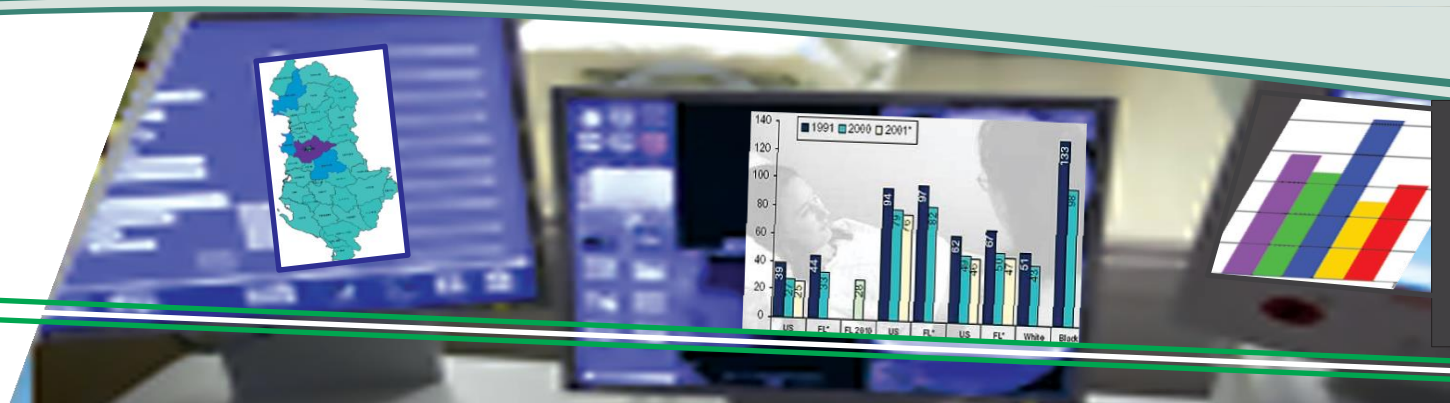


Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik



Nr. 3 - 2021

**Buletini i
Institutit të Shëndetit
Publik Nr. 3-2021**

BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Albana Fico

Anëtarë:

**Dritan Ulqinaku, Alban Ylli, Silva Bino,
Arben Luzati, Gentiana Qirjako, Ervin Toçi**

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktore letrare:

Glediona Tola

Design & Layout Herion Muja, Ervin Toçi

ISBN: 978-99956-32-59-5

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 3-2021

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Alban Ylli, Lila Shundi, Kozeta Filipi, Besjan Elezi, Andi Rabiaj, Albana Fico
Rezultatet e para nga zbatimi i Programit të Depistimit të Kancerit të Qafës së Mitrës në Shqipëri7

Teita Myrseli

Të dhëna për disa sëmundje zoonotike dhe vektor-transmetuese në Shqipëri
Rishikim i literaturës dhe të dhëna teknike..... 17

Alban Ylli, Kozeta Filipi, Bajram Dedja, Besjan Elezaj

Kontrolli i kancerit të gjirit në Shqipëri 2012-2018 28

RAPORTIM SHPËRTHIMI EPIDEMIK

Luljeta Alla, Agim Verçani, Manjola Kyçyku, Silva Bino

Hetim në vatër antraksi në kafshë, rast (ngordhje) dhe vlerësimi i riskut në njerëz ... 41

NJOFTIME PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

Jolanda Hyska, Entela Bushi

Roli i fortifikimit të ushqimeve në kontrollin e kequshqyerjes nga mikronutrientët - Fortifikimi i kripës një model i kontrollit të pasojave shëndetësore nga mungesa e jodit në dietë..... 46

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

Rezultatet e para nga zbatimi i Programit të Depistimit të Kancerit të Qafës së Mitrës në Shqipëri

Alban Ylli^{1,2}, Lila Shundi¹, Kozeta Filipi¹, Besjan Elezi¹, Andi Rabiçaj³, Albana Fico¹

¹ Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

² Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

³ Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin

Abstrakt

Kanceri i qafës së mitrës është një sëmundje tërësisht e parandalueshme e megjithatë, ai mbetet shkak i rëndësishëm i vdekjes nga kanceri tek gratë në mbarë botën. Programet e depistimit të kancerit të qafës së mitrës konsiderehen si të vetmit me mundësi parandalimi rreth 90% dhe kosto-perfitimin më të lartë krahasuar me gjithë programet e tjera të depistimit të kancereve. Në Shqipëri kanceri i qafës së mitrës është kanceri i dytë më i shpeshtë pas kancerit të gjirit për gratë e moshës 15-49. Për periudhën 2012-2017 vdekshmëria nga ky kancer ka qenë 2.9/100 000 banorë dhe incidenca në vitin 2015 ka qenë 9.2/100 000 banorë. Grup-mosha në të cilën incidenca e kancerit të qafës së mitrës arrin nivelin më të lartë është ajo 40-50 vjeç. Përpjekjet për ndërtimin e një programi kombëtar të depistimit për kancerin e qafës së mitrës kane filluar prej disa vitesh, por vetëm në fillim të vitit 2019 u aprovua baza ligjore. Në këtë raport paraqiten të dhëna nga volumi i punës lidhur me aktivitetet e kryera në 6 mujorin e parë të këtij viti mbi ngritjen e kapaciteteve në sistimin shëndetësor si dhe strukturave përkatëse. Gjithashtu në këtë raport paraqiten edhe të dhënat e para mbi rezultatet e zbatimit të programit të depistimit deri në 10 korrik 2019. Rezultatet dëshmojnë se deri në korrik 2019, ritmet e zbatimit të programit kanë qenë të kënaqëshme, indikatorët afatshkurtër të performancës janë duke u arritur dhe pritet që mbulesa e parashikuar prej rreth 40% të arrihet ndoshta më shpejt se fundi i vitit.

Hyrje

Kanceri i qafës së mitrës është një sëmundje tërësisht e parandalueshme e megjithatë, ai mbetet shkak i rëndësishëm i vdekjes nga kanceri te gratë në mbarë botën. Shumica e vdekjeve ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme.

Shkaku kryesor i gjendjes parakanceroze dhe kancerit të qafës së mitrës është infeksioni i vazhdueshëm ose kronik, me një ose më shumë tipe virusi të papilomës humane (HPV) me “rrezik të lartë” (ose onkogjenik).

Programet e Depistimit të Kancerit të Qafës së Mitrës konsiderohen si të vetmet me mundësi parandalimi (rreth 90%) dhe kosto-përfitimin më të lartë, krahasuar me gjithë programet e tjera të depistimit të kancereve. Futja në përdorim e testeve të reja shumë efektive të automatizuara dhe praktike, është duke ndihmuar tejkalimin e problemeve lidhur me kapacitetet njerëzore, kontrollin e cilësisë dhe logjistikën (1).

Në Shqipëri kanceri i qafës së mitrës është kanceri i dytë më i shpeshtë pas kancerit të gjirit për gratë e moshës 15-49 vjeç. Prirjet në kohë të këtij kanceri në Shqipëri nuk tregojnë shenja rënieje, çka dëshmon se praktikatat episodike të depistimit oportunist përmes Pap testit nuk kanë qenë shumë efektive në terma të popullatës së përgjithshme (2,3). Për periudhën 2012-2017 vdekshmëria nga ky kancer ka qenë 2.9/100 000 banorë, ndërsa incidenca për vitin 2015 ka qenë 9.2/100 000 banorë. Grup-mosha në të cilën incidenca e kancerit të qafës së mitrës arrin nivelin më të lartë është ajo 40-50 vjeç (4).

Vlerësohet se çdo vit Shqipëria humb rreth 2000-3000 vite jetë të shëndetshme dhe produktive nga ky kancer. Për më tepër, vlerësohet se nga humbja e jetës, e shëndetit, e produktivitetit dhe kostot në sistemin shëndetësor, shoqëria shqiptare humbet çdo vit pothuaj 5 milionë euro (5).

Kanceri i qafës së mitrës prek gratë e moshave të mesme, ndërsa vdekjet nga ky kancer, me njohuritë shkencore dhe teknologjinë ekzistuese, konsiderohen krejtësisht të parandalueshme. Task Forca Amerikane mbi parandalimin, jep rekomandim të gradës A për programet e depistimit për këtë kancer (6). Gjithashtu, këto programe rekomandohen me forcë edhe nga Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe udhërrëfyesit e praktikës klinike të Bashkimit European (1,7).

Përpjekjet për ndërtimin e një Programi Kombëtar të Depistimit për Kancerin e Qafës së Mitrës kanë filluar prej disa vitesh, por vetëm në fillim të vitit 2019 u aprovua baza ligjore me daljen e Vendimit Nr. 47, datë 30.1.2019, për “Miratimin e Paketës së Programit Kombëtar të Depistimit të Kancerit të Qafës së Mitrës në Shqipëri” (8).

Në zbatim të këtij vendimi, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) përgatiti kornizën teknike të Programit, e cila parashikon aplikimin e testit të HPV-së me vetëmarrje, si test depistues pranë kujdesit parësor për gratë e grup-moshës 40-49 vjeç. Protokolle parashikon referimin për kolposkopi të çdo gruaje me rezultat pozitiv të testit (9).

Në këtë Raport paraqiten të dhënat nga volumi i punës lidhur me aktivitetet e kryera në 6-mujorin e parë të këtij viti, mbi ngritjen e kapaciteteve në sistemin shëndetësor dhe

strukturave përkatëse. Gjithashtu, në këtë Raport paraqiten edhe të dhënat e para mbi rezultatet e zbatimit të Programit të Depistimit deri në 10 korrik 2019.

Metodologjia

Në zbatim të vendimit të KM Nr. 47, datë 30.1.2019, prej muajit shkurt 2019, një ekip i ISHP-së filloi punën për ngritjen e kapaciteteve dhe mbështetjen e programit, bazuar në një platformë e cila përfshinte:

- Përgatitjen dhe kryerjen e një cikli trajnimesh e workshopesh në të gjithë qarqet e vendit.
- Planifikimin e detajuar dhe realizimin e shpërndarjes së kитеve të testit për HPV me rrezik të lartë për çdo qendër shëndetësore.
- Organizimin e punës dhe përcaktimin e personave përgjegjës në nivel rrethi.
- Organizimin e logistikës për transportin e mostrave për testim.
- Testimin për HPV me rrezik të lartë në laboratorin e biologjisë molekulare në ISHP.
- Kryerjen e takimeve dhe nxitjen e krijimit të një sistemi të organizuar të informacionit mbi diagnozën përmes kolposkopisë pranë spitaleve universitare obstetrike gjinekologjike në Tiranë.
- Ngritjen e një sistemi të informacionit individual bazuar në skedën përkatëse pranë ISHP-së.

Të dhënat e paraqitura në këtë raport janë bazuar në të dhënat e këtij sistemi, si dhe tek të dhënat e monitorimit të ciklit të trajnimeve në të gjithë qarqet e vendit.

Rezultatet

Deri në datë 14.6.2019 u arrit të kryheshin të gjitha trajnimet në nivel qarku, sipas planit të përgatitur në muajin shkurt, dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. U kryen 2 kurse trajnimi në Tiranë dhe 12 kurse të tjera trajnimi në secilin prej 11 qarqeve plus Lushnjën. Të 14-të kurset e trajnimit u akredituan me 7 kredite secili nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim (QKEV).

Si baza për ndërtimin e programit të aktiviteteve të trajnimit shërbyen udhërrëfyesi dhe protokollet për shërbimet e kujdesit parësor mbi kapjen e hershme dhe depistimin e kancerit të qafës së mitrës, përgatitur në vitin 2015 dhe miratuar në vitin 2016 me urdhër Ministri (10), korniza teknike e programit të depistimit për gratë 40-49 vjeç, përmes testimit të HPV, përgatitur nga ISHP-ja (9), si dhe Vendimi i Këshillit të Ministrave mbi Programin (8) apo Rregulloret e Reja të Operatoreve Rajonale dhe Njësitë Vendore në Kujdesin Shëndetësor (NJVKSh).

Trajnimet u organizuan në bashkëpunim me NJVKSH-të, në mënyrë që të siguronin pjesëmarrjen e mjekëve ose infermierëve nga pothuajse çdo qendër shëndetësore në Shqipëri. Operatorët e Kujdesit Shëndetësor u përfshinë në këtë proces në rajonet ku ato

kishin filluar të organizoheshin (Shkodër, Elbasan e Vlorë). Gjatë organizimit të aktiviteteve u tejkaluan vështirësitë tradicionale lidhur me bashkëpunimin mes NJVKSH-ve në nivel qarku.

Në procesin e diskutimit dhe të trajnimit u përfshinë përveç personelit të qendrave shëndetësore, edhe përfaqësues nga NJVKSH-të, si dhe gjinekologët nga spitalet rajonale.

Aktivitetet u organizuan në një formë që kombinonte sesionet e trajnimit me workshopet; instruksionet mbi programin e ri u kombinuan me diskutime mbi format më efektive të organizimit të punës në kushtet e kapaciteteve reale lokale, strukturave dhe nevojave të popullatës-target. Gjatë sesioneve, pjesëmarrësit u instruktuan mbi përgjegjësitë specifike të profesionistëve të ndryshëm në procesin e depistimit, si dhe u realizuan shumë skema trajnuese për rritjen e aftësive praktike në etapat e ndryshme të procesit të depistimit, përfshi:

- Interpretimin e testeve të depistimit.
- Algoritmin e depistimit dhe vendimmarrjen klinike në çdo fazë të procesit të diagnosës dhe trajtimit.
- Komunikimin me gratë dhe mbështetjen e atyre që rezultojnë pozitive gjatë gjithë hallkave të sistemit.
- Protokollin e marrjes së mostrës vaginale dhe menaxhimin e kiteve dhe mostrave laboratorike.

Sesionet shërbyen gjithashtu për të ngritur strukturat koordinuese dhe logjistike në mbështetje të programit, sistemet e monitorimit dhe menaxhimin e cilësisë. Pjesë e aktiviteteve në çdo qark ishte edhe vizita në NJVKSH-të, për ngritjen e bazës logjistike të koordinimit dhe shpërndarjes.

Të gjitha aktivitetet trajnuese u vlerësuan përmes para testit dhe pas testit, sipas kërkesave të standardit të QEKV-së. Për vlerësimin e kurseve u ndërtua dhe u aplikua një instrument i thjeshtë prej 5 pyetjesh teknike. Pas çdo sesioni, mesatarisht 90% apo më shumë e pjesëmarrësve iu përgjigjën në mënyrë korrekte pyetjeve mbi grup-moshat target (100%), periodicitetin e testit depistues (95%) dhe administrimin e mostrave vaginale (90%), krahasuar me 30% apo më pak përgjigje korrekte në fillim të sesionit.

Gjithsej u trajnuan 538 personel shëndetësor i shërbimeve të kujdesit parësor; 323 mjekë dhe 215 infermierë. Detaje mbi numrin e personelit të trajnuar për çdo qark jepen në Tabelën 1 më poshtë.

Tabela 1. Personeli i trajnuar mbi kornizën teknike të Programit Kombëtar të Depistimit të Kancerit të Qafës së Mitrës

Qarku	Mjekë	Infermiere	Totali
Tirana	38	25	63
Shkodra	23	15	38
Vlora	22	15	37
Lushnja	25	16	41
Berati	25	17	42
Durrësi	23	16	39
Fieri	23	15	38
Elbasani	21	14	35
Lezha	25	16	41
Korça	38	25	63
Kukësi	22	15	38
Dibër	22	15	37
Gjirokastra	34	23	57
Totali	323	215	538

Në bashkëpunim me NJVKSH-të, në çdo rreth u caktua një koordinator që do të merret me shpërndarjen e kiteve pranë çdo qendre shëndetësore, grumbullimin e mostrave dhe dërgimin e testeve në ISHP. Gjithashtu ky person do të merret edhe me shpërndarjen e rezultateve të testimit pranë çdo qendre shëndetësore, në mënyrë që mjekët përkatës të familjes të informojnë gratë dhe të bëjnë rekomandimet përkatëse në varësi të rezultateve të testit.

