

PROTOKOLLI OPERACIONAL PËR SHËRBIMET ME QENDËR PACIENTIN ME TB NË KUADËR TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR

Tetor 2019

PROTOKOLLI OPERACIONAL
PËR SHËRBIMET ME QENDËR PACIENTIN ME
TB NË KUADËR TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR

Autorët

Bazuar në urdhërin e MSHMS-së

Nr. 515, Dt. 09.07.2018 Dr. Irma Tashi, Pneumologe, SUSN

Dr. Artanca Collaku, Mjeke e Familjes

Mirënjohje e veçantë për kontribuesit Prof. Dr. Hasan HAFIZI, FCCP
Dr. Rais Mazitov, OBSH

Parathënie

“Protokoli Operacional për shërbimet e përqendruara në pacientë për TB në kuadër të Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP)” u adresohet ofruesve të kujdesit shëndetësor parësor. Dokumenti është në përputhje me objektivat globale të Qëllimeve të Zhvillimit të Qëndrueshëm dhe Strategjinë e Fundit të Organizatës Botërore të Shëndetit (OBSH) për zhdukjen e TB-së. Kjo punë është drejtuar nga OBSH-ja si pjesë e ndihmës teknike dhënë Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të Republikës së Shqipërisë (MSHSP), dhe është financuar nga fondi Global për Luftën Kundër SIDA-s, Tuberkulozit dhe Malarias (GFATM) në kuadër të Programit “Zgjerimi dhe sigurimi i qëndrueshmërisë së reagimit kombëtar ndaj HIV/AIDS dhe TB-së në popullatat kryesore”. Ky udhëzues është përpiluar nga Dr. Artenza Çollaku dhe Dr. Irma Tasho, të cilat së bashku siguruan draftin e parë me të dhëna për këtë dokument.

Shprehim mirënjohjen tonë për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të Shqipërisë që na besoi dhe na dha mundësinë për të kontribuar në këtë proces të rëndësishëm.

Autorët dëshirojnë të njohin ndihmën e vyer të zyrës së OBSH Euro, Zyrës së OBSH-së në vend dhe Programit Kombëtar të TB-së.

Falënderojmë sinqerisht Profesor Hasan Hafizi and Dr. Rais Mazitov për rishikimin e dokumentit përfundimtar të udhërrëfyesit dhe sigurimin e input-eve të vlefshme.

Falënderojmë gjithashtu Dr. Artan Mesi, për ndihmën dhe bashkëpunimin e tij në përmbushjen e kësaj pune.

Hyrje

Së fundmi Ministria e Shëndetësisë dhe e Mbrojtjes Sociale e Republikës së Shqipërisë është angazhuar në krijimin e një sistemi të kujdesit shëndetësor të përqendruar te kujdesi ndaj pacientëve. Për të arritur këtë qëllim për pacientët me TB, MSHSP dhe OBSH rekomandojnë integrimin e TB-së në kujdesin shëndetësor parësor. Ndërsa ndodh ky ndryshim, roli i ofruesve të kujdesit shëndetësor parësor në zbulimin dhe parandalimin e TB-së dhe pjesëmarrjen në trajtimin ambulator mund të bëhet edhe më kritik

Sidoqoftë, në shumë vende të Rajonit Evropian të OBSH-së, veçanërisht në vendet ish-socialiste, shërbimi i specializuar i strukturuar vertikalisht i kujdesit ndaj TB-së mund të mos koordinohet plotësisht me sistemin e kujdesit shëndetësor parësor. Sidoqoftë, kontrolli i TB-së dhe kujdesi shëndetësor parësor janë të ndërrvarura dhe progresi i shpejtë në kontrollin e TB-së nuk ndodh nëse kontrolli i TB-së nuk është i integruar në sistemin e kujdesit shëndetësor parësor. Në mënyrë të ngjashme, një program i kontrollit të kujdesit shëndetësor parësor nuk është i adekuat nëse nuk përfshin kontrollin e TB-së.

Integrimi i TB-së në kujdesin shëndetësor parësor nuk është i lehtë; shumë vende, madje edhe ato me sistem shëndetësor shumë të përparuar, nuk kanë arritur të zbatojnë një model të tillë. Edhe në Shqipëri, janë bërë disa përpjekje për të përfshirë TB-në në KSHP, por pa sukses.

Prandaj, MSHSP dhe OBSH sugjerojnë që zbatimi i integrit të TB në KSHP duhet të zbatohet në tre zona pilot: në Kamzë, Lushnjë dhe Qendrën Shëndetësore Nr.4 në Tiranë. Në varësi të rezultateve mund të shtrihet në të gjithë vendin. Programi do të implementohet gjatë vitit 2019-2020 në Kujdesin Parësor Shëndetësor si proces pilotimi dhe më pas do të zgjerohet gjatë vitit 2020-2022. Zbatimi i një strategjie të tillë mbetet një çështje e ndjeshme dhe ndryshon nga një vend në tjetrin. Prandaj duhet të kemi parasysh: organizimin e sistemit ekzistues të kujdesit shëndetësor; situatën epidemiologjike të TB-së; traditën në kontrollin e TB-së dhe mundësinë për bashkëveprimin e strukturave të ndryshme në kontrollin e TB-së.

Këto udhëzime janë të destinuara për personelin e kujdesit shëndetësor parësor të cilët ofrojnë kujdes në pikën e parë të hyrjes së pacientëve në shërbimet e kujdesit shëndetësor. Protokollin paraqet një pasqyrë të plotë dhe gjithashtu përfshin disa informacione mbi kontrollin e TB-së që është jashtë rolit të ofruesve të kujdesit shëndetësor parësor, përfshirë këtu edhe regjimet e diagnostikimit dhe trajtimit për TB. Ndërsa në të vërtetë këto janë përgjegjësi të shërbimeve të specializuara të TB-së, ky udhërrëfyes duhet të ofrojë një informacion të dobishëm për ofruesit e KSHP-së në rritjen e njohurive të përgjithshme për TB dhe sigurimin e një panorame të plotë të përpjekjeve për të kontrolluar TB.

Objektivat kryesorë të udhërrëfyesit janë katër:

- Sigurimi i një shërbimi shëndetësor cilësor për të gjithë pacientët TB.
- Zbutja e vuajtjeve njerëzore dhe barrës socio-ekonomike të TB-së.
- Mbrojtja e grupeve që janë të prekshëm nga TB, TB/HIV dhe MDR.
- Mbrojtja dhe promovimi i të drejtave të njeriut në parandalimin, trajtimin dhe kontrollin e TB-së

Tabela e përmbajtjes

Seksioni	Faqja
Parathënie	2
Hyrje.....	3
Përkufizime.....	5
Shkurtime.....	6
Pjesa 1. Kujdesi Shëndetësor Parësor në Kontrollin e Tuberkulozit	
1.1Pse KSHP?	7
1.2 Një model i kujdesit të TB-së i fokusuar tek njerëzit.....	8
1.3 Lidhja e stimujve financiarë me modelin e kujdesit të TB-së të fokusuar tek njerëzit.....	9
1.4Roli i ofruesve të KSHP-së në kontrollin e tuberkulozit.....	9
1.5 Funksionet e personelit të kujdesit shëndetësor parësor.....	10
1.5.1 Mjeku i familjes.....	10
1.5.2 Funksionet e infermierit të familjes	10
1.5.3 Dokumentat qe duhet të sigurohen me strukturat e KSHP.....	10
1.6 Udhë e pacientëve TB në sistemin e kujdesit shëndetsor.....	11
Pjesa 2. Rreth tuberkulozit	
2.1 Transmetimi.....	13
2.2Historia natyrale e infeksionit	14
2.3Manifestimet klinike të tuberkulozit	14
2.4Faktorët e riskut	15
3. Diagnoza e tuberkulozit	
3.1 Mjetet diagnostikuese	16
4.Trajtimi i tuberkulozit në pacientë	
4.1Trajtimi me vëzhgim direkt (DOT).....	18
4.2 Kriteret e pranimi në spital.....	19
4.3Tuberkulozi Rezistent ndaj Shumë barnave (MDR TB).....	21
Aneksi 1.....	
Aneksi 2.....	
Aneksi 3.....	
Aneksi 4.....	

