

Buletini

I INSTITUTIT TE SHENDETIT PUBLIK



*Institute of public
health bulletin*



NR. 3-2004

ANALIZA EPIDEMIOLOGIKE
Buletini

I INSTITUTIT TE
SHENDETIT PUBLIK

Institute of
public health
bulletin

Nr. 3/2004



ANALIZA EPIDEMIOLOGJIKE E SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË SHQIPËRI PËR VITIN 2004

Prof. **EDUARD KAKARRIQI, MD, MSc, PhD**

ARTAN SIMAKU, MD

EUGENA ERINDI, MD

LULJETA ALLA, VD

DEPARTAMENTI I

EPIDEMIOLOGJISË DHE KONTROLLIT TË SËMUNDJEVE INFECTIVE – DEKSI

Analiza epidemiologjike e sëmundshmërisë infektive për vitin 2004 bazohet në të dhënrat e ndryshme të Sistemit të Integruar të Survejancës të Sëmundjeve Infektive (SISSI) të vendit tonë, të raportuara nga Shërbimet e Epidemiologjisë të Retheve në DEKSI (IShP).

Janë konkretisht të dhënrat e Sistemit Madhor të Bazuar në Sëmundje (SMBS) të SISSI, të raportuara përmes Pasqyrës mijore 14/Sh, analiza e të cilave bëhet në mënyrë krahasuese me të dhënat përkatëse të viti pararendës 2003.

Të dhënrat mbi Paralizat Flakside Akute (PFA) bazohen në Survejancën e Bazuar-në-Rast të PFA-ve (me konfirmim laboratorik të rastit), sistem ky, përbërës i SISSI.

Të dhënrat mbi Fruthin dhe Rubeolën bazohen në Survejancën e Bazuar-në-Rast të Fruthit/Rubeolës (me konfirmim laboratorik të rastit), sistem tjetër përbërës i SISSI.

Survejanca ALERT e Bazuar-në-Sindroma, pjesë përbërëse dhe nismëtarë e SMBS në veçanti dhe e SISSI në përgjithësi, jep me të dhënrat e veta një tablo të përgjithshme mbi ecurinë e shpërthimeve eventuale epidemike gjatë viti 2004, gjithmonë në analizë krahasuese me të dhënat e përfshira nëpërmjet SMBS.

Përsëri këtë vit lind pyetja nëse **e jep vallë kjo analizë situatën reale epidemiologjike të sëmundshmërisë infektive në vendin tonë më 2004.**

Përgjigja do të ishte "po" nëse të dhënrat e raportuara nga rrethet janë të plota e të sakta.

Por, a ndodh kështu me të dhënrat e sëmundshmërisë infektive të raportuara nga rrethet?

Përgjigja është me siguri "jo", e njëjtë përgjigje sikurse ajo e viti pararadhës 2004 (në analizën epidemiologjike të sëmundshmërisë infektive për vitin 2003), sepse *ka mangësi sasiore dhe cilesore në raportim nga të gjitha rrethet, si dhe raportimi vijon të mos bëhet në kohën e duhur thuatje nga të gjitha rrethet.*

Sigurisht, të metat dhe boshllëqet u janë bërë të njohura Drejtoreve të Shëndetit Publik të Retheve, dhe, përmes tyre, tërë personelit mjekësor të vendit. (si të shërbimit shëndetësor parësor ashtu dhe atij spitalor). Duhet theksuar se pavarësisht nga të metat dhe boshllëqet që mbartin në veteve, të dhënrat e përfshira të sëmundshmërisë infektive janë në gjendje të jepin një pasqyrë (paçka të një cilësie jo-optimale pasqyrimi) të situatës epidemiologjike të sëmundshmërisë infektive në vendin tonë më 2004.

Në vijim analiza e sëmundshmërisë infektive të viti 2004 në vendin tonë paraqitet sipas kapitujve të mëposhtëm:

1. **Sëmundjet diarreike**
 2. **HEPATITI VIRAL I PASPECIFIKUAR**
 3. **Gripi dhe Common Cold**
 4. **SËMUNDJET E EPI**
 5. **Tuberkulozi**
 6. **INFEKSIONET STREPTOKOKSIKE**
 7. **Meningiti meningokoksik dhe meningitet e tjera**
 8. **Zoonozat (e kontrollit dhe parandalimit veterinar)**
 9. **Rikeciozat**
 10. **Sëmundjet virale me vatra natyrore**
 11. **HIV/AIDS dhe Infekzionet Seksualisht të Transmetueshme (IST)**
 12. **SËMUNDJET PARAZITARE**
- Survejanca ALERT më 2004 dhe shpërthimet epidemike**

1. SËMUNDJET DIARREIKE

Në grupin e sëmundjeve diarreike përfshihen nozologjite infeksioze:

- **Tifo abdominal,**
- **Paratifo,**
- **Salmonelozat jo-tifoide,**
- **Shigelozat,**
- **Dizanteria amebike,**
- **Toksikoinfekzionet alimentare,**
- **Gastroenteriti i paspecifikuar.**

1.1. Sëmundshmëria nga Sëmundjet Diarreike në total në vitin 2004 paraqitet pothuajse e njëjtë me vitin 2003 (TABELA 1.1, TABELA 1.2, TABELA 1.3, GRAFIKU 1.1). Vërehet një ulje e lehtë e incidencës nga 1.857,6 raste/100.000 banorë më 2003 në 1.675,5 raste/100.000 banorë më 2004. Trendi vjetor është thuajse i qëndrueshëm.

Rruja hidrike mbetet kryesorja në transmetimin e sëmundjeve diarreike në vendin tonë. Shkaku kryesor qëndron në rrjetin e vjetër dhe të amortizuar të ujtit të pijshëm në zonat urbane të vendit, në kontaminimin e ujtit të pijshëm me ujrat e zeza, në ekzistencën e puseve shtëpiake që janë jashtë normave higjieno-sanitare në shumë zona rurale të vendit, në klorinimin jo të rregullt sipas kritereve të përcaktuara të ujtit të pijshëm. Në këtë kontekst nuk mund të lëmë pa përmendur dhe rolin që ka niveli jo-optimal i kulturës higjieno-sanitare të popullatës.

Tabela 1.1

Frekuencia e hasjes të Sëmundjeve Diarreike sipas Rretheve më 2004:

Incidenca (raste për 10.000 banorë)

RRETHI	SËMB DIARREIKE (TOTAL)	TIFO & PARATIFO	SALMON- ELOZ JO-TIFO	DIZANTERI- BACHLARE	TOKSIKO- INFEKSION ALIMENTAR	GÄSTROEN- TERITI I PASPECIFI- KUAR	AMEBIAZ
BERAT	229,7	0	3,0	19,6	3,8	203,3	0
BULQIZ	166,9	0	0	0,2	100,3	66,3	0
DELVIN	1,9	0,9	0	0,9	0	0	0
DEVOLL	372,4	0	0,3	0,3	0	371,8	0
DIBR	207,9	0	0,1	0,6	0	207,2	0
DURR S	230,9	0	0,0	0,8	1,5	228,6	0
ELBASAN	62,8	0,05	0,2	0,4	0	62,1	0
FIER	184,4	0	0,0	0,4	0	184,1	0
GRANISH	178,2	0	2,2	2,5	0	173,4	0
GJEROKASTR	15,2	0,2	0,4	1,3	0	13,4	0
HAS	207,0	0	0	0	0	207,0	0
KAVAJ	289,1	0	0	1,2	4,4	283,6	0
KOLONJ	233,7	0	0,6	0	0	233,1	0
KOR	126,4	0	0,1	0,4	3,4	122,6	0
KRUJ	147,0	0	0,5	2,4	3,8	140,4	0
KUVO	240,3	0	3,7	5,1	0,3	231,2	0
KUK S	275,6	0,3	0,3	5,0	119,1	150,8	0
KURBIN	149,7	0	0,7	1,5	0	147,4	0
LEZHI	120,0	0	3,1	0,9	0	116,0	0
LIBRAZHD	242,2	0	0,6	3,7	0	237,9	0
LUSHNJE	110,3	0	0,0	0,1	6,0	104,1	0
M. MADHE	109,6	0	0,3	1,6	104,4	103,3	0
MALLAKASTR	1,5	0	0,3	0,8	0	0	0,5
MAT	104,3	0	0	0,2	0	104,1	0
MIRDIT	63,2	0	0	0,8	0	62,4	0
PEQIN	342,6	0	0	0	36,1	306,4	0
PER	77,6	0	0	0	0	77,6	0
POGRADEC	232,6	0,3	0,3	0,6	0	231,4	0
PUK	67,5	0	0,3	6,1	0	61,1	0
SARAND	37,7	0	0,6	0	0	37,1	0
SKRAPAR	142,1	0	1,0	0,3	0	140,1	0,7
SHKODR	98,2	0,1	4,4	4,9	0,9	88,0	0
TEPELEN	256,4	0	0	0	0	256,1	0,3
TIRAN	142,6	0,1	1,0	3,0	0,3	138,1	0
TROPOJ	1.253,1	0	0,4	3,2	192,9	1.056,6	0
VLOR	185,7	0	1,4	3,1	0	181,3	0

Tabela 1.2

Frekuencia e hasjes të Sëmundjeve Diarreike më 2004 krahasuar me vitin 2003:

Numri i rasteve dhe Incidenca (raste për 100.000 banorë)

2003		2004	
Numri i rasteve	Incidenca	Numri i rasteve	Incidenca
56.988	1.857,6 / 10^5	51.400	1.675,5 / 10^5

Tabela 1.3

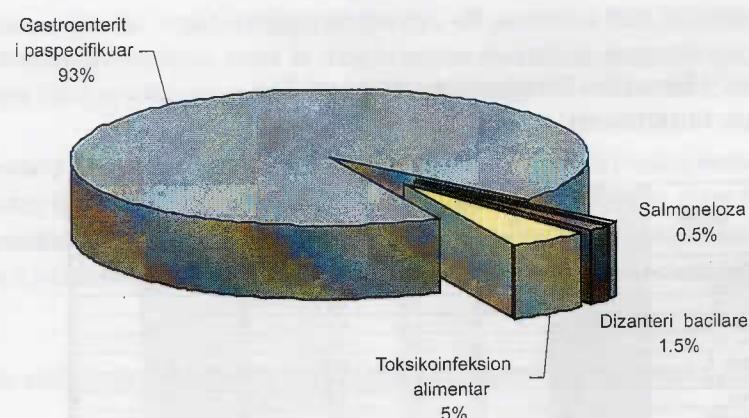
Frekuencia e hasjes të sëmundjeve diarreike sipas nozologjive më 2004 krahasu-

ar me vitin 2003: Incidenca (raste për 100.000 banorë)

	Tifo & Paratifo	Salmoneloze jo-tifoide	Dizanteri bacilare	Toksiko-infekcion alimentar	Gastroenterit i paspecificuar	Amebiaze
2002	0,9	13,0	21,9	84,7	1.746,4	0,8
2003	1,1	7,9	26,0	87,8	1.734,9	0,1
2004	0,5	8,8	24,9	82,5	1.558,5	0,2

Grafiku 1.1

Sëmundshmëria nga Sëmundjet Diarreike më 2004: Pesha specifike e secilës nozologji

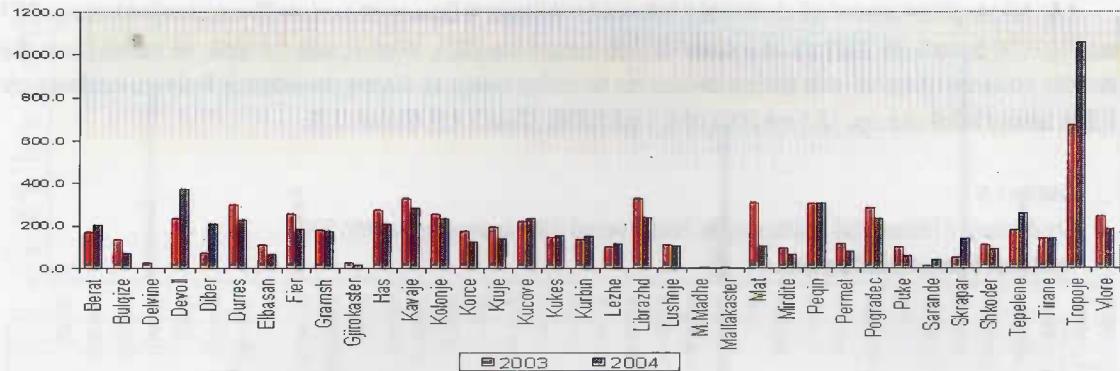


1.2. Tabloja e sëmundshmërisë është e njëjtë si më 2003. **GASTROENTERITI I PASPECIFIKUAR** zë peshën specifike kryesore me 93% të totalit të rasteve të raportuara me sëmundje diarreike (*TABELA 1.1, TABELA 1.3, GRAFIKU 1.1*), pasuar nga Toksikoinfeksionet alimentare (5% e totalit), Dizanteria Bacilare (1,5% e totalit), Salmonelozat jo-tifoide (0,5% e totalit). Pesha specifike tepër e lartë e gastroenteritit të paspecificikuar në raportimin e sëmundjeve diarreike lidhet me **nivelin e ulët** të konfirmimit mikrobiologjik të rastit në nivel rrithi, rrjedhojë e nivelit të ulët të **performancës** së aktivitetit të laboratorëve mikrobiologjikë të shëndetit publik të rrtheve në drejtim të diagnozës bakteriologjike dhe parazitare të infeksioneve/sëmundjeve diarreike.

Shpërndarja e gastroenteritit të paspecificikuar sipas rrtheve paraqitet pothuajse e njëjtë me vitin 2003. Rritje e numrit të rasteve vërehet në rrthet Devoll, Dibër, Skrapar dhe sidomos Tropojë (incidencë e lartë prej 1.056,6 raste/10.000 banorë më 2004 krahasuar me 669,1 raste/10.000 banorë më 2003), (*TABELA 1.1, GRAFIKU 1.2*).

GRAFIKU 1.2

Shpërndarja e Gastroenteritit të paspecificikuar sipas Rrtheve më 2004 krahasuar me vitin 2003: Incidenca (raste/10.000 banore)

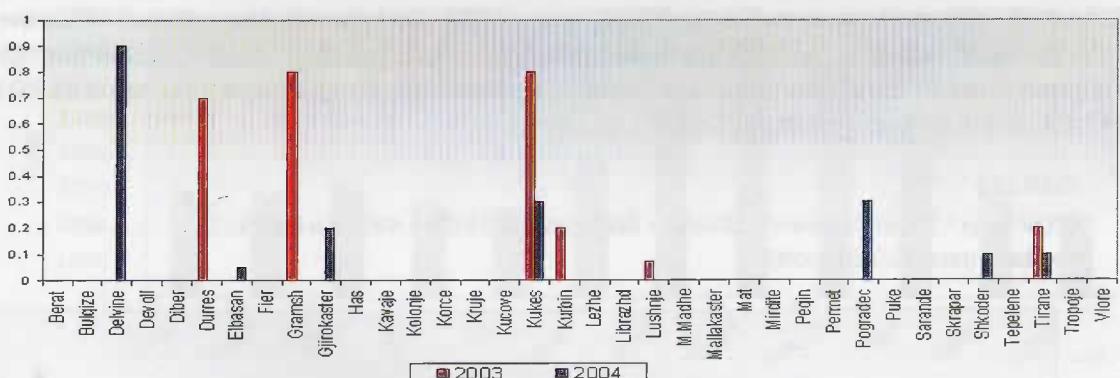


1.3. Përsa i përket **TIFOS DHE PARATIFOS** vërehet një ulje e konsiderueshme e incidencës nga 1,1 raste/100.000 banorë më 2003 në 0,5 raste/100.000 banorë më 2004. Janë shfaqur raste të reja në rrëthet Delvinë, Elbasan, Gjirokastër, Pogradec dhe Shkodër. Në rrëthin Kukës vërehet ulje e incidencës nga 0,8 raste për 10.000 banorë më 2003 në 0,3 raste për 10.000 banorë në vitin 2004.

Po ashtu, ulje e incidencës vërehet edhe në rrethin e Tiranës, (*TABELA 1.3, GRAFIKU 1.3*)

Grafiku 1.3

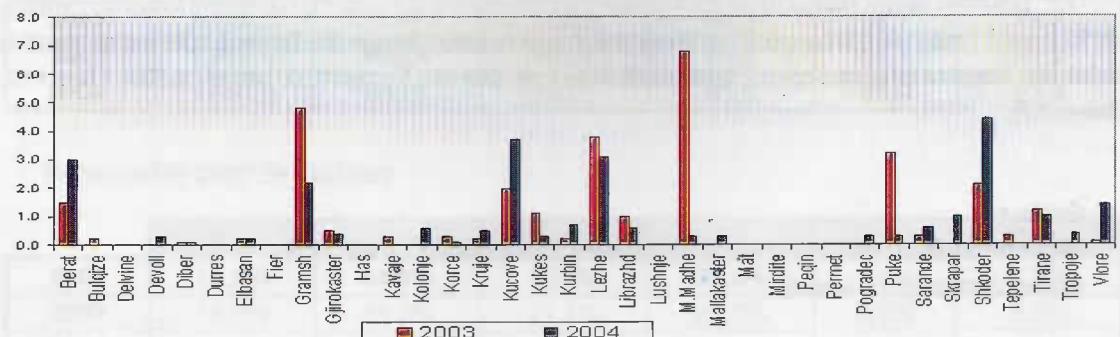
Shpërndaria e Tifos-Paratifos sipas Pretheve më 2004 krahasuar me vitin 2003; Incidencia (raste/10.000 banorë)



1.4. Frekuencë e hasjes të SALMONELOZAVE JO-TIFOIDE në total ka pësuar një rritje të lehtë nga 7,9 raste/100.000 banorë më 2003 në 8,8 raste/100.000 banorë më 2004. Rritje e ndjeshme e niveleve të incidencës vërehet në rrethet Berat, Kuçovë, Shkodër dhe Vlorë, ndërkoqë që ulje e theksuar e tyre paraqitet në rrethet Gramsh, M. Madhe, Pukë, (*TABELA 1.2, GRAFIKU 1.4*)

Grafiku 1.4

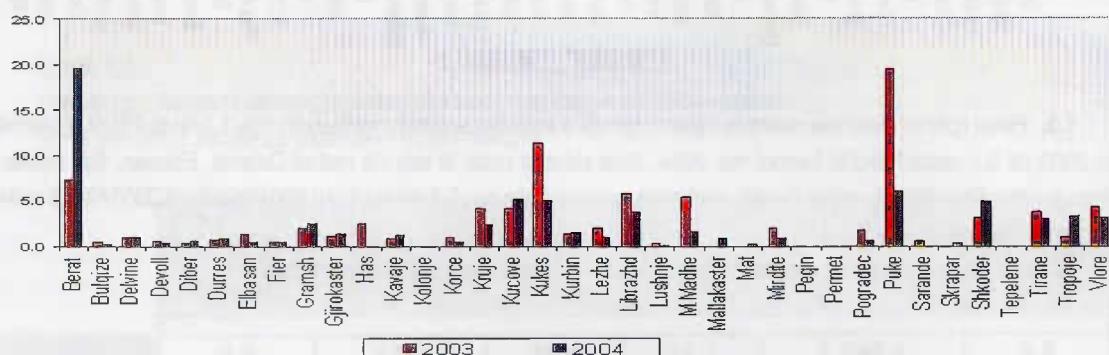
Shpërndarja e Salmonelozave Jo-Tifoide sipas Rretheve më 2004 krahasuar me vitin 2003:
Incidenca (raste/10.000 banorë)



1.5. Në përgjithësi vërehet një ulje e lehtë e frekuencës së hasjes të **DIZANTERISË BACILARE (SHIGELOZAVE)** në total nga 26,1 raste/100.000 banorë më 2003 në 24,9 raste/100.000 banorë më 2004. Vërehet rritje më tepër në rrëthet Berat dhe Shkodër, ndërkohë që ka një rënje të konsiderueshme në rrëthet Kukës, M. Madhe dhe sidomos Pukë (ku incidenca për 10.000 banorë është ulur nga 19,5 më 2003 në 6,1 më 2004), (*TABELA 1.3, GRAFIKU 1.5*).

Grafiku 1.5

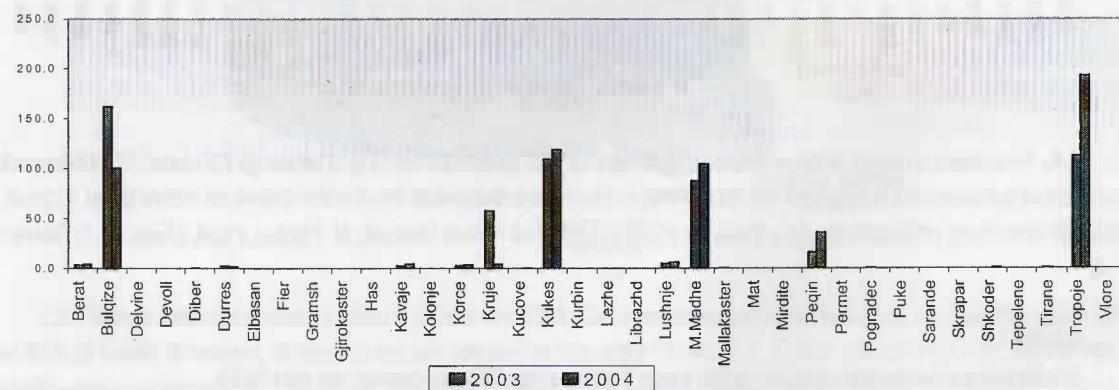
Shpërndarja e Dizanterisë bacilare sipas Rretheve më 2004 krahasuar me vitin 2003:
Incidenca (raste/10.000 banorë)



1.6. Në vitin 2004 vërehet një ulje e lehtë e frekuencës së hasjes të **TOKSIKOINFEKSIONEVE ALIMENTARE** me një incidençë prej 82,5 raste/100.000 banorë krahasuar me 87,8 raste/100.000 banorë më 2003. Ulja e frekuencës së hasjes të toksikoinfektioneve alimentare më 2004 krahasuar me vitin 2003 është më e theksuar në rrëthet Bulqizë dhe Krujë, ndërkohë që vërehet rritje e ndjeshme në rrëthin Peqin dhe sidomos në rrëthin Tropojë (ku incidenca është rritur nga 113 raste/10.000 banorë më 2003 në 192,9 raste/10.000 banorë më 2004), (*TABELA 1.3, GRAFIKU 1.6*).