Paralelisht me trajnimet u shpërndanë kitet e testimit dhe seti i materialeve shoqëruese të informimit pranë çdo NJVKSH-je. Shpërndarja e kiteve dhe e setit të materialeve shoqëruese deri në korrik 2019 u krye në të gjithë vendin, me përjashtim të një rezervë të vogël që ruhet në ISHP me qëllim përshtatjen me reagimin e popullatës ndaj programit.

Me shpërndarjen e materialeve të depistimit dhe kryerjen e trajnimeve në çdo qark filloi puna për ftesën e grave të popullatës-target, kryerjen e testeve depistuese dhe dërgimin e mostrave për testim në ISHP. Deri në 10 korrik 2019 u mbledhën 71% e totalit të mostrave të shpërndara në qendrat shëndetësore. Pranë Labororit të Biologjisë Molekulare në ISHP u testuan 80% e gjithë mostrave vaginale të grumbulluara, ose 57% e gjithë mostrave të shpërndara. Nga mostrat e testuara, 6.2% rezultuan positive me HPV me rrezik të lartë (HR-HPV) dhe kjo do të përbënte prevalencën e pozitivitetit për këtë kategori të testuar. Nga një analizë e të dhënave paraprake në fshat dhe qytet rezultoi se, në qytet prevalenca e infeksionit HR-HPV është 20% më e lartë se në fshat. Rezultatet janë në linjë me ato të pritshme dhe të parashikuara nga literatura (11).

Për të gjitha mostrat e analizuara në laborator u kthye përgjigje e personalizuar pranë Njësiave Vendore të Kujdesit Shëndetësor, të cilat i shpërndajnë ato pranë çdo qendre shëndetësore.

Më shumë detaje lidhur me shpërndarjen e testeve, grumbullimin, testimin dhe rezultatet e testimit jepen në Tabelën 2.

Tabela 2. Situata lidhur me numrin e grave të depistuara dhe rezultatet e testimit primar

Qarku	Testet e shpërndara	Testet e grumbulluara	Testet e analizuara	Rastet pozitive
Tirana	2950	2305	2190	184
Shkodra	1150	710	645	31
Vlora	600	546	488	42
Lushnja	600	530	530	27
Berati	750	708	515	12
Durrësi	1350	1029	807	52
Fieri	1050	743	663	35
Elbasani	1550	1294	1231	53
Lezha	700	527	474	36
Korça	1150	809	285	17
Kukësi	550	287	65	3
Dibër	750	220	-	-
Gjirokastra	650	120	-	-
Totali	13.800	9828	7893	493

Në bazë të kornizës teknike të programit, çdo mjek i qendrës shëndetësore i referon gratë që kanë dalë pozitive për të kryer një kolposkopi diagnostike te një gjinekolog i kualifikuar, dhe kur është e nevojshme të kryejnë citologji apo biopsi. Programi lejon diagnozë të stadeve parakanceroze, kurimin e tyre dhe parandalim të shfaqjes së kancerit cervikal. Parashikohet që të identifikohen neoplazi intraepiteliale cervikale të shkallës CIN2+ ose parakancer, në të paktën 5% e grave HR-HPV pozitive (12).

Në vijim të aktiviteteve për zbatimin e Programit Kombëtar u kryen dy takime pune me drejtorët dhe specialistët, në të dyja spitalet universitare obstetrike - gjinekologjike në Tiranë, si qendra kombëtare të referencës klinike në këtë fushë. Në këto takime u analizuan kapacitetet për diagnozë dhe ndjekje të mëtejshme, si dhe mbi nevojën e mundësitë e krijimit të një sistemi regjistrimi të dedikuar, lidhur me rastet e kolposkopive të kryera për rastet që rezultojnë pozitive për HPV me rrezik të lartë nga Programi i Depistimit. Spitali “Koço Gliozheni” kishte më shumë kapacitete në këtë drejtim. U ra dakord për shkëmbimin e informacionit mes ISHP-së dhe qendrave të referencës klinike mbi rezultatet e diagnozës së lezioneve parakanceroze. Nga informacioni paraprak deri në qershor 2019, prej dy spitaleve raportohet se gratë HPV pozitive kanë filluar të vizitohen sipas sistemit të referimit. Deri në qershor 2019 ishin rreth 50 raste kolposkopie të kryera në këtë grup grash në spitalin “Mbretresha Geraldinë” dhe rreth 30 raste të tilla të kryera në spitalin “Koço Gliozheni”. Në spitalin “Koço Gliozheni” ishin identifikuar dy raste me lezione skuamoze intraepiteliale të gradës së lartë. Bazuar në këtë ndjekje mund të vlerësohet deri tani një proporcion potencial prej rreth 4% rastesh me parakancere mes grave të idetifikuara nga programi si pozitive për HR HPV. Kjo do të thotë që deri në

këtë fazë të programit u jepet mundësia nga sistemi shëndetësor rreth 20 grave për të parandaluar kancerin e qafës së mitrës (Tabela 3).

Tabela 3. Vlerësim mbi numrin e rasteve të reja me parakancer të identifikuara nga Programi

Ekzaminime gjithsej	Pozitive per HR HPV	Pre-kancere / CIN 2+
7893 rezultate laboratorike	6.2% (493 raste)	4% te rasteve HPV pozitive (20 raste te vleresuara)*

*Vlerësim bazuar mbi vizitat e deritanishme në kolposkopi

Diskutime dhe rekomandime

Pas një periudhe vlerësimesh dhe pilotimesh, Shqipëria ka nisur një Program Kombëtar të Depistimit për Kancerin e Qafës së Mitrës i fokusuar te gratë e moshës 40-49 vjeç. Programi bazohet në testimin primar për HR HPV dhe parashikon referim për kolposkopi për të gjitha rastet pozitive që trajtohen ose monitorohen në vijimësi, në varësi të rezultateve.

Rezultatet dëshmojnë se deri në korrik 2019 ritmet e zbatimit të Programit kanë qenë të kënaqshme, indikatorët afatshkurtër të performancës janë duke u arritur dhe pritet që mbulesa e parashikuar prej rreth 40% të arrihet ndoshta më shpejtë se fundi i vitit. Kjo do të krijojë problemin e një kërkesë më të madhe se oferta për kite të testimit depistues, çka duhet të merret në konsideratë me urgjencë në planifikimin e prokurimit të kiteve. Në terma më afatgjatë, ky reagim i popullatës-target ndaj Programit duhet të merret parasysh duke parashikuar gjithashtu burimet për një mbulesë target prej 80% me shërbime të depistimit. Gjithashtu rekomandohet një rikonsiderim i grup-moshës së testimit, që do të lejonte testimin e përfshirjen më të shpejtë në Program të grave të grup-moshës 40 vjeç.

Me synim për të ofruar për herë të parë depistimin te gratë 40-49 vjeç brenda 5 vitesh, në 2019 testimi ka filluar në dy kohorta, ato të moshës 44 (datëlindjet 1975) dhe 49 (datëlindjet 1970), për të zbritur gradualisht çdo vit në kohortat e tjera, deri në ato që sot janë 45 dhe 40 vjeç, në 2023. Duke qenë se Programi ka filluar për herë të parë këtë vit, dhe duke qenë se rreziku për kancer cervical është i rëndësishëm te gratë që në fund të 30-ve dhe në fillim të 40-ve, do të ishte shumë e dobishme të ofrohej një test depistimi te gratë 40-vjeçare, duke filluar nga viti i ardhshëm. Në këtë mënyrë do të kishim një përfshirje me të shpejtë në Program të grave më të reja. Rritja fillestare e numrit të testimeve për arsye të shtesës së një kohorte grash nuk do të ndryshonte numrin total të testimeve në terma afatgjatë, pasi më tej me mbylljen e këtij procesi do të merret në konsideratë skema e depistimit rutinë në vetëm dy grup-mosha 40 dhe 45 vjeç, dhe me një mbulesë rreth 80% do të kishim gjithsej rreth 29 000 gra/vit si popullatë-target.

Shtimi i një kohorte të tretë të grave 40-vjeçare vitin e ardhshëm (2020), me një mbulesë depistimi rreth 50% (rreth 8000 gra shtesë për t'u testuar), kërkon planifikimin për depistimin e rreth 26 000 grave në vitin 2020.

Me rritjen e pritshme të mbulesës target deri në 80 %, do të shtohen sfidat për informim dhe ndërgjegjësim të popullatës së grave, sidomos kategorive më të marginalizuara apo vulnerabël, ku vlerësohet që edhe rreziku të jetë më i lartë.

Pas vitit të parë të përqendrimit të energjive në ngritjen e kapaciteteve dhe strukturave të Programit, rekomandohet që vitin e ardhshëm të vijojë puna në përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë në të gjitha hallkat, nga marrja e mostrave pranë kujdesit parësor, deri në testimin laboratorik dhe më tej në ndjekjen e grave në vijimësi.

Ndërkohë, lidhur me sistemet e informacionit është e nevojshme të përmirësohet monitorimi i rezultateve përfundimtare në sistemin shëndetësor i grave HR HPV pozitive. Duke pranuar se disa raste ekzaminimesh mund të ngelen pa u kapur dhe pa u raportuar, për arsye të përdorimit të sistemit shëndetësor privat apo arsye të tjera, është e mundur të monitorohet një kohortë e mjaftueshme grash pozitive, për të nxjerrë konkluzione mbi mbarëvajtjen e Programit në nivelet më të larta të sistemit shëndetësor.

Me shumë përpjekje duhet të vijojnë në drejtim të rritjes së kapaciteteve për kolposkopi, biopsi dhe trajtim të lezioneve parakanceroze, jo vetëm në Tiranë por edhe në spitale të tjera rajonale.

Monitorimi dhe vlerësimi i Programit janë të lidhura me cilësinë e të dhënave të vdekshmërisë, siguruar nga INSTAT dhe sidomos të incidencës së Regjistrit të Kancereve. Analiza e këtyre të dhënave do të mund të demonstronte efektet e pritshme të Programit në terma afatgjatë, lidhur me uljen e numrit të rasteve të reja me kancer dhe të vdekjeve prej tij.

Sistemi aktual i informacionit të programit është i bazuar në mbushjen me dore të etiketave të mostrave dhe punën manuale të personelit. Menaxhimi i dhjetëra mijëra skedave individuale do të përbëjë një sfidë për ISHP-në në të ardhmen e afërt. Do të jetë e nevojshme një mbështetje më e mirë me teknologji informatike, ndërkohë që në të njëjtën kohë do të duhet një lidhje elektronike mes Regjistrit të Kancerit dhe Regjistrit të Depistimit.

Udhërrëfyesit dhe protokollat përkatëse për kontrollin e kancerit të qafës së mitrës në kujdesin shëndetësor parësor do të duhet të rishikohen për t'u përputhur me praktikën dhe sfidat e reja të Programit të Depistimit. Gjithashtu këto protokolle nevojitet të reflektojnë principet e strategjisë së re (ende në proces) të OBSH-së lidhur me parandalimin e kancerit të qafës së mitrës.

Bibliografia

1. WHO Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed 2014.
2. A.Ylli, K. Filipi, K. Rjepaj, A. Ahmeti, E. Kakarriqi Sfidat dhe zhvillimet ne fushen e depistimit te Kancerit te Qafes Mitres ne Shqiperi Mesimet dhe nderhyrjet per veprim. Buletini i Institutit te Shendetit Publik. Nr 4. 2017.
3. Boosting Innovation and Cooperation in European Cancer Control –Key findings from European Partnership Chapter 4 ‘Building European capacity and expertise in secondary cancer prevention: Towards a common core curriculum for cancer screening’ A. Anttila, S. Halloran, F. Nicula, A. Ylli, D. Ritchie, D. Salas, A. Molina-Barceló, M.Bijlsma, L. von Karsa. European Observatory -EU Commission. December 2013.
4. Raporti i pare kombetar i semundjeve jo te trasmetueshme. Vdekshmeria, Semundshmeria dhe faktoret e riskut. ISHP-INSTAT. December 2018.
5. A. Ylli, A. Fico. New Cervical Screening Cancer Programme in Albania focuses on Women 40-50 years old. IANPHI INSIDE. Insights from National public Health Institute. Advocating the Value of Public Health. March Issue. 2019.
6. US preventive services Task Force. Final Recommendations Statement. Cervical Cancer: Screening. JAMA. 2018;320(7):674-686. doi:10.1001/jama.2018.10897.
7. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical cancer Screening. Second Edition. European Commission. 2015.
8. Vendim i Keshillit te Ministrave te Republikes se Shqiperise Nr. 47, date 30.1.2019, per ‘Miratimin e paketës së programit kombëtar të depistimit të kancerit të qafës së mitrës në Shqipëri.
9. Korniza e programit te depistimit te kancerit të qafës së mitrës ne Shqiperi nepermjet testit te HPV. A. Ylli, L. Shundi, K. Filipi. Shkurt ISHP 2019.
10. Kapja e hershme dhe depistimi i kancerit të qafës së mitrës: Udhërrëfyese dhe protokollat për shërbimet e kujdesit parësor. 2015.
11. Nallbani G, Abazaj E, Filipi K, Ylli A, Shehu T, Shundi L. Prevalence of high-risk human papillomavirus and distribution of HPV16/18/45 types in Albanian young women before HPV vaccination. Alban Med J 2018;1:29-33.
12. S. K. Kjær, K. Frederiksen, C. Munk, T. Iftner. Long-term Absolute Risk of Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 3 or Worse Following Human Papillomavirus Infection: Role of Persistence. J Natl Cancer Inst. 2010 Oct 6; 102(19): 1478–1488. doi: 10.1093/jnci/djq356.

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Pavarësisht se kanceri i qafës së mitrës është një sëmundje tërësisht e parandalueshme ai vazhdon të mbetet shkak i rëndësishëm i vdekjes nga kanceri tek gratë në mbarë botën. Programet e Depistimit të Kancerit të Qafës së Mitrës konsiderohen si të vetmet me mundësi parandalimi (rreth 90%) dhe kosto-përfitimin më të lartë, krahasuar me gjithë programet e tjera të depistimit të kancereve.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Raporti përditëson të dhënat lidhur me zbatimin e programit të depistimit të kancerit të qafës së mitrës deri në Korrik 2019. Ritmet e zbatimit të programit kanë qenë të kënaqëshme, indikatorët afatshkurtër të performancës janë duke u arritur dhe pritet që mbulesa e parashikuar prej rreth 40% të arrihet ndoshta më shpejt se fundi i vitit.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Është e nevojshme të parashikohen burimet për një mbulesë target prej 80% me shërbime të depistimit të popullatës target, duke adresuar sfidat për informim dhe ndërgjegjësim të popullatës së grave, sidomos kategorive më të marginalizuara apo vulnerabël, ku vlerësohet që edhe rreziku të jetë më i lartë. Duhet të rishikohen udhërrëfyesit dhe protokollat për kontrollin e kancerit të qafës së mitrës në kujdesin shëndetësor parësor për t'u përputhur me praktikën dhe sfidat e reja të Programit të Depistimit.

