

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- Dr. Trepça D., – Refleksione mbi telemjekësinë..... 2

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Dr. Luli-Tabaku N., – Konferenca: “Dilemat e klinikës komplekse, përfaqja ndërdisiplinare”,
27 Prill 2023-Lezhë 6
- Dr. Luli-Tabaku N., – Konferenca: “Sfidat e menaxhimit të patologjive kronike në fokusin
e mjekut të familjes”, 16 Maj 2023 – Shkodër..... 7

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Takimi i Bordit të SEEMF – 12-13 Maj 2023, Ohër-Maqedonia e Veriut..... 8
- Asambleja e Përgjithshme e Shoqatës Gjermane (GMA) – 16-19 Maj 2023, Essen-Gjermani 9
- Takimi Plenar i CEOM – 2-3 Qershor 2023, Bruksel, Belgjikë..... 10

KAZUISTIKË:

- Prof. dr. Basho J., – Hepatit Kronik C, sëmundje që shërohet plotësisht 12

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Dr. Çelo H., Dr. Goxharaj A., Dr. Çelo B., – Depistimi i Tiroiditeve Autoimune Hashimoto..... 17

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Dr. Gjoni B., Prof. dr. Kuli-Lito Gj., Prof. dr. Petrela R., Dr. Nezaj B., Dr. Shtëmbari D.,
Dr. Nasto G., – Varcela dhe komplikimet e saj në moshën pediatrike..... 25
- Dr. Ndreu E., Dr. Elmadhi F., Dr. Hakiu M., Prof. dr. Hoxha M.,
Prof. dr. Qirko E., – Rast studimi: Klindamicina si shkaktar i Sindromës Sevens-Johnson..... 30
- Dr. Dani E., – Çfarë është sëmundja e Peyronie? 35
- Dr. Gjeli A., Prof. dr. Priftanji A., – Dermatiti alergjik i kontaktit nga produktet kozmetike..... 40

IN MEMORIAM

- Prof. Gjonça A., – Ikja e një “heroine të heshtur”..... 48

NEKROLOGJI:

- Prof. Dr. Ilia MAZNIKU, Dr. Dhurata QESJA, Dr. Sonela KAVAJA-XINXO,
Dr. Hilmi DELIALlisi, Prof. Dr. Ilirjana RUKA-SHEHAJ, Dr. Xhorxhi GJERAZI,
Dr. Ligor SHKRAPI 50-56



REFLEKSIONE MBI TELEMJEKËSINË

Dr. Dritan TREPÇA

Zv.president

Telemjekësia është tërësia e teknikave mjekësore dhe informative që lejojnë ofrimin e kujdesit shëndetësor ndaj një pacienti në distancë, ose thënë në mënyrë më të përgjithshme është ofrimi i shërbimeve shëndetësore në distancë.

Termi telemjekësi u fut për herë të parë në vitin 1970 prej amerikanit Thomas Bird që fliste për praktikimin e mjekësisë pa përballjen e zakonshme fizike midis mjekut dhe pacientit, duke shfrytëzuar një sistem komunikimi interaktiv multimedial. Telemjekësia bën transmetimin e sigurt të informacionit dhe të dhënave me karakter mjekësor në formë testi, tingujsh, imazhesh ose forma të tjera të nevojshme për të bërë: parandalim, diagnozë, trajtim dhe më tej kontrollë të përsëritura të të sëmurit.

Disavantazhet e telemjekësisë prekin cilësinë e marrëdhënieve mjek-pacient, cilësinë e egzaminimit dhe cilësinë e kujdesit. Për vetë natyrën e tyre, vizitat në telemjekësi përmbajnë rrezikun e minimit të cilësisë dhe të ndërveprimit mjekë-pacient në mënyra të ndryshme.

Shërbimet që ofron telemjekësia konsistojnë në: televizitën, telekonsultën dhe telekonsultë midis mjekëve dhe specialistëve të tjerë shëndetësor, si dhe teleasistencë.

Këto shërbime ofrohen brenda teritoreve të një vendi ose midis vendeve të tjera dhe monitorimi mjekësor në distancë (check-upi telemjekësor) etj... Të gjitha këto shërbime bëhen të mundshme falë inovacioneve dhe përparimeve teknologjike. Në shumë vende evropiane dhe më gjerë rrjetet kombëtare të telemjekësisë funksionojnë gjerësisht duke ofruar shërbimet e sipërpërmendura si një mënyrë komplementare e ofrimit të kujdesit shëndetësor. Evolimi i vazhdueshëm i demografisë dhe ndryshimi i nevojave të shëndetit të popullsisë me një përqindje në rritje të personave të moshuar dhe patologjive kronike bëjnë të nevojshme një dizajn të ristrukturuar dhe riorganizim të rrjetit të shërbimeve, me qëllimin e veçantë të forcimit të asistencës territoriale.

Sigurisht përparimet teknologjike kontribuojnë ndjeshëm në këtë proces të veçantë duke lehtësuar transferimin e kujdesit shëndetësor nga spitali në komunitet, nëpërmjet modeleve novatore të kujdesit dhe duke lehtësuar kështu aksesin në shërbim. Sigurisht në këtë kuptim modalitetet e ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe socio-shëndetësore që mundësohen nëpërmjet telemjekësisë janë themelore. Ato ndihmojnë në garantimin e barazisë, në aksesin e kujdesit shëndetësor edhe në zonat më të largëta, po ashtu mbështesin fort menaxhimin e sëmundjeve kronike me një qasje me vazhdimësi më të mirë, kujdes të specializuar falë kombinimit të ndihmës themelore, shërbimeve të emergjencës dhe ndjekjes multidisciplinore.



I EDITORIALI

Edhe në vendin tonë ekziston një rrjet kombëtar i telemjekësisë ndaj të cilit dalin detyra për të kontribuar më shumë në këtë kontekst, krahas funksioneve aktuale që po kryhen.

Po cilat janë më konkretisht shërbimet që ofron telemjekësia?

1. Vizitat televizive

Është një akt mjekësor në të cilin mjeku ndërvepron në distancë në kohë reale me pacientin.

Theksohet këtu që televizioni nuk mund të konsiderohet kurrë si zëvendësues i vizitës së parë mjekësore. Ai duhet të kuptohet si i kufizuar nga aktiviteti monitorues i pacientit, diagnoza e të cilit është bërë tashmë gjatë vizitës ballë për ballë.

2. Këshillimi mjekësor (Telekonsultimi)

Është një procedurë mjekësore në të cilën mjeku ndërvepron në distancë me një ose disa mjekë për të dialoguar mbi situatën klinike të pacientit bazuar kryesisht në të dhënat klinike, raportet, imazhet lidhur me rastin specifik. Kur pacienti është i pranishëm në telekonsultim e njëjta gjë merr formën e një vizite multidisciplinare. Telekonsultimi mund të kryhet në prani ose në mungesë të pacientit.

3. Teleasistenca (mbështetje në distancë)

Është një akt që ka të bëjë me profesionin shëndetësor të ndërlidhur (mjek, infermier, punonjës social) dhe bazohet në ndërveprimin në distancë midis profesionistit dhe pacientit ose kujdestarit, nëpërmjet një video-telefonate ku ndahen të dhëna, raporte, imazhe. Qëllimi është të lehtësohet ecuria e mirëqenies së pacientit kryesisht në kushtet e shtëpisë. Teleasistenca është kryesisht e programuar dhe e përsëritshme në bazë të programeve specifike të mbështetjes së pacientit.

4. Monitorimi mjekësor në distancë

Kjo metodë e telemjekësisë mundëson zbulimin dhe trasmetimin në distancë të parametrave vitalë dhe klinikë në vazhdimësi, duke përdorur sensor që ndërveprojnë me pacientin. Qëllimi i monitorimit në distancë është kontrolli me kalimin e kohës së evolucionit të parametrave të zbuluar dhe zvogëlimi i nevojës për kontrollet e pacientëve në shërbimet ambulatorë.

5. Check-up i telemjekësisë

Kjo është një mënyrë funksionimi që lejon kontrollin në distancë të pacientit. Ky aktivitet karakterizohet nga një sërë kontaktesh të rregullta me mjekun i cili ndjek evolucionin e tablosë klinike me anë të një video-thirje, në bashkëpunim me ndarjen e të dhënave klinike të mbledhura nga pacienti.



Për të qënë sa më eficiente telemjekësia, duhet të kemi një trajnim të personelit shëndetësor, pacientëve dhe kujdestarëve shëndetësor. Kështu punonjësit shëndetësor, pacientët dhe kujdestarët e tyre duhet të marrin trajnim të përshtatshëm për përdorimin e mjeteve të vëna në dispozicion për sigurimin e telemjekësisë.

Në veçanti trajnimi duhet të finalizohet me:

- Përvetësimin e aftësive bazë në përdorimin e sistemeve kompjuterike;
- Njohuritë mbi platformën mbi të cilën ofrohen shërbimet e telemjekësisë;
- Aftësimin e pacientit për të hyrë në shërbimet e telemjekësisë.

Profesionistët gjithashtu duhet të zhvillojnë aftësi specifike në këtë fushë, si: privatësia dhe siguria e të dhënave që lidhen me përdorimin e mjeteve elektronike; aftësia në menaxhimin në distancë të marrëdhënies me pacientin ose profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor; aftësinë për të komunikuar në distancë me pacientët dhe kujdestarët.

Aspekte etike

- Telemjekësia ka një ndikim të rëndësishëm në sferën delikate etike, sepse mënyra për të menaxhuar ndërveprimin dhe komunikimin midis pacientit dhe mjeku ose profesionistët shëndetësorë të përfshirë, janë të ndryshme. Një risi që sigurisht ka ndikim tek qytetari që ka nevojë për kujdes shëndetësor, si: krijimi i një marrëdhënie me mjekun dhe mënyra si të ruhet dinjiteti i pacientit.
- Prandaj duket e nevojshme që të sigurohet që lidhja e besimit mjek-pacient mund të zhvillohet edhe në këtë kontekst të ri, duke i kushtuar kohën e nevojshme për të përmbushur nevojat e informacionit të pacientit që shkojnë shumë përtej pëlqimit të informuar, sot shpesh interpretohet në një logjikë mbrojtëse dhe pa dialog dhe ndarje me pacientin.
- Nëpërmjet përdorimit të udhëzimeve dhe indikacioneve etike - të cilat garantojnë respekt, konfidencialitet dhe cilësia e marrëdhënies mjek-pacient dhe asistencë shëndetësore. Telemjekësia mund të materializohet përfundimisht si një mjet për të ndihmuar për një shëndet të vlefshëm.

REFLEKTIME

- Në praktikën mjekësore, kontakti fizik midis mjekut dhe pacientit është i rëndësishëm. Vizita klinike përfshin të gjitha shqisat e mjekut. Përveç kësaj, marrëdhënia e kujdesit bazohet në empati ndërsa inteligjenca artificiale është «apatike», nuk ka ndjenja, ajo di vetëm të llogarisë, e cila e bën më të vështirë kontaktin e frytshëm njerëzor.
- Ekziston rreziku i vënies së mjekut në shërbim të makinerisë, të varfërimit të vetvetes.
- Ekziston gjithashtu rreziku që pajisjet dixhitale të çojnë në një ndryshim paradigme kulturore, epistemologjike, etike të shoqërisë, që krijohet një lloj aparati i ri shqisor të kudondodhur, të aftë për të hyrë në realitetet biologjike me metoda dhe rezultate të reja në historinë e njerëzimit.
- Inteligjenca artificiale përbën problemin e vjetër: kush vendos në mjekësi dhe çfarë është përgjegjësia e doktorit?



I EDITORIALI

- Ndoshta frika për inteligjencën artificiale është e ekzagjeruar, por rregullat deontologjike duhet të shkruhen sepse mundësia e abuzimeve që shtrembërojnë profesionin nuk është e pabazuar.

DETYRAT NDAJ PACIENTËVE

Lidhur me detyrat ndaj përfituesve të mirëqenies, pikat e mëposhtme janë të një rëndësie të veçantë:

- a) *Informacion mbi përpunimin:* ekzaminim, transmetim në distancë, kanale diagnostiko-terapeutike, përdorimi i protokolleve, etj., dhe qëllimet/garancitë e tyre. Prandaj është e nevojshme të zhvillohen modele të sakta informacioni që janë sa më konsekuente dhe kombëtare.
- b) *Pëlqimi i informuar i pacientëve:* është i nevojshme të bartet në mënyrë të qartë në dijeninë e pacientit për informacionin e nevojshme për të lejuar një zgjedhje të ekuilibruar. Në rastin e veçantë shërbimet në distancë, është e rëndësishme të shpjegohet saktësisht rreziqet e përfshira, të tilla si rreziqet që lidhen me mungesën e kontaktit, shikimi fizik dhe klinik i mjekut, pamundësia e një vizite përgjigje urgjente dhe gjithëpërfshirëse.
- c) *Të drejtat e pacientëve mbi të dhënat e tyre personale:* ne duhet të zhvillojmë mënyra gjithnjë e më të qarta dhe të thjeshta për të respektuar dhe të drejtat e garantuara mbi të dhënat personale. Sigurisht këto reflektime kërkojnë një analizim më të detajuar për të ndërtuar një program pune që të hedhi themelet të sigurta të kësaj risie në shërbimin shëndetësor. Përfundimet e nxjerra duhet të ligjërohen dhe në kodin tonë të etikës dhe deontologjisë mjekësore për të rritur efektshmërinë cilësinë dhe gjykimin e drejtë edhe për shërbimet mjekësore në distancë.



KONFERENCË: “DILEMAT E KLINIKËS KOMPLEKSE, PËRQASJA NDËRDISIPLINARE”

27 Prill 2023, Lezhë

Në datën 27 Prill 2023, në ambientet e Hoteli i Gjuetisë Lezhë, Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH organizoi Konferencën me temë **“Dilemat e Klinikës Komplekse, përqasja Ndërdisciplinare”**.

Në këtë Konferencë morën pjesë mjekë nga Rajoni i Shkodrës dhe i Lezhës.

Kjo konferencë është në vijim të traditës së krijuar nga Këshilli Rajonal Shkodër në organizimin e konferencave vjetore të akredituara A.S.C.K.

Konferencën e hapi dr. Nevila Luli (Tabaku) si organizatore e këtij aktiviteti. Pas fjalës hapëse filloi referimi i temave:

1. Trajtimi multidisciplinar i pacientëve me Sëmundje Renale Kronike (SRK) në terren të nefropatisë diabetike dhe bashkëshoqëruese. **Dok. Shk. Dr. Amela Bushati**
2. Prezantim Rasti Klinik në Menaxhimin e Dislipidemive. **Dr. Lindita Mlloja**
3. Incidenca dhe Dekursi klinik i COVID-19 në pacientët me sëmundje Reumatizmale kronike. **Dr. Melisa Uruçi**
4. Trajtimi i Anemive të mungesës së hekurit gjatë dhe pas shtatzënisë. **Prof. Ass. Enkeleda Prifti**
5. Ri-infektimi nga Scabies; menaxhimi si një qasje multidisciplinare e profesionistëve të shëndetësisë. **Dr. Diana Muja**
6. Roli i Farmacistit në edukimin e pacientëve mbi përdorimin e barnave inhalatore. **Dorina Dida-Biba**
7. Përqasja multidisciplinare në sindromën VACLTER; prezantimi i rasteve klinike. **Dr. Ermerlla Kani**
8. Incidentaloma në imazheri dhe qëndrimi ndaj tyre. **Dr. Blerina Saraçi-Qirixhi**
9. Sindroma Batter dhe Gitelman: Diagnoza dhe trajtimi. Raportim Rasti. **Dr. Eleda Ruçaj**
10. Terapia Terapia Biologjike-Dritë në fund të tuneli për Urtikarien Spontane. **Dr. Holta Duda**
11. Roli i metilprednisolonit në profilaksinë e sindromës së embolisë yndyrore. **MSc. Eris Nepravishta**



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

12. Komorbiditeti i çrregullimeve mendore me sëmundjet mjekësore në Spitalin Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë (2010-2020). **Dr. Ejona Shaska (Zija)**

13. Diabeti Mellitus dhe COVID-19. **Dr. Denisa Qahaja**

Në fund të konferencë u dhanë konkluzionet dhe vlerësimet.

Dr. Nevila LULI-TABAKU
Presidente e Këshillit Rajonal Shkodër, UMSH

KONFERENCA: “SFIDAT E MENAXHIMIT TË PATOLOGJIVE KRONIKE NË FOKUSIN E MJEKUT TË FAMILJES”

16 Maj 2023, Shkodër

Në datën 16 Maj 2023, në ambientet e “Hotel Colosseo” Shkodër, Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH organizoi Konferencën me temë: **“Sfidat e Menaxhimit të Menaxhimit të Patologjive Kronike në Fokusin e Mjekut të Familjes”**.

Në këtë Konferencë morën pjesë mjekë nga Rajoni i Shkodrës.

Kjo konferencë është akredituar nga A.S.C.K.

Koferencën e hapi Presidentja e Urdhrit të Mjekëve Shkodër dr. Nevila Luli; dhe në fillim të konferencës Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH nderoi me Çertifikata Mirënjohje disa Mjekë Specialistë dhe Mjekë Familje.

Më pas konferenca vijoi me referimin e temave:

1. Dislipidemitë-diagnostikimi dhe fizpatologjia e tyre. **Dr. Somida Kuka**
2. Menaxhimi terapeutik i Dislipidemive dhe risitë e terapive inovative. **Prof. Dr. Margarita Resuli-Gjata**
3. Rëndësia e diagnostikimit të SPOK. **Dr. Lindita Dibra-Çela**
4. Ndryshimet në GOLD 2023 dhe të dhëna mbi efikasitetin e Terapive të kombinuara. **Prof. Dr. Silvana Bala**
5. Insuficiencia Kardiake dhe parimet e diagnostikimit të saj. **Dr. Eneida Hoxha**
6. Si trajtohet Insuficiencia Kardiake dhe përditësimi mbi guidelinat. **Dr. Zorada Bekteshi-Bushati**
7. Astma severe alergjike dhe benefitet e terapive biologjike. **Dr. Holta Duda**

Në fund të referimeve u bënë pyetje dhe diskutime rreth temave të referuar.

Dr. Nevila Luli-Tabaku
Presidente e Këshillit Rajonal Shkodër, UMSH

TAKIMI I BORDIT TË SEEMF (Forumi Mjekësor i Evropës Juglindore)

12-13 Maj 2023

Ohër, Maqedonia e Veriut

Në qytetin e Ohrit (Maqedonin e Veriut) në datën 12-13 Maj u zhvillua takimi i rregullt i Bordit të Forumit Mjekësor të Evropës Juglindore. Në këtë takim morën pjesë të gjithë anëtarët e bordit, përfaqësues të Urdhrave dhe Dhomave dhe Shoqatave Mjekësore të vendeve anëtare. Edhe UMSH-ja u përfaqësua nga Presidenti Dr. Fatmir Brahimaj (anëtar i vjetër i këtij bordi) si dhe Zv. Presidenti dhe Sekretarja e Përgjithshme.

Takimi u zhvillua nën drejtimin e presidentit të forumit Dr. A. Kehajov në një frymë mjaft konstruktive.

Pas fjalës së mirëseardhjes të Dr. G. Dimitrov, Presidenti i Dhomës së Mjekëve të Maqedonisë së Veriut prezantoi raportin mbi veprimtarinë e forumit për periudhën Maj 2022 - Prill 2023.

Pas miratimit të kësaj veprimtarie puna u përqëndrua në përgatitjet për Kongresin e 12-të të Forumit, i cili do të mbahet në qytetin e Selanikut në Greqi në periudhën 6-10 Shtator 2023. Bordi aprovoi fushat dhe specialitetet ku do të referohet nga pjesëmarrësit në këtë kongres si: imunologjia dhe vaksinimi, ndërveprimi i sistemit imunitar me pjesën tjetër të organizmit të njeriut (sistemi kardiovaskular, nervor, respirator, etj..). Fusha të tjera janë shëndeti riprodhues dhe kujdesi shëndetësor ndaj fëmijeve, shëndeti mendor, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet onkologjike, dermatologjike, geriatrike dhe fusha të tjera si dhimbja.

Gjatë punimeve të këtij kongresi do të ketë dhe një seksion për migrimin e mjekëve dhe edukimin e vazhdueshëm mjekësor në vendet anëtare të forumit.

Më tej u vendos që të aplikohet për akreditimin e këtij kongresi nga Këshilli Evropian i Akreditimit. Po ashtu u caktuan tarifat e regjistrimit për këtë kongres si dhe afatet përkatëse. Këto së bashku me akomodimin e pjesëmarrësve do të njoftohen në websitin e forumit. Gjatë takimit u bënë dhe shumë biseda të vlefshme midis pjesëmarrësve të bordit për shkëmbimin e përvojave dhe problemeve me interes të përbashkët.



IVEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

ASAMBLEJA E PËRGJITHSHME E SHOQATËS MJEKËSORE GJERMANE(GMA)

16-19 Maj 2023

Essen, Gjermani

Në datën 16 - 19 Maj në qytetin e Essen, Gjermani u mbledh Asambleja e Përgjithshme e Shoqatës Mjekësore Gjermane. Pas një intervali disavjeçar për shkak të pandemisë, këtë vit u ftuan edhe mysafirë ndërkombëtar nga 45 vende të botës dhe organizma profesionale ndërkombëtare si: WMA, CPME, EFMA, etj... Në këtë kuadër morën pjesë edhe Presidenti dhe Zv. Presidenti i UMSH-së të ftuar në këtë event të rëndësishëm ndërkombëtar.

Veprimtaria u parapri nga një ceremoni e veçantë e pritjes së mysafirëve ndërkombëtar të drejtuar nga Presidenti i Dhomes së Mjekëve të Rhinit të Veriut Dr. R. Henke, ku bënë pjesë dhe Essen.