Shkurtime

AFB	Bacilet acido-rezistence
AFBNAA	Amplifikimi i acidit nukleik të bacileve acido rezistente
DOT	Trajtimi me vëzhgim të drejtepërdrejtë
DR	Rezistencë ndaj Barit
DSTB	Tuberkuloz i Ndjeshëm ndaj Barit
DST	Testimi i Ndjeshmërisë së Barit
E	Etambutol
FD	Mjeku i Familjes
GP	Mjeku i Përgjithshëm
H	Isoniazid
HIV	Viruset e Imunodeficensës Humane
LPA	Testi LPA
MDRTB	Tuberkuloz Rezistent ndaj Shumë Barnave
MSHMS	Ministria e Shëndetit dhe Mbrojtjes Sociale të Republikës së Shqipërisë
LTBI	Infeksioni Latent i Tuberkulozit
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
R	Rifampicinë
TB	Tuberkuloz
TNF	Faktori i Nekrozës së Tumorit
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
X-ray	Radiografi e krahavorit
X-pert test	Testi Genexpert
Z	Pirazinamid

Kujdesi Shëndetësor Parësor

1.1 Pse Kujdesi Shëndetësor Parësor?

Strategjia Stop Tuberkulozin 2006 theksoi se progresi në elememinimin e TB-së kërkon përpjekje për të angazhuar të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor. Kjo u përsërit edhe në Strategjinë e vitit 2015 mbi Zhdukjen e TB-së, dhe në vendimin e vitit 2015 të OBSH-së për Mbulimin Shëndetësor Universal. Qendrat e KSHP-së (të drejtuara nga mjeku i përgjithshëm apo mjeku i familjes) janë po aq të mira sa edhe qendrat e specializuara të TB-së për të marrë pjesë në kontrollin e TB-së me fokus pacientin për shkak të qasjes gjeografike ndaj pacientëve, kapacitetit për të adresuar në të njëjtën kohë një numër të gjerë kushtesh mjekësore, ruajtjes së konfidencialitetit dhe rolit si rojtar në optimizimin e ngarkesës së punës së sistemit shëndetësor. Në procesin e integritimit të ofruesve të Kujdesit Shëndetësor Parësor, Shqipëria ka qëllim të përdorë kapacitetin unik të KSHP-së:

- **Për të mbledhur Regjistrin e Plotë të Shëndetit të Pacientit dhe Menaxhuar Bashkë-Sëmundshmëritë**

Mjekët e përgjithshëm janë të përshtatshëm për të hetuar historinë e sëmundjes së pacientëve dhe për të identifikuar faktorët shtesë të rrezikut shëndetësor dhe bashkë-morbiditetet që kërkojnë vëmendje të veçantë gjatë trajtimit të TB-së. Personeli i KSHP-së monitoron reaksionet negative ndaj barnave kundër tuberkulozit dhe e referon pacientin te specialistët e shëndetit në kohën e duhur për të parandaluar sjelljet e pakujdesshme.

- **Për të përmirësuar raportimin e rastit të TB-së përmes diagnostikimit oportunistik**

Si pika e parë e kontaktit me pacientët, mjekët e përgjithshëm ndihmojnë në zbulimin e hershëm të TB-së. Personeli i KSHP-së inkurajohet të praktikojë qasjen “Mendoni TB-në”, me anë të së cilës ata i kushtojnë vëmendje të veçantë simptomave të TB-së dhe referojnë të dyshuarit për diagnostikim dhe *trajtim*, si dhe përfshihen në *trajtimin* me vëzhgim të drejtpërdrejtë dhe ndjekje.

- **Për të fuqizuar pacientet për t’ju përmbajtur trajtimit**

Përmbajtja jo e plotë ndaj trajtimit është identifikuar si problemi më serioz në kontrollin e tuberkulozit dhe një pengesë kryesore për eliminimin e sëmundjes. Kohëzgjatja e trajtimit (zakonisht gjashtë muaj ose më gjatë), terapia e kombinuar, efektet anësore dhe disa herë

përmirësimi i shpejtë i simptomave (i vazhdimit të trajtimit të zgjatur me barna që mund të perceptohen si të panevojshme) mund të jenë pengesa serioze për përmbajtjen ndaj trajtimit.

Personeli i Kujdesit Shëndetësor Parësor mundet të punojë më ngushtë me pacientët për të demistifikuar stigmën në lidhje me TB dhe t'i inkurajojë ata të vazhdojnë trajtimin e TB përmes disa strategjive:

- **Menaxhimi gjithëpërfshirës i rastit** Ekipet e personelit shëndetësor marrin përgjegjësi për menaxhimin e rastit, vazhdimësinë e kujdesit dhe ndjekjen, zakonisht duke i dhënë pacientit një zë kryesor në vendimin se si administrohet kujdesi. Punonjësi i kujdesit shëndetësor dhe pacienti duhet të bien dakord për ditët, orën dhe vendin për marrjen e barnave
- **Terapia me vëzhgim të drejtpërdrejtë** Ofruesi i kujdesit shëndetësor vëzhgon direkt pacientin të gëlltisë çdo dozë të barit anti-TB
- **Edukimi i pacientit** Edukimi i pacientëve që është i përshtatshëm nga ana kulturore dhe gjuhësore (në kombinim me ndërhyrjet e tjera) është thelbësor për të siguruar përmbajtjen ndaj trajtimit. Përdorimi i termave të thjeshtë së bashku me materialet e shkruara, si dhe ato me figura, janë të gjitha të rëndësishme.
- **Nxitësit dhe mundësuesit** Nxitësit janë “shpërblimet” e vogla që u jepen pacientëve që respektojnë regjimin e caktuar të trajtimit dhe kryejnë vizita të rregullta klinike. Mundësuesit lejojnë që pacienti ta marrë trajtimin më kollaj (p.sh., paketa ushqimore, raport mjekësor i gjatë për mosparaqitjen në punë, bileta e autobusit etj...).

1.2 Një model kujdesi i TB-së me qendër personin

Kujdesi i përqendruar tek personi në kontrollin e TB-së është një mënyrë e të menduarit dhe të bërit gjërat që i sheh njerëzit që përdorin shërbimet shëndetësore dhe sociale si pjesë të ekipit. Suksesi i trajtimit varet nga mënyra se si organizohet trajtimi dhe nëse kushtet plotësojnë nevojat e pacientit, duke krijuar një mjedis në të cilin pacienti është i lirë të shprehë shqetësimet, nevojat, dëshirat dhe pyetjet e tij në lidhje me trajtimin.

Kjo do të thotë vendosja e njerëzve dhe familjeve të tyre në qendër të vendimeve dhe të procesit të hartimit të planit të trajtimit, përcaktimit të vendit të trajtimit, orarit të trajtimit, planit të konsultimeve me pulmonologun dhe paraqitjes së mostrave të sputumit ose testeve të tjera, si

dhe konsultimi i punonjësve socialë (nëse është e nevojshme) për të mbajtur pacientin në trajtim.

Nga ana tjetër, të gjitha përpjekjet e punonjësve të KSHP-së, ofrimi i kujdesit mjekësor për pacientët e trajtuar, si dhe puna shtesë për ta mbajtur pacientin në trajtim, janë të përqendruara te pacienti.

Filozofia e nëndheshme është e njëjta: ajo ka të bëjë me bërjen e gjërave “me” njerëzit, jo “për” njerëzit.

1.3 Lidhja e incentivave financiare me modelin me QENDËR-NJERIUN të kujdesit shëndetësor të TB

Përafrimi i metodave të pagesës ndikon në konfigurimin e modelit të ofrimit të shërbimit dhe, rrjedhimisht, treguesit kryesorë të performancës, siç janë diagnoza e hershme, qasja dhe aderimi në trajtim, kohëzgjatja e qëndrimit në spital dhe pranimet në spital.