Grafiku 1.6

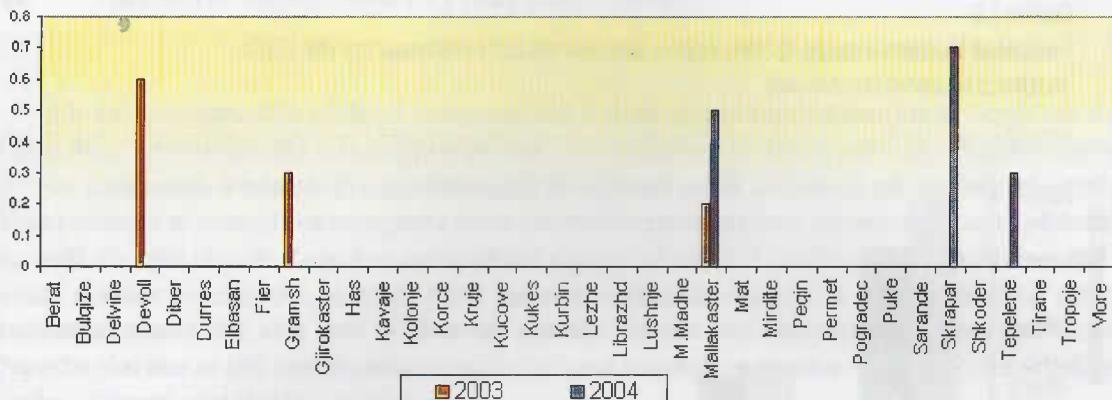
Shpërndarja e Toksikoinfektioneve alimentare sipas Rretheve më 2004 krahasuar me vitin 2003:
Incidenca (raste/10.000 banorë)



1.7. DIZANTERIA AMEBIKE (AMEBIAZA) më 2004 paraqet një incidençë prej 0,2 raste/100.000 banorë krahasuar me atë të vitit 2003 prej 0,1 raste/100.000 banorë. Raste të reja janë shfaqur në rrëthet Skrapar dhe Tepelenë, ndërkohë që në rrëthin Mallakastër incidenca është rritur nga 0,2 raste/10.000 banorë më 2003 në 0,5 raste/10.000 banorë më 2004, (*TABELA 1.3, GRAFIKU 1.7*).

Grafiku 1.7

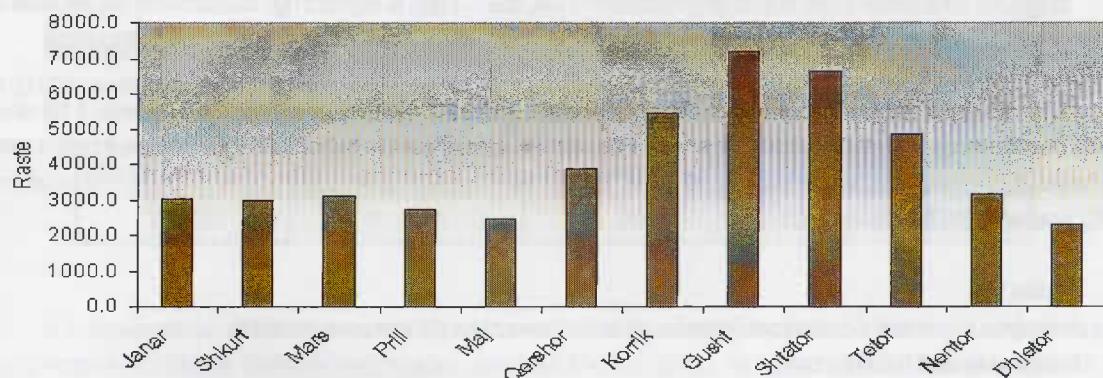
Shpërndarja e Dizanterisë amebike sipas Rretheve më 2004 krahasuar me vitin 2003:
Incidenca (raste/10.000 banorë)



1.8. Frekuencë e hasjes të sëmundjeve diarreike gjatë vitit 2004 vazhdon të paraqesë **karakterin e mirënjojshur stinor** me mbizotërimin e theksuar të rasteve në stinën e nxehët. Frekuencë e hasjes nga 3.041 raste në Janar 2004 rritet në 3.860 raste në Qershor, për të arritur kulmin e vet në muajin Gusht me 7.194 raste (apo 234,5 raste/100.000 banorë). Edhe në vitin 2003 ishte muaji Gusht ai, që shënoi kulmin e frekuencës së hasjes me 9.842 raste (apo 320,8 raste/100.000 banorë).

Grafiku 1.8

Frekuencia Mujoore e hasjes të Sëmundjeve Diarreike më 2004: Raste sipas muajve



1.9. **Shpërndarja moshere e frekuencës së hasjes të sëmundjeve diarreike** tregon për një **mbizotërim të theksuar të moshave pediatrike**: 64,5% e totalit të rasteve të reportuara më 2004 u përket grup-mosha 0-14 vjeç. Grup-moshat <1 vjeç dhe 1-4 vjeç paraqesin përkatësisht 16,7% dhe 25,8% ndërsa grup-mosha 5-14 vjeç 22,0% të numrit total të rasteve të reportuara. Pas tyre vjen grup-mosha 15-44 vjeç me 22,6% të totalit të rasteve. Në të gjitha grup-moshat, shpërndarja e sëmundjeve diarreike më 2004 është pothuajse e njëjtë me vitin 2003, (TABELA 1.4, GRAFIKU 1.9).

Tabela 1.4

Frekuencia Moshere e hasjes të Sëmundjeve Diarreike më 2004 Incidenca (raste/ 10.000 banorë)

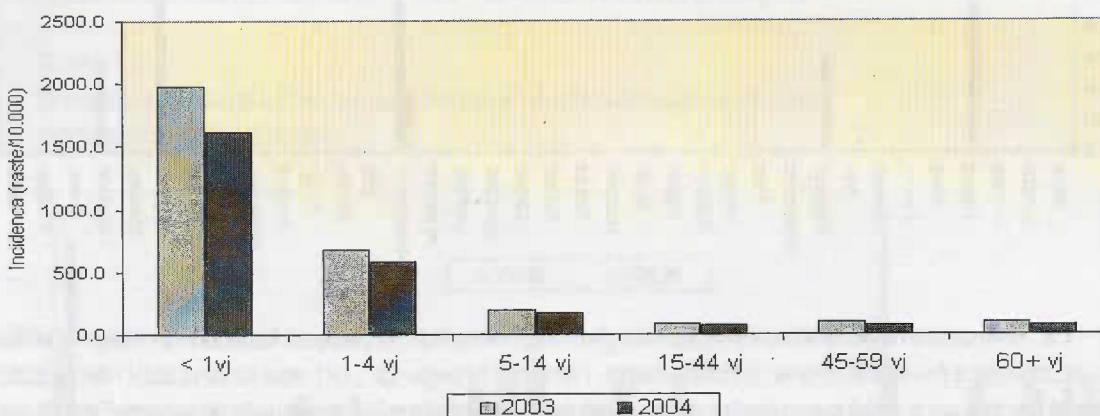
	<1 vj.	1-4 vj.	5-14 vj.	15-44 vj.	45-59 vj.	60+ vj.
2002	2.189,5	516	187,7	94,3	93,7	78,5
2003	1.973,5	685,4	193,7	90,0	91,1	91,2
2004	1.652,2	608,6	180,3	83,5	85,9	83,4

Pesha specifike (përqindje ndaj totalit)

	<1 vj.	1-4 vj.	5-14 vj.	15-44 vj.	45-59 vj.	60+ vj.
2002	19,8%	24,8%	20,5%	22,8%	7,1%	4,7%
2003	18,0%	26,2%	21,4%	22,0%	6,9%	5,5%
2004	16,7%	25,8%	22,0%	22,6%	7,3%	5,6%

Grafiku 1.9

Frekuencë Moshere e hasjes të Sëmundjeve diarreike më 2004 krahasuar me vitin 2003:
Incidenca (raste/10.000 banorë)



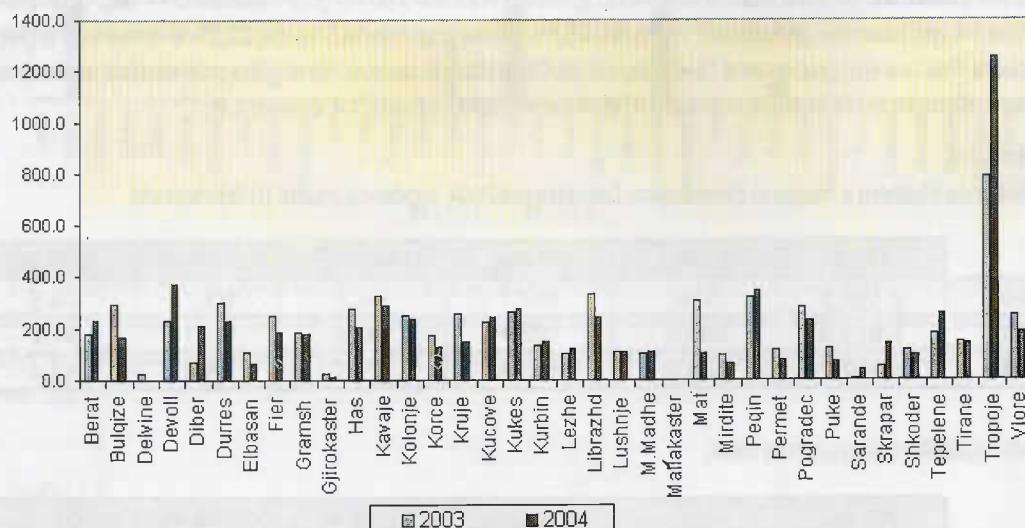
Gastroenteriti i paspecifiku ka peshën specifikë kryesore në totalin e sëmundjeve diarreike brenda grup-moshave. Konkrektisht, për grup-moshën <1 vjeç ai zë 97,6% të totalit të rasteve të sëmundjeve diarreike, 95,9% për grup-moshën 1-4 vjeç dhe 92,9% për grup-moshën 5-14 vjeç.

Shigelozat zenë vendin e dytë brenda grup-moshave <1 vjeç dhe 1-4 vjeç, të ndjekura nga toksoinfeksionet alimentare, ndërsa brenda grup moshës 5-14 vjeç vendin e dytë e zenë toksoinfeksionet alimentare të ndjekura nga shigelozat.

1.10. Në shpërndarjen gjeografike të sëmundjeve diarreike më 2004 krahasuar me vitin 2003 (*GRAFIKU 1.10*) vihet re që Devoll, Kavaja, Kukesi, Peqini, dhe veçanërisht Tropoja janë (dhe vijojnë të mbeten) rrethet me frekuencën më të lartë të hasjes. Incidenca e sëmundjeve diarreike në rrethin Tropoje është 1.253,1 raste/10.000 banorë më 2004, krahasuar me 783,3 raste/10.000 banorë më 2003.

Grafiku 1.10

Frekuencia e hasjes të Sëmundjeve Diarreike sipas Rretheve më 2004 krahasuar me 2003:
Incidenca (raste/10.000 banorë)



2. HEPATITI VIRAL AKUT I PASPECIFIKUAR

2.1. Pasqyra mujore 14/Sh e SMBS të survejancës sonë të sëmundjeve infektive përmban krahas "Hepatit viral akut i paspecifikuar" edhe tipat specifikë të hepatiteve virale akute, d.m.th "Hepatit viral A", "Hepatit viral B", dhe "Hepatit viral as A as B". Por, pamundësia e laboratorëve mikrobiologjikë të shëndetit publik të rretheve për tipizimin në rutinë të virusit etiologjik të hepatitit viral (mungesë e kriteve diagnostike përkatëse dhe e mjeteve laboratoriike përkatëse) ka sjellë dhe vijon të sjellë si rrjedhojë pamundësinë e raportimit rutinë të hepatiteve virale akute sipas tipit të virusit shkaktar. Rrjedhimisht, raportimi rutinë nga shërbimet epidemiologjike të rretheve në DEKSI (ISHP) i rasteve me hepatit viral akut vijon të bëhet nën rubrikën "hepatit viral i paspecifikuar". Dhe, rrjedhimisht, hepatitin viral akut në këtë analizë epidemiologjike vjetore të sëmundjeve infektive në vendin tonë e shtjellojmë vetëm si "Hepatit viral akut i paspecifikuar".

Vlen të përmendet se ka vijuar Survejanca e Bazuar-në-Rast-e-Bazuar-në-Spital e Hepatiteve Virale Akute në Tiranë dhe Durrës, e filluar në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2003, synimi i së cilës është tipizimi i virusit etiologjik (nga ISHP) në çdo rast të raportuar me hepatiti viral akut.

2.2. Frekuencia e hasjes së Hepatitit viral akut të paspecifikuar më 2004 në shkallë vendi paraqitet të jetë 46,6 raste/100.000 banorë, nivel incidence ky më i ulët se ai i vitit 2003, (TABELA 2.1).

Tabela 2.1

Frekuencia e hasjes së Hepatitit viral akut të paspecifikuar më 2004 dhe 2003: Numri i rasteve dhe Incidenca (raste/100.000 banorë) më 2004 dhe 2003

Raste 2003	Raste 2004	Incidenca 2003	Incidenca 2004
1.920	1.430	62,6	46,6

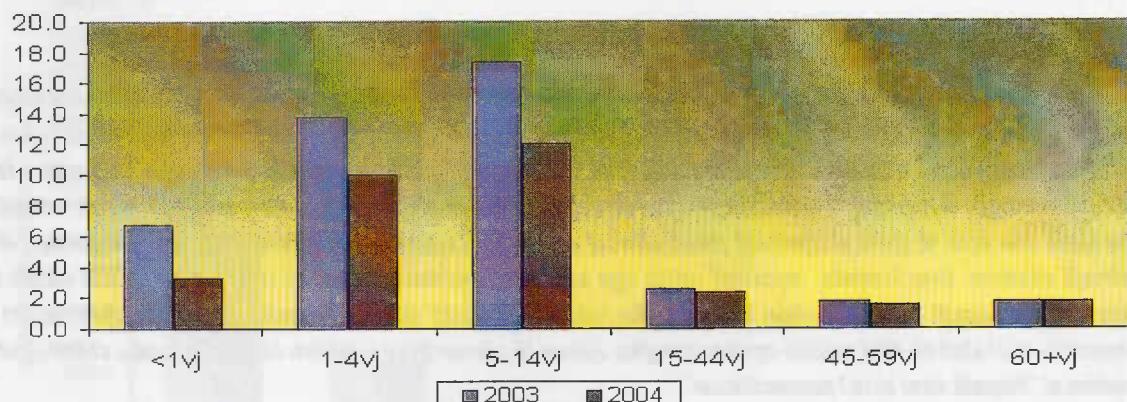
2.3. Shpërndarja moshere e rasteve të raportuara me hepatit viral akut të paspecifikuar është thuaçse e njëjtë me atë që paraqesin sëmundjet diarreike: janë moshat pediatrike (0-14 vjeç) ato, që mbajnë peshën specifike kryesore të sëmundshmërisë. Ka një ulje të numrit të rasteve të hepatitit viral akut të paspecifikuar në të tre grup-moshat pediatrike (<1, 1-4, 5-14 vjeç) dhe rënie te lehtë të numrit të rasteve në grup-moshat e tjera në krahasim me vitin 2003, (GRAFIKU 2.1). Ashtu si në vitet pararendëse shihet një shpërndarje e ngjashme e Hepatitit viral A me atë të sëmundjeve diarreike, meqënëse transmetimi i tij është i natyrës të sëmundjeve diarreike. Një argument tjetër favorizues është edhe aplikimi i detyrueshëm i vaksinimit kundër hepatitit viral B, përbërës i kalendarit tonë kombëtar të vaksinimit

Tabela 2.2

Frekuencia Moshore e hasjes së Hepatitit viral akut të Paspecifikuar më 2004 krahasuar me vitin 2003:
Incidenca (raste/10.000 banorë)

	<1 vj	1-4 vj	5-14 vj	15-44 vj	45-59 vj	60+ vj
2002	4,0	12,6	13,6	3,0	2,5	1,8
2003	6,7	13,8	17,3	2,6	1,7	1,7
2004	3,3	10,0	12,0	2,3	1,5	1,7

Grafiku 2.1

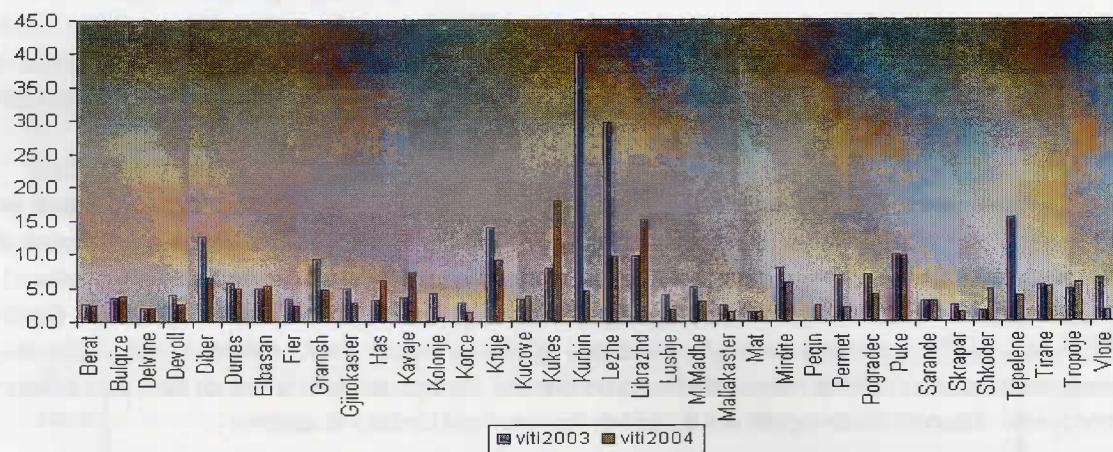


2.4. Shpërndarja gjeografike e frekuencës së hasjes të hepatitit viral akut të paspecifikuar sipas rretheve të vendit më 2004 (GRAFIKU 2.2) tregon që

- Kavaja, Kukësi dhe Hasi kanë një dyfishim të numrit të rasteve (krahasuar me vitin 2003)
- rrethet Pukë, Elbasan, dhe Tirana vijojnë si më 2003 ashtu dhe më 2004 të paraqesin nivele vijueshmërisht të larta të incidecës,
- rritje të konsiderueshme të numrit të rasteve më 2004 krahasuar me vitin 2003 paraqesin rrethet Shkodër, Librazhd dhe Peqin.

Grafiku 2.2

Frekuencia e hasjes së Hepatitit Viral Akut të Paspecifikuar sipas Rretheve më 2004 krahasuar me vitin 2003:
Incidenca (raste/10.000 banorë)



3. GRIPI DHE COMMON COLD

3.1. Infeksionet respiratore zenë peshën specifike më të madhe në sëmundshmërinë e përgjithshme infektive në vendin tonë; sëmundjet diarreike rradhiten në vend të dytë, të ndjekura nga sëmundjet parazitare në vend të tretë.

Gripi dhe Common Cold shtjellohen së bashku sepse janë të ngjashëm klinikisht. Shpesh herë Common Cold diagnostikohet klinikisht për Grip dhe raportohet si i tillë, (e anasjelltë ka më pak gjasë), si dhe janë ata, që përfaqësojnë në Pasqyrën 14/Sh infeksionet respiratore.

Frekuencia e hasjes së gripit ndjek securinë e mirënjojur stinore të tij: "stina e gripit" fillon rreth muajit nëntor për të përfunduar rreth muajit mars-prill të vitit pasardhës.

3.2. Frekuencia e hasjes së Gripit më 2004 me nivel incidence prej 1.478,4 raste/100.000 banorë paraqitet më e ulët se ajo e vitit 2003 (2.019,7 raste/100.000 banorë). E njëjtë situatë epidemiologjike paraqitet edhe për **Common Cold: frekuencia e hasjes më 2004 me nivel incidence prej 1.106,0 raste/100.000 banorë është më e ulët se ajo e vitit 2003 (1.218,7 raste/100.000 banorë), veçse gjithmonë duke pasur parasysh mundësinë e konfondimit të diagnozës klinike "common cold për grip" (mundësia më e shpeshtë si hasje) apo anasjelltas, (*TABELA 3.1*).**

Tabela 3.1

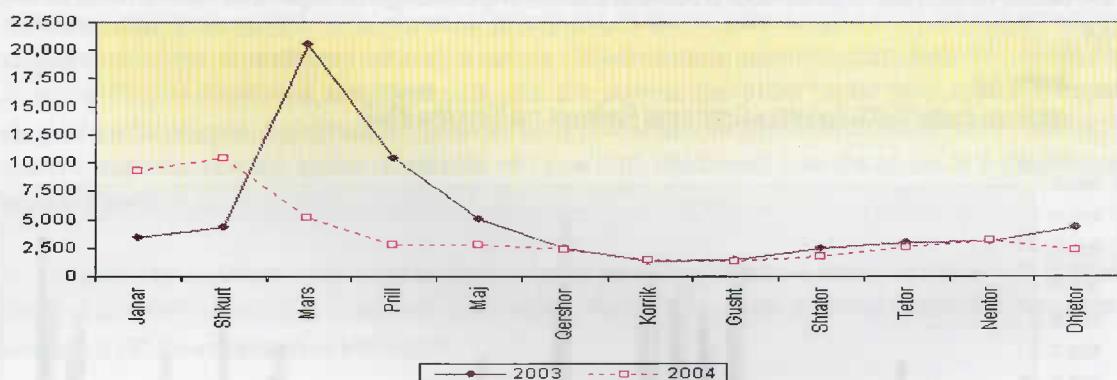
Frekuencia e hasjes së Gripit dhe Common Cold më 2004 dhe 2003: Numri absolut i rasteve dhe Incidenca (raste/ 100.000 banorë)

	2003	2004	2003	2004
	Raste	Raste	Incidenca	Incidenca
Grip	61.960	45.355	2.019,7	1.478,4
Common Cold	37.388	33.929	1.218,7	1.106,0

3.3. Paraqitura e trendit në kohë sipas muajve e Gripit dhe Common Cold (*GRAFIKËT 3.1, 3.2*) është e rëndësishme për të përcaktuar kohën e mundshme të shfaqjes së epidemive gripale. Nga grafiku duket qartë që "stina e gripit" është stina e ftohtë e vitit, periudha Janar-Prill, e cila fillojnë e saj e ka në muajin Nëntor/Dhjetor të vitit paraardhës. Piku i frekuencës së hasjes për Gripin dhe Common Cold më 2004 është muaji Shkurt, ndërsa më 2003 është muaji Mars. Më 2004 vërehet një ulje e theksuar e numrit të rasteve të Gripit, me një nivel incidence prej 1.478,4 raste/100.000 banorë, krahasuar me 2.019,7 raste/100.000 banorë që është niveli i incidences më 2003, ndërkohë që për Common Cold vërehet një ulje e lehtë e numrit të rasteve më 2004. Shpërndarja gjatë muajve të tjerë jashtë "stinës së gripit" mbetet thuatse e njëjtë në të dy vitet (2004 dhe 2003), për të dy nozologjit

