



### **URDHRI I MJËKËVE TË SHQIPËRISË ANËTAR I KËSHILLIT EVROPIAN TË URDHRAVE TË MJËKËVE**

### **CONSEIL EUROPEEN DE L'ORDRE DES MEDECINS (CEOM)**

Nr. 3 Shtator - Dhjetor 2017  
Viti i XVIII-të i Botimit



# BULETINI

## I URDHËRIT TE MJEKEVE TE SHQIPERISE

### Misioni i UMSH

*Misioni i Urdhrit të Mjekëve është ruajtja e standardeve të larta në formimin dhe ushtrimin e profesionit në fushën e mjekësisë dhe mbrojtja e pacientëve dhe publikut nga keq-ushtimi i profesionit të mjekut.*

Për të përmbushur misionin e tij, Urdhri i Mjekëve ushtron këto kompetenca:

- a) Mban Regjistrin Themeltar të Urdhrit dhe menaxhon sistemin e administrimit dhe përditësimit të tij;
- b) Vendos standarde etike dhe deontologjike, të detyrueshme për çdo mjek dhe monitoron zbatimin e tyre gjatë ushtrimit të profesionit;
- c) Rivlerëson periodikisht kompetencën dhe performancën profesionale të anëtarit të Urdhrit përballë standardeve të vendosura;
- ç) Nxit arritjen e standardeve të larta në edukimin dhe formimin profesional dhe etik të anëtarëve të Urdhrit;
- d) Bashkëpunon me Qendrën Kombëtare të Edukimit në Vazhdim, institucione të tjera shkencore dhe arsimore për të siguruar standarde të larta në Edukimin e Vazhdueshëm Mjekësor, kualifikimet dhe specializimet pasuniversitare të anëtarëve të Urdhrit;
- dh) Jep dhe heq licencën individuale të ushtrimit të profesionit;
- e) Mbron të drejtat e anëtarëve të Urdhrit, integritetin moral dhe profesional të tyre e të profesionit mjekësor

**Redaktore letrare: Ines Argjiri**

#### **KOLEGJIUMI I REDAKSISË:**

Dr. Dritan TREPÇA - Kryeredaktor

Dr. Faik TOSKA - Sekretar Kolegjiumi

#### **Anëtarë:**

Prof. Artan GODA, Prof. Alfred PRIFTANJI

Dr. Evin DANI, Prof. Jovan BASHO

Prof. Gjeorgjina KULI - LITO

# BULETINI I URDRIT TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË

Nr. 3

Shtator - Dhjetor 2017

XVIII-të i Botimit

## PËRMBAJTJA

### **Editoriali:**

- Brahimaj F., Konsenti: Mjekë dhe pacientë marrin vendimet së bashku

### **Probleme Organizative:**

- Informacion mbi Mbledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH-së, datë 03.11.2017
- Anketa për dhunën ndaj mjekëve
- Informacion mbi Seminarin me Sekretarët e Këshillave Rajonale, datë. 07.12.2017

### **Etikë dhe Deontologji:**

- Çipi B., Kequshtrimi i profesionit mjekësor nga përdorimi i procedurave të gabuara

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

- Argjiri I., Informacion mbi numrin e Krediteve të Edukimit në Vazhdim

### **Veprimtari Ndërkombëtare:**

- Takimi i 24-t i ZEVA; Deklarata e Lubjanës mbi Dhunën ndaj Mjekëve
- Simpoziumi i IAMRA-s 2017
- U mblodh Kuvendi i II-të konsektiv i Asamblesë së “Odës së Mjekëve të Kosovës”
- Anëtarësimi i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë në Këshillin Evropian të Urdhrave të Mjekëve

### **Veprimtari Mbarëkombëtare:**

- Konferenca e XXI-të e Shoqatës Shqiptare të Kardiologjisë
- Konferenca e I-rë Mjekësore e Këshillit Rajonal Shkodër
- Kongresi i 3-të Ndërkombëtar Multidisiplinor Mjekësor (IMCA)

### **Paraqitje Përgjithësuëse:**

- Kalo I., Një mrekulli mjekësore që vazhdon...
- Toska F., Infeksionet Spitalore dhe masat që duhet të merren për uljen e tyre

### **Rubrika e Mjekut të Familjes:**

- Goda A., PCI Primare në Infarktën Akut të Miokardit me ngritje të segmentit TS në EKG (STEMI)
- Lavdari J., Prifti F., Basho J., Hepatiti nga virusi Delta (HDV)
- Gjyli L., Biça L., Gripi dhe impakti i tij në sëmundjet kardiovaskulare
- Dani E., Sëmundja e Peyronie: epidemiologjia, etiologjia, diagnoza dhe mjekimi
- Dyrmishi B., Olldashi T., Lumi E., Cani M., Sulaj H., Ylli A., Kortizoli në Salivë dhe roli i tij në diagnostikimin e Sindromës Cushing

### **Nekrologji:**

- dr. Hektor Çoçoli, dr. Kahreman Harxhi, dr. Agron Gjata, dr. Tika Theodhosi, dr. Asim Ylli, dr. Sotir Milo, dr. Agim Sallaku, dr. Arben Runa, dr. Marije Bruka, dr. Vangjel Stambolliu.

## **KONSENTI: MJEKË DHE PACIENTË MARRIN VENDIMET SË BASHKU**

*Dr. Fatmir BRAHIMAJ*

Duke vlerësuar rëndësinë e jashtëzakonshme të komunikimit mjek-pacient, të drejtën e informimit dhe të marrjes së pëlqimit të të sëmurit po e shtjelloj edhe njëherë këtë problem duke iu referuar modelit britanik.

Në praktikën e sotme të General Medical Council (GMC) Këshilli i Përgjithshëm Mjekësor në UK ku detyrimet etike, morale dhe ligjore janë vendosur prej kohësh, kjo çështje shtrohet pikërisht si një vendimmarrje e përbashkët, pra ***mjekët dhe të sëmurët vendosin bashkërisht***. Besoj se edhe për ne, trajtimi në këtë formë do të ndihmonte më shumë përmirësimin e klimës në marrëdhëniet mjek-pacient, uljen e ankesave nga të sëmurët, zbutjen e krizës së besimit dhe minimizimin e presionit ndaj bluzave të bardha, minimizimin e dhunës verbale e fizike.

Vendimmarrja e përbashkët tejkalon kërkesat e “Praktikës së mirë mjekësore” ku kërkohet thjesht një aprovim nga i sëmuri apo kujdestari i tij i ligjor përpara se të fillohen procedurat diagnostikuese, mjekuese, përfshirja e të sëmurit në procesin e mësimdhënies me studentët e mjekësisë apo referimi në studime kërkimore shkencore.

Ky model trajtimi ka parimet bazë ku mbështetet vendimmarrja klinike e përbashkët. Tërësia e tyre siguron një kornizë të praktikës së mirë që mbulon situata të ndryshme me të cilat mjekët përballen gjatë punës. Ato udhëheqin vendimmarrjen jo vetëm në kontekstin e diagnostikimit dhe të trajnimit, por shtrihen më gjerë në sferën e studimeve, kërkimeve shkencore apo në vendimmarrjen në situatat e fundit të jetës (në ato vende ku ekzistojnë dokumente procedurale ligjore të veçanta).

Kjo metodë nuk neglizhon përgjegjësinë e mjekut për të ruajtur konfidencialitetin e të sëmurit, ruajtjen e sekretit profesional, pra informimin duke respektuar normat etike, morale, profesionale e ligjore. Doja të nënvizoja faktin se tek ne në të ardhmen e afërt duhen disa saktësime ligjore (mbi kush informohet dhe si vlerësohet aftësia për vendimmarrje të përbashkët). Po ashtu, dua të sqaroj se dokumentet procedurale ligjore ju drejtohen mjekëve por kjo ndihmon mjaft të sëmurët dhe publikun për të kuptuar se çfarë ata duhet të presin nga mjekët e tyre.

Sigurisht, thelbësor mbetet gjykimi i mjekut për të zgjedhur qëndrimin e duhur dhe parimet që do të ndiqen në çdo situatë të ndeshur gjatë praktikës. Në këtë formë punohet në partneritet me të sëmurët. Me ta diskutohet gjendja ku ndodhen (me gjithë problematikën shoqëruese) si dhe opsionet e mundshme të trajtimit, në mënyrë që ata të kuptojnë dhe të respektojnë të drejtën e pacientëve për të marrë vendime për kujdesin ndaj tyre. Konsenti i tyre duhet kuptuar si pjesë e rëndësishme e diskutimit dhe e vendimmarrjes, jo të shihet si diçka e shkëputur (e izoluar).

Për të vendosur se sa informacion do të ndash me të sëmurët, duhen marrë në konsideratë edhe dëshirat e tyre (në çfarë mase/shkalle duan ata vetë të informohen). Përgjithësisht informacioni

është në raport me natyrën e gjendjes së tyre, kompleksitetin e investigimit ose trajtimit që propozohet si dhe seriozitetin e çdo efekti anësor, ndërlikimin apo ndonjë risku tjetër të mundshëm.

Dështimet e vazhdueshme dhe serioze për ta bërë si duhet këtë gjë, e vënë mjekun para rrezikut të gjykitimit profesional. Prandaj, ai duhet të jetë i përgatitur ti shpjegojë qartë, kuptueshëm dhe të justifikojë drejt veprimet e propozuara apo të bëra.

## **Parimet**

1. Gjithë kujdesi shëndetësor përfshin vendime të bëra nga të sëmurët dhe ata që ofrojnë kujdesin ndaj tyre. Tërësia e parimeve për vendimmarrjen është brenda praktikës së mirë mjekësore. Këto parime zbatohen në të gjitha vendimet që merren për kujdesin shëndetësor duke filluar nga trajtimet e nozologjive të lehta deri në ato serioze që kërkojnë ndërhyrje madhore me rrisqe, ndërlikime e efekte të padëshirueshme sinjifikante. Parimet aplikohen edhe gjatë bërjes së depistimeve.

2. Cilido qoftë kontesti në të cilën është bërë vendimmarrja mjekësore, duhet të vepohet në partneritet me të sëmurët për të realizuar kujdes të mirë mjekësor. Për këtë duhet:

- a. Të dëgjohet pacienti dhe të respektohet pikëpamja e tij për shëndetin;
- b. Të diskutohet me të sëmurin diagnoza, prognoza, mjekimi dhe kujdesi ku ai do të përfshihet;
- c. Të ndahet me të sëmurin informacioni i nevojshëm që ai do për të qenë pjesë e vendimmarrjes;
- d. Të maksimalizohet mundësia e të sëmurit dhe aftësia e tij për të marrë vendime;
- e. Të respektohet vendimi i të sëmurit.

## **Partneriteti**

3. Që marrëdhëniet mjek pacient të jenë të efektshme ato duhet të bazohen në një partneritet të bazuar në të qenit të hapur, në besueshmëri dhe një komunikim të mirë. Gjithsecili ka rolin e tij në vendimmarrjen mbi trajtimin dhe kujdesin shëndetësor.

4. Nuk do të ketë vetëm një formë (model) diskutimi për trajtimin dhe kujdesin që ti përshtatet të gjithë të sëmurëve në të gjitha rrethanat. Çdo rast ka specifikën e tij. Individë të veçantë duan më pak ose më shumë informacion, ose përfshirje në vendimmarrje, në varësi të rrethanave apo dëshirave të tyre. Disa të sëmurë kanë nevojë për sqarime/mbështetje shtesë për të kuptuar informacionin dhe për të shprehur më pas këndvështrimet dhe preferencat e tyre.

5. Kur të sëmurët kanë aftësi të marrin vetë vendime mund të përshtatet një model bazë:

- a. Mjeku dhe i sëmurë vlerësojnë gjendjen e këtij të fundit duke marrë parasysh anamnezën, pikëpamjet, përvojën dhe njohuritë e tij.
- b. Mjeku duke shfrytëzuar njohuritë e specialitetit, përvojën dhe gjykimin klinik dhe kur i sëmurë kupton gjendjen (problematikën) e tij, zgjidhet rruga e diagnostikimit të plotë, trajtimit si dhe rezultatet e pritshme të rastit. Mjeku i shpjegon opsionet të sëmurit, duke

zbuluar përfitimet e mundshme, rreziqet, ngarkesat dhe efektet anësore për çdo opsion, duke përfshirë edhe opsionin për të mos bërë asnjë trajtim. Mjeku rekomandon atë që i duket si opsion më i mirë për të sëmurin, por asnjëherë ai nuk duhet ti bëjë presion të sëmurit për të pranuar patjetër atë që ai i këshillon.

- c. I sëmuri peshon përfitimet e mundshme, rreziqet dhe ngarkesat e opsioneve të ndryshme si dhe ndonjë çështje jo klinike që lidhet me to. I sëmuri vendos nëse do të pranojë ndonjë nga opsionet dhe nëse po, cilin prej tyre. Ai ka të drejtë të pranojë ose të refuzojë një opsion për arsye që mjekut mund ti duken jo logjike ose fare pa arsye.
- d. Në qoftë se i sëmuri kërkon një trajtim që mjeku e konsideron se nuk do të sjellë përfitimet e pritshme për rastin, ai duhet të diskutojë çështjet me të sëmurin dhe të eksplorojë edhe arsyet pse ai e kërkon atë trajtim. N.q.s. pas diskutimit mjeku akoma konsideron se trajtimi nuk do të sjellë përfitimet e pritshme, atëherë ky trajtim nuk sigurohet, por gjithnjë i duhet shpjeguar të sëmurit arsyet dhe ti jepen detaje për opsione të tjera që janë të mundshme duke përfshirë edhe opsionin për të kërkuar një opinion tjetër.

6. N.q.s. i sëmuri nuk është i aftë të marrë vendime për veten, mjeku duhet të punojë me ata që qëndrojnë pranë të sëmurit, si dhe me pjesëtarët e ekipit mjekësor që kujdeset për të. Mjeku merr në konsideratë çdo pikëpamje apo preferencë të shprehur nga i sëmuri dhe duhet të respektojë ligjin mbi vendimmarrjen kur i sëmuri nuk ka aftësi ta bëjë vetë atë.

### **Marrja e vendimeve për investigim dhe trajtim**

Ndarja e informacionit dhe diskutimi i opsioneve të trajtimit

7. Shkëmbimi i informacionit midis mjekut dhe të sëmurit është themeltar për marrjen e vendimeve të drejta. Se sa informacion ju do ti ofroni të sëmurit, kjo ndryshon në varësi të rrethanave individuale. Ju duhet ta përshtatni diskutimin me të sëmurin në varësi të:

- a. Nevojës, dëshirës dhe prioriteteve të tij;
- b. Nivelit të dijes dhe kuptimit prej tij të gjendjes, prognozës dhe opsionet e trajtimit;
- c. Natyrën e gjendjes/patologjisë;
- d. Kompleksitetin e trajtimit.

8. Ju nuk duhet të hamendësoni për:

- a. Informacionin që i sëmuri mund të dojë ose të këtë nevojë;
- b. Faktorët klinikë apo të tjerë, që i sëmuri mund ti konsiderojë të rëndësishëm;
- c. Nivelin e të sëmurit për dijet apo të kuptuarit e asaj që i është propozuar.

9. Ju duhet ti jepni të sëmurit informacionin që i duhet ose i nevojitet rreth:

- a. Diagnozës dhe prognozës;
- b. Pasiguri (paqartësi) rreth diagnozës ose prognozës, duke përfshirë opsionin për procedura të tjera diagnostikuese;
- c. Opsionit për trajtimin apo menaxhimin e gjendjes, duke përfshirë edhe opsionin e mos trajtimit të saj;

- d. Qëllimin e çdo investigimi apo trajtimi të propozuar edhe çfarë do të përjashtohet në të;
- e. Përfitimet, rreziqet dhe ndërlikimet e pritshme, si dhe mundësia e suksesit për çdo opsion. Këtu futet edhe informimi, n.q.s. është i mundur, kur përfitimet apo rreziqet ndikohen nga zgjedhja e strukturës shtetërore apo mjekut që është zgjedhur për të ofruar shërbimin;
- f. Në qoftë se investigimi apo trajtimi është pjesë e ndonjë kërkimi shkencor apo ndonjë trajtim i ri specifik për rastin;
- g. Personi që është kryesisht përgjegjës apo përfshihet në kujdesin që do ti afrohet, cili është roli i secilit dhe sa do të përfshihen studentët në këtë përkujdesje;
- h. E drejta për të refuzuar pjesëmarrjen në kërkim shkencor, studim apo proces mësimor;
- i. E drejta për të kërkuar një opinion të dytë;
- j. Kostot financiare që do të përballojë;
- k. Ndonjë konflikt interesi nëse mund të ekzistojë tek ju, struktura shëndetësore apo organizata që ofron shërbimin;
- l. Nëse ekziston ndonjë trajtim më i mirë (me më shumë përfitime apo më pak rreziqe) nga ky që ju mund ti ofroni.

10. Ju duhet ti shqyrtoni këto pika me të sëmurin duke dëgjuar mendimet e tij, çfarë ai kërkon dhe të respektoni pikëpamjet, duke e inkurajuar atë të bëjë pyetje.

11. Ju duhet të binden nëse i sëmuri ka kuptuar informacionin që i është dhënë, e nëse ai do akoma më shumë informim përpara se ai të vendosë. Ju duhet t'ja bëni të qartë se ai mund të ndryshojë mendjen në çdo kohë.

### **Përgjigja ndaj pyetjeve**

12. Mjeku duhet ti përgjigjet me ndershmëri pyetjeve të të sëmurit, të jetë praktik apo me plot hollësi në varësi si i sëmuri dëshiron.

13. Arsye për mos dhënien e informacionit të sëmurit.

Ndonjëherë i sëmuri nuk do vetë informacion (doktor ja u kam lënë juve në dorë, ose sqaro familjarët, kushërinjtë apo persona të tjerë).

Gjithmonë nuk duhet harruar se kur i rrituri është i aftë të gjykojë, duhet të sqarohet së pari ai vetë, sidoqoftë gjithmonë duhet ti bindim se personat që përfshihen në informim dhe marrje të konsentit duhet të sqarohen, të kuptojnë çfarë ju thuhet dhe të jenë të përgjegjshëm për vendimmarrjen.

Kur i sëmuri vetë nuk do shumë informacion, por pritshmëritë diagnostike apo mjekuese, nuk kanë përqindje të lartë pozitiviteti, i duhet thënë me takt informacioni për rreziqet apo mundësinë e mosesuksesit. Nëse ai insiston se nuk do të dijë asgjë, atëherë, si në çdo rast tjetër gjithçka dokumentohet dhe i lihet i hapur opsioni se po të ndërrojë mendje në çdo moment ai do të sqarohet me hollësi.

### **Pengesat për informim**

Shpesh thuhet se për të informuar sa dhe si duhet mungon koha e nevojshme. Sigurisht shumë herë kjo është e vërtetë, por zgjidhja gjendet duke përdorur mënyra të tjera, si: informacion të shkruar (sidomos për rastet standarde, të gatshme), ngarkon dhe përfshin pjesëtarë të tjerë të ekipit që kujdeset dhe përfshihet në trajtimin e të sëmurit. Por për këto të fundit duhet të sigurohemi që ata kanë njohuritë, aftësitë dhe komunikimin për ta bërë si duhet dhe të jenë të përgjegjshëm për marrjen e konsentit të të sëmurit.

Gjithmonë është e rëndësishme që mënjanimi i informimit të mos këtë kontekst, të shmangen diskriminimet apo zgjedhjen e të sëmurëve. Kur ka pengesa objektive, duhet të flitet edhe me punëdhënësit e strukturës shëndetësore apo përfaqësues ligjor të saj.

Informimi dhe marrja e pëlqimit të të sëmurit duhet të mos shmangë asnjë aspekt të trajtimit, menaxhimit dhe ndjekjes së tij në të gjitha hallkat dhe stadet e procesit (diagnostikim, mjekim, ndërlikime, efekte anësore dhe rreziqe të mundshme), sidomos kur flitet për pritshmëri që nuk mund të parandalohen apo nuk mund të parashikohen. Të bëhet e qartë dhe të merret pëlqimi edhe për ndryshime planesh, afatesh apo inkonvenienca të mundshme.

Gjithmonë duke u shprehur qartë, kuptueshëm, me takt, mirëkuptim e mirëbesim. Gjithçka sqarohet, kërkohet e realizohet dhe dokumentohet në respekt të ligjeve, rregulloreve, kodit të etikës dhe deontologjisë mjekësore si dhe gjithë rregullave të praktikës së mirë mjekësore duke menaxhuar, zgjidhur e triumfuar në çdo situatë.

Kjo mënyrë informimi dhe komunikimi me të sëmurët apo familjarët ruan dhe forcon atmosferën e mirëkuptimit dhe besimit mjek-pacient, shmang keqkuptimet, ul ndjeshëm ankesat dhe paqartësitë. Duke qenë një vendimmarrje e përbashkët, ndërjegjëson të sëmurët dhe publikun se është ofruar kujdesi dhe shërbimi i duhur pavarësisht nga rezultati i arritur.

## **PROBLEME ORGANIZATIVE**

### **INFORMACION MBI MBLEDHJEN E KËSHILLIT KOMBËTAR TË UMSH-SË, DATË 03.11.2017**

Më 3 Nëntor 2017 në Hotel “Victoria” u zhvillua mbledhja e radhës e Këshillit Kombëtar të UMSH-së.

**Pika e parë** e rendit të ditës të kësaj mbledhje kishte të bënte me Dhunën ndaj mjekëve. Dr. Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve, paraqiti një raport të zgjeruar mbi këtë temë ku theksoi se: *“Për UMSH është imediate bërja e profilaksisë ndaj dhunës. Për këtë së pari duhen nxitur mjekët për respektimin korrekt të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore. Në respekt të tij të ndërtohen marrëdhënie të drejta mjek-pacient nëpërmjet informimit korrekt e të gjithë anshëm, duke siguruar besimin e nevojshëm ndaj mjekut dhe duke respektuar me korrektesë konfidencialitetin e të sëmurit. Duhet në çdo aktivitet të EVM-së apo në grumbullime të tjera mjekësore të flitet për Kodin e Etikës. Këtu ka rëndësi dhe hartimi i rregulloreve të qarta, të plota e korrekte nga administrata e strukturave shëndetësore në mënyrë që të realizojmë*

*sigurimin e një praktike të mirë mjekësore. Mbetet gjithmonë detyrë për ne, evidentimi dhe mbajtja e qëndrimit të duhur ndaj çdo shkelje nga ana e mjekëve.*

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

Gjithashtu, Dr. Brahimaj prezantoi **“Deklaratën mbi Dhunën ndaj Mjekëve – ndryshe Deklarata e Lubjanës,”** miratuar nga Simpoziumi i Dhomave të Mjekëve të Evropës Qendrore dhe Juglindore, në Shator 2017.

Duke qenë se Dhuna ndaj Mjekëve është një fenomen jo vetëm në Shqipëri, një grup pune nga Këshilli Kombëtar duke u mbështetur edhe në një formular i përgatitur edhe më parë nga CEOM ( Këshilli Evropian i Urdhrave të Mjekëve), paraqiti për diskutim Anketën “Dhuna ndaj Mjekëve”, ku u miratua nga ky Këshill duke përfshirë edhe sugjerimet e bëra. Anketa do t’i shpërndahet mjekëve dhe pas përfundimit të plotësimit të saj, do të kemi një informacion më të saktë se në ç’ shkallë është ky fenomen.

**Pika e dytë** e rendit të ditës kishte të bënte shqyrtimin e një kërkesë të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për rishikimin e vlerësimit të kualifikimeve të mjekëve me atashim. Kjo kërkesë u hodh për diskutim dhe pas marrjes së fjalës nga të gjithë anëtarët e Këshillit, kjo kërkesë nuk u miratua, por u vendos që Këshilli Kombëtar të mbetet i hapur për një bashkëpunim ndërinstytucional (Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Klinikat Universitare, Universiteti i Mjekësisë, Ministria e Arsimit, Sportit dhe Rinisë, si dhe UMSH-ja) për zgjidhjen e këtij problemi.

**Pika e tretë** e rendit të ditës kishte të bënte me propozimin e Presidentit të UMSH-së për dhënien e një titulli të përhershëm vlerësues nga Urdhri i Mjekëve dhe me votim unanim Këshilli Kombëtar vendosi për dhënin e ty titujve:

1. Dhënien e titullit *“Nderi i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë”* (për figura të njohura të mjekësisë shqiptare);
2. Dhënien e titullit *“Mirënjohje e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë”* (për anëtarë dhe partnerë që kanë **kontribuar në fushën e mjekësisë**).



## **URDHRI I MJEKËVE TË SHQIPËRISË** **KËSHILLI KOMBËTAR**

Rr “Belul Hatibi” – Poliklinika Nr.10 Tiranë. Tel/Fax.: (04) 2 340 -458

E-Mail.: [albmedorder@albmail.com](mailto:albmedorder@albmail.com)

## ANKETË

(kjo anketë është anonime dhe duhet të plotësohet vetëm nga anëtarët e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë)

### 1- A jeni ndeshur me fenomene dhune gjatë ushtrimit të profesionit?

**PO**

**JO**

- Nëse **JO**: kaloni tek pyetja #2

- Nëse **PO**, mund të tregoni:

Qyteti/Fshati: .....

Viti (*nëse e mbani mend*) .....

Numri i rasteve të ndodhura: .....

Vendi ku ka ndodhur dhuna (*në dhomën tuaj të punës, shtëpinë e pacientit, spital, pavijon, urgjencë, shërbim ambulator, etj..*)

.....

.....

Lloji i dhunës (*fizik, verbal, presion psikologjik, të tjera*)

.....

.....

Lloji i ushtrimit të dhunës (*nga pacienti apo të tjerë*)

.....

.....

.....

Profili juaj (*mosha, seksi, specialiteti*)

.....

.....

Profili i dhunuesit (*i njohur/i panjohur, gjendja psikike, varësi ndaj drogave, etj..*)

.....

.....

.....

Arsyeja e dhunës së ndodhur (*dokumente mjekësore, pritje shumë e gjatë, mitmarrja, mungesa në punë të analizave, testeve diagnostikuese, mjekimeve, etj..*)

.....  
.....  
.....

Pasojat (*asgjë, dëmtime të rënda për shëndetin, paaftësi për punë, tjetër*)

.....  
.....  
.....

Të tjera?

.....  
.....  
.....

**2- Në institucionin ku punoni a keni mjete parandaluese (siç janë posterat, broshura, koordinator të sigurisë, trajnime për menaxhimin e konfliktit, etj..)?**

**PO**

**JO**

- Nëse **JO**: kaloni tek pyetja #3
- Nëse **PO**, mund të tregoni:

Postera

.....  
.....

Broshura

.....  
.....

Sa e pranishme dhe sa ndihmon policia private për parandalimin dhe menaxhimin e rasteve të dhunës?

.....  
.....  
.....

Trajnime për menaxhimin e konfliktit

.....  
.....

A ka pasur prani të policisë kur keni kërkuar ndihmë?

.....  
.....



punën e tyre për t'u ardhur në ndihmë jo vetëm anëtarësisë së Urdhrit të Mjekëve, por edhe publikut.

Seminari u hap nga Zv. Presidenti i UMSH-së Dr. Dritan Trepça dhe Sekretaria e Përgjithshme Kontilia Rapo, ku përveç se bënë një përmbledhje të shkurtër të punës së Urdhrit, parashtruan dhe temat që do diskutoheshin.

Pika e parë kishte të bënte me një prezantim të shkurtër të Regjistrit të ri Kombëtar të Mjekëve, i cili është bërë me një mbështetje financiare nga Ambasada Zvicerane në Tiranë, prezantim ky nga IT e Këshillit Kombëtar Znj. Lolita Borova. Znj. Borova shpjegoi mënyrën e funksionimit të këtij regjistri, hedhjen e të dhënave të mjekëve, marrjen e statistikave në një kohë rekord, si dhe roli i sekretarëve të Këshillave Rajonale në këtë Regjistrë. Pas pyetjeve dhe diskutimeve u kalua në temën e dytë që kishte të bënte me ankesat dhe përgjegjësitë e Sekretarit të Këshillit Rajonal në pranimit e tyre, prezantim i shkurtër i bërë nga Sekretaria e Përgjithshme Kontilia Rapo dhe Juristi Ilir Reka.

Pika e tretë dhe më e diskutueshme kishte të bënte me Edukimin e Vazhdueshëm Mjekësor dhe roli i Sekretarëve në këtë proces. Ky prezantim u paraqit nga Dr. Ines Argjiri, specialiste e fushës dhe Znj. Lumnije Ushtelenca, Shefe e Sektorit Administrativo-Financiar. Dr. Argjiri theksoi rolin e UMSH-së dhe të sekretarëve të Këshillave Rajonale në këtë proces, mbështetjen ligjore, si dhe paraqiti raportet vjetore të QKEV për mjekët me kredite dhe pa kredite për ciklin e dytë.

Tema e fundit e këtij seminari kishte të bënte me forcimin e bashkëpunimit të Këshillave Rajonale me Institucionet Shëndetësore të Rajonit.

## **ETIKË DHE DEONTOLOGJI**

### **KEQUSHTRIMI MJEKËSOR NGA PËRDORIMI I PROCEDURAVE TË GABUARA**

*Prof. Dr. Bardhyl ÇIPI  
Katedra e Mjekësisë Ligjore, UM*

Një titull i tillë, menjëherë të bën të mendosh se rastet e kequshtrimit të profesionit mjekësor u përkasin pakujdesive dhe neglizhencave mjekësore të cilat janë shtuar shumë në kohën e sotme, gjë që shpjegohet edhe me faktin që përparimet e mëdha të shkencave biomjekësore të dekadave të fundit janë shoqëruar me një rritje të theksuar të kërkesave dhe pretendimeve të njerëzve në kurimin e sëmundjeve të tyre.

Kjo çështje, po të shihet në një këndvështrim historik, që nga lashtësia ka pasur shumë raste të kequshtrimit mjekësor nga përdorimi i procedurave të gabuara për shkak të mungesës së njohurive mjekësore, ndonëse të vazhdueshme kanë qenë përpjekjet e mjekëve për kurimin e sëmundjeve.

Në të vërtetë, mjekët e Greqisë së Vjetër i kanë dëmtuar më pak pacientët se mjekët e periudhave të tjera të historisë njerëzore. Kështu p.sh.: Hipokrati në mjekimin e sëmundjeve mbështetej në të dhënat që merrte nga këqyrja me sy (inspeksioni), të dëgjuarit (auskultimi) dhe të prekurit me duar (palpacioni), të pavarura këto nga teoritë mjekësore apo besimet fetare të asaj kohe, dhe në këtë mënyrë i dha mjekësisë kuptimin e saj të vërtetë, duke e larguar nga magjia.

Megjithatë edhe Hipokrati parashtroi teorinë e gabuar, sipas së cilës sëmundja shkaktohej nga mosbalancimi “i katër lëngjeve” (gjaku, tëmthi i zi, tëmthi i verdhë dhe flegma), teori kjo që për fat të keq e dëmtoi ushtrimin e mjekësisë deri në shekullin 19.

Nga ana e tij, Galeni, anatomist i shquar grek që jetoi në Romë, disa qindra vjet pas Hipokratit, meqenëse diseksionet e kufomave njerëzore ishin të ndaluara, i aplikoi ato tek kafshët, kryesisht tek derrat dhe kështu për herë të parë duke i këqyruar ato, zbuloi sesi funksionojnë organet e brendshme të qenieve të gjalla.

Pikërisht kjo periudhë e Lashtësisë do të konsiderohet si pikënisje për veprimet e dëmshme mjekësore të mëvonshme.

Në fakt, këto procedura të gabuara mjekësore kanë mbetur të fshehura për një kohë të gjatë të varrosura në grumbujt e librave të vjetër.

Në vazhdim paraqiten disa nga rastet më të spikatura të ushtrimit të keq të mjekësisë gjatë shekujve të kaluar.

Në Babiloni, në materialet arkeologjike dhe tabelat prej argjile të ngurtësuar nga djegiet e ndryshme, rezulton se sëmundjet atje mjekoheshin nga bashkëpunimi i magjistarëve që quheshin asipu dhe mjekëve – asu, por vlerën më të madhe e kishin magjistarët. Ata besonin që disa sëmundje shkaktoheshin nga çrregullimet që u ndodhnin njerëzve nga perënditë dhe demonët, apo nga sjelljet e këqia të vetë njerëzve. Për mjekimin e tyre ata këshillonin, midis të tjerave, vendosjen e shenjave të veçanta në shtëpinë e të sëmurëve, si p.sh.: vënie në lartësi të një bishti derri, ose që i sëmuri të pinte të ashtuquajturën “pije magjike” të shtënë në një qese lëkure, ku ishin futur gjithashtu qimet e një qeni me ngjyrë të zezë si dhe një leckë e lyer me lëngjet menstruale të një gruaje.

Një mjekim tjetër realizohej me anën e vendosjes përreth qafës të të sëmurit, të plehut të përgatitur nga materiet fekale të derrave, ose për sëmundjet e dhëmbëve: i sëmuri duhej të flinte për shtatë ditë pranë një kafke njeriu dhe ta puthte atë shtatë herë çdo natë.

Në Egjiptin e Lashtë, në papirusin e Smithit shënohet se plagët e kokës mjekoheshin me mish të freskët; në papirusin Kahun: ato mjekoheshin duke fërkuar te sytë e të sëmurit me dhjamin e patës bashkë me mëlçinë e një lloji majmuni. Një personi me dhimbje të dhëmbëve i futej në gojë dhe fyt një mi i ngordhur.

Në Greqinë e Vjetër mendonin se Bota është e përbërë nga toka, era, zjarri dhe uji; arti i të mjekuarit kërkonte që këto elemente të mbaheshin në ekuilibër nëpërmjet dietës, meditimit dhe ushtrimit.

Në Romën e Vjetër, historiani Plini i Vjetër, për dhimbjen e dhëmbëve, këshillonte si mjekim, përveç të tjerave, që goja e pacientit duhej të fërkohej me një dhëmb hipopotami dhe ai duhej që të hante pluhurin e kokës së ujkut.

Në kohën e mesjetës, në vitet 1300, John Gaddesten, doktor i mjekësisë në universitetin e Oksfordit në Angli, rekomandonte në mënyrë të gabuar, midis të tjerave, që përpara se të bënte një udhëtim, njeriut duhej t'i hiqej një sasi gjaku. Për mjekimin e paralizës, përdorej zjerja e një qeni të ngordhur; ndërsa për fëmijët e helmuar prindët e tyre duhej të shtonin në ushqimin e tyre, një pjesë pate, pa ua thënë fëmijëve. Për mjekimin e epilepsisë përdorej pluhuri që nxirrej nga shpendi i qyqes së pjekur, i cili thithej nga i sëmuri nëpërmjet hundës; në qoftëse kjo procedurë nuk kishte asnjë rezultat, ai këshillonte që të varej sqepi i një qyqeje në qafën e të sëmurit.

Në fundin e viteve 1700, Benjamin Rush, një nga firmëtarët e Deklaratës së Pavarësisë të SHBA dhe arkëtari i parë i qendrës së prodhimit të parave të SHBA (Mint), ka qenë njëkohësisht një nga mjekët më të njohur të asaj kohe. Ai është konsideruar si babai i psikiatrisë amerikane. Ai mendonte në mënyrë të gabuar se sëmundjet psikike shkaktoheshin nga qarkullimi i keq i gjakut në barkushet e trurit, koha e keqe, transfuzioni i gjakut nga kafshët tek njeriu, etj... Për mjekimin e këtyre sëmundjeve, midis të tjerave, ai ju bënte pacientëve prerje me thikë të shpinës dhe në plagët e formuara në këtë mënyrë shtinte acid; ai i mbante të hapura këto plagë për shumë muaj ose vite, me qëllim që sipas tij, të shkarkohej truri.

Një metodë tjetër e gabuar që ai përdorte, ishte lënia e të sëmurëve mendorë pa u ushqyer, meqenëse ai kishte dëgjuar se në Hindi, elefantët e egër ishin zbutur, kur lireshin pa ushqim.

Përveç këtyre, ai ka rekomanduar mjekimin me anën e lëkundjeve. Për këtë, i sëmuri psikik lidhej në një karrike, e cila rrotullohej për orë të tëra si një fugë, por që ai nuk e përdori këtë metodë në spital.

Nga ana tjetër, Dr.Rush ka mbrojtur idenë mbi trajtimin njerëzor të të sëmurëve mendorë. Në spitalin e tij në Pensilvani, ai ju hoqi këtyre të sëmurëve zinxhirët që i mbanin të lidhur dhe i trajtonte me dashuri.

Sot vula e shoqërisë psikiatrike amerikane ka si zbukurim fytyrën e Dr.Rush.

Një mjekim i gabuar, ka qenë edhe ai që i është bërë George Washingtonit, presidenti i parë i SHBA, në periudhën e e vdekjes së tij.

Më datën 13 Dhjetor 1799, ai filloi të ankohej për dhimbje të fytit dhe mëngjezin tjetër ju shfaqën çrregullime të frymëmarrjes. Menjëherë atij ju bë një heqje gjaku rreth gjysmë litre. Më pas erdhën për ta vizituar tre nga mjekët më të mirë të vendit, që dhe ata i hoqën disa herë gjak. Më në fund erdhi edhe një doktor tjetër që dhe ai i mori përsëri gjak. Të gjitha këto veprime u kryen gjatë një periudhe prej 8 orësh, gjatë cilës G.Washingtonit i ishte hequr gjysma e vëllimit të gjakut të tij. Më datë 14.12.1799, ai vdes.

Në vitin 1939, psikiatri portugez Egas Moniz, filloi të kryente operacionin e lobotomisë ose të leukotomisë tek pacientët me sëmundje psikike në çmendinës së Lisbonës. Për këtë, ai bënte shpimin (trepanimin) e kafkës, dhe pas kësaj ai shkatërronte indin trunor përreth me anën e alkoolit dhe telave që fuste në tru nëpërmjet kësaj vrime. Në këto ndërhyrje neurokirurgjikale

bëhej prerja e lidhjes së korteksit prefrontal me pjesën tjetër të trurit. Shumë shpejt ky lloj operacioni u përhap në të gjitha vendet e botës, pavarësisht se rezultatet e tij nuk ishin aspak të mira nga: përqindje e lartë e vdekshmërisë postoperatore, humbje kujtese, çrregullime të ndryshme të personalitetit, etj...

Sidoqoftë, E. Moniz, për zbulimin e këtij operacioni, u nderua në vitin 1949, me çmimin Nobel për Mjekësinë. Por për fatin e tij të keq, një nga pacientët e tij, siç duket jo i bindur plotësisht për vlerën kuruese të leukotomisë, pasi e kërcënoi disa herë, e qëlloi me armë zjarri në shtyllën kurrizore, duke e lënë kështu të paralizuar përgjithmonë (vdiq në vitin 1955).

Një variant i këtij operacioni ka qenë ai i Freeman, që quhej procedura transorbitale. Në vend që të merrej me shpimin e kafkës, të përdorur nga Moniz, që ishte mjaft e vështirë, ai futej në tru direkt nëpërmjet gropës së syrit. Për këtë, ai përdorte thumba të ngrira të cilat i ngulte me anën e një çekiçi dhe i rrotullonte më pas shumë herë, pasi ishte futur brenda kokës.

Në vitet 1960, këto operacione u pakësuan shumë, si rezultat jo vetëm i kundërshtimeve nga ana e opinionit publik, por edhe nga zbulimi i barnave psikotrope. Aktualisht ato kryhen shumë rrallë.

Nga pikëpamja etike, aplikimi i këtyre metodave është i dëmshëm, sepse nuk ka asnjë mbështetje shkencore, rezultatet i ka shumë të pakta, ndërsa efektet dytësore janë serioze, ndonjëherë me pasojë vdekjeprurëse.

Këto janë disa nga rastet e keqshtrimit të mjekësisë të shekujve të kaluar, ku mjekët të mbështetur në teori të gabuara, i kanë dëmtuar pa dashjen e tyre të sëmurët.

Nga shekulli 20 dhe deri në kohën sotme, mjekësia është futur në rrugën drejtë të zhvillimit të saj, duke lehtësuar dhimbjen dhe shëruar shumë sëmundje si dhe duke çuar në rritjen e jetëgjatësisë të njeriut.

Sidoqoftë, nuk duhet harruar që mjekësia e mirë në ditët tona dhe ajo akoma më e përparuar e të ardhmes, është trashëgim i drejtëpërdrejtë i mjekësisë të kohëve të mëparshme.

Kështu, edhe në kohën e sotme ndeshen nganjëherë raste të dëmtimeve të pacientëve deri në vdekjen e tyre nga aplikimi i proceduarave të gabuara mjekësore.

\* \* \*

Me hapjen e Shqipërisë në vitet 1990, pas një izolimi të gjatë, është krijuar mundësia që jo vetëm arrijtjet e shkencave biomjekësore botërore të aplikohen në vendin tonë, por edhe ushtrimi i keq dhe i ndaluar i mjekësisë në vendet e ndryshme të zhvilluara, të transferohet për t'u përdorur tek ne. Ky fenomen e ka burimin në dobësitë që vihen re gjatë funksionimit të hallkave përkatëse të kontrollit mjekësor në vendit tonë.

*Një rast i tillë i spikatur i praktikës mjekoligjore të vendit tonë i përket çështjes së mjekut italian Tullio Simoncini, i dënuar dhe i përjashtuar nga e drejta për të ushtruar profesionin e mjekut në Itali, për arsye se nga mjekimi me sodë buke që kishte përdorur për sëmundjen e kancerit në Itali dhe Hollandë, kishte shkaktuar vdekjen e disa të sëmurëve.*

*Sipas Simoncinit, kanceri është një infeksion kërpudhor, që zhvillohet në një mjedis biologjik me reaksion acid, prandaj dr. Simoncini gjeti metodën e mjekimit duke ndryshuar **ph**, dhe për pasojë pretendonte të ndërpriste zhvillimin e tumorit apo ta mjekonte atë. Për këtë qëllim ai përdori perfuzione të solucionit të sodës së bukës në % të lartë. Ai ka deklaruar që këtë mjekim e ka përdorur për 20 vjet dhe se shumë nga pacientët e tij janë shëruar, madje edhe kur mjekët e tjerë kishin parashikuar një ecuri vdekjeprurëse. Por teoria e tij, e papranuar nga shkenca mjekësore, është e gabuar, sepse soda e bukës e futur në trupin e njeriut në doza të*

*mëdha, çrregullon në mënyrë të ndjeshme ekulibrin mineral dhe shkakton vdekjen e pacientit, siç kishte ndodhur edhe në rastet për të cilat ai u dënua.*

*Në vitin 2012, ai në mënyrë abuzive aplikoi në një spital privat të Tiranës, metodën e tij të mjekimit të sëmundjes së kancerit me sodë buke, tek një shtetas italian 27 vjeç që vuante nga sëmundja e rëndë e tumorit në tru. Pas kryerjes së procedurës të futjes së sodës së bukës në trupin e tij, gjendja shëndetësore e pacientit është rënduar: dhimbje koke, të vjella, atake të vogla epileptike, nxirrje të fytyrës deri sa vdiq gjatë rrugës për në QSU të Tiranës.*

*Autopsia mjekoligjore përcaktoi se vdekja e tij ka ardhur nga edema pulmonare akute në një person me tumor malinj të trurit, i trajtuar me bikarbonat natriumi (sodë buke). Rasti u konsiderua nga mjekësia ligjore dhe prokuroria shqiptare si një mjekim i pakujdesshëm, në formën e neglijencës, pasi ky mjekim nuk njihet nga protokollet bashkëkohore, që çoi në vdekjen e të sëmurit. Gjykatat shqiptare e dënuan mjekun fajtor në vitin 2015, me burgim për një vit e gjysmë dhe heqje të të drejtës së profesionit për 6 muaj.*

*Ka edhe raste të tjera të abuzimeve në drejtim të mjekimit alternativ siç është ai i mjekimit të kancerit me helmin e akrepit, sipas një praktike që nuk është aprovuar në protokollet e SHBA dhe Evropës.*

Këto raste tregojnë se për shëndetësinë e vendit tonë, përveç të tjerave, është e nevojshme të forcohet kontrolli lidhur me zbatimin e protokolleve të mjekimit. Gjithashtu duhet që të mos lejohet asnjë rast i mjekimit alternativ pa miratimin e tij nga Komiteti i Etikës pranë Ministrisë së Shëndetësisë, i cili deri tani nuk ka funksionuar siç duhet.

Gjithashtu, sikurse është propozuar në vitin 2017, duhet parë edhe mundësia që të përfshihet në kodin penal një nen që parashikon dënimin e ushtrimit të mjekësisë alternative, që ka sjellë pasoja të rënda për pacientët, pa autorizimin përkatës të autoriteteve shëndetësore.

Në përfundim, duhet theksuar se:

-Ushtrimi i mjekësisë, gjatë gjithë historisë së zhvillimit të saj, ka pasur shumë raste kequshtrimi nga përdorimi i proceduarave të gabuara, për shkak të mungesës së njohurive mjekësore, pavarësisht përpjekjeve të mjekëve për kurimin e sëmundjeve.

-Në 100 vitet e fundit mjekësia ka marrë zhvillimin e duhur duke ndikuar në shërimin dhe lehtësimin e sëmundjeve dhe shtimin e jetëgjatësisë të njeriut, megjithatë edhe sot ndeshen aty këtu raste të kequshtrimit mjekësor nga përdorimi i metodave mjekësore të gabuara, siç është edhe rasti i mjekimit të kancerit me sodë buke në disa vende të Evropës, duke përfshirë edhe vendin tonë.

-Në Shqipëri, për shmangien e rasteve të ushtrimit të mjekësisë alternative nga përdorimi i metodave mjekuese të gabuara nga mjekë të huaj, është e nevojshme të forcohet kontrolli nga instancat përkatëse, për pranimin e këtyre mjekëve që të ushtrojnë mjekësinë tek ne, si dhe të forcohet legjislacioni për dënimin e rasteve të tilla.

## **Literatura**

1. Belofsky N, *Strange medicine*, New York 2013
2. Çipi B, *Bioetika në një këndvështrim mjekoligjor*, Tiranë 2005, 120- 121
3. Çipi B, Meksi S, *Etika mjekësore*, Tiranë 2013, 104-105
4. Çipi B, Çipi S, *Makual I Mjekësisë Ligjore*, Tiranë 2015, 697
5. Jackson M, *The history of medicine*, London 2014
6. Wootton D, *Bad medicine*, New York 2006

### INFORMACION MBI NUMRIN E KREDITEVE TË EDUKIMIT NË VAZHDIM

*Dr. Ines ARGJIRI*

Në vijim të problemeve të hasura nga Sekretarët e Këshillave Rajonale, probleme të parashtruara gjatë Seminarit të zhvilluar me Sekretarët e Këshillave Rajonal të UMSH, dt. 07.12.2017, ju sjellim në vëmendje që:

- Të gjithë mjekët (shqiptarë dhe të huaj) që kalojnë në procesin e ri-licencimit duhet të paraqesin një dokument nga QKEV që kanë kredite të edukimit në vazhdim;
- Numri minimal i krediteve në vit, për ciklin e II-të është 10 kredite dhe maksimal është 30 kredite (VKM nr 789, dt. 22.09.2015 “Për përcaktimin e kriterëve, standardeve dhe procedurave të çertifikimit për profesionistët e shëndetësisë”, kreu II, pika 3.1);
- Mjekët të cilët dalin në pension brenda periudhës 4 vjeçare të ciklit dhe nuk do vazhdojnë të ushtrojnë profesionin janë të përjashtuar nga programi i çertifikimit për atë cikël (VKM nr 789, dt. 22.09.2015 “Për përcaktimin e kriterëve, standardeve dhe procedurave të çertifikimit për profesionistët e shëndetësisë”, kreu II, pika 1.2);
- Mjekët të cilët gjatë 1 viti kalendarik të ciklit të programit ndërpresin punën për një periudhë 4 mujore ose më gjatë, përjashtohen nga kërkesat e programit për atë vit kalendarik; por jo nga kërkesat e ciklit (VKM nr 789, dt. 22.09.2015 “Për përcaktimin e kriterëve, standardeve dhe procedurave të çertifikimit për profesionistët e shëndetësisë”, kreu II, pika 1.3);
- Mjekët që kanë dalë në pension që ushtrojnë profesionin në kohë të plotë ose të pjesshme dhe mjekët që ushtrojnë profesionin në kohë të pjesshme duhet të plotësojnë të njëjtat kriterë të programit të çertifikimit si ata që nuk janë në pension (VKM nr 789, dt. 22.09.2015 “Për përcaktimin e kriterëve, standardeve dhe procedurave të çertifikimit për profesionistët e shëndetësisë”, kreu II, pika 1.4, 1.5);
- Të gjithë mjekët që nuk kanë përmbushur numrin e krediteve të ciklit përkatës të programit të çertifikimit janë të detyruar të kalojnë në provim të çertifikimit (VKM nr 789, dt. 22.09.2015 “Për përcaktimin e kriterëve, standardeve dhe procedurave të çertifikimit për profesionistët e shëndetësisë”);
- Përjashtohen nga detyrimi për të dhënë provimin e certifikimit (Vendim i MSH nr. 05, dt. 06.07.2016 “Për rregulloren për organizimin e Provimit të Çertifikimit për profesionistët e shëndetësisë”, neni 3, pika 4):
  - Mjekët që për 2 vjet ose më pak dalin në pension dhe nuk do ushtrojnë më aktivitetin e tyre profesional;
  - Mjekët e licencuar për herë të parë 2 vjet përpara përfundimit të ciklit të certifikimit;
  - Mjekët që kanë mbushur 75 vjeç deri në datën e përfundimit të ciklit të certifikimit.

Të gjithë mjekët (shqiptarë ose të huaj) të cilët nuk kanë përmbushur detyrimet e kërkuara si më sipër (minimalisht 10 kredite në vit) për ciklin e dytë (2015-2018) dhe nuk hyjnë në provim të certifikimit në përfundim të ciklit nuk do të pajisen me licencë nga Këshillat Rajonal të UMSH.

## VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

### **Takimi i 24-t i ZEVA**

*(Simpoziumi i dhomave/shoqatave/ urdhrave të mjekëve të vendeve të ndryshme të Evropës qendrore dhe lindore)*  
15-16 Shtator, Slloveni

Ishte Dhoma Mjekësore e Sllovenisë e cila ftoi edhe organizoi këtë shtator Takimin e 24-t të ZEVA-s. Në këtë veprimtari të përvitshme morën pjesë 14 delegacione të vendeve anëtare, UMSH-ja u përfaqësua me një delegacion të kryesuar nga dr. F. Brahimaj.

Pas ceremonisë së hapjes ku përshëndetën personalitetet vendore u fillua me seancat e punës. Së pari u prezantua nga shoqata Mjekësore Gjermane “*Rishikimi i deklaratës së Gjenevës*” nga WMA dhe impakti i saj në dhomën e mjekëve të Gjermanisë. Mbi draftin e paraqitur nga WMA u kërkuar sugjerime dhe mendime për të paraqitur në Asamblenë e Përgjithshme në Çikago në muajin Tetor.

Më tej u dëgjua referati: “*Roli dhe rëndësia e shëndetit publik në sistemin e kujdesit shëndetësor*” prezantuar nga prof. G. Paviç dhoma mjekësore e Bosnje-Hercegovinës.

Seancat e tjera ju kushtua paraqitjes dhe diskutimeve të raporteve kombëtare të vendeve pjesëmarrëse të cilat pasqyronin situatën rreth 4 problemeve të paracaktuara:

- Dhuna ndaj mjekëve
- Specializimet
- Licencimi dhe EVM-ja
- Roli i protokolleve në shërbimet shëndetësore

Për secilin problem vendasit prezantuan nga një referim më të hollësishëm duke ballafaquar situatën e tyre me standardet evropiane.

Vëmendje e veçantë ju kushtua problemit të dhunës ndaj mjekëve. Rezultatet i diskutimeve, komenteve, sugjerimeve dhe detyrave tona, ishte aprovimi i një deklaratë të përbashkët të firmosur nga gjithë krerët e delegacioneve të vendeve anëtare, të cilën po e paraqesim më poshtë:

“Deklarata e Lubjanës mbi Dhunën ndaj Mjekëve”

Duke marrë parasysh:

rritjen e mospërputhjes midis pritshmërive në popullatën evropiane për një akses të lehtë dhe të gjithanshëm dhe me cilësi të lartë të shërbimit shëndetësor përballë ofertës dhe mundësive të sistemeve të kujdesit shëndetësor të sotëm,

ndikimi në rritje të fuqisë ekonomike me kufizimet financiare në shërbimet e kujdesit shëndetësor po çojnë në mungesë të personelit shëndetësor në sistemet e kujdesit shëndetësor, fakti që mund të jetë e vështirë për pacientët të bëjnë një dallim midis vendimeve politike dhe politikave të kujdesit shëndetësor, nga njëra anë, dhe kompetencave dhe përgjegjësiwe personale të punonjësve të kujdesit shëndetësor nga ana tjetër, në të vërtetë, mjekët aktivë në profesionin e tyre në shumicën e vendeve nuk gëzojnë përfitime nga legjislacioni kombëtar për sigurinë në vendin e punës;

të gjitha këto çojnë në një realitet ku sulmet ndaj punonjësve të shëndetësisë pengojnë ofrimin me cilësi në shërbimet shëndetësore, fenomene që janë shtuar në shtetet anëtare;

### **përfaqësuesit e Dhomave/Shoqatave të Mjekëve të Evropës Qendrore dhe Lindore të mbledhur në Lubjanë, Slloveni kanë miratuar deklaratën e mëposhtme:**

1. vetëm një vend pune i sigurt në shërbimin shëndetësor garanton kujdes shëndetësor të sigurt, profesional dhe me cilësi të lartë për pacientët;
2. si të gjithë të tjerët, mjekët gjithashtu kanë të drejtën për një vend pune të sigurtë;
3. dhuna ndaj mjekëve duhet të merret shumë seriozisht nga administrata në të gjitha mjediset mjekësore dhe duhet të trajtohet në mënyrë efektive nga policia, prokurorët dhe gjyqtarët;
4. planet për parandalimin e dhunës duhet të jenë si në nivel kombëtar, ashtu edhe nga institucionet shëndetësore;
5. incidentet e dhunës duhet të dokumentohen në mënyrë metodike duke përdorur një sistem raportimi të ofruar nga qeveritë dhe institucionet e kujdesit shëndetësor;
6. duhet të futet një politikë transparente dhe e qartë e tolerancës zero ndaj dhunës për profesionistët e shëndetësisë në të gjitha nivelet e shërbimit të kujdesit shëndetësor dhe kjo politikë duhet të mbështetet publikisht;
7. trajnimi i mjekëve duhet të rritet për të pajisur më mirë profesionistët mjekësorë për t'u përballur me situatat kërcënuese;
8. legjislacioni kombëtar dhe evropian duhet të sigurojë mbrojtje të efektshme për mjekët që ndeshen me dhunën gjatë përmbushjes së detyrës së tyre profesionale dhe rritje të vetëdijes për dobësinë e mjekëve, veçanërisht në situata të rënda.