Të dhëna për disa sëmundje zoonotike dhe vektor-transmetuese në Shqipëri

Rishikim i literaturës dhe të dhëna teknike

Teita Myrseli¹

¹ Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Vendi ynë ka regjistruar sëmundjet zoonotike dhe vektor- transmetuese përpara vitit 1930 ku për herë të parë janë dhënë të dhëna për brucelozën, leishmaniazën në qen, leishmaniazën në njerëz dhe malarien në 1938 dhe deri në 2004 kur është regjistruar rasti i parë i babeziosës në njerëz, ndërkohë që në kafshë (gjedhë, të imta, kuaj, qen) raste me babeziosë janë regjistruar që në vitet 1930. Gjithashtu në historikun e këtyre sëmundjeve njihet rasti i fundit me malarie Plasmodium vivax në 1966 dhe shfaqje të sëmundjeve "të reja" si borrelioza ku rasti i parë në njerëz është regjistruar në 1982, dhe për herë të parë në qen në 1999 si rezultat i bashkëpunimit me BgVv, Berlin. Teknikat diagnostike të përdorura janë ekzaminimet mikroskopike të strishove të gjakut, testet serologjike, deri tek teknikat e biologjisë molekulare dhe teknikat e izolimit të shkaktarit. Shtamet e izoluara janë identifikuar në laboratorët referencës së OBSH-së.

Hyrje

Deri tani literatura botërore njih 1415 lloje/organizma patogjenë infektive që prekin njeriun nga të cilat 217 janë viruse dhe prione, 538 janë bakterie dhe rikecie, 307 janë kërpudha dhe myqe, 66 janë protozoarë dhe 287 janë helminte. Nga këto, 868 (61%) janë zoonotike, pra transmetohen nëpërmjet njerëzve dhe kafshëve e 175 lloje patogjene janë të lidhura me sëmundjet të cilat konsiderohen “emergjente”. Dhe nga këto patogjene emergjente, 132 (75%) janë zoonoza, dhe për më tepër, patogjenet zoonotike janë dy herë më shumë të lidhura me sëmundjet emergjente, sesa me patogjenët jo-zoonotike (Taylor LH 2001).

Nga fundi i shekulli të 20-të në shumë vende të botës pati një rritje të sëmundjeve infektive emergjente dhe ri-emergjente, rritje e cila vazhdon edhe sot. Rreth 30 sëmundje të reja janë identifikuar duke përmendur disa nga këto si: HIV/AIDS, hepatiti C, BSE, virusi Nipah, ethe hemoragjike virale të ndryshme, SARS, gripi i shpendëve (Kaplan 2009).

Shqipëria ka një klimë të favorshme për zhvillimin e sëmundjeve zoonotike dhe vektor - transmetuese; klimë tipike mesdhetare, si vendet e tjera të Mesdheut, që e karakterizon një verë e ngrohtë dhe e thatë, dhe dimër i butë e i lagësht.

Malaria

Malaria gjatë viteve 1938 ka qenë një sëmundje hiper endemike në një nivel të lartë të indeksit splenik dhe parazitar 59,2% dhe 16.5% respektivisht (Ashta 1961, Adhami 1977, Adhami 1996). Në 1967, OBSH e shpalli Shqipërinë një vend pa malarie. Në 1962 është regjistruar rasti i parë i importuar me malarie. Diagnoza konfirmuese është vendosur nga ekzaminimi i strishove të gjakut (pika e hollë dhe pika e trashë) të ngjyrosura me Giemsa (Figura 1 & 2). Për secilin rast me malarie është plotësuar një formular me të dhënat e pacientit. Kryesisht 64.1% e rasteve e kanë marrë infeksionin në Afrikë, 32% në Azi, 2.6% në Europë (Greqi) dhe 1.3% në Amerikën e Jugut, ndërsa 36% e totalit e kanë marrë infeksionin në Guinenë Ekuatoriale ku të gjithë janë shtetas shqiptarë (Myrseli 2017). Krahas rasteve të importuara janë regjistruar edhe raste me malarie katërditëshe (*Plasmodium malariae*) të marra nga transfuzioni i gjakut (Adhami 1977). Rasti i parë me *P.ovale* është regjistruar në vitin 2012. Malaria është një sëmundje e raportueshme në Sistemin e Raportimit të Detyrueshëm Kombëtar. Vektori transmetues që qarkullon tek ne është *Anopheles species*: *An. algeriensis*, *An. claviger*, *An. hyrcanus*, *An. marteri*, *An. maculipennis s.s.*, *An. melanoon*, *An. messeae*, *An. plumbeus*, *An. sacharovi*, *An. subalpinus*, *A. superpictus*, *An. cinereus* and *An. multicolour* (Myrseli 2015).

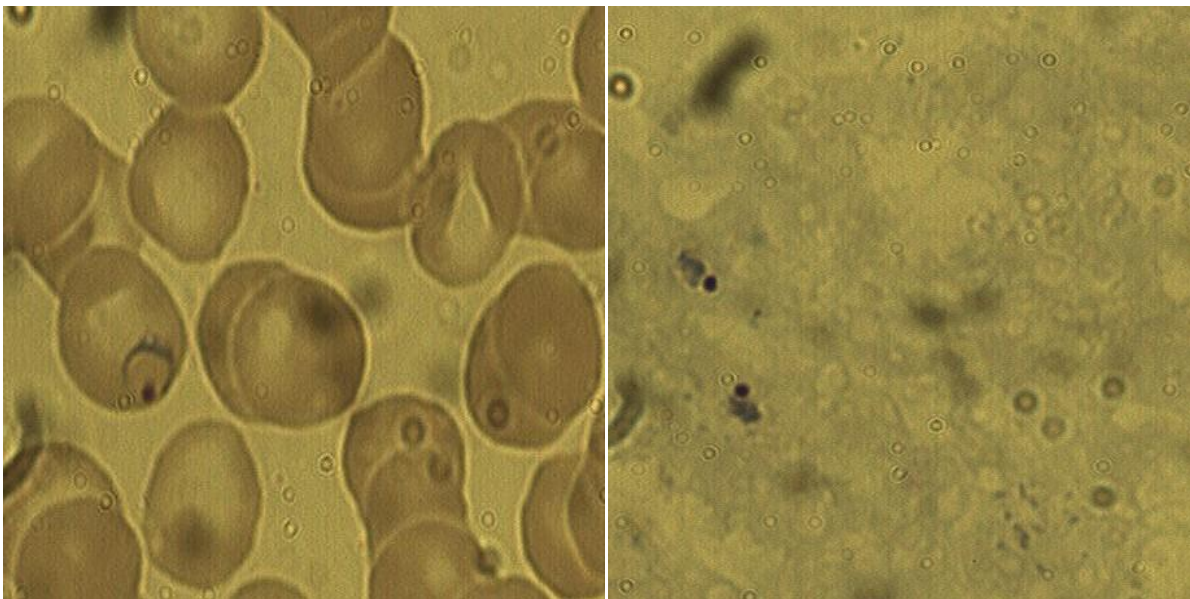


Figura 1 & 2. *Plasmodium spp.* në strisho gjaku ngjyrosur me Giemsa (Foto T. Myrseli)

Babesioza / Babesiosis

Babesioza është një sëmundje vektor- transmetuese dhe zoonotike e shkaktuar nga protozoari *Babesia spp.* Në studimet e kryera në kafshët bujqësore janë gjetur llojet *B. bovis*, *B. bigeminum*, *B. divergens* dhe *B. major* (Dodbiba 1965, Mati 1987). Sëmundja është e përhapur kryesisht në pjesën jugore të Shqipërisë në Lushnjë, Fier, Gjirokastrë, Tepelenë, Sarandë. Gjithashtu një numër më i madh i rasteve janë identifikuar në vitin 1955 me dëme të konsiderueshme në ekonominë e vendit të asaj kohe (Dodbiba 1965). Bazuar në studimet në fushën e mjekësisë veterinarë, infeksioni ka një karakter enzootik. me periudhë transmetuese Maj-Tetor.

Të dhëna për babesiozën në qen janë regjistruar vetëm vitet e fundit. Infeksioni është në intervalin 7.3% - 23% nga qentë në Tiranë dhe Elbasan. Llojet që qarkullojnë në qen janë *Babesia canis* dhe *B. vogeli* (Dhamo 2006, Hamel 2009). Rasti i parë dhe i vetëm pozitiv i babesiozës tek njerëzit është regjistruar tek një djalë nga Patosi, Fier më 2004 (Sallabanda 2004).

Studimet entomologjike tregojnë praninë e rriqnes si vektor-transmetues, *Ixodes ricinus*, *Hyalomma sp*, *Boophilus calcaratus*, *Rhipicephalus bursa*, *Rhipicephalus sanguineus*, *Haemaphysalis punctata* (Mati 1987, Dantas – Torres 2008).

Mungesa e rasteve të konfirmuara tek njerëzit (vetëm 1 rast), mungesa e studimeve sero-epidemiologjike, mungesa e deklartimit të pickimit nga rriqnat dhe veçanërisht udhëtimi në zona me rrezik të lartë, ka efekt negativ në situatën reale të sëmundjes. Në një situatë të paorientuar, format të lehta e të mesme të sëmundjes mbeten pa u diagnostikuar dhe ndjekin evolucionin e shërimit spontan (Behrman 2000, Boustani 1996, Krause 1993).

Babesioza nuk është në Sistemin Kombëtar të njoftimit të detyrueshëm.

Lyme borreliosis

Lyme borrelioza është sëmundja më e përhapur vektor - transmetuese në Evropë me *Borrelia burgdorferi* sensu lato si patogjenin zoonotik shkaktar dhe me një incidencë që vjen duke u rritur nga jugu në veri (Smith 2006, Rizzoli 2011, Wijngaard 2017).

Në Shqipëri rasti i parë i sëmundjes tek njerëzit është regjistruar në vitin 1982 dhe deri në 2015, ka gjithsej 38. Bazuar në literaturën tonë, në periudhën 1982 - 2007 janë regjistruar 27 raste, me një mesatare prej 1 rasti / vit (Myrseli 1999, Como 2008).

Diagnostifikimi i parë laboratorik i borreliozës u krye në vitin 1989. Nga 50 pacientë të dyshuar klinikisht, 15 (30%) rezultuan pozitivë me testin ELISA. Përveç gjendjes febrile të paraqitur në këta pacientë, simptoma të tjera janë EM, çrregullime / sëmundje neurologjike; meningjiti dhe paraliza e fytyrës (Eltari 1989).

Gjatë vitit 2011-2015 në Institutin e Shëndetit Publik, mostrat e pacientëve të dyshuar nga mjekët klinikë diagnostikohen me teknikë serologjike-ELISA, si një test primar diagnostik dhe 11 rezultuan pozitivë me një mesatare prej 2.5 rastesh / vit. Manifestimi i hershëm me EM regjistrohet në 27.3% (3/11) të rasteve dhe manifestimet e vona me vetëm çrregullime neurologjike (pa artrit ose manifestime kardiake në kombinim me kushte të tjera) janë regjistruar në 72.7% (8/11) të rasteve. Në këtë studim për herë të parë sëmundja u regjistrua në moshën pediatrike, 7 dhe 9 vjeç respektivisht (Myrseli 2018).

Figura 3. Përhapja e *Ixodes ricinus* (Harta A. Simaku)



Në retrospektivë, për herë të parë, gjatë viteve 1999-2000, u krye një studim sero-epidemiologjik në 85 qen, në disa pjesë të Shqipërisë. Me testin IFA me antigen *Borrelia garinii*, i cili u përdor për diagnozën rezultuan 49.4% (42/85) 95% CI (38.3 - 60.4) të qenve seropozitiv. Qentë pozitivë janë kryesisht nga zonat rurale. Ky është studimi i parë për zbulimin e antittrupave në lidhje me këtë infeksion tek qentë (Myrseli 1999, Myrseli 2018). Vektori transmetues *Ixodes ricinus* është gjetur në Tropojë, Has, Kukës, Tiranë, Kolonjë, Përmet, Berat, Burrel, Elbasan, Korçë, Pogradec, Gjirokastrë dhe Sarandë (Figura 3) (Velo 2013, Cekani 2001).

Leishmania / Leishmaniasis

Leishmania visceralis zoonotike është endemike në të gjithë vendin ku qeni shërben si rezervuar i protozoarit *Leishmania infantum*. Të dhëna për leishmaniazën në qen janë regjistruar përpara viteve 1930 (Arkiva ISUV 1937) dhe në njerëz, në 1938.

Në Shqipëri, incidenca e sëmundjes tek njerëzit është e lartë dhe është përhapur gjeografikisht në të gjitha rrethet. Sipas të dhënave të Institutit të Shëndetit Publik (ISHP) rrethet më të prekura janë: Kukësi, Shkodra, Lezha, Tirana, Berati. Në vitin 2001 niveli i sëmundshmërisë arriti në 0.7 / 10000 popullsi (Velo 2003), që është rreth 20-40 herë më e lartë se vendet e tjera të Evropës së Jugut endemike për leishmaniazën visceralis zoonotike (Gradoni 1995). Në periudhën 2005-2006 gjatë një survejance aktive e kryer në disa rrethet të Shqipërisë: Lezhë, Librazhd, Gjirokastrë dhe Sarandë, nga 100 individë të testuar me IFAT, 2% ishin seropozitivë. Kjo e dhënë tregon rëndësinë e bartësve asimptomatikë për zhvillimin e sëmundjes sidomos në rastin e mungesës së imunitetit (Myrseli, të dhëna të papublikuara). Megjithatë ka pasur ulje të incidencës në 0.4 / 10000 në 2004, 0.3 / 10000 në 2007 (të dhëna ISHP). Rreth 80% e rasteve janë nën moshën 10 vjeç dhe raportohen deri më tani 8 raste fatale për shkak të diagnostikimit të vonë, toksicitetit të medikamenteve mjekuese (Glucantime), ose rezistencës ndaj tyre (Myrseli 2011). Këto të dhëna tregojnë që leishmania visceralis në Shqipëri paraqet një problem serioz për shëndetin publik (Cani_a 2001). Në lidhje me këtë mund të thuhet se infeksioni në qen është edhe më i përhapur, nga sa është hulumtuar deri më sot. Bazuar në të dhënat statistikore të sëmundjes në njerëz, mund të thuhet, se leishmania kanine është e pranishme dhe njëkohësisht duke u përhapur nga zonat rurale në drejtim të zonave periurbane dhe urbane.

Një studim epidemiologjik, gjatë vitit 1997 deri në 1998 në rrethin e Tiranës, tregoi një prevalencë prej 5.3% të infeksionit tek qentë (Cicko 1999). Një studim tjetër, i kryer gjatë vitit 1997 deri në 2000 tek qentë, në Tiranë, Shkodër, Krujë, Durrës, Librazhd, Pukë, Lushnjë dhe Gramsh duke përdorur testin IFA, tregoi një seroprevalencë prej 15.8% (Cani_a 2001).

Seroprevalenca në rrethin e Tiranës në periudhën 2007-2008 rezulton 17,3% (Myrseli 2009). Paraziti i izoluar nga qeni dhe njeriu është identifikuar si *Leishmania infantum* zymodeme MON-1 (Cani_b 2001).

Vektori që transmeton leishmanien është *Phlebotomus neglectus*, *P. papatasi*, *P. perfiliewi*, *P. tobbi*, *P. similis* and *Sergentomyia minuta* janë gjetur në rrethet Krujë, Kukës, Laç, Lezhë, Librazhd, Lushnje, Shkodër, Tiranë, Vlorë, ndërsa vektori i provuar për transmetimin e *L. infantum* është *Phlebotomus neglectus* (Velo 2013, Velo 2016).

Ekinokokoza

Ekinokokoza është një parazitozë zoonotike me impakt për shëndetin publik. Nga një studim serologjik i bërë në vitet 1997-2001 (Cani 2005) infeksioni nga *Echinococcus granulosus* paraqitet me një seroprevalencë 45.8% nga të cilat 57.3% janë femra, por raste pozitive me teste serologjike janë regjistruar edhe më parë (Gottstein 1986). Ndërsa gjatë periudhës 2005-2011 në QSUT “Nënë Tereza”, rreth 91% e rasteve të shtruar me diagnozë pranimit “ekinokok”, i janë nënshtruar ndërhyrjes kirurgjikale dhe vetëm një rast është regjistruar me *exitus letalis* (Pilaca 2014).