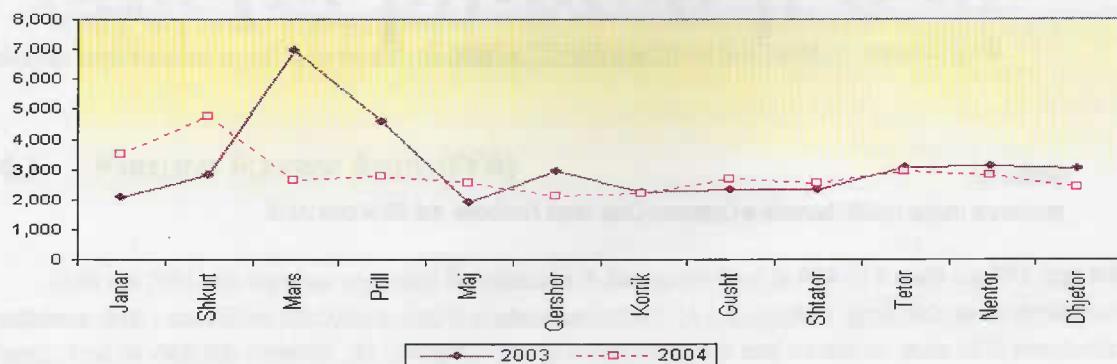
Grafiku 3.1

Frekuencia Muore (numër absolut rastesh) e hasjes së Gripit më 2004 krahasuar me vitin 2003



Grafiku 3.2

Frekuencia Muore (numër absolut rastesh) e hasjes së Common Cold më 2004 krahasuar me vitin 2003



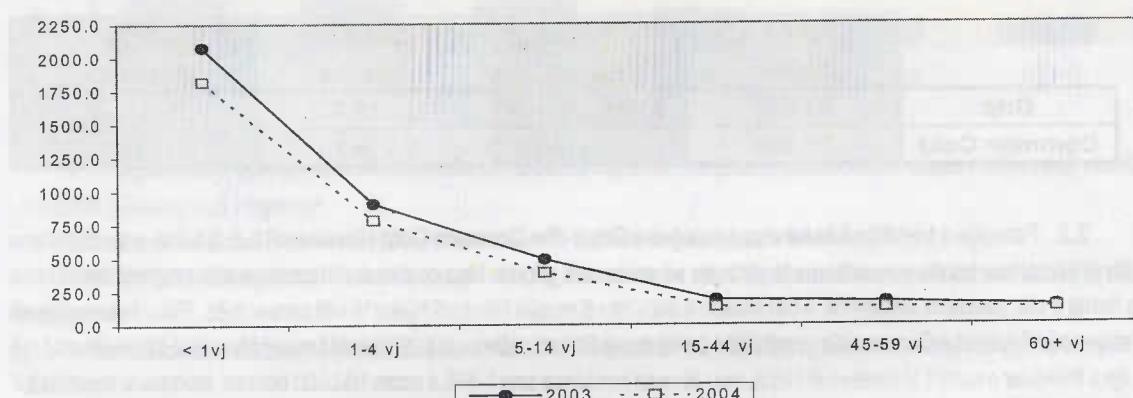
3.4. Shpërndarja e frekuencës së hasjes së Gripit dhe Common Cold sipas grup-moshave tregon se peshën specifikë kryesore në sëmundshmërine e tyre e mbajnë grup-moshat pediatrike

0-14 vjeç si më 2004 ashtu edhe më 2003. Incidencët më të lartë në brendi të tyre e paraqet grup-moshë <1 vjeç, e ndjekur nga grup-moshat 1-4 vjeç dhe 5-14 vjeç, (GRAFIKU 3.3). **Infeksionet respiratore vazhdojnë të mbeten shkaku kryesor i vdekshmërisë foshniore (<1 vjeç) dhe asaj fëmijënore (1-4 vjeç) në vendin tonë.**

Grafik 1.3.3

Shpërndaria e frekuencës së hasies së Gripit dhe Common Cold sipas Grup-Moshave më 2004 dhe 2003:

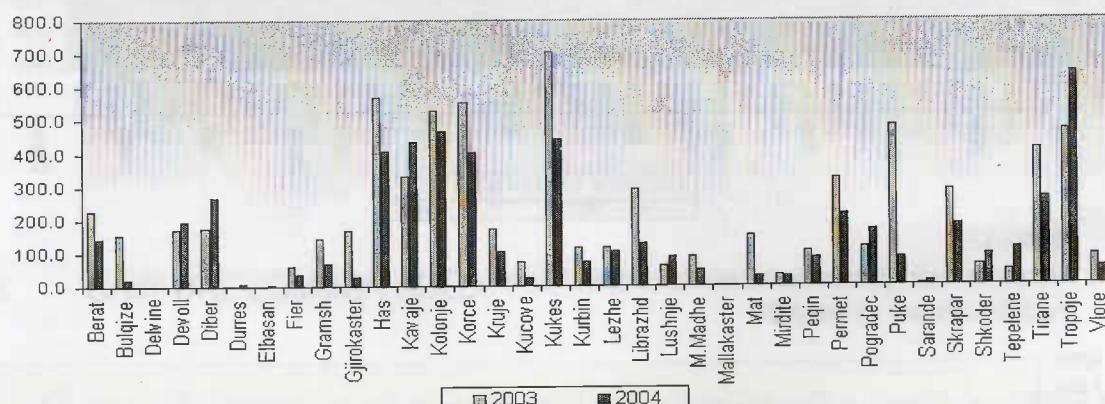
Incidenca (raste/10 000 hanorë)



3.5. Frekuencë e hasjes qoftë e Gripit ashtu dhe e Common Cold është si irregull në raport të drejtë me dendësinë e popullatës, çka do të thotë se **incidencën më të lartë e paraqesin rrethet me dendësinë më të madhe (natyrish zonat urbane në rradhë të parë). Megjithatë, vërehen raportime deri dhe zero raste për Common Cold nga rrethe me dendësi jo të vogël të popullatës, që pasqyron një performancë jo-adequate të diagnostikës klinike (mjekët e kujdesit shëndetësor parësor) dhe një performancë jo-adequate të shërbimit epidemiologjik në drejtësim të survejancës aktive, (**GRAFIKU 3.4**)**

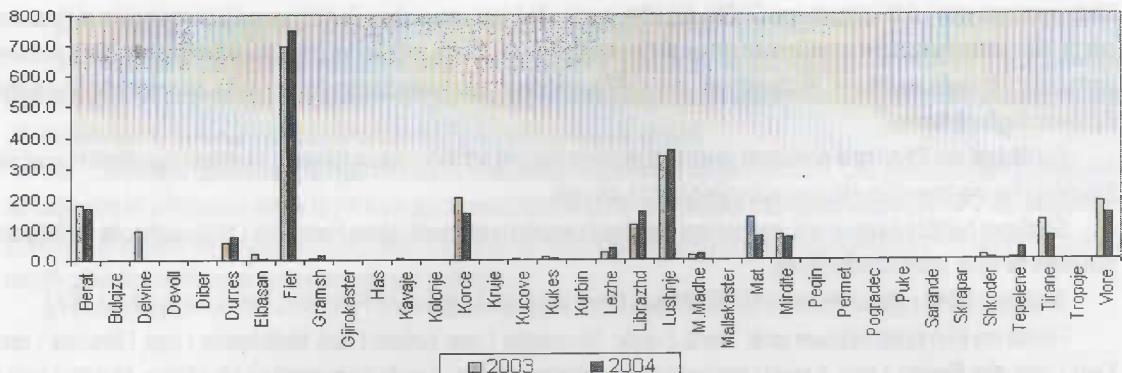
Grafiku 3.4

Incidenca (raste/10.000 banorë) e Gripit sipas Rretheve më 2004 dhe 2003



Grafiku 3.5

Incidenca (raste/10.000 banorë) e Common Cold sipas Rretheve më 2004 dhe 2003



4. SËMUNDJET E EPI (PROGRAMI I ZGJERUAR I IMUNIZIMIT)

Viti 1997 shënoi në vendin tonë fillimin e situatës aktuale epidemiologjike të poliomielitit të eliminuar si infeksion indigen; qershor i vitit 2002 shënoi çertifikimin zyrtar nga OBSh të Shqipërisë (krahas të gjitha vendeve të Europës) si vend pa poliomielit indigen. Megjithatë, rreziku i importimit eventual të infeksionit është i pranishëm në çdo moment. Çka dikton domosdoshmërinë e mbajtjes në vijueshmëri të pandërprerë njëherësh të niveleve $>95\%$ të mbulesës vaksinore OPV si në shkallë vendi, si në shkallë rrathi, ashtu (dhe sidomos) dhe në nivel "kapilar" (fshat, lagje/blllok në qytet, etj), si edhe të Survejancës së përforuar të Bazuar-në-Rast të Paralizave Flakside Akute (PFA). Dhe janë pikërisht PFA-të, ato që do të shtjellojmë në këtë kapitull.

Viti 2001 shënoi fillimin në vendin tonë të fazës epidemiologjike kah eliminimit të fruthit më 2007 dhe rubeolës më 2010 si infeksione indigjene në popullatë. Njëloj sikurse për poliomielitin, kjo situatë epidemiologjike dikton domosdoshmërinë e mbajtjes në vijueshmëri të pandërprerë njëherësh të niveleve $>95\%$ të mbulesës vaksinore kundrejt fruthit dhe rubeolës (me dyvaksinën FR) si në shkallë vendi, si në shkallë rrathi, ashtu (dhe sidomos) dhe në nivel "kapilar" (fshat, lagje/blllok në qytet, etj), si edhe të Survejancës së përforuar të Bazuar-në-Rast të Fruthit/Rubeolës (me konfirmim të detyrueshëm laboratorik të rastit të suspektuar klinikisht), aplikimi i së cilës filloj më 1 janar 2002. Rrjedhimisht, fruthi dhe rubeola do të shtjellohen së bashku në këtë kapitull.

Viti 2005 është planifikuar si fillim i futjes së vaksinimi kundër **parotitit epidemik** (me trivaksinën FRP – Fruth, Rubeolë, Parotit) në kalendarin tonë kombëtar të vaksinimit të detyrueshëm. Rrjedhimisht, parotitin epidemik e konsiderojmë paraprakisht sëmundje të EPI dhe e shtjellojmë në këtë kapitull.

Difteria, Tetanozi dhe **Pertussis** shtjellohen së bashku për arsyet e trivaksinës DTP (krahas dyvaksinave DT dhe Td dhe njëvaksinës TT) të parandalimit parësor të tyre.

Ndërkaq, Tuberkulozin e shtjellojmë në kapitull më vete, ndonëse vaksina BCG duhej ta përfshinte atë në grupin EPI. Arsyja është karakteri social i tij, ku impakti i parandalimit parësor (vaksinimit BCG) është jo i shprehur qartë.

4.1. PARALIZAT FLAKSIDE AKUTE (PFA)

Gjatë vitit 2004 janë raportuar nëpërmjet **Survejancës të Bazuar-në-Rast te PFA-ve 8 raste me PFA (nga 9 të pritshme)**, dmth 1 rast PFA në 100.000 popullatë të moshave pediatrike 0-14 vjeç, popullatë kjo që përllogaritet aktualisht në vendin tonë në <900.000 subjekte), çka përfaqëson një një indeks prej 0.9 të asaj survejance (duke MOS përbushur

kështu normën prej 1,0 të kërkuar nga OBSh). Në këtë kuadër, tërhiqet vemendja e Shërbimeve Epidemiologjike të Retheve për të rritur performancën e survejancës aktive të tyre ndaj PFA-ve, (dmth, monitorim çdojavor në shërbimin klinik spitalor-ambulator për raste eventuale, të diagnostikuara si PFA por të paraportuara [urgjentisht brenda 24 orësh] në Shërbimin Epidemiologjik përkatës).

Secili rast me PFA i janë prelevuar (marrë) 2 mostrat feçe në kohën e duhur (brenda 14 ditësh nga fillimi i paralizës flakside) dhe me intervalin e duhur ndërmjet tyre (24-48 orë).

Secili rast është hulumtuar nga ana epidemiologjike: hulumtim i vetë rastit (sipas Formularit 1 të Survejancës të PFA) dhe hulumtimi në vatër (kontaktet familjare).

Secili rast është ndjekur klinikisht 60-90 ditë pas fillimit të paralizës (konform Formularit 2 të Survejancës të PFA).

Rastet me PFA sipas rretheve janë: Tirana 2 raste, Gjirokastra 1 rast, Kukësi 1 rast, Mallakastra 1 rast, Librazhd 1 rast, Fieri 1 rast, dhe Ersekë 1 rast. 6 raste i përkasin grup-moshës 1-4 vjeç, 2 raste grup-moshës 10-14 vjeç. Meshkuj janë 6 raste, femra 2 raste.

Raportimi çdojavor i detyrueshëm nga DEKSI (IShP) në Zyrën Rajonale të OBSh (Kopenhangë, Danimarkë) është bërë i plotë (52 javë) dhe në kohë (çdo javë).

Rezultatet e përfshitura:

1. Hulumtimi i të dhënave mbi vaksinimin (OPV) të rasteve, gjithmonë mbështetur në dokumentacionin e vaksinimit, tregoi prani të vaksinimit konform kalendarit përkatës (dozat OPV lidhur me moshën) në të gjitha rastet.
2. Hulumtimi i të dhënave mbi vaksinimin (OPV) të kontaktave të ngushta (familjare) të rasteve (subjekte me moshë 0-14 vjeç), gjithmonë mbështetur në dokumentacionin e vaksinimit, tregoi prani të vaksinimit konform kalendarit përkatës (dozat OPV lidhur me moshën) në të gjitha subjektet kontakt familial.
3. Analiza virologjike e mostrave feçe të prelevuara nga rastet me PFA, (kryer në IShP), tregoi mungesë të poliovirusit në të gjitha rastet.
4. Analiza virologjike e mostrave feçe të prelevuara nga kontaktet familjare të rasteve (subjekte të moshave 0-14 vjeç) tregoi mungesë të poliovirusit në të gjitha subjektet kontakt familial.
5. Hulumtimi epidemiologjik i rasteve tregoi mungesë të lidhjeve eventuale epidemiologjike me poliovirusin e egër në të gjitha rastet.
6. Hulumtimi epidemiologjik në vatër (kontaktet familjare) tregoi mungesë të lidhjeve eventuale epidemiologjike me poliovirusin e egër në të gjitha subjektet kontakt familial.
7. Vizita klinike 60-90 ditë pas fillimit të paralizës në të gjitha rastet me PFA tregoi mungesë të plotë të paralizës reziduale: rastet përfunduan me shërim të plotë klinik.

Përfundime:

1. Survejanca e PFA-ve më 2004 ka realizuar Jo-Plotësisht parametrat (indikatorët) e saj sepse janë raportuar 8 raste nga 9 të pritshmet (= indeks 0,9 i survejancës nga ai 1,0 i kërkuar);
2. Por, ndërsa, janë plotësuar kërkesat e tjera, konkretisht:
 - **raportimi në DEKSI (IShP) është bërë në kohë (brenda 3 ditësh nga fillimi i paralizës) në të gjitha rastet;**
 - secili rast është shoqëruar me 2 mostra feçe të prelevuara në kohë dhe brenda kushteve të kërkua;
 - analiza virologjike e mostrave feçe të prelevuara është përfunduar në kohë në IShP (brenda 28 ditësh nga fillimi i paralizës);
 - ndjekja klinike në të gjitha rastet është bërë në kohë (60-90 ditë pas fillimit të paralizës);
 - raportimi në Zyrën Rajonale të OBSh (Kopenhangë, Danimarkë) është bërë i plotë (52 javë të vitit) dhe në kohë (çdo javë të vitit).
 - 3. Të dhënat e vaksinimit OPV në rastet dhe kontaktet e ngushta (familjare) të tyre treguan mbulesë vaksinore 100%.
 - 4. Të dhënat e
 - analizës virologjike
 - hulumtimit epidemiologjik,
 - vizitës klinike mbi mbetjen e paralizës deri 90 ditë pas shfaqjes së saj,

konkluduan përmungesë të qarkullimit të poliovirusit të egër në popullatën e vendit tonë.

5. Tabloja e mësipërme lidhur me mos-përbushjen e indikatorit të Survejancës të PFA-ve më 2004 duhet domosdoshmërisht të përmirësohet më 2005. Çka ritërheq vëmendjen e shërbimeve epidemiologjike të rretheve përmajtjen në vijueshmëri të Survejancës së përforuar të PFA-ve (survejancë aktive).

6. Importimi i poliovirusit të egër në vendin tonë është i mundshëm në çdo moment. Çka dikton domosdoshmërinë e survejancës së përforuar aktive të PFA-ve dhe të realizimit në kohë dhe cilësi të mbulesës vaksinore OPV në nivele >95% jo vetëm në shkallë vendi dhe rrethi, por, dhe sidomos, në nivel "kapilar", detyra dhe përgjegjësi këto në rradhë të parë dhe mbi të gjitha të shërbimeve epidemiologjike të rretheve.

4.2. FRUTHI DHE RUBEOLA

(Sindromi "Rash makulopapular dhe Temperaturë")

Përmendim sërisht që **Survejanca e Bazuar-në-Rast e Fruthit/Rubeolës** (ku rast quhet ai me sindromin infektiv "rash makulopapular dhe temperaturë") është vënë në aplikim në vendin tonë (survejancë e detyrueshme) qysh prej 1 janar 2002. Çka do të thotë që të gjitha rastet me sindromin e mësipërm duhet praktikisht t'i nënshtronen kësaj survejance, konkretisht hulumtimit epidemiologjik të rastit dhe prelevimit të mostrës së gjakut (mostrës serike) prej tij (për realizimin e analizës serologjike në IShP përmes konfirmimin e Fruthit apo Rubeolës).

Si është realizuar kjo Survejancë e Bazuar-në-Rast gjatë vitit 2004? Cilat janë rezultatet e përfthuara prej saj në raport me ato të përfthuara prej SMBS më 2004 dhe të krahasuara me ato të vitit 2003?

Me Survejancën e Bazuar-në-Rast të Fruthit/Rubeolës janë raportuar gjatë vitit 2004 **gjithsej vetëm 4 raste me sindromin infektiv "rash makulopapular" dhe temperaturë", të suspektuara ose përmes fruthit ose përmes rubeolës** (Tiranë 2 raste, Kurbin 1 rast, Pogradec 1 rast), numër ky, më i ulët se ai prej 13 rasteve i raportuar më 2003.

Ndërkaq, nëpërmjet Pasqyrës 14/Sh të SMBS janë raportuar 3 raste të suspektuara përmes Fruthit (Tiranë 1, Kurbin 1, Kuçovë 1) dhe 1 rast (Shkodër) suspektuar përmes Rubeolës, pra total 4 raste në total, dmth po aq sa ato me sindromin "rash makulopapular dhe temperaturë" të raportuara nëpërmjet Survejancës të Bazuar-në-Rast të Fruthit/Rubeolës, vecse jo prej të njëjtave rrethe. *Është kjo, një situatë krejt pak a shumë e ngashme me atë të vitit paraardhës 2003, në kuptimin që rrethi (vlen përmes rrithjeve), rastin e raportuar me sindromin "rash makulopapular dhe ethe" nëpërmjet Survejancës të Bazuar-në-Rast të Fruthit/Rubeolës nuk e raporton njëkohësisht edhe nëpërmjet Pasqyrës 14/Sh të SMBSS dhe e anasjelltë. Moment negativ ky, që duhet domosdoshmërisht të eliminohet më 2005.*

Rezultatet e përfthuara:

1. Hulumtimi epidemiologjik në vatër (kontaktet e ngushta apo familjare pavarësisht nga mosha) në secilin nga 4 rastet me sindromin "rash makulopapular dhe temperaturë" të raportuara nëpërmjet Survejancës të Bazuar-në-Rast të Fruthit/Rubeolës tregoi mungesë të plotë të lidhjeve epidemiologjike me raste të supektuara përmes fruthit apo përmes rubeolës.

2. Hulumtimi i të dhënave të vaksinimit kundër fruthit (njëvaksina F) ose/edhe kundër rubeolës (dyvaksina FR) në 4 rastet me sindromin "rash makulopapular dhe temperaturë" të raportuara nëpërmjet Survejancës të Bazuar-në-Rast të Fruthit/Rubeolës, mbështetur gjithmonë në dokumentacionin e vaksinimit (regjistri i vaksinimit), tregoi mbulesë vaksinore 100% të tyre (përfshirë edhe vaksinimin masiv në nëntor 2000 përmes fëmijët 1-14 vjeç).

3. Analiza serologjike e 4 rasteve me sindromin "rash makulopapular dhe temperaturë" tregoi mungesë qoftë të fruthit, qoftë të rubeolës në secilin syresh. Përfundimisht, ato rezultojnë të jenë raste të raportuara "suspekt përmes fruthit" apo "suspekt përmes rubeolës", por që nuk u konfirmuan as përmes fruthit apo rubeolës nga ana laboratorike. *Rrjedhimisht, sindromi "rash makulopapular dhe temperaturë" rezulton të ketë pasur tjetër agjent etiologjik në të gjitha rastet e raportuara, ndodhë kjo plotësisht e pritshme.*

4. Dihet që Survejanca e Bazuar-në-Rast e Fruthit/Rubeolës është përplotësuese e SMBS. Rrjedhimisht, çdo rast me sindromin "rash makulopapular dhe temperaturë" i suspektuar për fruth apo për rubeolë raportohet nëpërmjet Survejancës të Bazuar-në-Rast të Fruthit/Rubeolës, por njëherësh ai duhet të figurojë edhe në Pasqyrën 14/Sh mujore të rrethit përkatës.

Përfundim:

1. Survejanca e Bazuar-në-Rast e Fruthit/Rubeolës më 2004, vitin e tretë të aplikimit të saj (filloi në janar 2002), rezulton me një ecuri përgjithësisht të kënaqshme, ndonëse e një niveli në rënje krahasuar me vitin 2003. Këtë e tregon prania e 4 rasteve me sindromin "rash makulopapular dhe temperaturë" të raportuara përmes kësaj survejance (shoqëruar me mostrën përkatëse serike), krahasuar me 13 rastet e viti 2003.

2. Megjithatë, situata e mësipërme tregon ndërkohë kahen aktuale të vendit tonë në drejtim të eliminimit të fruthit dhe rubeolës si infeksion indigjen në popullatë, rrjedhoje e parandalimit parësor nëpërmjet vaksinoprofilaksisë përkatëse.

4.3. DIFTERIA, TETANOZI, PERTUSSIS

4.3.1. DIFTERIA

Difteria rezulton të jetë 0 (zero) raste më 2004, dmth e njëjta situatë epidemiologjike (zero raste vjetore) sikurse më 2003, 2002 dhe 2001

Ky rezultat është një tregues i drejtpërdrejtë i mbulesës optimale vaksinore (>95%) të DTP3 në rradhë të parë, por edhe të rivaksinimeve DTP, DT, dhe Td lidhur si me komponentin (antigenin) difterik, ashtu dhe me komponentet (antigenët) tetanik dhe pertusik.

Por duhet përmendur se vazhdon mosrealizimi i konfirmimit laboratorik të rastit me difteri për dy arsyen: së pari, përmungesë të realizimit të diagnozës laboratorike të difterisë (izolim dhe identifikim i agjentit mikrobiik etiologjik) nga laboratorët mikrobiologjikë të shëndetit publik të rretheve, së dyti, përvonesë në kohë të marrjes së prelevatit nazofaringeal nga rasti (pacienti) i suspektuar klinikisht për difteri sepse raportimi në IShP (DEKSI) bëhet pasi ka filluar mjekimi, dhe, përrnjedhojë, ekipi i IShP e realizon marrjen e prelevatit nazofaringeal (përkryerjen e diagnozës laboratorike mikrobiologjike në IShP) pas fillimit të mjekimit.

