të shkaktuara nga bakteriet dhe viruset.

- **Vështirësi në frymëmarrje** ose **dispnea**, zakonisht është shfaqje e patologjive të traktit respirator (pneumoni, asthma bronkiale), por ajo shihet edhe në patologjitë kronike kardiake, medikamentoze, SPOK. Frymëmarrje e shkurtër dhe jo e thellë e hasim në situata të rënda si në rastin e shokut dhe është faktor prognostik i rëndësës.

- **Kongjestion nazal**, tipik për situatat gripale, rinitet, sinusitet

- **Vështirësi në urinim**, djegie dhe dhimbje gjatë urinimit, pengesë gjatë urinimit, shenja dhe simptoma të lidhura me sistemin urinar, më shpesh shfaqje e infeksioneve të ndryshme (cistite, prostatite).

- **Pakësim i urinimit** (diurezës), kur fluksi urinar është i ulët. Përsa i përket patologjive infektive e hasim më shpesh në Ethen hemorragjike dhe Leptospirën.

- **Rrjedhje vaginale dhe uretrale**, i hasim në infeksionet gjenitale dhe infeksionet seksualisht të transmetueshme.

- **Enjtje, dhimbje, skuqje** në vende të ndryshme apo në plagë ku janë bërë ndërhyrje kirurgjikale. Simptoma të infeksioneve lokale të lëkurës (erizipela dhe celuliti, fasciiti).

- **Dhimbje e qafes dhe shfaqja e rigiditetit nukal**. E shoqëruar shpesh edhe me encefalopati, crregullime të koshiences janë simptoma kryesore të neuroinfeksioneve.

- **Ikteri**, rritja e bilirubines mbi 1 mg/dl, dhe objektivisht konstatohet zverdhja e skleres dhe e lekures. Patologjitë tipike infektive që hasim ikterin janë hepatitet virale, ethe hemorragjike, leptospira, infeksionet e rrugëve biliare,

Cfare shohim më shpesh është shoqërimi i rritjes se temperatures me rritjen e pulsit periferik, por në disa infeksione kjo nuk ndodh, p.sh në ethe tifoide, tularemia, ethe Dengue, dhe kjo njihet si bradikardi relative. Hypotensioni si rrjedhojë e hipovolemisë, shokut septik apo shokut toksik. Hiperventilimi dhe alkalozja respiratore janë gjithashtu të shpeshta. Alterimet e koshiences (encefalopatia) mund të ndodhin në infeksionet e rënda pavarësisht nëse është i prekur sistemi nervor qendror.

Encefalopatia është më shpesh e pranishme dhe serioze në pacientë të moshuar dhe e konstatohet si shfaqje anksoze, konfuzion, delir, stupor, atake epileptike dhe koma.

- Sëmundjet infektive kanë ndikimin e tyre edhe në organe të tjera si p.sh

#### Hematologjike

Zakonisht ndodh një rritje e numrit të neutrofileve qarkulluese. Mekanizmat përfshijnë demarginimin dhe clirimin e granulociteve jo të maturuara nga palca e kockave, clirimi i neutrofileve të ndërmjetësuar nga interleukina 1 dhe interleukina 6, si dhe faktoret e elaboruar nga makrofaget, limfocitet dhe inde të tjera. Ekzagjerimi i këtij fenomeni (p.sh në trauma, inflamacion apo stresse të ngjashme) rezulton në rritje të madhe të leukociteve në qarkullim (reaksion leukemoid), ku numri i tyre arrin deri në 25000-30000 mcL.

Nga ana tjetër kemi disa situata infeksionesh ku perkundrazi numri i leukociteve ulet (ethja tifoide, bruceloza).

Në infeksionet severe, leukopenia e thellë zakonisht është shenjë e një prognozë të keqe.

Anemia, gjithashtu mund të shfaqet pavarësisht depove të ruajtura të hekurit në inde. Nëse anemia është kronike, është anemi normokromike, normocitike e karakterizuar nivel I ulet I hekurit në serum.

Infeksionet severe mund të shkaktojnë trombopeni dhe KID

Komplianca pulmonare mund të ulet, duke agravuar drejt distresit akut respirator (ARDS), dhe insuficiencë respiratore.

Manifestimet renale variojnë që nga proteinuria deri tek insufienca renale akute, (që mund të rezultojë nga shoku hipovolemik apo septik dhe nga nekroza tubulare akute), glomerulonefriti ose sëmundja tubulointersticiale.

Disfunksioni hepatic, përfshi ikterin kolestatik (zakonisht është faktor prognostik i rëndë), disfunksionin hepatoqelizor, ndodh në shumë infeksione, edhe në ato infeksione që nuk lokalizohen drejtperdrejt në heparin

Manifestimet gastro-intestinale përfshijnë hemorragjinë e pjesës së sipërme të traktit si rrjedhojë ulceracioneve që ndodhin në sepsis..

Disfunksioni endokrinologjik përfshin: prodhim të shtuar të hormonit stimulues të tiroides, vasopressin, insulin dhe glukagon; rënie të proteinave të muskujve të skeletit dhe humbje të masës muskulare për të përballuar kërkesat metabolike.

Hipoglicemia nuk është e shpeshte në sepsis, por insuficienca surenales duhet të merret në konsideratë në pacientë me hipoglicemi dhe sepsis.

## 6. Faktorë të rëndësës dhe të vdekshmërisë së sëmundjeve infektive

Shumëllojshmëria e “kërcënimeve” nga sëmundjet infektive që aktualisht po përballemi është e paprecedente. Prezantimi në mjekesinë moderne të antimikrobikëve dhe vaksinave ndihmon në një parashikim mjaft optimist në aftësinë tonë për të mbajtur nën kontroll apo akoma më mirë për të zhdukur disa sëmundje infektive. Por kjo perspektive ka ndryshuar pasi sëmundje të reja zbulohen dhe të tjera të vjetra adaptohen.

Organizata botërore e shëndetësisë vlerëson se rreth një e treta e vdekjeve vjetore në botë i atribuohen sëmundjeve infektive.<sup>12,30,32,</sup>

Shkaku	rankimi	Perhapja	Numri i parashikuar i vdekjeve
Infeksione akute respiratore të poshtme	1	Mbare boten	3,963,000
HIV/AIDS	2	Mbare boten	2,673,000



Shkaku	rankimi	Perhapja	Numri i parashikuar i vdekjeve
Semundje diarreike	3	Kryesisht ne vendet ne zhvillim	2,213,000
Tuberkulozi	4	Kryesisht ne vendet ne zhvillim	1,669,000
Malaria	5	Kryesisht ne vendet ne zhvillim	1,086,000
Fruthi	6	Kryesisht ne vendet ne zhvillim	875,000
Tetanozi	7	Kryesisht ne vendet ne zhvillim	377,000
Pertussis	8	Kryeshisht ne vendet ne zhvillim	295,000
Semundjet seksualisht te transmetueshme ( jo HIV)	9	Mbare boten	178,000
Meningiti	10	Mbare boten	171,000

Tab.1.2 Shkaktarët kryesore të vdekjeve botërore nga infeksionet.

Në praktikën e tyre klinike mjekët mund të bejnë një parashikim rreth gjëndjes klinike të pacientit, rreziku që paraqet sëmundja, ecuria klinike në lidhje me sëmundjen dhe mundësia për rikthim të saj. Këto parashikime influencojnë në menaxhimin e vendimeve për strategjitë diagnostike, opsionet terapeutike, trajtimin. Vecanërisht për sëmundjet infektive vlerësimet prognostike për rezultatat klinike janë studiuar gjerësisht, pikërisht për impaktin që kanë për pacientin, familjen dhe komunitetin.

Megjithatë sëmundjet infektive në bazë të shfaqjeve klinike specifike, prandaj faktorët vlerësues bazohen në 3 kategori; karakteristika klinike dhe demografike të pacientit (bujtësit) (p.sh moshë, severiteti i sëmundjeve ekzistuese dhe imunokompetenca), mënyra e ndjekjes (zgjedhja e terapisë dhe koha për fillimin e saj, nevoja për hospitalizim), dhe graviteti i vete sëmundjes (prezenca e shokut, lloji i mikroorganizmit shkaktar, insuficiencë organore).

Në bazë të të dhënave mjekësore të identifikuar dhe të regjistruara shihet se sëmundjet infektive zënë një vend të rëndësishëm në vdekshmerinë e popullatës. Ato janë një ndër shkaktarët kryesorë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.

Pavarësisht progresit të shkencave mjekësore në vendet e pazhvilluara dhe ato në zhvillim vdekshmëria nga sëmundjet infektive është në shifra të larta.

- Faktorët janë të ndryshëm të lidhur me vete individin (mosha, gjinia, niveli social-kulturor) dhe sjelljen e tij, gjëndjen mjekësore.
- Në rradhë të parë agjenti shkaktar është faktori kryesor, ku pa frikë mund të themi që infeksionet virale që shkaktojnë etet hemorragjike, grip, HIV, herpes viruset janë të prirur të bëjnë komplikacione dhe të kenë vdekshmëri të lartë. Po ashtu infeksionet e shkaktuara nga agjente patogjene rezistente ndaj antibiotikeve dhe që prirën të bëjnë infeksione të perhapura, sepsis kane risk te larte.
- Sëmundjet kronike që mund të ketë një pacient e rritin rrezikun që një infeksion të jetë në një shkallë më të rëndë krahasuar me një pacient pa patologji te tjera.
- Shtrirja, përhapja e infeksionit në organizëm është një faktor që ndikon në rëndesën e një infeksioni, p.sh. një gjëndje septike e rrezikon më shumë pacientin, prekja e disa organeve si zemra (endokarditi) ose truri (meningo-encefalitet) jane patologji që janë urgjenca si në drejtim të diagnostikimit ashtu edhe të trajtimit.
- Periudha e inkubacionit, në shumë patologji infektive rezulton që sa më e shkurtër të jetë periudha e inkubacionit aq më shumë rritet rreziku për vdekshmërine (p. sh. Në rastin e tetanozit).
- Sistemi shendetesor ka rendesine e tij, (ofrimi i sherbimit mjekesor, masat parandaluese etj.).

## II STUDIMI

### Qëllimi i studimit

Fokusi dhe qëllimi i studimit është që të evidentojë urgjencat infektive jetëkërcenuesë dhe faktorët kryesorë të parashikimit të rëndësë, duke ndihmuar në parandalimin e komplikacioneve dhe trajtimit sa më të mirë të pacientit.

### Objektivat

1. Evidentimi i karakteristikave:

- epidemiologjike
- klinike
- laboratorike dhe imazherike të tyre,

2. Përkufizimi, klasifikimi i urgjencave infektive

3. Përshkrimin e disa urgjencave infektive më të shpeshtat tek ne.

4. Të përshkruhet dhe vlerësohen shkaqet e vdekshmërisë.

### Materiali dhe Metodika

Ky është një studim retrospektiv i pacientëve të hospitalizuar në Shërbimin Infektiv në periudhën kohore 2012-2015.

Jane shqyrtuar të dhënat mjekësore të pacientëve adultë (të moshës 14 vjeç e lart) të hospitalizuar me këtë diagnozë dhe më pas janë klasifikuar në bazë të të dhënave.

1.1 Në aspektin epidemiologjik studiuam

- Shpërndarjen moshore të
- Shpërndarja sipas gjinisë.
- Shpërndarja kohore sipas muajve
- Shpërndarjen sipas vendbanimit (në zona rurale dhe urbane)

## 1.2 Në aspektin klinik

Vlerësuam shenjat dhe simptomat klinike më të shpeshta të shfaqura

## 1.3 Në lidhje me aspektin laboratorik studiuam disa markues biologjikë

serologjike, mikrobiologjike dhe imunologjike

Investimi fillestar laboratorik përfshiu:

- Hemocitograme dhe eritrosediment
- Gjak periferik për malarien
- Rografi pulmonari
- Funksioni hepatic, renal
- Markues imunologjik si FR dhe ANA
- Algoritme të diagnozës etiologjike

- hulumtime mikrobiologjike si hemokultura, urokultura, koprokulture, kultura dhe tamponë nga vatra të ndryshme inflamatorë,

- hulumtime sero-diagnostike si Vidal, Ëright, Ëeil-Felix, Elisa për Hepatitis, HIV, Ethe Hemorragjike, Leptospira, Leishmaniosis, Borreliosis,

- Mikroskopia e drejtpërdrejtë, kultura mikrobiale dhe gamma interferoni në rastet me tuberkuloz)

Hemokulturat u ekzaminuan me aparatën “Bactec 9120” (BD Diagnostics).

Malaria u diagnostikua me mikroskopinë e pikes së gjakut me ngjyrimin Leishman.

Janë përdorur testet mikrobiologjike Leptospira IgM Cassette (SD Bioline).

## Metodologjia e analizës statistikore

Për analizën e të dhënave është përdorur programi statistikor SPSS 16.0.

Variablat e vazhdueshëm janë përmbledhur si mesatare  $\pm$  deviacionin standard (SD) me vlerat minimale dhe maksimale dhe medianë e shoqëruar me kuartilet Q1 dhe Q3.

Normaliteti i shpërndarjes së moshës është testuar me testin Kolmogorov-smirnov dhe është paraqitur me histogram.

Për variablat kategorike është llogaritur përqindja e pacientëve në çdo kategori.

Është përdorur testi  $\chi^2$  dhe Fisher's exact test për krahasimin e përqindjes ndërmjet variablave kategorikë.

Është përdorur testi i studentit t dhe ANOVA për krahasimin e mesatereve të parametrevë të variablave të vazhduar.

Është përdorur korrelacioni parametrik i Pearson për vlerësimin e mardhënies së variablave numerike dhe të vazhduar.

Vlera e  $p \leq 0.05$  u konsiderua statistikisht e rëndësishme.

### III REZULTATE

#### 1.URGJENCAT INFEKTIVE

**Urgjencat mjekësore janë ato situata që rrezikojnë jetën e pacientit pothuaj në mënyrë të menjëhershme dhe që kërkohet ndërhyrje e menjëhershme mjekësore.**

**Urgjenca të sëmundjeve infektive janë situata në të cilat rrezikohet jeta e pacientit nga agjente biologjike, që përfshijnë bakterie, viruset, apo toksinat me potencial të lartë për sëmundje severe ose vdekjen e pacientit.**<sup>19,20,27,28</sup>

Sic e përmendëm më lart sëmundjet infektive shkaktohen nga mikroorganizma (bakterie, viruse, parazite apo funge) dhe që mund të transmetohen direkt ose indirekt nga një person tek tjetri.

Mënyrat e transmetimit të sëmundjeve infektive janë nga më të ndryshmet.

- Nëpërmjet ajrit
- Ushqimeve të kontaminuara
- Lëngjeve trupore
- Kontakt direkt me objekte të kontaminuara
- Vektorë si insekte, zogjtë, etj.

Sëmundjet infektive mund ti klasifikojme sipas kohëzgjatjes, lokalizimit, në korrelim edhe me karakteristika të tjera.

##### *I. nga kohëzgjatja*

Akute, kronike dhe latente janë terma që përdoren për të përshkruar kohëzgjatjen e sëmundjes, sa shpejt shfaqen dhe zhvillohen simptomat, dhe sa persistojne. P. sh gripi është shembulli tipik i një sëmundje akute, tuberkulozi është një sëmundje kronike dhe infeksionet herpetike mund të prodhojnë infeksion latente që në pjesën më të madhe të kohës është pa simptoma.

*+akute:* zhvillohet shpejt dhe ka dekurs të shkurtër

*+kronike:* zhvillohet më ngadalë dhe zakonisht shenjat dhe simptomat janë më të buta, dhe persistojnë për një kohë të gjatë.

+*latente*: karakterizohet nga periudha pa simptoma midis shpërthimeve të sëmundjes.

## II. nga lokalizimi

Lokale apo sistemike i referohet lokalizimit të sëmundjes. Patogjenët mund të përhapen nga vendi i tyre fillestar i inokulimit nëpërmjet gjakut dhe të shkaktojnë infeksione sistemike.

+*lokal*: infeksioni është i mirë kufizuar në një zonë specifike të trupit apo vetëm të një organi.

+*sistemik*: sëmundja është e gjeneralizuar dhe agjenti patogjen është përhapur në disa organe dhe inde.

## III. sipas kohës

Primare ose sekondare, karakterizon “rradhen” e infeksionit.

+*Infeksion primar*, është akut dhe zakonisht ndodh në person të shëndetshëm më parë.

+*infeksion sekondar*: Por, kur një person që ka një infeksion primar, dhe për shkak të imunitetit të tij të dobësuar, mund të përjetojë një infeksion sekondar nga një tjetër agjent shkaktar (p.sh otitet pas një sindromi gripal).

Periudha e inkubacionit, është mjaft e rëndësishme në sëmundshmërinë infektive, pasi gjatë saj personi i infektuar mund të përhapë agjentin patogjen tek të tjerët, tipike për sëmundjet virale dhe që mund të përhapen me rrugë aerogjene apo nëpërmjet gjakut (marredhenie seksuale, nga nena tek femija). Kohëzgjatja e periudhës inkubacionit është specifike për çdo agjent mikrobik, varet nga: sa virulent është agjenti patogjen, doza e agjentit infektues, dhe rruga e hyrjes.

Sëmundjet infektive gjatë dekursit të tyre manifestojnë shenjat dhe simptomat. Shenjat e sëmundjes të cilat observohen gjatë vizitës së pacientit dhe simptomat që i referon vetë ai.

Shenjat dhe simptomat përjetojnë, gjatë fazës klinike dhe në këtë fazë arrijnë edhe pikun e intesitetit, dhe në këtë moment është edhe lufta midis agjentit patogjen që ka pushtuar trupin dhe sistemit imunitar. Edhe në këtë fazë pacienti është kontagioz.

Sic e përmendëm edhe më lart, sëmundjet infektive fatmirësisht në pjesën më të madhe të tyre kanë agjent patologjik të njohur dhe po ashtu terapi të njohur dhe të disponueshme. Gjithashtu

shumë prej tyre mund të trajtohen dhe ndiqen në kushte ambulatorie pa qenë nevoja për hospitalizim.

Shkaktarët e sëmundjeve infektive janë të shumtë në numër, me veti dhe karakteristika të vecanta. Karakteri i një sëmundje infektive në përgjithësi është beninj, që do të thotë pacienti mund të shërohet plotësisht, ashtu sic kemi dhe raste të tjera që situata është mjaft më e komplikuar. Parë në këtë këndvështrim sëmundjet infektive mund të jenë urgjenca mjekësore, të cilat rrezikojn jetën e pacientit.

Në qendrën spitalore universitare, në spitalin infektiv paraqiten një grup i madh pacientësh që manifestojne shenja dhe simptomat infektive. Mosha mbi të cilën pranohen në spital është 14 vjec. Në spitalin tonë llogaritet të vijë një numër shumë i madh pacientesh brenda 1 viti, që mund të kërkojnë ndihmë mjekësore apo edhe profilaksi (vaksinimi për ethet e verdha, profilaksia për tetanozin, rabiesin).

**Urgjenca të sëmundjeve infektive janë situata në të cilat rrezikohet jeta e pacientit nga agjente biologjike, që përfshijnë bakterie, viruset, apo toksinat me potencial të lartë për sëmundje severe ose vdekjen e pacientit.**

Këto sëmundje mund të grupohen në tre kategori:

- Sëmundje me vdekshmëri të lartë
- Sëmundje të cilat shkaktojnë paaftesi të rëndë të pacientit/pacientëve, dhe kjo ndikon edhe mbi popullatën.
- Sëmundje të cilat kanë aftësi të përhapen shpejt dhe në mënyrë të papritur, mund të jenë të panjohura, dhe që mund të japin pasoja serioze globale.

Sëmundjet infektive mund të klasifikohen në bazë të nozologjisë: që do të thotë se cdo agjent patogjen shkakton një patologji.

### **Klasifikimi nozologjik, etiologjik.**

Eshte e rëndësishme të njihet (kur është e mundur) shkaktari i sëmundjes.



Sic e kemi përmendur edhe me lart smundjet infektive ndahen në 4 grupe të mëdha:

- viruse
- bakterie
- fungus
- parazite

### **Klasifikimi epidemiologjik**

Ka të bëjë me incidencen, përhapjen dhe kontrollin e tyre në popullatë. Kjo ka rëndësi pasi disa sëmundje janë në gjëndje të shkaktojnë shpërthime dhe të kemi sëmundshmëri të një pjese të popullatës. Aq më tepër kur përhapja merr dhe karakter global si në rastin e SARS apo dhe HIV. Një aspekt tjetër i këtij klasifikimi është përhapja e një infeksioni në një grup të caktuar pacientësh. P.sh hepatitet në pacientë të dializuar, SST dhe HIV në përdoruesit e drogave intravenoze etj.

### **Klasifikim topografik**

Në bazë të lokalizimit të infeksionit. Zakonisht janë infeksionë të lokalizuara dhe mund të prekin ekstremitetet, fytyrën apo trungun. Këto mund të jenë infeksione si bakteriale ashtu edhe virale.

### **Klasifikimi sindromik**

I lidhur me shenjat dhe simptomat klinike

- *Sindromi meningial*, me perfaqesues tipik meningitet dhe encefalitet.

Dy nozologji mjaft të shpeshta në vendin tonë. Pavarësisht agjentit shkaktar manifestimi klinik është i njëjtë.

- *Sindromi ikterik*. Hepatitet virale, infeksionet e rrugeve biliare dhe pankreatike
- *Sindromi hepato-renal* (ethe hemorragjike, leptosipra)
- *Sindromi mononukleozik* (leishmania, bruceloza, mononukleozë infektive).
- *Sindromi diarreik*, i pranishëm në gastroenteritet, diarrete kronike në HIV, etj.

Megjithatë, një sëmundje infektive mund të grupohet në më shumë se një sindrom.

