

# BULLETTINI

I URDRIT TË MJEKËVE TË SHOIPERISË



Nr. 2 Maj - Gusht 2017  
Viti i XVIII-të i Botimit

---

## PËRMBAJTJA

### **Editoriali:**

- Brahimaj F., Dhuna ndaj mjekëve

### **Probleme Organizative:**

- Informacion mbi Mbledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH-së, të datës 07.07.2017
- Rregullore e brendshme për funksionimin e Aparatit Qëndror Ekzekutiv të Këshillit Kombëtar të Umsh-së

### **Etikë dhe Deontologji:**

- Çipi B., Konsenti dhe informimi i të sëmurit

### **Edukimi i Vazhdueshëm Mjekësor:**

- Argjiri I., Informacion mbi edukimin e vazhdueshëm të mjekëve

### **Veprimtari Ndërkombëtare:**

- Mbledhja e 120-të e Asamblesë Mjekësore Gjermane
- Takimi i Bordit të SEEMF
- Takimi vjetor i EFMA
- Informacion mbi zgjedhjen e Dr. Fatmir Brahimaj, anëtar i Komitetit të Anëtarësisë të Shoqatës Ndërkombëtare të Autoriteteve Rregulluese Mjekësore (IAMRA)

### **Paraqitje Përgjithësuese:**

- Ndreca N., Trajtimi dhe mjekimi racional i të sëmurëve në Shërbimin Ambulator
- Spahiu O., Shkaku i Kancerit: “Fati i Keq”

### **Rubrika e Mjekut të Familjes:**

- Hoxha M., Lekli E., Zekthi-Kryeziu E., Hipereozinofilia dhe Sindromi Hipereozinofilik
- Shehu E., Pumo G., Shehu E., Sindromi Melkersson-Rosental si një diagnozë diferenciale e Angioedemës
- Golemi E., Tiroidja dhe Shtatzënia
- Radovani P., Gjendje Vertigjinoze apo Humbje e Ekuilibrit
- Haruni M.,Koprencka B., Krahasimi i Indekseve Hematologjike ne Anemine Ferrodeficitare ne femijet e moshes nen 12 vjec.

### **Nekrologji:**

- Dr.Ylli Popa, Dr. Elez Selimi, Dr. Arqile Andrea, Dr. Luter Kreshpa, Dr. Simon Çapeli, Dr. Qemal Kadija, Dr.Kostaq Dimko

## DHUNA NDAJ MJEKËVE

*Dr. Fatmir BRAHIMAJ*

Një fenomen shqetësues, i cili po shihet gjithnjë e më shpesh dekadat e fundit, është edhe dhuna ndaj mjekëve. Ajo shpërthen për arsye të ndryshme dhe shfaqet në forma të larmishme, nga dhuna verbale në atë fizike. Sigurisht pasojat janë të shumta jo vetëm për mjekët por edhe për vetë të sëmurët, cilësinë e shërbimit, mbrojtjen e shëndetit të popullatës, marrëdhëniet mjek–pacient dhe për mbarë shoqërinë.

Në përgjigje të disa akteve të bujshme të dhunës ndaj mjekëve, vetë mjekët si dhe UMSH kanë reaguar duke shprehur indinjatën, shqetësimin dhe protestën nëpërmjet prononcimeve, deklaratave e deri në greva 1 orëshe të personelit të strukturave shëndetësore ku dhuna është ushtruar dhe hera herës edhe në gjithë vendin, duke demonstruar solidaritetin profesional. Nëpërmjet këtyre formave është kërkuar mbrojtja e bluzave të bardha dhe rivendosja e dinjitetit të mjekëve dhe të personelit mjekësor. Madje është kërkuar edhe dhënia e një statusi të veçantë që siguron paprekshmërinë e bluzave të bardha. Vazhdimësia e fenomenit në ritmet dhe përmasat e sotme dëshmon se nevojitet një vlerësim më serioz, dhe një angazhim më i madh e më shumë gjithëpërfshirës nga e gjithë shoqëria jonë, për të kuptuar më mirë, për ta menaxhuar dhe zgjidhur si duhet atë.

Le të sjellim në vëmendje disa fakte:

- Cilido që ofendon apo godet mjekun duhet të jetë i qartë se ka përpara personin që ka shpëtuar dhjetëra jetë njerëzish, që ka kaluar netë të tëra pa gjumë, ka prishur me qindra herë jo vetëm qetësinë e tij por edhe të familjes së tij, për kryerjen e detyrës së shenjtë **‘në shërbim të jetës dhe shëndetit të njerëzve’**.
- Mjekët nuk janë gjithmonë 100% të suksesshëm. Nuk mund të ketë mjek në botë që gjatë karrierës së tij profesionale, në luftë mes jetës dhe vdekjes të humbasë, të gabojë, ashtu siç mund ti ndodh kujtdo në një profesion tjetër (por gabimet në mjekësi janë më të dhimbshme, më të rëndat, më të pafalshmet, shpesh të pakorrigjueshme, por ndonjëherë edhe të paevitueshme). Arsytet duhen kërkuar tej punës së mjekut si individ, shpesh mund të gjenden në vetë sistemin shëndetësor, organizimin dhe funksionimin e tij.
- Studimet dhe kërkimet në botë kanë vërtetuar se thujtë të gjitha incidentet që lidhen me sigurinë e pacientit janë rezultat i përpjekjeve të pamjaftueshme për të zbuluar rrethanat që i mundësojnë ato dhe i masave për të parandaluar e minimizuar eventin, për ta bërë sistemin shëndetësor më të sigurtë për pacientin dhe vetë personelin. Shtimi i përpjekjeve është detyrim për profesionistët e shëndetit dhe për të gjithë faktorët dhe aktorët që veprojnë brenda sistemit shëndetësor.
- Në këtë kontekst UMSH-ja duke e konsideruar sigurinë e pacientit si element thelbësor të cilësisë së kujdesit shëndetësor, e ka shprehur atë në “Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore” si detyrim etik dhe profesional për çdo mjek, dhe deklarohet i vëmendshëm dhe i vendosur për të ndëshkuar çdo mjek që shkel këtë parim të rëndësishëm dhe të shenjtë.

Dhuna ndaj mjekëve nuk është problem vetëm në Shqipëri. Fatkeqësisht ajo shihet si shqetësim në rritje kudo në botë. Vitet e fundit ajo është trajtuar me vëmendje edhe nga organizma të rëndësishëm profesional ndërkombëtar (CEOM 2016,2017; EFMA 2017; WMA disa herë; ZEVA 2017 etj).

Në vitin 2016, Dr. R. Kezman (zv. president i CEOM) raportoi se në botë gjatë vitit 2015 - 287 punonjës shëndetësorë (109 të vrarë, 110 të plagosur, 68 të rrëmbyer) kishin qenë viktimat e sulmeve madhore ndaj tyre, në 148 incidente të ndodhur në 25 vende të botës. Në 2015 kishte 22% punonjës më shumë dhe 42 viktimat më tepër. Incidente të ndodhura kryesisht në 5 vende: Afganistan, Somali, Sudan i Jugut, Siri dhe Jemen; ndaj personelit mjekësor në operacione ndihmash komunitare. Këto

veprime dhune flasin për egërsinë, barbarinë dhe terrorin e jashtëzakonshëm të konflikteve të kohës. Tani nuk kursehen as strukturat shëndetësore, të sëmurët apo personeli i tyre, të cilët më parë nuk prekeshin.

Sidoqoftë në zonat e konflikteve, konteksti i dhunës është i ndryshëm nga ai në vendet në paqe. Sipas sondazheve këto fenomene janë edhe më shumë nga ç' bëhen publike dhe raportohen në instancat përkatëse apo në media. Sipas studiuesve, thuhet dhe besohet se shohim vetëm majën e një ajsbergu të një problemi të madh mjaft serioz, dhe të gjithë bashkë do të na duhet të punojmë fort për të saktësuar përmasat e vërteta, duke evidentuar e raportuar çdo rast, duke hartuar një strategji për parandalimin, evitimin dhe trajtimin e duhur të rasteve.

### *Çfarë propozohet?*

- Evidentimi, raportimi dhe analizimi i çdo rasti (formularë raportimi, grupe pune për zgjidhje të incidentit, etj..).
- Bashkëpunim periodik me strukturat profesionale ndërkombëtare (Observatori Evropian për Dhunën) për hartimin e strategjive parandaluese në nivel ndërkombëtar (struktura dhe forume të organizmave profesionale ndërkombëtare).
- Ndryshim të kuadrit ligjor në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar

### *Situata në Shqipëri*

Fatkeqësisht edhe tek ne dhuna ndaj mjekëve (në të gjitha format e saj, nga verbale deri në fizike) po shtohet. Ajo është pasoja më e rëndë dhe shfaqja më e shëmtuar e thellimit të mëtejshëm të krizës së besimit që ekziston ndërmjet publikut shqiptar dhe bluzave të bardha. Faktikisht:

- Në çdo fushatë zgjedhore politikanët bëjnë premtime të bujshme për ndryshime cilësore, të ndjeshme në sistemin shëndetësor të vendit, të cilat do të ndodhin në ditët e para pas zgjedhjeve. Por shpejt njerëzit zhgënjehen kur ballafaqohen me një realitet krejt tjetër. Gabimisht, pakënaqësitë e të sëmurëve dhe komunitetit shpesh i faturohen personelit shëndetësor. Por është keq-menaxhimi, keq-drejtimi dhe keq-organizimi shëndetësor që kanë çuar në mangësi të theksuara në mjete diagnostikuese, barna e procedura mjekuese. E për të gjitha këto gjithçka i faturohet personelit mjekësor.
- Tranzicioni i gjatë dhe i vështirë u shoqërua me shfaqje negative si: korrupsioni, mania për tu pasuruar me çdo kusht, etj... Nga këto fenomene nuk u përjashtua dhe një pjesë e personelit mjekësor që i manifestoi dhe vijon ti manifestojë ato.

Ndërkohë, me të drejtë pacientët kanë në rritje pretendimet për trajtime të suksesshme.

Rëndom mjekët për t'i dhënë sa më shpejt shërbimin e kërkuar pacientëve, shkelin detyrimin etik "të shpjegimit dhe sqarimit thjesht e qartë të procedurave dhe praktikave diagnostikuese dhe mjekuese, pritshmërinë e përfundimeve të tyre që çojnë në keqkuptime me pacientët dhe familjarët, apo raportimin dhe mos zgjidhjen e gabimeve mjekësore", të cilat etiketohen shpesh si neglizhencë dhe sjellin dhunë mbi personelin mjekësor e deri arrestim të tyre pa vend...

Të gjitha këto kanë bërë që nga viti në vit dhuna ndaj mjekëve të shihet thuajse në të gjithë rajonet e vendit, në spitale e qendra shëndetësore, ambiente familjare, apo ambiente të tjera ku ofrohet shërbimi shëndetësor.

Aktualisht, ne nuk kemi të dhëna të sakta për fenomenin. Dhuna fizike nuk mungon, por ajo që dominon tek ne është dhuna verbale. Më të rrezikuar janë mjekët e familjes, mjekët e urgjencës dhe ato të reparteve të reanimacionit. Por përgjithësisht i gjithë personeli mjekësor, e sidomos mjekët përveç ngarkesës dhe vështirësive të punës duhet të përballen e të punojnë në presion, të ofendohen, keqtrajtohen apo të dhunohen me pa të drejtë. Këto raste po shtohen dhe agravohen. Sigurisht kjo vetëm dëmton dhe nuk korrigjon asgjë. Mjafton të përmendet rasti i paprecedent e mjaft i dhimbshëm i mjekut reanimator, në spitalin Kontinental Tiranë, i cili bëri suicid vetë-sakrifikues përballë pre-

sionit, britmave e kërcënimeve të bëra pas vdekjes së pacientes nga një patologji e rëndë (Hipertermi malinje) dhe me vdekshmëri të lartë kudo në botë që shfaqet pas marrjes së anestezisë, për të treguar se ai ndjen shumë dhimbje e keqardhje për vdekjen e të sëmurës edhe pse bëri gjithçka që mundej.

Ky veprim mjaft i dhimbshëm dhe i paprecedent flet shumë për gjendjen e vështirë ku ndodhemi dhe besoj se ju bie kambanave të alarmit për të gjithë, për të menduar e punuar si do ta ndryshojmë situatën.

Si gjithmonë mas-media bën shumë zhurmë e bujë, opinionin publik paragjykon mjekët për mjekim të pakujdesshëm, personalitete mjekësore të fushës japin sqarime, sjellin shifra e fakte nga përvoja botërore, por këto interpretohen si justifikime për të mbrojtur kolegët; dhe opinionin përkeqësohet, urrejtja shtohet dhe në disa raste mjekët arrestohen përkohësisht pa ju vërtetuar fajësia, siç duket thjesht për të thënë se u bë diçka. Por pas një periudhe “*qetësie relative*” situatat përsëriten dhe zgjidhja dhe qëndrimi i drejt duket i largët. Në rrethana të tilla represioni e kërcënime ndaj tij. Personeli fillon të bëjë mjekësi defensive (mbrojtëse). Të sëmurët e vështirë çohen nga një ekzaminim në tjetrin, nga një specialist në tjetrin, nga strukturat publike në ato private ose anasjelltas, duke u sorollatur, mbingarkuar me kosto goxha të kripura. Në këtë vorbull ka sigurisht edhe abuzime, shkelje etike, shfaqje korruptive, neglizhencë; por mbi të gjitha i sëmuri vonohet në diagnostikë dhe mjekim, mund të rëndohet e të përfundojë keq edhe pse në pamje të parë duket se po i bëhet gjithçka.

Normalisht të sëmurët që paraqiten në klinika apo shërbime publike duhet ta mbyllin ciklin e trajtimit brenda tyre. Ata nuk kanë pse të torturohen nëpërmjet xhirove në struktura dhe dyer të ndryshme publike e private.

UMSH-ja është i vendosur dhe i gatshëm që pas një gjykimi disiplinor objektiv dhe të paanshëm, të marrë masa ndëshkimore ndaj rasteve të denoncuara dhe raportuara për problemet që i takojnë atij deri në pezullim apo heqjen e licencës.

Siç shihet shkaqet, pretekstet apo indicet e shfaqjes së dhunës janë të shumta dhe tabloja është mjaft komplekse. Kërkohet një punë serioze, gjithëpërfshirëse e shoqërisë, jo vetëm në strukturat shëndetësore, së pari për të studiuar, kuptuar drejt e më pas për të ndërtuar strategji për zgjidhje të suksesshme të problemit.

Në këto rrethana UMSH me gjithë strukturat e tij duhet të mobilizohet për të evidentuar e analizuar çdo rast e çdo formë dhune. Vetëm në këtë mënyrë do të saktësohen përmasat e vërteta të problemit duke u ndriçuar edhe shkaqet e tij. Do të evidentohen edhe vendet më të rrisuara si dhe kontingjentet më të predispozuara për të. Për të mbledhur informacionin e nevojshëm do të nevojitet edhe hartimi i një formulari nga aparati qendror i UMSH. Mbështetur në të dhënat e mbledhura do të duhet të jemi pjesë e informimit të “Observatorit Evropian të Dhunës ndaj Mjekëve”.

### **Profilaksi ndaj dhunës...**

Për UMSH është imediate bërja e profilaksisë ndaj dhunës. Për këtë së pari duhen nxitur mjekët për respektimin korrekt të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore. Në respekt të tij të ndërtohen marrëdhënie të drejta mjek-pacient nëpërmjet informimit korrekt e të gjithë anshëm, duke siguruar besimin e nevojshëm ndaj mjekut dhe duke respektuar me korrektesë konfidencialitetin e të sëmurit. Këtu ka rëndësi dhe hartimi i rregulloreve të qarta, të plota e korrekte nga administrata e strukturave shëndetësore në mënyrë që të realizojmë sigurimin e një praktike të mirë mjekësore. Mbetet gjithmonë detyrë për ne, evidentimi dhe mbajtja e qëndrimit të duhur ndaj çdo shkelje nga ana e mjekëve.

Në të njëjtën kohë duhet të punohet për edukimin e publikut për tu bërë pjesë aktive në luftën kundër dhunës. Nëpërmjet fletushkave, posterave, bisedave direkte me njerëzit apo nëpërmjet masmediave të trajtohet gjerësisht problemin. Bashkëpunimi me OJQ (shoqata pacientësh, shoqata që merren me edukimin e popullatës etj...) si dhe me strukturat shëndetësore dhe ato shtetërore sigurisht është vendimtar për arritjen e suksesit.

Ndjekja, trajtimi dhe dënimi i akteve të dhunës i takon shtetit. Aktualisht në Kodin Penal të Republikës së Shqipërisë, Neni 237 ‘Goditje për shkak të detyrës’ thotë: *“Goditjet ose vepra të tjera dhune që i bëhen punonjësit që kryen një detyrë shtetërore apo një shërbim publik, për shkak të veprimtarisë së tij shtetërore apo të shërbimit, dënohet me gjobë ose me burgim deri në 3 vjet”*.

Gjatë shumë rasteve të dhunës ndaj mjekëve nuk dimë të kenë dënuar me burg ndonjë person. Pra së pari imediat është zbatimi i këtij ligji në çdo rast dhune ndaj mjekut dhe do të sugjerim që dënimi të ishte vetëm me burg, pra të shihej mundësia e amendimit të këtij neni.

Në përfundim të këtij diskutimi të problemit të dhunës, kompleksitetin e tij dhe vështirësitë e zgjidhjes së drejtë, UMSH bën thirrje për nevojën e përfshirjes së gjithë shoqërisë për një qëndrim të përshkallëzuar ndaj këtij fenomeni. Vetëm kështu do të kemi një zgjidhje të drejtë të tij.

## **Informacion mbi Mbledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH-së, të datës 07.07.2017**

Në 7 Korrik 2017, Tiranë u zhvillua mbledhja e dytë e Këshillit Kombëtar.

Në këtë mbledhje u diskutuan mbi draft-rregulloren e brendshme për funksionimin e Aparatit Qëndror Ekzekutiv të Këshillit Kombëtar dhe një informacion mbi Edukimin e Vazhdueshëm të Mjekëve (*rezultatet dhe propozimet për përmirësim*).

Paraqitjen e këtij draft-rregulloreje u bë nga Sekretarja e Përgjithshme Kontilia Rapo e cila theksoi nevojën e miratimit të një rregulloreje të re pas miratimit të strukturës organike të Urdhrit të Mjekëve në Dhjetor 2017. Kjo Rregullore u hartua nga një grup pune për të ndarë sa më qartë përgjegjësitë dhe detyrat e këtij Aparati, sigurisht në përshtatje me Ligjin dhe vendimet e Këshillit Kombëtar.

Sipas Znj. Rapo, kjo rregullore do të rrisë zërvjelltesinë dhe efikasitetin e punës në Aparat, do të evidentojë lehtësisht përgjegjësitë e gjithsecilit, si dhe do të rrisë kërkesën e llogarisë ndaj çdo punonjësi në Aparat.

Nga anëtarët e Këshillit u bënë disa sugjerime të vlefshme që u përfshin në këtë draft dhe pas diskutimeve kjo Rregullore u miratua.

Informacion mbi Edukimin e Vazhdueshëm të Mjekëve (*rezultatet dhe propozimet për përmirësim*) u paraqit nga Znj. Ines Argjiri, specialiste në Sektorin e Etikës, Standardeve Profesionale dhe Formimit Profesional. Znj. Argjiri bëri një rezumë të përgjithshme të Edukimit të Vazhdueshëm të Mjekëve për ciklin e dytë të tij duke dhënë statistika se ku është sot ky proces dhe çfarë duhet bërë për ta përmirësuar atë.

Me pas fjalën e mori Dr. Fatmir Brahimaj, i cili u kërkoi anëtarëve të Këshillit më shumë angazhim nga ana e tyre dhe përpjekjet që duhet të bëjë Urdhrit i Mjekëve jo vetëm në nxitjen e këtij procesi si është EVM, por edhe në organizimin e konferencave për Edukimin nga ana e këtij institucioni.

## **RREGULLORE E BRENDSHME PËR FUNKSIONIMIN E APARATIT QËNDROR EKZEKUTIV TË KËSHILLIT KOMBËTAR TË UMSH-së**

Veprimtaria e kësaj Rregullore mbështetet në Ligjin për Urdhrit e Mjekut në Republikën e Shqipërisë, në Statutin e UMSH, dhe Vendimin Nr. 11, dt. 09.12.2016 “Mbi miratimin e Strukturës Organike të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë.

Aparati Qëndror Ekzekutiv i Këshillit Kombëtar koordinon dhe kontrollon veprimtaritë e Këshillave Rajonale, veprimtaritë tekniko-administrative dhe ekonomiko-financiare të Urdhrit. Siguron dhe kontrollon zbatimin dhe respektimin e Ligjeve, si dhe të Statutit e Rregulloreve të Urdhrit. Siguron dhe kontrollon zbatimin e Vendimeve të Asamblesë dhe të Këshillit Kombëtar.

Aparati Qëndror Ekzekutiv raporton periodikisht mbi veprimtarinë e tij Këshillin Kombëtar.

**Struktura organike e UMSH**

<b>I</b>	<b>Presidenti</b>		1
<b>II</b>	<b>Zv-Presidenti</b>		1
<b>III</b>	<b>Sekretari i Përgjithshëm</b>		1
<b>IV</b>	<b>Spektori i Etikës, Standardeve dhe Formimit Profesional</b>		
	Shf Sektori		1
	Specialist i Etikës dhe Standardeve Profesionale		1
	Specialist për Formimin Profesional		1
<b>V</b>	<b>Spektori i Regjistrimit, Liçensimit dhe Praktikës Profesionale</b>		
	Shf Sektori		1
	Specialist i Regjistrimit për Praktikën Profesionale		1
	Specialist për Liçensimin & Regjistrin Kombëtar të Mjekëve		1
<b>VI</b>	<b>Spektori i Administratës dhe Financës</b>		
	Shf Sektori		1
	Specialist finance		1
	Jurist		1
	Specialist IT		1
	Sekretare/Protokollist/Arkiv		1
	Arkëtar/Magazinier		1
	Shofer		1
	<b>TOTALI</b>		<b>16</b>

Detyrat e **Presidentit**, **Zv-Presidentit** dhe të **Sekretarit të Përgjithshëm** janë të parashikuara në nenet 21, 22, 23 të Statutit të UMSH (si më poshtë).

**Neni 21**

**Presidenti i Këshillit Kombëtar**

1. Presidenti i Këshillit Kombëtar zgjidhet dhe shkarkohet me votim të fshehtë nga vet Këshilli.
2. Për zgjedhjen e Presidentit paraqiten më votim në Këshillin Kombëtar jo më pak se dy kandidatura alternative.
3. Presidenti i Këshillit Kombëtar ka këto kompetenca dhe detyra:
  - a. drejton dhe mbikqyr të gjithë veprimtaritë e Urdhrit në rang kombëtar.

## Probleme organizative

---

- b.** nxjerr urdhëresa apo udhëzime për zbatimin e vendimeve të Këshillit Kombëtar.
  - c.** thërret mbledhjet e Asamblesë, të Këshillit Kombëtar dhe Bordit Këshillimor.
  - ç.** thërret mbledhjet e jashtëzakonshme të Asambleve dhe Këshillave Rajonale.
  - d.** në kuadër të marrëdhënieve me institucionet e administratës shtetërore, si dhe organizma të tjera brenda e jashtë vendit, përfaqëson Këshillin Kombëtar dhe shprehet në emër të tij.
  - dh.** Në raste të veçanta, i autorizon të drejtën e nënshkrimit të dokumentave Zv.Presidentit ose Sekretarit të Përgjithshëm.
  - e.** vet ose me propozim të Bordit Këshillimor emëron ose shkarkon Sekretarin e Përgjithshëm, si dhe punonjësit e aparatit të cilët nuk janë të zgjedhur.
  - ë.** midis dy mbledhjeve të Këshillit Kombëtar merr vendime në emër të tij, të cilat i ratifikon në mbledhjen e radhës të Këshillit.
  - f.** thërret drejtues institucionesh, shërbimesh apo mjekë kur ka ndodhi në shërbimet e tyre dhe sipas rastit i këshillon, i relaton për proces disiplinor në Urdhrit e Mjekëve ose i paralajmëron.
  - g.** miraton emërimin apo shkarkimin e punonjësve jo të zgjedhur pranë Këshillave Rajonale.
  - gj.** Ndërmerr nisma propozimi në organet ligjvënëse për projektligje apo dokumente të rëndësishme në fushën e shëndetësisë.
  - h.** propozon në strukturat e Urdhërit kandidatura për t'u zgjedhur apo shkarkuar në organet e Urdhrit.
  - i.** i propozon Këshillit Kombëtar, anëtarë të Urdhrit për dekorime, vlerësime të ndryshme dhe shpërblime;
  - j.** organizon dhe mban marrëdhënie me organizma e forume ndërkombëtare dhe ratifikon në Këshillin Kombëtar marrëveshje dhe protokolle bashkëpunimi me to;
4. Përpara çdo vendimmarrje të rëndësishme, Presidenti i Këshillit Kombëtar konsultohet dhe merr mendimet e sugjerimet e Bordit Këshillimor.

### Neni 22

#### Zv.Presidenti i Këshillit Kombëtar

1. Zv.Presidenti i Këshillit Kombëtar zgjidhet dhe shkarkohet nga Këshilli Kombëtar me votim të fshehtë.
2. Detyrat dhe funksionet e Zv.Presidentit janë:
  - a.** mbikqyr dhe ndjek zbatimin e vendimeve të Këshillit Kombëtar, si dhe të Urdhëresave dhe Udhëzimeve të Presidentit të Këshillit Kombëtar;
  - b.** mban kontakte me Këshillat Rajonale dhe monitoron në vazhdimësi veprimtarinë e tyre;
  - c.** monitoron veprimtarinë administrative të Aparatit Qëndror Ekzekutiv dhe sektorëve pranë këtij Aparati dhe përgjigjet për mbarëvajtjen e tyre në mënyrë të veçantë sa i përket Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor, formimit profesional, zhvillimit të praktikës profesionale dhe standardeve të ushtrimit, etj;
  - ç.** monitoron proceset e regjistrim-liçensimit në nivel qendror dhe rajonal dhe të mirëadministrimit të Regjistrit Themeltar Kombëtar dhe Rajonal;

- d. e informon dhe mban të azhurnuar Presidentin për të gjithë detyrat që mbulon;
- dh. në mungesë dhe me porosi të tij merr kompetencat e Presidentit të Këshillit Kombëtar për periudhën që ai mungon.

### Neni 23

#### Sekretari i Përgjithshëm

Sekretari i Përgjithshëm është përgjegjësi kryesor për problemet tekniko-organizative të Këshillit Kombëtar dhe të Aparatit të tij. Ai mund të jetë mjek, jurist, sociolog ose ekonomist.

