

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- Dr. Trepça D., – Marrëdhëniet mjek-pacient kanë në themel besimin reciprok 2

PROBLEME ORGANIZATIVE:

- Trajnim me Presidentët, Sekretarët dhe Komisionet e Gjyimit Disiplinor Profesional të Këshillave
Rajonale të UMSH-së (Shkalla e Parë) – Vlorë 17-18 Maj 2022 & Lezhë 14-15 Tetor 2022 5
- Informacion mbi Mbledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH-së të datës 11-12 Nëntor 2022..... 10

ETIKË DHE DEONTOLOGJI:

- Kodi Ndërkombëtar i Etikës Mjekësore 11

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Dr. Mone E., – Konferencë: “Të pëditësojmë njohuritë pediatrike në parandalimin e
COVID-19 në pediatri”, 24 Shtator 2022-Vlorë 16
- Dr. Pepo, L., – Dita Botërore e Zemrës, 29 Shtator 2022 – Tiranë 18
- Dr. Toska F., – Në nderim të mjekëve që një jetë ju shërbyen njerëzve 23
- Prof. Dr. Çeka Xh., – 70 vjet arsim mjekësor universitar – 5 Nëntor 2022, Tiranë 25
- Konferenca e XVI-të e Shoqatës Shqiptare të Anestezi-Terapisë Intensive, 2-3 Dhjetor 2022 – Tiranë 30

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Takimi i ZEVA. Simpoziumi i 29-të i Dhomave dhe Urdhrave të Mjekëve për vendet
e Evropës Qendrore dhe Lindore – 8-10 Shtator 2022, Dubrovnik-Kroaci 31
- Asambleja e Përgjithshme e Shoqatës Botërore të Shëndetësisë (WMA) – 5-8 Tetor 2022,
Berlin-Gjermani 33
- Asambleja e Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropianë (CPME) – 28-29 Tetor 2022, Pragë-Çeki 35
- Takimi Plenar i Këshillit Evropian i Urdhrave të Mjekëve (CEOM) – 25 Nëntor 2022, Luksenburg 37
- Deklarata e EMOs mbi dhunën/burnout-in ndaj mjekëve dhe gjithë profesionistëve
të kujdesit shëndetësor, si edhe në kontekstin e luftës 39

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Prof.asc. Caushi F., Dr. Skenduli I, Prof.dr. Bala S., Prof.dr. Hafizi H., Dr. Xhemalaj D., Dr. Hatibi A.,
Dr. Shima E., Dr. Kokiçi F., Prof.asc. Cani A., Dr. Kotorci R., Dr. Peposhi I., inf. Neziraj J., – Roli
i rezeksionit Sleeve në trajtimin e kancerit të mushkërive 40

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Dr. Gaxiri J., Prof. Dr. Basho J., – Manifestimet gastrointestinale të COVID-19.
Një shqyrtim i literaturës mjekësore 47

IN MEMORIAM

- Në kujtim të Sekretarit të Përgjithshëm të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë Dr. Shaqir KRASTA 52
- Nderim për intelektualin gjirokastrit Profesor Hektor ÇOÇOLIN, personalitet i shquar
i Mjekësisë Shqiptare 54

NEKROLOGJI:

- Dr. Anesti ÇEKREZI, Prof. Dr. Hektor PEÇI, Dr. Roland KARALLI 56



MARRËDHËNIET MJEK-PACIENT KANË NË THEMEL BESIMIN RECIPROK

Dr. Dritan TREPÇA

Zv. President, UMSH

Marrëdhëniet mjek-pacient janë mjaft të rëndësishme dhe pasqyrojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor që ofrohet. Në themel të tyre qëndron besimi i të sëmurit ndaj mjekëve. Kjo gjë është theksuar dhe konsoliduar në të gjithë dokumentet profesionale mjekësore që nga Betimi i Hipokratit deri në parimet dhe dokumentet e Kodit Etik modern. Besimi ndaj mjekut është guri themeltar dhe çelsi i suksesit në mjekimin dhe menaxhimin e problemeve shëndetësore.

Marrëdhëniet mjek-pacient janë në dinamikë të vazhdueshme, ato ndikohen nga sistemi ekonomiko-shoqëror, niveli kulturor, teknologjia dhe mjetet e tjera të punës në shëndetësi, ligjet dhe rregulloret që përcaktojnë organizimin e shërbimit shëndetësor.

Studiuesit e sotëm kanë marrë në konsideratë dhe kanë analizuar ndikimin e zhvillimit të vrullshëm teknologjiko-mjekësor që vërehet sidomos në dekadat e fundit, si dhe konceptet moderne të menaxhimit shëndetësor. Fokusi i këtyre studimeve përqëndrohet pikërisht në ndikimet tek marrëdhëniet mjek-pacient dhe sidomos impakti i tyre në besimin e të sëmurit ndaj mjekëve.

Pesë dekada më parë mjekët nuk kishin mjete moderne ekzaminuese, si: skaner, rezonancë magnetike, respirator dhe monitorët e reanimacionit, etj... Mjeku harxhonte më shumë kohë me të sëmurët duke u thelluar në detaje në anamnezë, ekzaminim objektiv dhe mjetet e pakta diagnostikuese që kishte në dispozicion. I sëmuri priste fjalët dhe vendimet që merrte vetë mjeku, i cili vendoste vetë çfarë ishte më e mirë për të sëmurin.

Ndërkohë ky angazhim i madh i mjekut, mendimet e tij të prera, e mbanin gjallë besimin e të sëmurit ndaj tij.

Mënyra e sotme e të punuarit dhe të menaxhimit të sëmurit bazohet në vendimmarrjen e përbashkët mjek-pacient, ku merren në konsideratë alternativa të ndryshme duke respektuar pëlqimin e të sëmurit, afërsinë dhe aksesin në shërbimet shëndetësore, përballimin e kostove të mjekimit prej tij, etj...

Por shihet se kjo mënyrë e lëkund besimin e të sëmurit ndaj mjekut, duke i marrë mendimin dhe pëlqimin të sëmurit për gjithçka, duket sikur vetë mjeku nuk ka sigurinë se cila është më e mira që duhet bërë, prandaj studiuesit vënë në dukje se kjo mjekësi moderne e përparuar duket më pak "Humane". Kjo thellohet duke analizuar dhe fakte të tjera, si p.sh.: sot punohet me protokoll diagnostik terapeutik dhe kjo e lehtëson punën e mjekut dhe shkurton kohën që duhet të



meret me të sëmurin. Ky i fundit sapo paraqet një simptomë tek mjeku është e gatshme skema e protokollit diagnostik. Paraqitja e rezultateve të ekzaminimeve çon në caktimin e menjëhershëm të skemave mjekuese që përcaktojnë protokollet terapeutike, por kjo hera herës bën që i sëmuri të krijojë përshtypjen që mjeku nuk u angazhua fort me problematikën e tij dhe fillon të dyshojë në pritshmëritë e trajtimit dhe kujdesit mjekësor.

Sot, në sajë të mjeteve të shumta të komunikimit dhe informimit, i sëmuri duke lexuar në internet shkon tek mjeku “i mirë informuar” ose “i keq informuar”, shpesh para mjekut ai thotë se vuan nga kjo diagnozë dhe do këtë recetë për trajtim. Këtu është detyra themelore e mjekut të drejtojë bisedën në mbledhjen dhe analizimin e informacionit të nevojshëm anamnestik dhe diagnostik, dhe konkluzionet e mjekut të ballafaqohen me atë çfarë kërkon i sëmuri, dhe më tej shkohet në vendimmarrjen e përbashkët për të vendosur qëndrimin e duhur. Por hera herës kjo nuk realizohet siç duhet, duke çuar në lëkundje të besimit tek të sëmurët.

Sot, po ashtu, po flitet gjerësisht dhe po përdoret e ashtëquajtura inteligjencë artificiale, e cila konsiston në përdorimin e pajisjeve mjekësore të një teknologjie të lartë që rrisin mjaft aftësitë diagnostikuese, por e cila nuk mund të tregojë afërsi, dhembshuri dhe empati ndaj të sëmurit.

Edhe këtu roli kryesor i takon mjekut për të saktësuar sigurinë dhe cilësinë e kësaj veprimtarie, mbi të gjitha të parashikojë dhe të shmangë sa të jetë e mundur gabimin në rrezultatet e përdorimit të këtyre pajisjeve.

Më tej mjeku me shumë takt duhet të komentojë të dhënat e të sëmurit dhe të ofrojë sugjerimet e tij për vendimmarrjen e përbashkët. Në qoftë se të sëmurit i thuhet se kjo pajisje mjaft e sofistikuar diagnostikuese ka dhënë këtë rezultat dhe padiskutim duhet bërë kjo gjë, atëherë mjeku duket sikur del vetë jashtë loje dhe i sëmuri humbet besimin ndaj tij.

Një formë tjetër e trajtimit të të sëmurëve sot, është ajo e komunikimit on-line. Për arsye të ndryshme përdorimi i këtij komunikimi me mungesën e pranisë fizike të mjekut dhe pacientit thellon hendekun midis tyre, ftohen marrëdhëniet dhe ulët besimi.

Studiuesit e sotëm flasin edhe për rolin e të ashtëquajturës mjekësi administrative, kjo duke u përqëndruar fort tek raporti kosto-efikasitet, hartohen urdhëresa, rregullore, udhërrëfyes ose protokolle diagnostikuese dhe mjekuese që në thelb kufizojnë mjaft përparësinë apo lirshmërinë e mjekut për vendimmarrjen e përbashkët me të sëmurin. P.sh.: në qoftë se shohim protokollet mjekuese, në to përcaktohet zgjedhja e parë, e dytë, e tretë e kështu me radhë. Këtu ka shumë rëndësi analizimi i çdo rasti dhe sqarimi i të sëmurit për zgjedhjen që bën mjeku; pasi mjeku shkon tek zgjedhja duke marrë në konsideratë veçoritë specifike të të sëmurit, si: shkalla e gravitetit të sëmundjes, sëmundjet shoqëruese, alergjinë ndaj barnave, etj... E rëndësishme për të dy palët është se pavarësisht nga rradhitja e protokollit mjekues, barnat e ndryshme janë të zgjedhur dhe të duhur për sëmundjet që ka pacienti. Në qoftë se të sëmurit i thuhet se nuk të jap këtë bar që është më i shtrenjtë dhe efikas pasi nuk ma lejon urdhëresa, atëherë i sëmuri humbet besimin tek mjeku dhe shpresën për suksesin e mjekimit. Rrjedhimisht pacienti “kërkuesi” ka marrë gjithnjë e më shumë përgjigje jo adekuate ndaj nevojave të tij në rritje, edhe për shkak të kufizimit ekonomik që ka mbajtur dorën e mjekut. Kjo ka çuar në prishjen e marrëdhënies së besimit mes pacientit dhe mjekut, dhe pacienti kërkues, jo më pacient, ka shkarkuar gjithë mosbesimin e tij tek mjeku duke gjeneruar mosmarrëveshje ligjore dhe agresion ndaj mjekut, i cili në vetvete synon të mbrohet duke iu drejtuar mjekësisë mbrojtëse, duke përshkruar teste të panevojshme diagnostikuese ose duke mos ndërmarrë shërbime të vështira ose të rrezikshme.



Nuk ka dyshim se është e nevojshme dhe urgjente rikuperimi i identitetit dhe rolit profesional për të rinovuar marrëdhënien e besimit me pacientin dhe me të gjithë komunitetin. Për të ndjekur këtë objektiv i cili i përgjigjet interesave jo vetëm të profesionit mjekësor por të të gjithë komunitetit, është thelbësore referimi tek deontologjia e cila duhet të përbëjë busullën e sjelljes tonë.

Duke analizuar këto dukuri studiuesit shtrojnë pyetjen se mos është më e mirë “një mjekësi e prapambetur” por më shumë humane, apo mjekësia e sotme moderne e përparuar dhe më pak “humane”.

Sigurisht mjekësia e duhur është kjo e sotmja me gjithë problematikën që ka, por duhet nënvizuar roli i madh i mjekut në respektimin e parimeve bazë të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë në kujdesin e tij të vazhdueshëm për përmirësimin e marrëdhënieve mjek-pacient, duke siguruar gjithmonë që të ruajë, përmirësojë, përforcojë dhe rekuperojë besimin e të sëmurit ndaj tij.



TRAJNIM ME PRESIDENTËT, SEKRETARËT DHE KOMISIONET E GJYKIMIT DISIPLINOR PROFESIONAL TË KËSHILLAVE RAJONALE TË UMSH-SË, (SHKALLA E PARË)

*Vlorë 17-18 Maj 2022
Lezhë 14-15 Tetor 2022*

Qëllimi i Trajnimit:

1. Përmirësimin e punës të Presidentëve dhe Sekretarëve të Këshillave Rajonale për verifikimin/shqyrtimin/hetimin e një ankese të mbërritur pranë Këshillit Rajonal (roli dhe përgjegjësia e tyre për një zgjidhje sa më të paanshme të ankesave);
2. Njohjen dhe vënien në zbatimin të Rregullores së Gjyimit Disiplinor Profesional, si dhe të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;
3. Të sigurojë Anëtarët e Komisioneve Disiplinore që të njohin rolet/kompetencat dhe përgjegjësitë gjatë gjyimit të një rasti nga ana e tyre;
4. Sigurimi për njohjen sa më të mirë të 3 Akteve Normative më të rëndësishme të Urdhrit të Mjekëve si: Ligji “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”, Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe Rregullorja e Gjyimit Disiplinor Profesional;
5. Përmirësimi i aftësive të të gjithë pjesëmarrësve nëpërmjet dhënies dhe marrjes së opinioneve në temat që ishin në diskutim;
6. Demonstrim të kompetencës në verifikimin/hetimin/shqyrtimin dhe gjykimin e një ankese.

Pjesëmarrësit:

12 Këshillat Rajonale (Presidenti + Sekretari) dhe 9 anëtarët e Komisioneve të Gjyimit Disiplinor Profesional të Shkallës së Parë të çdo Këshilli Rajonal.

Drejtuesit e trajnimeve:

Dr. Fatmir Brahimaj, Dr. Dritan Trepça, Kontilia Rapo, Ilir Reka.

Në datat 17-18 Qershor 2022 në Vlorë dhe në 14-15 Tetor 2022 në Lezhë u zhvilluan dy trajnime mbi Gjykimin Disiplinor Profesional me pjesëmarrjen e presidentëve dhe sekretarëve të 12 Këshillave Rajonale, si dhe me anëtarët e Komisioneve të Gjyimit Disiplinor Profesional të çdo Këshilli Rajonal. Këto trajnime u organizuan dhe u zhvilluan nën asistencën e Këshillit Kombëtar.

I PROBLEME ORGANIZATIVE

Një nga rezultatet e këtyre trajnimeve kishte të bënte me Shqyrtimin / verifikimin / gjykimin e ankesave të mbërritura në Këshillat Rajonale të UMSH-së, rradha e veprime që duhet të ndërmarrin këto Këshilla, si dhe me njohjen sa më mirë të Akteve kryesore normative të UMSH-së.

Çështjet që u diskutuan në këto dy trajnime ishin:

- Prezantim mbi Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;
- Etika Mjekësore dhe Përgjegjësia Profesionale e mjekut;
- Shqyrtimi i një ankese të mbërritur në Këshillin Rajonal – Detyrat dhe kompetencat e Kryesisë së Këshillit Rajonal;
- Kompetencat dhe përgjegjësitë e Komisionit të Gjyimit Disiplinor Profesional (shkalla e parë);
- Ndarja në grupe dhe ushtrime për t'u zgjidhur.

Dita e parë e të dy trajnimeve: 17 Qershor 2022 Vlorë dhe 14 Tetor 2022 Lezhë:

Trajnimi u hap nga Dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH-së, i cili mirëpriti pjesëmarrësit dhe u ndal në një prezantim të shkurtër mbi rëndësinë e zhvillimit të këtyre trajnimeve, si dhe mbi rëndësinë e njohjes dhe zbatimit siç duhet të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe Rregullores së Gjyimit Disiplinor Profesional.

Pikat kryesore të këtij prezantimi ishin:

1. Misionin i Urdhrit të Mjekëve;
2. Qëllimi dhe synimi i Trajnimit;
3. Burimi i një ankese;
4. Si administrohet një ankesë;
5. Mbi Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore.

Më pas u vijua me një prezantim mbi Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore e prezantuar nga Kontilia Rapo, Sekretar i Përgjithshëm.

Pikat kryesore të këtij prezantimi ishin:

- Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;
- Legjislacioni në Fushën e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;
- Historia e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore në Shqipëri;
- Bashkëpunimi me organizmat e tjera;
- Detyrat e Mjekut ndaj të sëmurit;



I PROBLEME ORGANIZATIVE

- Dokumentimi i veprimeve mjekësore;
- Gabimet mjekësore;
- Respektimi i Kodit.

Prezantimi “Etika Mjekësore dhe Përgjegjësitë Profesionale të Mjekut” u paraqit nga Dr. Dritan Trepça, Zv. President i UMSH-së.

Pikat Kryesore të këtij prezantimi ishin:

- Çfarë është Etika Mjekësore;
- Marrëdhëniet mjek-pacient përbëjnë thelbin e Etikës Mjekësore dhe Besimi Reciprok është themeli i këtyre marrëdhënieve;
- Etika Mjekësore busull dhe çelësi për përmirësimin e shërbimit shëndetësor;
- Etika Mjekësore sipas Kodit tonë të Etikës dhe atij Ndërkombëtar.

Pas përfundimit të prezantimeve pjesëmarrësit vijuan me diskutime u përqëndruan tek Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, roli dhe zbatimi sa më i mirë i tij dhe rritja në njohuritë, kompetencat dhe aftësitë e çdo Këshilli Rajonal për të administruar siç duhet një ankesë të mbërritur në këto zyra.

Dita e dytë 18 Qershor – 15 Tetor 2022

Çështjet kryesore që u prezantuan dhe u diskutuan.

1. Shqyrtimi i një ankesë të mbërritur në Këshillin Rajonal – Detyrat dhe kompetencat e Kryesisë së Këshillit Rajonal.

Ky prezantim u prezantua nga Ilir Reka, Sekretar i Këshillit Rajonal të UMSH-së qarku Tiranë, njëkohësisht dhe Jurist i Këshillit Kombëtar.

Pikat ku u përqëndrua ky prezantim ishin:

- Çfarë është Gjykimi Disiplinor Profesional;
- Burimet dhe pranimi i ankesave;
- Reagimi ndaj ankesës;
- Kush vendos për shqyrtimin/verifikimin paraprak të një ankesë të mbërritur në UMSH;
- Rradha e veprimeve në Këshillin Rajonal (KR);
- Hapat e tjerë që ndërmerren nga KR:



I PROBLEME ORGANIZATIVE

- Roli dhe përgjegjësitë e raportuesit/relatuesit;
- Hapat që ndiqen pas hartimit të Raportit të Verifikimit Paraprak;
- Ballafaqimi i palëve në proces
- Afatet Ligjore.

Këtij prezantimi ju bashkangjitën edhe disa dokumente shtesë që do të ndihmojnë Këshillin Rajonal për plotësimin e një dojse ankese siç duhet dhe brenda kornizës së Rregullores së Gjykimit Disiplinor Profesional siç janë:

- Formulari Tip i ankesës që duhet të plotësojë një ankues kur paraqitet në zyrat e Këshillit Rajonal. Ky formular i vjen në ndihmë, jo vetëm ankuesit për të dhënë informacion sa më të detajuar për atë që ankohet, por edhe vetë Këshillin Rajonal;
- Draft autorizimi për relatuesin, i nevojshëm për t'u paraqitur në institucione të ndryshme shëndetësore për të bërë verifikimet e një ankese të mbërritur në Këshillin Rajonal;
- Draft Modeli i hartimit të një raporti paraprak të verifikimit të ankesës nga ana e Relatuesit.

Prezantimi i dytë kishte të bënte me Kompetencat dhe Përgjegjësitë e Komisionit të Gjykimit Disiplinor Profesional (shkalla e parë dhe e dytë) e prezantuar nga Kontilia Rapo.

Pikat kryesore të paraqitura në këtë prezantim ishin:

- Qëllimi i trajnimit;
- Rolet kryesore të Komisionit të Gjykimit Disiplinor Profesional në lidhje me rastet e raportuara nga Këshillat Rajonale;
- Shkallët e Gjykimit;
- Komisionet e Gjykimit Disiplinor Profesional (Shkalla e Parë);
- Komisioni Kombëtar i GJDP i Shkallës së Dytë (Apeli);
- Ngritja e Komisioneve Disiplinore;
- Përgjegjësitë e Komisioneve Disiplinore;
- Kompetencat që kërkohen nga anëtarët e Komisionit Disiplinor;
- Mbështetja e Komisionit;
- Gjykimi Disiplinor Profesional i Shkallës së Parë;
- Fazat e këtij gjykimi;
- Gjykimi Disiplinor Profesional Shkalla e Dytë (Apeli);
- Fazat e Gjykimit (Apeli);



I PROBLEME ORGANIZATIVE

- Masat Disiplinore që jep Komisionin i Gjykimit Disiplinor Profesional Shkalla e Parë;
- Masat Disiplinore që jep Komisioni i Gjykimi Disiplinor Profesional Shkalla e Dytë (Apeli).

