

**UDHËREFYES KLINIK I DIAGNOZËS DHE
MENAXHIMIT
TË
TUBERKULOZIT TEK FËMIJËT**

Data e publikimit : Dhjetor 2010

Data e rishikimit : Sipas nevojës

Grupi i punes:

Luljeta Kote	kryetar	QSUT
Evda Vevecka	anetar	QSUT
Melpomeni Kromidha	sekretar	QSUT
Luljeta Mati	anetar	QSUT
Esmeralda Bregu	anetar	QKCSA
Erol Como	anetar	MSH
Naun Sinani	anetar	ISKSH

PASQYRA E LËNDËS :

- *PARATHËNIE.RËNDËSIJA E PROBLEMIT.*
- *SHKURTIME (AKRONIME).*
- *FORCA DHE CILËSIJA E PROVAVE TË REKOMANDUARA.*
- *DEFINICIONI. KLASIFIKIMI INTERNACIONAL I STANDARTIZUAR I TUBERKULOZIT.*
- *TË DHËNA TË PËRGJITHËSHME PËR TB ,DISA GJERA QE DUHEN DITUR.*
- *FORMAT E TUBERKULOZIT.*
- *FAZAT E ZHVILLIMIT TE SEMUNDJES.*
- *DIAGNOZA E TB TEK FËMIJËT.*
- *FAKTORËT E RRISKUT NË TUBERKULOZ.KUR DUHET TE DYSHOHET PER TB.*
- *REKOMANDIME PËR DIAGNOZËN E TB TEK FËMIJËT.*
- *TESTI I TUBERKULINËS . (TST)*
- *LEXIMI DHE INTERPRETIMI I TESTIT.*
- *VLERËSIMI I TESTIT TË TUBERKULINËS.*
- *KONFIRMIMI BAKTERIOLLOJIK PËR PREZENCË TË MT NË GËLBAZË DHE KULTURA TË TJERA.*
- *MËNYRAT E MARRJES SË MOSTRAVE PËR EKZAMINIM MIKROSKOPIK (strishio).*
- *INVESTIGIME PËR TUBERKULOZIN PULMONAR DHE EKSTRAPULMONAR.*
- *PROTOKOLLI DIAGNOSTIK NE RASTET E TB PULMONAR OSE TE SUSPEKTUAR.*
- *TESTE TË TJERA PËR DIAGNOZËN E TB.*
- *GRAVITETI I SEMUNDJES TUBERKULARE.*
- *STANDARTIZIMET DHE DEFINICIONET E TBC TEK FËMIJËT.SIPAS OBSH*
- *FORMAT KLINIKE TË TB TË FËMIJËVE .*
- *MEDIKAMENTET KRYESORE ANTITUBERKULARË VETITE DHE EFEKTET E TYRE.*
- *PARIMET E MJEKIMIT TE TB.*
- *MJEKIMI I TB TË FËMIJËVE.*

- *GRUPET QË KANË NEVOJË PËR MJEKIM PARANDALUES.*
- *TRAJTIMI NE FEMIJET ME INFEKSION TUBERKULAR LATENT.*
- *KUNDERINDIKACIONET E TRAJTIMIT.*
- *MONITORIMI KLINIK DHE LABORATORIK NE PACIENTET ME ILT PARA FILLIMIT TE MJEKIMIT.*
- *KRITERET PËR TRAJTIM. MONITORIMI I MJEKIMIT.*
- *MENAXHIMI I TB NE FEMIJET E INFEKTUAR ME HIV.*
- *KESHILLA PER MJEKIMIN ME ANTITUBERKULARE.*
- *REKOMANDIME DHE REGJIMI I TRAJTIMIT.MONITORIMI I MJEKIMIT.*
- *TUBERKULOZI REZISTENT NDAJ MJEKIMIT. MONO DHE POLIREZISTENCA.*
- *MENAXHIMI I MENINGITIT TUBERKULAR DHE TBC MILIAR.*
- *VAKSINIMI ME B.C.G.*
- *REGJISTRIMI DHE RAPORTIMI SIPAS OBSH.*
- *DEFINICIONET E PËRFUNDIMIT TË MJEKIMIT SIPAS OBSH.*
- *APPENDIX 1,2,3,4.*
- *TRAJNIMI KOMUNIKIMI ADVOKACIJA.*
- *EDUKIMI SHËNDETËSOR.*
- *BIBLOGRAFIJA.*

SHKURTIME (AKRONIME)

OBSH	Organizata botërore e shëndetësisë.
TB	Tuberkuloz.
M TB	Mycobacterium tuberculosis.
HIV	Virusi I imunodeficiencës humane.
BCG	Vaksina e Bacil-Calmette-Guerin për TB.
SIDA	Sëmundja e imunodeficiencës së fituar.
BK	Bacilli i Koch (mycobacterum tuberculosis).
DOT	Mjekimi nën mbikqyrje direkte.
DOTS	Strategjija e mjekimit standart nën mbikqyrje për një kohë të shkurtër.
LTHS	Lëngu truno shpinor.
CT	Tomografi e kompjuterizuar
MRI	Rezonanca magnetike.
TST	Testi I intradermoreaksionit të tuberkulinës
PPD	Derivat I proteinës së purifikuar
MDR	Multirezistencë ndaj barnave antituberkulare.
ILT	Infeksioni tubercular latent.
H	ISONIAZID.
R	RIFAMPICINE.
Z	PIRAZINAMID.
E	ETHAMBUTOL.
S	STREPTOMICINE.

PARATHËNIE RËNDËSIJA E PROBLEMIT

Me zhvillimin e strategjisë së re, OBSH dhe STOP TB ka lançuar fillimin e planit global për të parandaluar tuberkulozin ,për(2006_2015)në mbarë botën .Qëllimi i strategjisë së STOP TB është të sigurojë akses të qëndrueshëm me standarte ndërkombëtare për të gjithë pacientët e infektuar ose jo të infektuar me bacilin e tuberkulozit, të rritur ose fëmijë, me ose pa HIV(virusi i imunodeficiencës humane,) me ose pa rezistencë ndajmedikamenteve te tuberkulozit (strategjija e parandalimit të tuberkulozit, (.GJENEVE ,OBSH ,2006-2007)

Strategjija ka për qëllim reduktimin e indiferencës dhe neglizhencës ndaj fëmijëve të sëmurë me TB.Udhezimet kombëtare dhe programet per menaxhimin e TB tek fëmijët jene duke ju përgjigjur në kohë , thirrjes për përkujdesje ndërkombëtare për fëmijët me TB

Parandalimi I përhapjes së infeksionit tuberkular,nëpërmjet diagnostikimit dhe trajtimit të të gjitha rasteve me TB aktiv, vëcanërisht të formave pulmonare me ekspektorant pozitiv për Mycobacterium tuberkulozis, është një çështje thelbësore në të cilën bazohet kontrolli I tuberkulozit.Trajtimi I të sëmurëve me TB, është i rëndësishëm jo vetëm në shërimin e të sëmurëve,por dhe e bën pacientin jo infektues në një kohë sa më të shkurtër, duke zvogëluar burimet e infeksionit për komunitetin, si dhe ul rezistencën e fituar ndaj barnave antituberkulare.Mjeku klinikist që ka në kujdes pacientin me TBC, ka një përgjegjësi të vecantë në shëndetin publik dhe duhet të kurojë pacientin deri në shërimin e tij.

OBJEKTIVI specifik I këtij punimi, është të bëjë të qartë dhe të pranueshëm për personelin shëndetësor, procedurat diagnostike dhe terapeutike që duhen ndjekur në fëmijë të infektuar dhe të sëmurë me tuberkuloz, me ose pa infeksion të HIV, si dhe të japë një njohuri mbi klinikën dhe medikamentet antituberkulare.

PËRDORUESIT E KËTIJ UDHËRËFYESI. Ky udhërfyes do të jetë në shërbim të mjekëve të përgjithshëm, mjek specialist peditër, mjek pneumolog e punonjës shëndetësor pranë dispanserive të sëmundjeve pulmonare.

FALENDERIME:

Falenderoj për bashkëpunimin: **Dr.Arlind Myftari ,Dr.Odeta Shehu**

FORCA DHE CILËSIA E PROVAVE PËR TË DHËNAT E REKOMANDUARA.

Forca e rekomandimit:

- A Evidenca të mira shkencorë, të preferuara, gjithmonë të ofruara.
- B Evidenca shkencore diskrete, alternative, të pranueshme. Zakonisht ofrohen
- C Evidenca shkencore të pa mjaftueshme opsionale në mungesë të opsionit A e B.
- D Procedura jo të rekomandueshme.
- E Evidenca të mira shkencorë që rekomandojnë të mos përdoret procedura. Fortësisht të pa këshillueshme.

Cilësia e rekomandimit:

- I Evidencë e provuar, e kontrolluar, e randomizuar
- II Evidencë e aprovuar nga observime të disenjuara mirë, me grup kontrolli case- kontroll ose coort, të kryera mbi popullata të diferencuara.
- III Evidencë e aprovuar nga opinion i ekspertëve, case-report ose studime në grupe.

DEFINICIONI

Klasifikimi internacional i standartizuar i TB.

