

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- Dr. Brahimaj F., - Liria dhe përgjegjësia në profesionin mjekësor2

PROBLEME ORGANIZATIVE:

- Informacion mbi Mbledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH-së – 20.10.2023-Tiranë5

ETIKË DHE DEONTOLOGJI:

- Dr. Mone E., - Inteligjenca artificiale dhe Pediatri6

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Promovimi i Librit “Bioetika Mjekësore”9
- Konferenca: “Dilemat e klinikës Komplekse. Përfaqja ndërdisiplinare” – 25 Maj 2023, Korçë9
- Konferenca e 18-të Kombëtare e Shoqatës Pediatrike Shqiptare – 13-14 Tetor 2023, Tiranë10
- Konferenca “First Interdisciplinary International Regional Meeting on axPpA, PsA dhe Pso” – 28-29 Tetor 2023, Tiranë11
- Konferenca: Diabet-Obezitetet dhe ndërlikimet kronike. Përditësime 2023 – 15-16 Dhjetor 2023, Tiranë12

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- 17 Shtator 2023 – 10 Vjetori i Odës së Mjekëve të Kosovës14
- Takimi i ZEVA-s, Simpoziumi i 30-të – dt. 7-9 Shtator 2023, Dyseldorf-Gjermani16
- Asambleja e Përgjithshme e CPME – 10-11 Nëntor, Talin-Estoni17
- Takimi Plenar i CEOM – 24-25 Nëntor 2023, Paris-Francë18
- Deklarata: Urdhrat e Mjekëve Evropianë bëjnë thirrje për “zero tolerancë” ndaj dhunës kundër profesionistëve të kujdesit shëndetësor – 24 Nëntor 202320
- Formulari i unifikuar Evropian për mbledhjen e të dhënave të dhunës kundër mjekëve (dhe personelit shëndetësor)21

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Prof. dr. Goda A., - Nevojat e paplotësuara dhe mjekimet e reja në Insuficiencën Kardiake. Përmirësimi në 2023 i Udhërrëfyesit të ESC për diagnozën dhe mjekimin e tij24
- Dr. Piperi A., - Arthriti Rheumatoid (Përkufizimi, Klinika, Trajtimi).....26
- Dr. Shtëmbari D., Prof. dr. Kuli-Lito Gj., Prof. dr. Petrela R., Dr. Nezaj B., Dr. Gjoni B., - Mononukleoza infektive në moshën pediatrike31

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Prof. dr. Basho J., - Insuficienca Kardiake dhe Ciroza Hepatike34
- Dr. Dani E., - Sindroma Klinefelter38

IN MEMORIAM

- Dr. Dhurata QESJA.....44

NEKROLOGJI:

- Dr. Elvira POPLLO, Dr. Agron PANARITI, Dr. Fadil SPAHIU, Dr. Ligor SHKRAPI, Dr. Drita BILALI, Dr. Shuaip KAMANI, Prof. Dr. Ahmet KAMBERI, Dr. Desa POPA-DUROLI, Dr. Nikollaq GURLLARI, Dr. Liri KËRËKU47-56



LIRIA DHE PËRGJEGJËSIA NË PROFESIONIN MJEKËSOR

Dr. Fatmir BRAHIMAJ

President

Si në çdo degë të shkencës edhe në mjekësi është ecur: nga padija në aritjen e dijeve të sakta dhe shkencore. Kjo s'ka qënë aspak e lehtë sigurisht ka kërkuar shumë punë, vrojtime të zgjata, prova dhe eksperimente, dështime dhe arritje, humbje dhe fitore. Në këtë ecuri të gjatë dhe të vështirë nga lashtësia deri në ditët e sotme objektivi ka qënë i njëjtë; mbrojtja e jetës, e shëndetit fizik dhe mendor të njeriut, lehtësimin e vuajtjes së tij. Por prej lashtësisë mjekëve ju është lënë një postulat: *Primum non nocere* (së pari mos dëmto).

Në këtë thënie mishërohen dy koncepte bazë të punës së mjekut: liria dhe përgjegjësia profesionale e tij. Pavarësisht nga mënyra e punës apo niveli i dijeve të kohës, ky binom ka funksionuar gjithmonë.

Liria është konfirmuar gjithmonë duke thënë: se mjeku ka të drejtën dhe detyrën të ushtrojë profesionin me autonomi profesionale dhe në pavarësi klinike. Ai është i lirë të shpjegojë opinionin e tij profesional në lidhje me kujdesin dhe trajtimin e të sëmurëve pa u ndikuar nga influenca të jashtme nga palë apo persona, duke synuar gjithmonë të mirën të sëmurëve dhe shoqërisë.

Përgjegjësia është reflektuar në faktin se vetë specifika e misionit të mjekut (jeta e njeriut dhe mirëqënia e tij është gjëja më e shtrenjtë) ka bërë që si individ apo edhe në grup të analizohet, gjykohet dhe vlerësohet çdo rast i vështirë, çdo mos sukses apo dështim. Kërkesa e vetme ka qënë: A është bërë gjëja e duhur? A është bërë maksimumi i mundshëm? Gjithmonë nga pësimi është nxjerr mësim.

Kjo linjë e ngritur në nivelin e studimeve dhe kërkimeve shkencore mjekësore ka bërë të mundur disiplinimin e rutinës, fillimisht me skema apo algoritme mjekimi, e më tej me udhërfyese dhe protokolle si diagnostike dhe terapeutike. Këto metoda synojnë të risin efikasitetin e kujdesit mjekësor, përmirësimin e cilësisë së shërbimit, dhe rritjen e saktësisë së shkencë mjekësore. Si edhe rritjen e përgjegjësisë së mjekut. Kur zbaton një protokoll do të thotë se zbatohet një procedurë, një qëndrim apo trajtim, që është hartuar, krijuar dhe miratuar nga një grupim cilësor specialitetesh, pra respektohet një standard profesional i njohur dhe i ligjësuar. Kur zbatohet një praktikë e tillë pavarësisht nga rezultati mjeku s'ka përgjegjësi kur nuk arrihet rezultati i parashikuar dhe i pritur. Në këtë rast kemi të bëjmë me një gabim mjekësor që në të gjitha vendet e përparuara nuk dënohet. Gjykohet se ka gabuar mjekësia dhe rishikohet procedura mjekësore, sistemet shëndetësore që janë ndërtuar dhe së fundmi kërkohet edhe ndonjë gabim i personelit për paafësi për të ushtruar procedurat lege-artist.

Sidoqoftë në kushtet e sotme kërkesat e publikut janë në maksimum (kërkohen rezultate maksimale pavarësisht nga kushtet) si dhe ankesat e pretendimet për kequshtrim të profesionit mjekësor janë në rritje. Respektimi rigoroz i protokolleve është një bazë e mirë për të ndarë gabimet mjekësore nga neglizhenca mjekësore që është e dënueshme kudo dhe ngarkon me përgjegjësi këdo që i faktohet një qëndrim neglizhent.

Por kjo nuk është gjithçka që ne duam. Akoma mjekësia nuk është një shkencë ekzakte. Nga gabimet e mjekësisë si dhe zbulimet e reja mjekësore merret shkas për ndryshimet e protokolleve të trajtimit mjekësor. Protokollet janë bazë për trajtimin e nozologjive të qarta, pra kur ne dimë etiopatogenezën e sëmundjes. Por hera herës kjo nuk arrihet menjëherë, apo nuk gjendet fare. Në këto raste vlen mjekimi simptomatik apo mjekimi ex juvantibus (ndihmohet i sëmuri për të përmirësuar gjendjen bazuar në ato të dhëna që kemi deri sa të sqarohet gjithçka dhe të kalohet në protokollin e duhur).

Një vështirësi tjetër e madhe rrjedh nga fakti se trajtimi dhe menaxhimi në praktikës mjekësore nuk janë të njëjtë, për këdo. Shumë faktorë si gjinia, mosha, raca apo etnia, gjendja sociale, kulturore apo arsimore, pozita gjeografike, sistemet shëndetësore etj, etj., bëjnë që çdo pacient të jetë i ndryshëm nga tjetri. Kjo nuk është ndonjë risi e kohës. Latinët na kanë lënë një postulat tjetër që thotë: *Mjekohet i sëmuri me sëmundjen që ka, jo sëmundja*.

Pavarësia del qartë nga vetë imazhi i mjekut. Liria në mbledhjen, zgjedhjen dhe bazimi në të dhëna të rëndësishme e thelbësore (sipas gjykimit të tij) çon edhe në vendimmarrje që kapërcejnë edhe rregulla, skema apo protokolle strikte, duke bërë një vendimmarrje të veçantë për çdo rast.

Kur themi se protokollet nuk janë të gdhendura në gurë, nënkuptojmë dinamika dhe ndryshimin e tyre drejt përmirësimit dhe perfeksionimit; por lihet edhe shteg për devijimin ndaj tyre me një llogjikë të fortë mjekësore përpara fakteve të rëndësishme dhe të padiskutueshme. Diçka që mund të konsiderohet zgjidhja e parë për një pacient mund të mos aplikohet fare për tjetrin. Këtë gjë e vërteton më së miri edhe tendenca moderne e mjekësisë së personalizuar (diagnozë dhe mjekim specific për çdo individ).

Duket sikur paragrafët e mësipërm kundërshtojnë njëri-tjetrin. Kjo nuk është e vërtetë. Duke i mbajtur në mendje të 2 këto qëndrime del qartë se vendimmarrja e duhur nuk është një proces i lehtë. Ndhimë e madhe dhe mjaft e çmuar vjen nga gjithë puna përgatitore që bëhet nga mjeku qysh me marrjen e kujdesshme të anamnezës prej tij, ekzaminimin e plotë të nevojshëm, konsultimi i duhur, i përgjegjshëm dhe profesional me kolegë dhe specialistët e duhur, duke gjykuar, analizuar dhe interpretuar si duhet çdo të dhënë dhe provë që rezultojnë nga çdo hollësi gjatë këtij procesi kompleks. Pra kuptohet qartë rëndësia e binomit liri - përgjegjësi profesionale.

Ndhimesë e jashtëzakonshme vjen edhe nga bashkëpunimi dhe marrëdhëniet e drejta me të sëmurin. Atij i duhet shpjeguar qartë, kuptueshëm duke u siguruar që e ka kuptuar si duhet informacionin mjekësor dhe ti merret pëlqimi në momentet e duhura. Një bashkëpunim i tillë është i frytshëm dhe mund të çojë në një vendimmarrje të përbashkët. Kështu bëhet e mundur që dhe pritshmëritë të përputhen me rezultatet. Vetëm këtu nuk ka vend për ankesa, keqkuptime dhe keqtrajtime.

Vetëqeverisja dhe vetërregullimi i profesionit mjekësor (ndërmjet urdhrave, dhomave apo shoqatave mjekësore kudo në botë) jo vetëm e ka evidentuar, vlerësuar ndihmuar dhe kërkuar të respektohet binomi liri-përgjegjësi në profesionin mjekësor por me rregullat dhe praktikën e miratuar, ka ofruar mundësi orientuese për tu zbatuar dhe funksionuar si duhet në çdo kohë. Busulla për tu orientuar si duhet në veprimtarinë e përditshme është respektimi i Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, aplikimi rigoroz i standardeve profesionale si dhe përputhshmëria plotësisht e gjithë veprimtarisë me legjislacionin në fuqi. Korektesa ndaj tyre çon në një praktikë të mirë mjekësore.

Hera herës nga disa mjekë, me përvojë të gjatë në profesionin e tyre, pretendohet se nga kodi, protokollat, standardet profesionale, ligji, urdhëresa, etj..., kufizohet mjaft liria profesionale. Përvoja e pasur, syri i mirë klinik dhe nuhatja e profesionistit i bën që të përcaktojnë shpejt dhe drejt qëndrimin e duhur ndaj të sëmurit (vendimmarrje e shpejtë dhe me pak kosto për diagnozën dhe mjekimin). Sigurisht përvoja dhe aftësitë individuale kanë vlera të pamohueshme, sidomos në rrethana të veçanta kur gjendja e të sëmurit nuk lejon të humbet kohë për ekzaminime të shumta, në kuadër të respektimit të protokolleve dhe standardeve, etj... Patjetër duhet të fillohet me (masa reanimuese, trajtime simptomash, etj...) por vazhdimi më tej duhet të bëhet në rrugën e respektimit të protokolleve, standardeve, etj..., të cilat saktësojnë qëndrimin e duhur, sigurojnë ecjen drejt suksesit, garantojnë dhe evidentojnë respektimin e përgjegjësisë profesionale.

Dua të theksoj kërkesat për kujdesin shëndetësor cilësor si tek ne ashtu edhe në gjithë botën janë në rritje. Nga ana tjetër fondet për shërbimin shëndetësor asnjëherë dhe në çdo vend nuk mjaftojnë.

Këtu merr vlerë bashkëpunimi i bazuar në partneritetin midis organizmave të vetëqeverisjes profesionale me institucionet shëndetësore publike dhe politik-bërësit e sistemit shëndetësor. Sa më shumë sugjerime serioze profesionale të bëhen nga profesionistët dhe të mirëpritën nga politik-bërësit aq më të mirë do të jenë sistemet shëndetësore dhe politikat shëndetësore.

Brenda sistemit, politikave shëndetësore, legjisllacionit dhe akteve nënligjore duhet vlerësuar mbrojtur, përmirësuar, zgjeruar dhe saktësuar hapësira e veprimit dhe respektimit të lirisë dhe përgjegjësisë profesionale të mjekut.

Sot kudo në botë edhe tek ne, mjekët po ankohen se binomi liri-përgjegjësi profesionale është cënuar rëndë nga e ashtëquajtura mjekësi administrative (rregulla, urdhra që të bazuara në raportin kosto-efikasitet përcaktojnë mënyrën e trajtimit të të sëmurëve).

Edhe këtu vetë-rregullimi profesional ofron zgjidhjen dhe qëndrimin e drejtë të mjekut. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore shpjegon qartë raportet midis rregullave, ligjeve, etikës mjekësore dhe moralit. Aty gjendet qëndrimi i duhur i mjekut. Ai duhet të shpjegojë dhe argumentojë nevojën dhe domosdoshmërinë e zgjedhjeve të tij (edhe kur ato janë me kosto të lartë). Rregullat dhe masat administrative synojnë të kufizojnë gjërat e tepërta, të panevojshme, të padobishme dhe të pajustificuara. Askush nuk duhet të ndalojë gjënë e duhur, në respekt të zbatimit të standardit të duhur profesional.

Në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë së hartuar nga UMSH-ja thuhet qartë: “në misionin e tij human, në respekt të jetës njerëzore, të individit dhe dinjitetit të tij, për mbrojtjen e shëndetit, zbatimin dhe mjekimin e sëmundjeve, mjeku bazohet vetëm në shkencë dhe ndërgjegjen e tij, duke i dhënë përparësi interesave të shëndetit të pacientit”.

Nga gjithçka u tha mësipër del qartë se përvetësimi dhe përditësimi me shkencën mjekësore çon në rritjen e kompetencës profesionale. Forcimi i ndërgjegjes (profesionale, humane dhe qytetare) çon në përmirësimin e performancës profesionale (gjithçka mjeku realizon në punën e tij). Duke u bazuar fort dhe duke respektuar thellë shkencën dhe ndërgjegjen e pastër gjendet hapësira e plotë për respektimin e binomit liri-përgjegjësi profesionale. Në çdo rast bëhet gjëja e duhur, profesioni ynë kthehet në art (larg dogmave dhe kornizave të ngurta). Çdo rast i mirëmenaxhuar është një vepër e mirë krijuar. Dhe vetëm kështu ne kuptojmë dhe vlerësojmë si duhet bukurinë dhe vështirësinë e profesionit të mjekut të bazuar në lirinë dhe përgjegjësinë profesionale të Tij.

INFORMACION MBI MBLEDHJEN E KËSHILLIT KOMBËTAR TË UMSH-SË

20.10.2023

Më datë 20 Tetor 2023, pranë zyrave të Këshillit Kombëtar të UMSH-së u mbajt mbledhja e rradhës e Këshillit Kombëtar.

Rendi i ditës u përqëndrua edhe njëherë tek diskutimet dhe sugjerimet mbi Praktikën Profesionale të mjekëve të sapo diplomuar.

Kjo tematikë është diskutuar shumë herë në Këshillin Kombëtar dhe u la për çfarë do lloj ndryshimesh apo sugjerime që mund të vinë në lidhje me të Presidenti i UMSH-së, si dhe Zv. Presidenti i tij do të përfaqësojnë Urdhrin e Mjekëve në takimet ndër-institucionale që kjo praktikë profesionale të jetë sa më efektive për mjekët e rinj.

Rendi i ditës së mbledhjes vazhdoi me pikën dy të tij mbi propozimin e Aparatit Qendror Ekzekutiv për heqjen e kuotizacionit mujor nga borderot e pagave të të gjithë mjekëve që ushtrojnë profesionin në sektorin shëndetësor publik.

Në lidhje me këtë pikë Znj. Ushtelenca argumentoi se heqja e kuotizacionit nga borderot është një hap i madh për Urdhrin dhe dha argumentat e saj mbi funksionim e mbledhjes së kuotës mujore nga ana e strukturave të Urdhrit të Mjekëve. Sigurisht kjo do hasi në vështirësi tek çdo rajon, por me kalimin e muajve mjekët do të ndërgjegjësohen që kuotat t'i paguajnë individualisht. Mënyrat dhe funksionimi do të bëhet mbi bazën e një plani të detajuar nga qendra për në rajone. Pas diskutimeve të shumta në Këshillin Kombëtar u votua me unanimitet për heqjen e kuotizacionit mujor nga borderot dhe hyrjen në fuqi të këtij Vendimi në Janar 2024.

Pika e tretë e rendit të ditës vijoi me një shtim të një pike në Rregulloren e Gjykimit Disiplinor Profesional që ka të bëjë me “konfliktin e interesit” kur verifikohet dhe shqyrtohet një ankesë e mbërritur në zyrat e UMSH-së.

Pika e fundit u përqëndrua edhe njëherë mbi problematikën e funksionimit të Këshillit rajonal të UMSH-së, Qarku Dibër.

INTELIGJENCA ARTIFICIALE DHE PEDIATRI

Dr. Eduard MONE*Qendra Shëndetësore nr. 4, Vlorë*

Si duhet të kuptojmë rolin e këtij programi në favor të punës së mjekut pediatër për tu përkujdesur më mirë për mirëritjen dhe mjekimin e fëmijëve në vendin tonë.

Pediatri është një figurë e rëndësishme mjekësore, që ka për detyrë të ndjekë me përkushtim mirëritjen dhe kujdesin shëndetësor të fëmijëve që janë e ardhmja e vendit tonë.

Specialiteti i pediatrikës ka qenë dhe mbetet një fushë mjekësore ku qeveritë e vendeve të ndryshme kanë përqëndruar vëmendjen për ti krijuar të gjitha mundësitë e një përparimi shkencor, profesional dhe teknologjik. Të gjithë jemi dëshmitarë të transformimit të trekëndëshit mjekësor pediatrik, specialistë gjithnjë e më të aftë, teknologji mjekësore e përparuar dhe infrastrukture moderne.

Për këtë arsye themi se figura e mjekut pediatër sot ndryshon nga e kaluara përmes shfrytëzimit të mjeteve të shumta moderne që ka në dispozicion për të kryer me sukses ndjekjen mjekësore të:

- Rritjes së fëmijës;
- Zhvillimin psikomotor të tij nga fëmijëria deri në moshën evolutive 18 vjeç;
- Zhvillimin psiko-shoqëror;
- Zhvillimin gjinor;
- Parandalimin e prekjes nga sëmundjet;
- Diagnostikimin dhe trajtimin me sukses të çrregullimeve dhe sëmundjeve të kësaj moshe.

Së fundmi në dispozicion të mjekëve pediatër është dhe inteligjenca artificiale ose siç quhet Chat GPT. Kjo erë e re teknologjike bën që mjeku pediatër ashtu si dhe gjithë mjekët të gjendet para një sfide moderne teknologjike që e ndryshon edhe punën e përditëshme të tij në ndihmë të fëmijëve që ka në përkujdesje.

Ndonëse ka pak kohë që është në përdorimin tonë, inteligjenca artificiale është në gjendje që të krijojë përgjigje për shumë probleme që ne mund të kemi në punën tonë të përditëshme. Kjo teknologji e re u vjen në ndihmë mjekëve dhe profesionistëve të shëndetit të të gjitha fushave, ku pa dyshim pediatria është nga më të rëndësishmet. Shumë pediatër tashmë e kanë inaguruar këtë aleat dhe mundësi të re me sukses. Por pyetja më e llogjikshme do të ishte: se si mund ta përdorim këtë teknologji të re për të ndihmuar punën tonë në favor të fëmijëve të sëmurë?!

Kësaj pyetje mund ti përgjigjemi në këtë mënyrë:

Inteligjenca artificiale na ndihmon në përditshmërinë e punës sonë duke na vënë në dispozicion shumë të shpejtë:

- Informacion të përditësuar mjekësor;
- Udhërrëfyes dhe Protokolle moderne të mjekimit në pediatri;
- Sugjerime për zgjidhjen e një rasti mjekësor që na paraqitet në përditshmërinë tonë.

Kjo është një ndihmë shumë e madhe për pediatrin dhe fëmijën që ai ka në kujdes, duke e ditur që gjendja e fëmijës së sëmurë ndryshon me shpejtësi shumë të madhe.

Mësuesit e mi më mësuan se mundësisht duhet ta kontrolloja gjendjen e fëmijës disa herë në ditë pasi gjendja mund të rëndohej papritur. Duke pasur në favorin tonë këto mundësi të reja që kjo teknologji na ofron bujarisht, puna e pediatrik ngrihet në një erë të re më të avancuar dhe më të dobishme.