Asambleja e Përgjithshme filloi punimet me ceremonin e hapjes ku u bënë disa përshëndetje nga Drejtuesit e Këshillit Rajonal të Dhomës të Rhinit të Veriut, Ministri për Punët, Shëndetësi dhe Çështjet Sociale të Landit të Rhinit të Veriut-Westphalia, Kryebashkiakut të Essenit, presidentit të Shoqatës Mjekësore Gjermane dr. Klaus Reinhardt, Ministrit Federal të Shëndetësisë, etj...

Në këtë ceremoni Shoqata Mjekësore Gjermane nderoi me medaljen e saj më të lartë 3 mjekë, 2 prej të cilëve kishin kontribute të veçanta në fushën e organizimit mjekësor, ndërsa i treti (mjek gjerman me orgjinë polake, mbi 90 vjeç), jeta e të cilit kishte një rrjedhë mjaft interesante, nga vuajtës në kampet gjermane të përqendrimit në ofrues të shërbimit shëndetësor në Gjermani, me një kujdes të veçantë tolerance, empatie dhe etike mjekësore për tu lavdëruar. Një model i veçantë që frymëzon brezat për të parë gjithmonë përpara.

Më pas Dr. Reinhardt në respekt të mysafirëve ndërkombëtar i thiri ata në emër dhe i përshëndeti para gjithë asamblesë, duke i falenderuar ata për praninë e tyre në këtë event. Më tej Asambleja vazhdoi punimet duke trajtuar probleme të rëndësishme të veprimtarisë së përditshme gjatë ushtrimit të profesionit mjekësor. Me mjaft interes dhe me diskutime të shumta u zhvilluan disa seksione si ata me temë:

- Liria dhe përgjegjësia gjatë ushtrimit të profesionit mjekësor
- Edukimi shëndetësor nga marrja e dijes dhe zbatimi i tyre në praktikë, etj...

Më pas Asambleja i zhvilloi punimet mbi problemet e saj organizative si: çështjet buxhetore, zgjedhore, etj... Edhe këtu midis të ftuarve pati diskutime dhe shkëmbime përvojash mbi temat e diskutuara.

Gjatë punimeve të Asamblesë u organizua një tavolinë e rrumbullakët nën drejtimin e departamentit të marrëdhënieve me jashtë të GMA-së, për planifikimin e axhendës së takimit të afërt të ZEVA-s.



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Morën pjesë përfaqësues të anëtarëve të këtij forumi mjekësor, si: Gjermania, Polonia, Çekia, Kroacia, Sllovenia, Shqipëria, Kosova, Serbia, etj... Pas diskutimeve dhe sugjerimeve të disa pjesëmarrësve në takim u vendos që në axhendë të jenë 3 çështje:

- Edukimi bazë i mjekëve (në universitetet mjekësore)
- Pakësimi i mjekëve dhe task-shifting
- Reklamat mjekësore

Takimi i Shtatorit të ZEVA-s do të mbahet në Düsseldorf (Gjermani).

TAKIMI PLENAR I CEOM (Këshilli Evropian i Urdhrave Të Mjekëve)

2-3 Qershor 2023

Bruksel, Belgjikë

I ftuar nga Urdhri i Mjekëve të Belgjikës u zhvillua në Bruksel në dt. 2-3 Qershor 2023 Takimi Plenar i Rregullt i CEOM, anëtar me të drejta të plotë i të cilit është edhe Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë.

Në këtë takim morën pjesë delegacionet nga të gjitha vendet anëtare. UMSH-ja u përfaqësua nga Presidenti dhe Zv. Presidenti i tij. Pas përshëndetjeve të Urdhrit të Mjekëve të Belgjikës Dr. P. Dejemeppe dhe përshëndetjes të dr. J. Santos, President i CEOM-it u kalua në seancat e punës.

Së pari u aprovuan minutat e takimit plenar paraardhës, të zhvilluar në Luksenburg si dhe axhenda e takimit të Brukselit. Pas verifikimit të mandateve të pjesëmarrësve u fillua me temën e parë të titulluar: “Pa një kulturë të vërtetë informacioni statistikor nuk do të kemi të dhëna të plota në sektorin e kujdesit shëndetësor”, referuar nga prof. PH. Coucke. Ky referim interesant u pasua me diskutime të shumta për sigurinë e sistemeve të informacionit statistikor, ruajtjen e privatësisë dhe konfidencialitetit të tyre si dhe nevojën e një standardizimi evropian të njëjtë për të gjithë vendet.

Sesioni tjetër ju kushtua trajtimit të dhunës ndaj mjekëve si dhe fenomenit të burnout. Materiali fillestar u prezantua nga dr. J. Santos, më tej dr. R. Kerzmann prezantoi “Fokusimin Belg ndaj dhunës kundër mjekëve” duke paraqitur të dhëna mjaft interesante. Më tej u bë një përmbledhje nga dr. R. Vicente mbi Takimin e Madridit në ditën evropiane të luftimit të dhunës ndaj bluzave të bardha. Materiali i fundit mbi këtë problem ishte ai i dr. PH. Cathala i titulluar: “Propozim për një mbledhje të dhënash evropiane të unifikuar të dhunës ndaj mjekëve”.

Sesioni pasardhës iu kushtua prezantimit të dr. F. Alberti të titulluar: “Telemjekësia në Itali, aspekte rregullatore dhe prespektiva deontologjike në sektorin publik dhe privat”. Më tej dr. J. Santos



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

prezantoi materialin: “Pakësimi i mjekëve në evropë dhe task-shifting (delegimi i detyrave nga mjekët tek personeli tjetër mjekësor më pak i kualifikuar)”. Me shumë interes u ndoq referimi i S. Rasse i titulluar “Tendenca në demografinë mjekësore gjatë 2023 dhe disa propozime për CEOM”. Rreth temës pati diskutime të shumta, ku edhe delegacioni ynë përfaqësuar nga dr. F. Brahimaj bëri një prezantim të shkurtër rreth migrimit të mjekëve shqiptarë.

Në seancat pasuese u trajtua bashkëpunimi i CEOM me Organizmat e tjerë ndërkombëtar. Kështu u prezantua nga dr. Kloiber kontributi i WMA (Shoqata Mjekësore Botërore) në këtë partneritet. Më tej referuan mbi këtë problem edhe përfaqësues të: CPME, EJD, EMSA, FEMS, UEMO, etj...

Në fund dr. D’Autilia (Itali) dhe dr.Santos (Portugali) prezantuan ftesën e tyre për zhvillimin e takimeve plenare të CEOM respektivisht në pranverë dhe vjeshtë të 2024.

Veprimtaria u mbyll me konkluzionet e bëra nga Presidenti i CEOM dr. Jose Santos.



HEPATITI KRONIK C, SËMUNDJE QË SHËROHET PLOTËSISHT

Prof. Dr. Jovan BASHO

QSU “Nënë Tereza”, Tiranë

Virusi i hepatitit C (HCV) është një virus që shkakton infeksione akute dhe kronike. Deri më sot njihen 7 grupe virusesh C që ndahen në nëngrupe (p.sh.: 1a, 1b, etj..). Infeksionet akute të HCV janë zakonisht asimptomatike dhe shumica e tyre nuk çojnë në një sëmundje kërcënuese për jetën. Rreth 30% (15-45%) e individëve të infektuar e eliminojnë spontanisht virusin brenda 6 muajve nga infektimi pa pasur nevojë të mjekohen. Pjesa tjetër prej 70% (55-85%) e individëve të infektuar zhvillojnë infeksion kronik. Nga ata me infeksion kronik HCV, rreziku për të zhvilluar cirrozë hepatike shkon nga 15% në 30% brenda 20 viteve.

HCV është i pranishëm në të gjitha rajonet e botës. Përhapja më e shpeshtë është në Rajonin e Mesdheut Lindor dhe Rajonin Evropian, me 12 milionë njerëz të infektuar kronikisht në çdo njërin prej tyre. Në Azisë Juglindore dhe Paqësorin Perëndimor, është gjetur se ka nga rreth 10 milionë njerëz të infektuar kronikisht. Nëntë milionë njerëz janë të infektuar kronikisht në Rajonin Afrikan dhe 5 milionë në Rajonin e Amerikës.

Sipas të dhënave të vitit 2019, 58 milionë njerëz u diagnostikuan me infeksion kronik nga hepatitit C. Ky virus shkakton rreth 400,000 vdekje çdo vit. Në vitin 2019, vetëm 21% nga 58 milionë me infeksion kronik të hepatitit C ishin diagnostikuar, në përgjithësi 13% ishin trajtuar.

Lidhur me sa më sipër, në vitin 2016, OBSH vendosi synime ambicioze për të eliminuar hepatitin viral B dhe C si një kërcënim për shëndetin publik deri në vitin 2030.

Strategjia e re e OBSH për sektorin global të shëndetësisë vendos veprime dhe objektiva të reja për të eliminuar hepatitin viral deri në vitin 2030, duke pakësuar infeksionet e reja dhe vdekjet deri në gjysmë milioni secilën, në nivel global, pakësim përkatësisht 90% dhe 65%.

Që kjo të ndodhë, ne duhet të thjeshtojmë urgjentisht kujdesin ndaj hepatitit, duke përdorur diagnostikime inovative për ta bërë kujdesin më të aksesueshëm për më shumë njerëz në nevojë.



3 rekomandimet kryesore të reja përfshijnë:

1. Ofrimi i thjeshtuar i shërbimit dhe ndarja e detyrave:

Kjo kërkon që testimi dhe mjekimi të kryhen në kujdesin parësor, në vendet e reduktimit të dëmit dhe nëpër burgje. Kjo gjë kërkon që kujdesi dhe mjekimi i ofruar të bëhet nga mjekë të përgjithshëm dhe infermierë, në vend të specialistëve.

2. Diagnostikim i efektshëm dhe i thjeshtuar i hepatitit:

Kjo kërkon që analizat e HCV RNA të bëhen në të gjitha laboraret sipas mënyrës PCR të thjeshtëzuar.

3. Mjekimi i harmonizuar dhe i thjeshtëzuar i hepatitit për fëmijët dhe adoleshentët:

Trajtimi tani rekomandohet për herë të parë për të gjithë adoleshentët dhe fëmijët deri në moshën 3 vjeç. Regjimet DAA për të rriturit sofosbuvir/daclatasvir (SOF/DCV), sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL) dhe glecaprevir/pibrentasvir (G/P) për përdorim edhe tek adoleshentët dhe fëmijët.

Në vitin 2018, 3.26 milionë fëmijë dhe adoleshentë, të moshës 18 vjeç e lart, bashkëjetonin me infeksionin kronik HCV. Diagnoza dhe trajtimi i hershëm tek adoleshentët dhe fëmijët janë çelësi për parandalimin e sëmundshmërisë afatgjatë të lidhur me infeksionin kronik të hepatitit C.

Për shkak se infeksionet e reja HCV janë zakonisht asimptomatike, pak njerëz diagnostikohen që në fillim të tyre. Në ata njerëz që vazhdojnë të zhvillojnë infeksion kronik HCV, infeksioni shpesh nuk diagnostikohet sepse mbetet asimptomatik deri në dekada pas infeksionit, e diagnoza shpesh bëhet në faza të përparuara të sëmundjes kronike të mëlçisë.

Infeksioni HCV diagnostikohet në 2 etapa: anti-HCV dhe HCV RNA

Testimi për antitrukat anti-HCV me një test serologjik identifikon njerëzit që janë infektuar me virusin. Nëse testi është pozitiv për antitrukat anti-HCV, nevojitet një test i dytë për të vënë në dukje HCV RNA, analizë e cila konfirmon infeksionin kronik dhe nevojën për trajtim. Ky test është i rëndësishëm sepse rreth 30% e njerëzve të infektuar me HCV pastrojnë spontanisht infeksionin me një përgjigje të fortë imune pa pasur nevojë për mjekim. Edhe pse nuk janë më të infektuar, ata do të rezultojnë sërish pozitivë për antitruka anti-HCV.

Zakonisht hepatiti C është asimptomatik. Periudha e inkubacionit varion nga 2 javë deri në 6 muaj. Pas infeksionit fillestar, afërsisht 80% e njerëzve nuk shfaqin asnjë simptomë. Ata që janë me simptoma akute mund të shfaqin: ethe, lodhje, ulje të oreksit, nauze, të vjella, dhimbje barku, urinë të errët, feçe të zbehta, dhimbje kyçesh dhe ikter (zverdhje e lëkurës dhe të bardhës së syve).

Kur një person është diagnostikuar me infeksion kronik HCV, duhet të bëhet një vlerësim i përgjithshëm për të përcaktuar shkallën e dëmtimit të mëlçisë (fibrozë dhe cirrozë). Kjo mund të



bëhet me biopsi të mëlçisë ose përmes një sërë testesh jo-invazive, si: fibro-test, fibroscan, etj... Shkalla e dëmtimit të mëlçisë është shumë e rëndësishme për mjekimin e sukseshëm dhe ndjekjen në distancë të sëmundjes. Diagnoza e hershme parandalon problemet shëndetësore që mund të vijnë nga infeksioni dhe transmetimin e virusit. OBSH rekomandon testimin e njerëzve që mund të jenë në rrezik të shtuar të infeksionit.

Në mjediset me seroprevalencë të lartë të antitropave HCV në popullatën e përgjithshme (e përcaktuar si >2% ose >5% seroprevalencë e antitropave HCV), OBSH rekomandon që të gjithë të rriturit të testohen për HCV në mënyrë që diagnostikimi dhe mjekimi të jenë sa më të hershëm. Rreth 2.3 milionë njerëz (6.2%) nga rreth 37.7 milionë që jetojnë me HIV në mbarë botën kanë dëshmi serologjike (anti-HCV) të infeksionit HCV të kaluar ose të tanishëm. Sëmundja kronike e mëlçisë është një shkak kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në personat që jetojnë me HIV në nivel global.

Transmetimi virusit të hepatitit C bëhet nëpërmjet gjakut. Më shpesh transmetohet përmes ripërdorimit ose sterilizimit të pamjaftueshëm të pajisjeve mjekësore, veçanërisht shiringave dhe ageve në mjediset e kujdesit shëndetësor; transfuzionit të gjakut dhe produkteve të tij të pakontrolluara; dhe nga përdorimi i drogës intra-venoz. HCV mund të transmetohet nga një nënë e infektuar tek foshnja e saj si dhe nëpërmjet marrëdhënieve seksuale që çojnë në ekspozim ndaj gjakut (për shembull, njerëzit me partnerë të shumtë seksualë dhe midis burrave që kryejnë marrëdhënie seksuale me burra); megjithatë, këto mënyra transmetimi janë më pak të zakonshme. Hepatiti C nuk përhapet me qumështin e gjirit, ushqimin, ujin e pijshëm ose kontaktit të rastësishëm, si: përqafimi, puthja dhe ndarja e ushqimit ose pijeve me një person të infektuar.

A kemi ne nevojë sot të bëjmë gjenotipizimin e HCV? Sa u takon studimeve epidemiologjike po, për mjekim jo, sepse barnat e zbuluara së fundmi veprojnë njëloj në të gjitha gjenotipet. Në Shqipëri, gjenotipet që takohen më shpesh janë gjenotipet 1 (1b), 2 (2 a/c), e më rrallë 3 dhe 4. Gjenotipi 3 haset më shpesh në përdoruesit e drogërave intra venoze.

Indikacionet për trajtim: kush duhet të trajtohet?

Sipas të dhënave të sotme duhet të mjekohen të gjithë të sëmurët që nuk kanë marrë mjekim si dhe ata tek të cilët mjekimi me bashkë-shoqërimin Peginterferon/Ribavirinë ka dështuar.

Mjekimi urgjent duhet tu jepet:

1. Të sëmurëve me fibrozë të rëndësishme ose cirrozë (rezultati METAVIR F2, F3 ose F4), duke përfshirë cirrozën e kompensuar (Child-Pugh A) dhe të dekompensuar (Child-Pugh B ose C);
2. Në të sëmurët me manifestime ekstrahepatike klinikisht të rëndësishme (p.sh.: vaskuliti simptomatik i shoqëruar me krioglobulinemi mikse të lidhur me HCV, nefropatia e lidhur me kompleksin imunitar të HCV dhe limfoma e qelizave B jo-Hodgkin);
3. Të sëmurët me rikthim të HCV pas transplantimit të mëlçisë;



I KAZUISTIKË

4. Të sëmurët në rrezik të një evoluimi të shpejtë të sëmundjes së mëlçisë për shkak të sëmundjeve shoqëruese të njëkohshme (përfituesit e transplantit të organeve të tjera ose qelizave staminale, koinfeksione HBV dhe HIV, diabeti); dhe në individë në rrezik të transmetimit të HCV (përdoruesit e drogave intra-venoze, burra që kryejnë marrëdhënie seksuale me burra me praktika seksuale me rrezik të lartë, gra në moshë riprodhuese që dëshirojnë të mbeten shtatzënë, pacientë në hemodializë, individë të burgosur).

Trajtimi në përgjithësi nuk rekomandohet tek të sëmurët me jetëgjatësi të kufizuar për shkak të sëmundjeve shoqëruese që nuk lidhen me mëlçinë.

Në udhërrëfyesin e fundit të Shoqatës Evropiane të Studimit të Mëlçisë (EASL) rekomandohet përdorimi i barnave pangjenotipike e konkretisht Sofosbuvir/Velpatasvir (0.4 + 0.1), 1 kokërr në ditë, Sofosbuvir/Velpatasvir/voxilaprevir (0.4 + 0.1 + 0.1), 1 kokërr në ditë bashkë me ushqimin, Glecaprevir/Pibrentasvir (0.1 + 0.04), 3 kokrra 1 herë në ditë bashkë me ushqimin si dhe Grazoprevir/Elbasvir (0.1 + 0.05), 1 kokërr në ditë (bari i fundit për gjenotipet 1 dhe 4).

Në Qershor të vitit 2022, OBSH paraqiti mënyrën e mjekimit si më poshtë:

Kohëzgjatja e mjekimit për të sëmurët >18 vjeç dhe 3-17 vjeç pa cirrozë:

1. Sofosbuvir/Velpatasvir 12 javë
2. Sofosbuvir/Daclatasvir 12 javë
3. Glecaprevir/Pibrentasvir 8 javë

Kohëzgjatja e mjekimit për të sëmurët >18 vjeç dhe 3-17 vjeç me cirrozë të kompensuar:

1. Sofosbuvir/Velpatasvir 12 javë
2. Glecaprevir/Pibrentasvir 8 javë
3. Sofosbuvir/Daclatasvir 24 javë
4. Sofosbuvir/Daclatasvir 12 javë

Vlerësimi i efektit të mjekimit me barnat DAA (antiviralë me veprim të drejtpërdrejtë):

- HCV RNA e pazbulueshme në serum ose plazmë 12 javë (SVR12) ose 24 javë (SVR24) pas përfundimit të mjekimit, e vlerësuar me një metodë molekulare të ndjeshme me një kufi më të ulët zbulimi se <15 IU/ml.



- Të dy vlerësimet SVR12 dhe SVR24 janë pranuar si pika përfundimtare nga rregullatorët në Evropë dhe SHBA, duke qenë se përputhshmëria e tyre është >99%.
- Efekti i këtyre mjekimeve shkon në 98%-99% e praktikisht kur fibroza është e pakët 100%. Këto barna do të bëjnë të mundur që në vitin 2030 të arrihen objektivat e OBSH të përmendura më sipër.

Bibliografia:

1. *EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series Journal of Hepatology 2020 vol. 73 j 1170–1218*
2. *WHO publishes updated guidance on hepatitis C infection – with new recommendations on treatment of adolescents and children, simplified service delivery and diagnostics. 24 june 2022.*



DEPISTIMI I TIROIDITEVE AUTOIMMUNE HASHIMOTO

Dr. Hodo ÇELO, Dr. Altin GOXHARAJ, Dr. Bledi ÇELO

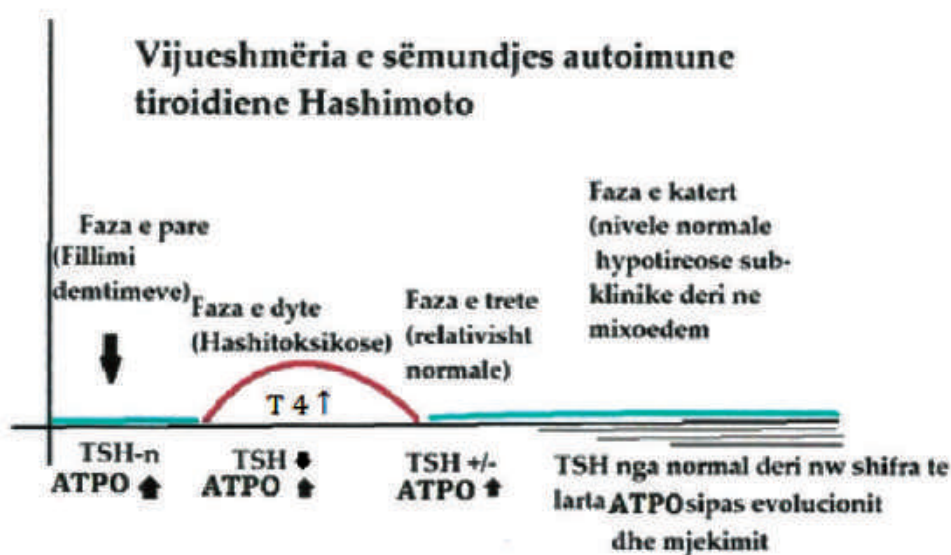
Testi depistues për tiroiditin Hashimoto dhe hypotireozën. (rezultate depistimi)

Tiroiditi Hashimoto në përgjithësi është një sëmundje e nënvlerësuar dhe e neglizhuar, për pasojë shumica e të sëmurëve nuk diagnostikohen dhe nuk mjekohen, pa anashkaluar faktin që metodat mjekuese nuk janë përsosur.