Në vendin tonë në lidhje me pronësinë, ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor janë pjesë e sektorit publik, të financuar bazuar në një marrëdhënie kontraktuale. Pagat bazohen në tarifën e kapitacionit dhe kohët e fundit janë futur incentiva për efikasitetin.

Gjatë fazës kalimtare nga kujdesi spitalor në atë ambulator duhet të futen mënyra të ndryshme pagese për të përmirësuar cilësinë dhe efikasitetin e ofrimit të kujdesit. Në Shqipëri, një program pagese-për-performancën, si psh incentivat financiarë për përfundimin e trajtimit të TB-së, mund të zbatohet në mënyrë që të zvogëlojë vonesat në diagnostikimin dhe aksesin e trajtimit, shtrimin në spital të lidhur me TB dhe, si rezultat, kostot totale të trajtimit.

1.4 Roli i ofruesve të Kujdesit Shëndetësor Primar në Kontrollin e Tuberkulozit

Ofruesit e KSHP-së, përfshirë mjekët dhe infermierët, janë zakonisht të parët që hasin një të dyshuar për TB, përpara se të ndodhë diagnoza. Ata kanë mundësinë unike të ulin barrën e TB-së përmes zbulimit të hershëm pasi një person me TB aktiv, i cili nuk është zbuluar dhe lihet i pa mjekuar, do të infektojë mesatarisht 10 deri 15 persona të tjerë në vit.

Ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor gjithashtu mund të luajnë një rol të rëndësishëm në kontrollin e tuberkulozit në referimin për trajtim dhe përfshirjen në trajtimin cilësor të TB. Sidoqoftë, është e qartë se mjekët e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri janë të përfshirë shumë pak në menaxhimin e TB-së dhe nuk përfshihen në trajtimin e pacientëve me TB dhe menaxhimin e depistimit.

Për rezultate më të mira propozohet krijimi i ekipeve për kontrollin e TB, që duhet të përfshijnë pjesëmarrës nga të gjitha nivelet e kujdesit.

Ky ekip përfshin:

- Pulmonologun e spitalit, i cili njëkohësisht është duke punuar në një dispanseri, (i cili ka një pacient me TB nën juridiksionin e tij).
- Kryeinfermieren ose një infermiere të dispanserisë.
- Epidemiologun e rrethit, nëse nuk ka një epidemiolog, një përfaqësues nga Departamenti i Kujdesit Shëndetësor Parësor.
- Një mjek të familjes (i cili e ka pacientin me TB nën juridiksionin e tij).
- Një infermier/e të familjes (që ka një pacient me TB nën juridiksion).
- Punonjësi social, nëse është në dispozicion.
- Pacienti me një të afërm ose vetëm një i afërm i ngushtë në raste të veçanta **

* Përveç Tiranës që nuk ka mjek spitalor por është mjeku i dispanserisë që ka juridiksionin e pacientit.

** Nëse pacienti nuk është bashkëpunues, ka probleme sociale ose psikologjike, është nën 18 vjeç ose nuk është në gjendje të paraqitet në dispanseri, atëherë ftohet një i afërm i ngushtë.

Pulmonologu i secilit ekip është përgjegjës për ofrimin e trajnimeve periodike të vazhdueshme për të gjithë anëtarët e ekipit të TB, përfshirë specialistët mjekësorë dhe menaxherët e shëndetit për të siguruar cilësinë e kujdesit.

Kur kontrolli i TB dhe kujdesi shëndetësor parësor janë të integruar, zbulimi dhe ndjekja e rasteve të TB mund të përmirësohet dhe zgjerohet në përfitim të një popullate të tërë.

1.5 Funkcionet e personelit të KSHP-së

1.5.1 Mjeku i familjes

- Dyshon TB dhe referon shpejt në dispanserinë e mushkërive kur pacientët paraqiten me simptoma të TB. (Shiko rreth TB, më poshtë)
- Nëse pacienti i dyshuar me TB nuk është në gjendje të shkojë në dispanseri, ata duhet të marrin masa për të siguruar një mostër sputumi me cilësi të mirë për ekzaminim mikroskopik direkt të sputumit dhe për të transportuar mostrën sipas rregullave në dispanseri për ekzaminim mikroskopik të sputumit (Aneksi 3)
- Komunikon me pacientët që TB është i shërueshëm dhe thekson rëndësinë e trajtimit të rregullt dhe të plotë në kurimin e TB-së;
- Koordinon me pacientin, familjen, dispanserinë dhe epidemiologun për të siguruar një hetim epidemiologjik.
- Edukon komunitetin për shenjat dhe simptomat e TB dhe nevojën për të kërkuar kujdes mjekësor nëse ndodhin këto simptoma. (Aneksi 4)
- Diskuton në bashkëpunim me pulmonologun dhe krahas planit të kujdesit familjar të pacientëve.
- Siguron dhe monitoron administrimin e barnave të TB për pacientët.
- Mban një kopje të formularit të trajtimit të TB-së gjatë trajtimit dhe e dorëzon atë në fund të trajtimit në dispanseri.
- Nëse vendosin për DOT, koordinon planin me Punonjësit e Shëndetit në Komunitet, që të sigurojnë barna çdo ditë ose të sigurojnë ndjekje javore me pacientët.

- Për të monitoruar reaksionet negative dhe për të ofruar referime në kohë, koordinon me dispanserinë e TB-së.
- Siguron që pacientët të vijojnë me vizitat mujore në dispanserinë e TB.
- Heton bashkë-patologjitë e tjera dhe referon pacientët në shërbime të specializuara.
- Identifikon nevojat e tjera psiko-sociale dhe siguron që ato të ndiqen nga specialistë.
- Vazhdon të ofrojë mesazhe edukative për pacientët me TB;
- Monitoron administrimin e terapisë parandaluese për infeksionin latent të TB.

1.5.2 Funksionet e infermierit të familjes

- Infermieri është përgjegjës për kontrollin e trajtimit të pacientëve me TB në shtëpi sipas vendimit të ekipit menaxhues të trajtimit të TB (EMTB).
- Ka përgjegjësi për ruajtjen dhe plotësimin e një kopje të formularit të trajtimit të TB.
- Ofron këshillim, siguron mbështetje psiko-sociale.
- Koordinon me mjekun e familjes për aktivitetet e lidhura me TB.
- Kur trajtimi përfundon, ofruesi i KSHP duhet të informojë shërbimet e TB dhe të kthejë kartën e trajtimit të pacientit, e cila ka origjinën brenda shërbimeve të TB.

1.5.3 Dokumentet në strukturat e KSHP-së (Aneks)

- Forma e ekzaminimit të drejtpërdrejtë të sputumit për BK (Aneksi 1)
- Një kopje e kartës së trajtimit (origjinali mbetet në dispanseri) (Aneksi 2)
- Një formë për trajtimin vijues të TB-së
- Një kopje e listës së hetimit të kontaktit

Treguesit e kujdesit shëndetsor parësor

- Vonesa në diagnozë
- Rezultatet e trajtimit
- Përqindja e hetimit të kontaktit
- Përqindja e rezultateve të suksesshme të trajtimit parandalues për infeksionin latent të TB

1.6 Udha e pacientit me TB në sistemin e kujdesit shëndetësor

Një vizitor në qendrën e kujdesit shëndetësor parësor e fillon rrugën duke takuar mjekun KSHP – Mjekun e Familjes/Mjekun e Përgjithshëm. Aty personi depistohet për shenjat e TB dhe simptomat e pranishme. Nëse një person ka shenja të TB, atëherë ky person quhet i dyshuar për TB. I dyshuari për TB me simptoma të TB-së mund të ndjekë disa rrugë.

Referimi nga mjeku i familjes

1. Në rastet e dyshuara për TB, mjeku i familjes ose infermierja (nëse nuk ka mjek në qendrën shëndetësore) referon rastet e dyshuara për TB në dispanserinë pulmonare.
2. Nëse pacienti nuk mund ose nuk dëshiron të shkojë në dispanseri, në raste të tilla një infermiere mbledh mostrën e sputumit të dyshuar për TB dhe e dërgon në laborator për ekzaminimin mikroskopik të sputumit (një anëtar i familjes).