Çështjet që u identifikuan pas këtyre prezantimeve ishte shqyrtimi siç duhet i paanshëm i një ankese të mbërritur në Këshillin Rajonal. Verifikimi dhe hetimi siç duhet i ankesës nga Këshilli Rajonal. Mënyra e përcaktimit dhe detyrave dhe përgjegjësive të Raportuesit. Evidentimi dhe zbatimi i hapave të verifikimit dhe hetimit të një ankese sipas Rregullores së Gjykimit Disiplinor Profesional. Përgjegjësitë e Këshillit Rajonal për plotësimin siç duhet të Dosjes së një ankese dhe zbatimin me përpikmëri të Rregullores dhe Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore për një vendim sa më të paanshëm në shërbim të publikut, mjekëve. Roli i anëtarëve të Komisionit Disiplinor Profesional, kompetencat dhe përgjegjësitë e tyre gjatë gjykimit të një ankese që ka mbërritur në Komision. Demonstrim, kompetencë në analizimin dhe gjykimin e një rasti. Zbatimin e Ligjit për Urdhrin e Mjekëve, Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, si dhe të Rregullores së Gjykimit Disiplinor Profesional. Mënyrën e shqyrtimit, analizimit dhe gjykimit të një rasti në Komision, mbështetja që ata kanë gjatë gjykimit, si dhe të drejtën për të kërkuar asistencë në raste kur ata janë të paqartë për çështje që janë të paraqitura në Dosjen e gjykimit. Komisioni i Gjykimit Disiplinor Profesional nuk ka të drejtë të hetojë, por vetëm të gjykojë me paanshmëri.

Pas diskutimeve, të gjithë pjesëmarrësit e trajnimit u ndanë në grupe, ku çdo grupi ju shpërnda një rast (kazuas) me disa pyetje (shoqëruese) dhe si do e verifikonin, shqyrtonin, hetonin dhe gjykonin këtë rast nëse do të ishte depozituar pranë UMSH-së.



INFORMACION MBI MBLEDHJEN E KËSHILLIT KOMBËTAR TË UMSH-SË, TË DATËS 11-12.11.2022

Më datat 11 dhe 12 Nëntor 2022, pranë Hotel “KONTI”, Korçë, u zhvilluan një takim me sekretarët dhe Presidentët e Këshillave Rajonale, si dhe mbledhja e fundit për vitin 2022 e Këshillit Kombëtar të UMSH-së.

Në takimin me presidentët dhe sekretarët diskutimet u përqëndruan në disa problematika:

- Mbi azhurnimin e Regjistri Kombëtar Themeltar të Mjekëve;
- Mbi problematikat që po hasen nga Këshillat Rajonale gjatë veprimtarisë së tyre;
- Mbi ankesat që mbërrijnë pranë Këshillave Rajonale;
- Sugjerime dhe diskutime mbi mbarëvajtjen sa më të mirë të punës së Këshillave Rajonale për vitin 2023 dhe ku duhet të përqëndrohen më shumë;
- Mbi mbledhjen e kuotave të anëtarësisë;

Në datën 12 Nëntor u zhvillua mbledhja e Këshillit Kombëtar, i ftuari për këtë mbledhje ishte Dr. Denis Gjika, Drejtor i Përgjithshëm i Agjencisë së Sigurimit të Cilësisë të Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror (ASCK).

Dr. Gjika bëri një prezantim të përgjithshëm të ndryshimet ligjore dhe krijimin e ASCK. Në këtë prezantim sqaroi mos ndryshimin e numrit të krediteve vjetore për mjekët, si dhe kërkoi një bashkëpunim ndër institucional për akreditimin e institucioneve shëndetësore në vend.

Po ashtu theksoi, bërjen e një plani për organizimin e aktiviteteve afatgjata specifike, jo masive dhe jo multidisiplinare për mjekët.

Pas pyetjeve dhe diskutimeve nga salla u vijua me fjalën e Dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH-së, i cili dikutoi për nevojën e rishikimit të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, dhe nevojën për ta përshtatur me Kodin Ndërkombëtar të Etikës i ndryshuar dhe miratuar në Tetor 2022 nga Shoqata Botërore Mjekësore (WMA). Për këtë arsye u propozuar ngritja e një grupi pune, për hartimin e një drafti, shpërndarjen për diskutim tek mjekët dhe pastaj miratimin në Këshillin Kombëtar të UMSH-së.

Më pas mbledhja vijoi me diskutime mbi disa çështje dhe problematika që hasen nga Urdhri i Mjekëve në punën e tij.



KODI NDËRKOMBËTAR I ETIKËS MJEKËSORE

Shoqata Botërore e Shëndetësisë (WMA)

Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949

Revised by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968,

the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983,

the 57th WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006

and by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022

PARATHËNIE

Shoqata Botërore e Shëndetësisë (WMA) ka hartuar Kodin Ndërkombëtar të Etikës si ligj parimesh etike për anëtarët e profesionit mjekësor në mbarë botën. Në përputhje me Deklaratën e WMA-s të Gjenevës: Betimit të Mjekut dhe mbështetur në gjithë politikat e saj, përcaktohen dhe sqarohen detyrat profesionale të mjekëve ndaj pacientëve të tyre, kolegëve dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë, vetvetes dhe shoqërisë në tërësi.

Mjeku duhet të jetë i vetëdijshëm për zbatimin e normave etike, ligjore dhe normave e standardeve rregullative kombëtare, si edhe të normave dhe standardeve përkatëse ndërkombëtare.

Normat dhe standardet e mësipërme nuk duhet të reduktojnë angazhimin e mjekut ndaj parimeve etike të përcaktuara në këtë Kod.

Kodi Ndërkombëtar i Etikës Mjekësore duhet lexuar si një i tërë, dhe secili nga paragrafët përbërës të tij duhet të zbatohen duke marrë parasysh edhe gjithë paragrafët e tjerë përkatës. Në përputhje me mandatin e WMA, Kodi ju adresohet mjekëve. WMA inkurajon personelin tjetër që është i përfshirë në kujdesin shëndetësor ti miratojnë këto parime etike.

PARIMET E PËRGJITHSHME

1. Detyra kryesore e mjekut është të promovojë shëndetin dhe mirëqenien individuale të pacientëve duke i ofruar kujdes kompetent në çdo kohë me dhembshuri, me profesionalizëm dhe në përputhje me praktikën më të mirë mjekësore.

Gjithashtu mjeku ka përgjegjësinë për të kontribuar në shëndetin dhe mirëqenien e popullatës të cilës i shërben dhe gjithë shoqërisë në tërësi, duke përfshirë edhe brezat e ardhshëm.



Mjeku duhet të sigurojë kujdes shëndetësor me respekt maksimal për jetën dhe dinjitetin njerëzor, si edhe për autonominë dhe të drejtat e pacientit.

2. Mjeku duhet të praktikojë mjekësinë në mënyrë të barabartë dhe ligjore, dhe të ofrojë kujdes të bazuar në nevojat shëndetësore të pacientit, pa paragjykime apo duke u përfshirë në sjellje diskriminuese në bazë të: moshës, sëmundjes ose paaftësisë, besimit fetar, origjinës etnike, gjinisë, kombësisë, përkatësisë politike, racës, kulturës, orientimit seksual, pozitës sociale ose ndonjë faktori tjetër.
3. Mjeku duhet të përpiqet të përdorë burimet e kujdesit shëndetësor në mënyrë që pacienti të përfitojë maksimalisht, në përputhje me administrimin e drejtë dhe të kujdesshëm të burimeve të përbashkëta që atij i janë besuar.
4. Mjeku duhet të ushtrojë profesionin me ndërgjegje, ndershmëri, integritet dhe llogaridhënie, duke praktikuar gjithmonë gjykim të pavarur profesional dhe duke ruajtur standardet më të larta të sjelljes profesionale.
5. Mjekët nuk duhet të lejojnë që gjykimi i tyre profesional individual, të ndikohet nga mundësia e përfitimit të tyre ose institucionit ku ata punojnë. Mjeku duhet të njohë dhe të shmangë konfliktet reale ose të mundshme të interesit. Kur konflikte të tilla janë të pashmangshme ato duhet të deklarohen paraprakisht dhe të menaxhohen siç duhet.
6. Mjekët duhet të jenë të përgjegjshëm për veprimet e tyre individuale mjekësore dhe nuk duhet të ndryshojnë gjykimet e tyre të bazuara në udhërrëfyesit/protokollet e bazuar në evidencat mjekësore, përkundrejt opinionëve mjekësore.
7. Kur e sheh të nevojshme, mjeku duhet të bashkëpunojë me kolegë dhe profesionistë të tjerë që janë të përfshirë në kujdesin e pacientit, ose me specialistët e kualifikuar të fushës për të vlerësuar ose rekomanduar opsionet e duhura të kujdesit. Ky komunikim duhet të respektojë konfidencialitetin e pacientit dhe të kufizohet në informacionin e nevojshëm.
8. Gjatë dhënies së mendimit profesional, mjeku duhet të paraqesë vetëm atë që ka verifikuar apo konstatuar personalisht.
9. Mjeku duhet të ofrojë ndihmë në urgjencat mjekësore, duke marrë parasysh sigurinë dhe kompetencën e tij, si dhe disponueshmërinë e opsioneve të tjera të mundshme për kujdes.
10. Mjeku asnjëherë nuk duhet të përfshihet ose të lehtësojë akte torture, ose praktika dhe ndëshkime të tjera mizore, çnjerëzore ose degraduese.
11. Mjeku duhet të angazhohet në procesin e edukimit të vazhdueshëm mjekësor gjatë gjithë jetës profesionale për të ruajtur dhe zhvilluar njohuritë dhe aftësitë e tij profesionale.
12. Mjeku duhet të përpiqet të praktikojë mjekësinë në forma apo mënyra të qëndrueshme mjedisore për të minimizuar rriskun shëndetësor mjedisor për brezat e tanishëm dhe të ardhshëm.

Detyrat ndaj pacientit

13. Në ofrimin e kujdesit mjekësor, mjeku duhet të respektojë dinjitetin, autonominë dhe të drejtat e pacientit. Mjeku duhet të respektojë të drejtën e pacientit për të pranuar ose refuzuar lirisht kujdesin në përputhje me vlerat dhe preferencat e pacientit.



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

14. Mjeku duhet ti japë përparësi shëndetit dhe mirëqënies së pacientit, dhe duhet të ofrojë kujdes maksimal në të mirë të pacientit. Duke vepruar kështu, mjeku duhet të përpiqet të parandalojë ose minimizojë dëmtimin e pacientit dhe të kërkojë një ekuilibër pozitiv mes përfitimit të synuar për pacientin dhe çdo dëmi të mundshëm.
15. Mjeku duhet të respektojë të drejtën e pacientit për tu informuar në çdo fazë të procesit të kujdesit. Mjeku duhet të marrë miratimin e informuar dhe vullnetar të pacientit përpara çdo kujdesi mjekësor të ofruar, duke u siguruar që pacienti të marrë dhe të kuptojë informacionin e nevojshëm për të marrë një vendim të pavarur dhe të informuar, të lidhur me kujdesin e propozuar. Mjeku duhet të respektojë vendimin e pacientit për të refuzuar ose tërhequr pëlqimin e tij, në çdo kohë dhe për çdo arsye.
16. Kur një pacient ka aftësi vendimmarrëse thelbësisht të kufizuara, të pazhvilluara, të dëmtuara ose të luhatshme, mjeku duhet ta përfshijë pacientin sa më shumë që të jetë e mundur në vendimmarrjet mjekësore. Përveç kësaj, mjeku duhet të punojë me kujdestarin e pacientit, nëse është i disponueshëm, për të marrë vendime në përputhje me preferencat e pacientit, kur ato njihen ose mund të konkludohen në mënyrë të arsyeshme. Kur preferencat e pacientit nuk mund të përcaktohen, mjeku duhet të marrë vendime në interesin më të mirë të pacientit. Të gjitha vendimet duhet të merren në përputhje me parimet e përcaktuara në këtë Kod.
17. Në raste urgjente, kur pacienti nuk është në gjendje të marrë pjesë në vendimmarrje dhe nuk ka përfaqësues të gatshëm, mjeku mund të fillojë një ndërhyrje pa pëlqimin paraprak të informuar në interesin më të mirë të pacientit dhe duke respektuar preferencat e pacientit, kur ato njihen.
18. Nëse pacienti rifiton aftësinë vendimmarrëse, mjeku duhet të marrë pëlqimin e informuar për ndërhyrjet e mëtejshme.
19. Mjeku duhet të jetë i vëmendshëm dhe të komunikojë me të tretët, kur është e mundur, të cilët janë të afërt të pacientit, në përputhje me preferencat dhe interesin e pacientit duke pasur gjithmonë parasysh ruajtjen e konfidencialitetit të pacientit.
20. Nëse ndonjë aspekt i kujdesit për pacientin është përtej kapacitetit të vetë mjekut, ai duhet të konsultohet ose ta referojë pacientin në një mjek tjetër ose profesionist shëndetësor të kualifikuar i cili ka kompetencën e duhur dhe të nevojshme.
21. Mjeku duhet të sigurojë dokumentacion mjekësor të saktë dhe në kohë reale.
22. Mjeku duhet të respektojë privatësinë dhe konfidencialitetin e pacientit edhe pasi pacienti të ketë vdekur. Një mjek mund të ofrojë informacion konfidencial nëse pacienti jep pëlqimin e informuar vullnetarisht, ose në raste të jashtëzakonshme kur ofrimi i informacionit është i nevojshëm për të mbrojtur një detyrim të rëndësishëm dhe mbizotërues etik, për të cilin janë ezauruar të gjitha zgjidhjet e tjera të mundshme edhe kur pacienti nuk pranon ose nuk jep miratimin/konsentin e tij. Ofrimi i informacionit duhet të jetë sa më minimal në drejtim të marrësit dhe në kohëzgjatje.
23. Nëse mjeku është i autorizuar të përfaqësojë pacientin ose i raporton një pale të tretë lidhur me kujdesin ndaj pacientit, mjeku duhet të informojë që në fillim pacientin në fjalë në përputhje me rrethanat dhe sipas rastit, gjatë rrjedhës së çdo ndërveprimi/esh që ai kryen. Mjeku duhet të vërë në dijeni pacientin lidhur me natyrën dhe shtrirjen e këtyre angazhimeve të tij, dhe i duhet të marrë pëlqimin e tij për ndërveprimin.



24. Mjeku duhet të jetë i tërhequr dhe i përmbajtur lidhur me reklamimin dhe marketingun ndërhyrës ose të papërshtatshëm, dhe duhet të sigurojë që të gjitha informacionet e përdorura prej tij në reklama dhe marketing të jenë të bazuara në fakte dhe jo mashtruese.
25. Mjeku nuk duhet të lejojë që interesat komerciale, financiare ose konfliktuale të tjera të ndikojnë në gjykimin profesional të tij.
26. Kur ofron kujdes mjekësor në distancë, mjeku duhet të sigurohet që kjo formë komunikimi të jetë e justifikueshme nga pikëpamja mjekësore dhe të ofrohet kujdesi i duhur e i nevojshëm mjekësor. Mjeku gjithashtu duhet të informojë pacientin për përfitimet dhe kufizimet e marrjes së kujdesit mjekësor në distancë, të marrë pëlqimin e pacientit, dhe të sigurojë që konfidencialiteti i pacientit do të ruhet. Kurdo që është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore, mjeku duhet të synojë ti ofrojë kujdes pacientit nëpërmjet kontaktit të drejtpërdrejtë dhe personal.
27. Mjeku duhet të ruajë kufijtë e duhur profesional. Mjeku nuk duhet të përfshihet kurrë në marrëdhënie ose sjellje abuzive, shfrytëzuese ose sjellje të tjera të papërshtatshme me një pacient, dhe nuk duhet të përfshihet në marrëdhënie seksuale me pacientin.
28. Për të ofruar kujdes të standardeve më të larta, mjekët duhet të kujdesen për shëndetin, mirëqenien dhe aftësitë e tyre. Kjo përfshin kërkimin e kujdesit të duhur për tu siguruar që ata janë në gjendje të praktikojnë në mënyrë të sigurtë.
29. Ky Kod përfaqëson detyrat etike të mjekut. Megjithatë, për disa çështje ka dilema morale të thella, ku mjekët dhe pacientët mund të kenë besime të ndërgjegjshme të kundërta të konsiderueshme dhe konfliktuale.

Mjeku ka detyrim etik për të minimizuar ndërprerjen e kujdesit ndaj pacientit. Kundërshtimi i ndërgjegjshëm i mjekut për ofrimin e çdo ndërhyrjeje të ligjshme mjekësore mund të ushtrohet vetëm nëse pacienti nuk dëmtohet ose diskriminohet individualisht, dhe nëse shëndeti i pacientit nuk është i rrezikuar.

Mjeku duhet të informojë menjëherë dhe me respekt pacientin për këtë kundërshtim të tijin, dhe për të drejtën e pacientit për tu konsultuar me një mjek tjetër të kualifikuar; dhe të sigurojë informacion të mjaftueshëm për ti mundësuar pacientit të fillojë një konsultë të tillë në kohën e duhur.

Detyrimet ndaj mjekëve të tjerë, profesionistëve shëndetësorë, studentëve dhe personelit tjetër

30. Mjeku duhet të bashkëpunojë me mjekë të tjerë, profesionistë shëndetësorë dhe personel tjetër në mënyrë të respektueshme dhe bashkëpunuese pa paragjykime, ngacmime ose sjellje diskriminuese. Mjeku gjithashtu duhet të sigurojë që parimet etike të respektohen kur punon në ekip.
31. Mjeku duhet të respektojë marrëdhëniet pacient-mjek, dhe të mos ndërhyjë në këtë marrëdhënie përveç se kur kërkohet nga palët ose nëse nevojitet për të mbrojtur pacientin nga dëmtimi. Kjo nuk duhet të pengojë mjekun të rekomandojë mënyra alternative veprimi që konsiderohen të jenë në interes dhe në të mirë të pacientit.
32. Mjeku duhet tu raportojë autoriteteve përkatëse kushtet ose rrethanat që e pengojnë mjekun apo profesionistët e tjerë shëndetësorë të ofrojnë kujdes të standardeve të larta, ose të respektojnë



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

parimet e këtij Kodi. Kjo përfshin çdo formë abuzimi ose dhune ndaj mjekëve dhe personelit tjetër shëndetësor, kushteve të papërshtatshme të punës, ose rrethanave të tjera që prodhojnë nivele të larta dhe të qëndrueshme stres.

33. Mjeku duhet të tregojë respektin e duhur ndaj mësuesve dhe studentëve.

Detyrat ndaj shoqërisë

34. Mjeku duhet të mbështesë ofrimin e drejtë dhe të barabartë të kujdesit shëndetësor. Kjo përfshin adresimin e pabarazive në shëndetësi dhe kujdes, përcaktuesit e këtyre pabarazive, si dhe shkeljet e të drejtave të pacientëve dhe profesionistëve shëndetësorë.

35. Mjekët luajnë rol të rëndësishëm në çështjet që kanë të bëjnë me shëndetin, edukimin shëndetësor dhe literaturën mjekësore. Në përmbushjen e kësaj përgjegjësie mjekët duhet të jenë të kujdesshëm në diskutimin e zbulimeve, teknologjive ose trajtimeve të reja në mjedise jo-profesionale, publike, duke përfshirë mediat sociale; dhe duhet të sigurojnë që deklaratat e tyre të jenë shkencërisht të sakta dhe të kuptueshme.

Mjekët duhet të parashtrojnë mendimet e tyre kur janë në kundërshtim me informacionin shkencor të bazuar në evidencë.

36. Mjeku duhet të mbështesë kërkime të shëndosha mjekësore në përputhje me Deklaratën e WMA të Helsinkit dhe Deklaratën e WMA të Taibeit.

37. Mjeku duhet të shmangë veprimet që në një mënyrë apo tjetër, ulin besimin e publikut lidhur me profesionin mjekësor. Për të ruajtur këtë besim, mjekët individualisht duhet të rifreskojnë njohuritë e tyre dhe të kolegëve, lidhur me standardet më të mira të sjelljes profesionale, dhe të jenë të përgatitur të raportojnë sjelljen që bie ndesh me parimet e këtij Kodi tek autoritetet përkatëse.

38. Mjeku duhet të ndajë njohuritë dhe ekspertizën mjekësore për të mirën e pacientëve dhe përmirësimin e kujdesit shëndetësor, por edhe të shëndetit publik dhe botëror.

Detyrat si pjesëtar i profesionit mjekësor

39. Mjeku duhet të ndjekë, të mbrojë dhe të promovojë parimet etike të këtij Kodi. Mjeku duhet të ndihmojë në parandalimin e kërkesave etike, ligjore, organizative ose rregullatore kombëtare dhe ndërkombëtare që minojnë ndonjë nga detyrat e përcaktuara në këtë Kod.

40. Mjeku duhet të mbështesë kolegët mjekë në përmbushjen e përgjegjësisë të përcaktuara në këtë Kod dhe të marrë masa për ti mbrojtur ata nga ndikimi, abuzimi, shfrytëzimi ose shtypja e padrejtë.

© 2022 Shoqata Botërore e Shëndetësisë. Të gjitha të drejtat e rezervuara. Të gjitha të drejtat e pronësisë intelektuale në Kodin Ndërkombëtar të Etikës Mjekësore i janë dhënë Shoqatës Botërore të Shëndetësisë.



KONFERENCË: “TË PËRDITËSOJMË NJOHURITË PEDIATRIKE NË PARANDALIMIN DHE TRAJTIMIN E COVID-19 NË PEDIATRI”

24 Shtator 2022, Vlorë

Më datë 24 Shtator 2022 në Vlorë u zhvillua konferenca me temë: “Të përditësojmë njohuritë pediatrike në parandalimin dhe trajtimin e COVID-19 në pediatri” e organizuar nga Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH.

Aktiviteti u hap dhe u drejtua nga dr. Eduard Mone, President i KR Vlorë, dhe në të morën pjesë 53 mjekë të përgjithshëm dhe pediatër.

Në konferencë u paraqitën 5 (pesë) tema nga mjekë specialistë dhe të përgjithshëm. Dr. Aida Koka, kardiopediatre, prezantoi shenjat e miokarditit tek fëmijët të infektuar me virusin COVID-19, të cilat paraqiten qartë në EKG dhe ECHO të zemrës dhe mënyrat e trajtimit gjatë shfaqjes së tyre gjatë trajtimit spitalor. Duke theksuar në rëndësinë e ndjekjes së të sëmurit për një periudhë 6 mujore dhe vijimin më pas me kontrollin e parametrave kryesorë kardiofiziologjikë.