Sekretari i Përgjithshëm kryen këto detyra:

1. Drejton dhe kontrollon mbarëvajtjen e punës në Aparatin Qëndror të Këshillit Kombëtar.
2. Mban kontakte me këshillat rajonale dhe koordinon veprimtarinë e tyre.
3. Kujdeset për krijimin dhe organizimin e komisioneve dhe grupeve të punës që ngrihen pranë këshillave të Urdhrit dhe kontrollon veprimtarinë e tyre.
4. Organizon mbledhjet e Këshillit Kombëtar dhe të Bordit Këshillimor.
5. Organizon marrëdhëniet publike dhe kontaktet me institucionet shtetërore dhe jo shtetërore të vendit, si dhe me organizata e forume ndërkombëtare.
6. Raporton dhe informon sistematikisht Presidentin dhe në mungesë të tij Zv. Presidentin lidhur me mbarëvajtjen e punës dhe detyrat specifike të tij.
7. Organizon dhe drejton punën për daljen e Buletinit dhe kujdeset për shtypshkrime të tjera

**Përveç detyrave të përcaktuara në Statut, Zv-Presidenti mbikëqyr dhe monitoron kryesisht aktivitetin tekniko-profesional të të gjithë sektorëve të Aparatit, ndërsa Sekretari i Përgjithshëm është përgjegjës kryesisht për anën tekniko-administrative.**

#### i. SEKTORI I REGJISTRIMIT, LIÇENSIMIT DHE PRAKTIKËS PROFESIONALE

##### **Objekti i punës:**

Ndjek zbatimin e detyrave për regjistrimin në praktikën profesionale të mjekëve të sapo diplomuar, regjistrimin e tyre për Provimin e Shtetit dhe liçensimin pas marrjes së Provimit, regjistrimin dhe liçensimin e mjekëve shqiptarë të diplomuar jashtë vendit, si dhe të mjekëve të huaj që duan të ushtrjnë profesionin në Republikën e Shqipërisë. Përgatit dosjet e mjekëve që kalojnë për shqyrtim në Komisionin e Liçensimit. Evidentimin e problematikës që del nga Këshillat Rajonale për regjistrimin/anëtarësimin dhe liçensimin e mjekëve.

Struktura:

- Shef Sektori
- Specialist për Regjistrimin për Praktikën Profesionale
- Specialist për Liçensimin dhe Regjistrin Kombëtar të Mjekëve

##### **Detyrat e Sektorit**

- Krijon Regjistrin Kombëtar në të cilin regjistrohen të gjithë mjekët anëtarë të Urdhrit në rang vendi.
- Përditëson këtë regjistër duke shtuar anëtarësimet e reja.
- Shton dhe pasqyron në kurrikulën profesionale të çdo mjeku të dhënat e reja që rezultojnë dhe raportohen nga përditësimi i regjistrave rajonale, burime të tjera zyrtare, si dhe nga vet sektori.

## Probleme organizative

---

- Kujdeset për mirë-administrimin e regjistrin në faqen zyrtare të internetit dhe pasqyrimin në të me korrektësi të të dhënave dhe ndryshimeve të reja për çdo mjek.
- Krijon regjistrin provizor për mjekët e sapo diplomuar për praktikën profesionale dhe provimin e shtetit.
- Hap dosjet individuale për mjekët e huaj që kërkojnë të ushtrojnë profesionin në Republikën e Shqipërisë, si dhe për mjekët shtetas shqiptar që kanë kryer studimet dhe specializimet jashtë shtetit dhe anëtarësohen për herë të parë në Urdhrin e Mjekëve dhe i regjistron ata në Regjistrin Kombëtar.
- Mbikqyr dhe kujdeset për mirë administrimin e regjistrave pranë Këshillave Rajonale.

### • Shefi i Sektorit

- Organizon dhe drejton aktivitetin e sektorit;
- Ndjek zbatimin e Rregullores së Regjistrimit, Anëtarësimit dhe Liçensimit në Urdhrin e Mjekëve;
- Përgatit Udhëzime dhe propozime për probleme që lidhen me zbatimin e Rregullores së Regjistrimit, Anëtarësimit dhe Liçensimit, jo vetëm në Këshillin Kombëtar, por edhe në Këshillat Rajonale;
- Bashkërendon punën me Sekretarin e Përgjithshëm për vlerësimin e punës në Këshillat Rajonale në lidhje me regjistrimin/anëtarësimin dhe liçensimin e mjekëve;
- Informon rregullisht Presidentin, Këshillin Kombëtar për mbarëvajtjen e liçensimit të mjekëve në rang vendi;
- Kontrollon mbarëvajtjen e Regjistrin Kombëtar të Mjekëve dhe bën propozime për ndryshime të tij nëse shihet e nevojshme në bashkëpunim me sektorët e tjerë.
- Përpilon listën përfundimtare të mjekëve që kanë përfunduar me sukses Praktikën Profesionale dhe që kanë të drejtë për të hyrë në Provimin e Shtetit;
- I propozon drejtuesve të UMSH ngritjen e grupeve punës për monitorimin e zbatimit të de-tyrave që kanë të bëjnë me anëtarësimin dhe liçensimin në Këshillat Rajonale, si dhe në shërbimet shëndetësore publike dhe private.

### • Specialisti i Regjistrimit për Praktikën Profesionale

- Kryen regjistrimin provizor të të gjithë mjekëve të sapo diplomuar që i nënshtrohen praktikës profesionale dhe Provimit të Shtetit.
- Pasqyron të dhënat e mjekëve të regjistruar provizorisht në Regjistrin Kombëtar të Mjekëve.
- Pas ardhjes së listës zyrtare të Provimit të Shtetit nga Ministria e Arsimit dhe Sporteve, fillon me procedurat e liçensimit të mjekëve të rinj, përgatit dosjet e tyre dhe ja kalon Shefit të Sektorit i cili ia paraqet për miratim Komisionit të Liçensimit.
- Bën regjistrimin përfundimtar në Regjistrin Kombëtar dhe i shpërndan dosjet e mjekëve të liçensuar në Rajonet përkatëse.

### • Specialist për Licencimin dhe Regjistrin Kombëtar të Mjekëve

- Në zbatim të Rregullores për Regjistrimin, Anëtarësimin dhe Liçensimin në Urdhrin e Mjekëve, merret direkt me procedurat e regjistrimit dhe liçencimit të mjekëve shqiptarë të diplomuar jashtë vendit dhe mjekëve të huaj që duan të ushtrojnë profesionin në Republikën e Shqipërisë;
- Përgatit dosjet dhe ia çon shefit të Sektorit, i cili i kalon për miratim në Komisionin e Liçensimit;
- Pas pajisjes së këtyre mjekëve me liçensë, i hedh të dhënat e tyre në regjistrin kombëtar dhe

- shpërndan dosjet në Rajonet përkatëse;
- Hedh anëtarësimet e reja në Regjistrin Kombëtar dhe e azhuron me të rejtat e fundit nga skedat e mjekëve, duke bashkëpunuar me specialistin e IT dhe Këshillat Rajonale;

### ii. **SEKTORI I ETIKËS, STANDARDEVE PROFESIONALE DHE FORMIMIT PROFESIONAL**

#### **Objekti i punës:**

Mbikqyr dhe siguron respektimin dhe zbatimin e normave etiko-juridike që dikton Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore në ushtrimin e profesionit, nxit dhe monitoron EVM, organizon praktikën profesionale të mjekëve të sapo diplomuar dhe ndjek nga afër zhvillimet e saj.

#### **Struktura:**

- Shef Sektori
- Specialist i Etikës dhe Standardeve Profesionale
- Specialist i Formimit Profesional

#### **Detyrat e Sektorit**

- Rishikon dhe riboton Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore duke e azhurnuar dhe përshtatur me ndryshimet dhe kërkesat e reja të vet profesionit, të evolimit të shkencave dhe teknologjive mjekësore, si dhe ato social-ekonomike të vendit;
- Mbikqyr dhe ndjek zbatimin e Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore nga anëtarësia (mjekë shqiptarë dhe të huaj) që ushtrojnë aktivitetin në territorin e Republikës së Shqipërisë;
- Bazuar në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore harton broshura, fletëpalosje të ndryshme informuese në ndihmë të edukimit dhe informimit të mjekut dhe pacientit;
- I kushton vëmendje të veçantë përfshirjes së Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore në programet dhe format e formimit dhe EVM të mjekëve;
- Identifikon, merr pjesë në hartimin e standardeve mjekësore dhe monitoron zbatimin e tyre nga mjekët (shqiptarë dhe të huaj) që ushtrojnë aktivitetin në territorin e Republikës së Shqipërisë;
- Në bashkëpunim me shoqatat e mjekëve dhe stafin akademik të Universitetit të Mjekësisë dhe Fakultetit të Mjekësisë nxit dhe merr pjesë në hartimin e Udhërrëfyesve dhe Protokolleve të Praktikës së mirë Klinike;
- Në bashkëpunim me QKCSA-ISH dhe grupet e tjera të interesit të tjerë merr pjesë në hartimin e Standardeve të Cilësisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore;
- Bashkëpunon me Universitetin e Mjekësisë, Fakultetin e Mjekësisë dhe Universitetet jo publike në vend, për formimin profesional të mjekëve të rinj;
- Bashkëpunon me Qendrën Kombëtare të Edukimit në Vazhdim (QKEV) për vijimin e edukimit profesional të mjekëve që kanë përfunduar studimet dhe që ushtrojnë ose jo profesionin e mjekut;
- Bashkëpunon me Shoqatat e Mjekëve dhe Këshillat Rajonale të UMSH për gjetjen dhe përzgjedhjen e programeve dhe formave të Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor (EVM) të përshtatshme me nevojat e mjekëve dhe mundësitë e tyre për t'i ndjekur ato;

## Probleme organizative

---

- Bashkëpunon me institucionet shëndetësore (publike dhe private) për çështje që duhen reflek-tuar dhe që kanë të bëjnë me standardet profesionale dhe etikën mjekësore;
- Harton Projekt-Rregulloren e Praktikës Profesionale për mjekët e sapo diplomuar në mbështet-je të ligjeve në fuqi dhe e çon për miratim tek Presidenti dhe Këshilli Kombëtar;
- Përgatit Programin e Praktikës Profesionale për mjekët udhëheqës dhe mjekët praktikantë;
- Në mënyrë të vazhdueshme në bashkëpunim me Këshillat Rajonale organizon dhe nxit pjesëmarrjen e mjekëve në aktivitetet e EVM, si edhe për punën individuale nga vetë mjekët për edukimin dhe formimin e tyre profesional;
- Bashkëpunon me QKEV për listën e mjekëve dhe kreditet e përfituara prej tyre në aktivitetet e akredituara ose jo të EVM;
- Observon ofrimin dhe zhvillimin e programeve dhe aktiviteteve të EVM;
- Njihet në mënyrë të vazhdueshme me vendimet e Bordit të Çertifikimit, në bazë të të cilave nxjerr detyrat përkatëse dhe informon Këshillat Rajonale;
- Në bashkëpunim me Kolegjiun e Redaksisë të Buletinit UMSH përzgjedh materiale që kanë të bëjnë me veprimtarinë e këtij sektori;
- Propozon ndryshime në kuadrin ligjor dhe akte të tjera në fushën e veprimtarisë së tij;
- Bashkëpunon me sektorët e tjerë të Aparatit duke qenë pjesë e grupeve të punës apo komi-sioneve të përkohshme.
- Në bashkëpunim me Zv. Presidentin dhe Këshillat Rajonale përzgjedhin mjekët udhëheqës për praktikën profesionale dhe e çojnë listën për miratim në Ministrinë e Shëndetësisë;
- Bashkëpunon me organet mass-medias për promovimin e Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe sensibilizimin e mjekëve, të sëmurëve dhe publikut mbi të drejtat dhe detyrat e mjekëve dhe të pacientëve, si dhe marrëdhëniet midis tyre;

### • Shefi i sektorit

- Organizon dhe drejton aktivitetin e sektorit;
- Harton dhe ndjek zbatimin e programeve të sektorit;
- Përgatit informacione analitike lidhur me monitorimet dhe punën e bërë gjatë aktivitetit të këtij sektori që do i paraqiten Këshillit Kombëtar;
- Përgatit udhëzime dhe propozime për problemet që lidhen me zbatimin e Etikës, Standardeve Profesionale dhe Formimit Profesional;
- Bashkëpunon me Këshillat Rajonale dhe me Organet e Administratës Vendore të Shëndetësisë për evidentimin dhe vlerësimin e figurave më të shquara të mjekëve, nderimin e tyre duke akorduar tituj e çertifikata mirënjohje.
- Bashkërendon punën me sektorët e tjerë të Aparatit për çështje të ndryshme, lidhur me zbatimin e detyrave dhe vendimeve të Këshillit Kombëtar;
- Merr pjesë në komisionet e etikës, standardeve dhe të formimit profesional;
- Propozon ndryshimet në kuadrin ligjor dhe akte të tjera në fushën e veprimtarisë së tij;
- Bashkëpunon me Sektorët e tjerë të Aparatit duke qenë pjesë e grupeve të punës apo komi-sioneve të përkohshme.

### • Specialisti i Etikës dhe Standardeve Profesionale

- Përmirëson, rishikon dhe ndjek zbatimin e Kodit të Etikës dhe Deontologjisë nga mjekët

- shqiptarë dhe të huaj që ushtrojnë aktivitetin në territorin e Republikës së Shqipërisë;
- Harton, rishikon broshura, fletëpalosje të ndryshme informuese në ndihmë të edukimit dhe informimit të mjekut dhe pacientit mbështetur në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;
- Në bashkëpunim me specialistin e formimit profesional i kushton vëmendje të veçantë përfshirjes së Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore në programet dhe format e formimit dhe EVM të mjekëve;
- Evidenton shërbimet shëndetësore dhe monitoron zbatimin e standardeve profesionale mjekësore në to;
- Identifikon, merr pjesë në hartimin e standardeve mjekësore dhe monitoron zbatimin e tyre nga mjekët (shqiptarë dhe të huaj) që ushtrojnë aktivitetin në territorin e Republikës së Shqipërisë;
- Në bashkëpunim me shoqatat e mjekëve dhe stafin akademik të Universitetit të Mjekësisë dhe Fakultetit të Mjekësisë nxit dhe merr pjesë në hartimin e Udhërrëfyesve dhe Protokolleve të Praktikës së mirë Klinike;
- Në bashkëpunim me QKCSA-ISH dhe grupet e interesit të tjerë merr pjesë në hartimin e Standardeve të Cilësisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore.

### • **Specialisti i Formimit Profesional**

- Bashkëpunon me Universitetin e Mjekësisë, Fakultetin e Mjekësisë dhe Universitetet jo publike në vend, për formimin profesional të mjekëve të rinj;
- Bashkëpunon me Qendrën Kombëtare të Edukimit në Vazhdim (QKEV) për vijimin e edukimit profesional të mjekëve që kanë përfunduar studimet dhe që ushtrojnë ose jo profesionin e mjekut;
- Bashkëpunon me Shoqatat e Mjekëve dhe Këshillat Rajonale për gjetjen dhe përzgjedhjen e programeve dhe formave të Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor (EVM) të përshtatshme me nevojat e mjekëve dhe mundësitë e tyre për t'i ndjekur ato;
- Harton Projekt-Programin e Praktikës Profesionale të mjekëve të rinj, dhe ja paraqet shefit të sektorit;
- Është pjesë e grupeve të punës për kontrollin e mbarëvajtjes të praktikës profesionale të mjekëve të rinj;
- Në mënyrë të vazhdueshme, në bashkëpunim me Këshillat Rajonale organizon dhe nxit pjesëmarrjen e mjekëve në aktivitetet e EVM, si edhe për punën individuale nga vetë mjekët për edukimin dhe formimin e tyre profesional;
- Bashkëpunon me QKEV për listën e mjekëve dhe kreditet e përfituara prej tyre në aktivitetet e akredituara ose jo të EVM;
- Observon ofrimin dhe zhvillimin e programeve dhe aktiviteteve të EVM;
- Njihet në mënyrë të vazhdueshme me vendimet e Bordit të Çertifikimit, në bazë të të cilave nxjerr detyrat përkatëse dhe informon Këshillat Rajonal.
- Ndjek praktikën e tyre profesionale nëpër institucionet ku ata ushtrojnë këtë praktikë dhe raporton rregullisht shefin e sektorit për mbarëvajtjen e saj.
- Në bashkëpunim me shefin e sektorit përgatit propozime për probleme dhe çështje të ndryshme teknike që hasen gjatë praktikës profesionale.

### iii. **SEKTORI I ADMINISTRATËS DHE FINANCËS**

#### **Objekti i punës:**

Kontrollon, drejton, koordinon e ndjek aktivitetin administrativo-financiar të Urdhrit të Mjekëve, në zbatim të vendimeve të Këshillit Kombëtar, si dhe të legjislacionit financiar në fuqi. Siguron burimet njerëzore për plotësimin e strukturave të Këshillit Kombëtar dhe Këshillave Rajonale të Urdhrit të Mjekëve.

## Probleme organizative

---

### Struktura:

- Shef Sektori
- Specialist finance
- Jurist
- IT specialist
- Sekretar/Protokollist/Arkiv
- Arkëtar/Magazinier
- Shofer

### Detyrat e Sektorit Administrativo-Financiar:

- Bën plotësimin e nevojave për personelin në përputhje me strukturën organike të Këshillit Kombëtar dhe të Këshillave Rajonale;
- Harton projekt-buxhetin e Këshillit Kombëtar të UMSH-së për vitin e ardhshëm dhe buxhetin vjetor të Këshillave Rajonale në bazë të vendimeve të Këshillit Kombëtar sipas strukturës së miratuar dhe ua dërgon atë të ndarë në 4-mujore;
- Studion dhe paraqet projekte për përcaktimin e kuotizacionit të mjekëve, si dhe të tarifave të tjera.
- Ndjek realizimin e të ardhurave të buxhetit dhe kontrollon veprimtarinë ekonomike dhe financiare të Urdhrit në nivel qendror-rajonar, bazuar në ligjshmërinë dhe aktet normative të shtetit dhe të Urdhrit.
- Zhvillon tendera, lidh kontratat dhe ndjek zbatimin e tyre;
- Kryen studime për projekte me donatorë të huaj;
- Përgatit bilancin kontabël dhe paraqet analizën e tyre vjetore në Këshillin Kombëtar të UMSH-së;
- Në vartësi të buxhetit bën sugjerime dhe propozime për rritjen e honorarëve apo pagave;
- Cakton fondin rezervë të Këshillit Kombëtar dhe kontrollon përdorimin e tij;
- Projekton shpenzimet sipas zërave në përputhje me misionin e UMSH-së;
- Merret me kryerjen e punëve të administratës të Këshillit Kombëtar, infrastrukturën, logjistikën, kancelaritë, etj;
- Regjistron dhe arkivon korrespondencën e këtij Këshilli në zbatim të ligjit për arkivat.

#### • Shefi i Sektorit Administrativo-Financiar

- Organizon dhe drejton aktivitetin e këtij sektori;
- Harton dhe ndjek zbatimin planeve të punës të sektorit;
- Ndjek plotësimin e strukturës organike të Aparatit Qendror Ekzekutiv të Këshillit Kombëtar, si dhe kërkesat dhe nevojat e Këshillave Rajonale;
- Harton projekt-buxhetin dhe ia paraqet për vërejtje dhe sugjerime Presidentit të UMSH-së dhe Bordit Këshillimor;
- Përgatit buxhetin vjetor të Këshillave Rajonale në bazë të Vendimeve të Këshillit Kombëtar dhe ua dërgon atë rajoneve;
- Ndjek në vazhdimësi zbatimin e buxhetit, si dhe përgatit çdo 4-mujor informacionin mbi realizimin e buxhetit në rang kombëtar dhe rajonal;
- Përgatit analizën ekonomiko-financiare dhe e paraqet atë para Këshillit Kombëtar;
- Përgatiti Udhëzime për vjeljen e kuotizacioneve;
- Studion, jep mendime dhe bën sugjerime për përmirësimin e tarifave të ndryshme të UMSH-së;
- Mban marrëdhëniet me bankën dhe ndjek lëvizjet e fondeve të Këshillit Kombëtar;
- Bashkërendon punën me Sekretarin e Përgjithshëm për vlerësimin e punës së sekretarëve të Këshillave Rajonale;
- Përgatit raporte dhe informacione të ndryshme për Presidentin e UMSH-së dhe Bordin Këshillimor;

- Mban evidence të personelit, regjistrin, librezat e punës, dosjet e personelit.
- Bën planifikimin dhe miratimin e lejeve të zakonshme të punonjësve;
- Përgjigjet për mbarëvajtjen e makinave dhe ambienteve të punës.
- 
- **Specialist Finance**
  - Ndjek zbatimin e legjislacionit financiar në mbajtjen e bilancit kontabël të Këshillit Kombëtar
  - Kontrollon realizimin e kuotizacioneve për çdo rajon;
  - Punon për administrimin e magazinës, bën hyrjet dhe daljet, regjistron ditarët e magazinës, bankës, arkës dhe pagat;
  - Mban llogarinë personale për çdo punonjës, llogarit pagat e punonjësve, bën ndalesat e sigurimeve shoqërore, tatimeve, etj;
  - Përgatit listat për dhënien e honorarëve për mbledhjet e Këshillave Rajonale, Këshillit Kombëtar, Gjykimeve Disiplinore, etj;
  - Mban dhe regjistron librin e arkës;
  - Analizon dhe përgatit çdo fund viti materialet përmbledhëse për nxjerrjen jashtë përdorimit dhe i paraqet ato tek Presidenti për miratim.
- **Jurist**
  - Përgatit kuadrin ligjor për realizimin e misionit të UMSH-së;
  - Harton dhe përgatit projektligje dhe projekt-urdhëresa duke u mbështetur në dispozitat ligjore;
  - Merr masa dhe ndjek punën për zërthimin, kuptimin dhe njohjen e legjislacionit, si për punonjësit e aparatit, ashtu dhe të Këshillave Rajonale;
  - Përgjigjet dhe sqaron nga ana ligjore për problemet që i dalim UMSH-së;
  - Shqyrton bazueshmërinë në ligj të akteve nënligjore që përgatiten nga sektorët e Aparatit dhe jep mendime për përmirësimin e legjislacionit në fushën e shëndetësisë;
  - Në bashkëpunim me Sekretarin e Përgjithshëm është përgjegjës për shqyrtimin e të gjithë ankesave që mbërrijnë në Këshillin Kombëtar dhe i shpërndan ato në Këshillat Rajonale ku i përkasin këto ankesa;
  - Ndjek mbarëvajtjen e shqyrtimit të të gjithë ankesave që vijnë në Urdhrin e Mjekëve dhe kontrollon nëse këto ankesa janë verifikuar, shqyrtuar dhe gjykuar nga Këshillat Rajonale siç duhet në mbështetje të Ligjit për Urdhrin e Mjekëve dhe Rregullores së Gjykimit Disiplinor Profesional.
  - Në bashkëpunim me Sekretarin e Përgjithshëm, organizon, koordinon dhe ndjek procesin e gjykimeve profesionale të Urdhrit pranë Këshillit Kombëtar dhe mbron akuzën në emër të Urdhrit në këto gjykime;
  - Ndjek dhe përfaqëson UMSH-në në çështje të ndryshme gjyqësore;
  - Harton dokumentacionin dhe ndjek procedurat ligjore për prokurimet publike;
- **Specialist IT**
  - Në bashkëpunim me Sektorin e Regjistrimit, Liçencimit dhe Praktikës Profesionale do të jenë përgjegjës për regjistrin kombëtar dhe atë rajonal të mjekëve. Ky regjistër nën përgjegjësinë e palëve duhet të përmirësohet, të mirëmbahet, të futen të dhëna të sakta të të gjithë mjekëve që regjistrohen, anëtarësohen dhe licencohen pranë UMSH-së;
  - Është përgjegjës për azhurnimin e këtij regjistri sa herë të shihet e nevojshme, si në qendër, ashtu dhe nëpër Rajone;
  - Në bazë të kërkesave të sektorëve të Aparatit apo me kërkesë të Presidentit, anëtarëve të Këshillit Kombëtar dhe institucioneve të tjera shëndetësore të interesuara, nxjerr statistika të

## Probleme organizative

---

- ndryshme;
  - Rregullime të difekteve në programin e regjistrimit dhe programe të tjera kompjuterike;
  - Është përgjegjës për publikimin e këtij Regjistri në faqen zyrtare të internetit dhe menaxhimin e tij në këtë faqe;
  - Në bashkëpunim me Specialistin e Financës merret me saktësimin e të dhënave financiare dhe ato të burimeve njerëzore të UMSH-së;
  - Është përgjegjës për mirëmbajtjen dhe azhurnimin e faqes zyrtare [www.urdhrimjekeve.org.al](http://www.urdhrimjekeve.org.al) .
  - Është administrator i sistemit dhe menaxheri i informacionit duke bashkëpunuar me sektorët e Aparatit Qëndror Ekzekutiv të UMSH-së.
- **Arkëtar/Magazinier**
    - Kryen pagesat e ndryshme për punonjësit e Aparatit Qendror Ekzekutiv;
    - Mban dhe administron gjendjen në arkë;
    - Kryen arkëtimet e ndryshme nga punonjësit e rajoneve apo individë të ndryshëm;
    - Bën rakordime për pagesat dhe arkëtimet me specialistin e financës;
    - Punon për administrimin e magazinës, regjistron ditarët e magazinës.
  - **Sekretaria/Protokoll/Arkiva**
    - Mban lidhje e UMSH-së me institucionet e ndryshme shtetërore dhe organizata jo qeveritare;
    - Bën lajmërimet e ndryshme telefonike, fax dhe E-mail;
    - Shtyp materiale që dalin nga zyra e Presidentit të UMSH-së;
    - Bën përkthimin e materialeve të ndryshme nga gjuhë të huaja në shqip dhe anasjelltas;
    - Mban protokollin e mbledhjeve të Presidentit, të Këshillit Kombëtar, etj;
    - Bën pritje me publikun dhe drejtimin e tij tek eprorët;
    - Regjistron korrespondencën e Këshillit Kombëtar të UMSH-së me strukturat vartëse të saj në rajone dhe institucionet qendrore shtetërore e organizatat jo qeveritare;
    - Regjistron, sistemon dhe mban në rregull dokumentacionin e Këshillit Kombëtar;
    - Njeh dhe zbaton ligjin për arkivat në aktivitetin e tij/saj;
    - Për ndjekjen e mirë të problemeve krijon praktika të veçanta;
    - Bën arkivimin me skedim të materialeve shkresore të Këshillit Kombëtar të UMSH-së;
    - Bën fotokopje të materialeve të ndryshme.
  - **Shoferi**
    - Siguron transportin e Presidentit dhe punonjësve të tjerë të Aparatit për nevoja të kryerjes së detyrës;
    - Mirë-përdor automjetin dhe e mban atë në gjendje të mirë funksionale e gadishmëri pune në çdo rast;
    - Bën kontrollin teknik dhe vjetor të automjetit dhe pajisjen e tij me dokumentacionin e kërkuar;
    - Automjetin nuk e përdor për nevoja personale;
    - Zbaton me disiplinë rregullat e qarkullimit rrugor;
    - Për çdo defekt e nevojë riparimi apo zëvendësimi pjesësh njofton Shefin e Sektorit në kohën e duhur.

### **Kësaj Rregulloreje i bashkangjitet Organograma e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë**

*Miruar me Vendimin Nr. 3, datë 07.07.2017 të Këshillit Kombëtar*

**Presidenti**

**Dr. Fatmir BRAHIMAJ**

## KONSENTI DHE INFORMIMI I TË SËMURIT

*Prof. Dr. Bardhyl Çipi  
Fakulteti i mjekësisë, Universiteti i mjekësisë, Tiranë.*

### 1.KONSENTI

Ushtrimi i mjekësisë që pasqyrohet në marrëdhënien mjek-pacient, mbështetet në radhë të parë në respektimin e rregullave të etikës dhe deontologjisë mjekësore, ku ndër to një vend të rëndësishëm zë konsenti, ose më saktë konsenti i informuar, që të kujton menjëherë çështje mjekoligjore të pakëndshme që kanë të bëjnë me shkeljet mjekësore.

Për këtë, shumë kuptimplote është thënia e një juristi anglez (6): “ A n ounce of informed consent is worth a pound of malpractice defense”. Ose një mjek, për këtë term përmend këtë cilësim të trishtuar (8): “Kur unë dëgjoj të flitet për konsentin e informuar, nxjerr revolverin tim” Përpara se të analizojmë lidhjen e konsentit të informuar me çështjet e medical malpractice, po japim disa të dhëna të përgjithshme mbi konsentin dhe informimin e pacientit.