Depistimi dhe zbulimi në dispanserinë pulmonare dhe spitalin e sëmundjeve të mushkërive

1. Nëse i dyshuari për TB shkon direkt në dispanserinë e TB-së ose në Spitalin e Mushkërive, rastet e dyshuara për TB duhet të kryejnë ekzaminim direkt të sputumit, ekzaminimin Genexpert dhe radiografinë e kraharorit.
2. Ndonjëherë, nëse gjendja e të dyshuarit për TB është e rëndë, personi pranohet në departamentin e Urgjencës, ku bëhet mikroskopi dhe rreze X;
3. Nëse testi del pozitiv për TB, atëherë i dyshuari për TB konfirmohet si pacient i TB;
4. Rastet e dyshuara nga TB pa diagnozë konfirmimi duhet të shtrohen në spital për ekzaminime plotësuese.

Trajtimi

1. Pasi të konfirmohet diagnoza, pacienti me TB fillon trajtimin;
2. Nëse pacienti me TB është mjaft mirë (përdorni algoritmin dhe kriteret e shtrimit në spital), atëherë trajtimi i TB-së mund të fillohet në qendrën ambulatorë në KSHP;
3. Nëse tek pacienti me TB ka të pranishme shenja që kërkojnë shtrimin në spital, atëherë pacienti dërgohet në spital;
4. Në varësi të gjendjes së pacientit me TB, pas 1-2 javësh, gjatësia maksimale e fazës intensive, pacienti me TB transferohet në dispanseri për fazën e vazhdimit;
5. Pacienti me TB që del, Ekipi i Menaxhimit të TB (EMTB) në nivelin e rrethit, vendosin se ku do të vazhdojë trajtimi;
6. Gjatë trajtimit pacienti me TB i nënshtrohet monitorimit të kujdesshëm klinik dhe dorëzon mostra sputumi dhe/ose radiografi;

Në rastin e Tuberkulozit rezistent ndaj barit

1. Nëse testohet i dyshuari për TB, konfirmohet diagnoza e TB dhe më vonë (ose në të njëjtën kohë) sputumi i pacientëve me TB dërgohet për Testin e Ndjeshmërisë ndaj Barit (DST) dhe nëse ky del pozitiv, ndiqet rruga vijuese:
2. Nëse rezultati i testit Xpert tregon rezistencë ndaj barnave, atëherë atij pacientit me TB i kërkohet të dërgojë një mostër tjetër sputumi për LPA dhe /ose teste të tjera të mundshme të Ndjeshmërisë ndaj Barit (DS), kur konfirmohet Resistenca ndaj Barit, atëherë zbatohen kritret e shtrimit në spital, nëse është e nevojshme, ose e preferueshme, që pacienti të shtrohet në spital;
3. Nëse shtrimi në spital nuk është i nevojshëm, atëherë pacienti fillon trajtimin në mjedisin e duhur të trajtimit (opsionet e trajtimit) dhe monitorohet nga afër, nën DOT, ndryshe nga rasti i TB të ndjeshëm ndaj barit;
4. Pas nxjerrjes nga spitali, pacienti me TB rezistent ndaj barit vazhdon trajtimin në ambientin e duhur të trajtimit, ashtu si pacienti që nuk ishte shtruar asnjëherë në spital;

Fundi i trajtimit

1. Pasi ka marrë një trajtim të plotë dhe të duhur të TB-së, pacienti i nënshtrohet vlerësimit përfundimtar, ku përcaktohet rezultati i trajtimit dhe përfundon trajtimi.
2. Më pas, rezultatet e trajtimit diskutohen me ekipin e menaxhimit të trajtimit të TB-së dhe në nivel rrethi me pulmonologun;
3. Është e domosdoshme që pacienti me TB t'i nënshtrohet të gjithë vlerësimit përfundimtar të përshkruar, në mënyrë që të regjistrohet si i kuruar (nëse shërohet), nëse jo, edhe nëse pacienti me TB është shëruar, por nuk është regjistruar si i tillë, do të duhet të llogaritet si i humbur. Prandaj, detyra e pulmonologut dhe e mjekut trajtues është të sigurohen që trajtimi me TB të merret deri në fund.

2. Rreth TB-së

Hyrje

- Tuberkulozi (TB) është terminologjia për sëmundjen 'aktive' për shkak të kompleksit *Mycobacterium tuberculosis*.
- *Mycobacterium tuberculosis* është shkaku i dytë më i zakonshëm i vdekjes prej infeksionit tek të rriturit në të gjithë botën (HIV-i është më i zakonshmi). Ai i përket gjinisë *Mycobacterium* që përfshin më shumë se 50 specie të tjera, të cilat shpesh referohen kolektivisht si mykobakterë jo-tuberkularë.
- Pritësi njerëzor shërben si rezervuar natyror për *M. Tuberculosis*
- Infeksioni latent i TB-së i referohet vetëm infeksionit, me kompleksin *M. Tuberculosis*, pa sëmundje aktive (d.m.th një infeksion i fjetur që nuk është në gjendje të transmetohet) dhe referohet si Infeksioni Latent i TB-së (LTBI).
- Rasti i indeksit është një rast i diagnostikuar me TB.
- Rasti i burimit është rasti që ka të ngjarë t'i ketë transmetuar tuberkulozin rastit të indeksit.
- Tuberkulozi rezistent ndaj shumë barnave (MDRTB) përcaktohet si shtame që tregojnë rezistencë të paktën ndaj izoniazidit dhe rifampicinës.

2.1 Transmetimi

- Transmetimi i tuberkulozit nga personi tek personi ndodh përmes inhalacionit (thithjes nga hunda) të bërthamave të pikëlave (grimcave që shpërndahen përmes ajrit me diametër nga 1 deri në 5 mikron).
- Kollitja, bërtitja, këndimi ose tështitja mund të lehtësojnë formimin e bërthamave të pikëlave.
- Personat me sëmundje pulmonare të patrajtuar aktive ose laringje janë ngjitës,
- Procedurat që mund të rezultojnë në shpërndarjen e bërthamave të pikëve, të tilla si intubacioni endotrakeal, bronkoskopia, induksioni i sputumit, trajtimet e aerosolit, shpëlarja e një abscesi tuberkular dhe autopsia janë shoqëruar me një rrezik të shtuar të transmetimit të TB-së
- Tuberkulozi i izoluar ekstrapulmonar nuk është ngjitës,
- Pacientët me sëmundje ekstrapulmonare dhe pulmonare janë ngjitës.
- Pacientët e imuno-kompromentuar me TB ekstrapulmonar duhet të supozohet të kenë TB pulmonar derisa të provohet ndryshe me mostrat negative të sputumit, edhe nëse radiografia e gjoksit është normale.

2.2 Historia natyrale e infeksionit

Inhalacioni i *M.Tuberculosis* dhe depozitimi në mushkëri çon në një nga katër rezultatet e mundshme:

- Pastrim të menjëhershëm të organizmit
- Infeksion latent
- Fillim të menjëhershëm të sëmundjes aktive (sëmundja parësore)
- Fillimi të sëmundjes aktive shumë vite pas ekspozimit (sëmundja e riaktivizimit)

Në individët me infeksion latent dhe pa probleme të fshehura mjekësore, riaktivizimi ndodh në afërsisht 5 deri në 10 përqind të rasteve. Rreziku i riaktivizimit është rritur ndjeshëm në pacientët me HIV. Këto rezultate përcaktohen nga bashkëveprimi i faktorëve që i atribuohen organizmit dhe pritësit.

2.3 Manifestime klinike të TB-së

Tuberkulozi Primar - Tuberkulozi Primar (TB) është një term që përshkruan infeksionin e ri të tuberkulozit ose sëmundjen aktive në një pritës të mëparshëm naiv. TB primar konsiderohej të ishte kryesisht një sëmundje e fëmijërisë.

