
PERMBAJTJA

Editoriali:

Nga historiku i mjekesise shqiptare:

Akte ligjore normative:

Probleme organizative:

Etike & Deontologji:

Veprimtari te U.M.Sh.

Ekperienca nga organizma homologe dhe forume nderkombetare:

Veprimtari Nderkombetare:

Veprimtari Mbarekombetare:

Paraqitje pergjithesuese:

Rubrika e Mjekut te Familjes:

Nekrologji:

BULETINI I URDHRIT TE MJEKEVE TE SHQIPERISE

Nr. 1

Janar - Prill 2012

Viti i XIII i Botimit

PERMBAJTJA

Editoriali:

-ABAZAJ D.: Ankesat e pacientëve, gabimet mjekësore dhe menaxhimi i tyre

Nga historiku i mjekësisë shqiptare:

-TOSKA F.: Mbi historikun e licensimit të mjekëve në Shqipëri

Akte ligjore Normative:

-Rregullore për regjistrimin, anëtarësimin dhe licensimin në Urdhrin e Mjekëve

Probleme organizative:

-Memorandum bashkëpunimi midis UMSH dhe QKEV

Etikë & Deontologji:

-ÇIPI B.: Aspekte etike dhe historike të sekretit mjekësor

Veprimtari të U.M.Sh.

-Ceremoni promovimi për Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, 13.4.2012, Tiranë

-Mbledhja e Këshillit Kombëtar të Urdhrit të Mjekëve, 13.4.2012, Tiranë

-Ceremoni për vlerësimin e figurave të shëndetësisë në Vlorë, 16 Prill 2012

Ekperienca nga organizma homologe dhe forume ndërkombëtare:

-WMA.: Mbi standardet profesionale mjekësore

Veprimtari Ndërkombëtare:

-Konferenca e Forumit Evropian të Shoqatave Mjekësore, 19-20 Prill 2012, Erevan,

-Konferenca Ndërkombëtare "Ethiks in medicine", 31 Janar 2012, Tiranë

Veprimtari Mbarëkombëtare:

- Konferenca Kombëtare e Urdhrit të Farmacistëve, 7 Janar 2012, Tiranë

- Pershendetje e Dr. Din Abazaj, për Konferencën Kombëtare të Farmacistëve

-Konferenca e 6^{te} e Implantoprotezës, 24 Mars 2012, Tiranë

-Konferenca e Shoqatës Shqiptare Pedodonti Profilaksi, 4 Prill 2012, Tiranë

Paraqitje përgjithësuese:

- BOCI J.: Prania e enterobakterieve në shpendë dhe ndjeshmëria ndaj antibiotikëve

-HOXHA M., e bp.:Dermatiti autoimun nga progesteroni pas fertilizimit invitro

-TOTI Ç.: Interceptimi në ortodonci

-BUDINA R.: Konsiderata farmakodinamike mbi medikamentet gjatë trajtimeve endodontike

Rubrika e Mjekut të Familjes :

- KAPISYZI P, e bp.:Parimet bazë të trajtimit të pneumonisë të shkaktuar në komunitet tek të rriturit
- GJERGJI D.: Korelacionet morfologjike-klinike te nodujt e Tiroides
- OSHAFI N.: Varicela
- FOTO E.: Infeksioni nga mononukleoza infantile
- NDINI Xh.: Helicobakter pilori dhe kanceri gastrik

Nekrologji:

Dr. Munir Karagjozi
 Dr. Hysen Karaj
 Dr. Megi Jokiçi
 Dr. Shpetim Muja

CONTENT

Editorial:

- ABAZAJ D.:Patients complaints, medical mistakes and their managements

History of Albanian Medicine:

- TOSKA F.: On the albanian doctors history of licensing

Normative Legal Acts:

- Regulation for registration, membership and licensing in Order of Physicians

Organisativ issues:

- Memorandum of collaboration beetwen OPA and NC for CE

Ethics and Deontology:

- ÇIPI B.: Ethical and historical aspects on medical confidentiality

Information on OPA activity:

- Promotion ceremony for the Ethical and Deontological Code,13.4.2012, Tirana
- Meeting of National Council of Order of Physicians, 13.4.2012, Tirana
- Ceremony for the evaluation of health workers images in Vlora,16 April 2012

Experiences from homologues bodies and international partners

- WMA: on professional medical standards

International Activities:

- Conference of the European Forum of Medical Associations, 19-20 April 2012, Jerevan,
- International Conference “Ethiks in medicine”, 31 January 2012, Tirana

-Worldwide Albanian Activities:

- National Conference of Farmacists Order, 7 January 2012, Tirana
- Welcome of Dr. Din Abazaj for National Conference of Farmacists
- The 6th Conference of Implanto-prothesis, 24 March 2012, Tirana
- Conference of Albanian Association of Pedodonty- Prophylaxis, 4 April 2012, Tirana

General Presentations:

- BOCI J.: Enterobacteriace presence in poultry and antibiotic sensitivity
- HOXHA M., e al.:Autoimun Dermatitis from progesteron after invitro fertilisation
- TOTI Ç.: Interception in ortodony
- BUDINA R.: Pharmacodynamic considerations on medication during endodontic treatment

- Family doctors point at issue:

- KAPISYZI P, e al.: Basic principles of treatment of pneumonia caused to the adults in the community
- GJERGJI D.: Morphologic-clinical correlations of thyroid nodules
- OSHAFI N.: Varicela
- FOTO E.: Infantile infection mononucleosis
- NDINI Xh.: Helicobacter pylori and gastric cancer

Obituaries:

- Dr. Munir Karagjozi
- Dr. Hysen Karaj
- Dr. Megi Jokiçi
- Dr. Shpetim Muja

EDITORIALI

ANKESAT E PACIENTEVE, GABIMET MJEKESORE DHE MENAXHIMI I TYRE

Dr. Din Abazaj

President i Urdhrit te Mjekeve te Shqiperise

Ne perfundim te analizave te kryera ne KR te UM **rezulton se 89** eshte numri i ankesave te raportuara nga ana juaj qe jane depozituar ne Urdhrin e Mjekeve dhe ne organet e Drejtesise pergjate viteve 2011-2012 deri ne momentin e tanishem. Shumica dermmuese, **65 prej tyre**, i perkasin Keshillit Rajonal te Tiranes, **17 u perkasin** 11 rajoneve te tjera dhe **7 raste** organeve te drejtesise (2 ne Korçe, 1 ne Fier, 1 ne Gjirokaster, 2 ne Durres dhe 1 ne Lezhe) te cilat jane ndjekur ose po ndiqen penalisht.

Nga totali i ankesave te raportuara ne Urdherin e Mjekeve dhe organet e Drejtesise,

- **59 raste** kane te bejne me konfliktet mjek-pacient per barnat dhe recetat e rimbursueshme, te cilat nga analizat dhe bllafaqimet e kryera ka rezultuar se vijne si rrjedhoje e mosinformimit dhe mosnjohjes prej pacienteve me rregullat, te cilat mjeket e familjes jane te detyruar te zbatojne per leshimin e recetave te rimbursueshme. Mjeket specialiste kane qene kryesisht shkak i ketyre konflikteve, sepse ata shpesh rekomandojne barna qe nuk perfshihen a perputhen me listen e barnave te rimbursueshme edhe qe mjekut te familjes nuk i lejohet t'i pershkruaj ne receten e rimbursueshme. Keto ankesa jane zgjidhur e sqaruar rast pas rasti ne ballafaqimet mjek-pacient dhe me drejtorite e institucioneve.
- **11 raste** jane vdekje ne spitale ku akuzohen mjeket per mjekim te pakujdesshem. 7 nga keto 11 raste jane paditur dhe ndjekur penalisht nga organet e drejtesise (Prokurori,

Gjykate), nga te cilet 4 jane mbyllur me vendim pafajesie per mjeket dhe 3 jane ne gjykim, ndersa 4 te tjera jane shqyrtuar ose po shqyrtohen ne UM, nga ku kane rezultuar ne shumicen e tyre mangesi ne organizimin e punes ne spitale, incidente qe njihen ne praktiken mjekesore per te cilat nuk mund te fajsohen mjeket.

- **10 raste** jane denoncime ne UM per pakenaqesi ne mjekim, **jo vdekje**, ku mjeket akuzohen se kane gabuar ne mjekim dhe/ose nuk kane treguar kujdesin dhe perkushtimin e duhur dhe per pasoje nuk jane arritur rezultatet e pritshme per te cilat shpesh eshte kerkuar demshperblim. **7 nga keto** jane shqyrtuar e perfunduar ne Keshillat Rajonale te UM pasi jane kryer per secilin rast verifikime te hollesishme dhe ekspertiza me specialiste te zgjedhur te fushave perkatese, ndersa **3 raste** jane ne shqyrtim ne KR te Tiranes.
- **Ankesat e tjera, 19 raste**, nuk kane te bejne me te semure apo vdekje, por probleme midis mjekesh dhe mjeke apo qytetare me institucione shendetesore etj. Keto jane mbyllur me ballafaqime e marreveshje mes palesh.

Nje fakt qe bie ne sy dhe qe duhet te terheqi terheq vemendjen tone eshte mungesa e ankesave per mitmarrje, problem ky gjeresisht i perfolur dhe debatuar ne publik, ne media, ne institucione te ndryshme etj. Mitmarrja pavaresisht mungeses se ankesave, nuk duhet neglizhuar, por as ekzagjeruar tej kufijve te realitetit si problem per te cilin jane pergjegjes te dy palet e perfshira ne kete afere, mjeke e qytetare.

Duhet te kemi parasysh se eshte detyre e perhershme e institucioneve shendetesore, dmth drejtorive dhe administratave shteterore per te luftuar e minimizuar korrupsionin dhe mitmarrjen ne sherbimet dhe personelin e tyre. Ata duhet te vendosin rregulla e rregullore te prera e te rrepta, te kontrollojne dhe te denoncojne ne Urdhrin e Mjekeve rastet korruptive. Nuk jemi ne qe mbajme pergjegjesi pse ka korrupsion. Ne mbajme pergjegjesi ne rast se nuk merremi seriozisht e ndershmerisht me rastet qe na denoncohen nga institucionet dhe administratat shteterore, ose me ankesat e te semureve dhe publikut.

Detyra jone eshte te ndertojme marredhenie te ngushta bashkepunimi ne partneritet me keto institucione, t'i mbeshtesim ne punen e tyre dhe t'i pergjigjemi kur kerkojne bashkepunimin tone.

I theksoj keto, sepse shpesh na shtrohet pyetja, biles edhe nga vet ata qe mbajne drejtperdrejte pergjegjesi: ***Si po e luftoni ju korrupsionin dhe pse nuk e luftoni?***.....per te ditur me dhene pergjigjen e duhur dhe me argumente bindese, ne jemi per ta kerkuar kete nga strukturat pergjegjese, por jo per t'u pergjigjur. Puna jone eshte te nxisim, te kerkojme qe Edukimi i Vazhdueshem Mjekesor dhe etik i mjekeve te kryhet ne nje nivel sa me te larte organizimi, te jete sa me fitimprures dhe eficient ne rezultatet e arritura ne drejtim te trajnimit dhe azhurnimit te mjekeve. Te shperndajme Kodin e Eikes dhe te kujdesemi per masivizimin e propagandizmit dhe promovimit te tij.

Pyetja tjeter qe na shtrohet vazhdimisht dhe qe duhet t'i pergjigjemi eshte : ***"Sa ankesa keni patur?"*** dhe ***"Sa mjeke jane ndeshkuar?"***. Pergjigja e kesaj pyetje, duhet te ishte ***"mjeket ndeshkohen kur kryejne faje dhe jo kur gabojne ne punen e tyre"***.

Duhet diferencuar faji nga gabimi pasi mund te kete percaktime te ndryshme, por ***Faj eshte***, kur mjeku ne praktiken e tij profesionale vepron me vetedije, ne menyre te ndergjegjishme ne kundravajtje me principet dhe standardet e Kodit te Etikes dhe Deontologjise Mjekesore, ligjeve

dhe normave te tjera qe kushtezojne ushtrimin e profesionit, si dhe kur me vetedije behet kriminel.

Ndersa ***gabimi eshte kur mjeku ne veprimtarine e tij planifikon dhe orvatet*** per te arritur me te miren e mundshme ne interes te shendetit dhe per te shpetuar jeten e te semurit, por gabon me orvajtjet e tij dhe deshton ne arritjen e qellimit te planifikuar e te synuar. Ne çdo fushe te veprimtarise njerezore ndodhin gabime. Ne mjekesi gjithashu. ***Mjeket jane njerez si gjithe te tjeret, dhe gabimi eshte njerezor.*** Sektori i shendetesise, thuhet ne ***Deklaraten e Luksemburgut mbi sigurine e pacientit***, eshte nje mjedis i rrezikut te larte per arsye te ngjarjeve te papelqyeshme qe mund te vijne me shume prej mjekimit se sa nga vete semundja, te cilat mund te çojne ne demtime serioze, komplikacione, vuajtje te semureve apo vdekje. ***Te dhenat aktuale, thuhet ne ate Deklarate***, tregojne se pothuajse gjysma e ngjarjeve te papelqyeshme te prevenueshme, jane si pasoje e mjekimit te gabuar, d.m.th. e gabimeve mjekesore dhe se gabimet mjekesore nuk parandalohen, as mund te minimizohen duke ndeshkuar individe te veçante, por duke rregulluar vete sistemin shendetesor. Duke krijuar kushte e rrethana qe ta bejne te veshtire te gabohet nga individet, dhe me te lehte e te mundshme qe ata te mos gabojne ne veprimtarine e tyre.

Kjo mbeshet ne ***3 shtylla kryesore***:

- ***Se pari, edukim e trajnim i vazhdueshem*** etik dhe profesional shkencor i mjekëve me qellim qe ata te jene te azhornuar, kompetent dhe performant te mire, gje qe çon ne permiresimin e cilesise se kujdesit shendetesor. Dhe ketu na perket ne te jemi pjese, aktor aktiv, nxites dhe veprues ne kete veprimtari te rendesishme te profesionit mjekesor.
- ***Se dyti, profesionisteve te shendetit duhet t'u krijohen kushte*** e mundesi per te ushtruar drejt dhe me sa me pak gabime mjekesore. Per kete duhet permiresimi i infrastruktures ne pajisje dhe teknologji mjekesore, si dhe logjistike e pershtatshme dhe e bollshme, detyre e shtetit kjo.
- ***Se treti, drejtimi dhe menaxhimi i sistemit*** me ekipe profesionistesh te specializuar e profilizuar ne shendetesi, qe te drejtojne dhe menaxhojne, te monitorojne, te kontrollojne dhe te kerkojne ne baze rregullash te paravendosura per çdo institucion dhe sherbim dhe kjo detyre e politikave shteterore per permiresimin e qeverisjes se sistemit dhe institucioneve shendetesore.

Deshiroj te theksoj se ne kontekstin e menaxhimit dhe minimizimit te gabimeve mjekesore si kudo ne çdo sistem shendetesor ne bote, edhe ketu tek ne ***duhet te futet dhe te zoteroje kultura e evidentimit dhe e raportimit te gabimeve mjekesore***, me ane strukturash te posaçme, analizimi i tyre dhe krijimi i eksperiencave te domosdoshme i te mesuarit prej tyre, per t'i parandaluar dhe minimizuar ne maksimumin e mundshem, edhe jo kultura e te ndeshkuarit. ***“Kultura e hedhjes se fajit kundrejt kultures se te mesuarit shkakton dem”***, thuhet ne ***Rezoluten e Aleances Boterore te Shendetesise***.

Per te mos pasur keqkuptime dhe denoncime te panevojshme per shkak te mungeses se informacionit, theksoj domosdoshmerine e perfshirjes se te semureve, familjareve apo kujdestareve te tyre ne vendimmarrjet klinike, diagnostikuese e mjekuese duke marre pelqimin e tyre pas nje informimi te hollesishem dhe te kuptueshem (konsenti I informuar) per avantazhet dhe rreziqet e mundshme te çdo procedure mjekesore, gje qe duhet ta kerkojme ne menyre konstante, si komponente ne zbatimin e standardeve te ushtrimit.

Ne fund te fundit eshte i semuri dhe familjaret apo kujdestari legjitim i tyre qe duhet te vendosin per çdo procedure apo nderhyrje qe u propozohet nga mjeku. Per kete arsye, ata kane te drejte dhe detyre te pyesin dhe te sqarohen ne detaje perpara se te hedhin firmen qe u kerkohet.

Dhe se fundi theksoj *te drejten e çdo qytetari per t'u kompensuar apo ç'demtuar* kur verifikohet se eshte demtuar per shkak te nje gabimi mjekesor apo spitalor.

Per kete do te lypsej nje nisme ligjore per sigurimin e spitaleve apo te mjekeve.

NGA HISTORIKU I MJEKESISE SHQIPTARE

MBI HISTORIKUN E LICENSIMIT TE MJEKEVE NE SHQIPERI

Dr. Faik TOSKA

President i Urdhrit te Mjekeve - Rajoni Tiranes

Te kesh diplomen e mjekut nuk eshte e mjaftueshme per te ushtruar profesionin e mjekut apo te dentistit. Diploma mjekut tashme i ka hapur dyeret per te infiltruar ne labirintet e profesioneve dhe specialiteteve mjekesore. Por veç nje formimi te themi teorik qe i atribuohet pergatitjes ne universitetet shtetore dhe private, nje praktike profesionale ka qene nje domosdoshmeri per te siguruar cilesine aq te deshruar ne kohet e sotme.

Ligji 10171 date 20 Tetor 2009 "Per Profesionet e Rregulluara ne Republliken e Shqiperise", detyron kryerjen e nje praktike mjeksore dhe me pas dhenien e provimit te shtetit, i cili sherben si nje filter per perfitimin e te drejtes ligjore te ushtrimit te profesionit, apo thene ndryshe, te licences perkatse per ushtrimin e profesionit.

Ne Urdhrin e Mjekeve te Rajonit te Tiranes vihet re me kenaqesi se praktika profesionale eshte perqafuar dhe perkrahur edhe nga vete mjeket e sapodiplomuar, sepse siç shprehen ata, u ka dhene me shume siguri ne ushtrimin e profesionit dhe i ka familjarizuar e afruar me pacientet. Rezultatet e provimeve te shtetit jane gjithashtu edhe nje tregues kuptimplote i cilesise se pranimeve dhe mesimdhënies ne universitetet tona. Me siguri rezultatet e provimeve te shtetit do jene nje objekt analize pe permiresimin cilesor te punes, sidomos i Universiteteve private, sepse per kete vit u perjashtuan nje numur i konsiderueshem mjekesh e dentistesh nga licensimi.

Licenca e mjekeve eshte garanci ndaj publikut per ushtrimin e profesionit sepse ka ne bazen e vet profesionalimin mjekesor, por edhe anet e tjera te lidhura ngushte me te, siç jane garancite etike dhe te komunikimit, pastertine morale dhe juridike te specialistit, ne perputhje me Kodin e Etikes dhe Deontologjise Mjekesore. Licenca per ushtrimin e profesionit nuk eshte nje proces statik, por nje praktike me nje ecure ne perputhje me zhvillimet e jetes profesionale dhe teknologjive mjekesore, prandaj mbi bazen e krediteve te perfituara ajo perseritet ne formen e rilicensimit çdo 5 vjet.

Ne shkrimin e sotem menduam te sjellim ne vemendjen tuaj ecurine e ketij procesi deri ne ditet tona. Ne qofte se i referohemi vendeve te perparuara te Evropes, rezulton se procesi i Licensimit eshte zbatuar me korrektesi qe para 150 vitesh, p.sh. ne Angli, por edhe vendet e tjera si Franca, Gjermania, Italia u kane kushtuar nje perkujdesje procesit te licensimit.

Vendi jone si ne çdo sektor te jetes edhe lidhur me procesin e licensimit ka historite e tij, sigurisht te lidhura ngushte me sistemet politike dhe te qeverisjes. Ne takime me mjeke jo rralle procesi i licensimit konsiderohet, si nje proces i lidhur me sistemin ekonomik dhe lindjen apo

inkurajimin e sistemit privat ne shendetesi. Ka raste kur shfaqen edhe mendime mbi te cilat licenca duket si diçka e tepert, apo qe i nevojitet vetem sherbimit privat. Prandaj ne sistemin publik duke mos patur nje vleresim te sakte, ende ka raste qe punohet ne menyre abusive pa licence te ushtrimit te profesionit.

Por nga shfrytezimi i dokumentave arkivore rezulton se procesi i licensimit ne mjekesi eshte aq i moshuar sa vete shteti jone. Ne kohen e mbreterise shqiptare kur sherbimi mjeksor ishte i sapoformuar, mjeket dhe dentistet numuroheshin me gishta. Ata pak kuadro te larta te mjekesise qe kishin mbaruar shkollat e larta jashte vendit, ndonse ishin te njojtur nga banoret e Shqiperise, profesionin mjeksor e ushtronin vetem mbi bazen e nje licence te leshuar nga zyra perkatese e dhenies se lejes se ushtrimit te profesionit. Shembull tipik eshte dokumenti i gjetur ne Spitalin Ushtarak te licenses se Dr. Sinan Imamit, i cili kish kryer Studimet e larta ne France dhe ka sherbyer gjate dhe me devotshmeri ne strukturat publike te mjekesise, nga periudhea e mbretit Zog deri ne vitet e sistemit totalitar. Me dokumenta licensuese ne ate kohe kane qene te paisur te gjithë mjeket, si domosdoshmeri per ushtrimin e profesionit.

Deri ne vitin 1966, per aresye te nevojave te medha per mjeke, shteti ka lejuar sherbimin privat ne mjekesi si nje alternative, krahas atij publik. Ne kete hark kohor vlen te permendet kontributi i madh i disa mjekeve jo vetem per konsolidimin e sherbimit mjekesor publik, por edhe ne drejtim te veprimtartise private. Figura te ndritura te mjekesise shqiptare si Prof. Sh.Ndroqi, Prof. F.Hoxha, Prof. K.Kerçiku, Prof. S.Bekteshi, Prof. Xh.Gjata, Prof. B.Zyma, etj, krahas kontributit ne sektorin publik kane dhene nje ndihmese te madhe si private ne drejtimin shkencor dhe organizativ.

Tiranë më 2-IV-1936

Zotni Djetor.

Dr. Siman Tumanit.

Idur.

për vlerësimin
profesionalit
ekspertizës, frendës
Mbretërisë.

Trinështkaueri Siman Tumanit
doktor në mjekësi, kam nderim 'ku
parashitroj' lutjen që për:

Pasqërë ngjitur u parages kopjen
e diplomës së nderimit të shpë-
metet si mija në fakultetin e
mjekësisë të Parisit. Prandaj u
lutem që kësaj punësimi të
më akordoni lejën për ush-
timin e profesionalit të mija frenda
Mbretërisë.

PRINJA E PERBIL. SHENDETSIS

më 2-IV-1936.

677 Te lidhura 7

Iranoni u lutem nderimet e
mija të Shquara.

I Z.



Dr. Siman Tumanit

Shëndetshëm
Tiranë



me nder

[Signature]

D. I. D. 76



MBRETNIA SHQIPTARE

DREJTORIJA E PËRGJITHËSHME

E

SHËNDËTIS

Nr.

677 / 1 esc 36

Tiranë, më 4 Maj 1937.-

IL

anda:

P. T.

Ministria e Financave

Tiranë

=====

Në bazë të art. 2 të ligjit mbi ushtrimin
e profesioneve mjeksore me datë 16-VI-1927, lutemi
t'i merren 100 fr. ari si taksë leje ushtrimi profe-
sioni Z. Dr. Sinan Imami nga Permeti.-

Drejtori i Përgj. i Shëndetis:



MBRETNIA SHQIPTARE
DREJTORIJA E PËRGJITHËSHME
E
SHËNDETSIS

Tiranë, më 4. Maj 1937.-

nr. 81.-

I. Z.

LEJE - ËSHTRIM
Profesioni.

anda:

Drejtorija e Përgjithëshme e Shëndetsis
në bazë të art. 1 e 2 të ligjes mbi ushtrimin e
profesioneve mjeksore në d. 16-VI-1927, lejon Z.
Dr. Sinan Inami nga Përmeti, i diplomuar nga
fakulteti i mjeksisë në Paris më 18-Dhjetor-1935,
që t'ushtroje lirisht profesionin e mjeksisë në
qdo vend të Mbretërisë Shqiptare.-

Kjo leje iu lëshue të permendunit mbasi
mbushi gjithë formalitetet ligjore të rases.-

Drejtoria e Përgjithëshme e Shëndetsis:

*Antoni me Tere
Ljig e Përmeti*

Nga dokumentat e sipershenuara vrehet qartë se si dhe sa ishin detyrimet e mjekut për të ushtruar profesionin dhe njëkohësisht angazhimin e shtetit për të siguruar një shërbim mjekësor të kualifikuar dhe të mirëkontrolluar në drejtim të standardeve profesionale.

Ne sistemin totalitar numri i mjekeve dhe stomatologeve u rrit se tepërmi me personel te arsimuar jashte ne vendet e lindjes dhe me pas ne Fakultetin e Mjekesise. Sherbimi i Etikes dhe Deontologjise Mjeksores i kaloi kryesisht mjeksise ligjore, i fokusuar ne zbatimin e kerkesave ligjore dhe evidentimin e gabimeve te mjekeve ne drejtim te ushtrimit te profesionit. Ne kete kuader te nje aktiviteti autoritar ne fushen e mjeksise, beheshin konferenca anatomo-klinike dhe analiza te ndryshme ku diskutoheshin veprimtarite dhe gabimet ne mjekesi qe sigurisht jane kryer ne frymen e sistemit te centralizuar totalitar.

Ne kushtet e sistemit autoritar te mungesave te te drejtave te njeriut, kur autopsite beheshin te detyrueshme me ligj dhe gjithshka kontrollohej nga shteti, regjistrimi dhe shperndarja e mjekeve ishte atribut i shtetit me zyrat e tij te kuadrit dhe aktiviteti privat ishte ndaluar, licenca per ushtrimin e profesioneve mjeksore u quajt e panevojshme.

Ne vitet e sistemit demokratik, u bene ndryshime te medha ne aspektin ligjor te mjeksise e te administrimit ne sistemin shtetror dhe ekonomik. Ne kete hark kohor dhe ne vijim, perkrah lindjes dhe zhvillimit te sherbimit privat, ne ndihme te atij publik, ndodhen ndryshime te medha ne drejtim te te drejtave te njeriut dhe te profesioneve te lira, si dhe reforma ne sistemin shendetesor.

Ne kete kuader eshte per tu permendur edhe ngritja e institucionit te Urdhrit te Mjekeve si Ent Publik i pavarur, apolitik, jo fetar qe mbron interesat e publikut nga kequshtrimi i profesioneve mjeksore, ndjek standardet e ushtrimit te profesionit mjeksor dhe mbron dinjitetin dhe autoritetin e mjekeve dhe stomatologeve. Organi i monitorimit te etikes dhe deontologjise mjeksore dhe i regjistrimit e licensimit te mjekve dhe stomatologeve, Urdhri i Mjekeve lindi ne vitin 1993, por formen e vertete dhe kompetencat si organ i pa varur ja dha Ligji i Kuvendit te Shqiperise nr. 8615 date 1.06. 2000 “ Per Urdhrin e Mjekeve ne Republiken e Shqiperise”.

Ligji Nr 10171 date 20 Tetor 2009 Per ‘Profesionet e Rregulluara” i shton detyrat dhe pergjegjesite Urdherit te Mjekeve ne procesin e praktikave mjeksore dhe te bashkepunimit me Ministrite e tjera si dhe per licensimin dhe rilicensimin e mjekeve dhe dentisteve.

Urdhri i Mjekeve te Rajonit te Tiranes me kryeqytetin qe tashme eshte metropol, numron ne perberjen e sistemit shendetesor publik e privat mbi 3500 mjeke dhe 1200 stomatologe, nga te te cilet rreth 58 % jane te seksit femer. Ata rrezatojne ne te gjithë vendin si nje veprimtari e fuqishme e profesionalizmit mjeksor, etikes, deontologjise, edukimit profesional e lidhjes dhe e bashkepunimit me shoqatat e ndryshme, sidomos me Qendren Kombetare te Edukimit ne Vazhdim, Qendren Kombetare te Kontrollit te Cilesise, Akreditimit te Institucioneve Shendetesore, etj.

Venia ne jete e sistemit te akreditimit dhe licensimit, sidomos rilicensimi i mjekeve dhe dentisteve mbi bazen e plotesimit te numrit te krediteve bashke me licensimin e spitaleve dhe aktiviteteteve te tjera shendetesore, mbetet nje nga sfidat me te rendesishme ne te ardhmen qe perfshin veprimtarine e nje sere organizmash te ngarkuara me ligj.

AKTE LIGJORE NORMATIVE

RREGULLORE PER REGJISTRIMIN, ANETARESIMIN DHE LIÇENSIMIN NE URDHRIN E MJEKEVE

1. Bazimi

Kjo Rregullore eshte hartuar ne mbeshtetje dhe per zbatim te Ligjit 8615, date 01.06.2000 “Per Urdhrin e Mjekeve ne Republiken e Shqiperise”, neni 3 dhe 4, te Ligjit 10107, date 30.03.2009 “Per Kujdesin Shendetesor ne Republiken e Shqiperise” neni 27 dhe 32, te Ligjit Nr. 10171, date 22.10.2009 “Per Profesionet e Rregulluara ne Republiken e Shqiperise” neni 12, si dhe te Statutit te Urdhrit te Mjekeve.

2. Qellimi

Qellimi i kesaj Rregulloreje eshte vendosja e kriterëve dhe normave per anetaresimin, regjistrimin dhe dhenien e licenses per ushtrimin individual te profesionit te mjekut/stomatologut.

3. Dispozita te Pergjithshme

Urdhri i Mjekeve te Shqiperise krijon dhe administron Regjistrin Themeltar Rajonal dhe Kombetar te anetaresimit te Urdhrit.

Proçesi i krijimit dhe administrimit te Regjistrit Themeltar Rajonal dhe Kombetar te mjekeve/stomatologeve qendron ne thelmet e misionit dhe te veprimtarive te Urdhrit.

Keshilli Rajonal eshte struktura baze qe vendos per anetaresimin ne Urdhrin e Mjekeve dhe e finalizon ate me aktin e regjistrimit dhe dhenien e licenses per ushtrimin individual te profesionit.

Aparati Qendror i Keshillit Kombetar eshte autoriteti pergjegjes per krijimin dhe mireadministrimin e Regjistrit Themeltar Kombetar, si dhe mireadministrimin e atij Rajonal. Per kete qellim, prane Aparatit Qendror te Keshillit Kombetar funksionon Bordi i Regjistrimit-Licensimit, Etikes dhe Standardeve te Edukimit dhe Ushtrimit Profesional.

4. Regjistri

- Regjistri Themeltar dhe vendimmarrja kush hyn ne Regjister, kush mbetet dhe kush hiqet nga Regjistri eshte ne thelmet e veprimtarise se Urdhrit te Mjekeve.
- Regjistri ve ne dukje jo vetem rritjen numerike dhe levizjen mekanike te mjekeve, por ai pasqyron edhe ecurine e formimit dhe edukimit etiko-profesional e shkencor te tyre.
- Regjistri i mjekeve i mireadministruar dhe i perditësuar rregullisht, merr rol te rëndësishëm per evidentimin dhe rivleresimin e standardeve dhe performances profesionale, si dhe per proçesin e vendimmarrjes per rinovimin e licenses per ushtrimin individual te profesionit.

5. Regjistrimi dhe Anetaresimi

Akti i vendimmarrjes per anetaresim, ri-anetaresim, regjistrim, ç’regjistrim, dhenien e Licenses per ushtrimin individual te profesionit dhe heqjen e saj behet ne perputhje me kriteret dhe dokumentat e vendosura ne dispozitat e Statutit te UMSH-se dhe te kesaj Rregulloreje.

5.1 Per t'u regjistruar dhe anetaresuar ne Urdhrin e Mjekeve, aplikanti duhet te paraqese keto dokumenta.

- a. *Pasaporte ose Karte Identiteti.*
- b. *Kerkesen per anetaresim, ne te cilen shprehet se njeh Statutin e UMSH, Betimin e Mjekut dhe Kodin e Etikes dhe Deontologjise Mjekesore dhe zotohet se do t'i respektoje ato me perpikmeri.*
- c. *Curriculum Vitae profesionale.*
- d. *Dokumentin zyrtar, i cili verteton studimet, kualifikimet, specializimet e kryera dhe titujt e fituar.*
- e. *Reference te protokolluar nga organi drejtues i institucionit shendetesor apo social-shendetesor ku sherben apo ku ka sherbyer mbi performancen dhe sjelljen profesionale sipas formatit tip i cili pergatitet nga Urdhri i Mjekeve.*
- f. *Deshmi penaliteti nga organi perkates, ose (vertetim nga gjykata dhe prokuroria), ku vertetohet se nuk ka vuajtje denimi.*
- g. *3 (tre) cope fotografi 3 x 4 cm.*

Mjekut dhe stomatologut, shtetas i huaj qe te ushtroje profesionin si resident ne Shqiperi, apo i atashuar ne nje institucion shendetesor ku vjen periodikisht per ushtrimin e profesionit, i duhet edhe:

- a) *Leja e qendrimit ne Republiken e Shqiperise (**per ata qe jane rezidente ne Shqiperi**).*
- b) *Çertifikate e sjelljes se mire profesionale (Good Standing Certificate) nga Urdhri/Dhoma apo Shoqata e Mjekeve te vendit te vet ku vertetohet se eshte i regjistruar, e ushtron profesionin dhe se gjate ushtrimit te profesionit nuk ka asnje mase disiplinore kundrejt tij/saj.*
- c) *Konvalidimi (njesimi) i diplomes dhe çertifikatave te specializimeve qe ka kryer prej tij/saj te perkthyer dhe te noterizuara.*
- d) *Deshmi Penaliteti ose dokument tjeter zyrtar i leshuar nga organet perkatese te vendit nga ku vjen, ku te vertetohet se nuk ka vuajtje denimi (e perkthyer dhe e noterizuar).*
- e) *Te rekomandohet nga nje specialist vendas i te njejtes fushe, anetar i Urdhrit te Mjekeve.*
- f) *Mjeku i huaj resident ne Shqiperi te njohe Gjuhen Shqipe, dhe te kete aftesi komunikimi ne Shqip. Per mjekun jo resident detyrimisht te punoj me perkthyes.*

5.2 Sekretari Rajonal i Urdhrit pranon dokumentacionin e paraqitur nga aplikanti dhe pasi sigurohet se eshte ne perputhje me kerkesat e mesiperme e paraqet per vendimmarrje ne Kryesine e Keshillit.

5.3 Regjistrimi, anetaresimi dhe leshimi i licenses per ushtrimin individual te profesionit behet me vendim te veçante te Kryesise se Keshillit Rajonal.

Per kete qellim:

- a- *Mbledhja e kryesise ku shqyrtohet kerkesa e paraqitur behet e zgjeruar me pjesemarrjen e mjekut stomatolog, anetar i Keshillit Rajonal;*

- b- Kryesia e Keshillit mban nje Protokoll te veçante ku dokumentohet hollesishem zhvillimi i mbledhjes. Ne perfundimi, protokolli nenshkruhet nga pjesemarresit;
- c- Vendimi i Kryesise per anetaresimin dhe dhenien e Liçenses per ushtrimin individual te profesionit formulohet si dokument i veçante me numrin perkates, i cili firmoset nga Presidenti dhe Sekretari i Keshillit. Ai protokollohet dhe mbahet ne Arkivin e Keshillit.

5.4 Mbledhja e kryesise se Keshillit Rajonal per anetaresimet, regjistrimet dhe dhenien e liçensave per ushtrimin individual te profesionit behet jo me pak se dy here ne muaj.

5.5 Ne mbledhjet e rrades, Keshilli Rajonal informohet per anetaresimet e reja.

6. Liçensa (leja) per ushtrimin individual te profesionit dhe perseritja e saj *(liçensim-ri-liçensim)*

6.1 Urdhri i Mjekeve ka per detyre te kryej akreditimin, ri-akreditimin, liçensimin dhe ri-liçensimin e mjekeve/stomatologeve dhe profesionisteve te tjere te larte, anetare te Urdhrit te Mjekeve, qe ushtrojne profesionin ne sistemin shendetesor mbi bazen e kriterave te matjes, vleresimit dhe rivleresimit periodik te kompetences, performances dhe sjelljes profesionale.

6.2 Pajisja me liçense (leje) per ushtrimin individual te profesionit eshte norme e detyrueshme per çdo mjek, stomatolog apo profesionist tjetër te larte, anetare te Urdhrit te Mjekeve.

6.3 Ri-vleresimi, ri-akreditimi dhe ri-liçensimi periodik eshte menyra per te permiresuar cilesine e kujdesit shendetesor, per te mbrojtur publikun nga kequshtrimi i mjekesise dhe per te siguruar pacientin se poseduesi i liçenses eshte kompetent dhe i permbush standardet etike profesionale te parashikuara ne ligjet dhe rregullat per kujdesin shendetesor.

6.4 Ne vartesi te kategorive dhe te nivelit te profesionisteve qe e perfitojne, jane tre kategori apo nivele te liçenses:

- a. *Çertifikata provizore per ushtrimin e profesionit nden vezhgim (mbikqyrje);*
- b. *Liçensa baze per ushtrim te pavarur (pa mbikqyrje) te profesionit;*
- c. *Ri-liçensimi (perseritja e liçenses).*

6.5 Çertifikata (leja) provizore per ushtrimin e profesionit nden mbikqyrje leshohet ne baze te rregullores se posaçme “Per Organizimin e praktikës profesionale per profesionistin e shendetit ne Republiken e Shqiperise”, e cila miratohet me vendim te Keshillit Kombetar. Kjo rregullore trajton rregullat e anetaresimit provizor dhe leshimit te çertifikates provizore te profesionistit nden mbikqyrje.

6.6 Liçensa baze per ushtrim te pavarur te profesionit (pa mbikqyrje) leshohet per:

- a- Mjeket/stomatologet dhe profesionistet e tjere, anetare te Urdhrit te Mjekeve, te cilet aktualisht jane te regjistruar, anetaresuar dhe ushtrojne profesionin, por nuk jane ende te licensuar;
- 6.7 Mjeket/stomatologet dhe profesionistet e tjere te larte, te cilet kane kryer praktiken profesionale dhe kane kaluar provimin e shtetit. Licensimi i tyre behet pasi te jete kryer regjistrimi dhe anetaresimi definitiv ne Urdher, ne perputhje me dispozitat e Statutit dhe te kesaj Rregulloreje prane Aparatit Qendror te Keshillit Kombetar.
- 6.8 Ri-licensimi eshte perseritja e licenses ne vartesi te rezultateve te arritura ne procesin e rivleresimit, ri-akreditimit profesional qe kryhet me skadimin e licenses baze dhe ruajtja e se drejtes per vazhdimin e metejshem te ushtrimit te profesionit.
- 6.9 Per t'u ri-licensuar, aplikanti duhet te paraqese ne Keshillin Rajonal te Urdhrit te Mjekeve keto dokumenta:
- Vetdeklarimin sipas deklarates te formatit tip te Urdhrit te Mjekeve;
 - Ri-certifikimet nga Qendra Kombetare e EVM-se, ku konfirmohet pjesemarrja ne EVM dhe kreditet e fituara;
 - Reference vleresuese e protokolluar e leshuar nga Drejtoria e institucionit shendetesor ku punon mbi kompetencen, performancen, sjelljen profesionale, opinionin e publikut dhe te semureve sipas formatit Tip te Urdhrit te Mjekeve.
- 6.10 Proçesi i ri-akreditimit dhe ri-licensimi kryhet çdo 5 (pese) vjet.