Por këto sindroma klinike i shohim edhe në patologji jo infektive,

- AVC ishemike ose hemorragjike, abceset cerebrale mund të kenë sindrom meningeal krahas shenjave neurologjike, që jo gjithmonë janë prezente, dhe kur këto ndodhin në moshë relativisht të re, ndodh që të referohen në spitalin tonë.
- kalkulozat biliare, sëmundjet malinje të traktit hepato-biliar, cirrozat (qoftë edhe me origjinë nga hepatiti viral) manifestohen me ikter.
- në cirrozat e dekompesuara mund të shohim prekje hepatike dhe renale, insuficiencat renale.
- patologji malinje si limfomat, leukozat kanë paraqitje klinike dhe laboratorike me sindromin mononukleozik.
- malabsobimi, sëmundja e celiakise, kolitet ulcero-hemorragjike, mund të fillojnë si sindrom diarreik.

Kjo është një arsye që shpesh këta pacientë përfundojnë të shtruar në spitalin infektiv, të referuar nga mjeku apo që paraqiten edhe vetë. Jo rrallë herë ka ndodhur që këta pacientë të kenë humbur jetën në spitalin tonë, për shkak të gjëndjës së rëndë në momentin e paraqitjes.

Një sëmundje infektive mund të bëhet një kërcënim serioz, një urgjencë jo vetëm për një pacient, komunitet, një shtet por edhe më gjerë. Shembuj të tillë mund të përmendim WNE, SARS, Gripi, apo dhe HIV.

Këto patologji në fillimet e tyre sigurisht që ishin një e panjohur e madhe për mjekët dhe studiuesit. Jo vetëm për të njohur shkaktarin por edhe për të gjetur “armën” kundër tyre. Bazuar në disa nga kushtet më lart, edhe Shqipëria nuk kishte sesi të bënte përjashtim nga “rregulli” i prekjes prej këtyre patologjive.

Një sëmundje infektive mund të jetë urgjencë mjekësore jo vetëm se mund të kërcënojë jetën e pacientit, por edhe kur ajo mund të përhapet shpejt dhe në grupe vulnerabel pacientesh. Gjithashtu impakti i saj mbi popullatën e përgjithshme mund të jetë i tillë që të rëndojë si nga ana mjekësore ashtu edhe ajo ekonomike.

Shpesh sëmundjet infektive janë konsideruar si patologji “të lehta”, të mjekueshme nga të gjithë, ku mjafton dhënia e një antibiotiku. Por ajo që në shohim në rutinën klinike është krejt e kundërta. Patologji infektive me ecuri të shpejtë, me prekje multiorganore dhe raste fataliteti. Por a është e lehtë të vendosësh kaq shpejt diagnozën infektive, sigurisht që jo, prandaj dhe infektivi është kaq i bukur dhe ka gamë kaq të gjerë sëmundshmërie.

Në vendin tonë sëmundjet infektive zënë një vend të rëndësishëm, për arsye të cilat i diskutuam edhe më lart, mënyra e jetesës, lëvizja e lire e populates, zhvillimi ekonomik-social.

Gjithashtu here pas here kemi pasur shpërthime të patologjive të ndryshme si hep A, gastroenterite nga salmonella, gripi.

Në rang botëror sëmundjet infektive klasifikohen të tretat përta i përket vdekshmërise, pas sëmundjeve malinje dhe kardiake.

Urgjencat infektive mund të jenë të tilla që mund të rrezikojnë jetën e pacientit ndoshta edhe para se të vendoset diagnoza klinike.

Pra ose pacienti paraqitet vonë ose kanë ndodhur komplikacionet. Parë në këtë këndvështrim sëmundjet infektive janë urgjenca të vërteta mjekësore.

### **Karakteristikat e shtrimeve**

Sic e përmendëm edhe më lart, në spitalin tonë paraqiten shumë pacientë dhe numri i shtrimeve është i lartë. Gjatë viteve 2012 -2015 në spitalin infektiv janë hospitalizuar 10678 pacientë.

Kriteret e pranimit të këtyre janë bazuar kryesisht në të dhënat klinike të pacientëve dhe ndryshimet laboratorike dhe imazherike.

Diagnozat e pranimit rezultuan si më poshtë.

1. Retroviroze 417 raste
2. Angina folikulare dhe tonsilite 235 raste
3. Antraks 7 (kutan, te lokalizuara ne dore) raste
4. Infeksione të rrugëve respiratore të sipërme dhe të poshtme 898 raste, trakeobonkite (bronkite dhe bronkopneumoni)
5. Bruceloze akute dhe kronike 192 raste (te komplikuar me epididimit 4, sakroileit 22, spondilodiscite 10, prekje te gjakut 5, hepatit brucelozik 4 dhe meningite)
6. Enterite 281 raste
7. Discite 16 raste
8. Dizanteri klinikisht 19 raste
9. Encefalite 49 raste
10. Endokardite 52 raste
11. Ethe hemorragjike 22 raste
12. Ethe e zgjatur 26 raste

13. Faringite 24 raste
14. Fasceite 9 raste
15. Flegmona 6 raste (tonsilare)
16. Gastroenterite akut 1426 raste
17. Gjendje febrile 301 raste
18. Grip 183 raste dhe i komplikuar 730 raste
19. Hepatite virale 934 raste
20. Herpes zoster 138 raste
21. Intoksikacione alimentare 59 raste (forme e rende me hipovolemi 10)
22. Rikecioze 75 raste
23. Lambliaze intestinale 14 raste
24. Leishmania 38 raste
25. Leptospirora 82 raste
26. Lues 8 (jo HIV) raste
27. Malaria 49 raste
28. Meningit 123 raste
29. Mononukleoze infektive 62 raste
30. Orchiepididimit 10 raste
31. Otit 7 (mastoidit 1) raste
32. Pneumoni et pleuro-pneumoni 175 raste
33. Salmonellosis 16 raste
34. Sepsis 240 raste
35. Stafilokoksi 17 raste
36. Tetanoz 8 raste
37. Tifoabdominale 9 raste
38. Tonsilite 270 raste
39. Urosepsis 534 raste
40. Varicele 78 raste
42. Viroze 237 raste

Pjesa tjetër janë raste të cilët në diagnozën e daljes nuk u gjet një shkak i lidhur me patologji infektive. Arsyeja pse keta paciente janë hospitalizuar në spitalin tonë është për shkak të ngjashmërisë klinike dhe/ose referimit të gabuar.

Pjesë e studimit u bënë vetëm pacientët të cilët plotësonin kriterin e urgjencës infektive, që prezantuan formë të rëndë të sëmundjes dhe komplikacionet e saj dhe që patem numër të konsiderueshëm të vdekjeve.

Tabela 3. 1 Karakteristikat e shtrimit të pacienteve

Variablat	N	%	P
<b>Gjinia</b>			<b>&lt;0.01</b>
<b>Femra</b>	756	35.7	
<b>Meshkuj</b>	1359	64.3	
<b>Mosha M (SD)</b>	43.7 (16.6)	12-93	
<b>Grupmosha</b>			<b>&lt;0.01</b>
<b>≤20</b>	135	6.4	
<b>21-30</b>	394	18.6	
<b>31-40</b>	374	17.7	
<b>41-50</b>	288	13.6	
<b>51-60</b>	538	25.4	
<b>61-70</b>	247	11.7	
<b>&gt;70</b>	139	6.6	
<b>Viti</b>			<b>&lt;0.01</b>
<b>2012</b>	377	17.8	
<b>2013</b>	695	32.9	
<b>2014</b>	526	24.9	
<b>2015</b>	517	24.4	
<b>Diagnoza</b>			<b>&lt;0.01</b>
<b>Encefalit/Meningit</b>	178	8.4	
<b>Hepatite virale</b>	911	43.1	
<b>HIV-AIDS</b>	479	22.6	
<b>Leptospiroze</b>	85	4.0	
<b>Malaria</b>	50	2.4	
<b>Sepsis</b>	404	19.1	
<b>Tetanoz</b>	8	0.4	

Në studim morën pjesë 2215 pacientë nga të cilët 756 (35.7%) janë femra dhe 64.3% janë meshkuj, me moshe mesatare 43.7 vjeç që varion nga 14-93 vjeç. Në studim mbizotëron grupmosha 51-60 vjeç me 25.4% të rasteve.

Viti 2013 ka numrin më të madh të rasteve (32.9%).

Në bazë të klasifikimit sindromik unë jam bazuar në këto patologji kryesore, të pershkuara në tabelën më lart.

Përsa i përket sëmundjeve të marra ne studim me diagnozen Encefalit/Meningit jane 178 (8.4%) e rasteve, Hepatite virale 911 (43.1%), HIV-AIDS 479 (22.6%), Leptospiroze 85 (4%), Malaria 50 (2.4%), Sepsis 404 (19.1%) dhe Tetanoz 8 (0.4%).

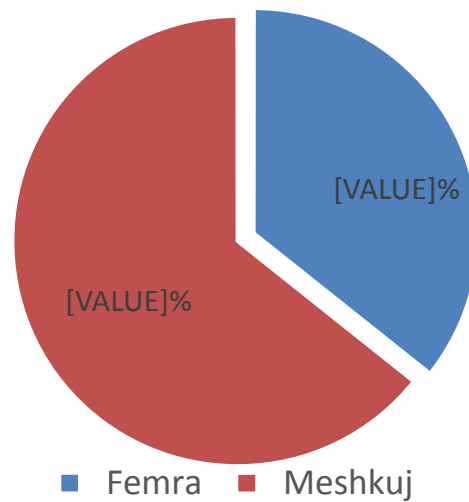


Figura 3. 11 Shpërndarja e rasteve totale sipas gjinise

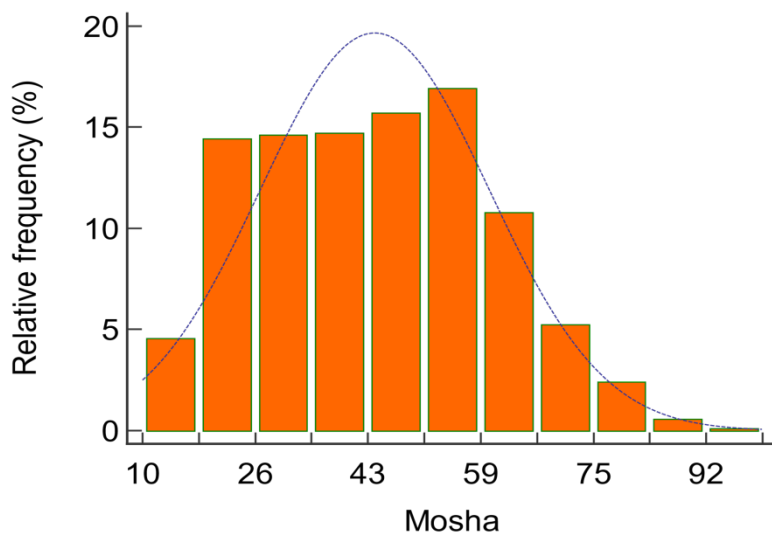


Figura 3. 12 Histogrami i moshes se pacienteve

Moshë nuk i nënshtrohet shpërndarjes normale

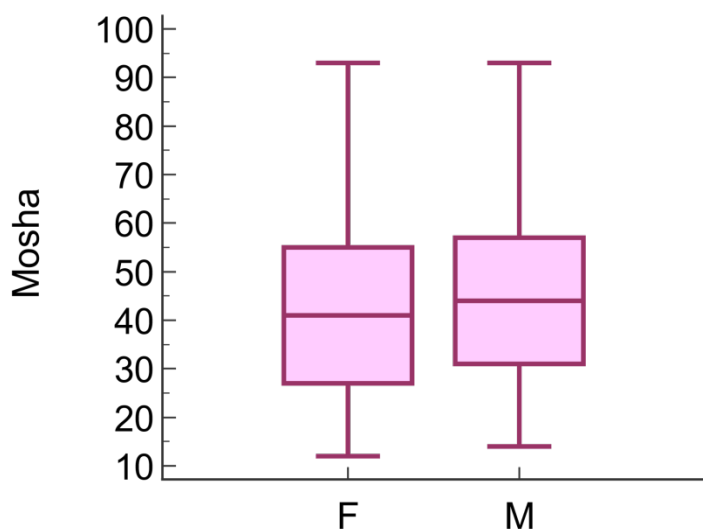


Figura 3. 13 Krahasimi i moshës mesatare sipas gjinisë

Mosha mesatare e femrave është 42.1 (17.0) vjeç ndërsa e meshkujve 44.6 (16.2) vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ( $p < 0.01$ ).

Tabela 3. 7 Shpërndarja e diagnozave sipas gjinisë

Diagnoza	Gjinia	
	Femra (n=756)	Meshkuj (n=1359)
Encefalit/Meningit	62 (8.2)	116 (8.5)
Hepatite virale	357 (47.2)	554 (40.8)
HIV-AIDS	127 (16.8)	352 (25.9)
Leptospiroze	7 (0.9)	78 (5.7)
Malaria	1 (0.1)	49 (3.6)
Sepsis	197 (26.1)	207 (15.2)
Tetanoz	5 (0.7)	3 (0.2)
Total	756	1359

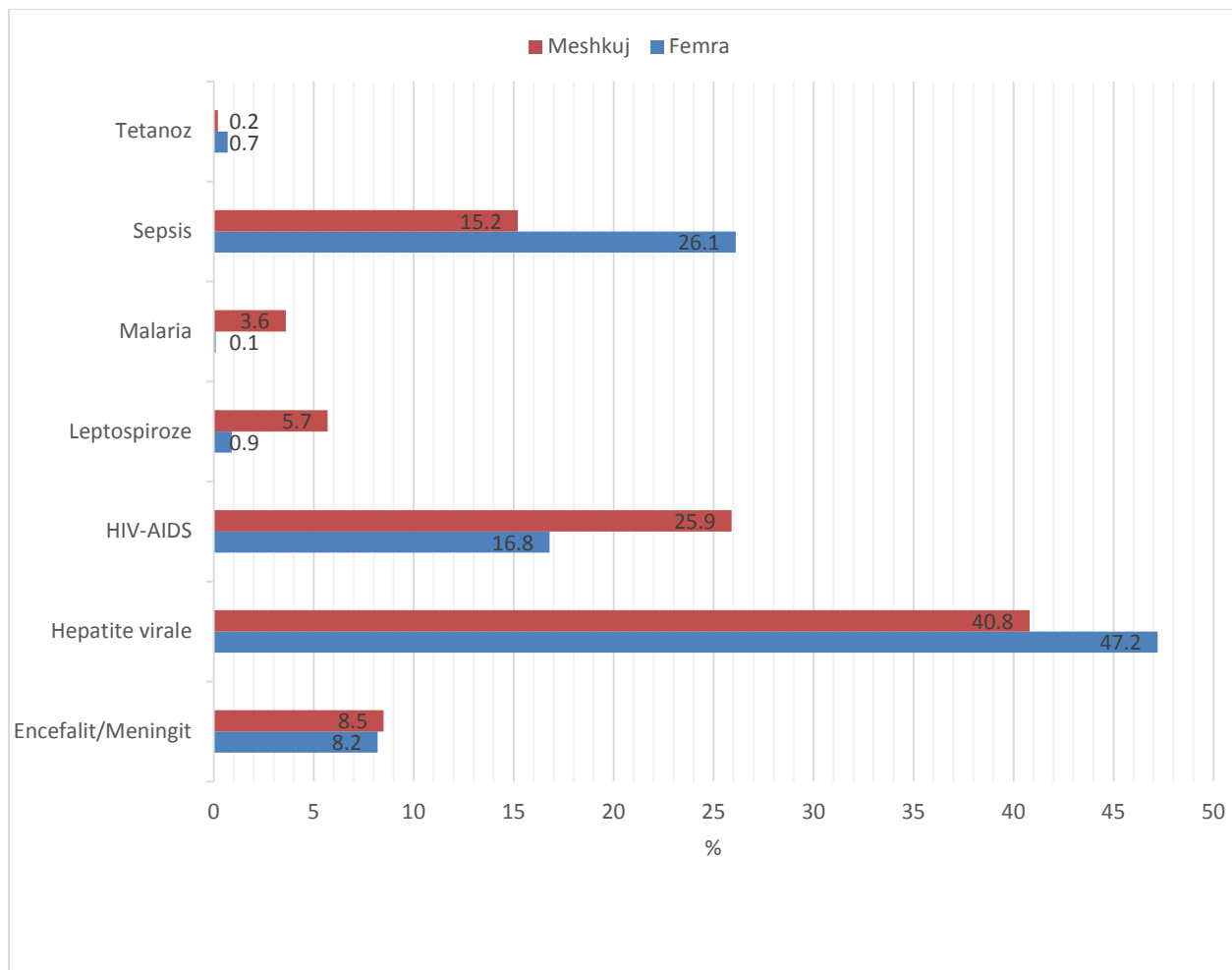


Figura 3. 14 Shpërndarja e diagnozave sipas gjinise

Në shpërndarjen e diagnozave sipas gjinisë u gjet që tek femrat mbizotëron më tepër sepsis (26.1%) ndërsa tek meshkujt HIV-AIDS (25.9%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).



Tabela 3. 8 Krahasimi i moshes mesatare të pacienteve sipas diagnozave

Diagnoza	Mean	SD	Min	Max
Encefalit/Meningit	42.9	19.2	14	87
Hepatite virale	41.3	15.7	12	93
HIV-AIDS	42.4	12.3	14	91
Leptospiroze	49.0	16.3	16	81
Malaria	36.8	13.5	19	69
Sepsis	50.6	19.8	13	89
Tetanoz	55.6	7.7	49	72

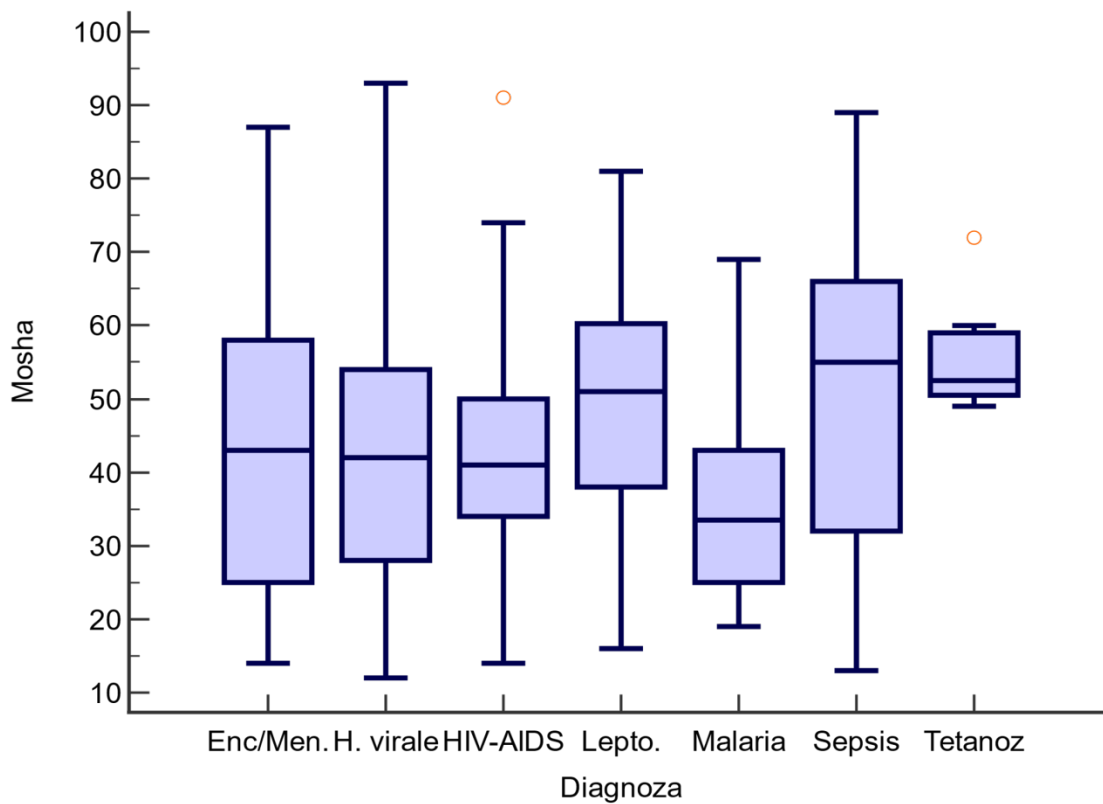


Figura 3. 15 Krahasimi i moshes mesatare sipas diagnozave

Leptospiroza  $M=49 \pm 16.3$  vjeç, Sepsis  $M=50.6 \pm 19.8$  vjeç dhe Tetanoz  $M=55.6 \pm 7.7$  vjeç kane moshën mesatare më të madhe krahasuar me diagnozat e tjera, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).