Duke pasur parasysh rëndësinë e gjithçkaje të lartpërmendur për sigurinë dhe mirëqenien e mjekëve dhe ndikimi i këtyre fakteve mbi të ardhmen e cilësisë dhe profesionalitetit të shërbimit mjekësor, nënshkruesit e këtij dokumenti kërkojnë që profesionistët shëndetësor, ligjvënësit dhe administratorët e shërbimeve shëndetësore të punojnë së bashku për të mbështetur, promovuar dhe rritur sigurinë e mjekëve në vendin e punës.

Dhomat/Shoqatat e Mjekëve të Evropës Qendrore dhe Lindore e konsiderojnë sigurinë e mjekëve si faktor thelbësor për sigurimin e kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë. Lubjanë, 16 Shtator 2017

**Dhomat/Shoqatat e Mjekëve të Evropës Qendrore dhe Lindore që nënshkruan këtë deklaratë:**

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë  
Dhoma Mjekësore Austriake  
Dhoma Federale Mjekësore e Bosnjës Hercegovinës  
Shoqata Mjekësore e Republikës së Srpska  
Shoqata Mjekësore Bullgare  
Dhoma Mjekësore Kroate  
Dhoma Mjekësore Çeke  
Shoqata Mjekësore Gjermane  
Dhoma e Mjekëve të Kosovës  
Dhoma e Mjekut të Maqedonisë  
Dhoma e Mjekëve dhe Dentistëve të Polonisë  
Kolegji i Mjekëve Rumunë  
Dhoma Mjekësore Serbe  
Dhoma Mjekësore Sllovaqe  
Dhoma Mjekësore e Sllovenisë

**SIMPOZIUMI I IAMRA-S, 2017**  
*(INTERNATIONAL ASSOCIATION OF MEDICAL REGULATORY  
AUTHORITIES)*  
5-6 TETOR, LONDËR (UK)

Simpoziumi i 2017-tës i IAMRA ishte një veprimtari 2 ditore mjaft e rëndësishme. Takimi i kushtohej temës: “*Sistemet e kompetencës së vazhdueshme-matja e ndikimit dhe vlerës së tyre*”. Ishte hera e katërt që kjo organizatë botërore analizonte në detaje rëndësinë, modelet, vlerat, impaktet në shkallë botërore të problemit të ruajtjes së vazhdueshme të kompetencës profesionale të mjekut, si element i rëndësishëm i cilësisë së shërbimit dhe kyç për sigurinë e pacientit.

Synimi ishte që edukuesit, rregullatorët dhe ushtruesit e profesionit mjekësor të informoheshin, sqaroheshin e të frymëzoheshin në përpjekjet e tyre për rritjen e sigurisë së pacientit, pavarësisht ndryshimeve, llojshmërisë në praktikat dhe legjislacionet e vendeve anëtare.

Pas fjalëve përshëndetëse të vendasve si dhe të drejtuesve të IAMRA-s u kalua në sesionet e punimeve.

Sesioni i parë ishte mbi rolin e individit në sistemet e ruajtjes së kompetencës së vazhdueshme. Nga lektorët e parë u paraqit situata dhe përvoja irlandeze dhe kanadeze se si kuptohej, vlerësohej e punohej për ruajtjen e kompetencës profesionale. Gjithçka u përmbodh në referatin

që mbylli këtë seksion duke folur: si të ndërtojmë një kulturë të re, reflektime mbi programet trajnuese mjekësore dhe pse është kjo e rëndësishme për ruajtjen e kompetencës së vazhdueshme profesionale. U theksua qartë duke insistuar se ajo çka mësohet nga mjeku për të marrë diplomën nuk punohet gjithë jetën. Mjeku vetë duhet të kërkojë rrugët, mënyrat sesi të trajnohet, azhurnohet, aftësohet jo vetëm ti njoh të rejtat e profesionit por të dijë ti zbatojë saktë me kompetencë të plotë në shërbimin që i ofron të sëmurit. Vetëm kështu ai sigurohet dhe është i qetë se bën më të mirën e mundshme dhe i sëmuri garantohet për cilësinë dhe sigurinë e gjithçkaje që i është ofruar.

Sesioni i dytë ju kushtua marrëdhënien midis edukimit të vazhdueshëm mjekësor, zhvillimit të vazhdueshëm profesional me kompetencën e vazhdueshme mjekësore. Këtu u sqaruan termit: dije, kompetenca (aftësi për ti ushtruar ato) dhe performanca e mjekut (çka ofrohet konkretisht në shërbim).

Sesioni vijues ju rikthye rolit të mjekëve duke analizuar impaktin e sistemit mbi ta. Theksi u vu në rëndësinë e vetë-reflektimit të tyre në sistemin e kompetencës së vazhdueshme profesionale.

Dita e dytë iu kushtua sistemit të rivlerësimit të mjekëve (ri-licencimit ose ricertifikimit). Së pari u prezantua modeli britanik, ku ruajtja e kompetencës ishte baza ku mbështetej rivlerësimi i mjekëve. Ky proces bazohej mbi rregullat dhe testimin e EVM, cilësisë së shërbimit, roli i individit si dhe puna në grup, ankesat dhe lavdërimet (kënaqësia) e pacientit, etj... Pikëzimi i treguesve të mësipërm dhe klasifikimi i bazuar mbi ta çonte në rivlerësimin apo pezullimin e mjekëve nga shërbimi.

Ne sesionin e fundit u paraqitën studime, konsiderata dhe sugjerime mbi rregullimin e profesionit mjekësor në botë si dhe sfidat për të ardhmen si në përmirësimin ashtu edhe vlerësimin e tij.

## **U MBLODH KUVENDI I II-të KONSEKUTIV I ASAMBLESË SË “ODËS TË MJEKËVE TË KOSOVËS”**

Më 14 Dhjetor 2017 në Prishtinë, u mbledh kuvendi i dytë i asamblesë së Odës së mjekëve të Kosovës. Përveç të zgjedhurve si anëtar të këtij kuvendi, marrin pjesë si të ftuar edhe autoritete shëndetësore si dhe përfaqësues të: Ministrisë së Shëndetësisë së Republikës së Kosovës, Komisionit Parlamentar të Shëndetësisë, si dhe mysafirë të huaj përfaqësues të organizmave homologe evropiane që kanë njohur dhe kanë bashkëpunuar gjatë 5-vjeçarit të parë të veprimtarisë të këtij organizmi profesional të ri të Kosovës. UMSH-ja u përfaqësua nga dr. F. Brahimaj dhe dr. D. Trepça.

Pas ceremonisë hapëse u dëgjua një raport i shkurtër mbi veprimtarinë e Odës nga dr. Z. Honduzi presidente e saj. Kuvendin e përshëndeti në emër të UMSH-së edhe dr. Brahimaj, i cili përveç të tjerash theksoi rëndësinë e vetëqeverisjes së profesionit mjekësor duke harmonizuar pavarësinë e Odës së mjekëve me partneritet me institucionet shëndetësore dhe grupe të tjerë të interesit.

Më tej u vazhdua me procesin zgjedhor rezultatet e të cilit ju bënë të ditura bashkësisë së mjekëve nëpërmjet deklaratës së mëposhtme:

Të nderuar mjekë,

Kuvendi i II-të i Odës së Mjekëve të Kosovës (OMK) dje më datë 14 Dhjetor 2017 ka përfunduar me sukses punimet e Mbledhjes Konstitutive. Në këtë mbledhje janë zgjedhur organet e nevojshme në kuptim të Ligjit për Odat e Profesionistëve Shëndetësor dhe Statutit të OMK-së dhe kështu janë plotësuar kushtet për të themeluar organet e nevojshme për funksionimin e plotë të OMK-së.

Në një proces demokratik, me votë të drejtpërdrejt dhe konkurrim në mes të kandidatëve, Kuvendi i OMK-së në funksionin e Kryetarit të OMK-së ka zgjedhur:

Dr. Pleurat SEJDIU

Ndërkaq në cilësi të dy zëvendëskryetarëve, Kuvendi i OMK-së ka zgjedhur:

Dr. Rrezart HALILI, dhe  
Dr. Naser GJONBALAJ

Falënderojmë të gjithë anëtarët e Kuvendit të II-të të OMK-së për vullnetin dhe ndërgjegjen e tyre përfaqësuese për t'i ushtruar kompetencat dhe autorizimet e tyre.

Falënderojmë të gjithë mysafirët që e nderuan këtë organizim me pjesëmarrjen e tyre dhe përkrahjen e vazhdueshme që i kanë ofruar OMK-së.

Urojmë të gjithë të zgjedhurit nga ky proces me urimin për një mandat të suksesshëm.

Oda e Mjekëve të Kosovës

15 Dhjetor 2017, Prishtinë

## **ANËTARËSIMI I URDHRI TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË NË KËSHILLIN EVROPIAN TË URDHRAVE TË MJEKËVE Dhjetor 2017**

Nga datat 7-8 Dhjetor 2017, në Paris u zhvillua mbledhja e përhershme e Këshillit Evropian të Urdhrave të Mjekëve. Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë u përfaqësua nga Dr. Fatmir Brahimaj, Presidenti i këtij organizmi. Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë prej vitesh ka pasur rolin e vëzhguesit në këtë Këshill, por data 8 Dhjetor 2017 shënon një datë të veçantë për të, pasi me një votim unanim të anëtarëve të këtij Këshilli, Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë u bë anëtar i më i ri me të drejta të plota të Këshillit Evropian të Urdhrave të Mjekëve. Më poshtë fjala përshëndetëse, mbajtur nga Dr. Fatmir Brahimaj.

*Fjala përshëndetëse e Dr. Fatmir Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë pas anëtarësimit të Urdhrit të Mjekëve në Këshillin Evropian të Urdhrave të Mjekëve (European Council of Medical Orders - CEOM) 8 Dhjetor 2017, Paris*

Të nderuar Kolegë,

Së pari dua t'ju falënderoj të gjithëve për gjithçka që bëtë për të anëtarësuar me të drejta të plota Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë në Këshillin Evropian të Urdhrave të Mjekëve (CEOM). Për mua është kënaqësi, nder dhe privilegj të jem i pranishëm në këtë moment të rëndësishëm për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë, por edhe për vetë Këshillin Evropian të Urdhrave të Mjekëve.

Ky vendim mbështet, përgëzon dhe inkurajon arritjet e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë në vetëm dy dekada veprimtari. Për Këshillin Evropian të Urdhrave të Mjekëve (CEOM) është një vendim në respekt të vlerave të profesionit tonë.

Nga Hipokrati kemi mësuar të duam dhe të respektojmë njëri tjetrin. Vendimi i sotëm më respekton duke më bërë të barabartë me JU. Profesionin ynë, më shumë nga çdo pjesë tjetër e shoqërisë vlerëson bashkëpunimin midis vendeve.

Ne, mjekët dimë të ofrojmë dhe të marrim nga njëri tjetri gjithçka është pozitive. Sot nëpërmjet këtij shembulli, Ju i dhatë një mësim edhe pjesës tjetër të shoqërisë, sidomos politikës, se me vullnet të mirë kapërcehen pengesat në bashkëpunimin midis nesh.

Vendi im ka një ëndërr për të qenë pjesë e barabartë e Evropës. Ky është një proces i vështirë që kërkon përpjekje, mund, por edhe kurajë për të mposhtur skeptikët.

Arritja e sotme e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë i frymëzon të gjithë institucionet e vendit tim duke ju thënë: YES WE CAN.

Ju faleminderit,

## **Një vështrim i shkurtër mbi CEOM (Këshillin Evropian të Urdhrave të Mjekëve)**

### ***CEOM (European Council of Medical Orders)***

*Qëllimi i CEOM është që të promovojë brenda Bashkimit Evropian dhe Shoqatës së Tregtisë së Lirë Evropiane ushtrimin e mjekësisë të një cilësie të lartë, në respekt të nevojave të pacientëve. CEOM rrit bashkëpunimin mes organizatave pjesëmarrëse dhe jep mbështetje për veprimet e tyre për ruajtjen e standardeve të larta dhe kanë të përbashkëta:*

- *Etikat mjekësore dhe sjellja profesionale;*
- *Lëvizja e lirë e profesionistëve të kujdesit shëndetësor;*
- *Demografia mjekësore;*
- *Rregullat mjekësore;*
- *Trajnimi profesional i mjekëve;*
- *Çështje të shëndetit publik që kanë lidhje me pikat e mësipërme.*

### ***Organizmat Pjesëmarrëse***

*CEOM bashkon Këshillat/Dhomat/Urdhrrat Mjekësore dhe Autoritete të pavarura mjekësore rregullatore të shteteve anëtare të Bashkimit Evropian dhe Shoqatës së Tregtisë së Lirë Evropiane dhe që janë përgjegjës për etikën dhe sjelljen profesionale, procedurat e regjistrimit ose të licencimit, çështjet disiplinore në lidhje me mjekët, njohjen e kualifikimeve dhe nivelet e specialitetit, autorizimin për të praktikuar dhe vendosjen e standardeve profesionale.*

*Konferenca Ndërkombëtare e Urdhrave të Mjekëve dhe të organizmave të tjerë me të njëjta attribute (CIO – The international Conference of the Orders) u bë për herë të parë në Paris në vitin 1971 me iniciativë të Prof. Lortat-Jacob, President i Këshillit Mjekësor Francez dhe nga mjekët Brocard dhe Autin, Sekretarë e Përgjithshëm të këtij Këshilli. Më vonë CIO u emërtua Konferenca Evropiane e Urdhrave/Dhomave dhe Mjekëve.*

*Në 2008, Konferenca u emërtua edhe njëherë dhe u quajt: European Council of Medical Orders (ECMO-CEOM).*

## **VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE**

### **KONFERENCA E XXI-TË VJETORE E SHOQATËS SHQIPTARE TË KARDIOLOGJISË “INFARKTI I MIOKARDIT ME NGRITJE TË ST”**

Më dt. 16.12.2017 pranë Hotel “Tirana Internacional”, Shoqata Shqiptare e Kardiologjisë zhvilloi konferencën e XXI-të vjetore të saj me pjesëmarrje të gjerë ndërkombëtare. Tema e kësaj konference ishte “Infarkti i Miokardit me ngritje ST”.

Në këtë konferencë referuan lektorë të huaj si: Prof. Gerhard Schuler, Leipçig Gjermani; Prof. Ian Graham, Dublin Irlandë; Ass. Prof. Levent Sahiner, Ankara Turqi; Prof. Sigrun Halvorsen, Oslo Norvegji; Prof. Adnan Kastrati, Munih Gjermani; Prof. Gani Bajraktari, Prishtinë Kosovë; Prof. Stephan Achenbach, Earlingen Gjermani; Ass. Prof. Stephan von Haehling, Gottingen Gjermani. Nga lektorët shqiptarë referuan Prof. Mimoza Lezha, Prof. Artan Goda, Prof. Sokol Myftiu, Prof. Alban Dibra, etj...

Temat që u referuan në këtë konferencë kishin të bënin me trajtimin adekuat të Infarktimit të miokardit, me përfitimet nga ky trajtim dhe rezultatet e mira që janë arritur në uljen e vdekshmërisë në të sëmurët me infarkt miokardi me ngritje të ST. Theksi u vu gjithashtu në rëndësinë e vendosjes së hershme të diagnozës, me qëllim që koha e trajtimit të jetë sa më e shpejtë dhe efikase.

Konferencën e ndoqën mjekët Kardiologë, anëtarë të shoqatës, të cilët në përfundim të saj morën edhe kreditet përkatëse. Gjithashtu konferencën e përshëndeti zv/ministrja e Shëndetësisë Prof. Mira Rakacolli dhe rektori i Universitetit Mjekësor Prof. Arben Gjata.

Këshilli Kombëtar, UMSH

### **KONFERENCA E I-rë MJEKËSORE E KËSHILLIT RAJONAL SHKODËR**

Më dt. 16.12.2017 në Hotel “Coloseo”, Këshilli Rajonal i UMSH në bashkëpunim me Spitalin Rajonal Shkodër zhvilluan Konferencën e I-rë Mjekësore me pjesëmarrje të gjerë të mjekëve të Rajonit Shkodër.

Konferenca ishte konceptuar me dy seanca, në të parën me referime në fushën e patologjisë dhe të dytën me referime nga fusha e kirurgjisë.

Në konferencë u mbajtën prezantime nga: dr. Skënder Brati, drejtor i Shërbimit Kombëtar të Urgjencës; dhe mjekët e Spitalit Rajonal Shkodër: dr. Nevila Luli, dr. Lindita Dibra, dr. Edi Smalaj, dr. Holta Duda, dr. Aida Bajri, dr. Dhurata Golemi, dr. Ardian Dajti, dr. Teuta Mali, dr. Genc Nurja, dr. Gezim Galiqi, dr. Ardian Dajti, dr. Liljana, Gjoni, dr. Besmir Grizhja, dr. Astrit Lahi, dr. Luan Bajri, dr. Dritan Barbullushi, dr. Skënder Duka; të cilët në bashkëpunim edhe me kolegë nga shërbimet përkatëse kishin kryer studime dhe hartuar prezantimet e paraqitura në konferencë.

Prezantimet e seancës së parë konsistonin në trajtimin e pacientëve të paraqitur në spital me urgjencë sipas patologjive që ata mbartnin dhe mënyrën se si ishin trajtuar. Ndërsa në seancën e dytë prezantimet ofronin informacion mbi ndërhyrjet kirurgjikale sipas patologjive të paraqitura jo vetëm në urgjencë. Prezantimet u dëgjuan me shumë interes nga pjesëmarrësit, të cilët qenë jo vetëm mjekë të spitalit rajonal por edhe nga qendrat shëndetësore dhe mjekë të spitaleve të rretheve të Rajonit Shkodër. Në fund të konferencës pjesëmarrësit u pajisen me certifikata dhe përfituan kreditet e aprovuara nga QKEV.

Konferencën e hapi Presidentja e Urdhrit për Rajonin e Shkodrës dr. Nevila Luli dhe e përshëndeten: Presidenti i UMSH dr. Fatmir Brahimaj, zv/drejtorja e Spitalit Rajonal Shkodër, dhe drejtori i Shërbimit Kombëtar të Urgjencës dr. Skënder Brati.

Në fillim të konferencës Urdhri Rajonal Shkodër nderoi me Certifikata Mirënjohje mjekët e mirënjohur të Spitalit Rajonal Shkodër: dr. Agron Agolli, dr. Xhelih Kraja dhe dr. Leonard Çira.

Këshilli Kombëtar, UMSH

## **KONGRESI I 3-TË NDËRKOMBËTAR MULTIDISCIPLINOR MJEKËSOR (IMCA)**

Përgjatë tre ditëve, 16-18 Nëntor, në Tiranë u mbajt me sukses Kongresi i 3-të Ndërkombëtar Multidisiplinor Mjekësor me temën “Inovacionet në mjekësi” organizuar nga Spitali Amerikan.

“Të gjithë në IMCA 3” ishte thirrja që shoqëroi këtë event, një ‘festival’ i mjekësisë bashkëkohore ku mori pjesë e gjithë bota akademike shkencore e mjekësisë.

Për të tretin vit radhazi, ky Kongres solli të rejtat e fundit të mjekësisë bashkëkohore, duke pasur për herë të parë në vendin tonë një pjesëmarrje mbarë-botërore nga: Azia, Amerika, Ballkani, Koreja e Jugut, Evropa.

Kongresi u hap më 16 Nëntor me një pjesëmarrje masive të mjekëve, infermierëve dhe studentëve të mjekësisë nga vendi dhe diaspora.

E gjithë elita mjekësore botërore nderoi këtë event me pjesëmarrjen e tyre duke vulosur për të tretin vit radhazi suksesin e padiskutuar të Kongresit më të madh mjekësor në Shqipëri. Kongresi u hap nga Presidentja e tij, Dr. Shk. Lindita Shosha-Mano, dhe drejtuesit më të lartë të tij, që përveç mirëseardhjes, vlerësuan me Certifikatën e Ekselencës, profesorë nga bota dhe vendi për kontribute të shquara në fushën e Mjekësisë.

Eventi u përshëndet me entuziazëm nga Ministria e Shëndetësisë, Zj. Ogerta Manastirliu, e cila veçoi edhe njëherë rëndësinë e veçantë dhe punën kolosale që ky Kongres mbart dhe përçon për të gjithë profesionistët e mjekësisë shqiptare dhe jashtë saj, duke siguruar kështu shërbimin më cilësor, efektivitetin dhe plotësimin e nevojave jo me bazike por me specifike të mjekësisë moderne në vend.

Ne ecim në një hap me kohën, duke bërë kështu që ky Kongres të sillte të rejtat e fundit të mjekësisë moderne.

Ky event i vetmi i këtyre përmasave në vendin tonë, mirëpriti profesionistët më të mirë në shëndetësi nga 20 vende të botës. Si asnjëherë më parë nderuan me pjesëmarrjen e tyre mbi 500 lektorë vendas dhe të huaj, profesorë të mirënjohur mbarë-botërorë, si dhe 2,000 pjesëmarrës nga vendi, Evropa dhe Shtetet e Bashkuara të Amerikës dhe Azia.

Kongresi prezantoi me dinjitet 20 seksione shkencore klinike, 3 Workshop-e dhe 2 Simpoziume Satelitore, 2 Forume infermiore dhe për herë të parë një Tavolinë të rrumbullakët për studentët e mjekësisë.

Gjatë punimeve të Kongresit profesori i mirënjohur, Stefano Guidi, ndër mjekët më me emër në Itali për Transplantin e Palcës Kockore, u dekorua nga Kryetari i Bashkisë së Tiranës me Çmimin e Mirënjohjes për qytetin e Tiranës. Ky vlerësim i shkoi jo vetëm Profesor Guidit, por edhe stafit të tij në Departamentin e Transplantit të Palcës Kockore në spitalin Karexhi të Firences (Spitali qendror për gjithë Toskanën), për gjithë ndihmën që u kanë dhënë pacientëve nga Shqipëria. Në departamentin e tij janë trajtuar ndër vite me dhjetëra e qindra shqiptarë me probleme hematologjike të rënda, ku u është realizuar transplantin e palcës kockore fëmijëve, të rriturve e të moshuar, të pamundur të gjenin kurim në Shqipëri.

IMCA 3 u përmyll me sukses, duke lënë pas jehonën me pozitive të mundshme dhe qartësuar pritshmërinë që vendi ynë i ka mundësitë të jetë në një hap me zhvillimet e fundit mjekësore botërore.

Kongresi Multidisiplinor Mjekësor po kthehet në një traditë të vyer, duke bashkuar profesionistë të të gjitha fushave mjekësore.

## PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

### NJË MREKULLI MJEKËSORE QË VAZHDON...

*Prof. Isuf KALO*

Në 23 Janar 1922, ora 11, ditë e Hënë, në një spital të Torontos në Kanada Dr. Valter Kampbell po hezitonte. Më në fund vendosi. Guxoi të ndërmerre një tentativë të fundit të dëshpëruar për shpëtimin e jetës të sëmurit 14 vjeçar Leonard Thomson. Ai vuante nga diabeti dhe ishte në gjendje ekstremisht të rëndë pranë vdekjes së sigurt. Djali ishte i varfër dhe shtrimi e mjekimi i tij po kryhej nga spitali si lëmoshë.

Dr. Kampbell i injektoi atij një “lëng” mjekues krejt të ri, të paprovuar asnjëherë më parë tek njerëzit. Por që ishte treguar i aftë, dy muaj më parë, të ulte nivelin e sheqerit në gjak tek një qen eksperimental me emrin Marjori. Bari i ri që izoluar pak muaj më parë në laboratorin e Profesorit Maclod në Toronto nga mjeku kanadez Frederik Banting i ndihmuar nga studenti i mjekësisë Carl Best. Ata e nxorën atë nga gjëndra e pankreasit të kafshëve ose më saktë prej një grumbull qelizash si ishuj, të posaçme që e prodhonin atë, e që prandaj u emërua Insulinë. Lëngu u pastrua e u përpunua kimikisht më tej në laborator nga Xhems Kolip por ende nuk ishte përdorur tek pacientët me diabet për mjekim.

Dr. Kampbell pasi kreu injeksionin e parë priti me ankth. Ai nuk e dinte që pas pak çastesh do të ndodhte magjia. Nuk e dinte që ai dhe djaloshi Thomson do hynin në historinë e lavdishme të mjekësisë. Sepse po hapnin për të sëmurët me diabet një botë të re plot shpresë. Ata po bëheshin protagonist të një epoke të re në historinë e përballjes së mjekësisë dhe njerëzimit me diabetin, me këtë sëmundje të mbrapsht, e cila u merrte në mënyrë të pamëshirshme jetën viktimave të tij, sidomos fëmijëve e të rinjve. Në sytë e çuditur të mjekut Insulina e injektuar atë ditë filloi ta “mposhte sheqerin”. Analiza e glicemisë në gjak orë pas ore tregonte shifra në rënie. Djali i shpëtoi mrekullisht thonjve të vdekjes. Pak nga pak ai doli nga koma e pashpresë. Leonard Thomsoni u bë kështu pacienti i parë në botë që falë insulinës ju shpëtua jeta nga vdekja e sigurt. Kurse, Dr. Banting, Dr. Kolip, Dr. Kampel e studenti i mjekësisë Best dhe bashkëpunëtorët e tjerë pionier dhe arkitektë të kësaj sfide unike u ndjenë atë ditë njerëzit dhe mjekët më të lumtur në botë.

#### **Epokë e re**

Zbulimi e përdorimi i Insulinës për mjekimin e diabetit e ndahu historinë e kësaj sëmundje në mes. Ajo la pas epokën mijëra vjeçare të dështimit e tragjedisë së pacientëve që vuanin atë sëmundje. Epoka e mundësisë së shumë pritur të shpëtimit dhe rikthimit të jetës me të gjithë

gamën dhe koloritin e saj u hap për ta atë ditë. Që atëherë kanë kaluar plot 90 vjet. Disa miliona njerëz në botë me diabet kanë mundur të jetojnë, të punojnë, të prodhojnë, të krijojnë familje dhe gëzojnë jetën fal këtij bari mrekullues. Elisabet Hughes pacientja amerikane 12 vjeçare, e bija e ish sekretarit të shtetit dhe ish kryebashkiak i New York-ut Carl Hughes, ishte një nga ato. E dënuar të humbiste fatalisht jetën që në moshën fëmimore nga kjo sëmundje, ajo mundi pas fillimit të mjekimit me insulinë në të njëjtën vit me Leonard Thomsonin të jetonte thujse normalisht edhe 58 vjet të tjera më pas. Para se të fillonte të mjekohej me barin e ri magjik, ajo ishte si një skelet ‘kockë e lëkurë’ që me zor mbahej gjallë fal dietës dragoniane të urisë që praktikonte diabetologu më i famshëm i asaj kohe Frederik Alen. Kura e tij që për të sëmurët më torturuese se vetë sëmundja. Por ajo ishte alternativë e vetme e zgjatjes sado pak të ditëve të jetës. Motua që “më pak ushqim për më shumë jetë”. Bari Insulinë e ndryshoi kryekëput këtë dramë. Ajo nuk e shëroi diabetin por e bëri të përballueshëm dhe të mposhtshëm atë.

Kur Elisabeta u nda nga jeta, në vitin 1981, ajo ishte një grua e lumtur e plotësuar me arsim të lartë, me karrierë e veprimtari të pasur profesionale e shoqërore, e martuar me familje me fëmijë të saj dhe gjyshe e gëzuar me 7 nipër e mbesa. Ajo kishte bërë në trup deri ato ditë 42 mijë injeksione insulinë. Një rekord ky që sot mund të kalohet nga shumë pacientë të tjerë me diabet në botë. Por mesazhi që ajo dha është ende i vlefshëm për të gjithë: Fal insulinës sëmundja e diabetit nuk përbën më pengesë për suksesin, cilësinë dhe aspiratat e jetës njerëzore.

### **Besoni ëndrrat**

Historia e zbulimit të Insulinës dhe përdorimi i saj me sukses në mjekimin e diabetit përbën padyshim një nga sagat më fashinante e më frymëzuese të mjekësisë në tërësi. Në të u përzier një mori faktorësh, pasionesh, lojëra dramatike të fatit dhe mrekullira të papritura të tij. Vëzhgime dhe ide befasuese si të ardhura nga qielli, këmbëngulje, dështime, solidaritet, ambicie, lakmi, xhelozia, intriga, rivalitete nacionaliste dhe personale si dhe integritet, humanizëm, xhenerozitet e mirënjohje të karakterit njerëzor dhe profesional. Rruga e zbulimeve të mëdha duket e tillë është: plot hendeqe, humnera e megjullnaja, e njëkohësisht me të përpjeta por edhe me dritë të papritur dhe me engjëj të çuditshëm që të marrin në krahë e të çojnë lartë në majën e dëshiruar.

Askush nuk e di misterin e datës 31 Tetor 1920. Pse atë natë në orën 2 të mëngjesit kirurgu deri atëherë jo aq i suksesshëm Frederik Banting u zgjua befas nga gjumi në dhomën e vogël të shtëpisë së tij në qytezën London të Ontarios në Kanada? Përse kërkoi ta rilexonte përsëri me kuriozitet përvëlues një artikull mjekësor që e pati parë shkarazi para se të flinte, në të cilin përmendej mundësia e ndikimit të një lëngu të prodhuar nga disa grupe qelizash brenda gjëndrës së pankreasit ndaj nivelit të sheqerit në gjak. E zgjoi ndonjë zhurmë? Ndonjë ëndërr? Apo ideja fatlume e ardhur pa prituri? Gjysmë i ngritur në shtrat ai hapi dritën dhe rilexoi ngadalë e ngultas artikullin. Pastaj nxitimthi shënoi në bllokun që ishte në komodinë: “Diabet. Lidhim kanalën e gjëndrës së pankreasit tek një qen. E mbajmë gjallë qenin gjashtë javë sa gjëndra të thahet e të mbeten vetëm qelizat që prodhojnë lëngun që thuhet se ndikon mbi sheqerin e trupit. Prej tyre nxjerrim lëngun dhe provojmë efektin tek qeni”. Kaq. Të shkruara në anglisht gjithsej 25 fjalë. Fleta ku u shkrua ruhet në po atë shtëpi të shndërruar në muze, një far “Meke e diabetologjisë”. Ajo ka hyrë në histori si zanafilla e një nga zbulimeve më të mëdha të mjekësisë. Pas asaj nate Bantingu si somnambul i magjepsur nuk do i ndahej dot më idesë të lindur në gjumë.

“Të gjitha ëndrrat mund të bëhen realitet – pati thënë Walt Disney – nëse i besojmë ato dhe u shkojmë pas me vendosmëri. “Bantingu arriti ti realizonte ato që shkroi në fletën e bllokut. Ai zbuloi e prodhoi Insulinën, çelësin magjik të shumë kërkuar të mjekimit të diabetit. Më 14

Nëntor 1921 ai dorëzoi për botim rezultatet e zbulimit të tij. Atë ditë që ditëlindja e tij e 30-të. Federata Botërore e Diabetit do e shpallte 14 Nëntorin, më pas, ditën Botërore të Diabetit. Më tepër se talenti apo dituria ishin këmbëngulja, besimi, sakrificat dhe përkushtimi i pashoq që do të determinonin suksesin mrekullues të tij.

### **Fataliteti i ëndrrave të ndërprera**

Zbulimi i Insulinës, që finalizimi i një numëri përpjekjesh, i një mori hapash, njohurish, arritjesh por edhe deceptionsesh e dështimesh të grumbulluara në këtë fushë. Disa pionierë të tjerë patën ndjekur thujtë të njëjtën ide, kishin ndërmarrë iniciativa të ngjashme ose të njëjta e ndonjë prej tyre ishte dokumentuar si e suksesshme. Minkovski dhe Mering patën vërejtur që në 1889 shfaqjen e diabetit tek qentë pas heqjes eksperimentale të gjëndrës së pankreasit. Në 1901 Eugen Opi vërejti se vetëm heqja e plotë e disa qelizave të veçanta në formë ishujsh brenda tij ishin përgjegjëse për këtë. Në 1906 Ludvig Zulcer përdori ekstraktin e këtyre qelizave ishullore për të mjekuar diabetin e shkaktuar eksperimentalisht tek qentë. Nuk dihet pse nuk shkoi më tej. Në 1911 E. Scot në Çikago në mënyrë të ngjashme pakësoi sheqerin në urinën e qenve me diabet, por drejtori i tij nuk e besoi dhe e ndaloi të vazhdonte. 1915 Dr. Israel Kleiner demonstroi të njëjtën gjë në Universitetin Rokfeler por shpërthimi i luftës së parë botërore e bllokoi.

Në 1916 Profesor Nikollai Paulesku në Rumani thujtë e preku suksesin. Ai arriti të nxjerrë një ekstrakt të tillë nga pankreasi kafshëve, të cilin ai e emëroi Pankreinë. Lufta e parë botërore e detyroi edhe atë të ndërpriste punimet. Por në vitin 1921, ndërkohë që punonte në Paris, ai botoi 4 artikuj në të cilat paraqiti efektin e suksesshëm të këtij ekstrakti tek kafshët dhe pati nxjerrë edhe një patentë zyrtare për prodhimin e saj. Artikujt nuk qenë në gjuhën angleze. Vetëm 8 muaj më pas Dr. Banting mori meritat edhe lavdinë e zbulimit. Ai e pati cituar rumunin, por tha se nuk kishte mundur t'ja lexonte artikujt!. Për drejt Paulesku u ngatërrua edhe në disa pikëpamje antisemitiste dhe ndoshta pati kryer kështu pa e kuptuar as vetë suicidin e lavdisë e meritave shkencore të tij. Në vitin 2003 Bashkia e Parisit për shkak të protestës së një grupi izraelit, anuloi vendosjen e bustit të tij para spitalit ku ai pati punuar. Dy vjet më pas Federata Botërore e Diabetit refuzoi të merrte në konsideratë rivlerësimin e tij si zbuluesi i parë i Insulinës. Dukej se koha dhe pacientët pas një padurimi të gjatë donin që zbulimi i madh të finalizohet. Ato dhe fati u bënë përfundimisht me dy kanadezët Banting dhe Best. Ata qenë të vetmit që përveç eksperimenteve me kafshë, e dëshmuuan suksesin edhe në klinikë tek njerëzit.

### **“E përkëdhelura” e çmimit Nobel**

Fill pas zbulimit Insulina u bë menjëherë lulja ku u sulën për të gjetur nektar shkencor një mori kërkuesish të fushave të mjekësisë, biologjisë dhe kimisë. Zbulimet e lidhura me të e bënë atë kampionen e paarritshme në fitimin e çmimit Nobel. Çmimi i parë i tillë ju dha Dr. Frederik Bantigut dhe Prof. Xhon Macleod, i cili i pati ofruar atij në Universitetin e Torontos laboratorin, 10 qen eksperimental si dhe mbështetjen shkencore për këtë zbulim. Por ata të dy për solidaritet e ndan atë vullnetarisht i pari me studentin Best dhe i dyti me Dr. Xhems Kolip.

Në vitin 1951 një tjetër Frederik me mbiemër Sanger do merrte çmimin Nobel për zbulimin e strukturës molekulare të Insulinës. Ajo u bë proteina e parë e që hapte misteret e aminoacideve brenda saj. Ai u pasua nga Nobelistja e vitit 1969 Dorothe Hockin që me metodën kristalografike do zbulonte konfiguracionin hapësinor insulinik. Në vitin 1974 Kristian de Duve do nderohet me çmimin Nobel për efektet e insulinës në nivel qelizor, kurse 3 vite më vonë në 1977 Rosaline Jallou do merrte Nobelin përsëri për Insulinën: Dozimin e saj në gjak me metoda radio-imunologjike; çka i hapi rrugën dozimit më pas të gjithë hormoneve të tjerë.

Një numër pafund studimesh dhe iniciativash do e bënin Insulinën objekt të perfeksionimit kimik e strukturor. Do ti maksimalizonin efektshmërinë si dhe do ndërmerrnin industrializimin e komercializimin e shpejtë dhe gjithë botëror të saj. Insulina ndryshoi rrënjësisht diabetin. Dhe po aq diabeti e ndryshoi dhe po e përmirëson pandërprerë atë.

### **Hapësira të papara**

Në historinë e industrisë dhe biznesit farmaceutik rasti i insulinës përbën padyshim një nga mega sukseset më ekceptionale. Ishte së pari kompania farmaceutike amerikane Eli Lilly, e cila që në vitin 1921 nxitoi të përfshihej në prodhimin industrial të këtij bari të ri jetë shpëtues. Në fund të vitit 1922 ajo arriti të mbulonte të gjitha nevojat për të në kontinentin amerikan.

Ndërkohë një protagonist tjetër Nobelisti i vitit 1920 në mjekësi danezi August Krogh do e çonte i pari zbulimin e madh të ofruar bujarisht nga miku i tij Prof. Macleod nga Kanadaja në Danimarkë. Gruaja e tij Maria ishte me diabet. Ai themeloi kompaninë daneze Nordisk, më pas Novo Nordisk dhe në Mars 1923 Insulina filloi të përdorej edhe në Kopenhagen. Në sinergji e konkurrimit me njëra-tjetrën Eli Lilly dhe Novo Nordisk u vunë në garë për perfeksionimin e pandërprerë të preparateve insulinike. Një numër kompanish si Sanofi e Hochst, etj., i shoqëruan shpejtë ato në këtë rrugë.

Deri në vitin 1960 prodhimi i Insulinës kryhej vetëm duke u ekstraktuar prej pankreasit të viçit dhe të derrit, mjaft të ngjashme me atë njerëzore. Thertoret u shndërruan paradoksalisht në “male me pankreas shtazor” si burim jete për të sëmurët me diabet. Por nevojat e prodhimit u rriten me shpejtësi, çka çoi në zbulimin e llojeve të shumta të insulinës me variacione të shpejtësisë e kohë-zgjatjes së veprimit, me kombinime dhe pastërti sa më të lartë të saj. Në vitin 1960 krijua Insulina e parë sintetike me të njëjtën përbërje si ajo njerëzore, kurse në vitin 1977 Herbert Bayer duke përdorur bakterin E. Coli mundi ta krijojë në laborator Insulinën njerëzore me anë të inxhinierisë bio-gjenetike. Një perspektivë e re e paparë u hap kështu për prodhimin e pashtershëm të saj. Në vitin 1982 Insulina e tillë u fut gjerësisht në përdorimin klinik të mjekimit të diabetit.

Insulina e vitit 1922 e kishte të pamundur tani të njihte veten. Ajo pati kushtuar gjithsej 14 mijë dollar për tu zbuluar dhe në tërësi 24 mijë dollar fitim nga Nobeli për të katër shkencëtarët, ndërsa tani sjell vetëm për dy kompanitë e mësipërme rreth 6-8 miliard dollar të ardhura në vit. Një progres marramendësh ndodhi paralelisht në mjetet e teknikës së injeksionit të saj, së pari me perfeksionim e shiringave majë-holla, pastaj me pena si stilograf që mundësuan injektimin thujtë të padhembshëm si edhe “pompat e Insulinës” për injektimin e saj të ngjashëm me atë fiziologjik.

### **Insulina flet edhe shqip**

Ajo ka shumë vite që ka ardhur dhe po përdoret tek ne. Mbi 5 mijë të sëmurë tanë me diabet ja dedikojnë jetën dhe mirëqenien e tyre asaj. Prandaj në këtë 90 vjetor urime të panumërta prej tyre edhe prej ne mjekëve u shkojnë zbuluesve, prodhuesve dhe heronjve të parë.

## **INFEKSIONET SPITALORE DHE MASAT QË DUHET TË MERREN PËR ULJEN E TYRE**

*Dr. Faik TOSKA*

Infeksionet spitalore përbëjnë një problem të rëndësishëm që ka preokupuar në mënyrë të vazhdueshme Organizatën Botërore të Shëndetësisë dhe të gjithë shërbimet shëndetësore të vendeve anëtare të saj. Ky preokupim rrjedh nga fakti se këto lloj sëmundjesh janë shpeshherë shkaktarë të vdekjeve. Nga analizat e vdekjeve të ndodhura vitet e fundit në spitalet e Italisë rezultojnë rreth 7,000 raste vdekjesh të përvitshme vetëm nga sëmundje nozokomiale.

Vështirësitë që lindin në procesin e parandalimit dhe të mjekimit të sëmundjeve spitalore dhe luftimi i shkaqeve komplekse që bëjnë të mundur shfaqjen e tyre, rrisin pa masë edhe kostot për parandalimin dhe përballimin e infeksioneve nozokomiale. Vetëkuptohet që edhe investimet që kërkohen për përballimin e tyre, kapin shifra të larta. Në vende të përparuara, p.sh.: në SHBA për sëmundjet nozokomiale çdo vit shpenzohen rreth 4 bilion dollarë dhe në Angli rreth 115 milion paund.(1)

Sëmundjet nozokomiale, si nozologji kanë veçoritë e tyre. Ata në shumicën e rasteve vijnë nga mikrobe që kanë fituar rezistencë nga trajtimet pa kriter me antibiotikë. Shpërthimet e infeksioneve spitalore sipas OBSH-së janë të larta veçanërisht edhe për kostot e materialeve të përdorura për përballimin e tyre, për antibiotikët, veshjet, lëndët dezinfektante, veshjet mbrojtëse si dhe për sigurimin e shërbimeve të izolimit mbrojtës dhe të kontrollit laboratorik. Ato sjellin rritje të ditë-qëndrimeve në spitale dhe të traumave nervore të pacientëve dhe të familjarëve të tyre si pasojë e rritjes së humbjes së kohës së punës.

OBSH-ja në mënyrë të vazhdueshme ka ngritur grupe pune për evidentimin dhe kontrollin e dinamikës së kësaj patologjie dhe ka rekomanduar masat tekniko-organizative dhe profesionale për uljen e tyre. Në mjaft veprimtari ndërkombëtare kanë marrë pjesë edhe specialistët tanë.

QSUT është qendra më e madhe e vendit, ku sipas orientimeve të OBSH-së dhe udhëzimeve të Ministrisë së Shëndetësisë, trajtohen në të gjithë kompleksitetin e tyre edhe sëmundjet nozokomiale. Që nga viti 1996 pranë drejtorisë së QSUT-së u ngrit Komiteti i Kontrollit të Infeksioneve Spitalore i drejtuar nga shefi i shërbimit të sëmundjeve infektive, si një organ i specializuar për luftimin e sëmundjeve nozokomiale. Në përbërjen e këtij komiteti janë specialistë kryesisht infeksionistë, epidemiologë, bakteriologë, farmacistë; të cilët trajtojnë në mënyrë komplekse problemin e sëmundjeve nozokomiale. Synimi kryesor i këtij grupi është sensibilizimi i punonjësve të shëndetësisë dhe pacientëve lidhur me rrezikshmërinë dhe rekomandimi i masave për parandalimin e sëmundjeve nozokomiale. Në këtë drejtim është për tu vlerësuar puna e stafit drejtues të QSUT-së lidhur me masat tekniko-organizative për përmirësimin e sistemit të sterilizimit si dhe të rikonstruksioneve të reparteve më problematike siç janë ambientet reanimatore në: spitalin e sëmundjeve nervore, të sëmundjeve të mushkërive dhe në spitalin e traumës.

Spektori i Higjienës spitalore, Epidemiologjisë dhe i Kontrollit të Infeksioneve Spitalore të QSUT-së, po luajnë një rol të rëndësishëm për evidentimin e gjendjes dhe duke nxitur marrjen e masave. Prandaj ky profil është përforcuar me mjekë epidemiologë, higjienistë dhe me laborantë për marrjen e analizave bakteriologjike edhe në mjediset spitalore.

Sëmundjet nozokomiale përgjithësisht në spitalet tona ende mbeten problem shqetësues, sepse me gjithë masat që dita ditës po merren, disiplina sanitare lë mjaft për të dëshiruar nga pacientët, vizitorët dhe vetë personalin sanitar. Edhe mungesat e herëpashershme të mjeteve të pastrimit, pamjaftueshmëria e dezinfektimit si rezultat i mungesës së furnizimit të vazhdueshëm me lëndët dezinfektuese për ambientet, instrumentet, etj., ndikojnë në rritjen e sëmundjeve nozokomiale.

Kujdesi në drejtim të ndarjes në burim të mbetjeve toksike e infektuese dhe transportimi apo shkatërrimi i tyre për të mos u bërë burim i kontaminimit të mjedisit spitalor, disiplinimi i lëvizjes së mjeteve të qarkullimit brenda territorit spitalor si dhe vizitat pa kriter të familjarëve në mjediset e brendshme spitalore, janë një *burim ekzogjen* (i jashtëm) infeksioni, i cili në mirëkuptim me drejtuesit e spitalit është konsideruar si faktori kryesor i përhapjes së infeksioneve spitalore të QSUT-së.

Përmirësimet organizative në QSUT, përfshirë kalimin në mjedise të veçanta të konsultave jashtë klinikave, kanë ulur në maksimum mundësinë e futjes nga jashtë të infeksioneve në klinikat spitalore nga pacientët që konsultohen në QSUT. Po ashtu, sistemimet dhe higjienizimet në mjediset dhe territorin e jashtëm, evidentimi i hedhjes së mbetjeve të rrezikshme në vendet e caktuara, kontrolli i përditshëm i ujit për klorin rezidual, të gjitha këto së bashku, kanë plotësuar principin kryesor të kontrollit për parandalimin e infeksioneve në rrugën *ekzogjene*.

Për të eliminuar përhapjen e sëmundjeve nozokomiale nga manipulimet që bën tek i sëmuri vetë personeli mjekësor, stafi i kontrollit të infeksioneve spitalore i ka dhënë rëndësi të veçantë trajnimit të personelit mjekësor të mesëm dhe të ulët për teknikën e larjes së duarve. Për këtë qëllim janë bërë herë pas here fushata dhe kurse konkrete me personelin e mesëm dhe të ulët mjekësor, duke analizuar tek ata ngarkesën e duarve para dhe pas larjes.

Nga analizat e punës së Komitetit të Kontrollit të Infeksioneve Spitalore, rezultojnë se infeksionet spitalore më të zakonshme janë ato të traktit urinar, infeksionet pas ndërhyrjeve kirurgjikale dhe infeksionet e rrugëve të poshtme të sistemit respirator. Infeksionet nga përdorimi i kateterave dhe nga përdorimi i injeksioneve intravenoze.(3) Në këto raste në principin e punës ka qenë ndërhyrja për largimin e burimit të infeksionit dhe kërkesa për sterilizimin dhe dezinfektimin e instrumenteve të punës dhe pajisjeve të tjera në mënyrë korrekte, në zbatim të rregulloreve të miratuara.

Njësia e kontrollit të sëmundjeve spitalore ka qenë e preokupuar për infeksionet e plagëve të pacientëve të operuar në klinikat tona. Për këtë qëllim janë kryer analiza të shkallës së sterilitetit të instrumenteve të punës, në mjediset e tyre për nivelin e ndotjes së ajrit, në plagët e pacientëve të operuar, etj... Në blloqet e operacionit dhe dhomat e mjekimit janë marrë në vitin 2014 në mjediset e punës 1,099 mostra për analizë, nga ku rezultoi me ngarkesë mikrobike 173 mostra, ndërsa në vitin 2015 nga 731 mostra të analizuar, gjithmonë nga blloqet e operacionit dhe dhomat e mjekimit, 67 prej tyre kanë rezultuar të kontaminuara me mikrobe. Vetia e përgjithshme e mikrobeve të izoluara është virulenca e lartë dhe rezistenca ndaj antibiotikëve, e vërtetuar në antibiogramat e bëra në laboratorin bakteriologjik. I njëjti fenomen rezultojnë edhe në kontrollet laboratorike të kryera në repartin e hematologjisë.

Në këndvështrimin për sëmundjet nozokomiale, përveç pacientëve, objekt i punës së përditshme duhet të jetë vetë personeli mjekësor, i cili profesionalisht ekspozohet ndaj faktorëve dëmtes të shëndetit të tyre. Ata me duart e kontaminuara mund të infektojnë pacientët, si dhe veten e tyre. Në këtë rast kemi të bëjmë me *rrugë endogene (të brendshme)* të infektimit. Nga analizat e punës del se një numër i konsiderueshëm i personelit të repartit infektiv, gastroenterologjisë apo kirurgjisë rezultojnë të infektuar ndaj hepatitit viral tip B.(3) Duke pasur parasysh rreziqet profesionale në raport me punën e përditshme si dhe evidentimin e saktë të gjendjes shëndetësore të personelit tonë mjekësor, është plotësuar kartela individuale mjekësore ku evidentohen gjendja shëndetësore dhe ajo imunitare e personelit. Në këtë kuadër përmendim procesin e identifikimit të personelit që më shumë ekspozohet ndaj shpimeve me mjete të

mprehta, me synimin e kontrollit më shpesh të zbatimit të kushteve të punës, por edhe të kontrollit periodik të gjendjes shëndetësore të tyre.

Ekipi i kontrollit të infeksioneve nozokomiale duke bashkëpunuar ngushtësisht me ISHP-në, vitet e fundit ka kryer fushata vaksinimi ndaj hepatitit viral tip B si dhe vaksinimin ndaj fruthit dhe Rubeolës për infermieret e reja në moshë. Por në këtë proces të rëndësishëm për shëndetin dhe jetën e tyre, nuk është gjetur sa duhet gatishmëria dhe kujdesi nga vetë punonjësit në mënyrë që asnjë prej tyre të mos mbetet pa vaksinuar.

Duke e vështruar punën e deri tanishme të kryer nga stafi në bashkëpunim me të gjithë aktorët e tjerë që ndikojnë në uljen e sëmundjeve nozokomiale, mendojmë se kemi një ecuri pozitive në fushën organizative, profesionale me rezultate inkurajuese, por ende jemi larg rezultateve që kërkon sistemi ynë shëndetësor. Treguesi më domethënës është përqindja e lartë e sëmundjeve nozokomiale në përgjithësi, i cili nga një studim i përgjithësuar në QSU, rezulton në shifrën 30% ndërkohë kur në vendet e Evropës është në shifra mjaft më të ulëta. Sëmundjet nozokomiale duhet të jenë një objekt i vazhdueshëm dhe preokupues jo vetëm i specialistëve të mirëfilltë, por i të gjithë personelit mjekësor, pse jo edhe i vetë pacientëve, të cilët duhet të bëhen të ndërgjegjshëm për kontributin e tyre.

Puna dhe rezultatet e arritura deri tani do të jenë një fillim i mirë që duhet thelluar e përmirësuar më tej në vitet e ardhshme, me parimin që parandalimi është shumë më i mirë dhe më i rëndësishëm se sa mjekimi i sëmundjeve nozokomiale. Ulja progresive e sëmundjeve nozokomiale do të ishte një tregues i rëndësishëm i rritjes së standardeve të punës në gjithë personelin mjekësor spitalor.

#### **Bibliografia**

1. *Hospital-acquired infections; Gaj Ayliffe, 1995*
2. *Infezioni ospedaliere. Prevenzione e controllo; Maria Luisa Moro, 1994*
3. *Analizat vjetore të njësisë së Kontrollit të Infeksioneve Spitalore në QSUT, 2016*
4. *Microeconomie de l'infection nosocomiale; Robert Meynet, 1987*
5. *Hygiene hospitaliere; M.Laveran, 1998*
6. *Les infections urinaires; Bernard Lobel, 2007*

## **RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES**

### **PCI PRIMARE NË INFARKTIN AKUT TË MIOKARDIT ME NGRITJE TË SEGMENTIT ST NË EKG (STEMI)**

*Të rejat që sjell Udhërrëfyesi i ri i Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë (ESC 2017)*

**Prof. Artan GODA MD FESC**  
**Shërbimi i I-rë i Kardiologjisë, QSU “Nënë Tereza”, Tiranë**

Kur një i sëmurë paraqitet me infarkt akut të miokardit me ngritje të segmentit ST në EKG (STEMI) strategjia kryesore që përdoret në mjekim, është ajo e përpjekjeve për shpëtimin e jetës së pacientit. Këto përpjekje kalojnë nëpërmjet 3 fazave kryesore:

1. Parandalimi vdekjeve pre-spitalore nga Fibrilacioni Ventrikular
  - **Pacienti duhet dërguar sa më shpejt pranë një defibrilatori**
2. Parandalimi i vdekjes spitalore nga Insuficienca Kardiake
  - **Apliko sa më shpejt terapinë re-perfusionuese**
3. Parandalimi i vdekjes së vonshme nga:
  - a) *Ngjarjet iskemike rekurente*
    - **Terapi me barna për parandalim sekondar**
  - b) *Aritmitë Letale*
    - **Implantimi i defibrilatorëve personal (ICD) sipas nevojës**

*Siç duket qartë nga sa u tha më sipër një rol të rëndësishëm në fazën akute të Infarkt të miokardit (IAM) ka përdorimi i metodave re-vaskularizuese, për të rivendosur sa më shpejt fluksin e munguar në enën e mbyllur koronare dhe shpëtuar sa më shumë masë muskulare miokardiale nga nekroza. Dy metodat që përdoren për këtë qëllim janë Tromboliza koronare dhe Angioplastika koronare e fazës akute të IAM (PCI primare).*

### **PCI primare: ku qëndron problemi aktualisht dhe raporti me trombolizën koronare:**

Re-vaskularizimi koronar, në praktikën e trajtimit të fazës akute të infarkt të miokardit (IAM) që prej mbi 25 vjetësh, solli një reduktim të konsiderueshëm të mortalitetit në fazën akute të tij. Fillimisht, përdorimi i trombolitikëve i/v tregoi një efektshmëri të qartë në uljen e mortalitetit të IAM me të paktën 18%, por më pas filloi të aplikohet angioplastika koronare e urgjencës në IAM (PCI-primare), me një reduktim të mëtejshëm me mbi 35% të mortalitetit dhe që aktualisht mbetet si mjeti i preferuar i re-vaskularizimit në pacientët me STEMI që paraqiten brenda 12 orëve të para nga fillimi i simptomave të IAM. Sidoqoftë të gjitha studimet tregojnë se rezultati maksimal nga PCI-primare në STEMI arrihet kur kjo metodë realizohet brenda 120 minutave nga vendosja e diagnozës së IAM, nga një ekip me eksperiencë të madhe në kryerjen e saj. Mortaliteti më i ulët konstatohet kur PCI-primare në STEMI realizohet në qendra me volum të lartë procedurash urgjente dhe kjo vërtetohet dukshëm jo vetëm nga studimet, por edhe nga të dhënat e regjistrave që reflektojnë jetën reale.

Të gjitha studimet serioze kanë vërtetuar tashmë se PCI-primare është superiore ndaj trombolizës, kur koha e realizimit të të dy procedurave është e njëjtë, në të sëmuret me STEMI. Por në disa rrethana, kur PCI primare nuk është e mundur të realizohet, për shkak të vonesave objektive në kohë, mjekimi i STEMI mund të fillohet nëpërmjet trombolizës koronare. Pra zgjedhja e metodës re-vaskularizuese të arterieve koronare në STEMI varet nga koha që kemi në dispozicion për realizimin e secilës prej tyre. Për gjetjen e saktë të kohës, kur duhet preferuar PCI-primare ndaj trombolizës, ka shumë debate dhe nuk ka akoma një studim të qartë për këtë qëllim. Por nga analizat pos-hoc të studimeve mbi rolin e PCI-primare në STEMI, që shpesh japin të dhëna të ndryshme, për thjeshtësim të problemit, si kohë kur duhet të preferohet PCI-primare direkte është zgjedhur rasti kur ajo mund të realizohet deri në 120 minuta (kalimi i guidës përtej okluzionit) nga vendosja e diagnozës së STEMI. Në rastet kur PCI-primare e ka të vështirë të realizohet brenda 120 minutash, preferohet fillimi i trombolizës, që duhet të kryhet me rrugë intravenoze, dhe për të fituar kohë, që përpara se pacienti të arrijë në spital, brenda 10 minutash nga vendosja e diagnozës së STEMI ose brenda 20 minutash nga kontakti i parë i mjekut me pacientin. Pas kësaj procedure, pra bolusit me trombolitikë, i sëmuri duhet të

transferohet sa më shpejtë që të jetë e mundur në një qendër që të ketë mundësinë e kryerjes së PCI. Në rastet kur fibrinoliza dështon (zbritja e ST <50% brenda 60-90 min) ose kur i sëmuri ka instabilitet hemodinamik apo elektrik, përkeqësim të ischemisë ose persistencë të angines, kryhet PCI-shpëtuese. Në rastet kur kemi një trombolizë të suksesshme indikohet gjithmonë një PCI e hershme (2-24 orë pas trombolizës). Në të sëmurët me angor tipik për IAM dhe vështirësi të interpretimit të EKG, si p.sh.: BDM, shkohet direkt në PCI-primare.

Ka një dakortësi të përgjithshme që strategjia e PCI të përdoret gjithashtu tek pacientët që vazhdojnë të kenë simptoma edhe pas >12orësh në prani të:

1. EKG me ischemi në vazhdim
2. Vazhdim ose rikthim i angines, shoqëruar me shenja të iskemisë
3. Vazhdim ose rikthim të angines, që shoqërohet me insuficiencë kardiake, shok apo aritmi malinje.

Nuk ka konsensus nëse PCI-primare shërben edhe në të sëmurët që paraqiten >12 orë nga fillimi i simptomave dhe ku mungojnë shenjat klinike dhe/ose EKG-ike të iskemisë në vazhdim. Studimi OAT nuk tregoi ndonjë përfitim klinik kur krahasoi ndërhyrjen rutinë koronare me trajtimin me barna, në të sëmurët që paraqiteshin 3-28 ditë pas IAM dhe ishin stabël nga ana klinike. Një meta-analizë studimesh gjithashtu tregoi se ri-kanalizimi i vonshëm i arteries koronare përgjegjëse për IAM nuk solli përfitime nga re-perfuzioni. Pra, PCI rutinë e ri-kanalizimit të një arterie koronare të mbyllur, përgjegjëse për IAM, tek pacientët asimptomatikë, që paraqiten >48 orë nga fillimi i simptomave, nuk indikohet. Këta të sëmurë duhet të trajtohen si pacientët me okluzione kronike dhe vendimet merren me qetësi në bazë të të dhënave të tyre klinike.

### **Disa aspekte procedurale të PCI-primare në STEMI**

**Rruga nëpërmjet të cilës kryhet ndërhyrja:** Vitet e fundit, disa studime (MATRIX, RIVAL, RIFLE-STECS) flasin në favor të rrugës radiale për kryerjen e PCI-primare në krahasim me rrugën femorale. Sipas tyre nëpërmjet rrugës radiale reduktohen hemorragjitë *in situ*, komplikacionet vaskulare, nevoja për transfuzion, dhe për rrjedhojë uljet edhe mortaliteti. Por në këto studime të sëmurët ishin të përzierë, së bashku me ata me ACS, por pa STEMI (që përbënin vetëm 48% të pt) dhe nuk u studiua përfitimi në grupet e veçanta. Kështu, preferenca për rrugën radiale duhet marrë me rezervë deri në studime të tjera.

**Stentet në PCI-primare:** Implantimi i stenteve koronare është metoda e zgjedhur e PCI-primare dhe mbetet superiore ndaj përdorimit vetëm të ballonit intrakoronar. Bare-metal stentet (BMS) rezultojnë superiore ndaj vetëm ballonit në reduktimin e re-infarkt, por jo në uljen e mortalitetit. Stentet e medikuara (DES) janë më të favorizuara, sepse reduktojnë riskun e ri-përsëritjes së re-vaskularizimit në arterien koronare përgjegjëse, krahasuar me BMS, edhe në rastet e PCI-primare në STEMI. Gjenerata e re e DES (biolimus-eluting stent me polimer biodegradabel dhe everolimus stent), në dy studime (COMFORTABLE-AMI dhe EXAMINATION) u treguan superiore lidhur me sigurinë dhe përmirësimin, ose së paku nuk përkeqësuan, efikasitetin e tyre në krahasim me DES të gjeneratës së parë. Deferring-stent në PCI-primare, me qëllimin që të reduktojnë obstrukcionin mikrovaskular, kur u krahasuan me stentet konvencionale, nuk treguan ndonjë superioritet, dhe kështu ato nuk duhen përdorur në rutinë në PCI-primare në STEMI.

**Aspirimi i trombit:** Për Aspirimin e trombit gjatë PCI-primare në STEMI janë kryer studime të vogla ose single-center dhe me rezultatet kontradiktore për përfitim nga kjo metodë. Bazuar në meta-analizën e këtyre studimeve, aspirimi rutinë i trombit në PCI-primare **nuk rekomandohet**, me përjashtim të rasteve të veçanta kur trombi duket i madh, pas kalimit të guidës apo ballonit.

**Revaskularizimi multivazal:** Sëmundja multivazale koronare është e shpeshtë (rreth 50%) tek pacientët me STEMI. Dilema në këta të sëmurë është nëse duhet ri-kanalizuar vetëm arteria e mbyllur koronare, përgjegjëse për IAM (ena culprite) apo të kryhet PCI në të gjitha stenozaat edhe në arteriet e tjera koronare të sëmura. Tre meta-analiza të shumë studimeve të kryera në këtë drejtim treguan se nuk ka ndonjë përfitim nga ndërhyrja e menjëhershme në të gjitha enët koronare të sëmura, në momentin e ri-kanalizimit të enës culprite. Pra **rekomandohet** që PCI në enët e tjera të sëmura koronare të kryhet pa dalë i sëmuri nga spitali, por nëse kjo duhet bërë menjëherë apo pas disa ditësh, për këtë nuk ka studime me të dhëna të mjaftueshme.

**Përdorimi i ballonit intra-aortal gjatë PCI-primare:** Përdorimi i ballonit intra-aortal nuk tregoi ndonjë përfitim gjatë PCI-primare në STEMI anterior pa gjendje shoku dhe bile ishte përgjegjës për rritjen e hemorragjive. Edhe në studime të tjera nuk është parë ndonjë përfitim prej tij në trajtimin e të sëmurëve me IAM dhe gjendje shoku.

Si **konkluzione** mund të themi:

1. PCI primare indikohet për re-vaskularizimin e a. koronare të mbyllur në STEMI;
2. Pas PCI-primare, në rast të vazhdimin të simptomave dhe/ose persistencës apo rekurencës së iskemisë, rekomandohet përsëri koronarografi plus PCI eventuale;
3. Implantimi i stenteve preferohet më shumë se zgjerimi i vetëm me ballon në PCI-primare;
4. DES të gjeneratës së re preferohen ndaj BMS në PCI-primare;
5. Aksesit radial mund të përdoret nga operatorë me eksperiencë në PCI-primare;
6. Përdorimi rutinë i aspirimit të trombit nuk rekomandohet në PCI-primare;
7. Nuk rekomandohet përdorimi rutinë i deferred-stenteve;
8. Re-vaskularizimi rutinë i të gjitha enëve koronare të sëmura, përveç enës culprite, në të sëmurët multivazale, duhet bërë përpara se i sëmuri të dalë nga spitali;
9. Në të sëmurët me STEMI plus shok kardiogen, ri-kanalizimi edhe i enëve të tjera koronare, përveç enës culprite, në të njëjtën procedurë, duhet marrë në konsideratë;
10. Në rastet kur nuk realizohet dot PCI-primare në STEMI dhe zona iskemike e infarktut është e gjerë, duhet marrë në konsideratë kryerja e bypass-it Ao-koronar.

## HEPATITI NGA VIRUSI DELTA (HDV)

*Jonida LAVDARI, Fjoralba PRIFTI, Jovan BASHO  
Shërbimi Gastroenterologji/Hepatologji, QSU "Nënë Tereza", Tiranë*

Virusi Delta (HDV) është përfaqësues tipik i viruseve që përfshihen në grupin me RNA, pasi gjenoma e tij përbëhet praktikisht nga një molekulë rrethore e RNA-së. Virusi Delta ka formë sferike, diametër 36nm dhe mbështillet prej një shtresë antigjenësh sipërfaqësorë të virusit të

hepatitit B (HBsAg). Gjenoma virale sekron antigenin specifik, HD-Ag. Aktiviteti biologjik i HDV varet dhe realizohet vetëm në sajë të funksionit ndihmës që ofron virusi i hepatitit B (HBV). Infeksioni HBV dhe HDV mund të jenë të njëkohshëm (co-infeksion) ose HDV mund të infektojë një mbartës kronik të HbsAg (superinfeksion) (1).

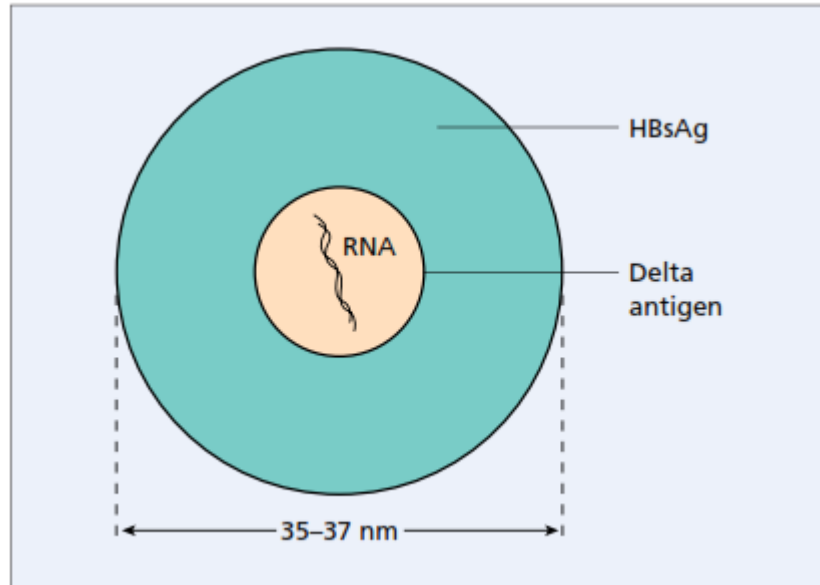


Fig. 1 Gjenoma e virusit Delta

### **Epidemiologjia**

Infeksioni HDV nuk është një sëmundje e re. Ky virus ka qenë i pranishëm në ushtrinë amerikane në vitin 1947, në Los Anxhelos në vitin 1967 (2), dhe në Brazil në vitin 1930. Prania e këtij virusi është e lidhur ngushtë me përdoruesit e drogave intravenoze, por mund të prekë të gjithë njerëzit e infektuar me virusin e hepatit B (3). Këtë virus e gjejmë rrallë tek homoseksualet (4). Janë të rrezikuar personeli shëndetësor, hemofilikët, emigrantët, persona me aftësi të kufizuar, marrësit e transfuzioneve, etj... HDV mund të përhapet në rrugë heteroseksuale (5). Është parë përhapja edhe brenda familjes në Italinë Jugore (6). Fëmijët gjithashtu janë të rrezikuar. Infeksioni HDV mund të riaktivizohet nga infeksioni HIV. Infeksioni HDV është i pranishëm në të gjithë botën, veçanërisht në Evropën Jugore (2), Ballkan, Lindjen e Mesme, në Indinë Jugore, Tajvan (7), Japoni, në disa zona të Afrikës (8). Shqipëria futet në vendet me prevalencë të lartë të HBV. Karakteristika themelore e infeksionit nga virusi Delta, në vendet me numër të madh të mbartësve të HBsAg, konsiston në rrezikshmëri të lartë për të zhvilluar forma fulminante të hepatitit akut nga infektimi i mbi shtuar me virusin Delta (9).

### **Patogjeneza**

Veçoria biologjike e aktivitetit patogjenik të virusit Delta është aftësia për të frenuar shumëzimin e virusit të hepatit B (10). Në rastin e infektimit të njëkohshëm HBV + HDV, në personat e pa infektuar më parë nga HBV (HBsAg negativ dhe anti HBs negativ) simptomatologjia klinike është e ngjashme me ato të hepatitit viral akut të shkaktuar nga HBV apo HDV, me incidencë të lartë të formave fulminante (11). 2-5 % e rasteve kronizohen (12). Në rastin e infektimit HDV, në personat e infektuar më parë nga HBV, hepatiti Delta zhvillon forma klinike të rënda (13). Situata biologjike të veçanta zhvillohen në rastet e infektimit të mbartësve kronik të HBsAg me

virusin Delta. Shërimi i hepatitit Delta pasohet nga zhdukja e anti-HDV prej serumit, proces që përfundon pas disa muajve, ndonjëherë edhe pas disa viteve. Pas kësaj periudhe në serum mbeten vetëm markuesit e infektimit nga virusi i hepatit B (14).

## Klinika

### Hepatiti Delta në rastet e bashkë-infektimit (HDV +HBV)

Manifestimet klinike varen nga virulenca e virusit të hepatitit B. Sa më e lartë virulenca aq më të shprehura manifestimet kliniko-biokimike të infektimit Delta. Sa më e ulët virulenca aq më pak të shprehura janë këto manifestime. Tabloja klinike është ajo e formës akute të Hepatitit B. Prania e infektimit nga virusi Delta zbulohet nëpërmjet pranisë së anti -HDV. Karakteristika biokimike themelore e bashkë infektimit HBV+HDV është rritja e transaminazave brenda pak javëve. Kjo lidhet me kulmin e procesit nekro-inflamator të qelizave parenkimale të heparit.

### Hepatiti Delta në rastet e mbi-infektimit

Bartësi kronik i HBsAg ofron terren të përshtatshëm për zhvillimin e virusit Delta, duke krijuar kushte për shumëzimin e tij (15). Infektimi i bartësve kronikë të HBsAg me virusin Delta manifestohet klinikisht me tablo të larmishme. Në bartësit asimptomatikë të HBsAg, infektimi i mbi shtuar Delta mund të interpretohet gabimisht edhe si hepatit akut B (16). Në të sëmurët me hepatit kronik viral B, infektimi akut HDV i mbi shtuar manifestohet klinikisht me rëndimin e gjendjes, rritje të transaminazave dhe ikter. Në disa raste, infektimi akut nga HDV mund të frenojë përkohësisht shumëzimin e virusit të hepatitit B. Në vendet me endemicitet të lartë të HBV, sikurse vendi ynë, bashkë infektimi apo mbi infektimi me HDV shkakton hepatite fulminante, si pasojë e ndryshimeve të thella nekro-inflamatore të parenkimës hepatike (17).

### Hepatiti kronik Delta

Pjesa më e madhe e të sëmurëve të infektuar prej kohësh nga virusi Delta paraqet të dhëna të mjaftueshme për hepatitin kronik aktiv apo cirrozë hepatike.

## Diagnoza

Hepatiti akut Delta diagnostikohet nëpërmjet rritjes në serum të anti-HDV IgG. Co-infeksioni diagnostikohet nëpërmjet rritjes në serum të anti HDV IgM, në prani të titrave të lartë të anti-HBc IgM (18).

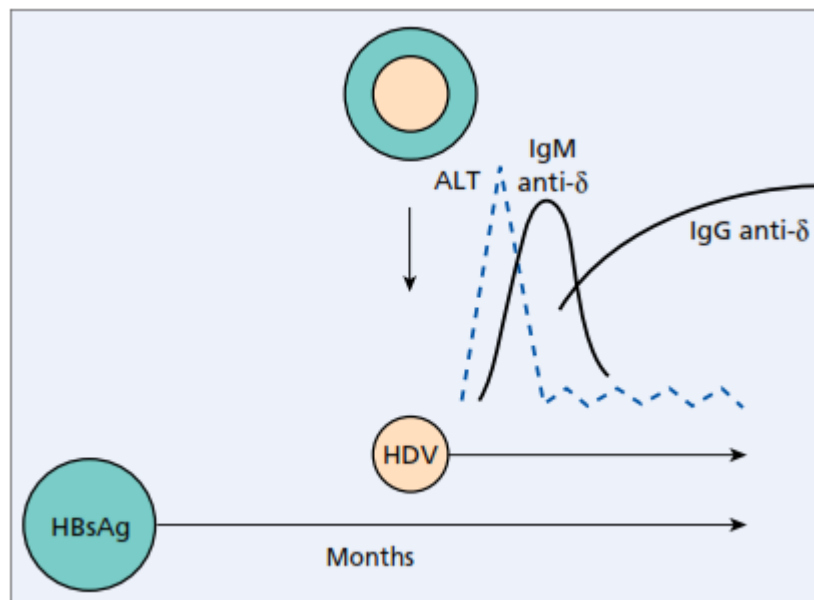


Fig. 2 Mbi-infeksioni HBV + HDV

Këto antikorpe shfaqen pas 1 jave dhe zhduken pas 5-6 javësh, janë të pranishme deri në 12 javë (19). Me zhdukjen e IgM anti-HDV (20), në serum shfaqen IgG anti-HDV. Mund të ketë një periudhë dritare midis zhdukjes së njërit dhe shfaqjes së tjetrit. HBsAg është pozitive, por me titër të ulët, ndonjëherë të pamatshëm. Anti-HBc IgM është gjithashtu e frenuar. Super-infeksioni me HDV zbulohet nga prania e anti-HDV IgM, zakonisht në të njëjtën kohë me anti-HDV IgG dhe të dy antitruapat vazhdojnë të mbeten pozitivë. Këta të sëmurë janë zakonisht anti-HBc IgM negative. Matja e HDV RNA në të sëmurët me anti HDV pozitive është shumë e rëndësishme (21).

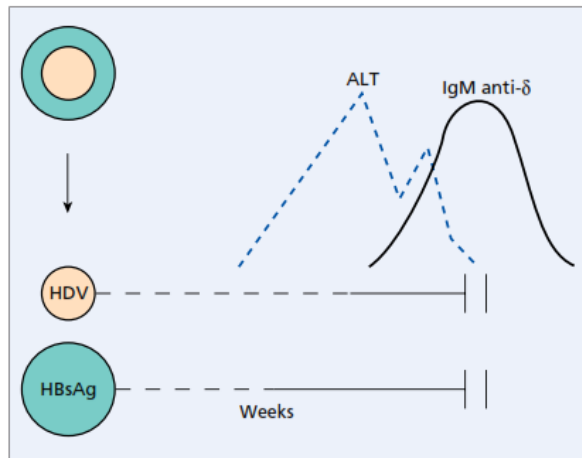


Fig. 3 Bashkë-infeksioni HBV + HDV

The diagnosis of delta virus infection

	Acute co-infection		
	Early	Convalescence	Chronic
<b>Serum</b>			
IgG anti-delta	+	+(low titre)	+(high titre)
IgM anti-delta	+(late)	-	+
HDAg	+	-	+
HDV RNA	+	-	+
<b>Liver</b>			
HDAg	+	-	-
HDV RNA	+	-	+

## Mjekimi

Mjekimi i hepatitit D bëhet nëpërmjet përdorimit të barnave antivirale. Përdorimi i interferonit alfa, për më shumë se 12 muaj (22), mund të normalizojë në disa raste nivelin e transaminazave në serum (23). Kjo shoqërohet me pakësimin e procesit nekro-inflamator të parenkimës hepatike gjë që realizohet që në muajt e parë të mjekimit. Megjithatë skemat e mjekimit nuk kanë qenë në gjendje të kontrollojnë plotësisht aktivitetin e sëmundjes. Rezultate të kënaqshme janë arritur në 10-15% të rasteve. Shërimi nënkupton negativizimin e HDV RNA, normalizimin e transaminazave në serum, zhdukjen e antigenit të HDV nga indet hepatike dhe qetësimin e procesit nekro-inflamator të parenkimës hepatike (24). Në disa raste kemi edhe negativizimin e HBsAg dhe serokonversionin në anti-HBs. Përqindja e vogël e rasteve të shërueshme është dëshpëruese. Kjo ka bërë që të provohen shumë skema të tjera, veçanërisht ato që përfshijnë kombinimin e interferonit me antivirale të tjerë. Në rastet e pranishme të cirrozës zgjidhja e vetme është transplantimi i mëlçisë (25, 26).

## Parandalimi

Mënyra e vetme për të parandaluar infeksionin nga virusi i hepatitit D është nëpërmjet parandalimit të infeksionit nga virusi i hepatitit B, gjë e cila arrihet nëpërmjet vaksinimit kundër hepatitit B (27).

## Bibliografia

1. Rizzetto M. The delta agent. *Hepatology* 1983; 3: 729.
2. De Cock KM, Govindarajan S, Chin KP et al. Delta hepatitis in the Los Angeles area: a report of 126 cases. *Am. Intern. Med.* 1986; 105: 108.

3. Bonino F, Caporaso N, Dentico P et al. Familiar clustering and spreading of hepatitis delta virus infection. *J. Hepatol.* 1985; 1: 221.
4. Weisfuse IB, Hadler SC, Fields HA et al. Delta hepatitis in homosexual men in the United States. *Hepatology* 1989; 9: 872.
5. Cortrina M, Buti M, Jardi R et al. Hepatitis delta genotypes in chronic delta infection in the north-east of Spain (Catalonia). *J. Hepatol.* 1998; 28: 971.
6. Stroffolini T, Ferrigno L, Cialdea L et al. Incidence and risk factors of acute delta hepatitis in Italy: results from a national surveillance system. *J. Hepatol.* 1994; 21: 1123.
7. Sakugawa H, Nakasone H, Shokita H et al. Seroepidemiological study of hepatitis delta virus infection in Okinawa, Japan. *J. Med. Virol.* 1995; 45: 312.
8. Buitrago B, Popper H, Hadler SC et al. Specific histological features of Santa Marta hepatitis: a severe form of hepatitis delta-virus infection in northern South America. *Hepatology* 1986; 6: 1285.
9. Hadler SC, De Monzon M, Ponzetto A et al. Delta virus infection and severe hepatitis: an epidemic in the Yupca Indians of Venezuela. *Ann. Intern. Med.* 1984; 100: 339.
10. Hershow RC, Chomel BB, Graham DR et al. Hepatitis D virus infection in Illinois state facilities for the developmentally disabled. *Ann. Intern. Med.* 1989; 110: 779.
11. Wu J-C, Choo K-B, Chen C-M et al. Genotyping of hepatitis D virus by restriction-fragment length polymerase and relation to outcome of hepatitis D. *Lancet* 1995; 346: 939.
12. Smedile A, Rosina F, Saracco G et al. Hepatitis B virus replication modulates pathogenesis of hepatitis D virus in chronic hepatitis D. *Hepatology* 1991; 13: 413.
13. Lefkowitz JH, Goldstein H, Yatto R et al. Cytopathic liver injury in acute delta virus hepatitis. *Gastroenterology* 1987; 92: 1262.
14. Lettau LA, McCarthy JG, Smith MH et al. Outbreak of severe Hepatitis B Virus and Hepatitis Delta Virus 303 hepatitis due to delta and hepatitis B viruses in parenteral drug abusers and their contacts. *N. Engl. J. Med.* 1987; 317: 1256.
15. Govindarajan S, De Cock KM, Redeker AG. Natural course of delta superinfection in chronic hepatitis B virus-infected patients: histopathologic study with multiple liver biopsies. *Hepatology* 1986; 6: 640.
16. Wu J-C, Chen T-A, Huang Y-S et al. Natural history of hepatitis D viral superinfection: significance of viremia detected by polymerase chain reaction. *Gastroenterology* 1995; 108: 796.
17. Govindarajan S, Smedile A, De Cock KM et al. Study of reactivation of chronic hepatitis delta infection. *J. Hepatol.* 1989; 9: 204.
18. Aragona M, Macagno S, Caredda F et al. Serological response to the hepatitis delta virus in hepatitis D. *Lancet* 1987; i: 478.
19. Buti M, Amengual J, Esteban R et al. Serological profile of tissue autoantibodies during acute and chronic delta hepatitis. *J. Hepatol.* 1989; 9: 345.
20. Govindarajan S, Gupta S, Valinluck B et al. Correlation of IgM antihepatitis D virus (HDV) to HDV RNA in sera of chronic HDV. *Hepatology* 1989; 10: 34.
21. Madejón A, Castillo I, Bartolomé J et al. Detection of HDV-RNA by PCR in serum of patients with chronic HDV infection. *J. Hepatol.* 1990; 11: 381.
22. Porres JC, Carreño V, Bartolomé J et al. Treatment of chronic delta infection with recombinant human interferon alpha 2c at high doses. *J. Hepatol.* 1989; 9: 338.
23. Rosina F, Pintus C, Meschievitz C et al. A randomized controlled trial of a 12-month course of recombinant human interferon-alpha in chronic delta (type D) hepatitis: a multicentre Italian study. *Hepatology* 1991; 13: 1052.
24. Lau DT-Y, Doo E, Park Y et al. Lamivudine for chronic delta hepatitis. *Hepatology* 1999; 30 : 546.
25. Ottobrelli A, Marzano A, Smedile A et al. Patterns of hepatitis delta virus reinfection and disease in liver transplantation. *Gastroenterology* 1991; 101: 1649.
26. Smedile A, Casey JL, Cote PJ et al. Hepatitis D viremia following orthotopic liver transplantation involves a typical HDV virion with a hepatitis B surface antigen envelope. *Hepatology* 1998; 27: 1723.
27. Bensabath G, Hadler SC, Soares MCP et al. Hepatitis delta virus infection and Labrea hepatitis. Prevalence and role in fulminant hepatitis in the Amazon Basin. *JAMA* 1987; 258: 479.