4.3.2. TETANOZI (DHE TETANOZI NEONATOR)

Tetanozi neonator paraqitet me 0 (zero) raste më 2004 ashtu sikurse në vitet paraardhëse 2003, 2002, 2001 etj.

Tetanozi më 2004 paraqitet me 1 rast, (më 2003 asnjë rast)

Kjo tablo, është një tregues i drejtpërdrejtë i efektivitetit të parandalimit parësor të tetanozit dhe tetanozit neonator nëpërmjet vaksinoprofilaksisë specifike (DTP, DT, Td në moshat pediatrike dhe TT në gratë shtatzëna).

4.3.3. PERTUSSIS

Më 2004 u raportuan 72 raste të suspektuara klinikisht për pertussis (mosha pediatrike), dmth një rritje e numrit të rasteve të raportuara në vitin pararendës 2003 (11 raste). Vijojnë këto, të jenë nivele të papërfillshme të frekuencës së hasjes të sëmundjes në populatë, duke paraqitur kështu një tablo që pasqyon shkallën optimale të efektivitetit të vaksinoprofilaksisë përkatëse (trivaksina DTP).

Theksi duhet vënë në *mungesën e konfirmimit laboratorik* të rastit, sepse laboratorët mikrobiologjikë të shëndetit publik të rretheve nuk realizojnë (arsye objektive dhe subjektive) diagnozën mikrobiologjike të pertussis.

4.4. PAROTITI EPIDEMIK

Vaksinimi kundër parotitit epidemik nuk është futur ende në kalendarin tonë kombëtar të vaksinimit të detyrueshëm. Rrjedhimisht, situata epidemiologjike aktuale e parotitit epidemik është ajo e një vendi pa vaksinoprofilaksinë specifike. Sikurse është lartpermendur në hyrje të kesaj analize, viti 2005 është planifikuar si vit i futjes në vendin tonë të vaksinimit të detyrueshëm kundër parotitit epidemik të çdo kohort-lindje të re, vaksinim ky me trivaksinën FRP (Fruth-Rubeolë-Parotit), që, vetkuptohet, do të ndjekë skemën aktuale të vaksinimit kundër fruthit dhe rubeolës (me dyvaksinën FR), dmth doza bazale në moshën 12-15 muaj dhe doza booster (rivaksinimi) në moshën 5-6 vjeç.

4.4.1. Viti 2004 paraqet një frekuencë spikatshëm më të ulët të hasjes së parotitit epidemik (29,2 raste/100.000 banorë) krahasuar me vitin paraardhës 2003 (72,9 raste/100.000 banorë),

Tabela 4.1

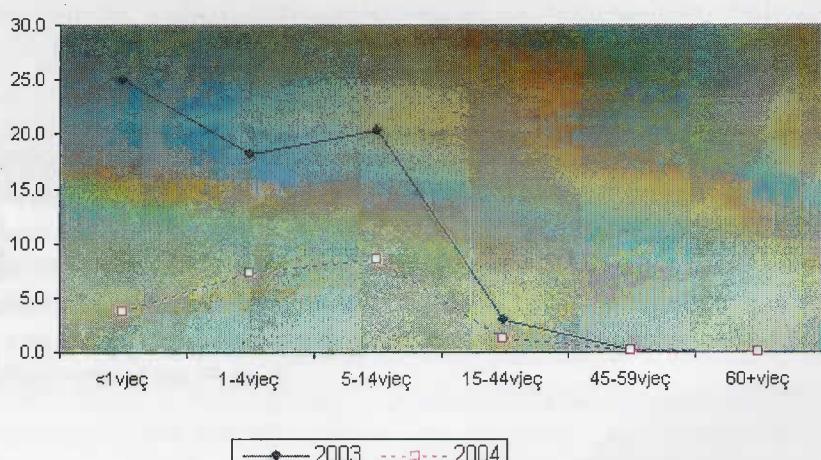
Frekuencia e hasjes së Parotitit epidemik më 2004 dhe 2003: Numri i rasteve dhe Incidenca (raste/100.000 banorë)

	Raste	Incidenca (raste/100.000)
2002	3.124	102,0
2003	2.236	72,9
2004	896	29,2

4.4.2. Të dhënat e **frekuencës moshere të sëmundjes** tregojnë që, ndërsa më 2003 peshën specifike kryesore në sëmundshmërinë e parotitit epidemik e mbante grup-mosha <1vjeç, renditur pas saj grup-mosha 5-14 vjeç, në vitin 2004 grup-mosha 5-14 vjeç ka peshë specifike të konsiderueshme, renditur pas saj grup-mosha 1-4vjeç. (*GRAFIKU 4.1*). Duhet rikujtuar që grup-mosha 5-14 vjeç përfshin moshat e pubertetit (>11-12 vjeç), moment ky me vlerë lidhur me praninë e impaktit të mirënjohur të parotitit epidemik në drejtim të sterilitetit mashkullor (orkiti parotidik).

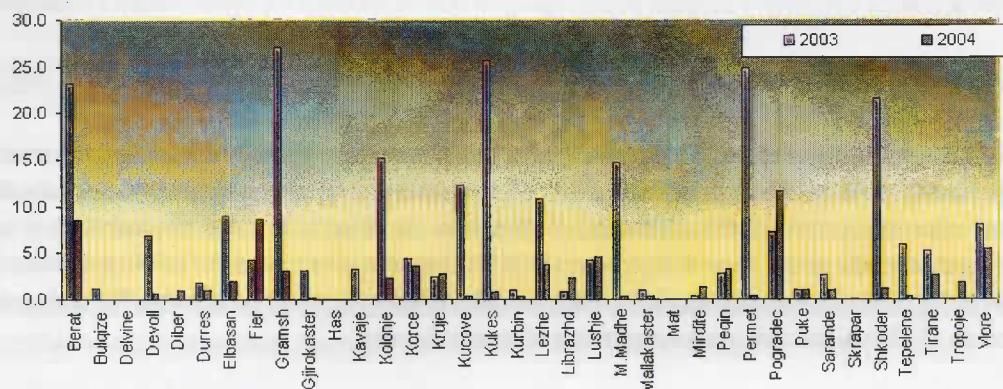
Grafiku 4.1

Frekuencia Moshere e hasjes së Parotitit epidemik më 2004 dhe 2003: Incidenca (raste/10.000 banorë)



4.4.3. Nga **shpërndarja hapësinore** e frekuencës së hasjes te parotitit epidemik për të dy vitet (2004 krahasuar me 2003) vërehet prania e mirënjohur e heterogenitetit në raportin kohë/vend (infeksion me transmetim ajror-spërklor në sfondin e mungesës së vaksinoprofilaksisë specifike); rrëthet me incidencë të lartë më 2003 paraqesin incidencë shumë të ulët më 2004 dhe rrëthet me incidencë të ulët kanë pësuar një rritje të lehtë.

Grafiku 4.2

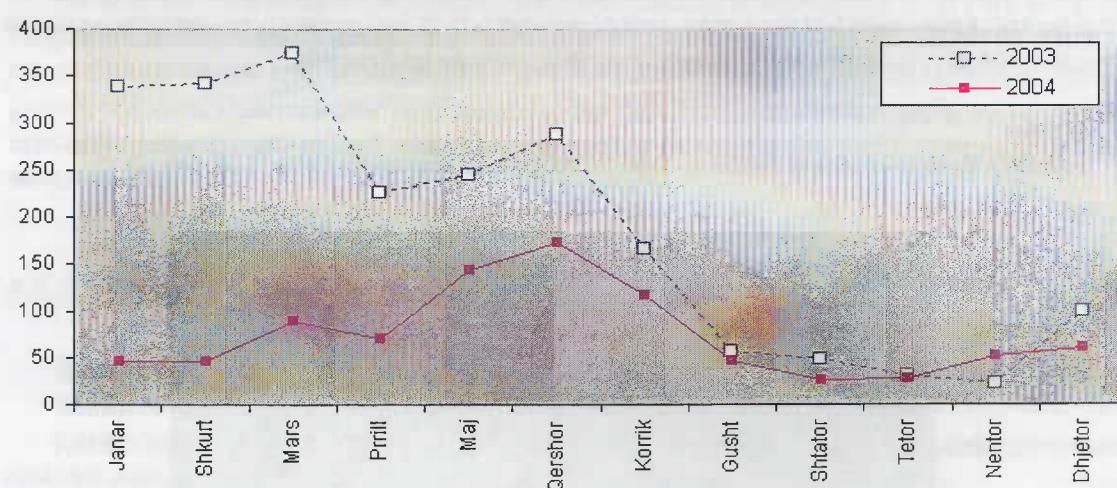


Incidenca (raste/10.000 banorë) e Parotitit epidemik sipas Rretheve më 2004 dhe 2003

4.4.4. Trendi mujor i frekuencës së hasjes të parotitit epidemik më 2004 tregon që muajt shtator-tetor paraqesin nivelet më të ulëta të incidencës; në nëntor-dhjetor këto nivele fillojnë të rriten gradualisht për të arritur pikun e tyre në në mars dhe qershor (krahasuar me maj-qershor më 2003), (GRAFIKU 4.3). Një kurbë e tillë e hasjes së parotitit epidemik është tipike për një infeksion aerogen: prania e kolektivave fëmijënore-rinore (sidomos shkollat) mundëson rritjen e intensitetit të transmetimit të virusit shkaktar, dmth rritjen e niveleve të incidencës së infeksionit.

Grafiku 4.3

Frekuencia Mujore (numër absolut i rasteve) e hasjes së Parotitit epidemik më 2004 dhe 2003



5. TUBERKULOZI

Ndonëse Pasqyra mujore 14/Sh e SMBs përmban Tuberkulozin (TB), madje edhe të specifikuar sipas nozologjive të ndryshme përbërëse të tij, të dhënët e përfutura prej saj nuk përkonjë me realitetin. Arsyja është bërë e mirënjohur me kohë prej nesh. Ajo qëndron thjesht në faktin që fokusi qendor (kombëtar) i udhë-ecurisë së të dhënavë nga niveli i bazës (Dispanserët TB) është vetëm Spitali i Pneumoftiziatrisë (QSUT, Tirane), ndërkohë që paralelisht me të lypset të ishte edhe IShP. Sepse, në fund të fundit, fjalë është për një sëmundje infektive si gjithë të tjerat, pavarësisht nga specifikat e saj. Sepse, në fund të fundit, është pikërisht Shërbimi Epidemiologjik i rrethit ai, që teknikisht mund duhet të kryejë hulumtimin epidemiologjik në vatër. Sepse, në fund të fundit, vaksinimi BCG udhëhiqet dhe monitorohet teknikisht nga Programi Kombëtar EPI pranë DEKSI të IShP. Është e vërtetë që Dispanserët TB në nivel prefekturë normalisht e raportojnë rastin TB incident edhe në Shërbimin Epidemiologjik të rrethit përkatës, që, nga ana e vet, realizon raportimin në DEKSI (IShP) përmes Pasqyrës mujore 14/Sh. Por një numër jo i vogël rastesh e anashkalojnë hallkën e Dispanserit TB duke u hospitalizuar drejtpërdrejt në Spitalin Universitar të Pneumoftiziatrisë, i cili ka (përfat të keq) si modus operandi të vetin mosraportimin ritmik të rastit në IShP. Rrjedhimisht, të dhënët që disponohen në IShP janë më të pakta në numër se sa të dhënët që disponohen në Spitalin Universitar të Pneumoftiziatrisë. Prandaj, shtjellimin e mëposhtëm lidhur me TB më 2003 në vendin tonë e bëjmë duke u bazuar pikërisht në të dhënat e përfutura prej atij Spitali dhe të ofruara në IShP.

5.1. Numri i rasteve incidente TB (pulmonar, ekstrapulmonar, etj) të raportuara më 2004 është 554. Është kjo, një frekuencë thaujse e njëjtë atë të vitit 2003 (511 raste incidente), apo 2002 (590 raste incidente) apo dhe 2001 (555 raste incidente). Çka tregon për një trend thaujse të qëndrueshëm të hasjes së TB në vendin tonë në ecurinë e viteve të fundit.

Numri i rasteve prevalente (recidiva) më 2004 është 37, çka do të thotë që totali i rasteve TB (incidente dhe recidiva) më 2004 të jetë 591, (nga të cilat, 37 rastet recidiva përbëjnë vetëm 6,3% [=37/591]).

5.2. Në totalin prej 591 raste TB (554 incidente dhe 37 recidiva) më 2003, TUBERKULOZI PULMONAR përfaqësohet me 367 raste (apo 62,1% e totalit), ndërsa ai EKSTRAPULMONAR me 224 raste (apo 37,9% e totalit). Shihet qartë pesha specifike (faktikisht në rritje në ecurinë e viteve të fundit) e TUBERKULOSIT EKSTRAPULMONAR, e lidhur kjo drejtpërdrejt me problemet aktuale të mjekësisë veterinare në drejtim të mangësive dhe boshllëqeve të aktivitetit të saj në kontrollin dhe parandalimin e tuberkulozit në gjedh (nivele të ulëta të tuberkulinizimit, performancë jo-adequate në shëndetësimin e gjedhit, etj).

5.3. Shpërndarja moshore e frekuencës së hasjes të TB (totali 591 raste incidente dhe prevalente) më 2004 tregon për interesim të të gjithja grup-moshave, (TABELA 5.1). Grup-moshat pediatrike (0-14 vjeç) përbëjnë 8,4% të totalit të rasteve (50/591), nivel ky thaujse i njëjtë me atë prej 6,6% të vitit paraardhës 2003 dhe thaujse 3 herë më i ulët se ai prej 21,3% i vitit 2002. Megjithatë, përsëri mbetet ky, një moment që duhet marrë në konsideratë në diktimin e domosdoshmërisë së fuqizimit të masave të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjes. Ndërkëq, shpërndarja e frekuencës së hasjes të TB në grup-moshat 15 vjeç e lart (konkretnisht grup-moshat 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, dhe 65+ vjeç) janë thaujse pa ndryshime statistikisht sinjifikative ndërmjet tyre, (TABELA 5)

Tabela 5

Frekuencia Moshore e hasjes të TB më 2004: numri i rasteve dhe pesha specifike (përqindje ndaj totalit)

Grup-moshat (vjeç)												Total	
0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	nr	%	nr	%	nr	%
14	2,4	36	6,1	80	13,5	75	12,7	78	13,2	97	16,4	91	15,4

5.4. Shpërndarja gjinore e frekuencës së hasjes të TB më 2004 vijon të tregojë një mbizotërim të meshkujve, ndonëse jo sinjifikativ: ata përbëjnë 60,1% (=355/591) të totalit prej 591 raste incidente plus prevalente.

5.5. Shpërndarja hapësinore e frekuencës së hasjes të TB më 2004 (raste incidente plus recidiva) tregon se të gjitha rrethet janë të përfaqësuara në gjeografinë e përhapjes të sëmundjes. Incidencen më të lartë e mbajnë rrethet e zonave verilindore dhe veriperëndimore, qendrore-veriore, dhe më pas ato të zonave juglindore të vendit.

5.6. Vlen te theksohet që numri i Meningiteve tuberkulare i raportuar më 2004 mbetet sërisht krejt i papërfillshëm sikurse në vitet paraardhëse. Konkrektisht, më 2004 janë raportuar vetëm 4 raste me meningit tuberkular (mosha 0-4 vjeç), çka është një tregues sinjifikativ i efektivitetit të vaksinimit BCG

6. SKARLATINA DHE ERIZIPELA

Janë dy përfaqësueset e vetme të infeksioneve streptokoksike që përfshihen në listën e nozologjive infeksioze të Pasqyrës 14/Sh të SMBS të survejancës të sëmundjeve infektive. Theksojmë që tonsilitet për arsyet tashmë të përmendura nuk përbahen në këtë Pasqyrë, ndonëse ato përbëjnë peshën specifike kryesore të infeksioneve streptokoksike në popullatë.

6.1. Viti 2004 paraqet një frekuencë më të ulët të hasjes si të skarlatinës ashtu dhe erizipelës krahasuar me vitin paraardhës 2003, (*TABELA 6.1*).

Tabela 6.1

Skarlatina dhe Erizipela: Frekuanca e hasjes (numër rastesh dhe incidence [raste/100.000 banorë]) më 2004 dhe 2003

	2003		2004	
	Raste	Incidenca (raste/100.000)	Raste	Incidenca (raste/100.000)
Skarlatina	78	2,5	67	2,2
Erizipela	153	5,0	106	3,5

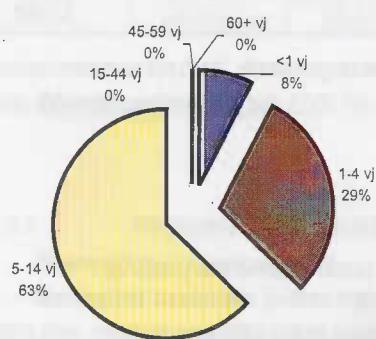
Duhet thënë se kemi prani të falco-negativitetit në raportim, dmth raste që nuk diagnostikohen klinikisht dhe/ose raste që diagnostikohen por nuk raportohen. Incidencia e sindromit "Rash dhe Temperaturë" në survejancën Alert të sëmundjeve infektive është jashtëzakonisht më e lartë se incidencëa në Pasqyrën 14/Sh të SMBS të fruth plus rubiolë plus skarlatinë plus erizipelë plus varicelë

6.2. Nga shqyrtimi i **shpërndarjes moshere** të frekuencës së hasjes vërehet që peshën specifike kryesore në sëmundshmërinë e Skarlatinës e mbajnë gjithmonë moshat pediatrike si më 2004 ashtu dhe më 2003, (*GRAFIKU 6.1*), ndërkohë që përkundrazi janë moshat e rritura ato që paraqesin gjithmonë nivelet më të larta të incidencës së Erizipelës si më 2004 ashtu dhe më 2003, (*GRAFIKU 6.2*).

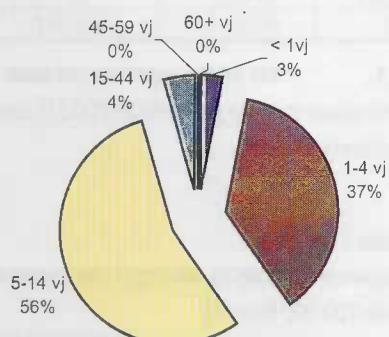
Grafiku 6.1

Skarlatina më 2004 dhe 2003: Shpërndarja Moshore e frekuencës së hasjes

(pesha specifike në përqindje e grup-moshave ndaj totalit të rasteve)



Skarlatina Viti 2003

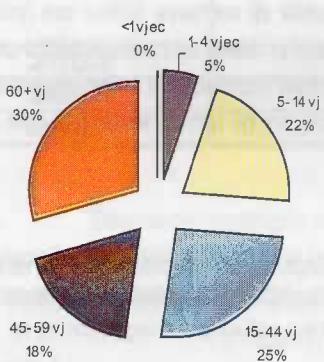


Skarlatina Viti 2004

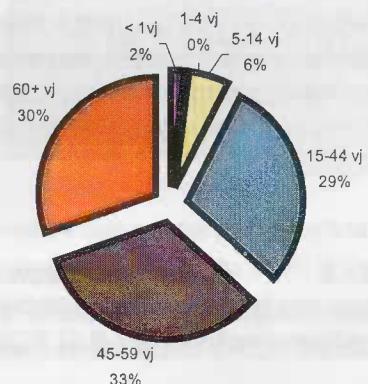
Grafiku 6.2

Erizipela më 2004 dhe 2003: Shpërndarja Moshore e frekuencës së hasjes

(pesha specifike në përqindje e grup-moshave ndaj totalit të rasteve



Erizipela Viti 2003



Erizipela Viti 2004

Konkretnisht, moshat fëmijënore 0-14 vjeç përbëjnë 100% dhe 96% të totalit vjetor të rasteve të reportuara me Skarlatinë përkatësisht më 2003 dhe 2004; në këto mosha, vendin kryesor e ze grup-mosha 5-14 vjeç me 56% të totalit të rasteve të reportuara më 2004, e ndjekur nga grup-moshat 1-4 vjeç (37%) dhe <1 vjeç (3%). Përkundrazi, për erizipelën, grup-moshat më të prekura janë ato 15-44 vjeç, 45-59 vjeç dhe 60 vjeç e lart, me përkatësisht 29%, 33% dhe 30% të totalit vjetor të rasteve të reportuara për erizipelë më 2004.

7. MENINGITI MENINGOKOKSIK DHE MENINGITET E TJERA

7.1. MENINGITI MENINGOKOKSIK

7.1.1. Më 2004 u raportuan në **total 7 raste me meningit meningokoksik**, dmth një nivel sëmundshmërie i njëjtë krahasuar me vitin paraardhës 2003 (6 raste), (*TABELA 7.1*). Të dy vitet 2003 dhe 2004 paraqesin nivele shumë të ulëta të sëmundshmërisë.

Tabela 7.1

Frekuencia e hasjes së Meningitit meningokoksik më 2004 dhe 2003: numri i rasteve dhe incidenca (raste/100.000 banorë)

	Raste 2003	Raste 2004	Incidenca 2003 (raste/100.000)	Incidenca 2004 (raste/100.000)
Meningiti meningokoksik	6	7	0,2	0,2

Të gjitha rastet e raportuara kanë qenë sporadike. Konkretilisht, rrëthet Durrës, Kukës, Përmet kanë raportuar nga 2 raste, ndërsa rrëthi Devoll ka raportuar 1 rast (rezultuar sporadic).

Përsëri, është me vlerë të theksojmë një moment të rëndësishëm, pikërisht atë të mangësive në konfirmimin laboratorik të rastit në laboratorët mikrobiologjikë të shëndetit publik të rretheve lidhur me izolimin dhe identifikimin e agjentit bakterik (*Neisseria meningitidis*). Eksistenza e këtij problemi sjell prani të **fallco-pozitivitetit (raste të raportuara për "meningit meningokoksik" por që nuk janë "meningokoksik") ashtu dhe të **fallco-negativitetit** (raste të raportuara për "meningite te tjera" [faktikisht është fjala për ato bakterike] por që fare mirë mund të jenë të natyrës meningokoksike).**

7.1.2. **Shpërndarja moshere** e frekuencës së hasjes të meningitit meningokoksik më 2004 ka një shtrirje pothuajse në të gjithë grumoshat: peshën specifike kryesore në sëmundshmëri e mbajnë moshat pediatrike 0-14 vjeç që përfaqësojnë 71,5% të totalit të rasteve të raportuara përkatësisht më 2004. (*TABELA 7.2*)

Tabela 7.2

Frekuencia moshere e hasjes së Meningitit meningokoksik më 2004 dhe 2003: NUMRI I RASTEVE SIPAS GRUP-MOSHAVE DHE PESHA SPECIFIKE (PËRQINDJE) NDAJ TOTALIT

Raste

	<1 vj.	1-4 vj.	5-14 vj.	15-44 vj.	45-59 vj.	60+ vj.
2002	4	4	5	1	1	0
2003	0	0	4	0	1	1
2004	2	2	1	1	1	0

Përqindje ndaj totalit

	<1 vj.	1-4 vj.	5-14 vj.	15-44 vj.	45-59 vj.	60+ vj.
2002	26,6%	26,6%	33,4%	6,7%	6,7%	0
2003	0	0	66,6%	0	16,6%	16,6%
2004	28,60%	28,60%	14,30%	14,30%	14,30%	0

7.2. MENINGITE TË TJERA

7.2.1. Në grupimin 'Meningite të tjera' përfshihen:

- **MENINGITET VIRALE (ASEPTIKE)**, dhe
 - **Meningitet bakteriale jo-meningokoksike.**
- Ndër këto, **peshën specifike më të madhe e zenë MENINGITET VIRALE (ASEPTIKE).**

7.2.2. Frekuanca e hasjes të meningiteve të tjera më 2004 me një total prej 97 raste (apo incidencë prej 3,2 raste për 100.000 banorë) është pak më e ulët se e viti pararendës 2003 (118) raste, (TABELA 7.3). Shihet qartë që kjo frekuencë është shumë më e lartë krahasuar me atë të meningitit meningokoksik.