Nisur nga kriteret OMS që i jep rëndësi në zbulimin e tiroiditeve mjekut familjes dhe shumë specialiteteve, qysh në vitin 2008 e në vazhdim analizuam metodat praktikisht se cilën duhet të përdorim për depistimin spontan apo të organizuar të kësaj sëmundje mjaft të përhapur dhe shumë të nënvlerësuar (nga specialistët, endokrinologët dhe imazheristët). Nga përhapja kjo sëmundje vjen pas strumës që tashmë është pakësuar nga përdorimi i kripës së jodizuar dhe përmirësimi ushqyerjes.

Për të bërë depistimin duhet të kemi parasysh fazat klinike të tiroiditit Hashimoto, të cilat po i paraqesim në tabelën më poshtë:

Evolucioni i tiroiditit Hashimoto kalon në katër faza si më poshtë:



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

- *Faza e parë* - faza fillestare e infiltrimit limfocitar dhe dëmtimit të tireociteve;
- *Faza e dytë* - Hashitokdikoza ku kemi hipertireozë të përkohshme, ku pas dëmtimit indor lëshohet në gjak një sasi hormoni që jep këto shenja;
- *Faza e tretë* - një fazë “normale” ku vazhdon të konsumohet tiroksina e hedhur;
- *Faza e katërt* - një pjesë normalizohet, një pjesë ka një “shërim” që mund të aktivizohet, prandaj këto raste mbahen në observim. Një pjesë tjetër kalon në hypotireozë sub-klinike dhe klinike.

Nisur nga kriteret e OMS qysh në vitin 2008 e në vazhdim analizuam metodat praktikisht se cilën duhet të përdorim për depistimin spontan apo të vazhdueshëm.

Për depistim në mungesë të një testi të shpejtë dhe me kosto të ulët, gjithashtu që të mundësojë zbulimin e shumicës së rateve me Hashimoto dhe Hypotireozë, kemi përzgjedhur ekzaminimin **ekografik** në kërkim të zonave hypoekogene, pseudonodeve hypoekogene dhe striave. Me ekografi vumë re se kapim nëpërmjet pseudonodeve shumicën e rasteve të prekura nga tiroiditi autoimun si ato me aktivitet autoimun (prania e antitropave), ato me funksion normal, ato të “shëruarat” dhe rastet që kanë evoluuar drejt hypotireozave.

Me përcaktimin e TSH do të zbulonim vetëm rastet me hypotireozë, dhe hipertireozat, pra shumica tjetër nuk do të evidentoheshin.

Me përcaktimin e ATPO do të zbulonim vetëm rastet me aktivitet autoimunitar po ashtu edhe me përcaktimin e Atg, IgG, IgM, EBV, etj..., me të cilat kapim një pjesë shumë të vogël rastesh, pra duke mos na ndihmuar për depistim masiv.

Me përcaktimin e imunoglobulinave jo vetëm nga kostoja por sprektri që kapet është shumë i ngushtë dhe që nuk ndihmon për depistim masiv.

Ekografia jo vetëm evidenton një numur të madh të të sëmurëve që janë sëmurur nga tiroiditi Hashimoto por kapim mirë fazat e hershme të tij, çka është e rëndësishme për çdo depistim. Ekografia nuk paraqet rreziqe trupore dhe psikologjike.

Karakteristike për tiroiditet Hashimoto janë: pseudonodet hypoekogene të çrregullta, pa halo, rrallë mund të shohim bashkë me to dhe hyperekogenicitete.

Format klasike ndodhin nga infiltrimi limfocitar difuz i gjendrës tiroide dhe në ekografi paraqitet në formën e hypoekogenicitetit jo homogjen difuz apo vatror në zonat e dëmtuara, nuk janë konstante, janë të pa dhimbshme, me vaskularizim moderuar apo mungon, edhe kur është, është më pak intens se në Basedov. Pseudonodet më tipike janë në fazën e parë të fillimit të tiroiditit Hashimoto megjithëse jo specifike. Qysh në fazën e parë të tiroiditit Hashimoto si rezultat i veprimeve autoimunitare kundrejt tireociteve ndodh infiltrimi inflamator limfocitar që prek një apo shumë zona të lobeve të tiroides. Ky infiltrim inflamator pasqyrohet në ekografi në formën e pseudonodeve të çrregullt hypoekogene (siç thamë më lartë). Në këtë fazë duken më të qarta me kalimin e kohës dhe evoluimit në fazat e tjera, një pjesë e rasteve drejt një eutireoze kur nuk zënë sipërfaqe të madhe, pra janë midis rasteve me pseudonode apo mikropseudonode hypoekogene që nuk konfirmohen për Hashimoto me ekzaminimet e tjera. Pikërisht janë këto raste që gjatë ekografive i gjejmë me



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

pseudonode ose mikropseudonode hypoekogene ku të dhënat e tjera nuk konfirmojnë praninë e aktivitetit autoimunitar, por që shpesh në rrethin familjar të tyre kemi konstatuar edhe të tjerë me sëmundjen Hashimoto, apo më qartë këto duhet të jenë rastet e “shëruara”. Në këto raste tiroidja arrin të kompensojë nevojat hormonale. Të tjera drejtë hypotireozës çka pasqyrohet me striat dhe pseudonodet hyperekogene, dhe në fund rastet e rënda drejt fibrozës, zvogëlimit të tiroides, tiroidja atrofizohet, pra drejt miksedemës.

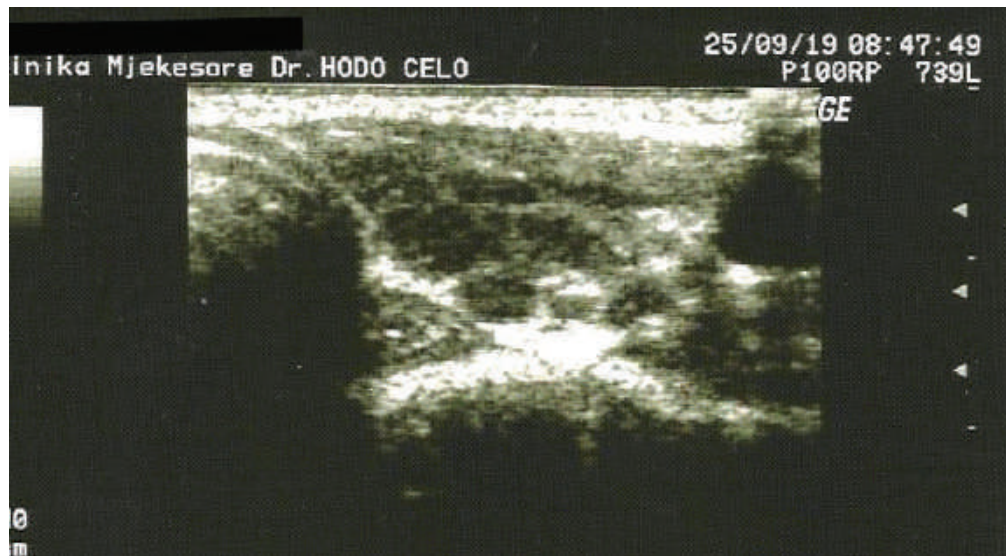


Fig. Nr. 1 - Thyroidit Hashimoto. Hypotirozë, Prerje transversale. Lobi majtë- Pseudonode multiple të rrethuara nga stria dhe ind normal (me TSH normal, ATPO të rritur (660 ui/ml) dhe IgG (570) të rritur IgM negativ)

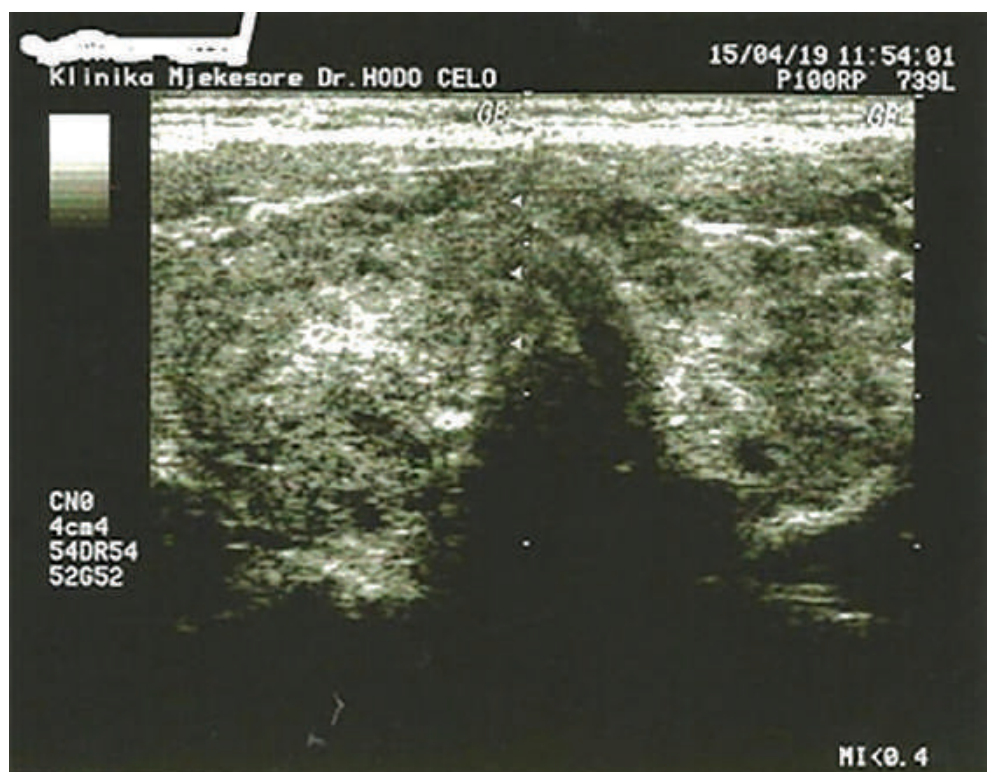


Fig. Nr. 2 - Thyroidit Hashimoto. Prerje transversale. I sëmurë 29 vjeç, TSH normal ATPO e rritur. Vihen re pseudonode multiple të vogla në të dy lobet, gërrshetuar me ind normal dhe stria.

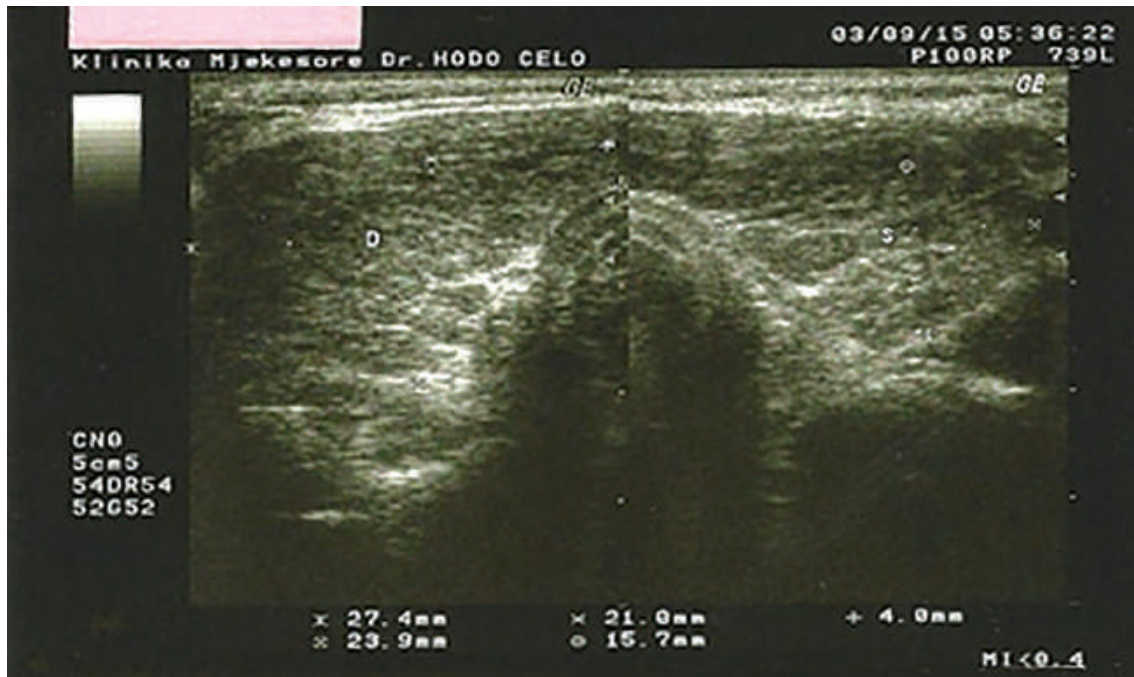


Fig. Nr. 3 - Tiroidit Hashimoto. Hypotirozë. Prerje transversale. Të dy lobet me hypoekogenicitet dhe stria transversale të shumta (retikulare).

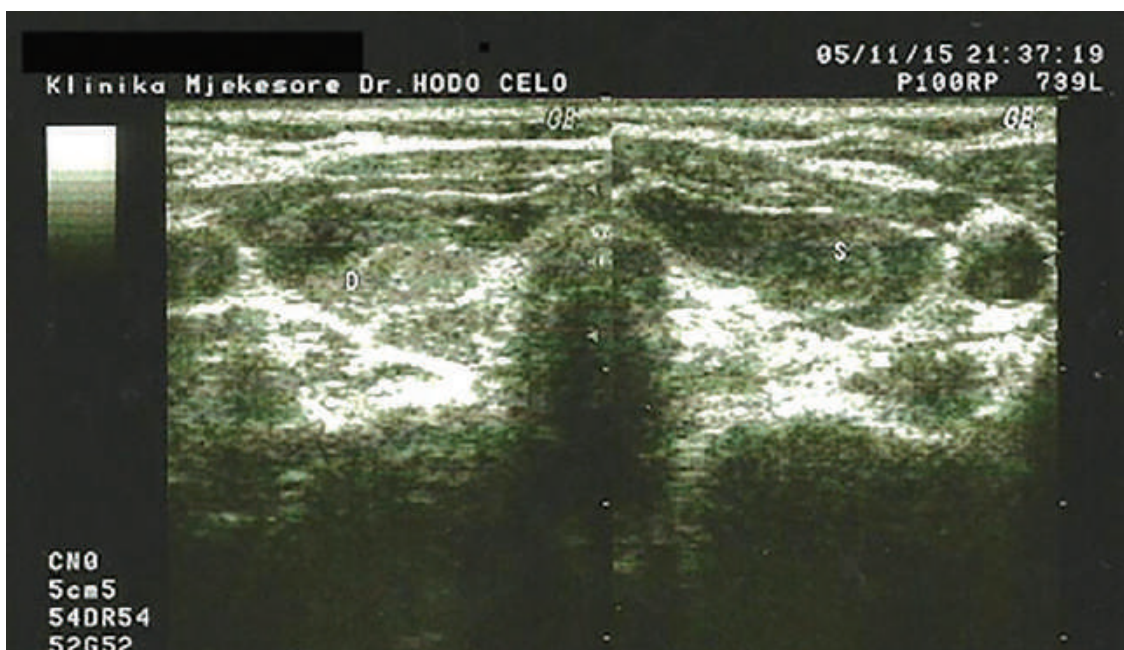


Fig. Nr. 4 - Thyroidit kronik, Hypotireozë. Prerje transversale. Hypoekogenicitet simetrik në të dy lobet dhe stria. Aktualisht me mjekim dhe e stabilizuar, edhe ATPO në nivele normale. Ka rreth 8 vjet që ndiqet nga endokrinologu. Ka dhe të dhëna familjare për tiroidit hashimoto.

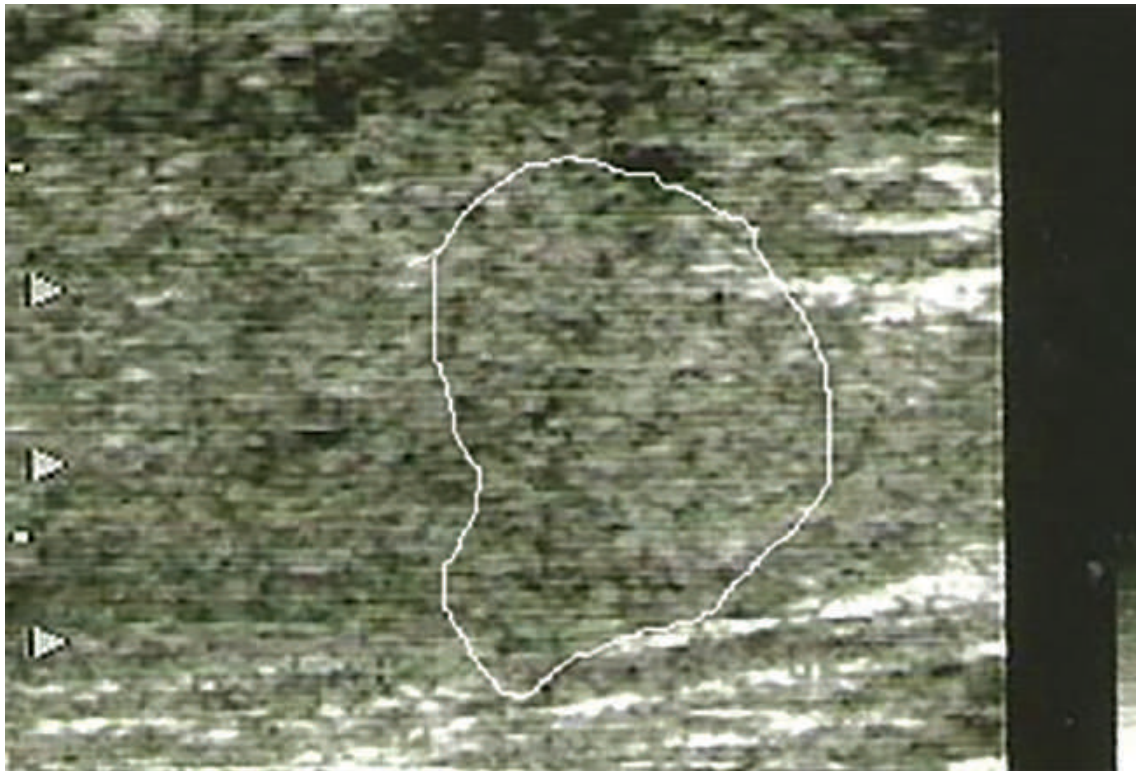


Fig. Nr. 5 - Mikropseudonode hypoekogene



Fig. Nr. 6 - Një mikropseudonod i zmadhuar disa herë.

Pseudonodet dallohen mirë nga struktura, ekzaminimi anatomo-patologjik dhe ekzaminimi imazherik. Hypoekogeniciteti mund të prekë gjithë gjendrën, ose pjesë-pjesë në formë vatrash të çrregullta. Mungesa e hypoekogenicitetit fillestar nuk të premtan përjashtimin e tiroiditit. Sipas Jocelyne Viateau-Poncin. (echographie thyroïdienne 2 édition- les thyroïdites page 81 Paris 1992), një kontroll pas 3 muajsh mund të bëhen të dukshme. Është e domosdoshme një observim ekografik i rasteve me tiroidit kronik limfocitar për saktësimin e diagnozës dhe evolucionin e sëmundjes. Ndjekim nëpërmjet kontrollit ritmik ekografik madhësinë e tiroides, kur ajo vazhdon të zvogëlohet dhe ecën drejt një tiroiditi atrofik. Kur vërejmë një hypogenicitet total dhe homogjen duhet ta diferencojmë me një Morbus Basedov (këtu ndihmojnë ekzaminimet dhe klinika). Në raste të veçanta mund të vendoset tiroiditi Hashimoto në një tiroide me node apo ciste, dhe në këto



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

raste do të evidentojmë zona hypoekogene të çrregullta të tiroiditit. Gjithmonë për vendosjen e diagnozës tiroidit autoimun Hashimoto të dhënat ekografike do të merren në ballafaqim kompleks me ekzaminimet e tjera, hormonale, biokimike, anamnestike, klinike, të dhënat familjare dhe në rastet të veçanta edhe me ekzaminim biptik. Rastet kur ne shikojmë pseudonode, mikropseudonode, zona hypoekogene, kur nuk shoqërohen me të dhënat e tjera mund ti mbajmë në observim, në ndjekje apo të bëjmë ekzaminime të tjera për diferencim.

Veç pseudonodeve të dukshme mirë, ky autor përshkruan dhe micro-pseudonode hypoekogene të cilat pasojnë infiltratin limfocitar më pak masiv dhe prandaj në këto zakonisht nuk kemi hypotireozë (Langer). Mikropseudonodet janë tregues për tiroiditin Hashimoto në 97%. Format e tiroiditit fokal asimptomatik mikropseudonodular mund të korrespondojnë me format frusta, fillestare të tiroiditit kronik limfocitar.

Mund të kenë vaskularizim vende-vende i lehtë deri mesatar, pra një vaskularizim i moderuar, në një pjesë rastesh nuk kanë vaskularizim të dukshëm me echo dopler. Edhe vaskularizimi është më i dukshëm në fazat e para të tiroiditit, dhe kur evoluon drejt fibrozës gradualisht zhduket. Me evoluimin e sëmundjes evidentohen striat fibroze tregues i kalimit në hypotireozë. (Pierre – Yves Marcy- Echographie cervical nodules thyroïdiens. Thyroïdite chronique lymphocytaire, page 77 Paris 2004).

Imazheristët duke pasur parasysh ngarkesën që kanë aktualisht, nga një punë e pa planifikuar me numër të madh të sëmurësh, përshkruajnë shpejtë dhe pa hollësira që i duhen internistit dhe endokrinologut, dhe është vënë re se pseudonodet përmenden si noduse, duke na hequr mundësinë e versionit të pseudonodeve dhe tiroiditit Hashimoto.