7. Pezullimi dhe heqja e perhershme e Licenses

- 7.1 Mjekut/stomatologut apo çdo profesionisti tjetër, anetar i Urdhrit te Mjekeve i pezullohet licensa kur:
- Ka nje vendim te formes se prere te Komisionit Disiplinor Profesional te Urdhrit te Mjekeve;
 - Eshte duke vuajtur nje denim penal me heqje lirie;
 - Nuk shlyen kuotizacionet brenda afateve te parashikuara ne Statutin e Urdhrit te Mjekeve;
 - Nuk ploteson detyrimin e pjesemarrjes ne EVM apo nuk fiton kreditet e detyrueshme;
 - Nuk kalon provimet apo testet e domosdoshme te caktuara per nje detyrim kualifikimi apo praktike profesionale shtese te parashikuara me nje vendim disiplinor te formes se prere nga Komisioni Disiplinor Profesional i Urdhrit te Mjekeve.
- 7.2 Per periudhen e pezullimit te perkohshem te licenses, profesionisti ruan regjistrimin dhe anetaresimin ne Urdhrin e Mjekeve, ne perputhje me dispozitat statutoire per anetaret e Urdhrit, por pa gezuar te drejten per te ushtruar profesionin.

- 7.3 Heqja e perhershme e liçenses ne Urdhrin e Mjekeve behet vetem me vendim gjyqesor te formes se prere, kur mjeku eshte pergjegjes per kequshtrim te profesionit qe rezulton me nje demtim te perhershem shendetesor ose me vdekjen e te semurit.
- 7.4 Veprimet proceduriale per pezullimin e perkohshem apo heqjen e perhershme te liçenses, kryhen ne mbeshtetje dhe ne perputhje te plote me dispozitat ligjore, si dhe ne dispozitat e Statutit, Kodit te Etikes dhe Deontologjise Mjekesore dhe te Rregullores se Gjykimit Disiplinor Profesional te Urdhrit te Mjekeve.

8. Formularet Standarde

Proçesi i anetaresimit dhe i regjistrimit permban 4 (kater) formulare standarde:

- A. **FORMULARI I REGJISTRIMIT** i cili permban kerkesat qe pasqyrojne te dhenat profesionale te mjekut kandidat.
- B. **FORMULARI I VETDEKLARIMIT** eshte dokumenti qe i kerkohet mjekut per ta paraqitur me pergjegjesi personale, per efekt te ripërteritjes se liçenses se ushtrimit individual te profesionit. Ne kete dokument, mjeku pasqyron te gjithë veprimtarine e tij profesionale per periudhen e perfshire midis dy Liçensave (lejeve) (pjesemarrjen ne programet e Edukimit te Vazhdueshem Profesional, kualifikime e specializime te tjera, vleresime per veprimtarine dhe sjelljen e tij profesionale, masa disiplinore etj).
- C. **Formati Tip i “ÇERTIFIKATES SE SJELLJES SE MIRE PROFESIONALE”** qe leshohet nga Drejtoria e Institucionit Shendetesor apo social-shendetesor.
- D. **Formati Tip: “LIÇENSA PER USHTRIMIN INDIVIDUAL TE PROFESIONIT PER MJEKE” & “LIÇENSA PER USHTRIMIN INDIVIDUAL TE PROFESIONIT PER STOMATOLOGE”**

9. Administrimi dhe perditesimi i Regjistrimit dhe dosjes personale te mjekut ne Keshillin Rajonal

- Dosja Personale e mjekut, permban te gjithë dokumentat rreth tij. Dosjes i vihet numri perkates i regjistrimit dhe ruhet ne kartoteken e Keshillit Rajonal. Dosjet e mjekeve qe hiqen nga Regjistri (ç’regjistrohen) ruhen ne kartoteke ne ndarje te posaçme.
- Regjistri Rajonal mbahet ne forme manuale dhe te kompjuterizuar.
- Dosjet vendosen ne sirtare sipas rendit alfabetik ku shenohet inicialja e mbiemrit te mjekut. (Ato mund te vendosen edhe sipas institucioneve duke respektuar rendin alfabetik).
- Mjeku i anetaresuar pajiset me karten tip te anetarit te UMSH-se (**ID CARD**), e cila mban numrin e dosjes personale.

- Formularet e regjistrimit dhe te liçensimeve te reja, bashke me te dhenat e perditimit dhe ri-vleresimit periodik, ne fund te çdo 4 mujori dergohen ne Aparatin Qendror te Keshillit Kombetar per t'u pasqyruar ne Regjistrin Themeltar Kombetar.
- Kur mjeku largohet dhe punesohet ne nje rajon tjeter, dosja e tij duke perfshire dhe informacionin per pagesen e kuotizacioneve, transferohet ne rajonin perkates ku merret ne administrim.
- Mjeku qe largohet eshte i detyruar te njoftoje Keshillin Rajonal ne te cilin ka qene i regjistruar te pakten 15 dite para largimit. Rajoni prites çdo 4 muaj informon Aparatin Qendror te Keshillit Kombetar per te bere ndryshimet perkatese ne Regjistrin Themeltar Kombetar.

10. Administrimi i Regjistrit dhe dokumentave te mjekut ne Aparatin Qendror te Keshillit Kombetar

- Bordi i Regjistrim-Liçensimit, Etikes dhe Standardeve te Edukimit dhe Ushtrimit Profesional prane Aparatit Qendror te Keshillit Kombetar kryen perditimin periodik te Regjistrit Kombetar me te dhenat qe dergohen nga Keshillat Rajonale. Regjistri Kombetar ruhet ne Formen e Kompjuterizuar (Database).
- Mjeket dhe stomatologet e regjistruar ne Regjistrin Kombetar do te kene numrin e tyre ne database.
- Nepermjet faqes se UMSH ne internet (website) – www.urdhrimjekeve.org.al, Regjistri eshte i hapur edhe per publikun.
- Bordi i Regjistrim-Liçensimit, Etikes dhe Standardeve te Edukimit dhe Ushtrimit Profesional prane Aparatit Qendror te Keshillit Kombetar kryen edhe:
 - a. Monitorimin e procesit te regjistrimit dhe mireadministrimit te Regjistrit ne nivel rajoni.
 - b. Raportimin ne menyre periodike, 4 mujore dhe vjetore ne Keshillin Kombetar mbi Regjistrin Kombetar ku detajohen ndryshimet, te dhenat statistikore dhe informacione te tjera problemore ne lidhje me regjistrimin.
 - c. Ruajtjen dhe perditimin ne kopje CD te Regjistrit Kombetar.
 - d. Ne bashkepunim me Keshillat Rajonale merr takime me institucione publike e private per te verifikuar dhe kontrolluar te dhenat profesionale te mjekeve.

DISPOZITAT E FUNDIT

11. Njohja e Specialitetit ne mungese te dokumentit te formatit zyrtar

1. Bazuar ne Vendimin Nr. 8, date 22.04.2011 te Keshillit Kombetar, mjekut i njihet specialiteti edhe kur ai nuk zoteron dokument te formatit zyrtar te

specializimit, por e verteton se e ushtron ate specialitet per nje periudhe mbi 10 (dhjete) vjet.

2. Per te vertetuar kete, mjeku dorezon ne Urdhrin e Mjekeve dokument zyrtar te protokolluar te firmosur nga Shefi i Sherbimit apo departamenti ku ai punon, si dhe nga drejtori i Institucioni Shendetesor.

12. Ankimi per refuzimin e anetaresimit

Ndaj vendimit qe refuzon kerkesen per anetaresim dhe regjistrim ne Urdhrin e Mjekeve, kerkuesi ka te drejte te ankohet prane Keshillit Kombetar ne perputhje me dispozitat qe percaktohen ne Statutin e Urdhrit te Mjekeve.

13. Nderprerja e anetaresimit (Ç'regjistrimi)

Per nderprerjen e anetaresimit ne Urdhrin e Mjekeve (ç'regjistrimin) dhe heqjen e lejes individuale per ushtrimin e profesionit zbatohen dispozitat e Statutit te Urdhrit te Mjekeve dhe te kesaj Rregulloreje.

14. Tarifat

Akti i anetaresimit dhe regjistrimit, liçensa per ushtrimin individual te profesionit, vertetimet e identitetit te anetarit/es, vertetimet per jashte shtetit (good standing certificate), si dhe dokumentat e tjera leshohen kundrejt tarifave te veçanta, te cilat percaktohen nga Keshilli Kombetar i Urdhrit te Mjekeve.

15. Njoftimi per anetaret

Çdo Keshill Rajonal brenda juridiksionit te vet ka pergjegjesine per t'i njohur anetaret e tij me permbajtjen e kesaj Rregulloreje.

Kesaj Rregulloreje i bashkelidhet:

KERKESA TIP e mjekut/stomatologut per regjistrim/anetaresim.

Formulari i REGJISTRIMIT

Formulari i VETDEKLARIMIT (per ri-liçensim)

Formulari i "ÇERTIFIKATES SE SJELLJES SE MIRE PROFESIONALE"

Formati tip "LIÇENSA PER USHTRIMIN INDIVIDUAL TE PROFESIONIT PER MJEKE" & "LIÇENSA PER USHTRIMIN INDIVIDUAL TE PROFESIONIT PER STOMATOLOGE".

Miraturar me Vendimin Nr. 3 date 30/04/2010 te Keshillit Kombetar, ndersa ndryshimet e propozuara nga Presidenti i Keshillit Kombetar u miratuan me Vendimin Nr. 2, date 22.04.2011.

Dr. Din Abazaj
President

PROBLEME ORGANIZATIVE



MEMORANDUM BASHKEPUNIMI MIDIS UMSH & QKEV

Neni 1

Urdhri i Mjekeve të Shqipërisë (në vazhdim UMSH) dhe Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim (në vazhdim QKEV) në baze dhe në zbatim të Ligjit Nr. 8615 datë 1.6.2000 “Për Urdhrin e Mjekeve në Republikën e Shqipërisë”; Ligjit Nr. 10171 datë 22.10.2009 “Për Profesionet e Rregulluara në Republikën e Shqipërisë”, Ligjit Nr. 10107 datë 30.03.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, VKM nr 825 datë 14.05.2008 “Për krijimin dhe funksionimin e Qendres Kombëtare të Edukimit në Vazhdim të punonjësve të shëndetësisë”, dhe urdhrin e Ministrit të Shëndetësisë Nr. 554 datë 22.10.2009 për miratimin e Dokumentit Rregullator për Ricertifikimin e Profesionistëve të Shëndetësisë, shprehin vullnetin dhe mirekuptimin për të institucionalizuar bashkëpunimin e qëndrueshëm sipas fushave perkatese, duke e konsideruar këtë bashkëpunim si angazhim dhe detyrim për zhvillimin e Edukimit Mjekësor të Vazhdueshëm, me qëllim rritjen dhe ruajtjen e qëndrueshme të standardeve me të larta profesionale të mjekeve.

Neni 2

QKEV dhe UMSH e konsiderojnë të domosdoshme rritjen dhe përmirësimin e vazhdueshëm të kompetencës dhe performancës profesionale të mjekeve përmes formave të organizuara të Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor (EVM). Të dy institucionet bien dakord të bashkëpunojnë për të nxitur dhe mbështetur këto forma në përputhje me nevojat dhe kërkesat profesionale të mjekeve. EVM shërben për të zhvilluar dhe rritur njohuritë dhe aftësitë shkencore të mjekeve në aspektin teorik, praktik dhe etiko-profesional në përputhje me zhvillimet dhe konceptet me të reja të shkencave mjekësore.

Neni 3

Të dy institucionet bien dakord dhe angazhohen për të gjetur forma të zhvillimit me të gjere programor në mënyrë që Edukimi Vazhdueshëm Mjekësor (EVM) të plotësojë kriteret dhe të përshkallëzohet në kuptimin me të gjere të fjalës në Zhvillimin e Vazhdueshëm Profesional (ZHVP) të mjekeve.

Neni 4

QKEV akrediton forma te ndryshme te EVM. QKEV koordinon regjistrin kombetar te ricertifikimit te profesionisteve te shendetesise. UMSH bashkepunon dhe mbeshtet QKEV per gjetjen e formave me efektive dhe me te mundeshme te EVM, per pjesemarrjen e mjekeve ne perputhje me kerkesat dhe nevojat konkrete te tyre, me profilet dhe vendet e ushtrimit te praktikës profesionale, duke i dhene rendesi te vecante organizimit te formave te EVM brenda institucioneve shendetesore.

Neni 5

QKEV dhe UMSH bien dakord dhe mbeshtetin sistemin e krediteve te detyrueshme per mjeket dhe dentistet si parakusht per rilicensimin e mjekeve dhe ruajtjen e te drejtes per ushtrimin e profesionit.

Neni 6

UMSH dhe QKEV reciprokisht do te informojne njera tjetren per ecurine e procesit te edukimit ne vazhdim, pjesemarrjen e mjekeve, problemet dhe mangesite qe evidentohen ne rruge e siper dhe bien dakord per format e permiresimit te mangesive te evidentuara ne mbeshtetje dhe bashkepunim te ndersjellte midis dy institucioneve.

Neni 7

QKEV merr angazhimin per te njohur periodikisht UMSH me kreditet e arritura nga mjeket e dentistet e sektorit publik e privat, ndersa UMSH ne vartesi te ketyre rezultateve ben rilicensimin e tyre cdo 5 vjet.

Neni 8

UMSH dhe QKEV marrin angazhimin e perbashket per te transferuar frymen e mirekuptimit dhe te bashkepunimit qe mbart nenshshkrimi i ketij Memorandumi ne te gjitha strukturat e tyre qendrore dhe lokale.

Per UMSH

Per QKEV



Dr. Din ABAZAJ
President



Dr. Entela SHEHU
Drejtoreshë

ETIKE & DEONTOLOGJI

ASPEKTE ETIKE DHE HISTORIKE TË SEKRETIT MJEKËSOR

Prof.Dr.Bardhyl Çipi

Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës, QSU Tiranë

1.HYRJJE

E fshehta mjekësore (konfidencialiteti, apo sekreti mjekësor) përbën një nga parimet më tradicionale të Etikës Mjekësore, e cila luan një rol të rëndësishëm në ruajtjen e interesave të pacientit, në kuadrin e marrëdhënies mjek-pacient.

Sipas këtij parimi, informatat që doktori merr gjatë ushtrimit të profesionit të tij, nuk duhet t'ia tregojë njerëzve të tjerë.

Praktika e mirë mjekësore kërkon që pacienti të diskutojë në mënyrë të hapur të gjitha aspektet e shëndetit të tij, por me kusht që mjeku të ruajë sekretin e të dhënave që merr nga pacienti. Në të kundërtën kjo do të ndikonte negativisht në trajtimin mjekësor të pacientit.

Një aspekt i veçantë i sekretit mjekësor do të konsiderohet çështja e informimit mjekësor të të sëmurit nga ana e mjekut, i ashtuquajtur problem “i thënies së të vërtetës të sëmurit”.

Në këtë artikull trajtohen me radhë aspektet etike të sekretit mjekësor, thënies së të vërtetës të sëmurit, zhvillimi historik si dhe aspektet juridike të të fshehtës mjekësore në vendin tonë.

2.ÇËSHTJET ETIKE TË SEKRETIT MJEKËSOR

Problemet etike të të fshehtës mjekësore janë të shumta:

Në radhë të parë, konfidencialiteti synon që të forcojë lidhjet, komunikimin e mjekut me pacientin. Që ta kryejë sa më mirë dhe kompetencë misionin e tij, për mjekun

është e nevojshme të ketë një informacion sa më të hollësishëm nga pacienti. Nga ana e tij, pacienti që të flasë sa më lirisht me mjekun, duhet të jetë i sigurt që çështjet konfidenciale që do i tregojë atij, doktori do t'i mbajë sekret ato.

Me të drejtë, studiuesi L. Portes, në lidhje me këtë çështje shkruan:

“Nuk ka mjekësi po të mungojë besimi, nuk do të ketë besim nëse nuk do të vendosen marrëdhënie konfidenciale midis pacientit dhe mjekut, dhe këto lloje marrëdhëniesh nuk mund të krijohen nëse nuk do të respektohet ruajtja e sekretit të tyre nga ana e mjekut”.

Pra, parimi i sekretit mjekësor mund të konsiderohet si një mjet (instrument) që ndihmon në realizimin e qëllimit kurues të profesionit mjekësor (4,6).

Nga ana tjetër, përfshirja në legjislacionin përkatës e këtij parimi, tregon se ai ka edhe një interes të përgjithshëm, në kuptimin se ai ndihmon në funksionimin e rregullt të institucioneve shëndetësore dhe shërbimeve sociale. Për këtë arsye, ky parim konsiderohet me karakter publik (social).

Përveç këtyre, për sekretin mjekësor mund të shtojmë, se ai në vetvete do të ketë edhe një vlerë thellësisht humane, që mbështetet në të drejtën natyrale të intimitetit, e cila siç dihet bën pjesë në psikizmin normal të një personi. Në këtë aspekt, sekretin mjekësor do të përbëjë një nga kushtet e nevojshme për realizimin e marrëdhënieve midis njerëzve, duke mbrojtur intimitetin dhe pavarësinë e personit si dhe duke nxitur zhvillimin e cilësive të tilla si respekti, dashuria, miqësia, besimi etj.(4)

Rastet kur parimi i sekretit mjekësor nuk zbatohet ndeshen në situata të veçanta që kanë të bëjnë me sëmundje infektive, si kolera, tifoja, dizanteria etj.; sëmundje psikike, si skizofrenia, epilepsia që i bëjnë zakonisht personat që vuajnë prej tyre, potencialisht të rrezikshëm për të kryer krime; në raste vdekjesh me dhunë, vdekjesh të papritura, vdekjesh të grave shtatzëna gjatë abortit; tek alkoolistët dhe të droguarit në stadi rrezikshmërie shoqërore etj.(6)

Kështu në sëmundjen e epilepsisë, p.sh., në rastin e një shoferi autobuzi me kriza epilepsie, të paditura nga punëdhënësi i tij, por të njohura nga mjeku kurues, në këtë situatë, nëse mjeku do t'i mbante sekret ato, ky qëndrim do të rrezikonte persona të tjerë (në rast se këto kriza do t'i shfaqeshin në kohën që ai do të ishte duke drejtuar autobuzin).

Pra, nuk do të ketë asnjë herë një sekret mjekësor absolut.

Çështja e aplikimit kolektiv të këtij parimi ka ardhur si pasojë e zhvillimit teknik dhe shkencor të Mjekësisë, e cila e ka mënjeluar disi marrëdhënien klasike mjek-pacient.

Në praktikën mjekësore moderne informacionet mbi gjendjen shëndetësore të pacientit mësohen nga shumë specialistë të fushave të ndryshme mjekësore. Pra, sekretin mjekësor, në këto rrethana, do të marrë një karakter kolektiv, sepse të dhënat mbi sëmundjen do të qarkullojnë nëpër shërbime të ndryshme të institucionit shëndetësor, ose edhe në qendra të tjera shëndetësore, veprime këto me qëllim për një kurim sa më të efektshëm të pacientit. Një shpërndarje e tillë e sekretit mjekësor, si rezultat i karakterit të tij kolektiv, padyshim që kërkon një respektim sa më të përpiktë të këtij parimi.

Konflikti midis këtij parimi dhe masave që duhen marrë në parandalimin e sëmundjeve ka lindur për arsye se që të realizohet funksioni preventiv për sëmundjet e

ndryshme, janë të nevojshme mbledhja dhe transmetimi i informacioneve mbi gjendjen shëndetësore të individëve të veçantë nga ana e organizmave shëndetësore.

Pra, për plotësimin e detyrës së parandalimit, do të duhet që çështjet që kanë të bëjnë me sëmundjen e një personi të caktuar, të mos kenë më karakterin e tyre personal, për të marrë kështu një dimension publik dhe rrjedhimisht të shkelet parimi i ruajtjes të sekretit mjekësor.

Sigurisht që çdo individ, para së gjithash kërkon të kurohet për sëmundjen nga e cila vuan, mundësisht në mënyrë sa më konfidenciale, duke u respektuar kështu parimi i ruajtjes së sekretit mjekësor. Por megjithatë edhe vetë ky pacient mund ta pranojë shkeljen e këtij parimi, nëse të dhënat mbi këtë sëmundje do të shërbejnë jo vetëm për parandalimin e kësaj patologjie në përgjithësi, por edhe për mbrojtjen e shëndetit të tij.(4,6)

Sidoqoftë, kjo mospërputhje e objektivave shtetërore me ato të individit, përbën një dilemë etike, një konflikt ndërmjet të drejtës për të ruajtur jetën private të individit dhe detyrës së shtetit për të mbrojtur shëndetin dhe mirëqënien publike.

3.THËNIA E TË VËRTETËS TË SËMURIT

Për sa i përket **informimit mjekësor të pacientit nga ana e mjekut:” thënia e së vërtetës të sëmurit”**, që përbën një formë të veçantë të sekretit mjekësor, nga pikëpamja etike, çështja kryesore ka të bëjë me qëndrimin e mjekut, nëse ai duhet t’ia tregojë pacientit të tij diagnozën e sëmundjes dhe sidomos ecurinë (prognozën) e një sëmundjeje të rëndë, apo vdekjeprurëse.

Në praktikën mjekësore, zgjidhja e kësaj çështjeje që është mjaft delikate, mund të realizohet sipas këtyre tre modeleve (1,4,6):

- Modeli paternalist* (mjeku gjykon dhe vepron për të mirën e pacientit, më mirë se vetë pacienti), sipas të cilit, të sëmurit nuk i tregohet diagnoza dhe prognoza e sëmundjes së rëndë, me qëllim për ta mbrojtur atë nga vuajtjet dhe vdekja.

- Modeli libetar* (pacientit i lihet një liri e plotë zgjedhjeje për çdo veprim mjekësor), sipas të cilit, mjeku ia tregon haptazi, menjëherë dhe pa asnjë ngurim diagnozën dhe prognozën e sëmundjes pacientit të tij.

Një shëmbull tipik i përdorimit të këtij modeli ka qenë në rastin e sëmundjes vdekjeprurëse të gjeneralit Grant, komandant i forcave ushtarake të Veriut në luftën civile në SHBA, në vitet 1861-1865 si dhe dy herë i zgjedhur president i SHBA, në vitet 1868 dhe 1872.

Më datën 2 qershor 1884, Granti në momentin që po kafshonte një frut ndjeu një dhimbje shumë të fortë në fyt dhe fytyrë. Për këtë ai vizitohet disa herë dhe në fund pas kryerjes së biopsisë diagnostikohet se vuan nga sëmundja e rëndë vdekjeprurëse e karcinomës epidermoide. Në lidhje me çështjen etike të thënies së të vërtetës, mjekët përdorën modelin libetar. Pas kërkesës së tij, ata i treguan atij gjithçka për këtë sëmundje si dhe që do të vdiste pas disa muajve. Në të vërtetë ky qëndrim pati dhe një pasojë pozitive, sepse i dha mundësi Grantit që gjatë muajve të fundit të jetës së tij, për të mos ta lënë familjen e tij në një gjendje të vështirë ekonomike, të shkruante një libër me kujtimet e tij. Kështu që pas vdekjes së tij, familja: gruaja dhe fëmijët e tij, nga shitja e këtij libri përfituan një shumë të madhe parash (3,5).

·*Modeli participativ* (dialog i hapur midis mjekut dhe të sëmurit që ka si qëllim të mirën e këtij të fundit), sipas të cilit, mjeku vepron me të sëmurin me kujdes dhe me takt, duke e përgatitur në fillim shpirtërisht, për t'i treguar pak nga pak gjëndjen reale, të rëndë të sëmundjes; ose duke vënë në dijeni për këtë, në fillim të afermit e këtij pacienti.

Për mendimin tonë, modeli participativ përbën qëndrimin më të përshtatshëm, i cili në fakt, zbatohet edhe në vendin tonë.

4.ASPEKTE HISTORIKE DHE JURIDIKE TË SEKRETIT MJEKËSOR

Nga pikëpamja historike, e fshehta mjekësore ka qenë sekreti i parë profesional që është shqyrtuar.

Në të vërtetë, çështja e të fshehtës në përgjithësi, për herë të parë, është përmendur nga mbreti Solomon, në vitet 900 p.Kr.

Më pas, parimi i sekretit mjekësor, është dhënë në Betimin e Hipokratit, në shekullin e peste p.Kr.:

“Gjërat që në ushtrimin ose bile jashtë ushtrimit të artit tim do të mund t’i shikoj ose t’i dëgjoj mbi jetën e njerëzve dhe që nuk duhet të përhapen jashtë, do t’i hesht, duke gjykuar se këto gjëra kanë të drejtën e sekretit të Mistereve” (7).

Që nga ky formulim i parë i këtij parimi, ai është përmendur vazhdimisht në të gjitha dokumentet ndërkombëtare (p.sh. Betimi i Gjenevës) dhe kombëtare, që kanë të bëjnë me këto çështje, të shoqëruara këto me diskutime shpesh herë të kundërta midis tyre, madje deri në mohimin e këtij parimi.

Kështu, në periudhën e Mesjetës, e fshehta është manifestuar në mjekësinë arabe dhe hebraike, ndërsa në perëndim, për shkak të mungesës së organizimit të profesionit mjekësor, ajo ka qenë pak e njohur.

Por në periudhat e mëvonshme, ky parim u nxorr nga harresa, u rishfaq, u riaktualizua, u ripërcaktua, në përputhje me zhvillimet e reja në fushat e të drejtës (ligjit) dhe moralit.

Që nga shekulli 18, ky parim i traditës hipokratike u institucionalizua në mënyrë përfundimtare.

Ky zhvillim u shfaq në dy drejtime (6,7): njëri deontologjik dhe tjetri ligjor.

Kështu, në shoqëritë anglo-saksone, mbrojtja e sekretit mjekësor konsiderohet vetëm si direktivë deontologjike, pra nuk ka mbrojtje ligjore të tij (Common Law ia njeh të drejtën e sekretit vetëm avokatit). Ky qëndrim, siç duket ka ardhur nga ndikimi i shkrimeve të mjekëve britanikë J.Gregory (1724-1772) dhe T.Percival (1740-1804). Sipas këtij të fundit, *“e fshehta duhet të zbatohet me përpikmëri nëse rrethanat e kërkojnë këtë gjë” dhe se mjeku i thirrur për të dëshmuar “duhet të thotë të vërtetën, të gjithë të vërtetën dhe asgjë veç të vërtetës”*. Në një kontekst të tillë, sekreti ka marrë vetëm një vlerë relative dhe mbrojtja e tij bëhet vetëm nga anëtarët e shoqatave profesionale përkatëse.

Ndërsa në Francë, ruajtja e sekretit mjekësor është parashikuar në Kodin Penal të vitit 1810. Pra sekreti këtu është më shumë një detyrim ligjor se sa një kërkesë morale. Ky drejtim më pas është përforcuar duke u parashikuar dhe në kodet e procedurës civile dhe procedurës penale, duke u konfirmuar më vonë edhe në Kodet e Deontologjisë.

Këto dy drejtime, në lidhje me qëndrimin ndaj sekretit mjekësor janë shfaqur në shumicën e vendeve të botës (6,7).

Pas viteve 1970, mbrojtja e sekretit ka marrë një nuancë të re, e inspiruar kjo nga çështjet e të drejtave të njeriut. Kështu, në nenin 12 të “Deklaratës Universale të të Drejtave të Njeriut shënohet: “*Asnjë njeri nuk duhet të bëhet objekt ndërhyrjeje në jetën e tij private.....as i prekjes së nderit dhe reputacionit të tij*” (6,7).

Ky zhvillim i ri është pasqyruar në shumë dokumente ligjore kombëtare dhe ndërkombëtare, si psh:

- Deklarata e Shoqatës Spitalore Amerikane mbi të drejtat e të sëmurëve (1972)
- Deklarata mbi të drejtat e të sëmurëve (Lisbonë 1981).
- Deklarata e Gjenomit Human dhe e të Drejtave të Njeriut (Unesco 1977) (2).

Me këtë tendencë të re në gjysmën e dytë të shekullit 20, koncepti i sekretit mjekësor është pasuruar në mënyrë të dukshme. Nga një detyrim moral ai ka kaluar në një detyrim ligjor, ndërsa tani tenton të kthehet në një të drejtë fundamentale.

Pra sipas prioriteve etiko-juridike të sotme, tradita hipokratike e sekretit mjekësor vazhdon të afirmohet si një nga elementët kryesorë të Etikës Mjekësore.

5.ASPEKTE JURIDIKE TË SEKRETIT MJEKËSOR NË SHQIPËRI

Problemet e ndryshme të sekretit mjekësor janë trajtuar edhe në vendin tonë, sidomos pas viteve 1990, duke u pasqyruar në legjislacionin përkatës.

Kështu, në Kodin e Deontologjisë Mjekësore të vitit 1994, detyrimi i mjekut dhe i personelit ndihmës me të cilin punon, për sigurimin e ruajtjes së sekretit profesional, shprehet qartë në nenet 11,12, 13.

Por në këtë kod të parë të deontologjisë mjekësore, ku nuk parashikohen rastet kur ky sekret mjekësor nuk do të zbatohet, i është dhënë në këtë mënyrë sekretit një karakter absolut, siç duket kjo nën ndikimin e trajtimit të këtij problemi sipas kodit francez të deontologjisë mjekësore.

Pikërisht në këtë periudhë, në vitin 1995, doli Kodi i Procedures Penale, ku në nenin 282 shënohet se: “*personeli mjekësor është i detyruar të bëjë kallzim në organet e drejtësisë për personin që ka ndihmuar, ose i ka kryer një ndërhyrje për një problem mjekësor që lidhet me një krim*” (4).

Pra, sipas këtij neni të këtij ligji të parlamentit, që përbën një dokument me fuqi më të madhe, se sa Kodi i Deontologjisë, që në Shqipëri është aprovuar nga Urdhëri i Mjekut, u zhvlerësua cilësimi i karakterit absolut të sekretit mjekësor, sipas kodit të Deontologjisë Mjekësore.

Ndërsa në Kodet e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore të viteve 2002 dhe 2012, në kreun e dytë:”Detyrat e mjekut ndaj të sëmurit” trajtohet çështja e sekretit mjekësor.

Kështu, në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore të vitit 2012 ka këto nene (8):

Neni 22

Ruajtja e sekretit

Të dhënat që mjeku mëson rreth të sëmurit të tij gjatë kryerjes së detyrës, konsiderohen të fshehta mjekësore dhe përbëjnë sekret profesional. Me dëshirën e të sëmurit dhe në interes të tij, mjeku është i detyruar të mbajë të fshehtë edhe ndaj familjarëve e personave të tjerë gjithë çka parë e dëgjuar gjatë punës së tij me të sëmurin.

Madje edhe pas vdekjes të të sëmurit, me përjashtim të rasteve kur ajo përbën rrezik për shëndetin dhe jetën e të tjerëve, mjeku duhet të mos zbulojë sekretin profesional.

Neni 23

Zbulimi i sekretit

Mjekut i lejohet të zbulojë të fshehtat mjekësore e të sëmurit, vetëm në rastet kur fshehja e tyre rrezikon jetën e të sëmurit ose kur kërkohet nga një organ i njohur me ligj.

Kur mjeku përdor të dhënat mjekësore të sëmurit për t'i publikuar, ai është i detyruar që identiteti i të sëmurit të mos zbulohet.

Neni 25

E drejta e sëmurit për t'u informuar

I sëmuri ka të drejtë të informohet për sëmundjen, ekzaminimet dhe mjekimet që i propozohen dhe rezultatet e tyre. Mjeku e ka për detyrë ta informojë të sëmurin në mënyrë të sqartë dhe të kuptueshme, duke marrë parasysh në çdo rast personalitetin dhe gjendjen e tij psikike.

Nëse i sëmuri është nën 16 vjeç apo i paaftë për të kuptuar gjendjen dhe mjekimin që i propozohet, informacioni i jepet familjarit më të afërm që e ka nën kujdestari.

Nëse mjeku gjykon se duke informuar të sëmurin rrezikon të dëmtojë gjendjen e tij psikike e shëndetësore, atëherë ai nuk është i detyruar ta informojë e as ta njohë me dokumentacionin mjekësor. Një diagnozë e rëndë dhe prognozë fatale mund të zbulohet me shumë maturi. Gjithsesi familjarët duhet të jenë të informuar dhe paralajmëruar, përveçse, nëse vetë i sëmuri i ka përcaktuar më parë personat të cilët mund të informohen për gjendjen e tij.

Siç shihet, në këto nene të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore të vitit 2012, pasqyrohen në përgjithësi të gjitha qëndrimet etike në lidhje me të fshehtën mjekësore. Po kështu, në lidhje me “thënien e të vërtetës të sëmurit”, parashikohet zbatimi i modelit të tretë, participativ.

Përveç kësaj, në legjislacionin tonë mjekësor dhe atë të përgjithshëm juridik parashikohen edhe situata, kur nuk zbatohet ky parim, si p.sh asaj të parashikuar në nenin 282 të kodit të procedurës penale, të përmendur më lart, po kështu detyrimit të denoncimit e sëmundjeve ngjitëse, sipas ligjit të sëmundjeve ngjitëse të vitit 1993.

Në fakt, në vendin tonë nuk ka pasur ndonjë rast shkeljeje të parimit të sekretit mjekësor, i cili të jetë ndjekur nga Drejtësia ose Urdhëri i Mjekëve të Shqipërisë.

Nga paraqitja dhe diskutimi i kësaj çështjeje, duhet theksuar se sekretet mjekësor duhet të konsiderohet aktualisht si një nga parimet fundamentale të Etikës Mjekësore.

6.BIBLIOGRAFIA

- 1.Çipi, B., Meksi S. Etika dhe Deontologjia Mjekësore, Tiranë, 1996, 23-30.
- 2.Çipi, B. Principle of Confidentiality of the Universal Declaration of Human Genome and Human Rights in reference to the Medico-Legal DNA Identification ” , Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights: Present Status and Perspective, Croatian Commission for UNESCO, 12-14 June 2003, Zagreb, Croatia.
- 3.Çipi, B. Sëmundja vdekjeprurëse e Ulyse S. Grant, Revista e Mjekësisë Ligjore Shqiptare, Instituti Mjekësisë Ligjore, nr.1, Tiranë, 2004, 94-97.
- 4.Çipi, B. (2005). Bioetika në një këndvështrim mjekoligjor, Tiranë, 2005, 48-54.
- 5.Hoerni, B. (1992).75 réflexion sur la médecine (le cancer d’Ulyse S.Grant, 33602 PESSAC CEDEX, 149-152.
- 6.Hottois, G, Parizeau, M-H. (1993). Les mots de la bioéthique, DeBoeck Université, Bruxelles, 302-308.
- 7.Loiret, P. (1988). La théorie du secret medical, Masson Editeur, Paris.
- 8.Urdhëri i Mjekëve të Shqipërisë. Kodi e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, Tiranë 2012.

INFORMACIONE PER VEPRIMTARI TE U.M.SH.

CEREMONI PROMOVIMI PER KODIN E ETIKES DHE DEONTOLOGJISE MJEKESORE

Me date 13 Prill 2012 Keshilli Kombetar i Urdhrit te Mjekeve te Shqiperise organizoj ne Hotel Tirana International nje ceremoni per promovimin e **Kodit te Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore**.

Ne kete ceremoni veç anetareve te Keshillit Kombetar ishin ftuar edhe perfaqesues te shoqerise civile dhe te shoqatave mjekësore. Ne takim mori pjese dhe Ministri i Shendetesise Dr. Petrit Vasili.

Fjalen e rastit e mbajti Dr.Din Abazaj, President i Urdhrit te Mjekeve. (fjala e tij jepet ne vijim te informacionit).

Ne ceremoni nje rendesi te veçante Kodit i kushtoi Ministri i Shendetesise, i cili theksoi se: Kodi i Etikes dhe Deontologjise Mjekesore eshte nje faktor i rendesishem ne mbajtjen dhe ruajtjen e standardeve te larta te mjekeve ne ushtrimin e profesionit.

Ne kete takim e morren fjalen edhe Presidenti i Urdhrit te Farmacisteve Z. Arjan Jaupllari, Presidenti i Sindikatave te Shendetesise, Dr. Minella Mano, Presidenti i Keshillit Rajonal te Urdhrit te Mjekeve per rajonin e Shkodres, Dr. Vehbi Kovaçi, Presidenti i Keshillit Rajonal te Urdhrit te Mjekeve per rajonin e Vlores Dr. Fatmir Brahinaj, te cilet nenvizuan rendesine qe ka Kodi per standardet profesionale te mjekeve dhe dentisteve.

Dr. Din Abazaj mbajti fjalen qe vijon:

Promovimi i Kodit te Ri te Etikes dhe Deontologjise Mjekoore

Dr. Din Abazaj

President i Urdhrit te Mjekeve te Shqiperise

13 Prill 2012

Perpjekjet per te shpjeguar vlerat profesionale, zhvillimet dhe rendesine e Kodeve te Etikes jane te lashta. *“Qe nga koha e Hipokratit, profesioni mjekesor ka bere perpjekje per te patur nje Kod te Etikave me qellim rregullimin e sjelljes dhe marredhenieve profesionale.*

Para 10 vitesh miratuam dhe vume ne perdorim Kodin e Etikes dhe Deontologjise Mjekesore (*Kodin e vjeter tashme*).

Kjo periudhe mund te mos konsiderohet shume e gjate, por zhvillimet qe kane ndodhur gjate ketij harku kohor jane te konsiderueshme. Normale kjo per çdo vend, por aq me teper per nje vend si ky i yni, ne tranzicion e ne kushte zhvillimesh e reformash te reja, jo vetem ne shendetesi, por edhe ne çdo fushe te jetes dhe sjelljes shoqerore, e cila kushtezon sjelljen tone si profesioniste te shendetesise. Ne sistemin tone shendetesor jane ndermarre reforma, jane miratuar ligje, jane krijuar struktura te reja, po hyjne dhe po implementohen teknologji dhe metoda moderne diagnostikuese dhe mjekuese. Ne teresi, shkencat mjekesore ne bote evoluojne nga viti ne vit, koncepte dhe metoda te reja gjithnje me moderne futen ne perdorim. Keto natyrisht e çojne hapa perpara sistemin, dhe kjo eshte nje e mire e madhe, por ka nje te keqe jo te vogel, sepse modernizimi dhe automatizimi i proceseve e largojne mjekun nga kontakti me te semurin, shkurtojne kohen e domosdoshme te komunikimit, te informimit te studimit nga afer te te semurit, per ta bere ate bashkepjesemarres ne vendimmarrje per shendetin dhe jeten e tij, ç’ka eshte thelbësore ne procesin e marredhenieve mjek-pacient.

Kjo dinamike zhvillimesh dhe prurjesh te reja ka diktuar nevojën e azhurnimit dhe te fuqizimit te rregullave profesionale, te vendosjes dhe fuqizimit te normave dhe kerkesave te reja te sjelljes dhe etikes mjekesore ne te gjitha vendet. Domosdoshmeria per keto ndryshime ka qene objekt i vendimmarrjeve dhe publikimeve te nje sere deklarataash nga forume te rendesishme nderkombetare, ne te cilat fatmiresisht eshte i anetaresuar edhe Urdhri i Mjekeve te Shqiperise.

Ne kete kuader zhvillimesh, si edhe pervojash dhe eksperiencash te fituara dhe akumuluar, gjate veprimtarise tone si organizem u pa nevoja e rishikimit dhe azhornimit te Kodit te Etikes dhe dalja me nje Kod te ri, te cilin kam kenaqesine ta prezantoj shkurtimisht sot perpara ketij auditori te nderuar.

Dua te theksoj se, nuk eshte synuar dhe as pretendohet qe ky Kod te kete ndryshime thelbesore nga ai i pari. Perkundrazi, me synim te krijimit te nje tradite te mire dhe ruajtjes se vlerave eshte teresisht i mbeshtetur ne parimet e tij.

Jemi orvatur qe ky Kod ne dispozitat e tij te permbaje standardet e detyrueshme per t'u aplikuar gjate praktikes profesionale, te cilat kushtezojne ushtrimin e profesionit, te jete me i detajuar e gjithheperfshires ne problematike, me i kuptueshem, me i drejtperdrejte, por edhe me imponues dhe detyrues per cdo profesionist per ta respektuar dhe zbatuar ne praktiken e tij. Kodi eshte guri i themelit ne sistemin e rregullave profesionale, si nje komponent i rendesishem brenda juridiksioneve perkatese, i cili mbron te semuret dhe publikun nga kequshtrimi, inkompetenca, pasiguria ose mungesa e etikes gjate ushtrimit te profesionit.