Konsenti do të konsiderohet si një veprim i pacientit që autorizon mjekun të kryejë një mjekim të caktuar, qoftë edhe duke prekur integritetin e të sëmurit, por me kusht që të jetë në interes të pacientit dhe t’ia ketë shpjeguar më parë.

Me fjalë të tjera, dhënia e konsentit për pacientin, do të thotë që ai e ka bërë zgjedhjen e mjekimit (parimi i pavarësisë të pacientit) dhe nga ana tjetër e ka autorizuar mjekun ta zbatojë këtë mjekim në trupin e tij (parimi i respektit të integritetit trupor) (6,10, 11).

Pra, pacienti duke ruajtur pavarësinë e tij, i drejtohet mjekut jo si një “magjistar” që do vendosë gjithçka për të, por si një specialist që do ta ndihmojë për të zgjedhur mjekimin që duhet të marrë.

Ky respekt ndaj lirisë së pacientit, në këtë rast, kërkon që marrëdhënia midis mjekut dhe pacientit të karakterizohet nga besimi ndaj mjekut. Mungesa e besimit apo dhe e rregullave që sigurojnë zbatimin e tij, e dëmtojnë shumë ushtrimin e profesionit mjekësor.

Konsenti, në rastin e eksperimentit human, ka si veçori se subjekti që i nënshtrohet këtij kërkimi shkencor, pavarësisht që e ka autorizuar moralisht dhe ligjërisht mjekun eksperimentues për ndërhyrjen përkatëse, megjithatë ai mbetet gjithnjë në pozitën e “kavjes eksperimentale”. Mënyra e vetme për të dalë nga kjo gjendje dhe të rivendoset kështu dinjiteti i tij njerëzor, do të arrihet, kur ky subjekt do të konsiderohet dhe trajtohet si bashkëpunëtor i këtij kërkimi, duke u vënë në dijeni për përmbajtjen e eksperimentit, objektivin, rrethanat, rreziqet dhe më vonë edhe rezultatet.

Konsenti i zakonshëm gjatë mjekimit është disa llojesh(2):

·*Konsenti i nënkuptuar, konsenti gojor (verbal), konsenti me shkrim:* p.sh. për një operacion.

Për zbatimin e konsentit, si shprehje e parimit të pavarësisë të pacientit, ai duhet që të ketë këto cilësi (2,6):

·*Konsenti i vetëdijshëm* nënkupton dhënien e konsentit nga ana e pacientit, pa asnjë detyrim, ose shtrëngim të jashtëm, apo ndonjë manipulim që mund t’i jetë bërë këtij pacienti. Pra, në rastet kur ndaj pacientit është përdorur forca, ose i është dhënë një informacion i rremë me qëllim që të sigurohet marrja e konsentit, një konsent i tillë do të konsiderohet i pavlefshëm.

·*Konsent i informuar* konsiderohet atëherë kur pacienti e ka dhënë konsentin, pasi e ka kuptuar plotësisht informacionin që i ka dhënë atij mjeku. Për këtë qëllim, shpjegimet që mjeku i jep pacientit në mënyrë të drejtëpërdrejtë, duhet të jenë sa më të plota dhe të shprehura me një gjuhë sa më të qartë dhe të kuptueshme.

Sot në literaturën e këtyre fushave, termi “konsent i informuar” ka marrë një përdorim të gjerë, duke nënkuptuar konsentin në përgjithësi (11).

## Etikë dhe Deontologji

---

· *Konsenti zëvendësues* përbën një term që përdoret në rastin kur kërkohet dhënia e konsentit nga persona të paaftë nga pikëpamja juridike, si p.sh. nga fëmijët, personat handikapatë mendorë, të sëmurët në gjendje komatoze.

Si do të veprohet në këto raste që të respektohet parimi i pavarësisë në lidhje me konsentin?

Nga pikëpamja etike duhet të kërkohet konsenti më adekuat i mundshëm. Kështu, për një të sëmurë në gjendje komatoze do shihet nëse i sëmuri ka shprehur ndonjë dëshirë më parë; për një të sëmurë mendor, ose një fëmijë, sipas dispozitave ligjore përkatëse, konsenti do merret nga tutorët, kujdestarët, apo prindërit e tyre.

Në lidhje me shpjegimet që mjeku i jep pacientit duke respektuar konsentin, dhe sidomos konsentin e informuar, ato duhet të përmbajnë të gjithë elementët e nevojshëm për të marrë një vendim (2,6):

- Mjekimin e propozuar, që nënkupton njohjen nga ana e pacientit të diagnozës dhe prognozës së sëmundjes së tij.
- Efektet dytësore të mundshme që lidhen me këtë mjekim.
- Rreziqet dhe përfitimet e këtij mjekimi: ku konsiston superioriteti i përfitimeve ndaj rreziqeve?
- Mjekimet kryesore alternative dhe efektet e tyre dytësore, rreziqet dhe përfitimet e tyre respektive.
- Zgjatja e përafërt e këtij mjekimi dhe e masave shtrënguese ndaj pacientit, p. sh. koha e qëndrimit në spital etj.

Përveç këtyre, mjeku në lidhje me konsentin e informuar duhet të ketë parasysh edhe këto elemente:

- Të verifikojë që informacioni i dhënë pacientit të jetë kuptuar sa më mirë prej këtij të fundit.
- Të nxisë bërjen e pyetjeve të tjera nga pacienti.
- Të vlerësojë shkallën e ankthit të pacientit dhe të përpiqet për ta shmangur dhe luftuar atë.
- Të marrë aprovimin gojor të pacientit për kryerjen e këtij mjekimi.

Dilema kryesore etike që mund të dalë gjatë zbatimit të konsentit ka të bëjë me konfliktin që mund të lindë midis parimit të pavarësisë të pacienti dhe atij të mirëbërësisë të mjekut.

Ky konflikt ka të bëjë me problemin e refuzimit të mjekimit (3, 6), që ndeshet në rastet që pacienti nuk e pranon mjekimin e propozuar nga mjeku. Një refuzim i tillë, që mund të ketë pasoja të rënda, madje edhe vdekjeprurëse për pacientin, i tensionon marrëdhëniet e tij me mjekun. Në këtë rast, mjeku, duhet që të respektojë vendimin e pacientit, vendim ky që për mjekun nuk është në të mirën e pacientit.

Pra, refuzimi i mjekimit në praktikën mjekësore krijon një konflikt midis pacientit ose personit të tretë përfaqësues të tij dhe mjekut, i cili dëmton marrëdhëniet midis tyre. Për zgjidhjen e këtij konflikti midis parimit të pavarësisë së pacientit që shprehet me konsentin dhe atij të mirëbërësisë të mjekut, mund të arrihet deri atje sa të kërkohet ndërhyrja e gjykatës. Por zakonisht në praktikën mjekësore, ky lloj konflikti zgjidhet më shpesh në mënyra të ndryshme: tërheqja e këtij mjeku dhe marrja përsipër e kurimit të këtij pacienti nga një doktor tjetër, ose një dialog i ri më i hapur midis tyre, në lidhje me mundësinë e përdorimit të mjeteve të tjera terapeutike.

## 2.DISA TË DHËNA HISTORIKE

Nga pikëpamja historike, konsenti ka filluar të përmendet për herë të parë si një parim etik i rëndësishëm në çerekun e parë të shekullit 20, duke zëvendësuar gradualisht qëndrimin paternalist (sjellja e mjekut ndaj pacientit është sikurse ajo e babait ndaj fëmijës së tij) (9,11).

Në dokumentet mjekësore të mëparshme konsenti nuk përmendet.

Kështu, në Betimin e Hipokratit shënohet, se qëllimi i mjekësisë është t'i bëjë mirë të sëmurit dhe të shmangë dëmtimet fizike ose mendore dhe padrejtësitë ndaj tij. Pra, mosdhënia e informacionit justifikohet për të shmangur dëmtimet e pacientit. Pikërisht, shprehja “*primum non nocere*”

mbështet idenë që mjeku është i detyruar të mos i japë informacion pacientit, sepse kjo do të kishte një rezultat të dëmshëm për të sëmurin (9,11).

Më pas fillon të shfaqet detyrimi i mjekut për informim të pacientit, meqenëse marrëdhënia që krijohet midis tyre nuk është një relacion i zakonshëm: mjeku ka njohuritë mbi sëmundjen dhe njëkohësisht fuqinë (pushtetin). Për këtë arsye, del detyrimi i tij për informimin e të sëmurit që nuk i ka këto njohuri.

Për herë të parë, në Talmud (bibla hebreje) jepen instruksionet e para për informimin e të sëmurit: “mjeku nuk mund të kryejë asnjë veprim pa miratimin e pacientit” (13).

Në mesjetë, paternalizmi mjekësor pasqyron imazhin e autoritetit të kishës. I sëmurit duhet t’i nënshtrohet mjekut, i konsideruar si përfaqësues i Zotit.

Një autor tjetër shprehet, se i sëmurit duhet t’i bindet mjekut sikurse skllavi (bujkrobi) të zotit të tij.

Në shekullin 18, John Gregory, profesor i mjekësisë në Edinburg këshillon që informacioni duhet t’u jepet pacientëve nga mjekët, me përjashtim të rasteve kur ai është i dëmshëm dhe kompromenton shërimin.

Po kështu, në qëndrime të mjekëve të tjerë të asaj kohe, shfaqet mendimi që e vërteta është më shumë e dëmshme për shëndetin dhe që mjeku duhet t’ia fshehtë një personi që është duke vdekur, fundin e tij të afërt.

Pra, koncepti i konsentit të informuar në përgjithësi nuk ka qenë pranuar dhe për këtë arsye nuk trajtohej në tekstet e etikës dhe deontologjisë mjekësore.

Më vonë, në shekullin 20, çështja e konsentit filloi të trajtohej si një detyrim juridik dhe gradualisht filloi të përfshihej në praktikën mjekësore, kjo sidomos në lidhje me çështje të shkeljeve mjekësore (medical malpractice) (10).

Në çështjen juridike Schloendorff v. Society of New York Hospitals, afirmohet për herë të parë “e drejta e pavarësisë” (vetëvendosjes) të pacientit.

Ndërsa termi “konsenti i informuar” është përdorur për herë të parë në një vendim të viti 1957: “Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees” (10,11).

Që atëherë, “konsenti i informuar”, sidomos në lidhje me detyrimin e mjekut për t’i dhënë informacion pacientit të tij në lidhje me rreziqet e mjekimit, u fut gradualisht në praktikën e organeve të drejtësisë për këto çështje, si dhe në programet e disiplinës së etikës dhe deontologjisë mjekësore.

### 3. INFORMIMI I TË SËMURIT

Një nga elementet kryesore të konsentit të informuar është detyrimi i mjekut për të informuar të sëmurin.

Në kohën e sotme, përparimet e reja mjekësore me përdorimin e teknikave moderne, janë vënë në qendër të vëmendjes, gjë që ndofta ka ndikuar në zhvlerësimin e marrëdhënies mjek – pacient, duke i kushtuar më pak vëmendje informimit të të sëmurit. Kjo situatë, ndofta ka ndikuar në rritjen e pakënaqësisë të pacientëve ndaj mjekëve dhe shtimin e rasteve të denoncimeve kundër mjekëve (9).

Një tjetër arsye në kohën e sotme e mosinformimit siç duhet të pacientit, vjen për shkak të inercisë në vazhdim të paternalizimit në marrëdhënien e mjekut me pacientin. Mjeku e di se çfarë ka nevojë pacienti, por ai nuk dëshiron të heqë dorë nga pushteti që i kanë dhënë atij njohuritë mjekësore (që nuk i ka pacienti). Nga ana tjetër, shumica e pacientëve qëndrojnë të fiksuar në rolet e tyre tradicionale, duke hezituar të shprehin kuriozitetin të tepruar ndaj mjekut. Por kjo situatë duhet shmangur.

Përse duhet informuar pacienti?

Informimi i pacientit do të thotë që ai të respektohet dhe të mos gënjehet.

Shkrimtari francez Montaigne është shprehur në këtë mënyrë (9):

“Nuk duhet thënë gjithmonë gjithçka, sepse kjo do të ishte një budallallëk, por ajo që thuhet, është ajo që mendohet, përndryshe do të ishte ligësi”.

Edhe kur pacienti nuk është kurioz të informohet për sëmundjen e tij, mjeku përsëri duhet ta informojë atë për çështjet më të rëndësishme të kësaj sëmundjeje.

Në sëmundjet e rënda me pasoja fatale, informimi i pacientit nga ana e mjekut përbën një problem të veçantë që ka të bëjë me çështjen etike të thënies të së vërtetës të sëmurit.

Informacioni është i nevojshëm për të vendosur një komunikim të mirë midis mjekut dhe pacientit.

Komunikimi i përshtatshëm midis tyre bën që pacienti t'i japë mjekut një informacion sa më të hollësishëm për sëmundjen e tij, duke ndihmuar kështu realizimin e qëllimit kurues të profesionit mjekësor.

Në rastet e sëmundjeve ngjitëse si HIV/AIDS, informimi i pacientit/pacientes ose dhe i partnerëve të tyre do të ketë si qëllim, përveç të tjarve, që pacienti të tregohet i kujdesshëm për të shmanhur transmetimin e sëmundjes së tij, personave të tjerë (8).

Informacioni që mjeku i jep të sëmurit, duhet të jetë i çiltër, i qartë, i përshtatshëm (që t'i krijojë pacientit mundësinë që të veprojë sa më mirë në interes të vetes së tij (8).

Ai duhet të jepet me takt, me dashamirësi, zakonisht gojor, por mund të bëhet edhe me shkrim, nganjëherë i shoqëruar me broshura shpjeguese etj.

Nganjëherë mund të ndeshen disa vështirësi në dhënien e informacionit nga mjeku, që vijnë për shkak se mjeku është shumë i ngarkuar në punë, i mungon koha, ndonjëherë ka mungesa të mjediseve të konsultave etj.(8).

Në disa raste të tjera ndeshen vështirësi të karakterit psikologjik, për shkak të formimit mjekësor të pamjaftueshëm të mjekut. Ai i papërgatitur siç duhet për t'i dhënë lajme të këqia pacientit, nuk i tregon asgjë atij. P.Sh. diagnoza të tilla si kanceri, HIV/AIDS, demenca senile etj. që do të jenë të rënda për të sëmurin, mjeku vendos që të mos ia tregojë atij, pa menduar se heshtja në këto raste është edhe më e keqe.

#### **4.KONSENTI I INFORMUAR NË SHQIPËRI DHE NDIKIMI I TIJ NË SHKELJET MJEKËSORE (MEDICAL MALPRACTICE)**

Në vendin tonë (5), konsenti dhe rregullat e tij, për herë të parë janë dhënë në Kodin e Deontologjisë Mjekësore të vitit 1994. Kështu, në nenin 7 të këtij Kodi theksohet: ”respektimi i vullnetit të të sëmurit në lidhje me ndërhyrjet mjekësore që do kryhen, me përjashtim të rastit kur i sëmuri nuk është në gjëndje të shprehë vullnetin e tij”. Ndërsa në nenin 35: “... formulimi i qartë dhe i thjeshtë i mjekimit të rekomanduar, në mënyrë që ai të kuptohet nga i sëmuri dhe të afërmit e tij” (6).

Siç shihet, sipas këtyre neneve, plotësohen të gjitha kushtet për një aplikim sa më të plotë të konsentit: konsent i vetëdijshëm nga një person i aftë në kuptimin juridik, informimi i plotë i pacientit, etj.

Në raste të veçanta, kur pacienti nuk është i aftë të japë konsentin, në legjislacion parashikohet marrja e tij nga prindërit për fëmijën e sëmurë, apo nga përfaqësuesi ligjor për një individ me invaliditet të rëndë (neni 41 i Kodit të Deontologjisë Mjekësore), apo nga kujdestari ligjor për një të sëmurë psikik (neni 17 i ligjit për shëndetin mendor).

Ndërsa në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore të vitit 2012 (12), konsenti trajtohet në nenin 28:

#### **Neni 28**

#### **Pëlqimi pas informimit (konsenti i informuar)**

Është detyrim për çdo mjek marrja e pëlqimit të të sëmurit përpara çdo ndërhyrjeje, ekzaminimesh apo mjekimesh të propozuara, pasi ta ketë informuar me hollësi dhe të jetë bindur se

i sëmurit e ka kuptuar.

*Ku i sëmurit në gjendje për të shprehur vullnetin e tij, refuzon ndërhyrjen e propozuar, mjeku duhet të pranojë vullnetin e të sëmurit, pasi ta ketë informuar dhe bindur për pasojat e pritshme.*

*Në qoftë se i sëmurit është ndën 16 vjeç, ose i paaftë për të shprehur vullnetin e tij për të marrë vendime, mjeku nuk mund të ndërhyjë pa njoftuar të afërmit e të sëmurit apo personin përgjegjës legjitim, me përjashtim të rasteve urgjente apo të pamundësisë për të kontaktuar këta persona.*

*Informimi i të sëmurit dhe marrja e pëlqimit apo refuzimit të tij shprehen me shkrim në dosjen klinike të të sëmurit dhe firmosen nga ai apo personat legjitimë që e kanë në kujdestari.*

Siç shihet në këtë nen jepen të gjitha elementet përbërës të konsentit të informuar dhe refuzimit të mjekimit, që zbatohen në vendin tonë.

Një veçori në lidhje me informimin e pacientit si pjesë përbërëse e konsentit të informuar, që shfaqet edhe në praktikën mekësore të vendit tonë, ka të bëjë me ndikimin që mund të ketë sëmundja ndaj parimit të pavarësisë të pacientit. Mund të ndodhë që sëmundja të reduktojë autonominë dhe pacienti të bëhet më pak kërkuar për t'u informuar nga mjeku (8).

Në të vërtetë, kjo ka të bëjë me çështjen e informimit të pacientit nga ana e mjekut, apo e quajtur "thënia e së vëretës të sëmurit".

Në praktikën tonë mjekësore, jorrallë ndodh kur pacientët vuajnë nga sëmundje të rënda, me ecuri të keqe, që mjekët të tregohen të rezervuar duke mos e informuar të sëmurin.

Kështu në një studim të kryer nga ana jonë në vitin 2013, në bazë të një pyetësi me 100 mjekë të QSU Tiranë, rezultoi që shumica e mjekëve i informonin me hollësi pacientët që vuanin nga sëmundje me ecuri të mirë. Ndërsa për rastet me sëmundje me ecuri fatale, mjekët nuk i kanë informuar pacientët, situatë kjo që mund të shpjegohet edhe nga pakësimi i autonomisë të pacientëve për shkak të sëmundjeve të rënda të tyre, që i bënte kështu këta pacientë, më pak kërkuar ndaj mjekëve kurues të tyre, për t'i informuar ata (7).

Problemi më i rëndësishëm i konsentit të informuar që ka filluar të shfaqet edhe në vendin tonë, ka të bëjë me përdorimin e tij në çështjet e shkeljeve mjekësore (medical malpractice) (4,6).

Kështu, kur një mjek i akuzuar për një pakujdesi mjekësore, në rast se ai e ka zbatuar rregullin etik të konsentit të informuar, kjo gjë do ta mbrojë atë nga akuza e ngritur kundër tij. Në të kundërtën, ai do të mbajë përgjegjësi për këtë akuzë, e cila mund të jetë penale ose deontologjike.

*Në një rast të praktikës tonë mjekoligjre të viteve 2000, një paciente me moshë mesatare, që vuante nga sëmundja e gurëve në veshka, i nënshtrohet operacionit, në të cilin ju hoq njëra veshkë, për arsye se ajo ishte e shkatërruar plotësisht. Mjeku që e operoi nuk e informoi as pacienten dhe as të afërmit e saj, për heqjen e veshkës së sëmurë.*

*Pas disa vitesh, ajo e mësoi këtë gjë rastësisht, nga një mjek që i bëri një ekzaminim ekografik kontrolli të barkut.*

*Për këtë mosinformim të mjekut kirurg urolog që i kishte hequr njëren veshkë, ajo e denoncoi atë te urdhëri i mjekut, i cili e shqyrtoi si një rast ku nuk ishte zbatuar rregulla etike e informimit të pacientit.*

*Pra në këtë shembull, mosinformimi i pacientes nga ana e mjekut që nuk u shoqëruar me ndonjë dëmtim konkret të saj, bëri që mjeku të mos merrej në përgjegjësi penale, por vetëm - deontologjike.*

Një problem që ka dalë lidhur me konsentin dhe informimin e pacientit në kohën e sotme, ka të bëjë me përparimet e mjekësisë botërore që zbatohen edhe në vendin tonë.

Kështu p.sh., në fushat e kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë janë futur në praktikën e përditshme: operimi me zemër të hapur (zemra ka ndaluar punën e saj) me anë të përdorimit të qarkullimit ekstrakorporal, për të riparuar keqformimet dhe lezionet patologjike të saj, riparimi i arterieve koronare nëpërmjet operacioneve të by-pass-eve, zëvendësimi i valvulave të dëmtuara të zemrës,

mjekimet konservative të hipertensionit, të sëmundjeve koronare, insuficiencës kardiake etj., ku që të gjitha kanë ndikuar në zgjatjen e jetës. Por të sëmurët dhe familjet e tyre kanë kërkesa gjithnjë e më të mëdha dhe nuk bien dakord me disfata dhe rezultatet jo të mira të këtyre mjekimve të reja (13).

Kjo situatë ka filluar të shfaqet edhe në vendin tonë, ku kanë filluar të bëhen akuza për paku-jdesi mjekësore.

Për të shmangur raste të tilla, është e nevojshme të zbatohet me përpikmëri, informimi i hollësishëm i pacientit, në bazë të të cilit, i sëmuri do të japë ose do të refuzojë konsentin (konsenti i informuar – neni 29 i kodit të etikës dhe deontologjisë mjekësore).

Konsenti në këto raste nuk mjafton të jetë i thjeshtë në mënyrë formale, me anën vetëm të firmosjes së formularit të tij, por ai duhet të jetë një proces i vazhdueshëm nga ana e mjekut që informon me hollësi pacientin vetë dhe të afërmit e tij.

Një situatë e e pakëndshme është ndeshur te ne, në disa raste të pacientëve të moshuar që kanë vuajtur nga stenoza e aortës dhe u janë nënshtruar operacioneve të zëvendësimit të valvulave të kalcifikuara të aortës, me valvula artificiale. Sigurisht këto janë raste operacionesh shumë të vështira. Por në disa nga këto operacione që kanë përfunduar me vdekjen e të sëmurëve, mosinformimi i plotë i familjarëve të këtyre pacientëve, ka ndikuar që të bëhen denoncime kundër mjekëve.

\* \* \*

Si përfundim, duhet theksuar që konsenti dhe informimi i pacientit përbën një nga çështjet kyçe të etikës mjekësore, të cilat njihen dhe zbatohen në vendin tonë.

Përparimet e mjekësisë në kohën e sotme, që aplikohen edhe në vendin tonë, me futjen në përdorim të teknikave të reja invazive dhe mjekimeve më efikase, por edhe më të rrezikshme, kërkojnë një kujdes më të madh nga ana e mjekëve, në lidhje me informacionin që duhet t'u japin të sëmurëve dhe familjarëve të tyre, duke siguruar kështu zbatimin me përpikmëri të konsentit të informuar dhe shmangien e rasteve të denoncimeve kundër mjekëve.

## LITERATURA

1. Çipi B, Ethical Problems of Health Legislation in Albania, International Journal of Bioethics, Lyon, June 1996, Nr. 2, Vol. 7, f. 102.
2. Çipi B, Konsenti, Referat në Seminarin e Ministrisë shqiptare të Shëndetësisë, në bashkëpunim me specialistë francezë, Tiranë, Maj 1996, f. 1-3.
3. Çipi B, Refuzimi i mjekimit, B.Çipi, S. Meksi, Etika dhe Deontologjia Mjekësore, Tiranë 1996, f. 66-68.
4. Çipi B, Some Juridical and Philosophical issues of Informed Consent in reference to the Medical Malpractice Problems in Albania, International Symposium on Biomedical Ethics, Zagreb (Kroaci), 26-27 Shkurt 1999, f. 44.
21. Çipi B, Konsenti, Referat në Seminarin e Ministrisë Shëndetësisë së Shqipërisë, etj. , Tiranë, Maj 1996, f. 4.
5. Çipi B, Ethical Problems of Health Legislation in Albania, Intern. Journ. Bioethics, Lyon, June 1996, Nr.2, Vol. 7, f. 101-102.
- 6-Çipi B, Bioetika në një këndvështrim mjekoligjor, Tiranë 2005, f. 54 – 60.
- 7- Çipi B, Human rights and bioethics, Bioethics in Albania nowadays, Tiranë 2016, f.54.
- 8-Hoerni B, 75 reflexion sur la médecine, 1992, f.207 – 210.
- 9-Hoerni B, Éthique et déontologie médicale, Paris 1996, f.57-67.
- 10-Parizeau M-H, Consentement, Les mots de la bioéthique, Bruxelles 1993, f.88-95.
- 11-Post G.S.Enciclopedia of Bioethics, Informed consent, New York 2003, vol 3, f 1271-1313.
- 12-Urdhëri i mjekëve të Shqipërisë, Kodi i etikës dhe deontologjisë mjekësore, Tiranë 2012
- 13-Vacheron A, Le devoir d'information en médecine, Paris 2000.

## INFORMACION MBI EDUKIMIN E VAZHUESHËM TË MJEKËVE Rezultatet dhe Propozimet për Përmirësim

*Dr. Ines ARGJIRI*

Tashmë njihet nga të gjithë detyrimi ligjor i përfshirjes së mjekëve në procesin e Edukimit në Vazhdim dhe mbledhja e krediteve përkatëse. **Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë është nxitës i këtij procesi.** Nëse një mjek nuk përfshihet në këtë proces sipas VKM nr. 789, dt. 22.09.2015 “Për përcaktimin e kriterëve, standardeve dhe procedurave të programit të certifikimit për profesionistët e shëndetësisë”, neni IV, pika 4 (citat “Profesionistët e shëndetësisë, të cilët nuk plotësojnë programin e certifikimit sipas përcaktimeve në këtë VKM, i nënshtrohen provimit të certifikimit...”) me fjalë të tjera mjeku rrezikon të mos pajiset me licencë nga UMSH dhe degët e tij në qarqe, përjashtoj rastin kur mjeku jep Provimin e Certifikimit dhe e kalon me sukses.

Për pasojë UMSH i ka kushtuar dhe vijon ti kushtojë vëmendje të veçantë procesit të edukimit të mjekëve dhe përfshirjes së tyre në këtë proces.

Siç edhe dihet, cikli i parë i Edukimit në Vazhdim rezultoi jo i suksesshëm. Dhe duke u bazuar në Raportet Vjetore të publikuara nga QKEV për vitet 2015-2016 mund të themi se edhe cikli i dytë vijon të ketë probleme. Kështu:

Numri i mjekëve të regjistruar pranë QKEV në fund të viti 2016, ka rritje me 175 mjek të rinj.

	2015	2016	rritja
Mjek total	6,447	6,622	175
Mjek aktiv	5,846	6,075	229
Mjek jo-aktiv	601	605	4

*Burimi QKEV*

Mjekët që kanë përfituar kredite:

	2015		2016	
Nën Minimum (1-9 Kredite)	497	11%	593	14%
Mbi Minimum (10-30 Kredite)	1,797	41%	1,888	45%
Mbi Rekomandimin (>30 Kredite)	2,109	48%	1,746	41%
<b>TOTAL</b>	<b>4,403</b>		<b>4,227</b>	

*Burimi QKEV*

Ku vihet re rënie e numrit në total të mjekëve që kanë përfituar kredite (176 persona më pak në 2016).