Edhe kostoja e ekografisë është më e ulët nga testet e tjera që përmendëm më lartë, dhe përfitimet janë të mëdha, se evidentohet sëmundja qoftë në stadet e hershme qoftë në ato të vona qoftë ato të “shëruara” po ashtu dhe hypotireozat të cilat vihet në mjekim duke përmirësuar kualitetin e jetës.

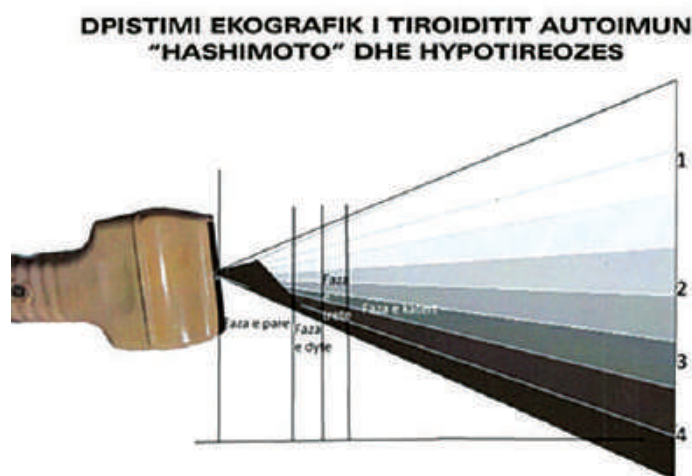


Fig. Nr. 7 - Testi ekografik

Në këtë figurë janë paraqitur stadet e tiroiditit Hashimoto me ekzaminim ekografik nga stadi i parë, stadi i dytë (hashitoksikozë), stadi i tretë ku kemi konsumim gradual të hormonit që është hedhur në gjak nga zonat nekrotike të tiroides, dhe më pas stadi i katërt evoluimi i dëmtimeve dhe uljen e funksionit tiroidien ku:

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

1. Një pjesë e tiroiditeve Hashimoto kalojnë pa pasoja (zona e sipërme e bardhë);
2. Më poshtë zona gri e çelur, rastet e “shëruara” me difekt që mund të mos kenë aktualisht ndryshime laboratorike për hypotireozë, apo për rritje të ATPO, IgG, IgM, Virus Epstein (EBV). Në këtë zonë mund të jenë të shpeshta hypotireozat subklinike, dhe çdo vit mund të kalojnë një pjesë në hypotireoza.
3. Rastet më të shprehura (gri e errët) ku dëmtimet tiroidiene janë më të avancuara dhe konstatohen tiroidite subklinike dhe të shfaqura klinikisht, janë ato raste që duhet vendosur në terapi sipas rastit.
4. Në fund zona e zezë ku futen rastet me hypotiroidi klinike deri në rastet e rënda mixedema.

Në spektrin e stadeve të tiroiditit autoimun Hashimoto me ekografi mund të evidentohen:

Mikropseudonode nga ato me funksion normal të tiroides e deri në ato që shfaqin ndryshime funksionale. Megjithëse në një pjesë rastesh nuk kanë shenja klinike dhe laboratorike për tiroidit apo hypotireozë, ato evidentohen në kartele, dhe mbahen si raste që vit pas viti të rikontrollohen me konsulta endokrinologu, ekorafi dhe sipas rastit me ekzaminime laboratorike. Qëllimi i këtyre kontroleve periodike është të kapin sa më herët përsëritjen e aktivitetit autoimunitar apo kalimin në hypotireozë (megjithëse në mikropseudonodet këto janë shumë të rralla).

Zona të mëdha Hypoekogene të cilat kapin njerin apo të dy lobet e tiroides, raste të cilat janë më të avancuara për kompromentimin e funksionit tiroidien, TPO, ATg, (IgG, IM) EBV, ndryshime të nivelit të TSH dhe të T_4 , por edhe me të dhëna laboratorike normale. Rastet me të dhëna laboratorike normale do të mbahen në observim vit pas viti për të parë mundësinë e përkeqësimit, rritjes aktivitetit auto-imunitar, kalimit në hypotireozë, dhe shfaqjen e plasdarmave të tjera hypoekoene. Sipas rastit konsultohen me endokrinologun dhe me specialistë të tjerë sfera e të cilit është turbulluar (p.sh.: gjinekologjike në çrregullimet menstruale apo infertilitetin, etj..).

Në këto raste duhet të na tërheqin vëmendjen pakësimi i indit funksional tiroidien dhe zvogëlimin e gjendrës tiroide drejtë një tiroiditi atrofik.

Pseudonodet multiple hypoekogene që shpesh evidentohen në të dy lobet, të vogla, me kufij jo të rregullt, për më saktë mund të shihni klishtë në kapitullin ekorafia e tiroides. Siç janë përshkruar më lartë kemi hasur pseudonode multiple të shumta në numër dhe funksioni tiroidien ka qenë normal, dhe ne i kemi mbajtur në observim çdo vit për ndryshimin e tyre dhe funksionit të tiroides. Po ashtu raste të tjera me hypotiroidi sub-klinike, hypotiroidi të shfaqur që janë në mjekim. Në këto të fundit kemi hasur në një pjesë rastesh stria ekografikisht.

Pseudonode hyperekogene dhe striat: Pseudonodet hyperekogene në përgjithësi i kemi hasur rrallë dhe të shoqëruara me pseudonode hypoekogene. Striat i kemi hasur shpesh sidomos në rastet ku konstatohet hypotireoza. Në fund të këtij spektri ku dominohet nga hypotireozat hashimoto tiroidet e vogla atrofike.

Ky ekzaminim ekografik u bëhet rasteve që pas intervistimit paraqesin të dhëna, rasteve që kanë të dhëna në kartelë për sëmundje të ndryshme të tiroides, rasteve me sëmundje autoimune, rasteve me diabet tip 1, rasteve të dyshuara nga specialistët, gjithashtu mund të përdoret dhe për depistim në grupe: p.sh.: studentësh, punonjësish, etj., në kërkim të tiroiditit dhe hypotireozës.



Rastet që kemi evidentuar pseudonodet i nënshtrohen ekzaminimeve laboratorike fillimisht T₄, TSH, ATPO, kur kjo e fundit rrezulton normale mund të kërkojmë aTg, dhe IgG, IgM, EBV, madje rastet që duhen diferencuar me sëmundje të tjera si Ca tiroide vazhdojmë me punkcion biopsi. Rastet e verifikuara dhe që kanë titër të lartë antikorpesh i vendosim në mjekim me dietë dhe barna siç janë përshkruar në kapitullin e mjekimit. Gjithmonë mjekimi pas konsultave me endokrinoloun.

Për rastet “e shëruara” rekomandohet ndjekja vit pas viti dhe në situata të veçanta si në gravidancë, post partum, në pubertet, pre-klimaks, klimaks dhe në të moshuarit, në hyperkolesterinemi, etj...

Literatura e shfrytëzuar

1. *Annales d'endocrinologie, Volume 77, Issue 4, Septembre 2016, Page 384*
2. *Aubéne Léger. Pathologie thyroïdienne, diagnostic et traitement. Hypothyroïdie. Page 122. Paris 2001*
3. *Aubéne Léger. Pathologie thyroïdienne, diagnostic et traitement. Thyroïdites. Page 197. Paris 2001*
4. *Aubéne Léger. Pathologie thyroïdienne, diagnostic et traitement. Thyroïdites de Hashimoto. Page 198. Paris 2001*
5. *Bremont. C. Traité de médecine quatrième édition (par Pierre Godeau et cl Paris 2004). Hypothyroïdie de l'adulte. Page 1957. Paris 2004*
6. *Damien BRESSON. Les maladies Auto-immunes thyroïdiennes. La thyroïdite d'Hashimoto. Page 39. Saarbrücken 2010*
7. *Dr. Benoit Clyaëys. En finir avec l'hypothyroïdie. France 2015*
8. *Fayet. P., Hoffei. C. Convard. J.P- Echographie (A Bonnin et coll) 3^e Edition. Glande thyroïdienne- Thyroïdite. Page 209-213 Masson. Paris 2004*
9. *François Tranquart et Jean Michel Correas — (Pierre-Yves MARCY- Imagerie thyroïdienne du diagnostic au traitement) L'élastographie par ultrasons. Page 16 Paris 2009*
10. *Hervé Monpeyssen (Pierre-Yves MARCY- Imagerie thyroïdienne du diagnostic au traitement) les hydropathies auto-immunes. Page 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169. Paris 2009*
11. *Hodo Çelo (HD), Altin Goxharaj, Prof. Isuf Kalo, Bledi Çelo MEDICUS. Journal of the faculty of medical Technical sciences. -Dynamics of thyroid gland dysfunction. P 26 Tirana 2020*
12. *Jean Lubetzki et coll, Livre de l'interne, endocrinologie et maladie métabolique. Thyroïdite lymphocytaire ou de Hashimoto. Page 104. Paris 2000*
13. *Jocelyne Viateau-Poncin. (Échographie thyroïdienne 2 édition- les thyroïdites Page 81. Paris 1992)*
14. *Julie Sanglier-Lemoel. (Pierre-Yves MARCY- Imagerie thyroïdienne du diagnostic au traitement). Ganglions et adénopathies. Page 199. Paris 2009*
15. *Marcy-Pierre – Yves (Pierre-Yves MARCY- Imagerie thyroïdienne du diagnostic au traitement). Écho-anatomie du cou et de la thyroïde. Page 23, 24-44. Paris 2009*
16. *Mayer, A. and Orgiazzi, J. (2001). La Thyroïde. pp. 224-233*
17. *Pierre – Yves Marcy- Échographie cervical nodules thyroïdiens. Thyroïdite chronique lymphocytaire. Page 77. Paris 2004*
18. *Pierre-Yves Marcy Imagerie thyroïdienne du diagnostic au traitement, page 16 Paris 2009*
19. *Pierre-Yves MARCY. Échographie cervical et nodules thyroïdiens 2^e. Écho-anatomie cervical. Page 71. Paris 2004*
20. *Pierre-Yves MARCY. Échographie cervical et nodules thyroïdiens 2^e. Échographie de la thyroïde 2e. Échographie de la thyroïde pathologique. Page 59-71. Paris 2004*
21. *Pierre-Yves MARCY. Échographie cervical et nodules thyroïdiens 2^e. Les thyroïdites. Page 75. Paris 2004*
22. *Pierre-Yves MARCY. Échographie cervical et nodules thyroïdiens 2^e. Thyroïdites chroniqueur lymphocytaire ou thyroïdites de Hashimoto. Page 77. Paris 2004*
23. *Pierre-Yves MARCY. Échographie cervical et nodules thyroïdiens 2^e. Les dysthyroïdies (hypothyroïdie, hyperthyroïdie). Page 81-86. Paris 2004*
24. *Pierre-Yves MARCY. Échographie cervical et nodules thyroïdiens 2^e. Le nodule bénin. Page 101-105. Paris 2004*
25. *Poncin, JV. (1992). Échographie thyroïdienne. Apport de l'Échographie au diagnostic. Page 50. Paris 1992*
26. *Poncin, JV. (1992). Échographie thyroïdienne. Echographie et anatomopathologie Page 48. Paris 1992*
27. *Poncin, JV. (1992). Échographie thyroïdienne. Pseudotumeurs. Page 19. Paris 1992*
28. *Poncin, JV. (1992). Echographie thyroïdienne. Technique, séméiologie. Échographique, écho anatomie. Page 25-34. Paris 1992*
29. *Thomas J. Kindt, Richard A. Goldsby, Barbara A. Osborne. Immunologic. Inflammation. Page 57 Pristina 2014*
30. *Vignalou J. et Bouchon J.P.-La revue du praticien Nr 14 ; Les grands cadres cliniques de l'insuffisance thyroïdienne de l'adulte. Page 2101. Paris 1968*

VARICELA DHE KOMPLIKACIONET E SAJ NË MOSHËN PEDIATRIKE

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

Virusi i Varicela Zoster (VZV) është një nga tetë herpes viruset që shkaktojnë infeksion tek njerëzit. VZV shkakton infeksion me 2 klinika të ndryshme: varicela dhe herpes zoster. Infeksioni VZV primar shfaqet me rash vezikular difuz në varicelë, ndërsa reaktivizimi endogjen i VZV latent shfaqet me infeksion të lokalizuar në lëkurë si Herpes Zoster. Varicela primare tek fëmijët shfaqet në formë të moderuar krahasuar me adultët ose të imunokompromentuarit.

Transmetimi

Varicela është shumë ngjitëse, transmetimi bëhet në kontakt me spërklat nga sekrecionet nazofaringeale dhe kontaktit të ngushtë me lëkurën me vezikula.

Viremia

VZV është DNA virus, i cili pasi hyn në organizëm replikohet si fillim në vend jo specifik, në ditën e 4-6 replikohet në gjendrat limfatike. Kjo ndiqet nga faza e parë e viremisë duke prekur sistemin retikulo-endotelial. Faza e dytë e viremisë ndodh pas 9 ditëve dhe persiston deri në shfaqen e lezioneve kutane.

Periudha e inkubacionit është mesatarisht 14-16 ditë. Periudha e infektimit është 48 orë përpara shfaqes së rashit kutan deri në krustëzimin e tyre.

Re-infektimi –thuhet se re-infektimi në pacientë imunokompetent ndodh rrallë megjithëse forma subklinike të re-infektimit me VZV janë të zakonshme.

KLINIKA

Infeksioni primar me VZV ndodh gjatë fëmijërisë dhe zakonisht është beninje, e vetë-kufizuar. Megjithatë ka dhe forma të rënda të shfaqes në adoleshentë, fëmijë imuno-kompetentë ose tek ata të imuno-kompromentuar.

Varicela jo e komplikuar-manifestimet klinike në fëmijët e shëndetshëm shfaqen brenda 14 ditëve nga ekspozimi, dhe përfshijnë: temperaturë, dhimbje trupi, faringit, mungesë oreksi, rash i gjeneralizuar vezikular brenda 24 orëve. Rashi zakonisht është pruritik, fillon si leziona makulare që kthehen në papula ndjekur nga vezikulat. Pacientët me varicelë kanë leziona në stadi të ndryshme të zhvillimit në fytyrë, trung dhe ekstremitete. Vezikulat e reja ndalojnë së shfaquri brenda 4 ditëve dhe në ditën e 6 krustëzohen.



KOMPLIKACIONET

1. *Infeksionet e lëkurës dhe mukozave* - varicela shoqërohet me rritje të infeksioneve të indeve të buta të shkatuara nga streptokoku grupit A. Këtu përfshihen: celuliti, mioziti, fasciti nekrotizant dhe toxic shock syndrome.
2. *Komplikacionet neurologjike* - Encefaliti, Reye syndrome janë më të shpeshtat. Më të rralla janë deficit focal transitor, meningitis aseptic, mieliti transverse dhe hemiplegjia. Zakonisht këto shfaqen afër fundit të javës së parë të ekzantemës dhe më rrallë kur prekja e sistemit nervor qendror ndodh përpara shfaqes së rashit; më të shpeshtat. Më të rralla janë deficit focal transitor, meningitis aseptic, mieliti transverse dhe hemiplegjia.

Encefaliti-përfshin 20% të shtrimeve në spital. Shfaqet në 2 forma:

- a. - Ataxi cerebelare acute
- b. - Encefaliti difuz

Zakonisht këto shfaqen afër fundit të javës së parë të ekzantemës dhe më rrallë kur prekja e sistemit nervor qendror ndodh përpara shfaqes së rashit.

3. *Pneumonia*- zhvillohet fshehtas 1-6 ditë pas shfaqes së rashit me takipne, dispne dhe kollë të thatë. Fillimi i terapisë venoze me aciklovir IV ka përmirësuar klinikën dhe shërimin e pneumonisë.
4. *Hepatiti*- zakonisht prek të imuno-kompromentuarit dhe pacientët me AIDS.
5. *Të tjera*- diarre, faringit dhe otit media.

VAKSINIMI

Vaksinimi rutinë me 2 doza me vaksinën e varicelës është 90% efektiv për të parandaluar infeksionin primar varicela dhe 99% efektiv në parandalimin e sëmundjes severe. Gjithashtu redukton riskun e transmetimit. 2 doza aplikohen në moshën 12-15 muaj dhe 4-6 vjeç. Në adoleshencë mbi 13 vjeç 2 dozat bëhen të ndara 4-8 javë.

Grupet me përparësi për vaksinim janë personeli shëndetësor, kontakti me pacientë të imuno-kompromentuar, personeli shëndetësor, kontakti me pacientë të imuno-kompromentuar, grupet e riskut (mësuesit, ushtarakët).

TRAJTIMI

Shumë pacientë me varicelë zhvillojnë temperaturë dhe rash vezikular pruriginoz dhe kërkojnë trajtim suportiv. Fillimi i terapisë me antivirale varet nga: gjendja e fëmijës, moshë, prania ose jo e sëmundjeve bashkëshoqëruese dhe klinika.

Për fëmijët e shëndetshëm nën 12 vjeç nuk fillojmë rutinë mjekim me antiviral. Për pacientët me risk të lartë për komplikacione fillohet terapia me antivirale për të reduktuar klinikën dhe komplikacionet. Trajtimi bëhet me valaciclovir dhe aciklovir.

Trajtimi suportiv bëhet me antihistaminikë, paracetamol.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

RAST KLINIK

Fëmija i moshës 7 vjeç prej 3 ditësh me temperaturë 39°C, me elemente vezikular në të gjithë trupin, më tepër në fytyrë dhe pjesën trunkale, pruritike. Ankon për lodhje dhe mungesë oreksi. Ditën e dytë fillon skuqje, edeme dhe dhimbje në fundshpinë. Në ditën e tretë paraqitet në urgjencë ku i rekomandohet shtrimi në spital me diagnozë Varicelë e komplikuar me celulit.

Para dhe gjatë hospitalizimit



1

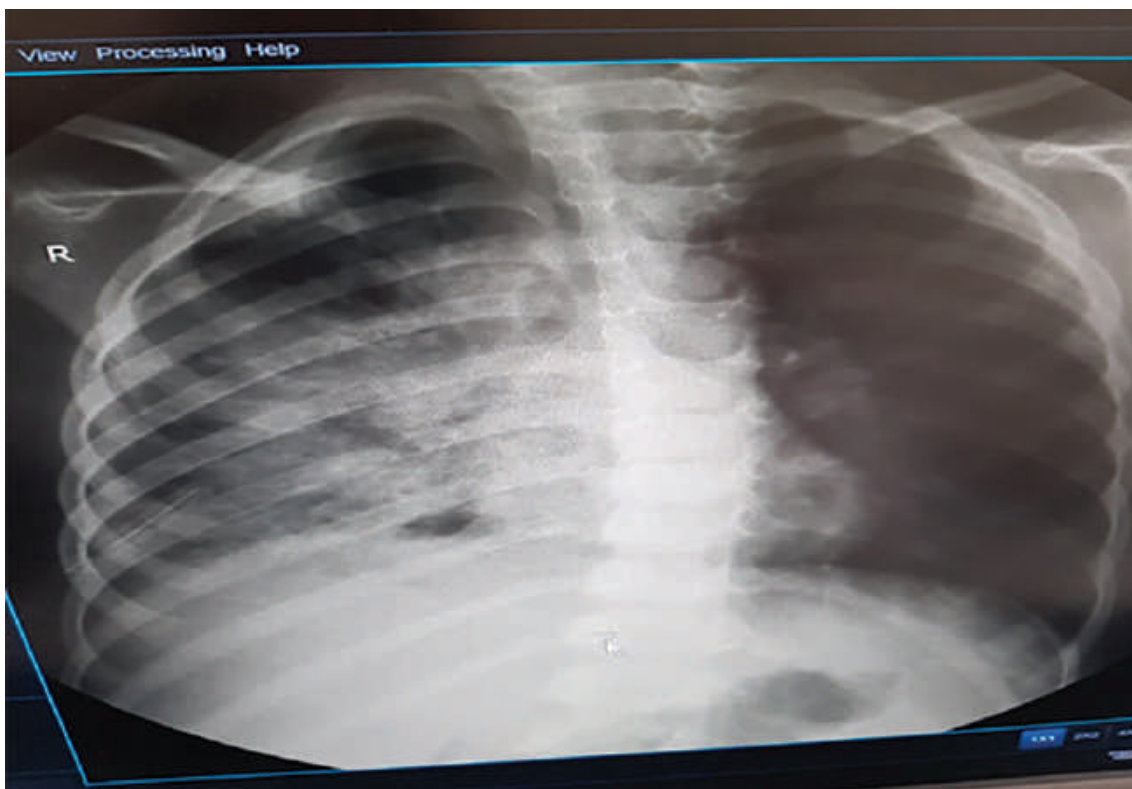


2



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

RASTE TË TJERA ME VARICELË TË KOMPLIKUAR NË SHËRBIMIN INFJEKTIV PEDIATRIK



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES



REFERENCAT:

1. Straus SE, Ostrove JM, Inchauspé G, et al. NIH conference. Varicella-zoster virus infections. Biology, natural history, treatment, and prevention. *Ann Intern Med* 1988; 108:221.
2. Wharton M. The epidemiology of varicella-zoster virus infections. *Infect Dis Clin North Am* 1996; 10:571.
3. Leclair JM, Zaia JA, Levin MJ, et al. Airborne transmission of chickenpox in a hospital. *N Engl J Med* 1980; 302:450.
4. Dumas AM, Geelen JL, Mares W, Van Der Noorda J. Infectivity and molecular weight of varicella-zoster virus DNA. *J Gen Virol* 1980; 47:233.
5. Harper DR, Gilbert RL, Jeffries DJ. Molecular biology of varicella-zoster virus. A review prepared for the UK Advisory Group on Chickenpox. *J Infect* 1998; 36 Suppl 1:1.
6. Cohen JI, Brunell PA, Straus SE, Krause PR. Recent advances in varicella-zoster virus infection. *Ann Intern Med* 1999; 130:922.
7. Lin TY, Huang YC, Ning HC, Hsueh C. Oral acyclovir prophylaxis of varicella after intimate contact. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16:1162.
8. Grose C. Variation on a theme by Fenner: the pathogenesis of chickenpox. *Pediatrics* 1981; 68:735.
9. Ozaki T, Ichikawa T, Matsui Y, et al. Viremic phase in nonimmunocompromised children with varicella.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommended childhood immunization schedule-United States, January-June 1996. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996; 44:940.