Kodet e etikes, natyrisht qe ndryshojne nga njeri vend ne tjetrin, por kane te perbashket nje vlere themelore shume te rendesishme, vendosjen e standardeve dhe principeve te pergjithshme te cilat udheheqin nje praktike te mire profesionale. Ne perpunimin dhe azhornimin e ketij Kodi, ne kemi konsultuar Kode te ndryshme, si Kodin Nderkombetar te Etikes te Shoqates Boterore te Mjekesise, te Urdhrave/Dhomave te Mjekeve te Frances, Gjermanise, Italise, Spanjes, Britanise se Madhe, Sllovenise etj, nga ku kemi marre dhe pershtatur ate c'ka e kemi konsideruar si me esenciale dhe me te perbashket, per te siguruar dhe ruajtur standardet dhe vlerat profesionale ne cdo sistem shendetesor siç jane:

- *Sjellja e mjekut ndaj pacienteve, konfidencialiteti, konsenti i informuar, sjellja e duhur profesionale, respektimi i te drejtes se pacientit per te zgjedhur mjekun, institucionin e mjekimit, si dhe per te qene bashkepjesemarres ne vendimet klinike per trajtimin e tij, etj.*
- *Sjellja ndaj kolegeve dhe personelit tjeter mjekesor.*
- *Sjellja e mjekut si pjese e shoqerise civile.*
- *Detyrimi i mjekut per te marre pjese ne programet e EVM-se, per te qene i azhornuar dhe per te ruajtur aftesite profesionale.*
- *Detyrimi i mjekut per t'u angazhuar ne proçeset e rivleresimeve periodike te kompetences dhe performances se tij profesionale, akreditimit dhe liçensimit.*

Keto, si dhe te tjera dispozita qe permban ky Kod, jane standarde te ushtrimit te profesionit perballe te cilave matet dhe vleresohet kompetenca dhe performanca e cdo mjeku ne veprimtarine e tij. Standardet jane themeli i rregullave mjekesore pa te cilat nuk mund te kete cilesi ne ushtrimin e profesionit dhe, askush i kualifikuar apo jo, nuk mund te ushtroje profesionin pa nevojën dhe domosdoshmerine per te qene i kontrolluar ne veprimtarine e tij gjate gjithë karrieres profesionale. Ne kete kuptim, proçeset rregullatore te kontrollit, te verifikimit te standardeve, dhe percaktimi i kompetences se nevojshme per te qendruar ne profesion, jane me shume rendesi per komunitetin mjekesor.

Lidhur me kete, theksoj se, te gjitha proceset rregullatore te kontrollit dhe te verifikimit te standardeve, te cilat sigurojne nje kujdes te mire klinik, lidhen ne menyre te detyrueshme me procesin e licensimit apo heqjes se licenses. Procesi i licensimit, ri-licensimit apo heqjes se licenses eshte masa e fundit ne rregullimin mjekesor, e cila garanton nje kujdes klinik te cilesise se larte. Kjo garanton te semurin se po merr nje perkujdesje nga nje mjek i azhornuar dhe i licensuar, qe ploteson kushtet per te qene nje praktikues i mire dhe i sigurt. Urdherat/Dhomat e Shoqatat Kombetare te Mjekeve jane te njohura nderkombetarisht si autoritete te vetrregullimit profesional.

Me lejoni tani, te citoj ketu poshte nje pjese te ligjerates me te cilen na eshte drejtuar Sekretari i Pergjithshem i Shoqates Boterore te Mjekesise, Dr. Otmar Kloiber ne letren e tij, me rastin e anetaresimit te UMSH-se ne kete Shoqate:

“ Urdhri i Mjekeve te Shqiperise eshte i mirepritur si nje anetar ne familjen e madhe te shoqatave kombetare mjekesore ne kete bote. Ne nje kohe te ndryshimeve te qendrueshme, ne e shohim veten si nje roje e vlerave dhe traditave tona te perbashketa, lidhur me kujdesin, etiken, shkencen.

*Le te bejme qe ato te ndryshojne ne drejtim te me te mires. Te kujdesesh per pacientet, te punosh dhe te sillesh ne menyre etike dhe te aplikosh shkencen, jane themeli per t’l sherbyer me mire pacienteve tane. Ne si shoqata mjekesore do te bejme me te miren per te aftesuar mjeket, tani dhe ne te ardhmen, per te ofruar kujdes me te mire per ta”.....*perfundon letra e Dr. Kloiber

Duke perfunduar kete prezantim po citoj fjalet e Hipokratit:*“Ne çdo shtepi ku une vij, une do te futem vetem per te miren e pacienteve te mi”.*

Ju faleminderit,

MBLEDHJA E KESHILLIT KOMBETAR TE URDHRIIT TE MJEKEVE

13 Prill 2012

Me date 13 Prill 2012 Keshilli Kombetar i Urdhrit te Mjekeve te Shqiperise mbajti ne Hotel Tirana International mbledhjen e tij te radhes. Ne takim morren pjese gjithe anetaret e Keshillit Kombetar dhe te ftuar nga shoqeria civile.

Mbledhjen e hapi Sekretari i Pergjithshem, Dr. Shaqir Krasta, i cili per per piken e pare te rendit te dites ***“Ankesat e pacienteve, gabimet mjekesore dhe menaxhimi i tyre”*** ia dha fjalen Dr. Din Abazaj, President i Urdhrit te Mjekeve, qe referoi mbi kete teme, e cila ngjalli shume diskutime.

Pika e dyte e mbledhjes ishte: Miratimi i disa ndryshimeve dhe shtesave ne rregulloret e veprimtarise se brendeshme te Urdhrit te Mjekeve:

- a) Rregullore per regjistrimin, anetaresimin dhe licensimin ne Urdhrin e Mjekeve;
- b) Rregullore e brendeshme per funksionimin e Keshillave Rajonale
- c) Rregullore e brendeshme per funksionimin e Keshillit Kombetar

d) Mbi disa ndryshime te vogla ne Rregulloren e Gjykimit Profesional

Pas diskutimeve mbi keto materiale, Keshilli miratoi unanimisht ndryshimet e propozuara dhe i votoi ato.

Me tej, Znj. Lumnije Ushtelenca, Shefe e Deges Ekonomiko-Financiare dha nje Informacion mbi realizimin e te ardhurave dhe shpenzimeve per vitin 2011 dhe udhezime mbi menaxhimin e fondeve te akorduara Keshillave Rajonale per vitin 2012.

Ne perfundim te mbledhjes Dr. Din Abazaj, shtroi nje dreke pune per pjesemarresit.

CEREMONI PER VLERESIMIN E FIGURAVE TE SHENDETESISE NE QYTETIN E VLORES

16 Prill, Vlore

Ne vazhdim te nje tradite te bukur, te krijuar nga institucionet e Vlores, me 16 prill 2012 ne pallatin e kultures “Laberia” u organizua nga Bashkia e Vlores nje ceremoni per vleresimin e disa figurave te shendetesise se qytetit tone .

Rreth 20 mjekeve dhe infermiereve iu dha titulli :

“Mirenjohje e qytetit te Vlores”

me kete motivacion:

“Per kontributin e shquar ne vite ne fushen e mjekesise, per humanizmin, per punen e palodhur ne sherbim te pacientit si shenje vleresimi dhe simbol i perkushtimit i figures se ndritur te mjekut”

Ishin te pranishem, Kryetari i bashkise Vlore Z.Shpetim Gjika; Deputeti socialist Z.Eltar Deda; Presidenti i UMSH: Z.Din Abazaj, Dr.Thanas Gjika, Dr.Fatmir Brahimaj: Kryetar i Urdhrit te Mjekut Vlore.

Ceremonia u hap me leximin e betimit te Hipokratit. Me tej e mori fjalen kryetari i bashkise Vlore Z.Shpetim Gjika i cili nder te tjera tha se ne qytetin tone ka patur gjithmone emra te medhenj te shendetesise te cilet kane kontribut te vecante ne mbrojtjen e shendetit te popullates. Ata me humanizmin, pasionin, vullnetin, punen e palodhur, solidaritetin e vazhdueshem kane kryer me nder misionin e tyre duke sherbyer si model frymezimi per koleget e rinj qe jane perpjekur te pasojne vepren e tyre.

Populli yne gjithmone ka ditur te nderoj dhe vleresoj ata. Ai premtoi se kete tradite te krijuar do ta bej ne vazhdimesi cdo vit per te plotesuar detyrimin e institucionit qe drejton, per te shprehur mirenjohjen e komunitetit per keta misionere. Me pas ai iu dha familjareve te disa mjekeve te ndjere, titullin e akorduar si shenje respekti dhe simbolit te perjetesise se tyre ne mendjet dhe zemrat e njerezve.

Pastaj iu dha fjala Dr.Din Abazaj, president i UMSH. per te pershendetur kete veprimtari. Duke marre fjalen, Dr.Abazaj ju shpjegoi te pranishmeve se cdo te thote te jesh mjek. Ai u ndal ne devotshmerine, pasionin, punen dhe humanizmin qe kerkon kryerja me sukses e misionit te mjekut. Me tej falenderoi bashkine dhe institucionet e tjera te qytetit te Vlores per traditen e mire, te nisur vitet e fundit, per vleresimin e punonjesve te shendetesise dhe shprehu deshiren qe kjo nisme te perhapet ne gjithe vendin. Pastaj presidenti i UMSH dhe nenkryetari i bashkise se Vlores Z.E. Leka dorezuan dekoratat disa mjekeve te tjere. Ne nje panel tjeter titujt iu dorezuan nga nenkryetari tjeter i bashkise se vlores Z.I.Banushi dhe presidenti i UMSH Vlore Dr.F. Brahimaj u dorezuan mjekeve te tjere titullin e akorduar.

Gjate dorezimit te titullit pati momente emocionuese te forta si shprehje te respektit, dashurise, pasionit, profesionalitetit dhe mirenjohjes reciproke te te dekoruarve, familjareve apo kolegeve te tjere te pranishem .

Dr. F. Brahimaj

NGA EKSPERIENCA E ORGANIZMAVE HOMOLOGE

MBI STANDARDET PROFESIONALE MJEKESORE

(Nga WMA-Shoqata Mjekesore Boterore)

Te gjitha proceset rregullatore te kontrollit dhe verifikimit te standardeve te kompetences dhe te performances profesionale te mjekut, lidhen ne menyre eksplicite me proceset e licensimit apo dhenies dhe heqjes se licences, e cila eshte masa e fundit ne rregullimin mjekesor.

Ne kete kuptim, Regjistri Mjekesor, kontrolli dhe vendim-marrja per ata qe hyjne (dmth qe licensohen), qe qendrojne (dmth qe rilicensohen) dhe qe hiqen nga regjistri (dmth qe iu refuzohet apo iu hiqet licensa), eshte ne themel te ketij procesi.

Me shume rendesi per komunitetin mjekesor eshte percaktimi i nivelit te mjekesise, te vete mjekesive dhe te kompetences se nevojshme per te qendruar ne profesion. Eshte ne interesin profesional te vete mjekesive per respektimin dhe mbajtjen e standardeve te larta te mjekesise.

Zakonisht kostoja per mbajtjen ne nje nivel te larte te standardeve profesionale te mjekesise duhet te perballohet nga shteti.

Standardet lidhen me Politiken shendetesore publike:

- Angazhimin ne legjislacionin per mjekesine, ku te perfshihen edhe standardet per eksperimentimet humane, kujdesin mjekesor ne perfundimin e jetes, etj.
- Parandalimi i dhunes ndaj mjekesive
- Evitimi i pabarazive ne ofrimin e kujdesit mjekesor (shendetesor)
- Lufta kunder duhanit
- Privatizimi i sherbimit shendetesor (mjekesor, stomatologjik, farmaceutik)

Ne kete drejtim Urdhrat e profesionisteve te mjekesise duhet te:

- Sigurojne standarde te larta te ushtrimit te mjekesise
- Formulojne kerkesat per plotesimin e standardeve profesionale
- Pregatisin dhe administrojne provimet e mjekesive dhe stomatologeve para bordeve te ngritura per kete qellim
- Angazhohen per realizimin e edukimit te vazhdueshem profesional per mjeket dhe stomatologet.
- Vendosin dhe autorizojne programet fellowship

Standardet profesionale lidhen edhe me:

- reflektimin mbi ceshtjet etike dhe mbikqyrjen e rregullave te deontologjise mjekesore,
- pavaresine e mjekesive,

- rolin e shoqatave (urdhrave) te mjekeve ne menaxhimin e profesionit dhe permiresimin e sistemeve te kujdesit shendetesor; realizimin e formimit, edukimit shendetesor dhe programeve shkencore ne bashkepunim me anetaret e tjere;
- punen sebashku me gjithë organizatat e tjera per permiresimin e situates se atyre popullatave qe jetojne ne kushte te papershtateshme shendetesore.
- Informimin dhe bashkepunimin me institucionet kompetente per organizimin e kujdesit shendetesor, me objektiv parashikimin e veprimeve te perbashketa.

DETYRAT E MJEKUT NE VENDIN E PUNES

Marre nga:

General Medical Council (2012)

Raising and acting on concerns about patient safety

1. Mjeket ofrojne nje kontribut te rendesishem ne menaxhimin dhe drejtimin e sherbimeve shendetesore dhe ofrimin e kujdesit shendetesor si pjese e nje ekipi multidisciplinor. Te gjithë mjeket kane te njejten pergjegjesi ne perdorimin e mjeteve; ndersa disa mund te bejne pjese ne ekipe apo ta angazhohen ne supervizimin e kolegeve.
2. Detyra kryesore e gjithë mjekeve eshte kujdesi dhe siguria e pacienteve. Pavaresisht nga detyra e tyre, ata duhet te ndjekin sa vijon:
 - a. Te angazhohen sebashku me koleget per te mbajtur dhe permiresuar sigurine dhe cilesine e kujdesit per pacientet
 - b. Te ndihmojne ne diskutime dhe vendime rreth permiresimit te sigurise dhe cilesise se sherbimit
 - c. Te evidentojne dhe te marrin masa ndaj shqetesimeve per sigurine e pacientit.
 - d. Te bejne nje pune efektive ne ekip dhe si drejtues.
 - e. Te promovojne nje mjedis pune te lire nga diskriminimi i padrejte, keqtrajtimi dhe persekutimi, duke patur parasysh se koleget dhe pacientet vijne nga mjedise te ndryshme.
 - f. Te ndihmojne ne mesimin dhe trajnimin e mjekeve dhe profesionisteve te tjere te kujdesit shendetesor, duke sherbyer si nje model pozitiv
 - g. Te perdorin burimet ne menyre efektive per te miren e pacienteve dhe publikut.

Te punosh me koleget

3. Shumica e mjekeve punojne ne ekipe multidisciplinore. Pune e ketyre ekipeve perqendrohet kryesisht ne nevojat dhe sigurine e pacienteve. Drejtuesi zyrtar i ekipit eshte pergjegjes per performancen e ekipit, por pergjegjesia per njohjen e problemeve, zgjidhjen e tyre dhe marrjen e masave te pershtateshme eshte e gjithë ekipit si i tere.*
4. Mjeket duhet te punojne me njerez dhe ekipe te tjere per te ruajtur dhe permiresuar performancen dhe per ndryshimin e sistemeve kur keto jane te nevojshme per te miren e pacienteve.
5. Mjeket duhet te respektojne drejtuesit dhe rolin menaxhues te anetareve te tjere te ekipit, perfshire edhe anetare jomjekesore.

Respekti per koleget

6. Eshte e rendesishme per nje kujdes te mire dhe te sigurte per pacientin qe mjeket te punojne efektivisht me koleget nga disiplina te tjera te kujdesit shendetesor dhe social, brenda dhe midis ekipeve dhe organizatave te ndryshme. Pavaresisht nga perberja e ekipit ne te cilin punon, mjeku duhet te respektoj dhe te vleresoj aftesite dhe kontributin e çdo personi.
7. Mjeket duhet te mos pranojne diskiminimin kur paraqitet dhe te inkurajojne edhe koleget te bejne te njejte gje. Mjeku duhet te trajtoj kolegun me ndershmeri dhe respekt. Mjeku nuk duhet te persekutoje dhe perndjek koleget apo t'i diskriminoje ata padrejtesisht. Mjeku duhet te kritikoj sjelljen e kolegeve qe nuk perputhen me keto standarde.
8. Mjeku duhet te jete i perditesuar me politiken e organizates rreth punesimit, barazise dhe diversitetit. Ai duhet te kerkoje informacione rreth ketyre çështjeve ne se e shihet nevojshme.
9. Mjeku duhet te mbeshteti aktivisht barazine dhe diversitetin duke krijuar apo mbajtur nje mjedis pune pozitiv te lire nga diskriminimi, keqtrajtimi dhe persekutimi. Mjeku duhet te sigurohet se politikat e institucionit per punesimin lidhur me barazine dhe diversitetin jane te perditesuara dhe reflektojne ligjin.

Komunikimi brenda dhe midis ekipeve

10. Ekipet multidisciplinore mund te ofrojne perfitime per kujdesin shendetesor kur komunikimi midis tyre eshte ne kohe dhe i mire, por mund te hapen probleme kur komunikimi nuk eshte i mire dhe pergjegjesite nuk jane te qarta.
11. Mjeku duhet te sigurohet se i komunikon informacione te rendesishme:
 - a. Kolegeve te ekipit
 - b. Kolegeve te sherbimeve te tjera me te cilet punon
 - c. Pacienteve dhe atyre qe e rrethojne ne nje menyre qe ata te mund ta kuptojne, duke perfshire edhe kontaktin me ta ne se ata kane pyetje apo shqetesime. Kjo eshte vecanerisht e rendesishme kur kujdesi per pacientet ndahet midis ekipeve.
12. Mjeku duhet te kerkoje te informohet ne rast se nuk eshte e qarte se kush eshte pergjegjes per komunikimin e informacioneve dhe dhenien e tyre per anetaret e tjere te ekipit te kujdesit shendetesor, sherbime te tjera qe jane angazhuar ne ofrimin e kujdesit shendetesor per pacientet dhe te afermit e tyre.
13. Mjeku duhet te inkurajoje anetaret e ekipit per te bashkepunuar dhe komunikuar efektivisht me njeri-tjetrin apo me kolege te ekipeve te tjera me te cilet punon. Ne rast se zbuloni problem nga komunikimi i keq apo pergjegjesi te paqarta brenda apo midis ekipeve, mjeku duhet te veproje dhe te merret me to.
14. Mjeku duhet te ofroje informacionet e nevojshme ne kohe per ata qe punojne me te ne menyre qe ata te plotesojne efektivisht rolet e tyre. Ai duhet t'i kaloje çdo informacion te rendesishem per drejtuesit kryesore si dhe te sigurohet se jane marre masa per kalimin menjehere te ketyre informacioneve ekipit.
15. Mjeku duhet te kenaqet vetem atehere kur komunikimi i informacioneve rreth kujdesit per pacientin jane efektive.
16. Pavaresisht ne se mjeku ka ose jo rol menaxhues, detyra kryesore eshte ndaj pacientit. Shqetesimi i tyre kryesor duhet te jete dinjiteti dhe siguria. Mjeku ka gjithashtu detyre edhe ndaj komunitetit me te gjere, ndaj profesionit, kolegeve dhe institucionit ne te cilin punon.

17. Mjeku duhet të bejë të qartë me punëdhënesin rolin e tij si dhe përgjegjësitë që përfshihen në të, përfshirë edhe përgjegjësitë jo klinike. Ai duhet të ngrejë çdo çështje që lidhet me ambiguitetin apo paqartësinë rreth përgjegjësisë, si dhe midis ekipeve multidisiplinore të qartësive:
 - a. Mbikqyrjen e veprimeve të stafit dhe linjat e përgjegjësisë për kujdesin e ofruar për pacientet e veçantë
 - b. Kush do të marrë rolin drejtues apo përgjegjësi për menaxhimin e punës.
 - c. Kush e ka përgjegjësinë për cilësinë dhe standardin e kujdesit të ofruar nga ana e ekipit.
18. Nëse mjeku është përgjegjës për drejtimin apo menaxhimin e një ekipi, atëherë ai duhet të sigurohet se stafi është i qartë lidhur me:
 - a. Rolin e tyre individual dhe të ekipit si dhe për objektivat
 - b. Përgjegjësitë e tyre individuale dhe kolektive për sigurinë e pacientit dhe publikut.
 - c. Përgjegjësitë e tyre individuale dhe kolektive për regjistrimin dhe diskutimin me ndërshterë të problemeve
19. Mjeku duhet të:
 - a. Kontribuojë në vendosjen dhe mbajtjen e sistemeve të identifikimit dhe menaxhimit të riskut në fushën e përgjegjësisë së ekipit.
 - b. Sigurohet se gjithë anëtarët e ekipit kanë një mundësi për të kontribuar me diskutime
 - c. Sigurohet se kujdesi për çdo pacient është i koordinuar dhe menaxhuar në mënyrë të përshtatshme.
20. Mjeku përgjigjet para Urdhrit të Mjekeve për sjelljen e tij dhe për çdo udhëzim që ai jep. Ketu përfshihet edhe kur ai shërben si anëtar i një organi vendim-marrës për institucione të kujdesit shëndetësor apo social siç janë bordet e spitaleve apo të shëndetësisë.
21. Në rast se jeni anëtar i një bordi dhe je i shqetësuar se një vendim mund të vërë në rrezik pacientët apo njërezitë të shëndetshme të komunitetit, duhet të ngresh menjëherë çështjen pranë drejtuesve. Njëkohësisht vërejtjet e mjekut duhet të regjistrohen zyrtarisht, ndërsa mjeku merr parasysh të ndërmarrë veprime të tjera në përputhje me udhëzimet.

22.

Ngritja e problemeve dhe veprimet rreth shqetësimeve për sigurinë e pacientëve

23. Mjeku duhet të reflektojë për performancën e tij, vlerat e tij profesionale dhe kontributin për ekipin me të cilin punon. Mjeku duhet të kërkojë të dije dhe të veprojë kur meson nga koleget dhe pacientët, përfshirë këtu edhe rezultatet e kontroleve, vlerësimet dhe çmimin e performancës, si dhe nga ankesat e pacientëve dhe komentet e tyre.
24. Duke u udhëhequr nga shembujt mjeku duhet të promovojë dhe inkurajojë një kulturë që lejon gjithë stafin të kontribuojë dhe të japë një ndihmë konstruktive për performancën individuale dhe kolektive. Mjeku duhet të sigurohet se ky sistem ekziston dhe është i aftë të veprojë kështu.

Sigurimi i standardeve të larta të kujdesit

25. Zbulimni i hershëm i problemeve apo çështjeve që lidhen me performancën e individëve, grupeve apo shërbimeve është i rëndësishëm për mbrojtjen e pacientëve.

26. Mjeku duhet te marre pjese rregullisht ne shqyrtimin apo kontrollin e standardeve dhe performances se çdo ekipi me te cilin punon, duke ndermarre hapa per zgjidhjen e çdo problemi.
27. Mjeku duhet te familjarizohet dhe te perdori strukturat e udheheqjes klinike dhe te menaxhimit te rezikut Brenda organizates me te cilen punon apo qe jane te kontraktuar. Mjeku duhet te ndjeke procedurat me te cilat raportohen reaksionet (incidentet) e kunderta dhe te pamjaftueshme. Kjo behet per aresye te identifikimit rutine te reaksioneve te kundesrta dhe incidenteve ne nje faze sa me te hershme, gje qe lejon zgjidhjen e problemeve dhe mesimet te pervehtesohen.
28. Mjeku duhet te zbatoje ***Praktiken e Mire Mjekesore*** dhe ***Ngritjen e problemeve dhe veprimin rreth sigurise se pacienteve*** kur beson se ai sistem, politike, procedure apo koleg ve ne rrezik dentimin e pacienteve.
29. Ne se mjeku ka nje pergjegjesi menaxhimi, ai duhet te sigurohet se sistemet qe zbatohen atje duhet te japin alarmin me shpejtesi ne rast deshtimi apo gabimesh ne performancen klinike te personave te veçante apo ekipeve. Ketu duhet te perfshihen sistemet e kryerjes se auditeve dhe shqyrtimit te mendimeve te pacienteve. Mjeku duhet te sigurohet se shqyrtimi i ketyre gabimeve duhet te behet shpejt dhe me efektivitet.
30. Ne rast se mjeku menaxhon apo drejton nje ekip duhet te sigurohet se keto sisteme, perfshire edhe auditin, jane aty per te monitoruar, rishqyrtuar dhe permiresuar cilesine e punes se ekipit. Mjeku duhet te punoje me te tjeret per te mbledhur dhe shperndare informacionet mbi eksperiencen e pacientit dhe rezultatet. Mjeku duhet te sigurohet se ekipi qe menaxhon mbeshtet dhe zhvillon ne menyre te pershtateshme dhe i kane te qarta objektivat.
31. Mjeku duhet te familjarizohet me procesin e rishikimit te performances individuale e te gjithë anetareve te organizates me te cilen punon.
32. Mjeku duhet te marre pjese ne analizat vjore dhe te sigurohet se vleresimet e tij mbulojne gjithë praktiken e punes, perfshire edhe rolin jo-klinik.
33. Ne rast se mjeku ka nje license per ushtrimin e profesionit, ai duhet te marre pjese ne procesin e rivleresimit.
34. Mjeku qe drejton nje ekip, perfshire edhe mjeket sezonale, duhet te leje nje kohe te mjaftueshme per vleresimin dhe shqyrtimin e performances se tyre dhe ti jape mundesine per plotesimin e plote dhe ne kohe te procesit.
35. Mjeku duhet te jete i ndershem dhe objektiv qe te ruaj principet e barazise dhe diversitetit kur vlereson apo çmon performancën e kolegeve. Ketu perfshihet edhe vleresimi i mjekeve qe trajnohen ne Analizen Vjetore apo analiza te tjera. Siguria e pacienteve dhe e publikut vihet ne rrezik kur behen vleresime false, te ekzagjeruara apo jo te plota rreth kompetences dhe eksperiencës profesionale te kolegeve.
36. Mjeku duhet te mbeshtesi stafin qe menaxhon plotesimin e studimeve dhe aktivitetet e edukimit qe vleresojne apo kontrollojne performance.
37. Ne rast se mjeku eshte ngarkuar te vleresoje dhe çmoje koleget, ai duhet te kete njohuri dhe aftesi te duhura. Po ashtu duhet te sigurohet qe edhe anetaret e stafit vleresues qe drejton duhet te kene njohurite dhe dijenite e duhura, si dhe te njoftojne per rezultatet e kryerjes se ketij roli.

VEPRIMTARI NDERKOMBETARE

TAKIM VJETOR I FORUMIT EUROPIAN TE SHOQATAVE MJEKSORE DHE OBSH

19-20 Prill 2012, Jerevan Armeni

Perfaqesuesit e Shoqatave Mjekesore, antare te EFMA (Forumi European i Shoqatave Mjekesore) si dhe zyra rajonale e OBSH-se per Europen te ftuar nga Shoqata Mjekesore e Armenise, si vendi prites u mblodhen per takimin vjetor me 19-20 prill 2012 ne hotel “Mariot” ne Jerevan, Armeni. Pervec drejtuesve te ketyre organizmave ne takim mernin pjese dhe Dr. O. Klobber sekretar i pergjithshen i WMA (Shoqata Boterore e Mjeksisë), Dr. K. Ratzivill, president i CPME (Komiteti i Perhershëm i Mjeksoreve European) , Dr. A. Kehajov, president i SEEMF (Forumi Mjekesor i Vendeve te Europes Juglindore) etj. Edhe Urdhri i Mjeksoreve te Shqiperise mori pjese ne kete veprimtari me statusin e observuesit.

Ceremonia e hapjes filloi me pershendetjet nga sekretarja e pergjitheshme e EFMA Znj. L. Wapner, Dr. E. Ziglio, drejtor i zyres rajonale te OBSH per Europen, ministri i shendetese se Armenise Prof. H. Kushkryan si dhe Dr. P. Zelvejan, President i Shoqates Mjekesore te Armenise. Gjate conferences u zhvilluan disa Workshop parallel:

Workshop 1 : Mjekesia alternative .Ketu u theksua se kjo forme e mjeksise tani eshte nje realitet qe nuk duhet neglizhuar. Sot ajo praktikohet nga miliona njerez ne bote, ne forma te ndryshme. Reth 180 000 mjek ne bote kane bere kurse per te njohur kete mjeksi. Por mjeket pacinetet dhe aplikuesit duhet te ndergjegjesohen edhe per kufizimet e ketyre metodave si dhe te mos harohen abuzimet dhe spekulimet e bera me metodat sugjestionuese.

Workshop 2 : Mjeket dhe Media Sociale: Nga Hipokrati tek Facebook

Referuesit dhe diskutimet theksuan ndryshimet e medha ne raportet mjek - pacient. Sot i semuri, fal progresit te madh teknik, informohet me pare nga interneti per domethenien e simptomave dhe shqetesimeve qe ai ka, hera-heres ai e paramendon vete diagnozen.

Me mjaft interes u ndoq séance mbyllese e mbasdites e titulluar:

“Kriza ekonomike dhe shendetit”.

Ne tre referime u fol si i pergjigjet sistemi shendetesor ne Europe krizes financiare, si do te jete nje model ekonomik i pershtatshem per kujdesin shendetesor.

Pergjithesimi dhe menyra e pershtateshme se si duhet te reagojme ne sot ndaj krizes ishte ne referimin e bere nga Dr. O. Klobber me titull:

“Duke punuar per rimekembjen ekonomike te rimendojme vlerat e kujdesit shendetesor”.

Ne ditën e dytë u degjuan me vemendje tema e Dr. E. Ziglio (OBSH) mbi :” **Percaktuesit social te shendetit**”, ketu u theksuan diversiteti dhe rendesia e marrjes ne konsiderate te faktoreve sociale qe ndikojne ne shendetin e popullates. Kuptimi dhe vleresimi i drejte i tyre sherbejne si baze per te ndertuar nje pune frytedhenese per mbrojtjen e shendetit te komuniteteve.

Ne nje séance te vecante me tre referime dhe diskutime te shumta u fol per demet e alkoolit ne shendetin e njeriut, permasat aktuale te perhapjes se ketij vesi ne shoqerine e sotme europiane si dhe masat jo vetem shendetesore por dhe shoqerore e ligjore qe duhet te marrim per te zbutur, kufizuar e pakesuar ne maksimum impaktin negativ te ketij vesi mjaft te demshem per shendetin .

Tema kryesore e dites se dyte ishte diskutimi mbi: **“Strategjine e OBSH per shendetin ne 2020”.**

Sic dihet OBSH ka marre nje nisme per pesedhjete e tre vendet europiane te titulluar **“ Shendeti ne 2020”.**

Perfaqesues te ndryshem dhane mendim te cilat gjeten nje permbledhje ne nje material te hartuar me shume kujdes dhe te paraqitur nga Dr. K. Ratziwill ne emer te CPEM.

Ne perfundim znj. L.Wapner propozoi nje draft rezolute ku pergjithesoheshin mendimet e perbashketa qe u dhane ne kete takim mjaft te rendesishem.

Dr.F.Brahimaj

31 Mars 2012, Tirane

Ne datën 31 mars 2012, ne Hotel Tirana International, Seksioni i Shkencave Mjekesore te Institutit Nderkombetar Alb-Shkenca, organizoi Konferencen nderkombetare “Ethics in Medicine”.

Kjo konference eshte e para e ketij niveli e organizuar ndonjehere ne trevat shqiptare ballkanike dhe sjell per referim per here te pare ne Shqiperi disa eksperte te nivelit te larte europian e me gjere.

U debatuan tema te rendesishme te Etikes mjekesore ne fusha te ndryshme te saj, si p.sh Etika ne perdorimin e rrezatimeve mjekesore (Prof Rethy Chhem, Drejtor i Departamentit te Shendetit njerezor prane Agjensise Nderkombetare te Energjise Atomike), Etika dhe legjislacioni mjekesor (Prof. Amnon Carmi, Drejtor i kolegjit te bioetikes prane UNESCO-s dhe Dekan i fakultetit juridik, Universiteti Haifa, Izrael), Etika dhe transplanti i organeve (Prof. Ramadan Jashari, Drejtori i Bankes Europiane te transplantave te indeve dhe organeve, Bruksel, Belgjike), Etika dhe psikiatria (Dr. Samuel Wolfman, docent ne fakultetin Juridik dhe te Mjekesise te universitetit te Haifa, Izrael), Etika dhe teknologjia mjekesore (Prof. Marco Leonardi, themelues dhe drejtues i Katedres se Neuroradiologjise ne Fakultetin e Mjekesise, Univerisiteti i Bolonjes), Raporti mjek-pacient (Dr. Mario Ravaglia, Drejtor i departamentit te Urgjences, Spitali Lugo, Ravenna, Itali), Betimi i Hipokratit ne mijeveçarin e trete (Prof. Pavel Kalvach, Katedra e Neurologjise, Universiteti i Prages, Republika Ceke), Kendveshtrimi etik ne vepren humanitare te Nene Terezes (Dr. Gezim Alpion, Docent i Sociologjise, Universitetit Birmingham, Angli).

Moren pjese ne diskutim gjithashtu edhe perfagesues te mjekesise akademike shqiptare, si Prof. Mentor Petrela i cili referoi mbi bazat kulturore dhe historike shqiptare dhe etika mjekesore ne Shqiperi dhe Prof. Isuf Kalo i cili, ne bashkepunim me Prof. Mentor Theresken dhe Prof. Sulejman Kodren, referoi mbi konceptin e etikes mjekesore globale.

Aktiviteti u dallua per nje pjesemarrje shume te larte: moren pjese mbi 350 mjeke te te gjitha specialiteteve, stomatologe, farmacist, menaxhere te sherbimeve shendetesore, infermiere, laborante dhe te tjere profesioniste te fushes se shendetesise nga Shqiperia, Kosova dhe Maqedonia. Ndoqen konferencen gjithashtu edhe shume studente te Fakultetit te Mjekesise dhe Farmacise se Universitetit te Tiranës, Prishtinës dhe Tetovës.

Aktiviteti u akreditu nga Qendra Kombetare e Edukimit ne Vazhdim prane Ministrise se shendetesise dhe ju akordituan 8 kredite.

Aktiviteti u organizua nga Instituti Alb-Shkenca, me mbeshtetjen e Ministrise se Shendetesise se Shqiperise, Ambasadës Italiane dhe Institutit te Kultures Italiane ne Shqiperi, si dhe ate te Ndermarrjes Spitalore te Bolonjes (nje nga agjensite spitalore me te madhe ne Itali).

Pershendeten aktivitetin Ministri i Shendetesise, Z. Petrit Vasili, Ministri i Shendetesise i Republikes se Kosoves Z. Ferid Agani, Drejtoresha e Institutit te Kultures Italiane ne Tirane Znj. Fulvia Veneziani dhe Dekani i Fakultetit te Mjekesise te Universitetit te Tiranës Prof. Bajram Hysa.

Kjo konference nderkombetare eshte i pari nga aktivitetet qe Instituti Nderkombetar Alb-Shkenca organizon ne kuadrin e 100-vjetorit te Pavarsise se Shqiperise, aktivitet i cili do te pasohet ne vjeshte nga te tjera veprimtari shkencore te te njejtut Institut.

Dr. Fatos Olldashi,

Drejtues i seksionit te Shkencave Mjekesore te Institutit Alb-Shkenca, dega Shqiperi.

Dr. Altin Stafa,

Drejtues i Seksionit te Shkencave Mjekesore te Institutit Alb-Shkenca

VEPRIMTARI MBAREKOMBETARE

KONFERENCA KOMBETARE E URDHHRIT TE FARMACISTEVE TE SHQIPERISE

Sherbimi Farmaceutik - Eksperienca dhe Sfida.

7 Janar 2012, Tirane

Urdheri i Farmacisteve te Shqiperise organizoi me daten 7 janar 2012 ne sallin e Teatrit te Operas dhe Baletit te Tiranës konferencen me titull “ *Sherbimi farmaceutik- eksperienca dhe sfida*”. Ne takim morren pjese specialiste dhe pergjegjes te sherbimeve farmaceutike nga mbare vendi dhe te ftuar nga Republika e Kosoves dhe Maqedonia, nga Kuvendi i Shqiperise, Ministria e Shendetesise, sindikatat e shoqatat e profesionisteve si dhe nga Keshilli Kombetar i Urdherit te Mjekeve te Shqiperise.

Konferencen e hapi Presidenti i Urdhrit te farmacisteve, Z.Arjan Jaupllari dhe me pas ate e pershendeten nga Ministria e Shendetesise, Zoti Pellumb Pipero, Drejtor i Politikave shendetesore, Zoti Et’hem Ruka, kryetar i Komisionit te Shendetesise ne Kuvendin e Shqiperise, ndersa Zoti Faik Toska u transmetoi pjesmarresve pershendetjen e Zotit Din Abazaj, President i Urdhrit te Mjekeve te Shqiperise.

Ne pershendetjen e Urdherit te Mjekeve, nder te tjera u theksua se ne partneritet me Urdhrin e Farmacisteve, si organizma nderkombetarisht te pranuar e te njohura te vetqeverisjes profesionale, duhet te behemi garant te ushtrimit te profesioneve tona mbi parimet dhe standardet e larta profesionale. Gjithashtu ne bashkepunim me njeri tjetrin te luftohet per nje mbeshtetje reciproke ne raste perpjekjesh per te kufizuar pavaresine e Urdhrave ose per ti transferuar Agjensive dhe institucioneve te tjera funksionet tona vetrregulluese.

Konferenca vijoi punimet ne frymen e nje takimi ku spikaten rezultatet e mira te arritura çka shenon nje hap perpara ne rrugen e konsolidimit te sistemit farmaceutik. Por organizatoret e saj u fokusuan kryesisht mbi shqetesimet ne drejtim te funksionimit te sistemit farmaceutik ne rrjetin e hapur dhe ne sistemin spitalor, me qellim dhe te zbatimit te nje numri te konsiderueshem ligjesh e rregullash qe disiplinojne ecurine e saj. Ketij qellimi i sherbeu prezantimi kryesor i

referuar nga Presidenti i Urdhrit te Farmacisteve, Zoti Arjan Jaupllari me titullin intrigues “ *Sistemi qe shenon me shume hapa mbrapa*”.

Ne vijim te prezantimeve , referuesi Besnik Juca me temen ‘Realiteti i farmacive spitalore dhe ndikimi i saj ne sherbimin spitalor publik”, vuri ne dukje shqetesimet ne lidhje me caktimin e specialisteve te ketij profili, ku per fat te keq ne shumicen e rasteve jane emruar punonjes te profileve te tjera, jo ne perputhje me vendin e punes. Kjo mangesi ka ndikuar ndjeshem mbi cilesine e punes ne sherbimin farmaceutik spitalor.

Mbi funksionimin e sistemit farmaceutik ne Kosove diskutoi Zoti Zehadin Gashi, i cili u fokusua mbi nivelin farmaceutik te Kosoves, per problemet ne drejtim te qarkullimit te barnave ne te zeze dhe shqetesimet ne drejtim te ruajtjes se tyre, te etikes profesionale, etj. Me interes ishte propozimi i tij per emrimin ne spitale te farmacisteve te zote, qe te zoterojne gjithashtu nje specializim ne fushen e farmakologjise klinike.

Ne konference u prezantuan pikpamjet e Urdhrit te Farmacisteve lidhur me programin soft te ISKSH-se on-line, referuar nga Admir Malaj, tema mbi pozicionin e farmacisteve te sotem ne sistemin shendetesor, nga Suela Kelliçi, mbi legjislacionin farmaceutik Shqiptar dhe perqasjet me legjislacionin e BE, nga Vigan Saliasi, etj.