Nga të dhënat epidemiologjike të Institutit të Shëndetit Publik vërehet, se infeksioni ka një incidencë pothuajse të njëjtë çdo vit. Infeksionin e gjejmë tek të gjitha moshat dhe të përhapur në të gjithë vendin, por zonat rurale janë më të prekura se ato urbane. Qentë shërbejnë si burim infeksioni sidomos në zonat rurale, por edhe në zonat urbane sidomos në qytetet e mëdha si p.sh.: në Tiranë ku 2.7% e qenve të ekzaminuar, kanë rezultuar me *E. granulosus* (Xhahiu 2011). Gjithashtu infeksioni është i përhapur edhe në kafshët bujqësore, kryesisht në gjedh, dele dhe dhi (Bizhga 2018).

Tërbimi / Rabies

Qysh prej vitit 1976 kur është regjistruar rasti i fundit me tërbim në njerëz dhe kafshë (qen ose ujk) (Kusi 1999), vetëm në vitin 2001 është regjistruar një rast me tërbim në qen duke vijuar kështu me të tjera raste positive. Në Nëntor të 2002 një dhëlpër e kuqe (*Vulpes vulpes*) nga fshati Qerret/Pukë ka rezultuar pozitiv. Në 2003 janë regjistruar pozitiv 2 dhelpra të kuqe në Gjoricë/Bulqizë (Seimenis 2006, Korro 2009). Në Maj 2004 gjithashtu kanë rezultuar pozitive 2 dhelpra të kuqe në Helshan dhe Zahrisht/Has. Gjatë 2006 ka patur një rast pozitiv dhëlpër e kuqe në Nikoliq/Has. Deri tani nuk janë regjistruar të tjera raste positive me tërbim. Nuk janë raportuar raste pozitive në njerëz qysh prej 1976 (Tabela 1).

Tabela 1. Rastet pozitive të tërbimit, 2001-2012

Viti	Raste pozitive (Nr)	Rrethi (fshati)
2001	Qen (1)	Kukës (Morinë)
2002	Dhëlpër (1)	Pukë (Qerret)
2003	Dhëlpër (1)	Bulqizë (Gjoricë)
2004	Ujk (2)	Has (Helshan/Zahrishte)
2006	Dhëlpër (1)	Has (Nikoliq)
2012*	Qen (2)	Kukës (Mamëz/Kolsh)

*<http://www.promedmail.org/post/20121009.1331344>

Toxoplazmoza / Toxoplasmosis

Toxoplasma gondii, është parazit intraqelizor obligator i cili paraziton si në njerëz, edhe në vertebrorë të tjerë. Toxoplazmoza ka një përhapje në të gjithë vendin me një seroprevalencë nga 36.5% (Gusmari, 1987) në 48.6% (Maggi, 2009). Seropozitiviteti rritet me kalimin e moshës, si pasojë e shtimit të mundësive të kontaktit me macet, ndryshimit të preferencave në mënyrën e të gatuarit (mishi dhe produktet e tij i pagatuar ose i gatuar pak), konsumimit dhe manipulimit të pakujdesshëm të qumështit dhe nënprodukteve të tij, lëvizjeve më të shpeshta jashtë vendit etj.

Anaplasmoza, ehrlichia, rickettsia, leptospiroza

Në Shqipëri deri tani të dhëna për raste anaplazma janë regjistruar vetëm në kafshë (dhi, qen) dhe llojet që qarkullojnë janë *Anaplasma phagocytophilum* dhe *A. platys* (Mati 1987, Shukullari 2016). Në qentë është regjistruar edhe *Ehrlichia canis* e cila është kapur gjithashtu edhe tek vektori-trasmetues rriqna *Rhipicephalus sanguineus* (Shukullari 2016, Christova 2003). Antitruapat anti - *Coxiella burnetii* janë gjetur në kafshët bujqësore; 9.8% në dhen, dhi dhe 7.9% në gjedh (Çekani 2008). Gjatë periudhës 2003-2006 nga ekzaminimi serologjik i 34 serumeve të grumbulluar nga pacientë në zonat rurale të Kukësit dhe Hasit, 29.4% and 2.9% e rasteve rezultuan pozitiv respektivisht me leptospirozë dhe rikeciozë (Papa 2008). Llojet e leptospirave të konfirmuara vitet e fundit janë në gjedh dhe konkretisht *Leptospira hardjo*, *L. grippotyphosa* dhe *L. pomona* (Alla 2015), ndërsa infeksioni në njerëz qarkullon më shumë në meshkuj, ku vdekshmëria varion 3.84 – 8.58% (Puca 2011, Puca 2018).

Gjatë një studimi të bërë në 2003, tek rriqnat e llojit *Rhipicephalus sanguineus* është gjetur *Ehrlichia canis*, *Ehrlichia chaffeensis* dhe *Rickettsia conorii*.

Paraziti *Anaplasma phagocytophila* është gjetur vetëm tek rriqna *Rhipicephalus bursa*, tek e cila është gjetur gjithashtu edhe *Ehrlichia chaffeensis*, *Rickettsia sp.* IRS3 dhe *Rickettsia conorii*. *Rickettsia helvetica* është gjetur në 6% te *Rickettsia* pozitive e cila është gjetur në të tre rriqnat qarkulluese, ndërsa tek rriqna *Hyalomma plumbeum* është gjetur *Rickettsia sp.* IRS3 dhe *Rickettsia conorii* (Christova, 2003).

Bibliografia

Arkiva ISUV, 1937.

Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB: Babesiosis Nelson, textbook of pediatrics.1052:1054, 2000.

Boustani MR, Gelfand JA : Babesiosis Clin Infect Dis 1996;22:611–5.

Dodbiba A., E. Heba. Një studim i shkurtër mbi Hemosporidiozet e disa kafshëve bujqësore në Shqipëri. Anuari i Veterinarisë 357-371. 1965. Botim i Institutit të Lartë Shtetëror të Bujqësisë.

Krause PJ: Babesiosi R D. Feigin, J D. Cherry : Trattato di Infettivologia Pediatrica 2243- 2246 1993 Ed. Italiana (Cent Sc Edit Torino).

Van den Wijngaard CC, Hofhuis A, Simões M, Rood E, van Pelt W, Zeller H, Van Bortel W. Surveillance perspective on Lyme borreliosis across the European Union and European Economic Area. Euro Surveill. 2017;22(27):pii=30569. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.27.30569>.

Smith R., Takkinen J, Editorial team Collective. Lyme borreliosis: Europe-wide coordinated surveillance and action needed?. Euro Surveill. 2006; 11(25): pii=2977 <https://doi.org/10.2807/esw.11.25.02977-en>

Rizzoli A, Hauffe HC, Carpi G, Vourc'h GI, Neteler M, Rosà R. Lyme borreliosis in Europe. Euro Surveill. 2011;16(27):pii=19906. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19906>

D. Mati. Babesioza dhe anaplazmoza e gjedhëve si dhe masat e luftimit kundër tyre. Autoreferat i Disertacionit 1987.

Enstela Shukullari. Parasites and Vector-borne Diseases in Client-owned Dogs in Albania. 2016.

Hamel D, Silaghi C, Knaus M, Visser M, Kusi I, Rapti D, Rehbein S, Pfister K. Detection of Babesia canis subspecies and other arthropod-borne diseases in dogs from Tirana, Albania. Wien Klin Wochenschr 121, 2009: Suppl 3:42-45.

Dantas-Torres F. The brown dog tick, Rhipicephalus sanguineus (Latreille, 1806) (Acari: Ixodidae): from taxonomy to control. Vet Parasitol 152. 2008:173-185.

Dhamo G, Rapti D, Bizhga B, Llazari A. Kërkime hematologjike paraprake mbi babezionën në qen. [Preliminary hematologic research on canine babesiosis]. Revista Shqiptare e Shkencave Bujqësore 5. 2006 (8):114-119.

A. Seimenis, D. Morelli, A. Mantovani. Zoonoses in the Mediterranean Region. Ann Ist Super Sanità 2006 | Vol. 42, No. 4: 437-445.

K. Korro, K. Berxholi, L. Klima, R. Keci, Qafmolla, L., B. Bizhga. Targeted rabies surveillance in wild carnivores in Albania. The Journal "Rabies-Bulletin-Europe", Information Surveillance Report. Vol. 33/3 – 2009.

I. Kusi. Sa real është rreziku i rishfaqjes së tërbimit në Shqipëri. Revista Veterinaria, 1999, Vol. 2/3.

M. Çekani, A. Papa, M. Kota, E. Velo, K. Berxholi. Report of a serological study of Coxiella burnetii in domestic animals in Albania. Revista Veterinare, Vol. 175, Issue 2, February 2008, Pages 276-278.

E. Puca, A. Pilaca, P. Pipero, G. Stroni, S. Kurti, E. Tomini, E. Abazaj, T. Myrseli, E. Puca. Trendy of leptospirosis in albania. IMED, 2011.

Edmond Puca, Pellumb Pipero, Arjan Harxhi, Erjona Abazaj, Arjet Gega, Entela Puca, Ilir Akshija. The role of gender in the prevalence of human leptospirosis in Albania. J Infect Dev Ctries 2018; 12(3):150-155. doi:10.3855/jidc.9805.

Alla L. Arapi Z. Koleci Xh. Rogozi E. Abazaj E. Myrseli T. Bino S. Identifikimi i prezencës së infeksionit nga Leptospira spp. në gjedhin e qumështit bazuar në testin MAT. D-Day 2015, Sesion Shkencor. Proceedings; pg: 237-245.

S. Sallabanda, A. Sallabanda, T. Myrseli, R. Lluka, F. Zavalani, E. Kola, I. Bakalli, R. Petrela 2004 A case with Severe form of Babesiosis at Paediatric Age. IIth International Congress on Infectious Diseases, Mexico.

P. Maggi, A. Volpe, V. Carito, N. Schinaia, S. Bino, M. Basho, P. Denticco 2009 Surveillance of toxoplasmosis in pregnant women in Albania. *New Microbiologica*, 32, 89-92.

E. Çani Clinical-laboratory correlation study on the diagnosis of *Echinococcus granulosus* in Albania. 15th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Denmark, 2005.

Arben Pilaca, Gentian Vyshka, Arben Pepa, Kastriot Shytaj, Valentin Shtjefni, Arben Boçari, Arben Beqiri, Dhimitër Kraja. A Neglected Zoonosis in Albania: why Echinococcosis is Becoming a Surgeon's Exclusivity? *Mediterr J Hematol Infect Dis* 2014, 6(1): e2014013, DOI: 10.4084/MJHID.2014.013.

Gottstein B, Schantz PM, Todorov T, Saimot AG, Jacquier P. An international study on the serological differential diagnosis of human cystic and alveolar echinococcosis. *Bull World Health Organ*. 1986;64(1):101–105.

Khaxhiu, D., Kusi, I., Rapti, D. et al. *Parasitol Res* (2011) 108: 341. <https://doi.org/10.1007/s00436-010-2067-8>.

Bejo Bizhga, Eglantina Xhemollari, Emilian Shabani, Dritan Laçi, Merije Elezi, Xhezair Idrizi. ECHINOCOCCOSIS IN RUMINANTS IN ALBANIA RISES AND RISKS 2018 <https://doi.org/10.5281/zenodo.2550253> UDC: 636.2/.3.09:616.995.121(496.5)

Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence.

Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2001 Jul 29;356(1411):983-9.

B. Kaplan, L. H. Kahn, T. P. Monath, J. Woodall. 'ONE HEALTH' and parasitology. *Parasites & Vectors* 2009, 2:36

Ashta A. Malaria ne Shqiperi, USHT, 1961.

Myrseli T., Velo E., Kadriaj P., Tomini E., Bino S. Imported malaria 1962 – 2014 and list of *anopheles* species in Albania. 2015 The 2nd Conference on Neglected Vectors and Vector-Borne Diseases with MC and WG Meetings of the COST Action TD1303.

J. Adhami, V. Bashari, F. Hoti, J. Kaci, N. Murati, M. Picari, L. Shaba. Tre raste me malarie katërditëshe të dhënë me anën e transfuzionit të gjakut dhe disa anë të këtij problemi. *Buletini i Shkencave Mjekësore*, 2, fq. 91-97, 1977.

Teita Myrseli, Najada Como, Eugena Tomini, Enkelejda Dikolli, Arjan Harxhi, Silva Bino. Imported Malaria in Albania from Equatorial Guinea during 2012-2015. *Albanian medical journal* 4 – 2017. pg: 37- 40.

Eli Çani, Teita Myrseli, Raida Petrela, Perparim Minarolli, Kristo Pano. Visceral leishmaniasis—a zoonosis with high potential risk in Albania. *Revista Veterinaria*, 5.2001, pg.81-90 (a).

Gradoni, L., Bryceson, A. & Desjeux, P., (1995). Treatment of Mediterranean visceral leishmaniasis. *Bulletin of the World Health Organization*, 73, 191-197.

Velo E., Bino S., Kuli-Lito Gj., Pano K., Gradoni L. and Maroli M.: "Recrudescence of visceral leishmaniasis in Albania: retrospective analysis of cases during 1997 to 2001 and results of an entomological survey carried out during 2001 in some districts", Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, (2003) 97, 288-290. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2003 May-Jun; 97(3):288-90.

Myrseli T. Velo Bino, Alla, Como, Mersini K, Gradoni L, Maroli M. Visceral and cutaneous leishmaniasis in Albania. 2011 ISOPS. (Supple)

Myrseli T. Kraja Dh. Como N. Diagnostic survey on the incidence in animals and humans of Lyme borreliosis in Albania through the Indirect Immunofluorescence method. (Abstract P272) VIIIth International Conference on Lyme-Borreliosis and other Tick-Borne Diseases. June 20-24, 1999, Munich, Germany.

Teita Myrseli, Dhimiter Kraja, Najada Como, Arno Schönberg – The first data in Albania for Lyme-Borreliosis with IFA test. Revista Veterinaria, 2, 1999, pg. 39-43.

Mirela Cekani. Observations on the distribution and biology of Ixodes ticks as vectors of zoonotic diseases in Albania. [in Albanian] Revista Veterinaria 2001;5:110-124.

Eltari E, Kero A, Cani M, Cani K, Dollaku B, Pema K, Cela B. First cases with Lyme borreliosis in Albania tested by ELISA. [in Albanian] Revista Mjekesore 1989; 4:24-28.

Teita Myrseli, Arno Schönberg, Artan Simaku, Najada Çomo, Pëllumb Pipero, Kristaq Bërxfholi, Silva Bino, Dhimiter Kraja. The current situation of Lyme borreliosis and the first seroepidemiology survey in dogs in Albania. ALBANIAN MEDICAL JOURNAL 2 – 2018; pg:19-23.

Velo, E. Rogozi, E. Tafaj, L. Bino, S. The guidelines on the control of vectors and rodents in Albania. 2013 [in Albanian].

V. Gusmari, 1987: Mbi përgatitjen e disa bioreagenteve dhe aplikimi i tyre në praktikën mikrobiologjike mjekësore për diagnozën e sëmundjeve infektive e parazitare- temë disertacioni.

A. Papa, S. Bino, E. Papadimitriou, E. Velo, M. Dhimolea, A. Antoniadis. Suspected Crimean Congo Haemorrhagic Fever cases in Albania. Scandinavian Journal of Infectious Diseases 2008, 1_3, iFirst article.