RAST STUDIMI: KLINDAMICINA SI SHKAKTAR I SINDROMËS STEVENS-JOHNSON

*Dr. Ester NDREU, Dr. Fatjona ELMADHI, Dr. Mirsije HAKIU,
Prof. Dr. Mehmet HOXHA, Prof. Dr. Etleva QIRKO*

Shërbimi i Alergologjisë dhe Immunologjisë Klinike, QSUT

Abstrakti

Sindroma Stevens-Johnson është një reaksion i rëndë kutan, që mund të vijë si rezultat i përdorimit të barnave, megjithëse shkaktarët më të shpeshtë përfshijnë: antibiotikët, antikonvulsantët dhe anti-inflamatorët. Klindamicina është një antibiotik i klasës së linkomicinave që përdoret për trajtimin e një sërë infeksionesh bakteriale. Reaksionet kutane serioze nga klindamicina janë, në fakt, shumë të rralla. Në këtë rast studimi do të diskutohet mbi shfaqjen e Sindromës Stevens-Johnson, pa mbivendosje të Nekrolizës Epidermale Toksike, të një paciente 57 vjeçare të paraqitur në urgjencën e Sëmundjeve të Brendshme, në QSUT, me vështirësi të theksuar në gjëlltitje, rash papulo-eritematoz dhe afte mukozale orale. Gjatë hospitalizimit, pacientja u trajtua me terapi suportive, përfshirë zëvendësimin e likideve dhe elektroliteve, kortikosteroide dhe antihistaminikë. Rezultoi se pikat kyçe të menaxhimit të rasteve të rënda të reaksioneve nga barnat janë identifikimi i hershëm i shenjave klinike, ndërprerja e menjëhershme e barit që dyshohet të jetë shkaktar dhe ndërhyrja adekuate terapeutike.

Prezantimi

Sindroma Stevens-Johnson (SJS) është një reaksion imunologjik akut, jetë-kërcënues. Në vitin 1922, u raportuan dy rastet e para me Sindromën Stevens-Johnson, që karakterizoheshin nga erupsione kutane të diseminuara, shoqëruar me stomatit eroziv dhe prekje okulare severe. Fillimisht, u mendua se kjo sindromë ishte me natyrë infektive, megjithatë, me kalimin e viteve ky koncept ka ndryshuar. Ndonëse në ditët e sotme, ende nuk njihet saktësisht fizpatologjia e SJS, mund të thuhet me bindje se faktori etiologjik më i shpeshtë janë barnat dhe mekanizmi patogjenetik më i pranueshëm nga literaturat më të njohura botërore është përgjigjia imunologjike me hipersensitivitet të tipit IV ndaj tyre. Incidenca e Sindromës Stevens-Johnson vlerësohet të jetë 1 deri në 6 persona në 1 milionë njerëz; prekje është më e shpeshtë është në seksin femër (raporti F/M rezulton të jetë 3:2) dhe në adultët mbi moshën 65 vjeç. Njihen mbi 100 barna që mund të shkaktojnë SJS, ndër të cilat ato me riskun më të lartë janë: antibiotikët sulfonamidet, antiepileptikët aromatikët, allopurinoli, antiinflamatorët josteroidë, lamotrigine dhe nevirapina. Shumica e pacientëve kanë shfaqur shenjat e para klinike midis ditës së 4-t dhe të 28-të të trajtimit.

Klindamicina është një antibiotik me efekte primare bakteriostatike, që në doza të larta mund të veprojë edhe si bakteriocid, që përdoret për të trajtuar një numër të madh infeksionesh, ndër të cilat: septiceminë, infeksionet intraabdominale, gjinekologjike (sëmundjen inflamatore pelvike), kockore (osteomielit), artikulare, kutane dhe respiratore. Në shumicën e rasteve, terapia me klindamicinë tolerohet mirë nga pacienti, megjithëse krahasuar me antibiotikët e tjerë, ajo ka probabilitet më të lartë për të shkaktuar një mbiprodhim të baktereve në kolon, duke rritur riskun e shfaqjes së kolitit jetë-kërcënues. Ndër efektet anësore përfshihen: nauzeja, të vjellat, shije e



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

pakëndshme metalike në gojë, dhimbje artikulare, odinofagi (dhimbje gjatë gëlltitjes), rritje të aciditetit të stomakut, pllakëza të bardha në gojë, edemë/prurit vaginal i shoqëruar me sekrecione viskoze të bardha. Efektet më serioze anësore përfshijnë: shfaqjen e rashit, pruritit, bulave dhe elementeve urtikarialë në lëkurë, dispne dhe disfagi, ngjirje të zërit, edema laringeale, trakeale, bukale, periorbitale dhe/ose të anësive, të cilat të gjitha na orientojnë drejt një reaksioni alergjik nga barnat që mund t'i paraprijë sindromës Stevens-Johnson.

Rasti Klinik

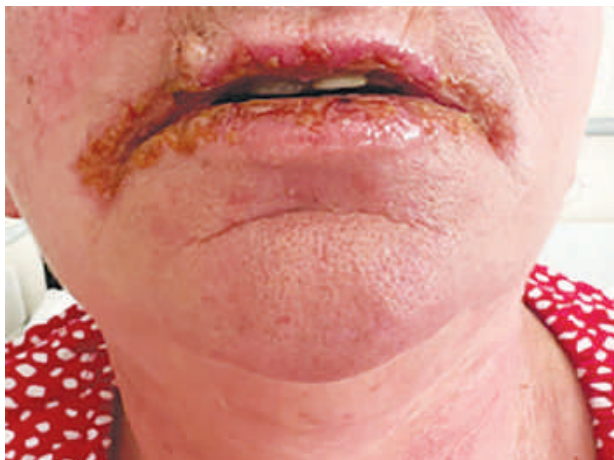
Pacientja femër H.K., 57 vjeçe paraqitet në urgjencë me vështirësi të theksuar në gëlltitje, ndjesi mbytjeje dhe shtrëngimi në fyt, dhimbje të theksuar koke, lodhje dhe dobësi trupore dhe temperaturë 37.5°C. Pacientja referon se është trajtuar me klindamicinë *per os* dhe eritromicinë lokale për një infeksion kutan në gjirin dekster. Pacientja ankon për fillimin e simptomave të lart përmendura gjatë ditës së 7 të mjekimit. Gjatë ekzaminimit objektiv në urgjencë, pacientes i vërehen edemë laringeale, si edhe afte bukale. Mëngjesin e ditës tjetër, pacientes i shfaqen leziona papulo-eritematoze në formën e një rashi të gjeneralizuar, i shoqëruar me ndjesi të theksuar djegieje dhe mungesë pruriti, i cili u shfaq fillimisht në kraharor dhe më pas u përhap gradualisht si vijon: në fytyrë, abdomen, dhe ekstremitetet superior et inferior. Pacientja referon për edemë dhe djegie të vulvës dhe dizuri. U konstatua shenja Nikolsky negative. Pa prekje okulare.

Pacientja referon se përpara 20 vitesh, pas trajtimit me bipeñicilinë, ka kaluar një gjendje shoku anafilaktik, me hipotension, rash kutan të gjeneralizuar, dispne dhe disfagi të theksuar, ulje të saturimit të oksigjenit dhe të parametrave vitalë në tërësi.

Në fotot e mëposhtme mund të vërehet si rashi i gjeneralizuar papulo-eritematoz, ashtu edhe lezioni karakteristik i SJS, lezioni target me tre zonat (unazat) e mirë përcaktuara.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES



- Gjatë hospitalizimit, pacientes ju kryen ekzaminimet e nevojshme dhe analizat laboratorike, në ndihmë të vendosjes së diagnozës dhe fillimit të terapisë. Të dhënat klinike dhe morfologjike sugjerojnë për eritemë polimorfe “Sindroma Stevens-Johnson”.
- Në **hemogramë** u pa një ulje e numrit të trombociteve, pa ndryshime të tjera.
- Si fillim, u vu re një rritje e transaminazave (**AST/SGOT** = 151 dhe **ALT/SPGT** = 224), të cilat pësuan ulje deri në normalizim në analizat e ditëve në vijim.
- Të njëjtin dekurs pati dhe **PCR**, e cila nga vlerat e rritura (13.68 mg/dl) pësoi normalizim.
- Në bilancin biokimik u gjendën lehtësisht të rritura: **ureja** (55.5 mg/dl) dhe **kreatinina** (1,25 mg/dl).
- U përjashtuan shkaqet virale përmes analizës laboratorike të **HIV** (negativ), **HSV** (IgG dhe IgM negativ) dhe **HAV-Ab** (IgG pozitiv).
- Në **ECHO abdominale** paraqitet një steatozë e heparit e gradës I-II, hepar homogjen, pa ndryshime të tjera.
- Përmes **radiografisë pulmonare**, u përjashtua etiologjia e mundshme e lidhur me një pneumoni. U vu re theksim hiliar dexter, pa ndryshime të tjera. Sinuset frenikokostale të lira.
- Për të realizuar ekzaminimin histopatologjik, u krye **biopsia kutane** me anestezi lokale, ku u mor material nga elementet papulo-eritematoze të lokalizuara në regjionin abdominal.
- Gjatë konsultës me mjekun **ORL**, u konstatuan:
 - Afte orale në palatum dhe pjesën e poshtme të gjuhës në orofaringoskopi;
 - Mungesë të problemeve të mukozës, epiglotis normal, rama glotike e lirë në laringoskopi.
- Gjatë konsultës me mjeken **nefrologe** dhe rishikimit të rezultateve të bilancit renal, u rekomandua dhënia e terapisë suplementare.

Gjatë hospitalizimit, pacientja u trajtua me:

- Kortikosteroide (Metilprednisolone);
- Likide intravenoze (Solucion NaCl 0.9%, elektrolite, solucion Ringer, Kabiven);
- Antihistaminikë (Bilastine);
- Daktarinë xhel oral.

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Ecuria e pacientes ka qenë relativisht e mirë, pa komplikacione dhe përkeqësim të simptomave kutane. Ankesa e saj primare rezultoi persistenca e afteve orale, të cilat i shkaktojnë vëshirësi dhe dhimbje në të ushqyer. Pas ditës së 4-t të fillimit të terapisë, filloi procesi i deskuamimit të lëkurës, i cili ishte më evident në pjesën e fytyrës dhe të qafës.



Në ditët në vijim lezionet kutane u bënë më pak eritematoze, më të zbehta dhe në ngjyrë të kaftë të hapur, në proces shërimi dhe përmirësimi.



Diskutim

Sindroma Stevens-Johnson është një reaksion hipersensitiviteti i tipit të katërt, me shkaktarë kryesorë barnat. Ajo karakterizohet nga çrregullime të imunitetit qelizor, si pasojë e çlirimit të sinjaleve të ndryshme citotoksike, duke përfshirë granulizinën, perforinën/granzimën B dhe ligandet Fas/Fas, të cilat aktivizohen nga limfocitet T citotoksike dhe qelizat natural killer.

Pacienti zakonisht referon për një histori me temperaturë subfebrile, dhimbje të fytyrit dhe dobësi, dhe dhimbje trupore. Elementet karakteristike paraqiten në formë rrethore, me konture të qarta që ngjasojnë me “Kapelen e Meksikanit”, të cilat janë shumë të theksuara në fytyrë, kraharor, gjoks, shpinë, ekstremitetet superior et inferior. Prekja mukozale konsiston përgjithësisht në afte bucale



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

që shoqërohen me ndjesi intensive djegieje. SJS konsiderohet si variant më maksimal i Eritemës Polimorfe Major dhe TEN si variant më i rëndë i SJS. Për të diferencuar SJS nga TEN, nisemi nga sipërfaqja e lëkurës së prekur.

- SJS: shkollitje epidermale <10%;
- Mbivendosje SJS/TEN: 10-30% - shkollitje epidermale;
- TEN: shkollitje epidermale >30%.

Përsa i përket diagnozës, nuk ekziston ende një test specifik laboratorik (me përjashtim të biopsisë) që të përcaktojë diagnozën e Sindromës Stevens-Johnson. SJS duhet marrë në konsideratë në të gjithë pacientët me lezionet target dhe prekje të membranave mukozale, qoftë si një variant i Eritemës Polimorfe Major, qoftë si një sëmundje e veçantë, Sindroma Stevens-Johnson duhet të identifikohet menjëherë, për tre arsye:

1. Mundësia e komplikacioneve jetë-kërcënuese, të cilat mund të rezultojnë në mortalitet në 10-34% të rasteve.
2. Rreziku i progredimit në TEN (nekrozë epidermale toksike).
3. Domosdoshmëria jetike e ndërprerjes urgjente të barnave shkaktare.

Pacientët me SJS ose TEN menaxhohen me terapi suportive, si: zëvendësimi i likideve dhe elektroliteve, kortikosteroide, imunosupresorë, antibiotikë, antihistaminikë dhe Ig intravenoze. Për shkak të përfshirjes multisistemike, komplikacionet mund të ndryshojnë në varësi të shtrirjes së reaksionit dhe momentit të ndërhyrjes terapeutike; duke e bërë kështu të domosdoshme konsultimin e hershëm me specialistet përkatëse për të siguruar rezultate sa më të mira për pacientin. Identifikimi i hershëm, ndërhyrja e menjëhershme me kujdes dhe suport efektiv, janë pikat kyçe të veprimit në këtë sindromë. Edukimi i vazhdueshëm dhe i përsëritur i komunitetit mund të rrisë ndërgjegjësimin publik për reaksionet alergjike dhe të shtojë modelet efikase të diagnostikimit dhe menaxhimit të individëve të prekur.

Bibliografia:

1. Jha N, Alexander E, Kanish B, Badyal DK. A Study of Cutaneous Adverse Drug Reactions in a Tertiary Care Center in Punjab. *Indian Dermatol Online J.* 2018 Sep-Oct;9(5):299-303.
2. Richard EB, Hamer D, Musso MW, Short T, O'Neal HR. Variability in Management of Patients With SJS/TEN: A Survey of Burn Unit Directors. *J Burn Care Res.* 2018 Jun 13;39(4):585-592.
3. Ang SC, Hu S, Zhang SZ, Huang JW, Zhang J, Ji C, Cheng B. Corrigendum to "The Epidemiology of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in China". *J Immunol Res.* 2018;2018:4154507.
4. Wang YH, Chen CB, Tassaneeyakul W, Saito Y, Aihara M, Choon SE et al.. The medication risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal Necrolysis in Asians: the major drug causality and comparison with the US FDA label. *Clin Pharmacol Ther* 2019;105:112-20.
5. Bettuzzi T, Penso L, de Prost N, Hemery F, Hua C, Colin A et al.. Trends in mortality rates for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: experience of a single Centre in France between 1997 and 2017. *Br J Dermatol* 2020;182:247-8.
6. Paulmann, M.; Mockenhaupt, M. Severe skin reactions: Clinical picture, epidemiology, etiology, pathogenesis, and treatment. *Allergo J. Int.* **2019**, 28, 311-326. [
7. Fakoya AOJ et al. Stevens - Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis; extensive review of reports of drug-induced etiologies, and possible therapeutic modalities. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;6(4):730-8.
8. Kumar R et al. Management of Stevens-Johnson syndrome-toxic epidermal necrolysis: looking beyond guidelines! *Indian J Dermatol.* 2018;63(2):117-24.
9. Gupta LK et al. Guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: an Indian perspective. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016;82(6):603-25.
10. M. Diao, C. Thapa, X. Ran, Y. Ran, X. Lv: A retrospective analysis of infections and antibiotic treatment in patients with Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *J. Dermatol. Treat.*, 31 (1) (2020), pp. 61-65.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

ÇFARË ËSHTË SËMUNDJA E PEYRONIE?

Dr. Evin DANI

Sëmundja Peyronie e ka marrë emrin nga emri i një mjeku francez (Peyronie), i cili ishte mjeku që e përshkroi atë për herë të parë. Sëmundja Peyronie është një çrregullim në të cilin indet e penisit tunica albuginea formojnë pllakë fibrotike në këtë zonë.

Formimi i pllakës fibrotike është akoma në diskutim, por dominon mendimi që mikrotraumat e shkaktuara në penis gjatë aktivitetit seksual apo jetës së përditshme do të shkaktojnë një hemoragji të brendshme dhe si pasojë do të kemi formimin e pllakave fibrotike brenda në penis në tunica albuginea. Tunica albuginea ndihmon në mbajtjen e penisit të ngurtë gjatë një ereksioni. Pllaka mund të zhvillohet kudo përgjatë penisit.

Pllaka tërheq indet përreth dhe bën që penisi të përkulet apo të harkohet, zakonisht gjatë një ereksioni. Kthesa në penis mund t'i bëjnë ereksionet të dhimbshme dhe mund ta bëjnë marrëdhënien seksuale të dhimbshme, të vështirë ose të pamundur.

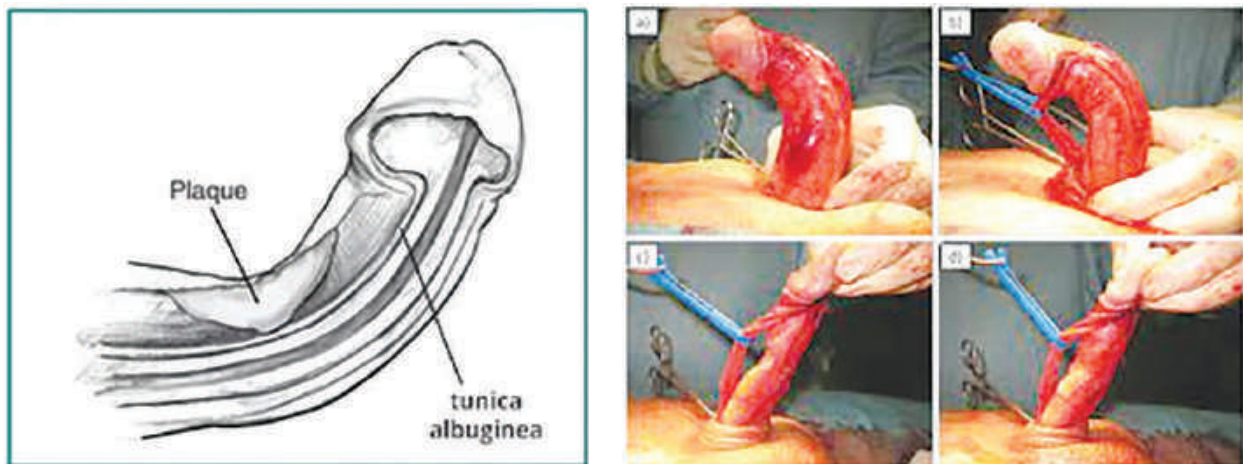


Fig. 1 Seksion kryq i penisit që tregon lakim të shkaktuar nga një pllakë gjatë ereksionit.

Pllaka që zhvillohet në sëmundjen Peyronie:

- është shkaktuar nga lëndimi i penisit tuaj ose nga një sëmundje autoimmune;
- nuk është e njëjta pllakë që mund të zhvillohet në arteriet e një personi;
- është beninje – jo kancerogjene dhe jo tumorale.

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Sëmundja Peyronie shfaqet në dy faza.

Faza akute

Me fazë akute kuptojmë periudhën nga fillimi i sëmundjes e cila mund të vazhdojë deri 18 muaj.

Gjatë kësaj faze kemi proceset e inflamacionit si dhe formimin e pllakave. Gjithashtu penisi juaj fillon të lakohet duke formuar këndin deri në 90°. Gjatë kësaj periudhe kemi dhimbje gjatë ereksionit, gjë që e bën të pamundur dhe aktivitetin seksual.

Faza kronike

Faza kronike ndodh pas formimit të pllakës. Zakonisht, faza kronike fillon 12 deri në 18 muaj pas shfaqjes së parë të simptomave tuaja. Gjatë kësaj faze lakimi i pllakës dhe penisit mund të stabilizohet dhe të mos përkeqësohet. Dhimbja në penis mund të zvogëlohet. Disfunksioni erektile (ED) mund të zhvillohet ose të përkeqësohet.

Përsa i përket incidencës në bazë të studimeve rezulton se është përafërsisht 1 në 100 burra në Shtetet e Bashkuara mbi moshën 18 vjeç të diagnostikuar me sëmundjen Peyronie. Megjithatë, bazuar në studimet tek meshkujt që raportuan se kishin simptoma të sëmundjes Peyronie, studiuesit vlerësojnë se numri aktual i burrave që kanë sëmundjen Peyronie është më shumë se 1 në 10.

Mundësia e zhvillimit të sëmundjes Peyronie rritet me moshën. Është më pak e zakonshme që meshkujt në të 20-at dhe të 30-at të kenë sëmundjen e Peyronie.

Kush ka më shumë gjasa të ketë sëmundjen e Peyronie?

Personat të cilët janë më të rrezikuar për të patur këtë sëmundje janë ata të cilët përfshihen në aktivitete të forta seksuale ose joseksuale që shkaktojnë mikro-lëndime në penis. Gjithashtu këtu përfshihen meshkujt me çrregullime autoimune, ata të cilët kanë një histori familjare të sëmundjes Peyronie, janë në një moshë mbi 40 vjeç, kanë diabet dhe mosfunksionim erektile si dhe kanë një histori të trajtimit të kancerit të prostatës me kirurgji.

Indi lidhor dhe çrregullimet autoimune

Nëse keni disa çrregullime të indit lidhor ose autoimune, mund të keni një shans më të lartë për të zhvilluar sëmundjen e Peyronie.