Tabela 3. 9 Shperndarja e diagnozave sipas grupmoshes

Diagnoza	Grupmosha, vite							P
	≤20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	
Encefalit/Meningit	25 (14.0)	33 (18.5)	24 (13.5)	27 (15.2)	31 (17.4)	18 (10.1)	20 (11.2)	<0.01
Hepatite virale	68 (7.5)	204 (22.4)	152 (16.7)	194 (21.3)	167 (18.3)	99 (10.9)	27 (3.0)	<0.01
HIV-AIDS	11 (2.3)	60 (12.5)	140 (29.2)	0	225 (47.0)	31 (6.5)	12 (2.5)	<0.01
Leptospiroze	3 (3.5)	13 (15.3)	9 (10.6)	13 (15.3)	26 (30.6)	14 (16.5)	7 (8.2)	<0.01
Malaria	2 (4.0)	18 (36.0)	9 (18.0)	12 (24.0)	6 (12.0)	3 (6.0)	0	<0.01
Sepsis	26 (6.4)	66 (16.3)	40 (9.9)	40 (9.9)	78 (19.3)	82 (20.3)	72 (17.8)	<0.01
Tetanoz	0	0	0	2 (25.0)	5 (62.5)		1 (12.5)	0.2

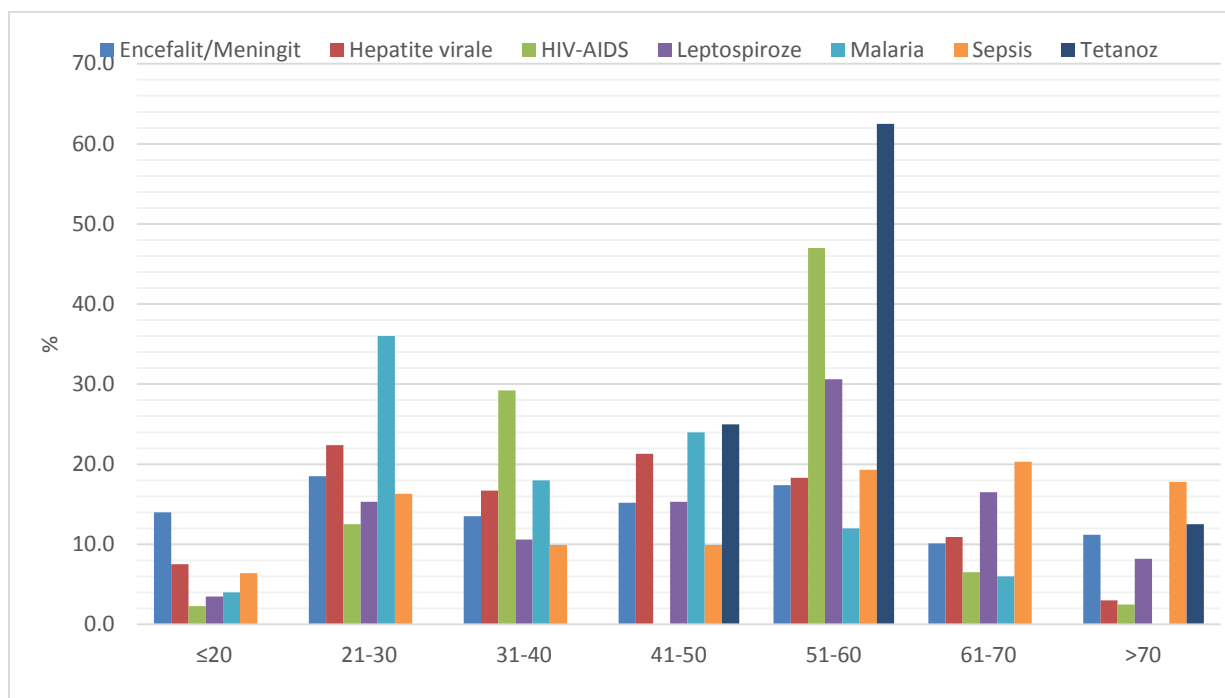


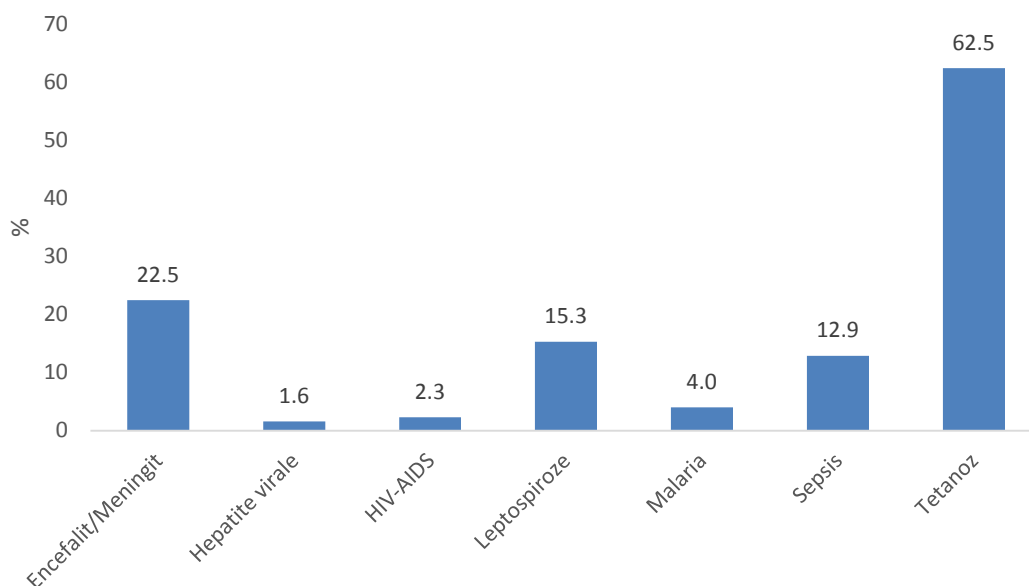
Figura 3. 16 Shperndarja e diagnozave sipas grupmoshes

Në grupmoshën ≤20 vjeç mbizotron Encefalit/meningit (18.5%), në grupmoshën 21-30 vjeç Malaria (36%), 31-40 vjeç HIV-AIDS (29.2%), 51-60 vjeç mbizotëron Tetanoz (62.5%) dhe HIV-AIDS (47%), 61-70 vjeç Sepsis (17.8%) ( $p < 0.01$ ).

Në spitalin e Sëmundjeve Infektive është e inkorporuar edhe qendra e kujdesit intensiv, gjë që bën të mundur trajtimin e shumë pacienteve në këtë repart.

Tabela 3. 10 Frekuenca e rasteve në terapi intensive sipas sëmundjeve

Diagnoza	Terapi intensive	
	JO	PO
<b>Encefalit/Meningit</b>	138 (77.5)	40 (22.5)
<b>Hepatite virale</b>	896 (98.4)	15 (1.6)
<b>HIV-AIDS</b>	468 (97.7)	11 (2.3)
<b>Leptospiroze</b>	72 (84.7)	13 (15.3)
<b>Malaria</b>	48 (96.0)	2 (4.0)
<b>Sepsis</b>	352 (87.1)	52 (12.9)
<b>Tetanoz</b>	3 (37.5)	5 (62.5)
<b>Total</b>	1977 (93.5%)	138 (6.5%)

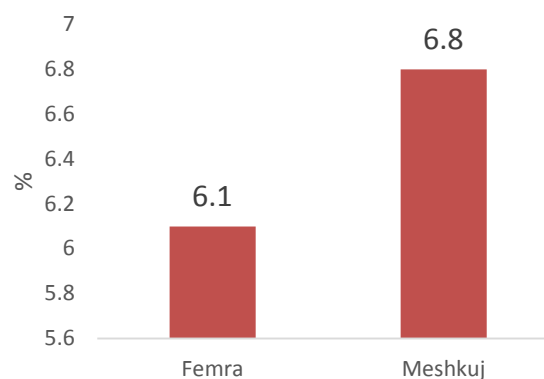


**Figura 3. 17 Frekuenca e rasteve ne terapi intensive, totali i pacienteve**

Ne total 138 (6.5%) e pacienteve jane trajtuar ne terapi intensive. Persa i perket diagnozave frekuencen me te larte te shtrimit ne terapi intensive e ka Encefalit/meningit (22.5%) ndjekur nga tetanoz (62.5%), Leptospiroze 15.3%, sepsis (12.9%), Malaria (4%), HIV-AIDS (2.3%) dhe Hepatite virale (1.6%).

**Tabela 3. 11 Frekuenca e rasteve ne terapi intensive sipas semundjeve**

Gjinia	Terapi intensive		P
	JO	PO	
<b>Femra</b>	710 (93.9)	46 (6.1)	0.5
<b>Meshkuj</b>	1267 (93.2)	92 (6.8)	



**Figura 3. 18 Frekuenca e rasteve ne terapi intensive sipas gjinise**

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant ndermjet meshkujve dhe femrave persa i perket shtrimit ne terapi intensive ( $p=0.05$ ), 31-40%

Tabela 3. 12 Frekuenca e rasteve ne terapi intensive sipas grupmoshave

Grupmosha	Terapi intensive	
	JO	PO
≤20	129 (95.6)	6 (4.4)
21-30	381 (96.7)	13 (3.3)
31-40	362 (96.8)	12 (3.2)
41-50	274 (95.1)	14 (4.9)
51-60	501 (93.1)	37 (6.9)
61-70	219 (88.7)	28 (11.3)
>70	111 (79.9)	28 (20.1)
	1977 (93.5%)	138 (6.5%)

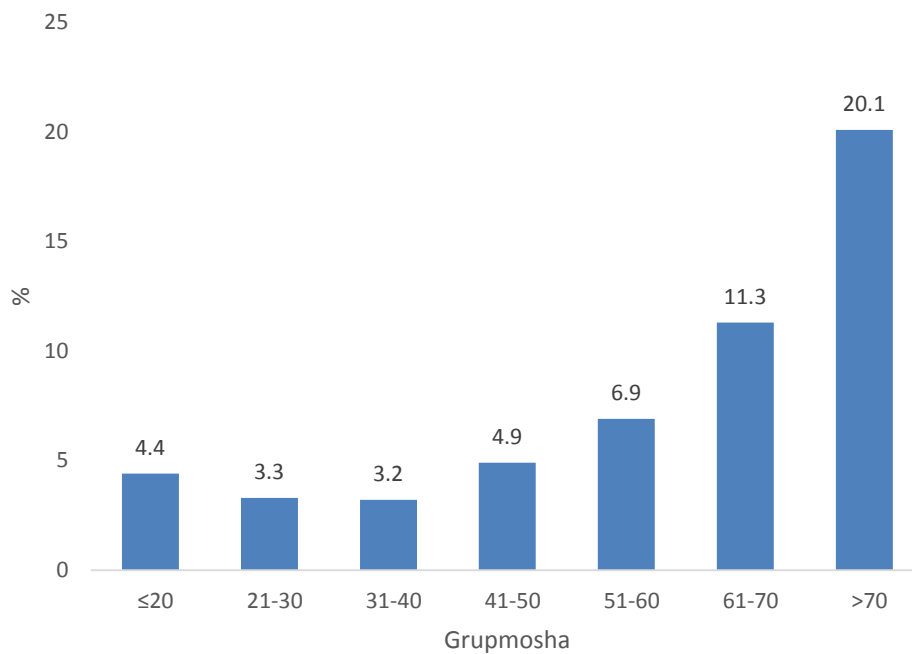


Figura 3. 19 Frekuenca e rasteve ne terapi intensive sipas grupmoshave

Grupmoshat mbi 50 vjeç janë shtruar me shpesh në repartin e terapise intensive, me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e reja ( $p < 0.01$ ).

Mosha mesatare e pacienteve në terapi intensive është më e madhe 54.2 (17.9) vjeç ndërsa e pacienteve jo në terapi intensive është 42.9 (16.2) vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ( $p < 0.01$ ).

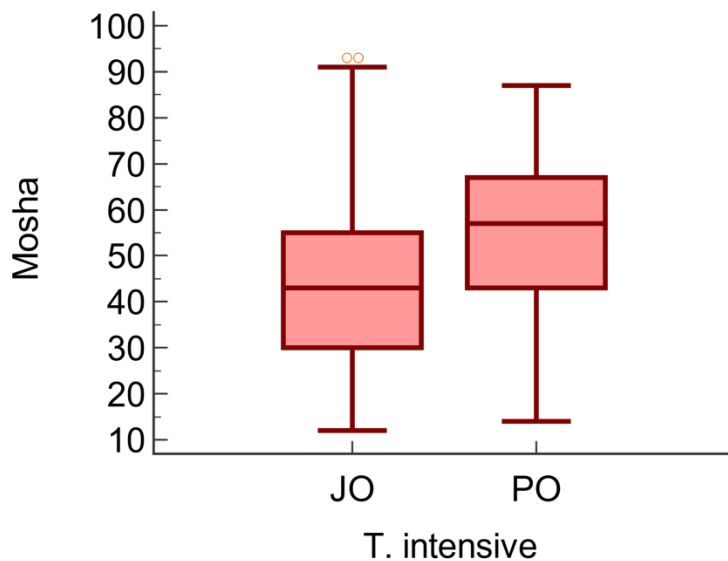


Figura 3.20 Krahasimi i moshës mesatare të pacientëve në terapi intensive dhe jo

## 2.SINDROMET KRYESORE INFEKTOLOGJIKE

a) Një nga sindromet kryesore dhe me rëndësi mjekësore dhe epidemiologjike është sindromi hepato-renal. Perfaqësues kryesor i këtij sindromi janë ethet hemorragjike dhe leptospirozat. Të dyja këto patologji janë mjaft të ngjashme nga ana klinike dhe laboratorike dhe shpesh edhe epidemiologjike.

*Leptospira* është një sëmundje infektive e shkaktuar nga spiroketat dhe mund të shkaktojë sëmundje me shfaqje klinike nga të lehtë deri në të rëndë, që është *M.Weill*. Kjo është mjaft e përhapur në vendin tonë.<sup>35,36</sup>

*Ethet hemorragjike* virale janë një grup sëmundjesh në të cilat temperature dhe hemorragjia shkaktohen nga një infeksion viral.<sup>38,39</sup>

Në këtë periudhë kohore kemi pasur 82 raste të shtruara me diagnoze Leptospirosis dhe 22 raste me diagnoze Ethe hemorragjike, me një pik qe e hasem ne vitin 2014.

Hartë e shpërndarjes në Shqiperi të leptospire:

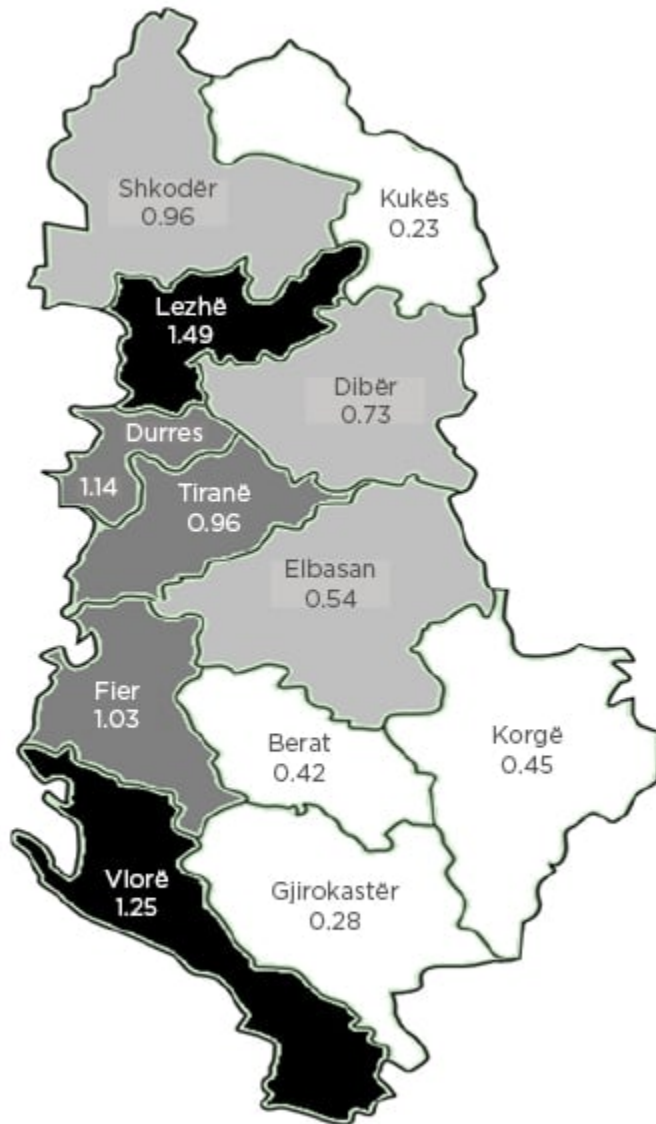


Figura. 3.2.1 Harta e shpërndarjes se leptospire ne Shqiperi

Dhe të ethes hemorragjike:

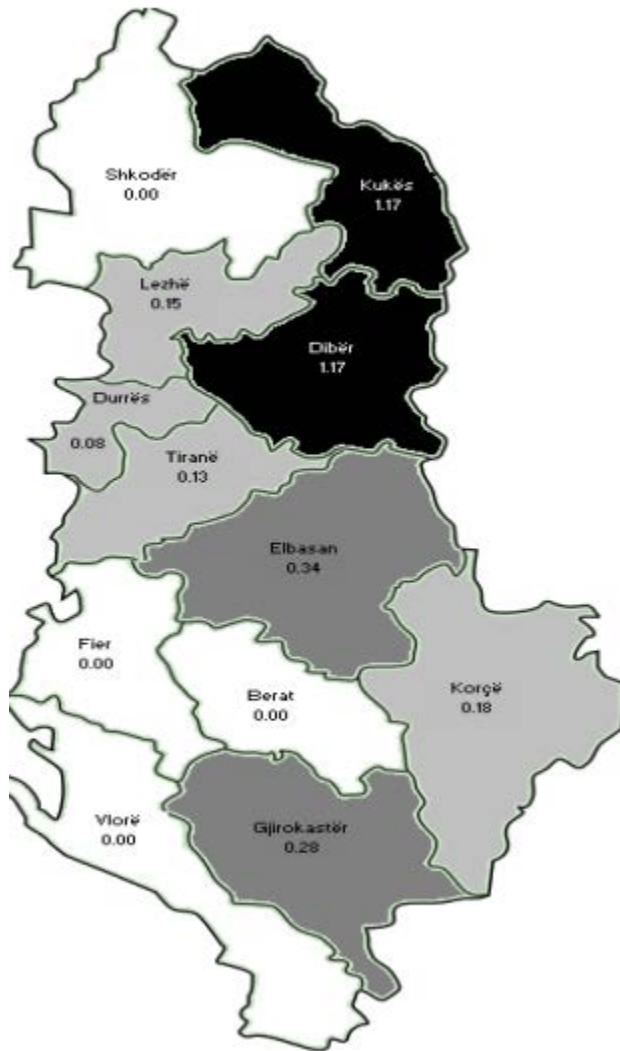


Fig 3.2.2 Harta e shpërndarjes se ethes hemorragjike ne Shqiperi

Pacientët predominues kanë qenë meshkuj për shkak edhe të profesionit.

Pro nuk përjashtohen edhe gjinia femërore, pikerisht ne kete periudhe kane qene 2 gra gravide , në muajin e 4-5 të shtatëzarisë, por që perfundoi me nderpreje te saj.



Profesioni: fermer, punonjes komunal, barì, peshkatar, të tjere,

Fermer	Punjones komunal	Bari	Peshkatar	Te tjere (shtëpiake)	Druvar
13 + 37	26	10	8	4 + 2	4

Tabela. 3.2.1 Paraqitje e profesioneve

Ekzaminimet klinike treguan rritje te bilirubines deri ne vlera maksimale 50 mg, kemi rritje te azotemise dhe kreatinemise, te transaminazave, ulje te trombociteve, ulje te albumines.

Klinikisht pacientet manifestuan me ethe, dobesi trupore, mialgji, artralgji, cefale, dhimbje abdominale, te vjella . dhimbje mesi, dhimbje te pulpave, ne rastet me te renda u konstatua edhe encefalopati.

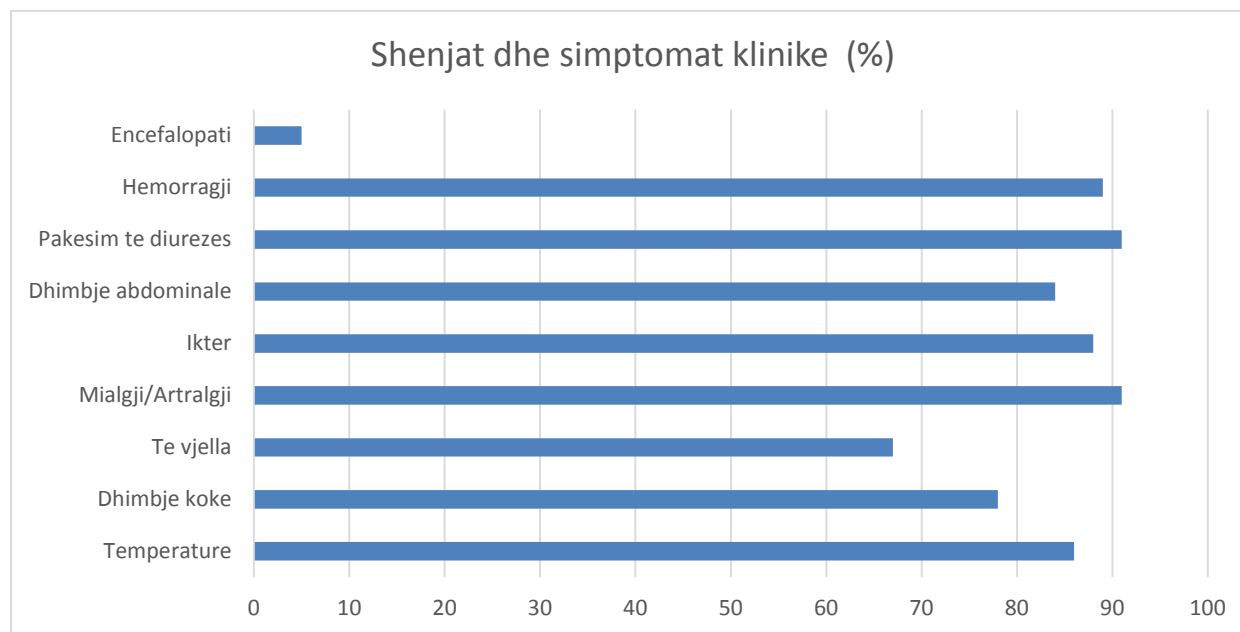


Figura 3.2.3 Shenjat dhe simptomat klinike në sindromin hepato-renal

Në inspektimin e pacientit konstatohet konjuktivit, ikter ne sklera dhe lëkurë, dhe prezenca e hemorragjise (petekie, epistaksis, melenë etj), oligo-anuri.

- Ne nuk mundëm te realizojme serologjine për përcaktimin e llojit te leptospirës.

➤ Vdekshmeria:

7 vdekje të gjithë meshkuj, në të gjithë pacientët u konstatua dëmtim i sitemit hepato-biliar, pulmonar, renal dhe atij hematologjik.

