

BULETINI

I URDHURIT TE MJEKEVE

TE SHQIPERISE

PËRMBAJTJA

Editoriali:	3
Akte ligjore normative:	5
Probleme organizative:	20
Etikë & Deontologji:	30
Informacione per veprimtari te UMSH	33
Nga eksperienca pozitive e organizmave homologe:	34
Veprimtari Ndërkombëtare:	36
Veprimtari Mbarëkombëtare:	38
Paraqitje përgjithësuese:	40
Rubrika e Mjekut të Familjes:	74
Nekrologji:	95
Perkujtimore:	96

Nr. 1

Janar-Prill 2011

Viti i XII i Botimit

PËRMBAJTJA

Editoriali:

-ABAZAJ D.: Liçensimi si hallke e rëndësishme e rivleresimit të kompetencës dhe performancës profesionale të mjekëve

Akte ligjore Normative:

-Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë (Nr.73, dt.01.03.2011) për praktikën profesionale të profesionistëve të shëndetit

-Rregullore për regjistrimin, anëtarësimin dhe liçensimin në Urdhër të Mjekëve

-Rregullore për organizimin e praktikës profesionale për profesionistët e shëndetit

Probleme organizative:

-Deklarata e WMA (Shoqata Botërore e Mjekësisë) për të drejtat e pacientit

-Deklarata e WMA (Shoqata Botërore e Mjekësisë) për shëndetin e fëmijëve

-Deklarata e WMA (Shoqata Botërore e Mjekësisë) mbi udhëzuesin për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë në kujdesin shëndetësor

Etikë & Deontologji:

TOSKA F.: Solidariteti me pacientet – element i rëndësishëm i etikës mjekësore

Informacione për veprimtari të U.M.Sh.

-Mbledhja e Këshillit Kombëtar të Urdhrit të Mjekëve, 22 Prill 2011, Tiranë

Nga eksperienca pozitive e organizmave homologe:

-Objektivat e Dhomës së Mjekëve të Sllovenisë

Veprimtari Ndërkombëtare:

-Mbledhja e Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropianë (CPME)

-Kongresi i 16th Ballkanik i Stomatologjisë

Veprimtari Mbarëkombëtare:

- Kongresi i parë Mesdhetar i Tiranës për kancerin
- Konferenca e IV^{të} e Mjekëve specialistë të Tiranës

Paraqitje përgjithësuese:

- SHUKA B. e bp.: Teknikat e reja diagnostikuese dhe terapeutike për insuficiencën kardiake
- ISUFI R.: Trajtimi i defekteve të lindura të buzës dhe qiellzës në repartin e kirurgjisë Durrës nga viti 1977-2009
- MESONJESI E. e bp.: Oxidi nitrik në ajrin e respirueshëm dhe vlera e tij për diagnozën e astmës
- ISUFI R.: Trajtimi i defekteve të buzës dhe qiellzës në baze të protokolleve tona spitalore
- DEDJA S. e bp: Parotiti rekurent si manifestim i sindromës SJÖGREN
- HABIBI B.: Trajtimi i kondromave në repartin e kirurgjisë Durrës nga viti 1977 - 2009

-Rubrika e Mjekut të Familjes:

- CULLUFI P. : Kolika infantile.
- ABDULLAHU B. e bp. : Dermatiti alergjik i kontaktit nga substancat kozmetike
- LULI A.: Një mënyrë e re e trajtimit të karcinomave bazocelulare të palpebrave

Nekrologji:

Dr. Dritan JAHJA

Perkujtimore:

Dr. Anton ASHTA

CONTENT

Editorial:

- ABAZAJ D.: Licensing as an important link for professional competence and performance rivalidation of doctors

Normative Legal Acts:

- Ordinance No. 73 date 01.03.2011 of Minister of Health for professional practice of doctors
- Registration, membership and licensing regulations of Order of Physicians
- Regulation for professional practice organization of health professionists

Organisativ issues:

- WMA declaration on patients rights
- WMA declaration on childrens health
- WMA declaration on the directory for continuous quality improvement of health care

Ethics and Deontology:

- TOSKA F.: Solidarity with patients – important issue of medical ethics

Information on OPA activity:

- Meeting of National Council of Order of Physicians of Albania

The positive experience of international partners

- Objectives of Medical Chamber of Slovenia

International Activities:

- Meeting of Standing Committee of European Doctors (CPME)
- The 16th Congress of Balcan Stomatology

Worldwide Albanian Activities:

- First Mediterranean Cancer Congress of Tirana
- The IVth Conference of Tirana specialists doctors

General Presentations:

- SHUKA B. Et al.: New diagnostic and therapeutic technics for cardiac insufficiency
- ISUFI R.: Treatment of born defects of palatal and superior limb to the Durres Surgery Ward for the period 1977-2009
- MESONJESI E. et al.: Nitric oxid in the respiratoty air and his value for Asthma diagnosis
- ISUFI R.: Treatments of superior limb and palatal defects based on hospital protocols
- DEDJA S. e bp: Recurent parotitis as SJÖGREN Syndrome manifestation
- HABIBI B.: Treatment of chondromes by the Durres Surgery Ward from 1977-2009
- **Family doctors point at issue:**
- CULUFI P. : Infantile colics
- ABDULLAHU B.et al: Alergic dermatitis by cosmetic substances contacts
- LULI A.: A new way for the treatment of basocellular carcinomas of eyelids

Obituaries:

Dr. Dritan JAHJA

Homage:

Dr. Anton ASHTA

EDITORIALI

LIÇENSIMI DHE STANDARDET E USHTRIMIT DHE KUJDESIT SHËNDETËSOR

Dr. Din Abazaj

President i Këshillit Kombëtar të Urdhrit të Mjekëve

Në këtë shkrim do të ndalemi edhe njëherë mbi standardet profesionale, kontrollin dhe rivlerësimin e tyre nëpërmjet procesit të liçensimit.

Ndonëse është folur dhe shkruar shumë për standardet, cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe sigurinë e pacientit, nuk duhet të ndruhemi se gabojmë edhe sikur në çdo numër të këtij Buletini të shkruanim rreth këtyre problemeve të cilat janë thelbësore për çdo sistem shëndetësor. Përkundrazi, kjo do të ishte një domosdoshmëri, ashtu siç është domosdoshmëri edhe aplikimi i formave dhe mënyrave më efektive për edukimin dhe formimin profesional të mjekëve, si dhe për matjen dhe rivlerësimin periodik të kompetencës dhe performacës së tyre nëpërmjet procesit të akreditimit dhe liçensimit në bazë standardesh të unifikuara.

Misioni, qëllimi dhe synimi ynë, si dhe i çdo strukture tjetër të sistemit shëndetësor është në fund të fundit në funksion të përmirësimit të këtyre standardeve dhe të kujdesit për t'i siguruar publikut një shërbim e mirëqënie shëndetësore gjithnjë në rritje e përmirësim të pandërprerë.

Në rastin konkret, do të ndalemi kryesisht në trajtimin e domosdoshmërisë dhe rëndësisë së kontrollit dhe rivlerësimit periodik të standardeve të ushtrimit profesional, si dhe të performancës së çdo mjeku nëpërmjet procesit të liçensim-riliçensimit, proces që sapo ka filluar dhe po aplikohet ashtu si në vendet e tjera, edhe në sistemin tonë shëndetësor.

Siç kemi theksuar edhe në raste të tjera, futja dhe institucionalizimi i Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor, vendosja e standardeve dhe ri-akreditimi i mjekëve, procese të cilat finalizohen me dhënien e liçensës si akt i fundit, janë veprimtari që përbëjnë thelbin e vetrregullimit profesional të mjekëve në praktikën mjekësore.

Në këtë kuptim, Urdhrat e Profesionistëve janë autoritete të këtij vetrregullimi në kuadrin e angazhimit për të përmbushur misionin e tyre thelbësor, i cili konsiston në sigurinë e standardeve të larta të ushtrimit të profesionit, edukimit dhe formimit profesional të mjekëve, si dhe ruajtjen e pacientëve nga kequshtrimi i mjekësisë.

Ata angazhohen dhe bashkëpunojnë për:

- *Realizimin sa më efektiv të Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor;*
- *Formulimin e kërkesave për plotësimin e standardeve profesionale, ri-akreditimin e mjekëve dhe liçensim-riliçensimin e tyre;*
- *Krijimin dhe administrimin e Regjistrit themeltar të profesionistëve të shëndetit;*
- *Organizimin e praktikës profesionale dhe provimin e shtetit, etj.*

Liçensa pra është masa e fundit e rregullimit mjekësor me të cilën lidhen ngushtë në mënyrë të saktë e të qartë proceset e kontrollit dhe të verifikimit të standardeve të kompetencës dhe performancës profesionale të mjekut. Në këtë kuptim dhe funksion, Regjistri themeltar elektronik Rajonal dhe Kombëtar i mjekëve, i krijuar tashmë në Urdhrit të Mjekëve, kontrolli dhe vendimmarrja për ata që hyjnë në regjistër (*dmth që regjistrohen dhe liçensohen*), që mbeten në regjistër (*dmth që ri-akreditohen dhe riliçensohen*) mbas rivlerësimit periodik dhe ç’regjistrimi dhe heqja nga regjistri (*dmth iu refuzohet ri-liçensimi*), për ata që nuk plotësojnë testet dhe kreditet e domosdoshme, është në themel të këtij procesi.

Regjistri elektronik – online në faqen e internetit të Urdhrit të Mjekëve përditësohet dhe pasqyron të gjitha ndryshimet në kurrikulën profesionale të secilit mjek me akses për cilindo që dëshiron të njohë e të zgjedh mjekun e tij, si dhe për cilindo mjek i cili do të njihet me të dhënat e dosjes së tij personale.

I parë në këtë aspekt, liçensimi është një proces me rëndësi, i cili duhet vlerësuar e marrë seriozisht në kuadrin e reformimit që po kryhet në sistemin shëndetësor. Liçensa është i vetmi dokument i cili i jep mjekut të drejtën për të ushtruar profesionin.

Fakti i njohur se liçensa jepet vetëm pas vlerësimeve dhe verifikimeve që kryhen në bazë kriteresh dhe standardesh të përcaktuara dhe unifikuara mbi kompetencën, performancën dhe sjelljen profesionale të çdo mjeku, përbën një garanci për cilindo se mjeku që e zotëron atë, është i azhornuar, kompetent dhe përputhet me standardet e një praktikë të mirë profesionale. Kjo rrit besimin e të sëmurëve dhe publikut ndaj mjekut të tyre, të cilët presin prej tij të demonstrojë kompetencë e sjellje profesionale shembullore.

Nëpërmjet procesit të akreditimit dhe liçensim-riliçensimit të mjekut, krijohet mundësia për të vlerësuar dhe përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e kujdesit shëndetësor. Një gjë e tillë është edhe në interesin e vetë mjekëve, për respektimin dhe mbajtjen e standardeve të larta profesionale në praktikën mjekësore.

Akti i liçensimit dhe ri-liçensimit i cili mbështetet në ligjet “Për Urdhrit të Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”, “Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” dhe “Për Profesionet e Rregulluara në Republikën e Shqipërisë”, është i detyrueshëm për të gjithë mjekët dhe stomatologët që ushtrojnë profesionin në Republikën e Shqipërisë, në sistemin publik apo privat, shtetas shqiptarë apo të huaj qofshin. Mbështetur në këto ligje, ekziston edhe Urdhëri i Ministrisë të Shëndetësisë drejtuar të gjithë institucioneve shëndetësore të vendit për liçensimin e detyruar. Megjithatë, ky proces nuk ka ecur me ritmin e duhur dhe e ka tejkaluar afatin e parashikuar në këtë Urdhër të Ministrisë (31

Tetor i vitit që shkoi), për shkak të neglizhencës dhe mungesës së njohjes të ligjeve dhe akteve normative që mbështesin atë, mirëkuptimit dhe vlerësimit në masën e duhur të këtij procesi nga një pjesë e mirë drejtuesish të institucioneve shëndetësore, kryesisht të Spitaleve Qëndrore të Tiranës.

Për mbarëvajtjen e procesit të liçensimit, Urdhri i Mjekëve ka bërë amendimet e nevojshme në Statutin e Urdhrit, si dhe në Rregulloren e Regjistrimit dhe Liçensimit të Mjekëve ku janë të përvijuara shkoqur e saktë rregullat e regjistrimit dhe anëtarësimit në Urdhrin e Mjekëve, administrimin e Regjistrimit dhe perditësimit të tij, si dhe kriteret për dhënie, pezullimin dhe heqjen definitive të Liçensës për ushtrimin individual të profesionit. Gjithashtu është krijuar Rregullorja për Organizimin e Praktikës Profesionale për mjekët që sapo kanë kryer studimet universitare dhe janë diplomuar, të cilët do t'i nënshtrohen provimit të shtetit për të fituar titullin profesional dhe liçensën për ushtrimin individual të pavarur të profesionit, të cilën e lëshon Urdhri i Mjekëve.

Të gjitha këto akte dhe anekset e tyre janë miratuar në mbledhjen e Këshillit Kombëtar dhe pasqyrohen edhe në faqet e këtij Buletini.

AKTE LIGJORE NORMATIVE

REPUBLIKA E SHQIPERISE MINISTRIA E SHENDETESISE MINISTTRI

Adresa: Bulevardi "Bajram Curri", Tirane, Albania, Tel / Fax: +355 4 364636

Nr. prot. .885

Tirane, me -2 / 3 / 2011

URDHER

Nr. 73 date 01/ 03/ 2011

PER

PRAKTIKEN PROFESIONALE TE PROFESIONISTEVE TE SHENDETIT

Ne mbeshtetje te pikes 4 te nenit 102 te Kushtetutes se Republikes se Shqiperise dhe ligjit nr. 10171, date 22.10.2009, per "Profesionet e rregulluara ne Republiken e Shqiperise",


URDHEROJ:

1. Zhvillimin e praktikës profesionale të profesionistëve të shëndetit në përputhje të plotë me detyrimet që rjedhin nga ligji nr. 10171 date 22.10.2009 "Për profesionet e

rregulluara ne Republiken e Shqiperise".

2. Praktike profesionale e profesionistit te shendetit eshte aftesimi ne ushtrimin e profesionit perkates nga ana e studentit qe ka mbaruar ciklin e plote universitar ne Universitet e akredituara nga Ministria e Arsimit dhe Shkences.
3. Kohezgjatja per praktiken profesionale eshte 9 (nente) muaj per praktikantin mjek e stomatolog, 6 (gjashte) muaj per praktikantin farmacist dhe 3 (tre) muaj per praktikantin infermier, mami dhe fizioterapist.
4. Praktika profesionale te zhvillohet ne institucionin shendetesor perkates, nen drejtimin dhe pergjegjesine e profesionistit te shendetit me pervoje profesionale mbi 3 (tre) vjet.
5. Praktikanti zgjedh ne listat e shpallura per kete qellim institucionin shendetesor perkates dhe profesionistin e shendetit qe do ta drejtoje.
6. Ministria e Shendetesise miraton listen e institucioneve shendetesore qe kane te drejte te pranojne praktikante. Kjo liste shpallet prane Urdherave Profesionale perkates.
7. Urdhri Profesional perkates miraton dhe shpall listen e profesionisteve te shendetit qe kane te drejte te udheheqin praktikante.
8. Udhrat Profesionale perkates duhet te miratojne programet e praktikës qe duhet te ndjeke praktikanti per pervetesimin e dijeve te nevojshme.
9. Praktikanti gjate kryerjes se praktikës mban dukshem karten e praktikantit te leshuar nga urdhri perkates.
10. Drejtuesi i praktikës leshon nje vertetim te kryerjes se praktikës sipas programit te miratuar.
11. Ngarkohet Drejtoria Spitalore, Drejtoria e Shendetit Publik, Drejtoria Farmaceutike prane Ministrise se Shendetesise dhe Udhrat Profesionale perkatese per zbatimin e ketij udhezimi.

Ky urdher hyn ne fuqi menjehere.

MINISTRI

PETRIT VASILI

RREGULLORE PËR REGJISTRIMIN, ANËTARËSIMIN DHE LIÇENSIMIN NË URDRIN E MJEKËVE

1. Bazimi

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

2. Qëllimi

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

3. Dispozita të Përgjithshme

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

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

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

Aparati Qëndror i Këshillit Kombëtar është autoriteti përgjegjës për krijimin dhe mirëadministrimin e Regjistrit Themeltar Kombëtar, si dhe mirëadministrimin e atij Rajonal. Për këtë qëllim, pranë Aparatit Qëndror të Këshillit Kombëtar funksionon Sektori i Regjistrimit dhe i Kontrollit të dhënieve të liçensave për ushtrimin individual të profesionit.

4. Regjistri

- Regjistri Themeltar është dokumenti bazë i cili pasqyron gjendjen dhe ndryshimet sasiore dhe cilësore të mjekëve në strukturat shëndetësore në dinamikën e zhvillimeve të tyre.
- Regjistri vë në dukje jo vetëm rritjen numerike dhe lëvizjen mekanike të mjekëve, por ai pasqyron edhe ecurinë e formimit dhe edukimit etiko-profesional e shkencor të tyre.
- Regjistri i mjekëve i mirëadministruar dhe i përditësuar rregullisht, merr rol të rëndësishëm për evidentimin dhe rivlerësimin e standardeve dhe performancës

profesionale, si dhe për procesin e vendimmarrjes për rinovimin e liçensës për ushtrimin individual të profesionit në vartësi të plotësimit të krediteve dhe ri-certifikimeve të fituara në kuadër të Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor të lëshuar nga QKEV-ja, si dhe bazuar në vetë deklarimin e mjekut dhe referencën e institucionit shëndetësor ku punon.

5. Regjistrimi dhe Anëtarësimi

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

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

(Pjesë nga Statuti)

- a. *Pasaportë ose Kartë Identiteti.*
- b. *Kërkesën për anëtarësim, në të cilën shprehet se njeh Statutin e UMSH, Betimin e Mjekut dhe Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe zotohet se do t'i respektojë ato me përpikmëri.*
- c. *Curriculum Vitae profesionale.*
- d. *Dokumentin zyrtar, i cili vërteton studimet, kualifikimet, specializimet e kryera dhe titujt e fituar.*
- e. *Nëse ka ushtruar më parë profesionin, referencë të protokolluar nga organi drejtues i institucionit shëndetësor apo social-shëndetësor ku ka shërbyer.*
- f. *Dëshmi penaliteti nga organi përkatës, ose (vërtetim nga gjykata dhe prokuroria), ku vërtetohet se nuk ka vuajtje dënimi.*
- g. *3 (tre) cope fotografi 3 x 4 cm.*
- h. *Për mjekët e rinj, dokumentin zyrtar, i cili vërteton se ka kryer praktikën profesionale dhe ka kaluar provimin e shtetit.*

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

- a) *Leja e qëndrimit në Republikën e Shqipërisë.*
- b) *Çertifikatë e mirësjelljes (Good Standing Certificate) nga Urdhri/Dhoma apo Shoqata e Mjekëve të vendit të vet ku vërtetohet se është i regjistruar, e ushtron profesionin dhe se nuk është i ndëshkuar dhe me vuajtje dënimi.*
- c) *Konvalidimi (njësimi) i diplomës dhe çertifikatave të specializimeve të kryera prej tij/saj të përkthyer dhe të noterizuara.*
- d) *Të rekomandohet nga një specialist vendas i të njëjtës fushe, anëtar i Urdhrit të*

Mjekëve.

e) *Mjeku i huaj rezident në Shqipëri të njohë Gjuhën Shqipe, dhe të ketë aftësi komunikimi në Shqip. Per mjekun jo rezident detyrimisht të punoj me përkthyes.*

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

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

Për këtë qëllim:

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

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

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

6. Licensa (leja) për ushtrimin individual të profesionit dhe përsëritja e saj
(licensim-ri-licensim)

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

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

6.3 Pajisja me licensën për ushtrimin individual të profesionit është hapi i parë dhe i domosdoshëm drejt aplikimit të sistemit të ri-vlerësimit dhe ri-akreditimit të mjekëve, stomatologëve dhe profesionistëve të tjerë të lartë, anëtarë të Urdhrit të Mjekëve në kuadrin e EVM-së.

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

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

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

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

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

- a- Mjekët/stomatologët dhe profesionistët e tjerë, anëtarë të Urdhrit të Mjekëve, të cilët aktualisht janë të regjistruar, anëtarësuar dhe ushtrojnë profesionin;
- b- Mjekët/stomatologët dhe profesionistët e tjerë të lartë, të cilët kanë kryer praktikën profesionale dhe kanë kaluar provimin e shtetit. Liçensimi i tyre bëhet pasi të jetë kryer regjistrimi dhe anëtarësimi definitiv në Urdhër, në përputhje me dispozitat e Statutit dhe të kësaj Rregulloreje.

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

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

- Vetdeklarimin sipas deklaratës të formimit tip të Urdhrit të Mjekëve;
- Ri-çertifikimet nga Qendra Kombëtare e EVM-së, ku konfirmohet pjesëmarrja në EVM dhe kreditet e fituara;
- Referencë vlerësuese e protokolluar e lëshuar nga Drejtoria e institucionit shëndetësor ku punon, mbi kompetencën, performancën, sjelljen profesionale, opinionin e publikut dhe të të sëmurve.

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

7. Pezullimi dhe heqja e përhershme e Liçensës

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

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

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

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

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

8. Formularët Standardë

Proçesi i anëtarësimit dhe i regjistrimit përmban 3 (tre) formularë standardë:

- FORMULARI I REGJISTRIMIT** i cili përmban kërkesat që pasqyrojnë të dhënat profesionale të mjekut kandidat.
- FORMULARI I VETDEKLARIMIT** është dokumenti që i kërkohet mjekut për ta paraqitur me përgjegjësi personale, për efekt të ripërtëritjes e liçensës së ushtrimit individual të profesionit. Në këtë dokument, mjeku pasqyron të gjithë veprimtarinë e tij profesionale për periudhën e përfshirë midis dy lejeve (pjesëmarrjen në programet e Edukimit të Vazhdueshëm Profesional, kualifikime e specializime të tjera, vlerësime për veprimtarinë dhe sjelljen e tij profesionale, masa disiplinore etj)

C. *Formati Tip: “LIÇENSA PËR USHTRIMIN INDIVIDUAL TË PROFESIONIT PËR MJEKË” & “LIÇENSA PËR USHTRIMIN INDIVIDUAL TË PROFESIONIT PËR STOMATOLOGË”*

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

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

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

- Sektori i regjistrimit pranë Aparatit Qëndror të Këshillit Kombëtar kryen përditësimin periodik të Regjistrit Kombëtar me të dhënat që dërgohen nga Këshillat Rajonale. Regjistri Kombëtar ruhet në Formën e Kompjuterizuar (Database) pranë këtij sektori.
- Mjekët dhe stomatologët e regjistruar në Regjistrin Kombëtar do të kenë numrin e tyre në database.

- NËPËRMJET faqes së UMSH në internet (website) – www.urdhrimjekeve.org , Regjistri është i hapur edhe për publikun.
- Sektori i regjistrimit pranë Aparatit Qëndror të Këshillit Kombëtar kryen edhe:
 - a. Monitorimin e procesit të regjistrimit dhe mirëadministrimit të Regjistrimit në nivel rajoni.
 - b. Raportimin në mënyrë periodike, 4 mujore dhe vjetore në Këshillin Kombëtar mbi Regjistrin Kombëtar ku detajohen ndryshimet, të dhënat statistikore dhe informacione të tjera problemore në lidhje me regjistrimin.
 - c. Ruajtjen dhe përditësimin në kopje CD të Regjistrimit Kombëtar.
 - d. Në bashkëpunim me Këshillat Rajonale merr takime me institucione publike e private për të verifikuar dhe kontrolluar të dhënat profesionale të mjekëve.

DISPOZITAT E FUNDIT

11. Ankimi për refuzimin e anëtarësimit

Ndaj vendimit që refuzon kërkesën për anëtarësim dhe regjistrim në Urdhrin e Mjekëve, kërkuesi ka të drejtë të ankohet pranë Këshillit Kombëtar në përputhje me dispozitat që përcaktohen në nenin 10 të Statutit të Urdhrit të Mjekëve.

12. Ndërprerja e anëtarësimit (Ç’regjistrimi)

Për ndërprerjen e anëtarësimit në Urdhrin e Mjekëve (ç’regjistrimin) dhe heqjen e lejes individuale për ushtrimin e profesionit zbatohen dispozitat e nenit 12 të Statutit të Urdhrit të Mjekëve.

13. Tarifat

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

14. Njoftimi për anëtarët

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

Kësaj Rregulloreje i bashkëlidhet:

KËRKESA TIP e mjekut/stomatologut për regjistrim/anëtarësim.

Formulari i REGJISTRIMIT

Formulari i VETDEKLARIMIT (për ri-liçensim)

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

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

Dr. Din Abazaj
President

**RREGULLORE
PËR
“ORGANIZIMIN E PRAKTIKËS PROFESIONALE PËR PROFESIONISTIN E
SHENDETIT NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË”.**

Kjo rregullore nxirret në përputhje me Nenin 11 të Ligjit Nr. 10171, datë 22.10.2009 “Për Profesionet e Rregulluara në Republikën e Shqipërisë” dhe Urdhrin e Ministrit të Shëndetësisë, Nr. 73, datë 01.03.2011.

**Neni 1
Përkufizime**

Në kuptimin e kësaj rregulloreje, termat e mëposhtëm kanë këto kuptime:

- a) **Praktikë profesionale** – është ushtrimi i profesionit nga ana e praktikantit për një periudhë të caktuar nën udhëheqjen dhe përgjegjësinë e një profesionisti të kualifikuar dhe me përvojë, me qëllim për të fituar titullin profesional dhe aftësuar për ta ushtruar atë si i pavarur.
- b) **Praktikant/Kandidat** – profesionisti i cili gëzon një dokument zyrtar të formimit profesional, apo kualifikimit profesional dhe që kandidon për të ushtruar praktikën profesionale dhe fituar titullin e një profesioni të rregulluar.
- c) **Profesionist i kualifikuar me përvojë** – është profesionisti i cili disponon një dokument zyrtar aftësie apo kualifikimi profesional dhe ka ushtruar në mënyrë të ligjshme dhe e i pavarur profesionin mbi 3 (tre) vjet.
- d) **Urdhër Profesional (në vijim UP)**- autoritet rregullator profesional në cilësinë e Entit Publik të pavarur, i cili përfaqëson interesat e përbashkëta të profesionistëve në një fushë të caktuar dhe rregullon marrëdhëniet midis tyre në funksion të publikut.

- e) **Dokument zyrtar i formimit/kualifikimit profesional** – është diploma, çertifikata ose dëftesa, lëshuar nga autoriteti kompetent, në përputhje me rregullat dhe procedurat e parashikuara nga legjislacioni në fuqi, që çertifikon përfundimin e suksesshëm të një formimi apo kualifikimi profesional, të zhvilluar brenda apo jashtë territorit të Republikës së Shqipërisë.
- f) **Institucion Shëndetësor**- konsiderohet spitali, poliklinika, qendra shëndetësore, klinika dentare, farmacia, ku praktikanti ushtron praktikën profesionale apo pjesë të saj, në përputhje me programin dhe profilin e tij.

Neni 2

Parime të përgjithshme

1. Bazuar në Ligjin Nr. 10171, datë 22.10.2009 “Për Profesionet e Rregulluara në Republikën e Shqipërisë”, kandidati që zotëron një dokument zyrtar, i cili vërteton përfundimin e studimeve të larta, për të fituar titullin e tij profesional dhe të drejtën për të ushtruar profesionin si i pavarur, është i detyruar t’i nënshtrohet praktikës profesionale, për një periudhë të caktuar kohe.
2. Praktikës profesionale për një periudhë kohe të caktuar i nënshtrohet edhe profesionisti i cili kërkon t’i kthehet profesionit pas një shkëputje prej më shumë se 5 (pesë) vitesh.
3. Për të filluar praktikën profesionale, çdo kandidat është i detyruar të paraqitet në zyrën qendrore të UP për t’i bërë regjistrimin provizor dhe pajisur me dokumentacionin e nevojshëm.
4. Rregullat dhe kriteret e regjistrimit/anëtarësimit, pajisjes me dokumentat përkatëse, si dhe tarifat për kryerjen e këtyre proceseve përcaktohen dhe kryhen nga UP.
5. Me përfundimin të praktikës profesionale, çdo praktikant është i detyruar t’i nënshtrohet provimit të shtetit. Modalitetet dhe rregullat e provimit të shtetit janë të përcaktuara në rregulloren e miratuar nga MASH.
6. Profesionisti që kalon provimin e shtetit dhe kërkon të ushtrojë profesionin është i detyruar të paraqitet në UP përkatëse për të bërë regjistrimin definitiv dhe anëtarësimin.

Neni 3

Zhvillimi i praktikës profesionale

1. Praktika profesionale realizon përvetësimin efektiv të njohurive praktike - teknike dhe etike të profesionistit, i garanton atij aftësitë e domosdoshme dhe përgjegjësinë publike për ushtrimin e pavarur të profesionit.
2. Praktika profesionale kryhet në institucionin shëndetësor që plotëson standardet e domosdoshme për realizimin e kërkesave dhe përvetësimin e njohurive praktike - teknike dhe etike të praktikantit.
3. Praktika profesionale udhëhiqet e zhvillohet nën drejtimin dhe përgjegjësinë e një profesionisti të kualifikuar dhe me përvojë në ushtrim të ligjshëm dhe të pavarur të profesionit mbi 3 (tre) vjet.

4. Ministria e Shëndetësisë përcakton, miraton listën e institucioneve të akredituara që kanë të drejtë të pranojnë praktikantë. Kjo listë është e shpallur pranë UP.
5. UP harton, miraton dhe shpall listën e profesionistëve, të cilët kanë të drejtë të udhëheqin dhe mbikëqyrin praktikantë, gjatë kryerjes së praktikës profesionale.
6. Praktikanti ka të drejtë të zgjedhë nga lista e shpallur, institucionin dhe profesionistin udhëheqës të praktikës.
7. Ministria e Shëndetësisë urdhëron institucionet dhe profesionistët që udhëheqin praktikantët t'u krijojnë kushtet dhe të marrin përgjegjësitë e nevojshme për zhvillimin normal të praktikës në përputhje me programin dhe kontratën tip të nënshkruar midis palëve.
8. Kohëzgjatja e praktikës profesionale është, jo më pak se 9 (nëntë) muaj për praktikantin mjek dhe stomatolog, 6 (gjashtë) muaj (*përfshi dhe praktikën e programit të formimi të kryer*) për praktikantin farmacist, 3 (tre) muaj për praktikantin infermier dhe profesionistë të tjerë të këtij rangu.
Për profesionistin që ka mbi pesë vjet shkëputje nga ushtrimi i profesionit, periudha e praktikës (*sipas rastit*) është jo më pak se 2 (dy) muaj.
9. UP në bashkëpunim me stafin akademik të Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit Shtetëror, përcakton dhe harton programin e praktikës.
10. UP harton kontratën tip të praktikës profesionale, në të cilën pasqyrohen të drejtat dhe detyrimet e palëve, për t'u respektuar gjatë kryerjes së praktikës dhe që nënshkruhet midis udhëheqësit të praktikës dhe praktikantit.
11. Përrjashtohet nga detyrimi për kryerjen e praktikës profesionale, kandidati i cili provon se për një periudhë të caktuar në përputhje me kriteret specifike të profesionit që i përket, ka qenë i angazhuar në një veprimtari profesionale, brenda ose jashtë vendit, që i ka dhënë mundësi të përvetësojë një përvojë profesionale të mjaftueshme në fushën e këtij profesioni.
12. Për të vlerësuar dhe për t'u bindur nëse përvoja e kandidatit është e mjaftueshme për ta përjashtuar nga detyrimi për kryerjen e praktikës profesionale, UP mbështetet në një dokument zyrtar të lëshuar nga institucioni ku ka ushtruar veprimtarinë profesionale.

Neni 4

Regjistrimi i praktikantit në Urdhrin Profesional

1. Për të kryer praktikën profesionale, praktikanti është i detyruar të bëjë regjistrimin për anëtarësimin provizor në UP. Regjistrimi për anëtarësimin definitiv bëhet pasi kandidati të ketë kaluar provimin e shtetit.
2. Regjistrimi dhe pajisja e praktikantit me dokumentat e nevojshme për të kryer praktikën profesionale bëhet pranë zyrës qendrore të UP . Për këtë qëllim praktikanti duhet të paraqitet me këto dokumenta:
 - a) Kërkesë me shkrim ku të jetë shprehur se njeh Kodin e Etikës dhe Deontologjisë, Betimin dhe Statutin e Urdhrit dhe se do t'i respektojë e t'i zbatojë ato me përpikmëri. Në këtë kërkesë shpreh edhe emrin e profesionistit dhe institucionin që ka zgjedhur për kryerjen e praktikës.
 - b) Pashaportë ose Kartë Identiteti;

- c) Dokumentin zyrtar origjinal, Diplomë, dëshmi apo çertifikatë që vërteton studimet e kryera . Për atë që kanë kryer studimet jashtë shtetit, dokumenti zyrtar origjinal që disponon të jetë i njësuar nga Ministria e Arsimit dhe Shkencës, apo autoritet tjetër përgjegjës.
- d) 3 (tre) copë fotografi 3x4 cm.

Të gjitha dokumentet e sipërpërmendura që përbëjnë dosjen e praktikantit, do të jenë vetëm të fotokopjuara.

Neni 5

Dokumentet me të cilat pajiset kandidati

Pasi regjistrohet, kandidati pajiset me dokumentat e mëposhtme, për qëllim përdorimi vetëm gjatë praktikës profesionale.

- a) *Lejë Individuale e Praktikantit(Çertifikatë e Praktikantit)* – e cila i jepet praktikantit që plotëson kriteret e kryerjes së praktikës për periudhën e përcaktuar në nenin 3 të kësaj rregullore.
- b) *Kartën e praktikantit* – është dokument identifikimi profesional.
- c) *Programin e praktikës profesionale*
- d) *Librezën e praktikës* dhe bashkëlidhur saj,
- e) *Formularin e Vlerësimit të Praktikantit* – i cili përpilohet dhe përgatitet nga UP në përputhje me programin e praktikës.

Neni 6

Të drejtat e praktikantit

Gjatë ushtrimit të praktikës profesionale, praktikanti ka të drejtë:

1. Kërkon respektimin e kontratës së nënshkruar për praktikën profesionale.
2. Merr pjesë dhe aktivizohet në të gjitha aktivitetet me interes shkencor, profesional, teorik dhe praktik që zhvillohen.
3. Ndjek dhe aktivizohet në format dhe programet e Edukimit të Vazhdueshëm Profesional me interes për aftësimin e tij profesional.
4. Për veprime që bie ndesh me këto të drejta apo tjetër veprim që e pengon, i krijon vështirësi apo pamundësi në zhvillimin efektiv të praktikës profesionale, praktikanti ankohet te drejtuesi i institucionit, si dhe në strukturat më të afërta të UP.

Neni 7

Përgjegjësitë e praktikantit

Praktikanti ka përgjegjësi:

1. Të marrë pjesë rregullisht në praktikë dhe të zbatojë programin e saj;
2. Të krijojë dhe të mbajë marrëdhënie korrekte të bazuara në mirësjellje dhe respekt të ndërsjellë me profesionistin që udhëheq praktikën, kolegët dhe personelin tjetër si dhe drejtuesin e institucionit.

3. Të njohë Kodin e Etikës e Deontologjisë, veprimtarinë dhe sjelljen e tij profesionale ta bazojë në parimet dhe dispozitat e këtij Kodi.
4. Të trajtojë me maturi, humanizëm, kompetencë dhe përgjegjësi të lartë profesionale të sëmurin dhe publikun me të cilët komunikon.
5. Të bëjë përpjekje për përvetësimin maksimal të njohurive praktike - teknike që i shërbejnë ngritjes dhe aftësisë së tij profesional. Të ndjekë dhe të marrë pjesë në aktivitete shkencore, konsulta etj.
6. Të zbatojë e respektojë me përpikmëri rregullat dhe statutin e institucionit ku kryen praktikën.
7. Me fillimin e praktikës profesionale të nënshkruajë kontratën tip të praktikantit.
8. Të regjistrohet në Qendrën Kombëtare të Edukimit në Vazhdim.

Neni 8

Të drejtat e profesionistit që udhëheq praktikantin.

Profesionisti që udhëheq praktikantin ka të drejtë:

1. Të anultojë kontratën në rast shkelje të detyrimeve të saj nga ana e praktikantit dhe njofton strukturat më të afërta të UP.
2. Për udhëheqjen e një cikli të plotë të një praktikanti të përfitojë 5 (pesë) kredite të vlefshme për përmbushjen e programit të edukimit në vazhdim.
3. Për vështirësi e pengesa që i krijohen në zbatimin e programit të miratuar, njofton strukturat drejtuese nga të cilat varet dhe UP.

Neni 9

Përgjegjësitë e profesionistit që udhëheq praktikantin.

Profesionisti që udhëheq praktikantin duhet:

1. Të njohë programin e praktikës profesionale dhe të kërkojë zbatimin e tij nga ana e praktikantit.
2. Të njohë parimet Kodit të Etikës dhe Deontologjisë, si dhe të kërkojë zbatimin dhe respektimin e tyre në zhvillimin e praktikës.
3. Të sigurojë dhe të përgjigjet për mbarëvajtjen e praktikës profesionale.
4. Të mbikqyr frekuentimin e rregullt të praktikantit dhe ta dokumentojë atë në Librezën e Praktikës.
5. Të jetë kontribues në edukimin dhe formimin profesional të praktikantit dhe të jetë miqësor me të.
6. Të kujdeset për respektimin dhe zbatimin e kontratës së nënshkruar me praktikantin.
7. Të plotësojë me saktësi e përgjegjësi Formularin e Vlerësimit të Praktikantit.

Neni 10

Të drejtat dhe përgjegjësitë e UP

UP përveç të drejtave dhe përgjegjësi të përcaktuara në nenet përkatëse të kësaj rregullore, kryen:

1. Njëpërmjet strukturave të tij, mbikqyr dhe siguron zhvillimin normal të praktikës profesionale.
2. Grumbullon dhe vlerëson informacionet ankimore me shkrim të dërguara nga udhëheqësi i praktikantit, praktikanti, drejtuesi i institucionit, UP, pacienti, publiku, media dhe sipas rastit i bën objekt të gjykitimit disiplinor profesional.

Neni 11

Përfundimi i praktikës profesionale

1. Në përfundim të praktikës profesionale, praktikanti dorëzon të plotësuar Formularin e Vlerësimit të Praktikantit pranë zyrës qendrore të UP.
2. Pas verifikimit dhe vlerësimit të Formularit nga komisioni i ngritur për këtë qëllim, praktikanti pajiset me Dëshminë e Kryerjes së Praktikës të firmosur nga Presidenti i UP. Ky dokument është i vlefshëm për t'u regjistruar në provimin e shtetit.

Neni 12

Tarifat për regjistrimin e praktikantit

1. Për të gjitha procedurat e kryera në regjistrimin dhe dokumentat e lëshuara, para dhe pas kryerjes së praktikës profesionale, praktikanti është i detyruar të paguajë pranë Urdhrit Profesional tarifën e përcaktuar.
2. Masa e kësaj tarife përlllogaritet nga zyra qendrore e financës pranë UP dhe miratohet me Vendim të Këshillit Kombëtar.

Neni 14

Hyrja në fuqi

Kjo rregullore hyn në fuqi menjëherë.

Miratohet me Vendimin e Këshillit Kombëtar të Urdhrit të Mjekëve, Nr. 3 datë 22.04.2011

Dr. Din Abazaj
President

PROBLEME ORGANIZATIVE

DEKLARATA E LISBONES E WMA (SHOQATES BOTERORE TE MJEKESISE) MBI TE DREJTAT E PACIENTIT

Miratar nga Asambleja e 34^{te} Boterore e Mjekesise, Lisboen, Portugali, Tetor 1981, dhe amenduar Asambleja e 47^{te} Boterore e Mjekesise, Bali, Indonesi, Shtator 1995, dhe rishikuar nga ana editoriale ne Sesionin e 171^{te} te Keshillit, Santiago, Kili, Tetor 2005

HYRJE

Marredheniet midis mjekëve, pacienteve të tyre dhe shoqërisë në përgjithësi kanë pësuar ndryshime të rëndësishme kohët e fundit. Ndërsa mjeku duhet të veprojë gjithnjë në baze të ndergjegjes së tij, gjithnjë në interesin më të mirë të pacientit, në të njëjtë kohë ai duhet të bëjë përpjekje për të garantuar pacientit autonomi dhe drejtësi. Kjo deklaratë paraqet disa nga të drejtat themelore të pacientit të cilat profesionistët mjekësorë i mbështet dhe i promovon. Mjekët dhe personeli i institucioneve të tjera mjekësore që ofrojnë kujdes shëndetësor kanë përgjegjësinë e përbashkët të njohin dhe mbrojnë këto të drejta. Edhe në rastet kur ligjshmëria, veprimet e qeverisë apo të administratave të tjera të institucioneve ia refuzojnë këto të drejta pacienteve, mjekët duhet të ndjekin mënyrë të përshtatshme për të siguruar rivendosjen e tyre.

PRINCIPET

1. E drejta për kujdes mjekësor më cilësor të mirë
 - a. Çdo person ka të drejtën pa u diskriminuar për kujdes mjekësor të përshtatshëm.
 - b. Çdo person ka të drejtë të marrë kujdes nga një mjek për të cilin e di se është i lirë të bëjë gjykime klinike dhe etike pa nderhyrje nga jashtë.
 - c. Pacienti gjithnjë duhet të trajtohet në përputhje me interesin më të mirë të tij. Trajtimi i ofruar duhet të jetë në përputhje me principet mjekësore të miratuar përgjithësisht.
 - d. Siguria e cilësive duhet të jetë gjithnjë pjesë e kujdesit shëndetësor. Mjekët, në mënyrë të veçantë, duhet të pranojnë përgjegjësinë për të qenë roje të cilësive të shërbimeve mjekësore.
 - e. Në rastet kur për një pacient më gjendje të rëndë është zgjedhur një lloj mjekimi i veçantë që nuk është i mjaftueshëm, të gjithë pacientet që janë në të njëjtën gjendje duhet të kenë të drejtën për të pasur të njëjtin mjekim. Zgjedhja duhet të bëhet në baze të kriterëve mjekësorë pa diskriminime.
 - f. Pacienti ka të drejtën për vazhdimin e kujdesit shëndetësor. Mjeku ka detyrim të bashkëpunojë për koordinimin e kujdesit mjekësor të indikuar me pjesëtarë të tjerë të kujdesit mjekësor që mjekojnë pacientin. Mjeku nuk duhet të ndërprejë mjekimin e një pacienti për deri sa të caktohet një

- mjekim tjetër i indikuar, si dhe të japë mbështetje të arsyeshme dhe mundësi të mjaftueshme duke bërë rregullimet alternative të kujdesit.
2. E drejta për lirinë e zgjedhjes
 - a. Pacienti ka të drejtë të zgjedhi lirisht dhe të ndrojë mjekun, spitalin apo institucionin mjekësor, pavarësisht nëse ato janë në baza të sistemit publik apo privat..
 - b. Pacienti ka të drejtë të kërkojë opinionin e një mjeku tjetër në çdo fazë.
 3. E drejta për vetevendosje
 - a. Pacienti ka të drejtë të vetvendosë, të marrë vendime lirisht për vehtën e tij. Mjeku informon pacientin për pasojat e vendimeve të tij.
 - b. Një pacient i rritur i aftë mendërisht ka të drejtë të japë konsentin për çdo procedurë diagnostike apo mjekimi. Pacienti ka të drejtë të marrë informacionin e nevojshëm për të vendosur. Pacienti duhet të kuptojë qartësisht se cili është qëllimi i çdo testi apo mjekimi, cili do të jetë rezultati dhe çfarë do të jenë implikimet me dhënie të konsentit.
 - c. Pacienti ka të drejtë të refuzojë të marrë pjesë në kërkime shkencore apo mesimdhënie të mjekësisë.
 4. Pacienti në gjendje të pandërgjegjshme
 - a. Në rastet kur pacienti është pa ndërgjegje apo i pa aftë për të shfaqur dëshirën e tij, konsenti i informuar duhet të merret nga një përfaqësues ligjor ngarkuar, kur është e mundur.
 - b. Kur nuk ka një përfaqësues ligjor të ngarkuar dhe është e domosdoshme një ndërhyrje urgjente mjekësore, konsenti i pacientit mund të merret me mend se është i padëshimtë në baza të shprehjes së sigurte të më përparshme apo bindjes së ai do të refuzonte konsentin për një ndërhyrje në një situatë të tillë.
 - c. Nderkaq mjeku duhet të përpiqet për të shpëtuar jetën e një pacienti pa ndërgjegje kur ka tentuar të vrasë vehtën.
 5. Pacienti që nuk është kompetent nga ana ligjore
 - a. Në rast se një pacient është i vogël apo jo kompetent nga ana ligjore, kërkohet konsenti i një përfaqësuesi ligjor të ngarkuar në disa rrethana. Pavarësisht nga kjo pacienti mund të angazhohet në vendim-marrje për atë që ai lejon aftësitë e tij.
 - b. Në rast se pacienti i pa aftë nga ana ligjore mund të parashtrojë vendime të arsyeshme, vendimet e tij duhet të respektohen dhe ai ka të drejtë të ndalojë shpërndarjen e informacioneve për përfaqësuesin e tij ligjor.
 - c. Në rast se përfaqësuesi ligjor i pacientit apo personi i ngarkuar nga ai nuk lejon mjekimin e përcaktuar nga mjeku, në interesin më të mirë të pacientit, mjeku duhet të rianalizojë vendimin e tij dhe t'ja njoftojë një institucion tjetër ligjor. Në rast urgjence, mjeku duhet të veprojë në përputhje me interesin më të mirë të pacientit.
 6. Procedurat në kundërshtim me dëshirat e pacientit

Procedurat diagnostike ose mjekuese në kundërshtim me dëshirat e pacientit mund të zbatohen vetëm në rastet të jashtëzakonshme, kur lejohen në mënyrë specifike nga ligji dhe janë në përputhje me principet e etikës mjekësore.
 7. E drejta për informim

- a. Pacienti ka te drejte te marri informacione rreth te dhenave te tij te regjistruara ne kartelen e tij personale dhe te jete plotresisht i informuar rreth gjendjes se tij shendetesore perfshire edhe faktet mjekesore lidhur me gjendjen e tij. Nderkaq, te dhenat konfidenciale ne kartelen e pacientit qe lidhen me te tjere nuk duhet t'i jepen pacientit pa lejen e personave perkates.
 - b. Ne raste te jashtezakonshme te dhenat mun te fshihen nga pacienti kur ka aresye te plota dhe besohet se keto te dhena mund te krijojne demtime serioze shendetit apo jetes se tij.
 - c. Te dhenat duhet ti jepen pacientit ne menyre te pershteshme me kulturen e pacientit ne menyre qe pacienti te kete mundesi t'i kuptoje ato.
 - d. Pacienti ka te drejte te mos informohet me kerkese te tij te shprehur, edhe kur kerkohet mbrojtja e jetes se nje personi tjeter.
 - e. Pacienti ka te drejte te zgjedhi se kush duhet te informohet ne vend te tij.
8. E drejta per konfidencialitet
- a. Te gjitha informacionet rreth gjendjes shendetesore te pacientit, kushteve mjekesore, diagnozen, rpognazendhe mjekimin si dhe informacione te tjera personale duhet te mbahen konfidenciale, madje edhe pas vdekjes. Ne raste te jashtezakonshme pasardhesit mund te kene te drejten te hyjne ne informacionet mbi rreziqet shendetesore te tyre.
 - b. Informacionet konfedenciale mund te hapen vetem ne se pacienti jep miratim te qarte apo eshte paerashikuar qartesisht ne ligj. Informacionet mund te hapen vetem ne se ka nje "nevoje per te njohur" te nje punonjese tjeter shendetesie pavaresisht ne se pacienti ka dhene miratimin e shprehur.
 - c. Te gjitha te dhenat e pacientit duhet te mbrohen. Mbrojtja e te dhenave duhet te jete e pershtateshme me menyren e ruajtjes. Gjerat jetesore qe vijne nga te dhenat e identifikuar duhet gjithashtu te ruhen njesoj.
9. E drejta per edukim shendetesor

Cdo person ka te drejte per edukim shendetesor ne menyre qe te ndihmohet ai per te bere zgjedhje pasi te informohet mbi shendetin personal dhe sherbimin shendetesor te disponueshem. Edukimi duhet te perfshije te dhena rreth stilit te shendeteshem te jetes dhe rreth metodave te parandalimit dhe zbulimit te hershem te semundjeve. Pergjegjesia personale e çdo njeriu per shendetin e tij duhet te detyroje mjeket te kene obligimin per te marre pjese active ne perpjekjet per edukim.

10. E drejta per dinjitet

- a. E drejta per dinjitet dhe privacy duhet te respektohet ne te gjithë kohet gjate kujdesit shendetesor dhe mesimdhenies ne baze te kultures dhe vlerave te pacientit.
- b. Pacienti ka te drejte per qetesimin e vuajtjeve te tij ne perputhje me stadin actual te njohurive.

- c. Pacienti ka te drejte per kujdes human ne stadin e fundit dhe ofrimin atij te gjithë kujdesit te disponueshem ne menyre qe vdekja te behet sa me dinjitoze dhe e lehte e mundur.
11. E drejta per mbeshtetje fetare
Pacienti ka te drejte te mari mbeshtetje spirituale dhe moirale perfshire edhe ndihmen nga nje fetar i fese se tij te zgjedhur.

DEKLARATA E SHOQATES BOTERORE TE MJEKESISE (WMA) MBI SHENDETIN E FEMIJEVE

*Miraturar nga Asamblea e 50^{te} Boterore e Mjekesise, Ottawa, Kanada, Tetor 1998
amenduar nga Asamblea e 60^{te} e Pergjithshme, New Delhi, Indi, Tetor 2009*

Hyrja

Shkenca ka provuar tashme se per te arritur potencialin e saj femijet duhet te rriten ne nje mjedis ku ata mund te zhvillohen shpirtorisht, emocionalisht, menderisht, fizikisht dhe nga ana intelektuale¹. Ky mjedis duhet te kete kater elemente thelbesore:

- Nje mjedis te shendetshem dhe te sigurate;
- Mundesi per rritje dhe zhvillim optimal,
- Sherbime shendetesore kur duhen, dhe
- Monitorim dhe kerkime per te dhenat baze lidhur me permiresimet e vazhdueshme per te arthmen².

Mjeket e dijne se e arthmja e botes sone varet nga femijet tane: edukimi i tyre, mundesia e punesimit, prodhushmeria, novacionet dhe dashuria dhe kujdesi i tyre per kete planet. Femijeria e hershme influencon shume zhvillimet e ardhshme pershire studimet baze, shkollimin e suksesshem, pjesemarrjen ne ekonomi, qytetarine shoqerore dhe shendetin. Ne shumicen e situatave prinderit dhe kujdestaret te vetem nuk mund te sigurojne mjedis zhvillues pa ndihmen e organizatave lokale, rajonale, kombetare dhe nderkombetare. Prandaj mjeket bashkohen me prinderit dhe udheheqesit boterore per te mbrojtur femije te shendetshem.

Parimet e kesaj Deklarate aplikohen per te gjithë femijet e botes nga lindja deri ne moshen 18 vjeç, pavaresisht nga raca, mosha, etnia, kombesia, orientimi politik, besimi, gjuha, gjinia, semundja apo paaftesia, gjendja mendore, orientimi seksual, historia kulturore, experience e jetes apo gjendja shoqerore e femise ose e prinderve te tij apo kujdestareve ligjor. Ne gjithë vendet e botes, pavaresisht nga burimet, zbatimi i ketyre parimeve duhet te jete nje perparesi per prinderit, komunitetet dhe qeverite. Konventa e Kombeve te Bashkuara per te Drejtat e Femijsive (1989) parashton te drejta te gjera per gjithë femijte dhe te rinjte, por keto te drejta nuk mund te ekzistojne pa shendet.

PRINCIPE TE PERGJITHSHME

1. Nje vend me mjedis te shendetshem dhe te sigurte perfshin:
 - a. Uje, ajer dhe toke te paster;
 - b. Mbrojtje nga demtimet, shfrytezimi, diskriminimi dhe praktikat qe lidhen me zakonet tradicionale te demshme per shendetin e femijes, dhe
 - c. Familje, shtepi dhe komunitete te shendetshme
2. Nje vend ku femija mund te kete shendet te mire dhe zhvillim ofron:
 - a. Kujdes prenatal dhe te nenes per shendet me te mire te mundshem ne lindje
 - b. Ushqyerje per rritje normale, zhvillim dhe shendet afat-gjate
 - c. Mundesi per te strudjuar heret dhe kujdes me cilesi te larte ne shtepi dhe ne komunitet
 - d. Mundesi dhe inkurajim per aktivitet fizik
 - e. Edukim paresor dhe dytesor i perballueshem dhe i pranishem me cilesi te larte
3. Nje shkalle e gjere e burimeve shendetesore per te gjitha do te thote:
 - a. Interesat me te mira te femijeve duhet te lidhen me konsideratat paresore per ofrimin e kujdesit shendetesor;
 - b. Ata qe kujdesen per femijet duhet te kene trajnim te veçante dhe aftesi te nevojshme qe t'i bejne ata te pergjigjen ne menyre te pershteshme nevojave mjekesore, fizike, emocionale dhe zhvilluese te femijeve dhe familjeve te tyre;
 - c. Kujdesi baze shendetesor perfshin promocionin e shendetit, imunizimet e rekomanduara, barnat dhe shendetin dentar
 - d. Kujdes per shendetin mendor dhe referim i menjehershem per nderhyrje kur identifikohen probleme te ekzistences apo te jetes per gjitha nenat dhe femijet
 - e. Shtrim ne spital vetem ne se mjekimi i kerkuar nuk mund te ofrohet ne shtepi, ne komunitet apo ne nje poliklinike
 - f. Mundesi per te patur sherbimet e diagnostikimit apo trajtimit kur jane te nevojshme
 - g. Sherbimet e rehabilitimit dhe mbeshtetje nga komuniteti
 - h. Menaxhimi i dhimbjeve dhe kudesi parandalues (ose minimizimi) i vuajtjeve
 - i. Konsenti (miratimi) i informuar eshte i nevojshem perpara fillimit te procedurave diagnostikuese, mjekuese, rehabilituese apo kerkimore tek femijet. Ne shumicen e rasteve miratimi duhet te merret nga prinderit apo kuestari ligjor, apo ne disa raste nga e gjitha familja, megjithese deshira e femijes duhet te merret ne konsiderate perpara se te merret miratimi.
4. Kerkimet shkencore dhe monitorimi i permiresimeve te vazhdueshme perfshijne:
 - a. Te gjitha femijet duhet te regjistrohen zyrtarisht brenda muajit te pare pas lindjes
 - b. Te gjitha femijet duhet te trajtohen me dinjtet dhe respekt

- c. Kujdesi cilesor sigurohet permes monitorimit te sherbimeve, perfshire edhe mbledhjen e te dhenave dhe vleresimin e rezultateve
- d. Femijet duhet te perfitojne nga kerkimet shkencore per nevojat e tyre me te rendesishme
- e. Privacia e femijes pacient duhet te respektohet.

1. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. "Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report". World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health June 2007
2. WHO Commission on Social Determinants of Health (Closing the Gap in a Generation) 2008
3. Canadian Charter for Child and Youth Health
4. Proposed WMA statement on ethical principles for medical research on child subjects

**DEKLARATA E SHOQATES BOTERORE TE MJEKESISE (WMA) MBI
UDHEZUESIN PER PERMIRESIMIN E VAZHUESHEM TE CILESISE NE
KUJDESIN SHENDETESOR**

*Miraturar nga Asambleja boterore e 49 e Mjekesise, Hamburg, Gjermani, Nentor 1997
dhe amenduar nga Asambleja e Pergjithshme e WMA, New Delhi, India, Tetor 2009*

HYRJE

Qellimi i kujdesit shendetesor eshte parandalimi, diagnostikimi dhe trajtimi i semundjes si dhe ruajtja dhe promovimi i shendetit te popullates. Objektivi i sigurimit te cilesise ne kujdesin shendetesor eshte permiresimi i vazhdueshem i cilesise se sherbimeve qe i ofrohen pacienteve dhe popullates, si dhe i rrugeve dhe menyrave te krijimit te ketyre sherbimeve. Objektivi kryesor eshte sebashku permiresimi i rezultateve individuale te pacientit dhe i shendetit te popullates.

Detyrimi per permiresimin e vazhdueshem te aftesive profesionale dhe vleresimit te rrepte te metodave qe perdoren ka qene nje parim thelbesor i kodeve te etikes se mjekesive. Ne baze te ketyre kodeve, nje mjek duhet gjithmone te perpiqet te mbaje dhe te rise njohurite dhe aftesite e tij. Mjeku duhet te rekomandoje vetem ekzaminime dhe mjekime per te cilat beson se jane efektive dhe te pershtateshme ne mbeshtetje te te dhenave me te mira te disponueshme mjekesore.

Mjeket dhe institucionet shendetesore kane nje obligim etik dhe profesional qe te perpiqen per permiresimin e vazhdueshem te cilesise se sherbimeve dhe te sigurise se

pacientit. Keto udhezime jane bere me qellim per te ndertuar bazat etike te ketyre detyrimeve dhe per te forcuar cilesine e praktikave mjekesore.

Udhezimet etike per permiresimin e cilesise se sherbimit shendetesor jane çeshtje per te gjithë mjeket si dhe gjithë institucionet që ofrojne sherbime te kujdesit shendetesor, si dhe per te asistuar mjeket dhe institucionet, pagesit e kujdesit shendetesor dhe vendimmarresit, pacientet dhe çdo drejtues tjetër ne sistemin e kujdesit shendetesor.

DETYRIMI PER VENDOSJEN E STANDARDEVE PER PUNEN ME CILESI TE MIRE

Profesionistet, ne baze te percaktimeve, jane pergjegjes per specifikimin e standardeve dhe ndertimin e cilesise se mire ne punen e tyre dhe te proceseve te nevojshme per vleresimin e cilesise. Nderkaq, profesionistet e shendetesise duhet te percaktojne cilesi te larte ne kujdesin shendetesor dhe te percaktojne metodat me te mira te matjes se cilesise qe ata ofrojne.

DETYRIMI PER TE MBLEDHUR TE DHENAT

Me qellim per te vleresuar cilesine e kujdesit eshte e domosdoshme te mblidhen te dhena te besueshme mbi pacientet dhe popullaten qe i sherbehet si dhe mbi menytrat dhe rezultatet e kujdesit. Te dhenat e pacientit, edhe kur mbahen ne kartela, ne kompiuter apo ne menyra te tjera, duhet te jene me shkrim dhe te ruhen me kujdes duke zbatuar me vemendje kerkesat per konfidencialitetin. Procedurat, vendimet dhe çdo çeshtje tjetër qe lidhet me pacientit duhet te regjistrohen ne nje format qe lejon informimin per matjen e standardeve te veçanta dhe qe jane te disponueshme ne çdo kohe te nevojshme.

ROLI I EDUKIMIT PROFESIONAL

Profesionistet e kujdesit shendetesor duhet te kene mundesi te duhura per te mbajtur dhe zhvilluar njohurite dhe aftesite e tyre duke marre pjese ne edukimin e vazhdueshem mjekesor apo zhvillimin e vazhdueshem profesional. Duhet te krijohen dhe te behen te disponueshem per te gjithë ata qe i kerkojne udhezuesit klinike te bazuar ne standarde profesionale per cilesi te larte. Ne trajnimin per kujdesin shendetesor duhet te perfshihen udhezime specifike per teknikat e permiresimit te cilesise, perfshire edhe mundesite per praktikat per matjen dhe permiresimin e cilesise. Institucionet e kujdesit shendetesor duhet te krijojne sisteme te permiresimit te cilesise per perdorim nga ana e tyre dhe te sigurojne qe udhezimet qe perfshijne keto sisteme te vihen ne jete.

Puna e mire cilesore kerkon burime. Duhet te behet cdo perpjekje per te pasur (disponuar) kohen e pershtatshme dhe mjetet ekonomike per pune cilesore.

VEMENDJE PER PERDORIMIN E PAPERSHTATSEM TE SHERBIMEVE

Perdorimi i papershtatshem i sherbimeve te kujdesit shendetesor perfshin mbiperdorimin, nenperdorimin dhe keqperdorimin. Matja e cilesise ne kujdesin shendetesor duhet te perfashije nje seri masash te ballancuara ne te tre fushat.

Mbiperdorimi i sherbimeve ndodh kur sherbimet e kujdesit shendetesor jane planifikuar ne rrethana kur potenciali demtues kalon perfitimin e mundshem. Mjeket mund te permiresojne cilesine duke zvogeluar mbiperdorimin, pra duke i mbrojtur pacientet ndaj riskut te panevojshem qe vjen nga sherbime shendetesor te papershtateshme.

Nenperdorimi i sherbimeve eshte deshtim per te ofruar sherbime te kujdesit shendetesor qe do te jepnin nje rezultat te favorshem per pacientet. Mjeket duhet te perpiqen per te zgjeruar perdorimin dhe perfituar nga sherbime te kujdesit shendetesor qe jane te nenperdorur.

Keqperdorimi i sherbimeve ndodh kur behet nje diagnostikim jokorrekt ose kur nje sherbim i pershtateshem eshte zgjedhur per nje diagnoze korrekte, por pacienti nuk merr perfitimin potencial te plote te sherbimit per arsye te nje ngjarje te kundert te parandalueshme. Keqperdorimi i sherbimeve mund te reduktohet ne mase te madhe duke perdorur strategji te menaxhimit te rrezikut dhe parandalimin e gabimeve

MONITORIMI I CILESISE: KONTROLLET KLINIKE

Pjesemarrja aktive ne vetevleresimin ne menyre kritike, zakonisht permes programeve te kontrollit klinik, eshte nje mekanizem i vlefshem per profesionistet e shendetesise, perfshire mjeket dhe administratoret e kujdesit shendetesor si dhe te institucioneve ku ata punojne, per te permiresuar cilesine e punes se tyre. Gjithashtu mund te jene te vlefshme edhe ekzaminimet e pavarura te jashtme si dhe akreditimi i institucioneve, kur ato behen ne menyre te pershtaeshme dhe me vemendjen e duhur per te eliminuar efektet e padesheruara potenciale.

VLERESIMI I JASHEM DHE I BRENDESEM I CILESISE

Ne nivel individual nje mjek duhet ne menyre te vazhdueshme te perditesoje njohurite dhe aftesite e tij dhe nivelin e aftesive te veta ti beje objekt te vetevleresimit kritik.

Persa i perket institucioneve, cilesia e kujdesit shendetesor mund te vleresohet me metoda te brendeshme dhe te jashtme.

Institucionet e kujdesit shendetesor duhet te krijojne sisteme te brendeshme te permiresimit te cilesise per perdorimin e vete si dhe te sigurojne qe udhezimet qe lidhen me keto sisteme te zbatohen. Keto sisteme duhet te perfshijne kontrollet e vazhdueshme te brendeshme klinike, provime (testime), metodat e mjekimit dhe rezultatet e arritura duke ndjekur aftesine e institucionit per te reaguar ndaj te dhenave te cilesise dhe monitorimin e te dhenave te pacienteve.

Iniciativat per kontrollin e jashtem te cilesise, siç mund te jene auditet e jashtme, duhet te behen ne menyre te rregullt dhe me nje shpeshtesi qe ti korespondoje vleresimit te fushes ku behet konrolli apo kur ka nje arsye te veçante per vleresimin e jashtem. Cdo kontroll duhet te kete parasysh korigjimin e riskut te populates se pacienteve qe merren ne konsiderate.

Pavaresisht nese eshte kontroll i brendshem apo i jashtem, kur rezultatet e vleresimit te cilesise paraqesin mundesi te rendesishme per perfitim apo rrezik demtimi per institucionet apo individe te vleresuar, duhet ti kushtohet vemendje e veçante konseguencave te padeshiruara apo te rrezikshme te nje vleresimi te tille te cilesise. Ne menyre te veçante eshte e rendesishme te monitorohen rezultatet e matjes se permiresimit te cilesise dhe te strategjive te nderhyrjeve ne kohe, me vemendje ndaj efekteve te tyre, kryesisht ndaj popullates se pacienteve me vulnerabel.

Protokollet qe perdoren per kontrollin e cilesise duhet te jene te disponueshem dhe transparente. Mekanizma apeli duhet te perfshihen ne protokolle.

KONFIDENCIALITETI I REGJISTRAVE TE PACIENTEVE

Te dhenat e pacientit jane nje burim i paçmuar per permiresimin e cilesise. Njesoj si perdorimet e tjera te informacioneve individuale-identifikuese te pacientit, edhe ketu eshte i nevojshem konsenti i pacientit para perdorimit te tyre. Ne rast se per arsye te ndryshme konsenti nuk mund te merret, atehere duhet te behen te gjitha perpjekjet per te siguruar qe regjistrat mjekesor te jene te fshehura apo me pseudonime gjate perdorimit per permiresimin e cilesise. Ne çdo rast regjistrat me te dhenat e pacientit qe perdoren per permiresimin e cilesise duhet t'u vihen ne dispozicion vetem atyre qe kane nevojte ti shikojne ato per qellime te permiresimit te cilesise.

KONFIDENCIALITETI I TE DHENAVE TE KONTROLLIT

Ne menyre qe kontrolli te jete sa me efektiv, te gjitha palet e angazhuara duhet te marrin pjese dhe te njohin rendesine e tij. Eshte e rekomandueshme qe te merret konsenti vullnetar i informuar nga ata qe do te kontrollohen. Brenda nje ekipi te kujdesit shendetesor, puna e secilit mjek duhet te vleresohet. Informacionet qe lidhen me vleresimin individual te mjekut nuk duhet te publikohen pa konsentin e mjekut te interesuar. Rekomandohet qe konsenti te merret perpara publikimit te te dhenave qe lidhen me vleresimin individual te mjekut.

Nje nga anetaret e sherbimit duhet te informojne pacientet rreth rezultateve te kontrollit te cilesise.

Ne rast se kontrollet jane te disponueshme per publikun duhet te behen monitorime te kujdesshme per te vene ne dukje efektet, te parashikuara apo te paparashikuara, te nje raportimi te tille per publikun te te dhenave te performances.

KONTROLLI ETIK I AKTIVITETEVE TE PERMIRESIMIT TE CILESISE

Duhet te zbatohen kodet kombetare te etikes mjekesore, te principeve etike dhe te udhezimeve qe lidhen me permiresimin e vazhdueshem te cilesise, kontrolleve klinike.

Permiresimi i cilesise duhet te jete pjese perberese dhe e plote e veprimeve per çdo institucion te kujdesit shendetesor. Si e tille, shumica e projekteve per permiresimin e cilesise nuk kane nevojte qe te kerkojne kontrolle specifike nga nje komitet i etikes. Ne rast se ka dyshime rreth çeshtjeve te veçanta apo ne qoftese nje projekt paraqet me teper se nje rrezik minimal krahasuar me proceset ekzistuese per kujdesin, atehere projekti duhet ti paraqitet nje komiteti te etikes apo nje bordi kontrolli institucional. Kur nevojitet nje kontroll zyrtar etik, ai duhet te ndermerret nga nje komitet me anetare qe njohin teknikat e permiresimit te cilesise.

KOMPETENCA DHE PAANESHMERIA E KONTROLLUESEVE

Ata qe kryejne kontrolle te performances duhet te jene kompetente ne teknikat e permiresimit te cilesise dhe ne kontrollet klinike si dhe te kene eksperience ne fushen klinike lidhur me kontrollin. Kur kontrollohet kujdesi mjekesor, kontrolluesi duhet te jete nje mjek njohurite dhe eksperience e te cilit te pranohet nga ata qe kontrollohen.

Kontrolluesi duhet te jete i pa aneshem dhe i pavarur. Nderkaq ai/ajo duhet te kene njohuri per aktivitetet qe kontrollohen dhe duhet te jete objektiv per raportin dhe konkluzionet baze per vleresimin kritik te observimeve dhe fakteve. Ceshtjet tregetare apo konkuruese nuk duhet te lejohen te influencojne permbajtjen e raportit te kontrollit.

NDARJA E KONTROLLEVE TE CILESISE DHE MBIKQYRJEVE NGA AUTORITETET

Permiresimi i cilesise se sherbimeve dhe te sistemeve te kujdesit shendetesor eshte nje kerkese per çdo mjek dhe institucion te kujdesit shendetesor. Ai nuk eshte mbikqyrje e aktiviteve profesionale nga ana e autoriteteve prandaj duhet te jete e pavarur. Rezultatet e mbikqyrjeve apo kontrolleve te aktiviteve te mjekeve duhet te perdoren nga autoritetet vetem ne rast se jane subjekt i nje marreveshje te veçante midis tyre dhe mjekeve te interesuar. Keto aktivite duhet te jene plotesisht ne strukturen lokale te sherbimit dhe te mos ekspozojne mjeket per pjesemarrje ne çeshtje gjyqesore.

**SOLIDARITETI ME PACIENTËT ELEMENT I RËNDËSISHËM I ETIKËS
MJEKSORE**

Dr. Faik TOSKA

President i Keshillit Rajonal të UMSH - Tiranë

Në praktikën e përditëshme mjeksore raporti mjek-pacient është si një lidhje e gjallë dhe me rëndësi që reflekton profesionalizmin, etikën, edukatën qytetare të ndërsjelltë, edukimin profesional dhe përfundimisht zgjidhjen e një shqetësimi të karakterit fizik, psikologjik e mendor. Pra, në sensin filosofik dhe shkencor, komunikimi i ndërsjelltë mjek-pacient në një far mase mbetet një element bazë në kënaqësinë që dhuron puna në sistemin mjekësor për punonjësit e këtij shërbimi. Për të rregulluar këto marrëdhënie Shteti Shqiptar ka ngritur një sërë institucionesh dhe organizmesh, duke filluar nga Ministria e Shëndetësisë që drejton politikën shëndetësore të vendit, Urdhrat e Profesionistëve, të cilat sigurojnë mbrojtjen e pacientëve dhe publikut nga kequshtrimi i profesionit, shoqatat e specialiteteve mjeksore, Qëndren Kombëtare për Cilësinë, Sigurinë dhe Akreditimin si dhe Qëndren Kombëtare për Edukimin e Vazhdueshëm Profesional.

Në këtë kuadër, media në përgjithësi e shkruar apo elektronike, sidomos media investigative pa dyshim po luan një rol të madh në drejtim të njohjes së publikut në përgjithësi për gjithshka që ndodh në sistemin shëndetësor publik dhe privat, mbi ecurinë e saj, duke u fokusuar kyesisht mbi mangësitë. Ajo, bie fjala një aksident mjekësor, një vdekje aksidentale brenda institucioneve shëndetësore, apo rastet e pagesave të padrejta, thënë ndryshe nën dorë në institucionet mjeksore publike i ka paraqitur e diskutuar në materiale të shkruara dhe emisjone televizive.

Por krahas kësaj ane, të themi të errët dhe të palejueshme të shërbimit mjekësor, që për mediat përbën një lajm, duhet pranuar se në mjeksinë Shqiptare nuk mungojnë edhe raste të tjera të cilat reflektojnë jo vetëm profesionalizëm, por edhe qëndrim human, etik dhe njerzor ndaj pacientëve dhe publikut në përgjithësi.

Në një kapitull të kartës Shqiptare të të drejtave të pacientëve thuhet... *Cdo pacient ka të drejtën për akses në shërbimet shëndetësore sipas nevojës vetiake shëndetësore. Shërbimet shëndetësore duhet të garantojnë akses të barabartë për këdo pa diskutim.....* Këtu nuk është fjala vetëm për mijra qytetarë që marrin ndihmën mjeksore në shërbimet publike parësore dhe spitalore, por edhe për ata që marrin atë në sistemin privat. Sistemi privat shëndetësor aktualisht është partner i fuqishëm në ndihmë të atij publik për zgjidhjen e shumë problemeve të komplikuar shëndetësore. Rastësisht i ndodhur në laboratorin privat "Domi" u ndesha me një qytetar, i cili kreu pa pagesë analizat me një rekomandim nga Shoqata *Uniteti Kombëtar i Pensionistëve të Pleqërisë*. Gjithashtu në mënyrë të rastësishme në Kabinetin dentar TASHA & LOLA një pacienteje në vështirësi ekonomike ju kryen falas shërbimet mjeksore. Nga biseda me specialist me rezultoi se veprime të tilla njerzore në ndihmë të njerëzve në nevojë nuk janë të rralla dhe spontane, por zejnë një vend jo pak të rëndësishëm për të cilin meriton vlerësim, vëmendje dhe nxitje nga sistemi regulator e administrativ ashtu edhe nga media në përgjithësi, e cila po me aq forcë mendoj të trajtojë këtë anë të raportit etik e të solidaritetit njerzor, sidomos të njerëzve në nevojë për sferën e shëndetësisë.

Nga Rajonin e Tiranës figurojnë një numur i konsiderueshëm prej rreth 900 kabinetesh dentare të shpërndara në territorin e saj , janë mbi 150 laboratorë private klinike – biokimikë dhe të tjera për analiza të karaktereve të ndryshme, janë ngritur shume kabinete ku bëhen ekzaminime e veprime të specializuara, mjaft nga të cilat nuk realizohen në struktura publike. Kontributi i këtyre njësive për qytetarët e Rajonit të Tiranës është i madh e i rëndësishëm. Edhe pse numri i analizave apo veprimeve mjeksore për njësi është i vogël, në tërësinë e tyre ata përbëjnë një shifër të konsiderueshme veprimesh.

Diskutuar në këndvështrimin për të cilin po flasim, del që janë me qindra raste çdo muaj të njerëzve në nevojë apo të moshës së tretë të cilëve u bëhen shërbime gratis apo me një tarifë më të reduktuar. Në kabinetin dentar të mjekes Edlira Draçi në Durrës rezulton që në rreth 10 raste në muaj u shërbehet rasteve në nevojë gratis ose me tarifa të reduktuara. Por deri më sot nuk është trajtuar sa duhet e nxitur kontributi i këtyre njësive të diagnostikimit dhe mjekimit për shtresat e njerëzve në nevojë, të asaj kategorie që për arsye të ndryshme ende nuk figurojnë të siguruar. Madje nuk ekziston një statistikë e rasteve të kësaj natyre, cilëve u shërbehet, e cila të shërbej si tregues mirnjohjeje e vlerësimi

Sistemi privat i shërbimit mjeksor, në partneritet me atë publik po i plotëson nevojat në rritje të popullsisë në nivelin urban dhe rural. Ndihej mjeksore gratis e shtresave në nevojë sidomos në moshën e tretë, e fokusuar në disa analiza, ekzaminime apo mjekime që janë të vështira ose të pamundura në shërbimet mjeksore publike është një veprimtari që në aspektin human dhe etik është për tu përshëndetur.

Mediat përgjithësisht pa përjashtuar organizmat që bëjnë auditimin i mëshojnë më shumë asaj ane që për ata përbën një lajm, siç janë gabimet mjeksore, duke anashkaluar deri diku trajtimin e problematikës të kësaj natyre të solidaritetit human dhe etik që duhet pasqyruar dhe nxitur. Në drejtim të njohjes, venies në pah dhe inkurajimit të veprimeve të tilla ka ndikuar edhe mungesa e një organizimi dhe koordinimi të veprimeve ndërmjet shoqatave, OJQ-ve që merren me njerzit në nevojë dhe njësive private të ndihmës mjeksore. Në vendin tonë funksionojnë mbi 40 shoqata të specialiteteve të ndryshme mjeksore, të cilat po ushtrojnë një veprimtari të lavdërueshme në drejtim të edukimit profesional të specialistëve . Në sesionet shkencore të tyre janë trajtuar problem të ndryshme të profesionalizmit, metodologji të reja mbi diagnostikimet e sëmundjeve dhe mjekimin e tyre, por në këto takime pak është diskutuar mbi një problematikë tjetër që shoqëron punën e gjithsecilit specialistit, që zbukuron profesionalizmin e tij, për problemet e etikës dhe deontologjisë të parashtruara në Kodin e Etikës dhe deontologjisë Mjeksore.

Porse një shembull pozitiv që duhet përshëndetur dhe inkurajuar është veprimi i Shoqatës së *Unitetit Kombëtar të Pensionistëve të Pleqërisë*, aktivistet e të cilës kanë programuar bashkëpunimin me disa laboratore e klinika private që janë në afërsi me banesat e tyre. Për tremujorin e parë të vitit në vazhdim nga Kryesia e Shoqatës, sipas një akt-marrveshjeje, janë dërguar për analiza e ekzaminime mbi 100 njerëz në nevojë.

Mendoj se kjo veprimtari që duhet respektuar dhe vlerësuar, mbasi nxjerr në pah virtytet njerzore të specialistëve tanë, duhet bërë objekt i punës edhe për Shoqatat e tjera duke e konsideruar nritjen e nivelit etik, dhe të solidaritetit human si pjesë e ngritjes së profesionalizmit mjeksor..

Problemi që përmendëm më lart i marrjes falas të ndihmës mjeksore kur nuk përballohet kostoja e tij, nuk parashtrohet në Kodin e etikës, por gjithsesi, zbatimi i saj e bën mjeksinë më njerzore e humane. Për ta realizuar këtë detyrë për të cilën shoqëria janë e brishtë aktualisht ka shume nevojë, mendoj se kërkohet që në radhë të parë të bëhet një punë më e mirë në drejtim të evidentimit të asaj që është arritur.

Mbi bazën e një marrveshtjeje dhe mirkuptimi, Këshillat Rajonale të Urdhrave të Mjekëve në bashkëpunim me shoqatat përkatëse mendoj që duhet të bëjnë një punë paraprake përgatitore evidentimi të veprimtarisë private e publike si në sensin profesional ashtu edhe në atë etik e human. Mbi bazën e kësaj marrveshtjeje dhe planifikimi në çdo njësi për një periudhë mujore, mund të arrihet shpërndarje më e drejtë dhe racionale e ngarkesës, në ndihmë të shtresave në nevojë. Mendoj që çdo njësi private në statistikën e saj të punës mujore dhe vjetore, të evidentojë edhe këtë element të rëndësishëm të solidaritetit human që shoqëron punën e tyre të përditëshme .

Në këtë kuadër edhe mediat tona që në fakt përbëjnë pushtetin e katërt dhe me ndikim të gjërë mbi shtresat e ndryshme të popullsisë, krahas paraqitjes së të metave të sistemit shëndetësor, duhet të pasqyrojnë më shumë këtë veprimtari të etikës dhe humanizmit ndaj shtresave në nevojë dhe të inkurajojnë edhe kësaj punësh të lavdërueshme.

INFORMACIONE PER VEPRIMTARI TE U.M.SH.

MBLEDHJA E KESHILLIT KOMBETAR TE U.M.SH

11 Shkurt 2011, Tirane

Me date 11 Shkurt 2011 prane Hotel Tirana International u zhvillua mbledhja e Keshillit Kombetar te Urdhrit te Mjekeve te Shqiperise, net e cilen perveç anetareve te Keshillit Kombetar morren pjese edhe teb ftuar nga shoqatat profesinale te specialiteteve te mjekesise si dhe nga organizma te tjera publike te shendetesise.

Ne kete mbledhje u trajtua tema e rendesishme: ***“Siguria e pacientit dhe cilesia e kujdesit shendetesor - elemente percaktues te sistemit shendetesor”***. Materiali u pergatit dhe u paraqit nga Dr. Din Abazaj, President i Urdhrit te Mjekeve.

Tema ngjalli mjaft diskutime. Per kete çeshtje dhane mendimet e tyre: Z.Arjan Jaupllari, Presidenti i Urdhrit te Farmacisteve, Dr. Minella Mano, Kryetar i Federate se Sindikatave te Shendetesise, Z.Sabri Skenderi, President i Urdhrit te Infermiereve, Dr. Faik Toska, Presidenti i Keshillit rajonal te U.M. te Tiranës, perfaqesuesit e shoqatave te pacienteve, Dr. Vera Dango, perfaqesuese e Shoqates se Stomatologeve, perfaqesuesi i Qendres Kombetare te Edukimit ne Vazhdim, etj.

Pas perfundimit te kesaj pike, Keshilli u ndalua ne raportimin e presidenteve te keshillave rajonale, si dhe ne nje informacion te shkurter mbi shpenzimet e vitit 2010 dhe buxhetin e parashikuar per vitin 2011 paraqitur nga Z. Lumnie Ushtelenca, Kryetare e Deges Finance-Administrate te Keshillit Kombetar te UMSH.

Me gjithese ishin ftuar mjaft kryetare te shoqatave profesionale te specialiteteve, ne kete takim morren pjese vetem kryetaret e Shoqates Shqiptare te Kardiologjise dhe ajo e Asociacionit Nacional te Dentisteve.

OBJEKTIVAT E DHOMES SE MJEKEVE TE SLOVENISE

Qellimi dhe objektivat e shoqates

Qellimi kryesor eshte mbrojtja e interesave profesionale te anetareve te tij, te promovoje, ruaj dhe mbroje pavaresine profesionale te mjekeve dhe mundesine e pakufizuar per praktike private, te mbaje dhe permiresoje standarde te larta te trajnimit te specialistit, edukimin e vazhdueshem profesional (shvillimin) dhe kujdesin mjekesor. Urdhri mbron dhe perfaqeson interesat e mjekeve, kujdeset per sjelljen korrekte dhe reputacionin e mire te mjekeve.

Aktivitetet kryesore:

DETYRAT E DHOMES SE MJEKEVE TE SLOVENISE.

Dhoma e mjekeve e Sllovenise mbron dhe perfaqeson interesat e profesionit mjekesor dhe ndihmon per sigurimin e sjelljes se pershtateshme dhe per te rritur reputacionin e mjekeve permes plotesimit te ketyre detyrave:

1. Miratimin e Kodit te Deontologjise Mjekesore, monitorimit te sjelljes se mjekeve dhe marrjen e masave ne rastet kur ka shkelje te Kodit;
2. Mbajtjen e regjistrit te mjekeve;
3. Dhenien dhe heqjen e licenses;
4. Planifikimin, monitorimin dhe mbikqyrjen e specializimeve dhe formave te tjera te trajnimit profesional pasuniversitar te anetareve permes vleresimit te kompetences dhe te kushteve qe ofrohen nga mentored;
5. Kryen mbikqyrjen profesionale me ane te konsulences;
6. Bashkepunon me shtetin dhe organizma te tjera lokale qe pergjigjen per ceshtje te sektorit te kujdesit shendetesor dhe bashkepunon me shoqata te tjera mjekesore brenda dhe jashte shtetit;
7. Bashkepunon ne perfundimin e marreveshjeve kolektive ne emer te praktikuesve private dhe te punesuaresve;
8. Jep opinionone dhe miraton procedura duke bashkepunuar ne formulimin e dokumentave te pergjithshme dhe te veçanta ne perputhje me ligjin, Statutin dhe aktet e Dhomes se Mjekeve;
9. Bashkepunon per procedurat e pershkruara nga ligji dhe implementon rregulloret;
10. Percakton tarifat mjekesore;
11. Bashkepunon per percaktimin e kurseve te specializimit per mjeket;
12. Organizon dhe kryen seminare profesionale, mbledhje ekspertesh dhe forma te tjera te trajnimit profesional;
13. Kryen aktivitete shkencore dhe kerkimore ne perputhje me detyrat e Dhomes;
14. Perfaqeson interesat profesionale dhe shoqerore te mjekeve;
15. Konsulton, ofron ndihme dhe perfaqeson interesat e anetareve ne fushen ligjit, ekonomise, analizes, financave dhe fusha te tjera te perfshira ne profesionin mjekesor;
16. Merr pjese ne percaktimin e ceshtjeve (pikave) kyçe ne mbylljen e kontratave me Institutin e Sigurimeve te Kujdesit Shendetesor ne Republiken e Sllovenise dhe

- me kompani te tjera sigurimesh, si dhe perfaqeson interesat e mjekeve private ne mbylljen e kontratave me ISKSH te Sllovenise;
17. Ben te mundur sigurimin dhe/ose perfundimin e kontratave lidhur me demet qe mund ti shkaktohen praktikueseve private dhe mjekeve te punesuar nga punedhenes private;
 18. Krijon dhe menaxhon fondin e besimit per anetaret e dhomes dhe jep ndihme per anetaret dhe familjet e tyre;
 19. Parandalon praktiken mjekesore ilegale;
 20. Monitoron nevojat e mjekeve duke ofruar ndihme per mjeket e papunesuar lidhur me punesimin dhe asiston (ndihmon) ne gjetjen e vendeve te punes;
 21. Punon per publikimin, nxjerrjen dhe ofrimin e formulareve dhe dokumentave, boton revisten e Dhomes, libra dhe publikime te ndryshme;
 22. Promovon bashkepunimin midis anetareve dhe ndermjeteson ne diskutime (grindje);
 23. Promovon aktivitetet kulturore dhe shoqerore te anetareve, duke organizuar dhe mbajtur aktivite dhe ngjarje kulturore, sportive dhe ngjarje te tjera shoqerore;
 24. Drejton te gjitha ato aktivite qe mbeshtesin aktivitetet kryesore te Dhomes;
 25. Cakton perfaqesuesit e Dhomas ne negociata dhe marreveshje te tjera me institucione te sektorit te kujdesit shendetesor;
 26. Ndjek aktivite te tjera ne perputhje me ligjin, Statutin dhe aktet e tjera te pergjithshme te Dhomes.

MBLEDHJA E KOMITETIT TË PËRHERSHËM TË MJEKËVE EVROPIANË

Bruksel 29-30 Prill 2011

Në datat 29-30 Prill 2011 me ftesë të Dr. Konstanty Radzwill, President i Komitetit të Përherëshëm të Mjekëve Evropianë, një delegacion nga Këshilli Kombëtar i Urdhrit të Mjekëve Dr. Fatmir Brahimaj, anëtar i Këshillit Kombëtar dhe President i Këshillit Rajonal Qarku Vlorë dhe Kontilia Rapo, Zëvendës Sekretare e Përgjithshme e Këshillit Kombëtar morën pjesë në mbledhjen e rradhës të këtij Komiteti.

Arsyeja e pjesëmarrjes në këtë Komitet konsistonte në marrjen e statusit të vëzhguesit. Ky Komitet është një nga institucionet më të njohura dhe më të rëndësishme të Bashkimit Evropian.

Në vitin 1959 Dhomat Kombëtare të Mjekëve të Gjermanisë, Belgjikës, Francës, Italisë, Luksenburgut dhe Hollanës në një takim të mbajtur në Amsterdam vendosën të ngrinin Komitetin e Përherëshëm të Mjekëve të Bashkimit Evropian. Në fillim të Janarit 1973 këtij Komiteti ju bashkuan shtete si Danimarka, Irlanda dhe Britania e Madhe. Në 1981 ju bashkua Dhoma e Mjekëve të Greqisë dhe në 1986 ajo e Spanjës dhe Portugalisë.

Në vitin 1993, Asambleja Plenare e këtij Komiteti vendosi për një anëtarësim të mundshëm në këtë Komitet të të gjitha Dhomave të Mjekëve që ishin anëtarë të EFTA (European Free Trade Association) e cila ishte e lidhur me Bashkimin Evropian nga Marrëveshja e Tregut të Lirë Evropian (EEA).

Më 1 Janar 1994 Dhomat e Mjekëve të Austrisë, Finlandës, Norvegjisë dhe Suedisë u pranuan në këtë Komitet dhe në 1995 Islanda.

Në Vitin 1994 emri i Komitetit të Përherëshëm të Mjekëve të Bashkimit Evropian u ndryshua dhe u quajt Komiteti i Përherëshëm i Mjekëve Evropian (***Standing Committee of European Doctors***) shkurt CPME.

Në Nëntor 1996 CPME-ja u quajt një Shoqatë Ndërkombëtare me një objektiv filantropik duke u mbështetur në ligjin belg. Në vitin 2004 Dhomat e Mjekëve të Republikës Çeke, Qipro, Estonia, Hungaria, Letonia, Malta, Polonia, Sllovakia dhe Sllovenia ju bashkuan CPME.

Axhenda e rradhës së këtij Komiteti përfshiu ndryshimet e statutit të këtij Komiteti, raportimin vjetor të Presidentit dhe të Sekretarit të Përgjithshëm të Komitetit, diskutime mbi problemet financiare si dhe shumë seminare me tema si Duhani, Pabarazitë në Shëndet, Ndryshimet Klimatike, njohja e Kualifikimeve Profesionale, etj dhe një pikë e axhendës ishte propozimi nga Presidenti Dr. Radziwill për marrjen e statusit të Vëzhguesit për Dhomen e Mjekëve të Maqedonisë dhe të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë.

Pas miratimeve të pikave të axhendës së Asamblesë së Përgjithshme dhe Bordit të Komitetit, pas refuzimit nga ky Komitet të dhënies së statusit të Vëzhguesit Dhomës së Mjekëve të Maqedonisë, i erdhi rradha Urdhrit të Mjekëve ku pas një prezantimi të shkurtër nga ana e Dr. Brahimaj mbi veprimtarinë, funksionimin e Urdhrit të Mjekëve, misionin e tij, arritjet dhe detyrat për të ardhmen, propozimi i Presidentit u hodh në votim në Asamblesë së Përgjithshme dhe më votim unanim Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë tashmë ka statusin e vëzhguesit pranë Komitetit të Përherëshëm të Mjekëve Evropianë (CPME).

KONGRESI I 16^{TE} I SHOQATES STOMATOLOGJIKE BALLKANIKE

Bukuresht, 28 Prill-1 Maj 2011

Nga data 28 Prill deri me 1 Maj 2011 u zhvillua ne Bukuresht - Rumani Kongresi i 16-te i Shoqates Stomatologjike Ballkanike me teme “Rritja e standardeve profesionale edhe ne fushen e stomatologjise kerkon paisjen me te rejat me bashkekohore te mjekeve”.

Nje standard te tille e ofroi edhe keto dite Kongresi i 16-te i Stomatologjise Ballkanike. Ne kongres morren pjese delegate nga 10 shtete te Ballkanit, nder keto edhe Shqiperia, ku shpalosen arritjet e tyre ne podiumet e ketij kongresi qe per shume fusha siç jane ato te ortodoncise, te kirurgjise ORO-Maxilo-Faciale, te protetikës dhe veçanerisht ne fushen kerkimore u ballafaquan metodat me te reja te trajtimit.

U mbajten rreth 20 leksione nga profesore te ftuar nga Amerika, Greqia, Izraeli, Gjermania, Anglia, Franca, Italia, Turqia etj, nga ku u referuan 203 prezantime orale dhe 376 postera.

Nga Shqiperia ishin rreth 80 stomatolog qe u perfaqesuan me 12 tema, nga keto 3 tema ishin prezantime orale dhe 9 postera.

Kongresi i 17-te i Shoqates Stomatologjike Ballkanike do te zhvillohet ne Tirane ne datat 3-6 Maj 2012.

Prof. R. Qafmolla

KONGRESI I PARË MESDHETAR I TIRANËS PËR KANCERIN

Tiranë, 29-30 Prill 2011

Nën kujdesin e Kryeministrit të Shqipërisë Prof. Dr. Sali BERISHA u organizua Kongresi i parë i vendeve të mesdheut me temë “*Vështrime mbi parandalimin e kancerit, kontrollin, diagnozën dhe mjekimin e tij*“. Organizatorë të këtij takimi të rëndësishëm ishin Shkolla Mesdhetare e Onkologjisë, Konsorciumi Ndëruniversitar Kombëtar për Bio-onkologjinë, Task-Forcë Mesdhetar për Kontrollin e Kancerit, në bashkëpunim shkencëtarët shqiptarë të fushës së Onkologjisë, Kirurgjisë, Gastroenterologjisë, Anesteziologjisë e Reanimacionit dhe të Kontrollit të Dhimbjes.

Kongresi u zhvillua ndën drejtimin e Prof. Dr. Tritan SHEHU nga Komisioni Parlamentar i Shëndetësisë dhe të Prof. Dr. Ziad SHARAIHA., kryetar i Komisionit të Task-Forc për Kontrollin e Kancerit.

Qëllimi i Kongresit ishte diskutimi i përparimeve të fundit që janë bërë në drejtim të kontrollit të Kancerit të Gjirit, të Organeve Gjenitale, Gastro-intestinale dhe të menaxhimit të dhimbjeve e të mjekimit paliativ.

Kongresin e nderoi me pjesëmarrjen dhe përshëndetjen e tij Kryeministri i vendit Zoti Sali BERISHA, si dhe Ministri i Shëndetësisë të Shqipërisë Zoti Petrit Vasili, Ministri Shëndetësisë i Kosovës Zoti Ferid AGANI, Zv. Ministre e Shëndetësisë të Malit të Zi Zonja Jadranka LAKICEVIC, Ambasadori i Italisë Zoti Saba D’ELIA dhe Drejtori për kontrollin e kancerit në Turqi Zoti Murat TANCER.

Në kongres morrën pjesë shkencëtarë të fushës nga Shqipëria dhe vendet e tjera të mesdheut, të cilët shpalosën mendimet e tyre dhe diskutuan mbi çështjet prokupante të kancerit , si dhe mjekë që ndeshen çdo ditë me trajtimin e këtij problemi. i cili bëhet gjithnjë e më shumë shqetësues në drejtim të rritjes së incidencës, prevalencës dhe të kostos së mjekimit. Prezantimet në Kongres i përkitnin disa studimeve interesante ndër të cilat spikati tema ‘Mbi kancerin si sëmundje e genomës, prezantuar nga Italiani G. NOVELLI, temat mbi kontrollet tip screening dhe të diagnozës së herëshme të patologjisë molekulare, të prezantuar nga autorë Grekë dhe Shqiptarë

Interes për pjesëmarrësit paraqitën prezantimet në sesionin e kancerit gastro-intestinal në drejtim të kontrolit screening dhe të diagnozës së hershme të tij, me moderator G. GHANDOR nga SHBA dhe J. BASHO si dhe çështjet mbi trajtimin adjuvant dhe diagnozën e hershme të kancerit të gjirit, me moderratorë A. Sallaku dhe Y. BELCEMI nga Franca .

Një vend të veçantë në Kongres ju dha diskutimit dhe trajtimi rasteve të avancuara të kancerit, mjekimit të dhimbjes dhe kujdesit paliativ.

Kongresi që zgjati dy ditë, ishte nje shprehje e qartë e kujdesit dhe e preokupacionit të Shtetit Shqiptar për rritjen e standardeve të punës në drejtim të depistimit të hershëm dhe të mjekimit të kancerit si dhe i bashkëpunimit të frutëshëm me vendet e tjera të mesdheut.

Dr. Faik TOSKA

KONFERENCA E IV^{TË} E MJEKEVE SPECIALISTË TË TIRANËS

Tiranë, 22 Prill 2001

Me datë 22 prill 2011, në Hotel Tirana Internacional u organizua konferenca e IV e mjekve specialistë të Tiranës. Në këtë aktivitet të miratuar nga Qendra Kombëtare e Edukimit të Vazhdueshëm profesional morrën pjesë mjekë të specialiteteve të ndryshme brenda shërbimit parësor të Tiranës, mjekë të familjes si dhe të ftuar nga Ministria e Shëndetësisë , Urdhri i Mjekëve, Drejtoria Rajonale e Sigurimeve Shëndetësore dhe Autoriteti Shëndetësor Rajonal i Tiranës.

Në konferencë u trajtua një problematikë e gjërë temash e sëmundjesh që paraqesin një incidencë të lartë në shërbimin parësor të Rajonit. Të tilla ishin temat me titull “Mbi krahasimin e efekteve të ACE- i kundrejt ARB në HTA esencial të lehtë të moderuar dhe vlerësuar nëpërmjet EKG-së”, referuar nga Dr. E. Hasani, tema lidhur me mjekimin me inkretina në diabetin mellitus tip 2 nga Dr. D. Gjergji, ajo mbi rëndësinë e përdorimit të EEG në diagnostikimin e epilepsive dhe gabimet që vijnë nga keqinterpretimet, referuar nga Dr. A. Haruni, mbi ndikimin e faktorëve të mjedisit në zhvillimin e sëmundjeve alergjike, nga Dr. F. Xhixha e bp, si dhe një sërë temash të tjera që trajtojnë një problematike të gjërë të patologjive urinare, pulmonare, të sistemit digjektiv, mbi patologjitë që ndeshen kryesisht në moshën e tretë, siç janë aksidentet cerebrale, patologjitë nga përdorimi i antiinflamatorëve, etj.

Konferenca nëpërmjet tematikës së larmishme që trajtoi, dhe të diskutimeve që u zhvilluan, i shërbeu ngritjes dhe formimit kryesisht të mjekëve të familjes, në shërbim të diagnostikimit të hershëm të patologjive dhe të mjekimit korrekt të tyre. Ajo u drejtua mjaft mirë nga moderatorët Dr. Benereta Hoxha dhe Dr. Bardhyl Vaqarri. Në përfundim pjesëmarrësve ju shpërndanë çrtifikatat, të vlefshme për akreditimin profesional të tyre.

Dr. F. TOSKA

**TEKNIKAT E REJA DIAGNOSTIKE DHE TERAPEUTIKE PER
VLERESIMIN DHE TRAJTIMIN MË TË PËRSHTATSHËM TË
INSUFICIENCES KARDIAKE**

Dr. Naltin Shuka, Dr. Elona Çollaku, Dr. Ervina Shirka, Prof. Artan Goda
Sherbimi i I-re i Kardiologjise, QSU “Nënë Tereza”, Tiranë

Insuficienca kardiake është një nga shkaqet kryesore të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së njerëzimit, incidenca e së cilës po rritet në mënyrë të vazhdueshme. Lidhur me këtë çështje, sot po paraqiten teknika diagnostike mjekësore inovative me një performancë gjithnjë e më të lartë, duke bërë të mundur që të zbulohet herët dhe qartë shkaku bazë i kësaj sëmundje, gjë e cila mundëson fillimin e menjëhershëm të terapive të përzgjedhura.

Rreth 14 milion njerëz në Evropë vuajnë aktualisht nga insuficienca kardiake (IK), numër ky që pritet të shkojë në jo më pak se 30 milion në vitin 2020. Impakti mjekësor i IK është gjigant. Në mënyrë të veçantë, kjo situatë shoqërohet me një vdekshmëri të lartë. Rreth 40% e pacientëve vdesin brenda 1 viti pas incidentit të parë të dekompsimit kardiak. Vetëm një e treta e atyre që i mbijetojnë vitit të parë jetojnë më shumë se pesë vjet. Ka gjithashtu rëndësi impakti social i IK, i cili kuptohet se shoqërohet me kosto marramendëse, duke çuar në një peshë financiare shtesë mbi buxhetet tashmë të shtrënguara të kujdesit shëndetësor. Në këtë mënyrë, zbulimi i hershëm dhe trajtimi i përshtatshëm i sëmundjeve kardiake ka një rëndësi mjaft të madhe. Zbulimet më të fundit të imazherisë dhe diagnostikimit in vitro ofrojnë mundësi të reja për zbulimin e IK jo vetëm më shpejt por edhe me një saktësi më të madhe.

Ekokardiografia

Ekzaminimi me ultratinguj i zezës, p.sh. ekokardiografia, është teknologjia bazë imazherike (gjithashtu dhe më pak e kushtueshmja) në kardiologji dhe në pjesën më të madhe të pacientëve luan rolin e “portierit” përmes seleksionimit të nevojës për procedurat diagnostike të tjera që mund të nevojiten. Sistemet më të fundit ekokardiografike tashmë mundësojnë imazhe me volum të plotë 3-D, në kohë reale të zezës që rreh, në mënyrë të tillë që ky organ të përshkruhet shpejt dhe lehtë jo vetëm në 2-D, por në volume të plota. Këto sisteme janë në gjendje të shfaqin, analizojnë dhe të fiksojnë të gjithë zemrën në një rrahje të vetme. Rezultatet ekokardiografike janë kusht paraprak për ekzaminime të tjera që mund të nevojiten dhe që janë më të shtrenjta. Ekokardiografia është e disponueshme gjerësisht në spitale dhe pothuaj në të gjitha praktikat kardiologjike, ndërkohë që teknologjitë e reja imazherike, si p.sh. CT apo RM kardiake, i gjejmë kryesisht në qendrat më të mëdha shëndetësore.

Rezonanca magnetike (RM) kardiake

Rezonanca magnetike përbën një nga teknikat imazherike më të fundit për studimin e zemrës, e cila, në dallim nga CT jo vetëm që nuk përdor rrezatim jonizues, por bën të mundur një vlerësim të hollësishëm (dhe mjaft të saktë) të zemrës. Imazhet e rezonancës magnetike kardiake mund të japin të dhëna mjaft të thella të patologjisë bazë të një zemre me insuficiencë. RM kardiake, e cila njihet si standardi i artë për vlerësimin e funksionit kardiak, përdoret si mjeti jo invaziv më i saktë për matjen e parametrave të tillë si fraksioni i ejeksionit, parametër mbi bazën e të cilit pacientët mund të trajtohen me terapi vetëm medikamentoze apo dhe me pajisje të implantuara (si pacemaker-a apo defibrilatorë). RM siguron gjithashtu një qasje të veçantë imazherike për vizualizimin e cikatricave edhe më të vogla të miokardit, gjë e cila është mjaft e rëndësishme sa kohë që prania dhe shtrirja e cikatrimit të miokardit përbën një faktor madhor rreziku për vdekje të papritur kardiake. Shumë studime klinike bashkëkohore tregojnë se RM bën të mundur vlerësimin e saktë të formimit të cikatricave të miokardit me një saktësi diagnostike mjaft të madhe. RM përbën ekzaminimin jo invaziv më të mirë për vlerësimin e kesaj ceshtje klinike të rëndësishme. Për këtë arsye, gjithnjë e më shumë kardiologë po përdorin këtë procedurë për identifikimin e pacientëve me IK që kanë nevojë për defibrilator të implantueshëm, i cili mbron ndaj arrestit kardiak përmes dhënies së goditjes elektrike të përzgjedhur.

Deri pak kohë më parë RM ka qenë e kundërrinduar në pacientët me pacemaker për arsye të fushave të mëdha magnetike të përdorura në këtë teknikë. Falë bashkëpunimeve dobiprurëse ndërmjet prodhuesve të sistemeve të RM, nga njëra anë, dhe atyre të pajisjeve pacemaker, nga ana tjetër, sot po mundësohen pacemaker-a të përshtatur për RM. Për arsye se RM mund të bëjë që pacemaker-at tradicionalë të keqinterpretojnë zhurmën elektrike të shkaktuar nga vetë RM, duke nxitur apo frenuar terapinë hapshënuese, gjenerata e re e pacemaker-ave përmban aftësi për ta programuar pajisjen në një modalitet të përshtatshëm për mjedisin e RM. Pacemaker-a të tillë përmbajnë gjithashtu modifikime të programit të tyre dhe elektroda të dizenuara për të reduktuar apo eliminuar ndikimin e mjedisit të RM.

Praktikisht ekzaminimi i zemrës përmes rezonancës nuk është më i ndërlikuar apo që shpenzon kohë. Në përgjithësi, ekzaminimi me RM për vlerësimin e anatomisë, funksionit dhe cikatrimit kardiak tashmë mund të realizohet brenda 20 minutave.

Imazhi i enëve koronare

Skeneri (CT) kardiak

Tomografia e kompjuterizuar ka pasur prej kohësh një rol të çmuar në zbulimin e hershëm të sëmundjeve. Me kalimin e viteve, zhvillimi i vazhdueshëm teknologjik ka bërë që nëpërmjet gjeneratës së fundit të skanimit CT të mund të kryhet në rutinën e përditshme klinike një angiografi koronare me CT (Angio-CT, CTA) me një dozë shumë më të ulët rrezatimi. Inovacioni më i fundit është marrja e të dhënave me frekuencë të lartë që përdorin si trigger ECG-në, nëpërmjet përdorimit të CT me burim të dyfishtë. Këto sisteme mund të kryejnë një CTA me doza rrezatimi më të vogla se 1mSv, dozë shumë më e ulët se ajo e angiografisë koronare konvencionale (Për krahasim, 1 mSv është më pak se gjysma e rrezatimit vjetor të tokës ndaj të cilit janë ekspozuar të gjithë).

Ndryshe nga kateterizimi kardiak, CT mund të vizualizojë jo vetëm lumenin koronar por mund të ekspozojë gjithashtu edhe depozitimet (pllakat) në murin koronar. Nëpërmjet CT

mund të vlerësohet mbingarkesa me kalcium (e njohur si *Calcium Score* - Pikëzimi i kalciumit) pa përdorur agjentë kontrasti. Një rritje e ngarkesës me kalcium, mbi sasinë e përshtatshme për moshën në murin koronar, përbën një faktor rrisht të rrezikut për sëmundje të koronare siç është infarkti miokardial dhe sëmundjet koronare të tjera. Studimet e fundit kanë treguar që pikëzimi i lartë i kalciumit mundet të modifikojë i vetëm rrezikun e parashikuar me metodat tradicionale të shtresëzimit të tij (p.sh. Pikëzimi Framingham). Kjo ndodh sidomos në pacientët e kategorisë së rrezikut intermediar, në të cilët është më e paqartë marrja e një vendimi klinik. Në praktikë, duke përdorur teknologjinë e fundit, ekzaminimet me CT mund të kryhen për më pak se një sekondë dhe si rrjedhojë këto janë veçanërisht të dobishme në pacientët me aritmi dhe ata të moshuar duke qenë se periudha e shkurtër kohore krijon mundësi që pacienti të marrë frymë normalisht. Po ashtu procedura është optimale dhe efiçente në kohë edhe për mjekun, duke qenë se tashmë një klikim i vetëm me *mouse* gjeneron imazhe kuptimplota dhe si rrjedhojë mënjanon rreth 17 hapa të një procesi manual i cili ishte më parë i nevojshëm për përpunimin e gjatë të imazhit. Pa dyshim që zbulime të tilla kanë në mënyrë të pashmangshme koston e tyre si p.sh. instalimi i pajisjeve të mëdha si MRI ose CT me një kosto deri në 2 milion €. Gjithsesi duhet të kuptohet që përdorimi i duhur i këtyre teknologjive të reja mund të reduktojë shpenzimet e përgjithshme të kujdesit shëndetësor për një periudhë afatgjatë: falë diagnozës më të mirë, mjekimi mund të nisët më herët. Si rrjedhojë mund të ruhet cilësia e jetës dhe të shmangët humbja e produktivitetit. Megjithatë duhet theksuar se megjithë përmirësimet e mëdha teknologjike të CTA, aktualisht akoma mbetet si “standart i arte” koronarografia klasike, si për vendosjen perfundimtare të sakte të diagnozës, ashtu edhe për hapat e mëtejshme mjekuese (PCI, stente, etj.), që nuk mund të realizohen nepermjet CTA.

Kardiologjia nukleare

Ekzaminimet e kardiologjisë nukleare janë gjerësisht të disponueshme dhe të përdorshme tek pacientët me dyshim për sëmundje të arterieve koronare. Shintigrafia e miokardit mundëson zbulimin e iskemisë, duke ekzaminuar funksionin e ventrikulit të majtë si dhe perfuzionin e miokardit në qetësi e pas stresit me vazodilatatorë (adenozinë/dipiridamol). Defektet fikse të perfuzionit (në qetësi dhe në stres) lejojnë të gjykosh mbi viabilitetin e miokardit.

Është treguar se imazhet me perfuzion të miokardit (MPI) - PET/CT, që përdorin agjentë radiofarmaceutikë me jetë të shkurtër si Rubidium-821 (82Rb) ose Nitrogjen-13 Amoni (13NH3) kanë sensitivitet dhe specifikitet të lartë për diagnozën dhe karakterizimin e sëmundjes së arterieve koronare. Natyra sasiore e PET-it dhe aftësia në dinamikën e imazhit mundëson njohjen e furnizimit me gjak të miokardit gjatë qetësisë dhe pikut të stresit dhe llogaritjen e rezervës koronare (CFR). Kjo mënyrë sasiore përmirëson njohjen e iskemisë së miokardit, vlerësimin funksional të stenozës koronare ashtu si dhe vlerësimin e sëmundjes koronare difuze ose tre vazale.

Terapi invazive minimale

Disa sëmundje që qëndrojnë në bazë të insuficiencës kardiake, si p.sh. sëmundjet valvulare severe, shpesh kërkojnë ndërhyrje terapeutike përtej terapisë me barna, duke përfshirë në të njëjtën kohë kardiologët dhe kirurgët. Përveç mjekimit me medikamente, kirurgjia e zëvendësimit valvular përben alternativën kryesore të mjekimit të deritanishëm të valvulopative. Prej 2-3 vjetësh, në disa qendra po implementohen laboratorët e së ardhmes së kateterizimit kardiak, të ashtuquajtura Hybride - ORs (Salla operatore hibride), të cilat duke sjellë së bashku tiparet e një dhome kirurgjikale me ato të

kateterizimit kardiak, bëjnë të mundur zhvillimin e terapive inovative, si p.sh trajtimin e stenoze valvulare severe me ane të stenteve (protezave) valvulare, nëpërmjet kateterizimit të zemrës. Deri më sot, në raste të tilla rekomandohej kirurgji me zemër të hapur për zëvendësimin valvular, por në shumë të sëmurë të moshuar me sëmundje bashkëshoqëruese kjo mund të jetë tepër e rrezikshme. Implantimi intervencionist i protezës (stentit) në valvulën e aortës është një alternativë e re për këta pacientë që mund të japi një përmirësim të shpejtë të parametrave kardiakë. Në këtë procedurë proteza valvulare vendoset duke hyrë nëpërmjet arteries femorale. Kur kjo nuk është e mundur, implementimi i protezes realizohet nëpërmjet një incizioni të vogël në apeksin e zemrës. Kjo ndërhyrje minimale invazive e përball pacientin me një stres shumë më të vogël sesa operacioni me zemër të hapur. Në përgjithësi, sigurimi i paisjeve teknike që janë të nevojshme për të përshtatur disa specialitete (kardiologji e kardiokirurgji) në një laborator të vetëm, mund të ofrojë mundësi për një cilësi më të mirë kujdesi, si dhe me të favoreshme në kohë dhe kosto si për pacientin edhe institucionin.

Biomarkerat

Prania dhe ecuria e insuficiencës kardiake mund të vlerësohet edhe duke përdorur testet laboratorike in vitro, nëpërmjet përdorimit të biomarkuesve të rinj, të cilët mund të influencojnë dhe të mbështesin vendimet klinike, sidomos në shërbimin e emergjencës. Në insuficiencën kardiake është veçanërisht i përshtatshëm përdorimi i peptidit natriuretik trunor (BNP), duke qenë se niveli i këtij biomarkuesi është një indikator i mirë i shkallës së dëmtimit të funksionit kardiak. BNP përdoret njëkohësisht si për diagnozë fillestare edhe për monitorimin e terapisë. Studimet e fundit kanë treguar se në prani të faktorëve të tjerë të riskut dhe IK së njohur, BNP ka po ashtu dhe vlerë prognostike; psh pacientët me BNP mbi një nivel të caktuar janë kandidatë për një trajtim me agresiv të rrezikut. Në shumë pacientë, shkaku direkt i insuficiencës kardiake është sindromi koronar akut, kështu që zbulimi i shpejtë i infarktut të miokardit është shumë i rëndësishëm për të parandaluar dëmtimin e rëndë të muskulit të zemrës dhe insuficiencën kardiakë pasuese. Për të bërë këtë, gjithnjë e më shumë qendra urgjence përdorin në rutinë testet me Troponinë I, me sensitivitet të lartë, si një indikator i hershëm dhe i sakte i infarktut të miokardit. Në këtë mënyrë mund të shkurtohet kohë për të nisur menjëherë terapinë e rekomanduar, siç është rihapja e arteries koronare të okluduar nëpërmjet kateterizimit kardiak dhe angioplastikes koronare (PCI primare). Duke qenë se për çdo sekondë që kalon, gjatë të cilës ena koronare qëndron e mbyllur, vdesin mjaft qeliza muskulare miokardiale (thënia klasike “koha është muskul”), ndërhyrja sa më e shpejtë është padyshim thelbësore.

DERMATITI ALERGJIK I KONTAKTIT NGA SUBSTANCAT KOZMETIKE

Dr. Bajram Abdullahu, Dr. Sonila Dauti**, Dr. Dukagjin Zogaj*,
Dr. Mehmet Hoxha***

Klinika e Alergologjise QKU Prishtine Kosove
Sherbimi i Alergologjise dhe Imunologjise Klinike QSU "Nene Tereza" Tirane***

Dermatiti alergjik i kontaktit (DAK) është një inflamacion i lëkurës që manifestohet me eritemë, edemë dhe formimin e papulo-vezikulave.

Fiziopatologjia

Dermatiti alergjik i kontaktit ndodh si pasojë e një reaksioni të hipersensibilitetit të vonuar antigenspecifik (të ndërmjetësuar nga limfocitet), në pacientë që janë sensibilizuar më parë.

Faza e sensibilizimit

Alergenët që shkaktajnë DAK janë në përgjithësi haptene. Gjatë fazës së sensibilizimit hapteni i aplikuar në lëkurë lidhet me proteina në sipërfaqe të keratinociteve për të formuar kompleksin hapten-proteinë (antigeni). Ky kompleks njihet nga qelizat e Langerhansit (qeliza antigen paraqitëse-QAP), të cilat e paraqesin antigenin në sipërfaqen e tyre bashkë me molekula të KMPI. Hapteni në lëkurë aktivizon direkt keratinocitet për të çliruar citokina të tilla si TNF alfa, e cila bashkë me IL-1 e prodhuar nga QAP nxisin maturimin dhe migrimin e QAP në limfonodulat regjionale ku arrijnë pas 18-24 orësh. Në limfonodula QAP e paraqet antigenin bashkë me molekula të KL.I dhe II të KMPI duke aktivizuar prodhimin e LT CD4+ rregullatore dhe LT CD8+ të memories.

Faza e shfaqjes së sëmundjes (alergeni përgjegjës bie në kontakt me lëkurën e individit të sensibilizuar)

LT CD8+ të memories, të cilat qarkullojnë në gjakun periferik, drejtohen në lëkurën e ekspozuar ndaj alergenit (efekti homing) duke ndërvepruar me QAP dhe duke shkaktuar shfaqjen klinike të DAK. Keratinocitet luajnë një rol të rëndësishëm në DAK. Ato prodhojnë citokina proinflamatore: TNF- α , INF gama, IL-1 alfa, IL-1 beta, GM-CSF, etj të cilat luajnë një rol shumë të rëndësishëm në rekrutimin e LT efektore.

LT CD8+ efektore shkaktajnë DAK përmes:

- toksicitetit qelizor-ndërmjetës
- çlirimit të citokinave
- rekrutimit të qelizave të tjera inflamatore

Shkaktarët

Kategoritë kryesore të produkteve kozmetike shkaktare të DAK janë:

- Produktet e kujdesit për lëkurën (duke përfshirë edhe produktet solare),
- Parfimet (fragrancat)
- Produktet e kujdesit për flokët
- Produktet pastruese-higjenizuese (për lëkurën dhe flokët)
- Deodorantët dhe antiperspirantët
- Produktet e makijazhit
- Produktet e rrojes
- Produktet për thonjtë

Parfimet (Fragrancat)

Deri tani njihen 4000 molekula fragrancash të përdorura në parfime të ndryshme. Tre janë alergenët më të njohur të alergjive nga fragrancat: **fragranca mix** e cila është një përbërje me 8 substanca aromatike, **balsami peruvian** dhe **kolofoni (colophony)**.

Balsami peruvian (balsami i Perusë) është një vaj esencial që nxirret nga pema *Myroxylon pereirae*. Përmban disa molekula alergjenësh: acid cinamik, ac. benzoik dhe esteret e tij, rezinat terpenike dhe vanilike. Gjendet më tepër në balsamet e buzëve dhe në produktet solare. Klinikisht është përgjegjës kryesisht për keilitin alergjik të kontaktit. Janë vënë re edhe reaksione alergjike të kryqëzuara midis balsamit peruvian dhe erëzave që përmbajnë molekula cinamike, vanilike, terpenike dhe aromatike të cilat e agravanojnë keilitin e kontaktit nga balsami peruvian (kanella, tërfili, xhinxher), si dhe reaksione të kryqëzuara me disa fruta (portokalle, qitro, mandarina).

Kolofoni përmban acide rezinike dhe esteret e tyre që gjenden në: dyllrat depilatore, brilantinë, rimel, tone të syve, llak flokësh, manikyr etj. Fatkeqësisht substancat kimike përgjegjëse për fragrancat nuk janë të shënuara në produkt. Edhe produktet e pa-aromatizuara mund të përmbajnë fragranca, të cilat janë në përbërje të produktit por nuk janë etiketuar si të tilla.

Deodorantët janë shkaktarët më të shpeshtë të dermatitit alergjik të kontaktit nga fragrancat sepse ato përdoren në lëkurë të zbuluar. Terapistët fizikë dhe ato të masazheve si dhe kujdestarët geriatrikë, janë më të rrezikuar nga dermatiti okupacional alergjik i kontaktit nga fragrancat

Konservantët

Përdoren për të parandaluar dëmtimin e produkteve kozmetike nga agjentët mikrobik dhe fungal.

a- Metil(kloro)izotiazolinoni (Kathon CG).

Gjendet në një përqëndrim 15ppm në produkte me shpëlarje si: shampo, sapunë të lëngshëm, xhel për dush, duke shkaktuar prurit të skalpit ose të të gjithë trupit. Në produktet pa shpëlarje si kremrat e kujdesit për fytyrën gjendet në një përqëndrim 7.5ppm dhe mund të shkaktojë eritemë ekzematoidë të fytyrës, qafës dhe duarve ose eritemë palpebrale të izoluar, ekstremisht pruriginoze. Gjendet edhe në buzëkuqë të ndryshëm duke shkaktuar keilitis të thatë.

b- Euxyl K 400

Është një përbërje e fenoksietanolit dhe **metildibromoglutaronitrilit**. Gjendet në kremra të kujdesit për fytyrën, shampo, xhel dhe shkumë për trupin, produkte solare. Shkakton dermatit kryesisht në fytyrë. Janë raportuar raste me urtikarie nga xheli që e përmban këtë substancë, i përdorur në ultrasonografi.

c- Parabenet

Janë estere të ac. para-hidroksibenzoik (metil, propil, etil, dhe butil parahidroksibenzoatet). Këto produkte tolerohen mirë dhe rrallë shkaktojnë dermatit kontakti

d- Formaldehida (ose formoli)

I përdorur tek thonjtë mund të shkaktojë paroniki deri edhe onikolizis.

e- Çliruesit e formaldehidës (quaternium 15, imidazolidinyl urea, diazolidinyl urea, bronopol, DMDM hydantoina)

- Quaternium-15(Dowicil 200) është një amonium kuaternar me veti baktericide dhe fungicide. Gjendet shpesh në shampo, locione, kremra dhe produktet ngjyuese për flokët. Shkakton rrallë dermatit kontakti, kryesisht me lokalizim palpebral.

- Imidazolidinyl urea (Germall 115) gjendet kryesisht në locione hidratuese, rimelin e syve dhe në xhelin e flokëve. Bën shpesh reaksion të kryqëzuar me diazolidinyl urea.
- Diazolidinyl urea (Germall II)
- Bronopol (2-bromo-2-nitropropan-1,3-diol) gjendet kryesisht në produktet e make-up-it dhe produktet për flokët. Shkakton rrallë dermatit kontakti.
- DMDH hydantoina

f- Të tjera

- Kloracetamidi- ka incidencë të ulët sensibilizimi
- Klorheksidina- është më tepër një irritant sesa sensibilizues, por janë raportuar edhe reaksione alergjike të tipit ekzematoz dhe reaksione imediate të tipit urtikarial.
- Benzalkonium kloridi- është më tepër një irritant sesa sensibilizues
- Acidi sorbik- është një irritant për sytë dhe lëkurën, jo shumë sensibilizues
- Triklosan- përdoret si antiseptik në deodorantë dhe sapunë, jo shumë sensibilizues.
- Alkoli benzilik- përdoret si antiseptik në parfume dhe produktet e stilimit të flokëve. Janë vërejtur reaksione të kryqëzuara me balsamin peruvian.

Ekscipientët/Ekstraktet

- Lanolina- është një substancë që ekstrahohet nga yndyrnat e deles. Përdoret si hidratues dhe emolient në produktet kozmetike kryesisht në kremra hidratues, produkte after-shave, buzëkuq dhe balsam për buzët. Shkakton rrallë dermatit kontakti. Kryesisht personat me dermatit atopik mund të sensibilizohen ndaj lanolinës.
- Propilen glikoli ose propan-1,2-diol- përdoret si konservues në shumë produkte kozmetike si: produkte të kujdesit për fytyrën, produkte të higjienës, produkte të make-up-it, shampo trupi, buzëkuq etj.
- Dimetilaminopropilamina (DMAPA) është një derivat i kokamidopropil betainës (CAPB). CAPB përdoret si surfaktant në shampo, sapunë të lëngshëm, solucionet e lenteve, produkte të pastrimit të syve dhe fytyrës dhe deodorantë. Patologjitë e shkaktuara nga DMAPA janë më tepër irritative të tipit seborreik, sesa alergjike.

Antioksidantët

- Hidroksianisoli i butiluar dhe hidroksitolueni i butiluar
- Gallatet (Esteret e ac.gallik)- janë të pranishëm në buzëkuqë dhe balsamin e buzëve dhe shkaktojnë kryesisht keilitis.
- Sodium matabisulfiti- përdoret në industrinë e kozmetikës për efektet antibakteriale dhe antifungale. Gjendet dhe në shumë ushqime duke shkaktuar reaksione alergjike me natyrë të pashpjeguar.
- Acidi etilendiamintetraacetik (EDTA)
- Tokoferoli

Ngjyruesit e flokëve

Ngjyruesit e flokëve shkaktojnë një dermatit shumë të rëndë kontakti të veshëve dhe regjionit periaurikular sesa në skalp.

Para-fenilendiamina (PPD) është baza e pothuaj të gjithë ngjyruesve të flokëve. PPD gjendet në ngjyruesit permanent të flokëve, dhe në ngjyruesit e përkohshëm që përdoren në tatuazhe. Është një alergen i fuqishëm. Tek përdoruesi alergjia lokalizohet në skalp, zverk, regjionin retroaurikular, dhe mbi të gjitha në kapakët e syve. Tek parukierët lokalizohet në kurrizin e duarve dhe gishtave dhe ngjitet drej krahëve. Janë raportuar raste me alergji vikarioze (tek një person i afërt me përdoruesin) në vende atipike (fytyrë, toraks, gjymtyrët e sipërme).

Jane vërejtur reaksione të kryqëzuara me medikamente si diuretikët, hipoglicemiantët, anestetikët lokalë, kremrat solarë.

Është e rëndësishme që, në varësi të shenjave klinike, të testohen edhe ngjyruesit në veshje apo ushqime.

Rezinat

- **Rezina me para-toluen sulfonamide formaldehide (PTSF)**- gjendet në pothuaj të gjithë manikyrët dhe shkakton leziona të rralla rreth thonjve por kryesisht në distancë, kryesisht në qafë dhe kapakët e syve (handborne ekzema). Edhe në prani të një klinike evidente, shpesh testet për PTSF rezultojnë negative.
- **Rezinat akrelike (metilmetakrilati)**- përdoren për thonjtë fallco. Dy deri katër javë pas aplikimit mund të shkaktojnë një erupsion në kapakët e syve, pjesën dorsale të dorës të shoqëruar shpesh me parestezi. Shërimi ndodh shumë ngadalë, rreth 7 muaj pas eliminimit të shkakut.
- **Adezivët cianoakrelidikë**- përdoret tek ngjitesit për thonjtë fallco adezivë . Mund të shkaktojë Onikolizis.
- **Rezinat me formaldehide para-terciare**- përdoret për zgjatimin e thonjve. Mund të shkaktojë Onikolizis.

Mbrojtësit (filtrat) solarë

Filtrat solarë shkaktojnë dermatit kontakti dhe fotodermatit që shpesh keqkuptohen me njëra tjetrën për shkak të një simptomatologjie mashtruese. Shkaktarët kryesorë janë: **dibenzolmetani, oksibenzon dhe derivatet e tij (benzofenonet), kamfora metilbenzilike, ac. para-aminobenzoik dhe më rrallë cinamatet**. Janë vërejtur reaksione të kryqëzuara midis benzofenoneve me fenofibratet dhe ketoprofenin sepse ato përmbajnë një strukturë benzofenoni në formulën e tyre.

Shumica e individëve që ankojnë për efekte të padëshiruara ndaj mbrojtësve solarë nuk kane alergji nga përbërësit aktivë të produktit, por nga substancat konservuese që gjenden në keto produkte.

Klinika në rastin e përdorimit të një kremi mbrojtës solar në trup është shumë tipike sepse palpebra e sipërme, buza e sipërme, zona prapa veshit dhe nën-mjekër nuk preken. Por cdo pjesë e lekurës mund të preket nëse bie në kontakt me fotoalergenin.

Dermatiti fotoalergjik i kontaktit

Reaksionet fotosensitive (fototoksike apo fotoalergjike) lidhen me veprimin midis rrezeve të diellit dhe një molekule që quhet kromoforë e cila absorbon rrezet ultraviolet, kryesisht UVA.

Reaksionet fotoalergjike ndaj substancave kozmetike lidhen kryesisht me

- filtrat solarë (benzofenon-3, dibenzolmetani etj)
- parfumet
- salicilanilidet e halogjenuara(gjenden në perbërjet antiseptike).

Shpesh produktet kozmetike zhvillojnë reaksione imediate që zhvillohen brenda 30min pas ekspozimit. Kjo indikon për atë që quhet **urtikaria e kontaktit**. Pacientët mund të zhvillojnë urtikarie kontakti jo-imunologjike ose urtikarie kontakti imunologjike IgE-vartëse. Reaksionet imunologjike më të shpeshta janë nga acidi benzoik, molekulat e grupit cinamik, vanilik, PPD, kolofoni,parabenet, polietilen glikoli, etj. Shumë rrallë janë vënë re reaksione anafilaktike në rastet e produkteve me origjinë ushqimore, për shkak të proteinave ushqimore që janë të pranishme në produktet kozmetike(susami, gruri etj). Në rastet e një urtikarie kontakti imunologjike lezionet mund të përhapen përtej vendit të kontaktit deri në urtikarie të gjeneralizuar. Urtikaria e kontaktit mund të shoqërohet edhe me prekje ekstrakutane: rinit, dispne, konjuktivit.

Lokalizimet specifike të dermatitit alergjik gjatë përdorimit të substancave kozmetike apo medikamenteve lokale

Individët me dermatit alergjik të kontaktit zhvillojnë në mënyrë tipike dermatit në zonat e ekspozimit direkt ndaj alergenit. Vendi fillestar i fillimit të dermatitit shpesh jep të dhëna në lidhje me shkaktarin potencial të dermatitit alergjik.

1-Kapakët e syve

Kapakët e syve janë vecanërisht sensitivë për shkak të karakteristikave të epidermës dhe pozicionit anatomik shumë të ekspozuar dhe të pambrojtur të tyre. Kjo e rrit vulnerabilitetin e tyre ndaj alergenëve të shumtë të kontaktit dhe atyre që gjenden në ajër (airborne allergens).

D.D me dermatitin irritativ të kontaktit në kapakët e syve është shumë e vështirë sepse kanë shenja klinike shumë të ngjashme. Përpara vënies së diagnozës është shumë e rëndësishme të mbahet mend se :

- Të gjitha produktet që gjenden në ajër apo të aplikuara në **skalp, fytyrë dhe duar** mund të jenë përgjegjës për një dermatit kontakti në kapakët e syve, pa shkaktuar një reaksion në vendin fillestar të aplikimit.
- Shkaktarët më të shpeshtë të DAK të kapakëve të syve janë produktet e aplikuara në **skalp, fytyrë, duar** sesa substancat kozmetike të aplikuara direkt në regjionin palpebral.

Diagnoza e Dermatitit alergjik të kontaktit në kapakët e syve

Anamneza- jep të dhëna në lidhje me

- tipin e produktit të përdorur
- metodën e aplikimit
- kohën e shfaqjes së lezioneve

- medikamente lokale të përdorura për mjekim paraprak
- patologji kutane preekzistuese (dermatit atopik, psoriazis, dermatit seborreik) etj

Shenjat klinike/ekzaminimi fizik

- shenjat subjektive : djegie, tendosje, pickim, prurit
- shenjat objektive : eritema, edema, ekzemë e thatë dhe deskuamative, shumë rrallë vezikula, pigmentim, likenifikim

Ekzaminimi alergologjik

- Patch tests
- prick tests me alergenë respiratorë dhe ushqimorë për të eksploruar praninë e një atopie.

Diagnoza diferenciale

Gjatë ekzaminimit fizik është e rëndësishme të kërkojmë për lokalizime të tjera në trup të ekzemës duke bërë të mundur diferencimin e saj nga patologji të tjera që mund të gjenden në sy

- dermatiti atopik
- dermatiti seborreik, psoriaza, rozacea, konjuktiviti/ blefariti/ infeksion lokal

Dy diagnoza diferenciale janë vecanërisht të vështira

1. **dermatiti eritematoz nga kortikosteroidët** (është dermatiti më i shpeshtë i vënë re), i cili shkaktohet nga përdorimi i persëritur i kortikosteroidëve lokalë deri në varësi ndaj tyre. Por ndonjëherë mund të vihet re një dermatit alergjik kontakti nga kortikosteroidët lokalë .
2. **dermatomyoziti**- fillimi i të cilit është shpesh në kapakët e syve. Nuk është pruriginoz dhe shoqërohet edhe me simptoma të tjera (sindrom muskular, artralgi)

Trajtimi

- Ndërprerja e aplikimit të të gjitha produkteve kozmetike
- Përdorimi i produkteve neutrale, pa aroma, pa konservantë
- Ndërprerja e dhënies së kortikosteroidëve lokalë (nëse pacienti ka qenë nën mjekim me to)

Rreth 2 javë pas këtyre masave paraprake rifillohet aplikimi i produkteve kozmetike të dyshuara, një nga një.

Trajtimi në rastin e një ekzeme akute, për herë të parë, mund të jepen kortikosteroidë lokalë për 2 javë në doza zvogëluese

Identifikimi i shkaktarit

Është shumë i vështirë për shkak të frekuencës së lartë të dermatitit nga alergenët e ajrit (airborne alergens)

Produktet më të shpeshta janë:

1-fragrancat kryesisht në formën e aerosoleve (airborne alergen)

2-manikyrët- alergeni shkaktar është rezina me para-toluen sulfonamide formaldehide (PTSF). Diagnoza etiologjike përforcohet nëse vihet re bashkë-ekzistenca me lezione në qafë apo fytyrë (handborne ekzema)

3-produktet kozmetike per flokët

- ngjyruessit (PPD), dekoloruesit
- xhelrat, llakrat aromatike, shampot aromatike (pra produkte që përmbajnë konservantë apo emulsifier/zbutës)
- kremrat zbutës pra produkte që përmbajnë ekstrakte (proteina të hidrolizuara): kolagen, keratinë, përmbajtje qumështi ose veze, mielli apo bajame.

4-konservantët shkaktajnë kryesisht airborne dermatitis: Kathon CG, çliruesit e formaldehidës(quaternium 15)

5-emulsifierët: kokamidopropil betaina(CAPB);3-dimetilaminofenilamina; propan-1,2-dioli

6-produkte të makijazhit (rimel) dhe produktet e higjenës së syve

7-metalet: gjurmë të nikelit dhe hekurit apo kobaltit gjenden në disa produkte make-up-i.

8-alergenë të rrallë: ngjitësit për qepikët fallco, ngjyruessit e tatuazheve

2-Buzët dhe regjioni perioral

Shenjat klinike

Simptomat klinike dallohen me vështirësi midis dermatitit irritativ dhe dermatitit alergjik.

Ka një rregull të përgjithshëm:

- Në rastet e një irritimi buzët janë të thata, me ndjesinë e një djegie apo tendosje. Lëkura është lehtësisht e plasaritur apo e fisuruar në kufij.
- Në rastin e një alergjie predominon pruriti, i cili shoqërohet me eritemë që përhapet përtej buzëve, dhe ndonjëherë me edemë. Keiliti alergjik, panvarësisht shkaktarit, tenton të kronizohet dhe të shoqërohet me ekzemë periorale.

Edhe ketu njësoj si në dermatitin e kapakëve të syve mënyra e perhapjes së alergjenit është përmes kontaktit direkt, reaksionit në distancë, nga një person tek tjetri, përmes ajrit (airborne alergens), përmes duarve (handborne alergens).

Identifikimi i shkaktarit

Balsami peruvian (balsami i Peruse)- si antiseptik në përbërje të shpëlarësve të gojës apo si stabilizues i aromave kryesisht në produktet solare.

Fragranca të tjera - fragrancat në përbërje të buzëkuqit, balsameve, korrektorëve të makijazhit, pastës së dhëmbëve dhe shpëlarësve për gojën janë shkaktarët më të shpeshtë të alergjisë së kontaktit në buzë, që shpesh përhapet në regjionin perioral.

Ekscipientët/ekstraktet- dyllrat (dylli i bletës, propolis), vajrat, emulsifierët, antioksidantët, lanolina.

Konservantët- kathon CG, euxyl K 400, quaternium 15, parabenet

Filtrat(mbrotjësit) solarë- gjenden kryesisht në buzëkuqë

Kolorantët- kryesisht kolorantët e buzëkuqëve

Rezinat me përmbajtje formaldehide- gjenden kryesisht në manikyre

Antiseptikët- gjenden kryesisht në pastat e dhëmbëve dhe shpëlarësit për gojën

Diagnoza diferenciale

Keiliti atopik- ka shumë ngjashmëri me keilitin alergjik dhe mund të bashkekzistojnë. Në keilitin atopik duhet kërkuar edhe për lokalizime të tjera të dermatitit atopik (kapakët e syve, qafë, fleksura)

Keiliti infeksioz- shkaktohet nga *S.aureus*, *C.albicans*. Klinikisht është kryesisht keilitis angular

Keiliti irritativ- përveç produkteve kozmetike shkaktohet edhe nga faktorë fizikë(i ftohti, dielli) ose mund të ketë lidhje me dhëmbët e prishur, apo lagështimin e shpeshtë të buzëve me saliva.

3-Skalpi

Në përgjithësi patologjitë alergjike nga kozmetikët në skalp ndodhin si pasojë e një reaksioni të hipersensibilitetit imediat, pra zhduken shpejt duke vështirësuar identifikimin e alergjenit.

Në përgjithësi lezionet në skalp janë më tepër irritative sesa alergjike të mirfillta

Shenjat klinike

Prurit i shoqëruar me deskuamim ose pitiriazis të skalpit, eritema që përhapet edhe përtej skalpit, prania e një lezioni palpebral ose e një lezioni në qafë duhet të na bëjë të investigojmë për praninë e një irritimi apo alergjie nga produktet kozmetike.

Shkaktarët kryesorë

Shampot- shkaktarët më të shpeshtë janë kokamidopropil betaina (CAPB), dimetilaminopropilamina, fragrancat dhe më rrallë konservantët.

Ngjyruetit e flokëve- shkaktojnë më shpesh alergji në distancë sesa në skalp. Mund të vihet re alergji në palpebra në mungesë të shenjave klinike në skalp. Shkaktari më i akuzuar është PPD.

Produktet shampo-kolor me ngjyrim të përkohshëm të flokëve.

Dekoloruesit- amonium persulfati është alergjeni më shpesh i akuzuar.

Produkte për flokë permanent apo për drejtimin e flokëve- akuzohet acidi tioglikolik dhe kriprat e tij

Produktet në formë spray, kryesisht llakrat e flokëve- akuzohen rezinat apo alkoli që ato përmbajnë

Kremrat zbutës për flokët- shërbejnë si alergjenë proteinat e hidrilizuara që përmbajnë keratinë, vezë, miell, qumësht ose bajame.

Nëse dyshohet si shkaktar **PPD** duhet kërkuar edhe për një alergji të kryqëzuar me ngjyruetit e rrobave, pra ngjyruetit tekstilë, sidomos nëse pacienti ka simptoma kutane, dhe për një reaksion të kryqëzuar me disa anestetikë (benzokaina, prokaina), sulfonamidet dhe ac. para-aminobenzoik.

Individët alergjikë ndaj ngjyruetit dhe kimikateve të ndryshme të tekstileve zhvillojnë dermatit në trung, më i shprehur në anët laterale të trungut, por nuk preken kupat aksilare.

4-Duart dhe thonjtë

Në lidhje me dermatitin alergjik të kontaktit nga sub. kozmetike duart ndahen në 3 entitete

1. kurrizi i dorës dhe hapësirat interdigitale
2. palmat (pëllëmbët)
3. thonjtë dhe majat e gishtave

Diagnoza diferenciale

- dermatiti irritativ
- dermatiti alergjik nga shkaqe jo-kozmetike
- dermatiti atopik
- mykozat
- psoriasis
- dishidroza

Edhe skabies duhet të dyshohet në rastin e disa alergjive të hapësirave interdigitale.

Kurrizi i dorës dhe hapësirat interdigitale

Ky është entiteti më i prekshëm nga dermatiti alergjik i kontaktit i duarve. Shpesh alergjia mbivendoset mbi dermatitin irritativ i cili përpiqet të mjekohet me produkte kozmetike të cilat janë alergjizuese. Në përgjithësi njëra dorë preket më tepër se tjetra, sepse shpesh aplikimi është asimetrik.

Shenjat klinike: eritemë, edemë, vezikula, prurit.

Shkaktarët më të shpeshtë janë sapunët, kremrat hidratues dhe emolient- alergenët kryesorë janë konservantët, fragrancat, lanolina.

Shkaktarët më të shpeshtë në vendin e punës

ngjyruetit(PPD)

dekolorantët (që përmbajnë persulfate)

produkte për flokë permanent (tioglikolati)

shampot (konservantët, CAPB), etj.

Njihet rasti i një postieri i cili vuante nga ekzemë okupacionale e gishtave si pasojë e një fragrance që gjendej në letrat që ai shpërndante.

Palmat e duarve

Shenjat klinike: eritemë, prurit, vezikula

Dyshohet për shkaqe kozmetike në se klinika është unilaterale, duke e dalluar nga dishidroza ku klinika është bilaterale

Shkaktarët më të shpeshtë

produktet higjienike shkumëzuese

sapunët e lëngshëm

shampot që hidhen në dorë para aplikimit

Në këto produkte alergenët kryesorë janë konservantët, CAPB, etj

Kremrat hidratues dhe emolientë të duarve nuk shkaktojnë alergji në palma sepse aplikohen në kurrizin e dorës.

Thonjtë dhe majat e gishtave

A- Pulpat e gishtave

DAK në pulpat e gishtave ndodh rrallë nga shkaqe kozmetike. Gjendet më tepër tek manikyristet që punojnë me thonj fallco të cilët kanë në përbërje të tyre **akrilate** dhe **cianoakrilate**.

Shenjat klinike

Në fillim vihet re hiperkeratozë dhe fisura, më tepër mbizotëron dhimbja sesa pruriti.

B- Thonjtë

Ato janë rrallë vend i reaksioneve alergjike.

Manikyrët dhe thonjtë fallco që përmbajnë akrilate mund të shkaktojnë **Onikolizis** i cili mund të jetë permanent. Ato mund të shkaktojnë edhe **Leukodermi**, dhe **Hiperkeratozë subunguale periferike, Paroniki alergjike**.

Përveç reaksioneve alergjike ato mund të shkaktojnë Sindrom Reynaud, parestezi, etj.

Diagnozat kryesore diferenciale me DAK të thonjve janë sëmundjet fungale, psoriasis, lichen planus.

Shkaktarët më të shpeshtë të alergjive të thonjve dhe pulpave të gishtave janë manikyrët dhe ngjitësit për thonj artificial.

Alergenët kryesorë janë akrilatet dhe cianoakrilatet. Midis tyre nuk ka reaksione të kryqëzuara. Rezinat që nuk përmbajnë akrilate por para-toluen sulfonamide formaldehide shkaktojnë rrallë leziona në thonj, por më tepër në palpebra dhe qafë.

5-Regjioni genital

Dermatiti alergjik i kontaktit në regjionin anogenital, nga substancat kozmetike, është i rrallë. Më shpesh vihet re dermatit irritativ. Duhet menduar për një dermatit kontakti të induktuar nga substancat kozmetike vetëm pasi janë eliminuar diagnoza të tjera.

Shfaqjet klinike tek femrat: eritema, edema, vezikula, mund të vihet re likenifikim,

Shenjat klinike tek meshkujt: mund të vihet re ekzema por edhe balanitis rekurent nga përdorimi i kondomit(monoxynol-9); ose i shaktuar nga një alergji ndaj një produkti të përdorur nga partnerja(propan-1,2-diol në përbërje të një xheli lubrifikant).

Shkaktarët kryesorë janë produktet e higjenës, antiseptikët dhe produktet e depilimit.

Ndryshe nga lokalizime të tjera anatomike të dermatitit alergjik, në regjionin ano-genital, nocioni i pruritit nuk është kyçi i diagnozës së një alergjie. Duhet menduar për një dermatit kontakti të induktuar nga substancat kozmetike vetëm pasi janë eliminuar diagnoza të tjera dhe pas një ekzaminimi të kujdesshëm.

Diagnoza diferenciale

- Infeksionet mykotike dhe parazitare
- Dermatiti atopik
- Psoriasis inversa
- Sëmundje seksualisht të transmetueshme
- Diabet, etj.

6-Regjioni aksilar

Aspektet klinike

Vihen re leziona eritematoze, pruriginoze, me vezikula. Këto leziona janë më të shprehur distalisht dhe **kupa aksillare (pjesa më e thelluar) është e paprekur** (për shkak të efektit centrifugal të djersës). Djersa luan rol të rëndësishëm sepse produktet që aplikohen në një lëkurë të pastër shkaktojnë më shpesh fenomene irritimi apo alergjike.

Në përgjithësi lezionet nuk janë simetrike, dhe përhapen drejt kurrizit. Ndërsa në rast të alergenëve tekstile (veshjeve) simptomat janë simetrike.

Lezionet asimetrike duhet të na bëjnë të dyshojmë për dermatit nga substancat kozmetike.

Shkaktarët kryesorë janë parfumet dhe deodorantët/antiperspirantët.

Diagnoza diferenciale:

- Në rast të lezioneve me ngjyrë të kuqe në kafe (vetëm në një aksilë) duhet të dyshojmë për *Corynebacterium minutissimum* i cili mund të trajtohet me Eritromicinë.
- Dermatiti atopik
- Psoriaza, etj.

Sëmundje preekzistuese të lëkurës që favorizojnë shfaqjen e dermatit alergjik të kontaktit gjatë trajtimit me produkte të ndryshme kozmetike

1-Dermatiti atopik- trajtohet kryesisht me hidratues dhe emolientë kozmetikë

Agjentët kozmetikë më të akuzuar janë:

Fragrancat (fragrancat-miks, balsami peruvian, kolofoni)

Konservantët (metilizotiazolinoni, metildibromoglutaronitrili, çliruesit e formaldehidës) **ekstraktet/ekcipientët** (lanolina, kokamidopropilbetaina-CAPB)

ngjyruesit e flokëve

formaldehida dhe rezinat akrelike

Disa studime europiane tregojnë se pacientët me dermatit atopik kanë një incidencë të rritur të dermatitit alergjik të kontaktit nga nikeli dhe lateksi.

2-Aknet

Produktet kozmetike që përdoren në akne me efekte antiinflamatore dhe antisebum dhe keratinë-rregulluese shpesh shkaktojnë dermatit irritativ dhe më rrallë dermatit alergjik.

Molekulat përgjegjëse për dermatitin alergjik janë

tretinoina dhe retinoide te tjera (gjenden në medikamente dhe produkte kozmetike)

benzoil-peroxidi (ka efekt mbi *Propionibacterium acnes*)

alfa-hidroksi acidet

3-Prurit vulvar dhe prurit anal

Pacientët me prurit anal dhe vulvar mund të sensibilizohen ndaj benzokainës lokale apo medikamenteve të tjera lokale.

Bibliografia

1. Agner T, Menné T. Individual predisposition to irritant and allergic contact dermatitis. In: FroschPJ, MennéT, LepoittevinJP, editors. *Contact dermatitis*, 4th edn. Berlin: Springer, 2006:127–134.
2. Rustemeyer Th, Van-Hoogstraten IMW, Von-Blomberg BME, Scheper RJ. Mechanisms in allergic contact dermatitis. In: FroschPJ, MennéT, LepoittevinJP, editors. *Contact dermatitis*, 4th edn. Berlin: Springer, 2006:11–43.

3. Agner T. Hand eczema. In: FroschPJ, MennéT, LepoittevinJP, editors. *Contact dermatitis*, 4th edn. Berlin: Springer, 2006:335–344.
4. Kwangstith C, Maibach HI. Effect of age and sex on the induction and elicitation of allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1995;**33**:289–298.
5. Mangelsdorf HC, Fleischer AB, Sherertz EF. Patch testing in an aged population without dermatitis: high prevalence of patch test positivity. *Am J Contact Derm* 1996;**7**:155–157.
6. Sulzberger MB, Rostenberg A. Acquired specific supersensitivity (allergy) to simple chemicals. IV. A method of experimental sensitization; and demonstration of increased susceptibility in individuals with eczematous dermatitis of contact type. *J Immunol* 1939;**36**:17–27.
7. Skog E. Primary irritant and allergic eczematous reactions induced in patients with different dermatoses. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1960;**40**:307–316.
8. Smith HR, Holloway D, Basketter DA, McFadden JP. Lowered irritant thresholds in subjects with colophony allergy. *Brit J Dermatol* 2000;**143**:28.
9. Kligman AM. The identification of contact allergens by human assay: II. factors influencing the induction and measurement of allergic contact dermatitis. *J Invest Dermatol* 1966;**47**:375–391.
10. Kimber I. Danger signals and skin sensitization. *Br J Dermatol* 2002;**147**:613–614.
11. Kligman AM. Poison ivy (rhus) dermatitis. *Arch Dermatol* 1958;**77**:149–180.
12. Friedman PS. Clinical aspects of allergic contact dermatitis. In: KimberI, MaurerTh, editors. *Toxicology of contact hypersensitivity*. London: Taylor & Francis, 1996:26–56.
13. Kimber I, Basketter DA, Butler M, Gamer A, Garrigue JL, Gerberick GF *et al*. Classification of contact allergens according to potency: proposals. *Food Chem Toxicol* 2003;**41**:1799–1809.
14. Basketter DA, Jefferies D, Safford BJ, Gilmour NJ, Jowsey IR, McFadden J *et al*. The impact of exposure variables on the induction of skin sensitization. *Contact Dermatitis* 2006;**55**:178–185.
15. Forsbeck M, Skog E, Ytterborn KH. Delayed type of allergy and atopic disease among twins. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1968;**48**:192–197

OKSIDI NITRIK NË AJRIN E EKSPIRUAR, VLERA E TIJ NË DIAGNOZËN DHE MONITORIMIN E ASTMES BRONKIALE

E. Mësonjëst¹, E. Piluri⁴, E. Grabocka³, M.Hoxha¹, E. Shehu¹, A. Priftanji².

1. Mjek Alergolog pranë Shërbimit të Alergologjisë, QSU “Nënë Tereza”
2. Shef i Shërbimit pranë Shërbimit të Alergologjisë, QSU “Nënë Tereza”
3. Pedagog pranë Departamentit të Farmakologjisë pranë Fakultetit të Mjekësisë
4. Mjeke Alergologe pranë Spitalit Amerikan

ÇFARË ËSHTË OKSIDI NITRIK (NO)?

Oksidi Nitrik (NO) është një molekulë e rëndësishme rregullatore endogjene e shpërndarë gjërësisht në organizmin e njeriut. NO ushtron shumë prej veprimeve të veta fiziologjike nëpërmjet aktivizimit të guanilat ciklazës citozolike, e cila konverton guaninë trefosfatin (GTP) në guaninë monofosfat ciklike (cGMP). NO ekziston në dy izoforma, në atë konstitutive (cNOS) dhe në atë të induktueshme (iNOS). NOS e shprehur në mënyrë konstitutive gjendet kryesisht në qelizat endoteliale (eNOS) dhe indin nervor (nNOS). Është demonstruar se të gjitha format e NOS (dmth eNOS, nNOS dhe iNOS) janë të pranishme në rrugët e frymëmarrjes. Megjithatë vetëm shprehja e iNOS korrelohet me nivelet e NO në ajrin e ekspiruar dhe kjo shprehje rritet së tepërmi në astmën bronkiale. Oksidi nitrik i formuar nga cNOS mund të çojë në relaksim të cGMP-dipendent të muskulaturës së lëmuar të rrugëve të frymëmarrjes, ndërsa sasitë e mëdha NO të prodhuara nga iNOS mund të kontribuojnë në efektet pro-inflamatore të NO.

Shprehja e iNOS mund të nxitet me anë të një sërë stimuluesh, dhe veçanërisht nga citokinat inflamatore, por mekanizmi i saktë me anë të të cilit ndodh nxitja e shprehjes së iNOS nga citokinat inflamatore nuk njihet akoma ndonëse besohet se faktori i transkripsionit STAT-1 luan një rol të rëndësishëm në të. Shprehja e një faktori tjetër të rëndësishëm transkripsioni, NF-kappa B, rritet gjatë inflamacionit alergjik dhe reduktohet nga përdorimi i kortikosteroideve.

Disa studime kanë provuar se iNOS luan gjithashtu një rol të rëndësishëm në inflamacionin pulmonar, është provuar se rritja e niveleve të citokinave të derivuara nga qelizat Th2 që vërehet në të sëmurët me astmë atopike në krahasim me subjekte të shëndetshëm, korrelohet me nivelet e NO në ajrin e ekspiruar.

NO vepron si një mesazher në një sërë procesesh të ndryshme biologjike si p.sh. në rregullimin e fluksit periferik të gjakut, funksionin trombocitar, reaksionet immune dhe neurotransmetimin. Në inde NO është shumë reaktiv gjë që bën matjen e tij shumë të vështirë. Megjithatë, në fazë të gaztë NO në përqëndrime të ulëta është mjaft e qëndrueshme dhe difuzon lehtësisht në qelizat përreth. Kështu nëse NO prodhohet në inde dhe organe në të cilat mund të difuzojë nëpër hapësira apo kavitate, NO mund të zbulohet dhe matet lehtësisht në kampion gazi të mbledhur nga këto organe.

Përcaktimi i NO në ajrin e ekspiruar është raportuar për herë të parë në 1991, dhe shumë shpejt u zbulua që niveli i NO në ajrin e ekspiruar rezultonte i rritur në pacientët me astmë. Shumë studime që pasuan më tej konfirmuan vlerën klinike të përcaktimit të NO në ajrin e ekspiruar. Nivelet e NO në ajrin e ekspiruar rriten gjatë bronkospazmave të shoqëruara me inflamacion bronkial.

Rrjedhimisht përcaktimi i NO në ajrin e ekspiruar ka një rol të rëndësishëm në diferencimin e komponentëve inflamatorë dhe bronkospastikë të astmës bronkiale dhe

mund të përdoret për të udhëhequr përdorimin terapeutik të steroideve dhe agjentëve të tjerë anti-inflamatore.

Matja e NO në ajrin e ekspiruar. Metoda më e përhapur që përdoret për matjen e NO në ajrin e ekspiruar është kemilumineshenca. Kjo metodë lejon matjen deri në pothuajse 1 ppb (pjesë për bilion). Megjithatë së fundmi falë një teknologjie të re për detektimin e NO është mundësuar matja e NO në ajrin e ekspiruar më anë të një pajisjeje portative të përshtatshme për përdorimin klinik rutinë të matjes së NO në ajrin e ekspiruar. Udhëzuesit e përbashkët të Shoqatës Evropiane Respiratore (ERS-European Respiratory Society) dhe të Shoqatës Amerikane Torakale (ATS-American Thoracic Society) rekomandojnë matjen e NO në një shpejtësi fluksi të ajrit të ekspiruar prej 50 mL/s. [American Thoracic Society / European Respiratory Society 2005]. Përdorimi i tij është miratuar dhe nga FDA (US Food&Drug Administration)

Spirometria, testet e hiper-reaktivitetit bronkial dhe induktimit të sputumit duket se shkaktojnë një reduktim afat-shkurtër të niveleve të NO në ajrin e ekspiruar. Rrjedhimisht NO duhet të matet përpara kryerjes së këtyre testeve tek pacientët. Matja e NO në ajrin e ekspiruar, realizuar sipas udhëzimeve të përbashkëta ATS dhe ERS quhet *Oksidi Nitrik i Ekspiruar Fraksional (FeNO)*.

Kushti thelbësor për përdorimin në rutinën klinike të matjes së NO në ajrin e ekspiruar për **diagnozën** dhe **menaxhimin** e astmës është që metoda për matjen e NO duhet të tregojë një riprodhueshmëri të mirë të rezultateve dhe është provuar se matje me riprodhueshmëri të lartë mund të merret duke përdorur sistemin e monitorimit të Oksidit Nitrik NIOX. (Një aparaturë e tillë është e pranishme dhe pranë shërbimit që nga viti 2006).

Është për tu shënuar se variabiliteti brenda individit dhe midis individëve mund të influencojë nivelet e NO në ajrin e ekspiruar dhe duhet patur kujdes që gjatë monitorimit afat-gjatë, vlerat e NO të maten gjithmonë në të njëjtën kohë gjatë ditës.

Vlerat referencë për individët e shëndetshëm dhe faktorët që ndikojnë nivelet e NO në ajrin e ekspiruar. Studime të shumta demonstrojnë se vlerat e NO në ajrin e ekspiruar tek subjektet e shëndetshëm të matura sipas udhëzimeve të ATS/ERS, luhaten midis 5 dhe 35 ppb dhe tek fëmijët 5 deri 25 ppb. Gjatësia, mosha, atopia, prania e simptomave të astmës gjatë muajve të fundit dhe përdorimi i steroideve inhalatore shoqërohen pozitivisht me vlerat e NO ndërsa përdoruesit e duhanit kishin vlera më të ulëta të NO.

Nivelet e NO ndryshojnë edhe në varësi të patologjive nga të cilat vuan pacienti ndaj dhe ato duhet të merren në konsideratë nga mjeku alergolog që kryen ekzaminimin.

Publikimet e para konfirmuan rritjen e rëndësishme të niveleve të NO në ajrin e ekspiruar në astmatikë. Tabela e mëposhtme rendit studimet që kanë evidentuar rritjen e NO prej 2 deri 4 herë më tepër në astmatikët krahasuar me subjektet e kontrollit të të njëjtës grupmoshë dhe të karakteristikave të tjera. Bazuar në të dhënat e këtyre studimeve rezultoi se në pacientët astmatikë vlerat e NO luhaten nga 25 deri 80 ppb nëse matet sipas udhëzimeve të ERS/ATS. Në disa pacientë mund të hasen vlera më të larta sidomos në ato me astmë të pakontrolluar apo përkeqësim klinik.

Tabela 1.4. Vlerat referente për astmatikët (50mL/s)

Autori, viti i publikimit	Pacientët astmatikë	Grupi i kontrollit	Raporti
Kharitonov et al. 2003	24.9 ±22.3 (fëmijë)	15.6±9.2	1.6
Olin et al. 2004b	52.5 (të rritur)	15.7	3.3
Kharitonov et al. 2003	61.7±48.4 (të rritur)	17.8±6.8	3.5
Scollo et al.2000	76.2±26.2 (fëmijë)	10.1±4.1	7.5

Malmberg et al. 2003	22.1±3.4 (fëmijë)	5.3±0.4	4.2
Sacco et al. 2003	15.8 (fëmijë)	9.8	1.6
Silvestri et al. 2003	16.0 (fëmijë)	6.8	2.4
Smith et al. 2004	52.0±34.0 (fëmijë dhe të rritur)	15.7±12.9	3.3
Leung et al. 2005	78±59 (fëmijë)	40±43	2.0
Baraldi et al. 2000	31.4±2.5 (fëmijë)	9.6±0.7	3.3
Olin et al. 2001b	43.5 (të rritur)	20.4	2.1
Zietoëski et al. 2006	84.0±51.4 (të rritur me alergji 45.8±32.6 (adultë pa alergji))	12.9±4.6	6.5 3.6

Roli i FeNO në udhëzuesit klinikë të menaxhimit të astmës. Udhëzuesit e përbashkët të ATS dhe ERS ofrojnë rekomandime të detajuara mbi standartizimin e procedurave të matjes së FeNO dhe të NO nazale si në fëmijë ashtu edhe në të rritur. Konferenca e ATS e mbajtur në Shtator 2005 rishikoi në mënyrë specifike vlerën e matjes së niveleve të NO dhe përdorimet klinike të saj.

Udhëzimet e GINA (Global Initiative for Astma) për manaxhimin dhe parandalimin e astmës njohin përdorimin gjithnjë në rritje të FeNO për monitorimin efikas në trajtimin e astmës. [Global Initiative for Astma 2010].

Vlera klinike e monitorimit të niveleve të FeNO paraqitet në udhëzuesit e NHLBI 2007 mbi diagnozën dhe menaxhimin e astmës. (US National Heart, Lung and Blood Institute).

FeNO: LIDHJA MIDIS INFLAMACIONIT BRONKIAL DHE SIMPTOMAVE KLINIKE

Astma bronkiale është një patologji që në bazë të saj ka inflamacionin kronik i rrugëve të ajrit. Por cila është lidhja e FeNO dhe inflamacionit me simptomatologjinë klinike të astmës?

FeNO dhe Inflamacioni Eozinofilik . Koncepti aktual i patogjenezës së astmës bazohet në një proces kronik inflamacioni përgjegjës për zhvillimin e pakësimit të fluksit të ajrit dhe rritjen e shkallës së përgjigjes ndaj alergjenëve. Inflamacioni i rrugëve të frymëmarrjes karakterizohet nga një rritje e numrit të eozinofileve, mastociteve dhe limfociteve T në mukozën dhe lumenin e rrugëve të frymëmarrjes. Veprimet e këtyre qelizave rezultojnë më pas në dëmtim epitelial, enjtje, sekretim mukosi dhe kontraktim të muskulaturës së lëmuar të rrugëve të frymëmarrjes. Kështu, qelizat inflamatore dhe mediatorët e inflamacionit janë shkaku i simptomave në astmë. Është demonstruar se ekziston një korrelacion invers midis përqëndrimit të eozinofileve dhe integritetit epitelial të rrugëve të frymëmarrjes në individët me astmë atopike, duke treguar kështu se inflamacioni luan një rol të rëndësishëm në rimodelimin bronkial. Nivelet e derivateve të NO në sputumin e induktuar korrelojnë me markuesit e rimodelimit të rrugëve të frymëmarrjes. Inflamacioni eozinofilik është veçoria më karakteristike e astmës bronkiale. Është raportuar gjithashtu se përveçse me numrin e eozinofileve në sputum, vlerat e FeNO korrelojnë edhe me numrin e eozinofileve të gjetura në biopsinë bronkiale dhe lavazhin bronkio-alveolar (BAL). Tashmë disponohen të dhëna të plota dhe bindëse se FeNO reflekton shkallën e inflamacionit bronkial. *Simptomat e astmës rezultojnë nga aktivizimi i eozinofileve dhe qelizave të tjera inflamatore. Të dhënat e studimeve tregojnë se ekziston një lidhje midis FeNO, inflamacionit eozinofilik dhe astmës. Vlerat e matura të FeNO korrelojnë shumë mirë me inflamacionin eozinofilik të rrugëve të frymëmarrjes.*

FeNO dhe Funkcioni Respirator. Testet e funksionit respirator përfaqësojnë metodën standarte të vlerësimit të astmës, megjithëse po pranohet gjithmonë e më shumë se këto teste nuk reflektojnë shkallën e inflamacionit ose vetë-vlerësimit të pacientit mbi

gjendjen e astmës. Në përgjithësi, të gjitha studimet tregojnë se nuk ka korrelacion (ose është shumë i dobët) midis vlerave të FeNO dhe rezultateve të testeve standarte të vlerësimit të funksionit respirator në të sëmurët me astmë. Për më tepër, duket se FeNO mund të përgjigjet shumë më shpejt sesa ndryshimet spirometrike ndaj ekspozimit kundrejt alergenëve duke e bërë atë (FeNO) një markues më të ndjeshëm të gjëndjes së sëmundjes. Megjithatë, duhet shënuar se ekziston një korrelacion midis vlerave të FeNO dhe vëllimit rezidual. Kjo konsiderohet të reflektojë korrelimin midis inflamacionit të rrugëve të frymëmarrjes dhe ngecjes/bllokimit të ajrit brenda mushkërive. *Testet e funksionit pulmonar dhe FeNO matin aspekte të ndryshme të astmës: ndaj edhe ekziston një lidhje e dobët midis tyre.*

FeNO dhe Atopia. Atopia është një gjëndje patologjike e përcaktuar gjenetikiqisht që shoqërohet shpesh me astmën. Nga pikëpamja klinike është i rëndësishëm diferencimi midis astmës atopike dhe jo-atopike pasi kjo ndikon në mënyrë të rëndësishme në mjekimin e tyre. Kështu për shembull është provuar se vlera e FeNO në fëmijët astmatikë mbas ekspozimit ndaj alergenit rritet ndjeshëm dhe përdorimi i steroideve inhalatorë parandalon këtë rritje.

FeNO dhe hiperreaktiviteti bronkial. Lidhja midis tyre deri tashmë është dokumentuar vetëm në fëmijët atopikë. Bazuar në këto të dhëna disa ekspertë pretendojnë se rritja e niveleve të NO në ajrin e ekspiruar është veçori e atopisë dhe jo e astmës. Rritja e niveleve të NO në ajrin e ekspiruar duket të shoqërohet me një mekanizëm bazë që lidh atopinë me hiperreaktivitetin bronkial por jo domosdoshmërisht me simptomat respiratore.

FeNO është një tregues i shtimit të inflamacionit të shpërthyer nga ekspozimi ndaj alergjenëve. Rritja e niveleve të FeNO duket se është e lidhur me atopinë dhe hiperreaktivitetin bronkial, edhe nëse pacienti mund të duket asimptomatik. Studime të mëtejshme janë akoma të nevojshme për të përcaktuar lidhjen e plotë midis NO, atopisë dhe astmës.

FeNO: KORRELIMI ME MARKUESIT E INFLAMACIONIT

Ndryshimet në nivelet e markuesve të inflamacionit pas trajtimit me kortikosteroide reflektojnë probabilitisht ndikimin e steroideve mbi mediatorët e ndryshëm të përgjigjes inflamatorë. Vlerat e FeNO reflektojnë shkallën e inflamacionit. Kjo mbështetet nga një sërë studimesh që analizojnë korrelimin e vlerave të FeNO me ato të markuesve konvencionalë të inflamacionit të rrugëve respiratore. Aspekti më i rëndësishëm i evidentuar nga këto studime është korrelimi i vlerave të FeNO me rezultatet e marra nga ekzaminimi i biopsive bronkiale dhe i lavazheve bronko-alveolare, dy ekzaminime të konsideruara si “standart i artë” për vlerësimin e inflamacionit të rrugëve respiratore. Në krahasim me procedurën të tilla si lavazhi bronko-alveolar dhe biopsia bronkiale, matja e FeNO nuk është invazive, ofron rezultate të shpejta dhe është më konvencionale për të sëmurin.

Hiperreaktiviteti Bronkial. Të dhënat në literaturë në lidhje me korrelimin midis niveleve të FeNO dhe HRB janë kontradiktore. Megjithatë, është raportuar një korrelim i mirë midis vlerave të FeNO dhe HRB.

Eozinofilet në Sputum. Shumica e studimeve tregojnë se ekziston një korrelim i rëndësishëm midis këtyre dy metodave. Në shumë raste eozinofilet në sputum janë më shumë sensitive dhe informative sesa FeNO, por është gjithashtu më pak konvencionale për pacientin dhe kohë konsumuese krahasuar me FeNO.

Eozinofilet në gjak. Matja e numrit të eozinofileve në gjakun periferik, korrelojnë mirë me shkallën e sensibilizimit alergjik tek fëmijët. Një korrelim i rëndësishëm statistikor midis vlerave të FeNO dhe numrit total të eozinofileve në gjak është vënë re nga studime të ndryshme si në fëmijë dhe në adultë.

Biopsia bronkiale. Studimet e shumta për vlerësimin e një korrelacioni midis FeNO dhe biopsisë bronkiale janë kontradiktore.

Lavazhi bronko-alveolar. Vlerat e FeNO korrelojnë me indikatorët e inflamacionit të matura në likidin e lavazhit bronko-alveolar (BAL). Si vlerat e FeNO ashtu edhe përqindja e eozinofileve në likidin e BAL reduktohen nga trajtimi me kortikosteroide inhalatore, ndonëse vetëm reduktimi i FeNO rezultoi i rëndësishëm nga ana statistikore.

IgE. Vlerat e FeNO dhe numri i eozinofileve kanë treguar një korrelim pozitiv me IgE-të specifike për pluhurin e shtëpisë megjithatë duhen akoma studime të tjera.

Neutrofilet. Në disa raste të astmës bronkiale është dokumentuar një neutrofil i shprehur. Rezultatet sugjerojnë ekzistencën e një nëngrupi pacientësh me shenja klinike të astmës bronkiale por që kanë një inflamacion kryesisht neutrofilik dhe që sekrecionet e rrugëve respiratore në këto pacientë nuk përmbajnë eozinofile. Këta pacientë gjithashtu, në dallim nga pacientët me inflamacion tipik eozinofilik, nuk i përgjigjen terapisë me kortikosteroide. Ka rritje të vazhdueshme të të dhënave në literaturë që mbështesin një rol të neutrofileve në astmën akute të rëndë. Nivele të larta neutrofilesh janë evidentuar në rastet e astmës fatale me fillim të menjëhershëm. Gjatë përkeqësimeve të astmës vërehet rritje e numrit dhe shtim i nxitjes së neutrofileve. Në astmën neutrofilike vërehen nivele të ulëta të FeNO.

PËRDORIMET KLINIKE TË FeNO

Diagnoza e Astmës. Matja e FeNO ofron një metodë të vlefshme për diferencimin e astmës nga patologji të tjera respiratore. Vlera diagnostike e FeNO dhe aftësia e metodës për të diferencuar midis subjekteve me simptoma respiratore dhe pacientëve me astmë të vërtetë janë analizuar nga disa autorë. Studimi më i plotë është ai i kryer në 240 pacientë, jo-duhanpirës, pa mjekim me steroide, tek të cilët u gjet se vlera e pragut prej 16 ppb (me fluks 200ml/s) ofronte një specificitet për diagnozën e astmës rreth 90%, me vlerë parashikuese pozitive prej mbi 90%. Për vlerë pragu 20ppb (fluks 200ml/s) specificiteti arrinte në 100%.

Është demonstruar se vlerat e FeNO korrelojnë mirë me rezultatet e mjeteve të tjera diagnostike si HRB ndaj histaminës, reversibiliteti i obstruksionit bronkial, niveli i proteinës eozinofilike kationike dhe eozinofilisë në gjakun periferik në astmatikët alergjikë dhe jo-alergjikë, por nuk korrelojnë me vlerën e FEV1.

Inflamacioni i rrugëve respiratore rezulton të jetë i pranishëm që në stadiet e hershme të astmës madje edhe në fëmijët e moshës para-shkollore. Përdorimi i vlerave të FeNO për identifikimin e fëmijëve para-shkollorë me astmë kryesisht atopike rezulton të japë të dhëna më të mira sesa matja e funksionit pulmonar apo e treguesit të përgjigjes ndaj bronkodilatatorit.

Një krahasim i niveleve të FeNO dhe numrit të qelizave në sputum me një sërë testesh klinike të rekomanduara normalisht nga udhëzuesit ndërkombëtare për konfirmimin e diagnozës së astmës është realizuar nga Smith dhe bp. ku astma u përcaktua si një përgjigje pozitive ndaj një agjenti bronkodilatator ose si një përgjigje pozitive e testit të HRB, në përputhje me udhëzimet e ERS/ATS. Ndjeshmëria (sensitiviteti) për secilin nga testet konvencionale (matjet e spirometrisë dhe të *peak-flow*), pas përdorimit të

steroidëve, ishte më i ulët (0-47%) sesa për FeNO (88%). Kombinimi i një vlere më të lartë të FeNO (33 ppb) me një spirometri jo-normale (FEV1<80% e vlerës së parashikuar) ofrojnë një ndjeshmëri (sensitivitet) dhe specificitet akoma më të mirë për diagnozën e astmës, 94% dhe 93% respektivisht. *Matja e e vlerave të FeNO është treguar të jetë superiore ndaj shumicës së testeve konvencionale të rekomanduara në udhëzuesit ndërkombëtarë për diagnozën e astmës në të sëmurët simptomatikë por nuk është patognomonike.*

Alternativë e testit të HRB. Testi i HRB konsiderohet si “standarti i artë” i vlerësimit të inflamacionit të rrugëve respiratore dhe përbën një nga veçoritë më karakteristike të astmës bronkiale. Ky test është invaziv, i papërshtatshëm për inspektime të gjëra në popullatë për shkak të kohëzgjatjes dhe risqve që bart. FeNO ofron një alternativë shumë më praktike.

Matja e FeNO është një ekzaminim i thjeshtë, kohë-efikas dhe konvenient i përgjigjes së hiper-reaktivitetit bronkial dhe bronko-konstriksionit të shkaktuara nga aktiviteti fizik. FeNO mund të zëvendësojë testin e provokimit bronkial, ndërkohë është më superior se FEV1 në parashikimin e hiper-reaktivitetit të rrugëve respiratore.

Parashikimi i përgjigjes së mjekimit me steroidë. Vlerat e FeNO mund të përdoren për identifikimin e pacientëve që mund t’i përgjigjen mirë mjekimit me kortikosteroide inhalatore. Në një studim pediatrik përgjigjia ndaj mjekimit anti-inflamator rezultoi të korrelonte me nivelin e FeNO përpara mjekimit. Një përgjigje e mirë e FEV1 (rritje >15%) shoqërohej me vlera të larta të FeNO ndërsa një përgjigje e dobët e FEV1 shoqërohej me vlera më të ulëta të FeNO. Bazuar në këto të dhëna arrihet në përfundimin se vlerat e FeNO mund të përdoren si tregues i nevojës së pacientit për mjekim me kortikosteroide inhalatore. *Matja e FeNO merr rëndësi të madhe praktike nëse marrim në konsideratë vlerën e terapisë me kortikosteroide inhalatore.*

Përgjigjia ndaj mjekimit anti-inflamator. Një nga karakteristikat më të vlefshme të FeNO është përgjigjia ndaj mjekimit anti-inflamator. Disponohen të dhëna të rëndësishme që tregojnë se kortikosteroidet reduktojnë vlerat e FeNO në astmë. Përgjigjia e FeNO ndaj mjekimit anti-inflamator është e shpejtë dhe dozë-dipendente. Studime të shumta demonstrojnë reduktime të mëdha të niveleve të FeNO në përgjigje ndaj mjekimit anti-inflamator (-40% deri -60%). Rrjedhimisht matja e niveleve të FeNO mund të përdoret potencialisht si mjet monitorues i efikasitetit të mjekimit anti-inflamator dhe vlerësimin e përgjigjes ndaj trajtimit dhe më konkretisht vlerësimin e shkallës së inflamacionit dhe reaktivitetit të rrugëve respiratore në mënyrë individuale në çdo pacient.

Sipas udhëzimeve të GINA 2010 (*Global Initiative for Asthma*), qëllimi kryesor i menaxhimit të astmës është “Kontrolli i Astmës”. Megjithatë vlerat e FeNO reduktohen nga mjekimi me kortikosteroide inhalatorë, ato nuk mund të frenohen totalisht dhe vlerat e FeNO edhe gjatë mjekimit me steroidë vazhdojnë të korrelojnë me gjendjen e kontrollit të sëmundjes.

Vlerat e FeNO në të sëmurët e mjekuar me kortikosteroide, inhalatorë ose oralë, raportohen më të ulëta krahasuar me vlerat e gjetura në pacientët që nuk mjekohen me steroidë.

Autorët konkludojnë se monitorimi i FeNO mund të jetë i vlefshëm në ndjekjen ambulatorë të pacientëve si mjet për vlerësimin e kontrollit të astmës.

Monitorimi Kompliancës Terapeutike. Mos zbatimi me korrektësi i terapisë me kortikosteroide inhalatorë është një problem shumë më i gjërë nga ç' mund të konstatohet në praktikën e zakonshme. Gjithashtu pacientët me compliancë më të dobët bënin mëshpesh kriza astme. Komplianca është një problem madhor në ndjekjen veçanërisht të fëmijëve astmatikë por gjithashtu edhe në adultë është raportuar një korrelim i mirë midis vlerave të FeNO dhe compliancës.

FeNO dhe Rezistenca Steroide. Megjithëse mjekimi anti-inflamator zakonisht redukton vlerat e FeNO, disa të sëmurë vazhdojnë në mënyrë persistente të kenë vlera të larta të FeNO dhe të jenë njëkohësisht simptomatikë, pavarësisht mjekimit me kortikosteroide. Shkaqet kryesore janë një compliancë e dobët me mjekimin, përdorim i pasaktë i inhalatorit dhe në disa raste përshkrimi i dozave të pamjaftueshme të kortikosteroideve dhe ekspozimi i vazhdueshëm ndaj alergjenëve, përgjegjës për shtimin e aktivitetit inflamator. Mund të ekzistojë gjithashtu një numër i vogël pacientësh dhe veçanërisht ata me astmë të formës së rëndë, të cilët nuk i përgjigjen mjekimit me steroide.

Në raste të rralla vlerat e larta persistente të FeNO mund të jenë tregues i një rezistence të vërtetë ndaj steroideve.

Parashikimi i Humbjes së Kontrollit të Astmës. Nivelet e larta të vlerave të FeNO dhe numrit të eozinofileve në sputum janë tregues të humbjes së kontrollit të astmës. Vlera e parashikimit pozitiv (probabiliteti që një rritje e FeNO të shoqërohet me humbje të kontrollit) është mjaft e lartë, rreth 88%, por vlera e parashikimit negativ d.m.th përjashtimi i mundësisë së përkeqësimit nga gjetja e vlerave të ulëta të FeNO, është shumë e ulët, rreth 25%.

Ndërprerja e Sigurtë e Mjekimit me Kortikosteroide. Vlera të larta të FeNO mbas ndërprerjes së mjekimit me kortikosteroide inhalatorë, janë tregues i riskut për rishfaqje të simptomave. Vlera te FeNO >49 ppb mbas 2-4 javësh nga ndërprerja e mjekimit me kortikosteroide janë një tregues i fortë i rishfaqjes së simptomave. Rrjedhimisht përgjigjia e FeNO ndaj mjekimit në individët asimptomatike me histori për astmë mund të tregojë nëse duhet vazhduar apo mjekimi jo në këto subjekte.

Tabela 4.1: Pasqyrë përmbledhëse e avantazheve dhe disavantazheve të FeNO

Avantazhet	Disavantazhet
Jo-invaziv	Pajisjet për matjen e NO janë akoma shumë të shtrenjtë
I riprodhueshëm	Teknologjia aktualisht nuk është gjërësisht disponibël
Test i shpejtë me rezultat të menjëhershëm	Matja relativisht e vështirë në fëmijët parashkollorë
Korrelon me inflamacionin eozinofilik dhe HRB përpara mjekimit me steroide	Korrelim i dobët me testet e funksionit pulmonar dhe HRB pas fillimit të steroideve
I vlefshëm në diagnozën e astmës	Mat vetëm një komponent të përgjigjes inflamatore
Reduktohet me shpejtësi pas mjekimit anti-inflamator dhe parashikon përgjigjen	Nuk korrelon me gravitetin e astmës (NHLBI)
Rritet gjatë përkeqësimeve	Nivelet influencohen nga disa faktorë përfshi atopinë dhe polimorfizmin gjenetik
Mund të përdoret për monitorimin e compliancës	

NHLBI, National Heart, Lung and Blood Institute

Bibliografi:

1. American Thoracic Society. Standardization of Spirometry, 1994 Update. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 1107-1136.
2. American Thoracic Society/European Respiratory Society. ATS/ERS recommendations for standardized procedures for the online and offline measurements of exhaled lower respiratory nitric oxide and nasal nitric oxide 2005. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 912-30.
3. Ashutosh K. Nitric oxide and asthma: a review. Curr Opin Pulm Med 2000; 6: 21-5.
4. Avital A, Uwyed K, Berkman N, et al. Exhaled nitric oxide and asthma in young children. Pediatr Pulmonol 2001; 32: 308-13.
5. Baraldi E, Azzolin NM, Zanconato S, et al. Corticosteroids decrease exhaled nitric oxide in children with acute asthma. J Pediatr 1997; 131: 381-5.
6. Battaglia S, den Hertog H, Timmers MC, et al. Small airways function and molecular markers in exhaled air in mild asthma. Thorax 2005; 60: 639-44.
7. Borish LC, Nelson HS, Lanz MJ, et al. Interleukin-4 receptor in moderate atopic asthma. A phase I/II randomized, placebo-controlled trial. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 1816-23.
8. Boushey HA, Sorkness CA, King TS, et al. Daily versus as-needed corticosteroids for mild persistent asthma. N Engl J Med 2005; 352: 1519-28.
9. Bousquet J, Chanez P, Lacoste JY, et al. Eosinophilic inflammation in asthma. N Engl J Med 1990; 323: 1033-9. Brussee JE, Smit HA, Kerckhof M, et al. Exhaled nitric oxide in 4-year-old children: relationship with asthma and atopy. Eur Respir J 2005; 25: 455-61.
10. Gabazza EC, Taguchi O, Tamaki S, et al. Role of nitric oxide in airway remodelling. Clin Sci (Lond) 2000; 98: 291-4.
11. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. December 2010 Available from: www.ginasthma.com/GuidelineList.asp?l1=2&l2=1
12. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education Program. Expert Panel Report. J Allergy Clin Immunol 1991; 88: 425-534.
13. Gustafsson LE, Leone AM, Persson MG, et al. Endogenous nitric oxide is present in the exhaled air of rabbits, guinea pigs and humans. Biochem Biophys Res Commun 1991; 181: 852-7.
14. Kharitonov SA, Donnelly LE, Montuschi P, et al. Dose-dependent onset and cessation of action of inhaled budesonide on exhaled nitric oxide and symptoms in mild asthma. Thorax 2002; 57: 889-96.
15. Kharitonov SA, Gonio F, Kelly C, et al. Reproducibility of exhaled nitric oxide measurements in healthy and asthmatic adults and children. Eur Respir J 2003; 21: 433-8.
16. Olin AC, Rosengren A, Thelle DS, et al. Height, age, and atopy are associated with fraction of exhaled nitric oxide in a large adult general population sample. Chest 2006b; 130: 1319-25.
17. Piacentini GL, Bodini A, Peroni DG, et al. Reduction in exhaled nitric oxide immediately after methacholine challenge in asthmatic children. Thorax 2002; 57: 771-3.
18. Sacco O, Sale R, Silvestri M, et al. Total and allergen-specific IgE levels in serum reflect blood eosinophilia and fractional exhaled nitric oxide concentrations but not pulmonary functions in allergic asthmatic children sensitized to house dust mites. Pediatr Allergy Immunol 2003; 14: 475-81.

TRAJTIMI I DEFEKTEVE TE LINDURA TE BUZES DHE TE QIELLZES NE BAZE TE PROTOKOLLEVE TONA SPITALORE.

Prof.As.Ramazan Isufi

Sherbimi i Kirurgjise Oro-Maksilo-Faciale
Qendra Spitalore Universitare "Nene Tereza" Tirane

Abstrakti:

Keto defekte jane patologji shume te ndryshme, nganjehere jane te izoluara, ose jane shoqeruese te ndonje sindromi malformativ. Patogjeneza e tyre mbetet akoma nje

problem per tu diskutuar. Etiologjia eshte multifaktoriale. Disa malformacione te buzeve dhe qiellzes takohen mjaft rralle ne praktiken e perditeshme. Ne kryesisht merremi me trajtimin e defekteve te zakonshme. Megjithate larmine tyre shpeshhere trajtimi eshte unik

Ejalet Kyc

Defekte te lindura, patologji te zakonshme buze-qiellez, trajtim kirurgjikal

Hyrja

“Trajtimi i defekteve te lindura te buzës dhe te qiellzës eshte bere ne baze te protokolleve tona spitalore”. Incidenca 1:1000 lindje ne racen e bardhe, 1,7: 1000 ne popujt e lindjes, 1: 2500 ne racen e zeze. Natyre hereditare 10 – 30% (me shume e transmeton nena e semure dhe kryesisht vajzes). Mjedisi rrethues (agjente teratogjen). Infeksioz (rubeola, semundje infektive). Traumatike (aborti, sakusi amniotik i ngushte, makroglosia). Fizike (rezatimet e ndryshme). Toksike (medikamente teratogjene te cilat kalojne barieren placentare, droga, duhani, alkooli). Endokrine (diabeti, hyposekrecioni i A.C.TH, avitaminozat). Stresi dhe shoku psikoemocional. Defektet e rralla mund te jene: astomia, mikrostomia, makrostomia, labium supernumeratum, labium dublex, atrofia dhe hipertrofia labiale, fistulat labiale etj.

Qellimet

Me ane te ketij punimi ne do te japim protokollin tone per trajtimin e defekteve te lindura te buzës dhe te qiellzës si dhe eksperiencen pasqyruar nepermjet rasteve klinike.

Materiali dhe metoda

Per realizimin e ketij punimi jane shfrytezuar kartelat e te semureve te trajtuar me keto defekte per 10-vjecarin e fundit. Gjithshtu jane shfrytezuar protokollin baze te sherbimit tone ne lidhje me menaxhimin e ketyre patologjive.

Rezultatet dhe diskutimi

Sherbimi yne perdor klasifikimin sipas Veau (1938) te defekteve te lindura te buzës dhe te qiellzës:

1. Cheiloschisis uni/bilateral incompleta
2. Cheiloschisis uni/bilateral completa (shtrihet deri ne nares)
3. Cheilognatoschisis uni/bilaterale
4. Cheilognatopalatoschisis uni/bilaterale
5. Palatoschisis completa uni/bilaterale
6. Palatoschisis incompleta
7. Uvula bifida
8. Defekte submukoze dhe schisa subcutane (me inkompetence Velofaringeale)

Diagnozen e defekteve te lindura te buzës e kemi vendosur qe 3-4 muajt e jetës intrauterine dhe këte e kemi realizuar me ane te :

- Analizes gjenetike te lengut amniotik per te evidentuar problemet me kromozomet
- Me ane te ekos gjinekologjike ku me i lehte eshte percaktimi i defektit te buzës sesa qiellzës.

Pas lindjes per te vene diagnozen na ka ndihmuar anamneza, egzaminimi klinik i kujdeseshem, imazheria si dhe konsulta te tjera per te percaktuar mundesine e ndonje anomalie ne nje sistem apo organ tjetër.

Trajtimin e defekteve te buzës dhe te qiellzës e kemi bere ne baze te ketij protokollit:

1. Vleresimi i femijes se lindur me defekt dhe aplikimi i mjekimit ortodontik (pllaka ne qiellze dhe stripsa fiksues ne buze i cili vazhdon deri ne 3-muaj per pllaken ka akoma mendime kontradiktore)
2. 3-6 muajsh korrigohet buza (rregulli i dhjetave)
3. 12-18 muajsh korrigohet qiellza
4. 5-8 vjec ortodonci me nderprerje dhe logopedi
5. 5-7 vjec korrigjim i te folurit ne raste me VPI, me faringoplastike
6. 7-8 vjec zgjerim maksile me ortodonci
7. 9-11 transplant kockore ne procesin alveolar
8. 12-13 ortodonci me pllake
9. 17-18 kirurgji ortognatike (osteotomi e nofullave dhe rinoplastike)

Sherbimi yne per realizimin e keiloplastikes 10-vjecarin e fundit ka futur teknikat me trekendesha sipas Tenyson, Millard, Veau, Black nepermjet te cilave ka realizuar riformimin e nje buze te mjaftueshme me linjen e kupidonit si dhe simetrizmit te nereseve, krahasuar kjo me disa shkolla boterore. Gjithashtu per sa i perket palatoplastikes ne perdorim me mjaft sukses tekniken Langenbeck bipedunkulare, Furlow etj.

Megjithë trajtimin me sukses te ketyre defekteve ne disa raste kane mbetur dhe pasoja si: cikatrice ne buze, deformim i kupidonit, fistula oro-nazale, inkontinence velo-faringeale te cilat i kemi zgjidhur nepermjet operacioneve te dyta si: revizionin cikatrice, fistuloplastike, bone graft i procesit alveolar, faringoplastike, rinoplastike etj.

Per rritjen e suksesit ne trajtimin e defekteve te buzës dhe te qiellzës nuk mund te leme pa permendur bashkepunimin e sherbimit tone me disa sherbime europiane dhe boterore si : Drezden Gjermani; Gollway Irlande; Kroacia, Maqedoni, Kosova etj.

Nepermjet rasteve klinike ne do te pasqyrojme eksperiencen dhe rezultatet e trajtimit te ketyre patologjive ne baze te protokollit tone diagnozistik dhe terapeutik.

Konkluzione dhe rekomandime.

1. Trajtimi protokollar i defekteve te lindura te buzës dhe te qiellzës kerkon nje trajtim multidisipliner duke filluar qe ne jeten intrauterine deri ne moshen 20 vjecare.
2. Trajtimi kirurgjikal i ketyre defekteve kerkon njohje te mire te anatomise topografike te regjionit te buzëve dhe te qiellzës si dhe kirurge me nje eksperience disa vjecare ne këte fushe.

3. Trajtimi primar i ketyre defekteve me sukses eshte mjaft i rendesishem si per te semurin, kirurgun apo koston qe ka korirgjimi i pasojave te mevonshme.
4. Ne trajtimin e defekteve te buzes dhe te qiellzes nje rol te rendesishem luan dhe stomatologu i pergjithshem, ortodonti, ortopedi, punonjesi social etj.

Foto ku tregohen rezultatet e trajtimit te rasteve tona klinike me defekte te buzes dhe te qiellzes.



Foto nr 1- Labium Dupleks para dhe pas operacionit



Foto nr 2- Keiloskiz unilateralis sinistra simpleks (Para dhe pas operacionit)



Foto nr 3- Keiloskiz unilateralis sinistra simpleks (Para dhe pas operacionit)



Foto nr 4-Keilognatopalatoskizis unilateralis dekstra (Para dhe pas operacionit)



Foto nr 5-Keilognatopalatoskiz unilateral sinistra (Para dhe pas operacionit)



Foto nr 6-Keilognatopalatoskiz bilateral (para dhe pas operacionit)



Foto nr 13-Korigjimi i buzës dhe naresit pas keiloplastikes se pare (Para dhe pas operacionit)



Foto nr 14-Palatoplastike sipas Langenbeck (Para dhe pas operacionit)



Foto nr 15-Fistul oro-nazale para dhe pas operacionit

Literatura

1. Pojani Dh.Gjini S.Kasapi I.Qano G.:Kirurgjia Stomatologjike Tirane 1971
2. Isufi R:Kirurgjia Maxillo-Faciale Tirane 2006
3. Raymond J.Foneseca,D.M.D:Oral and Maxillofacial Surgery. Vol 4.Philadephia Pennsylvania 2000
4. Michael MiloroG. E. Ghali ,Peter E. Larsen • Peter D.Waite:PETERSON'SPRINCIPLES OF ORAL ANDMAXILLOFACIALSURGER Second Edition . Hamilton. London.2004.
5. Lore and Medina:An Atlas Of Head & Neck Surgery;Fourth Edition NewYork,2005
6. Piette,Reychler :Traité de pathologies buccale et maxillo-faciale,Paris 1991
7. Bruno De Michelis ;Tratao Di Clinica Odontostomatologica.Edizione Minerva,Medica Torino
- 8.Isufi R;Qendro A;Bardhoshi E:"Kirurgjia orale dhe Maksilo Faciale Vol II Tirane 2010"

PAROTITI REKURENT SI MANIFESTIM I PARË I SINDROMËS PRIMARE SJÖGREN

*Dr. Sabahete Dedja¹, Prof/Ass. Dr. Tritan Kalo², Dr. Shkëlqim Kurti²,
Prof. Dr. Dhimitër Kraja².*

¹ Poliklinika e Specialiteteve Nr. 3,

² Shërbimi i Sëmundjeve Infektive, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë.

Sindroma Sjögren primare është një çregullim inflamator kronik i karakterizuar prej infiltrimeve limfocitike dhe dëmtime autoimmune të gjëndrave ekzokrine, me

kompleksin e simptomave klasike të syve të thatë (keratoconjunctivitis sicca) dhe gojë të thatë (xerostomia). Sëmundja zakonisht shfaqet në personat e moshës 40–60 vjeç, por ajo mund të prekë edhe fëmijët. ***Zmadhimi i gjendrës salivare ndodh në më shumë se gjysmën e pacientëve të prekur, dhe gjendrat janë zakonisht të induruara në mënyrë difuze me enjtje episodike të tyre.*** Gjendra parotis e përfshirë në këtë nozologji është e zmadhuar dhe e induruar. Masazhi i gjendrës prodhon një salivë të qartë me grupëzime të proteinave të koaguluara. Në Sindromen Sjögren, prevalenca e parotitis në femrat përkundrajt meshkujve është afërsisht 9:1. Protiti rekurrent veçanërisht në femrat duhet të nxisë dyshimin e madh, se po ndodh staza salivare si dhe që Sindroma Sjögren mundet të jetë e pranishme (2, 3, 8, 18).

“Parotitis” është një inflamacion i njerës ose njëkohesisht i të dy gjendrave parotide, të cilat janë gjendrat më të mëdha salivare të lokalizuara lateralisht fytyrës sonë, dhe është njëkohesisht gjendra salivare më e prekura prej inflamacioneve të ndryshme.

Parotiti akut supurativ (PAS) është një infeksion bakterial i gjendrës parotis, i cili ndodh kur rrjedhja e paksuar e pështymes e lejon kalimin retrograd të bakterieve nga duktus Stensoni në parenkimën e gjendrës. PAS është një nozologji krejt e dallueshme prej parotideve virale, që më shpesh shkaktohet nga virusi i parotitit epidemik, si dhe nga parotiti kronik, i cili mundet të jetë i infeksioz, neoplazik, autoimun ose manifestim i sëmundjeve sistemike (4, 6, 15, 16, 19, 20).

Parioti infeksioz rekurrent, i cili përbën një seri episodesh të herë pas herëshme të PAS, shumë rrallë është përshkruar në literaturën mjeksore, si një komplikacion pararendës në algoritmin diagnostikues të Sindromes Sjögren primare (Primary sicca syndrome) (5, 10, 15, 19, 20).

Ne materialin tonë po ju paraqesim më poshtë rastin e një Parotidi infeksioz rekurrent, i cili parapriu vite me radhë manifestimet klinike domethënëse të një Sindrome Sjögren primare.

Paraqitja e rastit:

M. H., e seksit femër, 23 vjeçe. Fillimi sëmundjes i menjëhershëm 6 vite më parë (2004) me: zmadhim të të dy gjendrave parotide, më e shprehur djathtas, me skuqje e dhimbje lokale. Kultura e pusit në dalje të duktusit të Stensonit rezultoj me Streptococcus beta hemolyticus. Rasti u mjekua me Amoxicillin, me rezultat shumë të mirë.

18 muaj pas këtij episodi të parë pacientia ishte e qetë, në gjëndje shumë të mirë, pa asnjë episod të parotidit bakterial.

Më 2006 ajo manifestoi një episod të njejtë të një PAS bilateral, me të njejtin shkaktar bakterial, dhe të mjekuar si më sipër.

2006 – 2009, pacientja e qetë, pa shënja lokale apo sistemike.

Tetor 2009: pacientja paraqitet me zmadhim bilateral të gjëndrave parotide, cefale, temp. mbi 38.5 gradë celcius, rhinorhe dhe keilitis. Përveç pranisë së PAS pacientia ankohej kësaj rralle edhe për tharje goje, tharje të syve, prurit të tyre, ndjesinë e pranisë së trupave të huaj në sy, si dhe një dobësie të përgjithëshme.

Nisur nga rekurrenca e episodeve të PAS, si dhe e pasurimit të tablosë klinike me elementë të dyshimtë për një Sjögren's syndrome, u vendos për hospitalizimin e rastit dhe eksplorimin e mëtejshem të tij.

Bilanci i ekzaminimeve laboratoriko-instrumentale në të sëmurën tregon: **Kulturë e pusit e marë në hyrje të duktus Stensoni = St. aureus MS.** Bilirubina, Transaminazat hepatike, Azotemia dhe Kreatinemia në parametrat e normës, po ashtu edhe Klirensi i kreatininës (180 ml/min). **Hematograma:** Eritrocitet = 3.570.000/ml³; Hb = 9.88 gr%; ERS = 42 mm/ore; Leukocitet = 5.300/ml³, Trombocitet = 258.000/ml³; Sideremia = 48 (50-165 mcrogr/dl); Urinë komplet = Nle; **Të dhënat imunologjike:** Antikorpet Antinuklear (ANA) = pozitive (+++); Antikorpet SSA (Ro) = pozitive(++); Antikorpet SSB (La) = pozitive; Faktori rheumatoid = 196 UI/ml (≤ 15). **Protein-elektroforeza:** Albumina = 41.4% (52.0 – 65.0%), Alfa-1 = 2.9 < (1.1 - 3.7), Alfa-2 = 8.5 (8.0 – 12.0), Beta = 6.6 < (8.5 -14.0), **Gamma = 40.6 < (9.2 – 18.2)**, Raporti A/G = 0.71. Komplementi serik (C3) = 80 (90-180 mg/dl). Elektroforeza e Hb: Hb A = 98.1% (96 – 99), Hb A2 = 1.9% (<3.5%).

Sialografi: Pa patologji të gl. Parotis, pa prani të kalkulave në to.

ECHO e indeve të buta: tregon të dy gjëndrat parotide të mbushura me formacione hypoechogene të madhsive të ndryshme të ndara me septume filamentikë. Një aspekt i tillë shihet edhe në të dy gjëndrat submandibulare, por më pak të shprehura. Nuk ka imazh për kalkul. **Konkluzioni:** Të dhëna ultrasonografike për Sindromën Sjögren.

ECHO abdominale = Nle. ECHO doppler kardiake: Regurgitacion i lehtë mitral dhe trikuspidal. Rëografi pulmonare: Nle, Rëografi e gjunjënjëve: Pa patologji kockore; Rëografi e duarve: Bursit unilateral të bazës së falangut të dytë proximal dexter.

Konsultë okulisti: Iritacion i të dy syve, të ngjashëm me një Keratit punktiform dhe epitelizant, diçka që përfshin të gjithë qendrën. Testi i Shchrimmer nuk realizohet për shkak të gjëndjes së të sëmurës.

Biopsia e materialit të marë nga mukoza bukale pranë ductus Stensoni, si dhe material i marë nga vetë gl. parotis: Material i marë i paket, por **të dhënat mikroskopike flasin për një infiltrim limfocitik të lobuleve glandulare, i cili është çrregullimi karakteristik i observuar ne gjetjet bioptike te gjëndrave të pështymës dhe ato lakrimale në të sëmurët me Sindromë Sjögren.**

Diskutim:

Parotiti akut supurativ (PAS) më shpesh shkaktohet prej një infeksioni bakterial nga *Staphylococcus aureus* në më shumë se 80% të rasteve, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumonia*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes* dhe *Escherichia coli* munden gjithashtu të jenë shkaqe të infeksionit. Incidenca e infeksioneve të shkaktuara nga mikroorganizmat anaerobë striktë sikundër janë *Peptostreptococcus* dhe *Bacteriodes*, është në rritje. Terapia empirike e një PAS duhet gjithmone të marrë në konsideratë përfshirjen e [S. aureus](#) (MRSA) në këtë patologji (6, 11, 14, 16, 20).

Shenjat dhe simptomat e PAS manifestohen me një faqe të skuqur, të enjtur dhe të induruar, me ethe, dhimbje si dhe shkarkesa purulunte prej duktus Stensoni. Shumica e rasteve të PAS ndodhin në të moshuarit, megjithse të porsalindurit dhe fëmijet prematurë janë gjithashtu subjekte të riskuara për këtë sëmundje. Parotitis është tani më i zakonshëm në pacientët e moshuar sepse shumë prej tyre marrin medikamente me efekt atropinik, të cilat vonojnë rrjedhjen e salives si dhe predispozojnë infeksionet ashendente. Shumë medikamente psikotrope për arsye të efekteve të tyre atropinike janë të afërt me antihistaminikët bazuar në efektin e mësipërm. Tradicionalisht PAS shihet në vijim të një kirurgjije abdominale.

Faktorë që rrisin rrezikun e zhvillimit të PAS janë dehidrimi post-operator, kushtet debilituese si dhe gjëndjet imunodeprimuese. Shëmbuj të këtyre kushteve përfshijnë: diabetes mellitus, alkoholism, kequshqyerjen, higjenën e varfër të gojës, infeksionin HIV/AIDS, sindromën Sjögren, insuficiencën renale dhe hepatike, hiperlipoproteineminë dhe fibrozën cistike. Medikamentet që mundet të shkaktojnë dehidrim sikundër janë antidepresantet, antikolinergjiket dhe diuretikët, po ashtu edhe obstrukcionet e duktusit nga sialolitiazja, tumoret ose trupat e huaja, mund të shpien në PAS (4, 6, 13, 14, 16). Megjithatë përdorimi i njëkohshëm i antibiotikëve, e ka ulur incidencën e tij në 0.01% deri në 0.02% të të gjitha pranimeve spitalore si dhe në 0.002% deri në 0.04% të pacientëve post-operatore (6, 13, 16).

Infeksioni bakterial është më i shpeshtë në gjendrën parotide se në gjendrën submandibulare për arsye që vijojnë: (a) sekrecionet e gjendrës parotis janë seroze dhe për këtë arsye më pak bakteriostatike se sekrecionet mucinoze të gjendrës submandibulare; (b) hapja e duktus Stensoni të gjendrës parotis është më i gjërë dhe lehtësisht më i lëndueshëm në krahasim me hapjen e duktus Whartoni të gjendrës submandibulare (4, 9, 12).

CT-scan është modaliteti imazherik i zgjedhur në bërjen e diagnozës së PAS. CT-scan pa kontrast do të tregojë një zgjerim të gjendrës me rritjen e zbutjes për shkak të infiltrimit celular. CT-scan me kontrast mundet të ketë një përqëndrim difuz për shkak të rritjes së vaskularitetit. Nëse një gur i kalcifikuar është shkaktar i parotitis, CT-scan do të nxjerë në pah sialolitiazën. Në RM, gjendra është e zmadhuar me erësim të arkitekturës normale. Sialografia është e kundërindikuar në sëmundjen akute (PAS), për shkak se kontrasti mundet të shkaktojë rakturë të duktusit, po ashtu edhe acarim të infeksionit prej shtyrjes së bakterieve prapsh në gjendër (2, 18).

Inflamacioni kronik i gjëndrave salivare mundet që të observohet në një sëmundje autoimune të njohur si Sindroma Sjögren. Shkaku i kësaj sindrome nuk njihet. Sindroma shpesh karakterizohet nga një tharrje ekstreme e syve, gojës, hundës, vaginës dhe lekurës (8, 9, 12, 17).

Sindroma Sjögren, në ngjashmëri me sëmundje të tjera të indit lidhor është një çrregullim multiorganor me pamje të ndryshme. Ky entitet klinik është klasifikuar prej disave si një kusht primar (Sindroma Sjögren primare), ose i shoqëruar me sëmundje të tilla sikundër janë Lupusi eritomatoz ose Artriti rheumatoid (Sindroma Sjögren sekondare). Në sindromën e zhvilluar plotësisht duket se shumica e organeve të jenë të përfshira në të. Shumica e autorëve e klasifikojnë sëmundjen e definuar si Sindroma Sjögren, si një sëmundje e cila përfshin (1) prova objektive të Keratoconjunctivitis sicca ose (2) tregues anatomopatologjik të gjëndrave salivare karakteristike për këtë sindromë. Një Sindrom i mundshëm Sjögren duhet të plotësojë 2 prej 3 indekseve të mëposhteme: (1) **edemë kronike rekurrenente idiopatike të gjendrës salivare**, (2) kserostomi (goja e thatë) të pashpjeguar, dhe (3) sëmundje të indit lidhor (1, 2, 3, 4, 18).

Parotiti rekurrent supurativ mundet që të jetë simptoma prezantuese e kësaj syndrome në fëmijët dhe adoleshentet. Pacientet e rinj që diagnostikohen të jenë prekur prej Sindromes Sjögren duhet që të ndiqen me shumë kujdes, sepse ata janë në një rrezik shumë të lartë që të zhvillojnë limfoma në të ardhmen. ***Megjithatë, parotiti rekurrent supurativ sikundër edhe në rastin tonë, mendohet të jetë i rrallë në pacientet e ritur si një manifestim i parë i Sindromes Sjögren primare. Deri më sot vetëm pak raste të parotitit rekurrent supurativ në të rriturit janë raportuar në literaturë*** (1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 20, 22).

Ekografia është një mjet i ndjeshëm për vërtetimin e lezioneve fokale të gjendrave salivare dhe është modaliteti imazherik inicial i zgjedhur në hetimin e konditave të tilla. Ndërsa disa leziona kanë një shfaqje shumë karakteristike në ekzaminimin ekografik, shumë leziona hiperekoike nuk kanë elemente specifike për të bazuar diagnostikimin e Sindromes Sjögren bazuar vetëm në këto imazhe. Prandaj aspirimi i drejtuar nëpërmjet ekografit për citologji apo vetë biopsia e gjendrës mund të shpjegojë në diagnozën definitive të kësaj syndrome (7, 21).

Ne rekomandojmë që Sindroma Sjögren duhet të mirret në konsideratë në diagnozën diferenciale të parotitit rekurrent supurativ edhe në pacientët e ritur.

Referencat:

1. Fujibayashi T, Sugai S, Miyasaka N, et al. Revised Japanese criteria for Sjögren's syndrome (1999): availability and validity. *Mod Rheumatology*, 2004, 14: 425-434.
2. Mody AN, Latinis KM. Sjögren's Syndrome. In: *Rheumatology Subspecialty Consult*. Latinis KM, Dao K, Gutierrez E, et al, Eds. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2004: 192-194.

3. Houghton K, Malleson P, Cabral D, Petty R, Tucker L. Primary Sjögren's syndrome in children and adolescents: Are proposed diagnostic criteria applicable? *J Rheumatol*. 2005, 32: 2225-2232.
4. Mandel L, Surattanout F. Bilateral parotid swelling: A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2002, 93: 221-237.
5. Sugimoto T, Uzu T, Kashiwagi A. Recurrent Parotitis as a First Manifestation of Adult Primary Sjögren's Syndrome. *Internal Medicine*, 2006, Vol. 45, 831-832.
6. Brook I. Acute bacterial suppurative parotitis, microbiology and management. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2003, 14(1):37-40.
7. Behzatoglu K, Bahadir B, Kaplan HH, et al. Fine needle aspiration biopsy of the parotid gland. Diagnostic problems and 2 uncommon cases. *Acta Cytol*; 2004; Vol. 48; pp. 149-54.
8. Motamed M, Laugharne D, Bradley PJ. Management of chronic parotitis: a review.; *J Laryngol Otol*; 2003; Vol. 117; pp. 521-6;
9. Abai S, Mandel L. Chronic parotitis. *N Y State Dent J*; 2003; Vol. 69; pp. 21-3.
10. Flaitz CM. Parotitis as the initial sign of juvenile Sjögren's syndrome. *Pediatr Dent*; 2001; Vol. 23; pp. 140-2.
11. Giglio MS, Landaeta M, Pinto ME. Microbiology of recurrent parotitis. *Pediatr Infect Dis J*; 1997; Vol. 16; pp. 386-90.
12. Chitre VV, Premchandra DJ. Recurrent parotitis. *Arch Dis Child*; 1997; Vol. 77; pp. 359-63.
13. Pruett TL, Simmons RL. Nosocomial gram-negative bacillary parotitis. *JAMA*; 1984; Vol. 251; pp. 252-3.
14. Brook I, Finegold SM. Acute suppurative parotitis caused by anaerobic bacteria: report of two cases. *Pediatrics*; 1978; Vol. 62; pp. 1019-20.
15. Cohen M, Bankhurst AD. Infectious parotitis in Sjögren's syndrome: a case report and review of the literature. *J. Rheumatology*, 1979 Mar-Apr;6(2):185-8.
16. Fattahi TT, Lyu PE, Van Sickels JE. Management of acute suppurative parotitis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2002. 60: 446-448.
17. Leerdam CM, Martin HCO, Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 2005, [Vol. 41, Issue 12](#), pp. 631 - 34
18. Whaley K, Williamson J, Derrick M et al. Sjögren's Syndrome. *Q J Med* 1973; 42: 279-304.
19. Wahba HN: Sjögren's syndrome and acute suppurative parotitis. *J Rheumatol*, 1993; 20(2): 404-5.
20. Gomez-Rodrigo J, Mendelson J, Black M, Dascal A. Streptococcus pneumoniae acute suppurative parotitis in a patient with Sjögren's syndrome. *J. Otolaryngology*. 1990, 19(3):195-6.
21. Chowdhury R, Pratt HA, Deebury KC, Rutherford EE. Ultrasound of Focal Salivary Gland Lesions. *Ultrasound*, 2009, 17,124-130.
22. Hurt D, Burroughs J. Sjogren's syndrome in a young adult. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2007, Vol. 43, Issue 10, pp. 819-21.

