
PERMBAJTJA

Editoriali:	-
Nga historiku i mjekesise shqiptare:	-
Akte ligjore normative:	-
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 TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË

Nr. 2

Maj-Gusht 2012

Viti i XIII i Botimit

PËRMBAJTJA

-Editoriali:

-ABAZAJ D.: Roli i EVM në mirëfunksionimin e shërbimit shëndetësor

- Nga historiku i mjekësisë shqiptare:

- MINGA Gj.: Ballafaqimi dhe shkëmbimi i përvojave midis profesionisteve të mjekësisë, - detyre për zhvillimin e shërbimit tone shëndetësor

- Akte ligjore Normative:

-Rregullore për praktikën profesionale për profesionistët e shëndetit në Republikën e Shqipërisë

-Rregullore për regjistrimin, anëtarësimin dhe liçensimin në Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë

Etikë & Deontologji:

-GMC.: Praktika e mirë mjekësore në përshkrimin e medikamenteve

Veprimtari të U.M.Sh.

- Ceremoni për dhënien e titullit „Mjek i Përkushtuar“, 21.06.2012, Tiranë

- Konferenca e IV Mediko-Kirurgjikale e Spitalit Rajonal Durrës, 9.06.2012, Durrës

Ekperienca nga organizma homologe dhe forume ndërkombëtare:

- Organizata Mjekët e të Ardhshmes (OMA)

Veprimtari Ndërkombëtare:

-Bordi i Forumit Mjekësor të vendeve të Evropës Jug-Lindore, 10 Maj 2012, Beograd

-Asambleja e Përgjithshme e Federatës Evropiane të Dentistëve (FEDCAR), 25-27 Maj 2012, Maltë

Veprimtari Mbarëkombëtare:

- Konferenca e pranverës e Sh.Sh.Kardiologjisë, 2 Qershor 2012, Tiranë

-Kongresi i XVII i stomatologëve të Ballkanit, 3-6 Maj 2012, Tiranë

Paraqitje pergjithesuese:

- KAMBERI A.: Sindromi koronar akut – si zhvillohet

- QAFMOLLA R.: Abrazioni dhe disfunzioni temporo-mandibular (ATM)

- KARANXHA J., ÇIKOPANA I.:Rritja e riskut të sëmundjeve kardiovaskulare te pacientët me psoriasis

Rubrika e Mjekut të Familjes:

- BUSHATI J.: Sëmundja e tuberkulozit

- MISA K.: Hysterektomia e urgjencës përreth lindjes

- HOXHA L.: Melanoma

-HAXHIA M., ISIDAN T.: Teknika e fertilizimit te asistuar në infertilitetin mashkullor

-GOXHANAJ A., BUZO S.: Eritrosedimentacioni dhe rëndësia e tij klinike

Nekrologji:

Prof. Dr. Skënder Çiço

Prof. Dr. Xhelal Kurti

Dr. Engjëll Veshi

Dr. Besnik Smokthina+

Dr. Gjovalin Stanaj

Dr. Sadik Jusufaj

Dr. Stom. Agron Kuzumi

CONTENT

Editorial:

- ABAZAJ D.: Continuing Medical Education's Role in the good functioning of medical service.

History of Albanian Medicine:

-MINGA Gj.: Dealing and exchange of experiences between medical professionals - task for the development of our health service

Normative Legal Acts:

- Professional practice rule for the health professionists in the Republic of Albania

- Rule for registration, membership and licensing in the Order of Physicians of Albania

Ethics and Deontology:

- GMC.: Good medical practice in the prescribing of medicaments

Information on OPA activity:

- Ceremony for delivering the title „ dedicated doctor“ , 21.06.2012, Tiranë

-The IVth medico-surgical conference of Regional Hospital of Durres, 9.06.2012, Durres

Experiences from homologues bodies and international partners

- Organization of the future doctors in Albania (OMA)

International Activities:

- Board medical forum of south-east European countries , 10 May 2012, Belgrade

-General Assembly of Dentists European Federation, (FEDCAR), 25-27 May 2012, Malta

-Worldwide Albanian Activities:

- Spring Conference of the Albanian Cardiology Association, 2 June 2012, Tirana

-The XVIIth Congress of Balkan Stomatologists, 3-6 May2012, Tirana

General Presentations:

- KAMBERI A.: Acute coronaire syndrome; how is developed

- QAFMOLLA R.: Temporo-mandibular abrasion and disfunction (ATM)

- KARANXHA J., ÇIKOPANA I.: Increased risk of cardiovascular diseases in the patients with psoriasis

- Family doctors point at issue:

- BUSHATI J.: The tuberculosis disease

- MISA K.: Emergency Hysterectomy around the birth

- HOXHA L.: Melanoma

-HAXHIA M., ISIDAN T.: Assisted fertilization technique in male infertility

-GOXHANAJ A., BUZO S.: Eritrosedimentation and its clinical importance

Obituaries:

- Prof. Dr. Skënder Çiço

- Prof. Dr. Xhelal Kurti

- Dr. Engjëll Veshi

-Dr. Besnik Smokthina

-Dr. Gjovalin Stanaj
-Dr. Sadik Jusufaj
- Dr. Stom. Agron Kuzumi

EDITORIALI

ROLI I EDUKIMIT TE VAZHUESHËM MJEKËSOR NE MIRËFUNKSIONIMIN E SHËRBIMIT SHËNDETËSOR

Dr. Din Abazaj

President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë

Sistemi shëndetësor është organizuar në sektorë dhe fusha të ndryshme, ku faktorë dhe aktorë të shumte, në bashkëpunim e në raporte vartësie sipas hirearkisë administrative apo në partneritet me njëri tjetrin, veprojnë brenda këtij sistemi në drejtimin dhe për qeverisjen e tij. Në shërbimin shëndetësor të vendit tonë janë ndërmarrë e po kryhen reforma të ndryshme me karakter reformues, organizativ e qeverisës, si edhe në drejtim të përmirësimit të infrastrukturës dhe të modernizimit të teknologjisë diagnostikuese e mjekuese. Dihet se i gjithë ky sistem në instancë të fundit është në funksion të një qëllimi të vetëm, të përbashkët, i cili konsiston në rritjen dhe përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe mjekësor në shërbim të publikut dhe individit, për ruajtjen e shëndetit, diagnostikimin dhe mjekimin në përputhje me parimet dhe standardet më të mira të shkencave dhe praktikës mjekësore.

Sistemi shëndetësor tek ne si dhe kudo, është i gjerë, i ndërlikuar dhe jo i lehtë për t'u qeverisur. Pa dashur të ndalem tek problemet e menaxhimit, mangësitë, dobësitë dhe impaktin negativ në mirëfunksionimin e sistemit shëndetësor tek ne, desha të theksoj tre momente kryesore në kuptimin dhe ne interes të temës që po trajtoj:

Së pari, mendoj se reformat në sistemin shëndetësor nuk mund të jenë të suksesshme në se ato nuk kanë në themel të tyre reformimin e njerëzve dhe në qendër të tij mjekun, pacientin dhe publikun. Në këtë kontekst,

Se dyti, cilësia e lartë e kujdesit shëndetësor varet nga mjekët, duke siguruar që ata të ruajnë dhe të përmirësojnë standardet e praktikës së tyre mjekësore. Përkthyer dhe e shprehur me fjale të tjera, kjo nënkupton se reformimi i sistemit shëndetësor, si dhe arritjet në paisjen me një teknologji moderne bashkëkohore të këtij sistemi, ato mund të jenë të suksesshme vetëm në rast se aplikohen nga profesionistë kompetentë dhe performant të mirë siç kërkohet të jenë mjekët dhe profesionistët e tjerë të shëndetit.

Së treti, kjo është arsyeja përse të gjithë mjekët, si dhe profesionistët e tjerë të shëndetësisë kanë një përgjegjësi profesionale, morale dhe ligjore për të azhurnuar aftësitë e tyre gjatë gjithë jetëgjatësisë së punës, duke marrë pjesë në të gjitha format e EVM dhe aktivitetet të cilat zhvillojnë më tej kompetencën dhe performancën e tyre.

Për të ruajtur dhe përmirësuar standardet e praktikës së tyre profesionale është e domosdoshme që ato ç'ka mjekët kanë mësuar në Universitet dhe në specializimet pasuniversitare të azhurnohen gjatë gjithë karrierës së tyre profesionale për të reflektuar

ndryshimet në praktikën mjekësore, duke i aplikuar ato në përputhje me nevojat dhe aspiratat e pacientëve.

Qëllimi i EVM është të ndihmojë dhe përmirësojë sigurinë dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor që iu ofrohet të sëmurëve dhe publikut. Prandaj, unë personalisht e kam konsideruar dhe e konsideroj EVM si një nga reformat më të rëndësishme dhe të domosdoshme që janë ndërmarrë në sistemin shëndetësor.

Insitucionet e shëndetësisë, shoqatat profesionale dhe vet individët duhet të ndjehen përgjegjësishëm e tyre, duke u angazhuar seriozisht në mënyrë që EVM të jetë efektiv dhe jo formal, me programe të modeluara në përshtatje me nevojat dhe me llojin e praktikës individuale të vet mjekëve, si dhe të fushave ku zhvillimi i mëtejshëm është i nevojshëm në kuadrin e insitucioneve ku mjeku punon, duke mbuluar kështu fushat e praktikës mjekësore, klinike dhe jo klinike, siç mund të jenë menaxhimi, studimi, mësimdhënia, sjellja profesionale, etj.

Një përgjegjësi veçanërisht të rëndësishme duhet të marrin shoqatat profesionale shkencore të mjekëve, si dhe përfshirja e organizuar e mjekëve në këto shoqata duke e parë këtë si një mundësi për të rritur vlerën e aktiviteteve, identifikimin dhe evidentimin e nevojave dhe kërkesave të anëtarëve, projektimin dhe organizimin e programeve, si dhe ofrimin e udhëzimeve specifike për specialitetet dhe akreditimin e tyre. Mbetet për t'u parë si mundësi, organizimi më i mirë dhe aktivizimi i këtyre shoqatave, përfshirja e tyre në EVM, deri tani i mbetur vetëm në nivel të organizimit të disa konferencave shkencore me profil të ngushtë specialitetesh të sponsorizuara nga kompanitë farmaceutike.

Në përmbushje të misionit të tij, i cili konsiston në ruajtjen e standardeve të larta në formimin dhe ushtrimin e profesionave mjekësore dhe mbrojtjen e pacientëve dhe publikut nga kequshtrimi i mjekësisë, Urdhri i Mjekëve e shikon veten të përfshirë si një partner efektiv në promovimin dhe koordinimin në të gjitha nivelet dhe format e EVM.

Në nenin 13 të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, shprehet se *"..... gjatë gjithë jetës aktive profesionale, mjeku e ka për detyrë azhurnimin me të rejtat e shkencës, të ruajtje dhe të perfeksionojë dijet e tij. Në mënyrë të veçantë, mjeku duhet të angazhohet sistematikisht në programet e EVM, të cilat zhvillojnë kompetencën dhe rrisin aftësitë e tij profesionale....."*

Për të insitucionalizuar bashkëpunimin e qëndrueshëm si angazhim dhe detyrim për zhvillimin e EVM, rritjen dhe ruajtjen e standardeve më të larta profesionale, këtë vit kemi miratuar dhe nënshkruar Memorandumin e Bashkëpunimit ndërmjet Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë dhe Qendres Kombëtare të Edukimit në Vazhdim, në të cilin shprehet vullneti i mirë dhe angazhimi i të dy insitucioneve në drejtim të:

- *Domosdoshmërisë për rritjen dhe përmirësimin e vazhdueshëm të kompetencës dhe performancës profesionale të mjekëve përmes formave të EVM;*
- *Kërkimit dhe evidentimit më të gjerë të formave dhe programeve të EVM, në përshtatje me kërkesat dhe nevojat konkrete të mjekëve duke i dhënë rëndësi të veçantë organizimit të formave brenda insitucioneve shëndetësore;*

- *Konsiderimit të sistemit të krediteve të detyrueshme për t'u përmbushur nga mjekët si parakusht për riliçensimin e tyre për ushtrimin e profesionit;*
- *Vënies nga QKEV në mënyrë periodike në dispozicion të UMSH të krediteve dhe riçertifikimeve të arritura nga secili mjek në procesin EVM si një standard dhe parakusht të domosdoshëm për tu përmbushur për procesin e riliçensimit të tyre nga UM për ushtrimin e mëtejshëm të profesionit;*
- *Informimit reciprok ndërmjet të dy insitucioneve për ecurinë e procesit të EVM, pjesëmarrjen e mjekëve, problemet dhe mangësitë e hasura, format dhe masat për përmirësimin e tyre.*

Keshillat rajonale te UMSH duhet te njihen me rregullat dhe standardet e procesit të EVM, të akreditimit të programeve që paraqiten nga ofruesit e tyre, si dhe modalitetet dhe mundësitë e përfshirjes së UM dhe shoqatave mjekësore ne kete process, për t'i dhënë më tepër hapësirë, për të evidentuar mënyra e forma të mundshme programore të akreditueshme dhe të efektshme për EVM në përshtatje me nevoajt e mjekëve, kërkesat dhe nevojat e insitucioneve sipas fushave ku nevojitet zhvillimi dhe përmirësimi i mëtejshëm i tyre.

NGA HISTORIKU I MJEKESISE SHQIPTARE

BALLAFAQIMI DHE SHKËMBIMI I PËRVOJAVE MIDIS PROFESIONISTEVE TË MJEKËSISË, - DETYRE PËR ZHVILLIMIN E SHËRBIMIT TONE SHËNDETËSOR

Prof. Dr. Gjergji Minga

Shëndetësia dhe mjekësia jonë, po përjetojnë një zhvillim në vazhdimësi që është shprehje dhe rezultat i përpjekjeve të punonjesve të mjekësisë shqiptare e të gjithë fushave e kategorive, në të gjitha nivelet institucionale të shërbimit mjekësor, duke filluar që nga Qendra Shëndetësore e qytetit apo komunës e deri tek insitucionet qëndrore universitare, profilaktike, mjekësore, stomatologjike e farmaceutike.

Kjo është gjithashtu shprehje dhe rezultat i ballafaqimit dhe shkëmbimit të përvojave në konferenca, simpoziume, sesione shkencore në rang klinikash e shërbimesh, e më tej, në rang insitucional rrethi apo qarku, në rang kombëtar e mbarëshqiptar dhe akoma më gjerë, në rang mesdhetar, ballkanik, european e botëror.

Studjuesit Shqiptarë, mjekët e specialistët e shërbimeve tona mjekësore, stomatologjike e farmaceutike, po e thone fjalën e tyre gjithmonë e më dinjitoze në tubimet shkencore ballkanike, mesdhetare, europiane e deri në ato botërore. Këto dukuri janë simptoma realisht vlerësuese e vetëvlerësuese, por njëkohësisht edhe nxitëse, duke u nisur kryesisht nga fakti që në tërësi janë mirëpritur e vlerësuar nga mjedisi intelektual mjekësor, shkencor shqiptar, rajonal, european e më gjerë.

Ata kanë treguar gjithashtu se edhe në një vend të vogël si Shqipëria (që historia e ka "dënuar" padrejtësisht të jetë i rrethuar nga kufij shqiptaro-shqiptarë”), arriti të mbijetojë edhe furtunat e cunamet e rënda historike që arritën të zhdukjin edhe popuj te tjerë.

Edhe në kohë të vështira, në mbrotjen e shëndetit të shqipëtarëve dolën Mjekët e Traditës (të cilëve jo rrallë u vihet mbiemri - Mjekë Popullorë) që e mësonin profesionin e mjekut, në shkollat mjekësore "familjare" të tipit të shkollës së Hipokratit, këtij pellazgu të madh nga ishulli Kos, ku profesori-baba i mësonte studentit-bir (e rrallë bijë) mjekësinë, duke patur parasysh edhe në këto lloj shkolle, fjalën e urtë e të moçme shqiptare, sipër të cilës "mësues i mirë është ai që bën nxënësin (nxënësit) me të mirë se vetja e vet".

Historia jonë ndër shekuj është historia e përpjekjeve e luftrave për liri dhe ruajtjen nga asimilimi i etnisë tonë pëllazgo-iliro-arbërore. Shqiptarët e kanë ndërthurur jetën dhe veprimtarinë e tyre për sigurimin edhe në kohët më të vështira, të të gjithë faktorëve politikë, ekonomikë, shoqërorë, kulturorë e shëndetësorë më të domosdoshëm e jetikë.

Përvoja e deritanishme, natyrisht shërben si shembull bindës për ruajtjen e sidomos për pasurimin e saj, falë efektivitetit që ka treguar.

Organizma shëndetësore autoritare rajonale, mesdhetare, europiane e botërore punojnë e përpiqen aktualisht në disa drejtime si psh:

- Në drejtim të pasurimit e freskimit progresiv, të pandërprerë të faktorit teknologjik, metodik e profesional dhe të shfrytëzimit e harmonizimit sa më të mirë e të shkathët të "teknologjisë" në dispozicion të mjekësisë tonë;
- Në drejtim të ndërthurjes sa më racionale të të gjithë faktorëve të tjerë që kanë të bëjnë me mbarëvajtjen e shkencave e të shërbimeve mjekësore;
- Në drejtim të vlerësimit të vërtetë, objektiv të rezultateve dhe të faktorëve që kanë ndikuar e ndikojnë mbi ato rezultate, vlerësime, të cilat do të shërbejnë si themele të reja në vazhdimësinë bashkëkohore për të parashikuar, vlerësuar e projektuar të ardhmen, por edhe si themele për të shmangur gabimet, luhajtjet dhe faktorët negativë të evidentuar.

Këtu është i domosdoshëm (për vetë dobinë e frutet e tij) dhe bashkëpunimi rajonal, qoftë edhe në kuadër të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) dhe të Organizatës të Mjekësisë Evropiane (OME).

Rezultatja e synimi i një veprimtarie të tillë komplekse ka qenë e mbetet: Një popull gjithmonë e më i shëndetshëm, më i mbrojtur nga faktorët dëmtes të shëndetit dhe nga sëmundjet, por edhe me mundësi më të mëdha dhe në rafshin ekonomik, kulturor, edukativ etj. Fruti njerëzor i kësaj veprimtarie, vlerësimi i përvojave dhe formulimi e vënie në jetë e politikave të shëndetësore gjithmonë më të efektshme do të garantojnë nga ana e tyre spiralen e zhvillimit, përballimin e suksesshëm të situatave të vështira (më mirë se ç'i kemi përballuar deri më sot) dhe ecjen përpara;

- mbi bazën e përvojave pozitive;
- mbi bazën e politikave shëndetsore, ekonomike, kulturore, politike e gjithmonë e më reale duke u mbështetur në të gjithë faktorët politikë, ekonomikë, shoqërorë, kulturorë e shëndetësorë.

Cilësia e kujdesit shëndetësor dhe e shërbimit mjekësor është e lidhur si mishi me thoin dhe me masivitetin e cilësisë në rritje të edukimit dhe formimit të vazhdueshëm profesional, por pashmangërisht e lidhur edhe me sigurinë e të sëmurit dhe me menaxhimin e reziqeve të mundshme që mund t'ju kanosen njerëzve tanë. Për këto arsye duhet që vazhdimisht:

- Të forcohen e pasurohen në rang kombëtar, themelet e kujdesit shëndetësor parësor e spitalor dhe të shërbimit mjekësor në pergjithësi, nëpërmjet hartimit e vënies në jetë të politikave shëndetësore sa më reale e konkrete, por edhe vizionare e nxitëse për të ecur përpara;
- Të zbërthehen, të pasurohen e të harmonizohen këto politika shëndetësore në programe e masa organizative në të gjitha nivelet, që nga Qëndrat Shëndetësore të fshatit, Komunës e deri tek klinikat e shërbimit mjekësor universitare në shërbim e në funksion të politikës shëndetësore kombëtare.
- Të bëhet i vetëdijshëm çdo profesionist i shëndetësisë, mjek i përgjithshëm apo specialist, infermier (për fat të mirë infermieri sot përgatitet me Arsim të Lartë Mjekësor Shqiptar, në fakultetet e infermierisë), teknik i lartë mjekësor shqiptar, higjenist, epidemiolog, etj, për të qenë gjithmonë në epiqendër të veprimtarisë që i takon institucionit ku ai punon, komunitetit të cilit i shërben.

Synimet duhet të jenë të qarta se ku do të arrihet dhe, mbas arritjes se synimit, çfare do të synohet me tej në t earthmen.

Në këtë kuadër, duhet patur parasysh edhe diçka tjetër, që të themi të drejtën e vështirë, nuk e kemi patur shumë qejf, njohjen dhe pranimin e gabimeve, analizën e shkaqeve të tyre të ballafaqur me rezultatet e arritura dhe me ndikimin e tyre mbi ato rezultate. Dhe, çka është më thelbësore, rezultati më i mirë është dhe do të jetë përvetësimi i një kulture të kohës: kulturës të të mësuarit nga pësimet, nga gabimet, jo aq për t'i ndëshkuar ato, por për të mos lejuar asnjë shteg për t'u përsëritur. Kjo e bën të domosdoshme e jetike rritjen e forcimit e vetëdijes dhe të përgjegjshmërisë profesionale të çdo kuadri të mjekësisë e në rradhë të parë të mjekëve.

Edhe kjo dukuri e ka një ilaç (midis ilaçeve të tjera) që, sidomos në kohët që jetojmë, e ka bërë të domosdoshëm përdorimin e tij. Rritja sasiore e në rradhë të parë cilësore e veprimtarisë të çdo hallke të shërbimit shëndetësor (mjekësor, stomatologjik, farmaceutik e profilaktik). Ai nuk kërkon shpenzime, por ama kërkon vetdijesim intelektual mjekësor për ta "përditësuar" këtë lloj ushqimi të shëndetshëm. Ky ilaç shumë i efektshëm është "ushqimi" intelektual profesional i mjekut me arritjet bashkëkohore të mjekësisë në përgjithësi dhe në fushën apo specialitetin ku punon secili prej jush të nderuar kolegë. Një gjë e tillë do t'ju bëjë gjithmonë e më të sigurt, më bashkëkohorë, më të freskët e më të shkathët në ushtrimin e profesionit tuaj dhe në lidhjen tuaj si mjekë me të sëmurët dhe me rrethin e tyre familjarë e shoqërorë që i shohin mjekët në shumicën e rasteve si "çudibërës të perëndishëm".

Në këtë këndvështrim, marrëdhënie të tilla, në thelb sa njerëzore aq dhe profesionale, do t'ju bëjnë edhe mësues, edukatorë - "të natyrshëm" dhe jo të shtirur, artificialë të të sëmurëve e të rrethit të tyre familjarë e shoqërorë. Kjo, në rrafshin praktik do t'i shndërojë të sëmurët edhe familjarët e shokët e tyre në "bashkëpunëtorët tuaj" të vetëdijshëm, në nxënës që nga natyra janë të etur sidomos për njohuritë mjekësore, për të ditur sa më shumë, edhe për sëmundjet, edhe për analizat e ekzaminimet laboratorike, imazherike, mikrobiologjike etj (dmth për "simptomat biokimike, imazherike, etj edhe për regjimin ditor, për ndërthurjen sa më të efektshme të regjimit ditor me mjekimin (llojet e tij, medikamentoz, fizioterapeutik, dietik, klimkaterik etj.)

Natyrisht rruga, sidomos në mjekësi, nuk është e shtruar me lule, por ama asnjë profesion nuk e ka rrugën të tillë, asnjë kuadër, sidomos i mjekësisë nuk e ngjit "të përpjetën" e përvetësimit të profesionit (si dituri e si shprehi pune), pa lodhje e sakrifica. Por një lodhje e tillë, në fund të saj "të çlodh" me rezultatet e fituara në betejat me sëmundjet, sepse i gjithë mudi e djersa

shpërblehen me "kënaqësinë" e rezultateve të fituara që në fund të fundit të lehtësojnë e freskojnë.

Të gjithë këto vëmprimtari profesionale, personale, të ndërthurura në tërësinë e veprimtarisë të armatës së mjekëve, hyjnë matematikisht në "numëruesin" e çdo thyese të shërbimit mjekësor, thyese që qendren e thjeshte por të gjalle mbi "emeruesin" e perbashket ka një shërbim mjekësor bashkëkohor dhe efektiv.

Është e kuptueshme që një shërbim të tillë mjekësor bashkëkohor do ta sigurojë e bëni ju, të nderuar kolegë e do ta vazhdojmë, cilësisht në rritje, brezat e rinj të mjekëve e kuadrove mjekësore. Edhe këto breza po përgatiten e do të përgatiten edhe në të ardhmen gjithmonë e më mirë për t'u pajisur

- Edhe me një bagaz teorik të kohës që do të freskohet dhe pasurohet pa ndërprerje.
- Edhe me shprehitë e punës së domosdoshme e cilësisht në rritje për të përballuar me sukses të gjitha sfidat që i shtron para mjekësisë e sotmja e aq më shumë e nesërmja.

E bëme këtë hyrje, në dukje pak të zgjatur për të theksuar në zhvillimin e prosperitetin e shkencave mjekësore dhe të shërbimeve mjekësore përkatëse, askush prej nesh, prej armatës së mjekësisë nuk mund t'i shmangë përgjegjësitë vetiake, individuale që në tërësi përbën përgjegjësinë kolektive të këtij sektori kaq të bukur sa dhe delikat e të veshtirë që është sektori i shërbimit shëndetësor. Por një përgjegjësi e tillë kërkon, si në të gjithë botën mjekësore edhe në botën e shërbimit mjekësor shqiptar, një bashkëbisedim të fuqishëm, ku të diskutohen edhe veshtiresitë, edhe rezultatet, edhe rruget që do të projektoni dhe vini në jetë tani dhe në të ardhmen.

Një bashkëbisedim i tillë që mund të përmblihet në fjalet "ballafaqim rezultatesh, idesh dhe praktika punës" është sidomos i dobishëm tek ne, në shërbimin mjekësor shqiptar. Kjo na ve në detyrë, të nderuar kolege dhe kolegë, që përvojat dhe rezultatet e punës suaj t'i ballafaqoni dhe diskutoni në rrugë të parë në faqet e shtypit të profesional mjekësor, sepse ato u duhen të gjithëve për të vlerësuar punën e gjithsecilit dhe për të nxitur atë që të jete me profesional, me bashkëkohor dhe me i efektshëm në të ardhmen.

AKTE LIGJORE NORMATIVE

REPUBLIKA E SHQIPERISE
MINISTRIA E SHENDETESISE
MINISTRI

REPUBLIKA E SHQIPERISE
MINISTRIA E ARSIMIT DHE SHKENCES
MINISTRI

Nr. 3002 Prot., Tirane, me 27.7.2012

Nr. 4317 Prot.; Tirane me 25.07.2012

RREGULLORE
PER
PRAKTIKEN PROFESIONALE PER PROFESIONISTIN E SHENDETIT
NE REPUBLIKEN E SHQIPERISE"

Kjo rregullore nxiret në zbatim të nenit 11, të Ligjit Nr.10171, datë 22.10.2009 "Per Profesionet e Rregulluara në republikën e Shqipërisë", të ndryshuar.

TE PERGJITHSHME

Neni 1

Perkufizime

Ne kuptimin e kesaj rregulloreje, termat e meposhtme kane keto kuptime:

- a) Praktike profesionale - eshte ushtrimi i profesionit nga ana e praktikantit per nje periudhe te caktuar kohe nen udheheqjen dhe pergjegjesine e nje profesionisti te kualifikuar dhe me pervoje, me qellim per te fituar titullin profesional dhe per t'u aftesuar qe ta ushtroje ate si i pavarur.
- b) Praktikant/ Kandidat - individi i cili gezon nje dokument zyrtar te formimit universitar qe kandidon per te ushtruar praktiken profesionale dhe fituar titullin e nje profesioni te rregulluar.
- c) Profesionist i kualifikuar me pervoje - eshte profesionisti i cili disponon nje dokument zyrtar kualifikimi profesional dhe ka ushtruar profesionin ne menyre te ligjshme dhe te pavarur per nje periudhe mbi 3 (tre) vjet
- ; d) Urdher Profesional (ne vijim UP) - eshte autoriteti rregullator profesional ne cilesine e Entit Publik te pavarur, i cili perfaqeson interesat e perbashketa te profesionisteve ne nje fushe te caktuar dhe rregullon marredheniet midis tyre ne funksion te publikut.
- e) Dokument zyrtar i formimit kualifikimit universitar - eshte diploma apo certifikata qe verteton diplomimin per sa me siper, ne nje program studimi universitar, te pakten 3 vjecar per infermierin dhe fizioterapistin, te pakten 5 vjecar me cikel unik per profesionin e farmacistit dhe stomatologut dhe 6 vjecar me cikel unik per ate te mjekut, te ofruar nga nje institucion i arsimit te larte i akredituar per programin perkates ne Republiken e Shqiperise ne momentin e leshimit te diplomes, apo vertetimi i njesimit te diplomes se perfitur jashte shtetit leshuar nga Ministria e Arsimit dhe Shkences (MASH) shoqeruar me diplomen/certifikaten perkatese te diplomimit.
- f) Institucion Shendetesor - eshte spitali, poliklinika, qendra shendetesore, klinika dentare, farmacia e rrjetit te hapur dhe spitalore ku praktikanti ushtron praktiken profesionale apo pjese te saj ne perputhje me programin dhe profilin sipas profesionit.
- g) Vleresimi per aftesimin praktik (VAP) - eshte procesi qe realizohet nepermjet testimit me goje, per te vleresuar aftesite profesionale qe kandidati ka fituar gjate zhvillimit te praktikës profesionale.
- h) Komisioni i Vleresimit te Aftesimit Praktik (KVAP) - eshte autoriteti qe vlereson dhe percakton nese kandidati e kalon testimin e aftesimit praktik.

Neni 2

Parime te pergjithshme

1. Bazuar ne Ligjin Nr. 10171. date 22.10.2009 "Per Profesionet e Rregulluara ne Republiken e Shqiperise". i ndryshuar, kandidati qe zoteron nje dokument zyrtar, per te fituar titullin profesional dhe te drejten per te ushtruar profesionin si i pavarur. eshte i detyruar t'i nenshtrohet praktikës profesionale dhe vleresimit te aftesimit praktik.
2. Cdo kandidat eshte i detyruar te paraqitet ne zyren qendrore te UP per t'u regjistruar dhe pajisur me dokumentacionin e nevojshem per fillimin e praktikës profesionale.
3. Rregullat dhe kriteret e regjistrimit, pajisjes, si dhe tarifat per kryerjen e ketyre procedurave percaktohen dhe kryhen nga UP.
4. Cdo praktikant ne perfundim te praktikës profesionale dhe marrjes se deshmise nga UP, i

nenshtrohet provimit te shtetit.

KREU I DYTE ORGANIZIMI I PRAKTIKES PROFESIONALE

Neni 3 Zhvillimi i praktikes profesionale

1. Praktika profesionale synon pervesimin efektiv te njohurive praktike - teknike dhe etike te profesionistit, i garanton atij aftesite e domosdoshme dhe pergjegjesine publike per ushtrimin e pavarur te profesionit.
2. Praktika profesionale kryhet ne institucionin shendetesor qe ploteson standardet e domosdoshme per realizimin e kerkesave dhe pervesimin e njohurive praktike - teknike dhe etike te praktikantit.
3. Praktika profesionale zhvillohet nen drejtimin dhe pergjegjesine e nje profesionisti te kualifikuar qe ka ushtruar profesionin ne menyre te ligjshme dhe te pavarur per nje periudhe mbi 3 (tre) vjet.
4. Ministria e Shendetesise percakton dhe miraton listen e institucioneve te akredituara qe kane te drejte te pranojne praktikante. Kjo liste eshte e shpallur prane UP.
5. UP harton, miraton dhe shpall listen e profesionisteve. te cilet kane te drejte te udheheqin dhe mbikeqyrin praktikante, gjate kryerjes se praktikes profesionale.
6. Praktikanti ka te drejte te zgjedhe nga lista e shpallur institucionin dhe profesionistin udheheqes te praktikës.
7. Ministria e Shendetesise dhe UP, kerkojne nga institucionet shendetesore dhe profesionistet qe udheheqin praktikante zbatimin e detyrimit ligjor per te krijuar kushtet dhe per te marre pergjegjesite per zhvillimin normal te praktikës ne perputhje me programin.
8. Periudha kohore e praktikës profesionale eshte jo me pak se 3 (tre) muaj per praktikantin mjek dhe stomatolog, jo me pak se 6 (gjashte) muaj (perfshi dhe praktiken e programit te fbrmimit, te kryer ne perfundim te studimeve te vitit te fundit) per praktikantin farmacist dhe jo me pak se 3 (tre) muaj per praktikantin infermier dhe profesioniste te tjere te ketij rangu.
9. UP ne bashkepunim me stafin akademik te universiteteve publike dhe private te akredituara per programin perkates te studimit, harton dhe miraton programin e praktikës.
10. UP harton kontraten tip te praktikës profesionale, ne te cilen pasqyrohen te drejtat dhe detyrimet e paleve dhe qe nenshkruhet midis udheheqesit te praktikës dhe praktikantit.
11. Perjashtohet plotesisht apo pjeserisht nga detyrimi per kryerjen e praktikës profesionale, kandidati i cili provon se per nje periudhe te caktuar ne perputhje me kriteret specifike te profesionit qe i perket, ka ushtruar profesionin perkates apo ka kryer praktiken profesionale jashte vendit, qe i ka dhene mundesi te pervesoje nje pervoje profesionale te mjaftueshme ne fushen e ketij profesioni. Per te vleresuar dhe per tu bindur nese pervoja e kandidatit eshte e mjaftueshme per ta perjashtuar nga detyrimi per kryerjen e praktikës profesionale, UP mbeshtetet ne nje dokument zyrtar te leshuar nga institucioni ku ka ushtruar veprimtarine profesionale apo ne nje dokument zyrtar leshuar nga UP/autoriteti kompetent i vendit perkates per rastet kur eshte kryer nje periudhe praktike profesionale jashte vendit.

Neni 4 Regjistrimi i praktikantit ne Urdhrin Profesional

1. Praktikanti, per te kryer praktiken profesionale, eshte i detyruar te regjistrohet ne UP ne nje regjister te vecante.
2. Regjistrimi dhe pajisja e praktikantit me dokumentet e nevojshme per kryerjen e praktikes profesionale behet prane zyres qendrore te UP. Per kete qellim praktikanti duhet te paraqitet me dokumentat e meposhtme:
 - a) Kerkese me shkrim ku te jete shprehur se njeh Kodin e Etikes dhe Deontologjise, Betimin dhe Statutin e Urdhrit dhe se do t'i respektoje e t'i zbatoje ato me perpikmeri;
 - b) Vetedeklarim sipas formatit te percaktuar nga UP;
 - c) Pasaporte ose Karte Identiteti;
 - d) Dokument zyrtar qe verteton studimet sipas specifikimeve ne piken "e", te nenit 1
 - e) Per ata qe kane kryer studimet jashte shtetit, dokumenti zyrtar i njesimit nga Ministria e Arsimit dhe Shkences;
 - f) 3 (tre) cope fotografi 3x4 cm;
 - g) Tarifen e regjistrimit;
 - h) Dokumentat e mesiperme paraqiten te njesuara me origjinalin dhe mbeten pjese e dosjes se aplikantit, qe ruhet prane UP perkates.

Neni 5

Dokumentet me te cilat pajiset kandidati

Kandidati pasi regjistrohet, pajiset me dokumentat e meposhteme:

- a) Leje Individuale e Praktikantit (Certifikate e Praktikantit) - e cila i jepet praktikantit qe ploteson kriteret e kryerjes se praktikes per periudhen e percaktuar ne nenin 3, te kesaj rregullore;
- b) Karte e praktikantit - eshte dokument identifikimi profesional;
- c) Program i praktikes profesionale;
- d) Libreze e praktikes;
- e) Formular i Vleresimit te Praktikantit dhe bashkelidhur tij, faksimile e vertetimit te kryerjes se praktikes, qe do te firmoset nga drejtuesi i praktikes.

Dokumentat e mesiperme jane te vlefshme vetem per periudhen e praktikes profesionale.

Neni 6

Te drejtat e praktikantit

Gjate ushtrimit te praktikes profesionale, praktikanti:

1. Kerkon respektimin e kontrates se nenshkruar per praktiken profesionale.
2. Merr pjese dhe aktivizohet ne te gjitha aktivitetet me interes shkencor profesional teorik dhe praktik qe zhvillohen.
3. Ndjek dhe aktivizohet ne format dhe programet e Edukimit te Vazhdueshem Profesional me interes per aftesimin e tij profesional.
4. Ankohet tek drejtuesi i institucionit, si dhe ne strukturat me te aferta te UP per veprime qe bien ndesh me keto te drejta apo tjetere veprim qe e pengon, i krijon veshtiresi, apo pamundesie ne zhvillimin efektiv te praktikes profesionale.