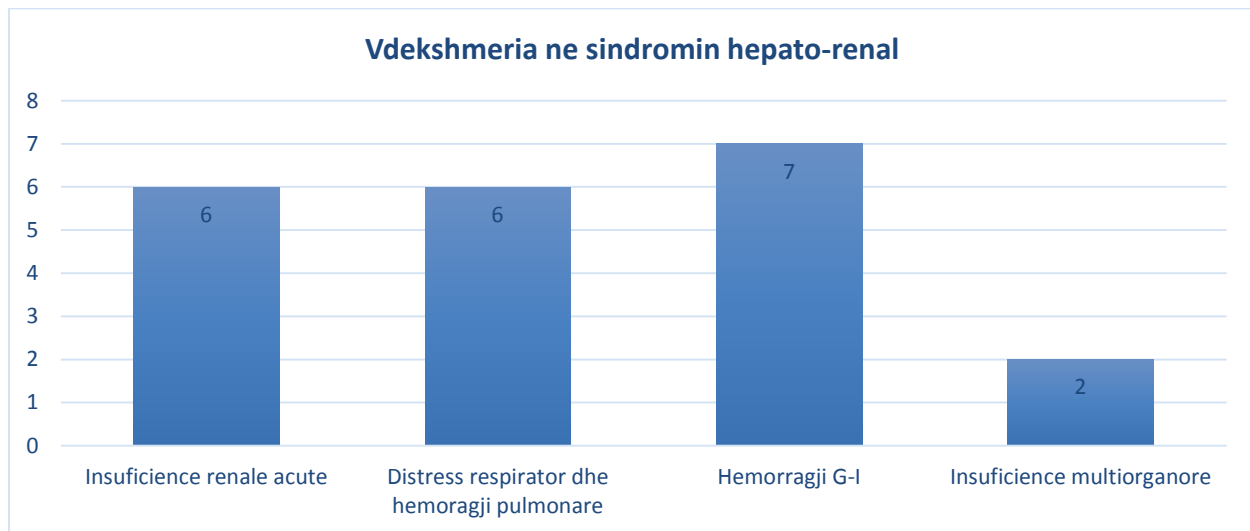


Figura 3.2.4 Shkaqet e vdekshmerise ne sindromin hepato-renal

Ne pamë insuficiencë renale akute në 5 pacientë, hemorragji pulmonare dhe distress respirator në 6 paciente, insuficiencë multiorganore në 7 pacientë, dhe hemorragji gastro-intestinale 2 pacientë.

➤ Diskutim: Shume paciente me leptospiroze forme e rende manifestojne komplikacionet qe ne pranim. Prania e oligoanurise, hypotensionit, hemorragjise dhe perfshirjes pulmonare jane faktore prognostike te rendeses.<sup>36</sup>

Komplikacioni kryesor ne kete sindrom eshte prekja renale, qe manifestohet me oligo-anuri deri ne anuri te plote. Pacienti shpesh here kerkon nderhyrjen me seancat e dializes, te cilat duhen bere shpejt ne kohe qe te mund te shpetojme jeten e pacientit. Hemorragjia eshte nje tjetër komplikacion madhor, ku transfuzionet e gjakut te plote apo te masave trombocitare jane jeteshpetuese.

Mosdiagnostikimi dhe mosorientimi i duhur drejt këtyre dy sëmundjeve i shndërron ato në dy patologji jetëkërcënuese.

## 2.SINDROMI IKTERIK

Një nga sindromet më të zakonshëm dhe që të lidh me një sëmundje infektive është edhe sindromi ikterik.

Hepatiti përkufizohet si një gjendje inflamatore e heparit. Shkaktarët më të shpeshtë të hepatitit janë agjentët viralë, por edhe format autoimune, toksike (droga dhe medikamente) dhe etilike mund të rezultojnë po aq të rëndësishme sa i përket kuadrit klinik dhe prognostik. Shkaktarët më të shpeshtë virale të hasur edhe në praktiken tonë klinike janë viruset klasike A, B, C, D, E. Format klinike të hepatitit variojnë nga format e lehta deri tek ato të mëdha dhe fulminante të cilat kanë vdekshmëri të larta. Hepatiti i rëndë dhe insuficienca hepatike (vdekje masive e qelizave hepatike) janë komplikacionet më të rralla dhe më të rënda të hepatitit akut. Pacienti mund të paraqesë shenjat klinike të hepatitit të rëndë pas një periudhe inkubacioni të shkurtër, faktor i ndihmues ky për një prognoze të rezervuar.<sup>43,44,45</sup>

Në spitalin tonë për këtë periudhë janë hospitalizuar 907 pacientë me diagnozë hepatit akut ose kronik: 355 janë femra dhe 552 janë meshkuj, 8 hepatite në gravidancë, nga të cilët 6 janë hep B dhe 2 Hep C.

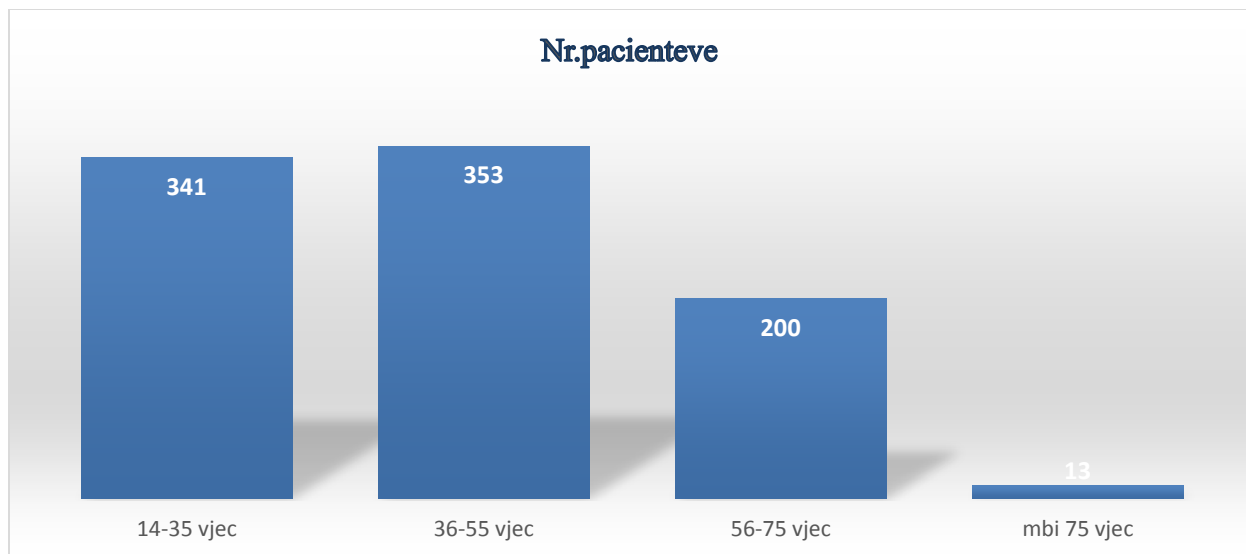


Figura 3.2.5 Klasifikimi sipas grupmoshave per pacientet me sindrom ikterik

Mosha nga 14-93 vjec, 14 -35 vjec jane 341 paciente , 36-55 vjec jane 353 paciente, 55-75 jane 200 paciente, dhe mbi 75 vjec jane 13 paciente.

Ne grupmoshen e pare mbizoteron Hepatit A.

Hepatit mononukleozik 2, medikamentoz 4, autoimun 4.

**Hepatit akut forme e rende dhe severe janë klasifikuar 45 pacientë,**

Klinikisht: ikter, te vjella, mungese oreksi, discomfort abdominal, urinim me ngjyre te errët, fece akolike. Ne rastet e renda kemi shfaqje te fenomeneve hemorragjike (lekure, epistaksis, gingivorragji, hematemeze, melene), flapping tremor, dhe encefalopatia.

Shenja klinike	Raste	Perqindja
Ikter	810	89.0
Të vjella, mungesë oreksi	692	76.0
Discomfort abdominal	738	81.0
Urinim me ngjyrë të errët, feçe akolike	801	88.0
Fenomene hemorragjike	46	5.0
Flapping tremor	27	3.0
Encefalopati	18	2.0

Tabela 3.2.2. Shenjat klinike të sindromit ikterik

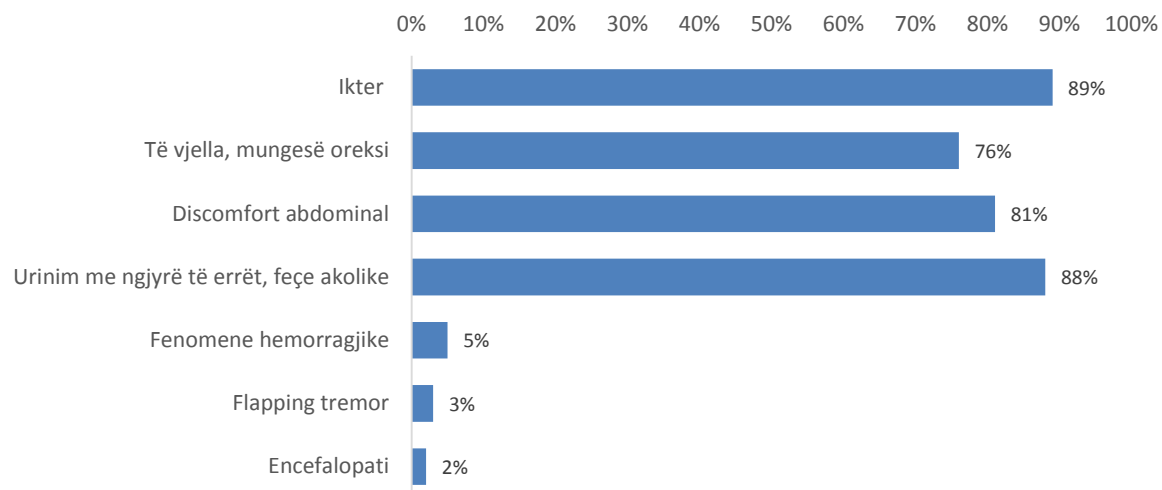


Figura 3.2.6 Te dhenat klinike të pacienteve me sindrom ikterik

Laboratorikisht: Faktoret rendues nga ana laboratorike perfshijne rritjen e bilirubines, rritjen e SGOT, SGPT, ALP, te amonemise, uljen e glukozes, trombopenia dhe ulja e nivelit te protrombines, ulje te fibrinogjenit.

Imazheria: ne rastet kur konstatohet atrofia flava (ulja e shpejte e permaseve te heparit) eshte indikacion per ecuri jo te mire te semundjes.

Nga ana serologjike ka vlere matja e HBsAg, anti HCV, Anti HAV IgM, dhe ngarkesat virale pekatese.

Rreth 11 % e pacienteve kane qene me semundje shoqeruese malinje (lim foma kryesisht), ku per shkak te perdorimit te kimioterapise dhe ne ketet rast behet fjale per nje riakutizim te hepatiteve kronike.

Tabela 3.2.3 Te dhena etiologjike per hepatitet

HEPATIT VIRAL	RASTE
HEP A	21
HEP B AKUT	87
HEP C	75
HEP B KRONIK DHE TE RIAKUTIZUAR	118

<b>HEP B NE GAVIDANCE</b>	11
<b>HEPATIT I PAPERCAKTUAR</b>	590
<b>HEP B+D</b>	1
<b>HEP B+C</b>	8

Sic shikohet kemi nje numër të lartë të hepatiteve të papërcaktuar, kjo lidhet me mangësinë në realizimin e serologjive.

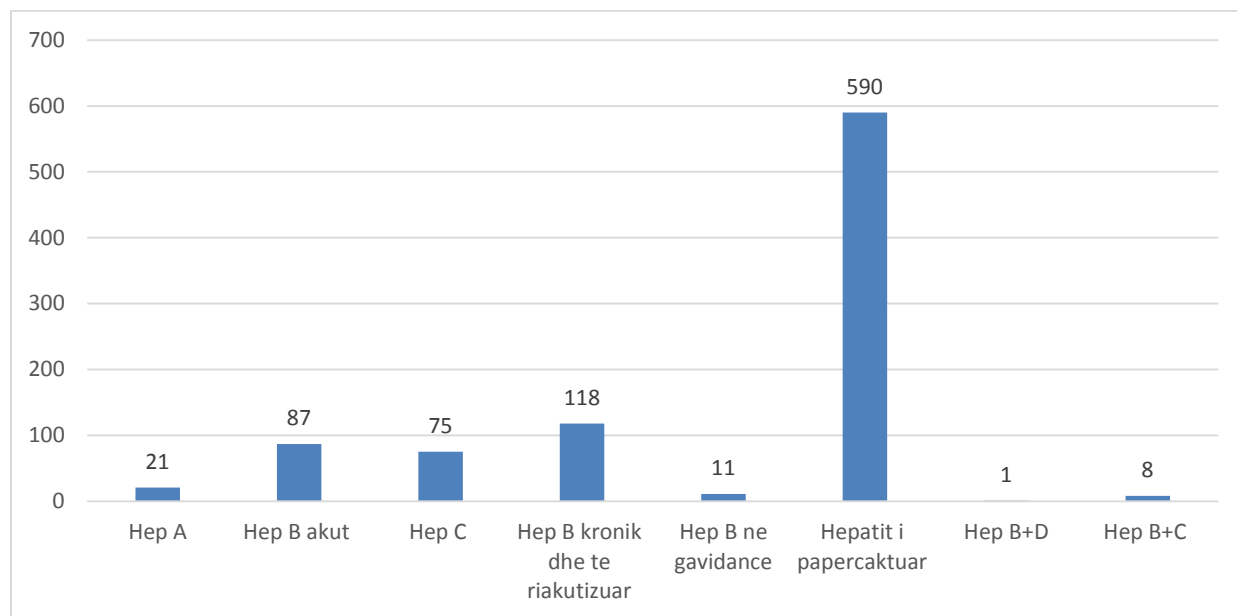


Figura 3.2.7 Numri i pacienteve te diagnostikuar me sindrom ikterik

Ka 32 pacientë me ko-infekcion te hep, B+C, B+D (kronike).

- Kemi patur 22 vdekje. 7 femra dhe 15 meshkuj. 2 hep C, 10 Hep B, te tjerat te pacaktuara.

Mosha me e re e vdekjes nga Hep B 26 vjec.

Hepatiti sever dhe insuficienca hepatike mbeten komplikacionet më të rralla dhe më të rënda të hepatitit akut. Faktoret prognostike janë klinike dhe laboratorike.

### 3.SINDROMI GASTRO-ENTERITIK

Pavaresisht ecurisë që është bërë dhe vazhdon të bëhet në drejtim të përmisimit të kushteve të jetesës dhe higjenës, perseri vihet re një numër njaft i lartë i infeksioneve gastro-intestinale (gastro-enterite, enterite, sindrom dispeptik).

Kjo në vetvete fatmiresisht nuk përbën një sëmundje të rëndë por, kur sëmundja shoqërohet me komplikacione përbën një urgjencë mjekësore.<sup>48,49</sup>

Në qoftë se daljet diarreike janë të shpeshta në intesitet dhe sasi kjo shoqërohet me humbje të shpejtë të likideve dhe shenjat e dehidrimit. Crregullimet e hemodinamikes jane një faktor tjetër i rëndesës së pacientit.

Gastroenteritis akut është dalja diarreike e feceve më shumë se tre episode në 24 ore.

Diarretë e rënda cojnë në humbjen e shpejtë të lëngjeve dhe mund të jenë deri jetëkërcënuese.

Pacientë në total te shtruar 1426 paciente me diagnoze gastro-enterit akut.

Pacientet e hospitalizuar ne spitalin infektiv kane paraqitur shenja klinike të mesme dhe më rrallë të rënda.

Klinikisht kanë manifestuar diarre, të vjella, dhimbje abdominal, dobesi të theksuar trupore.

Në rastet e dehidremeve të rënda këta paciente kanë shfaqur gjëndje sinkopale, pakësim të urinimit deri në insuficiencë renale akute.

<i>Shenjat dhe simptomat</i>	<i>Raste</i>	<i>Përqindja</i>
<i>Diarre</i>	1426	100.0
<i>Të vjella</i>	1212	85.0
<i>Dhimbje barku</i>	1297	91.0
<i>Gjendje lipotimie dhe sinkopale</i>	613	43.0
<i>Shenja të dehidrimit</i>	484	34.0
<i>Fece me gjak</i>	299	21.0
<i>Pakësim të diurezës</i>	270	19.0

Tabela.3.2.4 Shenjat klinike te sindromit diarreik

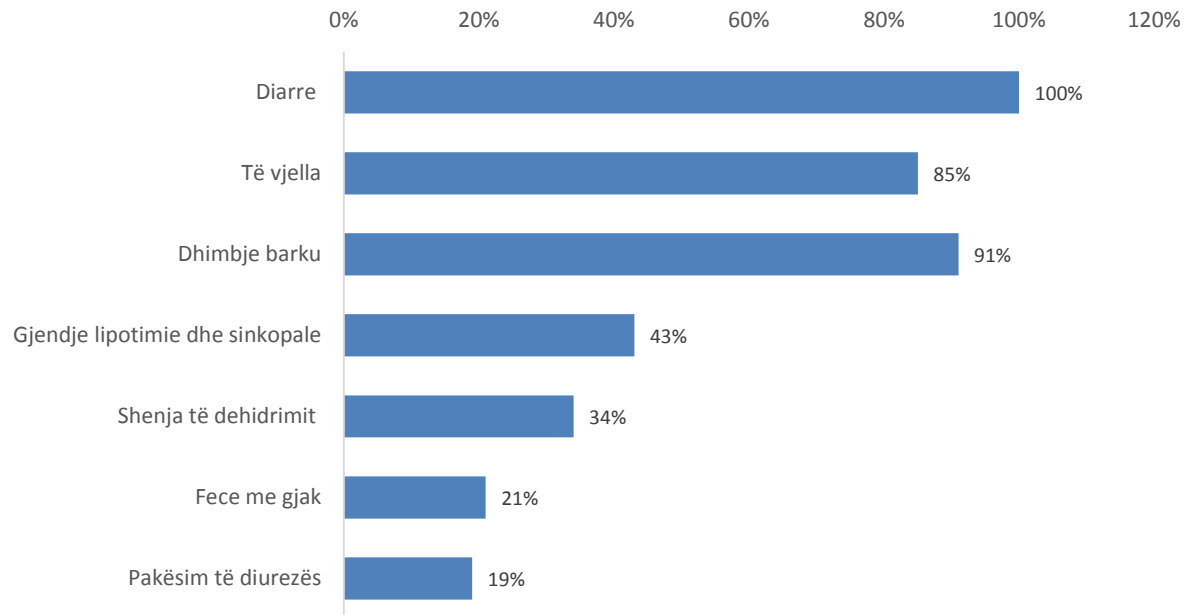


Figura 3.2.8 Shenja dhe simptoma të pacieteve me sindrom gastro-enteritik

Laboratori: u ekzaminuan gjaku, koprokulture dhe fece per parazit, imazheri (kryesisht echo abdominal).

Tabela. 3.2.5 Agjentë etiologjikë të izoluar:

- salmonella, shigella, Escherichia coli, campylobacter spp.	
Norovirus, rotavirus	
Cryptosporidium	
Entamoeba hystolitica	
Gardia intestinalis	

Numri i vogel i pozitivitetit është për shkak të mangësive në realizimin e kulturave



- Vdekshmëria nga GE akut 11 raste. Të gjitha rastet kanë qenë me prekje multiorganore dhe të shoqëruara me insuficiencë renale : 6 meshkuj, 5 femra
- Diskutim. Diarreja akute është një sindrom kompleks dhe është shfaqje klinike për sëmundje infektive dhe jo vetëm. Crregullimet hemodinamike, elektrolitike dhe prezenca e insuficiencës renale akute janë faktore prognostike të rëndësës.

#### 4.SINDROMI SEPTIK

Një aspekt tjetër i sëmundjeve infektive të rënda janë edhe gjëndjet septike, që i shohim të shtrira në të gjithë grupmoshat e pacienteve, por manifestohet më rëndë në pacientë imunodepresë, me sëmundje kronike, dhe që predispozohen për të bërë komplikacione. Një gjëndje septike mund të prekë një organ të vecantë të trupit (endokarditi, urosepsis) por mund të jete edhe sistemik (me prekje multiorganore).<sup>52,53,54</sup>

- Sepsis zhvillohet kur organizmi reagon ndaj një infeksioni me një përgjigje inflamatore imunitare ekstreme. Shumë infeksione shkaktojnë sepsis, dhe pjesa më e madhe e tyre janë bakterie. Ai është urgjencë mjekësore ekstreme. Infeksionet që cojnë në sepsis më shpesh fillojnë në mushkeri, traktin urinar, lëkurë apo trakti gastrointestinal.