Tuberkulozi i Riaktivizimit - Shprehje të shumta janë përdorur për të përshkruar riaktivizimin e TB-së: TB kronik, sëmundje postprimare dhe TB progresiv i tipit- adult. Riaktivizimi i TB paraqet një përqindje të madhe të rasteve të të rriturve në personat e infektuar me HIV dhe rezulton nga

riaktivizimi i një përqendrimi të mëparshëm të përmbajtjes mykobakteriale që ishte farëzuar në kohën e infeksionit parësor.

Tuberkulozi endobronkial - TB endobronkial përcaktohet si sëmundje tuberkulare që përfshin pemën trakeobronkiale. Ai mund të zhvillohet përmes shtrirjes së drejtpërdrejtë të bronkeve nga një fokus parenkimal ngjitur (zakonisht një kavitet) ose përmes përhapjes së organizmave në bronke përmes sputumit të infektuar. Lezionet ka më shumë të ngjarë të vërehen në bronket kryesore dhe të sipërme; në 5 përqind të pacientëve, është e përfshirë trakeja e poshtme.

Manifestime të tjera:

Tuberkulozi laringeal

Tuberkuloma

Pacientët e infektuar me HIV

2.4 Faktorët e rrezikut

Faktorët e rrezikut për infeksion nga TB mund të ndahen si më poshtë:

Imuniteti i dëmtuar (faktorët e pritësit)

Rritja e ekspozimit ndaj personave infektues (faktorët mjedisorë)

Faktorët e pritësit

- Abuzimi me substancat, përdorimi i drogës, duhani, alkooli
- Statusi i ushqyerjes: Nëneshë, (indeksi i masës trupore <18.5) Mangësi e vitaminës D, statusi i hekurit, sëmundje sistemike si silikoza, malinjiteti, diabeti, sëmundja e veshkave, kirurgjia e stomakut, sëmundja Celiac
- Subjekti me imunitet të kompromentuar, HIV, Glukokortikoide, TNF përdorimi i frenuesve, transplant
- Moshë dhe gjinia. Përqindja e TB është më e lartë tek të rinjtë dhe tek burrat sesa gratë

Faktorët socialë dhe mjedisorë

- Kontaktet në shtëpi
- Lindja në zonë endemike të TB

- Ambjentet e komunitetit - Në vendet ku mund të ndodhë kontakti me individë infektues, rreziku për marrjen e infeksionit nga TB rritet. Mbipopullimi dhe ajrosja e dobët mund të rrisin rrezikun e transmetimit në ambiente të tilla [99-106]. Ata që janë në rrezik për ekspozim të shtuar përfshijnë banorët dhe punonjës të ambienteve të përbashkëta, siç janë spitalet, institucionet korrektuese, shtëpitë e pleqve dhe strehimoret për të pastrehët.
- Statusi socioekonomik - TB ka qenë tradicionalisht i shoqëruar me statusin e ulët socio-ekonomik, që gjithashtu mund të shoqërohet me mbipopullimin, ushqyerjen e keqe, qasjen e ulët në kujdesin mjekësor, ndihmën publike, papunësinë dhe arsimimin e ulët.

Grupet e pakicave - Shkalla e sëmundjes së TB-së midis grupeve racore dhe etnike të pakicave është 5 deri 10 herë më e lartë se sa në mesin e të bardhëve.

3. Diagnostikimi i TB-së

Vlerësimi diagnostik

Fillimi i një vlerësimi diagnostik për tuberkulozin (TB) zakonisht bazohet në **dysheimin** për TB mbi baza epidemiologjike, klinike dhe radiografike. Konsiderimi i TB si pjesë e diagnozës diferenciale të pacientëve të përzgjedhur me infeksione të frymëmarrjes është e rëndësishme për të shmangur vonesat në diagnozë dhe terapi të papërshtatshme me antibiotikë; diagnostifikimi i shpejtë lehtëson ndërhyrjen terapeutike në kohë dhe minimizon rrezikun për transmetimin në komunitet.

Në përgjithësi, vendosja e një **diagnoze klinike të tuberkulozit** (TB) përfshin vlerësimin e faktorëve të mëposhtëm:

- Manifestimet klinike, gjetje fizike (kollë përgjithësisht me kohëzgjatje >2 deri në 3 javë, limfadenopati, ethe, djersitje gjatë natës, humbje peshe).
- Historia e infeksionit paraprak të TB-së ose sëmundjes. Testimet e tuberkulinës në lëkurë dhe testet e lëshimit të interferonit-gamës janë të dobishme për identifikimin e infeksionit të *M. Tuberculosis*, dhe një prej këtyre testeve duhet të kryhet në një rast të dyshuar. Një test pozitiv mbështet një diagnozë të infeksionit, por nuk mund të përdoret vetëm për diagnostikimin e sëmundjes aktive. Një test negativ nuk e përjashton sëmundjen.
- Faktorët epidemiologjikë (përfshirë ekspozimet e njohura ose të mundshme, dhe vendbanimin e kaluar ose të tanishëm, ose udhëtimin në një zonë endemike).
- Karakteristikat radiografike, dhe /ose gjetjet laboratorike në përputhje me TB.

Diagnoza e tuberkulozit pulmonar **përcaktohet përfundimisht** me izolimin e *M. Tuberculosis* nga një sekretim trupor (p.sh. kultura e sputumit, lavazhi bronkoalveolar, ose lëngu pleural) ose indeve (biopsi pleurale ose biopsi e mushkërive).

Qasja për diagnostikimin e tuberkulozit fillon me një

- Histori dhe ekzaminim fizik për të vlerësuar rrezikun e pacientit për TB
- Pacientët që plotësojnë kriteret klinike duhet t'i nënshtrohen radiografisë së gjoksit;
- Nëse imazheria sugjeron TB të mushkërive ose rrugëve të frymëmarrjes, tre mostra të sputumit (të marra përmes kollës ose induksionit të paktën tetë orë larg njera-tjetrës dhe duke përfshirë të paktën një mostër të mëngjesit herët) (aneksi)

3.1 Mjetet diagnostike

Radiografia e kraharorit - Radiografia e kraharorit është pjesë e qasjes fillestare të vlerësimit diagnostik të një pacienti me tuberkuloz të dyshuar të cilitdo sistem organi; është një mjet i dobishëm për vlerësimin e pacientëve simptomatikë me faktorë të duhur rreziku epidemiologjik për TB. Tuberkulozi pulmonar aktiv shpesh nuk mund të dallohet nga sëmundja joaktive vetëm në bazë të radiografisë, dhe leximet e “fibrozës” ose “vurratave” duhet të shihen në kontekstin e prezantimit klinik dhe epidemiologjik.

Mikrobiologjia diagnostikuese: mjeti kryesor për diagnostikimin e tuberkulozit

Dy metodat kryesore të mikrobiologjisë diagnostike të disponueshme janë:

- Mikroskopia direkte e sputumit të bacileve acido rezistente (AFB)
- Kultura bakteriologjike.
- Testi Geneexpert, i disponueshëm së fundmi në vendin tonë.

Të dyja metodat kryhen kryesisht me sputumin e marrë nga një i dyshuar për TB, megjithëse mostra të tjera të lëngjeve, si qelbi, lëngjet kurrizore ose pleurale, sekrecionet e bronkoskopisë së stomakut, biopsikani i indeve mund përdoren gjithashtu, por rendimenti është i dobët..

4. Trajtimi i TB-së

Ofruesit e KSHP-së të përfshirë në fazën intensive dhe vazhduese të terapisë duhet:

Të jenë të vetëdijshëm për efektet e mundshme negative të barnave anti-TB;

Të monitorojnë pacientin për reaksione të rrezikshme

Të mësojnë pacientin se si të njohë efektet negative dhe t'i raportojë ato, por edhe të sigurojnë pacientin që efektet negative të barnave janë të rralla

Sigurojnë inkurajim dhe siguri për pacientët dhe familjarët.