Një drejtim tjetër shumë i rëndësishëm përmes kësaj teknologjie është dhe kualifikimi i vazhdueshëm profesional i mjekut në përgjithësi dhe pediatrik në veçanti.

Pediatri mund të ndërveprojë me modelin e ofrur për të përditësuar njohuritë e tij në fushën klinike dhe diagnostike që ndikojnë në rritjen dhe forcimin e aftësive të tij pasi këto informacione veprojnë si një kualifikim i vazhdueshëm profesional. Dhe për ata që janë më të lidhur me këtë teknologji, u ofron ndëraktivitetin përmes pyetjeve dhe ofrimit të të dhënave për të marrë një përgjigje apo një model të ri të cilin duhet ta vlerësojmë dhe ta përdorim në të mirën tonë.

Chat GPT na krijon mundësinë edhe për të krijuar një program të personalizuar për një fëmijë që kemi në kujdes. Kjo është pa dyshim një risi, pasi përmes ndërveprimit mund të kuptojmë dhe çfarë duhet të bëjmë për një rast të caktuar përmes risisë që na jep modeli i ofruar nga programi. Padyshim që kjo është jo vetëm në dorë të pediatrik, por në të ardhmen këto programe mund të konsultohen dhe duke kërkuar ndihmën e prindit në mënyrë që ti japim fëmijës më të mirën në fushën e parandalimit, diagnostikimit dhe mjekimit.

Padyshim që do të thosha se futja në përdorimin tonë të kësaj teknologjie do të na vendosi sine qua non, para përgjegjësive etike, pyetjeve dhe dyshimeve, kritikave dhe vërejtjeve që arrijnë në adresën tonë me këto raste.

Do u thosha të gjithë kolegëve se: PO, inteligjenca artificiale është një ndihmë por edhe një sfidë e madhe për ne profesionistët, sidomos në fushën e etikës dhe deontologjisë mjekësore.

Megjithë teknologjinë artificiale figura e mjekut është dhe mbetet një figurë qendrore e pa konkurrueshme dhe e pa zëvendësueshme.

Në punën tonë në duhet të mos harrojmë ruajtjen e privatësisë së të dhënave të fëmijëve, të shmangim sa të mundim procesin e analizës këmbëngulëse mjekësore (me pa tjetër) për pacientët e vegjël dhe të mbajmë gjithmonë rolin vendimtar përfundimtar për veprimet e mëtejshme me fëmijën.

Teknologjia duhet të jetë gjithmonë një mjet në duart e pediatrik që asesi të mund të zëvendësojë empatinë njerëzore dhe përvojën e tij.

Chat GPT dhe lloje të tjera të inteligjencës artificiale janë të destinuara të rriten çdo ditë për sa i përket përdorimit në fushën mjekësore si gjithkund tjetër.

Si fillim kjo teknologji i mundëson mjekut pediatër:

- Përmirësimin e pasjes në dispozicion të një informacioni mjekësor më të gjerë;
- Personalizimin e ndihmës mjekësore ndaj fëmijes bazuar në veçantitë e tij;
- Rritjen e njohurive mbi parandalimin e sëmundjeve mjekësore nga prindi dhe fëmija;
- Kjo teknologji duhet të shikohet si një bashkim harmonik i shkencës dhe teknologjisë me dhimshurinë njerëzore.

Në fillim interneti me botën e pamatë të tij, tashmë Chat GPT si dhe plot mundësi të tjera teknologjike na vendosin në mjekëve si shumëkush para sfidave të reja që kanë të bëjnë me njohjen dhe përdorimin më së pari të kësaj teknologjie dhe së dyti bisedimin më të për të zgjidhur sa më mirë problemet tona të përditëshme profesionale.

Mos të harrojmë asnjë çast se jemi në mjekët që duhet të udhëheqim drejtimin teknologjik nga duhet të ecin ata që zhvillojnë programe të inteligjencës artificiale siç është Chat GPT. Vetëm në këtë mënyrë ne do të kryejmë me sukses detyrën tonë për ti shërbyer pacientit të vogël me kompetence profesionale dhe me ngrohtësi njerëzore, duke kuptuar më shumë se çdo makinë inteligjente se cilat janë vuajtjet, hallet dhe dertet e tij shëndetësore, të kuptojmë si asnjë lloj makine artificiale stresin dhe frikën e tyre si dhe të prindërve të tyre të cilët shikojnë tek pediatri atë që profesori im i pediatriës thoshte me krenari: Zoti dhe pastaj pediatri për fëmijën e sëmurë dhe prindin e tij. Kjo duhet të na bëjë të ndihemi krenarë të veprimjesh plot pasion dhe ego profesionale për të thelluar njohuritë tona të fushës, të mësojmë çdo ditë se si të rrisim empatinë për pacientët tanë duke pasur si udhërrëfyes sot e përgjithmonë betimin e Hipokratit, që ndonëse është kryer shekuj më parë thekson rolin qendror dhe të pazëvendësueshëm të mjekut për ruajtjen dhe kurimin e njeriut të sëmurë.

Letërsia e konsultuar:

1. Gaggioli A. *Ethics: disclose use of AI in scientific manuscripts*. *Nature* 2023;614(7948):413. doi: 10.1038/d41586-023-00381-x.
2. ChatGPT Generative Pre-trained Transformer; Zhavoronkov A. *Rapamycin in the context of Pascal's Wager: generative pre-trained transformer perspective*. *Oncoscience* 2022;9:82-4. doi: 10.18632/oncoscience.571.
3. Marchetti F, Tornese G. "Medico e Bambino" su Facebook. *Medico e Bambino* 2010;29:483-4.
4. *An integrative review on the acceptance of artificial intelligence among healthcare professionals in hospitals*. *NPJ Digit Med* 2023;6(1):111. doi: 10.1038/s41746-023-00852-5.
5. Wiens, J., Saria, S., Sendak, M. et al. *Do no harm: a roadmap for responsible machine learning for health care*. *Nat Med* 2019; 25(9):1337-40. doi: 10.1038/s41591-019-0548-6.
6. Badal K, Lee CM, Esserman LJ. *Guiding principles for the responsible development of artificial intelligence tools for healthcare*. *Commun Med (Lond)* 2023;3(1):47. doi: 10.1038/s43856-023-00279-9.
7. Meskó B, Görög M. *A short guide for medical professionals in the era of artificial intelligence*. *NPJ Digit Med* 2020;3:126. doi: 10.1038/s41746-020-00333-z.

Promovimi i Librit "BIOETIKA MJEKËSORE" me autorë Prof. dr. Bardhyl ÇIPI dhe dr. Admir SINAMATI

Në Pranverën e vitit 2023 u hodh në qarkullim libri me titull "Bioetika Mjekësore" e autorëve Prof. Dr. Bardhyl ÇIPI dhe dr. Admir SINAMATI, botim i mundësuar nga "Albanian University", Fakulteti i Shkencave Mjekësore.

Në Parathënien e Librit autorët shprehen se:

Bioetika, pas viteve 1970-1980 është kthyer në një disiplinë të rëndësishme shkencore dhe akademike nën nxitjen kjo të arritjeve të jashtëzakonshme në fushat e ndryshme bio-mjekësore.

Me ndryshimet e mëdha në vendin tonë, u krijua mundësia që kjo shkencë e re të fillojë dhe të njihet dhe të studiohet edhe në Shqipëri.

Në këto kushte, nga ana jonë janë kryer punime të shumta në frymë bioetike të çështjeve të Etikës Mjekësore, Mjekësisë Ligjore, të Drejtës Mjekësore të vendit tonë, etj., të cilat pasqyrohen edhe në këtë libër të ri mësimor.

Përgatitja e këtij teksti është mbështetur kryesisht në librin Bioetika në një kënd vështrim mjekoligjor" të B. Çipi si dhe teksteve dhe artikujve të tjera të shkruara nga autorët e këtij libri dhe bashkëpunëtorët e tyre.

Ky libër me një paraqitje në një mënyrë didaktike të përsosur dhe të përmbledhur të çështjeve të ndryshme më kryesore të Bioetikës Mjekësore, do të jetë në radhë të parë një kontribut i vlefshëm dhe i domosdoshëm në informacionin e dhënë për studentët e të gjitha shkollave të larta mjekësore të vendit tonë.

Duke përfunduar, dëshirojmë që njohja me këto materiale studimore, të shërbejë në radhë të parë sado pak për specialistët dhe studentët e vendit tonë për zhvillimin e mëtejshëm të shkencës së Bioetikës Mjekësore te ne, si dhe t'ju bëjë të njohur specialistëve të vendeve të tjera përparimet e saj në Shqipëri.

Konferenca: "Dilemat e klinikës komplekse. Përfaqja disiplinare"

25 Maj 2023

Teatri "Andon Zako Çajupi", Korçë

Urdhri i Mjekut Korçë në bashkëpunim me "Ample" në datën 25 Maj 2023 zhvilloi pranë Teatrit "Andon Zako Çajupi" organizoi konferencën trajnuese me temë: "Dilemat e klinikës komplekse.



Përfaqsjë ndër disiplinare” me mjekët dhe farmacistët e Rajonit Korçë. Qëllimi i organizimit të kësaj konference ishte përditësimi i mjekëve të familjes dhe mjekëve specialistë, si edhe akreditimin e tyre.

Në konferencë referuan tema të ndryshme nga mjekë dhe farmacistë. Disa nga temat janë:
Trajtimi multidisiplinar i pacientëve me sëmundje renale kronike SRK
Misteri i sindromit autoinflammator post Covid-19
Trajtimi i Anemive të mungesës së hekurit gjatë dhe pas shtatzanisë
Incidentaloma në imazheri dhe qëndrimi ndaj tyre
E shumë tema të tjera

Në fund të konferencës për të gjithë pjesëmarrësit u shpërndanë Certifikata të pjesëmarrjes.

Në sajë të organizimit shumë të mirë të organizimit të konferencës, pati nga pjesëmarrësit një interesim shumë të madh

Dr. Vlefte BEJKO
Presidente e Këshillit Rajonal Korçë

KONFERENCA E 18-TË KOMBËTARE E SHOQATËS PEDIATRIKE SHQIPTARE

Hotel Tirana International
Dt. 13-14 Tetor 2023

Në datat 13-14 Tetor 2023, në ambientet e Hotel Tirana Internacional u mbajt Konferenca e 18-të Kombëtare e Shoqatës Pediatrike Shqiptare në të cilën qenë të ftuar edhe profesorë të shquar në fushën e Pediatrisë Italiane kryesisht nga Rajoni i Campania-s.

Kjo konferencë ishte Kongresi i Parë Pediatrik Shqiptaro-Italian.

Konferenca u hap nga Presidentja e Shoqatës Pediatrike Prof. dr. Gjeorgjina Lito, e cila ftoi Prof. dr. Suela Këlliçin, Zv.Rektore e Universitetit të Mjekësisë dhe më pas edhe Prof. dr. Xheladin Draçinin, Dekan të Universitetit të Mjekësisë Tiranë. Pas tyre u fuan të përshëndesnin edhe Dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH dhe Prof. dr. Salvatore Vendemmia si President i Shoqatës Pediatrike Italiane.

Më pas Konferenca vijoi me Sesionin e Parë, ku u prezantuan temat nga Prof.dr. Salvatore Vendemmia, Prof.dr. Vassilios Fanos, Prof.dr. Domenico Perri, Prof.dr. Anila Godo dhe Prof.dr. Andrea Pietrobattista. Prezantimet e profesorëve italiane u ndoqën me interes të madh nga pjesëmarrësit, të cilët bënë edhe shumë pyetje e komente.

Më pas konferenca vijoi punimet me Sesionin e Dytë në të cilin u prezantuan 7 tema nga pediatër shqiptarë (5), italianë (1) dhe kosovar (1). Pas pyetjeve dhe diskutimeve konferenca vijoi me Satelit

Simpozium nga Amicus SwixxBiopharma me temën Longlife Immunizatio against Pertussis. Dhe pasua me Seancë e Posterave me posterin: Sëmundjet e rralla në nefrologjinë pediatrike.

Në Sesionin e Tretë u prezantuan 4 tema nga mjekë shqiptarë, dhe 2 Kosovarë, të cilët u ndoqën me interes nga pjesëmarrësit.

Sesioni i Katërt vijoi punimet me 5 prezantime nga pediatër shqiptarë, dhe u mbyll nga Satelit Simpoziumi: Lactobacilus Reutori (Bio Gaia Protect) në trajtimin e kolikave infantile, të mbajtur nga dr. Aleksandër Sajkovcki, nga Maqedonia e Veriut. Me këtë simpozium u mbyll edhe dita e parë e konferencës.

Dita e dytë e Konferencës Pediatrike u hap nga Sesionin i Pestë në të cilin u prezantuan 9 tema nga mjekë shqiptarë. Më pas konferenca vijoi me Sesionin e Gjashtë në të cilin u prezantuan 7 tema nga 3 mjekë dhe 1 farmacist, 1 mjek nga Maqedonia e Veriut dhe 2 Mjekë nga Kosova.

Gjithashtu në konferencë përveç temave u prezantuan edhe 19 Postera nga mjekë e specializantë shqiptarë, dhe 1 Poster nga mjek nga Kosova.

Në fund të Konferencës u themelua edhe Shoqata Italo-Shqiptare e Pediatrisë, e cila pritet të forcojë më shumë bashkëpunimet dhe aktivitetet në fushën e Pediatrisë mes dy vendeve.

Konferenca: “First Interdisciplinary International Regional Meeting on ax-SpA, PsA and Pso”

28-29 Tetor 2023
Tirana International Hotel

Më datë 28 Tetor 2023 në Hotel Tirana International u mbajt Konferenca me Temë: “First Interdisciplinary International Regional Meeting on axSpA, PsA and Pso”, në të cilën morën pjesë 131 pjesëmarrës vendor dhe 25 mjekë dermatologë dhe reumatologë nga Kosova; si dhe në datë 29 Tetor 2023 u mbajtën edhe 2 Trajnime me tematikat: “Çfarë mund të mësojnë Reumatologët nga Dermatologët” dhe “Çfarë mund të mësojnë Dermatologët nga Reumatologët”; në pjesë përkatësisht 46 pjesëmarrës në trajnimin 1 e 45 pjesëmarrës në trajnimin 2, kryesisht të specialiteteve Dermatologji dhe Reumatologji dhe specializantët përkatës të të dy specialiteteve, por edhe Mjekë të Përgjithshëm/Familje, Pediatër, dhe specialitete të tjera.

Konferenca u hap nga dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH, dhe u përshëndet nga prof. Kurt De Vlam dhe prof. Teuta Çiço.

Konferenca u ndoq me shumë interes nga pjesëmarrësit, të cilët bënë pyetje dhe komente lidhur me procesin e vlerësimit dhe zhvillimit të klasifikimit të Artritit Psoriatik, të kriterëve të reja në diagnostikimin e artritit dhe efektivitetin e mjekimit në format e hershme dhe ato të avancuara, temë e prezantuar nga Prof. Philip Helliwell.



Gjithashtu pjesëmarrësit u shprehën se përfituan shumë lidhur me menaxhimin ndërdisiplinor të PsA dhe Pso, si nga provat klinike të paraqitura nga Prof. Diamant Thaçi, të cilat u vlerësuan nga pjesëmarrësit si shumë të dobishme dhe gjithëpërfshirëse.

Interesante për pjesëmarrësi ishte edhe tema e mbajtur nga Prof. Philip Helliwell lidhur me zhvillimin dhe vlefshmërinë e kritereve të klasifikimit për artritin psoriatic (CASPAR), e cila pati shumë komente e diskutime si në sallë, por edhe pas përfundimit të konferencës.

Tema e fundit e konferencës u mbajt nga Prof. Kurt De Vlam, i cili parashtroi rivendosjen e prishmërive lidhur me menaxhimin e Axial SpA dhe PsA të bazuara në terapi të aktuale dhe të reja në zhvillim, duke i ofruar pjesëmarrësve edhe njohuritë e reja lidhur me trajtimet dhe menaxhimet e fundit për artritin psoriatic dhe zhvillimin dhe hartimin e udhëzimeve dhe protokolleve të diagnostikimit dhe trajtimit të artritis psoriatic nën këndvështrimin e fushës së Reumatologjisë.

Edhe ditën e dytë, e cila ishte e ndërtuar në dy trajnime shumë interesante ku pjesëmarrësit rifreskuan njohuritë nën këndvështrimet mes dy fushave Reumatologji dhe Dermatologji, morën një rifreskim lidhur me njohuritë themelore mbi artritin psoriatic dhe spondilitin ankilozant dhe kujdesin ndërdisiplinor të tyre duke u mbështetur lektorët shqiptarë edhe nga Prof. Philip Helliwell, Prof. Kurt De Vlam dhe Prof. Diamant Thaçi. Pjesëmarrësit në të dy trajnimet komentuan në mënyrë aktive me të gjithë lektorët dhe diskutuan lidhur me bashkëpunimin ndërdisiplinor të kujdesit për pacientët me psoriasis.

Në përfundim të aktivitetit, të gjithë pjesëmarrësit e vlerësuan si Konferencën edhe Trajnimet si shumë të vlefshme për ta, nëpërmjet të cilës rritën njohuritë dhe kapacitetet e tyre; mësuan forma të reja bashkëpunimi dhe bashkëpunimi në të mirë të ofrimit të kujdesit multidisiplinor të pacientit me probleme të Artitit dhe Spondilitin Ankilozant; dhe kërkuan që aktivitete të tilla të mund të vijojnë në të ardhmen dhe jo vetëm në fushat e Dermatologjisë e Reumatologjisë por edhe në fusha të tjera të mjekësisë.

Konferenca dhe trajnimet ishin të akredituara nga ASCK secili me 3 kredite për pjesëmarrësit.

Konferenca: “Diabet-Obezitet dhe ndërlikimet kronike” Përditësime 2023

**15-16 Dhjetor 2023
Hotel Hilton Garden INN, Tirana**

Shoqata e diabetit në Shqipëri zhvilloi në datat 15-16 Dhjetor 2023 Konferencën Shkencore me Temë: “DIABET-OBEZITET dhe ndërlikimet kronike”, e cila u mbajt në ambientet e Hotel Hilton Garden INN, Tiranë.

Qëllimi i organizimit të kësaj konference ishte përditësimi i njohurive të mjekëve endokrinologë, të familjes, infermierëve dhe mjekëve specialistë lidhur me përditësimet e reja të vitit 2023 në fushën e Endokrinologjisë dhe specifikisht të Diabetit.

Konferencën e hapi Prof. Dr. Florian Toti i cili ftoi Zv-Ministren Prof. dr. Mira Rrakacoli të përshëndeste pjesëmarrësit në emër të Ministrisë, Prof. dr. Suela Këlliçin, Zv.Rektore e Universitetit të Mjekësisë, Prof. dr. Xheladin Draçinin, Dekan të Universitetit të Mjekësisë Tiranë, dhe dr. Fatmir Brahimin, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, për përshëndetjet e rastit.

Më pas konferenca vijoi me 3 sesionet e ditës së parë, ku në dy sesionet e para u referuan Temat:

- Rivaskulimi i anësive inferiore si alternativë për uljen e nivelit të amputacioneve;
- Organizimi i ekipit të këmbës diabetike, çelësi i suksesit në trajtimin e kësaj patologjie;
- Trajtimi i plagës në pacientët me këmbë diabetike, kërkon një repart ambulator të organizuar;
- Këmba diabetike, të rejtat e trajtimit;
- Qasje të reja në trajtimin e osteomielitit të këmbës diabetike - kirurgjia vs terapive me antibiotikë;
- Ndikimi i ozono-terapisë në pacientë me plagë diabetike;
- Konkluzione dhe kërkime statistikore mbi shkallën e ashpërsisë të ulçerës diabetike në kujdesin shëndetësor parësor dhe dytësor.

Dhe në sesionin e tretë u zhvillua Workshopi: Trajtimi i plagëve të avancuara me terapi VAC, në tre grupe paralele: teori-praktikë-demonstrim.

Në ditën e dytë konferenca vijoi në 3 sesionet e tjera, ku u ndoqën Temat:

- Edukimi terapeutik një element kyç në kontrollin e Diabetit dhe parandalimin e ndërlikimeve kronike;
- Të reja në trajtimin e Diabetit ADA dhe EASD 2023;
- Telemjekësia në Shqipëri. Një histori suksesi në fushën e fuqizimit të sistemit shëndetësor;
- Software Medical Devices, Digital Therapeutics and AI: new tools to fight Diabetes;
- Të reja në trajtimin e Neuropatisë Diabetike;
- Kardiomiopatia Diabetike;
- Vdekshmëria lidhur me Diabetin Melitus në pacientët me hemodializë;
- Dislipidemia dhe sëmundjet endokrine;
- Management of obesity in elderly patients;
- Urbanizimi-Efekti i tij mbi obezitetin, insulinorezistencën dhe Diabetin;
- Ndikimi i Intermittent Fasting në kontrollin e peshës dhe ekuilibrit metabolik;
- Përdorimi i ballonit gastrik në trajtimin e Obezitetit.

Konferenca u ndoq me shumë interes nga pjesëmarrësit.

Në fund të konferencës për të gjithë pjesëmarrësit u shpërndanë Certifikata të pjesëmarrjes, të akredituara nga ASCK me kredite të edukimit në vazhdim.