- Numri i lartë i shtrimeve sepsis 770. (530 janë urosepsis)

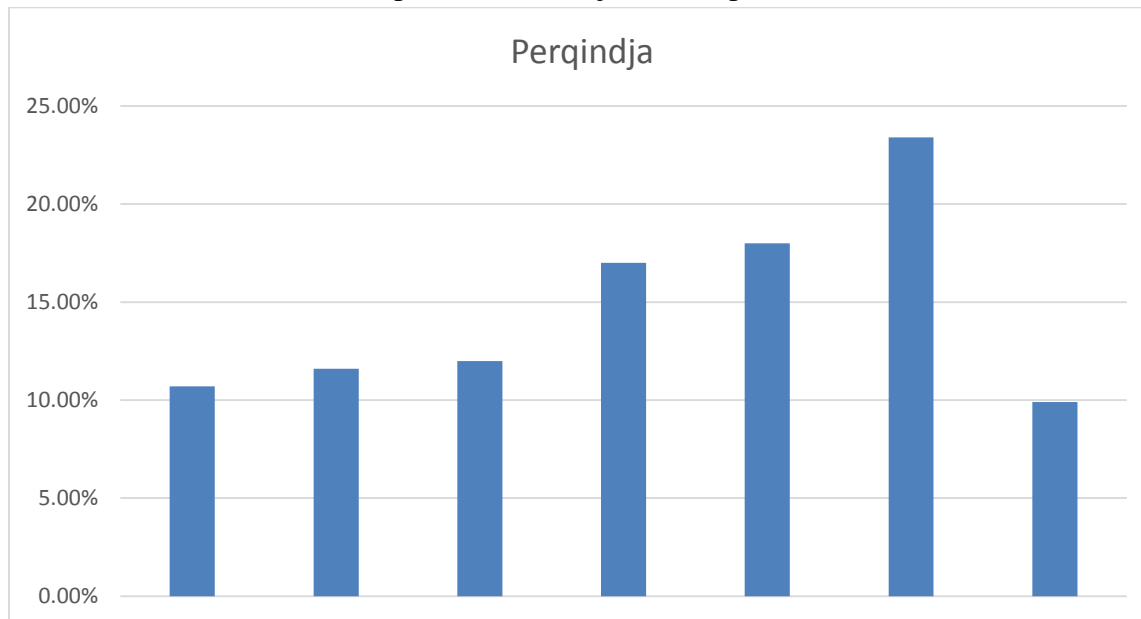


Figura 3.2.9 Grupmoshat e diagnostikuara si gjëndje septike/sepsis

Mosha mesatare e pacientëve me sepsis është 50.3879 vjec me DS 19.5984 vitesh. Mosha e pacienteve sipas viteve:

15–25 vjec (10.7%),  
 26–35 vjec (11.6%),  
 36–45 vjec (12%),  
 46–55 vjec (17%),  
 56–65 vjec (18%),  
 66–75 vjec (23.4%),  
 >76 vjec (9.9%);

### Patologjitë shoqëruese në pacientet me sepsis janë evidentuar gjatë studimit tonë.

Diabet mellitus 5.2%

Cirroze alkoolike 1.2%

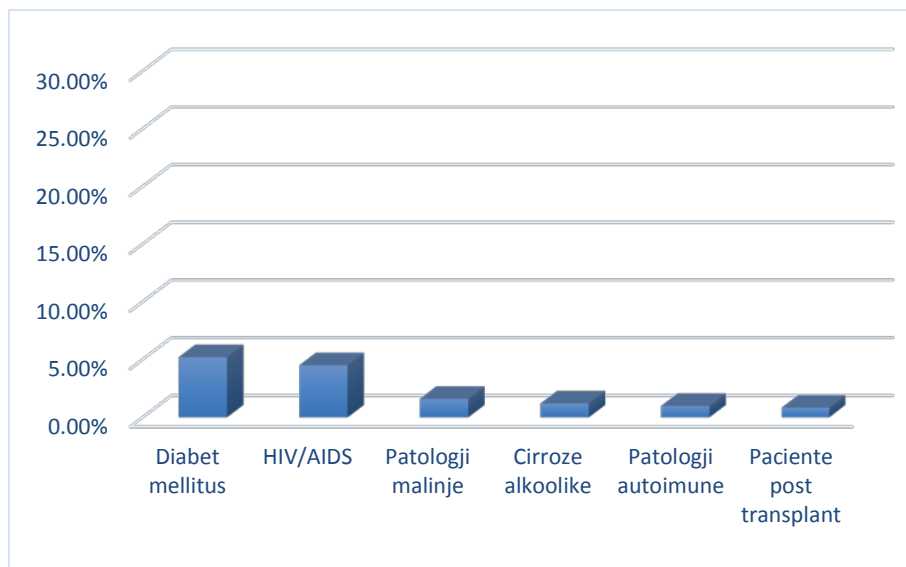
HIV/AIDS 4.5%

Patologji autoimune 0.99%

Patologji malinje 1.6%

Paciente post transplant 0.84%

Figura 3.2.10 Patologjite shoqëruese ne pacientet me sepsis



-Manifestimet klinike: temperature, ethe dhe frisone, fenomene dizurike, kolle, djerse, artro-mialgji, veshtirësi në frymëmarrje.

<i>Shenjat dhe simptomat</i>	<i>Raste</i>	<i>Perqindja</i>
<i>Temperaturë</i>	367	91.0
<i>Ethe dhe frisone</i>	327	81.0
<i>Fenomene dizurike</i>	169	42.0
<i>Kollë</i>	125	31.0
<i>Djerse</i>	270	67.0
<i>Arthro-mialgji</i>	226	56.0
<i>Vështirësi në frymëmarrje</i>	76	19.0
<i>Encefalopati, alterim i koshiencës</i>	68	17.0

Tabela 3.2.6 shenjat dhe simptomat kryesore te sindromit septik

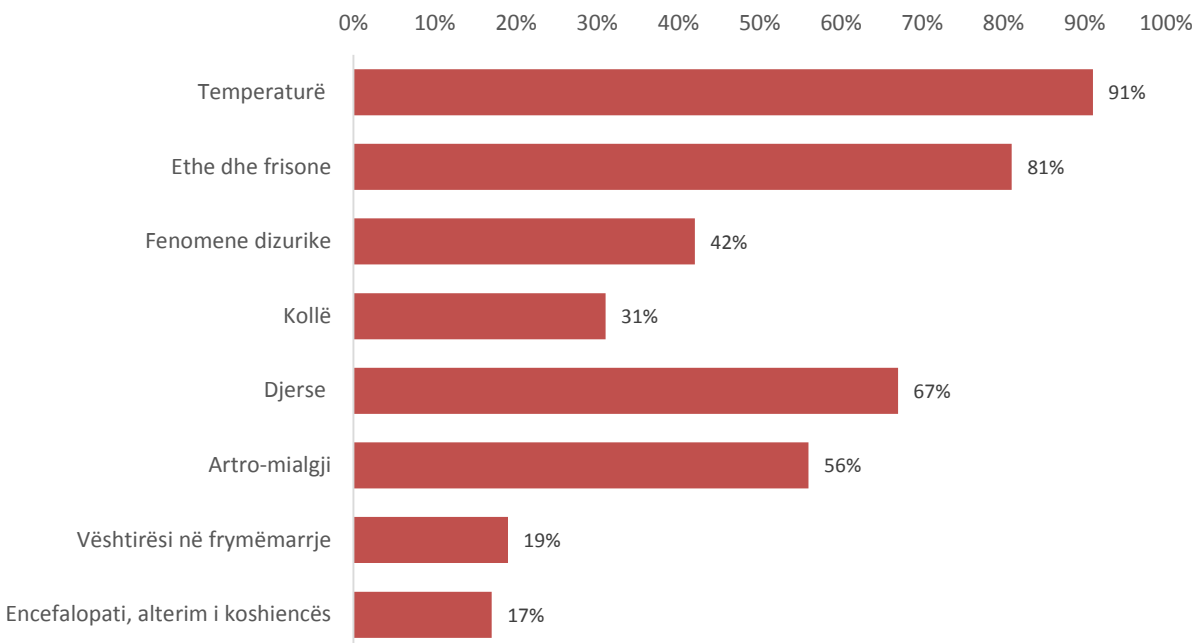


Figura 3.2.11 Shfaqjet klinike të pacienteve në sepsis

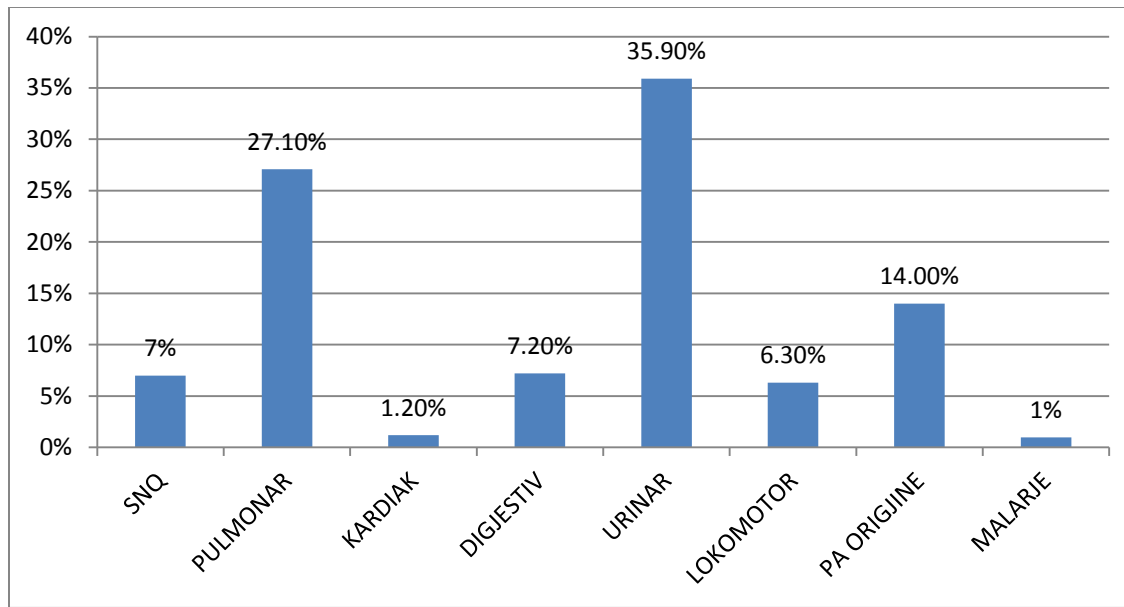


Figura 3.2.12 Paraqitja grafike e përqindjeve të rasteve me sepsis sipas sistemeve apo organeve

-vleresimi laboratorik dhe imazherik ku rëndësi të vecantë marrin kulturat (gjak, urine, plagë të ndryshme).

Hemokultura pozitive në 88 ose 12.44% të rasteve

Urokultura pozitive në 52 Ose 7.35% të rasteve

Kulturat nga plagët etj kanë rezultuar pozitive në 39 ose 5.51% të rasteve

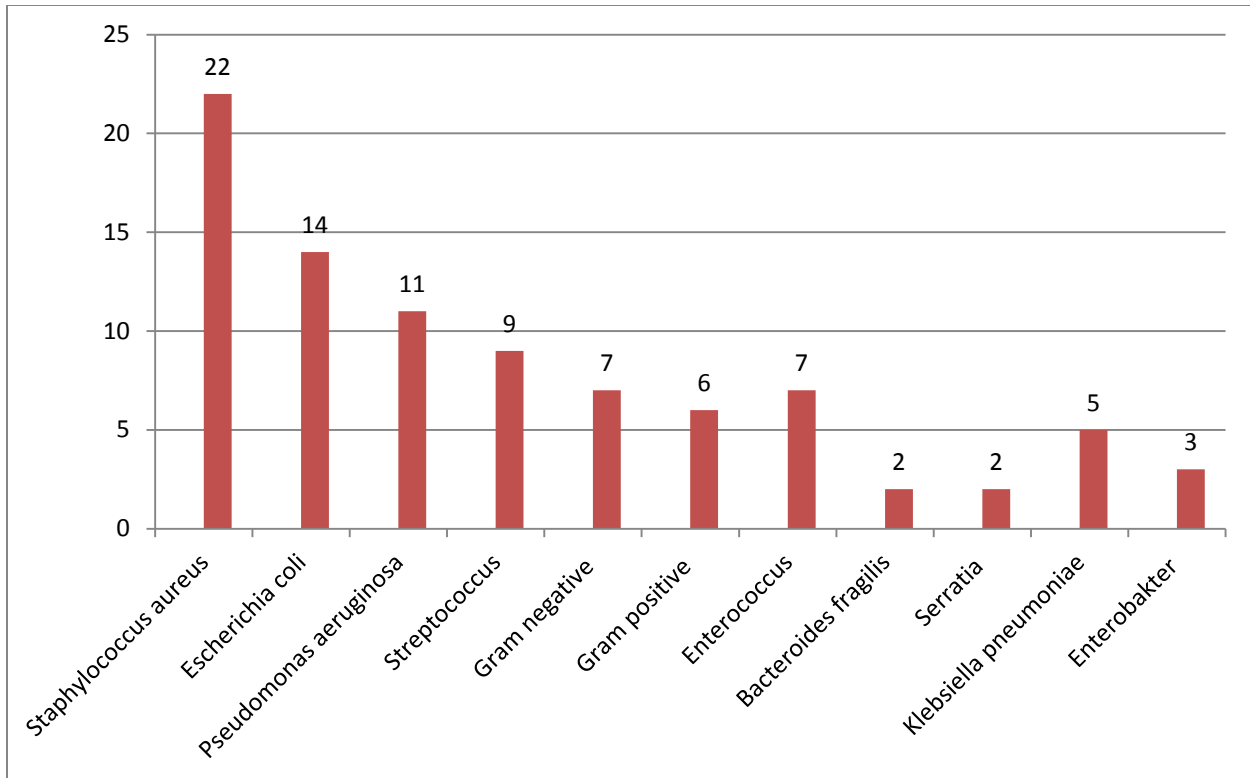


Figura 3.2.13 Të dhena etiologjike te pacienteve me sepsis

## 5.SINDROMI MENINGOENCEFALITIK

Një nga shenjat klinike mjekësore që alarmon jo vetëm familjarët është encefalopatia, konfuzioni mendor dhe gjendja komatoze. Këto shenja dhe simptoma përbëjnë urgjence mjekësore jo vetëm në drejtim të diagnostikimit por edhe të trajtimit të pacientit. Sindromi meningo-encefalitik nuk është specifik vetëm për sëmundjet infektive, prandaj lind nevoja të nxitohet në drejtim të diagnozës.<sup>58,60,61,62</sup>

Në spitalin tonë janë pranuar një numër i madh pacientësh me status konfuzional por me diagnozë meningit, encefalit dhe meningoencefalit jane 172 raste.

Etiologjia jo gjithmonë është e mundur të përcaktohet, për shkak të vështirive të shumta që tashmë dihen. Jo gjithmone jemi në gjëndje të bëjmë PCR qoftë të likuorit cerebro-spinal apo të gjakut. Kjo sjell vështirsi në drejtim të diagnozës.

Kane qene 62 paciente femra dhe 110 paciente meshkuj

Diapazoni i moshes eshte nga 14.3 vjec deri 87 vjec.

Etiologjikisht, sic e kemi permendur me veshtiresitë që kemi pasur kemi konstatuar 9 raste meningit tuberkular, 3 meningite brucelozik, dhe në rastet e meningiteve bakteriale janë rreth 5% me shkaktar *S. pneumonie*.

	<b>Raste</b>
<b>Encefalit herpetic</b>	3
<b>Encefalit boreliozik</b>	1
<b>Encefalit post viral, limfocitar</b>	29
<b>Encefalit ne varicella-zoster</b>	1
<b>Meningit akut</b>	85
<b>Meningit tuberkular</b>	8
<b>Meningit post traumatik</b>	8
<b>Meningit otogjen</b>	6
<b>Meningokoksemi</b>	1
<b>Meningit brucelozik</b>	1

Tabela 3.2.7 Te dhena etiologjike

Jane diagnostikuar 172 paciente me diagnoze sindrom meningeal

Punksioni lumbar eshte ekzaminimi golden standart për vënien e diagnozës.

Klinikisht: dhimbje koke, të vjella, temperaturë, marrje mendsh, konfuzion, alterim i koshiences, stupor dhe komë në rastët e rënda.

Rigiditet nukal nuk konstatohet në të gjitha rastet.

	<b>PO n (%)</b>
<b>Temperaturë</b>	158 (92.0)
<b>Cefale</b>	165 (96.0)
<b>Të vjella</b>	144 (84.0)
<b>Fotofobi</b>	27 (16.0)
<b>Konvulsione</b>	62(36.0)
<b>Mioartralgi</b>	117 (68.0)
<b>Asteni</b>	144 (84.0)
<b>Vertigo</b>	7 (4.0)

Tabela 3.2.8 Te dhenat klinike te sindromit meningo-encefalitik

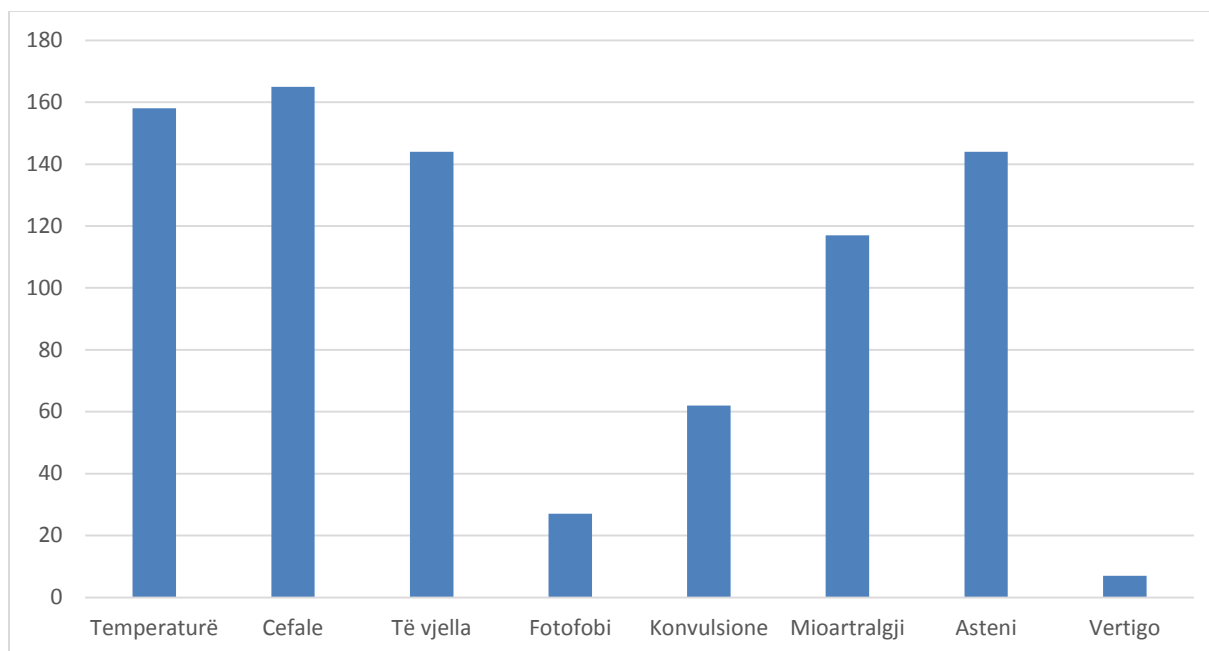


Figura 3.2.14 Të dhena anamnestike të pacienteve me sindrom meningjeal

<i>Ekzaminimi objektiv</i>	(%)
<i>Rigiditet nuchal</i>	40.0
<i>Shenja meningeale</i>	28.0
<i>Nystagmus</i>	8.0
<i>Elemente kutane/mukoze</i>	16.0
<i>Konjuktivit</i>	12.0

Tabela 3.2.9 Të dhënat e ekzaminimit objektiv ne pacientet me sindrom meningjeal

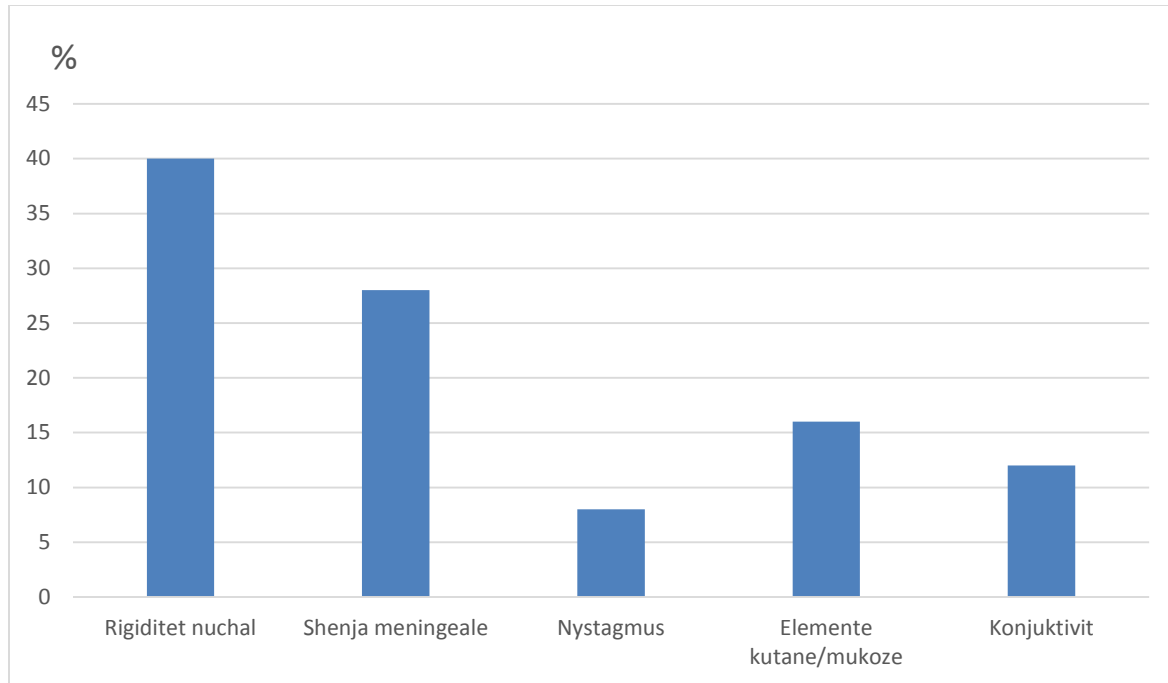


Figura. 3.2.15 Te dhenat klinike

Laboratorikisht vlere të madhe ka bërja e PL (ekzaminimi mikroskopik – qelizat, lloji i tyre, dhe kultura.

Serologjitë padyshim kanë vlerë diagnostikuese por jo gjithmonë jemi në gjëndje ti realizojmë.

Imazheria, në rradhë të parë ndihmon për diagnozën diferenciale, (me AVC, abcese te trurit, hematoma apo edema për shkaqe të tjera). Në rastet meningiteve me origjinë otogjene apo të sinusiteve intrakraniale, ato janë të domosdoshme për të parë nese pacienti ka nevojë për ndërhyrje nuerokiurgjikale.