Bazuar në tabelën në vijim konstatohet se numri i mjekët të cilët janë pa kredite është ulur me 266 persona: (regjistri i ri do saktësojë këtë shifër)

	2015	2016
Spektori Publik		964
Spektori Privat		584
<b>TOTAL</b>	<b>1,724</b>	<b>1,458</b>

*Burimi QKEV*

## Edukimi i vazhdueshëm mjekësor

Kjo tregon se mjekët po ndërgjegjësohen për domosdoshmërinë e përfshirjes së tyre në procesin e edukimit profesional.

Po ashtu, mund të themi se ka rritje të mesatares së numrit të krediteve për mjekët që kanë marrë kredite: 2016 – 34 kredite mesatarisht për mjek dhe në 2015 – 23 kredite mesatarisht për mjek.

Por nga tabela në vijim vihet re se pavarësisht rritjes së numrit të mjekëve që kanë përfituar mbi minimumin e krediteve, për pjesën më të madhe të specialiteteve ka rënie të numrit të mjekëve që kanë marrë kredite. Vetëm për dy specialitete (alergologji dhe gastrohepatologji) ka rritje të numrit të mjekëve të përfshirë në aktivitetet e edukimit në vazhdim.

	2015					2016				
	Nr. sipas statusit të kreditimit			total	%	Nr. sipas statusit të kreditimit			total	%
	nën min <10	mbi min (10-30)	mbi max >30			nën min <10	mbi min (10-30)	mbi max >30		
Alergolog	3	19	14	36	0.6%	1	16	27	44	1.0%
Anestezist	30	23	108	161	2.8%	9	74	58	141	3.3%
Biokimist	30	38	29	97	1.7%	6	26	51	83	2.0%
Dermatolog	21	24	22	67	1.1%	10	26	20	56	1.3%
Endokrinolog	6	18	44	68	1.2%	9	22	32	63	1.5%
Epidemiolog	31	9	10	50	0.9%	7	13	10	30	0.7%
Gastrohepatolog	19	20	23	62	1.1%	11	37	22	70	1.7%
Hematolog	14	11	16	41	0.7%	5	11	22	38	0.9%
Higjienist	31	9	3	43	0.7%	7	9	4	20	0.5%
I përgjithshëm	1,115	824	632	2,571	44%	304	876	698	1,878	44.4%
Imazherist	43	38	48	129	2.2%	15	36	48	99	2.3%
Infeksionist	23	35	34	92	1.6%	9	24	27	60	1.4%
Kardiolog	36	59	74	169	2.9%	34	54	73	161	3.8%
Kirurg	89	86	131	306	5.2%	7	80	71	158	3.7%
Mikrobiolog	29	23	26	78	1.3%	7	28	23	58	1.4%
Nefrolog/Urolog	26	30	25	81	1.4%	6	26	30	62	1.5%
Neonat	22	7	16	45	0.8%	1	7	21	29	0.7%
Neurolog	28	16	34	78	1.3%	11	25	15	51	1.2%
Obst-Gjinekolog	76	105	106	287	4.9%	23	109	76	208	4.9%
Okulist	29	26	29	84	1.4%	6	31	26	63	1.5%
Onkolog	12	16	12	40	0.7%	0	6	9	15	0.4%
ORL	28	21	32	81	1.4%	2	24	42	68	1.6%
Ortoped	15	21	29	65	1.1%	3	24	34	61	1.4%
Pediatër	192	93	83	368	6.3%	21	89	89	199	4.7%
Pneumolog	39	26	22	87	1.5%	17	21	46	84	2.0%
Psikiatër	11	10	6	27	0.5%	2	8	9	19	0.4%
Reanimator	22	7	16	45	0.8%					
Reumatolog	21	24	20	65	1.1%	7	18	19	44	1.0%
Shëndet Publik	14	13	17	44	0.8%	3	11	14	28	0.7%
Tjetër	277	123	90	490	8.4%	22	157	129	308	7.3%
Urgjencë	12	10	12	34	0.6%	5	14	10	29	0.7%
<b>TOTAL</b>	<b>2,322</b>	<b>1,777</b>	<b>1,747</b>	<b>5,846</b>	<b>100%</b>	<b>570</b>	<b>1,902</b>	<b>1,755</b>	<b>4,227</b>	<b>100%</b>

Burimi QKEV

Edhe pse vihet re që mjekët që kanë kredite në grupin ‘mbi maksimum’ dhe atë ‘mbi minimum’ është rritur, përsëri numri i mjekëve të përfshirë në edukim rezulton të jetë më i ulët me një diferencë prej 1,619 mjekë..., ndërkohë që QKEV deklaroi rritje të numrit të mjekëve të regjistruar (175 mjekë) për vitin 2016. Kjo flet mbi të gjitha për neglizhencë të mjekëve, pasi vetëm plani personal për EVM ju jep kredite

Rezultatet e mësipërme për përfshirjen në Edukimin në Vazhdim të mjekëve lënë për të dëshiruar, dhe nga UMSH mbetet për të bërë:

1. Jo të gjithë mjekët që licencohen nga UMSH regjistrohen në QKEV edhe pse në nenin III, pika 1 të VKM nr. 789, dt. 22.09.2015 “Për përcaktimin e kritereve, standardeve dhe procedurave të programit të certifikimit për profesionistët e shëndetësisë” (cituar “... të gjithë profesionistët e përfshirë në programin e certifikimit janë përgjegjës për regjistrimin e tyre në Regjistrin Kombëtar të Certifikimit ... që administrohet nga QKEV, si dhe për vërtetësinë e të dhënave të dokumentuara në dosjen individuale”), **propozojmë** që KK i UMSH të ofrojë informacion të shkruar për gjithë mjekët që licencohen për herë të parë dhe të dërgojë listën e mjekëve të rinj të licencuar pranë tij (shqiptarë dhe të huaj) në QKEV (kjo është kërkuar edhe nga disa mjekë, të cilët përballen me problemin e ri-licencimit, kur i kërkohet vërtetimi i përfundimit të krediteve)
2. **propozojmë** KK dhe zyrat rajonale të UMSH të bashkëpunojnë me Institucionet Shëndetësore publike dhe jo-publike (pasi e kanë detyrim ligjor tu ofrojnë në institucion 30% të krediteve, VKM nr 789, dt. 22.09.2015 “Për përcaktimin e kritereve, standardeve dhe procedurave të programit të certifikimit për profesionistët e shëndetësisë”, neni 4, pika 2.2.3 cituar “... të ofrojnë aktivitete të edukimit në vazhdim për profesionistët e tyre në mënyrë që ata të mbledhin deri në 30% të numrit total të krediteve të kërkuara për mes këtyre aktiviteteve”) për përfshirjen e gjithë mjekëve që kanë të punësuar në institucion, në procesin e edukimit në vazhdim, qoftë në institucionin shëndetësor qoftë jashtë tij. Për këtë UMSH në bashkëpunim me zyrat rajonale ka vënë në dispozicion një shumë për përfshirje të aktiviteteve të edukimit nga Rajonet. Rajoni i Elbasanit ka kryer një konferencë, ndërsa rajonet e tjera nuk kanë planifikuar ende ndonjë aktivitet.
3. **propozojmë** Zyrat rajonale të kontaktojnë me personat që nuk kanë përmbushur detyrimet e plotësimit të minimumit të krediteve për 2 vitet 2015-2016, dhe ti instruktojnë ata për kryerjen e vetë-deklarimit (on-line) pranë QKEV (sipas shkresës së dërguar nga KK dt. 28.12.2016 me nr. 156 Prot.) në mënyrë që të përfitojnë minimumin e krediteve për secilin vit kalendarik. Dhe të nxisin veçanërisht këta mjekë të përfshihen në aktivitetet e edukimit në vazhdim që zhvillohen në institucion ose jashtë tij.

## **MBLEDHJA E 120 E ASAMBLESË MJEKËSORE GJERMANE 23-26 MAJ FREIBURG**

Këtë vit ishte qyteti i Freiburg-ut vendi ku u zhvillua Mbledhja e 120 e Asamblesë Mjekësore Gjermane. Siç dihet ky është aktiviteti më i rëndësishëm vjetor, ku vendasit ftojnë përfaqësues të homologëve të tyre nga gjithë Evropa si dhe organizma ndërkombëtare botërore dhe evropiane. Edhe këtë vit kishte rreth 26 delegacione të huaja midis tyre edhe UMSH-ja.

Sipas traditës së tyre në mbrëmjen e 22 Majit për delegacionet e huaja u organizua një pritje e veçantë. Të ftuarit u përshëndetën nga presidenti i Shoqatës Mjekësore Gjermane për qytetin e Freiburg-ut, pastaj nga krye-bashkiaku i qytetit si dhe në fund nga prof. Montgomeri, president i Shoqatës Mjekësore të Gjermanisë. Në emër të delegacioneve të huaja përshëndeti delegacioni Italian duke falënderuar vendasit për ftesën dhe pritjen e organizuar.

Më datën 23 punimet e asamblesë u paraprinë nga një ceremoni hapëse ku përshëndetën prof. Montgomeri, President i Shoqatës Mjekësore Gjermane, Ministrat e Shëndetësisë dhe ai i Mirëqenies Sociale, President i Landit të Bavarisë, Kryetari i Bashkisë së Freiburg-ut, etj...

Në intervale midis përshëndetjeve, u mbajt një minutë heshtje për mjekët e vdekur në kohën ndërmjet asambleve të fundit. U nderuan me çmim të veçantë të Shoqatës Mjekësore Gjermane 5 personalitete mjekësore nga fushat: nefrologji, hipertoni, shëndetit publik, kardiologji, biokimi, etj...

Në fund të ceremonisë hapëse u thirrën delegacionet e huaja në emër një nga një sipas rendit alfabetik duke u përshëndetur dhe falënderuar për pjesëmarrjen. Më tej në vazhdim u zhvilluan prezantimet e asamblesë si për probleme organizative të shoqatës ashtu edhe me paraqitjen shkencore të specialiteteve të ndryshme, ku janë bazuar arritjet në mjekësinë vendore duke u ballafaquar me ato bashkëkohore të vendeve të tjera të propozuara.

Më datën 24 Maj u organizua një takim i veçantë me disa delegacione të vendeve anëtare të Forumit ZEVA për të akorduar axhendën e takimit të radhës në Shtator në Slloveni.

## **TAKIMI I BORDIT TË SEEMF MË 13 MAJ 2017 OHËR, MAQEDONI**

Takimi i rregullt i Bordit të SEEMF u zhvillua më 13 Maj në qytetin e Ohrit, Maqedoni, në mbështetjen e Shoqatës Mjekësore të Maqedonisë si vend anëtar i SEEMF-së. Në këtë veprimtari morën pjesë anëtarët e bordit nga Bullgaria, Greqia, Sllovenia, Serbia, Kroacia, Bosnja-Hercegovina, Shqipëria dhe Maqedonia. Drejtimi i takimit u bë nga kryesia e përbërë nga Dr. A. Kehajov (presidenti), prof. Porodov zv.president dhe Dr. S. Antipas sekretar i përgjithshëm. Pas fjalës së mirëseardhjes nga Goran Dimitrov (president i Shoqatës Mjekësore Maqedonase) si vendi pritës, dhe u aprovua rendi i ditës:

1. Informacion mbi veprimtaritë e zhvilluara pas Kongresit të Selanikut (Qershor 2016) nga Dr. Kehajov.
2. Informacion nga Dr. S. Antipas mbi veprimtaritë përgatitore për Kongresin e 8-të të SEEMF që do të zhvillohet 7-10 Shtator në Athinë.
3. Prezantim dhe informim mbi gjendjen e kujdesit shëndetësor në çdo vend pjesëmarrës dhe si bashkëpunohet me shoqatat, dhomat mjekësore dhe urdhrat e profesionistëve për zbatimin e reformave shëndetësore në vendet përkatëse.
4. Të ndryshme.

Theksi u vu në përgatitjet dhe detyrat që dalin për çdo vend anëtar të SEEMF për të kontribuar në

zhvillimin me sukses të Kongresit të 8-të në Athinë. Sigurimi i lektorëve dhe pjesëmarrësve nga çdo vend ishte prioritet dhe kryefjala e gjithë veprimtarisë.

Nga raportimet kombëtare patën interes:

- Fjala e Dr. Antipas mbi përpjekjet që bëhen në Greqi (vend me vështirësi të theksuara financiare në vitet e fundit) për përmirësimet dhe rritjen e financimeve në shërbimin shëndetësor.
- Puna që bëhet në Kroaci për akreditimet e institucioneve shëndetësore.
- Kontributi i UMSH-së për sensibilizimin e politik-bërësve për ndryshimeve të kodin penal, për të qartësuar diferencimin e gabimit mjekësor nga neglizhenca mjekësore.

### TAKIMI VJETOR I EFMA

28.06.2017-01.07.2017

- Takimi vjetor i EFMA (European Forum of Medical Associations) u zhvillua prej datës 28 Qershor deri në 1 Korrik 2017 në Izrael. Në këtë takim përveç delegacioneve të vendeve pjesëmarrëse, ishin të pranishëm dhe sekretari i përgjithshëm i WMA, presidenti dhe sekretari i përgjithshëm i CPME, presidenti dhe sekretari i SEEMF, si dhe disa lektorë të Universiteteve të Izraelit të cilët referuan përvojën e vendit të tyre mbi problemet që u trajtuan në këtë takim të rëndësishëm.
- Në ceremoninë e hapjes iu urua mirëseardhja të pranishmëve si dhe rëndësinë e takimit nga prof. L. Edelman presidenti i Shoqatës Mjekësore Izraelite. Sekretaria e përgjithshme e EFMA L. Wapner pasi përshëndeti pjesëmarrësit u përqëndrua në sfidat që përballen në vendet e tyre profesionistët e mjekësisë për të ruajtur standardet mjekësore dhe rritur cilësinë e shërbimit.
- Në emër të Ministrisë së Shëndetësisë të Izraelit përshëndeti prof. I. Grotto, i cili u përqëndrua në rëndësinë e bashkëpunimit midis Ministrisë Shëndetësisë dhe Shoqatës Mjekësore në Izrael. Në vazhdim ai foli për sfidat shëndetësore në vendin e tij.
- Seanca e parë e takimit ju kushtua problemeve të Etikës Mjekësore. Dr. Ramin P. (Shoqata Mjekësore Gjermane) prezantoi draftin për rishikimin e “Deklaratës së Gjenevës” që do të diskutohet dhe ndoshta do të vendoset në Asamblenë e Përgjithshme të WMA (Shoqata Mjekësore Botërore) në Tetor. Kjo deklaratë mendohet të jetë si version i ri modern i betimit të Hipokratit. Dr. R. Straus vijoi me temën: “Konsiderata etike në hartimin e një betimi ndërkombëtar të Etikës Mjekësore. Sigurisht për këtë temë pati diskutime dhe sugjerime të ndryshme. Në qendër të vëmendjes ishte nevoja e ndryshimeve në betimin e Hipokratit në përputhje me risi të kohës por pa ndryshuar thelbin e tij; çka ai përcakton për mjekët dhe marrëdhëniet e tyre me pacientët.
- Seanca e dytë i dedikohet aksesit në shërbimin mjekësor. Është fakt që cilësia e lartë e shërbimit mjekësor ka edhe një kosto të lartë, kjo e fundit bën që tarifat e larta të shërbimeve të ulin aksesin e të sëmurëve në to. Problematika u trajtua në 2 referime:
  - -“Aksesi në mjekësi dhe çmimet farmaceutike” paraqitur nga A. Seebotim
  - -“Zhvillime të reja në mjekësi midis aftësisë intelektuale, ekonomisë dhe aksesit në mjekësi” prezantuar nga Dr. J. G. Wapner.
- Seanca vijuese ju dedikua Turizmit mjekësor. Për këtë u paraqitën referime:
  - -“Planifikimi dhe rregullimi i turizmit mjekësor në Izrael” nga L. Wapner.
  - -“Turizmi mjekësor në Izrael” nga Y. Eston (zv. shefe e kërkimit ekonomik kombëtar pranë zyrës së kryeministrit).
  - -“Turizmi mjekësor në Kazakistan, sot dhe nesër” nga prof M.Kulzhanov, presidenti i Dhomës Mjekësore të Kazakistanit.

- Vlerësimi i turizmit mjekësor si kontribuues në buxhetin ekonomik të vendit shtronte nevojën e rritjes së cilësisë së shërbimit mjekësor, uljes së kostos së procedurave diagnostikuese dhe mjekuese, aksesit të lehtë në shërbime si dhe rregullimet ligjore për problemet e financimit dhe rimbursimit, siguracionet mjekësore, etj... Këto kërkonin angazhim serioz të organizmave shtetërore dhe profesionale në vendet që pretendojnë të zhvillojnë turizmin mjekësor.
- Në 3 seanca të tjera të takimit u trajtua tema: “Profesioni mjekësor dhe kompjuterat e gjeneratës tjetër”. Referuesit në këto seksione bazuar në përvojën e Izraelit (në shërbimin mjekësor të këtij vendi nuk ekziston asnjë regjistrim në letër pasi gjithçka është elektronike) shpjeguan prioritetet e punës në sistemin kompjuterike, krahas avantazheve u ndalën edhe në rreziqet e sulmeve kibernetike, në epokën e terrorizmit, duke evidentuar nevojën e masave të sigurisë.
- Seanca e fundit ju dedikua raporteve kombëtare.
- Në konkluzionet e takimit, sekretarja e përgjithshme av. L. Wapner vlerësoi cilësinë e referimeve, rëndësinë e problematikave të trajtuara, frymën konstruktive të diskutimeve, rëndësinë e bashkëpunimit në veprimtaritë ndërkombëtare. Në fund u votuan kërkesat e disa anëtarëve për të ftuar asamblenë e EFMA për vitet e ardhshme. U vendos takimi në Azerbajxhan 2018 dhe Kazakistan 2019.

### **Informacion mbi zgjedhjen e Dr. Fatmir Brahimaj, anëtar i Komitetit të Anëtarësisë të Shoqatës Ndërkombëtare të Autoriteteve Rregulluese Mjekësore (IAMRA)**

Dr. Fatmir Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë është zgjedhur anëtar i Komitetit të Anëtarësisë të Shoqatës Ndërkombëtare të Autoriteteve Vetregulluese Mjekësore (IAMRA).

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë është anëtar me të drejta të plota e kësaj Shoqate që prej vitit 2002.

**Qëllimi i IAMRA** është nxitja e një praktikë të mirë mjekësore midis autoriteteve rregulluese mjekësore në mbarë botën dhe mbron, promovon dhe ruan shëndetin dhe sigurinë e publikut duke ruajtur standarde të larta profesionale gjatë ushtrimit të mjekësisë.

Komiteti Anëtarësimi përbëhet nga 10 anëtarë, i raporton Komitetit të Menaxhimit dhe vepron si më poshtë:

1. Komiteti i Anëtarësisë do të ndihmojë Komitetin e Menaxhimit për të arritur Objektivat IAMRA-së, siç përcaktohet nga Komiteti i Menaxhimit nga koha në kohë.

2. Programi i punës të këtij Komitetit do të përfshijë, por nuk kufizohet vetëm me objektivat e anëtarësimit dhe këto objektiva janë si më poshtë:

- Rritja e anëtarësimit në zonat e nën-përfaqësuara (p.sh., Amerikën Qendrore dhe Jugore, Evropë, etj).
- Identifikimi i burimeve kryesore të IAMRA që do të ofrohen në gjuhë të tjera (Faqja e internetit, konferencave, etj).
- Lehtësimi mundësive për bashkëveprim ndërmjet anëtarëve të IAMRA (p.sh., webinar, konferenca dhe simpoziume, mediat sociale).
- Draft-Deklaratat:
  - a. Përparësitë e sigurisë së pacientit;
  - b. Mbështetja e pavarësisë vetregulluese.
- Rishikime të tyre, shpeshësinë dhe përmbajtjen e sondazhit të anëtarësimit

3. Komiteti i Anëtarësisë do të këshillojë Komitetin e Menaxhimit për çdo çështje të tjera që ajo i konsideron të rëndësishme për të arritur vizionin, qëllimet dhe objektivat e IAMRA-së.

4. Komiteti i Anëtarësisë do t'i paraqesë raporte të rregullta Komitetit të Menaxhimit dhe paraqet një raport Asamblesë së Përgjithshme të Anëtarëve.

### **Objektivat aktuale IAMRA-së, janë si vijon:**

1. Krijimi i një komuniteti global të rregullatorëve mjekësorë, duke zgjeruar anëtarësinë e IAMRA-së dhe ndikimin e saj;
2. Promovimi i proçeseve të duhura të akreditimit për të arritur standarde të larta në arsimin mjekësor dhe trajnim;
3. Mbështetja dhe inkurajimi i anëtarëve për të zhvilluar mekanizma për sigurimin e kompetencës së vazhdueshme të mjekëve;
4. Promovimi, duke bërë të mundur sjelljen e mirë profesionale / informacione mbi masat disiplinore mes anëtarëve të IAMRA-së;
5. Forcimin dhe vlerësimin e proçeseve rregullatore, si dhe publikimin dhe shkëmbimin e tyre mes anëtarëve dhe më gjerë.

## TRAJTIMI DHE MJEKIMI RACIONAL I TË SËMURËVE NË SHËRBIMIN AMBULATOR

*Dr. Ndrec NDRECA Mjek i Përgjithshëm/Mjek Familje  
Qendra Shëndetësore Lezhë*

**QËLLIMI:** Të evidentojmë se trajtimi dhe mjekimi racional i të sëmurëve pasqyron një menaxhim të mirë, me efektivitet në parandalimin dhe mjekimin e sëmundjeve si dhe mirë menaxhimin e fondeve.

**SYNIMI:** Të pasqyrojmë aftësitë e mjekut të familjes (MF) për të realizuar këtë trajtim nëpërmjet protokolleve, njohja dhe përditësimi i tyre realizohet nëpërmjet edukimit në vazhdim dhe me një bashkëpunim efikas MF-MS.

Termi racional i përdorur në trajtimin dhe menaxhimin e të sëmurit do të thotë trajtim i arsyeshëm, i mbështetur në arsyen e shëndoshë, në përputhje me logjikën, i peshuar dhe i llogaritur mirë mbi baza shkencore.

Përqasja e orientuar drejt individit, menaxhimi i problemeve akute dhe kronike të tij e detyron MF të merret direkt me trajtimin e të sëmurit.

Me përparimin e shkencës është shkurtuar koha e ekzaminimeve dhe e bërjes së diagnozës, është shkurtuar koha e qëndrimit në spital, trajtimi dhe menaxhimi i të sëmurëve kalon në shërbimin ambulator pranë MF, i cili me konsultat periodike vështrohet me kujdes ecurinë e sëmundjes, evidenton shpejt dëmtimet organike, menaxhon efektin e barnave dhe sigurinë e tyre. MF është mesi i artë i shërbimit shëndetësor në përgjithësi. Në mënyrë figurative në këtë shërbim perceptohen dy porta, ajo nga ana e komunitetit, “e gjerë”, që i përgjigjet karakteristikës së mjekësisë së familjes si “pika e parë e kontaktit me akses të hapur e të pa kufizuar” dhe tjetra nga ana e shërbimeve të specializuara, “e ngushtë” e kalueshme nëpërmjet rekomandimit. MF përshkruajnë, trajtojnë, monitorojnë dhe komunikojnë me pacientin duke kaluar nga problemi tek zgjidhja.

Përdorimi i barit me dozën dhe efektin e duhur për të sëmurin e duhur, me çmimin më të ulët, jo për çështje kursimi, por për shmangien e shpërdorimeve dhe harxhimeve të panevojshme e quajmë terapi racionale dhe u përmbahet parimeve të farmakologjisë klinike, koncepteve bazë të saj, farmako-dinamikës dhe farmako-kinetikës si biodisponibiliteti i barit, shpërndarja e tij në organizëm, metabolizmi dhe eliminimi të cilët ndikojnë mbi efikasitetin, sigurinë dhe përshtatshmërinë e tij. Gjithashtu duhen njohur faktorët që ndikojnë në absorbimin dhe qarkullimin e barit, siç janë: koha e marrjes, rrugët e administrimit, lloji dhe sasia e ushqimit, alterimet e qarkullimit të gjakut, sëmundjet shoqëruese dhe barnat e tjera që përdor pacienti.

Metabolizmi realizohet kryesisht në mëlçi dhe pjesa më e madhe eliminohet nëpërmjet veshkave. Duhet njohur gjendja funksionale e këtyre organeve sepse devijimi nga norma kërkon monitorim të veçantë.

Efikasiteti i barit varet nga niveli i përqendrimit plazmatik, i cili ka një raport me gjysmë jetën plazmatike. Niveli i përqendrimit plazmatik ruhet i pandryshuar në marrjet me intervale të rregullta të dozave (doza të njëjta me interval kohe të barabartë) ruhet i njëjti nivel plazmatik, kur intervali kohor rregullohet (me interval kohe më të shkurtër apo më të gjatë) niveli i barit në plazmë nuk ruhet, zbrit në nivele nën-terapeutike apo ngrihet mbi nivelin terapeutik. Kjo ndodh edhe atëherë kur doza ditore ndahet në tre marrje: mëngjes, drekë dhe darkë në raport me vaktet ushqimore, sepse distanca darkë mëngjes është dy herë më e gjatë se ato të ditës dhe në mëngjes substanca zbrit shumë nën nivelin terapeutik.

Niveli i përqendrimit plazmatik nuk ruhet kur kemi problem me eliminimin e barit. Gjysmë jeta plazmatike rritet kur klirensi ulet dhe gjysmë jeta plazmatike ulet kur klirensi rritet. Probleme me përqendrimin plazmatik kemi në gjendjet e veçanta si: shtatzënia, laktacioni, fëmijët, të moshuarit, IRK, insuficienca hepatike, alergjia nga barnat, sëmundjet e tjera me mjekimet përkatëse.

Gjatë terapisë duhet të mendojmë për fenomenin e akumulimit, nëse doza e parë nuk është eliminuar plotësisht në kohën e rimarrjes së dozës së dytë, dozës ri-marrëse i shtohet pjesa e mbetur duke dhënë akumulim të substancës vepruese dhe sa më e shkurtër koha e rimarrjes së dozës (intervali i aplikimit) krahasuar me ½-t aq më e madhe është sasia e mbetur që bashkohet me dozën e re dhe aq më fuqishëm akumulohet substanca vepruese në organizëm duke tejkaluar kufirin e sipërm terapeutik që manifestohet me simptoma helmimi.

Duhet kujtuar se kur kemi nivel nën-terapeutik në plazmë, nuk ka efekt bari, kur kemi nivel plazmatik të njëjtë për një kohë të gjatë kemi dobësim të veprimit, pra zhvillohet toleranca nga barnat, individë të ndryshëm për të njëjtat doza kanë efekte të ndryshme, kjo ka bazë farmakokinetike “dozë e njëjtë, nivel i ndryshëm në gjak”, ose bazë farmakodinamike “nivel i njëjtë, efekt i ndryshëm”. Aftësia dhe gatishmëria e pacientit për t’ju përmbajtur udhëzimeve terapeutike quhet kompliancë e pacientit e cila ka një rol kryesor në trajtimin me barna.