Këshillit Rajonal Tiranë, UMSH



17 SHTATOR 2023 – 10 VJETORI I ODËS SË MJEKËVE TË KOSOVËS

Në datat 18-19 Shtator 2023 u festua në Prishtinë 10 Vjetori i krijimit të Odës së Mjekëve të Kosovës (OMK). Në këtë përvjetor morën pjesë përfaqësues të strukturave Kombëtare dhe Rajonale të OMK-së, Ministri i Shëndetësisë dr. Arben Vitia, përfaqësues të Organizmave të tjerë të Kujdesit Shëndetësor në Kosovë, Trupit Diplomatik të akredituar në Kosovë si dhe përfaqësues nga Organizatat Homologe Ndërkombëtare, si: WMA, CPME, GMA dhe Shoqata të vendeve të rajonit, e ndër ta edhe Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë (UMSH) me një delegacion të kryesuar nga Presidenti i UMSH dr. Fatmir Brahimi.

Në vijim Intervista e dr. Brahimit për Revistën “Mjeku i Kosovës”

OMK DHE UMSH ERDHËN SI RISI NË SHËNDETËSINË E KOSOVËS E SHQIPËRISË

Presidenti i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë parashtron dallimet që ekzistojnë në mes këtyre dy organizatave, të cilat janë të kushtëzuara nga kuadri ligjor përkatës, që është i ndryshëm në të dy vendet. Por në thelb, thekson ai, misioni si i OMK-së, ashtu edhe i UMSH-së është i njëjtë: ofrimi i Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, ruajtja e standardeve të larta profesionale, si dhe mbrojtja e publikut nga keq-ushtimi i profesionit mjekësor.

Pyetje: Cilat ishin kontaktet e para të Urdhrit të Mjekut të Shqipërisë me Odën e Mjekëve të Kosovës?

Së pari dua t’ju falënderoj për ftesën në këtë intervistë, duke më dhënë mundësi të shpreh, jo vetëm kënaqësi për këtë festë të përbashkët të 10 vjetorit të krijimit të OMK-së, por dhe për të ndarë disa mendime për punën, arritjet, sfidat për të ardhmen. Ne jemi jo vetëm të një profesioni, por edhe të një kombi dhe të një gjaku, prandaj i shohim gjërat si të përbashkëta, pavarësisht se dëshirat hera herës nuk përputhen me mundësitë që na krijohen.

Një vit para formimit të OMK, përfaqësues të Dhomës Mjekësore Gjermane erdhën në Tiranë dhe diskutuan me drejtues të UMSH-së të asaj kohe, idenë për krijimin e një organizmi profesional në Kosovë. Ata gjetën mbështetjen tonë për këtë ide (theksoj se edhe për UMSH-në Dhoma Mjekësore Gjermane ka qenë një faktor i rëndësishëm në hapat e para të veprimtarisë sonë). Gjatë atij viti kanë ardhur në Tiranë 2 herë përfaqësues të komisionit nismëtar të OMK për të diskutuar detaje për hapat e mëtejshme drejt kurorëzimit të kësaj nisme të rëndësishme për profesionin mjekësor në Kosovë. I gjithë dokumentacioni i UMSH-së u mor si model për të hartuar dokumentin bazë të OMK-së. Kontakti i parë zyrtar ishte pjesëmarrja në mbledhjen themeluese të Odës së Mjekëve në Prishtinë.

Pyetje: Si e vlerësoni zhvillimin e deritanishëm të OMK-së dhe, sipas jush, cilat janë arritjet e saj?

Sigurisht si çdo fillim edhe për OMK ka pasur vështirësi të mëdha. Në vendet tona këto pengesa shumëfishohen nga mungesa e traditës, përvojës si dhe mentalitetit të së shkuarës, ku gjithçka ishte e përqendruar tek shteti. Sidoqoftë, me kalimin e viteve ecuria ka qenë pozitive, në favor të mjekëve, të vetë-rregullimit profesional dhe mbrojtjes së publikut nga keq-ushtimi profesional mjekësor. Mbi të gjitha, vlerësoj faktin që kemi një organizëm profesional të vetë-qeverisjes dhe vetë-rregullimit të profesionit, të mbështetur në një kornizë ligjore. Edhe pse themelimi i OMK është i vonuar, falë mbështetjes ndërkombëtare të homologëve dhe qeverisë të disa vendeve janë hedhur hapa të rëndësishëm dhe arritjet janë të lavdërueshme dhe të kënaqshme për kohën. Sigurisht ato që janë bërë në shekuj në vendet e tjera nuk mund të arrihen në ato nivele në intervale të shkurtra kohore.

Pyetje: Cili ka qenë bashkëpunimi midis Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë dhe Odës së Mjekëve nga Kosova?

Këtu do të theksoj se është shfrytëzuar çdo kontakt ndërmjet nesh dhe OKM në pjesëmarrje, takime dhe veprimtari të dy palëve, kemi mbështetur njëri-tjetrin në takimet ndërkombëtare duke bërë lobim në favorin tonë, të OMK dhe anasjelltas.

Pyetje: Çka kanë mundur të mësojnë këto dy organizata nga njëra-tjetra?

Të dyja këto organizma janë risi në sistemin shëndetësor të vendeve tona. Vështirësia e përbashkët midis realiteteve tona dhe nivelit të vetë-qeverisjes dhe vetë-rregullimit profesional në vendet e tjera na ka bërë të huazojmë nga njëri tjetri mënyrën e implementimit të praktikave profesionale që kuadri ligjor në të dy vendet na ka lejuar të implementojmë, me fjalë të tjera problematika të njëjta në realitete të ngjashme kemi mundur zbatime të përafërta.

Pyetje: A ka dallime të mëdha midis mënyrës si funksionon Urdhri në Shqipëri dhe OMK në Kosovë?

Patjetër ka dallime midis nesh të kushtëzuara nga kuadri ligjor përkatës, që dallon në të dy vendet. Por në thelb, misioni si i OMK-së, ashtu edhe i UMSH-së është i njëjtë: ofrimi i Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, ruajtja e standardeve të larta profesionale, si dhe mbrojtja e publikut nga keq-ushtimi i profesionit mjekësor.

Pyetje: Cilat, sipas jush, janë sfidat me të cilat ballafaqohet sot OMK?

Dua të rikujtoj se OMK është organizëm i ri në rritje dhe në zhvillim. Duhet bërë përpjekjet të shumta për përfaqësimin e legjislacionit përkatës me atë evropian, po ashtu duhet punuar për të fituar besimin e plotë dhe autoritetin që i takon tek bashkësia e mjekëve, si dhe besimin e publikut në marrëdhëniet me të.

Pyetje: Cilat janë projektet e përbashkëta dhe në çka realisht mund ta gjejnë veten Urdhri dhe OMK në bashkëpunimet e ardhshme?

Këtë pyetje e vlerësoj në veçanti pasi mendoj se ka ardhur koha që bashkëpunimi të jetë në një nivel tjetër, më i ngushtë dhe me më shumë veprimtari dhe projekte të përbashkëta.

Pyetje: Çka do të kishit sugjeruar për zhvillimin e mëtejshëm të Odës dhe cila do të duhej të ishte e ardhmja e saj?

Insistim të vazhdueshëm për të marrë të gjithë kompetencat që i takon një organizmi të tillë thelbësisht profesional e të pavarur. Realizimi në vazhdimësi i objektivave afatshkurtra dhe ato të perspektivës do të sigurojnë një të ardhme të suksesshme të ngjashme me homologët ndërkombëtarë.

Pyetje: A dëshironi të ndani ndonjë përvojë tuaj personale nga eventet e organizuara nga OMK këtyre viteve?

Përvojat e përbashkëta gjithmonë më kanë dhënë kënaqësi. Çdo veprimtari na mëson diçka të re, prandaj jam ndjerë i privilegjuar duke marrë pjesë në shumë veprimtari të OMK-së. Do të veçoj takimin e Majit 2018 në Prishtinë ku u diskutua mbi tema mjaft delikate, të ndjeshme për bashkësinë e mjekëve dhe akoma të pazgjidhura siç duket, atë për ndarjen e gabimit mjekësor nga neglizhenca mjekësore. Një takim i mirë organizuar dhe mjaft i frytshëm që më ka lënë mbresa të veçanta.

TAKIMI ZEVA

SIMPOZIUMI I 30-të I DHOMAVE DHE URDRHAVE TË MJEKËVE PËR VENDET E EVROPËS QENDRORE DHE LINDORE

7-9 Shtator 2023
DYSELDORF

Me ftesën e Shoqatës Mjekësore Gjermane (GMA) u zhvillua në dt. 7-9 Shtator 2023 në Dyseldorf (Gjermani) takimi i ZEVA, simpoziumi i 30-të i dhomave dhe urdrhave të mjekëve të vendeve të Evropës Qendrore dhe Lindore. Në të morën pjesë pothuajse të gjithë vendet antare si dhe një delegacion nga Komisioni nismëtar për krijimin e Dhomës së Mjekëve në Ukrainë. Edhe UMSH-ja mori pjesë me një delegacion të kryesuar nga znj. Kontlilia Rapo (Sekretare e Përgjithshme e UMSH-së).

Veprimtaria filloi me një takim në zyrat e Dhomës së Mjekëve të Rhine Veriore. Në takim u diskutua rreth ligjit të ri Ukrainas mbi vetëqeverisjen mjekësore. Ukraina pavarësisht problemeve politike dhe luftës, mjekët ishin të angazhuar për t'u përfshirë në ndryshimet ligjore mbi vetë-qeverisjen mjekësore dhe i kishin propozuar qeverisë së tyre miratimin e një Ligji të ri Për Krijimin e Dhomës së Mjekëve të Ukrainës, pra unifikimin e saj, gjë që do të ndihmonte vetë-qeverisjen mjekësore dhe profesionin e mjekut. Sigurisht që ky ligj ishte akoma në diskutim e sipër dhe përfaqësuesit e Ukrainës paraqitën dhe vështirësitë që po hasen për krijimin e kësaj Dhome, por mbi të gjitha vështirësitë që po haste komuniteti i mjekëve në miratimin e këtij Ligji. Shoqata Mjekësore Gjermane, si dhe të gjitha Dhomat e Mjekëve të Evropës Qendrore dhe Lindore përkrahën pa kushte mjekët e Ukrainës dhe përpjekjet që do të bënte ky Simpozium për të dhënë ndihmën e tij në krijimin sa më shpejt të Dhomës Mjekësore të Ukrainës.

Më tej u zhvillua një pritje e ofruar nga Dhoma e Mjekëve të Rihne të Veriut.

Të nesërmen filloi takimi i rregullt i ZEVA-s. Në seancën hyrëse përshëndetën përfaqësues të GMA, si dhe të Dhomës së Mjekëve të Rihne Veriore (Dr. R. Henke). Pastaj u kalua në seancat e planifikuara sipas axhendës së takimit, kushtuar 3 problemeve kryesore:

- Trajnimi mjekësor bazë (formimi universitar i mjekëve);
- Roli i mjekësisë alternative dhe komplementare në vendet antare;
- Mundësi dhe sfida të reja për asistencë në profesionet mjekësore.

Për të 3 këto probleme të gjitha delegacionet prezantonin situatën në vendet e tyre si dhe mendime dhe prespektiva të së ardhmes.

Sipas tyre u insistua në:

- Edukimi mjekësor bazë duhet të arrij të përgatisë mjekë që kanë aftësi të mira profesionale, të njohin dhe të dinë të zbatojnë etikën mjekësore, si dhe të jenë të aftë të punojnë në ekip.

Migrimi i mjekëve ka çuar në 2 drejtime:

- Rritjen e numrit të strukturave në Universitetet ekzistues, si dhe në hapjen e Universiteteve mjekësore të reja. U theksua fort në të dy rolet të insistohet në ruajtjen dhe përmirësimin e cilësisë.
- Diskutimet rreth mjekësisë komplementare dhe alternative u përqëndrua kryesisht në parandalimin dhe menaxhimin e fake-news të shumta rreth tyre.

Për problemin e tretë u nënvizua fort se mjekët kudo janë të mbingarkuar. Duhet që të mendohet për përgatitje të asistentëve të tyre, të cilët do të bëjnë punët rutinë të përgatitjes së të sëmurëve për procedurat mjekësore. Mjekët të ndihmohen prej tyre, por gjithmonë vëmendje të ketë veton e mjekëve, asnjëherë të mos vendosin asistentët.

Pas konkluzioneve në çdo senacë, takimi u mbyll me aprovimin e kërkesës së bërë nga Oda e Mjkeve të Kosovës që Takimi i 2024-tres të jetë në Prishtinë.

ASAMBLEJA E PËRGJITHSHME E CPME (KOMITETI I PËRHERSHËM I MJEKËVE EVROPIAN)

10-11 Nëntor 2023,
TALLIN, ESTONI

Kjo veprimtari e rëndësishme e CPME ishte kërkuar nga Shoqata Mjekësore e Estonisë për ta zhvilluar në kryeqytetin e vendit, Talin. Si zakonisht morën pjesë pothuajse të gjithë vendet anëtare si edhe vendet anëtare të asociuara si UMSH-ja (e përfaqësuar nga Presidenti dhe Sekretari i Përgjithshëm). Po ashtu ishin të ftuar përfaqësues të shumë Organizmave Profesionale Mjekësore Evropiane dhe Botërorë.

Në ceremoninë hapëse të kësaj veprimtarie përshëndeti Ministria e Shëndetësisë së Estonisë znj. Riina Sikkut. Pasi shprehu kënaqësinë për zhvillimin në Estoni të kësaj veprimtarie të rëndësishme, foli mbi arritjet e vendit të saj në përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor të popullatës. Më tej ajo shpjegoi nismën e qeverisë së saj për të realizuar një shërbim shëndetësor ekologjik (të gjitha mjetet që përdoren në shërbimet shëndetësore të riciklohen plotësisht, duke evituar ndotjen mjedisore nga mbeturinat e këtyre shërbimeve).



Koncepti Shërbime Mjekësore Ekologjike u shtjellua më tej në një leksion të paraqitur nga dr. Liivi Maddison. Kjo seancë u përmbyll me një deklaratë për shtyp ku ri-konfirmohej angazhimi i CPME për shërbimet mjekësore ekologjike.

Në seancën pasuese u dëgjuan raporte kombëtare të organizmave profesionalë nga: Irlanda, Republika Çeke, Austria, Franca dhe UK. Më tej u vazhdua në grupe pune për të diskutuar dhe hartuar draftin përfundimtar të rezolutave që do të paraqiteshin Asamblesë së Përgjithshme në ditën e dytë të veprimtarisë. Rezolutat ishin për probleme si:

- Efektet shëndetësore të dëmshme të kanabis
- E drejta e mjekëve për grevë dhe zëvendësimi i mjekëve me asistent mjekë në shërbimet shëndetësore
- Kontrolli shëndetësor në Evropë për 2024-2029

Tek rezoluta e fundit pati shumë diskutime dhe debate pasi duhej të përmbledheshin ambicjet e mjekëve evropianë për të vazhduar ndërtimin e një BE të shëndetshme. Në përmbajtjen e saj u insistua në këto çështje:

1. Trajtimin e krizës së forcës shëndetësore
2. Të sigurohet një transformim digital i sigurt në kujdesin shëndetësor
3. Të sigurohet një jetesë më e shëndetshme
4. Të garantohet aksesin dhe sfikasitetin i barnave
5. Të merren aksione klimatike për një shëndet më të mirë.

Në ditën e dytë u zhvilluan seancat plenare të Asamblesë së Përgjithshme. Dr. Kristian Kajzer Presidenti i CPME përshendeti veprimtarinë dhe drejtoi më tej punimet. U aprovuan rezolutat e paraqitura. Po ashtu u diskutuan problemet e buxhetit të vitit 2024 si dhe disa ndryshime në rregulloren financiare që do të zbatohet në vitin 2025.

Në një seancë të veçantë u dëgjuan përshëndetjet e Organizatave të tjera Evropiane dhe Botërore të ftuara. Në mbyllje dr. K. Kajzer bëri konkluzionet e veprimtarisë. Ai përfundoi duke shpallur (pas votimit) veprimtarinë e vitit të ardhshëm: takimi i pranverës do mbahet në Slloveni dhe asambleja e vjeshtës në Hollandë.

TAKIMI PLENAR I CEOM (KËSHILLI EVROPIAN I URDHRAVE TË MJEKËVE)

24-25 Nëntor 2023, Paris

I ftuar nga Urdhri i Mjekëve të Francës në dt. 24-25 Nëntor 2023 u zhvillua në Paris takimi plenar i CEOM-it. Si gjithmonë ky takim i rëndësishëm pati pjesëmarrjen e delegacioneve të vendeve pjesëmarrëse si dhe përfaqësues nga organizata të tjera profesionale mjekësore, si: WMA, CPME, EFMA, EMSA, UEMO, FEMS, AEMH, EJD. etj... Edhe UMSH (anëtar me të drejta të plota) u përfaqësua nga një delegacion i kryesuar nga presidenti i tij dr. Fatmir Brahimaj.

Në ceremoninë hapëse të kësaj veprimtarie të gjithë pjesëmarrësve ju uroi mirëseardhjen presidenti i UM Francës dr. F. Arnault. Ai u pasua nga presidenti i CEOM dr. J. Santos. Në këtë fjalë u vlerësua kontributi

i Urdhrit të Mjekëve të Francës si nismëtar i themelimit të këtij organizmi të rëndësishëm mjekësor, profesional Evropian më 1971 dhe në vazhdimësi, në mbarëvajtjen e veprimtarisë së CEOM. Më tej dr. Santos theksoi rëndësinë e takimit aktual për tematikën e rëndësishme që do të trajtonte.

Pas aprovimit të agendës dhe verifikimit të mandateve për kryetarët e delegacioneve pjesëmarrëse u fillua si zakonisht me një referim shkencor profesional shumë interesant të titulluar: “Arritje të kirurgjisë maksilofaxiale në Francë” nga prof. Ch. Bertolus.

Seanca pasuese ju kushtua analizës së shërbimeve shëndetësore kombëtare në një Evropë që po ndryshon. Referimet u paraqitën nga një fjalë hyrëse prej Dr. N. D’Autilia, zv president i CEOM.

Prezantimi kryesor mjaft i detajuar u bë nga ish-presidentja e Urdhrit të Mjekëve të Italisë dr. R. Chersevani, titulluar: “E ardhmja e shërbimeve shëndetësore kombëtare në Evropën që po ndryshon: Analizë dhe perspektiva”. Në të u paraqit gjendja aktuale e rënduar e shërbimeve shëndetësore kombëtare. Duke u bazuar në të dhënat nga shërbimet italiane të ballafaquara me ato të vendeve të tjera Evropiane, doktoresha analizoi me hollësi problematikat, dështimet dhe vështirësitë që hasen përditë, për shkak të financimeve të pamjaftueshme të shërbimeve nga Qeveritë Evropiane, reduktimit të personelit mjekësor (migrimi dhe mos planifikimi më i përshtatshëm në vite), pakënaqësitë në rritje të publikut për cilësinë e shërbimeve, problematika organizative dhe ligjore në këto shërbime, tendencat jo të mira si nga personeli (për shkak të mbingarkesës, mos vlerësimit të duhur moral dhe material) ashtu edhe nga publiku (ankesa dhe pretendim-rritje për siguracione më të plota, shërbime më të afërta dhe më të aksesueshme, kompensime më të mëdha për dëmtime nga gabime mjekësore, etj..). Të gjitha këto evidentojnë nevojën e reformimeve të thella të sistemeve shëndetësore evropiane.

Kjo seancë u mbyll me fjalën e presidentit dr. Santos, i cili paraqiti pikëpamjen e CEOM mbi problemin. Ai konfirmoi problematikat dhe analizën e bërë nga parafolsja duke nënvizuar vlerësimin e situatës, shqetësimet e drejta si dhe nevojën e angazhimit të strukturave të larta shëndetësore dhe shkencore për rishikimin dhe riformatimin e thellë të sistemeve të kujdesit shëndetësor në Evropë, sepse sipas analizave të bëra sistemet shëndetësore janë në krizë.

Në seancën tjetër u fol për dhunën ndaj personelit shëndetësor. Dr. Ph. Chathala Sekretar i Përgjithshëm i CEOM paraqiti “Propozim për një formë të çertifikuar për të mbledhur të dhëna për dhunën ndaj mjekëve (edhe stafëve të tyre)”. Formulari i aprovuar prezantohet në këtë numër të buletinit tonë krahas deklaratës për shtyp në lidhje me problemin në fjalë. Më tej u dëgjuan raportimet dhe përshëndetjet e organizatave të tjera profesionale homologe.

Ato u pasuan nga disa seanca të tjera me prezantime të pasuara me pyetje përgjigje. Këtu u dëgjuan me mjaft interes dhe u diskutua mbi:

- “Praktikën e mirë mjekësore” prezantuar nga Fionnula Flannery e GMC (Këshilli i Përgjithshëm Mjekësor, UK)
- “Observatori Evropian për Demografinë Mjekësore” nga Jean-Marcel Mourgues dhe Stephanie Rasse (Urdhri i Mjekëve të Francës)
- “Reklamat Mjekësore dhe Etika mjekësore” nga F. Brahimaj (UMSH)

Në mbledhje u bënë konkluzionet e takimit nga presidenti Jose Santos si dhe u caktuan takimet e vitit të ardhshëm.



**DEKLARATA:
URDHRAT E MJEKËVE EVROPIANË BËJNË THIRRJE PËR “ZERO
TOLERANCË” NDAJ DHUNËS KUNDËR PROFESIONISTËVE TË
KUJDESIT SHËNDETËSOR**

24 Nëntor 2023

Anëtarët e Këshillit Evropian të Urdhrave Mjekësorë (CEOM) u takuan sot në Këshillin Mjekësor Francez (CNOM) në Paris për të trajtuar dhunën në rritje që prek profesionistët e kujdesit shëndetësor në të gjithë Evropën.