Tabela 7.3

Frekuanca e hasjes së Meningiteve të tjera më 2004 dhe 2003: numri i rasteve dhe incidenca (raste/100.000 banorë)

	Raste	Incidenca (raste/100.000)
2002	218	7,1
2003	118	3,8
2004	97	3,2

7.2.3. Sikurse për meningitin meningokoksik, edhe për meningitet e tjera **moshat pediatrike 0-14 vjeç përbëjnë peshën specifike kryesore në frekuencën e hasjes**: ato përfaqësojnë rrëth 71,5% dhe 74,0% të totalit të rasteve të reportuara përkatësisht më 2004 dhe 2003, (TABELA 7.4). Në brendi të moshave 0-14 vjeç është grup-mosha 5-14 vjeç ajo, që përmban peshën specifike më të madhe, duke përfaqësuar rrëth 36,1% të totalit të rasteve të reportuara më 2004. (GRAFIKU 7.1).

Tabela 7.4

Frekuencia Moshore e hasjes së Meningiteve të tjera më 2004 dhe 2003: numri i rasteve sipas grup-moshave dhe pesha specifike (përqindje) ndaj totalit

Raste

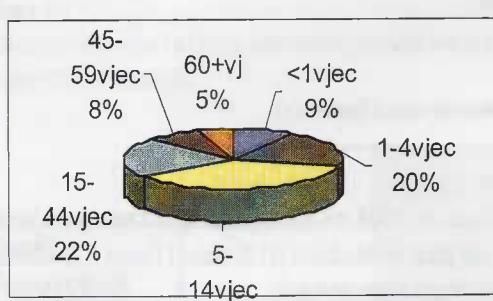
	<1vj.	1-4vj.	5-14vj.	15-44vj.	45-59vj.	60+vj.
2002	15	41	126	25	6	5
2003	4	15	68	23	3	5
2004	9	19	35	21	8	5

Përqindje ndaj totalit

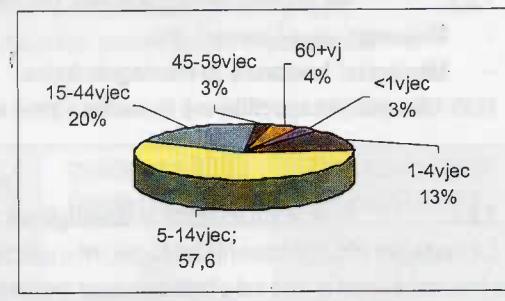
	<1vj.	1-4vj.	5-14vj.	15-44vj.	45-59vj.	60+vj.
2002	6,9%	18,9%	57,8%	11,5%	2,7%	2,2%
2003	3,4%	12,7%	57,6%	19,5%	2,5%	4,2%
2004	9,3%	19,6%	36,1%	21,6%	8,2%	5,2%

Grafiku 7.1

Frekuencë Moshore e hasjes së meningiteve të tjera më 2004 dhe 2003 pësht specifike (përqindje) e grup-moshave ndaj totalit vjetor të rasteve



Viti 2003



Viti 2004

7.2.4. Shpërndarja hapësinore e frekuencës së hasjes së meningiteve të tjera paraqet rrethe me incidencë të lartë, rrethe me incidencë të ulët, dhe rrethe me incidencë ...zero, (TABELA 7.5, GRAFIKU 7.2). Rrethi që paraqet incidencën më të lartë më 2004 është Gjirokastra (2,0 raste/10.000 banorë); kujtojmë që më 2003 rrethet me incidencën më të lartë ishin Gjirokastra (3,1 raste/10.000) dhe Kukësi (3,7 raste/10.000).

Tabela 7.5

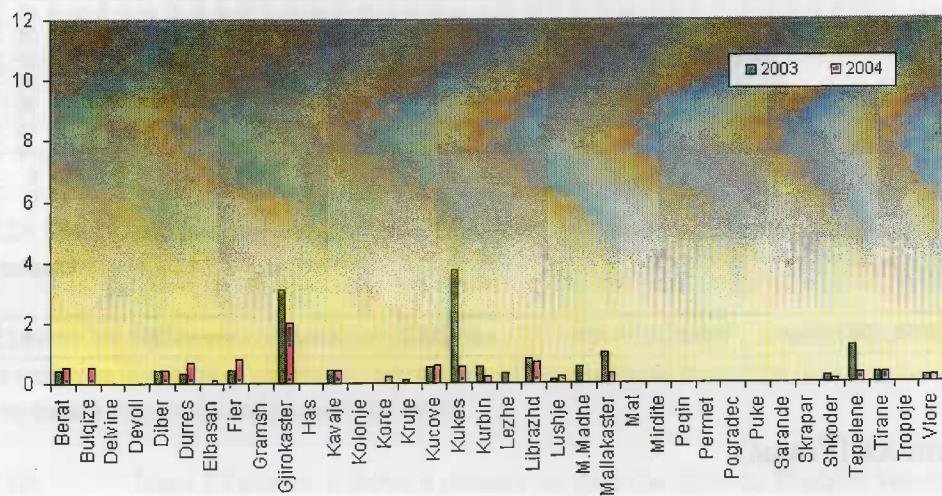
Frekuencë e hasjes së Meningiteve të tjera sipas Rretheve më 2004 dhe 2003: numri i rasteve dhe incidenca (raste/10.000 banorë)

	Raste		Incidenca (raste/10.000)	
	2003	2004	2003	2004
BERAT	6	7	0,4	0,5
BULQIZ	0	2	0	0,5
DELVIN	0	0	0	0
DEVOLL	0	0	0	0
DIB R	4	3	0,4	0,4
DURR S	6	12	0,3	0,7
ELBASAN	0	3	0	0,1
FIER	9	15	0,4	0,8
GRAMSH	0	0	0	0
GJIROKAST R	17	11	3,1	2,0
HAS	0	0	0	0
KAVAJ	3	3	0,4	0,4
KOLONJ	0	0	0	0
KOR	0	3	0	0,2
KRUJ	1	0	0,1	0
KUVO	2	2	0,5	0,6
KUK S	24	3	3,7	0,5
KURBIN	3	1	0,5	0,2
LEZH	2	0	0,3	0
LIBRAZHD	6	5	0,8	0,7
LUSHNJE	2	3	0,1	0,2
M. MADHE	2	0	0,5	0
MALLAKAST R	4	1	1	0,3

MAT	0	0	0	0
MIRDIT	0	0	0	0
PEQIN	0	0	0	0
PER	0	0	0	0
POGRADEC	0	0	0	0
PUK	0	0	0	0
SARAND	0	0	0	0
SKRAPAR	0	0	0	0
SHKOD R	4	1	0,2	0,1
TEPELEN	4	1	1,2	0,3
TIRAN	15	18	0,3	0,3
TROPOJ	0	0	0	0
VLOR	4	3	0,2	0,2

Grafiku 7.2

Shpërndarja e Meningiteve të tjera sipas Rretheve më 2004 dhe 2003: incidenca (raste/10.000 banorë)



8. ZOOZOZAT (E KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT VETERINAR)

Sëmundjet zoonotike të kontrollit dhe parandalimit veterinar vijojnë të paraqiten gjithnjë e më shqetësuese për shëndetin publik në vendin tonë. Vitet e fundit karakterizohen nga një rritje e qendrueshme e trendit të frekuencës së hasjes së tyre, veçanërisht e shprehur kjo për BRUCELOZËN, pa lënë mënjanë ANTRAKSIN, LEISHMANIAZËN dhe LEPTOSPIROZËN. Shkaku kryesor janë mangësitë në shërbimin veterinar në drejtim të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve zoonotike në kafshët bujqësore dhe shtëpiake (shoqëruese).

8.1. SËMUNDJET ZOONOTIKE NË TOTAL

TABELA 8.1 dhe GRAFIKU 8.1 paraqesin në mënyrë të përbledhur frekuencën e hasjes (numër rastesh dhe incidençë për 100.000 banorë) të sëmundjeve zoonotike të kontrollit dhe shërbimit veterinar, konkretisht Antraksi, Brucelozë, Leishmaniaza viscerale, Leishmaniaza kutane, Leptospiroza, TB ekstrapulmonar, Listerioza më 2004 dhe 2003 në shkallë vendi. Vërehet që nivelet e hasjes së frekuencës të secilës syresh janë pak a shumë të njëjtë në të dy këta vite; vërehet një rritje jo-sinxifikative e hasjes së brucelozës (si edhe të TB ekstrapulmonar) më 2004 krahasuar me vitin 2003.

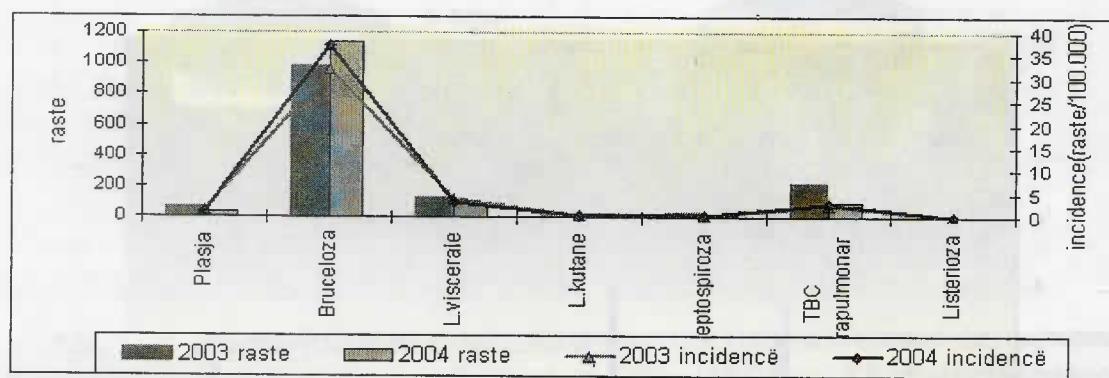
Tabela 8.1

Antraksi, Brucelzoza, Leishmaniaza viscerale, Leishmaniaza kutane, Leptospiroza, TB Ekstrapulmonar, Listerioza: frekuencia e hasjes më 2004 dhe 2003 (numri i rasteve të raportuara dhe incidenca [raste për 100.000 banorë])

	Raste 2003	Raste 2004	Incidenca 2003 (raste/100.000)	Incidenca 2004 (raste/100.000)
Antraks (Plasje)	47	36	1,5	1,2
Bruceloz	970	1139	32,0	37,1
Leishmaniazav	118	95	3,8	3,1
Leishmaniazak	11	16	0,4	0,5
Leptospiroza	16	13	0,5	0,4
TB ekstrapulmonar	213	90	2,3	2,9
Listerioz	0	0	0	0

Grafiku 8.1

Antraksi, Brucelzoza, Leishmaniaza viscerale, Leishmaniaza kutane, Leptospiroza, TB ekstrapulmonar: frekuencia e hasjes më 2004 dhe 2003 (numri i rasteve të raportuara dhe incidenca [raste për 100.000 banorë])



8.2. ANTRAKSI (PLASJA)

8.2.1. Më 2004 u raportuan në total 36 raste me antraks (incidencë prej 1,2 raste/100.000 banorë), frekuencë kjo më e ulet krahasuar me atë të vitit 2003 (47 raste apo incidencë prej 1,5 raste/100.000 banorë).

8.2.2. **Shpërndarja moshere** më 2004 ashtu si më 2003 tregon se janë pikërisht **moshat e rritura, dmth moshat aktive për punë**, ato, që përfaqësojnë hasjen e sëmundjes, moment ky krejt i zakonshëm dhe karakteristik për antraksin, lidhur pikërisht me natyrën kryesish profesionale (okupacionale) të infekzionit human, (*TABELA 8.2*). Edhe **mbizotërimi i meshkujve në frekuencën e hasjes gjinore** të antraksit është pikërisht i lidhur me natyrën kryesish okupacionale të infekzionit.

Tabela 8.2

Frekuencia Moshere e hasjes së Antraksit më 2004 dhe 2003: numri i rasteve, incidenca (raste/10.000 banorë), pesha specifike (%) ndaj totalit

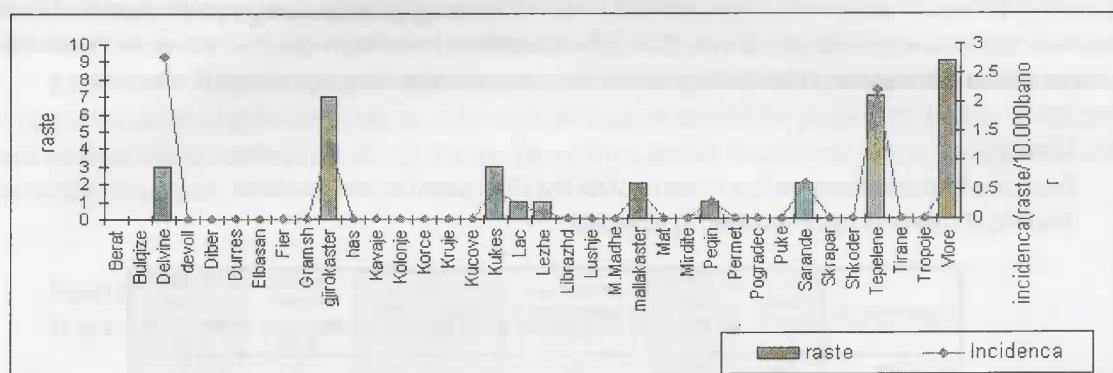
Grup-mosha	Raste 2003	Raste 2004	Incidenca (raste/10.000) 2003	Incidenca (raste/10.000) 2004	% ndaj totalit 2003	% ndaj totalit 2004
<1vje	0	0	0	0	0	0
1-4vje	0	0	0	0	0	0
5-14vje	3	3	0,04	0,04	6,4	8,3
15-44vje	21	18	0,12	0,4	44,7	50
45-59vje	17	11	0,4	0,3	37,2	30,5
60+ vje	5	4	0,1	0,1	10,6	11,1

8.2.3. Frekuencia stinore e hasjes së antraksit tregon një mbizotërim të lehtë të rasteve në verë dhe vjeshtë. Gjithsesi, ai paraqitet si një infekzion gjithëvjetor.

8.2.4. Vlerë të posaçme ka shpërndarja hapësinore, (GRAFIKU 8.2). Infekzioni paraqitet tradicionalisht i pranishëm kryesisht në rrethet e Shqipërisë jugore dhe jug-perëndimore. Zonat rurale janë gjithmonë më të prekurat: ato zënë rrëth 86,1% totalit të rasteve më 2004.

Grafiku 8.2

Frekuencia e hasjes së Antraksit më 2004 sipas Rethive: numri i rasteve dhe incidenca (raste/10.000 banorë)



8.2.5. Rastet e konfirmuara zënë vetëm 47,3% të totalit të rasteve të raportuara më 2004 (situatë thuajse e njëjtë me atë të vitit paraardhës 2003)

8.2.6. Nga survejanca epidemiologjike aktive e kryer nga DEKSI (IShP) në rrethet me prani të rasteve me antraks rezulton se nuk zbatohen procedurat normale në menaxhimin kompleks të rastit dhe se ka mangësira të theksuara lidhur me masat e kontrollit nga ana e inspektoratit sanitar.

8.2.7. TABELA 8.3 paraqet të dhënat e përfshira më 2004 dhe 2003 nga Shërbimi Veterinar lidhur me frekuencën e hasjes së antraksit në gjedh dhe të imëta si edhe me masat përkatëse të kontrollit dhe parandalimit veterinar.

Tabela 8.3

Të dhëna të Shërbimit Veterinar mbi frekuencen e hasjes së Antraksit në Gjedh dhe Të Imëta dhe masat përkatëse të kontrollit dhe parandalimit

GJEDH	Nr. total i krerev	Nr.i krerev pozitiv	Për pozitivitetit	Nr. i vatrave	Nr i krerev t _{bv}	Nr i krerev t _{gn}
2003	512.776	22	0,004	20	174.368	?
2004	600.000	31	0,005	21	?	31

TE IMËTA	Nr. total i krerev	Nr.i krerev pozitiv	Për pozitivitetit	Nr. i vatrave	Nr i krerev t _{bv}	Nr i krerev t _{gn}
2004	3.000.000	40	0,001	21	1.600.00	40

8.3. BRUCELOZA

8.3.1. Viti 2004 tregon një rritje të lehtë të frekuencës së hasjes të brucelozës në vendin tonë: 1.139 raste të raportuara më 2004 (incidencë prej 37,2 raste/100.000 banorë) kundrejt 970 rasteve të raportuara më 2003 (incidencë prej 32,0 raste/10.000 banorë).

8.3.2. **Shpërndarja moshere** më 2004 ashtu si më 2003 tregon se janë pikërisht **moshat e rritura, dmth moshat aktive për punë**, ato, që zenë peshën specifike kryesore në sëmundshmérinë e brucelozës, (*TABELA 8.4*), e lidhur kjo me natyrën kryesisht profesionale (okupacionale) të infekzionit human: grup-mosha 15-44 vjeç përfaqëson mbi 50% të rasteve të raportuara si më 2003 ashtu dhe më 2004. Edhe **mbizotërimi i meshkujve** (64,4% e rasteve) **në frekuencën e hasjes gjinore** të brucelozës më 2004 është pikërisht i lidhur me natyrën kryesisht okupacionale të infekzionit.

Tabela 8.4

Frekuencia Moshere e hasjes së Brucelozës më 2004 dhe 2003: numri i rasteve, incidenca (raste/10.000 banore), pesha specifike (%) ndaj totalit

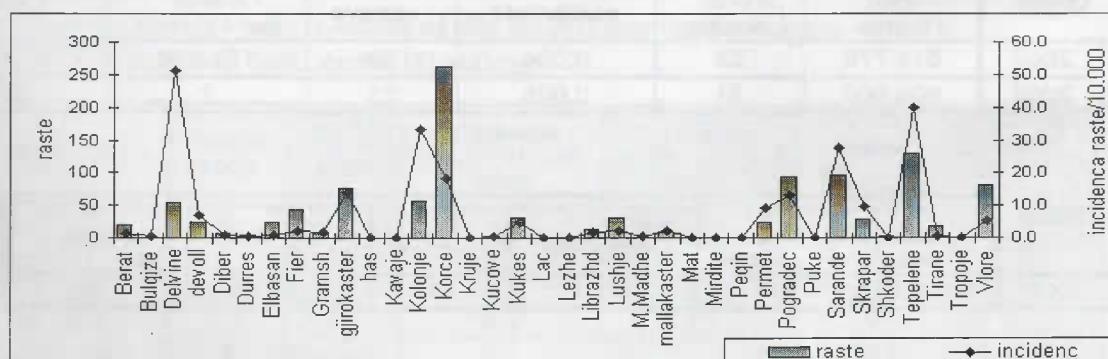
Grup-mosha	Raste 2003	Raste 2004	Incidenca (raste/10.000) 2003	Incidenca (raste/10.000) 2004	% ndaj totalit 2003	% ndaj totalit 2004
<1vje	0	0	0	0	0	0
1-4vje	0	0	0	0	0	0
5-14vje	3	3	0,04	0,04	6,4	8,3
15-44vje	21	18	0,12	0,4	44,7	50
45-59vje	17	11	0,4	0,3	37,2	30,5
60+ vje	5	4	0,1	0,1	10,6	11,1

8.3.3. Vlerë të posaçme ka **shpërndarja hapësinore e brucelozës**, (*GRAFIKU 8.3*). Tradicionalisht gjithmonë kanë qenë dhe vijojnë të jenë **rrethet e Shqipërisë jugore, jug-perëndimore dhe jug-lindore** ato, që kanë paraqitur dhe paraqesin incidenten më të lartë të sëmundjes, konkretisht Tepelena, Gjirokastra, Delvina, Përmeti, Vlora, Saranda, Devoll. Veçse, ndërkohë, vitet 2000 e pas shënojnë shfaqje të rasteve të sëmundjes edhe në rrethe më parë "të virgjëra" ndaj saj, konkretisht Korça (që shënon nivelet më të larta të incidentës si më 2003 ashtu dhe më 2004), Kolonja, Kukësi, Librazhd, Pogradeci, Lezha, Lushja, Bërati, Fieri, etj. Është ky një fakt epidemiologjik tepër i rëndësishëm, që demonstron qartë prirjen e një shtrirje më të gjerë hapësinore të infekzionit, e lidhur me problemet e shtrirjes hapësinore të infekzionit/ sëmundjes në kafshë, pra me problemet e shërbimit veterinar.

Raporti **rural/urban** i përhapjes hapësinore të brucelozës rezulton të jetë me një mbizotërim të theksuar të zonave rurale: ato përbëjnë 84,6% të totalit të rasteve të raportuara me brucelozë më 2004. Fakti që 15,4% e totalit të rasteve i përket zonave urbane (apo më saktë suburbane/periurbane dhe urbane) lidhet në rradhë të parë dhe kryesisht me tregimin e produkteve blegtoriale (sidomos qumështi dhe produktet e tij) me prejardhje nga kafshët (gjedh, te imëta) me brucelozë, shprehje kjo e të metave dhe mangësive të inspektoratit veterinar.

Grafiku 8.3

Frekuencia e hasjes së Brucelozës më 2004 sipas Rretheve: numri i rasteve dhe incidenca (raste/10.000 banorë



8.3.4. Vlen të theksohet që **rastet e konfirmuara** zenë 79% (900/1139) të totalit të rasteve të reportuara më 2004.

8.3.5. Nga **survejanca epidemiologjike aktive e kryer më 2004 nga DEKSI (IShP) në QSUT "Nënë Tereza"** rezultojnë 69 raste me brucelozë, të ardhura nga 23 rrethe të vendit (kryesisht ata të lartpermendur) dhe të hospitalizuara drejtpermendur në QSUT, që nuk kanë qenë raportuar në IShP. Është ky, një **tregues i të metave aktuale në sistemin tonë të integruar të survejancës të sëmundjeve infektive, të meta që lidhen me anashkalimin e hallkës së shërbimit shëndetësor parësor (mjeku i familjes) dhe me mangësitë e shërbimit shëndetësor spitalor (sidomos atij tretësor – QSUT)** në raportimin në IShP të rastit. Të tillë të meta duhet domosdoshmërisht të eliminohen, thirrje kjo tanimë e përsëritur por pa gjetur ende përgjigjen e vet.