- A. **Klasa 0** - Jo i ekspozuar ndaj M.tuberculosis, nuk evidentohet infeksion tuberkular latent; subjekt me anamnezë negative për ekspozim ndaj M.tuberculosis, dhe test të tuberkulinës negative.
- B. **Klasa 1**- I ekspozuar ndaj M. tuberculosis, nuk evidentohet infeksion tuberkular latent; subjekti me anamnezë positive për ekspozim ndaj M.tuberculosis dhe test të tuberkulinës negative < 5mm
- C. **Klasa 2**- Infeksion tuberkular latent: subjekt me pozitivitet të testit të tuberkulinës > 5mm, dhe mungesë të kritereve klinike, bakteriologjike dhe radiologjike për një TB aktiv. Duhet të specifikohet statusi i subjektit në lidhje me trajtimin e infeksionit tuberkular latent (rast i pa trajtuar, rast në trajtim, trajtim i kompletuar, trajtim jo i kompletuar). Për zbulimin e ILT përdoret testi i intradermoreaksionit sipas MANTOUX (injeksion intradermik i 0,1 ml i solucionit 5 UI të PPD) Leximi i reaksionit bëhet pas 48-72 orëve nga injeksioni dhe shprehet në mm.
- D. **Klasa 3**- Tuberkulozi klinikisht aktiv (TB aktiv): konsiderohet subjekti me TB pulmonar dhe ekstrapulmonar, me procedura diagnostike të kompletuara dhe që i korrespondon një nga kritereve të mëposhtme:
1. Diagnozë e kulturës për M.tuberculosis (të paktën 10 koloni në një kulturë
 2. Diagnoza mikroskopike pozitive për MT
- Ekzaminim mikroskopik i lëngjeve biologjike dhe evidentim për BAAR (bacil acido alkool rezistent) ose pozitiv për testin e amplifikimit të acidit nukleik ose preparat histologjik (biopsi) ose granulomë tuberkulare.
3. Shenja klinike, radiologjike sugjестive për TB aktiv, dhe vendim i mjekut për fillimin e trajtimit standart me antituberkulare dhe përgjigje pozitive ndaj mjekimit.
 4. Diagnozë autopsike në rastin e tuberkulozit të pa diagnostikuar gjatë jetës.
- E. **Klasa 4**- Tuberkulozi klinikisht jo aktiv. anamnezë pozitive për test të tuberkulinës pozitiv, radiologji jo normale por e stabilizuar, ekzaminim bakteriologjik negativ.
- F. **Klasa 5**- Tuberkuloz i dyshuar, i dyshuar që është në trajtim me antituberkulare deri në kompletimin e procedurave diagnostike, por që nuk duhet të zgjasë më shumë se 3 muaj deri në klasifikimin e rastit.

Të dhëna të përgjithëshme për tuberkulozin. Disa gjëra që duhen ditur.

Tuberkulozi është një sëmundje infektive me dekurs kronik, sistemike, granulomatoze, me sëmundshmëri të lartë, vdekshmëri dhe kosto të lartë mjekimi.

Shkaktar i sëmundjes është një bacil (*Mycobacterium tuberculosis* I tipit human dhe bovin) si dhe shtame të tjera më pak të përhapura. Është një bakter gram –pozitiv aerob, i detyrueshëm, i pa lëvizshëm që nuk formon spore, në formë shkopi, që rritet në mjedise të thjeshta sintetike në temperaturë 37-41 gradë. Mund të shihet direkt në mikroskop në materialin e marrë pasi është ngjyrosur me Zeheel_Nelsen si dhe me përcaktimin e ADN-se bakteriale

Është vlerësuar se një e treta e popullatës botërore është e infektuar me *Mycobacterium tuberculosis*.

Rreth 9 milion njerëz zhvillojnë çdo vit tuberkuloz dhe rreth 2 milion prej tyre vdesin çdo vit; rreth 1 milion të sëmurë me TB i përkasin moshës fëmimore deri në 15 vjeç.

Infeksioni nga MT shkaktohet nga inhalacioni në mushkëri i pikëzave të vogla të gëlbazës së të sëmurëve me tuberkuloz pulmonar nëpërmjet kollës, tështitjes e të folurit. Fëmijët shpesh infektohen nga një person i afërt më të, shpesh i familjes, i sëmurë me TBC. Sa më i vogël është fëmija aq më i ngushtë dhe i afërt është personi i sëmurë. Infektimi ndodh nga persona të rritur të sëmurë me TBC, prindërit, gjyshërit, fqinjët, edukatorët në kopësht, shkolla, konvikte.

Rruga e transmetimit është nga njëri i sëmurë tek i shëndosha nëpërmjet të kolliturit, pështymës së adulteve të cilat përmbajnë bacile të tuberkulozit. Pacientët e rritur B.K. pozitiv të pa mjekuar që jetojnë gjatë, rrisin numurin e burimeve të tuberkulozit dhe infektojnë një numër shumë të madh njerëzish nga viti në vit.

Shumëzimi i bacileve që kanë hyrë në organizëm varet nga numuri i bacileve, virulenca e tyre, gjendja e rezistencës imunologjike të streuesit.

Përgjigjia imunitare zhvillohet pas 4-6 javësh nga infeksioni tuberkular. Në shumë raste përgjigjia imunitare ndalon shumëzimin e bacilit të tuberkulozit në organizëm, por një shumicë bacilesh mbeten përjetësisht të gjallë.

Në shumë raste përgjigjia imunitare nuk është e mjaftueshme, dhe sëmundja progredon në pak muaj, veçanërisht në fëmijët me imunitet të ulur dhe në moshë të vogël (nën 4 vjeç), duke shkaktuar shtrirje të fokusit primar ose pa formim kaviteti, zmadhim të limfonodujve regionale, dhe përhapje të infeksionit më rrugë limfohematogjene (tuberkulozi primar). Një pjesë e fëmijëve më të rritur zhvillojnë tuberkuloz post primar nga riaktivizimi i bacileve të fjetura por të gjalla, pas shërimit të fokusit primar ose nga një ri infeksion me bacilin e tuberkulozit.

Fëmijët mund të paraqesin tuberkuloz në çdo vit të jetës me shpesh ndërmjet moshës 1 dhe 4 vjeç. Fëmijët veçanërisht ata më të vegjël, rrallë ose asnjëherë nuk janë infektues për fëmijët e tjerë ose të rriturit. Në sekrecionet e tyre endobronkiale, bacilet janë mjaft të pakta ose mungojnë. Shpesh pacientët e vegjël nuk kolliten por gëlltisnin sputumin në stomak. Gjetja e bacilit të tuberkulozit në

materialet biologjike të të sëmurit është gjithmonë e vështirë. Mungesa e dokumentacionit bakteriologjik nuk përjashton infeksionin tuberkular kur të dhënat e tjera klinike e radiologjike janë në favor të sëmundjes.

PATOGENEZA

Bacilet e tuberkulozit ,nëpërmjet ajrit të ngarkuar me agjentin shkaktar të sëmundjes,shkakton lezionin në portën e hyrjes si dhe përhapjen e infeksionit në limfoglandulat përreth.Pulmoni është porta e hyrjes më e shpeshtë dhe përbën 98% . Këto vatra nëse janë të vogla dhe strehuesi është imunokompetent shkojnë drejt kalçifikimit, në të kundërt fokusi shkon drejt zgjerimit.Komponenti pulmonar dhe limfoglandular përbëjnë kompleksin primar. Shpesh përmbajtja kazeoze derdhet në bronke dhe bronkiolo duke dhënë përhapje bronkogene me formim të fokuseve të reja ne dy pulmonet. Gjatë zhvillimit të tuberkulozit, bacilet hyjnë në gjak dhe shpërndahen në të gjitha indet, duke dhënë diseminim hematogjen në shumë inde e organe të tjera si dhe meningit.Koha ndërmjet fillimit të infeksionit dhe shfaqes klinike është e ndryshme. Diseminimi shfaqet pas 2-6 muajsh.

FORMAT E TUBERKULOZIT

1.Sipas lokalizimit anatomik ndahet në :

***TB pulmonar** :konsiderohet një pacient me TB të laringut, parenkimës pulmonare dhe limfoglandulave trakebronkiale.

***TB extrapulmonar** :konsiderohet një pacient me TB të organeve të tjera si pleurës,nyjeve limfatike periferike, kockave e artikulacioneve, sistemit urogenital, syve meningjeve, peritoneumit, perikardit heparit ,lekurës.

2.Sipas statusit bakteriologjik ndahet në :

- * Tuberkuloz pulmonar sputum direkt pozitiv.**
- * Tuberkuloz pulmonar sputum direkt negativ.**
- * Tuberkuloz extrapulmonar kulturë pozitiv.**

FAZAT E ZHVILLIMIT TË SËMUNDJES.

Dallohen dy faza kryesore të sëmundjes së tuberkulozit :

1.Tuberkulozi primar që përfshin:

- a) infeksionin tuberkular latent ILT (pa sëmundje).
- b) tuberkulozin aktiv (kompleksin primar, tb pulmonar progresiv, adenopatinë, pleuritin, eritemen nodoze, tuberkulozin bronkogjen të diseminuar.

2.Tuberkulozi post primar që përfshin:

- a) tuberkulozin miliar,tuberkulozin e meningjeve dhe te sistemit nervor qendror.
- b) tbc kavernoze.
- c) tbc kockor,renal,perikardit,artikulacioneve,mezenterit,peritoneumit organeve genitale.

DIAGNOZA E TUBERKULOZIT TEK FEMIJËT.

Diagnoza e tuberkulozit tek fëmijët shpesh është e vështirë. Konfirmimi bakteriologjik nuk është i lehtë pasi fëmijët rrallë kanë kollë dhe nuk nxjerin gëlbasë.

Rekomandime për diagnozën e T.B. tek fëmijët

KRITERET

- 1.**Të dhëna të anamnezës** , kontakt i ngushtë me të sëmurë me tb.
- 2.**Prova kutane** e tuberkulinës pozitiv(reaksioni Mantu).
- 3.**Ekzaminimi klinik** (kollë persistente,temperature, rënie në peshë,anoreksi djersitje .
- 4.**Vertëtim bakteriologjik** (bk,)pozitiv në rast se është i mundur .
- 5.**Kërkim i vazhdueshëm** për tbc pulmonar dhe ekstrapulmonar.
- 6.**Kërkim për infektion të mundshëm për H.I.V.**

FAKTORËT E RISKUT NË TUBERKULOZ

1.Kontakt I ngushtë me të sëmurë me tbc aktiv sputum pozitiv.