Indi lidhor është ind i specializuar që mbështet, bashkon ose ndan lloje të ndryshme të indeve dhe organeve në trupin tuaj. Çrregullimet e indit lidhor mund të ndikojnë në nyje, muskuj dhe lëkurë.

Disa çrregullime të lidhura me sëmundjen e Peyronie përfshijnë:

Sëmundjen e Dupuytrenit, e njohur gjithashtu si kontraktura e Dupuytrenit. Në këtë gjendje, indi lidhor në pëllëmbët e duarve shkurtohet dhe trashet. Kjo rezulton në përkuljen e përhershme të gishtave të jashtëm. Nuk është e qartë pse burrat me sëmundjen e Peyronie kanë më shumë gjasa të zhvillojnë sëmundjen e Dupuytrenit.

Sklerodermina e cila është rritja jonormale e njollave të trasha dhe të forta të indit lidhor. Skleroderma gjithashtu mund të shkaktojë ënjtje ose dhimbje në muskuj dhe artikulacione.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Çrregullimet autoimune, sistemi imunitar i trupit sulmon qelizat dhe organet e trupit. Sëmundja e Peyronie lidhet dhe me sëmundjen Behçet, e cila shkakton inflamacion të enëve të gjakut.

Herediteti

Ekspertët mjekësorë besojnë se sëmundja e Peyronie mund të shfaqet në disa familjar. Për shembull, nëse babai ose vëllai juaj ka sëmundjen e Peyronie-s, ju mund të keni një shans të shtuar për t'u prekur gjithashtu nga kjo sëmundje.

Plakja

Shanset tuaja për të marrë sëmundjen e Peyronie rriten me moshën. Ndryshimet e lidhura me moshën në indet e penisit mund të bëjnë që ai të lëndohet më lehtë.

Diabeti me disfunktion erektile

Burrat me ED të lidhur me diabetin kanë një shans 4 deri në 5 herë më të lartë për të zhvilluar sëmundjen e Peyronie krahasuar me popullatën e përgjithshme.

Trajtimi i kancerit të prostatës me kirurgji

Mundësia juaj për të marrë sëmundjen e Peyronie rritet pas operacionit për kancerin e prostatës. Ekspertët mjekësorë besojnë se kjo lidhet me ED të zhvilluar pas operacionit për kancerin e prostatës.

Komplikacionet e sëmundjes së Peyronie

Komplikacionet e sëmundjes së Peyronie mund të përfshijnë:

- pamundësia për të kryer marrëdhënie seksuale për shkak të lakimit të penisit
- disfunktion erektile (ED)
- shqetësim emocional, depresion ose ankth për aftësitë seksuale ose pamjen e penisit
- stresi në një marrëdhënie me një partner seksual
- probleme me lindjen e një fëmije sepse marrëdhëniet seksuale janë të vështira

Simptomat e sëmundjes së Peyronie

Shenjat dhe simptomat e sëmundjes Peyronie mund të përfshijnë: gunga të forta në një ose më shumë anë të penisit, dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale ose gjatë ereksionit, një kthesë në penis kryesisht në ereksion, ndryshime në formën e penisit, të tilla si ngushtimi ose shkurtimi si dhe ED.

Këto shenja mund të zhvillohen ngadalë ose të shfaqen menjëherë dhe mund të jenë të lehta ose të rënda. Në shumë raste, dhimbja zvogëlohet me kalimin e kohës, megjithëse kthesa në penis mund të mbetet. Problemet me marrëdhëniet seksuale ose ED mund të ndodhin gjatë secilës fazë.

Sëmundja Peyronie nuk është ngjitëse ose e shkaktuar nga ndonjë sëmundje e njohur e transmetueshme.



Lëndimi i penisit

Ekspertët mjekësorë besojnë se goditja ose përkulja e penisit mund të dëmtojë indet brenda. Këto lëndime mund të ndodhin gjatë seksit, aktivitetit atletik ose një aksidenti. Mund të ndodhë një herë, një dëmtim akut, ose në mënyrë të përsëritur me kalimin e kohës, një dëmtim kronik.

Lëndimi mund të shkaktojë gjakderdhje dhe ënjtje brenda tunica albuginea në penis. Kur lëndimi shërohet, indi mund të formohet dhe mund të zhvillohet një pllakë. Pllaka e fortë tërheq indet përreth dhe bën që penisi të përkulet.

Ju mund të mos jeni të vetëdijshëm për mikro-traumat në penisin tuaj kur ato ndodhin. Studiuesit kanë zbuluar se shumë pacientë nuk janë në gjendje të kujtojnë një incident specifik pak para fillimit të simptomave.

Sëmundje autoimune

Burrat që kanë një sëmundje autoimune mund të zhvillojnë sëmundjen Peyronie nëse sistemi imunitar sulmon qelizat në penis. Kjo mund të çojë në inflamacion. Indi mund të formohet dhe të zhvillohet në pllakë.

Mjekimi i sëmundjes së Peyronie

Qëllimi i trajtimit është të zvogëlojë dhimbjen, të arrijë një penis të drejtë dhe të rivendosë dhe ruajë aftësinë për të pasur marrëdhënie. Jo të gjithë meshkujt me sëmundjen Peyronie kanë nevojë për trajtim. Në shumë pak raste, sëmundja e Peyronie kalon pa trajtim. Gjithashtu, mund të mos keni nevojë për trajtim nëse keni pllaka të vogla, pak ose aspak kurbë në penisin tuaj, nuk keni dhimbje, nuk keni probleme me marrëdhëniet seksuale si dhe kur nuk ka probleme urinare.

Nëse keni nevojë për trajtim, andrologu mund të rekomandojë trajtime jokirurgjike ose kirurgji në varësi të ashpërsisë së simptomave tuaja, sa përkulet penisi dhe nëse sëmundja është në fazën akute ose kronike.

Trajtimet jo kirurgjike

Trajtimet jo kirurgjike përfshijnë injeksione, ilaçe orale dhe terapi mjekësore. Ato mund të përdoren kur sëmundja e Peyronie është në fazën akute.

Injeksione. Injektimi i një ilaçi direkt në pllaka, të quajtura injeksione intralezionale, mund të bëhet në fazën akute. Vendi i injektimit shpesh mpihet para injektimit. Këto trajtime mund të bëhen në klinikën mjekësore. Injeksionet intralezionale të kolagjenazës (Xiaflex) janë aktualisht i vetmi trajtim i miratuar nga FDA për sëmundjen Peyronie. Kolagjenaza është një enzimë që ndihmon në zbërthimin e substancave që përbëjnë pllakat. Thyerja e pllakave redukton lakimin e penisit dhe përmirëson funksionin erektil. Ky trajtim është i aprovuar për meshkujt me penis të përkulur më shumë se 30 gradë.

Verapamil është një preparat që përdoret në kardiologji kryesisht si antihypertensiv, por mund të përdoret për të trajtuar zvogëlimin e pllakës në sëmundjen e Peyronie.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Interferoni është një proteinë e prodhuar nga qelizat e bardha të gjakut. Studimet tregojnë se redukton dhimbjen, lakimin e penisit dhe madhësinë e pllakës.

Ilaçet nga goja. Nuk ka ilaçe orale që trajtojnë në mënyrë efektive lakimin e penisit në këtë kohë. Megjithatë, para-aminobenzoati i kaliumit përdoret për të trajtuar kontrakturën e Dupuytren dhe mund të zvogëlojë madhësinë e pllakës. Nuk ka asnjë efekt në lakimin e penisit.

Në rast dhimbjesh, andrologu mund t'ju sugjerojë të merrni ilaçe anti-inflamatore josteroide (NSAIDS).

Terapitë e tjera mjekësore për trajtimin e sëmundjes së Peyronie janë ende duke u studiuar për të parë nëse ato funksionojnë. Këto terapi përfshijnë; pajisje mekanike të tërheqjes dhe vakumit si Andropenisi, që synojnë shtrirjen ose përkuljen e penisit për të zvogëluar lakimin. Gjithashtu ekziston terapia e valës së goditjes (elektroshoku) me intensitet të ulët të fokusuar në pllakë mund të përdoren për të reduktuar dhimbjen.

Për sa i përket trajtimit me ndërhyrje kirurgjikale duhet të theksojmë se nuk është i rekomanduar në çdo pacient. Ndërhyrja është e këshillueshme të tentohet vetëm nëse pacienti nuk ka patur përmirësim me metodat e tjera të mjekimit.

Referenca

1. Nehra A, Alterowitz R, Culkin DJ, et al. Peyronie's disease: AUA guideline. *Journal of Urology*
2. Stuntz M, Perlaky A, des Vignes F, Kyriakides T, Glass D. The prevalence of Peyronie's disease in the United States: a population-based study. *PLoS One*. 2016;11(2):e0150157. Published February 23, 2016.
3. Dibenedetti DB, Nguyen D, Zografos L, Ziemiecki R, Zhou X. A population-based study of Peyronie's disease: prevalence and treatment patterns in the United States. *Advances in Urology*.
4. Arafa M, Eid H, El-Badry A, et al. The prevalence of Peyronie's disease in diabetic patients with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*.
5. Tal R, Heck M, Teloken P, et al. Peyronie's disease following radical prostatectomy: incidence and predictors. *Journal of Sexual Medicine* 2010
6. Bilgutay AN, Pastuszak AW. Peyronie's disease: a review of etiology, diagnosis, and management. *Current Sexual Health Reports*.
7. Talib RA, Ibrahim MA, Cangüven Ö. Nonsurgical treatment options in Peyronie's disease: 2016 update. *Turkish Journal of Urology* 2016.



DERMATITI ALERGJIK I KONTAKTIT NGA PRODUKTET KOZMETIKE

Dr. Albana GJELI, Prof. Dr. Alfred PRIFTANJI

Qendra mjekësore “Alergjia dhe Astma”

1. Hyrje

Dermatiti i kontaktit është një sëmundje inflamatore e lëkurës, jo infektive, e shkaktuar nga ekspozimi ndaj agjentëve të dëmshëm mjedisorë. Këto agjentë mund të jenë alergenë ose agjentë irritues. Dermatiti Alergjik i Kontaktit (DAK) vjen si pasojë e një reaksioni të vonuar (tipi IV i hipersensibilitetit), i cili shkaktohet nga kontakti me alergenë mjedisorë. DAK është një sëmundje inflamatore e shkaktuar nga haptenet dhe ndërmjetësohet nga qelizat T. Haptenet janë molekula reaktive me peshë të vogël molekulare nën 500 Da të cilat nuk janë imunogjene në vetvete. Këto molekula shkaktjnë një përgjigje imune vetëm pasi lidhen me peptide apo proteina në shtresën epidermale të lëkurës. Komplekset Hapten-Proteinë sillen si antigenë të plotë, të aftë të nxisin përgjigje imune në organizëm. Është i domosdoshëm një sensitivizim paraprak i lëkurës me atë alergen, për të ndodhur reaksioni alergjik. Shkaktarët më të shpeshtë të DAK përfshijnë metalet, aromat (fragrancat), Balsami i Perusë apo ngjyruesit.

Në legjislacionin Evropian, një “produkt kozmetik” është çdo substancë ose preparat që synohet të vihet në kontakt me pjesë të ndryshme të jashtme të trupit të njeriut (epidermë, zonën e flokëve, thonjtë, buzët dhe organet gjenitale të jashtme) ose në kontakt me dhëmbët dhe membranat mukoze të gojës, me qëllim kryesisht pastrimin e tyre, parfumimin, shndërrimin e pamjes së tyre ose korrigjimin e aromave të trupit, mbrojtjen e tyre ose mbajtjen e tyre në gjendje të mirë⁽¹⁾.

Produktet kozmetike ndahet në dy grupe:

1. Produkte të cilat qëndrojnë gjatë në lëkurë, dhe
2. Produkte të cilat shpëlahen nga lëkura.

Grupi i parë përfshin kremra, locione, parfume dhe ato janë përgjegjëse për shumicën e rasteve të hipersensitivitetit. Grupi i dytë përfshin produkte si: shampo dhe detergjentë të tjerë, të cilët paraqiten si sensitivizues më të dobët, pasi kontakti me lëkurën është i shkurtër⁽²⁾.

2. Epidemiologjia

Përdorimi i produkteve kozmetike është pjesë e përditshmërisë së popullatës, duke u përdorur më shumë nga femrat, të cilat mesatarisht aplikojnë rreth 12 produkte në ditë, të cilët mund të përmbajnë deri në 168 përbërës të ndryshëm, ndërsa meshkujt përdorin deri në gjashtë produkte me mesatarisht 85 komponentë⁽³⁾. Prevalenca e Dermatitit të Kontaktit nga produktet kozmetike është vendosur midis 2-4%⁽⁴⁾, por dyshohet për nën raportim pasi një pjesë e mirë e pacientëve me Dermatit Alergjik Kontakti (DAK) nga kozmetikët nuk konsultohen me mjekët por kufizohen vetëm me shmangien e produktit të dyshuar⁽⁵⁾. Në një studim retrospektiv që analizoi të dhënat e NACDG (Nourth American Contact Dermatitis Group) për vitet 1996-2016 u konstatua se përqindja e dermatitit të kontaktit lidhur me produktet e kujdesit personal në të dy gjinitë u rrit ndjeshëm (>2.7 herë) gjatë dekadës së studimit. Rreth 28.8% e meshkujve dhe 39.5% e femrave



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

kishin një produkt të kujdesit personal të identifikuar si një burim i dermatitit irritues të kontaktit ose një reagim pozitiv të testit të lëkurës (Patch Test)⁽⁶⁾. Në Danimarkë, Thyssen dhe kolegët kanë vlerësuar se 56.7% e femrave dhe 33.6% e meshkujve kanë raportuar për efekte të padëshiruara nga kozmetikët të paktën një herë gjatë përdorimit të tyre^(4,7).

3. Klinika

Manifestimi klinik i DAK nga produktet kozmetike varet nga disa faktorë si: produkti i përdorur, vendi i aplikimit, shpeshtësia e përdorimit, koha e kontaktit dhe disa karakteristika individuale të pacientit⁽⁸⁾. Zakonisht, një produkt kozmetik përmban alergenë të dobët ose të holluar në përqëndrime të ulta, të afta për të shkaktuar reaksione të lehta si: eritemë, edemë minimale, deskuamim të lëkurës dhe papula. Formimi dhe çarja e vezikulave ndodh rrallë, edhe pse disa produkte, veçanërisht bojrat e flokëve, mund të shkaktojnë reaksione të ashpra, kryesisht në fytyrë, veshë dhe skalp (fig. 1).



Figura 1: DAK nga PPD në bojrat e flokëve

Topografia e lezioneve kutane, në fakt, mund të jetë një nga dhënat më të vlefshme se cili kimikat mund të jetë shkaktari i DAK të një pacienti. Për shembull, një dermatit ekzematоз në zonën periumbilikale ose infraumbilikale sugjeron alergji kontakti ndaj pjesëve metalike në xhinse, rripi apo kopsat. Kur ekzema shpërndahet rreth flokëve dhe prapa veshëve sugjeron alergji kontakti nga një përbërës në produktet e flokëve (ngjyra flokësh, shampoo, balsam, produkte stilimi). Duke përdorur i njëjti arsyetim, ekzemë në pjesën e pasme të këmbëve.

Fytyra është e ekspozuar ndaj një numri më të madh produktesh kozmetike, dhe si rezultat, dermatiti i fytyrës është prezantimi tipik i dermatitit të kontaktit ndaj produkteve kozmetike. Në veçanti, qepallat preken shpesh, nga burime të zakonshme duke përfshirë shampo, balsam, pastrues fytyre, heqës grim, bojë për vetulla, manikyrin e thonjve, thonjtë akrilikë, sfungjerë grim, qerpikët dhe alergenët e transferuar nga duart. Shpërndarje të tjera tipike të fytyrës përfshijnë Dermatitin Lateral të fytyrës, Dermatitin Central dhe Dermatitin e Gjeneralizuar të fytyrës.

Dermatiti Lateral i fytyrës dhe/ose i qafës është shpesh pasojë e produkteve që shpëlahen, si shampo ose balsam që kanë kontakt të shkurtër në këto zona. Dermatiti Alergjik Central i fytyrës, mund të jetë për shkak të kontaktit me unaza apo bizhu dhe kontaminimit nga përbërësit e grimit ose përbërësve në produktet hidratuese, kremrat e rrudhave, apo barnat lokale. Dermatiti i Gjeneralizuar i fytyrës duhet të na orjentojë drejt alergenëve që shpërndahen nëpërmjet ajrit, apo pastruesve të



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

fytyrës, fondatinës dhe hidratuesve që aplikohen në mënyrë të njëtrajtshme në fytyrë dhe barnave që aplikohen në mënyrë të vazhduar në këtë zonë⁽⁹⁾.

Vende të tjera të përzgjedhura janë qafa, krahët dhe duart. Megjithatë, të gjitha pjesët e trupit mund të përfshihen. Më poshtë (fig.2) paraqiten në mënyrë skematike alergjenët e dyshuar sipas topografisë së lezioneve kutane⁽¹⁰⁾.

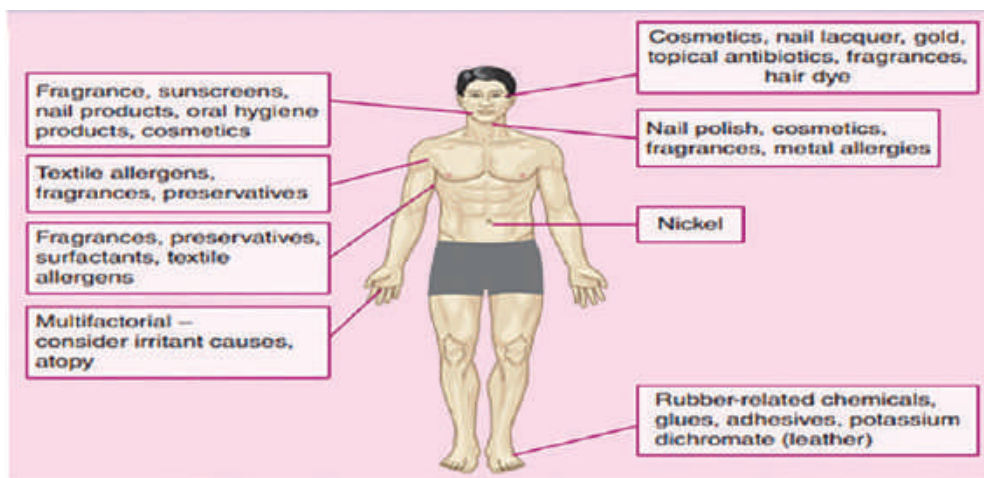


Figura 2: Alergenët e dyshuar sipas topografisë së lezioneve kutane

4. Alergenët shkaktarë

Alergenët më të shpeshtë shkaktarë për DAK në kozmetikë janë: Fragrancat (aromat) dhe Konsevantët. Alergenë të tjerë të rëndësishëm janë ngjyra e flokëve p-fenilendiamine (PPD), çliruesit e formaldehydes apo parabenët.

4.1 Fragrance Mix I dhe II

Fragrancat (Aromat) janë përbërje organike me aroma karakteristike, zakonisht të këndshme⁽¹¹⁾. Janë të kudondodhura dhe përdoren në parfume dhe produkte të parfumuara dhe gjenden jo vetëm në kozmetikë, por edhe në detergjentë, zbutës rrobash dhe produkte të tjera shtëpiake ku mund të përdoren për të maskuar aromat e pakëndshme nga lëndët e para. Mbi 4% të popullatës së përgjithshme është alergjike ndaj aromave^(12,13), duke i bërë këto kimikate ndër shkaqet kryesore të DAK në produkte të kujdesit personal, me vende tipike të përdorimit duke përfshirë fytyrën dhe duart, pas veshëve, qafën apo sjetullat, duke dhënë kështu tablonë e një dermatiti ekzematoz të gjeneralizuar⁽¹⁴⁾. Në pacientët e dyshuar për DAK, të cilët kanë kryer Patch-Test frekuenca e sensitivizimit ndaj fragrancave mund të arrijë në 20-25%. Për shkak të vështirësive në detektimin e DAK nga aromat, në Patch-Test janë të disponueshme dy përzierje të aromave, të cilat ndihmojnë në zbulimin e rasteve me DAK⁽¹⁵⁾.

Fragrance Mix I, (FM I) përbëhet nga tetë përbërës⁽¹⁶⁾ me përqendrim total prej 8%. Tetë përbërësit janë secili në një përqendrim prej 1%: Amyl cinnamal, kanellë, alkool Cinamil, Eugenol, myshk lisi (*Evernia prunastri*), geraniol, hidroksicitronelal, izoeugenol.

Fragrance Mix II, (FMII) u përfshi zyrtarisht në Serinë evropiane në vitin 2008⁽¹⁷⁾. FM II përbëhet nga gjashtë përbërës, të cilët janë treguar të jenë alergjenë të shpeshtë në studime multicentrike^(15,18).



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Gjashtë përbërësit janë: hidroksiizoheksil 3-ciklohexene karboksaldehid 2,5%, citral 1,0%, farnesol 2,5%, kumarin 2,5%, citronellol 0,5%, dhe a-hexyl cinna mal 5%. Në Patch-Teste FM II ka një përqëndrim prej 14%⁽¹⁵⁾. Alergeni më i rëndësishëm është Hidroksi Izoheksil 3-Cikloheksen Carboksaldehid (HICC), i cili testohet veçmas si pjesë e serisë bazë evropiane⁽¹⁹⁾. Thuajse gjysma e pacientëve me Patch-Test pozitiv ndaj FM II nuk reagojnë ndaj FM I^(15,20), kështu që të dyja përzierjet janë të nevojshme në depistimin e alergjisë ndaj aromave.