8.3.6. *TABELA 8.5 paraqet të dhënat e përfthuara më 2004 nga Shërbimi Veterinar lidhur me frekuencën e hasjes së brucelozës në gjedh dhe të imëta si dhe me masat përkatëse të kontrollit dhe parandalimit veterinar. Në vitin 2004 janë vaksinuar 900.000 krerë nga këto 200.000 të imëta dhe numrin më të madh të kafshëve të prekura nga brucelozë e zënë të imëtat e më pas gjedhi.*

Tabela 8.5

Të dhëna të Shërbimit Veterinar mbi frekuencen e hasjes së Brucelozës në Të Imëta dhe në Gjedh

T IMAT

	Nr. i krerev ntao	Nr. i krerev tëg	Nr. i krerev pozitiv	Pjër pozitivitetit	Nr. i vatrave tëp	Nr. i rretheve tëp	Nr. i krerev tëe
2003	1.966.434	1.800.574	10.560	0,5	369	26	1.218
2004	3.000.000	850.000	8797	0,3	113	24	6500

GJEDH

	Nr. i krerev ntao	Nr. i krerev tëg	Nr. i krerev pozitiv	Pjër pozitivitetit	Nr. i vatrave tëp	Nr. i rretheve tëp	Nr. i krerev tëe
2003	512.776	49.997	24	0,001	18	10	?
2004	600.000	?	?	?	?	?	?

dhe masat përkatëse të kontrollit dhe parandalimit më 2004

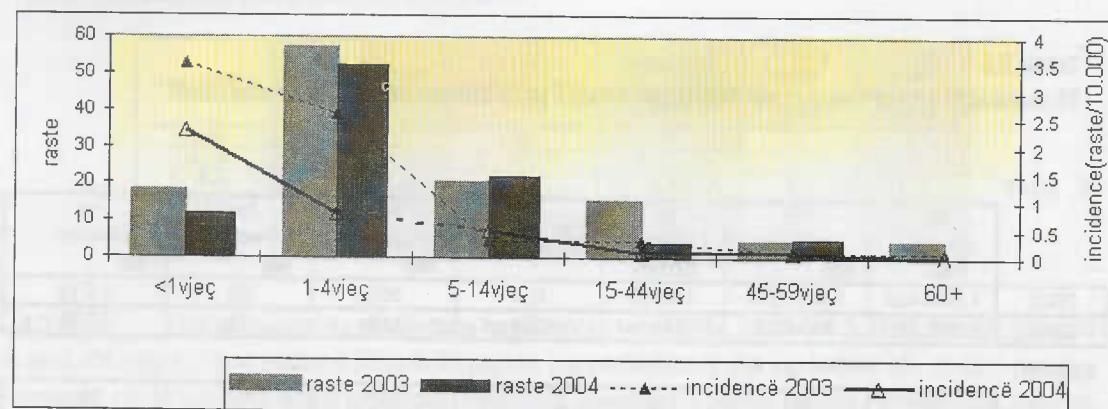
Tabela 8.6

Shpërndarja Moshore e frekuencës së hasjes të Leishmaniazës viscerale më 2004 dhe 2003: numri i rasteve, incidenca (raste/10.000), pesha Specifike (%) ndaj totalit

	Raste 2003	Raste 2004	Incidenca (raste/10.000) 2003	Incidenca (raste/10.000) 2004	% ndaj totalit 2003	% ndaj totalit 2004
<1 vje	18	12	3,5	2,3	15,2	12,6
1-4 vje	57	52	2,6	0,8	48,3	54,7
5-14 vje	20	22	0,3	0,5	17,0	23,1
15-44 vje	15	4	0,1	0,1	12,7	4,2
45-59 vje	4	1	0,09	0,02	3,4	1,0
60+ vje	4	4	0,09	0,09	3,4	3,4

Grafiku 8.4

Shpërndarja Moshore e frekuencës së hasjes të Leishmaniazës viscerale më 2004dhe 2003: numri i rasteve të raportuara dhe incidenca (raste/10.000)



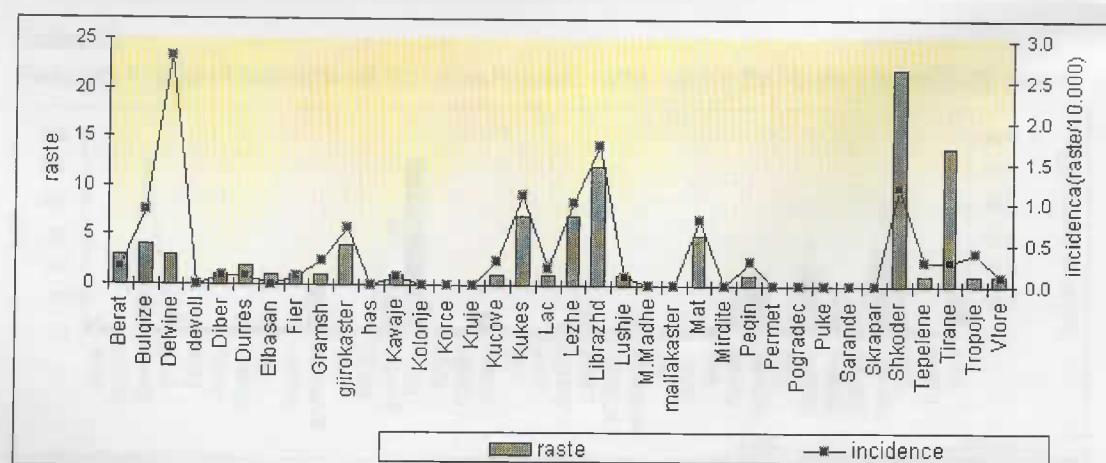
8.4.3.

Shpërndaria hapësinore (sipas rretheve)

Raportuarja kërposhtore (ashtu si rretheve) e nivelet të incidencës (raste/10.000 banorë) te Leishmaniazës viscerale më 2004 krahasuar me 2003 jezet në *Grafikun 8.5*. Vërehet që numri i rretheve që nuk kanë raportuar raste me leishmanizë viscerale më 2004 (ashtu si më 2003) është shumë i vogël. Rrethet me nivelet më të larta të incidencës më 2004 janë Librazhd (12 raste apo incidencë 1,7/10.000), Shkodra (22 raste apo incidencë 1,2/10.000), Lezha (7 raste apo incidencë 1,1/10.000), dhe Tirana (14 raste apo incidencë 0,3/10.000).

Grafiku 8.5

Frekuencia e hasjes së Leishmaniazës viscerale më 2004 sipas Rretheve: numri i rasteve dhe incidencë (raste/10,000 banorë)



8.4.4. Nga survejanca epidemiologjike aktive e kryer më 2004 nga DEKSI (IShP) në QSUT “Nënë Tereza” kanë rezultuar 70 raste me leishmaniazë viscerale, të ardhura nga rrethe të ndryshme të vendit dhe të hospitalizuara drejtëpërdrejt në QSUT, që nuk kanë qenë raportuar në IShP.

8.5. LEISHMANIAZA KUTANE

8.5.1. Leishmaniaza kutane paraqet vazhdimisht një frekuencë më të ulët apo shumë më të ulët të hasjes krahasuar me leishmaniazën viscerale.

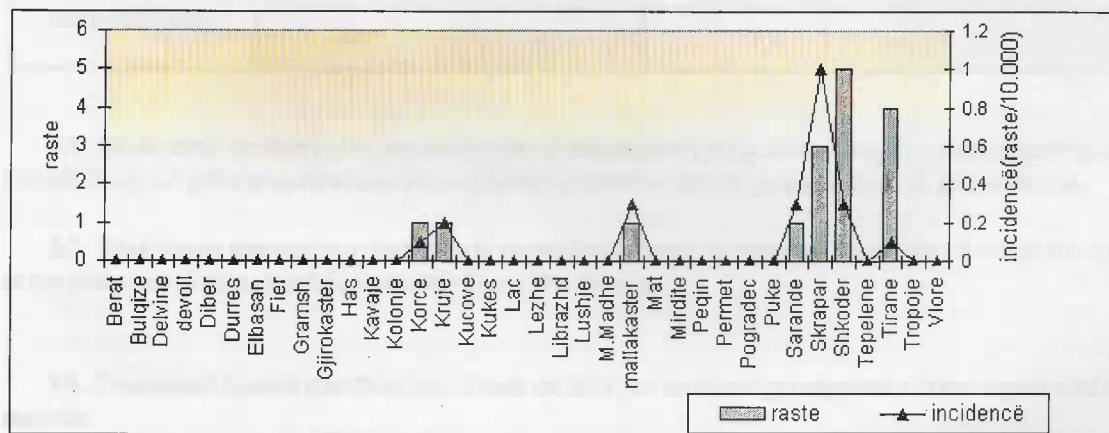
8.5.2. Më 2004 janë raportuar gjithsej 16 raste (incidence 0,5 raste/10.000 banorë), nivel ky pothuajse i njëjtë me atë të përfthuar në vitin paraardhës 2003.

8.5.3. Shpërndarja moshore e frekuencës së hasjes tregon se, ashtu si për leishmaniazën viscerale, më të prekura janë **moshat pediatrike (0-14 vjeç)**: ato përbajnjë peshën specifike kryesore të sëmundshmërisë.

8.5.4. Lidhur me **shpërndarjen hapësinore më 2004** (*GRAFIKU 8.6*) rrethet e prekura rezultojnë të jenë Shkodra (5 raste apo incidencë 0,3/10.000), Tirana (4 raste apo incidencë 0,1/10.000), dhe Kruja, Kurbini, Skrapari (nga 1 rast).

Grafiku 8.6

Frekuencia e hasjes së Leishmaniazës kutane më 2004 sipas Rretheve: numri i rasteve dhe incidenca (raste/10.000 banorë



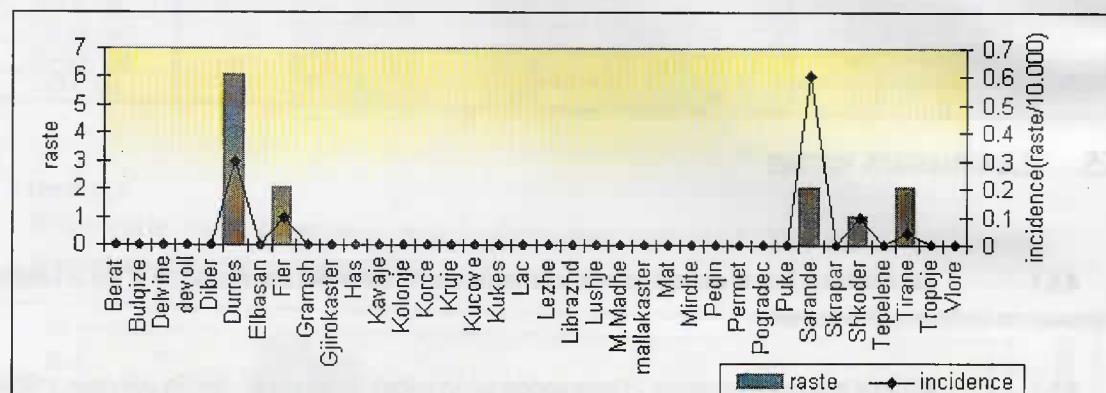
8.6. LEPTOSPIROZA

8.6.1. Janë në total 16 raste me leptospirozë (apo incidencë prej 0,4 raste per 100.000 banorë) të raportuara më 2004, nivel ky i përafërt me atë prej 11 raste (incidencë 0,3/100.000) të vitit paraardhës 2003.

8.6.2. Shtrirja hapësinore e hasjes së leptospirozës më 2004 (GRAFIKU 8.7) tregon rrethet Durrës (6 raste), Fier, Tiranë e Sarandë (nga 2 raste) dhe Shkodër (1 rast).

Grafiku 8.7

Frekuencia e hasjes së Leptospirozës më 2004 sipas Rretheve:
numri i rasteve dhe incidenca (raste/10.000 banorë)



9. RIKECIOZAT

Në Pasqyrën mujore 14/Sh të SMBS nozologjitet rikeciale janë:

- **TIFO EKZANTEMATIKE EPIDEMIKE,**
- **TIFO ENDEMIKE (MURINE),**
- **ETHET BUTONOZE,**
- **ETHET Q,**
- **RIKECIOZA TË TJERA (RIKECIOZA TË PASPECIFIKUARA).**

9.1. **TIFO EKZANTEMATIKE** përfaqëson rikeciozën më të rëndësishme lidhur me impaktin e saj në shëndetin publik, për çka ajo është e vendosur në Grupin A (sëmundjet infektive të raportimit urgjent në IShP dhe të ndërhyrjes urgjente lidhur me masat e kontrollit dhe parandalimit). *Shqipëria prej vitesh e vitesh paraqitet me zero raste tifo ekzantematike. Një rast i suspektuar klinikisht do të kerkonte hulumtimin urgjent epidemiologjik dhe detyrimisht konfirmimin laboratorik, pa çka se masat përkatëse të kontrollit do të ndërmerrreshin pa pritur rezultatin e analizës laboratorike.*

9.2. Nozologjia "RIKECIOZA TË TJERA (RIKECIOZA TË PASPECIFIKUARA)" mban **peshën specifike kryesore në raportimin e sëmundjeve rikeciale.**

9.3. **Frekuencia e hasjes të rikeciozave të paspecifikuara më 2004** krahasuar me vitin paraardhës 2003 (numër absolut rastesh të raportuara dhe incidencë për 100.000 banorë) jepet në *TABELA 9*: viti 2004 paraqet një **total prej 42 raste në shkallë vendi (incidencë 1,4 raste për 100.000 banorë)**, nivel ky i njëjtë krahasuar me atë të vitit 2003 (44 raste apo incidencë 1,4/100.000).

Tabela 9

Rikecioza të paspecifikuara: Frekuencia e hasjes (numër rastesh dhe incidencë për 100.000 banorë) më 2004 dhe 2003

Rikecioza t paspecifikuara	Raste 2003	Raste 2004	Incidenca 2003 (raste/ 10^5)	Incidenca 2004 (raste/ 10^5)
	44	42	1,4	1,4

9.4. Shpërndarja moshere e frekuencës së hasjes të rikeciozave të paspecifikuara tregon se rastet e raportuara u përkasin thuajse **të gjitha grup-moshave** dhe se dallimet e incidencës ndërmjet grup-moshave nuk janë sinjifikative.

9.5. Shpërndarja gjeografike e rikeciozave të paspecifikuara tregon se rrëthet me frekuencën më të lartë të hasjes së tyre janë po ato të vitit paraardhës, konkretisht Tirana, dhe Shkodra.

9.6. TIFO ENDEMIKE (MURINE) raportohet me ...2 raste më 2004, por **ka shumë gjasë prania e falco-negativitetit në raportim.**

9.7. E njëjta tablo paraqitet edhe për **ETHET BUTONOZE** (zero raste më 2004) dhe **ETHET Q** (zero raste më 2004).

9.8. Çka shpreh qartë nivelin jo-adekuat profesional të performancës së laboratorëve mikrobiologjikë të shëndetit publik të rrëtheve në drejtim të diagnozës mikrobiologjike (=konfirmim i rastit) të rasteve të suspektuara dhe raportuara përikeciozë.

10. ETHET HEMORRAGJIKE VIRALE KRIME-KONGO (SËMUNDJET VIRALE ME VATRA NATYRORE)

10.1. Viti 2001 u karakterizua me praninë e një totali prej **5 rastesh** me Ethe Hemorragjike Virale Krime-Kongo (të suspektuara klinikisht dhe të konfirmuara me laborator). Me interes ishte fakti që **4 raste rezultuan të grumbulluara në hapësirë (rrethi Kukës) dhe kohë (maj-qershori 2001)** duke përbërë kështu një shpërthim të qartë epidemik të kësaj sëmundje virale me vatra natyrore. Kurse rasti i pestë ishte sporadik (rrethi Lezhë), pa lidhje epidemiologjike me katër rastet e Kukësit. Shpërndarja moshere e rasteve tregoi mbizotërimin e moshës fëmijënore 5-9 vjeç me 3 raste; 2 rastet e tjera qenë të grup-moshave të rritura (30-34 vjeç 1 rast dhe 60+ vjeç 1 rast).

Viti 2002 regjistroi vetëm **2 raste** (moshat 15-19 vjeç) me Ethe Hemorragjike Virale Krime-Kongo (raste të konfirmuara me laborator), që i përkisnin përsëri rrëthit Kukës. Rezultuan të jenë raste sporadike (pa lidhje epidemiologjike ndërmjet tyre).

Theksojmë se të gjitha rastet me Ethe Hemorragjike Virale Krime-Kongo qoftë më 2001 ashtu dhe më 2002 përfunduan në shërim të plotë klinik.

10.2. Viti 2003 shënoi **12 raste** me Ethe Hemorragjike Virale Krime-Kongo (të suspektuara klinikisht dhe të konfirmuara me laborator). Rastet i përkasin së njëjtës vatër natyrore të viteve 2001 dhe 2002: **Hasi 9 raste** dhe **Kukësi 3 raste**. Me interes është fakti që **të gjitha rastet rezultuan të grumbulluara në hapësirë (Has-Kukës) dhe kohë (mars-prill dhe qershori-gusht 2001)** duke përbërë kështu një shpërthim të qartë epidemik (me dy pike të njëpasnjëshme) të kësaj sëmundje virale me vatra natyrore.

Shpërndarja moshere e rasteve tregoi mbizotërimin e plotë të grup-moshave të rritura, konkretisht 30-34 vjeç (1 rast), 40-44 vjeç (3 raste), 45-49 vjeç (2 raste) dhe 50-54 vjeç (6 raste).

Theksojmë se të gjitha rastet me Ethe Hemorragjike Virale Krime-Kongo më 2003 përfunduan në shërim të plotë klinik.

10.3. Viti 2004 shënoi **7 raste** me Ethe Hemorragjike Virale Krime-Kongo (**6 raste** të suspektuara klinikisht dhe **1 rast** i konfirmuar me laborator). Rastet i përkasin të njëjtës vatër natyrore si më 2003, rrëthi i Kukësit të **7 rastet**.

Shpërndarja moshere e rasteve tregoi një shpërndarje të rasteve në grup-moshat 15-44 vjeç; konkretisht 15-19 vjeç (2 raste), 20-24 vjeç (1 rast), 30-34 vjeç (3 raste), 60-64 vjeç (1 rast).

Theksojmë se të gjitha rastet me Ethe Hemorragjike Virale Krime-Kongo më 2004 përfunduan në shërim të plotë klinik.

11. HIV/AIDS DHE INFEKSIONET SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME (IST)

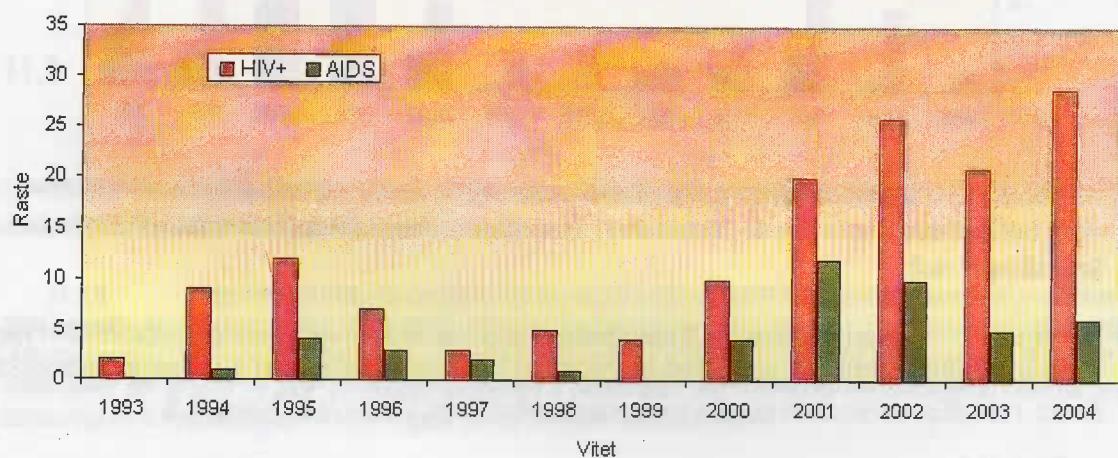
11.1. HIV/AIDS

11.1.1. Gjatë vitit 2004 janë konfirmuar 29 raste të reja të infekzionit HIV. Rrjedhimisht, numri i përgjithshëm (kumulativ qysh prej vitit 1993 të rastit të parë të diagnostikuar me HIV në vendin tonë) i rasteve HIV pozitiv rezulton të jetë 148 raste, (*TABELA 11.1, GRAFIKU 11.1*). Vihen re qartë tendencat në rritje të infekzionit HIV nga viti në vit.

Tabela 11.1
Shpërndarja e rasteve HIV/AIDS në vite, 1993 – 2004

Vitet	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
HIV+	2	9	12	7	3	5	4	10	20	26	21	29
AIDS		1	4	3	2	1		4	12	10	5	6

Grafiku 11.1
Shpërndarja e rasteve HIV/AIDS në vite, 1993 – 2004



11.1.2. Sipas gjinisë, nga 29 rastet e reja të vitit 2004, 19 janë meshkuj dhe 10 janë femra. Vlen të theksojmë se në ecurinë në vite të rasteve HIV+ sipas gjinisë vërehet një tendencë në rritje e "feminilizimit" të infekzionit (dmth rritjes gjinjë e më teper të peshës specifike të femrave në totalin vjetor të rasteve të raportuara), (*TABELA 11.2, GRAFIKU 11.2*).

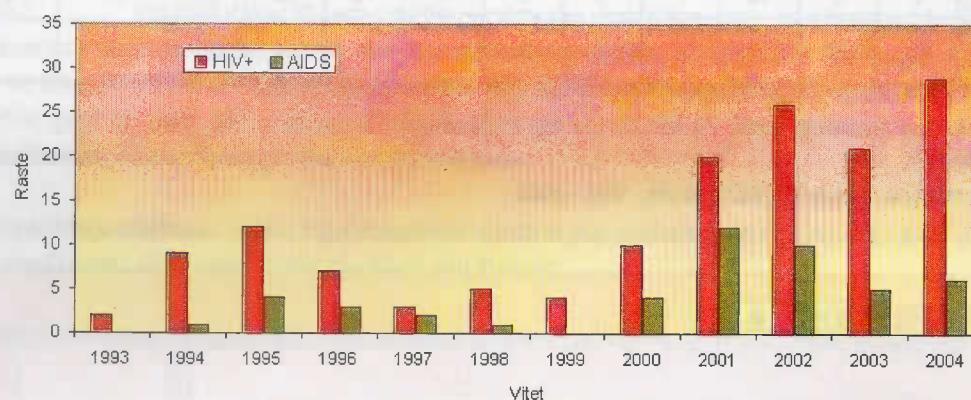
Tabela 11.2

Shpërndarja e rasteve HIV+ sipas Gjinisë për periudhën 1993 – 2004

Vitet	Meshkuj	Femra
1993	24	6
1997	3	
1998	5	
1999	4	
2000	7	3
2001	17	3
2002	16	10
2003	13	8
2004	19	10
Totali	108	40

Grafiku 11.2

Shpërndarja e rasteve HIV+ sipas gjinisë për periudhën 1993 – 2004



11.1.3. Sipas shërndarjes gjeografike, 29 rastet e reja HIV pozitiv më 2004 u përkasin rretheve Tiranë (14 raste), Durrës (3 raste), Lezhë (2 raste), Mallakastër (2 raste), Korçë (2 raste), Lushnje (2 raste), Gramsh, Kukës, Fier, e Sarandë (nga 1 rast).