2.Mosha më pak se 5 vjeç.

3.Infeksioni H.I.V.

4.Kequshqyerja (malnutricioni).

5.Përdorimi I gjatë I kortikosteroideve.

Në rastin e fëmijës me imunitet të ruajtur, tuberkulozi paraqitet me simptomat e një sëmundje të kronicizuar, pas kontaktit të tij me një person të sëmurë.Në shumicën e rasteve,infeksioni me M.T.demonstohet me testin e tuberkulinës pozitiv (TST)ose intradermoreaksioni.Në fëmijët e vegjël sëmundja mund të ketë karakter akut si një pneumoni,dhe mund të dyshohet si një përgjigje e varfër ndaj përdorimit të antibiotikëve ;në raste të tilla duhet të ekzaminohen për tuberkuloz edhe personat e afërt me të .

KUR DUHET TË DYSHOHET PËR TUBERKULOZ

Prezenca e tre ose me shumë shenjave të përshkruara më poshtë sugjestionon fort për TB.

*Anamnezë për kontakt me të sëmurë me tb.

*Simptoma kronike që sugjestionojnë për tb.

*Të dhëna për shenja ndryshimesh fizike sugjestive për tb.

*Testi I tuberkulinës pozitiv.

*Ekzaminim radiologjik I kraharorit që sugjestionon për tb.

REKOMANDIMET PËR DIAGNOZËN E TUBERKULOZIT TEK FËMIJËT

1 Anamnezë e kujdesëshme për kontakt me të sëmurë me tb.

a. KONTAKT I ngushtë me persona të sëmurë me tb që jetojnë brenda familjës, si sputum pozitiv ashtu dhe sputum negativë, por kulturë pozitiv.

Të gjithë fëmijët e moshës 0-4 vjeç e më tepër që kanë kontakt të ngushtë me të sëmurë sputum pozitiv duhet të ekzaminohen për TB.

Nëse një fëmijë diagnostikohet me TB edhe fëmijët e tjerë të familjes duhet të kontrollohen për tb.

b.SIMPTOMAT Në shumë raste fëmijët me shenja të tuberkulozit kanë simptoma kronike si :

Kollë kronike që persiston më shumë se 21 ditë .

Temperaturë trupore >38°C për më shumë se 14 , ditë duke përjashtuar pneumoninë ose malarjen .Peshë trupore e ulur ose rënie në peshë .Djersitje e shtuar veçanërisht natën.

2 Ekzaminimi klinik

Disa shenja janë më sugjестive për tb ekstra pulmonar (tb I organeve të tjera përveç mushkërisë Shenjat më të rëndësishme janë:

a.Shenja fizike dhe investigim që sugjerojnë fort për tb ekstrapulmonar:

- **Gibus** (kurriz I dalë) nga TB I vertebrave.

- **Zmadhim I limfonodulave të qafës** me formim fistulash.

-**Meningit** që nuk i përgjigjet pozitivisht mjekimit me antibiotikë dhe me rritje të presionit intrakranial.

-**Efuzion I perikardit.**

-**Fryrje e barkut dhe asci.**

-**Zmadhim I limfonodulave të barkut.**

-**Shenja të mbindjeshmërisë ndaj tuberkulinës(konjuktiviti fliktenular,eritema nodoze.**

TESTI I TUBERKULINËS.

Infektimi I parë me bacilin tubekular çon në zhvillimin e alergjisë ndaj proteinës tuberkulinike.Kur tuberkulina injektohet në lëkurën e një personi të infektuar, brenda 24-48 orësh zhvillohet një reaksion lokal I vonuar.Reaksioni mat shkallën e alergjisë, nuk mat shkallën e imunitetit ,dhe nuk tregon shtrirjen e sëmundjes.

Testi I tuberkulinës është pozitiv kur një person është I infektuar me M. tuberculosis por jo gjithmonë.Ky test është I rëndësishëm për diagnozën në fëmijët me simptoma të TB dhe përdoret së bashku me teste të tjera.Ka disa teste të tuberkulinës por testi sipas Mantux është metoda më e rekomanduar.

Testi I tuberkulinës duhet të jetë I standartizuar. Injektohet 5 UI(unite) tuberkulinë PPD(purified protein derivative ose 2TU tuberkulinë PPD RT23, e cila jep reaksion të njejtë në fëmijët e infektuar me TB. Ajo përdoret për kontrollin e tuberkulozit kudo në botë.

LEXIMI DHE INTERPRETIMI I REZULTATIT.

Lexojeni testin pas 3-4 ditësh,Nëse ka ndodhur reaksion do të shihet një zone e skuqur(eriteme) e cila është e vështirë të dallohet në lëkurë të errët,dhe një zonë fortësimi në lëkurë(induracioni).Masni

diametrin e forcimit gjatë aksit transversal dhe vertikal të krahut. Regjistroheni këtë të dhënë me kujdes në mm. Psh(mantu 15 x15mm);

Testi I tuberkulinës vlerësohet pozitiv:

- * Në fëmijët me risk të lartë (përfshi të infektuar me HIV dhe malnutricion të rëndë, marazëm ose Kwashiorkor kur diametri I induracionit është > 5mm
- * Në të gjithë fëmijët e vaksinuar ose jo me vaksinën B.C.G kur diametri i induracionit është >10mm

VLERËSIMI I TESTIT TË TUBERKULINËS(TST)

Testi i tuberkulinës përdoret për të vlerësuar fëmijët e ekspozuar ndaj B.T.

Testi i tuberkulinës është i përdorshëm në infeksionin HIV për të identifikuar fëmijët me TB/HIV tek të cilët TST është pozitiv në rastet e fëmijëve të infektuar me HIV por me imunitet ende të ruajtur.

Mund të kemi reaksion fals pozitiv ose fals negativ të TST. Në disa raste TST duhet të përsëritet veçanërisht tek fëmijët me malnutricion ose sëmundje të rëndë pas 2-3 muajsh.

TST negativ nuk përjashton një tuberkuloz.

KONFIRMIMI BAKTERIOLLOJIK PËR PREZENCË TË MT NË GËLBAZË DHE KULTURA TË TJERA.

Mikroskopija e gëlbasës është metoda më e mirë dhe më e lirë që përdoret në shumë vende të botës. Duhet të ekzaminohen 3 kampione . Në programet e mira vetëm 5-10% e pacientëve rezultojnë gëlbasë pozitiv. Tek fëmijët e vegjël është më mirë të ekzaminohet aspirati gastrik ose materialet e marra për biopsi.

Materiali ekzaminohet edhe në kulturë e cila është shumë e rëndësishme për të diferencuar Mycobacterium tuberculosis nga mycobacteriumet jo tuberkulare. Konfirmimi bakteriologjik vendos diagnozën e tuberkulozit dhe është i rëndësishëm veçanërisht në rastet :

- *E dyshuara për TB rezistent.
- *Infeksion nga HIV.
- *Rast I rëndë I sëmundjes.
- *Diagnozë e paqartë.

MËNYRAT E MARRJES SË MOSTRAVE PËR EKZAMINIM MIKROSKOPIK (STRISHIO).

A .Sputumi (Ekspektorati,gëlbaza).

Gelbaza duhet të merret gjithmonë në fëmijën mbi 10 vjeç I dyshuar për tb. Duhet të ekzaminohen 3 mostra të cilat merren 3 ditë rresht esëll në mëngjes. Tëk fëmijët nën 5 vjeç është e vështirë të merret sputum ; në këto raste merret aspirat gastrik esëll në mëngjes.

B. Aspirati gastrik .

Merren 3 mostra të cilat ekzaminohen në vëzhgim mikroskopik dhe kulturë për mycobacterium në një qendër të specializuar të kontrollit.

C. Likidi cerebrospinal.

Materiali mblidhet në 3 epruveta sterile duke mbledhur një sasi prej 2ml në secilën. Në epruvetë duhet të shkruhet data dhe ora e marrjes së kampionit.

D. Likid nga kavitetet trupore.

Meren 3 mostra nga 50 mm duke shkruar datën, orën dhe vëndin e organit të ekzaminuar.

INVESTIGIME PËR TUBERKULOZIN PULMONAR DHE EKSTRAPULMONAR

a. Rast I dyshuar për tbc pulmonar.

Ekzaminimi radiologjik është I dobishëm për diagnozën e tb tek fëmijët. Në shumicën e rasteve gjejmë ndryshime radiologjike që sugjerojnë për tb. Më shpesh vërehet zgjerim I erresimit radiologjik(opacitetit pulmonar), së bashku me zgjerimin e nyjeve limfatike hilare. Pacientët tek të cilët persistojnë erresimet edhe pas mjekimit me antibiotikë duhet të investigohen për TB. Adoleshentët kanë ndryshime radiologjike me formim kavitetesh (kaverna). Adoleshentët mund të manifestojnë edhe tbc primar me adenopati hilare.

Ekzaminimi radiologjik duhet të vlerësohet nga një radiolog ose një mjek I trajnuar për leximin e tyre.

b. Rast I dyshuar për tbc ekstrapulmonar . Praktika për diagnozën.

Tabela e mëposhtme zakonisht përdoret për të diagnostikuar format e zakonshme të TB ekstrapulmonar. Këto raste duhet të confirmohen me ekzaminim histologjik ose me ekzaminime të tjera të specializuara .

Tabela FORMAT MË TË SHPESHTA TË TB EKSTRAPULMONAR.

