

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- DR. KOUTSOPOULOS K., – Marrëdhëniet mjek-pacient gjatë periudhës së pandemisë së Covid-19 2

ETIKË DHE DEONTOLOGJI:

- PROF. DR. ÇIPI B., – Sekretet mjekësor në përgjithësi dhe ai pas vdekjes së pacientit dhe i personave publikë..... 5
- DR. GJIKI D., – Agjencia e Sigurimit të Cilësisë të Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror (ASCK) 14

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Konferencë: “Rrugëtim drejt zgjidhjes së rasteve klinike komplekse” Shkodër 12 Maj 2022 18

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Takimi i Bordit të SEEMF – 6 Maj 2022, Tuzla-Bosnje-Hercegovina..... 19

KAZUISTIKË:

- DR. SHTËMBARI D., PROF. DR. KULI-LITO GJ., – Vështrim i përgjithshëm për infeksionin e Lisë së Majmunit te fëmijët dhe adoleshentët 20

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- DR. TABAKU-LULI N., DR. GJIKI E., DR. HYSA A., – Lezioni Dieulafoy, një shkak i rëndë dhe i rrallë i Hemoragjisë Gastrointestinale 27
- PROF. ASC. CAUSHI F., – Fiksimi i frakturës së brinjës: Një epokë e re në trajtimin e Traumës së Thoraksit në Shqipëri 32
- DR. DUDA H., PROF. DR. QIRKO E., – Përse i duhet kushtuar rëndësi Rinitit Alergjik? Të dhënat aktuale mbi epidemiologjinë dhe faktorët e riskut 38

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- DR. ASLLANI J., PROF. DR. PRIFTANJ A., – Preparatet biologjike: “Një erë e re në trajtimin e sëmundjeve alergjike” 41
- DR. ILJAZI I., PROF. DR. BASHO J., – Sindroma pas kolecistektomisë dhe mjekimi i saj 45
- PROF. DR. GRAZHDANI H., – Agjërimi terapeutik, përfitimet në ruajtjen e shëndetit, në parandalimin e sëmundjeve dhe përmirësimin e disa prej tyre, dhe praktika e saj 49

NEKROLOGJI:

- Dr. Syrja JAHOLLARI, Dr. Jonuz PERDJA, Prof. Dr. Sotir VANGJELI, Dr. Gëzim HAVARAJ, Kolonel Dr. Shk. Luan NIKOLLARI 52



MARRËDHËNIET MJEK – PACIENT GJATË PERIUDHËS SË PANDEMISË SË COVID-19

Dr. Konstantinos KOUTSOPOULOS

Nën President i Shoqatës Mjekësore Panhelenike

Nën President i CEOM

Për marrëdhëniet mjek-pacient ka të dhëna të shkruara që datojnë nga Greqia e lashtë, të cituara në Betimin e Hipokratit, i cili ende pranohet gjerësisht nga të gjithë mjekët si moment historik i fillimit të ushtrimit të praktikës mjekësore.

Kjo marrëdhënie ka qenë gjithmonë për atë që është më e mira për pacientin, duke përmirësuar mirëqenien e tyre. Kur pacientët ndihen të kënaqur në ndarjen e problemeve të tyre dhe janë të kujdesshëm për shëndetin e tyre, marrëdhëniet mjek-pacient përmbush qëllimin e ekzistencës së saj në mënyrën më të mirë.

Nuk ka dyshim se pandemia e COVID-19 ka ndryshuar marrëdhëniet midis mjekut dhe pacientit në të gjitha nivelet e praktikës mjekësore profesionale.

Përparimi i njohurive shkencore në fakt evoluoi procedurën diagnostike dhe terapeutike si në fushën e mjekësisë kirurgjikale ashtu edhe në fushën e mjekësisë së brendshme dhe parandalimin socio-mjekësor.

Nga ky këndvështrim, gjatë dy viteve të fundit ka pasur një progres në shkencën mjekësore, si: përmirësimi i organizimit në spitale, zbulimi i vaksinave, etj., i cili fatkeqësisht erdhi si pasojë e pandemisë së COVID-19.

Gjatë dy viteve të fundit janë shfaqur disa kufizime krejtësisht të reja në jetën tonë të përditshme, si izolimi, etj... Këto kufizime të reja kanë ndihmuar në uljen e rasteve nga virusi COVID, por kanë kontribuar në një masë të madhe edhe në fenomene si izolimi social dhe psikologjik.

Ka pasur një ulje të ndjeshme të shkallës së sëmundjeve të tjera, si: gripi i zakonshëm dhe ndërlikimet e tij.

Nga ana tjetër ka pasur rritje të patologjive, si: rritja e numrit të sëmundjeve kardiovaskulare, metabolike, onkologjike; sepse pacientët nuk patën mundësi të merrnin shërbime mjekësore dhe në spital për t'u ekzaminuar, kjo nga frika për tu infektuar nga virusi COVID.

Operacionet e planifikuara të përcaktuara si “jo urgjente” janë shtyrë për një kohë të gjatë, dhe ky fakt ka shkaktuar lista të gjata pritjeje me efekte negative në prognozën e pacientëve.

Për më tepër, ulja e konsultimeve direkte ballë për ballë me pacientët, shpesh mund të ketë çuar në keqkomunikim dhe keqkuptim midis mjekëve dhe pacientëve.



I EDITORIALI

Kjo ka çuar në një pikë kthese të rëndësishme që është mungesa e marrëdhënies fizike të pacientit me mjekun, dhe pacientët tashmë duket se i drejtohen më shumë farmacistëve, internetit dhe mediave sociale për t'u informuar.

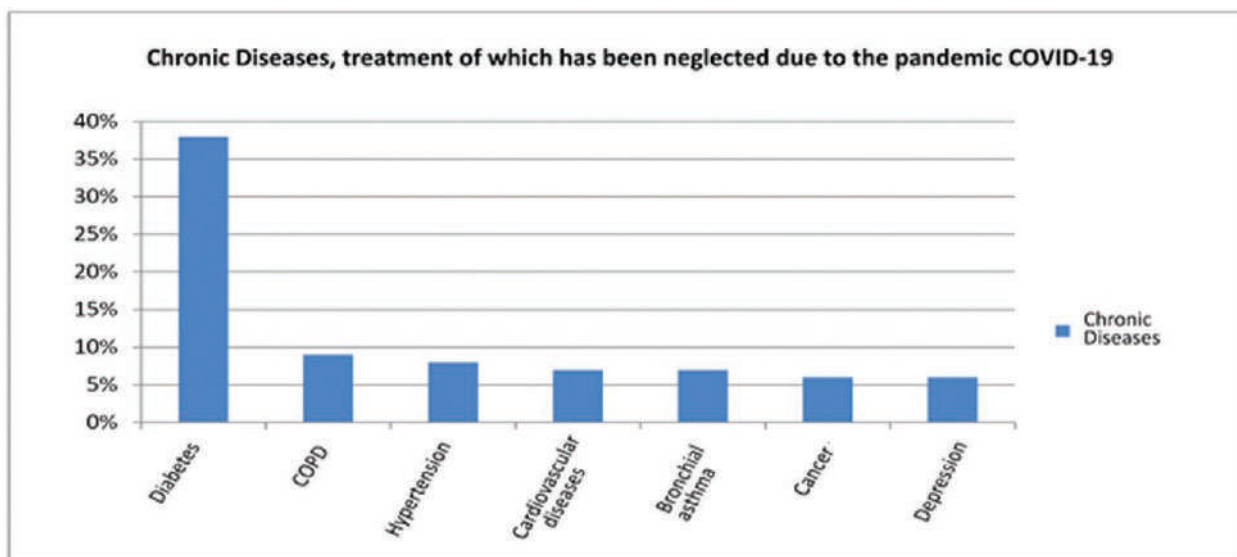
Lajmet e rreme kanë shkaktuar pasiguri në shoqëri dhe besimi i individëve ndaj të dhënave epidemiologjike të publikuara nga ministritë dhe autoritetet vendore është ulur në nivele serioze.

Në fakt, marrëdhënia mjek-pacient ka pësuar një ndryshim të thellë, për shkak se klima e besimit tashmë është e ndikuar si pasojë e faktorëve si interneti dhe media, të cilat kanë pasur një ndikim serioz në besimin ndaj metodave tona terapeutike dhe opinioneve tona mjekësore për trajtimin e sëmundjeve dhe vaksinat.

Nga këndvështrimi i të gjithë këtyre faktorëve që lidhen me krizën pandemike, marrëdhënia pacient-mjek është kthyer nga një raport ekuivalence dhe besimi, në një situatë dyshimi dhe mosbesimi ndaj mjekëve në nivel global.

Situatat kronike më të zakonshme, trajtimi i të cilave është ndërprerë gjatë pandemisë, ishin: diabeti në 38%, sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK) me 9%, hipertensioni me 8%, sëmundjet kardiovaskulare me 7%, astma bronkiale me 7%, kanceri me 6% dhe depresioni me 6%; [Figura 1]

Figura 1: Sëmundjet kronike, trajtimi i të cilave është lënë pas dore për shkak të pandemisë COVID-19

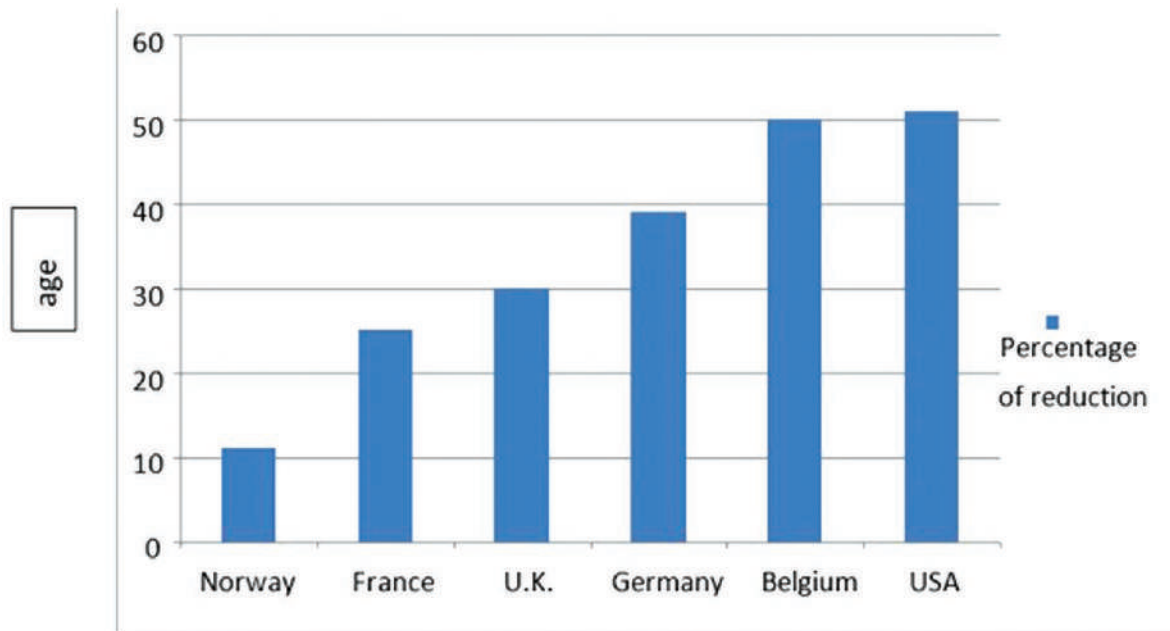


Një studim ndërkombëtar i kryer nga OBSH, tregoi se pacientët me sëmundje kronike nuk kishin akses në shërbimet e kujdesit shëndetësor, dhe ky ka qenë një faktor më shumë, që ka paraqitur pengesa shtesë për menaxhimin efektiv të sëmundjeve kronike gjatë kësaj krize të papritur shëndetësore.

Një tjetër ztudim i gjerë tregoi se shumë takime mjekësore të planifikuara, 14% e tyre vazhduan me prani fizike, ndërsa shumica e vizitave (duke arritur në 85%) u konvertuan në seanca komunikimi në distancë me telefon ose duke përdorur teknologji të reja si: skype, zoom ose facebook.

Duke qenë se prioriteti i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor u fokusua në kontrollin e pandemisë COVID-19, krahas menaxhimit të sëmundjeve kronike, është ndërprerë ndjeshëm ofrimi i të gjitha shërbimeve shëndetësore parandaluese përfshirë edhe vaksinimin e rregullt.

Figura 2: Reduktimi i vizitave për Shërbimet e Kujdesit Parësor Shëndetësor gjatë valës së parë të pandemisë



Në fund të fundit, asgjë nuk do të jetë si më parë.

Kështu është për fat të keq!



SEKRETI MJEKËSOR NË PËRGJITHËSI DHE AI PAS VDEKJES SË PACIENTIT DHE I PERSONAVE PUBLIKË

Prof. Dr. Bardhyl ÇIPI

Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

HYRJE

Ruajtja e sekretit është një çështje shumë e rëndësishme për respektimin e lirive dhe të drejtave të njeriut, që parashikohet edhe në Kushtetutë, sipas të cilës garantohet mosndërhyrja jashtë ligjit në jetën private të njeriut (neni 35) (Elezi, 2002).

Në Kodin Penal Shqiptar janë paraqitur disa nene që dënojnë përhapjen e sekreteve vetjake (neni 122) ndërhyrjen e padrejtë në jetën private (neni 121), pengimin ose shkeljen e fshehtësisë së korrespondencës (neni 123) etj. (K. Penal i Republikës së Shqipërisë, 1995). Ky parim është shumë i rëndësishëm edhe në mjekësi, i parashikuar edhe në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore të Shqipërisë. Aq më tepër sot, që rreziku i shkeljes së tij është bërë më i madh nga zhvillimi i mediave elektronike, kompjuterave, fakseve, mesazheve zanore etj... Në këto kushte, ka filluar që në shumë vende të përpunohet një legjislacion i ri mjekësor, për këto çështje.

Por fusha e sekretit mjekësor pas vdekjes, nuk është e njohur aq sa duhet. Aspektet e ndryshme të tij është e rëndësishme të njihen edhe në vendin tonë, sepse kohët e fundit ka pasur tek ne mjaft botime, të shoqëruara me diskutime dhe kritika sidomos në lidhje me sëmundjet dhe vdekjet e disa personave publikë.

Në këtë prezantim analizohen përveç të tjerave edhe disa të dhëna të karakterit etik, filozofik dhe juridik mbi këtë çështje që kanë të bëjnë kryesisht me interesat e personit të vdekur, kohën që ka kaluar nga vdekja, ndikimin negativ nga mos-ruajtja e të dhënave mjekësore në kujtim të tij, të pasuara me paraqitjen e disa rasteve të njohura etj.

Njohuri të përgjithshme mbi sekretin mjekësor

A është e lejueshme të botohet gjithshka mbi studimet mjekësore që kryhen në trupin e njeriut? A mund të shpallen të gjitha të dhënat mjekësore mbi sëmundjet dhe shkaktuesit e vdekjes nga ana e mjekëve? A duhen bërë përpjekje për zbulimin pas vdekjes e të dhënave mbi trupin e njeriut, si pasoja të veprimeve kriminale apo dyshimeve të kryerjes së tyre? A ka mundësi që zbatimi i parimeve të etikës mjekësore: konfidencialitetit, konsentit, respektit të trupit të njeriut pas vdekjes të kushtëzohen nga periudha kohore që ka kaluar? (Charlier, 2014).

Kohët e fundit këto pyetje kanë filluar të bëhen edhe në vendin tonë sidomos në lidhje me të dhënat mjekësore dhe vdekjen e personave publikë të regjimit të mëparshëm, si p.sh.: të Enver Hoxhës, Mehmet Shehut, Nako Spirut etj., apo atyre të persekutuar dhe të vrarë në atë periudhë.

Për t'i kuptuar ato duhet analizuar në fillim parimi i rëndësishëm i konfidencialitetit mjekësor, i cili nga një detyrim moral u transformua në një detyrim ligjor dhe në fund si një nga të drejtat fundamentale të njeriut (Çipi, 2015). Sipas këtij parimi, në mbrojtje të interesave të pacientit, informatat që doktori merr prej tij gjatë ushtrimit të praktikës së tij mjekësore, nuk duhet t'ja u tregojë personave të tjerë, ose t'i përhapë ato. Në mungesë të garancisë që sekretet e tij do të ruhet nga mjeku, pacienti mund të mbajë të fshehur të dhëna të rëndësishme që mund të ndikojnë negativisht në mjekimin e tij, apo të personave të tjerë (Çipi, 2005).

Në fakt, koncepti i sekretit mjekësor, në shumë vende, sidomos ato perëndimore, ka një lidhje të ngushtë me atë të privilegjit të marrëdhënies mjek-pacient, një koncept ky më i ngushtë se konfidencialiteti mbi të drejtat e pacientit. Sipas tij, mjeku kurues, të dhënat që merr nga pacienti, nuk duhet t'ja zbulojë një pale tjetër dhe nuk duhet t'i përdorë kundër pacientit në gjykatë apo procese të tjera juridike (Robitcher, 1968; DeWitt, 1959).

Kohët e fundit çështjeve të sekretit mjekësor po u kushtohet një vëmendje gjithnjë e më e madhe në lidhje me aspektet e tyre etike dhe juridike. Zhvillimi i madh i mediave elektronike, arritjet në fushat e gjenetikës mjekësore kanë ndryshuar kuptimin e transmetimit tradicional të informacionit mjekësor. Përdorimi i telefonave celularë dhe aparaturave të sotme elektronike: kompjuterave, fakseve etj., kanë krijuar mundësinë që të ndodhin shkelje të paqëllimshme të sekretit mjekësor. Mesazhet zanore të dërguara në mënyrë elektronike mund të dëgjohen edhe nga persona të tjerë përveç pacientëve. Po kështu kompjuterizimi i të dhënave mjekësore, që ka shumë avantazhe, rrezikon në shkeljen e konfidencialitetit të tyre (Berg, 2001).

Për këtë në shumë vende është përpunuar një legjislacion i ri mjekësor për mbrojtjen e konfidencialitetit në rrethana të ndryshme (Guidance and advice, confidentiality and disclosing information after death, 2021).

Sekreti mjekësor pas vdekjes

Sekreti mjekësor pas vdekjes së pacientit dhe ai për personat publikë përbën një fushë të veçantë, jo shumë të studiuar.

Në këtë studim janë analizuar nga literatura e huaj disa nga aspektet kryesore të kësaj çështjeje që kanë të bëjnë me konceptin e ruajtjes apo mosruajtjes të sekretit mjekësor pas vdekjes, argumentet filozofike dhe etike të këtyre qëndrimeve, rrethanave në të cilat ky sekret nuk ruhet, ndikimin e kohës që ka kaluar nga vdekja, kush do ta ketë të drejtën për ta ruajtur ose jo sekretin mjekësor pas vdekjes, etj...

Ruajtja e konfidencialitetit mjekësor pas vdekjes është e domosdoshme për të mbrojtur individin, qoftë për jetën private apo pozitën e tij shoqërore, për shkak të dëmit që mund t'i shkaktohet pacientit kryesisht moral, në rast se këto të dhëna mjekësore do të zbuloheshin (Berg, 2001).

Shqetësimet e sotme mbi konfidencialitetin kanë të bëjnë kryesisht me çështjen kur mjeku zbulon një sëmundje veneriane (seksualisht të transmetueshme), ose që personi ka qenë i alkoolizuar ose të dhëna të tjera që mund të jenë përbuzëse për publikun, apo nëse zbulimi është kryer për t'u mbrojtur nga një veprim shpifës ndaj pacientit.



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

Po kështu grupet e gjakut në vetvete mund të mos jenë informata që duhen mbajtur sekret, por në rastet e çështjeve të përcaktimit të atësisë së bashku me ato të ADN-së, ato mund të jenë shumë të rëndësishme. Për shembull në rastet e identifikimit të kufomave të masakrës së Srebrenicës, të kryer nga serbët në Bosnjë, nëpëmjet të ekzaminimit krahasues të të dhënave të ADN-së me ato të prindërve të tyre të gjallë, rezultoi që në disa raste babai i një viktime nuk ishte babai i vërtetë biologjik. Ky konstatim ishte i domosdoshëm që të mbahej sekret për të shmugur konflikte të rënda familjare të mëvonshme. Ose në rastet e personave të prekur nga HIV/AIDS, kjo sëmundje duhet mbajtur sekret edhe pas vdekjes së tyre (Berg, 2001).

Mosruajtja e konfidencialitetit mjekësor pas vdekjes mund të ndodhë për shkak se mjekët nuk i kanë bërë ndonjë premtim pacientit të tyre për t'i ruajtur të dhënat mjekësore pas vdekjes së tij.

Në të vërtetë, pavarësisht se kjo parashikohet në kodet etike, pak mjekë e kanë shfaqur detyrimin për ruajtjen e konfidencialitetit të pacientëve të veçantë, dhe akoma më pak për sekretin mjekësor pas vdekjes.

Sipas literaturës mjekësore të huaj, mbrojtja e konfidencialitetit mjekësor pas vdekjes është në varësi të interesave që ka pasur i ndjeri para vdekjes, për ta ruajtur atë. Pra, nëse mosruajtja e konfidencialitetit mjekësor post mortem do të jetë në favor të personit të vdekur, kjo mund të mos kundërshtohet (Berg, 2001).

Pikëpamjet filozofike në lidhje me interesat pas vdekjes së personit (Berg, 2001).

Interesi i njeriut të vdekur është që t'i ruhen informacionet, në qoftë se shpallja e tyre pas vdekjes do ta dëmtonte atë, p.sh.: nga mosmbajtja e premtimit për ruajtjen e sekretit mjekësor që mund të prekë kujtimin e njeriut kur ka qenë gjallë, apo nga shpifjet që mund t'i shkaktojnë atij një dëm moral.

Në të vërtetë njeriu i vdekur, ndërgjegjia e të cilit është zhdukur, nuk ka pse të ketë interesa. Por, ai kur ka qenë gjallë ka pasur interesa që duhet të vazhdojnë të ruhen edhe pas vdekjes së tij. Edhe të afërmit e të vdekurit kanë interesa, që përcaktohen nga fakti se i vdekuri jeton në memorien e tyre. Kështu dëmtimi i memories së të vdekurit nga mos-ruajtja e të fshehtës mjekësore prej mjekëve, do të dëmtojë interesat e njerëzve të gjallë për të ruajtur në mendjet e tyre virtutet e personit të vdekur.

Mund të ndodhë që për një njeri që gjatë jetës së tij ka qenë shumë korrekt, nxjerrja e të dhënave mjekësore konfidenciale, të ndryshojë opinionin e gjithë të njohurve të tij që ata të kuptojnë tani, që ai ka qenë një njeri me të meta, i shtirë.

Nga pikëpamja filozofike dhe etike, ka dy qëndrime ndaj ruajtjes së konfidencialitetit pas vdekjes (Berg, 2001):

- qëndrimi i parë, sipas të cilit, ruajtja e konfidencialitetit pas vdekjes duhet të jetë shumë më e fuqishme, të ketë një karakter absolut, në krahasim me sekretin mjekësor para vdekjes. Kjo, sepse personi që ka vdekur, tani nuk ka më mundësi që ta miratojë këtë mosruajtje të konfidencialitetit, ose të mbrojë reputacionin apo identitetin e tij.
- qëndrimi i dytë, sipas të cilit, interesi i personit të vdekur për të ruajtur konfidencialitetin e tij do të jetë më i vogël se ai, kur ky person ka qenë gjallë. Kjo, për arsyen se personi që ka vdekur nuk mund të dëmtohet, në kuptimin që ai nuk e ndjen më dhimbjen, lumturinë ose emocione të tjera. Ndërsa tek personi i gjallë, mos-ruajtja e konfidencialitetit, p.sh.: atij mjekësor do ta dëmtojë dhe do ta bëjë të vuajë nga ky veprim, për pasojat nga kjo mospërfillje për dëshirat e tij.



Disa situata të tjera të mos-ruajtjes të konfidencialiteti mjekësor pas vdekjes (Guidance and advice etc, 2021):

- rastet e denoncimeve për ndjekjen mjekësore të personit para vdekjes;
- në rastet e kundërshtimit të testamenteve;
- kur kërkohen dokumentet mjekësore të shoqërive të sigurimeve, nga ana e të afërmeve, të nevojshme këto për përfitime financiare, që përcaktohen nga shkaku mjekësor i vdekjes të njeriut të tyre që ka qenë i siguruar në këto shoqëri;
- nevoja e të afërmeve për t'u njohur me diagnozat e sëmundjeve të trashëguara të personit të vdekur, me qëllim që ata të marrin masa mjekësore për parandalimin e tyre;
- interesi i studimit të ecures dhe shpërndarjes të sëmundjeve të ndryshme (mos-ruajtja e konfidencialitetit është vetëm për studiuesin dhe jo për personat e tjerë);
- interesi i publikimit p.sh.: për ngjarje me vdekje të shumta nga sëmundje të veçanta, ose kur personi i vdekur është një person publik;
- rastet e informatave mjekësore që kërkohen nga media, bibliografët për interesa të përgjithshme, zbulimin e ngjarjeve kriminale, etj...

Ndikimi i kohës që ka kaluar nga vdekja në ruajtjen ose jo të sekretit mjekësor (Berg, 2001; Charlier, 2014).