Nje vemendje te vecante konferenca i kushtoi problemeve te lidhura me raportin ndermjet sherbimit farmaceutik dhe atij mjeksor, mbi bashkepunimin mjek – farmacist si dhe mbi rolin e pushtetit lokal ne sherbimin farmaceutik, mbi kujdesin farmaceutik, per dokumentacionet e nevojshme per ushrimin e profesionit, etj.

Gjate punimeve te konferences Kombetare te Urdhrit te Farmacisteve pati mjaft diskutime nga pjesmarresit, te cilet bene verejtje mbi organizimin aktual te ketij sherbimi ne te gjitha nivelet dhe propozuan masat e nevojshme per ngritjen e nivelit organizativ e cilesor te tij ne perputhje me kerkesat qe paraqet niveli i sotem i zhvillimit mjeksor, ekonomik, social dhe demografik te vendit.

Shpresojme qe mbi gjithshka te diskutuar ne konference dhe vrejttjet e bera per te permiresuar punen, organet ekzekutive dhe regullatore te ketij sherbimi te nxjerrin mesimet e nevojshme dhe te parashtrojne detyra te cilat ti vene ata sa me pare ne jete.

Dr. Faik TOSKA

Pershendetje Konferences Kombetare te Urdhrit te Farmacisteve te Shqiperise

Dr. Din Abazaj

Presidenti i Urdhrit te Mjekeve te Shqiperise

I nderuar President i Urdhrit te Farmacisteve te Shqiperise,

I dashur Z. Jaupllari,

Te dashur dhe te nderuar kolege farmaciste,

Ne pamundes per te marre pjese ne konferencen tuaj, eshte kenaqesia ime t’ju transmetoj perzemersisht pershendetjet dhe urimet e mia per nje vit te mbare dhe te suksesshem ne punen tuaj dhe Konferences punime te mbara dhe te frytshme ne funksion te rritjes se panderprere te profesionalizmit tuaj dhe te rolit te Urdhrit te Farmacisteve si nje partner efektiv dhe organizem i fuqishem i vetqeverisjes profesionale.

Urdhrat e Profesionisteve jane tashme, nderkombetarisht te pranuar dhe te njohura si organizma te vetqeverisjes profesionale me detyra dhe pergjegjesi, jo vetem ndaj anetareve te tyre per rregullimin dhe kontrollin e standardeve te ushtrimit te profesioneve mjekesore, por kryesisht me pergjegjesine per mbrojtjen e te semureve dhe publikut nga kequshtrimi i ketyre profesioneve.

Ne, Urdhrat e Profesionisteve, si organizma te vetqeverisjes profesionale, kemi pergjegjesine qe, duke vepruar gjithnje brenda kornizes se legjislacionit kombetar, por edhe atij evropian ne fushat tona perkatese, te sigurojme dhe te behemi garant te ushtrimit te profesionit mbi parime etike dhe me standarde te larta profesionale. Ne e shohim veten si nje roje vigjilente te vlerave dhe traditave tona te perbashketa lidhur me kujdesin, etiken dhe shkencen.

Te mbeshtetur edhe nga deklaratat e organizatave dhe forumeve nderkombetare, ne Urdhrat e Profesionisteve te Shqiperise ju drejtohem profesionisteve, ligjvenesve, administratoreve te kujdesit shendetesor te vendit tone per te punuar se bashku dhe per te mbeshtetur, promovuar dhe shtrire rolin e vetqeverisjes profesionale ne kerkim te nje cilesie te larte te kujdesit shendetesor.

Ne duhet te bashkepunojme ngushte me njeri tjetrin, te biem dakord per nje mbeshtetje reciproke ne rast perpjekjesh per te kufizuar pavaresine e Urdhrave ose per te transferuar funksionet tona vetrregulluese insitucioneve dhe agjensive te tjera shteterore.

Ne kete kuptim, ne nje nga deklaratat e saj, Shoqata Boterore e Shendetesise riafirmon rendesine e autonomise dhe pavaresise profesionale, jo vetem si nje komponent thelbësor i kujdesit shendetesor me cilesi te larte, por edhe si nje princip themelor i profesionit mjekesor.

Ne Urdhrat e Profesionisteve te Shendetesise ne marreveshje dhe bashkepunim me partneret e tjere te sistemit, le te bejme me te mire per te aftesuar anetaret tane tani e ne te ardhmen, per te ofruar kujdesin me te mire shendetesor ne fushat dhe profilet tona.

Edhe nje here i uroj punime te mbara e te suksesshme Konferences Tuaj.

KONFERENCA E 6-te NACIONALE E IMPLANTOPROTEZES

24 Mars 2012

Ne nje nga mjediset e Universitetit Zoja e Keshillit te mire me daten 24 mars 2012 Asociacioni Nacional i Dentisteve Shqiptare nen kujdesin e Qenders Kombetare te Edukimit te Vazhdueshem, te Departamentit te Stomatologjise dhe te U.M.Sh-s organizoi Konferencen e 6-t Nacionale te Implantoprotezs. Merrnin pjese perfaqses nga Ministria e Shendetesise, nga Departamenti i Stomatologjise te Universitetit Publik et Tiranes, drejtues te Universitetit Tor-Vergata te Roms, te Universitetit Zoja e Keshillit te Mire ne Tirane, nga Shoqata “Hypokrati”, Urdhri i Mjekve te Shqiperise dhe Italise, si dhe mjeke stomatologe dhe studente te Universiteteve tona.

Konferencen e hapi Presidenti i ANDSh-it Zoti Armando Minciarelli, i cili falenderoi te ftuarit per pjesmarrjen e tyre. Ministri Shendetesise Zoti Petrit Vasili ne pershendetjen e tij theksoi rendesine e konferencs per implantoprotezen per rritjen e cilesis te trajtimit te patologjive te dhmbeve, per te ecur krah vendeve te tjera te zhvilluara.

Para fillimit te punes se konferences, Prof, Dr. Foto Totit, njerit nga mjeket e respektuar qe ka kontribuar si nismtar ne drejtim te implantoprotezes ne Shqipri ju dorzua Urdhri “HYPOCRATES ORDINE i ARTE”.

Ne konferenc u referuan tema interesante dhe me interes per stomatologet tane si ajo me titull “Alternativa per aplikimin e imlanteve kur nervi alveolar inferior limiton”, referuar nga Dr. Almiro Gurakuqi, tema me titull “implantet post-estraktive Full-arc me ngarkes imediate ne nofullen e sipërme” nga Prof. Leandro Calabrese, tema “dentistria sot jo vetm implantologji” nga Prof. Gino De Benedictis, etj.

Konferenca e 6-t e implantologjise ishte vijim i konferencave te tjera dhe zbatim i suksesshm i projekteve dhe ambicjeve te stomatologjis shqiptare per te vene ne jete teknologjite e reja dhe metodologjite bashkekohore mbi implantologjine.

F.Toska

KONFERENCA E SHOQATES SHQIPTARE PEDODONTI PROFILAKSI

4 prill 2012

Ne daten 4 prill 2012 ne Hotel Tirana International u zhvillua konferenca 1 ditore me temen: “***Te reja ne Dentistri***”. Kjo konference u organizua nga Shoqata Shqiptare Pedodonti Profilaksi. SHSHPP qe prej vitit 2008 operon ne fushen e promovimit te shendetit oral. Ky aktivitet u organizua ne kuadrin e procesit te edukimit ne vazhdim te mjekeve stomatologe dhe u mbeshet nga Qendra Kombetare e Edukimit ne Vazhdim duke e akredituar me 5 kredite. Ne aktivitet moren pjese shume mjeke stomatologe te Sherbimit Publik dhe Privat dhe u ngriten mjaft probleme ne fushen e shendetit dhe kujdesit oral, te cilat u pasqyruan edhe ne media. Ne konference referuan punimet e tyre shkencore mjeke nga vendi dhe lektor te huaj. Ne perfundim te konferences rezultoi se kujdesi oral per femijet dhe moshat e reja si dhe informimi i prinderve ne kete drejtim eshte shume i mangët, nderkohe qe perhapja e semundshmerise karioze si dhe pasojat qe vijne prej saj per kete grup te popullates jane ne shifra alarmante. Kjo shoqate ka kryer dhe do te kryeje dhe shume aktivitete te tjera per te ndergjegjesuar opinionin publik mbi nevojat e menjehershme per informimin dhe permiresim e shendetit dhe kujdesit oral.

Disa nga temat e referuara:

- Dhimbjet dentare dhe Oro-faciale. Diagnoza diferenciale diferenciale.
(Lex: L. Xhemnica, E. Droboniku, D. Hysi, R. Roco)
- Efikasiteti i aplikimit te silanteve ne parandalimin e ECC. (E Petro, E Hoxha, E. Ciko)
- Anomalite e dhembëve dhe te nofullave te shkaktuara nga vese, trajtimi i tyre. (E. Baruti)
- Dhembet e cngjyrosur tek te rinjte. (D. Kume, E Hoxha, E Petro)
- Materiale alternative ne dentistrine restorative. (Lex: Albert Waning)
- Kujdesi per higjienen pas nderhyrjes ne pacientet e implantuar.
(G. DEMIRAJ, E. NOCKA, R. Budina)
- Dentistria estetike tek te rinjte. (Lex: D. Brovina)
- Glassionomer cementet ne moshen pediatrike. (XH. GAVAZI)
- Menaxhimi i patologjive orale ne femije. (M. Kelmendi, SH Kelmendi)
- Metoda estetike te trajtimit te femijeve dhe adoleshenteve. (E. Hoxha, E. Petro, A. Bello)

PARAQITJE PERGJITHESUESE

PRANIA E ENTEROBAKTERIEVE (SALMONELLA SPP. DHE E. COLI) NE SHPENDE DHE NDJESHMERIA E TYRE NDAJ ANTIBIOTIKEVE

Jonida Boci¹, Prof. Pranvera Çabeli², Prof. Jasemin Bejleri², Dr. Tana Shtylla²

- 1- Instituti Sigurise Ushqimore dhe Veterinare
- 2- Fakulteti Mjeksisë Veterinare

Permbledhje

Ndryshimi i ndjeshmerise se shtameve ndaj antibiotikeve ka sjelle kohet e fundit probleme ne luftimin e semundjeve te shkaktuara nga enterobakteriacet, sidomos ndaj kolibaciliozave. Qellimi i ketij studimi fokusohet ne vleresimin e pranise se enterobakterieve (Salmonella spp. dhe E. Coli) ne shpende si dhe ndjeshmeria e tyre ndaj antibiotikeve. Te dhenat e ketij studimi treguan kurba jo te qendrueshme te ndjeshmerise se antibiotikeve me veprim te shpejte qe i perkasin grupeve te quinoloneve, te cilet kane pesuar renie te ndjeshmerise ndaj izolateve. Gjithashtu, nje pjese e shtameve qe ju nenshtruan testit biokimik, rezultuan te pa identifikuar. Ky fakt tregon qe kemi te bejme me shtame te reja qe kane pesuar mutacione nga veprimi i antibiotikeve, gje e cila çon ne uljen e ndjeshmerise se tyre. Perdorimi i antibiotikeve duhet te behet ne baze te standarteve dhe udhëzuesve te caktuar nga Bashkimi Evropian dhe ato ne nivel kombetar. Perdorimi i tyre ne kafshe duhet te specifikohet sipas llojit te specieve, efektshmerise se tij dhe mbi te gjitha ne rastet e luftimit te infeksioneve duhet bere bazuar ne proven e antibiogrames.

Hyrje

Qe nga koha e zbulimit te antibiotikut te pare e ne vazhdim nje numer i madh antibiokesh me veti te ndryshme antibakteriale dhe farmako-kinetike, kane bere te mundur ndryshimin rrenjesor ne prognozen e semundjeve infektive tek humanet dhe kafshet, si ne parandalimin ashtu dhe trajtimin e tyre. Fale ketij zhvillimi infeksionet nuk jane me “kercenuesit” e zakonshem te jetes dhe suktesi ne trajtimin e tyre perben nje nga arritjet me te medha ne mjeksine terapeutike (1).

Edhe pse progres shume i madh eshte bere ne parandalimin dhe trajtimin e shume semundjeve bakteriale, çrrenjosja apo eliminimi i tyre duket se eshte akoma shume larg, pasi infeksionet ne vetvete gjejne forma dhe mjete te ndryshme per te vazhduar agresionin e tyre. Nga ana tjeter mikroorganizmat jane bere shume me rezistente ndaj antibiotikeve, ndersa infeksionet shkaktohen jo vetem nga bakteriet patogjene por dhe nga ato saprofite (2; 3). Ketu kane ndikuar dhe nje numer te tjere faktoresh, si psh perdorimi pa kriter i antibiotikeve, rritja e frekuences se semundjeve imunodeficitare etj.

Ne praktiken e perdorimit te antibiotikeve, si ne fushen humane ashtu dhe ne ate veterinare, pas nje fare kohe perdorimi fillon shfaqja e shtameve rezistente ndaj antibiotikeve (4). Fenomeni i rezistences bakteriale kerkon nje kujdes te veçante nga specialistet e fushave perkatese, jo vetem

ne njohjen e plote te mekanizmave te veprimit te antibiotikeve e cila ndihmon ne ndertimin e skemes se mjekimit dhe llojit te antibiotikut qe do te perdoret, por dhe per faktin se rezistenca mund te jete ekstra-kromozomike, [d.m.th.](#), e transferuar nepermjet mikrobeve rezistente nga kafsha tek njeriu (5).

Qellimi i ketij studimi fokusohet ne vleresimin e pranise se enterobakterieve (*Salmonella* spp. dhe *E. Coli*) ne shpende si dhe ndjeshmeria e tyre ndaj antibiotikeve. Permes gjetjeve te ketij studimi tentohet te jepet nje pasqyre mbi rezistencen e antibiotikeve ne perdorimin veterinar, por ne te njejten kohe keto rezultate mund te jene te vlefshme dhe per mjeksine humane per te patur nje panorame me te plote mbi rezistencen e antibiotikeve dhe rrezikun e transferimit te saj nga kafshet tek njeri.

I. Qellimi i studimit

Qellimi kryesor i ketij studimi eshte identifikimi dhe izolimi i *E. coli*, *Salmonella* spp. dhe *Enterobakter* spp. ne shpende (komplekse industriale dhe shpendet e oborrit) dhe perqindja qe zene ato ndaj infeksioneve te tjera.

Permes ketij procesi u vleresua:

- Ndjeshmeria e *E. Coli*, *Salmonella* spp. dhe *Enterobakter* spp. te izoluara ndaj antibiotikeve.
- Percaktimi i antibiotikeve me te efektshem ne luften kunder infeksioneve te shkaktuara nga *E. Coli*, *Salmonella* spp. dhe *Enterobakter* spp.
- Shkaqet e rezistences se antibiotikeve ndaj ketyre dy infeksioneve.

II. Materiali dhe metoda

Gjate periudhes 5-vjecare te studimit (2006 - 2010) u kontrolluan per izolimin e gjinive te familjes enterobakteriace 2.310 krere shpende, ku u perfshine shpende per prodhim vezesh, shpende per prodhim mishi, gjela deti dhe zogj gjela deti.

Po brenda te njejtes periudhe, per te provuar ndjeshmerine e gjinive te familjes enterobakteriace, ju nenshtruan proves se antibiogrames 374 izolate, ku u perdoren sipas disponibilitetit dhe nevojave praktike per mjekim antibiotiket e meposhtem me proven e antibiogrames: *Chloramphenikol*, *Norfloxacin*, *Enrofloxacin*, *Doxycycline*, *Tetracycline*, *Oxytetracycline*, *ColistinSulfa*, *Amoxycillin*, *Neomycin*, *Flumequin*, *Trimethoprim Sulfat*, *Linko- Spektin* dhe *Furazolidon*.

Metodika e kryerjes se antibiogramave ka qene e zakonshme. Ne terren ushqyes te ngurte te shtruar ne pllake Petri, inokulohet ne menyre sterile 1 ml kulture mikrobike e kultivuar per 4-5 ore ne inkubator me temperature 37°C. Pasi laget mire terreni ushqyes nga kultura mikrobike, mbi te vendosen disqet e antibiotikeve dhe pastaj behet inkubimi ne temperature 37 °C per 24 ore.

Ne rastet kur kultura mikrobike eshte e ndjeshme ndaj antibiotikut ne zonen rreth diskut te antibiotikut krijohet nje zone frenimi e paster (nuk kemi rritje te mikrobit). Diametri i zones se pastruar tregon nivelin e ndjeshmerise se mikrobit dhe kjo percaktohet nga firma qe ka prodhuar disqet e antibiotikeve.

Sipas ketij diametri ndjeshmeria klasifikohet:

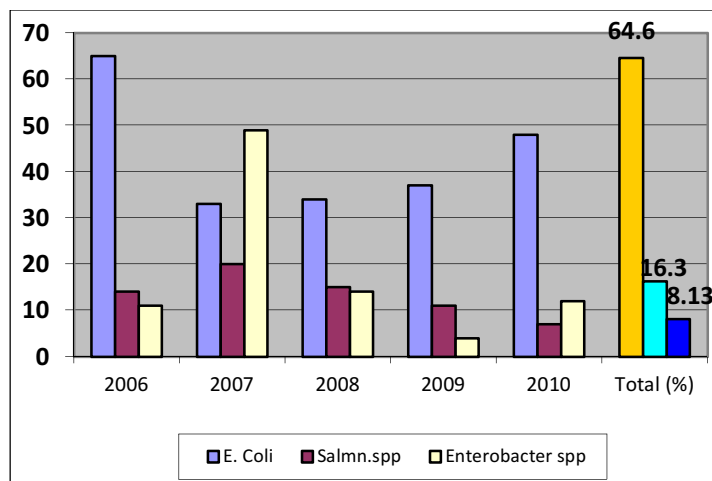
- | | |
|--|------|
| - Ndjeshmeri e plote, e shprehur me 4 kryqe | ++++ |
| - Ndjeshmeri mesatare, e shprehur me 3 kryqe | +++ |
| - Ndjeshmeri e dobet e shprehur me 2 kryqe | ++ |

- E pandjeshme, e shprehur me shenjen -

III. REZULTATET

Grafiku 1 permbledh numrin e izolateve te veçuara per çdo vit sipas gjinive perkatese (E. Coli, Salmonella spp. dhe Enterobakter spp.).

Te dhenat e tabelës se mesiperme tregojne se per te pese vitet e marra se bashku, nga tre gjinitë kryesore te izoluara, vendin e pare e ze gjinia *E. Coli* (64.6%), e ndjekur nga *Salmonella spp.* (16.3%) dhe ne vend te trete renditet *Enterobakter spp.* (8.13%).

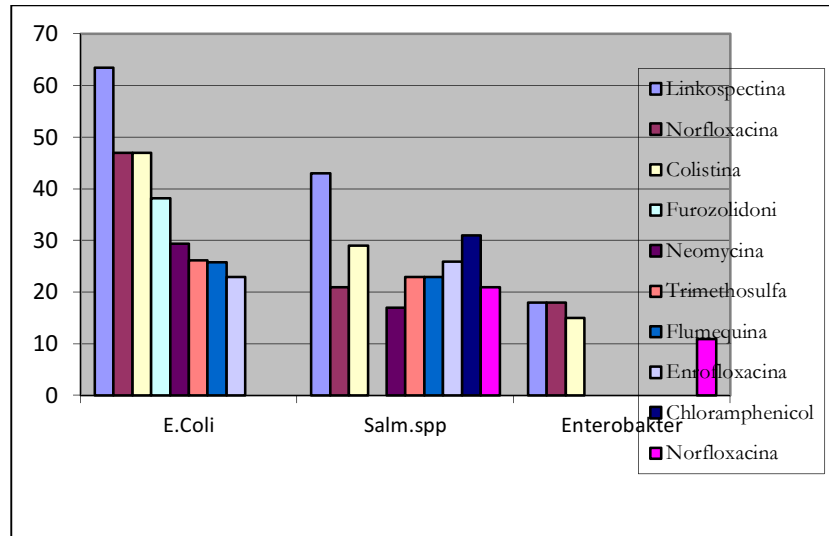


Grafiku 1: Numri i shtameve ne prove i ndare sipas viteve

3.1: Ndjeshmeria e *E. coli*, *Salmonella spp.* dhe *Enterobakter spp.* ndaj antibiotikeve.

Te 374 izolatet e marra gjate periudhes se studimit ju nenshtruan proves se antibiogrames per te vleresuar ndjeshmerine e tyre ndaj antibiotikeve.

Rezultatet ne Grafikun 2 tregojne ndjeshmerine ndaj antibiotikeve te tre gjinive kryesore te marra ne studim. Per antibiotiket me perqindje ndjeshmerie nen 20% (*E.coli*) apo ato nen 10% (*Salmonella spp.* dhe *Enterobakter spp.*) nuk jane marr ne konsiderate ne kete studim.



Grafiku 2: Ndjeshmeria e *E. coli*, *Salmonella spp.* dhe *Enterobakter spp.* ndaj antibiotikeve

Siç vihet re, izolatet që u perkasin të tre gjinive kanë qenë më të ndjeshëm kryesisht ndaj Linko-Spectines, Colistines, Norfloxacines dhe Furazolidonit. Por në përgjithësi, edhe ndaj këtyre antibiotikeve përqindja e ndjeshmerisë nuk është e lartë.

3.2: Ndjeshmeria e izolateve të fituara sipas llojit, moshës dhe shfrytëzimit ekonomik

Nga të dhënat statistikore të mbledhura në këtë studim nuk ka ndryshime midis ndjeshmerisë së izolateve (*E. Coli*, *Salmonella spp.* dhe *Enterobakterie spp.*) të vecuara nga zogjtë e pulat për prodhim për vezë dhe zogjtë e pulat me drejtim për prodhim mishi.

3.3: Ndjeshmeria e izolateve të fituara nga familja enterobakteriace në shpendet e oborrit ndaj antibiotikeve.

Ndjeshmeria ndaj antibiotikeve të izolateve të tre gjinive pasqyrohet në Tabelën 1:

<i>E. coli</i>		<i>Salmonella spp.</i>		<i>Enterobakter spp.</i>	
Antibiotiket	%	Antibiotiket	%	Antibiotiket	%
Linko-Spectin	79	Colistin	62	Colistin	43
Norfloxacin	35	Enrofloxacin	50	Enrofloxacin	28

ColistinSulfat	32	Linko-Spectin	44	Linko-Spectin	21
Enrofloxacin	25	Trimethosulfat	44	Doxycycline	21
Flumequin	25	Norfloxacin	31		
Chloramphenicol	24	Doxycycline	25		

Tabela 1: Ndjeshmeria e antibiotikeve ndaj izolateve te marra nga shpendet e familjareve per periudhen 2006 – 2010

Rezultatet e mesiperme tregojne se per E.coli antibiotiku me i ndjeshem eshte Linko-Spectina (79%). Ndersa ndjeshmeria e antibiotikeve te tjere ne kete grup peson nje renie te ndjeshme, qe varion nga 35% per Norfloxacinin e deri ne 24% per Chloramphenicolin. Persa i perket Salmonella spp., antibiotiku me i ndjeshem rezulton te jete Colistina (62%) e ndjekur nga Enrofloxacina (50%), e me pas me Linko-Spectinen (44%) e deri tek Doxycyclina (25%). Edhe ne grupin tjeter (Enterobakter spp.), Colistina ze vendin e pare (43%) mes antibiotikeve te tjere, e ndjekur nga Enrofloxacina, Linko-Spectina e Doxycyclina.

Nga te dhenat e fituara gjate periudhes 5 vjeçare te studimit per ndjeshmerine e gjinise enterobakteriace ndaj antibiotikeve, ne rreth 97% te rezultateve i perkasin komplekseve industriale. Pjesa tjeter i perket rezultateve te marra nga shpendet e oborrit.

3.4: Krahاسimi i ndjeshmerise se antibiotikeve ndaj izolateve te marra nga komplekset industriale dhe shpendeve te oborrit paraqitet ne tabelen 4:

Antibiotiket	Komplekse Industriale			Shpende te oborrit		
	E. Coli	Salmonela spp.	Enterobakter spp.	E. Coli	Salmonela spp.	Enterobakter spp.
Linko-spektin	63	41	5	79	44	21
Colystin	47	29	15	32	62	43
Norfloxacin	63	21	11	35	31	7
Enrofloxacin	23	26	3	26	50	28
Flumequine	26	23	4	26	6	0
Neomycine	29	17	15	15	6	0
Trimethosulfa	26	23	3	11	44	0
Furazolidon	38	0	0	20	6	14
Chloramphenicol	13	31	5	23	0	7
Amoxycyline	16	0	0	9	0	14

Tabela 4: Ndjeshmeria e antibiotikeve ndaj izolateve te marra nga komplekset industriale dhe shpendeve

Siç mund te vihet re dhe nga te dhenat e pasqyruar ne Tabelen 4, antibiotiket me te ndjeshem ndaj izolateve te E. Coli qe i perkasin komplekseve industriale jane: *Norfloxacina* (nr: 63), *Colistina* (nr: 47), *Neomycina* (nr: 29), *Trimethosulfa* (26) dhe *Furazolidoni* (38).

Ndersa ne shpendet e oborrit, antibiotiket me te ndjeshem jane: *Linko-Spectina* (nr: 79), *Enrofloxacina* (nr: 26) dhe *Chloramphenicoli* (nr: 23).

Antibiotiket me te ndjeshem ndaj izolateve te *Salmonela spp.* qe i perkasin komplekseve industriale jane: *Flumequina* (nr: 26) dhe *Neomycina* (nr: 29). Ndersa ne shpendet e oborrit, antibiotiket me te ndjeshem ndaj izolateve jane: *Coistina* (nr: 62), *Enrofloxacina* (nr: 50), *LlinkoSpektina* (nr. 44) dhe *Trimethosulfa* (nr. 44) dhe *Norfloxacina* (nr: 31).

Antibiotiku me te ndjeshem ndaj izolateve te *Enterobakter spp.* qe i perkasin komplekseve industriale ne krahasim me shpendet e oborrit eshte *Norfloxacina* me 11 izolate. Ndersa ndjeshmeria e antibiotikeve, si: *Enrofloxacina* (nr: 28) dhe *Linko-Spectina* (nr: 21) eshte me e madhe ne izolatet e fituara ne shpendet e oborrit ne krahasim me komplekset industriale.

IV. KONKLUZIONE

Perdorimi me maturi dhe korrektesi i antibiotikeve gjithmone ka qene nje teme e debatueshme dhe percaktimi i udhezuesve te perdorimit te antibiotikeve si ne nivel kombetar dhe nderkombetar ka qene i veshtire dhe pse jo i pamundur deri me sot. Ketu kane ndikuar shume faktor, te tille si prevalenca apo tendenca e semundshmerise, te cilat ndryshojne nga nje vend ne tjetrin; cilesia dhe kostoja e antibiotikeve, abuzimi i tregtuesve si dhe mos kuptimi sa me i plote i mekanizmit rezistences se antibiotikeve dhe impakti i saj ne shendetin e njerezve dhe te kafsheve.

Ky studimi u fokusua ne vleresimin e ndjeshmerise se antibiotikeve me veprim te shpejte ndaj infeksioneve te shkaktuara nga izolatet e gjinive te familjes enterobakteriace. Nga te dhenat e perfituara gjate pese viteve, u verejt se antibiotiket me veprim te shpejte qe i perkasin grupit te quinoloneve, si psh: *Enrofloxacina*, *Norfloxacina* etj, kane nje renie te ndjeshmerise ndaj izolateve. Gjithashtu, u verejten kurba jo te qendrueshme te ndjeshmerise se antibiotikeve me veprim te shpejte qe i perkasin grupeve te quinoloneve, te cilet kane pesuar renie te ndjeshmerise ndaj izolateve, si psh: *Chloramphenicoli*, *Norfloxacina* apo *Enrofloxacina* – te cilet gjate periudhes 5- vjeçare te studimit kane pesuar renie te ndjeshme te ndjeshmerise se tyre.

Ndersa per antibiotiket me veprim te ngadalte (qe perthithen nga zorret e holla), si psh: *Colistina*, *Neomycina* vihet re nje rritje e ndjeshmerise se tyre nder vite. Luhatjet e ndjeshmerise se antibiotikeve ndikojne ne parandalimin e infeksioneve, por nuk bejne te mundur luftimin e plote te tyre.

Te dhenat e mbledhura sipas viteve tregojne se perqindjet e ndjeshmerise se shtameve ne prove ndaj antibiotikeve kane patur lekundje, pra nuk ka patur ndonje kurbe te rregullt me ulje dhe ngritje.

Ky fenomen mund te rezultoj nga fakti se:

- Shtamet ne vetvete mund te kene ndjeshmeri te ndryshme gjenetike, te lindur apo te fituar;
- Vet shtamet pesojne mutacione nga veprimi i shpeshte i antibiotikeve;
- Ne vendin tone hyjne vazhdimisht shpende te cilet mbartin me vete shtame me ndjeshmeri te ndryshme ndaj antibiotikeve;
- Perdorimi ne komplekset tona me kriter apo pa kriter i antibiotikeve, ne doza profilaktike dhe kurative, te cilat ne kontakt te vazhdueshem me enterobakteriacet ndryshojne ndjeshmerine ndaj tyre.

Nje element tjetër i rendesishem qe u verejt gjate ketij studimi ishte fakti qe nje pjese e shtameve qe ju nenshtruan testit biokimik, rezultuan te pa identifikuar. Ky fakt tregon qe kemi te bejme me shtame te reja qe kane pesuar mutacione nga veprimi i antibiotikeve, gje e cila con ne uljen e ndjeshmerise se tyre.

Ndryshimi i ndjeshmerise se shtameve ndaj antibiotikeve ka sjelle kohet e fundit probleme ne luftimin e semundjeve te shkaktuara nga enterobakteriacet, sidomos ndaj kolibaciliozave.

Perdorimi pa kriter i antibiotikeve pa ju nenshtruar me pare proves se antibiogrames shpjegon ne virulentimin e mikrobeve jo patogjen te cilet jane rezistent ndaj pjeses me te madhe te antibiotikeve dhe pengon luftimin e infeksionit. Nga ana tjetër, perdorimi i antibiotikeve te kombinuara (si psh : Kepracyl) per parandalimin e infeksioneve te mundshme, çon ne uljen e efikasitetit te forces vepruese te tyre ne rastet kur kemi te bejme me shfaqjen e infeksionit.

Per te qene ne gjendje te vleresojme riskun e perdorimit te antibiotikeve me kriter ne shendetin e kafsheve, nevojitet me shume informacion mbi sasine dhe llojin e antibiotikut qe do te perdoret. Te dhenat, mbi sasine e antibiotikeve te perdorur per te nxitur rritjen e peshes ne kafshe, parandalimin dhe luftimin e infeksioneve, duhet te behet ne baze te standarteve dhe udhezuesve te caktuara nga BE-ja dhe ato ne nivel kombetar. Gjithashtu, perdorimi i antibiotikeve ne kafshe duhet te specifikohet sipas llojit te specieve, efektshmerise se tij dhe mbi te gjitha ne rastet e luftimit te infeksioneve duhet bere bazuar ne proven e antibiogrames.

Ne fakt me shume te dhena dhe studime te mirefillta duhen per te kuptuar plotesisht rrezikun qe vjen nga perdorimi i antibiotikeve ne menyre qe te hartoheshin dhe zbatoheshin strategji efikase per menaxhimin dhe mireperdorimin e tyre.

V. REKOMANDIME

Nga rezultatet dhe gjetjet e fituara nga ky studim, por bazuar dhe ne praktiken boterore veterinare, me poshte po paraqisim disa rekomandime qe duhet te merren parasysh ne praktiken veterinare:

- ✓ Zgjedhja e antibiotikeve duhet te behet mbështetur vetem mbi kriteret shkencore te perzgjedhjes se tyre ne laboratoret perkates. Ky proces jo vetem ndihmon ne rritjen e efektit terapeutik, por ne te njejten kohe minimizon antibiotiko-rezistencen.
- ✓ Kur perzgjidhet nje antibiotik duhet patur parasysh; doza, rruga e administrimit, kohezgjatja e veprimit te tij ne organizem, efektet farmakokinetike (ku rendesi ka gjysmejeta biologjike), sensibiliteti i kafshes dhe mbetjet e antibiotikut ne produkt etj.
- ✓ Perdorimi i antibiotikeve duhet te behet sipas nje zgjedhje te percakuar :
 - a. **Grupi pare :** futen antibiotiket qe kane nje efekt te mire por me spekter te ngushte veprimi dhe qe paraqesin nje risk te ulet ne shfaqjen e rezistences si p.sh : Trimethoprimsulpha, Flumequin, Amoxycilin, Tetracyclin apo Sulphoquinoxalina ;
 - b. **Grupi dyte :** perfshihen antibiotiket qe kane nje efekt shume te mire dhe spekter te gjere veprimi, por paraqesin risk te larte ne krijimin e rezistences si ; Enrofloxacin, Difloxacin, Linco-Spectrina, etj ;

c. **Grupi i trete :** kombinimi i antibiotikeve te grupit te pare dhe te dyte kur nuk japin efekt. Ne kete rast rekomandohet kombinimi i antibiotikeve.

✓ Per te kufizuar rastet e mutacioneve ne ndjeshmerine e shtameve ndaj antibiotikeve, ne rastet e infeksioneve te perseritura te behet nderrimi i antibiotikut, por gjithnje sipas antibiogrames dhe te kontrollohet vazhdimisht rezistenca e bakterieve ndaj antibiotikeve. Te evitohet ose te pakesohet perdorimi i tyre ne maksimum ne racionet ushqimore per qellime auksinike.

✓ Mbajtja e te dhenave te sakta mbi perdorimin e antibiotikeve: kjo mase duhet te zbatohet jo vetem ne fermat apo komplekset industriale por dhe ne tufat familjare. Per çdo trajtim me antibiotike duhet te mbahen te dhena te sakta dhe te plota mbi perdorimin e tij per secilen kafshe/tufe. Kjo do te ndihmonte shume mjekun veterinar per trajtimin me efikasitet te infeksioneve te tjera ne te ardhmen.

✓ Per te percaktuar lidhjen ndermjet shfaqjes dhe trendit ne rezistencen dhe perdorimin e antibiotikeve eshte e rendesishme qe te dhenat mbi sasine e antibiotikeve te perdorur te jene specifikisht te kalkuluara per ato kafshe tek te cilat jane marre te dhenat mbi rezistencen.

✓ Vendosja e udhezuesve specifik per trajtimin me antibiotike te semundjeve, kjo ne varesi te llojit te kafshes dhe zones/fermes/kompleksit ku ato mbareshtohen.

Literatura e konsultuar:

- Telo, Beli, Dibra and Panariti (1998). – “Incidence of Salmonella strains in imported poultry meat and eggs into Albania”
- Sallabanda A. – Antibiotiket dhe perdorimi i tyre- 2005, pg 15 – 57.
- A. E. van den Bogaard, N. London, C. Driessen and E. E. Stobberingh (2001). Antibiotic resistance of faecal *Escherichia coli* in poultry, poultry farmers and poultry slaughterers. Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2001) **47**, 763-771
- Çabeli P. – “Familja e Enterobakteriaceve” – Bakteriologjia e Mykologjia Veterinare (2006).
- Fussel M.H – “Tratamenti antimikrobie”- Patologia Aviare” “- Edicione Italiana 1995, pg 377 – 386.
- Dominique Patton (2008). Poultry workers may spread antibiotic-resistant *E. coli*. Source: www.foodproductiondaily.com/Quality-Safety/Poultry-workers-may-spread-antibiotic-resistant-E.-coli

DERMATITI AUTOIMUN NGA PROGESTERONI PAS FERTILIZIMIT IN VITRO

Dr.Mehmet Hoxha,¹ Dr. Dorisa Meta,¹ Dr. Ornela Plaku,¹

Dr. Dukagjin Zogaj,²Dr. Bajram Abdullahu,²

1.Klinika e Alergologjise dhe Imunologjise Klinike,QSU “Nene Tereza” Tirane,

2.QKU Prishtine

TE DHENA TE PERGJITHSHME

Dermatiti Autoimun nga Progesteroni (APD) është një sëmundje e rrallë që karakterizohet nga prania e manifestimeve kutane (urtikarie, angioedema, leziona ekzematose dhe rrallë asthma ose anafilaksi), dhe ndodh gjatë fazës luteale të ciklit menstrual. APD për herë të parë u përshkrua nga Geber, si një sëmundje e rrallë autoimmune, si përgjigje ndaj progesteronit endogjen, kryesisht në gratë fertile. Rasti i parë i dokumentuar me APD u raportua në vitin 1930, ku u vërejtë se serum i premenstrual i një pacienteje shkaktonte leziona kutane. Me vone gjithashtu u konstatua se përkishte ky serum i premenstrual i pacientes mund të bente dhe desensibilizimin e saj nga progesteroni. Që nga viti 1920 dhe deri tani janë afërsisht 50 raste të dokumentuara me APD në literaturën mjeksore, por raportime të APD me shfaqje të anafilaksisë janë shumë të rralla. Kjo patologji njihet si APD nga fakti që progesteroni është i vetmi shkaktar i mundshëm i gjetur dhe vepron si faktor etiologjik. Moshë e fillimit është e ndryshme por raste me të hershme fillojnë që në menarke. Manifestimet klinike zhvillohen në mënyrë ciklike gjatë fazës luteale të ciklit menstrual ku niveli i progesteronit është i lartë. Progesteroni fillon të rritet pas ovulacionit, dmth ditën e 14 para fillimit të menseve ndërsa ditën e 7 para ardhjes së menseve arrin kulmin dhe 1-2 ditë pas ardhjes së menseve, ulet. Niveli i progesteronit para ovulacionit është $<2\text{ng/ml}$ dhe pas ovulacionit niveli i progesteronit $>5\text{ng/ml}$. Simptomat e APD zakonisht fillojnë 3-10 ditë para menstruacioneve dhe lehtësohen 1-2 ditë pas menstruacioneve.

Patogjeneza e APD është akoma e panjohur. Në qoftë se përdorim progesteron ekzogjen, fillimisht ai mund të kapet nga qelizat prezantuese të antigjenit dhe të prezantohet qelizave TH2, që nxisin sintezën e IgE; por kjo nuk shpjegon patogjenezën e APD tek disa pacientë ku fillimi i manifestimeve kutane ndodh para ekspozimit ndaj progesteronit ekzogjen. Disa autorë kanë sugjeruar që hidrokortizoni ose $17\text{-}\alpha\text{-hidroxyprogesterone}$ kanë sensibilitet të kryqëzuar me progesteronin që mund të shkaktojë sensibilizimin fillestar ndaj progesteronit, por kjo nuk është e vertetuar në të gjitha studimet.

Mekanizmi që tregon se si progesteroni endogjen luan rolin e antigjenit në organizëm është i panjohur. Hart sugjeroi se ekspozimet e mëparshme ndaj progesteronit ekzogjen mund të nxisin hipersensibilitetin ndaj progesteronit endogjen. Gjithashtu është vertetuar se pacientët mund të prodhojnë një formë të alteruar të progesteronit, që mund të nxisë përgjigje imunologjike. Pjesa më e madhe e rasteve të raportuara kanë histori ekspozimi ndaj progesteronit ekzogjen.

Në patogjenezën e APD janë vënë re dhe prania e antittrupave kundër progesteronit. Duke përdorur teknikat e imunofluoreshencës direkte dhe indirekte, si dhe testet e degranulimit të bazofileve, në disa studime është vertetuar prania e këtyre antittrupave në pacientë me APD. Megjithatë, rezultatet negative në lidhje me praninë e këtyre antittrupave ndaj progesteronit, gjithashtu kanë qenë të pranishme. Duke patur parasysh që rezultatet e testeve kutane me progesteron kanë treguar reaksione imediate (brenda 30min), si dhe reaksione të vonuara (24-48 h me vone), ashtu dhe reaksione me tipare të të dy tipeve të reaksioneve (menjehershëm dhe të vonuar), kjo mund të tregojë që në mekanizmin e veprimit në APD luajnë rol reaksioni i hipersensibilitetit të menjehershëm (të tipit I) dhe reaksioni i hipersensibilitetit të vonuar (tipi IV). Gjithashtu është raportuar që progesteroni ka efekt histamine-çlirues pas veprimit në qelizat mastocitare, pavarësisht se hipotezat që mbështesin këtë janë të pakta. Eozinofilet gjithashtu mendohet të kenë rol në patogjenezën e APD. Eozinofilia korrelohet me manifestimet kutane në disa raste, si dhe është vënë re ulja e numrit të eozinofileve pas fillimit të terapisë. Nëse rritja e eozinofileve vjen si përgjigje e citokinave të çliruara nga limfocitet, apo luajnë një rol kryesor në patogjenezën e APD mbetet akoma për tu përcaktuar.