Sipas OBSH, midis 8% dhe 38% e profesionistëve të kujdesit shëndetësor janë viktime të dhunës fizike në një moment të karrierës së tyre. Shumë të tjerë vuajnë rregullisht agresioni verbal dhe kërcënimet.

CEOM ka disa vite që punon për të trajtuar këtë çështje të rëndësishme. Një Observator Evropian u krijua për dhunën ndaj mjekëve në 23 Qershor 2017. Një Ditë Evropiane e Ndërgjegjësimit Kundër Dhunës (12 Mars) u lançua gjithashtu në vitin 2020.

Për ta çuar edhe më tej angazhimin tonë, CEOM vendosi në një takim në Madrid (Mars 2023) të hartojë dhe miratojë një Formular të Standardizuar Evropian të Raportimit të Incidentit, të përbashkët për të gjithë vendet anëtare. Ky formular bazohet në formularët aktualë të hartuar nga disa organizata anëtare të CEOM.

Të dhënat e mbledhura do të përpunohen dhe analizohen brenda CEOM për të përfutur një analizë më të detajuar të shkaqeve dhe pasojave të këtyre akteve, dhe për të mundësuar zhvillimin e politikave më efektive për luftimin e tyre.

Formulari, i cili u miratua unanimisht në Mbledhjen Plenare të CEOM, është rezultat i një bashkëpunimi të ngushtë midis të gjitha shoqatave evropiane dhe organeve kryesore përfaqësuese mjekësore.

Pas votimit unanim, dr. José Santos, President i CEOM, deklaroi: “Ky është një hap i madh përpara në luftën kundër këtij fenomeni të papranueshëm”. Dr. Philippe Cathala, Sekretar i Përgjithshëm i CEOM, shtoi: “Është një sinjal i fortë mbështetjeje dhe solidariteti që ne po ua dërgojmë të gjithë kolegëve tanë Evropianë”.

**FORMULARI I UNIFIKUAR EVROPIAN PËR MBLEDHJEN E TË
DHËNAVE TË DHUNËS KUNDËR MJEKËVE
(DHE PERSONELIT SHËNDETËSOR)**

INCIDENT I NDODHUR MË:

____ / ____ / 20____

ORA E NDODHJES SË INCIDENTIT:

KUSH ËSHTË VIKTIMË E INCIDENTIT?

GJINIA:

- FEMËR
- MASHKULL
- TJETËR

MOSHA:

VIKTIMA ËSHTË:

- MJEK
- STUDENT / SPECIALIST OSE
- ANËTAR I EKIPI
- TË TJERË,
SPECIFIKO:

KUSH ËSHTË DHUNUESI?

GJINIA:

- FEMËR
- MASHKULL
- TJETËR

MOSHA:

DHUNUESI ËSHTË:

- PACIENT I NJOHUR
- PACIENT I PA NJOHUR
- SHOQËRUES I PACIENTIT
- TË TJERË,
SPECIFIKO:



SIPAS JUSH, KUSH ISHTE SHKAKU / ARSYEJA QË NDODHI / SHKAKTOI INCIDENTIN?
(ZGJEDHJE MULTIPLE)

ANKESA LIDHUR ME PROCEDURËN MJEKËSORE

KOHË PRITJE E KONSIDERUAR SHUMË E GJATË

REFUZIM TË RECETËS (BARNAVE, RAPORTIT MJEKËSOR, ETJ...)

REFUZIM TË LËSHIMIT TË NJË VËRTETIMI / ÇERTIFIKATE MJEKËSORE

VJEDHJE

MOSMARVESHJE PËR TARIFAT

MOS DHËNIE TË VËRTETIMEVE / RAPORTEVE TË AKTEVE TË DHUNËS

TJETËR
SPECIFIKO:

PA SHKAK SPECIFIK

TIPI I DHUNËS

DHUNË FIZIKE?

DËMTIM TRUPOR I QËLLIMSHËM

DHUNË SEKSUALE

TJETËR
SPECIFIKO:

A PËRDORI ARMË SULMUESI?

PO

JO

SPECIFIKO LLOJIN E ARMËS:

DHUNË NDAJ PRONËS?

AKT VANDALIZMI

VJEDHJE

OBJEKT(E) TË VJEDHUR/A

VJEDHJE ME THYERJE

OBJEKT(E) TË VJEDHUR/A

TJETËR
SPECIFIKO:

DHUNË PSIKOLOGJIKE?

KËRCËNIME

NGACMIME

FYERJE

E-DHUNË (INTERNET)
(SHPIFJE, FYERJE)

KONTEKSTI

KY INCIDENT KANDODHUR
(ZGJEDHJE MULTIPLE):

NË NJË AMBIENT (ISH) RURAL

NË NJË AMBIENT (ISH) URBAN

ONLINE (WEB, TELEFON)

NË NJË MJEDIS MJEKËSOR

NË SHITËPI TË PACIENTIT

NË NJË MAKINË MJEKËSORE
TRANSPORTI (AMBULANCË)

AMBIENT I JASHTËM

TJETËR
SPECIFIKO:

NË CILIN INSTITUCION SHËNDETËSOR?
(ZGJEDHJE MULTIPLE)

KUJDES SHËNDETËSOR TË

PLANIFIKUAR

KUJDES SHËNDETËSOR TË PA

PLANIFIKUAR

KLINIKË PRIVATE

INSTITUCION SHËNDETËSOR
PUBLIK / SPITAL

INSTITUCION SHËNDETËSOR
JO PUBLIK (KLINIKË/ SPITAL)

NË URGJRNÇË

NË NJË REPART TË
MJEKËSISË PARANDALUESE OSE
LABORATOR TESTUES (KUJDES
SHËNDETËSOR PROFESIONAL, ETJ...)

**KENI NJË AMBIENT SEKRETARIE,
DESK INFORMACIONI OSE SHËRBIM RE-
CEPSIONI?**

PO JO

NDJEKJA E INCIDENTIT

PËR TË NJEDKUR KËTË INCIDENT, A KENI NDËRMARRË VEPRIME LIGJORE?

PO

JO

A ÇOI KY INCIDENT NË NJË PERIUDHË PUSHIMI (PËR TË RIMARË VETEN)?

PO

JO

SPECIFIKONI NUMRIN E DITËVE TË PUSHIMIT:

RAPORTIMI I INCIDENTIT

U DORËZUA: ____ / ____ / 20 ____

**NEVOJAT E PAPLOTËSUARA DHE MJEKIMET E REJA NË
INSUFICIENCËN KARDIAKE (IK)
PËRMIRËSIMI NË 2023 I UDHËRRËFYESIT TË ESC PËR DIAGNOZËN
DHE MJEKIMIN E IK**

Prof. Artan GODA MD FESC
QSU "Nënë Tereza" Tiranë

Insuficiencia Kardiake (IK) mbetet një problem i rëndësishëm global i Shëndetit Publik. Numërohen rreth 26 milion pacientë me IK në botë (Ambrosy et al., 2014a) dhe prevalenca e saj në SHBA është rreth 2.2% (5.7 milion), me një raport të përafërt midis meshkujve dhe femrave, dhe rritje më të theksuar në popullatën mbi 60 vjeç. Për fat të keq, prevalenca e IK pritet të rritet me 46% nga viti 2012 deri në 2030, duke arritur në mbi 8 milion pacientë me IK në SHBA (Heidenreich et al., 2013). Në Evropë prevalenca është 1-2% sipas studimeve në vende të ndryshme, me rritje të theksuar të saj tek pacientët mbi 70 vjeç (McMurray et al., 2012)

IK përshkruhet bazuar në matjen e fraksionit të ejectionit të ventrikulit të majtë (FEVM) dhe klasifikohet si sistolike (me FEVM të ulur) apo diastolike (me FEVM të ruajtur). Në klasifikimet e reja të Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë (ESC) përfshihet edhe një formë ndërmjetëse kur FEVM është lehtësisht e ulur. Ky klasifikim është i dobishëm, sepse pacientët e këtyre grupeve ndryshojnë në bazë të demografisë, komorbiditeteve, prognozës dhe përgjigjes terapeutike.

Pikësynimet kryesore të mjekimit të IK janë:

- *Largimi i simptomave dhe shenjave të IK dhe përmirësimi i cilësisë së jetës;*
- *Ngadalësimi i progresit ose kthimi prapa i disfunktionit kardiak dhe periferik;*
- *Reduktimi i hospitalizimeve dhe të mortalitetit;*
- *Përmirësimi i kualitetit të jetës së pacientëve.*

Megjithatë, studimet kanë treguar se pacientet me IK dhe FEVM të reduktuar (IKrFE) menaxhohen në mënyre sub-optimale dhe udhërrëfyesit nuk zbatohen plotësisht në praktikën klinike. Pavarësisht mjekimeve klasike (B-blokuesit, ACE-I, ARB, MRA, Diuretikët apo Digitali) mortaliteti në të sëmurët me insuficiencë kardiake (IK) mbetet akoma mjaft i lartë: 17-45% e pacientëve vdesin brenda një viti nga hospitalizimi për IK dhe 50% e tyre vdesin brenda 5 vjetësh nga diagnoza. Mbijetesa është më e ulët se sa për kancerin e kolonit, të gjirit apo të prostatës. Gjithashtu ajo realizon mbi 1 milion hospitalizime/vit në SHBA (3%) dhe Evropë (1-2%).

Ndërkohë, është parë një aderencë e pamjaftueshme e pacientëve ndaj mjekimit të IK. Midis tyre, 10-15% e të sëmurëve nuk marrin trajtim specifik për IKrFE dhe më pak se 50% e pacientëve marrin dozat e përcaktuara sipas udhërrëfyesve (Song et al., 2014, Stalhammar et al., 2012). Aderenca e dobët ndaj

barnave dhe udhërrëfyesve shoqërohet me rezultate më të dobëta tek pacientet me IKrFE. Pra, mbetet shumë e rëndësishme nevoja për gjetjen e alternativave të reja për mjekimin me barana të IK dhe kjo ka sjellë në 10 vitet e fundit disa prurje të reja në këtë drejtim.

ARNI (angiotensin receptor neprilysine inhibitors): Përfaqësuesi i kësaj klase sacubitril/valsartan (Entresto) (Studimi PARADIGM 2014) vepron nëpërmjet frenimit të neprilizinës, e cila sjell shkatërrimin e peptideve natriuretice me efekt vazodilatator. Këto të fundit janë shumë të nevojshme për kundër-balancimin e efekteve të pafavorshme të mbi-aktivizimit simpatik dhe atij reninë angiotensinë (ACE), që sjellin vazokonstriksion dhe rritje të panevojshme të pasngarkesës në IK. Sacubitril/valsartani, i krahasuar me enalaprilin (studimi PRADIGM 2014), solli përfitime të qarta në reduktimin e vdekjeve ka/vask (20%) dhe hospitalizimit nga IK (21%) ($p < 0.000002$), si dhe vdekshmërisë nga të gjitha shkaqet (16%) ($p < 0.001$). Po ashtu solli edhe një përmirësim të kualitetit të jetës ($p < 0.001$), pa kosto të rritjes së efekteve anësore të padëshirueshme.

Frenuesit e SGLT2 (inhibitors of sodium-glucose cotransporter 2): Përfaqësuesit e saj Dapagliflosina (DAPA-HF, 2019), Empagliflozina (EMPEROR-Reducet 2020) dhe Sotagliflozina (SOLOIST-WHF 2021) treguan efekte të qarta në reduktimin e endpointit primar të kombinuar (vdekje ka/vask., hospitalizim nga IK dhe vizitë urgjente për IK) (DAPA-HF: HR 0.74; 95 CI: 0.65, 0.85, $p = 0.00001$, NNT 21) (EMPEROR-Reduced: HR 0.75; 95 CI: 0.65, 0.86, $p < 0.001$), si dhe vdekshmërisë nga të gjitha shkaqet (DAPA-HF: HR 0.83; CI: 0.71, 0.97, $p = 0.022$). Gjithashtu, në këto studime u vërejt një përmirësim i kualitetit të jetës në të sëmurët me IK, pas 3, 8 dhe 12 muajsh (EMPEROR-Reduced), pa rritje të efekteve anësore të padëshirueshme.

Vericiguat (Stimulusit e Guanylate Ciklazës, sGC and cGMP) nuk ndërhyr në mekanizmat kompensatore hormonale por restauron rrugë-kalimet e dëmtuara në IK, duke nxitur aksin NO-sGC-cGMP dhe përmirësuar disfunktionin endothelial, si dhe reduktuar inflamacionin, fibrozën dhe hipertrofinë në zemër, enet e gjakut dhe veshkat. Studimi i përfaqësuesit të saj Verquvo (VICTORIA 2020) tregoi për një reduktim të endpointit primar, koha deri në vdekjen ka/vask dhe hospitalizimin për herë të parë nga IK (HR 0.90; 95% CI: 0.82, 0.98, $p = 0.02$), pa diferenca në vdekjen nga çdo shkak. Efektet shfaqeshin vetëm në nivelet e proBNP nën 5000 pg/ml.

Omecantiv mecarbil (selective cardiac myosin activator) nëpërmjet një efekti të ri selektiv "myotrope" (first-in-class) mbi sarkomeret kardiake përmirëson strukturën/funksionin kardiak, ul frekuencën e rrahjeve të zemrës dhe nivelin e NT-proBNP, në pacientët me IK sistolike dhe pa DM. Ai u tregua i suksesshëm (studimi GALACTIC-HF, 2020) në reduktimin e endpointit të kompozuar vdekjes ka/vask. dhe hospitalizimin apo përkeqësimin e IK (HR 0.92; 95% CII, 0.86-0.99, $p = 0.025$), kryesisht nëpërmjet përmirësimit të hospitalizimit apo përkeqësimit të IK dhe jo vdekjes ka/vask.

Përmirësimet e Udhërrëfyesit të diagnozës dhe mjekimit të IK në 2023:

Në mungesë të studimeve përfundimtare, në të sëmurët me IK dhe reduktim të lehtë të FEVM (IKmrFE) apo me FEVM të ruajtur (IKpFE), në udhërrëfyesin e vitit 2021 përdorimi i SGLT2-i rekomandohej në mënyrë jo të fortë (klasa IIb, niveli C). Studimet EMPEROR-Preserved (me empagliflozinën), DELIVER (me dapagliflozinën) dhe SOLOIST (me sotagliflozinën), botuar në dy vitet e fundit në të sëmurët me këto dy kategori të IK (IKmrFE dhe IKpFE), që morën në shqyrtim të sëmurët me EF >40%, treguan qartë reduktim të endpointit të kompozuar vdekje ka/vask dhe hospitalizim për IK, kryesisht nga ulja e rasteve me përkeqësim të IK, sesa nga redukti-

mi i vdekjes ka/vask. Këto të dhëna bënë që edhe në këto dy kategori të sëmurësh me IK, (IKmrFE dhe IKpFE), SGLT2-I (Dapagliflozina, Empagliflozina dhe sotagliflozina) të rekomandohen si linjë e parë e mjekimit të IK (Klasa 1, niveli A). Studimi EMPULSE tregoi gjithashtu se Empagliflozina ishte e efektshme edhe kur fillohej herët në IK akute.

Metanaliza e studimeve EMPA-KIDNEY, DAPA-CDK, CREDENCE (Canagliflozin) dhe SCORED (Sotagliflozin) tregoi se përfaqësuesit e klasës SGLT2-I, në të sëmurët me sëmundje renale kronike (CDK) dhe diabet të tipit 2 (T2DM), janë të efektshëm për reduktimin e riskut të hospitalizimit për IK apo të vdekjes ka/vask.

Kështu, ndryshe nga udhërrëfytyesi i vitit 2021, që rekomandonte vetëm përdorimin e ACE-I, ARB dhe mjekimin e HTA në këta të sëmurë me albuminuri, në përmirësimet e rekomandimeve të udhërrëfytyesit të vitit 2023 përdorimi i preparateve SGLT2-I rekomandohen si linjë e parë në të sëmurët me T2DM dhe CKD (klasa 1, niveli A).

Gjithashtu, studimet e dy viteve të fundit FIDELIO-DKT dhe FIGARO-DKT, si dhe metanaliza e të dy studimeve (studimi FIDELITY) treguan qartë një efekt të dukshëm të **Finerenonit** në të sëmurët me T2DM dhe prekje renale, për reduktimin e endpointit të kompozuar vdekje ka/vask, stroke jo-fatal, IAM jo-fatal dhe hospitalizim nga IK (HR 0.86, 95% CI 0.78-0.95, p=0.018), dhe kjo kryesisht për shkak të reduktimit të endpointit të izoluar hospitalizim për shkak të IK (HR 0.78, 95% CI 0.66-0.92, p=0.03). Në bazë të këtyre të dhënave **Finerenoni** rekomandohet për herë të parë dukshëm për përdorim të linjës së parë, së bashku me preparatet SLGT2-I dhe frenuesit e sistemit reninë angiotenzinë (ACE_frenues, ARB apo ARNI), në të sëmurët me T2DM dhe CKD, për reduktimin e riskut të hospitalizimit për shkak të IK.

Së fundi, në përmirësimet e udhërrëfytyesit të vitit 2023 rekomandohet kontrolli për diabetin në të gjithë individët me sëmundje ka/vask nëpërmjet glicemisë esëll apo hemoglobinës së glukozuar (HbA1c). Gjithashtu, në të sëmurët me T2DM rekomandohen kontrollet rutinë për sëmundje të veshkave nëpërmjet eGFR apo në mënyrë të hershme edhe të UACR (raporti kreatininë/albumin në urinë) dhe trajtimi për mbrojtjen e veshkës duhet të nisi herët, pa prituri nefrologun.

ARTHRITI RHEUMATOID (PËRKUFIZIMI, KLINIKA, TRAJTIMI)

Dr. Anisa PIPERI
Spitali Rajonal Korçë

Përkufizimi:

Arthriti Rheumatoid (AR) është një sëmundje sistematike kronike ku targeti primar është sinovia duke dhënë inflamacion dhe proliferim të sinovies, humbje të kartilagos artikulare dhe shkatërrim të kockës juksta-artikulare. Jep deformim, dëmtim të artikulationit dhe në përqindje më të vogël manifestime ekstra-artikulare.

Faktorët e Riskut:

Faktorët genetikë: në të sëmurët me AR ka rritje të frekuencës së antigenit indor HLA-DR4 që ndeshet në 70% të të sëmurëve. Gjithashtu ka një rritje të incidencës dhe prevalencës së AR në pjestarë të së njëjtës familje.

Faktorët endokrinë dhe riprodhues: estrogenet në përgjithësi kanë një efekt stimulues në sistemin imun dhe ky mund të jetë faktori kryesor edhe i shpeshtësisë së AR më tepër tek femrat.

Faktorët infeksiozë: në shumë të sëmurë janë parë të rritur antikorpet e EBV, parovirus human 19, proteusit, CMV, mykobaktereve.

Faktorët mjedisorë

Klinika:

- shenja të përgjithshme (lodhje, dobësi trupore, ngurtësim të zgjatur mëngjesor, humbje peshe, temperaturë subfebrile);
- manifestime artikulare;
- fillon me artikulationet e vogla (IFP, MKF, MTF). Në stadi të avancuara prek artikulationin sterno-clavicular, artikulationin temporo-mandibular, kriko-aritenoid, nga kolona vertebrale prek më tepër C1-C2.



- DORA!

Në këtë sëmundje preket më shumë dora dhe ndikon shumë në cilësinë e jetës.

Në fillim preken artikulationet IFP me edemë dhe elemente të inflamacionit në to, më pas me avancimin e sëmundjes mund të kemi (deviacion ulnar të artikulationit MKF, gishtat si qafë mjelme hiperextension i artikulationit, IFP me fleksion të artikulationit IFD, deformim bou-tuniere flexion i artikulationit IFP me hiperekstension i artikulationit IFD.

• ARTIKULACIONI RADIO-CARPAL!

Në fillim kemi proliferim të sinovies, mund të komprimojë nervin median dhe të japë sindrom të tynelit karpal, mund të kemi dhe rupturë të tendineve ekstensore dhe sublaksion volar të artikulacionit.

• KËMBA!

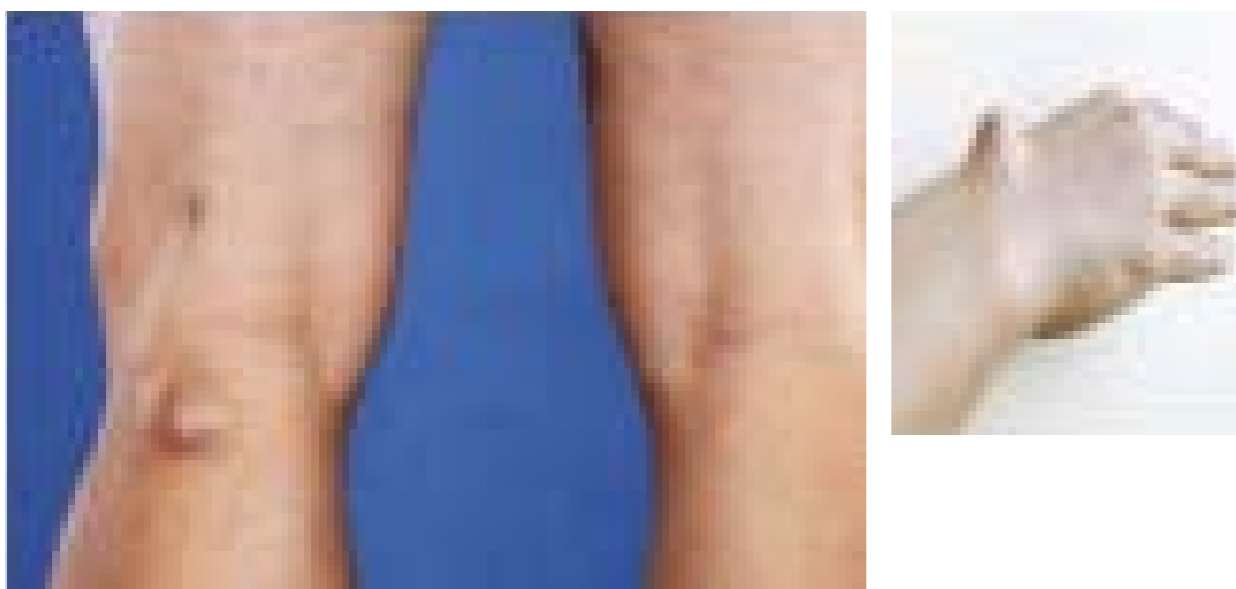
Mund të kemi sublaksion të artikulacionit MTF dhe ulceracione në majë të gishtave.