Me kalimin e kohës, kujtimi për të vdekurin, që ruhet në mendjen e një të gjalli fillon dhe dobësohet. Po kështu edhe interesi i anëtarëve të familjes së të vdekurit, me kalimin e viteve, do të vijë duke u ulur. Me këtë rast, nuk duhet harruar që memoria e njerëzve që e kanë njohur të vdekurin është shumë më e rëndësishme se ajo që ka mbetur në gjeneratat e mëpasme. Pra mbrojtja e konfidencialitetit mjekësor pas vdekjes do të pakësohet me kalimin e kohës, deri në zhdukjen e plotë të saj.

Në literaturën e huaj, ka një pikëpamje, sipas të cilës, nuk duhet ruajtur më konfidencialiteti, kur ka kaluar një kohë që i korrespondon një ose dy gjeneratave pas vdekjes së personit.

Në legjislacionin francez kjo kohë ka qenë 150 vjet; më pas është pakësuar në 120 vjet dhe është tendenca që kjo kohë të pakësohet edhe më shumë. Por theksohet që edhe me kalimin e kohës së nevojshme, kjo nuk do të thotë që informacioni të bëhet publik (Charlier, 2014). Kjo vështirësi për ta ruajtur ose jo këtë sekret mund të ndodhë edhe për shkak se mjekët e këtij rasti mund të kenë vdekur me kalimin e kohës, apo se dokumentet mjekësore të këtij rasti janë asgjësuar.

Në praktikë ndeshen raste të studimit nga ana jonë të aspekteve mjekësore apo mjeko-ligjore të kufomave apo mbetjeve skeletike të mëparshme. Ata nuk kanë qenë “pacientë”, sipas kuptimit të mirëfilltë të këtij termi. Në legjislacionin mjekësor në përgjithësi, ruajtja e sekretit mjekësor si për së gjalli ashtu dhe pas vdekjes i takon zakonisht mjekut kurues të pacientit.

Pra, në këto raste, këta do të konsiderohen si “persona të vdekur”, pa jetë, por që dhe ato duhet të respektohen (Charlier, 2014). Prandaj, në botimet e ekzaminimeve të këtyre rasteve, duhet të ruhet të paktën anonimati i tyre (Charlier, 2014).

Kush e ka detyrimin për ta ruajtur ose jo sekretin mjekësor pas vdekjes

Ky detyrim i takon në radhë të parë mjekut kurues të pacientit që ka vdekur; por ky mund të jetë edhe për mjekun që ka kryer autopsinë e personit të vdekur, apo personelit tjetër mjekësor (Berg, 2001).



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

Kërkesa për mosruajtjen e sekretit mjekësor mund të bëhet nga të afërmit e personit që ka vdekur, apo nga vetë personi para se ai të vdiste.

Zbulimi i sekretit mjekësor mund të kryhet edhe nga mjeku në rrethanat e përmendura më parë, si p.sh.: në rastet e informatave mjekësore që kërkohen nga media, bibliografët për interesa të përgjithshme, sqarimin e ngjarjeve kriminale, etj...

Raste nga literatura

Në vitin 1965, miku dhe mjeku personal i Churcillit, Lordi Moran (Charles McMoran Wilson) botoi menjëherë pas vdekjes së Churcillit, librin: “The struggle for survival 1940 – 1965”, një biografi e jetës së Churcillit, në bazë të ditareve që Morani kishte mbajtur gjatë gjithë periudhës nga viti 1940 deri në vitin 1965 të vdekjes së Churchillit (Robitscher, 1968). Libri mbështetej në ditaret e Moranit gjatë gjithë kësaj kohe dhe përmbante dy lloje argumentesh (Robitscher, 1968):

- ngjarjet e radhura në mënyrë kronologjike për ato që Churcilli kishte bërë dhe shprehur në takimet e tij me Ruzveltin dhe Stalinin, vërejtjet e tij mbi luftën, kundërshtarët e tij në Parlament, etj... Kjo, sepse Lordi Moran, si mjeku personal i Churcillit, kishte qenë i pranishëm në të gjitha këto konfidenca, jo në rolin e mjekut, por në atë të mikut të besuar.
- argumentet mbi gjendjen shëndetësore të Churcillit, të cilat po të bëheshin publike që në gjallje të tij, ai nuk do të shpresonte që të vazhdonte detyrën e tij edhe dy vjet të tjera si kryeministër.

Botimi i këtij libri, u shoqërua me kritika të rrepta në shtypin britanik të asaj kohe (Robitscher, 1968). Sipas tyre: Doktor Morani duhet të kishte heshtur për aq sa kishte parë.

Në revistën e njohur Lancet, me rastin e daljes së këtij libri theksohej se, “Besimi i publikut në profesionin e mjekësisë rrjedh kryesisht nga bindja se ajo që ndodh midis pacientit dhe mjekut nuk duhet të përhapet” dhe se, “Në qoftë se konfidencialiteti ruhet për së gjalli, ai duhet të respektohet dyfish për të vdekurin”. “Duke shkruar publikisht për gjendjen shëndetësore të një personi të identifikueshëm, Lordi Moran ka krijuar një precedent, i cili nuk duhet bërë përsëri”.

Ndërsa Shoqata e njohur britanike mjekësore (British Medical Association), në takimin e saj vjetor pas këtij botimi, organi i saj përfaqësues, i përbërë nga 560 anëtarë, mori vendimin, me vetëm tri vota kundër, në të cilin nuk përmendej Lordi Moran, ku theksohej: “Vdekja e një pacienti nuk e çliron mjekun nga detyrimi për ruajtjen e sekretit”.

Pavarësisht nga këto qëndrime kundërshtuese për këtë libër, në diskutimet dhe shtypin e kohës u dhanë edhe shumë mendime dhe argumente në favor të tij (Robitscher, 1968). Sipas tyre, “dëshmitë e Lordit Moran janë shumë të çmuara, sepse nëpërmjet tyre janë zbuluar aspektet e munguara të jetës së Churcillit, në radhë të parë, nëpërmjet bërjes publike të dëshmimeve mjekësore”.

“Një figurë si Churcilli nuk mund të ketë asnjë privaci. Ai i përket të gjithë botës, i gjallë apo i vdekur dhe gjithçka që ka të bëjë me të, sidomos problemet shëndetësore, kanë një interes universal” (Robitscher, 1968). “Ne jetojmë në një kohë, kur figurat publike, të gjallë apo të vdekur, bëhen subjekte të biografëve, sekretarëve, asistentëve, apo familjarëve. Kur të gjithë lejohen të shkruajnë për këto raste, atëherë, përse mjekëve u ndalohej kjo gjë?” (Robitscher, 1968).



I njëjti arsyetim mund të bëhet edhe në rastin e Lordit Moran, i cili e botoi këtë libër pas vdekjes së pacientit, kryesisht për mjekimin e Churcillit, pa e diskredituar të ndjerin (Robitscher, 1968). Në literaturën mjekësore shëmbuj të tillë janë të panumërt (Robitscher 1968; Piédelièvre, 1966):

- rasti i Maratit, një nga udhëheqësit e revolucionit francez të viti 1789 që u vra duke bërë banjo, por që nga mjeku i tij rezultoi se ai vuante nga dermatiti (infeksion i lëkurës) së skrotumit dhe perineumt. Banja e qetësonte atë nga sëmundja prej së cilës vuante. Kjo e bëri më të lehtë atentatin ndaj tij.
- rasti i mjekut, që kishte përpiluar raportet mjekësore mbi përparimin e sëmundjes dhe sjelljen e Napoleonit para se të vdiste.
- rastet e sëmundjeve dhe vdekjeve të shumë presidentëve të ShBA, etj...

Sekreti mjekësor në Shqipëri

Çështja e sekretit mjekësor në vendin tonë, paraqitet në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, i cili përmban nenin 22 (ruajtja e sekretit mjekësor) dhe nenin 23 (zbulimi i sekretit mjekësor). Pra, sipas këtyre neneve, sekreti mjekësor i mjekut, përbën një parim shumë të rëndësishëm, por jo me karakter absolut, sepse mund të zbulohet kur rrezikohet jeta e pacientit ose e kërkon ligji.

Kështu mosruajtja e sekretit mjekësor, nga kërkesa e ligjit, është dhe ai i parashikuar në Kodin e Procedurës Penale të vendit tonë. Sipas nenit 282 (kallzim nga personeli mjekësor), personeli mjekësor për një mjekim që ai kryen dhe dyshon se lidhet me një vepër kriminale, është i detyruar ta denoncojë atë në organet e prokurorisë (Kodi i Procedurës Penale të Republikës së Shqipërisë, 1995).

Para disa kohësh, në zbatim të këtij neni të procedurës penale, u arrestuan dy mjekë dhe një infermier në Fier me akuzat penale “mos-kallëzim i krimi” dhe “veprime që pengojnë zbulimin e së vërtetës” (Top Channel, 2022). Kjo për arsye, se ata kishin mjekuar një person që kërkohej nga drejtësia, pas përplasjes së tij me armë zjarri në një fshat të Elbasanit. Pra në këtë rast, ata nuk kishin zbatuar nenin 282 të Kodit të Procedurës Penale, sipas të cilit ata ishin të detyruar të kallëzonin mjekimin që i kishin kryer këtij personi në organet e drejtësisë.

Sekreti mjekësor pas vdekjes i personave publikë

Çështja e sekretit mjekësor pas vdekjes përmendet në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore (viti 2012) të vendit tonë vetëm në paragrafin e dytë të nenit 22 (ruajtja e sekretit): “...Madje edhe pas vdekjes të të sëmurit, me përjashtim të rasteve kur ajo (e fshehta mjekësore) përbën rrezik për shëndetin dhe jetën e të tjerëve, mjeku duhet të mos zbulojë sekretin profesional”.

Siç shihet, kjo çështje trajtohet shumë pak në legjislacionin mjekësor Shqiptar. Prandaj për këto raste, sidomos për personat publikë, që kanë filluar të analizohen edhe te ne, duhen zbatuar rregullat e rekomanduara nga literatura e huaj, një pjesë e të cilave u paraqitën më parë në këtë studim.

Nga ana ime unë kam pjesë në disa raste vdekjesh mjekoligjore, rezultatet e të cilave i kam shpallur dhe botuar në shtyp, duke mos ruajtur kështu sekretin mjekësor, por pa shkelur rregullat e veçorive të këtyre rasteve (Çipi, 2018).



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

- ❖ Kështu në disa botime për vdekjet e Mehmet Shehut, Nako Spirut, që përfshihen në grupin e vdekjeve kriminale dhe si të tilla ato do të konsiderohen si raste kur sekreti pas vdekjes nuk ruhet. Sidoqoftë përpara botimit, unë kam marrë edhe lejen e familjarëve të tyre (Çipi B., Çipi S. 2015; Çipi, 2018, 2020;).
- ❖ Çështja e viktimave të bombës në ambasadën sovjetike në Tiranë në vitin 1951, përbën edhe ajo një rast kriminal, ku nuk ka qenë nevoja e ruajtjes së sekretit mjekësor; edhe për këtë çështje është marrë prej meje leja e familjarëve të viktimave, të cilët kanë ndihmuar edhe në zbulimin dhe ekzaminimin e tyre.
- ❖ Në rastin e zhvarrimit të Enver Hoxhës në vitin 1992, të drejtuar prej meje, botimi i tij në vitet 2000, u bë për të përgënjeshtuar shpifjen e publikuar në atë kohë, sipas të cilës gjatë ekzumimit (nxjerrjes nga varri), kufoma u godit në kokë dhe u dëmtua nga kavoja e vinçit që po e nxirrte. Për këtë botim unë pata mbështetjen edhe nga një prej njerëzve të rrethit familjar të Enver Hoxhës.

Në lidhje me të dhënat e ndjekjes mjekësore së Enver Hoxhës, mund të përmenden këto publikime:

- ✓ Shënimet mbi ndjekjen mjekësore të Enver Hoxhës, të lëna nga Prof. Dr. Fejzi Hoxha (të botuara pas vdekjes së tij nga Prof. Dr. Lluka Heqimi, në vitin 2003): bashkëmoshatar, nga Gjirokastra dhe ai, që e kishte njohur Enver Hoxhën që në fëmijëri dhe e kishte kuruar, pavarësisht nga vështirësitë e këtij mjekimi, për një kohë shumë të gjatë. (Heqimi, 2003). Botimi i këtyre shënimeve, pas vdekjes së autorit të tyre, përbën një nga ato raste kur sekreti mjekësor mund të mos ruhet për personat publikë shumë të njohur.

Në të vërtetë, në 10 vitet e fundit të jetës së tij, Enver Hoxha ka qenë nën kujdesin shëndetësor të një ekipi mjekësor të përzgjedhur, në të cilin bënin pjesë edhe Prof. Dr. Isuf Kalo dhe Prof. Dr. Ahmet Kamberi.

Vitet e fundit janë botuar dy libra me detaje të hollësishme nga ana e këtyre dy mjekëve që e kanë kuruar Enver Hoxhën:

“Blloku” i Prof. Dr. Isuf Kalo, viti 2019 (Kalo, 2019).

“Pacienti ynë i veçantë” i Prof. Dr. Ahmet Kamberi, viti 2020 (Kamberi, 2020).

Të dy librat në lidhje me ruajtjen ose jo të sekretit mjekësor pas vdekjes, janë të justifikuara, sepse kanë të bëjnë me udhëheqësin kryesor të diktaturës komuniste 40-vjeçare; prandaj problemet mjekësore të tij, do të ishin të nevojshme të njiheshin në radhë të parë nga publiku i gjerë i vendit tonë. Nga ana tjetër është marrë dhe leja e të vesë së Enver Hoxhës, për botimin e librit “Pacienti ynë i veçantë” të Prof. Dr. Ahmet Kamberi.

Në këto libra janë ruajtur dhe respektuar në përgjithësi interesat e pacientit.

Kështu në librin “Blloku”, Prof. Dr. Isuf Kalo shkruan midis të tjerave: “Kam mendimin se nëse Enver Hoxha nuk do të jetonte në atë kohë, nuk do të ishte bërë diktator, por do të ishte bërë një mësues shumë sharmant, sepse ishte shumë simpatik si njeri; në një farë mënyre pozita e mori në qafë atë.... U bë një pacient bashkëpunues që ia lehtëson punën mjekut.Ai nuk ka dashur që ne ta diktojmë as sëmundja ta diktojë, por ka pasur inteligjencën edhe mundësinë që të bashkëpunonte në lidhje me mjekimi e tij”.

Ndërsa në librin “Pacienti ynë i veçantë”, Prof. Dr. Ahmet Kamberi, duke u mbështetur kryesisht në marrëdhënien mjek-pacient, thekson se: “në marrëdhëniet me mjekët Pacienti ishte i përzemërt.

Nuk ka ndodhur kurrë që ai të shprehte pakënaqësi me fjalë ndaj ndonjërit prej nesh, madje edhe atëherë kur ai nuk ishte i kënaqur me këshillat tona. Pakënaqësinë ai e shprehte thjesht me ngrysjen e fytyrës, me mungesën e dëshirës për ta zgjatur diskutimin dhe me mosbindje....”.

Por në librin e parë “Blloku” të Isuf Kalos, jepen disa të dhëna dhe mendime mbi jetën intime, që unë kam mendimin që Pacienti vetë dhe bashkëshortja e tij, nuk do të ishin dakord që ato të shpalleshin pas vdekjes së Pacientit.

Po kështu në librin “Blloku” jepen mendime dhe argumente kryesisht të karakterit psikologjik nga ana e autorit të librit, për ngjarje të ndryshme të asaj kohe, mendime këto të cilat nuk i ka shprehur Pacienti dhe me të cilat vetë Pacienti kur ishte gjallë, besoj se nuk do të ishte dakord.

Këto mund të kenë qenë disa nga arsytet që për botimin e librit: “Blloku”, nuk është marrë miratimi i familjes së Enver Hoxhës.

Në lidhje me këto dy botime, unë kam këto vërejtje dhe sugjerime:

- Botimi i këtyre librave, të dy mjekëve të njohur: Prof. Dr. Isuf Kalo dhe Prof. Dr. Ahmet Kamberi, do të ishte mirë që të shoqërohej edhe me publikimin e plotë të raportit të autopsisë, sikurse është vepruar me udhëheqësit e B.S., Leninit dhe Stalinit. Kjo më shumë për të vërtetuar ose hedhur poshtë hipotezën që ai mund të jetë eliminuar.
- Do të ishte më e përshtatshme që libra të tillë, të botoheshin në një kohë më të vonë, sikurse rekomandohet nga literatura përkatëse, sipas të cilës kujtesa e njerëzve që e kanë njohur të vdekurin është shumë më e rëndësishme se ajo që ka mbetur në gjeneratat e mëpasme, prandaj mbrojtja e konfidencialitetit mjekësor pas vdekjes do të pakësohet me kalimin e kohës, deri në zhdukjen e plotë të tij. Kjo, për arsye se botimi i këtyre dy librave sidomos i librit “Blloku” u shoqërua, përveç lavdërimeve të shumta, edhe me një reagim të rreptë kundërshtues ndaj paraqitjes simpatike të Enver Hoxhës në marrëdhëniet me mjekët që e kuronin atë, ndërkohë që në mendjet e njerëzve si atyre të moshuar por edhe atyre më të rinj janë ende të freskëta dëshmitë shumë negative të jetës së Enver Hoxhës, një pjesë nga ato të publikuara nga ata që e kanë njohur që në rininë e tij, si dhe ato të krimeve monstruoze të urdhëruara prej tij, shumë prej tyre ende të pazbuluara etj.

Përfundime

- Parimi i rëndësishëm i konfidencialitetit mjekësor, i cili nga një detyrim moral është kthyer në një detyrim ligjor dhe në fund si një nga të drejtat fundamentale të njeriut, përmban edhe të fshehtënjë mjekësore pas vdekjes, të njohur jo aq sa duhet.
- Kjo e fundit përmban aspekte të ndryshme që i përkasin argumenteve kryesisht filozofike, interesave të personit të vdekur, rrethanave kur kjo e fshehtë nuk ruhet, kohës që ka kaluar nga vdekja, personave që kanë detyrimin për ruajtjen ose jo të saj, rasteve të ruajtjes ose jo të saj për personat e njohur, etj...
- Kjo lloj e fshehtë mjekësore, sidomos ajo e një personi publik për vendin tonë, përbën një çështje shumë delikate që kërkon një kujdes shumë të madh në rastet e shpalljes së saj.



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

Bibliografia

1. Berg J. (2001). *Grave Secret: Legal and Ethical Analysis of Postmortem Confidentiality*, Connecticut law review, Vol 34: 81, pp. 81-122.
2. Charlier Ph. (2014). *Quand la science explore l'histoire*, Editions Tallandier, Paris 2014, pp. 240-248.
3. Çipi B. (2005). Bioetika në një këndvështrim mjekoligjor, Shtëpia e botimeve Naim Frashëri, Tiranë, pp.48-60.
4. Çipi B. (2015). Ethical, juridical and historical issues of medical confidentiality, Journal JAHR, Rijeka, Vol 3, nr.5, pp.139-146.
5. Çipi B. Çipi S.(2015). Manual i Mjekësisë Ligjore, KLEAN Shpk, Tiranë, p.95.
6. Çipi B. (2018). Tranzicioni Shqiptar në lupën e Mjekësisë Ligjore, Shtëpia botuese Flamuri, Tiranë, pp. 34-50, 73-90, 269-274.
7. Çipi B. (2020). Përse vdekja e Mehmet Shehut, sipas mjekësisë ligjore kriminalistike, duhet të ketë qenë vrasje dhe jo vetëvrasje? Gazeta "Telegraf", Tiranë, 14.12.2020.
8. DeWitt C. (1959). *Privileged communications between physician and Patient*, Case Western Reserve Law Review. <http://scholarlycommons.law.case.edu/caselrev>
9. Elezi I. (2002). *E drejta Penale, Shtëpia botuese e librit universitar, Tiranë 2002*, pp. 134-137. *Guidance and advice (2021). Confidentiality and disclosing information after death*, pp. 1-9. <http://themdu.com/guidance-and-advice/guides/disclosure-after-death>
10. Heqimi Ll. (2003). Profesor Fejzi Hoxha, mjeku, humanisti, pedagogu, shkencëtari; shtëpia botuese PEG, Tiranë.
11. Kalo I. (2019). *Blloku*, UET Press, Tiranë.
12. Kamberi A. (2020). *Pacienti ynë i veçantë*, Edlon, Tiranë.
13. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore. (2012). Urdhri i Mjekut të Shqipërisë, Këshilli Kombëtar, Botime "Vllamasi", Tiranë, 2012.
14. Kodi Penal i Republikës së Shqipërisë (1995), Kuvendi Popullor i Republikës së Shqipërisë.
15. Kodi i Procedurës Penale të Republikës së Shqipërisë (1995), Kuvendi Popullor i Republikës së Shqipërisë, Tiranë 21.03.1995.
16. Piédelièvre R. (1966). *Souvenir d'un médecin légiste*, Flammarion, Paris, pp. 5 -12.
17. Robitscher J.B. (1968). *Doctors' privileged communication, public life and history's rights*, Cleveland State University Law Journals, pp.199-212. <https://engagedscholarship.csuohio.edu/clevstlrev/vol17/iss2/3>
18. TopChannel (2022), Emrat/ mjekuan N.D., arrestohen dy mjekë dhe një infirmier në Fier; për çfarë akuzohen?, 31.3.2022. <https://top-channel.tv/2022/03/31/emrat-mjekuan-nuredin-dumanin-arrestohen-dy-mjeke-dhe-nje-infirmier-ne-fier-per-çfare-akuzohen/>

AGJENCIA E SIGURIMIT TË CILËSISË TË KUJDESIT SHËNDETËSOR DHE SHOQËROR (ASCK)

Dr. Denis GJIKA
ASCK

Agjencia e Sigurimit të Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror (ASCK) është krijuar dhe funksionon bazuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 637, datë 27.10.2021. Kjo agjenci u krijua duke përfshirë në brendësi institucionet: Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore dhe Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim.

Shtyllat e reja të agjencisë konsistojnë në:

1. akreditimin e institucioneve shëndetësore, dhe
2. akreditimin e aktiviteteve dhe ofruesve të edukimit në vazhdim.

Janë pikërisht këto dy procese që mundësojnë përmisimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve të institucioneve dhe profesionistëve që punojnë në to.

ASCK-ja ka në strukturën e saj 4 Drejtori:

1. Drejtoria e Edukimi në Vazhdim në agjenci ka për qëllim sigurimin e një edukimi të vazhdueshëm profesional cilësor dhe sipas standardeve.

Këtë mision e realizon edhe nëpërmjet bashkëpunimeve me të gjithë aktorët e përfshirë në proces.

Kjo drejtori ka dy sektorë:

- akreditimin e programeve dhe ofruesve, si dhe
- certifikimin e mjekëve dhe profesionistëve të tjerë të shëndetësisë.

Akreditimi i programeve dhe ofruesve të akredituar

Proceset e akreditimit të programeve dhe ofruesve tashmë janë bashkuar në një sektor të vetëm me qëllim bashkërendimin më të mirë të punës dhe zbatimin më të saktë të standardeve për të gjithë ofruesit dhe aktivitetet e edukimit profesional.

Numri i aktiviteteve të edukimit në vazhdim për mjekët është rritur vazhdimisht vit pas viti. Ofrues kryesorë të aktiviteteve janë shoqatat e profesionistëve, organizatat jopublike si OJF, institucionet akademike etj...

Institucionet publike të kujdesit shëndetësor kanë kapacitet të kontribuojnë më shumë në ofrimin e aktiviteteve të edukimit në vazhdim. Edukimi në vazhdim i mjekëve mund të bëhet edhe në vendin e punës përmes aktiviteteve institucionale të dedikuara për stafin pa kosto shtesë. Kjo formë edukimi inkurajohet nga Agjencia dhe nxitet vazhdimisht përmes këshillimit të rritjes së cilësisë së tij.

Edukimi, nëse zhvillohet në vendin e punës, ka me shumë gjasë t'i përgjigjet nevojave reale të profesionistëve dhe atyre të shërbimeve shëndetësore dhe për të mbledhur kreditet e nevojshme.



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

Deri më tani janë akredituar çdo vit mesatarisht rreth 700 aktivitete të edukimit në vazhdim.

Edukimi në vazhdim me anë të cilit mund të merren kreditet e kërkuara mund të zhvillohet me pjesëmarrje në sallë ose në formatin online. Disa lloje kryesore të aktiviteteve të edukimit në vazhdim janë: konferenca, trajnim, trajnim në vendin e punës, leksioni, seminari, workshopi, AEV online sinkron ose jo sinkron, grupe rishikimi.

ASCK me qëllim që të sigurojë cilësinë e edukimit në vazhdim të profesionistëve të shëndetësisë dhe mbrojtjes sociale ka një sektor i cili merret me këtë proces duke monitoruar vazhdimisht aktivitete të EV për zbatimin e standardeve. ASCK në bazë të gjetjeve gjatë monitorimit merr masa rast pas rasti ndaj ofruesit sipas legjislacionit në fuqi. Gjatë monitorimit vlerësohet cilësia e AEV përmes zbatimit të standardeve për kushtet ambientale dhe logjistike ku zhvillohet aktiviteti, respektimi i programit sipas seancave, pjesëmarrja, vlerësimi i organizimit dhe procesit të të mësuarit për pjesëmarrësit, materialet didaktike të përdorura gjatë aktivitetit, konflikti i interesit, kodi i etikës profesionale etj...