- U evidentuan 23 vdekje nga sindromi meningo-encefalitik. Moshë me e re është një mashkull 15 vjeç, me shunt ventrikuloperitoneal.

Vdekshmëria është e lidhur jo vetëm me sëmundjen direkt por edhe me komplikacionet.

Të rëndësishme janë edhe sekelat që mbeten më pas si humbje e degjimit, problem me kujtesën, problem të sjelljes apo edhe kriza konvulsive epileptike, që mund të jenë të përhershme apo të përkohshme.



## 6. URGJENCAT “EPIDEMIOLOGJIKE”

Urgjencat infektive nuk mund të kuptohen vetëm në drejtim të rëndesës mjekesore por edhe epidemiologjike.

**a). Hepatiti C ne pacientet e dializes.** Në këtë periudhe kohore kemi pasur disa raste te Hep C në pacientet e dializes, të cilet u konfirmuan me analiza serologjike. Ky grup pacientesh nuk mund ti shmanget faktorit epidemiologjik, transmetimit nozokomial. Kjo është arsye që edhe pse i monitoruar mire, ky infeksion mbetet ende i pashmangshem<sup>47</sup>

Keta paciente u diagnostikuan në fazën akute të sëmundjes, dhe u konstatua anti HCV IgM dhe HCV-RNA e detektueshme ne serum.

U hospitalizuan dhe kartelizuan 55 paciente ne spitalin tone.

Femra ishin 36, dhe 19 paciente meshkuj.

Gjithashtu këta pacientë vuanin edhe nga patologji te tjera kronike pervec SRK.

Semundje bashkëshoqëruese	Raste
Insuficiene renale kronike	55
Polikistoze renale	6
Atrofi kongenitale renale	1
Nefrolitiazë	2
Transplant	2
Nefrektomi	4
Hypertension arterial	2
Spondiloartroze	1

Tabela. 3.2.10 Patologjite kronike ne SRK

Pavaresisht se jo te gjithe pacientet iu pergjigjen mire mjekimit, fatmiresisht nuk patem humbje jete nga hepatiti C.

Ecuria e ketyre paciente fatmiresisht ishte e mire dhe nen trajtim me peg interferon patem rezultate te mira serologjike dhe pergjigje të mirë imunologjike.

**b). Malaria.** Po ashtu një urgjencë mjekësore dhe epidemiologjike patëm kur për herë të parë pas shumë vitesh në vendin tonë u rishfaq një sëmundje praktikisht e zhdukur tek ne, malaria. Të gjitha rastet rezultuan të importuara nga kontinenti afrikan, Guinea e Re.

Të gjithë ishin punetore sezonale në këtë vend dhe asnjëri prej tyre nuk kishte marrë me parë profilaksi. Patëm vetëm një vdekje nga malaria

Malaria perfaqeson semundjen parazitare me te perhapur ne mbare boten sot. Pothuaj gjysma e popullates se globit eshte ne rrezik per tu infektuar dhe popullata e infektuar mund te arrije deri ne 300 milion. Ne vit vdesin gati 1 milion njerez nga malaria dhe nje pjese e tyre kane manifestime te malaries cerebrale.<sup>67,68</sup>

-Malaria cerebrale ose malaria malinje eshte shkaku kryesor i vdekjes nga infeksioni i shkaktuar nga *P. falciparum*.

-Megjithate ajo nuk eshte me nje semundje vetem e vendeve tropikale, ajo shihet ne te gjitha format e e saj klinike ne cdo vend te botes.

-Malaria shkaktohet nga *Plasmodium* dhe e transmetuar nga mushkonjat femra te gjinise anofele.

*Plasmodium Falciparum*

*Plasmodium ovale*

*Plasmodium vivax*

*Plasmodium malarie*

-Shqiperia ka dekada qe nuk deklaroi per raste me malarie autoktone por tashme flitet per raste te importuara.

-Malaria cerebrale eshte forma klinike me rende dhe qe ka vdekshmeri te larte. Klinikisht paraqitet me ndergjegje te kompromentuar, me kurbe temperature jo specifike, konvulsione te gjeneralizuara, crregullime neurologjike

shenjta e rritjes se presionit intrakranial, encefalopati, delir, konvulsion dhe kome.

Nga ana laboratorike vihet re anemi e thelle, trombopeni, shfaqja e ikterit. Ndryshime ne elektrolite dhe biokimike.

- Te gjitha rastet qe i perkasin ketyre viteve jane raste te importuara, nga Guinea e re.
- Te gjitha rastet jane konfirmuar nga laboratorit e parazitologjise ne ISHP.
- Vetem 1 rast ka bere ekzitus letalis, per shkak edhe te paraqitjes shume vonë ne spital, dhe ne ekzaminimin mikroskopik te gjakut u pa nje viremi shume e larte nga *P. falciparum*.

Në këtë periudhë kohore janë paraqitur 49 raste, të gjithë meshkuj.

**c). Infeksioni HIV/AIDS.** Vendi ynë si vend në zhvillim po përjeton lëvizjen e lirë të popullatës, ndryshimin e mënyrës së jetesës, rrjedhimisht edhe ndryshimin e sjelljes seksuale. Prandaj është parë një rritje e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme si sifilizi, gonorrhea, klamidia dhe infeksioni HIV/AIDS.

Infeksioni HIV/AIDS jo vetëm që po përhapet në vendin tonë, sidomos midis grupeve vulnerabël, por është edhe i vështirë për tu menaxhuar si nga aspekti mjekësor ashtu edhe social. Sepse, pacientet tanë, pjesa më e madhe diagnostikohen në faza të përparuara të sëmundjes (late stage presenters) dhe në nivele të ulëta të imunitetit. Kjo bën që këta pacientë, në momentin e paraqitjes në spital dhe të diagnostikimit të jenë në gjëndje jo te mirë klinike.

Sindromi i imunodeficiencies së fituar, i shkaktuar nga virusi i imunodeficiencies humane, është një gjëndje potencialisht vdekjeprurëse. Duke dëmtuar sistemin imun të organizmit, HIV ndërhyr në aftësinë e trupit për të luftuar infeksionet dhe sëmundjet.<sup>77,78,79</sup>

Ajo është një sëmundje seksualisht e transmetueshme, por që mund të transmetohet edhe nëpërmjet shkëmbimit të shiringave në përdoruesit e drogave intravenoze. Gjithashtu mund të transmetohet edhe nga nena tek femija gjatë shtatëzanisë dhe nga ushqyerja me gji.

Duke qenë e tillë HIV/AIDS është një sëmundje e perhapur në të gjithë botën dhe me mjaft problematika. Vendosja e hershme e diagnozës është një nga sfidat më të rëndësishme në luftën kundër kësaj sëmundje. Kjo ka impakt direkt si në aspektin epidemiologjik ashtu edhe atë individual të pacientit, në drejtim të cilesisë së jetës dhe mbijetesës.

Disa pacientë përjetojnë sindrom flu-like, (sëmundje e ngjashme me gripin) pak javë pasi janë infektuar. Sëmundja, infeksioni akut i HIV mund të ketë këto shenja dhe simptoma: temperatura, dhimbje koke, dhimbje muskujsh dhe kycesh, rash, dhimbje te fytyrës dhe gojës, limfadenopati cervikale ose/dhe të gjeneralizuar, diarre, humbje ne peshe, kollë, djersë natën. Këto simptoma mund të jenë të lehta dhe mund të mos vlerësohen nga pacienti. Në këtë fazë infeksioni përhapet mjaft lehtë, sepse dhe ngarkesa virale në gjak është e lartë.<sup>80</sup>

Me ecurinë e sëmundjes, kemi dhe shfaqjen e shenjave të tjera klinike, që përcaktojnë edhe sëmundjen e HIV tashmë dhe stadin e saj. Temperatura e zgjatur, lodhje, diarre kronike, rënie në peshë, mykozat e gojës, herpes zoster, pneumoni, elemente të bardhë në gojë ose leziona të tjera jo të zakonshme, rash në lëkurë ose elemente të tjerë,

Për periudhën 2012- 2015 janë 479 shtrime me diagnozë infeksion nga HIV/AIDS. 127 femra, 352 meshkuj.

14-25 vjec janë 33 paciente,

56-65 janë 53 pacientë

26-35 janë 100 paciente

65-75 janë 18 pacientë

36-45 janë 158 pacientë,

Mbi 75 vjec vetem 1 pacientë.

46-55 janë 111 pacientë

Shikohet që moshë seksualisht aktive është dhe grupmosha me numrin më të lartë të pacientë të diagnostikuar me infeksionin HIV.

Pacientet tanë janë të gjithë të diagnostikuar në stad AIDS (të hospitalizuar). (Megjithatë pranë klinikës tonë ambulatorë paraqiten edhe raste të diagnostikuar në stadet e para dhe ata kartelizohen në këtë klinike).

Shumë pacientë manifestojnë infeksione oportuniste të ndryshme në momentin e paraqitjes në spital dhe pjesa më e madhe e tyre as nuk e dinë që jetojnë me HIV.<sup>84</sup>

Disa nga infeksionet më të hasura tek pacientet tanë:

Herpes zoster ne 13%

Pneumoni nga pneumocystis carini 5%

Pneumoni bakteriale 3%

Tuberkulozi 45%

Kandidoza orale 82%

Ulcerat (te gojes ose genital) 4%

Diarreja kronike 35%

Toxoplasmoza cerebrale 2%

Meningitis nga kriptokoku 1 rast

Sigurisht ne raste te renda dhe ne stade te vona nje pacient mund te kete me shume se 1 infeksion oportunist.

Sëmundjet malinje në HIV<sup>86</sup>

1.Tumore që përcaktojnë HIV (të lidhura me hiv).

-Sarkoma Kaposi

-limfoma jo hodgkiniane

-kanceri invasive cervical

2.Tumore jo të lidhura me HIV

-limfoma Hodgkin

-kanceri anal

-kanceri pulmonar

- kanceri testicular

3.Tumore të tjerë që prekin pacientët që jetojnë me HIV

-tu te laring/faring

-tu te gjuhes/buzeve/lekures

-tu te heparit

-tu te veshkave

-tu te penisit

-tu te gjirit

-tu te vulves/vagines/uterusit

Ko-infeksionet<sup>84</sup>

-herpes virusi, HSV,

-hep B

-HPV

-hep C

-CMV

-sifiliz

D. te tjera

- sëmundje obstructive kronike pulmonare

-crregullime konjitive

-Depresion

Pavaresisht supresionit të ngarkesës virale, numrit të CD4 apo mjekimit me antiretrovirale pacientët që jetojnë me HIV, kanë rrisht më të lartë se pjesa tjetër e popullatës për bashkë-sëmundshmeri (co-infection), sëmundjet kardio-vaskulare, sëmundjet metabolike, infeksionet dhe sëmundjet malinje.

Pacientët me CD4 <200 qel/mm<sup>3</sup> kanë rrisht të lartë për këto sëmundshmeri dhe gjithashtu rrisht probabiliteti për prognozë të keqe.

Ndjekja laboratorike:

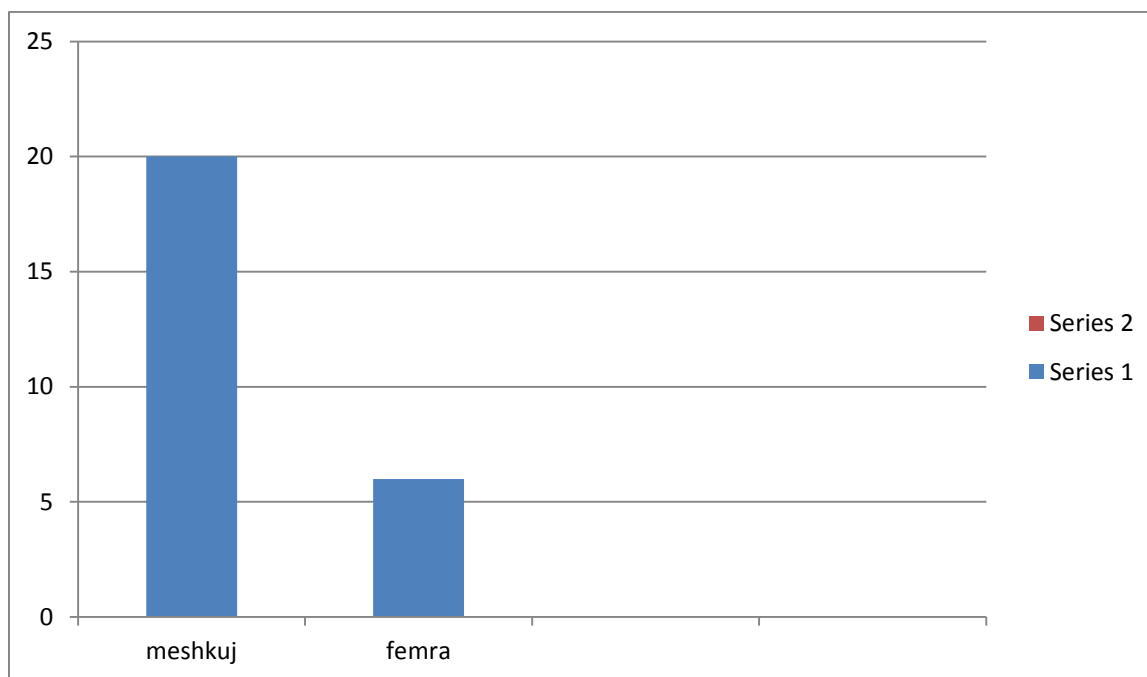
- ngarkesa virale HIV/ARN
- numerimi I CD4
- HIV rezistence
- gjak komplet (leukocite, limfocite)
- vleresimi renal
- vleresimi hepatic
- testimi per hepatite/tb/
- testimi per shtatzani
- lipidograme
- testimi per SST (klamidia, sifiliz, gonorre, HPV, trikomonas)

**d). Infeksionet ne perdoruesit e drogave intravenoze.** Në vazhdimësi të zhvillimit dhe ndryshimeve në vendin tonë, ka bërë që edhe tek ne të shfaqen grupe pacientësh që më parë kanë qenë pothuaj joekzistent.

Një grup specifik mjaft vulnerabël janë përdoruesit e drogave intravenoze dhe jo vetëm. Përdorimi i drogave con në varësi ndaj tyre dhe i predisponon keta pacientë ndaj infeskioneve të ndryshme shpesh herë edhe jetëkërcenuese.<sup>70,71,72</sup>

Në periudhën 2012-2015 në spitalin tonë janë hospitalizuar 26 pacientë IDU.

Nga këta 20 ishin pacientë meshkuj dhe 6 ishin paciente femra.



Mosha mesatare 32 vjec.

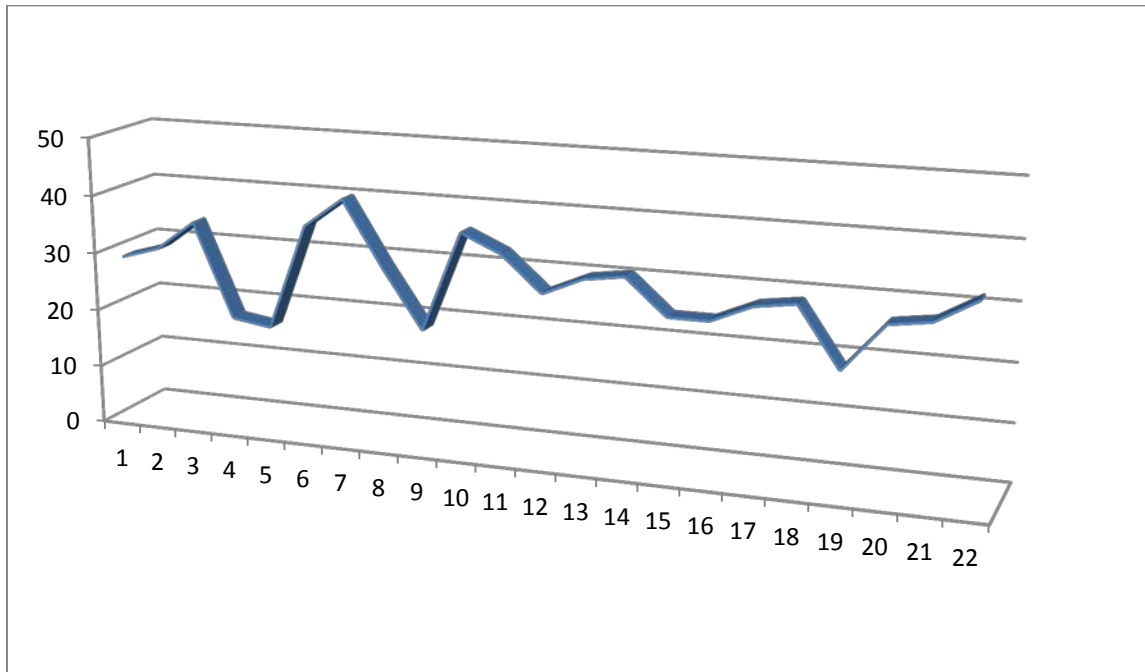


Figura 3.2.16 Paraqitje e moshes se pacienteve

Shkalla e infeksioneve në keto subjekte është mjaft e larmishme, duke filluar që nga infeksionet e lëkurës, infeksionet seksualisht të transmetueshme, hepatitet virale, e deri në sepsis. Infeksionet bakteriale zënë shkallën më të gjerë në këto subjekte, pasi gjatë manipulimit me aje nuk përdoren metodat sterilizuese/disinfektuese të vendit të injektimit. Infeksionet kutane mund të jenë që nga celuliti, erizipela, ulcerat nekrotike të mbi infektuara e deri në më të thella si fascetit. Kjo është rrjedhojë e dëmtimit të venave, të integritetit të lëkurës (si nga materialet toksike ashtu dhe nga mikrobet në sipërfaqen e lëkurës). Vendet e injektimit të injeksioneve janë dhe zonat ku ndodhin më shpesh infeksionet, për këtë arsye ekstremitetet janë ajo pjesë e trupit ku konstatohen më shpesh ato. Gjithashtu këto subjekte janë të predispozuar për pneumoni dhe emboli pulmonare që zakonisht shoqërohen me gjëndje septike dhe endokardite përgjithësisht të anës së djathtë. Një vend të rëndësishëm sidomos në vendet e pazhvilluara apo në ato në zhvillim e sipër zënë edhe infeksionet virale si hepatite virale apo edhe HIV. Përdorimi i shiringave midis njëri-tjetrit është rruga kryesore e përhapjes së infeksioneve virale, dhe sjellja seksuale e rrezikshme i predisponon këta pacientë për infeksione seksualisht të transmetueshme.

Sidoqoftë pavarërisht nga lloji apo shkaktari mikrobiologjik, arsyeja madhore që i detyron këta pacientë të kërkojnë ndihmë mjeksore është temperatura.

Simptomat kryesore klinike ishin, temperaturë, ethe, dispnea, dhimbje gjoksi, dhimbje të ekstremiteteve, edemë të ekstremiteteve, ulcera nekrotike në vendin e injektimeve, ikter në sklera dhe lëkurë (të moderuar), status konfuzional

Shenja klinike	Raste	Përqindja
Temperaturë, ethe	20	77
Dispne	5	19
Dhimbje gjoksi	4	15
Dhimbje të kstremiteteve	17	65
Edeme ekstremiteve	17	65
Ulcera kutane	11	42
Ikter	7	26
Status konfuzional	2	7

Tabela 3.2.11. Prezantimet klinike te pacienteve

Diagnozat që rezultuan ishin infeksione virale (infeksion HIV/AIDS, hepatite virale), gjëndje septike (endokardit, fasceit), infeksione të lëkurës (celulit, infeksione nga *S. aureus*), infeksione pulmonare.

Diagnoza	Raste
HIV	3
Hep B	8
Hep C	6
Co-infeksion (HIV/HCV, HBC/HCV)	6
Endokardit nga <i>S. aureus</i>	4
Infeksione të indeve të buta dhe lëkurës	15
Fasceite	3
Celulit et tromboflebitis	8
Osteomielit	1
Pneumoni (probable <i>S. aureus</i> )	2

Tabela 3.2.12. Prezantimi i diagnozave

Etiologjikisht u arrit të izolohej *S. aureus* në të paktën 6 pacientë (4 prej të cilëve ishin endokardite).

Duke qënë se shpesh keto pacientë janë të komplikuar edhe me probleme socio-psikologjike, ata nuk ju drejtohen strukturave të sistemit shëndetësor sipas hallkave të tij, por preferojnë paraqitjen e tyre direkt në shërbimet e urgjencave mjeksore. Mortaliteti në përdoruesit e drogave intravenove (IDUs) është pothuajse 22 herë më i lartë në krahasim me popullatën tjetër jo përdoruese të drogave. Numri jo shumë i lartë i shtrimeve për pacientet që janë abuzues të drogave intravenoze është tregues i shumë problemeve sociale, në pjesën më të madhe të rasteve ata nuk pranojnë të hospitalizohen ose largohen heret nga spitali pa lejen e mjekut. Trajtimi i tyre është i vështirë jo vetëm nga ana mjeksore por edhe psiko-sociale.



- Mortaliteti rezultoi 11.5% (3:26). 2 raste me ishin me endokardit te v. aortes dhe 1 rast osteomielit.

Diagnoza e fataliteteve	Raste
Endokardit i anes se djathte	2
Osteomielit	1

Tabela. 3.2.13 Paraqitje e raste fatale

- Diskutimi: IDUs jane nje faktor rrisht per infeksione akute bakterial te lekures. Ato perbejne shkaqet kryesore te hospitalizimit te IDUs. Kjo gje vihet re edhe ne studimin tone ku 15/26 rezultuan me infeksione te lekures.

IDUs kanë një rrezik 10 herë më të lartë të pneumonisë së fituar nga komuniteti (CAP), duke përfshirë pneumoninë aspirative dhe apo edhe tuberkulozit pulmonar krahasuar me popullatën e përgjithshme.

