

**PROTOKOLLI KLINIK DIAGNOSTIK DHE I  
MJEKIMIT  
TE TUBERKULOZIT TEK FEMIJET**

**Data e publikimit : Dhjetor 2010**

**Data e rishikimit : Sipas nevojës**

## 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.

## **RËNDËSIA E PROBLEMIT**

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 tuberculosis, 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**

Ky protokoll do të jetë në shërbim të mjekëve të përgjithshëm, mjek specialist peditër, mjek pneumolog e punonjës shëndetësor pranë dispanserive të sëmundjeve pulmonare.

## **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.**

## **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 infeksion të mundshëm për H.I.V.**

## **REKOMANDIMET PËR DIAGNOZËN E TUBERKULOZIT TEK FEMIJËT**

**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 vertebrae.
- **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.**

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

**Mikroskopija e gëllezës** 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 gëllezë 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,gëllezë).**

Gëllezë 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.**

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

### **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 ne rastet e vlerësimit dignnostik dhe të prognozës.

**Tomografija e kompjutarizuar 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 patolloji 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.

## **MEDIKAMENTET KRYESORE ANTITUBERKULARE VETITË DHE EFEKTET E TYRE.**

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

Isoniazid	H	(INH)
Rifampicine	R	(RMF)
Pirazinamid	P	(PZA)
Ethambutol	E	(EMB)

Streptomicine S (ST)

Medikamente më pak të efekshme në mjekimin e tuberkulozit

Pas(sodium praaminosalicilat

Kanamicine

Ofloxaxine

Capreomicine

Amikacine

Quinolones

Cikloserine

### **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, gjendjet 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 punktionit pleural.

### **DOZIMI**

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

Në perikarditin tuberkular, 30 mgr dy herë në ditë për 4 javë, më pas 15 mgr 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.



## **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 (infekzioni 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 në 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 rrisht 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 nënat 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 marrin mjekim parandalues me izoniazid për 6 muaj
- \*Fëmijët që kanë simptoma, dhe ekzaminime që flasin për TB duhet të marrin 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 tranguar dukshëm zvogëlimin e riskut për të zhvilluar tuberkuloz aktiv dhe rekomandohet në subjekte që :

- Rezultojnë pozitiv të intradermoreaksionit tuberkulinik(grada AI)
- Kanë histori të dokumentuar në 2 vitet e fundit të pozitivitetit të intradermoreaksionit 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 intradermoreaksion 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.

#### **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 INFektUAR 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 interstiale 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 infeksion 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.

#### **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 arsyeshme 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 gëllezë 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 gëllezë 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 meningeve 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 vonesë. Duhet kushtuar shumë vëmendje në rastet e fëmijëve me meningit që referojnë kontakt me të sëmurë me TB. Fëmijët me TB të meningeve 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 frymemarrje 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 immune 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 vaksina duhet të mjekohen si për sëmundje tuberkulare.

#### **TABELE Definicionet e përfundimit të mjekimit të kategorizuara sipas OBSH**

<b>-I shëruar</b>	pacienti i cili është sputum negativ në fund të mjekimit.
<b>-Trajtim i kompletuar</b>	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.
<b>-Ndërprerje e mjekimit</b>	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.
<b>-Vdekur</b>	pacient i cili vdes për ndonjë arsye gjatë trajtimit.
<b>-Dështim i mjekimit</b>	pacient i cili është sputum pozitiv pas 5 ose më shumë muajsh trajtimi.
<b>-Transferim</b>	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:

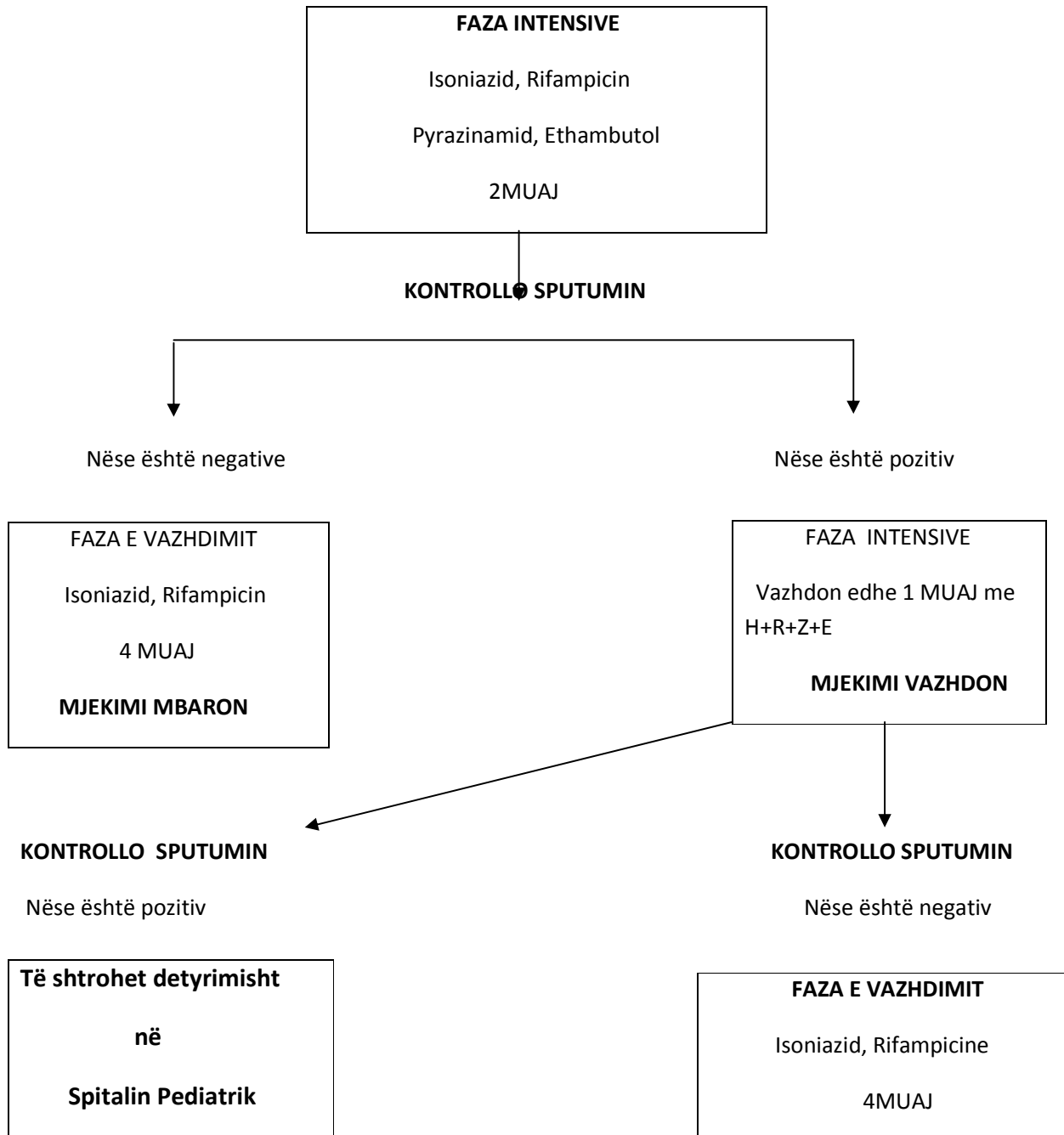
Medikamenti	Doza (mg/kg)
Isoniazid (H)	5-10
Rifampicine (R)	10-20
Ethambutol (E)	15
Pyrazinamid (P)	25
Streptomycine (S)	20-30