Vendi organi i prekur	Praktika për diagnozën
Limfonoduj periferike veçanërisht të qafës....	Biopsi e limfonodujve.
Tuberkuloz miliar I diseminuar....	Ro grafi e mushkërive,punksion lumbar.
Tuberkuloz I meningjeve dhe SNC	Punksion lumbar ,tomografikompjuterizuar.
Efuzioni pleural	Ro grafi e mushkërive,punksion pleural. Analizë biokimike(protein , glukozë ,qeliza, Kulturë.
Tuberkuloz abdominal e peritoneal	ECHO e barkut , punksion për ascit.
Tuberkuloz osteoartikular....	Ro grafi osteoartikularë, punksion synovial, biopsi.
Tuberkuloz I perikardit....	ECHO e zemrës, punksion I perikardit, biopsi.

**PROTOKOLLI DIAGNOSTIK NË RASTET E TUBERKULOZIT PULMONAR OSE TË SUSPEKTUAR
TESTE TË TJERA PËR DIAGNOZËN E TUBERKULOZIT**

-**Testet serologjike dhe të amplifikimit të acidit nukleik** (polimerazë chein reaction nuk janë aktualisht të rekomanduara për diagnozën rutinë të TB tek fëmijët .Këto studime kanë dhënë rezultate të dobta, të varfëra dhe kjo fushë kërkon hulumtime të mëtejshme dhe mund të jetë e dobishme në të ardhmen.Kërkimi për MTme metodën e diagnozës molekulare (testin I amplifikimit të acidit nukleik me sondë RNA ose PCR te DNA duhet të rezervohet vetëm në rastet e dyshuara fort .

-**Kërkimi me sondë RNA** është I indikuar në kampionet si ekspektorat ,urinë, likid pleural, pericardial,e peritoneal.

-**Testi molekular I rezistencës genotipike ndaj izoniazidit dhe rifampicinës**

-**Të gjitha kulturat pozitive duhet të testohen për ndjeshmërinë ndaj barnave anti TB të linjës së parë si :** IZONIAZID, RIFAMPICINE, PIRAZINAMID, ETHAMBUTOL ,STREPTOMICINE.

- **Testi I gamma- interferonit** për diagnozën infeksion/sëmundje(INF-y) me **metoden ELISPOT.**

ROLI I RADIOLOGJISË

Radiografija standarte e toraksit ka një rol thelbësor në diagnozën e tuberkulozit pulmonar. Vecanërisht në zbulimin e infiltrateve apikale të kavernizuara, adenopatine hilare, etj. Ekzaminime të tjera të specializuara si TAC (tomografi e kompjuterizuar, rezonancë magnetike dhe bronkoskopia) nuk janë të rekomanduara në diagnozën rutinë të tuberkulozit të fëmijëve dhe duhet të rezervohet në rastet e vlerësimit dignostik dhe të prognozës.

Tomografija e kompjuterizuar TAC me ose pa kontrast duhet të kryhet në rastet:

- Për të identifikuar adenopatinë hilomediastinale, si dhe në rastet e hemoptizise masive për të vlerësuar embolinë e arteries bronkiale.
- Për diagnozën diferenciale me patollogji të tjera pulmonare ose shoqëruese të tuberkulozit si neoplazite, abcesi pulmonar, infeksionet mykotike.
- Në rastet me ro grafi toraksi negativ dhe dyshim i fortë për TB (me ose pa kontrast) .

Testi i ekzaminimit për H.I.V është i domosdoshëm në zonat me prevalencë të lartë të sëmundjes ku HIV dhe TB janë në bashkëjetesë dhe ky test duhet të bëhet rutinë. Në zona me prevalencë të ulur për HIV, testi rekomandohet në bazë të simptomave ose kushteve që sugjerojnë për HIV ose në rastet e ekspozimit ndaj HIV.

GRAVITETI I SËMUNDJES TUBERKULARE (rëndesa) SIPAS OBSH.

OBSH përcakton si raste të rënda të sëmundjes format si : tuberkulozin e meningjeve dhe spinal, tbc miliar I diseminuar, tbc të perikardit, tbc peritoneal, tbc pleural bilateral, tbc genitourinar.

Përcaktohen si forma më pak të rënda të sëmundjes tbc e limfoglandulave, pleural i njëanshem, tbc osteoartikular dhe tbc i lëkurës.

Në bazë të një kriteri radiologjik forma pulmonare **përcaktohet si shumë e avancuar në rastet kur** lezionet pulmonare kanë përhapje më të madhe se dy të tretat e volumit të një pulmoni.

Në vendet ekonomikisht të pa zhvilluara OBSH, përcakton si prioritet trajtimin e tuberkulozit sipas kategorive të mëposhtme:

- I Forma pulmonare sputum pozitiv, sputum negativ, prezencë e infeksionit HIV ose forma ekstrapulmonare të rënda.
- II Forma pulmonare recidive, mjekim I dështuar, trajtim I ndërprerë.
- III Forma pulmonare jo të përhapura, dhe forma ekstrapulmonare.
- IV Rastet kronike.

STANDARTIZIMET DHE DEFINICIONE TË TUBERKULOZIT TË FËMIJËVE SIPAS OBSH.

Në bazë të ekzaminimit direkt të sputumit në një fëmijë me TB aktiv do të kemi:

• **TBC pulmonar sputum direk pozitiv :**

Kriteret janë

1. Dy ose më shumë ekzaminime të gëlbasës me rezultat pozitiv për mycobacterium tuberculosis.
2. Një sputum pozitiv plus XR jo normale që sugjeron TB aktiv të mushkërive.
3. Një sputum pozitiv dhe një kulturë të gëlbasës pozitiv për M.T.

• **TBC pulmonar sputum direkt negativ**

Kriteret janë :

Rastet e ekzaminimit të sputumit I cili rezulton negativ është e shpeshtë tek fëmijët me tuberkuloz aktiv

1. Tre rezultate negative të ekzaminimit direkt të sputumit dhe ekzaminim radiologjik që sugjeron për TB aktiv të mushkërisë.
2. Mospërgjigje e mirë ndaj mjekimit me antibiotikë të spektrit të gjerë.
3. Vëndim nga klinicisti për të filluar mjekimin me antituberkularë.

. **TBC ekstrapulmonar**

Kriteret janë:

1. Fëmijë vetëm me tuberkuloz ekstrapulmonar pra të një organi jashtë mushkërisë .Diagnoza e tuberkulozit ekstrapulmonar është më e vështirë se ajo e TB pulmonar,por këto forma janë më të rralla dhe përbëjnë rreth 20% të të gjithë rasteve.Këto forma paraqesin problem për individin e sëmurë,por nuk përbëjnë burim infeksionl për të tjerët.Diagnoza duhet të mbështetet kryesisht në ekzaminimin histopatologjik dhe është kompetencë e specialisteve përkatës.Rastet e vërtetuara mund të fillojnë mjekimin sipas skemave të pëshkruara në këtë udhezues.

2.Fëmijët të cilët kanë tb pulmonar shoqëruar me tb ekstrapulmonar do të klasifikohen si rast tuberkuloz pulmonar.

**Në vartësi të marrjes së mjekimit më parë , pacientet ndahen sipas skemës së mëposhtme
REKOMANDIM SIPAS OSH.**

RAST I RI konsiderohet :

Një pacient që nuk ka marrë asnjëherë mjekim për TB në të kaluarën, ose ka marrë medikamente anti TB për më pak se një muaj.

Rast I mjekuar konsiderohet nje pacient I cili me pare eshte diagnostikuar per TB dhe mjekuar me medikamente antituberkulare per te pakten nje muaj ,pas se ciles vendoset diagnoza,mikroskopike – klinike e TB.Perfshihen edhe rastet e ritrajuara pas nje deshtimi te mjekimit ose pas mjekimit te nderprere.

RECIDIVE konsiderohet :

Një rast me TB pulmonar sputum BK pozitiv, i cili është trajtuar më parë dhe ka qenë deklaruar si i kuruar ose që ka përfunduar komplet mjekimin e mëparshëm.

RIMJEKIM PAS NDËRPRERJES konsiderohet :

Një rast me TB pulmonar sputum BK pozitiv i cili ka ndërprerë mjekimin për më shumë se 2 muaj.

RIMJEKIM PAS DESHTIMIT konsiderohet :

Një rast me TB pulmonar sputum BK pozitiv, i cili ka dështuar në mjekim dhe mbetet pozitiv në muajin e 5 ose më vonë gjatë mjekimit.

RAST KRONIK konsiderohet pacienti me gëlbasë që mbetet ose ribehet pozitiv pas një regjimi trajtimi të kompletuar dhe të mbikqyrur.

FORMAT KLINIKE TË TUBERKULOZIT TË FËMIJËVE.

***TBC primar pa shenja (TBC latent).** Fëmijët nuk kanë shenja klinike të sëmundjes, kanë provën e tuberkulinës pozitive, radiologjia negative. Këta fëmijë mjekohen me terapi parandaluese.

***TBC primar tuberkular ose kompleksi primari** I cili përbëhet nga vatra në mushkëri dhe limfadeniti vendoset nën pleurë, në lobe e segmente të dy mushkërive. Mund të formohen më shumë se një vatër. Shpesh limfoglandulat zmadhohen e zgjerohen duke dhënë shtypje të rrugëve të frymëmarrjes. Limfonodujt e kazeifikuar mund të derdhen në bronke e të japin përhapje endobronkiale të sëmundjes, bllokim të bronkeve me emfizemë dhe atelektazë. Shenjat klinike janë të varfëra. Fëmija mund të ketë ethe të moderuar, dobësi, djersitje gjatë natës, mungesë oreksi kollë të lehtë e të thatë mos shtim në peshë. Shenjat fizike pulmonare janë të varfëra disa kanë fishkëllima dobësim të frymëmarrjes takipne. Diagnoza vendoset nga të dhënat e anamnezës, shenjat klinike prova pozitive e tuberkulinës ekzaminimi radiologjik, e bakteriollogjik.