N. Çomo, A. Kica, D.H. Kraja, E. Muço, E. Meta, T. Myrseli, R. Petrela, V. Ostreni Borreliosis Increased Multisymptom Pathology Even in Albania International Journal of Infectious Diseases, Volume 12, Supplement 1, December 2008, Page e219.

E. Velo, T. Myrseli, S. Bino. The imported malaria situation and the surveillance strategies applied in Albania. EDEN International Conference 10-12 Montpellier, France, 2009.

I. Christova, J van de Pol, S. Yazar, E. Velo, L. Schouls. Identification of *Borrelia burgdorferi* sensu lato, *Anaplasma* and *Ehrlichia* species, and Spotted Fever Group *Rickettsiae* in Ticks from Southeastern Europe. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2003) 22:535–542.

Cicko, Z., Zana S., Kusi I., Cani E., Kerkime mbi leishmaniozën kanine në Shqipëri. Buletini i Shkencave Bujqësore. 3, 109-113, (1999).

Teita Myrseli, Kujtim Mersini, Elisabeta Kondi, Haxhi Allmuca. Një studim seroepidemiologjik për Leishmaniazën Viscerale Kanine në rrethin e Tiranës gjatë periudhës 2007-2008. Revista Mjekësore, (4); fq. 74-82. 2009.

Cani E., Petrela R., Myrseli T., Fuga L., Minarolli P., Hyskaj M. Identification of two visceral Leishmania strains isolated in Tirana, Albania. Proceedings of the 11th European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, Istanbul, Turkey, 1-4 April 2001. In: Clinical Microbiology & Infection, 2001, 7(Suppl. 1): 346.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Rreth 61% e organizamve patogjenë infektive që njihet se prekin njeriun janë me natyrë zoonotike dhe një numër i kosniderueshëm i tyre janë të lidhura me sëmundjet të cilat konsiderohen “emergjente”. Këto sëmundje po kthehen në një shqetësim në rritje për shëndetin global.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Ky raport ofron një panoramë të përgjithshme lidhur me situatën e disa sëmundjeve zoonotike dhe vektor-transmetuese në Shqipëri.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Shqipëria ka një klimë të favorshme për zhvillimin e sëmundjeve zoonotike dhe vektor-transmetuese. Strukturat e shëndetit publik duhet të monitorojnë vazhdimisht situatën dhe të jenë në gatishmëri për të përballuar cdo zhvillim të mundshëm.

Kontrolli i kancerit të gjirit në Shqipëri 2012-2018

Alban Ylli¹, Kozeta Filipi¹, Bajram Dedja¹, Besjan Elezaj¹

¹ Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë në popullatën e femrave dhe kanceri i dytë që haset më shpesh në popullatën e përgjithshme në Shqipëri. Stili perëndimor i jetesës lidhur me praktikat riprodhuese dhe dietën (fertiliteti më i ulët, lindja në moshë më të madhe, ushqyerja për një periudhë më të shkurtër të fëmijës me gji, mbipesha, jeta sedentare, konsumi më i lartë i alkoolit) me shumë gjasa ka ndikuar në rritjen e rrezikut për kancer gjiri në vendin tonë gjatë dekadave të fundit. Prirjet afatgjata të nivelit të vdekshmërisë nga kanceri i gjirit në Shqipëri dëshmojnë një rritje të shpejtë gjatë viteve 1990, rritje e cila ka vijuar edhe në vitet e para të shekullit të 21-të. Nga regjistrat e mjekëve të familjes në të gjithë vendin janë identifikuar 4 986 raste me kancer gjiri në vitin 2018 kurse shtrimet në spital nga kanceri i gjirit janë dyfishuar nga viti 2009 në vitin 2017. Moshë mesatare e personave në momentin e diagnozës së kancerit të gjirit në Shqipëri është 55 vjeç, dhe moshë mesatare e vdekjes është 76.7 vjeç. Raporti vdekshmëri/incidencë për kancerin e gjirit është 32% për vitin 2018 dhe ka ardhur në ulje gjatë viteve të fundit. Gjatë viteve të fundit vërehet një rritje e numrit të ekzaminimeve mamografike të kryera në të gjithë vendin (nga 5,216 ekzaminime në vitin 2014 në 15,864 në vitin 2018). Në vitin 2018 mbi 90% e grave 15-49 vjeç raportojnë të jenë të informuara mbi mamografinë (krahasuar me 76.6% në vitin 2009). Kontrolli i kancerit të gjirit duhet të jetë i integruar me kontrollin e sëmundjeve jo të transmetueshme (NCD) dhe përpjekjet e përgjithshme në drejtim të parandalimit. Shërbimet e diagnozës së hershme të kancerit të gjirit në vendin tonë kanë ende mundësi për përmirësime brenda modelit ekzistues (kombinim i ekzaminimit klinik me mamografinë depistuese). Kështu, ndërhyrje të nevojshme mund të ishin: rishikimi i protokollit klinik, rishikimi i treguesve të performancës së mjekëve të familjes dhe qendrave të mamografive, aplikimi i standardeve të sigurimit të cilësisë, organizimi i një qendre të gjirit (breast centre) për diagnozë dhe trajtim efikas, etj.

Hyrje

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë në popullatën e femrave dhe kanceri i dytë që haset më shpesh në popullatën e përgjithshme në Shqipëri (1). Profili epidemiologjik i kancerit të gjirit në vendin tonë është i ngjashëm me atë të vendeve të tjera me të ardhura të mesme, ku incidenca ka qenë në rritje gjatë tri dekadave të fundit, kryesisht për arsye të rritjes së moshës mesatare, urbanizimit dhe ndryshimeve në stilin e jetesës (2).

Faktorët e njohur të rrezikut, parandalimi i kancerit të gjirit dhe integrimi me kontrollin e sëmundjeve jo të transmetueshme

Stili perëndimor i jetesës lidhur me praktikën riprodhuese dhe dietën (fertiliteti më i ulët, lindja në moshë më të madhe, ushqyerja për një periudhë më të shkurtër të fëmijës me gji, mbipësia, jeta sedentare, konsumi më i lartë i alkoolit) me shumë gjasa ka ndikuar në rritjen e rrezikut për kancer gjiri në vendin tonë gjatë dekadave të fundit. Vlerësohet se faktorët e rrezikut të lidhur me stilin e jetesës janë përgjegjës për mbi 20% të kancereve të gjirit. Faktorë të tjerë si: menarka më herët apo menopauza më e vonshme kanë ndikim gjithashtu. Faktorët gjenetikë si p.sh.: mutacionet në BRCA1, BRCA2, mund të jenë përgjegjës për rreth 10% të kancereve të gjirit. Është e vështirë të ndërtohen programe të parandalimit parësor për kancerin e gjirit duke kontrolluar faktorët e rrezikut të lidhur me mënyrën e jetesës. Megjithatë, kontrolli i kancerit të gjirit duhet të jetë i integruar me kontrollin e sëmundjeve jo të transmetueshme (NCD) dhe përpjekjet e përgjithshme në drejtim të parandalimit, sidomos lidhur me dietën e shëndetshme, kontrollin e obezitetit dhe të konsumit të alkoolit, si dhe promovimin e aktivitetit fizik, të cilat pritet të japin efekte afatgjata në reduktimin e rrezikut, me kosto të papërfillshme për sistemin shëndetësor (3).

Baza shkencore dhe përvoja ndërkombëtare lidhur me diagnostikimin e hershëm dhe depistimin

Duke qenë se parandalimi parësor nuk ka dhënë prova se mund të zgjidhë problemin e incidencës së lartë të kancerit të gjirit, një program i kontrollit të këtij kanceri, bazuar para së gjithash në përpjekjet për të përmirësuar diagnostikimin e hershëm dhe trajtimin e përshtatshëm, do të kishte për synim rritjen e vazhdueshme të mbijetesës dhe cilësisë së jetës (4).

Diagnostikimi i hershëm ka të bëjë me përpjekjet për rritjen e proporcionit të rasteve me kancer gjiri të cilat diagnostikohen në një stad sa më të hershëm, kur mundësitë për trajtim të suksesshëm janë më të mëdha. Strategjia bazë është rritja e përgatitjes së mjekëve të kujdesit shëndetësor parësor për vlerësimin dhe referimin e grave që dyshohen për kancer gjiri.

Depistimi është një strategji shëndetësore sistematike dhe e organizuar që ka si objektiv identifikimin e kancerit para se ai të ketë dhënë shenja klinike.

Programet e depistimit janë një mundësi e mirë për të kontrolluar pasojat e kancerit të gjirit, ndërkohë që kanë kufizime lidhur me kostot shtesë për sistemin shëndetësor, potencialin për të shkaktuar dëme duke i identifikuar gabimisht si kancer problemet që nuk do të cënonin shëndetin e gruas, nëse do të lireshin të ndiqnin rrjedhën natyrore të sëmundjes.

Për kancerin e gjirit aplikohen disa teknika depistimi ndër të cilat ajo e bazuar në mamografi, e cila është më e përhapura dhe praktikisht e vetmja për të cilën ka rekomandime të mbështetura në fakte të qëndrueshme lidhur me përdorimin si ekzaminim parësor depistimi. Megjithatë, rekomandimet për depistim të bazuara në mamografi janë mjaft të kushtëzuara nga burimet në dispozicion dhe niveli i sistemit shëndetësor. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e rekomandon depistimin e organizuar me mamografi çdo dy vjet për gratë e moshës 50-69 vjeç, vetëm në vendet me të ardhura të mjaftueshme dhe me sisteme shëndetësore të përgatitura plotësisht (5). Task Forca Amerikane mbi Shërbimet Parandaluese (USPSTF) jep gradën B të rekomandimit për depistimin me mamografi çdo dy vjet te gratë 50-74 vjeç dhe nënvizon potencialin për mbi diagnozë (6). Në kontrast, USPSTF-ja jep gradën A të rekomandimit lidhur me depistimin për kancerin e qafës e mitrës dhe kancerin kolorektal (Tabela 1).

Tabela 1. Shkalla e rekomandimit të USPSTF-së lidhur me depistimin me mamografi për kancerin e gjirit krahasuar me rekomandime të tjera mbi depistimin

Lloji i kancerit	Metoda	Grada e rekomandimit (Task Forca Amerikane mbi Shërbimet Parandaluese)
Kanceri i cerviksit	HPV	Grada A (përfitim i madh)
Kanceri i kolorektal	gFOBT	Grada A (përfitim i madh)
Kanceri i gjirit	Mamografi	Grada B për gratë 50-74 vjeç (përfitim i moderuar) Grada C për gratë 40-49 vjeç (rekomandohet në raste individuale në bashkëpunim me pacientin)
Kanceri i mushkërive (vetëm duhanpirësit)	LDCT	Grada B (përfitim i moderuar)
Kanceri i prostatës	PSA	Grada C (rekomandohet në raste individuale në bashkëpunim me pacientin)
Kanceret e lëkurës, vezoreve, testeve, tiroideve, pankreasit, gojës, vezikës së urinës		Grada D-I (nuk rekomandohet, fakte të pamjaftueshme)

Agjencia Ndërkombëtare e Kërkimit mbi Kancerin (IARC) konkludon se depistimi me mamografi te gratë 50-69 vjeç mund të reduktojë vdekshmërinë deri në 24% (7). Për analogji, depistimi i kancerit të qafës së mitrës mund të reduktojë vdekshmërinë deri në 80%.

Të kihet parasysh: në rastin e depistimit të kancerit të qafës së mitrës, mundësohet identifikimi dhe trajtimi i thjeshtë dhe i lirë i lezioneve parakanceroze, ndërkohë që në rastin e depistimit për kancerin e gjirit, nuk mund të identifikohet problemi veçse në një fazë relativisht të hershme, por gjithsesi kanceroze, me të gjitha pasojat që kjo nënkupton, në trajtim kompleks, afatgjatë dhe të shtrenjtë. IARC-ja nënvizon gjithashtu se nuk ka fakte të mjaftueshme lidhur me përfitimin nga depistimi në popullatën e përgjithshme për gratë e moshës 40-49 vjeç.

Teknika të tjera për diagnozën e hershme janë vetekzaminimi i gjirit nga gratë dhe ekzaminimi klinik i gjirit nga një mjek a infermier i trajnuar. OBSH-ja dhe IARC-ja mbështesin idenë se aplikimi sistematik i vetekzaminimit të gjirit mund të sjellë “downstaging” në diagnozën e kancerit të gjirit. Megjithatë nuk ka prova të mjaftueshme shkencore për ulje afatgjatë të vdekshmërisë nga ky kancer. Gjithashtu, nuk ka fakte të plota që demonstrojnë në mënyrë të qëndrueshme nëse ekzaminimi klinik i gjirit do të sillte ulje të vdekshmërisë. Në Bashkimin Europian (BE), ekzaminimi klinik i gjirit praktikohet si teknikë parësore e Programit të Depistimit për Kancerin e Gjirit vetëm në pak vende (Francë, Austri, Greqi etj.) [8].

Ekografia e gjirit është përdorur rrallë si teknikë e vetme ose parësore për depistimin e kancerit të gjirit, dhe efektet e saj janë ende duke u shqyrtuar (7).

Barra për shoqërinë shqiptare: Prirjet e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë nga kanceri i gjirit në Shqipëri

Prirjet afatgjatë të nivelit të vdekshmërisë nga kanceri i gjirit në Shqipëri dëshmojnë një rritje të shpejtë gjatë viteve 1990, rritje e cila ka vijuar edhe në vitet e para të shekullit të 21-të.

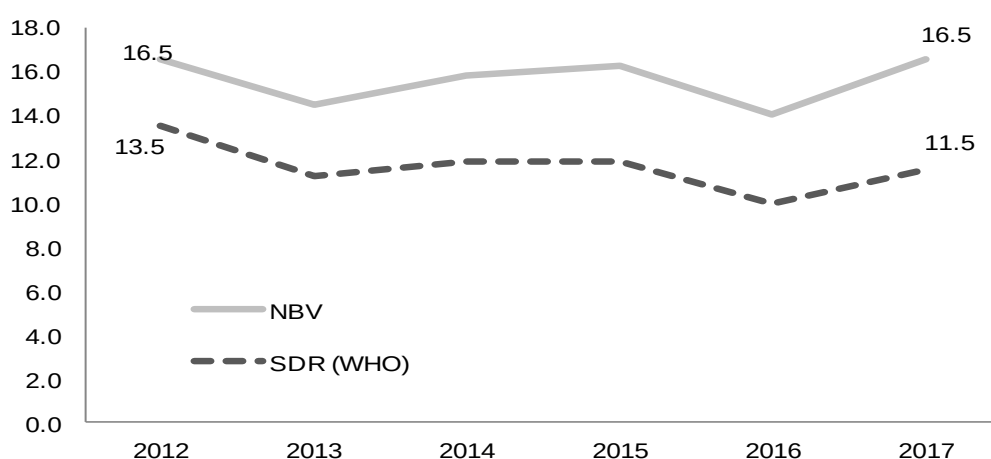


Figura 1. Prirjet e nivelit bruto të vdekshmërisë (NBV) dhe nivelit të vdekshmërisë së standardizuar sipas moshës (SDR) të kancerit të gjirit në Shqipëri (/100000), 2012-2017 INSTAT-ISHP

Në vitin 2018 u regjistruan 230 vdekje nga ky kancer. Prej më shumë se 6 vitesh niveli i vdekshmërisë bruto nuk po rritet më. Në analizën e vdekshmërisë së standardizuar sipas moshës, duket se ka një prirje të uljes së rrezikut për vdekje, nëse do të shmangnim efektin e rritjes së moshës mesatare (Figura 1) (1. Raporti NCD). Kjo konfirmohet edhe nga një prirje e qëndrueshme në rënie e nivelit të vdekshmërisë në grup-moshat nën 50 vjeç Figura 2). Kjo prirje vërehet në shumë vende me të ardhura të larta të Bashkimit European dhe Amerikës së Veriut, prej më shumë se dy dekadash (9).