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

**APENDIX 2 SKEMA E MJEKIMIT TE TUBERKULOZIT. ALGORITMI I VENDIMEVE.**

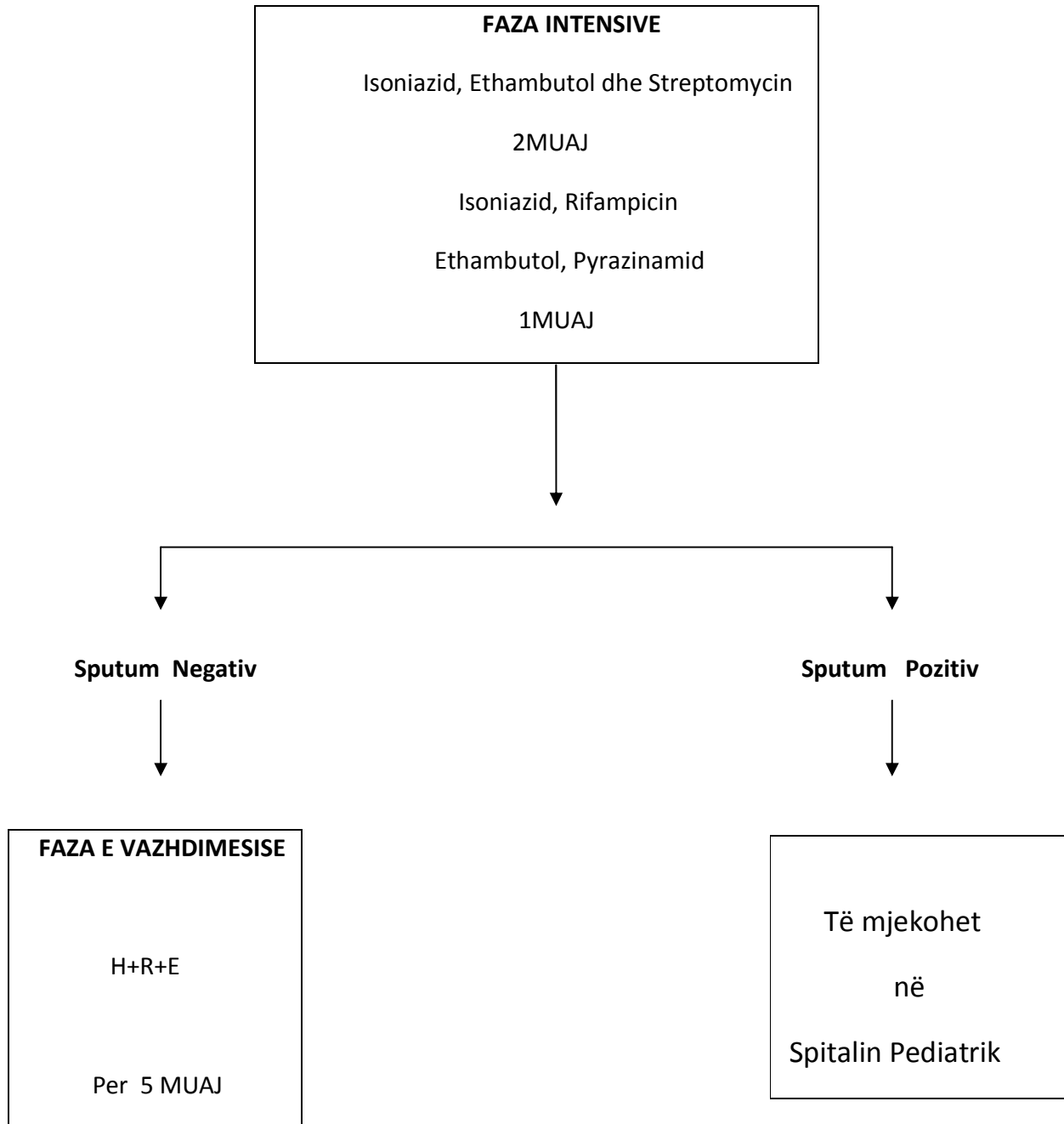
**RASTET E REJA**

**(sputum pozitiv, negativ, extrapulmonar)**



**APENDIX 3 MJEKIMI I TUBERKULOZIT PER RASTET E RITRAJTUERA. ALGORITMI**

- Recidivat
- Dështimet
- Ndërprerjet





#### 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 <sup>4</sup>	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 <sup>4</sup>	I, RPT	1 herë në javë për 18 javë	44-40 (26 javë)	B (I)	E (I)
3 <sup>5</sup>	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)

#### Bibliografia:

Udherrefyesi I tuberkulozit.