4.2 Myroxylon pereirae

Balsami i Perusë (BP) është balsam natyral rrëshinor i cili kullon nga trugu i pemës Myroxylon Pereirae pas përpunimit të lëvores. Ai përbëhet nga vajra thelbësore dhe rrëshirë. Standardizimi bazohet në karakteristikat fizike dhe identifikimin e disa përbërësve kryesorë kimikë. Balsami i Perusë përmban 30-40% rrëshira me përbërje të panjohur, ndërsa 60-70% e mbetur përbëhet nga kimikate të njohura: benzyl benzoat, benzil cinnamate, acid cinamik, acid benzoik, vanilinë, farnesol (i cili po përdoret gjithashtu gjithnjë e më shumë në deodorantët)⁽²¹⁾.

4.3 Colofonium

Kolofoni është një material i përhapur, natyral, mbetje nga distilimi i vajit të avullueshëm nga oleorezina. Përbërja e tij kimike është komplekse dhe e ndryshueshme në varësi të procesit të prodhimit, pozicionit gjeografik dhe kushtet e ruajtjes. Kolofoni përbëhet nga rreth 90% acide rrëshirë dhe 10% substanca neutrale, ndër të cilat acidet: acidi abietik dhe acidi dehidroabietik. Derivatet e oksiduar të tyre janë identifikuar si alergenë të rëndësishëm^(22,23), të cilët janë të pranishme edhe në materiale me aromë të tilla si Evernia furfuracea ose myshk pemësh që rriten në pisha⁽²⁴⁾. Ekspozimi ndaj kolofonit dhe derivateve të tij mund të ndodhë si gjatë orarit të punës ashtu edhe të kohës së lirë.

Në kozmetikë, kolofoni gjendet në depilatorë, tonikë, mjete ndihmëse për veshjen dhe kujdesin e flokëve, make-up, bojë për vetulla, dhe produkte për flokët. Në produktet farmaceutike, përdoret në barnat aktuale, duke përfshirë bojërat kirurgjikale⁽²⁵⁾. Prania e tij është zbuluar edhe në letër, në pelena dhe jastëkë higjienikë.

4.4 Konservantët

Konservantët përdoren në produktet kozmetike me bazë ujore dhe produkte të higjienës personale për të parandaluar prishjen dhe kontaminimin e produktit. Këta ruajtës grupohen në 2 kategori: produkte që lëshojnë formaldehyd dhe lëshues jo-formaldehid.

Formaldehidi është një nga alergenët më të përhapur në mjedis. Është i pranishëm në fiksues, ngjitës, konservues dhe dezinfektues. Shumë produkte kozmetike dhe dezinfektues përmbajnë ose lëshues të formaldehidit ose formaldehyd të pastër (ure imidazolidinil, DMDM, ure diazolidinyl dhe kuaternium-15). Formaldehydi gjendet gjithashtu në disa veshje, për të ndihmuar në ruajtjen e formës së tyre.

Në lëshuesit jo-formaldehid, kohët e fundit është përmendur si alergen i rëndësishëm në kozmetikë për shkaktimin e dermatitit të duarve, methyldibromo gluteronitrile (MDBGN). Një tjetër lëshues



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

jo formaldehid, methylchoroisothiazolinone/methylisothiazolinone (MCI/MI), është një ruajtës i zakonshëm në kozmetikë dhe produkte të kujdesit personal. MCI/MI zakonisht gjendet në një kombinim 3:1 megjithatë përdorimi i MI vetëm është më i zakonshëm dhe gjendet në: shampo, sapunë, pecetat e lagura dhe në letrën higjienike⁽²⁶⁾.

4.5 Para-phenylenediamine

Para-phenylenediamina (PPD) është një përbërës pa ngjyrë që gjendet kryesisht në bojërat e flokëve. Ai oksidohet nga peroksidi i hidrogjenit dhe më pas polimerizohet në një ngjyrë brenda rrënjës së flokut nga një bashkues (si p.sh.: resorcinol). Shumica e rasteve të DAK ndaj PPD ndodhin nga kontakti me bojërat e flokëve, qoftë tek konsumatori apo tek parukieri. Tek konsumatorët, DAK i shkaktuar nga PPD mund të jetë i rëndë⁽²⁷⁾, me edemë të fytyrës, kokës, dhe veshëve që mund të ngatërrohet klinikisht me angioedemën. Sensitivizimi aktiv ndaj PPD vërehet edhe nga përdorimi i tij në të ashtuquajturat tatuazhe të përkohshme kur përdoret këna e zezë. PPD përdoret gjithashtu si një antioksidant në vajra të ndryshëm apo si një ngjyruer për lëkurën, tekstilet, produktet industriale të gomës. Janë raportuar gjithashtu reaksione të kryqëzuara me substanca të tjera, si: benzokaina, acidi para-aminobenzoik (PABA), aminoazobenzeni, izopropil-para-fenilendiamina (IPPD). PPD shpesh shkaktonte reaksione të forta në Patch Test në pacientët e ndjeshëm. Prevalenca e Dermatitit Alergjik të Kontaktit të shkaktuar nga PPD në popullatën e përgjithshme vlerësohet të jetë midis 0% dhe 1.5%, tek pacientët që i nënshtrohen Patch-Testeve kjo përqindje është rreth 4%. Në Amerikën e Veriut vërehet një prevalencë më e lartë sensitivizimi ndaj PPD 4-7%, ndërkohë që në Azi përqindja e sensitivizimit arrin 12%.

5. Diagnoza

Ekzaminimi fizik dhe anamneza ndihmojnë në hulumtimin e faktorëve etiologjik, por Patch-Test është standarti i artë për vendosjen e diagnozës. Diagnoza e DAK nga produktet kozmetike duhet të dyshohet fuqishëm në çdo pacient që paraqet dermatit të fytyrës, qepallave, buzëve dhe qafës. Dermatiti në zonën e qafës dhe rreth syve sugjeron alergji ndaj kozmetikëve, nga manikyri ose xheli për thonjtë. Probleme në regjione më të përhapura mund të shkaktohen nga përbërësit në produktet e destinuara për aplikim të përgjithshëm në trup. Hipersensitiviteti ndaj produkteve të tjerë, të tilla si deodorantët, zakonisht shkaktajnë një reaksion të lokalizuar në vendin e aplikimit.

Kur dyshohet për diagnozën e alergjisë ndaj kozmetikëve, duhet të kryhen Patch-Teste për të konfirmuar diagnozën dhe identifikuar alergenin shkaktar. Patch-Testet duhet të kryhen me Serinë Bazë Evropiane (ose të tjera kombëtare), ose me një “Seri Kozmetike” që përmban alergenë nga produktet kozmetike të përdorura më shpesh nga pacienti. Seria Kozmetike përmban kimikate dhe substanca ndaj të cilave çdokush mund të ekspozohet duke përdorur produkte kozmetike dhe produkte bukurie. Seria përmban substanca të cilat përdoren për aromë, ruajtje, mbrojtje nga dielli dhe mjete për marrjen e formulimeve të optimizuara. Edhe pse produktet e pacientit mund të testohen veçmas. Patch-Testi me produkte kozmetike ka probleme, pasi mund të ndodhin reaksione fals-negative dhe fals-pozitive. Rezultatet fals-negative mund të ndodhin për shkak të përqëndrimit të ulët të disa alergenëve dhe ndjeshmërisë së dobët të pacientit. Shembuj klasikë të reaksioneve fals-negative kanë ndodhur me metilkloroizotiazolinonën, metilizotiazolinonën⁽²⁸⁾ dhe parabenët.

Reaksione fals-pozitive mund të ndodhin me çdo produkt kozmetik, por sidomos me produkte që përmbajnë detergjentë ose surfaktantë, të tillë si: shampot, sapunët, dhe produktet e banjës dhe dushit. Si pasojë, këto produkte duhet të hollohen (1% në ujë) para testimit. Edhe atëherë,



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

janë vërejtur reaksione të lehta irrituese. Nga ana tjetër hollimi i nevojshëm i këtyre produkteve mund të çojë në rrezultate fals-negative në pacientë realisht alergjikë ndaj tyre. Prandaj, testimi me produkte të tilla nuk është shumë i besueshëm.

Në raste të caktuara, nëse dyshimi për një alergji ndaj produkteve kozmetike është i fortë, por Patch-Test rrezulton negativ, pacientët mund të kryejnë ROAT (Repeated Open application Test) ose Testin e Përdorimit.

Në ROAT, produkti aplikohet dy herë në ditë për një maksimum prej 14 ditësh në të njëjtën zonë të lëkurës mbi fosën antekubitale. Një reagim negativ pas 2 javë shtregon se ndjeshmëria është thuajse e pamundur dhe mund të tentohet aplikimi në zonën e implikuar. Kjo procedurë duhet të kryhet me të gjithë produktet e dyshuara, përveç detergjentëve, të tilla si: sapun, shampo dhe produkte dushi.

Gjatë Testit të Përdorimit, përdorimi i të gjitha produkteve kozmetike ndërpritet derisa dermatiti të zhduket. Produktet më pas ri-futen siç përdoren zakonisht, një nga një, me një interval prej 3 ditësh për çdo produkt, derisa të zhvillohet një reaksion i mundshëm⁽²⁹⁾.

6. Trajtimi dhe Parandalimi

Legjislacioni për kozmetikën është i ndryshëm nga ai për produktet industriale. Direktiva e kozmetikës 93/35/EEC përcakton se çfarë është një produkt kozmetik dhe shtojcat e saj ofrojnë lista të cilat identifikojnë:

- tregues të kategorive të ndryshme të produkteve kozmetike;
- substanca të rrezikshme të ndaluara në produktet kozmetike;
- substanca që do të përdoren me kufizime dhe kushtet e përdorimit të tyre.

Më poshtë po paraqesim tabelën me listën e 26 fragrancave të cilat kanë detyrim të deklarohen në etiketat e produkteve kozmetike (tab. 1).

Amyl cinnamal	Benzyl salicylate	Butylphenyl methylpropional
Benzyl alcohol	Cinnamal	Linalool
Cinnamyl alcohol	Coumarin	Benzyl benzoate
Citral	Geraniol	Citronellol
Limonene	Hydroxyisohexyl 3-cyclohexene carboxaldehyde	Eugenol
Hydroxycitronellal	Anise alcohol	Hexyl cinnamal
Isoeugenol	Benzyl cinnamate	Methyl 2-octynoate
Amylcinnamyl alcohol	Farnesol	alpha-Isomethylionone
Evernia prunastri	Evernia furfuracea	

Tabela 1: Lista e fragrancave të detyruara për tu përmendur në etiketën e produkteve kozmetike

Kështu, MDBGN (methyldibromoglutaronitrile) aktualisht është i ndaluar në produktet që mbesin në lëkurë dhe i autorizuar në përqendrime më të vogla se ose të barabarta me 1000 µm në produktet e shpëlarjes.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Që nga viti 1997, çdo produkt kozmetik i tregtuar në Evropë duhet të mbajë në paketimin e tij ose nëse është shumë i vogël në një fletëpalosje të bashkangjitur, listën e përbërësve që përmban.

Nomenklatura e përdorur është ajo e INCI (International Nomenclature Cosmetic Ingredients), duke përdorur emra latinë. Është e rëndësishme që pacientit alergjik ndaj një përbërësi kozmetik t'i jepet emri INCI si dhe emri i zakonshëm i substancës, pasi mund të përmendet në terma mjekësore, të cilat nuk përdorin kodin INCI. Përbërësit renditen në rend zbritës sipas përqendrimit, përveç atyre të pranishëm në një përqendrim më të vogël se 1%, të cilët janë në çdo rend. Që nga 11 Marsi 2005, 26 substanca parfumuese duhet të përmenden në paketim, nëse përqendrimi i tyre është më i madh ose i barabartë me 0,001% për produktet që mbesin në lëkurë dhe 0,01% për produktet që shpëlahen (tab.1). Substancat e tjera parfumuese ose aromatike duhet të shënohen nën termin parfum ose aroma. Ngjyrat shënohen sipas numrit të tyre në Indeks të ngjyrave⁽³⁰⁾.

Zëvendësimi i substancave sensibilizuese nga të tjera me potencial më të ulët sensibilizimi është një masë parandaluese thelbësore, por ky proces çon në rritjen e kostove të produktit. Është e vështirë për konservantët të zbatohet ky parim për shkak të lidhjes midis vetive antimikrobike të substancës dhe aftësisë së saj për të nxitur sensibilizimin e kontaktit⁽³¹⁾. Për parukierët dhe estetistët e thonjve, informacioni mbi fuqinë sensibilizuese të produkteve të flokëve dhe thonjve artificialë përkatësisht është thelbësor. Tek teknikët e thonjve alergjikë ndaj thonjve artificialë, rekomandohet mbajtja e dorezave të trasha të nitrilit dhe të ndërrohen të paktën çdo gjysëm ore për të shmangur kontaktin e lëkurës me akrilatet⁽³²⁾.

Është gjithashtu e rëndësishme të paralajmërohen të rinjtë dhe adoleshentët, dhe veçanërisht ata që merren me profesionin e parukierisë, për rrezikun e sensibilizimit ndaj PPD nga tatuazhet e përkohshme me këna të zezë (shpesh të kryera në vende të papërshtatshme, plazhe, etj...) të cilat kanë potencial për reaksione të rënda alergjike.

Produktet e higjienës dhe të kujdesit të lëkurës në punë, veçanërisht për personelin e kujdesit shëndetësor, nuk duhet të përmbajnë aroma, por duhet të përmbajnë konservues me fuqinë më të ulët sensibilizuese.

Trajtimi me barna ndjek të njëjtat parime me mjekimin e DAK nga shkaqe të tjera.

7. Konkluzion

Pavarësisht masave rregullatore për prodhimin e produkteve kozmetike, rastet me alergji nga kozmetikët janë gjithnjë e në rritje. Fragrancat dhe konservantët përbëjnë alergenët kryesorë të gjetur në produktet kozmetike.

Nëse ekziston dyshimi për DAK nga kozmetikët është e rëndësishme vendosja e diagnozës me anë të Patch-Testeve, për dokumentimin dhe monitorimin e rasteve të gjetura.

Bibliography

1. 76/768/EEC, *Cosmetics Directive*; 1, article, 2008
2. Thomson KF, Wilkinson SM., "Allergic contact dermatitis to plant extracts in patients with cosmetic dermatitis.", *Br J Dermatol*, vol. 142, pp.84-88, 2000.
3. Alani JL, Davis MD., Yiannias JA., "Allergy to cosmetics: a literature review", *Dermatitis*, vol. 24, pp. 283-290, 2013
4. Laguna C, de la Cuadra J, Martín-González B, Zaragoza V, Martínez-Casimiro L, Alegre V., «Allergic Contact Dermatitis to Cosmetics», *Actas Dermosifiliogr.*, vol. 100, pp. 53-60, 2009.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

5. Berne B, Tammela M, Färm G, Inerot A, Lindberg M. , "Can the reporting of adverse skin reactions to cosmetics be improved? A prospective clinical study using a structured protocol," *Contact Dermatitis*, vol. 58, pp. 223-227, 2008.
6. Erin M. Warshaw, Jamie P. SchlarbauErin M. Warshaw, Jamie P. Schlarbaum, Jonathan I. Silverberg, Joel G. DeKoven, Anthony F. Fransway, James S. Taylor, Howard I. Maibach, Joseph F. Fowler Jr, Amber R., "Contact dermatitis to personal care products is increasing (but different!) in males and females: North American Contact Dermatitis Group data, 1996-2016," *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 85, pp. 1446-1455, 2021.
7. Thyssen JP, Linneberg A, Menné T, et al. , "The prevalence and morbidity of sensitization to fragrance mix I in the general population.," *Br J Dermatol*, vol. 161, pp. 95-101, 2009.
8. Orton DI, Wilkinson JD., "Cosmetic allergy: Incidence, diagnosis and management.," *Am J Clin Dermatol*, vol. 5, pp. 327-337, 2004.
9. Zirwas, Matthew J., "Contact Dermatitis to Cosmetics," *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, vol. 56, pp. 119-128, 2019.
10. SEWON KANG, MASAYUKI AMAGAI, ANNA L. BRUCKNER, ALEXANDER H.ENK, DAVID J. MARGOLIS, AMY J. McMICHAEL, JEFFREY S. ORRINGER.,, "«Allergic contact dermatitis»,," in *Fitzpatrick's Dermatology*, 2019, p. 399.
11. Bauer K, Garbe D, Surburg H, *Common fragrance and flavor materials.*, Weinheim, 1990.
12. L. WG, "How to test for fragrance allergy," *Cutis*, vol. 65, pp. 39-41, 2000.
13. Schnuch A, Uter W, Geier J, et al., "Contact allergy to farnesol in 2021 consecutively patch tested patients. Results of the IVDK," *Contact Dermatitis*. , vol. 50, pp. 111-121, 2004.
14. Tomar J, Jain VK, Aggarwal K, et al., "Contact allergies to cosmetics: testing with 52 cosmetic ingredients and personal products," *J Dermatol*, vol. 32, pp. 951-955, 2005.
15. Frosch PJ, Pirker C, Rastogi SC, Andersen KE, Bruze M, Svedman C, Goossens A, White IR, Uter W, Arnau EG, Lepoittevin JP, Menné T, Johansen JD., "Patch testing with a new fragrance mix detects additional patients sensitive to perfumes and missed by the current fragrance m ix," *Contact Dermatitis*, vol. 52, pp. 201-215, 2005.
16. L. WG, "Perfume dermatitis. A study of 20 patients," *Arch Dermatol*, vol. 1977, pp. 623-627, 113.
17. Bruze M, Andersen KE, Goossens A, " Recommendation to include fragrance mix 2 and hydroxyisohexyl 3-cyclohexene carboxaldehyde (Lyrall®) in the European Baseline patch test series," *Contact Dermatitis*, vol. 58, pp. 129-133, 2008.
18. Frosch PJ, Rastogi SC, Pirker C, Brinkmeier T, Andersen KE, Bruze M, Svedman C, Goossens A, White IR, Uter W, Arnau EG, Lepoittevin JP, Johansen JD, Menné T., "Patch testing with a new fragrance mix – reactivity to the single constituents and chemical dete".
19. Frosch PJ, Rastogi SC, Pirker C, Brinkmeier T, Andersen KE, Bruze M, Svedman C, Goossens A, White IR, Uter W, Arnau EG, Lepoittevin JP, Johansen JD, Menné T., "Patch testing with a new fragrance mix – reactivity to the single constituents and chemical detection in relevant cosmetic products," *Contact Dermatitis*, vvol. i 52, p. 216–225, 2005., vol. 52, pp. 216-225, 2005.
20. Geier J, Brasch J, Schnuch A, Lessmann H, Pirker C, Frosch PJ., "For the Information Network of Departments of Dermatology (IVDK)and the German Contact Dermatitis Research Group (DKG)," *Contact Dermatitis*, vol. 46, pp. 295-297, 2002.
21. Goossens A, Merckx L, "Allergic contact dermatitis from farnesol in a deodorant," *Contact Dermatitis*, vol. 37, pp. 179-180, 1997.
22. Karlberg AT, Bohlinger K, Boman A, Hacksell U,Hermansson J, Jacobsson S, Nilsson JL, "Identification of 15-hydroperoxyabietic acid as a contact allergen to Portuguese colophony.," *J Pharm Pharmacol* , vol. 40, pp. 42-47, 1988.
23. K. AT, "Air oxidation increases the allergenic potential in of tall oil rosin. Colophony contact allergens also identified in tall oil rosin.," *Am J Contact Dermatitis* , vol. 2, pp. 43-49, 1991.
24. Schnuch A, Geier J, Uter W, Frosch PJ. , "Another look on allergies to fragrances: frequencies of sensitisation to the fragrance mix and its constituents. Results from the IVDK.," *Exogenous Dermatol* , vol. 1, pp. 231-237, 2002.
25. Reichert-Pénétrat S, Barbaud A, Pénétrat E, Granel F, Schmutz J-L. , "Allergic contact dermatitis from surgical paints," *Contact Dermatitis*, vol. 45, pp. 116-1117, 2001.
26. Jong CT, Statham BN, Green CM, King CM, Gawkrödger DJ, Sansom JE, English JS, Wilkinson SM, Ormerod AD, "Contact sensitivity to preservatives in the UK, 2004-2005: results of multicentre study.," *Contact Dermatitis*, vol. 57, pp. 165-168, 2007.
27. Sosted H, Rastogi SC, Andersen KE, Johansen JD, Menne T, "Hair dye contact allergy: quantitative exposure assessment of selected products and clinical cases," *Contact Dermatitis*, vol. 50, pp. 344-348, 2004.
28. D. G. AC, *Patch testing. Test concentrations and vehicles for 4350 allergens.*, 3rd edn. Acdegroot, Wapserveen, 2009.
29. Jeanne Duus Johansen, Peter J. Frosch, Jean-Pierre Lepoittevin, "Cosmetics and Skin Care Products," in *Contact Dermatitis 5th edition*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg , 2011, pp. 591-607.
30. M. Crepy, «Dermatoses professionnelles aux colorants: Fiche D'allergologie-Dermatologie Professionnelle,» *Documents pour le médecin du travail*, vol. 100, pp. 565-576, 2004.
31. L. J.P, « École de printemps du Gerda. Chimie de l'allergie de contact au quotidien.», Aussors, 2005.
32. L Constandt, E V Hecke, J-M Naeyaert, A Goossens, "Screening for contact allergy to artificial nails," *Contact Dermatitis*, vol. 52, pp. 73-77, 2005.
33. M. M. Bos JD, "The 500 Dalton rule for the skin penetration of chemical compounds and drugs.," *Exp Dermatol*, vol. 9, pp. 165-169, 2000.



IKJA E NJË “HEROINE TË HESHTUR”

*Për psikiatren e talentuar, Dr. Iris ÇARÇANI-RATHWELL,
së cilës j'u ndërpre rrugëtimi para kohe*

Nga **Prof. Arjan GJONÇA**



Është shumë e vështirë të shkruash pak radhë për një person që e ke njohur prej katër dekadash ndërkohë që ke një pafundësi gjërash që dëshëron të shkruash, aq më tepër, për një individ që ka arritur aq shumë në jetë në një periudhë kaq të shkurtër. Bëhet fjalë për doktoreshë Iris Çarçani-Rathwell, psikiatren e talentuar shqiptare që punonte në Institutin më të mirë të Psikiatrisë në botë, në Spitalin Maudsley (King's College) të Londrës. Iri si u nda nga jeta në një moshë të re, por arriti aq shumë sa do duheshin dy jetë të një profesionisti të arrinte ato që ajo kompletoi në tre dekada si psikiatre e specializuar në fushën e autizmit tek fëmijët.

E mbaj mend si sot në 1981 kur filluam shkollën e mesme “Qemal Stafa”, së bashku me disa studentë të tjerë, të veçuar si grup, për arritjet në matematikë dhe shkencat ekzakto. Të gjithë ne patëm rrugëtimet tona modeste, ndërkohë që Iri si kapi majat në çdo hap të jetës së saj. Iri si përfundoi me medalje të artë shkollën e mesme; ishte një nga studentët më të mirë të gjeneratës sonë, dhe një nga shqiptarët e parë të integruar në sistemin shëndetësor të Britanisë së Madhe si mjeke, e specializuar në psikiatrinë për fëmijë; bëhet fjalë për fillimet e viteve 90-të, kur jeta më dha fatin ta takoja përsëri në Londër. Posti i saj i fundit, si mjeku konsulent drejtues i gjithë Shërbimeve Kombëtare të Specializuara (CAMH) brenda Shërbimit Kombëtar Shëndetësor (NHS) në Juglindje të Britanisë së Madhe dhe në spitalin e Maudsley (SLAM), flet më shumë se gjithçka mund të shkruaj unë për të në këto rrjeshta.

Irisin e kam njohur në jetën e saj si profesioniste e talentuar, por edhe si shoqe e jashtëzakonshme. Mbas specializimit në psikiatri, Iri si arriti të bëhet konsulente primare në Institutin e Psikiatrisë në Maudsley, një ëndërr e shumë mjekëve të specializuar në këtë fushë në mbarë botën. Një njeri i talentuar që siç do ta përshkruanin kolegët e saj, por mbi të gjitha drejtuesja e departamentit të psikiatrisë së adoleshentëve dhe fëmijëve, në King's College, Profesoresha Emily Simonoff, një nga psikiatrit më të njohur në fushën e autizmit në botë dhe kolege e Iri sit, si një talent i jashtëzakonshëm, që arriti kaq shumë në një periudhë kohe të shkurtër, dhe që do i mungojë psikiatrisë për fëmijë në të ardhmen.



I IM MEMORIAM

Të trajtosh fëmijët autistë nuk është gjë e lehtë, siç do të pohojnë të gjithë specialistët e fushës, por ajo që e bënte Irisin të veçantë është besimi që krijonte tek këta fëmijë, që ata mund ta ndryshonin jetën e tyre vetë. Një nga fëmijët që ajo ka trajtuar dhe që është në moshën e adoleshencës, e shpjegoi më bukur se sa unë me këto rrjeshta: *“Dr Irisi është një dhuratë e shenjtë për fëmijët si unë, e cila ndryshoi jetën time në shumë aspekte, por mbi të gjitha duke më dhënë mundësi të reja që nuk do ti kisha pasur kurrë”*. Kjo ishte Irisi, një njeri shumë i dashur e profesionist që ‘dhuronte jetë të reja’ për një nga grupet më të marxhinalizuara të shoqërisë.

Irisi ishte një profesioniste e jashtëzakonshme, deri në perfeksionizëm. Kur punonim bashkë për një raport për shëndetin mendor, mbaj mend që raporti ndërroi duar pesë herë, se ajo do të bënte vazhdimisht korrigjime edhe mbi atë që kishte shkruar vetë, dhe nuk do ishte asnjëherë e kënaqur me punën e saj; *‘mund ta bënim më mirë’*, thoshte. Irisi kishte një kreativitet që pak njerëz e kanë apo e arrinë në jetë. Në dhjetë vitet e fundit arriti që me një grup të vogël kolegësh të ngrinte fonde dhe të krijojë një qendër të ekselencës për fëmijët autistë me strukturë origjinale dhe protokolle të reja, të cilën fatkeqesisht nuk arriti ta inagurojë. Për këtë arritje, kolegët dhe vetë qendra, do ti vendosin një memorial përkujtimor.

Irisi ishte, jo vetëm një profesioniste e jashtëzakonshme, por edhe një njeri me kulturë shumë të gjerë, me të cilën mund të bisedoje për çdo gjë dhe në çdo fushë; me një shpirt krijues artistik që luante pianon në nivel profesional, siç do të thoshte edhe ajo vetë – *‘një dashuri profesionalisht e humbur’*.

Midis shumë cilësive të saj, Irisi ishte njeri me shpirt shumë të madh. Ajo ndihmonte këdo që kishte nevojë. Reflektonte mirësi dhe ishte bërë si një magnet i fuqishëm, ku shumë shqiptarë të fushës së saj mblidheshin, nga mirësia dhe dashuria që reflektonte ky njeri kaq human. Gjithmonë na kujtonte, me punën dhe fjalët e saj, që nuk duhet të jetonim vetëm për veten tonë, dhe se njerëzimi është më i madh se familjet tona. Vetëm fakti që në memorialin në kujtim të saj, midis profesorësh të mëdhenj dhe mjekësh të rinj nga Maudsley, ishin edhe tre psikologe shqiptare, me të cilat Irisi kishte bashkëpunuar, ndihmuar dhe inkurajuar në faza të ndryshme të karrierës së tyre.

Ky shpirt i madh human, nuk mund të mos kontribuonte në vendin saj, Shqipërinë, që e kishte edukuar dhe rritur, dhe që e donte pa kushte. Për vite me rradhë ndihmoi në krijimin e Qendrës Shqiptare për Fëmijët (Autistë), me ekspertizën e saj, por edhe me logjistikën e siguruar nga vetë ajo. Punuam bashkë rreth një vit, për të krijuar një diplomë të përbashkët masteri shkencor në psikiatri, si bashkëpunim midis Universitetit të Mjekësisë së Tiranës dhe Institutit të Psikiatrisë në Londër. Megjithë përpjekjet tona (por më shumë të sajat), ky projekt nuk u realizua si rezultat i burokracisë shtetërore. Por ajo nuk u mërzit, dhe më thoshte: *‘jepu kohë të ndryshojnë dhe do e kërkojnë vetë këtë gjë’*.

Kur mendoja të shkruaja këto rrjeshta, mendja gjithmonë më shkonte tek fjalët ‘hero i heshtur’, që kanë të njëjtin kuptin si në shqip edhe në anglisht. Në një periudhë kohe, ku jo vetëm në Shqipëri, por kudo në botë mungojnë modelet për të ndjekur në jetë, Iris Çarçani-Rathwell është një heroinë e heshtur, që ka frymëzuar shpesh herë autorin e këtyre rreshtave, por jo vetëm atë...



Prof. Dr. Ilia MAZNIKU

1943 – 2023



Më 9 Maj 2023 u nda nga jeta Prof. Dr. Ilia Mazniku, Kirurg Ortoped-Traumatolog.

Prof. Mazniku lindi 18 Nëntor 1943. Shumë shpejt filloi të merrej me sport (1959) me profil kërcimet duke qenë rekordmen dhe anëtar i Ekipit Kombëtar Shqiptar.

Në vitin 1962 pasi përfundoi shkollën e mesme, filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilat i përfundoi në vitin 1968. Pas diplomimit dr. Ilia filloi punë si pedagog i lëndëve mjekësore në Akademinë e Arteve dhe në Institutin e Kulturës Fizike, pozicion të cilin e mbajti deri në vitin 1971.

Gjatë viteve 1971-1976 dr. Ilia punoi si ordinator në Klinikën e Ortopedi-Traumatologjisë, ku dhe u specializua në ortopedi duke mbrojtur provimin pasuniversitar të Anatomisë topografike dhe të kirurgjisë operative dhe provimin pasuniversitar të Ortopedisë e traumatologjisë në kuadrin e Kirurgjisë Speciale, në vitin 1976. E vijoi të punojë si Ordinator deri në vitin 1988, vit në të cilin do të emërohej Drejtor i Spitalit Kirurgjikal “Frederik Shiroka” (Spitali Nr. 2); post të cilin e mbajti deri në vitin 1991.

Në vitet 1991-2003 dr. Ilia punoi si kirurg ortoped-traumatolog dhe si pedagog i jashtëm në Fakultetin e Mjekësisë. Dhe nga viti 2003 deri në vitin 2008 punoi si pedagog efektiv në Fakultetin e Infermierisë dhe njëkohësisht Përgjegjës i Sektorit të Kirurgjisë. Në vitin 2008 derisa doli në pension vijoi të punonte në Klinikën e Ortopedisë, në Spitalin Universitar të Traumës u shqua për zellin dhe përkushtim e pazakontë në punën e tij si mjek duke lënë gjurmë të pashlyeshme ndër kolegë, pacient dhe gjithë ata që e njohën.

Dr. Mazniku ndërkohë në vitin 1985 mbrojti gradën Doktor i Shkencave, në vitin 1998 mori titullin Prof. Assoc. dhe në vitin 2009 fitoi titullin e lartë Prof. Dr.

Prof. Ilia Mazniku ishte një nga më të shquarit mjekë të ortopedisë Shiptare si edhe pedagog në universitetin “Aleksandër Xhuvani” dhe së fundmi në Universitetin “Barleti” në të cilin ka lënë gjurmë të pashlyera tek studentët dhe kolegët e tij të stafit akademik të Departamentit të Edukimit Fizik Dhe Sportit.

Prof. Dr. Ilia Mazniku ka qenë gjithashtu edhe një poliglott i shquar si dhe ka botuar shumë studime shkencore si brenda ashtu edhe jashtë vendit. Ai ishte edhe autor i shumë librave dhe teksteve universitare.

Me ndarjen e tij nga jeta humbëm kolegun dhe njeriun e mirë, studentët humbën një nga pedagogët më të dashur të tyre dhe familjarët njeriun e tyre të dashur.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Dhurata QESJA

1952 – 2023



Më dt. 27 Maj 2023 pas një sëmundje të rëndë u nda nga jeta në moshën 70 vjeçare epidemiologia, doktoreshë Dhurata Qesja.

Pasi mbaroi Fakultetin e Mjekësisë në vitin 1977, doktoreshë Dhurata u caktua të punonte në fshatin Lekaj në rrethin e Durrësit. Pranë njerëzve në hallet dhe shëndetin e tyre ku dhe u bë njësh me banorët e fshatit, të cilët e donin dhe e respektonin si vajzën e tyre.

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.

Doktoreshë Dhurata gjatë gjithë karrierës së saj tregoi profesionalizëm, kulturë, korrektësi, qytetari dhe vlera e virtyte humane.

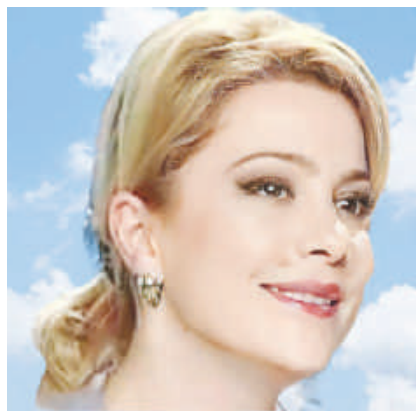
Këshilli Rajonal Durrës, UMSH i shpreh ngushëllimet më të sinqerta familjarëve të saj dhe të gjithë dashamirësve e kolegëve!

Lamtumirë Doktoreshë Dhurata Qesja!

Shpirti i Saj u prehtë në paqe!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH



Dr. Sonela KAVAJA-XINXO**1974 – 2023**

Doktoresha dhe pedagogia e njohur Sonela Xinxo (Kavaja) është ndarë parakohe nga jeta mbrëmjen e së Premtes, 23 Qershor 2023. Lajmin e trishtë e bëri me dije familja, miqtë dhe Instituti i Shëndetit Publik ku ajo punoi për disa vite.

Dr. Sonela lindi në Berat më 6 Mars 1974 në familjen e nderuar Kavaja në Berat, vajzë e dy prindërve inxhinier e mësues. Dr. Sonela u rrit në Berat ku kreu Shkollën 8-vjeçare dhe atë të Mesme (1988-1992), për të ndjekur më pas studimet në Universitetin e Mjekësisë në Tiranë në vitet 1992-1998. Pas mbarimit të studimeve dr. Sonela punoi për 1 vit pranë Drejtorisë së Shëndetit Publik Berat. Më pas dr. Sonela vijoi në

vitet 1999 – 2003 me specializimin pasuniversitar në fushën e Gastrohepatologjisë, ku spikati dhe u bë Mjeke Gastrohepatologe.

Pas mbarimit të studimeve, dr. Sonela filloi punë në Institutin e Shëndetit Publik në Departamentin e Politikave Shëndetësore & Parandalimit dhe Kontrollit të Sëmundjeve jo-Infektive në vitin 2003, post të cilin e mbajti deri në vitin 2017. Gjatë kësaj kohe në periudhën 2004-2005 kreu Masterin në Shëndet Publik pranë Fakultetit të Mjekësisë & Institutit të Shëndetit Publik. Në vitet 2007-2009 kreu Master në Shëndet Publik tashmë në Univeristetin e Sheffidit “School of Health and Health Research & University of Copenhagen “Faculty of Health Science”.

Titullin “Doktor i Shkencave” dr. Sonela e mbrojti në vitin 2014 në Fakultetin e Shëndetit Publik të Universitetit Mjekësor të Tiranës.

Gjatë viteve që punoi në ISHP, dr. Sonela dha kontributin e saj në hartimin e Rregjistrimit të Sëmundjeve të Zemrës si dhe të shumë dokumenteve të politikave shëndetësore. Doktoresha ndoqi disa specializime jashtë vendit dhe u perfeksionua si shkencëtare.

Pas vitit 2017, dr. Sonela ju përkushtua për disa vite edhe mësimdhënies si pedagoge në Universitetin e Mjekësisë.

Kohët e fundit dr. Sonela vuante nga një sëmundje e rëndë, betejën me të cilën fatkeqësisht e humbi duke u ndarë parakohe nga jeta. Ikja e saj e parakohshme nga jeta ka lënë në zi familjen, të afërmit dhe kolegët e miqtë e shumë që kishte, si dhe studentëve të Fakultetit të Mjekësisë të cilëve ju përkushtua për disa vite.

Sonela do t’i mungojë bashkëshortit dhe vajzës, familjeve Kavaja e Xinxo dhe padyshim shëndetësisë shqiptare, për të cilën kontribuoi prej vitesh.

U prehtë në paqe shpirti i saj.

I paharruar do mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Hilmi DELIALLISI

1922 – 2023



Paraditen e dt. 29 Qershor 2023 u nda nga jeta në moshën 101 vjeçare Dr. Hilmi Deliallisi për shkaqe natyrale.

Dr. Deliallisi ka lindur në Durrës më 16 Maj 1922 dhe ka punuar prej 50 vitesh si Mjek Patolog dhe Endokrinolog, duke e vazhduar profesionin e tij edhe në moshën e pensionit duke pritur vizita pa shpërblim për pacientët e tij.

Dr. Deliallisi pasi përfundoi me sukses studimet universitare në fushën e mjekësisë, ka ushtruar profesionin në disa vende të Shqipërisë. Kështu në vitet:

- 1949-1951 në qytetin e Durrësit;
- 1954 – 1957 në Pukë;
- 1957 – 1958 në Kuç të Kurveleshit;
- 1959 – 1962 në Ersekë;
- 1962 – 1990 në Lushnjë.

Dr. Hilmi Deliallisi është vlerësuar dhe me titujt: “Qytetar Nderi” në qytetin e Pukës dhe Lushnjes; dhe së fundmi me rastin e 100-vjetorit të tij u vlerësua me titullin e lartë “Fisnikëria e Qytetit të Durrësit” nga Bashkia Durrës dhe Shoqata “Durrësi Autokton”.

Dr. Deliallisi do të mbahet mend si një burrë fisnik, unik si nga zanati por edhe si mjek i palodhur; por edhe si një nga mjekët shqiptarë me jetëgjatësinë më të madhe, duke lënë vlera të mëdha jo vetëm në familjen Deliallisi por edhe në gjithë trevën shqiptare dhe në arenën ndërkombëtare.

I shprehim ngushëllime të sinqerta familjarëve miqëve dhe të afërmve.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH



Prof. As. Dr. Iliriana RUKA-SHEHAJ

1942 – 2023



Ndahet nga jeta më dt. 3 Korrik 2023 Prof. As. Dr. Iliriana Ruka-Shehaj, mjeke dhe pedagoge e Diagnostikës së Sëmundjeve të Brendshme.

Ajo punoi si mjeke në Shërbimin e Hematologjisë, Spitali Nr. 1 që nga viti 1964 dhe si pedagoge e Fakultetit të Mjekësisë në lëndën e Propedeutikës, sot Semiologjia Klinike, që nga viti 1967.

Në vitin 1990 mjeke në Shërbimin e Hematologjisë, QSU “Nënë Tereza” dhe si pedagoge e njëkohësisht drejtuese e Katedrës së Semiologjisë Klinike deri me daljen në pension në vitin 2003. Ajo kontribuo në edukimin e studenteve të Fakultetit të Mjekësisë si dhe formimin profesional të specializantëve në fushën e Hematologjisë dhe Sëmundjeve të Brendshme.

Prof. Iliriana ishte modeli i mjekut, pedagogut, familjarit dhe simbol i mirësisë e qytetarisë, duke gëzuar respekt tek kolegët, studentët dhe pacientët. Ajo karakterizohej nga një disiplinë e fortë profesionale, përkushtim ndaj pacientëve dhe studentëve, por dallohej dhe për shpirtin e saj artistik.

Prof. Iliriana është autore e disa teksteve dhe moduleve mësimore, me të cilët studentët e Fakultetit të Mjekësisë studiojnë ende.

U prehsh në paqe Prof. Iliriana!

I paharruar qoftë kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Dr. Xhorxhi GJERAZI

1944 – 2023



Më 15 Korrik 2023 ka ndërruar jetë në Tiranë Dr. Xhorxhi Gjerazi, mjek i shquar Otorino-Laringolog, i mirënjohur veçanërisht në qytetin e Fierit por edhe në gjithë vendin.

Dr. Xhorxhi Zoi Gjerazi lindi në qytetin e Fierit më 23 Dhjetor 1944.

Pasi përfundoi shkollën e mesme, dr. Gjerazi ndoqi studimet në Fakultetin e Mjekësisë në vitet 1962-1967 në Tiranë dhe u diplomua si Mjek i Përgjithshëm.

Gjatë viteve 1967-1969 dr. Gjerazi kreu studimet e specializimit për ORL pranë Fakultetit të Mjekësisë në Tiranë.

Dr. Gjerazi menjëherë pas diplomimit punoi në Spitalin e Përgjithshëm në Fier si mjek ORL për një periudhë prej 40 vitesh. Ai ishte i pari mjek ORL në këtë spital dhe ndihmoi në hapjen e këtij shërbimi, të cilin e drejtoi për shumë vite si Shef dhe më pas si Specialist.

Dr. Gjerazi qe një mjek i përkushtuar dhe i papërtueshem; dhe një njeri punëtor që trajtoi e shëroi shumë pacientë gjatë karrierës së tij.

Gjatë gjithë jetës së tij dr. Gjerazi punoi me shumë përkushtim, ishte një mjek dhe intelektual i mirëfilltë, që gëzonte respektin e miqve dhe pacientëve të cilëve ju shërbeu për vite me rradhë. Ai ishte themeluesi i Shërbimit të ORL-së në qytetin e Fierit.

Dr. Gjerazi la pas bashkëshorten dhe tre fëmijët e tij që i donte dhe adhuronte pa fund.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Fier, UMSH



Dr. Ligor SHKRAPI

1941 – 2023



Me hidhërim të thellë njoftojmë ndarjen nga jeta të Dr. Ligor Shkrapa, mjek Alergolog dhe i Sëmundjeve Profesionale, ish shef i shërbimit të Patologjisë, pranë Spitalit Rajonal Korçë (1982-2006), si dhe ish President i Urdhrit të Mjekut dega Korçë (2000-2006).

Dr. Ligor Shkrapa lindi në vitin 1941.

Përfundoi studimet në degën Mjekësi e Përgjithshme në vitin 1970. Ka punuar si mjek Patolog në Spitalin e Korçës në vitet 1970-1975, më pas ka kryer specializime në degën Alergologji dhe Mjekësi Profesionale. Prej vitit 1982 emërohet Shef i Shërbimit të Patologjisë deri në daljen në pension në vitin 2006.

Ai me punën e palodhur dhe kontributin e tij, me aftësitë organizative, karakterin e fortë dhe korrektësinë që e karakterizonte, ka lënë gjurmë të padiskutuara në Shërbimin e Patologjisë dhe Spitalin e Korçës në veçanti, por dhe në mjekësinë korçare.

Gjatë karrierës së tij ka botuar artikuj studimorë në revista shkencore si “Shoku anafilaktik”, “Studimi i Astmës bronkiale në rrethin e Korçës”, etj... Gjithashtu është nderuar me Medalje dhe Urdhra për shërbim të mirë të popullit.

Dr. Ligor ishte profesionist që dha një kontribut të madh në shërbim të pacientëve. Ai la një emër jo vetëm në qytetin e Korçës, por edhe në rradhët e mjekëve. Dr. Ligor do mbetet i paharruar për vetë kolegët që punuan me të si një mjek shume i përgatitur dhe i përkushtuar në punën me pacientët dhe me kolegët.

Mirënjohje për kontributin në përsosjen profesionale të brezave të rinj. Përqasja ndaj pacientit dhe niveli i lartë profesional rrezaton tek brezat e rinj.

U prehsh në paqe, e të qoftë dheu i lehtë!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH