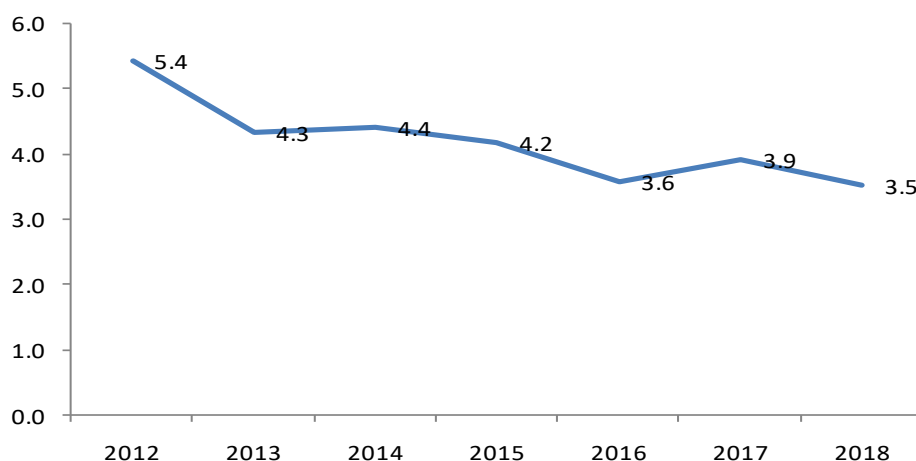


Figura 2. Prirjet në nivelin e vdekshmërisë për moshat nën 50 vjeç (/100000), 2012-2018 INSTAT-ISHP

Incidenca e standardizuar sipas moshës për kancerin e gjirit në Shqipëri është më ulët se në vendet e Bashkimit European por më e lartë se vendet e Mesdheut Lindor, të tilla si: Turqia, Egjipti apo Tunizia (10). Niveli i incidencës bruto dhe niveli i vdekshmërisë bruto për këtë kancer në Shqipëri janë përkatësisht rreth 50 dhe 16 për 100 000 gra.

Sipas Regjistrit Kombëtar të Kancerit, diagnostikohen rreth 700 raste të reja me kancer gjiri në Shqipëri. Prirja është për një rritje të lehtë. Krahasimi me vitet para vitit 2015 është i vështirë për arsye të përdorimit vetëm të të dhënave të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”(QSUT) dhe mungesës së Regjistrit Kombëtar. Në vitin 2018 kishte 708 raste të reja të kancerit të gjirit (Figura 3).

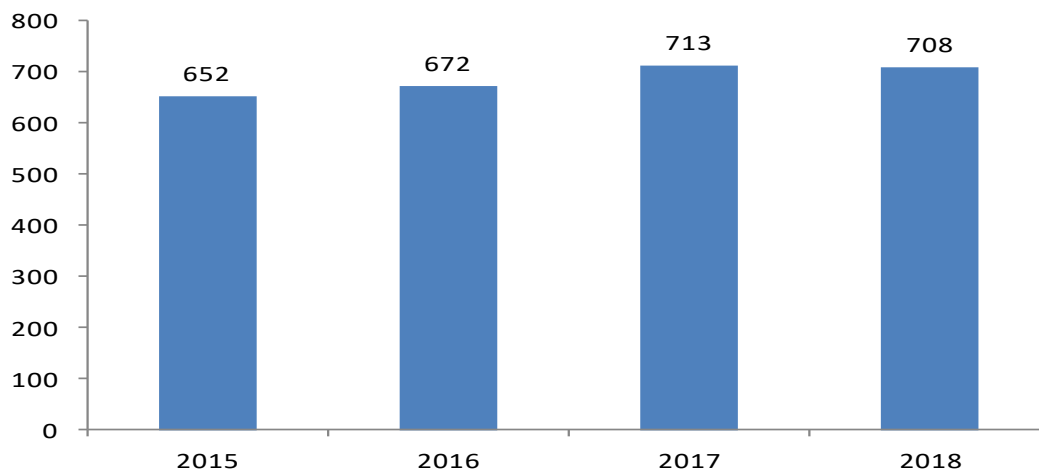
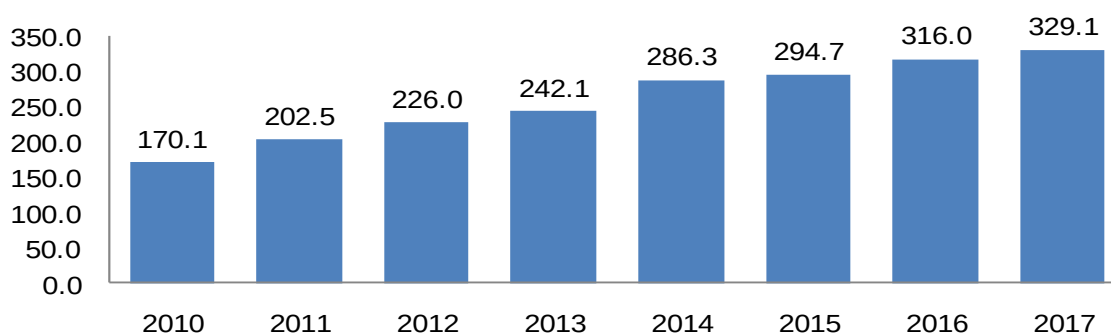


Figura 3. Numri i rasteve të reja me kancer gjiri çdo vit në Regjistrin Kombëtar të Kancerit 2015-2018, ISHP

Kanceri i gjirit është një sëmundje që zgjat relativisht shumë, dhe kjo shprehet në numrin e përgjithshëm të rasteve që jetojnë me këtë kancer në popullatë. Prevalenca e regjistruar është një tregues i matur përmes analizimit të rasteve të identifikuara në regjistrat e mjekëve të familjes. Nga regjistrat e mjekëve të familjes në të gjithë vendin janë identifikuar 4 986 raste me kancer gjiri në vitin 2018. Ky është kanceri më i përhapur në popullatë, krahasuar me kanceret e tjerë, pavarësisht nga interpretimi i kujdesshëm i lidhur me prevalencën e bazuar në regjistrat e mjekëve të familjes (1. Raporti NCD). Prevalenca e regjistruar e këtij kanceri, është pothuajse dyfishuar nga viti 2010 në vitin 2017 (Figura 4).



**Figura 4. Prevalenca e regjistruar e kancerit të gjirit, vitet 2010-2017 (/100000)
FSDKSH-ISHP**

Shtrimet në spital janë një tjetër tregues i barrës së problemit në sistemin shëndetësor. Ky tregues nuk shpreh numër rastesh individuale të kancerit, por numër episodesh shtrimi, përfshi ato ku një person shtrohet shumë herë (është e zakonshme që një rast me kancer gjiri gjatë diagnosës së trajtimit të shtrohet 6-8 herë në vit në spital). Ai është gjithashtu i ndikuar nga oferta lidhur me shërbimet e trajtimit; mundësitë e reja për trajtim sjellin rritje në numrin e shtrimeve. Në mënyrë të ngjashme me prevalencën, shtrimet në spital nga kanceri i gjirit janë dyfishuar nga viti 2009 në vitin 2017 (Figura 5).



Figura 5. Numri i shtrimeve në spital në vit për kancerin e gjirit, 2009-2017 MSHMS-ISHP

Situata në Shqipëri lidhur me kontrollin e kancerit të gjirit në Shqipëri

Mosha mesatare e personave në momentin e diagnozës së kancerit të gjirit në Shqipëri është 55 vjeç, dhe mosha mesatare e vdekjes është 76.7 vjeç (1). Raporti vdekshmëri/incidencë për kancerin e gjirit është 32% për vitin 2018 dhe ka ardhur në ulje gjatë viteve të fundit (Figura 6). Ky raport është shumë i ndryshëm në vende të ndryshme, dhe përgjithësisht shpreh suksesin e shërbimeve të diagnozës së hershme dhe trajtimit të këtij kanceri (11). Ai luhet nga rreth 16% në vendet me të ardhura të larta, në rreth 55% në vende me të ardhura të ulëta. Mbijetesa është një tjetër indikator i ngjashëm me raportin vdekshmëri/incidencë, por më i vështirë për t'u llogaritur me saktësi. Ai shpreh proporcionin e personave që kanë mbijetuar të paktën 5 vitet e para pasi janë diagnostikuar me kancer gjiri, dhe luhet nga 80% në vendet e pasura, në 60% në vendet me të ardhura të mesme e në më pak se 40% në vendet me të ardhura të ulëta (12).

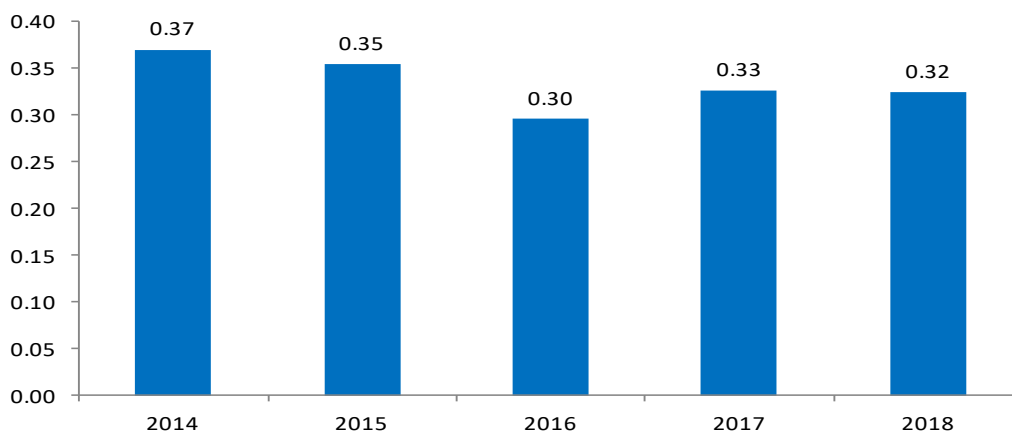


Figura 6. Raporti i vdekshmërisë me incidencën e kancerit të gjirit (%), 2014-2018
ISHP

Raporti i vdekshmërisë me incidencën e kancerit të gjirit në Shqipëri për periudhën 2002-2014, rezulton të ketë qenë mjaft më i lartë, por interpretimi duhet bërë me kujdes për arsye të të dhënave mbi incidencën, të cilat janë bazuar vetëm në Regjistrin Spitalor.

Rreth 65% e kancereve të gjirit në Shqipëri janë diagnostikuar në stadin T2, kur tumori është i madhësisë midis 2 cm dhe 5 cm. Mbi 20% e kancereve janë diagnostikuar në stadin T3 ose T4, çfarë do të thotë se tumori është më i madh se 5 cm dhe/ose mund të ketë prekur indet rreth gjirit. Në rreth 75% të rasteve qelizat tumorale gjenden në limfonodujt e gjirit dhe ata aksilarë (stadet N1, N2, e N3). Të dhënat janë nga Regjistri Spitalor i QSUT-së vitet 2009-2013. Të dhënat në Regjistrin Kombëtar për periudhën e mëpasshme janë të pjesshme dhe nuk e lejojnë këtë analizë.

Organizimi i shërbimeve të diagnozës së hershme të kancerit të gjirit në vendin tonë është bazuar në ekzaminimin klinik të kryer nga mjekët e familjes (13) dhe në ekzaminimin me mamografi pranë spitaleve rajonale, pranë Poliklinikës Qendrore në Tiranë dhe pranë dy njësive të lëvizshme të menaxhuara nga ISHP-ja. Ekzaminimet kryhen falas në momentin marrjes së shërbimit, megjithëse spitalet kërkojnë rekomandimin e mjekut të familjes.

Mamografite fikse ndodhen pranë spitaleve Shkodër, Elbasan, Korçë, Durrës, Vlorë, Gjirokastrë, Dibër, Kukës, Berat, QSUT, Materniteti “Mbretëresha Geraldinë” dhe Poliklinika Qendrore në Tiranë. Në Shqipëri operojnë edhe dy mamografi fikse pranë Spitaleve private (Spitali Hygeia dhe Spitali Amerikan).

Mamografite fikse kryejnë veç ekzaminimeve depistuese në gra të shëndetshme gjatë fushatave të informimit (sidomos gjatë muajit tetor), edhe mamografi diagnostikuese te gratë e rekomandura nga mjeku apo gjatë monitorimit të sëmundjes. Mamografite e lëvizshme ofrojnë ekzaminime depistuese në të gjithë vendin, bazuar në një kalendar 6-mujor udhëtimesh pranë zonave ku nuk ka mamografi fikse.

Mjekët e familjes kryejnë çdo vit disa qindra e mijëra ekzaminime klinike të gjirit, por të dhënat e raportuara pranë FSDKSH-së duhen interpretuar me kujdes, pasi shumë prej tyre janë fiktive dhe të paverifikueshme.

Gjatë viteve të fundit vërehet një rritje e numrit të ekzaminimeve mamografike të kryera në të gjithë vendin (Tabela 2). Megjithatë, sërish si potenciali ashtu edhe nevojat janë shumë më të larta. Një pjesë e mamografive fikse kryejnë më pak se një të tretën e ekzaminimeve që mund të kryenin në ditë. Kështu, në shumë raste kryhen vetëm 3-4 ekzaminime në ditë, ndërkohë që mund të kryhen rreth 15 të tilla gjatë një turni. Kjo është sidomos e vërtetë për mamografite e Kukësit, Dibrës e Beratit, të cilat kryejnë shumë më pak ekzaminime sesa potenciali. Ndërkohë mungojnë mamografite në qytete të tilla si: Fieri, Lezha, Lushnja, ku nevojat janë të mëdha.

Interpretimi i imazheve nuk është i bazuar në një protokoll kombëtar të unifikuar dhe në një sistem të standardizuar të kontrollit të cilësisë. Gjithashtu, mirëmbajtja e teknologjisë ka kosto të lartë.

Tabela 2. Numri i ekzaminimeve mamografike të kryera në Shqipëri, 2014-2018
MSHMS-ISHP

	Viti 2014	Viti 2015	Viti 2016	Viti 2017	Viti 2018
Mamografi fikse	5,216	5,717	4,302	6,340	10513
Mamografi të lëvizshme	0	4,863	4,535	4,053	5351
Gjithsej	5,216	10,580	8,837	10,393	15,864

Nga një studim i kryer në popullatë gjatë vitit 2017, rezultoi se më shumë se një në katër gra adulte në Shqipëri ka kryer të paktën një mamografi në jetën e saj, dhe shifra shkon në 46% për gratë e moshës 45-70 vjeç (Figura 7).

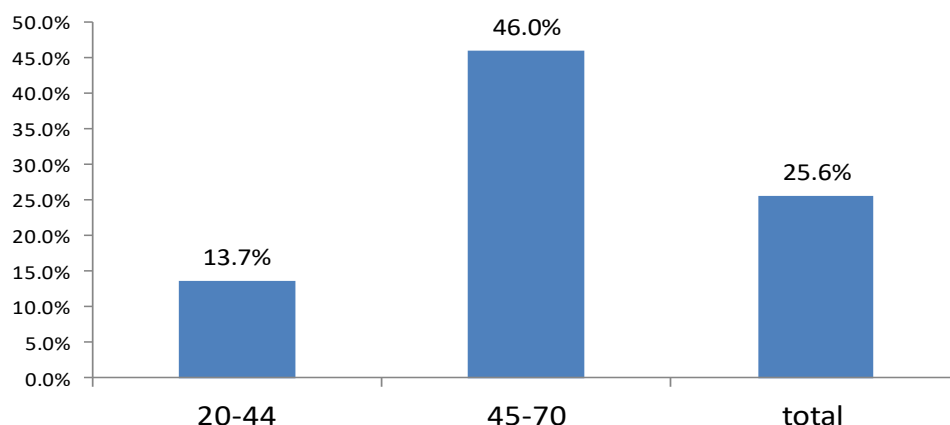


Figura 7. Proportioni i grave që raportojnë të kenë kryer të paktën një herë në jetë mamografi sipas grup-moshave (Rabiaj et al. 2017).