Kisti sinovial paraqitet si një masë fluktuante përreth artikulacionit. Tipike është kisti i bakerit në fossen popliteale, i cili po të çahet jep një gjendje klinike që ngatërrohet me tromboflebitin.

Këmba e arthritit reumatoid



Kisti synovial



Manifestimet ekstra-artikulare

1. Dermatologjike:
 - Nyjet reumatoide subcutane, <1cm diametër, të vendosura në zona presioni të fiksuar ose të lëvizshme.
 - Caplan syndrome -kombinim i pneumokoniozave (silikoze, azbestoza) me nyje reumatoide pulmonare
2. Tharje të gojës, të syve, të mukozës vaginale. Në ndryshim nga sjogreniprimar anti-ssa, anti-ssb janë negative.
3. Inflamacion okular!
 - Kerato-konjunktivitis sicca
 - Episkleritis
 - Skleritis
 - Keratitis ulcerativ periferik
4. Manifestime pulmonare!
 - Fibrozë pulmonare (jo mthx)
 - Bronhektazi
 - Efuzion pleural (eksudat % e < e glukozës)
 - pleuritis
5. Leukemia limfocitike!
 - Proliferim klonal të T-limf në limfocite granulare të mëdha të ngjashme me neutrofilet. Karakteristikë është neutropenia, kjo i bën me me risk për infeksionet.
 - Limfoma jo hodgkiniane.
6. Vaskuliti reumatoid!
 - Prek vazat e vogla. Jep mononeuritis multiplex, ulceracione në këmbë.
7. Manifestime neurologjike!
 - Sindrom i tynelit karpal
 - Komprimim i nervit ulnar
 - Mononeuritis multiplex
8. Pyoderma gangrenoze!
 - Dermatit neutrofilik ulcerativ
9. Amiloidozë
10. Manifestime renale
11. Limfedema

Diagnoza:

Kriteret ACR 1987!

- Ngurtësim mëngjesor
- Arthrit të paktën në 3 artikulacione
- Arthrit i dorës
- Arthrite simetrike
- Prania e fr
- Ndryshime në Rø-grafi
- Promlematikë mbi 6 javë
- Kritere ACR 2010!
- 1-1 art >_ 0 pikë
- 2-10 art >_ 1 pikë
- 1-3 art <_ 3 pikë
- >10 artikulacione të paktën 1 i <_ 4 pikë
- 2- serologjia
- Fr anti-cc: 0 pikë
- Fr pozitiv i lehtë, anti-ccp pozitiv i lehtë: 2 pikë
- Fr +++ anti-ccp++: 4 pikë
- 3- proteinat e fazës akute
- Ers, pcr-normal: 0 pikë
- Anormal: 1 pikë
- 4-kohëzgjatja
- <6 javë: 0 pikë
- >6 javë: 1 pikë
- KA ARTHRIT RHEUMATOID KUR SHUMA >6

TRAJTIM:

Trajtimi bëhet me 3 grupe barnash:

1. modifikatorët e sëmundjes sintetike
2. modifikatorët e sëmundjes biologjike
3. glukokortikoidet

1- Sintetike (ulin progresionin radiologjik):

- A-methotrexati- 1 herë në javë fillon me 7.5 mg/javë - 20-25 mg/javë shoqërohet me acid folik. Terapia që të funksionojë 2-6 muaj çdo 3 muaj bëhet check-up.
- Azathioprim- 1,5 - 2,5 mg/kg
- Sulfasalazin- 1-3 g në ditë
- Hydrxychloroquina- 1-2 tb në ditë
- Leflunomide- 10-20 mg/ditë

2- Biologjike:

- jepen s/c ose i/v
- bëhen kontrolle për TBC, hepatitis, limfoma melanoma, jo të nyha 3-4

3- Glukokortikoid 5-10 mg/ditë

4- Aijs.

Në vizitat ambulatorë është parë që në 600 vizita në muaj, 20-30% e tyre diagnostikohen me Arthrit Rheumatoid për herë të parë. Nga këto 5% janë meshkuj dhe pjesa tjetër femra.

Ankesat më të shpeshta që i detyrojnë pacientët të paraqiten tek mjeku janë: enjtja, skuqja e artikulacioneve të vogla të duarve, të artikulacioneve të vogla të këmbëve dhe të gjunjëve që ndikojnë në uljen e cilësisë së jetës së tyre dhe disa i bën dhe të paaftë për punë.

Në Spitalin Rajonal të Korçës në një periudhë 1 mujore shtrohen afërsisht 10-15 pacientë me AR për herë të parë dhe kronikë.

Linja e parë e trajtimit për uljen e progresionit të sëmundjes në këta pacientë janë modifikuesit sintetikë të sëmundjes. (methotrexat, leflunomide, hydroxychloroquina të vetëm ose të kombinuar me njëri-tjetrin në varësi të stadi të sëmundjes.

Linja tjetër e trajtimit që mund të jetë primare, ose kur ka dështuar linja e parë në varësi të kriteve të përcaktuara janë barnat biologjike.

Në Bashkitë: Korçë, Maliq, Devoll, Kolonjë dhe Pustec ka 12 pacientë që trajtohen me bare biologjike sipas skemës të përcaktuar nga shërbimi i Reumatologjisë QSUT Tiranë.

Pacientët duhet të ndërgjegjësohen që të bëjnë kontrolle të shpeshta tek mjeku Reumatolog për çdo shqetësim që mund të kenë në lidhje me kyçet e tyre.

Edhe pse sëmundjet reumatizmale janë sëmundje kronike është shumë e rëndësishme diagnostikimi dhe trajtimi në stadet e para të tyre, për tu përprjekur që sëmundja të mos avancojë dhe të mos ndikojë në cilësinë e jetës.

Referencat

1. Current Rheumatology diagnosis and treatment LANGE
2. Reumatologjia Argjend Tafaj
3. Të dhënat statistikore janë marrë nga zyra e Statistikës të Spitalit Rajonal Korçë

MONONUKLEOZA INFEKTIVE NË MOSHËN PEDIATRIKE

Dr. Diana Shtëmbari, Prof. Dr. Gjeorgjina Kuli-Lito, Prof. Dr. Raida Petrela, Dr. Bashkim Nezaj, Dr. Blerina Gjoni

Shërbimi Pediatrik Infektiv QSU "Nënë Tereza"

Mononukleozë Infektive është një sindromë klinike e cila karakterizohet nga triada: ethe, faringotonsilitis dhe limfadenopati e shkaktuar kryesisht nga virusi Epstein-Barr (EBV), ose Human Herpesvirusi 4 (HHV-4), i cili është një γ -herpesvirus.



MI njihet si “Drüsenfieber”, ose ethja glandulare, për shkak të limfadenopatisë së theksuar të gjeneralizuar.

Epidemiologji-EBV është përhapur gjerësisht, ai përhapet nga kontakti intim midis personave të infektuar me EBV asimptomatikë që e shpërndajnë virusin dhe personave të ndjeshëm. Njerëzit janë rezervuari kryesor. Periudha e inkubacionit është mesatarisht 4 deri në 8 javë.

MI është një sindromë klinike vetëkufizuese, që në shumicën e rasteve, prek më shpesh adoleshentët dhe të rinjtë. Sipas një studimi të bërë në shërbimin e Pediatriisë Infektive me rastet e hospitalizuara me MI lidhur me EBV (IgM anti VCA pozitiv) në Qershor 2017 – 2023, mosha varionte nga 1 deri në 15 vjeç me një mesatare prej 4.64 vjeç sd 3.15, me një numër të lartë të rasteve në moshat 2 - 4 vjeç dhe me një raport meshkuj femra 2.12:1. U vu re gjithashtu një incidencë e lartë e rasteve në vitin 2019, një ulje e ndjeshme gjatë dy viteve të para të pandemisë COVID-19 dhe një rritje e konsiderueshme gjatë këtij viti.

Në 10% të rasteve MI nuk shkaktohet nga EBV. Agjentë të tjerë që prodhojnë një sindromë të ngjashme klinike janë: Citomegalovirusin (CMV), HIV, Toxoplasma, Herpesvirusin Human tip 6 (HHV-6), Hepatiti B dhe HHV-7.

Manifestimet klinike – MI klasike karakterizohet nga ethe, faringit, lodhje dhe limfadenopati. Gjetje të tjera mund të përfshijnë hepatosplenomegali, tonsilit eksudativ, rash, enjtje të fytyrës, për rreth syve, dhimbje trupi dhe koke.

Gjetjet hematologjike - Më e zakonshme në MI është limfocitoza, e përcaktuar si një numër absolut >4,500/microL, gjithashtu limfocitozë atipike të rëndësishme, e përcaktuar si më shumë se 10% e limfociteve totale. Numri i Leukociteve në MI është mesatarisht 12,000 deri në 18,000/microL, megjithëse mund të jetë shumë më i lartë. Disa pacientë kanë neutropeni dhe trombocitopeni të lehtë relative dhe absolute. Transaminazat e rritura shihen në shumicën dërrmuese të pacientëve, por janë të vetë-kufizuara.

Vlerësimi diagnostik – Bazohet në anamnezë, ekzaminimin fizik, numrin dhe diferencimin e WBC dhe një test heterofil (p.sh.: testi “Monospot”) ose testimi i antitropave specifik për EBV (IgM dhe IgG anti viral capsid antigen [VCA], antitropat IgG ndaj antigenit bërthamor (EBVNA) dhe antigenit të hershëm). Mungesa e këtyre antitropave përjashton infeksionin akut primar EBV dhe nxit shqyrtimin e etiologjive alternative të një sëmundjeje të ngjashme me mononukleozën.

TRAJTIMI

MI rrallë kërkon më shumë se terapi suportive.

Trajtimi antiviral - Acycloviri është një analog nukleozid që frenon infeksionin nga EBV duke frenuar EBV ADN polimerazën, por nuk ka efekt në infeksionin latent ose aftësinë për të kuruar infeksionin.

Kortikosteroidet - Rekomandohen për individët me obstrukcion të rrugëve të frymëmarrjes (i manifestuar klinikisht me vështirësi në frymëmarrje). Pasi arrihet përmirësimi klinik, bëhet zvogëlimi ngadalë i dozës së kortikosteroidëve (p.sh.: mbi 7 deri në 14 ditë).

Terapia me kortikosteroide gjithashtu mund të merret në konsideratë tek ata me komplikacione të rënda, kërcënuese për jetën si Insuficienca Hepatike Fulminante, Anemia Hemolitike Severe ose Aplastike.

Ne nuk rekomandojmë terapi me kortikosteroide për rastet rutinë të MI, pasi në përgjithësi është një sëmundje e vetë-kufizuar dhe ka shqetësime teorike në lidhje me imunosupresionin gjatë sëmundjes klinike me EBV që është i lidhur në mënyrë shkakësore me një sërë sëmundjesh malinje.

REKOMANDIME

- Në individët me obstrukcion të theksuar të rrugëve të frymëmarrjes sugjerojmë kortikosteroide, si dhe konsultim urgjent me një otorinolaringolog.
- Ne rekomandojmë MOS administrimin e aciklovirit për IM.
- Rifillimi i sporteve – Për fëmijët dhe adoleshentët që merren me sport, stërvitjet mund të rifillojnë gradualisht tre javë nga fillimi i simptomave. Për sportet e rënda ose aktivitetet që lidhen me rritjen e presionit intra abdominal, ne sugjerojmë të prisni të paktën katër javë pas fillimit të sëmundjes.



REFERENCAT

1. Evans AS, Niederman JC, Cenabre LC, et al. A prospective evaluation of heterophile and Epstein-Barr virus-specific IgM antibody tests in clinical and subclinical infectious mononucleosis: Specificity and sensitivity of the tests and persistence of antibody. *J Infect Dis* 1975; 132:546.
2. Evans AS. The history of infectious mononucleosis. *Am J Med Sci* 1974; 267:189.
3. Sprunt TP, Evans FA. Mononucleosis leukocytosis in reaction to acute infections (infectious mononucleosis). *John Hopkins Hosp Bull* 1920; 31:409.
4. Henle G, Henle W, Diehl V. Relation of Burkitt's tumor-associated herpes-type virus to infectious mononucleosis. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1968; 59:94.
5. Gares V, Panico L, Castagne R, et al. The role of the early social environment on Epstein Barr virus infection: a prospective observational design using the Millennium Cohort Study. *Epidemiol Infect* 2017; 145:3405.
6. Evans A, Niederman J. Epstein-Barr virus. In: *Viral Infections of Human Epidemiology and Control*, Evans A (Ed), Plenum Publishing, New York 1989. p.265.
7. Heath CW Jr, Brodsky AL, Potolsky AI. Infectious mononucleosis in a general population. *Am J Epidemiol* 1972; 95:46.
8. Kuri A, Jacobs BM, Vickaryous N, et al. Epidemiology of Epstein-Barr virus infection and infectious mononucleosis in the United Kingdom. *BMC Public Health* 2020; 20:912.
9. Morris MC, Edmunds WJ. The changing epidemiology of infectious mononucleosis? *J Infect* 2002; 45:107.
10. Aronson MD, Komaroff AL, Pass TM, et al. Heterophil antibody in adults with sore throat: frequency and clinical presentation. *Ann Intern Med* 1982; 96:505.
11. Jabłońska A, Studzińska M, Szenborn L, et al. TLR4 896A/G and TLR9 1174G/A polymorphisms are associated with the risk of infectious mononucleosis. *Sci Rep* 2020; 10:13154.
12. Nye FJ. Social class and infectious mononucleosis. *J Hyg (Lond)* 1973; 71:145.
13. Balfour HH Jr, Odumade OA, Schmeling DO, et al. Behavioral, virologic, and immunologic factors associated with acquisition and severity of primary Epstein-Barr virus infection in university students. *J Infect Dis* 2013; 207:80.
14. Vetsika EK, Callan M. Infectious mononucleosis and Epstein-Barr virus. *Expert Rev Mol Med* 2004; 6:1.

INSUFICIENCA KARDIAKE DHE CIRROZA HEPATIKE

Prof. Dr. Jovan BASHO

Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Tiranë

Hyrje

Sëmundjet kardiake dhe sëmundjet hepatike, janë nga sëmundjet më të shpeshta në mjekësinë e brendshme. Është mjaft e njohur cirroza kardiake, pasojë e insuficiencës kardiake të djathtë, e cila shkaktohet nga çdo patologji e anës së djathtë të zemrës, e cila shkakton një rritje të kongjestionit venoz dhe rritje të presionit në sinusoidet hepatike, pasuar nga fibroza hepatike dhe hipertensioni portal me të gjitha ndërlikimet e tij.

Vitet e fundit i jepet rëndësi e madhe prekjes kardiake gjatë sëmundjeve kronike të mëlçisë. Në studimet e kryera vitet e fundi është zbuluar se sëmundjet e mëlçisë ndikojnë drejtpërdrejt në shëndetin e zemrës. Kështu janë krahasuar rezultatet e FIB-4 të të sëmurëve me fibrozë të mëlçisë me anomalitë e zemrës gjatë MRI kardiake. U zbulua që rastet me FIB-4 në nivel të rritur, shoqëroheshin me anomalitë të funksionit të zemrës dhe dimensionit të enëve të gjakut, gjë e cila u vërejt në mbi 80% të rasteve.

Dihej se sëmundja steatotike e mëlçisë, me origjinë jo etilike lidhet ngushtësisht me dëmtimet vaskulare kardiake dhe vdekjen kardiovaskulare, në rastet e të sëmurëve me faktorë rreziku të përbashkët, si p.sh.: diabeti, por edhe viruset e hepatiteve B, C, D.

Mëlçia përpunon kolesterolin dhe prodhon faktorë të koagulimit të gjakut, të cilët ndikojnë në zemër. Në fillim të këtij viti, në një deklaratë të Shoqatës Amerikane të Zemrës thuhet se: "sëmundja steatotike jo etilike e mëlçisë (nga e cila janë të prekur 1/4 e popullsisë amerikane), përbën një faktor rreziku për sëmundjen kardiovaskulare ateriosklerotike". Këto studime kanë hapur një fushë të re në vlerësimin e ndërlidhjes së përbashkët të patologjive kardiake dhe hepatike.

Insuficiencia kardiake (HF) dhe sëmundja e mëlçisë shpesh bashkë-ekzistojnë për shkak të çrregullimeve sistemike dhe sëmundjeve që prekin të dy organet: abuzimi me alkoolin, droga, inflamacioni, autoimuniteti, infeksionet, si dhe për shkak të ndërveprimeve komplekse kardiohepatike. Insuficiencia kardiake (HF) mund të çojë në sëmundje të mëlçisë, e cila ndikon negativisht në prognozën dhe ndërlikon menaxhimin e saj.

Vaskularizimi hepatic

Mëlçia merr gjak nga vena porta dhe arteria hepatike. Marrja e gjakut nga 2 enë e mbron mëlçinë në mënyrë të tillë që nëse 1 burim dështon, mëlçia vazhdon të funksionojë sepse furnizohet nga burimi tjetër. Aftësia e arteries hepatike është shumë e madhe për të kompensuar ndryshimet në rrjedhën portale (Rritja në fluksin e gjakut arterial hepatic është në gjendje të zbusë 25% deri në 60% të fluksit portal të zvogëluar).

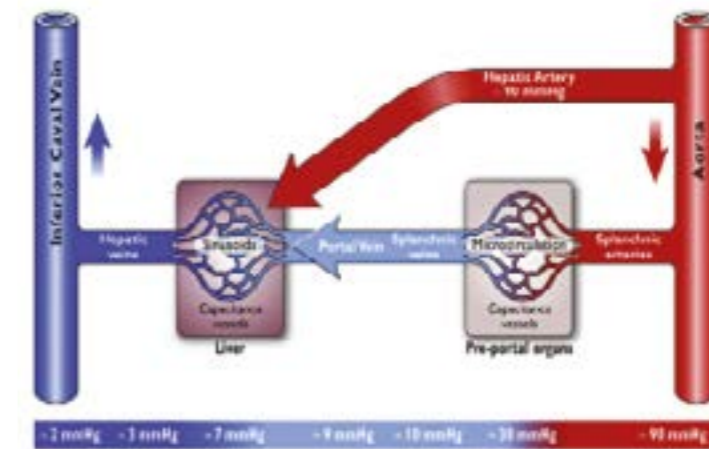


Figura 1. Qarkullimi i gjakut në mëlçinë (nga aorta në sistemin e venës porta e më në fund në venën cava inferior)

Rrjedha totale e gjakut hepatic varion midis 800 dhe 1,200 ml/min, ekuivalente me afërsisht 100 ml/min për 100 gr. të peshës së mëlçisë. Është llogaritur që masa e mëlçisë përbën 2.5% të peshës trupore ndërkohë që merr 25% të debitit kardiak. Presioni i arteries hepatike dhe arterieve splanchnike preportale është afërsisht 90 mm Hg. Presioni venoz portal është 7 deri në 10 mm Hg, vetëm pak më i lartë se presioni në sinusoidet.

Dëmtimi i mëlçisë në insuficiencën kardiake

Mekanizmat e dëmtimit të mëlçisë në insuficiencën kardiake përmbledhin: *Iskemia hepatike* nga hipoperfuzioni shkakton dëmtim qelizor që paradoksalisht përkeqësohet pas restaurimit të shpërndarjes së oksigjenit. Iskemia karakterizohet nga aktivizimi i hershëm i qelizave Kupffer, nga aktivizimi i vonshëm i qelizave polimorfonukleare ("hepatiti neutrofilik"), mbingarkesa ndërqelizore me kalcium, citokinat dhe kemokinat, stresi oksidativ, dëmtimi mitokondrial dhe prishja e mikroqarkullimit të mëlçisë. Oksidi nitrik është provuar se ka efekt mbrojtës. Lezioni histopatologjik i mëlçisë është nekroza koagulative centrolobulare në zonën 3, e cila mund të shtrihet në hepatocitet e zonës së mesme.

Mekanizëm tjetër është *kongjestionin hepatic*. Mungesa e valvulave në venat hepatike lejon që presioni i rritur inferior kaval të ndikojë në shtratin sinusoidal duke shkakuar kongjestion centrolobular, zgjerim sinusoidal dhe fibrozë perivenulare. Dëmtimi më i madh ndodh në zonën 3 të acinusit të Rappaport, e cila rrethon venën centrale. Nekroza e qelizave centrolobulare të mëlçisë

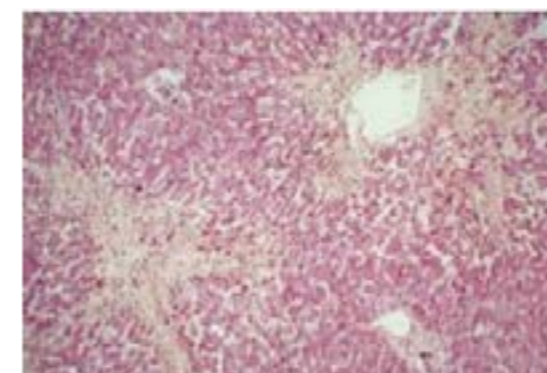


Figura 2. Nekrozë centrolobulare

mund të shtrihet në zonat periferike dhe pasohet nga depozitimi dhe përhapja e indit lidhës, duke kaluar nga një venë qendrore në tjetrën, duke çuar përfundimisht në cirrozë.