Regjimet standarde për pacientët e rinj me TB (të supozuar, ose të njohur, që kanë TB të ndjeshëm ndaj barit)

1. Trajtimi i fazës intensive

Dy muaj trajtim me Isoniazid, Rimfapicinë, Pirazinamid, Ethambutol **HRZE**

2. Faza e vazhdimit

Katër muaj trajtimi me Isoniazid dhe Rifampicinë **HR**

4.1 Trajtimi me vëzhgim direkt (DOT)

Përfshin pesë komponentë

1. Angazhim të qëndrueshëm politik dhe financiar
2. Diagnoza cilësore sipas mikroskopisë direkte të sputumit
3. Trajtim anti-TB i standardizuar me kurs të shkurtër i dhënë nën vëzhgim të drejtpërdrejtë dhe mbështetës
4. Furnizim i rregullt, i pandërprerë i barnave me cilësi të lartë anti-TB
5. Regjistrim dhe raportim i standardizuar

Saktësia në trajtimin e pacientit do të thotë që çdo pacient merr çdo dozë të barit në përputhje me regjimin e përshkruar të trajtimit. Edhe pse disa faktorë (mungesa e strehimit, përdorimi i drogës, alkoolizmi) mundësojnë parashikimin e mosrespektimit të regjimit terapeutik, shumica e pacientëve që nuk ndjekin regjimin e trajtimit, nuk i kanë këta faktorë rreziku. Këta pacientë mund të marrin trajtimin e duhur në kushte të pranueshme për pacientin. Mënyra e vetme për të arritur besimin në saktësinë e trajtimit është sigurimi i trajtimit nën kontrollin e drejtpërdrejtë. Kjo do të thotë që punonjësi shëndetësor ose personi tjetër i autorizuar duhet të shikojë direkt cdo herë se si pacienti merr pilulën, dhe kjo quhet “terapi me vëzhgim të drejtpërdrejtë” (DOT). Aktualisht në Shqipëri trajtimi vetë-administrohet dhe mund të mos paraqesë një kërcënim kaq serioz për cilësinë e trajtimit, por do të jetë një faktor vendimtar nëse dhe kur të ketë pacientë me rezistencë ndaj barnave të TB-së (DRTB), trajtimi i të cilëve është shumë më i gjatë dhe i vështirë.

Punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor luajnë një rol qendror në përmirësimin e aderimit të pacientëve me TB. Punonjësit e KSHP-së më shumë se të tjerët janë në gjendje të ndihmojnë pacientët të ndjekin regjimin e përcaktuar të trajtimit të TB sepse, ndryshe nga punonjësit e tjerë të kujdesit shëndetësor, ata shpesh kanë krijuar marrëdhënie me pacientët, njohin situatën e tyre socio-ekonomike, dhe dinë se çfarë po ndodh në familjet e tyre. Për më tepër, punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor shpesh janë të vetëdijshëm për vështirësitë me të cilat përballen pacientët me

TB në komunitetin e tyre, siç janë stigma dhe izolimi. Suksesi i trajtimit varet nga mënyra se si organizohet trajtimi dhe nëse kushtet plotësojnë nevojat e pacientit, duke krijuar një mjedis në të cilin pacienti është i lirë të shprehë shqetësimet, nevojat, dëshirat dhe pyetjet e tij në lidhje me trajtimin.

4.2 Kriteret e shtrimit në spital

Rekomandime për kriteret mjekësore të shtrimit në spital dhe kohëzgjatjen e qëndrimit në spital për pacientët me TB

Treguesit:

Gjendja e rëndë klinike e pacientit.

Gjendja klinike njihet si **e rëndë** në praninë e të paktën 3 prej shenjave të mëposhtme (a, b, c, d, e):

- a) Ethe të forta të zgjatura, të shoqëruara me ngritje të temperaturës së trupit mbi 38C;
- b) Djersitje, dridhje dhe një rënie e mprehtë e gjallërisë;
- c) Probleme me frymëmarrjen, që kufizon lëvizjen e pavarur të pacientit;
- d) Gulçim gjatë pushimit, me ushtrim të ulët fizik, duke çuar në regjim shtrati;
- e) Humbje dramatike e peshës me indeksin e masës trupore nën 16 në normën 18.5-25;

Komplikime të tuberkulozit:

- Gjakderdhje pulmonare;
- Hemoptisis;
- Pneumotoraks spontan;
- Empiema pleurale;

Përshtatja e regjimit të trajtimit për pacientët me bashkë-sëmundshmëri

Ky grup përfshin pacientë me bashkë-sëmundshmëri të ndryshme, në të cilët reaksionet e rënda negative pritet që të ndodhin gjatë marrjes së barit anti-TB. Këto mund të përfshijnë:

- Diabetin e dekompenzuar,
- Hepatitin kronik,
- Dështimin kronik të veshkave,
- Kushtet depresive, etj.

Në raste të tilla, regjimi i trajtimit të TB-së përshtatet për një muaj. Në të njëjtën kohë, kryhet ekzaminimi dhe monitorimi i funksioneve të dëmtuara të trupit me korrigjimin e tyre.

Kushte të veçanta.

Nëse pacienti është ngjites, dhe ka një anëtar të familjes nën 5 vjeç si dhe është në gjendje të dobët strehimi rekomandohet shtrimi në spital

Diagnoza dhe trajtimi i reaksioneve negative të rënda

Pacientët që kanë zhvilluar reaksione negative gjatë trajtimit të TB-së, gjithashtu i nënshtrohen shtrimit në spital, nëse eliminimi i këtyre reaksioneve është i pamundur në kushte ambulatorie në varësi të efektit anësor. Në rast efekti të vogël anësor ky mund të trajtohet në shtëpi, ndërsa një

efekt anësor i rëndë duhet të trajtohet në spital. Këta pacientë duhet të ekzaminohen dhe efektet anësore të trajtohen. Nëse është e nevojshme, regjimi i trajtimit të TB mund të korrigjohet për një kohë të shkurtër.

Kohëzgjatja e shtrimit në spital

Gjendja e rëndë klinike e pacientit mund të kërkojë shtrimin në spital deri në 30 ditë. Nëse gjendja klinike e lejon, atëherë mund të kryhet transferimi në trajtimin ambulator para mbarimit të 30 ditëve.

Pothuajse të gjithë pacientët e tjerë me TB mund të marrin trajtim jashtë spitalit.

Diagnoza dhe trajtimi i reaksioneve negative të rënda

Pacientët që kanë zhvilluar reaksione negative gjatë trajtimit të TB, i nënshtrohen shtrimit në spital, nëse eliminimi i këtyre reaksioneve është i pamundur në kushte ambulatore. Këta pacientë duhet të ekzaminohen dhe të trajtohen për efektet anësore. Nëse është e nevojshme, regjimi i trajtimit të TB mund të korrigjohet për një kohë të shkurtër.

Doza e rekomanduar në mg/kg Pesha trupore (gama)

BARI	ÇDO DITË
Isoniazid(H)	
Fëmijët	10 (7–15), maksimumi 300 mg/ditë
Adultët	5 (4–6), maksimumi 300 mg/ditë
Rifampicinë(R)	
Fëmijët	15 (10–20), maksimumi 600mg/ditë
Adultët	10 (8–12), maksimumi 600 mg/ditë
Pirazinamid (Z)	
Fëmijët	35 (30–40), maksimumi 2,000 mg/ditë
Adultët	25 (20–30), maksimumi 2,000 mg/ditë

Etambutol (E)	
Fëmijët	20 (15–25), maksimumi 1,000 mg/ditë
Adultët	15 (15–20), maksimumi 1,600 mg/ditë

4.3 Tuberkulozi Rezistent ndaj Shumë Barnave (MDR-TB)

MDR-TB përcaktohet si TB aktiv me rezistencë të bacileve të paktën ndaj rifampicinës dhe izoniazidit. MDR-TB mund të përbëjë një kërcënim serioz për komunitetin dhe mirëmbajtjen e një programi efektiv të kontrollit të TB-së. Meqenëse diagnoza e MDR-TB mund të jetë e vështirë, pacientët e e padiagnostikuar mbeten burimi i baktereve rezistente ndaj barnave për periudha të zgjatura kohore, duke transmetuar MDR-TB në komunitet.