***TBC primar pulmonar progresiv.** Është ndërlikim i rrallë por serioz me formim infiltratesh të mbushura me kazeum. Lënda kazeoze mund të derdhet në bronk ose pleurë duke formuar vatra të tjera bija. Klinika është e shprehur me ethe, temperaturë të lartë, kollë me shumë sputum, rënie në peshë, djersitje. Frymëmarrja në auskultacion është e dobësuar dëgjohen rale.

***Pleuriti tuberkular** .Pleuriti tipik me likid ndodh në 5-10% të rasteve dhe prek kryesisht fëmijet mbi 6 vjeç. Tek fëmijët nën 2 vjeç thuajse është e rrallë dhe manifestohet 6-12 muaj pas infeksionit primar. Zakonisht është i njëanshëm.Shenjat klinike mund të fillojnë me ethe temperaturë të lartë,dhimbje në anën e sëmurë,frymëmarrje sipërfaqësore,matitet auskultacion i dobësuar. Në ro grafi verehet errësim dhe prezencë likidi në anën e sëmurë. Në drenazhimin e lëngut pleural vërehet ngjyrë e verdhe peshë specifike 1012-1025 më shumë qeliza predominim të limfociteve,proteina 2-4gr% glukozë e ulur. Ekzaminimi direkt për bakteriollogji rezulton negativ ,kultura pozitiv në 70% të rasteve.

***TBC i perikardit** .Është formë e rrallë,lëngu në hapësirën e perikardit është serofibrinoz me shtim të fibrinës,e ndonjëherë me perikardit konstrikiv.Klinika është e varfër me dobësi,ethe,jo shumë të lartë,humbje në peshë . Dëgjohen fërkime perikardiale,tone të zemrës të largeta të dobta,

***TBC miliar**. Është ndërlikimi më i hershëm i infeksionit parësor(3—6muaj) pas formimit të kompleksit primar. Prek më shumë fëmijët e vegjël.Shkaktohet nga kalimi në qarkullimin e gjakut të sasive të mëdha bacilesh nga një vatër kazeoze që drenohet në enët e gjakut duke formuar tuberkula me madhësi të njëjtë,ne mushkëri, shpretke,mëlçi ose palcën e kockave. Preken më shpesh fëmijët me imunodeficiencë të lindur dhe të fituar. Sëmundja shfaqet e ngadalëshme me mungesë oreksi dobësi humbje të peshës,më pas temperaturë e lartë ,vështëri në frymëmarrje kollë .Mushkeritë janë të mbushura me tuberkula. Gjendja mund të ndërlikohet me pneumotoraks,pleurit dhe pneumomediastin,ose të shoqërohet me meningit,peritonit me ndryshime e formim tuberkulash edhe në sy.Diagnoza e kësaj forme është e vështirë,prova e tuberkulinës shpesh është negativ,po ashtu edhe bakteriollogjija shpesh është negativ. Radiografia e mushkërive jep ndryshime karakteristike që qëndrojnë për disa muaj.

***Meningiti tuberkular** është ndërlikimi më i rëndë i tbc limfohematogjen post primar.Fillon me formimin e një ose më shumë lezioneve kazeoze në korteks ose meningje(fokuset e Rich) të cilat lëshojnë mycobacterin në hapësirën subaraknoidale.Më pas formohet një eksudat I trashë xhelatinoz I vendosur kryesisht në bazën e trurit dhe që krijon kushtet për bllokimin e rrugëve të kalimit të LTHS me pasoje hidrocefaline dhe dëmtim të nervave kraniale veçanërisht të çiftit të III VI ,VII.Klinika është e shpejtë,dhe zakonisht ndahet në tre faza. Faza e parë me shenjë të një infeksioni të përgjithshëm temperaturë dhimbje koke,lodhje . Faza e dyte që zgjat 1-2 javë me shenja më të rënda , dhimbje koke, letargji, fotofobi, të vjella, rigjeditet të qafës konvulsione,paraliza të nervave kraniale, shenja të një encefaliti, mos orientim, çrregullime të dëgjimit e të folurit. Faza e trete karakterizohet nga frymëmarrje dhe puls i çrregullt, paraliza të nervave kraniale, hemiplegji ose paraplegji,koma,decereberim dhe vdekje.Ekzaminohet LTSH me anë të punkcionit trunoshpinor,që paraqitet i qartë ose lehtësisht opaleshent formon rrjetë kur lihet në qetësi,ka celula deri (500)për mm3 me predominim të limfociteve,glukozë të ulur nën 40mgr% reaksioni i tuberkulinës shpesh rezulton negativ. Ro grafi e mushkërive sugjeron për leziona tuberkulare ,por shpesh nuk gjejmë ndryshime radiologjike. Mjaft i rëndësishëm është CT dhe MRI .

***TBC i limfonodujve** ,preken më shpesh ato të qafës submandibulare,aksilare e inguinale,si dhe torakale e abdominale .Ato paraqiten të rritura të forta në prekje,me lëkurë të tendosur shpesh formojnë fistula.Prova e tuberkulinës rezulton pozitiv.Diagnoza vendoset nga histologjia e biopsive,dhe kërkese bakteriologjike e limfoglandulave.

***Tuberkulozi i kockave e artikulacioneve,veshkave ,abdomenit** sot janë edhe më të rrallë dhe kërkon ekzaminime bakteriologjike dhe histologjike të organit të prekur.

KRITERET PËR IZOLIMIN E PACIENTIT NË SPITAL.

Pacienti duhet të izolohet në rastin kur dyshohet për tbc deri në përfundim të procedurave diagnostike.Izolimi duhet të vendoset në rastet :

***Pacient pozitiv për M tuberculosis.**

***Pacient me test pozitiv të amplifikimit të acidit nukleik të bacilit në ekspektorat.**

***Në pacientet me një nga shenjat e mëposhtme.**

- 1 Kollë persistente prej më shumë se 15 ditësh.
- 2 Hemoptizi dhe simptoma respiratore të pajtueshme për tuberkuloz.
- 3 Temperaturë e vazhdueshme > se 7 ditë,rënie në peshë gjatë 3 muajve të fundit djersitje natën,test i tuberkulinës pozitiv.
- 4 Temperaturë e zgjatur >7 ditë shoqëruar me kuadër radiologjik që sugjeron për TB : infiltrat apikal, ose në lobet e mesme ose inferiore,lezione miliare, adenopati.

MEDIKAMENTET KRYESORE ANTITUBERKULARE VETITË DHE EFEKTET E TYRE.

Medikamentet kryesore antituberkularë janë 5 që konsiderohen si themelore në trajtimin e TBC

Izoniazid	H	(INH)
Rifampicine	R	(RMF)
Pirazinamid	P	(PZA)
Ethambutol	E	(EMB)
Streptomisine	S	(ST)

Medikamente më pak të efekshme në mjekimin e tuberkulozit

Pas(sodium praaminosalicilat
Kanamicine
Ofloxaxine
Capreomicine

Amikacine
Quinolones
Cikloserine

IZONIAZIDI është antituberkulari kryesor në mjekimin e tuberkulozit. Ndërhyn në sintezën e DNA dhe në metabolizmin e ndërmjetëm të bacilit. Ka veprim baktervrasës. Në pediatri jepet në doza 10-15 mg /kg/24 ore. Gjendet në tableta 100 mgr dhe 300mgr si dhe në ampula për përdorim parenteral. Jep përqendrim të lartë në të gjitha indet e organizmit Kalon mirë në LCS . Vepron mjaft mirë në bacilet që ndodhen në kavitate,kazeum dhe në brendësi të makrofageve.

Helmueshmeria :

- 1 Neuropati periferike
- 2 Reaksione alergjike
- 3 Helmim të qelizës hepatike (rritje të transaminazave,anoreksi,nauze të vjella)

RIFAMPICINA Vepron duke bllokuar RNA polimerazën e bacilleve brenda dhe jashtë qelizore

Ka veprim baktervrasës . Nuk ka rezistencë të kryqëzuar me barnat e tjera antituberkulare. Arrin përqëndrime të larta në inde dhe në LCS vepron mbi bacilet brenda dhe jashtë qelizore në kavitate,kazeum dhe makrofage.Gjendet në tableta ose kapsula si dhe në formë sirupi dhe si preparat për përdorim parenteral në doza 100 ,150 ,300 mgr. Doza maksimale deri në 600 mgr pro die.Merret esëll në mëngjes. Medikamenti i jep ngjyrë rozë urinës,djersës dhe lotëve.

Helmueshmeria :

- 1 Reaksione të mbindjeshmërisë si skuqje të lëkurës ose ekzanteme makulopapuloze
- 2 Insuficiencë renale
- 3 Leukopeni,trombocitopeni, fenomene hemorragjike
- 4 Sindromi i gripit shoqëruar me të dridhura,gjendje të fikti dhimbje koke dhimbje kockash .

I kombinuar me INH fuqizon aftësinë baktervrasëse por njëkohësisht dhe helmueshmërinë hepatike.Rifampicina stimulon enzimat e mëlçisë të cilat mund të zbërthejnë barnat e tjera me shpejt së normalisht si pilulat kontraceptive.

PIRAZINAMIDI ka veprim të mirë baktervrasës,kalon membranën e makrofagëve dhe është efikas në vrasjen e bacileve tb brenda qelizore. Është mjaft i vlefshëm në trajtimet e tbc së meningjeve. Merret nga goja një herë në ditë. Gjendet në tablet 400 dhe 500 mgr. Doza ditore 30 mgr /kg/peshë
Helmueshmëria :

- 1 hepatotoksik ,
- 2 ndonjëherë shfaqje e verdhesëz,
- 3 anoreksi,ethe,dhimbje artikulacionesh,
- 4 ritje e uricemisë.

ETAMBUTOLI ka veprim të mirë bakteriostatik frenon sintezën e RNA në bacilet jashtë qelizore. Ka një aftësi të lartë në ndalimin e rritjes së shtameve rezistente ndaj INH dhe RMF. Jepet në dozë 10mgr/kg/peshë në 24 orë. Gjendet në tableta 400mgr dhe jepet nga goja.