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

KOLIKA INFANTILE

Prof.Dr. Paskal Cullufi

*Sherbimi i Gastrohepatologjise Pediatrike
Qendra Spitalore Universitare “Nene Tereza” –Tirane*

HYRJE

Kolika infantile zakonisht është pershkruar si një sindrom “sjelljeje” e cila karakterizohet nga një e qare e zgjatur dhe në formë “krizash”. Kolika në shumicën e rasteve shfaqet në mbremje dhe zakonisht ndodh pa ndonjë shkak të dukshëm. Gjatë kohës së kolikës një neonat apo latant 2 javësh deri në 4 muajsh, pavaresisht se duket në shendet të plotë, e ka tepër të veshitë të qetesohet. Ata zakonisht shterngohen, skuqen në fytyrë mbledhin kembet dhe mund të jashtëqisin gazra. Kolika infantile është një nga arsyet kryesore e konsultave tek pediatri apo mjeku i përgjithshëm për femijet deri në tre muajsh.

Percaktimi më i përdorur për kolikën infantile mbetet ai i Dr Wessel i cili bazohet në kohën e të qarave (*rregulla e 3*: “krizat” e të qarave zgjasin mbi 3 orë në ditë; ndodhin 3 ditë në javë; zgjasin 3 javë rresht)

Kolika infantile është një fenomen i cili njihet jo mirë. Ajo ndodh njesoj si në femijet që ushqehen me gjë dhe në ata që ushqehen me qumesht formulë. Megjithatë janë pershkruar edhe pasoja të caktuara nga ky sindrom përgjithësisht ai mbetet benignë dhe i vetëshërueshëm. Disa praktika të ushqyeri dhe të qarave pas tyre mund të rezultojnë në aerofagi të tepruar e cila mund të shkaktojë kolike. Gjithashtu edhe fermentimi i ushqimeve në kolon është një burim tjetër i mbiprodhimit të gazit në intestin megjithatë nuk ka evidencë të sakta që të mbështesin këto teori.

Rritja e disa substancave biokimike si *motilina* , *alfa laktoglobulina* dhe *5 Hidroksi 3 indol acetic acidi urinar* janë gjetur të rritur tek femijet me kolike. Disa studime tregojnë se stresi psikosocial gjatë shtatzënisë është i shoqëruar me bebe që zhvillojnë kolike .

Megjithatë barnat antikolinergjike janë provuar si efektive ata nuk janë të rekomanduara për arsye të efektive të tyre anësore. Ankthi i prindërve mund të minimizohet nëse mjeku arrin të sigurojë prindërit për natyrën benignë të këtij sindromi

TERMINOLOGJI

Termi kolike vjen nga fjalët greke *kolikos* apo *kolon* të cilat kërkonin të shpjegonin rregullimet gastrointestinale

FREKUENCA

Kolika infantile prek 10 -30 % të femijeve në mbare botën

SEMUNDSHMERIA

Tek latantet qe paraqesin kolika eshte vene re nje rritje e incidences per te zhvilluar ne femijerine e vonshme dhimbje abdominale rekurente, alergji alimentare apo crregullime te tjera psikologjike

MOSHA DHE SEKSI

Mosha me e prekur jane femijet e te dy sekseve nga 2 jave deri ne 4muaj

KLINIKA

Historia

Diagnoza e kolikes infantile mbetet perjashtuese. E qara ne femijet me apo pa kolike vihet re kryesisht ne mbremje dhe predominon ne moshen 6 javeshe. Shkaku i ketij ritmi nuk dihet ende. Nga disa studime akustike eshte vene re se te qarat e kolikes ndryshojne nga te qarat e zakonshme. Toni i tyre eshte me i larte , jane me turbulente dhe disfonike.

Duhet marre nje anamneze e detajuar per kohezgjatjen e te qarave si dhe ambientin familjar. Duhet theksuar natyra beninje e kolikes infantile

Duhet perjashtuar shkaqe te tjera te cilat manifestohen si kolika psh hernie e stranguluar , otiti , sepsisi etj.(shi diagnozen diferenciale)

Egzaminimi fizik

Duhet kryer nje egzaminim fizik i kujdeshem i cili te konfirmoje normalitetin e femijes. Pergjithesisht femijet me kolika kane nje rritje me te shpejte se norma , ndersa rastet e femijeve nenpeshe duhet te terheqin vemendjen per nje diagnoze tjeter me te mundshme

Shkaqet

- Shkaqet gastrointestinale duhet te jene ne qender te vemendjes si psh nje refluks gastroezofageal, mbiushqyerje apo nenushqyerje , alergji nga proteinat e qumeshtiti te lopes, futja e hershme e ushqimeve solide. Ankthi dhe stresi i prinderve ka qene gjithashtu subjekt i shume studimeve . Depresioni post partum mund te coje ne stres familjar i cili mund te transmetohet te femija si nje e qare eksepive.
- Shkaqe te tjera perfshijne prinderit pa eksperience te cilet nuk respektojne pozicionet para dhe pas ushqyerjes. Megjithate kolika nuk eshte karakteristike e femijeve te pare gje qe hedh dyshime mbi teorine e prinderve pa experience. Te dhena te fundit sugjerojne se ekspozimi i femijeve ne tymin e duhanit mund te shkaktoje kolike. Gjithashtu edhe duhanpirja gjate shtatzanise mund te jete e lidhur me koliken e mevonshme.
- Disa te dhena e lidhin te qaren e forte dhe te zgjatur ne femije me alergjine alimentare. Nje lidhje midis kolikes dhe alergjise nga proteinat e qumeshtit te lopes kerkohet shpesh. Disa te dhena te tjera flasin per nje lidhje midis femijeve te lindur me peshe te vogel dhe kolikes infantile
- Se fundmi , disa studime jane fokusuar ne lidhjen midis kolikes dhe mikroflores intestinale . Ne femijet qe paraqesin kolika jane observuar sasi te pakta laktobacilesh te krahasuar me ata qe nuk kane.

DIAGNOZA DIFERENCIALE

Infeksionet

Bronkiolit, pneumoni, otit , neuroinfeksionet (meningit,encefalit),gastroenterit

Crregullimet gastrointestinale

Refluks gastroezofageal, alergji alimentare(proteinat e qumeshtit te lopes),konstipacioni

Kirurgjikale

Hernie e strangular, invaginacion, apendicit, torsion i testit etj

Okulare

Abrazion korneal, glaukome

Medikamentet

Mbidozimi nga disa medikamente si vitamina D ,nafazolina etj.

Te tjera

Hipertiroidizmi ,insuficenca kardiake, rritja e presionit intrakranial etj

EGZAMINIMET

Ne rastet e kolikes nuk ka egzaminime te vecanta vetem ne rastet kur dyshohet per nje problem tjetër si psh refluksi gastroezofageal

Nqs fecet e femijes jane teper te ujshme zakonisht testet (clintest) per te gjetur substanca reduktuese jane me vlere. Nqs ato rezultojne pozitiv atehere mund te kemi nje crregullim gastrointestinal si psh intolerance nga laktoza (post infeksioze). Fecet duhen testuar edhe per gjak okult per te perjashtuar nje alergji nga proteinat e qumeshtit te lopes

Irritimi dhe qarja e forte e femijes mund te jene te lidhura me refluksin gastroezofageal si pasoje e ezofagjitit shoqerues

TRAJTIMI

Perjashto shkaqet e tjera te zakonshme te cilat mund te shkaktojne kolike.Trajtimi me barna nuk gjen perdorim te gjere ne trajtimin e kolikes infantile perjashto rastet kur mendohet per refluks gastroezofageal. Megjithese shume faktore gastrointestinal nuk duket se shkaktojne kolike ne shume paciente, mjeket preferojne ta trajtojne koliken infantile duke u nisur nga kjo hipoteze

- *Dicyclomine hydrochloride* eshte nje bar antikolinergjik i cili ne disa studime ka treguar efikasitet ne trajtimin e kolikes .Megjithate per arsye te efekteve anesore (psh apnoe, veshtiresi ne frymemarrje, konvulsione,sinkop)perdorimi i tij nuk eshte rekomanduar
- Wessel dhe koleget e tij gjeten nje lidhje midis familjes dhe shqetesimit te femijes. Familjet qe kane probleme me strukturen e tyre, funksionimin apo situaten afektive shfaqin tendenca ne rritje per te patur femije me kolika
- Nje diete specifike e nenes me permbajtje te pakot antigjenesh (psh pak bulmetra, soj, veze, kikirik, grure, prodhime deti) mund te lehtesoje koliken ne shume femije
- *Lactobacillus reuteri* banor i traktit gastrointestinal human eshte gjetur te lehtesoje kolikat ne femijet e ushqyer me gji brenda nje jave trajtimi. Kjo e dhene

e krahasueshme me simetikonin, tregon qe probiotiket mund te jene nje rol ne trajtimin e kolikes

Ne nje studim te fundit , 50 femije me kolike te ushqyer me gji jane caktuar te marrin ne menyre te randomizuar L reuteri DSM 17938 dhe disa placebo per 21 dite. U vu re nje renie 50% e kohes se te qarave ne grupin qe merrte L reuteri e krahasuar me grupin e placebo ditën e 7 (20 vs 8; P=0.06), 14 (24 vs 13; P=0.07), dhe 21(24 vs 15; P=0.36). Nuk u vune re ndryshime ne frekuencen e jashteqitjeve , rritjes ne peshe, apo ndryshime ne incidencen e konstipacionit dhe regurgitimit si dhe efekte te tjera qe mund te lidheshin me kete trajtim. Studimi konkludonte se perdorimi i L reuterit permiresonte simptomat e kolikes infantile dhe ishte i sigurte. Studime te tjera jane duke u realizuar para se te rekomadohet perdorimi i tij rutine ne trajtimin e kolikes infantile

Perdorimi i glukozes hipertonike dhe ujit steril jane krahasuar per trajtimin e kolikes infantile ne nje studim. Ne grupin qe merrte glukozë eshte vene re nje kolike 30 % me pak sinjifikative i krahasuar me grupin placebo

DIETA

Ndryshimet ne diete mund te perfshijne:

- Eliminimin e proteinave te qumeshtit te lopes ne rastet kur suspektohet nje lloj intolerance (psh anmneze pozitive , egzema ,shoqerimi me shenja te tjera gastrointestinale si te vjella apo diarre)
- Simptomat e alergjise nga proteinat e qumeshtit te lopes fillojne me vone se ato te kolikes (moshë mesatare 13 jave),megjithate edhe nje fillim i hershem eshte i njohur
- Ne femijet te cilet suspektohen per alergji nga proteinat e qumeshtit te lopes , formulat me proteina te hidrolizuara si Pregestimil apo Nutramigen (Mead Johnson) apo Alimentum (Ross Pharmaceuticals) jane te rekomanduara

Rralle, formulat me aminoacide si Neocate (Nestle) apo Elecare (Ross Pharmaceuticals) mund te perdoren ne rastet e alergjive nga proteinat e qumeshtit te lopes,megjithate ka evidence te pakta ne rastet e femijeve me kolike . Kostoja dhe vlefshmeria e ketyre produkteve ka bere qe te perdoren

- ne menyre te kufizuar dhe jo rutinre
- Perdorimi i formulave me soje nuk eshte i rekomanduar sepse femijet qe kane alergji nga proteinat e qumeshtit te lopes mund te zhvillojne alergji edhe nga proteinat e sojes

MEDIKAMENTET

Simetikoni eshte nje bar jo i absorbueshem i cili ndryshon tensionin e bulave te gazit duke i lejuar ato te shkrihen dhe ta bejne gazin me te lehte per tu jashteqitur. Disa te dhena studimore nuk e mbeshtesin perdorimin e tij ne kolike ;

Sedativet si fenobarbitali, kloralhidрати dhe alkooli (gripe water) nuk duhen perdorur megjithese nuk ndodh keshtu ne praktike.

Barnat poullore jane perdorur ne shume kultura . Perberesit me te zakonshem jane kamomili , molla e tharte dhe fenugreku. Sot studimet e bera ne perdorimin e

tyre jane te pakta dhe jo te mjaftueshme per te vereteluar plotesisht sigurine dhe efikasitetin e tyre

Bibliografi

1. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatr*. 1954;14:721.
2. Sondergaard C, Olsen J, Friis-Hasche. Psychological distress during pregnancy and the risk of infantile colic: a follow-up study. *Acta Paediatrica*. 2003;92(7):811-816. [\[Medline\]](#).
3. Cohen-Silver J, Ratnapalan S. Management of infantile colic: a review. *Clin Pediatr (Phila)*. Jan 2009;48(1):14-7. [\[Medline\]](#).
4. Canivet CA, Ostergren PO, Jakobsson IL, Dejin-Karlsson E, Hagander BM. Infantile colic, maternal smoking and infant feeding at 5 weeks of age. *Scand J Public Health*. May 2008;36(3):284-91. [\[Medline\]](#).
5. Heine RG. Gastroesophageal reflux disease, colic and constipation in infants with food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. Jun 2006;6(3):220-5. [\[Medline\]](#).
6. Taubman B. Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soy milk protein for the treatment of infant colic syndrome: a randomized trial. *Pediatrics*. Jun 1988;81(6):756-61. [\[Medline\]](#).
7. Sondergaard C, Skajaa E, Henriksen T B. Fetal Growth and Infantile Colic. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2000;83:F44-F47.
8. [Best Evidence] Savino F, Pelle E, Palumeri E, Oggero R, Miniero R. Lactobacillus reuteri (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics*. Jan 2007;119(1):e124-30. [\[Medline\]](#).
9. Savino F, Cresi F, Pautasso S, et al. Intestinal microflora in breastfed colicky and non-colicky infants. *Acta Paediatr*. Jun 2004;93(6):825-9. [\[Medline\]](#).
10. Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E, Calabrese R, Oggero R. Lactobacillus reuteri DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics*. Sep 2010;126(3):e526-33. [\[Medline\]](#).
11. Akcam M, Yilmaz A. Oral hypertonic glucose solution in the treatment of infantile colic. *Pediatr Int*. Apr 2006;48(2):125-7. [\[Medline\]](#).
12. Olafsdottir E, Forshei S, Fluge G, Markestad T. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Arch Dis Child*. Feb 2001;84(2):138-41. [\[Medline\]](#).
13. Wiberg JM, Nordsteen J, Nilsson N. The short-term effect of spinal manipulation in the treatment of infantile colic: a randomized controlled clinical trial with a

- blinded observer. *J Manipulative Physiol Ther.* Oct 1999;22(8):517-22. [\[Medline\]](#).
14. Balon AJ. Management of infantile colic. *Am Fam Physician.* Jan 1997;55(1):235-42, 245-6. [\[Medline\]](#).
 15. Barr RG. The 'Colic' enigma: Prolonged episodes of a normal predisposition to cry. *Infant Mental Health Journal.* 11:340.
 16. Bergeson PS. Herbal teas for infantile colic. *J Pediatr.* Oct 1993;123(4):670; author reply 670-1. [\[Medline\]](#).
 17. Berkowitz D, Naveh Y, Berant M. "Infantile colic" as the sole manifestation of gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* Feb 1997;24(2):231-3. [\[Medline\]](#).
 18. Forsyth BW, McCarthy PL, Leventhal JM. Problems of early infancy, formula changes, and mothers' beliefs about their infants. *J Pediatr.* Jun 1985;106(6):1012-7. [\[Medline\]](#).
 19. Frodi A. *When Empathy Fails: Aversive Infant Crying and Child Abuse.* New York, NY: Plenum Publishers; 1985:263.
 20. [Best Evidence] Hill DJ, Roy N, Heine RG, et al. Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* Nov 2005;116(5):e709-15. [\[Medline\]](#).
 21. Kurtoglu S, Uzum K, Hallac IK. 5-Hydroxy-3-indole acetic acid levels in infantile colic: Is serotonergic tonus responsible for this problem?. *Acta paediatrica.* 1997;86:764-765. [\[Medline\]](#).
 22. Loethe L, Lindberg T, Jakobsson I. Macromolecular Absorption in Infants with Infantile Colic. *Acta Paediatr Scand.* 1990;79:417-21. [\[Medline\]](#).
 23. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ.* May 23 1998;316(7144):1563-9. [\[Medline\]](#).
 24. Miller AR, Barr RG. Infantile colic. Is it a gut issue?. *Pediatr Clin North Am.* Dec 1991;38(6):1407-23. [\[Medline\]](#).
 25. [Guideline] National Collaborating Centre for Primary Care. Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. London (England): Royal College of General Practitioners; 2006 Jul. [\[Full Text\]](#).
 26. O'Donovan JC, Bradstock AS Jr. The failure of conventional drug therapy in the management of infantile colic. *Am J Dis Child.* Oct 1979;133(10):999-1001. [\[Medline\]](#).
 27. Pinyerd BJ. Strategies for consoling the infant with colic: fact or fiction?. *J Pediatr Nurs.* Dec 1992;7(6):403-11. [\[Medline\]](#).

28. Raiha H, Lehtonen L, Korhonen T. Family life 1 year after infantile colic. *Arch Pediatr Adolesc Med.* Oct 1996;150(10):1032-6. [\[Medline\]](#).
29. Rao MR, Brenner RA, Schisterman EF, Vik T, Mills JL. Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Arch Dis Child.* Nov 2004;89(11):989-92. [\[Medline\]](#).
30. Ruiz-Contreras J, Urquia L, Bastero R. Persistent crying as predominant manifestation of sepsis in infants and newborns. *Pediatr Emerg Care.* Apr 1999;15(2):113-5. [\[Medline\]](#).
31. Savino F, Castagno E, Bretto R. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatrica.* 2005;94 (S 449):129-132. [\[Medline\]](#).
32. Shenassa E D, Brown Mary-Jean. Maternal Smoking and Infantile Gastrointestinal Dysregulation: The Case of Colic. *Pediatr.* 2004;114(4):e497-e505.
33. St James-Roberts I. What is distinct about infants' "colic" cries?. *Arch Dis Child.* Jan 1999;80(1):56-61; discussion 62. [\[Medline\]](#).
34. Weissbluth M. Colic. In: *Gellis and Kagan's current pediatric therapy.* 14th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders.
35. Weizman Z, Alkrinawi S, Goldfarb D. Efficacy of herbal tea preparation in infantile colic. *J Pediatr.* Apr 1993;122(4):650-2. [\[Medline\]](#).

DERMATITI ALERGJIK I KONTAKTIT NGA SUBSTANCAT KOZMETIKE

*Dr. Bajram Abdullahu**, *Dr. Sonila Dauti***, *Dr. Dukagjin Zogaj**,
*Dr. Mehmet Hoxha***

*Klinika e Alergologjise QKU Prishtine Kosove**
*Sherbimi i Alergologjise dhe Imunologjise Klinike QSU "Nene Tereza" Tirane***

Dermatiti alergjik i kontaktit (DAK) është një inflamacion i lëkurës që manifestohet me eritemë, edemë dhe formimin e papulo-vezikulave.

Fiziopatologjia

Dermatiti alergjik i kontaktit ndodh si pasojë e një reaksioni të hipersensibilitetit të vonuar antigenspecifik (të ndërmjetësuar nga limfocitet), në pacientë që janë sensibilizuar më parë.

Faza e sensibilizimit

Alergenët që shkaktojnë DAK janë në përgjithësi haptene. Gjatë fazës së sensibilizimit hapteni i aplikuar në lëkurë lidhet me proteina në sipërfaqe të keratinociteve për të

formuar kompleksin hapten-proteinë (antigeni). Ky kompleks njihet nga qelizat e Langerhansit (qeliza antigen paraqitëse-QAP), të cilat e paraqesin antigenin në sipërfaqen e tyre bashkë me molekula të KMPI. Hapteni në lëkurë aktivizon direkt keratinocitet për të çliruar citokina të tilla si TNF alfa, e cila bashkë me IL-1 e prodhuar nga QAP nxisin maturimin dhe migrimin e QAP në limfonodulat regjionale ku arrijnë pas 18-24 orësh. Në limfonodula QAP e paraqet antigenin bashkë me molekula të KL.I dhe II të KMPI duke aktivizuar prodhimin e LT CD4+ rregullatore dhe LT CD8+ të memories.

Faza e shfaqjes së sëmundjes (alergeni përgjegjës bie në kontakt me lëkurën e individit të sensibilizuar)

LT CD8+ të memories, të cilat qarkullojnë në gjakun periferik, drejtohen në lëkurën e ekspozuar ndaj alergjenit (efekti homing) duke ndërvepruar me QAP dhe duke shkaktuar shfaqjen klinike të DAK. Keratinocitet luajnë një rol të rëndësishëm në DAK. Ato prodhojnë citokina proinflamatore: TNF- α , INF gama, IL-1 alfa, IL-1 beta, GM-CSF, etj të cilat luajnë një rol shumë të rëndësishëm në rekrutimin e LT efektore.

LT CD8+ efektore shkaktojnë DAK përmes:

- toksicitetit qelizor-ndërmjetës
- çlirimit të citokinave
- rekrutimit të qelizave të tjera inflamatore

Shkaktarët

Kategoritë kryesore të produkteve kozmetike shkaktare të DAK janë:

- Produktet e kujdesit për lëkurën (duke përfshirë edhe produktet solare),
- Parfimet (fragrancat)
- Produktet e kujdesit për flokët
- Produktet pastruese-higjenizuese (për lëkurën dhe flokët)
- Deodorantët dhe antiperspirantët
- Produktet e makijazhit
- Produktet e rrojes
- Produktet për thonjtë

Parfimet (Fragrancat)

Deri tani njihen 4000 molekula fragrancash të përdorura në parfime të ndryshme. Tre janë alergenët më të njohur të alergjive nga fragrancat: **fragranca mix** e cila është një përbërje me 8 substanca aromatike, **balsami peruvian** dhe **kolofoni (colophony)**.

Balsami peruvian (balsami i Perusë) është një vaj esencial që nxirret nga pema Myroxylon pereirae. Përmban disa molekula alergenësh: acid cinamik, ac. benzoik dhe esteret e tij, rezinat terpenike dhe vanilike. Gjetet më tepër në balsamet e buzëve dhe në produktet solare. Klinikisht është përgjegjës kryesisht për keilitin alergjik të kontaktit. Janë vënë re edhe reaksione alergjike të kryqëzuara midis balsamit peruvian dhe erëzave që përmbajnë molekula cinamike, vanilike, terpenike dhe aromatike të cilat e agravojnë keilitin e kontaktit nga balsami peruvian (kanella, tërfili, xhinxher), si dhe reaksione të kryqëzuara me disa fruta (portokalle, qitro, mandarina).

Kolofoni përmban acide rezinike dhe esteret e tyre që gjenden në: dyllrat depilatore, brilantinë, rimel, tone të syve, llak flokësh, manikyr etj

Fatkeqësisht substancat kimike përgjegjëse për fragrancat nuk janë të shënuara në produkt. Edhe produktet e pa-aromatizuara mund të përmbajnë fragranca, të cilat janë në përbërje të produktit por nuk janë etiketuar si të tilla.

Deodorantët janë shkaktarët më të shpeshtë të dermatitit alergjik të kontaktit nga fragrancat sepse ato përdoren në lëkurë të zbuluar. Terapistët fizikë dhe ato të masazheve si dhe kujdestarët geriatrikë, janë më të rrezikuar nga dermatiti okupacional alergjik i kontaktit nga fragrancat

Konservantët

Përdoren për të parandaluar dëmtimin e produkteve kozmetike nga agjentët mikrobik dhe fungal.

g- Metil(kloro)izotiazolinoni (Kathon CG).

Gjendet në një përqëndrim 15ppm në produkte me shpëlarje si: shampo, sapunë të lëngshëm, xhel për dush, duke shkaktuar prurit të skalpit ose të të gjithë trupit. Në produktet pa shpëlarje si kremrat e kujdesit për fytyrën gjendet në një përqëndrim 7.5ppm dhe mund të shkaktojë eritemë ekzematoidë të fytyrës, qafës dhe duarve ose eritemë palpebrale të izoluar, ekstremisht pruriginoze. Gjendet edhe në buzëkuqë të ndryshëm duke shkaktuar keilitis të thatë.

h- Euxyl K 400

Është një përbërje e fenoksietanolit dhe **metildibromoglutaronitrilit**. Gjendet në kremra të kujdesit për fytyrën, shampo, xhel dhe shkumë për trupin, produkte solare. Shkakton dermatit kryesisht në fytyrë. Janë raportuar raste me urtikarie nga xheli që e përmban këtë substancë, i përdorur në ultrasonografi.

i- Parabenet

Janë estere të ac. para-hidroksibenzoik (metil, propil, etil, dhe butil parahidroksibenzoatet). Këto produkte tolerohen mirë dhe rrallë shkaktojnë dermatit kontakti

j- Formaldehida (ose formoli)

I përdorur tek thonjtë mund të shkaktojë paroniki deri edhe onikolizis.

k- Çliruesit e formaldehidës (quaternium 15, imidazolidinyl urea, diazolidinyl urea, bronopol, DMDM hydantoina)

- Quaternium-15(Dowicil 200) është një amonium kuaternar me veti baktericide dhe fungicide. Gjendet shpesh në shampo, locione, kremra dhe produktet ngjyruese për flokët. Shkakton rrallë dermatit kontakti, kryesisht me lokalizim palpebral.
- Imidazolidinyl urea (Germall 115) gjendet kryesisht në locione hidratuese, rimelin e syve dhe në xhelin e flokëve. Bën shpesh reaksion të kryqëzuar me diazolidinyl urea.
- Diazolidinyl urea (Germall II)
- Bronopol (2-bromo-2-nitropropan-1,3-diol) gjendet kryesisht në produktet e make-up-it dhe produktet për flokët. Shkakton rrallë dermatit kontakti.
- DMDH hydantoina

l- Të tjera

- Kloracetamidi- ka incidencë të ulët sensibilizimi

- Klorheksidina- është më tepër një irritant sesa sensibilizues, por janë raportuar edhe reaksione alergjike të tipit ekzematoz dhe reaksione imediate të tipit urtikarial.
- Benzalkonium kloridi- është më tepër një irritant sesa sensibilizues
- Acidi sorbik- është një irritant për sytë dhe lëkurën, jo shumë sensibilizues
- Triklosan- përdoret si antiseptik në deodorantë dhe sapunë, jo shumë sensibilizues.
- Alkoli benzilik- përdoret si antiseptik në parfume dhe produktet e stilimit të flokëve. Janë vërejtur reaksione të kryqëzuara me balsamin peruvian.

Ekscipientët/Ekstraktet

- Lanolina- është një substancë që ekstrahohet nga yndyrnat e deles. Përdoret si hidratues dhe emolient në produktet kozmetike kryesisht në kremra hidratues, produkte after-shave, buzëkuq dhe balsam për buzët. Shkakton rrallë dermatit kontakti. Kryesisht personat me dermatit atopik mund të sensibilizohen ndaj lanolinës.
- Propilen glikoli ose propan-1,2-diol- përdoret si konservues në shumë produkte kozmetike si: produkte të kujdesit për fytyrën, produkte të higjenes, produkte të make-up-it, shampo trupi, buzëkuq etj.
- Dimetilaminopropilamina (DMAPA) është një derivat i kokamidopropil betainës (CAPB). CAPB përdoret si surfaktant në shampo, sapunë të lëngshëm, solucionet e lenteve, produkte të pastrimit të syve dhe fytyrës dhe deodorantë. Patologjitë e shkaktuara nga DMAPA janë më tepër irritative të tipit seborreik, sesa alergjike.

Antioksidantët

- Hidroksianisoli i butiluar dhe hidroksitolueni i butiluar
- Gallatet (Esteret e ac.gallik)- janë të pranishëm në buzëkuqë dhe balsamin e buzëve dhe shkaktojnë kryesisht keilitis.
- Sodium matabisulfiti- përdoret në industrinë e kozmetikës për efektet antibakteriale dhe antifungale. Gjendet dhe në shumë ushqime duke shkaktuar reaksione alergjike me natyrë të pashpjeguar.
- Acidi etilendiamintetraacetik (EDTA)
- Tokoferoli

Ngjyruesit e flokëve

Ngjyruesit e flokëve shkaktojnë një dermatit shumë të rëndë kontakti të veshëve dhe regjionit periaurikular sesa në skalp.

Para-fenilendiamina (PPD) është baza e pothuaj të gjithë ngjyruesve të flokëve. PPD gjendet në ngjyruesit permanent të flokëve, dhe në ngjyruesit e përkohshëm që përdoren në tatuazhe. Është një alergen i fuqishëm. Tek përdoruesi alergjia lokalizohet në skalp, zverk, regjionin retroaurikular, dhe mbi të gjitha në kapakët e syve. Tek parukierët lokalizohet në kurrizin e duarve dhe gishtave dhe ngjitet drej krahëve. Janë raportuar raste me alergji vikarioze (tek një person i afërt me përdoruesin) në vende atipike (fytyrë, toraks, gjymtyrët e sipërme).

Jane vërejtur reaksione të kryqëzuara me medikamente si diuretikët, hipoglicemiantët, anestetikët lokalë, kremrat solarë.

Është e rëndësishme që, në varësi të shenjave klinike, të testohen edhe ngjyruesit në veshje apo ushqime.

Rezinat

- **Rezina me para-toluen sulfonamide formaldehide (PTSF)**- gjendet në pothuaj të gjithë manikyrët dhe shkakton leziona të rralla rreth thonjve por kryesisht në distancë, kryesisht në qafë dhe kapakët e syve (handborne ekzema). Edhe në prani të një klinike evidente, shpesh testet për PTSF rezultojnë negative.
- **Rezinat akrelike (metilmetakrilati)**- përdoren për thonjtë fallco. Dy deri katër javë pas aplikimit mund të shkaktojnë një erupsion në kapakët e syve, pjesën dorsale të dorës të shoqëruar shpesh me parestezi. Shërimi ndodh shumë ngadalë, rreth 7 muaj pas eliminimit të shkakut.
- **Adezivët cianoakrelikë**- përdoret tek ngjitesit për thonjtë fallco adezivë . Mund të shkaktojë Onikolizis.
- **Rezinat me formaldehyde para-terciare**- përdoret për zgjatimin e thonjve. Mund të shkaktojë Onikolizis.

Mbrojtësit (filtrat) solarë

Filtrat solarë shkaktojnë dermatit kontakti dhe fotodermatit që shpesh keqkuptohen me njëra tjetrën për shkak të një simptomatologjie mashtruese. Shkaktarët kryesorë janë: **dibenzolmetani, oksibenzon dhe derivatet e tij (benzofenonet), kamfora metilbenziliqe, ac. para-aminobenzoik dhe më rrallë cinamatet**. Janë vërejtur reaksione të kryqëzuara midis benzofenoneve me fenofibratet dhe ketoprofenin sepse ato përmbajnë një strukturë benzofenoni në formulën e tyre.

Shumica e individëve që ankojnë për efekte të padëshiruara ndaj mbrojtësve solarë nuk kanë alergji nga përbërësit aktivë të produktit, por nga substancat konservuese që gjenden në keto produkte.

Klinika në rastin e përdorimit të një kremi mbrojtës solar në trup është shumë tipike sepse palpebra e sipërme, buza e sipërme, zona prapa veshit dhe nën-mjekër nuk preken. Por çdo pjesë e lekurës mund të preket nëse bie në kontakt me fotoalergenin.

Dermatiti fotoalergjik i kontaktit

Reaksionet fotosensitive (fototoksike apo fotoalergjike) lidhen me veprimin midis rrezeve të diellit dhe një molekule që quhet kromoforë e cila absorbon rrezet ultraviolet, kryesisht UVA.

Reaksionet fotoalergjike ndaj substancave kozmetike lidhen kryesisht me

- filtrat solarë (benzofenon-3, dibenzolmetani etj)
- parfumet
- salicilanilidet e halogjenuara(gjenden në përbërjet antiseptike).

Shpesh produktet kozmetike zhvillojnë reaksione imediate që zhvillohen brenda 30min pas ekspozimit. Kjo indikon për atë që quhet **urtikaria e kontaktit**. Pacientët mund të zhvillojnë urtikarie kontakti jo-imunologjike ose urtikarie kontakti imunologjike IgE-

varhtëse. Reaksionet imunologjike më të shpeshta janë nga acidi benzoik, molekulat e grupit cinamik, vanilik, PPD, kolofoni, parabenet, polietilen glikoli, etj. Shumë rrallë janë vënë re reaksione anafilaktike në rastet e produkteve me origjinë ushqimore, për shkak të proteinave ushqimore që janë të pranishme në produktet kozmetike (susami, gruri etj). Në rastet e një urtikarie kontakti imunologjike lezionet mund të përhapen përtej vendit të kontaktit deri në urtikarie të gjeneralizuara. Urtikaria e kontaktit mund të shoqërohet edhe me prekje ekstrakutane: rinit, dispne, konjuktivit.

Lokalizimet specifike të dermatitit alergjik gjatë përdorimit të substancave kozmetike apo medikamenteve lokale

Individët me dermatit alergjik të kontaktit zhvillojnë në mënyrë tipike dermatit në zonat e ekspozimit direkt ndaj alergenit. Vendi fillestar i fillimit të dermatitit shpesh jep të dhëna në lidhje me shkaktarin potencial të dermatitit alergjik.

1-Kapakët e syve

Kapakët e syve janë vecanërisht sensitivë për shkak të karakteristikave të epidermës dhe pozicionit anatomik shumë të ekspozuar dhe të pambrojtur të tyre. Kjo e rrit vulnerabilitetin e tyre ndaj alergenëve të shumtë të kontaktit dhe atyre që gjenden në ajër (airborne allergens).

D.D me dermatitin irritativ të kontaktit në kapakët e syve është shumë e vështirë sepse kanë shenja klinike shumë të ngjashme. Përpara vënies së diagnozës është shumë e rëndësishme të mbahet mend se :

- Të gjitha produktet që gjenden në ajër apo të aplikuara në **skalp, fytyrë dhe duar** mund të jenë përgjegjës për një dermatit kontakti në kapakët e syve, pa shkaktuar një reaksion në vendin fillestar të aplikimit.
- Shkaktarët më të shpeshtë të DAK të kapakëve të syve janë produktet e aplikuara në **skalp, fytyrë, duar** sesa substancat kozmetike të aplikuara direkt në regjionin palpebral.

Diagnoza e Dermatitit alergjik të kontaktit në kapakët e syve

Anamneza- jep të dhëna në lidhje me

- tipin e produktit të përdorur
- metodën e aplikimit
- kohën e shfaqjes së lezioneve
- medikamente lokale të përdorura për mjekim paraprak
- patologji kutane preekzistuese (dermatit atopik, psoriazis, dermatit seborreik) etj

Shenjat klinike/ekzaminimi fizik

- shenjat subjektive : djegie, tendosje, pickim, prurit
- shenjat objektive : eritema, edema, ekzemë e thatë dhe deskuamative, shumë rrallë vezikula, pigmentim, likenifikim

Ekzaminimi alergologjik

- Patch tests
- prick tests me alergenë respiratorë dhe ushqimorë për të eksploruar praninë e një atopie.

Diagnoza diferenciale

Gjatë ekzaminimit fizik është e rëndësishme të kërkojmë për lokalizime të tjera në trup të ekzemës duke bërë të mundur diferencimin e saj nga patologji të tjera që mund të gjenden në sy

- dermatiti atopik
- dermatiti seborreik, psoriaza, rozacea, konjuktiviti/ blefariti/ infeksion lokal

Dy diagnoza diferenciale janë vecanërisht të vështira

3. **dermatiti eritematoz nga kortikosteroidët** (është dermatiti më i shpeshtë i vënë re), i cili shkaktohet nga përdorimi i persëritur i kortikosteroidëve lokalë deri në varësi ndaj tyre. Por ndonjëherë mund të vihet re një dermatit alergjik kontakti nga kortikosteroidët lokalë .
4. **dermatomyoziti**- fillimi i të cilit është shpesh në kapakët e syve. Nuk është pruriginoz dhe shoqërohet edhe me simptoma të tjera (sindrom muskular, artralgi)

Trajtimi

- Ndërprerja e aplikimit të të gjitha produkteve kozmetike
- Përdorimi i produkteve neutrale, pa aroma, pa konservantë
- Ndërprerja e dhënies së kortikosteroidëve lokalë (nëse pacienti ka qenë nën mjekim me to)

Rreth 2 javë pas këtyre masave paraprake rifillohet aplikimi i produkteve kozmetike të dyshuara, një nga një.

Trajtimi në rastin e një ekzeme akute, për herë të parë, mund të jepen kortikosteroidë lokalë për 2 javë në doza zvogëluese

Identifikimi i shkaktarit

Është shumë i vështirë për shkak të frekuencës së lartë të dermatitit nga alergenët e ajrit (airborne alergens)

Produktet më të shpeshta janë:

1-fragrancat kryesisht në formën e aerosoleve (airborne alergen)

2-manikyrët- alergeni shkaktar është rezina me para-toluen sulfonamide formaldehide (PTSF). Diagnoza etiologjike përforcohet nëse vihet re bashkë-ekzistenca me leziona në qafë apo fytyrë (handborne ekzema)

3-produktet kozmetike per flokët

- ngjyruetit (PPD), dekoloruesit
- xhelrat, llakrat aromatike, shampot aromatike (pra produkte që përmbajnë konservantë apo emulsifier/zbutës)
- kremrat zbutës pra produkte që përmbajnë ekstrakte (proteina të hidrolizuara): kolagen, keratinë, përmbajtje qumështi ose veze, mielli apo bajame.

4-konservantët shkaktojnë kryesisht airborne dermatitis: Kathon CG, çliruesit e formaldehidës(quaternium 15)

5-emulsifierët:kokamidopropil betaina(CAPB);3-dimetilaminofenilamina; propan-1,2-dioli

6-produkte të makijazhit (rimel) dhe produktet e higjenës së syve

7-metalet: gjurmë të nikelit dhe hekurit apo kobaltit gjenden në disa produkte make-up-i.

8-alergenë të rrallë: ngjitësit për qerpikët fallco, ngjyruesit e tatuazheve

2-Buzët dhe regjioni perioral

Shenjat klinike

Simptomat klinike dallohen me vështirësi midis dermatitit irritativ dhe dermatitit alergjik.

Ka një rregull të përgjithshëm:

- Në rastet e një irritimi buzët janë të thata, me ndjesinë e një djegie apo tendosje. Lëkura është lehtësisht e plasaritur apo e fisuruar në kufij.
- Në rastin e një alergjie predominon pruriti, i cili shoqërohet me eritemë që përhapet përtej buzëve, dhe ndonjëherë me edemë. Keiliti alergjik, panvarësisht shkaktarit, tenton të kronicizohet dhe të shoqërohet me ekzemë periorale.

Edhe ketu njësoj si në dermatitin e kapakëve të syve mënyra e perhapjes së alergenit është përmes kontaktit direkt, reaksionit në distancë, nga një person tek tjetri, përmes ajrit (airborne alergens), përmes duarve (handborne alergens).

Identifikimi i shkaktarit

Balsami peruvian (balsami i Peruse)- si antiseptik në përbërje të shpëlarësve të gojës apo si stabilizues i aromave kryesisht në produktet solare.

Fragranca të tjera - fragrancat në përbërje të buzëkuqit, balsameve, korrektorëve të makijazhit, pastës së dhëmbëve dhe shpëlarësve për gojën janë shkaktarët më të shpeshtë të alergjisë së kontaktit në buzë, që shpesh përhapet në regjionin perioral.

Ekscipientët/ekstraktet- dyllrat (dylli i bletës, propolis), vajrat, emulsifierët, antioksidantët, lanolina.

Konservantët- kathon CG, euxyl K 400, quaternium 15, parabenet

Filtrat(mbroytësit) solarë- gjenden kryesisht në buzëkuqë

Kolorantët- kryesisht kolorantët e buzëkuqëve

Rezinat me përmbajtje formaldehide- gjenden kryesisht në manikyre

Antiseptikët- gjenden kryesisht në pastat e dhëmbëve dhe shpëlarësit për gojën

Diagnoza diferenciale

Keiliti atopik- ka shumë ngjashmëri me keilitin alergjik dhe mund të bashkekzistojnë. Në keilitin atopik duhet kërkuar edhe për lokalizime të tjera të dermatitit atopik (kapakët e syve, qafë, fleksura)

Keiliti infeksioz- shkaktohet nga S.aureus, C.albicans. Klinikisht është kryesisht keilitis angular

Keiliti irritativ- përveç produkteve kozmetike shkaktohet edhe nga faktorë fizikë(i ftohti, dielli) ose mund të ketë lidhje me dhëmbët e prishur, apo lagështimin e shpeshtë të buzëve me saliva.

3-Skalpi

Në përgjithësi patologjitë alergjike nga kozmetikët në skalp ndodhin si pasojë e një reaksioni të hipersensibilitetit imediat, pra zhduken shpejt duke vështirësuar identifikimin e alergjenit.

Në përgjithësi lezionet në skalp janë më tepër irritative sesa alergjike të mirfillta

Shenjat klinike

Prurit i shoqëruar me deskuamim ose pitiriazis të skalpit, eritema që përhapet edhe përtej skalpit, prania e një lezioni palpebral ose e një lezioni në qafë duhet të na bëjë të investigojmë për praninë e një irritimi apo alergjie nga produktet kozmetike.

Shkaktarët kryesorë

Shampton- shkaktarët më të shpeshtë janë kokamidopropil betaina (CAPB), dimetilaminopropilamina, fragrancat dhe më rrallë konservantët.

Ngjyruarit e flokëve- shkaktojnë më shpesh alergji në distancë sesa në skalp. Mund të vihet re alergji në palpebra në mungesë të shenjave klinike në skalp. Shkaktari më i akuzuar është PPD.

Produktet shampo-kolor me ngjyrim të përkohshëm të flokëve.

Dekoloruesit- amonium persulfati është alergjeni më shpesh i akuzuar.

Produkte për flokë permanent apo për drejtimin e flokëve- akuzohet acidi tioglikolik dhe kriprat e tij

Produktet në formë spray, kryesisht llakrat e flokëve- akuzohen rezinat apo alkoli që ato përmbajnë

Kremrat zbutës për flokët- shërbejnë si alergjenë proteinat e hidrilizuara që përmbajnë keratinë, vezë, miell, qumësht ose bajame.

Nëse dyshohet si shkaktar **PPD** duhet kërkuar edhe për një alergji të kryqëzuar me ngjyruarit e rrobave, pra ngjyruarit tekstilë, sidomos nëse pacienti ka simptoma kutane, dhe për një reaksion të kryqëzuar me disa anestetikë (benzokaina, prokaina), sulfonamidet dhe ac. para-aminobenzoik.

Individët alergjikë ndaj ngjyruarëve dhe kimikateve të ndryshme të tekstileve zhvillojnë dermatit në trung, më i shprehur në anët laterale të trungut, por nuk preken kupat aksilare.

4-Duart dhe thonjtë

Në lidhje me dermatitin alergjik të kontaktit nga sub. kozmetike duart ndahen në 3 entitete

4. kurrizi i dorës dhe hapësirat interdigitale
5. palmat (pëllëmbët)
6. thonjtë dhe majat e gishtave

Diagnoza diferenciale

- dermatiti irritativ
- dermatiti alergjik nga shkaqe jo-kozmetike
- dermatiti atopik
- mykozat
- psoriasis
- dishidroza

Edhe skabies duhet të dyshohet në rastin e disa alergjive të hapësirave interdigitale.

Kurrizi i dorës dhe hapësirat interdigitale

Ky është entiteti më i prekshëm nga dermatiti alergjik i kontaktit i duarve. Shpesh alergjia mbivendoset mbi dermatitin irritativ i cili përpiqet të mjekohet me produkte kozmetike të cilat janë alergjizuese. Në përgjithësi njëra dorë preket më tepër se tjetra, sepse shpesh aplikimi është asimetrik.

Shenjat klinike: eritemë, edemë, vezikula, prurit.

Shkaktarët më të shpeshtë janë sapunët, kremrat hidratues dhe emolient- alergenët kryesorë janë konservantët, fragrancat, lanolina.

Shkaktarët më të shpeshtë në vendin e punës

ngjyruesit(PPD)

dekolorantët (që përmbajnë persulfate)

produkte për flokë permanent (tioglikolati)

shampot (konservantët, CAPB), etj.

Njihet rasti i një postieri i cili vuante nga ekzemë okupacionale e gishtave si pasojë e një fragrance që gjendej në letrat që ai shpërndante.

Palmat e duarve

Shenjat klinike: eritemë, prurit, vezikula

Dyshohet për shkaqe kozmetike në se klinika është unilaterale, duke e dalluar nga dishydroza ku klinika është bilaterale

Shkaktarët më të shpeshtë

produktet higjenike shkumëzuese

sapunët e lëngshëm

shampot që hidhen në dorë para aplikimit

Në këto produkte alergenët kryesorë janë konservantët, CAPB, etj

Kremrat hidratues dhe emolientë të duarve nuk shkaktojnë alergji në palma sepse aplikohen në kurrizin e dorës.

Thonjtë dhe majat e gishtave

A- Pulpat e gishtave

DAK në pulpat e gishtave ndodh rrallë nga shkaqe kozmetike. Gjendet më tepër tek manikyristët që punojnë me thonj fallco të cilët kanë në përbërje të tyre **akrilate** dhe **cianoakrilate**.

Shenjat klinike

Në fillim vihet re hiperkeratozë dhe fisura, më tepër mbizotëron dhimbja sesa pruriti.

B- Thonjtë

Ato janë rrallë vend i reaksioneve alergjike.

Manikyrët dhe thonjtë fallco që përmbajnë akrilate mund të shkaktojnë **Onikolizis** i cili mund të jetë permanent. Ato mund të shkaktojnë edhe **Leukodermi**, dhe **Hiperkeratozë subunguale periferike, Paroniki alergjike**.

Përveç reaksioneve alergjike ato mund të shkaktojnë Sindrom Reynaud, parestezi, etj.

Diagnozat kryesore diferenciale me DAK të thonjve janë sëmundjet fungale, psoriasis, lichen planus.

Shkaktarët më të shpeshtë të alergjive të thonjve dhe pulpave të gishtave janë manikyrët dhe ngjitësit për thonj artificial.

Alergenët kryesorë janë akrilatet dhe cianoakrilatet. Midis tyre nuk ka reaksione të kryqëzuara. Rezinat që nuk përmbajnë akrilate por para-toluen sulfonamide formaldehide shkaktajnë rrallë leziona në thonj, por më tepër në palpebra dhe qafë.

5-Regjioni genital

Dermatiti alergjik i kontaktit në regjionin anogenital, nga substancat kozmetike, është i rrallë. Më shpesh vihet re dermatit irritativ. Duhet menduar për një dermatit kontakti të induktuar nga substancat kozmetike vetëm pasi janë eliminuar diagnoza të tjera.

Shfaqjet klinike tek femrat: eritema, edema, vezikula, mund të vihet re likenifikim,

Shenjat klinike tek meshkujt: mund të vihet re ekzema por edhe balanitis rekurent nga përdorimi i kondomit(monoxynol-9); ose i shkaktuar nga një alergji ndaj një produkti të përdorur nga partnerja(propan-1,2-diol në përbërje të një xheli lubrifikant).

Shkaktarët kryesorë janë produktet e higjenes, antiseptikët dhe produktet e depilimit.

Ndryshe nga lokalizime të tjera anatomike të dermatitit alergjik, në regjionin ano-genital, nocioni i pruritit nuk është kyçi i diagnozës së një alergjie. Duhet menduar për një dermatit kontakti të induktuar nga substancat kozmetike vetëm pasi janë eliminuar diagnoza të tjera dhe pas një ekzaminimi të kujdesshëm.

Diagnoza diferenciale

- Infeksionet mykotike dhe parazitare
- Dermatiti atopik
- Psoriasis inversa
- Sëmundje seksualisht të transmetueshme
- Diabet, etj.

6-Regjioni aksilar

Aspektet klinike

Vihen re leziona eritematoze, pruriginoze, me vezikula. Këto leziona janë më të shprehur distalisht dhe **kupa aksillare (pjesa më e thelluar) është e paprekur** (për shkak të efektit centrifugal të djersës). Djersa luan rol të rëndësishëm sepse produktet që aplikohen në një lëkurë të pastër shkaktajnë më shpesh fenomene irritimi apo alergjike. Në përgjithësi lezionet nuk janë simetrike, dhe përhapen drejt kurrizit. Ndërsa në rast të alergenëve tekstile (veshjeve) simptomat janë simetrike.

Lezionet asimetrike duhet të na bëjnë të dyshojmë për dermatit nga substancat kozmetike.

Shkaktarët kryesorë janë parfumet dhe deodorantët/antiperspirantët.

Diagnoza diferenciale:

- Në rast të lezioneve me ngjyrë të kuqe në kafe (vetëm në një aksilë) duhet të dyshojmë për *Corynebacterium minutissimum* i cili mund të trajtohet me Eritromicinë.
- Dermatiti atopik
- Psoriaza, etj.

Sëmundje preekzistuese të lëkurës që favorizojnë shfaqjen e dermatit alergjik të kontaktit gjatë trajtimit me produkte të ndryshme kozmetike

1-Dermatiti atopik- trajtohet kryesisht me hidratues dhe emolientë kozmetikë

Agjentët kozmetikë më të akuzuar janë:

Fragrancat (fragrancat-miks, balsami peruvian, kolofoni)

Konservantët (metilzotiazolinoni, metildibromoglutaronitrili, çliruesit e formaldehidës)

ekstraktet/ekcipientët (lanolina, kokamidopropilbetaina-CAPB)

ngjyruessit e flokëve

formaldehida dhe rezinat akrelike

Disa studime europiane tregojnë se pacientët me dermatit atopik kanë një incidencë të rritur të dermatitit alergjik të kontaktit nga nikeli dhe lateksi.

2-Aknet

Produktet kozmetike që përdoren në akne me efekte antiinflamatore dhe antisebum dhe keratinë-rregulluese shpesh shkaktajnë dermatit irritativ dhe më rrallë dermatit alergjik.

Molekulat përgjegjëse për dermatitin alergjik janë

tretinoia dhe retinoide te tjera (gjenden në medikamente dhe produkte kozmetike)

benzoil-peroxidi (ka efekt mbi *Propionibacterium acnes*)

alfa-hidroksi acidet

3-Prurit vulvar dhe prurit anal

Pacientët me prurit anal dhe vulvar mund të sensibilizohen ndaj benzokainës lokale apo medikamenteve të tjera lokale.

Bibliografia

16. Agner T, Menné T. Individual predisposition to irritant and allergic contact dermatitis. In: FroschPJ, MennéT, LepoittevinJP, editors. *Contact dermatitis*, 4th edn. Berlin: Springer, 2006:127–134.
17. Rustemeyer Th, Van-Hoogstraten IMW, Von-Blomberg BME, Scheper RJ. Mechanisms in allergic contact dermatitis. In: FroschPJ, MennéT, LepoittevinJP, editors. *Contact dermatitis*, 4th edn. Berlin: Springer, 2006:11–43.
18. Agner T. Hand eczema. In: FroschPJ, MennéT, LepoittevinJP, editors. *Contact dermatitis*, 4th edn. Berlin: Springer, 2006:335–344.
19. Kwangstith C, Maibach HI. Effect of age and sex on the induction and elicitation of allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1995;**33**:289–298.
20. Mangelsdorf HC, Fleischer AB, Sherertz EF. Patch testing in an aged population without dermatitis: high prevalence of patch test positivity. *Am J Contact Derm* 1996;**7**:155–157.
21. Sulzberger MB, Rostenberg A. Acquired specific supersensitivity (allergy) to simple chemicals. IV. A method of experimental sensitization; and demonstration

- of increased susceptibility in individuals with eczematous dermatitis of contact type. *J Immunol* 1939;**36**:17–27.
22. Skog E. Primary irritant and allergic eczematous reactions induced in patients with different dermatoses. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1960;**40**:307–316.
 23. Smith HR, Holloway D, Basketter DA, McFadden JP. Lowered irritant thresholds in subjects with colophony allergy. *Brit J Dermatol* 2000;**143**:28.
 24. Kligman AM. The identification of contact allergens by human assay: II. factors influencing the induction and measurement of allergic contact dermatitis. *J Invest Dermatol* 1966;**47**:375–391.
 25. Kimber I. Danger signals and skin sensitization. *Br J Dermatol* 2002;**147**:613–614.
 26. Kligman AM. Poison ivy (rhus) dermatitis. *Arch Dermatol* 1958;**77**:149–180.
 27. Friedman PS. Clinical aspects of allergic contact dermatitis. In: Kimber I, Maurer Th, editors. *Toxicology of contact hypersensitivity*. London: Taylor & Francis, 1996:26–56.
 28. Kimber I, Basketter DA, Butler M, Gamer A, Garrigue JL, Gerberick GF *et al*. Classification of contact allergens according to potency: proposals. *Food Chem Toxicol* 2003;**41**:1799–1809.
 29. Basketter DA, Jefferies D, Safford BJ, Gilmour NJ, Jowsey IR, McFadden J *et al*. The impact of exposure variables on the induction of skin sensitization. *Contact Dermatitis* 2006;**55**:178–185.
 30. Forsbeck M, Skog E, Ytterborn KH. Delayed type of allergy and atopic disease among twins. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1968;**48**:192–197

NJE MENYRE E RE TRAJTIMI TE KARCINOMAVE BAZOCELULARE TE PALPEBRAVE

Dr. Agron Luli
Spitali Rajonal i Shkodres

Karcinoma bazocelulare (KBC) eshte forma me e shpeshte e tumoreve palpebral. Ai perben 90% te te gjitha tumoreve malinj palpebral. Zakonisht prek moshat mbi 50 vjec. çfaqjen me te shpeshte te saj e ka ne palpebren inferiore me rreth 54% te rasteve e ndjekur nga kantusi intern me 28 % . Variacione te ndryshme mund te shihen ne çfaqjen klinike dhe ecurine e lezionit. Fillimisht paraqitet si nje nodul diskret ose si nodule multiple. Mund te jete prezent prania e nje teleangiektazie vazale te lehte ne siperfaqen e

lekures. Ne fazat e mevoneshme nje thellim central fillon te zhvillohet dhe ai eshte i rrethuar nga kufij te ngritur . Eventualisht zona centrale behet e ulceruar dhe formohen kruste qe çojne ne nje lezion tipik nodulo-ulçerativ. Nganjehere qelizat tumorale ne vend qe te invadojne ne thellesi, rriten ne sipërfaqe duke prodhuar nje mase polipoide te madhe qe ndodh me shume ne kantusin intern. Prekja me e shpeshte eshte ne seksin mashkull.

Ecuria e saj eshte e ngadalshme duke krijuar mundesine e nderhyrjes qe ne fazat e hershme te çfaqjes se saj. Nder menytrat e trajtimit te kesaj patologjie ai kirurgjikal deri tani eshte me i preferuari duke kryer ekscizionin e mases ne kufij te shendoshe dhe duke ruajtur sa me shume funksionet normale te palpebres. Nga eksperienca personale dhe ajo boterore rezulton se efikasiteti i saj eshte mjaft i larte persa i perket recidivave, por ka raste ku per qellime kozmetike ose kunderindikacione te nderhyrjes kirurgjikale duhen gjetur forma te tjera trajtimi qe tolerohen mire dhe japin rezultate te kenaqshme. Nje nder keto eshte dhe trajtimi i tyre me substanca imunoterapeutike siç eshte imiquimodi 5% ne trajte kremi. Kjo substance eshte perdorur me pare ne trajtimin e infeksioneve virale si kondiloma acuminatum tek grate, keratosis atinike jo hipertrofike ,jo hiperkeratozike, ne pacientet e rritur imunokompetent kur dimensionet ose numri i lezioneve kufizojne efikasitetin e krioterapise, ose kur mundesi te tjera topike jane te kunderindikuara ose me pak te pershtatshme .

Imiquimodi nepermjet efektit imunostimulant duke stimuluar monocitet, makrofaget dhe antigenet qelizor krijon mundesine e krijimit te interferon alfa dhe te citokinave te tjera. Ne kemi perdorur preparatin krem Aldara 5% ne 9 pacienta per nje periudhe kohore prej 4 vitesh. Te gjitha rastet perpara aplikimit i jane nenshtruar ekzaminimit biopsi per te konfirmuar diagnozen pavaresisht se çfaqja e jashtme dhe ecuria e gjendjes perputheshin me diagnozen e karcinomes bazo celulare dhe ne te gjitha rastet kemi patur nje konfirmim te saj dhe nga ana anatomo patologjike.

Protokolli i trajtimit ka qene i njejte per te gjitha pacientet: 5 dite ne jave me aplikim 1 here ne dite. Kohezgjatja e trajtimit ka qene 6-8 jave. Moshja e pacienteve ka qene nga 55-70 vjeç. Jane pyetur me pare per perdorim ilaçesh imunosupresor.

Menyra e perdorimit: Pasi aplikohet me kujdes ne zonen e prekur duke u kujdesur qe te mos bjere ne kontakt me syte, lihet per nje periudhe 8 oresh qe te absorbohet dhe me pas lahet zona me kujdes. Rezultati perfundimtar duhet vleresuar 12 jave nga perfundimi i trajtimit. Ne pergjithesi preparati eshte toleruar mire. Fenomeni anesor me frekuent tek rastet tona ka qene nje iritacion i syrit si pasoje me teper e kontaktit te preparatit me konjuktiven qe ne dy raste ka qene i shprehur duke u evidentuar me teper ne ditet e fundit te trajtimit javor, por qe me intervalin e pushimit gjendja pergjithesisht u stabilizonte duke mos perbere objekt per nderprerjen e trajtimit. Pruriti ne zonen e aplikimit ishte i shpeshte po ashtu dhe eritema e zones. Ne te gjitha rastet u vu re gjakosje e lehte ne zonen ulçerative te karcinomes. Nuk u vune re gjate gjithë kohes çfaqje te mbivendosjes se infeksionit ne kete zone. Nganjehere kishim nje edeme te lehte te zones perreth. Ne vleresimet e pergjitheshme vlersohet qe ato me te shpeshte jane: reaksion kutan lokal me çfaqje eriteme grave 31%, erozion i shprehur 13%, formim i krusteve dhe induracion i zones 19%. Ne periudhen kohore nga 4 vjet deri 4 muaj nuk kemi pare raste te recidives se tumorit , po ashtu çfaqjet lokale pas nje periudhe kohore prej 4 muajsh nga nderprerja e trajtimit jane normalizuar. Ne rastet kur permasat e shtrirjes se mases kane qene me te medha trajtimi ka zgjatur deri ne 8 jave ndersa ne rastet e tjera koha prej 6 javesh ka qene e mjaftueshme per arrijten e rezultatit te deshruar.

Bibliografia

1. Cooc BE, Bartley GB. Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumours in an incidence cohort in Olmstead County, Minnesota. *Ophthalmology* 1999; 106: 746-750.
2. Shumack S, Robinson J, Kossard, et al. Efficacy of topical imiquimod 5% cream for the treatment of nodular basal cell carcinoma; comparison of dosage regimens. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1165-1171.
3. Huber A, Huber JD, Skinner RBJ, et al. Topical imiquimod treatment for nodular basal cell carcinomas; an open-label series. *Dermatol Surg* 2004; 30: 429-430.
4. Blasi MA, et al. Immunotherapy with imiquimod 5% cream for eyelid nodular basal cell carcinoma. *Am J Ophthalmology* 2005; 140: 1136-1139.

NEKROLOGJI

Dr DRITAN JAHJA

1968 - 2010

Dr. Dritan Jahja lindi ne qytetin e Durresit me 24 prill te vitit 1968. U rrit dhe u edukua nen kujdesin e dy prinderve nen mendjen e te cileve donin ta benin Tanin mjek. Deri ne vitin 1986 kreu shkollen fillore , 8 vjecaren dhe te mesmen me rezultate te larta. Kjo i dha mundesine qe t'i plotesonte dhe deshiren e prinderve duke studiuar ne Fakultetin e Mjeksise ne vitet 1986-1991. Pasi mbaroi studimet ne fillim punoi si mjek i pergjithshem ne fshatrat perreth zones se Shijakut ku me zellin e çdo mjekut te ri la gjurmen e tij. Ne vitet 1995-1999, pasi konkuroi, fitoi konkursin per t'u specializuar ne nje nga fushat me te veshtira te sektorit te shendetsise ne ate te anestezise - reanimacionit.

Pasi mbaroi me rezultate te mira specializimin emerohet mjek reanimator anestezist prane maternitetit Durres. Ardhja e dr Tanit si mjek reanimator prane spitalit spitalit tone dhe ne nje fare menyre nje mikrospecializim ne kete fushe e vendosi maternitetin e Durresit ne baza akoma me shkencore duke punuar ne staf tashme te kompletuar.

Ka qene aktiv dhe ne sesionet shkencore te marra nga spitali rajonal i Durresit. Stafit tone (materniteti i Durresit) do t'i mbetet gjate ne kujtese dr. Tani per menyren se si u nda nga jeta ne menyre kaq te papritur dhe te pa parashikueshme gjate sherbimit te tij te rojes.

Ne do te kujtojme gjate dr Tanin si ne kushte normale te punes ashtu dhe ne emergjenca , si ditën ashtu dhe naten. Do te kujtojme impenjimin e tij per zgjidhjen e rasteve te veshtira etj etj. Ndarja e tij eshte e parakoheshme ne moshen 42 vjecare nga nje vdekje subite.

Kolektivi i maternitetit te Durresit.
Keshilli Rajonal i Urdherit te Mjekeve Durres

PERKUJTIMORE

Dr. ANTON ASHTA

1895 – 1977

Njeriu që jetën ja kushtoi luftës kundër malarjes

Ndonse kanë kaluar shumë vite nga ndarja prej Dr. Anton Ashtës, njërit prej figurave të spikatura të mjeksisë Shqiptare, mbetet gjallë rezultati i punës madhështore drejtuar prej tij. Më shumë se gjysmë shekulli të jetës së tij, Dr Ashta ja kushtoi luftës kundër malarjes në Shqipëri, duke ndjekur nga afër të gjithë vatrat malarike në mbarë vendin.

Me dëshirën e zjarrtë për ti shërbyer vendit në drejtim të luftës dhe madje zhdukjes përfundimisht të kësaj flake, siç ishte malarja, Dr. Ashta punoi që prej vitit 1921, kur përfundoi me rezultate të shkëlqyera studimet për mjekësi në Universitetin e Romës. Në atë kohë atij i propozuan punësim në Itali, dhe specializime në fushat e mjeksisë kurative që siguronin famë dhe përfitime materiale, por ai zgjodhi profilin e vështirë të organizimit të luftës kundër malarjes në vendin e tij, si dhe punën në drejtim të parandalimit dhe mjekimit të saj.

Në vijim të punës së përkushtuar për luftimin e malarjes në Shqipëri në vitin 1928, me ndihmën e Fondacionit Amerikan Rockfeler ai kreu një specializim një vjeçar në Romë, i cili i shërbeu betejës së tij të gjatë kundër malarjes si malariolog pranë këtij Fondacioni në Tiranë .

Pas kësaj, me një punë madhështore prej shkencëtari dhe atdhetari, në harkun kohor të sistemeve të ndryshme politike dhe ekonomike, u bë një organizator i shkëlqyer që udhëhoqi punën për studimin e shkallës së përhapjes së malarjes në Shqipëri. Ai organizoi dhe drejtoi punën e *Seksioneve Antimalarike* si dhe veprimtarinë për depistimin e popullsisë së prekur nga infeksioni malarik. Në kushte të vështira të punës dhe ekonomike, për dekada të tëra Dr. Ashta studioi vatrat endemike të malarjes në mbarë vendin. Studimet depistuese mbi shkallën e përhapjes së malarjes, treguan incidencën dhe prevalencën e lartë të kësaj patologjie. Në vitin 1938 rreth 80% e popullsisë së Vlorës dhe madje rreth 60% e banorëve të vendit tonë paraqesin indeksin splenik parazitar. Këto shifra janë domethënëse e shkallës së lartë të përhapjes së malarjes në Shqipëri.

Dr Anton Ashta ka meritën e madhe të bashkërendimit të veprimtarisë me të gjitha hallkat që përbëjnë thelbin e suksesit, siç janë ato organizative, ekonomike, të formimit profesional, të depistimit me sukses të bartësve të malarjes dhe mjekimit të tyre.

Dr. Ashta ka nderuar mjeksinë shqiptare në shumë aktivitete shkencore ndërkombëtare, në të cilat ka përfaqësuar me dinjitet shkencën tonë mjeksore. Për meritat e aftësitë që e kanë karakterizuar, gjatë harkut kohor 1957 deri 1970 ka qenë i zgjedhur në O. B. SH, si anëtar i Komitetit të Ekspertëve të Malarjes. Ai është autor i disa botimeve për malarjen në Shqipëri, të cilat kanë vlera të mëdha shkencore dhe historike mbi ecurinë e kësaj patologjie.

Dr. Ashta është vlerësuar me çmime të ndryshme dhe me titullin më të lartë “*Hero i punës Socialiste*”. Ai sot mbetet model i shkencëtarit që i shërbeu pa u lodhur vendit të tij prej më se 50 vitesh, deri në zhdukjen përfundimisht të malarjes në vitin 1967.

Prej disa dekadash nuk ka raste të reja malarjeje, ndonse në mjaft vende të tjera jo larg vendit tonë ka shfaqje të saj. Sot kujtojmë me respekt atë që jetën ja kushtoi organizimit të punës për luftimin dhe zhdukjen e malarjes në Shqipëri, modelin e atdhetarit dhe shkencëtarit që nuk reshti së punuari për të mirën e vendit të tij.

Nazmi Murati.Vasil Miho, Faik Toska
Këshilli Rajonal i Urdhrit te Mjekeve - Qarku Tiranës

UDHËZIME PËR AUTORËT

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

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

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

Paraqitja e materialeve:

Artikujt duhet të shtypen ne disketë PC, me hapësirë dyfishe midis rrjeshtave.

Materiali të dorëzohet në disketë i shoqëruar me tabela, foto, materiale ikonografike, bibliografi.

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 administrativo-menaxheriale, juridike, et.;
- > Veprimtari kombëtare dhe ndërkombëtare të UMSH-së dhe të institucioneve shëndetësore të vendit;

- > Paraqitje përgjithësuese dhe tematikë të veçantë mjekësore me interes më të gjërë për komunitetin e mjekëve;
- > Të reja shkencore të mjekësisë;
- > Nga historia e mjekësisë (botërore dhe e vendit);
- > Letra nga lexuesit;
- > Pyetje dhe përgjigje për çështje të etikës, deontologjisë dhe zbatimit të standardeve profesionale mjekësore.

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

KOLEGJIUMI I REDAKSISE

Ruzhdiqe **QAFMOLLA** (Kryeredaktore);

Shaqir **KRASTA** (Sekretar i Kolegjiut);

Anëtarë:

Alfred **PRIFTANJI**, Artan **GODA**, Faik **TOSKA**

Evi **DANI**, Gjergji **MINGA**, Jovan **BASHO**