Incidenca e endokarditit infektiv (IE) është rritur ndjeshëm në IDU, ndoshta kjo edhe nga mundësia diagnostikuese me fine. Shumica e endokarditeve ne IDUs ndodhin ne anen e djathte, veçanërisht ne valvulen trikuspidale, por nuk perjashtohen edhe EI te valvules aortale.<sup>76</sup> Staphylococcus aureus përbën deri në tre të katërtat e rasteve, i ndjekur nga streptokokët dhe, më rrallë, bacilet dhe bakteret gram-negative. Embolitë septike janë të zakonshme në IE i shkaktuar nga S aureus dhe mund të përfshijë mushkëritë (IE në anën e djathtë) dhe veshkën, trurin dhe kockën.<sup>74</sup>

Praktika me rrezik të lartë të përdorimit të gjilpërave, shiringave dhe pajisjeve të tjera të injektimit të drogës i vendos IDUs në një rrezik të lartë për marrjen dhe transmetimin e infeksioneve të HIV apo edhe virusie të hepatitit B (HBV) dhe të hepatitit C (HCV). Për më tepër, IDUs janë të ekspozuar ndaj mjediseve të rrezikshme negative të rëndësishme që mund të çojnë në infeksione HIV dhe HCV, praktikatat seksuale me rrezik të lartë apo edhe faktore të tjera socio-ekonomik. IDUs përbëjnë 12% të pacienteve të rinj me HIV-it dhe 60% të infeksioneve të reja HCV apo HBV ne Shtetet e Bashkuara, dhe ka pasur një rritje të dukshme në transmetimin e HCV të lidhur drejtpërdrejt me epideminë e opioideve dhe IDUs.<sup>71,75</sup>

#### IV.VDEKSHMËRIA

Vdekshmëria

Vdekshmëria është numri fatal i rasteve për një patologji të caktuar.

Sëmundjet infektive klasifikohen si shkaktarë me peshë të rëndësishme në vdekshmërinë e përgjithshme, mbas patologjive kardiake dhe malinje.

Kjo jo vetëm në vendet me zhvillim socio-ekonomik jo të mirë por edhe në vendet e zhvilluara dhe ato në zhvillim. Në përgjithësi kudo është rritur numri i pacienteve me sëmundshmëri kronike, apo paciente imunodeprese për arsye të zhvillimit të metodave të trajtimit, mënyrës së jetesës, dhe kjo sjell rritje të jetëgjatësisë së këtyre pacienteve. Rrjedhimisht i ben ata më të prekshëm ndaj sëmundjeve infektive.

Megjithëse shumë sëmundje infektive kanë të dhëna klinike specifike dhe protokolle trajtimi, vlerësimi prognostik zakonisht bazohet në 3 kategori: karakteristikat klinike (imunokompetenca, sëmundjet bashkëshoqëruese), graviteti i sëmundjes (prezenca e shokut, prekja e nje ose me shume organeve, lloji i patogjenit shkaktar), menyra e trajtimit (zgjedhja e terapise, nevoja per hospitalizim).

Në Shqipëri, patologjitë infektive zënë një vend të rëndësishëm në listën e sëmundjeve, por për fat të keq marrin përsiper ti trajtojnë të gjithë. Dhe nuk janë të pakta rastet kur pacienti është jo i mjekuar mirë dhe mund të kenë ndodhur komplikacione të rënda.

Nga studimi u perjashtuan rastet fatale të cilat pavarësisht se u regjistruan në shërbimin e sëmundjeve infektive, nuk u bë e mundur një lidhje sinjifikante midis një shkaktari patogjen infektiv dhe mortalitetit. U studiua numri rasteve fatale gjatë kësaj periudhe katër vjecare, gjinia, mosha e tyre, dhe patologjitë bazë që çuan në mortalitet.

Nga 185 paciente që humbën jetën 116 (62.7) rezultuan të ishin meshkuj. Pacienti me moshë më të ulët të vdekjes në spitalin tonë ishte 14.6 vjece, femer me diagnozë infeksion nga HIV/AIDS. Nga mosha 14.0 -30 vjec rezultuan 17 raste ose (9.18%); nga mosha 31 -50 vjec rezultuan 39 raste (21.0); nga mosha 51 – 70 vjec rezultuan 76 raste (41.08%) dhe mbi 71 vjec rezultuan 52 raste ose (28.1%). Nga sëmundshmerite, ashtu sic shikohet edhe ne tab. patologji si sepsis, AIDS dhe infeksionet e sistemit nervor qendror perbejne perqindjen me te madhe te shkaqeve fatale ne pacientet tane. Por nje fakt mjaft interesant eshte edhe rastet fatale si pasoje e insuficiences hepatike nga virusi hepatitit B dhe C. Te dy keto shkaktare çuan ne 16 raste fatale gjate periudhes se studimit tone.

<b>Diagnoza</b>	<b>Raste</b>	<b>Perqindja</b>
Sepsis	65	30.0
Infeksione te sistemit nervor qendror	24	16.5
Infeksioni HIV/AIDS	20	14.2
Insuficienc e hepatike nga hepatiti B and C	26	12.0
Gastrointestinal infections	13	8.2
Leptospirosis	6	4.5
Gjendje febrile me prekje multiorganore	11	3.7
Grip i komplikuar me pneumoni dhe insuficienc e respiratore	4	2.2
Tetanoz	3	2.2
Endokarditi	3	1.5
Urosepsis	6	1.5
Celulit ne pacient me cirroze te dekompesuar	1	0.75
Ethe hemorragjike	1	0.75
Leishmania Viscerale	1	0.75
Malaria	1	0.75

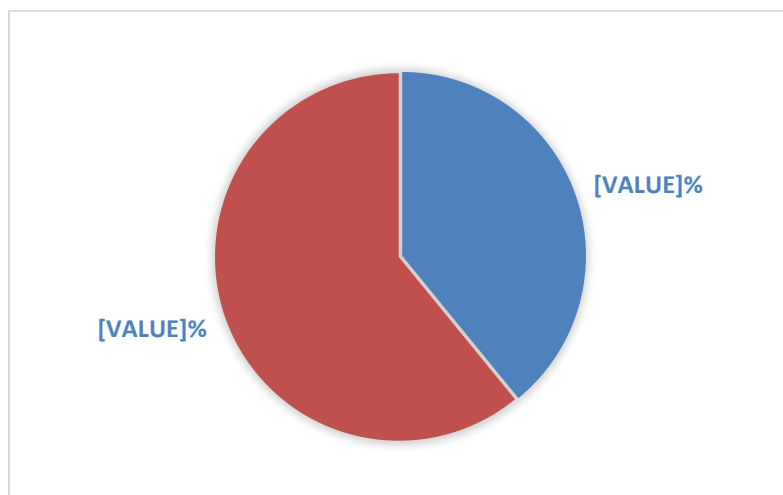
Tabela.4.1 Rastet fatale sipas diagnozave infektive

Tabela. 4.2 Karakteristikat e pacienteve me exitus

<b>Variablat</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>P</b>
<b>Ginia</b>			<b>&lt;0.01</b>
<b>Femra</b>	72	39.1	
<b>Meshkuj</b>	112	60.9	
<b>Mosha M (SD)</b>	57.4 (17.9)	14-96	
<b>Grupmosha</b>			<b>&lt;0.01</b>
<b>≤20</b>	6	3.3	
<b>21-30</b>	12	6.5	
<b>31-40</b>	14	7.6	
<b>41-50</b>	22	12.0	
<b>51-60</b>	42	22.8	

<b>61-70</b>	35	19.0	
<b>&gt;70</b>	53	28.8	
<b>Viti</b>			<b>&lt;0.01</b>
<b>2012</b>	30	16.3	
<b>2013</b>	48	26.1	
<b>2014</b>	50	27.2	
<b>2015</b>	54	29.4	

Figura 4.1. Shperndarja e rasteve totale sipas gjinise



Shumica e rasteve exitus janë meshkuj (61%) ( $p < 0.01$ ).

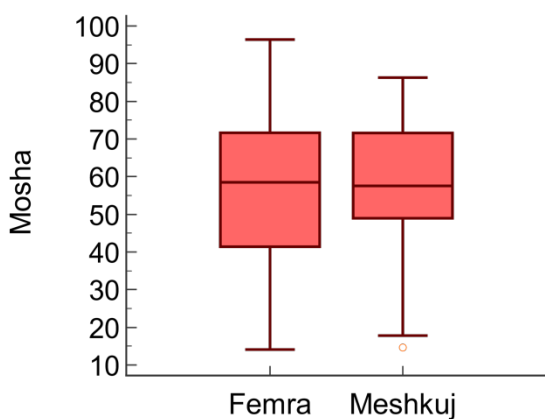


Figura 4.2. Krahasimi i moshes mesatare te rasteve exitus sipas gjinise

Mosha mesatare e femrave është 56.2 (19.9) vjeç ndërsa e meshkujve 58.1 (16.5) vjeç, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ( $p=0.4$ ).

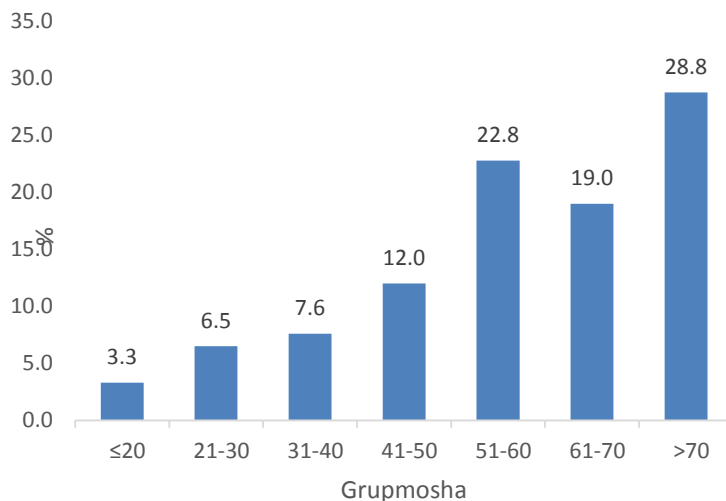


Figura 4.3. Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshes

U gjet një trend sinjifikant i ritjes së numrit të rasteve sipas grupmoshës ( $p<0.01$ ).

Tabela 4.3 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë dhe grupmoshës

Grupmosha	Gjinia	
	Femra	Meshkuj
≤20	4 (5.6)	2 (1.8)
21-30	7 (9.7)	5 (4.5)
31-40	7 (9.7)	7 (6.2)
41-50	3 (4.2)	19 (17.0)
51-60	17 (23.6)	25 (22.3)
61-70	12 (16.7)	23 (20.5)
>70 vjec	22 (30.6)	31 (27.7)
	72 (39.1%)	112 (60.9%)

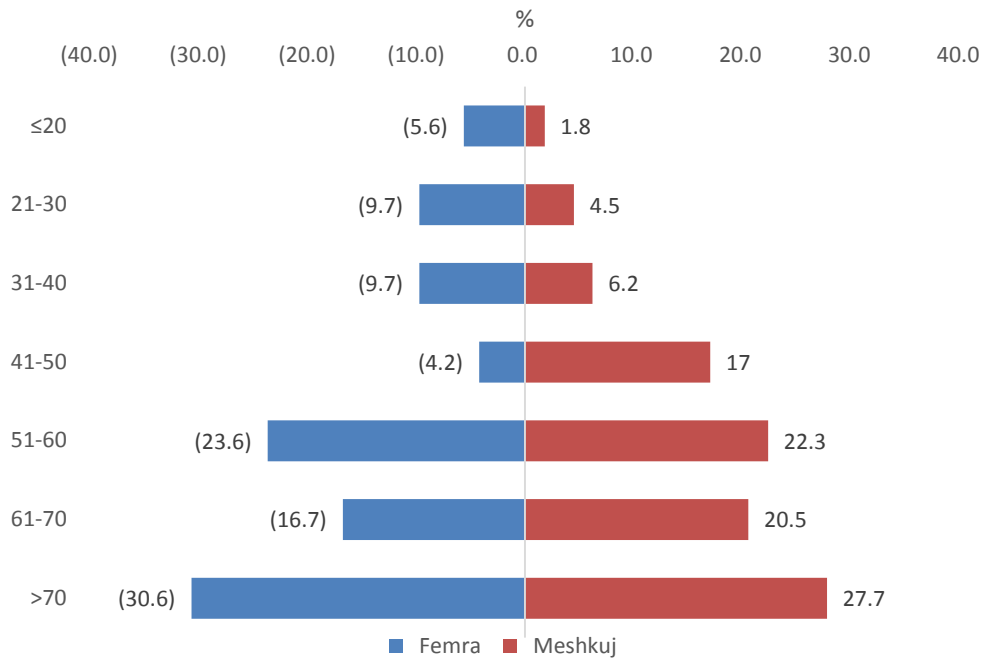


Figura 4.4. Shperndarja e rasteve sipas gjinise dhe grupmoshes

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas gjinisë dhe grupmohës ( $p=0.08$ )

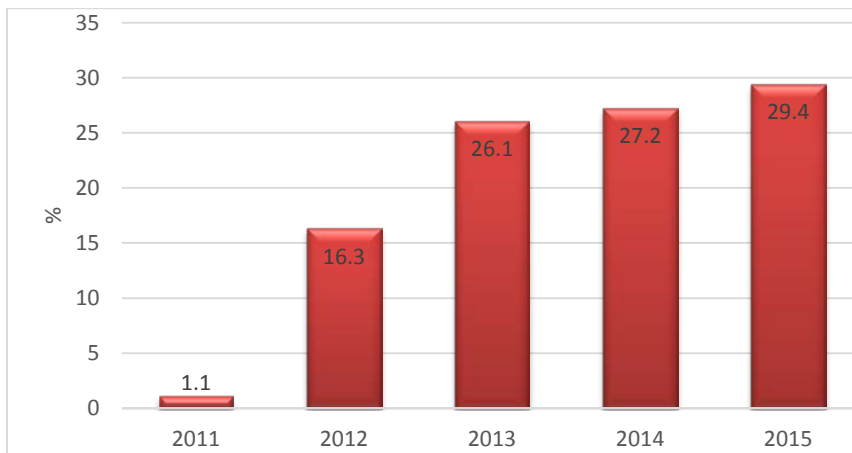


Figura 4.5. Shperndarja e rasteve sipas viteve

U gjet nje trend sinjifikant i rritjes se numrit të rasteve sipas viteve ( $p<0.01$ ).

- Pavaresisht se ne numrin total te rasteve nuk u gjet nje ndryshim sinjifikativ persa i perket gjinise mund te themi se ne disa patologji si infeksionin HIV/AIDS mbizoterojne meshkujt.

Gjithashtu, e permendem qe shpejtesia e perhapjes se infeksionit ne organizem eshte nje faktor prognostik i rendesishem.

- Ne rastin e sindromeve akute si shoku septik, meningo-encefaliti, humbja e jetes vjen 1-2 dite pas pranimit ne spital, (meningokoksmia, krizat e gjeneralizuara konvulsive etj, jane faktoret kryesore qe sjellin vdekjen e pacientit).
- Ne sindromet kronike si infeksioni HIV/AIDS, tetanozi, zakonisht jane komplikacionet ato qe rendojne situaten duke sjelle vdekjen e pacientit.
- Po ashtu, ende tek ne mbetet nje deshire e familjareve qe te mjekojne te pacientin ne shtepi, prandaj shpesh keta paciente ne momentin e paraqitjes ata jane ne gjendje mjaft te rende, duke rritur rrezikun dhe perqindjen e vdekshmerise.
- Si perfundim mund te themi qe faktoret prognostike te vdekshmerise varen nga:
  - Virulenca e mikroorganizmit (lloji i shtamit, rezistenca antimikrobike,)
  - Perhapja e tij ne organizem
  - Periudha e inkubacionit
  - Semundjet kronike te pacientit
  - Demtimet organore qe shkaktohen

## V. DISKUTIME

1. Sëmundjet infektive kanë një shtrirje të gjerë në mbarë botën pavarësisht zhvillimit të një vendi. Nuk ka rëndësi në çfare niveli ekonomik është një vend apo zhvillimi të mjekësisë që ka, problematikat që paraqiten janë të ndryshme. Nëse në vendet me zhvillim të ulët, me dendësi të madhe të popullsisë për m<sup>2</sup> hasen me tepër patologji infektive si gastroenteritet, kolera, hep A, malaria, leptospira etj, në vendet e zhvilluara hasen patologji si hepatitet B e C, HIV, etj.<sup>4,39,41</sup>  
Sëmundjet infektive edhe pse fatmirësisht në pjesën më të madhe të tyre nuk paraqesin problematika mjekësore, në situatë të caktuara ato mund të jenë agresive jo vetëm në drejtim të klinikës por edhe të shpejtesisë së përhapjes. Pra, pse mos ti quajme urgjenca mjekësore sepse ne shpesh kemi parë humbje të jetës së pacientit brenda 24 oreve të shtrimit në spital.  
Ashtu sic permendet në literature, tek ne si vend në zhvillim, predominojnë patologji si HIV/AIDS, Hepatitet, apo patologji respiratore dhe sigurisht shfaqja e sëmundjeve tropikale.<sup>88</sup>
2. Ndoshta termi “urgjenca infektive” mund të mos jetë i saktë por ai përshkruan mjaft mirë situatën kritike mjekësore që krijon një sëmundje infektive në momente të caktuara. Padyshim që termi i saktë është sëmundje infektive emergjente dhe riemergjente, sëmundje infektive të vjetra që marrin karakter tjetër klinik dhe epidemiologjik dhe shkaktojnë sëmundje të ndryshme nga ato të njohur me parë, si dhe sëmundje të reja infektive të panjohura që mund të marrin edhe karakterin e epidemive, përmendim SARS, gripin e shpendëve, H1N1, etj.<sup>14</sup>
3. Sherbimi i Sëmundjeve Infektive në QSUT, është e vetmja qendër terciare dhe referuese për të gjithë vendin dhe kjo shpjegon edhe numrin e madh të pacientëve në këtë qendër. Prandaj edhe pacientet e perfshirë në studim janë nga të gjithë rrethet e vendit.
4. Sindromet kryesore që hasen në vendin tonë janë të krahasueshëm me ato që diskutohen në literature për vende në zhvillim si ne.
5. Përsa i përket vdekshmërisë e theksuam, që jo të gjitha rastet fatale lidhen me një sëmundje infektive (dhe këto nuk janë marrë në studim). Kjo për shkak të ngjashmërisë klinike të tyre. Përsa i përket patologjive infektive mbizotëruese janë sepsis dhe gjendjet febrile, patologji të sistemit nervor qendror, dhe hepatitet. Ashtu sic përshkruhet në literature edhe tek ne tashmë vihet re trendi i rasteve fatale nga HIV/AIDS, sëmundje respirator (TB), etj.<sup>89</sup>
6. Dizabiliteti dhe vdekshmëria nga sëmundjet infektive mund të jenë shumë të rëndësishme sidomos kur patologjia merr përhapje të shpejtë qoftë brenda vendit apo me gjere. Paaftësia nga sëmundjet infektive rëndon jo vetëm mbi pacientin por edhe mbi sistemin shëndetësor. Përmendim grupet vulnerabel të pacientëve si perdoruesit e DIV, pacientë të imunokompromentuar (sëmundje malinje apo në dialize), si dhe pacientet që jetojnë



me HIV/AIDS. Keta kerkojne jo vetem trajtime mjekesore afatgjata por edhe sherbim ambulator nga familja dhe komuniteti.<sup>33</sup>

7. Ajo qe une dua te theksoj eshte edhe fakti qe ky studim eshte realizuar vetem ne sherbimin tone (pasi ne qendren spitalore universitare jane edhe urgjenca te tjera).
8. Përmisimi i dukshëm i teknologjisë mjekësore ka evidentuar një shumëllojshmëri agjentesh mikrobike deri më tani të panjohur. Teknikat e reja bio-molekulare evidentojne shtame të reja të agjenteve patogjenë dhe e vënë mjekun klinikist para vështirsive klinike dhe terapeutike.
9. Pavaresisht këtyre arritjeve ne duhet të jemi me kërkues në drejtim të diagnostikimit me metodat më të reja, trajtimit bashkëkohor gjë e cila con në një ndjekje spitalore dhe jo vetëm më të mirë të pacientit, pasi u pa qarte edhe nga ky studim qe shpesh diagnoza etiologjike eshte e veshtire te arrihet.
10. Konsultat e mjekut infeksionist nuk duhet të mungojnë në klinika të vecanta (reanimacione, onkologjik, hematologji) jo vetëm për konsultë për vendosje të antimikrobikëve të ndryshëm, por edhe për mënyrën e të konceptuarit infektologjik. Jo rralle herë pacientët me patologji infektive janë diagnostikuar në këto pavione. Në këto klinika pacientet paraqesin infeksione spitalore nga shtame rezistente ndaj antimikrobikëve (përfshi antibiotikë apo antifungalë), infeksione mykotike të thella. Rezistenca antimikrobike eshte nje problem ne mbare boten dhe kjo ka mberritur edhe tek ne tashme.<sup>3</sup>
11. Por ndodh rëndom që nuk kërkohet konsulta e mjekut infeksionist për pacientet në klinika të tjera (ato ku pacientet janë në gjëndje më kritike për jetën) dhe vendosja pa kriter e antibiotikëve me spektër të gjerë pa u bazuar në kulturat e ndryshme, con shume shpejt në rezistenca ndaj antimikrobikeve.  
Qëndrimi për një kohë të gjatë i këtyre të sëmureve i predispozon ndaj infeksioneve spitalore që gjithashtu jane multidrug rezistent. Sëmundjet infektive nuk janë të lehta për tu diagnostikuar dhe mjekuar, komplikacionet shpesh herë janë të pashmangshme dhe kërkojnë trajtim spitalor nën kontrollin e mjekut specialist
12. Nisur nga numri i humbjeve të jetëve të cilat u percaktuan si jo infektive mund të themi që shpesh kemi nje adresim të gabuar të këtyre pacienteve, qoftë nga personeli mjekësor apo dhe vete familjarët që paraqiten direkt në urgjencën e spitalit infektiv. Kjo lind nevojën e një triazhimi të shpejtë për këta pacientë jo vetëm për diagnostikimin por edhe trajtimin në kohë. Por shpesh herë gjendja shëndetësore e tyre eshte e tille qe pacienti eshte i patransportueshem ne kliniken perkatese.
13. Njohja e gjendjeve febrile, identifikimi i karakteristikave klinike, epidemiologjike dhe drejtimi në kohen e duhur eshte nje domosdoshmeri.
14. Grupet vulnerabël si përdoruesit e drogave intravenoze dhe jo vetëm, pacientet e dializës, pacientet imunodepresë (pacientë me sëmundje tumorale, nën terapi me kortizonik), udhëtarët në vende tropikale dhe jo vetëm, janë më të predispozuar për tu prekur nga agjente mikrobike dhe per të zhvilluar sëmundje infektive. Prandaj është i nevojshëm dhe

i domosdoshëm depistimi epidemilogjik sidomos për sëmundjet infektive që transmetohen në keto grupe.<sup>83</sup>

15. Përveç depistimit dhe kontrollove spitalore duhet të insistohet fort në drejtim të vaksinimit për sëmundjet infektive. Kjo jo vetëm në moshat pediatrike por edhe në rastet e pacientëve me problem të ndryshme, p.sh vaksinimi ndaj pneumokokut, meningokokut dhe HPV, etj.<sup>65</sup>
16. Numri i lartë i shtrimeve reflekton për një numër të lartë pacientësh të paraqitur në urgjencën e spitalit tonë, që llogaritet të kalojë mbi 70-80 mijë raste në vit, me një pik në muajt e verës dhe të dimrit. Është ky fluks shumë i madh pacientësh që jo rrallë herë në lodhje të personelit shëndetësor dhe pse jo në humbjen e vëmendjes ndaj rasteve problematik.
17. Duhet ngritur zëri që të funksionojnë më mirë sistemi paresor dhe dytësor, në mënyrë që urgjencat (të gjitha) të kenë kapacitet e duhura për të sëmurët në gjëndje kritike dhe rrjedhimisht edhe triazhimi të bëhet më mirë.
18. Një mangësi në studimin tim është diagnoza etiologjike, që jo gjithmone jemi në gjëndje ta përcaktojmë. Kjo për shkak të mungesës së kryerjes së ekzaminimeve, dhe periudha e sipër përmendur nuk ka qenë një nga më të mirat për ne. Prandaj duhet të jemi më kërkuar në këtë drejtim.
19. Sëmundjet infektive janë patologji që mund të përhapen me lehtësi prandaj bashkëpunimi midis hallkave të sistemit shëndetësor duhet të jenë të tilla që më shumë të parandalojmë se të mjekojmë.
20. Të kufizohet përdorimi i antimikrobikeve. Pafund diskutohet, merren masa dhe asnjëherë nuk arrijmë aty ku duam, sepse përshkrimi i tyre nga të gjitha specialitetet është i pashmangshëm dhe jo vetëm, nuk janë të pakta rastet e dhënies së tyre direkt në farmaci prandaj të parët që duhet të ndërjegjesohen janë mjekët, farmacistet etj.
21. A mundemi dot në të parandalojmë zhvillimin ekonomik-social të një vendi? Sigurisht që jo, por ne e kemi në dorë të kontrollojmë mënyrën e jetesës dhe sjelljeve.