Një ndryshim farmakodinamik prek nivelin ose gjerësinë e dritares terapeutike. E vetmja mënyrë për të përcaktuar dritaren terapeutike në praktikë tek një pacient me trajtim me barna është monitorimi dhe mendimi logjik. P.sh.: beta- bllokuesit kundërshtojnë efektin e insulinës, gjatë përdorimit të tyre dritarja terapeutike e insulinës ngrihet lart, kurba e përqendrimit plazmatik me dozën e përdorur nuk arrin më dritaren prandaj duhet rritur doza e insulinës, b-blokuesit maskojnë shenjat e hipoglicemisë, për këto arsye duhet ndërruar bari me një grup tjetër që nuk ndikon në tolerancën e glukozës p.sh.: Ca - bllokuesit. Shpesh në praktikën e përditshme mos efektshmërinë e barit mjeku duhet ta kërkojë tek skema e mjekimit të përdorur, e cila duhet modifikuar. Kur një bar me dozë terapeutike nuk ka efikasitet duhet të mendojmë për përqendrimin plazmatik në gjak poshtë dritares terapeutike. Kurba e përqendrimit plazmatik mund të ulet ose ngrihet në lidhje me kohën e marrjes së barnave, dhe përqendrimi lëkundet jashtë dritares terapeutike (mbi ose nën dritare). Ky fenomen mund të ndodhë edhe kur doza jepet e ndarë në tre vakte. P.sh.: në trajtimin me Indometacinë pacienti në mëngjes shfaq dhimbje, pasi përqendrimi i Indometacinës herët në mëngjes është poshtë dritares terapeutike nga zgjatja e intervalit darkë mëngjes. Që të mbahet dritarja terapeutike e këtij bari ka dy alternativa, e para të ndërhyjmë në orarin e marrjes së vakteve, në darkë të merret më vonë, ose të ngrihet natën e të marrë një dozë shtesë; e dyta të ndërhyjmë në rregullimin e dozave sipas vakteve, shtohet doza e darkës deri në 100 mg dhe pakësojmë dozën e mëngjesit në 25 mg.

Kurba e përqendrimit plazmatik do të ngrihet në qoftë se thithja është e lartë shpërndarja, metabolizmi dhe eliminimi do të jenë të ulët. Tek të moshuarit këto procese dobësohen dhe dritarja terapeutike zbret, kurba e përqendrimit plazmatik del mbi dritaren terapeutike duke manifestuar fenomene anësore të rrezikshme për jetën. Për këtë moshë duhet të mendojmë për përshtatjen e dozave me skema të thjeshta dozimi, p.sh.: 1 tabletë dy herë në ditë janë më lehtë se 4 herë ½ tab, dhe kjo vështirësohet më tepër në rastet me politerapi.

Një element tjetër për trajtim racional të pacientit është kohëzgjatja e trajtimit, ajo që quhet “procuram” sidomos për trajtim akut, dhe mjekim mbajtës për të sëmurë me sëmundje kronike. Përshkrimi me sasi të tepërt çon në shumë efekte të pa dëshirueshme siç janë trajtim i pa nevojshëm, humbja e efektit nga ruajtja e pa përshtatshme për kohë të gjatë, overdoza nga sasia e tepërt e vënë në dispozicion të pacientit, dhe më vonë do të duhen trajtime agresive dhe të shtrenjta, pacientët nuk pranojnë të kthehen përsëri për trajtim të mëtejshëm. Paratë e harxhuara për trajtim jo të efektshëm janë para të humbura.

Pacienti gjatë trajtimit me barna duhet të informohet, të udhëzohet dhe të paralajmërohet. Të dijë cilat simptoma do zhduken nga mjekimi, kur dhe sa e rëndësishme është marrja e barit, çfarë ndodh në qoftë se nuk e merr atë? Çfarë efektesh anësore mund të shfaqen, si t’i njohim ato, për sa kohë do të vazhdojnë, sa serioze janë, çfarë të bëjmë nëse ato shfaqen? Kur dhe si merret bari, si ruhet, për sa kohë vazhdon trajtimi?

Paralajmërohet se gjatë trajtimit nuk duhet të drejtoje automjete, të punojë në makineri të rrezikshme për disa barna. Kur duhet të vijë përsëri pacienti, kur duhet ardhur më shpejt, çfarë duhet bërë me barnat e mbetura pa u përdorur? Kjo merr rëndësi sidomos në rastet kur fleta udhëzuese e barit është në gjuhë të huaj e pa përkthyer.

## Paraqitje përgjithësuese

---

Monitorimi i trajtimit na bën të ditur nëse mjekimi ka qenë i suksesshëm apo duhen veprime të tjera. Ndodh që edhe një trajtim i zgjedhur mirë mund të mos ketë efekt për të ndihmuar pacientin, monitorimi na bën të ditur nëse mjekimi ka qenë i suksesshëm apo jo.

Ka dy mënyra monitorimi: Monitorim pasiv dhe aktiv.

*Pasiv* është atëherë kur monitorimi kryhet nga pacienti, i thuhet çfarë do bëjë kur trajtimi nuk është i efektshëm, ose është i vështirë për t'u zbatuar dhe si duhet të veprojë në qoftë se shfaqen efekte anësore.

*Aktiv* kur mjeku vendos ri-vizitë për të përcaktuar nëse mjekimi ka qenë i efektshëm dhe përcaktimi i intervaleve monitoruese varen nga sëmundja, zgjatja e trajtimit. Në fillim të trajtimit zakonisht intervali i monitorimit është i shkurtër por gradualisht mund të zgjatet nëse është e nevojshme deri në tre muaj maksimumi për pacientët me mjekim mbajtës për sëmundjet kronike.

Qëllimi i monitorimit është të kontrollojë nëse trajtimi e ka zgjidhur problemin e pacientit.

Për të parë efektin e trajtimit në ri-vizitë duhet të sigurojmë informacionin që na nevojitet, merret anamneza, bëhet ekzaminimi fizik, kërkohen ekzaminimet laboratorike. Në qoftë se sëmundja është kuruar, mjekimi duhet ndërprerë me përjashtim të terapisë me antibiotikë, në qoftë se sëmundja nuk është kuruar por mjekimi është i efektshëm dhe pa efekte anësore atëherë trajtimi duhet të vazhdojë siç janë mjekimet mbajtëse në sëmundjet kronike. Në qoftë se janë shfaqur efekte anësore serioze duhet rishikuar bari i zgjedhur, skema e dozimit dhe të vlerësohet instruksioni i pacientit, shumë efekte anësore varen nga doza, kështu mund të përpiqemi ta pakësojmë dozën përpara se të ndryshojmë barin.

Në qoftë se trajtimi nuk është i efektshëm pavarësisht nëse janë shfaqur ose jo efekte anësore, duhet të gjejmë arsyen e dështimit të trajtimit të rishikojmë diagnozën, trajtimin, dozën, nëse pacienti është udhëzuar saktësisht, pasi të kemi gjetur arsyen e dështimit të trajtimit duhet kërkuar mënyra e zgjidhjes. Kështu mënyra më e mirë është të fillohet nga procesi i diagnostikimit, përcaktimit të objektit terapeutik, verifikimit të përshtatshmërisë së barit, udhëzimet, paralajmërimet dhe monitorimin. Nganjëherë zbulojmë se nuk ka ndonjë alternativë tjetër për trajtimin e cila ka qenë jo e efektshme ose ka efekte anësore. Atëherë duhet të ndërtojmë skema të thjeshta dozimi me doza minimale me rritje graduale nën monitorim të vazhdueshëm. Kur nuk përcaktojmë dot përse nuk ka qenë i efektshëm trajtimi, ne duhet të ndërpresim mjekimin që për disa barna duhet të pakësohen me anën e një skeme dozimi zbritës (pakësuese).

Algoritmi i trajtimit

Mjekimi dha rezultat? Po, për sëmundjen akute ndalohet mjekimi. Për sëmundjen kronike vazhdon mjekimi mbajtës me rivlerësime periodike.

Mjekimi dha rezultat? Jo plotësisht. Kërkohen shkaqet që kanë ndërhyrë në proces dhe bëhet eliminimi i tyre.

Mjekimi dha rezultat? Jo, bëhet rivlerësimi i procesit nga fillimi.

*Konkluzion:* Trajtimi racional i pacientëve arrihet duke realizuar një bashkëpunim të mirë mjek-pacient nëpërmjet komunikimit efektiv me sigurimin e vazhdimësisë së kujdesit në bashkëpunim me profesionistët e tjerë sipas nevojave të pacientit, si dhe njohja e përditësimi me protokollet e bërjes së diagnozës dhe ato të trajtimit me barna, të cilat realizohen nëpërmjet një procesi edukimi në vazhdim të mjekëve të familjes.

### Literatura:

1. Buletin "Udhëzime mbi përdorimin racional të barnave në shërbimet shëndetësore bazë" botim i UNICEF në bashkëpunim me konventën farkopeale inc. të Shteteve të Bashkuara Janar 1992.
2. Udhëzues për përshkrim të mirë "Manual i OBSH-së Programi i aksionit mbi medikamentet esenciale Gjenevë 1995. Edicioni i parë në shqip 1999.
3. Atlas i Farmakologjisë Klinike botim i parë në gjuhën shqipe shkurt 2005 Prishtinë. Pjesa e Farmakologjisë së përgjithshme fq 20-46.
4. Farmakologjia Klinike Fakulteti i Mjekësisë Gëzim Boçari dhe bashkëpunëtor botim i dytë. Tiranë 2010 fq. 13, 21, 56-60.
5. Protokollet klinike për praktikën e Mjekësisë së familjes bazuar në "Udhërrëfyes për moshën e tretë" publikimi i MSH, QKCSA, UNFPA, Nëntor 2011.
6. Fjalor i Gjuhës shqipe fq. 1627 Tiranë 1980.
7. Material trajnimi për Mjekët e Përgjithshëm. Ministria e Shëndetësisë. Fakulteti i Mjekësisë Janar 2006. Botim i mundësuar nga projekti PRO Shëndetit financiar nga USAID. FQ. 1-3.

### SHKAKU I KANCERIT: “FATI I KEQ”

*Dr. Orges Spahiu*

*Mjek Radioterapeut, Shërbimi Onkologjik, Q.S.U. “Nënë Tereza”*

Kanceri është emri që i është dhënë një grupi sëmundjesh që zënë fill në ndarjen e pakontrolluar qelizore dhe përhapjen në indet përreth.

Sëmundjet kanceroze shkaktohen nga ndryshimet tek genet që kontrollojnë mënyrën sesi funksionojnë qelizat, në mënyrë të veçantë sesi ato rriten dhe ndahen.

Sot kemi mbi 100 lloje kanceri.

Por një studim i fundit mbron tezën se mjedisi dhe trashëgimia kanë influencë më të vogël seç është besuar më parë nga shkencëtarët.

Ky studim ishte zanafilla e qindra kontradiktave shkencore, insinuata që autorët janë paguar nga industria kimike dhe akuzave se ajo ishte një mashtrim “masiv” “i fshehur pas numrave modern të cilësisë së dyshimtë”.

Pretendimi që ndezi këtë debat? Teza e hedhur nga shkencëtarët: se është “fati i keq” që përcakton nëse dikush zhvillon kancer dhe jo thjesht faktorët mjedisorë apo genet e trashëguara. Përpjekjet për ta parandaluar, nga lënia e duhanit deri tek pastrimi i mjedisit nuk kanë ndikim absolut.

Një grup autorësh që hodhi për herë të parë këtë tezë në vitin 2015 tashmë janë kthyer sërish me një studim të publikuar tek revista Shkencë, ku dyfishuan gjetjet e tyre fillestare. Ndërkohë ata kishin punuar fuqishëm për të korrigjuar keqinterpretimet e përhapura gjerësisht. Këtë herë, duke përdorur të dhënat shëndetësore të 69 vendeve, ata nxorën si përfundim se 66% e mutacioneve genetike që shkaktojnë kancer lindin nga “fati i keq” gjatë ndarjes së një qelize të shëndetshme duke bërë një gabim të rastësishëm kur kopjon AND-në e saj.

Shkencëtarët e kanë të vështirë të shpjegojnë se këto gjetje nuk vërtetojnë që dy të tretat e llojeve të kancerit janë të pa-parandalueshëm. Por duke kuptuar rolin e këtyre gabimeve “mund t’u jepet komfort mijëra pacientëve të cilët zhvillojnë kancer duke pasur një stil jetese gati perfekt “të shëndetshëm”, thotë biologu i kancerit Dr. Bert Vogelstein i Universitetit Johns Hopkins, autori kryesor i të dy studimeve origjinale si dhe studimit të ri. Ai thotë se kjo është veçanërisht e vërtetë për prindërit e fëmijëve që kanë kancer dhe që mund të fajësojnë tragjedinë e geneve që u kanë trashëguar fëmijëve ose mjedisin ku i kanë rritur.

Kërkime të ndryshme kanë treguar se përafërsisht 42% e llojeve të kancerit janë të evitueshëm duke shmangur pirjen e duhanit, duke ruajtur një peshë të shëndetshme, dhe duke mos u ekspozuar ndaj ndotësve që shkaktojnë kancer.

Të dy studimet në fjalë krahasuan sesi përqindjet e kancerit në inde të ndryshme lidhen me frekuencën e ndarjes së qelizave të shëndetshme në mushkëri, kocka, tru, etj...

Ata gjetën një korrelacion shumë të afërt midis shpeshtësisë së ndarjes së qelizave dhe shpeshtësisë së kancerit. Kështu, qelizat e zorrës së trashë ndahen shpesh dhe 5% e njerëzve zhvillojnë kancer tek këto inde. Qelizat e zorrës së hollë ndahen më rrallë dhe vetëm 0.2% e njerëzve zhvillojnë kancer aty. Për shkak se qelizat që ndahen nuk e kopjojnë gjithnjë në mënyrë perfekte AND-në e tyre, çdo ndarje është një mundësi për lindjen e një mutacioni që shkakton kancer; “sa më tepër ndarje, aq më shumë kancer” argumenton stafi i Johns Hopkins.

Ata zbuluan një diferencë prej 2/3 në përqindjen e kancerit nga një lloj indi tek një lloj tjetër për shkak të diferencës në shpeshtësinë e ndarjes qelizore në ato inde. Ky përfundim i dha jehonë gjetjeve të

## Paraqitje përgjithësuese

---

studimit të parë, zhvilluar për 17 lloje kanceri në 69 vendet që ata analizuan.

Sidoqoftë kjo s'do të thotë se dy të tretat e llojeve të kancerit shkaktohen nga gabime të paparashikuara në kopjimin e AND-së. Niveli i lartë apo i ulët i ndarjes qelizore është përgjegjës për 2/3 e diferencës në shpeshësinë e kancerit nga një lloj indi tek një lloj tjetër. Për shembull, “shkaku” i ekzistencës së Himalajave është shtypja tektonike e pllakës Indiane me atë Euroaziatike. Kjo ka prodhuar me tepër se një dyzinë majash që arrijnë mbi 8,000 metra. Por diferenca ndërmjet K2-s 8,216 metra dhe Annapurnas 8,091 metra është pjesërisht për shkak të faktorëve rastësore, si erozioni nga erërat dhe këndi i shtresës shkëmbore të secilit mal.

Në mënyrë të ngjashme, shkak i mjaft llojeve të kancerit mund të jenë faktorët ambientale. Megjithatë diferenca në shpeshësinë e kancerit në inde të ndryshme rezulton të jetë në raport të drejtë me shpeshësinë e ndarjes qelizore. Kjo është ajo çka gjetën shkencëtarët e Hopkins.

Një element thelbësor në publikimin e ri është analiza e genomës së kancerit në një bazë të dhënash në Mbretërinë e Bashkuar, me qëllim klasifikimin e origjinës së mutacioneve që shkaktojnë kancerin: ambienti, trashëgimia ose gabimet rastësore në kopjimin e AND-së. Kjo ishte hera e parë që dikush vëzhgoi raportet e mutacioneve tek kanceri dhe i klasifikoi ato në një nga kategoritë e sipërpërmendura.

Kërkuesit konkluduan se gabimet në kopjimin e AND-së janë përgjegjëse për 66% të mutacioneve, ndërsa 29% janë për shkak të faktorëve ambientale dhe 5% për shkak të trashëgimisë. Këto përqindje nuk janë universale pasi kërkuesit thellojnë analizën për peshën specifike të shkaktarëve të kancerit në raport me vendndodhjen. Kështu, të paktën 60% e mutacioneve që shkaktojnë kancerin e lëkurës dhe të mushkërive janë për shkak të faktorëve ambientale krahasuar me 15% apo dhe më pak të llogaritura për kancerin e prostatës, kockave, trurit dhe gjirit.

Shkencëtarët patën debat lidhur me gjetjet e “fatit të keq”. Ata argumentuan se, nëse shumë lloje kanceri lindin nga gabimet gjatë procesit të ndarjes qelizore nuk do të kishte ndikim ekspozimi ndaj shkaktarëve të kancerit si: duhani apo kancerogjenët e vendit të punës.

Por kjo nuk bën sens sipas profesionistëve të tjerë të fushës. Krijimi i një kanceri kërkon disa mutacione genetike. Nëse 2 nga 3 mutacionet e kërkua lindin nga gabimet e kopjimit të AND-së, por i treti vjen nga karcinogenet mjedisore, atëherë evitimi i këtyre kancerogjeneve parandalon kancerin. Kësaj here ekipi Hopkins bie dakord dhe pranon se ekziston një diferencë midis mënyrës sesi ndodhin mutacionet që shkaktojnë kancerin dhe parandalueshmërisë së tij. Për shembull 65% e mutacioneve në kancerin e mushkërive ndodhin rastësisht, por 89% e këtyre lloj kanceri janë të parandalueshëm duke evituar pirjen e duhanit.

Kritikët e tyre argumentojnë se efektet ambientale shkojnë përtej mutacioneve në rastin e të cilave parandalimi mund të ketë një rol edhe më të madh. Shkak i formimit të tumoreve të rrezikshme nga disa qeliza malinje ndër të tjera varet dhe nga niveli i inflamacionit, insulinës dhe obeziteti. Këto influenca nuk janë të dukshme në analizat genomike si ato që kanë kryer kërkuesit e Hopkins, por ndikohen nga stili i jetesës dhe faktorët ambientale.

Ekspozimet ambientale mund të influencojnë rrezikun nga kanceri në shumë mënyra. Një mjedis i shëndetshëm influencon pozitivisht organizmin në riparimin e mutacioneve shkaktare të kancerit duke përmirësuar reagimin e sistemit imunitar dhe duke shkatërruar qelizat tumorale përpara se ato të shkaktojnë sëmundje.

## HIPEREOZINOFILIA DHE SINDROMI HIPEREOZINOFILIK

*Mehmet HOXHA, Eralda LEKLI, Enkeleida ZEKTHI-KRYEZIU*  
*Shërbimi i Alergologjisë dhe Immunologjisë Klinike, QSU "Nënë Tereza"*

Eozinofilet përfaqësojnë një linjë të qelizave hematopoetike me karakteristika unike, të diferencuara në qeliza granulocitare efektive shumë të specializuara, të cilat prodhojnë dhe ruajnë molekula të ndryshme biologjiksht aktive, duke përfshirë proteinat citotoksike, citostimuluese, mediatorët lipidik, peptidet kemiotaktike dhe citokinat. Funksonet fiziologjike të eozinofileve përfshijnë ndërmjetësimin e reaksioneve mbrojtëse parazitare, përgjigjen alergjike, inflamacionin indor dhe imunomodulimin. Në rrethana të ndryshme, eozinofilet mund të godasin disa nga organet target, pas migrimit transendotelial dhe të sekretojnë produktet e tyre duke shkaktuar inflamacion dhe rimodelim të indeve përreth. Eozinofilet përfaqësojnë 1% deri 5% të leukociteve në gjakun periferik, me një limit të sipërm  $0,4 \times 10^9/L$  dhe vlera më të larta veçanërisht tek fëmijët  $0,75 \times 10^9/L$ . Në rastet kur kemi rritje të numrit të tyre në inde dhe/ose gjakun periferik, është e përshtatshme të përdorim termin hipereozinofili (HE) dhe kur kemi dëmtim organor, pavarësisht nga zhvillimi i sëmundjes apo jo, të përdorim termin Sindromë Hipereozinofilik (HES).

**Eozinofilia**

Eozinofilia përkufizohet si rritja e numrit të eozinofileve në gjakun periferik  $>500/\mu L$ .

Eozinofilia periferike klasifikohet në:

- E lehtë                    500 deri 1,500/ $\mu L$
- •E moderuar        1,500 deri 5,000/ $\mu L$
- E rëndë                     $>5,000/\mu L$

Në eozinofilinë e lehtë nuk vërehen simptoma, në formën e moderuar  $\geq 1,500/\mu L$  mund të japë dëmtime organore. Dëmtimi organor zakonisht ndodh për shkak të inflamacionit indor dhe reagimit ndaj citokinave dhe kemiokinave të lëshuara nga eozinofilet, ashtu si dhe nga qelizat imune të rekrutuara në inde. Megjithëse çdo organ mund të përfshihet, zemra, mushkëritë, shpretka, lëkura dhe sistemi nervor preken në mënyre tipike. Në mënyrë frekvente pacientët me eozinofili të rëndë (p.sh.: numri i eozinofileve  $>100,000/\mu L$ ), zakonisht në leukeminë eozinofilike, zhvillojnë komplikime të rënda, ku eozinofilet formojnë agregate që mbyllin enët e vogla të gjakut, duke shkaktuar iskemi indore dhe mikroinfarkte. Manifestimet zakonisht përfshijnë ato të hipoksisë cerebrale ose pulmonare (p.sh.: encefalopati, dispne, insuficiencë respiratore).

**Etiologjia**

Eozinofilia mund të jetë:

- **Primare:** Një proliferim klonal i eozinofileve i shoqëruar me çrregullime hematologjike të tilla si leukemia dhe çrregullimet mieloproliferative.
- **Sekondare:** Shkaktuar ose të shoqëruara me çrregullime jo hematologjike.
- **Idiopatike:** Shkaqet nuk mund të identifikohen.

Shkaqet më frekvente të eozinofilisë janë:

- Çrregullime alergjike ose atopike (kryesisht respiratore dhe dermatologjike)
- Infeksione (zakonisht parazitare)

## Rubrika e mjekut të familjes

---

- Disa tumore (hematologjike ose solide, beninje ose malinje)

Pothuajse çdo invazion parazitare i indeve mund të japë eozinofili, me përjashtim të protozoarëve të cilët përgjithësisht nuk japin rritje të numrit të tyre.

Eozinofilia vjen si pasojë e një përgjigje imune me patern të ndryshëm në varësi të agjentit parazitare të përfshirë: p.sh.: *Trichinella spiralis* provokon një përgjigje primare me nivele relativisht të ulëta të eozinofileve, ndërsa ekspozimet e përsëritura rezultojnë në një përgjigje eozinofilike të shtuar ose sekondare. Disa përbërës të çliruar nga mastocitet dhe bazofilet si: faktori eozinofilik kimiotaktik i anafilaksisë, leukotrieni B<sub>4</sub>, kompleksi i komplementit (C5-C6-C7), dhe histamina (në një interval të ngushtë përqendrimi) nxisin prodhimin eozinofilik të ndërmjetësuar nga IgE.

Nga tumoret hematologjike, limfoma Hodgkin mund të japë eozinofili të shprehur, ndërsa eozinofilia është më pak e zakonshme në limfomën jo-Hodgkin, leukeminë kronike mieloide dhe leukeminë akute limfoide.

Infiltratet pulmonare në sindromin eozinofilik përfshijnë një spektër të gjerë të manifestimeve klinike të karakterizuara nga eozinofili periferike dhe prania e infiltreteve pulmonare eozinofilike, por zakonisht me shkaqe të panjohura.

Pacientët me reaksione eozinofilike nga barnat mund të jenë asimptomatikë ose të kenë sindroma të ndryshme, duke përfshirë: nefritin intersticial, sëmundjen e serumit, ikterin kolestatik, vaskulit nga hipersensibiliteti dhe limfadenopatitë imunoblastike. Reaksioni nga barnat me eozinofili dhe simptoma sistemike (DRESS) është një sindrom i rrallë i karakterizuar nga: ethe, rash, eozinofili, limfocitozë atipike, limfadenopati, shenja dhe simptoma të lidhura me shfaqjen e insuficiencës organore (zemra, mushkëritë, shpretka, lëkura, sistemi nervor).

Sindromi eozinofili-mialgji është i rrallë dhe shkak i tij është i panjohur. Megjithatë, në vitin 1989, disa qindra pacientë u raportuan se kishin zhvilluar këtë sindromë pas marrjes së L-triptofanit për qetësim ose mbështetje psikotrope. Ky sindrom është shkaktuar ndoshta nga një kontaminues dhe jo nga L-triptofani. Simptomat, duke përfshirë dhimbjet e rënda të muskujve, tenosinovitet, edemë të muskujve dhe rash, zgjatën nga disa javë në disa muaj dhe u pasuan nga disa vdekje.

### Vlerësimi

Numri i shkaqeve të mundshme të eozinofilisë dhe i çrregullimeve shoqëruese të saj është shumë i madh. Së pari duhet të konsiderohen shkaqet më të zakonshme (p.sh.: alergjike, infektive ose çrregullimet neoplazike), por shpesh ato janë të vështira për t'u identifikuar, kështu që gjithmonë kërkohet një anamnezë dhe ekzaminim fizik i plotë.

### Anamneza

Një pyetësor i detajuar për:

- Udhëtimet (duke sugjeruar ekspozimin e mundshëm të parazitit)
- Alergjitë
- Përdorimin e drogave
- Përdorimin e produkteve bimore dhe suplementeve dietike, përfshirë L-triptofanin
- Simptomat sistemike (p.sh.: ethe, humbje peshe, mialgji, arthralgji, rash, limfadenopati)

Simptomat sistemike sugjerojnë që një shkak alergjik ose nga barnat është më pak i mundshëm dhe duhet bërë një vlerësim i hollësishëm për një infeksion, neoplazi, çrregullim të indit lidhor ose çrregullime të tjera sistemike. Pjesë të tjera të rëndësishme të anamnezës përfshijnë: anamnezën familjare hematologjike dhe një ekzaminim të plotë të sistemeve, duke përfshirë problemet alergjike pulmonare, kardiake, gastrointestinale dhe neurologjike.

### Ekzaminimi fizik

Kontrolli i përgjithshëm fizik duhet të përqendrohet tek zemra, lëkura, sistemi nervor dhe pulmonet. Disa të dhëna nga ekzaminimi objektiv mund të sugjerojnë shkaqe ose çrregullime të lidhura me to. Shembujt përfshijnë rashin (çrregullime alergjike, dermatologjike ose vaskulare), prekje pulmonare (astma, infeksione të mushkërive ose sindromat e infiltrimit pulmonar me eozinofile) dhe limfadenopati të gjeneralizuara ose splenomegali (çrregullime mieloproliferative ose kancer).

### Ekzaminimet laboratorike

Eozinofilia zakonisht zbulohet rastësisht pas kryerjes së një ekzaminimi të gjakut periferik për arsye të ndryshme. Ekzaminimet më të shpeshta shtesë janë:

- Ekzaminimi i feçeve për vezë dhe parazitë
- Ekzaminime të tjera organ-specifike, në varësi të manifestimeve klinike.

Në përgjithësi, nëse një bar ose një shkak alergjik nuk dyshohet në bazë të të dhënave klinike, duhet të ekzaminohen tre (3) mostra të feçeve për vezë dhe parazitë. Megjithatë, gjetjet negative nuk përjashtojnë një shkak parazitë (p.sh.: trichinosis kërkon një biopsi muskulare, larva migrans dhe infeksionet filariale kërkojnë biopsi të indeve të tjera; aspirimi duodenal mund të jetë i nevojshëm për të përjashtuar parazitë specifike, p.sh.: Strongiloidet sp).

Analiza të tjera specifike diagnostikuese përcaktohen nga të dhënat klinike (veçanërisht historia e udhëtimeve) dhe mund të përfshijnë radiografi pulmonare, ekzaminimin e urinës, testet e funksionit hepatic, renal si dhe testet serologjike për parazitë e çrregullime të indit lidhor. Nëse pacientët kanë limfadenopati, splenomegali, ose simptoma sistematike bëhet ekzaminimi i gjakut. Niveli i lartë i vitaminës B12 në serum ose gjetja e anomalive në gjakun periferik, sugjerojnë një çrregullim mieoproliferativ primar. Në këto raste mielograma dhe biopsia citogjenetike e palcës së kockës mund të jenë të dobishme. Gjithashtu, nëse vlerësimi rutinë nuk zbulon një shkak, ekzaminimet bëhen për të zbuluar dëmtimin e organeve dhe sapo të përcaktohet një shkak specifik, mund të nevojiten ekzaminime shtesë.