Çfarë synon Programi i Certifikimit

Programi i Certifikimit është hartuar për të mbështetur, fuqizuar dhe promovuar zhvillimin e vazhdueshëm profesional të punonjësve të shëndetësisë. Ai ka dy objektiva kryesorë:

- Të nxisë punonjësit e shëndetësisë që të ndjekin aktivitete të edukimit në vazhdim në përmbushje të nevojave të tyre individuale, në funksion të praktikave më të mira profesionale dhe cilësisë më të lartë të shërbimit ndaj pacientit.
- Të dokumentojë dhe regjistrojë kreditet e përfituara nga aktivitetet e edukimit në vazhdim në funksion të Certifikimit të punonjësve.

Profesionistët e përfshirë në programin e certifikimit janë: mjekët, stomatologët, farmacistët e ndihmës farmacistët dhe infermierët e mamitë, shtetas shqiptarë dhe të huaj, që ofrojnë shërbime shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, sipas legjislacionit në fuqi, në institucionet publike ose private të kujdesit shëndetësor parësor, dytësor dhe terciar dhe ata të institucioneve akademike shëndetësore. Programi i Certifikimit për profesionistët e shëndetësisë është i organizuar në cikle individuale që përkon me afatin e lejes së ushtrimit të profesionit, brenda të cilave profesionistët e shëndetësisë duhet të përmbushin kriteret përkatëse.

Brenda një cikli individual mjekët duhet:

- të mbledhin një numër jo më të vogël se 150 kredite të edukimit në vazhdim;
- deri në 50% e krediteve duhet të jenë nga specialiteti (75 kredite);
- jo më shumë se 20% e krediteve nga aktivitete të vetë raportuara (30 kredite) i cili kryhet individualisht në portalin E-albania në shërbimin “Aplikim për statusin e certifikimit të profesionistëve të shëndetësisë”. Në të njëjtin formular vetë raportohen edhe aktivitetet e ndryshme të ndjekura brenda dhe/ose jashtë vendit që nuk janë të akredituara në ASCK duke bashkëngjitur edhe dokumentacionin justifikues.
- çdo vit duhet të kenë minimalisht 10 kredite të përfituara nga aktivitete të EV.

ASCK administron një regjistër elektronik, i cili ruan të dhënat për të gjithë mjekët e regjistruar. Profesionistët marrin pjesë në aktivitete të ndryshme të edukimit në vazhdim, të zgjedhura nga ata vetë, nisur nga nevojat e tyre personale dhe institucionale dhe në përmbushje të kriterëve të kërkuara në programin e Certifikimit; si dhe në varësi të aktiviteteve të ofruara gjatë një viti ose gjatë një cikli brenda ose/dhe jashtë vendit.



Kreditet e marra nga pjesëmarrja në këto aktivitete duhet të njihen dhe regjistrohen nga ASCK-ja, sipas procedurave të njohjes dhe regjistrimit të krediteve të përshkruara në VKM nr.789 datë 22.09.2015 i ndryshuar.

Është e detyrueshme që mjekët pasi pajisen me lejen e ushtrimit të profesionit, duhet të regjistrohen në databazën e Agjencisë duke aplikuar individualisht në E-albania në shërbimin “Regjistrimi në programin e certifikimit të profesionistëve të shëndetësisë”.

2. Drejtoria e Performancës dhe Sigurimit të Cilësisë kryen një pjesë të rëndësishme të punës së Agjencisë siç është matja e performancës së kujdesit shëndetësor nëpërmjet:

- Hartimit të fletëve informative dhe e marrjes së pëlqimit të pacientit në shërbimin shëndetësor, dokumente që përpilohen dhe përmirësohen në mënyrë të vazhdueshme për të ndihmuar mjekët dhe pacientët në marrjen e vendimeve të sakta, sipas gjendjes shëndetësore në lidhje me procedurat që do të kryhen.
- Vlerësimit të performancës spitalore nëpërmjet matjes dhe vlerësimit të indikatorëve klinikë për spitalet universitare, rajonale dhe ato bashkiake, me qëllim përmirësimin e cilësisë në shërbimin shëndetësor dhe rritjen e sigurisë së pacientit.
- Vlerësimit të kënaqësisë së pacientit në shërbimin shëndetësor dhe shoqëror i cili është një indikator i rëndësishëm për matjen e cilësisë dhe efikasitetit të sistemit të kujdesit shëndetësor, duke patur si qëllim vendosjen e pacientit në qëndër të vëmendjes.
- Raportimit të incidenteve dhe gabimeve mjekësore në sistemin e kujdesit shëndetësor duke rritur sigurinë e pacientit dhe personelit shëndetësor për të reduktuar riskun e dëmit të pa nevojshëm në nivelin minimal të pranueshëm. Siguria është konsideruar prioritare në kujdesin shëndetësor dhe shoqëror.

3. Drejtoria e Standardeve, Protokolleve dhe Akreditimit ka rol të rëndësishëm dhe vendimtar për përmirësimin e praktikave shëndetësore në të gjithë hallkat e shërbimeve të sistemit shëndetësor. ASCK-ja luan një rol kyç dhe për koordinimin e punës për hartimin dhe implementimin e protokolleve dhe udhëzuesve të praktikave mjekësore dhe akreditimin e institucioneve shëndetësore publike dhe private.

Këto protokolle dhe udhëzues, hartohen dhe përshtaten në vazhdimësi për të gjitha specialitetet mjekësore, në një proces bashkëpunimi me MSHMS, shoqatat e profesionistëve, UMT dhe ASCK. Në këto dokumente paraqiten të gjitha arritjet më të fundit dhe ato më efeciente në fushat përkatëse të praktikës mjekësore.

Pas aprovimit të tyre nga MSHMS, këto protokolle dhe udhëzues do të jenë një detyrim profesional për t'u zbatuar nga çdo mjek. ASCK-ja do të luajë një rol të rëndësishëm dhe në procesin e informimit dhe edukimit në vazhdim të stafeve të profesionistëve me risitë dhe praktikat shkencore bashkëkohore të këtyre udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike.

4. Drejtoria e Standardeve, Protokolleve dhe Akreditimit ka një rol shumë të rëndësishëm në akreditimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor publik ose jo publik.

Institucionet shëndetësore i nënshtrohen procesit të akreditimit përmes ASCK-së në mënyrë periodike, për të vlerësuar shkallën e plotësimit nga ana e tyre të standardeve të paracaktuara dhe të publikuara nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë. Rregullat dhe mënyra e realizimit të procesit të akreditimit të institucioneve të kujdesit shëndetësor, përcaktohen nga Këshilli i Ministrave.

“Akreditimi” nënkupton vërtetim direkt të plotësimit të standardeve specifike nga institucionet shëndetësore përmes vizitës dhe vlerësimit të jashtëm në vendin e punës së institucionit përkatës lidhur me atë se çfarë kryhet në atë institucion: produktet, proceset, sistemet, personelin ose ekipet,



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

përfshirë këtu edhe një demonstrim formal të kompetencës së institucionit për të realizuar detyra të caktuara dhe në këtë kuptim, fjala “akreditoj” lidhet me këtë proces vizite konstatimi apo vlerësimi të jashtëm.

Akreditimi lëshohet për institucionet shëndetësore të cilat plotësojnë standardet bazë dhe garantojnë cilësinë për pacientin. Akreditimi mund të jetë 1, 3 ose 5 vjeçar në varësi të cilësisë që përmbledh shumë indikatorë. Akreditimi është një proces dinamik i cili vendos institucionet nën përgjegjësinë e përmisimit të vazhdueshëm.



KONFERENCË: “RRUGËTIM DREJT ZGJIDHJES SË RASTEVE KLINIKE KOMPLEKSE”

Shkodër 12 Maj 2022

Në datën 12 Maj 2022, në ambientet e Shtëpisë Muze “Oso Kuka” Shkodër, Këshilli Rajonal i Urdhrit të Mjekëve në bashkëpunim me Operatorin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Shkodër organizoi Konferencën me temë **“Rrugëtim drejt zgjidhjes së rasteve klinike komplekse”**.

Koferencën e hapi Presidentja e Urdhrit të Mjekëve Shkodër dr. Nevila Luli dhe e përshëndeti edhe Drejtuesi i Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Shkodër. Para se të fillonte konferenca **Këshilli Rajonal Shkodër**, UMSH nderoi me Çertifikata Mirënjohje disa mjek specialistë si dhe mjek familje.

Përmbajtja e kësaj konference u ndërtua mbi raportimin e rasteve klinike konkrete, kryesisht të lidhura me situatën Post COVID-19, duke nxitur interesin profesional të pjesëmarrësve nga Shkodra, Puka, Lezha, Malësi e Madhe.

Në konferencë u mbajtën prezantime nga:

- Dr. Shk. Nevila LULI me temë: “Lezioni Dieulafoy, një shkak i rëndë dhe i rrallë i hemorragjisë gastrointestinale”
- Dr. Teuta MALI: “Endokarditi bakterial, një eksperiencë e rrallë në Shërbimin e Mjekësisë Interne, në Spitalin Rajonal Shkodër”
- Dr. Lindita MLLOJA: “COVID-19 dhe Tiroidja (Kriza Tireotoksike)”
- Dr. Lindita ÇELA: “Insuficienca respiratore. Një dilemë mes shumë Diagnozave”
- Dr. Besmir GRIZHJA: “Kufizimet e COVID-19, kushtet “prefekte” për të filluar performimin e kirurgjisë endovaskulare”
- Dr. Genta MEZINI (Dedej): “Reaksioni Leukemoid Tranzitor në Bebet e Porsalindura”
- Dr. Eduard TUSHE: “Fetus in fetus: Burri shtatzënë”
- Dr. Manjola Shpori: “Insuficienca hepatike akute nga mbidozimi i paracetamolit në fëmijë 7 muajsh”
- Dr. Ardiana Kurtaj: “Nekroliza epidermale toksike nga Alopurinoli”
- Dr. Gjon Preçi: “Prezantim rasti klinik me Depresion Endogen Unipolar”
- Dr. Gleni Halili: “Tromboliza intravenoze në AVC ishemic”

Kjo konferencë është në vijim të traditës së krijuar nga Këshilli Rajonal Shkodër në organizimin e konferencave vjetore të akredituara QKEV. Pjesëmarrësit u pajisën me certifikata dhe kreditet e akorduara nga QKEV për aktivitetin.



TAKIMI I BORDIT TË SEEMF **(FORUMI MJEKËSOR I VENDEVE TË EVROPËS JUGLINDORE)**

6 Maj 2022 Tuzla (Bosnje-Hercegovina)

Bordi i SEEMF u ftua nga dr. Hydajet Rahimiç, president i Shoqatës Mjekësore të Bosnje Hercegovinës për të ndjekur Simpoziumin Rajonal “Parandalimi, diagnoza dhe trajtimi i ndryshimeve malinje të qafës së mitrës” 6-7 Maj 2022 në Tuzla (B.H). Paralel me të u mbajt më dt. 6 Maj edhe takimi i bordit në prezencë pas një periudhe 2 vjeçare takimesh online për shkak të COVID-19. Në simpoziumin shkencor u paraqitën punimet më të mira të specialistëve të fushës nga B.H, Slovenia, Kroacia, Serbia, Maqedonia e Veriut dhe Greqia. Prezantimet dhe diskutimet e bëra mbuluan të gjitha aspektet e parandalimit, diagnozës dhe mjekimit të dëmtimeve malinje cervikale. Referuesit e trajtuan si një problem shëndetësor të rëndësishëm publik për Rajonin, Evropën dhe më gjerë. Ndërsa në takimin e bordit të SEEMF morën pjesë shumica e anëtarëve të tij. Të tjerët (që nuk morën pjesë) kishin dërguar sugjerimet e tyre për tematikën e takimit.

Takimi u drejtua nga prof. A. Kehajov, president i SEEMF. Së pari u prezantua puna e bërë nëpërmjet veprimtarive online gjatë 2 viteve të kaluara. Sigurisht në to gjithçka lidhej me kontributin e shoqatave, dhomave dhe urdhrave të mjekëve dhe bashkësisë së profesionistëve mjekësorë në luftën ndaj COVID-19. Synimet ishin dy:

- Mbrojtja e publikut
- Mbrojtja e personelit mjekësor

Ky relacion mbyllej me tërheqjen e vëmendjes për të mos ulur vigjilencës dhe vazhduar punën për mbrojtjen, trajtimin e COVID-19 dhe vaksinimin e mëtejshëm ndaj tij.

Më tej diskutimet u përqëndruan në përgatitjen e Kongresit Mjekësor të 11-të të SEEMF, 7-10 Shtator Plovdiv (Bullgari). Ashtu si dhe më parë do të jetë një Kongres Shkencor Mjekësor, multi disiplinor. Ndër tematikat e propozuara ishin:

- Ndërlikimet kardiovaskulare të COVID-19
- Sindroma post COVID-19
- Fake news gjatë pandemisë COVID-19
- Dhuna ndaj mjekëve
- Sindroma e dhimbjes kronike
- Onkologji
- Traumat kohës dhe mjekësia e urgjencave
- Sfidat dhe ecuria e politikave shëndetësore gjatë dhe pas COVID-19.

Në mbyllje të takimit prof. Kehajov falenderoi edhe njëherë pjesëmarrësit dhe kërkoi të punohet seriozisht për periudhën e mbetur që kongresi i ardhshëm të jetë një veprimtari e suksesshme dhe me pjesëmarrje të gjerë nga vendet anëtare.

Dr. Dritan TREPÇA
Zv.President UMSH

VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM PËR INFEKSIONIN E LISË SË MAJMUNIT TE FËMIJËT DHE ADOLESHENTËT

Dr. Diana SHTËMBARI, Prof. Dr. Gjeorgjina KULI-LITO

Shërbimi i Pediatri së Infektive, QSUT

Abstrakt

- Lija e majmunit duhet të merret në konsideratë kur fëmijët ose adoleshentët paraqesin një rash që mund të jetë e lidhur me sëmundjen, veçanërisht nëse kriteret epidemiologjike ekzistojnë.
- Fëmijët e vegjël, fëmijët me ekzemë dhe sëmundje të tjera të lëkurës dhe fëmijët me kushte imunokompromentuese mund të jenë në rrezik të shtuar të sëmundjeve të rënda.
- Trajtimi duhet të konsiderohet rast pas rasti për fëmijët dhe adoleshentët të dyshuar ose të konfirmuar me linë e majmunit, të cilët janë në rrezik të sëmundjeve të rënda ose që zhvillojnë komplikime të lisë së majmunëve. Tecovirimat është ilaçi i linjës së parë për trajtimin e lisë së majmunit, përfshirë tek fëmijët dhe adoleshentët.
- Fëmijët dhe adoleshentët me ekspozim ndaj njerëzve të dyshuar ose të konfirmuar me linë e majmunit mund të kenë të drejtë për profilaksinë pas ekspozimit (PEP) me vaksinim, imunoglobulinë ose ilaçe antiviral.

Konsiderata të përgjithshme

Historikisht, lija e majmunëve është dokumentuar tek fëmijët dhe adoleshentët që jetojnë në rajonet endemike. Pasi shfaqet sëmundja, paraqitja klinike pritet të jetë e ngjashme me atë tek të rriturit. Megjithatë, nuk dihet nëse fëmijët janë më të prekshëm ndaj lisë së majmunit sesa të rriturit ose nëse të dhënat klinike ndryshojnë nga ato tek të rriturit. Lija e majmunit mund të përhapet nëpërmjet kontaktit me lëngjet (p.sh.: eksudatat e lezioneve dhe sekrecionet respiratore) të njerëzve ose kafshëve me linë e majmunit ose nëpërmjet kontaktit me objektet e infektuara (p.sh.: veshjet e përbashkëta, peshqirët, tualetin dhe shtratin). Lija e majmunit gjithashtu mund të transmetohet tek fetusit gjatë shtatzënisë ose tek i porsalinduri nga kontakti i ngushtë gjatë dhe pas lindjes.

Ndërsa të dhënat për linë e majmunëve tek fëmijët janë të kufizuara, ka prova nga pacientët e infektuar me virusin e lisë së majmunit në Basenin e Kongos se sëmundja ka më shumë gjasa të jetë e rëndë tek fëmijët nën 8 vjeç. Për më tepër, kushdo me gjendje imunokompromentuese ose gjendje të caktuara të lëkurës, si ekzema, është në rrezik për sëmundjen e rëndë e lisë së majmunit. Përhapja multinationale e lisë së majmunëve në vitin 2022 shkaktohet nga virusi i Afrikës Perëndimore, i cili zakonisht shkaktonte sëmundje më pak të rënda se sa grupi i pellgut të Kongos. Mungojnë të dhënat për komplikacionet e mundshme të infeksioneve me cladin e Afrikës Perëndimore tek fëmijët. Rrallë, lija e majmunit mund të rezultojë në komplikacione, si: encefalitis, celulitis, pneumoni, sepsis, absces, bllokimin e rrugëve të frymëmarrjes për shkak të limfadenopatisë së rëndë, keratitis dhe dhëmbëzim i kornesë. CDC vazhdon të monitorojë për këto rezultate dhe do të përditësojë këtë dokument kur të ketë më shumë informacione.



Kuadri klinik

E ngjashme me infeksionet tek të rriturit, shenja më e zakonshme e lisë së majmunit tek fëmijët dhe adoleshentët është një rash që përparon nga leziona makulopapulare në vezikula, pustula dhe në fund krust. Përpara shpërthimit Multinational të lisë së majmunëve në vitin 2022, ethet dhe limfadenopatia zakonisht shoqëroreshin me linë e majmunëve; megjithatë, gjatë shpërthimit aktual, këto nuk kanë ndodhur gjithmonë. Simptoma të tjera mund të përfshijnë lodhje dhe dhimbje koke. Vështirësia në gjëllitje ose kolla mund të shfaqen kur janë të pranishme leziona orofaringeale. Leziona intraokulare, ënjtje e qepallave ose krusta e qepallave mund të ndodhin kur ka leziona pranë ose në syrin e pacientit, të cilat mund të ndodhin kur një pacient prek këto vende me dorë pasi ka prekur një lezion.

Rashi i lisë së majmunit mund të ngatërrohet me sëmundje të tjera të shoqëruara me rash që konsiderohen të zakonshme tek fëmijët, duke përfshirë variçelën (linë e dhenve); sëmundjen dorë, këmbë dhe gojë; fruthi; zgjebe; molluscum contagiosum; herpes; sifilizi (përfshirë sifilizin kongjenital); rashi alergjik i lëkurës; dhe erupsioni nga barnat. Co-infeksionet me linë e majmunit janë të mundshme. Gjykimi klinik duhet të përdoret në përcaktimin e etiologjive që testohen; fëmijët dhe adoleshentët që paraqesin shenja dhe simptoma të dyshimta për linë e majmunëve duhet të testohen për linë e majmunëve, veçanërisht nëse fëmijët plotësojnë kriteret epidemiologjike për linë e majmunëve. Pacientët e dyshuar për linë e majmunit duhet të vlerësohen për kontakt me njerëz ose kafshë me rash ose me linë e majmunit. Rastet duhet të vlerësohen menjëherë nga personeli i kujdesit shëndetësor dhe kur indikohen, të konsiderohen për trajtim.

Mjekët klinikistë duhet të kontaktojnë departamentin e tyre juridiksional shëndetësor (Kontaktet juridiksionale) sapo të dyshohet për linë e majmunit.

Menaxhimi i infeksionit të lisë së majmunit

Ashtu si me të rriturit, fëmijët dhe adoleshentët me linë e majmunit duhet të monitorohen nga afër gjatë gjithë sëmundjes së tyre. Vendimet për trajtimin e fëmijëve përputhen ngushtë me ato për të rriturit (shih Udhëzuesin e përkohshëm klinik për trajtimin e lisë së majmunit). Për popullatën pediatrike, vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet mbajtjes së lezioneve të lëkurës të mbuluara dhe parandalimit të fëmijëve nga gërvishtja e lezioneve ose prekja e syve; këto mund të rezultojnë në autoinokulim dhe sëmundje më të rënda. Duhet të inkurajohet marrja optimale e lëngjeve, veçanërisht në personat me përfshirje të gjerë të lëkurës, të cilët mund të kenë humbje shtesë të lëngjeve.

Ndërsa shumica e rasteve të lisë së majmunit zgjidhen pa trajtim, trajtimi duhet të merret parasysh për grupet e mëposhtme:

- Fëmijët dhe adoleshentët me sëmundje të rënda (p.sh.: sëmundje hemorragjike, leziona konfluente, encefalit, obstrukcion i rrugëve të frymëmarrjes për shkak të limfadenopatisë ose kushte të tjera që kërkojnë shtrimin në spital)
- Fëmijët dhe adoleshentët me komplikime nga lija e majmunit (p.sh.: pneumoni, sepsis, leziona okulare, celulitis ose absces)
- Fëmijët dhe adoleshentët në rrezik për sëmundje të rëndë përfshijnë:
 - Fëmijët nën 8 vjeç
 - Fëmijët dhe adoleshentët me kushte imunokompromentuese
 - Fëmijët dhe adoleshentët me një histori ose prani të dermatitis atopik, ose me kushte të tjera aktive eksfoliative të lëkurës (p.sh.: ekzema, djegiet, impetigo, variçela zoster,

herpes simplex, akne severe, dermatit i rëndë pelenash me zona të gjera të lëkurës së zhveshur, psoriasis, ose Sëmundja Darier [keratosis follicularis])

- Fëmijët dhe adoleshentët me infeksione aberrante, të tilla si ato që përfshijnë sytë, fytyrën ose organet gjinore.

Mjekimi

Tecovirimat

Sipas një protokollit investigues, tecovirimat aktualisht është duke u përdorur si trajtimi i linjës së parë për infeksionin me virusin Monkeypox, duke përfshirë fëmijët dhe adoleshentët me sëmundje të rënda ose kushte themelore mjekësore që i vë ata në rrezik për sëmundje të rënda, dhe për fëmijët dhe adoleshentët me komplikime nga lija e majmunit. Rreziqet dhe përfitimet individuale duhet të merren parasysh përpara se të filloni tecovirimat.

Evidencat për efikasitetin e tecovirimat për trajtimin e lisë së majmunëve vijnë nga studimet e kafshëve që sugjerojnë një potencial për reduktim të vdekshmërisë dhe një studim rasti që sugjeron se tecovirimat mund të kufizojë kohëzgjatjen e sëmundjes dhe përhapjen virale. Përpara shpërthimit Multinacional të lisë së majmunëve 2022, tecovirimat u përdor në një fëmijë 28 muajsh pa efekte anësore që i atribuoheshin ilaçit, por nuk janë bërë studime klinike në popullatat pediatrike.

Dozimi oral i tecovirimat është më praktik për fëmijët që peshojnë të paktën 13 kilogramë (afërsisht 28 paund), mund të marrin kapsulat ose përmbajtjen e tyre të përzier me ushqim të butë dhe janë në gjendje të hanë një vakt yndyror për të siguruar përthithjen optimale të barit. Për shkak të sfidës së dozimit të saktë për fëmijët nën 13 kilogramë, terapia IV rekomandohet aktualisht për këtë grup kur indikohet tecovirimat.

Papjekuria renale në pacientët pediatrikë më pak se 2 vjeç mund të rezultojë në ekspozim më të lartë ndaj hidroksipropil-β-ciklodextrinës, një përbërës në tecovirimat IV. Studimet e kafshëve kanë treguar potencialin që ka ky përbërës të shkaktojë nefrotoksicitet në doza shumë të larta. Rekomandohet monitorimi i funksionit të veshkave të paktën çdo javë gjatë trajtimit për fëmijët dhe adoleshentët që marrin tecovirimat IV, veçanërisht për pacientët pediatrikë nën moshën 2 vjeç.

Trajtime të tjera

Trajtime të tjera mund të konsiderohen si shtesë e tecovirimat ose si një alternativë; këto duhet të rezervohen për rrethana të pazakonta, të tilla si infeksione shumë të rënda, progresion i sëmundjes pavarësisht nga trajtimi me tecovirimat, ose kur tecovirimat është kundërrindikuar ose i padisponueshëm. Përdorimi i këtyre trajtimeve duhet të jetë në konsultim me specialistët e sëmundjeve infektive, farmacistët, departamentet shëndetësore shtetërore dhe lokale dhe CDC.

Imunoglobulina Vaccinia, e licencuar për trajtimin e komplikimeve të vaksinës së virusit vaccinia, mund të përdoret për trajtimin e infeksionit të rëndë të lisë së majmunit, megjithëse nuk dihet nëse fëmijët do të përfitojnë nga trajtimi. Imunoglobulina Vaccinia disponohet nga US Strategic National Stockpile (Stoku Kombëtar Strategjik i SHBA-së) dhe mund të jepen përmes një aksesit ekzistues të zgjeruar Investigational New Drug (EA IND).