## VI. REKOMANDIME

- 1.Sëmundjet infektive shkaktohen nga agjentë mikrobike (bakterie, viruse, funge dhe parazite) që gjenden përreth nesh. është e rëndësishme që të kuptohen rruget e transmetimit të tyre. Nëse kuptohet ky process, mund të përdoret për të mbrojtur veten dhe te tjeëet. Të parandalosh është më mirë se të mjekosh.
- 2.Të zbatohen me përpikmëri rregullat e higjenës, të teknikave të sterilizimit për mjetet kirurgjikale dhe ambientet e punes. Këto janë të domosdoshme për parandalimin e infeksioneve spitalore.
- 3.Të kërkohet konsulta e mjekut specialist infeksionist jo vetëm për vendosjen e antimikrobikeve të ndryshëm por edhe konceptimin infektologjik të gjëndjes së pacientit. Duhet luftuar fort në drejtim të mospërdorimit pa kriter te antimikrobikeve për të shmangur rezistencen ndaj tyre që shpesh është edhe multiple.
- 4.Pamë që shumë sëmundje infektive janë jetëkërcënuese prandaj është e nevojshme që të orientohemi sa më shpejt për vendosjen e diagnozës.
- Nisur nga ngjashmëritë klinike me patologjitë jo infektive triazhimi i pacientit duhet të bëhet sa më shpejt, pasi shpesh ndodh referimi i gabuar i pacientit në urgjencën e spitalit infektiv.
5. Inkurajimi i kerkimit mbi strategji të reja për testime diagnostike efektive dhe terapeutike për sëmundjet febrile.
- 6.Të nxitet popullata në drejtim të vaksinimit për sëmundjet infektive, ato që janë të disponueshme.
- 7.Mjeku klinicist Infeksionist është shume i varur nga ekzaminime të shumta laboratorike që e ndihmojnë në vënien e diagnozës, prandaj apilikimi i metodave të reja ekzaminuese edhe në vendin tone është i domosdoshëm, ashtu si edhe bashkepunimi me specialitetet e tjera.

## VII. PERFUNDIME

Sëmundjet infektive janë crregullime të shkaktuara nga mikroorganizma si bakterie, viruse, funge apo parasite dhe të përhapura në të gjithë botën. Sëmundjet infektive jo vetëm që nuk u zhduken me zbulimin e antibiotikeve por përkundrazi, mikrobet zhvilluan aftësi të reja mbijetese dhe shumë sëmundje të reja u shfaqën.

Sipas studimit tonë vihet re një numër i lartë shtrimesh në Spitalin Infektiv dhe sidomos në urgjencën e spitalit tonë. Ky spital është qendra e vetme e referencës në vendin tonë ku referenon nga rrethet, nga urgjenca kombëtare.

Patologjitë infektive rezultojnë të jenë jetëkërcënuese në formën e tyre të rëndë.

Shihet një trend në rritje për patologji si HIV/AIDS, tuberkulozi, infeksionet nga mikroba rezistente ndaj antibiotikeve.

Sëmundjet infektive janë patologji që përhapen me shpejtësi, duke marrë karakter endemik dhe epidemik, prandaj janë të nevojshme bashkëpunimet midis hallkave të ndryshme të shërbimit mjekësor.

Sindromet më të shpeshtë të patologjive janë ai diarreik dhe meningoencefalitik.

Të gjitha grupmoshat janë të prekura.

Mangesite e studimit tim janë të lidhura me faktorë mjekësorë dhe jo vetëm. Periudha në të cilën është bërë ky studim ka pasur problematikat e veta në drejtim të metodave diagnostikuese, sidomos asaj serologjike, që është mjaft e rëndësishme për vendosjen e diagnozës etiologjike.

Në studim janë marrë vetëm pacientet e hospitalizuar në spitalin infektiv, QSUT. Nuk janë përfshirë spitalet rajonale apo pavione të tjera të qendrës spitalore.

Numri i lartë i vdekjeve vihet re në diagnoza si sepsis dhe gjendje febrile me prekje multiorganore. Kjo korrespondon me paciente të cilët janë me patologji të tjera shoqeruese. Gjithashtu mbetet shqetësues numri i lartë i vdekjeve nga hepatiti viral dhe insuficiencia hepatike. Prognoza e vdekshmerisë varet nga mikrobi patogjen dhe virulenca e tij, përhapja e tij në organizëm, imuniteti i bujtës.

**VIII. REFERENCA:**

## 1. Global trends in emerging infectious diseases

Kate E Jones <sup>1</sup>, Nikkita G Patel, Marc A Levy, Adam Storeygard, Deborah Balk, John L Gittleman, Peter Daszak

PMID: 18288193, PMCID: PMC5960580, DOI: 10.1038/nature06536

2. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. *Nature*. 2004;430:242–249. doi: 10.1038/nature02759. - DOI - PMC - PubMed

## 3. Nosocomial infection control in healthcare settings: Protection against emerging infectious diseases

Chuanxi Fu <sup>1</sup>, Shengyong Wang <sup>2</sup>

PMID: 27068809, PMCID: PMC4828876, DOI: 10.1186/s40249-016-0118-9

4. Centers for Disease Control and Prevention. FastStats: Infectious Disease. (<https://www.cdc.gov/nchs/fastats/infectious-disease.htm>)

## 5. Kucik CJ, Martin GL, Sortor BV. Common intestinal

parasites. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15023017/>) *Am Fam Physician*. 2004 Mar 1;69(5):1161-8.

## 6. Merck Manuals. Overview of Fungal

Infections. (<https://www.merckmanuals.com/home/infections/fungal-infections/overview-of-fungal-infections>).

## 7. Merck Manuals. Overview of

Bacteria. (<https://www.merckmanuals.com/home/infections/bacterial-infections-overview/overview-of-bacteria>)

## 8. World Health Organization. Infectious

Diseases. ([http://www.who.int/topics/infectious\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en/))

## 9. Facts about infectious disease. Infectious Disease Society of America.

<https://www.idsociety.org/public-health/facts-about-id/>. Accessed May 29, 2019.

10. Ryan KJ, ed. Infectious diseases: Syndromes and etiologies. In: Sherris Medical Microbiology. 7th ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education; 2018.

<https://accessmedicine.mhmedical.com>. .

11. World Health Organization . World Health Organization; Geneva (Switzerland): 2000. The World Health Report 2000—health systems: improving performance.

12. Armstrong G.L., Conn L.A., Pinner R.W. Trends in infectious disease mortality in the United States during the 20th century. *JAMA*. 1999;281(1):61–66.

13. Lashley F.R. Factors contributing to the occurrence of emerging infectious diseases. *Biol Res Nurs.* 2003;4(4):258–267.
14. Global trends in emerging infectious diseases  
Kate E Jones<sup>1</sup>, Nikkita G Patel, Marc A Levy, Adam Storeygard, Deborah Balk, John L Gittleman, Peter Daszak  
PMID: 18288193, PMCID: PMC5960580, DOI: 10.1038/nature06536
15. Jameson JL, et al., eds. Approach to the patient with an infectious disease. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York, N.Y.: The McGraw-Hill Companies; 2018. <https://accessmedicine.mhmedical.com>.
16. National Institute of Allergy and Infectious Disease. NIAID Emerging Infectious Diseases/ Pathogens. (<https://www.niaid.nih.gov/research/emerging-infectious-diseases-pathogens>)
17. The Practice of Travel Medicine: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2006;43(12):1499–1539, available at [www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/508782](http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/508782).
18. World Health Organization. Infectious Diseases. ([http://www.who.int/topics/infectious\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en/)) Accessed 6/6/2022.
19. Carter E.J., Pouch S.M., Larson E.L. Common infection control practices in the emergency department: a literature review. *Am J Infect Control.* 2014;42:957–962.
20. Fusco F.M., Schilling S., De Iaco G. Infection control management of patients with suspected highly infectious diseases in emergency departments: data from a survey in 41 facilities in 14 European countries. *BMC Infect Dis.* 2012;12:27.
21. Moore B.J.S.C., Owens P.L. Agency for Healthcare Research and Quality; Rockville (MD): 2017. Trends in emergency department visits, 2006-2014. HCUP statistical brief #227.
22. Carter E.J., Pouch S.M., Larson E.L. Common infection control practices in the emergency department: a literature review. *Am J Infect Control.* 2014;42:957–962.
23. Liang S.Y., Theodoro D.L., Schuur J.D. Infection prevention in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2014;64:299–313.
24. Ryan KJ, ed. Infectious diseases: Syndromes and etiologies. In: Sherris Medical Microbiology. 7th ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education; 2018. <https://accessmedicine.mhmedical.com>.
25. G.L. Mandell, J.E. Bennett, R. Dolin (Eds.), Principles and practice of infectious diseases (5th ed.), Churchill Livingstone, New York (2000), pp. 2495-2501

26. Carter E.J., Pouch S.M., Larson E.L. Common infection control practices in the emergency department: a literature review. *Am J Infect Control*. 2014;42:957–962.
27. Fusco F.M., Schilling S., De Iaco G. Infection control management of patients with suspected highly infectious diseases in emergency departments: data from a survey in 41 facilities in 14 European countries. *BMC Infect Dis*. 2012;12:27.
28. Mayo Clinic. Infectious Diseases. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/infectious-diseases/symptoms-causes/syc-20351173>
29. Olano J., Walker D.H. Diagnosing emerging and re-emerging infectious diseases: the pivotal role of the pathologist. *Arch. Pathol*. 2011;135:83–91.
30. Facts about infectious disease. Infectious Disease Society of America. <https://www.idsociety.org/public-health/facts-about-id/>.
31. Christopher JL Murray; et al. (12 February 2022). "Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis". *The Lancet*. **399** (10325): 629–655. doi:10.1016/S0140-6736(21)02724-0. ISSN 0140-6736. PMC 8841637. PMID 35065702.
32. World Health Organization, "The top 10 causes of death"
33. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349:1436-1442.
34. Boertjes E, Hillebrand S, Bins JE, et al. Pulmonary haemorrhage in Weil's disease. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7021118/>) *BMJ Case Rep*. 2020 Jan 29;13(1):e227570. Accessed 8/16/2022.
35. Merck Manuals. Leptospirosis. (<https://www.merckmanuals.com/professional/infectious-diseases/spirochetes/leptospirosis>) Accessed 8/16/2022.
36. Rajapakse S. Leptospirosis: clinical aspects. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8813018/>) *Clin Med (Lond)*. 2022;22(1):14-17. Accessed 8/16/2022.
37. Wagenaar JP, Goris MA. Leptospirosis. In: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, et al. eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine 21e*. McGraw Hill; 2022.
38. Viral hemorrhagic fever. Mayo Clinic; 2019.
39. Viral hemorrhagic fevers. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/vhf/index.html>.
40. Hemorrhagic fevers. World Health Organization. <https://www.who.int/ith/diseases/haemorrhagicfevers/en/>.

41. Kiiza P, et al. Treatment of Ebola-related critical illness. *Intensive Care Medicine*. 2020; doi:10.1007/s00134-020-05949-z.
42. Centers for Disease Control and Prevention website. Guidelines for viral hepatitis surveillance and case management. [www.cdc.gov/hepatitis/statistics/surveillanceguidelines.htm](http://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/surveillanceguidelines.htm). Updated May 31, 2015.
43. Centers for Disease Control and Prevention. Viral Hepatitis. (<http://www.cdc.gov/hepatitis/>)
44. World Health Organization. What is Hepatitis? (<http://www.who.int/features/qa/76/en/>)
45. American Liver Foundation. Hepatitis-The Silent Epidemic. (<https://liverfoundation.org/hepatitis-the-silent-epidemic/>)
46. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. What is viral hepatitis? (<https://www.niddk.nih.gov/health-information/liver-disease/viral-hepatitis/what-is-viral-hepatitis>)
47. Hepatitis C. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/liver-disease/viral-hepatitis/hepatitis-c>.
48. Diarrhea. Merck Manual Professional Version. <https://www.merckmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/symptoms-of-gastrointestinal-disorders/diarrhea?query=diarrhea#>. Accessed May 11, 2021.
49. Travelers' diarrhea. Centers for Disease Control and Prevention. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/preparing-international-travelers/travelers-diarrhea>. Accessed May 11, 2021.
50. The Centers for Disease Control and Prevention. Diarrhea: Common Illness, Global Killer. (<https://www.cdc.gov/healthywater/pdf/global/programs/globaldiarrhea508c.pdf>) Accessed 4/17/2020.
51. Merck Manual Professional Version. Diarrhea. (<https://www.merckmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/symptoms-of-gastrointestinal-disorders/diarrhea>) Accessed 4/17/2020.
52. Bennett JE, et al. Sepsis and septic shock. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Elsevier; 2020. <https://www.clinicalkey.com>.
53. Neviere R. Sepsis syndromes in adults: Epidemiology, definitions, clinical presentation, diagnosis, and prognosis. <https://www.uptodate.com/contents/search>.



- 54 Sepsis and septic shock. Merck Manual Professional Version. <https://www.merckmanuals.com/professional/critical-care-medicine/sepsis-and-septic-shock/sepsis-and-septic-shock>.
55. Centers for Disease Control and Prevention. What is sepsis? (<https://www.cdc.gov/sepsis/what-is-sepsis.html>)
56. Centers for Disease Control and Prevention. Sepsis: Clinical tools. (<https://www.cdc.gov/sepsis/clinicaltools/index.html>).
57. Singh TD, et al. Predictors of outcome in HSV encephalitis. *Journal of Neurology*. 2016;263:277.
58. West Nile virus prevention. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/westnile/faq/repellent.html>.
59. Dubey D, et al. Autoimmune encephalitis epidemiology and a comparison to infectious encephalitis. *Annals of Neurology*. 2018; doi:10.1002/ana.25131
60. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Meningitis and Encephalitis. (<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Meningitis-and-Encephalitis-Fact-Sheet>)
61. Mayo Clinic Staff. (2017). Meningitis. [mayoclinic.org/diseases-conditions/meningitis/symptoms-causes/syc-20350508](https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/meningitis/symptoms-causes/syc-20350508)
62. Bacterial meningitis. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/meningitis/bacterial.html>.
63. Fungal meningitis. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/meningitis/fungal.html>.
64. Acute bacterial meningitis. Merck Manual Professional Version. <https://www.merckmanuals.com/professional/neurologic-disorders/meningitis/acute-bacterial-meningitis>.
65. Meningococcal vaccination: What everyone should know. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/mening/public/index.html>.
- 66 Jameson JL, et al., eds. Malaria. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 20th ed. New York, N.Y.: The McGraw-Hill Companies; 2018. <https://accessmedicine.mhmedical.com>.
67. Bennett JE, et al. Malaria (plasmodium species). In: *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 9th ed. Elsevier; 2020. <https://www.clinicalkey.com>.

68. Malaria. Merck Manual Professional Version.  
<http://www.merckmanuals.com/professional/infectious-diseases/extraintestinal-protozoa/malaria>.
69. Brunette GW, et al., eds. CDC Yellow Book 2020: Health Information for International Travel. Oxford University Press; 2019. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/yellowbook-home>.
70. Health Protection Agency, Health Protection Scotland, Public Health Wales, CDSC Northern Ireland, and the CRDHBS Shooting up: infections among people who inject drugs in the UK 2009. London: Health Protection Agency, 2010. [www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb\\_C/1287143384395](http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1287143384395)
71. Health Protection Agency, Health Protection Scotland, Public Health Wales, and Public Health Agency Northern Ireland Shooting up: infections among people who inject drugs in the UK 2010. London: Health Protection Agency, 2011. [www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb\\_C/1317131377664](http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317131377664)
72. Ebricht JR, Pieper B. Skin and soft tissue infections in injection drug users. *Infect Dis Clin North Am* 2002;16:697–712. 10.1016/S0891-5520(02)00017
73. Murphy EL, DeVita D, Liu H, et al. Risk factors for skin and soft-tissue abscesses among injection drug users: a case-control study. *Clin Infect Dis* 2001;33:35–40. 10.1086/320879
74. Roberts S, Chambers S. Diagnosis and management of *Staphylococcus aureus* infections of the skin and soft tissue. *Intern Med J* 2005;35:S97–105. 10.1111/j.1444-0903.2005.00983.
75. Mackenzie AR, Laing RB, Douglas JG, et al. High prevalence of iliofemoral venous thrombosis with severe groin infection among injecting drug users in North East Scotland: successful use of low molecular weight heparin with antibiotics. *Postgrad Med J* 2000;76:561–5. 10.1136/pmj.76.899.561
76. Frontera JA, Gradon JD. Right-side endocarditis in injection drug users: review of proposed mechanisms of pathogenesis. *Clin Infect Dis* 2000;30:374–9. 10.1086/313664
77. Merck Manuals. Human Immunodeficiency Syndrome (HIV) Infection. (<https://www.merckmanuals.com/professional/infectious-diseases/human-immunodeficiency-virus-hiv/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection>)
78. U.S. Department of Health and Human Services: Office of Women's Health. Pregnancy and HIV. (<https://www.womenshealth.gov/hiv-and-aids/living-hiv/pregnancy-and-hiv>)
79. Meson JL, et al., eds. Human immunodeficiency virus disease: AIDS and related disorders. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. The McGraw-Hill Companies; 2018. <http://accessmedicine.mhmedical.com>
80. Wood BR. The natural history and clinical features of HIV infection in adults and adolescents. <https://www.uptodate.com/contents/search>.

81. About HIV/AIDS. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>.
82. Ferri FF. Human immunodeficiency virus. In: Ferri's Clinical Advisor 2022. Elsevier; 2022. <https://www.clinicalkey.com>. Accessed Dec. 3, 2021.
83. Hardy WD, et al., eds. HIV testing and counseling. In: Fundamentals of HIV Medicine 2019 Edition. American Academy of HIV Medicine. Oxford University Press; 2019.
84. AIDS and opportunistic infections. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv/opportunisticinfections.html>. Accessed Dec. 3, 2021.
85. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States — 2021 update. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/guidelines/>.
86. Coghill AE, Han X, Suneja G, et al. Advanced stage at diagnosis and elevated mortality among US patients with cancer infected with HIV in the National Cancer Data Base. *Cancer* 2019; 125:2868.
87. Control CfD, Prevention. Guidelines for the Prevention and Treatment of opportunistic Infections in HIV-infected Adults and Adolescents. *MMWR*. 2009;58(4):1–206.
88. Emerging infectious diseases: threats to human health and global stability. *PLOS Pathog*. 2013; 9: e1003467-diskutim 2
89. Trends in Infectious Disease Mortality in the United States During the 20th Century  
Gregory L. Armstrong, MD; Laura A. Conn, MPH; Robert W. Pinner, MD  
Author Affiliations  
*JAMA*. 1999;281(1):61-66. doi:10.1001/jama.281.1.61