### Trajtimi

- Kortikosteroidet mbahen si terapia e linjës së parë.

Barnat e njohura si shkaktare të eozinofilisë duhet të ndërpriten dhe të trajtohen të gjitha shkaqet e tjera të identifikuara.

Nëse nuk zbulohet ndonjë shkak, pacienti ndiqet për ndërlikime të mundshme. Një trajtim i shkurtër me kortikosteroide me dozë të ulët mund të ulë numrin e eozinofileve nëse eozinofilia është sekondare (p.sh.: nga alergji, çrregullime të indit lidhor ose infeksion parazitë), por nuk vepron shumë mirë nëse eozinofilia është primare. Një test i tillë terapeutik indikon nëse kemi një eozinofili të vazhdueshme dhe progresive në mungesë të një arsyeje të shërueshme, apo një eozinofili sekondare.

### Sindromi(at) hipereozinofilik(e)

**Sindromi hipereozinofilik** është një gjendje e karakterizuar nga eozinofilia e gjakut periferik  $>1,500/\mu\text{L}$  në të paktën dy matje, me ose pa manifestime klinike të organeve të ndryshme, apo me mosfunksionim organor të lidhur direkt me eozinofilinë, në mungesë të shkaqeve parazitare, alergjike, barnave, kimike, hipokortizmit, neoplazive dhe shkaqeve të tjera dytësore të eozinofilisë.

Këtij përkufizimi i janë bërë disa modifikime, në ndryshim nga përcaktimi tradicional:

- Niveli arbitrar i  $>1,500/\mu\text{L}$  nuk është domosdoshmërisht i nevojshëm, kur evidentohet infiltrimi indor, dëmtimi i indeve dhe disfunksioni organor.
- Hipereozinofilia e gjakut periferik duhet të konfirmohet, por persistenca  $\geq 6$  muaj nuk kërkohet më, për arsye se evidentimi i hipereozinofilisë në një pacient simptomatik me involvim organor duhet të trajtohet pa vonesa, për të parandaluar dëmtimin organor të parikthyeshëm.
- Shenjat dhe/ose simptomat e involvimit organor nuk janë të detyrueshme në kriteret e reja, përderisa disa pacientë mund të jenë asimptomatik në momentin e paraqitjes dhe të mbeten të tillë, ose të zhvillojnë simptoma të lidhura me infiltrimin eozinofilik indor. Është pothuajse e pamundur të parashikohet ecuria në një pacient asimptomatik, kështu që të gjithë pacientët duhet të ndiqen.
- Konsiderimi i mëparshëm si idiopatik, është hequr dhe variantet e HES me mekanizma të njohur

## Rubrika e mjekut të familjes

---

patogjenetik, si rezultat i çrregullimeve të ndryshme janë identifikuar si entitete të veçanta në skemën e klasifikimit.

HES është e rrallë, ka një prevalencë të panjohur dhe më së shpeshti prek njerëzit në moshën 20 deri në 50 vjeç. Vetëm disa pacientë me eozinofili të zgjatur zhvillojnë mosfunksionim të organeve që karakterizojnë sindromin hipereozinofilik. Megjithëse çdo organ mund të përfshihet, më të zakonshme janë: zemra, mushkëritë, shpretka, lëkura dhe sistemi nervor. Përfshirja e zemrës mund të shkaktojë morbiditet dhe mortalitet të konsiderueshëm.

### Nën-tipet

Ka dy nën-tipe të konfirmuara të sindromit hipereozinofilik:

- Varianti mielo-proliferativ
- Variant limfo-proliferativ

Varianti mielo-proliferativ shpesh shoqërohet me një delecion të vogël intersticial në kromozomin 4 në sitin CHIC2, që shkakton fuzionimin e genit të lidhur me FIP1L1 / PDGFRA (i cili ka aktivitetin e tirozinë-kinazës, që mund të transformojë qelizat hematopoetike). Pacientët shpesh kanë:

- Splenomegali
- Trombocitopeni
- Anemi
- Vitamina B12 e rritur në serum
- Eozinofilët hipogranulare ose të vakuolizuara
- Mielo-fibroze

Pacientët me këtë nëntip shpesh zhvillojnë fibrozë endomiokardike dhe mund të zhvillojnë rrallë leukeminë akute mieloide ose limfoide. Pacientët me genin e fuzionit të lidhur me FIP1L1 / PDGFRA janë më shpesh meshkuj dhe mund të jenë të ndjeshëm ndaj Imatinibit me dozë të ulët (një inhibitor i tirozin-kinazës).

Një pjesë e vogël e pacientëve me variantin mieloproliferativ të sindromit hipereozinofilik kanë ndryshime citogjenetike që përfshijnë receptorin beta të faktorit të rritjes së trombociteve (PDGFRB) dhe gjithashtu mund të jenë të ndjeshëm ndaj inhibitorëve të tirozin-kinazës si Imatinib.

Variacioni limfo-proliferativ është i lidhur me një popullatë klonale të qelizave T me fenotip aberrant. PCR tregon një rikonfigurim të klonal të receptorit të qelizave T. Pacientët më shpesh kanë:

- Angioedemë, anomali të lëkurës, ose të dyja
- Hiperagamaglobulinemi (sidomos IgE)
- Komplekse imune qarkulluese (nganjëherë me sëmundje serumi)

Ata gjithashtu më shpesh përgjigjen pozitivisht ndaj kortikosteroidëve dhe në mënyrë rastësore zhvillojnë limfomën me qeliza T.

Variante të tjera të HES përfshijnë leukeminë eozinofilike kronike, sindromin Gleich (eozinofili ciklike dhe angioedemë), sindromi familjar hipereozinofilik i mapuar në 5q 31-33, dhe sindroma të tjera organo-specifike. Hiperleukocitoza mund të ndodhë në pacientët me leukeminë eozinofilike dhe numër shumë të lartë të eozinofileve (p.sh.: >100,000 qeliza/ $\mu$ L). Eozinofilet mund të formojnë agregate që mbyllin enët e vogla të gjakut, duke shkaktuar isheminë e indeve dhe mikroinfarkte. Herë pas here, pacientët me eozinofili shumë të rënda (p.sh.: numri i eozinofileve >100,000/ $\mu$ L) zhvillojnë komplikime të hiperleukocitozës, të tilla si manifestimet e hipoksisë së trurit ose të mushkërive (p.sh.: encefalopati, dispnea ose insuficiencë respiratore).

### Diagnoza

- Përrjashtimi i eozinofilisë sekondare
- Ekzaminime për të identifikuar dëmtimin e organeve

- Ekzaminimi i palcës së kockës dhe ekzaminimet citogenetike

Vlerësimi për sindromin hipereozinofilik duhet të konsiderohet në pacientët që kanë eozinofili në gjakut periferik  $>1,500/\mu\text{L}$  të pranishme në më shumë se një rast që është i pashpjeguar, veçanërisht kur ka manifestime të dëmtimit të organeve.

Ekzaminimet sipas organeve duhet të përfshijnë investigimin për prekje:

- **Kardiake:** nivelin serik të troponinës T kardiake, NT-proBNP, CK, EKG, Echo kardiake, MRI kardiake;
- **Trakti digestiv, hepatic–splenik:** enzimata pankreatike dhe hepatike, lipazën, CT abdominale, endoskopi me biopsi;
- **Pulmonet:** radiografi dhe CT, testet e funksionit respirator, biopsi, lavazh bronko-alveolar;
- **Neurologjike:** MRI koke, CT me kontrast, EEG, ENG;
- **Kutane:** biopsi kutane, angiografi vaskulare;
- **Veshkat dhe trakti urinar:** urea, creatinina, biopsi e vezikës urinare për eozinofiluri.

Gjithashtu duhet bërë mielograma, kariotipi (ekzaminime citogjenetike), imunofenotipizimi, PCR të transkriptazës reverse, fluorescencë të hibridizimit in-situ (FISH) për të identifikuar genin e fuzionit të lidhur me FIP1L1 / PDGFRA, si dhe shkaqe të tjera të mundshme të eozinofilisë (p.sh.: anomalitë BCR-ABL karakteristike këto të leukemisë mioleide kronike).

### Prognoza

Prognoza zakonisht është e rezervuar. Vdekja vjen nga disfunksioni organor, veçanërisht nga zemra. Përfshirja e zemrës nuk parashikohet nga shkalla apo kohëzgjatja e eozinofilisë. Prognoza ndryshon në varësi të reagimit ndaj terapisë. Përgjigja ndaj imatinib përmirëson prognozën midis pacientëve me genin e fuzionit të lidhur me FIP1L1 / PDGFRA. Terapia e tanishme ka përmirësuar prognozën.

### Trajtimi

- Kortikosteroidët janë linjë e parë për trajtimin e hipereozinofilisë dhe shpesh për trajtimin e vazhdueshëm të dëmtimit të organeve.
- Imatinib për pacientët me gjenin e fuzionit lidhur me FIP1L1 / PDGFRA.
- Ndonjëherë mund të përdoren barna që kontrollojnë numrin e eozinofileve (p.sh.: hydroxyurea, interferon alfa, etoposide, cladribine)
- Kujdesi mbështetës

Trajtimet përfshijnë terapi të menjëhershme, terapi definitive (trajtime të drejtuara në vetë çrregullimin) dhe terapi mbështetëse.

### Terapia e menjëhershme

Për pacientët me eozinofili shumë të rënda, komplikime të hiperleukocitozës, ose të dyja (zakonisht pacientët me leukemi eozinofilike), kortikosteroidet me dozë të lartë IV (p.sh.: Prednisone 1 mg/kg ose ekuivalent) duhet të fillohen sa më shpejt të jetë e mundur. Nëse numri i eozinofileve është shumë më i ulët (p.sh.: nga  $\geq 50\%$ ) pas 24 h, doza e kortikosteroideve mund të përsëritet çdo ditë. Nëse jo, një trajtim alternativ (p.sh.: hidroksiurea) duhet filluar. Nëse numri i eozinofileve fillon të ulet dhe është nën kontroll, mund të fillohen barna shtesë.

### Terapia definitive

Pacientët me genin e fuzionit të lidhur me FIP1L1 / PDGFRA zakonisht trajtohen me Imatinib dhe sidomos nëse dyshohet për dëmtim të zemrës, kortikosteroide. Nëse imatinib është i paefektshëm ose nuk tolerohet mirë, mund të përdoret një tjetër inhibitor i tirozinë kinazës (p.sh.: Dasatinib, Nilotinib, Sorafenib), ose mund të përdoret transplantimi i qelizave burimore hematopoetike alogjene.

Pacientët që nuk kanë gjenin e fuzionit të lidhur me FIP1L1 / PDGFRA, madje edhe nëse asimptomatikë, shpesh i jepet një dozë Prednisone 60 mg (ose 1 mg/kg) p.o për të përcaktuar përgjigjen ndaj

## Rubrika e mjekut të familjes

---

kortikosteroidëve (p.sh.: një rënie në numrin e eozinofileve). Në pacientët me simptoma ose dëmtim të organeve, prednisoni vazhdohet në të njëjtën dozë për 2 javë, pastaj ulet gradualisht. Pacientët pa simptoma apo dëmtime të organeve monitorohen për të paktën 6 muaj për këto komplikime. Nëse kortikosteroidet nuk mund të ulen lehtësisht, mund të përdoret një bar tjetër (p.sh.: Hydroxyurea, Interferon alfa). Mepolizumab, një antikorp monoklonal tërësisht human kundër interleukines-5 (një rregullator i prodhimit të eozinofileve), po kalon provat klinike.

### Kujdesi mbështetës

Terapia me barna mbështetëse dhe kirurgjia mund të kërkohet për manifestimet kardiake (p.sh.: kardiomiopatia infiltrative, lezionet valvulare, insuficienca kardiake). Komplikimet trombotike mund të kërkojnë përdorimin e barnave antiagregante (p.sh.: Aspirina, Klopidoireli, Tiklopidina). Antikoagulimi indikohet nëse është i pranishëm një tromb mural i ventrikulit të djathtë ose atake iskemike transitore, pavarësisht përdorimit të Aspirinës.

Shkaqet dhe çrregullimet shoqëruese janë të shumta, por më shpesh ajo vjen si pasojë e një reaksioni alergjik ose një infeksioni parazitarr. Diagnoza bazohet në kryerjen e ekzaminimeve të ndryshme bazuar në manifestimet klinike. Në këto raste trajtimi i faktorit etiologjik çon në përmirësimin e eozinofilisë.

### Konkluzione:

Duke kuptuar më mirë rolin e eozinofileve në dëmtimin organor dhe mekanizmat që rezultojnë në hipereozinofili, menaxhimi i pacientëve me HES ka evoluar që nga prezantimi i këtij termi dhe prognoza është përmirësuar. Kujdesi së pari duhet të fokusohet në parandalimin e komplikacioneve të parikthyeshme dhe të përhershme, duke ulur në mënyrë terapeutike dhe të shpejtë nivelin e eozinofileve në gjak duke përdorur kortikosteroidët, imunomodulatorët dhe agjentët citotoksik.

### Referencat:

1. Fulkerson PC, Rothenberg ME. Origin, regulation and physiological function of intestinal eosinophils. *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 22(3), 411–423 (2008).
2. Kita H. Eosinophils: multifaceted biological properties and roles in health and disease. *Immunol. Rev.* 242(1), 161–177 (2011).
3. Gleich GJ. Mechanisms of eosinophil-associated inflammation. *J. Allergy Clin. Immunol.* 105(4), 651–663 (2000).
4. Hogan SP, Rosenberg HF, Moqbel R et al. Eosinophils: biological properties and role in health and disease. *Clin. Exp. Allergy* 38(5), 709–750 (2008).
5. Simon HU, Rothenberg ME, Bochner BS et al. Refining the definition of hypereosinophilic syndrome. *J. Allergy Clin. Immunol.* 126(1), 45–49 (2010). •• New working definition of HESs that overcomes some of the most obvious limitations of the original definition.
6. Gotlib J. World Health Organization-defined eosinophilic disorders: 2011 update on diagnosis, risk stratification, and management. *Am. J. Hematol.* 86(8), 677–688 (2011).
7. Valent P, Gleich GJ, Reiter A et al. Pathogenesis and classification of eosinophil disorders: a review of recent developments in the field. *Expert Rev.*
8. Ollendorff V, Guasch G, Isnardon D, Galindo R, Birnbaum D, Pebusque MJ. Characterization of FIM-FGFR I, the fusion product of the myeloproliferative disorder-associated t(8;13) translocation. *J Biol Chem* 1999;274:26922-30.
9. Cools J, DeAngelo DJ, Gotlib J, Stover EH, Legare RD, Cortes J, et al. A tyrosine kinase created by the fusion of the PDGFRA and FIP1L1 genes as a therapeutic target of imatinib in idiopathic hypereosinophilic syndrome. *N Engl J Med* 2003;348:1201-14.
10. Gotlib J, Cross NCP, Gilliland DG. Eosinophilic disorders: molecular pathogenesis, new classification, and modern therapy. *Best Pract Res Clin Haematol* 2006;3:535-69.
11. Bain BJ. Relationship between idiopathic hypereosinophilic syndrome, eosinophilic leukemia, and systemic mastocytosis. *Am J Haematol* 2004;77:82-5.
12. Bain BJ. Cytogenetic and molecular genetic aspects of eosinophilic leukemias. *Br J Haematol* 2003;122:173-9.
13. Spiers ASD, Bain BJ, Turner JE. The peripheral blood in chronic granulocytic leukaemia. *Scand J Haematol* 1977;18:25-38.
14. Keung YK, Beaty M, Steward W, Jackle B, Pettnati M. Chronic myelocytic leukemia with eosinophilia, t(9;12)(q34;p13) and ETV6-ABL gene rearrangement: case report and review of the literature. *Cancer Genet Cytogenet* 2002;138:139-42.
15. Reiter A, Walz C, Watmore A, Schoch C, Blau I, Schlegelberger B, et al. The t(8;9)(p22;p24) is a recurrent abnormality in chronic and acute leukemia that fuses PCMI to Jak2. *Cancer Res* 2005;65:2662-7.
16. Simon HU, Yousefi S, Dibbert B, Levi-Schaffer F, Blaser K. Antiapoptotic signals of granulocyte macrophage colony-stimulating factor are transduced via Jak2 tyrosine kinase in eosinophils. *Eur J Immunol* 1997;27:3536-9. *Hematol.* 5(2), 157–176 (2012).

### SINDROMI MELKERSSON-ROSENTHAL, SI NJË DIAGNOZË DIFERENCIALE E ANGIOEDEMËS

Esmeralda SHEHU<sup>1</sup>, Gisela PUMO<sup>2</sup>, Endrit SHEHU<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Shërbimi i Mjekësisë Interne,

<sup>2</sup> Shërbimi i Anatomisë Patologjike,

<sup>3</sup> Shërbimi i Neurologjisë, Spitali Rajonal Durrës

Sindromi Melkersson-Rosenthal (MRS) është një çrregullim i rrallë sistemik me etiologji të panjohur që karakterizohet nga triada: edemë rekurente orofaciale (e cila prek kryesisht buzën e sipërme), rrlapse të paralizës faciale periferike dhe gjuhë e fisuruar (lingua plicata).

MRS është përshkruar për herë të parë në 1928 nga Ernst Melkersson, një mjek suedez, që përshkroi një grua 35 vjeçare me edemë të fytyrës dhe paralizë faciale. Në 1931, Curt Rosenthal një neurolog gjerman, përshkroi 3 raste me gjuhë të fisuruar, përveç edemës orofaciale dhe paralizës së nervit facial dhe propozoi një lidhje midis triadës së simptomave. Triada u njoh si sindromi Melkersson-Rosenthal.[1]

Prevalenca e MRS është rreth 0.08%. Moshë mesatare e fillimit të sëmundjes është rreth 20 vjeç dhe mosha mesatare e diagnostikimit të saj është pas të 30-ve. Ky sindrom prek njësoj si femrat ashtu edhe meshkujt.

Procesi thelbësor në MRS është një inflamacion granulomatoz kronik (intermitent ose persistent) i indeve mukokutane dhe inervimit orofacial me etiologji të panjohur. Faktorë të ndryshëm si: infeksionet, autoimuniteti, faktorët neurotropikë, atopia dhe hipersensibiliteti ndaj aditivëve ushqimorë implikohen në etio-patogjenezën e MRS, por roli i asnjërit prej tyre nuk është konfirmuar plotësisht. Çrregullimet vazomotorë të vaza nervorum dhe arteriolave të vogla të indit subkutan si një përgjigje ndaj stimujve jo specifikë, në personat e predispozuar mund të jenë një mekanizëm i mundshëm i MRS. Gjithashtu në MRS kemi një translokacion autozomal de novo t(9;21)(p11;p11), ndaj ky sindrom mund të konsiderohet një sëmundje autozomale dominante me shprehje variable që bashkë me translokacionin autozomal de novo t(9;21)(p11rllf;p11), sugjerojnë që gjeni M-R gjendet në kromozomin 9p11.[2,3]

Triada e plotë është e pranishme vetëm në 8-25% të rasteve me MRS. [4,5] Kryesisht, ekzistojnë variante ku vetëm 1 ose 2 veçori të triadës janë të pranishme. Zakonisht haset keiliti Granulomatoz i Miescher (GC) me edema rekurente ose persistente të buzës së sipërme. Keiliti granulomatoz prek adultët e rinj dhe është një formë mono-simptomatike e MRS. [5,6]

#### Paraqitje e rastit

Një burrë 37 vjeçar u paraqit në klinikën tonë të Alergologjisë për një *ënjtje të theksuar të buzës së sipërme prej disa javësh*. Pacienti referonte për episode të përsëritura të edemës së buzës së sipërme që nga mosha e adoleshencës. Fillimisht këto episode kanë qenë vetë-kufizuese por më vonë ai i është nënshtruar terapive të ndryshme me antihistaminikë dhe kortikosteroidë sistemikë. Pacienti referoi se para 4 vjetësh kishte kaluar një paralizë faciale periferike e cila ishte shëruar plotësisht, pa mjekim, pas disa javësh. Në ekzaminimin objektiv u vu re edemë e shprehur e buzës së sipërme simetrike, e dhimbshme në prekje dhe nuk shoqërohej me prurit. U ekzaminua kaviteti oral dhe u vërejt gjuha me fissura të shumta longitudinale dhe laterale. Pacienti referoi se që në moshën e fëmijërisë ai e kishte pasur gjuhën me këto të çara si brazda por asnjëherë nuk kishte pasur shqetësime nga to. Menjëherë pacienti iu nënshtrua ekzaminimeve laboratorike bazë dhe biopsisë së buzës së sipërme. Nga ekzaminimet rezultoi: gjak komplet me formulë: normal; urinë komplet: negativ, glicemia, provat e heparit, transaminazat, urea, kreatinemia, proteina totale dhe elektrolitet rezultuan në normë. Proteina C reaktive: pozitiv, EKO abdominale dhe renale: normal, titri i komplementit: C3 dhe C4 normal. Nga

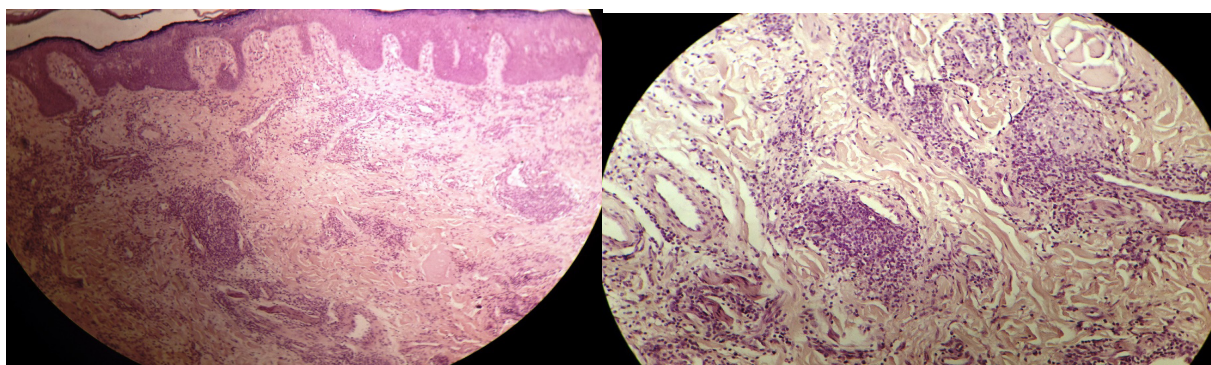
## Rubrika e mjekut të familjes

materiali i marrë për biopsi rezultoi: edemë dermale me infiltrate perivaskulare të limfociteve dhe plazmociteve, granuloma me qeliza epitelioidë të vogla multiple rrethohen nga limfocite që ndodhen rreth vazave të dilatuara. Qeliza gjigante shumë bërthamore të tipit Langhans ishin të pranishme në brendësi të granulomave. Pacienti u trajtua me Prednisolon 50mg në ditë për 5 ditë, më pas 25mg në ditë për 5 ditë dhe më tej vetëm 10mg në ditë derisa u ndërpre terapia me ks. Ibuprofeni 400mg 2 herë në ditë dhe Eritromicina 500mg 2 herë në ditë për 2 javë. Pacienti pati një përmirësim të dukshëm klinik, me reduktim të edemës.



**Figura 1.** A) Angiodema e buzës së sipërme;

B) Lingua plicata



**Figura 2.** Edemë dermale me infiltrate perivaskulare të limfociteve dhe plazmociteve. Granulomat me qel. epitelioidë të vogla, multiple rrethohen nga limfocite që ndodhen rreth vazave të dilatuara dhe qeliza gjigante shumë bërthamore të tipit Langhans janë të pranishme në brendësi të granulomave.

### Diskutimi

Për shkak të prevalencës shumë të ulët, MRS zakonisht nuk njihet nga mjekët dhe keq diagnostikohet si angioedemë. Triada e plotë është shumë e rrallë dhe rastet monosimptomatike janë më të shpeshta. Në rastin tonë pacienti u paraqit me dy simptoma: lingua plicata dhe angioedemë e buzës së sipërme. Edema orofaciale është veçoria kryesore e këtij sindromi, shenja paraqitëse në 42% të rasteve. Në një rishikim të 200 pacientëve të diagnostikuar me MRS, edema orofaciale ishte shenja prezantuese më e shpeshtë.[7] Zakonisht edema prek buzët dhe buza e sipërme preket më shumë se buza e poshtme. Edema mund të jetë asimetrike ose unilaterale dhe është zakonisht jo e butë, por mund të shoqërohet me dhimbje, eritemë, dhe përfshin struktura intraorale të ndryshme si gingivat, palatumi, gjuha, faringun dhe laringun.[7,8] Gjatë episodeve të para, edema faciale nuk zgjat shumë, por përsëritet shpesh. Ndonjëherë edema nuk zhduket plotësisht, ajo indurohet me infiltrim granulomatoz.[8] Rrallë, edema mund të përfshijë indet periokulare dhe orbitale që paraqiten si blefarit granulomatoz.[9,10] Në disa raste edema mund të shkaktojë shpërfytyrim kozmetik sinjifikant. Ndërsa paraliza faciale manifestohet si një disfunkcion i nervit VII kranial, klinikisht identike me atë të paralizës së Bell-it. Kjo ishte një nga shenjat fillestare në 31% të pacientëve të diagnostikuar me MRS përgjatë viteve 1965-1990. [7] Në një tjetër studim me 36 pacientë me MRS, 39% e pacientëve u raportuan me parëzë faciale si një simptomë fillestare paraqitëse.[5] Paraliza faciale është e butë, rekurente, unilaterale por mund të bëhet dhe bilaterale. Episodet vijnë në mënyrë akute dhe zgjasin nga disa ditë në disa muaj. Episodet

fillestare janë të shkurtër, por me përsëritjen e episodeve, paraliza faciale bëhet më e zgjatur ose permanente. Paraliza faciale zakonisht ndodh në të njëjtën anë me edemën e fytyrës, por mund të ndodhë muaj ose vite para ose pas fillimit të edemës orofaciale. Janë përshkruar raste të rralla me MRS që përveç paralizës së nervit facial paraqisnin një disfunkcion të nervave të tjerë kranialë, si n. vagus dhe n. glossopharingeus[11] ose n. Occulomotor.[12] Lingua plicata është veçoria që ndeshet më rrallë në pacientët me MRS. Është karakteristike, prania e një ose më shumë brazdave longitudinale me fisura më të vogla që përhapen lateralisht duke dhënë pamjen e lingua plicata. Fisurat e gjuhës janë zakonisht kongenitale dhe plotësisht asimptomatike në shumicën e pacientëve. Shumë autorë kanë përshkruar praninë e gjuhës së fisuruar midis kushërinjve duke sugjeruar një etiologji gjenetike të mundshme.[5,7,13] Megjithatë në shumicën e pacientëve nuk është vërejtur histori familjare.

Trajtimi është sfidues dhe përfshin si trajtimin me barna dhe atë kirurgjikal. Trajtimi i MRS është simptomatik dhe mund të përfshijë: AIJS, Kortikosteroidët sistemikë dhe intralezional, Antibiotikët dhe Imunosupresorët. Azathioprina, Dapsoni, Sulfapiridina, Sulfasalazina, ose Infliximabi mund të jenë të dobishme në trajtimin e pacientëve me MRS. Një pacient me MRS u trajtua me Thalidomide për shkak të identifikimit të TNF-alfa në lezionin edematoz.[14] Masazhi dhe stimulimi elektrik mund të përdoren. Keiloplastika reduktuese për të korigjuar makrokeilinë persistente. Pas keiloplastikës reduktuese, injeksionet me Triamcinolone intralezional dhe Tetraciklinë sistemike japin rezultatin më të mirë. Kirurgjia mund të rekomandohet për të lehtësuar presionin mbi nervin facial dhe për të reduktuar indin e edematizuar. Ndërhyrjet kirurgjikale duhen bërë vetëm në pacientët e shformuar. Njohja e MRS dhe trajtimi adekuat, do të ndihmonte shumë pacientë pasi ecuria e këtij sindromi shkon drejt shpërfytyrimit.