11.1.4. Sipas grup-moshave, 8 raste i përkasin grup-moshës 30-34 vjeç, 6 raste grup-moshës 40-44 vjeç, 5 raste grup-moshës 25-29 vjeç, 4 raste grup-moshës 35-39 vjeç, 3 raste grup-moshës 45-49 vjeç, 1 rast grup-moshës 55-59 vjeç, 1 rast grup-moshës 20-24 vjeç dhe 1 rast grup-moshës 5-9 vjeç, (TABELA 11.3, GRAFIKU 11.3).

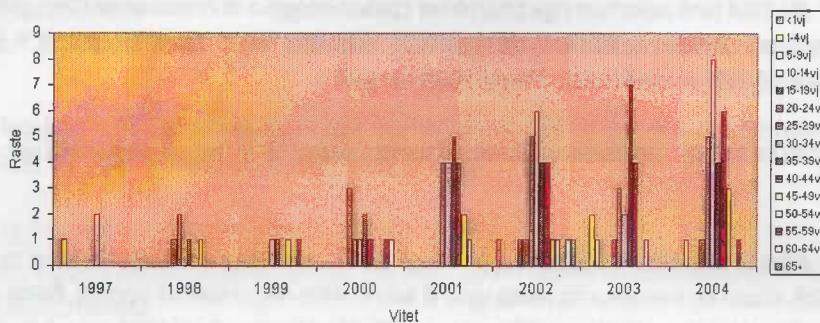
Tabela 11.3

Shpërndarja e rasteve HIV/AIDS sipas Grup-Moshave (në vjeç) gjatë periudhës 1997-2004

Vitet	<1vj	1-4vj	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
1997		1						2							
1998						1	2		1		1				
1999									1	1		1		1	
2000						3	1	1	2	1			1	1	
2001							4	4	5	4	2	1			
2002	1				1	1	5	6	4	4	1	1		1	1
2003		2	1			1	3	2	7	4		1			
2004			1			1	5	8	4	6	3		1		
Totali	1	2	2		1	7	20	24	24	19	8	3	3	2	1

Grafiku 11.3

Shpërndarja e rasteve HIV/AIDS sipas Grup-Moshave gjatë periudhës 1997-2004



11.1.5. Sipas rrugëve të transmetimit, ndër 29 rastet e reja HIV+ të vitit 2004, **27 raste** janë infektuar me **rrugë seksuale** (vetëm një prej tyre është homo-biseksual), **1 rast** me anë të gjakut, ndërsa **1 rast** është përdorues droge me rrugë intravenoze.

Një konkluzion tjetër është se, në 29 rastet e reja të vitit 2004, numërohen 7 çifte ku janë të infektuar që të dy partnerët (burri dhe gruaja), ndër të cilët, 6 raste HIV seropozitive kanë zhvilluar sëmundjen e AIDS.

Numri më i madh i rasteve (**12 raste**) janë evidentuar nga Spitali Infektiv, **5 raste** nga Institut i Pneumoftiziatriqe, **1 rast** nga klinika e Neurologjisë, **5 raste** janë vullnetarë dhe **pjesa tjetër** nga BKDHGj (=Banka Kombëtare e Dherimit të Gjakut) ose/dhe nga Bankat e Gjakut në rrethe.

11.2. SIFILIZI

11.2.1. Kujtojmë paraprakisht që viti 1995 shënoi rihyrjen e sifilizit në vendin tonë pas një periudhe prej mbi dy-dekadas (1972-1994) të eliminimit të tij si infeksion indigjen.

11.2.2. Raportimi për sifiliz nëpërmjet Pasqyrës mujore 14/Sh të SMBS rezulton të jetë zero raste jo vetëm më 2004 por edhe në vitet paraardhëse (1995-2003). Rastet e identikuara me sifiliz janë vetëm ato të raportuara nga Sektori i Mikrobiologjisë i DEKSI në IShP, bazuar në rezultatet e përfshira nga ai Sektor prej analizave të subjekteve të paraqitur vullnetarisht për analizë në IShP (si qendër kombëtare e ekspertizës dhe referencës mikrobiologjike) dhe/ose prej serosurvejimeve ndërseksionale të kryera nga ai Sektor përgjatë viteve 2000-2004.

11.2.3. Më 2004 u identifikuan në IShP (analizë laboratorike) vetëm 7 raste me sifiliz, konkretisht:

- sipas llojit të sifilizit: 1 rast me sifiliz parësor dhe 6 raste me sifiliz dytësor;
- sipas moshave: raste të moshave përkatësisht 15-24 vjeç (1 rast) dhe 25-49 vjeç (6 raste);
- sipas gjinisë: 5 raste në meshkuj, 2 raste në femra.

11.2.4. Të dhënrat e mësipërme me siguri nuk pasqyrojnë aspak situatën reale epidemiologjike më 2004, (njëlloj si më 2003 me gjithsej 6 dhe më 2002 me gjithsej 10 raste me sifiliz të diagnostikuara në IShP). Frekuenca reale e hasjes duhet të jetë shumë më e lartë. Dmth, nivelet e fallco-negativitetit në raportimin si të sifilizit ashtu dhe të gonorresë (shih nënkapitullin vijues) duhet të janë shumë të larta. Janë konkretisht raste që mjkohen në mënyrë "klandestine" (madje me gjassë edhe nga farmacistët), rrjedhimisht mbetur të paregjistruala dhe të paraportuara në IShP nëpërmjet Shërbimeve Epidemiologjike të Rethive. Është ky një handikap tanimë i njohur në SMBS lidhur me raportimin e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme "Sifiliz" dhe "Gonorre" që përbahen në Pasqyrën 14/Sh. Fakti është që Dispanserët e IST-ve (SST-ve) janë vetëm virtualë, përderisa performanca e aktivitetit të tyre konkludon me një numër krejt të papërfillshëm rastesh të regjistruala dhe raportuara. Është rrjedhimisht një problem që praktikisht vijon kronikisht të mbetet i shtruar për zgjidhje.

11.3. GONORREA

11.3.1. Më 2004 janë raportuar nga Shërbimet Epidemiologjike të Rretheve në IShP gjithsej 11 raste me gonorre (niveli ky pa ndonjë dallim sinjifikativ me atë të vitit 2003 me një total prej 20 raste të raportuara). Kujtojmë që totali i rasteve të raportuara më 2001 ka qenë 2 raste dhe më 2002 – 8 raste.

11 rastet e raportuara më 2004 u përkasin moshave seksualisht aktive (15-24 vjeç – 2 raste, 25-49 vjeç – 8 raste, dhe 50+ vjeç – 1 rast).

11.3.2. Kemi të bëjmë pra me atë që sa po u lartpërmend – situatën aspak normale lidhur me raportimin e Gonorresë dhe Sifilizit, situatë kjo e mbarsur me nivele tepër të larta të fallco-negativitetit në raportim. Është absolutisht e pamundur që numri total i rasteve të diagnostikuara me sifiliz të jetë vetëm 7 më 2004, aq më tepër duke qenë fjalë vetëm për raste të paraqitura drejtëpërdrejt në IShP, nga të cilat 6 janë sifiliz sekondar. Është absolutisht e pamundshme që totali vjetor i rasteve të raportuara me gonorre të jetë vetëm 2 (viti 2001), apo 8 (viti 2002), apo 20 (viti 2003), apo 11 raste (viti 2004), ndërkohë që rastet e reja vjetore HIV+ janë përkatësisht 20 më 2001, 26 më 2002, 21 më 2003, dhe 29 raste më 2004. Është absolutisht e pamundur dhe e pamundshme që Tirana, metropoli i vendit, por edhe Durrësi, Shkodra, Vlora, Korça, apo qytete të tjera të mëdha të kenë situatë epidemiologjike me ...zero raste gonorre më 2003 (dhe në vitet paraardhëse). Përsërisim atë, që shkaku ka qenë dhe vijon të jetë mosfunkcionimi në praktikë i Dispanserëve IST (të ngritur vetëm teorikisht në shkallë prefekturale apo qarku por pa funksionim praktik).

12. DERMATOFITIA DHE SCABIES

12.1. DERMATOFITIA

Niveli i incidencës së Dermatofitisë më 2004 me 10 raste për 100.000 banorë paraqitet paksa më i ulët se ai i vitit pararendës 2002 (12 raste për 100.000 banorë), (*TABELA 12.1*).

Tabela 12.1

Frekuenca e hasjes së Dermatofitisë më 2004 dhe 2003: numri i rasteve të raportuara dhe incidenca (raste/100.000 banorë)

Raste 2003	Incidenca 2003	Raste 2004	Incidenca 2004
366	12,0	306	10,0

12.1.2. Shpërndarja moshore e frekuencës së hasjes të dermatofitisë tregon më 2004 thuajse të njëjtën tabelë vitit paraardhës 2003: rezultojnë të prekura të gjitha grup-moshat; në grup-moshën 0-4 vjeç, vërehet një nivel incidence spikatshëm më i ulët më 2004 krahasuar me vitin 2003, (*TABELA 12.2*).

Tabela 12.2

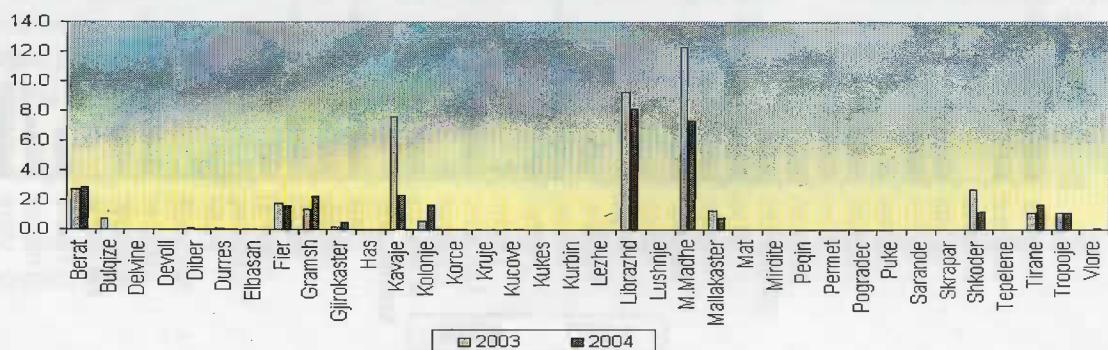
Shpërndarja Moshore e incidencës (raste/10.000 banorë) së Dermatofitisë më 2004 dhe 2003 e 2002

	<1 vje	1-4 vje	5-14 vje	15-44 vje	45-59 vje	60+ vje
Viti 2002	0,4	2,3	2,1	0,4	0,4	0,2
Viti 2003	4,0	4,0	2,0	0,8	0,5	0,5
Viti 2004	0,8	2,3	2,0	0,4	1,0	0,9

12.1.3. Shpërndarja hapësinore tregon se edhe më 2004, ashtu si më 2003, janë thuajse të njëjtat rrethe me nivelet më të larta të incidencës (raste/10.000 banorë) dhe konkretisht Librazhd (8,2/10.000), Malësia e Madhe (7,4/10.000), Berati (2,9/10.000). Në rrethet Gramsh dhe Kolonjë vërehet rritje e incidencës krahasuar me vitin pararendës 2003, ndërkohë që vërehet ulje e saj në rrethet Kavajë dhe Shkodër, (*GRAFIKU 12.1*).

GRAFIKU 12.1

Shpërndarja e Dermatofitisë sipas Rretheve më 2004 dhe 2003: incidenca (raste/10.000 banorë)



12.2. SCABIES

Viti 2004 paraqet një rritje të lehtë të frekuencës së hasjes të Scabies krasuar me vitin paraardhës 2003, (*TABELA 12.3*).

Tabela 12.3

Frekuencia e hasjes të Scabies më 2004 dhe 2003: numri i rasteve te raportuara dhe incidenca (raste/100.000 banorë)

Raste 2003	Incidenca 2003	Raste 2004	Incidenca 2004
4.819	157,1	4.904	159,9

Shpërndarja moshere e frekuencës së hasjes të Scabies më 2004 tregon se të gjitha moshat janë të prekura dhe nivelet moshë-specifike të incidencës janë thaujse të njëjtë me ato të vitiit pararendës 2003, përvèç grup-moshës < 1 vjeç, në të cilën incidenca është dy herë më e lartë më 2004, (*TABELA 12.4*).

Tabela 12.4

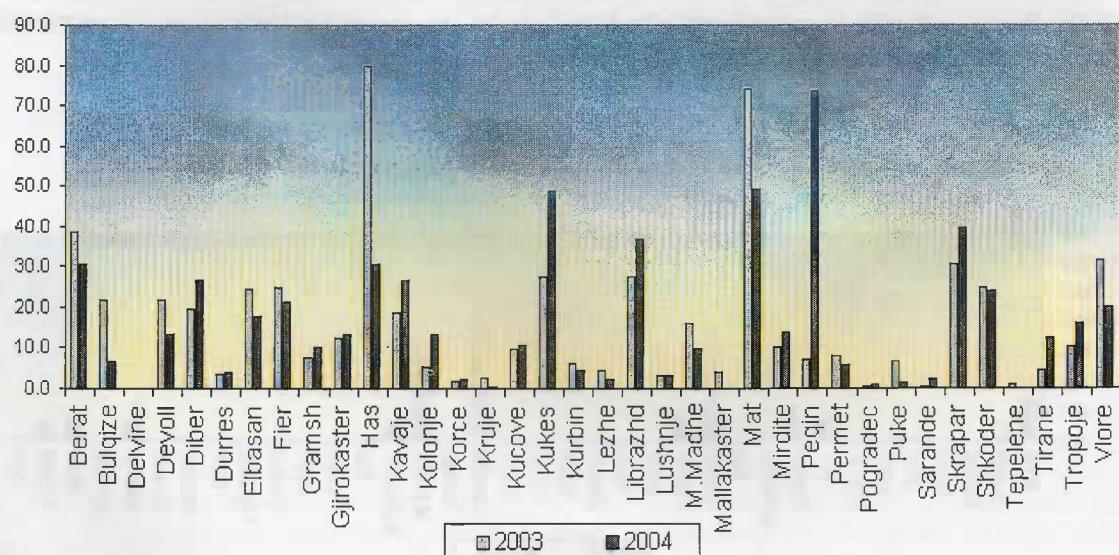
Shpërndarja Moshore e incidencës (raste/10.000 banore) të Scabies më 2004 dhe 2003

	<1 vje	1-4 vje	5-14 vje	15-44 vje	45-59 vje	60+ vje
Viti 2002	32,1	24,8	39,4	15,8	9,3	4,6
Viti 2003	27,7	22,2	29,2	14,2	5,5	4,2
Viti 2004	57,3	23,8	31,9	11,8	6,4	4,8

Shpërndarja hapësinore e frekuencës së hasjes të Scabies më 2004 tregon se rrrethet me nivelet më të larta të incidencës (raste për 10.000 banorë) janë Peqini (73,5/10.000), Mati (49,2/10.000), Kukësi (48,6/10.000), Skrapari (39,5/10.000) Librazhdhi (37,0/10.000), etj, (*GRAFIKU 12.2*).

GRAFIKU 12.2

Shpërndarja e Scabies sipas Rretheve më 2004 dhe 2003: incidenca (raste/10.000 banorë)



13. SURVEJANCA ALERT MË 2004 DHE SHPËRTHIMET EPIDEMIKE

13.1. ECURIA E RAPORTIMIT NË SURVEJANCËN ALERT MË 2004

13.1.1. MËNYRA E DËRGIMIT TË FORMULARËVE ALERT

Mënyra e dërgimit të formularëve Alert ka qenë:

- a) me postë elektronike: 20 rrethe ose 56% (=20/36) e totalit;
- b) me faks: 8 rrethe ose 22% (=8/36) e totalit;
- c) postë ose dorazi: 7 rrethe ose 19% (=7/36) e totalit.

Një rreth, Mallakastra ose 3% (=1/36) e totalit, nuk ka dërguar të dhëna në IShP, për arsy se ky rreth nuk ka epidemiolog prej vitit 2002 (shkaqë thjesht objektive).

13.1.2. NIVELET E RAPORTIMIT JAVOR NGA RRETHET NË IShP

Rrethet që kanë raportuar në nivelet mbi 90% për çdo javë të vitit 2004 janë:

21 rrethe ose 58% (=21/36) e totalit,
konkretisht Berat, Devoll, Delvinë, Dibër, Elbasan, Fier, Gramsh, Gjirokastër, Kavajë, Korçë, Kuçovë, Kukës, Lushnje, Lezhë, Peqin, Pogradec, Skrapar, Shkodër, Tepelenë, Tiranë, Vlorë.

Rrethet që kanë raportuar në nivelet 80%-90% për çdo javë të vitit 2004 janë:

5 rrethe ose 14% (5/36) e totalit,
konkretisht Durrës, Kurbin, Librazhd, Pukë, Përmet.

Rrethet që kanë raportuar në nivelet nën 80% për çdo javë të vitit 2004 janë:

9 rrethe ose 25% (=9/36) e totalit,
konkretisht Bulqizë, Has, Kolonjë, Krujë, M. Madhe, Mat, Mirditë, Sarandë, Tropojë.

13.1.3. RAPORTIMI JAVOR NË KOHË OSE JO NGA RRETHET NË IShP

Rrethet, që në mbi 90% të 52 javëve të vitit kanë raportuar në kohë janë:

15 rrethe ose 41% (=15/36) e totalit,
konkretisht Bulqizë, Durrës, Devoll, Delvinë, Dibër, Elbasan, Fier, Kavajë, Kuçovë, Mirditë, Përmet, Shkodër, Skrapar, Tepelenë, Tiranë.

Këto janë pikërisht rrethet, që, sikurse u sapopërmend, kanë pasur njëkohësisht nivele mbi 90% të raportimit javor. Është me vlerë të theksojmë se **këto rrethe përfaqësojnë mbi 65% të popullatës së vendit**, çka tregon për një performancë pak a shumë të kënaqshme të survejancës Alert në drejtim të pasqyrimit në vijueshmëri (thuajse në çdo javë të vitit) dhe në kohë (maksimumi ditën e mërkurë të javës pasardhëse për javën paraardhëse) të situatës epidemiologjike të sëmundshmërisë infektive.

Rrethet, që 50%-90% të 52 javëve të vitit kanë raportuar në kohë janë:

14 rrethe ose 39% (=14/36) e totalit,
konkretisht Berat, Gramsh, Gjirokastër, Kolonjë, Korçë, Krujë, Kurbin, Lezhë, Librazhd, Lushnje, M. Madhe, Pukë, Pogradec, Vlorë.

Rrethet, që në më pak se 50% të 52 javëve të viti kanë raportuar në kohë janë:
6 rrethe ose 17% (=6/36) e totalit,
konkrektisht, Has, Kukës, Mat, Peqin, Sarandë, Tropojë.

13.1.4. NIVELI I RAPORTIMIT JAVOR NGA NJËSITË RAPORTUESE (QENDRAT SHËNDETËSORE) TË RRETHIT NË SHËRBIMIN EPIDEMIOLOGJIK TË TIJ

Rrethet, ku kanë raportuar mbi 90% e Qendrave Shëndetësore janë:
13 rrethe ose 36% (=13/36) e totalit,
konkrektisht Delvinë, Devoll, Durrës, Elbasan, Fier, Kolonjë, Korçë, Kuçovë, Lezhë, Lushnje, Pogradec, Shkodër, Tiranë.

Rrethet ku kanë raportuar nga 60%-90% e Qendrave Shëndetësore janë:
12 rrethe ose 33% (=12/36) e totalit,
konkrektisht Berat, Dibër, Gramsh, Has, Kavajë, Kurbin, Librazhd, M. Madhe, Sarandë, Skrapar, Tepelenë, Vlorë.

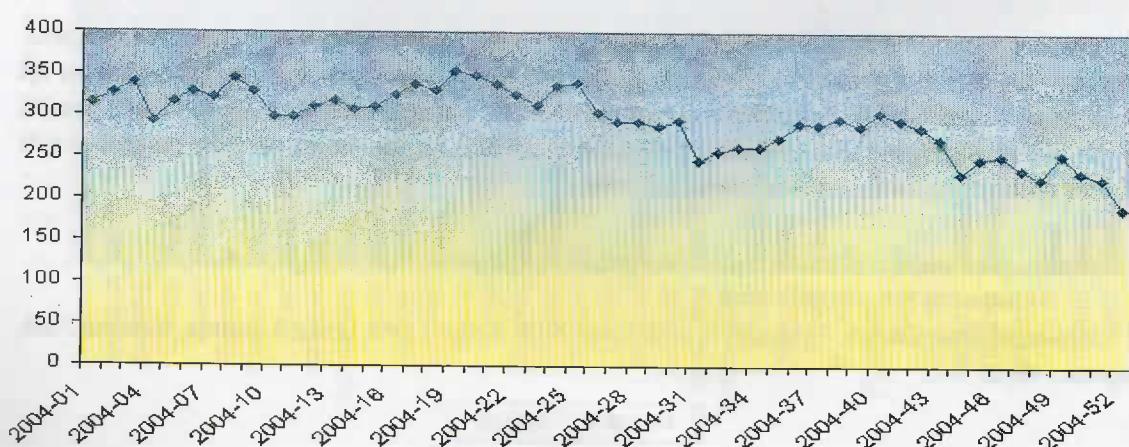
Rrethet ku kanë raportuar nën 60% e Qendrave Shëndetësore janë:
10 rrethe ose 28% (=10/36) e totalit,
konkrektisht Bulqizë, Gjirokastër, Krujë, Kukës, Mat, Mirditë, Peqin, Përmet, Pukë, Tropojë.

13.2. MONITORIMI I SINDROMAVE INFJEKSIOZE (JANAR–DHJETOR 2004)

13.2.1. ECURIA E NIVELEVE TË RAPORTIMIT JAVOR NGA NJËSITË RAPORTUESE NË SHËRBIMIN EPIDEMIOLOGJIK TË RRETHIT PËRKATËS

Nivelet e raportimit favor nga njësitë reportuese në shërbimin epidemiologjik të rrethit përkatës, dhe nëpërmjet tij në IShP, luhaten në kufijtë 295-354 njësi reportuese deri në javën e 30, që përfaqësojnë 70% dhe 83% të tërë njësive reportuese në shkallë vendi. Në javën 31 deri 52 ka një rënje të numrit të njësive reportuese në 190-305 njësi reportuese që përfaqësojnë 58% dhe 72% të tërë njësive reportuese në shkallë vendi. Në javën 43 fillon një rënje graduale deri në javën e fundit (java 52) të vitit, (GRAFIKU 13.1).