Mjeku pediatër dr. Altin Cane, prezantoi sindromin e rëndë të dëmtimit multiorganik pas kalimit të fazës së infeksionit nga COVID-19, e njohur ndryshe si MISC. Mjeku sqaroi në mënyrë të detajuar shenjat e këtij ndërlikimi shumë të rëndë që prek fëmijët me pasoja dhe vdekje të prekurt. Fatmirësisht këto raste janë të pakta, por kur dyshohen apo konstatohen tre shenjat: rishfaje e temperaturës së lartë, dëmtimet e lëkurës e mukozave dhe çrregullimet e frymëmarrjes e tretjes; duhet të referohen menjëherë në spital për ndërhyrje të specializuara.

Dr. Arjana Hoxha u paraqit me temën interesante që lidhej me parandalimin e infeksionit të COVID-19 përmes përdorimit të vaksinës. U bënë të njohura të dhënat nga OBSH mbi përdorimin e vaksinës kundër COVID-19 në moshën pediatrike të ndarë sipas grup-moshave. Rëndësinë e vaksinimit për të parandaluar ndërlikimet e rënda të sëmundjes si MISC dhe long Covid. Gjithashtu u trajtuan edhe llojet e vaksinave që përdoren në pediatri, dozat dhe kujdesin post-vaksinal në mënyrë që të raportohet në kohë çdo efekt anësor, megjithëse u theksua se ndërlikimet janë shumë të pakta si numër dhe me intensitet klinik të ulët kalimtar.

Dr. Gladiola Naka u prezantua me temën mbi long Covid tek fëmijët si një grup çrregullimesh që vihen re pas një periudhe 6 javore nga kalimi i infeksionit dhe që manifestohet me një mori shenjash dhe simptomash shumë të përgjithshme si: anoreksia, lodhja e theksuar, nervoziteti, gjumësi, çrregullime të humorit si dhe çrregullime të tjera të zgjatura si: keq-tretja apo kolla, të cilat duhet të njihen dhe të adresohen tek mjeku i familjes apo edhe specialist sipas rastit.



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

Dr. Jora Koçiaj, hematologe, prezantoi temën mbi ndryshimet hematologjike dhe biokimike të vërejtura gjatë infeksionit të COVID-19, në të cilën u paraqitën një mori treguesish të cilët ndonëse jo specifike për këtë infeksion rriten shumë në vlerat e tyre kur ka prekje nga Covid, si parametrat citologjikë të serisë së bardhë dhe të citokinave të hershme gjatë këtij infeksioni.

Mjekët pjesëmarrës pyetën dhe diskutuan me prezantuesit dhe mes tyre duke prezantuar edhe ndonjë eksperiencë të punës së tyre lidhur me COVID-19.

Pjesëmarrësit në konferencë u pajisën me 6 kredite të akorduara nga ASCKSHSH.

Dr. Eduard MONE

President i Këshillit Rajonal Vlorë, UMSH



DITA BOTËRORE E ZEMRËS

29 Shtator 2022, Tiranë

Dr. Leonidha PEPO

Qendra Shëndetësore nr. 4, Tiranë

Dita Botërore e Zemrës mbahet në nivel global çdo vit, në datën 29 Shtator, një ngjarje që organizohet nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, e cila mori më shumë vëmendje në organizimin e luftës kundër COVID-19 dhe mbrojtjes së shëndetit të njerëzimit nga komplikacionet e saj, duke ju ndodhur pranë të gjithë mjekëve.

Gjithashtu muaji Shtator quhet edhe muaji i luftës kundër kolesterolit, pra ka lidhje të ndërsjelltë midis zemrës si organ kryesor e jetësor dhe yndyrnave për të cilat flitet dhe diktohet sot më 29.09.2022 në konferencën që zhvillohet në Hotel Rogner, me iniciativën dhe mbështetjen sponsorizuese të Kompanisë Farmaceutike “Novartis”, e njohur në të gjithë botën për sensibilizimin mbi rëndësinë dhe kujdesin shëndetësor të popullsisë.

Dhe sigurisht për ta bërë sa më të kthjellët dhe të dashur, mbi tematikat në kujdesin dhe ruajtjen e zemrës dhe ëe trupit, janë ftuar figura të rëndësishme shkencore të njohur, profesorë të shquar si Prof. Artan Goda që shprehu gjithë talentin e tij për ta bërë të qartë dhe përfituese luftën kundër yndyrnave.

Tema “Mjekimi i dislipidemive në SAK (sëmundje e arterieve koronare) por si do bëhet trajtimi i këtyre yndyrnave? Përgjigjet i dha i njohuri në fushën e koronarografisë dhe trajtimit me stent, Prof. Alban Dibra. Sigurisht tërheq vëmendjen e dëgjuesve por nuk janë vetëm këta. I ardhur nga Brukseli, i suksesshëm Prof. Elvin Kedhi i cili flet për ecurinë e pllakës ateriosklerotike dhe rëndësisë së ndërhyrjes imediate për kujdesin e sëmundjeve vaskulare.

Po bashkëjetesa e sëmundjeve të tjera të lidhura me çrregullimet e yndyrnave? Përgjigjet me gjithë aftësinë e tij, i jep Prof. Mihal Tase. Sigurisht kontrolli dhe masat kombëtare për parandalimin e komplikacioneve që japin nëpërmjet yndyrnave të larta në gjak nëpërmjet “check up” shpjeguar shumë qartë nga Prof. Genc Byrazeri, i aftë për ndërgjegjësimin e mjekëve në dobi të pacientëve e njerëzve përgjithësisht.

Por si u organizua konferenca në kujtim të ditës ndërkombëtare të zemrës? Si gjithmonë në të tilla raste përgjigjet kompania “Novartis”. Drejtuesi i kudo ndodhur Dr. Kliti Hoti, me emrin e lashtë ilir si mbret i taulantëve, është gati të marrë i dedikuar në këtë ndërmarrje jo të lehtë, të organizimit dhe përfundimit plot sukses. Duke përmendur edhe posterat, ekranet e mëdha në rrugët dhe sheshet e Tiranës që natyrisht kanë kosto financiare për të ndërgjegjësuar njerëzit duke lexuar dhe reflektuar. Por kjo nuk është e lehtë për tu përmbyllur.





Sigurisht i vetëm nuk e bën dot. Ka personel të përkushtuar që çdo gjë të shkojë jo vetëm mirë, por shumë mirë. I përmendur dhe herë tjetër farmacisti Ervin Lavdari, për të dhënë mendje e zbatuar të gjitha vendimet e ndërmarra. Ka edhe përvojë të grumbulluar në vite por edhe aftësinë e tij. Në krah Marinela Dibra, ka krijuar grup me Alba Cahani, Endrit Cili gjithashtu shumë i shquar. Pa dyshim që Dea e vogël do të ekzaltohej nga këta miq e kolegë të mamasë së saj.

Po çfarë është kjo Ditë Ndërkombëtare e Zemrës? U vendos si ditë simbol i kujdesit që duhet të tregojnë njerëzit përgjithësisht por edhe njerëz të veçantë që vuajnë nga kjo patologji.

Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) janë shkaktari kryesor i vdekjeve në nivel global sa i përket sëmundjeve jo-ngjitëse dhe sot quhen nga profesionistët e shëndetit si “pandemia e heshtur”.

- Rreth 18.6 milionë njerëz vdesin nga sëmundjet kardiovaskulare, që përfaqëson mbi 30% të të gjitha vdekjeve globale. Nga këto vdekje, 85% janë për shkak të infarktit të miokardit dhe insultit cerebral.
- Mbi tre të katërtat e vdekjeve nga SKV ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare ku bën pjesë edhe Shqipëria.



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

- Nga 17 milionë vdekje të parakohshme (nën 70 vjeç) për shkak të sëmundjeve jo të transmetueshme në vitin, 38% u shkaktohen nga SKV.
- 422.7 milionë njerëz janë të prekur nga sëmundje kardiovaskulare në të gjithë botën.

Por ajo që është më e rëndësishme është se nëse merren masat e duhura të parandalimit **80% e ngjarjeve të parakohshme kardiovaskulare mund të parandalohen!**

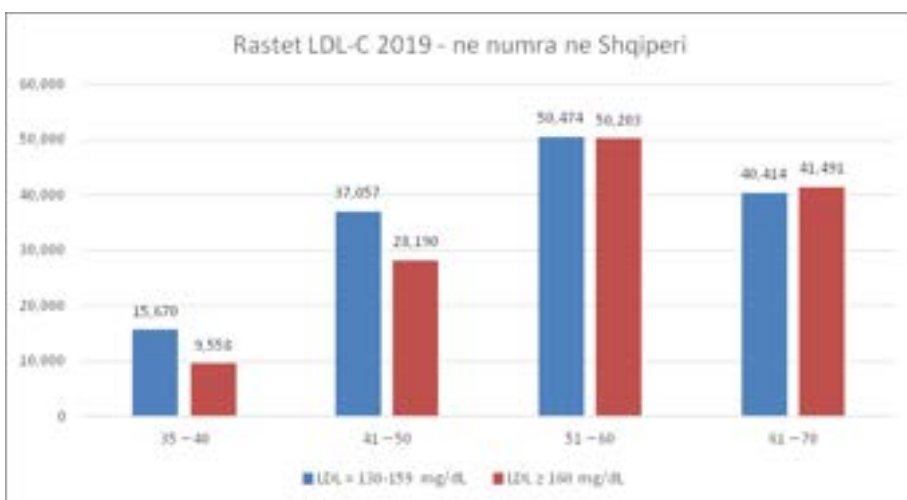
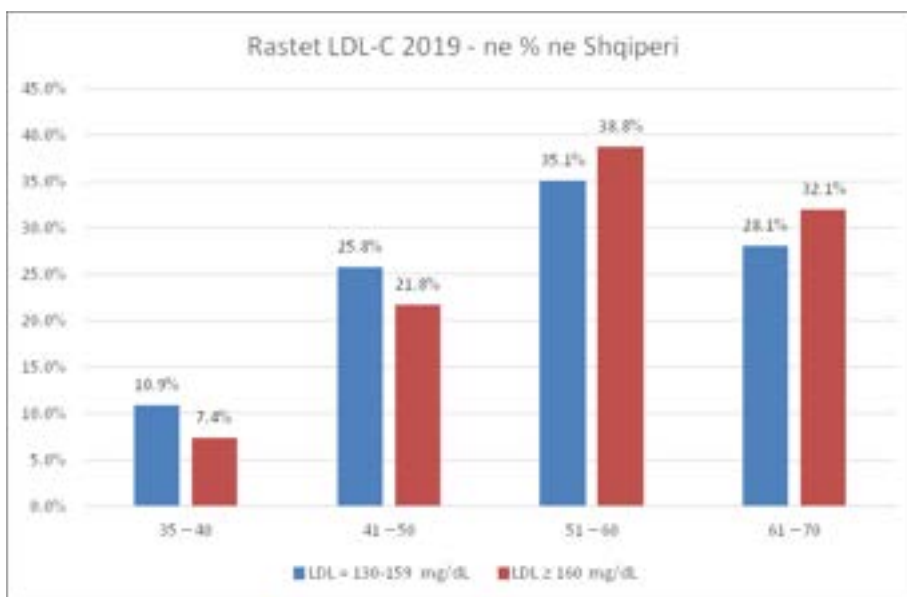
Situata në Shqipëri

- OBSH e ka klasifikuar popullatën shqiptare në kategorinë me rrezik të lartë për të patur ASCVD (sëmundje ateriosklerotike kardiovaskulare)
- Prevalenca e dislipidemive në Shqipëri është 58.6%, e ngjashme me atë të vendeve të tjera Evropiane.
- Rreth 1.4 milionë shqiptarë kanë të paktën një nga faktorët e rrezikut të lartë për dislipidemi.
- Hiperkolesterolemia totale është e lartë në 44.3% të popullsisë në Shqipëri dhe femrat kanë prevalencë më të lartë se meshkujt.

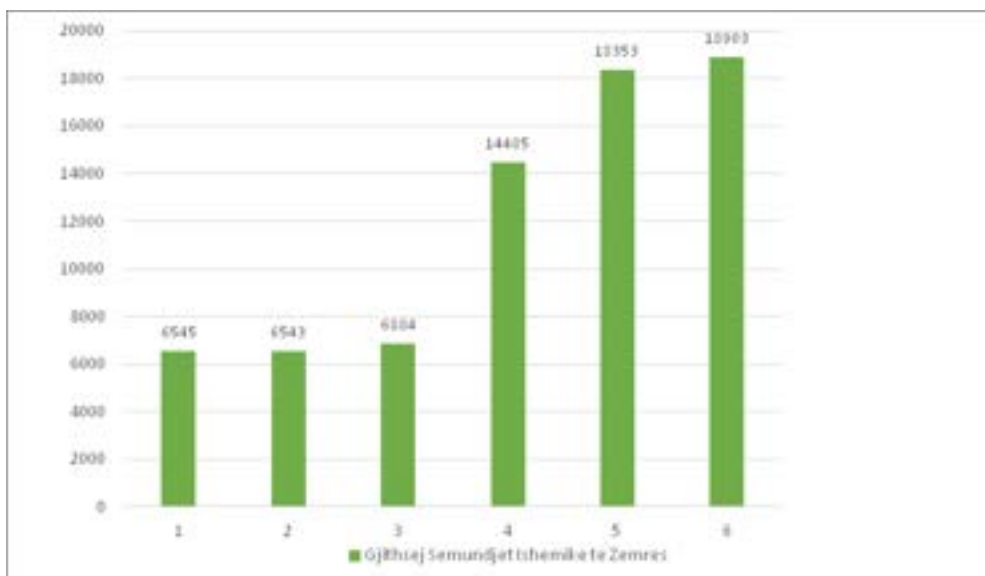
Nivelet e LDL kolesterolit		LDL = 130-159 mg/dL		LDL ≥ 160 mg/dL	
		Rezultate	%	Rezultate	%
Totale		143,615	30.4%	129,442	27.4%
Gjinia	Femra	86,625	60.3%	82,563	63.8%
	Meshkuj	56,990	39.7%	46,879	36.2%
Grupmosha	35 – 40	15,670	10.9%	9,558	7.4%
	41 – 50	37,057	25.8%	28,190	21.8%
	51 – 60	50,474	35.1%	50,203	38.8%
	61 – 70	40,414	28.1%	41,491	32.1%
Vendbanimi	Rurale	65,540	45.6%	58,189	45.0%
	Urbane	78,075	54.4%	71,253	55.0%



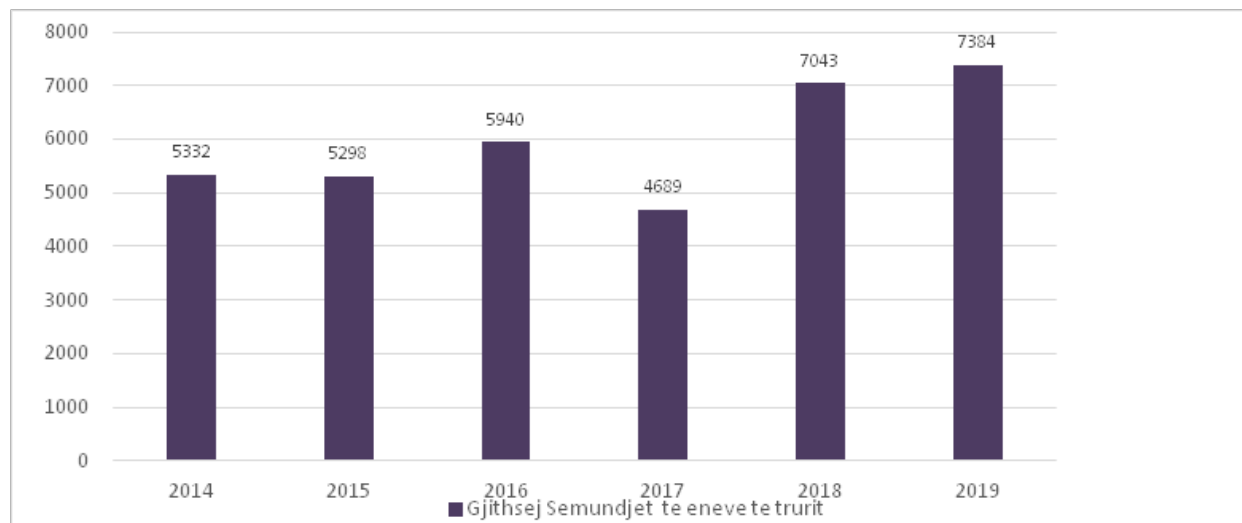
I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE



Shtrimet spitalore të sëmundjeve ishemike të zemrës dhe të enëve të trurit për vitet e fundit në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë tregojnë rritje të vazhdueshme



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE



Shkaqet kryesore të ASCVD përfshijnë:

- nivelet e larta të kolesterolit (hiperkolesterolemia);
- presionin e lartë të gjakut (hipertensioni);
- duhanpirja;
- diabeti;
- historia familjare dhe disa faktorë gjenetikë, siç është kolesterol i lartë i trashëguar që fillon në një moshë të re (hiperkolesterolemia familjare).

Faktorë të tjerë rreziku që kontribuojnë në ASCVD përfshijnë:

- një dietë të varfër;
- nivele të ulëta të aktivitetit fizik;
- mbipeshën;
- konsumin e tepruar të alkoolit, dhe
- stresi.
- Mosha dhe gjinia janë gjithashtu faktorë kontribuues, (kjo e fundit veçanërisht tek gratë pas menopauzës).

Parandalimi dhe menaxhimi i Dislipidemive kërkon angazhimin e të gjithë strukturave mjekësore dhe të popullsisë duke i ftuar në “check up” një herë në vit, për të evidentuar këto patologji sa më herët të jetë e mundur.

DUAJE ZEMRËN TËNDE – STOP LDL

NË NDERIM TË MJEKËVE QË NJË JETË JU SHËRBYEN NJERËZVE

Dr. Faik TOSKA



Në një nga lokalet e Tiranës me dt. 10 Nëntor 2022 u mbledhën mjekët që përfunduan studimet në Qershor të vitit 1966, me ratin e 56-vjetorit të diplomimit të tyre. Nga 147 të diplomuar, u mbledhën vetëm 32 kolegë.

Po ku janë shokët tanë?

Sot jetojnë gjithsej 77 mjekë e stomatologë, prej tyre 17 janë jashtë shtetit, të shpërndarë në Greqi, Itali, Britani, Amerikë, etj., ndërsa 70 të tjerë kanë ndërruar jetë, gjysma e tyre në

10-vjeçarin e fundit. Ndërsa 60 mjekë dhe stomatologë aktualisht jetojnë në Shqipëri, të shpërndarë në Tiranë e në rrethe të tjera.

Në takim vërtetë ishim pak, por emocionet ishin të papërshkrueshme, sepse po evokohej koha e bukur e rinisë studentore, pedagogët tanë të mrekullueshëm, por dhe koha mbi 50 vjet në profesionin e mjekut.



Përgjegjësi i kursit, Dr. Novruz Gërxhani, në fillim të takimit kujtoi me rradhë pedagogët tanë për të cilët kemi patur nderin e privilegjin të ishim nxënësit e tyre, si dhe shokët e kolegët tanë që nuk jetojnë midis nesh. Për këta pedagogë të lavdishëm, kërkues, të rreptë e të striktë dhe për shokët tanë, të gjithë të ngritur në këmbë, në nderim mbajtën një minutë heshtje.

Është e vërtetë që ne nuk i zhgënjyem pedagogët tanë, ecëm në gjurmët dhe realizuam ëndrrat e tyre.



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

Sot, prej kursit në fjalë numërohen 35 mjekë me grada shkencore, 13 profesorë, 7 profesorë të asociuar dhe 15 doktorë shkencash. Për kursin është nder që, aktualisht një prej kolegëve, prof. Bashkim Resuli të jetë Antar i Akademise së Shkencave Shqiptare. Shumë profesorë të tjerë kanë qenë dhe janë anëtarë të komiteteve, senateve, komisioneve dhe shoqatave të rëndësishme mjekësore ndërkombëtare, si dhe të përfshirë në fjalorë biografish. E gjerë ka qenë veprimtaria e tyre në fushën e botimeve shkencore, si autorë dhe bashkautorë librash të shumtë mjekësorë. Disa nga kolegët tanë kanë dhënë kontribut si mjekë, punonjës shkencor dhe mësimdhënës në fushën e sportit, si: Dr. Zydi Çoba si mjek i Klubit Sportiv “Vllaznia” dhe i skuadrës kombëtare të basketbollit, prof. Profit Canaj dhe Prof. Lluka Heqimi të cilët kanë ligjëruar leksione, shkruar libra dhe kanë qenë mjekë sportiv të skuadrave në klube edhe në ato kombëtare. Mjeku Flamur Topi që prej diplomimit ka drejtuar me dekada emisionin më popullor të vendit: “Trupi dhe Shëndeti”, duke dhënë një kontribut të vyer në edukimin mjekësor, zbulimin e hershëm, apo parandalimin e sëmundjeve. Për këto kontribute atij i është akorduar titulli i lartë “Mjeshtër i Madh”. Ndërkohë dr. Spiro Mëhilli, i apasionuar pas letërsisë artistike, ka botuar 28 libra; Çerçiz Myftari 10 libra, Neki Dredha 4 libra në poezi. Dr. Shefqet Domi ka shkruar dhe botuar 3 libra kushtuar treves së tij, sidomos lidhur me historinë e Kalasë së Dodës, ndërsa librin e katërt me titull “Një jetë e tërë me bluzë të bardhë” e la në mes pasi sëmundja e keqe i ndërpreu jetën.

Gjithashtu, titulli “Mjeshtër i Madh” u është akorduar edhe profesorëve: Flamur Tartari, Sulejman Zhugli e Profit Canaj, si dhe Dr. Shk. Dhimitër Xhaferit, për kontributet e tyre të veçanta në fushat e specialiteteve përkatëse.