Simptomat mund të shfaqen, përmiresohen, ose të përkeqësohen gjatë shtatzanisë dhe periudhës pas lindjes, por zakonisht APD gjatë shtatzanisë ka qenë e lidhur me aborte spontane. Shtatzania

është e lidhur me rritjen e nivelit të progesteronit tek grua, që mund të shpjegojë dhe fillimin ose përkeqësimin e simptomave. Ndërsa në lidhje me përmirësimin e simptomave në shtatzani ka disa teori. Shpjegimet përfshijnë: që rritja e ngadalte e progesteronit gjatë shtatzanise mund të veprojë si një metode desensibilizimi; ndikon ulja e përgjigjes imunitare të gruas gjatë shtatzanise; ose dhe rritja e prodhimit të glukokortikoidëve gjatë shtatzanise.

Diagnoza e APD përfshin ekzaminimin klinik të shoqëruar me injeksionin intradermal të progesteronit. Një tretje ujore e progesteronit është metode më e preferuar se sa format e progesteronit vajor, për arsye se shkakton shpesh reaksione irritante të lekures, megjithatë në shumicën e rasteve klinike të raportuara është përdorur progesteron vajor për realizimin e testit intradermal.

Kriteret diagnostike për dermatitin autoimun nga progesteroni të propozuara nga Warin janë:

1-manifestimet kutane të lidhura me ciklin menstrual;

2-përgjigje pozitive të testit intradermal me progesteron; dhe

3-përmirësimi i simptomave pas inhibimit të sekretimit të progesteronit nepermjet frenimit të ovulacionit.

Në testin e injektimit intradermal të progesteronit, mund të ndodhin reaksionet e menjëhershme ose të vonuara, prandaj përgjigja e testit duhet monitoruar deri në 24-48 h pas injektimit të alergjenit. Disa autorë kanë rekomanduar ekzaminime të metejshme për të vlerësuar faktorin imunologjik tek pacientet me APD. Kjo përfshin vlerësimin e antitropave të progesteronit, testet e degranulimit të bazofileve, imunofluoreshenca direkte dhe indirekte e qelizave luteinizuese dhe corpus luteum, çlirimi in vitro i γ -interferon, dhe vlerësimi i antitropave qarkullues të 17- α -hidroxyprogesterone. Megjithatë shumica e rasteve klinike të raportuara në literaturën mjekësore nuk kërkojnë për ekzaminimet serologjike, kjo ndoshta dhe për faktin që në shumicën e rasteve nuk japin të dhëna të mjaftueshme.

Dermatiti autoimun nga progesteroni është zakonisht rezistent ndaj terapi me antihistaminike. Përdorimi i glukokortikoidëve sistematik, në doza të larta, në shumë studime tregon që mund të kontrollojë prurinë e manifestimeve kutane, por jo në të gjitha rastet. Desensibilizimi është një metode e mundshme kryesisht të grate fertile. Metodatat aktuale terapeutike konsistojnë në inhibimin e sekretimit të progesteronit endogjen, nepermjet frenimit të ovulacionit. Kontraceptivet orale zakonisht përdoren si terapi fillestare, por kanë sukses të limituar ndoshta për faktin që shumica e kontraktiveve orale kanë në përmbajtje të tyre dhe progesteron. Estrogjenet e konjuguar gjithashtu përdoren në trajtimin e APD. Ato kanë treguar përmirësim tek disa pacientë, por duhen përdorur në doza të larta. Për shkak të riskut se përdorimi i estrogjeneve të konjuguar mund të shkaktojë kancer të endometrit, nuk rekomandohet përdorimi i tyre për një kohë të gjatë. Agonistët e GnRH, si Buserelin dhe Triptorelin, janë përdorur në trajtimin e APD sepse ndikojnë në përmirësimin e simptomave nepermjet frenimit ovarial. Anabolizantët josteroidë si Stanazoli veprojnë duke frenuar ovulacionin nepermjet uljes së sekretimit të estradiolit dhe zakonisht përdoren duke u kombinuar me doza të vogla të kortikosteroideve. Efektet anësore të anabolizanteve josteroidë janë rritja e pilozitetit facial dhe trupor, çrregullime hepatike, çrregullime të humorit, prandaj secila nga keto efekte anësore limiton përdorimin e tyre si terapi e APD. Për uljen e riskut të efekteve anësore, disa autorë kanë rekomanduar përdorimin e anabolizanteve josteroidë vetëm në periudhën premenstruale, atëherë ku niveli i progesteronit është i lartë. Një variant tjetër terapeutik i përdorur në trajtimin e APD është dhe Tamoxifeni, i cili gjithashtu vepër nepermjet frenimit të ovulacionit, por në efektet anësore përfshihen efektet e deficiencës nga estrogjeni, risku për tromboza venoze dhe katarakti. Megjithatë kjo teknike

perdorej gjerësisht përpara, tani ka përdorim të kufizuar. Për trajtimin afatgjatë të APD tek gratë që nuk duan me shtatzani është ovariectomia, që është dhe trajtimi më i mundshëm afatgjatë.

RASTI KLINIK

Pacientja femër, 43 vjeç, prezantohet në klinikën tonë me urtikarie kronike. Elementet urtikariale janë makulo-papuloze, në madhësi të ndryshme nga disa mm në disa cm, ngjyrë të kuqe, të përhapur në mënyrë të çrregullt në të gjithë trupin, në formë hartash, që shoqërohen me prurit të shprehur dhe zhduken në digjtopresion. Ajo referon që elementet urtikariale fillimisht i shfaqen në kraharor dhe pastaj i përhapen në të gjithë trupin. Çdo element urtikarial zakonisht zgjat 12-24 h, ndërsa i gjithë episodi i urtikaries zgjat kryesisht një javë ose pak më shumë. Gjithashtu ajo ankohet dhe për ndjenjën e nxehtësisë. Ankesat janë të pranishme para, gjatë dhe pas ciklit menstrual, por kryesisht janë me të theksuara para ardhjes së menseve. Nga të dhënat e anamnezës rezultoi se shqetësimet i kanë filluar pas lindjes së femijes së parë me ane të fertilizimit in vitro, pas ardhjes së ciklit menstrual. Gjatë shtatzanisë nuk ka patur manifestime kutane. Ka përdorur antihistaminike për një kohë të gjatë për qetësimin e simptomave klinike, por pa përmirësim. Manifestimet kutane vazhdonin të ishin të pranishme. Përpjekjet e pacientës për një shtatzani të dytë rezultuan pa sukses. Për këtë arsye ajo bëri desensibilizim me progjesteron, duke përdorur 200 mg ovula intravaginale progjesteron natyral (utrogestan), çdo 8 h për 21 ditë. Gjithashtu ditën e transferimit të embrionit intrauterin bëri desensibilizim me skemën e progjesteron natyral (utrogestan) çdo 30min me dozë progresive, ku fillimisht u fillua me 28,5mg/0,05ml; pas 30 min u aplikua 57,1mg/0,1ml; pas 30min 114mg/0,2ml; si dhe pas 30min 100mg/0,17ml, si dhe pas 30 min u ripërsërit dozë e fundit dhe një herë. Pas desensibilizimit pacientja arriti të realizonte me sukses dhe një shtatzani të dytë me ane të fertilizimit in vitro. Me pas ajo referon rishfaqje të manifestimeve kutane, pas lindjes së femijes së dytë, menjëherë pas ardhjes së ciklit menstrual. Urtikaria i shfaqet kryesisht 8 ditë para menseve dhe i zhduken 1-2 ditë pas menseve. Në ekzaminimin laboratorik rezultoi se : C3/C4; HbS Ag, anti-HVB, ANA, anti AND, imunoglobulinat, inhibitori i C1-esterazës, TSH, T4, prova heparit, anti-TPO, ishin në vlera normale.

- Testet kutane për pneumoalergene rezultuan negative.
- Testet kutane për trofoalergene ishin negative.
- Testi kutan për latex ishte negativ (u realizua për shkak të manipulimeve të shumta me dorëza).
- Patch test për progjesteron natyral negativ.
- Skin prick test me progjesteron pozitiv.
- IDR (intradermoreaksioni) e progjesteronit pozitiv, ku u përdoren ampula 50mg/ml, të holluara me sol.fiziologjik në raport 1:10
 - progjesteroni(0,01)=10-15mm;
 - histamina=8-20mm ;dhe
 - sol.fiziologjik=3-5mm.
- Biopsia e lëzimeve kutane rezultoi inflamacion kutan kronik që shkon për urtikarie kronike.

Duke u bazuar në rezultatet e mesipërme të ekzaminimit klinik, laboratorik dhe testet kutane, pacientja u diagnostikua me dermatit autoimun nga progjesteroni. Pacientja jone ka afërsisht 3 muaj që trajtohet me estradiol të konjuguar, dhe nuk paraqet manifestime kutane. Ajo do të mbahet nën observim për trajtim të mëtejshëm afatgjatë, ku variant më i mundshëm është

ovarektomia, ku si rezultat i se ciles ndodh frenimi i ovulacionit, qe sjell frenim te sekretimit te progesteronit endogjen.

BIBLIOGRAFIA

1. Clinical and Molecular Allergy 2004, 2:10 doi:10.1186/1476-7961-2-10, Alan P Baptist and James L Baldein.
2. Snyder JL, Krishnaseamy G. Autoimmune progesterone dermatitis and its manifestation as anaphylaxis: a case report and literature review. Ann Allergy Asthma Immunol 2003, 90:469-77.
3. Halevy S, Cohen AD, Lunenfeld E, Grossman N. Autoimmune progesterone dermatitis manifested as erythema annulare centrifugum: Confirmation of progesterone sensitivity by in vitro interferon-gamma release. J Am Acad Dermatol 2002, 47:311-3.
4. Stranahan D, Rausch D, Deng A, Gaspari A. The role of intradermal skin testing and patch testing in the diagnosis of autoimmune progesterone dermatitis. Dermatitis 2006; 17(1):39-42.
5. Iran J Allergy Asthma Immunol June 2007; 6(2): 97-99; Mohammad Hassan Bermanian, Mohammad Gharagozlu, Mohammad Hossein Farashahi, Mohammad Nabavi, and Zahra Shirkhoda.
6. Asai J, Katoh N, Nakano M, Eada M, Kishimoto S. J Dermatol. 2009 Dec; 36(12):643-5.
7. Vasconcelos C, Xavier P, Vieira AP, Martinho M, Rodrigues J, Bodas A, Barros MA, Mesquita-Guimaraes J: Autoimmune progesterone urticaria. Gynecol Endocrinol 2000, 14:245-247.
8. Rodenas JM, Herranz MT, Tercedor J: Autoimmune progesterone dermatitis: treatment with oophorectomy. Br J Dermatol 1998, 139:508-511.
9. Shahar E, Bergman R, Pollack S: Autoimmune progesterone dermatitis: effective prophylactic treatment with danazol. Int J Dermatol 1997, 36:708-711.
10. Challenging Cases in Allergic and Immunologic Diseases of the Skin, last edition, Urticaria. Lloyd J. Cleaver and Jonathan L. Cleaver

INTERCEPTIMI NE ORTODONCI

Dr.Shk.Çeljana Toti

Departamenti i Stomatologjise

Katedra e Ortopedise Stomatologjike

Fakulteti i Mjekesise

Ortodoncia eshte ajo dege e Stomatologjise qe ka si objekt te saj:

- studimin e rritjes dhe zhvillimit te trupit ne pergjithesi dhe sistemit dhemb-nofull-fytyre ne vecanti,
- studimin e faktoreve etiologjike qe sjellin anomali ortodontike dhe menyren se si organizmi kundervepron ndaj ketyre faktoreve,
- parandalimin dhe interceptimin e anomalive te ndryshme ortodontike,
- korigjimin e anomalive ortodontike nepermjet aparateve dhe teknikave te ndryshme.

Siç mund te shihet, objekti i studimit eshte shume me i gjere krahasuar me nje shprehje qe ne ortodontet e degjojme shpesh nga pacientet tane “tela per drejtimin e dhembeve”. Nese ne nje koncept me te gjere termat “ parandalim” dhe” mjekim” jane te njohur per te gjithë , termi “interceptim” perdoret me rralle ne komunikimin e perditshem . Ne Ortodonci, interceptimi eshte nje pjese shume e rendesishme e punes sone te perditshme. Kufiri qe e ndan Ortodoncine

preventive nga ajo interceptive eshte i ngushte. Nese nje anomali ende nuk eshte shfaqur, merren masa parandaluese duke iu shmangur te gjitha faktoreve te riskut ku mund te permendim: veset orale (thithja e gishtit, ngrenia e thonjve, kafshimi i buzeve etj), kariesi dentar, traumat, menyren e ushqyerjes etj. Te gjitha keta faktore, nese veprojne per nje kohe te caktuar, do te jene shkak i instalimit te anomalive te ndryshme ortodontike. Masat parandaluese pra, konsiderohen te tilla kur ne ose vete pacientet i njohim keta faktre risku dhe u “shmangemi” atyre.

Per fat te keq, jo te gjitha njerezit jane ne dijeni te faktoreve qe mund te sjellin anomali ortodontike dhe per me teper nuk e kane kulturen e nje kontrolli periodik tek mjeku stomatolog. Shpesh pacientet paraqiten prane nje specialisti ortodont vetem pasi eshte instaluar nje anomali e caktuar dhe pacienti duhet t’i nenshtrohet trajtimit me ane te aparateve te ndryshme.

Ortodoncia interceptive eshte “hapesira” ndermjet masave parandaluese dhe trajtimit ortodontik. Ne fakt, ekziston nje hapesire shume e gjere ndermjet tyre dhe kjo perfshin te gjitha ato raste kur anomalia ortodontike sapo ka filluar te shfaqet dhe ne mund te nderhyjme per t’a nderprere anomaline ose edhe per t’a korrigjuar plotesisht ate qe ne stadin fillestar pa lejuar qe ajo te thellohet. Ne Ortodoncine interceptive mund te perfshihen te gjitha procedurat qe eliminojne apo zvogelojne ashpersine e malokluzionit ne zhvillimin normal te denticionit(1) (2) (4).

Artikulli ka si qellim te theksoje disa nga aspektet me kryesore ku masat interceptive mund te aplikohen me sukses duke shmangur nje terapi ortodontike te vertete e cila per pacientin dmth.kosto me e madhe si ne vlere monetare ashtu edhe ne kohe.

Disa nga nderhyrjet qe mund te permendim ne Ortodoncine Interceptive jane:

- nderhyrja ne frenulumin labial shume te inseruar
- nderhyrja ne tendencat per malokluzion te Klases II dhe Klases III
- nderhyrja kur dhemb i qumeshtit qendron ne goje tej afateve fiziologjike
- rikrijimi i hapesires se humbur
- korrigjimi i hershem i kafshimit te kryqezuar anterior
- korrigjimi i hershem i komprimimit maksilar
- heqja e parakohshme e kaninit te qumeshtit ne rastet e kaninit maksilar ne pozicion ektopik
- etj

Nderhyrja ne frenulumin labial shume te inseruar. Frenulumi labial eshte nje strukture qe shtrihet ndermjet buzës dhe kreshtes alveolare . Ne disa raste ,ky formacion ka nje shtrirje me te thelle dhe me te gjate se norma dhe arrin gati ne papilen ndermjet dhembëve. Kjo behet shkak qe dhembet frontale te mos kontaktojne ndermjet tyre (4) (11)). Hapesira e krijuar nuk eshte estetike dhe pervec kesaj, prezenca e hapesires ne kete zone do te behet shkak qe dhembet fqinje te mos kene mjaftueshem vend per t’u renditur korrekt (Foto 1) (Foto2). Ne nje rast te tille, keshillohet nje nderhyrje kirurgjikale (frenulomektomi) e cila “shkurton” inserimin e frenulimit. Nese frenulumi shume i inseruar zbulohet ne mosha te vogla, fale frenulomektomise, hapesira ndermjet dhembëve do te mbyllet spontanisht duke permiresuar estetikën dhe duke krijuar mjaftueshem kushte per te gjitha dhembet qe ata te renditen korrekt ne kreshten alveolare (Foto 3a,3b).



Foto 1
Frenulum labial shume i inseruar



Foto 2



Foto 3a
Pacienti menjehere pas nderhyrjes dhe 8 muaj me vone



Foto 3b

Nderhyrja interceptive ne tendencat per malokluzion te Klases II dhe Klases III. Si rregull, rritja dhe zhvillimi i nofullave ndjekin nje model qe edhe pse ndryshon me moshen , gjithmone i qendron besnik nje raporti qe konsiderohet “okluzion normal”. Nese rritja dhe zhvillimi i nofullave nuk e ndjekin njera-tjetren do te instalohehet malokluzioni. Ne mosha te hershme mund te vihet re nje zhvillim i tepruar i nofulles se sipërme ne lidhje me zhvillimin e nofulles se poshtme (tendence per malokluzion te Klases II) ose nje zhvillim i mangët i nofulles se sipërme ne lidhje me zhvillimin e nofulles se poshtme (tendence per malokluzion te Klases III) . Perdorimi i aparateve ekstraorale do te ishte nje mase interceptive e suksesshme ne keto raste (12)(13)(14)(15)(16) (Foto 4a,4b,4c) (Foto 5a,5b,5c,5d).

Aparatet ekstraorale te siperpermendura mbahen me kohe te pjeseshme gjate oreve te mbasdites dhe gjate nates, gje qe e lehteson bashkepunimin e pacientit per t’i mbajtur ato . Efekti vjen brenda pak muajve ne varesi te rastit klinik.



Foto 4a



Foto 4b



Foto 4c

Pacienti ka tendence per rritje te theksuar te nofulles se sipërme (tendence per malokluzion te Klases II). Perdorimi i nje aparati ekstraoral (head gear) i cili frenon rritjen ne nofullen e sipërme ka dhene efekt pozitiv vetem pas 6 muajve.

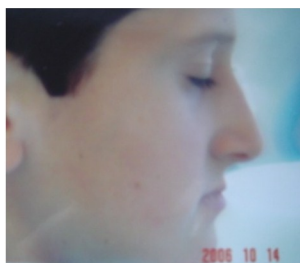


Foto 5a



Foto 5b



Foto 5c



Foto 5d

Pacienti ka nje zhvillim te mangët te nofulles se sipërme(Foto 5a). Per 4.5 muaj atij iu aplikua nje aparat ekstraoral (maska faciale) i cili stimulon rritjen sagitale te nofulles se sipërme (Foto 5b). Shihet qarte ne sistemin dhembor efekti i aparatit para trajtimit (Foto 5c) dhe pas trajtimit (Foto 5d).

Nderhyrja kur dhemb i qumeshtit qendron ne goje tej afateve fiziologjike. Ne norme, çdo dhemb qumeshti ka nje kohe fiziologjike se kur bie ashtu sikunder pas pak kohesh do te

zevendësohet nga një dhemb i perhershëm. Mund të ndodhë që dhemb i qumeshtit të qendrojë në gojë përtej kohës normale. Arsyeja mund të jetë shumë: rritje e përzorbuara, gingiva fibroze, ankiloza e dhembit, prania e dhembëve supernumerar, restaurime jo të korrekta të dhembëve fqinje, etj (9). Të gjithë faktorët e sipërpermendur, mund të identifikohen në një ekzaminim intraoral të kujdesshëm edhe nga grafia panoramike. Eliminimi i këtyre « pengesave » konsiderohet një ndërhyrje interceptive sepse eliminon faktorë etiologjikë të mundshëm për anomali ortodontike (Foto 6a, 6b) (Foto 7a, 7b).



Foto 6a

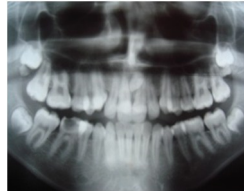


Foto 6b

Vini re mbivendosjen e dhembëve të përparshëm (Foto 6a). Arsyeja është prezenca e një dhemb supernumerar në rajonin ndërmjet dy qendrave (Foto 6b).



Foto 7a



Foto 7b

Vini re pozicionin jo të saktë të këtyre dhembëve (Foto 7a). Arsyeja është prezenca e një dhemb të ankilozuar i cili nuk ka rënë ende dhe i ka zënë vendin (Foto 7b).

Evidentimi sa më hershëm dhe ndërhyrja në kohën e duhur jo vetëm që e ndërpret malokluzionin, por në mënyrë të shpejtë mund të sjellë edhe një korrigjim spontan të anomalisë (5)(9)(10) (Foto 8a, 8b, 8c, 8d).



Foto 8a

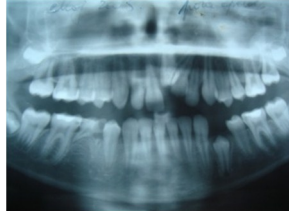


Foto 8b



Foto 8c



Foto 8d

Një dhemb qumeshti në rajonin anterior qendronte tej afatet fiziologjike (Foto 8a). Arsyeja ishte një dhemb i tepert (supernumerar) në këtë rajon (Foto 8b). Dhemb supernumerar u ekstraktua (Foto 8c) dhe vetëm pas 8 muajsh dhemb i perhershëm eruptoi në pozicionin e saktë (Foto 8d).

Rikrijimi i hapësirës. Mund të ndodhë që hapësira për erupsionin e dhembit të perhershëm të zvogëlohet si pasojë e heqjes para kohe të dhembit të qumeshtit, mungesës gjenetike të dhembit të perhershëm, pozicionit ektopik të dhembit të perhershëm, proceseve karioze, etj. Në të tilla raste si masa interceptive konsiderohen ndërhyrje që tentojnë të rifitojnë këtë hapësirë “te humbur” (Foto 9a, 9b, 9c, 9d).

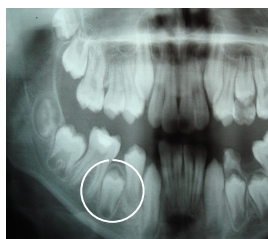


Foto 9a



Foto 9b



Foto 9c



Foto 9d

Një dhemb i perhershëm nuk mund të eruptojë sepse hapësira është mbyllur si pasojë e heqjes para kohe të paraardhës të tij të qumeshtit (Foto 9a). Një aparat i thjeshtë me vidade u aplikua për të rifituar hapësirën e humbur.

(Foto 9b). Pas 3 muajsh hapesira u rifitua (Foto 9c). Dhembë eruptoi plotësisht në një pozicion korrekt brenda një viti (Foto 9d).

Korrigjimi i hershem i kafshimit anterior te kryqezuar (Foto 10). Kjo anomali duhet korrigjuar sa më hershem, pikerisht kur sapo vihet re se dhembet anteriorë po eruptojnë në një pozicion të kryqezuar. Nderprerja e hershme e kafshimit të kryqezuar anterior do të parandalojë anomali të renda dentare dhe skeletike që priten të shfaqen nëse anomalia vazhdon të persistojë në kohë. Korrigjimi mund të arrihet duke aplikuar pllaken linguale me planin e inklinuar (Foto 11) ose një pllakë qiellze me vide sagitale (Foto 12). Një mënyrë shumë e thjeshtë për të korrigjuar kafshimin e kryqezuar anterior është edhe vendosja perkohësisht e një shtrese kompoziti në sipërfaqet okluzale të molareve të qumeshtit. Kjo shtresë çbllokton kafshimin dhe krijon kushte që fale forcës së gjuhës dhembet anteriorë të nifullës së sipërme të pozicionohen më përpara (anteriorisht) dhe si pasojë anomalia të korrigjohet vetëm pas pak javësh (Foto 13a, 13b, 13c, 13d). Pasi kjo është arritur, shtresa e kompozitit duhet hequr.



Foto 10

Kafshim i kryqezuar anterior



Foto 11

Pllalë linguale me planin e inklinuar



Foto 12

Pllakë qiellze me vide sagitale



Foto 13a



Foto 13b



Foto 13c



Foto 13d

Pacienti kishte kafshim të kryqezuar anterior (Foto 13a). U krye çbllokimi i kafshimit me kompozit tek molaret e qumeshtit (Foto 13b). Kafshimi i kryqezuar u korrigjua pas 3.5 muajsh dhe shtresa e kompozitit u eliminua (Foto 13c). Gjendja akoma më e stabilizuar pas 7 muajsh (Foto 13d).

Korrigjimi i hershem i komprimimit maksilar. Gjate ekzaminimit klinik mund të vihet re se në okluzion qendror linjat e simetrisë të harqeve dhembore të dy nifullave nuk përputhen, pra ekziston një deviacion i linjës mediane. Kjo shenjë klinike shoqërohet shpesh me një pozicion të kryqezuar të dhembëve posteriorë vetëm nga njëra anë e gojës dhe që konsiderohet si kafshim i kryqezuar unilateral. Nëse kjo anomali (fillimisht thjesht dentare) persiston në kohë, mund të instalohet një anomali skeletike që është e vështirë të korrigjohet në moshë të adultë. Pikerisht për këtë arsye sapo një anomali e tillë evidentohet, duhen marrë masa për t'ja korrigjuar sa më parë. Shpesh herë arsyeja e një kafshimi të kryqezuar unilateral është nifulla e sipërme e ngushtë (e komprimuar). Kjo zbulohet gjatë ekzaminimit të pacientit në okluzion qendror dhe më pas në pozicion qetesie. Nëse kjo gjë vërtetohet, një aparat i thjeshtë pllakë qiellze me vide zgjeruese duhet aplikuar derisa raportet posteriorë ndërmjet nifullave të korrigjohen (Foto 14a, 14b, 14c, 14d).

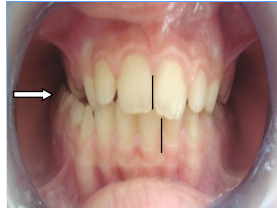


Foto 14a



Foto 14b

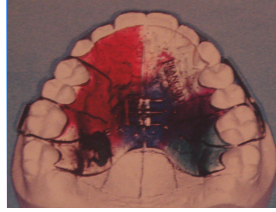


Foto 14c

Pacienti ne okluzion qendror ka deviacion te linjes mediane dhe kafshim te kryqezuar posterior (Foto 14a). Ne pozicion qetesie linjat mediane perputhen dhe vihet re se nofulla e sipërme është e ngushtë si djethtas ashtu edhe majtas (Foto 14b). Nje pllake qiellze me vide zgjeruese mund te aplikohet duke zgjeruar nofullen e sipërme ne menyre simetrike(Foto 14d).

Heqja e parakohshme e kaninit te qumeshtit ne rastet e kaninit maksilar ne pozicion ektopik. Disa autore e keshillojne nje nderhyrje te tille me qellim qe te stimulojne permiresimin ne drejtimin e erupsionit te kaninit maksilar te perhershëm i cili ka nje drejtim patologjik (3) (6) (7) (8).Nese pozicioni palatinal i kaninit te perhershëm diagnostikohet perpara moshes 11 vjeçare,ekzistojne mundesi te mira interceptive (Foto 15a,15b) .Nese ky permiresim nuk eshte i dukshem brenda 12 muajve,mundesia qe kjo ngjarje te ndodhe me vone eshte e pamundur.

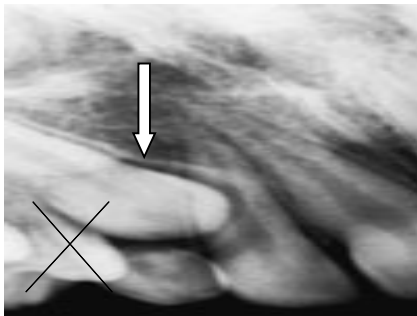


Foto 15a

Vihet re drejtimin patologjik te erupsionit te kaninit te perhershëm (me shigjete) . Paraardhesi i qumeshtit u hoq perpara kohe(me kryq)



Foto 15b

Vihet re pas 4 muajsh permiresimi spontan i drejtimit te erupsionit te kaninit te perhershëm (me shigjete)

Shembujt e mesiperm jane vetem nje pjese e asaj mundesie te madhe qe Ortodoncia ofron me nderhyrjet interceptive. Ne te gjitha ato qe u pershkruan me sipër, drejtimi patologjik i anomalise qe sapo kishte nisur te shfaqej, u ndryshua ne sens pozitiv. Pacienti fale ketyre nderhyrjeve ,jo vetem qe shpenzon me pak,por mbi te gjitha shmang nje numer te madh patologjish te cilat do te shfaqeshin gradualisht sa me teper anomalia fillestare do te ishte prezente. Atehere perse te mos nderhyjme hershem? Ne fakt do te kishte me teper kuptim nese bejme pyetjen:Perse te mos evidentojme hershem? Pergjigjja varet drejtperdrejt nga vete pacientet tane te cilet duhet t'a bejne kulture viziten periodike tek mjeku stomatolog dhe specialistet ortodont . Ekzaminimi radiologjik gjithashtu eshte pjese e rendesishme ekzaminuese sepse ofron nje informacion shume te rendesishem i cili nuk mund te perfitohej thjesht me nje ekzaminim klinik. Fale ketyre vizitave qe ne moshja te hershme, mund te evidentohen qe ne “embrion “ tendencat patologjike dhe te merren masat e duhura ne varesi te rasteve klinike.

Bibliografi:

1. Mitchel L.: An introduction to Orthodontics,(2001),112-134
2. Cozza P.: Sviluppo della denticione,(2006), 13-48

3. McSherry, P.F.: The ectopic maxillary canine, (1998), British Journal of Orthodontics, 25, 209-216
4. Gurkeerat S.: Textbook of Orthodontics (2007), 30-57
5. Bishara S.: Textbook of Orthodontics (2001), 248-324
6. Ericson S, Kurol J.: Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of primary canines, (1998), Europ. J. Of Orthod. 10, 283-295
7. Toti Ç.: Menaxhimi i kaninit maksilar te impaktuar, (2009), Revista Stom. 7, 15-21
8. Pirinen S, Arte S.: Palatal displacement of canine is genetic and related to congenital absence of teeth, (1996), J. of Dental Research 75, 1742-1746
9. Primosch R: Anterior supernumerary teeth – assessment and surgical intervention in children, Pediatr Dent 3, (1981), 204-215,
10. Christensen JC, Fields HW: Space maintenance in the primary dentition. In Pinkham JR (editor): Pediatric dentistry: infancy through adolescence, ed 2, Philadelphia, (1994), 32-68
11. Edwards JC: The diastema, the frenum, the frenectomy: a clinical study, Am J Orthod 71:, (1977), 489-508
12. Kapust AJ, Sinclair PM, Turley PK: Cephalometric effects of face mask/expansion therapy in Class III children: a comparison of three age groups, Am J Orthod Dentofac Orthop 113, (1998), 204-212,
13. Merwin D, Ngan P, Hagg U et al: Timing for effective application of anteriorly directed orthopedic force to the maxilla, Am J Orthod Dentofac Orthop 112, (1997), 292- 299
14. da Silva Filho OG, Magro AC, Capelozza Filho L: Early treatment of the Class III malocclusion with rapid maxillary expansion and maxillary protraction, Am J Orthod Dentofac Orthop 113, (1998), 196-203
15. Wieslander L: Long-term effect of treatment with the headgear-Herbst appliance in the early mixed dentition: stability or relapse?, Am J Orthod Dentofac Orthop 104, (1993), 319- 329
16. Keeling SD, Wheeler TT, King GJ et al: Anteroposterior skeletal and dental changes after early Class II treatment with bionators and headgear, Am J Orthod Dentofac Orthop 113, (2007), 40-50

KONSIDERATA FARMAKODINAMIKE MBI MEDIKAMENTET GJATE TRAJTIMEVE ENDODONTIKE

Prof. Asc. Rozarka BUDINA

Departamenti i Terapise Stomatologjike, Fakulteti i Mjekesise, U.T.

Te dhena te pergjithshme

Proceset farmakokinetike perfshijne absorbimin, shperndarjen, biotransformimin (metabolizmin) dhe eliminimin - pra kryesisht te gjitha ato procese qe ndodhin ne trupin e njeriut pas marrjes se nje medikamenti. Proceset farmakodinamike shpjegojne mekanizmin aktual te veprimit dhe efektet qe medikamenti realizon ne trupin e pacientit. Se dyti medikamentet mund te tregojne disa shkalle specifike gjate veprimit. Por ato mund te prodhojne nje numer te madh efektesh te padeshirueshme qe shpesh jane te shumta ne numer.

Veprimi i medikamenteve

Mekanizmi me të cilin një medikament prodhon një efekt shpesh njihet me termin veprimi. Në shumë raste veprimi i një medikamenti ka të bëjë me bashkëveprimin e komponenteve specifike makromolekulare të qelizave. Këto komponente quhen receptore. Receptoret janë proteina dhe përfaqësojnë strukturën endogjene që bashkëveprojnë dhe prodhojnë përgjigje fiziologjike normale. Çdo substancë që lidhet me një receptor specifik quhet “ligand”. Megjithatë receptoret luajnë rolin e “ligandit” endogjen të trupit medikamentet sintetizohen të veprojnë me të njëjtën mënyrë. Ata që lidhen me receptoret dhe iniciojnë një përgjigje quhen agoniste. Ata që lidhen me receptoret por nuk janë të aftë të iniciojnë një përgjigje quhen antagonistë (blockers). Agonistët dhe antagonistët demonstrojnë afinitet me receptoret por vetëm të paktën realizojnë aktivitet të brendshëm (biokimik) me receptoret dhe nënkohësisht ndryshojnë funksionet qelizore. Beta bllokuesit janë një shembull i këtij grupi medikamentesh që demonstrojnë këto principe. Medikamentet japin efekt edhe duke vepruar me enzimën, si rregullatore të metabolizmit. Në këtë kuptim enzimën janë receptore. Ka medikamente që rrisin aktivitetin enzimatik ose e paksojnë atë (nxites dhe inhibitore). NSAIDs (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs) janë një shembull i inhibuesve të enzimave. Ata paksojnë efektin e cyclo-oxygenases që kthen acidin arachidonic në prostaglandinë. Prostaglandinat ndikojnë në fillimin e dhimbjes, temperaturës dhe inflamacionit. Duke inhibuar këto enzime NSAIDs ka efekt analgjetik, antipiretik dhe anti-inflamator.

Efektet e medikamenteve

Efektet e një medikamenti janë ndryshimet fiziologjike si rezultat i veprimit të medikamentit. Medikamentet prodhojnë disa efekte, disa të dëshirueshme dhe disa jo. Të parat quhen efekte primare dhe të dytat efekte anësore ose të dëmshme. Toksiciteti i një medikamenti shpesh emfatizohet dhe është kryesisht një nga efektet anësore më serioze.

Fuqia e një medikamenti

Kur duam të zgjedhim midis disa medikamenteve me kosto dhe siguri të njëjtte preferencat duhet të drejtohen tek ai që ka më shumë efikasitet. Fuqia e një medikamenti (drug potency) ka të bëjë me sasinë e një bari për të dhënë efektin e dëshiruar. Fuqia e barit nuk ka lidhje me efikasitetin dhe toksicitetin.

Siguria e medikamenteve

Siguria e medikamenteve matet në studime në kafshë dhe njerëz: Lethal dose (LD), Effective dose (ED), Therapeutic Index Raporti $LD/ED = \text{Indeksi terapeutik}$. Çdo medikament në çfarëdo doze potencialisht mund të dëmtojë. Efektet anësore çfaqen kryesisht nëse kalohen dozat e rekomanduara. Por jo gjithmonë këto efekte janë të lidhura me dozen. Shembull reaksionet alergjike ndodhin në çfarëdo doze; ose pacienti që eksitohet kur marrin sedative.

Ndërveprimi midis barnave

Mund të jete: farmaceutik –solucione inkompatibel, farmakodinamik-ndodh kur nga veprimi apo efekti i disa ilaçeve jep efekt të kundërt dhe farmakokinetik-ndodh kur një ilaç ndërhyrë në procesin e veprimit të ilaçit tjetër.

Te dhëna klinike

Është e vështirë në kohën aktuale të një eksplozioni farmakologjik për një dentist klinik të zgjedhë medikamentin e duhur në situata klinike të ndryshme, kryesisht të rasteve të shoqëruara me dhimbje dhe edeme. Pacientët dhe kryesisht ata që kanë nevojë për trajtim endodontik shpesh duhet të shoqërohen me medikamente para, gjatë ose pas trajtimit. Por s’duhet harruar që një dentist i kualifikuar dhe eficient mund të bëjë një trajtim endodontik pa pasur nevojë për ndihmën e ilaçeve.

Analgjeziket

Qetesimi i dhimbjes eshte detyra kryesore ne çdo faze te trajtimit dentar. Pavaresisht se kur ndodh dhimbja dhe perse, dentisti duhet te kujdeset per komfortin e pacientit. Keshtu analgjeziket duhen marre 30-60 minuta para se te dali anestetiku dhe kur parashikohet te kete dhimbje posteraeutike. Ne paciente shume anksioze apo te axhituar anestezia metabolizohet me shpejtesi keshtu qe koha e anestezise eshte shume me e shkurter seç pritet. Po ashtu eshte e veshtire te marrim nje informacion te sakte mbi intensitetin e dhimbjes qe veshtireson percaktimin e analgjezikut dhe dozen. Menaxhimi i pacienteve te frikesuar ka per qellim te fitoje besimin e pacientit, te largoje friken dhe ankthin si edhe te realizoje nje terapi pa stress dhe dhimbje.

Dhimbja me origjine dentare (endodontike) shpesh shkakton probleme organizative ne klinike pasi keta paciente duhen ndihmuar sa me shpejt te jete e mundur deri ne uljen e dhimbjes. Nese kjo nuk arrihet, pacienti nuk mbetet i kenaqur nga pergatitja profesionale e mjekut. Nje nga aresyet qe pacientet drejtohen tek nje mjek tjeter eshte paaftesia per te vepruar shpejt dhe me efektivitet ne dhimbjet me origjine endodontike.

Per vite me radhe objektivi i studimeve farmakologjike ka qene gjetja e nje analgjeziku tjeter ne vend te aspirines per te lehtesuar dhimbjet e lehta dhe mesatare. Aspirina ka dy efekte anesore te rendesishme: çrregullime gastrointestinale dhe hemorragji te zgjatura. Vitet e fundit jane futur ne treg NSAIDs si nje alternative per Aspirinen dhe opiatet mesatare. Por edhe ky grup ka efekte anesore te njejta. Eshte verejtur qe analgjeziket jane grupi i medikamenteve ku pacientet dentare abuzojne me shume me dozen. Pacientet shpesh e durojne dhimbjen mesatare dhe kur ajo behet shume e forte, marrin shume kokrra qe nuk e çlirojnë dhimbjen ose ajo perseritet shpesh dhe keshtu s'bejne gje tjeter veç marrin dhe nje grusht tjeter me kokra, duke shkaktuar konsequenca serioze per shendetin. Rendesia e njohjes se dozes maksimale ne nje dite: psh 4000 mg acetaminophen (Tylenol 325mg) ne dite shkakton demtim te rende ne melci.

Analgjeziket orale

Per qetesimin e dhimbjes se lehte dhe mesatare jepet : Ibuprofen 400 mg çdo 4-6 ore, doza maksimale 3200 mg/dite; Tylenol (acetaminophen) 325 mg, 1-2 tab çdo 4-6 ore, doza totale 4000mg/dite; Aspirina 300-1000mg çdo 3-4 ore. Analgjeziket nuk japin anestezi, prandaj eshte e domosdoshme anestezia lokale gjate trajtimeve. Ibuprofen eshte ne grupin e drogave non-steroidale antinflatore (NSAIDs). Redukton hormonet qe shkaktojnë inflamacionin dhe dhimbjen. Perdoret per te ulur temperaturen, qeteson dhimbjen e dhembit. Kujdes: shkakton probleme ne zemer dhe qarkullimin e gjakut ne stomak dhe zorre, kur merret per nje kohe te gjate.