Kur një pacient vonon trajtimin, ekziston rreziku i rëndësishëm që të zhvillohet TB rezistent ndaj barnave. Ndjekja e strategjisë së rekomanduar të OBSH-së për kontrollin e TB-së, përfshirë regjimet e standardizuara dhe terapinë me vëzhgim të drejtpërdrejtë (DOT) do të ulë në masë të madhe këtë rrezik

Aneksi 1 Ekzaminimi direkt i sputumit për TB

Aneksi 2 Kopje e skedës së mjekimit

Aneksi 3 Procedura e mbledhjes së sputumit të prodhuar në mënyrë spontane për tuberkulozin

Aneksi 4 Edukimi i pacientit: Tuberkulozi (Bazat)

Aneksi 1 Forma për ekzaminimin direkt të sputumit për TB

Programi Kombëtar i Tuberkulozit TB 05

**Formulari Laboratorik i TBC tip Kërkesë
Për Ekzaminimin e Sputumit**

Emri i Njësisë Mjekësore _____ Data _____

Emri i pacientit _____ Moshë _____ F M

Adresa (e rrethit) _____ Rrethi _____

Klasifikimi i Shtundshëm: Pulmonare Ekstrapulmonare Vendi _____

Arsyja për ekzaminim: Ekzogena Endemikë

Nr. i identifikimit të kampionit: _____ Nr. i rrethit me TBC për pacientin * _____

Data e marrjes së Sputumit: _____ Firma e personit që marr kampionin _____

* Sigurojuni për vendosjen e Numrit të pacientit me TBC në të rrethit, për të ndjekur në saj ata gjatë kësaj tempëri.

Rezultate (në përfundim të Lab.)

Nr. Seria i Lab. _____

(a) Përja makroskopike e sputumit: Mikro-purulent
Me rrema mjekë
Përlutur

(b) Mikroskopik:

Data	Kampioni	Rezultati*	Pozitiviteti (zifralet)			
			1	2	3	4
TBC direkt:	1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Shikoni: Negativ ose Pozitiv

Data _____ Analiza u krye nga: (Firma) _____

Formulari i plotësuar (me rezultat) duhet të dërgohet nënshkrimuar dhe Koordinatorit të Rrethit për Tuberkulozin.

Aneksi 2 Kopje e Skedës së Mjekimit

Programi Kombëtar i Tuberkulozit **TB 01**

Skeda e Mjekimit të Tuberkulozit

Emri: _____ Nr. i regjistrimit të TBC të Rrethit: _____
 Adresa (e plotë): _____ Struktura Shëndetësore: _____

Emri i _____
 Seksi _____

QËLLIMI

prcakancë e dyshtëmë vendlindja _____

I. Faza e Parë Intensive: përcaktoj shtetën dhe dozën

Shtëno në kutinë përkatëse dhe shtëno sasinë ditore të tabelave dhe dozën në gram

Klasifikimi i pacientit

Rast i Ri Recidive
 Rast i Transferuar
 Mjekim mbas ndërprerjes Të tjerë

Kategoria 1 **Kategoria 2**

Rast i Ri Rimjekim

2 muaj 2 muaj
 HR Z E (S) HR Z E S

HR: Isonazid + Rifampicin Z: Pyrazinamid S: Streptomycin
 E: Ethambutol

Shtëno në kutinë e dhurur mbas dhënies së medikamenteve

Muaji	Rezultati i Egzaminimit të gëlbrazës						Pesha Kg.
	Laboratori lokal			Laboratori referencës			
	Data	BK d.	Nr.Re	BK d.	BK k.	Anthiograma	
0							
1							
2							
3							
4							

Muaji	Dita	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Aneksi 3 Procedura e mbledhjes së sputumit të prodhuar në mënyrë spontane për tuberkulozin

Për të marrë mostra të sputumit për mikroskopinë e bacileve acido rezistente (AFB) dhe kulturën e sputumit nga një pacient i cili ka një kollë produktive.

Sigurohuni që pacienti të jetë jashtë ose të vendoset në një dhomë izolimi me ajër me presion negativ bashkë me sputumin e mbledhur me derën mbyllur. Ajri në dhomën me presion negativ duhet të nxirret jashtë ndërtesës.

Materiale dhe mjetet që duhen

- Ujë i filtruar steril ose solucion fiziologjik normal (150 deri 250 ml)
- Maska (respirator grimcash) për AFB
- Doreza
- Kutu indesh
- Enë sterile e mostrës e aprovuar nga laboratorit për mbledhjen dhe transportin e sputumit

Procedura

Përgatitja

1. Udhëzoni pacientin të lajë butësisht dhëmbët e tij /saj, anët e gingivës, gjuhën dhe sipërfaqet bucale, duke përdorur enë sterile, ujë të filtruar ose ujë fiziologjik normal për shpëlarje.

Mos përdorni pastë dhëmbësh, preparate komerciale për larjen e gojës, pika hundësh, barna që përmbajnë alkool ose vaj. Udhëzoni pacientin të shmangë marrjen e antibiotikëve oralë menjëherë përpara procedurës së mbledhjes së sputës.

2. Udhëzoni pacientin që të bëjë disa herë gargarë me ujë të pastër, të filtruar ose me solucion fiziologjik normal pas furçimit.

Mos përdorni ujë çezme ose ujë shishe, pasi mund të përmbajnë mykobakterë jo-tuberkulare që mund të ndryshojnë rezultatet.

Mbledhja e Sputumit

1. Respektoni masat paraprake standarde në çdo kohë.

SHËNIM: maskat duhet të vendosen nga personeli i kujdesit shëndetësor për procedurat e prodhimit të kollës së bacileve acido-rezistente (AFB).

2. Pacienti duhet të jetë jashtë ose në një dhomë të përshtatshme me presionit të ajrit negativ ose kabinë.
3. Trainoni pacientin dhe mbikëqirni grumbullimin e parë të sputës, në minimum, në mënyrë që të

SPUTUM COLLECTION

Instructions for Patients




- 1** The best time to obtain a sputum sample is in the morning before eating or brushing your teeth. If you collect sputum in the afternoon and have eaten already, rinse your mouth with water before producing a specimen to avoid particles of food in it.
- 2** Take 2 deep breaths, then cough several times.


- 3** Hold a clean and dry container close to lips and spit your sputum specimen into it.



- 4** If you find it difficult to produce sputum:

Tap repeatedly over the surface of the chest.



Go through breathing exercises.



Use inhalation: mix 1 liter of hot water with 1 tablespoon of cooking salt or soda.


- 5** Secure lid tightly, then wash hands.


- 6** Bring the specimen back to the clinic as soon as possible.



Aneksi 4

Edukimi i pacientit: Tuberkulozi (Bazat)

Çfarë është tuberkulozi? - Tuberkulozi është një infeksion që zakonisht prek mushkëritë. Nuk është shumë i zakonshëm në Shtetet e Bashkuara. Por në pjesë të tjera të botës, tuberkulozi është akoma një problem serioz. Tuberkulozi shpesh quhet "TB".

Si përhapet TB? – Ju mund të merrni TB-në nga kushdo që është i sëmurë me TB. Mikrobi që shkakton TB mund të udhëtojë në pikëlat e vogla të lëngut që spërkatet kur një person kollitet ose teshtin. Nëse i thithni me hundë ato pikla, mund të infektoheni.

Çfarë ndodh nëse infektohen nga TB? - Nëse infektoheni me TB, me siguri nuk do të sëmureni menjëherë. Në vend të kësaj mund të ndodhin 1 nga këto 2 gjëra:

- Sistemi i trupit tuaj që lufton infeksionet, i quajtur ndryshe sistemi imunitar, mund të shkatërrojë mikrobet që shkaktojnë TB. Nëse kjo ndodh, nuk do të sëmureni me TB.
- Sistemi juaj imunitar mund të jetë në gjendje të kontrollojë mikrobet, por jo t'i shfarosë plotësisht ato. Ky quhet “TB latent”. Njerëzit me TB latent nuk sëmuren menjëherë, por mund të sëmuren më vonë. Njerëzit që janë të sëmurë me TB kanë atë që mjekët e quajnë “TB aktiv”.