### Referencat

1. Rosenthal, C (1931): *Simultaneous occurrence of facial paralysis, angioneurotic oedema and fissured tongue in a family.* *Ztschr. ges. Neurol. U. Psychiat* 131:475.
2. Sun B, Zhou C, Han Z. *Facial palsy in MRS and bell's palsy: familial history and recurrence tendency.* *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2015; 124:107-9.
3. Smeets E, Fryns Jp, Van den Berghe H, *MRS and de novo autosomal t(9;21)(p11;p11) translocation.* *Clin Genet.* 1994;45:323-4
4. Hornstein OP, (1997): *Melkersson-Rosenthal syndrome - a challenge for dermatologists to participate in the field of oral medicine.* *J Dermatol, May 24, (5) 281-96;*
5. Richard M Greene and Roy S. Rogers 1989. *Melkersson-Rosenthal syndrome: A review of 36 patients; JAAD. Vol 21, issue 6, 1263-12700*
6. James J. Scuibba, [Nasser Said-Al-Naief](#) *Orofacial granulomatosis: Presentation, pathology and management of 13 cases; Journal of Oral Pathology and Medicine; 10.1034/j.1600-0714.2003.t01-1-00056.x*
7. Zimmer, WM, Rogers, RS III, Reeve, CM et al, *Orofacial manifestations of Melkersson-Rosenthal syndrome: a study of 42 patients and review of 220 cases from the literature.* *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;74:610-619.
8. Rogers, R. *Melkersson-Rosenthal syndrome and orofacial granulomatosis.* *Dermatol Clin.* 1996;14:371-379.
9. Shapiro M, Peters S, Spinelli HM (2003) *Melkersson-Rosenthal syndrome in the periocular area: a review of the literature and case report.* *Ann Plast Surg* 50(6):644-648
10. B Cocuroccia, E Gubinelli, G Annessi, G Zambruno, G Girolomoni *Persistent unilateral orbital and eyelid oedema as a manifestation of Melkersson-Rosenthal syndrome; JEADV; 1468-3083.2004.01084.*
11. Khandpur S, Malhotra AK, Khanna N. *Melkersson-Rosenthal syndrome with diffuse facial swelling and multiple cranial nerve palsies.* *J Dermatol.* 2006 Jun. 33(6):411-4.
12. Aluchu MU, Keklikci U, Guzel A, Unlu K, Tatli M. *Melkersson-Rosenthal syndrome with partial oculomotor nerve palsy.* *Ann Saudi Med* 2008;28:135-7
13. Alioglu Z, Caylan R, Adanir M, Ozmenoglu M. *Melkersson-Rosenthal syndrome: report of three cases.* *Neurol Sci.* 2000 Feb. 21(1):57-60.
14. Olivia Barry, MB; Jane Barry, MB; Sinead Langan, MB; et alMichelle Murphy, MB; James Fitzgibbon, MB, FCAP, FRC-Path; James F. Lyons, MB, FRCPI; *Treatment of Granulomatous Cheilitis With Infliximab; Arch Dermatol.* 2005; 141(9):1080-1082. doi:10.1001/archderm.141.9.1080

### TIROIDJA DHE SHTATZANIA

*Dr. Ersida GOLEMI*

*Endokrinologe, Poliklinika Specialiteteve nr. 3*

Tiroidja është një gjëndër e vogël endokrine e vendosur në pjesën e përparme të qafës. Ka formën e fluturës dhe peshon 10-25 gram, me një gjatësi 12-15mm. Përbëhet nga 2 lobe të lidhura me një isthmus. Stimulimi i gjëndrës tiroide bëhet nga TSH që prodhohet nga hipofiza dhe funksionon me feedback negativ.

Funksioni i saj është kapja e Jodit, që gjendet në shumicën e ushqimeve dhe konvertimin në hormone të tiroides (levothyroxina dhe triiodthyronina) T4 dhe T3. Qelizat e tiroides janë të vetmet që absorbojnë Jodin në organizëm.

Hormonet e tiroides luajnë rol në metabolizëm, sistemin kardiovaskular, sistemin nervor, riprodhues, digjektiv dhe në qarkullimin e gjakut. Tiroidja ka një rol shumë të rëndësishëm në periudhën e shtatzënisë.

Cilat janë ndryshimet që pëson tiroidja në shtatzëni:

- 1- Zmadhim i gjëndrës (10% në vendet pa deficiencë jodike dhe 20-40% në vendet me deficiencë jodike)
- 2- Rritje e vaskularizimit
- 3- Rritje e prodhimit të T4 dhe T3 me 50% (bashkë me një rritje 50% në nevojat ditore për jod)

Këto ndryshime fiziologjike do rezultojnë në hipotiroidizëm në fazat e vona të shtatzënisë në gratë të cilat ishin eutiroidiene në trimestrin e parë.

Tiroidja e fetusit fillon koncentrimi e jodit dhe sintezën e hormoneve të tiroides pas javës 10-12 gestacionale. Pak hormon sintetizohet deri në javën e 18-20, e më pas rritet gradualisht prodhimi i tyre. Deri në këtë periudhë (java 10-12) fetusit merr hormonet e tiroides nga nëna, ndaj në këtë periudhë hormonet materno janë të rëndësishëm për zhvillimin e trurit fetal. Hormonet e tiroides janë esenciale për migrimin neuronal dhe mielinizimin e trurit të fetusit.

Testi më i mirë screening për vlerësimin e funksionit të tiroides në shtatzëni është matja e nivelit të TSH, normat e të cilit janë :

- 3 mujori i parë (0.1-2.5)
- 3 mujori i dytë (0.2-3.0)
- 3 mujori i tretë (0.3-3.0)

#### **Deficienca Jodike**

Jodi është përbërësi esenciale për sintezën e hormoneve të tiroides, të cilin e marrim nga dieta apo suplementet.

Nevojat për jod rriten në shtatzëni sepse:

- rritet sinteza e hormoneve të tiroides
- rritet klirensi renal i Jodit.

Gratë të cilat kanë një marrje adekuate të jodit përpara dhe gjatë shtatzënisë, kanë një depo të mjaftueshme intratiroidiene të jodit për të përballuar rritjen e sintezës së hormoneve të tiroides.

Sipas ATA (Shoqata Amerikane e Tiroides) rekomandohet që gratë të cilat:

- janë duke planifikuar shtatzëni
- janë shtatzënë
- janë në laktacion

duhet të marrin një minimum prej 250µg/ditë jod. (zakonisht rekomandohet suplement kali jodat që përmban 150µg jod, pasi pjesa tjetër supozohet që merret me dietën). Doza maksimale e marrjes së Jodit është 1100ug/ditë.

Deficiencia Jodike vlerësohet me anë të Jodurisë.

Joduria Normale	150-249 µg/l jod në urinë.
Mesatare e Moderuar	50-149 µg/l
E rëndë	<50 µg/l

### Efektet e Deficiencës Jodike

Rreth 38% e globit vuan nga deficiencia jodike. Ajo afekton si nënën dhe fetusin. Tek nena shoqërohet me zmadhim të gushës, abort, vdekje perinatale. Tek fetusin me kretinizëm.

### DEFICIENCIA JODIKE ËSHTË SHKAKU KRYESOR I PARANDALUESHËM I VONESËS MENDORE NË TËRË BOTËN

Ndaj është e rëndësishme që tek të gjithë bebet e porsalindura të bëhet matja e nivelit të TSH. Është e rëndësishme diagnoza brenda 10-13 ditësh dhe normalizimi i hormoneve të tiroides brenda 3 javësh. Nëse TSH i fetusit është i lartë fillohet trajtimi me T4 10-15mcg/kgP (50mcg).

### Hipotiroidizmi në shtatzëni

Hipotiroidizmi (Overt Hypothyroidismus OH) karakterizohet nga nivel i ulur i T4 dhe nivel i rritur i TSH (>2.5 mIU/L). Shkaku më i shpeshtë i hipotirozës është deficiencia jodike. Në vendet ku niveli i jodit është i mjaftueshëm shkaku më i shpeshtë është tiroiditi kronik autoimun Hashimoto. Shkaqe të tjera janë: tiroidektomia, radiacioni, sëmundja pituitare. Hipotiroidizmi ndodh në 0.3-0.5% të shtatzënive.

Simptomat e hipotiroidizmit maskohen shpesh nga statusi hipermetabolik në shtatzëni. Efekt i hipotiroidizmit në shtatzëni është dëmtim i zhvillimit neurokonjitiv i fetusit, lindje premature, lindje me peshë të vogël, apo dhe abort i fetusit, apo hipertension gestacional i nënës. Ndërsa Hypotiroidizmi e izoluar e cila përcaktohet nga nivel normal i TSH dhe vlerë e ulur e T4, nuk kërkon trajtim.

Sipas rekomandimeve të ATA (Shoqata Amerikane e Tiroides):

OH duhet trajtuar në shtatzëni. Këtu përfshihen gra me nivel TSH mbi vlerat e referencës për çdo tremestër dhe ato me nivel TSH >10mIU/L pavarësisht vlerave të T4. SCH duhet trajtuar në rastet kur Antikorpët AntiTPO janë pozitive. Kur ato janë negative nuk është i nevojshëm trajtimi. Trajtimi i zgjedhur i hipotiroidizmit është LT4 oral. (Jo T3) Qëllimi i trajtimit me LT4 është normalizimi i vlerave të TSH në vlerat referencë të çdo tremestri.

### Tirotoksikoza në shtatzëni

Tirotoksikoza përcaktohet si sindromi klinik i hipermetabolizmit dhe hiperaktivitetit që rezulton kur niveli në gjak i T4 dhe/ose T3 është i rritur. Mund jetë me origjinë imune ose jo imune. Morbus Graves është shkaku më i shpeshtë i hipertiroidizmit autoimun në shtatzëni dhe ndodh në (0.4% forma klinike dhe 0.6% subklinike).

Në shumicën e rasteve shfaqet për herë të parë në shtatzëni. Gusha është gjithmonë prezente, ndërsa një ekzaminim i mirë i syve vë re dhe shenjat e oftalmopatisë.

Simptomat janë më të shprehura në tremujorin e parë të shtatzënisë (efekti stimulues i receptorëve të TSH nga hCG me një pikë në javë 7-11 gestacionale).

Në tremujorin e dytë dhe të tretë simptomat janë më pak të shprehura dhe doza e antitiroidienëve të sintezës është më e reduktuar.

## Rubrika e mjekut të familjes

---

Hipertiroidizmi maternal i rëndë është i lidhur me, lindje premature, kufizim i rritjes intrauterine, preeklampsi, insuficiencë kardiake të nënës si dhe rritje të riskut për abort spontan.

Antikorpet anti recepTSH kalojnë barrierën placentare dhe risku për tirotoksikozë fetale dhe neonatale rritet me rritjen 3-5 fish të antikorpeve.

Shkaku më i shpeshtë i Hipertiroidizmit jo-imun është Hipertiroidizmi tranzitor i cili përcaktohet si: Hipertiroidizëm i limituar në tremujorin e parë të shtatzënisë. Hipertiroidizëm i karakterizuar nga rritje e nivelit të T4 dhe nivel i ulur apo jo i detektueshëm i TSH, mungesë e autoimunitetit të tiroides.

Ndodh në 1-3% të shtatzënieve. **Është** sekondare nga rritja e nivelit të hCG.

Mund shoqërohet me Hiperemesis gravidarum (0.5-10 për 1,000 shtatzëni), me nauze e të vjella severe në shtatzëninë e hershme me më tepër se 5% rënie në peshë dehidrim dhe ketonuri. Situata të tjera që lidhen me hCG–tirotoksikozis janë shtatzënitë multiple, mola hidatiforma, chorioncarcinoma.

Shkaqe më të rralla jo-immune janë struma multinodulare toksike, adenoma toksike, tirotoksikoza faktike. Tiroiditi subakut i dhimbshëm apo jo i dhimbshëm dhe struma ovarit janë shkaqe më të rralla të tirotoksikozës në shtatzëni. Si të diferencojmë Graves hipertiroidism nga hipertiroidizmi tranzitor?(TSH i ulur dhe T4 e rritur)

### Diferenca mes Graves dhe Hipertiroidizmit tranzitor

Në të dy rastet manifestimet klinike përfshijnë:

- palpitacione
- ankth
- tremor i duarve
- intolerancën e të nxehtit

Mungesa e një historie për sëmundje të tiroides dhe mungesa e shenjave klinike për Graves (gusha dhe oftalmopatia) sugjerojnë hipertiroidizmin tranzitor.

Në rast dyshimi për diagnozën bëhet matje e nivelit të Antikorpeve anti recepTSH. Trajtimi i preferuar i tirotoksikozës.

### Si të trajtojmë Hipertiroidizmin në shtatzëni

Trajtimi është me barna me ATS. Të tre metimazol (MMI), propiltiuracil (PTU) dhe CBM e kalojnë placentën. PTU ka një incidencë më të lartë të hepatoksicitetit, ndërsa MMI shkakton aplazi cutis, atrezi koanale dhe ezofageale, humbje të dëgjimit, dismorfia faciale, zhvillim të vonë të fetusit të njohura bashkë si «embriopatia nga metimazoli»

Sipas rekomandimeve të ATA, PTU përdoret në tremujorin e parë të shtatzënisë, ndërsa metimazoli në tremujorin e dytë dhe të tretë të saj. Në rastet kur gruaja njihet më parë për hipertiroidizëm bëhet normalizimi i hormoneve përpara konceptionit. (Tiroidektomi totale apo trajtim me jod radioaktiv të paktën 6-12muaj përpara). Në rastet kur preferohet trajtimi me ATS bëhet arrihet eutiroidizmi përpara konceptionit, një nivel TSH (0,1-2.5mIU/).

Risku fetal në hipertiroidizëm Graves të pakontrolluar është:

- hipertiroidizëm fetal
- hipertiroidizëm neonatal
- hipotiroidizëm fetal
- hipotiroidizëm neonatal
- hipotiroidizëm central

Komplikacionet potenciale lidhen me:

- 1) kontrollin e keq të hipertiroidizmit
- 2) dozat e larta të ATS
- 3) titër i lartë i antikorpeve në javën 22-26

Monitorimi i fetusit me ultrasonografi (nga obstetri) bëhet në rastet e hipertiroidizmit të pakontrolluar dhe konsiston në vlerësimin e rrahjeve të zemrës, rritjes, volumin e likidit amniotik, gusha fetale.

Cordonocenteza indikohet ekstremisht rrallë në rastet kur detektohet gusha fetale dhe nëna ka antikorpe antirecepTSH pozitiv. Kjo për të përcaktuar nëse fetusi është hiper apo hipotiroid.

### **Tirotoksikoza Postpartum**

Shkaku më i shpeshtë i tirotoksikozës postpartum është tiroiditi postpartum (PPT).

Prevalenca e PPT tirotoksikozës është 4.1% krahasuar me 0.2% për tirotoksikozën nga Graves. PPT manifestohet si një fazë hipertiroidizmi në 6 mujorin e parë pas lindjes me një remisim spontan. Ndiqet nga një fazë hipotiroidizmi për tu bërë eutiroidiene brenda vitit parë paslindjes. Simptomat hipermetabolike mund trajtohen për një kohë të shkurtër me B Blokues.

E rëndësishme është diagnoza diferenciale me tirotoksikozën nga Graves (antikorpe pozitiv, prani e gushës, oftalmopati)

Në gratë në laktacion bëhet shintigrafia me Technecium apo Jod 123 pasi kanë kohë eliminimi më të shkurtër.

Përdorimi i ATS gjatë ushqyerjes me gji është i indikuar në doza të moderuara (PTU <300mg/ditë dhe Metimazol 20-30mg/ditë).

### **Screening i funksionit të tiroides në shtatzëni**

Niveli i TSH matet në shtatzëninë e hershme në gratë të cilat kanë risk për hipotiroidizëm:

- 1) Histori për disfunkcion të tiroides apo kirurgji të tiroides.
- 2) Mosha >30vjeç
- 3) Diabet tip 1 apo sëmundje të tjera të tiroides
- 4) Simptoma të disfunkcionit të tiroides apo prezencë të gushës.
- 5) Antikorpe antiTPO pozitive
- 6) Histori aborti apo lindje para-kohe
- 7) Histori radiatimi të qafës apo të kokës
- 8) Histori familjare për disfunkcion të tiroides
- 9) Obezitet morbid (BMI >40kg/m<sup>2</sup>)
- 10) Përdorim i Amiodaronit apo Litiumit apo administrim i kontrastit me Jod
- 11) Rezident në zonë me deficiencë jodike të moderuar apo të rëndë.

## **GJENDJE VERTIGJINOZE APO HUMBJE E EKUILIBRIT**

*Prof. Dr. Pjerin RADOVANI*

Në praktikën e përditshme ndeshemi thujse përditë me ankesën “Marrje mendsh” dhe për fat të keq personi që shfaq një ankesë të tillë, jo vetëm që nuk di të dallojë “marrjen mendsh”, apo çrregullimet e ekuilibrit, por edhe vjen i bindur që ka të sëmurë veshin e mesëm. Përse ai ka këtë bindje? Besoj se

## Rubrika e mjekut të familjes

---

fajin e kemi vetë ne mjekët që nuk e informojmë të sëmurin saktë dhe bindshëm që ai nuk vuan nga veshi i mesëm, por mundet nga veshi i brendshëm, natyrisht kur bëhet fjalë për sëmundje që prekin organin e ekuilibrit. Po kështu, nuk besoj se sot të ketë mjekë që nuk e dinë që veshi është i ndarë në tre pjesë dhe përgjegjës për shkakun e marrjes mendsh në shumicën e rasteve është organi i ekuilibrit që ndodhet në veshin e brendshëm. Po, ç' janë humbjet e ekuilibrit, ku bën pjesë “marrja mendsh” dhe si karakterizohen ato. Gjendjet që karakterizohen me shfaqje të shpeshta të humbjes së ekuilibrit prekin cilësinë e jetës dhe rrallë herë mund të jenë një sinjal kërcënues për jetën.

### Definicioni

Në shumicën e rasteve të sëmurët nuk janë në gjendje të shpjegojë saktë humbjen e ekuilibrit. Shumë prej tyre thonë se i rrotullohet mjedisi përreth, dikush shprehet se ndihet i këputur, dikush tjetër sikur i merren këmbët apo e tërheq njëra anë. Një tjetër thotë se ndihet sikur është pa kokë apo si i dehur. Ajo humbje ekuilibri që jep përshtypjen sikur rrotullohesh vetë apo rrotullohet mjedisi rreth teje quhet “**marrje mendsh**” apo e njohur ndryshe si **vertigo**. Çdo gjendje tjetër që nuk le përshtypjen e rrotullimit, duhet konsideruar si humbje ekuilibri.

Marrjet mendsh mund të jenë të karakterit **objektiv** ose **subjektiv**. Bëhet fjalë për vertigo objektive kur të sëmurit i duket sikur i rrotullohet mjedisi përreth në një drejtim të caktuar. Vertigo objektive ka për bazë sëmundjen periferike, pra labirintin. Në vertigon subjektive të sëmurit i duket sikur rrotullohet vetë në një drejtim të caktuar apo në të dy anët. Zakonisht kjo ndodhë në sëmundjet centrale.

### Shenjat

Pra siç thamë më lart vertigo është një ndjenjë e rreme e rrotullimit të tokës përreth nesh apo i rrotullimit të vetë trupit. Zgjatë disa sekonda, orë apo ditë dhe mund të përsëritet herë pas here. Shoqërohet me të përziera apo të vjella. Mund të përkeqësohet në ndërrimin e pozicionit të trupit, kokës, apo gjatë të ecurit. I sëmuri, familjarët apo dhe mjeku i familjes duhet të shqetësohen nëse shfaqen shenja të tjera shoqëruese, si më poshtë:

- Dhembje e menjëhershme e fortë koke
- Të vjella pa pushim
- Humbje e pamjes apo e dëgjimit
- Ndryshimi i të folurit (vonon fjalën apo flet sikur ka diçka në gojë)
- Vështirësi në ecje
- Aritmi
- Dhembje gjoksi
- Mpirje të ekstremiteteve
- Temperaturë e lartë
- Ngurtësim i qafës
- Fiksim i shikimit, konvulsione

Në shfaqjen e këtyre shenjave edhe mjeku i përgjithshëm duhet të kërkojë menjëherë vizitë mjekësore të specializuar.

### Shkaqet

Shkaqet e humbjes së ekuilibrit janë nga më të ndryshmet. Dihet se organi ekuilibrit nga pikëpamja anatomike dhe funksionale është tepër i ndërlikuar, që fillon nga veshi i brendshëm (labirinti vestibular) dhe më tej rrugët nervore përshkojnë trungun nervor deri në lobin temporal pranë qendrës dëgjimore në koren e trurit. Por sinjale sensore në tru shkojnë jo vetëm nga labirinti vestibular, por edhe nga sytë dhe nervat sensorë që marrin impulse nga pozicione të ndryshme të trupit në lëvizje. Çdo zonë që preket përgjatë kësaj rruge, mund të provokojë humbje të ekuilibrit.

#### *Probleme të veshit të brendshëm*

- **Vertigo paroksismale të pozicionit benignj** – Karakterizohet nga një marrje mendsh ob-

jektive, e fortë, që ndodhë në ndryshimet e pozicionit të trupit; kur ndërron pozicionin në shtrat (kthehet nga një anë në anën tjetër), apo kur ngrihet me të shpejtë në këmbë. Zgjatë disa sekonda. Kur kjo marrje mendsh zgjatë për shumë minuta apo orë vlerësohet si marrje mendsh pozicioni malinj dhe ka natyrë centrale.

- **Infeksionet** – Një infeksion viral i nervit vestibular shkakton atë që quhet neuritis vestibularis. Karakterizohet me marrje mendsh objektive të forta për disa ditë dhe gradualisht qetësohen, deri sa shuhen pas 5-6 javësh. Nuk preket dëgjimi. Ndërsa infeksioni i vetë labirintit njihet si labyrinthitis që ka të njëjtën klinikë, por në këtë rast preket dëgjimi që ditën e parë, deri në shurdhim të plotë.
- **Sëmundja e Menierit** – Karakterizohet nga kriza marrje mendsh që zgjasin disa orë deri në 24 orë. I sëmuri para se ta zërë kriza mund të ndjejë zhurmë në vesh apo i duket sikur e ka veshin të mbushur. Zhurma në vesh dhe rënia e aftësisë së dëgjimit shoqërojnë gjithë kohën e krizës. Pra zhurma e veshit dhe rënia e dëgjimit ka karakter fluktuant. Në forma më të lehta i sëmuri mund të ankojë vetëm zhurmë dhe ndjenjën e mbushjes së veshit, pa marrje mendsh dhe këto ankesa herë shfaqen dhe herë dobësohen apo zhduken plotësisht. Etiologjia nuk njihet saktë, ndërsa patogjeneza e ka të vërtetuar që ka një rritje të presionit të lëngjeve të veshit të brendshëm (endolimfa).
- **Migrena** – Në disa raste kriza e migrenës shoqërohet me marrje mendsh dhe kjo gjendje është quajtur migrena vestibulare. Nuk duhet harruar që një i sëmurë që ankon marrje mendsh të pyetet nëse vuan nga dhembjet e kokës, apo ka familjarë të tjerë që vuajnë nga migrena. Një vertigo paroksismale beninje tek fëmijët e vegjël, zakonisht është një prekursor i migrenës.

*Problemet e qarkullimit që shkaktojnë humbje të ekuilibrit*

- **Rënia e tensionit arterial** – Rënia e menjëhershme e presionit sistolik të gjakut mund të shkaktojë një luhatje të trupit dhe koka duket sikur nuk peshon. Nganjëherë një këputje e përgjithshme. Kjo gjendje njihet edhe si hipotension ortostatik.
- **Qarkullim i çrregullt i gjakut** – Gjendje të tilla si kardio-miopati, ataku kardiak, çrregullimet e ritmit të zemrës, sëmundja iskemike e zemrës mund të shkaktojnë humbje të ekuilibrit. Po kështu dhe rënia e volumit të gjakut qarkullues çon në një mos-ushqim të rregullt të trurit dhe veshit të brendshëm.

*Të tjera shkaqe të humbjes së ekuilibrit*

- **Sëmundje neurologjike** – Çrregullime të tilla si sëmundja e Parkinsonit dhe sclerosis multiplex çojnë në humbjen progresive të ekuilibrit.
- **Barnat** – Humbja e ekuilibrit mund të paraqitet edhe si efekt anësor i disa barnave siç janë: antiepileptikët, antidepressantët, sedative dhe qetësues tjerë. Po kështu dhe barnat hipotensive mund të çojnë në humbje ekuilibri.
- **Çrregullimet e ankthit** – Disa nga këto lloj çrregullimesh krijojnë një gjendje që i sëmuri e karakterizon sikur është pa kokë, apo dhe marrje mendsh. Këtu futen edhe atakët e panikut, ku i sëmuri ka frikë të dalë nga shtëpia apo të qëndrojë në mjedise të hapura e të gjëra (agoraphobia).
- **Anemitë** – Japin dobësi të përgjithshme që i sëmuri mund ta interpretojë edhe si humbje ekuilibri.
- **Hipoglicemia** – Të sëmurë që vuajnë nga diabeti dhe trajtohen me insulinë mund të bëjnë kriza hipoglicemike që e karakterizojnë si humbje ekuilibri dhe shoqërohet me ndjenjë ankthi dhe djersitje.
- **Dehidrimi** – Zakonisht të sëmurë që trajtohen me probleme kardiake dhe qëndrojnë në diell, mjedis të ngrohtë apo punojnë me intensitet dhe nuk pinë ujë, mund të ankojnë humbje ekuilibri.

## Rubrika e mjekut të familjes

---

### Diagnoza

Që në vizitën e parë që bën mjeku i përgjithshëm, pyetja që i drejtohet të sëmurit apo familjarëve është nëse ka humbur vetëdijen. Po ka humbur vetëdijen, ankesa nuk ka të bëjë me sëmundje labirintike, pra duhen kërkuar shkaqe të tjera. Për të përjashtuar një aksident të trurit kërkohet RM apo CT-scan.

Më tej mjeku duhet të vjelë një anamnezë të hollësishme, sidomos kur të sëmurin e viziton për herë të parë, sepse po është rast i njohur që vuan nga një sëmundje labirintike, nuk është e nevojshme të thellohet në anamnezë, sepse i sëmuri apo familjarët mund të japin më tepër të dhëna rreth sëmundjes. Duhet të përcaktojë saktë karakterin e marrjes mendsh, për të vendosur nëse ka të bëjë me marrje mendsh objektive apo subjektive. Marrja mendsh subjektive përjashton sëmundjen labirintike. Po kështu, duhet të pyesë të sëmurin nëse ka apo ka pasur shenja neuro-vegjetative (të përziera, të vjella apo djersë), që zakonisht shoqërojnë vertigon objektive. Duhet të thellohet përgjatë anamnezës nëse vuan nga probleme kardiovaskulare apo sëmundje të tjera të përgjithshme.