Raportimi nga Qendrat Shëndetësore (=Njësitë Reportuese) sipas javëve gjatë vitit 2004:
numri i njësive reportuese / javë në shkallë vendi

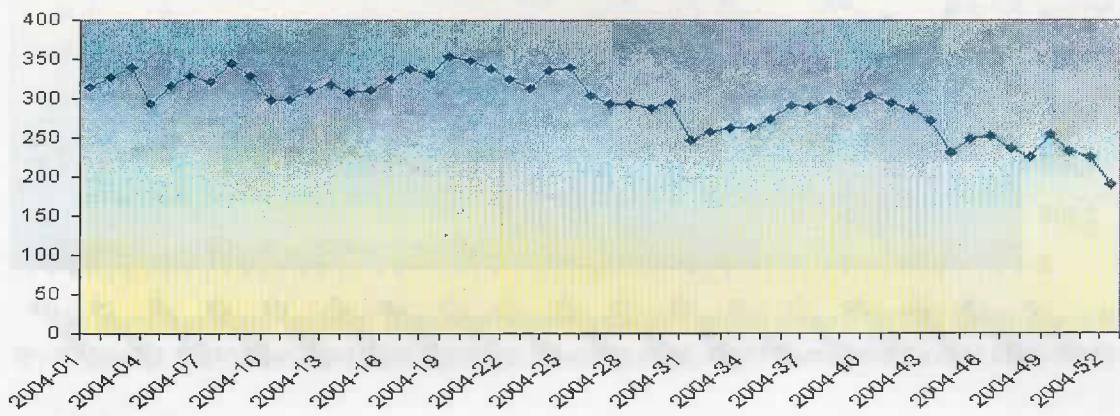


13.2.2. SINDROMI INFEKSIOZ “DIARRE PA GJAK”

Rritja graduale e frekuencës së hasjes të diarreve pa gjak pas javëve 26-27, për të arritur pikun në javët 32-38, me rënje në javët pasardhëse, paraqet ecurinë e zakonshme të mirënjohur stinore të hasjes të sëmundjeve diarreike (diarre pa gjak) në popullatë, me rritje të numrit të rasteve në muajt e nxeh të dhe ulje të tyre në muajt e ftohtë të vitit. Luhatjet tepër të lehta të frekuencës së hasjes lidhen me shpërndhime epidemike tepër të lokalizuara në hapësirë (toksikoinfeksione alimentare në rradhë të parë), (GRAFIKU 13.2).

GRAFIKU 13.2

Shpërndarja e Sindromit “Diarre pa gjak” sipas javëve gjatë vitit 2004: raste / javë në shkallë vendi

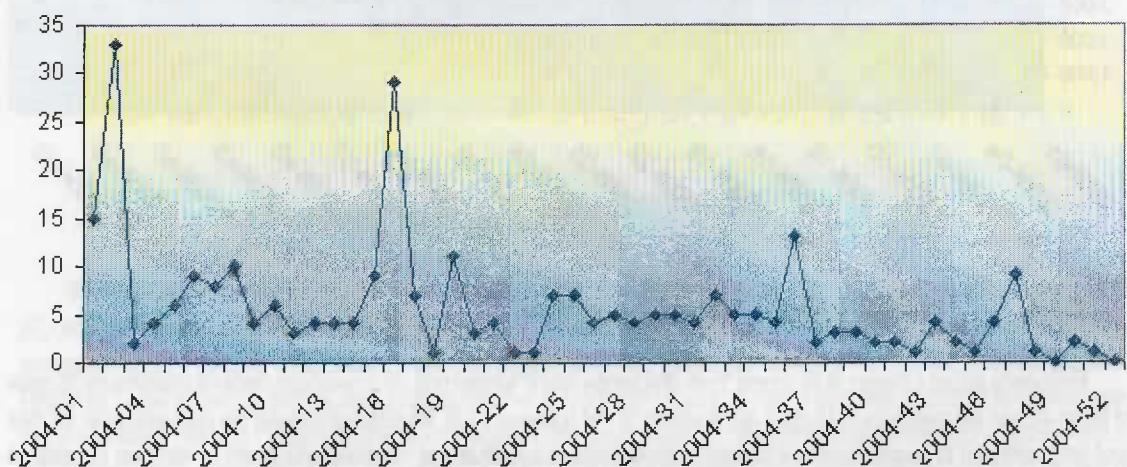


13.2.3. SINDROMI INFEKSIOZ “DIARRE ME GJAK”

Sindromi “Diarre me gjak” paraqet disa luhatje të frekuencës së hasjes gjatë javëve të vitit 2004, luhatje këto të lidhura në ndonjë rast edhe me shpërndhime të lokalizuara epidemike, ndër të cilat më tipike janë ato të rrethit Kolonjë (java 2 me 17 raste në total, java 16 me 21 raste në total) dhe rrethit Korçë (java 36 me 10 raste në total), (GRAFIKU 13.3).

GRAFIKU 13.3

Shpërndarja e Sindromit “Diarre me gjak” sipas javëve gjatë vitit 2004: raste / javë në shkallë vendi

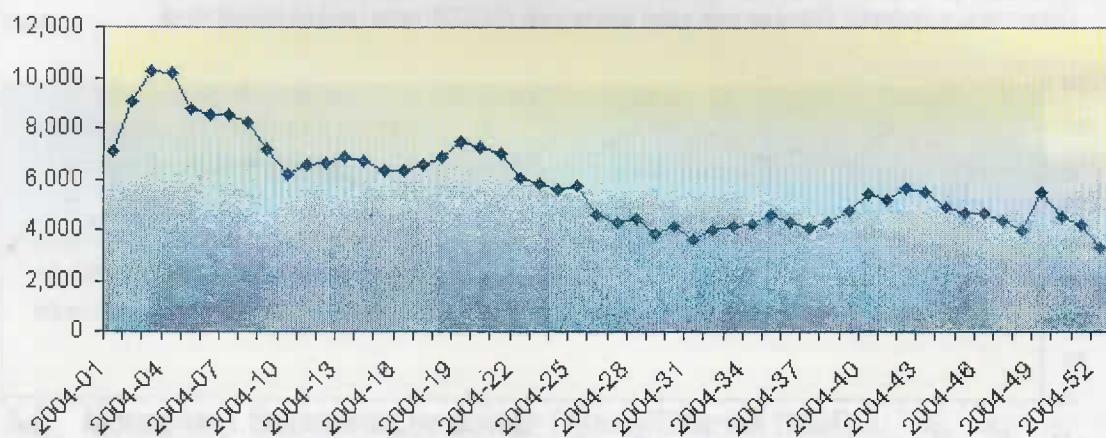


13.2.4. SINDROMET “INFEKSIONE RESPIRATORE TË SIPËRME” DHE “TË POSHTËME”

Piku i shprehur i frekuencës së hasjes të infeksioneve respiratore të sipërme (*GRAFIKU 13.4*) dhe të poshtëme (*GRAFIKU 13.5*) është në “stinën e ftohtë” të vitit, muajt janar - mars. Në vazhdim trendi është në rënje si rrjedhojë e ardhjes së stinës së pranverës dhe të verës ku forca e këtyre infeksioneve është në rënje. Javët e tjera të vitit paraqesin nivele pak a shumë të qëndrueshme të frekuencës së hasjes, me luhatje jo të theksuara.

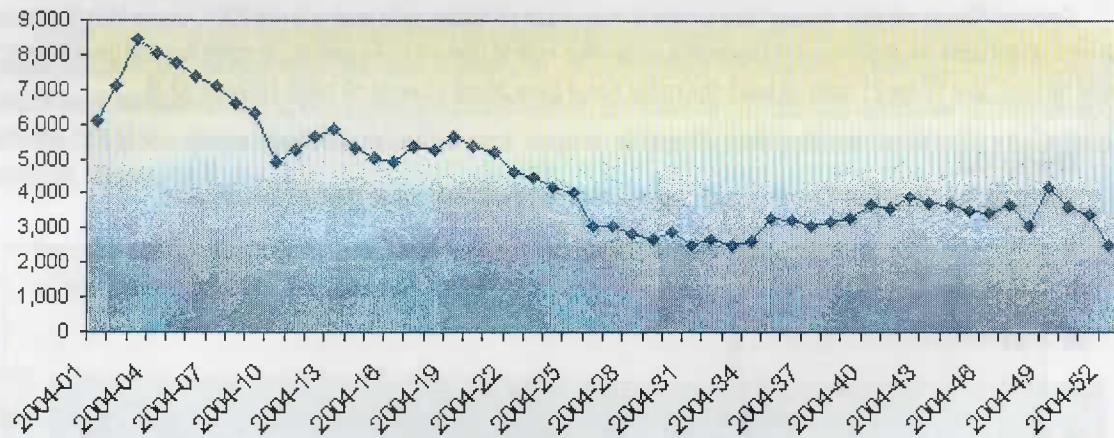
GRAFIKU 13.4

Shpërndarja e Sindromit “Infeksione Respiratore të Sipërme” sipas javëve gjatë vitit 2004:
raste /javë në shkallë vendi



GRAFIKU 13.5

Shpërndarja e Sindromit “Infeksione Respiratore të Poshtëme” sipas javëve gjatë vitit 2004:
raste /javë në shkallë vendi

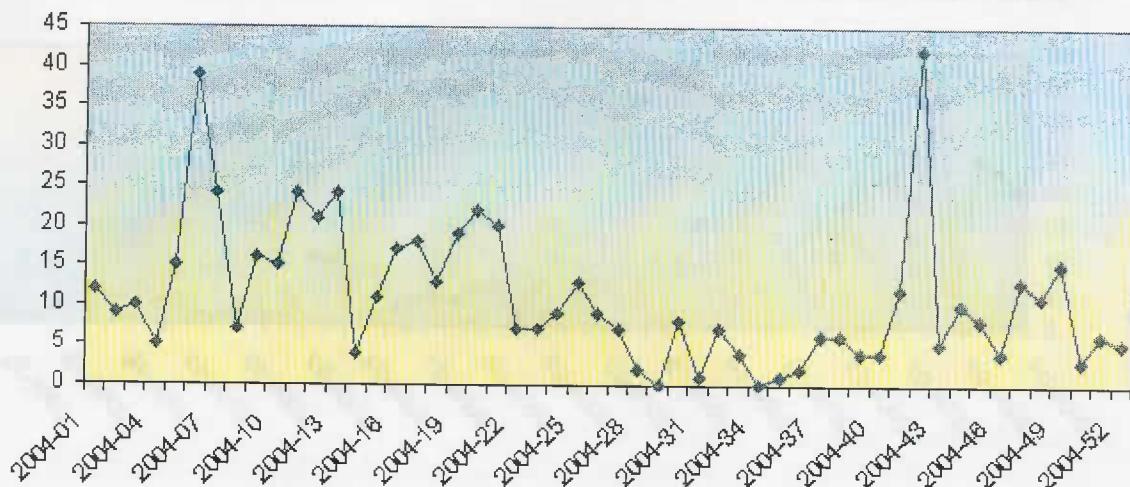


13.2.5. Sindromi infeksiot “rash me temperaturë”

Frekuenca javore e hasjes të sindromit “rash dhe temperaturë” luhatet nga minimumi zero raste në maksimumi 35 raste në javën 42, me një mesatare 5-15 gjithë javëve të vitit (*GRAFIKU 13.6*). Mbizotërojnë rastet me rash vezikular, që disa herë janë paraqitur të grumbulluara në hapësirë (shpërthime të lokalizuara të varicelës). Në javën 11 vërehen 13 raste në rrëthin e Beratit, në javën 12 (17 raste) në Kuçovë, në javën 13, (12 raste) në Elbasan, në javën 49 (9 raste) në Fier.

GRAFIKU 13.6

Shpërndarja e Sindromit "Rash me Temperaturë" sipas javëve gjatë vitit 2004: raste / javë në shkallë vendi

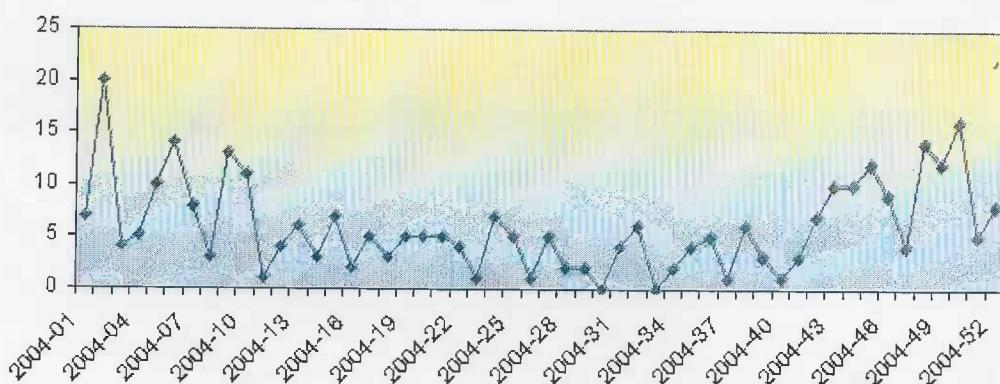


13.2.6. Sindromi infeksioz "verdhëzë"

Në ecurinë e sindromit "verdhëzë" të raportuar në survejancën Alert përgjatë javëve të vitit 2004 spikatin pike në fillim të vitit në javët 2, 6, 9, 10 dhe në fund të vitit në javët 45, (Elbasan 5 raste), 48 (Elbasan 5 raste, Kavajë 5 raste) dhe 50.

Grafiku 13.7

Shpërndarja e Sindromit "Verdhëzë" sipas javëve gjatë vitit 2004: raste / javë në shkallë vendi

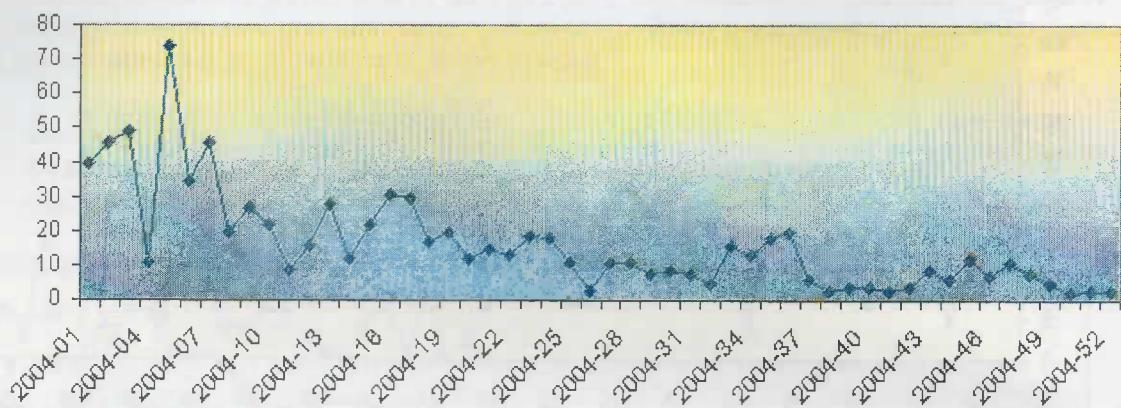


13.2.7. Sindromi infeksioz "hemorragji me ethe"

Sindromi infeksioz "hemorragji me ethe" paraqitet me 2 raste ne javen 13 dhe nga 1 rast përkatësisht në javët 18 dhe 27, dmth total 4 raste gjatë tërë vitit 2004, (GRAFIKU 13.8). Janë 7 raste të shpërthimit epidemik të Etheve Hemorragjike Krine Kongo në rrithin e Kukësit, të reportuara urgjentisht nëpërmjet SMBS (Ehet Hemorragjike Virale bëjnë pjesë në Grupin A të Pasqyrës 14/Sh të SMBS, dmth të sëmundjeve infektive të raportimit urgjent në IShP nëpërmjet shërbimit epidemiologjik të rrethit përkatës). Fakti që 7 raste me Ethe Hemorragjike Virale u anashkaluan në raportimin nëpërmjet Survejancës Alert nuk duhet të na habisë, sepse Survejanca Alert dhe ajo e SMBS janë në përplotësim të njera tjetrës edhe në drejtim të zbulimit dhe raportimit në kohë të shpërthimeve epidemike, veçanërisht kur është fjalë për sëmundjet infektive të Grupit A.

GRAFIKU 13.9

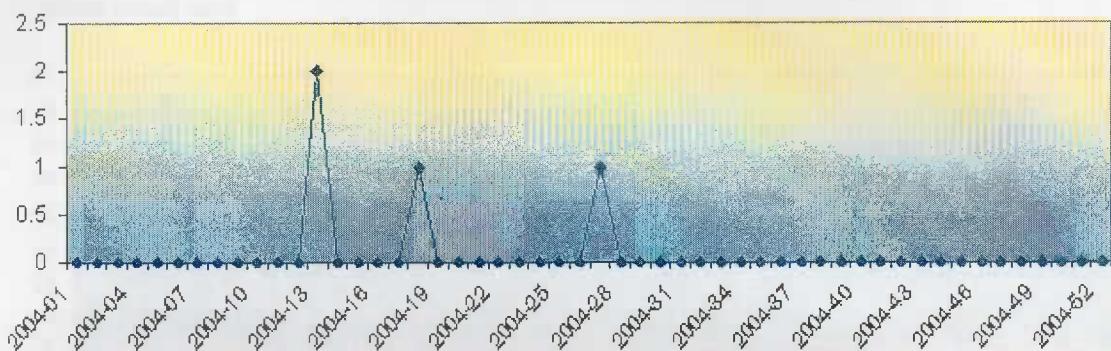
Shpërndarja e Sindromit "Temperaturë e pashpjegueshme" sipas javëve gjatë vitit 2004:raste /
javë në shkallë vendi



ISHP, MARS 2004

GRAFIKU 13.8

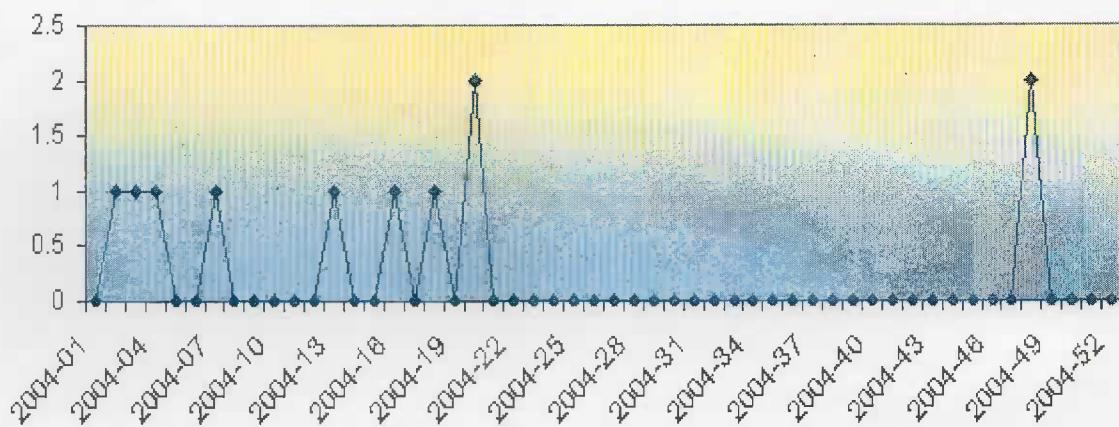
Shpërndarja e Sindromit "Hemorragji me Ethe" sipas javëve gjatë vitit 2004: raste / javë në shkallë vendi



13.2.8. SINDROMI INFEKSIOZ "SUSPEKT MENINGITIS"

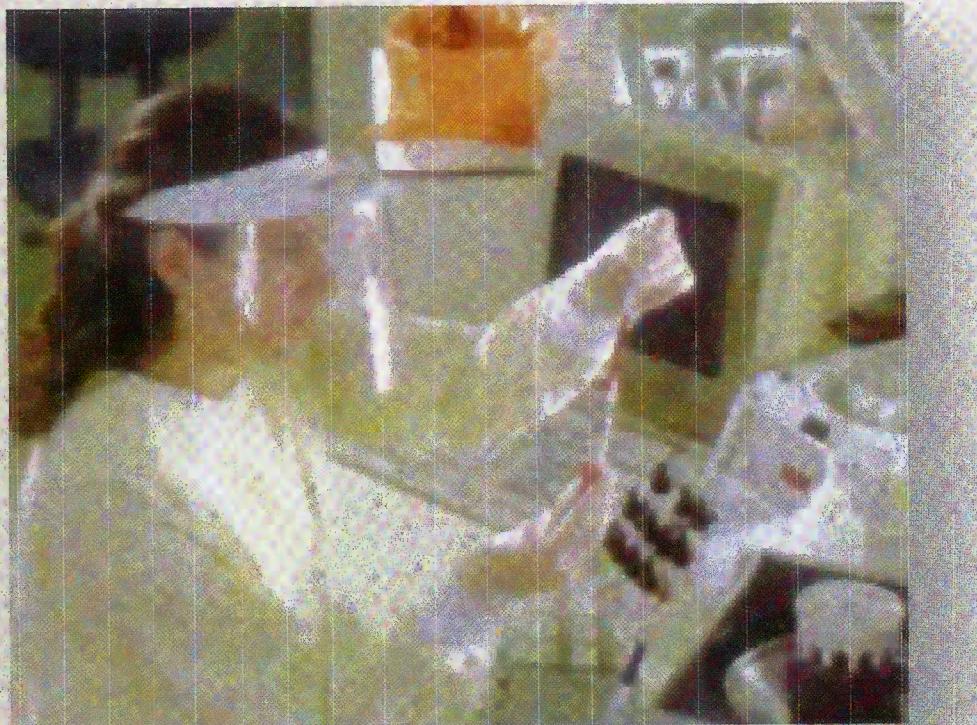
GRAFIKU 13.9

Shpërndarja e Sindromit "SUSPEKT MENINGITIS" sipas javëve gjatë vitit 2004:
raste / javë në shkallë vendi



13.2.9. SINDROMI INFEKSIOZ "TEMPERATURË E PASHPJEGUESHME"

Ecuria e sindromit "temperaturë e pashpjegueshme" përgjatë vitit 2004 paraqitet me luhatje nga...dy raste deri në rreth 25 raste në javë në shkallë vendi, dmth me një frekuencë të ulët të hasjes. Përjashtim bëjnë tre pike, përkatësisht në javën 3 (49 raste), javën 5 (74 raste) dhe javën 7 (46 raste), ku peshën specifike kryesore në raportim e kishte rrethi Korçë, ndërsa në javën 7 edhe Devoll (GRAFIKU 13.9). Gjithashtu edhe në javën 16 Devoll ka 10 raste, Korça 9 raste, dhe në javën 17 Devoll paraqet 11 raste. Megjithatë, lypset theksuar që ekziston ende paqartësi nga ana e mjekëve të familjes në drejtim të përkufizimit të rastit për këtë sindrom infeksioz, çka bën që jo rrallë herë të kemi praninë e një fallco-pozitiviteti në raportim.



Design. G.MUSA