Per dhimbje shume te forta jepet: Hydrocodone bitartrate (Vicodin) 500mg; Meperidine hydrochloride (Demerol) 50mg.

Sedativet orale

Sedativet japin nje pergjumje te ngadalshme dhe veprimi i tyre nganjehere eshte i paparashikueshem. Nje doze merret nje nate para trajtimit qe pacienti te flere pa ankthe dhe nje tjeter doze merret nje ore para trajtimit qe pacienti te relaksohet gjate procedures. Anestezia lokale shoqeron kete trajtim. Pacienti duhet te jete i shoqeruar pasi ai nuk mund te ngase makinen .

Diazepam (Valium) 5-10 mg, nje ore para trajtimit, zgjat 6-7 ore .

Alprazolam (Xanax) 0.25 -0.50mg , 30 minuta para , zgjat 4-8ore .

Lorazepam (Ativan) 2-4 mg, vepron ngadale, zgjat amnezine .

Hipnoza Orale

Substancat hipnotike orale veprojnë shumë ngadale dhe marrja e tyre një natë para dhe një orë para trajtimit ndihmojnë pacientin të jetë i relaksuar gjatë procedurës. Pavarësisht marrjes së preparateve hipnotike procedurat kryhen nën anestezë lokale me injeksion .

Triazolam 0.125-0.25 në varesi nga peshë trupore mund të japë nivele të ndryshme përgjumjeje .

Pentobarbital 80-100mg përgjumje mesatare, zgjat 3-6 orë.

Secobarbital 80-100mg ,ul efektin sensor të korteksit,aktivitetin motor, jep përgjumje, sedacion dhe hipnoze, është një relaksant shumë i mirë kur merret në formë kapsulash në dozë 50-100 mg .

Në keto rastë pacientet porositën që: periudha e përgjumjes mund të zgjasë, mund të ketë marramendje, të jetë i shoqëruar pasi nuk mund të ngase makinën pas trajtimit .

Antihistaminiket orale

Kanë efekt me të shpejtë , s'kanë efekte anësore, kohezgjatje mesatare , përdoren kryesisht në pedodonti .

Promethazine 10-25 mg , zgjat 2-8 orë në varesi të peshës trupore .

Hydroxycine (Atarax) 50- 100mg , në varesi nga peshë trupore përgjumja varion nga 4-6 orë

Anestezia inhalatore (Nitrous oxide gas) është njëkohsisht sedative dhe hipnotike. Kërkohet trajnim i veçantë dhe pajisje. Kërkohet anestezë lokale me injeksion.

Sedacioni intravenoz

Është mënyra më efektive midis sedacionit koshient , sedacionit të thellë dhe anestezisë gjenerale.

Diazepam –sedacion

Triazolam-amnezi

Midazolam –anksiolitik

Kërkohet investim në monitorimin e pajisjeve, një anesteziolog part-time.Gjithashtu rekomandohet anestezia lokale me injeksion.

Anestezia e përgjithshme

E bëjnë pacientin të paaftë për të komunikuar dhe rekomandohet vetëm në kushte hospitaliere.

Teknikat e sedacionit koshient janë me të përdorura se anestezia gjenerale pasi janë me më pak efekte anësore , me të lehta për tu realizuar , me efektive dhe me pak të kushtueshme .

Referencat

- 1.Daniel E B. Drug Therapy in Dental Practice:General Principles.2007
2. Wilkinson GR. Drug metabolism and variability among patients in drug response. N Engl J Med. 2005;352:2211–2221.
3. Abramowicz M, ed. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. 2003;45(1158B):46–48.
4. Stillwell K D. Adult minimal oral sedation in the general practice setting, Featured in *General Dentistry*, January/February 2012,Pg. 31-43
- 5.Kupietzky A.Conscious sedation of children ,Pediatric Dentistry: July/August1993 - Volume1-5, Nr.4
- 6.Charney DS, Hypnotics and sedatives. Pharmacological Basis of Therapeutics. 11th ed. 2006. p. 401.
7. Dionne R. Balancing efficacy and safety in the use of oral sedation in dental out-patients. J Am Dent Assoc. 2006;137:502–513.
8. Jacobi J, Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics... Crit Care Med. 2002;30(1):119–141.

9. Seppala K, Residual effects and skills related to driving after a single oral administration of diazepam, medazepam or lorazepam. Br J Clin Pharmacol. 1976;3(5):831–841.
10. Donaldson M, Maximum cumulative doses of sedation medication for in-office oral conscious sedation. Gen Dent. 2007;55(2):143–149.
11. Malamed SF. Sedation and safety: 36 years of perspective. Alpha Omegan. 2006;99(2):70–74.
12. Locker D, Dental fear and anxiety in an older adult population. ComDentOralEpidemiol. 1991; 19(2):120–124.
13. Singh S. Pharmacology for dentistry ,New age international (Publisher)2007.

RUBRIKA E MJEKUT TE FAMILJES

PARIMET BAZË TE TRAJTIMIT TE PNEUMONISË SE SHKAKTUAR NË KOMUNITET TEK TË RITURIT

Dr. Perlat KAPISYZI , Dr. Dhimitraq ARGJIRI

Instituti i Pneumologjise, Tirane

Pneumonia e shkaktuar ne komunitet (PSHK) ngelet nje semundje e zakonshme dhe serioze, ndonese sot ka antibiotike te fuqishem dhe vaksina efektive. Pneumonia eshte shkaktari i 6 i vdekjeve dhe shkaktari numer nje i vdekjeve nga semundjet infektive (1,2).

Ne sherbimin ambulator mortaliteti i pneumonise ngelet i ulet < 1.5% por ne pacientet me pneumoni te shkaktuar ne komunitet qe eshte indikacion per t’u hospitalizuar, mortaliteti arrin deri ne 12%. Ne paciente me PSHK ne gjendje shume te rende te cilet kerkojne shtrim ne reanimacion mortaliteti arrin deri ne 40%.(3-26).

Epidemiologjia dhe mjekimi i pneumonise ka ndryshuar. Pneumonia po ndeshet me shpeshe ne moshat e vjetra dhe ne ata me semundje shoqeruese (2,15,18,19,21,). Pasurimi i arsenalit te antibiotikeve te cilet jane efikase eshte pasuar nga rritja e numrit te patogeneve rezistent si *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* dhe nje numer bakteriesh gram negative.(30-36).

Ndonese diagnoza e shpejt eshte optimale ne trajtimin e PSHK, patogeni pergjegjes nuk zbulohet ne 50% te rasteve edhe kur kryhen analiza diagnostike te hollesishme.(3-5,13-15). As nje analize nuk mund te identifikojte te gjitha patogenet e mundshem dhe çdo analize ka kufizimet e saj .

Disa studime kane raportuar qe paciente me PSHK mund te kene infeksione te perziera me patogene bakterial dhe “atipik”.(13,15,17,). Roli i patogeneve “atipik”eshte i pa percaktuar pasi frekuenca e gjetjes se ketyre organizmave varet shume nga metodat diagnostike dhe kriteret e perdorura. Eshte e pa qarte nese keto organizma infektojne sebashku me patogenet bakteriale apo ata shkaktojne nje infektion fillestar i cili predisponon ndaj infeksioneve sekondare bakteriale.(13,17,28,)

Ne mjaftë studime një numër i madh pacientesh me pneumoni nuk kanë etiologji të përcaktuar. Ky fakt është një pasqyrim i pranisë së faktoreve të ndryshëm si mjekimi i mëparshëm me antibiotike, prania e patogeneve të rallë që nuk zbulohen, prania e infeksioneve virale, patologjite jo infektive që imitojnë PSHK dhe prania e patogeneve që nuk njihen.

Pneumonia e shkaktuar në komunitet në vartësi të gravitetit të saj mund të mjekohet ambulatorisht, në spital dhe në rastet shumë të rënda në shërbimin intensiv. Mbrapa gravitetit të PSHK fshihet një profil i përcaktuar etiologjik dhe njohja e këtij profili do të na lehtësonte në përzgjedhjen e mjekimit.

Në pacientet me PSHK që mjekohet në kushte ambulatorie pneumokoku është identifikuar deri në 20%, *M. pneumoniae* nga 13-37% (11,12,40). *Chlamydia pneumoniae* është raportuar deri në 17% të rasteve me PSHK.(40). *Legionella* është zbuluar me frekuencë që varion nga 0.7 –17% të pacientëve me PSHK.(29).

Frekuenca dhe profili etiologjik i PSHK që mjekohet në spital është i ndryshëm. Patogeni më i shpeshtë është *S.pneumoniae* (20-60%) i ndjekur nga *H.influenzae* (3-10% të episodeve) dhe pastaj *S. aureus*, gram- negativet enteric, *Legionella*, *M. pneumoniae*, *C.pneumoniae* dhe viruset (10% e episodeve për çdo patogen). Përveç tyre disa pacient (3-6%) kanë pneumoni si pasojë e aspirimit (22). Në të gjitha studimet agjenti etiologjik nuk është zbuluar në 20-70% të pacientëve (4,5,8,13,14,18,21).

Incidenca e infeksioneve “atipike” është e lartë dhe arrijnë nga 40-60% të të gjithë rasteve shpesh si pjesë e një infeksioni të përzier.(13,17,54). Infeksioni i përzier bakterial dhe “atipik” ka një dekurs më të keq sesa monoinfeksioni ndonëse studime të tjera nuk shohin ndonjë ndryshim midis këtyre dy llojeve infeksionesh.(28,41). Megjithatë rezultatet e disa studimeve kanë treguar se si pacientet ambulatorie ashtu edhe ata të hospitalizuar kanë një dekurs klinik më pak të komplikuar kur janë përdorur makrolidet si pjesë e terapise ose kur përdoren kinolonet si monoterapi (42-45). Bakteriet gram negative nuk janë të zakonshme në PSHK por mund të jenë të pranishme deri në 10% të pacientëve të hospitalizuar. Keto patogene ndeshen në pacientë që kanë semundje shoqëruese.(8,15,16,18,19).

Në pacientet e hospitalizuar të cilët kanë nevojë për mjekim në shërbimin intensiv, pneumococcu, *Legionella* dhe *H.influenzae* dhe më pak staphilococcu janë patogenet më të shpeshtë shkaktarë të PSHK (8,9,16,23). Në pacientet me bronhektazi me pneumoni që mjekohet në shërbimin intensiv pseudomonasi ndeshet jo rallë (10-15%) (8,16,20,38).

Në pacientet me PSHK që trajtohen në shërbimin intensiv 50-60% të pacientëve kanë etiologji të panjohur.(20,24).

Sic shihet pneumokoku është një nga patogenet më të shpeshtë për të mos thënë më i shpeshti në PSHK. Shfaqja e shtameve të pneumococcut rezistente ndaj medikamenteve (PMR) ka bërë që jo rallë të deshtojë mjekimi i PSHK. Kur pneumokoku është rezistent ndaj penicilines shpesh ka rezistencë in vitro edhe ndaj cephalosporinave, makrolideve, doxyciklinave dhe baktrines(33,48). Fluorokinolonet e rinjë antipneumococce (gatifloxacinë, gemifloxacinë, levofloxacinë, moxifloxacinë, trovafloxacinë, dhe sparfloxacinë), ketolidet dhe vancomicina janë antibiotike aktive ndaj PMR. Linezolidi, një oxazolidinonë është gjithashtu aktive ndaj PMR.

Faktorët e riskut për të infektuar me PMR janë moshë >65 vjeç, alkoolizmi, terapia me beta laktam tre muajt e fundit, semundje shoqëruese me shumë se një, semundjet imunodepresive (35,46,49,50)

KLASIFIKIMI I PACIENTËVE ME PSHK

Ndarja e pacientëve në katër grupe bëhet në bazë të vendit ku mjekohet pneumonia, prezencës së semundjeve shoqëruese kardiovaskulare dhe pranisë së “faktoreve modifikues”(15;19,27)

Grupi i pare

Paciente ambulatorë pa sëmundje kardiovaskulare dhe faktore modifikues.

Grupi i dytë

Paciente ambulatorë me sëmundje kardiovaskulare dhe /ose faktore modifikues

Grupi i tretë

Paciente që shtrihen në spital por jo në shërbimin intensiv të cilet:

- a- mund të kenë sëmundje kardiovaskulare dhe/ose faktore modifikues
- b- nuk kanë sëmundje kardiovaskulare ose faktore modifikues.

Grupi i katërt

Paciente që mjekohen në shërbimin intensiv të cilet:

- a- Nuk kanë rrezik për *Pseudomonas aeruginosa*
- b- Me rrezik për *Pseudomonas aeruginosa*.

Kjo ndarje karakterizohet nga veçoritë për secilin grup në shkaktarët më të shpeshtë të pneumonisë dhe opsionet terapeutike të vecanta.

Për grupin e parë patogenet më të shpeshtë sipas renditjes janë streptococcus, mycoplasma, chlamydia, hemophilus, viruset respiratore etj.

Në grupin e dytë patogenet më të shpeshtë janë streptococcus, mycoplasma, chlamydia, infeksionet e perzier, hemophilus, gram-negativet enteric, etj.

Në grupin e tretë patogenet kryesor janë të njëjtit si për grupin e dytë duke shtuar këtu anaerobët pasojë e aspirimeve të mundshme që bëjnë këta pacientë të nëngrupit a.

Në grupin e katërt patogenet kryesorë janë streptococcus, legionela, hemophilus, bacilet enterike gram negative, staphylococcus, mycoplasma, për nëngrupin a dhe të gjithë shkaktarët e lartëpërmendur plus *Pseudomonas* për nëngrupin b.

HAPAT DIAGNOSTIKE NE PACIENTET ME PSHK

Diagnoza e pneumonisë duhet të dyshohet në çdo pacient që ka simptoma akute respiratore vecanerisht kur shoqërohen me temperaturë, të dhëna auskultatore. Në pacientë me moshe të avancuar ose me përgjigje immune jo të përshtatshme, pneumonia mund të mos prezantohet me shenja të sistemit respirator por me konfuzion, keqesim i një sëmundjeje shoqëruese ose sinkope.(21,51). Në këta pacientë mund të mungoj temperatura e lartë por janë të pranishme temperatura subfebrile dhe shenjat auskultatore.

Radiografia postero anteriore dhe laterale janë më vlerë kur shenjat e lartëpërmendura sugjerojnë pneumoninë. Kryerja e radiografisë bëhet jo vetëm që të vërtetohet ose përjashtohet pneumonia por edhe për diagnozë diferenciale me sëmundjet e tjera që imitojnë atë. Të dhënat radiografike mund të sugjerojnë etiologji ose gjendje specifike. Radiografia mund të zbulojë edhe gjendje bashkeshoqëruese. Radiografia është gjithashtu e dobishme në përcaktimin e gravitetit të pneumonisë.

Më vendosjen e diagnozës së pneumonisë duhen bërë përpjekjet për përcaktimin e diagnozës etiologjike të saj. Por në PSHK egzaminimet bakteriologjike dhe serologjike kanë deshtuar në mënyrë të rasteve dhe se vonesa më shumë se 8 orë në fillimin e mjekimit do të rriste

se tepermi mortalitetin. Prandaj taktika e fillimit te nje terapie ambulatorie empirike konsiderohet efikase.

Ne paciente qe do te mjekohen ne spital rekomandohet egzaminimi i sputumit me ngjyrim sipas Gramit dhe kulture (37). Rekomandohet qe marrja e sputumit te behet para fillimit te antibiotikeve.

Kur dyshohen patogenet atipike rekomandohen testet serologjike.

Sa me e rende te jete pneumonia aq me invazive duhet te jemi ne percaktimin e shkaktarit te saj. Punksioni pleural, transtorakal aspirativ, FBS me kateter te mbrojtur dhe punksioni transtrakeal jane alternativat e mundeshme.

Per percaktimin e gravitetit te pneumonise rekomandohen oksimetria, provat e funksionit renal, glicemia, elektrolitet, provat e heparit si dhe matja e biomarkuesve te tille si proteina C reaktive, procalcitonina.

KRITERET E HOSPITALIZIMIT TE PACIENTEVE ME PNEUMONI

Prania e faktoreve te riskut rrit shume mortalitetin e pneumonise. Hospitalizimi eshte i detyrueshem kur faktoret e riskut jane te shumte.

Ne studimin e percaktimit te faktoreve te riskut (PORT) (52) jane evidentuar faktoret e riskut me te rendesishem duke i pikezuar:

Mosha >65 vjec, prezenca e semundjeve shoqeruese, te dhena te caktuara te egzaminimit fizik, te dhenat te caktuara te egzaminimeve laboratorike.

Nje studim tjetër i rendesisheem eshte ai i shoqates torakale angleze i cili percaktoi jo vetem pacientet me rizik te larte por edhe ata qe duhen trajtuar ne sherbimin intensiv.

Sipas ketij studimi pacientet kane risk te larte mortaliteti ne qoftese egzistojne dy nga tre faktoret: Frekuenca respiratore > 30min, presioni diastolic < 60mmHg dhe urea >19.1mg/dl. Kohet e fundit eshte shtuar dhe faktori i katert konfuzioni. Pacientet me faktore risku dy ose me shume nga kater te permendur kane nje mortalitet 36 here me te madhe se ata qe nuk i kane keto (53).

KRITERET E TRAJTIMIT TE PNEUMONISE NE SHERBIMIN INTENSIV

Ne literature pneumonia e rende nenkupton trajtimin e saj ne sherbimin intensiv. Siç e theksuam edhe ne paragrafet e me siperm pneumonia e rende ka faktore etiologjik te veçante dhe qe kerkojne terapi te fuqishme.(8,9,16)

Vleresimi i pneumonise se rende behet ne baze te 9 kritereve te cilet jane ndare ne pese kritere te "vogla" dhe kater kritere te "medha".

Kriteret e vogla jane: frekuenca respiratore>30', PaO2/FiO2 <250, pneumonia bilaterale ose bilobar, presioni sistolik < 90mmHg dhe diastoliku <60mmHg.

Kriteret e medha jane : indikacioni per ventilim mekanik, rritje e infiltrateve pulmonare >50% brenda 24 oreve, shoku septic ose nevoja per medikamente presore >4 ore , insuficince renale akute ose kreatinemia > 2mg/dl ne mungese te semundjeve renale kronike.(39)

Prania e dy kritereve te vogla ose nje kriteri te madh perben indikacion te trajtimit te pacientit ne sherbimin intensive.

PARIMET BAZE TE MJEKIMIT ME ANTIBIOTIKE TE PSHK.

Perzgjedhja e antibiotikut ne mjekimin e PSHK behet ne vartesi te karakteristikave te pneumonise: Vendi ku do te mjekohet pneumonia , prezenca e semundjeve shoqeruese kardiopulmonare, prezenca e faktoreve modifikues.

Keto karakteristika lejojne te fillohet nje mjekim empirik me pak agresiv dhe me spekter te ngusht per format e lehta e te mesme te pneumonise dhe me agresiv dhe me spekter te gjere veprimi kur pneumonia eshte e formes se rende ose kur faktoret e organizmit jane me komplekse. Rendesiti te madhe ka dhe koha e fillimit te antibiotikut. Mortaliteti brenda 30 diteve te pneumonise eshte i larte kur mjekimi me antibiotike fillon pas 8 oreve te diagnozes.

Fluorokinolonet e gjeneracionit te trete kane nje role te rendesishem ne mjekimin e PSHK pasi ato kane nje veprim te shkelqyer ndaj pneumokokeve. Keto fluorokinolone perfshijne ne veprimin e tyre patogenet gram- pozitiv, gram-negativ dhe atipiket.

Kinolonet penetrojne mire ne indin pulmonar, shpesh duke arritur nivele me te larta se ne gjak ne vende te tilla si makrofaget alveolare dhe likidin ne kufij te epitelit(54). Kinolonet jane biologjikisht aktive, kur merren nga goja arrijne nivele te njejta serike me marrjen endovenoz te tyre. Fluorokinolonet me te efekshem ne pneumonite jane moksifloksacina, gatifloksacina, sparfloksacina dhe levofloksacina.

Ne mjekimin e pneumonise nje rendesi te vecante ka percaktimi i pranise ose jo te pneumokokut rezistent ndaj penicilines. Kur shtamet e pneumokokut kane nje MIC < 2mg/L rekomandohen doza te larta amoksiciline, cefalosporina gjeneracionit te dyte (cefprozime), amoksiklave 1.2gr dy here ne dite. Si terapi intravenoze mund te perdoren cefotaxime, ceftriaksone, ampicilin/sulbaktam dhe fluorokinolonet e gjeneracionit te trete (47). Antibiotike te tjere efektive ndaj pneumokokut rezistent jane cefepime, piperaciline/tazobaktam, imipenem, meropenem. Por keto nuk rekomandohen si terapi primare ne PSHK. Ne qoftese vlerat e MIC te pneumokokut ndaj penicilines jane >4mg/L si terapi primare rekomandohet fluorokinoloni i gjeneracionit te trete, vancomicina ose clindamicina.

Ndonese makrolidet kane efekt te mire ne mjekimin e pneumonive te formave te lehta monoterapia me makrolide nuk rekomandohet kur dyshohet per pneumokok rezistent por duhet te kombinohen me beta –laktamet.

Per pacientet qe do te mjekohen ambulatorisht.

Makrolidet e rinje rekomandohen si perzgjedhje e pare. Doksacilina eshte alternative ne rast te intolerances ose alergjise ndaj makrolideve.

Per pacientet me kompleks qe mund te mjekohen ambulatorisht (grupi i II) rekomandohet kombinimi i makrolidit me beta-laktam ose monoterapia me fluorokinolon.

Per pacientet qe do te mjekohen ne spital.

Per paciente me semundje kardiopulmonare, me faktore reziku per pneumokok rezistente ose patogene gram-negative terapia eshte kombinimi makrolide /beta-laktam ose monoterapia me fluorokinolon antipneumokok.

Per pacientet pa faktore risku per pneumokok rezistente , gram-negative apo semundje kardiovaskulare (Grupi i III b) terapia e rekomanduar eshte azitromicina i/v 2-5 dite e ndjekur me marrje nga goja deri 10 dite.(55,56)

Per pacientet e grupit te katert (qe duhen mjekuar ne sherbimin intensiv)

Duhet percaktuar nese kane faktore risku per pseudomonasin ose jo. Paciente qe nuk kane faktore risku duhet te mjekohen me cephalospirina te gjeneracionit te trete + azitromicine i/v ose fluorokinolone i/v.

Pacientet me faktore risku per pseudomonas perzgjidhen beta-laktamet selektiv per pseudomonasin plus fluorokinlon selektiv ose azitromicine i/v ose fluorokinolonet jo selektiv per pseudomonasin.

KOHEZGJATJA E TERAPISE, PERGJIGJJA NDAJ SAJ DHE KALIMI NE TERAPINE NGA GOJA.

Kohezgjatja e mjekimit me antibiotike varet nga graviteti i pneumonise, prania e semundjeve shoqeruese, bakteremia, dhe dekursi gjate mjekimit.

Ne pergjithesi pneumonite nga pneumokoku dhe infeksionet bakteriale duhet te trajtohen nga 7-10 dite dhe se mjekimi me shume se 10 dite nuk ka treguar ndonje rezultat me te mire.

Pacientet me pneumoni nga mycoplasma dhe chlamidiet duhet te mjekohen nga 10 –14 dite.

Pacientet imunokompetent, me pneumoni nga legjionela, duhet te mjekohen nga 10-14 dite ndersa ata te mjekuar me kortikosteroide per kohe te gjate duhet te mjekohen 14 dite dhe me shume

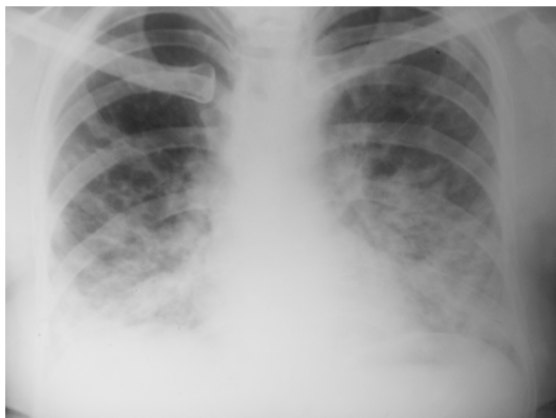
Vleresimi i pergjigjes ndaj mjekimit.

Pergjigja ndaj mjekimit ndahet ne tre periudha: periudha e pare 24-72 ore gjate se ciles ka filluar mjekimi dhe gjendja e pacientit fillon te stabilizohet, periudha e dyte qe fillon ne ditene e trete, gjate se ciles pacienti stabilizohet klinikisht dhe qe demonstron permiresimi i shenjave , simptomave dhe vlerave laboratorike, periudha e trete eshte ajo e sherimit dhe zhdukjes se shenjave.

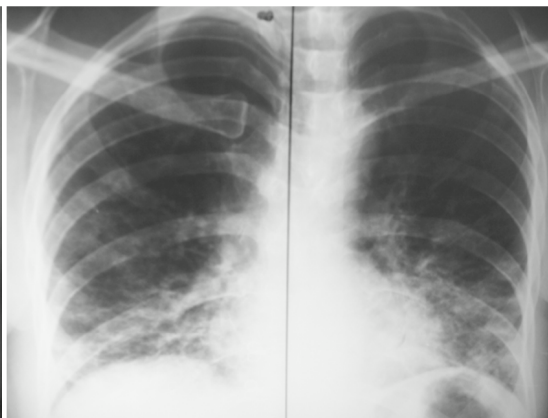
Temperatura zgjat 2-4 dite, leukocitoza zhduket ne ditene e katert, ndersa ralet krepitante jane te pranishme edhe pas dites se 7 ne 20-40 % te rasteve.

Ndryshimet radiologjike permiresohen me ngadale se shenjat klinike dhe dekursi i tyre eshte ne vartesi te shkaktarit dhe faktoreve te riskut.

Pacientet ndahen ne tre grupe ne vartesi te pergjigjes ndaj mjekimit: paciente me pergjigje klinike te hershme, paciente pa permiresim klinik ne ditene e trete, pacinte me keqesim klinike brenda 24-48 oreve.



Pneumonia mjekuar fillimisht me antibiotike.



Pas mjekimit me kortikosteroid.

Pneumonia nga artriti rheumatoid

Mungesa e permiresimit klinik dhe per me teper e keqesimit kerkon rivleresimin e shkaktareve te mundshem, faktoreve te rezikut dhe komplikacioneve.

Kalimi i terapise nga ajo venoze ne ate orale behet ne baze te kritereve te meposhtme: permiresimi i kolles dhe dispnese, renia e temperatures, renie te leukocitozes, funksion normal i traktit gastrointestinal.

Keto jane edhe kriteret e daljes nga spitali neqoftese pacienti nuk ka semundje shoqeruese te pa stabilizuar.

Perseritja e radiografise ne nje pacient me permiresim te plote te gjendjes duhet te behet mbas 4 javesh per te perjashtuar semundje shoqeruese pulmonare.

Trajtimi i pacienteve te cilet nuk pergjigjen ne menyre te pershtatshme ndaj mjekimit kerkon rivleresimin e faktoreve te meposhtem: Perzgjedhjen jo te duhur te antibiotikut, mundesia e patogeneve jo te zakonshem, komplikacionet e pneumonise, pneumonia nga semundje jo infektive.

Ne gjetjen e njerit prej faktoreve te lartepermendur nje rendesi te madhe ka rivleresimi i gjendjes nepermjet egzaminimeve te tilla si fibrobronkskopia, CT, shintigrafia pulmonare.

VAKSINIMI I PACIENTEVE ME RISK PER PSHK

Vaksina pneumokoksike parmban polisacharide te 23 serotipeve qe shkaktojnee 85-90% infeksione pulmonare. Efikasiteti i saj varion nga 56-81% te rasteve.

Te gjithë pacietet imunokompetent me moshe 65 vjec e larte duhet te vaksinohen (57,58). Personat me moshe nen 65 duhet te vaksinohen neqoftese kane semundje kronike por jo asthma. Rivaksinimi behet ne subjektet e vaksinuara < 65 vjec, dhe ne personat me moshe > 65 vjec te cilet kane me shume se 5 vjet qe jane vaksinuar.

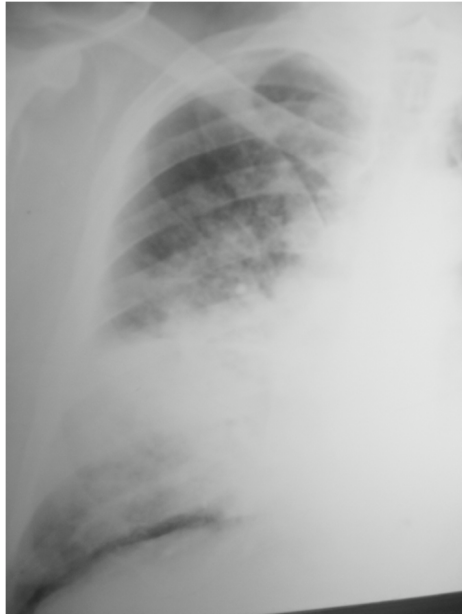
Vaksina e gripit permban tre tipe virusesh: virusin A (H3N2), virusin A (H1N1) dhe virusin B. Efikasiteti i vaksines varet nga perputhja e viruseve qarkullues me ato te vaksines. Ne qoftese ka nje perputhje te mire kjo vaksine parandalon semundjen deri ne 90% te subjekteve te shendoshe nen moshe 65 vjec.

Grupet “target” te vaksinimit jane ata me risk te larte komplikacionesh, ata qe transmetojne gripin ne paciente me rezik te larte dhe persona te cilet kerkojne vete te ulin mundesine e infektimit nga gripi (59).

TERAPIA ANTIVIRALE DHE KIMIOTERAPIA.

Medikamentet antivirale ndahen ne ato anti-mebrane (amantadine, rimantadine) dhe frenues te neuraminidazes (zanamivir, oseltamivir). Grupi i pare vepron vetem ndaj virusit A te gripit ndersa grupi i dyte vepron ndaj virusit A dhe B te gripit.

Frenuesit e neuraminidazes perdoren me gjeresisht se sa grupi i vjeter i anti-mebranes, dhe jane efektive jo vetem per profilaksi por edhe per mjekimin e gripit tipit A dhe B neqoftese mjekimi fillon brenda 36 oreve te fillimit te simptomave. (60,61).



Pneumoni lobit inferior pulmon djathte



Permiresim radiologjik pas 7 ditesh mjekim me fluorkinolon gjeneracion 3.



Pneumonia lobit superior pulmon djathte



Permiresimi radiologjik pas 7 ditesh mjekim me fluorkinolon gjeneracionit trete

BIBLOGRAFIA

1. Garibaldi RA. Epidemiology of community-acquired respiratory tract infections in adult: incidence, etiology, and impact. Am J Med 1985; 78:32S-37S.

2. Niederman MS, McCombs JI, Unger AN, Kumar A, Popovian R. The cost of treating community-acquired pneumonia. *Clin Ther* 1998;20: 820-837.
3. Bates JH, Campbell GD, Barron AL, McCracken GA, Morgan PN, Moses EB, Davis CM. Microbial etiology of acute pneumonia in hospitalized patients. *Chest* 1992;101: 1005-1012.
4. Fang GD, Fine M, Orloff J. et al New and emerging etiologies for community- acquired pneumonia with implication for therapy: a prospective multicenter study of 359 cases. *Medicine* 1990; 69:307-316.
5. Marrie TJ, Durant H, Yates L, Community – acquired pneumonia requiring hospitalization: a 5 year prospective study. *Rev Infect Dis* 1989;11:586-599.
6. Woodhew MA, MacFarlane JT, McCracken JS, Rose DH, Finch RG. Prospective study of the aetiology and outcome of pneumonia in the community. *Lancet* 1987; i: 671-674.
7. Ortvist A, Sterner G, Nilsson JA. Severe Community-acquired Pneumonia: factors influencing need of intensive care treatment and prognosis. *Scand J Infect Dis* 1985;17:377-386.
8. Torres A, Serra-Batlles J, Ferrer A, Jimenez P, Celis R, Cobo E, Rodriguez-Roisin R. Severe community-acquired pneumonia. Epidemiology and prognostic factors. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144:312-318.
9. Pachon J, Prados MD, Capote F, Cuello JA, Garnacho J, Verano A. Severe community-acquired pneumonia: etiology, prognosis, and treatment. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:369-373.
10. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, 1996. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia: a meta – analysis. *JAMA* 1996; 275:134-141.
11. Bertsson E, Lagergard T, Strannegard O, Trollfors B. Etiology of community-acquired pneumonia in outpatients. *Eur J Clin Microbiol* 1986; 5:446-447.
12. Marrie TJ, Peeling RW, Fine MJ, Singer DE, Coley CM, Kapoor WN. Ambulatory Patients with community-acquired pneumonia: the frequency of atypical agents and clinical course. *Am J Med* 1996; 101: 508-515.
13. Mundy LM, Auwaerter PG, Oldach D, Warner ML, Burton A, Vance E, Gaydos CA, Joseph JM, Gopalan R, Moore RD, Quinn TC, Charach P, Bartlett JG. Community-acquired pneumonia: impact of immune status. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152:1309-1315.
14. Marston BJ, Plouffe JF, File TM Jr, Hackman BA, Salstrom SJ, Lipman HB, Kolczak, MS, Breiman RF. Incidence of community-acquired pneumonia requiring hospitalization: results of a population-based active surveillance study in Ohio. The Community-Based Pneumonia Incidence Study Group. *Arch Intern Med* 1997; 157:1709-1718.
15. Ruiz M, Ewig S, Marcos MA, Martinez JA, Arancibia F, Mansa J, Torres A. Etiology of community-acquired pneumonia: impact of age, comorbidity, and severity. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 397-405.
16. Ruiz M, Ewig S, Torres A, Arancibia F, Marco F, Mensa J, Sanchez M, Martinez JA. Severe Community-acquired pneumonia: risk factors and follow-up epidemiology. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 923-929.
17. Lieberman D, Schlaeffer F, Boldur I, Lieberman D, Horowitz S, Friedman MG, Leiononen M, Horovitz O, Manor E, Porath A. Multiple pathogens in adult patients admitted with community-acquired pneumonia: a one year prospective study of 346 consecutive patients. *Thorax* 1996; 51: 179-184.
18. Riquelme R, Torres A, el-Ebiary, M, Mensa J, Estruch R, Ruiz M, Angrill J, Soler N. Community-acquired pneumonia in the elderly: clinical and nutritional aspects. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156:1908-1914.
19. Rello J, Rodriguez R, Jubert P, Alvarez B. Severe community-acquired pneumonia in the elderly: epidemiology and prognosis. *Clin Infect Dis* 1996; 23: 723-728.
20. Leroy O, Santre C, Beuscart C, A 5-year study of severe community-acquired pneumonia with emphasis on prognosis in patients admitted to an ICU. *Intensive Care Med* 1995;21:24-31.
21. Marrie TJ. Community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis* 1994; 18:501-513.
22. Bartlett JG, Mundy LM. Current concepts: community-acquired pneumonia. *N Engl J med* 1995; 333:1618-1624.
23. Feldman C, Ross S, Mahomed AG, Omar J, Smith C, The aetiology of severe community-acquired pneumonia and its impact on initial, empiric, antimicrobial chemotherapy. *Respir Med* 1995;89:187-192.
24. Moine P, Vercken JB, Chevret, Chastang C, Gajdos P. Severe community-acquired pneumonia: etiology, epidemiology, and prognosis factors. *Chest* 1994; 105:1487-1495.
25. Erard PH, Moser F, Wenger A, et al. Prospective study on community-acquired pneumonia diagnosed and followed up by private practitioners. CHUV, Lausanne, Switzerland. Abstracts of the 31st ICAAC, Chicago, IL, 1991, October, Abstract 56.
26. British Thoracic Society Research Committee and the Public Health Laboratory Service. The aetiology, management and outcome of severe community-acquired pneumonia in the intensive care unit. *Respir Med* 1992; 86: 7-13.
27. Porath A, Schlaeffer F, Lieberman D, The epidemiology of community acquired pneumonia among hospitalized adults. *J Infect* 1997; 34: 41-48.
28. Kauppinen MT, Saikku P, Kujala P, Herva E, Syrjala H. Clinical picture of Chlamydia pneumoniae requiring hospital treatment: a comparison between chlamydial and pneumococcal pneumonia. *Thorax* 1996; 51: 185-189.
29. Blanquer J, Blanquer R, Borrás R, Nauffal D, Morales P, Menéndez R, Subías I, Herrero L, Redón J, Pascual J, Etiology of community acquired pneumonia in Valencia, Spain: a multicenter prospective study. *Thorax* 1991; 46: 508-511.
30. Pallares R, Linares J, Vadillo M, Cabellos C, Manresa F, Viladrich PF, Martín R, Gudiol F, Resistance to penicillin and cephalosporin and mortality from severe pneumococcal pneumonia in Barcelona, Spain. *N Engl J Med* 1995; 333: 474-480.

31. Plouffe JF, Breiman RF, Facklam RR, Bacteremia with streptococcus pneumoniae: implications for therapy and prevention. Franklin County Pneumonia Study Group. JAMA 1996; 275: 194-198.
32. Doern GV, Pfaller MA, Kugler K, Freeman J, Jones RN, Prevalence of antimicrobial resistance among respiratory tract isolates of streptococcus pneumoniae in North America: 1997 results from the SENTRY antimicrobial Surveillance Program. Clin Infect Dis 1998; 27:764-770.
33. Doern GV, Brueggemann AB, Pierce G, Holley HP Jr, Rauch A. Antibiotic resistance among clinical isolates of Haemophilus influenzae in the United States in 1994 and 1995 and detection of beta-lactamase-positive strains resistant to amoxicillin-clavulanate: results of a national multicentre surveillance study. Antimicrob Agents Chemother 1997; 41: 292-297.
34. Feikin Dr, Schuchat A, Kolczak M, Barrett NL, Harrison LH, Lefkowitz L, Patterson JE, Jorgensen JH, Mortality from invasive pneumococcal pneumonia in the era of antibiotic resistance, 1995-1997. A J Public Health 2000; 90: 223-229.
35. Ewig S, Ruiz M, Torres A, Marco F, Martinez JA, Sanchez M, Mensa J. Pneumonia acquired in the community through drug-resistant Streptococcus pneumoniae. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159:1835-1842.
36. Gold HS, Moellering RF. Antimicrobial-drug resistance. N Engl J Med 1996; 335:1445-1453.
37. Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TM, Musher DM, Fine MJ. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2000; 31:347-382.
38. Dahmash NS, Chowdhury MNH. Re-evaluation of pneumonia requiring admission to an intensive care unit: a prospective study. Thorax 1994; 49: 71-76.
39. Ewig S, Ruiz M, Mensa J, Marcos MA, Martinez JA, Arancibia F, Niederman MS, Torres A. Severe community-acquired pneumonia: assessment of severity criteria. Am J Respir Crit Care Med 1998; 158: 1102-1108.
40. Cassell GH, Drnec J, Waites KB, Pate MS, Duffy LB, Watson HL, McIntosh JC. Efficacy of Clarithromycin against Mycoplasma pneumoniae. J Antimicrob Chemother 1991; 27(Suppl.A):47-59.
41. Mundy LM, Oldach D, Autwaerter PG, Gaydos CA, Moore RD, Bartlett JG, Quinn TC, Implication for macrolide treatment in community-acquired pneumonia. Chest 1998; 113: 1201-1206.
42. Gleason PP, Kapoor WN, Stone RA, Lave JR, Obrosky DS, Schulz R, Singer DE, Coley CM, Marrie TJ, Fine MJ. Medical outcomes and antimicrobial costs with the use of the American Thoracic Society guidelines for outpatients with community-acquired pneumonia. JAMA 1997; 278: 32-39.
43. Gleason PP, Meehan TP, Fine JM, Galusha DH, Fine MJ, Associations between initial antimicrobial therapy and medical outcomes for hospitalized elderly patients with pneumonia. Arch Intern Med 1999; 159: 2562-2572.
44. Gordon GS, Throop D, Berberian L, Niederman M, Bass J, Alemayehu D, Mellis S, Validation of the therapeutic recommendations of the American Thoracic Society (ATS) guidelines for community acquired pneumonia in hospitalized patients. Chest 1996. 110:55S.
45. Stahl JE, Barza M, DesJardin J, Martin R, Eckman MH. Effect of macrolides as part of initial empiric therapy on length of stay in patients hospitalized with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 1999; 159:2576-2580.
46. Clavo-Sanchez AJ, Giron-Gonzalez JA, Lopez-Prieto D, Canueto-Quintero J, Sanchez-Porto A, Vergara-Campos A, Marin-Casanova P, Cordoba-Dona JA. Multivariate analysis of risk factors for infection due to penicillin-resistant and multidrug-resistant Streptococcus pneumoniae: a multicenter study. Clin Infect Dis 1997; 24:1052-1059.
47. Heffelfinger JD, Dowell SF, Jorgensen JH, Klugman KP, Mabry LR, Musher DM, Plouffe JF, Rakowsky A, Schuchat A, Whitney CG. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance: a report from the drug-resistant Streptococcus pneumoniae Therapeutic Working Group. Arch Intern Med 2000; 160:1399-1408.
48. Whitney CG, Farley MM, Hadler J, Harrison LH, Lexau C, Reingold A, Lefkowitz L, Cieslak PR, Cetron M, Zell ER, Jorgensen JH, Schuchat A. Increasing prevalence of multidrug-resistant Streptococcus pneumoniae in the United States. N Engl J Med 2000; 343:1917-1924.
49. Campbell GD Jr, Sliberman R, Drug-resistant Streptococcus pneumoniae. Clin Infect Dis 1998; 26:1188-1195.
50. Nava JM, Bella F, Garau J, Lite J, Morera MA, Marti C, Fontanals D, Font B, Pineda V, Vriz S, et al. Predictive factors for invasive disease due to penicillin-resistant Streptococcus pneumoniae: a population-based study. Clin Infect Dis 1994; 19:884-890.
51. Metaly JP, Schulz R, Li Y-H, Singer DE, Marrie TJ, Coley CM, Hough LJ, Obrosky DS, Kapoor WN, Fine MJ, Influence of age on symptoms at presentation in patients with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 1997; 157:1453-1459.
52. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, Coley CM, Marrie TJ, Kapoor WN, A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med 1997; 336: 243-250.