Mund të merret parasysh edhe përdorimi i barnave antivirale cidofovir [828KB, 6 Faqe] dhe brincidofovir [670KB, 21 Faqe], por këto duhet të përdoren me kujdes për shkak të toksicitetit të mundshëm.



Profilaksia pas ekspozimit (PEP)

Të dhënat për PEP për parandalimin e lisë së majmunëve tek fëmijët janë të kufizuara dhe nuk ka vaksina ose produkte të tjera të licencuara aktualisht për parandalimin e lisë së majmunëve tek fëmijët ose adoleshentët. Megjithatë, PEP nuk duhet t'u ndalohej fëmijëve ose adoleshentëve që përndryshe kanë të drejtë. Vendimet për ofrimin e PEP duhet të marrin parasysh nivelin e rrezikut nga ekspozimi i pacientit dhe rrezikun individual të pacientit për sëmundje të rëndë. Terapitë profilaktike që mund të administrohen përfshijnë vaksinimin, imunoglobulinën dhe ilaçet antivirale. Pothuajse për të gjithë pacientët, vaksinimi është terapia që duhet të bëhet. Imunoglobulina ose antiviralët mund të merren parasysh edhe për foshnjat nën 6 muajsh, duke pasur parasysh sistemin e tyre imunitar të papjekur dhe reduktimin e mundshëm të përgjigjeve ndaj vaksinimit.

Kur marrin në konsideratë PEP për një fëmijë ose adoleshent, klinikistët duhet së pari të konsultohen me departamentin e tyre juridiksional të shëndetit (Kontaktet juridiksionale). Departamentet juridiksionale të shëndetit mund të lehtësojnë konsultimin me CDC për udhëzime në lidhje me përdorimin pediatrik të vaksinës JYNNEOS ose modalitete të tjera PEP, kur është e nevojshme, dhe për ndihmë me proceset e lidhura me EA IND.

Vaksinat dhe opsionet e tjera për PEP të lisë së majmunit tek fëmijët dhe adoleshentët janë shqyrtuar më poshtë.

Vaksinat

Imvanex (modified vaccinia Ankara-Bavarian Nordic virus MVA-BN)

Imvanex është një vaksinë që përdoret për tu mbrojtur kundër varioles. Ajo përmban një virus të zbutur (të dobësuar) formë e virusit të vaccinia i quajtur 'virusi i modifikuar vaccinia Ankara', i cili lidhet me virusin e mollpox.

Lija u shpall zyrtarisht e zhdukur në vitin 1980, me rastin e fundit të njohur të sëmundjes, në vitin 1977. Kjo vaksinë do të përdoret kur të konsiderohet e nevojshme për të mbrojtur kundër lisë në një përputhje me rekomandimet zyrtare.

Imvanex mund të përdoret gjithashtu për të mbrojtur edhe nga lija e majmunëve dhe sëmundjet e shkaktuara nga virusi vaccinia.

ACAM2000

Deri në fillim të viteve 1970, një pararendës i ACAM2000 iu administrua fëmijëve në Shtetet e Bashkuara për të parandaluar linë, një infeksion i shkaktuar nga një tjetër virus orthopoxvirus. Ajo vaksinë dhe ACAM2000 përmbajnë një virus Vaccinia që replikohet dhe shoqërohet me ngjarje të padëshiruara të shkaktuara nga replikimi i pakontrolluar viral, si vaccinia progresive dhe ekzema vaccinatum. Shumë ngjarje të padëshiruara ishin më të zakonshme tek fëmijët e vegjël, veçanërisht encefaliti post-vaksinial tek ata nën moshën 12 muajsh dhe tek individët me imunitet të kompromentuar.

ACAM2000 është kundërrindikuar tek fëmijët nën 12 muajsh dhe tek fëmijët dhe adoleshentët me kushtet e mëposhtme:

- Çrregullime të lindura ose të fituara të mungesës së imunitetit, duke përfshirë ato që marrin barna imunosupresive dhe njerëzit që jetojnë me HIV (pavarësisht nga statusi imunitar).

- Dermatiti atopik/ekzemë dhe personat me një histori të dermatitit atopik/ekzemës ose sëmundje të tjera akute ose eksfoliative të lëkurës.
- Shtatzënia
- Sëmundjet kardiake
- Sëmundjet e syrit të trajtuara me steroide topikal

ACAM2000 lejohet të përdoret kundër lisë së majmunëve nën një EA IND. Mund të përdoret pas diskutimeve rrezik-përfitim dhe një rishikim të çdo gjendjeje që mund të rrisë rrezikun e pacientit për ngjarje të padëshiruara. Klinikistët që vendosin për përdorimin e ACAM2000 duhet gjithashtu të marrin parasysh rrezikun e inokulimit aksidental, autoinokulimit dhe mioperikarditit, i cili mund të jetë më i madh tek fëmijët dhe adoleshentët në krahasim me të rriturit. Ata gjithashtu duhet të marrin në konsideratë nëse fëmija apo adoleshenti banon në një shtëpi me persona me imunitet të kompromentuar (si të rriturit ashtu edhe fëmijët), personat shtatzënë dhe personat me sëmundje të lëkurës duke përfshirë ekzemën; sepse këta persona janë në rrezik për infeksion serioz me virusin Vaccinia, i cili mund të t'i infektojë nëse personi i vaksinuar nuk e mban të mbuluar vendin e vaksinimit.

Imunoglobulina Vaccinia

Imunoglobulina Vaccinia është miratuar për trajtimin e komplikacioneve të vaksinës së smallpox. Efektiviteti i tij si PEP i lisë së majmunit është i panjohur. Megjithatë, imunoglobulina vaccinia është e disponueshme përmes një EA IND për parandalimin e mundshëm të lisë së majmunit. Veçanërisht për foshnjat nën 6 muajsh, imunoglobulina vaccinia mund të ofrohet si një modalitet alternativ i PEP.

Antiviralët si PEP

Barnat antivirale, kryesisht tecovirimat, mund të konsiderohen për përdorim si PEP në linë e majmunit në rrethana të pazakonta (p.sh.: kur vaksina është kundërrindikuar për shkak të një alergjie ndaj komponentëve të saj). Efektiviteti i barnave antivirale si PEP në linë e majmunit është i panjohur.

Kontrolli infeksionit

Kujdesi pediatrik në spital

Për fëmijët e shtruar në spital me linë e majmunit të dyshuar ose të konfirmuar, ose për fëmijët e shtruar në spital me ekspozim ndaj lisë së majmunit, procedurat e izolimit dhe kontrollit të infeksionit duhet të marrin parasysh moshën e fëmijës dhe nevojat për kujdes, preferencat e familjes dhe kujdestarit, si dhe faktorët individualë të pacientit dhe kujdestarit, duke përfshirë rrjedhën e sëmundjes së pacientit, shtrirjen dhe vendndodhjen e lezioneve, aftësinë për të mbuluar lezionet dhe rrezikun për kujdestarët (p.sh.: personat shtatzënë ose me imunitet të kompromentuar). Prania e kujdestarëve në spital ofron përfitime të pamatshme për fëmijët.

Në shtëpi

Masat e izolimit dhe kontrollit të infeksionit mund të parandalojnë përhapjen e virusit Monkeypox tek të tjerët. Duhet pasur kujdes shtesë për të siguruar që fëmijët me kushte imunokomprometuese të shmangin kontaktin e ngushtë me personat me linë e majmunit. Nëse është e pashmangshme,



I KAZUISTIKË

atëherë fëmijët mbi 2 vjeç duhet të mbajnë një maskë ose respirator të përshtatshëm kur ndërveprojnë me anëtarët e familjes që janë të prekur. Nëse një fëmijë ose adoleshent zhvillon linë e majmunit, ata duhet të shmangin kontaktin me njerëz të pa infektuar dhe kafshë shtëpiake derisa rashi të jetë zhdukur, krustet të kenë rënë dhe të krijohet një shtresë e re e lëkurës së paprekur. Kur është e mundur, qoftë në spital apo në shtëpi, kufizoni numrin e kujdestarëve në një person. Kujdestarët duhet të mbulojnë zonat e lëkurës së dëmtuar me fasha për aq sa është e mundur dhe të shmangin kontaktin e drejtpërdrejtë lëkurë me lëkurë me rashin. Gjatë ndërveprimeve me kujdestarët, fëmijët mbi 2 vjeç me linë e majmunit duhet të mbajnë burimin nën kontroll (p.sh.: një maskë mjekësore) kur është e mundur. Kujdestarët që ndihmojnë me ndërrimin e fashave ose rrobave që mbulojnë rashin duhet të veshin doreza për të shmangur infeksionin. Dorezat duhet të hidhen pas përdorimit, pasuar nga larja e duarve. Nëse ndonjë veshje (qoftë e kujdestarit apo e fëmijës) bie në kontakt me rashin, ajo duhet të lahet menjëherë.

Konsiderata shtesë

Ushqyerja me gji e një fëmije që ka linë e majmunit

Vendimet nëse një foshnjë ose fëmijë me linë e majmunit mund të ushqehet drejtpërdrejt me gji ose jo nga një kujdestar i pa infektuar duhet të merren parasysh rast pas rasti, duke peshuar përfitimet e qumështit të gjirit me ndonjë rrezik të pasigurt që fëmija të transmetojë infeksion tek kujdestari, veçanërisht tek një kujdestar i cili është me imunitet të kompromentua ose në rrezik për infeksion të rëndë.

Të porsalindurit e lindur nga individë të dyshuar ose të konfirmuar me linë e majmunit

Larja e hershme rekomandohet për të porsalindurit e lindur nga individë të dyshuar ose të konfirmuar me linë e majmunit. Larja mund të kryhet duke përdorur peceta ose sapun dhe ujë dhe duhet të bëhet përpara procedurave të porsalindurit, si vaksinave dhe banave (p.sh.: Vitamina K).

PEP duhet të merret parasysh për të porsalindurit e lindur nga individë të dyshuar ose të konfirmuar me linë e majmunit. Terapia specifike që administrohet duhet të përcaktohet pas konsultimit me autoritetet e shëndetit publik.

Kujdestarët ose anëtarët e familjes që nuk janë të konfirmuar apo të dyshuar me linë e majmunit mund të ofrojnë kujdes rutinë për një të porsalindur të pa infektuar që ka lindur nga një person i infektuar.

Të porsalindurit e lindur nga individë të dyshuar ose të konfirmuar me linë e majmunit duhet të monitorohen nga afër për zhvillimin e shenjave në përputhje me linë e majmunëve, duke përfshirë ethe, limfadenopati, skuqje ose ndonjë shenjë a simptomë të re të sëmundjes, për 21 ditë pas lindjes ose kontaktit të fundit të ngushtë me personin e infektuar gjatë periudhës së tyre infektive. Monitorimi duhet të përfshijë të paktën kontrolle ditore të temperaturës dhe ekzaminime të plota të lëkurës, të cilat mund të kryhen nga një kujdestar ose ofrues i kujdesit shëndetësor.

Referencat:

1. Adler H, Gould S, Hine P, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK [published correction appears in Lancet Infect Dis. 2022 Jul;22(7):e177] [published correction appears in Lancet Infect Dis. 2022 Jul;22(7):e177]. Lancet Infect Dis. 2022;22(8):1153-1162.
2. Bavarian Nordic, Data on file (clinical study report MEA-HFN-002).



3. Berhanu A, Prigge JT, Silvera PM, Honeychurch KM, Hruby DE, Grosenbach DW. Treatment with the smallpox antiviral tecovirimat (ST-246) alone or in combination with ACAM2000 vaccination is effective as a postsymptomatic therapy for monkeypox virus infection. *Antimicrob Agents Chemother*. 2015;59(7):4296-4300.
4. Hobson G, Adamson J, Adler H, et al. Family cluster of three cases of monkeypox imported from Nigeria to the United Kingdom, May 2021. *Euro Surveill*. 2021;26(32):2100745.
5. Huhn GD, Bauer AM, Yorita K, Graham MB, Sejvar J, Likos A, Damon I, Reynolds M, Kuehnert M. Clinical characteristics of human monkeypox, and risk factors for severe disease. *Clin Infect Dis*. 2005;41(12):1742-1751.
6. Jezek Z, Grab B, Szczeniowski MV, Paluku KM, Mutombo M. Human monkeypox: Secondary attack rates. *Bull World Health Organ*. 1988;66(4):465-70.
7. Kisalu NK, Mokili JL. Toward understanding the outcomes of monkeypox infection in human pregnancy. *J Infect Dis*. 2017 Oct 17;216(7):795-797.
8. Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, Ahuka S, Mulembakani P, Rimoin A, Martin J, Muyembe JJ. Maternal and fetal outcomes among pregnant women with human monkeypox infection in the Democratic Republic of Congo. *J Infect Dis*. 2017;216(7):824-828.
9. Meyer H, Perrichot M, Stemmler M, Emmerich P, Schmitz H, Varaine F, Shungu R, Tshioko F, Formenty P. Outbreaks of disease suspected of being due to human monkeypox virus infection in the Democratic Republic of Congo in 2001. *J Clin Microbiol*. 2002 Aug;40(8):2919-21.
10. Petersen BW, Damon IK, Pertowski CA, et al. Clinical guidance for smallpox vaccine use in a postevent vaccination program. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-02):1-26. *Clinical Guidance for Smallpox Vaccine Use in a Postevent Vaccination Program (cdc.gov)*.
11. Rao AK, Petersen BW, Whitehill F, et al. Use of JYNNEOS (Smallpox and Monkeypox Vaccine, Live, Nonreplicating) for Preexposure Vaccination of Persons at Risk for Occupational Exposure to Orthopoxviruses: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(22):734-742. *Use of JYNNEOS (Smallpox and Monkeypox Vaccine, Live, Nonreplicating) for Preexposure Vaccination of Persons at Risk for Occupational Exposure to Orthopoxviruses: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2022 | MMWR (cdc.gov)*
12. United Kingdom Health Services Agency (UK HSA). Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident. 2022. *Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident (publishing.service.gov.uk)* European Medicines Agency, 2022. <http://www.ema.europa.eu>.



LEZIONI DIEULAFOY, NJË SHKAK I RËNDË DHE I RRALLË I HEMORAGJISË GASTROINTESTINALE

¹Dr. Nevila TABAKU-LULI, ¹Dr. Erjola GJIKI, ²Dr. Altin HYSA

¹Spitali Rajonal Shkodër, ²Spitali Amerikan 3, Tiranë

Abstrakt

Background: Megjithëse relativisht i rrallë, lezioni Dieulafoy përbën një shkak të rëndësishëm të hemoragjisë gastrointestinale për shkak të vështirësisë diagnostike dhe hemoragjisë gastrointestinale të rëndë, rekurente, kërcënuese për jetën. Ndryshe nga normalja ku enët e gjakut gastrointestinale zvogëlohen në kalibër periferik, në lezionin Dieulafoy ena e gjakut ka një kalibër të madh pavarësisht lokalizimit periferik, submukozal, brenda murit gastrointestinal. Rreth 75% e lezioneve lokalizohen në stomak, brenda 6 cm nga junksioni gastroezofageal përgjatë kurvatura minor. Tipikisht ky lezion prezantohet me hemoragji gastrointestinale të rëndë, pa simptoma paraprake, me paqëndrueshmëri hemodinamike dhe kërkon transfuzione gjaku të shumta.

Përshkrimi: Pacienti L.M. 64 vjeç paraqitet në urgjencë me melena dhe hematemesis, anemi të shprehur, prekje të parametrave hemodinamikë. Në fibrogastroskopinë e realizuar rezultoi në pjesën proksimale ventrikuli, një lezion joulçerativ me hemoragji aktive. I aplikohet sol. Epinefrinë submukale përreth lezionit, që jep ndalim të hemoragjisë. Ky lezion përshkruhet si lezion Dieulafoy. Pas 48 orëve në endoskopinë e rikontrollit, nuk paraqitet asnjë lezion apo prezencë e hemoragjisë. Pacienti del nga spitali dhe riparaqitet të nesërmen me melena të shprehura, hypotension, ulje e theksuar e vlerave të eritrociteve dhe hemoglobinës. Në endoskopinë e radhës i aplikohet sol. Epinefrinë submukozal dhe i vendosen klipet. Mbahet në observacion dhe del nga spitali pas disa ditësh.

Konkluzionet: Hemoragjia e sipërme gastrointestinale është një gjendje kërcënuese për jetën, me prekje të parametrave hemodinamikë dhe kërkon terapi endoskopike urgjente.

Lezioni Dieulafoy duhet të merret në konsideratë në rast të prezencës të një hemoragjie gastrointestinale me shkak jo të dukshëm. Trajtimi pre-endoskopik është i ngjashëm me shkaqet e tjera të hemoragjisë, që fokusohet në kontrollin e parametrave hemodinamike, terapinë me Omeprazole. Endoskopia është testi i parë diagnostik dhe terapeutik.

Fjalë kyçe: Lezioni Dieulafoy; Endoskopi, Hemoragji gastrointestinale

HYRJE

Megjithëse relativisht i rrallë, lezioni Dieulafoy përbën një shkak të rëndësishëm të hemoragjisë gastrointestinale për shkak të vështirësisë diagnostike dhe hemoragjisë gastrointestinale të rëndë, rekurente, kërcënuese për jetën. Ky punim paraqet një pasqyrë përmbledhëse të epidemiologjisë, patfiziologjisë, prezantimit klinik, diagnozën dhe terapinë endoskopike të këtij lezioni. Po ashtu përshkruhet dhe një rast klinik i paraqitur në klinikën tonë.

Epidemiologjia

Lezioni Dieulafoy është përgjegjës për afërsisht 1.5% të hemoragjive akute të sipërme dhe 3.5% të hemoragjive jejunoileale. U raportua në 1884 nga Gallard, por u përshkrua më saktësisht nga kirurgu francez Dieulafoy në 1899. Mortaliteti ka rënë nga 30% gjatë 1970 në 9%-13% aktualisht me prezencën e teknikave endoskopike. Prezantohet më shpesh në moshat e vjetra, por mund të ndodhin në çdo moshë. Shumica e rasteve prezantohen në dekadën e gjashtë apo të shtatë.

Raportohet më shpesh në meshkuj se në femra me një raport 2:1.

Nuk paraqet faktorë risku të njohur. Pacientët shpesh nuk paraqesin patologji bashkëshoqëruese si kardiovaskulare, renale dhe diabet^(1,2).

Nuk është gjetur lidhje e rastësishme mes lezionit dhe përdorimit të antiinflamatorëve jo steroid (NSAID), alkolit e duhanit. Po ashtu dhe me prezencën e ulçerës peptike apo infeksionin nga *Helicobacter pylori*.

Nuk është e njohur akoma nëse ky lezion është i trashëguar apo i fituar. Nuk janë gjetur mutacione gjenetike shoqëruese^(1,2).

Patfiziologjia

Lezioni përcaktohet anatomikisht si një arterie aberante, e dilatuar, submukozale që gërryen mukozën gastrointestinale në mungesë të një lezioni ulçeroz, aneurizëm ose anomali murale intrinseke. Në ndryshim nga pema arteriale normale, ku degët periferike ngushtohen progresivisht, në lezionin Dieulafoy kalibri arterial mbetet konstant pavarësisht lokalizimit krejt distal 1-3mm⁽³⁾. Ky kalibër është mbi 10-fish më i madh se kalibri normal këtyre enëve submukozale. Arteria aberante shfaqet nëpërmjet një defekti mukozal të vogël, që bëhet e ndjeshme dhe ndaj traumave mekanike të vogla (bolusit ushqimor në stomak ose fece solide në kolon). Rreth 75% e lezioneve lokalizohen në stomak, brenda 6 cm nga junksioni gastroezofageal përgjatë kurvatura minor. Ky lokalizim i atribuohet faktit që në këtë zonë, furnizimi me gjak vjen direkt nga zinxhiri arterial që shtrihet përgjatë kurvaturës minor, sepse pleksi submukozal arterial anastomotik i zakonshëm mungon në këtë zonë. Lokalizime të tjera të shfaqjes janë ezofagu, duodeni, jejunemi, ileum, e më rrallë koloni⁽³⁾.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Diagnoza dhe klinika

Tipikisht ky lezion prezantohet me hemoragji gastrointestinale të rëndë, hematemesis dhe ose melena. Nuk paraqet simptoma paraprake dhe është tipikisht pa dhimbje. Pacientët paraqiten me paqëndrueshmëri hemodinamike, hypotension, takikardi, azotemi prerenale të rritur. Si pasojë kërkojnë transfuzione gjaku të shumta. Shpesh hemoragjia është rekurente, në qoftë se nuk diagnostikohet ose trajtohet.

Endoskopia mbetet testi i parë diagnostik, por afërsisht në 70% të rasteve diagnostikohen sepse lezionet janë të vogla dhe jo të dukshme.

- Disa kritere diagnostike endoskopike për lezionin Dieulafoy⁽⁵⁾:
 1. Hemoragji aktive arteriale nga një defekt mukozal i vogël (<3 mm) i rrethuar nga mukozë normale, pa ulçeracione (enë e dukshme pa ulçer).
 2. Prezenca e një enë të dukshme
 3. Prezenca e një koaguli të freskët me një pikë të vogël aderence ndaj një defekti mukozal ose mukozë normale.

Trajtimi

- **Trajtimi pre-endoskopik** në hemoragjinë nga lezioni Dieulafoy është i ngjashëm me trajtimin e hemoragjisë nga shkaqe të tjera, që fokusohet në kontrollin e parametrave hemodinamike, terapinë me Omeprazole dhe shmangien e insuficiencës multiorganore.
- **Trajtimi endoskopik përfshin:**
 1. Trajtimin me injeksion epinefrin submukozal.
 2. Trajtimin me terapi mekanike ose ablative, ku përfshihen: klipet, skleroterapia, koagulimi me argon plasma, termokoagulimi që arrijnë një hemostazë primare në 90% të rasteve.
- **Alternativat terapeutike pas një terapie endoskopike të dështuar përfshijnë:**
 1. Përsëritjen e terapisë endoskopike.
 2. Angiografia mund të aplikohet dhe realizohet embolizimi i arteries aberante dhe kontrolli i hemoragjisë.
 3. Ndërhyrja kirurgjikale përshkruhet në 3%–16% të rasteve dhe aplikohet në rastet e dështimit të terapisë endoskopike dhe angiografisë⁽⁴⁾.

Rasti klinik

Pacienti L.M. 64 vjeç paraqitet në urgjencenën e spitalit me melena dhe hematemesis, anemi të shprehur, prekje të parametrave hemodinamikë me hypotension. Në anamnezë referonte për episode të tilla të rënda, rekurente që kishte kërkuar hospitalizim të zgjatur dhe në Itali. Pacienti nuk paraqiste patologji bashkëshoqëruese evidente dhe nuk trajtohej me barna. Në fibrogastroskopinë e realizuar rezultonte në pjesën proksimale ventrikuli, një lezion jo-ulçerativ me hemoragji aktive. Ju aplikoa sol. Epinefrinë submukale përreth lezionit, që dha ndalim të hemoragjisë. Ky lezion u përshkrua si një lezion Dieulafoy sepse plotësonte kriteret diagnostike endoskopike të tij sepse kishim prezencën e hemoragjisë nga një defekt mukozal jo-ulçerativ me prezencë të dukshme të enës së gjakut.



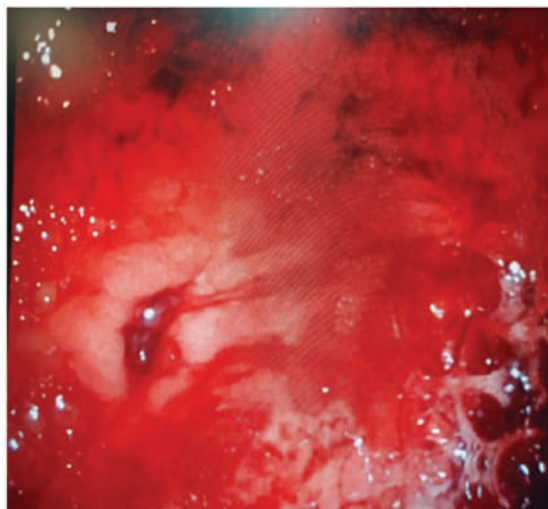


Fig 1. Lezioni Dieulafoy hemoragjik
i vëzhguar në retroflexion në endoskopi.

Pas 72 orëve në endoskopinë e rikontrollit, nuk paraqitet asnjë lezion ulçerativ apo prezencë të hemoragjisë.

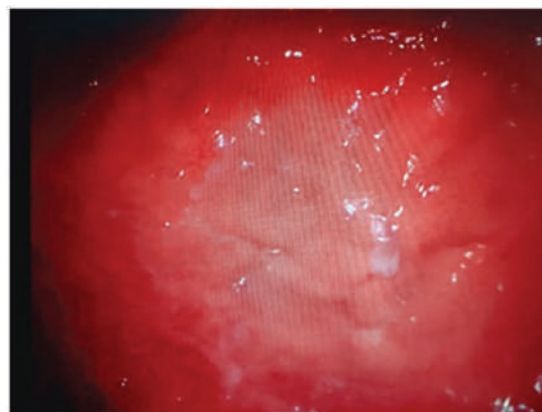


Fig 2. Lezioni i mësipërm pas 72 orësh

Pacienti del nga spitali dhe riparaqitet pas 48 orëve me melena të shprehura, hypotension, ulje e theksuar e vlerave të eritrociteve dhe hemoglobinës. Në endoskopinë e radhës i aplikohet sol. Epinefrinë submukozal dhe i vendosen disa klipe. Mbahet në observacion dhe del nga spitali pas disa ditësh.