Cilat janë simptomat e TB aktiv? - Simptomat e TB aktiv mund të përfshijnë:

- Një kollë e cila zgjat shumë
- Ethe
- Djersitje natën
- Humbje peshe pa dëshirë

A duhet të shoh një mjek apo infermier? — Shih mjekun tënd ose doktorin nëse:

- Keni qenë pranë dikujt që ka qenë sëmurë me TB
- Keni një kollë që zgjat më shumë se 3 ose 4 javë dhe nuk duket se po përmirësohet
- Keni simptoma të tjera të TB, siç janë ethet, djersitja gjatë natës dhe humbja e papritur e peshës

A ka një test për TB? - Po. Ekzistojnë 2 teste për TB, një test lëkure dhe një test gjaku:

- Test i lëkurës - Për këtë, mjeku ose infermierja ju bën një injeksion në krah. Injeksioni përmban copa të vogla të mikrobit të vdekur të TB-së. Pastaj, 2 ose 3 ditë më vonë, mjeku ose infermierja juaj do të shikojë në vendin e injeksionit për të parë nëse ka një xhungë, dhe sa e madhe është ajo. Vetëm një mjek ose infermier mund të kuptojë nëse xhunga nga test i TB-së është pozitiv ose negativ.

- Testi i gjakut - Një test gjaku për TB është i disponueshëm në shumë zona, por jo kudo.

Mjeku ose infermierja juaj do të vendosë se cili test është më i miri për ju. Zgjedhja varet nga rreziku juaj për të marrë një TB aktiv.

Po sikur testi im i TB-së të jetë pozitiv? - Nëse testi juaj për TB është pozitiv, ju ndoshta do të keni nevojë për trajtim.

Si trajtohet TB? - Trajtimi varet nga fakti nëse jeni i sëmurë:

- Njerëzit që nuk janë të sëmurë dhe kanë **TB latent** duhet të marrin bar për 3 deri në 9 muaj.
- Personat që janë të sëmurë me **TB aktiv** duhet të marrin 4 barna të ndryshme çdo ditë për të paktën 2 muaj. Pas kësaj, disa njerëz mund të zbresin në 2 barna, por të gjithë njerëzit duhet të vazhdojnë të marrin disa barna për 4 muaj të tjerë. Kjo do të thotë që trajtimi për TB aktiv zgjat së paku 6 muaj gjithsej. Njerëzit duhet të fillojnë me 4 barna në rast se 1 ose më shumë prej tyre nuk funksionon më.

Nëse mjeku ose infermierja ju jep mjekim për të trajtuar TB-në, është shumë e rëndësishme që ta merrni të gjithin. Nëse nuk merrni gjithë mjekimin tuaj, mund të sëmureni me TB, ose bari mund të humbasë efektin e tij. Nëse bari humbet efektin e tij, infeksioni mund të bëhet edhe më i vështirë për t'u trajtuar.

Barnat e përdorura për trajtimin e TB-së mund të shkaktojnë probleme të mëlçisë. Ndërsa po merrni këto barna, nuk duhet të pini alkool ose të merrni acetaminofen. Tregoni mjekut ose infermierit nëse keni shenja të problemeve me mëlçinë. Këto përfshijnë:

- Ndjeheni shumë të lodhur
- Të përziera ose të vjella
- Mungesë oreksi
- Urinë me ngjyrë të errët
- Verdhëza, që është kur lëkura ose pjesa e bardhë e syve kthehen në të verdhë
- Dhembje barku
- Krruarje të lëkurës

TB është një sëmundje serioze. Mund të çojë në vdekje. Kjo është arsyeja pse është kaq e rëndësishme që ta merrni trajtimin shumë seriozisht.

Referencat

1. Organizata Botërore e Shëndetit. Global i Tuberkulozit 2017. I disponueshëm në: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (Accessed on November 03, 2017).
2. Corbett EL, Marston B, Churchyard GJ, De Cock KM. Tuberkulozi në Afrikën Sub-Sahariane: mundësi, sfida dhe ndryshime në epokën e trajtimit antiretroviral. *Lancet* 2006; 367:926.
3. Wright A, Zignol M, Van Deun A, et al. Epidemiologjia e rezistencës së barnave anti-TB 2002-07: një analizë e azhurnuar e Projektit Global për Mbikëqyrjen e Rezistencës së Barit Anti-TB. *Lancet* 2009; 373:1861.
4. OBSH. Asambleja e dyzetë e katert botërore e shëndetit. WHA44/1991/REC/1. Geneva: WHO; 1991.
5. Raviglione MC, Pio A. Evolucion i politikave të OBSH-së për kontrollin e tuberkulozit, 1948-2001. *Lancet* 2002; 359:775.
6. OBSH. Programi Kuadër i OBSH-së për Tuberkulozin për kontrollin efektiv të tuberkulozit <http://www.who.int/tb/publications/1994/en/index.html> (Accessed on December 08, 2011).
7. Raviglione MC, Uplekar MË. Strategjia e re e OBSH-së Stop TB. *Lancet* 2006; 367:952.
8. Ndaloni Partneritetin për TB. Plani Global për të Ndaluar TB 2006-2015. WHO/HTM/STB/2006.35. Geneva: Organizata Botërore e Shëndetit; 2006a <http://www.who.int/tb/publications/2006/en/> (Accessed on December 08, 2011).
9. Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve. Testimi i Tuberkulozit (TB). http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/tb_factsheet.pdf (Accessed on July 29, 2015).
10. Organizata Botërore e Shëndetit. Raporti Global i Tuberkulozit, 2016. OBSH, Gjeneve 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1> (Accessed on November 08, 2016).
11. Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, et al. Shoqëria Zyrtare Amerikane e Toraksit / Shoqëria e Sëmundjeve Infektive të Amerikës / Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve dhe Udhëzime praktike klinike: Diagnostifikimi i tuberkulozit tek të rriturit dhe fëmijët. *Clin Infect Dis* 2017; 64:e1.

12. Pai M, Behr MA, Dowdy D, et al. Tuberkulozi. *Nat Rev Dis Primers* 2016; 2:16076.
13. Pai M, Nicol MP, Boehme CC. Diagnostikimi i Tuberkulozit: State of the Art and Future Directions. *MicrobiolSpectr* 2016; 4.
14. Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC). Udhëzimet e azhurnuara për përdorimin e testeve të amplifikimit të acidit nukleik në diagnostikimin e tuberkulozit. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009; 58:7.
15. Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve: Tuberkulozi (TB)
http://www.cdc.gov/tb/amplification_tests/amplification_tests.pdf (Accessed on January 20, 2008).
16. Deklaratë konsensusi për përdorimin e analizës Cepheid Xpert MTB /RIF® në marrjen e vendimeve për ndërprerjen e izolimit të infeksionit nga ajri në mjediset e kujdesit shëndetësor. NTCA APHL, Prill 2016.
http://www.tbcontrollers.org/docs/resources/NTCA_APHL_GeneXpert_Consensus_Statement_Final.pdf (Accessed on April 27, 2016).
17. Një model i përqendruar te njerëzit për kujdesin ndaj tuberkulozit. Një plan për vendet e Evropës Lindore dhe Azisë Qendrore, botimi i parë OBSH 2015
18. Udhëzues i shkurtër për kontrollin e tuberkulozit për ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor për vendet në rajonin evropian me një peshë të lartë dhe të ndërmjetme të tuberkulozit OBSH Evropë
19. Një vlerësim operacional për statusin aktual të modelit të kujdesit të TB. (11.07.2019) Prof. Dr. Hasan HAFIZI. FCCP
20. Plani Operacional Integrimi i shërbimeve të TB me KSHP Prof. Dr. Hasan HAFIZI. FCCP