53. Neill AM, Martin IR, Weir R, Anderson R, Cheresky A, Epton MJ, Jackson R, Schoesboe M, Frampton C, Hutton S, Chambers ST, Town GI. Community-acquired pneumonia: aetiology and usefulness of severity criteria on admission. *Thorax* 1996; 51:1010-1016.
54. Niederman MS. Treatment of respiratory infections with quinolones. In Andreole V, editor, *The quinolones*, 2nd edition. San Diego, CA: McGraw-Hill; 1998. p. 229-250
55. Plouffe J, Schwartz DB, Kolokathis A, Sherman BW, Arnow PM, Gezon JA, Suh B, Anzuetto A, Greenberg RN, Niederman M, Paladino JA, Ramirez JA, Inverso J, Knirsch CA. Clinical efficacy of intravenous followed by oral azithromycin monotherapy in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Antimicrob Agents Chemother* 2000; 44:1796-1802.
56. Vergis EN, Indorf A, File TM Jr, Phillips J, Bates J, Tan J, Sarosi GA, Grayston JT, Summersgill J, Yu VL. Azithromycin VC, cefuroxime plus erythromycin for empirical treatment of community-acquired pneumonia in hospitalized patients: a prospective, randomized, multicenter trial. *Arch Intern Med* 2000;160:1294-1300.
57. Simberloff MS, Cross AP, Al-Ibrahim M, Baltch AL, Greiseler PJ, Nadler J, Richmond AS, Smith RP, Schiffman G, Shepard DS, et al. 1986. Efficacy of pneumococcal vaccine in high risk patients: results of a Veterans Administration cooperative study. *N Engl J Med* 1986; 315:1318-1327.
58. Center for Disease Control and Prevention. Immunization of adolescents: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians, and the American Medical Association. *MMWR* 1996; 45: (RR-13).
59. Center for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1999; 48 (RR-4) :1-28.
60. Monto AS, Fleming DM, Henry D, de Groot R, Makela M, Klein T, Elliott M, Keene ON, Man CY. Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza A and B virus infections. *J Infect Dis* 1999; 180:254-261.
61. Treanor JJ, Hayden FG, Vrooman PS, Barbarash R, Betts R, Riff D, Singh S, Kinnersley N, Ward P, Mills RG. Efficacy and safety of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in treating acute influenza: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283:1016-1024.

KORELACIONET MORFOLOGJIKE-KLINIKE TE NODUJT E TIROIDES

Sinopsis mbi patologjite nodulare te gjendres tiroide

Dr. Dashamir GJERGJI

Endokrinolog, Poliklinika Qendrore Tirane

Nodujt e tiroides jane patologji e shpeshte dhe perbejne nje fenomen ne rritje jo vetem ne vendet me deficence jodike por edhe ne vendet e zhviluara. Ne SHBA meqenese kane statistika me te sakta rezulton se rreth 10-15% e popullates kane noduj ne palpim te tiroides si dhe rreth 50-60% zbulohen ne ekografi apo egzaminime te tjera.

Ne studimet e fundit shkencore ka rezultuar qe 3-5% e ketyre nodujve jane malinje. Keto raste perbejne nje incidence nga 2-4 per 100,000 banore ne vit. Kanceri i tiroides perben 1% te te gjitha patologjive malinje si dhe 0.5% te mortalitetit te te gjitha llojeve te kancerit ne teresi.

Nodujt e tiroides jane me te shpeshta te grate dhe kane rritje te incidences me rritjen e moshes si dhe me uljen e marrjes se jodit.

Spektri klinik i manifestimit te tyre mund te varioj nga format te lehta si noduj asimtomatike, incidentale, te vegjel, solitare e deri ne noduj te medhenj, madje edhe me degjenerime malinje apo perhapje regjionale qe mund te shkaktojne dhe simptomat e shtypjes per shkak te presionit qe ushtrojne mbi strukturat e buta.

Me te shpeshtet nder nodujt ne diagnostikim jane nodujt koloidale, kistik, tiroiditet (te tre keto tipe arrijne ne rreth 80%), tumoret beninje te tiroides (10-15%) si dhe karcinomat malinje (5%).

Menaxhimi i nodujve te tiroides perfshin nje diagnostikim te sakte dhe nje trajtim te kujdesshem, megjithese mund te themi qe edhe qarqet me te larta profesionale boterore qe merren me hartimin e protokolleve te trajtimit te semundjeve te tiroides nuk jane ne nje emerues te perbashket sa i takon trajtimit te nodujve, sidomos atyre solitare.

Anamneza dhe vleresimi klinik i nodujve te tiroides

Anamneza e kujdesshme te pathologjite nodulare te tiroides te ndihmone shume ne percaktimin e sakte te diagnozes por edhe ne hartimin e nje plani per trajtimin e tyre.

Ka shume autore qe me deduksione studimore mbeshtetin teori te ndryshme mbi te cilat mund te parashikohet ecuria apo natyra e nodujve mbeshtetur mbi karakteristikat ekografike, shintigrafike apo edhe fizike te ketyre nodujve.

Nga ana tjeter ka specialiste qe mendojne qe impakti i ketyre te dhenave eshte i parendesishem ne raport me egzaminimet e tjera si psh citopunksioni ne determinimin e natyres morfologjike te nodujve.

Eshte verejtur se risku per kancer te tiroides eshte i larte si ne strumen uninodulare por edhe ne ate multinodulare dhe me fare pak difference ne incidence mes dy grupeve. Sa i perket ketij indeksi kemi nje invertim te mentalitetit dhe statistikave te vjetra ku nenvizohej qe kanceri ishte shume i perhapur ne nodujt solitare dhe thuhet zero ne strumat multinodulare

Tjeter koncept ne tiroidologji qe po rivlersohet eshte fakti qe te gjithe nodujt pavarsisht madhesise se tyre kane thuhet risk te perafert per malinjizim ndaj nuk duhet kerkuar vetem te nodujt e medhenj por si rregull çdo nodul mbi 1cm duhet te determinohet nga pikpamja morfologjike. Ne rastet kur kemi dyshime te larta klinike edhe nodujt e vegjel <1cm mund te citopunktohen dhe te vlersohen morfologjikisht.

Nga pikepamja klinike nodujt e medhenj, me zhvillim dhe rritje te shpejte, te forte ne palpim qe ngajne si te çimentuara dhe te ngjitura me strukturat perreth dhe qe pergjithesisht nuk kane dhimbje, jane me te mundshme te jene noduj malinj.

Investigimet laboratorike te nodujve te tiroides

Jo gjithmone mund te gjykohet per funksionin e tiroides vetem klinikisht, prandaj ne te gjithë pathologjite nodulare te tiroides nevoiten kryerja e egzaminimeve laboratorike ku vleresohet statusi funksional i saj.

Si rregull testi i pare qe kerkohet eshte ai triotropines apo i TSH, nqs vlerat e tij jane anormale pastaj realizohet edhe matja e hormoneve te tiroides FT4, FT3. Rreth 10 % e pacienteve me noduj solitare kane nivele te frenuara te TSH gje qe flet per prezencen e adenomave apo noduj beninj hiperprodhues. Kur kemi rritje te vlerave te TSH duhet te matet me doemos edhe titri ne serum i antitropave antitiroperoxidase ATPO, per te konfirmuar tiroiditin kronik Hashimoto. Megjithate prezenca apo jo e ketyre markueseve autoimun te tiroides nuk perjashton mundesine e malinjizimit, ndaj duhet edhe citopunksioni per te percaktuar ne se kemi te bejme me ndonje pathologji malinje limfome etj. Llimfoma eshte tumor i rralle malinj i tiroides 5%, por eshte me i shpeshte ne rastet me tiroiditin kronik Hashimoto. Perafersisht te gjithë pacientet qe kane pathologji malinje te tiroides jane me funksion eutiroidien.

Matja e niveleve te kalcitonines rezervohet ne rastet me dyshime te medha per karcinome medulare, ne rastet kur ka baza gjenetike per kete lloj kanceri apo per MEN2 (multiple endocrine neoplasia type 2). Kur nivelet e kalcitonines jane te larta atehere dyshimet thekohen dhe diagnoza e kancerit medular konfirmohet edhe morfologjikisht. Kalcitonina nuk eshte egzaminim rutine meqenese, edhe ne rastet me dyshime qe kane histori familjare, kanceri medular haset 1 ne 250 paciente.

Perpara intervenimit per kancer medular te tiroides duhen kryer egzaminimet hormonale per te perjashtuar pathologjite e tjera bashkeshoqeruese si feokromocitoma apo hiperparatiroidizmi.

Diagnostika imazherike te nodojt e Tiroides:

Shintigrafia e Tiroides

Shintigrafia e tiroides eshte nje egzaminim i vjeter por shume i perdorshem vecanerisht ne Europe. Shintigrafia e tiroides preferohet per tu kryer ne rastet kur duam te diferencojme natyren funksionale te nodujve por edhe ne pathologji te tjera tiroidene.

Ky egzaminim eshte i pazevendesueshem sa i perket diagnostikimit te nodujve. Ne kete lloj egzaminimi nodujt diferencohen nga sasia e thithjes se lendes radioaktive qe administrohet dhe ne kete kontekst dallojme tre tipe te ndryshme nodujsh: noduj te ftohte kur nuk thithin fare lende; noduj te ngrohte kur thithin thuajse njelloj si pjesa tjeter e tiroides dhe noduj te nxehte kur thithin shume me teper se pjesa tjeter. Ne disa raste mungon fare thithja e lendes radioaktive nga pjesa tjeter e tiroides.

Kur nodujt jane te nxehte dhe funksional te shoqeruar me frenim ose jo te pjeses tjeter te tiroides thuajse jane te gjithë beninje. Ndersa te nodujt e ftohte qe perbejne 90% te te gjithë nodujve risku i malinjitetit eshte rreth 5%.

Nje tjeter avantazh i kesaj teknike eshte fakti se na jep nje panorama te gjere te te gjithë nodujve ne strumat multinodulare dhe ne jemi ne gjendje jo vetem te diferencojme thithjen por edhe te

vlersojme madhesine e nodjve dhe te percaktojme se cili prej tyre do ti nenshtrohet biopsies. Praktikisht te gjithë nodujt e flohte duhet te citopunktohen por dyshimet me te medha per malinjitet rriten me rritjen e permasave te nodujve. Nodujt e flohte me diameter me te madh se 3cm kane rrezik shume te larte. Shintigrafia e tiroides eshte e dobishme edhe ne percaktimin e vendosjes se vete tiroides por edhe te nodujve kjo ndihmon shume diagnostiken dhe intervenimin e mevonshem te ketyre patologjive.

Gjithsesi nuk rekomandohet matja e permasave te nodujve ne shintigrafi meqenese ultrasonografia e tiroides ofron sakte si me te madhe ne kete drejtim.

Nepermjet shintigrafise se tiroides mund te percaktojme edhe metastaza te ndryshme lokale dhe sistemike te disa tipe te kancerit te tiroides. Pervec shintigrafise se tiroides mund te kryhet dhe shintigrafia totale e trupit, kjo kryesisht te patologjite malinje dhe ndjekjet e tyre.

Shintigrafia e tiroides sherben edhe si udherrefyese ne rastet e terapive me jodablacion te nodujve funksionale por edhe ne terapite radioablative te kancerit folikular dhe papilar te tiroides..

Shintigrafia e tiroides realizohet me Jod-123, Jod-131, pertekneate, tekneций-99m-etj. Izotopet e jodit jane me te preferuarat per realizimin e shintigrafise se tiroides per shkak se cilesia dhe interpretimi eshte me i sakte. Ne rreth 10% te shintigrafive te realizuara me perteknetate kemi mosthithje te mire te lendes dhe keqinterpretime diagnostike.

Ekografia si egzaminim baze i semundjeve te Tiroides

Gjate dekadave te fundit, me futjen ne praktiken e perditshme mjekesore te ekografise se tiroides eshte bere e mundshme diagnostikimi me i sakte dhe me i shpejte i gjithë patologjive tiroidiene e vecanerisht i nodujve te saj.

Nepermjet ekografise se tiroides kapen te gjithë nodujt e tiroides. Maten sakte permasat e tyre, gjykohet per permajtjen e nodujve ne se jane kistike, solide apo mikste. Nga te dhenat tona dhe te literatures boterore konkludohet se ne pergjithesi te nodujt kistike te paster mundesia e shnderrimit ne nodul malinj eshte e paperfillshme, me me pak se 1%, por ne nodujt solid apo solidokistik mikst prezenca e neoplazive eshte rreth 5%.

Nepermjet ekografise se tiroides ne gjykojme ecurine e trajtimit te strumes se thjeshte te saj po ashtu vlersojme pozicionin dhe raportin anatomik me struktura te tjera per rreth.

Ekografia sherben gjithashtu si udherrefyese ne egzaminime diagnostike si cipopunksioni nen eko i nodujve tiroidiene po ashtu ndihmon edhe ne procedurat intervenuese si aspirimi i kisteve, ablacioni me laser, injektimi i etanolit ne noduje etj.

Karakteristika te tilla ekografike si hipoekogeniciteti, mikrokalçifikimet, kufijnjte irregulare, rritje e qarkullimit te gjakut (kjo vlersohet ne eko Doppler), nodujt me prevalim te diametrit gjatsor dhe vecanerisht evidentimi i prekjes se limfonodujve regjionale. jane te lidhura me nje risk te larte per kancer te tiroides.

Megjithë informacionin e bollshëm dhe studimet e shumta nuk mund të vendosim diagnozën e tumoreve malinj të tiroides, vetëm me ekografi.

Skanerit dhe rezonanca magnetike në sëmundjet tiroidiene.

Tomografia e kompjuterizuar dhe rezonanca magnetike nuk janë egzaminime rutine dhe me kostoeftektivitet të ulët por mbi të gjitha jodobiprues në diferencimin mes nodujve benignë dhe malinj të tiroides. Përpjesia e skanerit dhe rezonancës në raport me egzaminime të tjera në tiroidologji ka të bëjë me faktin që kjo procedura ka saktësi maksimale në detektimin e strumës substernale me komprimim të trakeës.

Vlen të theksohet se teknikat e reja të PET (positron-emission tomography) që përdorin fluorodeoksiglukoze F18, mund të ndihmojnë në diferencimin mes nodujve malinj dhe benignë, por këto egzaminime janë tepër të shtrenjta dhe nuk zëvendësojnë egzaminimin morfologjik të nodujve.

Elastografia e Tiroides

Kohet e fundit në praktiken botërore ka studime të shumta për sa i përket përdorimit të elastografisë në diferencimin e nodujve benignë dhe malinj të tiroides.

Elastografia si procedure diagnostike bazohet në ndryshimet imazherike që pesojnë nodujt e tiroides pas aplikimit të ngjeshjes së tyre me ultratinguj.

Elastografia realizohet nëpërmjet aparaturave ekografike që kanë si opsion edhe emetimin e shpejtë të ultratingujve mbi nodujt duke krijuar ngjeshje të nodujve dhe me pas nëpërmjet programeve kompjuterike vlerësohen sesi rikthehen në normë këto noduj.

Në vartësi të ngjeshjes dhe rikthimit autore të ndryshëm sugjerojnë se tumorët malinj dhe benignë të tiroides kanë indekse të ndryshme reaguesimi ndaj presionit dhe ngjeshjes.

Të dhënat e fundit flasin që kjo procedure ka sensitivitet më të lartë se FNA në diferencimin e nodujve dhe pretendohet që në të ardhmen të reduktoje apo ta zëvendësojë komplet citopunksionin.

Gjithsesi për momentin kjo teknike nuk aplikohet rutine, ka kosto të larta dhe akoma nuk është përfshirë në protokollet diagnostike.

Citopunksioni i Tiroides ose FNA (*Fine-Needle Aspiration Biopsy*)

Kjo teknike diagnostikuese është përdorur për herë të parë në vitin 1930, por përdorim masiv pati pas përmirësimit dhe përsosjes të disa parametrave në vitet 1960 e deri në ditët e sotme.

Evolucioni i kësaj teknike konsiston në rradhe të parë në faktin e përmirësimit të lendeve përpunuese fiksuese ku theksojmë që me futjen e elementeve imunohistokimike, që është edhe era e sotme e saj, cilësia e performimit dhe interpretimit është në maksimumet e saktësisë.

Kjo teknike ka sensitivitet diagnostic rreth 85% dhe specificiteti i saj shkon rreth 87-100%.

Gabimet ne diagnostikim jane jo me shume se 20%, ku ne kete marzh gabimi perfshihen gabimet e mundshme humane dhe teknike ne çdo etape te kesaj teknike.

Sa i perket koncepteve fals pozitiv, ku nenkuptohet vendosja e diagnozes per malinjitet ne FNA, ndersa rezulton te jete patologji beninje ne biopsine postoperatore, te kjo teknike ky fenomen ndodh ne rreth 3-8% te rasteve.

Fals negative diagnose nenkupton te gjithë rastet kur ne FNA jane diagnostikuar si patologji beninje ndersa ne biopsine postoperatore rezulton te jene lezione malinje. Ky koncept praktikisht ndodh ne jo me shume se 5% te rasteve.

Eshte teknika me e sakte dhe me e perdorur per momentin ne diferencimin e nodujve beninje dhe malinje. kjo procedure diagnostike duhet te realizohet nga mjeke te specializuar te morfologjise. Zakonisht kryhet ne kushte ambulatorie dhe nuk ka kosto te larta. Ka avantazhe sepse nuk eshte shume invasive nuk ka efekte anesore madhore, merret pergjigja ne nje hark te shkurter kohor.

Studimet kane vertetuar qe ne qendrat e specializuara krahasuar me periudha te meparshme ku indikacionet kirurgjikale bazoheshin vetem ne te dhena klinike, FNA ka arritur te reduktojë kostot e trajtimit me 25%, ka ulur me rreth 50% interventet e tiroides si dhe *ka dyfishuar numerin e sakte te konfirmimit te kancerit te tiroides.*

Nder efektet anesore mund permendim dhimbjet pas egzaminimit, hematomat e lehta dhe shume rralle demtime te fijeve nervore.

Çpimet dhe marrja e materialit nga noduli (jo me pak se 4-6) eshte e keshillueshme te kryhen gjithmone nen ekografi, sidomos ne nodujt kistik apo mikst (solidokistik). Ato duhen marre dhe te fiksohen me kujdes, te ruhen dhe te perpunohen sipas gjithë regullave strikte te procedurave morfologjike

Edhe ne vendin tone kjo procedure diagnostike eshte gjersisht e perdorshme fale edhe futjes se teknikave dhe elementeve te reja shto ketu dhe stafet e mire specializuara te anatomopathologjise.

Ne kete kuader, duke pare rritjen galopante te patologjive tumorale te gjendrrës tiroide, prej disa kohesh po vlersojme rendesine dhe saktesine e kesaj metode ne vendin tone ku me poshte po japim te dhenat e para qe perkojne me rreth 40% te subjekteve te marre ne studim. Ne kete studim retrospektiv jane nxjerre te dhena nga te semure te operuar per patologji tumorale te tiroides dhe jane pare te gjithë egzaminimet paraprake si citopunksioni FNA, te dhenat ekografike, shintigrafike, klinike dhe laboratorike te kryera perpara interventit dhe jane krahasuar me situaten postoperatore kryesisht ne aspektin e precizionit diagnostik paraoperator. Me kete element lidhen gjithë rruget e metejshem te zgjidhjes dhe koston se trajtimit.

Kanceri i tiroides eshte patologji ne rritje edhe ne vendin tone, ne me te shumten e rasteve prek seksin femer e me pak meshkujt. Ne kete studim qe merr ne konsiderate pacientet e

hosipitalizuar dhe te intervenuar ne kliniken e pare kirurgjikale ne QSUT Nene Tereza qe nga viti 2003 jane perfshire 105 paciente: 22 (21%) meshkuj 83 (79%) femra me raportin M : F 1 : 3,8. Mesatarja e moshes per pacientet ishte 47 +/- 13,3 (16 – 70) vjec, ku per meshkujt ishte 50 +/- 13 (26 – 68) vjec dhe per femrat 44 +/- 13,5 (16 – 70 vjec) 50,5% e pacienteve i perkasin grupmoshes nga 41 – 60 vjec .

Ne vetem 15% kemi patur diagnose te sakte paraprake per carcinoma te tiroides dhe rastet e tjera kane ardhur per intervent me diagnoza si: struma multinodulare (69,4%), nodul solitar (5,7%), nodul i ftohte“ (5,7%) pjesa tjetere me diagnose jo tumorale (4%). Ne kete studim rezulton qe incidencia postoperative e kancerit e tiroides eshte rreth 6,4%.

Shperndarja histopatologjike e tyre varion si me poshte: karcinome papilare 60 paciente (57%); karcinome folikulare 23 pacient (22%); karcinome anaplastike 12 paciente (11,5%); karcinome medulare 6 paciente (5,9%) dhe carcinoma me qeliza Hürthle - 4 paciente (3,8%).

Kanceri i tiroides eshte semundje shume serioze edhe pse eshte nga format me te buta dhe me prognoze me te mire te te gjithë pathologjive malinje.

Ne permiresimin e tregueseve prognostike te kancerit te tiroides dy jane elementet qe luajne rol thelbesore: e para diagnostikimi ne kohe dhe e dyta saktesia ne diagnozen paraoperative. Sic del dhe nga ky studim mar5re ne konsiderate vetem nga pikepamja e atyre qe e kishin nje diagnoze morfologjike, numeri i pacienteve te mirediagnostikuar eshte i vogel. Ketu luajne rol shume faktore ku me i rendesishmi eshte mos kryerja e gjithë egzaminimeve paraprake, prandaj gjej momentin qe me kete trajtese te sensibilizoj gjithë koleget, kryesisht mjeket e familjes dhe ata specialiste qe te ndjekim çdo hallke diagnostike e veçanerisht egzaminimin morfologjik te nodujve FNA.

Si pefundim semundjet e tiroides e kryesisht nodujt e saj duan shume kujdes ne diagnostikim dhe trajtim sa me te hershem dhe shkencor.

VARICELA

*Pergatitur nga **Dr. Nadire OSHAFI***

Pediatre, Infeksioniste, Poliklinika Specialiteteve Nr.3 Tirane

VARICELA ose lija e dheneve eshte semundje infektive shume kontagioze, qe shkaktohet nga nje virus i quajtur “*herpes virus varicellae*” ose “*varicella herpes zoster virus*”, qe karakterizohet nga ekzantema *makulo- papulo-vezikuloze*. Ne vartesi te pergjigjes imune te organizmit shfaqet si varicele ose herpes zoster. Ne faza dhe moshë te ndryshme manifestohet me disa veçori:

- Varicela shfaqet ne moshë te reja – si proces i gjeneralizuar
- Herpes Zoster manifestohet ne moshat e mevonshme- si proces i lokalizuar.

Virusi herpetik ne perberjen e tij ka nje berthame me AND dhe protein dhe mbulesen virale glikoproteinike, qe eshte e rendesishme per patogenezen sepse favorizon kalimin e virusit nga nje qelize tek tjetra dhe kane fuqi antigenike, pra ndaj tyre krijohen antikorpe mbrojtese.

Veçorite epidemiologjike dhe patogjeneza:

- Varicela është sëmundje me kontagiozitet të lartë, përhapet me spërklë ose me anë të kontaktit të drejtperdrejtë me elementet e lekures.
- Periudha me e favorshme : dimer-pranverë.
- Shumica e personave e kalojnë gjatë femijërisë .
- Moshë me e prekshme 2-3 vjeç deri 10-15 vjeç. Mbi këtë moshë kemi shfaqjen e zosterit.
- Imuniteti qelizor është i pranishëm që në moshë të vogël.
- I sëmurë është kontagjioz 1-2 ditë para shfaqjes së ekzantemës dhe vazhdon të jetë i tillë deri në formimin e krustave.
- Varicela le imunitet të përherëshëm.

Virusi pasi hyn në organizmin e njeriut (PH është nazofarinxi – ind i limfatik) ku shumëzohet dhe del në gjak duke dhënë viremië paresore. Pastaj shpërndahet në të gjithë organet e njeriut (hepar, lien, renet, pllakat PYER) ku vazhdon shumëzimi i tij, kalon perseri në qarkullimin e gjakut –viremië dytesore dhe përhapet duke u lokalizuar në lëkurë dhe në mukozë, ku shkakton lëzime tipike të sëmundjes së variceles (dita 14)

Kuadri klinik shfaqet me tre periudha:

- Periudha e inkubacionit është mesatarisht prej 14 ditësh.
- Periudha prodromale: shpesh në fëmijet mungon ose paraqitet e lehtë me temperaturë subfebrile , katar i lehtë respirator, cefalë, vjellje, diarre e gjendje shqetësimi. Këto shenja nuk zgjasin me shumë se 1-2 ditë.
- Periudha ekzantematike: elementet fillojnë si macula (si njolla të kuqe) që shpejt kthehen në papula (të ngritura mbi lëkurë) dhe brenda pak orësh perfundojnë në vezikula. Madhësia e elementeve makulo-papulos ka një diametër që shkon nga 1-10 mm dhe kanë formë vezake ose të rrumbullakët. Elementet vezikuloz janë të rrethuar nga një zonë pak e skuqur dhe përmbajnë një lëng të çelët që bëhet lehtësisht i turbullt dhe perfundon në krustë. Ky evolucion i elementeve vezikuloz zgjat 1-3 ditë. Krustat vetëpërthahen dhe bien brenda 1-2 javësh pa lënë cicatrice dhe pa u supuruar. Ekzantema është polimorfe me formë dhe moshë të ndryshme zhvillimi. Elementet variceloz shfaqen me vëllë që ndjekin njëra-tjetrën. Kështu në një zonë të caktuar të trupit kemi njëkohësisht elemente makuloze krahas atyre papuloze dhe vezikuloze (pleomorfizëm). Elementet variceloze shfaqen në të gjitha zonat e trupit duke përfshirë edhe fytyrën dhe koken. Vezikulat zakonisht i gjejmë në numër të kufizuar edhe në mukozat si në atë të gojës, faringjit, me rrallë atë laringeale, konjuktivale, uretrale e vulvare.



Varicela manifestohet me disa forma klinike:

- ❖ Format abortive- karakterizohen nga numer i paket i elementeve dhe mungesa e shenjave te pergjithshme.
- ❖ Format e lokalizuara- karakterizohen nga prania e elementeve ne zonat e lekures qe u nenshtrohen traumave te lehta te vazhdueshme
- ❖ Format buloza ose pemfigoide – Disa vezikula arrijne madhesine e disa cm. vezikulat kane pamjen e bulave te çklolitura. Paraqiten kur kemi mbivendosje te infeksionit streptokoksik .
- ❖ Purpura variceloze- takohet ne femije me mjekim me kortikosteroide ose ne te semuret me leukemi e procese te tjera malinje. Ato paraqiten me elemente te shumte hemoragjike shoqeruar me manifestime hemoragjike te ndryshme ne lekure e mukoza. Disa here gjendja e pergjithshme rendohet shpejt dhe kemi perfundim ne vdekje ne kuadrin e purpures se rrufeshme.
- ❖ Forma gangrenoze – takohet rralle dhe kryesisht ne femijet me distrofi te rende. Elementet vezikuloze jane te medhenj, permbajne leng serohemoragjik dhe kur hapen lene te zbuluar shtresen dermal te nekrotizuar. Gjendja e pergjithshme eshte e rende dhe perfundimi letal i shpeshte.
- ❖ Varicela kongenitale – kur nena ka kaluar varicelen gjate shtatzanise. Karakterizohet nga demtimet kongenitale te femijeve sidomos ne tru, hipoplazi te kartilagove, demtime te syve etj.

**Vericela komplikohet me:**

- ❖ Infeksione sekondare te lekures (absces, celulit etj)
- ❖ Pneumoni
- ❖ Encefalit, Cerebelit (qe manifestohet me triaden : ataksi , nistadmus, tremor), Mielit, Poliradikuloneurit.
- ❖ Sindrome REY (encefalopati)
- ❖ Artit, Glomerulonefrit, Orkit

Diagnoza e variceles nuk paraqet veshtiresi nqse mbeshtetemi ne:

- I. Te dhenat e klinikes
- II. Te dhenat epidemiologjike
- III. Te dhenat laboratorike (leukopeni, limfocitoze)
- IV. Izolimi i virusit (titri i antikorpeve)

Diagnoza diferenciale behet me:

- Semundjet e tjera ekzantematike
- Impetigo banale
- Pickim i infektuar

- Ekzema e pustulizuar

Semundja	Inkubacioni	Infeksioziteti	Simptomat	Lokalizimi i ekzantemes	Karakteristika	Laboratori	Veçori
Varicela	14-21 dite	1 dite para shfaqjes deri ne krustezim	Temperature e larte Dhimbje koke Dobesi Te vjella	Trung Fytyre Lekure koke Anesi	Makul Papul Vezikul Pustul Kruste (deri ne 2 jave)	~	Polimorfizmi Preket lekura e koke
Variola	10-14 dite	24 ore perpara shfaqjes deri ne zhdukjen e krustes	Katarale Kolle	~	Makul Papul Vezikul Kruste (deri ne 4 jave)	Leukopeni	~
Skarlatina	5 dite	24 ore deri ne 2 jave	Tonsilit Temperature e larte Gjuha e luleshtrydhes Limfadenopati	Ne te gjithë trupin	Punktiforme Lekura hiperemike Deskuamacioni Zgjat 4-10 dite	Leukocitoze pas 3 javesh analiza e urines	Trekendshi i Filatov paprekur
Fruthi	7-14 dite	2-4 dite para ekzantemes deri 5 dite pas saj	Kolle Konjuktivit	Dita 1 – fytyre Dita 2 – trung Dita 3- anesi	Makulopapuloze Deri 1 cm Ne ind te shendoshe (3-7 dite)	Leukopeni	Njollat e koplikut Kronologjia e perhapes
Ekzantema subitum	4-7 dite	~	Temperature e larte	Gjoks Bark	Difuze Zgjat 1-2 dite	Leukopeni	~
Mononukleoza infective	5-15 dite	E papercaktuar	Splenomegali Limfadenopati Angina lakunare	Trung ne shumicen e rasteve	Makulopapuloze Ne trung Zgjat 3-7 dite	Reaksioni Paul – Bunnell Sediment i larte Limfomonocyte Leukocitoze	Hasen ne 15% te rasteve Limfonodula latero-cervikale A/B stimulon ekzantemën
Rashi medikamentoz-ushqimor	E shpejte	~	Te ndryshme Dobesi	E gjeneralizuar	Mund te kete forma te ndryshme	~	Qetesohet me heqjen e barit (ilacit)

Trajtimi i variceles eshte:



Simptomatik:

- 1) Pudra lokale antihistaminike
- 2) Antipiretike sipas temperatures. Ne asnje menyre te mos perdoret aspirine.
Perdorimi i aspirines ne kete semundje mund te shkaktoje sindromen e REY.
- 3) Antibiotike ne rast te infeksioneve sekondare

📌 Mjekimi specifik: acikloviri tek femijet imunodeficitare.

Parandalimi i variceles eshte:

- 📌 Aktiv -vaksina perkatese me virus te gjalle te zbutur ne moshen 12-18 muaj
- 📌 Pasiv – imunoglobulina specifike humane tek femijet imunodeficitare te cilet jane ne kontakt me te semure nga varicela.

Bibliografi:

1. Nelson text book of perdiatrics 19th edition, Elsevier saundes 2011
2. Malietta V. diagnosi e terapia pediatrica pratica. 10a edicone. Case editrice ambrosiana, 2011
3. Red book: report of the committee on infectious diseases 24th edition , 1997.
4. Pathologie infeciosus de l'enfant. Masson , 1999.
5. Dershewitz R.A Ambulatory pediatric care. 3rd edition. Lippincott-Raven, 1999
6. J. Gallagher et al.: *Susceptibility to varicella zoster virus infection in health care workers*. Occup. Med. (Lond). (1996) 46(4): S. 289-292, [PMID 8854707](#)
7. ↑ S. J. Knowles et al.: *Susceptibility to infectious rash illness in pregnant women from diverse geographical regions*. Commun. Dis. Public Health. (2004) 7(4): S. 344-348, [PMID 15779804](#)
8. ↑ BEHM-LOPEZ, Bertrand y SALAS-HERRERA, Isaías. [El papel de los anti-inflamatorios no esteroideos en la producción de fascitis necrotizante](#) (en español). Acta méd. costarric. [online]. mar. 2002, vol.44, no.1 [citado 12 Diciembre 2009], p.5-9. ISSN 0001-6002.
9. ↑ Lesko SM, O'Brien KL, Schwartz B, Vezina R, Mitchell AA. (2001). «Invasive Group A Streptococcal Infection and Nonsteroidal Antiinflammatory Drug Use Among Children With Primary Varicella». *Pediatrics* **107**: pp. 1108-1115. [Texto completo](#)
10. ↑ Marin M, Güris D, Chaves SS, Schmid S, Seward JF; Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2007). «Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)». *MMWR Recommendations and Reports* **156**: pp. 1-40.

INFEKSIONI NGA MONONUKLEOZA INFEKTIVE

Prof. Dr. Eli FOTO

Klinika e Pediatrie, QSU "Nene Tereza", Tirane

Infeksioni i mononukleozeve infektive eshte i njohur si sindromi klinik i shkaktuar nga Epstein-Barr virus (EBV). Prek femijet dhe te riturit, karakterizohet nga interesimi i gjendjes se pergjithshme te organizmit, dobesi, dhembje e grykes, temperature, limfadenopati e

gjeneralizuar, rritje e shpretkes, leukocitoze e shoqeruar me limfocitoze atipike ne gjakun periferik.

EBV, eshte virusi i pare virus human qe shoqerohet me malinjitet. Infeksionet nga EBV japin nje spekter te gjere çrregullimesh proliferative, qe veteleminohem, zakonisht semundje beninje si mononukleoza, deri ne proliferime malinje, si karcinoma nazofaringeale, limfoma Burkitt, semundje Hodgkiniane, dhe semundje agresive jo malinje, si leukoplakia orale fillimisht ne te rriturit me AIDS dhe pneumonia intersticiale limfoide tek femijet e semure me AIDS.

EBV eshte anetar i y herpesvirus grup, shkakton me shume se 90% te rasteve mononukleoze infektive. Infeksione te ngjashme me mononukleozen infektive, ne 5-10% te rasteve shkaktojne; cytomegalovirusi, toksoplazma gondii, adenoviruset, hepatiti viral, HIV, dhe virusi i rubeoles.

Burimi i infeksionit eshte njeriu. Infeksioni eshte i pranishem ne te gjithë botten, transmetohet nepermjet kontakteve te ngushta me ane te sekrecioneve te gojes, te tilla si puthja ose shkembimi i peshtymes nga njeri femije tek tjetri. EBV infekton >95% te populates ne bote.

Ky sindrom mund te jete i pranishem ne te gjitha moshat, por me i paket ne femijet me te vegjel se 4 vjeç, ku shumica e EBV eshte asimptomatike ose ne te rriturit > 40 vjeç, ku shumica mund te jene te infektuar nga EBV.

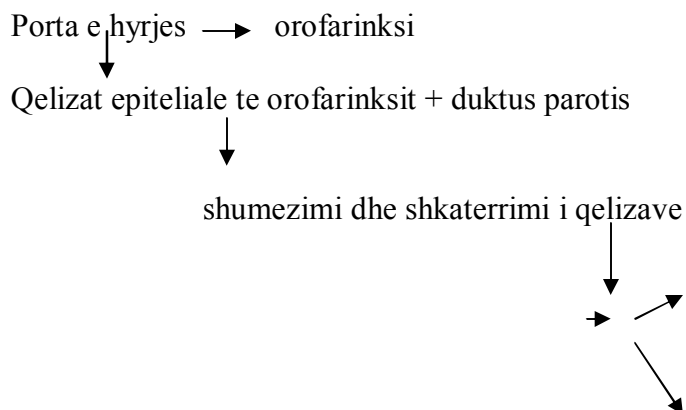
EBV vendoset ne sekrecionet e gojes per me shume se 6 muaj pas infeksionit akut dhe ne menyre intermitente mund te shfaqet gjate gjithe jetes. 20-30% e personave te shendetshem te infektuar me EBV e eliminojne virusin ne çdo kohe, ndersa ato me imunosupresion lejojne riaktivizimin e EBV latente.

Infeksioni primar i E.B.V. – ne adoleshence dhe tek te rriturit shfaqet ne >50% te rasteve me triaden klasike – dobesi, faringit dhe limfadenopati e gjeneralizuar, ne te cilat konsistojne dhe shfaqjet klinike me te rendesishme te infeksionit te mononukleozes infektive.

EBV, pas strehimit ne kavitetin e gojes, fillimisht infekton qelizat epiteliale te gojes, te cilat kontribuojne me simptomat e faringitit. Pas shumezimit te virusit ne qelizat epiteliale dhe shkaterrimit qelizor qe shoqerohet me çlirimin e virioneve te reja, virusi shperndahet ne gjendrat e peshtymes, jep viremi, infekton limfocitet B ne gjakun periferik dhe kalon ne sistemin limforetikular duke perfshire shpretken dhe melçine. Elementi kryesor i veprimit te virusit eshte limfociti B.

Limfocitet atipike, qe jane CD8+T, te cilat ne pergjigje te limfociteve B te infektuara shfaqin te dyja funksionet e tyre supresore dhe citotoxike.

Limfocitet T te aktivizuara, limfocitet atipike, mendohet qe funksioni i tyre eshte te shkatërrojë limfocitet B te infektuara nga virusi EBV, duke kufizuar qarkullimin e tij.