Kjo gjetje konfirmohet nga një studim tjetër i kryer nga Instituti i Shëndetit Publik në popullatën e rrethit të Fierit në të njëjtin vit (Figura 8).

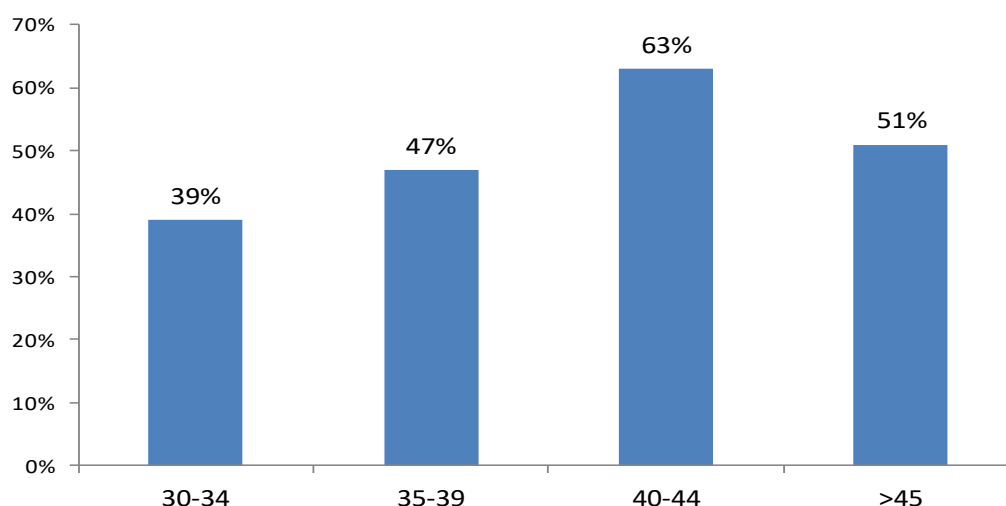


Figura 8. Proportioni i grave që raportojnë të kenë kryer të paktën një herë në jetë një ekzaminim për kancerin e gjirit (mamografi dhe/ose ekografi) sipas grup-moshave, ISHP 2017

Studimi Demografik e Shëndetësor (14) i kryer në kampione përfaqësuese të popullatës shqiptare në vitin 2009 dhe vitin 2018, dëshmon një rritje të ndërgjegjësimit të grave lidhur me mundësitë e diagnostikimit të hershëm të kancerit të gjirit. Në vitin 2018 mbi 90% e tyre raportojnë të jenë të informuara mbi mamografinë (Figura 9).

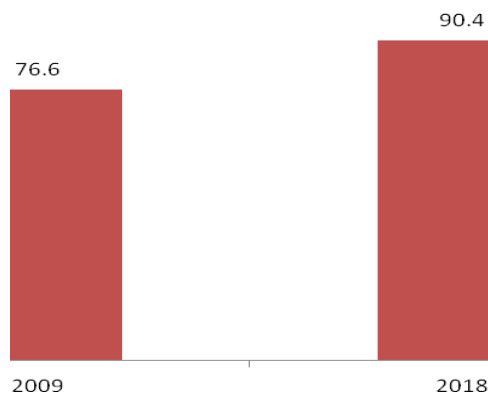


Figura 9. Proporcioni i grave 15-49 vjeç që kanë informacion mbi mamografinë (14)

Rekomandime për të ardhmen

Shërbimet e diagnozës së hershme të kancerit të gjirit në vendin tonë kanë ende mundësi për përmirësime brenda modelit ekzistues (kombinim i ekzaminimit klinik me mamografinë depistuese). Kështu, ndërhyrje të nevojshme mund të ishin: rishikimi i protokollit klinik, rishikimi i treguesve të performancës së mjekëve të familjes dhe qendrave të mamografive, aplikimi i standardeve të sigurimit të cilësisë, organizimi i një qendre të gjirit (breast centre) për diagnozë dhe trajtim efikas, etj.

Në kushtet e një programi të organizuar depistimi të bazuar në mamografi dhe të kufizuar vetëm në grup- moshën 50-60 vjeç dhe me një mbulesë minimale (në fillim të programit) prej rreth 40% të popullatës target, do të ishte e nevojshme të kryheshin çdo vit rreth 40 000 ekzaminime mamografike depistuese (Tabela 3). Do të ishte më e përshtatshme që një program i organizuar depistimi të fillonte në një rajon të caktuar dhe më tej. Duke rritur kapacitetet dhe duke fituar përvojë do të mundësohej shtrirja në gjithë territorin e vendit, apo edhe zgjerimi i grup-moshës deri në 69 vjeç. Ndërkohë do të mund të punohej për rritjen e mbulesës, sigurimin e cilësisë dhe trajtimin gjithnjë e më efikas. Nga analiza e të dhënave lidhur me mamografitë e kryera, duket se për momentin Shkodra do të ishte qarku me kapacitete më të përshtatshme për të pilotuar programin. Nëse pilotimi do të duhej të fillonte në Tiranë, do të ishte e nevojshme që të investohej më shumë në mamografi fikse, të cilat të instaloheshin pranë Qendrës së Gruas në Spitalin Obstetrik-Gjinekologjik, ose pranë një poliklinike. Mamografia pranë repartit onkologjik në QSUT, nuk mund të shërbejë për ekzaminime depistuese. Gjithsesi, rekomandime më të plota dhe të detajuara në këtë drejtim do të mund të jepeshin duke përdorur edhe asistencë ndërkombëtare (p.sh.: OBSH dhe IARC).

Tabela 3. Volumi bazë i ekzaminimeve të nevojshme në kushtet e programeve të organizuara të depistimit në Shqipëri

Lloji i kancerit	Mosha target	Popullata	Periodiciteti	Mbulesa fillestare	Ekzaminime në vit
Kanceri i cerviksit	40-50	170 000	Çdo 5 vjet	40%	15 000
Kanceri kolorektal	35-70*	1 200 000	Çdo vit*	40%	300 000
Kanceri i gjirit	50-60	200 000	Çdo 2 vjet	40%	40 000

*Grup-mosha dhe periodiciteti i ofruar gjatë testimit për gjak okult në fece nuk janë kosto - efektive. Është e nevojshme që këto të rishikohen.

Bibliografia

1. IARC Database

http://www.dep.iarc.fr/WHODb/Graph4p.asp?cancer%5B%5D=92&female=2&country%5B%5D=4005&country%5B%5D=3068&country%5B%5D=2130&country%5B%5D=4182&country%5B%5D=4270&country%5B%5D=3380&country%5B%5D=4303&country%5B%5D=2460&country%5B%5D=4335&country%5B%5D=2470&sYear=1950&eYear=2020&stat=3&age_from=1&age_to=18&orientation=1&window=1&grid=1&line=2&moving=1&scale=0&submit=%A0%A0%A0Execute%A0%A0%A0

2. Raporti kombëtar mbi sëmundjet jo të trasmetueshme (NCD) ISHP-INSTAT Dhjetor 2018

3. Breast cancer prevention and control: WHO.

<https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>

4. Anderson BO et al. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*, 113, 2221–43.

5. WHO Position paper on mamography screening. 2014.

6. USPSTF website. August 2017.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/breast-cancer-screening1>

7. IARC Breast Cancer Screening. Volume 15. 2016

8. CanScreen5 June 2019. IARC breast cancer screening EU fact sheet

9. Globocan database. Mortality trends 87-2012. <https://gco.iarc.fr/>

10. Giordano L, et Euromed Cancer working group; The EUROMED cancer network: state-of-art of cancer screening programmes in non-EU Mediterranean countries Eur J Public Health. 2016 Feb;26(1):83-9. doi: 10.1093/eurpub/ckv107
11. Eunji Choi et al., Cancer mortality-to-incidence ratio as an indicator of cancer management outcomes in Organization for Economic Cooperation and Development countries
Epidemiol Health. 2017; 39: e2017006.
12. Coleman MP Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD).
13. A. Ylli et al. Kontrolli i kancerit të gjirit. Udhërrëfyes për Shërbimet e Kujdesit Parësor. Instituti i Shëndetit Publik. 2014.
14. ADHS 2009, 2018.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë në popullatën e femrave dhe kanceri i dytë që haset më shpesh në popullatën e përgjithshme në Shqipëri. Faktorët e rrezikut të lidhur me stilin e jetesës janë përgjegjës për mbi 20% të kancereve të gjirit.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Raporti ofron të dhënat më të fundit për kancerin e gjirit në vendin tonë, përfshirë vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë (incidenca dhe prevalenca), dhe përpjekjeve për kontrollin e kësaj sëmundjeje.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Parandalimi parësor i kancerit të gjirit duhet të jetë i integruar me kontrollin e sëmundjeve jo të transmetueshme dhe përpjekjet e përgjithshme në drejtim të parandalimit. Shërbimet e diagnozës së hershme të kancerit të gjirit në vendin tonë kanë ende mundësi për përmirësime brenda modelit ekzistues (kombinim i ekzaminimit klinik me mamografinë depistuese).

**RAPORTIM SHPËRTHIMI
EPIDEMIK**

Hetim në vatër antraksi në kafshë, rast (ngordhje) dhe vlerësimi i riskut në njerëz

Luljeta Alla¹, Agim Verçani², Manjola Kyçyku², Silva Bino¹

¹ Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

² Shërbimi epidemiologjik, Drejtoria e Shëndetit Publik, Elbasan Tiranë

Abstrakt

Në këtë artikull paraqesim një hetim në vatër antraksi në kafshë, rast (ngordhje) si dhe vlerësimin e riskut në njerëz. Më datë 07.08.2018 është lajmëruar veterineri i zonës për një ngordhje të papritur të një lope. Mbas dyshimit për rast Antraksi bazuar në shenjat e shfaqura është marrë mostra, sekrecione anale, vaginale dhe nazale të cilat janë dërguar në ISUV. Mostra është dërguar në Tiranë në laboratorin e ISUV-it për tu analizuar dhe ka rezultuar pozitiv për Antraks. Nga anketimi i familjarëve të familjes rezulton se nuk ka persona të dyshuar / të sëmurë. Familja përbëhet nga 8 anëtarë. Gjatë procesit të groposjes kanë ndihmuar dy pjesëtarë të familjes të cilët më pas nuk kanë shfaqur asnjë problem shëndetësor. Fshati Cepe është konsideruar vatër Antraksi në kafshë pavarësisht këtij rasti, i cili konsiderohet sporadik. Bashkia Belsh konsiderohet si zonë e pastër nga Antraksi, pasi ndër vite nuk janë evidentuar raste Antraksi në kafshë. Vaksinimet janë kryer në të imta në kafshët e remontit për Brucelozë dhe gjurmim për TBC ekstrapulmonar. Afërsisht janë rreth 20.000 krerë të imta dhe gjedhë. Menjëherë mbas shfaqjes së vatrës së Antraksit më datë 23.08.2018 ka filluar aplikimi i vaksinës së Antraksit në gjedh rreth 150 krerë dhe të imta rreth 800 doza.

Të dhëna demografike

Rrethi: Elbasan

Pronari: H. H.

Bashkia: Belsh

Fshati: Cepe

Historia e ngjarjes

Më datë 07.08.2018 është lajmëruar veterineri i zonës për një ngordhje të papritur të një lope nga pronari H. H.

Mbas dyshimit për rast Antraksi bazuar në shenjat e shfaqura si: rrëzim i papritur, të dridhura, gjakderdhje nga anusi dhe mosmpiksje të gjakut është kryer groposja e kafshës së ngordhur.

Është marrë mostra nga ana e tyre, sekrecione anale, vaginale dhe nazale të cilat janë dërguar në ISUV. Mostra është marrë në datë 07.08.2018, në orën 12. Mostra është dërguar në Tiranë në laboratorin e ISUV-it më datë 09.08.2018 dhe analizuar me datë 15/08/2018 dhe ka rezultuar pozitiv për Antraks.

Investigimi i kryer

Nga anketimi i familjarëve të familjes H. Rezulton, se nuk ka persona të dyshuar / të sëmurë. Familja përbëhet nga 8 anëtarë. Gjatë procesit të groposjes kanë ndihmuar dy pjesëtarë të familjes K.H. 57 vjeç dhe G.H. 41 vjeç të cilët më pas nuk kanë shfaqur asnjë problem shëndetësor.

Tabela 1. Lista e personave në familjen H. fshati Cepe, Belsh

Emër Mbiemër	Mosha	Gjinia	Manipuluar	I sëmurë Po/jo		Vend-banimi
H.H	65 vjeç	M	Jo	Jo	I zoti i shtëpisë	Cepe
K.H	57 vjeç	F	Po	Jo	Bashkë- shortja	Cepe
G.H	41 vjeç	M	Po	Jo	I biri	Cepe
L.H	35 vjeç	F	Jo	Jo	Nusja e djalit	Cepe
A.H	30 vjeç	M	Jo	Jo	I biri	Cepe
K. R	27 vjeç	F	Jo	Jo	Mbesa	Cepe
V.H	2 vjeç	F	Jo	Jo	Mbesa	Cepe
L.R	30 vjeç	F	Jo	Jo	Vajza	Cepe

Masat e marra në vatër

- Groposja dhe djegija ~ 200 m larg shtëpisë bashkë 3 m thellësi me gjithë mbetjet përreth (FOTO).
- Dezinfektimi përreth vendit të groposjes me hipoklorit.
- Dezinfektimi i vendqendrimit të kafshëve me gëlqere.
- Dezinfektimi i sipërfaqes përreth karkasës me formalinë.
- Sipas referimit të veterinerit të zonës Ervis Shehu janë mbajtur nën monitorim kafshët e tjera: 2 lope, 1 viç dhe 3 dele, duke kryer termometrimin e kafshëve për 7 ditë.

Gjendja epizotike dhe përbërja e blegtorisë në Bashkinë Belsh

Fshati Cepe është konsideruar vatër Antraksi në kafshë pavarësisht këtij rasti i cili konsiderohet sporadik. Bashkia Belsh konsiderohet si zonë e pastër nga Antraksi, pasi ndër vite nuk janë evidentuar raste Antraksi në kafshë. Vaksinimet janë kryer në të imta në kafshët e remontit për Brucelozë dhe gjurmim për TBC ekstrapulmonar. Afërsisht janë rreth 20.000 krerë të imta dhe gjedhë. Menjëherë mbas shfaqjes së vatrës së Antraksit më datë 23.08.2018 ka filluar aplikimi i vaksinës së Antraksit në gjedh rreth 150 krerë dhe të imta rreth 800 doza.

Lloji i vaksinës Antravax

No.ser. 1800210

Skadenca Janar 2018

Faktorë risk të mundshëm u konsideruan:

- Mungesa e vaksinimit në kafshë për një kohë të gjatë (pavarësisht se zona ka qenë e pastër).
- Therrjet e pakontrolluara të bagëtive.
- Mungojnë therrtoret në nivel bashkie (ngrihet dhe si shqetësim nga shërbimi veterinar).
- Tregëtimi i produkteve të pakontrolluara si: qumështi dhe nënproduktet e tij.
- Vendstrehimi i kafshëve në distancë shumë të afërt nga banesa.