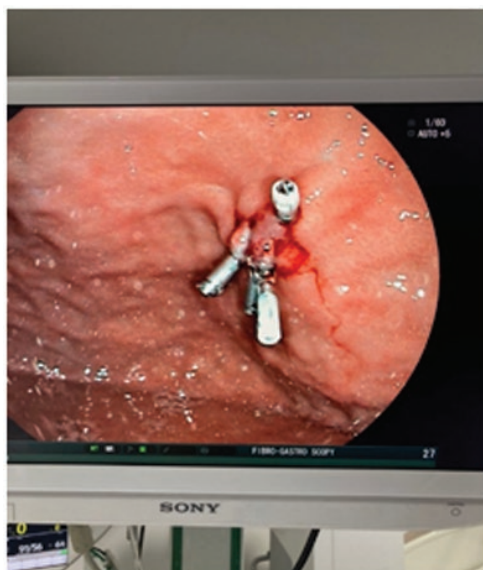


Fig 3. Hemoklipet u aplikuan në bazën e lezionit Dieulafoy

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Konkluzionet

- Hemoragjia e sipërme gastrointestinale është një gjendje kërcënuese për jetën, me prekje të parametrave hemodinamikë dhe kërkon terapi endoskopike urgjente.
- Lezioni Dieulafoy duhet të merret në konsideratë në rast të prezencës të një hemoragjie gastrointestinale me shkak jo të dukshëm.
- Trajtimi pre-endoskopik është i ngjashëm me shkaqet e tjera të hemoragjisë, që fokusohet në kontrollin e parametrave hemodinamike, terapinë me Omeprazole.
- Endoskopia është testi i parë diagnostik dhe terapeutik.

Referencat:

1. Chaer RA, Helton WS. Dieulafoy's disease. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 290-296 [PMID: 12595057]
2. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 236-243 [PMID: 12872092]
3. Nojkov B, Cappell MS. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. *World J Gastrointest Endosc* 2015;7:295-307
4. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92:548-54.
5. Rajanthran SK, Singh HC, Than DJ, et al .Dieulafoy's lesion: an unexpected and rare cause of upper gastrointestinal bleeding: *BMJ Case Rep* 2020;13:e240905. doi:10.1136/bcr-2020-240905



FIKSIMI I FRAKTURËS SË BRINJËS: NJË EPOKË E RE NË TRAJTIMIN E TRAUMËS SË THORAXIT NË SHQIPËRI

Prof. Asc. Fatmir CAUSHI
Spitali Universitar "Shefqet Ndroqi"

Abstract: Chest wall trauma now days are common, and contributes significantly to morbidity and mortality of trauma patients. Blunt trauma to the chest wall and rib fractures are remarkably frequent and are the basis of considerable morbidity and possible mortality. Generalized management of multiple rib fractures and flail chest in last 50 years consists of adequate pain control, management of pulmonary dysfunction by invasive and noninvasive means and in some cases, surgical fixation. Rib fractures can be interpreted as signs of significant trauma. The greater the number of fractured ribs, the higher the mortality and morbidity rates. Multiple studies have shown that patients with flail chest have substantial benefit when they undergo surgery compared with nonoperative management.

Operative rib fixation has the potential to reduce ventilator days and ICU stay and subsequently hospital costs in selected patients with severe traumatic flail chest requiring mechanical ventilation. Rib-specific plating systems have started to be used in the last 10 years. These have inaugurated in the modern era of rib repair with chest wall stabilization (CWS) techniques that are safer, easier to perform, and more efficient. Recent consensus statements have sought to define the indications and contraindications, as well as the when, the how, and the technical details of CWS. Repair should be considered for patients who have three or more displaced rib fractures or a flail chest, whether or not mechanical ventilation is required.

Meanwhile in Albania, as in other fields, this protocol is entering so timidly facing prejudiced thoughts and economic difficulties but with very convincing results. During the last 3 years, 10 cases of chest stabilization have been treated in our clinic by positioning a specific plate system for the ribs. The result was excellent in 9 of them. These patients left the hospital after 7 days in excellent condition. Meanwhile, in one case, three days after surgery an acute kidney failure was installed which led to an unpleasant situation. However, even this separate case raises the issue of equipping our hospital facilities with the equipment needed to treat complex patients as a trauma patient.

Abstrakti: Traumat e murit të thoraxit sot janë të zakonshme dhe kontribuojnë ndjeshëm në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e pacientëve me traumë. Traumat e topitura (blunt) të murit të thoraxit dhe frakturat e brinjëve janë jashtëzakonisht të shpeshta dhe janë baza e sëmundshmërisë së konsiderueshme dhe vdekshmërisë së mundshme. Menaxhimi i përgjithësuar i frakturave të shumëfishta të brinjëve dhe i krahavorit në 50 vitet e fundit konsiston në kontrollin adekuat të dhimbjes, menaxhimin e mosfunksionimit pulmonar me mjete invazive dhe joinvazive, dhe në



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

disa raste fiksimit kirurgjikal. Thyerjet e brinjëve mund të interpretohen si shenja të një traume të rëndësishme. Sa më i madh të jetë numri i brinjëve të thyera, aq më e lartë është vdekshmëria dhe sëmundshmëria. Studime të shumta kanë treguar se pacientët me “flail chest” kanë përfitime të konsiderueshme, kur i nënshtrohen operacionit krahasuar me trajtimin jo operativ.

Fiksimi operativ i brinjëve ka potencialin për të reduktuar ditët e përdorimit të ventilimit mekanik dhe qëndrimin në ICU, dhe më pas kostot spitalore në pacientë të përzgjedhur me “flail chest” traumatik që kërkojnë ventilim mekanik. Sistemet e pllakave specifike për brinjë kanë filluar të përdoren në 10 vitet e fundit. Këto janë inauguruar në epokën moderne të riparimit të brinjëve me teknika të stabilizimit të murit të krahavorit (chest wall stabilisation CWS), që janë më të sigurta, më të lehta për t’u kryer dhe më efikase. Deklaratat e fundit të konsensusit kanë kërkuar të përcaktojnë indikacionet dhe kundëriindikacionet, si dhe kur, si dhe detajet teknike të stabilizimit të murit të krahavorit (CWS). Riparimi duhet të merret në konsideratë për pacientët që kanë tre ose më shumë fraktura të brinjëve të zhvendosura ose një “flail chest”, (një gjendje mjekësore kërcënuese për jetën që ndodh kur një segment i kafazit të krahavorit thyhet për shkak të traumës, dhe shpëputet nga pjesa tjetër e murit të krahavorit), pavarësisht nëse kërkohet apo jo ventilim mekanik.

Ndërkohë edhe në Shqipëri, ashtu si në fusha të tjera, ky protokoll po hyn duke u përballur me mendime paragjyquese dhe vështirësi ekonomike por me rezultate shumë bindëse. Gjatë 3 viteve të fundit, në klinikën tonë janë trajtuar 10 raste të stabilizimit të gjoksit duke vendosur një sistem pllakë specifik për brinjët. Rezultati ishte i shkëlqyer në 9 prej tyre. Këta pacientë u larguan nga spitali pas 7 ditësh në gjendje të shkëlqyer. Ndërkohë, në një rast, tre ditë pas operacionit është instaluar një insuficiencë renale akute, e cila ka sjellë një situatë të pakëndshme. Megjithatë, edhe ky rast i veçantë ngre çështjen e pajisjes së ambienteve tona spitalore me pajisjet e nevojshme për trajtimin e pacientëve kompleks si një pacient me traumë.

Rishikimi i literaturës: Traumat e murit të krahavorit sot janë të zakonshme dhe kontribuojnë ndjeshëm në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e pacientëve me traumë. Traumat e topitura (Blunt) të murit të krahavorit dhe thyerjet e brinjëve janë jashtëzakonisht të shpeshta. Frakturat e brinjëve përbëjnë deri në 10% të numrit të përgjithshëm të shtrimeve traumatike^(1,2,3) (Fig. 1).

Trauma torakale e topitur shkakton mosfunksionim pulmonar nëpërmjet tre ndërmjetësve kryesorë: ajrosje jo efikase nëpërmjet ndërprerjes së mekanikës pulmonare, atelektazës për shkak të dhimbjes, dhe kontuzion pulmonar (Fig. 2). Menaxhimi i përgjithësuar i frakturave të shumëfishta të brinjëve dhe i “flail chest” në 50 vitet e fundit konsiston në kontrollin adekuat të dhimbjes, menaxhimin e mosfunksionimit pulmonar me mjete invazive dhe joinvazive dhe në disa raste, fiksimin kirurgjikal. Frakturat e brinjëve mund të interpretohen si shenja të një traume të rëndësishme^(1,2,3,4,5). Sa më i madh të jetë numri i brinjëve të thyera, aq më e lartë është vdekshmëria dhe sëmundshmëria. Fiksimi i brinjëve ka potencialin për të përmirësuar mekanikën pulmonare dhe për të reduktuar dhimbjen nga zhvendosja e frakturës. Studime të shumta kanë treguar se pacientët me “flail chest” kanë përfitime të konsiderueshme kur i nënshtrohen operacionit në krahasim me menaxhimin jo operativ^(4,5,6).

Fiksimi operativ i brinjëve ka potencialin për të reduktuar ditët e ventilimit mekanik dhe qëndrimin në ICU dhe më pas kostot spitalore në pacientë të përzgjedhur me “flail chest” traumatik që kërkojnë ventilim mekanik. Sistemet e pllakave specifike për brinjë kanë filluar të përdoren në 10 vitet e fundit. Këto janë inauguruar në epokën moderne të riparimit të brinjëve me teknikat e stabilizimit të murit të krahavorit (CWS) që janë më të sigurta, më të lehta për t’u kryer dhe më efikase (Fig. 3). CWS tradicionale me një prerje të madhe ka qenë një qasje e diskutueshme për



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

shkak të dëmtimit të gjerë dhe disa ndërlikimeve. Megjithatë, me zhvillimin e fundit të materialeve dhe teknologjive të reja, CWS është bërë relativisht e thjeshtë dhe ndërlikimet e lidhura me të janë reduktuar ndjeshëm. Llojet e thyerjeve të brinjëve mund të ndahen përafërsisht në të përparme (vija aksilare anteriore), anësore (midis vijës aksilare anteriore dhe vijës aksilare të pasme) dhe të pasme (vija aksilare e pasme). Të gjitha këto mund të realizohen nga shpërbërja minimale e muskujve ose shpërqendrimi skapular. De Campos dhe White, në studimin e tyre, përshkruajnë në detaje zgjedhjen e prerjes dhe teknikën e mbrojtjes së muskujve gjatë ekspozimit^(7,8,9).

Duhet pasur kujdes për të shmangur dëmtimin e nervit të gjatë që zbret përgjatë vijës së përparme aksilare, dhe është i pranishëm mbi muskulin e përparmë serratus. Për shkak të afërsisë me procesin transversus, këndin brinjor dhe nënskapular, frakturat e pasme konsiderohen si më të vështirat për t'u riparuar.

Deklaratat e fundit të konsensusit kanë kërkuar të përcaktojnë indikacionet dhe kundërindikacionet, si dhe kur, si dhe detajet teknike të CWS. Riparimi duhet të merret parasysh për pacientët që kanë:

1. “Flail chest” të vërtetë – Bazuar në dëshmi dhe udhëzime EAST
2. Fraktura të brinjëve të zhvendosura rëndë (bi-kortikale) (siç gjykohet nga mjeku pranues), përgjithësisht tre ose më shumë. – Bazuar në prova të kufizuara dhe në opinionin e ekspertit^(9,10).
3. Dhimbje refraktare ose komprometim i frymëmarrjes – Bazuar në prova të kufizuara dhe mendimin e ekspertit^(9,10).

Fiksimi i brinjëve është kundërindikuar:

1. Pacientët me dëmtim të rëndë traumatik të trurit.
2. Pacientët me kontuzion të rëndë pulmonar si nxitësi kryesor i mosfunksionimit të frymëmarrjes dhe ka të ngjarë të kërkojnë ventilim afatgjatë me presion pozitiv^(11,12).

Për të marrë një vendim për fiksimin e brinjëve sipas udhëzimeve në Mbretërinë e Bashkuar për fiksimin e brinjëve, duhet të marrim parasysh këto hapa:

1. Merrni rikonstruksione 3D të CT thoraksi, tek pacientët që plotësojnë kriteret e mësipërme. Rikonstruksionet 3D nuk përdohen nëse nuk i plotësojnë këto kritere, përveç rasteve kur diskutohen me praninë e traumave, duke përfshirë ato me fraktura të shumta të brinjëve jo të zhvendosura, pavarësisht nga numri i frakturave.
 2. Vlerësimi për hemotoraksin e mbajtur për pastrimin e mundshëm gjatë operacionit të kombinuar (Fig. 5).
 3. Diskutoni për mënyrën e fiksimit të brinjëve me Traumë (Pjesëmarrja, vendosja e planit operativ dhe pozicionimi.)
- Fiksimi i brinjëve kryhet në mënyrë optimale brenda 72 orëve të para pas imazhit për përfitim maksimal.
 - Analgjezia rajonale duhet të merret parasysh dhe/ose të tentohet për të gjithë pacientët që i nënshtrohen fiksimit të brinjëve pa kundërindikacione specifike.
 - Të dhënat janë të pakta për shkallën e infektimit të pajisjeve. Empiema duhet të konsiderohet një kundërindikacion i fortë, por relativ për fiksimin e brinjëve.
 - Jo çdo nivel duhet të rregullohet, qëllimi është të rivendoset integriteti i përgjithshëm i



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

murit të kraharorit. Përpikuni të stabilizoni të dyja frakturat në gjoks, por balanconi këtë me nevojën për prerje të mëtejshme^(13,14).

- Brinjët 3-9 kontribuojnë më së shumti në funksionin e frymëmarrjes. Shmangni plate^(1,2,11,12).

Frakturat e pasme, ato të mbështetura mirë nga latissimus dorsi dhe trapezius përgjithësisht tolerohen mirë, shmangni vendosjen e këtyre dhe çdo gjëje brenda 2.5 cm nga procesi transversal i vertebrae.

4. Kontaktoni përfaqësuesin e Synthes në lidhje me disponueshmërinë e kompleteve harduerike.
5. Kontaktoni receptionin e sallës mundësisht një natë më parë për të diskutuar kohën (<72 orë) dhe rëndësinë e kryerjes së interventit gjatë orëve të ditës.
6. Planifikoni prerje për përfitim maksimal dhe sëmundshmëri minimale, ndani muskujt, përdorni instrumente me kënd të drejtë nëse është e nevojshme⁽¹⁵⁾.
7. Konsideroni radiografinë intra-operative për të përjashtuar pneumotoraksin nëse nuk ka tub torakal aktual dhe nuk ka plane për t'u vendosur në kohën e operacionit.
8. Konsideroni përdorimin e fluoroskopisë ose radiografisë intra-operative për të konfirmuar vendosjen e hardwerit kur përdorni splinting intramedullar (Fig. 6).

Eksperiencia jonë: Ndërkohë në Shqipëri, ashtu si në fusha të tjera, ky protokoll po hyn duke u përballur me mendime paragjyquese dhe vështirësi ekonomike por me rezultate shumë bindëse. Gjatë 3 viteve të fundit, në kElinikën tonë janë trajtuar 10 raste të stabilizimit të gjoksit duke vendosur një sistem pllakë specifik për brinjët. Rezultati ishte i shkëlqyer në 9 prej tyre (Fig. 7). Këta pacientë u larguan nga spitali pas 7 ditësh në gjendje të shkëlqyer (Fig. 8). Ndërkohë në një rast, tre ditë pas operacionit, u vendos një insuficiencë renale akute, e cila solli një situatë të pakëndshme. Megjithatë, edhe ky rast i veçantë ngre çështjen e pajisjes së ambienteve tona spitalore me pajisjet e nevojshme për trajtimin e pacientëve kompleksë si një pacient me traumë.



Fig. 1. Radiografi torakale në një pacient me brinjë të thyera dhe të dislokuara në hemitoraksin e majtë

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

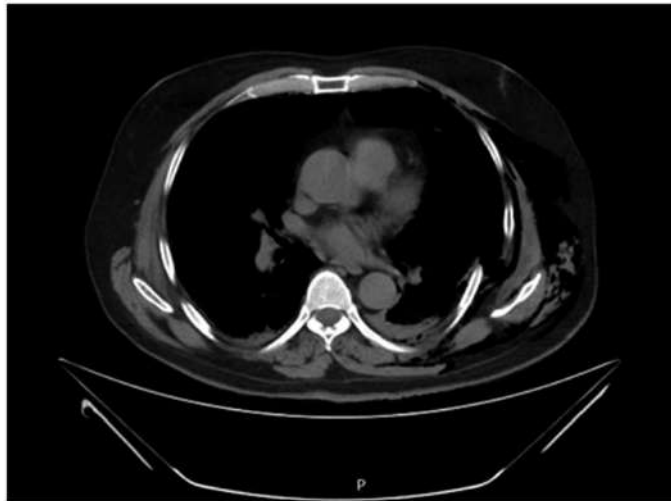
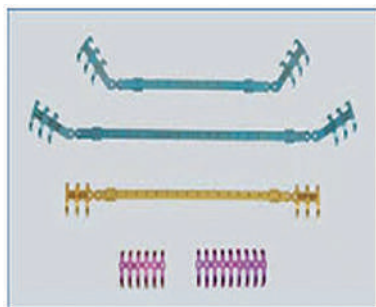


Fig. 2. CT-scan i krahavorit në një pacient me brinjë të thyera dhe të dislokuara në hemitoraksin e majtë



Fig. 3. Model i fiksimit të brinjës



a)



b)



c)

Fig. 4 Disa tipe plates për fiksimin e brinjës (a, b, c)

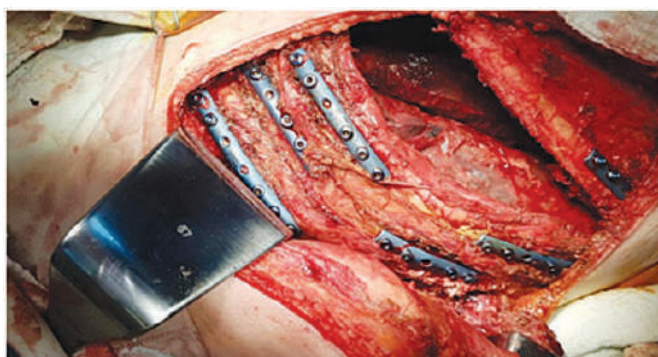


Fig. 5. Fiksimit të brinjës pas evakuimit të hemothoraksit



Fig. 6 Radiografia pas fiksimit të brinjës në hemithoraksin e djathtë

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

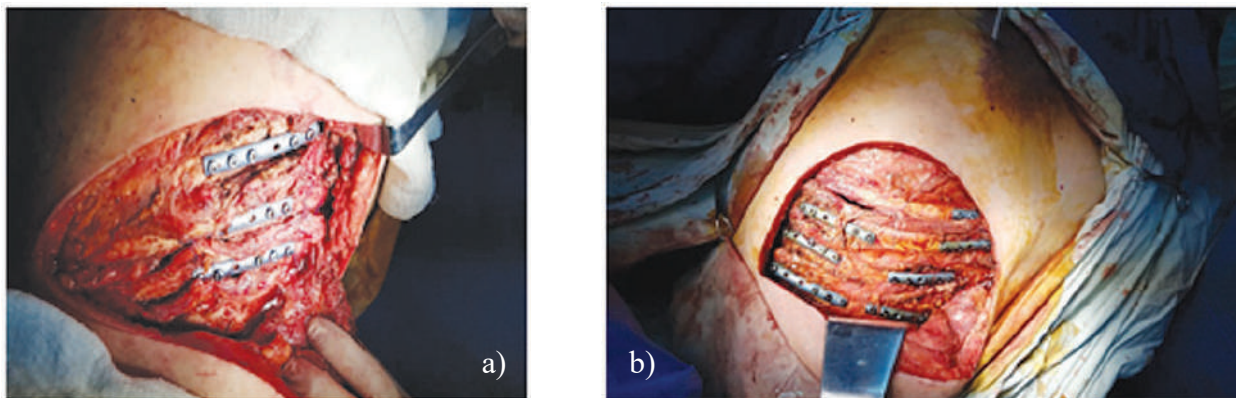


Fig. 7. Episode të fiksimit të brinjëve gjatë kirurgjisë
a) Zonjë 70 vjeç me tre brinjë të thyera të dislokuara^(4,5,6) në hemithoraksin e djathtë.
b) Burrë 65 vjeç me pesë brinjë të thyera dhe me “fleil chest” të hemithoraksit të majtë.

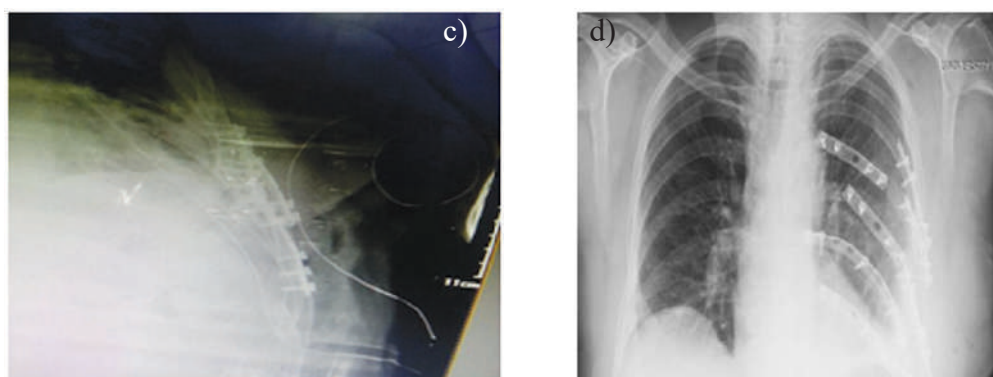


Fig. 8. Radiografi pas fiksimit të brinjës
c) Zonjë 70 vjeç me tre brinjë të thyera të dislokuara^(4,5,6) në hemithoraksin e djathtë.
d) Burrë 65 vjeç me pesë brinjë të thyera^(4,5,6,7,8) dhe me “fleil chest” të hemithoraksit të majtë.

Referencat:

1. Qiang Zhang, Lei Song, Shaonan Ning, Hao Xie, Nan Li, and Yanbin Wang. Recent advances in rib fracture fixation. *J Thorac Dis.* 2019 May; 11(Suppl 8): S1070–S1077.
2. Michelitsch C, Acklin YP, Hässig G, et al. Operative Stabilization of Chest Wall Trauma: Single-Center Report of Initial Management and Long-Term Outcome. *World J Surg* 2018;42:3918–26. 10.1007/s00268-018-4721-8
3. Ziegler DW, Agarwal NN. The morbidity and mortality of rib fractures. *J Trauma* 1994;37:975–9. 10.1097/00005373-199412000-00018
4. Lafferty PM, Anavian J, Will RE, et al. Operative treatment of chest wall injuries: indications, technique, and outcomes. *J Bone Joint Surg Am* 2011;93:97–110. 10.2106/JBJS.I.00696
5. Fraser SF, Tan C, Kuppusamy MK, et al. The role of a video-assisted thoracic approach for rib fixation. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2017. 43:185–90. 10.1007/s00068-016-0641-1
6. Solberg BD, Moon CN, Nissim AA, et al. Treatment of chest wall implosion injuries without thoracotomy: technique and clinical outcomes. *J Trauma* 2009;67:8–13; discussion 13. 10.1097/TA.0b013e3181a8b3be
7. Tarng YW, Liu YY, Huang FD, et al. The surgical stabilization of multiple rib fractures using titanium elastic nail in blunt chest trauma with acute respiratory failure. *Surg Endosc* 2016;30:388–95. 10.1007/s00464-015-4207-9
8. De Campos JRM, White TW. Chest wall stabilization in trauma patients: why, when, and how? *J Thorac Dis* 2018;10:S951–S962. 10.21037/jtd.2018.04.69
9. Davignon, et. Al. Pathophysiology and management of the flail chest, *Minerva Anestesiol.* 2004 Apr;70(4):193–9
10. Kasotakis, G. et. al. Operative fixation of rib fractures after blunt trauma. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017 Mar;82(3):618–626.
11. Voggenreiter G, Neudeck F, Aufmkolk M, Obertacke U, Schmit-Neuerburg KP. Operative chest wall stabilization in flail chest—outcomes of patients with or without pulmonary contusion. *J Am Coll Surg.* 1998;187:130–138.
12. Teng J, Cheng Y, Ni D, et al. Outcomes of traumatic flail chest treated by operative fixation versus conservative approach. *Journal of Shanghai Jiaotong University.* 2009;29:1495–1498.
13. Brasel, K et. al. Western Trauma Association Critical Decisions in Trauma: Management of Rib Fractures. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;82: 200–203.
14. Majercik, S., Pieracci, F. *Thorac Surg Clin.* 2017 May;27(2):113–121.
15. Hasenboehler E, et. al. Treatment of traumatic flail chest with muscular sparing open reduction and internal fixation: description of a surgical technique. *J Trauma.* 2011 Aug;71(2):494–501.

PËRSE I DUHET KUSHTUAR RËNDËSI RINITIT ALERGJIK? TË DHËNAT AKTUALE MBI EPIDEMIOLOGJINË DHE FAKTORËT E RISKUT

¹Dr. Holta DUDA, ²Prof. Dr. Etleva QIRKO

¹Spitali Rajonal Shkodër ²Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë

Abstrakt

Riniti alergjik është një sëmundje e cila prek një pjesë të madhe të popullsisë dhe të dhënat e fundit flasin për shtim të theksuar të prevalencës sidomos në fëmijët mbi 6 vjeç dhe mosha 20-40 vjeç. Riniti alergjik ka impakt mjaft të rëndë si nga ana shëndetësore ashtu dhe nga ajo sociale. Në aspektin epidemiologjik studimet tregojnë se popullata e fëmijëve në sistemin parashkollor është mjaft e neglizhuar për sa i përket kësaj diagnoze. Vazhdojnë studime mbi përcaktimin sa më qartë të kategorive të faktorëve të riskut si dhe gjithnjë e më tepër ka qëndrime të dyzuara për faktorin trashëgimi në rinitin alergjik. Faktorët ambjental me në krye ekspozimin ndaj ndotjes dhe alergenëve mbeten faktorë risku të rëndësishëm e studiohen në kuadrin e ndryshimeve molekulare.

Fjalë kyç: Rinit alergjik, Atopi, Prevalencë, Epigjenetikë, Faktorë risku

HYRJE

Në dekadat e fundit është vënë re trend rritës i prevalencës së rinitit alergjik në mbarë globin. Ajo që bie në sy është ndryshueshmëria e prevalencës sidomos në vendet në zhvillim. Rreth një e katërta e botës mendohet të jetë e prekur nga riniti alergjik. Në Evropë prevalenca varion 23-30% ndërsa në USA rreth 12-30%⁽¹⁾. Në regjionin lindor dhe hemisferën e jugut vihet re heterogjenicitet i lartë me një prevalencë që varion nga 2.9-54.1%⁽²⁾. Mendohet se kjo diferencë dhe ndryshueshmëri e madhe në prevalencë i dedikohet kriterëve diagnostikues të pa standardizuara, numrit të madh të specialiteteve të cilat studiojnë dhe diagnostikojnë rinitin si dhe kushteve të ndryshuara klimaterike dhe të jetesës. Studimet birth-cohort janë ato që japin të dhënat më të detajuara rreth epidemiologjisë dhe faktorëve të riskut të rinitit alergjik. Studimi më i madh i realizuar është ISAAC faza I, II, dhe III, një studim i shtrirë në 237 qendra në mbi 98 vende të botës. Dy nga fazat e këtij studimi janë realizuar dhe në Shqipëri ku të dhënat përkojnë me prevalencën e atopisë në pjesën tjetër të Evropës, por prevalenca rezulton krahasimisht e ulët, rreth 6.7%⁽³⁾, mendohet për shkak të nën diagnostikimit.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Historia natyrale e rinitit alergjik

Në historinë natyrale të zhvillimit të rinitit alergjik marrin pjesë shumë faktorë të cilët ndërveprojnë me njëri-tjetrin për të dhënë në një pikë fenotipin e caktuar të rinitit alergjik. Deri më tani kuadri në të cilin është diskutuar riniti alergjik është si pjesë e të ashtuquajturit marsh atopik, koncept i cili përmbledh zhvillimin e tre sëmundjeve alergjike në rend kronologjik: Dermatit atopik, Rinit alergjik dhe Astmë Alergjike⁽⁴⁾. Megjithatë edhe pse shumë studime kanë vërtetuar lidhjen mes shfaqjes së Astmës dhe Dermatitit atopik, një lidhje shkakësore që të ndjekë trajektoren e marshit atopik akoma nuk është vërtetuar fortësisht. Gjithnjë e më shumë në vitet e fundit po i lihet vend konceptit “Një rrugë frymëmarrje, një sëmundje”⁽⁵⁾, ku riniti dhe astma janë gjetur në mjaft studime si sëmundje që bashkë-ekzistojnë. Ngjashmëria e karakteristikave të mukozës së rrugëve ajrore të sipërme e të poshtme si dhe përgjigjja inflamatore e ngjashme në to, drejton pikërisht në këtë koncept⁽¹⁾.

Mekanizmat epigjenetikë dhe gjenetikë

Vetëm 4 studime gjenetike janë realizuar mbi rinitin alergjik ku janë identifikuar gjenet që kontrollojnë funksionin mitokondrial, të qelizave B dhe të qelizave T rregullatore⁽⁶⁾. Studimet “OMICS” mendohet të jenë hapi i së ardhmes duke hedhur dritë mbi shprehjen e gjeneve, mikro-ARN dhe metaboliteve. Këto do të shërbejnë dhe si target për terapi të reja biologjike kundër sëmundjeve alergjike.

Mekanizmat epigjenetikë përfshijnë metilimin ADN që në përgjithësi frenon shprehjen e mARN dhe modifikimin e strukt kromatine si prot histone të cilat ndalojnë/lehtësojnë lidhjen e faktorëve transkriptues në regjonet promotore⁽⁷⁾. Riniti alergjik sezonal është modeli më i mirë për tu studiuar pasi shkaktari njihet dhe mund të studiohet in vitro. Është vënë re se pas ITS ka reduktim të metilimit ADN në regjonin promotor FoxP3 të qelizave T rregullatore, si dhe niveli i metilimit korrelohet me pikëzimin e simptomave⁽⁷⁾.

Faktorët perinatal

Atopia është një ndër faktorët më përcaktues në zhvillimin e rinitit alergjik, por gjithmonë e marrë në kontekst më të gjerë e në ndërveprim me faktorët e tjerë siç janë mikrobioma, ekspozimi ndaj alergenëve dhe ndotësve të ndryshëm në mjedis⁽⁸⁾. Infeksionet e rrugëve të sipërme respiratore mendohet se kanë një efekt mbrojtës ndaj rinitit alergjik, por nga ana tjetër në individë atopikë ato duket sikur ndikojnë në ekzagjerimin e përgjigjes inflamatore për shkak të niveleve më të ulëta të INFα të induktuar nga viruset, duke rritur riskun për rinit alergjik⁽⁹⁾. Ndër teoritë më të diskutuara dhe gjithashtu mjaft e dyzuar është teoria e vitaminës D. Deficienca e vitaminës D konsiderohet si faktor risku për sëmundjet alergjike⁽¹⁰⁾. Dhënia e vitaminës D si suplement mendohet të ketë efekt imunomodulator si dhe përforcues të veprimit të kortikosteoridëve⁽¹¹⁾. Mikrobioma humane është një tjetër koncept i ri i lidhur me zhvillimin e sëmundjeve alergjike dhe përfaqëson një faktor kyç ambiental, që në individë të predispozuar gjenetikisht, nxit zhvillimin e sëmundjeve atopike. Mikrobioma humane mund të ndryshojë, si rezultat i ndryshimeve në dietën ushqimore, përdorimi i antibiotikëve apo ndryshimeve në higjenë⁽¹²⁾.



Konkluzione:

Rreth $\frac{1}{4}$ e popullsisë së botës mund të jetë e prekur nga Riniti Alergjik. Vihet re trend rritës. Faktorët më të rëndësishëm në historinë natyrale të rinitit alergjik janë ato atopik, gjenetik dhe epigjenetik. Diagnoza molekulare në fazën paraklinike shihet si një mundësi për parandalimin primar në rinit alergjik. Metilimi ADN shihet si një biomarker i mundshëm parashikues si dhe target terapeutik në të ardhmen. Duhet përjashtim të reja që kanë target ndërveprimin mikrobiotë – rrugët inflamatore të bujtësit.

Bibliografi:

1. Brozek JL, Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) J guidelines: 2010 revision. *Allergy Clin Immunol* 2010; 126:466-476.
2. Katelaris CH, et al. Prevalence and diversity of allergic rhinitis in regions of the world beyond Europe and North America. *Clin* 2012; 42:186-207 *Exp Allergy*
3. Mësonjësi et al. Epidemiology of Allergic Rhinitis and Atopy. *AJMHS*, Vol. 45, No. 1, 2014
4. Garcia-Aymeri Ch J, et al. Phenotyping asthma, rhinitis and eczema in MeDALL population-based birth cohorts: an allergic comorbidity cluster. *Allergy* 2015;70:973–984.
5. Bousquet J, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update. *Allergy* 2008; 63 Suppl 86: 8-160
6. Ramasamy A, et al. A genome-wide meta-analysis of genetic variants associated with allergic rhinitis and grass sensitization and their interaction with birth. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 128:996-1005.
7. Harb H, Renz H. Update on epigenetics in allergic diseases. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 135 :15-24
8. Hans Bisgaard, MD, DMSci. Early origins of allergy. *EAACI handouts eaaci/wao* 2013
9. Balemans WA, et al. Recurrent childhood upper respiratory tract infections do not reduce the risk of adult atopic disease. *Clin Exp Allergy* 2006; 36:198-203
10. Mirzakhani H, et al. Vitamin D and the development of allergic disease: how important is it? *Clin Exp Allergy* 2015 .45(1): 114-125
11. Pfeiffer PE, et al. Vitamin D influences asthmatic pathology through its action on diverse immunological pathways. *Ann Am Thorac Soc*. 2014 Suppl 5:S314-21
12. Seo JH, et al. Effect on the development of allergic diseases and atopy of interactions between early life risk factors that affect the intestinal microbiota and genetic polymorphisms. *J Allergy Clin Immunol* 2012



PREPARATET BIOLOGJIKE: “NJË ERË E RE NË TRAJTIMIN E SËMUNDJEVE ALERGJIKE”

Dr. Julijana ASLLANI, Prof. Dr. Alfred PRIFTANJI

Qendra Mjekësore Alergjia dhe Astma

1.1. HYRJE

Prevalenca e sëmundjeve alergjike po njihet një trend global gjithmonë e në rritje sidomos në vendet e zhvilluara. Në dekadat e fundit zhvillimet jo vetëm në njohjen më në thellësi të fizpatologjisë së sëmundjeve alergjike por edhe identifikimin e shkaktarëve apo faktorëve trigger të tyre, kanë çuar drejt terapive të personalizuara përmes preparateve të reja. Këto preparate bëjnë të mundur menaxhimin afatgjatë të sëmundjeve alergjike, duke përmirësuar prognozën dhe duke rritur cilësinë e jetës së pacientëve. Prezantimi dhe tashmë përdorimi i preparateve biologjike ka ndryshuar rrënjësisht përfaqshjen ndaj sëmundjeve alergjike. Aktualisht janë në përdorim disa preparate biologjike për trajtimin e astmës, rinosinusitit kronik me polipozë nazale, dermatitit atopik dhe urtikaries kronike spontane.

1.2. Preparatet kryesore biologjike në trajtimin e sëmundjeve alergjike

Sëmundjet alergjike si: astma, riniti alergjik, dermatitis atopik, etj., ndajnë një patern fizpatologjik të ngjashëm të lidhur ngushtë me inflamacionin tip T2, pavarësisht manifestimeve klinike që variojnë. Aktualisht ekzistojnë disa preparate të reja biologjike që përdoren në praktikën klinike për menaxhimin e patologjive alergjike. Këto preparate bëjnë të mundur përmes targetimit të molekulave specifike inhibimin e tyre duke çuar në modifikim të dekursit të sëmundjes. Këto molekula target përfshijnë disa citokina përgjegjëse për inflamacionin tip 2 karakteristik të patologjive alergjike si: IL 4, IL 5, IgE, IL 13. Gama e preparateve dhe mekanizmat e veprimit të tyre janë të ndryshme në varësi të secilës prej molekulave target (figura 1)^(1,3). Era e terapive biologjike për menaxhimin e sëmundjeve alergjike filloi në 2003 me miratimin nga FDA të Omalizumabit një ndër preparatet e para biologjike që aktualisht përdoret gjerësisht në praktikën klinike. Më pas një seri barnash u miratuan për përdorim, si: Mepolizumab (2015), Reslizumab (2016), Benralizumab (2017), Dupilumab (2018), dhe së fundi, Tezepelumab (2021). Të gjithë këta antitropa monoklonal kanë treguar efikasitet dhe janë të sigurt në disa studime (clinical trials) në trajtimin e sëmundjeve të ndryshme alergjike që nuk i përgjigjen trajtimit konvencional si: astma, rinosinusiti kronik me polipoze nazale (RSKPN), dermatiti atopik (DA), urtikaria kronike spontane (UKS). Kohët e fundit po vlerësohet përdorimi i tyre në trajtimin e alergjisë ushqimore si një përfaqje e re terapeutike^(1,4).

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

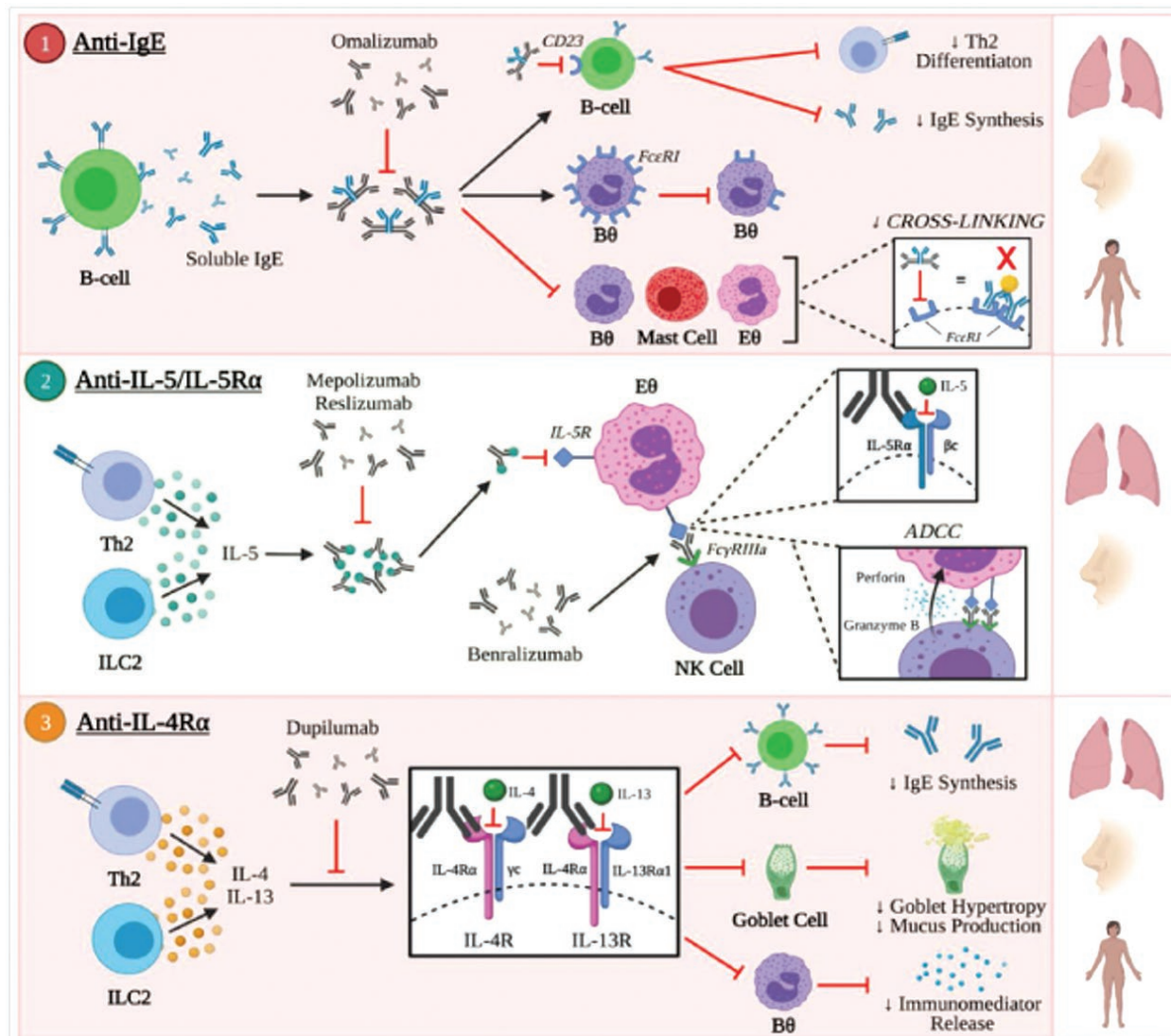


Figura 1. Mekanizmat e veprimit të preparateve biologjike. E marrë nga Shamji e të tjerë⁽³⁾.

1.2.1. Anti IgE

Omalizumabi është një antitrop monoklonal (IgG1) i cili inhibon lidhjen e IgE me receptorët përkatës (FcεRI) në qelizat target si: mastocite, bazofile ose eozinofile duke formuar komplekse IgE-IgG1. Ky inhibim bën të mundur mos aktivizimin e këtyre qelizave dhe çlirimin e mediatorëve përgjegjës për shfaqjen e simptomave. Më tej akoma studimet kanë treguar se omalizumabi shkakton reduktimin e shprehjes së receptorëve të IgE në qeliza. Ky mekanizëm bën të mundur reduktimin e ekzacerbimeve të astmës, përmirësim të kongjestionit nazal apo edhe pikëzimit të simptomave në pacientët me RSKPN si edhe përmirësim të dukshëm të cilësisë së jetës në pacientët me UKS. Miratimi i omalizumabit është në mosha mbi 6 vjeç për patologji si astma, ndërsa në rastin e UKS mbi 12 vjeç^(3,7).

1.2.2. Anti IL 5; IL 5 R

Mepolizumabi, reslizumabi dhe benralizumabi janë preparate të indikuara në trajtimin e astmës së rëndë në pacientë mbi 12 vjeç. Këto antitropa monoklonale kanë target IL 5 ose IL5R dhe

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

bëjnë të mundur përmes inhibimit të tyre frenimin e rekrutimit të eozinofileve, një ndër qelizat kryesore në përgjigjen inflamatorë të tipit 2. Biologjikët anti IL 5 kanë treguar efikasitet më të lartë në patologjitë alergjike të karakterizuara nga prania e rritur e eozinofileve siç janë astma e rëndë eozinofilike dhe rinosinusiti kronik pa polipoze nazale. Studime të ndryshme kanë raportuar ulje të numrit të ekzacerbimeve të astmës në pacientët nën trajtim me biologjikë, gjithashtu edhe në uljen e numrit të hospitalizimeve apo edhe reduktimin e përdorimit të kortikosteroideve oral^(1-3,9-10).

1.2.3. Anti IL 4 R

Dupilumabi është një antittrup monoklonal që ka si target subunitetin alfa të receptorit të IL4 (IL-4R α) duke bllokuar kështu kaskadën inflamatorë të ndërmjetësuar nga IL 4 dhe IL 13. Dupilumabi indikohet në pacientët e diagnostikuar me astmë, dermatit atopik dhe rinosinusit kronik. Ashtu si edhe preparatet e tjera biologjike rekomandohet si terapi shtesë në pacientët e pakontrolluar nga terapia konvencionale. FDA ka miratuar përdorimin në moshat mbi 6 vjeç në fëmijët e diagnostikuar me dermatit atopik ndërsa për pacientët e diagnostikuar me astmë ose RSKpPN rekomandohet përdorimi vetëm mbi 12 vjeç. Studime të ndryshme⁽⁴⁻⁵⁾ kanë raportuar rënie të ekzacerbimeve të astmës, përmirësim të cilësisë së jetës së pacientëve me astmë dhe DA, reduktim të nevojës për kortikosteroide oral. Përdorimi i dupilumabit në trajtimin e dermatiti atopik të mesëm në të rëndë, tek fëmijët apo të rriturit shënon një hap mjaft të rëndësishëm në rritjen e cilësisë së jetës së këtyre pacientëve. Deri në aplikimin në praktikën klinike të biologjikëve, trajtimi i DA të rëndë ishte i kufizuar vetëm në përdorimin e disa preparateve lokale të cilat nuk sigurojnë gjithmonë remision të patologjisë dhe për më tepër disa prej tyre (kortikosteroidet) nuk mund të përdoren afatgjatë për shkak të efekteve anësore.

1.3. Efikasiteti i preparateve biologjike. Të dhënat e deritanishme

Preparatet biologjike konsiderohen tashmë të sigurta dhe efikase sipas të dhënave të deri tanishme në trajtimin e patologjive të ndryshme alergjike si terapi shtesë në rastet e pakontrolluara nga terapia konvencionale. Megjithatë duke qenë preparate me target të ndryshëm dhe mekanizëm veprimi që variojnë në semundje të caktuara edhe efikasiteti i tyre varion në popullata specifike apo sëmundje specifike. Ndër preparatet anti IL 5, Mepolizumabi është i pari preparat i aprovuar për përdorim në pacientët me astmë. Rezultatet nga studime të ndryshme^(2,10) kanë treguar efiksitet në rreth 50% të rasteve në uljen e ekzacerbimeve të astmës. Reslizumabi, një tjetër anti IL 5 ka treguar gjithashtu një efikasitet të ngjashëm me atë të mepolizumabit në clinical trials me reduktim të ekzacerbimeve⁽¹¹⁾. Benralizumabi nga ana tjetër ka një mekanizëm ndryshe veprimi duke inhibuar receptorin IL 5 ndryshe nga më sipër. Megjithatë sërish në 2 trials të rëndësishëm CALIMA⁽¹³⁾ dhe ROCCO⁽¹²⁾ ku janë përfshirë pacientë me astmë eozinofilike të mesme në të rëndë u vërejt një rënie e rëndësishme e frekuencës së ekzacerbimeve si edhe një përmirësim i konsiderueshëm i vlerave të FEV 1 në këta pacientë.

Të gjitha këto të dhëna mbështesin një efikasitet të mirë të preparateve anti IL5 apo IL R në reduktimin e ekzacerbimeve të astmës në pacientët me astmë të rëndë të pakontrolluar dhe me prani të eozinofileve në gjakun periferik. Një tjetër efekt i rëndësishëm është edhe reduktimi i përdorimit të kortikosteroideve sistemik në këta pacientë. Omalizumabi mbetet një ndër preparatet më të përdura në praktikën klinike dhe me një indikacion më të gjerë në gamën e patologjive alergjike. Edhe në rastin e preparateve anti IgE sërish rezultatet në pakësimin e ekzacerbimeve të astmës dhe përmirësimin e funksionit pulmonar janë mjaft pozitive. Nga ana tjetër në pacientët me urtikarie kronike spontane, omalizumabi është preparati i vetëm biologjik i indikuar dhe ka çuar në



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

një përmirësim të dukshëm të cilësisë së jetës së këtyre pacientëve dhe remision të patologjisë⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Studime të botuara kohët e fundit kanë theksuar rëndësinë e biologjikëve edhe në rinosinuzitet kronike me polipoze nazale. Preparatet anti IgE dhe anti IL 5, IL5 R kanë rezultuar efikas në rritjen e cilësisë së jetës përmes përmirësimit të simptomave nazale në këta pacientë dhe në një pjesë të rasteve kanë çuar edhe në reduktim të polipeve nazale sipas pikëzimit endoskopik duke mos patur nevojë për polipektomi⁽¹⁻³⁾.

1.4. Konkluzione

Futja në praktikën e përditëshme klinike të preparateve biologjike ka sjellë një erë të re në fushën e alergologjisë duke bërë të mundur atë që konsiderohet një hallkë shumë e rëndësishme në menaxhimin e patologjive alergjike: një përjasje mjekësore e personalizuar për pacientin. Biologjikët ofrojnë përmes mekanizmave të veprimit të tyre targetimin e molekulave specifike të përfshira në fizpatologjinë e disa sëmundjeve alergjike (kryesisht atyre me inflamacion tip 2 i lartë). Efikasiteti i provuar në studime të ndryshme në disa patologji si: astma, dermatiti atopik, urtikaria kronike spontane apo edhe rinosinuzitin kronik me polipoze nazale. Indikacionet dhe protokollet e përdorimit të këtyre preparateve janë gjithashtu të mirëdefinuara tashmë sipas udhërrëfyesve ndërkombëtar dhe ofrojnë një zgjidhje si terapi shtesë në pacientët e pakontrolluar nga terapia konvencionale dhe në format e rënda.

Bibliografia

1. Tenero L, Piacentini G. New opportunities with biologic treatments in pediatric allergic and respiratory diseases. *Pediatr Allergy Immunol.* 2022;33(Suppl. 27):8–10.
2. Tenero L, Arturi E, Piazza M, et al. Anti-IL-5 in pediatric allergic diseases. *Pediatr Allergy Immunol.* 2020;31(Suppl 26):14-16.
3. Shamji, M.H., Palmer, E., Layhadi, J.A., Moraes, T.J. and Eiwegger, T. (2021), Biological treatment in allergic disease. *Allergy*, 76: 2934-2937.
4. Agache I, Song Y, Rocha C, et al. Efficacy and safety of treatment with dupilumab for severe asthma: A systematic review of the EAACI guidelines—Recommendations on the use of biologicals in severe asthma. *Allergy.* 2020;75:1058-1068.
5. Rabe KF, Nair P, Brusselle G, et al. Efficacy and safety of dupilumab in glucocorticoid-dependent severe asthma. *N Engl J Med.* 2018;378(26):2475-2485.
6. Pavord ID, Korn S, Howarth P, et al. Mepolizumab for severe eosinophilic asthma (DREAM): a multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2012;380:651-659.
7. Votto M, De Filippo M, Licari A, et al. Biological Therapies in Children and Adolescents with Severe Uncontrolled Asthma: A Practical Review. *Biologics.* 2021;15:133-142.
8. Busse WW, Maspero JF, Lu Y, et al. Efficacy of dupilumab on clinical outcomes in patients with asthma and perennial allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2020;125:565-576.
9. Bel EH, Wenzel E, Thompson PJ, et al. Oral glucocorticoid-sparing effect of mepolizumab in eosinophilic asthma. *N Engl J Med.* 2014;371:1189-1197.
10. H.G. Ortega, M.C. Liu, I.D. Pavord, G.G. Brusselle, J.M. FitzGerald, A. Chetta, et al. Mepolizumab treatment in patients with severe eosinophilic asthma *N Engl J Med*, 371 (2014), pp. 1198-1207
11. M. Castro, J. Zangrilli, M.E. Wechsler, E.D. Bateman, G.G. Brusselle, P. Bardin, et al. Reslizumab for inadequately controlled asthma with elevated blood eosinophil counts: results from two multicentre, parallel, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet Respir Med*, 3 (2015), pp. 355-366
12. E.R. Bleecker, J.M. FitzGerald, P. Chanez, A. Papi, S.F. Weinstein, P. Barker, et al. Efficacy and safety of benralizumab for patients with severe asthma uncontrolled with high-dosage inhaled corticosteroids and long-acting beta2-agonists (SIROCCO): a randomised, multicentre, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 388 (2016), pp. 2115-2127
13. J.M. FitzGerald, E.R. Bleecker, P. Nair, S. Korn, K. Ohta, M. Lommatzsch, et al. Benralizumab, an anti-interleukin-5 receptor alpha monoclonal antibody, as add-on treatment for patients with severe, uncontrolled, eosinophilic asthma (CALIMA): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 388 (2016), pp. 2128-2141
14. Okayama Y, Matsumoto H, Odajima H, Takahagi S, Hide M, Okubo K. Roles of omalizumab in various allergic diseases. *Allergol Int.* 2020 Apr;69(2):167-177. doi: 10.1016/j.alit.2020.01.004. Epub 2020 Feb 14. PMID: 32067933.
15. Kaplan AP, Giménez-Arnau AM, Saini SS. Mechanisms of action that contribute to efficacy of omalizumab in chronic spontaneous urticaria. *Allergy.* 2017;72(4):519-533. doi:10.1111/all.13083



SINDROMA PAS KOLECISTEKTOMISË DHE MJEKIMI I SAJ

Dr. Ina ILJAZI, Prof. Dr. Jovan BASHO

Shërbimi Hepatologji/Gastroenterologji, Universiteti i Mjekësisë, QSU "Nënë Tereza", Tiranë

Sëmundja e gurëve biliarë është çrregullimi më i zakonshëm që intereson sistemin biliar, me prevalencë deri 15-20% të popullatës evropiane, me tendencë në rritje. Kjo prevalencë është e përafërt me shifrat e raportuara në Shtetet e Bashkuara të Amerikës. Ndërkohë raportohet se prevalenca është pak më e ulët në Azi dhe Afrikë⁽¹⁾. Rreth 1.2 milionë kolecistektomi dhe 500,000 ERCP kryhen çdo vit në Shtetet e Bashkuara, por jo gjithmonë pasqyrohen në qetësimin e plotë të simptomatikës së pacientit⁽²⁾. Womack dhe Crider përshkroi për herë të parë sindromën postkolecistektomisë duke e përkufizuar si prani të simptomave biliare pas heqjes së fshikëzës së tëmthit. Është e rëndësishme të kthehet vëmendja ndaj opsioneve parandaluese, evidentimit të faktorëve të riskut, ndjekjes adekuate të të sëmurit, trajtimit me barna dhe kirurgjikal në kuadër të sindromës postkolecistektomisë.

Gurët e tëmthit formohen si rezultat i ngurtësimit të lëngut të pranishëm në fshikëzën e tëmthit në trajtë fragmentesh, të cilët variojnë në përmasa dhe kanë në përbajtjen e tyre kristale kolesteroli, mucinë, bilirubinën të kalciumit dhe proteina. Bazuar mbi përbërjen e tyre kimike gurët diferencohen në tre lloje: gurë kolesterolikë, gurë pigmentarë dhe gurët e rrallë të cilët përmbajnë sasi të pakët të kripërave biliare dhe kalciumit⁽³⁾. Në vendet e industrializuara gurët e kolesterolit përbëjnë 75% të numrit total të kalkulozave biliare. Gurët e pigmentuar të zinj (përmbajnë kryesisht bilirubinën të kalciumit) dhe gurët e pigmentuar me ngjyrë kafe (të lidhur me infeksione bakteriale ose parazitoza të pemës biliare) përbëjnë përkatësisht 20% dhe 5% të numrit total të kalkulozave biliare⁽⁴⁾.

Femrat kanë probabilitet 2-3 herë më të lartë se meshkujt për të formuar gurë kolesterolikë, lidhur kryesisht me nivelet e estrogenit të cilat nxitin sekretimin e kolesterolit biliar⁽⁵⁾. Në një studim të kryer në Itali 20% e individëve me gurë biliarë ishin të gjinisë femërore dhe 14% të gjinisë mashkullore⁽⁶⁾. Në një studim të kryer në Danimarkë prevalenca e gurëve biliarë në individët e moshës 30 vjeç ishte 1.8% për gjininë mashkullore dhe 4.8% për gjininë femërore⁽⁷⁾. Në moshën 60 vjeç prevalenca varionte 12.9% për gjininë mashkullore dhe 22.4% për gjininë femërore⁽⁸⁾.

Incidenca e gurëve biliarë simptomatike varion 1% – 4% në vit⁽⁹⁾. Sëmundja e pakomplikuar e gurëve biliarë manifestohet me episode dhimbje abdominale intermitente, të cilat zgjasin pak dhe nuk shoqërohen nga shenja të rëndësishme në ekzaminimin fizik të pacientit. Dhimbja në trajtë kolikash në kuadratet e sipërme abdominale dhe epigastër, e cila zgjat më shumë se 15-30 minuta, e iradiuar në këndin e shpatullës së djathtë, në shpinë ose në zonën retrosternale, e shoqëruar me ikter, temperaturë, nauze, të vjella, është manifestimi kryesor i sëmundjes biliare të komplikuar⁽¹⁰⁾.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Kalkuloza biliare mund të ndërlikohet me shfaqje të tilla si kolecistit akut, ileusi biliar në kuadër të krijimit të fistulës enterikobiliare në pacientë me episode të herëpashershme të kolecistit, kolecisti kronik, koledokolitiza, kolangit akut, pankreatit akut biliar, etj...⁽¹¹⁾. Është i rëndësishëm diferencimi i kolikës bilare nga kolecistiti akut. Bllokimi rekurent ose i zgjatur në kohë i ductusit cistik mund të rezultojë në obstruksion total të tij, ndaj dhimbja e qëndrueshme, me intensitet të lartë, e cila zgjat më shumë se 4-6 orë, shoqëruar me leukocitozë, takikardi, temperaturë, nauze dhe shenjën Murphy positive favorizon diagnozën e kolecistit akut, shoqëruar me aspekt imazherik të trashjes së mureve të kolecistës, shenjën e murit të dyfishtë, praninë e likidit përreth e zmadhimin e përmasave të kolecistës⁽¹²⁾.

EKO abdominale, si ekzaminimi që ofron sensitivitet >95% dhe specificitet 100%, është metoda e përzgjedhur për të vendosur diagnozën e kalkulozes së kolecistës dhe rrugëve biliare⁽¹³⁾. Në rast se dyshohen ndërlikime sugjerohet plotësimi me ekzaminime shtesë si CT (nuk vlerëson gurët biliarë në qoftë se janë me densitet të njëjtë me lëngun biliar) dhe MRI (vlerëson qartë nivelin e obstruksionit dhe strikturave në pemën biliare). Kolecistografia orale nuk përdoret më në ditët e sotme për shkak të ekspozimit ndaj radiacionit dhe zhvillimit të metodave si ekografia. EKO endoskopia konsiderohet si një procedurë minimalisht invazive, e cila vlerëson mikro dhe makrokalkulozën. Kolangiografia endoskopike retrograde (ERCP) kryhet me qëllim diagnostik dhe terapeutik⁽¹⁴⁾.

Kolecistektomia është zgjedhja e parë në trajtimin e kalkulozës biliare simptomatike dhe të pakomplikuar. Në varësi të specifikave shëndetësore të pacientit mund të aplikohet kolecistektomia laparoskopike ose laparotomike. Kolecistektomia profilaktike indikohet në grupin e pacientëve të cilët janë asimptomatikë, por kanë risk të lartë për të shfaqur simptoma e ndërlikime. Sipas Wu et al, incidenca e kolelitiazës në popullatë varion 5-15%, në 5-30% të rasteve e kombinuar me koledokolitiazën. Kryerja e (ERCP) dhe sfinkterotomisë endoskopike është metoda e zgjedhur në këto raste, por mund pasohet nga ripërsëritja e gurëve në duktusin biliar komun në 4% – 25% të rasteve⁽¹⁵⁾. Në pacientët simptomatikë, tek të cilët evidentohet njëkohësisht kalkulozë e kolecistës dhe koledokut, rekomandohet sipas EASL kryerja fillimisht e ERCP, pasuar nga kolecistektomia brenda afatit kohor të 72 orëve nga hospitalizimi⁽¹⁶⁾. Sipas SAGES, ERCP rekomandohet të kryhet përpara, gjatë, ose pas kolecistektomisë, pa ndryshime sinjifikante në mortalitet dhe morbiditet⁽¹⁷⁾.

Në një grup pacientësh, pas kryerjes së kolecistektomisë dhe/ose ERCP është evidentuar sindroma e postkolecistektomisë në kuadër të shfaqjeve si: mikrolitiazë biliare, prania e kristaleve biliare, prania e gurëve rezidualë në duktusin biliar komun, ripërsëritjes së gurëve në duktusin biliar komun, pranisë së ductusit cistik të gjatë, stenozës ose strikturës së rrugëve biliare, disfeksionit të sfinkter Oddi etj... Sipas Zackria et al, termi sindromë postkolecistektomi përshkruan dhimbje intermitente në kuadratin e djathtë të sipërm, ose dhimbje në trajtë kolikash biliare të cilat mund të shfaqen në periudhën postoperative, por edhe të persistojnë në muaj ose vite. Dhimbja shoqërohet me simptoma si nauze, të vjella, temperaturë, ikter etj...⁽¹⁸⁾.

Në një studim të kryer nga Chae et al, u analizuan të dhënat mjekësore të pacientëve të cilët kishin kryer ERCP në periudhën kohore Shkurt 2008 – Maj 2018. U përzgjedh një grup prej 45 pacientësh me rekurencë të gurëve bilarë në duktusin biliar komun, të cilët më parë kishin kryer kolecistektomi. Grupi i kontrollit përbëhej nga 104 pacientë të cilët kishin kryer kolecistektomi e ishin ndjekur për 1 vit pas kryerjes së procedurës, por pa të dhëna për rekurencë të gurëve biliare në duktusin biliar komun. U konstatua diferencë e rëndësishme në numrin e gurëve biliare, diametrin e gurëve biliare dhe diametrin e ductusit biliar komun midis dy grupeve të pacientëve. U konkludua se prania e ductusit biliar komun në përmasa >15 mm, është një faktor i pavarur risku në ripërsëritjen e gurëve biliare⁽¹⁹⁾.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Sipas një publikimi nga Deng et al, diametri >10 mm i gurëve të koledokut është një faktor i pavarur risku në rekurencën e koledokolithiazës pas ERCP. Sa më i madh diametri i gurit, aq më i madh dilatacioni i duktusit biliar komun. Kompromentimi i motilitetit të duktusit biliar komun pasohet nga kolestaza dhe infeksione bakteriale të duktusit, të cilat rritin mundësinë e formimit të gurëve të pigmentuar. Prania e gurëve të mëdhenj në përmasa indikon kryerjen e lithotripsisë in vitro, e cila gjithashtu rrit riskun e ripërsëritjes së gurëve në duktusin biliar komun⁽²⁰⁾.

Sipas një publikimi nga Yoo et al, u analizuan të dhënat mjekësore të 622 pacientëve të cilët kishin kryer ERCP në periudhën kohore Janar 2005 – Dhjetor 2015. U përzgjedhën 115 pacientë (18.5%) tek të cilët ishte evidentuar rekurencë e gurëve biliarë në duktusin biliar komun pas kryerjes sëolecistektomisë dhe rezultoi se numuri i gurëve biliarë (≥ 2), prania e gurëve kolesterinikë dhe këndi i duktusit biliar ($<145^\circ$) janë faktorë të cilit rritin riskun e përsëritjes së gurëve në duktusin biliar komun pas kryerjes sëolecistektomisë⁽²¹⁾.

Në kuadrin e faktorëve kongjenitalë, Ando et al, arriti në përfundimin se nuk ka një korrelacion midis gjinisë dhe ripërsëritjes së gurëve në duktusin biliar komun⁽²²⁾. Në një punim të Fritz E et al, u gjet se mosha është një faktor i pavarur risku pasi 86.4% e rekurencave u evidentuan në individë >65 vjeç⁽²³⁾. Lammert F. et al arriti në përfundimin se çrregullimi i metabolizmit të yndyrnave, hiperuricemia, obeziteti, mungesa e aktivitetit fizik, rezistenca ndaj insulinës, diabeti, steatohepatiti jo etilik, janë faktor risku për ripërsëritjen e gurëve në duktusin biliar komun⁽²⁴⁾. Katsika D. et al, bazuar mbi një studim, ku u përfshinë 43,141 binjakë, konkluduan se 25% e riskut për të zhvilluar sëmundje të gurëve biliarë është e përcaktuar gjentikisht⁽²⁵⁾. Sipas Rosmorduc O HB et al, mutacioni i gjenit ABCB4 është faktori kryesor gjenetik i cili rrit probabilitetin e rikthimit të gurëve biliarë⁽²⁶⁾.

Acidi ursodeoxycholic (UDCA) përdoret gjerësisht në praktikën klinike. UDCA mundëson shkrirjen graduale të gurëve kolesterinikë duke reduktuar saturimin dhe sekretimin e kolestroilit në bilë dhe duke inhibuar përthithjen intestinale të kolesterolit. Njëkohësisht UDCA pakëson stazën biliare duke rritur volumnin e shpejtësinë me të cilën ekskretohet bila⁽²⁷⁾. Sipas një metanalize të publikuar nga Chen et al, UDCA është një bar me efikasitet dhe profil sigurie të lartë në parandalimin e ripërsëritjes së gurëve biliarë⁽²⁸⁾. Në një publikim nga Yamamoto et al, u studiua një grup prej 36 pacientësh, të cilët u ndanë në dy grupe. 15 pacientë nuk ishin trajtuar me UDCA pas heqjes së gurëve biliarë, ndërsa 21 të tjerë ishin trajtuar me UDCA pas heqjes së gurëve biliarë. U konstatua se rekurenca e gurëve në duktusin biliar komun ishte 18.6% në grupin e individëve të patrajtuar dhe 6.6% në grupin e individëve të trajtuar, duke konkluduar se UDCA është një bar i sigurtë në parandalimin e rikthimeve⁽²⁹⁾. Në një tjetër studim të kryer nga Okoro et al, u përfshinë 118 pacientë me dhimbje abdominale pasolecistektomisë. Në grupin e 12 pacientëve në të cilët u evidentuan kristale biliare, u aplikua trajtimi me UDCA në 6 individë dhe në 6 individë nuk u aplikua. U arrit në përfundimin se përdorimi i UDCA për disa muaj postolecistektomisë qetëson në mënyrë sinjifikante dhimbjen abdominale. Ndërkohë në grupin i cili nuk iu nënshtrua trajtimit nuk u konstatua përmirësim i klinikës në muaj⁽³⁰⁾. Bazuar mbi shkakun e sindromës postolecistektomisë dhe klinikës, qasja terapeutike mund të jetë kirurgjikale si: ERCP, koledokolithotomy, heqje e dukusit cistik, sphincterotomy shoqëruar me përdorimin e UDCA për kohë të gjatë⁽³¹⁾.

Mbledhja e informacioneve mjekësore si numri, përmasat, përbërja e gurëve biliarë; anatomia e koledokut, mosha, gjinia, stili i jetesës së individit është mjaft e rëndësishme në përlllogarritjen e riskut të manifestimit të sindromës postolecistektomisë. Bazuar mbi shkaqet e shumta, të cilat kontribuojnë në shfaqjen e kësaj sindrome vlerësimi klinik, imazherik dhe laboratorik i kujdeshëm i pacientit duhet të vijojë pas procedurave të cilat interesojnë rrugët biliare. Vëmendje e plotë



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

duhet të drejtohet ndaj trajtimit afatgjatë me Acidi ursodeoxycholic si një ilaç me efikasitet dhe profil sigurie të lartë në parandalimin dhe trajtimin e sindromës postkolecistektomisë.

Referenca:

1. Gallstone disease: Epidemiology of gallbladder stone disease Eldon A Shaffer
2. Mark W. Jones; Evan Guay; Jeffrey G. Deppen. Open Cholecystectomy. National Library of Medicine.
3. Gallstones, Symptom and causes. Mayo Clinic.
4. Yamada; Gallbladder and biliary tract, Gallstones. Epidemiology Piero Portincasa, David Q.-H. Wang.
5. Wang HH, Liu M, Clegg DJ, Portincasa P, Wang DQ. New insights into the molecular mechanisms underlying effects of estrogen on cholesterol gallstone formation. *Biochim Biophys Acta*. 2009 Nov. 1791(11):1037-47.
6. Ten-year incidence and natural history of gallstone disease in a rural population of women in central Italy. The Rome Group for the Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO) F Angelico, M Del Ben, A Barbato, R Conti, G Urbinati *Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology*.
7. Halldestam I, Kullman E, Borch K. Incidence of and potential risk factors for gallstone disease in a general population sample. *Br J Surg*. 2009 Nov. 96(11):1315-22.
8. *American Journal of Epidemiology*, Volume 126, Issue 5, November 1987.
9. Moller M, Gustafsson U, Rasmussen F, et al. Natural course vs interventions to clear common bile duct stones: data from the Swedish Registry for Gallstone Surgery and Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (GallRiks) *JAMA Surg*. 2014.
10. NICE. Clinical Guideline 188; Gallstone disease: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence. 2014.
11. Yamada; Gallbladder and biliary tract, Gallstones. Complications, Piero portincasa, David Q.-H. Wang.
12. Pinto A, Reginelli A, Cagini L, et al. Accuracy of ultrasonography in the diagnosis of acute calculous cholecystitis: review of the literature. *Crit Ultrasound J*. 2013.
13. Shea JA, Berlin JA, Escarce JJ, et al. Revised estimates of diagnostic test sensitivity and specificity in suspected biliary tract disease. *Arch Intern Med*. 1994.
14. Soyer P, Hoeffel C, Dohan A, et al. Acute cholecystitis: quantitative and qualitative evaluation with 64-section helical CT. *Acta Radiol*. 2013.
15. *Advances in Risk Factors for Recurrence of Common Bile Duct Stones* Yao Wu, Chen Jing Xu, Shun Fu Xu.
16. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones.
17. SAGES. Guidelines for the clinical application of biliary tract surgery.
18. Postcholecystectomy Syndrome Rasiq Zackria; Richard A. Lopez.
19. Assessment of the possible risk factors for primary common bile duct stone recurrence after cholecystectomy Min Kyu Chae, Seung Hwan Lee, Kwang Ro Joo
20. Deng F, Zhou M, Liu P-P, Hong J-B, Li G-H, Zhou X-J. et al. Causes associated with recurrent choledocholithiasis following therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A large sample sized retrospective study. *World Journal of Clinical Cases*
21. Evaluation of risk factors for recurrent primary common bile duct stone in patients with cholecystectomy Eun Soo Yoo, Byung Moo Yoo, Jin Hong Kim, Jae Chul Hwang, Min Jae Yang, Kee Myung Lee, Soon Sun Kim, Choong Kyun Noh
22. Ando T, Tsuyuguchi T, Okugawa T, Saito M, Ishihara T, Yamaguchi T, Saisho H (2003) Risk factors for recurrent bile duct stones after endoscopic papillotomy.
23. Fritz E, Kirchgatterer A, Hubner D, Aschl G, Hinterreiter M, Stadler B. et al. ERCP is safe and effective in patients 80 years of age and older compared with younger patients. *Gastrointestinal endoscopy*. 2006.
24. Lammert F, Gurusamy K, Ko CW, Miquel JF, Mendez-Sanchez N, Portincasa P. et al. Gallstones. *Nat Rev Dis Primers*. 2016Apr28
25. Katsika D, Grjibovski A, Einarsson C, Lammert F, Lichtenstein P, Marschall HU. Genetic and environmental influences on symptomatic gallstone disease: a Swedish study of 43,141 twin pairs. *Hepatology*. 2005May.
26. Rosmorduc O HB, Boelle PY. et al. ABCB4 gene mutation associated cholelithiasis in adults. *Gastroenterology*. 2003.
27. Mechanisms of action and therapeutic efficacy of ursodeoxycholic acid in cholestatic liver disease Gustav Paumgartner, Ulrich Beuers.
28. Ursodeoxycholic acid after common bile duct stones removal for prevention of recurrence A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials Xun Chen, PhD, Xiao-Ru Yan, PhD, and Li-Ping Zhang, MD.
29. Ursodeoxycholic acid after bile duct stone removal and risk factors for recurrence: a randomized trial Ryuichi Yamamoto, Susumu Tazuma, Keishi Kanno, Yoshinori Igarashi, Kazuo Inui, Hirotaka Ohara, Toshio Tsuyuguchi, Shomei Ryozaawa
30. Ursodeoxycholic acid treatment for patients with postcholecystectomy pain and bile microlithiasis Ngozi Okoro, MD Amil Patel, MD Marney Goldstein, MD Naveen Narahari, MD Qiang Cai, MD, PhD.
31. Surgical treatments for patients with recurrent bile duct stones and Oddis sphincter laxity Boxuan Zhou, Jinxiong Hu, and Yuesi Zhong.



AGJËRIMI TERAPEUTIK, PËRFITIMET NË RUAJTJEN E SHËNDETIT, NË PARANDALIMIN E SËMUNDJEVE DHE PËRMIRËSIMIN E DISA PREJ TYRE, DHE PRAKTIKA E SAJ

Prof. Dr. Hektor GRAZHDANI

Klinika Dani, Tiranë

Një numër në rritje studimesh shkencore mbi agjërimin (fasting) dhe përfitimet që ka shëndeti nga ai, kanë dalë në dy dhjetëvjeçarët e fundit në indeksin PubMed⁽¹⁻¹⁴⁾, ndërkohë që vitet e fundit botimet për publikun e gjerë, si: libra, artikuj, video, podcast, etj., janë shtuar dhe shumëfishuar në gjuhë të ndryshme. Interesi shkencor dhe ai i publikut, duket dhe me botimet e një numër librash mbi agjërimin; në internet në gjuhët anglisht, italisht dhe frëngjisht, nga rreth 5 deri në 10 libra mbi fasting (agjërimin).

Tipi i fasting që praktikohet më gjerë në popullsi është agjërimi me ndërprerje, intermittent fasting, i cili duket se është bërë një modë vitet e fundit. Njoh persona që flasin me entuziazëm për përfitimet që kanë patur nga praktikimi i intermittent fasting. Ju bëj me dije, që unë autori i këtij shkrimi, bëj çdo ditë rregullisht intermittent fasting të cilin e kam filluar në Tetor të vitit 2021. Intermittent fasting përbëhet nga ushqyerja vetëm me dy vakte në rreth 6 deri 8 orë dhe pjesën tjetër të 24 orëshit të ditës, pra 16 deri në 18 orë, rri pa ngrënë asgjë^(1,12). Unë ha drekë në orën një dhe darkë rreth orës 6/7 duke u munduar ti mbaj konstante këto orare në respekt të ritmit cirkadian të organizmit⁽²⁰⁾. Pjesën tjetër të ditës nuk ha asgjë, vetëm pi ujë dhe kafe pa sheqer edhe pa qumësht, në mënyrë që të mos marr asnjë kalori. Në Tetor të 2021 bashkë me një koleg mjek dhe shoku E.D. bëmë lexime të literaturës dhe diskutuam mbi intermittent fasting⁽¹⁻¹⁴⁾; të dy u bindëm për përfitimet e tij dhe të dy e filluam dhe e praktikojmë rregullisht. Bindja ime u forcua pas leximit të librit në Shkurt 2022 të studjuesit më të famshëm të fasting Mark Mattson⁽¹²⁾ i cili i ka dedikuar karrierën e tij brilante studimit me kafshë në laborator dhe studimit në popullsi të fasting.

Cilat janë përfitimet e shëndetit nga fasting: Dijet mbi përfitimet janë përfutur e verifikuar, pasi është provuar nga evidenca shkencore e studimeve të kafshëve të laboratorit, atyre me shëndet të plotë, dhe kafshëve me modele të sëmundjeve metabolike të njeriut. Po ashtu është parë nga studimet mbi popullsinë njerëzore. Përfitimet janë⁽¹⁻¹⁴⁾: zgjatja e jetës^(1,3,8,12), zgjatja e harkut të jetës së lirë nga sëmundjet^(1,8,12,13), mbajtja e qelizave dhe metabolizmit qelizor në gjendje punë të shëndetshme (organe të reja dhe të rigjeneruara)^(3,6,12,14), mbajtja e neuroneve në gjendje pune optimale me anë të rritjes së faktorit neurotropik BDNF^(3,4,9,10,12), përmirësimi dhe rregullimi i treguesve të laboratorit të metabolizmit glucidik dhe të metabolizmit të lipideve^(1,3,8,12,13,14,15), përmirësimi i treguesve laboratorikë të inflamacionit^(1,3,6,12), ulje e rrezikut kardiovaskular dhe përmirësim i gjendjes së pacientëve që kanë kaluar sëmundje kardiovaskulare^(1,12), mbrojtje nga diabeti I tipit II dhe përmirësim i gjendjes së pacientëve me diabet të tipit II jo kur ata janë me



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

insulinë^(1,12), rënie në peshë dhe mbajtje të peshës normale^(1,3,8,12,20), mbrojtje nga Alzheimer dhe pjesërisht nga Parkinson^(1,12,13-15).

Çdo lloj agjërimi (fasting) është i shëndetshëm. Natyrisht është i shëndetshëm agjërimi i tejzgatur në kohë që çon në ekstreme të rrezikshme dhe ai nuk këshillohet. Megjithatë praktikatat e agjëritit terapeutik në Gjermani në Buchinger Klinik dhe ato në Rusi të metodës Nikolajev, praktikohen me sukses nën vëzhgim mjekësor në kushte klinike të specializuara, agjërimet terapeutike me rreth 30 deri 40 ditë vetëm me ujë.

Duke patur parasysh që çdo lloj agjërimi (fasting) është i shëndetshëm, jo çdo lloj agjërimi është lehtësisht i praktikueshëm nga publiku i gjerë^(1,12). Për këtë ekspertë si Dr. Mark Mattson^(1,3,12), Dr. Satchin Panda^(19,20), këshillojnë agjërimin me ndërprerje – intermittent fasting, i cili siç këshillojnë ata është lehtësisht i praktikueshëm çdo ditë, për gjatë gjithë jetës. Sipas eksperiencës së Dr. Mark Mattson personat që ai ka këshilluar dhe ka patur nën kujdes, kanë patur një farë vështirësie të praktikojnë intermittent fasting në dy deri katër javët e para dhe më vonë, mbajtja e rregjimit të fasting ditor ka qenë e lehtë dhe mjaft e këndshme nga gjithë praktikuesit që ata kanë ndjekur. Vetë Dr. Mattson ka rreth 30 vjet që praktikon intermittent fasting ditor dhe po ashtu Dr. Panda ka rreth 20 vjet që e praktikon atë. Dr. Mattson tregon se në fillim deri sa të mësohesh me agjërimin, kafeja pa sheqer ndihmon për të mbajtur lehtë agjërimin.

Autori i këtij shkrimi që e praktikon intermittent fasting prej rreth një viti, me rregullsinë më rigoroze, ju pohon se është e lehtë dhe madje e këndshme kjo praktikë. Performanca fizike dhe mendore në orët e agjëritit është veçanërisht e mprehtë, e zhdërvjellët dhe efikase, dhe kjo raportohet edhe nga studjuesit (1,8,12,13) dhe eksperiencat personale të tyre^(12,20). Të njëjtat pohime më bëjnë edhe personat që unë njoh nga afër që praktikojnë intermittent fasting.

Çdo lloj fasting është i shëndetshëm por nuk këshillohen ato fasting që thyejnë ritmin cirkadian^(19,20) pra atë fasting që personi p.sh.: që punon deri vonë në darkë, nuk ha gjatë ditës, dhe ha vetëm një vakt afër gjumit. Sipas studiuesit S. Panda^(19,20) tretja e darkës duhet me një distancë prej 3-4 orësh nga shtrirja për të fjetur pasi gjatë procesit të tretjes përfshihen hormone dhe mediatorë që pengojnë prodhimin e melatoninës dhe procesin fiziologjik të gjumit.

I sugjeroj kolegëve lexues të këtij shkrimi, ta provojnë vetë të praktikojnë intermittent fasting dhe më pas t'ua këshillojnë pacientëve të tyre, për të promovuar shëndetin dhe për të parandaluar e përmirësuar sëmundjet në popullsinë e gjerë të vendit tonë.

Referimet bibliografike:

1. Mattson MP, Longo VD, Harvie M. Impact of intermittent fasting on health and disease processes. *Ageing Res Rev.* 2017 Oct;39:46-58. doi: 10.1016/j.arr.2016.10.005. Epub 2016 Oct 31.
2. de Cabo R, Mattson MP. Effects of Intermittent Fasting on Health, Aging, and Disease. *N Engl J Med.* 2019 Dec 26;381(26):2541-2551. doi: 10.1056/NEJMr1905136.
3. Longo VD, Mattson MP. Fasting: molecular mechanisms and clinical applications. *Cell Metab.* 2014 Feb 4;19(2):181-92. doi: 10.1016/j.cmet.2013.12.008. Epub 2014 Jan 16.
4. Lautrup S, Sinclair DA, Mattson MP, Fang EF. NAD⁺ in Brain Aging and Neurodegenerative Disorders. *Cell Metab.* 2019 Oct 1;30(4):630-655. doi: 10.1016/j.cmet.2019.09.001.
5. Mattson MP, Moehl K, Ghena N, Schmaedick M, Cheng A. Intermittent metabolic switching, neuroplasticity and brain health. *Nat Rev Neurosci.* 2018 Feb;19(2):63-80. doi: 10.1038/nrn.2017.156. Epub 2018 Jan 11.
6. Kerr JS, Adriaanse BA, Greig NH, Mattson MP, Cader MZ, Bohr VA, Fang EF. Mitophagy and Alzheimer's Disease: Cellular and Molecular Mechanisms. *Trends Neurosci.* 2017 Mar;40(3):151-166. doi: 10.1016/j.tins.2017.01.002. Epub 2017 Feb 9.
7. Cunnane SC, Trushina E, Morland C, Prigione A, Casadesu G, Andrews ZB, Beal MF, Bergersen LH, Brinton RD, de la Monte S, Eckert A, Harvey J, Jeggo R, Jhamandas JH, Kann O, la Cour CM, Martin WF, Mithieux G, Moreira PI, Murphy MP, Nave KA, Nuriel T, Oliet



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

- SHR, Saudou F, Mattson MP, Swerdlow RH, Millan MJ. Brain energy rescue: an emerging therapeutic concept for neurodegenerative disorders of ageing. *Nat Rev Drug Discov.* 2020 Sep;19(9):609-633. doi: 10.1038/s41573-020-0072-x. Epub 2020 Jul 24.
8. Anton SD, Moehl K, Donahoo WT, Marosi K, Lee SA, Mainous AG 3rd, Leeuwenburgh C, Mattson MP. Flipping the Metabolic Switch: Understanding and Applying the Health Benefits of Fasting. *Obesity (Silver Spring).* 2018 Feb;26(2):254-268. doi: 10.1002/oby.22065. Epub 2017 Oct 31.
 9. Fang EF, Hou Y, Palikaras K, Adriaanse BA, Kerr JS, Yang B, Lautrup S, Hasan-Olive MM, Caponio D, Dan X, Rocktäschel P, Croteau DL, Akbari M, Greig NH, Fladby T, Nilsen H, Cader MZ, Mattson MP, Tavernarakis N, Bohr VA. Mitophagy inhibits amyloid- β and tau pathology and reverses cognitive deficits in models of Alzheimer's disease. *Nat Neurosci.* 2019 Mar;22(3):401-412. doi: 10.1038/s41593-018-0332-9. Epub 2019 Feb 11.
 10. Mattson MP, Arumugam TV. Hallmarks of Brain Aging: Adaptive and Pathological Modification by Metabolic States. *Cell Metab.* 2018 Jun 5;27(6):1176-1199. doi: 10.1016/j.cmet.2018.05.011.
 11. Cheng A, Hou Y, Mattson MP. Mitochondria and neuroplasticity. *ASN Neuro.* 2010 Oct 4;2(5):e00045. doi: 10.1042/AN20100019.
 12. Mark P. Mattson. *The Intermittent Fasting Revolution; The Science of Optimizing Health and Enhancing Performance.* ISBN 9780262368179. Published: February 1, 2022
 13. Marosi K, Mattson MP. BDNF mediates adaptive brain and body responses to energetic challenges. *Trends Endocrinol Metab.* 2014 Feb;25(2):89-98. doi: 10.1016/j.tem.2013.10.006. Epub 2013 Dec 19.
 14. Zhang S, Lachance BB, Mattson MP, Jia X. Glucose metabolic crosstalk and regulation in brain function and diseases. *Prog Neurobiol.* 2021 Sep;204:102089. doi: 10.1016/j.pneurobio.2021.102089. Epub 2021 Jun 10.
 15. Serguei V Kozlov 1, James W Bogenpohl, Maureen P Howell, et al. The imprinted gene *Magel2* regulates normal circadian output. *Nat Genet.* 2007 Oct;39(10):1266-72.
 16. <https://www.buchinger-wilhelmi.com/>
 17. L'art de jeûner par Françoise Wilhelmi de Toledo | iMagination Week <https://www.youtube.com/watch?v=kTAQFmQ6SOo>
 18. Le jeûne, une nouvelle thérapie ? <https://www.youtube.com/watch?v=3tw3DvgwNjI>
 19. Panda S. Optimize your rhythms and stay healthy. A new type of app that helps you understand your body's rhythms while contributing to research. <https://mycircadianclock.org/>
 20. Satchin Panda, PhD. *The Circadian Code, Lose Weight, Supercharge Your Energy, and Transform Your Health from Morning to Midnight.* Feb 11, 2020 | ISBN 9780593135907



Dr. Syrja JAHOLLARI 1940 – 2022



Më 22 Prill 2022 me dhimbje të madhe ju dha lamtumira për në banesën e fundit dr. Syrja Jahollari.

Dr. Jahollari lindi në fshatin Tresovë të Gorës në vitin 1940. Pasi mbaroi shkollën 7-vjeçare vijoi edukimin në Politeknikum, Tiranë për ndihmës-mjek. Më pas në vitet 1961-1966 dr. Syrjai kreu studimet në Fakultetin e Mjekësisë si Mjek i Përgjithshëm.

Me mbarimin e studime dr. Jahollari emërohet mjek në Spitalin e Gorës ku punoi deri në vitin 1971. Gjatë kësaj periudhe me dashurinë për profesionin dhe dëshirën për tju gjendur popullit të zonës në çdo problem shëndetësor, njëkohësisht ai rriti dashurinë për profesionin duke fituar edhe respektin e mirënjohjen e njerzve të zonës. Ai punoi me këmbëngulje për ndërtimin e Spitalit të Lozhanit dhe pajisjen e tij me personel dhe bazë materiale deri në

Laboratorin Klinik, ku më vonë po me interesimin e tij u vendos edhe Radiologjia.

Në vitet 1971-1987 dr. Jahollari drejtoi seksionin e Shëndetësisë të Rrethit Korçë, ku spikati aftësitë e tij drejtues si një mjek me vizion. Ai ishte një arkitekt i shërbimit shëndetësor duke njohur mirë punën, mangësitë dhe nevojat e rrethit. Gjatë periudhës 20-vjeçare që dr. Syrjai drejtoi shëndetësinë e rrethit Korçë, pati përmirësime të mëdha duke ulur vdekshmërinë foshnjore, shtimin e pajisjeve dhe aparaturave mjekësore dhe diagnostikuese, duke e renditur Korçën ndër rrethet e para në indekset shëndetësore.

Nga viti 1987-1991 dr. Syrjai emërohet Drejtor i Drejtorisë së Higjienës, e më pas deri në vitin 2003 punoi si mjek i përgjithshëm në Qendrën Shëndetësore Mollaj ku edhe doli në pension.

Dr. Syrjai është bashkë autor i librit “Gora Patriotike” ku trajtohen probleme studimore mbi traditën e Gorës në fushën e Mjekësisë Popullore.

Për aktivitetin e tij është nderuar me medaljen “Për shërbim të mirë të popullit” më datë 22.11.1969 dhe me Urdhrin “Për shërbime të shquarshetërore të klasit të III-të datë 28.12.1979. Dhe në vitin 2021 Këshilli Bashkiak Maliq i dha titullin “Qytetar Nderi” me vendim nr. 74.

Sot Qendra Shëndetësore Gore mban emrin e tij.

Largimi nga jeta i dr. Syrja Jahollarit lë një boshllëk të madh jo vetëm për shëndetësinë e Qarkut Korçë, por edhe për kolegët, pacientët e mbi të gjitha për familjarët e tij.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

*Dr. Vlefëta BEJKO, Dr. Roland LALAJ
Këshilli Rajonal Korçë, UMSH*



Dr. Jonuz PERDJA

1939 – 2022



Dr. Jonuz Perdja ka lindur në Shkodër më datë 5 Korrik 1939. Shkollën 7-vjeçare e kreu në lagjen e tij në Ndocej. Më pas në vitet 1953 – 1956 i mbështetur me bursë shteti, filloi mësimet në Politeknikumin Mjekësor, dega n/mjek.

Me përfundimin e studimeve, dr. Jonuzi u emërua në Shkodër pranë Qendrës Sanitare Epidemiologjike me detyrë Ndihmës Mjek, nën drejtimin e shef dr. Ndoc Kaculinit dhe drejtor dr. Kel Naracit. Në këtë institucion punoi nga Shtatori i vitit 1956 deri në Gusht të vitit 1959. Gjatë kësaj kohe ndoqi herë pas here kurse 1-2 mujore kualifikimi në Tiranë, si në parazitologji, etj...

Gjatë gjithë kësaj kohe dallohet për disiplinë në punë, dëshirë për përvetësim të reja mjekësore e shkencore dhe rezultate të mira kundër sëmundjeve ngjitëse.

Nga viti 1959 deri në vitin 1964 mbaron studimet e larta në Universitetin Shtetëror të Tiranës, Fakulteti i Mjekësisë me rezultate shumë të mira.

Nga Ministria e Shëndetësisë emërohet, në Korrik të vitit 1964, si Mjek i Përgjithshëm në rrethin e Lezhës.

Në përfundim të stazhit 8 mujor në spitalin e Shkodrës, repartet Patologji, Kirurgji, Pediatri dhe Obstetrikë/Gjinekologji, nga dy muaj për secilin, fillon detyrën si mjek i përgjithshëm në Qendrën Shëndetësore Kashnjet (Korrik 1964 – Prill 1965). Nga Prilli i vitit 1965 deri në Janar të vitit 1967 emërohet mjek i përgjithshëm në Ambulatorin e fshatit Zejmen-Lezhë. Më pas emërohet Shef i Seksionit të Shëndetësisë së rrethit të Lezhës në Janar të vitit 1967. Mbuloi këtë funksion deri në Korrik të vitit 1973.

Në vazhdim zhvillon specializimin 2 vjeçar në Tiranë, si bakterolog. Nga Tetori i vitit 1975 deri në Korrikun e vitit 1984 punon si drejtor pranë Qendrës Sanitare Lezhë. Më pas emërohet si Përgjegjës i Seksionit të Shëndetësisë së rrethit të Lezhës në Gusht të vitit 1984 dhe mbuloi këtë rol deri në Korrik të vitit 1989, vit në të cilin transferohet në Shkodër dhe punon si mjek në Drejtorinë e Higjienës Epidemiologjike deri në vitin 2004.

Pas daljes në pension, dr. Jonuzi ushtroi aktivitetin si mjek bakterolog në klinikën mjekësore private “Italmedica”, deri në Dhjetor të vitit 2019.

Urdhri i Mjekut Shkodër i shpreh ngushëllimet më të sinqerta familjarëve, miqve si dhe kolegëve të tij.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH



Prof. Dr. Sotir VANGJELI
1945 – 2020



Para 2 vitesh u nda nga jeta, pas një sëmundje të rëndë prof. dr. Sotir Vangjeli. Familja, të afërmit, kolegët, studentët dhe gjithë shoqëria humbën një njeri të dashur e të respektuar, qytetar të nderuar dhe të kulturuar, mjek të devotshëm, pedagog të kërkuar dhe të respektuar, studiues dhe kërkues shkencor i zellshëm, bashkëpunor i mirë, shok e mik i denjë.

Ai lindi në qytetin e Vlorës më 25 Korrik 1945 në një familje qytetare. Aty u rrit dhe u arsimua deri në vitin 1962, ku mbaroi shkollën e mesme të përgjithshme “Ali Demi” Vlorë. Më tej vazhdoi studimet e larta në Universitetin Shtetëror të Tiranës, Fakulteti i Mjekësisë dhe diplomohet si mjek i përgjithshëm në vitin 1969. Dr. Sotiri punon për shumë vjet në fshatra të rrethit të Vlorës si mjek i përgjithshëm. Ai dallohej për punë të mirë,

ndjekje të kujdesshme të të sëmurëve si dhe të popullatës së zonës duke bërë depistime dhe studime për sëmundshmërinë e saj. Doktor i dinte të komunikonte mirë me njerëzit dhe ju gjendej gjithmonë pranë në momentin e duhur. Njohës i disa gjuhëve të huaja (frëngjisht, rusisht, greqisht, italisht e anglisht) ai s’e ndante librin nga dora, duke ballafaquar dhe ndriçuar praktikën e tij profesionale edhe pse në kushte të vështira të zonës ku punonte. Më 1980-1981 specializohet në Gastroenterologji, jep provimet pas universitare dhe 1986 bëhet kandidat i *shkencave mjekësore*. Duke punuar si specialist në spitalin e Vlorës ai s’i ndërpret asnjëherë studimet dhe kërkimet shkencore. Për këtë ai më 1993 fiton gradën shkencore **Doktor i Shkencave**, studimet dhe botimet e tij bëjnë jehonë jo vetëm në vendin tonë por edhe më gjerë. Në vitin 2001 nga Universiteti i Cambrige England, i jepet diploma: *THE 21 centry award for achievement, the silver medal; in recognition of old standing achievements in the field of gastroentology*.

Me hapjen e Universitetit mjekësor “Ismail Qemali” Vlorë punoi si pedagog dhe në vitet ’97-’98 edhe si dekan i Fakultetit të Infermierisë. Gjithmonë punëtor i palodhur, studiues dhe kërkues shkencor skrupuloz, pa u shkëputur edhe nga praktika cilësore profesionale ai vazhdon të kontribuoj në shumë drejtime njehëresh.

Më 2001 merr titullin “Profesor i Asociuar” dhe në vitin 2010 e në vazhdim punon në Universitetin privat: “Akademia e studimeve të aplikuara Reald” si dekan i Fakultetit të Shkencave mjekësore. Dr. Sotiri ishte edhe bashkëshort dhe prind i përkushtuar.

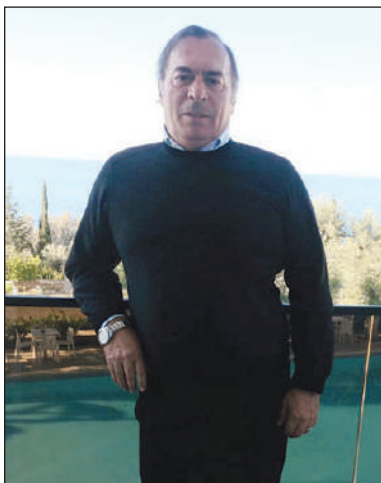
Me vdekjen e tij ai lë pas një boshllëk të madh për familjen, të afërmit, kolegët, studiuesit dhe gjithë ata që e kanë njohur e kanë marrë kujdes mjekësor.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

*Fakulteti i Infermierisë së Universitetit “Ismail Qemali” Vlorë
 Fakulteti i Shkencave Mjekësore, Akademisë së studimeve të aplikuara “Reald” Vlorë
 Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH*



Dr. Gëzim HAVARAJ **1955 – 2022**



Më datën 9 Qershor 2022 u nda nga jeta në qytetin e Shkodrës kolegu, mik, familjari dhe shoku ynë dr Gëzim Havaraj. Ai luftoi me një kohë të gjatë me një sëmundje të rëndë.

Dr. Gëzimi lindi në qytetin e Orikumit, Vlorë në një familje punëtorësh. Aty mbaroi gjimnazin me rezultate të shkëlqyera, nga ku shkoi në Universitetin e Tiranës Fakulteti i Mjekësisë në vitin 1974 dhe u diplomua në vitin 1980.

Stazhin dhe 8 vitet e para të punës i kreu në rrethin e Beratit.

Më pas nga viti 1988 e deri sa u nda nga jeta shërbeu me profesionalizëm si mjek familje në fshat e më pas në qytetin e Shkodrës.

Dr. Gëzimi ka bërë kualifikime e trajnime të shumta. Ka qenë pedagog i jashtëm në Fakultetin e Infermierisë për disa vite.

Dr. Gëzimi i martuar me shopen e kolegen e tij, dhe baba i dy vajzave të shkëlqyera që ndoqën rrugën e prindërve në mjekësi. Ai ishte biri, familjari, bashkëshort e baba i mrekullueshëm.

Dr. Gëzimi ishte mjaft i përgatitur, i aftë, studioz, këmbëngulës, i dashur, i dhembshur, kurdoherë i gatshëm për t'i shërbyer pacientëve të tij dhe kujt do që kishte nevojë për ndihmën e tij pa parë kohën apo lodhjen.

Ai ishte i qeshur, me humor të hollë dhe shumë i sinqertë, gëzonte respekt nga të gjithë dhe ishte shumë shoqëror.

Kjo ishte një humbje e madhe për familjen, të afërmit, miqtë, kolegët dhe për pacientët e shumë për 42 vite pune.

Urdhri i Mjekut Shkodër përcjellë ngushëllime të sinqerta për familjarët, kolegët e miqtë, me respekt e dhimbje të thellë.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH

Kolonel Dr. Shk. Luan NIKOLLARI 1957 – 2022



Më 6 Gusht 2022 u nda papritur nga jeta Dr. Luan Nikollari.

Dr. Luani lindi më 25 Tetor 1957 në Përmet. Pasi kreu shkollën fillore vijoi edukimin e tij në Shkollën e Mesme Mjekësore “Jani Minga”, në degën Farmaci në vitet 1972-1976. Më pas vijoi studimet në vitin 1977 në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë, të cilat i përfundoi më 1983.

Pas përfundimit të studimeve si mjek i përgjithshëm mori emërimin si Shef i Shëndetësisë në Brigadën 135 së Divizionit të Këmbësorisë Delvinë.

Në vitet 1991-1992 dr. Luani kreu specializimin pas universitar për Shëndet Publik dega Epidemiologji pranë Institutit të Shëndetit Publik Tiranë. Pas përfundimit të tij, në vitin 1993-1998 emërohet Shef i Shërbimit të Mjekësisë Parandaluese dhe Përgatitjes Shëndetësore në Ministrinë e Mbrojtjes. Në vitet 1999-2000, dr. Nikollari emërohet Shef i Departamentit të Epidemiologjisë në Spitalin Ushtarak Qendror Universitar, e më pas në vitet 2000-2006 emërohet si Drejtor i Drejtorisë së Shëndetësisë në Ministrinë e Mbrojtjes. Më pas dr. Luani rikthehet në Spitalin Ushtarak fillimisht si Drejtor i Institutit të Kërkimeve Mjekësore dhe pas vitit 2013 si Shef i Shërbimit të Statistikës në Spitalin Universitar të Traumës.

Dr. Nikollari në vitet 1995 deri në 2003, ai i kushtoi rëndësi të veçantë “Strategjisë dhe Parandalimit të HIV/AIDS, në forcat Ushtarake në vendet e NATO-s dhe vendet e Evropës Juglindore, gjithashtu edhe “Strategjisë Kombëtare për parandalimin e HIV/AIDS në Shqipëri”-ISHP, si bashkautor në përpilimin e tezës.

Dr. Luan Nikollari do të kujtohet në çdo detyrë ku ka kontribuar si shembull i korrektesës dhe saktësisë profesionale. I njohur nga kolegët si një njeri i përkushtuar ndaj punës dhe ecurisë së saj përballë çdo vështirësie. Një njeri i cili në zyrën e tij ruante imazhet e të gjithë kolegëve që kanë kontribuar për rritjen e cilësisë së shërbimit shëndetësor në Spitalin Universitar të Traumës, e fliste përherë me krenari e pastërti për kolegët e tij.

Ndarja nga jeta e Dr. Luan Nikollarit është një humbje e madhe për familjen e tij, të afërmit, kolegët dhe miqtë, sidomos për stafin e Shërbimit të Statistikës, por jo vetëm.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