Infektimi i limfociteve B ne gjakun periferik +
gjithe sistemi limforetikular qe perfshin
shpretken, melçine

viremia

sistemik
limfocitet T-CD8
(limfocite atipike)
me efekte citotoksike dhe
supresore

Disa nga manifestimet klinike te MI vijne si pasoje e pergjigjes imunitare qe eshte efektive me reduktimin e numrin e limfociteve B.

Manifestimet klinike

Periudha e inkubacionit mesatarisht eshte 2 jave, por mund te zgjase deri ne 2 muaj.

Ne femijet, periudha e inkubacionit eshte me e shkurter. Ne fillim vihet re interesimi i gjendjes se pergjithshme; ankojne per dhembje koke, dobesi, lodhje, dhembje fyt, temperatura e larte arrin ne shifrat 39° - 40 °C dhe qendron ne subfebrilitet, nuk ka ndonje tip febril karakteristik, arrin pikun mbasdite dhe vazhdon 10-14 dite.

Dhembja e grykes eshte shenje karakteristike e mononukleozes infektive, ajo ka lidhje me zhvillimin e hiperplazise te indit limfoid te faringut dhe shoqerohet me inflamacion dhe edeme.

Faringu eshte eritematoz, ndersa tonsilat mbulohen me nje eksudat te bardhe, qe te le pershtypjen e nje angine pedomembranoze, e cila mund te ngaterrohet me difterine.

Zmadhimi i tonsilave dhe indit limfoid orofaringeal mund te shkaktoje mbyllje te rrugeve te frymemarrjes, qe manifestohet me veshtiresi dhe fishkellima gjate frymemarrjes.

Limfadenopatia gjendet ne 90% te rasteve. Ne fillim zmadhohen limfonodulat, ne zonen e qafes, rreth muskultit sternokleidomastoideus, anteriore e laterocervikale, te cilat jane ne forme pakete, kane konsistence te forte, elastike, jane te levizshme, pak te dhimbshme, nuk kane prirje per qelbezim, dhe jane te zmadhuara ne menyre simetrike. Me vone mund te zmadhohen limfonodujt aksilare, inguinale.

Ne menyre me pak te dukshme zmadhohen limfonodulat bronkiale dhe mezenterale.

Zmadhimi i shpretkes vihet re ne 50% te rasteve, por permasat e saj mbeten te kufizuara 2-3cm nen harkun brinjor, dhe ne pergjithesi kthehet ne norme brenda 10 diteve.

Zmadhimi i melçise vihet re ne 10% te rasteve dhe ne disa raste ka rritje te transaminazave.

Ne 3-15% te pacienteve vihet re rashi, makulopapuloze difuz, qe i ngjan rubeoles, por mund te jete skarlatini forme ose hemoragjik . 8% e pacienteve me mononukleozes infektive shfaqin nje rash n.q.s. trajtohen me ampiciline, shkaku per kete fenomen eshte i panjohur.

Çrregullimet neurologjike jane te rralla, paraqiten ne kuadrin e meningitit ne liquor te paster, ose encefalitit.

Diagnoza

Per vendosjen e diagnozes eshte e rendesishme, anamneza, ekzaminimi objektiv i femijes, analizat klinike, biokimike dhe serologjike.

Hemograma, ve ne dukje leukocitoze me shume se 90% te rasteve (leukocitet $\Rightarrow$ 20.000 per 1m^3).

Ne formulen leukocitare 60-65% e perbejne limfocitet dhe monocitet, ku monocitet jane mbi 10%.

Mund te vihet re nje ulje e trombociteve, kurse eritrocitet mbeten me vlerat normale. Ndryshimet hematologjike persistojne 4-8 jave pas fillimit te semundjes.

Ne ekzaminimet biokimike, ne me shume se 50% te rasteve kemi rritje te lehte te transaminazave.

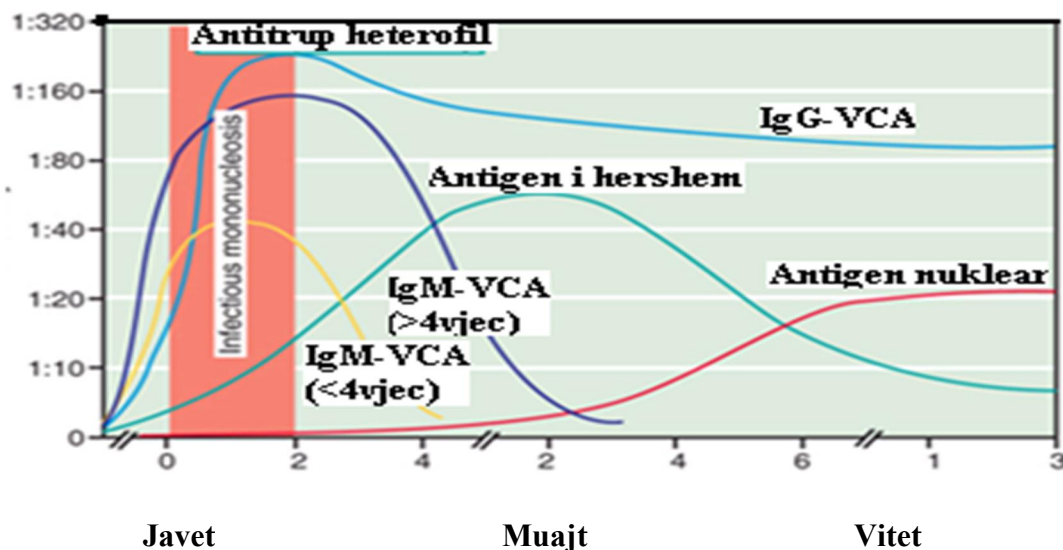
Ne ekzaminimet serologjike Testi i antikorpeve specifike EBV eshte shume i perdorshem per te konfirmuar nje infeksion akut ose nje infeksion te kaluar nga EBV. Sistemet antigenike EBNA, EA dhe VCA jane te perdorshem per qellime diagnostike.

Faza akute e infeksionit te mononukleozes karakterizohet nga nje pergjigje me titra te larte te IgM dhe IgG – (antitropave) ndaj V.C.A. (antigeni viral i kapsides), ne te gjitha rastet dhe nje pergjigje IgG, ndaj EA ne shumicen e rasteve. Pergjigja IgM – ndaj V.C.A. –eshte per nje kohe relativisht te shkurter, por qe mund te zbulohet per te pakten 4 jave dhe ndonjehere deri ne 3 muaj.

Antitrupe anti E.A (antigeni i hershem) zakonisht mund te zbulohen disa muaj me pas, por ato mund te persistojne ose te zbulohen ne titra te ulet shume vite me pas. Antikorpset anti EBNA (antikorpset antinukleare) jane te fundit qe zhvillohen ne mononukleoze dhe shfaqen gradualisht 3 -4 muaj pas shperthimit te semundjes dhe mbeten ne nivele te ulta per te gjithe jeten.

Zbulimi i antikorpeve IgM ndaj VCA eshte testi serologjik me i besushem dhe specifik per diagnozen e infeksionit akut nga EBV dhe eshte pergjithesisht i mjaftueshem per te konfirmuar diagnozen.

Antitrupe



Koha pas fillimit te shenjave klinike

Nderlikimet

Nderlikimi me i rende eshte hemoragjia subkapsulare splenike ose ruptura splenike qe ndodh me shpesh ne javen e dyte te semundjes ne me pak se 0.5% te rasteve tek adultet dhe ruptura eshte e lidhur me traumen.

Zmadhimi i tonsilave dhe indit limfoid orofaringeal mund te shoqerohet me mbyllje te rrugeve te sipërme te frymemarrjes, qe manifestohet me stridor dhe veshtiresi ne frymemarrje.

Dhembja e kokes eshte prezente ne gjysmen e rasteve, me manifestime neurologjike, siç jane konvulsione, ataksi 1-5% te rasteve, encefalitin, mielitit transvers, sindromi Guillaen – Barre dhe sindromi Reye, te cilet mund te vijojne fazen akute te semundjes.

Miokarditi ose pneumonia intersteciale mund te ndodhe, por qe normalizohen brenda 3-4 javeve. Anemia hemolitike, vihet re ne 3%te rasteve. Anemia aplastike eshte nje komplikacion i rralle, qe zakonisht eshte prezent 3-4 jave pas fillimit te semundjes. Trombocitopenia e rende, me pak se 20000ml ose neutropenia e rende me pak se 1000 neutrofile ml, jane te ralla. Nderlikime te tjera me te rralla perfshihen pankreatiti, parotiti, orkiti.

Diagnoza diferenciale

Diagnoza diferenciale e EBV behet me cytomegalovirus, toxoplazma gondii, adenoviruset, hepatitin viral, rubeolen dhe HIV-in.

Mjekimi

Nuk ka trajtim specifik per mononukleozen infektive. Qetesia, regjim shtrati dhe mjekimi simptomatik jane te domosdoshme.

Perdorimi i kortizonikeve (me pak se 2 jave) mund te rekomandohet ne nderlikimet e mononukleozes, si obstrukcioni fillestar i rrugeve respiratore, nga zmadhimi i tonsilave, edema e limfonodujve, ne trombocitopenite me hemorragji, anemi hemolitike autoimmune, konvulsione dhe meningit. Rekomandohet prednizon 1mg/kg/24h, (max. 60mg/24h) per 7 dite dhe mund te merret serish me vone per 7 dite te tjera. Nuk ka te dhena qe mund te tregojne efikasitetin e kortizonikeve ne çdo njeran prej ketyre situatave.

Perdorimi i acyclovirit me doza te larta, zvogelon shumezimin viral, gjate kohes se aplikimit, por nuk redukton rendimin e semundjes ose zgjatjen e simptomave.

Meqenese demtimet e barkut mund te çojne ne rapture te shpretkes, keshillohet qe femijet te mos marrin pjese ne sporte te veshtira dhe aktivitete atletike te mundimshme per 2-3 javet e para te semundjes.

Proгноza

Ndodh sherimi nga semundja per 2-4 jave, n.q.s. nuk zhvillohen nderlikime gjate fazes akute te semundjes.

HELICOBACTER PILORI DHE KANCERI GRASTRIK

Dr. Xhoela NDINI

Sherbimi Gastroenterologji/Hepatologji, QSU „Nene Tereza“, Tirane.

Adenokarcinoma gastrike eshte shkaku i dyte i vdekjeve te lidhura me semundjet kanceroze (çdo vit humbasin jeten rreth 700.000-900.000 njerez) dhe semundja e katert malinje me e zakonshme ne mbare boten. Mundesite e mbijeteses 5 vjeçare jane shume te uleta, duke u renditur nga 15% nese diagnostikohet ne fazat e vonshme te semundjes dhe deri ne 65% nese diagnostikohet ne menyre te hereshme. Infektimi nga *Helicobacter pylori* eshte faktori me i fuqishem i riskut i njohur per adenokarcinomen gastrike. Llojet e bakterit kolonizojne stomakun e me shume se gjysmes se popullates boterore, megjithate vetem nje pjese e vogel e te infektuarve zhvillojne adenokarcinome. Kjo tregon se infektimi me kete patogjen eshte i nevojshem, por jo i mjaftueshem ne procesin e karcinogjenezes se kancerit gastrik. Rendesia dhe rezultati ne kohe i ketij infeksioni modulohen nga nje numer faktoresh te bakterit, te bujtesit (njeriut) dhe te mjedisit, te cilet bashkeveprojne ne nje menyre te komplikuar.

Hyrje

Helicobacter pylori eshte vleresuar pergjegjes per 5,5% te te gjithe rasteve me kancer tek njeriu dhe ne me shume se 60% te rasteve me kancer gastrik. Infektimi me kete patogjen mund te sjelle nje numer te madh çrregullimesh te sipërme gastro-intestinale te tilla si: inflamacionin gastrik (gastrit), semundjen ulçeroze peptike (10%-20%), adenokarcinomen distale te stomakut (1%-2%) dhe limfomen e lidhur me indin limfoid te pranishem ne mukozen gastrike (MALT <1%).

Evolucioni dhe Epidemiologjia

Lidhja midis *H.pylori* dhe races njerezore ka filluar rreth 100.000 vjet me pare. Nga te dhenat filogjenetike mendohet se bakteri eshte perhapur nga Afrika Lindore me te njejten shkalle kohore si zhvillimi anatomik i njeriut modern. Studimet tregojne se llojet kyçe te ndryshueshmerise gjenetike bakteriale pasqyrohen ne origjinen etnike dhe ne migrimin e bujtesit njerezor.

Prevalenca

Eshte llogaritur se gjysma e popullsisë se botes eshte e infektuar me *Helicobacter pylori*. Megjithate prevalenca e infeksionit ka ndryshime te medha gjeografike. Ne vendet ne zhvillim eshte e infektuar me shume se 80% e popullsisë dhe infeksioni ne keto regjione eshte i karakterizuar nga marrja e shpejte ne moshe te hershme. Ne kontrast me kete, prevalenca e *H.pylori* ne vendet e industrializuara eshte me pak se 40% dhe eshte ne menyre te dukshme me e vogel ne femijet sesa ne te rriturit.

Marrja e *Helicobacter pylori* ndodh gjate femijerise. Prevalenca e tij eshte e lidhur ne menyre te kundert me gjendjen socio-ekonomike, te ardhurat familjare, higjenen dhe kushtet e banimit.

Transmetimi

Rruget ekzakte te transmetimit jane ende te panjohura. Transmetimi nga njeriu te njeriu nepermjet rruges gastro-orale (p.sh ekspozimi ndaj te vjellave), oro-orale ose rruges fekalo-orale jane percaktuar si rrugat kryesore te transmetimit.

Kolonizimi dhe persistenca e inflamacionit

Helicobacter pylori eshte nje bakter gram-negativ, me forme spirale, mikroaerofilik dhe i pajisur me 4-6 flagjela. Megjithese ai gjendet kryesisht jashte qelizave, disa studime tregojne pushtimin e bakterit ndaj mukozes gastrike (ne brendesi te qelizave epiteliiale) dhe limfonodujve gastrike. Ai ka krijuar shume strategji per te lehtesuar kolonizimin ne mjedisin e bujtesit (stomakun e njeriut):

-Prania e shume flagjelave lehteson levizjen, duke e transportuar bakterin drejt mukozes ne afersi me qelizat epiteliale, ku pH eshte pothuajse neutral.

-Forma si helike e qelizes e ndihmon ate te kryeje levizje rrotulluese dhe lehteson kalimin permes shtreses viskoze te mukusit.

-Enzima ureaze e gjendur ne citozol dhe ne membranen e qelizes, ben te mundur buferizimin e ambientit nepermjet hidrolizimit te urese duke formuar amonium dhe dioksid karboni.

-Molekulat e shumta te adezinave te ndodhura ne siperfaqen e qelizes bakteriale bejne te mundur ngjitjen ne qelizat epiteliale dhe ndonjehere pushtimin e tyre ose kalimin e bakterit midis lidhjeve nder qelizore.

Nderveprimi i bakterit me qelizat epiteliale te stomakut mendohet se krijon mekanizma efektive shpetimi ndaj sistemit imun me pasoje formimin e inflamacionit, gjate te cilit si pasoje e demtimit qelizor çlirohen elemente ushqimore te rendesishem per mbijetesen e bakterit.

-Shperndarja nga *H.pylori* ne qelizen bujtese te toksines se lidhur me antigjenini A sjell depolarizimin e siperfaqes apikale te qelizes epiteliale gastrike. Humbja e polaritetit e kthen qelizen ne nje vend te pershtatshem per replikimin e bakterit.

-*Helicobacter pylori* shfaq ne membranen e tij lipopolisaharide me aktivitet endotoksik dhe imunobiologjik shume te vogel ne krahasim me lipopolisaharidet e baktereve te tjere gram negativ. Per me teper, ai ka aftesine te ndryshoje perberjen lipopolisaharidike dhe ne kete menyre t'i shpetoje veprimit te sistemit imun te lindur ose te fituar.

-Strukturat flagjelare, te cilat njihen nga sistemi imun i lindur, nxisin nje pergjigje imune te dobet.

- Bakteri ne menyre preferenciale indukton nje pergjigje te tipit Th1, e cila klasifikohet si pergjigje imunitare e rendesishme ndaj luftes kunder patogjeneve brendaqelizor (*H.pylori* gjendet kryesisht jashte qelizes).

-Citotoksina vakuolizuese (VacA), e cila kodohet nga gjenomi i te gjitha llojeve te bakterit bllokon proliferimin e limfociteve T ne CD4+ dhe limfociteve B ne CD8+. Ajo gjithashtu demton funksionin normal te makrofageve nepermjet induktimit te apoptozes ose frenimit te maturimit fagozomal.

-Membrana bakteriale mbulohet me molekulat e qelizes bujtese, te tilla si kolesterol dhe plazminogjeni, duke mundesuar keshtu mosnjohjen e bakterit nga ana sistemit imun te bujtetit.

-*Helicobacter pylori* shfaq ndryshueshmeri te madhe alelike dhe variacion gjenetik, qe i lejon atij adaptimin e shpejte ndaj ndryshimeve te mjedisit.

Ky bakter mendohet se ndikon ne zhvillimin e kancerit gastrik ne menyre direkte nepermjet veprimit te faktoreve te tij te virulences dhe ne menyre indirekte nepermjet fillimit dhe mbajtjes se nje inflamacioni kronik ne mukozen gastrike. Markuesit me te njohur te virulences se *Helicobacter pylori* jane: gjeni i lidhur me citotoksinen CagA dhe gjeni i lidhur me citotoksinen vakuolizuese VacA.

-Gjeni cagA eshte i pranishem ne pothuajse 60% te llojeve te izoluara ne vendet e zhvilluara dhe pothuajse ne te gjitha llojet ne vendet ne zhvillim. Gjeni kodon nje sistem sekretimi te tipit IV dhe disa proteina, duke perfshire onkoproteinen CagA. *Helicobacter pylori* ne kontakt me qelizat epiteliale te bujtetit perdor sistemin sekretues te tipit te IV per te injektuar CagA ne keto qeliza. Kjo ngjarje aktivizon nje seri procesesh qe çojne ne ndryshime morfologjike te qelizes bujtese (zgjatjen e qelizave epiteliale), nderprerjen e lidhjeve nderqelizore dhe humbjen e polaritetit qelizor. CagA ndikon gjithashtu ne grumbullimin ne nukleus te β -katenines citozolike, e cila

indukton traskriptimin e gjeneve pergjegjes te karcinogjenezes. Kjo proteine ndikon gjithashtu ne pergjigjen inflamatore nepermjet mundesise qe i krijon peptidoglikanin per te hyre ne brendesi te qelizës, i cili nga ana e tij aktivizon interleukinen-8 (pjesemarrese aktive ne procesin e inflamacionit). Nga studimet ka rezultuar se pacientet me titer te larte antitropash kunder CagA kane incidence me te larte per adenokarcinomen gastrike. Pra infeksioni me lloje CagA pozitive rrit riskun per kancer ne krahasim me infeksionin me lloje CagA negative.

-Gjeni vacA eshte i pranishem ne te gjitha llojet e baktereve dhe kodon proteinen VacA, nje toksine bakteriale, qe indukton vakuolizimin dhe apoptozen e qelizave epiteliiale te ndermjetesuar nga aktivizimi mitokondrial.

Procesi prekanceroz

Adenokarcinomat gastrike jane te ndara ne dy tipe histologjike (klasifikimi sipas Lauren), ku secila shfaq karakteristika te ndryshme epidemiologjike dhe fizpatologjike. Adenokarcinoma gastrike e tipit difuz shfaqet kryesisht ne moshe te re dhe nuk ka preference gjinie. Ajo konsiston ne pranine e qelizave neoplazike infiltruese, te cilat nuk formojne struktura gjenderore dhe nuk lidhen me metaplazine intestinale. Forma me e shpeshte e adenokarcinomes eshte adenokarcinoma e tipit intestinal, e cila shfaqet kryesisht ne moshe te vone, predominon tek meshkujt dhe formohet duke ndjekur etapa te mirepercaktuara nga ana histologjike: inflamacion kronik aktiv →atrofi multifokale(humbje e gjendrave)

→metaplazi intestinale,forma e plote →metaplazi intestinale,forma jo e plote →displazi → adenokarcinome. Pjesa me e madhe e kancerave gastrike, duke perfshire tipin intestinal dhe tipin difuz, rezultojne nga mukoza e infektuar me *Helicobacter pylori* dhe shume rralle e marrin origjinen nga mukoza gastrike e pa inflamuar.

Tre burime te dhenash mbeshtesin lidhjen midis *Helicobacter pylori* dhe kancerit gastrik:

Studime epidemiologjike

Studimet rast-kontroll klasike kane dhene mesazhe jo te qendrueshme rreth shkakut. Keto mosperputhje tashme shpjegohen qarte nga zhvillimi ne dy kohe i procesit te karcinogjenezes. Infeksioni merret kryesisht gjate femijerise dhe persiston me vite, por ka tendencen te zhduket kur shfaqet atrofia e avancuar dhe metaplazia intestinale. Keto gjendje krijojne nje ambjent te pafavorshem per kolonizimin e *Helicobacter pylori*, por rrisin riskun per kancer. Studime te shumta kane mbeshtetur rolin e ketij zhvillimi dykohor. Fukuda et al drejtoi nje studim rast-kontrolli per te vleresuar rolin e bakterit ne kancerin gastrik. Fillimisht nuk u gjet asnje lidhje, por kur krahasimi u limitua ne pacientet me moshe te re, kancerat ne faze te hershme apo tumoret e vegjel, u gjeten shoqerime te rendesishme. Gjithashtu lidhja e kancerit gastrik me infeksionin me *Helicobacter pylori* ishte shume e fuqishme kur shkalla e atrofise u vleresua nga nivelet e pepsinogjenit ne serum (raporti PG1/PG2). Rezultate te ngjajshme u raportuan nga Ohata et al ne nje studim kohort prej 4.655 subjektesh te ndjekur pergjate nje periudhe kohore mesatarisht 7,7 vjeçare. Metaplazia intestinale shperndahet perpara se kanceri gastrik i hershem te progredojë ne kancer gastrik te avancuar. Si rezultat *H.pylori* zhduket pothuajse plotesisht nga stomaku dhe titri i antitropave ulet. Pacientet me serologji negative te *Helicobacter pylori*, por me atrofi te shtrire (e vleresuar nga nivelet e pepsinogjenit ne serum) kishin risk me te larte per zhvillimin e kancerit gastrik sesa ata qe mbeten te infektuar. Me sa duket potenciali onkologjik i infeksionit me *H.pylori* vazhdon edhe pasi infeksioni humbet.

Studime eksperimentale

Fillimisht ka qene e veshtire te krijohej nje model eksperimental me infeksion te vazhdueshem me *Helicobacter pylori*. Sot modele te tilla jane krijuar ne menyre te suksesshme ne minj te bardhe, majmune, urithe. Urithet mongolian i ngjajne njerezve per sa i perket pergjigjes ndaj infeksionit me *H. pylori*. Keto kafshe zhvilluan kancerin gastrik pas infektimit prej shume kohesh me *H. pylori*, ne pranine ose jo te dozave te uleta te karcinogjeneve kimike (N-metil N-nitrozurea ose N-metil N-nitro N-nitrozoguanidina).

Nje studim eksperimental per parandalimin e kancerit gastrik tregoi se çrrenjosja e *H. pylori* sillte uljen e incidences se karcinomave gastrike te induktuara nga inokulimi i *H. pylori*. Per te vleresuar efektin e çrrenjosjes se infeksionit ne karcinogjenezen gastrike, u krye nje model eksperimental ku u perdor terapia çrrenjosjese e infeksionit ne fazen e tij te hershme, te mesme dhe te vone. Ne kete studim u perdoren urithe mongolian te infektuar me *H. pylori* dhe te trajtuar me karcinogjene kimike. Incidenca e tumorit ishte e lidhur me periudhen e gjendjes inflamatore te induktuar nga *H. pylori*. Çrrenjosja e infeksionit ne nje periudhe te hereshme zvogelonte ne menyre te efektshme karcinogjenezen gastrike te filluar me nje karcinogjen kimik. Çrrenjosja e infeksionit ne nje stad te hershem te inflamacionit mund te jete e efektshme ne parandalimin e karcinogjenezes gastrike te lidhur me infeksionin me *H. pylori*.

Studimet klinike

Ne Japoni duke perdorur mbikeqyrjen endoskopike u realizua nje studim prospektive, i cili ekzaminoi lidhjen midis infeksionit me *H. pylori* dhe zhvillimit te kancerit gastrik. Ne grupin e ndjekur, kanceri gastrik u zhvillua ne 2.9% te pacienteve me infeksion me *H. pylori*. Kjo shifer u krahasua me ate te pacienteve te painfektuar, ku kanceri nuk u zhvillua fare. Nder pacientet me infeksion me *H. pylori*, me te rrezikuar per te zhvilluar kancer gastrik te tipit intestinal rezultuan pacienet me gastrit predominues ne korpus, me atrofi gastrike dhe me metaplazi intestinale te shkalles se rende.

Ne kete shtet jane kryer 5 studime jo te randomizuara, ne te cilat u studiuan dy grupe te ndryshem pacientesh: grupi ku infeksioni ishte çrrenjosur plotesisht dhe grupi tjeter ne te cilet infeksioni ishte i vazhdueshem. Per te vleresuar zhvillimin e kancerit gastrik keto dy grupe iu nenshtruan ekzaminimit endoskopik . Te dhenat e studimeve sugjerojne per rolin frenues qe ka çrrenjosja e infeksionit nga *H. pylori* ne rritjen e incidences se kancerit gastrik.

Ne kete shtet, kanceri mukozal gastrik zakonisht rezekehohet nepermjet trajtimit endoskopik. Meqenese rezekehohet vetem nje pjese e vogel e mukozes gastrike, shpesh ne nje pjese tjeter te stomakut zhvillohet nje kancer gastrik sekondar mbas rezeksionit endoskopik. Shkalla e zhvillimit te kancerit gastrik sekondar varion nga 2.5 ne 14 %. Jane kryer shume studime per te percaktuar nese çrrenjosja e *H. pylori* ka efekte frenuese ne zhvillimin e karcinomave gastrike metakrone mbas rezeksionit endoskopik. 542 subjekte u shperndane rastesisht ne dy grupe: grupi qe iu nenshtrua trajtimit ndaj *H. pylori* dhe grupi qe nuk iu nenshtrua trajtimit. Te dy grupet u ekzaminuan endoskopikisht mbas 6, 12, 24 dhe 36 muajsh. Gjate ndjekjes 3 vjeçare u vu re se kanceri gastrik metakron u zhvillua ne 33 raste, nga te cilet 9 raste i perkisnin grupit qe iu nenshtrua trajtimit dhe 24 grupit te kontrollit. Incidenca e kancerit gastrik metakron ne grupin e trajtuar ishte me e ulet se ne grupin e kontrollit, si ne analizen qe nuk merrte ne konsiderate periudhen e vezhgimit edhe ne analizen qe e merrte ne konsiderate kete periudhe. Rezultatet e pergjithshme treguan se edhe ne grupin me risk te larte, çrrenjosja e *H. pylori* redukton riskun e zhvillimit te nje kanceri te ri gastrik.

Strategjia me e pershtatshme per uljen e vdekjeve te kesaj semundjeje malinje eshte identifikimi i individeve me risk te larte, ne menyre te tille qe ata t'i nenshtrohen terapise çrrenjosese ndaj *Helicobacter pylori* dhe te behen pjese e nje programi mbikeqyrjeje, duke mundesuar keshtu nderhyrjen ne fazen prekanceroze te procesit.

NEKROLOGJI

Prof. Dr. MUNIR KARAGJOZI

1922 – 2022

Me 12 mars u nda nga gjiri i familjes dhe i shoqerise njeri nga specialistet me te shquar te mjekesise Shqiptare, pedagogu i fiziologjise, Profesor Doktor Munir Karagjozi. Prof. Muniri lindi ne Gjirokaster me 9. 08. 1922. Arsimin fillor dhe te mesem e ndoqi ne qytetin e lindjes, kurse kater vitet e tjera i vazhdoi ne qytetin e Tiranës me 1943.

Muniri eshte biri i patriotit dhe Mesuesit te Popullit Siri Karagjozi. Ai se bashku me familjen e tij ka marre pjese aktive ne luften per çlirimin e vendit.

Prof. Muniri filloi studimet e larta per mjekesi ne qytetin e Lubianes te Sllovenise dhe me pas i vazhdoi deri ne mbarimin e tyre me sukses ne vitin 1955 ne qytetin e Odeses te Bashkimit Sovjetik.

I kthyer ne Atdhe pas diplomimit, emrohet pedagog ne Institutin e Larte Mjekesor, (sot Fakulteti i Mjekesise i U.T.) per lenden e fiziologjise normale. Prof. Muniri ka qene nje nga tre pedagoget e pare mjeke qe u emruan ne fillimet e punes se ketij Fakulteti.

Prof. Muniri kur ishte student u njoh, u miqesua dhe u dashurua me Ukrainasen Taisa Uzllova, me te cilen me tej lidhi mardhenie bashkeshortore. Edhe Taisa punoi si mjeke okuliste ne Spitalin Qendror te Tiranës.

Prof. Muniri me aftesite dhe perpjekjet e tij fitoi titullin Profesor. Per disa vjet radhazi ka qene shef i departamentit (katedres) se fiziologjise , farmakologjise dhe biokimise. Ai ishte pedagog i perkushtuar dhe si i tille gezonte simpatine e studenteve, vartesve dhe te kolegeve. Ai edukoi dhe mesoi shume breza studentesh, pergatiti tekste e praktikume mesimore, botoi nje sere artikujsh shkencore dhe shkencor-popullor dhe drejtoi kurse te kualifikimit pasuniversitar te mjekeve.

Prof. Muniri ka kryer specializime per fushen e fiziologjise dhe elektrofiziologjise ne Moske dhe ne Paris. Ai eshte i pari shkencetar Shqiptar qe vuri ne praktike fiziologjine eksperimentale duke perdorur lepujt, kobejt, qente, etj. Ne rruge eksperimentale studio ujin mineral te Glines.

Pas daljes ne pension Prof. Munir Karagjozi militoi ne armaten e madhe te veteraneve te Popullit Shqiptar. Per meritat e tij te luftes dhe te punes mban medaljet dhe Urdhrat e ndryshme te punes. Prof. Muniri mbetet ne kujtese si njeriu i urte, i ndershem, i drejte dhe bujar, mirnjotes, humanitar dhe i prirur per te ndihmuar te tjeret.

Me humbjen e Prof. Dr. Munir Karagjozit u largua nga familja, miqte, koleget dhe nxenesit e tij, mesuesi i devotshem qe la pas nje emer te mire dhe te nderuar.

Prof. Skender Çico, Prof. Hektor Çoçoli,
Prof. Muharrem Frasheri, Prof. Flamur Tartari,

Dr. Shpetim Gjebrea.
Keshilli i U.M.SH-se Rajoni Tiranes



Prof. Dr. Hysen KARAJ
1941- 2012

Ka lindur me 1940 ne fshatin Dorez, Komuna Peze, Tirane. Gjate luftes NÇl. mbeti jetim me te dy prinderit deshmor. Shkollen fillore, 7 vjecare, te mesme i kreu ne Tirane, Korce, Shkoder. Ne 1964 u diplomua mjek ne Universitetin e Tiranes, u emerua mjek radiolog ne Spitalin Universitar te Tiranes.

Prof Hysen Karaj qe ne vitet e par ate jetes profesionale ka qene pedagog ne Fakultetin e Mjekesise UT dhe nga viti 1986 deri 1992 ka kryer detyren e Shefit te Sherbimit te Radiologjise Kombetare. Me 1981 mbrojti disertacionin dhe fitoi graden KSHM, me 1986 titullin Docent, me 1991 mbrojti shkallen e dyte ne lidhje me infeksionet urinare dhe fitoi graden Doktor i Shkencave, me 1999 – titullin Profesor. Ka botuar artikuj, tekste, monografi dhe ka qene mjek i perkushtuar ne detyren e tij humanitare, radiolog me pervoje dhe aftesi profesionale. Qe nga viti 1993 Kryetar i Shoqates se Radiologjise Shqiptare. Gjithashtu ka dhene dhe lenden e fizioterapise.

Ne 1969 ka kryer specializim ne Universitetin “Sapienza” te Romes (Itali); ka marre pjese dhe ka kontribuar me eksperiencen dhe kerkimet e tij ne takime shkencore te radiologjise kombetare dhe nderkombetare. Ka kontribuar ne pergatitjen dhe kualifikimin e mjekeve radiologe, gjithashtu ka udhehequr dhe 3 tema doktorature. Eshte karakterizuar si prototipi i personit punëtor, këmbëngulës, sistematik dhe i intelektualit, që përpiket te njohë jo vetëm profesionin e tij, por të gjithë fushat e jetës.

Prof.Karaj gjate gjithë veprimtarise se tij eshte karakterizuar nag dashuria e madhe per librat, nga shpirtit kerkues shkencor, aftesive te larta profesionale dhe sherbimit me devocion ndaj te semurit. Libri ishte pasioni i veçantë i tij, jo vetëm ai profesional, por dhe ai artistik, historik e politik. Në profesionin e tij përpiquej të kapte te renë dhe produktiven, futjen e metodave te reja diagnostikuese, duke përdorur dhe modifikime sipas kushteve dhe mundësive tona. Ne saje te shpirtit tij kerkues dhe te perkushtimit ne pune ka arritur te aplikojë metoda te reja diagnostike, vecanerisht ne fushen e radiologjise se sistemit urinar.

Në dhomën e tij spikaste punimi në bronz i Nënë Terezës, të cilën jo vetëm që e adhuronte shumë, por në jetë dhe punë zbatonte virtytet e saj. Ndhimonte me gjithë shpirt të pamundurit dhe të ndodhej pranë në raste vështirësishë dhe nevojë.

Ndarja nga jeta i Prof. Hysen Karaj është dhimbje e madhe për familjen, miqtë e pacientët, të cilët e donin dhe i donte shumë.

Dr.Jul Bushati, Dr.Faik Toska,
Dr.Krenar Preza, Dr.Maksim Basha
Keshilli Rajonal i Urdhrit të Mjekeve – Qarku Tirane

Dr. Megi JOKIÇI
1986 – 2012

Ne shkurt të vitit 2012 u nda në moshe shumë të re dhe aksidentalisht nga familja, miqtë, të afërmit dhe koleget Megi Jokiçi, mjekja e re stomatologe dhe antare e Urdhrit të Mjekeve dhe Stomatologeve për Rajonin e Tiranës. Lindi në Fier në maj të vitit 1986. Në vitet 2005 deri 2010 kreu shkollën e lartë pranë Universitetit “Zonja e Keshillit të Mire” të Tiranës, degë e Universitetit “Tor- Vergata” të Romës me rezultate të shkëlqyera e diplomuar me titull diplome Doktoreshe në Odontometri dhe Proteza Dentare.

Jeta e shkurtër e Megi Jokiçit i përket njeriut që aspiroi të bëhej e vlefshme për familjen dhe shoqërinë. Me cilësi komunikuese dhe etike të persosura, që përshfaqej mirë në situata të ndryshme dhe, me aftësi të veçanta për të punuar në grup u karakterizua jeta e Megi Jokiçit. Ndërsa e re në moshe, fale këtyre cilësive dalluese ishte operatore pranë komisionit Qendror të zgjedhjeve në vitin 2004 dhe vezhguese në zgjedhjet e Kuvendit të Shqipërisë në vitin 2005.

Në sajë të vullnetit për të ecur përpara në jetën profesionale dhe shoqërore, përvetësoi tre gjuhë të huaja. Në planin profesional Dr. Megi shërbeu si asistente dentiste në sektorin e ortodontisë pranë Universitetit Tor- Vergata në Romë në vitin 2010 dhe më pas me licencën e Urdhrit të Mjekeve të Rajonit të Tiranës punoi dentiste në Tiranë, deri sa në mënyrë të papritur aksidentalisht nderpëriten endrat dhe jeta e saj.

Shuarja para kohe e Dr.Megi Jokiçit la një boshllëk në familjen, shoqërinë dhe specialistët dentiste të Tiranës.

Keshilli i U.M.SH- Rajoni Tirane

Dr. Shpetim MUJA
1944 - 2012

Në Janar të vitit 2012, ndahet nga jeta në mënyrë të papritur mjeku stomatolog Dr. Shpetim Muja, duke lënë një dhimbje e pikëllim të madh jo vetëm tek familja, mjekët dhe koleget por të gjithë opinionistët shkodranë, që e donte aq shumë.

Dr Shpetim Muja, lindi më 02.07.1944, në qytetin e Shkodrës, në një familje me ndjenja patriotike dhe arsindashese. Shkollën fillore dhe atë të mesme i kreu në qytetin e tij të lindjes me rezultate të larta. Nga viti 1962 deri më 1966, vazhdon studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë, në degën e stomatologjisë. Pas mbarimit të studimeve të larta emërohet në qytetin e

Gramshit. Ne vitin 1986, transferohet nga Gramshi ne Dajç te Shkodres dhe ne vitin 1992 transferohet ne qytetin e Shkodres.

Dr Shpetim Muja ishte gjithmone i dashur, i thjeshte dhe fjalepaket, plot me deshire per punen, i gjendur gjithmone prane pacienteve sidomos femijeve ndaj te cileve kujdesej me nje dashuri prinderore. Gjithmone i dashur dhe i respektuar nga koleget si dhe te gjithe ata qe e njihnin. Puna e tij ishte shembull korrektesie, ndershtmerie, perkushtimi, humanizmi.

Dr. Shpetim Muja ishte dhe nje bashkeshort dhe prind shembullor, familjar i mire dhe shume i perkushtuar ndaj vajzes se tij te ciles i dha me dashuri profesionin e tij te stomatologut.

Dr Shpetim Muja u largua prej nesh dhe familjes se tij si nje figure e respektuar qe la emer dhe respekt.

Dr.Vehbi Kovaçi, President i K.R.U.M Shkoder

Dr.Irena Sheshtani, Drejtore D.SH.P Shkoder

Dr.Rudina Domnori,Shefe e Sherbimit te Stomatologjise

Dr.Naim Bejko, Mjek Stomatolog

K.R.U.M.Shkoder

UDHEZIME PER AUTORET

Ne BULETININ e UMSH-se ftohen dhe mund te shkruajne artikuj te gjithe mjeket dhe stomatologet e Shqiperise, si dhe kolege nga vende te tjera.

Materialet dorezohen prane Keshillit Kombetar te UMSH-se (Sekretariati i Buletinit) te regjistruara ne diskete PC.

Autoret, ne hartimin e materialeve duhet te mbajne parasysh plotesimin e kerkesave te Kodit te Etikes dhe Deontologjise Mjekesore, si dhe te plotesojne disa kerkesa redaktoriale.

Paraqitja e materialeve:

Artikujt duhet te shtypen ne diskete PC, me hapesire dyfishe midis rrjeshtave.

Materiali te dorezohet ne diskete i shoqeruar me tabela, foto, materiale ikonografike, bibliografi.

Ne fillim te materialit te shenohet TITULLI, i cili ne menyre te permbledhur reflekton permbajtjen e temes; me poshte shenohet emri (emrat) i autorit (autoreve), grada ose tituj shkencore, adresa e institucionit te punes.

Buletini i UMSH-se pranon te botoje:

- > Artikuj redaksionale;
- > Artikuj qe lidhen me aspekte sociale, te etikes dhe deontologjise mjekesore;
- > Artikuj per probleme organizative, informacione te veprimtarise administrativo-menaxheriale, juridike, etj.;
- > Veprimtari kombetare dhe nderkombetare te UMSH-se dhe te institucioneve shendetesore te vendit;
- > Paraqitje pergjithesuese dhe tematike te veçante mjekesore me interes me te gjere per komunitetin e mjekeve;
- > Te reja shkencore te mjekesise;
- > Nga historia e mjekesise (boterore dhe e vendit);
- > Letra nga lexuesit;
- > Pyetje dhe pergjigje per çeshtje te etikes, deontologjise dhe zbatimit te standardeve profesionale mjekesore.

Materialet qe lidhen me pergjithesime dhe tematike te veçante mjekesore, mund te shoqerohen edhe me bibliografi, e cila te mos kaloje 20 burime.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.