Dëmtimi akut kardiogjen i mëlçisë

Prevalenca e disfunkcionit hepatic akut në Insuficiencën kardiake (HF) është 20% deri në 30% (quhet hepatiti hipoksik, hepatiti ishemic ose shoku i mëlçisë). Ky disfunktion konsiderohet pasojë e shokut kardiogjen. Të sëmurët që kanë kongjestion kronik ose HTP, mund të shfaqin dëmtim akut kardiogjen të mëlçisë edhe pas çrregullimeve të lehta të qarkullimit të gjakut. Në kongjestion kronik, hepatocitet kompensojnë rrjedhjen e dëmtuar të gjakut duke rritur nxjerrjen e oksigjenit, që pasohet me hipoksi hepatoqelizore dhe nekrozë.

Dëmtimi kardiogjen i mëlçisë shpesh është asimptomatik. Mund të vihet re klinikë e ngjashme me hepatitin viral akut, rritje e AST dhe ALT (zakonisht 1 deri në 3 ditë pas përkeqësimit hemodinamik). Raporti ALT/LDH <1,5 tregon dëmtim akut kardiogjen të mëlçisë. Vihen re gjithashtu diateza hemorragjike (mungesa e faktorëve të koagulimit të mëlçisë), rritje e bilirubinës (që tregon dëmtim hepatoqelizor ose kolestazë) dhe disfunkcioni renal është shpesh i pranishëm.

Incidenca e hepatopatisë kongjестive është 15% - 65% në Insuficiencën kardiake të rëndë. Kjo çon në rritjen e presionit venoz hepatic, uljen e fluksit të gjakut hepatic dhe uljen e ngopjes me oksigjenin arterial.

Dëmtimi i zemrës në sëmundjet e mëlçisë

Kardiomiopatia cirrotike është e pranishme në deri në 50% të të sëmurëve me cirrozë. Ajo shpreh mosfunksionim sistolik (rritje e zbehtë e prodhimit kardiak, me LVEF (fraksioni i ejectionit të ventrikulit të majtë) <55%), dëmtim të relaksimit diastolik, kohë të zgjatur të ngadalësimit (>200 ms), kohë të zgjatur të relaksimit izovolumetrik (>80 ms), si dhe ndryshime në EKG: zgjatje e intervalit QT.

Kardiomiopatia cirrotike i atribuohet një gjendjeje proinflatore cirrotike që çon në rritje të apoptozës kardiomiocitare dhe zhvendosje në izoformën e zinxhirit të rëndë të miozinës nga nëntipi a në izoformën b më të dobët. Anomalitë e qarkullimit të gjakut janë kryesisht për shkak të faktorëve toksikë që rrjedhin nga mëlçia dhe shkaktojnë zgjerim arterial dhe qarkullim hiperdinamik. Me përparimin e mëtejshëm të dëmtimit të mëlçisë dhe zgjerimit arterial, rezerva sistolike kardiake shterohet, kështu, zemra nuk është në gjendje të rrisë më tej prodhimin kardiak, duke shkaktuar nën-mbushje arteriale dhe ulje të vëllimit efektiv të qarkullimit të gjakut. Kjo sindromë, fillimisht asimptomatike, shpesh diagnostikohet gabimisht si e lidhur me mëlçinë, për shkak të simptomave jo specifike të pranishme në cirrozën e përparuar, të tilla si pamundësia e ushtrimeve fizike, lodhja dhe dispnea.

Ekzaminimet kardiake për ta vënë në dukje janë:

1. Stress testing është përdorur për të vlerësuar mosfunksionimin sistolik;
2. Ekokardiografia për të vlerësuar disfunkcionin sistolik;
3. Ekokardiografia me Doppler indor është metoda më e preferuar për të zbuluar mosfunksionimin diastolik;
4. Përdorimi i CT dhe CMR është i kufizuar.

Prognoza është jo e mirë dhe mungojnë terapitë specifike. Peptidet e reja vazodilatore (copeptina, pro-adrenomedulin, pro-peptid atrial natriuretik) shkaktojnë rritje të hipertensionit portal dhe përkeqësojnë hemodinamikën sistemike. Nga ana tjetër transplantit i mëlçisë e përmirëson klini-

kën dhe mund të shërojë kardiomiopatinë. Megjithatë, prognoza pas transplantimit varet nga njohja e mirë e gjendjes para transplantimit dhe mjekimi i mirë i kardiomiopatisë cirrotike.

Kardiomiopatia cirrotike pengon disa mjekime që përdoren në cirrozën hepaticë ose Insuficiencën kardiake, si p.sh.:

1. Beta-blokuesit kundërrindikohen në cirrozë me ascit refraktar (hipotension, perfuzionit të ulët të veshkave). Efekte pozitive të tyre janë: shkurtimi i intervalit të zgjatur QT, reduktojnë zhvendosjen bakteriale nga zorrët.
2. Frenuesit e enzimës konvertuese të angiotenzinës (ACE) ose bllokuesit e receptorëve të angiotenzinës (ARB) janë të kundërrindikuar pasi përkeqësojnë gjendjen vazodilatatore sistemike.
3. Terlipressina, e cila përdoret për trajtimin e mos-funksionimit të veshkave që ndërlikon sëmundjen e mëlçisë, është e kundërrindikuar, pasi mund të ulë më tej funksionin kardiak.
4. Disfunkcioni diastolik shoqërohet me prognozë më të keqe tek të sëmurët e trajtuar me shunt transjugular intrahepatik portosistemik (TIPS).

Dëmtimi i zemrës në sëmundjen yndyrore jo alkoolike të mëlçisë

Sëmundja yndyrore jo alkoolike e mëlçisë (NAFLD), është sëmundja më e shpeshtë e mëlçisë, karakterizohet nga akumulimi i yndyrës në mëlçi, >5% të peshës së mëlçisë, në prani të <10 g konsumi ditor të alkoolit. NAFLD promovon aterosklerozën koronare dhe rrit rrezikun për kardiomiopati, kalcifikim valvular, aritmi dhe disa defekte përçimi. Për më tepër, NAFLD dhe graviteti i saj shoqërohen në mënyrë të pavarur me rritje të rrezikut në të sëmurët e moshuar me HF akute.

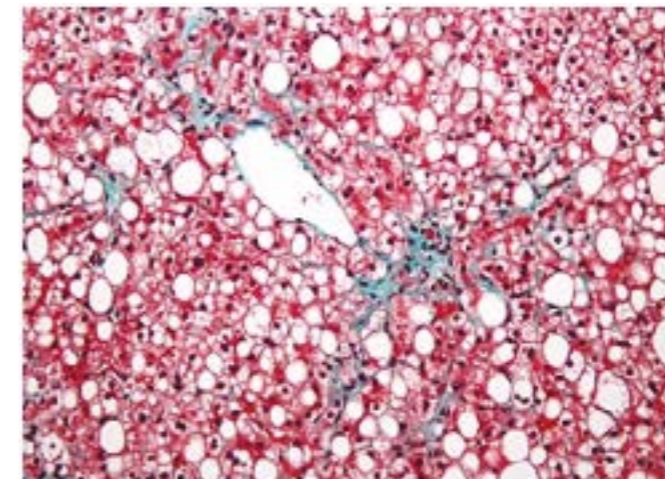


Figura 3. Steatozë e mëlçisë

NAFLD dhe rreziku kardiovaskular

Sëmundja jo alkoolike yndyrore e mëlçisë (NAFLD) përbën një shkak të zakonshëm të sëmundshmërisë hepaticë në SHBA. Shumica e të sëmurëve me NAFLD kanë sindromë metabolike bashkë-ekzistuese = faktor rreziku kryesor për sëmundjet kardiovaskulare, pra ekziston një lidhje e fortë midis NAFLD dhe sëmundjeve kardiovaskulare. NAFLD përbën rrezik kardiovaskular përtej rrezikut nga faktorët tradicionalë, si: dislipidemia, diabeti dhe pirja e duhanit.

Rreziku kardiovaskular dhe infeksioni kronik nga virusi i hepatitit C (HCV)

Të sëmurët me hepatit kronik C kanë prevalencë më të lartë të aterosklerozës së parakohshme sesa popullata e përgjithshme, ku HCV, RNA dhe steatoza e lidhur me HCV janë faktorë të pavarur rreziku të lidhur me aterosklerozën. Mendohet që HCV është i përfshirë në mënyrë aktive në patogenezën e ngjarjeve ishemike kardiake.

Mos-funksionimi i mëlçisë dhe mikrobiota e zorrëve

Mikrobiota e zorrëve në HF kronike pëson ndryshime, duke shkaktuar pakësim të bakterieve dhe varfërim të baktereve që prodhojnë butiratin. Butirati ushtron efekte lokale anti-inflamatore në mukozën e zorrëve dhe stimulon qelizat T rregullatore. HF shkakton ishemi intestinale përveç dëmtimit të mëlçisë, çon në dëmtim mukozës epiteliale dhe hyrje të metabolitëve toksikë nga zorrët në qarkullimin sistematik.

Përfundime:

1. Zemra dhe mëlçia janë në lidhje të ngushtë me njëra-tjetrën. Dëmtimi i funksionit kardial mund të çojë në mos-funksionim hepatic dhe anasjelltas.
2. Hipoperfuzioni i mëlçisë dhe kongjestioni hepatic janë 2 mekanizmat qendrorë patofiziologjikë, si në dëmtimin akut kardiogjen të mëlçisë ashtu edhe në kongjestion hepatic kronik.
3. Kardiomiopatia cirrotike është një sindromë që përfshin anomali sistolike, diastolike dhe elektro-fiziologjike që zhvillohen në kushtet e cirrozës së mëlçisë.
4. NAFLD shkakton arterosklerozën koronare dhe rrit rrezikun për kardiomiopati, kalcifikim valvular, aritmi dhe disa defekte përçimi.

Artikuj të shfrytëzuar:

1. S. Moller, M. Bernardi *Interactions of the heart and the liver Eur Heart J*, 34 (2013), pp. 2804-2811.
2. *Cardiac Syndromes in Liver Disease: A Clinical Conundrum Milos Brankovic, Paul Lee, Nikolaos Prysopoulos and Mark Klapholz Journal of Clinical and Translational Hepatology* 2023;11(4):975-986doi: 10.14218/JCTH.2022.00294.
3. Y. Nagatomo, W.H. Tang *Intersections between microbiome and heart failure: revisiting the gut hypothesis J Card Fail*, 21 (2015), pp. 973-980.
4. Hong Liu, Hong-Yun Lu. *Nonalcoholic fatty liver disease and cardiovascular disease. World J Gastroenterol.* 2014 Jul 14; 20(26): 8407-8415.
5. Hersh Shroff, Lisa B. VanWagner. *Cardiovascular Disease in Nonalcoholic Steatohepatitis: Screening and Management Curr Hepatol Rep.* 2020 Sep; 19(3): 315-326.

SINDROMA KLINEFELTER**Dr. Evin Dani**

Sindroma Klinefelter është një gjendje e zakonshme gjenetike në të cilën njerëzit e caktuar mashkull në lindje kanë një kromozom X shtesë. Simptomat mund të përfshijnë rritjen e gjirit, infertilitetin, osteoporozën dhe vështirësitë në të mësuar. Trajtimet zakonisht përfshijnë terapi fizike dhe emocionale, si dhe zëvendësimin e hormoneve. Këtë gjendje e përshkroi për herë të parë në vitin 1942 mjeku Amerikan dr. H. F. Klinefelter.

Çfarë është sindroma Klinefelter?

Sindroma Klinefelter është një çrregullim gjenetik në të cilin njerëzit e caktuar mashkull në lindje kanë një kromozom X shtesë në kodin e tyre gjenetik. Shumica e njerëzve kanë 46 kromozome në ADN. Kjo përfshin një kopje të një kromozomi X dhe një kopje të një kromozomi Y (46, XY). Njerëzit me sindromën Klinefelter kanë gjithsej 47 kromozome (47, XXY).

Sindroma Klinefelter është një gjendje kongjenitale. Kjo do të thotë që ju keni lindur me të. Simptomat ndryshojnë ndjeshëm nga personi në person. Kjo është një diagnozë e cila mund të përcaktohet herët në jetën e një mashkulli. Por shumë njerëz as nuk e dinë se e kanë këtë gjendje deri në moshën madhore, kur shfaqen simptoma, si infertiliteti.

Sa e zakonshme është sindroma Klinefelter?

Sindroma Klinefelter është mjaft e zakonshme. Ajo shfaqet në rreth 1 në 600 njerëz. Por shumë njerëz (disa ekspertë thonë se 70% deri në 80%) ka të ngjarë të mos e dinë se e kanë këtë gjendje.

Simptomat dhe Shkaqet

Simptomat e sindromës Klinefelter ndryshojnë nga personi në person. Disa njerëz kanë disa simptoma, ndërsa të tjerët nuk kanë ndonjë të dukshme. Ekzistojnë dy lloje të përgjithshme simptomash, fizike dhe neurologjike.

Simptomat fizike të sindromës Klinefelter

Simptomat fizike të sindromës Klinefelter ndikojnë në trupin tuaj dhe mënyrën se si funksionon. Këto simptoma mund të përfshijnë:

- Një penis më i vogël;
- Testikuj të pazbritur dhe të përmasave nën 10 cc;
- Përmasat atipike të trupit si këmbë të gjata dhe një trung të shkurtër;
- Këmbët e sheshta;
- Çështjet e koordinimit;
- Dëmtimi i testikujve manifestohet me azoospermi dhe ulje të nivelit të testosteronit;
- Rritja e indit të gjirit (gjinekomastia) në vitet e adoleshencës ose të rriturve;
- Rritja e rrezikut për mpiksjen e gjakut;
- Kocka më të dobëta ose rrezik më i lartë i frakturave (të quajtura ose osteopeni ose osteoporozë si i rritur).

Njerëzit me sindromën Klinefelter gjithashtu zakonisht përjetojnë infertilitet, që do të thotë se ata humbasin aftësinë për të krijuar spermatozoide. Nëse djali i rritur diagnostikohet me Klinefelter, duhet të konsultohet me një specialist të fertilitetit androlog. Në raste të veçanta në spermiogramë mund të konstatojmë një numër shumë të ulët të spermatozoideve nën 1 milion për ml. Në këto raste ka një mundësi e arritjes së shtatzanisë me teknikat ndihmëse IVF, ku fëmija do të jetë trashëgimtar biologjik i çiftit. Në raste të tilla mund të bëjmë dhe konservimin e lëngut spermatid për të përdorur në të ardhmen teknikat ndihmëse të riprodhimit. Mjekët specialistë mund t'ju tregojnë nëse ruajtja e fertilitetit është një opsion i mundshëm apo jo. Rastet kur mund të gjenden spermatozoide në lëngun spermatik zënë nga 1% deri 3% të tërë rasteve me Klinefelter.

Simptomat neurologjike të sindromës Klinefelter

Djemtë me sindromin Klinefelter dallojnë nga shokët e tyre nga mënyra e sjelljes, mbeten mbrapa në mësim, shpesh bëhen me probleme të shëndetit mendor. Këto simptoma mund të përfshijnë:

- Depresionin;
- Ankthin;
- Çështjet sociale, emocionale ose të sjelljes;
- Sjelljet impulsive;
- Dallimet e të mësuarit, si: leximi dhe sfidat gjuhësore;
- Çrregullimi i defiçitit të vëmendjes/hiperaktivitetit;
- Vonesa në të folur;
- Çrregullime të spektrit të autizmit.

Çfarë e shkakton sindromën Klinefelter?

Sindroma Klinefelter ndodh kur ka një kromozom X shtesë në kodin gjenetik. Ky ndryshim ndodh para lindjes dhe mund të ndodhë në disa mënyra të ndryshme:

1. Një qelizë sperme mbart një kromozom X shtesë.
2. Një qelizë vezë mban një kromozom X shtesë.
3. Qelizat ndahen gabimisht gjatë zhvillimit të hershëm të fetusit. Gjenetistët e quajnë këtë mozaik sindromi Klinefelter. Ndodh kur disa nga qelizat, por jo të gjitha, kanë një kromozom X shtesë.

Cilat janë ndërlikimet e sindromës Klinefelter?

Njerëzit me sindromën Klinefelter kanë një rrezik më të lartë për të zhvilluar disa sindroma metabolike si:

- Obeziteti (indeksi i masës trupore më i madh se 30);
- Hipertensioni (presioni i lartë i gjakut);
- Diabeti i tipit 2;
- Kolesterol i lartë;
- Trigliceride të larta;

Për më tepër, njerëzit me sindromën Klinefelter kanë më shumë gjasa të zhvillojnë:

- Gjinekomasti;
- Kanceri të gjirit;
- Dridhje;
- Osteoporozë (kocka të dobësuara);
- Sëmundjet autoimmune (përfshirë diabetin e tipit 1, sëmundjen e tiroides, lupusin dhe artritin reumatoid);
- Çrregullime të konvulsioneve. Neuropati periferike;
- Dallimet në të mësuar (sidomos aftësitë gjuhësore).

Diagnoza dhe analizat

Mjekët mund të diagnostikojnë sindromën Klinefelter gjatë:

Zhvillimit të fetusit. Mjekët nuk i testojnë shpesh fetuset për sindromën Klinefelter. Nëse ata

zbulojnë gjendjen, zakonisht ndodh kur kryejnë teste gjenetike (si kampionimi i vleve korionike ose amniocenteza) për arsye të tjera.

Fëmijëria apo adoleshenca. Mjeku mund të rekomandojë testimin nëse ata vërejnë rritje ose zhvillime atipike (në lidhje me pubertetin) gjatë këtyre viteve.

Mosha madhore. Mjeku mund të testojë për Klinefelter nëse keni probleme të ulëta të testosteronit ose fertilitetit (probleme për të mbetur shtatzënë me partnerin tuaj).

Njerëzit me raste të lehta të sindromës Klinefelter - ata pa simptoma - mund të mos e dinë kurrë se e kanë këtë gjendje. Për të tjerët, mjekët e tyre e zbulojnë atë vetëm gjatë testimit të infertilitetit.

Cilat teste mund të ndihmojnë në diagnostikimin e sindromës Klinefelter?

Qëllimi i testimit është të zbulojë dhe identifikojë një kromozom X shtesë. Mënyra më e zakonshme për ta bërë këtë është testi i kariotipit, i cili është një test gjaku që i tregon numrin dhe llojet e kromozomeve të pranishme. Zakonisht mund të realizojmë kariotipizimin tek fëmijët, të rriturit dhe madje edhe tek fetuset para lindjes.

Mjekët rekomandojnë testimin neuro-psikologjik për fëmijët me sindromën Klinefelter. Është më mirë t'i testoni ato në kohën e diagnozës dhe përsëri çdo disa vjet. Kjo mund të ndihmojë në identifikimin e çdo sfide të të mësuarit dhe të udhëzojë mësuesit se si ta ndihmojnë fëmijën tuaj të ketë sukses.

Menaxhimi dhe Trajtimi

Njerëzit me sindromën Klinefelter lindin me të. Për shkak se është një pjesë e kodit tuaj gjenetik, ju nuk mund ta kuroni ose ta hiqni qafe atë. Por mund t'i menaxhoni simptomat me trajtim dhe udhëzime nga mjeku juaj kurues.

Trajtimet e sindromës Klinefelter mund të përfshijnë:

- Zëvendësimi i hormoneve.
- Terapia.
- Kirurgji, e cila është e rrallë për njerëzit me këtë gjendje.
- Zëvendësimi i hormoneve

Njerëzit me sindromën Klinefelter shpesh kanë më pak testosteron sesa ata pa këtë gjendje. Disa nuk do të fillojnë fare pubertetin, ndërsa të tjerët do të fillojnë, por më pas do të ndalojnë ose do të kthehen prapa. Kjo ndodh sepse testikujt janë të përmasave të vogla gjë që është në numrin më të pakët të tubulave seminifer dhe zvogëlimin e qelizave Leidik, si pasojë kemi dhe uljen e nivelit të sasisë së testosteronit me pasojat e shëndetit në përgjithësi dhe të riprodhimit në veçanti. Zëvendësimi i hormonit të testosteronit mund të ndihmojë në minimizimin e disa prej simptomave të gjendjes. Mjekët zakonisht rekomandojnë injeksione të testosteronit tek fëmijët dhe adoleshentët. Të rriturit mund të marrin lloje të tjera trajtimi, duke përfshirë:

- Xhel me testosteron.
- Pelet nënëkurorë të testosteronit.

Qëllimet e terapisë së zëvendësimit të hormoneve përfshijnë:

- Kocka më të forta.
- Më shumë qime në trup dhe fytyrë.
- Një zë më i thellë.
- Muskujt më të fortë.
- Përmirësimi i humorit, vetë-imazhi dhe shëndeti i përgjithshëm mendor.
- Një dëshirë e shtuar seksuale.

Terapia

Nëse keni sindromën Klinefelter, mund të përfitoni nga lloje të ndryshme të terapisë. Një pjesë e trajtimit mund të jetë individuale.