5. Praktikanti qe per arsye te justifikuara shkeput kontraten ekzistuese, per periudhen e mbetur, nenshkruan kontrate me nje drejtues tjetër praktike.

Neni 7 **Pergjegjesite e praktikantit**

Praktikanti duhet:

- a. Te marre pjese rregullisht ne praktike dhe te zbatoje programin e saj.
- b. Te krijojë dhe te mbaje marrëdhënie korrekte të bazuara në mirësjellje dhe respekt të ndërsjellte me profesionistin që udhëheq praktiken, koleget dhe personelin tjetër si dhe drejtuesin e institucionit.
- c. Te njohë Kodin e Etikës e Deontologjisë, veprimtarinë dhe sjelljen e tij profesionale të bazuara në parimet dhe dispozitat e këtij Kodi.
- d. Te trajtojë me maturi, humanizëm, kompetencë dhe përgjegjësi të lartë profesionale të semurinjve dhe publikun me të cilët komunikon.
- e. Te bëjë përpjekje për përvetësimin maksimal të njohurive praktike - teknike që i shërbejnë ngritjes dhe aftësisë së tij profesionale. Te ndjekë dhe të marrë pjesë në aktivitete shkencore, konsultive etj.
- f. Te zbatojë e respektojë me përpikëri rregullat dhe statutin e institucionit ku kryen praktiken.
- g. Te nënshkruajë me fillimin e praktikës profesionale, kontratën tip të praktikantit, një kopje të së cilës të depozitojë pranë zyrës qendrore të UP.

Neni 8 **Te drejtat e profesionistit që udhëheq praktikantin**

Profesionisti që udhëheq praktikantin ka të drejtë:

1. Te anulojë kontratën në rast të shkeljes së detyrimeve të saj nga ana e praktikantit dhe të njoftojë strukturat me të afërta të UP.
2. Për udhëheqjen e një praktikanti gjatë një cikli të plotë praktike të përfitojë 10 (dhjetë) kredite të vlefshme për përmbushjen e programit të edukimit në vazhdim.
3. Për vështirësitë dhe pengesat që i krijohen në zbatimin e programit të miratuar, të njoftojë UP dhe strukturat drejtuese nga të cilat varet.
4. Udhëheqësi i praktikës nuk mund të ndjekë në të njëjtën kohë më shumë se një praktikant.

Neni 9 **Pergjegjesite e profesionistit që udhëheq praktikantin**

Profesionisti që udhëheq praktikantin duhet:

1. Te njohë programin e praktikës profesionale dhe të kerkojë zbatimin e tij nga ana e praktikantit.
2. Te njohë parimet e Kodit të Etikës dhe Deontologjisë, si dhe të kerkojë zbatimin dhe respektimin e tyre në zhvillimin e praktikës.

3. Te siguroje dhe te pergjigjet per mbarevajtjen e praktikës profesionale.
4. Te mbikqyre frekuentimin e rregullt te praktikantit dhe ta dokumentoje ate ne Librezen e Praktikës.
5. Te jete kontribues dhe miqesor ne edukimin dhe formimin profesional te praktikantit.
6. Te kujdeset ne respektimin dhe zbatimin e kontrates se nenshkruar me praktikantin.
7. Te plotesoje me sakte si e pergjegjesi Formularin e Vleresimit te Praktikantit.

Neni 10

Te drejtat dhe pergjegjesite e UP

UP pervec te drejtave dhe pergjegjesive te percaktuara ne nenet perkatese te kesaj rregullore ka te drejte:

1. Te mbikqyre dhe siguroje zhvillimin normal te praktikës profesionale nepermjet strukturave te tij
2. Te dokumentoje dhe vleresojë informacionet ankimore me shkrim te derguara nga udheheqesi i praktikantit, praktikanti, drejtuesi i institucionit, strukturat e UP, pacienti, publiku, media dhe sipas rastit, i ben objekt te gjykimit disiplinor profesional.

Neni 11

Perfundimi i praktikës profesionale

1. Praktikanti ne perfundim te praktikës profesionale, dorezon te plotesuar prane zyres qendrore te UP Formularin e Vleresimit te Praktikantit si dhe vertetimin bashkelidhur.
2. Pas verifikimit dhe vleresimit te Formularit dhe dokumentacionit te dosjes se praktikës, UP vendos per regjistrimin e kandidatit ne Vleresimin e Aftesimit Praktik.

KREU I TRETE

VLERESIMI I AFTESIMIT PRAKTIK

Neni 12

Institucionet pergjegjese

Vleresimi i aftesimit praktik organizohet dhe zhvillohet nga Ministria e Shendetesise ne bashkepunim me UP.

Neni 13

Regjistrimi dhe pranimi ne VAP

1. Pranimi i kandidateve ne vleresimin e aftesimit praktik behet nga UP.
2. Kerkesa per regjistrim behet me shkrim jo me vone se 15 dite para zhvillimit te vleresimit te aftesimit praktik.
3. Lista e kandidateve te regjistruar e pergatitur nga UP i dorezohet Komisionit te Vleresimit Aftesimit Praktik ditën e zhvillimit te testimit.

Neni 14

Koha e zhvillimit te VAP

Vleresimi i aftesimit praktik organizohet 2 (dy) here ne vit ne keto periudha kohore:

- a) Gjate muajit tetor
- b) Gjate muajit prill.

Neni 15

Pyetjet orientuese te VAP

1. Pyetjet orientuese pergatiten nga nje grup pune i ngritur me urdher te Ministrit te Shendetesise, i perbere prej te pakten tre profesionistesh te caktuar: nje nga MSH dhe dy nga UP perkates.
2. UP administron kandidaturat dhe organizon punen per pergatitjen ne kohe te pyetjeve orientuese.
3. UP shpall pyetjet orientuese 1 (nje) muaj perpara zhvillimit te vleresimit te aftesimit praktik.
4. Shperblimi i anetareve te grupit te punes behet nga UP sipas akteve nenligjore ne fuqi.

Neni16

Rregullat e kryerjes se VAP

Kandidatet qe do ti nenshtrohen vleresimit te aftesimit praktik duhet te zbatojne rregullat e meposhtme:

1. Te jene te pajisur me karte identiteti ose pasaporte.
2. Te paraqiten 30 minuta para fillimit te vleresimit.
3. Te jene te pajisur me mjetet e nevojshme per zhvillimin e testimit.
4. Ndalohet marrja me vete dhe perdorimi i celulareve dhe mjeteve te tjera te komunikimit gjate zhvillimit te vleresimit, pasi kjo konsiderohet si kriter skualifikimi.
5. Ndalohet duhani, alkooli dhe konsumimi i ushqimit ne mjediset ku zhvillohet testimi.
6. Ndalohet komunikimi gjate zhvillimit te vleresimit te aftesimit praktik.
7. KVAP eshte pergjegjese per mbarevajtjen dhe zhvillimin e procesit.

Neni 17

Komisioni i Vleresimit te Aftesimit Praktik

1. Komisioni i Vleresimit te Aftesimit Praktik (KVAP) perbehet nga 3 (tre) profesioniste, me eksperience se paku 7 (shtate) vjeçare ne ushtrimin e profesionit, te caktuar me Urdher te Ministrit te Shendetesise, si me poshte :
 - a. Nje perfaqesues i caktuar nga Ministri i Shendetesise
 - b. Dy perfaqesues te caktuar nga UP perkates.
2. Kryetari i KVAP eshte perfaqesuesi i Ministrise se Shendetesise.
3. Shperblimi i anetareve te komisionit behet nga UP perkates sipas akteve nenligjore ne fuqi.

Neni 18

Zhvillimi i VAP

1. Vleresimi i aftesimit praktik zhvillohet me goje, ne datat e percaktuara.

2. Pranohen per vleresim te aftesimit praktik kandidatet, ne perputhje te plote me listen e shpallur nga UP.
3. Tezat e vleresimit te aftesimit praktik, jane kompetence e KVAP-se dhe synojne te vleresojne njohurite e fituara gjate kryerjes se praktikes profesionale.
4. KVAP, brenda dites, shpall rezultatin e vleresimit te kandidateve pjesemarres dhe harton procesverbalin e rezultateve.
5. Procesverbali i vleresimit te aftesimit praktik eshte i vlefshem vetem kur firmoset nga te gjithë anetaret e Komisionit.

Neni 19

Vleresimi i aftesimit praktik

1. Praktika Profesionale konsiderohet e kryer vetem pas vleresimit pozitiv te aftesimit praktik.
2. Vleresimi i aftesimit praktik cilesohet pozitiv, nese kandidati eshte vleresuar me 50-100 pike (kalueshem). Kandidati i vleresuar me 0-49 pike (jokalueshem) persetit vleresimin e aftesimit praktik.

Neni 20

Perseritja e VAP

Kandidati ka te drejte t'i nenshtrohet vleresimin te aftesimit praktik, jo me shume se 5 (pese) here.

Kur vleresimi i aftesimit praktik eshte pozitiv, nuk lejohet te perseritet.

Neni 21

Terheqja nga vleresimi i aftesimit praktik

1. Nese nje kandidat nuk paraqitet ne vleresimin e aftesimit praktik ne daten, oren e caktuar ose terhiqet perpara fillimit te tij, atehere vleresimi nuk konsiderohet si i kryer.
2. Terheqja nga vleresimi i aftesimit praktik nuk mund te kryhet pas hyrjes ne sallen e testimit.

Neni 22

E drejta e ankimit

1. Kandidati ka te drejte te ankimoje me shkrim para Komisionit te VAP nese ka kontestime per rezultatin e vleresimit ne momentin e testimit me goje .
2. KVAP pas rishqyrtimit te ankeses se kandidatit brenda 2 (dy) diteve, jep vleresimin perfundimtar.

Neni 23

Deshmia e praktikës profesionale

1. Komisioni i VAP dorezon procesverbalet e vleresimit prane UP brenda 3 (tre) diteve.
2. UP pajis kandidatet fitues me Deshmine e Kryerjes se Praktikës Profesionale.
3. UP mban te dhenat perfundimtare per te gjitha vleresimet e aftesimit praktik, per nje periudhe 5 (pese) vjeçare

Neni 24

Tarifat per regjistrimin dhe vleresim te praktikantit

1. Praktikanti eshte i detyruar te paguaje prane UP tarifen e percaktuar, per te gjitha procedurat e

kryera per regjistrimin dhe dokumentet e leshuara, procesin e mbikeqyrjes nga strukturat e UP. vleresimin e aftesimit praktik dhe rivleresimin e aftesimit praktik.

2. Masa e tarifes per llogaritet nga zyra qendrore e finances prane UP dhe miratohet me Vendim te Keshillit Kombetar te UP.

Neni 25
Hyrja ne fuqi

Kjo rregullore hyn ne fuqi menjehere-

Ministri i Shendetesise

Ministri i Arsimit dhe Shkences

Vangjel TAVO (dv)

Myqerem TAJAJ (dv)

**RREGULLORE PËR REGJISTRIMIN, ANËTARËSIMIN DHE LIÇENSIMIN
NË URDRIN E MJEKËVE**

1. Bazimi

Kjo Rregullore është hartuar në mbështetje dhe për zbatim të Ligjit 8615, datë 01.06.2000 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”, neni 3 dhe 4, të Ligjit 10107, datë 30.03.2009 “Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” neni 27 dhe 32, të Ligjit Nr. 10171, datë 22.10.2009 “Për Profesionet e Rregulluara në Republikën e Shqipërisë” neni 12, si dhe të Statutit të Urdhrit të Mjekëve.

2. Qëllimi

Qëllimi i kësaj Rregulloreje është vendosja e kriterëve dhe normave për anëtarësimin, regjistrimin dhe dhëniën e liçensës për ushtrimin individual të profesionit të mjekut/stomatologut.

3. Dispozita të Përgjithshme

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë krijon dhe administron Regjistrin Themeltar Rajonal dhe Kombëtar të anëtarëve të Urdhrit.

Proçesi i krijimit dhe administrimit të Regjistrit Themeltar Rajonal dhe Kombëtar të mjekëve/stomatologëve qëndron në themel të misionit dhe të veprimtarive të Urdhrit.

Këshilli Rajonal është struktura bazë që vendos për anëtarësimin në Urdhrin e Mjekëve dhe e finalizon atë me aktin e regjistrimit dhe dhëniën e liçensës për ushtrimin individual të profesionit.

Aparati Qëndror i Këshillit Kombëtar është autoriteti përgjegjës për krijimin dhe mirëadministrimin e Regjistrit Themeltar Kombëtar, si dhe mirëadministrimin e atij Rajonal. Për

këtë qëllim, pranë Aparatit Qëndror të Këshillit Kombëtar funksionon Bordi i Regjistrim-Liçensimit, Etikës dhe Standardeve të Edukimit dhe Ushtrimit Profesional.

4. Regjistri

- Regjistri Themeltar dhe vendimmarrja kush hyn në Regjistër, kush mbetet dhe kush hiqet nga Regjistri është në themel të veprimtarisë së Urdhrit të Mjekëve.
- Regjistri vë në dukje jo vetëm rritjen numerike dhe lëvizjen mekanike të mjekëve, por ai pasqyron edhe ecurinë e formimit dhe edukimit etiko-profesional e shkencor të tyre.
- Regjistri i mjekëve i mirëadministruar dhe i përditësuar rregullisht, merr rol të rëndësishëm për evidentimin dhe rivlerësimin e standardeve dhe performancës profesionale, si dhe për procesin e vendimmarrjes për rinovimin e liçensës për ushtrimin individual të profesionit.

5. Regjistrimi dhe Anëtarësimi

Akti i vendimmarrjes për anëtarësim, ri-anëtarësim, regjistrim, ç'regjistrim, dhënien e Liçensës për ushtrimin individual të profesionit dhe heqjen e saj bëhet në përputhje me kriteret dhe dokumentat e vendosura në dispozitat e Statutit të UMSH-së dhe të kësaj Rregulloreje.

5.1 Për t'u regjistruar dhe anëtarësuar në Urdhrit të Mjekëve, aplikanti duhet të paraqesë këto dokumenta.

- Pasaportë ose Kartë Identiteti.*
- Kërkesën për anëtarësim, në të cilën shprehet se njeh Statutin e UMSH, Betimin e Mjekut dhe Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe zotohet se do t'i respektojë ato me përpikmëri.*
- Curriculum Vitae profesionale.*
- Dokumentin zyrtar, i cili vërteton studimet, kualifikimet, specializimet e kryera dhe titujt e fituar.*
- Referencë të protokolluar nga organi drejtues i institucionit shëndetësor apo social-shëndetësor ku shërben apo ku ka shërbyer mbi performancën dhe sjelljen profesionale sipas formatit tip i cili përgatitet nga Urdhri i Mjekëve.*
- Dëshmi penaliteti nga organi përkatës, ose (vërtetim nga gjykata dhe prokuroria), ku vërtetohet se nuk ka vuajtje dënimi.*
- 3 (tre) cope fotografi 3 x 4 cm.*

Mjekut dhe stomatologut, shtetas i huaj që të ushtrojë profesionin si resident në Shqipëri, apo i atashuar në një institucion shëndetësor ku vjen periodikisht për ushtrimin e profesionit, i duhet edhe:

- Leja e qëndrimit në Republikën e Shqipërisë (për ata që janë rezidentë në Shqipëri).*

- b) *Çertifikatë e sjelljes së mirë profesionale (Good Standing Certificate) nga Urdhri/Dhoma apo Shoqata e Mjekëve të vendit të vet ku vërtetohet se është i regjistruar, e ushtron profesionin dhe se gjatë ushtrimit të profesionit nuk ka asnjë masë disiplinore kundrejt tij/saj.*
- c) *Konvalidimi (njësimi) i diplomës dhe certifikatave të specializimeve që ka kryer prej tij/saj të përkthyer dhe të noterizuara.*
- d) *Dëshmi Penaliteti ose dokument tjetër zyrtar i lëshuar nga organet përkatëse të vendit nga ku vjen, ku të vërtetohet se nuk ka vuajtje dënimi (e përkthyer dhe e noterizuar).*
- e) *Të rekomandohet nga një specialist vendas i të njëjtës fushe, anëtar i Urdhrit të Mjekëve.*
- f) *Mjeku i huaj rezident në Shqipëri të njohë Gjyhen Shqipe, dhe të ketë aftësi komunikimi në Shqip. Per mjekun jo rezident detyrimisht të punoj me përkthyes.*

5.2 Sekretari Rajonal i Urdhrit pranon dokumentacionin e paraqitur nga aplikanti dhe pasi sigurohet se është në përputhje me kërkesat e mësipërme e paraqet për vendimmarrje në Kryesinë e Këshillit.

5.3 Regjistrimi, anëtarësimi dhe lëshimi i liçensës për ushtrimin individual të profesionit bëhet me vendim të veçantë të Kryesisë së Këshillit Rajonal.

Për këtë qëllim:

- a- Mbledhja e kryesisë ku shqyrtohet kërkesa e paraqitur bëhet e zgjeruar me pjesëmarrjen e mjekut stomatolog, anëtar i Këshillit Rajonal;
- b- Kryesia e Këshillit mban një Protokoll të veçantë ku dokumentohet hollësisht zhvillimi i mbledhjes. Në përfundim, protokollin nënshkruhet nga pjesëmarrësit;
- c- Vendimi i Kryesisë për anëtarësimin dhe dhënien e Liçensës për ushtrimin individual të profesionit formulohet si dokument i veçantë me numrin përkatës, i cili firmoset nga Presidenti dhe Sekretari i Këshillit. Ai protokollohet dhe mbahet në Arkivin e Këshillit.

5.4 Mbledhja e kryesisë së Këshillit Rajonal për anëtarësimet, regjistrimet dhe dhënien e liçensave për ushtrimin individual të profesionit bëhet jo më pak se dy herë në muaj.

5.5 Në mbledhjet e radhës, Këshilli Rajonal informohet për anëtarësimet e reja.

6. Liçensa (leja) për ushtrimin individual të profesionit dhe përsëritja e saj (*liçensim-ri-liçensim*)

6.1 Urdhri i Mjekëve ka për detyrë të kryej akreditimin, ri-akreditimin, liçensimin dhe ri-liçensimin e mjekëve/stomatologëve dhe profesionistëve të tjerë të lartë, anëtarë të Urdhrit të Mjekëve, që ushtrojnë profesionin në sistemin shëndetësor mbi bazën e kritereve të matjes, vlerësimit dhe rivlerësimit periodik të kompetencës, performancës dhe sjelljes profesionale.

6.2 Pajisja me liçensë (leje) për ushtrimin individual të profesionit është normë e detyrueshme për çdo mjek, stomatolog apo profesionist tjetër të lartë, anëtarë të Urdhrit të Mjekëve.

6.3 Ri-vlerësimi, ri-akreditimi dhe ri-liçensimi periodik është mënyra për të përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor, për të mbrojtur publikun nga kequshtrimi i mjekësisë dhe për të siguruar pacientin se poseduesi i liçensës është kompetent dhe i përmbush standardet etike profesionale të parashikuara në ligjet dhe rregullat për kujdesin shëndetësor.

6.4 Në vartësi të kategorive dhe të nivelit të profesionistëve që e përfitojnë, janë tre kategori apo nivele të liçensës:

- a. *Çertifikata provizore për ushtrimin e profesionit ndën vëzhgim (mbikqyrje);*
- b. *Liçensa bazë për ushtrim të pavarur (pa mbikqyrje) të profesionit;*
- c. *Ri-liçensimi (përsëritja e liçensës).*

6.5 Çertifikata (leja) provizore për ushtrimin e profesionit ndën mbikqyrje lëshohet në bazë të rregullores së *posaçme "Për Organizimin e praktikës profesionale për profesionistin e shëndetit në Republikën e Shqipërisë"*, e cila miratohet me vendim të Këshillit Kombëtar. Kjo rregullore trajton rregullat e anëtarësimit provizor dhe lëshimit të çertifikatës provizore të profesionistit ndën mbikqyrje.

6.6 Liçensa bazë për ushtrim të pavarur të profesionit (pa mbikqyrje) lëshohet për:

- a- Mjekët/stomatologët dhe profesionistët e tjerë, anëtarë të Urdhrit të Mjekëve, të cilët aktualisht janë të regjistruar, anëtarësuar dhe ushtrojnë profesionin, por nuk janë ende të liçensuar;

6.7 Mjekët/stomatologët dhe profesionistët e tjerë të lartë, të cilët kanë kryer praktikën profesionale dhe kanë kaluar provimin e shtetit. Liçensimi i tyre bëhet pasi të jetë kryer regjistrimi dhe anëtarësimi definitiv në Urdhër, në përputhje me dispozitat e Statutit dhe të kësaj Rregulloreje pranë Aparatit Qëndror të Këshillit Kombëtar.

6.8 Ri-liçensimi është përsëritja e liçensës në vartësi të rezultateve të arritura në procesin e ri-vlerësimit, ri-akreditimit profesional që kryhet me skadimin e liçensës bazë dhe ruajtja e së drejtës për vazhdimin e mëtejshëm të ushtrimit të profesionit.

6.9 Për t'u ri-liçensuar, aplikanti duhet të paraqesë në Këshillin Rajonal të Urdhrit të Mjekëve këto dokumenta:

- Vetdeklarimin sipas deklaratës të formatit tip të Urdhrit të Mjekëve;
- Ri-çertifikimet nga Qendra Kombëtare e EVM-së, ku konfirmohet pjesëmarrja në EVM dhe kreditet e fituara;

- Referencë vlerësuese e protokolluar e lëshuar nga Drejtoria e institucionit shëndetësor ku punon mbi kompetencën, performancën, sjelljen profesionale, opinionin e publikut dhe të të sëmureve sipas formatit Tip të Urdhrit të Mjekëve.

6.10 Proçesi i ri-akreditimit dhe ri-liçensimi kryhet çdo 5 (pesë) vjet.

7. Pezullimi dhe heqja e përhershme e Liçensës

7.1 Mjekut/stomatologut apo çdo profesionisti tjetër, anëtar i Urdhrit të Mjekëve i pezullohet liçensa kur:

- Ka një vendim të formës së prerë të Komisionit Disiplinor Profesional të Urdhrit të Mjekëve;
- Është duke vuajtur një dënim penal me heqje lirie;
- Nuk shlyen kuotizacionet brenda afateve të parashikuara në Statutin e Urdhrit të Mjekëve;
- Nuk plotëson detyrimin e pjesëmarrjes në EVM apo nuk fiton kreditet e detyrueshme;
- Nuk kalon provimet apo testet e domosdoshme të caktuara për një detyrim kualifikimi apo praktike profesionale shtesë të parashikuara me një vendim disiplinor të formës së prerë nga Komisioni Disiplinor Profesional i Urdhrit të Mjekëve.

7.2 Për periudhën e pezullimit të përkohshëm të liçensës, profesionisti ruan regjistrimin dhe anëtarësimin në Urdhrin e Mjekëve, në përputhje me dispozitat statutorë për anëtarët e Urdhrit, por pa gëzuar të drejtën për të ushtruar profesionin.

7.3 Heqja e përhershme e liçensës në Urdhrin e Mjekëve bëhet vetëm me vendim gjyqësor të formës së prerë, kur mjeku është përgjegjës për kequshtrim të profesionit që rezulton me një dëmtim të përhershëm shëndetësor ose me vdekjen e të sëmurit.

7.4 Veprimet proceduriale për pezullimin e përkohshëm apo heqjen e përhershme të liçensës, kryhen në mbështetje dhe në përputhje të plotë me dispozitat ligjore, si dhe në dispozitat e Statutit, Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe të Rregullores së Gjykimit Disiplinor Profesional të Urdhrit të Mjekëve.

8. Formularët Standardë

Proçesi i anëtarësimit dhe i regjistrimit përmban 4 (katër) formularë standardë:

- FORMULARI I REGJISTRIMIT** i cili përmban kërkesat që pasqyrojnë të dhënat profesionale të mjekut kandidat.
- FORMULARI I VETDEKLARIMIT** është dokumenti që i kërkohet mjekut për ta paraqitur me përgjegjësi personale, për efekt të ripërtëritjes së liçensës së ushtrimit individual të profesionit. Në këtë dokument, mjeku pasqyron të gjithë veprimtarinë

- e tij profesionale për periudhën e përfshirë midis dy Liçensave (lejeve) (pjesëmarrjen në programet e Edukimit të Vazhdueshëm Profesional, kualifikime e specializime të tjera, vlerësime për veprimtarinë dhe sjelljen e tij profesionale, masa disiplinore etj).
- C. **Formati Tip i “ÇERTIFIKATËS SË SJELLJES SË MIRË PROFESIONALE”** që lëshohet nga Drejtoria e Institucionit Shëndetësor apo social-shëndetësor.
- D. **Formati Tip: “LIÇENSA PËR USHTRIMIN INDIVIDUAL TË PROFESIONIT PËR MJEKË” & “LIÇENSA PËR USHTRIMIN INDIVIDUAL TË PROFESIONIT PËR STOMATOLOGË”**

9. Administrimi dhe përditesimi i Regjistrit dhe dosjes personale të mjekut në Këshillin Rajonal

- Dosja Personale e mjekut, përmban të gjithë dokumentat rreth tij. Dosjes i vihet numri përkatës i regjistrit dhe ruhet në kartotekën e Këshillit Rajonal. Dosjet e mjekëve që hiqen nga Regjistri (ç’regjistrohen) ruhen në kartotekë në ndarje të posaçme.
- Regjistri Rajonal mbahet në formë manuale dhe të kompjuterizuar.
- Dosjet vendosen në sirtare sipas rendit alfabetik ku shënohet inicialja e mbiemrit të mjekut. *(Ato mund të vendosen edhe sipas institucioneve duke respektuar rendin alfabetik).*
- Mjeku i anëtarësuar pajiset me kartën tip të anëtarit të UMSH-së (**ID CARD**), e cila mban numrin e dosjes personale.
- Formularët e regjistrimit dhe të liçensimeve të reja, bashkë me të dhënat e përditësimit dhe ri-vlerësimit periodik, në fund të çdo 4 mujori dërgohen në Aparatin Qëndror të Këshillit Kombëtar për t’u pasqyruar në Regjistrin Themeltar Kombëtar.
- Kur mjeku largohet dhe punësohet në një rajon tjetër, dosja e tij duke përfshirë dhe informacionin për pagesën e kuotizacioneve, transferohet në rajonin përkatës ku merret në administrim.
- Mjeku që largohet është i detyruar të njoftojë Këshillin Rajonal në të cilin ka qenë i regjistruar të paktën 15 ditë para largimit. Rajoni pritës çdo 4 muaj informon Aparatin Qëndror të Këshillit Kombëtar për të bërë ndryshimet përkatëse në Regjistrin Themeltar Kombëtar.

10. Administrimi i Regjistrit dhe dokumentave të mjekut në Aparatin Qëndror të Këshillit Kombëtar

- Bordi i Regjistrim-Liçensimit, Etikës dhe Standardeve të Edukimit dhe Ushtrimit Profesional pranë Aparatit Qëndror të Këshillit Kombëtar kryen përditësimin periodik të Regjistrit Kombëtar me të dhënat që dërgohen nga Këshillat Rajonale. Regjistri Kombëtar ruhet në Formën e Kompjuterizuar (Database).
- Mjekët dhe stomatologët e regjistruar në Regjistrin Kombëtar do të kenë numrin e tyre në database.
- Nëpërmjet faqes së UMSH në internet (website) – www.urdhrimjekeve.org.al, Regjistri është i hapur edhe për publikun.
- Bordi i Regjistrim-Liçensimit, Etikës dhe Standardeve të Edukimit dhe Ushtrimit Profesional pranë Aparatit Qëndror të Këshillit Kombëtar kryen edhe:
 - a. Monitorimin e procesit të regjistrimit dhe mirëadministrimit të Regjistrit në nivel rajoni.
 - b. Raportimin në mënyrë periodike, 4 mujore dhe vjetore në Këshillin Kombëtar mbi Regjistrin Kombëtar ku detajohen ndryshimet, të dhënat statistikore dhe informacione të tjera problemore në lidhje me regjistrimin.
 - c. Ruajtjen dhe përditësimin në kopje CD të Regjistrit Kombëtar.
 - d. Në bashkëpunim me Këshillat Rajonale merr takime me institucione publike e private për të verifikuar dhe kontrolluar të dhënat profesionale të mjekëve.

DISPOZITAT E FUNDIT

11. Njohja e Specialitetit në mungesë të dokumentit të formatit zyrtar

1. Bazuar në Vendimin Nr. 8, datë 22.04.2011 të Këshillit Kombëtar, mjekut i njihet specialiteti edhe kur ai nuk zotëron dokument të formatit zyrtar të specializimit, por e vërteton se e ushtron atë specialitet për një periudhë mbi 10 (dhjetë) vjet.
2. Për të vërtetuar këtë, mjeku dorëzon në Urdhrin e Mjekëve dokument zyrtar të protokolluar të firmosur nga Shefi i Shërbimit apo departamenti ku ai punon, si dhe nga drejtori i Institucioni Shëndetësor.

12. Ankimi për refuzimin e anëtarësimit

Ndaj vendimit që refuzon kërkesën për anëtarësim dhe regjistrim në Urdhrin e Mjekëve, kërkuksi ka të drejtë të ankohet pranë Këshillit Kombëtar në përputhje me dispozitat që përcaktohen në Statutin e Urdhrit të Mjekëve.

13. Ndërprerja e anëtarësimit (Ç'regjistrimi)

Për ndërprerjen e anëtarësimit në Urdhrit të Mjekëve (ç'regjistrimin) dhe heqjen e lejes individuale për ushtrimin e profesionit zbatohen dispozitat e Statutit të Urdhrit të Mjekëve dhe të kësaj Rregulloreje.

14. Tarifat

Akti i anëtarësimit dhe regjistrimit, liçensa për ushtrimin individual të profesionit, vërtetimet e identitetit të anëtarit/es, vërtetimet për jashtë shtetit (good standing certificate), si dhe dokumentat e tjera lëshohen kundrejt tarifave të veçanta, të cilat përcaktohen nga Këshilli Kombëtar i Urdhrit të Mjekëve.

15. Njoftimi për anëtarët

Çdo Këshill Rajonal brenda juridiksionit të vet ka përgjegjësinë për t'i njohur anëtarët e tij me përmbajtjen e kësaj Rregulloreje.

Kësaj Rregulloreje i bashkëlidhet:

KËRKESA TIP e mjekut/stomatologut për regjistrim/anëtarësim.

Formulari i REGJISTRIMIT

Formulari i VETDEKLARIMIT (për ri-liçensim)

Formulari i "ÇERTIFIKATËS SË SJELLJES SË MIRË PROFESIONALE"

Formati tip "LIÇENSA PËR USHTRIMIN INDIVIDUAL TË PROFESIONIT PËR MJEKË" & "LIÇENSA PËR USHTRIMIN INDIVIDUAL TË PROFESIONIT PËR STOMATOLOGË".

Miratuar më Vendimin Nr. 3 datë 30/04/2010 të Këshillit Kombëtar, ndërsa ndryshimet e propozuara nga Presidenti i Këshillit Kombëtar u miratuan me Vendimin Nr. 2, datë 22.04.2011, ndryshuar me vendimin Nr. 1, datë 13/04/2012 .

Dr. Din Abazaj
President

PROBLEME ORGANIZATIVE

ETIKE & DEONTOLOGJI

PRAKTIKA E MIRE MJEKESORE PER PERSHKRIMIN E ILAÇEVE

GMC - Shtator 2008

Udhezimet e mëposhtme spjegojnë principet që duhet të zbatohen në situata që mjeket ndeshin shpesh apo në raste kur perballohen me to. Këshilli i Përgjithshëm i Mjekesise në Angli (GMC) i sugjeron mjekëve që të rishikojnë rregullisht këto udhëzime në mënyrë që të jenë të përditësuar me problemet që perballojnë si dhe të reflektojnë mbi diferencat që ndeshen në vende të ndryshme.

GMC pret qe mjeket te jene te perputhur me standardet e praktikes se mire mjekesore te paraqitura ne kete udhezim

Principet e pershkrimit te medikamenteve:

1. Mjeket e regjistruar ne GMC qe kane nje licence per ushtrimin e profesionit mund te pershkruajne te gjitha medikamentet, por jo ato te renditura ne Rregulloren mbi mos perdorimin e preparateve te vitit 2001. Ne rast se mjeku ka regjistrim provizor, atij i lejohet te pershkruaj ato preparate qe jane ne perputhje me kushtet e mbikqyrjes se punesimit.
2. Legjislacioni mbi preparatet medikamentoze aplikohet ne te gjitha Mbreterine e Bashkuar.
3. Mjeku duhet te pershkruaj vetem ato preparate qe i duhen nevojave te pacienteve dhe asnje here kur ju vjen per lehtesi apo thjesht se kerkohen nga pacientet.

Mos merr persiper mjekimin e vetvetes dhe atyre afer teje:

4. Objektiviteti eshte themelor ne ofrimin e kujdesit te mire mjekesor; kujdes mjekesor i pavarur duhet te sigurohet kurdohere qe ju apo dikush me te cilin keni marredhenie personale kerkon pershkrimin e medikamenteve.

Qendroni te perditesuar dhe pershkruani medikamente ne interesin me te mire te pacienteve:

5. kur pershkruani medikamente sigurohuni qe dhenia e tyre te jete e pershtateshme dhe e pergjegjeshme ne interesin me te mire te pacienteve. Per kete ju duhet:

a. Sigurohuni qe te jeni i familjaizuar me udhezimet aktuale te puiblikuara per perdorimin e medikamenteve, perfshire afektet anesore dhe kunderindikimet e preparateve qe pershkruani. Ju duhet te njihni udhezimet lidhur me efektivitetin klinik dhe te kostos se nderhyrjeve tuaja.

b. Duhet te marresh nje anamneze te mire nga pacienti perfshire çdo reaksion te meparshem nga medikamentet, kushtet mjekesore aktuale si dhe perdorimin aktual te medikamenteve, perfshire edhe preparate qe nuk i jane pershkruar.

c. Beni nje marreveshje me pacientin mbi perdorimin e preparatit te propozuar dhe menaxhoni kushtet e pacientit duke shkëmbyer informacione dhe sqaruar çdo shqetesim. Sasia e informacioneve qe duhet tu jepni pacienteve eshte ne vartesi nga faktore te tille si natyra e kushteve te pacientit, rreziket dhe efektet anesore te preparateve dhe deshirat e pacientit

Duke pasur keto ne mendje, ju duhet te:

i. percaktoni prioritetet, preferencat dhe preokupacionet e pacientit duke e inkurajuar pacientin te beje pyetje mbi preparatet dhe mjekimin e propozuar.

ii. diskutoni opsione te tjera mjekimi me pacientin,

iii. Sigurohu qe pacientit i jane dhene gjithe informacionet ne menyre qe ai ti kuptoje rreth çdo efekti te padeshiruar, çfare te bej ne rast te nje efekti te tille, nderveprimet me preparate te tjera dhe dozat dhe menyren e perdorimit,

iv. Sigurohu qe pacienti e ka kuptuar si te marri medikamentet e pershkruara

v. Sigurohu qe pacienti eshte ne gjendje ti marri preparatet e pershkruara

6. Kur i pershkruani nje preparat pacientit ju duhet:

a. Pershkruaj dozen e pershtateshme per pacientin dhe kushtet e tij

b. Bjer dakord me pacientin per ndjekjen dhe monitorimin e marrjes se preparateve. Ketu perfshihen konsultime te tjera, analiza gjaku apo investigime te tjera, menyren per rregullimin e dozave, ndryshimin e preparateve dhe leshimi i recetave te reja.

c. Ju duhet te informoni Komisionin mbi Kontrollin e Barnave mbi reaksionet e padeshiruara te raportuara nga paceintet. Duhet ti jepni pacienteve informacione lidhur me ate se si duhet te raportojne efektet anesore permes Kartes se Verdhe te Pacientit.

d. Mbaj shenime te kujdesshme, te qarta, te lexueshme te gjithe preparateve te pershkruara,

7. kur ju pershkruani medikamente ne baze te rekomandimeve te nje punonjesi tjetër shendetesie i cili nuk ka te drejte te pershkruaj, ju duhet te siguroheni qe preparati eshte i pershtatshem per pacientin dhe qe profesionisti qe rekomandoi eshte kompetent per rekomandimin e mjekimit.

8. Ne rast se nuk jeni mjeku i familjes per pacientin dhe keni pranuar mjekimin e nje pacienti pa rekomandimet nga mjeku i familjes, duhet:

a. Shpjegoji pacientit rendesine dhe te mirat e informimit nga mjeku i familjes.

b. Informo mjekun e familjes te pacientit edhe ne rastin kur ky i fundit nuk do.

c. Kur eshte e mundur informo mjekun e familjes perpara se te filloj mjekimin, pavaresisht ne se pacienti ka objeksione.

9. Ne rast se pacienti nuk do qe mjeku i familjes te informohet apo nuk ka fare nje te tille, atehere:

a. sigurohu qe pacienti nuk vuan nga nje problem mjekesor tjetër apo qe pershkrimi i nje preparati tjetër mund ta beje ate te papershtatshem apo te demshem.

b. merr pergjegjesine per ofrimin e gjithe kujdesit te nevojshem mjekesor deri sa ate ta marre persiper nje mjek tjetër.

Interesi i mjekeve per farmacite

10. Sigurohu qe pacienti ka mundesi te marre te gjitha informacionet lidhur me interesat financiare te punedhenesit tuaj lidhur me farmacite.

11. Pacientet duhet te jene te lire te zgjedhin vete nga cila farmaci duhet te marrin medikamentet. Mund te jete ndihme per pacientin ne rast se jepen te dhena mbi farmacite e specialiteteve. Nuk duhet tu keshillohen pacienteve farmaci alternative kur ne spital apo poliklinika medikamentet jepen gratis

12. Ju nuk duhet të lejoni interesat e punëdhënësve tuaj ose interesat tuaja financiare ose tregtare në një farmaci të ndikojnë në mënyrën se si ju këshilloni pacientët. Ju nuk duhet të pranoni asnjë nxitje që mund të ndikojë në këshillat që ju japin pacientëve. Ju nuk duhet të impononi pacientët për të përdorur një farmaci të veçantë në çdo rast, qoftë personalisht ose nëpërmjet një agjenti, si dhe as duhet të denigroni ose ndryshe dëmtoni besimin e pacientëve ndaj një farmacie ose farmacisti duke i bërë kritika me qëllim të keq ose të pabazuara.

13. Mjekët duhet, kur është e mundur, të shmangin trajtimin e vetes ose dikujt me të cilin ata kanë një marrëdhënie të ngushtë personale dhe duhet të jetë i regjistruar me një mjek tjetër jashtë familjes së tyre. Barnat e kontrolluara mund të paraqesin probleme të veçanta, nganjëherë duke rezultuar në një humbje të objektivitetit që shpie në keqpërdorimin e barit dhe sjellje të pahijshme.

14. Ju nuk duhet të rekomandoni një mjekim të kontrolluar për veten apo për dikë të afërt për ju përveçse në rastet kur:

a. Nuk ka asnjë person tjetër me të drejtë ligjore të rekomandojë mjekimin, apo nuk është në dispozicion për të vlerësuar gjendjen klinike të pacientit dhe të pershkruajë pa vonesë, gje e

cila do të vërë në rrezik jetën e pacientit apo shëndetin, apo ti shkaktojnë dhimbje të papranueshme pacientit, dhe

b. trajtimi menjëherëshem është i nevojshem për të:

i. Shpëtuar jetën,

ii. Shmangur përkeqësimin serioz në shëndetin e pacientit, ose

iii. Lehtësuar dhimbjen e pakontrollueshme.

15. Ju duhet të jeni në gjendje për të justifikuar veprimet tuaja dhe duhet të regjistroni marrëdhënien tuaj dhe rrethanat emergjente që ishin të nevojshme për rekomandimin e një mjekimi (bari) të kontrolluar për veten apo dikush afër jush.

16. Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave ka botuar një udhëzues të praktikës së mirë në menaxhimin e barnave të kontrolluara në Kujdesin Parësor (Angli).

17. Detyra juaj kryesore është për të vepruar në interesin më të mirë të pacientit tuaj, ju duhet të përdorni me efikasitet burimet në dispozicionin tuaj; ju nuk duhet të rekomandoni gjera që bie ndesh me secilin prej këtyre detyrave. Ju duhet të respektoni lirinë e pacientëve për të zgjedhur se ku mund të marrë ilaçet e përshkruara në recetë. Ju nuk duhet të rekomandoni barna për pacientët tuaj nëse qëndron në mes interesi i juaj apo i bashkëpunëtorëve tuaj

18. Ju mund të përshkruajni ilaçe te pa licencuara, por, në qoftë se ju vendosni të bëni këtë, ju duhet të:

a. Të bindeni se një alternativë e barnave të licencuara nuk do të plotësojnë nevojat e pacientit

b. Të siguroheni se ka një bazë të mjaftueshme dëshmish dhe / ose përvojë të përdorimit të këtyre ilaçeve që demonstron sigurinë dhe efikasitetin e tyre

c. Të merrni përgjegjësinë për caktimin e mjekimit të palicencuar dhe për mbikëqyrjen dhe kujdesin e pacientit, duke përfshirë monitorimin dhe përcjelljen e çdo trajtimi (shih gjithashtu paragrafët 25-27 me përshkrimin e recetave për pacientët në spital)

d. Regjistro barin e rekomanduar në shënimet e pacientit dhe arsyet për të zgjedhur këtë ilaç edhe kur ju nuk jeni duke ndjekur praktikën e zakonshme,

Rekomandimi i recetave ilaçe për përdorim jashtë kushteve të licencës së tyre (off-label)

19. Ju mund të përshkruajni ilaçe për qëllime për të cilat ato nuk janë të licencuar. Kjo ka të ngjarë të ndodhe më shpesh në përshkrimin e recetave për fëmijët. Zakonisht kompanitë farmaceutike nuk i kanë testuar ilaçet e tyre për fëmijët dhe si pasojë, nuk aplikojnë për të licencuar ilaçet e tyre për përdorim në trajtimin e fëmijëve. Përdorimi i barnave që janë licencuar për të rriturit, por jo për fëmijët, shpesh është i nevojshem në praktikën pediatrike.

20. Kur rekomandoni një bar për përdorim jashtë kushteve të licencës ju duhet:

a. Të jeni të bindur se do t'i ketë shërbyer më mirë nevojave të pacientit sesa një alternativë tjetër e licencuar

b. Të jeni i bindur se ka një bazë të mjaftueshme dëshmie dhe / ose përvojë përdorimi të ilaçeve për të demonstruar sigurinë dhe efikasitetin e tyre. Informacioni që ka prodhuesi mund të jetë ndihmë e kufizuar, në këto rast informatat e nevojshme duhet të kërkohen nga burime të tjera

c. Të merrni përgjegjësinë për përshkrimin e recetave dhe për mbikëqyrjen e kujdesin të pacientit, monitorimin dhe ndjekjen deri trajtim e plote, apo të angazhojë një mjek tjetër për të bërë këtë (shih gjithashtu paragrafët 25-27 me përshkrimin e recetave për pacientët në spital)

d. Bëni një shënim të qartë, të saktë dhe të lexueshem të të gjitha barnave të përshkruara dhe, kur ju nuk jeni në vijim praktikë e zakonshme, arsyet për caktimin e mjekimit.

21. Ju duhet tu jepni pacientëve, ose atyre që kanë autorizimin e trajtimit në emër të tyre, informacion të mjaftueshëm në lidhje me kursin e propozuar të trajtimit, duke përfshirë çdo efekt anësor. Kjo është për t'u mundësuar atyre për të marrë një vendim të informuar (për këshilla të mëtejshme shih: Pacientët dhe mjekët në marrjen e vendimeve së bashku).

22. Disa ilaçe janë përdorur rregullisht jashtë fushëveprimit të licencës së tyre, për shembull në trajtimin e fëmijëve. Ndërkohë që praktika aktuale mbështet përdorimin e një ilaçi në këtë mënyrë, mund të mos jetë e nevojshme të kërkohej licenca kur merret pëlqimi (konsenti). Kjo është praktikë e mirë për të dhënë sa më shumë informacion si pacientëve, ose atyre që autorizohen në emër të tyre. Kur pacientët ose kujdestarët shprehin shqetësim, duhet tu shpjegoni në terma të gjera, arsyet pse barnat nuk janë të licencuara për përdorimin e tyre të propozuar. Shpjegime të tilla mund të shoqerohen me informacione me shkrim, duke përfshirë edhe fletëpalosje për përdorimin e ilaçeve të palicencuara apo ilaçe të licencuara, për tu aplikuar si të palicencuara në praktikën.

23. Megjithatë, ju duhet të shpjegoni arsyet për caktimin e një ilaçi që është i palicencuar ose që përdoret jashtë fushëveprimit të licencës së saj, kur ka pak studime apo mbështetje në dëshmi të tjera të praktikës aktuale të mjekësisë.

24. Për informacion specifik për caktimin e ilaçeve për fëmijët, të shohet faqet e internetit të Kolegjit Mbretëror të Pediatriës dhe Shëndetit të Fëmijëve dhe formularin Kombëtar Britanik për Fëmijët.

Përgjegjësia për caktimin e ilaçeve për pacientët në spital

25. Kur kujdesi për një pacient është i ndarë në mes të personelit, mjeku përgjegjës për menaxhimin e vazhdueshëm të pacientit duhet të jetë plotësisht kompetent që të ushtrojë pjesën e tij të përgjegjësisë klinike. Ata gjithashtu kanë një detyrë për të mbajtur veten të informuar në lidhje me ilaçet që janë të caktuara për pacientin e tyre. Ata duhet të marrin parasysh efektivitetin, përshtatshmërinë dhe koston kur rekomandojnë recetat. Ata gjithashtu duhet të jenë të azhurnuar me udhëzime përkatëse për përdorimin e medikamenteve dhe në menaxhimin e gjendjes së pacientit.

26. Nëse ju jeni mjeku që nënshkruani dhe lëshoni e recetën, ju mbajni përgjegjësi për atë trajtim, prandaj është e rëndësishme që, në pozitën e rekomanduesit të trajtimit me barna, ju të kuptoni gjendjen e pacientit, si dhe në trajtim të parashikuar të njihni çdo efekt të padëshirueshëm anësor.

27. Duhet të behet konsultim i plotë dhe marrëveshje në mes të mjekëve të përgjithshëm dhe mjekëve të spitalit lidhur me indikacionet dhe nevojën për terapi të caktuar. Vendimi për atë se kush duhet të marrë përgjegjësinë për kujdesin e vazhdueshëm ose trajtimit pas diagnozës fillestare apo vlerësimit duhet të bazohet në interesin më të mirë të pacientit sesa në lehtësinë e profesionist të kujdesit shëndetësor apo koston së mjekësisë.

Udhëzime ndaj grupit të Pacientëve

28. Kujdesi klinik duhet të vazhdojë të ofrohet në bazë individuale, specifike ndaj pacientit. Përdorimi i Udhëzuesve të Grupit të Pacientit (PGDs) duhet të rezervohet vetëm për situata të kufizuara, kur ka një avantazh të veçantë për kujdesin ndaj pacientit dhe kur ajo është në përputhje me marrëdhëniet e duhura profesionale dhe llogaridhënien.

29. Udhëzimet e Grupit të pacientëve mund të jenë të përshtatshme për dhenien dhe administrimin e disa ilaçeve të injektueshme. Megjithatë, administrimi i medikamenteve (të tilla si Botox, Vistabel ose Dysport) kërkon vlerësimin individual të përshtatshmërisë së pacientëve "dhe (në rast se dhënia e barit i është deleguar në infermiereje apo personi tjetër) duhet të jepen

udhëzime te veçanta pacientit; Udhëzimet e përgjithshme të cilat do të zbatohen për çdo pacient nuk janë të mjaftueshme.

Procedurat për të lehtësuar punën në dhenien e recetave të përsëritura

30. Marrja e recetave të përsëritura , të përgatitur nga anëtarët e tjerë të stafit të kujdesit shëndetësor në praktikën e përgjithshme, të krijuara me kompjuter , mund të jetë një mënyrë efikase për të përmbushur nevojat e pacientëve, duke reduktuar kohën e mjekëve.

31. Është e rëndësishme që çdo person që lëshon receta të përsëritura merr përgjegjësi të plotë për të rekomanduar me përgjegjësi dhe në mënyrë të sigurtë; mjeku që nënshkruan recetën merr përgjegjësinë e vetë për të. Para nënshkrimit të një recetë të përsëritur ju duhet të jeni i bindur që preparati është i sigurt dhe i përshtatshëm dhe se procedurat e sigurta janë në menyre që të sigurojnë se :

a. Pacientit i është lëshuar nje recetë e saktë;

b. Çdo recetë rishikohet rregullisht në mënyrë që të mos lëshohet një ilaç që nuk është më i dobishëm

c. Doza e saktë është obligim për barnat kur doza ndryshon gjatë trajtimit.

32. Marrëveshjet për lëshimin e recetave të përsëritura duhet të përfshijnë dispozita për monitorimin e pacientit, gjendjen e secilit, dhe për të siguruar se pacientët që kanë nevojë për një ekzaminim të mëtejshëm apo vlerësim të mos marrin receta të përsëritura pa u parë nga një mjek. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në rastin e barnave me efekte anësore potencialisht serioze.

Përsëritja e dhënies së barnave

33. Përsëritja e dhënies së barnave mund të lehtësojë kohën e mjekëve dhe shfrytëzonë aftësite profesionale të farmacistëve, duke qenë më të përshtatshëm për pacientët.

34. Ofrohet përsëritje dhënies së barnave vetëm për pacientët për të cilët kjo është e përshtatshme, të tilla si ato me sëmundje kronike të cilat mbetet te qëndrueshme për kohëzgjatjen e ilaceve afatgjata. Pacientët qe marrin një numër të madh të barnave ose që janë në spital, ketaë janë më pak të përshtatshëm për përfshirje në një skemën të recetave te përsëritura..

35. Pacientët duhet të japin pëlqimin që të përfshihen në një skemë të përsëritur të shpërndarjes . Ju duhet siguroheni qe pacientët i kuptojnë implikimet për konfidencialitetin, si dhe efektet klinike dhe praktike të përfshirjes.

36. Ju duhet të mbani të regjistruar pacientet që përdorin ilace të përsëritura duke patur recetën fillestare që jepet në përsëritjen e barnave, në mënyre që ti njihni dhe ti kontaktoni nëse është e nevojshme.

37. Kur përsëritet përshkrimi i recetave, duhet të siguroheni që ato rregullisht do të shqyrtohen, për të monitoruar gjendjen e pacientit dhe kur eshte e nevojshme për ekzaminim të mëtejshëm ose të vlerësimit të pacientit.

38. Qendra Kombëtare për kontrollin e recetave në Angli ka botuar “ afatet e ruajtjes te ilaceve”, duke ndihmuar pacientët: ai eshte një udhërrëfyes i mirë praktik per përshkrimin e recetave.

Rekomandimi i recetave nëpërmjet telefonit, e-mail, faks, lidhjen e videove apo website

39. Here pas here mund të jetë e nevojshme për të përdorur një telefon apo mjete të tjera jo direkte për të caktuar ilaçe dhe trajtim për pacientët. Situata të tilla mund të ndodhin kur:

a. Ju keni përgjegjësi për kujdesin e pacientit

b. Ju jeni përfaqësues për një tjetër mjek i cili është përgjegjës për kujdesin e vazhdueshëm të një patienti ose

c. Ju keni njohuri paraprake dhe të kuptuarit e gjendjes së pacientit dhe anamnezen mjekësore dhe keni autoritetin për të hyrë në të dhënat e pacientit.

40. Në të gjitha rrethanat, ju duhet të siguroheni që keni një dialog të duhur me pacientin për:
a. Krijimin e kushteve aktuale mjekësore të pacientit dhe historikun për përdorimin e përsëritur të medikamenteve të tjera të kohëve të fundit, duke përfshirë dhe ilaçet pa recetë ;

b. Të kryer një vlerësim të gjendjes së pacientit

c. Të identifikuar shkakun e mundshëm të gjendjes së pacientit

d. Tu siguruar se ka justifikim të mjaftueshëm për të rekomanduar barnat / Trajtimin e propozuar. Atje ku është e mundshme duhet të diskutoni opsione të tjera të trajtimit me pacientin

e. Tu siguruar që trajtimi dhe medikamentet nuk janë të kundër indikuar për pacientin

41. Nëse ju nuk siguroni kujdes të vazhdueshëm për pacientin, nuk keni qasje në të dhënat mjekësore të pacientit, ose nuk jeni përfaqësues për një mjek tjetër, ju duhet të ndiqni këshillat e mësipërme dhe përveç kësaj ju duhet të:

a. Jepni shpjegim pacientit rreth proceseve të përfshira në konsultime e bera me pare dhe i jepni pacientit emrin tuaj dhe numrin e celularit

b. Krijoni një dialog me pacientin, duke përdorur një pyetësor, për tu siguruar që keni informacion të mjaftueshëm në lidhje me pacientin në menyre që te jeni të sigurtë në përshkrimin e recetave

c. Të marrën masat e duhura për të ndjekur përparimin e pacientit

d. Monitorimin e efektivitetin të trajtimit dhe / ose të shqyrtohet diagnoza

e. Informoni mjekun e përgjithshme të pacientit, ose ndiqni këshillat në paragrafin 9 nëse pacienti kundërshton për informimin e mjekut të përgjithshëm.

42. Nëse ju nuk mund të plotësoni të gjitha këto kushte, nuk duhet të përdorni mjete të largëta të që përshkruajnë ilaçe për një pacient. Për udhëzime të mëtejshme mbi caktimin e injeksioneve kozmetike shihni udhëzime të reja , përshkrimin e recetave nëpërmjet telefonit, fax, video-lidhja apo online (2012).

43. Nëse rekomandoni barna për pacientët të cilët janë jashtë shtetit, duhet të merrni parasysht dallimet në emrin e një produkti të licencuar, indikacionet dhe regjimin e dozës së rekomanduar. Agjencia Rregullatore për Ilaçet dhe produktet e kujdesit shëndetësor ka nxjerre udhëzime për import/eksport e preparative dhe kërkesa të sigurisë së dorëzimit, të cilat ju duhet ti merrni në konsideratë..

44. Rekomandimi i barnave anti-obezitet duhet të konsiderohet vetëm si pjesë e një plani të menaxhimit të përgjithshëm që përfshin vlerësimin e dietës dhe menaxhimin e jetesës. Udhëzime specifike në ilaçe të përdorura në trajtimin e obezitetit janë në dispozicion në formularin Kombëtar Britanik, nga Kolegji Mbretëror i Mjekëve të Londrës, Instituti Kombëtar për Shëndetësi dhe Përsosmëri Klinike dhe Networku Skocez i Udhëzimeve Ndëruniversitare.

45. Mjeket duhet të kenë parasysht se:

a. Në Angli mjekët që praktikojnë në klinika private dhe në sektorin e pavarur duhet të jetë regjistruar në Komisionin e cilësisë së kujdesit. Mosregjistrimi është një vepër penale.

b. Autoriteti Rregullator dhe i Përmirësimit të Kualitetit është përgjegjës për regjistrimin dhe inspektimin spitalet të pavarura, klinikave dhe shërbimet e tjera të kujdesit në Irlandën Veriore.

c. Komisioni Skocez për Rregullimin e Kujdesit (e njohur edhe si Komisioni i Kujdesit) rregullon klinikat e pavarura dhe shërbimet e specializuara të kujdesit shëndetësor në Skoci.

d. Inspektorati Shëndetësor Wales është rregullator i pavarur shëndetësor në Uells.

46. Organizata te ndryshme kanë publikuar udhëzime dhe informata relevante për përshkrimin e recetave

INFORMACIONE PER VEPRIMTARI TE U.M.SH.

CEREMONI PER DHENIEN E TITULLIT “MJEK I PERKUSHTUAR”

21.06.2012, Tiranë

Me 21 Qershor 2012 ne Hotel ROGNER Instituti i Sigurimeve te Kujdesit Shendetesor ne bashkepunim me Urdhrin e Mjekeve te Shqiperise organizuan nje ceremoni me rastin e dhenies se titullit “*Mjek i Perkushtuar*” disa mjekeve te sherbimit mjekesor paresor.

Takimin e hapi *Zonja Elvana Hana*, Drejtore e Pergjithshme e ISKSH e cila ne fjalen e saj tha sa vijon:

Jemi mbledhur sot per te promovuar disa shembuj ekselence te mjekeve te familjes te gjithe Shqiperise, disa mjeke qe e kane treguar me vepra se kane zgjedhur profesionin fisnik te mjekut per te trajtuar e sheruar qenie njerezore dhe jo per tu bere biznesmen.

Pikerisht keta shembuj ekselence ne duhet ti kthejme ne standard ne sistemin shendetesor.

Per shumicen e shqiptareve ju jeni sistemi i kujdesit shendetesor. Te gjithe shqiptaret, perfshire ketu edhe mua bejme ate qe ju rakomandoni. Per kete arsye eshte shume e rendesishme jo vetem nga ana institucionale puna e perbashket me ju per te reformuar shendetesise. Per kete arsye idete dhe veprimet tuaja mbi aplikimin e praktikave me te mira mjekesore, inkurajimin e praktikave te bazuara ne evidence, per kujdesin ndaj kostove te trajtimit te te semureve kronike eshte e nje rendesie paresore.

Nderkohe qe ne kujdesemi per te mbajtur nen kontroll kostot e kujdesit shendetesor, nga ana tjeter sebashku me ju duhet te kujdesemi qe çdo shqiptar te marre kujdes shendetesor.

Puna juaj ne thellimin e reformave eshte thelbesore dhe ne mbeshtetemi te ju per mbajtjen e kostove nen kontroll, pasi nje trajtim ne hallkat sekondare dhe terciare te te semureve ne kujdesin shendetesor eshte shume me i kostueshem dhe me pak i shendetshem se sa trajtimi i te semureve kronike ne kujdesin paresor. Pikerisht ketu del ne pah puna juaj e madhe si dhe politikat mjaft te drejta te qeverise qe ju kane vene ju ne qender te reformave.

Keto reforma kane patur ne qender metodat incentivuese te pagesave qe brenda nje kohe te shkurter u dyfishuan apo dhe me bonuse per sherbim cilesor ndaj pacientit si dhe evidentimin e semundshmerise nga ana juaj ne regjistrat elektronike, gje e cila perben nje baze te shendoshe per te gjeneruar politika shendetesore te bazuara ne evidence.

Pavaresisht se incentivimi i pagesave tuaja eshte nje politike afat-gjate qeverisese, ne kemi nevojte te rishikojme shpenzimet tona duke ekzaminuar inefficiencat ne sistem. Per shembull ne kemi nevojte qe bashke me ju te kuptojme me thelle ndryshimet e trajtimit te pacienteve per te njejtja diagnoza per me shume se dy here ndryshmeri ne kosto nga rajoni ne rajon dhe nga mjeku ne mjek.

Kujdes me i shtrenjte shendetesor nuk do te thote patjeter kujdes me i mire shendetesor. Dhe ju qe sot ju kemi zgjedhur per t’iku nderuar per shkak te punes tuaj te shkelqyer ne drejtim te pacientit e dini shume mire kete gje.

Ne e nderojme profesionin fisnik te mjekut por nuk duam qe ne 100 vjecarin tjeter te pavaresise Shqiperia te vuaj akoma nga kosto shendetesore qe nuk i mbulon dot, apo shoqeria te

vuaj nga semundje qe nuk i trajton dot, nuk duhet tju leme brezave qe vijne barrikada me borxhe masive, te cilat ne sebashku nuk i administrojme dot sot, apo nje shendetesi te perkeqesuar qe ne nuk e rindertuam dot.

Ne duam qe femijte tane ne 100 vjetet e ardhshem te perfitojne nga nje sistem shendetesor qe funksionon per te gjithë ne, ku familjet te shkojne tek mjeku po ju dridhur dora per pagesat e faturave, ku prinderit ti çojne femijte e tyre ne vizita te rregullta te mjeku per parandalimin e semundjeve, ku femijet te ushqehen shendetshem dhe te bejne me shume sport, ku mjeket te shpenzojne me shume kohe me pacientet e tyre dhe mjeket te mbajne rekorde per çdo pacient te tyre apo çdo studim ne perputhje me nevojat e pacientit, ku ortopedi, nefrologu dhe onkologu te mblidhen sebashku per te trajtuar nje qenie te vetme njerezore.

Ky eshte sistemi shendetesor ku ne duam te arrijme. Dhe duke qene ketu me ju sot sebashku, duke menduar e vepruar per kete te ardhme sebashku, jo vetem qe do te bejme shqiptaret me te shendetshem, por do te riafirmojme dhe idealet qe ju kane udhehequr ju per te zgjedhur kete profesion fisnik dhe human dhe do te ndertojme sebashku nje sistem shendetesor qe kujdeset per çdo shqiptar.

Falemnderit

Mandej e mori fjalën **Dr. Din Abazaj**, President i UMSH i cili tha:

Midis shumë mjekësh të aftë dhe të spikatur për vlera të mira profesionale, jenj zgjedhur ju si përfaqësuesit e tyre më të mirë, të dalluar për një praktikë profesionale të bazuar në respektin dhe zbatimin e standardeve më të mira të praktikës mjekësore, si edhe në rregullat dhe parimet e Kodit të Etikës dhe Deontologjisë.

Prandaj duhet të jeni krenarë, dhe ju përgëzoj për këtë vlerësim të lartë që JU akordohet sot në kuadër të 100 Vjetorit të Pavarësisë së vendit, ashtu sikurse edhe mbarë kolegët tuaj duhet ta vlerësojnë këtë rast dhe ta konsiderojnë si një vlerësim e mirënjohje për të gjithë bluzat e bardha, për përkushtimin, devotshmërinë dhe profesionalizmin e lartë që ata demostrojnë në mbrojtje të shëndetit dhe të jetës së qytetarëve të këtij vendi.

Të jesh mjek nuk do të thotë thjesht një profesionist i mjekësisë, por shumë më tepër se kaq. Mjekësia është mision dhe mjeku një misionar i saj. Të jesh mjek do të thotë shumë, do të thotë vetmohim, do të thotë netë pa gjumë, përkushtim, dashur e respekt për njeriun dhe për jetët njerëzore, do të thotë të prodhosh shëndet dhe të dhurosh jetë, të sakrifikosh e të ndjehesh i lumtur kur iu dhuron të tjerëve gëzim e shpresë. Këto përbëjnë parimet thelbësore të profesionalizmit mjekësor, të cilat duhet të karakterizojnë çdo profesionist të shëndetësisë e në rradhë të parë mjekët.

Personalisht, unë ndjehem shumë mirë dhe krenar kur dëgjoj e kur ndodhem midis mjekësh të tillë si JU, dhe kur marr fjalë të mira e shprehje respekti ndaj mjekëve për punën, e veçanërisht për sjelljen e mirë ndaj të sëmurëve dhe publikut. Ashtu sikurse lëndohem e ndjehem shumë keq kur dëgjoj të flitet jo mirë dhe të më vijnë ankesa për kolegë të cilët, përjashtimisht nga e përgjithshmja që karakterizon bashkësinë tonë të mjekëve, bëhen shkas për njollosjen e bluzave të bardha dhe thellimin e krizës së besimit dhe respektit në marrëdhëniet mjekë – pacient, për shkak të sjelljes së tyre jo të ndenjë.

Prandaj është e domosdoshme që ju dhe kolegët tuaj mbartës të vlerave të larta, të profesionit dhe të profesionalizmit mjekësor, të bëheni misionarë dhe përçues të këtyre vlerave në të gjithë bashkësinë e profesionistëve të shëndetit për t'i thënë stop krizës së besimit, për të rikthyer optimizmin dhe sigurinë e të sëmurëve dhe publikut ndaj nesh dhe për të rivendosur e normalizuar marrëdhëniet mjek-pacient.

Përpunimi dhe nxjerrja e Kodit të ri të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore këtë vit, në dispozitat e të cilit, vihet shumë theksi në marrëdhëniet mjek-pacient, është një arritje e rëndësishme për ne. Botimi i tij në formatin e një libri të vogël xhepi, do të thotë që Kodi të jetë pjesë e pandarë e juaja, ta hapni, ta lexoni dhe ta aplikoni në çdo moment të punës tuaj, që të mos gaboni.

Duke përfunduar, më lejoni t'ju përshëndes dhe përgëzoj sinqerisht duke Ju uruar suksese dhe mbarësi në punën tuaj.

Me këtë rast dëshiroj t'ju trasmetoj bashkë me porositë që ju dhashë, përshëndetjet dhe urimet e mia shumë të përzemërta të gjithë kolegëve në mbarë vendin.

Ju faleminderit,

Mjekët që morrën titullin “*Mjek i Perkushtuar*” janë:

Neritan Këlliçi	Tiranë
Artenca Çollaku	Tiranë
Bujar Elezi	Tiranë
Miranda Kollçaku	Tiranë
Illir Hasani	Shkodër
Leonard Kasemi	Dropull i Sipërm
Besnik Çela	Maliq, Gjirokastrë
Përparim Zelaj	Bicaj, Kukës
Sadete Gjata	Elbasan
Natasha Kareca	Gjirokastrë

KONFERENCA E IV-te MEDIKO - KIRURGJIKALE E SPITALIT RAJONAL DURRES

9 Qershor 2012

Ne datën 9 Qershor 2012 u zhvillua Konferenca e IV Mediko-Kirurgjikele e Spitalit Rajonal Durres, ne mjediset e Universitetit “ Aleksander Moisiu ” te Durresit.

Eshte bere tashme tradite qe Spitali i Durresit te organizoje cdo vit te tilla konferenca shkencore. Konferenca e IV u organizua nga Drejtoria e Spitalit Rajonal Durres, nen kujdesin e akademikut Profesor Besim Elezi, nje nga figurat me te shquara te Mjekesise dhe Kirurgjise Shqiptare, dhe me nje kontribut te madh ne rritjen e performances ne sherbimin e kirurgjise te Spitalit te Durresit, ku ai sherbeu per disa vite si drejtues i ketij sherbimi te rendesishem.

Ne fjalen pershendetese Drejtori Spitalit Dr. shk Tauland Baku theksoi rendesine e punes kerkimore shkencore qe performohet ne Spitalin e Durresit prej vitesh, ne sherbim edhe te edukimit te vazhdueshem te personelit mjekesor dhe per marrjen e statusit Spital Universitar edhe per sherbimet e tjera, veç atij te kirurgjise.

Viti 2011 – 2012 ka mbyllur me sukses dy projekte madhore per Spitalin e Durresit ; Projektin per Pregatitjen e Planit te Pergjigjes te Spitalit ndaj Fatkeqesive apo te Menaxhimit te Urgjencave Civile, si si dhe marrjen e Certifikates se Akreditimit te Spitalit.

Spitali i Durresit eshte i pari spital ne vendin tone qe eshte i akredituar per plotesimin e standarteve optimale per nje sherbim e kujdes mjekesor me standarte dhe cilesi te larte.

Konferencen e pershendeti gjithashtu Profesor Dr. Pellumb Piperaj, Drejtor i Politikave ne Min. Shendetesise, njekohesisht Kryetar i Bordit Drejtues te Spitalit, i cili falenderoi stafin drejtues dhe ate teknik te Spitalit per nje pune te mire ne fushen diagnostike, kurative dhe

shkencore te zhvilluar ne kete Spital, duke e rradhitur Spitalin e Durrësit ne pararojen e Spitaleve Rajonale per cilesine e shërbimit.

Rektori i Universitetit “Aleksander Moisiu”, Profesor Asociuar Mit-hat Mema ne fjalën e tij pershendetese theksoi rendesine e bashkepunimit qe ekziston ndermjet stafëve te Universitetit dhe Spitalit te Durrësit, si ne drejtim te mesimdhënies dhe ne ate te praktikave te studentëve te infirmjerise ne Spital. Duke vlerësuar resurset e burimeve njerezore te Universitetit dhe te Spitalit, stafet e tyre akademike, ai me te drejte dhe me mundesi reale mbështeti idene e ngritjes sa me shpejte te Fakultetit te Mjekesise ne Universitetin e Durrësit.

Konferencën e pershendeti edhe Profesor Besim Elezi , i cili vlerësoi arritjet e e stafit teknik te Spitalit te Durrësit, dhe vecanerisht te shërbimit te kirurgjise ne rritjes e games se nderhyrjeve kirurgjikale si dhe te performances se tyre.

Konferenca i zhvilloi punimet ne dy sesione, ate te Kirurgji – Maternitetit dhe ne sesionin e Semundjeve te Brendshme – Pediatri – Urgjence.

Temat e shumta te referuara ishin me nje nivel te larte shkencor dhe me nje vlere te vecante per praktiken e perdritshme te Spitalit, ato u degjuan me vemendje nga pjesemarresi e shumte, dhe rreth tyre u bene diskutime te vlefshme.

Ne sesionin e Kirurgjigjise u referuan tema te tilla interesante, si :

Ndryshimet Endoskopike Post Fundaplikacionit Nissan, nje metode kirurgjikale qe tani realizohet me laparoskopji, punuar nga Dr. Ilir Shani.

Kolecistektomia laparoskopike, komoditet dhe kost-efektive, qe ne keto vitet e fundit ne Spitalin e Durrësit ka marre prioritëte dhe nje perdorim gjithnje e me te madh, referuar nga Dr. Arjan Salia.

Reabilitimi i Ambliopise ne pacientet me Strabizem konvergjenc, referuar nga Dr. Eno Qerimi.

Vlera e Procedurave analitike kuantitative, standartizimi ne laborator ne permirsimin e sigurise se pacientit, punuar nga Dr. Etleva Myshketa.

Gravidanca gemelare dhe ndikimi i saj ne mortalitetin perinatal, referuar nga Dr. Arjan Prodani. Perfeksionimi i artit te histerektomise vaginale, nga eksperiencia ne Maternitetin e Durrësit, punuar nga Dr. Arben Haxhihyseni.

Pati edhe mjaftë tema te tjera interesante ne sesionin Kirurgji – Maternitet.

Ndersa ne sesionin e Semundjeve te Brendshme, disa nga temat jane :

Te dhenat ekografike ne Sindromin Metabolik, referuar nga Dr. Mimoza Metalla.

Diabeti Mellitus dhe ndikimi ne shfaqjen e Infarktut Akut te Miokardit tek grate e moshes se re, referuar nga Dr. Eliverta Zere.

Infeksionet Spitalore, problemet dhe masat per uljen e tyre, referuar nga Dr. Nadire Kertusha.

Tiroidit kronik autoimun ne pacientet me Diabet Mellitus, punuar nga Dr. Edi Spahiu.

Kolika abdominale infantile, referuar nga Dr. Arjan Deveja. Pati edhe mjaftë tema te tjera interesante

Ne fund te punimeve me sukses te Konferences, per te gjithë mjeket refererues dhe ato pjesmarres u shperndan certifikata me kredite te percaktuara nga Qendra Kombetare e Edukimit ne Vazhdim.

Dr Spiro Musha

NGA EKSPERIENCA E ORGANIZMAVE HOMOLOGE

ORGANIZATA MJEKET E SE ARDHMES - OMA

Elona Meta, Viola Halili

Studente ne Fakultetin e Mjekesise

Ishte prill i vitit 2007 ne nje nga ato ditet e bukura tipike te nje studenti mjeksie i cili ne pritje te nje leksioni shijon nje caj te ftohte ne nje nga tavolinat i bar-kafeve aty afer bllokut te spitaleve. Ndonese duket sikur tavolinat e kafese jane zyra vetem per te rritur, ne fakt po te besh nje levizje neper tavolinat me studente do te kuptosh se ç'force dhe energji kane mendimet e te rinjeve, se pikerisht aty ka ide qe udheheqin boten sepse aty lindin lidera me vision te qarta per te ardhmen. Studenti eshte levizja e brezave aty ku krijohet ndryshimi, ku formohet mendimi, nga te cilet pritet veprimi dhe realizimi i endrres. Nuk mjafton te jesh vetem rob i endrres aq me teper per nje student mjeksie, por te behesh zot i saj, ta çosh perpara duke e materializuar me veprime konkrete dhe te ndjesh furrishem vrullin e arritjeve. Eshte shume ekzaltuse te mbledhesh idete, te mundohesh ti kanalizosh dhe te punosh per te siguruar mekanizma per ti realizuar ato. Sot 5 vjet na ndajne nga ato tavolina studentesh mjeksie ku lindi **ORGANIZATA MJEKET E SE ARDHMES - OMA**, ideuar dhe organizim i dy motrave: Aurora Meta, sot mjeke kardiologe ne specializim ne gjermani dhe Elona Meta, sot kryetare e OMA, dikur dy studente mjeksie me sakrifica te medha por mbi te gjitha me nje dashuri dhe vullnet per profesionin arriten te finalizojne misionin e tyre. Mjeksia eshte ne ndihme te pacientit vetem nese punohet ne grup duke ndihmuar njeri-tjerin me materiale teorike dhe praktike, duke e prekur semundjen prane shtratit te pacientit dhe duke aftesuar mjeket e rinj per te parandaluar dhe luftuar semundjen. Sot 14 anetaret e bordit drejtues nen udheheqjen e kryetares se organizates kane aritur te realizojne me sukses nje serial trajnimesh mbi ekzaminimin objektiv te pacientit duke ndihmuar studentet e mjeksise dhe mjeket e sapo diplomuar se si te bejne nje vizite mjeksore dhe te marrin informacionin e bollshem duke insistuer tek patienti. Sot organizata numron 500 antare te pajisur me karta antarsimi. Te gjitha jane vullnetare dhe jane pjese e organizates sepse e gjejne veten te perfaqsur shume mire dhe vazhdojne te jene pjesemarres ne aktivitetet qe OMA organizon ne bashkepunim te ngushte me mjeket, studentet e mjeksise, specializantet qe duhen pershendetur per koherencen e materialeve dhe studimeve qe paraqesin neper konferenca. Nje bashkepunim te vecante OMA ka dhe me strukturat e fakultetit. OMA eshte nje organizate jo fitimprurse; shtylla e egzistences se saj eshte vullnetarizmi dhe dashuria per profesionin. Mes antareve te saj ka nje fryme bashkepunimi, energji qe sherbejne per te realizuar qellimet, pa egoizma apo perfitime interesi sepse ne besojme: pasuria me e madhe e nje mjeku te ardhshem eshte kapaciteti i tij mendor, ndaj perpiqemi te mesojme e studiojme sa me shume me qellimin final sa me shume ne ndihme te pacientit.

Arritja me e madhe qe bene diferencen e kesaj organizate jo vetem ne mision me te tjerat, eshte bashkepunimi i Organizates ne rrjetin e Mjekeve te se Ardhmes ne Universitetin e Witten te Gjermanise.

Future doctor Network ne Universitetin Witten eshte si motra e saj ne Gjermani. Ky bashkepunim eshte shume i rendesishem sepse iu jep mundesi antareve te behen pjese e shkembimeve me Universitetin e Witten. Vjet ne shtator per rreth dy jave ishte grupi i pare i mjekeve shqiptar dhe i studenteve qe moren pjese ne nje shkembim eksperiencash mjeksore. Nga qendrimi ne kete Univeristet u pa se eksperienca mjeksore gjermane i jep nje rendesi te dores se pare praktikes mjeksore. Kete jemi perpjekur ta induktojme neper trajnimet e ndryshme qofte me kontributin e mjekeve shqiptare qofte me mjeket te huaj.

Shpesh OMA ka marre persiper realizimin e vizitave mjeksore ne zona te ndryshme te Tiranes, aty ku mungojne qendrat shendetore. Keto vizita jane bere nen udheheqjen e mjekeve specializant dhe kane sherbyer si menyra te mesuari praktik edhe per studentet e rinj.

Historiku

- OMA (ORGANIZATA MJEKET E TE ARDHMES) eshte themeluar ne 2007
- Perbehet nga 1000 anetare
- Ka nje bord drejtues prej 14 studentesh
- Fakulteti i Mjekesise bashkepunon me OMA ne aktivitet e saj

Vizioni

Pergatitja e studenteve per tu bere mjeke me te mire duke i ndihmuar me njohuri teorike dhe praktike si dhe aftesi te mira komunikimi ne lufte me semundjen

Misioni

- Te ndihmojme studentet per tu bere mjeket e se ardhmes
- Te promovojme mjeket specializantet per te prezantuar punet e tyre mjekesore
- Kryerja e puneve vullnetare ne shendetin publik

Objektivat e OMA jane:

1. Organizimi i trajnimeve Mjekesore
2. Binjakezim me Organizate Mjekesore Europiane
3. Botimi i nje reviste mjekesore ku do te praraqiten te gjitha aktivitet mujore te OMA
4. Zhvillimi i puneve shkencore mjekesore
5. Kryerja vullnetare e sherbimeve mjekesore ne zonat periperike te Tiranes
6. Dhurimi i gjakut ne ndihme te femijeve talasemike
7. Organizaimi i fushatave sensibilizuese ne shkollat e Arsimit te Mesem
8. Zhvillimi i Konferences Studentore Mjekesore
9. Realizimi i ngjareje artistike ne bashkepunim me Bashkine e Tiranes
10. Ne fund te vitit Shkolla Verore Mjekesore

Trajnimet e OMA jane:

1. Mjekesi Interne ne bashkepunim me FDN
2. Hematologji ne drejtimin e Arben Ivanaj

3. Trajnimi i Ndhimes se Shpejte ne drejtimin e 5 specializanteve te Anestezi – Reanimacion ne bashkepunim me Kryqin e Kuq
4. Trajnimi i Imazherise ne drejtimin e 5 specializanteve
5. Ortopedi ne bashkepunim me FDN
6. Trajnimi i Kardiologjise nen drejtimin 5 specializanteve te Kardiologjise
7. Trajnimi i Neurologjise ne bashkepunim me FDN
8. Trajnimi per Urgjencat Mjekesore
9. Trajnimi mbi temat Dhimbja Edema Dispne nen drejtimin e Kreshnik, Orion, Jonela

OMA eshte gjithmone interactive me studentet duke hedhur hapa te sigurte per punen e veshtire e te bukur te mjekut , duke udhetuar se bashku ne rrugen e gjate dhe te pa kufijshme te metodave te reje te trajtimit te semundjes, njohja me ekzaminimet me te reja te shkences. nuk mjafton vetem nje stetoskop dhe dijet e marra gjate gjashte viteve te studimit por duhet te jesh pjese e OMA per te filluar sa me lehte dhe bukur punen tende si mjek, vetem duke kuptuar se mjeksia eshte nje makine qe do shpeshhere te mbushet me nafta atehere do te arrijme ti vijme sa me shpejte ne ndihme te pacientit. Mos harro OMA eshte nje karburant qe ofron dije pa leke sepse dija ka vlere te madhe. **Behu pjese e OMA.**

VEPRIMTARI NDERKOMBETARE

MBLEDHJA E BORDIT TË FORUMIT MJEKSOR TË EVROPËS JUG-LINDORE

10 Maj 2012, Beograd

Me ftesë të presidentit të Forumit Mjekësor të vendeve të Evropës jug-lindore Dr. Andrey Kehayov, një delegacion i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë i Kryesuar nga Presidenti i Këshillit Kombëtar Dr. Din Abazaj morri pjesë në mbledhjen e rradhës të antarëve të Bordit të Forumit Mjekësor të vendeve të Evropës Jug-lindore.

Takimi një ditore u zhvillua në Beograd të Serbisë me datë 10 maj 2012, ku morrën pjesë përfaqësuesit e Shqipërisë, Serbisë, Maqedonisë, Bullgarisë dhe Malit të Zi. Mungonin përfaqësuesit e Greqisë dhe të Ukrainës.

Mbledhja kishte në agjendën e vet një informim të pjesmarrësve lidhur me gjendjen e kujdesit për shëndetin në vendet respektive, përgatitjet për Kongresin e tretë ndërkombëtar të vendeve të Evropës Jug-lindore si dhe çështjet e ndryshme lidhur me punën e Forumit në vijim.

Shqipëria si antare e Forumit prezantoi e para një informacion mbi gjendjen e kujdesit për shëndetin në Shqipëri, e fokusuar në zbatimin e reformës shëndetësore, e cila përqëndrohet në katër çështje kryesore;

Në rritjen dhe përmirësimin e aksesit ndaj shërbimit shëndetësor. Rritjen dhe përmirësimin e cilësisë të shërbimit për kujdesin shëndetësor, fuqizimin dhe përmirësimin e kapaciteteve menaxhuese, ngritjen dhe përmirësimin e burimeve financiare për kujdesin ndaj shëndetit .

Mbi këtë teme informuan edhe vendet e tjera pjesmarrëse, por çështjet që preokupuan më shumë pjesmarrësit ishin disa probleme organizative, të çertifikimit, akreditimit e të financimit, për Kongresin Ndërkombëtar të Vendeve të Evropës Jug-lindore që do të mbahet shtator të vitit 2012 dhe që parashikohet të trajtojë probleme shqetësuese si Diabetin, sëmundjet e zemrës, osteoporozën, sëmundjet tumorale, sëmundjet degjenerative, etj.

Në Kongresin e ardhëshëm janë të ftuar gjithashtu specialistë edhe nga vendi ynë për dhënie e eksperiencës për temat përkatëse si dhe për pjesëmarrjen e tyre në kuadrin e ngritjes dhe formimit tekniko-profesional.

Dr.F.Toska

**ASAMB LEA E PERGJITHSHME E FEDERATES EUROPIANE TE
AUTORITETEVE RREGULLATORE DENTARE (FEDCAR)**

25-27 Maj 2012, Malte

Ne datat 25- 27 Maj 2012, ne Malte u zhvillua asambleja e pergjithshme e Federates Europiane te Autoriteteve Rregullatore Dentare (FEDCAR). Ne kete takim Shqiperia u perfaqesua me Zv Presidentin e Urdhrit te Mjekut, Prof. Dr. Ruzhdie Qafmolla dhe Kryetarin e Shoqates Dentare Shqiptare Dr. Dorjan Hysi.

Ne kete mbledhje u diskutuan mbi direktiven 2005/36 lidhur me Karten e Profesionistit ne BE. Kjo karte do te sherbeje per levizjen e lire te profesionisteve brenda vendeve te bashkimit europian. Me levizje te lire nenkuptohet mundesia e punesimit ne praktikat e vendeve te BE por edhe hapja e nje praktike te re. Kjo karte do te sherbeje si nje database me informacion te bollshem per cdo profesionist mbi bazen e te cilave do te vlersohet edukimi, performanca, etika dhe masat disiplinore qe mund te jene marre per profesionistin ne vendin e origjines ose atje ku ushtron aktivitetin.

Gjithashtu asambleja mori ne shqyrtim direktiven lidhur me publicitetin mediatik te sherbimit dentar ne median elektronike dhe te shkruar ne vendet e BE. Sipas kesaj direktive nuk egzistojne kufizime por reklama duhet te jete e vertete, profesionale dhe e miratuar nga autoritetet kompetente.

Ne kete takim u diskutua edhe lidhur me specialitetet e sherbimit dentar qe aplikohen aktualisht ne vendet e BE.

Ne perfundim te takimit u vendos qe secili vend i BE si dhe vendet me statusin e vezhguesit (Shqiperia) te perafrojne aktet ligjore dhe nenligjore lidhur me problematiken e mesiperme.

D. Hysi

VEPRIMTARI MBAREKOMBETARE

KONFERENCA E PRANVERES E SHOQATES SHQIPTARE TE KARDIOLOGJISE

Aktualitete ne kardiologjine shqiptare

2 Qershor 2012

Data 2 Qershor 2012 mblodhi në Hotel Tirana InternaTional mjekët kardiologë nga mbarë vendi, antarë të shoqatës së tyre të kardiologjisë si dhe të ftuar të tjerë në konferencën kombëtare me titull “Aktualitete në kardiologjinë shqiptare”.

Komiteti organizues i konferencës dhe sekretaria e saj këtë rradhë kishin krijuar një kombinim ku spikat harmonishëm logoja e koferencës e përbërë nga një pikturë magjepse të pranverës me referuesit, të cilët i përkasin kryesisht brezit të ri, apo thënë ndryshe pranverës së kardiologjisë shqiptare .

Pavarësisht nga ky impresion i fillimit të këtij takimi të këndëshëm të mjekëve të Shoqatës së kardiologjisë, ajo çka më shumë paraqet interes është përmbajtja e saj, që i referohet aktualiteteve në kardiologjinë Shqiptare.

Konferenca u organizua në tre seanca. Në seancën e parë me moderatorë Prof. A.Kamberi dhe Prof. M. Lezha, u referuan tema mjaft interesante siç ishte ajo me titull “ Funksioni diastolik në pacientë me diabet mellitus tip 2 pa insuficiencë kardiake”, paraqitur nga Dr. Albana Banushi, tema prevalenca e disfunkcionit diastolik në subjektet asimptomatike me sindrom metabolik, prezantuar nga Dr. Leonard Simoni, etj.

Në séancën e dytë, me moderator Prof. A. Kondili dhe Prof. I. Balla ishte interesante prezantimi i Dr. Ormir Shurdha me titull “Profili lipidik në Shqipëri”, që është pjesë e studimit kombëtar mbi zakonet ushqimore dhe prevalencën e faktorëve të rrezikut të sëmundjeve kardioveskulare në popullsinë shqiptare.

Seanca e tretë me moderatorë Prof. S.Qirko dhe Prof. M. Heba trajtoi probleme të tjera aktuale të lidhura me rezultatet e kirurgjisë së aortës ashendente dhe harkut të saj, prezantuar nga Dr. Ermal Likaj, ato mbi përdorimin e antikuagulantëve në pacientët me fibrilacion atrial, etj.

Në konferencë kishte diskutime, të cilat ishin me rëndësi praktike jo vetëm për mjekët specialistë kardiologë, por edhe për mjekët e përgjithshëm e të familjes, të cilët, falë incidences së lartë, sëmundjet e zemrës i ndeshin për ditë dhe trajtojnë në aspektin parandalues e depistues në stadet e tyre të herëshme. Për këtë arsye mendoj që duhet bërë më shumë për të siguruar një pjesmarrje më të mire nga ana e tyre në takime të tilla që i vlejné edukimit profesional.

Dr. Faik TOSKA

KONGRESI I XVII STOMATOLOGËVE TË BALLKANIT NË SHQIPËRI

3-6 Maj 2012, Tiranë

Kuvendi i Stomatologëve të Ballkanit, i shpalosi arritjet e tij në Kongresin e XVII i cili u mbajt në datat 3-6 Maj 2012, në Hotel Tirana International.

Ky kongres u zhvillua nën kujdesin e Kryeministrit të Shqipërisë, Prof.Dr.Sali Berisha.

Sllogani i këtij kongresi ishte: “Development stomatologie” , ka patur si qëllim edukimin profesional në vazhdimësi dhe informimin e të gjithë mjekëve me të rejat më bashkëkohore të kësaj fushe.

Pas 9 vjetësh Shqipëria arrin për të dytën herë të organizojë një eveniment kaq të rëndësishëm në fushën e Stomatologjisë. Ky kongres do të shërbejë si urë lidhëse midis dentistëve të Shqipërisë me ato të Ballkanit dhe më gjerë.

Sot stomatologjia jo vetëm në Europë, por dhe në vendet e Ballkanit si edhe tek ne ka një progres në zbatimin e metodave më bashkëkohore mjekuese.

Ndryshimet e shpejta në teknikën e trajtimit dhe aplikimit në fushat e terapisë, endodontisë, protetikës, ortodoncisë dhe kirurgjisë janë strategji të reja të cilat orientojnë sot të gjithë shërbimin dentar. Zëri i shkencës stomatologjike u dëgjua për tre ditë radhazi në auditoret e Hotel Tirana, ku lektorë nga Europa, Amerika, Koreja, së bashku me lektorë shqiptarë dhe pjesëmarrësit nga vendet e Ballkanit kanë shkëmbyer eksperiencën e tyre dhe ku gjetën përgjigjen e shumë problemeve që ndeshen në praktikën e përditshme klinike.

Në këtë kongres spikati pjesëmarrja e gjërë e dentistëve, por ajo që ishte më interesante ishin stomatologët e rinjë që u përfaqësuan denjësisht me punimet e tyre shkencore. Kështu u paraqitën 25 leksione nga lektorë të huaj dhe shqiptarë, 128 prezantime orale, dhe 217 postera. Një aktivizim i tillë është mjaft domethënës dhe shkëmbim përvoje midis stomatologëve të Ballkanit.

Punimet e kongresit u vleresuan nga shume pjesemarres ne kete aktivitet, ndersa me poshte po japim te plote vleresimin e dhene ne emer te Dr. Bukurosh Cerekja: Kryetar i shoqates stomatologeve te Elbasanit

*E Nderuara Prof. Dr. Ruzhdie QAFMOLLA,
Presidente e Kongresit te XVII-te Ballkanik (BaSS),
I Nderuar Dr. Dorian HYSI,
Zv/President i Kongresit XVII Ballkanik te BaSS.*

Ne emer te mjekve pjesmarres te kongresit XVII-te Ballkanik te BaSS, qe u mbajt ne Tirane nga data 3-6 Maj 2012 ne nje atmosfere festive, miqesore e shkencore Ju dhe stafit tuaj organizues Ju falenderoj me gjithë zemer per organizimin e shkelqyer qe i bete kongresit te XVII-te te BaSS. Ndryshe nga heret e tjera kishte nje organizim shkencor, pjesmarrje masive e interesim shume te madh per prezantimet e paraqitura. Nga te gjithë pjesmarresit njihej shume mire programi e referuesit dhe u ndoqen me shume interes referatet. Ky ishte nje kongres i forcimit te metejshem te lidhjes miqesore midis mjekve stomatologe te rajonit Ballkanik, dhe kongresi qe e ngriti stomatologjine e rajonit Ballkanik ne nivele te reja shkencore, ne nivelet qe e kerkon koha.

Se dyti:

Ne emer te shume mjekëve antare te shoqates dentare te Shqiperise: te shoqates dentare te Elbasanit, Librazhdit, Korces, Ersekës, Sarandes, Vlores, Beratit, Lushnjes, Fierit, Shkodres: falenderojme Shoqaten dentare Shqiptare per drejtimin dhe organizimin shkencor qe po i ben sherbimit stomatologjik Shqiptar, per ngritjen e vazhdueshme te nivelit shkencor dhe edukimit ne vazhdim te stomatologeve.

Vecanerisht falenderojme kryetarin e shoqates Shqiptare, Dr. Dorian Hysin dhe Zv. Kryetaren Dr. Arjana Maltezi dhe stafin e kryesise.

Suksese te metejshme dhe urime

Dr. Bukurosh Cerekja

Kryetar i shoqates stomatologeve te Elbasanit

PARAQITJE PERGJITHESUESE

SINDROMI KORONAR AKUT - SI ZHVILLOHET

Prof. dr. Ahmet Kamberi, FESC

Në çdo rrethanë e situatë, mjeku ka për detyrim të mbajë anën e pacientit!

Sëmundja arteriore koronare e zemrës është njera nga format klinike lokale të aterosklerozës. Ateroskleroza prek gjithashtu sistemet arteriore të trurit, veshkave dhe atë periferik. Siç është tashmë e njohur, ateroskleroza është një sëmundje inflamatore kronike, e cila përfshin sistemin vaskular, sistemin imun dhe atë metabolik. Klinikisht ajo manifestohet me shfaqje klinike kronike dhe akute, lokale e sistemore. Sindromi koronar akut (SKA) është shfaqja klinike akute e sëmundjes arteriore koronare të zemrës. Termi SKA përdoret për emërtimin e përgjithshëm të ndodhive akute koronare madhore me etiologji të përbashkët. Ai përfshin

anginën e krahavorit të paqëndrueshme, sindromin koronar akut me ngritje dhe pa ngritje të segmentit ST (ACS-STE dhe ACS-NSTE), si dhe vdekjen e beftë koronare.

Rritja e frikshme e vdekshmërisë kardiovaskulare në Shqipëri e bën të domosdoshëm kuptimin dhe njohjen nga të gjithë mjekët e praktikës klinike të kësaj gjendjeje me potencial të madh jetëkërcënues. Në këtë shkrim do të merremi me zhvillimin e SKA.

Të dhëna të shkurtra epidemiologjike

Statistikat tregojnë se gjatë viti 2007 në spitalet Amerikane u shtruan 1.172.000 pacientë me SKA (667.000 meshkuj e 505.000 femra). Prej këtyre 731000 ishin me infarkt miokardi (IM)(32% STEMI dhe 78% NSTEMI). Vetëm 431000 ishin me anginë krahavori, kurse 10000 të tjerë ishin me të dyja diagnozat. Përveç këtyre përllogaritet që rreth 470000 të bëjnë riinfarkt çdo vit. Gjithashtu është përllogatur se çdo vit ndodhin 195000 infarkte të heshtura. Vetëm 18% e infarkteve pararenden nga angina e krahavorit për kohë të gjatë. Nga ana tjetër 50% e meshkujve dhe 64% e femrave që vdesin nga vdekja e beftë koronare nuk kanë ankime paralajmëruese. Njerëzit që kanë kaluar IM bëjnë vdekje të beftë 4 deri 6 herë më shumë se sa popullsia e përgjithshme (1). Gjatë djetëvjeçarit të fundit është vënë re një ulje e ndjeshme e incidencës së STEMIT nga 48.5% në 24 %, kurse vdekshmëria brenda 30 ditëve është ulur nga 10% në 7.3% (2).

Në Shqipëri incidenca e IM është rritur në mënyrë të frikshme, ndërsa vdekshmëria nuk është ulur. Gjatë një pesëvjeçari të tërë 1976 - 1980 në Spitalin Klinik Nr 1 (sot QSU "Nënë Tereza") ishin shtruar 402 të sëmurë me IAM prej të cilëve 82.8% me STEMI dhe 17.2% me NSTEMI (3, 4). Në vitin 2005 në QSUT numri i shtrimeve me IAM ishte rritur dukshëm (5). Kurse gjatë vitit 2009 u shtruan në klinikat e kardiologjisë të QSU "Nënë Tereza" 544 të sëmurë me IAM, dmth më shumë se 2 herë nga ç'ishin shtruar në këto klinika gjatë 5 viteve së bashku, 1976-1980. Shumica e madhe e infarkteve , në të dy periudhat e krahasuara, ishin të tipit STEMI, përkatësisht, 82.8% përkundrejt 84.6%, pa ndryshim statistikor. Kurse infarkti i tipit NSTEMI përbënte një pjesë të vogël, përkatësisht 17.2% dhe 15.4%, po ashtu pa ndryshim statistikor (6). Përkundër prirjes që sot vihet re në vendet e zhvilluara ku incidenca e infarktut të miokardit ka pësuar një ulje të lakmueshme dhe ku infarkti i tipit STEMI është ulur po ashtu, në Shqipëri po ndodh e kundërta. Kjo pasqyrohet edhe në vdekshmërinë e përgjithshme. Në vitin 2009, tronditshmërisht, vdekshmëria kardiovaskulare përbente 58% të të gjitha vdekjeve (7).

Shkaqet e sindromit koronar akut

Studimet patologjike kanë dokumentuar tashmë që shumica e sindromeve koronare akute: SKA me ngritje të ST, SKA pa ngritje të ST, angina e krahavorit e paqëndrueshme dhe vdekja koronare e beftë kanë një etiologji të përbashkët. Ato shkaktohen nga gatimbyllja ose mbyllja e menjëhershme e arteries koronare nga tromboza luminale me pikënisje nga një pllakë aterosklerotike koronare, e cila konsiderohet fajtoe. Tromboza luminale ndodh më së shumeti nga çarja e pllakës (~65%), nga erozioni (~25%) dhe një pakicë nga nyjet kalcike (~5%) (8,9,10), shih fig 1.

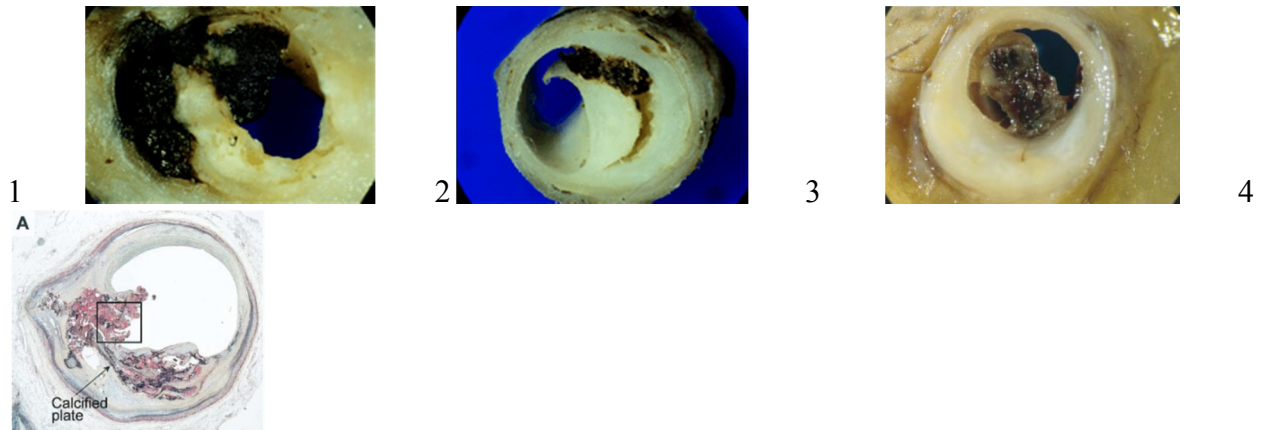


Fig 1. Shkaqet më të zakonshme të trombozës intraluminal: 1 dhe 2 çarje të pllakës vulnerabile, 3 erozion i endotelit mbi pllakën aterosklerotike ku është mbivendosur trombi (Ref 10), 4 pllakë fibro-kalcike menthepa cares Ref 9).

Shumica e lezioneve përgjegjëse për SKA shoqërohet me stenoza të lehta deri mesatare (midis 50 dhe 70%) në vlerësimin fillestar koronarografik (11). Mirëpo, koronarografia e cila konsiderohet si "standardi i artë" në identifikimin e lezionit aterosklerotik fajtor, nuk është në gjendje të verë në dukje ekzistencën e lezioneve të tjera koronare që janë përgjegjëse për ndodhitë e mëpastajme koronare, siç edhe ndodh shpesh (11,12,13).

Pse ndodh që lezioni fajtor i ardhshëm nuk identifikohet gjithnjë nga koronarografia

Studimet anatomike kanë treguar se shkakun kryesor të maskimit të lezionit aterosklerotik koronar që mund të shndërrohet në lezionin e ardhshëm fajtor për trombozën intraluminal është rimodelimi i arteries koronare. Në figurën 1 mund të vihet re se zhvillimi i pllakës aterosklerotike nuk shoqërohet me ngushtim të lumenit të arteries deri kur madhësia e lezionit të ketë arritur rreth 40% të sipërfaqes brenda laminës elastike të brendshme (14). Kjo ndodh pasi arteria reagon ndaj lezionit jo duke i lejuar atij rritjen nga brenda, por duke e sistemuar zmadhimin e tij nëpërmjet zgjerimit të saj nga jashtë. Por kur zmadhimi i lezionit arrin në masën e sipërpërmendur, rritet mundësia që të fillojë dhe rritja nga brenda e lezionit, gjë që do të çonte në ngushtimin progresiv të lumenit të saj. Kështu një stenoze ~50%-she në koronarografi pasqyron në të vërtetë një pllakë aterosklerotike me një madhësi të rëndësishme, ndonse pa efekte hemodinamike të përfillshme. Me teknikat më të reja, sidomos me IVUS (intravascular ultrasound) dhe HV-IVUS (histology virtual - intravascular ultrasound) është e mundur jo vetëm të identifikohet rimodelimi i arteries, por edhe karakteristikat morfologjike e gati-histologjike të pllakës fibroateromatike. Këto teknika tregojnë se pse koronarografia ka dështuar në identifikimin e shumë lezioneve aterosklerotike fajtoresh të ardhshme. Studimet me IVUS e HV-IVUS kanë dokumentuar se për çdo lezion koronar kritik në koronarografi ekzistojnë së paku edhe 2 a 3 leziona fajtoresh në potencial (15). Kjo shpjegon se pse pas një infarkti akut që lidhet me një stenoze kritike të zbuluar në koronarografi, mund të ndodhë pas tij një tjetër infarkt nga një lezion fajtor në potencial i pazbuluar nga koronarografia e mëpërshtme, ose pse një i sëmurë që rezulton me një stenoze koronare të papërfillshme në koronarografi, mund të bëjë IAM a vdekje koronare të befte.

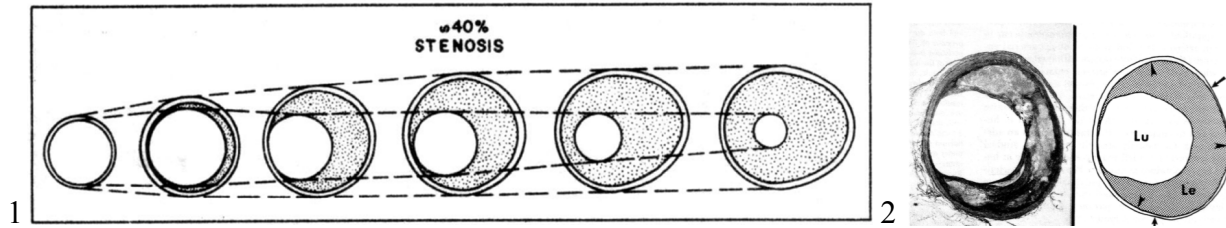


Figura 2. Në këtë figure tregohet mënyra e rimodelimit të arteries si reagim ndaj zhvillimit të lezionit aterosklerotik. Siç shihet nga skica, në saje të zmadhimit nga jashtë të arteries, pllaka zmadhohet pa shkaktuar ngushtim të lumenit deri sa ajo të arrijë në rreth 40% të sipërfaqes brenda laminës elastike të brendëshme. Por pavarësisht se madhësia e kësaj pllake është e konsiderueshme, ajo nuk zbulohet nga koronarografia, e cila vizulizon vetëm pamjen e brendshme të lumenit. 2) Në këtë fotografi të një seksioni të trungut të arteries koronare të majtë, vihet re qartë lumeni dhe kufiri i jashtëm i pllakës që është lamina elastica interna. Kjo është paraqitur edhe në skicën përbri (Ref 14)

Arteriografia tregon stenozën, madhësinë e ngushtimit të lumenit të arteries, kurse IVUS-i, CT-ja (Computer tomography), MRI-ja (Magnetic resonance image) dhe OCT-ja (Optical coherence tomography) tregojnë pllakën aterosklerotike, madhësinë e saj, rimodelimin e arteries.

Shkaku i trombozës intraluminale është pllaka aterosklerotike vulnerabile

Formimi i pllakës aterosklerotike nis me depërtimin në intimën e arteries të lipoproteinave me densitet të ulët, të cilat do të ndjellin monocitet e lifocitet T dhe do të nisin kështu një proces të gjatë inflamator të butë, me angazhimin dhe ndërveprimin e një numri faktorësh lokalë ku përfshihen endoteli, qelizat muskulore të lëmuara, makrofagët, limfocitet T, citokinat e molekula të tjera. Ky proces është shumë i gjatë e nis që në femini. Zhvillimi i lezionit aterosklerotik është ondulant dhe për arsye që ende janë të paqarta, ai mund të marrë trajtën e një ntrashjeje patologjike të intimës, të një pllake fibrotike, pllake fibrokalcike, pllake fibroaterosklerotike me qeleshe të trashë, ose pllake fibroateromatike me qeleshe të hollë. Këto forma heterogjene të lezionit aterosklerotik nuk janë njësoj të rrezikshme për të ndërprerë ecurinë kronike të sëmundjes dhe për të krijuar situata akute të ndryshme. Lezionet që kanë rrezik të shoqërohen me çarje të pllakës aterosklerotike janë vetëm pllaka ateromatike me qeleshe të hollë dhe më rrallë pllaka fibrokalcike. Pllaka, struktura dhe funksioni i së cilës e bën atë të prekshme nga faktorët që çojnë në çarjen e saj është quajtur pllakë vulnerabile (16). Studimet anatomike dhe ato me teknikat më të reja të ekzaminimeve invazive intrakoronare kanë treguar se sëmundja aterosklerotike koronare mund të shoqërohet me më shumë se një pllakë vulnerabile, por jo të gjitha këto do të pësojnë çarje. Lezioni aterosklerotik koronar është heterogjen por jo statik. Studimet me HV-IVUS kanë dokumentuar se, me kohë, ato mund të transformohen, nga njera formë në tjetrën, një numër pllakash vulnerabile mund të shndërrohen në pllaka me qeleshe fibrotike të trashë, e kundërta edhe më shumë fig 2, (10).

Pacienti vulnerabel është kushti tjetër i nevojshëm për zhvillimin e sindromit koronar akut

Pllakat vulnerabile mund të jenë të pranishme por jo medoemos do të çahen. Kështu, pllakat e tipeve jovulnerabile në një kohë të caktuar mund të transformohen në pllaka vulnerabile midis të cilave do të ketë edhe pllaka kërcënuese për t'u çarë, dmth për t'u shndërruar në lezion fajtor për ndodhinë koronare. Kjo ndodh pasi ajo që zhvillohet brenda intimës së arteries dhe përbrenda lezionit aterosklerotik nuk ndodh e shkëputur nga zhvillime të tjera në endotel dhe në gjakun qarkullues, në vetë miokardin e madje në gjithë organizmin, nën ndikimin edhe të faktorëve të rrezikut. Kur zhvillimet përbrenda pllakës favorizohen edhe nga faktorë të tjerë

brenda ose jashtë organizmit atëherë mundësohet edhe çarja e saj. Zhvillime të caktuara brenda dhe jashtë organizmit që favorizojnë çarjen e pllakës vulnerable përbëjnë atë që quhet pacient vulnerabël. Pacienti vulnerabël karakterizohet nga prania e cilitdo nga njeri ose disa prej faktorëve që e bëjnë atë të tillë. Këto faktorë janë një gjendjeje inflamatore kronike, faktorët sistematikë të rrezikut si duhanpirja, sedentaria, hipertensioni, diabeti i sheqerit, hiperkolesterolemia, hipercysteinemia, si dhe hiperkoagulueshmëria (17). Kur pllaka vulnerable ndodh në një pacient vulnerabël, kushtet piqen për çarjen e saj. Jo vetëm kaq. Në kushtet e një pacienti vulnerabël edhe mbi një pllakë jovulnerable krijohen mundësi për zhvoshkjen (erozionin) e endotelit, gjë që do të bëhej shkak për nisjen e trombozës intraluminale dhe zhvillimin e sindromit koronar akut (18).

Mekanizmi i zhvillimit të pllakës vulnerable dhe çarjes së saj

Studimet patologjike tregojnë se ateroma (pllaka aterosklerotike) e formuar përbëhet nga qeliza muskulore të lëmuara në matriksin e pasur me proteoglykan dhe grmbuj me lipide jashtëqelizo-re, por pa nekrozë. Ateroma me qeleshe fibrotike të trashë, ka qeliza muskulore të ngjeshura dhe në brendësi të saj një palcë nekrotike. Në dallim nga kjo ateroma vulnerable (pllaka aterosklerotike vulnerable) ka një qeleshe fibrotike të hollë me përmbajtje të pakët qelizash muskulore të lëmuara, të infiltuar nga një shumicë makrofagë e limfocite dhe në brendi një palcë nekrotike të madhe (16,19). Palca nekrotike përbëhet nga grumbuj lipidesh jashtëqelizore, qeliza sfungjer, thërmiza qelizash të vdekura dhe kolagjeni të shkatërruar, faktor indor (TF) dhe mikrovaze të places (19,20,21,22). Përmbajtja e palcës nekrotike është jashtëzakonisht trombogjene për shkak të pranisë së faktorit indor, prandaj çarja e pllakës dhe rënja e përmbajtjes së saj në kontakt me gjakun nis menjëherë zhvillimin e trombozës intraluminale.

Zhvillimi i pllakës vulnerable është shumë kompleks. Ai kushtëzohet nga ndërveprimi i tre faktorëve madhorë: endotelit, gjakut dhe medias. Këto tre faktorë madhorë janë përgjegjës për tri dukuri madhore të cilat kushtëzojnë zhvillimin e pllakës vulnerable, çarjes së saj dhe trombozës intraluminale. Endoteli normal ka një rol parësor në mbajtjen e homeostazës së qarkullimit. Kjo ka të bëjë me funksionet e tij lidhur me enëzgjerrimin dhe enështrëngimin, rrëshqitjen e gjakut, mbrojtjen nga depërtimi i substancave të dëmshme në brendi të arteries, funksionin endokrin e parakrin të tij. Media ka për funksion kryesor reagimin ndaj stimujve enështrëngues dhe enëzgjerues për t'i mundësuar indeve furnizimin adekuat me gjak. Gjaku ka për funksion kryesor transportimin e substancave energjitike, ushqyese, hormoneve e molekulave qarkulluese dhe largimin e mbetjeve metabolike, por dhe të lëvizshmërisë së tij të ruajtjes së gjendjes së tij të lëngshme dhe të pengimit të rrjedhjes jasht mureve të enëve të çara. Në kushtet kur funksionimi normal i këtyre faktorëve cenohet, ndërveprimi i tyre, së bashku dhe me qelizat e molekulat përbërëse të pllakës aterosklerotike dhe atyre qarkulluese do të prodhojnë dy dukuri madhore: përndezjen e inflamacionit dhe zhvillimin e trombozës intraluminale.