Akti tjetër shumë i rëndësishëm është kërkimi i nistagmusit në shikimin drejt para, majtas, djathtas, lart dhe poshtë. Nëse nistagmusi është i rregullt, pra shfaqet me dy komponentë; të shpejtë e të ngadaltë, kemi të bëjmë me vertigo objektive. Ky quhet nistagmus spontan. Nistagmusi kërkohet edhe duke i kthyer të sëmurit kokën majtas, djathtas, lart dhe po të shfaqet nistagmus i rregullt, kemi të bëjmë me nistagmus pozicioni. Pra si shfaqja e nistagmusit spontan, ashtu dhe atij të pozicionit kanë natyrë labirintike. Po që se mjeku nuk konstaton nistagmus, apo vë re nistagmus të çrregullt që godet në çdo drejtim, nuk kemi të bëjmë me vertigo me natyrë labirintike, por ankesa mund të jetë e karakterit neurotik apo kemi të bëjmë me një patologji centrale.

Po kështu mjeku i përgjithshëm mund të kryej provat posturografike si ajo e **Romberg** dhe ajo e **Unterberger**. Devijimi apo rrotullimi vetëm në një drejtim na tregon që kemi të bëjmë me patologji labirintike. Lulahatja në drejtime të ndryshme flet për patologji centrale. Ekzaminime më të hollësishme si audiograma, provat kalorike, elektronistagmografia, potencialet miojenike vestibulare, etj..., kryhen nga mjekët specialistë.

Natyrshëm duhen kërkuar (nëse është mundësia) analiza e gjakut komplet me ShSE, analiza biokimike; bilanci elektrolitik nëse ka të vjella.

### Trajtimi

Mjekut të përgjithshëm apo atij të familjes i takon së pari të qetësojë familjarët, sepse në gjendje të tilla, sidomos kur ndodhin për herë të parë, si i sëmuri ashtu dhe familjarët alarmohen sa që nuk lejnë të veprojnë edhe personelin që kërkon të japë ndihmën e parë. Për të qetësuar gjendjen vertigjinoze që mjeku e gjykon se ka natyrë labirintike, me ose pa shenja neurovegjetative këshillohet Sol. Phenergan (Prometazinë) 2.5%-1.0 (1 ampulë), të shoqëruar me Sol. Atropinë 0.1%-1.0 (1 ampulë). Përdorimi i barnave të tjera veçanërisht Sol. Mannitol mund të humbasë shumë shenja të rëndësishme. Pra pas këtij mjekimi të urgjencës, i sëmuri mund të drejtohet tek specialisti ORL apo neurolog, natyrisht nëse ka përjashtuar një sëmundje kardiovaskulare.

## KRAHASIMI I INDEKSEVE HEMATOLOGJIKE NE ANEMINE FERRODEFICITARE NE FEMIJET E MOSHES NEN 12 VJEÇ

*Dr. Marsela Haruni; Dr. Blerina Koprencka*

**Hyrje:** Anemia është një problem global shëndetësor publik në rritje e shoqëruar me një rritje të sëmundshmërisë dhe mortalitetit, sidomos të grate shtatzena dhe të femijet. Në bote llogaritet se rreth 1.6 miliardë njerëz vuajnë nga anemia. Prevalenca llogaritet të jetë rreth 47.4% (1). Edhe në Shqipëri anemia përben një problem të rëndësishëm.

sishem shendetesor tek femijet, duke e bere keshtu nje sfide per shendetin publik. Deficiti i hekurit eshte nje nga shkaqet kryesore te anemise. Por, pervec tij edhe elemente te tjere si : Vit B12, B6, A, E, C dhe acidi folik luajne nje rol shume te rendesishem ne formimin dhe mbrojtjen e rruazave te kuqe te gjakut duke stimuluar qelizat me burimore apo duke aktivizuar enzimat antioksidante. Per pasoje pamjaftueshmeria e ketyre mikroelementeve mund te coje ne anemi te grupet me te brishta te popullates. Sipas studimeve gjithepershires te bera nga WHO , eshte vene re se femijet e moshes parashkollore jane me te rrezikuarit per te patur anemi ferodeficitare. Kjo sepse ne kete moshe (6-59 muaj), trupi i njeriut rritet me me shpejtesi dhe kerkon per rrjedhoje ushqime te pasura me hekur edhe me elemente te tjere ushqimore, kerkesa te cilat mund te mos arrihen te permbushen nga dieta normale.

**QELLIMI:** Deficiti i hekurit te femijet demton zhvillimin konjitiv dhe motor dhe rrit prekshmerine ndaj infeksioneve, prandaj eshte e rendesishme qe te parandalohet dhe te trajtohet ne kohe anemia ne menyre qe te sigurohet nje zhvillim normal dhe nje jete e shendetshme per te gjithë popullaten.

**Materiali dhe metodat:** Ne kete studim jemi perpjekur te vleresojmë lidhjen midis indekseve hematologjike ne Anemine Ferodeficitare te femijet nen moshen 12 vjec. Ne studim jane perfshire 100 femije te qytetit te Tiranes nga mosha 0 deri ne 12 vjec te ndare ne dy grupe : grupi parashkollor (0-6) vjec dhe mosha shkollore (6-12 vjec). Femijet e perfshire jane vajza dhe djem me anemi ferodeficitare .Jane perjashtuar nga studimi femijet me anemi nga shkaqe te tjera si anemi hemolitike, talasemia, anemi inflamatore ose ata qe jane duke marre mjekim me hekur.

Analiza statistikore : Duke u nisur sipas standarteve te OBSH ; Anemia eshte percaktuar te femijet nga :

Hemoglobina	MOSHA
<11 g/dl	6-59 muaj
<11.5 g/dl	6-12 vjec
<12 g/dl	mbi 12 vjec

Gjithashtu jane perdorur vlerat e references sipas WHO edhe per indekset e tjere hematologjike (2,3,4).

#### 4.Rezultatet

Nje total prej 72 femijesh eshte vleresuar ne mostrat e gjakut per nivelin e hemoglobines, ferritines dhe indikatoreve hematologjike. Mesatarja e hemoglobines ne popullaten e studiuar eshte 10.41 g/dl .Mesatarja e Hemoglobines te femijet e moshes parashkollore eshte 10.15 g/dl , ku per djemte 10.22 g/dl dhe per vajzat 10.08 g/dl .Mesatarja e hemoglobines ne femijet 6-12 vjec eshte 10.73 g/dl ,per djemte 11.11 g/dl ,per vajzat 10.46 g/dl .Vlerat e RBC,Hct, dhe MCH te femijeve djem te moshes parashkollore jane me te larta se vajzat.

Mesatarja e ferritines te djemte eshte me e larte se te vajzat ne te dyja grupmoshat. Nderkohe qe mesatarja e ferritinemise eshte me e larte te vajzat e moshes parashkollore krahasuar me grupin (6-12 vjec).

Nga gjithë numri total i femijeve vetem 6 prej tyre( 8.3% e totalit) kishin anemi mesa-

## Rubrika e mjekut të familjes

tare, 11 prej (16%) me anemi të moderuar ndërsa pjesa tjetër rreth 55 (75.7%) me anemi të lehtë. Por vlen për t'u përmendur se tek e gjithë popullata e femijëve vërehen vlera shumë të ulëta të ferritinemise krahasuar me vlerat normale.

Përsa i përket vlerave të RDW duket se nuk përbejnë ndonjë indikator të fuqishëm në anemine ferodeficitare me vlerat mesatare të saj që afrojnë me referencat e normës; vlerat më të larta të saj janë gjetur në vajzat e moshës parashkollore. Është vënë re se ka një korrelacion të dobët midis RDW dhe RBC, HGB, MCV, MCH në këtë studim. Hemoglobina duket se ka një korrelacion pozitiv midis HCT, dhe indekseve eritrocitare. Korrelacioni pozitiv midis MCV dhe Hgb na sugjeron një mundësi më të vogël për anemi makrocitare duke qenë se në këtë studim përqendrimi i hemoglobines varion sipas volumit qelizor. Indikatorët hematologjikë të anemise sipas vlerave standarte të referencës anemise (tabela 3)

Variablat	Seksi	Nr.	Femije të moshës parashkollore	Nr.	Femije të moshës shkollore	Nr total	Femijet e të dy grupmoshave
Hemoglobina gr\dl	Djem	20	10.22	14	11.11	34	10.57
	Vajza	19	10.08	19	10.46	38	10.27
	Totali	39	10.151	33	10.73	72	10.41
Nr. i eritrociteve milione/mm <sup>3</sup>	Djem	16	4.32	13	4.5	29	4.41
	Vajza	16	4.25	19	4.34	35	4.3
	Totali	32	4.284	32	4.41	64	4.35
MCV fl	Djem	16	72.89	12	73.83	28	73.29
	Vajza	16	72.99	19	74.65	35	73.89
	Totali	32	72.94	31	74.33	63	73.63
MCH pg	Djem	16	23.15	13	24.45	29	23.73
	Vajza	16	22.96	19	24.28	35	23.67
	Totali	32	23.05	32	24.34	64	23.7
MCHC g\dl	Djem	16	31.6	13	32.92	29	32.19
	Vajza	16	31.93	19	31.95	35	31.94
	Totali	32	31.76	32	32.34	64	32.05
RDW %	Djem	16	14.39	13	14.53	29	14.45
	Vajza	16	14.83	19	14.31	35	14.55
	Totali	32	14.6	32	14.4	64	14.5

Hematokriti %	Djem	16	31.97	13	33.98	29	32.87
	Vajza	16	31.5	19	32.38	35	31.98
	Totali	32	31.73	32	33.03	64	32.38
Trombocitet mije/mm <sup>3</sup>	Djem	20	321	12	283	32	304
	Vajza	19	306	19	299	38	302
	Totali	39	313.2	31	293.8	70	303.4
Ferritina plazmatike ng/dl	Djem	20	6.25	14	4.94	34	5.71
	Vajza	19	5.34	19	3.99	38	4.68
	Totali	39	5.79	33	4.39	72	5.16

### Konkluzion

Ky studim tregon diapazonin dhe karakteristikat e anemise ne nje grup femijesh duke gene se prania e anemise eshte subject shqetesimi per popullaten. Anemia ishte me e theksuar te femijet e moshes parashkollore, nderkohe vajzat mbi 6 vjec treguan se kishin depo me te uleta te hekurit se gjithe pjesa tjeter e popullates ne studim (sidomos mosha 11-12 vjec) cfare tregon per nevoja me te larta ushqimore me shfaqjen e pubertetit.

Meqenese parametrat hematologjike lidhen me njeri-tjetrin ashtu si dhe me seksin dhe moshen, nevojitet qe te realizohen strategji qe te bejne te mundur shtim te suplementeve ushqimore apo nderhyrje te tjera me qellim crrenjosjen e anemise.

### Referencat

1. Benoist B, McLean E, Egli I, et al. *Worldwide Prevalence of Anaemia 1993-2005*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008
2. FAO, WHO. *World Declaration and Plan of Action for Nutrition*. International Conference on Nutrition. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, December 1992. Available at <http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/a34303.pdf>
3. WHO, UNICEF, UNU. *Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control, a guide for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2001. Available at
4. Nelson, *textbook of paediatrics ninetyenth edition*



**Prof. Dr. Ylli POPA**  
**1930 - 2017**

Ylli Popa u lind në një familje me tradita intelektuale dhe kombëtare në qytetin e Elbasanit në vitin 1930. Pasi përfundoi studimet si normalist në qytetin e lindjes u diplomua si mjek në Bukuresht, në fushën e medikologjisë. Pas kthimit nga Rumania, për tre vjet me radhë drejtoi të parën katedër universitare të biokimisë në Shqipëri.

Me themelimin e Universitetit të Tiranës për një kohë të shkurtër u ngarkua të punonte në katedrën e sapokrijuar të terapisë spitalore. Gjatë viteve 1958-1961 ai thelloi studimet mjekësore në Moskë. Me kthimin në Shqipëri, si mjek në spitalin klinik shtetëror nr. 1, bashkë me kolegë të tjerë, Ylli Popa u bë themelues i shkollës shqiptare të kardiologjisë. Duke qenë shef i pavijonit të kardiologjisë në shërbimin spitalor, në të njëjtën kohë drejtonte edhe katedrën universitare të propedeutikës, në krye të së cilës qendroi deri në vitin 1983. Nën drejtimin e tij u themelua e para katedër dhe i pari shërbim shqiptar i kardio-kirurgjisë, të cilat i kryesoi deri në vitin 1993.

Autor e bashkautor i botimeve universitare Leksione të Kardiologjisë dhe Kardiologjia, që njohën disa rishtypje, përgjatë më shumë se dy dekadave duke lënë gjurmën e dijeve dhe të përvojës së tij në disa breza mjekësh.

Që në vitin 1972 sajë tij, për herë të parë në shërbimin shëndetësor shqiptar dhe në veprimtarinë universitare të vendit zuri vend koncepti bashkëkohor i mjekësisë moderne mbi miokardiopati të id-iopatike.

Në veprimtarinë e tij të gjatë si mjek e si mësimdhënës, Ylli Popa e njohu jetën e popullit shqiptar nga fati i njeriut pa krahë tek mjeku që shihte shpëtimtarin e jetës.

Ai është autor i të parit artikull kontestues mbi vlerat e sistemit politik kushtetues që trashëgoi Shqipëria që nga viti 1944. Shkrimi i tij, me një titull të huazuar nga vepra e njohur e M. Proust-it “Në kërkim të kohës së humbur”, botuar më 30 prill dhe 1 maj të vitit 1990 pikërisht në zëdhënësen e përditshme të partisë në fuqi, shkaktoi një tronditje të fuqishme ideologjike dhe u bë shenjë për botën e jashtme se në Shqipëri po shfaqej publikisht edhe mendimi ndryshe. Ylli Popa ishte kryetar i Akademisë së Shkencave të Shqipërisë për një periudhë 10-vjeçare.

Për gjashtë vjet (1987-1993) ishte kryetar për Shqipërinë i Lidhjes Ballkanike të Mjekëve (Union Medicale Balcanique).

Veprimtaria qytetare e Ylli Popës njeh një tjetër pikë reference, duke qenë anëtar themelues i Komitetit Shqiptar të Helsinkit.

Ylli Popa ka qenë deputet i Kuvendit Popullor të Shqipërisë për dy legjislatura.

Akademiku Ylli Popa do të mbetet në kujtesën e shqiptarëve si kardiolog e si profesor, si akademik e si njeri, si qytetar e dijetar, si veprimtar shoqëror e si një model i rrallë i Urdhrit të Mjekut.



### **Prof. Dr. Elez SELIMI** **1940 - 2017**

Me hidhërim të thellë, njoftojmë se u nda nga jeta mjeku dhe pedagogu i shquar Prof. Dr. Elez Selimi.

Prof. Dr. Elez Selimi lindi në qytetin e Fushë-Arrëzit më 04.12.1940. Kreu shkollën fillore në qytetin e lindjes, shkollën 7-vjeçare në Shkodër dhe shkollën e mesme në Tiranë. Ai kreu arsimin e lartë në degën e Mjekësisë së Përgjithshme në vitet 1956-1961. Pas studimeve të larta, në vitet 1961 – 1964, ishte bashkëpunëtor shkencor i Fakultetit të

Mjekësisë.

Në vitet 1964 – 1974, ai emërohet Shef Shëndetësie dhe Shef i Repartit të Patologjisë në Pukë. Pastaj, në vitet 1974 – 1975, ai ishte Pedagog në Katedrën e Terapisë Hospitalore, në vitet 1976 – 1986, ishte Përgjegjës i Specialitetit të Pneumologjisë dhe në vitet 1986 – 1999, ishte Shef i Klinikës së Pneumologjisë. Prof. Selimi ka kryer Specializimin në Fiziopatologji, në vitet 1961 – 1964, Specializimin në Sëmundje të Brendshme, në vitet 1967 – 1970, dhe Specializimin në Pneumologji, në vitet 1975 – 1976. Gjithashtu, Prof. Selimi ka kryer një sërë kualifikimesh jashtë vendi.

Gjatë jetës së tij, Prof. Selimi ka kryer detyrat dhe funksionet të rëndësishme si Shef Shërbimi i Pneumologjisë, Shef i Katedrës Pneumologji, Gastrohepatologji – Radiologji, Shef i Klinikës Pneumologjisë, Zv. Drejtor shkencor i Spitalit Universitar të Mushkërive, Anëtar i Këshillit Shkencor të Fakultetit Mjekësisë, Anëtar i Akademisë së Shkencave të New Yorkut, Anëtar i Shoqatës Pneumologëve Europian (ERS), Anëtar i Shoqatës AIPO Itali (Shoqata e pneumologëve të spitaleve të Italisë) dhe Kryetar i Shoqatës së Pneumologëve të Shqipërisë.

Prof. Dr. Elez Selimi ka qenë themelues i specialitetit të Pneumologjisë në vitin 1976 dhe drejtues i këtij specialiteti nga viti 1976 e në vazhdim. Ai ka aplikuar për herë të parë në Shqipëri elektroforezën e proteinave më 1962 dhe ka qenë drejtues i grupit studimor të Epidemiologjisë së hipertensionit arterial në Shqipëri. Ka aplikuar ekzaminimet funksionale pulmonare për herë të parë në Shqipëri, më 1976, dhe ka aplikuar për herë të parë në Shqipëri, studimin me izotope radioaktive të mushkërive, si Shentigrafinë pulmonare dhe gjurmimin e metastazave kanceroze në kancerin pulmonar. Këto metoda aplikohen me sukses për diagnozën e sëmundjeve pulmonare që nga viti 1977.

Prof. Selimi ka publikuar një numër të madh botimesh që janë bazat e studimeve shqiptare në fushën e Sëmundjeve të mushkërisë.

Me punën e tij të palodhshme si pedagog, si shkencëtar i fushave mjekësore dhe si mjek me talent të rrallë, Prof. Dr. Elez Selimi ka dëshmuar virtytet e larta morale të humanizmit, përkushtimit, devotshmërinë, profesionalitetit dhe përgjegjshmërisë.



### **Prof. Dr. Arqile ANDREA**

**1931 - 2017**

Një lajm i hidhur për Mjekësinë Shqiptare, ndahet nga jeta një nga ikonat e kirurgjisë shqiptare dhe themeluesi i Shërbimit të Djegie- Plastikës, Prof. Dr. Arqile Andrea. Kirurgjia shqiptare humbi njeriun e vlerave të mëdha por vepra e tij mbetet pasuri në rrugën e edukimit të brezave dhe njëkohësisht Prof. Dr. Arqile Andrea një nga personalitetet e shquara kombëtare.

Prof. Arqile Andrea lindi në Humelicë të Gjirokastrës. Pasi mbaroi shkollën fillore dhe të mesme dëshira dhe pasioni i tij ishin të bëhej mjek. Me kërkesën e tij dhe të familjarëve, shteti shqiptar e dërgon në Bullgari për të vazhduar studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilin e mbaroi në vitin 1957 në Sofje.

Pas mbarimit të studimeve kthehet në Shqipëri dhe caktohet të punojë si kirurg pranë Spitalit nr. 2 të Tiranës, në klinikën e Prof. Llambi Ziçishtit dhe të P. Gaçes. Dallohet si një kirurg i ri me pasion dhe shumë serioz e kërkues në punë.

I kushtoi shumë vëmendje zhvillimit të kirurgjisë së djegie plastikës të cilën me shumë zell e mësoi nga Prof. Petrit Gaçja, por që e shndërroi në një specialitet bashkëkohor kur themeloi Klinikën e Djegie-Plastikës në vitin 1977 dhe me të drejtë mund të quhet themeluesi i Kirurgjisë së Djegie Plastikës moderne të vendit tonë. Në cilësinë e shefit të kësaj Klinike Prof. Dr. Arqile Andrea ka dhënë një kontribut të madh në përgatitjen e kuadrit të ri për të formuar specialistë për të gjithë vendin sikundër ka udhëhequr shumë specialistë në mbrojtjen e shumë temave shkencore që aktualisht mbajnë tituj akademikë.

Profesor Arqilea ka bashkëpunuar me shumë specialistë nga vendet europiane ku së bashku me ekipin e tij të mjekëve kanë kryer ndërhyrje me rezultate të shkëlqyera. Është karakterizuar gjithmonë nga një këmbëngulje sistematike për t'i shërbyer vendit dhe kauzës së jetës të cilën e dëshmon më së miri në librin e tij "Kujtimet e një Kirurgu".



**Prof. Asc. Luter KRESHPA**

**- 2017**

Në Korrik të vitit 2017 u nda nga jeta mjeku dhe pedagogu i shquar Prof. Asc. Luter Kreshpa.

Prof. Asc. Luter Kreshpa ka shërbyer për vite me radhë si mjek kirurg në Shërbimin e Kirurgjisë së Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”

Tiranë dhe ka qenë për një periudhë të gjatë pedagog i nderuar në Fakultetin e Mjekësisë së Universitetit të Mjekësisë, Tiranë. Ai ka qenë Shef Pavijoni në Klinikën nr. 3, sot Shërbimi i 3-të i kirurgjisë së përgjithshme dhe digjестive. Prof. Asc. Luter Kreshpa ka qenë një nga pedagogët më të vjetër të katedrës së kirurgjisë speciale, që sot është Departamenti i Kirurgjisë.

Në punën e tij të palodhshme disavjeçare si pedagog dhe si mjek, Prof. Asc. Luter Kreshpa ka dëshmuar një përkushtim dhe profesionalitet të lartë, ku vlerat e tij të mëdha shkencore spikasin me botimet e shumta në fushën e kirurgjisë. Gjithashtu, ai ka qenë një ndër personalitetet më të shquara profesionale të kirurgjisë, duke shërbyer për vite me radhë në shërbim të pacientëve me humanizëm dhe devotshmëri.

Kontributi i tij mësimdhënës dhe puna e palodhshme shkencore, na bëjnë të jemi të gjithë krenar dhe mirënjohës për këtë personalitet të shquar.



### **Prof. Simon ÇAPELI** **1931 - 2017**

Me hidhërim të thellë, njoftojmë se më datë 17.06.2017 është ndarë nga jeta mjeku dhe Profesori i mirënjohur Simon Çapeli.

Kirurgu i mirënjohur Simon Çapeli, ndryshe i quajtur “kirurgu me duart të arta”, ndërroi jetë në moshën 86-vjeçare. Ai ishte një pedagogët e vjetër të mjekësisë dhe të fushës së kirurgjisë.

Profesor Simon Çapeli kreu studimet universitare në Rusi dhe filloi aktivitetin si kirurg në Klinikën e përbashkët Kirurgji e Përgjithshme-Urologji, që drejtohej nga Prof. Paparisto. Në vitin 1979, pas kualifikimit dhe pajisjes më të mirë me aparatura, u bë e mundur hapja e Klinikës Urologjike, me kapacitet 70 shtretër, dhe drejtimin e Klinikës Urologjike e mori Prof. Simon Çapeli.

Prof. Çapeli është hartuesi i tekstit bazë të Urologjisë, që edhe sot ruan aktualitetin e parime themelore në këtë fushë. Gjatë aktivitetit pedagogjik dhe shkencor Prof. Çapeli ka kryer një numër të lartë studimesh dhe ka përgatitur breza të shumtë studentësh, që sot janë mjekë të njohur të vendit tonë, si: Mustafa Xhani, Flamur Tartari, Veli Toto, Kastriot Dautaj, Lutfi Balili, Shaban Malaj, Njazi Ganaj, etj... Në thuajse të gjitha teknikat kirurgjikale të aplikuara në Klinikën Urologjike ka qenë dora e Prof. Çapelit, veçanërisht në aplikimin për herë të parë të metodave endoskopike diagnostike dhe intervenzione. Një aspekt interesant i karrierës inovative të tij ishte përdorimi për herë të parë i anesteziës



endotrakeale në ndërhyrjet kirurgjikale në zemër dhe mushkëri.

### **Dr. Qemal KADIJA** **1936 - 2017**

Më dt. 03/06/2017 u nda nga jeta dr. Qemal Kadija.

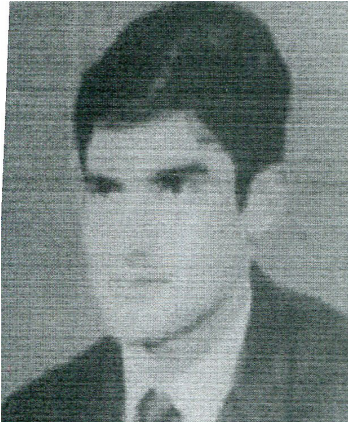
Dr. Qemali lindi në Shkodër në vitin 1936. Shkollën 7-vjeçare e mbaroi në Durrës, kurse të mesmen e në qytetin e Shkodrës në vitin 1954. Në vitin 1959 mbaron Universitetin e Tiranës, Fakulteti i Mjekësisë. Më 1960 fillon punë si drejtues në spitalin rural të Dukagjinit, më pas në 1961 në Poliklinikën Qendrore Shkodër dhe më vonë në disa ndërmarrje të qytetit të Shkodrës.

Në vitin 1967 fillon punë në Repartin Infektiv të Spitalit Shkodër deri në vitin 1996 nga ku doli dhe në pension.

Nga viti 1964 – 1984 për 20 vjet jep mësim në shkollën e Infermierisë dhe Mamive në Shkodër.

Dr. Qemal Kadija ka bërë disa studime që i ka mbajtur në sesione shkencore por dhe i ka botuar në organet mjekësore, ndër të cilat më të rëndësishme kanë qenë “Dekursi i Hepatitit Viral (Verdhëza) dhe i Gravidancës në repartin Infektiv në Shkodër”, i mbajtur në 1973; “Ruhuni nga Gripi” (1975), “Ç’ duhet të dimë për krimbat e zorrëve” (1976), “Komat Hepatike në Hepatitin Viral” (1979), “Manifestimet Kutane në Hepatitin Viral” (1979), “Salmonelozë në Repartin Infektiv Shkodër në vitet 1980-1989”, “Disa të dhëna Kliniko-Laboratorike të rasteve me dizanteri të shtruar në Spitalin e Shkodrës në vitet 1982 - 1984”. Punimi i fundit shkencor është mbajtur në sesionin shkencor në Tiranë në vitin 1985.

Dr. Hamza Vnishta, Dr. Genc Doçi, Dr. Zhaneta Doçi, Dr. Eqerem Bërdica, Dr. Fatmir Bushati, Dr. Sose Dema, Këshilli Rajonal I UMSH-së Shkodër



### **DR KOSTAQ KOLI DIMKO ( 1946 - 2017 )**

Ne fillim te muajit Gusht 2017 , u nda nga jeta nga nje aksident automobilistik kolegu dhe miku yne I dashur Dr Kostaq Dimko.

Dr Koçoja ka lindur ne Korçe me 04.05.1946. Ne vitin 1964 fillon studimet ne Fakultetin e Mjekesise Tirane , te cilin e mbaron ne vitin 1970 ku diplomohet si mjek I pergjithshem dhe punon deri ne vitin 1979. Me 1982 kryen specializimin 3-vjecar ne Kliniken Kirurgjikale UT dhe me pas punon ne Korce si mjek Kirurg I Pergjithshem deri ne

vitin 2010.

Gjate kesaj periudhe dr. Koçoja eshte vleresuar per pune te palodhur e te ndergjegjshme .

Ai ka operuar ne gjithe nozologjite si mjek primar me nje dore te sigurte operatore. Gjate kohes ka pasur detyra si Shef I Sherbimit te Kirurgjise nga 1996-2000. Ne vitin 2003 – 2010 ka punuar si Specialist I Semundjeve Onkologjike, detyre te cilen e kreu me se miri. Ne vitet 2013 – 2014 ka punuar si shef sektori I shendetesise prane IEVP-se Drenove, ne Ministrine e Drejtesise. Gjithashtu ka kryer detyren e Sekretarit te Urdherit te Mjekut per Rajonin e Korçes.

Dr Roland Lalaj, Dr Robert Tomço, Dr Gaqo Kano  
KKUMSH



U . M . S H .

ISSN 2520-7172

[albmedorder@albmail.com](mailto:albmedorder@albmail.com)

[kkumsh@gmail.com](mailto:kkumsh@gmail.com)

[www.urdhrimjekeve.org.al](http://www.urdhrimjekeve.org.al)