Helmueshmëria:

1. jep çrregullime të nervit optik me pamjaftueshmëri në diferencimin e ngjyrave,
2. humbje progresive e të parit nga neuriti retrobulbar,

Në këtë rast detyrimisht duhet të ndërpritet bari. Nuk jepet tek femijët nën moshën 6vjeç pasi është vështirë të zbulohet ky problem.

STREPTOMICINA është një medikament baktervrasës për mt veçanërisht për bacilet jashtë qelizore. Vepron duke frenuar sintezën e proteinave. Nuk ka aftësi të kalojë membranën e makrofagëve, nuk vret bacilet intraqelizore. Përqëndrimi është shumë i ulur në LCS normal por nivelet janë të larta nëse ka meningit. Fiton shpejt rezistencë antimakteriale nga 5% në fillim të mjekimit deri në 50% pas 3 muajsh. Nuk ka shpërndarje të mirë në inde të tjera. Gjendet në flakone 1 gram , jepet në doza ditore 20-30 mgr/kg/peshë në një dozë të vetme përdorim parenteral intra muskul.

Helmueshmëria

- 1 alergji, ethe, ekzantemë
- 2 ototoksik
- 3 nefrotoksik

Barnat e linjës së dytë përdoren në pacientë që janë vërtetuar rezistentë ndaj të pestë barnave standarte. Ato janë shumë të vështira për tu përdorur, kanë shumë efekte anësore, janë më pak të efektshëm dhe shumë të shtrenjtë. O.B.SH rekomandon që këto barna të përdoren në qendra të specializuara

KORTIKOTERAPIA

Është provuar se përdorimi i kortizonikëve rrit rrezikun e riaktivizimit të një tuberkulozi të heshtur. Përdorimi i kortizonikëve është i kufizuar në pediatri, vetëm në rastet e fëmijëve të prekur nga perikarditi tuberkular, meningjiti tuberkular, gjendet toksikoseptike me përhapje hematogjene, tuberkuloz miliar i avancuar . Efekti i kortizonikëve është i vërtetuar mbi përmirësimin e gjendjes së përgjithëshme, rënien e temperaturës, përmirësimin e rregullimit të frymëmarrjes, rifillimin e oreksit. Është vërtetuar që nuk sjell ulje të fibrozës reziduale. Në patollogjitë e mësipërme terapia zgjat 2-4 javë. Është i diskutueshëm përdorimi i kortizonikëve në pleuritit tuberkular. Në këtë formë të sëmundjes vërehet përmirësim drejt zvogëlimit të likidit pleural si pasojë e përmirësimit të fenomeneve inflamatore por që ky fenomen trajtohet më mirë me anën e funksionit pleural.

DOZIMI

Në meningitin tuberkular, 30 mgr dy herë në ditë për 4 javë , më pas duke e reduktuar gradualisht.

Në perikarditin tuberkular, 30mgr dy herë në ditë për 4 javë, më pas 15mgr për 4 javë të tjera duke e ulur gradualisht për shumë javë të tjera.

Steroidet demtojnë proceset imunitare. Kështu ndodh edhe me pacientët me HIV. Por megjithatë pacientët me sëmundjet e mësipërme mund të përfitojnë nga përdorimi i steroideve prandaj në këta pacientë duhen përdorur. Steroidet demtojnë proceset imunitare. Kështu ndodh edhe me pacientët me HIV. Por megjithatë pacientët me sëmundjet e mësipërme mund të përfitojnë nga përdorimi i steroideve prandaj në këta pacientë duhen përdorur.

KIRURGJIA NË RASTET E TUBERKULOZIT.

Kemioterapia është kaq efikase sa kirurgjia është rrallë e nevojshme. Në qendrat e paisura mirë dhe me personelin e duhur mundet që në disa raste ajo të jetë e dobishme si në rastet e mëposhtme

1. Tuberkuloz i kockave dhe artikulacioneve.
2. Tuberkuloz i shpinës ku ky trajtim është thelbësor në rastet kur materiali kazeoz kërcënon të shkaktojë paralizë të gjymtyrëve.
3. Tuberkulozin abdominal në rastin e bllokimit të zorrëve nga rritja e limfoglandulave mesenteriale.
4. Tuberkulozin e perikardit vetëm në rastin e tamponadës së zemrës ose kalçifikimit të perikardit .

PARIMET E MJEKIMIT TË TUBERKULOZIT.

- Baza e trajtimit të tuberkulozit është kimioterapia
- Të luftohet në shkatërimin e bacilit duke përdorur medikamente baktericide të kombinuar me medikamente bakteriostatike ,për të parandaluar zhvillimin e rezistencës bakteriale
- Të monitorizohet terapia duke përdorur medikamente të kontrolluara dhe në doza korrekte sipas peshës së fëmijës për të shmangur efektet anësore.
- Të kurojë pacientin me sa më pak ndëhyrje në jetën e tyre
- Nuk duhet të presim deri në konfirmimin bakteriologjik të kulturave të marra tek fëmijët pasi ata kanë më shpesh leziona të mbyllura.
- Marrje e mjekimit nën mbikqyrje mjekësore.DOT.
- Marrje e mjekimit sipas skemave kombëtare.
- Marrje e mjekimit për kohëzgjatjen e duhur.
- Të parandalojë vdekjen në pacientët e sëmurë rëndë.
- Të evitohet rishfaqen e sëmundjes.
- Të mbrojë familjen dhe bashkësinë nga infektimi.
- Mjekimi për tuberkulozin pulmonar sputum pozitiv duhet të fillohet në spital ku rasti duhet të trajtohet deri në kthimin e tij në sputum negativ .
- Mjekimi për tuberkulozin pulmonar sputum negativ mund të bëhet ambulatorisht , në rast se i sëmuri ka kushte ekonomikosociale të mira por gjithmonë nën kontrollin e personelit mjekësor.

-Format e rënda të tuberkulozit ekstrapulmonar, si tb (meningjeve,kockave veshkave perikardit)duhet të hospitalizohen në shërbime të specializuara të mjekimit .

MJEKIMI I TUBERKULOZIT TË FËMIJËVE

Mjekimi me antituberkularë pranohet mirë nga fëmijët dhe adoleshentët.Bari duhet të jepet herët në mëngjes esëll,në një dozë të vetme ditore.

INFEKSIONI TUBERKULAR LATENT.

Kandidatët për mjekimin e ILTB(infeksioni latent nga TB).

- *Testi i tuberkulinës >5mm.
- *Persona HIV pozitiv.
- *Kontakt I fresket më të sëmurë me T.B.
- *Persona me mbeturina fibrotike të TB ne radiografinë e pulmoneve.
- *Persona me një organ të transplantuar ose të imunosupresuar.

.

- * Testi I tuberkulinës>10m.
- *Persona të ardhur nga zona me incidence të lartë të T.
- *Përdorues të drogave me rrugë endovenoze.
- *Persona me sëmundje që rrisin rrezikun për tu sëmurur nga TB.
- *Fëmijë <5 vjeç ose fëmijë dhe adoleshentë të ekspozuar ndaj personave me rrisik të lartë për TB.

Kujdesi gjatë terapisë parandaluese në ;

- *Persona me hepatit kronik.
- *Persona vërtet të sëmurë me TB ende të padiagnostikuar pasi rrezikon për të zhvilluar rezistencën bakteriale.

GRUPET QË KANË NEVOJË PËR MJEKIM PARANDALUES

- *Fëmijët e vegjel të nënave me TB pulmonar.
- *Fëmijët që ushqehen me gji nga nenat me TB pulmonar duhet të marrin mjekim me Isoniazid për gjashtë muaj.
- *Nëse ka dyshim dhe të dhëna për sëmundje tuberkulare duhet të fillohet mjekim i plotë.

*Fëmijët që kanë kontakt me TB ,me provë të tuberkulinës pozitiv dhe që nuk janë të vaksinuar, janë në rrezik të lartë për tu sëmurë dhe duhet të ekzaminohen e të marin mjekim parandalues me izoniazid për 6 muaj

*Fëmijët që kanë simptoma,dhe ekzaminime që flasin për TB duhet të marin mjekim me antituberkularë të plotë.

TRAJTIMI NË FËMIJËT ME INFEKSION TUBERKULAR LATENT(ILT)

Metanaliza e studimeve klinike të kontrolluara dhe të randomizuara,kanë treguar që si në pacientet HIV_ dhe HIV+ trajtimi me izoniazid ka traguuar dukshëm zvogëlimin e riskut për të zhvilluar tuberkuloz aktiv dhe rekomandohet në subjekte që :

-Rezultojnë pozitiv të intradermoreksionit tuberkulinik(grada AI)

-Kanë histori të dokumentuar në 2 vitet e fundit të pozitivitetit të intradermoreksionit tuberkulinik dhe nuk kanë marrë trajtim për ILT(grada AII).

-Janë në kontakt të ngushtë me persona me TBpulmonar sputum pozitiv edhe në rastet kur rezultojnë me intradermoreksion tuberkulinik negativ(grada AII)

-Kanë shenja radiologjike të lezioneve tuberkulare jo aktive dhe histori të mjekimit jo të rregullt me antituberkularë(grada AII)

Trajtimi konsiston në dhënien e izoniazidit me dozë (5mgr /kg peshë) për 6 muaj ,shoqëruar me vit B6 . Alternative tjetër me efikasitet të barabartë është dhënia e izoniazid+ rifampicine cdo ditë për 3 muaj shoqëruar me vit B6.

KUNDRAINDIKACIONET E TRAJTIMIT TË ILT :

Trajtimi është kundraindikuar në rastet kur pacienti paraqet :

-Hepatit nga izoniazidi e rifadina me rritje të transaminazave ALT>3herë mbi vlerat normale,dhe vlera të bilirubinemisë>2herë mb ivlerat normale.