Vlerësimi i riskut në njerëz mund të konsiderohet i kontrolluar bazuar kjo në faktorët e mëposhtëm si:

- Bagëtitë mbarështohen nga vetë familja nuk kanë kryer blerje nga zona të tjera, apo tregje kafshësh të paktën për 10 vite.
- Bagëtitë nuk i dërgon në kullota verore për arsye, se zotëron një numër të vogël të tyre.
- Zona është konsideruar e pastër, ky konsiderohet shpërthimin i ri.
- Asgjësimi i sigurtë i karkasës.

- Nuk ka të prekur në njerëz dhe mbajtja nën vëzhgim e personave, të cilët kanë manipuluar me kafshën.

Figura 1. Harta nga vatra e prekur



**NJOFTIME PËR
POLITIKAT
SHËNDETËSORE**

Roli i fortifikimit të ushqimeve në kontrollin e kequshqyerjes nga mikronutrientët - Fortifikimi i kripës një model i kontrollit të pasojave shëndetësore nga mungesa e jodit në dietë

Jolanda Hyska¹, Entela Bushi²

¹ Departamenti i Vlerësimit dhe Trajtimit të Risqeve të Shëndetit Publik, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

² Departamenti i Laboratorëve të Referencës Kombëtare të Shëndetit Publik, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Mikronutrientët janë lëndë ushqyese, që në sasi të vogla, janë shumë të nevojshme, për funksionimin fiziologjik normal të organizmit të njeriut. Mangësia në marrjen e tyre çon në një numër të konsiderueshëm komplikimesh shëndetësore. Në nivel global më shumë se 2 miliardë njerëz preken nga mungesa e mikronutrientëve. Kontrolli i deficiencave të vitaminave dhe mineraleve është pjesë thelbësore e përpjekjeve të përgjithshme për të luftuar urinë dhe kequshqyerjen. Fortifikimi i ushqimit konsiderohet shtesa e qëllimshme e një ose më shumë mikronutrientëve në ushqime të veçanta, në mënyrë që të sigurohet një marrje e rritur e këtyre mikronutrientëve, me qëllim korrigjimin ose parandalimin e një deficiencie të demonstruar, dhe/ose për përfitime në shëndet. Ndërhyrjet në shkallë të gjerë përmes fortifikimit të ushqimeve me mikronutrientë po tregojnë se janë efektive, pasi ato po çojnë në zvogëlimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë që u atribuohet mangësive nga mikronutrientët. Në shkallë ndërkombëtare, fortifikimi i ushqimeve me jod, hekur, vitaminë A për grupet më të ndjeshme dhe më të rrezikuara konsiderohet sot një nga ndërhyrjet më të suksesshme për minimizimin apo ç'rrenjosjen e çrregullimeve që vijnë nga marrja e pamjaftueshme e mikronutrientëve. Në Shqipëri, gjithashtu, zbatimi i disa politikave që kanë si qëllim fortifikimin e kripës me jod dhe përdorimin universal të kripës së jodizuar për konsum njerëzor dhe shtazor, ka ndryshuar thellësisht situatën e deficiencës jodike: nga një vend me prevalencë të deficiencës jodike prej 97,2% (ku 62,7% formë e rëndë) në vitin 1993, në (49.6%) në vitin 2012 (bazuar në medianën e ekskretimit të jodit në urinë).

Hyrje

Kontrolli i deficiencave të vitaminave dhe mineraleve është një pjesë thelbësore e përpjekjeve të përgjithshme për të luftuar urinë dhe kequshqyerjen. Prandaj duhet të përkrahen veprime që nxisin një rritje në furnizim, në mundësi marrje në konsum dhe në përdorim të një racioni të mjaftueshëm, në cilësi dhe llojshmëri të ushqimeve për të gjithë grup popullatat. Qëllimi është që njerëzit të jenë në gjendje të sigurojnë nga dieta e tyre të gjithë energjinë së bashku me makro dhe mikronutrientët e nevojshëm për të gëzuar një jetë të shëndetshme dhe produktive.

Sot janë të disponueshme ndërhyrje të ndryshme efektive në ushqyerje që mundësojnë parandalimin e kequshqyerjes nga mikronutrientët dhe pasojat e saj.

Programet kryesore që furnizojnë me shtesa mikronutrientësh janë: dieta e larmishme, suplementi dhe fortifikimi i ushqimit.

Përfitimet kryesore të Shëndetit Publik nga fortifikimi janë:

- parandalimi ose minimizimi i rrezikut të shfaqjes së deficiencës të mikronutrientit/ëve në një popullatë apo në grupe të veçanta.
- kontributi në korrigjimin e deficiencës së një ose më shumë mikronutrientësh të demonstruar në një popullatë apo në grupe të veçanta të saj.

Fortifikimi i ushqimit ka disa përparësi në krahasim me ndërhyrjet e tjera:

- nuk ka nevojë për ndryshim në modelet dietike të popullatës,
- mund të sigurojë një sasi domethënëse të marrjeve dietike të rekomanduara për një numër mikronutrientësh në mënyrë të vazhdueshme,
- nuk kërkon miratim individual.

Metodologjia

Fortifikim i ushqimit konsiderohet shtesa e qëllimshme e një ose më shumë mikronutrientëve në ushqime të veçanta, në mënyrë që të sigurohet marrje e rritur e këtyre mikronutrientëve, me qëllim korrigjimin ose parandalimin e një deficiencie të demonstruar, dhe/ose për përfitime në shëndet. Një produkt ushqimor mund të përmbajë si shtesë një mikronutrient të vetëm ose kombinime të disa mikronutrientëve.

Ndikimi në shëndetin publik i fortifikimit të ushqimit varet nga një numër parametrash, por më të rëndësishmit janë niveli i fortifikimit, aftësia e fortifikuesve për t'u përthithur nga organizmi, dhe sasia e konsumit të ushqimit të fortifikuar.

Deficienca e 'makro' dhe 'mikro' nutrientëve shpesh bashkekzistojnë dhe që të dyja ndikojnë në rritjen fizike, zhvillimin mendor dhe imunitetin. Sigurimi i ushqimeve të fortifikuara mund t'i zgjidhë të dyja këto probleme.

Procesi i fortifikimit mund të vendoset në sistemin ekzistues të prodhimit dhe të shpërndarjes së ushqimeve. Për këtë arsye, ai mund të jetë i qëndrueshëm për një periudhë të gjatë kohore.

Fortifikimi i produkteve ushqimore, gjerësisht të shpërndara dhe të konsumuara, përmirëson gjendjen nutricionalë të një pjese të madhe të popullatës, si të varfër dhe të pasur. Ai mbart një rrezik minimal për toksicitet kronik. Kur ekzistojnë deficiencia multiple, d.m.th deficiencia të më shumë se një mikronutrienti, fortifikimi i ushqimit mund të zgjidhë njëkohësisht këto probleme në një popullatë me një dietë të varfër.

Zakonisht shtimi i një ose disa mikronutrientëve nuk ndikon në koston totale të produktit ushqimor në pikën e prodhimit, sidomos kur ekziston teknologjia dhe është në funksionim një sistem i përshtatshëm shpërndarje i produkteve ushqimore.

Fortifikimi i ushqimit është zgjidhja më kosto-efektive dhe e qëndrueshme. Ai luan një rol të madh në përmirësimin e dietës dhe plotësimin e nevojave me mikronutrientë të popullatës. Ai duhet të shihet si pjesë e një strategjie të integruar të bazuar tek ushqimi.

Për të siguruar suksesin dhe qëndrueshmërinë e tyre, sidomos në vendet e varfëra, programet e fortifikimit të ushqimit duhet të zbatohen në bashkëpunim me programet për reduktimin e varfërisë dhe me programe të tjera të ndërhyrjeve në bujqësi, shëndet, arsim dhe në fushën shoqërore.

Llojet e fortifikimit

Ekzistojnë forma të ndryshme të fortifikimit të ushqimit: *fortifikimi masiv* (fortifikimi i ushqimeve të konsumuara gjerësisht nga popullata e përgjithshme), *fortifikimi target* (fortifikimi i ushqimeve të përcaktuara për nëngrupe të veçanta popullate, të tilla si: ushqimet plotësuese për fëmijët e vegjël apo racione ushqimore për popullatat e shpërngulura) dhe *fortifikimi i drejtuar nga tregu* (fortifikimi vullnetar i ushqimit nga prodhuesit e ushqimit dhe të disponueshme në treg). Llojet e tjera të fortifikimit janë: fortifikimi në familje dhe komunitet, biofortifikimi i ushqimeve bazë.

Fortifikimi mund të kategorizohet edhe si i detyrueshëm ose vullnetar. Dallimi ndërmjet tyre ka të bëjë me nivelin e detyrimit që i kërkohet prodhuesve të ushqimit në përputhje me qëllimet e qeverisë të shprehura në ligj. *Fortifikimi i detyrueshëm*: -Ligjet/rregullat kombëtare detyrojnë që fortifikimi të bëhet një karakteristikë në identitetin e një ushqimi të veçantë. *Fortifikimi vullnetar*: -Një prodhues ushqimi zgjedh lirisht të fortifikojë ushqime të veçanta në përgjigje të zbatimit të ligjit të ushqimit, ose në rrethana të veçanta i inkurajuar nga qeveria për ta bërë këtë. Fortifikimi vullnetar ka tendencë të përdoret, kur ka rreziqe më të ulëta për shëndetin publik.

Globalisht, sistemet e fortifikimit të detyrueshëm janë shpesh të zbatuara për fortifikimin e ushqimit me mikronutrientë të tillë si: jod, hekur, vitaminë A, dhe gjithnjë e më shumë acid folik.

Nga këto, jodizimi i kripës është forma më e përhapur gjerësisht e fortifikimit masiv të detyrueshëm. Në Bullgari, Shqipëri, Bjellorisi, Filipine, për shembull, standardi ligjor për kripën e jodizuar kërkon një nivel minimal të fortifikimit me jod të të gjithë kripës për konsum njerëzor. Shembuj të tjerë të fortifikimit masiv të detyrueshëm përfshijnë shtimin e vitaminës A në sheqer dhe margarinë, fortifikimin e miellit me hekur dhe së fundi me acid folik dhe vitaminë B12.

Për të përcaktuar nëse fortifikimi i detyrueshëm ose vullnetar është zgjedhja më e përshtatshme për kushtet që mbizotërojnë në një vend, duhen marrë në konsideratë disa faktorë kyç si: rëndësia e nevojave të shëndetit publik; përmasa dhe shkalla e sektorit të industrisë ushqimore, niveli i vetëdijes në popullatë mbi nevojat ushqyese, mjedisi politik dhe modelet e konsumit ushqimor.

Fortifikimi i kripës një model i kontrollit të pasojave shëndetësore nga mungesa e jodit në dietë

Aktualisht Deficienca Jodike konsiderohet si *shkaku kryesor i dëmtimeve të parandalueshme të trurit në nivel botëror*. Ky është motivimi bazë pse sot gjithë bota lufton për eliminimin e Çrregullimeve nga Deficienca Jodike (IDD-ja). Globalisht 30% e popullsisë së botës është e prekur nga IDD-ja.

Deficienca jodike ndodh kur marrja e jodit bie poshtë niveleve të nevojshme, duke bërë që tiroidja të mos jetë në gjendje të sintetizojnë sasi të mjaftueshme të hormoneve tiroidale. Niveli i ulët i hormoneve të tiroides në gjak në këtë rast bëhet faktori kryesor përgjegjës për dëmtimin e zhvillimit të trurit dhe efekteve të tjera të dëmshme të njohura së bashku si "Çrregullimet nga Deficienca Jodike".

Faktori kryesor përgjegjës për deficiencën jodike është marrja e ulët e jodit nga dieta.

Ndër të gjitha çrregullimet e tjera të shkaktuara nga deficienca e nutrientëve, *IDD-ja është çrregullimi më i lehtë dhe më pak i kushtueshëm për t'u parandaluar*. Shtimi në mënyrë konstante i një sasive të vogël jodi në kripën që njerëzit konsumojnë çdo ditë është ajo çfarë nevojitet për ta parandaluar shfaqjen e IDD-së.

Progres i madh është arritur në reduktimin e deficiencës jodike nëpërmjet jodizimit të kripës. Shumë vende kanë arritur qëllimin e Jodizimit universal të Kripës, por përparimi nuk ka qenë i njëjtë në të gjitha rajonet. Në Amerikën Latine, 90% e të gjitha familjeve kanë mundësi të marrin kripë të jodizuar. Të gjitha shtetet kanë legjislacion të detyrueshëm për këtë qëllim. Në Azinë Jugore dhe Jug-Lindore, mbulimi me kripë të jodizuar luhet nga 20-90%. Në zonat ku familjet konsumojnë kripë të jodizuar, përqindja e përgjithshme e gushës të fëmijët ka rënë në mënyrë shumë të ndjeshme.

Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, jodizimi në shkallë të gjerë i kripës në Miçigan, reduktoi përqindjen e gushës nga rreth 40% në nën 10%. Në fillim të shekullit të 20-të pothuajse të gjithë fëmijët e shkollave zvicerane kishin gushë dhe 0,5% e popullsisë kishte kretinizëm.

Kur u fut kripa e jodizuar në vitin 1922, prevalenca e gushës dhe shurdhmemecërisë tek fëmijët ra në mënyrë të ndjeshme. Që atëherë, një program i qëndrueshëm i jodizimit të kripës ka siguruar një disponueshmëri jodi në nivele të duhura për të gjithë popullsinë zvicerane.

Zbatimi i të njëjtit program në Shqipëri ka ndryshuar thellësisht situatën e deficiencës jodike: nga një vend me prevalencë të deficiencës jodike prej 97,2% (ku 62,7% formë e rëndë) në vitin 1993 (bazuar në medianën e ekskretimit të jodit në urinë), në vitin 2007 Shqipëria rezulton me prevalencë të IDD-së 55,6 % (ku 6,8% formë e rëndë, 19,9% e mesme, 28.9% e lehtë), dhe pas aprovimit të ligjit për jodizimin dhe përdorimin universal të kripës për konsum njerëzor dhe shtazor në vendin tonë në vitin 2008, të dhënat studimore konfirmojnë ulje të mëtejshme si të prevalencës së IDD- së (49.6%) edhe të ashpërsisë së saj në të moderuar (vlerësuar nga mediana e jodit urinar).

Bibliografia

World Health Organization. Goitre as a determinant of the prevalence and severity of iodine deficiency disorders in populations; 2014 [cited 2017 Dec 11]. Available from: http://www.who.int/vmnis/indicators/goitre_idd/en/.

World Health Organization. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers; 2007 [cited 2017 Dec 11]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43781/1/9789241595827_eng.pdf.

Allen L et al. Guidelines on food fortification with micronutrients. Geneva, WHO and FAO, 2006. Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/guide_food_fortification_micronutrients.pdf

MOST, The USAID Micronutrient Program FINAL REPORT November 2005

Flour fortification with iron folic acid vitamin B12. October 9-10, 2003 Santiago, Chile Regional Meeting Report. Available from: www.paho.org.)

WHO. Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005. Available from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44110/9789241598019_eng.pdf

WHO Global Database on Vitamin A Deficiency. Geneva, World Health Organization, 2009. Available from:

https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/vitamin_a_deficiency/9789241598019/en/.

F. Franzellin, J. Hyska, E. Bushi A national study of iodine status in Albania
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF03346502>.

Hyska.J “Vlerësimi i gjendjes së jodit në popullatën shqiptare pas përmirësimit të profilaksisë së pamjaftueshmërisë jodike”

Available from : <http://nasri.gov.al/dokumenta/PrezantimePKKZH/JolandaHyska.pdf>



BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK:
Rr. Aleksandër Moisiu, Nr. 80, Tiranë, SHQIPËRI
E-mail: ishp@shendetesia.gov.al
Tel: 04 23 74 756, Fax: 04 23 70 058