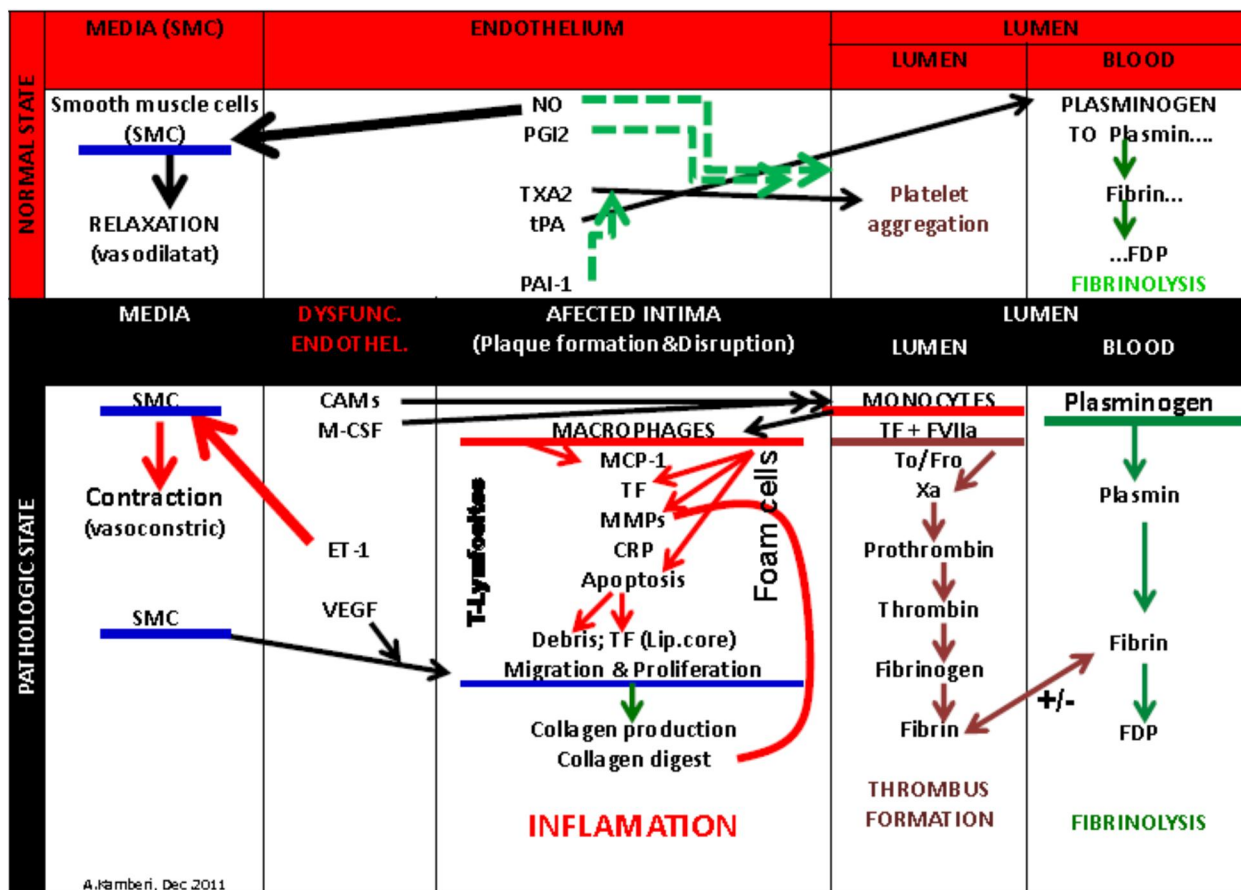


Fig 3. Në këtë figurë, në katin e dytë, tregohet në mënyrë skematike ndërveprimi i endotelit normal, medias dhe gjakut qarkullues për mbajtjen e homeostazës së qarkullimit. Në katin e parë tregohet ndërveprimi i endotelit keqfunksionues, medias, qelizave dhe molekulave në lezionin aterosklerotik dhe gjakut qarkullues gjenerimin e inflamacionit, në formimin e pllakës vulnerabile kërcënuese dhe atë të trombit intraluminal (Paraqitur në Konf XV e SHSHK, Dhjetor 2011, Ref 24).

Në figurën 3 mund të shihet se si ndërveprojnë tre faktorët madhorë: endoteli keqfunksionues, gjaku, media dhe vetë elementet (qelizat e molekulat) e lezionit aterosklerotik në gjenerimin e inflamacionit dhe trombozës që përfundojnë në çarjen e pllakës vulnerabile dhe në mbylljen e plotë ose të pjesshme të lumenit të arteries. Dialogu midis qelizave dhe molekulave të vetë pllakës nëpërmjet proteinave ndërmjetësuese luajnë një rol qendror në zhvillimin e inflamacionit brenda pllakës dhe hollimin e qeleshes së saj, duke nxitur vdekjen e rrallimin e qelizave muskulore të lëmuara dhe shkatërrimin e kolagjenit (20,21,22). Në të njëjtën mënyrë edhe dialogu i qelizave endoteliale me trombocitet dhe molekulat tjera në qarkullim luan rol thelbësor në ekuilibrimin dhe çekuilibrimin e formimit të trombit dhe fibrinolizës. Me fjalë të tjera, inflamacioni çon jo vetëm në zmadhimin gradual të pllakës aterosklerotike, por edhe në rritjen e masës së palcës nekrotike dhe të potencialit trombotik të saj, ashtu si dhe në hollimin e dalë-ngadalshëm të qeleshes së saj. Treguesit e inflamacionit: prania e bollshme e makrofagëve dhe e limfociteve T dhe rrallimi ose mungesa e qelizave muskulore të lëmuara, shihet në zonën e qeleshes së pllakës aterosklerotike heterogjene, ku ka ndodhur çarja ose erozioni i endotelit të lidhur me trombin intramural (25,26). Këto ndryshime janë një tregues i dukshëm i rolit të inflamacionit në procesin e formimit të pllakës vulnerabile dhe asaj faktore për trombozën intraluminal. Ndërsa gjendja e ekuilibrit të koagulimit të gjakut mund të favorizojë formimin e shpejtë të trombit ose shkrirjen e shpejtë të tij, nëse fibrinoliza është e fuqishme (23).

Eshtë pikërisht fati i trombit intraluminal ai që do të përcaktojë edhe ndodhinë koronare akute që do të zhvillohet. Mbyllja e plotë dhe e shpejtë lumenit nga trombi do të çonte në vdekje të befte koronare ose infarkt akut miokardi. Mbyllja e arteries nga trombi, pasuar nga shkrirja e shpejtë e tij do të shkaktonte një sindrom koronar akut me ngritje të segmentit ST. Mbyllja e pjesshme e lumenit të arteries do të çonte në zhvillimin e një sindromi koronar akut pa ngritje të segmentit ST, ose anginë të paqëndrueshme. Por çarja e pllakës mund të mos shoqërohet fare me trombozë intraluminale. Në këtë rast thërmizat e palcës së pllakës dhe agregimet trombocitare të provokuara prej tyre mund të shtyhen nga rryma në rrjetin e enëve të vogla të cilat mund t'i mbyllin dhe të shkaktojnë anginë të paqëndrueshme ose ACS-NSTE (27), ose të provokojnë një enështrëngim të fuqishëm dhe aritmi jetëkërcënuese e për rrjedhojë vdekje të befte koronare.

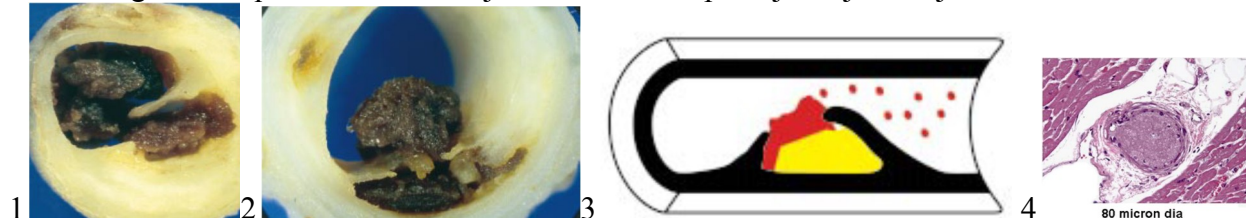


Fig 4. Rrjedhojat e çarjes së pllakës vulnerable dhe daljes së palcës së saj në lumen. 1) Tromb mbyllës i plotë, 2) Tromb mbyllës pjesërisht (Ref 10), 3 dhe 4) Dush thërmizash palce të pllakës dhe agregimesh trombocitare që çojnë në mbyllje të artereve të vogla. (Ref. 27)

Faktorët që ndihmojnë në plasjen e qeleses së pllakës vulnerable

Nëse qelesha e pllakës do të grisej vetëvetiu, do të duhej shumë kohë deri sa ajo të vjetrohej. Por njësoj si një qeleshe e vjetër edhe qelesha e pllakës nën efektin e inflamacionit vende vende bëhet shumë e hollë dhe do t'i mjaftonte një shtysë e vogël nga brenda ose jashtë që të plaste dhe të çahet. Një shtysë e tillë nga brenda mund të ishte rritja e presionit të brendshëm nga transudimi ose hemorragjia nga mikrovezat e pllakës, enështrëngimi dhe hemorragjia cirkumferenciale. Ndërsa si shtysa të jashtme mund të ishin përthyrjet longitudinale të arteries, rritja e presionit të gjakut, rritja e shear stresit, ushtrimi i fortë fizik emocionet e forta si dhe faktorët e rrezikut të pakontrolluar si hipertensioni, diabeti e teprimi me duhan. Në rrethana të caktuara, prania e të paktën njërit prej këtyre faktorëve do të ishte i mjaftueshëm t'i jepte qeleses së gatshme të pllakës goditjen e fundit për ta care (11).

Sa jemi në gjendje t'a njohim ekzistencën e pllakave vulnerable para se të ndodhë çarja

Gjatë 20 vjetëve të fundit përparimet në studimet lidhur me mekanizmat molekulare të zhvillimit të aterosklerozës janë të jashtëzakonshme. Por edhe teknikat imazherike brendavaskulare janë zhvilluar, po ashtu, në mënyrë të jashtëzakonshme. Si rrjedhojë, ne kemi sot një numër të madh shenjuesish biologjikë si hsCRP-ja, p-PLA2, CD40L, IL6 e tj, të cilët vënë në dukje ekzistencën e inflamacionit të fshehtë. Kemi gjithashtu një numër teknikash imazherike si angioskopia, IVUS, HV-IVUS, MRI, OTC, ndihmojnë shumë në identifikimin e morfologjisë dhe funksionit të pllakës aterosklerotike. Por ato, përveç që janë invasive, asnjera prej tyre nuk është e tillë që të mundësojë identifikimin e pllakës vulnerable KERCENUESE, asaj midis pllakave vulnerable ekzistuese, e cila do të shndërrohet në lezionin fajtor për sindromin koronar akut, i cili do të jetë nisur për të ardhur. Si të tilla ato nuk mund të kenë përdorim klinik të gjerë.

Ajo që mbetet ende e rëndësishme për praktikën klinike është vlerësimi tërësor klinik i pacientit dhe trajtimi i tij adekuat në bazë të këtij vlerësimi. Në mënyrë të veçantë kujdes duhet bërë për gratë dhe të moshuarit me ankime jotipike. Në një truall me praninë e shumë faktorësh rreziku, ata duhen vrojtuar me shumë vëmendje dhe duhen ndjekur nga afër. Në asnjë mënyrë nuk duhet hequr dorë nga kujdesi i vëmendshëm për të sëmurët me dhimbje tipike ose jotipike kraharori, koronarografia e të cilëve paraqet stenoza koronare të parëndësishme. Këta të sëmurë mund të jenë një kontigjent potencial për ndodhi të ardhshme koronare akute.

Përmbledhje

Sindromi koronar akut përfshin ndodhitë madhore koronare akute: Sindromin koronar akut me ngritje të ST (ACS - STE), sindromin koronar akut pa ngritje të ST (ACS - NSTEMI), anginën e kraharorit të paqëndrueshme dhe vdekjen e befte koronare. Këto të gjithë kanë të njëjtën etiologji. Ato janë shfaqje lokale akute të sëmundjes aterosklerotike koronare kronike, e cila vetë është njera nga format lokale të sëmundjes aterosklerotike kardiovaskulare që përveç zemrës mund të prekë sistemin arterial të trurit, veshkave dhe atë periferik.

Shkaku më i zakonshëm i sindromit koronar akut është mbyllja e pjesshme ose e plotë e lumenit të arteries koronare epikardiale nga trombi i vendosur mbi pllakën aterosklerotike fajtore, nga bllokimi i arterieve të vogla brendamurore nga thërmizat e palcës së pllakës së çarë a nga thërmizat e trombociteve të ngjitura, ose nga aritmitë jetëkërcënuese si rrjedhojë e spazmës reaktive të enëve të vogla dhe shpërthimit të fuqishëm të katekolaminave.

Pllaka fajtore është njera nga pllakat vulnerabile që mund të jenë të pranishme në arteriet koronare, si në rastin e stnozave koronare të rëndësishme në koronarografi ($\geq 70\%$), ashtu dhe në rastin e stnozave të parëndësishme, midis 40% dhe $<70\%$.

Shkaqet më të zakonshme të trombozës koronare, sipas rëndësisë, janë çarja e pllakës vulnerabile KERCENUESE (njera nga pllakat me qeleshe fibrotike më të holluar, me qeliza muskulore të lëmuara të rralluara, me limfocite T, makrofagë dhe shtresë të hollë kollagjeni), erozioni i endotelit mbi pllakën aterosklerotike dhe çarja nga thepat kalcikë të pllakës fibrokalcike. Në vijim, formimi i trombit intraluminal varet nga agresiviteti trombogjenik i palcës nekrotike të pllakës së çarë dhe aftësia fibrinolitike e gjakut qarkullues.

Procesi inflamator përbrenda pllakës është ai që çon në zmadhimin e palcës nekrotike dhe hollimin e vulnerabilizimit të qeleshes fibrotike të saj, duke çuar kështu në krijimin e kushteve lokale për plasjen dhe çarjen e pllakës. Një numër faktorësh të tjerë përbrenda dhe jashtë pllakës mund të shërbejnë si shkreps të kësaj çarjeje.

Sindromi koronar akut është i parandalueshëm nëse zbatohen me përpikmëri masat për parandalimin parësor dhe dytësor të sëmundjes arteriore koronare përmes luftimit të sjelljeve të dëmshme për shëndetin dhe rrënjosjes së sjelljeve të dobishme, mjekimit adekuat të sëmundjes koronare kronike, hipertensionit arterial, dislipidemisë dhe diabetit të sheqerit.

Referencat

1. Roger VL, Go A S, Lloyd-Jones DM, et al. *Circulation*. 2011;123:e18-e209
2. Yeh T et al. *N Engl J Med* 2010;362:2155-65
3. Berisha S. Infarkti akut i miokardit. 1983 Kombinati Poligrafik. Shtypshkronja e Re, Tiranë
4. Kondili A. Çrregullimet e ritmit dhe mjekimi i tyre në fazën akute të infarktit të miokardit. 1982
5. Kamberi A, Kondili A, Goda A, Qirko S, Heba M, Lezha M. Udhërrëfyes i shkurtër i Shoqatës Shqiptare të kardiologjisë për parandalimin e sëmundjes aterosklerotike kardiovaskulare në praktikën klinike. *Revista Shqiptare e Kardiologjisë* 2006, 5 (2):68-86

6. Simoni L, Kamberi A, Rruçi E, Dragusha L, Kristo A, Goda A. Vdekshmëria spitalore nga Infarkti akut i miokardit në QSU "Nënë Tereza", Tiranë. Rev Shq e Kardiol (në shtyp)
7. INSTAT 2009, Tiranë.
8. Virmani R, Kolodgie FD, Burke AP, Farb A, Schwartz SM. Lessons From Sudden Coronary Death A Comprehensive Morphological Classification Scheme for Atherosclerotic Lesions. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000, 20:1262-1275
9. Virmani R, Burke AP, Farb A, Kolodgie FD. Pathology of the Vulnerable Plaque. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2006;47:C13-C18
10. Davies MJ. *Circulation.* 1996;94:2013-2020; and Davies MJ *Heart* 2000;83:361-366
11. Falk E, Shah P K, Fuster V. Coronary Plaque Disruption *Circulation.* 1995;92:657-671 doi: 10.1161/01.CIR.92.3.657
12. Kubo T, Imanishi T, Kashiwagi M, Ikejima H, Tsujioka H, Kuroi A, Ishibashi K, et al. Multiple Coronary Lesion Instability in Patients With Acute Myocardial Infarction as Determined by Optical Coherence Tomography. *Am J Cardiol* 2010;105:318-322
13. Kubo T, Ino Y, Tanimoto T, Kitabata H, Tanaka A, and Akasaka T. Optical Coherence Tomography Imaging in Acute Coronary Syndromes. *Cardiology Research and Practice* 2011, Article ID 312978, 7 pages doi:10.4061/2011/312978
14. Glagov S, et al. Weisenberg E, Zarins CK, Stancunavicius R, and Kolettis GJ. Compensatory enlargement of human atherosclerotic coronary arteries. *N Engl J Med* 1987, 316: 1371-1375
15. Rioufol G, Finet G, Ginon I, et al. Multiple atherosclerotic plaque rupture in acute coronary syndrome: a three-vessel intravascular ultrasound study. *Circulation* 2002;106:804-8.
16. Muller JE, Tofler GH, Stone PH. Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular disease. *Circulation.* 1989;79:733-43
17. Naghavi M, Libby P, Falk E, Casscells S. W, Litovsky S, Rumberger J, Badimon J J, et al. From Vulnerable Plaque to Vulnerable Patient : A Call for New Definitions and Risk Assessment Strategies: Part I. *Circulation.* 2003;108:1664-1672
18. Farb A; Burke AP; Tang AL; Liang Y; Mannan P; Smialek J; Virman R. Coronary Plaque Erosion Without Rupture Into a Lipid Core. *Circulation.* A frequent Cause of Coronary Thrombosis in Sudden Coronary Death. 1996;93:1354-1363
19. Davies MJ. The composition of coronary-artery plaques. *N Engl J Med* 1997;336: 1312-1314
20. Libby P, and Theroux P. Pathophysiology of Coronary Artery Disease. *Circulation.* 2005;111:3481-3488.
21. Libby P, DiCarli M, and Weissleder R. The Vascular Biology of Atherosclerosis and Imaging Targets. *J Nucl Med* 2010; 51:33S-37S
22. Fuster V. The pathogenesis of Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. *N England J Med* 1992, 326 (4):242-250
23. Spronk HMH, van der Voort D and ten Cate H. Blood coagulation and the risk of atherothrombosis: a complex relationship. *Thrombosis Journal* 2004, 2:12 doi:10.1186/1477-9560-2-12
24. Kamberi A. Sindromi koronar akut pa ngritje të ST (prezantim). 2011, Konferenca XV e SHSHK, Tiranë
25. van der Wal AC, Becker AE, van der Loos CM, Das PK. *Site of intimal rupture or erosion of thrombosed coronary atherosclerotic plaques is characterized by an inflammatory process irrespective of the dominant plaque morphology.* *Circulation.* 1994;89:36-44
26. Farb A,D, Burke AP, Tang AL, Liang Y, Mannan P, Smialek J, Virmani R, Coronary Plaque Erosion Without Rupture Into a Lipid Core. *Circulation.* A frequent Cause of Coronary Thrombosis in Sudden Coronary Death. 1996;93:1354-1363
27. Schwartz RS, Burke A, Farb A, Kaye D, Lesser JR, Henry TD, Virmani R. Microemboli and Microvascular Obstruction in Acute Coronary Thrombosis and Sudden Coronary Death Relation to Epicardial Plaque Histopathology. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:2167-73

ABRAZIONI DHE DISFUNKSIONI I ARTIKULACIONIT TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)

Prof. Ruzhdië Qafmolla

Fakulteti i Mjekësisë, Departamenti i Stomatologjisë

Ndryshimet që pësojnë indet e forta të dhëmbëve gjatë jetës ndikojnë drejtpërdrejtë në aparatin stomatognatik.

Këto ndryshime shfaqen në dhëmbët me gërryerje ndërsa në kyçin e indeve të forta të dhëmbit ndodh për arsye të ndryshme. Humbja e këtyre indeve mund të ndodh nga abrazioni, atricioni ose erozioni. Në praktikën klinike vështirë është të bëhet diferenca pasi që të treja këto shpien në humbjen e materialit dentar.

Atricioni paraqet humbje të materialit të indit dentar nga kontakti dhëmb me dhëmb.

Abrazioni është konsumim tre trupësh.

Erozioni është konsumim kimik jo bakterial.

Në rastin e prezencës së indit dentar të konsumuar mund të jenë prezent më shumë se një nga patologjitë e përmendura në grada të ndryshme.

Abrazioni është një proces fiziologjik, i cili në kushte normale rritet gradualisht me rritjen e moshës.

Abrazioni është një nozologji shumë e shpeshtë. Ai fillon në sipërfaqen e zmallit dhe vazhdon dhe në shtresat e tjera të dhëmbit. (Fig.Nr.1)



Fig.Nr.1 Sistemi dentar me abrazion

Por abrazioni nuk vihet re vetëm në sipërfaqen e dhëmbëve natyror por edhe në restaurimet e ndryshme protetike dhe terapeutike, të tillë si korona, ura fikse, proteza të lëvizshme dhe mbushje.

Ekzistojnë terminologji të ndryshme për të paraqitur abrazionin. Shumë autorë (1,4,5) kanë përdorur abrazionin dhe atricionin si sinonime për të treguar mënyrën e konsumimit nëpërmjet fërkimit ose gërryerjes. Në kuptimin tjetër attricioni është përshkruar si humbje e substancës së dhëmbit nga kontakti fiziologjik dhëmb me dhëmbë në përtypje.

Abrazioni konsiderohet si humbje jo normale e substancës së dhëmbit nga procese mekanike, kontakti dhëmbë me dhëmbë.

Term tjetër që përdoret sot është *perimiolisis*. Ky term përdoret sot për të përshkruar destruksionin mekano-kimik të sipërfaqes linguale të dhëmbëve të pacientëve me regurgitacion gastrik dhe me parafunksion të kafshimit të gjuhës. Për të shmangur këtë konfuzion terminologjie dhe për të përcaktuar ekzakt shkaqet e humbjes së substancës së strukturës dhëmbore sot përdoret termi abrazion ose konsumim.

Etiologjia

Studime të shumta janë bërë në lidhje me konsumimin e substancës dhëmbore. Studimet e bëra në mesin e shekullit të 18-të kanë raportuar një prevalencë shumë të lartë të abrazionit në krahasim me ditët e sotme. Kjo diferencë i atribuohet shkallës së lartë abrazive që kanë pasur materialet ushqimore në njerëzit e hershëm. Megjithatë sot thuhet se etiologjia e abrazionit është multifaktoriale dhe kontribuojnë në zhvillimin e tij parafunksionet okluzale. Në etiologjinë e abrazionit luajnë rol të rëndësishëm dhe kombinimi i faktorëve kimik me ato mekanik.

Abrazioni varet edhe nga faktorë të tjerë si: nga raporti i kontaktit dhëmbë me dhëmbë, nga forcat që ushtrohen gjatë funksionit okluzal, kohëzgjatjes së kontaktit dhëmbë me dhëmbë dhe prezenca e substancave abrazive në kavitetin oral.

Shumë faktorë përfshihen në shkaktarët e abrazionit, që po i paraqesim më poshtë:

- Mosha
- Dieta
- Parafunksionet
- Denticioni ose okluzioni
- Fortësia e zmallit të dhëmbëve
- Numri i dhëmbëve që okludojnë

- Faktorët salivar (pështyma)
- Faktorët industrial

Mosha

Abrasioni dentar është një proces fiziologjik që gradualisht rritet me rritjen e moshës. Në të moshuarit, abrasioni i dhëmbëve konsiderohet si proces normal dhe nuk paraqet nevojën e trajtimeve restorative. Korelacioni midis dhëmbëve të abraduar dhe moshës nuk është pothuajë aq i fuqishëm sa sot. Kafkat me dhëmbë të abraduar janë përdorur në kohët e hershme për përcaktimin e moshës së individit. Sot përhapja e abrazionit në moshat e reja dhe mesatare të tërheqin vëmendjen jashtëzakonisht shumë. Në raste të tilla, individët duhet të ndiqen çdo 6 dhe 12 muaj dhe rekomandohet të vëzhgohet ecuria e abrazionit për të determinuar faktorët etiologjik dhe masat që duhen të merren për ta parandaluar atë.

Dieta

Siç përmendëm edhe më sipër, abrasioni i theksuar dhe i përhapur i dhëmbëve shkaktohet nga përdorimi i gjerë i komponentëve abraziv në dietë. Sot në dietën (ushqimet) e vendeve perëndimore mungon ushqimi me përmbajtje abrazive dhe për pasojë abrazioni gjendet rrallë në njerëzit modern. Disa popullata konsumojnë ushqime që përmbajnë lëndë abrazive që shpien në rritjen e abrazionit. Popullata që përdor zarzavate shfaq më shumë dhëmbë të abraduar se popullata në përgjithësi.

Mekanizmi për këtë nuk është sqaruar ende plotësisht por mund të presupozohet se ndodh nga kombinimi i përbërësve abrazive me ato erosiv që gjendet në zarzavatet. Përveç ushqimeve abrazive rol të rëndësishëm kanë edhe faktorët kimik. Rritja e konsumimit të lëngjeve të frutave, pijeve të gazuara, sidomos pijeve me Ph të ulët, mund të shpien në erozionin e dhëmbëve. (Fig.Nr.2)



Fig.Nr.2 Erozioni dentar

Këto gjërryerje vëzhgohen veçanërisht në vendet e ngrohta, ku adoleshentët konsumojnë pije të tilla.

Individët me anoreksi dhe me bulimi, të cilët kanë shprehur refleksin e të vjellurit, zhvillojnë erosion të përhapur sidomos në sipërfaqen palatale të dhëmbëve, janë si faktorë shtesë në abrazionin e dhëmbëve.

Parafunksionet

Abrasioni i theksuar i dhëmbëve shkaktohet nga kombinimi i disa faktorëve etiologjik. Parafunksione të ndryshme dhe vese të tjera mund të jenë shkaktar të abrazionit të dhëmbëve. Në të shumtën e rasteve është bruksizmi, shtrëngimi ose kërcitja e dhëmbëve që shpie në gjërryerje të tyre. Edhe vese të tjera, siç janë kafshimi i sendeve të ndryshme: pipën, gjilpërën, gozhdat, kalemin, etj, janë shkak për gjërryerje të dhëmbëve.

Parafunksioni i indeve të buta, e tillë si kafshimi i faqes mundet nganjëherë të shpjerë në abrazion të dhëmbëve, si edhe në leziona të vetë indeve të buta.

Denticioni ose okluzioni

Disa tipe të okluzionit mund të shprien në abrazion të dhëmbëve edhe në mungesë të parafunksioneve jo normale. Këtu përfshihen malokluzionet në të cilën dhëmbë të veçantë ose grup dhëmbësh mbingarkohen gjatë interkupidimit maksimal. Një shembull tipik është okluzioni majë më majë veçanërisht kur kombinohet me humbjen e dhëmbëve posterior si mbështetje të okluzionit.

Fortësia e dhëmbit

Deri më sot nuk është provuar, që fortësia e dhëmbit ka lidhje me abrazionin. Vendosija e restaurimeve me grada të ndryshme fortësie dhe rezistencë abrazive përkundrejt dhëmbëve natyror është vërejtur abrazion i tyre. Kjo ndodh gjatë vendosjes së një ure porcelani dhe dhëmbët natyror përkundrejt urës abradohen dhe gërryerja vazhdon shumë shpejt deri sa preket edhe dentina terciare. (Fig.Nr.3) Në këtë rast mund të zbulohet edhe pulpa e cila shpie edhe në patologji edhe më të rënda.



Fig.Nr.3 Abrazion i shkallës së katërt

Numri i dhëmbëve që okludojnë

Në kavitet oral që mungojnë dhëmbë, ato që mbeten janë të riskuar për abrazion. Sot, shumica e rasteve me abrazion të përhapur i përket rasteve me mungesë dhëmbësh. Kur ekziston tendencë për një abrazion patologjik, në rastin e mungesës së dhëmbëve atëherë kujdesi preventiv (profilaksia) përfshin aplikimin e shinave interokluzale që do të lejojë njëkohësisht zëvendësimin e dhëmbëve të humbur si dhe rritjen e numrit të sipërfaqes okluzale.

Faktorët salivar (pështyma)

Paksimi i pështymës për një kohë të gjatë shpie jo vetëm në zhvillimin e procesit karioz por dhe në gërryerje të sipërfaqes së dhëmbëve. Kjo ndodh për arsye të paksimit të joneve të kalçiumit, i cili shpie në uljen e remineralizimit të zmallit që shoqërohet me mikrolezione në dhëmbët e abraduar. Edhe PH acid është një faktor tjetër predispozues që shpie në gërryerjen e substancës së dhëmbit.

Faktorët industrial

Disa tipe punësh ekspozojnë individët në rritjen e riskut për abrazionin e dhëmbëve sepse ajri që ato thithin përmbajnë pjesëza abrazive ose erozive që hyjnë në kavitetin oral dhe vendosen midis sipërfaqeve të kontaktit të dhëmbit. Kjo ndodh sidomos në punëtorët e fabrikës së Hekurit, fonderi ose dhe në fabrikat që përpunojnë acide të ndryshme. Gjithashtu të predispozuar janë edhe fermerët të cilët punojnë në kushte të rënda klimatike, psh. i ftohti i madh që i detyron ato të kërcëllij dhëmbët.

Megjithatë mund të thuhet që për zhvillimin e abrazionit nuk vepron një faktor i vetëm, por shpesh bëhet kombinim i tyre.

Llojet e Abrazionit

Sipas llojit abrazioni ndahet në fiziologjik dhe patologjik. Abrazioni fiziologjik lind nga mënyra fiziologjike e përtypjes, nga forca e muskujve përtypës nga lloji dhe shtypja e ushqimeve. Kjo formë gërryerje kap të gjithë rradhën e dhëmbëve duke formuar në këtë mënyrë faqe të përbashkëta të abraduara. Sipas drejtimit abrazioni fiziologjik është: horizontal dhe vertikal.

Abrazioni horizontal prek kuspidet e premolarëve dhe molarëve mund të kapë edhe dhëmbët frontalë: Ky abrazion shpie në zvogëlimin e kurorës së dhëmbëve.

Abrazioni patologjik karakterizohet nga një gërryerje e shpejtë që shpie në dëmtim të zmallit dhe dentinës. Si pasojë e këtij abrazioni prishet forma anatomike e kurorës, ulet lartësia e kafshimit, që mund të arrijë deri në dëmtime të artikulacionit temporo-mandibular.

Nga abrazioni patologjik preken vetëm disa dhëmbë dhe nuk formohet një sistem i përbashkët abradimi.

Etiologjia e abrazionit është multifaktoriale.

Qëllimi i studimit

Studimi ynë ka për qëllim:

1. Të përcaktojmë shkaktarët e abrazionit
2. Të studiojmë llojin e abrazionit
3. Të studiojmë çrregullimet intraartikulare pasojë e abrazionit
4. Të zbatojmë trajtimin e kombinuar terapeutiko-protetik i dhëmbëve të abraduar.

Materiali dhe Metodika

Për një periudhë 10 vjeçare janë studiuar dhe trajtuar 141 pacientë me abrazion të sipërfaqeve përtypëse në shkallë të ndryshme.

Sipas ndryshimeve morfofunktionale në aparatit stomatognatik pacientët i klasifikuam në tre grupe:

- Në grupin e parë u përfshin 89 pacientë me abrazion të gradave të ndryshme.
- Në grupin e dytë u përfshin 37 pacientë me dëmtime muskulore.
- Në grupin e tretë u përfshin 15 pacientë me dëmtime intraartikulare. Ndërsa sipas shkaktarëve pacientët i ndamë në katër grupe: Grupi i parë përfshiu 47 pacientë ose 33,33% okluzale dhe jo okluzale; Grupi i dytë: 51 pacientë ose 36,17% me mungesë të dhëmbëve distale dhe grupi i tretë 20 pacientë me ura porcelani. 14,8% abrazioni ishte shkaktuar nga prezenca e punimeve të porcelanit dhe 16,31% ose 23 pacientë ishin të moshuar.

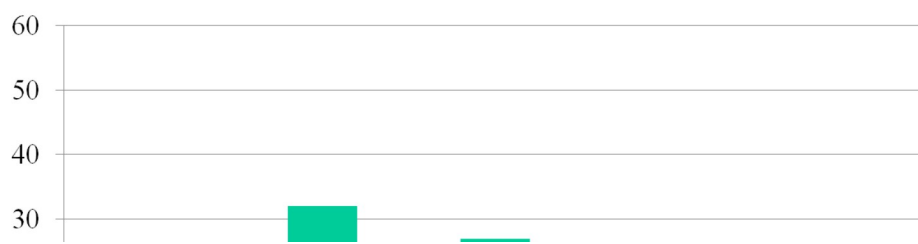
Pacientëve iu bë ekzaminimi klinik, radiologjik. Trajtimi i pacientëve u bë i kombinuar terapeutiko-protetik.

Rezultatet

Për një periudhë 10 vjeçare kemi studiuar dhe trajtuar 141 pacientë.

Pacientët i ndamë në tre grupe:

Në grupin e parë u përfshinë 89 Pacientë të cilët paraqitnin grada të ndryshme të dëmtimit të dhëmbëve (shih grafikun Nr.1)

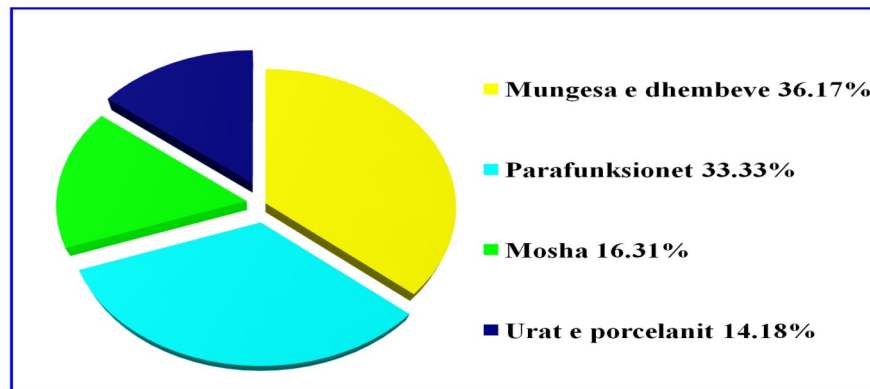


Grafiku Nr.1 Shkallët e abrazionit

Nga grafiku shihet se në 32 pacientë ose 35,95% me dëmtim të dentinës sekondare e ndjekur 30,33% nga dëmtimi i dentinës terciare. Por në pacientët tanë u vu re në 13 raste ose 14,6% me pulpit. Abrazioni i paraqitur në shkallë të ndryshme shkakton simptomën e ndjeshmërisë nga ngacmues të ndryshëm e deri në periodontite. Pavarësisht se ekzistojnë shumë shkaktarë të abrazionit në studimin tonë vumë re që tre prej tyre qenë shkaktarët kryesor që predominonin në zhvillimin e tij.

Abrazioni u shkaktoi nga shkaktarë të ndryshëm:

Grafiku Nr.2



Shkaktarët kryesor të abrazionit janë mungesa e dhëmbëve dhe bruksizmi por edhe urat e porcelanit në nofullën e kundërt shkaktojnë abrazion të kuspideve të molarëve, margot incizale. Pasoja të abrazionit janë pasoja dentare (që shoqërohen me faseta abrazive, me abrazion të dhëmbëve të cilat mund të arrijnë deri në pulpë); Pasoja muskulore që shfaqen me hipertrofi të muskujve përthypës, me dhimbje në prekje; Pasoja artikulare, të cilat shoqërohen me vështirësi në hapjen e gojës, dhimbje në artikulacion, etj.

Trajtimi i abrazionit është i kombinuar terapeutik dhe protetik.

Trajtimi Terapeutik duhet të bëhet me materiale me rezistencë të lartë me qëllim që t'i qëndrojë gërryerjes së mëtejshme të dhëmbit. Ndërsa **trajtimi Protetik** realizohet nëpërmjet punimeve protetike, fikse dhe të lëvizshme me anë të protezave të skeletuara.

Si përfundim mund të konkludojmë:

- Vëmendje kryesore duhet t'i kushtohet abrazionit në moshat e reja dhe mesatare
- Rekomandohet të vëzhgohet ecuria e abrazionit për të përcaktuar faktorët etiologjik dhe masat që duhet të merren për ta parandaluar atë.
- Trajtimi të bëhet i kombinuar terapeutiko-protetik.

Raste te ndryshme klinike:



Bibliografia:

- 1] Jeffrey P. Okeson. Tempromandibular Disorders and Occlusion 6th Edition, 2008, 53-118.
- 2] F. Toti. Ortopedia Klinike 1, 1988, fq 40-47
- 3] Gunnar E. Carlsson, LDS, Management of Tempromandibular Disorders in the General Dental Practice, 1999, 43
- 4] Daniel M. Laskin. TMDs, an Evidence - Based Approach to Diagnosis and Treatment. 2006, 377.
- 5] Edward F. Wright, Manual of Tempromandibular Disorders, 2005, 119, 205
- 6] R. Qafmolla. Crregullimet Intraartikulare dhe Stresi Psikoemocional. Revista Stomatologjike Shqiptare Prill 2012, 8-12

RRITJA E RISKUT TE SEMUNDJEVE KARDIOVASKULARE TEK PACIENTET ME PSORIASIS

Dr. Juliana Karanxha, Dr. Ilda Çikopana

Mjeke e pergjitheshme Mjeke e pergjitheshme

Psoriasis është një sëmundje kronike që shoqërohet me periudha përkeqesimi dhe remisioni. Prek rreth 1-3 % të popullsisë. Është sëmundje e trashëgueshme, me shpesh dominante me penetrance të variueshme; origjina është e pa njohur. Miliona njerëz kanë potencialin për të zhvilluar psoriasis, por kombinimi me faktorët e jashtëm precipiton sëmundjen. Nëse në të shkuarën mendohej se psoriasis ishte një sëmundje që prekte njerëzit me shëndet të plotë, vitet e fundit gjithmone e më shumë del në pah fakti se psoriasis bëhet pjesë tek grupi i sindromave metabolike. Sipas disa studimeve të fundit familjariteti, mbipësia ose obeziteti, pirja e duhanit janë ndër faktorët kryesorë të shfaqjes së sëmundjes. Është vënë re se përdorimi i beta bllokuesve, ACE-inhibitorëve, kortizonikeve të klasave të larta, kolkicines, kriperave të litiumit & të arit, përkeqësojnë kuadrin klinik të pacientëve të prekur nga psoriasis, duke e kaluar nga një gradë më e ultet në një më të lartë. Familjariteti i grades së parë, mbetet një ndër faktorët predispozues për shfaqjen e sëmundjes.

Tab.1 Faktorët që influencojnë në shfaqjen e Psoriasis

Obeziteti

Pirja e duhanit

Infeksionet

Barnat (betablokues, ACE inhibitorë, kortizonik, Kriperat e litiumit, Kriperat e arit, medikamentet antimalarikë)

Stresi

Tab.2 Faktorët që permisojnë Psoriasis

Dieta me acide yndyrore të pasaturuar (omega3)

Dieta me karrota, domate e fruta të fresketa

Aktiviteti fizik

Dieta produkte vegjetariane me përmbajtje të lartë karotenoide mendohet se përmyson kuadrin klinik të pacientit me psoriasis.

EPIDEMIOLOGJIA

Psoriasis prek me shume se 1-3 % te popullsisë. Eshte me e shpeshte tek meshkujt e moshes se mesme (40-50 vjec). Mund te preke edhe femijet e moshes 6-10 vjec te paraprire nga nje episod faringo-tonsiliti.

KUADRI KLINIK

Lezionet e psoriasisit jane karakteristike. Ato fillojne si papula te kuqe, te cilat bashkohen per te formuar pllaka deskuamative rrethore-ovale, lehtesisht te dallueshme prej lekures normale qe e rrethon. Skuamat jane te aderuara me ngjyre te bardhe-te argjendte dhe nqs hiqen shfaqen pika hemorragjike (Shenja e Auspitz-it). Psoriasis mund te shfaqet ne zona te prekura nga trauma (kruarja, djegie nga dielli, nderhyrje kirurgjikale) –fenomeni i Koebner. Pruriti eshte i variueshem ne paciente te ndryshem. Lokalizimi me i shpeshte eshte ne berrylla e gjunje (fig 1). Prek me shpesh siperfaqet extensore .



Fig.1 Psoriasis ne berrylla

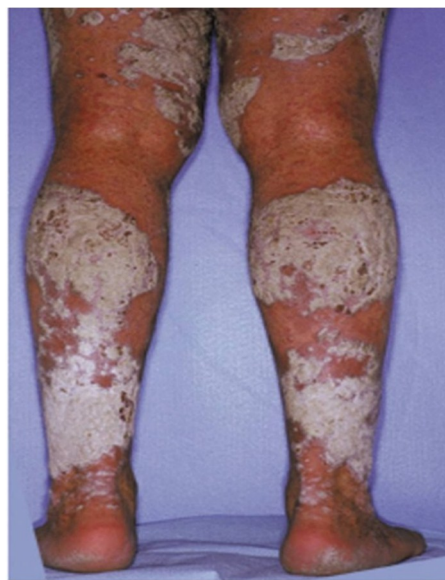


Fig.2 Pllaka psoriatike

Ka disa forma klinike te psoriasis:

- 1) **Psoriasis vulgaris**: 80 % e pacienteve me psoriasis kane psoriasis vulgaris.
- 2) **Guttate psoriasis**: paraprihet nga nje infeksion streptokoksik ose viral i rrugeve te siperme te frymemarrjes
- 3) **Psoriasis i ndjeshem nga drita**: Ekspozimi i teperuar ndaj rrezeve te diellit ne disa raste precipiton psoriasin
- 4) **Pustular psoriasis**
- 5) **Artriti psoriatik**: ne 50-70 % te rasteve ka vetem prekje te lekures. Ne 1-30 % te rasteve ka prekje te lekures dhe te artikulacioneve (artrit psoriatik), por ka dhe raste kur artriti psoriatik

mund te jete e vetmja shenje e semundjes. Artikulacionet me te prekura jane ato te duarve, vetebrat lumbare, gjunjet dhe artikulacinet interfalangeale te kembes.

6) Ne nje perqindje te vogel mund te lokalizohet vetem ne **thonj**

7) Psoriasis mund te lokalizohet edhe ne **mukoze**, si ne mukozen orale ose gjenitale. Ne te tilla raste mungon pjesa deskuamative karakteristike e semundjes.

8) **Eritrodermia psoriatike**: ne raste te ralla e te renda psoriasis mund te shfaqet ne te gjitha siperfaqen e trupit. Ne keto raste, pacientet duhet te shtrohen ne spital sidomos per nje monitorim te bilancit hidro-eletrolitik.

HISTOLOGJIA

Diagnoza e psoriasis eshte klinike po ne disa raste te dyshimta biopsia mund te jete vendimtare. Psoriasis ben pjese te semundjet me nje turn over qelizor epidermik te larte, rreth 10 here me e rritur se normalja. Kjo sjell nje maturim jo te plote te keratinociteve te cilet mbajne berthamen, nje neovaskularizim dhe nje infiltrat inflamator te perbere nga qeliza polimorfonukleare. Ne epiderme dallojme *hiperkeratoze* : formim i tepert & patologjik i shtreses korneale dhe trashje e shtreses granulare; *parakeratoze* : prania e qelizave me berthame ne shtresen korneale; mungesa e shtreses granulare qe ne kushte normale eshte indikative per nje proces normal maturativ te keratinociteve. Ne epiderme karakteristike jane grumbuj neutrofilesh ne shtresen korneale = Munro-Sabaurand, qe dallohen ne rastet me inflamacion. Anomalia qe karakterizon semundjen eshte nje acelerim (pershpejtim) i diferencimit te keratinociteve, qe ka per baze nje alterim te proteinave te vete procesit te keratinizimit (K6, K16, K5 e K14) e proteinave te tjera si fillagrina, lorikrina, involukrina e transglutaminaza. Keto te fundit gjithashtu luajne nje rol kryesor ne aktivizimin e qelizave te sistemit imunitar sidomos te linjes TCD4 e TCD8 qe clirojne citokinat kryesore te inflamacionit si INF-gama, IL-2 e TNF-alfa.

DIAGNOZA DIFERENCIALE

Sic eshte theksuar edhe ne fillim diagnoza e psoriasis eshte klinike, por shpeshere klinicisti mund te ndodhet ne veshtiresi ne nje shfaqje per here te pare te semundjes sidomos kur mungon familjariteti. Nga semundjet qe hyjne ne diagnozen diferenciale me psoriasis theksojme:

Pitiriasis Rubra Pilare: kjo dallohet nga psoriasis me faktin se pitiriasis rubra pilare karakterizohet nga papula hiperkeratozike folikulare.

Dermatiti seborroik: e veshtite eshte diagnoza ne fillim sidomos kur psoriasis lokalizohet vetem ne koke e sipas disa autoreve behet fjale per sebopsoriasis spekter i te njejtës semundje.

Pitiriasis Rozea e Gibertit: dallohet nga psoriasis nga prezence e nje lezioni fillestar (chiazza madre) dhe nje shperndarje tipike si pema e vitit te ri. Pitiriasis rozea e Gibertit gjen sherim ne pak jave.

QELLIMI I STUDIMIT

Qellimi i studimit ishte verifikimi i: rritjes se riskut te semundjeve kardiovaskulare tek pacientet e prekur nga psoriasis. U paraqiten ne studim 30 paciente te cilet ju neneshtuan nje pyetesori dhe analizave laboratorike. Studimi kerkon te verifikoje te dhenat ne literature qe konsiderojne rritje te incidences se sindromit metabolik tek pacenetet me psoriasis.

Materiale e metodika

Ne studim u paraqiten 30 paciente te prekur nga psoriasis vulgaris, 20 prej te cileve ishin meshkuj dhe 10 femra. Pacientet ishin te prekur prej vitesh nga psoriasis. Pervec plotesimit te pyetesorit dhe kryerjes se analizave laboratorike, te gjitha pacienteve ju mat presioni arterial, pesha dhe diametri abdominal.

Fig.3 Pyetesori i pacienteve me psoriasis

Analizat e laboratorit perfshijne gjak komplet, kreatinemia, uremia, transaminazat, bilirubinen totale e te fraksionuar, kolesterolin total, LDL- kolesterolin, trigliceridet, glicemia dhe analiza e urines.

Emri Mbiemri

Sa vjet keni qe vuani nga psoriasis?

Vuani nga artriti psoriasik?

Familjaritet per psoriasis

Ndjeni permirsim ne vere?

E perdorni duhanin?

E konsumoni alkoolin?

Barnat lokale qe keni perdorur

Barnat sistemike qe keni perdorur

Vuani nga semundje te aparatit kardiovaskular?

Vuani nga semundje te heparit?

Vuani nga semundje te tjera?

Hera e fundit qe keni bere analizati e gjakut

Vuani nga diabeti

REZULTATET

Nga pyetsori doli se me shume se 80 % e pacienteve e pinin duhanin (1 pakete ne dite) edhe alkoolin (minimumi 2 gota ne dite). Shumica e pacienteve kishim me shume se 1 vit qe vuanin nga psoriasis (3 prej tyre kishin te pakten 3 vjet) dhe 14 prej tyre kishin te pakten nje pjesetar te familjes qe vuante ose kishte vuajtur nga psoriasis.

Pacientet mohuan te vuanin nga semundje te tjera ose te kishin pjestare te familjes me semundje kardiologjike.

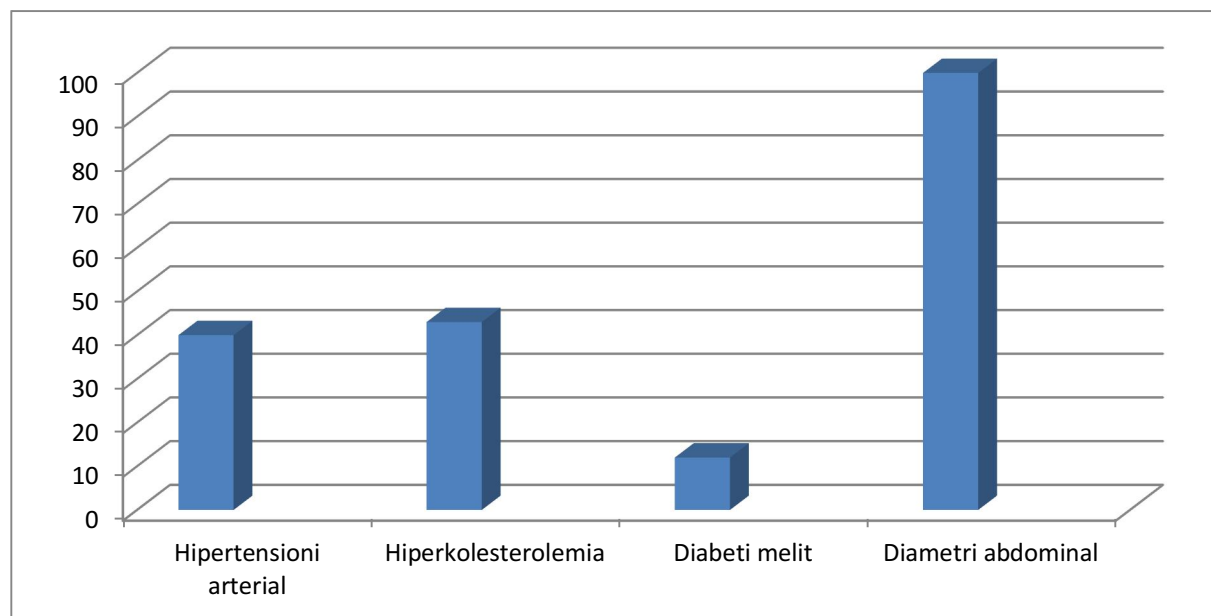
Mesatarja e moshes ishte rreth 51 vjec (nga 26 deri 67 vjec). Mesatarja e peshes ishte 90.6 kg. Nese konsiderojme vlerat normale te diametrit adominal per meshkuj te 102 cm e per femrat te 88 cm, nga vlerat e studimit tone te gjitha dolen me diameter mbi vlerat normale.

Shumica e pacienteve nuk e kishte matuar asnjehere tensionin e gjakut, pervec ne raste te vecanta episodike. Nga 30 pacientet qe moren pjese 12 prej tyre dolen me tension arterial te larte (> 130/80 mmHg) nese do marrin per referim vlerat normale (120/80 mmHg) dhe 5 me tension borderline (130/80 mmHg).

Analiza e gjakut komplet doli normal, prevec nje rasti me leukocitoze te lehte. Per sa i perket kolesterolit total, 13 paciente dolen hiperkolesterolemik, me vlere te larte kolesteroli > 230 mg/dl, dhe prej tyre 9 ishin meshkuj.

LDL kolesteroli, i ashtuquajtur "kolesteroli i keq", ishte i larte ne 13 paciente (me vlere me te madhe se 100 mg/dl). Gjithashtu edhe trigliceridet dolen te larta ne 12 paciente (vlera me te medha se 150 mg/dl).

Te gjithë pazientet mohuan te vuanin nga diabeti apo te kishin pjestare te familjes qe vuanin nga diabeti. Nga te gjithë pacientet 5 prej tyre dolen me hiperglicemi (vlera me te larta se 126 mg/dl).



Tab.4

Nr	Gjinia	Moshë	Peshë Kg	Diametri Adominal (cm)	Presioni Arterios mmHg	Emokromi i plote	Kolesteroli Totali mg/dl	Kolesteroli LDL mg/dl	Trigliceridet	Glicemia
1	M	67	140 kg	122	150/80	Normal	250 mg/dl	130 mg/dl	190 mg/dl	135 mg
2	M	65	134 kg	134	150/80	Leukocitoze	230 mg/dl	120 mg/dl	200 mg/dl	130 mg
3	M	45	140 kg	160	155/85	Normal	250 mg/dl	140 mg/dl	180 mg/dl	130mg
4	F	46	88 kg	98	120/80	Normal	200 mg/dl	110 mg/dl	150 mg/dl	Normal e
5	M	56	87 kg	110	140/75	Normal	205 mg/dl	100 mg/dl	140 mg/dl	Normal e
6	M	35	100 kg	120	150/77	Normal	230 mg/dl	130 mg/dl	180 mg/dl	128 mg
7	F	37	65 kg	88	110/70	Normal	210 mg/dl	95 mg/dl	160 mg/dl	Normal e
8	M	41	85 kg	110	130/85	Normal	208 mg/dl	100 mg/dl	150 mg/dl	Normal e
9	M	34	80 kg	102	110/75	Normal	201 mg/dl	90 mg/dl	149mg/dl	Normal e
10	M	26	78 kg	100	120/70	Normal	205 mg/dl	100 mg/dl	150 mg/dl	Normal e
11	M	64	89 kg	130	150/86	Normal	250 mg/dl	130 mg/dl	180 mg/dl	135mg
12	F	60	80 kg	125	140/86	Normal	230 mg/dl	125 mg/dl	130 mg/dl	Normal e

13	F	55	75 kg	122	155/85	Normal	235 mg/dl	128 mg/dl	140 mg/dl	Normal e
14	M	53	90 kg	119	130/70	Normal	245 mg/dl	133 mg/dl	155 mg/dl	Normal e
15	M	64	86 kg	103	130/75	Normal	208 mg/dl	89 mg/dl	160 mg/dl	Normal e
16	F	67	66 kg	107	125/70	Normal	200 mg/dl	100 mg/dl	155 mg/dl	Normal e
17	M	54	79 kg	120	110/65	Normal	201 mg/dl	90 mg/dl	150 mg/dl	Normal e
18	M	58	85 kg	113	105/79	Normal	200 mg/dl	100 mg/dl	146 mg/dl	Normal e
19	M	62	82 kg	120	130/80	Normal	210 mg/dl	90 mg/dl	150 mg/dl	Normal e
20	M	66	83 kg	129	150/85	Normal	232 mg/dl	101 mg/dl	155 mg/dl	Normal e
21	F	38	78 kg	100	120/70	Normal	205 mg/dl	100 mg/dl	150 mg/dl	Normal e
22	M	63	89 kg	130	155/86	Normal	255 mg/dl	135 mg/dl	185 mg/dl	130mg
23	F	57	79 kg	90	140/86	Normal	230 mg/dl	100 mg/dl	130 mg/dl	Normal e
24	F	55	75 kg	89	155/85	Normal	235 mg/dl	125 mg/dl	142 mg/dl	Normal e
25	M	53	90 kg	119	135/70	Normal	240 mg/dl	130 mg/dl	150 mg/dl	Normal e
26	M	64	86 kg	115	140/75	Normal	210 mg/dl	90 mg/dl	160 mg/dl	Normal e
27	F	67	66 kg	99	125/70	Normal	200 mg/dl	100 mg/dl	155 mg/dl	Normal e
28	F	54	75 kg	120	115/65	Normal	205 mg/dl	90 mg/dl	1450 mg/dl	Normal e
29	M	56	87 kg	110	125/79	Normal	203 mg/dl	109 mg/dl	146 mg/dl	Normal e
30	M	62	84 kg	125	130/80	Normal	210 mg/dl	90 mg/dl	150 mg/dl	Normal e

DISKUTIMI

Literatura e fundit (marre nga kerkimet shkencore Pubmed) evidenton faktin se ekziston nje rritje e mortalitetit nga semundjet kardiovaskulare sidomos ne pacientet e rinj me forma te renda psoriatike. Moshja e perfshire ne keto te dhena eshte resh 30-40 vjece, tek te cilet rreziku per infarkt eshte rreth 3 here me i larte se i popullsisë. Mendohet se baza e ketyre te dhenave eshte procesi inflamator kronik e persitent qe kontribuon ne pershpejtimin e procesit te aterosklerozes. Ky fakt mund te pershpejtohet nga vete psoriasis, si faktor predispozues i pavarur, por edhe nga bashke ekzistenca e disa faktoreve si hipertensioni arterial, obeziteti, dislipidemia e diabeti qe vete jane protagonistet kryesore te sindromes metabolike. Nuk dihet akoma se ky shoqerim i ketyre patologjive ka per baze nje origjine gjenetike qe sjell nga nje ane psoriasin dhe nga ana

tjeter sindromen metabolike, por sot eshte i sigurt fakti qe incidenca e sindromes metabolike ne pacientet me psoriasis eshte rreth 30% ndersa ne popullsi e pa prekur nga psoriasis eshte rreth 20%. Nisur nga keto te dhena, te mjekosh pazientet me psoriasis do te thote te merresh me pacientin ne pergjithesi duke filluar nga dieta, stili i jeteses dhe identifikimi i te gjitha faktoreve qe bejne pjese ne sindromen metabolike. Nisur nga keto te dhena, eshte e nevojeshme qe te reflektojme ne faktin se sa e rendesishme eshte te konsiderojme psoriasin jo vetem nje semundje te kufizuar ne lekure por nje semundje multifaktoriale qe shfaqet ne individe gjenetikesht te predispozuar. Sindroma metabolike, e perkufizuar qe nga vitet`40 te shekullit te kaluar perfshin presenzen e njekohshme te dislipidemise, obezitetit, diabetit tipi II ose gjendjes pre-diabetike dhe hipertensioni arterial. Ne kohet e sotme nje pacient vuan nga sindroma metabolike kur ka:

Obezitet (diametri abdominal me shume se 103 cm te meshkuj e 88 cm te femrat)

Hipertrigliceridemi (nivele me ta medha se 150 mg/dl)

Hipertension arterial (me shume se 130/85 mm Hg)

Glicemia esell me shume se 110 mg/dl

Obeziteti, jeta sedentare jane shkak i insulino-resiztences, e cila si pasoje sjell nje rritje te LDL kolesterolit, te triglicerideve dhe nje ulje te HDL. Kjo eshte baza e formimit dhe e depozitimit te pllakave ateromatoze ne arteriet e gjakut, proces qe me kohen mund te jete shkak i semundjeve kardiovaskulare & trombozes. Fenomeni i insulino-resiztences eshte ne thelb te lindjes se obezitetit, hiperinsulinemise e obeziteti. Edhe veshkat per shkak te hiperinsulinemise, mbajne natrium dhe kjo mund te jete nje nga shkaqet e tensionit te larte (hipertensionit arterial). Akoma nuk jane te qarta shkaqet e reziztences ndaj insulines por obeziteti sidomos ai abdominal dhe jeta sedentare jane nder faktoret kryesore. Sipas disa te dhenave sindroma metabolike eshte ne rritje ne vendet e zhvilluara per shkak te rritjes se mireqenies e mbipeshes sidomos ne te rinjte duke shkaktuar si pasoje edhe rritje te shpenzimeve sanitare. Ne vitet e fundit eshte theksuar lidhja ndermjet sindromes metabolike dhe semundjeve inflamatore reumatologjike, ku ne keto te fundit eshte frekvente te gjesh insulino-resiztencen. Wong dhe kolege te tjere kane vene ne dukje nje mortalitet per shkaqe kardiovaskulare ne 36% te pacienteve me artrit psoriatic, me nje incidence rreth 1,3 here me te madhe ne krahasim me popullsi e pergjitheshme. Per Herron dhe kolege te tjere pazientet me psoriasis jane me obeze ne krahasim me popullsi e pergjitheshme (34 % kundrejt 18%). Deri ne ditet e sotme nuk dihet akoma mire roli i citokinave inflamatore si IL-6, IL-8, TNF-alfa ne procesin metabolik te psoriasis e te sindromes metabolike.

TRAJTIMI

Perdoren medikamente lokale dhe sistemike.1)Medikamentet lokale kerkojne perdorim per kohe te gjate per te dhene permiresim, i cili pergjithesisht eshte i perkohshem. Menyra se si mjekimi vepron tek paciente te ndryshem eshte variabel. Semundja e limituar, menaxhohet me medikamente lokale(steroide lokale, analoge te vitamines D3(calcitrol),retinoide, anthralin). 2)Fototerapia(Rrezet UVB) 3) Trajtimi sistematik(methotrexate,cyclosporin,Retinoidet) per rastet e padomoneshme nga mjekimi lokal.

Te dhenat e fundit nga literatura evidentojne faktin se dieta mesdhetare dhe dieta e pasur me omega-3 ul rezikun e shfaqes se sindromes metabolike. Aktiviteti fizik i moderuar, te pakten 30 minuta ne dite mund te permiresoje kualitetin e jetes se pacienteve me psoriasis. Sipas nje studimi, eshte pare lidhja mes perkeqesimit te kuadrit klinik tek pacientet me psoriasis dhe stresit psikologjik. Per keta paciente, mund te jete e arsyeshme te perdoren teknika per menaxhimin e stresit.

KONKLUZION

Ne pacientet psoriatike ekziston nje risk me i larte per shfaqjen e semundjeve kardiovaskulare, ne krahasim me popullaten ne pergjithesi. Keta paciente jane shpesh mbipeshe, kane rritje te incidences per diabetin,per hipertensionin dhe crregullim te profilit lipidik. Gjithashtu , kane incidence me te larte per IM.

BIBLOGRAFIA

Abel EA. Diagnosis of drug-induced psoriasis. Semin. Dermatol.1992; 11:269.

Dika E, Varotti C, Bardazzi F. Drug-induced psoriasis: an evidence based overview and the introduction of psoriatic drug eruption probability score. Cutan Ocul Toxicol. 2006; 25:1.

Clinical Dermatology-fifth edition-Thomas P. Habif

RUBRIKA E MJEKUT TE FAMILJES

SËMUNDJA E TUBERKULOZIT

Prof.Dr.Jul Bushati

Spitali Universitar “Sh. Ndroqi”, Tiranë

Tuberkulozi është një sëmundje bakteriale, që përhapet nga njeriu tek njeriu, kryesisht me rrugë aerogjene. Shkaktari i sëmundjes është Mycobacterium tuberculosis. Në pak raste burim infeksioni mund

të jetë *Mycobacterium bovis*, i cili transmetohet tek njeriu nga lopët e infektuara nëpërmjet qumështit të pa sterilizuar. Tuberkulozi mund të prekë çdo organ të trupit. Tuberkulozi pulmonar është lokalizimi më i zakonshëm; tuberkulozi ekstrapulmonar është më pak i shpeshtë.

Tuberkulozi aktiv është relativisht jo i zakonshëm në praktikën ambulatorë, por sidoqoftë duhet të jetë në vëmendje sidomos në grupe të veçanta të popullatës.

Ekspozimi dhe infeksioni primar

Kur pacienti me tuberkuloz pulmonar flet, dhe veçanërisht kur kollitet e teshtitet eliminon aerosol grimcash, që përmbajnë bacile. Këto grimca janë infektuese. Grimcat infektuese, që eliminohen në atmosfere janë të shumta gjatë kollës (3500) apo teshtitjes (1 milion). Kur bien në kontakt me ajrin grimcat thahen në mënyre të shpejte dhe kthehen në partikula shumë të lehta, akoma me përmbajtje bacilare, që qëndrojnë në formë suspensioni në ajër. Në një hapësire të mbyllur, grimcat mund të qëndrojnë të suspenduara për një kohe të gjatë. Bacilet mbesin të gjalle në errësire për disa orë: këto janë “grimcat infektuese”.

Me që bacili shkatërrohet shpejt nga rrezet e diellit, ajrosja dhe rrezet e diellit në dhomën e pacientit reduktojnë riskun e infeksionit, për ata që jetojnë në kontakt me të. Personat që jetojnë apo flenë pranë pacientit kanë rrezik inhalimi të grimcave infektuese. Sa më i afert dhe sa me i zgjatur kontakti me pacientin infektues, aq më i madh është risku i infeksionit. Kështu fëmijët që jetojnë në të njëjtën banesë me burimin e infeksionit janë me risk të rritur të infektohen.

Dy janë faktorët kryesorë që përcaktojnë riskun e transmetimit të bacilit tuberkular tek një subjekt i shëndoshe: koncentrimi i grimcave të suspenduara në ajër dhe periudha e kohës që individi respiron këtë ajër të kontaminuar.

Faktorët që rrisin probabilitetin e infektimit

Faktorë që rrisin riskun e infeksionit në një individ të pa infektuar anë rritja e intensitetit dhe/ose zgjatjen e ekspozimit. Transmisioni zakonisht ndodh brenda familjes së të sëmurit me tuberkuloz. Kjo mund të theksohet nga mbipopullimi në banesat, që janë të ventiluara keq.

Mbipopullimi ndodh në shumicën e grupeve të popullatave me kushte jo të mira jetese: familje të varfra që jetojnë grumbull, të burgosur, punëtorë migrante të akomoduar në fjetore kolektive, refugjate apo popullata që jetojnë në kushte të papërshtatshme. Këto kondita shpesh janë të lidhura me vonese në diagnozën e tuberkulozit; rritje të kohëzgjatjes, kështu që familjaret e tyre janë të ekspozuar tek bacili.

Faktorë që shpejtojnë progredimin nga infeksioni në sëmundje

Janë faktorët, që reduktojnë efikasitetin e forcave mbrojtëse të organizmit si kequshqyerja, gjendje që shkaktojnë deficit imunitar si infeksioni HIV, diabeti, trajtim për kohe të gjate me kortikosteroide ose imunodepresore.

Ndërmjet këtyre faktorëve infeksioni HIV luan rolin kryesor: rrit probabilitetin e progredimit nga infeksion në sëmundje dhe rrit riskun e riaktivizimit të tuberkulozit të vjetër. Risku, që individët e infektuar me HIV të zhvillojnë tuberkuloz, është 5–8% në vit.

Faktorët që reduktojnë probabilitetin e te infektuarit

Faktorët që ndërpresin transmetimin e infeksionit janë reduktimi i numrit të burimeve të infeksionit në komunitet. Kjo arrihet me efikasitet me ane të zbulimit dhe trajtimit të rasteve BK direkt pozitive, duke parësuar kështu burimet e infeksionit.

Reduktimi i riskut të infeksionit ndërmjet individëve të shëndoshe, duke përmirësuar kushtet e jetesës (reduktim të mbipopullimit, duke ajrosur dhe lejuar hyrjen e diellit në banesë) dhe nutricionit.

Prevenimi i riskut të sëmundjes në grupet me rritur nëpërmjet të vaksinimit BCG të fëmijëve të infektuar dhe trajtimi i infeksionit latent tuberkular në individët tashme të infektuar.

Tuberkulozi pulmonar në të rritur

Zhvillimi i TB aktiv, si në të gjithë infeksionet e tjerë, është funksion i sasisë dhe virulencës të mikrobrit invadues dhe të rezistencës relative apo ndjeshmërisë së organizmit ndaj patogjenit. Në të rriturit, sidomos në vende me prevalencë të lartë të tuberkulozit, zhvillohet TB postprimar, në të cilët infeksioni primar është frenuar. Sëmundja zhvillohet kur komprometohet gjendja imune e organizmit.

Bacili tuberkular ka aftësinë që të qëndroje për një kohë të gjatë i fjetur, por me aftësi jetësore, në subjekte të shëndoshe. Në rastet ku infeksioni primar është shëruar spontanisht, një pjesë e pacienteve vazhdon të strehojnë mikrobe të aftë të shkaktojnë sëmundje në të ardhmen. Një riaktivizim i tillë, që shkakton TB postprimar, mund të ndodhë në çdo organ, por më i zakonshëm është në pulmone. Riaktivizimi ka më probabilitet të ndodhë në pacientë me sëmundje kronike, që shkaktojnë dobësim të përgjithshëm të organizmit, të tilla si alkoolizmi, malnutricion dhe diabet mellitus, ose imunodeficit celular, veçanërisht shkaktuar nga infeksioni HIV. Trajtimi me medikamente imunosupresore ka të njëjtin veprim dhe mund të jetë indikacion për kimioprofilaksi në pacientët me anamnezë të TB të patrajtuar në të shkuarën.

Sëmundja zakonisht evoluon ngadalë dhe kështu është e zakonshme, që pacientët të tregojnë për simptoma, që kanë vazhduar prej muajsh gjatë kohës së diagnozës. Simptomat fillestare janë zakonisht respiratore.

Personat që përmbajnë mikrobën kanë infeksion latent TB, që mund të riaktivizohet më pas gjatë jetës. Studimet e infeksionit TB latent të fituar në fëmijëri apo adoleshencë tregojnë për risk riaktivizimi të M. tuberculosis në rreth 10%. Faktor risku riaktivizimi më i fuqishëm është infeksioni HIV, i cili rrit riskun e riaktivizimit 1000 herë. Imunosupresioni nga malinjiteti, mjekimi me citotoksike, kortikosteroidë dhe agjentë të tjerë, që dëmtojnë përgjigjen e imunitetit qelizor, mundet gjithashtu të riaktivizojnë infeksionin latent TB. Faktor të tjerë potencues janë diabeti, gjendje përfundimtare të sëmundjeve renale, përdorimi i narkotikeve me injektim (pavarësisht nga infektimi HIV), pesha trupore e ulët, kirurgji gastrointestinale dhe silikoza. Përdorimi i duhanit është i shoqëruar me rritjen e incidencës TB, po ashtu dhe alkoolizmi. Në vendet e zhvilluara incidenca është më e rritur në moshën e vjetra se në adulte të rinj, por kjo mund të jetë rezultat i incidencës së lartë të infeksionit latent në grupmoshat e vjetra, se sa nga plakja imunologjike.

Rrisin riskun e riaktivizimit:– anamneza e mjekimit jo adekuat të TB, të dhëna radiologjike të TB të mëparshëm (lezione fibrotike apo nodule), diabetes mellitus, silicosis, mjekim për kohe të gjatë me kortikoidë ose mjekim tjetër imunosupresiv, kancer të kokës dhe qafës, sëmundje hematologjike dhe reticuloendotheliale (leukemia dhe sëmundje e Hodgkin), sëmundje renale terminale, bypass intestinal ose gastrektomi, sindroma e malabsorbimit kronik, pesha trupore e ulët (10% ose më tepër poshtë peshës ideale). Disa medikamente, përfshirë medikamentet për artritis reumatoid, që veprojnë duke bllokuar [tumor necrosis factor-alpha](#) (cytokine që shkakton inflamacion), rrisin riskun e zhvillimit të infeksionit latent në sëmundje, për shkak të rëndësisë së kësaj citokine në mbrojtjen imune ndaj TB.

Klinika

Manifestimi i sëmundjes shpesh ndodh brenda dy viteve të infeksionit primar ose mjaft vite më pas, shpesh si rezultat i sëmundjeve apo i gjendjeve, që ulin rezistencën.

Ne raste të rralla tuberkulozi mund të zbulohet në persona gjatë ekzaminimeve profilaktike apo në ekzaminime për arsye të ndryshme.

Fillimi i sëmundjes TB

- pa shenja subjektive dhe zbulohet në një ekzaminim radiologjik
- si gjendje gripale
- në mënyrë të ngadalshme
- si pneumopati akute
- me hemoptizi

Shfaqja e sëmundjes tuberkulare :

- Simptoma pulmonare
 - Kollë
 - Sputum
 - Hemoptizi
 - Dhimbje torakale
 - Dyspne
- Simptoma të përgjithshme
 - Ethe
 - Djersë natën
 - Rënie në peshë

TB pulmonar është zakonisht një infeksion respirator subakut. Simptomat më të zakonshme janë kollë, temperatura, djersë natën dhe dobësi. Kollë në fillim është e thatë, por shpesh progredon dhe bëhet me sputum dhe në disa raste ka hemoptizi. Sputumi është zakonisht në ngjyrë të verdhë, pa erë dhe jo viskoz. Hemoptizia mund të shfaqet në mënyrë të menjëhershme në TB të pa mjekuar, por mund të jetë gjithashtu dhe në TB të mjekuar. Si pasojë e TB mund të shkaktohen bronhektazi ose kavitate reziduale, që mund të pësojnë superinfeksion ose mund të dëmtohen vazot ose bronket duke shkaktuar hemoptizi.

TB i avancuar mund të paraqitet me sputum hemoptoik; rralle ka hemorragji masive, që çon në shock, asfiksi dhe vdekje.

Dhimbja torakale nuk është një simptomë kryesor TB pulmonar, megjithatë kollë mund të shkaktojë dhimbje muskuloskeletale. Pacientët me pleurit TB kanë dhimbje pleuritike. Dhimbja torakale radikulare është e lidhur me spondilitin TB. Dispnea mund të jetë shenjë e destruksionit të shtrirë parenkimal, versamentit të madh pleural, obstrukcionit endobronkial ose pneumotoraksit.

Pacientët me tuberkuloz gjithashtu mund të kenë anoreksi dhe rënie në peshë ose kaheksi, shpesh, që nuk korrespondon me sasinë e marrjes ushqimit. Gjithashtu mund të ketë labilitet emocional, irritabilitet, depresion dhe cefale.

Shumica e pacientëve paraqiten tek mjeku pasi nuk janë ndjere mirë për javë dhe muaj. Nga studime në popullata me incidencë të lartë të sëmundjes dhe me mundësi jo të mirë në shërbimin mjekësor, kollë për mbi tre javë është e lidhur shpesh me TB aktiv. TB i pa trajtuar është i lidhur me mortalitet të lartë, por mjaft pacientë mund të kenë simptoma persistente për vite. Në studime të kohës së paramjekimit tregohet se pacientët e pa trajtuar pas 5 viteve 50% kishin vdekur, 25 % shëruar spontanisht dhe 25 % ishin me TB kronik. Në disa pacientë sëmundja ka progres shumë të shpejtë – i ashtuquajtur “TB galopant”. Sot kjo formë shihet në pacientet me infeksionin HIV apo forma të tjera të deficitit të rëndë imunitar. Këta pacientë kanë simptoma të rënda progresive të sëmundjes për një periudhë disa javore, shpesh formë të

diseminuar të sëmundjes. Mungesa e diagnozës dhe trajtimit të menjëhershëm të sëmurëve të tillë mund të çojë në vdekje. Ethja është një tipar jo i rregullt dhe jo i besueshëm në TB. Ndërsa shumica e pacientëve ankojnë për ethe para se të paraqiten tek mjeku, vetëm gjysma gjer tre të katërtat e pacientëve me TB të konfirmuar kanë ethe të dokumentuar.

Ekzaminimi fizik mund të vërë në dukje shkurtim të tingullit perkutor dhe rrale, megjithëse këto janë shumë variabile dhe jo specifike.

Shenjat e konsolidimit zakonisht mungojnë. Rralet klasike pas kollës shpesh nuk janë prezent dhe janë jo specifike për TB.

Pacientet me TB të diseminuar mund të kenë limfadenopati, hepatomegali apo të dhëna të prekjes së SNC, por kjo nuk shihet në TB pulmonar tipik.

Hipokratizimi i gishtave dhe cianoza janë shenja të lidhura me TB pulmonar të zgjatur dhe të avancuar.

Diagnoza

Diagnoza e TB pothuaj gjithnjë mbështet në anamnezën dhe karakteristikat epidemiologjike dhe të dhënat laboratorike. Hapi më i rëndësishëm në bërjen e diagnozës është të mendohet për TB. Diagnoza bazohet në anamnezën dhe ekzaminimin fizik, ekzaminime të sputumit për Bk direkt dhe kulture (me anë të së cilës kryhet dhe prova e sensitivitetit të shtamit), radiografinë e toraksit, reaksioni tuberkulinik. Bronkoskopia mund të jetë e nevojshme për marrje mostrash materiali për ekzaminim si dhe për vlerësim endobronkial. Në pacientet me TB shpesh kryhet dhe CT, si shtese e radiografisë. MRI mund të përdoret në vlerësimin e ndërlikimeve.

Diagnoza bazohet në:

- Anamnezën e sëmundjes dhe praninë e kontakteve me TB
- Ekzaminimin bakteriologjik
- Ekzaminimin radiologjik
- Testin e tuberkulines

Nqs pas anamnezës dhe ekzaminimit klinik, nuk ka të dhëna për sëmundje tjetër kardio-pulmonare në një pacient që paraqet kolle mbi 3 jave, duhet të dyshohet për tuberkuloz pulmonar. Duhet të kryhet ekzaminimi bakteriologjik, duke filluar me mikroskopinë direkte.

Diagnoza e tuberkulozit pulmonar tek adultet bazohet në ekzaminimin e gëlbasës për BK. Në të gjitha rastet që dyshohet duhet të kryhen tre ekzaminime mostrash gëlbase në mikroskopi direkte dhe me kulture.

Nqs të tre mostrat e ekzaminuara rezultojnë negative për BK, por radiologjikisht janë të dhëna që shkojnë për tuberkuloz, pacienti duhet të mjekohet me një cikël antibiotiku me spektër të gjere. Dy jave me vonë nqs persistojnë të dhënat klinike, përsëritet ekzaminimi i 3 mostrave për BK.

Diagnoza diferenciale

Mbi 95% e pacientëve që paraqiten me kolle kronike nuk kanë tuberkuloz; prandaj është shumë e rëndësishme të diferencohen sëmundje të tjera respiratore (akute ose kronike) nga tuberkulozi. Kohëzgjatja e simptomave është tregues kyç në diagnozën diferenciale.

Simptomat që kanë filluar në më pak se tre jave

Mendohet për infeksionet akute, megjithatë nuk e përjashtojnë tuberkulozin. Ndihejmon në se në popullatë ka epidemi të sëmundjeve akute respiratore.

Duhet të diferencohet nga:

- gjendje inflamatore te traktit respirator si angina apo bronkitit akut pneumonia akute bakteriale – dhimbje torakale, temperature e larte dhe te dhëna te konsolidimit pulmonar
- pneumonia intersteciale, zakonisht virale, me ethe dhe dispne
- me rralle, abscesi pulmonar me ethe dhe sputum purulent ne sasi te madhe

Me mjekimin e përshtatshëm, simptomat zhduken brenda 1–2 javësh.

Simptomat janë për me tepër se 3 jave

Mund te jene sugjestive te tuberkulozit. Por simptomat qe janë prezent për një kohe te shume te gjate (disa muaj apo vite) dhe qe si pasoje e riakutizimit drejtohen për tek mjeku, sugjerojnë për sëmundje respiratore kronike, megjithëse dhe tuberkulozi mbetet një mundësi:

Bronhektazia me episode te infeksionit akut. Sputum i shumte mukopurulent dhe analiza për BK negative.

Bronkiti kronik dhe SPOK: pacienti ka pasur kolle dhe sputum çdo vit për se paku dy vjet. Zakonisht kane episode sezonale te shkaktuara nga infeksione akute. Pacienti shqetësohet nga keqësimi gradual i frymëmarrjes ne efort. Mbështet diagnozën fumacioni ne persona mbi 50 vjeç ose ekspozimi ndaj tymrave ne ambiente te paventiluara gatimi dhe ngrohje me dru.

Astma mund te paraqitet me simptoma kronike. Dispne episodike, shpesh natën, dhe wheezing, alternuar me episode te mungesës se simptomave është sugjeruese për astme. Kur pacienti paraqitet me simptoma te tilla duhet te ekzaminohet për prezence te obstrukcionit bronkial, qe është reversibel ne trajtimin me bronkodilatator.

Sëmundje te tjera me te rralla janë:

Stenoza mitrale mund te paraqitet me episode dispneje shoqëruar me hemoptizi te vogla te përsëritura. Prezence e zhurmës diastolike.

Insuficiencia kardiake me dispne, rrale pulmonare difuze dhe edeme krurale.

Kanceri pulmonar ne fumatore mbi 50 vjeç me kolle, hemoptizi dhe shpesh dhimbje torakale.

Pneumokonioze ne rastet me ekspozim te gjate ne pluhura mineral.

Kohëzgjatja e simptomave ne rastet me tuberkuloz është me e shkurtër se ne sëmundjet kronike dhe me e gjate se ne ato akute.

Trajtimi i tuberkulozit

Nëse të sëmurët me tuberkuloz aktiv nuk do të mjekohen, atëherë dy ndër tre të sëmurë ndërmjet tyre do të vdisnin. Trajtimi tuberkulozit bazohet në aplikimin e kimioterapisë që mbështetet në kombinimin e disa antibiotikëve antituberkularë. Kohë zgjatja e mjekimit ka ndryshuar në mënyrë të konsiderueshme që nga fillimet e saj në vitet 1960 kur kimioterapia me anti TB zgjaste 18 deri 24 muaj, ndërsa sot terapia zakonisht zgjat 6 muaj dhe quhet “terapi për kohë të shkurtër”. Pra, ndryshe nga shumica e sëmundjeve të tjera infektive, tuberkulozi duhet të mjekohet për një kohë të gjatë dhe nëse mjekimi ndërpritet para kohës së duhur, disa bacile mund të mbijetojnë dhe pacienti të sëmurët dhe të behet përsëri infektues. Medikamentet antituberkulare kryesore janë pesë: Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid, Streptomycin dhe Ethambutol.

Por asnjëri nga medikamentet e mësipërm nëse merret i vetëm nuk është i plotësisht efikas për të shkatërruar të gjitha bacilet që ekzistojnë te një i sëmurë, prandaj për të siguruar një mjekim efikas është i nevojshëm kombinimi tyre.

Medikamentet gjatë fazës intensive (dy muajt e parë të mjekimit), gjithmonë duhet të pihen në prani të personelit mjekësor. Kjo mënyrë quhet DOT (mjekim nën mbikqyerje direkt)

Bibliografia

- American Thoracic Society/Centers for Disease Control. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1990;142:725. (Standards for the administration and interpretation of the tuberculin skin test.)
- Iseman, M. D. (ed.), How is tuberculosis transmitted? In A Clinician's Guide to Tuberculosis, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000, pp. 51–62.
- Schaaf H.S., Zumla A. Tuberculosis A comprehensive clinical reference. 2009.
- Reichman L.B., Hershfield E. S. TUBERCULOSIS. A Comprehensive International Approach. 2000
- Davies P., Barnes P., Gordon S. Clinical Tuberculosis. 2008
- Yancey D. Tuberculosis. 2008
- Ndroqi Sh., Çoçoli H., Bylyku B., Dusha L. Tuberkulozi. 1977, 42-63.
- Shehu V.A., Tuberkulozi, Keshillimorja Mjekesore "MEDIKON", Prishtine 2002, 126-9.
- Çoçoli H., Bylyku B. Tuberkulozi. Tiranë, 2006
- Hafizi H., Bushati J. Tuberkulozi. Tiranë, 2009

HYSTERECTOMIA E URGJENCES PERRETH LINDJES

EKSPERIENCA NE MATERNITETIN E DURRESIT

Dr. Kozma MISA

Obsteter-Gjinekolog, Spitali Rajonal Durres

Duke patur parasysh se nuk kemi nje statistike te mirefilltr per nivelin e lindjeve me secsio cez. dhe komplikacionet qe e shoqerojne kete procedure mjekesore, morem persiper te studjojme kete fenomen ne qarkun e Durresit. Per kete qaellim jane studijuar kartelat e te gjitha lindjeve te marre nga kartoteka e arshives se maternitetit te Spitalit Rajonal te Durresit. Studimi i perket vetem repartit te lindjes dhe te gjitha kolegeve obseter qe kane asistuar ne lindjet per nje periudhe prej 6 vjetesh.

Fjale kyce te perdorura jane: hysterectomia e urgjences, atonia uteri, rupture uteri, s/c - secsio/cez, pos sec, etj etj.

ABSTRAKT

Ky studim kryhet per here te pare ne Spitalin Rajonal te Durresit prane klinikes se obsetrikes. Studimi eshte i shtrire ne nje periudhe kohe prej 6 vitesh. Jane te perfshire te gjitha lindje pavaresisht nga rruga e lindjes – vaginale – secsio/cezarea – lindje e induktuar, etj.

Jane vecuar 12 raste te hysterectomies se urgjences. Ketu perfshihen raste si antepartum ashtu dhe post partum deri ne 24 ore.

Ne te gjitha rastet kemi te bejme me A.P.H. dhe P.P.H. (antepartum hemoragji – post partum hemoragji)

Numri total i lindjeve per kete periudhe eshte 15.569. Nga keto 10 956 jane lindje ne rruge natyrale dhe 4 613 lindje me s/c. Ne studim jane ndare sipas paritetit - sipas menyres se lindjes - sipas moshes se nenes - lindje te induktuara apo jo - sipas nozologjise se patologjise etj.

Incidenca per kliniken tone eshte 0.77 per mije ne total. Po te ndajme incidencen vetem per lindjet me rruge natyrale pra 12 raste per 10 956 lindje vaginale incidence eshte 1.09 raste per 1000 lindje me rruge natyrale. Kurse incidence vetem per lindjet me sec/cez eshte 2.6 raste per 1000 lindje. Studimi yne eshte krahasuar me nje spital tjetër qe eshte puplikuar ne internet.

HYRJE

Hysterectomia e emergjences është një procedurë që shpëton një jetë (me kosto – sterilitetin definitive të gruas) e diktuar nga hemoragjia e pa kontrolluar që ndodh përreth lindjes. Mortaliteti amëtar në ditët e sotme dhe në një pjesë të vendeve të zhvilluar nga hemoragjia abondante e të pa dominuara kap shifrat 8 deri në 10% të totalit të vdekjeve.

Hysterectomia e emergjences që ndodh përreth lindjes abdominale apo vagjinale është zakonisht vendim – marrje në kushtet e konsumimit të masave të marra për të kontrolluar hemoragjinë.

Indikacionet më të shumta për hysterectomite të emergjences përreth lindjes janë rupturë uteri, atonia uteri, inserimi i placentës, sidomos në ato pos seksio që në dekadat e fundit indikacionet e sec/cez po zgjerohen çdo ditë, preeklampsitë, sidomos ato të komplikuar nga distako placentë, koagulopathia e konsumit etj.

METODA

Metoda është mjaft e thjeshtë. Në Spitalin Rajonal të Durrësit në repartin e obstetrikës janë marrë në studim të gjitha lindjet pavaresisht nga rruga e lindjes për një periudhë prej 6 vitesh. Janë vetëm 12 gra që i janë nënshtruar hysterectomies të emergjences. Vetëm 2 raste janë hysterectomy totale dhe 10 raste hysterectomy supravagjinale. Nga karakteristikat e nënave veçojmë - pariteti - moshën e gruas - rrugën e lindjes - stimulimi i lindjes. Të gjitha rastet janë të trajtuar me hemotransfuzion.

Për koicidencë studimi i bërë në spitalin e Durrësit është krahasuar me një punim të publikuar në internet të bërë në një spital me numër shumë më të madh lindjesh, spitalin e Kashmirit në Indi. Më pas po jap dhe krahasimet e të dhënave midis dy spitaleve.

TABELAT Nr 1

SPITALI KASHMIRIT SPITALI I DURRESIT

Nga tabela Nr. 1 rezulton se përqindja e lindjeve të grave rurale është pothuajse e njëjta.

Nr total i lindjeve/ vag	45460	10956
Nr i lindjeve në s/c	10139	4613
Nr i hysterectomive	146	12
Incidenca hysterectomive	2.6/mije	0.77/mije
Urban	36%	32%
Rural	64%	68%

Te vecanta:
Incidenca e hysterectomive për spitalin tone është me e ulet:

nga 2.6 për 1000/lindje për spitalin e Kashmirit, ndërsa tek në 0.77 për 1000/lindje për spitalin e Durrësit

E vecanta tjetër është se mortaliteti amëtar për spitalin tone është 0 ndërsa për spitalin e Kashmirit është hequr nga studimi mortaliteti amëtar.

TABELAT Nr 2

SPITALI KASHMIRIT SPITALI I DURRESIT

Moshën në vite	paciente	paciente
20 - 25	5	1
25 - 29	10	1
30 - 34	33	4

35 - 39	42	5
40 - 45	10	1

Nga tabela 2 shihet qarte per te dy spitalet me rritjen e moshes rritet incidence. Moshja 30 – 40 ka incidence me te larte. Mbi 40 vjec ulet se dhe lindjet jane me te pakta.

TABELAT Nr 3
SPITALI KASHMIRIT SPITALI I DURRESIT

Pariteti	Nr. pacient	Nr. pacient
Barra e pare 1	3	1
Barra e dyte 2	8	3
- Trete 3	40	5
- Katert 4	24	3
- Peste 5	19	-
- Gjashte 6	4	-
- Shtate 7	2	-

Me rritjen e paritetit rritet incidence edhe

incidence e hysterectomive

TABELAT Nr 4

SPITALI KASHMIRIT SPITALI I DURRESIT

Indikacioni	%	%
RUPTURA UTERI	30	40
PLACENTYA PREVIA	25	17
ATONIA UTERI	21	17
AXIDENTAL HEMORA PREKLAPSIA	12	8.5
PLACENTA ACRETA	8	8.5
STATUS SEPTICA	3	
UTERUS FIBROID	1	8.5

Nga tabela 4 vrehet se vendin e pare per te dy spitalet e ze ruptura uteri. Per nozologjine e dyte dhe te trete jemi sinkron. Ndryshon p.sh. 1 rast me uterus fibromatoz ne 100 raste ne Kashmir (1%) kurse ne rastet tona eshte 1 ne 12 raste totale dhe ze 8.5%.

Mendojme se te dhenatg e Spitalit te Kashmirit jane me te sakta sepse kane numer me te madh te rasteve si per lindje dhe per komplikacione.

DISKUTIM

Vendimarrja per hysterectomine perinatale eshte mjaft e veshtire. Bilanci mund te jete :

- 1 Mortaliteti infantile 100% ne rastet e dystaco placentë te gjera prenatale , apo rapture uteri intranatale etj etj
- 2 Mortaliteti amëtar 100% nga nje koagulopathia e konsumit insuficencë hepatiche HELLP sindrom, eklapsia forma e rende
- 3 Mortaliteti 200% (nena dhe neonati)

Te gjithë vendimet per hysterectomy perinatale janë marre ne menyre kollegjale me konsulte te zgjeruar pavaresisht nga koha kur ka ndodhe.

Rastet janë trajtuar te gjithë me hemotrasfuzion izo-grup izo-rezus.

Hysterectomia e urgjencës perreth lindjes ne spitalin tone merret ne kushte te nje ngarkese te larte emocionale. Ne radhe te pare ne sasite e limituara te gjakut nga banka e gjakut. Ne te gjithë rastet hysterectomia e urgjencës perinatale është bere nga nje mjek tjetër qe është me me pervojë dhe me pak I ngarkuar emocionalisht.

Ne baze te studimit ne te ardhmen te shihen si do te ndryshoje incidence per paritetin,per grup moshe,per nozologjite etj etj.

KONKUZION

Mendoj qe per here te pare po jap disa te dhena qe ne nje punim tjetër te se njejtës nozologji te kete nje pike referuese . Te krahasojme te dhenat ne lidhje me rritjes apo uljes se incidences. Si do te ndikojë ndryshimi i rritjes se cilesise se sherbimit qe varet nga burimet njerzore (studimi është bere kur sherbente vetem nje obsetersi mjek roje – aktualisht ekip i plote) Si do te jete incidence per nozologjite e marra ne studim pas disa vitesh. Etj etj.

MELANOMA

Dr. Lindita Hoxha

Dermo Life Center

Kanceri i lekures është lloji me i zakonshem i kancerit ne mbare boten. Melanoma është forma me e rrezikshme e kancerit te lekures. Keto vitet e fundit verehet nje ritje e numrit te diagnostikushem te melanomes.

Çfar është Melanoma?

Melanoma perben formen me malinje te nishaneve dhe zhvillohet nga qelizat e lekures qe prodhojne melanine. Melanoma zhvillohet nese personi ka bere ekspozim te teperuar ne diell, kryesisht popullata ne zonat rurale është me e riskuar, per faktin se kjo popullate ekspozohet gjate gjithë vitit ne diell dhe nuk e ka informacionin e duhur per te perdorur krem mbrojtes ndaj rrezeve te diellit (SPF 15 ose edhe me te larte). Edhe nje episode i vetem i djegies nga dielli ne femijeri, mund te jete i mjaftueshem per te shkaktuar deme te cilat me vone mund te zhvillojne melanomen.

Kjo semundje kercenuese per jeten është e sherueshme nese zbulohet dhe trajtohet ne fazat e hershme. Gjithkush nga ne duhet te drejtohet l here ne vit te mjeku i familjes, te dermatologu, ose te mjeku estetist per te bere nje egzaminim te pergjithshem te lekures. Nga ky egzaminim nuk perjashtohen as ata persona qe nuk kane nishane ne lekure. Melanoma është me pak e kushtueshme te parandalohet se sa te mjekohet. Kostoja e mjekimit te melanomes është e larte dhe jo gjithmone ajo është e sherueshme. Kontrolli i lekures nga vet ne është menyra me e mire per te njohur nishanet tona. Me ndihmen e nje personi te afert ose te nje miku, mund te

shikojme edhe zonat te cilat nuk mund ti kontrollojme vet (shpatullat, lekuren e kokes, te ndenjurat). Si duhet te behet kontrolli?:

1-Kontrolloni pjesen e perparme dhe te pasme te trupit ne pasqyre, pastaj anet djathtas dhe majtas dhe me krahet ngritur.

2-Perkulni brrylat shikoni me kujdes parakrahet, pjeset e pasme te kraheve dhe pellembet.

3-Kontrolloni kembet, shputat e tyre dhe hapesirat ne mes te gishtrinjeve dhe thembrat.

4- Kontrolloni pjesen e pasme te qafes dhe lekuren e kokes me nje pasqyre ne dore .

5- Kontrolloni kurizin tuaj, te ndenjurat dhe zonen gjenitale me nje pasqyre ne dore.

Mjeku i familjes mund te jete kambana e pare e alarmit kur sheh ndryshimin e kufijve, madhesise ose te ngjyres se nje ose me shume nishaneve te pacientit. Nishanet nuk perbejne precedent per kancer lekure nese ato hiqen ne rruge kirurgjikale.

Heqja e nishanit duhet bere me kujdes, duke i pastruar mire buzet e tij ne lekuren e shendoshe dhe mbas heqjes duhet derguar per egzaminimin e metejshem citologjik.

Faktoret e rrezikut per melanomen

Melanoma eshte nje semundje qe mund te ndodhe ne çdo moshe. Askush nga ne nuk eshte i mbrojtur, por gjithkush mund ta ndaloje. Me shpesh ndodh ne moshat e reja, kryesisht nen moshat 35 vjeç. Njerezit me lekure te bardhe preken 10 here me shume se personat qe kane lekure te trashe dhe me pigment. Femijet e porsalindur deri ne 6 muaj nuk duhen ekspozuar ne diell pa veshje pambuku dhe ne oraret kur dielli eshte i demshem. Femijet mbi kete moshe duhet te lyhen vashdimisht nga prinderit me krem me SPF mbi 15 dhe te mos qendrojne nen rrezet e diell nga ora 11 deri ne oren 16.

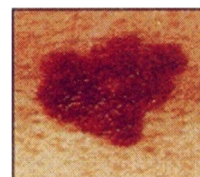
Personat e moshes se trete duhet te lyhen me krem mbrojtës me SPH 30. Te gjithë duhet te jemi te kujdesshem ndaj rrezeve te djellit, te mbrojme veten dhe njerezit qe na rrethojne. Dielli nuk eshte armiku jone, nuk duhet ti shmangemi atij por duhet ta shijojme ne oret kur rrezet e diellit nuk jane te demshme dhe gjithmone te perdorim krem mbrojtës. Ne plazh te perdorim krem mbrojtës SPH te larte si dhe kapele me strehe te gjere.

Personat me te rrezikuar jane ata me:

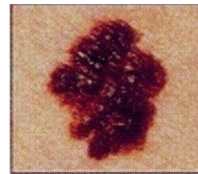
- Numer te madh nishanesh-mbi 100 ne te rinjte, mbi 50 te moshuarit.
- Nishane jo te zakonshem qe paraqesin ndryshime.
- Histori familiare per melanomen.
- Kane shfaqur ne te kaluaren melanome
- Lekure te ngjyre te çelet ose shume te çelet e cila digjet lehte dhe/ose nxihet pak.
- Te ekspozuar ne diell per nje kohe te gjate
- Kane pesuar djegje nga dielli ne femijeri ose ne moshe te rritur
- Punojne ne ambiente te hapura ose pelqejne aktivitetet e shpeshta ne natyre.

Si mund ta dallojme nje nishan qe po ndryshon.

A- **Asimetria:** Nishanet e zakonshme jane te rrumbullaket dhe simetrike. kini kujdes nese vini re ndryshim te aneve te nishanit.



B- Buzet e nishanit: vini re nese ka buze te rregullta dhe me te dala. Nishanet e zakonshem jane te lemuara dhe harmonike.



C- Ngjyra: Nishanet e zakonshem kane ngjyre te njetrajtshme. Kini kujdes nese vini re ndryshimin e ngjyres me kalimin e kohes dhe pranine e dy ose me shume ngjyrave



D- Diametri: beni kujdes nese nishani juaj ndryshon madhesi.



Si mund te parandalojme melanomen:

- Beni kujdes, mos u digjni nga djelli.
- Shmangni diellin ne keto orare 10:00 – 16:00 jane ore ku rrezet e diellit jane te rrezikshme.
- Dielli eshte me i forte edhe ne lartesi te medha (male) merrni krem mbrojtës me vete.

TEKNIKA E FERTILIZIMIT TE ASISTUAR (IVF DHE ICSI) NE INFERTILITETIN MASHKULLOR

Dr. Marsel Haxhia¹, Bio. Tugce Isidan²

¹ Departamenti i Obstetrike – Gjinekologjisë dhe Fertilizimit In- Vitro , Spitali Amerikan, Tirane,

² Qendra e Fertilizimit In- Vitro “HS Klinik”, Ankara, Turqi

Abstrakt

Infertiliteti përkufizohet si pamundësia për të konceptuar një fëmijë pas një viti mardhëniesh të rregullta e të pambrojtura. Arsyet e infertilitetit mund të jenë nga faktori mashkull, femër, miks ose i pashpjegueshëm. Qe prej vitit 1978 kur kërkuesit britanike Robert Edwards dhe Patrick Steptoe i dhanë botes lajmin se kishte lindur fëmija i pare i konceptuar me tekniken e Fertilizimit In- Vitro shkenca ka ecur me hapa gjigande ne këtë fushe. Teknika e riprodhimit te asistuar me intracytoplasmic sperm injection (ICSI) është kthyer në një zgjidhje ndërkombëtare për çiftet infertil. Popullariteti gjithmonë e në rritje i këtyre teknikave dhe të dhënat që kanë dalë nga ato

na kanë dhënë një ide më të plote për efikasitetin e tyre. Eksperienca gjithmonë e në rritje, perfeksionimi i këtyre teknikave dhe indikimet gjithmonë e më të qarta për Fertilizimin In- Vitro dhe ICSI do të minimizojnë gjithmonë e më shumë rreziqet e lidhura me këtë procedure. Ne qendrën tonë që prej 11 muajsh kryejmë teknikën e ICSI. Në 105 cikle IVF të kryera deri tani shumica e tyre kanë qenë prej faktorit mashkull. Në shumë studime i është vënë shumë rëndësi ndikimit të parametrave të spermës ku përfshihen përqendrimi i spermatozoideve, lëvizshmëria e tyre dhe morfologjia. Të gjithë këta faktorë duket se ndikojnë ndjeshëm në shkallën e fertilizimit, të implantimit dhe të arritjes së një shtatzënie të shëndetshme.

Hyrje

Infertiliteti po behet një problem gjithmonë e në rritje në të gjithë botën. Afërsisht një në çdo gjashtë çifte ka probleme në nisjen e një shtatzënie. Prevalenca aktuale e infertilitetit që zgjat për të paktën 12 muaj është përlogaritur të jetë mesatarisht 9 % në të gjithë botën për gratë e moshës 20- 44 vjeç. Është përlogaritur se mbi 3.75 milion beba kanë lindur në të gjithë botën që prej lindjes së fëmijës së parë (Louise Brown) më 1978 [1]

Problemet me konceptimin janë të lidhura me një faktor të lidhur me gruan, me një faktor të lidhur me burrin, me një faktor të kombinuar si nga mashkulli si nga femra, dhe me një faktor të pashpjegueshëm. [1]

Trajtimi kryesor për këto çifte është IVF- ICSI. Që prej lindjes së bebes së parë të konceptuar me IVF në 1978 trajtimi i infertilitetit ka përparuar në mënyrë të ndjeshme. Ne nuk praktikojmë më në një kohë kur ART-të është eksperimental. Praktika e ART-ve është e bazuar në shkencë mature, dhe me maturitetin ka ardhur edhe një ripërcaktim i qëllimit të terapisë.

ICSI u zbulua dhe u përdor në fillim për të trajtuar faktorin e rëndë mashkullor, por sot ICSI përdoret si një teknikë e ART për të gjitha shkaqet e ART-së.

Shkaqet e infertilitetit në meshkuj mund të spjegohen nga probleme në formimin, përqendrimin (p.sh. oligospermia [shumë pak spermatozoid], azoospermia [asnje spermatozoid në ejakulat]), ose në transportimin e spermës. Kjo ndarje e përgjithshme na lejon për të gjetur shkakun e infertilitetit dhe na ndihmon në planifikimin e mënyrës së trajtimit.

Infertiliteti mashkullor është një nga arsyet më të rëndësishme të infertilitetit. Infertiliteti mashkullor mund të shkaktohet nga një nga shkaqet e mëposhtme:

Varikocеле, infeksione akute: lija, shytat, infeksione të tjera virale, kronike: TB, lebër, prostatitis sëmundje seksualisht të transmetueshme,

idiopatike – arsye e panjohur, +trauma

Direkt : trauma testikulare ose pelvike, nxehtësia, rrezatimi

Indirekt : radioterapi, kemoterapi, toksina të ambientit, drogat, marjuana, duhani, alkooli

Teste të pa zbritura (cryptorchidism)

Kirurgji të mëparshme: inguinale, skrotale, retroperitoneale, qafa e vezikës urinare, vazektomi

Obstruksione: kongjenitale (aplazia), vazektomi, post-infektive

Sëmundje sistemike veç. Hepatike, renale

Imunologjike: infeksion, obstruksion

Çrregullime të ejakulimit

Lezione të shpinës kurrizore

gjenetike, endokrine & çrregullime familjare: sindromi Klinefelter, sindromi Young, fibroza cistike, hiperplazia e mbiveshkores

çrregullime të funksionit seksual [4]

Të gjitha shkaqet e mësipërme të lidhura me faktorin mashkull mund të prekin parametrat e spermës të cilat janë përqendrimi, lëvizshmëria dhe morfologjia e tyre. Të gjithë këta parametra mund të ndikojnë që çifti mos të arrijë në shtatzëni. Ne paraqesim këtë punim, dhe të dhënat e nxjerra, për të treguar rolin e rëndësishëm të parametrave të spermës në shkallën e shtatzënisë dhe të fertilizimit.

Materialet dhe metodat

Ekzaminuam në mënyrë retrospektive të gjitha ciklet me teknologji të riprodhimit të asistuar të nisura nga qendra jonë e IVF në Spitalin Amerikan, Shqipëri nga Prilli 2011 deri në Shkurt 2012. Ne përcaktuam “teknologji të riprodhimit të asistuar” si çdo trajtim që përfshin marrjen e oociteve, për manipulim të mëpasshëm in vitro, dhe vendosjen e mëvonshme si embrione në traktin riprodhues të femrës. “Cikël” u përshkrua çdo skemë trajtim i teknologjisë së riprodhimit të asistuar e nisur me qëllimin e marrjes së vezëve. Embrio-transfertat me embrione të ngrira-shkrira u përjashtuan nga studimi pasi këto cikle nuk ishin stimuluar. Kur ne përlllogaritëm pacientët me faktorin mashkull ne përfshimë dhe pacientët me dhurues sperme, por në përlllogaritjen shkallën e fertilizimit dhe të shtatzënisë ne i përjashtuam këta pacientë. “Pacientët me faktorin mashkull” u përkufizuan të gjithë ata pacientë me përqendrim të spermatozoideve më pak se 20 mill/ml, azoospermik të bërë me spermatozoidet e tyre (TESA/TESE +) ose me dhurues sperme (TESA/TESE -), morfologjia e spermës < 4 % spermatozoid normal sipas kritereve strikte të Krugerit. “Shtatzëni” u përkufizua një rritje e përqendrimit të β -hCG > 7 UI/L. “Shtatzëni klinike” u përkufizua nga prania e të paktën një sakusi gestational intrauterinë me lëvizje kardiake fetale.

Rezultati

Nga të gjitha ciklet e teknologjive të riprodhimit të asistuar të nisura nga Qendra e Kujdesit të Gruas në Spitalin Amerikan nga Prill 2011 deri më Shkurt 2012, 120 cikle janë identifikuar për studim me kriteret përfshirëse dhe përjashtuese. Nga 120 cikle të nisura, janë marrë 1368 vezë nga të cilat 1207 ishin vezë të pjekura (në fazën e mejozës së II), 115 transferime embrionesh janë kryer. Në 120 cikle, 69 prej tyre (58 %) kishin si shkak faktorin mashkull. Nga 69 cikle me faktorin mashkull, 14 cikle ishin me spermë të dhuruar, 6 cikle me spermatozoid të marrë nga testikuli me TESA/TESE, 604 vezë të pjekura u mblodhën, dhe 67 transferime të embrioneve u kryen.

Ne përlllogaritëm shkallën e fertilizimit, shkallën të shtatzënisë të pacientëve me faktorin mashkull, shkallën e shtatzënieve në vazhdim dhe shkallën e shtatzënieve multiple, duke e krahasuar me grupin tjetër ku shkak është jo nga mashkulli.

Vumë re se në 120 cikle 69 prej tyre ishin për shkak të faktorit mashkull – 58 %

Në 69 cikle, 14 prej tyre ishin me dhurues sperme dhe në 2 cikle u kaqelua transferimi e embrioneve. Në 55 cikle, u morrën 699 vezë dhe 604 prej tyre ishin vezë të pjekura. Ne kishim 309 embrione në 604 vezë të pjekura pas kryerjes së ICSI-t – shkalla e fertilizimit është 51 % .

U panë 26 shtatzëni pre-klinike në 54 cikle (hoqëm 14 cikle me spermë të dhuruar dhe 1 cikël i kaqeluar) – shkalla e shtatzënisë është 48 %.

Nga 26 shtatzëni para-klinike kemi 19 shtatzëni klinike – shkalla e shtatzënieve në vazhdim është 73 %.

Në 26 shtatzëni, u regjistruan 11 shtatzëni multiple – shkalla e shtatzënisë multiple është 42 %.

Përlllogaritëm numrin mesatar të embrioneve të transferuara për cikël dhe është 3.1 për grupin me faktorin mashkull dhe 2.9 për grupin tjetër.

Në tabelën I paraqiten të gjitha të dhënat e mësipërme të krahasuar me grupin tjetër.

Tabela I

	Faktori Mashkull	Faktori Jo- Mashkull
Shkalla e faktorit mashkull	58 %	42%
Shkalla e fertilizimit	51 %	66 %
Shkalla e shtatzënisë	48 %	49 %
Shkalla e shtatzënive në vazhdim	73 %	82 %
Shkalla e shtatzënive multiple	42 %	17 %
Nr. mesatar i embrioneve të transferuar për cikël	3.1	2.9
Shkalla e shtatzënive tek-e	58 %	83 %

Diskutim

Sipas statistikave të fundit të kryera nga ESHRE duket se 30% e infertilitetit shkaktohet nga faktori mashkull, 20 % nga faktori mix, pra me një shkallë 50 % nga faktori mashkull [1]. Të dhënat e nxjerra nga studimi ynë tregojnë se përqindja e faktorit mashkull në pacientet që kanë kryer IVF në qendrën tonë në më pak se një vit është 58 %. Megjithatë shifrat janë të larta meshkujt janë ata më pak bashkëpunuesit në çift për testimin dhe trajtimin e infertilitetit. ICSI ngelet trajtimi i vetëm i infertilitetit nga faktori mashkull, ku cilësia e spermës është e dëmtuar rëndë.

Nga statistikave të nxjerra nga studimi ynë vihet re një shkallë më e lartë fertilizimi në pacientët që nuk kanë faktorin mashkull si arsye të infertilitetit. Një fakti i tillë na lë shkas të mendojmë se jo vetëm numri por edhe mbase dëmtime të morfologjisë dhe gjenetikës së tyre mund të kenë efektin e tyre në aftësinë fertilizuese. Por siç duket edhe nga rezultati i shkallës së shtatzënisë vlerat e tyre janë gati të njëjta, pra duke na lënë të mendojmë se pasi është krijuar embrioni, pra ka ndodhur fertilizimi këta embrione kanë të njëjtën aftësi për të dhënë një shtatzëni si embrionet e grupit tjetër.

Njihet botërisht se shtatzënia multiple është e shoqëruar me një mortalitet dhe morbiditet të lartë si për nënën ashtu edhe për fetusin. Në fakt ndërlikimet janë kaq të shpeshta sa që disa e kanë klasifikuar shtatzëninë multiple si një patologji madhore [2,3]. Strategjia kryesore për uljen e numrit të shtatzënive multiple të lidhura me ART dhe ICSI është reduktimi i numrit të embrioneve të transferuara. Një pikë e rëndësishme për të diskutuar është se megjithatë numri mesatar i embrioneve të transferuara për cikël është i përafërt shkalla e shtatzënisë multiple është shumë më e lartë te këta pacientë.

Në studime të mëtejshme do kemi mundësi të publikojmë edhe të dhënat më të rëndësishme, ato të shkallës së bebeve të lindura gjallë, pasi arsyeja pse pacientët vinë në qendrën e IVF është se duan të kthehen në shtëpi me një fëmijë.

Bibliografia

[1] Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE, presented at 2012 annual meeting of ESHRE, Istanbul, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Assisted Reproduction Technology Success Rates (2007), National Summary and Fertility Clinic Reports, December 2009

AIHW (2008) Australian Institute of Health and Welfare, Assisted Reproduction Technology in Australia and New Zealand 2007. National Perinatal Statistical Unit and Fertility Society of Australia.

Assisted Reproduction Technology Series, number 13, at <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10598>

[2] Nygren KC and Andersen AN (2002) Assisted reproductive technology in Europe, 1999. Results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 17,3260±3274.

[3] Ozturk O and Templeton A (2002) Multiple pregnancy in assisted reproduction techniques. In Vayena E, Rowe PJ and Grifon PD (eds) Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction (2001, Geneva), Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a WHO Meeting. WHO Publications, Geneva, Switzerland, pp 220±234.

[4] www.andrology.com/ the male factor in infertility

ERITROSEDIMENTACIONI dhe RËNDËSIA E TIJ KLINIKE

Dr. Altin Goxhanaj, Dr. Shk. Stelijan Buzo

Eritrocitet lundrojnë në një mjedis likid si çështë plazma. Nëse kampioni i gjakut lihet për një kohë konstatohet ndarja e eritrociteve prej plazmës (ato precipitojnë poshtë me ngjyrë të errët dhe plazma mbetet sipër). Ky konstatim i thjeshtë në dukje nëse realizohet në kushte teknike quhet eritrosediment ERS ose shkurt sediment, dhe ka rëndësi klinike pasi në patologji të ndryshme ka variabilitet të caktuar. Shpejtësia ERS është një fenomen kompleks dhe i kushtëzuar nga disa faktorë (disa prej tyre jo të qartësuar mirë). Shpejtësia e precipitimit të eritrociteve në mjedis likid rregullohet nga ligji STOKES sipas formules se mëposhtme:

$$V = \frac{2 \times R^2 \times (d_1 - d_2) \times g}{9 \times \gamma}$$

V = shpejtësia e ERS

R = diametri sferik të eritrociteve

D1 dhe D2 janë densiteti respektivisht i eritrociteve dhe likidit (plazmës)

Nga kjo formulë ERS është në përpjestim të drejtë me masën e pjesëzave që sedimentojnë dhe në përpjestim të zhdrejtë me masën sferike të pjesëzave që sedimentojnë. Në pacient normal eritrocitet që precipitojnë lundrojnë në plazmë dhe janë të ngarkuara negativisht, ndërsa në pacientë me patologji eritrocitare ose të tjera eritrocitet kanë tendencë agregimi. Në këtë mënyrë eritrocitet formojnë një masë eritrocitare në formë “fishkësh” të monedhave të quajtura “rulo monedhash”. Megjithëse faktor të tjerë mund të ndikojnë në shpejtësinë ERS p.sh rritja e viskozitetit të gjakut gjatë policitemis e cila shoqërohet me përgjysmim të ERS, shkak i vërtet është formimi “rulove” të nxitura gjatë procesit inflamator që çon në rritjen ERS.

Një argument që mund të shpjegojë rritjen e shpejtësisë së ERS lidhet me ndryshimet kimike në plazmë si pasojë e krioglobulinave, autoantitropave të ftohtë IgM që kontribuojnë në aglutinacion të eritrociteve. Prezenca në plazmë e proteinave qarkulluse të tilla si gama-globulinë, alfa-globulinë, CRProteina e lartë, fibrinogjen në vlera të larta shoqërohet me rritje të ERS. Ndikimi i prezencës së këtyre molekulave në shpejtësinë e ERS është në raport me peshën e tyre molekulare, me asimetrinë molekulës sepse një rritje nivelit të fibrinogjenit e cila është molekulë asimetrike shoqërohet me rritjen e ERS në krahasim me ndikimin e pakët që ka rritja e albuminës e cila në vetvete është një molekulë më simetrike.

Probabilisht një ndikim të rëndësishëm ka dhe temperatura e inkubimit të proves, pasi një mjedisë i ftohët do shoqërohet me fallco negativë dhe anasjelltas, çka autorët e shpjegojnë me prezencën e nje lipaze në membranën eritrocitare e cila aktivizohet nga temperatura. Në përgjithësi rruazat e kuqe vet si molekula janë pasive në formimin e “rulove” por çdo ndryshim morfologjik i tyre (aniizocite, shizocite, etj) predisponon një rritje të mundësisë së ERS. Përjashtim bën anemia drepanocitare e cila nuk shoqërohet me rritje të ERS. Faktor ndikus është numri i eritrociteve në njësinë e gjakut (plazma) pasi anemitë e thella shoqërohen me rritje të ERS ndërsa policitemia nuk shoqërohet me rritje të ERS. Në të shkuarën janë përdorur një seri me formula “korigjuse“ të ERS por nuk janë parë të sukseshme në informacionin që merrej.

Përsa i përket mënyrës së përcaktimit të ERS janë metodika klasike ku përzihet në raporte të caktuar gjak i citruar (Citrat Na) dhe nëpërmjet pipetave Pacencov lihet të sedimentojnë në mënyrë perpendikulare në stativ të posacëm për njësinë e kohës ku më e përdorëshmjia është ERS /orë. Sotë egzistojnë teknologji instrumentale në të cilat informacioni merret në njësi kohe më të vogël (zakonisht 30 min.).

Vlerat normale të ERS : varen nga mosha.

Të porsa lindurit për shkak të prezencës së numrit të rritur të eritrociteve kanë një ERS 2mm/orë Në të rinjtë dhe të rriturit vlera normale shkon midis 1-10 mm/orë për meshkuj dhe 1-15 mm/orë për femra. Ky ndryshim i vlerës sipas gjinisë nuk varet nga niveli i hormoneve androgen, por rritja e tij të meshkujt vjen nga niveli më i lartë i testosteronit.

Në moshat e treta me shëndet të mirë zakonishtë mund të merren normal sedimenti 1-20 mm/orë për meshkuj midis 60-70 vjeç dhe 1-30 mm/orë për femra të po kësaj moshe.

Përpara se një vlere e ERS të quhet normale do të duhet paraprakisht të trajtohet kampioni i analizuar në mënyrë korrekte dhe këtu kemi parasysh:

- kampioni duhet punuar sa më herët, çdo vones e punimit mbi 2 orë nga koha e marrjes se kampionit shoqërohet me rezultat jo-normal.

- temperatura e ambientit ku realizohet egzaminimi duhet të jetë midis 16-20 gradë

- nëse kampioni që i nënshtrohet egzaminimit është e ruajtur në e frigorifer (jo në ngrirje) para se të thithet në pipetën e sedimentit ai duhet të lihet në temperaturën e dhomës për të homogjenizuar dhe njëtrajtësuar (nuk është e këshillueshme por vetëm në raste ekstreme)

- pozicioni i pipetës duhet të jetë perfekte në mënyrë perpendikulare pasi çdo devijim do ndikonte në rezultat.

- përdorimi i kontraktivëve oral shoqërohet me një rritje të lehtë të ERS.

- në anemin makroitare mund të konstatohen elemente që nuk precipitojnë pasi qelizat e mëdha precipitojnë më ngadalë. Kujdes duhet treguar në interpretimin e ERS në pacient të njohur me anemi drepanocitare.

- në rastet e dyshuara për prezencë të krioglobulinave duhet që egzaminimi të realizohet në dy kushte njëri në mjedis dhomë dhe tjetri në temperaturë 4 grade në frigorifer cka do shoqërohet me rënie më të shpejtë të ERS në kampionin e vendosur në frigorifer.

VLERA INTREPRETAIVE e ERS

Faktori fiziologjik që ndikon në shpejtësinë e ERS është gravidanca. Ai rritet në fund të muajit të tretë dhe rri i tillë gjatë gjithë shtatzanisë (mund të kalojë 2 ose 3 fishin e normales) dhe kthehet në normë normalisht pas 2-3 muaj nga përfundimi i shtatzanisë. Shpjegimi i këtijë ndryshimi të

ERS mund të shpjegohet me rritjen e volumit plazmatik çka është situat normale gjatë shtatzanisë.

- Rritje e lehtë e ERS konstatohet gjatë periudhës së menstruacioneve

- Rritje e ERS kostatohet në patologjitë infektive të karakterizuara me dekurs subakut dhe akut, gjendje febrile e zgjatur, infeksione bakteriale, TBC,bruceloze, Leishmanie, Malarie

-Rritje ERS konstatohet në proceset inflamatore autoimmune si Artrit Rheumatoid, Lupus Eritematoz etj.

-Shoqërohen me rritje të vlerave të ERS patologji që kanë destruksion të indeve apo nekrozë të tyre si nekrozë ischemike, kirurgji të ndryshme, infarct miokardi, perikardit,

-Në tumoret e ndryshme malinje sidomos të shoqëruar me presencë metastazash dhe /ose fenomene degjenerative konstatohet një ERS shumë i shprehur. Në limfomën Hodgkin është një element ndonjëher i vetëm dhe paralajmerus i kësaj patologjie

-Patologji që shoqërohen me disproteinemi por jo me natyrë inflamatore japin ERS të lartë. Të tilla janë mieloma multiple, makroglobulinemia Valder-Schtrum

-Anemite e shprehura shoqërohen me modifikim të vlerave të prezantuara me ERS në vlera të larta.

-Rrtije ERS konstatohet në :intoxikim nga metalet dhe medikamentet, nefritet, hipotiroidizëm dhe hipertiroidizëm

-Duhet marrë në konsiderat në interpretimin e ERS ndikimi i përdorimit të medikamenteve, kështu dallojmë:

Ndikon në rritjen e vlerave të ERS përdorimi i aspirinës, karbamazepinës, cephalosporinës, fluvastatinës, hidralazinës, indometacinës, lomefloxacinës, ofloxacina,

Shoqërohet me ulje vlerave të ERS përdorimi i kortizonikëve, aspirina, kripërat e arit, hidrokliklorokina, prednizoloni, antiinflamatorët-jo steroid, prednizoni, tamoxifeni, sulfasalazina etj.

Theksojmë se ERS është një element i mirë i ndjekjes së fazës së parë të procesit të sëmundjes por në fazën e rikuperimit të saj jo gjithnjë ai stabilizohet menjëherë me shërimin e sëmundjes. Njëkohesishtë një rritje e tij mund të duket “e parakohëshme” kur të dhënat e tjera mungojnë (sidomod në proceset malinje) por na del për detyrë te eksplorojme rastin dhe ta kemi nën vëzhgim pavarasisht se nuk i kemi të gjitha të dhënat plotësuese të diagnostikimit apo nuk gjejme vater infektive (gjithcka do intepretohet në bazë të klinikës)

NEKROLOGJI

Prof. Dr. Skënder ÇIÇO

1922 – 2012

Me datë 23 qershor u nda në menyër të papritur nga jeta Prof. Dr. Skender Çiço, pedagogu i histologjisë dhe i embriologjisë, njëri nga themeluesit e Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Tiranës.

Prof. Dr. Skënder Çiço ka lindur më 30 mars 1922 në Gjirokaster ku kreu me sukses shkollën fillore ndërsa gjimnazin e përfundoi në Tiranë. Në vitet e rinise ai u rrjeshtua në krahun

e forcave përparimtare të kohës, si një aktivist i luftës antifashiste nacional-çlirimtare. Ne vitin 1946 filloi studimet ne Fakultetin e Mjekësisë të Lubianës, të cilat i përfundoi në vitin 1953 në Odesë.

Pas përfundimit të studimeve të larta në mjekësi dhe kthimit në Atdhe, Prof. Skënder Çiço u emrua pedagog i lëndës së Histologji- embriologjisë për të cilën hodhi themelet e punës që vijoi në vitet që rrodhën më pas. Ai ka punuar me profesionalizëm dhe përkushtim të rrallë për konsolidimin e kësaj lënde dhe më vonë, të katedrës së Anatomi- Histologjisë. Ai ishte për 25 vjet shefi i Katedrës së Histologji-Embriologjisë dhe për një periudhë të gjatë dhe i Katedrës së Anatomi-histologjisë, sot Departamenti i Morfologjisë. Për një periudhë 10 vjeçare Prof. Skënder Çiço ka qenë Zv. Dekan i Fakultetit të Mjekësisë dhe Antar i Këshillit Shkencor të Fakultetit të Mjekësisë.

Kolegët dhe nxënësit e mbajnë mend Prof. Skënderin si të parin nga pedagogët e lëndës praktike në Fakultetin e Mjekësisë që dha një kontribut të çmuar në mjekësinë praktike, siç ishte ajo e citologjisë eksfoliative.

Prof. Dr. Skënder Çiço ishte jo vetëm një nga bashkëpedagogët e parë të Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Prishtinës, por njëherësh përfaqësues i shtetit Shqiptar në organizma ndërkombëtare. Ai ishte një pedagog i talentuar, një kuadër me kualifikim profesional të lartë, një hulumtues i palodhur, punonjës tepër korrekt. Ai ishte një shembull i punës së gjithanëshme në Fakultetin e Mjekësisë dhe i njeriut të mirë që la gjurma të paharruara në disa gjenerata mjekësh. Ka punuar pa u lodhur për konsolidimin e programeve të Fakultetit të Mjekësisë, për përzgjedhjen e kuadrit të ri në Fakultet dhe për kualifikimin e tyre. Ka dhënë shembullin e tij edhe në fushën e botimeve si autor i 7 teksteve dhe monografive dhe i një numri të madh artikujsh shkencorë. Për merita ai mban medalje lufte dhe pune.

Deri në muajt e fundit të jetës, Prof. Dr. Skënder Çiço ishte aktiv, me të njejtat cilësi të respektit për shokët, miqtë dhe kolegët, për të cilët shkroi me respekt e dashuri.

Miqtë, shokët, kolegët dhe ish-studentët, shprehin dhimbjen për humbjen e Prof. Dr. Skënder Çiços duke e bashkuar atë me dhimbjen e familjarëve.

Din Abazaj, Xheladin Ceka, Gëzim Boçari,
Faik Toska, Drita Osmanlliu
Këshilli i U.M.SH-së Rajoni Tiranës.

Prof. Dr. Xhelal KURTI

1926 – 2012

EULOGJI PROFESOR KURTIT

"PATRON CUM MENTOR"

Profesor Xhelal Kurti krijues i neurokirurgjise shqiptare u shua ne moshen 86 vjecare ne paqe me vetveten e te dashurit e tij. Me origjine bejleresh nga Kurtet u edukua me ndjenje patriotike te thelle.Gjimnazist i Tiranës ne konfliktin e luftes se dyte botrore i orientuar nga Shyqyri Mulleti rreshtohet ne moshen 17 vjecare se bashku me te vellane Safetin ne formacionin e çetes se Pezes. Ky aksion i hershem patriotik i tij e diferencoi nga komunizmi dhe totalitarizmi qe pasuan, duke mbetur i palekundur ne shpirtin e tij. Orwelli ne "The lion and the unicorn socialism and english genius" pershkruan te njejten siuate ku dalloheshin mire qendrimet e patrioteve angleze nga majtistet, komunistet, fabianistet gjate Luftes II. Boterore.

Studjoi mjeksine ne Budapest, afeksionin per ate qytet e per hungarezet e shprehu pa rezerve gjate gjithë jetes se tij me doze te forte humori. Nder te vetmit u specializua per neurokirugji ne Çeki prane Profesor Peter per tre vite me rradhe dhe emri i tij eshte i afishuar ne biblioteken e Hradec Kralovit. I kthyer ne atdhe pas ruptures me bllokun sovjetik krijon Klinikën Universitare te Neurokirurgjise ne 1964, specialitet i veshtire per nje vend te vogel qe po shkonte drejt autarkise. Sherbeu dhe perhapi ne te gjithë territorin konceptet neurokiurgjikale te traumes kraniale e medulare tek kirurget e neurologet e nderkohe nisi perpjekjet per paisje e per formim ekipi. Aplikuesi i vertete i elektoencefalografise, arteriografise, mielografise ne Shqiperi ju erdhi shume ne ndihme te semureve ne diagnostikimin e semundjeve te trurit e te palces. Evidencat e mbrojtjen nga vanitoze e Alfiere qe u perpoqen t'ja rrembenin rezultatin. Nderhyrjet neurokiurgjikale te para i kreu ne kushte te veshtira e ne perballje me opinione shpesh jo shume te favorshme, megjithate vendimarrja, pragmaticiteti, terheqja perpara nxitimit ose arritjes se rezultatit me çdo kusht ishin karakteristikat kryesore qe e dalluan si kirurg i mirfillte e i persosur. Agnostik e i vertete krijoi shoqerine e tij me personazhet me te njohur te mjeksise te cilet ndjeheshin te gezuar ne pranine e tij te natyrshme e plot humor duke u lene te kuptohej se keshtu do te zbusnin "ferocia animi". Perpjekjet e parreshtura ne zhvillimin e neurokiurgjise i kishte preokupim pothuajse ditor qe si neurokirurg i gjenerates se trete kam pasur privilegjin ta jetoj duke pare kembenguljen, pasionin per teknologjite e reja dhe me kryesorja perspektiva per te rinjte, shpesh citonte Seneken "*qe te drejtosh duhet te mposhtesh ziline*"

Me shpirt liberal megjithese drejtoi nen diktature nuk ngurroi lidhjet nderkombtare me figurat si Emil Pasztor, Raymond Houdart, Beniamino Guidetti, Jean Brihaye, G.P.Cantore, te cilet e mbeshteten ne te gjithë forumet nderkombtare duke bere te njohur neurokiurgjine shqiptare qe ajo tashme ishte realitet. Ne relacionet me Fakultetin e Mjeksise divulgoi ne ciklin e dyte, te trete e ne edukimin e vazhdueshem taksonomine neurokiurgjikale. Se bashku me Pappariston, Gacen, ishin mbrojtjes te modelit te shkollës se librit te perkthyer ku edhe aty shprehnin rezervat ne redaktoret. Sherbimi Universitar i Neurokirurgjise eshte tashme nje institucion mbarekombtar ku nen portikun e emrit Profesor Kurti lexoni:

"BANOJ NE SHTEPINE TIME, KURRE NUK KAM IMITUAR NDOKEND, E DO TE TALLEM ME GJITHE MJESHTRIT QE NUK U TALLEN ME VEHTEN E TYRE"

La Gaya Scienza. Nietzsche

Homazhet tona per Zonjen Eli, Minerven, Philippe, Benoit, Julien, niperve e mbesave.

*Mentor Petrela
Profesor i Universiteteve Paris*

Dr. Engjëll VESHI

1942 – 2012

Lindi në Lavolar të Oparit në rrethin e Korçës. Pasi kreu Shkollën e Bashkuar “Skënderbej” vazhdoi studimet e larta në shkollën e marines të ish Bashkimit Sovjetik. Ndërprerja e studimeve si për shumë studentë të tjerë në vitin 1960, e detyroi ti vazhdonte ato tashmë në mjekësi, që i përfundoi me sukses në vitin 1969.

Dr. Engjëll Veshi që në vitet e para të jetës profesionale punoi me pasion në fushën e dermatologjisë dhe sëmundjeve tumorale të lëkurës, deri në vitin 1975. Më pas deri në vitin 1988

punoi në Rrëshen të rrethit të Mirditës si dermatolog ku mbahet mend si mjeku që hapi për here të pare shërbimin e dermatologjisë. Nga viti 1988 deri në 1999 punoi me detyrën e mjekut dermatolog pranë Qendrës Shëndetësore nr.3 të specialiteteve të Tiranës.

Dr. Engjëll Veshi ishte specialist që e deshi dhe punoi me pasion në specialitetin e tij, në të gjitha detyrat që ju caktuan si mjek specialist me të sëmuret, ashtu edhe si Kryetar I Komisionit Mjeko-ligjor të dermatologjisë. Ishte një aktivist i mire shoqëror, nga viti 1992 deri 1998 sekretar i Sindikatës së Mjekëve. Ai ka qenë përfaqësues i vendit tone në mjaft aktivitete shkencore brenda dhe jashtë vendit si në Turqi, Francë, Greqi dhe Svicër. Dr. Engjëlli është aktivizuar në simpoziumet për sëmundjet e lëkurës te të rinjtë në kuadrin e Caritasit si dhe ka botuar artikuj e referuar në sesione shkencore të fushës së dermatologjisë.

Ndarja nga jeta e Dr. Engjëllit krijoi një pikëllim për familjen, miqtë, kolegët dhe njerëzit që ndihmoi aq shumë.

Aqif Gjokutaj, Spartak Themali, Alqi Jani , Bardhi Çipi, Ilia Shano .
Këshilli i UMSH-së Rajoni i Tiranës

Dr Besnik SMOKTHINA

1953 - 2012

Me datë 23 Prill 2012 u nda papritur nga jeta doktor Besnik Feti Smokthina.

Dr Besnik SMOKTHINA me origjinë nga Smokthina e Vlorës, ka lindur ne 29 /05/1953 ne Tirane, ne nje familje ushtarakësh të nderuar. Ka kryer shkollën e mesme “Petro Nini Luarasi”, ne vitin 1972. Me pas ndoqi Fakultetin e Mjekesise qe e perfundoi ne vitin 1978.

Stazhin e ka kryer ne Spitalin e Lezhes. Nga Shtatori i vitit 1979 deri ne vitin 1988 ka sherbyer si mjek ne fshatrat e rrethit te Lezhes. Në 15 Shtator te vitit 1988 e deri ne fund te jetës ai ka punuar si Mjek ne Qendren Shendetesore Arbane te Komunes Vaqarr, rrethi Tirane.

Gjate gjithë kesaj kohe, kolegu Smokthina ka punuar me devotshmeri dhe përkushtim ne sherbim te pacienteve te tij. Punetor, i palodhur, human, shpirtmadh, profesionist i zoti dhe qytetar i nderuar. Bashkeshort, prind dhe shok i mire.

I tille ka qenë dhe do te mbetet mjeku Besnik Smokthina.

Me ndarjen e parakohshme nga jeta, Ne humbëm kolegun dhe bashkepunetorin, Familja humbi njeriun e saj te shtrenjte, pacientet dhe komuniteti i Arbanes, humbën mjekun me përvojë dhe mikun e shtëpisë qe i ka këshilluar dhe mjekuar për vite me rradhë, pa interes.

Dr. Roland Dollmeni, Dr. Majlinda Murati, Dr. Tushe Damjani
Dr. Gjergji Sevdari, Dr. Sami Kasa, Dr. Lejla Shehu, Dr. Violeta Leli
Keshilli i UMSH – Qarku Tirane

Dr. Gjovalin STANAJ

1944 - 2012

Dr. Gjovalin Stanaj ka lindur me 7. 4. 1944 , ne Shkoder .

Ne vitin 1967 eshte diplomuar mjek i pergjithshem ne Fakultatin e Mjekesise , Universiteti i Tiranes. Eshte emeruar ne rrethin e Matit , ne nje zone te thelle te Martaneshit , ku ka punuar per 7 vjet . Aty Dr. Gjovalini u formua si mjek nga ana pfofesionale , duke treguar nje sjellje me etike te larte mjekesore , me profesionalizem dhe me nje humanizem te larte , qe e ben ate te mbahet mend gjate nga te semuret dhe familjaret e tyre te asaj zone te thelle dhe te veshtire .

Pas kesaj periudhe te punes ai transferohet ne rrethin e Durresit, por per arsye absurde te asaj kohe e emerjone ne Spital – Polikliniken e Rrogozhines, ku qendroi per afro 4 vjet, kohe e cila ndikoi qe ai te mos specializohej , kete here per arsye `` kriter moshe `` .

Vetem ne moshen 34 vjec Dr. Gjovalini vjen ne Durres ku emerohet ne Poliklinike , ne Sherbimin e Urgjences . Ketu ai ka punuar per 6 vjet , ku eshte spikatur si nje mjek me profesionalizem dhe humanizem te larte . Ai bashke me 6 mjek te tjere te Urgjences ka dhene nje ndihmese te madhe ne riorganizimin e ketij sherbimi shume te rendesishem dhe te veshtire .

Per arsye shendetesore ai ka punuar me pas mjek ne ndermarrje te ndryshme te Durresit .

Ne vitin 1989 punon ne Kantjerin Detar Durres , nje ndermarrje me permasa te medha , me nje numer shume te madh punonjesish . Edhe ketu Dr. Gjovalini , me eksperiencen dhe deshiren per pune ka dhene nje ndihmese te madhe ne mjekimin e punonjesve te semure , dhe vecanerisht ne drejtim te profilaksise , depistimit dhe kartelizimit te gjithe punonjesve .

Pas suprimimit te vendit te punes mjek ne Kantjerin Detar , si per ironi te fatit , nga lojrat partiake ne vitin 2007 , Dr, Gjovalini mbetet pa pune .

Vitet e fundit ka punuar mjek familje ne Durres , deri ne daljen ne pension .

Dr. Gjovalin Stanaj ka dhene nje kontribut te ndjeshem qysh ne fillimet e levizjeve demokratike ne vendin tone . Per 16 vjet ai ka qene ne drejtim te levizjes sindikale (BSH) , gjithashtu pjesmarres ne dy greva urije , si dhe ka shkruar ne gazetate demokratike te kohes .

Dr. Gjovalini doli ne pension me nder e dinjitet , duke dhene nje kontribut shume te madh ne fushen e mjekesise primare , ate te sherbimit ambulator dhe preventive .

Ai do te mbahet mend gjate per kontributin e dhene si nje mjek me aftesi profesionale dhe etiko – mjekesore .

Vdekja e tij ka pikelluar familjen e tij , shoket e miqte , koleget , dhe sigurisht te gjithe pacientet dhe familjaret e tyre , qe ai i ka sherbyer me devocion e profesionalizem .

Keshilli Rajonal i Urdhrit te Mjeksve-Durres

Dr. Sadik JUSUFAJ

1949 - 2012

Në maj të vitit 2012 u nda nga jeta Dr. Sadik Jusufaj, ekspert mjekoligjor dhe specialist okulist i rrethit të Lezhës, duke lënë në pikëllim familjen, mjekët dhe të gjithë opinionin e rrethit të Lezhës si dhe mjekët ligjorë të gjithë Shqipërisë ku Dr.Sadiku zinte një vend të nderuar.

Dr.Sadiku lindi me 09.05.1949 në Shkodër. Më pas u arsimua në shkollën e mesme të përgjithshme “Hydajet Lezha”, në qytetin e Lezhës, ku dhe spikati me aftësitë e tij të veçanta në njohjen e shkencave të natyrës.

U diplomua në këtë shkollë në vitin 1967. Pas mbarimit të studimeve të mesme, iu dha e drejta e studimit për mjekësi në Universitetin e Tiranës, ku u diplomua me rezultate të larta si Mjek i Përgjithshëm në vitin 1972.

Ndihmesën e tij të parë si mjek e dha në fshatrat e thella të Lezhës , ku dhe punoi me një përkushtim të thellë deri në vetëmohim ne sherbim të funksionit human të profesionit që zoteroi.

Gjatë kohës së sherbimit të tij në këto fshatra , nga viti 1972-1980, u identifikua si karakter i veçantë dhe mjaft kërkues ndaj vetes dhe në shërbim të evoluimit të njohurive të tij në shërbim të njerëzimit.

Pambarimisht kërkues ndaj dijeve të veta dhe zhvillimit të tij intelektual mbrojti shkëlqyeshëm gjuhën frenge pranë Universitetit të Tiranës në vitin 1986. Në vitin 1983 përfundoi specializimin e plotë pasuniversitar në fushat e Anatomisë Patologjike dhe Mjekësisë Ligjore dhe më pas në vitin 1994 përfundoi specializimin e plotë pas universitar në fushën e okulistikës në fakultetin e

mjekësisë pranë Universitetit të Tiranës. Në vitin 1996-1997 u specializua në Kirurgjinë Okulistike në Lozanë të Zvicrës. Për të dy këto specialitete sherbeu me një devotshmëri dhe impenjim të jashtëzakonshëm në spitalin Rajonal të Lezhës që prej vitit 1982. Në vitet 2006-2008 u emërua Zevendesdrejtor në Spitalin Rajonal të Lezhës, deri më 17.12.2010, kur sëmundja rrezoi një karakter superenergjik , pozitiv, dashmir dhe të pashtershëm.

Dr. Sadik Jusufaj ishte gjithashtu një bashkëshort dhe prind I përkryer ndaj tre fëmijëve të tij, sidomos shumë i përkushtuar ndaj njëres prej vajzave, e cila nënë nxitjen e tij mbaroi me sukses fakultetin e mjekësisë duke u specializuar më pas në fushën e hematologjisë. Dr.Sadiku, gjithnjë i buzëqeshur dhe i dashur do të lerë për të gjithë në kolegët e tij, familjen dhe rrethin shoqëror ku jetoi dhe punoi, kujtimin e një profesionisti të vërtetë të gërshtuar me nivelin me të lartë të modestisë dhe thjeshtësisë, adaptimit me kujdes edhe me njerëzit e thejstë, e gërshtuar kjo me sinqeritet të pakufishëm, që gjithnjë shkuan paralelisht me gatishmerinë për të ndihmuar këdo që kishte nevojë për të.

Prof.Dr.Bardhyl Çipi, Prof.Dr.Sokrat Meksi, Dr.shk. Besim Ymaj,
Dr.Fatos Sinani, Dr.Elmaz Shaqiri, Dr.Admir Sinamati, Dr.Zija Ismaili
Këshilli U.M.SH.Rajoni Lezhë

Dr. Stom. Agron KUZUMI
1935 - 2012



Agroni lindi në Berat, më 15 nëntor 1935 në një familje të nderuar intelektuale e me traditë të theksuara patriotike e atdhetare. Atje ai kreu shkollën fillore dhe 7 vjeçare dhe u brumos me normat me të mira të edukatës familjare dhe respektit qytetar. Babai i tij ishte mjek dhe kultivoi të Agroni dashurinë për familjen, vendin , dashurinë për njeriun, respektin për të dhe angazhimin për të lehtësuar dhimbjen dhe hallet e tij.

Agroni mbaroi studimet e mesme në Tiranë , në atë shkollë që ishte fidanishtja e kuadrove të para mjekësore të pas lufte , ku u pergatit profesionalisht dhe u brumos si njeri. Por interesat e tij për shkencën dhe profesionin ishin shumë me të gjera. Kështu në fillim të viteve 60-te ai shkoi për studime jashtë shtetit, në Çekoslovaki. Për arsye të kohës, ai i ndërpreu studimet jashtë dhe u kthye për të përfunduar ato në Tiranë. Ishte një student i shkelqyer në kupimin e plotë të kësaj fjale, një model i korrektesës e përkushtimit ,i sakrificës dhe respektit për kolegët dhe pedagogët. I vecantë në rregullshmerinë e tij të pashoqe dhe në sistematikën e kryerjes së veprimeve ai ishte shembulli që në donim të ndiqnim dhe duke qenë paksa më të ri në moshe ai ishte dhe mbeti modeli ynë me i mirë.

Me perfundimin e studimeve ne Fakultetin e Mjekesise ne Qershor te vitit 1969, Agroni u diplomua mjek Stomatolog. Mbi 40 vjet ai sherbeu si Stomatolog ne institucione e reparte ushtarake dhe sherbeu me devocion e humanizem te rralle. Ai pati nje mision: te qetesonte dhimbjen e te tjereve, ta bente shendetin dhe jeten e tyre me te mire. Shpesh duke ju perkushtuar ketij misioni ai harroi dhimbjet dhe shendetin e tij. Agroni ju perkushtua ketij misioni dhe e realizoi plotesisht ate. Ai ishte i lumtur per kete sepse sic do te na thoshte shpesh e kush mund te mos jete i lumtur, kur jeten e tij ja kushton shendetit dhe lumturise se te tjereve.

Agron Kuzumi do te mbahet mend jo vetem si modeli me i mire i rregullshmerise dhe i korekteses ne pune e ne jete, por dhe i virtyteve me te larta njerezore qe ne te tjeret i permendnim, ndersa ai i kishte e i meshironte me se miri.

Me nje portret elegant e sjellje fisnike atij i kishte hije. I kishte hije uniforma ushtarake qe e mbante si rralle kush, i kishte hije bluza e bardhe, fjala e embel, dora e lehte, buzeqeshja fisnike dhe vepra e mire qe ate e shoqeruan gjithë jeten , ndersa frymezuan shoket, miqte dhe familjen, veçanrisht femijet e tij.

Agroni u martua me nje kolege, Dr.Engjellushen, po ashtu nga nje familje e njohur e me tradita. Ata linden dhe rriten dy femije, Eminin dhe Denalden; te urte, te sjellshem, te perkushtuar e te respektuar si prindet e tyre dhe sic Agroni i deshi.

Agron Kuzumi u nda fizikisht prej nesh. Ai do ti mungoje familjes, miqeve, shokeve, klinikes ku punoi, pacienteve qe e deshen aq shume, kreut te tavolines ku ne shoket e klases kishim deshire ta kishim gjithmone. Do te na mungoje fjala e tij e embel dhe portreti i tij shembullor, mjekesise shqiptare do ti mungoje nje figure e spikatur e me humanizem te pa shoq.

Ai la midis nesh familjen e tij te mrekullueshme, pasardhesit, njeri prej te cileve , eshte kolegu yne i respektuar dhe punon ne Kliniken Stomatologjike Universitare. Ata kane arsye te krenohen me te, ndersa ne shoket e tij i jemi perjetesisht mirenjohes.

Kujtimi dhe shembulli i tij do te rrojne perjete. Homazh per jeten dhe vepren e njeriut te mire Agron Emin Kuzumi.

Prof. AS. Dr. Nazmi Koci, Dr. Dashamir Karalliu, Dr. Nikoll Bushi

UDHEZIME PER AUTORET

Në BULETININ e UMSH-së ftohen dhe mund të shkruajnë artikuj të gjithë mjekët dhe stomatologët e Shqipërisë, si dhe kolegë nga vende të tjera.

Materialet dorëzohen pranë Këshillit Kombëtar të UMSH-së (Sekretariati i Buletinit) të regjistruara në disketë PC.

Autorët, në hartimin e materialeve duhet të mbajnë parasysh plotësimin e kërkesave të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, si dhe të plotësojnë disa kërkesa redaktoriale.

Paraqitja e materialeve:

Artikujt duhet të shtypen në disketë PC, me hapësirë dyfishë midis rrjeshtave.

Materiali të dorëzohet në disketë i shoqëruar me tabela, foto, materiale ikonografike, bibliografi ose dërgohet në internet në adresën: albmedorder@albmail.com.

Në fillim të materialit të shënohet TITULLI, i cili në mënyrë të përmbledhur reflekton përmbajtjen e temës; më poshtë shënohet emri (emrat) i autorit (autoreve), grada ose tituj shkencorë, adresa e institucionit të punës.

Buletini i UMSH-së pranon të botojë:

- > Artikuj redaksionalë;
- > Artikuj që lidhen me aspekte sociale, të etikës dhe deontologjisë mjekësore;
- > Artikuj për probleme organizative, informacione të veprimtarisë administrativo-menaxheriale, juridike, etj.;
- > Veprimtari kombëtare dhe ndërkombëtare të UMSH-së dhe të institucioneve shëndetësore të vendit;
- > Paraqitje përgjithësuese dhe tematikë të veçantë mjekësore me interes më të gjërë për komunitetin e mjekëve;
- > Të reja shkencore të mjekësisë;
- > Nga historia e mjekësisë (botërore dhe e vendit);
- > Letra nga lexuesit;
- > Pyetje dhe përgjigje për çështje të etikës, deontologjisë dhe zbatimit të standardeve profesionale mjekësore.

Materialët që lidhen me përgjithësime dhe tematikë të veçantë mjekësore, mund të shoqërohen edhe me bibliografi, e cila të mos kalojë 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.