-Hipersensibilitet ndaj medikamenteve antituberkulare.

-Trombocitopeni të shkaktuar nga rifampicina.

-Kujdes i vecantë duhet treguar në pacientët që vuajnë nga diabeti,insuficenca renale kronike,ata që mjekohen ma antikonvulsivantë,pasi rritet risku i komplikacioneve si hepatit fulminant,dhe neuropati periferike nga izoniazidi.

MONITORIMI KLINIK DHE LABORATORIK NË PACIENTET ME ILT PARA FILLIMIT TË MJEKIMIT.

-Radiografi e toraksit (grada AI)

-Ekzaminimi i ekspektorantit(grada AI)

-Numurimi i CD4<200 (grada AIII)

-Transaminazat (grada AII) në rast se pacienti paraqet të vjella dhimbje abdominale,ikter,ulje të oreksit

-Test sierollogjik për HBV DHE HCV në pacientët me hemodialize,dhe hepatopati .

MENAXHIMI I TUBERKULOZIT NË FËMIJËT E INFETUAR ME HIV

Fëmijët e infektuar me HIV janë në rrezik për të zhvilluar tuberkuloz dhe shpesh kanë edhe sëmundje të tjera pulmonare të lidhura me infeksionet oportuniste si pneumocistis carinii, pneumoni intersticiale bakteriale e virale. Shpesh këto sëmundje mund të gjenerojnë në bronkoektazi dhe sëmundje të kronicizuara të mushkërive.

Udhëzimet internacionale rekomandojnë që fëmijët me TB dhe infektion HIV duhet të trajtohen për 9 muaj për tuberkuloz pulmonar ,dhe 12muaj për TB ekstrapulmonar . Shumica e fëmijëve kanë një përgjigje të mirë gjatë mjekimit.

KRITERET PËR TRAJTIM KUR DUHET TRAJTUAR .

Trajtimi është i shtrenjtë. Ndonjëherë barnat mund ti dëmtojnë pacientët,prandaj duhet të trajtohen vetëm ata që kanë pa dyshim tuberkuloz.

Të gjithë pacientët gëlbazë pozitiv.

Te gjithë femijet qe kane nje semundje pulmonare aktive .

Pacientë shumë të sëmurë dhe që kanë një ro grafi të gjoksit jo normale.(meningoencefalit,perikardit,ascit,hemoptizi.)

KËSHILLA PËR MJEKIMIN ME ANTITUBERKULARË .

*Para se të fillohet mjekimi duhet të kontrollohet funksioni i heparit pasi barnat antituberkulare mund të shkaktojnë hepatit toksik.

*Në qoftë së gjatë mjekimit,nivelet e SGOT dhe SGPT rriten deri në 5 herë mbi vlerën normale nuk është e aresyeshme ndërprerja e mjekimit.Në shumë raste niveli i enzimave normalizohet brenda pak javësh.Por nëse shfaqet temperaturë dobësi e theksuar,të vjella ose ikter,mjekimi duhet të ndërpritet deri sa funksioni i heparit të normalizohet .

*Rekomandimet e trajtimit të paraqitura si më poshtë janë të bazuara në evidencat më të mira të provuara.

REKOMANDIMI DHE REGJIMI I TRAJTIMIT.

Në vendin tonë përdorim dy kategori mjekimi:

Sipas kategorisë së parë mjekohen :

*Rastet e reja pulmonare gëlbazë pozitiv,negativ dhe format ekstrapulmonare.

Sipas kategorisë së dytë mjekohen:

*Recidivat,dështimet,ndërprerjet e mjekimit.

Trajtimi me antituberkularë është e ndarë në dy faza: faza e parë(intensive) dhe faza e dytë (e vazhdimësisë.Qëllimi I fazës intensive është të eliminojë pjesën më të madhe të bacilleve nga organizmi,dhe të parandalojë formimin e rezistencës së bacilleve ndaj barnave antituberkulare.Në këtë fazë përdoren më shumë barna.

Qëllimi I fazës së vazhdimësisë është të eliminojë përfundimisht bacillet e mbetura dhe në këtë fazë përdoren më pak barna.

MONITORIMI I MJEKIMIT

Monitorimi dhe kontrolli i mjekimit në pacientët tuberkularë është mjaft i rëndësishëm në arritjen e rezultatit dhe konsiston në :

- 1 . Monitorim i ekzaminimit të sputumit direkt.
- 2 Monitorim i marrjes së mjekimit.

* Gjatë fazës intensive ekzaminimi i sputumit duhet të bëhet në fund të çdo 30 ditëve të mjekimit dhe në çdo rast duhet të bëhen dy ekzaminime direkt të sputumit.

*Gjatë fazës së vazhdimësisë ,ekzaminimi i sputumit duhet të bëhet dy herë,një herë në muajin e 3 ose 5 dhe një ekzaminim në muajin e fundit të mjekimit.

*Kontrolli i marrjes së mjekimit gjatë fazës intensive duhet të bëhet çdo ditë.Mjekimi në këtë fazë duhet të merret nën mbikqyrje mjekësore.

*Kontrolli gjatë fazës së vazhdimësisë duhet të bëhet të paktën një herë në javë .

*Ekzaminimi radiologjik ka rol në kontrollin e mjekimit, veçanërisht në tuberkulozin pulmonar sputum negativ dhe duhet të bëhet në fund të mjekimit, për të dokumentuar gjendjen radiologjike në atë moment.

*Kontrolli i mjekimit në qytet do të bëhet nga punonjësit e dispanserisë përkatëse,ndërsa në fshat do të bëhet nga personeli i qendrës shëndetësore më të afert.

*Rekomandimet e trajtimit janë të njëjta si për fëmijët dhe të rriturit me tbc gëlbazë pozitiv dhe negativ,në format e tb ekstrapulmonar dhe në rastet TB sëbashku me HIV ;

TUBERKULOZI REZISTENT NDAJ MJEKIMIT ME ANTITUBERKULARË.

MONO DHE POLIREZISTENCA.

Rezistenca që shfaq TB ndaj izoniazidit dhe ose rifampicinës është shumë e rëndësishme, pasi këto dy barna janë shtylla e mjekimit me kemioterapi. Këto raste paraqiten si rezultat i infektimit të fëmijës nga një shtam që paraqet rezistencë para se të fillohet mjekimi, ose si rezultat i fitimit të rezistencës ndaj barit gjatë marrjes së mjekimit. Në këtë rast, si rezultat i marrjes së medikamentit si një i vetëm, ose në rast marrjesh të dozave të vogla dhe mjekimit të ndërprerë.

Tuberkulozi MDR (rezistent ndaj barit) është i vështirë në mjekim dhe kërkon një trajtim të specializuar dhe nën mbikqyrje të rreptë sipas protokolleve të caktuara duke përdorur barna sensibil ndaj bacillit dhe ndërthurje me barnat e linjës së dytë të rekomanduara.

Floroquinolones

Ofloxacinë

Ciprofloxacine

Amikacine

Kanamicine

Cycloserine

MENAXHIMI I MENINGJITIT TUBERKULAR DHE TUBERKULOZIT MILIAR

TB i meningëve dhe sistemit nervor qendror, dhe TB miliar janë më të shpeshtë në fëmijët duke shkaktuar vdekshmëri të lartë, dhe aftësi të kufizuar veçanërisht në rastet e diagnostikuara me vonësë. Duhet kushtuar shumë vëmendje në rastet e fëmijëve me meningit që referojnë kontakt me të sëmurë me TB. Fëmijët me TB të meningëve dhe miliar duhet të hospitalizohen për të paktën 2 muaj;

*Trajtimi konsiston në dhënien në fazën iniciale për 2 muaj HRZES dhe në fazën e vazhdimësisë 7-10 muaj HR.

*Kortikosteroidet janë zakonisht të rekomanduara për të gjithë fëmijët me meningit TB. Jepet (PREDNISON) me doza 2mgr /kg në ditë për 4 javë. Doza duhet të ulet gradualisht edhe për 2 javë deri në ndërprerjen e saj. Në rastin e fëmijëve të sëmurë rënde doza e prednizonit mund të rritet deri në 4mgr/kg në ditë deri në 60mgr si dozë ditore. Shpesh kërkohet mjekim i specializuar në shërbimet e reanimacionit deri në frymëmarrje të drejtuar.

VAKSINIMI ME B.C.G.

B.C.G. është një vaksine e prodhuar nga një derivat i mycobacterium bovis. O.B.SH rekomandon aplikimin e B.C.G. sa më shpejt të jetë e mundur në vendet dhe zonat me prevalencë të lartë të tuberkulozit. Vaksina nuk duhet të përdoret në fëmijët me imunodeficiencë. Kjo vaksinë përdoret që nga 1920, dhe efikasiteti mbetet i diskutueshëm dhe varion nga 0 deri 80%. Megjithatë është pranuar në përgjithësi se B.C.G. është efektive në mbrojtjen nga format më të rënda të tuberkulozit

si TBC miliar dhe meningitin tuberkular, si forma më të shpeshta të moshës së fëmijëve. Përgjigja imune ndaj vaksinës së B.C.G mund të reduktohet në pacientë të infektuar me HIV.

O.B.SH rekomandon një politikë të vaksinimit rutinë për të gjithë neonatet. Një numër i vogël i fëmijëve 1_2% zhvillojnë komplikime pas vaksinimit, zakonisht me formim abcesesh lokale, infeksione bakteriale lokale, adenite supurative dhe formim keloidesh. Megjithatë fëmijët që zhvillojnë përhapje të sëmundjes së TB nga vakcina duhet të mjekohen si për sëmundje tuberkulare.