## **GRIPI DHE IMPAKTI I TIJ NË SËMUNDJET KARDIOVASKULARE**

*Dr. Lidra GJYLI, Kardiologe SU “Shefqet Ndroqi”  
Dr. Shk. Loreta BIÇA, Shefe e Shërbimit të Kardiologjisë SU “Shefqet Ndroqi”*

Infeksionet virale e veçanërisht influenza janë të njohur prej kohësh si shkaktarë të komplikacioneve kardiake, kryesisht të miokarditit. Kohët e fundit po diskutohet se në një pjesë të rasteve mund të bëhen shkak edhe për infarkt të miokardit. Tashmë ka evidencë gjithnjë në rritje që sëmundja e arterieve koronare është një gjendje inflamatore dhe mund të shkaktohet nga infeksionet. Klinikistët kanë konstatuar që rreth 30% e infarkt të miokardit paraprihet nga një infektion i rrugëve të sipërme respiratore [1-2]. Interesi fillimisht i rritur tek infeksionet bakteriale kronike si precipitues të mundshëm të IAM dhe insultit cerebral (veçanërisht nga Chlamydia pneumoniae, Helicobacter pylori, ose infeksionet dentare [3-5]), me kalimin e kohës pësoi rënie nisur nga të dhënat negative të studimeve epidemiologjike [6] e të studimeve terapeutike të agjentëve antimikrobiale [7-9].

Tre dekadat e fundit është rritur evidenca për gripin si shkaktar të mundshëm nisur nga: konstatimi i hershëm i shoqërimit të pikut të infeksioneve respiratore me pikun e sëmundjeve kardiovaskulare gjatë dimrit [10], si dhe paraprirja e sëmundjes kardiake nga infeksionet respiratore gjatë këtij sezoni, evidenca patologjike postmortem e virusit të influencës në muskulin kardiak, të dhënat nga studimet që parandalimi i infeksioneve e në veçanti i gripit mund të parandalojë atakun kardiak.

Në një studim u pa që vdekjet nga sëmundjet kardiovaskulare dhe cerebrovaskulare, përfshirë këtu edhe vendet subtropikale, ishin më të larta në vitet e dominuara nga epidemia e virusit Influenca A (nëntipet H2N2 ose H3N2) sesa jashtë kohës së epidemisë. Kjo mbështet nocionin që vdekjet nga patologjitë kardiovaskulare ishin pasojë e influencës dhe jo nga moti i ftohtë [11, 12, 13].

Gjatë sezonit të gripit, 2/3 e vdekjeve shtesë ndodhin nga sëmundjet pulmonare (rritje deri 55%) dhe 1/3 nga sëmundjet kardiake (rritje deri 4%). Vdekjet janë 5 herë më të larta tek pacientët me sëmundje kardiake dhe 20 herë më të larta tek ata me sëmundje kardiake dhe pulmonare [14].

Epidemia e gripit shoqërohet me rritje të vdekjeve të koronaropatëve në veçanti, konfirmuar kjo nga autopsitë [15] si dhe me variacione sezonale të ngjashme të mortalitetit shkaktuar nga gripi e nga sëmundja e arterieve koronare [16].

Studimet që tregojnë se infeksioni respirator i paraprin IAM, sugjerojnë që lidhja mes gripit (e pneumonisë) dhe sëmundjes së arterieve koronare është shkakësore [17]. Risku më i lartë është 3 ditët e para dhe pastaj bie gradualisht në 4 javët në vazhdim [18], me një raport incidencë për IAM prej 4.95, 3.20, 2.81 dhe 1.95 në ditët 1-3, 4-7, 8-14 dhe 15-28 pas infeksionit respektivisht. Theksohet që gripi mund të precipitojë IAM në vetëm një pjesë të rasteve.

Gripi dhe infeksionet e tjera respiratore mund të shkaktojnë arteriosklerozë nëpërmjet stimulimit imun jo specifik [19] ose rupturës së pllakës [20]. Gjendja febrile mund të shkaktojë disfunkcion endotelial, hiperkoagulabilitet ose rritje të viskozitetit. Takikardia, stresi ose ndryshimet në faktorët e riskut metabolik në terren të infeksionit mund të ndikojnë po ashtu. Infeksioni mund të shkaktojë edhe arterit koronar, spazmë ose trombozë [21].

Mekanizmi më i pranuar është që infeksioni mund të shkaktojë rupturën e pllakës arteriosklerotike [20], ndërmjetësuar pjesërisht nga përgjigja ndaj stimulit inflamator në sindromin koronar akut [22].

Një çështje themelore është nëse parandalimi i gripit, veçanërisht nëpërmjet vaksinimit, mund parandalojë infarkt të miokardit të precipituar nga gripi. Studimet që disponohen për këtë janë

kontradiktore [23,24] dhe nevojiten të dhëna të mëtejshme për të qenë më të qartë në këtë pikë [25].

Udhërrëfyesit e Shoqatës Amerikane të Zembrës dhe Kolegjit Amerikan të Kardiologjisë e rekomandojnë vaksinimin e pacientëve me sëmundje koronare ose me arteropati periferike, ndërsa Shoqata Evropiane e Kardiologjisë nuk ka akoma evidencë të dokumentuar për efektet e vaksinimit në dekursin klinik të insuficiencës kardiake apo të anginës së qëndrueshme, dhe rekomandon studime të mëtejshme për këtë çështje.

Deri sa të arrihet një përfundim i qartë duket i arsyeshëm inkurajimi i fuqishëm i pacientëve të rriskuar për vaksinimin e përvitshëm ndaj gripit.

### **Vaksinimi ndaj gripit dhe mortaliteti gjithë-shkakësor**

Vaksina e gripit jo vetëm që parandalon komplikacionet akute të gripit, por edhe modifikon komponentët imun dhe inflamator të arterosklerozës duke rezultuar në stabilizimin e pllakës arterosklerotike.

Studimet tregojnë që vaksinimi ndaj gripit shoqërohet me reduktim prej 50% të mortalitetit gjithë-shkakësor në popullatën e shëndetshme të moshës së tretë [26] si dhe vaksinimi i personelit mjekësor që kujdeset për pacientët moshës së tretë shoqërohet po ashtu me reduktim 50% të mortalitetit të këtyre pacientëve [27]. E rëndësishme është të theksohet që vaksinimi ndaj gripit nuk parandalon vdekjet jashtë sezonit të gripit. Studimet sugjerojnë që vaksinimi në disa raste mund të shpëtojë jetë të pacientëve që vuajnë nga sëmundje kardiovaskulare (SAK e insuficiencë kardiake) dhe nga pneumonia [28-29].

### **Kosto-Efektiviteti**

Vaksina e gripit është kosto-efektive për pacientët kardiak dhe për disa grupe të veçanta mund të sjellë edhe kursime po të merren në konsideratë shpenzimet e menaxhimit të gripit dhe të komplikacioneve të tij në rast mos vaksinimi [31-32]. Vaksinimi ndaj gripit redukton direkt koston mjekësore për personat  $\geq 65$  vjeç nga rënia e hospitalizimeve dhe vdekjeve [29, 32, 33] si dhe koston indirekte tek personat  $\leq 65$  vjeç nga reduktimi i mungesave në punë [34-36].

### **Efektet anësore të mundshme**

Vaksina e gripit është përgjithësisht e sigurtë. Në një studim të randomizuar, double blind të Margolis dhe kolegëve, nuk u raportuan simptoma sistemike sinjifikative nga vaksinimi ndaj gripit tek moshat e treta [37]. Një studim tjetër i randomizuar i Govaert et al nuk tregoi reaksione anësore sistemike, por vetëm efekte anësore lokale [38].

Po shtohet evidenca që gripi mund të precipitohet infarktin e miokardit, insultin cerebral dhe vdekjen e papritur. Në këto kushte nevojiten studime të mëtejshme dhe ri-ekzaminimi i të dhënave ekzistuese për të konfirmuar riskun kardiovaskular të gripit. Nëse studime të mëtejshme konfirmojnë riskun kardiovaskular të gripit, do të sqarohet më tej arterogjeneza dhe do të orientoheshim drejt strategjive kosto-efektive të vaksinimit, trajtimit antiviral dhe promovimit të edukimit publik. Parashikohet që indikacionet e trajtimit dhe parandalimit të gripit nëpërmjet vaksinimit kryesisht, do të shpëtonin shumë pacientë me faktorë risku kardiovaskular dhe/ose sëmundje kardiovaskulare me një kosto të ulët.

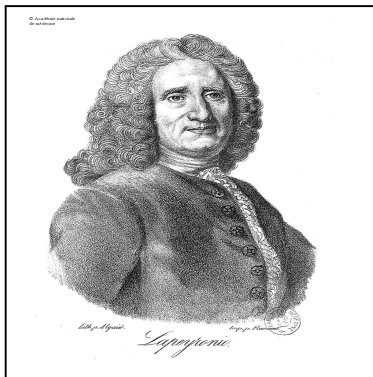
E rëndësishme gjithashtu është që gjatë epidemisë së gripit të mos neglizhohet dhimbja e gjoksit dhe të optimizohet terapia tek pacientët koronaropat me barna kardioprotektive si: statina, anti-trombocitare, ACE-inhibitorë dhe eventualisht PCI.

## REFERENCAT

1. Spodick DH, Flessas AP, Johnson MM. Association of acute respiratory symptoms with onset of acute myocardial infarction: prospective investigation of 150 consecutive patients and matched control patients. *Am J Cardiol*. 1984;53:481–482.
2. Bainton D, Jones GR, Hole D. Influenza and ischaemic heart disease: a possible trigger for acute myocardial infarction? *Int J Epidemiol*. 1978; 7:231–239.
3. Gupta S, Camm AJ. Chronic infection in the etiology of atherosclerosis—the case for Chlamydia pneumonia. *ClinCardiol*1997; 20:829–36.
4. Wimmer ML, Sandmann-Strupp R, SaikkuPHaberl RL. Association of chlamydial infection with cerebrovascular disease. *Stroke* 1996; 27:2207–10.
5. Wallwork J. Risk factors for chronic rejection in heart and lungs—why do hearts and lungs rot? *Clin Transplant* 1994; 8:341–4.
6. Luchsinger JA, Pablos-Mendez A, KnirschC, Rabinowitz D, Shea S. Relation of antibiotic use to risk of myocardial infarction in the general population. *Am J Cardiol*2002; 89:18–21.
7. Song Z, Brassard P, Brophy JM. A metaanalysis of antibiotic use for the secondary prevention of cardiovascular diseases. *Can J Cardiol*2008; 24:391–5.
8. Andraws R, Berger JS, Brown DL. Effects of antibiotic therapy on outcomes of patients with coronary artery disease: a metaanalysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2005; 293:2641–7.
9. Illoh KO, Illoh OC, Feseha HB, Hallenbeck JM. Antibiotics for vascular diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Atherosclerosis* 2005; 179:403–12.
10. Spencer FA, Goldberg RJ, Becker RC, Gore JM. Seasonal distribution of acute myocardial infarction in the second national registry of myocardial infarction. *J Am CollCardiol*1998; 31:1226–33.
11. Reichert TA, Simonsen L, Sharma A, Pardo SA, Fedson DS, Miller MA. Influenza and the winter increase in mortality in the United States, 1959–1999. *Am J Epidemiol*2004; 160:492–502.
12. Wong CM, Yang L, Chan KP, et al. Influenza-associated hospitalization in a subtropical city. *PLoS Med* 2006; 3:e121.
13. JID • EDITORIAL COMMENTARY Downloaded from <http://jid.oxfordjournals.org/> by guest on January 8, 2017
14. Warren-Gash C, Bhaskaran K, Hayward A, et al. Circulating influenza virus, climatic factors, and acute myocardial infarction: a time series study in England and Wales and Hong Kong. *J Infect Dis* 2011; 203:1710–8.
15. Schanzer DL, Langley JM, Tam TW. Comorbidities associated with influenza-attributed mortality, 1994–2000, Canada. *Vaccine* 2008; 26:4697–703.
16. Madjid M, Miller CC, Zarubaev VV, et al. Influenza epidemics and acute respiratory disease activity are associated with a surge in autopsy-confirmed coronary heart disease death: results from 8 years of autopsies in 34,892 subjects. *Eur Heart J* 2007; 28: 1205–10.
17. Pell JP, Cobbe SM. Seasonal variations in coronary heart disease. *QJM* 1999; 92:689–96.
18. Warren-Gash C, Smeeth L, Hayward AC. Influenza as a trigger for acute myocardial infarction or death from cardiovascular disease: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2009; 9:601–10.
19. Lehr HA, Sagban TA, Ihling C, et al. Immunopathogenesis of atherosclerosis: endotoxin accelerates atherosclerosis in rabbits on hypercholesterolemic diet. *Circulation* 2001; 104:914–20.
20. Harskamp RE, van Ginkel MW. Acute respiratory tract infections: a potential trigger for the acute coronary syndrome. *Ann Med* 2008; 40:121–8.
21. Spodick DH. Infection and infarction. Acute viral (and other) infection in the onset, pathogenesis, and mimicry of acute myocardial infarction. *Am J Med* 1986; 81:661–8.
22. Werba JP, Veglia F, Amato M, et al. Patients with a history of stable or unstable coronary heart disease have different acute phase responses to an inflammatory stimulus. *Atherosclerosis* 2008; 196:835–40.
23. Siriwardena AN, Gwini SM, Coupland CA. Influenza vaccination, pneumococcal vaccination and risk of acute myocardial infarction: matched case-control study. *CMAJ* 2010; 182:1617–23.
24. Gwini SM, Coupland CA, Siriwardena AN. The effect of influenza vaccination on risk of acute myocardial infarction: self-controlled case-series study. *Vaccine* 2011; 29:1145–9.
25. Johnstone J, Loeb M, Teo KK, et al. Influenza vaccination and major adverse vascular events in high-risk patients. *Circulation* 2012; 126:278–6.
26. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low-, intermediate-, and high-risk senior citizens. *Arch Intern Med*. 1998;158:1769–1776.
27. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355:93–97.
28. Hunink MG, Goldman L, Tosteson AN, et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980–1990: the effect of secular trends in risk factors and treatment. *JAMA*. 1997;277:535–542.
29. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, et al. Effectiveness of influenza vaccine in the elderly. *Gerontology*. 1996;42:274–279.
30. Bridges CB, Fukuda K, Cox NJ, et al. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2001;50:1–44.
31. Palache AM. Influenza vaccines: a reappraisal of their use. *Drugs*. 1997; 54:841–856.
32. Mullooly JP, Bennett MD, Hornbrook MC, et al. Influenza vaccination programs for elderly persons: cost-effectiveness in a health maintenance organization. *Ann Intern Med*. 1994;121:947–952.
33. Riddiough MA, Sisk JE, Bell JC. Influenza vaccination. *JAMA*. 1983; 249:3189–3195.
34. Nichol KL, Lind A, Margolis KL, et al. The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults. *N Engl J Med*. 1995;333: 889–893.
35. Campbell DS, Rumley MH. Cost-effectiveness of the influenza vaccine in a healthy, working-age population. *J Occup Environ Med*. 1997;39:408 – 414.
36. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, et al. Effectiveness and cost benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;284:1655–1663.
37. Margolis KL, Nichol KL, Poland GA, et al. Frequency of adverse reactions to influenza vaccine in the elderly: a randomized, placebo controlled trial. *JAMA*. 1990;264:1139–1141.
38. Govaert TM, Dinant GJ, Aretz K, et al. Adverse reactions to influenza vaccine in elderly people: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ*. 1993;307:988–990.

# SËMUNDJA E PEYRONIE, EPIDEMIOLOGJIA, ETIOLOGJIA, DIAGNOZA DHE MJEKIMI

*Dr. Evin DANI, Androlog  
Poliklinika e Specialiteteve nr. 3, Tiranë*



Sëmundja e Peyronie (SP) është një sëmundje që shenjat kryesore të saj janë: deformimi i penisit, dhimbje gjatë ereksionit, si rezultat i fibrozës së tunica albugina së penisit. Kjo sëmundje e ka marrë emrin nga [François de La Peyronie](#) kirurg i mbretit Luis XIV të Francës 1638-1715 në shekullin e 17, studioi sëmundjen dhe e bëri të njohur atë për herë të parë, megjithëse kjo sëmundje ishte deri diku e njohur që nga viti 1265. Më poshtë do të trajtojmë në mënyrë të përmbledhur për tu bërë e njohur për mjekët tanë kjo sëmundje që nuk është aq e rrallë.

vënë re se meshkujt mbi 50

Brazil ndërmjet 1,100 burrave të studiuar për HBP, u konstatua se 3.7% e burrave mbi 50 vjeç kishin deformim të penisit dhe pllakë fibrotike në penis. Nga një autor tjetër në Gjermani në 8,000 meshkuj u konstatua 3.2% e tyre kishte simptomat e (SP), por ky numër ishte shumë herë më i vogël në burrat në moshë të re 1.5% nga 30 deri në 39 vjeç dhe 6.5% e burrave mbi 70 vjeç. Ndërsa në një studim të Atesh Kadioglu në Turqi në një Spital Universitar raportoj deri në 16% të burrave me SP, por sigurisht këtu ishin raste të seleksionuara për impotencë seksuale si shoqëruese e SP.

## ETIOLOGJIA E SËMUNDJËS PEYRONI

Kjo sëmundje ka si etiologji të sajën proceset e inflamacionit. Një mashkull gjatë marrëdhënies së tij seksuale gjatë penetrimit të penisit, apo gjatë lojërave seksuale apo ndryshimit të pozicionit mund të bëjë mikro-trauma të cilat shkaktojnë gjakderdhje në trupin e penisit, pikërisht ndërmjet tunica albuginea dhe trupave cavernoz. Kjo mikro-hemorragji do të pasohet në ditët në vazhdim nga procesi i inflamacionit. Pas inflamacionit mendohet se fibrina është përgjegjëse për fillimin e lirimit të përbërësit profibrotik TGF-1 brenda tunikut, e cila shkakton formimin e specieve reaktive të oksigjenit (ROS) dhe është ROS që mbart karakteristikat patologjike të sëmundjes së Peyroni (domethënë, rritja e depozitimit të kolagjenit, çorganizimi i depozitës së re të kolagjenit, ulja e shpërndarjes së depozitimit të kolagjenit të ri dhe kalçifikimi i places.(Figura 1). Zakonisht

pllaka sklerotike është gjetur në pjesën dorsale të penisit, por mund ta gjejmë gjithashtu në pjesën laterale ose në pjesën brenda corpuseve cavernozë në pjesën septale të tij.

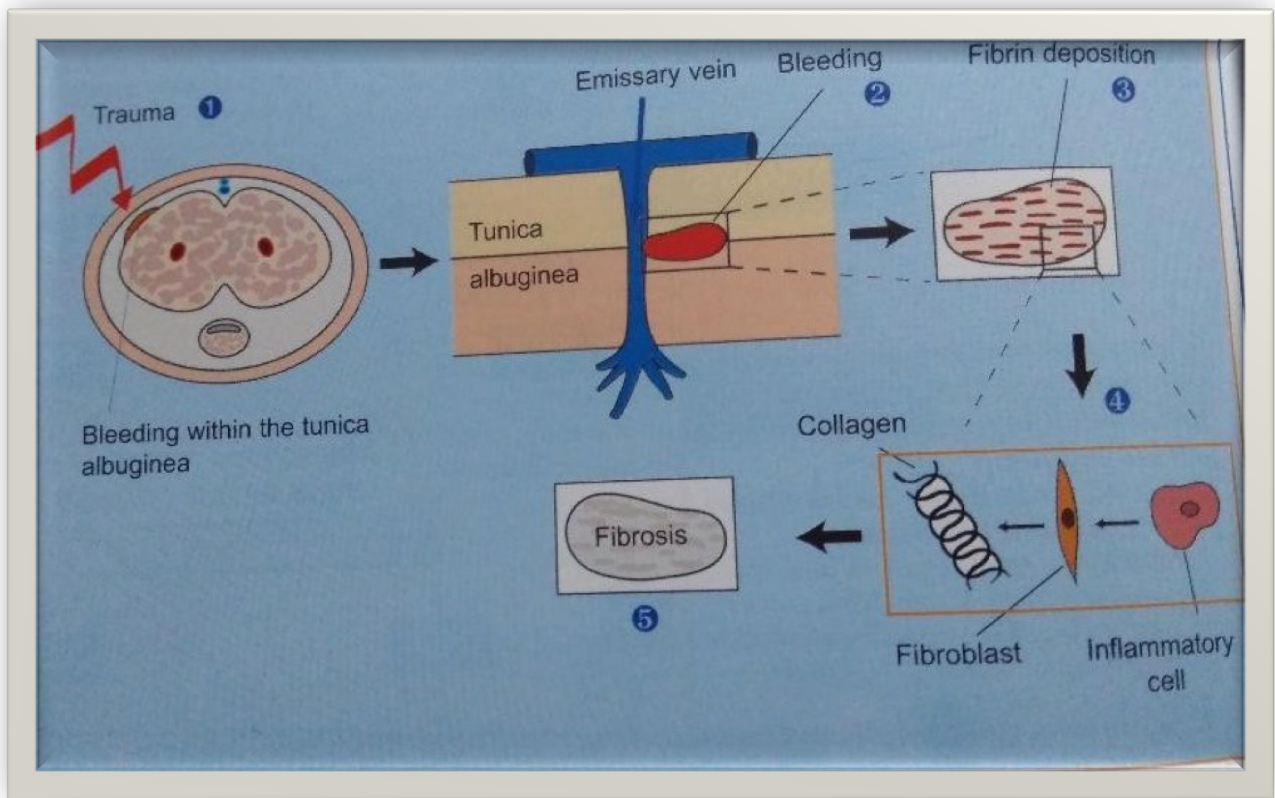


Figura 1: Mekanizmi i formimit të fibrozës tek SP

Në rast kur pacienti ankon për harkim të penisit dhe në ekzaminimin klinik në palpacion nuk preket pllaka sklerotike atëherë me anë të echos së penisit mund të konstatojmë defektet septale, fibrozë intracorporale apo kalçifikime subtunicale. Ulja e elasticitetit të tunica albuginea mund të pengojë mekanizmat normale të vaskularizimit të ereksionit duke shkaktuar disfunktion erektil venoz pikërisht nga mekanizmat që shkakton sëmundjen e Peyronit, duke u shoqëruar me impotencë seksuale, shoqëruar kjo në një pjesë të mirë të pacientëve. Mikro-trauma e penisit është zanafilla e kësaj sëmundje.

***Por pse kjo sëmundje konstatohet kryesisht në moshën mbi 40 vjeç dhe e konstatojmë shumë rrallë në moshë të re, ku dihet që kjo moshë bën shumë më shpesh seks se mosha mbi 40 vjeç?***

Kjo dukuri shpjegohet se në këtë moshë vjen duke rënë elasticiteti i tunica albuginea kështu bëhet më e mundur për të pasur elementin e formimit të kësaj sëmundje.

## MANIFESTIMI KLINIK

Shenja e parë dhe e dukshme është që pacienti referon kurbaturën e penisit (Figura 2). Gjatë ereksionit pacienti referon se kjo gjendje i ka filluar prej disa muajsh. Ashtu si pa kuptuar kurbatura mund të jetë nga  $15^\circ$  -  $160^\circ$ . Ky harkim mund të shoqërohet ose jo me dhimbje të penisit, gjithmonë gjatë ereksionit.



*Figura 2, Kurbatura e penisit*

Harku mund të jetë dorsal, ventral, lateral apo kompleks. Zvogëlimi i penisit është një nga ankesat e disa pacientëve. Impotencën seksuale disa burra e lidhin me moshën apo sëmundja kronike shoqëruese, sesa nga vetë sëmundja e Peyronit. Impotencia seksuale (disfunksion erektil) raportohet nga autorë të ndryshëm mjaft e lartë nga 80-100% të burrave me Peyroni, ndërsa disa autorë të tjerë konstatojnë 1/3 e të sëmurëve me Peyroni. Disfunksionin erektil e lidhin dhe me diabetin mellitus si patologji e shpeshtë e konstatuar me pacientë në SP. Sëmundja e Peyronit

shkakton gjithashtu tek pacientët gjendje psikologjike të rënduar, vështirësi në përshtatje, ulje të cilësisë së jetës deri në depresion.

### **EKZAMINIMI KLINIK**

Për të ekzaminuar një pacient të tillë duhet pyetur për: kohën e fillimit të sëmundjes, ndonjë episod për ndonjë traumë penisi, aktivitetin seksual, pozicionet e aktit seksual, sëmundjen e diabetit apo ndonjë sëmundje tjetër shoqëruese. Do ishte e mira ndonjë foto e penisit në ereksion për të konstatuar harkimin e tij apo formën e deformimit. Për të vendosur diagnozën është ekzaminimi me palpacion i penisit. Penisi preket me gishtin e madh dhe atë tregues nga corona glans e penisit deri në pjesën fundore të tij. Nëpërmjet këtij ekzaminimi ne konstatojmë pllakën sklerotike që mund të jetë e përmasave të vogla apo dhe të gjeneralizuara duke mbështjellë pothuaj perimetrin e penisit, për të bërë më të dukshme shenjat klinike sidomos harkun e penisit, mund të bëjmë injeksion intrakavernoz me: alprostadil, fentolaminë apo papaverinë. Në ekzaminimin klinik të pllakave një informacion të pazëvendësueshëm të rëndësishëm do të na japë dhe ekzaminimi me echografi Doppler i penisit, ky ekzaminim është i mjaftueshëm duke zëvendësuar dhe ekzaminime të sofistikuara si CT dhe MRI.

### **MJEKIMI DHE BARNAT**

Pacienti me sëmundje Peyroni mund të mjekohet kryesisht me barna nga goja apo mjekime lokale me injeksion dhe kur nuk kemi rezultat mund të kryhet ndërhyrje kirurgjikale.

#### **Verapramili**

Veraprtamili është një bar kalçiblokues që mund të përdoret intravenoz pra direkt në pllakën sklerotike me injeksion. Është preparat shumë i preferuar për kurimin e kësaj sëmundje për rezultatet e kënaqshme që ai ka. Injektimi bëhet 1 herë në javë, ampula 10ml tretet në sasi 10-20ml solucion fiziologjik për 3-6 muaj. Ky preparat shkakton uljen e prodhimit të TGF- $\beta$  dhe si rrjedhojë dhe uljen e prodhimit të kolagjenit. Nga goja verapramili nuk mund të merret pasi nuk ka dhënë rezultate.

#### **L-CARNITINA**

Edhe pse mekanizmi i veprimit efektiv të etereve të acetil karnitinës në pacientët me sëmundjen Peyronie është i panjohur, është sugjeruar që ajo mund të reduktojë nivelet e kalciumit

intraqelizor në qelizat endoteliale. Kjo eventualisht mund të shtypë përhapjen e fibroblasteve dhe prodhimin e kolagjenit, duke reduktuar fibrozën. Në një studim të rastësishëm të dyfishtë në 48 pacientë me sëmundje Peyronie të fazës së hershme, pacientët u randomizuan me acetyl-L-carnitine (1gr dy herë në ditë) në krahasim me tamoxifen (20mg dy herë në ditë).

#### P.O.T.A.B.A

Ptoba (potassium paraaminobenzoat) ka efekt si anti-inflamator dhe anti-fibrotik në zvogëlimin e pllakës, mjekimi vazhdon 6 muaj.

#### PENTOXIFYLLINË

Pentoxifyllinë është një non specific PDE-5 inhibitor me veti anti-inflamatore është përdorur dhe për kurimin e SP. Pentoxifillina ul prodhimin e kolagjenit dhe uljen e nivelit të faktorëve profibrolitik duke ulur masën e pllakës fibrolitike. Duke u bazuar në këto mekanizma ky preparat përdoret për mjekim rutinë të sëmundjes Peyronit.

#### VITAMINA E

Vitamina E është një nga preparatet më të përdorshme për mjekim SP. Këtë preparat e përdorim pa e kombinuar me preparat të tjera siç është colchicina, pasi ka studime që nuk ka efekt të pritshëm. E kombinuar me colchicinë efektet e saj janë të pranueshme për uljen e zvogëlimit të pllakës dhe uljen e dhimbjes.

#### TAMOXIFENI

Tamoxifeni si preparat anti estrogenik mund të reduktojë prodhimin e TGF- $\beta$  nga fibroblastet në tunica albuginea. Studimet rezultojnë që përfitimet janë modeste dhe nuk ka sinjifikancë ndërmjet mjekimit me tamoxifen e efektit placebo.

#### COLCHICINES

Colchicina është përdorur dhe përdoret shpesh për trajtim të SP për vetit e tij anti-inflamatore. Ky preparat është vënë re se vepron në ulje të pllakës fibrotike sidomos në fazën akute ka efekt anësor si diarreja, nausea dhe anoreksi.

## XIAPEX

Xiapex ose xiaflex është një preparat me rezultat shumë të mirë e aprovuar nga FDA në Dhjetor të 2013. Ky preparat bëhet intrapllakë në penis me injeksion çdo 2 ditë për 3 herë dhe vazhdon këtë skemë për 6 javë. Rezultatet janë shumë optimiste.

## ANDROPENIS

Janë aparate që mbahen në penis duke e mbajtur atë të tërhequr gjatë gjithë ditës. Këto aparate sigurisht hiqen gjatë natës apo kur mashkulli ka nevojë për të urinuar dhe defekuar. Pas një periudhe 6-9 muaj kemi zvogëlim të pllakës, drejtim të penisit dhe pacienti fiton rritje të madhësisë së penisit deri në 3-4cm më shumë se gjatësia e penisit të tij para përdorimit të aparatit.

## Referencat

1. Peyronie DL. *Sur quelques obstacles qui s'opposent a l'ejaculation naturelle de la semence. Mem Acad R Chir.* 1743;1:425. (Fre).
2. Lindsay MB, Schain DM, Grambasch P. *The incidence of Peyronie's disease in Rochester, Minnesota, 1950 through 1984. J Urol.* 1991;146:1007-1009. [[PubMed](#)]
3. Braun M, Wassmer G, Klotz T, et al. *Epidemiology of erectile dysfunction results of 'Cologne Male Survey' Int J Impot Res.* 2000;12:305-311. [[PubMed](#)]
4. Smith BH. *Subclinical Peyronie's disease. Am J Clin Pathol.* 1969;52:385-390. [[PubMed](#)]
5. Weidner W, Schroeder-Printzen I, Weiske W, et al. *Sexual function in Peyronie's disease: an analysis of 222 patients without previous local plaque therapy. J Urol.* 1997;157:325-328. [[PubMed](#)]
6. Pryor JP. *Peyronie's disease and impotence. Acta Urol Belg.* 1988;56:317-321. [[PubMed](#)]
7. Lopez JA, Jarow JP. *Penile vascular evaluation of men with Peyronie's disease. J Urol.* 1993;149:53-55. [[PubMed](#)]

## KORTIZOLI NË SALIVË DHE ROLI I TIJ NË DIAGNOSTIKIMIN E SINDROMËS CUSHING

Blertina DYRMISHI<sup>1</sup>; Taulant OLLDASHI<sup>1</sup>; Ema LUMI<sup>2</sup>; Majlinda CANI<sup>1</sup>; Holta SULAJ<sup>1</sup>; Agron YLLI<sup>3</sup>

1. Hygeia Hospital Tirana
2. Spitali Rajonal Korçë
3. Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Tiranë.

### 1. HYRJE

Në vitet e fundit në praktikën klinike po përdoret edhe matja e hormoneve në salivë. Marrja e kampioneve në salivë mund të kryhet edhe nga vetë personi, tek i cili do analizohen hormonet në salivë, pasi marrja e kampionit teknikisht është e thjeshtë, nuk kërkon personel të specializuar mjekësor, por duhet vetëm të zbatohen disa rregulla të thjeshta. Si një metodë jo invazive dhe jo stresuese ajo gjen përdorim jo vetëm tek adultët, por edhe në moshën pediatrike.

Në 2008 Shoqata Europiane e Endokrinologëve vendosi në udhëzuesit e diagnostikimit të sindromës Cushing edhe përdorimin e kortizolit në salivë, si një nga tre testet fillestare për diagnostikimin e kësaj sëmundje. Në insuficiensën adrenale kronike kortizoli në salivë është test diagnostik po aq i mirë sa edhe kortizoli në serum. Vlerën më të madhe diagnostikuese e ka

kampioni i kortizolit në salivë në mesnatë, pasi është një test më i ndjeshëm në krahasim me kortizolin në serum në sindromën Cushing.

Matja e kortizolit në salivë ka rëndësi të përdoret në praktikën klinike, pasi hormonet në salivë përkojnë me fraksionin e lirë të hormoneve në serum. Niveli i hormoneve në salivë nuk varet nga sëmundje të tjera të organizmit që ndryshojnë nivelin e proteinave lidhëse të kortizolit, e për rrjedhojë edhe nivelin total të këtij hormoni në gjak. Matja e kortizolit në salivë në mesnatë është vërtetuar në studimet paraardhëse se ka sensitivitet dhe sensibilitet të lartë për diagnostikimin e sindromës Cushing.

#### - Sëmundja Cushing

Sëmundja Cushing është përshkruar për herë të parë në 1932 nga neurokirurgu amerikan Harvey Cushing. Sindroma Cushing ACTH-dependente hipofizare është pesë deri në gjashtë herë më e shpeshtë se sindroma Cushing e shkaktuar nga tumore beninje dhe malinje të adrenales dhe adenoma kortikotrope hipofizare shpesh është mikroadenomë (1,2). Rreth 30% të rasteve me sindromën Cushing shkaktohen nga prodhimi autonom i kortizolit nga glandula adrenale. Tumoret e glandulës adrenale në përgjithësi janë beninj, ndërsa karcinomat adrenokortikale zakonisht janë të mëdha (3-6). Incidenca e sëmundjes Cushing e lidhur me seksin është e ndryshme tek gratë dhe tek meshkujt. Arsyet përse nuk ka një shpërndarje të njëjtë të incidencës tek të dy sekset nuk njihen (7,8).

##### ●Meshkujt:

- 30 vjet më parë kanë patur incidencë tre herë më të lartë se femrat të sindromës Cushing nga sekretimi i ACTH ektopik;
- Me rritjen e incidencës së kancerit të mushkrive tek femrat fumatore kjo incidencë ka ndryshuar.

##### ●Gratë:

- Kanë tre deri në tetë herë më tepër mundësi për të zhvilluar sëmundjen Cushing (7-9);
- Rreth tre herë më tepër mundësi për të patur tumore adrenal beninj dhe malinj;
- Kanë rreth katër deri në pesë herë mundësi për të patur Cushing sindromë nga një tumor adrenal (7-9).

#### - Shenjat klinike dhe biologjike të sindromës Cushing

Shenjat klinike të sindromës Cushing janë të lidhura me hiperkortizoleminë kronike. Shenjat klinike janë të shumta, por asnjë nga ato nuk është patognomike.

Manifestimi më i shpeshtë i sindromës Cushing është rishpërndarja e indit adipoz me akumulimin e indit adipoz në fytyrë (facies lunata), në qafë, në regjionin klavikular, në regjionin cervical posterior. Shpesh në fytyrë gjendet edhe eritema faciale.

Manifestimet e tjera klinike kanë të bëjnë me efektin katabolik të proteinave të hiperkortizolemisë duke dhënë disa specifika: atrofi të indit kutan dhe fragilitet kapilar, vonesë të cikatrizimit të plagëve, strije në abdomen, në gjoks, osteoporozë të theksuar dhe si pasojë humbje edhe të gjatësisë.

Hipertensioni arterial shpesh është i moderuar, ndonjëherë edhe i rëndë dhe shkak i insuficiencës kardiake. Të shpeshta janë edhe aksidentet vaskulare kryesisht trombozat venoze (10-14).

*Çrregullimet e funksionit gonadik* janë pothuaj konstante me shfaqjen e oligomenoresë, çrregullimeve të ovulacionit tek femrat dhe uljes së libidos tek meshkujt (15). Rritja e androgenëve surenalien tek femrat është përgjegjëse për seborenë, aknet, hirsutizmin si edhe shfaqjes së shenjave të virilizmit. Virilizmi haset më tepër në rastin e kortikosurenalomës malinje.

*Çrregullimet konjuktive dhe çrregullimet pikiatrike* hasen në një numër të pakët të pacientëve, po kështu hasen edhe ankthi, irritabiliteti, labiliteti emocional, por haset edhe depresioni i rëndë, gjendjet delirante, psikozat maniako-depresive, etj..(16,17).

Ekziston gjithashtu edhe një rritje e riskut për infeksione: pitiriasis versikularis, mykoza të gishtave dhe kutane, etj..(18).

Në ekzaminimin klinik kërkohet gjithashtu edhe për shenja më të rralla të lidhura me adenomën kortikotrope: hiperpigmentimi kutanomukoz si pasojë e hipersekretimit të ACTH, cefale dhe çrregullime të pamjes si pasojë e makro adenomës së hypofizës.

*Çrregullimet biologjike*

Si pasojë e hiperkortizolemisë hasen çrregullimet biologjike:

- Një intolerancë ndaj hidrateve të karbonit, duke dhënë shpesh një diabet si pasojë e insulin-rezistencës që vjen nga hiperkortizolemia.
- Një leukocitozë si pasojë e shtimit të polinuklearëve neutrofil e shoqëruar me një limfopeni e eozinofili relative.
- Një alkalozë hypokalemike me kaliuri të shtuar si pasojë e saturimit të enzimës 11β-hidroksisteroid dehidrogjenazës renale ose nga një sekretim edhe i mineralokortikoideve nga një karcinomë suernaliene.
- Një hyperkalciuri.

➤ Në cilat raste duhet dyshuar sindroma Cushing?

- Sindroma Cushing duhet dyshuar në të gjitha rastet kur ka një gjetje të pazakontë për moshën si për shembull gjetja e osteoporozës ose hipertensionit arterial në një pacient me moshë të re.
- Në rastet kur ka shenja klinike të sindromës Cushing si: fascia pletorike, miopatia proksimale, prania e strijeve, etj...
- Tek pacientët me incidentalomë adrenale.
- Edhe në rastet e hipertensionit arterial rezistent apo osteoporozës së shprehur duhet të përjashtohet sindroma Cushing.

❖ Cilat janë testet fillestare të diagnostikimit të sindromës Cushing?

- Në bazë të të dhënave të Udhërrëfyesve Klinikë të Shoqatës së Endokrinologëve në 2008 testet fillestare të diagnostikimit të sindromës Cushing janë:

- Për pacientët me dyshime për sindromën Cushing duhet të fillohet me një nga testet fillestare që rekomandohen: kortizoli në salivë në mesnatë (në dy matje në ditë të ndryshme):
  - kortizoli i lirë urinar në urinën e 24 orëve (KLU) (në dy matje)
  - ose prova e frenimit me 1 mg dexametasonë.
- Për pacientët me dyshime të forta për sindromën Cushing duhet të kërkohen dy nga testet fillestare të diagnostikimit të sindromës Cushing.
- Për të rritur sensitivitetin e metodës së diagnostikimit rekomandohet që:
  - për kortizolin në salivë dhe për KLU të përdoret si nivel reference vlera maksimale normale
  - për nivelin e kortizolit në serum pas provës së frenimit me dexametasonë si nivel cut off për përgjigjen normale do të jetë vlera <50 nmol/L
- Nëse si test fillesar është zgjedhur KLU niveli duhet të jetë trefishi i nivelit maksimal normal.
- Në disa qendra si test fillestar për diagnostikimin e sindromës Cushing përdoret edhe prova e zgjatur me 2 mg dexametasonë për 48 orë.

Për KLU dhe kortizolin në salivë në orën 11:PM duhet të merren dy kampione, pasi në sindromën Cushing nivelet mund të jenë të ndryshueshme gjatë ditës dhe natën. Tek të sëmurët me sindromën Cushing ciklik apo me formë të lehtë të sindromës Cushing, duhet të merren disa kampione në salivë dhe në KLU (2,19-20).

### **SALIVA DHE HORMONET STEROIDE NË SALIVË**

Saliva është një lëng biologjik që sekretohet në sasi të madhe dhe me një ritëm relativisht të rregullt. Saliva prodhohet nga një sërë gjendrash të lokalizuara brenda ose rreth gojës. Janë tre gjendra kyesore salivare. Ato janë gjendra çifte të lokalizuara në mënyrë simetrike në të dyja anët e kokës: gjendrat parotis, gjendrat submandibulare dhe gjendrat sublinguale. Përveç këtyre tre gjendrave madhore janë edhe një numër shumë i madh gjendrash më të vogla të lokalizuara në gjuhë, buzë, palatum dhe faqe (24). Pavarësisht se gjendrat parotide janë gjendrat më të mëdha në dimensione ato prodhojnë vetëm 25% të totalit të salivës në gjendje të qetë të pastimuluar të salivës. Gjendrat e tjera të vogla dhe gjendrat sublinguale në gjendje të pastimuluar së bashku prodhojnë rreth 5% të salivës. Pjesën kryesore të volumit të salivës në gjendje të pastimuluar e prodhojnë gjendrat submandibulare, të cilat prodhojnë rreth 70% të volumit total. Saliva përmban një numër të madh elementësh në sasi të mëdha duke e bërë kështu të mundur analizimin dhe matjen e këtyre elementëve. Marja e salivës për ekzaminime të caktuara nuk shkakton stres dhe njëkohësisht është metodë jo invazive

- Komponentët kryesorë të salivës janë: uji, elektrolitët, lipidet, proteinat (25,26):

- 1- Uji: Është përbërësi kryesor i salivës dhe përbën 99.5% të saj. Gjatë ditës sekretohet rreth 500-1,500 ml/ditë. Sasia e sekretimit varion nga 0.3-7 ml/minutë (27). Në rastet e uljes së prodhimit të salivës, ulet sekretimi në 0.1-0.2 ml/minutë. Ulja e prodhimit të salivës mund të vijë nga patologji ose edhe nga dehidrimi. Stimulimi i prodhimit të salivës mund të bëhet edhe me përdorimin e çamçakizave. Megjithatë marrja e kampionit të salivës në kushte fiziologjike normale mund të bëhet pas një deri tre minutave.
- 2- Elektrolitët: Elektrolitët që gjenden në salivë janë: natriumi, kaliumi, kalçiumi, klori dhe HCO<sub>3</sub>.

- 3- Lipidet: Saliva përmban lipide. Në të gjenden kolesteroli, trigliceridet, acidet e lira yndyrore.
- 4- Proteinat: Proteinat që gjenden në salivë janë të grupuara në tre kategori:
  - a. Glikoproteinat: I japin salivës viskozitetin e saj, si edhe kanë rol në mbrojtjen e epitelit. Glikoproteinat gjenden në sasi të lartë në salivë, për këtë arsye ato bëjnë që matjet e komponentëve të ndryshëm që gjenden në salivë të mos jenë korrekte. Megjithatë procesi i centrifugimit të salivës pas ngrirjes dhe shpërbërjes bën të mundur precipitimin e glukoproteinave duke përfituar një salivë të kthjellët.
  - b. Albumina. Kjo proteinë është me origjinë nga plazma. Për shkak të peshës së saj molekulare ajo hyn në salivë ndërmjet likidit gingival dhe koncentrimi i saj në salivë është relativisht i ulur. (raporti salivë/plazmë 1/500).
  - c. Enzimat proteinike: amilaza, lizozomë dhe antiproteazat.

Hormonet hyjnë në salivë me disa mekanizma, por rruga më e zakonshme është ndërmjet një difuzioni të shpejtë ndërmjet qelizave acinare. Koncentrimi i hormoneve në salivë është i pavaruar nga ritmi i fluksit të salivës (28).

## **2.1 HORMONET STEROIDE NË SALIVË**

Marrja e kampionit në salivë ka disa avantazhe: është joinvaziv, është i padhimbshëm, nuk shkakton stres gjatë marrjes së kampionit dhe nuk kërkon ekip të specializuar për marrjen e kampionit të salivës. Meqenëse marrja e kampionit të salivës nuk kërkon ekip të specializuar ai mund të merret edhe nga vetë individët në shtëpi. Kampionet e salivës mund të mbahen edhe në temperaturën e ambientit për një javë dhe mund të dërgohen në laborator pa kërkuar kushte specifike të ruajtjes dhe transportit, pa ndryshime sinjifikante të nivelit të kortizolit. Përqëndrimi i kortizolit në salivë përkon me kortizolin e lirë plazmatik. Kortizoli në salivë është i pavarur nga proteinat transportuese si albumina dhe (CBG) globulina lidhëse e kortizolit (29).

Në vitin 2010 u arrit në përfundimin se testimi i kortizolit në salivë natën vonë është një alternativë e përshtatshme për diagnostikimin e sindromës Cushing duke raportuar se të dyja edhe sensitiviteti edhe specificiteti i kalon 90% (30).

Në 2010 Sakihara dhe bashkëpunëtorët vlerësuan përdorueshmërinë dhe besueshmërinë e kortizolit në salivë, plazmë dhe urinë dhe arritën në përfundimin se kortizoli salivar është “metoda e zgjedhur” për ekzaminimin e sindromës Cushing. Në nivelin e kortizolit në salivë në mesnatë më të madh se 0.4 mcg/dl në këtë studim kishte një sensitivitet 86% dhe specifitet 100% (31).

## **1.2 KORTIZOLI NË SALIVË**

Nëse dyshojme për hiperfunktion ose hipofunktion të gjendrës adrenale duhet të bëjmë matjen e kortizolit. Në rutinë është bërë matja e nivelit të kortizolit në gjak dhe/ose në urinë (2,32,33).

Në vitet e fundit ka filluar të përdoret edhe matja e kortizolit në salivë. Matja e niveleve të kortizolit në serum dhe në salivë në mëngjes nuk ka vlerë diagnostike, pasi sindroma Cushing dyshohet vetëm kur këto nivele janë shumë të larta.

Matja e niveleve të kortizolit në salivë në mesnatë ka vlera diagnostike pasi në mesnatë nivelet e kortizolit në salivë si tek subjektet e shëndetshëm dhe tek obezët janë të ulura dhe nuk është ka diferencë statistikisht sinjifikante ndërmjet subjekteve me peshë normale dhe obezëve (34).

Rritja e përdorimit të kortizolit salivar në studimet klinike si një metodë për të vlerësuar funksionin adrenokortikal ka bërë që të kryhen një numër i madh investigimesh për të mundësuar studimin e metodave që duhet të përdoren për të grumbulluar dhe mbledhur salivën dhe efektet që ka mënyra e marrjes dhe ruajtjes së kampionit të salivës në matjen e nivelit të kortizolit.

Janë të shumta studimet që kanë treguar vlerën që ka matja e kortizolit në salivë për diagnostikimin e sindromës Cushing (35-41).

### **Matja e kortizolit në salivë.**

Kortizoli i lirë në serum difuzion lehtësisht në salivë. Pikërisht për këtë fakt matja e kortizolit në salivë reflekton shumë më mirë koncentrimin e kortizolit të lirë në serum. Niveli i kortizolit në salivë nuk varet nga fluksi i salivës. Pavarësisht avantazheve të tij matja e kortizolit në salivë ka kufizimet e veta të përdorimit në disa raste si: dehidratim, sindrom Sjogren, gingiviti, etj..(42).

### **Vlerat normale të kortizolit në salivë:**

Edhe niveli i kortizolit në salivë ashtu si edhe niveli i kortizolit në serum ka një variacion diurnal me nivele rreth 5.6 ng/mL (15.4 nmol/L) në orën tetë deri në nëntë në mëngjes dhe rreth 1 ng/mL (2.8 nmol/L) në orën 11:00 PM. Këto nivele janë të njëjta edhe tek njerëzit obez (43).

## **1.3 KONTAMINIMI I SALIVËS ME GJAK**

Meqënëse në serum sasia e hormoneve është shumë më e lartë se në gjak, rekomandohet të shmanget kontaminimi i salivës me gjak. Për të minimizuar kontaminimin e salivës me gjak rekomandohet që:

- Individët që do të marrin salivën për ekzaminim duhet të mos kenë kryer larje të dhëmbëve në 45 minutat para marrjes së mostrës së shlivës;
- Të mos kenë kryer manipulime tek dentistët të paktën 24 orë para marrjes së shlivës;
- Personat që do të marrin kampion të salivës për ekzaminim duhet të kenë kryer një kontroll për të ditur që nuk kanë probleme ose dëmtime orale;
- Nëse saliva është e kontaminuar me gjak ajo nuk duhet të përdoret për analizim, por duhet të ri-merret e pakontaminuar me gjak;
- Në popullatën që ka risk të lartë për të patur probleme dentare duhet të përdoren kite që janë të veçanta për rastet e kontaminuara me gjak.

## **2.4 Rregullat që duhet të kihet parasysh para grumbullimit të salivës**

Në mënyrë që grumbullimi i salivës të bëhet sa më mirë duhet të respektohen disa procedura, të cilat evitojnë mundësinë që saliva mund të kontaminohet me substanca që mund të influencojnë në analizimin e saj.

Para fillimit të grumbullimit të salivës duhet:

- Të evitohen ushqimet që kanë përmbajtje të lartë të sheqerit, aciditetit ose ushqimet që përmbajnë kafeinë pasi ato mund të influencojnë në metodën analitike duke ulur pH e salivës dhe duke shtuar rritjen bakteriale.
- Të evitohet në dymbëdhjetë orëshin e fundit përdorimi i: alkoolit, kafeinës, nikotinës dhe në rastet e përdorimit të tyre të dihet që janë përdorur.
- Subjektet nuk duhet të kenë kryer aktivitet fizik para grumbullimit të salivës dhe nuk duhet të kenë probleme dentare.
- Të paktën në 60 minutëshin e fundit para grumbullimit të salivës të mos jetë konsumuar një vakt i madh ushqimi.
- Para grumbullimit të salivës duhet të shplahet goja me ujë për të eliminuar mbetjet ushqimore dhe duhet të priten edhe 10 minuta para grumbullimit të salivës për të shmangur diluimin e salivës (44).

Rekomandohet që kampionet e salivës menjëherë pas grumbullimit të saj të vendosen menjëherë në ngrirje për përdorimin e mundshëm të tyre në të ardhmen. Nëse nuk është e mundur që të vendosen menjëherë në ngrirje, atëherë për të parandaluar degradimin e analitëve të paqëndrueshëm dhe për të parandaluar rritjen bakteriale, kampionet duhet të vendosen menjëherë në 4°Celsius dhe të mos mbahen për kohë të gjatë në këtë temperaturë. Ideale do të ishte që kampionet e salivës të qëndrojnë për më pak se dy orë në 4°Celsius para se të vendosen në ngrirje në -20°Celsius, temperaturë kjo që përkon me temperaturën e ngrirjes së një frigoriferi shtëpie. Nëse kampionet e salivës do të përdoren për analizim për më tepër se katër muaj pas marrjes së kampionit, atëherë në këtë rast kampionet duhet të ruhen në -80°Celsius (45-48).

Për shkak të teknikave të kushtueshme dhe jo shumë të përhapura në praktikën klinike, matja e kortizolit të lirë në serum nuk përdoret në rutinë. Meqënëse kortizoli i lirë në serum difuzion lirshëm në salivë, kjo bën që kortizoli në salivë të përkojë me kortizolin e lirë, përqëndrimi i të cilit nuk varet nga koncentrimi i proteinave lidhëse. Avantazh tjetër i kortizolit në salivë është se koncentrimi i kortizolit në salivë nuk varet nga fluksi i salivës.

Matja e kortizolit në salivë është një test shumë i mirë diagnostik jo invaziv, që gjen përdorim në praktikën klinike në diagnostikimin e sindromës Cushing.

Megjithatë në praktikë probablisht ndodh shpesh që format e lehta të sindromës Cushing të mbeten të padiagnostikuara, sidomos në pacientët me diabet mellitus tip 2 dhe obezitet, prandaj përdorimi i kortizolit në salivë (kampionit të marrë në mesnatë), do të rrisë diagnostikimin e këtyre rasteve. Studimet kanë sugjeruar që në rastet me incidentaloma adrenale apo në rasteve të dyshimeve klinike për sindromën Cushing, duke përfshirë edhe sindromën Cushing subklinike, të rekomandohet matja e kortizolit në salivë në mesnatë i kombinuar me provën e frenimit me 1 mg dexametasonë.

## Referencat

1. Mantero F, Terzolo M, Arnaldi G, et al. A survey on adrenal incidentaloma in Italy. Study Group on Adrenal Tumors of the Italian Society of Endocrinology. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000;85:637-644.
2. Chabre O. Cushing syndrome: Physiopathology, etiology and principles of therapy. *Presse Med. Apr*; 43 (4 Pt1): 376-392.
3. Carpenter PC. Diagnostic evaluation of Cushing's syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1988; 17:445.
4. Lindholm J, Juul S, Jørgensen JO, et al. Incidence and late prognosis of Cushing's syndrome: a population-based study. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:117.

5. Sharma ST, Nieman LK. Cushing's syndrome: All variants, detection, and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2011;40:379-391.
6. Fulawka L, Patrzalek D, Halon A. Adrenal cortical carcinoma with extension into the inferior vena cava--case report and literature review. *Diagn Pathol.* 2014. Mar 6; 9:51.
7. Pecori Giraldi F, Moro M, Cavagnini F. Gender-related differences in the presentation and course of Cushing's disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88:1554-1558.
8. Lahera Vargas M, Da Costa CV. Prevalence, etiology and clinical findings of Cushing's syndrome. *Endocrinol Nutr* 2009;56(1):32-39.
9. Van der Pas R, Leebeek FW, Hofland LJ, de Herder W et al. Hypercoagulability in Cushing's syndrome: prevalence, pathogenesis and treatment. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2013; 78:481-488.
10. Boscaro M, Sonini N, Scarda A et al. Anticoagulant prophylaxis markedly reduces thromboembolic complication in Cushing's syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:3662-3666.
11. Van der Pas R, de Bruin C, Leebeek FW, et al. The hypercoagulable state in Cushing's disease is associated with increased levels of procoagulant factors and impaired fibrinolysis, but is not reversible after short term biochemical remission induced by medical therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012; 97:1303-1310.
12. Stuijver M, Sonino N, Scarda A, et al. Incidence of venous thromboembolism in patient's with Cushing's syndrome: a multicenter cohort study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96: 3525-3532.
13. Lado-Abeal J, Rodriguez- Arnao J, Newell -Price JD, et al. Menstrual abnormalities in women with Cushing's disease is correlated with hypercortisolemia rather than raised circulating androgen levels. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998; 83 (9): 3083-3088.
14. Kelly WF. Psychiatric aspects of Cushing's syndrome. *QJM* 1996; 89:543.
15. Loosen PT, Chambliss B, DeBold CR, et al. Psychiatric phenomenology in Cushing's disease. *Pharmacopsychiatry* 1992; 25:192.
16. Sarlis NJ, Chanock SJ, Nieman LK. Cortisolemic indices predict severe infections in Cushing syndrome due to ectopic production of adrenocorticotropin. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:42.
17. Lacroix A, Feelders RA, Stratakis CA, Nieman LK. Cushing's syndrome. *Lancet* 2015; 386:913.
18. Castro Md, Moreira AC. Screening and diagnosis of Cushing's syndrome. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51 (8): 1191-1198
19. Piédrola G, Casado JL, López E, et al. Clinical features of adrenal insufficiency in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1996; 45:97.
20. Tadd GR, Acerini CL, Ross-Russell R, et al. Survey of adrenal crisis associated with inhaled corticosteroids in the United Kingdom. *Arch Dis Child* 2002; 87:457.
21. Nieman LK. Dynamic evaluation of adrenal hypofunction. *J Endocrinol Invest.* 2003; 26 (7 Suppl):74-82.
22. Du Toit DF, Nortje C. Salivary glands: applied anatomy and clinical correlates. *SADJ.* 2004; 59(2):65-66,69-71,73-74.
23. Van Nieuw Amerongen A, Bolscher JGM, Veerman ECI. Salivary proteins: protective and diagnostic value in cardiology? *Caries Res.* 2004;38:247-253.
24. Zalewska A, Zwierz K, Zo'lkowski K, Gindzienski A. Structure and biosynthesis of human salivary mucins. *Acta Biochim Pol.* 2000;47:1067-1079.
25. Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow, and function. *J Prosthet Dent.* 2001;85:162-169.
26. Edgar WM. Saliva and dental health. *Br Dent J.* 1990;169:96-98.
27. Timo Deuschlein et al. Salivary cortisol as a diagnostic tool for Cushing's syndrome and adrenal insufficiency: improved screening by an automatic immunoassay. *European Journal of Endocrinology* (2012) 166: 613-618.
28. Beko G et al. Cutoff values of midnight salivary cortisol for the diagnosis of overt hypercortisolism. *Clin Chim Acta.* 2010; 411 (5-6): 364-367.
29. Sakihara et al. Evaluation of plasma, salivary, and urinary cortisol levels for diagnosis of Cushing's syndrome. *Endocr Journ* 2010; 54 (4): 331-337.
30. Raff H, Reff J.L, Findling J.W: Late-night salivary cortisol as a screening test for Cushing's syndrome. *J Clin EndocrinolMetab.*1998; 83 : 2681-2686
31. Castro M, Elias P.C, Quidute A.R, Halah F.P, Moreira A.C. Out-patient screening for Cushing's syndrome: the sensitivity of combination of circadian rhythm and overnight dexamethasone suppression salivary cortisol tests. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999; 84 : 878-882
32. Maria Yaneva, Georgi Kirilov, Sabina Zacharieva. Midnight salivary cortisol, measured by highly sensitive electrochemiluminescence immunoassay, for the diagnosis of Cushing's syndrome. *Cent Eurp Jour of Medicine,* 2009 (3): 4:59.
33. Papanicolaou D.A, Mullen N, Kyrrou I, Nieman L.K. Nighttime salivary cortisol: A useful test for the diagnosis of Cushing's syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002; 87 : 4515-4521.
34. Putignano P, Toja P, Dubini A, Giraldi F.P, Corsello S.M, Cavagnini F. Midnight salivary cortisol versus urinary free and midnight serum cortisol as screening tests for Cushing's syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003; 88 : 4153-4157.
35. Yaneva M, Mosnier-Pudar H, Dugue M.A. Grabar S, Fulla Y, Bertagna X. Midnight salivary cortisol for the initial diagnosis of Cushing's syndrome of various causes. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89 : 3345-3351.
36. Gafni R.I, Papanicolaou D.A, Nieman L.K. Night time salivary cortisol measurement as a simple, noninvasive, outpatient screening test for Cushing's syndrome in children and adolescents. *J Pediatr.* 2000; 137 : 30-35.
37. Martinelli Jr C.E, Sader S.L, Oliveira E.B, Daneluzzi J.C, Moreira A.C. Salivary cortisol for screening of Cushing's syndrome in children. *Clin. Endocrinol. (Oxf),* 1999, 51, 67-71
38. Walker RF, Riad-Famy D, Read GF. Adrenal status assessed by direct radioimmunoassay of cortisol in whole saliva or parotid saliva. *Clin Che* 1978; 24: 1460.
39. Umeda T, Hiramatsu R, Iwaka T, et al. Use of saliva for monitoring unbound free cortisol levels in serum. *Clin Chim Acta* 1981;110:245.
40. Yaneva M, Kirilov G, Zacharieva S. Midnight salivary cortisol, measured by highly sensitive electrochemiluminescence immunoassay, for the diagnosis of Cushing's Syndrome. *Cent Eur J Med.* 2009; 4 (1): 59-64.
41. Maria Yaneva, Georgi Kirilov, Sabina Zacharieva. Midnight salivary cortisol, measured by highly sensitive electrochemiluminescence immunoassay, for the diagnosis of Cushing's syndrome. *Cent. Eur. J. Med.* 4(1); 2009 : 59-64.
42. Saliva Collection and Handling Advice, 3-rd Edition, 2015.
43. Manetti L, Rossi G, Grasso L, et al. Usefulness of salivary cortisol in the diagnosis of hypercortisolism: comparison with serum and urinary cortisol. *Eur J Endocrinol.* 2013; 168:315.
44. Grwuschl M, Wagner R, Rauh M, et al. Stability of salivary steroids: the influences of storage, food and dental care. *Steroids.* 2001;66:737-44. [PubMed]
45. Garde AH, Hansen AM. Long-term stability of salivary cortisol. *Scand J Clin Lab Invest.* 2005;65:433-6. [PubMed]
46. Chen YM, Cintrón NM, Whitson PA. Long-term storage of salivary cortisol samples at room temperature. *Clin Chem* 1992; 38:304.
47. Laudat MH, Cerdas S, Fournier C, et al. Salivary cortisol measurement: a practical approach to assess pituitary-adrenal function. *J Clin Endocrinol Metab* 1988; 66:343.
48. H, Homar PJ, Burns EA. Comparison of two methods for measuring salivary cortisol. *Clin Chem* 2002; 48:207.

## NEKROLOGJI



**Profesor Emeritus Hektor ÇOÇOLI**

**1939 - 2017**

“Asgjë nuk kushton aq pak dhe nuk çmohet aq shumë sa sjellja e mire! Mjeku në qoftë se do që të jetë mjek në kuptimin e vërtetë të kësaj fjale, duhet t’u përkushtohet të tjerëve, ai nuk i takon më vetes” kjo ishte shprehja me të cilën Prof. Hektori fillonte leksionet e para me studentët.

Prof. Hektor Çoçoli lindi më 1939 në Gjirokastrë. Pas përfundimit të studimeve të larta në mjekësi, Prof. Çoçoli emërohet mjek në Tropojë dhe ka punuar gjatë periudhës 1960-1966.

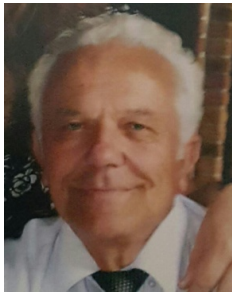
Nga 1967 deri më 1975 punon si pedagog i thjeshtë në Fakultetin e Mjekësisë dhe nga viti 1975-1983 mban detyrën e zv. dekan i Fakultetit të Mjekësisë për anën shkencore.

Pas drejtimit të Departamentit të Pneumologjisë në Fakultetin e Mjekësisë 1984-1997, Prof. Hektor Çoçoli gjatë periudhës 1997-2007 ka drejtuar Klinikën e Pneumologjisë në Spitalin Universitar të Sëmundjeve të Mushkërive “Shefqet Ndroqi”.

Prof. Hektor Çoçoli njihet si lektor evropian mbi shërimin e tuberkulozit dhe krahu i djathtë i personalitetit të mjekësisë shqiptare krijuesit të Sanatoriumit Doktor Shefqet Ndroqi.

Prof. Hektori është karakterizuar gjithmonë nga një këmbëngulje sistematike për t’i shërbyer vendit dhe kauzës së jetës të cilën e dëshmon më së miri në librin e tij “Nostalgji”.

Këshilli Kombëtar i UMSH



**Dr. Kahreman HARXHI**  
**1935 – 2017**

Më 12 Dhjetor 2017 u nda nga jeta Doktor i Shkencave Mjekësore Kahreman Harxhi. Dr. Harxhi lindi më 10 Shkurt 1935 në Gjirokastrë. Pasi kreu për katër vjet shkollën e mesme ushtarake “Skënderbej” e përfundoi atë në grupin e maturantëve, si maturant i parë i shkëlqyer i kësaj shkolle. Më pas ai vazhdoi studimet për mjekësi në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës, që e përfundoi në vitin 1961.

Si mjek me njohuri të mira në fushën e mjekësisë ushtarake, Dr. Kahremani u emërua në Ministrinë e Mbrojtjes. Për disa vite si mjek ushtarak Dr. Kahremani ka punuar në reparte ushtarake të ndryshme dhe specializohet si neurolog pranë Klinikës së Neurologjisë të Fakultetit të Mjekësisë. Dr. Kahremani ka punuar mjek neurolog në repartin e neurologjisë të Spitalit Ushtarak ku shpalsi cilësitë më të mira të mjekut, si në aspektin etik ashtu dhe në atë profesional.

Në drejtimin shkencor Dr. Kahremani ka kontribuar si specialist në problemet e elektroencefalografisë dhe të epileptologjisë, për të cilat punoi me pasion gjatë gjithë karrierës profesionale. Gjatë praktikës klinike u morr shumë me studimin e epilepsive në pacientët e shtruar në spitalin ushtarak, për të cilën fitoi gradën shkencore “Doktor i Shkencave Mjekësore”.

Dr. Kahreman Harxhi mbahet mend si një mjek i devotshëm dhe i pa përtuar, që i ndiqte të sëmurët kudo ku ata ishin, dallohej për tiparet e tij, i qeshur dhe i dashur me këdo.

Prof. Dr. Ali Kuqo  
Këshilli i Urdhrit të Mjekëve, Rajoni i Tiranës



**Dr. Agron GJATA**  
**1927 - 2017**

Është ndarë nga jeta dr. Agron Gjata, mjek i njohur me veprimtari të gjatë më shumë se 30 vjeçare në fushën e radioterapisë.

Agron Gjata u lind në vitin 1927 në Korçë. Ndërpreu studimet në Liceun e Korçës për t'ju bashkuar lëvizjes nacional-çlirimtare gjatë së cilës edhe u internua.

Pas çlirimit, në vitin 1952, filloi studimet në Varshavë, Poloni ku u diplomua si mjek i përgjithshëm në vitin 1957.

Pas kthimit në atdhe për disa vite rresht punoi si mjek në minierën e Memaliajt dhe në vijim në drejtorinë spitalore të Ministrisë së Shëndetësisë, si dhe nën drejtor në Poliklinikën Qendrore në Tiranë.

Në vitin 1965 vijoi studimet pasuniversitare në Romë, Itali ku u formua si mjek specialist në radioterapi.

Me kthimin në Shqipëri si mjek specialist në radioterapi bashkë me kolegë të tjerë, Agron Gjata u bë themelues i shërbimit të radioterapisë në Institutin e Onkologjisë, sot Qendra Spitalore Universitare “Nene Tereza”, të cilin e drejtoi deri në daljen e tij në pension.

Agron Gjata gjatë të gjithë karrierës së tij si mjek ka punuar me ndershmëri dhe pasion duke vendosur në qendër pacientin dhe kujdesin për të. Ai ka dhënë kontribut edhe në formimin e brezit më të ri të specialistëve të radioterapisë, të cilët e çuan më tej këtë shërbim.

Këshilli Kombëtar i UMSH



**Prof. Tika THEODHOSI**

## 1922 - 2017

I shquar për saktësinë e tij absolute në përcaktimin e saktë të diagnozës, prof. Tika Theodhosi mbetet një simbol i Kirurgjisë Shqiptare.

Lindur në Korçë në vitin 1922 dhe diplomuar në liceun e Korçës do të fillonte studimet e tij në Mjekësi në Zagreb për t'i përmbyllur ato në Moskë.

Mbi filozofinë e tij e cila diktonte faktin që: “Mjekësia mësohet tek shtrati i të sëmurit, duke i qëndruar pranë dhe duke e vëzhguar dhe duke pritur çastin e duhur për të kryer ndërhyrjen kirurgjikale” do të ndërtonte të gjithë karrierën e tij 40- vjeçare profesionale.

Pjesëmarrja në shumë Konferenca Ndërkombëtare dhe specializimet e ndryshme jashtë vendit, bënë që Prof. Thika Theodhosi të ngrinte Statistikën Onkologjike në Shqipëri. Me shumë kompetencë ai organizoi simpoziume për kancerin e gjirit dhe me shumë këmbëngulje bashkë me kolegët e tjerë ngritën Kabinetin e Kyriterapisë i cili vazhdon edhe sot. Mund të thuhet me të drejtë dhe pa më të voglin dyshim se ai është themeluesi i Onkologjisë Moderne Shqiptare.

Këshilli Kombëtar i UMSH



**Doc. Asim YLLI**

**1931 - 2017**

Docent Asim Ylli, lindi në Korçë në 09.06.1931. Filloi studimet universitare në degën e Mjekësisë në Gjermani dhe i përmbylli ato në vitin 1961 pranë Fakultetit të Mjekësisë në Tiranë.

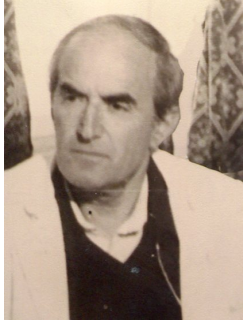
Menjëherë pas diplomimit u emërua pedagog i brendshëm në lëndën e Anatomisë Normale, në të cilën zhvilloi gjithë aktivitetin e tij akademik dhe shkencor deri në daljen e tij në pension, në vitin 1990.

Gjatë aktivitetit të tij të gjatë akademik ai njihet për kontributin e tij të çmuar në hartimin e teksteve të ndryshme pedagogjike si dhe botimeve shkencore në fushën e antropologjisë.

Docent Asim Ylli gjatë gjithë karrierës së tij akademike ka qenë një pedagog i talentuar që transmetonte dije tek studentët përmes pasionit, seriozitetit dhe kompetencës profesionale.

Njëkohësisht ai ka qenë një specialist i njohur në fushën otorinolaringologjisë, profesion që e ka ushtruar paralelisht me aktivitetin akademik. Ka kryer disa specializime jashtë vendit në fushat përkatëse.

Këshilli Kombëtar i UMSH



**Dr. Sotir MILO**  
**1932 – 2017**

Më 24 Shtator 2017 u nda nga jeta pas një sëmundje të rëndë, mjeku Sotir Milo. Ai u lind në Gostivisht të Kolonjës, më 10 Korrik 1932. Në vitin 1952 mbaroi Gjinnazin në qytetin e Korçës me ‘Medalje të Artë’ dhe në vitin 1960 përfundoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë, në Tiranë. Pas studimeve Dr. Milo u kthye në vendlindje për të punuar dhe ofruar shërbim mjekësor si patolog për 7 vjet në Ersekë dhe 3 vjet në Leskovik.

Në vitin 1970 mori detyrën e shefit të shëndetësisë në rrethin e Kolonjës, ku punoi për 10 vjet. Gjatë këtyre viteve spitali i ri i Ersekës u pajis me mjete e numër të mjaftueshëm specialitetesh. Gjithashtu në rreth u hapën edhe 12 qendra shëndetësore, u hap spitali infektiv dhe u vu në funksionim të plotë spitali i ujërave termale të Voromerit. Ju kushtua vëmendje të veçantë shërbimit të nënës dhe fëmijës duke çuar në ulje të theksuar të mortalitetit infantil.

Në vitin 1979 dr. Milo punoi si specialist dermatolog në spitalin e Ersekës deri në mbushjen e moshës së pensionit.

Dr. Sotiri do kujtohet si mjek i respektuar nga pacientët dhe shumë i dashur për mjekët. Do mbetet e paharruar shprehja e tij për vlerësimin e mjekëve “Me këta mjekë unë shkoj në Hënë”.

Dr. Dh. Gjergo, dr. F. Lamçe, dr. N. Çekrezi, dr. P. Peço, dr. Th. Prifti, dr. V. Thoma, dr. R. Bendo, dr. K. Qemali  
Këshilli Rajonal Korçë



**Prof. Agim SALLAKU**  
**1956 – 2017**

Në 28 Dhjetor të 2017 u largua nga jeta pas një sëmundje të rëndë mjeku i shquar onkolog prof. Agim Sallaku.

Prof. Sallaku lindi në qytetin e Tiranës në vitin 1956 dhe pas përfundimit me rezultate të shkëlqyera të shkollës së mesme më 1981 u diplomua si mjek i përgjithshëm në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës, vit kur emërohet si mjek onkolog në Spitalin Onkologjik të Tiranës.

Në vitin 1998 prof. Sallaku emërohet pedagog i Fakultetit të Mjekësisë në Katedrën e Onkologjisë, ku luajti një rol të rëndësishëm në themelimin e specialitetit të Onkologjisë Klinike.

Që nga viti 2004 prof. Sallaku mori drejtimin e Shërbimit Onkologjik Universitar, pozicion të cilin e mbajti deri në fund të jetës së tij. Nën drejtimin e tij Shërbimi Onkologjik u shndërrua në një qendër multidisiplinore reference me statusin e një instituti kërkimor veçanërisht në fushën e Radioterapisë.

Është autor i shumë teksteve mësimore për studentët dhe mjekët specialiste, i artikujve shkencorë periodike brenda dhe jashtë vendit, etj...

Prof. Agim Sallaku është një nga themeluesit e shoqatës profesionale RYDER Albania në vitin 1993, duke prezantuar për herë të parë kujdesin paliativ në Shqipëri.

Me rastin e 100-vjetorit të Pavarësisë u dekorua nga Ministria e Shëndetësisë me Certifikatën e Mirënjohjes si një ndër figurat më aktive në fushën e onkologjisë shqiptare.

Këshilli Kombëtar i UMSH



**Dr. Arben RUNA**  
**1960 - 2017**

Më 28 Dhjetor 2017 pas një sëmundje të rëndë, është ndarë nga jeta në moshën 57 vjeçare një nga kolegët tanë më të dashur, Dr. Arben Runa.

Dr. Arbeni lindi në Tepelenë më 31 Janar 1960 në një familje të njohur dhe me zë të Nivicës së Kurveleshit, atë të Runajve.

Pas mbarimit të shkollës së mesme mjekësore “Jani Minga” në Vlorë më 1978, punoi si nd/mjek në Progonat, Maricaj dhe Memaliaj.

Në vitin 1989 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë dhe pas diplomimit filloi punë si mjek i përgjithshëm në Sinanaj të Tepelenës.

Në vitet 1991-1994 u specializua pranë Fakultetit të Mjekësisë në degën Ortopedi-Traumatologji dhe pas kësaj shërbeu si mjek në klinikën e Shërbimeve Qeveritare në Tiranë deri në vitin 2005.

Pas kësaj periudhe Dr. Arbeni për tre vjet punoi si mjek ortoped në Durrës dhe nga viti 2010 e deri sa ndërroi jetë punoi në Spitalin Ushtarak dhe Spitalin Universitar të Traumës në Tiranë.

Dr. Arbeni do kujtohet me respekt për humanizmin dhe profesionalizmin që e karakterizonin.

Prof. Asc. Dr. Luan Nikollari  
Spitali Universitar i Traumës



**Dr. Marije BRUKA**  
**1944 – 2017**

Banorët e qytetit të Laçit përcollën me hidhërim në banesën e fundit Dr. Marije Bruka, pediatren e cila vite me radhë u shërbeu me përkushtim e humanizëm të veçantë fëmijëve të Komunitetit të rrethit të Kurbinit.

Lindi më 12 Gusht 1944 në një familje me tradita në rrethin e Kurbinit. Që në moshë tepër të re spikati tek ajo dëshira për të shërbyer në fushën e mjekësisë, prandaj kreu me sukses fillimisht shkollën e mesme me profil mjekësor pranë Politeknikut Mjekësor në Tiranë, të cilin e përfundoi në vitin 1962, dhe pastaj Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës ku diplomohet si mjeke e përgjithshme në vitin 1968. Në vitin 1980 specializohet si mjeke pediatre dhe pa ndërprerje, me këtë specialitet punoi në detyra të ndryshme, përfshirë atë të drejtoreshës së spitalit dhe të shefes së repartit të pediatriës. Dr. Marija ka dhënë një kontribut të vyer në drejtim të mirërritjes së fëmijëve dhe të uljes së vdekshmërisë foshnjore në rrethin e Kurbinit.

Në vitin 1994 pas një eksperience në Aquila të Italisë, së bashku me një grup mjekësh dhe infermierësh të spitalit të Laçit, Dr. Marija vë në jetë metodologji bashkëkohore për ndjekjen e shëndetit të fëmijëve dhe uljen e vdekshmërisë foshnjore. Ajo së bashku me kolegët dhe

arsimtarët e rrethit ka marrë pjesë në studimin “Mbi ndikimin e ndotjes së atmosferës nga Kombinati Metalurgjik i Laçit”, lidhur me pasojat mbi sistemin respirator të fëmijëve të Laçit.

Pas vitit 2007 ndonëse në moshën e pensionit Dr. Marija vazhdoi të punojë me të njëjtin përkushtim duke merituar respektin e kolegëve dhe të bashkëqytetarëve Laçian.

Në vlerësim të punës së vazhdueshme në drejtimin profesional, human dhe etik, Këshilli i Bashkisë Kurbin i ka akorduar Dr. Marije Brukës titullin “QYTETARE NDERI” me motivacionin “*Për kontribute të shquara në shërbimin shëndetësor profesional e human ndaj komunitetit të rrethit të Kurbinut, veçanërisht në mbrojtjen e shëndetit të fëmijëve.*”

Me largimin përgjithmonë të Dr. Marije Brukës familja, kolegët dhe qytetarët e Kurbinut humbën njeriun e dashur që do ta kujtojnë gjatë.

Dr. Liljana Mero; Dr. Alfred Serreqi; Dr. Faik Toska  
Këshilli i Urdhrit të Mjekëve, Rajoni Lezhë



**Dr. Vangjel STAMBOLLIU**  
**1942 – 2017**

Dr. Vangjeli lindi në fshatin Goricaj të Lushnjës më 25 Mars 1942 nga dy prindër të urtë, nga të cilët trashëgoi dashurinë për punën dhe respektin për njerëzit. Pasi kreu arsimin e mesëm në Politeknikumin Mjekësor në Tiranë, vazhdoi dhe e përfundoi me sukses arsimin e lartë në vitin 1966 në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës në degën e mjekësisë së përgjithshme.

Si mjek i përgjithshëm Dr. Vangjeli shërbeu me dinjitet për katër vjet në fshatrat dhe rrethin e Lushnjës. Nga viti 1970 deri 1973 specializohet në Tiranë në specialitetin e anatomisë patologjike dhe mjek ligjor për rrethin e Lushnjës. Dr. Vangjeli punoi në këtë specialitet për 35 vjet rresht duke fituar respektin dhe admirimin e kolegëve, qytetarëve dhe të institucioneve të rrethit. Tregues i vlerësimit të punës së tij ishte nderimi në Prill të vitit 2004 nga Këshilli Bashkiak i qytetit me titullin “*Qytetar Nderi i qytetit të Lushnjës*”.

Dr. Vangjel Stambolliu ishte një familjar i devotshëm dhe me këtë frymë rriti dhe edukoi dy fëmijët e tij. Ai e donte Lushnjën e tij saqë në një shkrim në media në vitin 2004 shprehet se “nuk e ndërroj Lushnjën as me Amerikën”, porse fati e dërgoi atë për arsye familjare e shëndetësore në qytetin e Torontos të shtetit të Kanadasë, ku mbylli sytë në praninë e familjarëve të tij më 16 Gusht 2017. Po atë ditë miqtë shokët dhe kolegët u mbledhën dhe e nderuan atë me një ceremoni lamtumire në qytetin e Lushnjës.

# UDHËZIME PËR AUTORËT

---

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

Materialet dorëzohen pranë Këshillit Kombëtar të UMSH-së (Sekretariati i Buletinit) të regjistruara në CD ose me USB.

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

Paraqitja e materialeve:

Artikujt duhet të shtypen në CD/USB, me hapësirë 1 midis rreshtave.

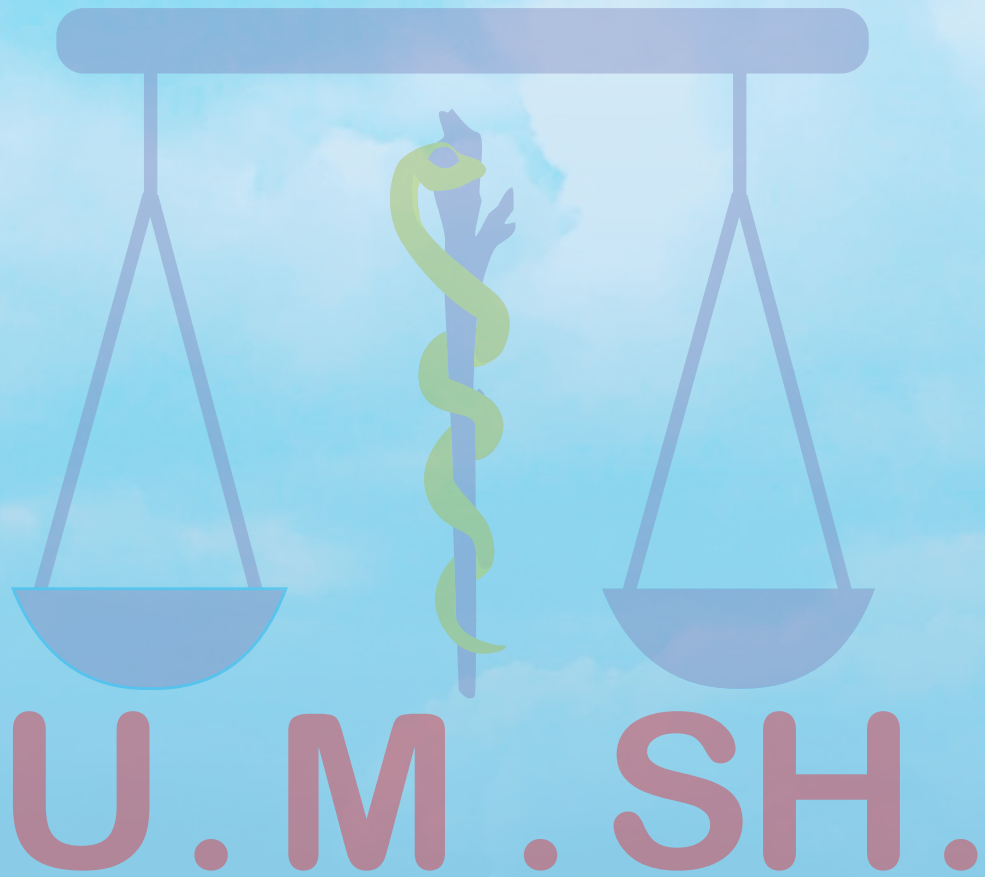
Materiali të dorëzohet në CD/USB, i shoqëruar me tabela, foto, materiale ikonografike, bibliografi ose të dërgohet në internet në adresën: [albmedorder@albmail.com](mailto:albmedorder@albmail.com).

Në fillim të materialit të shënohet TITULLI, i cili në mënyrë të përmbledhur reflekton përmbajtjen e temës; më poshtë shënohet emri (emrat) i autorit (autorëve), 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 administrativomenaxheriale, 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 gjerë 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.

Materialet që lidhen me përgjithësime dhe tematikë të veçantë mjekësore, mund të shoqërohen edhe me bibliografi, e cila të mos kalojë 20 burime.



ISSN 2520-7172

[albmedorder@albmail.com](mailto:albmedorder@albmail.com)  
[kkumsh@gmail.com](mailto:kkumsh@gmail.com)  
[www.urdhrimjekeve.org.al](http://www.urdhrimjekeve.org.al)