Figura e tyre, niveli profesional kanë bërë që disa kolegë të menaxhonin institucione në nivele të ndryshme, nga përgjegjës reparti, shërbimi e deri drejtues të shëndetësisë në qendër dhe në rrethe. Kështu Dr. Luftulla Ceka ka qenë për mjaft vite Zv. Ministër i Shëndetësisë, dhe për pak muaj në këtë pozicion ka qenë edhe Durim Bebeci. Inspektor i Shëndetësisë në Këshillin e Ministrave në kohë të ndryshme kanë qenë Skënder Skënderaj dhe Zefir Harxhi. Në aparatin e Ministrisë së Shëndetësisë në pozicionin e drejtores së Drejtorisë të Nënës dhe Fëmijës ka punuar Fatmira Basha dhe në atë të Inspektorit për problemet e mjedisit dhe mbrojtjes në punë Faik Toska.

Kursi i mjekëve që përfunduan studimet në vitin 1966 kontribuoi në shtrirjen e shërbimit mjekësor në rrethe duke e bërë atë më kapilar. Kështu në 20 rrethe me kolegët tanë për herë të parë u hap shërbimi sanitar epidemiologjik, u emëruan mjekë epidemiologë dhe higjienistë në 20 rrethe, kryesisht nga diplomantët e vitit 1966, të cilët kryen një punë të përkushtuar.

Në Qershor të vitit 2016 kursi festoi në mjediset e Fakuletit të Mjekësisë 50 vjetorin e përfundimit të studimeve. U mbledhën ata djem e vajza, dikur me pasionin për tu bërë mjekë të aftë e specialistë të përkushtuar, tashmë pse jo me flokë të bardha nga vitet dhe kurrizin pakëz të kërrusur, por me bindjen e thellë që në këto vite ata kanë dhënë një kontribut të vyer e lënë një gjurmë që duhet të vlejë si një shembull pozitiv për brezat.

Për herë të parë në historinë e kurseve, Presidenti i Republikës dekoroi diplomantët e vitit 1966 me urdhrin “Naim Frashëri” me motivacionin **“Për kontributin e tyre 50 vjeçar dhënë me ndërgjegje, përkushtim dhe profesionalizëm të lartë, në drejtim të përsosjes së shërbimit mjekësor në Shqipëri, duke realizuar shtrirjen e tij nëpër fshatra si dhe duke u kushtuar përparësi profilaksisë dhe parandalimit të sëmundjeve”.**

Rektori i Universitetit Mjekësor të Tiranës, Prof. Arben Gjata, vlerësoi çdo ish-student me “Certifikatë Mirënjohjeje” me motivacionin “Për kontributin e pareshtur 50 vjeçar në shërbimin mjekësor”, ndërsa prej organizatorëve të takimit secilit iu dha distingtivi “50 vjet mjek, 1966 – 2016”.



70 VJET ARSIM MJEKËSOR UNIVERSITAR

Prof. Dr. Xheladin ÇEKA

05 Nëntor 2022, Tiranë

Situata shëndetësore e trashëguar më 1912: Shteti Otoman kur u largua nga Shqipëria nuk la asnjë gjurmë në fushën e Shëndetit Publik. Shteti i ri shqiptar pati mungesë organizate të vërtetë për mbrojtjen e shëndetit publik, mungesë institucionesh shëndetësore të çfardo natyre, mungesë mjekësh në shumë krahina dhe ndërmjet tyre asnjë specialist, mungesë farmacistësh në shumë vende, mungesë të stomatologëve, mamive dhe infermierëve. Kishte vetëm nga një mjek bashkie në disa qendra qeveritare dhe në ndonjë skelë apo ndonjë spital ushtrie, dhe këto pa mjetet e nevojshme.

Periodha 1912-1920: Në vitin 1914 filloi organizimi qeveritar në sektorin e shëndetësisë, me formimin e Drejtorisë së Përgjithshme të Shëndetësisë Publike, të drejtuar nga Z. Mihal Turtulli, titullari i Ministrisë së Arsimit në atë kohë. Deri në vitin 1920 Shqipëria kishte vetëm 50 mjekë, nga të cilët 1 specialist; 25 farmacistë, 7 stomatologë dhe 5 mami. Pas Kongresit të Lushjës, 1920: Ministria e Arsimit, Komanda e Mbrojtjes dhe Administrata e Shëndetësisë krijuan fonde të buxheteve të tyre për përgatitjen jashtë shtetit të një numri të personelit shëndetësor. Deri në vitin 1920 i tërë kapitali i mjekëve ishte shkolluar në Athinë dhe Stamboll. Thuajse të gjithë mjekët ktheheshin: kjo falë patriotizmit të tyre, rregullimeve ligjore të kohës, por pa dyshim dhe në radhë të parë falë faktit që Shqipëria në atë kohë kishte të njëjtin sistem ekonomiko-shoqëror dhe rregullimet ekonomike për mjekët ishin shumë të favorshme, përfshirë këtu faktin që popullata shqiptare e shihte mjekun e asaj kohe si Perëndi.

Megjithatë, vetëm pas mbarimit të luftës së madhe, më 14 Mars 1919 Kryqi i Kuq Amerikan ngriti në Tiranë Spitalin me 30 shtretër në shtëpinë e Z. Hamdi Bimbashi. Spitali ishte nën drejtimin e Zonjës Bruck me cilësi si kirurge, ku u përfshi dhe mjeku bashkiak shqiptar Osman Jonuzi. Pas Kongresit të Lushnjës Spitali i Tiranës u transferua në godinën e Hanit të Pashës, pranë Sahatit të Tiranës nën drejtimin e Dr. Osman Jonuzit. Spitali ishte me 50 shtretër ku u aktivizua gjithashtu edhe mjeku internist Syrja Pojani. Në Korrik të vitit 1932 Spitali i Tiranës u transferua dhe u instalua në një ndërtesë të re shtetërore dhe mori emrin “Spitali i Përgjithshëm Zogu I-rë”. Në vitin 1937 Shqipëria kishte 155 mjekë, prej të cilëve 47 specialistë; 49 farmacistë; 18 stomatologë, 29 mami dhe 2 infermiere.

Vitet e Luftës së Dytë Botërore ishin shumë komplekse për mjekësinë shqiptare, po ashtu dhe ato deri në vitin 1952. Këtë dhe historinë e Spitalit Civil të Tiranës në veçanti në këtë kohë e ka përshkruar mjeshtërisht Prof. Fejzi Hoxha, në botimin e tij të vitit 1962 me titull “Njoftime historike mbi zhvillimin e mjekësisë në Shqipëri”.



Instituti i Lartë Mjekësor (ILM)

Historiku i fillimit të krijimit të insitucioneve të arsimit të lartë mjekësor në Shqipëri daton në vitet '30 të shekullit XX, në kohën kur Mbretëria Shqiptare filloi reformimin e sistemit shëndetësor, çka u finalizua me inaugurimin e Spitalit të Përgjithshëm Civil (sot Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë), bashkë me Shkollën e Infermierëve dhe Mamive. Pranë Spitalit të Përgjithshëm Civil të Tiranës ushtruan artin mjekësor plot profesorë të huaj, kryesisht nga Gjermania dhe Austria, si: Prof. Lehman (Neurokirurg), Prof. Shlesinger, Prof. Quastler (kardiolog), të cilët natyrshëm propozuan dhe themelimin e Fakultetit të Mjekësisë. Por vitet e turbullta të Luftës së Dytë Botërore lanë gjurmët e veta në shëndetësinë dhe arsimin shqiptar të atyre viteve sigurisht (Petrela M., Draçini Xh).

Në kujtimet e tij, publicisti Mustafa Greblleshi, në kohën kur ishte redaktor i Gazetës “Roja Kombëtare” (pranvera e vitit 1943 – pak kohë para kapitullimit të Italisë fashiste), shkruan se një ditë bashkë me një kolegun e tij të gazetës, Fiqiri Llagami, kishin shkuar te Ministri i Arsimit, Xhevat Korça, për t'i marrë një intervistë. - Fiqiri Llagami i bënte pyetje Ministrit dhe unë me blok në dorë, mbaja shënime, - shkruan Greblleshi. Pyetja e parë e Fiqiri Llagamit ishte: - Zoti Ministër, më duket se ka ardhur koha që edhe Shqipëria të ketë universitetin e saj. Ç'mendoni ju si Ministër i Arsimit për këtë? – Unë mendoj se nuk ka ardhë koha, - u përgjigj Ministri. – Ka raste kur koha nuk duhet pritur, - shtoi Fiqiri Llagami, - ajo duhet gjetur... Hapja e një univesiteti nuk është e lehtë, - tha Ministri, - madje është diçka shumë e vështirë. Duhet godina, duhen pajisje laboratorike, duhen kuadro. Nuk kemi asnjërin prej tyre... (Çeka Xh., Muza e Kujtesës).

Mbështetur në bazën spitalore të Spitalit Civil të Tiranës në 22 Shtator 1952 filloi aktivitetin mësimor Instituti i Lartë Mjekësor, si pjesë e një grupi institutesh arsimore shtetërore, themeluar me Vendimin Nr. 381, datë 07.06.1952 të Këshillit të Ministrave. Instituti i Lartë Mjekësor filloi rrugëtimin e tij me 67 studentë, ndër të cilët 13 femra; një risi kjo për shoqërinë e asaj kohe (Xh. Draçini).

Më 9 Korrik 1953, në gazetën “Bashkimi” do të botohej shkrimi: “Kuadrot e ardhshme mjekësore” të Drejtorit të parë të këtij instituti, Dr. Aleko Bozo. Ku ai shprehej ndër të tjera: “ILM është burimi i mjekëve të rinj që do t'i shërbejnë popullit tonë. ILM u hap dhe filloi punën e tij rregullisht më 1 Tetor të vitit 1952. Sipas këtij shkrimi, ILM filloi të funksionojë në vitin e parë me 6 lëndë kryesore: Anatomi, Histologji, Fizikë, Kimi, Biologji dhe Marksizëm Leninizëm; shtuar këtu dhe tre lëndët e tjera: Latinisht, Rusisht dhe Fiskulturë.

ILM-ja e filloi veprimatrinë e vet në një godinë me dy salla dhe tre dhoma të vogla, që ishin në kufirin ndërmjet pavioneve I, II, III dhe Shkollës Ushtarake. Aty zhvilloheshin edhe leksionet dhe seminarët e tre viteve të para të jetës së ILM, janë shprehur Doc. Skënder Çiço dhe Prof. Gjergji Minga. Ndërsa në vitin e dytë ILM-ja u zhvendos në ish-godinën e Laboratorit Bakterologjik të Shtetit, ku është sot Dekanati i Fakultetit të Mjekësisë dhe Rektorati i UMT (S. Çiço, Xh. Draçini). E plotëson këtë njohje Prof. Besim Elezi, ish student i gjeneratës së parë të ILM-së kur shprehet: “në një dhomë të vogël të Medresesë, pedagogu shqiptar i sapoardhur nga Rusia, mbajti leksionin e parë në gjuhën shqipe”. Dihet tashmë që leksionin e parë në gjuhën shqipe e ka mbajtur Doc. Piro Goda, në lëndën e Kimisë. Ndërsa leksionet e para në dy lëndët mjekësore të vitit të parë të fakultetit: në lëndën Anatomi i mbajti profesori rus, Prof. Jefim Fiodoroviç Nikulçenko, pasuar nga Prof. As. Fiqiri Basha, Dr. Skënder Dauti dhe Prof. Petrit Gaçja; dhe në lëndën Histologji, Prof. Aleksandër Anikin, pasuar nga Doc. Skënder Çiço.



Rishtë e plotësimit me kuadro të Institutit të lartë Mjekësor dhe Fakultetit të Mjekësisë

Themelimi i Institutit të Lartë Mjekësor është një histori unike themelimi dhe suksesi. 70 vjet më parë, më 22 Shtator 1952 suksesi njëherësh, me drejtor Dr. Aleko Bozo.

Kuadrot e lartë, pedagogë të ardhur nga Bashkimi Sovjetik në Shqipëri, të paraprirë nga Prof. Aleksandër Anikin, Zv/Drejtori teknik i Institutit, hodhën themelet e kësaj “Godine”! Ata qenë themeluesit dhe drejtuesit e parë të shumicës së lëndëve apo katedrave të këtij instituti të porsaformuar.

Por dhe të tjerë pedagogë shqiptarë që kishin studiuar në Itali, Greqi, Francë, Austri, Turqi, etj., u bënë gjithashtu pedagogët e parë të këtij institucioni të porsalindur. Mjekët e shquar: Dr. Shiroka, Dr. Polena, Dr. Kalivopuli, Dr. Ashta, Prof. Zyma, Prof. Gjata, Prof. Kristidhi, Prof. Hoxha, Prof. Kërçiku, Prof. Nikolla Dushniku, Prof. Asllani, Doc. Dibra, Prof. Cani, Dr. Basho, Prof. Gliozheni, Prof. Ndroqi, Prof. Bekteshi dhe mjaft mjekë të tjerë të atij brezi, apo ata që studiuan në vendet e ish-demokracive popullore, ishin bashkëthemelues. Se ne, vërtetë nuk kishim Fakultet Mjekësie, por kishim këta mjekë nga më të zotët, që patën një rol të pazëvendësueshëm në vetë hapjen e këtij Instituti-Fakulteti.

Kishim gjithashtu Spitalin Civil të Tiranës, bazë e rëndësishme e Institutit që në themelim.

Dhe e filloi jetën Instituti ynë me 67 studentë.

Në vitin 1950 në rolin e Ministrit të Shëndetësisë, Dr. Medar Shtylla aktivizoi gjithashtu studentët shqiptarë që studionin për mjekësi në vendet e ish-demokracive popullore: Prof. Josif Adhami, Dr. Skënder Dauti, Prof. Koço Poro, Prof. Klement Shteto, Prof. Ylli Popa dhe shumë nga studentët e mjekësisë që studiuan kryesisht në Bashkimin Sovjetik, por dhe në vendet e tjera të lindjes. Kështu në vitin 1961 Fakulteti i Mjekësisë kishte vetëm pedagogë shqiptarë, numri i të cilëve arriti në 46.

Vazhdoi ILM-ja të rritej ndër vite. U përfshi në Universitetin Shtetëror të Tiranës më 1957 si Fakultet Mjekësie, me rrugëtimin e vet deri më sot, si pjesë e Universitetit i Mjekësisë, Tiranë.

Bazuar në kujtime të bashkëkohësve, dokumente të arkivës si dhe duke iu referuar polifotos së të diplomuarve të parë në Fakultetin e Mjekësisë në vitin 1957, rezulton se 23 prej pedagogëve të kursit të parë të studentëve të diplomuar, ishin profesorë rus. Nërsa pedagogët shqiptarë në kohën e diplomimit të studentëve të parë, nga 9 që ishin në fillim të veprimtarisë së ILM-së, shkuan në 44.

Politika e rekrutimit të kuadrit të ri në Fakultetin e Mjekësisë ka shkuar paralel me progresin e klinikave dhe katedrave të këtij fakulteti, me prirjen për të marrë kurdoherë më të mirët. Ndër këto dallon një VKM e fillim viteve '80 për mbajtjen direkt në institucionet qendrore, përfshirë universitetin, të studentëve ekselentë. Janë këtu në këtë sallë disa dhjetëra prej tyre, me kontribute të vyera prej gati 4 dekadash në Fakultetin e Mjekësisë.

Më 7 Mars 1968 u proklamua nga Shteti Shqiptar trekëndëshi revolucionar: “Mësim, punë prodhuese dhe përgatitje fizike e ushtarake”, me ndikim dhe në vetë kurrikulën e Fakultetit të Mjekësisë. Ndërkohë u rrit numri i pranimeve të studentëve të Fakultetit të Mjekësisë në 400 studentë në vit.

Në vitin 1976 u ul numri i studentëve në 125 studentë në vit dhe u fut për herë të parë nota mesatare e shkollës së mesme si kriter pranimi në fakultet.

Në vitin 1981 u bë ristrukturimi i disa katedrave të Fakultetit të Mjekësisë duke u bazuar në disiplinat klinike. Po ashtu dhe i pavioneve/klinikave.



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

Në vitin 1990, kur drejtonte Prof. Sabit Brokaj u fut për herë të parë sistemi 6 vjeçar i studimeve në degën Mjekësi e Përgjithshme dhe u bënë ndryshimet përkatëse në kurrikul, në përputhje me frymën e re që po vinte në universitet.

Periudha 1992-1999 përkoi në kohë me ndryshimet kurrikulare në Fakultetin e Mjekësisë sipas trendeve evropiane, në përputhje me dy projekte Tempus: Medalba dhe Klinikalba, me kohëzgjatje nga 3 vjet secili, dejtuar nga Prof. Fedhon Meksi dhe Prof. Anesti Kondili.

Ristrukturimet e kësaj kurrikule kanë vazhduar ndër vite dhe sot, kur drejton Prof. Xheladin Draçini. Ne kemi një kurrikul të Fakultetit të Mjekësisë me certifikatën e Akreditimit Ndërkombëtar (2020), në dy programet: Mjekësi e Përgjithshme dhe Farmaci.

Ndër vite, ne morëm studentët sipas sistemeve të pranimit të kohës; për të arritur sot deri tek sistemi i maturës shtetërore, nëpërmjet së cilës marrim kontigjentet më të mira të sistemit. Me korrektimet e pritshme vitin e ardhshëm.

Morëm gjithashtu pedagogë, si rregull më të mirët e çdo kohe, për të mbërritur sot tek konkursat e pranimit të pedagogëve të rinj, bazuar në procedura dhe kriteret e mirë-përcaktuara.

Nxjerrim mjekët e rinj për t'i futur në sistemin shëndetësor shqiptar. Rreth 460 është numri i pranimeve në vitin e parë në programin Mjekësi e Përgjithshme këtë vit. Le të themi, që 10 vjet më vonë, do të kemi një numër afërsisht po kaq specialistësh. Por le të jemi optimistë: 10 vjet më pas, unë jam besimplot, që Shqipëria do të jetë pjesë e BE-së dhe sistemi ynë i “enëve komunikuese” hyrje-dalje të specialistëve të mjekësisë do të ketë prirjen e ekuilibrit.

Ne thjeshtë po kryejmë detyrat tona.

Si kurdoherë.

Pse, a nuk e kryen misionin e tyre kolegët tanë mjekë edhe në hapjen e Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Prishtinës, me të cilin lidhej dhe vetë hapja e këtij Universitet? “Ardhja e këtyre pedagogëve për ne ishte e njëjtë si ardhja e shenjtorëve” do të shprehej për ta vite më pas Prof. Isuf Dedushaj. Po ata që dhanë kontributin e pazëvendësueshëm në hapjen dhe konsolidimin e Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit “Fadil Sulejman” të Tetovës, kur gratë dhe burrat e mençur shqiptar atje kuptuan se universiteti në gjuhën shqipe do të qe çelësi i fillimit të zgjidhjes së problemeve të shqiptarëve në Republikën e Maqedonisë së Veriut? Po, aty ishin dhe pedagogët tanë.

Ashtu siç i kryem me shumë sukses këto detyra edhe në përballimin e pandemisë vrastare të COVID-19. Ku lamë dhe jetë të kolegëve tanë. Respekt i pafund dhe homazh për ta!

Se pedagogu i Fakultetit të Mjekësisë, si në asnjë rast tjetër në vendin tonë kryen dy misione: atë akademik dhe kurativ njëherësh, apo anasjelltas. Ju sjell në vëmendje që këto ditë, rreth 200 pedagogë të Fakultetit të Mjekësisë janë duke rinovuar kontratat e tyre të biapartinencës me QSUT-në. Gjithashtu, thuajse tërë specialistët me rezultate të larta të rrjetit të spitaleve universitare të Tiranës janë në fazën e miratimit si asistentë/pedagogë të jashtëm të Fakultetit të Mjekësisë. Duke përbërë kështu një simbiozë unike të dy-punësimit në sistemin publik me përfitime të dyanshme njëherësh: pacientët – studentët dhe anasjelltas.

E gjitha kjo në shërbim të përgatitjes së studentëve dhe specialistëve të mjekësisë dhe të shëndetit në komunitet!



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

Në mbyllje ju sjell fare pak tregues:

Vetëm 1 specialist kishte Shqipëria në vitin 1920, sot thuajse çdo mjek i ri ka mundësi specializimi.

Në kursin e parë të Fakultetit të Mjekësisë u diplomuan 13 vajza; ndërsa 85% e atyre që u diplomuan këtë vit, ishin vajza.

Një dhomë mortore në Spitalin Civil të Tiranës më 1935, u shndërrua në një maternitet të vogël, sot Spitalet Universitare moderne Obstetrikë-Gjinekologji janë në rikonstrukcion e modernizim të vazhdueshëm.

Nga rontgeni i parë i vitit 1929 i Dr. Tartarit, sot tek një “park” i tërë pajisjesh imazherike deri tek ato më të sofistikuarat në rrjetin e spitaleve universitare në Tiranë dhe në spitalet rajonale, por jo vetëm.

Investuam në Fakultetin/Universitetin tonë edhe këto vitet e fundit veçanërisht në kuadër të paktit për universitetin, pas tërmetit të 26 Nëntorit, në kohën e pandemisë dhe në vijim; për cilësinë e ambienteve tona akademike, si kurdoherë.

Si optimist në gen, besoj që bashkë me këto, sidomos investimet e këtyre viteve të fundit në shëndetësi dhe veçanërisht në Rrjetin e Spitaleve Universitare, me siguri do të rrisin në mënyrë të ndjeshme cilësinë e shërbimit shëndetësor dhe përgatitjen e studentëve tanë të rinj.



KONFERENCA E XVI E SHOQATËS SHQIPTARE TË ANESTEZI-TERAPISË INTENSIVE

2-3 Dhjetor 2022, Tiranë

Më 2 Dhjetor 2022 në Hotel Tirana Internacional filloi punimet 2 ditore Konferenca e 16-të, e Shoqatës Shqiptare të Anestezi-Terapisë Intensive.

Një eveniment ky i rëndësishëm jo vetëm për këtë specialitet të mjekësisë, por shumë më tej, siç është dhe vetë diapazoni i aktiviteteve të kësaj fushe të gjerë e të vështirë.

Në këtë aktivitet u vu re një pjesëmarrje impresionuese e personaliteteve të mjekësisë dhe lektorëve shqiptarë e të ftuarve të huaj specialistë të fushës të Rajonit dhe të Evropës, mjekëve e specialistëve shqiptarë nga Shoqatat Mjekësore, Institucionet tejet të rëndësishme profesionale e shkencore.

I ftuar në këtë aktivitet ishte edhe Prof. Eduarde De Robertis, President i Shoqatës Evropiane të Anestezi-Terapi Intensive.

Në ceremoninë e hapjes së konferencës përshëndetën dr. Saimir Kuçi, Prof. dr. Tritan Shehu, znj. Ogerta Manastirliu, Prof. dr. Edoardo De Robertis, Prof. dr. Arben Gjata dhe Prof. dr. Xheladin Draçini; konferenca vijoi me sesionin e miqve të ftuar nga Italia, Greqia, Mali i Zi, Maqedonia e Veriut, Turqia dhe Izraeli.

Në datën 2 Dhjetor konferenca vijoi në Sallën Balsha me sesionin kushtuar COVID-19 dhe sesionin kushtuar Anestezisë, ku përveç mjekëve nga Shqipëria referuan edhe mjekë nga Kosova dhe Maqedonia e Veriut. Dhe në Sallën Abret me sesionin e trajnimit dhe sesionin e E-Poster.

Në datën 3 Dhjetor konferenca u mbajt në Sallën Balsha me sesionet për: Anestezinë, Kujdesin Intensiv dhe Anestezinë Kardiovaskulare, ku vijuan të prezantojnë mjekët shqiptarë dhe ata të huaj nga Franca, Maqedonia e Veriut, Italia. Dhe në Sallën Abret u mbajtën sesionet për: Kirurgjinë Kardiakë, Kirurgjinë Vaskulare dhe Kujdesin Infermieror nga mjekë dhe infermierë Shqiptarë dhe Italianë.

Për pjesëmarrësit në këtë konferencë ishte një kënaqësi e veçantë të dëgjonin referime e paraqitje me përmbajtje të lartë profesionale e shkencore, debate, mendime e konkluzione të vyera.



TAKIMI I ZEVA SIMPOZIUMI I 29-të I DHOMAVE DHE URDHRAVE TË MJEKËVE PËR VENDET E EVROPËS QENDRORE DHE LINDORE

8-10 Shtator 2022, Dubrovnik-Kroaci

Me ftesën e Dhomës së Mjekëve të Kroacisë më 9-10 Shtator u organizua Simpoziumi i 29-të ZEVA. Në të morën pjesë delegacione nga dhomat dhe urdhrat e mjekëve gati nga gjithë vendet anëtare të këtij forumi mjekësor (Austria, Bosnje-Hercegovina, Kroacia, Gjermania, Rep. Çeke, Mali i Zi, Polonia, Maqedonia, Serbia, Sllovenia, Kosova dhe Shqipëria). I ftuar i veçantë ishte edhe presidenti i CPME (Komiteti i Përhershëm i Mjekëve Evropian) dr. Kristian Kajzer.

Në ceremoninë e hapjes dr. Kresimiz Luetiç, president i dhomës së mjekëve Kroat, ju uroj mirëseardhjen të pranishmëve, shprehu kënaqësinë që pas 2 vitesh pandemie po kthehemi në rrjedhën normale, të bërjes së aktiviteteve me praninë fizike. Më tej pasi theksoi rolin e Dhomave dhe organizmave të tjerë profesional në sistemet shëndetësore të çdo vendi, ai falenderoi për kontributin që pjesëmarrësit do të japin për mbarëvajtjen e aktivitetit.

Ndërsa pas tij dr. K. Kajzer, president i CPME, theksoi domosdoshmërinë e bashkëpunimit të organizmave profesional evropianë dhe më gjerë. Ai më tej foli për ndryshimet që do të bëhen në statut dhe rregullore të tjera të CPME në takimin e rradhës në fund të Tetorit në Pragë. Duke përfunduar ai i ftoi pjesëmarrësit të bëjnë diskutime të frytshme për problematikën e caktuar për këtë takim, si mundësi e mirë për të përfituar nga përvoja e njëri-tjetrit.

Seanca e parë u hap me 2 leksione:

- Apel i ndërgjegjes së mjekëve dhe Kodi Mjekësor Ndërkombëtar i WMA (Shoqata Botërore e Mjekëve) nga Dr. Ramin Parsa Parsi (Shoqata Mjekësore Gjermane)
- Rëndësia dhe roli i Shëndetit Publik në Kujdesin Shëndetësor nga Dr. Goran Pavic nga Federata Mjekësore e Bosnje-Hercegovinës.

Seancat e tjera ju dedikuan prezantimeve të raporteve Kombëtare të secilit delegacion si dhe diskutimeve rreth tyre, për 3 probleme të paracaktuara nga organizatorët.

Çështja e parë: Tipare kryesore të procedurave disiplinare nga dhomat e urdhrave e mjekëve.

Për këtë çështje pak a shumë ndiqej e njëjta linjë nga të gjithë pjesëmarrësit. Diskutime pati për mënyrat e përgatitjes së dosjeve për çështjet që do të gjykohen. U tentua të theksohej roli i seancave të pajtimit të palëve apo ndërmjetësimit midis palëve, për të evituar seancat gjyqësore të gjykimit profesional. Të gjitha diskutimet synonin që gjykimet të ishin të ndershme, të paanshme, profesionale dhe të besueshme nga të gjithë.



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Çështja e dytë ju kushtua kundërshtimit të ndërgjegjshëm të procedurave mjekësore nga ana e mjekëve si pasojë e mos lejimit të ndërgjegjes së tyre. P.sh.: një mjek di ta bëjë legeartis procedurën e abortit por kundërshton ta bëjë pasi nuk ia lejon ndërgjegjja, të vrasi një krijesë të re njerëzore siç është feta.

Kundërshtimet e ndërgjegjes mund të jenë gjithashtu me bazë fetare, qëndrime ndaj pakicave racore apo kombësie, qëndrime apo procedura jo njerëzore, ndryshime të kota e të dëmshme të formave të trupit, qëndrime ndaj fundit të jetës (eutanazi, suicid i asistuar, etj.). Këtu pati diskutime interesante rreth raportit të parimeve etike dhe ligjit; vështirësitë për të dalluar spekulimet nga e vërteta për kundërshtimet e ndërgjegjshme, rreziku se kundërshtimet do të jenë strehë e të paafit apo përtacit, etj... Mbi të gjitha në shumë vende s'ka hapësirë ligjore për këtë çështje (Edhe në Ligjin për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë).

Seanca e fundit ju kushtua sfidave të sotme në shërbimin spitalor. Këtu u paraqitën nga delegacionet skemat e shpërndarjes së spitaleve në vendet respektive, kategorizimi i spitaleve, akreditimi i tyre, financimi dhe menaxhimi po ashtu dhe ndryshimet në to nga reformat në sistemet shëndetësore të vendeve.

Me interes u dëgjua projektligji i ri për shërbimin spitalor në republikën e Shqipërisë, rreth të cilit pati pyetje si për autonominë spitalore ashtu edhe për Praktikën e dyfishtë të mjekëve në institucionet publike.

Në fund, takimi i vitit tjetër u ftua nga Shoqata Mjekësore Gjermane.



ASAMBLEJA E PËRGJITHSHME E SHOQATËS BOTËRORE TË SHËNDETËSISË (WMA)

5-8 Tetor 2022, Berlin – Gjermani

Me ftesën e Shoqatës Mjekësore Gjermane u zhvillua në Berlin Asambleja e Përgjithshme e WMA-së. Ngjarje mjaft e rëndësishme pasi koincidonte me 75 vjetorin e krijimit të WMA-së si dhe 75 vjetorin e krijimit të Shoqatës Mjekësore Gjermane (GMA). Pas një periudhe të gjatë veprimtarish kryesisht online me praninë e 56 delegacioneve nga vende të ndryshme të botës anëtare të WMA-së si dhe të disa anëtarëve të asociuar u zhvillua kjo veprimtari në Berlin.

Në ceremoninë e hapjes drejtuesit kryesorë të kësaj shoqate botërore, Presidenti i Asamblese së Përgjithshme dr. F. U. Montgomery si dhe Presidentja e kësaj shoqate dr. Heidi StenSmyren folën për rëndësinë e kësaj veprimtarie duke theksuar se pavarësisht nga vështirësitë e krijuara nga pandemia, ky organizëm i rëndësishëm profesional botëror ka zhvilluar një punë afër normales duke përballuar sfidat e kohës falë angazhimit të përgjithshëm të strukturave të WMA-së dhe mbështetjes së gjithanshme nga strukturat drejtuese të vendeve anëtare. Asambleja e sivjetshme përveç bilanceve të zakonshme, miratimit të rezolutave dhe deklaratave për probleme të ndryshme profesionale do të kishte si lajtmotivin e saj diskutimin dhe aprovimin e Kodit të ri Botëror të Etikës Mjekësore. Ky është një dokument mjaft i rëndësishëm i hartuar nga mjekët për mjekët.

Më tej ata theksuan se përveç punimeve të asamblesë së WMA-së në dt. 6 Tetor seancat do të kushtoheshin festimit të 75 vjetorit të Shoqatës Mjekësore Gjermane, të cilat do të pasoheshin nga një sesion shkencor mbi parimet e etikës mjekësore si kontribut i kësaj shoqate.

Në ditën e parë u diskutuan disa deklaratat, rezoluta dhe materiale të tjera të rëndësishme që pas sugjerimeve të fundit do të paraqiteshin Këshillit të WMA-së dhe më tej Asamblesë së Përgjithshme për ti miratuar. Ndër to vlen të përmendet: deklarata në mbështetje të sakrificave të personelit mjekësor në Ukrainë për shkak të situatës së luftës me Rusinë. Po ashtu deklarata mbi të drejtat dhe liritë e grave të Iranit, raportimi nga dr. Ramin Parsa Parsi me cilësinë e kryetatrit të komisionit të posatshëm për hartimin e Kodit të ri Botëror të Etikës Mjekësore, mbi veprimtaritë përgatitore si dhe konkluzionet e tyre mbi draftin e këtij kodi. Më tej seanca e mbasditës u pasua nga leksione mbi parimet bazë të etikës mjekësore nga lektorë të mirënjohur ndërkombëtar specialistë të fushës.

Në ditën e dytë ceremonia e hapjes së festimeve të 75 vjetorit të krijimit të GMA u hapën me përshëndetjet e Presidentit të saj dr. Klaus Rainhart, i cili bëri një bilancë të arritjeve kryesore të GMA-së ndër vite duke u ndalur në sfidat e sotme në lidhje me lartësimin e profesionit mjekësor dhe rritjes së cilësisë së kujdesit shëndetësor të ofruar nga profesionistët mjekësor. Më tej përshëndetën Ministri i Shëndetësisë së Gjermanisë, Sekretari i Përgjithshëm i WMA dr. O. Kloiber, etj., midis fjalimeve pati intervale muzikore me vepra të suksesshme të viteve '60-'70-'80-'90 e në vazhdim. Pas seancave festive në seancat e mbasditës u zhvillua një sesion shkencor mbi etikën mjekësore nga lektorë gjermanë ekspertë të fushës.



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Ditën e tretë u zhvillua Mbledhja e Këshillit të WMA-së e cila analizoi dokumente dhe materiale të tjerë të rëndësishëm dhe më pas i miratoi ato për tu paraqitur në Asamblenë e Përgjithshme. Në një seancë të veçantë u bë ceremonia e kalimit të detyrës nga Presidentja e mëparshme dr. Heidi StenSmyren tek Presidenti i ri dr. Osahon Enabulele, ish president i Shoqatës Mjekësore Nigeriane dhe më tej u zgjodh Presidenti i WMA për 2023-2024 dr. Lujain Alqodmani nga Kuvajti.

Asambleja zhvilloi punimet në dt. 8 Tetor, si zakonisht ceremonia e hapjes filloi me verifikimin e mandateve dhe apelin e anëtarëve me të drejtë vote, pastaj u dëgjuan fjalimet e Presidentes së mëparshme dr. Heidi dhe Sekretarit të Përgjithshëm dr. O. Kloiber. Një përshëndetje të veçantë bëri Kryetarja e Bashkisë së Berlinit, po ashtu në këtë ceremoni u ndanë disa certifikata mirënjohjeje për personalitete ndërkombëtare me kontribut të veçantë në veprimtarinë e WMA-së. Në sesionet e punës u diskutua raporti mbi veprimtarinë financiare të WMA-së, raporti i veprimtarive vjetore të ndjekura nga presidentja e shoqatës, raporti mbi përdorimin etik të masmediave nga strukturat dhe përfaqësues të WMA-së. Në 2 seanca të veçanta u aprovuan deklarata dhe rezoluta që ishin parapërgatitur dhe diskutuar në ditët e mëparshme të kësaj veprimtarie.

Ngjarja kryesore ishte aprovimi i Kodit të Ri Botëror të Etikës Mjekësore (të cilin e gjeni në rubrikën **Etikë dhe Deontologji**). Më tej në seancën pasuese u bënë përshëndetje nga organizma të tjerë profesionale, si: CPME, CEOM, EFMA, EMSA si dhe u zgjodh Presidenti i Shoqatës Botërore të Mjekëve të Rinj dr. Jacques de Haller ish president i CPME-së dhe njohës i mirë i organizmave ndërkombëtare mjekësore profesionale. Në mbyllje u aprovua kalendari i veprimtarive për vitet e ardhshme. Konkluzionet përfundimtare të kësaj veprimtarie i paraqiti dr. F. U. Montgomery.



ASAMBLEJA E KOMITETIT TË PËRHERSHËM TË MJEKËVE EVROPIANË (CPME)

28-29 Tetor 2022, Pragë – Çeki

Mbledhja e vjeshtës e Asamblesë së Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropian u ftua nga Dhoma e Mjekëve Çekë në datat 28 dhe 29 Tetor në Pragë. Në këtë veprimtari hibride morën pjesë me prezencë shumica e vendeve anëtare (Anglia, Portugalia, Greqia, Sllovenia e ndoqën online takimin).

Po ashtu ishin të pranishëm si vëzhgues në takim delegacionet e Serbisë, Shqipërisë, Izraelit, Gjeorgjisë, etj., dhe përfaqësues të organizmave profesionalë ndërkombëtarë, si: CEOM, EFMA, WMA, EMSA, etj...

Në ceremoninë hapëse të Asamblesë u dëgjuan përshëndetjet e Dhomës së Mjekëve Çeke dhe presidentit të CPME, si dhe Zvministrit të Shëndetësisë të Republikës Çeke (online), pastaj u fillua me raportet kombëtare të paraqitura nga Holanda, Irlanda, Bullgaria, Kroacia dhe Çekia. Në to dominonte puna përpjekjet dhe sugjerimet për ndjekjen e të sëmurëve me sindromën post-COVID. Për ndjekjen e tyre afatgjatë u theksua nevoja e ndërthurjes ndërdisiplinore për të arritur rezultatet e dëshiruara. Hera herës alteracionet patologjike në sisteme të shumta duken mjaft të vështira për tu trajtuar dhe arritur objektivat e dëshiruara.

Në seancën pasuese u panë në grupe të punës në seksione të veçanta paralele rezolutat mbi shëndetin publik dhe parandalimin e infeksioneve, imunizimin dhe vaksinimin, sigurinë dhe cilësinë e produkteve të reja farmaceutike. Një seancë e veçantë iu kushtua praktikës profesionale të monitoruar nga Dhoma dhe Urdhrit të Mjekëve duke u përqëndruar në dy elemente të rëndësishëm: sigurinë dhe të drejtat e pacientëve. Seanca pasuese ju kushtua angazhimit të gjithanshëm në vendet anëtare për të minimizuar apo evituar në maksimum dhunën ndaj profesionistëve të shëndetësisë. Këtu u nënvizua puna për të nxitur ndryshime në legjislacionin e vendeve anëtare për të trajtuar siç duhet rastet e shfaqjes së dhunës ndaj personelit si në ambientet e punës ashtu edhe jashtë tyre. Vëmendje ju kushtua ndryshimeve statutoare të propozuara në draftin për statutun e ri të CPME-së, kështu nën drejtimin e presidentit të CPME dr. Kristian Kaizer u prezantuan dhe u diskutuan ndryshimet e propozuara duke konkluduar materialin përfundimtar që do të paraqitej ditën e nesërme Asamblesë për miratim.

Në ditën e dytë u zhvillua Asambleja e Përgjithshme si zakonisht u bë verifikimi i mandateve dhe apeli i delegacioneve pjesëmarrëse. Më tej presidenti i CPME-së foli për rëndësinë e tematikës së këtij takimi duke u fokusuar sidomos në punën e bërë për hartimin e statutit të ri të këtij organizmi, si dhe rëndësinë e aprovimit të tij. Vend të veçantë në fjalën e tij zuri dhe vlerësimi i përpjekjeve të punës së palodhur dhe në mbingarkesë të personelit mjekësor edhe këtë vit në përballimin e kontigjenteve të fundit për të sëmurëve me COVID dhe ndjekjen në vazhdimësi të një pjese të tyre.



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Në seancat e para të punimeve u diskutuan problemet financiare duke analizuar me hollësi realizimin e detyrimeve të anëtarësisë, mënyrën e shpenzimit të buxhetit si dhe impaktin negativ të situatës së ndikuar nga lufta në Ukrainë. Më tej u dëgjua raporti i Presidentit për veprimtaritë e këtij komiteti gjatë vitit të kaluar. Për kontribute të veçanta në CPME u dhanë certifikata mirënjohje të tre ish presidentëve të mëparshëm si dhe disa përfaqësues të vendeve si: Britania, Irlanda, Serbia, Danimarka që për shkak të mbarimit të mandateve të tyre nuk do të marrin pjesë më në veprimtaritë e CPME-së. Në mbyllje të kësaj seance u bë votimi për Sekretarin e Përgjithshëm të CPME-së znj. Sarada Das, e emëruar në këtë pozicion nga presidenti.

Falë punës korekte dhe me mjaft përgjegjësi për hartimin dhe diskutimin e draftit të statutit, seanca e miratimit të tij ishte më e shkurtra pasi materiali u miratua me unanimitet duke marrë votat e të gjithëve. Në seancën përmbyllëse u dëgjuan përshëndetjet e përfaqësuesve të organizmave të tjerë ndërkombëtarë, si: WMA, CEOM, EFMA, EMSA, FEMS, etj., si dhe kalendari i veprimtarive të vitit 2023. Në mbyllje presidenti i CPME dr. K. Kaizer falenderoi pjesëmarrësit për praninë, angazhimin dhe kontributin e dhënë në mbarëvajtjen e punimeve të këtij takimi.



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

25 Nëntor 2022, Luksenburg

Takimi i vjeshtës u ftua në Luksenburg më 25 Nëntor, nga Kolegji Mjekësor i Luksenburgut, i cili u zhvillua me prezencë thuajse të plotë të përfaqësuesve të vendeve anëtare. Po ashtu në të morën pjesë edhe Dr. Otmar Kloiber sekretar i përgjithshëm i WMA, Dr. Erich Theo Merholz për AEMH, Znj. Saranda Das CPME, Z. Alvaro Cerame Del Campo EJD, Dr. Luka Delak EMSA, Dr. Joao De Deus-president FEMS, Dr. Mary Mc Carthy UEMO, Dr. Marc Hermans UEMS. UMSH u përfaqësua nga Dr. Fatmir Brahimaj dhe Dr. Ines Argjiri.

Në ceremoninë e hapjes ju urua mirëseardhja në Luksenburg të gjithë pjesëmarrësve nga Dr. Pit Buchler president i Kolegjit Mjekësor të Luksenburgut, më pas përshëndeti Ministri i Shëndetësisë Znj. Paulette Lenert. Më tej Dr. Jose Santos president i CEOM pasi falenderoi kërkoi aprovimin e axhendës dhe të takimit të mbajtur në Selanik dhe gjithashtu vlerësoi tematikën e zgjedhur për aktualitetin dhe rëndësinë e saj.

Takimi vijoi me përmbledhjen e grupit të punës lidhur me dhunën dhe burnout-in tek mjekët dhe profesionistët e tjerë mjekësorë. Referuesi i parë ishte dr. Claire Siret që paraqiti të dhënat nga studimi i apdejtuar të CNVIF në Francë, ku theksi u vu mbi shtimin e rasteve të dhunës dhe të burnout-it dhe *bashkëpunimin e personelit mjekësor me policinë lidhur me denoncimin e rasteve të dhunës dhe dënimin e agresorit deri në burgim të tij dhe **kërkoj që sulmi ndaj bluzave të bardha të jetë zero***. Më pas dr. Jose Maria Rodriguez Vincente referoi të dhënat e dhunës ndaj profesionistëve mjekësor në Spanjë për vitin 2021, ku theksoi edukimin ndaj dhunës të personelit mjekësor dhe bashkëpunim të ngushtë me policinë të personelit mjekësor. Më tej dr. Philippe Cathala prezantoi Raportin mbi sigurinë e mjekëve të Observatorit Francez për vitin 2021, në të cilin u theksua që përveç rritjes së rasteve të denoncimeve në zyrat e policisë shumë pak prej tyre shkojnë në Gjykatë (një pjesë e mirë e mjekëve thjesht rregjistrojnë denoncimin e tyre por nuk dëshirojnë të shkojnë në gjykatë), ku gjithsesi agresori rregjistrohet dhe ka informacion të saktë sa herë individ kryhen dhunë; dhe duhet të nxiten mjekët të denoncojnë agresorët në polici. Pas tij Dr. Joao De Deus paraqiti të dhënat e përfuara nga surveyimi i dhunës kundër mjekëve në klinikat mjekësore, i cili prezantoi më parë pyetësin e përdorur dhe mënyrë e mbledhjes së të dhënave të cilat përqaseshin shumë me ato të raportuara nga kolegët parafolës. Por veçanti në këtë prezantim qenë të dhënat lidhur me mobing-un në ambientet e punës mes vetë mjekëve dhe atij mjek-personel ndihmës. (në vijim Deklarata e Organizatave Evropiane Mjekësore(EMOs) mbi Dhunën ndaj Personelit të Kujdesit Shëndetësor)



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Në seancën e dytë dr. Otmar Kloiber prezantoi Kodin e ri Ndërkombëtar të Etikës Mjekësore dhe procesin e punës të kryer për të. Dr. Ramin Parsa Parsi prezantoi të dhëna mbi racizmin në mjekësi. Ndërsa dr. Jose Ramon Huerta Blanco prezantoi kontributin e ri të Kartës Evropiane të Etikës mjekësore dhe propozimin e rishikuar të marrëdhënies mjek-pacient si trashëgimi kulturore dhe të ruhet si gjithë gjërat e tjera të ruajtura prej saj të kulturës njerëzore.

Në seancat e pasdites znj. Valerie Besch prezantoi lidhur me sfidat ligjore të mjekëve në kontekstin e përdorimit të inteligjencës artificiale duke e vënë theksin në përgjegjësinë e mjekut dhe të prodhuesit të aparaturës lidhur me gabimet që mund të ndodhin gjatë kryerjes së procedurave mjekësore. Nga pjesëmarrësit u vu theksi në mos zëvendësimin e mjekut vetëm nga aparatura apo edhe përdorimin e informacioneve në internet lidhur me diagnozën apo mjekimin. Znj. Nicola While prezantoi lidhur me numrin e mjekëve të rregjistruar në Këshillin e Përgjithshëm të mjekëve Anglezë/Wellsianë/Skocezë (GMS) dhe shpërndajen e tyre. Dr. Rene Heman prezantoi lidhur me rolin e mjekëve në vitin 2040, ku vuri theksin në shqetësimin për uljen e numrit të mjekëve të cilët do të nevojiten për ofrim të kujdesit mjekësor, dhe ndikimin e tij në kujdesin shëndetësor që do të ofrohet.

Një seancë të veçantë ju kushtua prezantimit të aktiviteteve të Organizatave Mjekësore Evropiane si: AEMH, CPME, EJD, EMSA, FEMS, UEMO dhe UEMS.

Në mbyllje dr. Santos bëri konkluzionet mbi takimin dhe prezantoi kalendarin e aktiviteteve për vitin 2023 dhe vendet mikëpritëse.

Dr. Ines ARGJIRI

Sektori i Etikës, Standardeve dhe Formimit Profesional, UMSH



JO MË DHUNË NDAJ MJEKËVE DHE PERSONELIT MJEKËSOR

DEKLARATA E EMOs MBI DHUNËN/BURNOUT-in NDAJ MJEKËVE DHE GJITHË PROFESIONISTËVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR, SI EDHE NË KONTEKSTIN E LUFTËS

E drejta për shëndet është një shtyllë themelore e të drejtave të njeriut. E cila mbetet e zbatueshme në të gjitha rrethanat, dhe mjekët kanë një detyrë etike: të sigurojnë trajtimin e të lënduarve dhe të sëmurëve.

Organizatat Mjekësore Evropiane (EMOs) ripohojnë se *siguria në punë e mjekëve është parësore për ofrimin e kujdesit shëndetësor cilësor*. EMOs janë thellësisht të shqetësuar për rrezikun dhe ndikimin negativ të dhunës ndaj gjithë profesionistëve të kujdesit shëndetësor, që punojnë në institucionet shëndetësore, dhe që po përballen gjithnjë e më shumë me situatat e dhunës në praktikën e tyre të përditëshme.

Është e qartë që, sikundër edhe në situata lufte, dhuna ndaj profesionistëve të kujdesit shëndetësor mund të marrë një dimension tjetër dhe mbrojtja e profesionistëve të rrezikuar të kujdesit shëndetësor është gjithashtu thelbësore.

Ky trend alarmant shkon kundër të drejtave të njeriut, njerëzimit dhe etikës mjekësore. Dhe mund të pengojë ose të parandalojë ofrimin e kujdesit që duhet të garantohet, dhe të mbrohet në mënyrë sa më efektive.

Ne besojmë se ka nevojë për veprime konkrete urgjente për të mbrojtur mjekët evropianë dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor nga të gjitha format e dhunës që ndodhin gjatë praktikës së përditëshme mjekësore, qoftë fizike, verbale apo psikologjike, duke përfshirë dhunën institucionale që kontribuon në burnout.

EMOs gjithashtu bëjnë thirrje si edhe në situata lufte, të respektohen dhe të përmbushen Konventat e Gjenevës dhe Protokollet e tyre shtesë, në përputhje me Deklaratën e WMA-së për Mbrojtjen e Personelit Mjekësor në Konfliktet me Armë dhe Situata të tjera të Dhunës.

Ne ripohojmë nevojën e një mekanizmi efektiv raportimi dhe ndihmës për viktimat e dhunës ndaj personelit të kujdesit shëndetësor në të gjithë Evropën, për zbatimin e programeve të parandalimit të dhunës, dhe për zbatimin e ligjeve ekzistuese në lidhje me dhunën ndaj të gjithë profesionistëve të kujdesit shëndetësor në vendin e punës.

Ne rekomandojmë gjithashtu promovimin e trajtimit dhe trajnimit të mjekëve, si të reagojnë dhe të merren me dhunën verbale, fizike ose psikologjike, dhe bazën e mundshme të burnout-it. Këto veprime duhet të mbështeten me trajnime dhe postera të përhershme në institucionet shëndetësore, që tregojnë se dhuna nuk është e tolerueshme dhe informojnë për zgjidhjet ekzistuese dhe ndëshkimet.

Ne dëshirojmë të veprojmë bashkarisht me organizata të ndryshme ndërkombëtare për të luftuar dhe mbrojtur të drejtën për të punuar në një vend pune të sigurtë dhe pa dhunë.



ROLI I REZEKSIONIT BRONKIAL SLEEVE NË TRAJTIMIN E KANCERIT TË MUSHKËRIVE

*Prof. As. Fatmir Caushi; Dr. Ilir Skenduli; Prof. Dr. Silva Bala; Prof. Dr. Hasan Hafizi;
Dr. Danjela Xhemalaj; Dr. Alban Hatibi; Dr. Eljana Shima; Dr. Fahri Kokiqi;
Prof. As. Alma Cani; Dr. Rinald Kortoci; Dr. Ilir Peposhi, Jehona Neziraj
Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”*

Abstrakt: Rezekcioni Sleeve u prezantua për herë të parë në 1947 nga Prince-Thomas. Allison në 1959 raportoi lobektominë e parë Sleeve me ndërtim të arteries pulmonare. Me këtë teknikë hiqet një tumor i mushkërive në një lob të mushkërisë dhe një pjesë e bronkut kryesor. Skajet e bronkut janë ribashkuar dhe çdo lob i mbetur ribashkohet me bronkun. Lobektomia Sleeve konsiderohej inferiore ndaj pulmonektomisë, por puna nga Ferugson et al dhe Deslauriers et al tregoi se lobektomia e “mëngës” ka rezultat më të mirë dhe morbiditet dhe vdekshmëri më të ulët në krahasim me pulmonektominë.

Rishikimi i Literaturës:

Rezekcioni Sleeve u prezantua për herë të parë në 1947 nga Prince-Thomas. Allison në 1959 raportoi lob-ektominë e parë Sleeve me ndërtim të arteries pulmonare. Me këtë teknikë hiqet një tumor i mushkërive në një lob të mushkërisë dhe një pjesë e bronkut kryesor. Skajet e bronkut janë ribashkuar dhe çdo lob i mbetur ribashkohet me bronkun. Lob-ektomia Sleeve konsiderohej inferiore ndaj pulmon-ektomisë, por puna nga Ferugson et al dhe Deslauriers et al tregoi se lob-ektomia e Sleeve ka rezultat më të mirë dhe morbiditet dhe vdekshmëri më të ulët në krahasim me pulmon-ektominë ^(1,2,3,4,5).

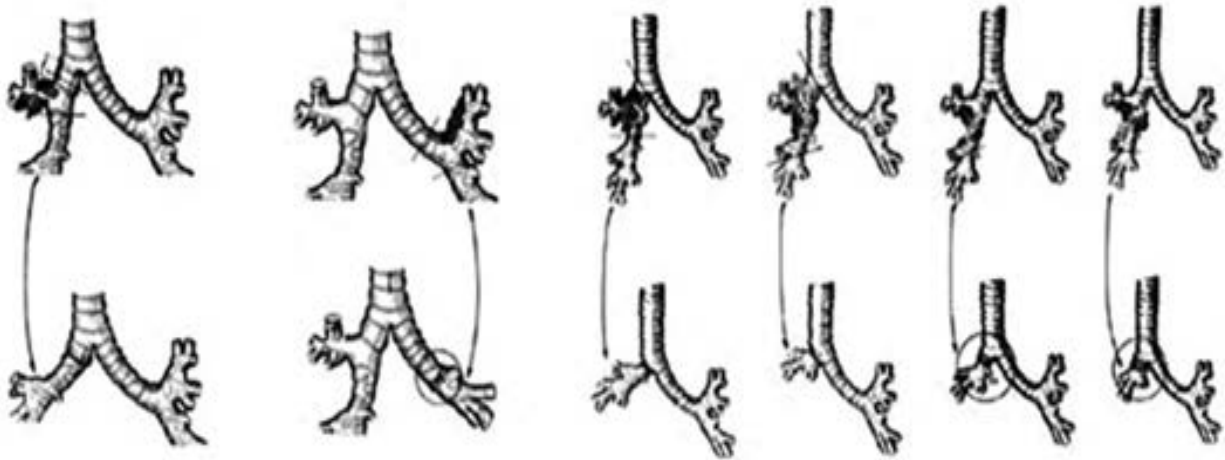
Indikacioni për një rezekcion Sleeve për kancerin e mushkërive është vërtetuar mirë: një tumor që lind në origjinën e një bronku lobar, që përjashton lob-ektominë e thjeshtë, por që nuk infiltron aq sa kërkon pneumon-ektomi. Lobektomia Sleeve bronkiale është raportuar të jetë adekuate për 5% deri në 8% të pacientëve me kancer të mushkërive të rezekushëm, por normat e larta deri në 13% janë raportuar kohët e fundit. Është e rëndësishme të theksohet se kjo shkallë e rritur e lob-ektomisë Sleeve arrihet në kurriz të uljes së incidencës së pulmon-ektomisë dhe jo lob-ektomisë, ndërsa rezultatet onkologjike mbeten të pandryshuara ^(6,7,8).

Nga pikëpamja funksionale, lobektomia Sleeve indikohet rreptësisht te pacientët, që nuk mund të përballojnë pulmon-ektominë, por përvojat e fundit kanë treguar se avantazhet e kursimit të një lobi në pulmon, janë evidente edhe tek pacientët pa dëmtim kardio-pulmonar ^(9,10).



I KAZUISTIKË – PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Fig. 1 Tipet e rezeksionit Bronchosleeve



Onkologjikisht, qëllimi parësor i kirurgjisë është rezektimi i plotë i kancerit të mushkërive me kufij adekuat të rezeksionit pa tumor. Kjo është edhe më e vërtetë për tumoret karcinoide ose lezionet beninje. Këto konsiderata vlejnë gjithashtu për pacientët me përfshirje nodale të kufizuar në nyjet limfatike hilare (N1) ^(11,12).

Indikacionet [13, 14]

1. Tumori që invadon bronkun kryesor.
2. Si alternativë ndaj pulmon-ektomisë në pacientët me rezervë të dobët kardio-pulmonare
3. Karcinoma bronkogjene endobronkiale
4. Tumoret karcinoide dhe malinjiteti i shkallës së ulët si karcinomat e gjendrave bronkiale nëse mund të merret rezeksioni i plotë

Kundërindikacionet [13, 14]

1. Rezeksioni i plotë i tumorit nuk arrihet me rezeksionin Sleeve bronko-vaskular.
2. Sëmundja N2 (një kundërindikacion relativ)

Ndërlikimet e hershme:

- Atelektaza dhe pneumonia janë ndërlikimet më të shpeshta postoperative dhe ndodhin në 5-10% të rasteve.
- Rrjedhje e vazhdueshme e ajrit dhe dehiscenca anastomotike ndodhin në 1-7% të rasteve.
- Këto komplikime vijnë nga ishemia e anastomozës.
- Fistula bronkopleurale shfaqet në 1-7% të rasteve. Ajo mbart një vdekshmëri të lartë në intervalin 14-70%.

Faktorët e rrezikut për zhvillimin e fistulës bronko-pleurale përfshijnë:

1. indi i mbetur i kancerit në trung,
2. radioterapi para operacionit,
3. diabeti,

I KAZUISTIKË – PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

4. cung i gjatë bronkial,
5. ventilim mekanik i zgjatur,
6. pneumonia.

Nëse është i vogël, mund të tentohet menaxhimi konservativ me antibiotikë dhe drenazhim i plotë. Por nëse riparimi është i pamundur, atëherë kërkohet pulmon-ektomia e plotë^(1,2,3,4,15).

- Hemotoraksi më së shpeshti rezulton nga hemostaza jo adekuate. Ky ndërlikim vërehet 1-2 ditë pas operacionit.
- Empiema mund të shfaqet menjëherë në periudhën pas operacionit por mund të zhvillohet pas muajsh deri në vite. Kërkon trajtim me drenazh dhe antibiotikë.
- Fistula bronko-vaskulare rezulton nga prishja anastomotike. Incidenca është 0,9-7%.
- Nëse konstatohet fistula bronkovaskulare, atëherë duhet kryer pulmon-ektomia e plotë.
- Në vendin e rindërtimit mund të ndodhë trombozë vaskulare dhe nekrozë ishemike.
- Ato mund të shmangen me heparinizimin adekuat intra-operativ dhe antikoagulimin pas operacionit.
- Edema pulmonare është më pak e zakonshme në krahasim me pulmon-ektominë.

Mund të shkaktohet nga administrimi i tepërt i lëngjeve gjatë operacionit. Por mund të jetë edhe për shkak të infarktut intraoperativ të miokardit, sepsisit ose dëmtimit të mushkërive të lidhura me transfuzionin. Shfaqen si infiltrate pulmonare me zhvillim të shpejtë dhe klinikisht me dispne dhe hipoksemi.

- Infeksioni i plagës kërkon antibiotik dhe kujdesin e duhur të plagës^(1,3,4,5,6).

Ndërlikimet e vonshme:

Stenoza bronkiale rezulton nga ishemia e anastomozës bronkiale dhe indit granulomatoz. Shkalla e incidencës varion nga 2.5-18%. Pacienti mund të jetë asimptomatik ose mund të shfaqë infeksione të përsëritura, vë shtirë si në frymë marrje ose atelektazë. Trajtimi përfshin zgjerimin me balon dhe bougie të anastomozës. Nëse zgjerimi i balonit dështon, atëherë mund të tentohet ri-bërja e operacionit pas 3 muajsh kur inflamacioni të jetë ulur. Megjithatë, kërkohet një pulmon-ektomi e plotë nëse ri-bërja e operacionit është e pamundur^(11,12,13,14).

Malinjiteti i përsëritur: është një ndërlikim i vonë. Shkalla e përsëritjes lokale është raportuar midis 9-24%^(11,12,13,14).

Vdekshmëria: Vdekshmëria operative është përshkruar në deri në 6% të pacientëve^(11,12,13,14).

Përvoja jonë:

Vitet e fundit kemi kryer me rezultate shumë të mira pesë rezeksione bronkiale Sleeve dhe dy rezeksione bronkiale gjysmë Sleeve për kancerin e mushkërive me diagnozë histopatologjike karcinoma skuamoze tipike karcinoid me rezultate të shkëlqyera pa asnjë ndërlikim. Ditë qëndrimi mesatar në spital pas operacionit ishte 6 ditë dhe të gjithë pacientët u larguan nga spitali në kushte shumë të mira.

Rasti 1: Pacienti F. P. 64 vjeç, ku u krye një lobektomia me sleeve e lobit të sipërm të djathtë për karcinomën epidermoide në hyrje të bronkut të lobit të sipërm të djathtë.



I KAZUISTIKË – PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Fig. 2 Lobektomi Sleeve Lobit të sipërm të djathtë

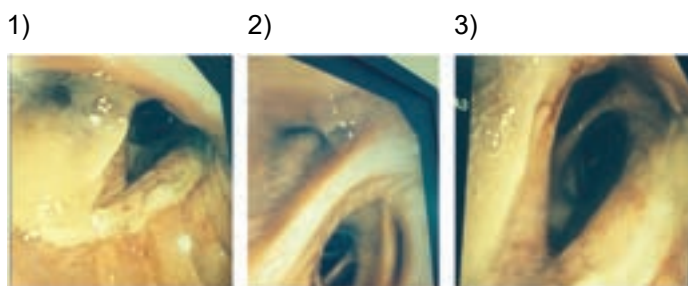


Fig. 3 Karcinoma epidermoide në hyrje të bronkut të lobit të sipërm të djathtë

A. Para interventit



B. Bronkoskopia 1 muaj pas Lobektomisë Sleeve të lobit të sipërm të djathtë



A. CT-scan 3 muaj pas RezekSIONIT Sleeve të lobit të sipërm të djathtë

1)

2)

3)



Rasti 2: Pacienti Sh. B. 67 vjeç ku u krye një rezeksion Sleeve i lobit të sipërm të djathtë për karcinomën epidermoide në hyrje të bronkut në lobin e sipërm të djathtë dhe COPD me FEV1 62%.

Fig. 4 Karcinoma epidermoide në hyrje të bronkut në lobin e sipërm të djathtë CT-scan para interventit

1)

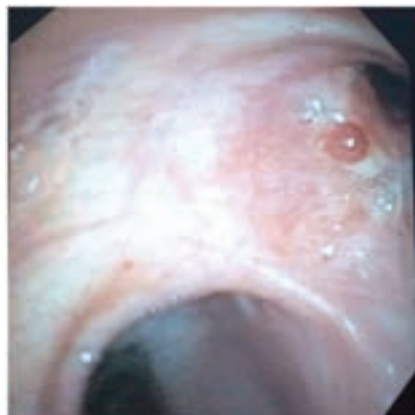


2)



I KAZUISTIKË – PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

A. Bronkoskopi 3 muaj pas Lob-ektomisë Sleeve të lobit të sipërm të djathtë



B. CT-scan 3 muaj pas RezekSIONIT Sleeve të lobit të sipërm të djathtë

1)



2)



Rasti 3: Pacienti: J. K. 61 vjeç ku u krye një rezeksion gjysmë mëngë i lobit të sipërm të majtë për karcinomën epidermoide në bronkun e lobit të sipërm të majtë.

Fig. 5 RezekSIONI Semi Sleeve të lobit të sipërm të majtë

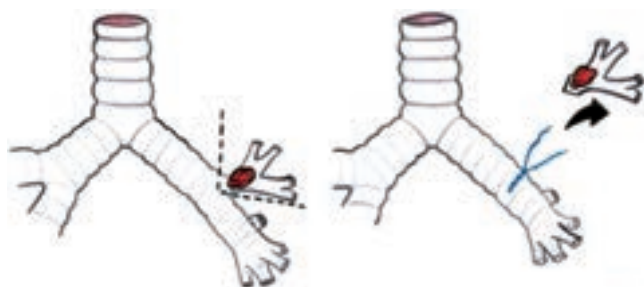


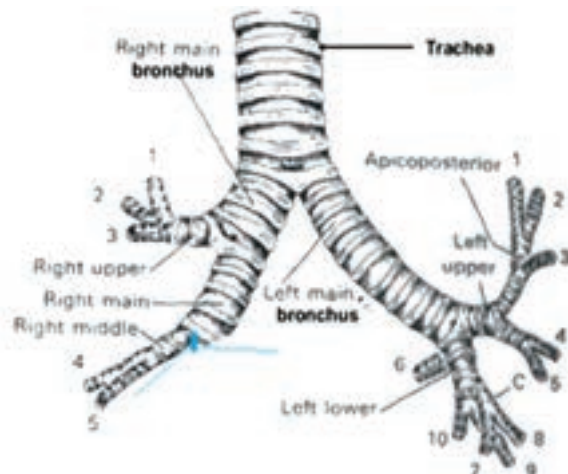
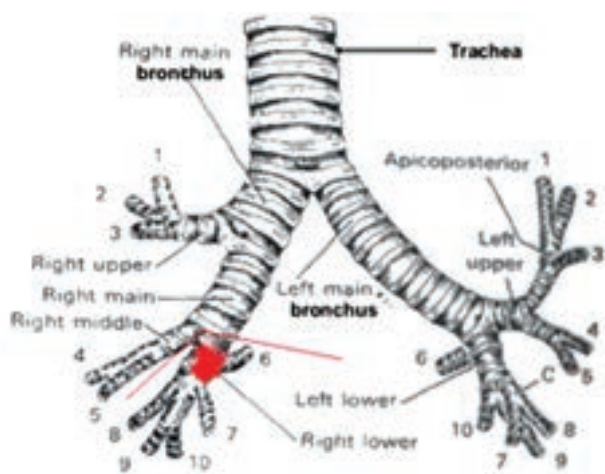
Fig. 6 CT-scan 3 muaj pas RezekSIONIT Semi Sleeve të lobit të sipërm të majtë



Rasti 4: Pacienti: A. Xh. 56 vjeç ku u krye një rezeksion semi sleeve i lobit të poshtëm të djathtë për karcinomën epidermoide në bronkun e lobit të poshtëm të djathtë pas 3 cikleve të kimioterapisë neoadjuvante.

Fig. 7 RezekSIONI Semi Sleeve i lobit të poshtëm të djathtë

a) Pas kirurgjisë



I KAZUISTIKË – PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

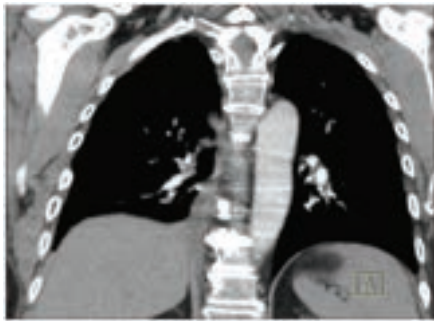


Fig. 8 CT-scan 3 muaj pas RezekSIONIT Semi Sleeve i lobit të poshtëm të djathtë

Rasti 5: Pacienti: K. C. 35 vjeç ku u krye një rezeksion Sleeve i lobit të sipërm të majtë për karcinoid në hyrje të bronkut të lobit të sipërm të majtë.

Fig. 9 Karcinoid në hyrje të bronkut në lobin e sipërm të majtë



Fig. 10 CT-scan para interventit (a) (b)

a)



b)

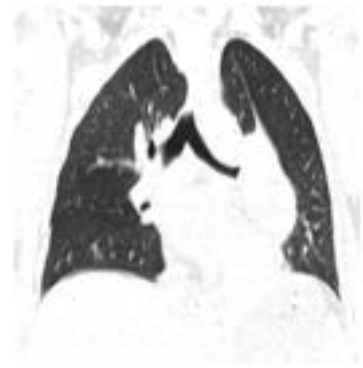


Fig. 11 RezekSION Sleeve i lobit të sipërm të majtë

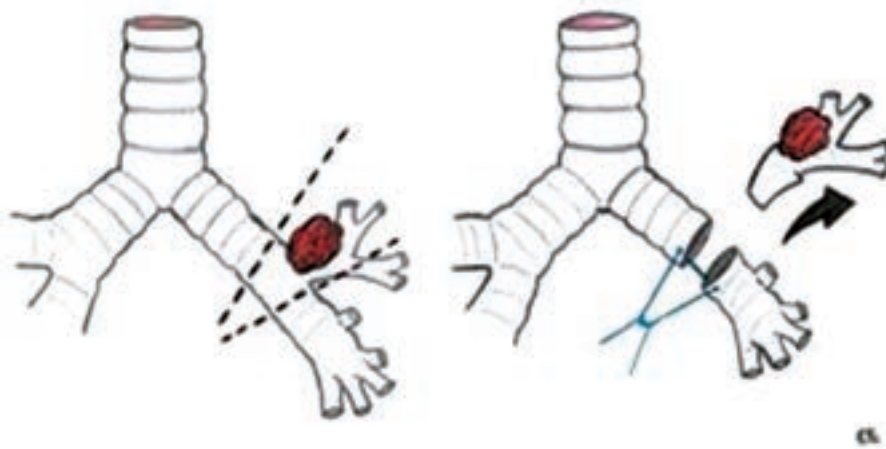
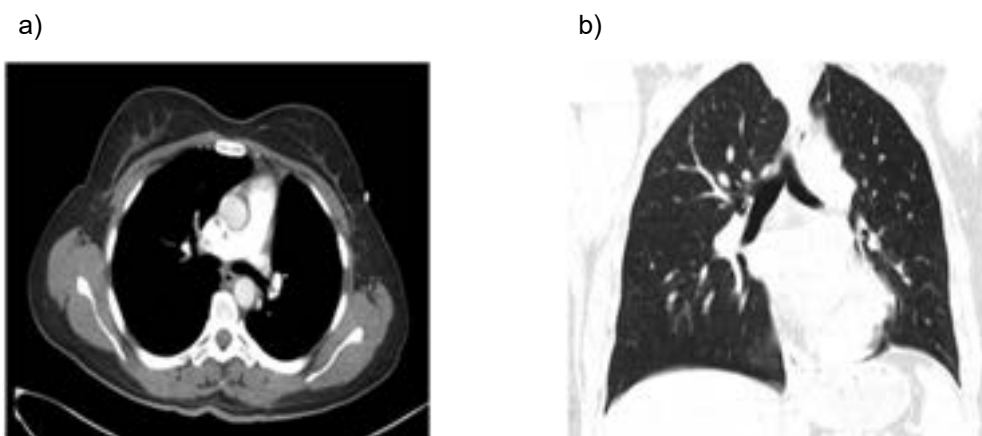


Fig. 12 Bronkoskopia 3 muaj pas Lobektomisë Sleeve të lobit të sipërm të majtë



Fig. 13 CT-sc an 3 muaj pas RezekSIONIT Semi Sleeve Resection të lobit të sipërm të majtë



Referencat:

1. Deslauriers J, Grégoire J, Jacques LF, et al. Sleeve lobectomy versus pneumonectomy for lung cancer: a comparative analysis of survival and sites of recurrences. *Ann Thorac Surg* 2004;77:1152-6; discussion 1156. 10.1016/j.athoracsur.2003.07.040 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Maurizi G, Rendina EA. Bronchovascular reconstructions for lung cancer: improvements over time. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:306-7. 10.1093/ejcts/ezv101 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Kim YT, Kang CH, Sung SW, et al. Local control of disease related to lymph node involvement in non-small cell lung cancer after sleeve lobectomy compared with pneumonectomy. *Ann Thorac Surg* 2005;79:1153-61; discussion 1153-61. 10.1016/j.athoracsur.2004.09.011 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Parissis H, Leotsinidis M, Hughes A, et al. Comparative analysis and outcomes of sleeve resection versus pneumonectomy. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2009;17:175-82. 10.1177/0218492309103309 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Yildizeli B, Fadel E, Mussot S, et al. Morbidity, mortality, and long-term survival after sleeve lobectomy for non-small cell lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007;31:95-102. 10.1016/j.ejcts.2006.10.031 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Gaissert HA, Mathisen DJ, Moncure AC, et al. Survival and function after sleeve lobectomy for lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996;111:948-53. 10.1016/S0022-5223(96)70369-0 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Ludwig C, Stoelben E, Olschewski M, et al. Comparison of morbidity, 30-day mortality, and long-term survival after pneumonectomy and sleeve lobectomy for non-small cell lung carcinoma. *Ann Thorac Surg* 2005;79:968-73. 10.1016/j.athoracsur.2004.08.062 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Melloul E, Egger B, Krueger T, et al. Mortality, complications and loss of pulmonary function after pneumonectomy vs. sleeve lobectomy in patients younger and older than 70 years. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2008;7:986-9. 10.1510/icvts.2008.182279 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Park JS, Yang HC, Kim HK, et al. Sleeve lobectomy as an alternative procedure to pneumonectomy for non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol* 2010;5:517-20. 10.1097/JTO.0b013e3181d0a44b [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Gómez-Caro A, García S, Reguart N, et al. Determining the appropriate sleeve lobectomy versus pneumonectomy ratio in central non-small cell lung cancer patients: an audit of an aggressive policy of pneumonectomy avoidance. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011;39:352-9. 10.1016/j.ejcts.2010.07.002 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Shrager JB, Lambright ES, McGrath CM, et al. Lobectomy with tangential pulmonary artery resection without regard to pulmonary function. *Ann Thorac Surg* 2000;70:234-9. 10.1016/S0003-4975(00)01492-2 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
12. Yoshino I, Yokoyama H, Yano T, et al. Comparison of the surgical results of lobectomy with bronchoplasty and pneumonectomy for lung cancer. *J Surg Oncol* 1997;64:32-5. 10.1002/(SICI)1096-9098(199701)64:1<32::AID-JSO7>3.0.CO;2-Q [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Ghiribelli C, Voltolini L, Luzzi L, et al. Survival after bronchoplastic lobectomy for non small cell lung cancer compared with pneumonectomy according to nodal status. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2002;43:103-8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Suen HC, Meyers BF, Guthrie T, et al. Favorable results after sleeve lobectomy or bronchoplasty for bronchial malignancies. *Ann Thorac Surg* 1999;67:1557-62. 10.1016/S0003-4975(99)00372-0 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Rendina EA, Venuta F, De Giacomo T, et al. Safety and efficacy of bronchovascular reconstruction after induction chemotherapy for lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997;114:830-5; discussion 835-7. 10.1016/S0022-5223(97)70088-6 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

MANIFESTIMET GASTROINTESTINALE TË COVID-19. NJË SHQYRTIM I LITERATURËS MJEKËSORE

Dr. Jurgen GAXIRI, Prof. dr. Jovan BASHO

Shërbimi Gastroenterologji/Hepatologji, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë

HYRJE

Pandemia COVID-19, e shkaktuar nga coronavirus 2 (SARS-COV-2) vazhdon të jetë problem kryesor për shumë vende të botës. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (22 qershor 2022) numërohen rreth 545,863,833 infektime, nga të cilat 6,343,809 janë vdekje, ndërkohë raste aktive 17,682,492⁽¹⁾.

Infeksioni nga SARS-COV-2 nuk prek vetëm traktin respirator, por dhe atë gastrointestinal. Njohja e manifestimeve gastrointestinale është e rëndësishme, sepse këto manifestime mund të kontribuojnë në transmetimin komunitar të virusit.

Më poshtë do të përshkruajmë fizpatologjinë e COVID-19 në traktin gastrointestinal, efektet e virusit në këtë trakt, praninë e virusit në feçe dhe mundësinë e transmetimit fekal-oral të COVID-19.

Shumica e burimeve të literaturës të përdorura në këtë punim janë studime case reports.

Në një studim në Kinë me 204 pacientë, pozitivë për COVID-19, krahas simptomave respiratore si kollë, temperaturë dhe vështirësi në frymëmarrje, 50.5% kishin shenja gastrointestinale, ndër të cilat: mungesë oreksi, nauze, të vjella, diarre, dhimbje abdominale⁽²⁾. Mundësia e transmetimit fekal-oral dyshohet për shkak të pranisë së COVID-19-RNA në feçe.

Si përfundim një pjesë e mirë e pacientëve me COVID-19 kanë shenja digjестive në fillim të sëmundjes. Kjo gjë na ndihmon në diagnostikimin e hershëm për të marrë masa kontrolli për kufizimin e përhapjes së infeksionit dhe uljen e gravitetit të sëmundjes.

Fizpatologjia

Mekanizmi i transmetimit të SARS-COV-2 bëhet përmes spërklave respiratore⁽³⁾. Kur një individ bie në kontakt, glikoproteina spike e virusit lidhet me receptorët e ACE-2 në pulmone, kjo gjë lehtëson hyrjen e virusit në qelizë, replikimin e tij dhe përhapjen sistemike⁽⁴⁾. Epiteli i ezofagut, stomakut dhe intestinit kanë prani të shprehur të receptorëve ACE-2⁽⁵⁾. Receptorët ACE-2 në traktin gastrointestinal luajnë një rol rregullues në homeostazën e aminoacideve, florën bakteriale intestinale dhe imunitetin e lindur⁽⁶⁾. Rrjedhimisht, lidhja e SARS-COV-2 me receptorët ACE-2 në traktin gastrointestinal mund të rezultojë në simptoma GI si dhimbje barku dhe diarre.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Studimet kanë treguar se citokinat e prodhura në përgjigje të infeksionit me SARS-COV-2 mund të frenohen nga acidi butirik i prodhuar nga flora bakteriale intestinale⁽²⁹⁾. Prandaj, incidenca e sepsisit dhe ARDS, të cilat janë një rrezik i lartë për vdekshmërinë nga COVID-19 mund të minimizohet nga flora bakteriale intestinale. Për më tepër, disa studiues e konsiderojnë sepsisin dhe çrregullimet e florës bakteriale intestinale ngushtësisht të lidhura me njëra-tjetrën⁽³⁰⁾. Kjo tregon se sëmundjet që shkaktojnë alterime të florës bakteriale intestinale ndikojnë në zhvillimin e sepsisit duke dalë në përfundimin se flora bakteriale intestinale është e rëndësishme për parandalimin dhe uljen e ndërlikimeve të COVID-19.

Të sëmurët me sëmundje para-ekzistuese gastrointestinale

E rëndësishme për t'u theksuar është që personat me sëmundje inflamto-re të zorrës kanë rrezik më të lartë për t'u prekur nga COVID-19 e rrjedhimisht e për të shfaqur shenja gastrointestinale⁽³¹⁾. Ileumi terminal dhe koloni i të sëmurëve me SIZ është i ndjeshëm⁽³²⁾ dhe shprehja e proteinës ACE-2 rritet në vendet e inflamacionit. Prandaj, pacientët me SIZ janë më të prirur ndaj infeksionit SARS-CoV-2 nga pikëpamja e receptorëve viralë, por nuk ka asnjë provë të qëndrueshme deri më sot për sa më sipër.

Vlen për t'u përmendur që personat me adenomë dhe kancer kolo-rektal kanë një numër të shprehur të receptorëve të ACE-2⁽⁷⁾, ndërsa mundësia që të jenë në risk më të lartë për t'u infektuar është ende në diskutim dhe nevojiten studime të mëtejshme për ta mbështetur si fakt.

Transmetimi fekal-oral. Zbulimi i COVID-19 në feçe

Edhe pse ka shumë pak evidenca lidhur me transmetimin fekal-oral disa studime tregojnë që 29%-55% e të sëmurëve të infektuar kanë ARN të detektueshme të COVID-19 në fece^(8,9,10). Ling et al. ripanë rezultatet e RT-PCR në sekrecionet nazofaringeale, feçe, urinë dhe serum për 292 raste të konfirmuara me COVID-19⁽¹¹⁾. Analiza tregoi se ARN virale u zbulua në feçet e 82% të të sëmurëve edhe pas negativizimit të testit RT-PCR në sekrecionet nazofaringeale, kështu që personat mund ta transmetojnë virusin tek të tjerët nëpërmjet rrugës fekal-orale deri në 5 javë pas negativizimit të testit RT-PCR në sekrecionet nazofaringeale⁽¹²⁾.

Komponentët viralë të gjetur në feçe ka të ngjarë të kenë origjinë nga enterocitet e infektuara të ileumit dhe kolonit të të sëmurit. Siç u përmend më parë, shprehja e ACE-2 në enterocite e bën traktin gastrointestinal (TGI) më të ndjeshëm ndaj infeksionit SARS-CoV-2^(9,21). Të dhëna të infeksionit gastrointestinal nga SARS-CoV-2 janë siguruar gjithashtu nga izolimi i ARN-së virale nga qelizat epiteliale GI dhe ngjyrosja brendaqelizore e proteinës nukleokapsidike virale⁽⁹⁾.

Mundësia e transmetimit fekal-oral rriti riskun e transmetimit tek ofruesit e kujdesit shëndetësor gjatë ndërhyrjeve endoskopike. Më 15 Mars 2020, një udhëzues i krijuar nga Shoqata Gastroenterologjike në Shtetet e Bashkuara rekomandoi anëtarët e saj të shtynin për një moment të dytë të gjitha procedurat endoskopike dhe të përdornin maskat N95 në vend të maskave kirurgjikale si pjesë e pajisjeve mbrojtëse personale⁽²²⁾. Udhëzimet rekomandojnë gjithashtu përdorimin e dorezave të dyfishta dhe dhomave me presion negativ.

Nëse evidenca të besueshme tregojnë transmetimin fekal-oral të COVID-19, punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të tregohen shumë të kujdesshëm kur kryejnë analiza të feceve apo kujdesen për individët e infektuar, edhe nëse testimi i sekrecioneve nazofaringeale për COVID-19 është negativ.



Manifestimet gastrointestinale

Prekja gastrointestinale përfshin nauze, të vjella, dhimbje barku, diarre dhe anoreksi. Prevalenca e këtyre simptomave raportohet të jetë 3% - 79% në të sëmurët pozitivë me COVID-19⁽³⁵⁻³⁸⁾. Sipas një rishikimi të literaturës të publikuar në Mars 2020 nga Tian et al., anoreksia ishte simptoma më e zakonshme e gastrointestinale e raportuar tek të rriturit që ndodh në 39.9% deri në 50% të rasteve të konfirmuara⁽¹³⁾. Simptoma tjetër më e zakonshme ishte diarreja, e raportuar në 2%-49.5% të të sëmurëve⁽¹³⁾. Prevalenca e nauzesë dhe të vjellave varionte 1%-29.4% tek personat adultë të konfirmuar si COVID-19⁽¹³⁾. Dhimbja abdominale është raportuar më pak në literaturë, me prevalencë 2.2%-6% të të sëmurëve^(2,13,15).

Diarreja është një simptomë e hershme e COVID-19 për shkak të prevalencës së saj të lartë në pacientët asimptomatikë me COVID-19⁽¹⁵⁾. Raportet sugjerojnë se diarreja shfaqet midis ditës së parë dhe të tetë pas fillimit të infeksionit, me një fillim mesatar prej 3.3 ditësh⁽¹³⁾. Në një grup me 308 pacientë nga Wuhan, Kinë, diarreja ishte e pranishme në 44.7% të rasteve të konfirmuara me COVID-19, ndërsa në një grup tjetër prej 138 pacientësh nga e njëjta zonë, diarreja u raportua në 10.8% të rasteve të konfirmuara^(2,15).

Një studim që fokusohet në manifestimet GI, i kryer nga Pan et al.⁽²⁾, zbuloi se shumica e rasteve të diarresë janë të lehta dhe jo dehidratuese me një shpeshtësi deri në tre herë në ditë.

Liang et al., tregoi se shprehja e lartë e receptorit ACE-2 në zorrën e hollë ka një ndikim të drejtpërdrejtë në inflamacion dhe zhvillimin e diarresë dhe gjithashtu tregoi një ndryshim statistikisht domethënës në prevalencën e diarresë (midis 2% dhe 33%) në të sëmurë të konfirmuar me COVID-19 në 3 spitale në Wuhan, Kinë ($P=0.016$)⁽¹⁷⁾. Këto të dhëna sugjerojnë se mungesa e kriterëve të sakta për të përcaktuar ka patur ose jo diarre, na çon në pabarazi në raportimin e diarresë për pacientët me COVID-19 dhe se ndryshueshmëria në shifrat e prevalencës kërkon hetim të mëtejshëm.

Në një analizë të 116 pacientëve me COVID-19 në Shtetet e Bashkuara, 31.9% raportuan manifestime gastrointestinale të tilla si humbje e oreksit, nauze, të vjella dhe diarre⁽¹⁸⁾. Këto simptoma nuk ishin simptomat fillestare, por u shfaqën gjatë dekursit të infeksionit. Raportime të tjera të rasteve, sugjerojnë se nauzeja, diarreja dhe dhimbja abdominale janë të pranishme në fillimin e infeksionit COVID-19, të ndjekura nga ethet dhe dispneja disa ditë më vonë^(2,19).

Rasti i parë parë i COVID-19 në Shtetet e Bashkuara u shfaq me nauze dhe të vjella, përveç simptomave sistematike dhe respiratore dhe më vonë u zhvilluan dhimbja abdominale dhe diarreja⁽²⁰⁾.

Prania e hershme e manifestimeve gastrointestinale mund ta bëjë të vështirë diagnozën e COVID-19 sepse mjekët mund të ngatërrohen. Megjithatë, këto simptoma mund të japin të dhëna të hershme që sugjerojnë infeksion nga COVID-19 dhe të përshpejtojnë testimin dhe masat paraprake pasuese.

COVID-19 dhe PPI-të

PPI-të përdoren zakonisht për të mjekuar të sëmurët me sëmundje të refluksit gastroezofageal dhe ulçerës peptike. PPI është frenuesi më efektiv i sekretimit të acidit gastrik, duke bllokuar pompën protonike. Kjo gjë mund ta lërë zorrën të pambrojtur ndaj infeksionit me COVID-19^(23,24). Xiao et al.⁽²⁵⁾ sugjeron që proteina S e SARS-CoV ndërmjetëson fuzionimin me qelizat e bujtësit në kushtet e pH neutral. Darnell et al.⁽²⁶⁾ konfirmoi se pH shumë bazik 12-14 dhe pH shumë acid 1-3 mund të çojë në inaktivizimin e SARS-CoV, nga ana tjetër virusi mund të mbetet stabil në kushtet e një pH neutral.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Sipas Zhou et al.⁽²⁷⁾ sekrecionet e stomakut kanë një pH 1.0-3.5, ndërsa zorra e hollë dhe e trashë kanë një pH 7.5-8.0. Gëlltitja e SARS-CoV-2 mund të shkaktojë që shumica e grimcave virale të inaktivizohen nga aciditeti i lëngut gastrik. Megjithatë, nëse një person merr një frenues pompe protonike për një periudhë të gjatë kohe, aciditeti i tij në stomak do të ulet. Pra, SARS-CoV-2 mund të ketë një shans të shtuar për të hyrë në zorrë nga stomaku dhe të çojë në infeksion viral.

Të dhënat aktuale klinike mbështesin faktin që PPI^{të} lehtësojnë infeksionin dhe përkeqësojnë COVID-19. Almaro et al.⁽²⁸⁾ bëri një studim kohort me 53,130 individë, nga të cilët 3,386 (6,4%) ishin të infektuar me COVID-19. Në krahasim me individët që nuk merrnin, ata që merrnin PPI deri në një ose dy herë në ditë kishin të rritura ndjeshëm mundësitë për një test pozitiv të COVID-19. Përveç kësaj, të sëmurët që marrin vetëm dy doza PPI në ditë kanë më shumë gjasa të jenë pozitivë për COVID-19 sesa ata që marrin vetëm një dozë. Të sëmurët me COVID-19 që marrin PPI me dozë më të ulët kanë shanse më të pakta për simptoma gastrointestinale kundrejt atyre që nuk marrin PPI.

Si përfundim edhe në mungesë të simptomave respiratore, manifestimet gastrointestinale, të tilla si: anoreksi, nauze, të vjella, diarre dhe dhimbje abdominale, janë vënë re tek të sëmurët me COVID-19. Prandaj, infeksioni COVID-19 duhet të merret parasysh edhe tek të sëmurët që paraqesin simptoma kryesisht GI.

Bibliografia

1. Worldometer Coronavirus Update (cited June 22, 2022). From: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. Pan L, Mu M, Yang P, et al. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(5):766-773. doi: 10.14309/ajg.0000000000000620
3. Li LQ, Huang T, Wang YQ, et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol. Nature*. 2020;579(7798):270-273. doi: 10.1038/s41586-020-2012-7
4. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res*. 2020;7(1): 11. doi:10.1186/s40779-020-00240-0
5. Zhang H, Kang Z, Gong H, et al. The digestive system is a potential route of 2019-nCoV infection: a bioinformatics analysis based on single-cell transcriptomes. *bioRxiv*. Preprint posted online January 31, 2020. doi: 10.1101/2020.01.30.927806
6. Hashimoto T, Perlot T, Rehman A, et al. ACE2 links amino acid malnutrition to microbial ecology and intestinal inflammation. *Nature*. 2012;487(7408):477-481. doi: 10.1038/nature11228
7. Chen H, Xuan B, Yan Y, et al. Profiling ACE2 expression in colon tissue of healthy adults and colorectal cancer patients by single-cell transcriptome analysis. *medRxiv*. Preprint posted online February 23, 2020. doi: 10.1101/2020.02.15.20023457
8. Pan L, Mu M, Yang P, et al. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(5):766-773. doi: 10.14309/ajg.0000000000000620.
9. Xiao F, Tang M, Zheng X, Liu Y, Li X, Shan H. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology*. 2020;158(6):1831-1833.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2020.02.055
10. Wu Y, Guo C, Tang L, et al. Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(5):434-435. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30083-2
11. Ling Y, Xu SB, Lin YX, et al. Persistence and clearance of viral RNA in 2019 novel coronavirus disease rehabilitation patients. *Chin Med J (Engl)*. 2020;133(9):1039-1043. doi: 10.1097/CM9.0000000000000774
12. Cheung KS, Hung IFN, Chan PPY, et al. Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from a Hong Kong cohort: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2020;159(1):81-95. doi: 10.1053/j.gastro.2020.03.065
13. Tian Y, Rong L, Nian W, et al. Review article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission. *Aliment Pharmacol Ther*. 2020;51(9):843-851. doi: 10.1111/apt.15731
14. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020;75(7):1730-1741. doi: 10.1111/all.14238
15. Fang D, Ma J, Guan J, et al. Manifestations of digestive system in hospitalized patients with novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a single-center, descriptive study [in Chinese]. *Chin J Dig*. 2020; E005.
16. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

17. Liang W, Feng Z, Rao S, et al.. Diarrhoea may be underestimated: a missing link in 2019 novel coronavirus. *Gut*. 2020;69(6):1141-1143. doi: 10.1136/gutjnl-2020-320832
18. Cholanteril G, Podboy A, Aivaliotis VI, et al.. High prevalence of concurrent gastrointestinal manifestations in patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2: early experience from California. *Gastroenterology*. 2020;159(2):775-777. doi: 10.1053/j.gastro.2020.04.008
19. Pazgan-Simon M, Rorat M, Buczyńska I, Zińczuk A, Simon K. Gastrointestinal symptoms as the first, atypical indication of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. *Pol Arch Intern Med*. 2020;130(4):338-339. doi: 10.20452/15278
20. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, Spitters C, Ericson K, Wilkerson S, Tural A, Diaz G, Cohn A, Fox L, Patel A, Gerber SI, Kim L, Tong S, Lu X, Lindstrom S, Pallansch MA, Weldon WC, Biggs HM, Uyeki TM, Pillai SK Washington State 2019-nCoV Case Investigation Team. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020;382:929-936.
21. Du M, Cai G, Chen F, Christiani DC, Zhang Z, Wang M. Multi-omics Evaluation of Gastrointestinal and Other Clinical Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19 *Gastroenterology*. 2020
22. Bezerra J, Pochapin M, El-Serag HB, Vargo JJ. COVID-19 Clinical Insights for Our Community of Gastroenterologists and Gastroenterology Care Providers. *American College of Gastroenterology*, 2020. Available from: <https://www.gastro.org/press-release/joint-gi-society-message-covid-19-clinical-insights-for-our-community-of-gastroenterologists-and-gastroenterology-care-providers>.
23. Strand DS, Kim D, Peura DA. 25 Years of proton pump inhibitors: a comprehensive review. *Gut Liver*. 2017;11:27-37. doi: 10.5009/gnl15502.
24. Robinson M. Review article: pH, healing and symptom relief with rabeprazole treatment in acid-related disorders. *Aliment. Pharmacol. Ther*. 2004;20:30-37. doi: 10.1111/j.1365-2036.2004.02163.x.
25. Xiao X, et al. The SARS-CoV S glycoprotein: expression and functional characterization. *Biochem. Biophys. Res. Commun*. 2003;312:1159-1164. doi: 10.1016/j.bbrc.2003.11.054.
26. Darnell ME, Subbarao K, Feinstone SM, Taylor DR. Inactivation of the coronavirus that induces severe acute respiratory syndrome, SARS-CoV. *J. Virol. Methods*. 2004;121:85-91. doi: 10.1016/j.jviromet.2004.06.006.
27. Zhou, L. et al. Systemic analysis of tissue cells potentially vulnerable to SARS-CoV-2 infection by the protein-proofed single-cell RNA profiling of ACE2, TMPRSS2 and Furin proteases. Preprint at 10.1101/2020.04.06.028522 (2020).
28. Almario CV, Chey WD, Spiegel BMR. Increased risk of COVID-19 among users of proton pump inhibitors. *Am. J. Gastroenterol*. 2020;115:1707-1715. doi: 10.14309/ajg.0000000000000798.
29. Zhang M. Butyrate inhibits interleukin-17 and generates Tregs to ameliorate colorectal colitis in rats. *BMC Gastroenterol*. 2016;16(1):84.
30. Haak B.W., Wiersinga W.J. The role of the gut microbiota in sepsis. *Lancet Gastroenterol. Hepatol*. 2017;2(2):135-143.
31. Neurath M.F. COVID-19 and immunomodulation in IBD. *Gut*. 2020;69(7):1335-1342.
32. Garg M. Imbalance of the renin-angiotensin system may contribute to inflammation and fibrosis in IBD: a novel therapeutic target? *Gut*. 2020;69(5):841-851.



NË KUJTIM TË SEKRETARIT TË PËRGJITHSHËM TË URDHRI TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË DR. SHAQIR KRASTA



Kanë kaluar pesë vite nga data 9 Janar 2017, kur u nda nga jeta Dr. Shaqir Krasta, mjeku epidemiolog, bakteriolog dhe organizator i shquar në fushën e mjekësisë, që la gjurmë të paharruara në të gjithë sektorët ku ai punoi.

E kujtojmë edhe sot ne, miqtë e kolegët, specialistët e profileve studimore të profilaksisë dhe punonjësit e tjerë të shëndetësisë, të gjithë ata që kanë patur rastin të punonin apo të shkëmbenin mendime me Dr. Shaqir Krastën për probleme të ndryshme të karakterit profesional, organizativ si dhe të komunikimit e etikës mjekësore.

Këto virtyte e tek ai nuk ishin të rastësishme, por rrjedhojë e edukatës familjare, e veprimtarisë së tij në të gjitha nivelet, duke filluar nga detyra e specialistit epidemiolog në Tiranë, e Zëvendës Shefit të Seksionit të Shëndetësisë në Komitetin Ekzekutiv, si Kryespecialist i Drejtorisë Higjienës dhe Epidemiologjisë në Ministrinë e Shëndetësisë dhe si Shef i Sektorit të Epidemiologjisë pranë Institutit të Higjienës, Epidemiologjisë dhe Prodhimit të Preparateve Imunobiologjike dhe, në vitet 1989-1993 si Sekretar i dytë i Ambasadës tonë në Hungari, i caktuar për trajtimin e të sëmurëve tanë në spitalet e Budapestit.

Dr. Shaqiri i specializuar në fushën e Epidemiologjisë dhe Bakteriologjisë Speciale në Institutin “Cantacusino” të Rumanisë ka dhënë kontribut të vecçantë në procesin e përgatitjes së vaksinave të ndryshme në vendin tonë dhe të përgatitjes së udhëzimeve për aplikimin e tyre ku si kontribut i veçantë duhet përmendur aplikimi masiv i vaksinimit të një kontingjenti receptiv prej 100 mijë fëmijësh ndaj fruthit, rreth viteve '70-të në një kohë rekord.

Ishte fat për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë që për 12 vite Dr. Shaqir Krasta në detyrën e Sekretarit të Përgjithshëm, falë bagazhit të tij profesional, organizativ dhe etik, kontribuoi për vënien në shina të rregullta të këtij organi që u krijua për herë të parë në vendin tonë dhe që më pas u bë shembull i eksperiencës dhe metodologjisë për Urdhrat e specialiteteve të tjera simotra.

Për mëse një dekadë Dr. Shaqir Krasta ka qenë Drejtues i Buletinit të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, i këtij organi periodik që ka kontribuar në pasqyrimin e punës së Urdhrit, rritjen e cilësore të tij, në ngritjen më tej të standardeve mjekësore si dhe botimin e dokumenteve ligjore dhe ata mbi Etikën dhe Deontologjinë Mjekësore. Dr. Shaqiri ka dhënë kontribut të madh në krijimin e marrëdhënieve ndërkombëtare dhe këmbimin e eksperiencave me vendet e tjera, duke dhënë kështu një shtysë çështjes së vetërregullimit dhe vetëqeverisjes së profesionit mjekësor.



I IN MEMORIAM

Në 5 vjetorin e ndarjes e kujtojmë Dr. Krastën jo vetëm si Sekretarin e Përgjithshëm që ka prezantuar me dinjitet instrucionin e tij në shumë takime të Urdhrave të Mjekëve të Evropës dhe të organizmave të tjera ndërkombëtare, por edhe si një mjeshtër i komunikimit në të gjithë nivelet brenda dhe jashtë vendit. Ai ishte serioz në punë, i qeshur dhe dashamirës me kolegët dhe me një humor të hollë me të gjithë ata që e kanë njohur e punuar me të.

Dr. Faik TOSKA, Këshilli Kombëtar UMSH



NDERIM PËR INTELEKTUALIN GJIROKASTRIT PROFESOR HEKTOR ÇOÇOLIN, PERSONALITET I SHQUAR I MJEKËSISË SHQIPTARE



5 vjet më parë, 17 Tetor të vitit 2017, u nda nga jeta një nga intelektualët më të shquar të mjekësisë shqiptare, Prof. Dr. HEKTOR ÇOÇOLI.

Profesor Hektori lindi në Gjirokastrë në 20 Qershor 1939. Ai i përket familjes ÇOÇOLI, një fis i dëgjuar për njerëz punëtorë, të ditur, korrektë, të respektueshëm, mikpritës, mirënjohës dhe të ndershëm.

Duke qenë bir i një familjeje të vjetër fisnike të Gjirokastrës që numëron të paktën shtatë breza, prej së cilës kanë dalë në shekuj një mori intelektualësh të vyer, të shquar në fusha të ndryshme që nga jurispudencia deri tek arsim, mjekësia etj., edhe Hektori nuk kishte se si të mos ndiqte gjurmët e tyre. Si biri i një punonjësi të thjeshtë, i ati Neshet Çoçolit, ai ka çarë përpara me punë dhe sakrifica të shumta.

Ishte vetëm 21-vjeçar kur u diplomua në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë si mjek i përgjithshëm me specializimin për ftiziopneumologji (për tuberkulozin dhe sëmundjet e tjera të mushkërive).

Fillimisht shërbeu mjek në Dispanserinë antituberkulare në Bajram Curri të rrethit të Tropojës. Këtu ai punoi me përkushtim dhe Tropoja e nderoi me titullin “Qytetar nderi i Tropojës” më 20.04.2006.

Më pas vazhdoi në dispanserinë anti-tuberkulare nr. 2 në Tiranë (1965-1967); pedagog në Fakultetin e Mjekësisë dhe njëkohësisht në klinikën e ftiziatriisë të Sanatoriumit të Tiranës (1967-2007); vite më vonë pedagog, shef klinike, zëvendës dekan i Fakultetit të Mjekësisë, për një kohë Rektor dhe përgjegjës i degës shkencore në SHLJP në një universitet privat.



Prof. Hektor Çoçoli ka qenë konsulent për probleme ftiziopneumologjike në spitalet e Tiranës dhe të rretheve të vendit; anëtar i grupeve studimore për probleme të shëndetësisë në Shqipëri, të organizuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Fakulteti Mjekësisë; anëtar dhe kryetar i Komisionit



I IN MEMORIAM

mjekësor të caktimit të aftësisë për punë (KMCAP); shoqërues i grupeve të pedagogëve dhe studentëve të ardhur nga Kosova dhe Maqedonia; pjesëmarrës aktiv në aktivitete shkencore brenda dhe jashtë vendit; autor ose bashkautor në disa botime në formë monografish, librash mjekësorë, tekstesh dhe artikujsh shkencorë, disa prej të cilëve të botuar në revista mjekësore shkencore në Shqipëri dhe jashtë saj.

Ai, një vend të rëndësishëm të jetës së tij ja kushtoi aktivitetit mësimor, shkencor dhe ngritjes profesionale. Gjithashtu u specializua në disa klinika ndërkombëtare universitare, si në Ankara, Francë, Hollandë, Skoci, e gjetkë.

Ka mbrojtur disa Tituj dhe grada shkencore.

Profesor Hektor Çoçoli, ka dhënë kontribut të vyer gjithashtu për shëndetin e banorëve të qytetit të Gjirokastrës.

Dera e profesorit ka qenë e hapur për çdo banor të qytetit, i gatshëm ti ndihmonte.

Ai ka kontribut të padiskutueshëm në ndihmë të studentëve, specializantëve dhe mjekëve gjirokastritë.

Profesor Hektori ishte i dashuruar me qytetin e tij të lindjes, ai e vizitonte shumë shpesh Gjirokastrën dhe gjirokastritët, nuk ka cep të qytetit që prof. Hektori nuk ka bërë fotografi dhe i ka publikuar ato në libra e rrjete sociale.

Veç të tjerash, ja si shprehet ai në librin e tij të fundit të titulluar “NOSTALGJI”:

“Ndihej fatlum që linda në qytetin madhështor të Gjirokastrës, vatër e kulturës, e qytetarisë, e intelektualëve, e dashamirësve të punës, të respektit dhe mirënjohjes, ku kanë lindur dhe punuar njerëz të mëdhenj; në qytetin e aneve të paharrueshme, e njerëzve familjarë, e kalasë së famshme, e banesave karakteristike monumentale me arkitekturë të mrekullueshme, në qytetin e mirësisë”.



Këshilli Bashkiak i Gjirokastrës në vitin 2018, i dha titullin e lartë “Qytetar Nderi i Gjirokastrës” pas vdekjes.



Aktualisht Dispanceria e Sëmundjeve të Mushkërive në Tiranë mban emrin **Prof. HEKTOR ÇOÇOLI**.

Marrë nga faqja “Gjirokastra online”

Dr. Anesti ÇEKREZI **1939 – 2022**



Dr. Anesti lindi në fshatin Poliçan të Gjirokastrës, më 1 Dhjetor 1939. Pas vdekjes së babait, në moshën 8 vjeçare transferohen në vendlindjen e nënës, Korçë, ku edhe kryen shkollën fillore dhe shkollën e mesme “Raqi Qirinxhi” në vitin 1956. Më pas vijon studimet në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë, të cilat i përfundon me rezultate shumë të mira si Mjek i Përgjithshëm.

Fillimisht emërohet mjek i përgjithshëm në rrethinat e Kukësit. Më pas kreu specializimin 2 vjeçar pranë Spitalit Pediatrik në Tiranë. Vijoi të punojë në Kukës, por tashmë si Mjek Pediatër duke mbuluar shërbimin në çerdhe e kopshtet e qytetit të Kukësit me shumë korrektese dhe sjellje shembullore me

pacientët dhe familjarët e tyre.

Pas 9 vjetësh rikthehet në Korçë në vitin 1969 si mjek Pediatër në shërbimin spitalor dhe atë të poliklinikës së specialiteteve. Në Shkurt të vitit 1974 emërohet koordinator në Spitali e Pediatriisë në Repartin e Latantëve.

Gjatë gjithë kohës e kudo që ka punuar, ka spikatur figura e tij si profesionist shumë i aftë, i kujdesshëm dhe shumë i suksesshëm në trajtimin e fëmijëve edhe kur gjendja paraqitej shumë e rëndë. Gjithmonë koherent, i azhurnuar me të gjitha të rejat shkecore në fushën e Pediatriisë.

Pas largimit të dr. Katerinës, dr. Anesti do të emërohej Drejtor i Spitalit të Pediatriisë së Rrethit Korçë, detyrë të cilën e kreu me shumë sukses, duke u dalluar për organizim shumë të mirë, duke përkrahur të gjithë mjekët e rinj pediatër e duke fituar respektin e kolegëve por edhe të komunitetit të Koeçës së cilës i shërbeu me përkushtim deri në ditën e daljes në pension.

Dr. Nesti është dalluar edhe për organizimin e ngritjen tekniko-profesionale të personelit të mesëm. Si mjek shumë i përgatitur profesionalisht ka marrë pjesë e ka bërë disa prezantime në shumë sesione shkencore si në nivel Rrethi dhe pranë Klinikës së Pediatriisë Tiranë.

Me humbjen e dr. Nestit familjarët humbën bashkëshortin dhe babain e tyre të dashur, shokët e miqtë një mik e kolegun e tyre të mirë.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Dr. Vlefte Bejko, dr. Roland Lalaj, dr. Luan Belortaja

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH



Prof. Dr. Hektor PEÇI **1930 – 2022**



Më 19 Tetor 2022 u nda nga jeta një nga profesorët e Endokrinologjisë Shqiptare, Prof. Hektor Peçi.

Prof. Dr. Hektor Peçi një nga emrat më të njohur të mjekësisë shqiptare, u lind në Zagori, Gjirokastrë në Dhjetor të vitit 1930.

Pas përfundimit të studimeve universitare në vitin 1962, Prof. Peçi filloi punë në Klinikën Hospitaliere. Pas specializimit 1 vjeçar (1965-1966) në Tiencin-Shangai (Kinë) për sëmundjet endokrine dhe metabolike, u rikthye në Tiranë. Në vitin 1972 për rreth 6 muaj prof. Peçi vijoi specializimin në Paris për diabetologji.

Në vitin 1982 mbrojti Disertacionin dhe në vitin 1987 dhe ju dha titulli Docent. Ndërkohë në vitin 1994 dr. Hektor Peçi ju

dhe titulli Profesor.

Prof. Peçi ka drejtuar specialitetin e endokrinologjisë gjatë viteve 1974-1985. Gjatë viteve 1980-1985 ka marrë pjesë si drejtues i depistimit në zbulimin e diabetit të hershëm me glicemi pas ushqimit në 92.000 persona të ekzaminuar.

Në vitet 1973-1976 prof. Peçi ka qenë Zv. Dekan i Fakultetit të Mjekësisë.

Prof. Peçi ka qenë dhe President i Shoqatës së Diabetit në Shqipëri në vitin 2003.

Ka udhëhequr disertacione, diploma studentësh dhe ka përpiluar kartelën tip për sëmundjet e tiroides dhe diabetit (1965), ka qenë anëtar i Këshillit të Botimeve të Fakultetit dhe anëtar i Këshillit Shkencor të Fizikës Bërthamore.

Prof. Peçi do të mbetet një emër i çmuar në historikun e mjekësisë shqiptare.

I paharruar do të mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Kombëtar UMSH

Dr. Roland KARALLI**1950 – 2022**

Me hidhërim mësuam se ka ndërruar jetë mjeku i njohur Gjirokastrit, kirurgu Roland Karalli, i cili prej disa muajsh ka qenë në Amerikë.

Dr. Roland Karalli ka kontribute të mëdha në shërbim të mbrojtjes së jetës së njerëzve të Qarkut Gjirokatër. Si intelektual dhe profesionist i spikatur punoi ditë e natë për të qenë pranë njerëzve, pranë jetës së tyre duke treguar gjithmonë gadishmëri dhe profesionalizëm. Veçanërisht në vitet e vështira të vitit të mbrapshtë 1997 kur së bashku me mjekët e

tjerë të Spitalit të Gjirokastrës përballuan vështirësi të mëdha.

Mbi bazën e aftësive që ka treguar, si para dhe pas vitit 1990, është vlerësuar edhe në drejtim të institucionit.

Me shfaqjen e pandemisë COVID-19 Gjirokastra mbeti disa muaj e pastër edhe si rezultat i rolit dhe ndikimit të tij e personelit që drejtonte në zbatimin korrekt të masave profilaktike.

Kontributi i doktor Rolandit mbetet i dukshëm në fushën e organizimit dhe drejtimit profesional e shkencor të jetës shëndetësore të Rrethit dhe Rajonit, si në: paraqitjen e temave të ndryshme në veprimtari lokale, kombëtare e ndërkombëtare me tematikë të shërbimit të kirurgjisë, të edukimit dhe përgatitjes së infermierëve të rinj në auditoret e Universitetit të Gjirokastrës, kualifikimit të personelit ndihmës-mjek në spital, etj...

Dr. Rolandi ishte kirurg profesionist dhe drejtues i aftë e human. Kolegët dhe banorët e Gjirokastrës dhe Qarkut e njohën si mjek të papërtuar edhe në problemet e ardhmërisë së qytetit të tij duke qenë edhe antar e drejtues i Këshillit Bashkiak për vite me radhë.

Ndarja e tij nga jeta është një humbje e madhe për familjen, kolegët, miqtë e të afërmit, për komunitetin gjirokastrit e më gjerë.

I paharruar do të mbetet njeriu i mirë, kirurgu i palodhur, qytetari i denjë dhe fisnik i Gjirokastrës.

U PREHTË NË PAQE!

Këshilli Rajonal Gjirokastër, UMSH