REGJISTRIMI DHE RAPORTIMI

Fëmijët me TB duhet të përfshihen në regjistrimin dhe raportimin në sistemit nacional të programit (NTP). Kjo është e domosdoshme për të njoftuar dhe sinkronizuar të gjitha rastet e identifikuara me TB. Këto të dhëna përmbajnë identifikimin e pacientit qytetin, mjekimi, rezultatin bakteriologjik, formën e sëmundjes, si dhe përfundimin e mjekimit.

TABELE Definicionet e përfundimit të mjekimit të kategorizuara sipas OBSH

- | | |
|-------------------------------|---|
| -I shëruar | pacienti i cili është sputum negativ në fund të mjekimit. |
| -Trajtim i kompletuar | pacient i cili ka përfunduar mjekimin por që nuk i përmbush kriteret për të qenë i shëruar, ne rastin kur diagnoza ka qene vetem klinike pa ekzaminim bakteriologjik. |
| -Ndërprerje e mjekimit | pacient i cili ka ndërprerë mjekimin pas dy ose më shumë muajsh, dhe rikthehet ne kontroll si sputum pozitiv, ose sputum negative por radiologjikisht si TB aktiv. |
| -Vdekur | pacient i cili vdes për ndonjë arsye gjatë trajtimit. |
| -Dështim i mjekimit | pacient i cili është sputum pozitiv pas 5 ose më shumë muajsh trajtimi. |

-Transferim

pacient I cili është transferuar në një tjetër, regjistrim dhe raportimi I tij nuk është I njohur.

APENDIX 1 PËRMBLEDHJE E DOZAVE TË MJEKIMIT

Për të rriturit dhe adoleshentët :

Medikamenti	Doza (mg/kg)
Isoniazid (H)	5
Rifampicine (R)	10
Ethambutol (E)	15
Pyrazinamid (P)	25
Streptomycine (S)	15

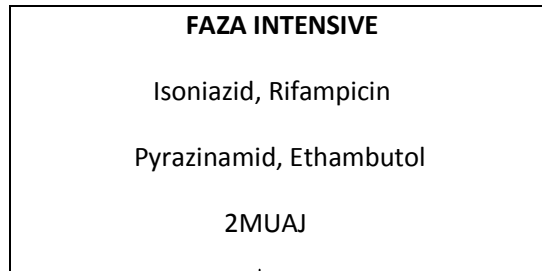
Për fëmijët:

Medikamenti	Doza (mg/kg)
Isoniazid (H)	5-10
Rifampicine (R)	10-20
Ethambutol (E)	15
Pyrazinamid (P)	25
Streptomycine (S)	20-30

•**Ethambutoli** nuk duhet të jepet te fëmijët deri në moshën 6 vjeç

**APENDIX 2 SKEMA E
TUBERKULOZIT.**

RASTET E REJA
(sputum pozitiv,

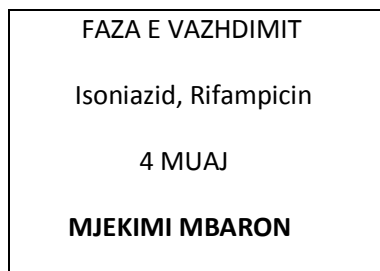


**MJEKIMIT TE
ALGORITMI I VENDIMEVE.**

negativ, extrapulmonar)

KONTROLLO SPUTUMIN

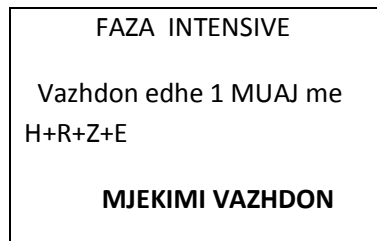
Nëse është negative



KONTROLLO SPUTUMIN

Nëse është pozitiv

Nëse është pozitiv



KONTROLLO SPUTUMIN

Nëse është negativ

Të shtrohet detyrimisht

në

Spitalin Pediatrik

FAZA E VAZHDIMIT

Isoniazid, Rifampicine

4MUAJ

APENDIX 3 MJEKIMI I TUBERKULOZIT PER RASTET E RITRAJTUERA. ALGORITMI

- Recidivat
- Dështimet
- Ndërprerjet

FAZA INTENSIVE

Isoniazid, Ethambutol dhe Streptomycin

2MUAJ

Isoniazid, Rifampicin

Ethambutol, Pyrazinamid

1MUAJ

Sputum Negativ

Sputum Pozitiv

Të mjekohet

në

Spitalin Pediatrik

FAZA E VAZHDITIMIT

H+R+E

Per 5 MUAJ

Appendix 4: Katër regjime të trajtimit të tuberkulozit.

FAZA FILLESTARE

FAZA E VAZHDIMËSISË

DOZIMI

VLERËSIMI

Regjimi	Medikamenti	Intervali dhe kohëzgjatja	Regjimi	Medikamenti	Intervali dhe kohëzgjatja	Kohëzgjatja minimale	HIV-	HIV+
1	I,R,P,E	Çdo ditë për 8 javë	1a	I,R	Çdo ditë për 18 javë	182-130(26javë)	A (I)	A (II)
			1b	I, R	2 herë në javë për 18 javë	92-76 (26 javë)	A (I)	A (II)
			1c ⁴	I, RPT	1 herë në javë për 18 javë	74-58 (26 javë)	B (I)	E (I)
2	I,R,P,E	Çdo ditë për 2 javë ose, 2 herë në javë për 6 javë	2a	I, R	2 herë në javë për 18 javë	62-58 (26 javë)	A (II)	B (II)
			2b ⁴	I, RPT	1 herë në javë për 18 javë	44-40 (26 javë)	B (I)	E (I)
3 ⁵	I,R,P,E	Tre herë në javë për 6 javë	3a	I, R	3 herë në javë për 18 javë	78 (26 javë)	B (I)	B (II)
4	I,R,E	Çdo ditë për 8 javë	4a	I, R	Çdo ditë për 31 javë	273-195 (39 javë)	C (I)	C (II)
			4b	I, R	2 herë në javë për 31 javë	118-102 (39 javë)	C (I)	C (II)

Përkufizimi i shkurtimeve: I=isoniazid, R=rifampin, RPT=rifapentine, P=pyrazinamide, E=ethambutol

Përkufizimi i vlerësimeve:Forca e rekomandimit

- A. I preferuar, zakonisht duhet të ofrohet
- B. Alternative, i pranueshëm për t'u ofruar
- C. Dhënia kur regjimet e preferuara apo alternative nuk mund të jepen
- D. Në përgjithësi nuk duhet të ofrohen
- E. Nuk duhet të ofrohet asnjëherë

Cilësia e dokumenteve që mbështesin rekomandimin

- I. Së paku një test i rastit me pikat klinike fundore
- II. Teste klinike të rastit ose të kryera më parë ndaj popullsive të tjera
- III. Opinion i ekspertit

2. Pacientët me kavitate në CXR fillestare dhe kultura pozitive në përfundim të terapisë prej 2 muajsh duhet të marrë një fazë 7-mujore (31 javë) të vazhduar, për një total prej 9 muajsh (39 javësh) trajtim.

3. Kur përdoret DOT, doza ditore duhet të jepet 5 ditë në javë. DOT është standarti i kujdesit për të gjithë personat me tuberkuloz në mushkëri në SHQIPERI

4. Opsionet 1c dhe 2b duhet të përdoren vetëm për personat HIV-negativ, që kanë njolla negative pështyme pas 2 muajsh terapie, dhe nuk kanë kavitate në CXR fillestare; gjithsesi nëse këta pacientë kanë kultura pozitive pas 2 muajsh terapie, faza vazhduese duhet të zgjatet në 31 javë.

5. Regjimi 3 nuk është aprovuar për fëmijët.

TRAJNIMI KOMUNIKIMI DHE ADVOKACIA

Kanë për qëllim të transmetojnë dije e njohuri dhe të iniciojnë përmirësimin e kontrollit të TB Trajnimi ka si objekt punonjësit që merren me problematikën e TB dhe ata që merren me menaxhimin e të gjitha rasteve në nivel të shëndetit publik dhe privat.

Komunikimi ka për objekt komunitetin në përgjithësi ,pacientët tuberkulare dhe familjarët e tyre.Advokacia ka për qëllim të influencojë në përdorimin e burimeve dhe praktikave shëndetësore në komunitet,te ndërhyrje në qeveri , politikanë që merren me hartimin e politikave shëndetësore,media,shoqata drejtues të institucioneve.

EDUKIMI SHËNDETËSOR

Qëllimi është transmetimi i mesazheve për të sensibilizuar dhe inkurajuar njerezit që të marrin pjesë aktive në përmirësimin e qëndrimeve të tyre ndaj shëndetit.

Metodat e komunikimit do të jenë

*personale:person me person,mjek,personel I mesëm, pacient,familjar I pacientit.

*nëpërmjet dokumenteve të shkruara,posterave,fletpalosjeve

*nëpërmjet medias si radiotelevizionit.

BIBLIOGRAFI

1. *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children.*
2. *Protocollo di gestione clinica della tubercolosi Revisione no 4-Settembre 2007.*
3. *State of Alaska Epidemiology, BULLETIN recommendations and Reports, Department of Health and Social Services, Karleen Jackson commissioner, Division of Public Health, Richard Mandsager, MD, Director. Editors: Jay C. Butler, MD Joe McLaughlin, MD, MPH (Prepared by Beth Funk, MD, MPH, Section of Epidemiology.)*
4. *American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2003*
5. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2003*
6. *Ethambutol efficacy and toxicity. Literature review and recommendations for daily and intermittent dosage in children. Geneva, World Health Organisation, 2006*
7. *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organisation, 2006.*

Ky udhërëfyes është aprovuar dhe riparë nga mjek të shërbimit të pneumoalergologjisë

Prof Luljeta Kota. Dr. Melpomeni Kromidha .