- Logopedistët për të ndihmuar në zhvillimin e të folurit.
- Fizioterapistët për të ndihmuar në ndërtimin e muskujve.
- Terapistët profesionistë për të ndihmuar në përmirësimin e aftësive motorike dhe koordinimit.
- Terapistë emocionalë, të sjelljes dhe të familjes për mbështetje psikologjike.

Fëmijët me sindromën Klinefelter mund të kenë nevojë gjithashtu për ndryshime në klasat e tyre ose mjediset e të mësuarit. Nëse fëmija e ka këtë gjendje, ai mund të kualifikohet për ndihmë të veçantë në shkollë për t'i përshtatur mësimet në një mënyrë që funksionon për të.

Kirurgjia

Rreth gjysma e të gjithë adoleshentëve me Klinefelter zhvillojnë gjinekomasti duke krijuar probleme psikologjike tek ta. Ata mbajnë bluza në verë në plazh për të mos ju dukur madhësia e gjoksit. Në këto raste rekomandohet kirurgji për të hequr indin shtesë. Shumica e mjekëve rekomandojnë të prisni deri në moshën madhore për të kryer këtë procedurë.

Parandalimi

- Sindromën Klinefelter nuk mund ta parandaloni sepse është një ndryshim i rastësishëm në kodin gjenetik, dhe ndodh para lindjes.
- Nëse ju ose fëmija juaj keni sindromën Klinefelter, është e rëndësishme të takoheni me mjek sapo të merrni një diagnozë. Një endokrinolog mund të diskutojë gjithashtu kohën e fillimit të zëvendësimit të testosteronit. Për shkak se simptomat ndryshojnë shumë nga personi në person, trajtimi juaj mund të mos jetë i njëjtë me një person tjetër me këtë gjendje. Por me ndihmën e mjekut mund të përmirësoni shumë nga pasojat që sjell ky sindrom.

Njerëzit që kanë sindromën Klinefelter kanë një jetëgjatësi normale. Trajtimi mund t'i ndihmojë njerëzit me këtë gjendje të jetojnë jetë të plotë, të lumtur dhe të shëndetshme.

Prindi duhet të caktojë një takim me pediatrën e fëmijës nëse vëren vonesa në zhvillim.

Për shembull, ndoshta fëmijës iu desh më shumë se bashkëmoshatarëve të tij për tu zvarritur, ecur ose folur. Nëse fëmija juaj është adoleshent, shikoni për simptoma fizike, si: këmbët e gjata, një bust i shkurtër ose një shtat më i gjatë se mesatarja; ose simptoma të tjera si energjia e ulët, problemet e sjelljes ose apo e të mësuarit. Mjeku mund të ekzaminojë fëmijën dhe të pyesë për simptomat e tij. Ata mund të kryejnë teste për të përcaktuar nëse fëmija ka sindromën Klinefelter ose kushte të tjera gjenetike.

Nëse jeni një i rritur me sindromën Klinefelter, takimi me mjekun është domosdoshmëri nëse vëreni simptoma të reja ose ndryshime në simptomat ekzistuese. Për shkak se njerëzit me sindromën Klinefelter janë më të prirur ndaj kushteve të caktuara shëndetësore, është e rëndësishme që të keni kontrolle rutinë me mjekun.

Mund të jetë e frikshme të mësosh se ju ose fëmija juaj keni një gjendje gjenetike si sindroma Klinefelter. Pasiguria për të mos ditur saktësisht se si kjo gjendje do të ndikojë në jetën tuaj mund të ndihet dërrmuese. Pavarësisht nëse e keni marrë diagnozën në fëmijëri ose në moshë madhore, të mësuarit rreth opsioneve të trajtimit mund të përmirësojë ndjeshëm cilësinë e përgjithshme të jetës.

Reference

1. MACLEAN, J., HARNDEN, D. G., AND COURTBROWN, W. M. Abnormalities of sex chromosome constitution in new-born babies. *Lancet* 2:406, 1961.
2. TURPIN, R., AND LEJEUNE, J. *Les Chromosomes Humains*. Gauthier-Villars, Paris, 1965.
3. FERGUSON-SMITH, M. A., LENNOX, B., MACK, W. S., AND STEWART, J. S. S. Klinefelter's syndrome. Frequency and testicular morphology in relation to nuclear sex. *Lancet* 2:167, 1957.
4. SOHVAL, A. R. Sex chromatin, chromosomes and male infertility. *Fertil Steril* 14:180, 1963.
5. BUNGE, R. G., AND BRADBURY, J. T. Newer concepts of the Klinefelter syndrome. *J Urol* 76:758, 1956.
6. GOMEZ-ACEDO, J., PARRILLA, R., ABRISQUETA, J. A., AND POZUELO, V. Fine structure of spermatogenesis in Klinefelter's syndrome. *J Clin Endocr* 28:1287, 1968.
7. BARR, M. L. The natural history of Klinefelter's syndrome. *Fertil Steril* 17:429, 1966.
8. FUTTERWEIT, W. Spermatozoa in seminal fluid of a patient with Klinefelter's syndrome. *Fertil Steril* 18:493, 1967.
9. IJIRASEK, J., AND RABOCH, J. Sex chromatin in males with somatosexual developmental disturbances. *Endocrinology* 35:1, 1957.
10. SEGAL, S. J., AND NELSON, W. O. Developmental aspects of human hermaphroditism: the significance of sex chromatin patterns. *J Clin Endocr* 17:676, 1957.
11. WARBURG, E. A fertile patient with Klinefelter's syndrome. *Acta Endocr (Kobenhavn)* 43:12, 1963.
12. BARR, M. L., SHAVER, E. L., CARR, D. H., AND PLUNKETT, E. R. The chromatin-positive Klinefelter syndrome among patients in mental deficiency hospitals. *J Ment Detic Res* 4:89, 1960.
13. BAKER, D., TELFER, M. A., RICHARDSON, C. E., AND CLARK, G. R. Chromosome errors in men with antisocial behavior. *JAMA* 214:869, 1970.
14. MOSIER, H. D., SCOTT, L. W., AND DINGMAN, H. F. Sexually deviant behavior in Klinefelter's syndrome. *J Pediat* 57:479, 1960.
15. KAPLAN, N. M., AND NORFLEET, R. G. Hypogonadism in young men (with emphasis on Klinefelter's syndrome). *Ann Intern Med* 54:461, 1961.
16. JACOBS, P. A., BRUNTON, M., MELVILLE, M. M., BRITAIN, R. P., AND MCCLEMONT, W. F. Aggressive behavior, mental subnormality and the XXY male. *Nature (London)* 208:1351, 1965.
17. WEGMANN, T. G., AND SMITH, D. W. Incidence of Klinefelter's syndrome among juvenile delinquents and felons. *Lancet* 1:274, 1963.
18. STEWART, J. S. S., MACK, W. S., GOVAN, A. D. T., FERGUSON-SMITH, M. A., AND LENNOX, B. Klinefelter's syndrome. Clinical and hormonal aspects. *Quart J Med* 28:561, 1959.
19. NELSON, W. O., AND HELLER, C. G. Hyalinization of the seminiferous tubules associated with normal or failing Leydig-cell function. Microscopic picture in the testes and associated changes in the breast. *J Clin Endocr* 5:13, 1945.
20. BECKER, K. L., MATTHEWS, M. J., WINNACKER, J., AND HIGGINS, G. A., JR. Sequential histological study of the regression of gynecomastia in a patient with alcoholic liver disease. *Amer J Med Sci* 254:685, 1967.



PRANË TEJE VËLLA, T'I NUK DO TË MBETESH VETËM!

Bujar QESJA

Nuk do të doja të vinte ky rast. Luteshim për ditë. Kura-joja jote na jepte zemër. Ekipi shëndetësor i spitalit të Pizës, me në krye kirurgun e famshëm Italian Luka Moreli, nuk nxitohehin për të thënë se nuk mundeshin. Mbi 16 muaj Dhurata Qesja, bashkëshortja e tim vëllai Yllit, iu bë e qartë se një sëmundje e rëndë e kishte sulmuar. A mund t'i bëhej derman? Vështirësitë shtoheshin dhe qëndresa bëhej edhe më e madhe.

Për ti dhënë siguri jete, Dhurata Qesja bëhet paciente e spitalit onkologjik të Pizës. Operacione, ndërhyrje nga më të ndryshmet, seanca të vazhdueshme me kimioterapi dhe gjendja dukej se po kontrollohej.

Kisha dëgjuar, se me mëlçinë nuk luhej. Por ky Moreli i famshëm, mbetet arritja e re e shkencës dhe besuam, se mrekullia do të ndodhte me Dhuratën tonë. Në fundin e Dhjetorit të vitit të kaluar, lajmet nga Piza po vinin të mbara. U detyrova të shkruaja për këtë arritje dhe t'i ishim mirënjohës bluzave të bardha italiane.

Për momentin ju garantua jeta. Por fati është fat dhe me të nuk luhet. Në fundin e muajit Shkurt 2023, e keqja që nuk e di ku fshihej, nxjerr sërish kthetrat. Kishim filluar të diskutonim me Dhuratën për pushimet e radhës në Voskopojë. Do të vizitonim Korçën, Boboshticën, Dardhën, Vithkuqin dhe Ersekën. Edhe Pogradecin do ta preknim.

Mbesa ime Geana, po përgatitet për të dhënë koncert me kitare, atje në Voskopojën tonë të pushimeve. Teta Dhurata mezi po e priste. Në koncertin e menduar, do të ishin edhe Hera me Elodinë, dy vajzat e djalit, Indritit. Por edhe Enea, djali i vajzës, Edlirës.

Kur po bisedonim në një nga ditët e fundit, vija re optimizmin e Dhuratës për të mbijetuar.

- Dua të jetoj, më thoshte. Nuk kam ndonjë moshë, për të thënë se jam e plakur. 70 vite sot nuk janë asgjë. Sa të mbaroj dhe tre kimiot e fundit, do të nisemi me Yllin në Voskopojë. Klima e freskët, do ta ndihmoj shëndetin tim.

Pasi mbaroi Fakultetin e Mjekësisë, Dhurata Qesja u caktua të punontë në fshatin Lekaj në rrethin e Durrësit. Pranë njerëzve në hallet dhe shëndetin e tyre. U bë njësh me banorët e fshatit, të cilët qanë si fëmijë kur u transferua prej andej. Cilësitë e saj organizative, aftësia në profesion, dashuria dhe respekti për njerëzit, ndikuan që ajo të vihej në krye të disa institucioneve shëndetësore në Durrës.

Drejtoreshë e Qendrës Sanitare dhe më pas derisa doli në pension, Drejtoreshë në Drejtorinë e Kujdesit Shëndetësor Parësor në Durrës.

Puna dhe përkushtimi i doktoreshë Dhurata Qesjes, është shumë e njohur. Gjithnjë dashuria dhe respekti ndaj njerëzve, mirkuptimi me kolegët e punës, bashkëpunimi me institucionet shëndetësore lokale dhe kombëtare, ia ngritën nivelin e përfaqësimit. Buzagaz, e qetë, fisnike në shpirt, Dhurata ishte dhuratë shpirtërore me të cilët bashkëpunoi.

20 vitet e fundit, nuk kanë qenë të lehta për Dhuratën. Operacione në zemër, asistencë e mirëfillte profesionale në klinikat turke të Stambollit. Pa u qetësuar ende nga kjo, goditet nga sëmundja e shekullit. Operohet dhe heq një pjesë të trupit dhe mbijetoi. Ana më e fortë e Dhuratës, ishte optimizmi për të kapërcyer të keqen, të ligën.

Në të gjitha këto beteja, a luftë si mund ta quash, dëgjoja nga goja e saj vetëm këto fjalë:

- Do t'ia dal! Kam bindje për këtë.

Dhe ia dole motra ime Dhurata. Por një tjetër pritë të ishte zënë. Tjetër sfidë. Tjetër përpjekje. Megjithëse hyre sërish në luftën e mbijetesës, megjithëse kërkove përsëri ndihmë armëve të tua të fuqishme të optimizmit, situata po shkonte drejt fatalitetit. Rikthimi i sëmundjes së mbrapsht, ishte më e ashpër.

E ashpër dhe i fortë reagimi yt. Nëse kujtesa për ty do të më kaplojë memorien, gjithnjë do të më dalë përpara qëndresa jote e pashembullt. Këtë na e le, si cilësinë tënde më të ndjeshme. Dhe të jesh e sigurtë, se frymëzimin pas kësaj do ta marrim këtu.

E shtunë, 27 Maj 2023. Në orën 12.40 minuta, kur nuk e mendoja kurrë këtë lajm se do të më vinte kaq shpejt, Indriti, nipit im i shkëlqyer, djali i Dhuratës dhe i Yllit më njofton:

- Mami na la!

Ndodhesha me disa miq të rrallë, teksa bisedonim për hallet e ditës, në këtë jetë aspak të lehtë, veçanërisht për moshën tonë. E na duhet të forcojmë shpirtin dhe zemrën, e na duhet të shtrëngojmë dhëmbët, për të menduar se do t'ia dalim.

Eh lajm i ligësht! Eh lajm i kobshëm! Kam përcjellur me shkrimet e mia, shumë miq e shokë, por kjo e kësaj rradhe m'i ka rënduar duart, m'i ka veshur si me mjegull sytë, e kryet më është rënduar nga dhimbja. Gjoksi sa s'më del vendit dhe kujtoj fjalitë e fundit, fjalitë e vetme që munda të dëgjoj nga Dhurata. Ishin momentet që sëmundja po mirrte për keq, e shenjat e shpëtimit po veniteshin, gati, gati në shuarje.

- Të paktën të mos vuaj! Ky ishte fati im! Ju falenderoj të gjithëve, çka bëtë për mua! Ju dua shumë!

U mora leje shokëve dhe dola në rrugë duke qarë. Lot për ty Dhurata! Jo, jo, nuk e mendova kaq shpejt! Kam 480 ditë që pyes për shëndetin tënd. Dhe tani çfarë duhet të bëj? Zor se do të mësohe-

mi me ikjen tënde. Me Kostandinën do të vimë përsëri, për të pyetur për shëndetin tënd dhe do të themi : Si ndjehesh Dhurata? Dhe do të lexojmë në fytyrën tënde, shenjat e optimizmit të pa cakë: Do ta kaloj! Voskopojën do t'a kalojmë edhe këtë vit së bashku.

Çfarë do ti them Geas, tani që mbylle sytë? Ajo po përgatit koncertin. Dhe është e sigurtë, se një duartrokitje do të dallohet nga të tjerat. Dhe një thirrje natyrisht, do të jetë mbi të tjerat. Ajo duartrokitja është e jotja Dhurata. Dhe ai zë, është i yti Dhurata. Hera, Enea dhe Elodia vazhduesit e gjakut tënd, a do të na besojnë se gjyshja e tyre aq e dashur, nuk jeton dhe nuk do t'i shikoj më? Cili është i pari, që do të guxoj ta bëj këtë gjë?

Janë momente nxitimi, që duhet me i çfaq në publik, këto rradhë për ty Dhurata jonë. Zgjodha një foto, nga më të bukurat që ruaj për ty, në këtë që quhet arka ime e kujtimeve. Ti këtu je e qeshur. Dora jote, që komandohet nga shpirti yt, është e ngritur dhe lëviz në formë përshëndetjeje. Ky është mesazh Dhurata, të paktën unë kështu do ta ndjej.

Kjo dorë, është përshëndetja jote e përjetshme! Lotët sikur m'u ndalën, pasi i zëvendësoi buzëqeshja jote. Dhe këtë buzëqeshje, na takon të mos e harrojmë. Është përshëndetja e gjithëkohëshme e jotja, brenda shpirtërave tanë.

Ti je me ne Dhurata! Je pranë Yllit tënd, që aq shumë ia lakoje emrin në minutat e fundit të jetës. Je pranë Indritit dhe Edlirës fëmijëve, që u bënë copash për shëndetin tënd. Je pranë Herës, Eneas dhe Elodisë. Je edhe pranë Geas time. Je pranë, pranë të të gjithëve ne.

Dhe këtë na takon ta besojmë! Ti nuk ke ikur Dhurata Qesja, por çdo ditë do të vish drejt nesh. Edhe këtë le ta besojmë. Dheu i lehtë motër!

Dr. Elvira POPLLO 1946 – 2023



Me hidhërim të thellë njoftojmë sot, 3 Gusht 2023, ndarjen nga jeta të Dr. Elvira Popllo (Evanthi Tollkuci), mjeke Pediatre-Nefrologe pranë Spitalit Rajonal Korçë (1969-2006).

Dr. Elvira lindi në 5 Janar 1946.

Pasi kreu shkollën e mesme, vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin e Tiranës në degën Mjekësi e Përgjithshme të cilat i përfundoi në vitin 1968. Pas diplomimit si Mjeke e Përgjithshme në vitin 1969 filloi punë në Spitalin e Korçës.

Në vitet 1977-1978 dr. Elvira specializohet për nefrologe pranë Klinikës Universitare Spitali i Pediatrie Tiranë dhe vjen në Korçë si Nefrologia e parë Pediatre, ku hap repartin e parë për pacientët e porsalindur deri në moshën 14 vjeç me probleme apo sëmundje të aparatit urinar tek fëmijët.

Dr. Elvira ka qenë koordinatore në Spitalin e Pediatrie në vitin 1972 dhe shefe reparti nga viti 1983 deri në vitin 2002. Më pas derisa doli në pension në vitin 2006 punoi si mjeke në po të njëjtin repart të Pediatrie.

Dr. Elvira me punën e saj, me përvojën e pasur dhe sjelljen e saj, tërhoqi dhe fitoi respektin e kolegëve, miqve, shokëve dhe veçanërisht të pacientëve e nënave të tyre.

Në vitin 1984, dr. Elvira është nderuar me medalje “Për shërbim të mirë ndaj Popullit”.

Me largimin nga jeta, dr. Popllo la pas një humbje të madhe jo vetëm për familjen, po edhe për kolegët, pacientët e vegjël që i deshi kaq shumë dhe për cilindo që pati fatin të njihej me të.

I paharruar do mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH





Prof. Asc. Dr. Agron PANARITI
1949 – 2023

Më 13 Gusht 2023 është ndarë nga jeta një nga mjekët e njohur të Mjekësisë Shqiptare, Prof. Asc. Dr. Agron Panariti, i cili humbi jetën nga sëmundja e Leucemisë në moshën 74 vjeçare.

Dr. Panariti lindi me 21 Tetor 1949 në Vlorë në një familje me tradita e virtyte fisnikërie. Pasi kreu shkollën fillore dhe të Mesmen Mjekësore në qytetin e lindjes.

Në vitet 1969-1971, dr. Panariti punoi si N/mjek në njësi ushtarake. Ndërkohë në vitet 1970-1976 vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës, dega Mjekësi e Përgjithshme. Pas përfundimit të studimeve dr. Panariti emërohet Mjek në Forcat Detare detyrë që e kreu deri në vitin 1984.

Në vitet 1984-1986, dr. Panariti specializohet në degën Sëmundje Infektive dhe fiton titullin Mjek Infeksionist dhe rikthehet pranë Forcave Detare deri në vitin 1996. Më pas dr. Panariti emërohet Mjek Infeksionist në repartin e Sëmundjeve Infektive në Spitalin Qendror Universitar Ushtarak dhe më pas edhe Shef i Repartit deri në vitin 2003. Në vitet 2007-2010 dr. Panariti emërohet mjek infeksionist në “Institutin e Mjekësisë Ushtarake” dhe Komandant e Drejtues i i përgatitjes së trupave ushtarake për misionet e huaja.

Ndërkohë në vitet 1999-2011 dr. Panariti punoi edhe si Pedagog i jashtëm në Fakultetin e Mjekësisë dhe në Universitetin “Medicadent”.

Në vitin 2013, dr. Panariti ju akordua titulli Profesor i Asociuar nga Këshilli i Profesorëve të Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike, të Universitetit të Mjekësisë Tiranë.

Pas vitit 2010-2014 dr. Panariti punoi jo vetëm si pedagog por edhe si mjek pranë Shoqërisë “Sigal”, Dekan në Fakultetin e Shkencave Mjekësore “Universiteti Kristal” dhe mjek i ekipit të Basketbollit të Ekipit Kombëtar dhe Ekipit Valbona.

Dr. Panariti ishte mjek shembullor dhe me virtyte të larta. Ishte njeriu i të gjithëve, mjeku humanist, që e donte bluzën e bardhë dhe pacientin deri në vetëmohim. Zemërfloriri dhe legjenda e një epoke miqsh që nuk vjen më. Fluturoi, iku përgjithmonë me vajtimin dhe trishtimin e pamatë të miqve e kolegëve.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Fadil SPAHIU
1926 – 2023

Më dt. 13 Gusht 2023 është ndarë nga jeta Dr. Fadil Spahiu, një ndër themeluesit e Mjekësisë Shqiptare!

Dr. Fadil Spahiu ka lindur në Kolesjan të qarkut të Kukësit në vitin 1926, në një familje patriotike lum-jane. Në vitin 1946 filloi studimet për mjekësi në Fakultetin e Mjekësisë në Sarajevë dhe në periudhën 1948-1953 mbaroi studimet për Mjek i Përgjithëshëm në Institutin “Gorki” në Moskë.

Në vitet 1954-1957 u rikthye në Bashkimin Sovjetik dhe u specializua për ortopedi, ku mbrojti dhe gradën shkencore “Kandidat i Shkencave Mjekësore” (ekuivalentuar “Doktor i Shkencave Mjekësore”) me punimin shkencor të realizuar për herë të parë në botë me temë: “Zëvendësimi i kyçit të bërrylit me protezë të brendshme metalo-plastike tek njeriu”, që ishte një ngjarje e rrallë për mjekësinë evropiane të kohës.

Në këtë kohë Dr. Fadil Spahiu rikthehet në Shqipëri (në vitin 1957) si mjek i specializuar me dy specialitete: Ortopedi dhe Onkologji; ku themeloi dhe punoi për disa vite në dy shërbime: Ortopedi dhe Onkologji. Pas dy vjetësh u krijua edhe Klinika e Onkologjisë dhe të dyja këto klinika ai i drejtoi deri në vitin 1965. Këto vite ishin vitet e suksesit më të madh në punën e tij dhe krahas kësaj, ai punoi edhe si kryeredaktor i Buletinit të Mjekësisë, që botonte Fakulteti i Mjekësisë dhe anëtar i Këshillit Shkencor të Universitetit.

Doktori model për aftësitë e pakrahasueshme, modestinë dhe karakterin e fortë.

I paharruar do të mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Ligor SHKRAPI
1941 – 2023

Në muajin Gusht është ndarë nga jeta dr. Ligor Shkrapa.

Dr. Ligori lindi më 3 Mars 1941 në fshatin Sinicë të Korçës. Shkollën 7-vjeçare dhe Gjimnazin i kreu në Korçë, më pas vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilin e mbaroi në viti 1970 me rrezultate të shkëlqyera.

Me mbarimin e studimeve dr. Ligori filloi punë në spitalin e Korçës si mjek Patolog. Në vitet 1975-1978 dr. Ligori punoi si përgjegjës në nënspitalin e zonës malore të Lekasit. Më pas kryen specializimin pranë Fakultetit të Mjekësisë për sëmundjet alergjike, duke qenë Mjeku i parë Alergolog në Spitalin e Korçës që aplikoi për herë të parë testet alergjike.

Në vitin 1979, dr. Ligori fillon një tjetër specializim atë për Sëmundjet Profesionale; prezente këto në zonën industriale të qytetit të Korçës, kryesisht në minierat e qymyr gurit, bakrit, siliciumit.

Nga vitit 1982 dr. Ligori prej afro 2 dekadash mbajti postin e Shefit të Repartit të Patologjisë në Spitalin e Korçës. Ku u vu re një rritje cilësore e trajtimit të të sëmurëve në Shërbimin e Patologjisë dhe të ngritjes tekniko-profesionale të personelit shëndetësor.

Dr. Ligori ka botuar shkrime në Revistën Mjekësore Shqiptare, si: “Shoku anafilaktik, Studimi i Astmës Bronkiale në rrethin e Korçës, Studim i dëmtimeve tendinoze në repartin e përpunimit të sixhadeve, dhe Antrakoza në minierën e Qymyrgurit Mborje-Drenovë, etj..”.

Dr. Ligor Shkrapa ka drejtuar me ndershmëri dhe etikë të lartë Këshillin Rajonal Korçë si President i tij në vitet 2000-2006.

Dr. Ligori do mbetet në kujtesën e shumë gjeneratave për mendimet, këshillat e arta, për fisnikërinë dhe karakterin e fortë që e karakterizonte, për humanizmin, devotshmërinë dhe përkujdesjen e pafund që tregoi një jetë të tërë pa u lodhur e pa përtuar në çdo orë e çdo kohë.

Me largimin e tij nga jeta, familjarët humbën bashkëshortin dhe babain e tyre të dashur, shokët dhe miqtë humbën kolegun, mikun e tyre të mirë.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH



Dr. Drita BILALI
1941 – 2023

Më dt. 1 Shtator 2023, u nda nga jeta në moshën 82 vjeçare doktoreshë Drita Bilali (Haxhialushi), duke lënë pas një përvojë të gjatë në mjekësinë e Obstetër - Gjinekologjisë.

Dr. Drita Bilali (Haxhialushi), u lind në vitin 1941 në Kavajë. Pasi mbylli studimet parauniversitare në qytetin e saj të lindjes në Kavajë në vitin 1960, po në atë vit nisi të ndjekë studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë duke e përfunduar me rrezultate të shkëlqyera në vitin 1965.

Dr. Drita Bilali (Haxhialushi) specializimin e fokusoi në fushën e obstetër gjinekologjisë.

Me të përfunduar studimet e larta emërohet në maternitetin e Durrësit në vitin 1965. Aty e nisi karrierën dhe po aty e mbylli deri sa doli në pension.

Përgjatë gjithë jetës profesionale, dr. Drita me bluzën e bardhë të saj u bë pjesë jo vetëm e mjekëve profesionistë të qytetit të Durrësit, por edhe e shumë viteve të mbushura me punë e sakrificë të panumërta.

Doktoresha e cila ka asistuar në sa e sa lindje dhe pritje të jetëve të reja, sot nuk është më mes nesh.

Duke u shprehur ngushëllimet e përzemërta familjarëve dhe kolegëve, urojmë që shpirti i saj të prehet në paqe!

I paharruar qoftë kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH





Dr. Shuaip KANUSHI
1957 – 2023

Këshilli Rajonal i Urdhrit të Mjekut Vlorë njofton me hidhërim ndarjen nga jeta, pas një sëmundje të rëndë, të mjekut Peditër Shuaip Kanushi, më datë 2 Shtator 2023.

Doktor Shuaipi ishte Peditër në Qendrën Shëndetësore nr. 4 pranë Poliklinikës, Vlorë.

Ai u lind në Zhabdukë të rrethit Tepelenë më 14 Prill 1957 në një familje që e edukoi me vlera dhe norma morale të larta dhe veçanërisht me dashurinë për shkollën dhe edukimin në

përgjithësi. Shkollën fillore e mbaroi pranë fshatit të tij me rezultate shumë të mira dhe për këtë ju akordua e drejta e studimit dhe bursa për Shkollën Mjekësore “Jani Minga”, në të cilën ai studioi nga viti 1972 deri më 1976. Dr. Shuaipi u dallua dhe në këtë shkollë për zellin e fortë në studim, për shoqëri të gjerë dhe dashuri për shokët dhe shoqet, të cilët e respektonin jo vetëm për vlerat qytetare, zellin për studim por edhe për humorin dhe buzagazin që nuk i mungoi deri në fund të jetës.

Pas mbarimit të shkollës mjekësore dr. Shuaipi studioi për Mjekësi të Përgjithshme në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës në vitet 1977 - 1982. Pasi mbaroi studimet me rezultate shumë të mira, ai ushtroi profesionin e mjekut në rrethin e Tepelenës, ku u dallua për një gadhëmëri të lartë, profesionalizëm dhe humanizëm në ndihmë të pacientëve.

Më pas ai studioi në Fakultetin e Mjekësisë në Specialitetin Peditër, të cilin e kreu me sukses dhe punoi për rreth katër dekada në ndihmë të fëmijëve të sëmurë, në fillim në Rrethin e Tepelenës dhe më pas u transferua në Rrethin e Vlorës.

Dr. Shuaipi ishte i martuar me Linditën me të cilën pati tre fëmijë, dhe së bashku ishin një familje shumë e lidhur dhe e dalluar për norma qytetare.

Në profesionin e tij, dr. Kanushi punoi gjithashtu edhe si Pedagog në Fakultetin e Shkencave Humane të Universitetit të Vlorës, dhe për disa vite drejtoi Sektorin Nëna dhe Fëmija pranë Drejtorisë së Shëndetit Parësor Vlorë. Më pas ai u vendos në Qendrën Shëndetësore nr. 4 pranë Poliklinikës Vlorë, ku shërbeu si Mjek Peditër për Lagjet “Lef Sallata” dhe “29 Nëntori”. Këtë detyrë ai e kreu me sukses deri në ditët e fundit të jetës, ku u dallua për marrëdhënie shumë të mira me pacientët e vegjël dhe prindët e tyre, që për breza dhe vite me radhë patën përkujdesjen e veçantë të dr. Shuaipit, të cilit i detyrohen me mirënjohje.

Në punë dhe jetën e tij Dr. Shuaip Kanushi u dallua për një profesionalizëm, etikë dhe deontologji që e shquan si një mjek, koleg dhe qytetar shumë të nderuar. Këshilli Rajonal i UMSH Vlorë dhe të gjithë kolegët e këtij urdhri i shprehin ngushëllimet familjes dhe përulen me respekt ndaj figurës së tij: personale, profesionale dhe shpirtërore.

U prehsh në paqe doktor.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH



Prof. Dr. Ahmet KAMBERI
1940 – 2023

Është ndarë nga jeta Prof. Dr. Ahmet Kamberi, mjeku specialist kardiolog, diabetolog dhe për sëmundje të brendshme.

Profesori u lind në Peladhi, rrethi Bulqizë-Dibër, më 13 Gusht 1940. Pasi kreu shkollimin fillor dhe të Politeknikut Mjekësor-Tiranë, vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit Shtetëror të Tiranës, të cilat i përfundoi në Korrik 1961. Më pas u specializua për Së-

mundje të Brendshme në Spitalin Klinik nr. 1, Tiranë (1967-1970), dhe më pas për kujdesin Koronar Intensiv në Stokholm, Suedi (Tetor '74 - Mars '75) dhe për Diabetologji në Paris, Francë (Dhjetor '76 – Qershor '77).

Prof. Kamberi filloi rrugëtimin si nd/Mjek (1956) në Spitalin e Peshkopisë, të cilin e drejtoi për 5 muaj në vitin 1961. Më pas si Shef i Repartit të Patologjisë deri në vitin 1971, vit në të cilin dhe u emërua Mjek në Klinikën Speciale, si mjek kardiolog (1971-1987 nëndrejtor teknik i Klinikës Speciale, Tiranë; drejtor i Klinikës Speciale). Në Shkurt 1987 – Janar 1991 prof. Kamberi emërohet Ministër i Shëndetësisë dhe kryetar i Komisionit Shtetëror të Mbrojtjes së Mjedisit, nënpresident i Komitetit të 39- të OBSH-së për Rajonin e Europës, Paris 1989.

Prof. Kamberi ka qenë Deputet në Kuvendin Popullor, Legjistratura XII (1991-1992). në Kuvendin e parë pluralist të Shqipërisë dhe kryetar i Komisionit për të drejtat e njeriut e pakicave etnike. Dhe gjithashtu Profesor në Fakultetin e Mjekësisë, Tiranë; themelues i “Revistës Shqiptare të Kardiologjisë”; President i Shoqatës Shqiptare të Kardiologjisë; anëtar i Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë (ESC) dhe koordinator i saj për Shqipërinë; anëtar i Komitetit të vlerësimit të abstrakteve të paraqitura në Kongreset e ESC-së.

Pasi doli në pension në Shtator 2008, prof. Kamberi punoi në profesion të lirë në specialitetet e tij deri në fund të Janarit 2023, duke përmbyllur një karrierë 62-vjeçare në kujdesin mjekësor.

Është autor i pesë protokolleve shkencore; autor dhe bashkautor i mbi njëqind artikujsh në revistat mjekësore shkencore shqiptare, evropiane dhe amerikane; autor i 54 referimeve në konferenca shkencore shqiptare e ndërkombëtare; bashkautor i librit “Sëmundjet e Zemrës”; autor i librit “Pacienti ynë i veçantë”, “Po demokracisë, jo domekraturës”, si edhe autor i disa tregimeve letrare.

Mban titullin FESC për merita profesionale; mban urdhrin “Flamuri i Kuq i Punës” të klasit të dytë dhe “Flamuri i Kuq i Punës” të klasit të parë për kontributin profesional e shkencor dhe për drejtimin e zhvillimit të shëndetësisë; mban titullin “Nderi i Qarkut të Dibrës”.

Kujtimi i profesor Ahmet Kamberit si mjek, shkencëtar, publicist dhe veprimtar i shquar do të mbetet i paharruar.

Prof. Ahmet Kamberi do kujtohet si një Kardiolog i mirë-formuar, i durueshëm me pacientët deri në ekstrem. Me një forcë të madhe argumentesh shkencore. Si një Mjek që nuk e ndali asnjëherë leximin e librave dhe të periodikëve e revistave mjekësore; dhe dijet e tij i vuri pa hezitim në shërbim të pacientëve dhe të edukimit të mjekëve të rinj dhe veçanërisht të kardiologjisë.

Qoftë i përjetshëm kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Desa POPA-DUROLI

1943 – 2023

Këshilli Rajonal i UMSH Vlorë njofton me hidhërim ndarjen nga jeta, më datë 27 Shtator 2023 të anëtares së këtij urdhri dhe koleges së nderuar Dr. Desa Popa-Durolli.

Dr. Desa ishte një kolege pediatre që mbetet në kujtimet tona si mjeke që themeloi shërbimin modern të reanimacionit të pediatri në Spitalin Rajonal të Vlorës.

Dr. Desa lindi në Dibër më 12 Shtator 1943 në një familje intelektuale, e cila i mësoi me shumë dashuri dëshirën për të studiuar. Ajo kishte dëshirë të madhe të bëhej mjeke dhe për këtë u rregjistrua

në Teknikumin Mjekësor të Tiranës, të cilin e mbaroi me rezultate shumë të mira. Asaj ju dha e drejta të studionte për mjekësi dhe këto studime i mbaroi me sukses në vitin 1969 ku u diplomua si mjeke e përgjithshme.

Rezultatet e larta dhe dëshira për mësimdhënie e drejtuan dr. Desën të shërbente si pedagoge në Shkollën e Mesme Mjekësore “Jani Minga” në Vlorë, një institucion brilant i kohës në edukimin e shumë brezave që shërbyen në sistemin shëndetësor të vendit.

Më pas ajo u specializua në fushën e Pediatri dhe ju përkushtua degës së Reanimacionit të Pediatri. Kështu për herë të parë ajo ndërtoi në Spitalin Rajonal pranë Repartit të Pediatri njësinë e parë të shërbimit të reanimacionit për fëmijë.

Për më shumë se tre dekada dr. Desa ju kushtua këtij shërbimi duke e zhvilluar atë në drejtim të diagnozës dhe trajtimit modern të fëmijëve shumë të sëmurë. Breza të shumtë të fëmijëve Vlonjatë i janë mirënjohës kësaj mjeke për ndihmën që të kalonin sëmundjet e rënda nga të cilat ata paraqiteshin në gjendje të rënduar pranë reanimacionit të pediatri. Së bashku me kolegët e saj dr. Desa ka meritën në uljen e vdekshmërisë foshnjore të moshës 0-1 vjeç si dhe të grup moshave të tjera duke e vendosur Rrethin e Vlorës në pararojë të sukseseve për shërbim mjekësor modern pediatrik, që u reflektua në treguesit e mirë të eficiencës së këtij shërbimi.

Dr. Desa kishte marrëdhënie shumë të mira me kolegët mjekë dhe infermiere të Spitalit dhe Shërbimit të Pediatri. Do ta kujtojmë për komunikimin e saj plot edukatë, norma etike dhe deontologji mjekësore të veçantë. Me përkushtim ajo drejtoi komisionin e kualifikimit profesional të personelit pediatrik për Rrethin e Vlorës duke kontribuar në rritjen e shkallës tekniko-profesionale të shumë kuadrove të këtij shërbimi. Gjithmonë e angazhuar me të rehat e kohës, ajo lexonte dhe fliste shumë mirë në anglisht dhe italisht.

Ajo do të mbetet në kujtesën e kolegëve, personelit shëndetësor dhe pacientëve që u shërbeu me përkushtim si shembulli i njeriut të mirë, mjekes së përkushtuar, koleges së nderuar për të cilën është vlerësuar me titullin “Mirënjohje e Qytetit”, i akorduar nga Bashkia Vlorë.

Dr. Desa ishte bashkëshorte dhe nënë e përkushtuar.

Këshilli Rajonal i UMSH Vlorë i shpreh ngushëllimet më të ndjera familjes për këtë humbje dhe mirënjohjen për kontributin që ajo dha si anëtare e këtij urdhri.

Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH



Dr. Nikollaq GURLLARI (POLENA)

1947 – 2023

Me hidhërim të thellë njoftojmë ndarjen nga jeta të Dr. Nikollaq Gurllari, më datën 30 Tetor 2023, pas një sëmundje të rëndë.

Dr. Nikollaqi lindi në qytetin e Korçës më 27 Shtator 1947, në një familje me origjinë shoqërore puntore. Familja e tij ka ndihmuar luftën dhe shtëpia e tyre ka qenë bazë e Luftës Nacional-Çlirimtare.

Shkollën 7-vjeçare dhe atë të mesme i kreu në qytetin e lindjes me rezultate shumë të mira (viti 1954-1965). Studimet e larta i kreu në Universitetin Shtetëror të Tiranës. E drejta e studimit i doli për në Fakultetin e Inxhinierisë Mekanike, por për këtë nuk ishte i kënaqur. Duke dëgjuar bisedat e gjyshes dhe nënës së tij, se si kishte lindur ai, në shtëpi pa asistencë mjekësore dhe respektin për bluzat e bardha (mjekët dhe infermierët që i dukeshin njerëz të jashtëzakonshëm) i kishte lindur dëshira që të bëhej mjek. Pas shumë përpjekjesh, arriti të plotësojë dëshirën duke e ndërruar degën me një student tjetër.

Studimet i kreu në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë, në vitet 1965-1970 dhe pas kësaj, u specializua për Obstetrikë-Gjinekologji pranë Spitalit Obstetrik- Gjinekologjik Tiranë në vitet 1971-1973. Pas specializimit, filloi punën si mjek obstetër-gjinekolog (Janar 1974) në Shtëpinë e Lindjes Korçë, ku mjekët që punonin aty, si: Gaqo Pulluqi, Luiza Kole e Fredi Themeli e mirëpritën, e ndihmuar dhe respektuar vazhdimisht.

Dr. Nikollaqi shkonte rregullisht në Qendrën Shëndetësore të Lozhanit çdo muaj për vizita dhe ngritjen tekniko- profesionale të mamive të zonës. Po ashtu, kryente vizita obstetrikale e gjinekologjike në Ndërmarrjen e Qilimave, ku punonin me qindra gra deri në vitin kur kjo u mbyll.

Për shumë vite kreu edhe detyrën e Inspektorit Sanitar Shtetëror për Maternitetin duke kërkuar me rigozitet zbatimin e rregullave.

Me ndarjen e pavioneve, më 1981, u caktua Shef i Repartit të Lindjeve, detyrë që me disa shkëputje e kreu 25 vjet: 1981-1992 dhe 1999-2012.

Në vitin 1979 dr. Nikollaqi kreu kursin e kualifikimi në Spitalin Ushtarak në specialitetin “Kirurgjia e luftës”. Për shumë vite ka dhënë mësim si mësues i jashtëm në shkollat e ulta dhe të mesme mjekësore të qytetit të Korçës dhe, që prej vitit 2002 e në vazhdim, pedagog i jashtëm në Departamentin e Infermierisë të Universitetit “Fan S. Noli” dhe ka hartuar dispencën “Urgjencat obstetrikale (material për studentët). Zotërore gjuhën ruse.

Punonte për ngritjen tekniko-profesionale dhe ka botuar në revistat mjekësore shumë artikuj të vlerësuar për problemet që përcillnin.

Në vitin 2015, dr. Nikollaqi botoi librin “Historiku i Maternitetit në qytetin e Korçës”, ku ka përshkruar me hollësi punën, nga momenti i krijimit, mjekët, personeli mami-infermier që kanë punuar atje. Ka botuar në shumë revista, tema të ndryshme shkencore. Ka marrë pjesë në sesione shkencore të organizuara nga Institucionet Shëndetësore.

Urdhri i Mjekut, Qarku Korçë, i shpreh ngushëllime të sinqerta familjes.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH



Dr. Liri KËRËKU

1941 – 2023

Është ndarë në moshën 82 vjeçare pas një sëmundje të gjatë, Dr. Liri Kërëku.

Dr. Liria lindi në Berat më 17 Dhjetor 1941, ku dhe kreu shkollën 7-vjeçare pas së cilës vazhdon Politeknikumin Mjekësor Tiranë, të cilin e mbaron në vitin 1959 dhe vazhdon menjëherë studimet në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë, dhe në vitin 1964

diplomohet si Mjeke e Përgjithshme. Më pas kreu kualifikimin 6 mujor në spitalin e Beratit për Mjeke Pediatre dhe emërohet me punë në Kuçovë (“Q. Stalin”). Dr. Liria pas vitit 1966 fillon punë në spitalin e Korçës pasi martohet me Dr. Dhimitër Fundon, dhe fillon punë në Repartin e Pediatrisë. Në vitin 1972 dërgohet për specializim në Tiranë pranë Klinikës së Kardiologjisë Spitali Pediatrik dhe më pas ajo hap kabinetin e Kardiologjisë së Fëmijëve në vitin 1972 në Spitalin e Korçës, ku ushtroi këtë specialitet deri në vitin 2000, kur doli në pension duke punuar me përkushtim.

Dr. Liria e dashuronte profesionin e bukur të kardiologjisë, po më shumë i përkushtohej fëmijëve, i ndiqte ata me korrektësi, përjetonte ecurinë e sëmundjeve, mjekimin e vendosur dhe ndjente kënaqësinë e punës kur shikonte buzëqeshjen e fëmijës. Doktorësia ishte e angazhuar me të rejtat shkencore bashkëkohore. Për këtë ka mbajtur disa tema shkencore në sesione e seminare të ndryshme si: “Frekuenca e kardiopative në qytetin e Korçës për fëmijët e moshës deri 14 vjeç”, “Endomyopathitë rheumatizmale (veset e lindura kardiake)”, “Fibroblastoza e endokardit”.

Për punë të mirë është dekoruar me Urdhrin “Për shërbim të mirë të popullit”.

Urdhri i Mjekut të Qarkut Korçë, i shpreh familjes ngushëllime të sinqerta.

U prehtë në paqe!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH

